

DOI: 10.29296/25877305-2018-02-05

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ НА ОТКАЗ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ

В. Левшин, доктор медицинских наук,

Н. Слепченко

Национальный медицинский исследовательский центр
онкологии им. Н.Н. Блохина, Москва

E-mail: lev@ronc.ru

Достаточная мотивация на отказ от табакокурения – главное условие успеха. Наиболее эффективна мотивация, проводимая врачом с учетом индивидуального анамнеза пациента.

Ключевые слова: здравоохранение, табакокурение, курительное поведение, мотивация на отказ от курения, роль врача.

Для цитирования: Левшин В., Слепченко Н. Формирование мотивации на отказ от табакокурения // Врач. – 2018; 29 (2): 22–26. DOI: 10.29296/25877305-2018-02-05

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), потребление табака является отдельной, наиболее значительной предотвратимой причиной преждевременной смерти [1]. Самый большой ущерб для здравоохранения наносит табакокурение (ТК) в странах с высоким его распространением. В частности, в России уровень активного и пассивного ТК – один из наиболее высоких в мире [2]; по данным специальных статистических расчетов, ТК можно считать причиной >17% всех случаев смерти в России [3].

После принятия Федерального закона от 23.02.2013 №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» распространение ТК и продажа табака стали уменьшаться, но пока незначительно. Закон включает целый комплекс административных, экономических, торговых, просветительских и медицинских мер по охране здоровья населения от табачной интоксикации. В частности, он обязывает медицинские учреждения и врачей пропагандировать среди населения опасность ТК для здоровья и предлагать помощь в отказе от ТК всем курящим, независимо от причин их обращения в медицинские учреждения.

ДЕТЕРМИНАНТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ В ОТКАЗ ОТ ТК

Организация доступной и квалифицированной помощи в отказе от ТК – весьма эффективная мера, снижающая распространение ТК, поскольку большинство курильщиков со стажем >5 лет страдают табачной зависимостью (ТЗ) и нуждаются в квалифицированной медицинской помощи для ее преодоления [4]. Эффективность такой помощи заметно различается у отдельных курящих.

Установлен ряд факторов, или детерминант, которые могут существенно влиять как на сами попытки отказаться от ТК, так и на их результативность [5]. Такими факторами являются:

- **социальное окружение или распространение ТК** в популяции, в обществе или группе населения, к которой принадлежат отказывающиеся от ТК лица;
- **возраст** – эффективность помощи в отказе от ТК, как правило, выше в более старших возрастных группах курильщиков;
- **пол** – в нескольких исследованиях установлено, что эффективность лечения ТЗ одними и теми же методами несколько ниже у женщин, чем у мужчин;
- **образование** – помощь в отказе от ТК тем эффективнее, чем выше уровень образования и квалификация обратившихся к врачу;
- **степень ТЗ** – чем больше ТЗ, тем труднее ее преодоление при отказе от ТК;
- **уровень мотивации и готовности к отказу от ТК** – чем сильнее мотивация на отказ от ТК, тем результативнее попытки его прекращения;
- **личностные особенности** – отказ от ТК существенно реже бывает успешным у лиц, характеризующихся ригидностью и недостаточной целеустремленностью;
- **прошлый положительный опыт отказа от ТК** увеличивает вероятность успеха очередной попытки;
- **применение специальных препаратов** для лечения ТЗ и синдрома отмены увеличивает процент отказывающихся от курения на срок ≥ 1 мес.

Степень влияния перечисленных детерминант на результаты отказа от ТК различаются. Наиболее убедительны данные о влиянии роли мотивации и психологической готовности к отказу от ТК [5, 6]. Так, среди обратившихся в соответствующую службу помощи и получивших помощь в отказе от ТК, вероятность возможности прекратить курение на срок >1 мес была в 4 раза выше в группе с наиболее высоким уровнем мотивации на отказ от ТК [5]. Многие исследователи считают, что степень мотивации играет не только основополагающую, но и определяющую роль, в той или иной степени влияя на другие значимые факторы, таких как возраст, прошлый опыт отказа, выполнение рекомендаций и назначений по отказу от ТК и лечению ТЗ.

Решающую роль мотивации в успешном отказе от ТК доказывают случаи так называемых спонтанных прекращений ТК многолетними курильщиками с выраженной ТЗ. Такие самостоятельные (без специальной подготовки и лечения ТЗ) прекращения ТК происходят, как правило, при сильной стрессовой мотивации в виде реальной угрозы здоровью самого курильщика или его близких. К примеру, установлено, что более половины больных раком легкого бросали курить уже при появлении симптомов этого заболевания – еще до постановки им диагноза [7]. В другом исследовании среди более чем 4000 курящих пациентов, которым были выполнены различные хирургические вмешательства, значительно увеличилось число спонтанно отказавшихся от ТК, т.е. операция может стать сильным мотивирующим событием, причем среди перенесших большие операции число спонтанно отказавшихся от ТК было в 2 раза больше, чем в случае небольших амбулаторных вмешательств [8].

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ МОТИВАЦИИ НА ОТКАЗ ОТ ТК

Известно, что уровень мотивации на отказ от ТК в популяции курильщиков может существенно различаться. Так, при обследовании курящих в возрасте 16–59 лет в 5 европейских странах было установлено, что большинство (73,5%) хотели бы отказаться от этой привычки, но опре-

деленно сделать это хотели только 35% и столь же определенно не хотели – 10,2% [6]. Аналогичные опросы в Канаде показали, что только 33% курящих в возрасте старше 15 лет высказали намерение бросить курить в ближайший месяц [9]. В Китае популяционный опрос >40 тыс. курящих в возрасте 15–69 лет показал, что большинство (72%) не намерены менять свое курительное поведение и только 16% думают в будущем отказаться от ТК [10]. Соответствующий опрос в России (около 4500 курящих в возрасте старше 15 лет) показал, что >60% заинтересованы в прекращении ТК. При этом только 3,6% планировали осуществить это в течение ближайшего месяца, 10,8% – в ближайшие 12 мес и 46% – в неопределенном будущем; около 31% опрошенных заявили, что не собираются прекращать ТК [2]. Таким образом, в различных популяциях процент мотивированных к отказу от ТК существенно различается. Прежде всего это связано с наличием или отсутствием в странах или регионах антикурительных программ и действующих мер по борьбе с ТК.

Известно, что даже среди курильщиков, обращающихся за помощью в отказе от ТК, есть люди с довольно слабой мотивацией. Так, по данным соответствующей службы, созданной в отделе профилактики НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина [5], около 15% самостоятельно обратившихся и получивших помощь в отказе от ТК в последующем так и не попытались выполнять рекомендации по лечению ТЗ. Как показал опрос в этой группе, основными причинами стали откладывание попытки отказаться от ТК на неопределенное время, неверие в эффективность предложенных методов, изменение своего решения бросить курить.

Многие (если даже не большинство) курящих понимают, что ТК наносит вред здоровью, что лучше бы избавиться от курения, но при этом сомневаются, так ли это вредно для них, не представляют, как смогут жить без курения, создающего им определенный «комфорт» в жизни. Другие планируют отказаться от ТК когда-нибудь позже или рассчитывают на разные чудодейственные средства избавления от ТК без каких-либо усилий со своей стороны. Выкуривающие <10 сигарет в день часто убеждены, что такая интенсивность курения не приносит вреда. Многие, кто в прошлом пытался (но безуспешно) бросать курить, не верят в свою возможность отказаться от ТК, поэтому пациенты с низкой мотивацией к отказу от ТК нуждаются, прежде всего, в повышении мотивации.

Квалифицированная помощь врача должна начинаться с объективной оценки степени мотивации и психологической готовности курящего пациента на отказ от ТК. Такая оценка определяет характер рекомендаций и назначений для конкретного пациента [4, 9]. Наиболее известная градация уровня мотивации на отказ от ТК предложена J. Prochasko [11]; она включает 5 ступеней мотивации и, соответственно, этапы изменения зависимого поведения):

- 1) отсутствие какого-либо интереса или желания к отказу от ТК;
- 2) размышления о возможности отказа от ТК;
- 3) подготовка к отказу от ТК;
- 4) выполнение отказа от ТК.
- 5) оставаться некурящим.

Представленные уровни мотивации имеют больше теоретическое значение. В практической работе более пригодны специальные анкетные тесты по оценке степени мотивации на отказ от ТК. Один из таких тестов уже несколько лет используется в службе помощи по отказу от ТК в отделе профи-

лактики НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина [12]. Тестовая анкета включает 9 вопросов и ответов на них (по выбору опрашиваемого). Ответы оцениваются в баллах, сумма которых показывает степень мотивации к отказу от ТК.

Установлено, что с увеличением степени мотивации на отказ от ТК закономерно возрастает (в 6 раз) количество активных попыток прекратить курение [5].

Корейские исследователи используют оценочную шкалу, включающую 10 вопросов [13]. Этот тест продемонстрировал надежность и полезность при прогнозировании ожидаемых результатов.

Самый простой, доступный и относительно объективный способ оценки готовности пациента к отказу от ТК (особенно при лимите времени) – задать ему 3 вопроса:

- хотите ли вы бросить курить?
- когда вы готовы бросить курить?
- насколько вы уверены, что сможете бросить курить?

По характеру ответов курящих можно разделить на 3 группы:

- 1-я – **убежденные («злостные») курильщики**, не желающие бросать ТК или даже хоть как-то менять свою привычку;
- 2-я – **сомневающиеся курильщики**, не уверенные в необходимости отказа от ТК или в своих возможностях избавиться от этой привычки;
- 3-я – **желающие бросить ТК**, но при разном уровне мотивации («*надо бы бросить*», «*да, я хочу бросить*», «*мне необходимо бросить*»).

Существуют понятия достаточной и недостаточной мотивации, помогающие врачу определиться с действиями по оказанию помощи в отказе от ТК. **Достаточный уровень мотивации** можно определить как «осознанную необходимость» в отказе от ТК. Достичь такого уровня мотивации можно путем умелого и персонализированного просвещения и убеждения. Иногда такого уровня мотивации курильщик достигает при спонтанном отказе от ТК (например, если у него или его близких развивается тяжелое заболевание, связанное с табачной интоксикацией).

Недостаточная мотивация. Курильщик может быть настроен так: «*я хочу бросить курить, но брошу не сейчас, а в будущем, в подходящий момент*», или «*я хочу бросить курить, но не верю, что смогу*», или «*я понимаю, что надо прекратить ТК, но пока не вижу какого-то вреда от него*». Все это свидетельствует о недостаточной для успешного лечения ТЗ мотивации.

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ МОТИВАЦИИ НА ОТКАЗ ОТ ТК

Цель мотивации – принятие самим курильщиком сознательного и взвешенного решения отказаться от ТК. Он должен не раздумывать о возможности отказа от ТК, а твердо захотеть освободиться от ТЗ.

Поэтому квалифицированная мотивация на отказ от ТК для большинства курящих должна включать не повторение врачом утверждений о вреде курения, а объяснение, почему и насколько оно опасно и вредно конкретному пациенту и как ему можно избавиться от ТК. Полноценная и достаточная мотивация на отказ от ТК формируется на основе осознания опасности табачной интоксикации для конкретного человека и понимания им необходимости безотлагательного прекращения ТК как вредительства своему здоровью.

Существуют различные формы и методы мотивации на отказ от ТК (как и методы демотивации на такой отказ, ис-

пользуемые, в частности, табачными компаниями). Методы мотивации на отказ от ТК можно разделить на 3 основных вида:

Популяционные – различные просветительские акции в средствах массовой информации, административные и законодательные меры по ограничению или запрету как рекламы табачных изделий, так и курения в общественных местах; экономические меры – повышение цен на табачные изделия.

Групповые – лекции, групповые занятия на антикурительную тему в подростковых и молодежных коллективах, на производстве. Есть положительный опыт такой работы среди родителей детей, проходящих обследование или лечение в детских поликлиниках [14].

Индивидуальные – консультации и рекомендации врача, касающиеся ТК и осуществляемые как при оказании различной лечебной помощи, так и при профилактических и диспансерных обследованиях.

Эффективность разных методов мотивации может быть различной. Так, из популяционных методов эффективны законодательные меры по ограничению и запрету ТК в общественных местах, а также повышение цен на табачную продукцию. Например, повышение цен на табачные изделия на 10% через некоторое время повлечет снижение числа курящих на 5–10%, прежде всего среди молодежи [15]. В России через 1–2 года после вступления в силу Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» отмечено снижение на 5–7% потребления табачных изделий и, соответственно, некоторое сокращение ТК [16].

Наиболее эффективны для мотивации на отказ от ТК индивидуальные рекомендации и квалифицированная помощь со стороны врача [4, 17]. В странах, где антикурительные программы существуют много лет, давно пришли к выводу, что только комплекс соответствующих мер может дать значительный эффект. В частности, административные и законодательные меры обязательно должны сопровождаться поддержкой и помощью со стороны медицинских работников [15].

Популяционные и групповые формы мотивации главным образом увеличивают число задумывающихся и даже желающих бросить ТК, но не число готовых отказаться от него. В то же время адресная и персонализированная (под конкретного пациента) рекомендация лечащего врача может стать наиболее сильной мотивацией на отказ от ТК.

Английские исследователи провели целенаправленный опрос 2000 человек, бросивших курить или курящих, которые пытались бросить курить в последние полгода перед опросом. Результаты исследования показали, что у 37% опрошенных попытки отказа от ТК не были запланированы заранее, а свершались сразу под воздействием какого-либо стимула. В 28% случаев таким стимулом была четкая и твердая рекомендация врача и в 25% случаев – проблемы со здоровьем. Незапланированные попытки прекращения ТК оказывались существенно чаще более эффективными, чем запланированные [18]. По данным исследований, проведенных в Китае и Франции, самой частой причиной появления желания бросить ТК также были проблемы со здоровьем [19, 20]. Таким образом, исследования подтверждают, что наиболее частым и сильным мотивом к прекращению ТК являются проблемы, связанные со здоровьем, которые решаются, как правило, при участии и помощи врача.

РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ВРАЧА В МОТИВАЦИИ И ПОМОЩИ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ ТК

Считается, что наиболее перспективной, с учетом стоимости (затрат) и эффективности формой квалифицированной помощи в отказе от ТК, включая мотивацию на его прекращение, является участие врачей разных специальностей [4, 15].

Врач – ключевая фигура в обществе как авторитет и пример здорового образа жизни для населения. Кроме того, лечащий врач и семейный доктор имеют вследствие своего профессионального авторитета уникальные возможности в плане убеждения своих пациентов в необходимости тех или иных действий и поступков, касающихся здоровья. ВОЗ рекомендован специальный «Кодекс практики для медицинских работников» [21], где, в частности, прописаны следующие позиции:

- «Рекомендовать и помогать медицинским работникам служить образцом для подражания, отказавшись от табака и ведя образ жизни, не приемлющий табак».
- «Рекомендовать медицинским работникам регулярно обсуждать с пациентами вопросы о потреблении табака и воздействии табачного дыма, опираясь на проверенные данные и передовой опыт, давать советы по отказу от табака и контролировать успехи пациентов».

Специальные исследования во многих странах показывают, что врачи далеко не всегда обращают внимание на ТК своих пациентов. Так, специальный опрос выборки курящих пациентов в Берне (Швейцария) выявил, что врачи спрашивали о курительном статусе у 88% пациентов, но рекомендации к отказу от ТК получили только 34% курящих пациентов [22]. Соответствующее исследование, проведенное в Канаде, показало, что во время визитов к врачу за последний год рекомендации сократить число выкуриваемых сигарет или прекратить ТК получили около 50% курящих пациентов [9]. По данным национального обследования врачей в США, 68% из них определяют курительный статус своих пациентов и около 20% сами оказывают квалифицированную помощь в отказе от ТК [9]. В России при опросе выборки взрослого населения (около 4000 человек) было установлено, что среди курящих, обратившихся за последний год к врачам, только 45,4% пациентов был задан вопрос о курительном статусе, а рекомендации прекратить ТК получили лишь 31,8% [2].

Во многих странах широко внедрены в практику специальные программы по подготовке и привлечению врачей разных специальностей к оказанию помощи своим пациентам в отказе от ТК. Подготовка врачей, а также студентов медицинских факультетов осуществляется на специальных семинарах, занятиях, путем издания специальных пособий и руководств, дающих практические знания и навыки об оказании медицинской помощи желающим отказаться от ТК. Такие пособия и руководства есть и в России [4, 23, 24], но они не используются в программах обучения на медицинских факультетах или в институтах повышения квалификации врачей.

В ряде стран со значительным (иногда в несколько раз) снижением в последние десятилетия распространения ТК и числа курящих среди населения, этому, как правило, предшествовало значительное снижение курения среди врачей [25]. Врачу легче мотивировать себя на отказ от ТК и бросить курить: в силу своих профессиональных знаний он быстрее понимает разрушительные для здоровья последствия

табачной интоксикации. Поэтому одно из главных условий эффективной мотивации курящего пациента на отказ от ТК следующее: сам врач не должен курить. Курящий врач морально и психологически не расположен рекомендовать пациенту прекратить ТК. Это убедительно показало исследование [25], установившее, что некурящие врачи в 2 раза чаще определяют курительный статус пациентов и дают им рекомендации по отказу от ТК по сравнению с курящими [25]. Более того, если пациент почувствует запах табака от врача, рекомендующего ему бросить курить, или увидит его курящим, то и сами рекомендации такого врача, и вера в них утратят смысл.

Следует учитывать, безусловно, и разные по времени и условиям возможности для оказания врачебной помощи в отказе от ТК. Так, общение врача и госпитализированных пациентов может включать более частые и продолжительные контакты. Сами условия содержания в больнице или клинике, изменение привычного образа жизни и окружения помогают пациенту перестроить свое поведение в отношении ТК.

Тем не менее внедрение системы скрининга и рекомендаций в отношении ТК особенно важно на уровне первичной амбулаторной медицинской помощи, через которую проходит основная масса населения и, соответственно, большинство курящих пациентов. Разработан алгоритм такого вида помощи, занимающий у врача минимум времени при достаточной эффективности [26].

Впервые встречаясь с пациентом, врач должен поинтересоваться, курит ли он. Если пациент курит, нужно уточнить, хочет ли он бросить курить, а также оценить наличие и степень его мотивации на отказ от ТК. Для оценки такой мотивации и ее укрепления вместо вопроса «*Вы хотите бросить курить?*» врачу лучше сразу спросить: «*Вы понимаете, что вам необходимо прекратить курить?*». Такая форма вопроса уже содержит посыл к мотивации на отказ от ТК.

Дальнейшие действия планируются с учетом характера мотивации к отказу от ТК у конкретного пациента, а в заключение дается персонализированная рекомендация на отказ от ТК с учетом состояния здоровья и наличия той или иной болезни в анамнезе.

Если пациент готов прекратить ТК, ему следует дать короткую инструкцию (что займет от 1 до 5 мин) по прекращению ТК, включающую поведенческие приемы, назначить соответствующие препараты для лечения ТЗ. Если пациент нуждается в более обстоятельной квалифицированной помощи, его направляют в специальную службу помощи (центры здоровья, наркологические диспансеры). Подобный алгоритм должен стать рутинной процедурой при каждом контакте врача с курящим пациентом.

Персонализированная, с учетом анамнеза и состояния здоровья пациента, рекомендация бросить ТК от лечащего врача оказывает гораздо большее мотивирующее воздействие, чем десятки статей о вреде курения.

Рекомендации врача курящему пациенту должны быть короткими и иметь форму не столько рекомендаций, сколько назначений: «*Прежде всего, вы должны бросить курить, это необходимое условие эффективного лечения вашего заболевания...*»; «*Если вы не бросите курить, эффект лечения препаратами будет временным и через некоторое время обострение заболевания повторится, причем в более тяжелой форме...*»; «*Прекращение курения необходимо, чтобы исключить прогрессирование вашего заболевания с возможным летальным исходом...*».

У многих курильщиков, знающих об опасных последствиях ТК для здоровья, но не способных отказаться от курения, срабатывает своеобразный механизм психологической защиты: чувство опасности уходит в подсознание, а на сознательном уровне формируется убеждение в малой вероятности опасности для себя или даже ее отрицание. Такие курильщики могут согласиться, что ТК вредно, но только не для них, причем приведут обоснование (они курят легкие и практически безопасные сигареты, не затягиваются глубоко, курят не так уж часто, а физические упражнения, прием витаминов нейтрализуют токсический эффект ТК).

Задача врача — разрушить этот самообман пациента, выгнать из его подсознания понимание опасности ТК и убедить в том, что отказ от ТК — это «*лучшее, что он может сделать для улучшения своего здоровья*». Рекомендации отказаться от ТК должны звучать при каждом визите к врачу курящего пациента, формируя у него соответствующую мотивацию.

Литература

1. Renteria E., Jha P., Forman D. et al. The impact of cigarette smoking on life expectancy between 1980 and 2010: a global perspective // *TobControl*. – 2016; 25: 551–7. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052265.
2. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS). Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Российская Федерация (2009).
3. Marques P., Suhre M., McKee M. et al. Adult health in the Russian Federation // *Health Affairs*. – 2007; 26 (4): 1040–51.
4. Левшин В.Ф. Табакизм. Патогенез, диагностика и лечение / М.: ИМА Пресс, 2012; с. 125.
5. Левшин В.Ф., Слепченко Н.И. Оценка эффективности квалифицированной помощи в отказе от табакокурения // *Профилактика. медицина*. – 2016; 5: 48–55.
6. Thyrian J., Panagiotakos D., Polychronopoulos E. et al. The relationship between smokers' motivation to quit and intensity of tobacco control at the population level // *BMC Public Health*. – 2008; 8 (1): 2–3.
7. Campling B., Collins B., Algasy K. et al. Spontaneous smoking cessation before lung cancer diagnosis // *J. Thorac. Oncol.* – 2011; 6: 517–24.
8. Shi Y., Warner D. Surgery as a teachable moment for smoking cessation // *Anesthesiology*. – 2010; 12: 102–7.
9. Leatherdate S., Shields M. Smoking cessation: Intentions, attempts and techniques // *Health Rep*. – 2009; 20 (3): 31–9.
10. Gonghuan Yang, Jiemin Ma, Aiping Chen et al. Smoking cessation in China: findings from the 1996 national prevalence survey // *Tobacco Control*. – 2001; 10 (2): 170–4. DOI: 10.1136/tc.10.2.170.
11. Prochaska J., DiClemente C., Norcross J. In search of how people change: applications to addictive behaviours // *Am. Psychologist*. – 1992; 47: 1102–14.
12. Левшин В.Ф. Тест на мотивацию к отказу от курения и его практическое применение // *Вопр. наркол.* – 2003; 6: 48–53.
13. Park J., Chai S., Lee J. et al. Validation study of Kim's smoking cessation motivation scale and its predictive implications for smoking cessation // *Psychiatry Investing*. – 2009; 6 (4): 272–7.
14. Winickoff J., Buckley V., Palfrey J. et al. Intervention with parental smokers in outpatient pediatric clinic // *Pediatrics*. – 2003; 112 (5): 1127–33.
15. WHO Framework Convention on Tobacco Control / Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.
16. Бюллетень ВОЗ. 2014; Вып. 32 (7–12): 26–8.
17. USDHHS. Treating tobacco use and dependence Rockville MD. Agency for Healthcare Research Quality, 2000; p. 63.
18. Murray R., Lewis S., Coleman T. et al. Unplanned attempts to quit smoking: missed opportunities for health promotion? // *Addiction*. – 2009; 104: 1901–9.
19. Jiang Y., Elton-Marshall T., Fong G. et al. Quitting smoking in China // *Tob. Control*. – 2010; 19: 12–7.
20. Baha M., Le Faou A. Smokers- reasons for quitting in an anti-smoking social context // *Public Health*. – 2010; 124: 225–31.
21. WHO Tobacco Free Initiative. Code of practice on tobacco control for health professional organisations. www.who.int/tobacco/codeofpractice/en

22. Eckert T., Janker S. Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? // Swiss. Med. Wkly. – 2001; 131 (35–36): 521–6.

23. Смирнов В.К. Клиника и терапия табачной зависимости / М.: ВИНТИ РАН, 2000; с. 95.

24. Методические рекомендации №2002/154. «Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением табака». НИИ пульмонологии. Минздрав РФ. М., 2003.

25. Левшин В.Ф., Ладан Б.В., Кутушев О.Т. и др. Курительное поведение медицинских работников и их готовность к оказанию помощи в отказе от ТК // Врач. – 2011; 12: 40–3.

26. Завельская А.Я., Левшин В.Ф., Ладан Б.В. Методика помощи в отказе от курения, приемлемая для врачей первичного звена здравоохранения, с целью профилактики рака шейки матки // Наркология. – 2015; 3: 19–23.

MOTIVATION TO QUIT SMOKING

V. Levshin, MD; N. Slepchenko

N.N. Blokhin National Cancer Research Center, Moscow

Sufficient motivation to quit smoking is a key to success. Motivation maintained by a physician in terms of a patient's individual history is most effective.

Key words: *public health service, smoking, smoking behavior, motivation for smoking cessation, physician's role.*

For citation: *Levshin V.; Slepchenko N. Motivation to quit smoking // Vrach. – 2018; 29 (2): 22–26. DOI: 10.29296/25877305-2018-02-05*