

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ КУРЕНИЯ, КАК ФАКТОРА
РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

Дипломная работа студента

**специальности 34.02.01 Сестринской дело
4 курса группы 03051582
Половинченко Лилии Васильевны**

Научный руководитель:
преподаватель Кумаргей И.Ф.

Рецензент:
врач-терапевт поликлиники № 7 ФГКУ
«416 ВГ» Минобороны России
Козловцева А.М.,

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
1. ГЛАВА 1. ПОНЯТИЕ И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ. МЕРЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ КУРЕНИЯ.....	6
1.1. Понятие ХОБЛ и основные факторы риска ХОБЛ.....	6
1.2. Профилактика ХОБЛ: мотивация в успешной профилактике ХОБЛ.....	12
1.3. Понятие об антитабачной политике в Российской Федерации.....	23
2. ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ КУРЕНИЯ.....	28
2.1. Собственное исследование.....	28
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	41
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	45

ВВЕДЕНИЕ

Как было сказано на выступлении Министра здравоохранения Российской Федерации на европейском совещании Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для национальных руководителей и менеджеров программ по неинфекционным заболеваниям (НИЗ): «Для Российской Федерации борьба с неинфекционными заболеваниями является одним из приоритетов, как во внутренней политике, так и на глобальном уровне. В борьбе с неинфекционными заболеваниями можно выделить два принципиальных направления. Первое - это формирование здорового образа жизни населения. Второе - адекватный ответ системы здравоохранения в плане своевременного выявления факторов риска и развивающихся неинфекционных заболеваний, взятие под контроль течения этих болезней с помощью эффективных лекарств и технологий»[1].

Речь идет о таких заболеваниях как сердечно-сосудистые заболевания, хронические болезни легких, диабет и др., которые занимают лидирующее место, определяющее смертность и инвалидность в мире. Также Министром отмечено, что системная работа в мотивировании граждан к здоровому образу жизни за период с 2012 по 2016 год позволила снизить потребление этилового спирта, табакокурение, увеличилось количество занимающихся физкультурой. Это как раз и есть факторы здорового образа жизни (кроме прочих), позволяющие снизить риск развития серьезных заболеваний.

Данные положения и определяют актуальность нашей работы, так как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является как раз тем самым неинфекционным хроническим легочным заболеванием, которое можно предотвратить посредством ведения здорового образа жизни, в частности отказа от курения.

Цель исследования: определение роли медицинской сестры в профилактике курения, как фактора риска развития хронической обструктивной болезни легких.

Задачи исследования:

– изучить учебную и научную литературу, касающуюся понятия, особенностей развития, этиологии хронической обструктивной болезни легких ее профилактики, нормативные правовые акты и определить роль медицинских работников (в том числе медицинской сестры) в профилактике курения

– провести анкетирование студентов и выявить степень готовности бросить курить, уровень знаний о вреде потребления табака, риск заболеваний легких.

Объект исследования: курение как фактор риска развития хронической обструктивной болезни легких.

Предмет исследования: определить роль медицинской сестры в профилактике курения, как фактора риска развития хронической обструктивной болезни легких.

Методы исследования:

– Научно-теоретический анализ медицинской литературы, нормативных правовых актов, материалов, размещенных на официальных сайтах федеральных органов власти Российской Федерации, по данной теме;

– Организационный (сравнительный, комплексный) метод;

– Социологический (анкетирование) метод;

– Статистический (статистическая обработка информационного массива) метод.

Гипотеза. Мы предполагаем, что проведение активного консультирования медицинскими работниками, особенно молодых людей по вопросам курения и связи курения с развитием хронической обструктивной болезни легких является важной составляющей в профилактике развития хронической обструктивной болезни легких.

Теоретическая значимость исследовательской работы заключается в том, что проведен анализ литературы, нормативных правовых актов и определена роль медицинских работников (в том числе медицинской сестры) в

профилактике курения, как фактора риска развития хронической обструктивной болезни легких.

Практическая значимость данной дипломной работы заключается в подтверждении значимости консультирования медицинскими работниками в профилактике развития хронической обструктивной болезни легких.

Структура выпускной квалификационной работы обусловлена предметом, целью и задачами исследования. Работа состоит из введения, двух глав, заключения и приложений.

ГЛАВА 1. ПОНЯТИЕ И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ. МЕРЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ КУРЕНИЯ

1.1. ПОНЯТИЕ ХОБЛ И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) официально определена как социально значимое заболевание. Руководством по внутренним болезням Громнацкого Н.И. определено, что ХОБЛ это патологическое состояние, характеризующееся формированием хронической обструкции воздухоносных путей вследствие хронического бронхита (ХБ) и (или) эмфиземы легких, или их сочетания. Руководством определены типы ХОБЛ: бронхитический и эмфизематозный[2, с. 279-290].

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких, составленные Российским респираторным обществом (А.Г.Чучалин, С.Н.Авдеев, З.Р.Айсанов, А.С.Белевский, И.В.Лещенко, Н.Н.Мещерякова, С.И.Овчаренко, Е.И.Шмелев)[16] содержат следующее определение: ХОБЛ – заболевание, которое можно предупредить и лечить. Оно характеризуется персистирующим ограничением скорости воздушного потока, которое обычно прогрессирует и связано с выраженным хроническим воспалительным ответом легких на действие патогенных частиц или газов. У ряда пациентов обострения и сопутствующие заболевания могут влиять на общую тяжесть ХОБЛ (согласно Глобальной инициативе по ХОБЛ – Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2014). Традиционно понятие ХОБЛ объединяет хронический бронхит и эмфизему легких. Хронический бронхит обычно определяется клинически как наличие кашля с продукцией мокроты на протяжении по крайней мере 3 месяцев в течение последующих 2 лет. Эмфизема определяется морфологически как наличие постоянного расширения дыхательных путей дистальнее терминальных бронхиол, ассоциированного с деструкцией стенок альвеол, не связанного с

фиброзом. У больных ХОБЛ чаще всего отмечаются оба состояния и в ряде случаев достаточно сложно клинически разграничить их на ранних стадиях заболевания. Из понятия ХОБЛ исключаются бронхиальная астма (БА) и другие заболевания, ассоциированные с плохо обратимой бронхиальной обструкцией (муковисцидоз, бронхоэктатическая болезнь, облитерирующий бронхолит).

Далее в Федеральных клинических рекомендациях отмечается, что в условиях воздействия факторов риска (курение – как активное, так и пассивное, экзогенные поллютанты, биоорганическое топливо и т. п.) ХОБЛ развивается обычно медленно и прогрессирует постепенно. Особенность клинической картины состоит в том, что долгое время болезнь протекает без выраженных клинических проявлений. Первыми признаками, с которыми пациенты обращаются к врачу, служит кашель, часто с выделением мокроты и / или одышка. Эти симптомы бывают наиболее выражены по утрам. В холодный сезон возникают частые «простуды». Такова клиническая картина дебюта заболевания, которая врачом расценивается как проявление бронхита курильщика, и диагноз ХОБЛ на этой стадии практически не ставится. Хронический кашель – обычно 1-й симптом. ХОБЛ – часто недооценивается и пациентами, т. к. считается ожидаемым следствием курения и / или воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды. Обычно у больных выделяется небольшое количество вязкой мокроты. Нарастание кашля и продукции мокроты происходит чаще всего в зимние месяцы, во время инфекционных обострений. Одышка – наиболее важный симптом ХОБЛ. Нередко служит причиной обращения за медицинской помощью и основной причиной, из-за которой ограничивается трудовая деятельность больного. Оценка влияния одышки на состояние здоровья осуществляется с использованием вопросника Британского медицинского совета (MRC). Вначале одышка отмечается при относительно высоком уровне физической нагрузки, например беге по ровной местности или ходьбе по ступенькам. По мере прогрессирования заболевания

одышка усиливается и может ограничивать даже ежедневную активность, а в дальнейшем возникает и в покое, заставляя больного оставаться дома.

И особенно важно обратить внимание на следующее положение Федеральных клинических рекомендаций: при описании клинической картины ХОБЛ необходимо учитывать черты, характерные именно для этой болезни: субклиническое ее начало, отсутствие специфических симптомов, неуклонное прогрессирование заболевания. В течение многих лет существует разделение больных на эмфизематозный и бронхитический фенотипы. Бронхитический тип характеризуется преобладанием признаков бронхита (кашель, выделение мокроты). Эмфизема в этом случае менее выражена. При эмфизематозном типе, наоборот, эмфизема является ведущим патологическим проявлением, одышка преобладает над кашлем. Однако в клинической практике очень редко можно выделить эмфизематозный или бронхитический фенотип ХОБЛ в т. н. чистом виде (правильнее было бы говорить о преимущественно бронхитическом или преимущественно эмфизематозном фенотипе заболевания).

Отмеченное авторами то, что в основном первым симптомом ХОБЛ является именно кашель (хронический кашель) говорит о том, что начало ХОБЛ может именно так и диагностироваться, как наличие хронического бронхита, так называемого «бронхита курильщика». Авторами указывается, что в реальной жизни на ранних стадиях заболевания курильщик не считает себя больным, т. к. оценивает кашель как нормальное состояние, если трудовая деятельность его еще не нарушена. Даже появление одышки, возникающей при физической нагрузке, расценивается им как результат пожилого возраста или детренированности. Профессиональные ингаляционные воздействия, наряду с курением, рассматриваются в качестве обстоятельств, приводящих к возникновению ХОБЛ. Это касается различных форм воздушных загрязнений на рабочем месте, включая газы и аэрозоли.

Сказанное говорит о том, что диагноз ХОБЛ вдруг не ставится, а зачастую начинается это состояние именно как хронический бронхит, а это нивелирует ее опасность, потому что ХОБЛ в своем начале маскируется под не

такой страшный хронический бронхит. Приведем определение хронического бронхита, содержащееся в практическом руководстве Огорокова А.Н.[9, с. 177]. ХБ это хронический воспалительный процесс в бронхах, сопровождающийся кашлем с отделением мокроты не менее 3 месяцев в году в течение 2 и более лет, при этом отсутствуют какие-либо заболевания бронхопульмональной системы и ЛОР-органов, которые могли бы вызвать эти симптомы. В Руководстве по пульмонологии под редакцией Н. В. Путова и Г.Б. Федосеева указывается, что в патогенезе ХБ важная роль принадлежит нарушению секреторной, очистительной и защитной функции бронхов. У здорового человека непрерывно происходит клиренс бронхов, которые очищаются от микроорганизмов, инородных частиц и клеточного детрита путем переноса их ресничками мерцательного эпителия вместе с более вязким поверхностным слоем слизи из периферических отделов бронхиального дерева по направлению к трахее и гортани. А в определении ХБ, предложенном авторами, заложена и сама суть заболевания: ХБ представляет собой диффузное, обычно прогрессирующее поражение бронхиального дерева, обусловленное длительным раздражением воздухоносных путей различными вредными агентами, характеризующееся перестройкой секреторного аппарата слизистой оболочки, развитием воспалительного процесса и склеротическими изменениями в более глубоких слоях бронхиальных стенок, сопровождающееся гиперсекрецией слизи, нарушением очистительной функции бронхов, что проявляется постоянным или периодически возникающим кашлем с отделением мокроты, а при поражении мелких бронхов - одышкой, не связанным с другими бронхолегочными процессами или поражением других органов и систем[13, с.89-95].

ХОБЛ, как мы определились, есть состояние, которое объединяет хронический бронхит и эмфизему легких (возникает вследствие данных конкретных заболеваний и их сочетания). При анализе хотя и малого количества источников медицинской литературы прошлого столетия и настоящего можно сделать вывод, что основные воззрения в этиологии ХБ не

изменились. Так в Руководстве по пульмонологии под редакцией Н.В. Путова и Г.Б. Федосеева[13, 89-95] указывается, что основными факторами риска развития ХБ считаются 1. курение табака (активное и пассивное); 2. Загрязнение атмосферы летучими поллютантами, газами, дымами и т. д.; 3. Патология носоглотки и нарушение дыхания через нос и очищение вдыхаемого воздуха; 4. Повторные острые респираторные заболевания, острые бронхиты и бронхопневмонии; 5. Сочетание вышеуказанных факторов. Также называются такие факторы как климатопогодные, инфекции и наследственная предрасположенность. Но этиологические факторы при хроническом бронхите различны в зависимости от того, идет ли речь о первоначальном возникновении или последующем обострении заболевания. Так при первоначальном возникновении ХБ на первом месте авторами ставится табачный дым при активном и пассивном курении, на втором поллютанты промышленно-производственного и другого происхождения, климатопогодные факторы и, наконец, инфекции. Хотя авторы оговаривают, что роль климатопогодных факторов и инфекции при первоначальном возникновении ХБ не всеми признается. А при обострении ХБ на первом месте указываются именно инфекционные факторы, затем климатопогодные факторы, на третьем месте поллютанты промышленно-производственного и другого происхождения и на четвертом - табачный дым при активном и пассивном курении также с оговоркой по поводу двух крайних факторов.

Руководством по внутренним болезням Громнацкого Н.И. также указывается на то, что в основе развития ХБ лежат многообразные, взаимосвязанные факторы: загрязнение атмосферного воздуха (пыль, углекислый газ, дым и т. д.), курение, некоторые профессиональные вредности (пары бензина, формалина и т. д.), климатические факторы, генетическая предрасположенность, аллергия (у 20-30% больных ХБ выявлены повышенная чувствительность к различным веществам), инфекции (указывается опять же на то, что сама по себе инфекция не может вызвать ХБ), нарушение защитных механизмов дыхательной системы, нарушение акта дыхания (нарушение

нормального физиологического носового дыхания), хроническая инфекция верхних дыхательных путей. В справочнике врача общей практики под редакцией Р. Н. Палеева[15, с. 779] коллектив авторов среди этиологических причин ХБ на первом месте называет именно курение табака, также называется загрязнение воздушного бассейна, профессиональные вредности.

И в руководстве по внутренним болезням Громнацкого Н.И. и в практическом руководстве Огорокова А.Н. указывается, что неотъемлемой частью лечения является категорический отказ от курения. Курение и лечение ХБ несовместимы.

Авторы в Федеральных клинических рекомендациях[16] именно курение называют на первом месте среди факторов риска, а в приводимом вопросе пациента для диагностики ХОБЛ первыми вопросами являются именно такие как: сколько сигарет Вы выкуриваете в день, сколько лет Вы курите.

Кузьмина О.А., Афанасьев Ю.И., Чурносков М. И., Григорова С.Ю.[6, 79-83] на основе исследования 60 больных ХОБЛ (бронхитическая форма) делают вывод, что в развитии и прогрессировании бронхитической формы ХОБЛ играют важную роль следующие экзогенные факторы - курение, частота простудных заболеваний и прием алкоголя. Эти факторы на 58% детерминируют степень тяжести ХОБЛ. Установлено влияние экзогенных факторов на морфологию эритроцитов. Количество выкуриваемых сигарет в день, продолжительность курения, прием алкоголя и частота простудных заболеваний коррелируют с морфологическими изменениями эритроцитов.

Ефименко Е.В., Ефремова О.А., Э.М. Ходош Э.М.[4, с. 15-19] путем анализа иных исследований приводят обзор различных факторов, приводящих к морфологическим изменениям и хронизации процессов, характерных для хронической обструктивной болезни легких, называя такие факторы, как увеличение образования муцина и гиперплазия (приводятся исследования иных авторов, указывающих на то, что увеличение образования муцина при ХОБЛ имеет пагубные последствия для состояния дыхательных путей, такие же последствия наблюдаются при астме и кистозном фиброзе, с наличием застоя

слизи в дыхательных путях), инфекционные агенты (авторы указывают, что существуют значимые доказательства того, что основной причиной обострений и вероятным фактором в патогенезе является инфекция), курение (авторы приводят исследования зарубежных авторов, обосновывающих то, что риск развития ХОБЛ меньше среди курильщиков, которые бросили курить, чем среди тех, которые продолжают курить, хоть и меньше), иные факторы.

Учитывая изложенное, можно сделать следующие выводы. Роль курения как одного из основных факторов в развитии ХОБЛ признавалась и признается в настоящее время и подтверждается новыми исследованиями в данной сфере.

1.2. ПРОФИЛАКТИКА ХОБЛ: МОТИВАЦИЯ В УСПЕШНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХОБЛ

Россия занимает одно из первых мест по потреблению табака в мире. Совершенно справедливо отмечено Чучалиным А.Г., что парадокс состоит в том, что современный мир за всю историю цивилизации знает о вреде табачных изделий как никогда много, но эти знания не смогли повлиять на бурный рост рынка табачной продукции. Современное общество нуждается в выверенной научной информации, которая бы объективно отражала пагубные свойства табачного дыма на здоровье человека. Thatcher TH. et al. (2007), Yang SR., et al. (2007), Rahman I. et al. (2006) установили, что в одной затяжке сигареты табачный дым, проникший в дыхательные пути человека, содержит около 1015 свободных радикалов и около 4700 различных химических соединений. Размеры отдельных частичек, входящих в состав табачного дыма, менее одного микрона. Размеры частиц позволяют классифицировать их как наночастицы, и это означает, что они проникают в дыхательные пути, свободно проходя альвеолокапиллярную мембрану. Эндотелиальные клетки капилляров малого круга кровообращения подвергаются повреждению – феномен эндотелиальной дисфункции. Трудно представить масштабы губительного действия табачного дыма, воздействию которого человек подвергает себя на протяжении всей

своей жизни. Автором отмечено, что клинические формы поражения органов дыхания при табакокурении очень разнообразны. Наиболее распространенной патологией является развитие хронической обструктивной болезни легких, при этом, по мнению Чучалина А.Г., при всей убедительности научных данных об агрессивных свойствах табачного дыма разработать эффективные профилактические программы пока не удастся (автор в данном случае имеет в виду ситуацию в России)[17].

То, что уменьшение влияния на больных факторов риска (табачного дыма, профессиональных вредностей, поллютантов) является неотъемлемой частью лечения и профилактики ХОБЛ, позволяющей предупредить развитие этого заболевания, очевидно, и звучит постоянно в научном сообществе. Отмечает Емельянов А.В., что установлено, что отказ от курения – это единственный метод, который позволяет замедлить прогрессирование бронхиальной обструкции, поэтому лечение табачной зависимости должно использоваться у всех пациентов, страдающих ХОБЛ. Автором отмечено, что наибольшей эффективностью обладают беседы медицинского персонала (индивидуальные и групповые) и фармакотерапия. Лекарственные препараты показаны больным, у которых недостаточно эффективны беседы с врачом, образование пациентов улучшает их работоспособность, состояние здоровья, умение справляться с болезнью. Его формы различны: от распространения печатных материалов до проведения семинаров и конференций[3].

С учетом того, что курение называется среди основных факторов риска ХОБЛ (снижает риск развития ХОБЛ и позволяет замедлить прогрессирование уже существующей бронхиальной обструкции), приведем данные одного исследования[12]. В организованном коллективе (Нижний Новгород) выполнено проспективное когортное эпидемиологическое исследование молодых мужчин ($n = 678$: возраст $24,38 \pm 2,99$ (20;37) года), обучавшихся в 2013–2014 гг. в высшем образовательном медицинском учреждении (опрошены 96 % студентов). Все включенные в исследование мужчины после углубленного медицинского обследования признаны практически здоровыми и

были сопоставимы по образу жизни, питанию и физической подготовке. Исследование состояло из 2 этапов: 1-й – самостоятельное заполнение респондентами молодого возраста анкет опросников GARD (ВОЗ; Минздрав России; ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России. Версия 1.1 от 19.03.10), 2-й – определение уровня физической подготовленности и исследование ФВД по данным спирометрии у курящих и некурящих молодых мужчин. После анализа заполненных анкет GARD все респонденты были разделены на 2 группы: 1-я – курящие мужчины; 2-я – некурящие.

Были сделаны выводы, что 2/3 мужчин молодого возраста 1-й группы (курящие) начали курить в возрасте 16–20 лет. По результатам сравнительного анализа суточной потребности в сигаретах у респондентов 1-й группы установлено, что 75 (52,82 %) молодых мужчин выкуривали 6–10 сигарет в день, 37 (26,06 %) – 11–15; 20 (14,08 %) – 1–5 сигарет. В 10 (7,04 %) случаях интенсивность курения была максимальной и составила 16–20 сигарет в сутки.

В статье авторами сделано заключение, что молодой возраст у практически здоровых курящих мужчин, короткий период активного курения и небольшое число выкуриваемых сигарет определили малую величину ИК и, следовательно, еще низкий риск респираторной патологии на момент обследования. Среди 95,07 % курящих мужчин молодого возраста степень никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема не превышала 4 баллов, то есть была очень слабой или слабой. Средняя и высокая степень никотиновой зависимости регистрировалась только у 4,93 % курильщиков. Несмотря на слабую никотиновую зависимость, только у 49 (34,5 %) респондентов 1-й группы установлена высокая степень мотивации бросить курить (7–8 баллов). При этом 65,49 % курящих мужчин характеризовались низкой мотивацией (62 (43,66 %)) или полным отсутствием (31 (21,83 %)) желания отказаться от курения.

Среди опрошенных мужчин одышка при значительной нагрузке достоверно чаще встречалась у курильщиков – в 11 (7,75 %) случаях по сравнению с 4 (0,75 %) некурящими. Более частое упоминание о

респираторных симптомах (кашель, мокрота, одышка) у практически здоровых курящих молодых мужчин по сравнению с некурящими респондентами при нормальных спирометрических показателях согласуется с результатами исследований, в которых табакокурение рассматривается как фактор риска бронхолегочных заболеваний.

Особо хочется в связи со сказанным обратить внимание на следующее заключение авторов: молодой возраст у практически здоровых курящих мужчин, короткий период активного курения и небольшое число выкуриваемых сигарет определили малую величину индекса курения и, следовательно, еще низкий риск респираторной патологии на момент обследования. В связи с этим важны положения Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких, составленных Российским респираторным обществом, в которых отмечается, что в условиях воздействия факторов риска (курение – как активное, так и пассивное, экзогенные поллютанты, биоорганическое топливо и т. п.) ХОБЛ развивается обычно медленно и прогрессирует постепенно. Особенность клинической картины состоит в том, что долгое время болезнь протекает без выраженных клинических проявлений. Первыми признаками, с которыми пациенты обращаются к врачу, служит кашель, часто с выделением мокроты и / или одышка. В холодный сезон возникают частые «простуды». Такова клиническая картина дебюта заболевания, которая врачом расценивается как проявление бронхита курильщика, и диагноз ХОБЛ на этой стадии практически не ставится. Хронический кашель – обычно 1-й симптом. ХОБЛ – часто недооценивается и пациентами, т. к. считается ожидаемым следствием курения и / или воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды, в реальной жизни на ранних стадиях заболевания курильщик не считает себя больным, т. к. оценивает кашель как нормальное состояние, если трудовая деятельность его еще не нарушена. Даже появление одышки, возникающей при физической нагрузке, расценивается им как результат пожилого возраста или детренированности.

Получается, что очень широко (достаточно пройтись по улице) табакокурение распространено среди молодежи, но в силу молодого возраста, короткого периода активного курения и (хорошо, если) небольшого числа выкуриваемых сигарет у молодых людей еще низкий риск респираторной патологии, а с учетом того, что долгое время болезнь протекает без выраженных клинических проявлений, и в реальной жизни на ранних стадиях заболевания курильщик не считает себя больным (т. к. оценивает кашель как нормальное состояние), что и отмечено в Федеральных клинических рекомендациях, хронический кашель (первый признак заболевания) недооценивается ни курильщиком, ни врачом.

Может быть, это и является основной причиной низкой мотивации к отказу от курения. Никаких видимых и ощутимых нарушений (и речь не только о развитии заболеваний легких) не происходит моментально после начала курения.

Выводы авторов указанного выше исследования («курильщик не считает себя больным») согласуются с тем, что научное сообщество рассматривает курение уже не просто как вредную привычку, но именно как заболевание, и требует особенного подхода к профилактике.

Емко выражены данные положения в Методических рекомендациях «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения» (далее также Методические рекомендации по профилактике курения) утвержденными главным специалистом по профилактической медицине Минздравсоцразвития России С.А.Бойцовым 23 апреля 2012 г.[7], донесена мысль, что «курение табака это серьезная медико-социальная проблема и одна из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности во всем мире. Курение - единственный модифицируемый фактор риска ряда социально значимых болезней, как ССЗ, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и другие хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), которые можно предотвратить. Многие из этих болезней, закладываясь в детстве или в юности в силу наследственно-конституциональных причин,

впоследствии реализовываются под воздействием внешних факторов, из которых курение - самое распространенное, агрессивное, но в то же время предотвратимое. Прекращение курения приводит к снижению риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на 50%, в то время как пожизненный прием дорогостоящих гипотензивных препаратов или статинов - только на 25 - 35% и 25 - 42% соответственно. Поэтому наиболее актуальным представляется комплексный подход к профилактике заболеваний, связанных с курением, с учетом раннего выявления факторов риска и/или признаков этих болезней и применением мер по предупреждению или прекращению потребления табака. Профилактические меры должны быть дифференцированными в разных группах риска, и в этой глобальной работе по борьбе с табаком задача медработников первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) - информирование населения о вреде табака и помощь в предупреждении и прекращении курения, тем более что табачная зависимость официально признана нозологической формой в МКБ-10 как психическое и поведенческое расстройство, вызванные употреблением табака.

Порядком организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 сентября 2015 г. № 683н[10], определено то, что профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у граждан, в том числе несовершеннолетних, включают комплекс мероприятий таких как:

- мероприятий по гигиеническому просвещению, информационно-коммуникационных мероприятий по ведению здорового образа жизни, профилактике неинфекционных заболеваний и потребления наркотических средств психотропных веществ без назначения врача;
- выявление нарушений основных условий ведения здорового образа жизни, факторов риска развития неинфекционных заболеваний, включая риск пагубного потребления алкоголя, и риска потребления наркотических средств и

психотропных веществ без назначения врача, определение степени их выраженности и опасности для здоровья;

- оказание медицинских услуг по коррекции (устранению или снижению уровня) факторов риска развития неинфекционных заболеваний, профилактике осложнений неинфекционных заболеваний, включая направление пациентов по медицинским показаниям к врачам-специалистам;

- проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;

- проведение диспансерного наблюдения за больными неинфекционными заболеваниями, а также за гражданами с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 г. № 869н[11], одними из задач диспансеризации взрослого населения являются раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, факторов риска их развития и проведение профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития. Указанным Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения определены и диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний, среди которых и курение табака - ежедневное выкуривание по крайней мере одной сигареты и более (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.0).

В Методических рекомендациях по профилактике курения указывается на то, что задача медработников первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) это информирование населения о вреде табака и помощь в предупреждении и прекращении курения, что комплексный метод

профилактики и лечения табакокурения и профилактики заболеваний, связанных с курением, курящих и подвергающихся действию окружающего табачного дыма (выявление лиц – активно курящих, раннее выявление факторов риска развития болезней, связанных с курением, и формирование целевых групп для лечения табакокурения, оказание целенаправленной мотивационной поддержки по прекращению курения по стратегии краткого вмешательства, диагностика статуса курения, степени табачной зависимости, готовности отказаться от курения, предоставление дифференцированной помощи по отказу от курения - с учетом интенсивности курения, степени табачной зависимости и готовности отказаться от курения) реализуется прежде всего в условиях первичного звена здравоохранения на всех уровнях поликлинической помощи, и врачам 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.

В Методических рекомендациях по профилактике курения предлагается определять степень никотиновой зависимости при помощи балльного теста Фагестрема. Оценка степени никотиновой зависимости необходима как врачу, так и самому пациенту для правильного выбора тактики и метода отказа от курения.

Тест Фагестрема для оценки степени никотиновой зависимости

1. Вопрос: Как сразу, после того как Вы проснулись, Вы выкуриваете сигарету?

Ответ: В течение первых 5 мин. (3 балла)

В течение 6-30 мин. (2 балла)

В течение 30-60 мин. (1 балл)

Более чем 60 мин. (0 баллов)

2. Вопрос: Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?

Ответ: Да (1 балл)

Нет (0 баллов)

3. Вопрос: От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?

Ответ: Первая утром (1 балл)

Все остальные (0 баллов)

4. Вопрос: Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?

Ответ: 10 или меньше (0 баллов)

11-12 (1 балл)

21-30 (2 балла)

31 и более (3 балла).

5. Вопрос: Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, чем в течение последующего дня?

Ответ: Да (балл)

Нет (0 баллов)

6. Вопрос: Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?

Ответ: Да (1 балл)

Нет (0 баллов).

Степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов:

0 - 2 - очень слабая зависимость;

3 - 4 - слабая зависимость;

5 - средняя зависимость;

6 - 7 - высокая зависимость;

8 - 10 - очень высокая зависимость.

И предлагается определить степень мотивации отказа от курения с помощью двух простых вопросов (ответы в баллах):

Бросили бы вы курить, если бы это было легко?

- Определенно нет - 0

- Вероятнее всего, нет - 1

- Возможно, да - 2

- Вероятнее всего, да - 3

- Определенно, да - 4

Как сильно вы хотите бросить курить?

- Не хочу вообще - 0

- Слабое желание - 1

- В средней степени - 2

- Сильное желание - 3

- Однозначно хочу бросить курить - 4

Сумма баллов по отдельным вопросам определяет степень мотивации пациента к отказу от курения. Максимальное значение суммы баллов - 8, минимальное - 0.

Степень мотивации можно определить следующим образом:

1. Сумма баллов больше 6 - пациент имеет высокую мотивацию к отказу от курения и ему можно предложить лечебную программу с целью полного отказа от курения.

2. Сумма баллов от 4 до 6 - слабая мотивация. Пациенту можно предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации.

3. Сумма баллов ниже 3 означает отсутствие мотивации, и пациенту можно предложить программу снижения интенсивности курения.

Мотивационное консультирование врачом в условиях первичного звена здравоохранения представляет комплекс вопросов, которые врач обсуждает с курящим пациентом для повышения информированности относительно последствий его пагубной привычки и формирования у него готовности в отказе от курения.

Так, необходимо:

1. Обозначить причину отказа от курения (постараться подобрать для каждого пациента причину отказа от курения, привязывая ее к его здоровью, наличию факторов риска или других факторов, важных для него лично).

2. Обсудить с пациентом последствия курения (возникновение хронических болезней легких, сердечно-сосудистой системы, риск для здоровья

будущего ребенка, проблемы с эректильной функцией, преждевременное старение кожи).

3. Обсудить с пациентом преимущества отказа от курения в привязке с состоянием здоровья пациента и его личным мотивам, рассказать о пользе отказа от курения (улучшение самочувствия, восстановление функций дыхательной и сердечно-сосудистой системы, улучшение работоспособности и выносливости, улучшение состояния лица и цвета кожи, снижение риска преждевременного старения, хронических заболеваний).

4. Обсудить с пациентом препятствия для отказа от курения, объяснить, что большинство трудностей связаны с табачной зависимостью, которую возможно лечить (в основном называются следующие причины: боязнь синдрома отмены, боязнь стресса, боязнь набора веса, ощущение подавленности и депрессии, сознание утратить удовольствие от курения, боязнь неудачи, «ничего не будет, дед всю жизнь курил и дожил до 90 лет», «я могу бросить в любую минуту»).

5. Мотивационное консультирование повторяется при каждой встрече с пациентом, ему объясняется, что многие не сразу бросают курить.

В Методических рекомендациях по профилактике курения предлагается врачу-терапевту проводить активное и эффективное консультирование пациента. В чем же роль медицинской сестры.

В квалификационных характеристиках должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н[5] (далее также Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения) называются, кроме прочих, следующие должностные обязанности медицинской сестры участковой: организует амбулаторный прием врача-терапевта (педиатра) участкового, проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию обслуживаемого населения, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни, осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению

заболеваемости, выявлению ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организует и ведет занятия в школах здоровья. В связи с чем указывается, что медицинская сестра участковая должна знать, в том числе законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, основы лечебно-диагностического процесса, профилактики заболеваний, пропаганды здорового образа жизни. С учетом сказанного можно сделать вывод, что медицинская сестра должна иметь хорошую теоретическую подготовку по вопросам профилактики заболеваний и принципам здорового образа жизни.

В Методических рекомендациях по профилактике курения обращается внимание на то, что наиболее часто врачи (которым отводится основная роль в профилактическом консультировании) ссылаются на нехватку времени, хотя опыт показывает: чтобы посоветовать и поддержать пациента отказаться от курения, нужно не более 3 - 5 минут в рамках рутинной консультации.

Полагаем, что времени в рамках обычного осмотра врачом-терапевтом именно для красочного и интересного консультирования, которое действительно оказало бы воздействие на пациента и побудило его к отказу от курения, действительно нет. Именно здесь может пригодиться талант медицинской сестры в виде составления памяток и буклетов с советами по здоровому образу жизни, где будет использоваться информация медицинской литературы, информация, изложенная в названных рекомендациях, иных рекомендациях Министерства здравоохранения Российской Федерации, сведения официальных сайтов по интересующей теме (та же статистика) и т.д.

1.3. ПОНЯТИЕ ОБ АНТИТАБАЧНОЙ ПОЛИТИКЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В Методических рекомендациях по профилактике курения указано на то, что для разработки и реализации эффективной профилактики болезней, связанных с курением среди населения, необходимо комбинирование политических мер и индивидуальных и популяционных стратегий, а также

формирование приоритетов, направленных на управляемые факторы риска и важнейшее значение для профилактики возникновения и прогрессирования этих болезней имеет прекращение потребления табака, предупреждение закуривания и снижение риска пассивного курения. Своевременное выявление и предупреждение факторов риска, способствующих формированию болезни, в частности курения, требует широкого спектра мер с вовлечением различных секторов общества. 3 июня 2008 г. Российская Федерация присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с потреблением табака (принята в Женеве 21 мая 2003 года) и приступила к реализации основных положений Конвенции и осуществлению государственной политики против потребления табака на 2010 - 2015 годы, утвержденной в 2010 году[7]. В Конвенции предусмотрены такие меры, направленные на снижение спроса на табак, как ценовые и налоговые и неценовые, регулирование состава табачных изделий, требования к маркировке и упаковке табачных изделий, требования к просвещению населения и информированию населения, к рекламе и спонсорству.

В соответствии с данной Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе с потреблением табака в Российской Федерации принят Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (далее также Федеральный закон об охране от окружающего табачного дыма)[8], который становится правовой основой антитабачной политики и определяет основные понятия, принципы охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, полномочия органов власти в данной сфере, устанавливает запрет курения табака на отдельных территориях, требования к просвещению и информированию населения и т. д. Так статьей 4 указанного Федерального закона об охране от окружающего табачного дыма определено, что одними из основных принципов охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака являются:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;
- предупреждение заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности населения, связанных с воздействием окружающего табачного дыма и потреблением табака;
- приоритет охраны здоровья граждан перед интересами табачных организаций;
- информирование населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма.

В статье 15 Федерального закона об охране от окружающего табачного дыма определено, что в целях сокращения спроса на табак и табачные изделия, профилактики заболеваний, связанных с потреблением табака, формирования ответственного отношения к здоровью и отрицательного отношения к потреблению табака осуществляются просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма, которые включают в себя предоставление информации о преимуществах прекращения потребления табака, об отрицательных медицинских, демографических и социально-экономических последствиях потребления табака, о табачной промышленности. Просвещение населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма осуществляется в семье, в процессе воспитания и обучения в образовательных организациях, в медицинских организациях, а также работодателями на рабочих местах.

Результаты, достигнутые в сфере профилактики курения, отмечаются в Министерстве здравоохранения Российской Федерации. Согласно информации, размещенной на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации[14], по словам Министра здравоохранения Вероники Скворцовой, снижение потребления табака - одно из наиболее значимых направлений борьбы с неинфекционными заболеваниями, которому в нашей стране уделяется особое внимание. «Мы последовательно вводим меры по

охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака. Следует заметить, что активные антитабачные меры привели к тому, что в России впервые за последние 25 лет количество потребителей табака снизилось на 17%», - отметила Министр. По мнению Вероники Скворцовой, Федеральный закон № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», который начал действовать в 2013 году, приносит видимые результаты. Это подтверждают, в частности, результаты независимого мониторинга, озвученные в ходе круглого стола с участием представителей органов государственной власти и общественных организаций в МИА «Россия сегодня» 16 ноября. Мероприятие было посвящено промежуточным итогам государственной кампании по борьбе с табакокурением, а также итогам годовичного проекта по мониторингу соблюдения антитабачного законодательства в регионах Российской Федерации и перспективам акцизного налогообложения. Как отметил директор департамента общественного здоровья и коммуникаций Министерства здравоохранения Российской Федерации Олег Салагай, работы, опубликованные международными экспертами в 2015 году, говорят о том, что примерно 20% всей смертности в мире ассоциировано с потреблением табака и, если устранить этот фактор, то к ожидаемой продолжительности жизни, например, у мужчин в общемировом плане можно было бы добавить примерно 2,5 года. В России в целом наметилась устойчивая тенденция по снижению числа курильщиков. Так, сегодня в нашей стране курит 33% населения, в то время как до 2010 года этот показатель составлял более 40%. Ожидается, что к 2021 году курить будет около 30% населения страны. Большой отклик у населения нашло и мобильное приложение «Здесь не курят», представленное Минздравом весной этого года. Цель приложения – обеспечить россиян простым и быстрым способом отправлять заявления о фактах нарушений антитабачного закона. Обращения граждан поступают напрямую в Роспотребнадзор, Росздравнадзор, Госпожнадзор или прокуратуру, программа сама определяет нужную инстанцию, пользователю достаточно выбрать только

тему, которая его волнует. Приложение бесплатное, работает на iOS и Android. Чаще всего жители России жалуются на курение в кафе, ресторанах, барах и клубах. На втором месте – поезда дальнего следования и платформы пригородных поездов. Эффективность Федерального закона № 15-ФЗ доказывает не только тот факт, что, согласно социальным опросам, снижается количество тех, кто курит, но и снижение уровня производства табака. Снижаются даже такие показатели, как, например, продолжительность сцен курения в кинофильмах, молодежных сериалах. Хронометраж этих эпизодов также укоротился примерно в половину.

Сказанное в настоящей главе позволяет сделать следующие выводы. На сегодняшний день курение официально признается фактором риска ряда социально значимых болезней (а именно сердечно сосудистых заболеваний и хронической обструктивной болезни легких). Но в тоже время курение это единственный модифицируемый фактор риска. Борьба с курением требует принятия медицинских мер, направленных на активное выявление курящих, информирование населения о вреде табака и помощь в предупреждении и прекращении курения, также требуется принятие экономических и политических, информационных мер. Мотивационное консультирование должно способствовать усилению мотивации к отказу от курения. Особо хочется отметить, что одной из причин низкой мотивации бросить курить для предотвращения риска развития ХОБЛ является, то, что долгое время болезнь протекает без выраженных клинических проявлений, а курильщик даже при появлении «кашля курильщика», как его называют, не считает себя больным.

ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ КУРЕНИЯ

2.1. Собственное исследование

Нами проведено исследование о наличии знаний о вреде потребления табака, готовности отказаться от курения у обучающихся Медицинского колледжа Федерального государственного автономного образовательного учреждения «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (НИУ «БелГУ»).

Цель исследования: выявить степень готовности бросить курить, уровень знаний о курении, риск заболеваний легких.

Материал и методы исследования.

Для достижения цели был проведен анонимный опрос студентов в возрасте от 16 до 20 лет. Они были ознакомлены с целью опроса. Им была предложена анкета (Приложение 1) для изучения наличия знаний о вреде потребления табака, причин курения и готовности отказаться от курения. На каждый вопрос были предложены несколько вариантов ответа. Студенты должны были выбрать наиболее им близкий вариант ответа. В некоторых вопросах предлагалось при желании написать собственный вариант ответа. В опросе приняли участие 35 обучающихся: 3 юношей и 32 девушки.

Результаты и их обсуждение.

Из анкеты мы выяснили, что 14 респондентов на вопрос анкеты: «Курите ли Вы хотя бы изредка?» ответили утвердительно, следует, что 40% обучающихся отнесли себя к курящим, 60% обучающихся в данный момент не курит.

Из обучающихся, которые отнесли себя к курящим, на вопрос: «Сколько сигарет Вы выкуриваете в сутки?» 5 опрошенных ответили, что выкуривают 1-2 сигареты в сутки, что составляет 36%, столько же выкуривают 3-4 сигареты, 4 респондента ответили, что курят редко (очень редко): 28% (рис.1).

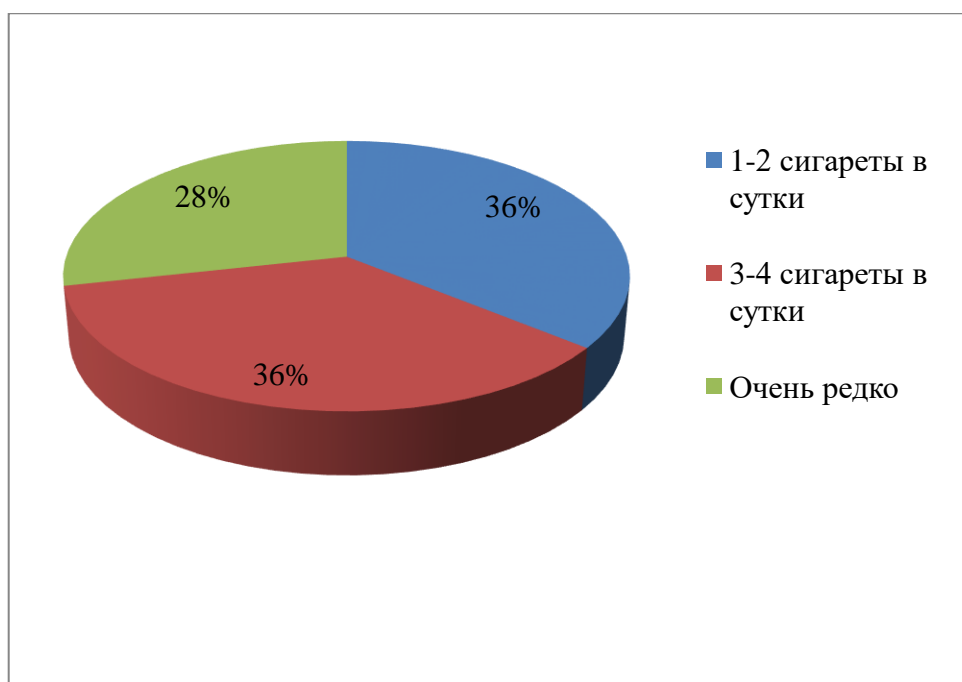


Рис. 1 Число выкуриваемых сигарет в сутки

Все 14 обучающихся начали курить в возрасте от 15 до 20 лет.

На вопрос анкеты: «Знаете ли вы, что такое пассивное курение?» 22 респондента ответили положительно, 10 ответили отрицательно, 3 затруднились ответить: 63% опрошенных знают, что такое пассивное курение, 29% опрошенных не знают, 8% затруднились ответить (рис. 2).

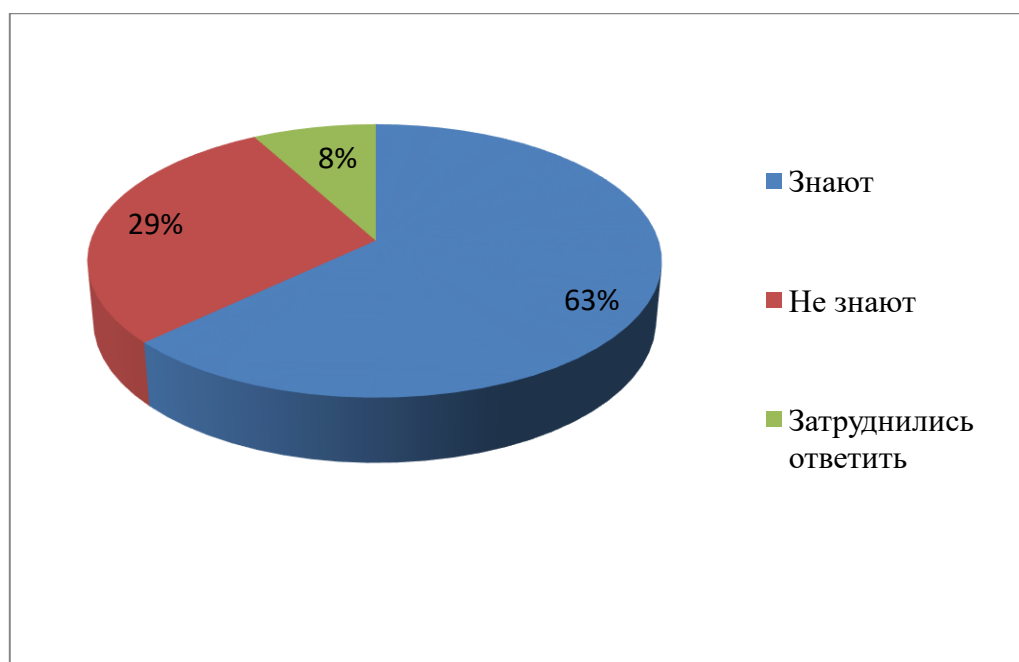


Рис. 2 Уровень знаний всех респондентов при ответе на вопрос «Знаете ли вы, что такое пассивное курение?»

Из 14 обучающихся, которые отнесли себя к курящим, на этот вопрос 72% (10 чел.) ответили положительно, 21% отрицательно (3 чел.), 7% (1чел.) затруднились ответить (рис. 3)

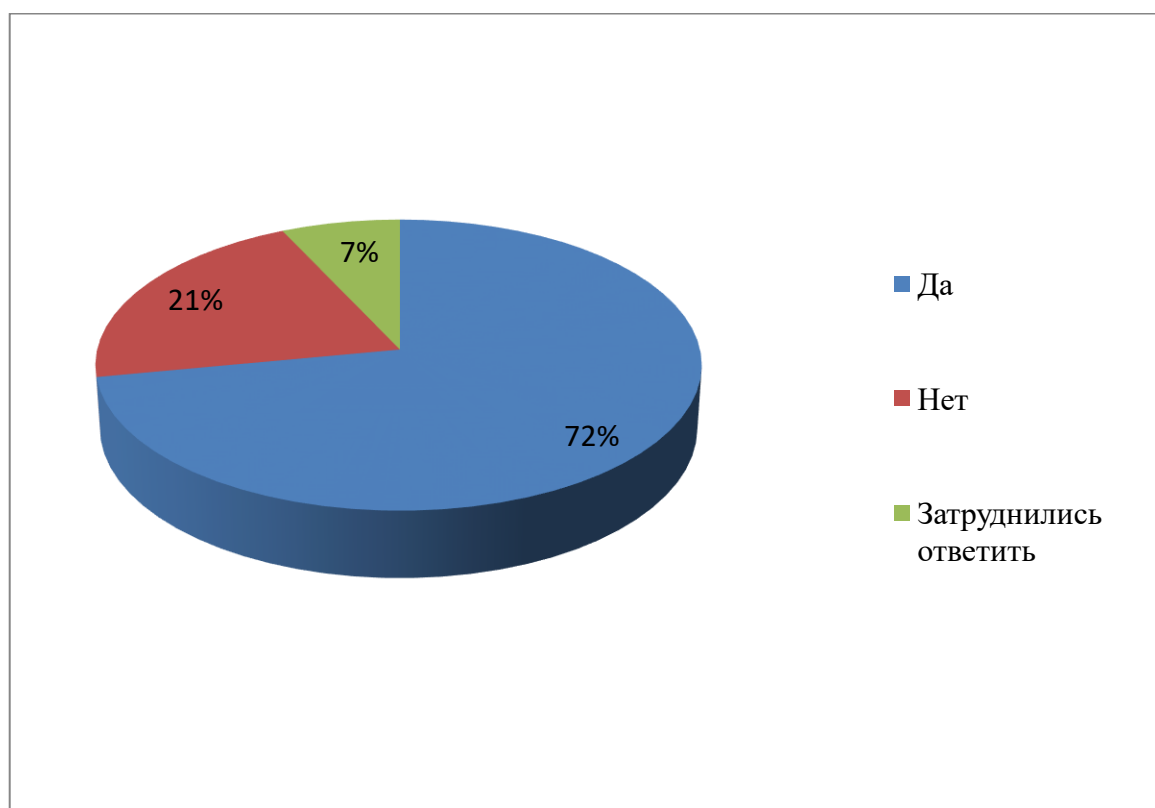


Рис. 3 Уровень знаний обучающихся, которые отнесли себя к курящим, при ответе на вопрос «Знаете ли вы, что такое пассивное курение?»

На вопрос анкеты: «Считаете ли Вы курение вредным?» выяснилось, что 83% (29 чел.) опрошенных считают, что курение очень сильно сказывается на репродуктивной сфере человека, дыхательной и сердечно-сосудистой системе, 3% (1 чел.) считают, что, наверное, курение вредное, но ничего конкретного сказать не могут, 14% (5 чел.) полагают, что это зависит от человека, кто-то курит всю жизнь и с ним все нормально (рис. 4).

Из 14 опрошенных, которые отнесли себя к курящим, 64% (9чел.) считают, что оно сильно сказывается, 7% (1 чел.) ответили: наверное, оно вредное, но ничего конкретного не могу сказать, 29% (4 чел.) считают, что это зависит от человека, кто-то курит всю жизнь и с ним все нормально.



Рис. 4 Ответы на вопрос «Считаете ли Вы курение вредным?»

На вопрос анкеты «Как Вы считаете курение детей до 13 лет, стоит ли запрещать и предупреждать?» все респонденты ответили утвердительно.

На вопрос анкеты: «Есть ли на Ваш взгляд положительные стороны курения?» 86% (30 чел.) обучающихся ответили, что их нет, 14% (5 чел.) обучающихся ответили, что они есть, но положительных сторон мало, никто не ответил, что есть много положительных сторон. Обучающиеся, которые отнесли себя к курящим, и обучающиеся, которые отнесли себя к некурящим, в большинстве своем на этот вопрос ответили отрицательно (рис. 5).

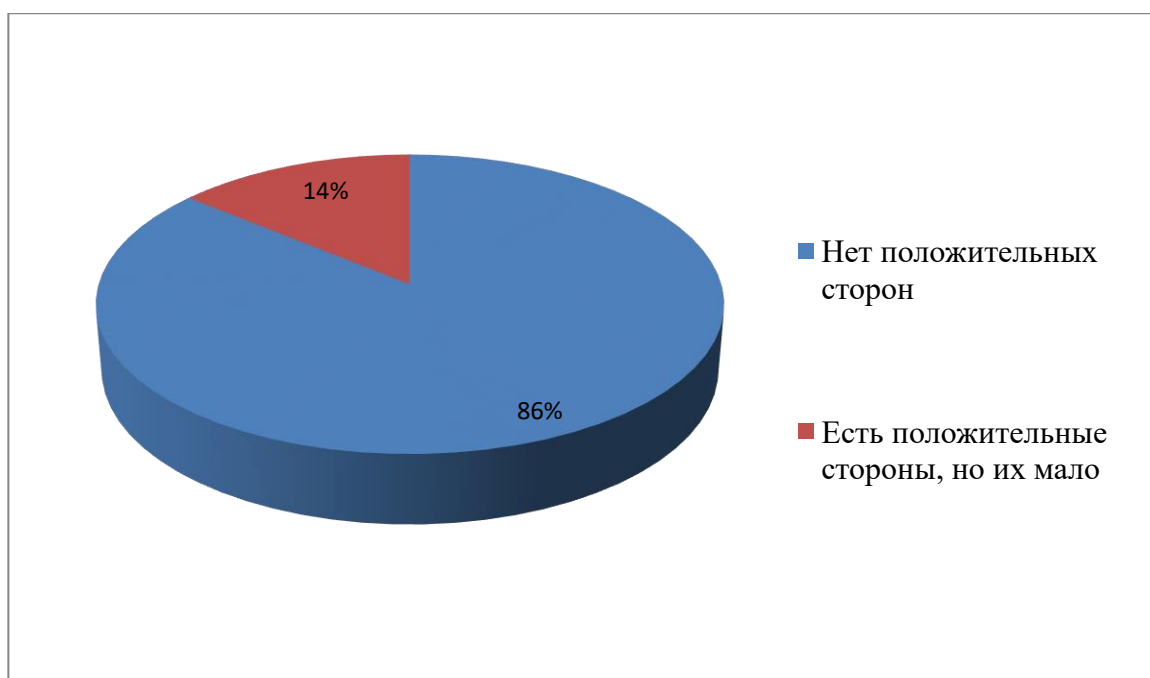


Рис. 5 Ответы обучающихся на вопрос, есть ли положительные стороны курения?

На вопрос анкеты: «Готовы ли Вы бросить курить?» из 14 обучающихся, которые отнесли себя к курящим, 79% (11 чел.) готовы бросить курить, 7% (1 чел.) не готовы бросить курить, 14% (2 чел.) затруднились ответить (рис. 6).

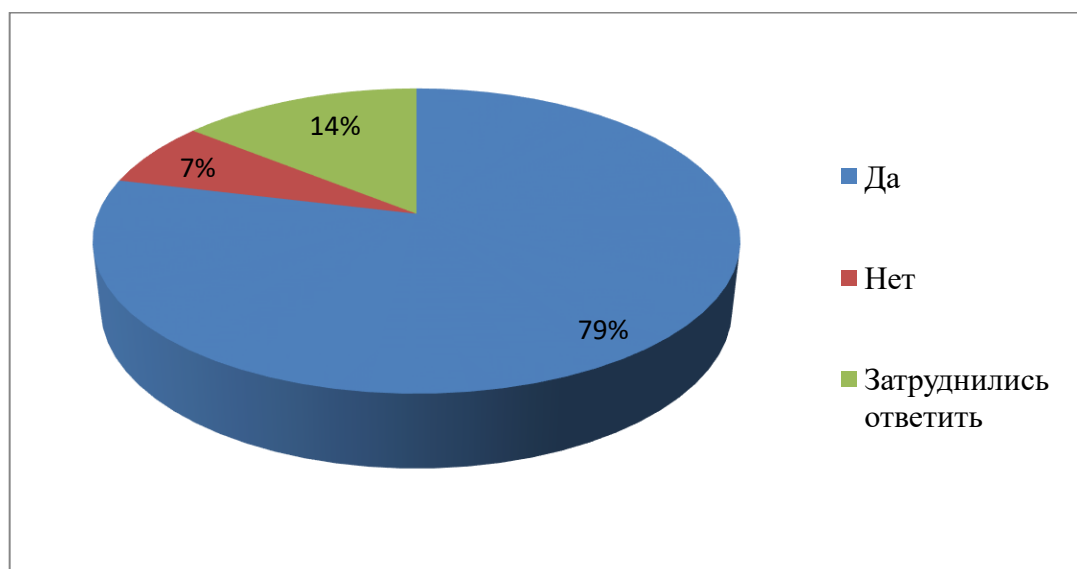


Рис. 6 Ответы на вопрос «Готовы ли Вы бросить курить?»

На вопрос анкеты: «Если Вы курите, имеются ли у Вас боль в горле, одышка, кашель...?» из 14 обучающихся, которые отнесли себя к курящим,

71% (10 чел.) не отмечают у себя боли в горле, одышки, кашля, тревожности и раздражительности, 29% (4 чел.) отмечают у себя такие признаки (рис. 7).

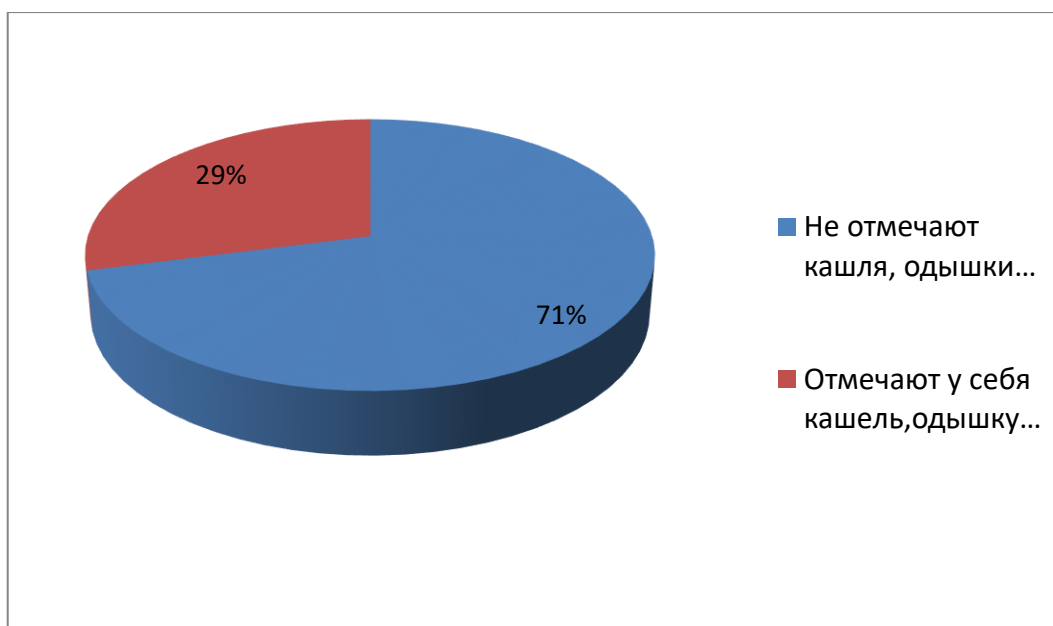


Рис. 7 Ответы обучающихся, которые отнесли себя к курящим, на вопрос, отмечают ли они у себя кашель, одышку?»

На вопрос анкеты: «Имеет ли смысл борьба с курением среди студентов?» 34% (12 чел.) анкетированных считают, что смысл есть, 49% (17 чел.) считают, что смысл есть, но маленький эффект, 17% (6 чел.) считают, что смысла нет (рис. 8).

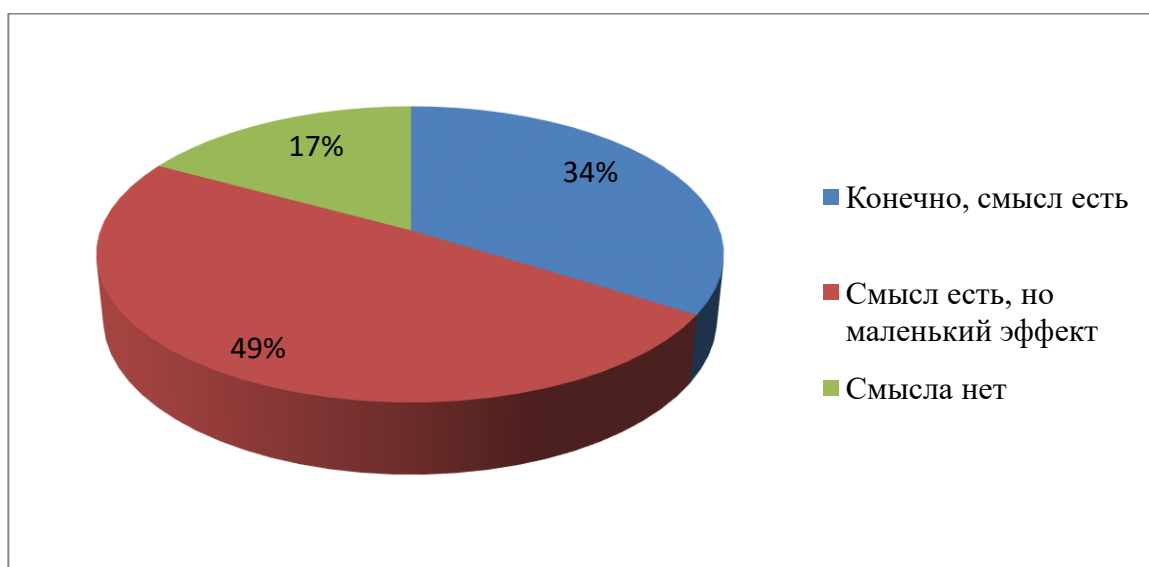


Рис. 8 Ответы обучающихся на вопрос: «Имеет ли смысл борьба с курением среди студентов?»

На вопрос анкеты: «В вашей семье болели родственники хроническими заболеваниями легких?» 8% (3 чел.) опрошенных ответили, что в их семье родственники болели хроническими заболеваниями, легких, 69% (24 чел.) не считают, что в их семье родственники болели хроническими заболеваниями легких, 23%(8 чел.) затруднились ответить (рис. 9).

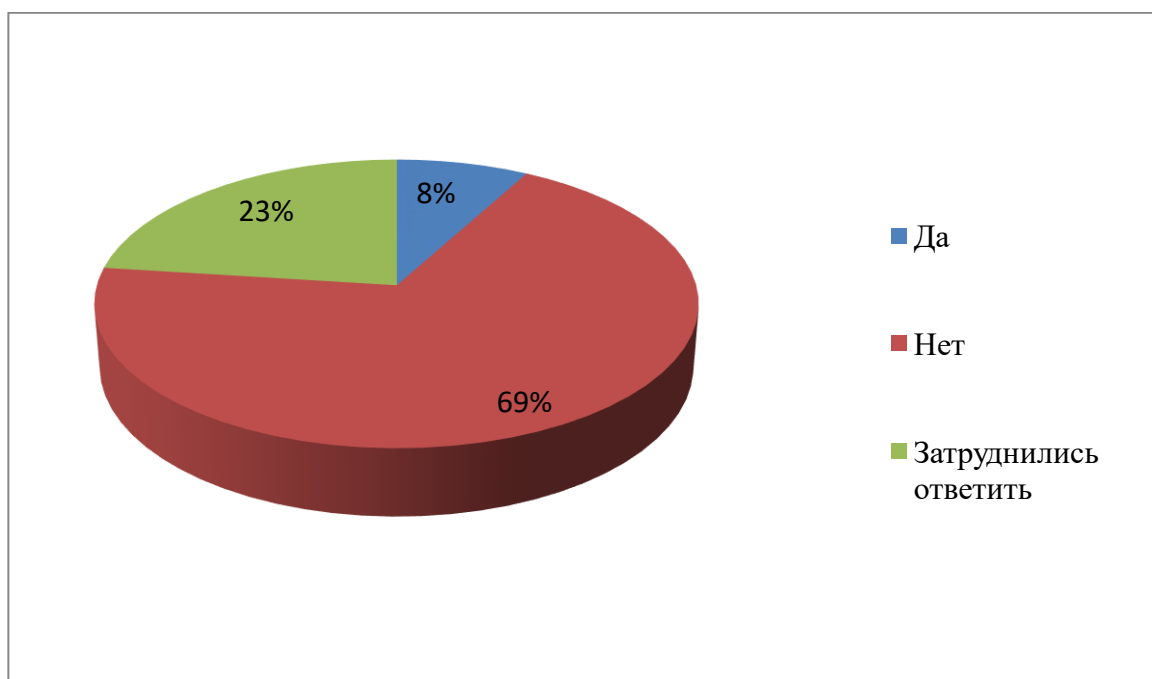


Рис. 9 Ответы обучающихся на вопрос, болели ли их родственники хроническими заболеваниями легких

Из 14 обучающихся, которые отнесли себя к курящим, 21% (3 чел.) опрошенных ответил, что в их семье родственники болели хроническими заболеваниями, легких, 58% (8 чел.) не считают, что в их семье родственники болели хроническими заболеваниями легких, 21% (3 чел.) затруднился ответить (рис. 10).

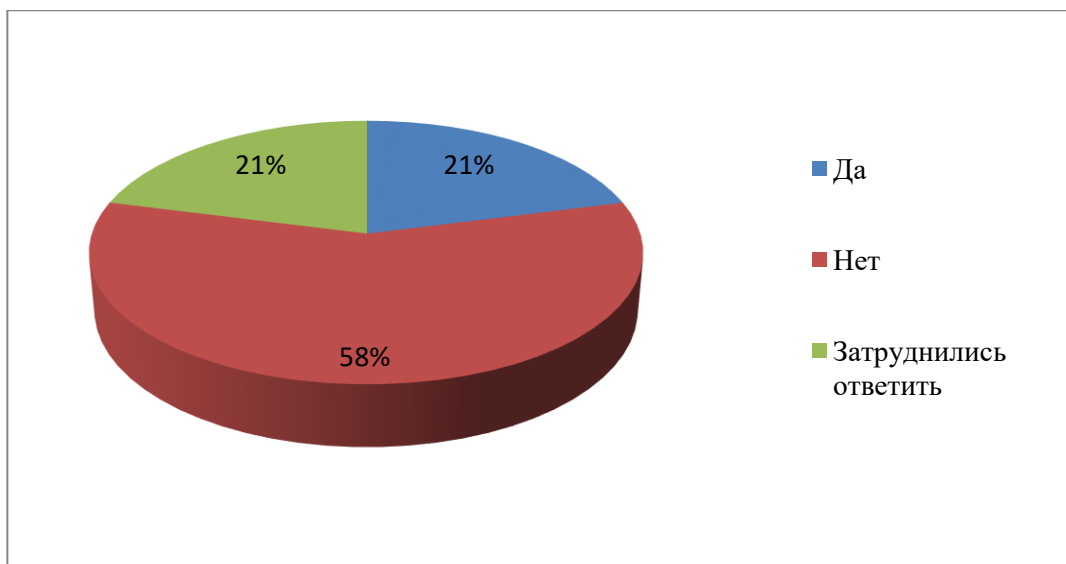


Рис. 10 Ответы обучающихся, которые отнесли себя к курящим, на вопрос, болели ли их родственники хроническими заболеваниями легких?

Вопрос анкеты: «После какой выкуренной сигареты в организме начинают накапливаться вредные вещества?» заставил задуматься анкетированных, так 6% (2 чел.) ответили, что вредные вещества начинают накапливаться после 300 пачек сигарет, но все же 51% (18 чел.) полагает, что они начинают накапливаться после первой выкуренной сигареты, и в то же время почти столько же опрошенных 43% (15 чел.) затруднились ответить (рис.11).

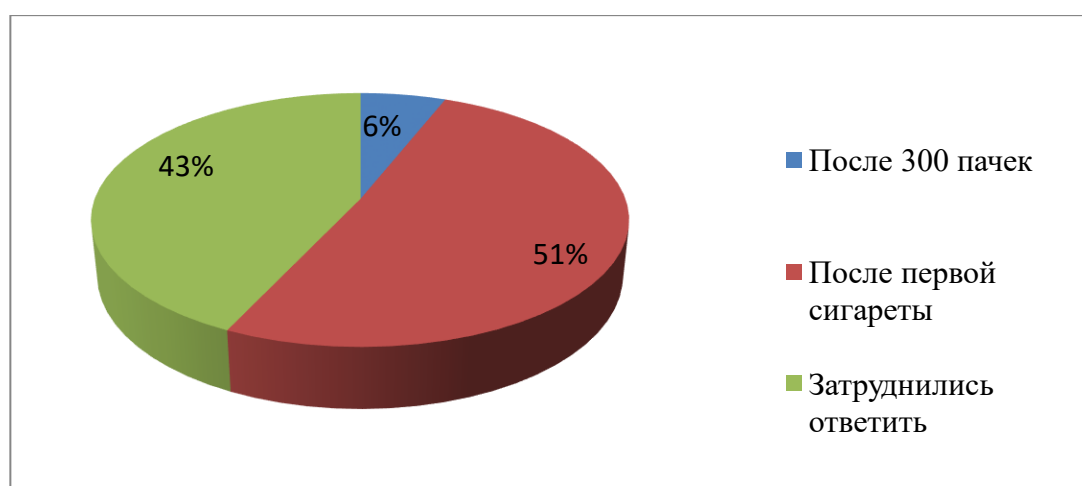


Рис. 11 Ответ на вопрос: «После какой выкуренной сигареты в организме начинают накапливаться вредные вещества?»

По результатам данного опроса можно сделать выводы:

- в целом обучающиеся понимают, что курение наносит вред: 83% опрошенных считают, что курение очень сильно сказывается на репродуктивной сфере человека, дыхательной и сердечно-сосудистой системе
- из обучающихся, которые отнесли себя к курящим, 29% считают, что это зависит от человека, кто-то курит всю жизнь и с ним все нормально. В действительности, такое мнение позволяет более пренебрежительно относиться к последствиям курения и чувствовать себя в относительной безопасности, следовательно, снижается мотивация к отказу от курения
- 37% опрошенных или не знают, что такое пассивное курение, или затруднились ответить, 43% затруднились ответить на вопрос: когда в организме начинают накапливаться вредные вещества
- большинство опрошенных, как курящих, так и не курящих, считают, что бороться с курением среди студентов имеет смысл
- обучающиеся, которые отнесли себя к курящим, в большинстве не находят у себя таких признаков как кашель, одышка, боль в горле, тревожность и раздражительность, а также большинство из них не имеют родственников, болеющих хроническими заболеваниями легких, большинство курящих 79% готовы бросить курить. Имея небольшой стаж курения и выкуривая от 1 до 4 сигарет в сутки, а то и ни одной, данные обучающиеся имеют низкий риск развития патологии легких на момент исследования

Указанные выводы дают нам основания утверждать, что у молодых людей, которые отнесли себя к курящим, еще низкая степень никотиновой зависимости и они готовы бросить курить. При этом они не в полной мере понимают реальный вред, возникающий при курении табака, потому что никаких признаков серьезной патологии легких у них еще нет, и многие не обладают достаточными знаниями о действительно агрессивном влиянии даже одной выкуренной сигареты. Вот именно в данной ситуации мотивационное консультирование медицинскими работниками молодых людей по вопросам курения и связи курения с развитием хронических заболеваний легких является

важным в профилактике развития данной патологии. Отсутствие сильной никотиновой зависимости должно сделать профилактику более успешной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование подтвердило актуальность выбранной темы. Снижение потребления табака признается одним из значимых направлений борьбы с неинфекционными заболеваниями и в России проводится антитабачная политика. Наиболее распространенной патологией при курении является хроническая обструктивная болезнь легких.

Наше исследование было проведено в соответствии с задачами дипломной работы.

В первой главе нашей работы был проведен теоретический анализ по проблеме развития хронической обструктивной болезни легких, изучена литература, касающаяся особенностей развития и этиологии хронической обструктивной болезни легких и ее профилактики, изучены источники для определения роли медицинских работников в профилактике потребления табака.

Хроническая обструктивная болезнь легких объединяет в себе хронический бронхит и эмфизему легких, определяется персистирующим ограничением скорости воздушного потока, связанным с выраженным хроническим воспалительным ответом легких на действие патогенных частиц. ХОБЛ не имеет ярко выраженной клинической картины в своем начале, в результате чего плохо диагностируется. Среди основных факторов риска ХОБЛ на первом месте называются курение (пассивное и активное), влияние различных поллютантов промышленно-производственного происхождения (в том числе «профессиональные вредности» и загрязнение атмосферного воздуха – газы, дым). При длительном раздражении воздухоносных путей указанными агентами начинается процесс развития и прогрессирования изменений в легких, приводящий к воспалению и нарушению вентиляции. В исследуемых источниках называются и другие факторы (патология носоглотки и хронические инфекции носоглотки, наследственная предрасположенность, климатические факторы и другие), но на первом месте авторами всегда

ставится курение и воздействие иных вредных агентов, помимо табачного дыма.

Эти положения доказывают то, что в настоящее время ХОБЛ определяется как заболевание, которое можно предупредить и лечить, о чем говорится в Федеральных клинических рекомендациях. Потому что, курение это то, что можно предотвратить, курение табака это модифицируемый фактор риска ряда неинфекционных заболеваний, в том числе и ХОБЛ. Употребление табака определено как медико-социальная проблема. В стране проводится антитабачная кампания, был принят Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», который стал правовой основой антитабачной политики в России, который предусматривает ряд экономических, медицинских, информационных и других мер. Медицинскими мерами должны быть меры, направленные на консультирование медицинскими работниками пациентов, населения о вреде курения, направленные на оказание помощи по отказу от курения.

Во второй главе дипломной работы было проведено исследование по проблеме табакокурения среди обучающихся Медицинского колледжа НИУ «БелГУ». Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы.

Проведенное нами исследование подтвердило то, что молодые люди, которые отнесли себя к курящим, в большинстве не находят у себя таких признаков как кашель, одышка, боль в горле, тревожность и раздражительность. Среди их родственников у большинства нет болеющих хроническими заболеваниями легких, обучающиеся имеют небольшой период курения, выкуривают от 1 до 4 сигарет в сутки, а то и ни одной. Таким образом, данные молодые люди имеют низкий риск развития патологии легких на момент исследования. Большинство курящих готовы бросить курить.

Изучив ряд источников, мы выяснили, что медицинским работникам принадлежит важная роль в профилактике табакокурения, медицинская сестра

должна иметь хорошую теоретическую подготовку по вопросам профилактики заболеваний и принципам здорового образа жизни.

Именно у молодых людей, которые имеют слабую никотиновую зависимость и готовы отказаться от курения, но позволяют пренебрежительно относиться к последствиям курения, необходимо мотивационное консультирование медицинскими работниками по вопросам курения и связи курения с развитием хронических заболеваний легких, которое является важным в профилактике развития хронической обструктивной болезни легких.

Мы выяснили, что ХОБЛ развивается медленно и прогрессирует постепенно, долгое время развивается без ярких клинических проявлений, при этом именно развитие ХОБЛ является наиболее распространенной патологией при курении. Поэтому у молодых людей, у которых низкая никотиновая зависимость и которые готовы бросить курить, профилактика развития ХОБЛ будет самой эффективной.

По итогам нашего исследования мы можем заключить, что поставленная цель достигнута, задачи решены, гипотеза доказана.

Проведенное исследование позволило нам сделать следующие **предложения:**

- Уделять больше внимания проведению информационных мероприятий медицинским персоналом среди обучающихся образовательных учреждений (которых объединяют возраст, низкая степень никотиновой зависимости в силу малого периода активного курения и небольшого числа выкуриваемых сигарет в сутки);

- Информационные мероприятия проводить с учетом особенностей отношения молодых людей к курению (не имеют никаких признаков серьезной патологии, не обладают достаточными знаниями о вреде курения, пренебрежительно относятся к последствиям курения и чувствуют себя в относительной безопасности);

- Информирование обучающихся проводить с представлением подтвержденных научных данных о вреде курения, проводить беседы об

этиологии, развитии, признаках заболеваний, демонстрировать видеофильмы, распространять буклеты и др.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Выступление Министра здравоохранения Российской Федерации на европейском совещании Всемирной организации здравоохранения для национальных руководителей и менеджеров по неинфекционным заболеваниям [Электронный ресурс] //Официальный сайт Минздрава России.- Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2017/06/09/5595-ministr-veronika-skvortsova-prinyala-uchastie-v-evropeyskom-soveschanii-voz-dlya-natsionalnyh-rukovoditeley-i-menedzherov-programm-po-niz>
2. Громнацкий Н.И. Руководство по внутренним болезням [Текст]: учебное пособие для студентов и врачей. – М.:Медицинское информационное агентство, 2005. – 812 с.
3. Емельянов, А.В. Актуальные вопросы лечения хронической болезни легких стабильного течения [Электронный ресурс] / А.В. Емельянов //РМЖ. - 2005. - № 21. – Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/obshchiestati/Aktualnyye_voprosy_lecheniya_hronicheskoy_obstruktivnoy_bolezni_legkih_stabilynogo_techeniya
4. Ефименко, Е.В., Ефремова, О.А., Ходош, Э.М. Диагностические признаки для вероятностной оценки риска обострений хронической обструктивной болезни легких [Текст] // Научные ведомостиБелГУ. Серия Медицина.Фармация. – 2016. - № 5 (226) выпуск 33.
5. Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения [электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения

и социального развития РФ от 23 июля 2010 № 541н: в ред. от 8 октября 2010 г.// Интернет-версия ИПО Гарант.- Режим доступа:

<http://ivo.garant.ru/#/document/12178397/paragraph/1:13>

6. Кузьмина, О.А., Афанасьев, Ю.И., Чурносков, М. И., Григорова, С.Ю. Критерии риска развития бронхитической формы хронической обструктивной болезни легких[Текст]// Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация. – 2013. - № 18 (161), выпуск 2.

7. Методические рекомендации «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения» [электронный ресурс]: письмо Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012 № 14-3/10/1-2817 // официальный сайт Минздрава России. Режим доступа:<https://www.rosminzdrav.ru/documents/6839-pismo-minzdravsotsrazvitiya-rossii-14%E2%88%923-10%E2%88%921-2817-ot-5-maya-2012-g>

8. Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака [электронный ресурс]: Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ: в ред. от 1 января 2017 г // Интернет-версия ИПО Гарант.- Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/70321478/paragraph/293:0>

9. Огороков, А. Н. Лечение болезней внутренних органов [Текст]:Практ. рук. в 3 т. Т. 1-2-е изд.,перераб. и доп.- МН.:Выш. шк.;Витебск:Белмедкнига, 1997. – 552 с.

10. Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа

жизни в медицинских организациях [электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 сентября 2015 № 683н: в ред. от 8 декабря 2015 г.//Интернет-версия ИПО Гарант.- Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/71260468/paragraph/1:8>

11. Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения [электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 №869н: в ред. от 1 января 2018 г. // Интернет-версия ИПО Гарант.- Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/71830314/paragraph/1:7>

12. Постникова, Л.Б., Доровской И.А., Костров В.А., Манюкова Э.Т., Долбин И.В., Курышева М.А.. Эпидемиологическая характеристика табакокурения и сравнительная оценка состояния респираторной системы у молодых мужчин[Электронный ресурс] / Л.Б. Постникова, И.А. Доровской, В.А. Костров [и др.]// Пульмонология.- 2016. - № 26. – Режим доступа: <https://journal.pulmonology.ru/pulm/article/view/672/59>

13. Руководство по пульмонологии[Текст]/под ред. Н. В. Путова, Г.Б. Федосеева. 2-е изд., перераб. и доп. Л.:Медицина, 1984. – 456 с.

14. Сведения по проблеме табакокурения [Электронный ресурс] // Официальный сайт Минздрава России.- Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/11/19/2650-mezhdunarodnyy-den-otkaza-ot-kureniya>

15. Справочник врача общей практики[Текст] /под ред Н.Р. Палеева.- М.:Эксмо-Пресс, 2001. В 2 томах. Т.1. 928 с.

16. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://pulmo.ru>
17. Чучалин, А.Г. Табакокурение и болезни органов дыхания [Электронный ресурс] / А.Г. Чучалин // РМЖ. - 2008. - № 22. - Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/bolezni_dykhatelnykh_putey/Tabakokurenije_i_bolezni_organov_dyhaniya/

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТА

Анкета по проблеме табакокурения

Данная анкета является полностью анонимной, поэтому убедительная просьба отмечать максимально правдивый из ответов

1. Ваш возраст:
 - До 18 лет (включительно)
 - Старше 18 лет
2. Пол:
 - Мужской
 - Женский
3. Курите ли Вы (хотя бы изредка)?
 - Да
 - Нет
4. Сколько сигарет вы выкуриваете за 1 сутки?
 - 1-2
 - 3-4
 - 6-10
 - 1 пачку
 - Свой ответ _____
5. С какого возраста Вы начали курить?
 - До 10 лет
 - С 10 до 15 лет
 - С 15 до 20 лет
 - После 20 лет
6. Отметьте мотивы, по которым, на Ваш взгляд, молодые люди начинают курить.
 - От нечего делать
 - За компанию
 - Успокаивает, снимает напряжение
 - Баловство
 - Модно
 - Любопытно
 - Хочется быть взрослым
 - Желание испытать новые непривычные ощущения
 - Поиск самоутверждения
 - Желание быть как все в окружении
 - Просто так
 - Свой вариант ответа _____
7. Знаете ли Вы, что такое пассивное курение.
 - Да
 - Нет
 - Затрудняюсь ответить
8. Если Вы курите, то ответьте, почему Вы курите (даже изредка), по вашему мнению.
 - Для самоутверждения

- За компанию
- Не могу бросить
- Из-за проблем в личной жизни (учебе), сигареты успокаивают
- Нравится курить
- Привычка, курю автоматически, не задумываясь
- Не знаю, просто так
- Курю, чтобы улучшить настроение
- Свой вариант ответа _____

9. Считаете ли Вы курение вредным (пожалуйста, ответьтеискренне, нам важно личное Ваше мнение, выберите любой (любые) наиболее близкий для Вас варианты ответа):

- Да, оно очень сильно сказывается на репродуктивной сфере человека, дыхательной и сердечно-сосудистой системе
- Нет, просто это привычка, не больше
- Наверное, оно вредное, но ничего конкретного не могу сказать
- Мне кажется, это зависит от человека, кто-то курит всю жизнь и с ним все нормально
- Затрудняюсь ответить

10. После какой выкуренной сигареты в организме начинают накапливаться вредные вещества?

- После 300 пачек
- После первой
- После 10-летнего стажа курения
- Затрудняюсь ответить

11. Если Вы курите, то ответьте, готовы ли Вы бросить курить?

- Да
- Нет

12. Как Вы считаете курение детей до 13 лет: стоит ли запрещать и предупреждать?

- Да
- Нет

13. Есть ли на ваш взгляд положительные стороны курения?

- Есть много положительных сторон
- Есть, но мало положительных сторон
- Их нет

14. Какие положительные стороны курения вы видите? _____

15.Имеет ли смысл борьба с курением среди студентов?

- Конечно смысл есть
- Смысл есть, но маленький эффект
- Смысла нет

16. Какие заболевания вызывает курение?

- Заболевания органов дыхания (бронхит, туберкулез, ХОБЛ)
- Заболевания сердечно-сосудистой системы
- Затрудняюсь ответить

17. Если вы курите, имеются ли у вас боль в горле, одышка, кашель, раздражительность, тревожность?

- Да
- Нет

18. В вашей семье болели родственники хроническими заболеваниями легких?

- Да
- Нет
- Затрудняюсь ответить

19. Курили Ваши родственники, болеющие заболеваниями органов дыхания?

- Да
- Нет
- Затрудняюсь ответить

20. Какие способы борьбы с курением вы считаете наиболее эффективными?

- Лекции, беседы
- Иглокалывание,
- Гипноз
- Занятие спортом
- Пример родителей
- Собственное желание бросить курить
- Свой вариант ответа _____

Спасибо!