

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Сестринского дела**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ  
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ**

Дипломная работа студентки  
очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051505  
Гончарук Дарьи Романовны

Научный руководитель:  
преподаватель Войковская Е.В.

Рецензент:  
врач – рентгенолог ОГБУЗ «Городская  
больница №2 г. Белгорода»  
Морозова Е.Ю.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ. ....	5
1.1. Этиология, патогенез, клиническая картина .....	5
1.2. Факторы риска, диагностика и осложнения.....	9
1.3. Лечение и неотложная помощь .....	13
1.4. Профилактика бронхиальной астмы .....	16
1.5. Особенности сестринской деятельности при бронхиальной астме.....	18
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ. ....	20
2.1. Исследование социологического статуса респондентов .....	20
2.2 Профессиональная деятельность медицинских сестёр при бронхиальной астме .....	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	40

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время одной из глобальных проблем здравоохранения являются заболевания органов дыхания, в частности бронхиальная астма. Люди разных возрастов по всему миру страдают этим хроническим недугом, которое при недостаточно эффективном лечении даёт тяжёлые осложнения и ухудшает здоровье, что может привести к летальному исходу.

Актуальность выбранной темы заключается в том, чтобы подчеркнуть важнейшие аспекты распространения бронхиальной астмы, обозначить профилактику и лечение данного заболевания, а также разобрать основы сестринского ухода.

Как показывает статистика здравоохранения, «бронхиальная астма диагностирована у более 235 миллионов людей в мире. В России и эта цифра увеличивается ежедневно, и это связано с ростом промышленности, транспорта и других источников загрязнения окружающей среды. Дети страдают в 2 раза чаще, чем взрослые. Женщины подвергаются риску возникновения заболевания на 60% больше, чем мужчины. Наиболее часто болеют люди работоспособного возраста – это более 70 процентов. Статистические официальные данные по Российской Федерации указывают на приблизительную цифру в 4 миллиона пациентов, которые состоят на диспансерном учёте. Возраст больных колеблется от 15 до 85 лет» [5].

Очень сложно установить точную картину распространённости заболевания. Это объясняется тем, что имеют место случаи нераспознаваемости астмы, при появлении симптоматики пациенты не всегда своевременно направляются к врачу. Из-за этого патологический процесс не регистрируется.

Однако медицина и научный прогресс делают шаг вперёд, и при своевременном диагностировании устанавливается лечение, которое позволяет купировать симптомы и предупредить заболевание, но полностью излечиться от этой патологии не всегда возможно. Поддерживающая терапия в любом случае необходима в течение всей жизни, так как рецидив возможен всегда.

Профессиональная деятельность медицинских сестёр направлена на облегчение состояний пациентов, возможности обучить их в дальнейшем самоуходу при данной патологии, информировать об основных процессах заболевания, оказать психологическую помощь, разъяснить о важности посещения Школы здоровья.

Предметом исследования является работа среднего медицинского персонала и сестринский уход в оказании медицинской помощи при бронхиальной астме.

Объект исследования: пациенты, страдающие бронхиальной астмой.

Цель исследования заключается в том, чтобы изучить сестринскую деятельность в лечении и профилактике бронхиальной астмы.

Задачи:

1. Провести анализ медицинской литературы по исследуемой проблеме.
2. Изучить социальные аспекты пациентов с бронхиальной астмой.
3. Конкретизировать особенности профессиональной деятельности медицинских сестёр при бронхиальной астме.
4. Провести анализ исследования и отразить его в графиках и рисунках.
5. Сделать выводы и разработать рекомендации на основе проведённого исследования в соответствии с выбранной темой.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы:

- научно-теоретический анализ литературы и периодических изданий по проблеме заболеваемости;
- организационный (сравнительный) метод;
- социологический (анкетирование);
- психодиагностический метод (беседа);
- статистический (обработка информационного материала).

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, с повторяющимися эпизодами затрудненного дыхания, кашля, с трудно отделяемой мокротой, одышки, тяжести в грудной клетки, приступов удушья, обусловленное спазмом гладких мышц бронхов, гиперсекрецией и отёком слизистой оболочки бронхов.[2, с. 74]

Один из самых распространённых симптомов бронхиальной астмы – это приступ удушья, который вызывается не только воздействием аллергена на организм, но и при раздражении рецепторов больших бронхов, трахеи неаллергическим и аллергическим факторами. Особое место при появлении приступа удушья занимает бронхоспазм, начинается с затруднения дыхания, тяжести в груди, заложенности носа и сопровождается кашлем. Приступы бывают разными и характеризуются различительной симптоматикой. Самое главное – это не допускать критического состояния, чтобы в дальнейшем не было осложнений.

## **1.1. Этиология, патогенез, клиническая картина**

Существует много этиологических факторов, приводящих к повышенной гиперактивности бронхов данного заболевания. Принято считать, что бронхиальная астма может быть вызвана наследственной предрасположенностью к атопии или бронхиальной чувствительности, далее патология образуется под воздействием внешних причин. Под причинами подразумеваются факторы внешней среды (аллергены); совершается активация наследственно обусловленных биологических дефектов, а после проявляется клиническая симптоматика. Атопические аллергены неинфекционного

происхождения – это пищевые раздражители, споры грибов, лекарственные препараты, пыльца растений, клещи, перья птиц, продукты жизнедеятельности.

В некоторых случаях атопическая форма астмы указывает на генетическую предрасположенность: если один биологический родитель болен бронхиальной астмой, то вероятность появления данного заболевания у ребёнка достигает до 35%, а если оба – то все 65%. [3, с. 32]

Бронхиальная астма вызывается и инфекционными аллергенами, такими как: грибы, вирусы и бактерии. Допустим, на фоне перенесённой острой респираторной вирусной инфекции, ухудшаются показатели функций внешнего дыхания, и повышается уровень эозинофильной инфильтрации слизистой бронхов, что способствует сенсibilизации. Вирусная инфекция у больного астмой вызывает её обострение.

Также причинами возникновения патологии могут служить метеорологические и неблагоприятные психогенные воздействия, чрезмерные физические нагрузки. Примером может послужить дождливая погода, именно тогда размножаются плесневые грибы, являющиеся сильными аллергенами. А с осени, до весны усиливается концентрация пыльцы растений. Поэтому климат оказывает особое влияние при заболевании.

Таким образом, в патогенезе атопической формы выделяется несколько фаз.

При иммунологической фазе происходит процесс нарушения иммунной системы, вследствие влияния аллергенов, образуются антитела (сенсibilизированные лимфоциты), раздражающие аллергические механизмы.

Патохимическая фаза обуславливается повторным контактом с аллергеном. Происходит связывание антигенов с антителами на мембранах тучных клеток. Они производят биологически активные вещества (медиаторы) – серотонин, ацетилхолин, брадикинин, гистамин. Большинство из этих веществ обладают хемостатическим действием, поддерживающих воспалительные явления в организме.

Патофизиологическая фаза характеризуется гиперреактивностью бронхов, под воздействием медиаторов. Появляется бронхоспазм и отёк слизистой оболочки, и продуцирование большого количества секрета. При немедленном типе реакция осуществляется от 3 минут до 2 часов после контакта с аллергеном. Присутствует чувство удушья, так как бронхоспазм препятствует нормальной вентиляции лёгких. Замедленная астматическая реакция развивается спустя 6 часов после контакта с раздражителем. Даже в период ремиссии поддерживается стойкий воспалительный процесс. При длительном течении заболевания может произойти облитерация стенок.

Помимо атопической, существуют: инфекционно-зависимая форма, аспириновая, дисгормональная и нервно-психическая формы.

Инфекционно-зависимая астма характеризуется более тяжёлым течением – приступ удушья нарастает постепенно, но при этом не прекращается в течение продолжительного времени и плохо купируется с помощью традиционных препаратов. [6] Действуют следующие механизмы:

1. Быстрая реактивность на аллерген, развивается реже. На первых стадиях инфекционной бронхиальной астмы при гиперреактивности бронхиального дерева к грибковым микроорганизмам.
2. Замедленный тип гиперчувствительности, при котором повторный контакт с раздражителем приводит к производству медиаторов замедленного действия. Из-за этого отхождение мокроты затрудняется, и повреждаются эпителий.
3. Снижается работа функций надпочечников при реакции на токсины.

Аспириновая форма проявляется из-за сбоя метаболизма арахидоновой кислоты.

При дисгормональной астме нарушаются глюкокортикоидные функции гормонов надпочечников. Случается это чаще всего при длительном лечении глюкокортикоидными препаратами.

Сильные эмоциональные нагрузки могут способствовать к бронхоспазму, вследствие резкого вдоха.

Концепция патогенеза бронхиальной астмы представляет собой хронический воспалительный процесс в бронхиальной стенке, как морфологическую основу заболевания. Следствием воспаления является развитие гиперреактивности бронхов и обструктивного синдрома в ответ на провоцирующие факторы.[2, с. 79]

Свойство дыхательных путей к бронхоспастической реакции в ответ на специфические (аллергические) и неспецифические раздражители, называется гиперреактивностью бронхов. За бронхоспазмом идёт появление воспалительного отёка слизистой оболочки с обструкцией мелких бронхов вязкой, плохо эвакуируемой мокротой. Эта симптоматика выявляется на всех стадиях данной патологии.

Чтобы оценить тяжесть бронхиальной астмы нужно обратить внимание на клинические проявления.

Отсутствие клинически выраженных приступов удушья и симптомы кратковременного характера, проявляющихся до 2 раз в неделю, сопутствуют лёгкой степени течения заболевания.

Степень средней тяжести может развиваться следующими симптомами: обостряются приступы удушья, в ночное время проявляются чаще 2 раз в месяц, при данном течении необходимо ежедневное употребление бронхолитиков короткого действия.

Ежедневные приступы удушья, ограниченность в физической нагрузке, регулярное применение бронхолитических лекарственных средств – указывают на тяжёлую степень заболевания.

Помимо степеней тяжести, заболевание делится на различные периоды:

1. Период предвестников.
2. Приступный период или период разгара.
3. Период обратного развития приступа.

В первом периоде предвестников совершаются вазомоторные реакции бронхолитического дерева, а именно слезоточивость глаз и зуд, раздражённость слизистой оболочки носа, отдышка, кашель. Присутствует ощущение



раздражительности, беспокойства, ухудшение сна. После периода предвестников наступает период разгара.

Показателем приступа удушья является одышка на фоне резкого ограничения подвижности грудной клетки, вместе со свистящим дыханием и жужжащими хрипами (слышны дистанционно). Во время экспираторного удушья пациент занимает вынужденное положение: сидя, упираясь руками на колени (или стоящий впереди предмет). Отмечается бледность кожных покровов, перкуторно выслушивается коробочный звук.

Период разгара завершается отхождением вязкой мокроты, то есть наступает послеприступный период. Постепенно улучшается самочувствие человека за счёт уменьшения хрипов и прохождения удушья.

## **1.2. Факторы риска, диагностика и осложнения**

Кроме внешних и внутренних раздражителей бронхиальной астмы, существуют группы риска – это люди, которые подвергают себя наибольшему обострению данной патологии или причинам сохранения симптомов.

В развитии бронхиальной астмы большую роль играют вредные факторы. В одну из таких групп входят пациенты, имеющие пристрастие к вредным привычкам. По статистике люди, постоянно курящие сигареты, болеют астмой в 7 раз чаще. Всё из-за влияния табачного дыма, провоцирующего выработку токсинов. Смесь из никотиновых смол является сильным раздражителем. Проникая в лёгочную систему, она угнетает действие противовоспалительных ферментов, бронхи сужаются, увеличивается количество выделяемой мокроты, таким образом, давая серьёзные нагрузки. Это своевременно сказывается на астматиках, они испытывают слабость и недомогание. Нельзя забывать, что если беременная женщина курит, возрастает вероятность рождения ребёнка с патологией бронхиальной астмы. «Пассивные курильщики» тоже подвергают себя опасности, вдыхая табачный дым, отравленный огромным количеством

никотина, смолы и ароматизаторов. Эти вещества могут оседать на одежде или мебели. Данная зависимость снижает эффективность лечения.

Употребляя алкоголь, который не поступает напрямую в бронхи, человек считает, что он никак не мешает при астме. Однако совсем наоборот, спиртное ускоряет метаболизм, в том числе и сенсibilизацию воспалительного процесса. При астматическом обострении, этиловый спирт вызывает спазм стенок сосудов и даёт дисбаланс обменным процессам.

В группу риска попадают люди, страдающие ожирением. Принято считать, что ожирение напрямую не воздействует при астме, так как нет связующего звена между этими заболеваниями. Косвенному объяснению поддаётся ряд механизмов: пациенты с бронхиальной астмой могут вести малоподвижный образ жизни. Ограничение физической нагрузки способствует страху перед приступом удушья. Вследствие набирается лишний вес, переходящий в ожирение.

Без качественного лечения и правильного ухода за заболеванием, могут пойти осложнения:

1. Острая и хроническая дыхательная недостаточность.
2. Эмфизема лёгких.
3. Развитие пневмоторакса.
4. Сердечно-лёгочная недостаточность.
5. Астматический статус.

Особое внимание хотелось бы уделить астматическому статусу, потому что этот синдром наиболее часто встречается при запущенности бронхиальной астмы.

Астматическое состояние, или астматический статус, характеризуется стойкой и долгой бронхиальной обструкцией, нарушением дренажной функции бронхов и нарастанием дыхательной недостаточности. Объясняется это диффузным отеком слизистой оболочки мелких бронхов и их закупоркой густой слизью. [1, с. 107]

Развитию астматического состояния способствуют следующие факторы: обострение или присоединение воспалительного процесса в бронхолегочной системе, переохлаждения, физические перегрузки, неадекватная терапия – бесконтрольное длительное применение симпатомиметиков, седативных, антигистаминных препаратов. Астматический статус сопровождается тремя стадиями.

Первая стадия относительной компенсации характеризуется частыми, длительными, полностью не купирующимися приступами удушья. В межприступном периоде бронхиальная проходимость полностью не восстанавливается, и сохраняются признаки бронхоспазма. Наблюдается мучительный приступообразный кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой. Больные занимают вынужденное положение, дыхание учащается. На расстоянии можно услышать интенсивные сухие свистящие хрипы. Выраженный цианоз и бледность кожных покровов, при легких перкуссии – коробочный звук. Характерны признаки гипоксического нарушения функции центральной нервной системы – раздражительность, возбуждение, иногда бред и галлюцинации. Со стороны сердечнососудистой системы выявляется тахикардия до 120 ударов в минуту, аритмии, боли в области сердца, признаки правожелудочковой недостаточности – набухание шейных вен.

Вторая стадия декомпенсации сопровождается тотальной обструкцией бронхов и бронхиол слизистыми пробками. При этом резко снижается дыхательная поверхность легких, нарастают признаки дыхательной недостаточности, развиваются глубокие нарушения газообмена. Эта стадия отличается крайне тяжелым состоянием больного, резко выраженной одышкой. Дыхание становится поверхностным, больные занимают вынужденное положение и судорожно хватают воздух ртом. Кожные покровы бледно-серые, набухание шейных вен. Из-за резкой гипоксии мозга у пациента наступает апатия, заторможенность, периодически сменяющаяся возбуждением. Со стороны сердечнососудистой системы наблюдается частый до 140 ударов в

минуту пульс, аритмии, понижение артериального давления, резкое приглушение тонов сердца.

Третья стадия астматического статуса характеризуется впадением больного в гипоксемическую кому. Общее состояние крайне тяжелое, критическое. Больной находится без сознания. Перед полной потерей сознания возможны судороги.

При рентгенологическом исследовании во время приступа бронхиальной астмы выявляются признаки острой эмфиземы: повышенная прозрачность легочных полей, горизонтальное положение ребер, низкое стояние диафрагмы. В межприступном периоде у пациентов с атопической формой бронхиальной астмой каких-либо рентгенологических изменений найти не удастся. При инфекционно-зависимой бронхиальной астме – выявляются признаки бронхита, эмфиземы, очагового пневмосклероза.

При исследовании крови во время приступа отмечается умеренный лимфоцитоз и эозинофилия. Spiрографическое и пикфлоуметрическое исследования выявляют нарушение бронхиальной проходимости: снижение жизненной емкости легких, снижение максимальной вентиляции легких, снижение объемной скорости выдоха. При микроскопии мокроты у больного бронхиальной астмой находят большое количество эозинофилов, спирали Куршмана (слизистые тяжи, представляющие собой слепки бронхов). Биохимическое исследование крови обнаруживает увеличение уровня альфа-2 и гамма глобулинов.

На ЭКГ в период приступа выявляются признаки перегрузки правого предсердия и признаки легочного сердца.

### 1.3. Лечение и неотложная помощь

Лечение бронхиальной астмы нужно начинать с устранения факторов вызывающих приступы. Терапия имеет 2 направления: поддерживающая терапия и купирование приступов.

Поддерживающая терапия направлена на предупреждение развития приступов и улучшения жизни пациента. Если поддерживающая терапия правильно подобрана, то это ведет к тому, что заболевание становится управляемым. Человек может спокойно жить в социуме, не боясь прихода приступов. Все это дает пациенту возможность вести активный образ жизни.

В качестве симптоматического лечения для улучшения отхождения мокроты назначают отхаркивающие и муколитические препараты (отвар термопсиса, мукалтин, бромгексин)

Если ухудшение течения бронхиальной астмы сопровождается обострением сопутствующих заболеваний (хронического бронхита, хронической пневмонии), назначают антибактериальные средства: эритромицин, амоксицилин.

При прогрессирующем течении бронхиальной астмы с тяжелыми приступами удушья, когда использование препаратов оказывается безуспешным, назначают глюкокортикостероиды. В них нуждается примерно 20% больных бронхиальной астмой. Хороший эффект оказывает также ингаляционный способ применения гормональных препаратов. Он дает меньше побочных эффектов. При лечении астматического состояния применяют оксигенотерапию.

Проводят мероприятия, направленные на возможное прекращение воздействия на организм больного аллергенов (например, исключение контакта больного с определенными растениями в период их цветения, применение диет при пищевой аллергии, рациональное трудоустройство при профессиональной аллергии). При выявлении реакции больного на определенные аллергены

проводят специфическую гипосенсибилизацию с целью ослабления реакции организма на данный аллерген.

Для купирования приступов удушья в настоящее время широко применяют аэрозоли селективных адреномиметиков. Они оказывают быстрое бронхорасширяющее действие: астмопент, сальбутамол, беротек. Доза препарата подбирается индивидуально. Для лечения используют также аэрозоли м-холинолитиков (атровент, беродуал). Для купирования приступа бронхоспазма часто применяют медленное внутривенное введение раствора эуфиллина. Для предупреждения приступов удушья назначают пероральный прием пролонгированных препаратов.

Как вспомогательные устройства применяют спейсер и пикфлоуметр. Приспособление пикфлоуметра можно использовать в домашних условиях, он определяет пиковую скорость выдоха. Если человек пользуется пикфлоуметром дома каждый день, он может обнаружить начинающиеся проблемы с дыханием еще до того, как у него появятся кашель и хрипы. В этом случае он может заблаговременно принять меры, увеличив дозы лекарств. В амбулаторных условиях пикфлоуметрию выполняют ежедневно утром и вечером (перед сном, обычно регистрируя более высокий показатель), а её результаты вносят в специальный дневник самоконтроля и вычерчивают графики.

Спейсер – это вспомогательное устройство для ингаляций, камера, которая служит промежуточным резервуаром для аэрозоли лекарства. Лекарство из баллончика ингалятора поступает в спейсер, а затем вдыхается пациентом. Единственное предназначение спейсера – обеспечение максимальной эффективности и безопасности при применении дозированных аэрозольных ингаляторов.

Для лечения бронхиальной астмы используют множество методов: магнитотерапия, аэроионотерапия, лазеротерапия. При ремиссии рекомендуется фонофорез, солнечные и воздушные ванны, электрофорез, водолечение, массаж грудной клетки и другие физиотерапевтические

процедуры. В период ремиссии заболевания показано санаторно-курортное лечение.

Однако случаются обстоятельства, когда пациенту необходима неотложная помощь.

Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы:

1. Прекратить контакт с аллергеном.
2. Помочь пациенту принять вынужденное положение (сидя с упором на руки).
3. Расстегнуть стесняющую одежду.
4. Обеспечить доступ свежего воздуха.
5. Применить ингаляторы с адреномиметиками: беротек, сальбутамол
6. Осуществлять контроль артериального давления, пульса и частоты дыхательных движений.
7. Подготовить к внутривенному введению 2,4% раствор эуфиллина.
8. Если приступ носит тяжелый характер или не купируется в течение 30 минут, внутривенно вводится гидрокортизон или преднизолон с 0,9% раствором натрия хлорида.
9. Провести оксигенотерапию.

Неотложная помощь при астматическом статусе:

1. Прекратить контакт с аллергеном.
2. Помочь пациенту принять вынужденное положение (сидя с упором на руки).
3. Расстегнуть стесняющую одежду и обеспечить доступ свежего воздуха.
4. Применить ингаляторы с адреномиметиками: беротек, сальбутамол.
5. Осуществлять контроль артериального давления, пульса и частоты сердечных сокращений.
6. Внутривенно ввести 100-150 мг преднизолона или 150-200мг гидрокортизона с интервалом в 2 часа. При отсутствии эффекта введение кортикостероидов повторять в возрастающих дозах.
7. Для борьбы с дегидратацией проводить инфузионную терапию изотоническим раствором хлорида натрия, 5% раствором глюкозы.

8. Для борьбы с ацидозом внутривенно ввести 200-400мл 4% раствора бикарбоната натрия.
9. Для улучшения микроциркуляции в малом круге кровообращения внутривенно ввести 5000-10000 ЕД гепарина.
10. При явлениях отека легких назначают мочегонные препараты.
11. После устранения ацидоза и восстановления реактивности бронхов показано повторное введение эуфиллина.

Проводится оксигенотерапия, показаны антигистаминные средства, транквилизаторы, муколитики и протеолитические ферменты, а также ингаляции с бронхолитиками.

#### **1.4. Профилактика бронхиальной астмы**

Первичная профилактика бронхиальной астмы включает в себя меры, касающиеся устранения причин, способных спровоцировать болезнь. Соблюдение этих мер направлено и на то, чтобы заболевание не развивалось. Выполнять эти указания необходимо, в первую очередь, тем пациентам, которые находятся в постоянной группе риска: люди с аллергическими реакциями, жители мегаполисов из-за неблагоприятной экологической ситуации, работники химического производства, в том числе и фармацевты, курильщики, дети, а также те больные, имеющие склонность к частым рецидивам бронхита.

1. Нужно проводить ежедневную влажную уборку дома.
2. Отказаться от ковров, больших мягких игрушек, открытых полок с книгами, искусственных цветов. Все эти предметы способны накапливать пыль – а это один из аллергенов.
3. Пользоваться исключительно гипоаллергенным постельным бельём и принадлежностями.
4. Необходимо до минимума сократить количество комнатных цветов.



5. Стараться не заводить домашних животных. Их шерсть может вызывать аллергию.
6. Отказ от курения, в том числе пассивного, и приёма крепких алкогольных напитков.
7. Избегать бытовых аэрозолей с сильными отдушками.
8. Строгое соблюдение диеты, исключая аллергены: орехи, шоколад, продукты, содержащие консерванты и красители.
9. Если у человека, работающего на вредном производстве, обнаружилась склонность к заболеванию, сменить род деятельности.
10. Ежегодный отдых в санаториях на берегу моря и в горах.
11. Своевременная профилактика и лечение заболеваний дыхательных путей.

Если пациент не смог предотвратить всех негативных факторов и у него разилась болезнь, необходима вторичная профилактика бронхиальной астмы. Она включает в себя меры, направленные на предотвращение осложнений у лиц, страдающих астмой, сокращение числа приступов и их интенсивности.

1. Меньше бывать на улице в весенний период, когда цветут многие растения, чья пыльца является мощным аллергеном.
2. Остерегаться укусов насекомых.
3. Рекомендуются массаж грудной клетки и массаж спины.
4. Всегда иметь при себе ингалятор.
5. По рекомендации врача использовать методы нетрадиционной медицины – иглоукалывание, рефлексотерапию.
6. Выполнение дыхательной гимнастики.
7. Хорошим терапевтическим эффектом обладает регулярное посещение соляных комнат или пещер.
8. Следить за течением острых респираторных заболеваний и бронхитов.

Проводится профилактическое лечение противоаллергическими препаратами. Также могут быть использованы методы по десенсибилизации.

Третичная профилактика применяется для уменьшения тяжести течения и предупреждения обострений болезни у пациентов, которые уже болеют

бронхиальной астмой. Основным методом профилактики астмы на этом этапе заключается в исключении контакта пациента с аллергеном, вызывающим приступ астмы.

Правильно спланированные и выполненные меры по профилактике бронхиальной астмы являются эффективным средством предотвращения и лечения этого заболевания.

### **1.5. Особенности сестринской деятельности при бронхиальной астме**

Перед сестринскими вмешательствами необходимо опросить пациента или его родственников, провести объективное исследование – это позволит медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента, а так же своевременно выявить его настоящие и потенциальные проблемы, восполнять нарушенные жизненно важные потребности пациента, оказывать психологическую помощь. Сформировать план ухода.

При осмотре медсестра обращает внимание на положение пациента (сидя, упираясь руками в край кровати, стула), на характер одышки (экспираторная), наличие хрипов, цвет кожи лица, губ, выражение страха на лице.

Сестринский уход за пациентом во время приступа бронхиальной астмы значительно важен. Во-первых, необходимо оказывать неотложную помощь. Во время приступов для облегчения отхождения мокроты и её разжижения, больному надо давать пить тёплое молоко или тёплую воду с пищевой содой. Как правило, приступ заканчивается отхождением густой стеклоподобной мокроты, поэтому пациента нужно снабдить определённой посудой для её сбора. Также необходимо обтирать тело больного влажным полотенцем, при повышении температуры тела. Нельзя оставлять больного одного во время приступов и после них.

С пациентом нужно обязательно беседовать и информировать о заболевании, научить самостоятельно распознавать приближающееся

ухудшение (приступ) и устранять его. Объяснять назначение таких приборов индивидуального пользования, как спейсер и пикфлоуметр для лечения астмы и обучить их применению. Помогать пациенту точно выполнять рекомендации врача, ведь от этого будет зависеть полнота успеха противоастматического лечения. Рекомендовать больному больше читать о своем заболевании, побуждать больного к занятиям дыхательной гимнастикой и физическими упражнениями. Напоминать о необходимости носить с собой карманный ингалятор и следить за тем, чтобы он был полным.

Бронхиальная астма требует от пациента длительного и тщательного соблюдения медикаментозных программ, особого режима жизни, ряда ограничений. От соблюдения этих условий зависит успешность предлагаемых специалистом программ ведения больных. Обучение пациентов – необходимая составная часть комплексной программы терапии. Поэтому нельзя забывать информировать людей, страдающих астмой, о наличии специальных школ здоровья.

Основным предназначением Астма-школы является обучение пациентов над управлением своим заболеванием, способности самостоятельно контролировать свое состояние под наблюдением медсестры или врача. Обучение пациента предполагает установление партнерства между ним и медицинским работником в условиях постоянной проверки и обновления знаний. Главная цель – повышение эффективности терапии, контроль за течением болезни путем обучения пациента. В ходе занятий обучаемые получают необходимую информацию о причинах развития и основах патогенеза бронхиальной астмы, основных способах лечения и методах самоконтроля. Астма-школа даёт пациентам понять, что они не одиноки, что им хотят помочь врачи и медсестры, и они объединены одним желанием – избавить их от тяжелых симптомов астмы, научить управлять болезнью. Цикл занятий может быть ограничен 5 уроками продолжительностью не более 1,5 часа. Общая продолжительность цикла не должна составлять более 7–10 дней.

## **ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ.**

### **2.1. Исследование социологического статуса респондентов**

Для сравнения позиций пациентов, страдающих бронхиальной астмой, мной проведено исследование на основе эмпирических данных. Была создана анкета, чтобы помочь рассмотреть влияние сестринских процессов на продуктивность лечения пациентов с бронхиальной астмой в стационаре. В социологическом исследовании приняли участие 40 человек в возрасте старше 18 лет, из них 23 с бронхиальной астмой. На вопросы отвечали пациенты и родственники, которые ознакомлены с их заболеванием. Опрос проводился на базе ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода» в пульмонологическом отделении.

Для всех людей, находившихся в стационаре, был задан следующий вопрос: «С каким диагнозом вы поступили в отделение?»

Как видно из гистограммы (Рис. 1), 66 % больных с бронхиальной астмой, обратившихся в стационар, 18% лежат с пневмонией, 9% больных с плевритом и всего 7% пациентов с заболеваниями другой этиологии. Среди всех опрошенных в пульмонологическом отделении, количество людей больных бронхиальной астмой превышает 50%. Таким образом, показатель отмечает, что с данным диагнозом нужно уделять особое внимание своему здоровью, а сестринский уход направить на предупреждение развития заболевания и профилактику. Это позволит сократить численность лиц поступающих на долговременное лечение в стационаре, а также уменьшить величину возникновения осложнений.



Рис . 1. Процент бронхиальной астмы в сравнении с другими заболеваниями

В анкете респонденты указали свой пол. Из подсчётов было выявлено, женщин с бронхиальной астмой – 12, а мужчин – 11. Это показано на диаграмме (Рис. 2.)

Людям нужно беречь своё здоровье, так как в это влияет на дальнейшее развитие их организма. Представительницы женского пола болеют бронхиальной астмой чаще мужчин. Данная теория может быть связана с множеством причин: ослабленный иммунитет, подверженность профессиональным стрессам (работой), частое использование бытовой химии. Всё это из-за чувствительной восприимчивости на раздражитель (аллерген). Мужчинам с бронхиальной астмой стоит быть осторожной с выбором рабочей деятельности, поскольку профессиональные вредности могут нанести вред здоровью.

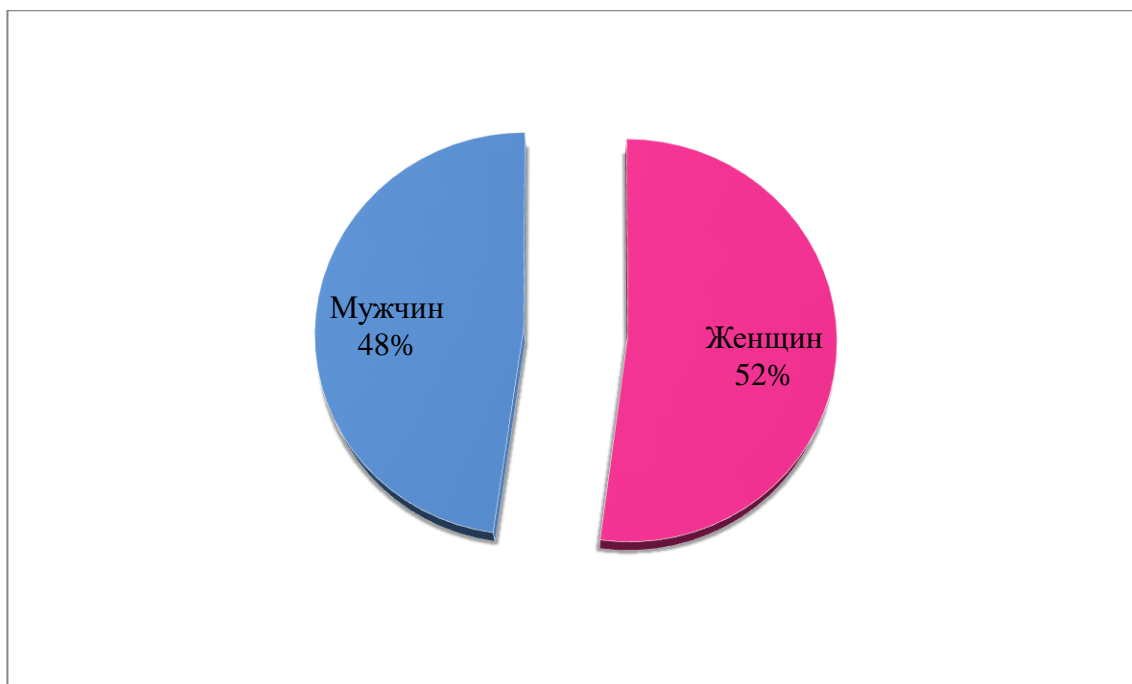


Рис. 2. Гендерный признак респондентов

Далее в опросе пациенты указали свой возраст. На графике (Рис. 3) изображено: соотношение возраста и количества людей. На стационарном лечении находятся 8 человек старше 60 лет. Из-за возраста им тяжело следить за прогрессивностью своего заболевания. Поэтому сестринская деятельность за этими людьми направлена на обеспечение должествующего ухода.

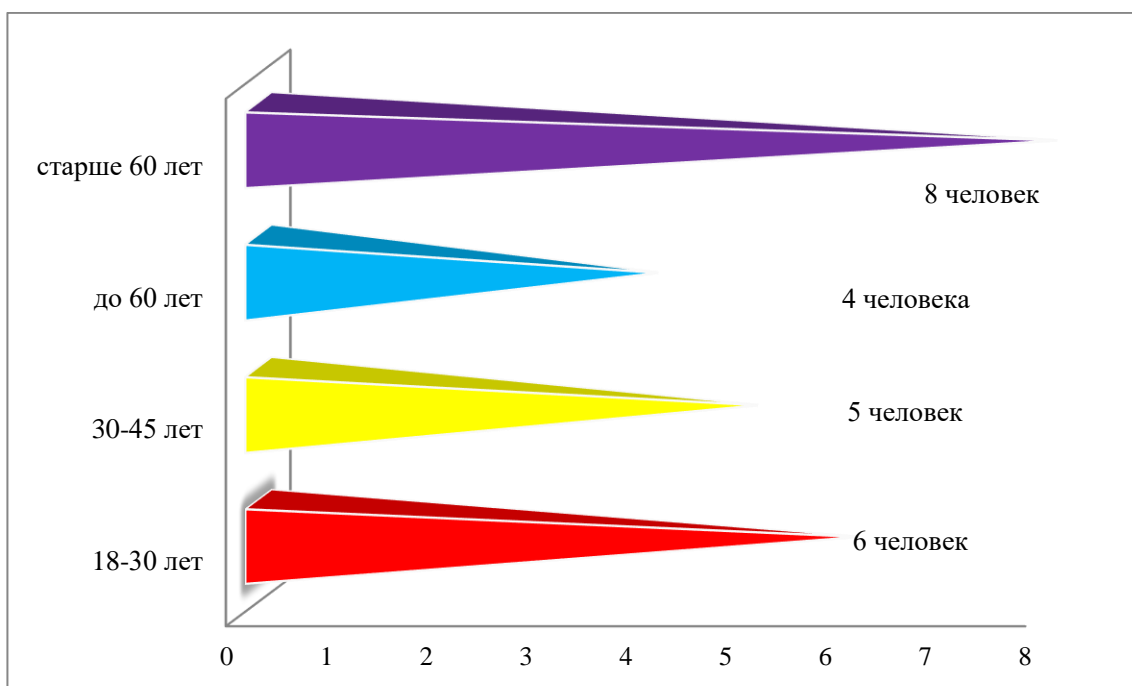


Рис. 3. Возраст людей в стационаре

На диаграмме (Рис. 4) представлены выбранные респондентами варианты, где они проживают. Таким образом, в частном доме живут 7 человек, 5 в общежитии, а 11 человек в квартире. Частое местопребывание в городе способствует усилению симптоматики бронхиальной астмы. Это из-за выбросов отходов промышленности, вредных веществ, загрязнённой атмосферы, неподходящего климата. Людям, болеющим данным заболеванием, нужно чаще находиться на свежем воздухе, отдыхать в санаториях, укреплять иммунитет закаливанием.

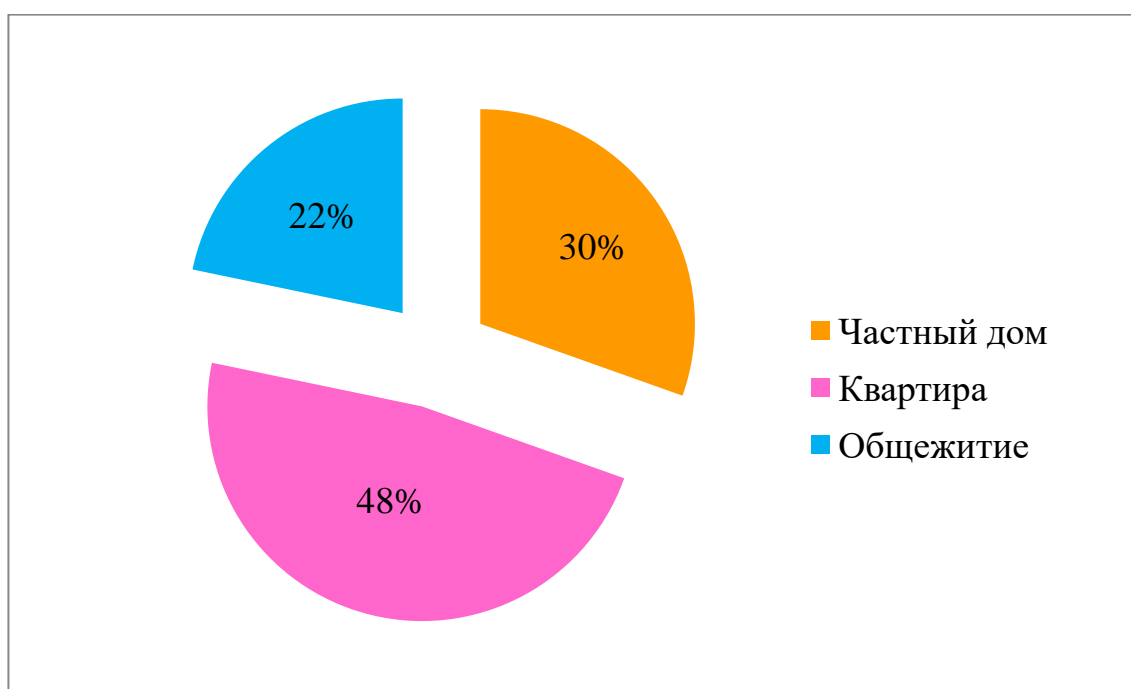


Рис. 4. Условия проживания респондентов

Социальный статус человека помогает разобраться, с чем связано заболевание, какие рабочие факторы на него воздействуют. Социальная группа пациентов стационара показана на гистограмме (Рис. 5). Студентов – 7 человек, 3 человека без работы и 13 людей работающих. Люди с профессиональной занятостью подвергаются регулярным стрессам. Психологические и эмоциональные нагрузки содействуют ухудшению самочувствия. Таким людям нужно избегать попаданий в стрессовые ситуации, чтобы не перенапрягаться. Рабочие на вредных производствах должны сменить вид деятельности, дабы изолировать себя от контакта с вредными веществами.

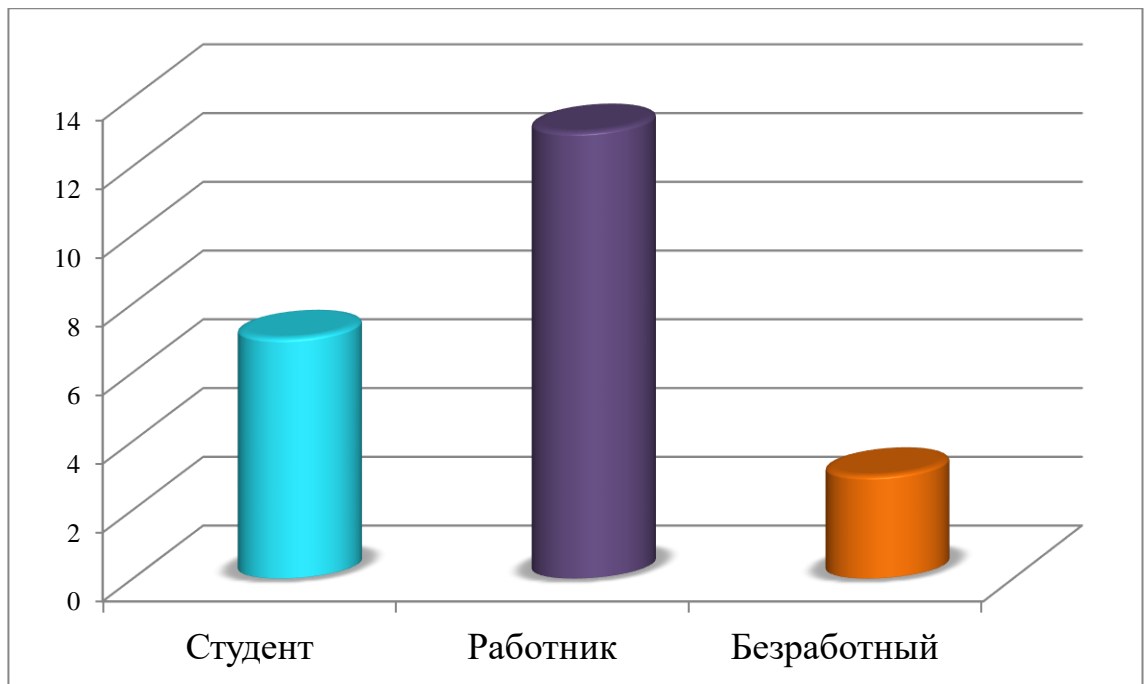


Рис. 5. Социальная принадлежность пациентов

Затем последовал вопрос: «Имеются ли у Вас вредные привычки?» В диаграмме (Рис. 6.) представлено количество лиц, которое злоупотребляет алкоголем или курением.

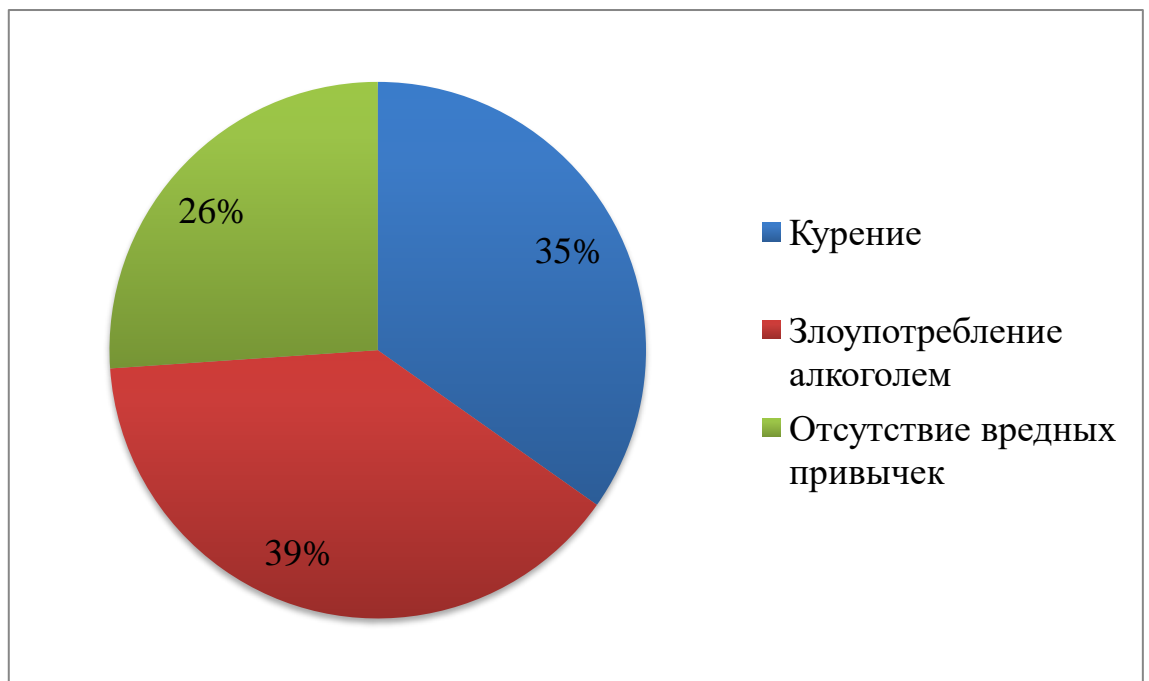


Рис. 6. Количество человек, имеющих вредные привычки

Очевидно, что процент людей имеющих вредные привычки превышает число их отсутствия. Если чрезмерно злоупотреблять алкоголем или курением



– это приведёт к ухудшению состояния больных бронхиальными астмой. Вредные привычки сопутствуют прогрессированию патологического процесса, который негативно отражается на самочувствии людей. Для поддержания своего здоровья и стабильной внутренней гармонии – требуется вести здоровый образ жизни. Он пробуждает иммунитет в организме, а также убавляет влияние негативных факторов. Сестринский процесс нужно направить на санитарно-просветительную работу, в которой будет говориться о сохранении своего здоровья с помощью улучшения образа жизни и отказа от вредных привычек. Взвесив каждый плюс, люди станут прислушиваться и следовать дальнейшим инструкциям по защите своего организма.

Далее мы спросили, имеются ли у пациентов родственники, болеющие бронхиальной астмой?

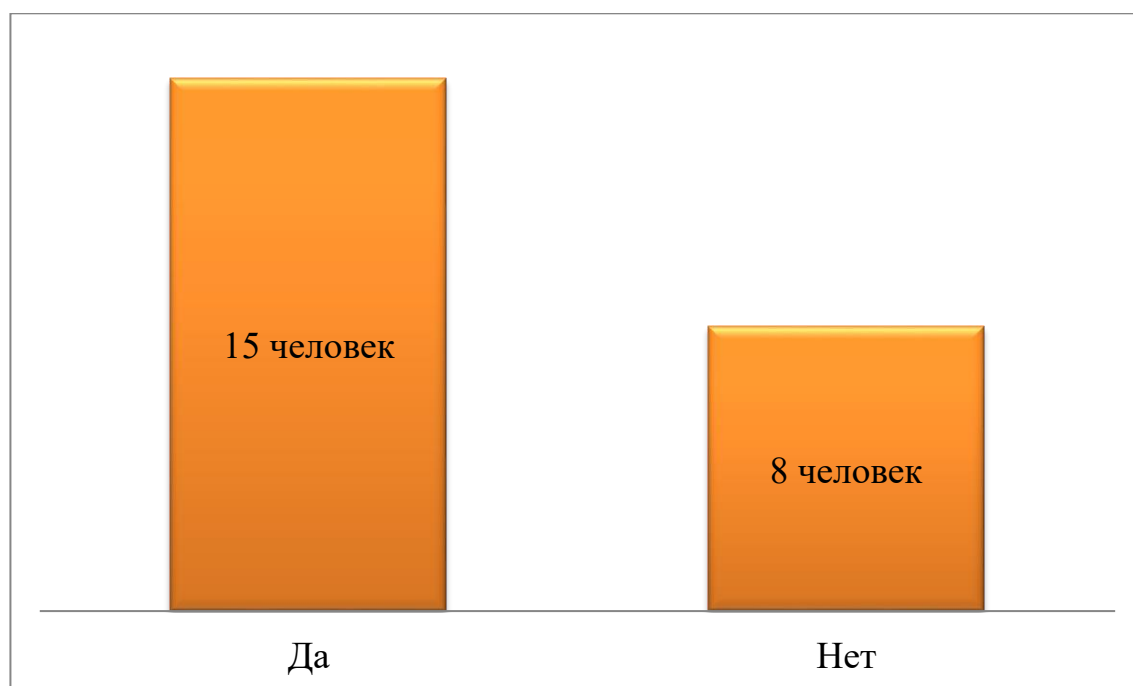


Рис. 7. Число лиц, обладающих наследственной предрасположенностью

Из 23 человек оказалось, что 15 обладают наследственной предрасположенностью к заболеванию. Это обусловлено генетическими особенностями строения и повышенной чувствительности бронхов. Также по наследству могут передаваться иммунные реакции, которые провоцируют аллергические приступы.

Задан вопрос: «Какова у Вас частота возникновения приступов бронхиальной астмы?» Ответы респондентов представлены на диаграмме (Рис. 8). Среди отзывов следующие варианты:

- приступы 1-2 раза в неделю (ночные симптомы не чаще 2 раз за месяц);
- частые симптомы (ночные симптомы больше 2 раз в месяц);
- ежедневные приступы удушья.

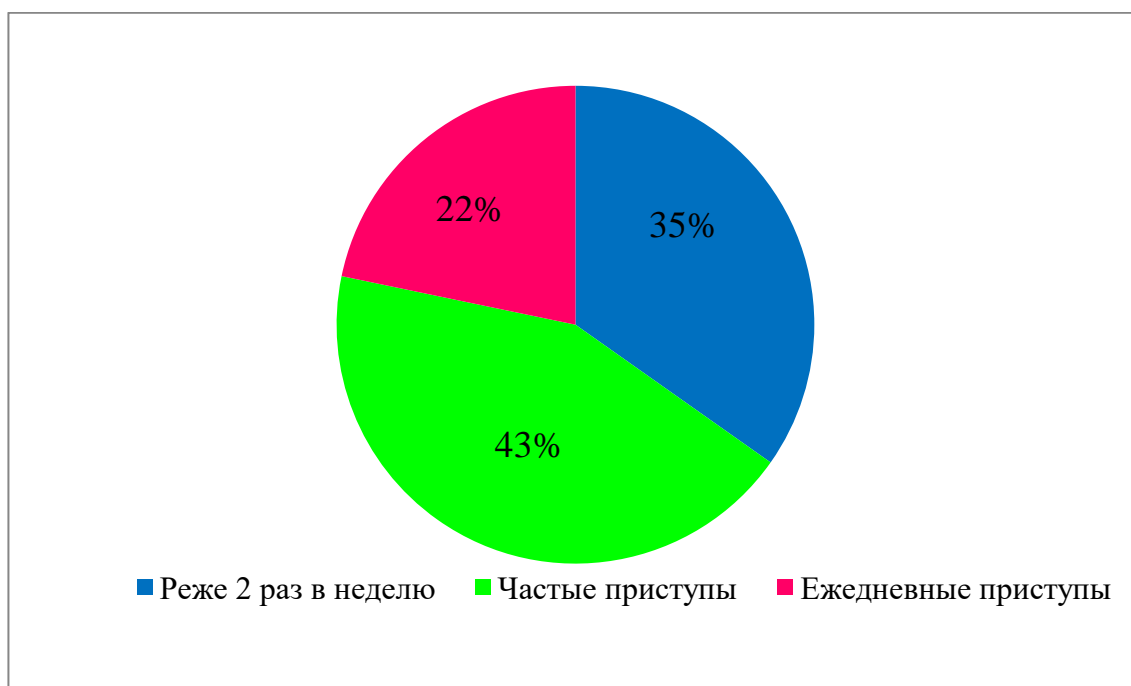


Рис. 8. Частота приступов удушья у опрошенных

Соответственно, у 43% респондентов случаются частые приступы бронхиальной астмы, у 35% – редкие 1-2 раза в неделю, а 22% страдают ежедневными приступами удушья. Для сдерживания нарастающих приступов нужно использовать качественные препараты лечения, и скорректировать суточное потребление лекарств. По назначению врача медицинская сестра доходчиво и по правилам сможет объяснить, как правильно пользоваться бронхолитическими медикаментами, в том числе аэрозольным ингалятором.

Затем было акцентировано внимание на тему заинтересованности людей об их заболевании. Последовал вопрос: «Вы проводите пикфлоуметрию?»

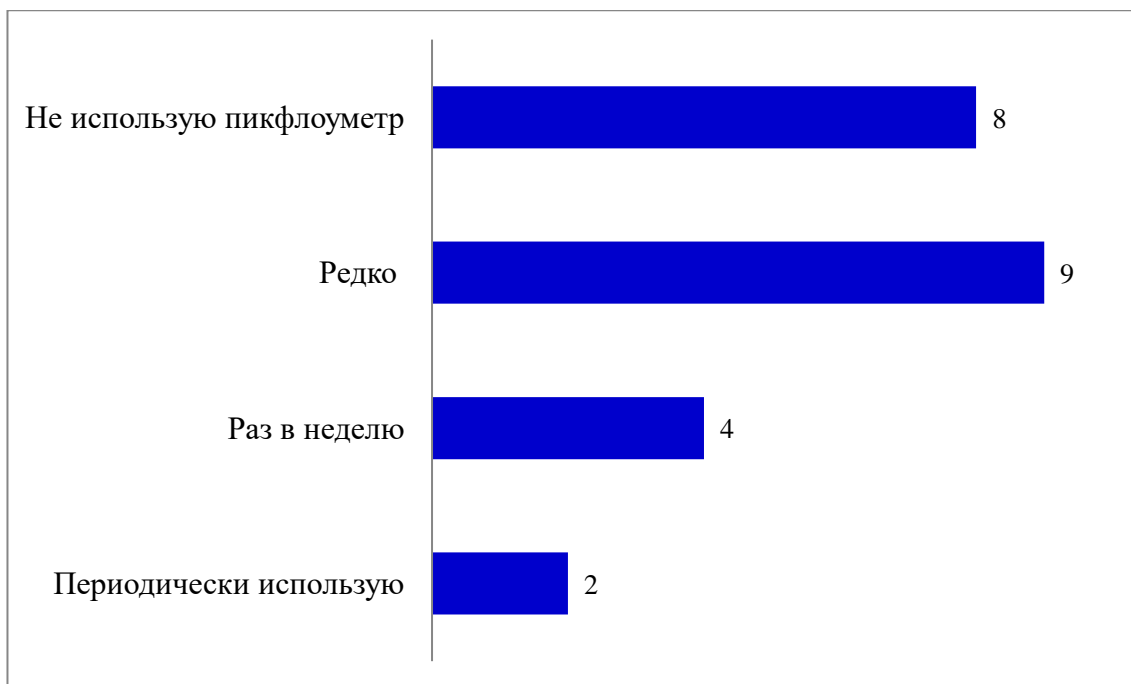


Рис. 9. Проведение пикфлоуметрии

На изображённой диаграмме (Рис. 9.) выявлен объём, составляющий 8 человек, которые не пользуются пикфлоуметром, и 9 пациентов редко его применяют. Частое проведение пикфлоуметрии способствует выявлению наличия предвестников симптомов бронхиальной астмы (хрипов и кашля), благодаря оценки пиковой скорости выдоха. Таким образом, из-за недостатка внимания к пикфлоуметрии, люди упускают возможность обнаружить раннее присутствие заболевания.

У пациентов мы спросили о том, знают ли они, какой формой бронхиальной астмы болеют. Были предложены варианты ответов:

- атопическая (попадание специфического аллергена в бронхи);
- инфекционно-зависимая (развивающаяся на фоне инфекционного поражения дыхательных путей);
- не проинформирован.

По показаниям (Рис. 10.) можно увидеть, что 32% из всех людей не знают, какая у них форма заболевания. У 48% атопическая форма, а у 20% - инфекционно-зависимая.

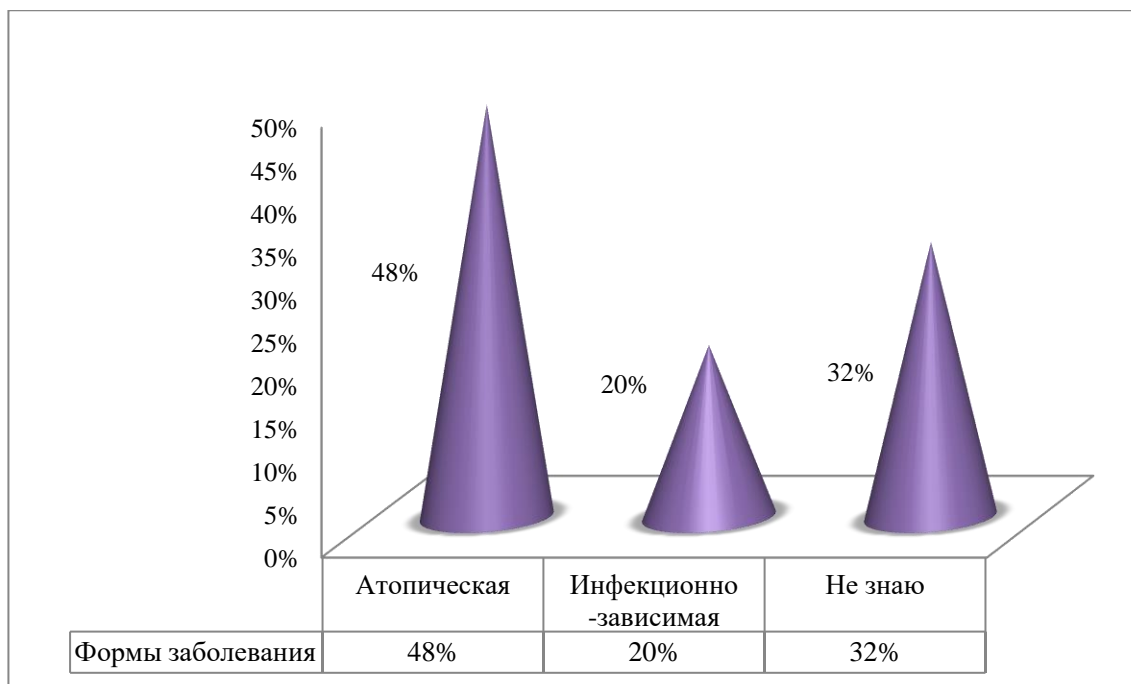


Рис. 10. Формы заболевания бронхиальной астмы

Затем был задан вопрос: « Хорошо ли вы проинформированы о Вашем заболевании?»

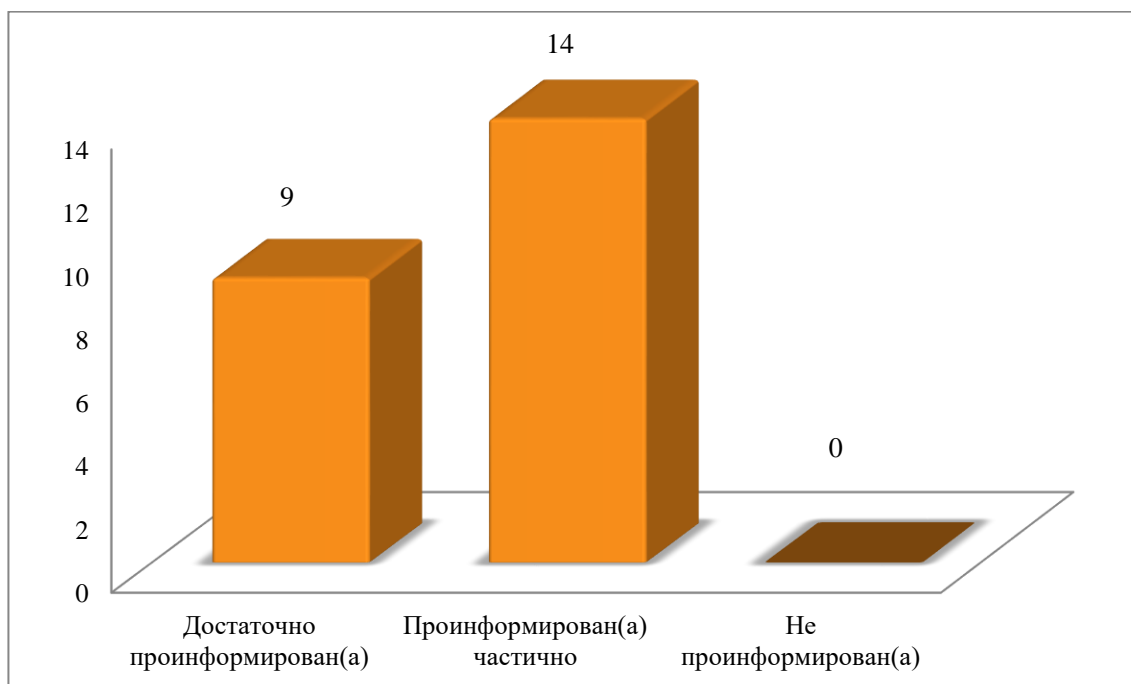


Рис. 11. Информированность пациентов о бронхиальной астме

На предоставленной гистограмме (Рис. 11.) видно, что из 23 человек, 8 лиц достаточно ознакомлены со своим заболеванием, 14 проинформированы

частично, и нет ни одного человека, который не имеет представления о данной патологии.

После этого последовал опрос пациентов об источниках информации о мерах предупреждения бронхиальной астмы (Рис. 12.). По графику видно, что большая часть пациентов осведомлена о своём заболевании благодаря посещению Астма-школы и обучению медицинским персоналом.

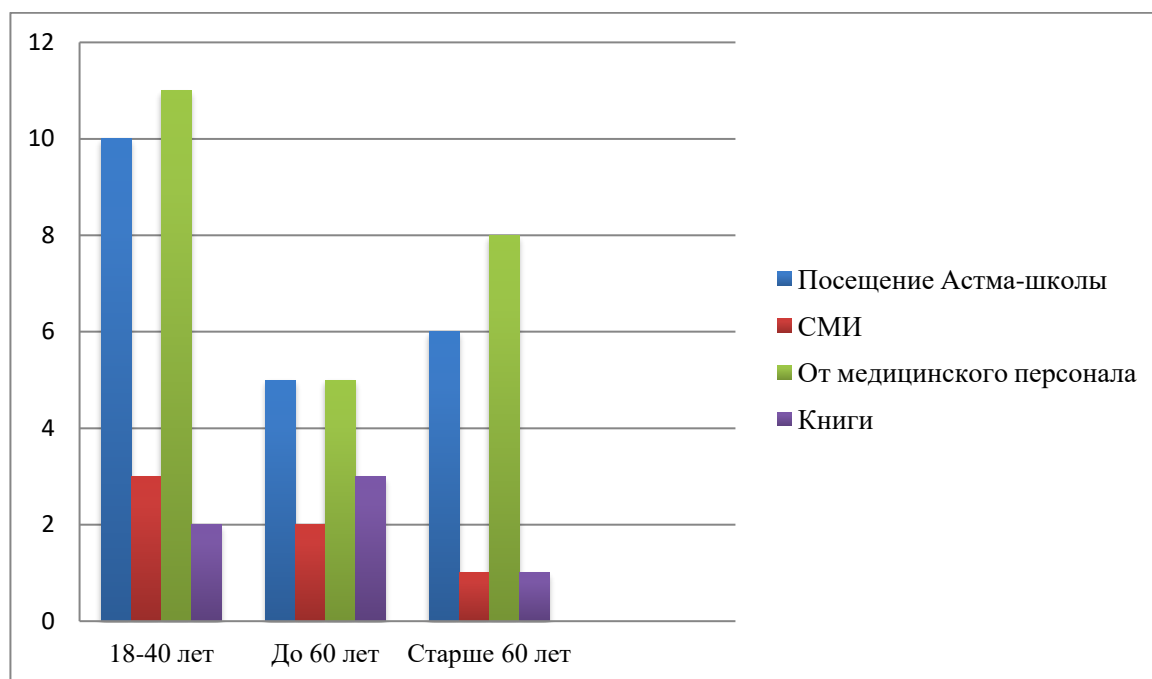


Рис. 12. Источники информации больного

## 2.2 Профессиональная деятельность медицинских сестёр при бронхиальной астме

Медицинская сестра должна помогать пациенту в оказании ухода, купировании приступов, влиять на него психологически, быть компетентной и качественно выполнять свою работу. Чтобы разобраться, как сестринский персонал выполняет свою профессиональную деятельность, я опросила пациентов.

На заданный вопрос: « Оказывает ли медсестра участие в купировании приступов бронхиальной астмы?», большая часть пациентов ответила, что медсестры помогают в устранении симптомов бронхиальной астмы (Рис. 13).

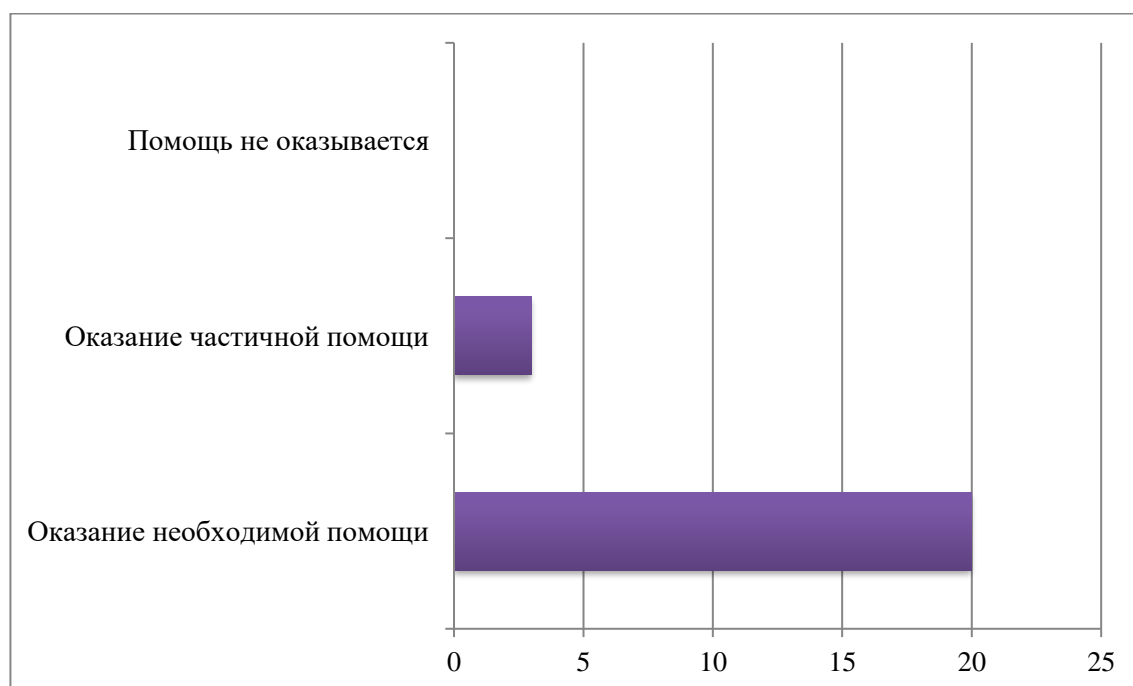


Рис. 13. Соотношение в оказании медицинской помощи

Затем последовал ряд вопросов о знании пациентов про Школу здоровья. «Известно ли Вам о существовании Астма-школы?». На диаграмме (Рис. 14) представлены выбранные варианты ответов. 70% пациентов достаточно ознакомлены с информацией об Астма-школе. Однако присутствуют люди – 26%, которые проинформированы частично и 4% лиц, не знавших об её существовании. Таким образом, для достижения максимальной эффективности лечения и контроля над заболеванием, пациенту должны предоставлять полную информацию об Астма-школе и плану занятий.

На диаграмме (Рис. 15) выявлено количество респондентов, посещавших Школу здоровья. Из 23 человек всего 4 человека, которые не прошли курс в Астма-школе. Уроки в данном учреждении разделены на курсы, в течение которых пациентам будут предоставлены специальные темы, помогающие в будущем не допустить появления приступов и связанных с ними осложнений.

На занятиях пациенты с бронхиальной астмой изучают, как развивается заболевание, каких правил стоит придерживаться в повседневной жизни, чтобы облегчить его симптомы.

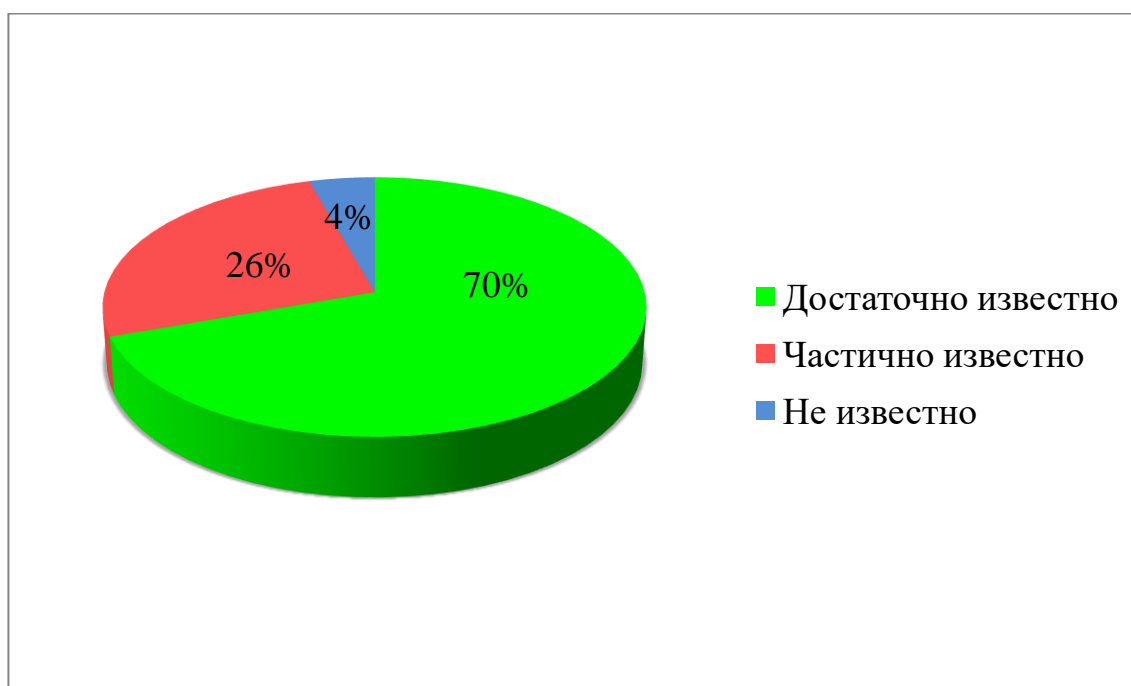


Рис. 14. Сведения пациентов о Школе здоровья



Рис. 15. Сведения пациентов о Школе здоровья

Очень важно, чтобы медсестра и врач принимали соучастие в проведении занятий в Школах здоровья. Это помогает качественно информировать пациентов о течении их заболевания, справляться с купированием предвестников симптомов, вести пикфлоуметрию. Для этого я узнала: «Какая роль медицинской сестры в проведении занятий в Школе здоровья?» Ориентируясь на гистограмму (Рис. 16) видно равное количество ответов. Специально обученная медицинская сестра ведёт не только лекции, но и показывает практические навыки. С таким преподаванием пациенты легко усваивают полученную информацию, что даёт гарантию над контролем своего заболевания. Таким образом, изложенное свидетельствует об эффективности Астма-школы, о положительном влиянии работы с пациентами.

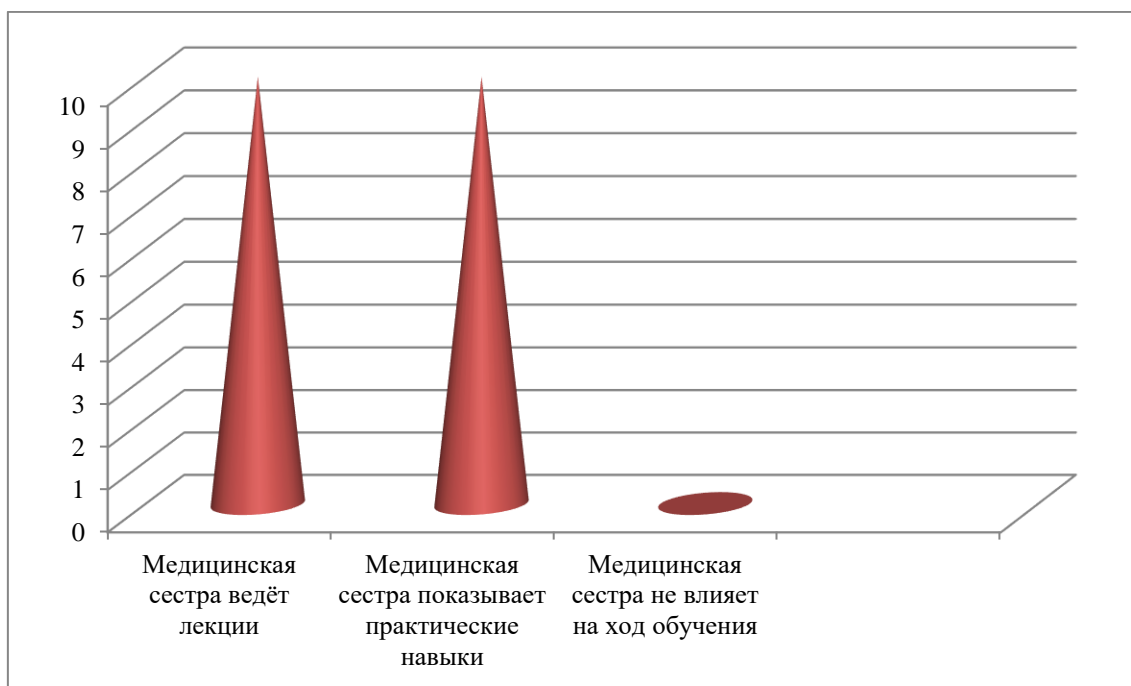


Рис. 16. Роль медсестры в проведении занятий в Астма-школе

«В какой форме информация о бронхиальной астме исходит от медицинской сестры?» На изображении (Рис. 17.) предьявлены варианты ответов:

- в виде санбюллетеней;
- в формате видео;
- в практическом виде;



– в виде лекционного материала.

Больше всего проголосовало за лекционный материал и за практические навыки.

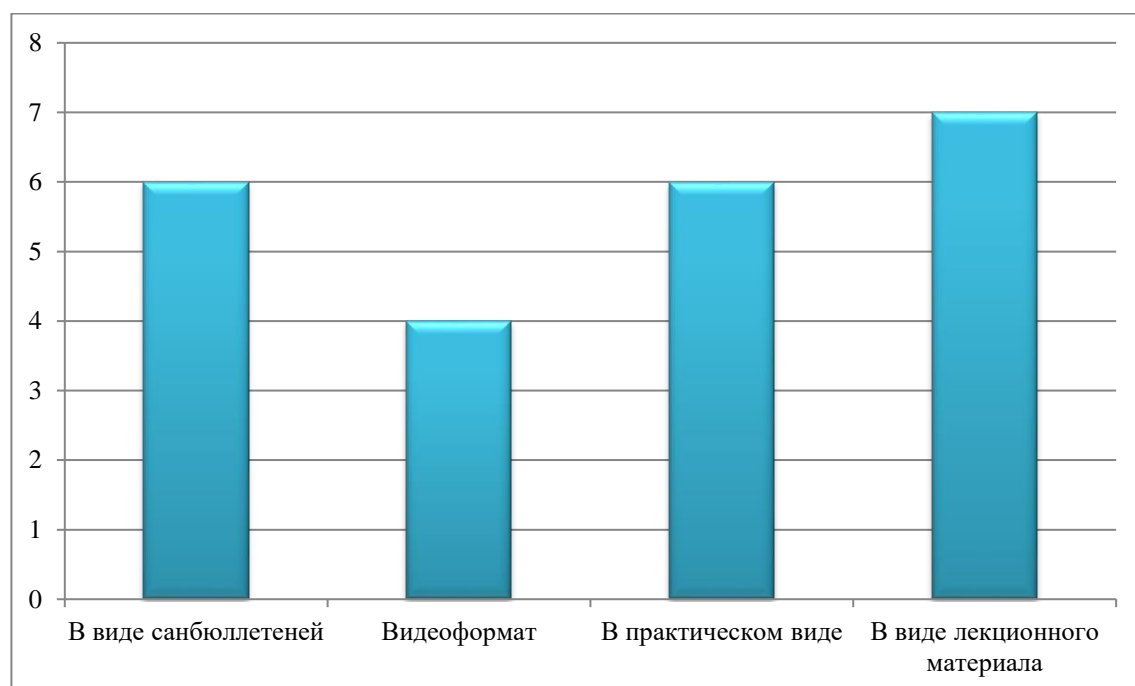


Рис. 17. Источник информации о бронхиальной астме

В анкете мы попросили отметить, какой уровень понимания медицинской сестры в проблемах пациентов. Абсолютно все респонденты отметили достаточный уровень компетенции и лояльности медицинских сестёр в проблемах пациентов. Это показано в виде диаграммы (Рис. 18).

С таким уровнем работы среднего медицинского персонала можно достичь высокой степени продуктивности в отношении данного заболевания.

Были оставлены отзывы пациентов на оценку характеристики профессиональной деятельности медицинских сестёр.

Все 23 человека оценивают работу медицинских сестёр на 100%. Это показано на рисунке (Рис. 19). Респонденты выделяют: своевременное выполнение врачебных назначений, аккуратность в исполнении манипуляций, понимание проблем пациентов, этику и деонтологию медицинского персонала. В целом все пациенты довольны профессиональной деятельностью медицинских сестёр.

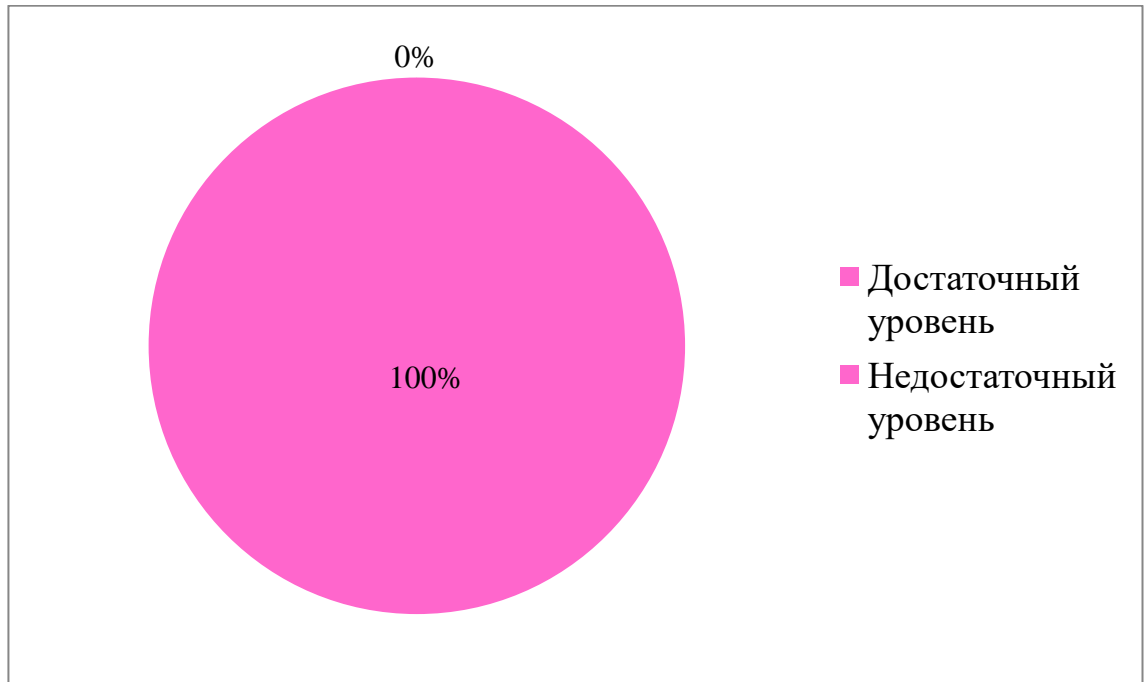


Рис. 18. Уровень понимания проблем пациентов

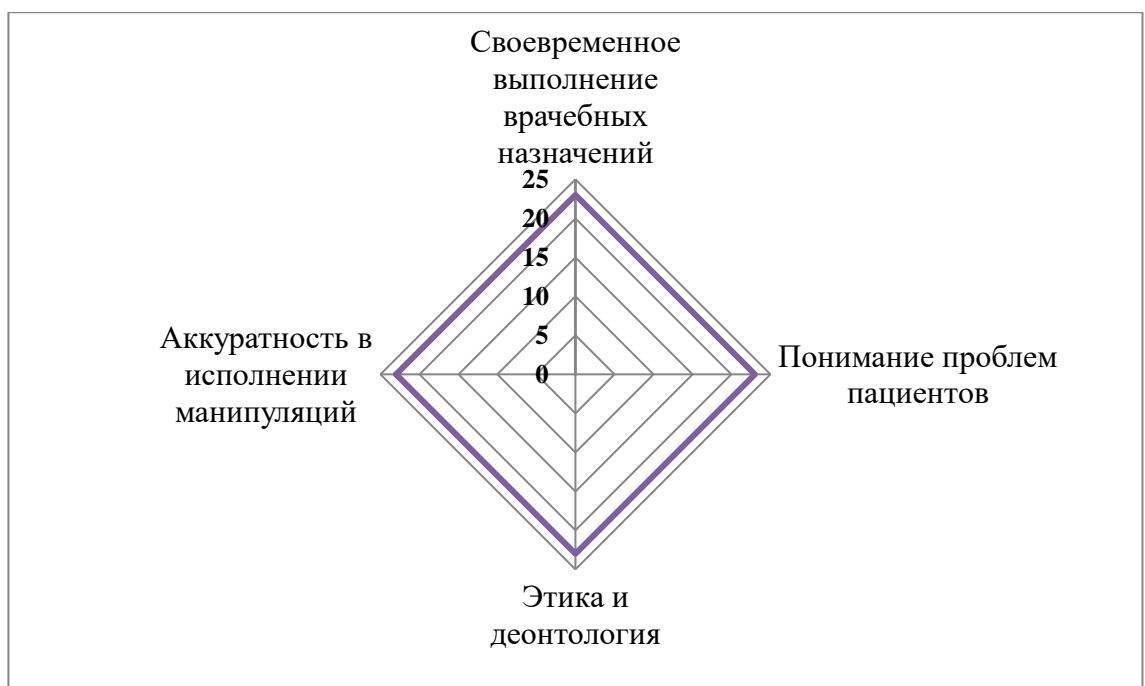


Рис. 19. Отзывы респондентов

Чтобы убедиться в результатах своего исследования, я проанализировала все ответы из предоставленного анкетирования (Таблица 1.)

Таблица 1. Отзывы опрошенных пациентов

Вопросы	Да	Нет
Влияет ли сестринский уход на продуктивность лечения бронхиальной астмы?	23 человека	0 человек
Хорошо ли средний медицинский персонал осведомляет Вас о вашем заболевании?	23 человека	0 человек
Как Вы считаете, справляется ли медицинская сестра со своими обязанностями?	23 человека	0 человек
Нуждаетесь ли вы в дополнительной информации? Если «да», то в какой?	0 человек	23 человека

Опираясь на исследование, были выявлены следующие рекомендации:

- устанавливать сестринский диагноз, выявляя проблемы и нарушенные потребности пациента;
- своевременно оказывать неотложную помощь;
- чётко следовать назначению врача и плану ухода за больными;
- обучать пациентов самоуходу;
- информировать о дальнейших прогнозах и течении заболевания;
- акцентировать внимание среднего медицинского персонала на проведении комплексных мероприятий противоастматической диспансеризации и профилактики.

Таким образом, исходя из исследования, цели и задачи дипломной работы были выполнены. Профессиональная деятельность медицинских сестёр оказывает большой вклад в продуктивности лечения, ухода за заболеванием бронхиальной астмы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании изучения и анализирования литературы и современных публикаций по теме: « Профессиональная деятельность медицинских сестёр при бронхиальной астме», а также использования различных методов исследования, были определены выводы.

От процесса дыхания зависят все процессы жизнедеятельности организма. Дыхательный процесс - это очень тонкая и сбалансированная система поглощения кислорода из атмосферы, которая сильно подвержена внешнему воздействию. Болезни дыхательной системы очень опасны и требуют серьезного подхода.

Бронхиальная астма – это именно то заболевание, на которое нельзя закрывать глаза. С каждым годом число заболевших растёт, страдают как взрослые, так и дети. Огромное количество людей подвергает себя опасности, не зная, что болезнь кроется рядом. Без назначенного качественного лечения и сестринского ухода, человек может себя подвергнуть летальному исходу.

В последнее время очень большое внимание уделяется обучению пациентов. Поскольку бронхиальная астма хроническое заболевание, требующее постоянного мониторинга и коррекции терапии, пациент должен многое знать и уметь сам. С момента установления диагноза надо дать больному подробную информацию о сути заболевания, причинах обострения, механизмах действия основных лекарственных препаратов, побочных эффектах, чтобы по возможности их избегать, обучить самоконтролю за самочувствием. Задача среднего медицинского персонала состоит в активном участии лечебного процесса. С этой целью во многих учреждениях амбулаторного типа создаются школы здоровья. Современный ступенчатый подход к лечению бронхиальной астмы включает в себя одновременно и терапию, и профилактику обострений заболевания, а также значительно

снижает риск осложнений. Участие пациента в лечебном процессе позволяет свести к минимуму влияние неблагоприятных этиологических факторов на организм.

Осуществляя сестринский процесс, медицинская сестра должна быть коммуникабельной, чтобы выявлять нарушенные потребности и проблемы пациента, уметь оценить способность к самоуходу. При бронхиальной астме у пациентов нередко возникают неотложные состояния, поэтому медсестра в данной ситуации должна действовать профессионально, четко и быстро выполнять сестринские вмешательства, так как от этого порой зависит не только здоровье, но и жизнь пациента. В этом и заключается особенность сестринского процесса при бронхиальной астме.

Сестринский процесс, включающий комплекс лечебно – диагностических мероприятий, предупреждает развитие осложнений, способствует повышению эффективности лечения и качества жизни пациентов с бронхиальной астмой.

Из проделанной работы можно сделать вывод, что главная роль медицинской сестры направлена на облегчение состояния пациента, предотвращение обострения заболевания и адаптацию человека в социуме после приобретения данного заболевания.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов, А.А., Педиатрия Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. А. Баранова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с.
2. Буйневич, И. В., Пульмонология: учеб.метод. пособие к практическим занятиям для студентов 4 курса медицинских вузов / И. В. Буйневич, В. Н. Бондаренко, М. А. Юденко.— Гомель: ГомГМУ, 2016. — 68 с.
3. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2014 г.) / пер. с англ. под ред. А. С. Белевского. — М: Росс. респ. об-во. — 2015. — 148 с.
4. Корягина, Н. Ю. Организация специализированного сестринского ухода [Текст]: учебник / Корягина Н. Ю.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018-310с.
5. Лычев, В. Г., Карманов В. К. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи: учебное пособие. — 2-е изд., перераб., испр. и доп. - М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2016. — 332 с.
6. Медицинская лабораторная диагностика [Текст] : программы и алгоритмы : руководство / под ред. А. И. Карпищенко. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 696 с.
7. Огороков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов: в 10 т. / А. Н. Огороков. — М.: Мед. лит., 2014. — Т. 4: Диагностика болезней органов дыхания. — 464 с.
8. Островская, И. В. Основы сестринского дела: учебник для медицинских Колледжей [Текст]: учебник / И. В. Островская, Н. В. Широкова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018-183с.
9. Патологическая физиология: Учебн. для студентов мед. вузов / Зайко Н.Н., Быць Ю.В., Атаман А.В. и др.; Под ред. Зайко Н.Н. и Быця Ю.В. — 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. — 432с.

10. Смолева, Э.В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи /Э.В. Смолева, Е.Л. Аподиакос; науч.ред. О.В. Морозова. —учеб.изд.— Ростов на дону: Феникс, 2018. — 634с.

11. Энциклопедия лекарств и товаров аптечного ассортимента. – Режим доступа: [https://www.rlsnet.ru/mkb\\_index\\_id\\_4269.htm](https://www.rlsnet.ru/mkb_index_id_4269.htm)

12. Электронный ресурс: <https://bronhialnaya-astma.com/reabilitatsiya-i-profilaktika/bronhialnaya-astma-statistika>

13. Электронный ресурс: [https://www.rlsnet.ru/mkb\\_index\\_id\\_4269.htm](https://www.rlsnet.ru/mkb_index_id_4269.htm)

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**



Анкета для опроса пациентов с диагнозом бронхиальная астма.

Просим Вас принять участие в анкетировании. Заполните анкету анонимно, подчеркнув вариант ответа, наиболее подходящий для Вас. Полученные данные не разглашаются и будут использованы исключительно в учебных целях.

1. Укажите Ваш пол:

- А. Мужской;
- Б. Женский.

2. Ваш возраст:

- А. 18-30 лет;
- Б. 30-45 лет;
- В. 45-60 лет;
- Г. Более 60 лет.

3. Социальная группа:

- А. Студент;
- Б. Рабочий;
- В. Домохозяйка;
- Г. Пенсионер.

4. Условия проживания:

- А. Частный дом;
- Б. Квартира;
- В. Общежитие .

5. Имеются ли у Вас вредные привычки?

- А. Курение;
- Б. Злоупотребление алкоголем;
- В. Вредные привычки отсутствуют.

6. Каким видом бронхиальной астмы Вы болеете?

- А. Атопическая (попадание специфического аллергена в бронхи);

Б. Инфекционно-зависимая (развивающаяся на фоне инфекционного поражения дыхательных путей);

В. Не знаю.

7. Есть ли у Вас родственники, болеющие бронхиальной астмой?

А. Да;

Б. Нет.

8. Часто ли Вы болеете респираторными заболеваниями?

А. Редко;

Б. 1 раз в год;

В. Более 2 раз за год;

Г. Часто.

9. Хорошо ли Вы проинформированы о вашем заболевании?

А. Достаточно проинформирован(а);

Б. Частично;

В. Не проинформирован(а).

10. Какова частота возникновения приступов бронхиальной астмы?

А. 1-2 раза в неделю (ночные симптомы не чаще 2 раз за месяц);

Б. Частые симптомы (ночные симптомы больше 2 раз в месяц);

В. Ежедневные приступы удушья.

11. Проводите ли Вы пикфлоуметрию?

А. Периодически провожу;

Б. Раз в неделю;

Г. Редко;

В. Не пользуюсь.

12. Известно ли Вам о существовании школы здоровья «Астма-школа»?

А. Достаточно известно;

Б. Частично известно;

В. Не известно.

13. Посещали ли Вы школу здоровья?

А. Пройден курс в Астма-школе;

Б. Не посещал(а).

14. Влияет ли сестринский уход на продуктивность лечения бронхиальной астмы?

А. Достаточно влияет;

Б. Не влияет.

15. Хорошо ли средний медицинский персонал осведомляет Вас о вашем заболевании (правила самоухода, объяснение пользования дозированным ингалятором, обучение самостоятельному распознаванию приближающихся приступов)?

А. Осведомляет хорошо;

Б. Частично осведомляет;

В. Не осведомляет.

16. Как Вы считаете, справляется ли медицинская сестра со своими обязанностями: помогать пациенту выполнять рекомендации врача, оказывать психологическую помощь, информировать пациента о заболевании?

А. Медицинская сестра справляется с обязанностями;

Б. Медицинская сестра справляется со своими обязанностями частично ;

В. Медицинская сестра не справляется с обязанностями.

17. Нуждаетесь ли вы в дополнительной информации? Если «да», то в какой?