



**Министерство
здравоохранения, семьи и
социального благополучия
Ульяновской области**

Федерации ул., д.60, г. Ульяновск, 432980
Тел/факс (8422) 41-05-01,
E-mail: mz@ulgov.ru

ОКПО 00089804, ОГРН 1027301185570,
ИНН/КПП 7325000951/732501001

№

02.10.2017 43-иов-08.01.01/15842 исл.
О направлении методических
рекомендаций

**Главным врачам государственных
учреждений здравоохранения**

**Генеральному директору
ФГБУЗ КБ №172 ФМБА России
Л.И. Шулеповой**

**Главному врачу
ЗАО «Проекты в сфере
здравоохранения»
Е.В. Тужилиной**

**Главному врачу
НУЗ «Отделенческая больница
на ст. Ульяновск ОАО «РЖД»
И.Н. Агафоновой**

Уважаемые руководители!

Направляю Вам для изучения и использования в работе методические рекомендации «Организация проведения профилактического консультирования по предотвращаемым факторам риска».

Прошу довести данную информацию до специалистов, участвующих в проведении диспансеризации взрослого населения.

Приложение на 29 л., в 1 экз.

Заместитель Министра

И.Б.Чигирёва

Исп.
Лазарев А.И.
Смирнов П.С.
41-05-14

«СОГЛАСОВАНО»

Главный внештатный специалист
психиатр-нарколог
Министерства
здравоохранения, семьи и социального
благополучия Ульяновской области

О.М.Некрасова



«СОГЛАСОВАНО»

Главный внештатный специалист по
профилактической медицине
Министерства здравоохранения, семьи
и социального благополучия
Ульяновской области

П.С.Смирнов



«УТВЕРЖДАЮ»

Директор департамента организации
медицинской помощи Министерства
здравоохранения, семьи и
социального благополучия
Ульяновской области

А.И.Лазарев



« 28 » *сентября* 2017г.

*Министерство здравоохранения, семьи и социального благополучия
Ульяновской области*

*Государственное учреждение здравоохранения
«Ульяновский областной центр медицинской профилактики»*

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО
ПРЕДОТВРАЩАЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА
(потребление табака, подозрение на пагубное потребление алкоголя,
наркотиков и психотропных средств)**

Методические рекомендации

г.Ульяновск 2017

СОДЕРЖАНИЕ

1. АННОТАЦИЯ	3
2. ВВЕДЕНИЕ	4
3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ПРЕДОТВРАЩАЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА	6
4. УГЛУБЛЕННОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ПОТРЕБЛЕНИИ ТАБАКА (КУРЕНИЕ)	9
5. УГЛУБЛЕННОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПАГУБНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, НАРКОТИКОВ И ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ	12
6. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ПРЕКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО- САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ	17
7. СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ (ПРИЛОЖЕНИЯ)	20
8. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА	29

АННОТАЦИЯ

Методические рекомендации содержат описание организации проведения профилактического консультирования по факторам риска в рамках диспансеризации взрослого населения в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Данные методические рекомендации изложены по принципу комментариев, методических приемов и практических примеров реализации отдельных, требующих пояснений, пунктов нормативно-правовых документов Минздрава России «Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях» (далее – Порядок профилактики), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.09.2015г. № 683н, «Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее - Порядок диспансеризации), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015, № 36ан, «Порядок проведения профилактического медицинского осмотра» (далее - Порядок профилактического осмотра), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012, № 1011н, «Порядок проведения диспансерного наблюдения», утверждённого приказом Минздрава России от 21.12.2012 №1344н.

Методические рекомендации предназначены для руководителей медицинских организаций, осуществляющих диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры взрослого населения, а также врачебного и среднего медицинского персонала непосредственно участвующих в их проведении.

Составитель:

И.И. Тихова – заведующая организационно-методическим отделом ГУЗ «Ульяновский областной центр медицинской профилактики»

ВВЕДЕНИЕ

Современные системы скрининга - раннего выявления заболеваний (эквивалент российской диспансеризации) в настоящее время внедрены во многих развитых странах. По рекомендации Всемирной организации здравоохранения скрининговые программы должны содержать не только тесты на раннее выявление заболеваний, но и тесты на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смерти населения как развитых, так и развивающихся стран мира. Отказ от курения, контроль артериального давления, рациональное питание, достаточный уровень физической активности, ограничение употребления алкоголя, нормализация массы тела расценивается как важнейшие условия для улучшения прогноза и снижения уровня инвалидности и смертности населения.

Профилактика неинфекционных заболеваний обеспечивается путем: осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, мероприятий по коррекции выявленных факторов риска развития неинфекционных заболеваний, а также диспансерного наблюдения за гражданами, имеющими хронические неинфекционные заболевания или высокий риск их развития.

Под **фактором риска** подразумеваются индивидуальные характеристики, ассоциированные с повышенной вероятностью развития, прогрессирования и неблагоприятного исхода заболевания.

Рекомендуемые наименования основных факторов риска НИЗ:

1. Потребление табака (допустимые эквиваленты: табакокурение, или курение табака, или курение);
2. Повышенное артериальное давление (повышенное АД);
3. Психоэмоциональное напряжение (допустимый эквивалент: психоэмоциональный стресс);
4. Пагубное потребление алкоголя (допустимый эквивалент: избыточное потребление алкоголя, риск проблем с потреблением алкоголя);
5. Дислипидемия;
6. Избыточная масса тела и ожирение;
7. Недостаточная физическая активность (допустимый эквивалент: гиподинамия);
8. Гипергликемия (допустимый эквивалент: повышенный уровень глюкозы в крови);
9. Нездоровое питание (допустимый эквивалент: нерациональное питание);

Наибольший вклад в преждевременную смертность населения России вносят семь факторов риска: артериальная гипертензия (35,5%), гиперхолестеринемия (23%), курение (17,1%), недостаточное потребление овощей и фруктов (12,9%), избыточная масса тела (12,5%), избыточное потребление алкоголя (11,9%) и гиподинамия (9%).

Курение табака - ежедневное выкуривание по крайней мере одной сигареты и более (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.0).

Снижение потребления табака является решающим фактором в борьбе с неинфекционными заболеваниями, особенно учитывая тот факт, что табакокурение является одним из легко предотвращаемых факторов.

Многочисленные научные исследования установили тесную связь между потреблением табака и злокачественными новообразованиями. В частности, эпидемиологическими исследованиями доказано, что курение сигарет является причинным фактором развития рака лёгкого, ротовой полости, пищевода, мочевого пузыря, почек и др. При этом получены убедительные данные, что увеличение распространенности курения среди населения влечёт за собой увеличение смертности от онкологических заболеваний, и наоборот, снижение распространенности курения снижает уровень смертности от рака лёгкого мужчин.

Риск пагубного потребления алкоголя (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.1) и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.2) определяются с помощью опроса (анкетирования), предусмотренного Порядком диспансеризации.

Основные факторы риска развития неинфекционных заболеваний (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение) выявляются в процессе проведения **диспансеризации определённых групп взрослого населения** или проведения **профилактического медицинского осмотра**.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в целях раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения России и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов. Диспансеризация проводится 1 раз в три года и включает в себя, помимо универсальных для всех возрастных групп пациентов набора методов, методы углубленного обследования, предназначенные для раннего выявления наиболее вероятных для данного возраста и пола хронического неинфекционного заболевания.

Регулярная диспансеризация является важнейшей массовой и высокоэффективной медицинской технологией сбережения здоровья и снижения преждевременной смертности населения.

Снижение потребления табака является решающим фактором в борьбе с неинфекционными заболеваниями, особенно учитывая тот факт, что табакокурение является одним из легко предотвращаемых факторов.

I. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ПРЕДОТВРАЩАЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА

1.1. Алгоритм краткого профилактического консультирования

(1) *Информировать* пациента как о выявленных заболеваниях, так и об имеющихся у него факторах риска, установленной группе здоровья и, при показаниях, о необходимости и периодичности диспансерного наблюдения.

Информировать пациента о возможности получить в поликлинике углубленное профилактическое консультирование или посетить школу пациента (график работы кабинета медицинской профилактики, центра здоровья, порядок записи на прием желающих бросить курить, график работы «Школы отказа от курения» и др.).

(2) *Объяснить пациенту* с факторами риска (курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача) их негативное влияние на здоровье и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье, важность постоянного контроля факторов риска.

(3) *Оценить отношение пациента* к факторам риска, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни. Если пациент выражает желание к снижению факторов риска, рекомендовать ему обратиться в центр здоровья (пациентам 1-й и 2-й группы здоровья) или в отделение (кабинет) медицинской профилактики (пациентам 2-й и 3-й групп здоровья).

(4) *Регистрировать в амбулаторных картах* факторы риска, рекомендации, сроки повторных контрольных визитов при необходимости.

(5) *Контролировать выполнение* рекомендаций, одобрять позитивные изменения и соблюдение рекомендаций, повторять советы при последующих визитах.

1.2. Рекомендации по факторам риска при кратком профилактическом консультировании

При выявлении факторов риска пациент должен быть проинформирован о негативном их влиянии на здоровье и течение имеющихся заболеваний. Содержание краткого консультирования (частные рекомендации) определяется прежде всего имеющимися у конкретного пациента факторами риска, в связи с этим консультирование по содержанию формируется врачом индивидуально для каждого пациента, по продолжительности краткое консультирование проводится в течение 10 минут.

Потребление табака/табакокурение.

1. Необходимо спрашивать о факте курения, как активного, так и пассивного, независимо от цели визита пациента и зарегистрировать в амбулаторной карте.

2. Объяснить какую опасность для здоровья представляет курение, и чем конкретно, для данного пациента может грозить курение. Курение табака - один из наиболее опасных факторов риска сердечно-сосудистых, бронхолегочных, онкологических и других хронических заболеваний. Пассивное курение также вредно, как и активное. Нет безопасных доз и безвредных форм потребления табака. Так называемые «легкие» и тонкие сигареты, вейпы, электронные сигареты также вредны для

здоровья. Важно помнить, что электронные сигареты нельзя рекомендовать как безопасный способ курения и, тем более, как средство отказа от курения.

3. Отказ от курения будет полезен для здоровья в любом возрасте, вне зависимости от «стажа» курения. Необходимо выяснить настрой и желание пациента бросить курить и его прошлые попытки отказаться от курения.

4. Если курящий выкуривает первую утреннюю сигарету в течение первых 30 минут после подъема, то необходимо его информировать о высоком риске у него никотиновой зависимости, что расценивается как заболевание и требует медицинской помощи. Необходимо поддержать любую мысль пациента в отношении отказа от курения. Объяснить, что существующие методы помощи для отказа от курения способны существенно облегчить этот процесс. Объяснить необходимость обратиться в кабинет по оказанию медицинской помощи при отказе от курения (или отделение/кабинет медицинской профилактики), дать информацию о режиме работы и объеме оказываемой помощи кабинета медицинской профилактики или кабинета медицинской помощи по отказу от курения, и направить туда пациента для получения такой помощи.

5. При нежелании пациента бросить курить, повторить совет, дать памятку, рекомендовать обдумать целесообразность отказаться от курения и обратиться в кабинет по оказанию медицинской помощи при отказе от курения либо в отделение/кабинет медицинской профилактики, даже если он не до конца уверен в своих силах и в успехе.

Дать информацию о режиме работы кабинета медицинской профилактики или кабинета медицинской помощи по отказу от курения, режиме работы врача психиатра-нарколога, при этом объяснив, что посещение данного специалиста не несёт юридических последствий (при обращении за медицинской помощью при отказе от табакокурения пациент не ставится на наркологический учет).

Подозрение на пагубное потребление алкоголя. Информировать пациента о том, что у него имеется подозрение и риск чрезмерного (пагубного) потребления алкоголя. Информировать и негативном влиянии алкоголя на здоровье, течение заболеваний и пр. (в зависимости от конкретной ситуации). При наличии возможности (времени), спросить пациента об его отношении к собственной привычке потребления алкогольных напитков и готовности снизить это потребление. Дать памятку. При подозрении на наличие зависимости посоветовать обратиться за помощью к врачу психиатру-наркологу.

Подозрения на пагубное потребление наркотиков и психотропных средств.

Информировать пациента о выявленном факторе риска, оценить отношение пациента к потреблению наркотиков, стараться мотивировать к отказу, рекомендовать обратиться к врачу психиатру-наркологу, дать конкретную информацию о консультации врача психиатра-нарколога (кто, где, когда консультирует).

1.3. Алгоритм углубленного профилактического консультирования

Углубленное профилактическое консультирование - это не просто совет и объяснение, это алгоритм последовательных действий врача, направленный на реализацию цели консультирования, чему способствует унификация технологии

профилактического консультирования, которая может быть представлена в виде алгоритма последовательных действий, с условным названием «Десять действий»:

- (1) Спросить пациента о факторах риска (курение, употребление алкоголя, питание и др.) и информировать пациента о выявленных факторах риска. Дать пациенту объяснение риска. В рамках диспансеризации и профилактического медицинского осмотра оценка факторов риска проводится по унифицированной анкете.
- (2) Объяснить пациенту с факторами риска необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье, важность контроля факторов риска и снижения их повышенных уровней.
- (3) Оценить отношение пациента к факторам риска, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни, оценить индивидуальные особенности (наследственность, вредные привычки, степень никотиновой зависимости у курящих и пр.). Если пациент мотивирован на снижение факторов риска, то необходимо рекомендовать ему обратиться в центр здоровья (пациентам 1-й и 3-й групп здоровья) или для снижения риска и динамического наблюдения в отделение (кабинет) медицинской профилактики (пациентам 2-й и 3-й групп здоровья).
- (4) Обсудить с пациентом план действий и составить совместно с ним согласованный, конкретный и реалистичный план оздоровления, график повторных визитов и контроля факторов риска в соответствии с утвержденным Минздравом России Порядком диспансерного наблюдения.
- (5) Уточнить, насколько пациент понял советы и рекомендации (активная беседа по принципу «обратной связи»). Желательно предоставить пациенту письменные рекомендации (памятки, листовки и пр.).
- (6) Повторять рекомендации и акцентировать внимание пациента на важности снижения риска заболеваний при каждом посещении медицинского учреждения.
- (7) Научить пациента конкретным умениям по самоконтролю и основам оздоровления поведенческих привычек, дать конкретные советы и рекомендации.
- (8) Регистрировать в амбулаторных картах и учетных формах диспансеризации, паспорте здоровья факторы риска, рекомендации по снижению риска, сроки повторных контрольных визитов, а также, по возможности, соблюдение рекомендаций (приверженность) и полученный результат.
- (9) Вносить необходимые изменения в тактику ведения пациента при каждом визите, повторять рекомендации и уточнять график повторных визитов. Одобрять позитивные изменения.
- (10) Контролировать выполнение рекомендаций, соблюдение рекомендаций, преодоление барьеров, изменение поведенческих привычек, отношение к здоровью, результат.

Важным фактором эффективного профилактического консультирования является использования к ходе консультирования (беседы) приема «обратной связи», которая представляет собой контроль процесса того, что услышано, как понято, как принимается, а также какова реакция пациента (согласия или несогласия) на врачебные рекомендации.

Углубленное профилактическое консультирование в ходе диспансеризации должно носить характер поведенческого, мотивационного консультирования, в связи с чем оно направлено как на информирование о вредном воздействии табачного дыма на

организм, с учетом индивидуальных особенностей пациента, так и на оказание помощи в изменении установок по отношению к курению и помощь в преодолении сомнений и опасений возможных негативных последствий отказа от курения, таких как стресс, набор «лишнего веса», проявлений синдрома отмены (приложение 1).

Стадии формирования мотивации и изменений поведения:

Непонимание проблемы. Пациент не знает, почему именно ему надо изменить привычки, почему врач советует изменить такой привычный и удобный, с точки зрения пациента, образ жизни при хорошем самочувствии. При такой ситуации врач должен сконцентрироваться на информировании пациента, разъяснении проблемы без глубокой детализации конкретных советов (как и что делать).

Принятие решения. Пациент осознал, что его повседневные привычки наносят вред здоровью, но пациент испытывает колебания в принятии решения. В этой ситуации совет врача (фельдшера), подкрепленный конкретной помощью, будет более успешным. При консультировании важна не только беседа, но и одобрение, поддержка, а также предоставление конкретной помощи и обучение навыкам (как бросить курить, питаться и пр.).

Начало действий. Пациент решил изменить привычки, отказаться от нездорового образа жизни, регулярно принимать лекарства и пр. При консультировании уже не требуется объяснять и аргументировать, важна не столько информация, сколько психологическая поддержка, обсуждение положительных примеров из жизни («все в наших руках» и пр.) (приложение 2).

Срыв действий. Пациенту не удалось придерживаться длительное время новым более здоровым привычкам и/или сохранить регулярность лечения (вновь начал курить и др.). Срыв возможен, но не обязателен при любых установках и любом отношении к проблеме. При консультировании требуются навыки, терпение и повторное, не директивное объяснение, поддержка пациента, так как этот этап (стадия) непросто для консультирования.

II. УГЛУБЛЕННОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ПОТРЕБЛЕНИИ ТАБАКА (КУРЕНИЕ)

2.1. Выявление информированности о курении и отношении к курению

При углубленном профилактическом консультировании рекомендуется придерживаться некоторых приемов в ведении беседы с пациентом, которые помогают достижению цели консультирования. Такие приемы можно представить, как совокупность пяти «О»: Открытые вопросы, Одобрение, Осмысление услышанного, Обобщение и Отработка потенциала изменений (приложение 3).

Многоступенчатый процесс «вопросы-ответы», фиксируемый письменно помогает:

- вызвать заинтересованность к проблеме курения;
- выявить осведомленность пациента и его отношение к курению;
- выявить наиболее актуальные с точки зрения пациента вопросы;
- раскрыть проблему курения с различных сторон;

2.2. Углубленное профилактическое консультирование для преодоления потребления табака включает:

- *оценку* типа курительного поведения, степени никотиновой зависимости и готовности пациента отказаться от курения;

Определяется: интенсивность курения; анамнез курения: начало курения, стаж, и предыдущий опыт отказа от курения; уровень окиси углерода (СО) в выдыхаемом воздухе; степень никотиновой зависимости; степень готовности к отказу от курения; статус курительного поведения.

- *назначение дифференцированного лечения* табакокурения в зависимости от степени никотиновой зависимости и степени готовности отказаться от курения;

- *динамическое наблюдение*;

«Курительное поведение» - комплексная характеристика индивидуальных особенностей поведения курящего, причины курения, характера курения и т.д., позволяющая наряду с другими характеристиками (возраст, пол, стаж и интенсивность курения, стадия курения, микро социальная среда, психологическая готовность к отказу от курения) выбрать наиболее приемлемый подход к лечению табакокурения в каждом конкретном случае.

С клинической точки зрения принято дифференцировать курение табака на привычку к курению и табачную зависимость. В одних случаях привычка и зависимость выступают как последовательные этапы становления заболевания и можно проследить эффект «доза-стаж-зависимость». В других случаях курение табака долгие годы остается простой привычкой, не влекущей за собой сложных органических нарушений, и может быть достаточно, легко искоренено волевым усилием курящего без посторонней помощи.

Для определения типа курительного поведения рекомендуется использовать анкету, разработанную Д.Хорном (приложение 4). Диагностика типа курительного поведения помогает в выборе тактики при лечении табакокурения.

Оценка **статуса курения**, помимо определения типа курительного поведения, также включает оценку:

- риска развития заболеваний в результате табакокурения;
- степени никотиновой зависимости;
- степени мотивации бросить курить.

Оценка курения как фактора риска развития заболеваний проводится по индексу курения (ИК), который рассчитывается по следующей формуле:

$$ИК = (\text{число сигарет, выкуриваемых в день}) \times 12 \quad ИК > 140 \text{ свидетельствует о том, что риск развития ХОБЛ крайне высокий.}$$

Спирометрия - «золотой стандарт» для диагностики функциональных нарушений внешнего дыхания, отслеживания их прогрессирования и необходима для определения риска развития кардиореспираторных заболеваний.

Спирометрия дает возможность определять максимальный объем, выдыхаемый при форсированном выдохе от точки максимального вдоха (форсированная жизненная емкость легких, ФЖЕЛ), и объем воздуха, выдыхаемый в течение 1-й секунды при форсированном выдохе (объем форсированного выдоха за 1-ю секунду, - ОФВ1), а также соотношение этих двух показателей (ОФВ1/ФЖЕЛ). Оценка спирометрических показателей проводится по отношению к должным величинам в зависимости от возраста, роста, пола.

*Значение ОФВ1 < 80% от должного в комбинации с ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% после бронходилататоров, подтверждает наличие ограничения скорости воздушного потока, не полностью обратимого. Соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ само по себе

является более чувствительным показателем ограничения скорости воздушного потока, а ОФВ1/ФЖЕЛ <70% рассматривается как ранний признак этого нарушения у тех пациентов, у которых ОФВ1 остается нормальным ($\geq 80\%$). Снижение как ОФВ1, так и ФЖЕЛ коррелирует с общей смертностью вне зависимости от курения табака, а нарушенная функция легких идентифицирует подгруппу курильщиков с повышенным риском развития рака легких.

Спирометрия должна рассматриваться как инструмент оценки общего здоровья, а наличие ХОБЛ - независимым фактором риска развития сердечнососудистых заболеваний.

Поэтому курящего пациента, помимо проведения спирометрии, необходимо также расспрашивать о наличии симптомов ХОБЛ.

Оценка ***степени никотиновой зависимости*** проводится по тесту Фагерстрема (приложение 5).

Оценка ***степени мотивации и готовности к отказу от курения*** может быть проведена с помощью опросов (приложение 6).

Первым шагом в лечении табачной зависимости является выявление курящих лиц, оценка этого фактора риска и степени табачной зависимости, а также мотивации по отказу от курения, т.е. ***оценка статуса курения.***

В зависимости от статуса курения пациентов можно отнести к одной из 4 групп:

- 1) постоянно курящие пациенты, твердо желающие бросить курить;
- 2) постоянно курящие пациенты, не желающие бросить курить, но не отвергающие такую возможность в будущем;
- 3) постоянно курящие пациенты, отвергающие возможность бросить курить;
- 4) пациенты, которые курят нерегулярно.

Повторение. Мотивационное консультирование повторяется при каждой встрече с пациентом. При этом учитываются все предыдущие попытки пациента бросить курить (если таковые были), тщательно вместе с пациентом анализируются причины срыва, даются рекомендации на основании «анализа ошибок». Врач объясняет пациенту, что у многих курильщиков возможно несколько эпизодов срыва, прежде чем добиваются результата.

Подходы к ***лечению*** табакокурения зависят от степени табачной зависимости и готовности к отказу от курения.

При высокой степени готовности к отказу от курения, особенно при наличии высокой степени никотиновой зависимости, поведенческое консультирование следует сочетать с медикаментозной или немедикаментозной терапией для снижения табачной зависимости.

Необходимо рекомендовать пациенту повторное посещение кабинета (отделения) медицинской профилактики, назначить лечение в соответствии со стандартом и рекомендовать ***динамическое наблюдение.***

2.3. Динамическое наблюдение.

Динамическое наблюдение курящих лиц с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском без наличия заболеваний проводится в кабинете/отделении медицинской профилактики, при наличии заболеваний - участковым врачом, фельдшером ФАП, врачом общей практики в соответствии с утвержденным Минздравом России Порядком диспансерного наблюдения.

Пациент должен быть информирован о возможных реакциях и симптомах, которые могут возникнуть при отказе от курения: сильное желание закурить, возбудимость,

беспокойство, нарушение концентрации внимания, раздражительность, ухудшение настроения, чувство гнева, депрессия, сонливость, головная боль, головокружение, бессонница, тремор, потливость, увеличение веса, усиления кашля, затруднение отхождения мокроты, чувство заложенности в груди, боли в мышцах и др. (приложение 7). В этих ситуациях рекомендовать пациенту обратиться к врачу.

Контроль и наблюдение необходимы для профилактики возврата к курению, опасность которого особенно велика в течение первых 6 месяцев. При отсутствии должной поддержки до 75-80% лиц возвращаются к курению.

В основном, правильно построенная тактика и подобранная терапия позволяет пациентам безболезненно отказаться от курения, преодолеть поведенческие стереотипы и максимально снизить симптомы отмены. Симптомы отмены должны фиксироваться пациентом ежедневно в течении от 2-х недель до месяца отказа от курения, в зависимости от метода лечения (приложение 8).

III. УГЛУБЛЕННОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПАГУБНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, НАРКОТИКОВ И ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ

3.1. Углубленное профилактическое консультирование при подозрении на пагубное потребление алкоголя

Успех профилактического консультирования во многом обеспечивается знаниями и навыками психологических основ общения и приемов практической психологии.

В ходе *углубленного профилактического консультирования* пациента с выявленным пагубным потреблением алкоголя рекомендуется:

- информировать пациента о том, что у него имеется подозрение и риск чрезмерного (пагубного) потребления алкоголя;
- объяснить негативное влияние алкоголя на здоровье, течение заболеваний и пр. (в зависимости от конкретной ситуации);
- спросить пациента об его отношении к собственной привычке потребления алкогольных напитков и готовности снизить это потребление;
- совместно с пациентом проанализировать ситуации, провоцирующие чрезмерное потребление алкоголя;
- рекомендовать снизить потребление (отказаться полностью в ряде ситуаций);
- дать памятку, посоветовать обратиться за помощью к врачу психиатру-наркологу при подозрении на наличие зависимости.

1. *Если пациент не готов к изменениям* - повторить рекомендации и аргументировать необходимость снижения потребления алкоголя с учетом состояния здоровья данного пациента, сопутствующих заболеваний, факторов риска, наследственности, семейных отношений, профессиональных факторов и др. Дать пациенту памятку и объяснить, что если пациент при самоанализе решит ограничить потребление алкоголя и не сможет этого сделать самостоятельно рекомендовать обратиться в кабинет (отделение) медицинской профилактики или к врачу психиатру-наркологу.

2. *Если пациент согласен и готов к изменению алкогольного поведения* составить совместный практический и реалистичный план действий, самостоятельных шагов

пациента к снижению потребления алкоголя или отказу от алкогольных напитков, дать памятку и назначить дату повторного визита.

3. *Если пациент считает, что не сможет самостоятельно изменить* потребление алкоголя, направить к врачу психиатру-наркологу.

Поскольку основной задачей профилактического консультирования является пропагандирование здорового образа жизни и раннее выявление возможных проблем со здоровьем у населения, то врач-консультант должен делать акцент на медицинском аспекте результатов пагубного употребления алкоголя, избегая осуждающего тона при обсуждении этого социального явления.

Употребление алкоголя связывается у человека с его социальной и личной жизнью, а вовсе не с медициной, поэтому обсуждение этой темы может вызывать сильное сопротивление. Очень часто смешивают понятия «регулярное употребление алкоголя», «бытовое пьянство», «алкоголизм» и «пивной алкоголизм». В связи с этим необходимо очень тщательно разграничивать и осторожно употреблять эти термины в беседе с пациентом, так как они несут негативную социальную оценку. Лучше говорить о *пристрастии к алкоголю в разных формах*, используя нейтральный и доброжелательный тон, и применять приёмы «активного слушания» (приложение 9).

3.2. Психологический феномен сопротивления как фактор, затрудняющий эффективность консультирования.

Важно помнить, что в процессе беседы у пациента в силу разных причин может возникнуть **сопротивление** обсуждению темы, связанной с потреблением алкоголя.

1. *Открытое сопротивление* - пациент откровенно отказывается обсуждать эту тему.

2. *Скрытое (завуалированное) сопротивление* - пациент уходит от ответов на вопросы («Не знаю... Не получается... Не могу...»), отвечает вопросом на вопрос, может грубить, переводить тему разговора в другое русло, выражать сомнение или отвлекаться.

При открытом сопротивлении нельзя навязывать слушателю необходимость обсуждать тему предрасположенности к алкоголю. Надо уважать его право выбора образа жизни. При этом необходимо напомнить ему о принятии ответственности за свою жизнь и здоровье. В этот момент необходимо предоставить ему в мягкой недирективной форме информацию о вреде алкоголя и предложить заполнить дома специальный *опросник на определение зависимости от алкоголя* (приложение 10), чтобы он мог спокойно ознакомиться с ними и сделать определённые выводы. При этом следует предложить обсудить любые вопросы, если они возникнут, при повторном посещении.

При *скрытом (завуалированном) сопротивлении* можно применить две различных тактики:

1. В первом случае перевести скрытое сопротивление в открытую форму посредством постановки «закрытых» вопросов.

Пример: «Я вижу, что Вы избегаете ответов на мои вопросы. Вам эта тема неприятна?», «Вы стараетесь уйти от откровенного обсуждения этой темы. Вам трудно об этом говорить?»

Следует добиваться однозначного ответа «да» или «нет», и далее действовать по вышеописанной схеме (для открытого сопротивления). В этой ситуации пациент берет на себя полную ответственность за свое здоровье и последствия принимаемых

решений, что в последующем может снизить или совсем снять сопротивление по отношению к неприятной или сложной теме.

2. Во втором случае предусматривается непосредственное использование сопротивления с помощью различных техник: использование нейтрального тона и безличных форм построения предложений, применение метафор, использование самых разных источников информации, как научных, так и художественных, «сократовская» беседа. Эта тактика требует много времени и специальной подготовки консультанта, поэтому вряд ли применима в рамках углублённого профилактического консультирования.

Само наличие сопротивления, как открытого, так и скрытого свидетельствует о *недостаточной готовности* или *отсутствия готовности* к разговору и тем более к изменениям своего отношения к проблеме. Не следует тратить время на переубеждение *сильно сопротивляющегося пациента*, поскольку это невозможно в рамках одной консультации. Следует предложить ему материалы, предлагающие иной взгляд на проблему, переводя её из социальной плоскости в медицинскую, то есть, заостряя внимание на пагубных последствиях злоупотребления алкоголем для организма.

В тех случаях, когда сопротивление мало выражено, и видно, что человек сомневается в своей позиции, нужно выявить ведущий тип мотивации для этого пациента, чтобы использовать её для убеждения в необходимости перемен.

3.3. Особенности мотивации пациентов с риском злоупотребления алкоголем.

Если человек внутренне мотивирован к изменениям, то есть верит в их необходимость и значимость, а также в свою способность и силы для их осуществления, то ему необходимо помочь организовать новый стиль жизни, поощряя его устремления, выражая уверенность в его успехе.

Если человек мотивирован внешними обстоятельствами, нужно выяснить какими именно и апеллировать к ним. Если пациенту важно мнение окружающих или семьи, то можно опираться на свой авторитет специалиста, а также авторитетное мнение значимых для него персон. Если человек зависит от социального положения, то важно подчеркнуть положительное влияние изменений на его социальный статус. Если человек руководствуется негативными (запретительными) мотивами, то на него будут действовать укоры, неутешительные прогнозы и описания мрачных перспектив.

3.4. Влияние особенности личности пациента, готового к сотрудничеству, на выбор методов воздействия в процессе консультирования.

Существует ряд причин, которые толкают людей на путь различных зависимостей, таких как переизбыток, курение, наркомания, злоупотребление алкоголем. При выборе тактики ведения беседы надо учитывать особенности личности консультируемого. Помимо социальных и наследственных, гендерных и возрастных факторов, огромную роль играют личностные особенности, включающие психотип человека, его самооценку, темперамент, эмоциональное состояние, стрессоустойчивость. Например, человек может иметь заниженную самооценку, принадлежать к тревожно-мнительному или зависимому типам личности, обладать «застревающей» психикой,

не успевая быстро приспособиться к изменяющимся условиям. Это ведёт к тому, что человек демонстрирует низкую стрессоустойчивость (резкие перепады настроения, агрессия, депрессивные состояния, психосоматические проявления и т.п.), а значит, постоянно нуждается в каких-то инструментах для снятия стрессового напряжения. Самым простым и привычным способом является употребление алкоголя, который в малых дозах действительно действует расслабляюще. Однако, в силу вышеперечисленных особенностей личности, потенциальный «пьяница» часто не может удержаться в рамках рекомендованных медициной границ потребления алкоголя.

Таким образом, незаметно происходит формирование глубокой зависимости, ведущей к болезни. Необходимо добавить, что социальный фон часто способствует этому.

Употребление алкоголя внутренне оправдывается человеком и используется им для получения различных вариантов социальной выгоды или как способ снятия напряжения.

Поэтому на вопрос: «Почему Вы выпиваете?», часто следуют типичные ответы:

«.. Пью, чтобы расслабиться и отдохнуть»

«...для поднятия настроения»

«... за компанию»

«...по привычке, как все»

«...когда болит тело или душа».

Такие ответы часто свидетельствуют о том, что человек обладает слабой волей, инфантилен, и поэтому нельзя полагаться, что он активно будет прилагать усилия для любых изменений в собственной жизни. Для такого пациента-«ребенка» врач играет роль мудрого и заботливого «родителя». Этим людям необходим постоянный контроль и внешние побудительные действия, стимулирующие их мотивацию к изменениям.

В процессе консультации желательно предложить пациенту вести дневник наблюдений за своим здоровьем с последующим анализом при повторном посещении врача-консультанта. Побудительными действиями могут являться приглашения врача посетить лекции, занятия в группах здоровья, школах здоровья, школах по управлению стрессом, рекомендовать к просмотру документальные и художественные фильмы на соответствующую тему. Важно делать эти предложения в мягкой директивной манере, подчёркивая выгоды для пациента и демонстрируя уверенность, что он, как разумный человек, поступит именно так.

Пример:

Врач: «В нашей поликлинике существует программа по обучению эффективным способам сохранения здоровья. Когда Вы придёте на занятия, Вы сможете узнать много интересного и важного лично для Вас. Совершенно бесплатно вы сможете получить те навыки и умения, которые позволят вам жить комфортной и полноценной здоровой жизнью. Сэкономленные на возможном лечении средства Вы сможете потратить на удовлетворение своих разнообразных потребностей».

В этом случае не стоит стремиться перевоспитать человека, а следует акцентировать разговор на негативных с медицинской точки зрения последствиях, касающихся именно его организма, но, чтобы уменьшить сопротивление, разговор необходимо начать с положительной информации.

После вопроса врача: «Знаете ли Вы что-нибудь о положительных медицинских последствиях употребления алкоголя?» обычно следует ответ пациента: «Немного

(50 грамм крепких напитков, бокал вина или пива) - это полезно для здоровья». Необходимо уточнить, в чём польза, а затем задать вопрос: «Что изменится, если превысить эту дозу?», и начать ярко и подробно перечислять возможные повреждения организма, при необходимости аргументируя свою речь цифрами, результатами исследований и используя иллюстративный материал (например, изображения здоровой и больной циррозом печени).

Пример:

Врач: «Согласны ли Вы с тем, что опьянение часто ведёт к потере контроля над ситуацией? Это происходит, потому что мозг под влиянием алкоголя разрушается, теряя способность к координации движений и адекватной оценке ситуации. Когда Вы выпиваете, ваше поведение может стать опасным для Вас и привести к травме с возможной долговременной потерей трудоспособности. Например, черепно-мозговые травмы, переломы, производственные травмы и др.»

Пример:

Врач: «Известно ли Вам, что алкоголь постепенно разрушает и истончает сосуды, снабжающие кровью все органы тела, в том числе и головной мозг. Вследствие этого может случиться инфаркт миокарда или инсульт мозга, что может привести к внезапной смерти или последующей инвалидизации. Жизнь может потерять все свои прелести!»

3.5. Особенности консультирования пациентов, склонных к чрезмерному употреблению пива.

Надо учитывать, что употребление пива в обществе не считается предосудительным, вредное воздействие пива недооценивается, а его свойства считаются полезными даже без учета количества выпитого. Обманчивое впечатление о его безвредности ведёт к чрезмерному его потреблению, что приводит к развитию различных заболеваний, нарушениям полового и умственного развития, личностным и поведенческим изменениям.

Следует знать, что зависимость от пива чаще всего не носит запойного характера - человек употребляет пиво по нескольку раз, но каждый день. Поэтому полное опьянение возникает редко, но пивные алкоголики пьют снова, полностью не протрезвев. Это продолжается недели, месяцы и даже годы. Отказы от пива случаются редко и длятся не более трех дней. И человек уже настолько зависит от пива, что не может без него жить.

Лицам, постоянно употребляющим пиво, свойственны высокая тревожность и агрессивность, властность, низкая самоуверенность и непоследовательность, а также нереалистические ожидания, паника, беспомощность, одиночество. При этом большую часть из них не беспокоит критика и неодобрение со стороны незнакомых людей, связанная с употреблением пива даже в общественном месте.

В беседе с такими пациентами часто приходится сталкиваться с открытым сопротивлением в демонстративной форме, проистекающим из неадекватной оценки своего пристрастия. Поэтому надо стремиться формулировать вопросы так, чтобы получать утвердительные ответы, незаметно подводя пациента к нужным выводам.

Пример:

Врач: «Считаете ли Вы вредным употребление пива?»

Пациент: «Нет. Не знаю. Может быть. Немного можно».

Врач: «Между тем, учёными установлено, что систематическое употребление пива ведёт к сильному повреждению гормональной системы человека. У мужчин снижается выработка тестостерона, растёт «пивной» живот, меняется голос, сильно увеличиваются грудные железы, дряхлеют мускулы и падает потенция. У женщин грубеет голос, усиливается растительность на лице, резко падает способность к деторождению. Отмечаете ли Вы такие внешние изменения у кого-нибудь из Ваших знакомых?»

Пациент: «Возможно, ну да...»

Врач: «Согласны ли Вы с тем, что это является результатом нарушением работы внутренних органов?»

Пациент: «Вероятно... Может быть... Согласен...»

Далее разговор переводится в предметное объяснение медицинских последствий и поиску альтернативного, здорового поведения.

3.6 Использование памятки «Как не поддаваться влечению к спиртному?»

Основой практического плана действий для пациента является использование памятки «Как не поддаваться влечению к спиртному?».

Когда пациент готов к сотрудничеству и признает наличие проблемы, врач-консультант может предложить ему обсудить конкретные планы изменения образа жизни, опираясь на варианты, изложенные в нижеследующей памятке, и дать её пациенту с собой (приложение 11).

3.7. Углубленное профилактическое консультирование при подозрении на пагубное потребление наркотиков и психотропных средств

В ходе углубленного профилактического консультирования пациента с выявленным пагубным потреблением наркотиков и психотропных средств рекомендуется:

- информировать пациента о том, что у него имеется подозрение на зависимость от потребления наркотиков и психотропных средств;
- объяснить негативное влияние немедицинского потребления наркотиков и психотропных средств на здоровье, течение заболеваний и пр. (в зависимости от конкретной ситуации);
- спросить пациента об его отношении к собственной привычке потребления наркотиков и психотропных средств, и готовности снизить это потребление;
- совместно с пациентом проанализировать ситуации, провоцирующие потребление наркотиков и психотропных средств;
- рекомендовать отказаться полностью от потребления наркотиков и психотропных средств;
- дать памятку, посоветовать обратиться за помощью к наркологу при подозрении на наличие зависимости.

Следует помнить, что человек, имеющий склонность к употреблению наркотиков и психотропных средств, уже имеет личностные нарушения различного генеза и вида, поэтому, желательно, чтобы профилактическая работа в таком случае должна проводиться специалистом (психологом, психотерапевтом, психиатром), имеющим подготовку в области наркологии.

1. Если пациент не готов к изменениям - повторить рекомендации и аргументировать необходимость снижения потребления наркотиков и психотропных средств с учетом состояния здоровья данного пациента, сопутствующих заболеваний, факторов риска, наследственности, семейных отношений, профессиональных факторов и др. Дать пациенту памятку и рекомендовать обратиться к врачу психиатру-наркологу.
2. Если пациент согласен и готов к изменению поведения дать памятку и объяснить, когда, где и как он может обратиться к врачу психиатру-наркологу.

IV. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ПРЕКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

Комплексный метод профилактики и лечения табакокурения и профилактики заболеваний, связанных с курением, подразумевает:

1. выявление лиц - активно курящих и подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма,
2. ранее выявление факторов риска развития болезней, связанных с курением и формирование целевых групп для лечения табакокурения;
3. оказание целенаправленной мотивационной поддержки по прекращению курения по стратегии краткого вмешательства;
4. диагностику статуса курения, степени табачной зависимости, готовности отказаться от курения;
5. предоставление дифференцированной помощи по отказу от курения - с учетом интенсивности курения, степени табачной зависимости и готовности отказаться от курения.

В условиях первичного звена здравоохранения этот комплекс мероприятий реализовывается на всех уровнях оказания первичной медико-санитарной помощи. Основной объем помощи по профилактике и преодолению курения осуществляется на этапе участкового врача/врача общей практики/терапевта или специалистов и на этапе отделения/кабинета медицинской профилактики, кабинета специализированной помощи, в зависимости от того, куда в первую очередь направляется пациент.

Каждое из вышеуказанных подразделений вносит свой вклад в выявление, информирование курящих пациентов и мотивирование их к отказу от курения.

Курящий пациент, обратившийся по любому вопросу в учреждение ПМСП не должен его покинуть, не будучи поставленным на учет по факту курения и не получив консультации в преодолении табакокурения

Задачи регистратуры: информировать курящих пациентов, обращающихся за медицинской помощью по любому поводу (кроме обращений в ситуациях, угрожающих жизни) об имеющейся (при наличии таковой) в медицинской организации возможности оказания медицинской помощи по отказу от курения.

Задачи доврачебного кабинета: уточнять во всех случаях обращения пациента и при каждом визите факт курения, кратко проинформировать о вредном влиянии активного и пассивного курения на здоровье, и целесообразности отказаться от курения, проинформировать о возможностях получения профессиональной медицинской помощи в отказе от курения в медицинской организации.

Задачи врачей участковых, общей практики, цеховых и других терапевтических специальностей:

- активное выявление курящих, в том числе и лиц, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма (пассивных курильщиков);
- регистрация результатов в амбулаторной карте пациента (на специальный вкладыш с прикреплением метки о факте курения на карту) *.

Факт курения должен быть зафиксирован в амбулаторной карте

**Также в карте регистрируются дальнейшие действия врача в отношении пациента - оказана помощь в преодолении потребления табака или пациент направлен в центр здоровья, отделение/кабинет медицинской профилактики, кабинет медицинской помощи при отказе от курения.*

Комплексный метод профилактики и лечения табакокурения и профилактики заболеваний, связанных с курением, подразумевает:

1. выявление лиц - активно курящих и подвергающихся действию окружающего табачного дыма,
2. ранее выявление факторов риска развития болезней, связанных с курением и формирование целевых групп для лечения табакокурения;
3. оказание целенаправленной мотивационной поддержки по прекращению курения по стратегии краткого вмешательства;
4. диагностику статуса курения, степени табачной зависимости, готовности отказаться от курения;
5. предоставление дифференцированной помощи по отказу от курения - с учетом интенсивности курения, степени табачной зависимости и готовности отказаться от курения.

В условиях первичного звена здравоохранения этот комплекс мероприятий реализовывается на всех уровнях оказания первичной медико-санитарной помощи. Основной объем помощи по профилактике и преодолению курения осуществляется на этапе участкового врача/врача общей практики/терапевта или специалистов и на этапе отделения/кабинета медицинской профилактики, кабинета специализированной помощи, в зависимости от того, куда в первую очередь направляется пациент.

Каждое из вышеуказанных подразделений вносит свой вклад в выявление, информирование курящих пациентов и мотивирование их к отказу от курения.

Курящий пациент, обратившийся по любому вопросу в учреждение ПМСП не должен его покинуть, не будучи поставленным на учет по факту курения и не получив консультации в преодолении табакокурения

Задачи регистратуры: информировать курящих пациентов, обращающихся за медицинской помощью по любому поводу (кроме обращений в ситуациях, угрожающих жизни) об имеющейся (при наличии таковой) в медицинской организации возможности оказания медицинской помощи по отказу от курения.

Задачи доврачебного кабинета: уточнять во всех случаях обращения пациента и при каждом визите факт курения, кратко проинформировать о вредном влиянии активного и пассивного курения на здоровье, и целесообразности отказаться от курения, проинформировать о возможностях получения профессиональной медицинской помощи в отказе от курения в медицинской организации.

Задачи врачей участковых, общей практики, цеховых и других терапевтических специальностей:

- активное выявление курящих, в том числе и лиц, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма (пассивных курильщиков);
- регистрация результатов в амбулаторной карте пациента (на специальный вкладыш с прикреплением метки о факте курения на карту) *.

Факт курения должен быть зафиксирован в амбулаторной карте

**Также в карте регистрируются дальнейшие действия врача в отношении пациента - оказана помощь в преодолении потребления табака или пациент направлен в центр здоровья, отделение/кабинет медицинской профилактики, кабинет медицинской помощи при отказе от курения.*

- выявление факторов риска развития хронических неспецифических заболеваний (включая генетические, конституциональные, детского анамнеза), а также ранних признаков НИЗ и риска развития хронических неспецифических заболеваний, формирование целевых групп для лечения табакокурения;
- оценка риска сердечно-сосудистой и бронхолегочной заболеваемости и смертности (включая применение системы оценки суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний SCORE и спирометрии);
- оказание целенаправленной мотивационной поддержки по предупреждению или прекращению курения, с использованием результатов обследования пациента;
- оказание помощи по отказу от потребления табака в виде краткого консультирования (стратегия краткого вмешательства);
- оказание помощи по отказу от потребления табака в виде интенсивного консультирования и/или медикаментозной терапии при желании и готовности пациента приступить к лечению табачной зависимости;
- направление пациента на специализированный прием по отказу от курения для формирования мотивации и готовности к отказу от курения и лечения табакокурения, если пациент не готов к лечению табакокурения;
- регистрация действий по оказанию помощи в отказе от потребления табака в амбулаторной карте;
- осуществление контроля и наблюдения за пациентами, потребляющими табак и регистрация результатов.

Специалистам первичного звена принадлежит основная роль в выявлении, регистрации курящих пациентов, их мотивировании к отказу от курения и в предоставлении медицинской помощи в отказе от курения всем пациентам, изъявившим желание и готовность отказаться от потребления табака, а также профилактике болезней, связанных с курением.

Задачи врачей не терапевтических специальностей: уточнять и фиксировать во всех случаях обращения пациента факт курения, провести краткое консультирование и настоятельно порекомендовать пациенту отказаться от потребления табака, проинформировать о возможностях получения профессиональной медицинской помощи в отказе от курения, направлять в кабинет медицинской профилактики для получения специализированной помощи по отказу от курения.

Задачи кабинета/отделения медицинской профилактики. В кабинетах/отделениях медицинской профилактики, оказывается медицинская помощь в отказе от курения и в коррекции факторов риска НИЗ по комплексной лечебно-профилактической программе, включающей диагностику, дифференцированную лечебно-профилактическую помощь и динамическое наблюдение.

На уровне ПМСП пациенты с высоким риском развития отдельных неинфекционных заболеваний или с признаками этих болезней, помимо дальнейшей коррекции потребления табака, также направляются под наблюдение терапевта или соответствующих специалистов по основному заболеванию.

Если пациент находится под наблюдением врача-специалиста, то комплекс мероприятий по оказанию помощи в отказе от потребления табака проводится соответствующим специалистом.

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ (ПРИЛОЖЕНИЯ)

Приложение 1

Проблемы, связанные с табакокурением

Углубленное профилактическое консультирование относится к индивидуальному консультированию, поэтому важен индивидуальный подход, и, прежде всего, учет отношения пациента к изменению поведенческих стереотипов (привычек). Известно, что процесс изменения поведения любого человека не всегда поступательный. Особые сложности возникают, когда встает вопрос о необходимости изменить жизненные привычки и поведение, которые пациентом не ощущаются как дискомфорт или неудобство.

В ходе углубленного профилактического консультирования вместе с пациентом обсуждаются наиболее важные ситуации и проблемы, связанные с табакокурением:

✓ **Причины**, по которой пациент должен отказаться от курения:

Врач старается разобраться с пациентом причины курения и причины для отказа от курения, привязывая к состоянию его здоровья, наличию факторов риска, или к другим факторам, важным лично для него - наличие маленьких детей, изменения внешности, прошлые попытки бросить курить. При неудачных попытках бросить курить в прошлом, с пациентом обсуждаются причины и ситуации, почему произошел срыв и закуривание вновь - эти препятствия должны быть учтены при консультировании и построении плана действий.

✓ **Последствия курения**. Врач обсуждает с пациентом известные ему отрицательные последствия курения: затруднение дыхания, кашель, возникновение и/или обострение бронхиальной астмы и других хронических болезней легких, сердечнососудистые болезни (инфаркт, инсульт), онкологические болезни рак легких, рак груди и других локализаций, риск неблагоприятного исхода беременности и риск для здоровья будущего ребенка у беременных женщин, проблемы с эректильной дисфункцией у мужчин, преждевременное старение кожи. Необходимо:

- уточнить, какие из этих факторов наиболее важны для пациента (при аргументировании необходимости отказа от курения учесть эти факторы);

- обратить внимание пациента на то, что потребление «легких сигарет» и других форм табака также вредно для здоровья, как обычных сигарет, а курение «легких сигарет» намного, чем обычных, вреднее еще для окружающих людей;

- объяснить пагубные последствия «пассивного курения» - для самого пациента и для окружающих его людей: повышенный риск развития сердечнососудистых, заболеваний, рака легкого и хронических респираторных заболеваний у лиц, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма;

- подчеркнуть особый вред «пассивного курения» для детей - повышенный риск внезапной внутриутробной и младенческой смерти, повышенный риск рождения детей с малым весом, а значит, подверженных развитию хронических респираторных и сердечнососудистых болезней в будущем, повышенный риск развития бронхиальной астмы, отитов, респираторных заболеваний у детей курящих родителей.

✓ **Преимущества отказа от курения**. Врач вместе с пациентом обсуждает наиболее значимые для него преимущества отказа от потребления табака. В привязке к состоянию здоровья пациента, наследственности, семейных ситуаций и др. и с его личными мотивами разбирает с пациентом пользу отказа от курения, например:

- улучшение самочувствия и состояния здоровья;

- восстановление/улучшение функций сердечнососудистой и дыхательной системы;

- улучшение вкусовых и обонятельных ощущений;

- повышение выносливости и работоспособности;

улучшение цвета лица и состояния кожи;

- снижение риска преждевременного старения;

- снижение риска развития хронических заболеваний;

- снижение риска развития эректильной дисфункции у мужчин;

- увеличение вероятности родить и вырастить здоровых детей.

✓ **Препятствия для отказа от курения**. Врач спрашивает у пациента, что мешает ему отказаться от курения, обсуждает с ним все препятствия и пытается аргументировано опровергнуть его доводы, объясняет, что большинство трудностей на пути к отказу от курения связано с табачной зависимостью, которую можно преодолеть с помощью лечения. Чаще всего курящие высказывают в качестве аргументов против отказа от курения боязнь синдрома отмены, повышения стресса, увеличения массы тела (веса), ухудшения настроения, угнетения, подавленности и депрессии, нежелание утратить удовольствие от курения, боязнь неудачи.

Приложение 2

Ежедневный журнал для анализа собственного курения

Таб.1

Номер сигареты	Время	Степень желания закурить*	Место	Кто был со мной	Настроение
Пример	10:45	3	Работа	Коллеги	Стресс
1					
2					
3					
4					

* 1 – нет желания, 2 – слабое, 3 – среднее, 4 – сильное, 5 – непреодолимое

Для анализа собственного курения пациентом наиболее часто используется методика, которая включает следующее:

1. В ежедневном журнале пациент фиксирует где, когда, зачем он/она курит, свое настроение и ощущения при каждом случае курения, а также значение этого курения для пациента (Таб. 1).
2. Пациент заполняет таблицу баланса решений, в которой в отдельных столбцах он/она перечисляет преимущества и вред отказа от курения и его продолжения (таб. 2).

Таблица баланса решений

Таб.2

Продолжить курение		Отказ от курения	
Положительное (За)	Отрицательное (Против)	Положительное (За)	Отрицательное (Против)
Все останется по-прежнему	Здоровье продолжит ухудшаться	Я перестану дышать угарным газом	У меня будут симптомы отмены

Приложение 3

Приёмы консультирования: совокупность пяти «О».

1. Открытые вопросы – задавать вопросы без предложения возможных вариантов ответов, вопросы, требующие обдуманных ответов и содействующих дальнейшей беседе с пациентом.

Примеры открытых вопросов:

- Что Вы видите хорошего (положительного) в потреблении табака? или
- Чем Вам нравится потребление табака?
- Что Вы видите плохого (отрицательного) в потреблении табака? или
- Есть что-нибудь, что Вам не нравится в потреблении табака?
- Что Вы знаете о воздействии табачного дыма?
- Почему Вы курите?
- Как Вы думаете, почему Ваши родные хотят, чтобы Вы бросили курить?
- Я вижу Вас беспокоит тот факт, что Вы курите, расскажите, пожалуйста, что Вас конкретно волнует?
- Что бы Вы хотели предпринять?

2. Одобрение и поощрение высказываний и действий пациентов помогает создать атмосферу взаимопонимания и согласия с пациентом, помогает подбадривать его, повысить его уверенность в себе и в своих действиях.

Примеры одобрений и поощрений:

- Спасибо, что пришли.
- Очень хорошо, что Вы согласились на беседу, даже если Вы не думаете пока отказаться от курения.
- Вы абсолютно правы, что важнейшим отрицательным фактором курения является ... (поддержать правильное высказывание пациента).
- Я уверен(а), что Вы сможете преодолеть трудности и отказаться от курения.
- Не бойтесь выглядеть «слабым», табачную зависимость не всегда можно преодолеть без помощи врача и без лечения.
- Как Вы хорошо придумали заменить «утреннее курение» пробежками!
- Я уверен(а), у Вас все получится!
- Хорошо, что у Вас положительный настрой - медицина располагает большим арсеналом методов лечения табачной зависимости, но они эффективны, когда человек сам помогает себе.

3. Осмысление услышанного. В ходе беседы стараться корректировать мнение и отношение пациента и давать объяснения с учетом индивидуальных характеристик и показателей здоровья, сопутствующих факторов риска пациента, данных анамнеза и результатов диспансеризации. Этот прием используется для того, чтобы выявить и показать пациенту его неуверенность, подтолкнуть его к более глубокому пониманию проблемы и убедить принять решение к отказу от курения.

Например:

- Вы, наверное, удивлены, что у Вас высокий риск развития сердечнососудистых/bronхолегочных/метаболических расстройств, и что курением Вы только усугубляете этот риск.
- Вы, наверное, удивлены, узнав, что отказ от курения - самый действенный и экономичный способ снижения риска сердечнососудистых и других хронических болезней....
- Вы думаете, что Вам назначат лекарства, и у Вас все отрегулируется, но Вы, наверное, не знаете, что эффективность лечения будет низкой если Вы будете ...
- Вы должно быть заинтересованы, чтобы Ваш ребенок родился и рос здоровым.
- Я понимаю, Вам самому, наверное, приходило в голову расстаться с курением, но только решимости не хватало или уверенности в успехе.
- Вам нравится курить, но курение портит Ваши отношения с Вашей семьей, кроме того, это немалые расходы...
- Вам нравится курить, и пока Вы молоды и у Вас нет жалоб, Вы отгоняете от себя мысль, что Вы тоже когда-нибудь можете заболеть впоследствии потребления табака.

4. Обобщение помогает врачу собрать воедино и подытожить все доводы, приведенные в ходе беседы с пациентом, и подготовить его к дальнейшим действиям по отказу от курения. Обобщение и повторение усиливает воздействие консультирования в целом. Врач избирательно обобщает итоги беседы, выбирая то, на что пациенту важно обратить внимание. Обобщение должно быть кратким.

Например:

Итак: Вы курите, вам нравится курить, и Вам не приятна мысль о том, чтобы бросить курить. Между тем, у вас уже сейчас признаки и высокий риск развития ... заболеваний. К тому же, у Вас растет маленький ребенок и Вам не безразлично Ваше здоровье и судьба Вашего ребенка. Вам неприятна мысль об отказе от курения потому, что Вы боитесь, что можете не справиться.

5. Осознание (выявление) потенциала для изменения поведения. На основе проведенной беседы в диалоге с курящим пациентом выявляется его потенциал к изменениям поведения в отношении курения и твердость мотивации пациента к отказу от курения (или отрицание желая отказа). Потенциал изменения курительного поведения определяется:

- признанием пациентом вредных последствий своего поведения;
- признанием преимуществ изменения поведения;
- проявлением оптимистичного настроения в отношении изменения поведения;
- проявлением готовности к изменению поведения;

Приложение 4

Анкета Д.Хорна

Инструкция. Анкета предназначена для самостоятельного заполнения и может быть оценена как самим пациентом, так и врачом или медицинской сестрой. В таблице представлены утверждения, описывающие ощущения и мнение самого курильщика. Насколько эти ощущения характерны для Вас? Как часто Вы это ощущаете? Дайте ответ на каждый вопрос, обводя цифру в наиболее соответствующей для Вас колонке.

Таб.3

Категории вопросов	Всегда	Часто	Не очень часто	Редко	Никогда
А. Я курю для того, чтобы не дать себе расслабиться	5	4	3	2	1
Б. Частичное удовольствие от курения я получаю еще до закуривания, разминая сигарету	5	4	3	2	1
В. Курение доставляет мне удовольствие и позволяет расслабиться	4	3	2	1	-
Г. Я закуриваю сигарету, когда выхожу из себя, сержусь на что-либо	5	4	3	2	1
Д. Когда у меня заканчиваются сигареты, мне кажется невыносимым время, пока я их не достану	5	4	3	2	1
Е. Я закуриваю автоматически, даже не замечая этого	5	4	3	2	1
Ж. Я курю, чтобы стимулировать себя, поднять тонус	5	4	3	2	1
З. Частичное удовольствие мне доставляет сам процесс закуривания	5	4	3	2	1
И. Курение доставляет мне удовольствие	5	4	3	2	1
К. Я закуриваю сигарету, когда мне не по себе или я расстроен чем-то	5	4	3	2	1
Л. Я очень хорошо ощущаю те моменты, когда не курю	5	4	3	2	1
М. Я закуриваю новую сигарету, не замечая, что предыдущая еще не догорела в пепельнице	5	4	3	2	1
Н. Я закуриваю, чтобы «подстегнуть» себя	5	4	3	2	1
О. Когда я курю, удовольствие я получаю, выпуская дым и наблюдая за ним	5	4	3	2	1
П. Я хочу закурить, когда удобно устроился и расслабился	5	4	3	2	1
Р. Я закуриваю, когда чувствую себя подавленным и хочу забыть обо всех неприятностях	5	4	3	2	1
С. Если я некоторое время не курил, меня начинает мучить чувство голода по сигарете	5	4	3	2	1
Т. Обнаружив у себя во рту сигарету, я не могу вспомнить, когда я закурил ее	5	4	3	2	1

*Анкета состоит из 18 вопросов (6 блоков по 3 вопроса). Ответ на каждый вопрос оценивается по пятибалльной шкале (1 — никогда; 2 — редко; 3 — не очень часто; 4 — часто; 5 — всегда).

Блоки вопросов характеризуют 6 типов курительного поведения:

$A+Ж+Н =$ Стимуляция; $Г+К+Р =$ Поддержка; $Б+З+О =$ Игра с сигаретой; $Д+Л+С =$ Жажда; $В+И+П =$ Расслабление; $Е+М+Т =$ Рефлекс.

Интерпретация ответов проводится по сумме баллов трех вопросов соответствующего блока.

Сумма баллов 11 и более указывает, что пациент курит именно по этой причине. Сумма баллов от 7 до 11 является пограничной и говорит о том, что это в некоторой степени может быть причиной курения пациента. Сумма баллов меньше 7 говорит о том, что данный тип курения для пациента не характерен.

На основании этой анкеты выделяют курительное поведение шести типов.

«**Стимуляция**» - курящий верит, что сигарета обладает стимулирующим действием: взбадривает, снимает усталость. Курят, когда работа не ладится. У курящих с данным типом отмечается высокая степень психологической зависимости от никотина. У них часто отмечаются симптомы астении и вегетососудистой дистонии.

«**Игра с сигаретой**» - человек как бы «играет» в курение. Ему важны «курительные» аксессуары: зажигалки, пепельницы, сорт сигарет. Нередко он стремится выпускать дым на свой манер. В основном курят в ситуациях общения, «за компанию». Курят мало, обычно 2-3 сигареты в день.

«**Расслабление**» - курят только в комфортных условиях. С помощью курения человек получает «дополнительное удовольствие» от отдыха. Бросают курить долго, много раз возвращаясь к курению.

«**Поддержка**» - тип курения связан с ситуациями волнения, эмоционального напряжения, дискомфорта. Курят, чтобы сдержать гнев, преодолеть застенчивость, собраться с духом, разобраться в неприятной ситуации. Относятся к курению как к средству, снижающему эмоциональное напряжение.

«**Жажда**» - тип курения обусловлен физической привязанностью к табаку. Человек закуривает, когда снижается концентрация никотина в крови. Курит в любой ситуации, вопреки запретам.

«**Рефлекс**» - курящие не только не осознают причин своего курения, но часто не замечают сам факт курения. Курят автоматически, человек может не знать, сколько выкуривает в день, курит много, 35 и более сигарет в сутки. Курят чаще за работой, чем в часы отдыха; чем интенсивнее работа, тем чаще в руке сигарета.

Приложение 5

Тест Фагерстрема

(оценка степени никотиновой зависимости)

Для оценки степени никотиновой зависимости рекомендуется проводить опрос по тесту Фагерстрема. Степень никотиновой зависимости необходимо знать, чтобы правильно выбрать тактику и метод отказа от курения.

Таб.4

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете 1 сигарету?	В течение первых 5 м	3
	В течение 6-30мин	2
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая утром	1
	Все остальные	0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11-12	1
	21-30	2
	31 и более	3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, чем в течение последующего дня?	Да	1
	Нет	0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0

* Степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов: 0-2 - очень слабая; слабая; 5 - средняя; 6-7 - высокая; 8-10 - очень высокая.

Приложение 6

Оценка степени мотивации и готовности к отказу от курения (опросы)

1) Бросили ли бы Вы курить, если бы это было легко?

Ответ	Балл
Определённо, нет	0
Вероятнее всего, нет	1
Возможно, да	2
Вероятнее всего, да	3
Определённо, да	4

2) Как сильно Вы хотите бросить курить?

Ответ	Балл
Не хочу вообще	0
Слабое желание	1
В средней степени	2
Сильное желание	3
Однозначно хочу бросить курить	4

* Степень мотивации можно определить следующим образом:

Степень мотивации пациента к отказу от курения - сумма баллов по отдельным вопросам. Максимальное значение суммы баллов - 8, минимальное - 0.

- сумма баллов больше 6: высокая мотивация к отказу от курения. Пациенту можно предложить лечебную программу с целью полного отказа от курения.
- сумма баллов от 4 до 6: слабая мотивация. Пациенту можно предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации
- сумма баллов ниже 3: отсутствие мотивации. Пациенту можно предложить программу снижения интенсивности курения.

Приложение 7

Возможные реакции синдрома отмены

Возможные *реакции синдрома отмены*: сильное желание закурить, возбудимость, беспокойство, нарушение концентрации внимания, раздражительность, ухудшение настроения, чувство гнева, депрессия, сонливость, головная боль, бессонница, тремор, потливость, улучшение аппетита, увеличение веса, усиление кашля, затруднение отхождения мокроты, чувство заложенности в груди, боли в мышцах, головокружение.

Особенно внимательно следует относиться к жалобам, появляющимся сразу после отказа от курения, чтобы вовремя прервать возможность формирования у пациента причинно-следственной связи и убрать повод к возврату этой вредной привычки. *Увеличение веса* проявляется у разных пациентов по-разному: у одних отмечается незначительная прибавка в весе, у других - более существенная. В среднем, за 2-3 месяца отказа от курения прибавление в весе - 3-4 кг. Многие пациенты этот вес в течение года теряют. Врач должен заранее предупредить пациента о такой возможности, и в случае, если это может играть важную роль в принятии решения бросить курить, заранее разработать рекомендации для потери лишнего веса, и начать их выполнение за некоторое время отказа от курения.

Питание. Отказ от курения, постепенная ликвидация симптомов хронической табачной интоксикации сопровождаются улучшением вкусовой чувствительности, аппетита, нормализацией секреции пищеварительных желез, что в целом приводит к увеличению приема пищи и, следовательно, прибавке массы тела.

Этого можно избежать, если следовать некоторым несложным диетическим советам: избегать переедания, соблюдать основы рационального питания, пища должна содержать большое количество витаминов, минеральных солей, микроэлементов.

Для облегчения симптомов отмены рекомендуется:

- *увеличение объема потребляемой жидкости*: обильное питье помогает облегчить отхождение мокроты при усилении кашля, бороться с сухостью во рту и в горле, способствует удалению токсинов. Щелочное питье (несладкие минеральные воды, соки, овощные отвары) способствует уменьшению интоксикации при никотиновой зависимости, сопровождающимся «закислением» внутренней среды организма.

- *увеличение потребления продуктов, богатых витаминами* - С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамина В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамина В12 (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамина РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (хлеб грубого помола, растительные масла, зеленые овощи, зародыши пшеницы); в качестве источника углеводов, предпочтительнее употребление меда, чем чистого сахара. Правильное, сбалансированное, богатое витаминами питание способствует «оздоровлению» организма и предупреждению набора веса. Пища, богатая растворимой клетчаткой (пектином) способствует выведению токсинов, продукты, содержащие растворимые и нерастворимые пищевые волокна - фрукты и овощи, бобовые, овсянка - помогают при предупреждении и устранении запоров. Кроме того, здоровая еда (сельдерей, морковь, семечки) может служить альтернативой для сигарет и помочь курильщикам занять время, руки и рот вместо курения.

- *увеличение уровня физической активности*: упражнения, бег, ходьба на лыжах, плавание на свежем воздухе или в физкультурных залах. Расширение физической активности можно рекомендовать как здоровую альтернативу курению, регулярные тренировки могут даже служить источником эндорфинов, способствовать росту уверенности в себе и препятствовать увеличению веса.

У ряда курильщиков, особенно у злостных потребителей табака, в первое время прекращения курения усиливается кашель с отделением мокроты. Следует объяснить пациенту, что это - естественный процесс, чтобы он был к этому готов. В этих случаях рекомендуется назначение отхаркивающих средств, щелочное питье.

В целях предупреждения рецидива курения врачу следует активно продолжать психотерапевтическое влияние на пациента, вовлекать в сферу влияния его микросоциальную среду. Хороший эффект оказывает аутогенная тренировка, расширение физической активности.

Следует рекомендовать пациенту избегать провоцирующих курение ситуаций, пребывание в помещении, где курят. Психологическая, социальная поддержка окружающих, одобрительное отношение к не курению, способствуют закреплению отказа от этой вредной привычки.

Приложение 8

Пример таблицы способов избежать или справиться с симптомами отмены

Таб.5

Ситуация	Способы
Свободное время	Посещать места, где не курят: спортивный клуб, библиотеку, музей, магазины и т.д. Заняться активной деятельностью: интенсивная ходьба или бег на улице, катание на велосипеде, плавание и т.д.
Работа	Занять свои руки: держать резиновый мячик, ручку или монету. Занять рот: использовать жевательную резинку, жевать хлебные палочки, сухарики и т.д. Не курить «за компанию».

Поход в гости	В течение первого месяца отказа от табака избегать поход в гости, где традиционно курят, избегать употребления спиртных напитков, пить больше воды и сока с низким содержанием сахара, не употреблять кофе и крепкий чай.
Дома	Отвлекать свои мысли: читать книги, разгадывать кроссворды, заняться вязанием, вышиванием, писать письма, статьи.
Стресс	Сменить род занятия: дома - вымыть посуду, убрать квартиру; на работе - заняться работой на компьютере, систематизировать книги.

*Пациент в ежедневном дневнике записывает методы, которые, как ему кажется, наилучшим образом помогают избежать или справиться с симптомами отмены

Не допускать пораженческих мыслей. Иногда у пациентов появляются мысли, которые могут увести их в противоположном направлении от цели, в частности, отказа от курения. Обычно появляются следующие мысли:

1. Я сделаю только одну (последнюю) затяжку.
2. Курение - это часть меня.
3. У меня все равно ничего не получится, почему бы мне не начать курить снова сейчас?
4. Ничто другое не приносит мне удовольствие.
5. Я заслужил, чтобы доставить себе маленькое удовольствие.
6. Я не могу быть самим собой в семье и с друзьями.
7. Мне все равно.
8. Я получил гораздо более серьезные проблемы, поэтому мне необходимо курить.
9. Я брошу курить позже.

Подготовка к симптомам отмены. Противостоять симптомам отмены гораздо проще, если заранее подготовиться к их появлению. Пациент может использовать следующие ответные реакции:

1. Думать о том, что ему не нравится курить.
2. Если желание бросить курить снижается, то надо снова рассмотреть те положительные результаты отказа от табака, которые пациент планировал достичь.
3. Вспомнить все негативные последствия продолжения курения.
4. Запланировать для себя какое-либо поощрение, если ему/ей удастся успешно справиться с ситуацией, имеющей высокий риск курения.

Для борьбы с симптомами отмены можно также запланировать для себя конкретные действия.

Пример таблицы действий, направленных на преодоление симптомов отмены

Действие	Пример действий
Заменить сигарету чем-то другим	Жевать морковь или сельдерей, соленья, семечки, яблоки, изюм и т.д.
Составить список дел, которые можно делать, если захочется курить	Систематизировать файлы на компьютере, удалить ненужные сообщения из мобильного телефона, позвонить другу.
Глубоко дышать	Сделать 10 медленных глубоких дыханий, задержать дыхание перед последним выдохом и выдохнуть медленно. Расслабиться.
Заняться уборкой	Вымыть посуду, пропылесосить квартиру, вымыть машину.
Двигаться	Выйти на улицу или перейти в другое помещение, изменить род занятий или заменить собеседника.

Таб.6

Быстрый Алкогольный Скрининговый Тест (БАСТ)

Приложение 9

Обведите номер, наиболее близкий к ответу пациента.

1. Для мужчин: как часто Вы употребляете 8 или более стандартных доз алкогольных напитков в день выпивки?
8 стандартных доз=240 мл 40об% водки =600 мл 17-20об% крепленого вина= 800 мл 11-13об% сухого вина= 4 бутылки 5 об% пива

Для женщин: как часто Вы употребляете 6 или более стандартных доз алкогольных напитков в день выпивки?
6 стандартных доз=180 мл 40 об% водки =450 мл 17-20 об% крепленого вина= 600 мл 11-13 об% сухого вина= 3 бутылки 5 об% пива

(0) никогда;

(1) 1 раз в месяц или реже;

(2) 2-4 раза в месяц;

(3) 2-3 раза в неделю;

(4) 4 и более раз в неделю;

2. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

(0) никогда;

(1) менее, чем 1 раз в месяц;

(2) 1 раз в месяц (ежемесячно);

(3) 1 раз в неделю (еженедельно);

(4) ежедневно или почти ежедневно;

3. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?

(0) никогда;

(1) менее, чем 1 раз в месяц;

(2) 1 раз в месяц (ежемесячно);

(3) 1 раз в неделю (еженедельно);

(4) ежедневно или почти ежедневно;

4. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор, или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

(0) никогда;

(2) да, но это было более чем год назад;

(4) да, в течение этого года;

Стадии оценки: на 1-ой стадии оценивается только первый вопрос.

Если ответ «никогда», то пациент не злоупотребляет алкоголем. Если ответ «еженедельно» или «почти ежедневно», то пациент употребляет алкоголь с вредными последствиями или зависим.

Примерно 50% людей можно оценить, используя только 1-й вопрос. Если ответ «менее, чем 1 раз в месяц» или «ежемесячно», то необходимо задавать следующие вопросы. На 1-ой стадии, если ответ «менее чем 1 раз в месяц» или «ежемесячно», 2-4 вопросы оцениваются от 0 до 4 баллов. Максимальное количество - 16 баллов. Пациент оценивается, как злоупотребляющий алкоголем, если число баллов 3 и более.

Скрининг-тест на диагностику алкогольной и/или наркотической зависимости CAGE-AID (Мичиганский тест)

В начале беседы врач предлагает пациенту обсудить результаты скрининг-теста CAGE (пройденного на предыдущем этапе диспансеризации), используя приемы установления контакта, описанные выше в главе «Азбука эффективного консультирования» (активное слушание, присоединение по позе, жестам, голосу и др.).

Проинформировать пациента, что результаты CAGE сигнализируют о возможных проблемах с употреблением им алкоголя. Предположить, что пройденный тест мог быть заполнен формально или невнимательно и предложить пройти ещё один тест прямо в кабинете и сразу же обсудить результаты.

Название опросника составлено из первых букв английских ключевых слов четырех следующих вопросов (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener).

Таб.7

Вопрос	Вариант ответа (да/нет)
Вы думали когда-нибудь о том, чтобы уменьшить (Cut down) количество употребляемого алкоголя (наркотических веществ)?	
Испытываете ли Вы раздражение (Annoyance), когда люди критикуют Вас за пьянство (употребление наркотиков)?	
Вы испытывали когда-нибудь чувство вины (Guilt) по поводу чрезмерного употребления алкоголя (наркотиков)?	
Вы когда-нибудь употребляли алкоголь (наркотические вещества) для поднятия тонуса утром или с похмелья (Eye Opener)?	

Обработка и интерпретация результатов теста: за каждый положительный ответ начисляется 1 балл.

Интерпретация результатов теста: общая сумма 2 балла или больше означает клинически значимое злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами.

Приложение 10

Тест на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя (Вопросник AUDIT)

В кабинете (отделении) медицинской профилактики, центре здоровья рекомендуется провести тест AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test – тест AUDIT).

Таб.8

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?				
(0) никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 2-4 раза в месяц	(3) 2-3 раза в неделю	(4) 4 и более раз в неделю
2. *Сколько напитка, содержащего алкоголь, Вы употребляете обычно в день, когда пьёте?				
(0) 1 или 2	(1) 3 или 4	(2) 4 или 5	(3) 7 или 8	(4) 10 и более
3. Как часто Вы выпиваете шесть или более доз за один раз?				
(0) никогда	(1) менее, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц (ежемесячно)	(3) 1 раз в неделю (еженедельно)	(4) ежедневно или почти ежедневно
4. Сколько раз за прошедший год Вы обнаружили, что не можете прекратить пить, если уже начали?				
(0) никогда	(1) менее, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц (ежемесячно)	(3) 1 раз в неделю (еженедельно)	(4) ежедневно или почти ежедневно
5. Сколько раз за прошедший год Вы не сделали то, что обычно должны делать, из-за выпивки?				

(0) никогда	(1) менее, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц (ежемесячно)	(3) 1 раз в неделю (еженедельно)	(4) ежедневно или почти ежедневно
6. Сколько раз за прошедший год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после крупной выпивки вчера (опохмелиться)?				
(0) никогда	(1) менее, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц (ежемесячно)	(3) 1 раз в неделю (еженедельно)	(4) ежедневно или почти ежедневно
7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и(или) раскаяния после выпивки?				
(0) никогда	(1) менее, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц (ежемесячно)	(3) 1 раз в неделю (еженедельно)	(4) ежедневно или почти ежедневно
8. Сколько раз за прошедший год Вы не смогли вспомнить, что было вчера, из-за того, что Вы выпивали?				
(0) никогда	(1) менее, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц (ежемесячно)	(3) 1 раз в неделю (еженедельно)	(4) ежедневно или почти ежедневно
9. Случалось ли у Вас или у кого-то другого травмы из-за вашего употребления спиртного?				
(0) никогда	(2) да, но это было более, чем год назад		(4) да, в течение этого года	
10. Выражал ли кто-нибудь из Ваших родственников или врач, или другие медработники озабоченность по поводу Вашей выпивки или предлагали вам сократить потребление?				
(0) никогда	(2) да, но это было более, чем год назад		(4) да, в течение этого года	
Здесь запишите сумму баллов всех ответов				

Обведите номер, наиболее близкий к ответу пациента, посчитайте сумму баллов.

Стандартная порция¹: при определении категории ответа на вопросы 2 и 3 предполагалось, что одна «доза» содержит 10 г чистого алкоголя (30-35г водки).

*	Стандартная порция ¹	Водка(мл) 40 об%	Крепленое вино(мл) 17-20 об%	Сухое вино 11-13 об%	Пиво(бут.) 5 об%
(0)	1 или 2	30-60	75-150	75-150	250мл-1 б
(1)	3 или 4	90-120	225-300	300-400	1,5 б.-2 б.
(2)	5 или 6	150-180	375-450	500-600	2,5 б.-3 б.
(3)	7 или 8	210-240	525-600	700-	3,5 б.-4 б.
(4)	10 или более	300 и более	750 и более	1000 и более	5 б. и более

Подсчитайте и запишите полученную сумму баллов. Общее количество баллов равное 8 или более свидетельствует о вероятности проблемного потребления алкоголя, причем при 8-15 баллах можно говорить о чрезмерном или рискованном потреблении, при 16-19 – об употреблении с вредными последствиями и опасном употреблении, количество баллов выше 20 требует уточнения наличия возможной алкогольной зависимости.

Если опрос дал положительный результат или обнаруживаются соматические симптомы, вероятно связанные с алкоголем, рекомендуется дальнейшая диагностика по определению алкогольной зависимости.

Приложение 11

Памятка для пациента «Как не поддаться влечению к спиртному?»

Никакие мероприятия по профилактике алкоголизма не будут действенными, если человек не возьмется за себя сам. Вот некоторые советы, которые помогут отвлечься от желания выпить.

1. Не держите дома спиртное, чтобы не поддаться импульсу и не выпить.
2. Больше времени уделяйте семье. Начните налаживать испорченные отношения.
3. Возобновите старую работу или найдите новую, которая бы была по душе. Занятость позволит не скучать и мысли об алкоголе, которые обычно приходят во время безделья, реже будут посещать вашу голову. К тому же работа улучшит ваше финансовое положение и даст возможность найти новое общение.
4. Уделяйте время своим хобби. Чувство удовлетворения от любимого занятия поможет расширить зону удовольствия и будет способствовать повышению самооценки.
5. Признайте, что у вас есть проблема с алкоголем и при необходимости пользуйтесь услугами психолога.
6. Занимайтесь спортом и физкультурой, это поможет держать организм в тонусе, ориентироваться в собственных возможностях и адекватно себя оценивать.
7. Работайте над своими внутренними конфликтами. Пагубное пристрастие к спиртному – следствие не биологических, а психологических причин.
8. Принимайте себя таким, какой вы есть, признавая и положительные, и отрицательные качества своего характера. Осознав свои отрицательные черты, вы сможете работать над собой, чтобы улучшить свои личностные качества.
9. Избавляйтесь от своей тревожности. Повышенная тревожность - популярная черта характера людей с проблемой тяги к спиртному. Тревога - это страх перед предстоящими событиями, обычно беспричинный и не обоснованный. Человек сам не понимает, чего боится. При таком настроении вся жизнь видится человеку в негативном ракурсе, и он хочет уйти от неприятных переживаний с помощью опьянения.
10. Признавайте жизненные трудности и находите решения проблем. Справившись с трудностями, вы будете каждый раз повышать свою самооценку.

11. Избегайте просмотра передач с большим количеством негативной информации, например, новостей о трагических происшествиях, авариях и болезнях. Такая информация только повысит ощущение тревожности, и может спровоцировать желание выпить, чтобы избавиться от этого чувства.
12. Расширьте диапазон своих удовольствий. Пусть этими удовольствиями станут лакомства, приятная музыка, интересная книга, приятное путешествие, просмотр хорошего фильма, помощь кому-либо, обновка, общение с домашним любимцем и т. д. И тогда воспоминания об удовольствии от алкоголя будут все больше отдаляться.
13. Расширяйте свой кругозор. Ходите в кино, театры, на концерты, в музеи. Включайтесь в общественную работу. Это повысит вашу самооценку и станет источником новых удовольствий.
14. Чаше гуляйте. Отвлекайтесь от домашней обстановки и бытовой рутины. Измените хоть немного привычную атмосферу, это полезно для саморазвития и принятия ответственности за собственную жизнь.
15. Признайте себя личностью. Если вы почувствуете себя личностью, то это будет первой ступенью к жизненным изменениям, связанным с полным отказом от алкоголя.
16. Уделяйте внимание своему внешнему виду. Следите за прической и одеждой, интересуйтесь модными тенденциями. Удовлетворение собственным внешним видом - это дополнительное удовольствие и стимул к дальнейшему совершенствованию.
17. Если вы чувствуете, что внутреннее напряжение растет, - обращайтесь к психологу, психотерапевту или к другим специалистам.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Бойцов С.А., Чучалин А.Г., Арутюнов Г.П., Биличенко Т.Н., Бубнова М.Г., Ипатов П.В., Калинина А.М., Каприн, А.Д., Марцевич С.Ю., Оганов Р.Г., Погосова Н.В., Старинский В.В., Стаховская Л.В., Ткачева О.Н., Чиссов В.И., Шальнова С.А., Шестакова М.В.
Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации. М. 2013 - 135 с. Интернет ресурс: <http://www.gnicpm.ru> и <http://ropniz.ru/>
2. Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М., Вергазова Э.К., Ткачева О.Н., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Медик Я.В., Бабаева С.В., Соловьева С.Б., Старинский В.В., Биличенко Т.Н., Федоров Е.Д.
Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2015 - 111 с. Утверждены главным специалистом по профилактической медицине Минздрава России 23 марта 2015 г. Интернет ресурс: <http://www.gnicpm.ru> и <http://ropniz.ru/>
3. Гамбарян М.Г., Калинина А.М.
Оказание медицинской помощи по профилактике и отказу от курения. Методические рекомендации. М. 2012 - 42 с. Утверждены главным внештатным специалистом по профилактической медицине Минздрава России 1 июня 2012 г.
4. Сахарова Г.М., Антонов Н.С.
Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике. Учебное пособие. М. 2010 - 64с.
5. Прохоров А. В., Велисер У. Ф., Прочаска Дж. О. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение. Вопросы психологии. 1994. №2. С. 113-122.
Prochaska J.O., DiClemente C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change // Psychotherapy. Theory, Research and Practice. 1982. N 19. P. 276-288.
6. Интернет ресурс: <https://refdb.ru/look/1310944.html>