

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ**

Дипломная работа студентки

**очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051582
Бронниковой Наталии Александровны**

Научный руководитель:
преподаватель
Коровянская С.И.

Рецензент: врач-терапевт участковый,
врач общей практики (семейный врач),
ОГБУЗ «Городская поликлиника г.
Белгорода», поликлиническое отделение
№1 Николайчук О. В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	7
1.1. Определение, этиология, факторы риска, клинические проявления, основные принципы лечения и возможные осложнения бронхиальной астмы ...	7
1.2. Проблемы пациентов с бронхиальной астмой.....	20
1.3. Программа сестринских вмешательств при решении настоящих и потенциальных проблем пациентов с бронхиальной астмой.....	21
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	28
2.1. Методологическое обеспечение и организация исследования	28
2.2. Результаты собственного исследования профилактической деятельности медицинской сестры при бронхиальной астме	29
2.3. Рекомендации медицинским сестрам, участвующим в профилактике бронхиальной астмы	40
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	42
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	43
ПРИЛОЖЕНИЕ	45

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования заключается в том, что бронхиальная астма – распространенное заболевание, встречающееся у людей любого возраста и социальной группы. Наиболее подвержены болезни дети, которые впоследствии «перерастают» проблему (около половины болеющих). В последние годы во всем мире наблюдается устойчивый рост заболеваемости, потому работает огромное количество программ, и всемирных, и национальных, по борьбе с астмой.

Атопическая бронхиальная астма – аллергическая бронхообструктивная патология с хроническим течением и наличием наследственной предрасположенности к сенсибилизации. В ее основе лежит повышенная чувствительность бронхов к различным неинфекционным экзоаллергенам, попадающим в организм с вдыхаемым воздухом и пищей.

«Атопическая бронхиальная астма относится к весьма тяжелым проявлениям аллергии, ее распространенность составляет 4-8% (5% среди взрослого населения и 10-15% среди детей). В последние годы в пульмонологии наблюдается прогрессирующий рост заболеваемости этим вариантом астмы. Атопическая бронхиальная астма более чем у половины больных манифестирует уже в детском возрасте (до 10 лет), еще в трети случаев в период до 40 лет. Астма у детей носит преимущественно атопический характер, чаще поражает мальчиков» [2, с. 415].

На 2018 год, по статистике ВОЗ, бронхиальная астма — самое распространенное хроническое заболевание среди детей. «От астмы страдают около 235 млн. человек по всему миру, или от 4 до 10% населения Земли. По другим источникам, которые также ссылаются на оценки ВОЗ, на 2018 год в мире около 300 миллионов человек страдает бронхиальной астмой (от 1 до 18% населения в разных странах). При этом у детей дошкольного возраста

заболевание встречается в два раза чаще, чем у взрослых (в половине случаев заболевание развивается в 5 - 10 лет)» [14, с. 9].

«По оценкам экспертов, реальное число больных астмой в России сильно превосходит официальные данные, по их расчетам от астмы в нашей стране страдает 5,9 млн. человек вместо 1,3 млн., согласно отчетным данным. Астма — инвалидизирующее и опасное заболевание, около 41% пациентов с астмой получают пенсию по инвалидности.

Прямые затраты российского здравоохранения, связанные с лечением астмы, составляют около 8,5 млрд. рублей, в том числе 66,6%, которые расходуется на стационарное лечение, еще 21,5% выделяются на закупку лекарств, 10,9% покрывают амбулаторно-поликлиническое лечение, 0,9% — вызовы скорой помощи. Но больше всего расходов связано с косвенными затратами, 64% составляют выплаты по листкам нетрудоспособности, 27,3% выплачиваются в качестве пособий по инвалидности» [14, с. 10].

У больных астмой снижается трудоспособность и часто наступает инвалидность, потому что хронический воспалительный процесс формирует чувствительность к аллергенам, различным химическим раздражителям, дыму, пыли и т.д. из-за чего образуется отечность и бронхоспазм, так как в момент раздражения идет повышенная выработка бронхиальной слизи.

Цель исследования – изучить бронхиальную астму, проанализировать проблемы пациентов с данной патологией и разобраться вопрос профилактики бронхиальной астмы.

Объект исследования – бронхиальная астма как проблема всего населения всего мира.

Предмет исследования – медицинская сестра в вопросах профилактики бронхиальной астмы.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть теоретические аспекты бронхиальной астмы: определение, этиология, факторы риска, клинические проявления, основные принципы лечения и возможные осложнения бронхиальной астмы.

2. Выявить проблемы пациентов с бронхиальной астмой, охарактеризовать программу сестринских вмешательств при решении настоящих и потенциальных проблем пациентов с бронхиальной астмой.

3. Проанализировать основные проблемы пациентов с бронхиальной астмой, основываясь данными социологического исследования пациентов.

4. Проанализировать основные проблемы пациентов с бронхиальной астмой и предложить рекомендации по улучшению ухода за пациентами и предупреждению приступов бронхиальной астмы.

5. Рассмотреть профилактические мероприятия в отношении бронхиальной астмы.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ литературы и периодических изданий по проблеме заболеваемости;

2. Организационный (сравнительный, комплексный) метод;

3. Социологический: анкетирование, интервьюирование;

4. Биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);

5. Психодиагностический (беседа);

6. Эмпирический наблюдение, дополнительные методы исследования;

7. Статистический - обработка информационного материала.

База исследования: ОГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 г. Белгорода».

Время исследования: 2018-2019 гг.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

1.1. Определение, этиология, факторы риска, клинические проявления, основные принципы лечения и возможные осложнения бронхиальной астмы

«Атопическая бронхиальная астма (синоним: бронхиальная астма неинфекционно-аллергическая) - одна из форм астмы бронхиальной, в основе которой лежит аллергия к аллергенам неинфекционной природы. Атопическая бронхиальная астма составляет до 15 % разновидностей астмы. Этиология атопической бронхиальной астмы обусловлена различными экзоаллергенами» [15, с. 216].

Известно множество причин (раздражителей), на фоне которых проявляется заболевание, наиболее известные из них:

- наследственность (отягощенная), которая напрямую зависит от уровня родства, а также от характера аллергии, она может не сопровождаться приступами астмы. «Специалисты доказали, если хоть один из родителей страдает от астмы, то вероятность ее развития у детей составляет около 30%. Если же диагностируется заболевание одновременно и у отца и у матери, то вероятность столкновения с астмой ребенка составляет около 70%. Если детей двое, то приобрести аллергическую реакцию путем приступов астмы могут двое, но подобные случаи встречаются редко. Сама аллергическая болезнь не передается по наследству сразу, ребенок имеет лишь склонность к развитию, большой шанс проявления под действием раздражителей;

- серьезные затяжные инфекционные болезни дыхательных путей со временем провоцируют гиперчувствительность стенок бронхов;

- профессиональная вредность, работа с ядовитыми веществами, экологическая нестабильность;

- употребление никотина, пассивное курение. С самого детства может развиваться у ребенка предрасположенность к астме, если родители курят;

- пищевые добавки, консерванты, красители, которые ежедневно употребляются в рацион.

Чувствительные бронхи, которые контактируют с непосредственным аллергеном, вскоре «закупориваются», что вызывает резкое удушье.

Раздражитель у каждого человека может быть индивидуальным. Провоцировать приступы астмы способны: пыльца растений, особенно в весеннее время; шерсть некоторых животных; споры плесневых грибов; обычная пыль, выхлопные газы; продукты питания, касается в большей степени богатых витаминами фруктов, цитрусовых; резкие ароматы духов, бытовой химии; солнце, укусы насекомых, даже холодный воздух» [4, с. 381].

Патогенез atopической бронхиальной астмы сложен, включает иммуно- и неиммунологические механизмы.

Различают 3 фазы: иммунологическая, когда осуществляется взаимодействие антигена и антитела — первый пусковой механизм; патохимическая с образованием биологически активных веществ (гистамин, ацетилхолин); патофизиологическая — биологически активные вещества действуют на мускулатуру бронхов. Возникает спазм мускулатуры, суживаются мелкие бронхи, при этом выделяется много вязкой слизи, затрудняется дыхание.

Основным признаком бронхиальной астмы является приступ удушья.

В течении заболевания выделяют периоды: предвестников; приступный; послеприступный; межприступный. Период предвестников наступает за несколько минут или дней до приступа и характеризуется беспокойством, чиханием, зудом глаз, слезотечением, ринореей, головной болью, нарушением сна, сухим кашлем. Приступ удушья характеризуется одышкой на фоне резкого ограничения подвижности грудной клетки, свистящим дыханием, рассеянными свистящими и жужжащими хрипами. Во время приступа человек принимает сидячее положение и упирается руками в край кровати или кресла. Кожные

покровы бледные, сухие, вспомогательные мышцы напряжены, может отмечаться небольшой цианоз, тахикардия, тоны сердца глухие. Перкуторно отмечается коробочный звук; продолжительность приступа в начале заболевания - 10-20 минут, при длительном течении — до нескольких часов. Встречаются случаи продолжения приступа более: суток, что приводит к значительному ухудшению общего состояния человека. Приступ удушья заканчивается отхождением вязкой слизистой мокроты (послеприступный период). Длительный приступ бронхиальной астмы называется астматическим состоянием.

«В зависимости от ведущего этиологического фактора выделяются различные формы атопической бронхиальной астмы: бытовая (пылевая), пыльцевая, эпидермальная, грибковая, нутритивная (пищевая)» [13, с. 13].

Бытовая бронхиальная астма (пылевая) - наиболее распространенная форма заболевания. Этиологический фактор ее - домашняя пыль. Начинается заболевание, как правило, в отопительный сезон, типичны обострения зимой, когда запыленность помещений наиболее высока. Ввиду комплексного состава антигена домашней пыли могут наблюдаться круглогодичные симптомы. Для атопической бронхиальной астмы бытовой характерен эффект элиминации - ремиссия при выезде из дома, что особенно выражено в первые годы болезни. При возвращении домой приступы удушья возобновляются. Течение с периодическими ремиссиями и обострениями по сравнению с пыльцевой атопической бронхиальной астмой более тяжелое, рецидивы продолжительнее, что связано с различным характером иммунологических реакций на пылевые антигены. Часто одновременно с приступным периодом или предшествуя ему наблюдаются клинические признаки бронхита, который нередко имеет аллергическую природу. Это приводит к значительным диагностическим затруднениям, так как бактериальное и иммунологическое воспаления имеют ряд одинаковых признаков: субфебрильная температура, кашель со слизистой или слизисто-гнойной мокротой, симптомы интоксикации.

«В пубертатном возрасте у значительной части больных, страдающих atopической бронхиальной астмой с детства, наблюдаются спонтанные ремиссии заболевания - исчезновение симптомов на год-два или более. Однако в этот период сохраняется гиперреактивность дыхательных путей, что проявляется повышенной чувствительностью к ваготоническим агентам (метахолин), различным неспецифическим раздражителям, профессиональным аллергенам. Больные бытовой бронхиальной астмой плохо чувствуют себя в условиях субтропического влажного климата (Черноморское побережье Кавказа - Сочи, Сухуми).

Грибковая atopическая бронхиальная астма может иметь сезонный или круглогодичный характер в зависимости от особенностей спорообразования грибов. Наибольшая активность размножения *Cladosporium*, *Alternaria*, *Normodendrum* - июль - сентябрь (обострение atopической бронхиальной астмы соответственно в летне-осенний период); *Aspergillus* и *Candida* - с сентября по март; *Penicillium* - в течение всего года. Концентрация спор этих грибов (кроме *Candida* и *Penicillium*) увеличивается во второй половине дня, поэтому приступы грибковой atopической бронхиальной астмы, как правило, возникают ночью или под утро. Наблюдается ухудшение в сырую погоду. Сезонное спорообразование прекращается с выпадением снега, у больных наступает значительное облегчение состояния. Характерен «постморозный эффект» - обострение заболевания в период оттепели после первых морозов, что связано с активацией размножения грибов. Больные часто не переносят продуктов, содержащих дрожжи. У лиц с аллергией к *Penicillium* могут формироваться тяжелые аллергические реакции на введение пенициллина.

Пыльцевая atopическая бронхиальная астма чаще всего начинается на высоте сезона поллинозиса вслед за симптомами пыльцевого ринита и конъюнктивита при значительной концентрации пыльцы в воздухе. Протекает легко, тяжелое течение отмечается редко (около 7 % случаев). Чаще сочетается с др. проявлениями поллиноза. Начало поллиноза с изолированной пыльцевой atopической бронхиальной астме встречается редко. Помимо выраженных

сезонных приступов пыльцевой атопической бронхиальной астмы у части больных могут наблюдаться легкие круглогодичные симптомы вследствие общих антигенных свойств пыльцы и семян, плодов растений при употреблении последних в пищу. В частности, круглогодичные симптомы атопической бронхиальной астмы у лиц с аллергией к пыльце орешника может вызвать употребление орехов, к пыльце подсолнечника и амброзии - семян подсолнечника и изделий из них, к пыльце злаковых трав - изделий из муки» [3, с. 281].

Эпидермальная атопическая бронхиальная астма, этиологическим фактором которой служат частицы шерсти и эпидермиса животных, встречается редко, в основном как профессиональное заболевание животноводов, работников экспериментальных лабораторий, охотничьих хозяйств. Из домашних животных наиболее частой причиной сенсibilизации являются кошки, шерсть, пух и слюна которых по аллeргизирующей активности занимают второе место после амброзии. Этот вид атопической бронхиальной астмы может сочетаться с бытовой атопической бронхиальной астмой. Существует четкая связь между заболеванием и контактом с соответствующими животными. Характерно начало с аллeргического риноконъюнктивального синдрома, вслед за которым быстро развиваются приступы удушья.

«По уровню контроля над заболеванием (по выраженности проявлений бронхиальной астмы) выделяют следующие его формы.

Контролируемая: дневных симптомов нет или меньше 2 в неделю; нет ночных симптомов; нет ограничения физической активности; нет потребности в бронхолитиках (препараты для быстрого снятия приступа) или потребность в их использовании менее 2 раз в неделю; нет обострений в течение года; нормальные показатели функции внешнего дыхания.

Частично контролируемая (не полностью контролируемая) – при наличии любого из нижеперечисленных признаков: дневные симптомы более 2 в неделю; есть ночная симптоматика; есть ограничение физической активности;

потребность в бронхолитиках более 2 раз в неделю; есть обострения в течение года; сниженные показатели функции внешнего дыхания. Неконтролируемая – выставляется при наличии трех и более признаков частично контролируемой бронхиальной астмы. Обострение – резкое ухудшение течения заболевания, нарастание всех симптомов» [18, с. 524].

«Атопическая бронхиальная астма часто начинается в возрасте до 10 лет, основная масса больных (до 70 %) заболевает в первые двадцать лет жизни. Отмечаются высокая частота аллергической предрасположенности по линии отца и матери, большой процент наследования по нисходящей линии. Существенного влияния пола не отмечено, хотя в детском возрасте чаще всего болеют мальчики. Характерно наличие в анамнезе экссудативного диатеза у 80 % больных, экземы и дерматита атонического, сочетающегося с атопической бронхиальной астмой или предшествующего ей, аллергии пищевой, аллергии лекарственной. Часто атопическая бронхиальная астма сопутствует риносинусопатия аллергическая, симптомы которой (ринорея, чиханье, резкое затруднение носового дыхания) наблюдаются в предприступном периоде. Гнойные процессы в синусах и полипоз носа и синусов встречаются редко» [2, с. 319].

В половине случаев атопическая бронхиальная астма начинается в связи с респираторными инфекциями, при этом приступы удушья впервые возникают на высоте инфекционного процесса. «Больные чувствительны к суперинфекции *Aspergillus fumigatus* и развитию аспергиллеза аллергического бронхолегочного. Для атопической бронхиальной астмы характерны четко очерченные, типичные приступы удушья, чаще всего в ночное время, нередко с продромальными явлениями (зуд в носу, чиханье, крапивница). При аускультации выявляются сухие хрипы высокого тона. Приступы прекращаются спонтанно или быстро купируются адренергическими препаратами; заканчиваются кашлем с отделением небольшого количества светлой вязкой мокроты.

У некоторых больных после контакта с антигеном развиваются бронхоспастические аллергические реакции позднего типа (через 4-12 ч),

продолжающиеся 24-48 ч, несмотря на применение бронхолитиков. Может наблюдаться двойной ответ на антиген, сочетающий аллергические реакции немедленного типа и позднего типа. При отсутствии приступа и осложнений изменения в легких не выявляются. В первые годы заболевания отмечаются более или менее четкие длительные ремиссии; наблюдается позднее развитие осложнений. При прекращении контакта с аллергеном ремиссии могут быть продолжительными. Более тяжелое течение с короткими ремиссиями характерно для поливалентной аллергии. На определенном этапе может присоединиться бактериальная аллергия» [13, с. 411].

Степени бронхиальной астмы:

«Легкая степень (интермиттирующая) практически не осложняет жизни пациента, так как приступы днем появляются реже одного раза в неделю, а ночные — менее двух раз в месяц.

Вторая степень (персистирующая) характеризуется учащением приступов, однако они настигают пациента далеко не каждый день.

Средняя степень тяжести вносит изменения в ритм жизни пациента, так как дневные приступы повторяются практически ежедневно, а еженедельные ночные приступы нарушают сон.

Самая тяжелая четвертая ступень заставляет пациента бороться с приступами удушья, возникающими несколько раз в день и почти каждую ночь. Ясно, что пациент, у которого диагностировали легкую форму атопической бронхиальной астмы, при отсутствии эффективных и своевременных лечения и профилактики, будет двигаться в сторону тяжелых стадий» [4, с. 400].

«Диагностика бронхиальной астмы:

- анализ жалоб и анамнеза заболевания;
- общий осмотр;
- аллергические пробы;
- анализ крови;
- определение иммуноглобулинов IgE (антител) в крови;
- анализ мокроты;

- рентгенография грудной клетки;
- пикфлоуметрия: метод оценивает пиковую скорость выдоха (ПСВ) — скорость выдоха за первую секунду (при бронхиальной астме снижается);
- спирометрия (спирография): метод определения объемов легких, а также скорости выдоха. При бронхиальной астме в первую очередь снижается скорость выдоха за первую секунду, что говорит о наличии бронхообструкции (сужение просвета бронхов);
- проба с бронходилататором – выполнение спирометрии до и после ингаляции препарата, расширяющего бронх. Применяется для оценки обратимости сужения бронха. При бронхиальной астме бронхиальная проводимость улучшается, и показатели спирометрии увеличиваются;
- провокационный (бронхоконстрикторный) тест – применяется для провокации симптомов астмы, если на момент исследования функция внешнего дыхания не нарушена. Заключается в выполнении спирометрии после ингаляции метахолина или гистамина (вещества, сужающие бронх при наличии его гиперреактивности) на 3, 6, 9 и 12 минутах. При бронхиальной астме показатели функции внешнего дыхания снижаются;
- исследование газового состава крови: при бронхиальной астме характерно снижение кислорода крови и повышение концентрации углекислоты;
- консультация пульмонолога» [22, с. 311].

Лечение. «Ведение больных с atopической бронхиальной астмой осуществляется пульмонологом и аллергологом-иммунологом. Необходимым условием лечения служит устранение или ограничение экзоаллергенов (отказ от ковров, мягкой мебели и пухо-перьевых постельных принадлежностей, содержания домашних питомцев, курения), частая влажная уборка, соблюдение гипоаллергенной диеты и т. д., а также самоконтроль со стороны пациента.

Медикаментозная терапия atopической астмы включает десенсибилизирующие и противовоспалительные препараты (кромолин-натрий, кортикостероиды). Для купирования острых приступов удушья применяются

бронходилататоры (сальбутамол, фенотерол, гексопреналин, беротек). При бронхиальной астме предпочтение отдается ингаляционным формам стероидов, применяемым в виде дозированных аэрозольных ингаляторов или небулайзерной терапии. Для улучшения проходимости бронхов показаны отхаркивающие средства» [15, с. 437].

«При легкой форме астмы достаточно симптоматического приема бронхолитиков короткого действия (ипратропия бромид, сальбутамол, фенотерол) (перорально или ингаляционно), при тяжелом - показано ежедневное применение противовоспалительных средств или ингаляционных кортикостероидов (будесонид (Пульмикорт, Бенакорт, БуденитСтери-Неб), беклометазонадипропионат (Бекотид, Беклоджет, Кленил, Беклазон Эко, Беклазон Эко Лёгкое Дыхание) и т.д.); пролонгированных бронходилататоров (сальметерол, формотерол, кленбутерол). При астматическом статусе назначают регидратационную терапию, коррекцию микроциркуляторных сдвигов и ацидоза, кислородотерапию, при необходимости – ИВЛ, бронхоальвеолярный лаваж, длительную эпидуральную аналгезию.

При атопической бронхиальной астме могут использоваться плазмаферез, гемосорбция.

Лечение в межприступный период:

1. Организация режима и условий труда, отдыха
 - избегать контакта с профессиональными вредностями, аллергенами;
 - меньше подвергать себя стрессам и физическим перенапряжениям;
 - соблюдать гигиенические условия проживания (регулярные уборки, проветривания и т.д.);
 - придерживаться правильного питания;
 - избавиться от вредных привычек (курение);
 - с осторожностью относиться к лекарственным препаратам, особенно тех, которые могут спровоцировать развитие астмы (аспирин, НПВС)» [22, с. 125].
2. Организация правильного питания.

- «питание должно быть калорийным, легко усваиваться организмом, по возможности не содержать вредных веществ и консервантов, пища должна быть правильно приготовлена и термически обработана (паровая, в духовке, вареная); избегать жаренную, копченную, соленую пищу; среди напитков лучше употреблять чай, минеральную воду, кефир;

- не увлекаться спиртными напитками, лучше их полностью исключить из рациона;

- питание должно быть построено индивидуально с учетом лекарственных средств, которые употребляет пациент, в силу наличия у него заболеваний;

- пищу следует принимать 5-6 раз в день, равномерно распределяя углеводы» [15, с. 439].

3. Информированность и обучение пациента

- «Помнить, что астму нельзя излечить – но ее можно контролировать и жить полноценной жизнью.

- Проведение бесед с пациентом и его родственниками о заболевании

- Научить пациента с астмой самостоятельно распознавать приближающееся ухудшение в течении астмы, предотвращать его.

- Научить пациента самостоятельной помощи при развившемся приступе астмы.

- Объяснить назначение таких приборов индивидуального пользования, как спейсер и пикфлоуметр для лечения астмы и обучить их применению.

- Помочь пациенту точно выполнить рекомендации врача, ведь от этого будет зависеть полнота успеха противоастматического лечения.

- Рекомендовать больному больше читать о своем заболевании;

- Научить больного пользоваться ингалятором и буферной насадкой (в 35% случаев причина неэффективного лечения - неправильное пользование ингалятором);

- 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;

4. Контроль за состоянием пациента и выполнениями назначений врача

- следить за своевременным приемом больным назначенных врачом препаратов;

- контролировать правильность применения карманного ингалятора;

- следить за выполнением рекомендаций по организации труда, быта, питания;

- контролировать показатели пульса, числа дыхательных движений, АД, цвета кожных покровов

5. Выполнение назначений врача: подача увлажненного кислорода, применение карманного ингалятора, применение пикфлоуметра, применение спейсера, применение небулайзера, выполнение в/м, в/в, п/к инъекций.

6. Подготовка к дополнительным методам исследования: клинический анализ крови, анализ мокроты общий, аллергологическое обследование, исследования иммуноглобулинов E и G, рентгенография органов грудной клетки, спирометрия, пикфлоуметрия.

7. При атопической бронхиальной астме вне обострения может проводиться специфическая гипосенсибилизация, иммунокоррекция, ЛФК, иглорефлексотерапия, физиопроцедуры, спелеотерапия, санаторно-курортное лечение» [24, с. 83].

Осложнения и последствия

- «Дыхательная недостаточность: недостаток кислорода организму.

- Астматический статус – самое грозное осложнение, проявляющееся длительным затянувшимся приступом бронхиальной астмы. При отсутствии лечения может привести к летальному исходу.

- Пневмоторакс – скопление воздуха в плевральной полости (полость, образованная листками плевры – наружной оболочки легких) вследствие разрывов участков легкого.

- Легочное сердце: неспособность правого желудочка сердца выполнять свою функцию. Сопровождается сильной одышкой, отеками.

- Эмфизема легких: расширение альвеол (дыхательные пузырьки, в которых осуществляется газообмен), разрушение перегородок между ними с избыточной задержкой воздуха в легких. Как правило, развивается при длительном существовании заболевания и отсутствии лечения» [8, с. 199].

Профилактика бронхиальной астмы

«Правильное питание и здоровый образ жизни женщины во время беременности: отказ от курения и алкоголя, ограничение приема лекарственных средств, прогулки на свежем воздухе.

Если будущая мать имеет множественную аллергию (например, на пищевые продукты, лекарственные препараты), то во время беременности следует избегать контактов с любыми аллергенами (как известными, так и потенциальными: например, цитрусовыми, шоколадом, молоком, орехами, шерстью животных, домашней пылью, пылью растений).

Ограничение аллергенных продуктов в рационе: шоколада, цитрусовых, орехов и т.п.

Гипоаллергенный быт: ограничение присутствия аллергенов дома:

использование подушек с синтетическим наполнителем (не перьевые);

исключение из дома основных предметов, на которых скапливается пыль (ковры, шерстяные, ворсовые ткани, пуховые подушки, чучела животных);

ограничение использования косметических средств (например, туши, помады, теней);

использование гигиенических средств (мыло, шампунь и т.п.) без косметических отдушек (без добавления ароматизаторов);

закрытие всех книжных полок стеклянными дверцами (на книгах скапливается пыль);

не заводить домашних животных (например: кошек, собак, хомяков, рыбок);

ежедневная влажная уборка в помещениях (желательно во влажной марлевой повязке);

постельное белье менять раз в неделю. Зимой сушить на морозе, летом – на солнце;

во время цветения растений в сухую ветреную погоду ограничить выход на улицу, так как именно в это время концентрация пыли в воздухе наиболее высока; ограничить поездки на природу;

во время цветения растений после прогулок переодеться, принять душ, прополоскать горло» [25, с. 181].

Адекватная физическая нагрузка (направлена на тренировку дыхательных мышц): ходьба в умеренном ритме, плавание, дыхательная гимнастика (по различным методикам: надувание шариков, выдувание воздуха через соломинку, диафрагмальное дыхание).

Постоянно носить с собой препарат для снятия приступа бронхиальной астмы.

Нельзя заниматься самолечением как бронхиальной астмы, так и других сопутствующих заболеваний, поскольку лекарственные препараты могут спровоцировать аллергическую реакцию (особенно антибиотики), некоторые препараты, применяющиеся для снижения повышенного давления, могут спровоцировать спазм бронха и вызвать приступ астмы.

Постоянный прием назначенных врачом препаратов. Бронхиальная астма характеризуется хроническим воспалительным процессом, поэтому нельзя ограничиваться только препаратами для расширения бронха (за исключением легкого течения бронхиальной астмы), необходимо постоянное использование противовоспалительных средств.

Правильное пользование ингаляторами – зачастую отсутствие эффекта от назначенных препаратов связано с неправильной техникой ингаляции. Препарат должен поступать строго в бронхиальное дерево, в противном случае эффект от терапии значительно снижается вплоть до полного отсутствия.

Самоконтроль заболевания с помощью пикфлоуметра (прибор, позволяющий пациенту в домашних условиях контролировать состояние функции внешнего дыхания). После глубокого вдоха необходимо с силой выдохнуть в специальную трубку аппарата, скорость выдоха (ПСВ – пиковая скорость выдоха) рассчитывается автоматически. В норме разброс между утренними и вечерними показателями ПСВ не должен превышать 20%. Рекомендуется вести дневники пикфлоуметрии.

1.2. Проблемы пациентов с бронхиальной астмой

Перед сестринскими вмешательствами необходимо провести опрос пациента, провести объективное исследование - это позволит медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента, а также своевременно выявить его настоящие и потенциальные проблемы, удовлетворять нарушенные жизненно важные потребности пациента, оказывать психологическую помощь. Сформировать план ухода.

«Возможные проблемы пациента:

1. Настоящие проблемы:

- нарушение дыхания из-за отека слизистой, бронхоспазма, гиперсекреции слизи, гипоксии;
- дефицит жидкости из-за гипервентиляции легких и недостаточного ее потребления;
- дискомфорт, связанный с необходимостью длительного лечения;
- нежелание принимать препараты;
- беспокойство, чувство тревоги, страх перед приступом;
- снижение переносимости нагрузок вследствие несоответствия поступления кислорода в организм его потребностям;
- страх смерти и удушья;

- непродуктивный кашель, вызванный появлением в бронхах вязкой мокроты;

- тахикардия и слабость пульса вследствие развития дыхательной недостаточности;

- цианоз (бледность) кожи, как результат гипоксии, вызванный нарушением дыхания.

2. Потенциальные проблемы:

- социальная изоляция, вызванная вынужденным длительным пребыванием дома или госпитализацией;

- ограничение в выборе профессии;

- легочное сердце;

- эмфизема легких;

- спонтанный пневмоторакс

Целью сестринского процесса является подготовка больного к дополнительным методам исследования, забора биологического материала (кровь, мокрота) для лабораторного исследования, выполнение врачебных назначений лечения больного, оказания доврачебной неотложной помощи, подготовки больного для консультации других специалистов» [11, с. 107].

1.3. Программа сестринских вмешательств при решении настоящих и потенциальных проблем пациентов с бронхиальной астмой

Характер сестринских вмешательств при решении настоящих и потенциальных проблем пациента (табл. 1 и 2).

Таблица 1

Программа сестринских вмешательств в решении настоящих проблем пациента с бронхиальной астмой:

Проблема	Независимые сестринские вмешательства	сестринские (сестринский)	Зависимые сестринские вмешательства	сестринские (выполнение)
----------	---------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	--------------------------

	уход и наблюдение)	врачебных назначений)
Удушье	<p>Придать пациенту удобное сидячее положение, освободить от стесняющей одежды.</p> <p>Обеспечить приток свежего воздуха.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнить ингаляцию пациентом сальбутамола (1—2 дозы) 2. По назначению врача ввести внутривенно 10 мл 2,4% раствора эуфиллина. 3. Приготовить и обеспечить подачу кислорода в смеси с воздухом (30—60%). 4. Поставить круговые горчичники по назначению врача и при переносимости запаха горчицы пациентом
Кашель с мокротой	<p>Доложить врачу.</p> <p>Обеспечить плевательницей и ознакомить с правилами ее применения.</p> <p>Обучить «технике кашля»</p> <p>а/ разъяснить цель: для откашливания мокроты;</p> <p>б/ продемонстрировать «технику кашля»:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сделать глубокий вдох; - задержать дыхание на 2-3 минуты; - открыть рот и откашляться во время выдоха; <p>в/ оценить процесс обучения;</p> <p>Проконтролировать пациента о выполнении назначенного дренажного положения.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отхаркивающих средств (Лазолван 4 мл (100 капель) 3 раза/сут), 2. Провести щелочные ингаляции; 3. Поставить банки, горчичники и т.д.; 4. Придать пациенту дренажное положение (для естественного отхождения мокроты).

Экспираторная одышка	<p>Придать пациенту удобное сидячее положение, освободить от стесняющей одежды.</p> <p>Обеспечить приток свежего воздуха.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнить ингаляцию пациентом сальбутамола (1—2 дозы) 2. По назначению врача ввести внутривенно 10 мл 2,4% раствора эуфиллина 3. Приготовить и обеспечить подачу кислорода в смеси с воздухом (30—60%) 4. Поставить круговые горчичники по назначению врача и при переносимости запаха горчицы пациентом 5. Отхаркивающих средств (Лазолван 4 мл (100 капель) 3 раза/сут.)
Чувство страха из-за риска повторных приступов	Провести с пациентом и его родственниками беседу	Беседа с пациентом и предложить пациенту посетить школу здоровья

Таблица 2

Программа сестринских вмешательств в решении потенциальных проблем пациента с бронхиальной астмой:

Проблема	Независимые сестринские вмешательства (сестринский уход и наблюдение)	Зависимые сестринские вмешательства (выполнение врачебных назначений)
Социальная изоляция, вызванная вынужденным длительным пребыванием дома или госпитализацией	Проведение бесед с пациентом, с его родственниками	По необходимости консультация психолога, для проведения тренингов по адаптации пациента в обществе
Ограничение в выборе профессии	Беседы с пациентом и его родственниками	1. Обсуждение вариантов новой профессиональной деятельности,

		2. Консультация специалистов социальной службы по подбору другой профессии либо переводе на другую должность на старой работе
Пневмония	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнение назначений врача, 2. Проведение санитарно – просветительной работы (беседы, выпуск брошюр и т.д.), 3. Организация работы школ здоровья для пациентов с бронхиальной астмой. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение лечебных мероприятий по активному лечению основного заболевания (бронхиальной астмы): ингаляции с сальбутамолом, отхаркивающие (например, Лазолван), раствор эуфиллина в/в и т.д. см. выше) 2. Контроль выполняемых назначений (измерение АД, пульса, температуры тела, контроль функции дыхания)
Сердечная недостаточность	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнение назначений врача, 2. Проведение санитарно – просветительной работы (беседы, выпуск брошюр и т.д.), 3. Организация работы школ здоровья для пациентов с бронхиальной астмой. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение лечебных мероприятий по активному лечению основного заболевания (бронхиальной астмы): ингаляции с сальбутамолом, отхаркивающие (например, Лазолван), раствор эуфиллина в/в и т.д. см. выше) 2. Контроль выполняемых назначений (измерение АД, пульса, температуры тела, контроль функции дыхания)

Таким образом, атопическая бронхиальная астма - хроническое неинфекционно-аллергическое поражение дыхательных путей, развивающееся под воздействием внешних аллергенов на фоне генетически обусловленной склонности к атопии. Проявляется эпизодами внезапного приступообразного удушья, кашлем со скудной вязкой мокротой. При диагностике атопической бронхиальной астмы оценивается анамнез, данные аллергопроб, клинического и иммунологического исследования крови и бронхоальвеолярного лаважа. При атопической бронхиальной астме назначается диета, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, бронхолитические и отхаркивающие средства, специфическая гипосенсибилизация.

Медицинская сестра занимает важное место в решении проблемы атопической астмы. Она должна выявить основные и потенциальные проблемы пациента, составить и пополнить план сестринских вмешательств, который заключается в решении проблем пациента (прекращение контакта с аллергеном, выполнение назначений врача, проведение контроля жизненно важных показателей организма, подготовка к исследованиям, проведение санитарно – просветительной работы).

Техника сбора мокроты

В большинстве случаев отделение мокроты является признаком эндогенной бронхиальной астмы, осложненной другими заболеваниями органов дыхания, например хроническим бронхитом. У всех пациентов она различается по цвету, запаху и консистенции, что служит важным диагностическим показателем.

Таким образом, характер мокроты при бронхиальной астме бывает различным. Обычно она вязкая, слизистая или слизисто-гнойная, не имеет запаха, но зачастую содержит примеси крови. Если же отделяемое из бронхов приобретает неприятный запах, это может служить признаком образования и распада опухолей или других заболеваний. Во время обострения недуга наблюдается увеличение объема мокроты, более того, она становится гуще и способна выступать причиной закупорки дыхательных путей.

Также различается и цвет выделений, причем даже образование желтой или желто-зеленой мокроты не является достоверным признаком инфекции, а лишь указывает на распад эозинофилов.

Техника проведения анализа:

Как правило, «материал для исследования собирают во время приступа кашля в специальную емкость. Лучше всего это делать утром, когда бронхи максимально заполнены отделяемым. Чтобы исследование было точным, а процесс сбора материала легким, рекомендуется:

Пить много воды в течение дня за сутки до проведения анализа.

Предварительно прополоскать рот кипяченой водой с содой.

Непосредственно перед сбором материала сделать 3 глубоких вдоха.

Собрать в емкость мокроту, а не слюну.

Для полноценного исследования необходимо 3–5 мл материала, но провести анализ можно и при меньшем количестве мокроты.

Емкость следует доставить в лабораторию сразу же после сбора материала, так как его анализ нужно проводить не позже чем через 2 часа после отхаркивания.

Если же мокрота самостоятельно не отходит, процесс стимулируют ингаляциями физиологического раствора и перкуссионным массажем. В тех случаях, когда и эти мероприятия не дали результата, материал получают с помощью катетера, введенного в просвет трахеи. Но поскольку подобные манипуляции опасны усилением бронхоспазма, соглашаться на их проведение можно только в стенах лечебного учреждения, где имеются все условия для оказания первой помощи.

Тем не менее, иногда результаты анализа оказываются недостоверными, что может быть связано с: нарушением техники сбора; несвоевременной доставкой материала в лабораторию; употреблением накануне антибактериальных или противогельминтных лекарственных средств» [21, с. 114].

Оказание неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы

Таблица 3

Доврачебная помощь при приступе бронхиальной астмы

Сестринское вмешательство	Обоснование
При возможности - исключить контакт с причинно значимым аллергеном.	Для предупреждения прогрессирования приступа удушья
Придать пациенту удобное положение - сидя с упором на руки.	Для облегчения дыхания.
Расстегнуть стесняющую одежду.	Для облегчения дыхания.
Обеспечить доступ свежего	Уменьшение гипоксии.

воздуха.	
Срочно вызвать врача через третье лицо.	Для оказания квалифицированной помощи.
Обеспечить теплым питьем.	Для разжижения мокроты и лучшего ее отхождения.
Применить ингалятор с бронхолитиком (беротек, сальбутамол) или ингаляцию через небулайзер	Для снятия спазма гладкой мускулатуры бронхов.
Приготовить лекарственные препараты: бронхолитики: сальбутамол, тербуталин, беродуал, атровент, эуфиллин ГКС: преднизолон, гидрокортизон и др.	Для оказания квалифицированной помощи.
Постоянно контролировать состояние пациента, пульс, АД, ЧДД, характер мокроты [21, с. 154].	Для контроля эффективности оказываемой помощи и своевременного выявления осложнений.

Одно из важных мест в работе медицинской сестры играют технически правильно проведенные манипуляции, которые необходимо выполнить для проведения исследования пациентов, чтобы уточнить род патологии, каким возбудителем вызвана, что будет способствовать правильно поставленному диагнозу, а отсюда и эффективному лечению данной патологии.

С другой стороны, медицинская сестра должна уметь оказывать первую медицинскую помощь пациентам с бронхиальной астмой, так как врач не всегда находится рядом с пациентом, а до приезда или прихода врача, медицинская сестра может облегчить тяжелое состояние пациента, а в некоторых случаях и жизнь пациента.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

2.1. Методологическое обеспечение и организация исследования

Практическое исследование о профилактической деятельности медицинской сестры при бронхиальной астме выполнялось на базе ОГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 г. Белгорода».

Методики исследования:

В исследовании была использована анкета респондента (Приложение 1), позволяющая получить информацию об удовлетворенности респондентов деятельностью медицинской сестры и ее профилактической деятельностью при бронхиальной астме.

Процедура проведения исследования:

Респондентам была предложена анкета, состоящая из 22 вопросов, закрытой формы, направленных на выявление профилактической деятельности медицинской сестры при бронхиальной астме.

Пациентам предлагалось внимательно ознакомиться с формулировкой вопросов, выбрать вариант ответа, ориентируясь на собственные ощущения и субъективную оценку профилактической деятельности медицинских сестер. Данные анкетирования были использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашалось.

Обработка результатов: проводилась по каждому вопросу анкеты, для вычисления которого применялся пакет программ MicrosoftWord 2010. Полученные ответы оценивались в процентном соотношении.

2.2. Результаты собственного исследования профилактической деятельности медицинской сестры при бронхиальной астме

По результатам проведенного исследования выявлено следующее распределение респондентов по полу - женщин 43%, мужчин – 57% (Рис. 1).

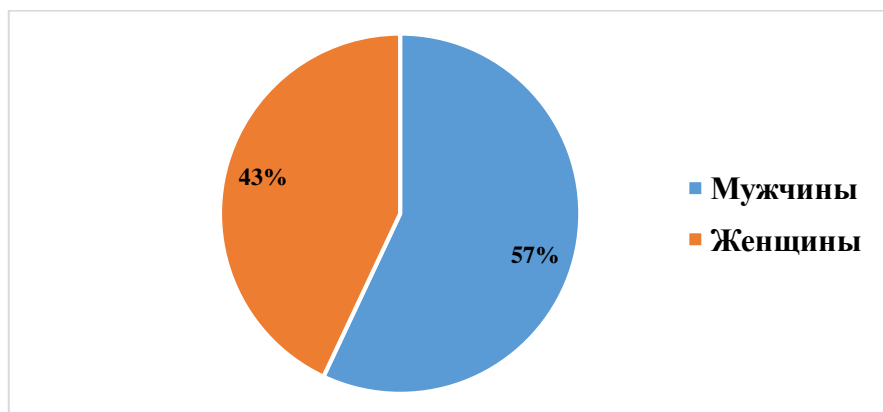


Рис. 1. Распределение по полу

По результатам проведенного анкетирования возраст респондентов: 18-30 лет – 11%, от 31-40 лет – 26%, от 41 – 50 лет – 42%, от 51 – 60 лет – 9%, и старше 60 лет – 12% (Рис. 2).

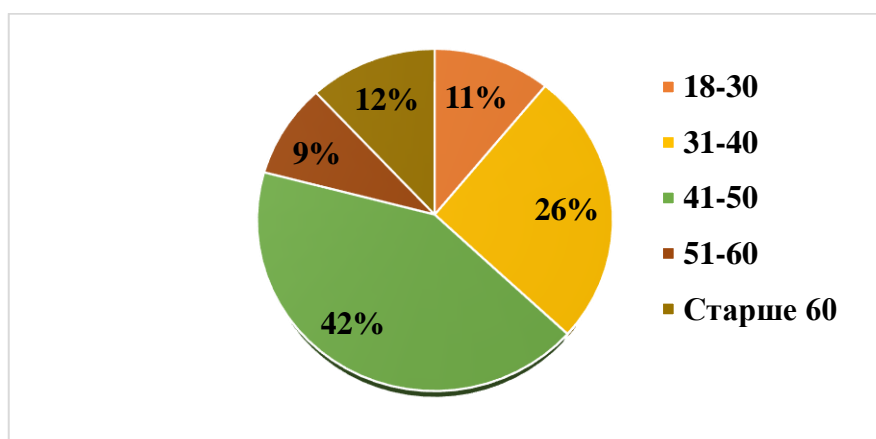


Рис. 2. Возраст

Выявлено, что место жительства: город – 63%, а сельская местность – 37% (Рис. 3).

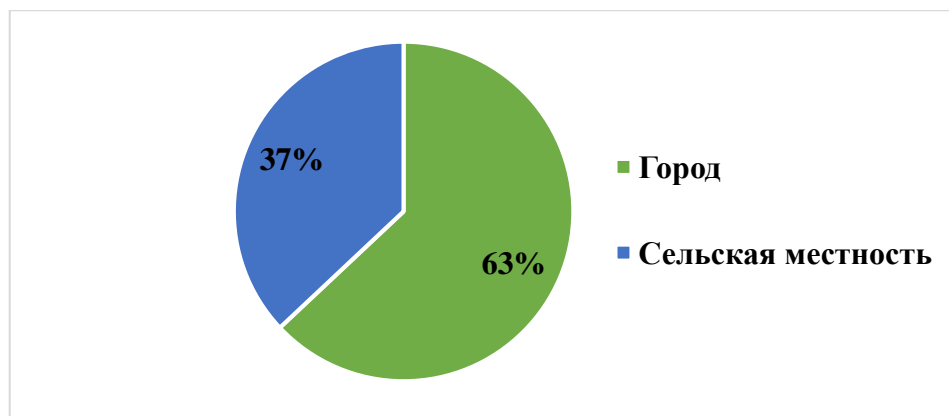


Рис. 3. Место жительства

О сфере своей занятости респонденты ответили следующим образом: учащийся – 16%, работающих – 58%, пенсионеров – 26% (Рис. 4).

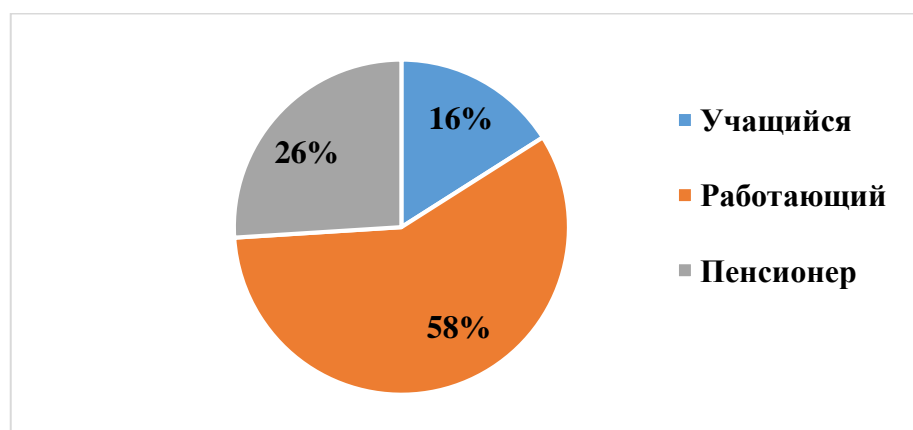


Рис. 4. Сфера занятости

На вопрос о пристрастии к такой вредной привычке, как курение, «да» отметили 38% опрошенных, не курят - 21%, и иногда курят – 41% (Рис. 5).

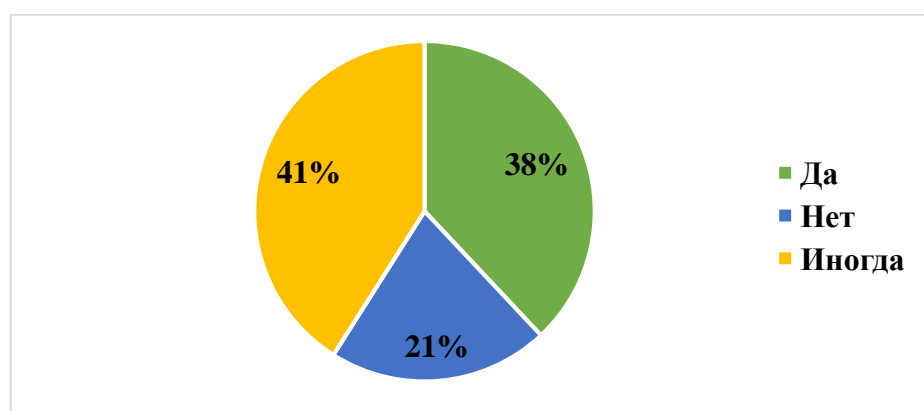


Рис. 5. Курение

Об употреблении алкоголя утвердительно ответили 56% респондентов, не принимают спиртные напитки 13%, злоупотребляют иногда – 31% (Рис. 6).

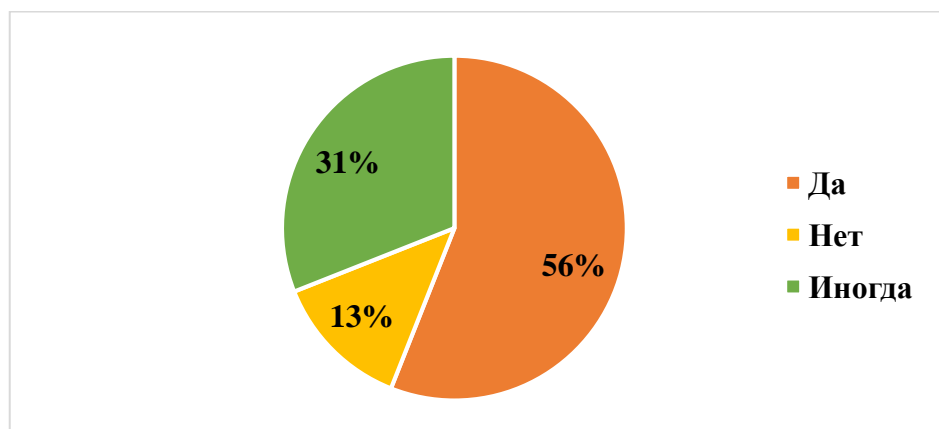


Рис. 6. Употребление алкоголя

Выявлено, что 64% опрошенных отмечают у себя наличие избыточного веса, а 36% отрицают этот факт (Рис. 7).

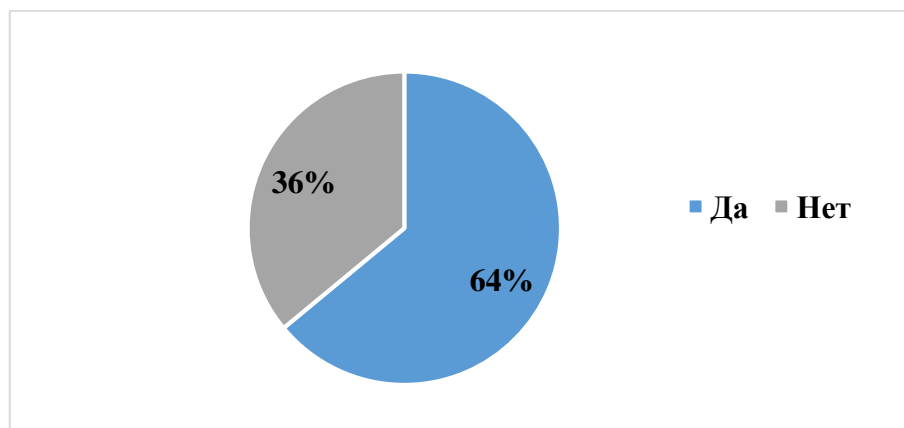


Рис. 7. Наличие избыточного веса

Принципы рационального питания соблюдают - 17%, отметили их не соблюдение - 65%, придерживаются их иногда – 18% (Рис. 8).

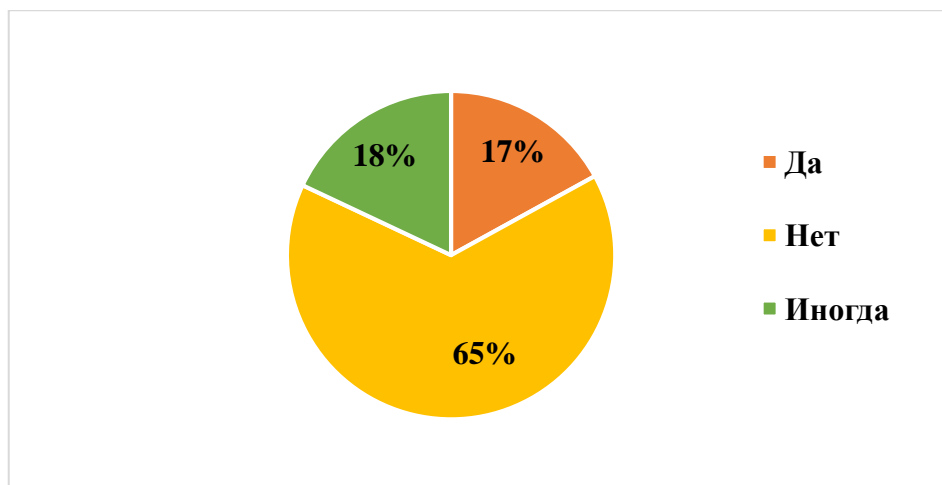


Рис. 8. Соблюдение принципов рационального питания

Выявлено, что продолжительность болезни, так называемый «стаж» бронхиальной астмы у респондентов: менее 3 лет - 19%, от 3 до 5 лет – 22%, 5-10 лет – 15%, и более 10 лет – 44% (Рис. 9).

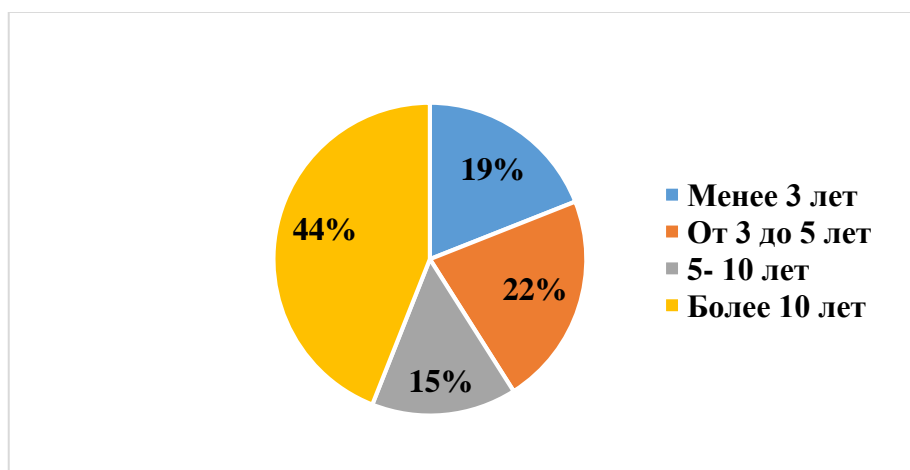


Рис. 9. «Стаж» бронхиальной астмы

Свою информированность о факторах риска, способствующих обострению болезни, отметили 46% опрошенных, не имеют об этом представления 45%, информированы частично – 9% (Рис. 10).

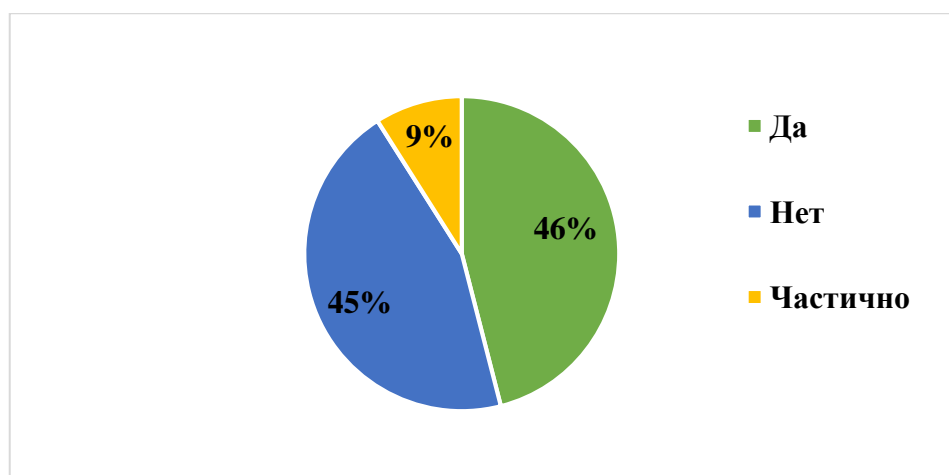


Рис. 10. Информированность о факторах риска обострения заболевания

Представления об основах диетотерапии при бронхиальной астме отметили 50%, отсутствие информированности по данному вопросу - 39%, частично информированы - 11% (Рис. 11).

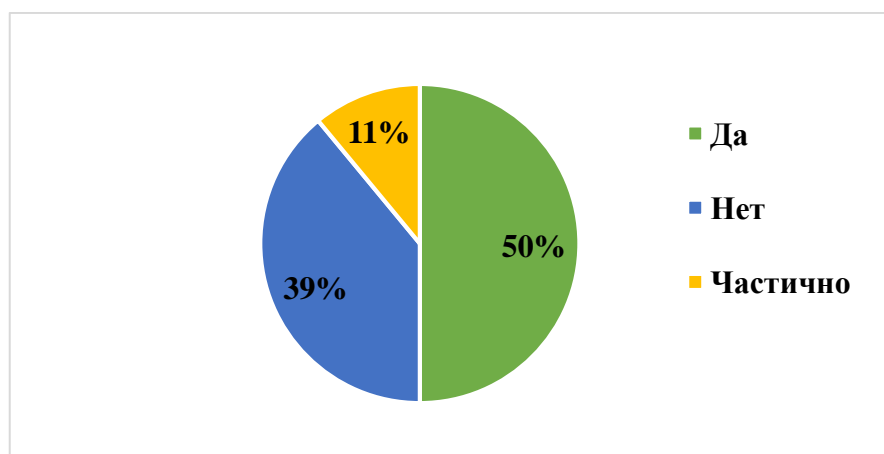


Рис. 11. Информированность по диетотерапии

Информированность по применению лекарственных средств отметили 49%, не имеют об этом представления 40%, а информированы частично – 11% (Рис. 12).

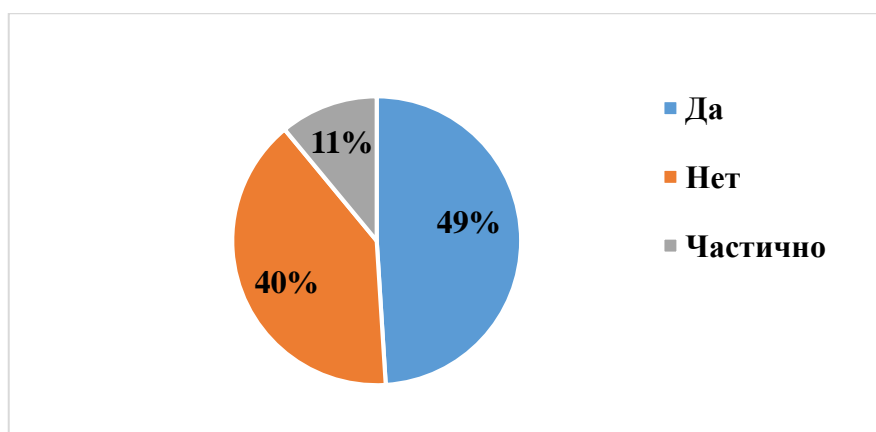


Рис. 12. Информированность по применению лекарственных средств

Информированность о необходимости самоконтроля своего состояния при бронхиальной астме отметили 43%, не имеют об этом достаточной информации - 37%, информированы частично – 20% (Рис. 13).

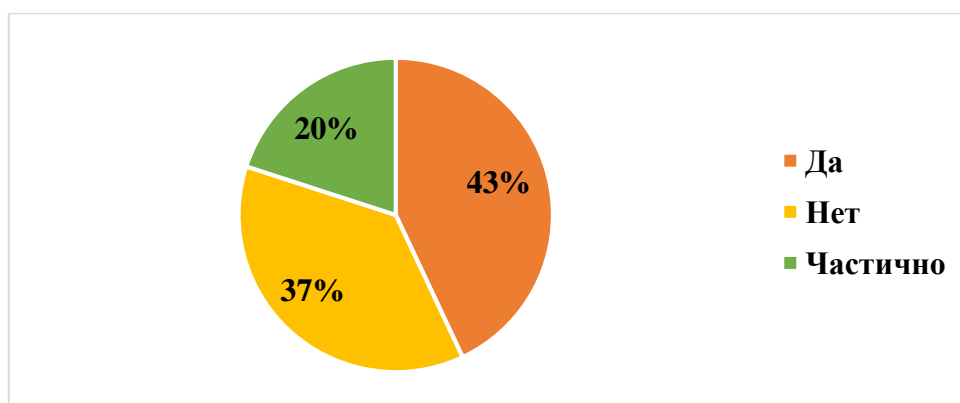


Рис. 13. Информированность о необходимости самоконтроля

Выявлено, что информированы об использовании приспособлений для введения лекарственных средств (ингаляторы, дискхалеры, небулайзеры, кислородные подушки и т.д.) - 54%, нет знаний об этом у 13% опрошенных, информированы частично – 33% (Рис. 14).

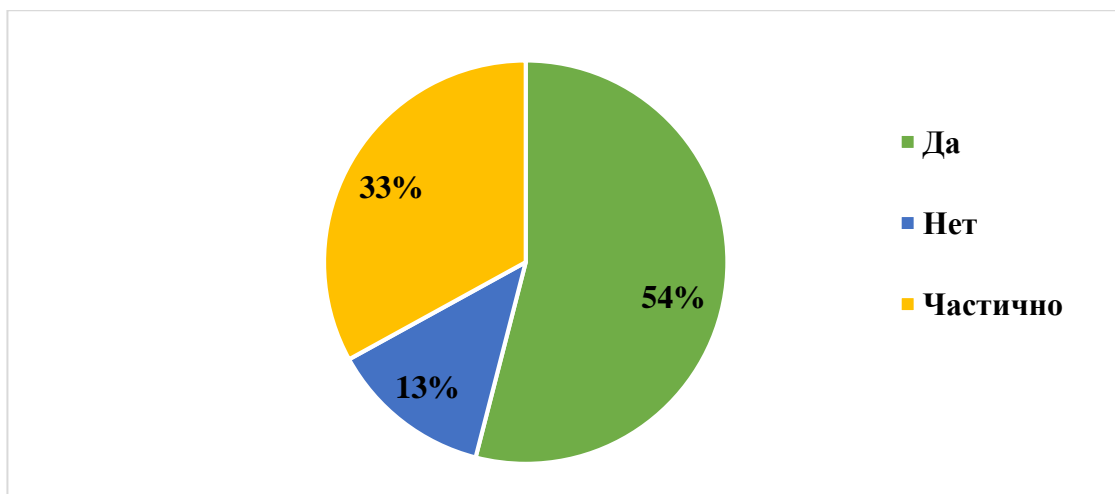


Рис. 14. Информированность об использовании приспособлений для введения лекарственных средств

Выявлено, что только 42% информированы о признаках развития неотложного состояния, не имеют достаточных знаний по этому вопросу 17%, частичное представление имеют 41% (Рис. 15).

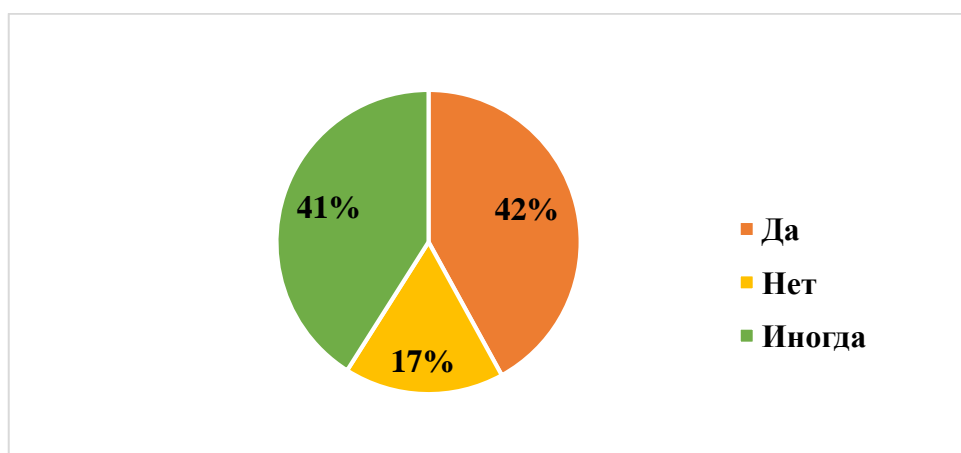


Рис. 15. Информированность о признаках развития неотложного состояния

Источником получения информации о бронхиальной астме в процессе анкетирования названы медработники – 15%, специальная литература – 6%, СМИ – 48%, друзья, родственники – 31% (Рис. 16).

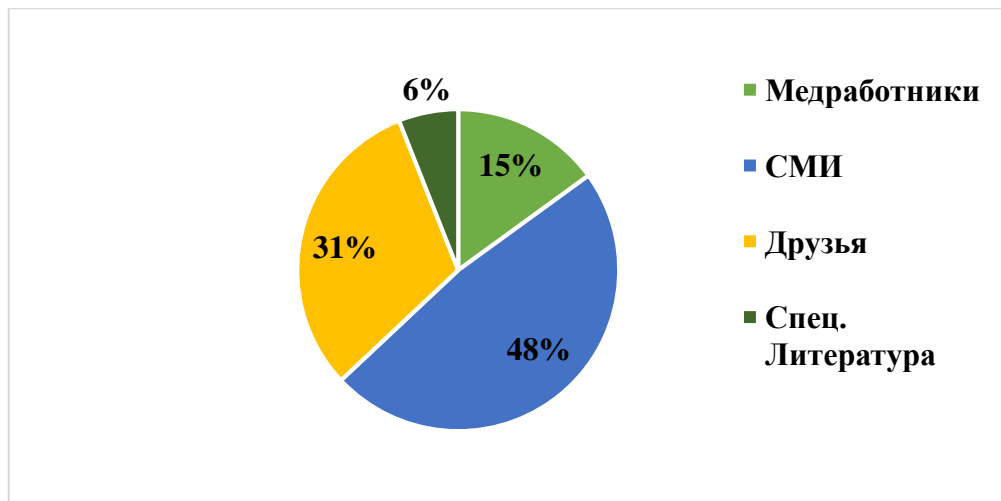


Рис. 16. Источники получения информации о бронхиальной астме

Выявлено, что обучение в «Школе здоровья» для пациентов посещали 32% респондентов, отрицательно ответили на это вопрос - 68% (Рис. 17).

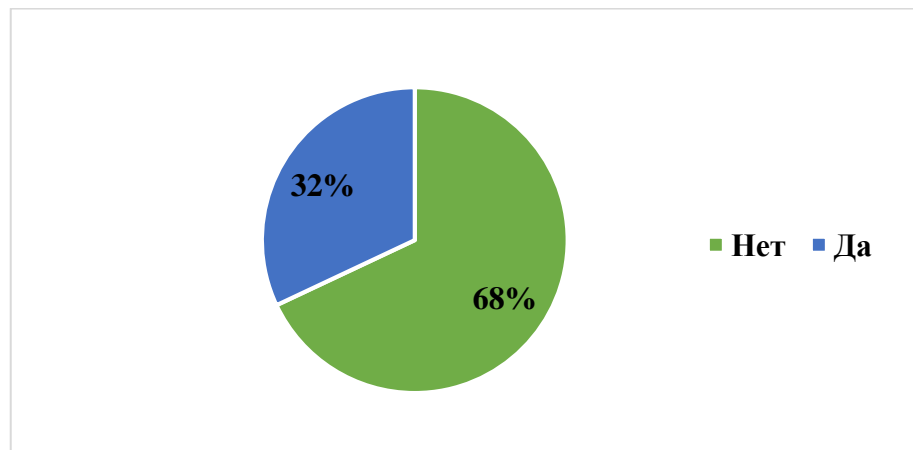


Рис. 17. Обучение в «Школе здоровья»

Рекомендаций врача по режиму физических нагрузок выполняют 29%, не придерживаются данных рекомендаций - 71% (Рис. 18).

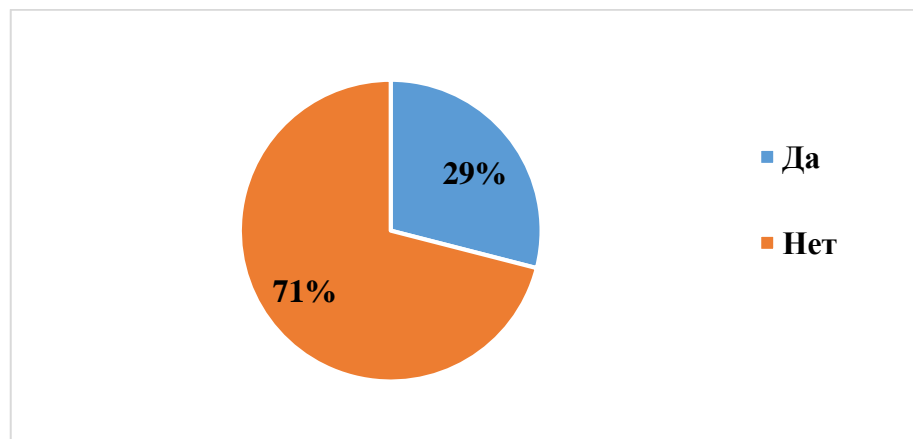


Рис. 18. Выполнение рекомендаций врача по режиму физических нагрузок

Выявлено, что только 32% опрошенных посещают диспансерные осмотры, 68% не делают этого (Рис. 19).

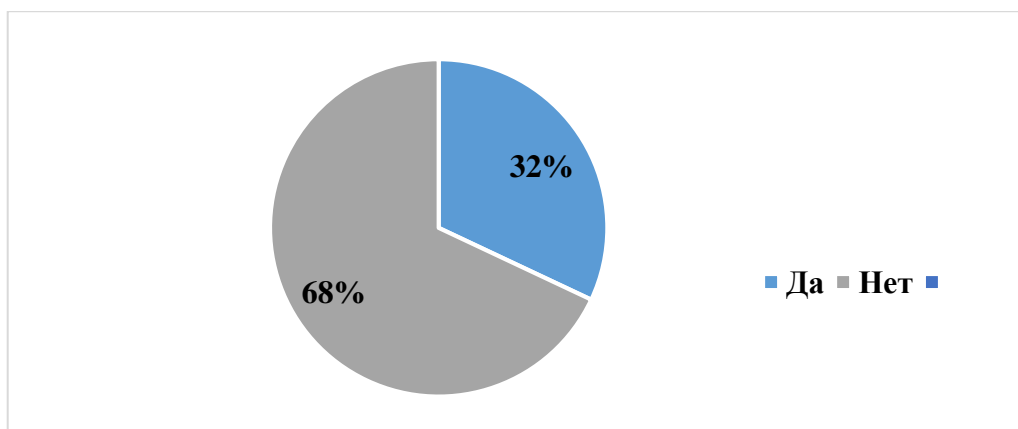


Рис. 19. Посещение диспансерных осмотров

По результатам проведенного исследования, выявлено, что Ведение «Дневника пациента» регулярно ведут лишь 13%, не делают этого 79%, практикуют подобное «иногда» – 8% (Рис. 20).

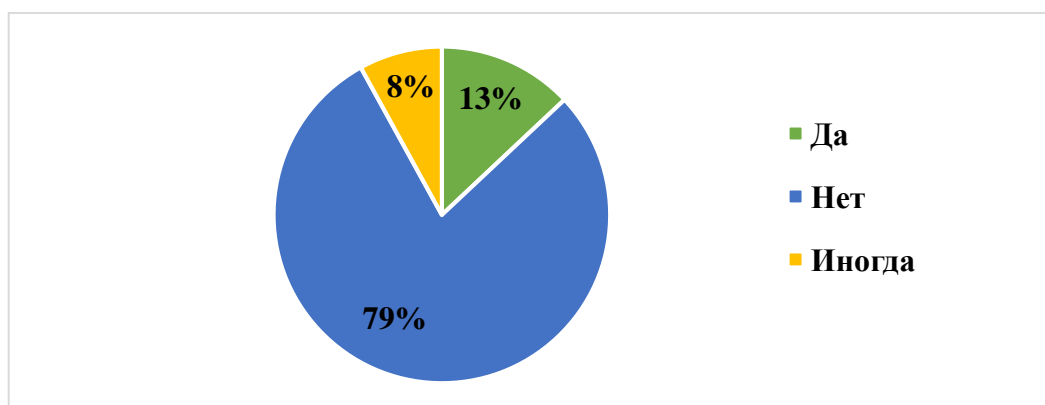


Рис. 20. Ведение дневника пациента

Проведение медработником санитарно-просветительской работы по поводу возникновения обострений и осложнений бронхиальной астмы отметили 58%, ее отсутствие - 18%, наличие санпросветработы «иногда» – 24% (Рис. 21).

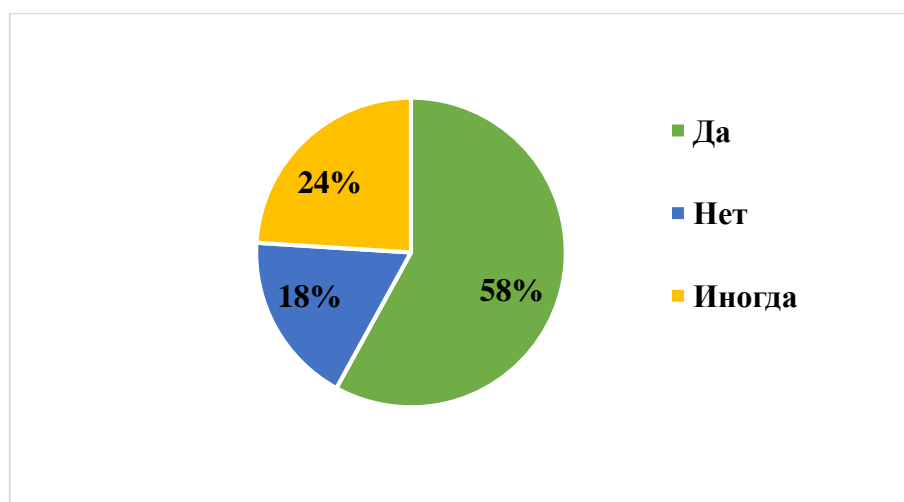


Рис. 21. Проведение медработником санитарно-просветительской работы

Удовлетворенность качеством проведенной профилактической работы со стороны медицинских сестер в ЛПУ отметили 67%, отсутствие удовлетворенности в данном вопросе - 9%, и удовлетворены частично – 24% (Рис. 22).

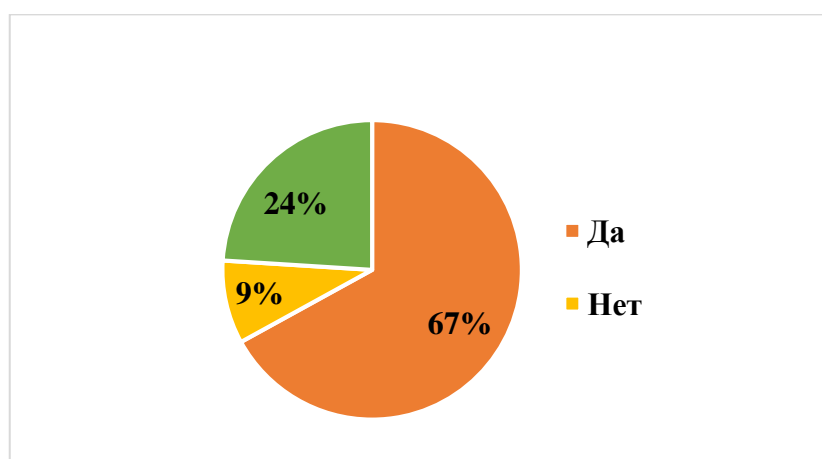


Рис. 22. Удовлетворенность качеством проведенной профилактической работы со стороны медицинских сестер в ЛПУ

Подводя общие итоги проведенного нами исследования, была выявлена группа населения для целенаправленной организации профилактической деятельности при бронхиальной астме.

В 57% это мужчины, возрастом от 41 – 50 лет (42%), проживающие в городе (63%), работающие (58%), имеющие «стаж» бронхиальной астмы более 10 лет (44%);

Выявлено, что имеют вредные привычки курение (38%), а наличие в анкете ответов на данный вопрос «иногда» увеличивает долю курильщиков еще на 41%, что в итоге дает негативный перевес.

Такая же примерно картина и по выявлению употребления алкоголя: 56% респондентов регулярно злоупотребляют алкоголем, и делают это «иногда» 31%, что в сумме так же отражается неблагоприятно в результатах исследования.

Наличие избыточного веса отметили 64%, не соблюдение принципов рационального питания выявлено у 65% респондентов,

По результатам анализа информированности респондентов о факторах риска, способствующих обострению болезни отметили ее отсутствие 45%, и частичную информированность – 9%,

Отсутствие информированности по диетотерапии (39%) и частичная информированность – 11%;

Отсутствие информированности по применению лекарственных средств (40%) и знание этого «частично» (11%);

Информированность о необходимости самоконтроля состояния отсутствует у 37%, и информированы частично – 20%;

Информированность об использовании приспособлений для введения лекарственных средств (ингаляторы, небулайзеры, кислородные подушки и т.д.) высказали лишь половина респондентов (54%); знания о признаках развития неотложного состояния имеются лишь у 42% опрошенных;

Основным источником получения информации о бронхиальной астме: названы средства массовой информации (48%);

Выявлен большой процент пациентов (68%) не посещающих обучение в «Школе здоровья»;

Не выполняют рекомендаций врача по режиму физических нагрузок (71%), не посещают диспансерные осмотры (68%), не ведут «Дневник пациента» (79%);

Проведение медработником санитарно-просветительской работы по поводу возникновения обострений и осложнений бронхиальной астмы: отметили лишь 58%;

Удовлетворенность качеством проведенной профилактической работы со стороны медицинских сестер в ЛПУ отметили 67%, что, в общем и целом недостаточно для качественного охвата населения.

2.3. Рекомендации медицинским сестрам, участвующим в профилактике бронхиальной астмы

1. При организации и осуществлении профилактической работы при бронхиальной астме обращать внимание на наиболее уязвимую по недостатку профилактической помощи категорию населения - это мужчины, возрастом от 41 – 50 лет, проживающие в городе, работающие, имеющие «стаж» бронхиальной астмы более 10 лет;

2. Рекомендовать пациентам отказаться от приема алкоголя и курения;

3. Мотивировать пациентов на постепенное снижение избыточного веса посредством изменения пищевых пристрастий, применения основных принципов рационального питания и занятий физкультурой и спортом;

4. Более широко и подробно информировать население, и пациентов с бронхиальной астмой в частности, о факторах риска, способствующих обострению болезни, по диетотерапии, по применению лекарственных средств,

5. Напоминать пациентам о необходимости самоконтроля своего состояния: регулярно вести «Дневник пациента», расширять знания об использовании приспособлений для введения лекарственных средств (ингаляторы, небулайзеры, кислородные подушки и т.д.), пополняя знания о признаках развития неотложного состояния, посещать обучение в «Школе здоровья» при ЛПУ;

6. Напоминать пациентам о необходимости выполнять рекомендации врача по режиму физических нагрузок, регулярно посещать диспансерные осмотры;

7. Более широко проводить санитарно-просветительскую работу по поводу возникновения обострений и осложнений бронхиальной астмы;

8. Повышать свой профессиональный уровень для более качественного охвата населения профилактической работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работа в медицине влечет за собой ответственность за жизни людей. Необходимо не только помочь пациенту, но также, и прежде всего, не навредить ему.

Цель дипломной работы можно считать достигнутой, так как были решены все стоящие перед этим задачи исследования:

1. В работе в полной мере представлен теоретический обзор по бронхиальной астме: этиопатогенез, клинические особенности, осложнения, а так же диагностические и лечебные мероприятия, профилактика.

2. В работе был рассмотреть сестринский процесс при бронхиальной астме, были проанализированы настоящие и потенциальные проблемы пациентов с бронхиальной астмой.

3. Было проанализировано, на основании анкетирования пациентов, качество сестринской помощи при бронхиальной астме. На основании полученных данных были предложены рекомендации по уходу за пациентами, а так же по улучшение качества сестринской помощи:

- Повышение квалификации медицинских сестер в теоретическом и практическом направлении на тему бронхиальной астмы.

- Усиление профилактических мероприятий: диспансерное наблюдение пациентов, пропаганда ЗОЖ, издание брошюр по основным моментам бронхиальной астмы, оповещение пациентов о новых технологиях в борьбе с бронхиальной астмой, проведение бесед, конференций, презентаций).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бокарев, И.Н. Внутренние болезни: дифференциальная диагностика и лечение: [Текст] / Учебник / И.Н. Бокарев. - Ереван: МИА, 2015. - 776 с.
2. Вебер, В. Р. Основы сестринского дела / [Текст] / В.Р. Вебер, Г.И. Чуваков, В.А. Лапотников. – М.: Медицина, 2013. - 299 с.
3. Ивашкин, В.Т. Внутренние болезни [Текст] / В.Т. Ивашкин. - М.: МЕДпресс-информ, 2014. - 368 с.
4. Луничкина, И. В. Астма. От вопросов к ответам [Текст] / И.В. Луничкина. - М.: Астма-Сервис, 2012. - 810 с.
5. Маколкин, В.И. Сестринское дело в терапии / [Текст] В.И. Маколкин, В.А. Сулимов, С.И. Овчаренко. - М.: МИА, 2013. - 243 с.
6. Муртазин, А.И. Пульмонология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник [Текст] / А.И. Муртазин, 2019. – 352 с.
7. Ненашева, Н.М. Бронхиальная астма. Современный взгляд на проблему. [Текст] \ Библиотека врача – специалиста. / Н.М. Ненашева. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – 304 с.
8. Петров, В. И. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: [Текст] \ мастер-класс : учебник / В. И. Петров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 872 с.
9. Ройтберг, Г.Е. Внутренние болезни. Система органов дыхания: [Текст] / Учебное пособие / Г.Е. Ройтберг. - М.: МЕДпресс-информ, 2015. - 512 с.
10. Ройтберг, Г.Е. Внутренние болезни. Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний внутренних органов [Текст] / Г.Е. Ройтберг. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 800 с.
11. Салухова, В.В. Практическая пульмонология. [Текст] / Руководство / В.В. Салухова, М.А. Харитоновна. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 416 с.

12. Сединкина, Р.Г. Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания / [Текст] / Р.Г. Сединкина, Е.Р. Демидова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 432 с.

13. Фадеев, П.А. Бронхиальная астма [Текст] / П.А. Фадеев. – М.: Огни, 2014. - 160 с.

14. Чучалин, А.Г. Пульмонология. [Текст] Национальное руководство / А.Г. Чучалина.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016. – 800 с.

15. Шабалина, Н. Большая энциклопедия народной медицины. [Текст] От Астмы до Ячменя / Н. Шабалина. - Москва: СПб. [и др.] : Питер, 2013. - 794 с.

16. Широкова, Н.В. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций: [Текст] \ учеб.пособие / Н. В. Широкова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета для изучения факторов риска бронхиальной астмы

Данное анкетирование проводится с целью изучения факторов риска и организации профилактики бронхиальной астмы.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

1. **Пол:** а) Женский, б) Мужской; 2. **Возраст:** а) 18- 30 лет, б) 31-40 лет, в) 41 – 50 лет, г) 51 – 60 лет, д) старше 60 лет;
3. **Место жительства:** а) город, б) сельская местность
4. **Сфера занятости:** а) учащийся, б) работающий, в) пенсионер;
5. **Курение:** а) да б) нет в) иногда; 6. **Употребление алкоголя:** а) да б) нет в) иногда
7. **Наличие избыточного веса:** а) да б) нет
8. **Соблюдение принципов рационального питания:** а) да б) нет в) иногда;
10. **Информированность о факторах риска, способствующих обострению болезни:** а) да б) нет в) частично;
11. **Информированность по диетотерапии:** а) да б) нет в) частично;
12. **Информированность по применению лекарственных средств:** а) да б) нет в) частично;
13. **Информированность о необходимости самоконтроля состояния:** а) да б) нет в) частично;
14. **Информированность об использовании приспособлений для введения лекарственных средств (ингаляторы, дискхалеры, небулайзеры, кислородные подушки и т.д.):** а) да б) нет в) частично;
15. **Информированность о признаках развития неотложного состояния** а) да б) нет в) частично;
16. **Источники информации о бронхиальной астме:** медработники, специальная литература, СМИ, друзья, родственники.
17. **Обучение в «Школе здоровья» для пациентов:** а) да б) нет
18. **Выполнение рекомендаций врача по режиму физических нагрузок:** а) да б) нет
19. **Посещение диспансерных осмотров:** а) да б) нет
20. **Ведение «Дневника пациента»:** а) да б) нет в) иногда;
21. **Проведение медработником санитарно-просветительской работы по поводу возникновения обострений и осложнений бронхиальной астмы:** а) да б) нет в) иногда;
22. **Удовлетворенность качеством проведенной профилактической работы со стороны медицинских сестер в ЛПУ:** а) да б) нет в) иногда.

Благодарим Вас за участие в анкетировании!