

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ
ШКОЛЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

Дипломная работа студента

очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051581
Беляевой Юлии Александровны

Научный руководитель
преподаватель Кумаргей И.Ф.

Рецензент
заведующая поликлиникой ОГБУЗ «Детская
областная клиническая больница» Детская
поликлиника №1
Копица Г.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	1
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	6
1.1.Понятие, этиология и патогенез заболевания.....	8
1.2.Особенности клинического течения заболевания в детском возрасте.....	13
1.3. Школа бронхиальной астмы.....	15
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	20
2.1.Характеристика ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» Детская поликлиника № 1.....	20
2.2.Исследование проблем пациентов в школе бронхиальной астмы.....	22
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	39
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	42

ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма - это воспалительное заболевание дыхательных путей, являющееся одной из наиболее сложных заболеваний в педиатрии. Оно относится к категории распространенных детских болезней.

В последние годы в России, как и во всем мире, наблюдается тенденция по увеличению случаев заболевания детей бронхиальной астмой с более тяжелым течением.

Данные эпидемиологических исследований, свидетельствуют об увеличении заболеваемости бронхиальной астмой у детей на территории Российской Федерации с 5,6 % до 12,1%. Бронхиальная астма снижает уровень качества жизни, а также становится причиной детской инвалидности.

В настоящее время заболевания детей бронхиальной астмой относят к категории хронических заболеваний, основой которых является аллергическое воспаление дыхательных путей.

За последние годы Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выдвинула целый ряд инициативных программ в решении вопросов по борьбе с заболеванием бронхиальной астмой у детей. Инициатива ВОЗ исходила из факта систематического увеличения случаев заболеваемости данной патологией за исторически короткий промежуток времени. Основной целью и задачей данных программ являлось внедрение в систему здравоохранения новых, научно обоснованных эпидемиологическими исследованиями, унифицированных подходов в лечении заболевания. Эти программы оказались эффективными, а также стали инструментом в решении вопросов связанных с профилактикой заболеваний системы дыхания у детей.

Бронхиальная астма является глобальной проблемой, актуальность которой во всем мире возрастает, но при правильно проводимой профилактике и правильном отношении к своему здоровью, у пациента снижается риск развития осложнений.

На 1 января 2017 г. в России зарегистрировано 3 964 889 больных. Наиболее распространена неинфекционно-аллергическая (атопическая) форма, которая чаще всего возникает у людей с низкой физической активностью. Число больных с инфекционно-аллергической формой составило 339 360 человек, в том числе 20 373 детей, 10 038 подростков, 308 949 взрослых, а число больных со смешанной формой – 3 625 529 человек, в том числе 409 детей, 342 подростка, 3 624 778 взрослых.

Чтобы понять необходимость просветительской работы среди населения рассмотрим рисунок 1, на котором виден прирост (%) заболеваемости бронхиальной астмой по отношению к прошлым годам за 2015г., 2016г., 2017г. среди детей в Белгородской области.

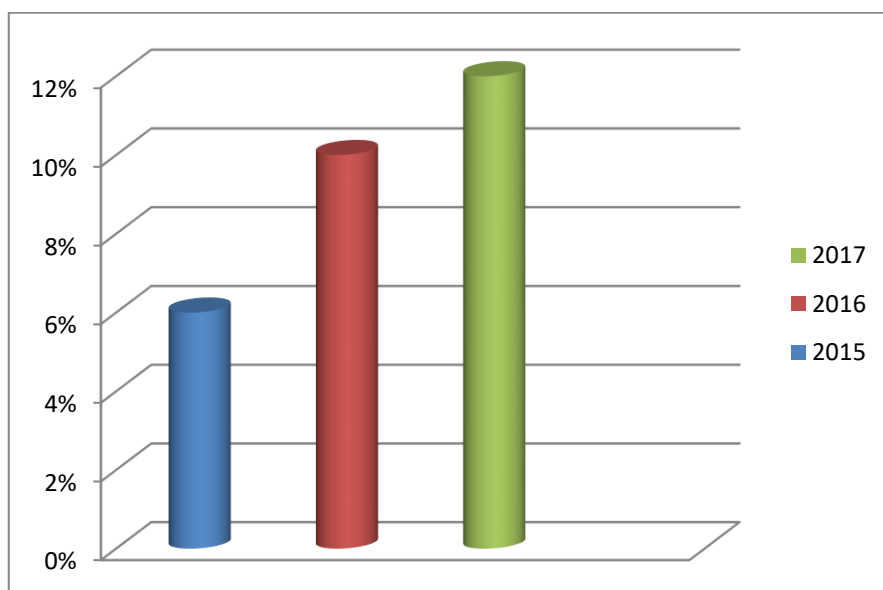


Рис.1. Прирост заболеваемости бронхиальной астмой в Белгородской области

По статистическим данным медицинского информационно-аналитического центра за 2017 год зарегистрировано абсолютное число детей с бронхиальной астмой по Белгородской области 3279 человек, в городе Белгороде 1606 заболевших. Наибольшее число отмечается в Старооскольском (466) и Белгородском (215) районах.

Бронхиальная астма у детей обычно развивается в раннем детстве. Более чем у 3/4 детей, у кого появились симптомы астмы до 7 лет, к 16 годам признаки бронхиальной астмы могут исчезнуть [2, с.12]

В своем исследовании мы опирались на работы Н.С. Воробьевой, С.В. Рачинского, А.Г. Чучалина, Э.В. Смолиной. Попытались объединить позиции педиатров, работающих в области астмологии, рассмотрели современные подходы в диагностике и лечении бронхиальной астмы, изучили российский и зарубежный опыт ведения больных, принципы организации и проведения сестринской лечебно-диагностической и профилактической помощи.

По мнению авторов Н.М. Ненашева, С.В. Рачинского, высокий уровень заболеваемости вызван тем, что большинство родителей плохо осведомлены о механизме возникновения и осложнениях данного заболевания. Ситуация осложняется неправильным лечением, уходом, не знанием методов профилактики и реабилитации.

Бронхиальная астма может привести к ограничениям в эмоциональном, физическом и социальном аспектах жизни пациентов, то есть к ухудшению качества жизни. Качество жизни является динамичным показателем, изменяющимся во времени в зависимости от состояния ребенка. Постоянный мониторинг показателей качества жизни ребенка позволяет в случае необходимости проводить коррекцию терапии.

Эффективность лечения бронхиальной астмы тесно связана с тщательным выполнением пациентами квалифицированных медицинских рекомендаций. Недостаточная осведомленность детей и их родителей о заболевании, об основных факторах, лежащих в основе развития и обострений заболевания, а также об основных методах терапии приводит к тому, что часто пациенты и их родители игнорируют назначения врачей, могут самостоятельно прекращать лечение[12]. Одним из путей повышения эффективности лечения бронхиальной астмы – использование таких форм обучения, как Школа здоровья или Астма-школа. Занятия в таких школах дают понять пациентам и их родителям, что они не одиноки, что рядом с ними находятся люди, которые хотят научить

управлять болезнью. Обучение пациентов и их родителей подразумевает установление партнерства между ними и медицинским работником в условиях постоянной проверки и обновления своих знаний.

Доступность медицинской помощи, своевременная постановка диагноза, понимание тактики ведения и изобилие необходимых лекарств, правильный уход, помогает избегать неблагоприятных осложнений, где большая роль принадлежит медицинским работникам. Одной из форм работы медицинского персонала при бронхиальной астме являются школы здоровья, направленные на профилактику развития обострений, появления осложнений.

Изучив научно-медицинскую и методическую литературу по проблеме заболеваемости бронхиальной астмой в детском возрасте, мы определили: тему исследовательской работы, предмет и объект, цели, задачи, этапы организации сестринской помощи по улучшению качества жизни пациента детского возраста с бронхиальной астмой

Тема: профессиональная деятельность медицинской сестры в работе школы бронхиальной астмы у детей.

Цель исследования: определение этапов организации, методов и приемов сестринской помощи в формировании навыков по улучшению качества жизни пациента детского возраста с бронхиальной астмой в школе здоровья.

Задачи исследования:

1. Изучить медицинскую и научно-методическую литературу по заданной теме.
2. Раскрыть сущность понятия «бронхиальная астма», изучить этиологию, патогенез и особенности клинического течения заболевания у детей.
3. Изучить статистические данные по распространенности заболевания.
4. Раскрыть особенности организации работы школы бронхиальной астмы, особенности сестринской помощи по улучшению качества жизни пациентов детского возраста с данной патологией.

Объект: процесс организации сестринской помощи по улучшению качества жизни пациентов детского возраста с бронхиальной астмой в школе здоровья

Предмет: проблемы организации сестринской помощи по улучшению качества жизни пациента детского возраста с бронхиальной астмой в школе здоровья.

Методы исследования:

- анализ научной медицинской и методической литературы по теме;
- диагностический метод (тестирование, анкетирование);
- эмпирические методы исследования (тестирование, анкетирование, опрос, наблюдение);
- методы интерпретации и математической обработки полученных данных.

База исследования: ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» Детская поликлиника №1.

Теоретическая значимость работы состоит в том, что в ней были проанализированы теоретические аспекты этиологии, патогенеза бронхиальной астмы, особенности клинического течения с данной патологией у детей; определены основные направления деятельности школы бронхиальной астмы и теоретически обоснован алгоритм реабилитационных мероприятий.

Практическая значимость исследования заключается в анализе качества жизни детей, страдающих бронхиальной астмой; полученные нами результаты исследования позволили сделать вывод об эффективности занятий в школе здоровья и предложить мероприятия по профилактике осложнений, уменьшению смертности и уровню инвалидизации пациентов.

Гипотеза. Предполагается, что мероприятия, проводимые медицинской сестрой в школе бронхиальной астмы, помогут уменьшить уровень обострений данной патологии у детей, способствуют повышению качества жизни ребенка и его семьи.

Работа состоит из: введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и литературы, приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

1.1. Понятие, этиология и патогенез заболевания

Бронхиальная астма – (asthma bronchiale; греч, asthma удушье) – хроническое заболевание, основным проявлением которого являются приступы удушья, обусловленные нарушением проходимости бронхов вследствие бронхо-спазма, отека слизистой оболочки бронхов и гиперсекреции слизи [4, с.3]

В нашей стране наибольшее распространение получило определение болезни, данное Г. Б. Федосеевым (1982). Согласно этому определению, бронхиальная астма – самостоятельное хроническое, рецидивирующее заболевание, основным и обязательным патогенетическим механизмом которого является измененная реактивность бронхов, обусловленная специфическими иммунологическими (сенсibilизация и аллергия) или неспецифическими механизмами, а основным (обязательным) клиническим признаком – приступ удушья вследствие бронхоспазма, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов.

В исследованиях (А. Д. Адо, П. К. Булатова, О.В. Белозерова, Н.А. Бердяева, И.А. Ильина, В.С., Г. Б. Федосеева и др.) даны определения, в основе которых заложены этиология, патогенез, клинические проявления бронхиальной астмы.

Бронхиальная астма - гетерогенное заболевание, в основе которого лежит хроническое воспаление дыхательных путей.

Бронхиальная астма - заболевание, протекающее с эпизодами затрудненного дыхания, одышки и кашля вследствие обратимой бронхиальной обструкции с высокочастотными хрипами, слышащими во время дыхания,

особенно на выдохе. Симптомы изменяются с течением времени по характеру и интенсивности.

Бронхиальная астма - связана с гиперреактивностью и воспалением дыхательных путей, но они не являются необходимыми или достаточными для постановки диагноза. Нарушение бронхиальной проходимости обратимого характера подтверждаются исследованием ФВД с бронхолитическим тестом.

Выделяют кластеры демографических, клинических и патофизиологических характеристик, так называемые «фенотипы астмы».

По возможности, бронхиальная астма должна быть диагностирована до начала базисной противовоспалительной контролирующей терапии.

Воспаление дыхательных путей определяет соответствующие подходы к диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы у детей.

Этиологическими факторами, вызывающие бронхиальную астму, являются экзогенные аллергены. Воздействие аллергена, находящегося в окружающей природе, климатической, бытовой или трудовой обстановке, провоцируют развитие болезни. Значение аллергенов как факторов внешней среды находит неопровержимое подтверждение и в том, что прекращение контакта с аллергеном в начале заболевания, приводит к улучшению состояния, ликвидации приступов и даже к стойкому выздоровлению.

По своему происхождению аллергены разделяются на две группы: экзогенные, проникающие в организм из окружающей среды, и эндогенные, образующиеся в органах и тканях организма человека.

Экзоаллергены:

1. аллергены неинфекционного происхождения,
2. аллергены инфекционного происхождения.

Группу аллергенов неинфекционного происхождения составляют бытовые (домашняя пыль и др.), эпидермальные (шерсть, волосы и перхоть животных), пыльцевые (пыльца трав, цветов, деревьев), пищевые аллергены животного (мясо, рыба, молоко, яйцо) и растительного (овощи, фрукты, злаки) происхождения, лекарственные (антибиотики, сульфаниламиды, препараты

ртути, йодиды, барбитураты, витаминные препараты и др.) и простые химические вещества, которые приобретают аллергенные свойства после взаимодействия с сывороточными и тканевыми белками человеческого организма.[6, с.29]

К экзоаллергенам инфекционного происхождения относят бактериальные аллергены (различные виды непатогенных и патогенных бактерий продукты их распада и жизнедеятельности), грибковые и вирусные аллергены (различные виды вирусов и продукты их взаимодействия с тканями).

Выделяют две формы этого заболевания: инфекционно-аллергическая и неинфекционно-аллергическая (атоническая) бронхиальная астма.

Стадии развития:

1) преастма, проявляющуюся наличием аллергических поражений носа и его придаточных пазух, повторными острыми затяжными и хроническими заболеваниями бронхолегочного аппарата; так, например, в классификации А. Д. Адо и П. К. Булатова сочетание воспалительного процесса в органах дыхания или вазомоторных расстройств слизистой оболочки дыхательного тракта с различными проявлениями аллергии и симптомами бронхоспазма, но без выраженных приступов астматического удушья выделяется в стадию преастанмы. Г. Б. Федосеев и соавт. (2001) рассматривают преастанму как угрозу возникновения бронхиальной астмы.

2) стадия приступов (легких, средней тяжести и тяжелых);

3) стадия астматических статусов, характеризующихся тяжелыми продолжительными астматическими состояниями с развитием дыхательной, а в ряде случаев и сердечной недостаточности.

По тяжести – легкая, среднетяжелая и тяжелая бронхиальная астма; показателями тяжести являются частота, характер и продолжительность приступов, наличие и выраженность изменений в межприступном периоде со стороны центральной нервной системы, внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы, обменных процессов, физического развития [18, с.49].

По периоду заболевания – обострение болезни и вне приступного периода.

Обострение заболевания может проявиться приступом бронхиальной астмы, астматическим бронхитом, астматическим состоянием. В течение приступа бронхиальной астмы выделяют предприступный период, приступ удушья и послеприступный период. Эта классификация, учитывая наиболее важные в практическом отношении клинические данные, ориентирует врачей на необходимость соблюдения принципа этапности лечения бронхиальной астмы в детском возрасте [11, с.23].

На основе приведенных классификаций выделяют инфекционно-аллергическую, неинфекционно-аллергическую (атопическую) и смешанную формы бронхиальной астмы, тяжесть болезни (легкая, среднетяжелая, тяжелая), период (предприступный, приступный, послеприступный, межприступный) и осложнения, возникшие в ходе заболевания.

Среди детей, больных бронхиальной астмой, неинфекционно-аллергическая (атопическая) форма этого заболевания диагностируется в 72% случаев, инфекционно-аллергическая – в 18%, смешанная форма – в 10% случаев.

С позиций патофизиологии и иммунологии аллергия рассматривается как состояние повышенной чувствительности к веществам с антигенными свойствами. В основе бронхиальной астмы, как аллергического заболевания, лежит реактивность организма, развивающейся в результате сенсibilизации к экзогенным и эндогенным аллергенам. Важным и во многом определяющим звеном в генезе аллергических заболеваний служит наступающий после проникновения в организм антигена (аллергена) синтез гуморальных (аллергических) или клеточных антител (сенсibilизированных лимфоцитов). При повторном поступлении в организм аллергена в бронхолегочном аппарате происходит взаимодействие аллерген-антитело или сенсibilизация лимфоцитов с последующим разворачиванием клинической картины заболевания [4, с.79].

Современными генетическими исследованиями доказано роль наследственного предрасположения к развитию бронхиальной астмы, однако реализацию эндотипа взаимосвязана с воздействием факторов окружающей среды.

Важную роль наследственности в возникновении бронхиальной астмы подтверждена семейными, близнецовыми и генетико-эпидемиологическими исследованиями. Вместе с тем генетическая составляющая заболевания обеспечивается совокупным действием различных групп генов. Кроме того, наследственные факторы определяют не только возможность формирования, но и его тяжесть, ответ на терапию.

Таким образом, с позиций современной клинической генетики бронхиальную астму можно рассматривать как мультифакториальное полигенное заболевание, передаваемое группой генов, причем наследственное предрасположение к этому заболеванию осуществляется через наследование по аутосомно-рецессивному типу различных патогенетических звеньев заболевания.

Установлено, что развитию болезни способствуют нарушения гормонального баланса, например, глюкокортикоидная недостаточность, которая может возникать при длительном бесконтрольном приеме кортикостероидных препаратов, снижение активности β_2 -адренорецепторов бронхов, обусловленное, в частности, длительным приемом симпатомиметических средств (адреналина, эфедрина и др.).

Неврогенные факторы (психические травмы и др.) могут обусловить возникновение и прогрессирование болезни. Продолжает изучаться механизм возникновения приступов удушья, провоцируемых физической нагрузкой (так называемая астма физического напряжения), холодным воздухом и некоторыми другими факторами [22, с.122]

1.2. Особенности клинического течения заболевания в детском возрасте

Бронхиальная астма - актуальная проблема педиатрии и клинической медицины в целом. Бронхиальная астма является клиническим; основан на наблюдении за больным и оценке симптомов (свистящие хрипы, кашель, одышка, а также развитие симптомов в ночное время или при пробуждении) при исключении других причин бронхиальной обструкции, наличии факторов риска развития бронхиальной астмы.

В период обострения бронхиальной астмы у детей определяется навязчивый сухой кашель или малопродуктивный кашель (иногда до рвоты), экспираторная одышка диффузные сухие свистящие хрипы в грудной клетке на фоне не равномерного ослабленного дыхания, вздутие грудной клетки, коробочной оттенок перкуторного звука. Шумное свистящее дыхание слышно на расстоянии. Симптомы могут усиливаться ночью или предутренние часы. Клиническая симптоматика Бронхиальной астмы меняется в течении суток.

В последнее время при бронхиальной астме предлагается выделение отдельных фенотипов пациентов.

Под фенотипами бронхиальной астмы следует понимать выделение отдельных групп детей с возрастными, патогенетическими, клиническими особенностями этого заболевания, которые целесообразно учитывать при диагностике, подборе индивидуальной терапии и организации наблюдения этих больных.

Выделяют следующие фенотипы бронхиальной астмы:

- аллергическая бронхиальная астма;
- неаллергическая бронхиальная астма.

Возраст – один из значимых критериев, определяющих фенотипов бронхиальной астмы у детей. На практике для этих целей можно выделить следующие возрастные группы:

- дети от 0 до 2 лет;
- дошкольники от 3 до 5 лет;
- школьники от 6 до 12 лет;
- подростки.

Для каждой возрастной группы свойственны свои клинические проявления.

У детей первого года жизни основными сенсibiliзирующими факторами являются пищевые аллергены, а также возрастает роль бытовых аллергенов.

У большинства детей появляются первые типичные приступы экспираторной одышки, аллергические реакции, повторные респираторные заболевания. Подобные начальные проявления становятся причиной начального этапа бронхиальной астмы.

У детей школьного возраста при детальном опросе выявляется клинически значимая ассоциация между контактом с аллергеном и появлением симптомов. Ведущим клиническим симптомом является приступообразный кашель. Приступы развиваются после контакта с причинно-значимым аллергеном, а углубленное обследование подтверждает атопический характер заболевания. С возрастом заболевание нередко приобретает черты типичной бронхиальной астмы.

У подростков старше 12 лет нередко меняется тяжесть течения бронхиальной астмы: у отдельных детей приступы вообще проявляются впервые, часть, часть детей «перерастают» заболевание, симптомы заболевания существенно уменьшаются и даже исчезают.

Но все же существует опасность развития болезни в любом возрасте, и даже переход к астматическому статусу.

Причинами развития астматического статуса могут быть присоединение или обострение бронхолегочной инфекции, наложение острых респираторно-вирусных заболеваний, массивное аллергенное воздействие, глюкокортикоидная недостаточность, несвоевременная и запоздалая терапия бронхоспазма.

Для астматического статуса характерны:

- 1) длительность не купирующегося приступа бронхиальной астмы не менее 6 ч;
- 2) нарушение дренажной функции бронхов;

- 3) гипоксемия и гиперкапния;
- 4) резистентность к симпатомиметическим препаратам.

Бронхиальная астма часто осложняется возникновением эмфиземы легких с присоединением вторичной легочно-сердечной недостаточности.

1.3. Школа бронхиальной астмы

Школа здоровья – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленное на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни [учебник проф. Деят. новый].

Что такое «школа бронхиальной астмы»? — это образовательная программа для детей, страдающих бронхиальной астмой, и их родственников, в которой участники смогут узнать о течении их болезни, новых методах лечения, правильном использовании ингаляторов, овладеть необходимыми навыками самоконтроля и самоведения заболевания.

Обучение пациента в астма-школах подразумевает установление партнерства между ним и медицинским работником в условиях постоянной проверки и обновления своих знаний.

Хорошая образовательная подготовка может снизить приступы, дать возможность учиться, а также уменьшить затраты на лечение. Работа с пациентом должна быть направлена на улучшение понимания, овладение определенными навыками, повышение удовлетворенности результатами лечения, установление доверия. Объем информации и навыков самоведения индивидуален для каждого больного.

Пациенту и родственникам необходима информация о диагнозе, разнице между базовыми препаратами и средствами ингаляционных устройств, профилактике, признаках предрасполагающих к ухудшению течения болезни, способах мониторинга, о том, где и как получить медицинскую помощь.

Основным предназначением астма-школы является обучение пациентов самоведению, управлению своим заболеванием, способности самостоятельно контролировать свое состояние под наблюдением медсестры или врача. Обучение пациентов предполагает установление партнерства между ним и медицинским работником в условиях постоянной проверки и обновления знаний.

Школы для детей больных бронхиальной астмой – 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.

Главными целями школы бронхиальной астмы являются:

- дать больному бронхиальной астмой представление о его заболевании, рассказать о возможностях лечения;
- помочь пациенту оценить тяжесть состояния и адекватность лечения;
- научить больного самостоятельно распознавать приближающийся ухудшение и предотвращение его;
- объяснить назначение таких приборов индивидуального пользования, как спейсер и пикфлоуметр;
- ознакомить с начальными симптомами астматического удушья;
- изучить приемы быстрого купирования приступов астматического удушья;
- изучить способы профилактики обострений;
- получить общие сведения о том, как научиться контролировать приступы заболевания;
- ознакомить с информацией о новейших способах терапии астмы;
- получить знания о том, как самостоятельно контролировать протекание заболевания;
- помочь пациенту точно выполнять рекомендации медсестры и врача – ведь именно от этого зависит полнота успеха противоастматического лечения.

В астма-школе, главным образом проходит обучение пациентов правилам поведения и особым приемам самоконтроля, которые помогут чувствовать себя на высоком уровне и вести здоровый образ жизни. Поэтому главные задачи школы здоровья состоят в том, чтобы:

- обеспечить пациентам полноценные условия обучения;
- доступно объяснить и ответить на задаваемые вопросы;
- обучить практическим приемам;
- формирование у пациентов правильного понятия о здоровом образе жизни.

Работа начинается с создания рабочего места – кабинета, который соответствует всем необходимым требованиям. Он должен быть оснащен столами, стульями, наглядными таблицами, плакатами. Из оборудования необходимы: пикфлоуметры, разнообразные средства доставки (ингаляторы дозированного аэрозоля, порошковые ингаляторы, спейсеры, небулайзер).

Документация - важное звено. В первую очередь это – план работы, индивидуальная карта пациента, журнал посещений занятий, папка с приказами по астма-школе, тетрадь тестирования до и после обучения, лекции для детей и их родителей.

Группы формируются:

- в зависимости от условий работы;
- занятие посвящается одной теме;
- длительность занятия 1 час;
- при проявлении признаков утомления делают перерыв;
- особое внимание уделяют подготовке к занятиям;
- перед началом и после обучения проводят тестирование, чтобы иметь информацию о пациентах и их подготовленности;
- восприятие материала должно быть устным, письменным, наглядным.

Обучение в астма-школе может быть очным и заочным.

Очное: первичное базовое обучение состоит из 5 занятий, повторное из 3 занятий.

Заочное: способы получения информации- брошюры, просмотр видеофильмов, чтение литературы.

Обязательным требованием является посещение первого и последующих занятий без пропусков. Школа должна быть закрытым коллективным, к которому на протяжении цикла занятий не присоединяются новые больные. Если не соблюдать эти правила, то вновь пришедшие пациенты задают вопросы, которые обсуждались на предыдущих занятиях.

Число больных в группе должно быть не более 8-10 человек.

Образовательная программа включает следующие темы:

1. Что такое бронхиальная астма?
2. Почему возникает приступ бронхиальной астмы? Аллергия и бронхиальная астма.
3. Хроническое воспаление и бронхиальная астма. Механизмы обструкции при бронхиальной астме.
4. Неаллергические причины бронхиальной астмы.
5. Пикфлоуметрия. Бронхолитический тест. Правила построения графиков пикфлоуметрии. Индивидуальные зоны контроля.
6. Ингаляционная терапия бронхиальной астмы. Симптоматическое лечение бронхиальной астмы.
7. Лечение хронического воспаления при бронхиальной астме.
8. Глюкокортикостероидная терапия при бронхиальной астме.
9. Лечение обострения бронхиальной астмы.
10. Лечение и профилактика вирусной и бактериальной инфекции.

В целом астма-школа – это хороший профилактический инструмент и, если посещать проводимые занятия регулярно, можно существенно повысить уровень знаний, а также жизненно важных умений при бронхиальной астме.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В ШКОЛЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

2.1. Характеристика ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» Детская поликлиника №1

Детская поликлиника №1 города Белгорода является структурным подразделением ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы». По программе обязательного медицинского страхования обслуживает прикрепленное детское население города с 0 до 18 лет.

Детская поликлиника №1 обслуживает 11 459 человек, оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь детям и подросткам. В ее состав входит R-кабинет, кабинет УЗИ, лаборатория, дневной стационар, где работает врач-педиатр, врач ЛФК, медицинская сестра процедурная, медсестра по массажу, инструктор ЛФК. В работе дневного стационара используется физиотерапевтический кабинет, используются консультации врачей специалистов поликлиники.

Бронхиальная астма является распространенным заболеванием среди органов дыхания. На основании данных, представленных в таблице 1 и на рисунке 2 мы видим, что количество детей, состоящих на учете в детской поликлинике №1 с бронхиальной астмой остается на высоком уровне за последние 5 лет.

Таблица 1

Количество детей с бронхиальной астмой, стоящих на учете в детской
поликлинике №1 города Белгорода за 2014-2018 год

Год	2014	2015	2016	2017	2018
Количество детей с бронхиальной астмой	49	50	43	54	60

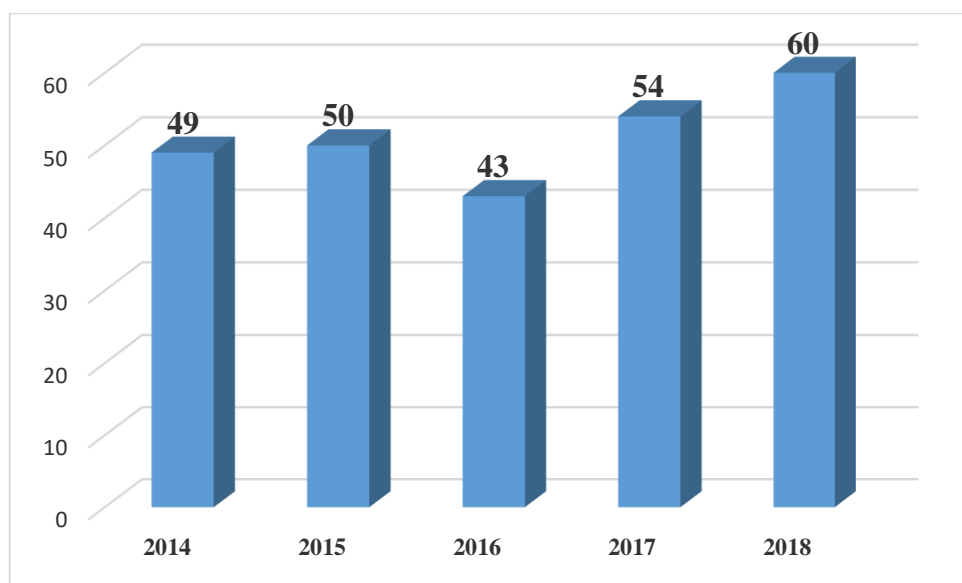


Рис. 2 Показатели заболеваемости бронхиальной астмой в период с 2014-2018 г

В связи с ростом патологии дыхательной системы, особенно бронхиальной астмы, в детской поликлинике № 1 работает «Школа бронхиальной астмы», которую посещает все детское население города. В школе происходит обучение методам индивидуального контроля, методам самопомощи. Приём больных детей с бронхиальной астмой ведёт врач аллерголог-иммунолог, который устанавливает иммунопатологический диагноз, определяет методы коррекции и профилактики иммунологических нарушений на основании клинических наблюдений и клинико-лабораторных исследований, определяет тактику ведения больного в соответствии с установленными правилами и стандартами, назначает необходимые для комплексного обследования пациента методы инструментальной, функциональной и лабораторной диагностики, проводит диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры с использованием разрешенных методов диагностики и лечения, привлекает в необходимых случаях врачей других специальностей для консультаций, обследования и лечения больных.

На основании данных, представленных в таблице 2 и на рисунке 3 мы видим, что количество детей, прошедших обучение в школе бронхиальной астмы с каждым годом увеличивается за последние 5 лет.

Таблица 2

Количество детей, посетивших школу бронхиальной астмы в детской поликлинике №1 города Белгорода за 2014-2018 год

Год	2014	2015	2016	2017	2018
Количество детей	149	150	147	155	160

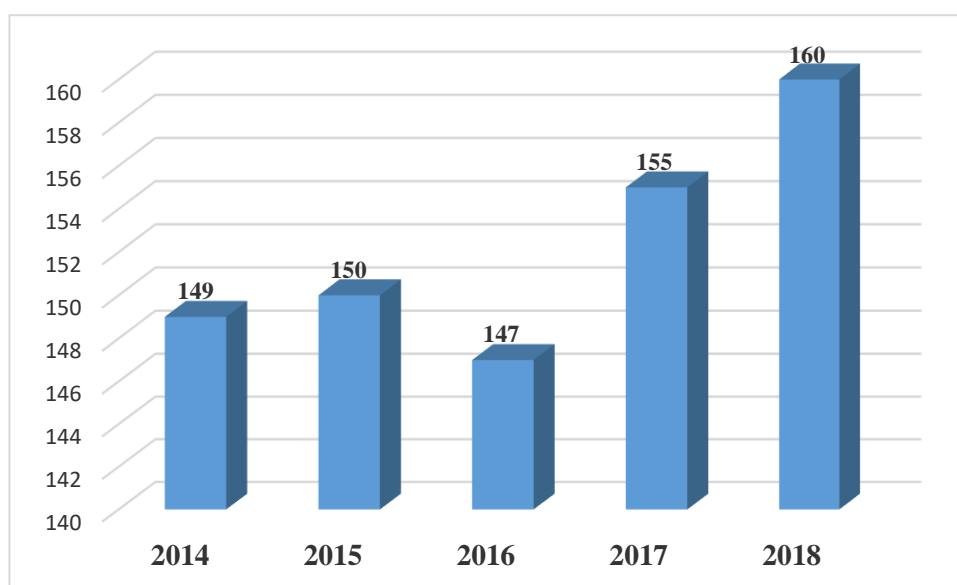


Рис. 3 Статистика обучающихся в школе бронхиальной астмы

2.2. Исследование проблем пациентов в школе бронхиальной астмы

С целью изучения проблем пациентов и их знаний о самом заболевании и его профилактики, нами было проведено исследование в виде анкетирования до начала посещения школы здоровья, а затем повторно после обучения в ней (приложение 1). Совместно с врачом – аллергологом и медицинской сестрой поликлиники нами были проведены занятия в школе здоровья. Каждый цикл

состоял из 5 занятий. Программа включала в себя 10 тем, в ходе которых пациенты могли получать необходимую информацию. Временные рамки исследования включали период с октября 2017 по май 2018 года.

В анкетировании приняли участие 54 респондента, это дети и их родители, которые были разделены на 2 контрольные группы. В первой группе – «А» были дети в возрасте от 4 до 13 лет, во второй – «В» - дети 14-17 лет, соответственно в группе «А» анкетирование проводилось среди родителей, а в группе «В» - среди детей.

В начале исследования необходимо было выявить пол ребенка, для того чтобы узнать, кто больше подвержен заболеванию бронхиальной астмой. Из 54 опрошенных: мальчиков – 68%, девочек – 32% (Рис.4).

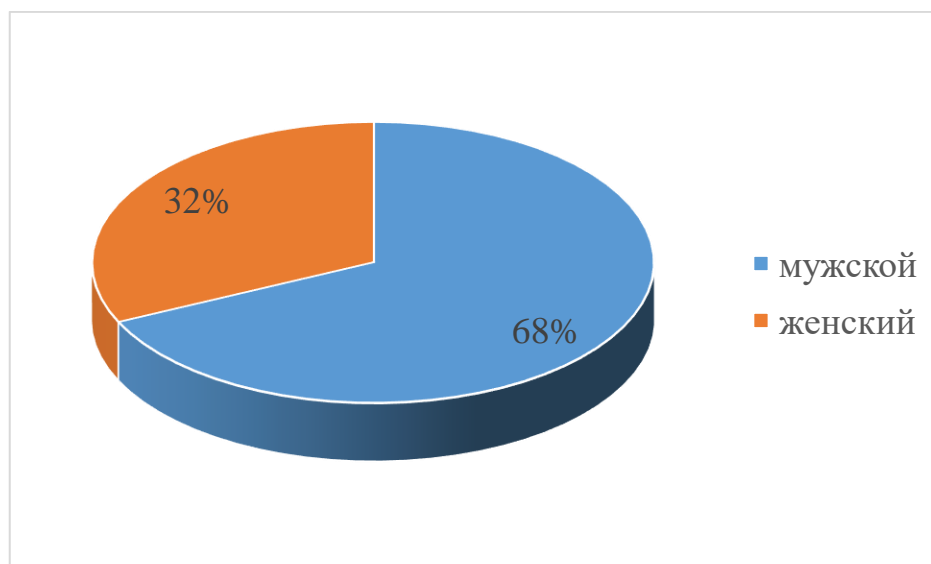


Рис. 4. Гендерное распределение респондентов

Возрастные показатели детей распределились следующим образом: дети от 4 до 13 лет – 56%; 14 – 17 лет - 44% (Рис. 5).

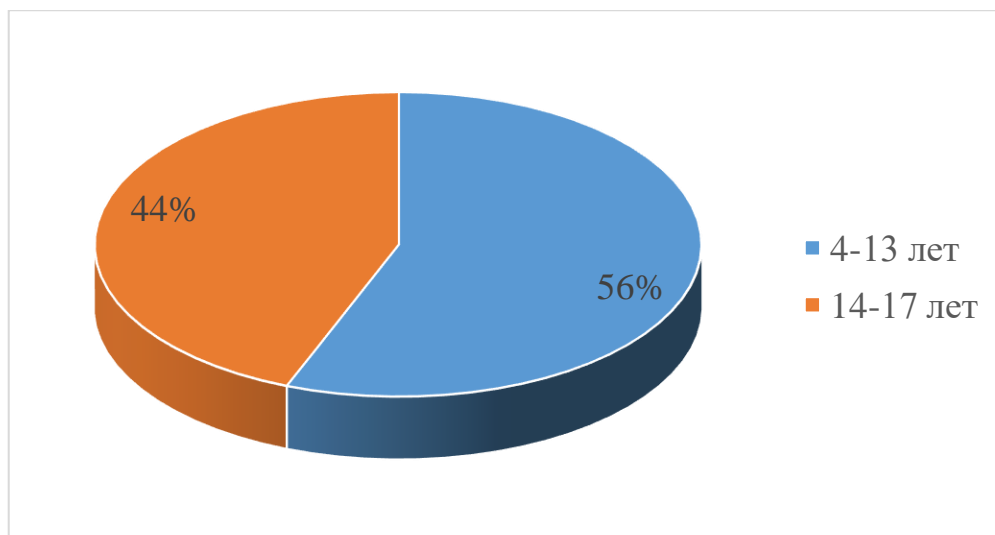


Рис. 5. Возрастное распределение респондентов

Исследование показало, что стаж основного заболевания составил 1-2 года у 38% респондентов, 3-5 лет – 40%, более 5 лет – 22% (Рис. 6).

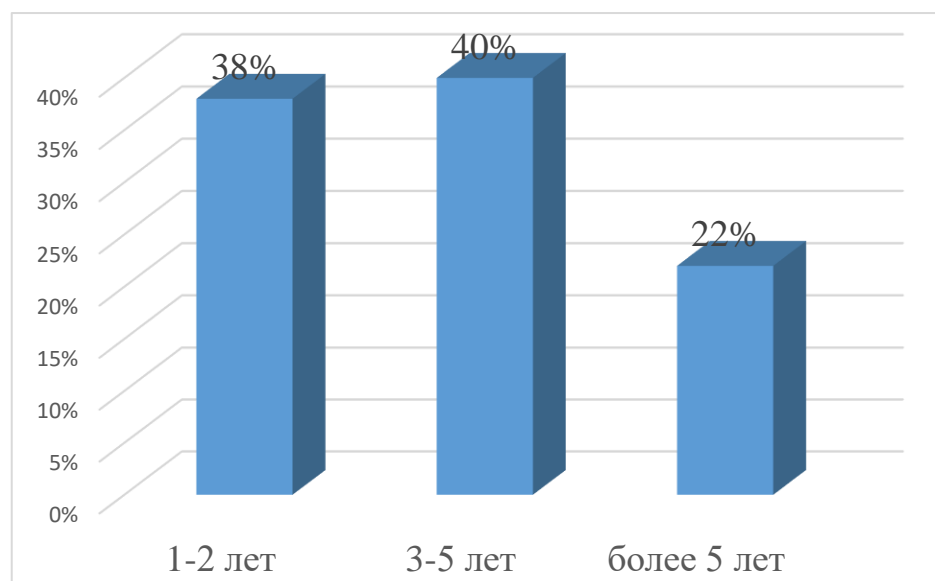


Рис. 6 Стаж заболевания

В результате анкетирования мы выяснили, что и большинство пациентов показали очень низкий уровень базовых знаний о своем заболевании, в группе «А» - 72% родителей и в группе «В» - 84% детей не имели представления о заболевании.

Важную роль в повышении качества жизни пациента с бронхиальной астмой играет его отношение к болезни и лечению, что в значительной мере определяет эффективность проводимых лечебных мероприятий. Недостаточная информированность пациентов и родителей о болезни, отсутствие навыков самоконтроля, неосведомленность о факторах, влияющих на течение заболевания, ухудшают качество жизни больного. Главное, о чем должен помнить пациент, - это то, что при хорошем контроле над заболеванием, четком соблюдении врачебных предписаний и рекомендаций, можно добиться практически полного отсутствия обострений заболевания и высокого качества жизни. Поэтому целями образования больных в астма-школе являются: приобретение знаний о заболевании, навыков самопомощи, ориентация в различных ситуациях, психологическая коррекция.

После посещения школы здоровья 100% родителей владели информацией о заболевании, а во второй группе 88% анкетированных (Рис.7,8).



Рис. 7 До посещения школы здоровья

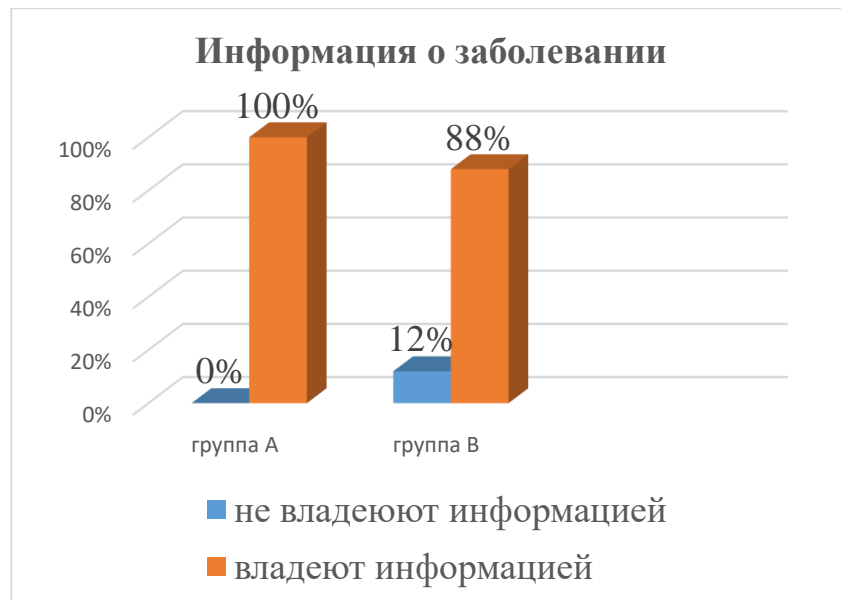


Рис. 8 После посещения школы здоровья

Нами был проведен анализ факторов риска, в результате которых могла развиваться бронхиальная астма, которые достаточно разнообразны. Мы установили, что в группе «А» 55 % и 61% в группе «В» - имеют аллергию. Затруднились ответить в группе «А» 12%, а в группе «В» 18% опрошенных (Рис.9).

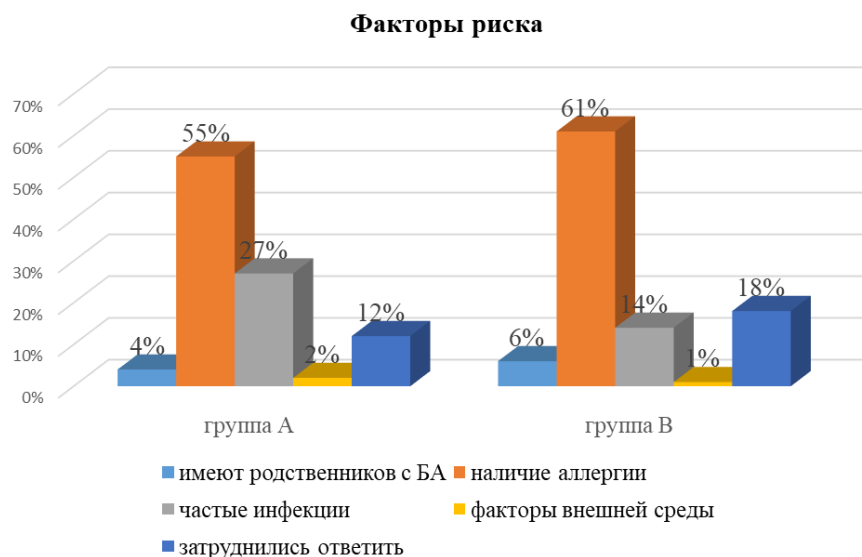


Рис. 9. Распределение по факторам риска

Знание факторов, способствующих развитию бронхиальной астмы, может позволить облегчить течение, а в некоторых случаях – и предотвратить появление болезни.

После посещения школы здоровья респонденты обеих групп продемонстрировали знание факторов риска (Рис.10).



Рис.10. Распределение по факторам риска

При выборе устройства для ингаляции учитывают эффективность доставки лекарственных средств, стоимость, эффективность и удобство применения. У детей применяют три типа устройств для ингаляции: небулайзеры, дозированные аэрозольные ингаляторы и дозированные порошковые ингаляторы.

Исследование показало, что в группе «А» приступ бронхиальной астмы снимают небулайзером – 51% респондентов, и народными средствами – 6%. В группе «В» приступ бронхиальной астмы снимают дозированным аэрозольным ингалятором – 76% респондентов, а народные средства не используют! После посещения школы все слушатели были обучены технике применения аэрозольного ингалятора, использование небулайзера и знали

способы оказания помощи и самопомощи при приступе бронхиальной астмы (Рис.11).

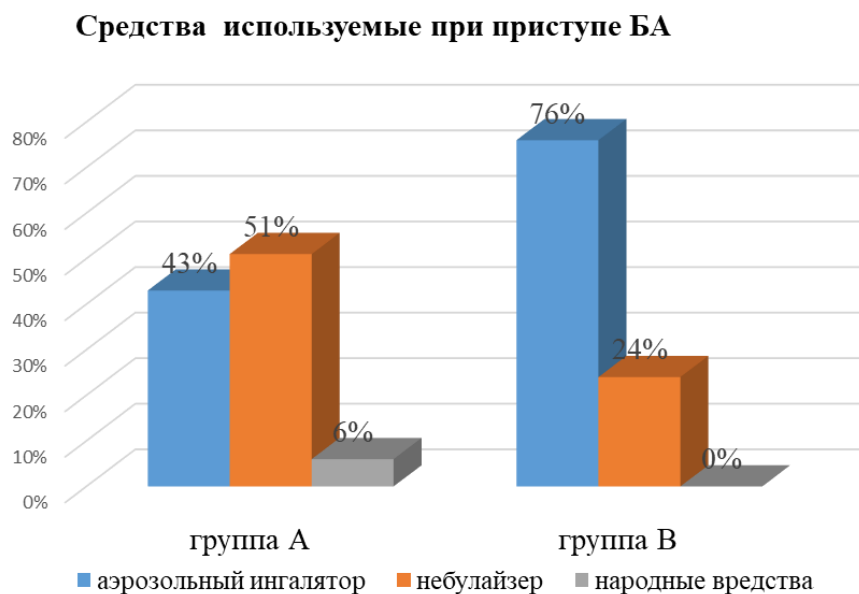


Рис. 11 Средства для оказания помощи

Питание и бронхиальная астма у детей непосредственно связаны между собой. Установлено, что беременные женщины при приеме пищи употребляя высокоаллергенные продукты рискуют получить развитие внутриутробной сенсибилизации плода, что приводит к проявлению пищевой аллергии, возникающей у детей в раннем возрасте. При проявлении пищевой аллергии у детей раннего возраста является наиболее частой причиной основных аллергических состояний и играет важную роль в формировании респираторных и кожных проявлений аллергии.

Диета при бронхиальной астме является хорошим вспомогательным средством лечения и профилактики приступов удушья. Диета для ребенка с диагнозом астма должна исключать попадание аллергенной пищи в пищеварительную систему, а также препятствовать их усвоению.

Действие препаратов не наступает сразу; они обладают накопительным эффектом, поэтому принимать их нужно не менее 3 месяцев. Начинают «работать» они через 2-12 недель, их действие продолжается еще некоторое время после окончания курса.

В результате исследования было выяснено, что 76% респонденты группы «А» соблюдают диету и режим приема препаратов, а в группе «В» только 62%. После посещения школы в группе «А» – 96%, а в группе «В» – 88% стали соблюдать диету и режим приема препаратов (Рис.12).

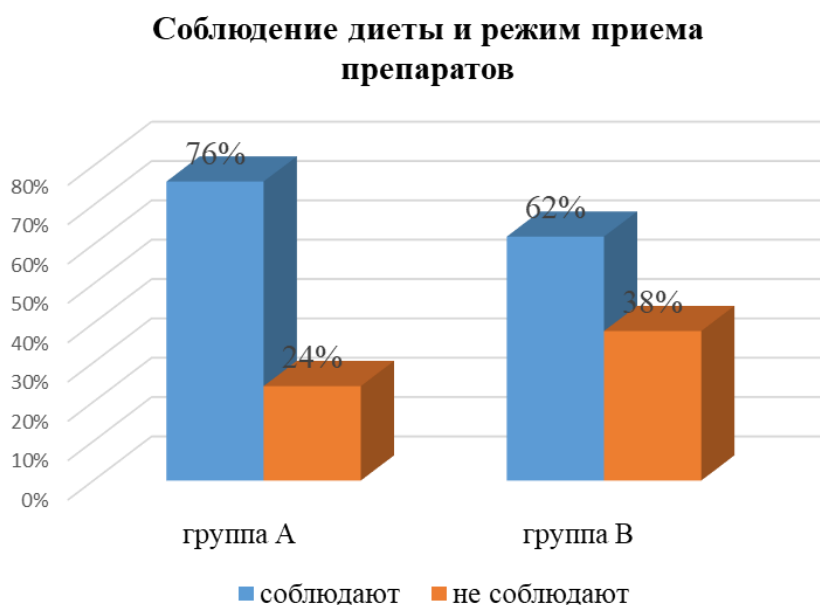


Рис. 12 До посещения школы здоровья

После посещения школы в группе «А» 96%, а в группе «В» – 88% стали соблюдать диету и режим приема препаратов (Рис.13).

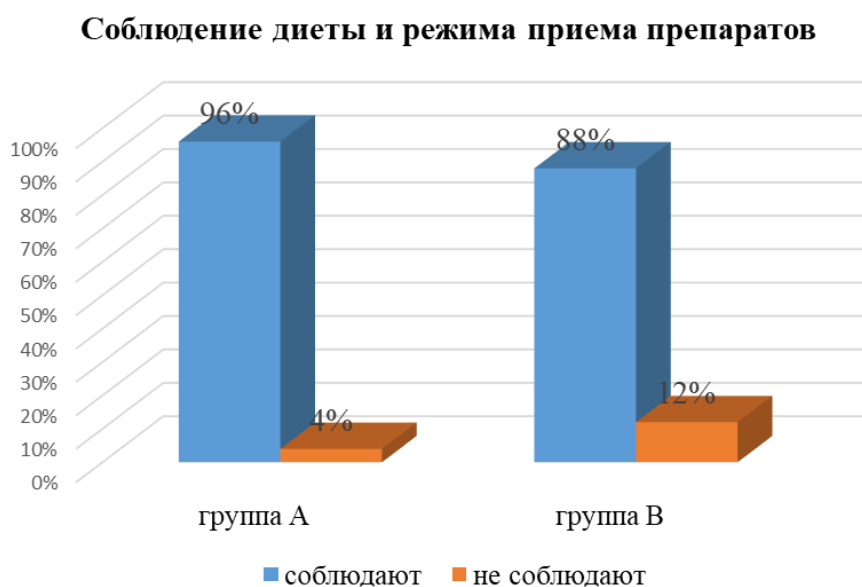


Рис. 13 После посещения школы здоровья

Дневник пациента с бронхиальной астмой — это инструмент для самостоятельной диагностики обострений, позволяющий своевременно вносить изменения в схему терапии заболевания. Такой подход помогает контролировать течение патологии.

Регулярный контроль астмы, осуществляемый с помощью журнала, повышает шансы на успешное восстановление пациента, повышение качества жизни последнего и удлинения периода ремиссии.

При анализе анкет было выяснено, что 46% респондентов группы «А» и 55% группы «В» не знают о том, что необходимо вести дневник самоконтроля. После обучения в школе здоровья 89% группы «А» и 97% группы «В» стали вести дневник самоконтроля (Рис. 14, 15).

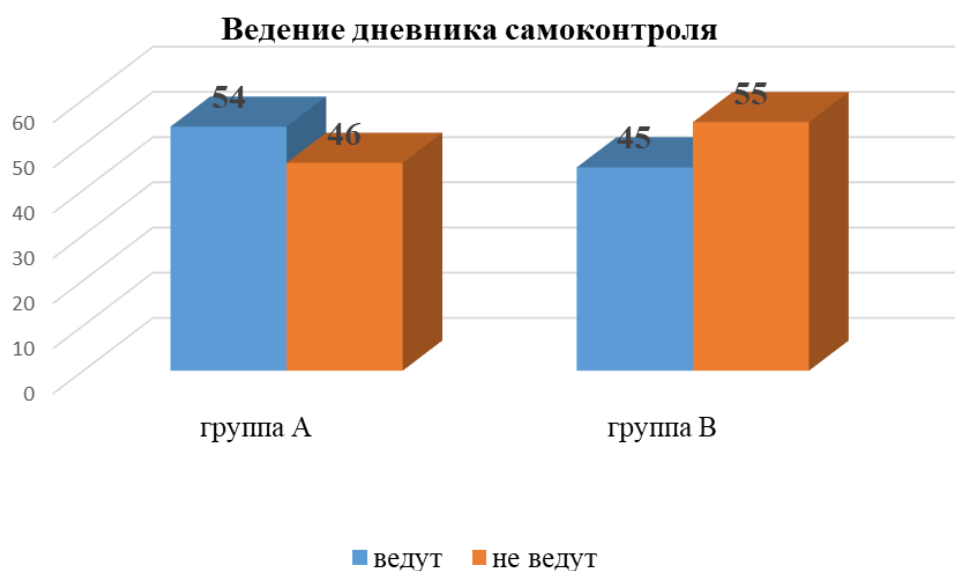


Рис. 14. Распределение по ведению дневника самоконтроля до посещения школы здоровья

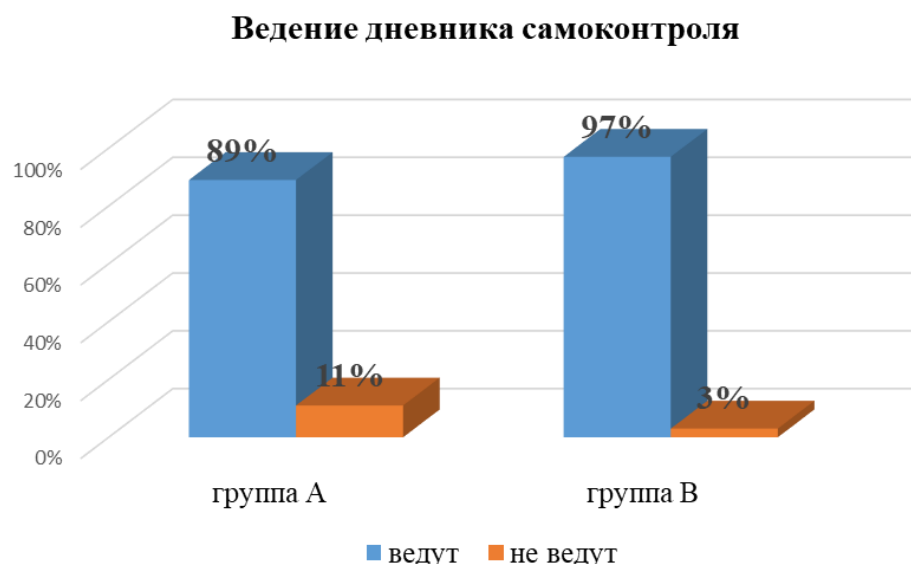


Рис. 15. Распределение по ведению дневника самоконтроля после посещения школы здоровья

Большой процент респондентов получают информацию по бронхиальной астме из интернета, что может указывать на искаженные сведения о заболевании. Медицинская сестра должна проводить разъяснительные работы по предложению получения информации от медицинских работников в астма-школе.

Нами также был проведен анализ источников получения информации о заболевании. Основными источниками в группе «А» и «В» является интернет 43% и 54%. На долю медицинских работников приходится 17% и 12% опрошенных. После посещения школы здоровья 100% анкетированных выбрали астма-школу.

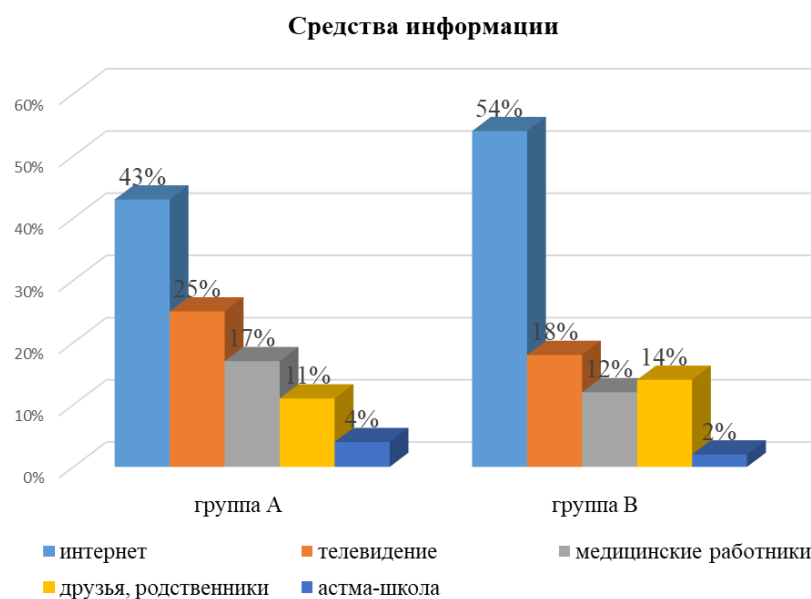


Рис. 16. Распределение респондентов по средствам получения информации

Необходимо так же отметить, что в начале анкетирования дети, но чаще их родители, несколько преувеличивали тяжесть своего заболевания или полностью отвергали установленный специалистами диагноз, то после занятий в школе бронхиальной астмы в 94% случаев мы видели уверенность в возможностях детей и их родителей, и отсутствие явной тревоги (Рис. 17).

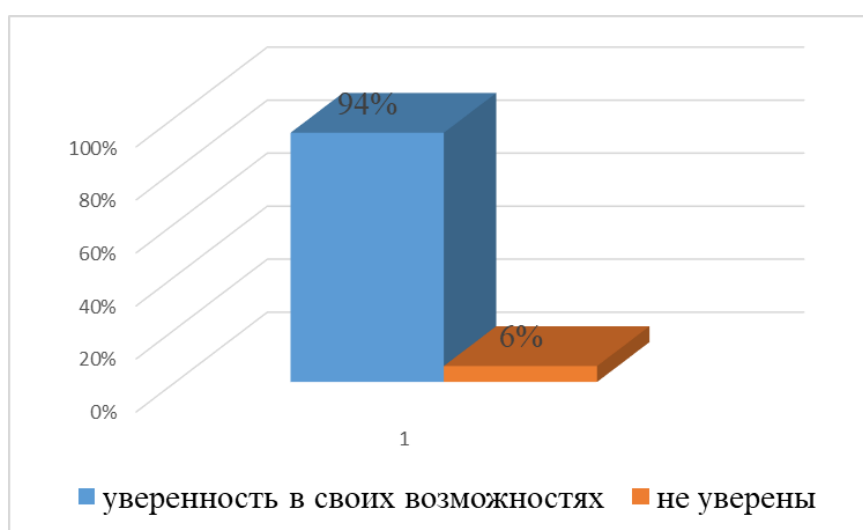


Рис. 17 Распределение респондентов в своих возможностях после обучения в школе бронхиальной астмы

Нарастание тревожности, некоторое снижение физической активности у части детей, по нашему мнению, связано с определенными личностными особенностями этих пациентов, чертами характера, а также с психологическим климатом в семье и особенностью поведения их родителей. Исходя из этого, необходимо привлекать к работе в астма-школе психолога, либо консультации детей, проходящих обучение, специалистом данного профиля.

Анализ результатов проведенного исследования показал, что

1. среди респондентов у детей в возрасте младше 14 лет распространенность бронхиальной астмы значительно преобладает у мальчиков, чем у девочек (мальчиков – 68%, девочек – 32%);

2. среди опрошенных, бронхиальной астмой чаще болеют дети в возрасте от 4 до 13 лет – 56%; 14 – 17 лет - 44%;

3. до начала занятий дети и их родители показали низкую осведомлённость о заболевании бронхиальная астма. В итоге пациенты, прошедшие обучение в «Астма-школе» научились самостоятельно оценивать симптомы, свидетельствующие об обострении бронхиальной астмы и предотвращать развитие приступа, пользоваться спейсером, небулайзером;

4. после занятий в школе бронхиальной астмы в 94% случаев мы увидели уверенность в возможностях пациентов и отсутствие явной тревоги.

Астма-школа - это форма образования пациентов и их родителей, включающая циклы лекций и практических занятий, необходимых для повышения уровня знаний о болезни, приобретения навыков самопомощи и самоконтроля, психологической коррекции поведения больного и членов семьи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выбор темы бронхиальной астмы для исследования обусловлен тем, что данная патология является одной из сложных проблем в педиатрии. В настоящее время бронхиальную астму у детей рассматривают как хроническое заболевание, основу которого составляют аллергическое воспаление дыхательных путей.

За последние годы в большинстве развитых стран, в том числе и в России, отмечается рост распространённости и смертности, связанных с бронхиальной астмой, несмотря на увеличение числа аллергологов, пульмонологов, значительное увеличение числа выпускаемых разнообразных диагностических и противоастматических средств. Всё это свидетельствует о недостаточной эффективности существующей системы по диагностике, оказанию помощи, лечению и профилактике заболевания.

В России распространённость болезни среди детского населения составляет до 10%. Мальчики болеют в 3 раза чаще девочек. Повышается тенденция к тяжелому течению заболевания. Из 40 миллионов детей России бронхиальная астма обнаруживается у 3,5 миллионов. В основном это дошкольники. Всего в стране проживает около 1 миллиона детей с данным заболеванием, возраст которых менее 4 лет. Причем практически каждый ребенок посещал инфекционную больницу с проявлением ОРВИ астматической формы. Как правило, это дети из возрастной категории до 2 лет.

Россия входит в пятерку стран мира по распространённости бронхиальной астмы. В целом уровень подошел вплотную к эпидемиологическому порогу. При этом, по словам научных экспертов, реальные цифры людей с этой болезнью в два-три раза выше.

Бронхиальная астма относится к категории хронических патологий. В течении всей жизни оно переходит из фазы обострения в фазу ремиссии, и обратно. Чтобы научить больного ребенка или его родственников следить за

здоровьем и не бояться возникновения очередного рецидива существуют школы бронхиальной астмы. На занятиях пациенты изучают как развивается заболевание, каких правил необходимо придерживаться в повседневной жизни, чтобы облегчить симптомы заболевания. Так же, очень важно научить пациентов и их родственников принимать экстренные меры в случае возникновения приступа.

В первой главе дипломной работы было рассмотрено понятие бронхиальной астмы, вопросы этиологии, патогенеза. Подробно изучено клиническое течение данного заболевания в детском возрасте. Были определены основные цели и задачи в работе школы бронхиальной астмы, которая призвана повысить качество жизни пациентов, а также помочь им выработать четкий механизм действий при возникновении внезапных приступов.

Изучив литературу, мы пришли к выводу, что главной задачей медицинского работника, имеющего дело с бронхиальной астмой, является разработка индивидуальных мероприятий по улучшению качества жизни пациента детского возраста с данной патологией, через школы здоровья.

Во второй главе дипломной работы проведено исследование проблем пациентов и дана оценка эффективности обучения в школе бронхиальной астмы на базе детской поликлинике №1.

Проанализировав проведенное исследование, мы выяснили, что эффективными методами и приемами в формировании навыков по улучшению качества жизни пациента детского возраста с бронхиальной астмой являются занятия в школе здоровья, где:

1. После посещения школы здоровья повышается уровень знаний родителей и детей о болезни, о ее течении, признаках, лечении, профилактике;
2. Повышается уровень знаний, умений и навыков по самоконтролю за здоровьем и оказанию помощи самому себе в случаях, не требующих медицинского вмешательства;

3. Проводятся семинары по обучению пользования устройствами для снятия приступа. Знакомят с новинками, выпускаемыми для улучшения качества жизни пациентов;

4. Распространяется печатная информация;

5. Однако, важны не только знания, но и умения. Суметь принять в любой ситуации верное решение и начать правильно действовать - это уже результат не только высокого уровня знаний о бронхиальной астме, но и способности управлять своим заболеванием, добиваясь при этом хороших результатов. В ряде же случаев верным решением будет немедленное обращение к врачу и отказ от самостоятельных попыток справиться с ситуацией.

Изучив деятельность медицинской сестры в работе школы бронхиальной астмы, результаты анкетирования среди пациентов, сделано заключение, что цель работы достигнута, гипотеза доказана.

В результате проведенного исследования формируется вид профессиональной деятельности: «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах», в том числе профессиональными и общими компетенциями.

Чтобы избежать недостатков в работе «Астма-школ» и повысить эффективность их работы предлагаем:

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В работе астма-школы обязательно должен принимать участие психолог, а также необходимо выяснение психологического "портрета" пациентов перед началом обучения.

2. Включать в процесс обучения детей и подростков игровые формы обучения.

3. Необходимо также выделить ставку для медицинской сестры с высшим образованием, так как после дополнительного обучения такой специалист может эффективно работать в «Астма-школе», а иногда даже и заменять врача.

4. Разработать памятки для пациентов по вопросам питания, режима труда и отдыха, проведения утренней гимнастики.

5. Умение грамотно с психологической точки зрения строить профессиональное общение.

6. Медицинской сестре необходимо проводить санитарно-просветительную работу, постоянно разнообразить формы работы в этом направлении: беседы, лекции, столы-раскладки, выставки, плакаты, конкурсы, выступления через средство массовой информации.

В современном мире приоритетным становится профилактическая работа с больными и их родственниками. При этом большая роль отводится «Школе бронхиальной астмы», где для каждого ребенка разрабатывается индивидуальная программа реабилитации. Поэтому столь актуальна проблема обучения врачей и медицинских сестер профилактической работе.

Счастье для пациентов с бронхиальной астмой – обрести надежду и уверенность в завтрашнем дне, жить полноценной жизнью здорового человека. Для медицинского работника астма-школа - это успех, радость, удовлетворение от проделанной работы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астафьева, Н.Г. Клинические фенотипы бронхиальной астмы у подростков: Трудности диагностики и терапии [Текст] / Н.Г. Астафьева // Лечащий врач. - 2015. - №4. - С.20-21.
2. Боговин, Л.В. Нефармакологические способы достижения контроля бронхиальной астмы [Текст] / Л.В. Боговин, В.П. Колосов, Ю.М. Перельман.- Владивосток: Дальнаука, 2016. - 252с.
3. Бродская, О.Н. Легкая бронхиальная астма: клинические рекомендации и реальная клиническая практика [Текст] / О.Н. Бродская // Медицинский совет. - 2017. - №18. - С.95-101.
4. Метаанализ распространенности астмоподобных симптомов и бронхиальной астмы в России (по результатам программы ISAAC). [Текст] / Б.Ц. Батожаргалова, Ю.Л. Мизерницкий, М.А. Подольная // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2016. - №4. - С.59-69.
5. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва: Оригинал-макет, 2017. - 160с.
6. Ненашева, Н.М. Новые возможности терапии легкой бронхиальной астмы [Текст] / Н.М. Ненашева. // Медицинский совет. – 2016. - №15. - С.33-40.
7. Отвагина, Т.В. Терапия [Текст]: учебное пособие / Т.В. Отвагина. - Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2017. - 367с.
8. Перельман, Н.Л. Качество жизни у больных бронхиальной астмой с осмотической гиперреактивностью дыхательных путей [Текст] / Н.Л. Перельман // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. - 2016. - №59. - С.16-19.
9. Практическая пульмонология [Текст]: руководство для врачей / ред.: В.В. Салухов, М.А. Харитонов. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 416с.

10. Принципы выбора для больных легкой астмой. Согласование рекомендации РААКИ и РОО [Текст] / С.Н. Авдеев [и др.] // Российский аллергологический журнал.- 2017. - №3. - С.55-63.
11. Руководство по клинической иммунологии в респираторной медицине [Текст] / под ред.: М.П. Костинова, А.Г. Чучалина. - Москва: АТМО, 2016. - 128с.
12. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии [Текст] / - Ростов н/Д: Феникс, 2016. - 365с.
13. Солиев, А.У. Лечение хронического кашля и бронхиальной астмы / А.У. Солиев // Биология и интегративная медицина. - 2017. - №5. - С.47-56.
14. Трухан, Д.И. Актуальные аспекты диагностики бронхиальной астмы на этапе оказания первой медико-санитарной помощи / Д.И. Трухан, Н.В.Багишев // Consilium Medicum. - 2017. - №3. - С80-85.
15. Тумаренко, А.В. Астма-школа [Текст] / А.В. Тумаренко, В.В. Скворцов, М.В. Луньков, З.З. Ильясова, Е.М. Скворцова // Медицинская сестра. - 2015. - С8-13с.
16. Фатенков, О.В. Новые аспекты в лечении бронхиальной астмы [Текст]: учебное пособие / О.В. Фатенков, О.А. Рубаненко. - Самара: Асгард, 2017. - 169с.
17. Фетищева, И.В. Правильная стратегия при бронхиальной астме [Текст] // Сестринское дело. - 2015. - №2. - С33-35.
18. Чучалина, А.Г. Респираторная медицина. В 3 томах [Текст] / Под редакцией акад. РАМН. А.Г. Чучалина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 635с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТА

1. **Укажите Ваш пол.**
 - ✓ Женский;
 - ✓ Мужской;
2. **Сколько Вам лет?**
 - ✓ 0-3;
 - ✓ 4-7;
 - ✓ 8-15;
 - ✓ 16-18;
3. **Стаж основного заболевания?**
4. **Отметьте факторы риска, присутствующие у вас (возможен выбора вариант нескольких ответов)?**
 - ✓ наличие родственников, бронхиальной астмой;
 - ✓ наличие аллергии;
 - ✓ инфекция верхних дыхательных путей;
 - ✓ факторы внешней среды (изменение погодных условий);
5. **Что провоцирует у вас приступы астмы? Как вы боритесь с провокаторами?**
6. **Как Вы снимаете приступ?**
7. **Какими средствами доставки Вы пользуетесь?**
 - ✓ Дозированный аэрозольный ингалятор (баллончик);
 - ✓ ДАИ со спейсером;
 - ✓ Порошковые ингаляторы;
 - ✓ Небулайзер;
8. **Соблюдаете ли Вы диету и режим приема препаратов?**
 - ✓ никогда;
 - ✓ иногда;
 - ✓ в большинстве случаев;
 - ✓ всегда.
9. **Известно ли Вам о ведении дневника самоконтроля? Ведете ли Вы его?**
 - ✓ Да;
 - ✓ Нет;
10. **Источники получения информации?**
 - ✓ Литература;
 - ✓ Беседа с врачом;
 - ✓ Беседа с медицинской сестрой;
 - ✓ Интернет-источники;
 - ✓ Астма-школа;
 - ✓ Телепередачи;
11. **Проводила ли медицинская сестра с Вами беседу: «Особенности ухода за ребенком с бронхиальной астмой»?**
 - ✓ Да;

- ✓ Нет;
- ✓ Затрудняюсь ответить.
- 12. Какие качества преобладают в медицинском персонале?**
- ✓ Милосердие, чуткость;
- ✓ Раздражительность;
- ✓ Затрудняюсь ответить.

СПАСИБО!