

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ПРИМЕНЕНИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРОТИВ ТАБАКОКУРЕНИЯ В
ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
АДАптиРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ СЕСТРИНСКОЕ
РУКОВОДСТВО**

Нур-Султан, 2020

УДК 614
ББК 51.1
К 66

Рецензенты:

Садвакасова Г.А. - к.м.н., старший врач филиал РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г.Павлодар
Пасько Галина Ивановна- заведующая кафедрой «Сестринское дело»,
Медицинская академия последипломного образования города Алматы. Даутова Алтын Юсуповна- главная медицинская сестра АО НЦАиГП.

Авторы:

Коргасбекова Ж.Р, Касымова Р.Н., Зайнулина Д.А.

Под редакцией:

Умбетжанова А.Т., Байгожина З.А.

Применение вмешательств против табакокурения в повседневной практике медицинской сестры//Нур-Султан: Республиканский центр развития здравоохранения,2020.–41с.

Данное руководство предоставляет информацию для медицинских сестер и других медицинских работников всех медицинских учреждений, по наилучшим практикам вмешательств, направленных на ограничение табакокурения и снижения его воздействия, основанных на доказательных данных.

ISBN 978-601-7606-17-6

УДК 614

ББК 51.1

Клиническое руководство обсуждено и одобрено на заседании экспертного совета Республиканского центра развития здравоохранения Республики Казахстан (протокол № 11 от 17 июля 2020 г.)

© Коргасбекова Ж.Р, Касымова Р.Н., Зайнулина Д.А.

Оглавление

СПИСОК АББРЕВИАТУР.....	4
ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	5
1. ВВЕДЕНИЕ	8
2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ	9
3. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ	12
4. КЛЮЧЕВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	16
5. МЕТОДЫ	19
6. РЕКОМЕНДАЦИИ.....	19
7. ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ	31
8. РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА	32
9.ВНЕДРЕНИЕ РУКОВОДСТВА.....	33
ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ.....	33
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	37

СПИСОК АББРЕВИАТУР

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
РКИ	Рандомизированное клиническое испытание
МК	Мотивационное консультирование
НЗТ	Никотинзаместительная терапия
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health – международная база данных научной информации по вопросам сестринского дела
Cochrane CENTRAL	Cochrane Central Register of Controlled Trials - Кокрановский центральный регистр контролируемых исследований –база данных научной медицинской информации

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Алгоритм 5А:

Опрос любого пациента о статусе употребления табачных изделий, при этом каждому пациенту даются советы и рекомендации относительно важности отказа от курения, оценивается готовность пациента бросить курить, оказывается помощь в прекращении курения, путем предоставления им специальной информации о прекращении курения и оказания поддержки, также организации постоянного последующего врачебного наблюдения за пациентом.

Аналитическое исследование:

Аналитические исследования проверяют гипотезы о взаимосвязи воздействия и исхода [1]. Аналитические исследования включают исследования типа «случай-контроль» и когортные исследования.

Варениклин:

Рецептурный препарат для прекращения курения, не содержащий никотина. Варениклин действует на никотиновые рецепторы мозга для снижения тяги к курению, одновременно уменьшая удовольствие, которое доставляет никотин.

Доказательства:

Доказательства - это информация, которая ближе всего соответствует обстоятельствам дела. Форма, которую они принимают, зависит от контекста. Результаты качественного, методологически обоснованного исследования дают наиболее точные доказательства. Поскольку исследования часто являются неполными, а иногда противоречивыми или недоступными, другие виды информации являются необходимыми дополнениями или заменой для исследований. Основой решения, основанного на доказательствах являются многочисленные формы доказательств, объединенные, чтобы сбалансировать их строгость с целесообразностью [2].

Интенсивное вмешательство:

Вмешательство, при осуществлении которого между медицинским работником и пациентом устанавливается длительный контакт (более 10 минут).

Исследование «случай-контроль»: Исследование, в котором проводится сравнение людей с конкретной болезнью или представляющим интерес исходом (случай), с людьми из той же самой группы населения без такой болезни или такого исхода (контроль) [4].

Клинические руководства/рекомендации:

Систематически разрабатываемые положения, помогающее практикующим врачам и пациентам принимать решения относительно соответствующего медицинского ухода для конкретных обстоятельств клинической практики [5]; также именуемое как руководство по клинической практике.

Когортное исследование: Обсервационное исследование, в котором определенная группа людей (когорты) отслеживается с течением времени либо проспективно, либо ретроспективно [4].

Краткий совет/вмешательство:

Вид поведенческой поддержки, при которой происходит непродолжительный контакт (менее пяти минут) между медицинским работником и пациентом.

Контролируемое исследование: Клиническое испытание, в котором исследователь проверяет гипотезу, проводя вмешательство, воздействие или лечение участникам, которые не распределены случайным образом в экспериментальную группу и контрольную группу [4].

Межпрофессиональная команда: Группа специалистов, состоящая из людей разных профессий, работающих вместе для достижения общей цели и разделяющих процесс принятия решений для достижения этой цели. Целью в области здравоохранения является работа в сотрудничестве с пациентами и их семьями для обеспечения лечения, которое отражает их цели и ценности.

Метаанализ:

Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований, в котором используются статистические методы для анализа и обобщения результатов включенных исследований [4].

Мотивационное консультирование:

Стиль общения, ориентированный на достижение цели, при котором особое внимание уделяется возможности изменения поведения. Он предназначен для усиления личной мотивации и приверженности в отношении конкретной цели путем выявления и изучения собственных причин человека к изменениям [6].

Меры поведенческой поддержки:

Немедикаментозные вмешательства для поддержки прекращения курения, включая консультирование, меры социальной поддержки (такие как группы по прекращению курения или онлайн-чаты), определение провоцирующих факторов и управление ими, а также стратегии управления срывами и рецидивами.

Никотинзаместительная терапия:

Терапия препаратами, содержащими никотин, которая предназначена для стимулирования прекращения курения при одновременном недопущении воздействия вреда, связанного с употреблением табачных изделий.

Описательные исследования: Исследования, в которых формируют гипотезы и описывают характеристики выборки индивидов в определенный момент времени. Исследователи не проводят какое-либо вмешательство для проверки гипотезы, а просто описывают, кто, где и когда в отношении полученных результатов [1; 4]. Описательные исследования включают в себя поперечные исследования.

Пассивное курение:

Воздействие дыма, которым дышит человек при горении табачного изделия, такого как сигарета, сигара, или курительная трубка. Дым при пассивном курении содержит более 7000 химических веществ, по меньшей мере, 69 из которых являются известными канцерогенами [7].

Провоцирующий фактор:

Активность или триггер, который вызывает желание закурить; также именуется тягой к употреблению табачных изделий [3].

Психосоциальное вмешательство:

Немедикаментозное вмешательство, предназначенное для повышения показателей воздержания от вредной привычки посредством таких стратегий как когнитивно-поведенческая, мотивационная и поддерживающая терапии [8].

Рекомендация по обучению:

Положение о требованиях и подходах к обучению или стратегиях для внедрения, реализации и обеспечения продолжительности действия Руководства с учетом передовой практики.

Рандомизированное контролируемое исследование (РКИ): Эксперимент, в котором исследователь проводит вмешательство, воздействие или лечение участникам, которые случайным образом распределены либо в экспериментальную группу (получает вмешательство), либо в группу сравнения-контроля (традиционное лечение/плацебо/без вмешательства) [4]. За участниками проводится наблюдение и проводится их оценка с тем, чтобы определить эффективность вмешательства.

Рецидив или срыв:

Рецидив относится к пациенту, вернувшемуся к своим исходным уровням курения после периода воздержания. Срыв относится к пациенту, выкурившему одну или две сигареты после периода воздержания, но который быстро возвращается в состояние воздержания.

Систематический обзор: Обзор четко сформулированного вопроса, в котором используются систематические и четкие методы для выявления, выбора и критической оценки соответствующих исследований, а также для сбора и анализа данных из исследований, которые включены в обзор [4].

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. Как использовать данное клиническое сестринское руководство

Клинические руководства основаны на имеющихся результатах научных исследований и практическом опыте. Клиническое сестринское руководство является документом, предоставляющим информацию для доказательной сестринской практики. Их применение гарантирует, что пациент получает самый качественный уход. Качественно разработанные руководства улучшают результаты для пациента. Данное клиническое сестринское руководство предназначено для специалистов сестринского дела в Республике Казахстан. Оно также может быть использовано другими медицинскими работниками, а также пациентами и членами их семей.

Клинические сестринские руководства — это не алгоритмы, объясняющие выполнение процедур, а скорее инструмент принятия решений для медсестры. При применении руководства на практике, нужно учитывать тип медицинской организации, условия использования руководства, а также предпочтения пациентов и их семей.

Клиническое руководство не отменяет ответственности медсестры в принятии соответствующих решений и аргументированного использования руководства в зависимости от ситуации. В данном документе представлены предпосылки и процесс разработки клинического сестринского руководства. Цели и методы описаны в начале документа. В основную часть включены рекомендации для сестринской практики. В конце клинического сестринского руководства описан процесс разработки и перечислены разработчики. При использовании данного клинического сестринского руководства в медицинской организации рекомендуется оценить его на предмет соответствия и приемлемости в конкретных условиях. Данное клиническое сестринское руководство является адаптацией канадского руководства Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice (Third Edition)[9] и разработано в соответствии с «Методологическими рекомендациями по адаптации международных клинических сестринских руководств» (методические рекомендации № 2) [10].

1.2 Уровень доказательности в рекомендациях руководства

Уровень доказательности - это инструмент для выражения надежности информации об исследованиях, которые лежат в основе рекомендаций. Клинические сестринские руководства в Республике Казахстан являются адаптацией оригинальных международных руководств, где используются различные способы градации доказательств. Чем выше градация, тем более значима доказательность данных рекомендаций. В данном клиническом сестринском руководстве уровни доказательности описаны в следующей таблице (Табл.1).

Таблица 1. Уровни достоверности

Ia	Доказательства, основанные на результатах мета-анализа или
----	--

	систематического обзора рандомизированных контролируемых исследований (далее-РКИ) и(или) обобщение множества, в первую очередь количественных, исследований.
Иb	Доказательства, полученные по результатам как минимум одного рандомизированного контролируемого испытания.
IIa	Доказательства, полученные по результатам как минимум одного продуманного контролируемого исследования без рандомизации.
IIb	Доказательства, полученные по результатам как минимум одного продуманного квазиэкспериментального исследования без рандомизации.
III	Синтез множественных преимущественно качественных исследований.
IV	Доказательства, полученные по результатам продуманных не экспериментальных, наблюдательных исследований, таких как аналитические или описательные исследования и(или) качественных исследований.
V	Доказательства, полученные по результатам экспертного заключения или отчетов комитета и(или) клинического опыта авторитетных организаций/специалистов.

2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ

2.1. Актуальность проблемы

Круг вопросов для различных вмешательств против табакокурения, постоянно меняется и усилия, прилагаемые системой здравоохранения в целях профилактики курения, снижения употребления табачных изделий и отказа от курения, должны предусматривать быстрое реагирование на эту сложную и постоянно меняющуюся проблему. Одним из аспектов растущей проблемы является наличие широкого выбора альтернативных продуктов. Например, употребление электронных сигарет остается спорным и неоднозначным, так как нет достаточных доказательств, свидетельствующих об их безопасности и эффективности в качестве средства для снижения вреда табака. Также наблюдается увеличение употребления кальяна (водяной трубки), с неправильными представлениями о его безопасности. Кроме того, во всем мире увеличился объем употребления сигарилл, а также табака для «самокруток», поскольку это более дешевая и не облагаемая акцизным налогом форма употребления табачных изделий.

Табак является единственным легальным наркотиком, который убивает многих своих потребителей. По оценкам ВОЗ, употребление табака (дымного и бездымного) в настоящее время является причиной смерти около шести миллионов человек во всем мире каждый год, причем многие из этих смертей происходят преждевременно. Эта цифра включает в себя около 600 000 человек, которые, согласно оценкам, умирают от воздействия пассивного курения. Хотя курение табака в основном вызывает ухудшение здоровья,

наступление инвалидности и смерть от неинфекционных хронических заболеваний, оно также связано с повышенным риском смерти от инфекционных заболеваний [11].

С учетом текущих показателей употребления табака, XXI век будет отмечен одним миллиардом смертей во всем мире, связанных с употреблением табачных изделий [12]. Влияние употребления табачных изделий на здоровье населения остается чрезвычайно высоким. Более того, имеются прямые и косвенные расходы на здравоохранение, поскольку табакокурение также является фактором риска возникновения серьезных острых и хронических заболеваний, включая рак, инсульт, болезни сердца и легких.

В Республике Казахстан в 2014 году было завершено исследование GATS (Global adults smoking survey), целью которого было изучить распространенность и особенности табакокурения в Республике Казахстан. Полученные результаты показали, что доля нынешних курильщиков составила 22,4% (42,4% мужчин и 4,5% женщин), что в переводе на численность населения составило 2,8 миллиона человек (из них 2,5 миллиона мужчин и 300,8 тыс. женщин). Доля ежедневных курильщиков составила 19,1% (около 2,4 миллиона человек), среди них процент мужчин составил 36,9% (1,2 миллиона человек), а процент женщин составил 3,2% (210,9 тыс. человек). Доля периодических курильщиков составила 3,3% (414,7 тыс. человек), среди них мужчин 5,5% (324,9 тыс.), женщин 1,4% (89,9 тыс. человек). Наиболее распространенным видом потребляемых табачных изделий были сигареты промышленного производства—22,2% (2,8 миллионов человек). Процент потребителей самокруток составил 2,1% (266,2 тыс. чел.), кальяна 2,9% (363,9 тыс. чел.), курение других табачных изделий 2,9% (371,1 тыс. чел.), курение электронных сигарет составило 1,7%.

По возрастным группам среди взрослых среднего возраста наибольшая распространенность курения: 29,4% среди взрослых в возрасте 25-44 года, и 24,5% среди взрослых 45-64 лет. Хотя уровень употребления бездымного табака достаточно низкий для Казахстана но этот показатель выше, чем в GATS исследованиях в странах. В целом 1,3% (166.5тыс.) взрослого населения употребляли бездымный табак, 0,4 % — ежедневно, а 0,9 % — периодически.

В среднем, нынешний взрослый ежедневный курильщик табака выкуривал 14,9 сигарет в день; мужчины выкуривали 15,2 сигарет в день, женщины 11,8 сигарет в день [13].

Имеются убедительные доказательства того, что вмешательства, направленные против употребления табачных изделий, способствуют снижению затрат на здравоохранение и повышению качества жизни для тех, кто бросает курение или снижает потребление табака (см. **Приложение А: Вред табакокурения; Приложение В: Преимущества отказа от курения**). Тем не менее, считается, что во всем мире, таким пациентам вмешательства,

направленные против употребления табачных изделий предоставляются недостаточно [14].

Очень важно, чтобы пациенты имели доступ к консультациям, поведенческой поддержке и фармакологическому лечению, такому как никотинзаместительная терапия, а также важно предлагать регулярную помощь по снижению вреда от курения в различных медицинских учреждениях [15]. Например, краткие вмешательства для пациентов могут привести к большей степени прекращения и снижения курения, и могут способствовать профилактике заболеваний и недопущению преждевременной смерти [16]. Следовательно, вмешательства для пациентов, употребляющих табачные изделия, могут снизить уровень заболеваемости и смертности, связанные с табакокурением [15].

Посредством применения различных мер медицинские учреждения могут способствовать снижению уровня потребления табачных изделий, которые являются единственной основной предотвращаемой причиной смерти в современном мире (Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.). Так как медсестры являются самой большой группой медицинских работников, и зачастую представляют собой «первый пункт» оказания медицинской помощи пациентам, они должны быть ориентированы на оказание постоянной поддержки и лечения пациентов, употребляющих табачные изделия [17].

2.2 Цель руководства:

Цель руководства состоит в предоставлении информации для медицинских сестер и других медицинских работников всех медицинских учреждений, по наилучшим практикам вмешательств, направленных на ограничение табакокурения и снижения его воздействия, основанных на доказательных данных.

2.3 Целевые пользователи:

Данное руководство предназначено для специалистов сестринского дела Республики Казахстан. Также оно может быть использовано другими медицинскими и немедицинскими работниками, вовлеченными в процесс оказания помощи курящим пациентам.

2.4 Целевая популяция:

Целевая популяция данного клинического сестринского руководства - курильщики, как традиционного табака, так и других типов табачных изделий.

2.5 Клинические вопросы, рассмотренные в руководстве:

1. Какие методы скрининга и оценки, используемые медицинскими работниками, наиболее эффективны для содействия снижению вреда,

попыток бросить курить, отказа от курения и предотвращения рецидивов у пациентов, употребляющих табак?

2. Какие лечебные и управленческие мероприятия/стратегии, используемые медицинскими работниками, наиболее эффективны для лечения табачной зависимости, симптомов никотиновой абстиненции и содействия снижению вреда, прекращению курения и предотвращению рецидивов у пациентов, употребляющих табак?

3. Какое обучение требуется медицинским работникам для оказания эффективной помощи пациентам в отношении лечения табачной зависимости?

3. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Для информирования пользователей руководства о вредных свойствах табака и наиболее эффективных способах работы с пациентами, употребляющими табачные изделия, ниже приведено обсуждение вредных веществ, содержащихся в табаке и стратегия проведения мотивационного консультирования (интервью).

3.1. Вредные вещества, содержащиеся в табаке

Табачный дым содержит более 7000 химических веществ. Сотни этих химикатов токсичны и по меньшей мере 69 - известные канцерогены [7]. Несмотря на известные риски для здоровья, связанные с употреблением табачных изделий и с учетом характера никотина, вызывающего зависимость, табачная промышленность игнорирует эти доказательства в своих маркетинговых стратегиях. Никотин – это компонент, вызывающий привыкание, который содержится в листьях табака, и, вполне возможно, является компонентом, наиболее ответственным за «внесение вклада» в глобальное употребление табачных изделий. Хотя дым от сгорания табачных листьев является наиболее вредным по воздействию проявлением многих форм употребления табачных изделий, никотин активирует никотиновые рецепторы ацетилхолина в мозге, связанные с различными слабовыраженными эффектами, которые вызывают зависимость. Несмотря на то, что никотин не является явным токсическим веществом, он вызывает привыкание [12]. Никотин вызывает ряд побочных эффектов, таких как снижение аппетита; приподнятое настроение, увеличение частоты сердечных сокращений и артериального давления; тошноту, диарею. Тем не менее, у людей, регулярно употребляющих никотин, может развиться переносимость к его воздействию. Внезапное прекращение курения, добровольно или вынужденно, сопровождается абстиненцией, которая может начаться в течение нескольких часов после последнего употребления. Абстинентный синдром от никотина может включать сильную тягу; изменения настроения, а именно: тревога и депрессия; возбужденное состояние, беспокойство; бессонница; повышенный аппетит; а также снижение умственной концентрации [12]. Доставка никотина может происходить с помощью традиционных способов, таких как употребление сигарет, жевательного и

нюхательного табака, однако в последнее время наблюдается рост употребления нерегулируемых продуктов, таких как электронные сигареты. Эти никотинсодержащие продукты создают новые проблемы для проведения вмешательств, направленных против табакокурения, потому как краткосрочные и долгосрочные последствия их потребления неизвестны и мало изучены.

3.2. Определение и виды табачных изделий

В настоящем Руководстве термин «табак/табачные изделия» относится ко всем формам табачных изделий, промышленного производства, образующим и не образующим дым для курения, включая, сигареты, сигары, сигариллы, жевательный табак, растворимые табачные изделия, кальян, нюхательный табак, «самокрутки» и курительные трубки, а также другие изделия, которые могут содержать никотин, такие как электронные сигареты (с применением так называемых систем нагревания табака) (см. Приложение А: Вред табакокурения). К ним не относится терапевтическое употребление никотина, а именно никотинзаместительная терапия. Медицинские работники должны знать о различных формах табачных изделий эффективного обеспечения вмешательств по прекращению табакокурения. (см. **Таблицу 2: Типы табачных изделий и их описание**).

Таблица 2: Типы табачных изделий и их описание

Наличие/ отсутствие дыма	ТИПЫ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ	ОПИСАНИЕ
ТАБАК ДЛЯ КУРЕНИЯ	Сигареты	Сигареты промышленного производства, представляют собой тонкие цилиндры тонко нарезанного табака, завернутые в специальную бумагу для курения. Сигареты производятся компаниями и продаются в магазинах. Покупка этих сигарет часто облагается налогом.
	Сигары	Сигары - это выдержанный табак, завернутый в табачный лист, который может содержать столько табака, сколько содержится в целой стандартной пачке сигарет. Для курения сигар часто требуется один-два часа [1].
	Сигариллы (тонкие сигары)	Сигариллы - это более короткие и узкие сигары, длина которых часто составляет 7-10 см, которые весят менее 1,4 грамма и содержат примерно 3 грамма табака [1].
	Кальян	Кальян – это водяная трубка, которая позволяет курить табак, обладающий разными ароматами, например, мята, вишня, дыня и т.д. Кальян впервые появился на Среднем Востоке, и его употребление часто представляет собой занятие общественного характера среди определенной группы лиц. Кальян (hookah) также называется шиша (shisha). Лица, употребляющие кальян, подвержены тем же рискам для здоровья, что и люди, которые курят сигареты [1].

	«Самокрутки»	«Самокрутки» скручиваются вручную с использованием рассыпчатого табака и сигаретной бумаги [18].
	Курительные трубки	Курительные трубки - это приспособления для курения, изготавливаемые из дерева, сланца или глины. Рассыпчатый табак помещается в более широкое отверстие трубки и сжигается, образуя дым, который проходит через черенок и вдыхается через более узкое отверстие [18].
	Электронные сигареты	Электронные сигареты содержат жидкую смесь пропиленгликоля, растительного глицерина и воды. Они могут содержать или не содержать никотин. При нагревании внутреннего элемента батареи образуется пар, который вдыхается. Это называется «вейпинг» [7].
БЕЗДЫМНЫЙ ТАБАК	Жевательный табак	Жевательный табак представляет собой полоски табака с отрывными листами, помещенные между деснами и щекой, таким образом, никотин может всасываться через слизистую оболочку щеки. Для жевания табак обычно выдерживается и подслащивается или ароматизируется. Накопленная слюна выплевывается [1].
	Растворимые табачные изделия	Растворимые табачные изделия включают изделия, напоминающие леденцы, которые часто ароматизируются. Они могут быть в форме капсул, пастилок, палочек, полосок и шариков [12].
	Нюхательный табак или порошок	Нюхательный табак - это тонкоизмельченный табак, который может быть влажным или сухим, и который часто содержит различные ароматы. Он продается в банках или мешочках. Влажный нюхательный табак употребляется, не вызывая образования слюны, который помещается между щекой и десной. Никотин всасывается через слизистую оболочку щеки. Влажные нюхательные продукты также известны как снюс, хайни (khaini), шамма (shammaah), нас (nass) или насвай [7]. Сухой нюхательный порошок тонко измельчается в виде порошка и вдыхается через нос, где никотин быстро усваивается [7].

3.3. Мотивационное консультирование/интервью

Мотивационное консультирование (далее МК) -недирективный метод консультирования для усиления внутренней мотивации лица к изменениям, основанный на доказательствах и ориентированный на пациента. Основная цель МК - помочь лицу изучить и решить проблему амбивалентности (одновременное сосуществование противоположных эмоций, обуславливающих непоследовательность мышления и борьбу желания и невозможности бросить курить) с тем, чтобы выявить и усилить мотивацию к изменениям [19]. Мотивационное консультирование позволяет признать, что люди приходят к изменениям в поведении с различной степенью готовности [20]. Основные элементы мотивационного консультирования

основаны на участии (сотрудничестве), положительном отношении (принятии), сострадании и ответной реакции, при этом главной отправной точкой является желание и точка зрения человека [6]. *Мотивационное консультирование - это стиль совместной беседы, который усиливает собственную мотивацию человека к переменам* [6].

Поскольку МК - это метод совместного/солидарного, непредвзятого и поддерживающего подхода, медицинская сестра может использовать эти навыки при кратких и интенсивных вмешательствах, направленных на борьбу с употреблением табачных изделий. По результатам проведения Кокрановского систематического обзора было установлено, что МК чаще приводило к отказу от курения по сравнению с кратковременными вмешательствами (например, краткие советы по отказу) [21]. Основные элементы МК представлены в Таблице 3.

Таблица 3: Четыре процесса мотивационного консультирования

ПРОЦЕСС МОТИВАЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ	ОПИСАНИЕ
Привлечение к участию	Установление связи и рабочих отношений между пациентом и медицинским работником.
Сосредоточение внимания	Сосредоточение внимания на потребностях пациента в разговоре о необходимости перемен.
Мотивация	Предложение пациенту обсудить его собственную мотивацию в отношении перемен.
Разработка плана	Взятие пациентом обязательств в отношении перемен и составление плана действий.

Базовые навыки по проведению МК включают задавание вопросов, допускающее неограниченное число ответов, подтверждение замечаний пациентов, внимательное слушание и тщательное обдумывание/разбор вопросов, затронутых в ходе обсуждения, подведение итогов беседы, а также предоставление информации и советов с разрешения пациента.

Принципы проведения мотивационного консультирования/интервью:

1. Вопросы, допускающие неограниченное число ответов:

Открытые вопросы закладывают основу для утверждений, рефлексивного слушания и подведения итогов. Задавайте вопросы, которые побуждают пациента принимать участие в большей части разговора. Примеры вопросов: «Что беспокоит Вас в своем здоровье?» Или «Почему Вам нравится курить?» Или «По каким причинам Вы не можете бросить курить?» [6]. Рекомендуется задавать не более трех вопросов подряд.

2. Позитивные суждения о ситуациях:

На протяжении всего разговора необходимо часто выражать поддержку пациенту. Выражение похвалы или комплиментов и обсуждение прошлых успешных попыток отказа от курения помогает построить успешные взаимоотношения в процессе лечения.

3. Рефлексивное/непроизвольное слушание:

Как основополагающий навык в мотивационном консультировании, рефлексивное слушание полезно для преодоления сопротивления. Размышления могут быть простыми, например- «Вы грустите». Могут быть более сложными: «Похоже, Вы обеспокоены тем, как курение все эти годы влияет на общее состояние Вашего здоровья». Покажите пациенту, что Вы слышите то, что он или она говорит, и побудите пациента рассказать о своих чувствах.

4. Подведение итогов:

Для отражения ключевых компонентов того, что сказал пациент, а также для проверки понимания медицинскими работниками той информации, которой поделился пациент используются обобщение или краткие выводы. Обобщение связывает воедино основные моменты беседы.

4. КЛЮЧЕВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ		Уровень доказательности
1.0 Оценка	Рекомендация 1.1:	Ia, Ib
	Всех пациентов необходимо опрашивать на предмет употребления табачных изделий и, в случае необходимости, приступить к осуществлению вмешательств.	
2.0 Планирование	Рекомендация 2.1:	IV
	Совместно с пациентом разработайте пациентоориентированный план вмешательств по прекращению курения.	
3.0 Внедрение	Рекомендация 3.1:	Ia, IV
	Если курящий пациент выражает заинтересованность в снижении или прекращении курения применяйте интенсивные вмешательства или направляйте пациентов для прохождения комплекса таких мероприятий и консультаций соответствующего специалиста по применению фармакотерапии.	
	Рекомендация 3.2:	

	При каждом первичном приеме беременных женщин или женщин после родов следует провести мотивационное консультирование по изменению поведения, по вопросам снижения вреда курения, прекращения употребления табачных изделий и профилактики рецидивов в сочетании с направлением к соответствующему специалисту для назначения никотинзаместительной терапии, в зависимости от каждого конкретного случая.	Ia, Ib
4.0 Оценка эффективности	Рекомендация 4.1:	IV
	При каждой встрече проводите оценку эффективности плана вмешательства до тех пор, пока не будут достигнуты цели пациента.	
	Рекомендация 4.2:	Ib
	Документируйте статус курения и данные ему рекомендации в медицинской документации пациента.	
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБУЧЕНИЮ		Уровень доказательности
5.0 Обучение	Рекомендация 5.1:	Ib, IIb, IV
	В программы подготовки медицинских сестер на уровне бакалавриата и в программы непрерывного профессионального развития должны быть включены материалы по реализации вмешательств, направленных на прекращение курения, основанные на доказательствах.	
	Рекомендация 5.2:	

	<p>Реализация учебных программ для медицинских сестер по мероприятиям и мерам по прекращению курения должна проводиться преподавателями, прошедшими соответствующее обучение.</p>	<p>IV</p>
--	---	-----------

Рекомендации по вмешательствам, направленным против употребления табачных изделий

1. Употребление табачных изделий является единственной наиболее предотвратимой причиной заболеваний, инвалидности и смертей во всем мире.
2. Регулярное употребление табачных изделий - это зависимость, требующая лечения, поддержки и принятия повторных вмешательств для пациентов.
3. Медицинские сестры на всех уровнях ухода несут этическую и профессиональную ответственность за обеспечение доступа к лечению и поддержке пациентов, употребляющих табачные изделия, на основе имеющихся доказательств и передовой практики.
4. Пациенты имеют право на получение доступа к лечению на основе вмешательств, направленных против влияния табакокурения, контроля абстиненции и зависимости в любом секторе здравоохранения, на всех этапах оказания медицинской помощи.
5. У курильщиков возможны многократные рецидивы и срывы до достижения воздержания от пагубной привычки, поэтому медсестрам всякий раз необходимо повторно проводить вмешательства, направленные против употребления табачных изделий (см. **Приложение С: Стратегии для избежания рецидива**).
6. Курящим пациентам, а также пассивным курильщикам необходимо говорить о том, чтобы в их доме не было табачных изделий для защиты детей, членов семьи, самих себя и других от воздействия пассивного курения и курения, после которого на поверхностях остаются частицы загрязнения от табачного дыма, которые могут ухудшать течение других заболеваний (например, астмы).
7. Учебные заведения, осуществляющие подготовку медицинских сестер, ассоциации должны брать на себя ответственность за обучение и поддержку медсестер при осуществлении мероприятий по прекращению курения на основе имеющихся доказательств.

5. МЕТОДЫ

5.1 Методы, используемые для сбора и отбора доказательств

Процесс поиска литературы для данного руководства включал сбор и выбор существующих клинических руководств и статей, релевантных клиническим вопросам, рассмотренным в руководстве. Систематический обзор литературы проводился с применением определенной стратегии поиска. Базы данных, в которых проводился поиск, включают Кокрановский центральный регистр контролируемых исследований (CENTRAL), Национальный институт исследований в области здравоохранения - оценка технологий здравоохранения (NIHR-HTA), Medline, Medline In-Process, Embase, Cinahl, PsycINFO и Кокрановская библиотека.

5.2 Методы формулировки рекомендаций.

Информация о методах формулировки рекомендаций в оригинальном руководстве не найдена.

6. РЕКОМЕНДАЦИИ

6.1. Оценка

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.1:

Всех пациентов необходимо опрашивать на предмет употребления табачных изделий и, в случае необходимости, приступить к осуществлению вмешательств. *Уровень доказательств = Ia, Ib*

Обсуждение доказательств:

Краткосрочные вмешательства представляют собой подходы, основанные на имеющихся доказательствах, предназначенные для их применения медицинскими работниками в медицинских учреждениях с целью мотивации пациентов к снижению употребления табачных изделий или воздержанию от курения. Примером краткосрочных вмешательств может служить алгоритм «5 А», применяемый в клинических условиях, для работы по проблеме потребления табака состоящий из пяти стратегий. Эти стратегии, известные как Алгоритм «5А» [22]:

- Спросите каждого пациента о статусе курения;
- Дайте совет курящему пациенту отказаться от курения;
- Оцените готовность к прекращению курения;
- Помогите сделать попытку прекращения потребления табака, включая предоставление поведенческого консультирования назначение лекарств первой линии для прекращения курения;
- Организуйте последующее наблюдение.

Исследования показывают, что краткосрочные вмешательства повышают вероятность успешной попытки бросить курить [23; 24]. Более того, результаты другого Кокрановского обзора позволяют сделать вывод о том, что вмешательства, осуществляемые медицинскими сестрами, эффективно

помогают пациентам бросить курить [25] (см. Рисунок 1: Блок-схема кратких вмешательств).

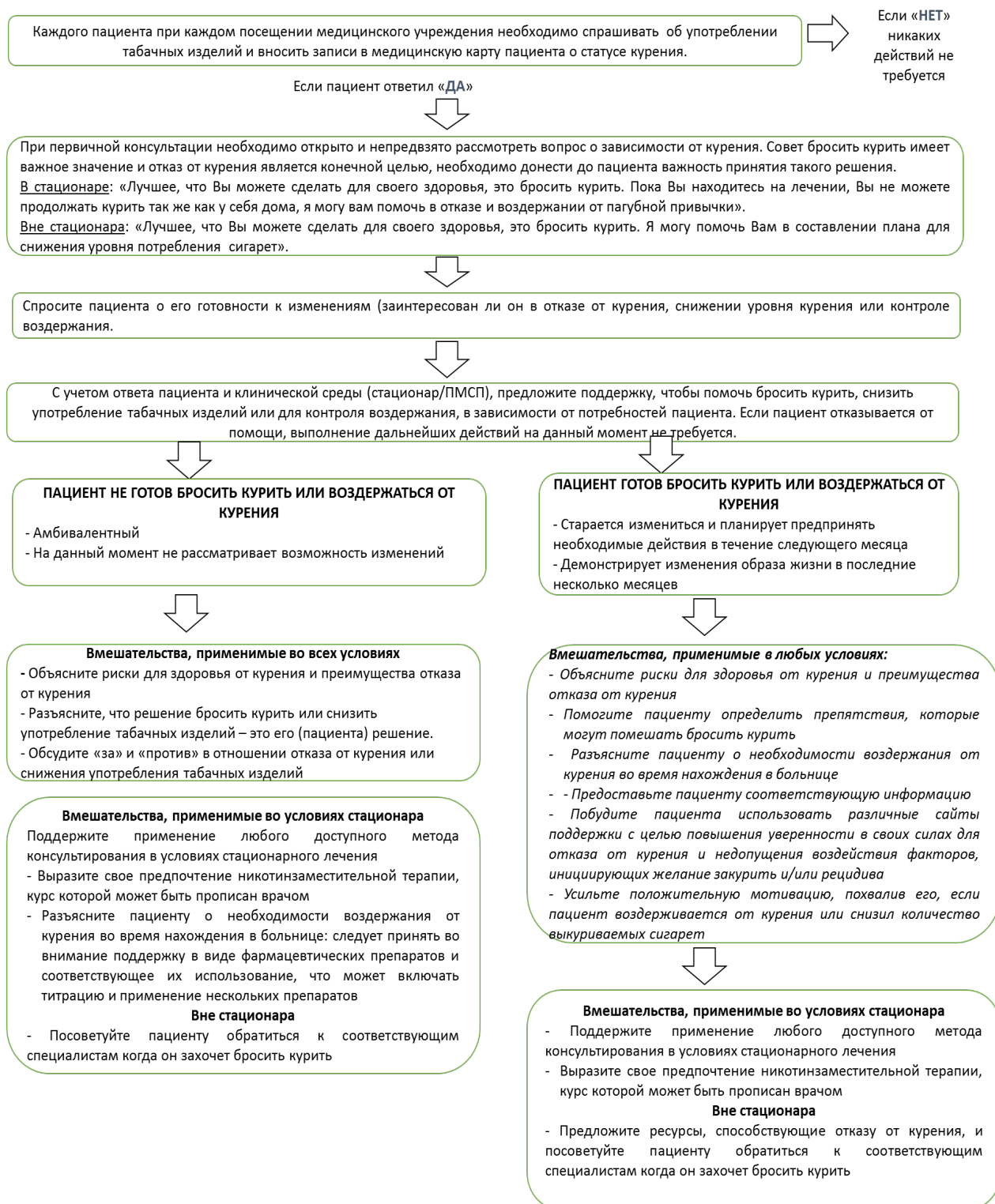


Рисунок 1: Блок-схема кратких вмешательств (Источник: RAO: Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice — Third Edition, 2017)

6.2 Планирование

РЕКОМЕНДАЦИЯ 2.1:

Совместно с пациентом разработайте пациентоориентированный план вмешательств по прекращению курения. Уровень доказательств = IV

Обсуждение доказательств:

Каждая первоначальная встреча с пациентом должна быть ориентирована на человека с целью снижения вреда от курения. Медицинским работникам следует признать, что каждый пациент уникален. Пациентоориентированный медицинский уход позволяет признать, что социальные определяющие факторы здоровья влияют на состояние здоровья пациента. Например, такие как доход, образование, пол, помимо прочего, могут влиять на поведение, выбор образа жизни и взаимодействие. Также, при разработке плана вмешательств важно учитывать и другие факторы, такие как возраст, жизненный опыт и культура.

В дополнение к вышеупомянутым факторам, план вмешательств должен учитывать индивидуальные потребности пациента [26]. Медицинские работники могут иметь предвзятое отношение к различным культурным ценностям и нормам, и такие предубеждения часто носят подсознательный и произвольный характер. Поэтому медицинским работникам рекомендуется периодически заниматься анализом своей практики, чтобы понять, как их личные ценности могут повлиять на их первое знакомство с пациентами. Наличие такого самосознания может, в свою очередь, способствовать уходу, ориентированному на человека, быстро реагирующему на различие культурных ценностей у различных пациентов [9].

Чтобы определить барьеры, препятствующие прекращению курения или снижению употребления табачных изделий, специфичные для пациента, медицинский работник и пациент должны работать вместе. Этот процесс может включать рассмотрение социальных и семейных связей пациента, физической среды, или рассмотрение того, как проявляется абстинентный синдром. Например, медицинским работникам следует сотрудничать с пациентом для выявления и устранения стресс-факторов, которые присутствуют в жизни пациента и влияют на курение и поведение, связанное с потенциальным снижением/прекращением курения [27]. Некоторые группы населения более подвержены пагубной привычке и негативному влиянию курения. Например, лица ЛГБТ (лесбиянки, геи, бисексуалы), лица с психическими заболеваниями и/или расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, а также лица, находящиеся в местах лишения свободы [27; 28].

При разработке плана вмешательств по прекращению курения, медицинские работники могут задать пациенту следующие вопросы:

- Что для Вас значит курение?
- Что Вы видите положительного и отрицательного в курении?

■ Какие шаги Вы можете начать выполнять сегодня, чтобы сократить курение и/или уменьшить влияние пассивного курения и загрязняющих частиц, вследствие курения на детей или членов семьи?

6.3. Внедрение

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.1:

Если курящий пациент выражает заинтересованность в снижении или прекращении курения применяйте интенсивные вмешательства или направляйте пациентов для прохождения комплекса таких мероприятий и консультаций соответствующего специалиста по применению фармакотерапии. *Уровень доказательств: Ia, IV*

Обсуждение доказательств:

Курильщики, выразившие желание снизить частоту курения/отказаться от курения, в любом случае извлекут пользу от интенсивных вмешательств. Интенсивные вмешательства длятся более 10 минут и включают оценку мотивации для прекращения курения, выявление ситуаций высокого риска и побудительных мотивов (провоцирующих факторов) к употреблению табачных изделий, а также обсуждение стратегий по решению проблем для управления ситуациями высокого риска [24]. Интенсивные вмешательства включают поведенческие вмешательства и консультирование по вопросам применения фармакотерапии, никотинзаместительной терапии и/или рецептурных лекарств (например, варениклин).

! В настоящее время нет достаточных доказательств эффективности таких вмешательств, как замена обычных сигарет электронными, лазерной терапии, иглокалывания или массажа биологически активных точек кожи [29; 30].

См. **Таблицу 4** для ознакомления с описанием интенсивных вмешательств, основанных на доказательствах. Раздел «Прочие вмешательства» следует рассматривать с большой осторожностью, поскольку нет достаточных доказательств в пользу эффективности этих мер как средств для прекращения курения/снижения вреда от курения.

В некоторых случаях, возможно направление пациента к различным ресурсам, поддержки по прекращению курения (см. **Приложение Е: Перечень ресурсов для пациентов**).

Различные инструменты, также могут помочь медицинскому работнику в осуществлении интенсивных вмешательств (см. **Приложение Д: Тест Фагерстрема на наличие никотиновой зависимости**), наряду с методами мотивационного консультирования, обсуждаемые в разделе «Общие сведения» настоящего Руководства.

Таблица 4: Интенсивные вмешательства

ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ	ДОКАЗАТЕЛЬСТВА, ДОСТАТОЧНЫЕ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ПРИМЕНЕНИЯ В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА, СПОСОБСТВУЮЩЕГО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ/СНИЖЕНИЮ ВРЕДА ОТ КУРЕНИЯ
Поведенческие вмешательства	<p>Имеющиеся доказательства указывают на то, что эффективность лечения против курения с применением поведенческих вмешательств повышается с учетом интенсивности, независимо от режима ухода или среды оказания помощи [31].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Результаты систематического обзора показывают, что для любой группы населения наиболее эффективными являются поведенческие меры поддержки, такие как развитие навыков решения проблем (напр., определение провоцирующих факторов); сайты поддержки; или сочетание стратегий, которые могут включать индивидуальное консультирование и Интернет, телефон, обмен текстовыми сообщениями и групповую поддержку [31]. • Включение мер по непрерывному контролю за поведением курильщиков и лечению должно быть частью стандартной лечебной практики [25]. • Добавление фармакотерапии к поведенческим вмешательствам способствует повышению успеха, и, следовательно, следует обсудить с пациентами фармакотерапию как дополнительную меру [31].
Фармакологические вмешательства	<p>Фармакотерапия может играть важную роль в процессе управления мерами, направленными против употребления табачных изделий.</p> <ul style="list-style-type: none"> • подробное описание всех фармакологических вмешательств выходит за рамки настоящего Руководства, но медицинские работники должны обладать знанием имеющихся вариантов фармакотерапии. • Прежде чем рекомендовать лекарства, отпускаемые без рецепта, медсестры должны обладать необходимыми знаниями, навыками и умением правильно разбираться в ситуации с пациентом, его состоянии и профиле лекарственных средств. • В целом, касательно фармакологического лечения, медсестрам следует знать, что: <ol style="list-style-type: none"> 1. Варианты фармакотерапии могут быть рассмотрены при планировании лечения 2. Пациенты имеют доступ к соответствующей фармакотерапии и 3. Фармакотерапия проводится безопасно
Никотиновый пластырь	<ul style="list-style-type: none"> ■ Можно купить без рецепта (рецепт не требуется). ■ Имеется в трех дозах: 7 мг, 14 мг и 21 мг ■ Согласно <i>Селби (2016)</i>[32], в качестве показаний для рекомендации пластыря, можно использовать следующее: <ul style="list-style-type: none"> ■ <10 сигарет в день: начните с 14 мг. пластыря x 1-4 недели ■ 10-29 сигарет в день: начните с 21 мг. пластыря x 1-4 недели ■ 30 + сигарет в день: начните с 21 мг. пластыря (21 мг + 7 мг) x 1-4 недели

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Обеспечивает контролируемую доставку никотина, который всасывается через кожу. ■ Наносится на безволосый, чистый, сухой участок выше талии, при этом место расположения изменяется при каждом нанесении. ■ Наблюдается медленное начало и устойчивая доставка в течение 24 часов, однако, в случае необходимости, пластырь можно снимать перед сном.
Никотиновая жевательная резинка	<ul style="list-style-type: none"> ■ Можно купить без рецепта (рецепт не требуется) ■ Никотинзаместительная терапия кратковременного действия для избавления от тяги к курению ■ Имеется в двух дозах: 2 мг и 4 мг ■ Используется в виде пластины жевательной резинки вместо сигареты, удовлетворяет потребности в ротовой полости и позволяет избавиться от тяги к курению ■ Всасывается через слизистую оболочку ротовой полости ■ Разжевывается не сразу, а постепенно, надкусывая два-три раза, а затем располагается между щекой и десной: «надкусите два раза, а затем поместите между щекой и десной, затем подождите минуту и повторите в течение 30 минут или меньшего времени» <ul style="list-style-type: none"> ■ Меньше всасывается при одновременном употреблении кофе, чая, алкоголя, сока, а также безалкогольных напитков
Никотиновая пастилка	<p>Можно купить без рецепта (рецепт не требуется)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Никотинзаместительная терапия кратковременного действия для избавления от тяги к курению ■ Имеется в двух дозах: 2 мг и 4 мг ■ Поглощается через слизистую оболочку щеки ■ Меньше впитывает при одновременном употреблении кофе, чая, алкоголя, сока, а также безалкогольных напитков
Никотиновый ингалятор	<p>Можно купить без рецепта (рецепт не требуется)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Никотинзаместительная терапия кратковременного действия для избавления от тяги к курению ■ Представляет собой мундштук со вставкой, содержащей никотиновый элемент ■ Поглощается через слизистую оболочку щеки, не вдыхается в легкие ■ Устраняет как физическую, так и поведенческую зависимость от курения, так как имитирует привычку курения «из рук в рот». ■ Меньше всасывается при одновременном употреблении кофе, чая, алкоголя, сока, а также безалкогольных напитков
Никотиновый спрей	<p>Можно купить без рецепта (рецепт не требуется)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Распыляется прямо в рот и всасывается через слизистую оболочку щеки ■ Является наиболее быстро усваиваемой формой никотинзаместительной терапии ■ Избавляет от тяги к курению уже через 60 секунд после нанесения
Варениклин (рецептурный препарат)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Требуется рецепт и назначение врача! ■ Предотвращает рецидив и снижает удовольствие, связанное с курением [33].

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Может рассматриваться как вмешательство второй линии, когда никотинзаместительная терапия неэффективна. ■ Проявил свою эффективность для прекращения курения в нескольких исследованиях [22; 33; 34].
Цитизин (рецептурный препарат)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Требуется рецепт и назначение врача! ■ Может рассматриваться как вмешательство второй линии, когда никотинзаместительная терапия неэффективна [22].



Нижеприводимые интервенционные меры следует применять с большой осторожностью, так как недостаточно доказательств их эффективности в качестве средств для прекращения курения/снижения вреда от курения.

ПРОЧИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА	НЕДОСТАТОЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ПРИМЕНЕНИЯ В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА, СПОСОБСТВУЮЩЕГО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ/СНИЖЕНИЮ ВРЕДА ОТ КУРЕНИЯ
Электронная сигарета	<p>Многие электронные сигареты имитируют внешний вид и ощущения традиционных сигарет. Однако, вместо сжигания табака и вдыхания в виде дыма, электронные сигареты образует пар, который вдыхается или «втягивается – «вейпинг». Пар образуется, когда жидкость (которая может содержать или может не содержать никотин), содержащаяся в электронной сигарете, нагревается внутренним нагревательным элементом и вдыхается [35].</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Результаты исследования в отношении эффективности электронных сигарет как средства для прекращения курения НЕОДНОЗНАЧНЫ. Некоторые рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) показали, что электронные сигареты могут быть столь же эффективны, как и никотиновая заместительная терапия [36]. ■ Кокрановский обзор результатов двух рандомизированных контрольных исследований (РКИ) показал, что электронные сигареты помогли курильщикам бросить курить в долгосрочной перспективе по сравнению с электронными сигаретами с плацебо, но ввиду небольшого количества исследований в этом обзоре надежность результатов вызывает сомнения [29]. Продолжительные последствия для здоровья от воздействия паров электронных сигарет при личном и пассивном курении остаются не выясненными, и необходимы дальнейшие более продолжительные исследования. ■ Из-за отсутствия общего согласия относительно эффективности и безопасности электронных сигарет, консультирование пациентов должно быть сосредоточено на способах воздействия, в отношении которых доказана эффективность, включая консультирование, никотинзаместительную терапию и другие варианты назначаемой фармакотерапии по согласованию врачом.

	<i>ПОЭТОМУ ЭЛЕКТРОННАЯ СИГАРЕТА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНА КАК АЛЬТЕРНАТИВА ОБЫЧНОЙ СИГАРЕТЕ!</i>
Гипнотерапия, Лазерная терапия, электростимуляция, массаж биологически активных точек кожи (акупрессура) или иглоукальвание	■ Метаанализ рандомизированных контролируемых исследований показал, что иглоукальвание и гипнотерапия могут помочь людям бросить курить, однако, имеющихся доказательств недостаточно чтобы рекомендовать эти методы [37]. Исходя из неубедительных результатов и стоимости внедрения этих методов, они обычно не рекомендуются. Тем не менее, имеющиеся доказательства не указывают на то, что эти формы терапии наносят какой-либо вред пациенту при их использовании в сочетании с другими доказанными вмешательствами.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.2:

При каждом первичном приеме беременных женщин или женщин после родов следует провести мотивационное консультирование по изменению поведения, по вопросам снижения вреда курения, прекращения употребления табачных изделий и профилактики рецидивов в сочетании с направлением к соответствующему специалисту для назначения никотинзаместительной терапии, в зависимости от каждого конкретного случая.

Уровень доказательств = Ia, Ib, IV

Обсуждение доказательств:

По различным оценкам до 10 % беременных женщин употребляют табачные изделия [8]. Для всех женщин употребление табачных изделий связано с высоким риском развития рака, болезней сердца, инсульта и хронической обструктивной болезни легких [38]. Влияние употребления табачных изделий на здоровье беременных женщин и плода включает высокий риск отслойки плаценты, выкидыша, низкого веса при рождении, преждевременных родов (до 37 недель), мертворождения и смерти новорожденного [8]. Младенцы и дети, подвергшиеся воздействию пассивного дыма и загрязняющих частиц, остающихся на поверхностях от табачного дыма после курения, подвергаются высокому риску развития бронхита, пневмонии и среднего отита [39].

Женщины чаще готовы бросить курить во время беременности, чем когда-либо в другие периоды своей жизни. Хотя примерно 15 до 60 % беременных женщин прекращают курить во время беременности, частота рецидивов может достигать 60 % в первые несколько месяцев после родов, и может достигать до 80 % через год после родов [40]. К факторам, связанным с рецидивом в послеродовом периоде, относится стресс от ухода за новорожденным, депрессия и ухудшение социоэкономического статуса [8; 40]. Беременность и послеродовой период - подходящее время для лечения или направления женщин при каждом первичном приеме у врача на интенсивное поведенческое консультирование, включая профилактику рецидивов, в сочетании с

никотинзаместительной терапией в случае необходимости, в зависимости от конкретного случая [8; 40].

Для побуждения к отказу от курения и снижения вероятности рецидива группа экспертов рекомендует использовать индивидуальный, ориентированный на женщин подход к лечению зависимости от курения. Кроме того, группа экспертов, случаях, когда это безопасно для женщины, рекомендует медицинским работникам сотрудничать с супругом (партнером) и членами семьи женщины в целях повышения уровня осведомленности о последствиях табакокурения, а также поощрения снижения или прекращения их употребления.

Фармакотерапевтические вмешательства

Хотя подробное описание конкретных фармакологических вмешательств во время беременности выходит за рамки настоящего Руководства, медицинским работникам следует знать о применении фармакотерапии как части комбинированных мер при работе с пациентами, употребляющими табачные изделия и вовремя направить к врачу-специалисту. В целом, относительно фармакологического лечения, медсестры должны убедиться в том, что:

1. При планировании курса лечения учитываются варианты фармакотерапии.
2. Пациенты имеют доступ к соответствующей фармакотерапии.
3. Фармакотерапия проводится безопасно.

Никотинзаместительная терапия

Никотинзаместительная терапия может рассматриваться как дополнение к поведенческим вмешательствам во время беременности, которую следует учитывать на индивидуальной основе. Никотинзаместительная терапия является одним из вариантов снижения вреда от курения во время беременности, потому что она обеспечивает доставку никотина без воздействия других канцерогенных соединений, содержащихся в сигаретах.

Группа экспертов рекомендует предлагать прерывистые формы никотинзаместительной терапии в течение первого, второго и третьего трехмесячных периодов, после обсуждения с пациентом рисков и преимуществ. Прерывистые формы никотинзаместительной терапии включают никотиновые жевательные резинки, пастилки, ингаляторы или спреи/ аэрозоли. Если потребуется дополнительная никотинзаместительная терапия, группа экспертов рекомендует использовать никотиновый пластырь, при условии, что он будет удаляться перед сном.

Во время грудного вскармливания можно безопасно рекомендовать и использовать никотинзаместительную терапию, поскольку лишь небольшое количество никотина попадает в грудное молоко, что делает его более предпочтительным, чем употребление табачных изделий [41]. В данное время нет достаточных доказательств в поддержку отрицательного или положительного влияния применения данного вида терапии на отказ от курения во время беременности или на исходы родов [42]. Однако, по сравнению с

постоянным потреблением табачных изделий, никотинзаместительная терапия является более безопасным вариантом для женщины и ее ребенка.

Варениклин

В некоторых случаях врачами может назначаться бупропион, как вариант терапии третьей линии, который следует учитывать во время беременности, если психологические вмешательства и никотинзаместительная терапия не дают результатов. Медицинская сестра должна знать быть информирована о побочных эффектах и противопоказаниях данного препарата. По данным исследований бупропион, по-видимому, не связан с повышенной частотой пороков развития плода или самопроизвольных абортов [43].



Следует избегать применения варениклина во время беременности и кормления грудью из-за наличия недостаточных доказательств относительно его безопасности и эффективности в качестве вмешательства по прекращению курения беременными женщинами [42].

6.4. Оценка эффективности

РЕКОМЕНДАЦИЯ 4.1.:

При каждой встрече проводите оценку эффективности плана вмешательства до тех пор, пока не будут достигнуты цели пациента.

Уровень доказательств =IV

Обсуждение доказательства:

По мнению группы экспертов, постановка целей и составление плана вмешательств имеет важное значение при работе с пациентами, которые употребляют табачные изделия. К целям пациента, связанным со вмешательствами, направленными против употребления табачных изделий, может относиться прекращение или снижение курения, либо контроль за воздержанием от курения. Цели лечения следует устанавливать во время первой встречи с пациентом, которые должны пересматриваться при каждой последующей встрече. Текущая оценка плана вмешательств позволяет медицинскому работнику оценить степень вовлеченности и мотивацию пациента в отношении лечения, а также прогресс пациента в достижении целей лечения. Результаты оценки следует применять для обзора и пересмотра существующего плана лечения и стратегий, используемых пациентом с целью улучшения результатов курса лечения.

Оценка прогресса пациента может предполагать задавание медицинским работником вопросов о количестве выкуриваемых ежедневно сигарет, провоцирующих факторах и тяги к курению, абстинентном синдроме, рецидивах или срывах, уровнях мотивации, проблемах и успехах. Оценка на этой стадии может также рассматривать профилактику рецидивов для того, чтобы пациенты знали свои провоцирующие факторы курения. Группа экспертов признает, что достижение целей пациента в отношении употребления курения может

представлять собой длительный опыт, зачастую в течение всей жизни, с многочисленными рецидивами. Важно акцентировать внимание пациента на то, что рецидивы не свидетельствуют о неудаче. Рецидивы дают возможность проведения последующей оценки плана вмешательств для пациента, его целей, провоцирующих факторов и проблем. Как только будет проведена данная переоценка, план и цели пациента будут скорректированы, по мере необходимости.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 4.2:

Документируйте статус курения и данные рекомендации в медицинской документации пациента.

Уровень доказательств = Ib

Обсуждение доказательств:

Группа экспертов рекомендует организациям вносить рекомендации о необходимости вмешательств против табакокурения в медицинские карты. Статус пациента, связанный с табакокурением, подлежит документальному подтверждению в бумажных или в электронных медицинских картах, что может способствовать лучшему соблюдению медицинскими работниками вмешательств и рекомендаций [16].

Примеры внесения рекомендаций в электронные медицинские карты для поддержки клиницистов, и улучшения лечения пациентов от никотиновой зависимости:

- Рекомендации по внесению документированного статуса курильщика применяются ко всем пациентам при каждом посещении медицинского учреждения.
- Исследования показывают, что если у пациента был ранее зарегистрирован статус курильщика, то эти пациенты как правило чаще получают консультации и с большей вероятностью получали лекарства, предназначенные для отказа от курения [16].
- Разработка шаблонов и алгоритмов для прекращения курения, которые можно интегрировать в электронную медицинскую карту пациента и использовать в качестве рекомендаций.
- Расширение простых функциональных возможностей электронных медицинских систем для обеспечения направлений «в один клик» для обращения к онлайн-ресурсам поддержки (отказа от курения) [16].

6.5. Обучение

РЕКОМЕНДАЦИЯ 5.1:

В программы подготовки медицинских сестер на уровне бакалавриата и в программы непрерывного профессионального развития должны быть включены материалы по реализации вмешательств, направленных на прекращение курения, основанные на доказательствах.

Уровень доказательств = Ib, IIb, IV

Обсуждение доказательств:

Студентам специальности «Сестринское дело» и медицинским работникам следует пройти соответствующую подготовку в рамках программ их непрерывного профессионального образования, а также по месту их работы по вмешательствам по табакокурению, основанным на доказательствах [44].

Существует необходимость в обучении студентов специальности «Сестринское дело» навыкам осуществления вмешательств, направленных против табакокурения, таких как мотивационное интервью, потому что уровень обучения таким мерам в рамках программ непрерывного профессионального образования зачастую недостаточен (т.е., является второстепенным элементом учебного плана). Более того, студенты часто демонстрируют пробелы в знаниях относительно вреда табака для здоровья [44–47].

Более того, имеющиеся доказательства свидетельствуют о том, что обучение вмешательствам для студентов-медиков должно вводиться в учебный план на ранней стадии, чтобы соответствующие знания, отношение и навыки, связанные со вмешательствами, могли со временем укрепляться [45].

Разработка, реализация и оценка учебного плана

Хотя сфера применения настоящего Руководства не включает сравнительный анализ эффективности методик реализации учебных рабочих программ, следующие методы продемонстрировали положительные результаты с точки зрения повышения уровня знаний обучающихся. См. **Таблицу 5**.

Таблица 5: Методы преподавания для реализации учебного плана в отношении интервенционных мер, направленных против употребления табачных изделий

МЕТОД ОБУЧЕНИЯ	ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
Индивидуальное обучение	Лица, прошедшие индивидуальное обучение, связанное с прекращением курения, более эффективны в обучении и лечении пациентов с табачной зависимостью [44; 45; 48]. Персональное обучение также приводит к значительному повышению мотивации, знаний и уверенности медицинского работника в применении вмешательств [49].
Обучение в режиме онлайн	Многочисленные исследования показали, что обучение в режиме онлайн, которое может включать самостоятельное обучение, позволяет развивать базу знаний и навыков, необходимых для осуществления эффективных мер по прекращению курения [50].
Моделирование/ Стандартизированный пациент	Активное обучение посредством проведения экспериментальных занятий, предусматривающих моделирование или ролевую игру участников на основе методов консультирования по вопросам прекращения курения является реальным способом внедрения методов консультирования по прекращению курения в учебные программы.

Самостоятельное обучение	Было установлено, что программа самостоятельного непрерывного обучения имеет повсеместно положительное влияние на уровень знаний, отношение (точки зрения) и предполагаемую клиническую практику в отношении вмешательств [24].
Комбинированное обучение	Комбинированные методы обучения (напр., в режиме онлайн или персональное обучение) имеют преимущество в увеличении объема обучения мерам по прекращению курения [51].
Учебные курсы	Программы обучения интенсивному консультированию по прекращению курения (занятия продолжительностью четыре часа и более) могут положительно влиять на клиническую практику [51].

РЕКОМЕНДАЦИЯ 5.2:
Реализация учебных программ для медицинских сестер по мероприятиям и мерам по прекращению курения должна проводиться преподавателями, прошедшими соответствующее обучение.
Уровень доказательств = IV

Обсуждение доказательств:

Преподавателям следует принимать участие в непрерывном обучении, чтобы быть уверенными в том, что они обладают необходимым знаниями о современной передовой практике доказательных вмешательств и лечения [52]. Термин «преподаватели» относится к лицам, ответственным за обучение студентов или других медицинских работников в аудитории или в клинических условиях. Есть ряд положительных результатов, когда преподаватели владеют знаниями об интервенционных мерах и лечении на основе имеющихся доказательств.

7. ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ

7.1 Вовлечение заинтересованных сторон.

Данное клиническое сестринское руководство прошло оценку внешними экспертами, привлеченными с целью предоставления комментариев по содержанию, надежности рекомендаций и их применимости в условиях Республики Казахстан. Вовлечение заинтересованных сторон обеспечило надлежащее качество руководства и приемлемость рекомендаций.

Группа рецензентов была представлена специалистами как сестринского дела, так и врачами, имеющими соответствующие знания и практический опыт и работающими с данной категорией пациентов.

1	Садвакасова Амиргалиевна	Гульмира	Филиал РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», старший врач, кандидат медицинских наук, г.Павлодар
---	-----------------------------	----------	--

2	Пасько Галина Ивановна	Медицинская академия последипломного образования города Алматы, заведующая, магистр.
3	Даутова Алтын Юсуповна	АО НЦАиГП, главная медицинская сестра.

7.2 Консультанты с дополнительными знаниями и опытом:

Процесс адаптации проходил при поддержке внешних консультантов из Финляндии, привлеченных в рамках Проекта социального медицинского страхования Казахстана-SHIP- Путешествие к лучшему здравоохранению, модернизация системы сестринского образования. Тиина Эвелина Кивинен, Msc, RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Лахти, Финляндия.

Сари Ярвинен, RN, PhD, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.

8. РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА

8.1 Предложенное руководство является адаптированной версией

Данное руководство является адаптацией клинического руководства RNAO, Canada «Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice», опубликованного в июне 2017 г.

Было получено официальное разрешение от разработчиков оригинального руководства RNAO на адаптацию клинического руководства.

8.2. Группа по адаптации руководства – это группа экспертов из различных сфер здравоохранения и представителей соответствующих специальностей. Для эффективной разработки в группу необходимо привлечение пациентов, лиц, оказывающих уход и соответствующих организаций.

Группа по разработке адаптированного руководства:

1	Коргасбекова Жансая Рахметоллаевна	Магистр Казахстанско-финской магистратуры, Внутренний эксперт Городской поликлиники №29 города Алматы. Преподаватель УМЦ города Алматы.
2	Касымова Раушан Нурпеисовна	К.м.н., доцент кафедры «Сестринское дело» КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, врач-педиатр высшей категории. Член Ассоциации геронтологов РК.
3	Зайнулина Джамия Адильбековна	Магистр Казахстанско-финской магистратуры, руководитель департамента менеджмента и развития сестринского дела ТОО «Национальный научный онкологический центр» города Нурсултан.

8.3 Руководящая и координационная группы

Внешние консультанты		
1	Тиина Эвелина Кивинен	Msc,RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Лахти, Финляндия.
2	Сари Ярвинен	PhD, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.

Координационная группа:

1	Байгожина Зауре Алпановна	Начальник отдела развития медицинского образования Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК.
2	Умбетжанова Аягоз Таймысовна	Ассистент кафедры Общей врачебной практики с курсом доказательной медицины НАО МУА.

8.4 Конфликт интересов

Участники группы адаптации заявили об отсутствии конфликта интересов.

8.5 Финансирование и другие источники

Адаптация данного руководства происходила за счет средств Всемирного банка реконструкции и развития в рамках Проекта «Социальное медицинское страхование», мероприятия по разработке стандартов услуг специалистов сестринского дела.

8.6 Процесс обновления и рассмотрения

Оригинальное руководство было выпущено в 2017 году. История пересмотра и любые обновления руководства в промежуточный период будут отмечены в отчете на сайте разработчиков. <http://www.rnao.ca>. В условиях РК данное руководство должно обновляться по мере появления новых доказательных данных, но не реже чем раз в 5 лет.

9. ВНЕДРЕНИЕ РУКОВОДСТВА

9.1 Стратегия внедрения.

Основные положения клинического сестринского руководства реализуются в повседневной клинической практике медицинской сестры. Клиническое сестринское руководство предназначено для поддержки принятия информированного решения по уходу за пациентами. Цель разработки руководств повышение информированности всех медицинских сестер о национальных клинических сестринских рекомендациях и обеспечение возможности применения информации и рекомендаций, основанных на доказательных данных в своей клинической практике.

При внедрении клинического сестринского руководства необходимо учитывать факторы, способствующие внедрению и барьеры для успешного внедрения. Все заинтересованные стороны должны быть вовлечены в процесс внедрения руководств. Всемирная поддержка со стороны Министерства здравоохранения и местных исполнительных органов здравоохранения, со стороны руководства организаций здравоохранения, хороший обмен информацией и организация качественного обучения медсестер способствует внедрению клинических руководств. Потенциальными препятствиями для внедрения руководств являются, например, слабая управленческая поддержка или устоявшаяся практика, которая не позволяет медсестрам следовать рекомендациям в своей работе.

9.2. Предложения по внедрению

Все медсестры могут следовать информации, основанной на доказательствах и клиническим сестринским рекомендациям при уходе за пациентами, которые относятся к целевой группе. Участие в тренинге по клиническим сестринским руководствам будет способствовать внедрению клинических рекомендаций по уходу. Для стандартизации процесса внедрения, а также с целью обеспечения единообразного понимания стратегии внедрения следует разработать план внедрения.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Centers for Disease Control and Prevention [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cdc.gov/> (дата обращения: 19.04.2020).
2. Glossary of Terms | RNAO [Электронный ресурс]. URL: <https://mharesource.rnao.ca/section-nine/glossary-terms> (дата обращения: 19.04.2020).

3. Zwar N.A., Mendelsohn C.P., Richmond R.L. Tobacco smoking: options for helping smokers to quit. // *Aust. Fam. Physician*. 2014. Т. 43. № 6. С. 348–54.
4. *Glossary of Terms in The Cochrane Collaboration*.
5. *Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice G. Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice, Guidelines*. , 1990.
6. Mee-Lee D. *Helping People Change: Motivational Interviewing and Engaging People in Collaborative Treatment*.
7. Michael E, Mackay J and R.R. *Tobacco Atlas 4th ed*. Atlanta, Georgia 30303 USA: American Cancer Society, Inc., 2012. Вып. 4th ed. 132 С.
8. Chamberlain C. и др. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy // *Cochrane Database Syst. Rev*. 2013. Т. 2013. № 10.
9. *Clinical Best Practice Guidelines Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice Third Edition*. , 2017.
10. *Методические рекомендации № 2 по адаптации клинических сестринских руководств*. С.Ярвинен, Э.Киивинен, Астана, 2018, материалы проекта.
11. WHO | WHO global report on trends in tobacco smoking 2000-2025 - First edition // WHO. 2018.
12. (No Title) [Электронный ресурс]. URL: https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf (дата обращения: 19.04.2020).
13. *Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака, Республика Казахстан, 2014 страновой отчет*.
14. Ortiz G., Schacht L., Lane G.M. Smoking cessation care in state-operated or state-supported psychiatric hospitals: From policy to practice // *Psychiatr. Serv*. 2013. Т. 64. № 7. С. 666–671.
15. Freund M. и др. Increasing hospital-wide delivery of smoking cessation care for nicotine-dependent in-patients: A multi-strategic intervention trial // *Addiction*. 2009. Т. 104. № 5. С. 839–849.
16. Linder J.A. и др. An electronic health record-based intervention To improve tobacco treatment in primary care a cluster-randomized controlled trial // *Arch. Intern. Med*. 2009. Т. 169. № 8. С. 781–787.
17. *Tobacco Free Nurses* [Электронный ресурс]. URL: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/tobacco-free-nurses/> (дата обращения: 19.04.2020).
18. (21) (PDF) *The GATS Atlas. 2015* [Электронный ресурс]. URL: https://www.researchgate.net/publication/277477392_The_GATS_Atlas_2015 (дата обращения: 19.04.2020).
19. Smedslund G. и др. Motivational interviewing for substance abuse // *Cochrane Database Syst. Rev*. 2011. № 5.
20. Lundahl B.W. и др. A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies // *Res. Soc. Work Pract*. 2010. Т. 20. № 2. С. 137–160.
21. Lindson-Hawley N., Thompson T.P., Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation // *Cochrane Database Syst. Rev*. 2015. Т. 2015. № 3.
22. *Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака (для взрослых и детей) > Клинические протоколы МЗ РК - 2018 > MedElement* [Электронный ресурс]. URL: <https://diseases.medelement.com/disease/психические-и-поведенческие-расстройства-вызванные-употреблением-табака-для-взрослых-и-детей/16010> (дата обращения: 19.04.2020).
23. Virtanen S.E. и др. Evaluation of a brief counseling for tobacco cessation in dental clinics among Swedish smokers and snus users: A cluster randomized controlled trial (the FRITT study) // *Prev. Med. (Baltim)*. 2015. Т. 70. С. 26–32.
24. Stead L.F. и др. Telephone counselling for smoking cessation // *Cochrane Database Syst. Rev*. 2013. Т. 2013. № 8. С. CD002850.
25. Rice V.H., Stead L.F. Nursing interventions for smoking cessation // *Cochrane Database Syst.*

Rev. 2008. № 1. C. CD001188.

26. Cohen B. u òp. *Why is an Equity Focus Important? Why Consider Equity in TC? Exploring issues of equity within canadian tobacco control initiatives: an environmental scan Principal Investigator (PI)*, 2011.

27. Twyman L. u òp. *Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: A systematic review of the qualitative and quantitative literature // BMJ Open*. 2014. T. 4. № 12. C. 1–15.

28. Christiansen B. u òp. *Barriers to effective tobacco-dependence treatment for the very poor // J. Stud. Alcohol Drugs*. 2012. T. 73. № 6. C. 874–884.

29. McRobbie H. u òp. *Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction // Cochrane Database Syst. Rev*. 2014. T. 2014. № 12. C. CD010216.

30. White A.R. u òp. *Acupuncture and related interventions for smoking cessation // Cochrane Database Syst. Rev*. 2014. T. 2014. № 1. C. CD000009.

31. Stead L.F., Bergson G., Lancaster T. *Physician advice for smoking cessation // Cochrane Database Syst. Rev*. 2008. № 2. C. CD000165.

32. Zawertailo L. u òp. *STOP Program, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) Other Acknowledgements Former Nicotine Dependence Staff*, 2014.

33. Cahill K. u òp. *Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation // Cochrane Database Syst. Rev*. 2016. T. 2016. № 5.

34. *Long-term efficacy and safety of varenicline for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews - NCBI Bookshelf [Электронный ресурс]*. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK116004/> (дата обращения: 19.04.2020).

35. *Health Risks of Smokeless Tobacco [Электронный ресурс]*. URL: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/tobacco-and-cancer/smokeless-tobacco.html> (дата обращения: 19.04.2020).

36. Bullen C. u òp. *Electronic cigarettes for smoking cessation: A randomised controlled trial // Lancet*. 2013. T. 382. № 9905. C. 1629–1637.

37. Tahiri M. u òp. *Alternative smoking cessation aids: A meta-analysis of randomized controlled trials // Am. J. Med*. 2012. T. 125. № 6. C. 576–584.

38. Shah R.S., Cole J.W. *Smoking and stroke: The more you smoke the more you stroke // Expert Rev. Cardiovasc. Ther*. 2010. T. 8. № 7. C. 917–932.

39. Shaw E. u òp. *Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health // Birth*. 2006. T. 33. № 3. C. 210–220.

40. Jiménez-Muro A. u òp. *A proactive smoking cessation intervention in postpartum women // Midwifery*. 2013. T. 29. № 3. C. 240–245.

41. Dempsey D.A., Benowitz N.L. *Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy // Drug Saf*. 2001. T. 24. № 4. C. 277–322.

42. Coleman T. u òp. *Efficacy and safety of nicotine replacement therapy for smoking cessation in pregnancy: Systematic review and meta-analysis // Addiction*. 2011. T. 106. № 1. C. 52–61.

43. Cressman A.M. u òp. *Smoking cessation therapy during pregnancy // Can. Fam. Physician*. 2012. T. 58. № 5. C. 525–527.

44. Sheffer C.E., Barone C., Anders M.E. *Training nurses in the treatment of tobacco use and dependence: Pre- and post-training results // J. Adv. Nurs*. 2011. T. 67. № 1. C. 176–183.

45. Chan S.S.C., Sarna L., Danao L.L. *Are nurses prepared to curb the tobacco epidemic in China? A questionnaire survey of schools of nursing // Int. J. Nurs. Stud*. 2008. T. 45. № 5. C. 706–713.

46. Price J.H., Mohamed I., Jeffrey J.D. *Tobacco Intervention Training in American College of Nurse-Midwives Accredited Education Programs // J. Midwifery Women's Heal*. 2008. T. 53. № 1. C. 68–74.

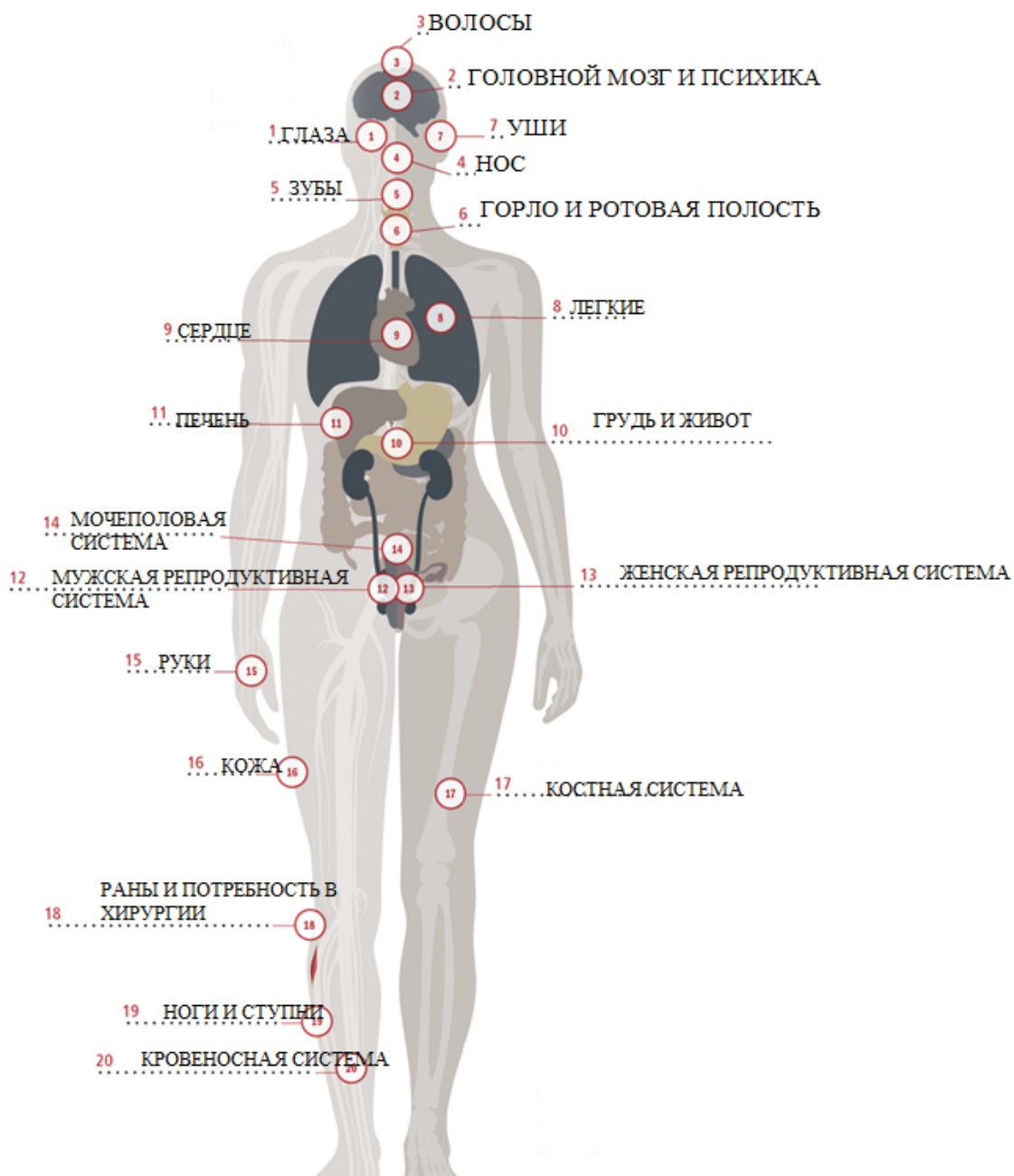
47. Richmond R. u òp. *Teaching about tobacco in medical schools: A worldwide study // Drug Alcohol Rev*. 2009. T. 28. № 5. C. 484–497.

48. Arnett M.R., Baba N.Z., Cheek D. *Improving tobacco dependence education for dental and dental hygiene students at Loma Linda University School of Dentistry.* // *J. Dent. Educ.* 2012. T. 76. № 4. C. 472–8.
49. Roman B., Borges N., Morrison A.K. *Teaching motivational interviewing skills to third-Year psychiatry clerkship students* // *Acad. Psychiatry.* 2011. T. 35. № 1. C. 51–53.
50. O'Donnell J.A. *u òp. Overcoming barriers to tobacco cessation counselling in dental students.* // *Oral Health Prev. Dent.* 2010. T. 8. № 2. C. 117–24.
51. Carson K. V. *u òp. Training health professionals in smoking cessation* // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012. T. 2012. № 5. C. CD000214.
52. Sears K.E., Cohen J.E., Drope J. *Comprehensive evaluation of an online tobacco control continuing education course in Canada* // *J. Contin. Educ. Health Prof.* 2008. T. 28. № 4. C. 235–240.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А: ВРЕД ТАБАКОКУРЕНИЯ

Поражения органов и заболевания, вызываемые табачной зависимостью.



Источник: [6].

1. Глаза

Катаракта, слепота (дегенерация желтого пятна)
Жжение, чрезмерное слезотечение и частое мигание

2. Головной мозг и психика

Инсульт (острое нарушение мозгового кровообращения)
Зависимость/абстиненция

3. Волосы

Запах и изменение цвета

4. Нос

Рак носовой полости и околоносовых пазух
Хронический риносинусит, нарушение обоняния

5. Зубы

Пародонтит (заболевания десен, воспаление десен - гингивит, периодонтит)

Шатающиеся зубы, потеря зубов

Кариес, зубной налет

Изменение (нарушение) цвета и окрашивание

6. Рот и горло

Рак губ, ротовой полости, горла, гортани и глотки

Боль в горле, нарушение вкуса

Неприятный запах изо рта

7. Уши

Потеря слуха, ушная инфекция

8. Легкие

Рак легких, бронхов и трахеи

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и эмфизема

Хронический бронхит, респираторная инфекция (грипп, пневмония, туберкулез)

Одышка, астма, хронический кашель, чрезмерное слюноотделение

9. Сердце

Коронарный тромбоз (инфаркт)

Атеросклероз (повреждение и окклюзия коронарных сосудов)

10. Грудная клетка и брюшная полость

Рак пищевода

Рак желудка, толстой кишки и поджелудочной железы

Аневризма брюшной аорты

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки

Возможен повышенный риск рака молочной железы

11. Печень

Рак печени

12. Мужская способность к деторождению (репродукции)

Бесплодие (деформация сперматозоидов, потеря подвижности, уменьшение количества)

Импотенция

Рак простаты

13. Женская способность к деторождению (репродукции)

Рак шейки матки и яичников, преждевременное нарушение овуляции (угасание функции яичников), ранняя менопауза

Снижение фертильности

Болезненные менструации

14. Мочевыделительная система

Рак мочевого пузыря, почек и мочеточника

15. Кисти рук

Болезнь периферических сосудов, плохое кровообращение (холодные пальцы)

16. Кожа

Псориаз

Потеря цвета/тонуса кожи, появление морщин, преждевременное старение

17. Костная система

Остеопороз

Перелом шейки бедра

Проблемы со спиной

Рак кости

Ревматоидный артрит

18. Раны и хирургические вмешательства

Нарушение заживления ран

Плохое послеоперационное восстановление

Ожоги от сигарет

19. Ноги и ступни

Периферические сосудистые заболевания, холодные ноги, боль в ногах и гангрена

Глубокий венозный тромбоз

20. Кровеносная система

Облитерирующий эндартериит

Острый миелолейкоз

Иммунная система

Снижение сопротивляемости к инфекциям

Возможен повышенный риск аллергических заболеваний

Прочее

Диабет

Внезапная смерть

ПРИЛОЖЕНИЕ В: ПРЕИМУЩЕСТВА ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ

В течение 20 минут после выкуривания последней сигареты:

- Нормализуется артериальное давление
- Нормализуется пульс
- Нормализуется температура ног и рук

В течение 8 часов:

- Понижается уровень диоксида углерода в крови
- Повышается уровень кислорода в крови

В течение 24 часов:

- Начинает снижаться вероятность сердечного приступа

В течение 48 часов:

- Улучшается способность чувствовать запах и вкус

В течение 72 часов:

- Бронхиолы расслабляются; если не повреждены, становится легче дышать
- Увеличивается емкость легких

От 2 недель до 3 месяцев:

- Улучшается микроциркуляция
- Становится легче ходить
- до 20 % улучшается функция легких

От 1 до 9 месяцев:

- Могут заметно уменьшиться в течение нескольких недель кашель, заложенность пазух носа, усталость, одышка
- Возможное возобновление роста реснитчатого эпителия в легких, при этом увеличивается способность очищать легкие и уменьшать инфекцию

1 год:

- Снижается вдвое риск заболеваний сердца. Через 15 лет, данный риск аналогичен риску у людей, которые никогда не курили

2 года:

- Снижается риск рака шейки матки по сравнению с постоянными курильщиками
- Вдвое уменьшается риск развития рака мочевого пузыря по сравнению с постоянными курильщиками

5 лет:

- Коэффициент смертности от рака легких для среднего курильщика (одна пачка сигарет в день) уменьшается со 137 на 100 000 до 72 на 100 000
- Через 5–15 лет после отказа от курения риск инсульта снижается до риска у тех, кто никогда не курил

10 лет и дольше:

- Заменяются предраковые клетки
 - Уменьшается риск развития других видов рака, таких как рак ротовой полости, гортани, пищевода, мочевого пузыря, почки и поджелудочной железы
 - После длительного прекращения курения риск смерти от хронической обструктивной болезни легких снижается по сравнению с теми, кто продолжает курить
- Упомянутые периоды времени должны приниматься только в качестве приблизительных, они, естественно, варьируются у разных людей и зависят от продолжительности привычки и количества выкуриваемых сигарет.

ПРИЛОЖЕНИЕ С: СТРАТЕГИИ ДЛЯ ИЗБЕЖАНИЯ РЕЦИДИВА

- Пациент должен определять ситуации, когда у него появляется искушение снова закурить, для таких ситуаций разработайте конкретный план по их устранению (напр., запишите три стратегии и держите этот список всегда у себя под рукой).
- Рассматривайте срыв, как возможность получения опыта, а не как неудачу.
- Посоветуйте пациенту:
 - изучить методы управления стрессовыми ситуациями и снятия напряжения;
 - научиться балансировать образом жизни таким образом, чтобы стресс и провоцирующие факторы курения не были подавляющими.

К общим факторам, ведущим к рецидиву, относят следующее:

- употребление алкоголя
- плохое настроение или депрессия
- негативные внутренние переживания
- наличие других курильщиков в семье
- продолжительный абстинентный синдром
 - ситуации высокого риска, такие как социальные ситуации, споры и другие источники возникновения стресса
- в период диеты
- отсутствие поддержки в прекращении курения
- проблемы с фармакотерапией, такие как лечение недостаточными дозами, побочные эффекты, проблемы с соблюдением режима или преждевременное прекращение курса лечения и
- злоупотребление психоактивными веществами.

Источник: (2000). Ключевые рекомендации по прекращению курения: как лечить Вашего пациента от никотиновой зависимости. Торонто, Онтарио: Международное издание в области здравоохранения Pegasus.

ПРИЛОЖЕНИЕ D: ТЕСТ ФАГЕРСТРЕМА НА НАЛИЧИЕ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Нижеприводимый тест предназначен для определения уровня никотиновой зависимости. Пометьте соответствующую балльную оценку по каждому вопросу. Суммируйте количество полученных баллов.

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро вы тянетесь за сигаретой, после того как проснетесь?	В течение 5 мин	3
	В течение 6-60 мин	2
2. Сложно ли Вам удержаться курить в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	От первой утром	1
	От всех остальных	0

4. Сколько сигарет Вы выкуриваете за день?	10 и менее	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 и более	3
5. Курите ли Вы более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, чем в течении дня?	Да	1
	Нет	0
6. Курите ли Вы, если сильно больны, и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0

ИТОГО _____ баллов

Интерпретация

7-10: у Вас высокая зависимость от никотина, и Вы можете начать программу отказа от курения на основе лечения от никотиновой зависимости. Начните с использования 21 мг. пластыря или 4 мг. жевательной резинки.

4-6: у Вас умеренная зависимость от никотина; тем не менее, это не исключает пользы от программы отказа от курения на основе лечения от никотиновой зависимости. Начните с использования 14 мг. пластыря или 2 мг. жевательной резинки.

<4: У Вас низкая зависимость от никотина и вряд ли понадобится никотинзаместительная терапия.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е: Информационные ресурсы для обращения по поводу никотиновой зависимости на территории Республики Казахстан:

Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан: информационно-образовательные материалы (<https://hls.kz/>)

Антитабачные центры: С 2009 года в Казахстане созданы антитабачные центры (АЦ) и/или кабинеты с целью оказания лечебно-профилактической помощи желающим бросить курить. Каждый желающий может анонимно обратиться в АЦ за квалифицированной помощью. В настоящее время в Казахстане функционирует 69 антитабачных центра/кабинета на базе поликлиник и стационаров.