

## ОБУЧЕНИЕ В АСТМА-ШКОЛЕ

Л.М. Шлыкова, А.И. Петрова, канд. мед. наук,  
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова  
E-mail: FVSO@mail.ru

**Представлены данные об обучении больных бронхиальной астмой в астма-школе и влиянии занятий на качество жизни пациентов.**

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, причины развития, дефицит знаний, астма-школа.

Бронхиальная астма (БА) – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в развитии которого играют роль многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление способствует повышению гиперреактивности дыхательных путей, что вызывает свистящие хрипы, одышку, чувство стеснения в грудной клетке и кашель, особенно ночью или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но меняющейся по выраженности бронхиальной обструкцией, которая часто является обратимой (либо спонтанно, либо под влиянием лечения) [6, 7].

БА – наиболее распространенное заболевание бронхолегочной системы. Она может развиваться в любом возрасте, однако почти у половины больных начинается в детстве. Чаще болеют БА лица женского пола. Ею страдают 5–10% взрослого населения, что и определяет ее высокую социальную значимость [2, 4].

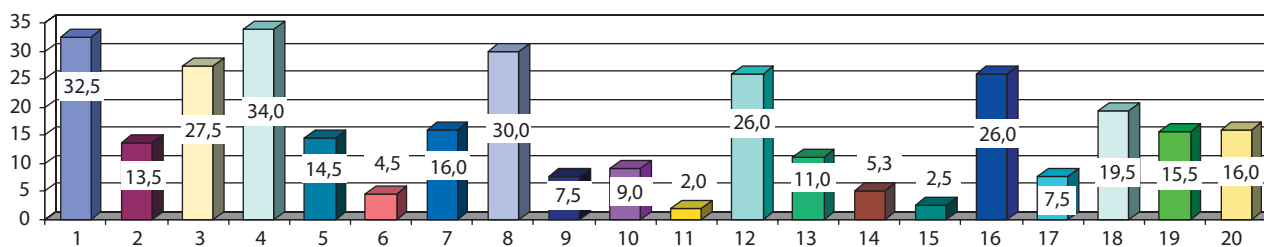
За последние 10 лет заболеваемость БА во многих странах увеличилась более чем на 50% (рис.1). В отдельных африканских странах распространенность некоторых симптомов БА достигла 70% и более. Высок уровень заболеваемости (более 10% взрослого населения) в Австралии, Новой Зеландии, на Кубе.

В странах Западной Европы распространенность БА составляет 50%. В России болеют БА примерно 2% населения, из которых около 1 млн имеют инвалидность в связи с этим заболеванием [4].

К сожалению, в большинстве стран мира не только не снижается заболеваемость БА, но и увеличивается смертность от нее. Например, в США от БА ежегодно умирают 4 из 10 тыс. больных, а в Великобритании – 20. С середины 70-х годов прошлого столетия в промышленно развитых странах отмечается постепенное возрастание смертности больных в возрасте от 5 до 35 лет, что является следствием нарастания тяжести течения процесса [5].

Заболеваемость БА у детей – от 2 до 15% с достоверной тенденцией к росту. Проблемой остаются гиподиагностика заболевания и недостаточное использование медикаментозных средств, в том числе у детей и подростков. БА у детей диагностируют в любом возрасте, даже на 1-м году жизни. У 50% детей болезнь стартует в возрасте до 3 лет, у 80% – в дошкольном возрасте. Дебют БА у взрослых чаще рассматривают как экзацербацию БА детского возраста после длительной ремиссии, трактованной как излечение [6].

Около 30% больных редко прибегают к использованию противоастматических препаратов, 30% пользуются ими регулярно, 20–25% болеют тяжелой формой заболевания и вынуждены прибегать к приему нескольких антиастматических препаратов, 8–10% страдают инвалидизирующей формой болезни [6]. Расходы на борьбу с этим недугом ложатся тяжелым бременем на бюджет любой страны. Поэтому эта проблема и социальная, и экономическая.



**Рис. 1.** Распространенность симптомов бронхиальной астмы в некоторых странах, по данным доклада GINA (Global Initiative for Asthma) 2002, %; 1 – Австралия; 2 – Австрия; 3 – Бразилия; 4 – Великобритания; 5 – Германия; 6 – Греция; 7 – Италия; 8 – Канада; 9 – Китай; 10 – Мексика; 11 – Нидерланды; 12 – Перу; 13 – Польша; 14 – Россия; 15 – Румыния; 16 – США; 17 – Тайвань; 18 – Уругвай; 19 – Франция; 20 – Швеция

Кроме того, БА является психологической проблемой для больного. Симптомы заболевания (удушие, беспокойство, чувство страха, приступообразный кашель и др.), причиняют не только физиологический, но и психологический вред здоровью. В большинстве случаев больной мало что знает о своем недуге, и это – большая проблема. Важно, чтобы больной знал, что влияет на развитие и обострение заболевания, как оно развивается и протекает, каковы меры профилактики, как он сам может себе помочь при приступе до прибытия медицинского работника. Важную роль играет диспансеризация больных. Плановые осмотры населения, дополнительные методы обследования, своевременное выявление лиц с подозрением на БА и работа с ними позволяют облегчить течение болезни [3, 5].

Необходимы дальнейшее изучение этиологии и патогенеза БА, внедрение методов функциональной диагностики, диагностика заболевания на начальных этапах, создание новых форм лекарственных препаратов, удобных в применении [6]. Важно также психологически помочь пациенту, настроить его на активную жизнь.

Целью данного исследования явилось изучение деятельности медсестры по обучению больных БА

и профилактике обострений. Исследование проводилось на базе медико-санитарной части (МСЧ) ОАО «Светогорск». В анкетировании приняли участие 50 работников предприятия, страдающих БА.

Выяснилось, что у работников предприятия БА занимает значительное место среди заболеваний бронхолегочной системы. У большинства пациентов заболевание развилось в юношеском возрасте (рис. 2).

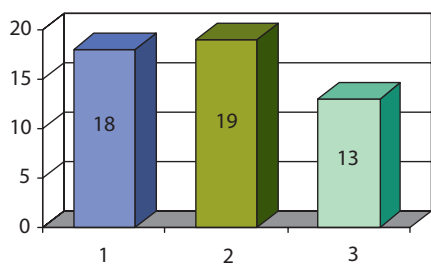
Причинами развития БА считается контакт с животными, острые респираторные заболевания (ОРЗ) и осложнения хронических болезней, действие химических средств, цветение деревьев и цветов, нервно-психическое перенапряжение и др. (рис. 3).

Все респонденты используют для лечения или купирования приступа БА ингалятор и только 7% знают, что такое пикфлоуметр и периодически применяют его для контроля за дыханием.

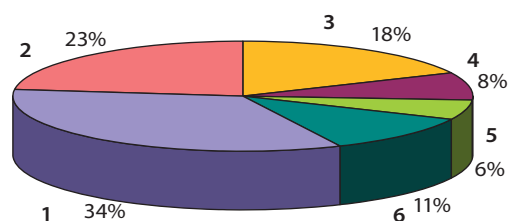
Практически у всех пациентов (97%) возникало чувство беспокойства при отсутствии у них лекарственного средства.

Больные испытывают дефицит знаний о своем заболевании; особенно их интересуют методы лечения (45%), профилактика (35%) и осложнения (20%).

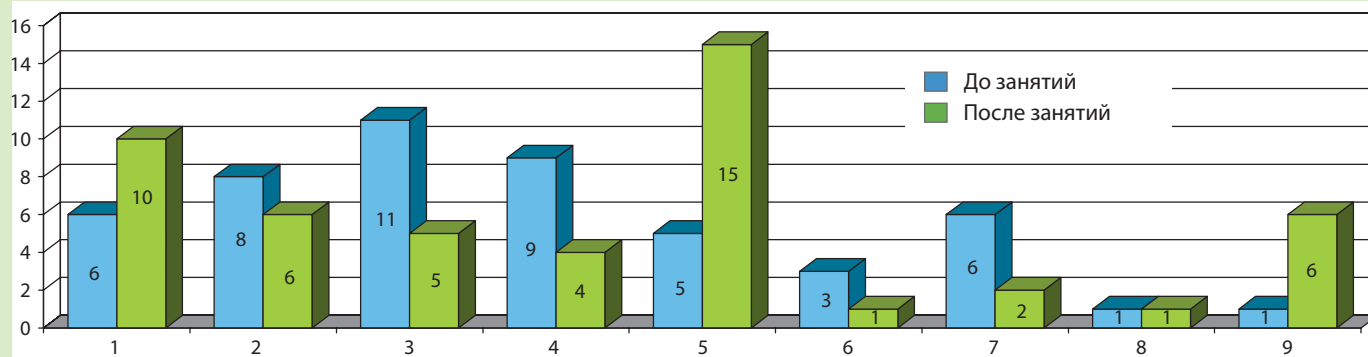
Источником знаний о заболевании для них служат: беседа с врачом, медсестрой, чтение меди-



**Рис. 2.** Начало развития заболевания в абс. цифрах: 1 – с детства; 2 – в юношеском возрасте; 3 – на фоне других заболеваний



**Рис. 3.** Причины развития БА, в %: 1 – контакт с животными; 2 – ОРЗ и осложнения хронических заболеваний; 3 – действие химических веществ; 4 – цветение деревьев и цветов; 5 – нервно-психическое перенапряжение; 6 – другие



**Рис. 4.** Самочувствие пациентов до и после посещения астма-школы, в %: 1 – дурное самочувствие я стараюсь перебороть; 2 – плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим; 3 – у меня почти всегда что-нибудь болит; 4 – плохое самочувствие у меня возникает после огорчений; 5 – мое самочувствие вполне удовлетворительное; 6 – у меня, с тех пор как я заболел, бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности; 7 – плохое самочувствие у меня возникает от ожидания неприятностей; 8 – мое самочувствие зависит от того, как ко мне относятся окружающие; 9 – я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил

цинской литературы, а также интернет-ресурсы; 85% респондентов положительно относятся к астма-школе и хотели бы ее посещать.

На базе МСЧ в период проведения профосмотров была создана астма-школа. Это – тестовый вариант такой школы, так как на сегодня в Светогорске нет не только астма-школы, но и группы здоровья по какому-либо заболеванию.

Задачи астма-школы:

- повышение уровня знаний больных о заболевании;
- обучение методам само- и взаимопомощи;
- обучение методам пикфлоуметрии;
- составление режима питания и меню;
- формирование у пациентов правильного понятия о здоровом образе жизни;
- изменение отношения пациентов к своему заболеванию и здоровью.

Слушатели астма-школы были проанкетированы до и после курса занятий, для чего использовались общая анкета и анкета, основанная на опроснике ТОБОЛ.

Большинство пациентов отметили улучшение самочувствия. Уменьшились выраженность тревоги, раздражительности (рис. 4).

У больных улучшилось настроение, они меньше стали предаваться унынию и грусти, меньше думают о возможности неприятных ситуаций (рис. 5).

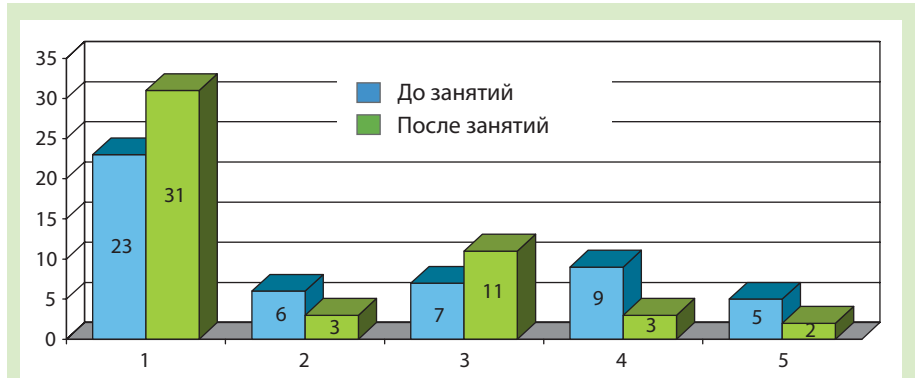
Пациенты отметили улучшение сна. Если до посещения астма-школы сон часто прерывала необходимость приема лекарственных средств, вследствие чего были сонливость по утрам, слабость, снижение трудоспособности, то после занятий таких случаев стало меньше, увеличилась продолжительность сна. Пациенты чувствуют себя более бодрыми утром (рис. 6).

Если до посещения астма-школы 75% респондентов не придерживались определенной диеты и режима питания или допускали погрешности, то после занятий в школе эта цифра снизилась до 60%.

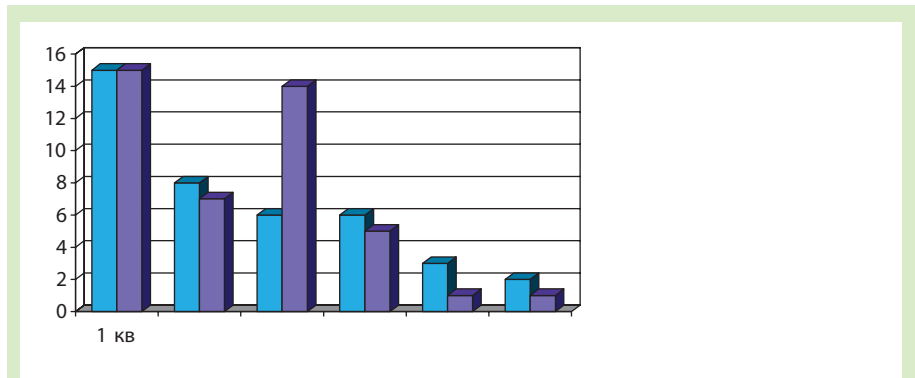
До посещения астма-школы 35% больных предпочитали одиночество, оставались со своей проблемой один на один, не считали нужным ее обсуждать; после курса занятий таких больных стало на 15% меньше. До посещения астма-школы 28 человек проявляли определенную насторо-

женность по отношению к врачам и медсестрам, а после занятий такое отношение к медицинским работникам сохранилось только у 20 человек.

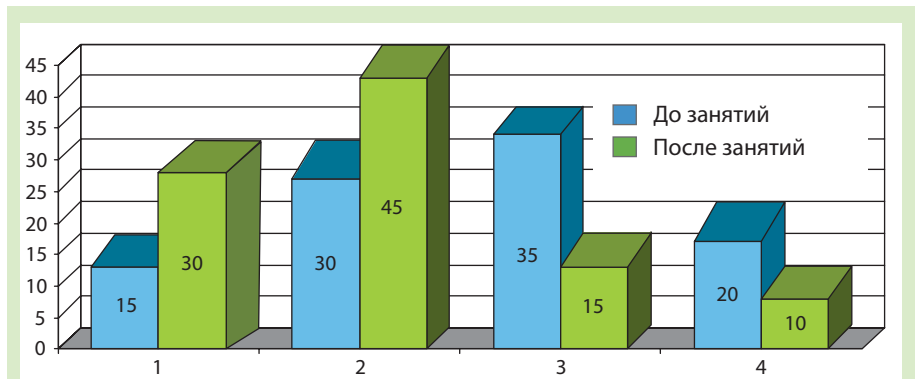
До посещения астма-школы большинство больных считали, что предложенное врачом лечение в большей или меньшей степени им не подходит; после курса занятий увеличилось число



**Рис. 5.** Настроение пациентов до и после занятий в астма-школе, в %: 1 – как правило, у меня хорошее настроение; 2 – из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным; 3 – я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти; 4 – мое плохое настроение зависит от моего плохого самочувствия; 5 – у меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем



**Рис. 6.** Изменение сна у больных БА после посещения астма-школы, в %: 1 – проснувшись утром, я заставляю себя встать; 2 – с утра я более активен и мне легче работать, чем вечером; 3 – если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть; 4 – я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем; 5 – утром я встаю бодрым и энергичным



**Рис. 7.** Отношение к лечению, в %: 1 – лечение полностью подходит; 2 – высокая степень соответствия лечения состоянию; 3 – меньшая степень соответствия; 4 – не соответствует

пациентов, считающих, что предложенная терапия соответствует их состоянию (рис. 7).

Причинами нарушения приема лекарственных средств до посещения астма-школы были высокая стоимость лекарственных средств, слабый видимый эффект, боязнь осложнений, трудности в использовании ингаляционных глюкокортикоидов. После посещения занятий отношение к приему лекарственных препаратов существенно изменилось; особенно это касается приема ингаляционных глюкокортикоидов (20% пациентов перестали их игнорировать).

В результате обучения в астма-школе изменилось отношение к будущему: большинство пациентов считают, что соблюдение назначенного лечения и режима может сказаться на нем положительно.

После курса занятий в астма-школе, которые проводила медсестра, мы попросили больных оценить ее работу по 5-балльной системе.

Большинство оценили работу медсестры как отличную. Медсестра помогла пациентам овладеть в полном объеме необходимой информацией, научила методике пикфлоуметрии, правильному использованию ингаляторов, само- и взаимопомощи, была доброжелательна, корректна.

#### Результаты работы астма-школы:

- у 66% проанкетированных после занятий в астма-школе улучшилось самочувствие;
- 54% пациентов отметили улучшение настроения;
- у 36% сон стал спокойнее, продолжительнее, а пробуждение – легче;
- у 15% изменилось отношение к еде, они стали придерживаться диеты;
- 40% респондентов изменили свое отношение к медицинскому персоналу;
- число придерживающихся базисной терапии увеличилось на 15%;
- число предпочитающих одиночество снизилось на 15%;
- 54% пациентов стали относиться к будущему положительно.

Изложенное свидетельствует об эффективности работы астма-школы, о положительном влиянии обучения на отношение пациентов к своему здоровью.

#### Предлагается:

- организовать на базе Светогорской городской поликлиники астма-школу, которую могли бы посещать не только сотрудники предприятия, но и дети, подростки, лица пенсионного возраста;
- ввести должность медсестры-инструктора по обучению больных БА методам профилактики, самоконтролю, само- и взаимопомощи;
- возложить обязанность по организации учебного процесса на медсестру с высшим медицинским образованием;
- привлекать к работе с пациентами психолога.

#### Литература

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. – М., 1976.
2. Гаркалов К.А. Психосоциальное значение астма-школы // 6-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – М., 1996. – Тезис доклада № 1125.
3. Гельцер Б.И., Суровенко Т.Н., Пашенко О.П. и др. Экономические аспекты бронхиальной астмы. Оценка качества жизни // Тезисы докладов 7-го Национального конгресса «Человек и лекарство». – М., 2000. – 129 с.
4. Глобальные стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы. – М.: Атмосфера, пересмотр, 2002.
5. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких /Под ред. А.Г. Чучалина – М.: Атмосфера, 2004.
6. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. – М.: Медицина, 1998. – С. 41–562.
7. Мартынов А.И., Мухин Н.А. Внутренние болезни. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – С. 329–352.

#### A NURSE'S WORK TO EDUCATE PATIENTS WITH ASTHMA AND TO PREVENT ITS ATTACKS

L.M. Shlykova, A.I. Petrova

I.I. Mechnikov Saint Petersburg State Medical Academy

**The paper gives data on education for asthmatics at an Asthma School and on the impact of studies on patient state.**

*Key words: asthma, causes of its development; knowledge deficit; asthma school.*

