

Получена: 27 марта 2019 / Принята: 03 июля 2019 / Опубликовано online: 30 августа 2019

УДК 614.253.5:616-084

МЕТОДЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ПАЦИЕНТАМИ, ИМЕЮЩИМИ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА (КУРЕНИЕ, АЛКОГОЛЬ): ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

**Александра В. Белятко¹, Насихат К. Нургалиева¹,
Гульмира А. Дербисалина¹, Шолпан К. Батарбекова¹**

¹ Кафедра общей врачебной практики №1, НАО «Медицинский Университет Астана»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан.

Резюме

Введение: Первое место среди факторов, определяющих здоровье человека, принадлежит здоровому образу жизни. Влияние вредных привычек на здоровье очень велико – они разрушают организм вследствие заболеваний, которые неизбежно развиваются у человека, который курит или употребляет алкоголь. Для сохранения и укрепления здоровья, высокой работоспособности и долголетия медицинские работники должны пропагандировать отказ от вредных привычек, формировать здоровый образ жизни и усилить меры по профилактике заболеваний. В связи с тем, что в последние годы в Республике Казахстан проводится реформирование сестринского дела, значительно возрастает роль медсестры в современной системе здравоохранения. Сегодня, в развитых странах медицинская сестра представляет населению максимально полную информацию о различных аспектах здоровья, помогает людям в формировании ответственного отношения к своему здоровью, проводит работу с пациентами, имеющими вредные привычки, содействует развитию навыков ЗОЖ. В Казахстане отсутствуют сестринские руководства по ведению пациентов с вредными привычками, следовательно, существует необходимость в их разработке.

Цель: проведение систематического поиска научной информации для изучения методов работы медицинских сестер с пациентами, имеющими поведенческие факторы риска (курение, употребление алкоголя) в зарубежных странах.

Стратегия поиска: был проведен анализ 53 англо- и русскоязычных публикаций из баз данных CochraneLibrary, PubMed, в электронных научных библиотеках, в национальном научном портале Республики Казахстан (наука.kz) за последние 18 лет, с апреля 2001 года по январь 2019 года. Критерии включения: публикации, в которых содержится информация о проблемах, связанных с курением и употреблением алкоголя, и методах работы медсестер с этими поведенческими факторами риска. Для поиска были использованы следующие поисковые запросы: «курение, алкоголь», «роль медсестры в пропаганде здорового образа жизни», «медсестра, вредные привычки», «сестринский уход, курение», «сестринский уход, алкоголь» «сестринские руководства, курение, алкоголь». Критерии исключения: публикации, которым более 20 лет, тезисы, абстракты, статьи со слабой доказательной базой.

Выводы: в настоящее время технологии сестринского ухода на ранних этапах формирования хронических заболеваний только начинают формироваться. Доказательством этому служит отсутствие сестринских руководств по ведению пациентов с поведенческими факторами риска. С целью предупреждения и снижения уровня заболеваемости среди населения, медицинская сестра должна активно проводить санитарно – просветительскую работу с населением, применяя индивидуальные и групповые беседы, лекции, памятки, брошюры, плакаты, мотивационное интервью, групповые игры, обучение, управление гневом, йогу, контроль веса, медитацию, обучение самоуверенности, ролевые игры. Образовательные программы должны предоставлять пациенту информацию о его заболевании, в том числе о причинах их появления, влиянии факторов риска, вредных привычек на их проявление.

Ключевые слова: курение, алкоголь, медсестра, сестринские руководства.

Abstract

WORKING METHODS OF MEDICAL SISTERS WITH PATIENTS WITH BEHAVIORAL RISK FACTORS (SMOKING, ALCOHOL): LITERATURE REVIEW

**Aleksandra V. Beljatko¹, Nasihat K. Nurgalieva¹,
Gul'mira A. Derbisalina¹, Sholpan K. Batarbekova¹**

¹ Department of General Practice №1, Astana medical university
Nur-Sultan, Republic of Kazakhstan.

Introduction: The first place among the factors that determine human health belongs to a healthy lifestyle. The impact of harmful effects of bad habits on health is very large - they destroy the body with the help of diseases that inevitably appear in a person who smokes or drinks alcohol. To promote health, high performance and longevity, health workers should promote the rejection of bad habits, form a healthy lifestyle and strengthen measures to prevent diseases. Due to the fact that in recent years there have been trends in the development of nursing care, the role of nurses in the modern health care system has significantly increased. Today, in developed countries, the nurse provides to people the most complete information about

various aspects of health, helps people in forming a responsible attitude to their health, changes bad habits and promotes the development of healthy lifestyles. In Kazakhstan there are no rules for patients with bad habits, therefore, there is no need for their development.

Purpose: Conduct a systematic search for scientific information to study the work practices of nurses with patients who have behavioral risk factors (smoking, alcohol use) in foreign countries.

Search strategy: an analysis of 53 English and Russian-language publications from CochraneLibrary, PubMed databases, in electronic scientific libraries, in the national scientific portal of the Republic of Kazakhstan (nauka.kz) for the last 18 years, with April 2001 to January 2019. Inclusion Criteria: Publications that contain information about problems associated with smoking and alcohol use, and how nurses work with these behavioral risk factors. The following searches were used for the search: "smoking, alcohol", "the role of a nurse in promoting healthy lifestyles", "nurse, addictions", "nursing care, smoking", "nursing care, alcohol" "nursing guides, smoking, alcohol". Exclusion criteria: publications older than 20 years, abstracts, abstracts, articles with a weak evidence base.

Findings: Currently, the technology of nursing care in the early stages of the formation of chronic diseases is just beginning to form. Proof of this is the lack of nursing guidelines for the management of patients with behavioral risk factors. In order to prevent and reduce morbidity among the population, a nurse should actively carry out sanitary and educational work with the population, using individual and group conversations, lectures, memos, brochures, posters, motivational interviews, group games, training, anger management, yoga, weight control, meditation, self-confidence training, role-playing. Educational programs should provide the patient with information about his illness, including the reasons for their occurrence, the influence of risk factors, bad habits on their manifestation.

Keywords: *smoking, alcohol, nurse, nursing guides.*

Түйіндеме

МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫҚ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРМЕН МЕЙІРБИКЕЛЕРДІҢ ЖҰМЫС ІСТЕУ ӘДІСТЕРІ (ШЕГІЗУ, АЛКОГОЛЬ): ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ

**Александра В. Белятко¹, Насихат К. Нургалиева¹,
Гульмира А. Дербисалина¹, Шолпан К. Батарбекова¹**

**№1 жалпы дәрігерлік тәжірибе кафедрасы, «Астана медицина университеті» АҚ,
Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы**

Кіріспе: адам денсаулығын анықтайтын факторлардың бірі салауатты өмір салты болып табылады. Зиянды әдеттердің денсаулыққа әсері өте үлкен – олар шылым шегетін немесе алкогольді ішетін адамда пайда болатын аурулар арқылы ағзаны бұзады. Денсаулықты нығайту, жоғары жұмыс қабілеттілігі мен ұзақ өмір сүру үшін медицина қызметкерлері зиянды әдеттерден бас тартуды насихаттап, салауатты өмір салтын қалыптастырып, аурулардың алдын алу шараларын күшейтуі тиіс. Соңғы жылдары мейірбикелік істің дамуы үрдісі байқалады, қазіргі заманғы денсаулық сақтау жүйесінде мейірбикенің рөлі айтарлықтай артады. Бүгін, дамыған елдерде медбике денсаулықтың түрлі аспектілері туралы толық ақпаратты адамдарға ұсынады, адамдарға өз денсаулығына жауапкершілікпен қарауды қалыптастыруға көмектеседі, зиянды әдеттерді өзгертеді және СӨС дағдыларын дамытуға жәрдемдеседі. Қазақстанда зиянды әдеттері бар науқастарды жүргізу бойынша мейірбикелік басшылық жоқ, демек оларды әзірлеу қажеттілігі бар.

Мақсат: шет елдерде мінез-құлықтық қауіп факторлары бар (темекі шегу, ішімдікті пайдалану) пациенттермен мейірбикелердің жұмыс әдістерін зерттеу үшін ғылыми ақпаратты жүйелі түрде іздеу жүргізу.

Іздеу стратегиясы: Cochrane Library, PubMed мәліметтер базасынан 53 ағылшын және орыс тілді басылымдарға талдау жасалды, электрондық ғылыми кітапханаларда, Қазақстан Республикасының Ұлттық ғылыми порталында (nauka.kz) соңғы 18 жылда, 2001 жылғы сәуірден бастап 2019 жылғы қаңтарға дейін. Қосылу критерийлері: темекі шегуге және алкогольді тұтынуға байланысты проблемалар туралы ақпаратты қамтитын басылымдар, сонымен қатар медбикелер осы мінез-құлық қауіп-қатер факторларымен қалай жұмыс істейді. «Темекі шегу, алкоголь», «Салауатты өмір салтын насихаттаудағы медбикенің рөлі», «Мейірбике, жаман әдеттер», «Мейірбике ісі, темекі шегу», «Мейірбике ісі, алкоголь», «Мейірбике ілестірушілері, темекі шегу, алкоголь» іздестіру үшін келесі іздеулер пайдаланылды. Ерекшелік критерийлері: 20 жылдан астам басылымдары, тезистер, абстрактар, дәлел базасы нашар мақалалар.

Қорытындылар: қазіргі уақытта созылмалы аурулардың ерте қалыптасу кезеңдерінде мейірбикелік күтім технологиясы әлі қалыптасуда. Бұған мінез-құлықтық қауіп факторлары бар пациенттерді жүргізу бойынша мейірбикелік басшылықтың болмауы дәлел болып табылады. Халық арасында сырқаттанушылықтың алдын алу және деңгейін төмендету мақсатында медбике жеке және топтық әңгімелесулерді, лекцияларды, жадынамаларды, брошюраларды, плакаттарды, уәждемелік сұхбаттарды, топтық ойындар, оқыту, ашуды басқару, йога, салмақты бақылау, медитация, өзін – өзі сенімділікті үйрету, рөлдік ойындар қолдана отырып, халықпен санитариялық-ағарту жұмыстарын белсенді жүргізуі тиіс. Білім беру бағдарламалары науқасқа оның ауру туралы, оның пайда болу себептері, қауіп факторлары мен жаман әдеттердің әсері туралы ақпарат беруі керек.

Түйінді сөздер: *темекі шегу, алкоголь, медбике, мейірбике басшылары.*

Библиографическая ссылка:

Белятко А.В., Нурғалиева Н.К., Дербисалина Г.А., Батарбекова Ш.К. Методы работы медицинских сестер с пациентами, имеющими поведенческие факторы риска (курение, алкоголь): обзор литературы // Наука и здравоохранение. 2019. 4 (Т.21). С. 60-71.

Beljatko A.V., Nurgaliev N.K., Derbisalina G.A., Batarbekova Sh.K. Working methods of medical sisters with patients with behavioral risk factors (smoking, alcohol): literature review. *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2019, (Vol.21) 4, pp. 60-71.

Белятко А.В., Нурғалиева Н.К., Дербисалина Г.А., Батарбекова Ш.К. Мінез-құлықтық қауіп факторлары бар пациенттермен мейірбикелердің жұмыс істеу әдістері (шегізу, алкоголь): әдебиеттік шолу // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2019. 4 (Т.21). Б. 60-71.

Введение

Вредные привычки очень сильно влияют на здоровье человека - они разрушают организм посредством болезней, которые неизбежно возникают у людей, если они зависимы от определенных наркотических веществ.

Необходимо обратить внимание на работу по профилактике заболеваний, на воспитание у населения ответственного отношения к собственному здоровью с использованием современных форм пропаганды здорового образа жизни. Различные функции медсестры требуют большого количества профессиональных навыков, поэтому сестринский персонал работает практически во всех областях здравоохранения [53].

Несмотря на то, что существует множество образовательных ресурсов, содержащих информацию о смертельном воздействии табачной и алкогольной зависимости, обществом игнорируется пропаганда отказа от вредных привычек. А ведь употребление табака и алкоголя является основной причиной предотвратимой смерти. Профилактика заболеваний имеет важнейшее значение для практики медсестер, и, как поставщики медицинских услуг, медсестры должны нести ответственность за обеспечение эффективных вмешательств по прекращению курения и употреблению алкоголя для населения [33].

Медицинские сестры могут многое сделать, чтобы помочь пациентам, чье здоровье и благополучие находится под угрозой из-за наличия у них вредных привычек.

Существует множество зарубежных сестринских руководств и информации об обучении и коротких вмешательствах, мотивационном интервьюировании, консультациях по изменению поведения в отношении здоровья и когнитивно-поведенческих методах. И эти источники необходимо адаптировать к условиям системы здравоохранения нашей страны [44].

Цель: проведение систематического поиска научной информации для изучения методов работы медицинских сестер с пациентами, имеющими поведенческие факторы риска (курение, употребление алкоголя) в зарубежных странах.

Стратегия поиска: поиск научных публикаций проводился в базах данных доказательной медицины (CochraneLibrary, PubMed), в электронных научных библиотеках, в национальном научном портале Республики Казахстан (наука.kz). Глубина поиска: 18 лет, с апреля 2001 года по январь 2019 года. В исследование включены только полнотекстовые

публикации на русском и английском языках, в которых описываются мероприятия, проводимые медицинскими сестрами в других странах, связанные с пропагандой отказа от курения и употребления алкоголя. Критерии включения: публикации, в которых содержится информация о проблемах, связанных с курением и употреблением алкоголя, и методах работы медсестер с этими поведенческими факторами риска. Для поиска были использованы следующие поисковые запросы: «курение, алкоголь», «роль медсестры в пропаганде здорового образа жизни», «медсестра, вредные привычки», «сестринский уход, курение», «сестринский уход, алкоголь» «сестринские руководства, курение, алкоголь». На начальном этапе поиска было найдено 2040 англоязычных и 2301 русскоязычных публикаций. После исключения повторяющихся публикаций и статьи, не соответствующих критериям включения, 53 публикации были выбраны в качестве аналитического материала статьи. Критериями исключения явились: публикации, которым более 20 лет, тезисы, абстракты, статьи со слабой доказательной базой. Статья представляет собой обзор литературных источников.

Результаты и их обсуждение

Табак способствует увеличению заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний (хроническая обструктивная болезнь легких, сердечно-сосудистые заболевания), которые развиваются намного раньше, если человек начал употреблять табак еще в подростковом возрасте. Алкоголь, в свою очередь, также оказывает отрицательное влияние на здоровье путем воздействия на организм этилового спирта, что приводит к возбуждению нервной системы, нарушениям в работе многих органов и систем организма [18].

Согласно статистическим данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), алкоголизм и курение ежегодно уносят 3,5 и 5 миллионов жизней, соответственно, что сравнимо с количеством пострадавших от автомобильных аварий и некоторых форм рака. В настоящее время ученые выступают за то, чтобы табачные изделия и алкогольные напитки были приравнены к тяжелым наркотикам, и чтобы в дальнейшем правительство запретило их употребление и оборот [2].

В 2014 году при поддержке МЗСР РК (Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан), методическом сопровождении Всемирной организации здравоохранения и Центра по контролю над заболеваниями (CDC) был проведен глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в

Республике Казахстан (GATS). Данный опрос показал, что распространенность курения табачных изделий на момент исследования составила 22,4% (2,8 миллиона человек): 42,4% мужчин и 4,5% женщин [5].

По данным VI Национального социологического исследования проведенного Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни (НЦПФЗОЖ) в 2015 году, было выявлено, что распространенность потребления алкогольных напитков в Казахстане составляет 24,2% [24].

По оценкам ВОЗ, курение – это один из основных факторов риска смертей, которые являются предотвратимыми. В шести из восьми главных причин смертности в мире, фактором риска является курение [7].

Очень важно понять, что курение это не просто вредная привычка. Человек, который курит, физиологически зависим от никотина и психологически зависим от самого процесса курения. Без серьезной мотивации невозможно преодолеть психологическую зависимость. Врачи говорят, что невозможно человека заставить бросить курить, если он этого не хочет [9].

Например, в западных странах в настоящее время курят 25-30% всего населения. Употребление табака является основной предотвратимой причиной смерти в Соединенных Штатах, на которую ежегодно приходится более 400 000 смертей. В США и Европе 70% всех курильщиков пытались бросить курить хотя бы один раз, но только около 6% из них смогли не вернуться к пагубной привычке [36].

Вне зависимости от пола, возраста, расовой и этнической принадлежности, табакокурение является фактором риска развития инсульта во всех группах населения. Следует помнить, что разрушение организма человека, который курит, происходит на клеточном уровне. Курение становится причиной развития диабета II типа, следовательно, значительно увеличивается вероятность возникновения инфаркта, а также других сердечно-сосудистых заболеваний [12].

Некоторые наблюдения показали, что алкоголь и табак усиливают негативное действие друг друга. [32].

Закроева А. с соавторами провели одномоментное исследование с целью анализа эпидемиологии тревожных и депрессивных расстройств, злоупотребления алкоголем, курения и их ассоциаций. Данное исследование включало 522 жителя села и 404 городских респондента и показало, что курение и злоупотребление алкоголем очень распространено как в сельской, так и в городской популяциях. Злоупотребление алкоголем было связано с низким уровнем образования и доходов. Курение, в свою очередь, чаще встречается среди сельского населения. Зачастую это малообразованные молодые люди, но чей доход является выше минимального [10].

В результате исследования Трубникова В. и его соавторов, проведенного в 2014 году в России, Оренбургской области, оценка курения позволила установить, что, как мужчины, так и женщины начинают курить рано. Также была выявлена высокая распространенность употребления алкоголя среди мужчин и женщин. В количественном отношении женщины употребляют алкоголь наравне с мужчинами [27].

Несмотря на широкое распространение поведенческих факторов риска во всем мире, изучив мнения самих пациентов о факторах риска здоровья, в большинстве ответов было указано курение, потребление алкоголя, качество питания, вредные факторы окружающей и рабочей среды. Можно сделать вывод, что, несмотря на осведомленность людей о вреде курения и алкоголя, они продолжают вести нездоровый образ жизни [29].

Такая высокая распространенность факторов риска сформировала высокую распространенность хронических неинфекционных заболеваний. Именно эти заболевания занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности населения Казахстана [25].

По статистическим данным ВОЗ, ежегодно хронические неинфекционные заболевания уносят 41 млн жизней, что составляет 71% всех случаев смерти в мире. Из них 17 млн человек умирают в раннем возрасте, не дожив до 70 лет. Хронические неинфекционные заболевания вызывают больше летальных исходов, чем все остальные причины вместе взятые. Казахстан входит в десятку стран с самым высоким риском мужской смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ), согласно отчету ВОЗ [13].

Правительство должно предпринимать определенные меры по борьбе с хроническими неинфекционными заболеваниями и поведенческими факторами риска, приводящими к их развитию, а именно: меры по борьбе с курением, употреблением алкоголя, по повышению физической активности граждан, а также обеспечению доступа к основным видам медицинской помощи. Опыт многих западных стран, таких как: Швейцария, Франция, Италия, Испания, Швеция и других, показывает, что усилия по изменению образа жизни населения значительно уменьшают влияние основных причин смерти и увеличивают продолжительность жизни населения, и эти усилия более чем оправдывают себя. Важнейшей задачей любого государства является формирование установки на здоровый образ жизни для всех, независимо от доходов, образования, а также территориальной локализации [8, 9, 23].

Вместе с тем, появление и развитие заболеваний и высокая смертность чаще всего обусловлены образом жизни человека. Именно образ жизни существенно снижает даже очень высокий, данный от рождения потенциал здоровья. Следовательно, можно сделать вывод, что уровень распространенности ХНИЗ напрямую будет зависеть от результатов борьбы за снижение потребления алкоголя и табака [20].

Larcevic M. с соавторами также отмечают, что почти все хронические заболевания относятся к группе предотвратимых заболеваний, потому что на их течение можно влиять и изменять посредством модификации и сокращения факторов риска. Профилактика хронических заболеваний является первоочередной задачей первичной медицинской помощи [41].

Согласно предварительной оценке ВОЗ, 80% смертей можно избежать, если прививать людям здоровый образ жизни, правильное питание, отказ от

поведенческих факторов риска, прежде всего – от курения и алкоголя. Важную роль в этом играют школы здоровья, которые, в свою очередь, эффективны и практичны в вопросах профилактики ХНИЗ. Школы здоровья значительно облегчают работу врачей поликлиник, беря на себя большую часть профилактической работы с населением [3].

Образовательные программы должны предоставлять пациенту информацию о заболевании (в том числе о причинах их появления, влиянии факторов риска, вредных привычек на их проявление). По этому принципу построены школы больных артериальной гипертензией, сахарным диабетом и другими заболеваниями, созданными на базе лечебных организаций. Подобные образовательные программы могут осуществляться как врачами, так и квалифицированными медицинскими сестрами [5].

Существует стратегия профилактики ХНИЗ, которая была разработана ВОЗ в рамках первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Она заключается в следующем: в воздействии на изменяемые факторы риска; скрининге на распространенные неинфекционные заболевания; использовании стандартных протоколов для диагностики, лечения, наблюдения, консультирования пациентов с распространенными ХНИЗ специалистами [15].

В Казахстане с 2013 года началась реализация Программы управления заболеваниями (ПУЗ) с целью усилить профилактику и борьбу с хроническими неинфекционными заболеваниями, повышения солидарной ответственности пациентов за свое здоровье, улучшения взаимодействия медицинского персонала и использования всех имеющихся ресурсов. Внедрение ПУЗ подразумевает создание мультидисциплинарной команды, которая будет находиться в постоянном контакте с участниками ПУЗ, обеспечивая постоянное наблюдение за ними [25].

Медицинская сестра входит в состав мультидисциплинарной команды наряду с другими специалистами. Однако, консультирование пациентов по отказу от курения и употребления алкоголя осуществляется специалистами службы ЗОЖ, социальными работниками, либо психологами, но не медицинской сестрой. В настоящее время технологии сестринского ухода на ранних этапах формирования ХНИЗ только начинают формироваться [19].

Следовательно, работа по предупреждению факторов риска развития хронических заболеваний в нашей стране на сегодняшний день, находится не на должном уровне, по сравнению с другими странами. Еще одним доказательством этому служит отсутствие сестринских руководств по ведению пациентов с поведенческими факторами риска. Таким образом, существует острая необходимость обратить внимание на подготовку и повышение квалификации медсестер по вопросам формирования здорового образа жизни среди населения [1].

Назарова С. с соавт. провели исследование в 2014 году, целью которого является определение места и роли сестринского персонала поликлинической службы в организации работы по реализации программы здорового образа жизни и разработке рекомендаций по

ее совершенствованию. По мнению пациентов о влиянии медсестер на общественное здоровье, пропаганде и внедрению здорового образа жизни можно сделать вывод, что медицинский персонал является одним из самых непопулярных источников информации о здоровом образе жизни. Это свидетельствует о не очень эффективной работе по пропаганде здорового образа жизни среди населения [21].

Хотя повсеместно спрос на средний медицинский персонал растет. Сестринская деятельность отныне стала одним из главных компонентов здравоохранения. Теперь сфера деятельности сестринского персонала заключается в предоставлении широкого спектра услуг в рамках ПМСП, а также медсестры чаще других медработников контактируют с пациентами во время госпитализации так как являются самой многочисленной группой поставщиков медицинских услуг. Они играют жизненно важную роль в укреплении здоровья пациентов и могут оказать существенное влияние на привычки своих пациентов [6, 33].

Систематический обзор, целью которого являлось определить влияние медсестер, работающих в качестве заместителей врачей первичной медицинской помощи, на исходы для пациентов показал, что медицинская помощь, оказываемая медсестрами, по сравнению с медицинской помощью, оказываемой врачами, вероятно, приводит к аналогичным или лучшим результатам в отношении здоровья пациентов: первичная медицинская помощь под руководством медсестры может привести к снижению смертности среди определенных групп пациентов, по сравнению с лечением под руководством врача; показатели артериального давления лучше; удовлетворенность пациентов выше; качество жизни может быть немного выше; консультации более продолжительны. Согласно выводам авторов, для некоторых текущих и неотложных физических жалоб и хронических состояний обученные медсестры, такие как практикующие медсестры и зарегистрированные медсестры, вероятно, обеспечивают такое же или, возможно, даже лучшее качество медицинской помощи по сравнению с врачами первичной медицинской помощи [42].

Медицинская сестра должна активно проводить санитарно – просветительскую работу с населением, применяя индивидуальные и групповые беседы, лекции, памятки, брошюры, плакаты и т. д. С поведенческими факторами риска (употребление алкоголя, курение) необходимо вести неустанную и решительную борьбу всеми доступными средствами: индивидуальными и групповыми беседами, лекциями, докладами, вечерами вопросов и ответов [28].

В настоящее время опубликован ряд зарубежных руководящих принципов, которые медсестры могут использоваться в качестве руководств к их клинической работе. Эти руководящие принципы отражают общее мнение экспертов. Они важны, потому что, аналогично другим медицинским работникам, медсестры часто сообщают о нехватке знаний и навыков в ежедневной практике, что не стоит недооценивать [44].

В Республике Казахстан начался процесс разработки клинических руководств по уходу за

больными. Были адаптированы первые четыре международных руководящих принципов клинической практики по артериальной гипертензии, сердечной недостаточности, сахарному диабету и астме. В течение ближайших нескольких лет планируется разработать 15 рекомендаций по уходу за больными в Республике Казахстан [39].

Однако, до сих пор отсутствует четкая тактика ведения пациентов с поведенческими факторами риска, что указывает на не очень эффективную работу по пропаганде ЗОЖ среди населения. Также, в настоящее время в Казахстане отсутствуют практические сестринские руководства по борьбе с вредными привычками (курение, употребление алкогольных напитков) [25].

Американская ассоциация медсестер утверждает, что обучение пациента и мероприятия по прекращению курения должны быть частью ежедневной практики медсестер. И сами медсестры считают, что это их обязанность рекомендовать и помогать пациентам бросить курить [33, 52].

Ведь медсестры хорошо осведомлены о вредных последствиях, связанных с употреблением табака (включая не только рак легких, но и болезни сердца, гипертонию, инсульт, эмфизему и другие респираторные заболевания), однако они не особенно активно выступают за меры по борьбе против курения, а также не проводят активных исследований по борьбе против табака [46].

Одного знания о вредных последствиях употребления табака недостаточно, о чем свидетельствует пристрастие самих медсестер к курению, не смотря на их знания о вреде курения. Часто медсестры отмечают, что самыми главными барьерами при проведении пропаганды отказа от пагубных привычек, являются: отсутствие времени, знаний, приемлемых способов связи и необходимых ресурсов, а также низкая заинтересованность самих пациентов [38, 49].

Высокая степень мотивации необходима для поддержания здоровья людей. Только высокомотивированные люди могут изменить свой образ жизни. Модификация образа жизни включают в себя ограничение потребления алкоголя и прекращение курения, снижение веса, регулярные физические упражнения, сокращение потребления соли, здоровое питание. Некоторым людям, употребляющим алкоголь или табак, даже рекомендуется проводить свободное время на религиозных мероприятиях, чтобы помочь им избавиться от вредных привычек [31].

Пассивное отношение людей к своему здоровью, незнание о факторах риска также способствует росту заболеваемости среди населения. Кондусова с соавторами провели исследование, целью которого было выявить отношение населения к факторам риска развития сахарного диабета и хронических неинфекционных заболеваний. В исследовании приняло участие 40 человек в возрасте от 18 до 75 лет. На основании анонимного опроса по вопросам подверженности факторам риска, было выявлено, что пациенты, как правило, удовлетворены своим здоровьем, хотя они не знают о контролируемых факторах, которые способствуют развитию хронических

заболеваний. Они не обращаются к врачам или медицинским сестрам, чтобы организовать свой здоровый образ жизни, и не знают, как избавиться от вредных привычек, которые способствуют развитию хронических заболеваний [16].

Пациент должен активно участвовать в процессе лечения. Для этого ему нужны определенные знания о своем заболевании, что достигается методами его обучения. Ведь многие недавние научные исследования, направленные на изучение факторов, которые повышают приверженность пациентов к врачебным советам, показали, что обучение пациентов является одним из основных методов, который увеличивает вероятность выполнения врачебных назначений пациентами. Роль медицинских сестер больше заключается в том, чтобы помогать им в планировании и поддержании здоровой жизни, чем контролировать процесс. Медицинская сестра должна начинать с установления доверительных отношений и взаимоуважения с пациентом. А повысить качество лечения заболеваний можно с помощью различных методов обучения - обеспечения пациента печатными материалами, регулярными телефонными контактами, групповыми занятиями (в школах) и т.д. [11, 22, 33].

Систематический обзор показал, что большинство людей способны бросить вредные привычки, если со стороны медицинских организаций проводятся следующие мероприятия: мотивационное интервью, групповые игры, обучение, управление гневом, йога, контроль веса, медитация, обучение самоуверенности, ролевые игры и профилактика рецидивов [35].

По мнению же самих пациентов (67,5%), проведение индивидуальных и групповых бесед с пациентами является эффективным методом при осуществлении сестринского ухода, а также имеет весомое значение в профилактике заболеваний, связанных с вредными привычками [26].

Так, Lindson-Hawley N с соавторами провели исследование с целью определить, способствует ли мотивационная беседа прекращению курения. По результатам исследования было установлено, что мотивационное интервью, как представляется, помогает большему количеству людей бросить курить, чем краткий совет или обычный уход, предоставляемый врачами. Более короткие мотивационные беседы (менее 20 минут на сеанс) были более эффективными, чем более длительные. Существует множество исследований, которые подтверждают эффективность мотивационных бесед с пациентом лицом к лицу (face-to-face) [43].

Еще одно исследование, проведенное Lancaster T. с соавторами, показало, что больше людей бросили вредные привычки, когда они получали индивидуальную консультацию. Более интенсивное консультирование: от 20 минут до 1 часа, так называемые сеансы когнитивно - поведенческой терапии, еженедельная поддержка, телефонные разговоры и посещения с обученным терапевтом или медсестрой оказались более эффективными мерами в борьбе с вредными привычками [40].

Из вышесказанного видно, что очень важно мотивировать пациентов преодолеть свои вредные

привычки, формировать здоровый образ жизни, изменить отношение и ценностные ориентации пациента, чтобы создать лучшие перспективы. Консультации пациентов могут проводиться врачом-специалистом или подготовленной медсестрой в поликлинике, стационаре или даже на дому (обученной медсестрой или удаленно - по телефону или через Интернет) [14].

Необходимо задать два вопроса до начала мероприятий по изменению поведения:

- 1) Вы хотите бросить?
- 2) Вы верите, что сможете?

Если ответ на оба вопроса «да», существует высокая вероятность того, что пациент успешно достигнет поставленной цели [33].

Пациенты, находящиеся на стационарном лечении более мотивированы к отказу от курения и алкоголя по двум причинам:

- 1) пациенты чувствуют уязвимость к заболеваниям, которые связаны с вредными привычками;
- 2) в бездымной окружающей среде больницы легче справиться с зависимостью [33].

Однако, в зависимости от ситуации, некоторые медсестры могут пересекаться с пациентом всего один раз, например, в первичной медицинской помощи. Для многих пьющих достаточно одного короткого совета для получения нужного эффекта. Однако и этого достаточно, для того чтобы в дальнейшем проследить прогресс. Пациенты, желающие бороться с алкогольной зависимостью, предпочитают контактировать с медработниками более одного раза, даже если это не дает быстрого результата [44].

Пациенты сотрудничают с медицинскими сестрами лучше, когда чувствуют себя в безопасной среде. Это является ключевым фактором при реализации стратегии изменения поведения и принятия мер по укреплению здоровья. Медсестра должна создать благоприятную и интересную среду для пациента, обсудить с ним запланированную дату отказа от алкоголя и сигарет, его стратегии для достижения цели. Без стратегического плана само обязательство по изменению поведения приведет к его невыполнению [33].

В Нидерландах медсестры обучают пациентов менять свой образ жизни с помощью веб-инструмента, мотивационного интервьюирования и различных техник во время сеансов раз в две недели:

- а) оценка текущего образа жизни с использованием метода светофора (здоровое поведение - зеленый цвет, нездоровое - красный);
- б) создание плана образа жизни с максимум тремя достижимыми целями образа жизни;
- с) регулярное обсуждение плана образа жизни [45].

В Америке шаги по минимизации потребления алкоголя подробно расписаны в протоколе для медсестер: проводят опрос об употреблении алкоголя (вопросы «количество-частота»); опрашивают пациентов по опроснику «CAGE»; оценивают и выявляют проблемы пациента; советуют определенные действия для сокращения потребления алкоголя; составляют план для мониторинга прогресса пациента [37].

Один из важных вариантов выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя - попросить

пациента пройти тест «AUDIT», разработанный ВОЗ. Это анкета, состоящая из 10 пунктов, помогает в определении статуса алкогольной зависимости. АУДИТ обладает более высокой чувствительностью и специфичностью, чем «CAGE» [44].

Что касается курения, в США основная цель сестринских руководств заключается в том, чтобы рекомендовать медсестрам использование эффективных консультаций и лекарств от табачной зависимости для пациентов, которые курят. Крайне важно, чтобы медработники постоянно определяли и документировали статус употребления табака. Они должны поощрять каждого пациента, желающего отказаться от пагубной привычки и предлагать каждому пациенту, который курит, по крайней мере, краткий курс лечения согласно протоколу. Индивидуальные, групповые и телефонные консультации эффективны, и их эффективность увеличивается с интенсивностью лечения. Два компонента консультации особенно эффективны:

- Практическое консультирование (решение проблем / обучение навыкам)
- Социальная поддержка в рамках лечения.

Многочисленные эффективные лекарства доступны для пациентов с табачной зависимостью, и медработники должны поощрять их использование всеми пациентами, которые пытаются бросить курить, кроме случаев, когда с медицинской точки зрения противопоказано данное лекарство. Сочетание консультирования и лекарств более эффективно, чем один из них. Телефонное консультирование по вопросам отказа от курения эффективно для различных групп населения и имеет широкий охват. Поэтому необходимо обеспечить каждому пациенту доступ к телефону доверия, который обеспечивает лечение от зависимости и изменение поведения. Если курильщик в настоящее время не желает бросить курить, медсестрам следует использовать мотивационные методы лечения [51].

В Австралии существуют следующие мероприятия по борьбе с вредными привычками для медицинских сестер:

- определяют наличие вредной привычки;
- выявляют риски;
- оценивают готовность человека к изменениям;
- применяют мотивационное интервьюирование - для создания понимания необходимости для перемен и поддержания готовности к переменам;
- предоставляют релевантную, понятную информацию, материалы для самопомощи, брошюры, видео или аудиозаписи;
- ставят актуальную и достижимую цель;
- развивают навыки для достижения целей (например, справляться с жадой, развивать чувство собственного достоинства, профилактика рецидивов для поддержания воздержания);
- наблюдают и мониторируют [30].

Подобная практика в работе медицинских сестер отсутствует в Казахстане, хотя мы потенциально могли бы применить опыт зарубежных стран в нашей стране.

В целом, курильщики и алкоголики недовольны наличием у них этой вредной привычки, однако склонны

наивно полагать, что можно легко остановиться и бросить пагубную привычку. Доступные в настоящее время вмешательства эффективны, но многие курильщики и лица, страдающие алкогольной зависимостью, не хотят участвовать в программах по модификации образа жизни. Медицинские сестры должны регулярно определять курильщиков и лиц с алкогольной зависимостью, оценивать их готовность отказаться от вредной привычки, направлять их и обеспечивать интенсивную поддержку. Пропаганда отказа от курения и алкоголя необходима и должна привести к увеличению числа пациентов, бросивших вредные привычки, следовательно, к снижению заболеваемости и смертности, связанных с ними [50].

Таким образом, качественные руководящие принципы клинической практики, синтезирующие научные данные являются важным инструментом для медицинских сестер [48].

Правильное использование наилучшей сестринской практики может трансформировать систему здравоохранения, улучшить здоровье и благосостояние общества и снизить общие расходы на здравоохранение. Тем не менее, по-прежнему существуют барьеры и проблемы в глобальном использовании передовой сестринской практики [47].

Исследования, проводимые ранее, подтверждают, что медицинские сестры готовы к расширению функций при осуществлении сестринского ухода. Стало очевидным, что новая модель сестринской службы определит значимость, роль и место медсестры в системе здравоохранения, пределы ее компетенции как специалиста новой формации. Таким образом, возникает необходимость изменить профессиональный статус медсестры [53].

Успешно решить имеющиеся проблемы пациентов можно только в том случае, если появится четко организованная совместная работа врача, медицинской сестры и самого пациента [17].

Обсуждение результатов

Целью данного исследования являлось проведение систематического поиска научной информации для изучения методов работы медицинских сестер с пациентами, имеющими поведенческие факторы риска (курение, употребление алкоголя) в разных странах.

Уровень хронической неинфекционной заболеваемости в значительной степени будет зависеть от результатов борьбы за снижение потребления алкоголя и табака. Поэтому модификация образа жизни является первоочередной задачей работников первичной медицинской помощи.

Исходя из того, что во всем мире возросла роль медицинских сестер в условиях интенсивного развития первичной медико-санитарной помощи, пропаганда здорового образа жизни, воспитание и формирование ответственного отношения к сохранению здоровья ложится на плечи медицинских сестер. Именно медсестры должны помогать пациентам понять и принять ответственность за собственное здоровье.

Обобщая данные литературного обзора, нами был сделан вывод о необходимости разработки и внедрения подобных сестринских руководств.

Было установлено, что разовые мероприятия или советы со стороны медицинских работников в целях пропаганды здорового образа жизни являются малоэффективными.

Медсестра должна активно участвовать в санитарно-просветительской работе, используя индивидуальные и групповые беседы, лекции, памятки, брошюры, настенные бюллетени, плакаты для стимулирования раннего обращения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями к семейному врачу, терапевту или кардиологу.

Также эффективными методами были признаны мотивационные интервью лицом к лицу (face-to-face), поддержка пациентов дистанционно (по телефону или с помощью сети Интернет). Таким образом, завязываются доверительные отношения и одновременно оцениваются потребности пациента в обучении.

Нужна постоянная пропаганда медицинских знаний, знаний по гигиене, формирование информационного поля и активное вовлечение людей в мероприятиях по ЗОЖ. Должна вестись систематическая работа по изменению отношения населения к здоровью и здоровому образу жизни.

Заключение

В доступной литературе существует множество публикаций по изучению методов работы медицинских сестер с пациентами, имеющими поведенческие факторы риска (курение, употребление алкоголя). Однако не было найдено ни одной публикации из Казахстана, что доказывает необходимость проведения исследований, посвященных данной проблематике.

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что существует множество эффективных методов осуществления санитарно-просветительской работы медицинскими сестрами. Распространенность вредных привычек возможно снизить при условии четко организованной работы сестринского персонала.

Наконец, медсестры должны развивать свое видение и расширять круг своих обязанностей, помогая не только справляться с имеющимися заболеваниями, но и предотвращать их появление.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, а также, что ни одна часть данной статьи не была опубликована в открытой печати и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Авторы не получали никакого финансирования для проведения исследования.

Литература:

1. Адылова З., Адылова Н. Анализ деятельности среднего медперсонала пропагандирующего здоровый образ жизни // Сборники конференций НИЦ социосфера. 2016. №23. С.31-33.
2. Алкоголь и табак признаны самыми опасными наркотиками. Tengri News. 2018. (<https://tengrinews.kz/medicine/alkogol-i-tabak-priznanyi-samyimi-opasnyimi-narkotikami-344138>). (Дата обращения - 04.02.2019)
3. Брылева О. Роль медсестры кардиологического отделения стационара в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний // Медицинская сестра.-2013. №3. С.17-20.

4. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака республика Казахстан // Страновой отчет. 2014 (https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_kazakhstan_country_report_russian_2014.pdf). (Дата обращения – 22.02.2019).
5. Данилов Д. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. №2. С.4-12.
6. Двойников С., Кузнецов В. Медицинская сестра общей практике: проблемы и перспективы // Медицинская сестра. 2002. № 5. С.39–41.
7. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии 2008 г. -ВОЗ. Женева. -2012. С.14.
8. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2010 г. ВОЗ. -2013. С.7.
9. Дутов С.Ю., Османов Э.М. Курение как вредная привычка и его профилактика средствами физической культуры // Вестник Тамбовского университета. 2009. №9(77). С.306-310.
10. Закроева А., Андриянова О., Солодовников А. Сравнительное исследование показателей психического здоровья и их ассоциаций с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в сельской и городской популяциях // Уральский медицинский журнал. 2009. №2 (56). С.83-93.
11. Иргашев Ш. Б. Формирование здорового образа жизни или санитарно - просветительная работа // Организация и управление здравоохранением. 2010. № 1. С.43-48.
12. Каерова Е., Журавская Н., Матвеева Л., Шестёра А. Анализ основных факторов риска развития инсульта // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 6. С.133.
13. Казахстан вошёл в десятку стран с высоким риском смерти от неинфекционных заболеваний. Inform Бюро. 2018. (<https://informburo.kz/novosti/kazakhstan-voshyol-v-desyatku-stran-s-vysokim-riskom-smerti-ot-neinfekcionnyh-zabolevaniy>). (Дата обращения – 25.02.2019)
14. Калягин А., Иманова Н. Организация школ для больных хронической сердечной недостаточностью // Альманах сестринского дела. 2009. №2. С.22-28.
15. Кобякова О., Старовойтова Е., Куликов Е., Кириллова Н., Деев И., Бойков В., Ларичева О., Чаторова Ю. и др. Модель посетителя центров здоровья томской области и распространенность основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди посетителей центров здоровья // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. №1. С.16-19.
16. Кондусова Ю., Крючкова А., Анучина Н., Карпунин Г., Семьнина Н., Полетаева И. Особенности отношения населения к факторам риска развития сахарного диабета и хронических неинфекционных заболеваний // Научный альманах. 2016. №6-2(19). С.362-365.
17. Лантева Е., Петров В. Артериальная гипертензия: принципы диагностики, лечения, сестринского ухода // Медицинская сестра. 2007. №5. С.12-15.
18. Лобжанидзе Б., Луговская А. Вредные привычки и их влияние на состояние сердечно-сосудистой системы // Приоритетные научные направления: от теории к практике. 2014. №14. С.57-63.
19. Мамедов М. Метаболический синдром – больше, чем сочетание факторов риска: принципы диагностики и лечения // Пособие для врачей. – Москва. 2006. С.48.
20. Миллер М. Неинфекционная заболеваемость населения как угроза демографического развития // Актуальные вопросы экономических наук. 2009. №6(2). С.96-101.
21. Назарова С., Хасанова М., Абдупаттаева К., Миркаримова М. Роль медицинских сестёр первичного звена при внедрении здорового образа жизни среди населения // Молодой ученый. 2014. №5. С.151-153.
22. Назмеева Г. Социальные работники в пропаганде здорового образа жизни // Современные наукоемкие технологии. 2005. № 4. С.96-97.
23. Новоселова Е. Основные факторы продолжительности жизни жителей мегаполиса (на примере Москвы) // Вестник Московского университет. 2016. №2. С.176-200.
24. Официальный сайт Министерства Здравоохранения Республики Казахстан. (<http://www.mz.gov.kz>). (Дата обращения – 12.03.2019)
25. Паспорт программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями (ПУЗ). РГП «Республиканский центр развития здравоохранения». Астана.-2016.
26. Танатаров С., Жарыкбасова Ф. Внедрение эффективного управления в сестринском уходе за пациентами с алкогольной зависимостью // Journal of health development. 2018. №2(27). С.128-130.
27. Трубников В., Бегун Д., Борщук Е. Оценка распространённости поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний // Современные проблемы науки и образования. 2014. №3. С.539.
28. Чуваков Г., Петров В. Сестринский уход при хронической сердечной недостаточности // Медицинская сестра. 2007. №5. С.9-11.
29. Шарафутдинова Н., Потапов С., Шарафутдинов М. Результаты социологического исследования образа жизни пациентов, обратившихся в первичный онкологический кабинет // Фундаментальные исследования. 2015. №1(9). С.1966-1969.
30. Alcohol, tobacco and other drugs Guidelines for Nurses and Midwives/ Clinical Guidelines. 2003. С. 5-6.
31. Ayodapo A.O., Olukokun T.A. Lifestyle counselling and behavioural change: role among adult hypertensives in a rural tertiary institution. South African Family Practice. 2019. С.10.
32. Charakida M., Georgiopoulos G., Dangardt F., Chiesa S., Hughes A., Rapala A., Smith G., Lawlor D., Finer N., Deanfield J. Early vascular damage from smoking and alcohol in teenage years: the ALSPAC study // European Heart Journal. 2019. 40:345–353.
33. Cheryl E. Gies. Evaluating Effectiveness of an Inpatient Nurse-directed Smoking Cessation Program in a Small Community Hospital. Medical College of Ohio. 2005. 84-85.

34. Chung-Yan C., Kai-Chow C., Ka-Ming H. Effectiveness of nurse-led patient-centered care behavioral risk modification on secondary prevention of coronary heart disease: A systematic review // *International journal of nursing studies*. 2018. 84:28-39.
35. Fanshawe TR., Halliwell W., Lindson N., Aveyard P., Livingstone-Banks J., Hartmann-Boyce J. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. -2017. -11. C. 49.
36. Giovanni G. Nicotine Addiction: Prevention, Health Effects and Treatment Options. New York. Nova Biomedical. 2012.
37. Helping patients with alcohol problems. A health practitioner's guide. 2003. C.22.
38. Holehouse R. Implementing smoking cessation interventions in community mental health settings : exploring nurses' readiness to change, perceived barriers and overall perceptions using a mixed methods design. University of British Columbia. 2007. Стр?
39. Kivinen E., Lehto S., Heikkilä J. Evidence-based nursing clinical guidelines to ensure the quality and safety of nursing practices. The process of developing guidelines in the republic of Kazakhstan // *Journal of health development*. 2018. 2(27):10-14
40. Lancaster T., Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017. 3. C.10-15
41. Lapcevic M., Vukovic M. Risk factors for chronic noncontiguous diseases: twelve-week prospective study // *Serpski arhiv za celokupno lekarstvo*. 2004. 132(11-12):414-420
42. Laurant M., Biezen M., Wijers N., Watananirun K., Kontopantelis E., Vught A. Nurses as substitutes for doctors in primary care // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018. C.2-24.
43. Lindson-Hawley N., Thompson TP., Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015. C.1-76.
44. Littlejohn C. Holloway A. Nursing interventions for preventing alcohol-related harm // *British Journal of Nursing*. 2008. 17(1):53-59.
45. Looijman A., Jörg F., Bruggeman R., Schoevers R., Corpeleijn E. Design of the Lifestyle Interventions for severe mentally ill Outpatients in the Netherlands (LION) trial; a cluster randomised controlled study of a multidimensional web tool intervention to improve cardiometabolic health in patients with severe mental illness // *BMC Psychiatry*. 2017. 17(1):107.
46. Osmon H.E. Letter to TC Harris and Others: Attached is the Updated Overview of Anti-Smoking Organizations. Legacy Tobacco Documents Library. 2001. (<https://www.industrydocuments.ucsf.edu/tobacco/docs/#id=jtmj0084>). (Дата обращения – 15.03.2019).
47. Primeau M.S. The role of nurses in ensuring quality and safety of medical care. Advanced practice nurses: delivering quality and cost-effective health care // *Journal of health development*. 2018. 2(27):44-48
48. Qaseem A., Forland F., Macbeth F., Ollenschlager G. Guidelines International Network: Toward international standards for clinical practice guidelines // *Annals of internal Medicine*. 2012. 156(7):525-531.
49. Sonmez CI., Aydin LY., Turker Y., Baltaci D., Dikici S., Sariguzel YC., Alasan F., Deler MH., Karacam MS., Demir M. Comparison of smoking habits, knowledge, attitudes and tobacco control interventions between primary care physicians and nurses // *Tobacco Induced Diseases*. 2015. 13:37.
50. Sutherland G. Current approaches to the management of smoking cessation // *Drugs*. 2002. 62:53-61.
51. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. 2008. C. 37-60.
52. West R., McEwen A., Bolling K., Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up // *Addiction*. 2001. 96(6):891-902.
53. Zainutdinova I. Nursing care developing perspective // *Journal of health development*. 2018. 2(27):20-22.

References:

1. Adylova Z., Adylova N. Analiz deyatel'nosti srednego medpersonala propagandiruyushchego zdorovyi obraz zhizni. [Analysis of the activities of nursing staff promoting healthy lifestyles]. *Sborniki konferentsii NITs sotsiosfera*. [Conference collections SRC sociosphere]. 2016. №23. P. 31-33. [in Russian].
2. Alkogol' i tabak priznany samymi opasnymi narkotikami. [Alcohol and tobacco are recognized as the most dangerous drugs.]. *Tengri News*. 2018. (<https://tengrinews.kz/medicine/alkogol-i-tabak-priznanyi-samyimi-opasnymi-narkotikami-344138>). [in Russian]. (accessed 04.02.2019)
3. Bryleva O. Rol' medsestry kardiologicheskogo otdeleniya statsionara v profilaktike i lechenii serdechno-sosudistyykh zabolevaniy. [The role of the nurse of the cardiology department of the hospital in the prevention and treatment of cardiovascular diseases]. *Meditsinskaya sestra*. [Nurse]. 2013. №3. P. 17-20. [in Russian].
4. Global'nyi opros vzroslogo naseleniya o potreblenii tabaka respublika Kazakhstan. [Global survey of the adult population on tobacco consumption in the Republic of Kazakhstan]. *Stranovoi otchet*. [Country Report]. 2014 (https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_kazakhstan_country_report_russian_2014.pdf). [in Russian]. (accessed 22.02.2019)
5. Danilov D. Terapevticheskoe sotrudnichestvo (komplains): sodержanie ponyatiya, mekhanizmy formirovaniya i metody optimizatsii. [Therapeutic cooperation (compliance): concept content, formation mechanisms and optimization methods]. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika*. [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]. 2014. №2. P. 4-12. [in Russian].
6. Dvoinikov S., Kuznetsov V. Meditsinskaya sestra obshchei praktike: problemy i perspektivy. [Nurse general practice: problems and prospects]. *Meditsinskaya sestra*. [Nurse]. 2002. № 5. P. 39–41. [in Russian].
7. Doklad VOZ o global'noi tabachnoi epidemii 2008 g. [World Health Organization report on the global tobacco epidemic 2008]. VOZ. Zheneva. 2012. P.14. [in Russian].
8. Doklad o situatsii v oblasti neinfektsionnykh zabolevaniy v mire 2010 g. [Report on the situation in the field of noncommunicable diseases in the world 2010]. VOZ. 2013. P.7. [in Russian].

9. Dutov S. Yu., Osmanov E. M. Kurenie kak vrednaya privychka i ego profilaktika sredstvami fizicheskoi kul'tury. [Smoking as a bad habit and its prevention by means of physical culture]. *Vestnik Tambovskogo universiteta*. [Bulletin of the University of Tambov]. 2009. №9(77). P. 306-310. [in Russian].
10. Zakroeva A., Andriyanova O., Solodovnikov A. Sravnitel'noe issledovanie pokazatelei psikhicheskogo zdorov'ya i ikh assotsiatsii s faktorami riska khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevanii v sel'skoi i gorodskoi populyatsiyakh. [Comparative study of mental health indicators and their associations with risk factors for chronic non-communicable diseases in rural and urban populations]. *Ural'skii meditsinskii zhurnal*. [Ural Medical Journal]. 2009. №2 (56). P. 83-93. [in Russian].
11. Irgashev Sh. B. Formirovanie zdorovogo obraza zhizni ili sanitarno - prosvetitel'naya rabota. [Formation of a healthy lifestyle or sanitary - educational work]. *Organizatsiya i upravlenie zdravookhraneniem*. [Health Organization and Management]. 2010. №1. P.43-48. [in Russian].
12. Kaerova E., Zhuravskaya N., Matveeva L., Shestera A. Analiz osnovnykh faktorov riska razvitiya insulta. [Analysis of the main risk factors for stroke]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. [Modern problems of science and education]. 2017. № 6. P. 133. [in Russian].
13. Kazakhstan voshel v desyatku stran s vysokim riskom smerti ot neinfektsionnykh zabolevanii. [Kazakhstan entered the top ten countries with high risk of death from non-communicable diseases]. Inform Byuro. 2018. (<https://informburo.kz/novosti/kazakhstan-voshyol-v-desyatku-stran-s-vysokim-riskom-smerti-ot-neinfektsionnykh-zabolevanii.html>). [in Russian]. (accessed 25.02.2019)
14. Kalyagin A., Imanova N. Organizatsiya shkol dlya bol'nykh khronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'yu. [Organization of schools for patients with chronic heart failure]. *Al'manakh sestriinskogo dela*. [Nursing Almanac]. 2009. №2. P. 22-28. [in Russian].
15. Kobyakova O., Starovoitova E., Kulikov E., Kirillova N., Deev I., Boikov V., Laricheva O., Chatorova Yu., Kosova N., Muzykina M., Al'mikeeva A., Balaganskaya M., Mazeina S. Model' posetiteley tsentrov zdorov'ya tomskoi oblasti i rasprostranennost' osnovnykh faktorov riska khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevanii sredi posetiteley tsentrov zdorov'ya. [Visitor model of Tomsk region health centers and the prevalence of the main risk factors for chronic non-communicable diseases among visitors to health centers]. *Zdravookhranenie Rossiiskoi federatsii*. [Healthcare of the Russian Federation]. 2014. №1. P. 16-19. [in Russian].
16. Kondusova Yu., Kryuchkova A., Anuchina N., Karpukhin G., Semynina N., Poletaeva I. Osobennosti otnosheniya naseleniya k faktoram riska razvitiya sakharnogo diabeta i khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevanii. [Features of the attitude of the population to the risk factors for the development of diabetes mellitus and chronic non-communicable diseases]. *Nauchnyi al'manakh*. [Scientific Almanac]. 2016. №6-2(19). P. 362-365. [in Russian].
17. Lapteva E., Petrov V. Arterial'naya gipertenziya: printsipy diagnostiki, lecheniya, sestriinskogo ukhoda. [Hypertension: principles of diagnosis, treatment, nursing care]. *Meditsinskaya sestra*. [Nurse]. 2007. №5. P. 12-15. [in Russian].
18. Lobzhanidze B., Lugovskaya A. Vrednye privychki i ikh vliyanie na sostoyanie serdechno-sosudistoi sistemy. [Bad habits and their influence on the state of the cardiovascular system]. *Prioritetnye nauchnye napravleniya: ot teorii k praktike*. [Priority research areas: from theory to practice]. 2014. №14. P. 57-63. [in Russian].
19. Mamedov M. Metabolicheskii sindrom – bol'she, chem sochetanie faktorov riska: printsipy diagnostiki i lecheniya. [Metabolic syndrome is more than a combination of risk factors: principles of diagnosis and treatment]. *Posobie dlya vrachei*. [Manual for doctors]. Moskva. 2006. P. 48. [in Russian].
20. Miller M. Neinfektsionnaya zaboлеваemost' naseleniya kak ugroza demograficheskogo razvitiya. [Non-infectious morbidity as a threat to demographic development]. *Aktual'nye voprosy ekonomicheskikh nauk*. [Current issues of economic sciences]. 2009. №6(2). P. 96-101. [in Russian].
21. Nazarova S., Khasanova M., Abdupattaeva K., Mirkarimova M. Rol' meditsinskikh sester pervichnogo zvena pri vnedrenii zdorovogo obraza zhizni sredi naseleniya. [The role of primary care nurses in introducing a healthy lifestyle among the population]. *Molodoi uchenyi*. [Young scientist]. 2014. №5. P. 151-153. [in Russian].
22. Nazmeeva G. Sotsial'nye rabotniki v propagande zdorovogo obraza zhizni. [Social workers in promoting a healthy lifestyle]. *Sovremennye naukoemkie tekhnologii*. [Modern high technologies]. 2005. № 4. P. 96-97. [in Russian].
23. Novoselova E. Osnovnye faktory prodolzhitel'nosti zhizni zhitelei megapolisa (na primere Moskvyy). [The main factors of life expectancy of residents of the megalopolis (on the example of Moscow)]. *Vestnik Moskovskogo universiteta*. [Bulletin of Moscow University]. 2016. №2. P. 176-200. [in Russian].
24. Oftsial'nyi sait Ministerstva Zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan. [Official website of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan]. (<http://www.mz.gov.kz>). [in Russian]. (accessed 12.03.2019)
25. Pasport programmy upravleniya khronicheskimi neinfektsionnymi zabolevaniyami (PUZ). [Passport Management Program for Chronic Noncommunicable Diseases]. RGP «Respublikanskii tsentr razvitiya zdavookhraneniya». [Republican State Enterprise "Republican Center for Health Development"]. Astana. 2016. [in Russian].
26. Tanatarov S., Zharykbasova F. Bnedrenie effektivnogo upravleniya v cestrinskom ukhode za patsientami s alkogol'noi zavisimost'yu [The introduction of effective management in nursing nursing patients with alcohol dependence]. *Journal of health development*. 2018. №2(27). P.128-130. [in Russian].
27. Trubnikov V., Begun D., Borshchuk E. Otsenka rasprostranennosti povedencheskikh faktorov riska khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevanii. [Assessing the prevalence of behavioral risk factors for chronic noncommunicable diseases]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. [Modern problems of science and education]. 2014. №3. P. 539. [in Russian].

28. Chuvakov G., Petrov V. Sestrinskii ukhod pri khronicheskoi serdechnoi nedostatochnosti. [Nursing care for chronic heart failure]. *Meditsinskaya sestra*. [Nurse]. 2007. №5. P. 9-11. [in Russian].
29. Sharafutdinova N., Potapov S., Sharafutdinov M. Rezul'taty sotsiologicheskogo issledovaniya obraza zhizni patsientov, obrativshikhsya v pervichnyi onkologicheskii kabinet. [The results of a sociological study of the lifestyle of patients who applied to the primary oncological office]. *Fundamental'nye issledovaniya*. [Basic research]. 2015. №1(9). P. 1966-1969. [in Russian].
30. Alcohol, tobacco and other drugs Guidelines for Nurses and Midwives. Clinical Guidelines. 2003. P.5-6.
31. Ayodapo A.O., Olukokun T.A. *Lifestyle counselling and behavioural change: role among adult hypertensives in a rural tertiary institution*. South African Family Practice. 2019. P.10.
32. Charakida M., Georgiopoulos G., Dangardt F., Chiesa S., Hughes A., Rapala A., Smith G., Lawlor D., Finer N., Deanfield J. Early vascular damage from smoking and alcohol in teenage years: the ALSPAC study. *European Heart Journal*. 2019. 40:345-353.
33. Cheryl E. Gies. Evaluating Effectiveness of an Inpatient Nurse-directed Smoking Cessation Program in a Small Community Hospital. Medical College of Ohio. 2005. P.84-85.
34. Chung-Yan C., Kai-Chow C., Ka-Ming H. Effectiveness of nurse-led patient-centered care behavioral risk modification on secondary prevention of coronary heart disease: A systematic review. *International journal of nursing studies*. 2018. 84:28-39.
35. FanshaweTR., Halliwell W., Lindson N., Aveyard P., Livingstone-Banks J., Hartmann-Boyce J. *Tobacco cessation interventions for young people*. Cochrane Database of Systematic Reviews. -2017. -11:49.
36. Giovanni G. Nicotine Addiction: *Prevention, Health Effects and Treatment Options*. New York. Nova Biomedical. 2012.
37. Helping patients with alcohol problems. A health practitioner's guide. 2003. P.32.
38. Holehouse R. Implementing smoking cessation interventions in community mental health settings: exploring nurses' readiness to change, perceived barriers and overall perceptions using a mixed methods design. University of British Columbia. 2007.
39. Kivinen E., Lehto S., Heikkila J. Evidence-based nursing clinical guidelines to ensure the quality and safety of nursing practices. The process of developing guidelines in the republic of Kazakhstan. *Journal of health development*. 2018. 2(27):10-14
40. Lancaster T., Stead LF. *Individual behavioural counselling for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017. 3. P.10-15.
41. Lapcevic M., Vukovic M. Risk factors for chronic noncontiguous diseases: twelve-week prospective study. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*. 2004.132(11-12):414-420
42. Laurant M., Biezen M., Wijers N., Watananirun K., Kontopantelis E., Vught A. *Nurses as substitutes for doctors in primary care*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018. P.2-24.
43. Lindson-Hawley N., Thompson TP., Begh R. *Motivational interviewing for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015. P.1-76.
44. Littlejohn C. Holloway A. Nursing interventions for preventing alcohol-related harm. *British Journal of Nursing*. -2008. -17(1):53-59.
45. Looijman A., Jörg F., Bruggeman R., Schoevers R., Corpeleijn E. Design of the Lifestyle Interventions for severe mentally ill Outpatients in the Netherlands (LION) trial; a cluster randomised controlled study of a multidimensional web tool intervention to improve cardiometabolic health in patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry*. 2017. 17(1):107.
46. Osmon H.E. Letter to TC Harris and Others: Attached is the Updated Overview of Anti-Smoking Organizations. Legacy Tobacco Documents Library. 2001. (<https://www.industrydocuments.ucsf.edu/tobacco/docs/#id=jtmj0084>). (Дата обращения – 15.03.2019).
47. Primeau M.S. The role of nurses in ensuring quality and safety of medical care. Advanced practice nurses: delivering quality and cost-effective health care. *Journal of health development*. 2018. 2(27):44-48
48. Qaseem A., Forland F., Macbeth F., Ollenschlager G. Guidelines International Network: Toward international standards for clinical practice guidelines. *Annals of internal Medicine*. 2012; 156(7):525-531.
49. Sonmez C.I., Aydin L.Y., Turker Y., Baltaci D., Dikici S., Sariguzel Y.C., Alasan F., Deler M.H., Karacam M.S., Demir M. Comparison of smoking habits, knowledge, attitudes and tobacco control interventions between primary care physicians and nurses. *Tobacco Induced Diseases*. - 2015. 13:37.
50. Sutherland G. Current approaches to the management of smoking cessation. *Drugs*. 2002. 62:53-61.
51. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. 2008. P.37-60.
52. West R., McEwen A., Bolling K., Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addiction*. 2001. 96(6):891-902.
53. Zainutdinova I. Nursing care developing perspective. *Journal of health development*. 2018. 2(27):20-22.

Контактная информация:

Белятко Александр Владимировна - Кафедра общей врачебной практики №1, НАО «Медицинский Университет Астана», г. Нур-Султан, Республика Казахстан.

Почтовый адрес: (индекс) Республика Казахстан, г. Нур-Султан, ул. Петрова 12/3, кв. 62.

Телефон: +77029055469

E-mail: alexa_0706@mail.ru