

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ШКОЛА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Алимов Жамолиддин

Курение как социальная проблема

5A720147 - Общественное здоровье и управление здравоохранением

**Научный руководитель:
к.м.н, доцент Азимов Р.А.**

Тошкент 2012

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ –Всемирная организация здравоохранения

ООН – Организация объединенных наций

РУз-Республика Узбекистан

ПАВ-Психоактивные вещество

РФ-Российская Федерация

ФР-Факторы риска

Содержание

Введение.....	4
1 глава. Обзор литературы.	
1.1 Курени- вред очевиден.	10
1.2. Курение в детском и подростковом возрасте (статистика)	12
1.3. Сигарета и потомство	20
1.4. Пассивное курение	22
1.5. Социально-экономические последствия курения.....	31
2 глава. Материал и методы исследования.....	41
3 глава. Взгляд со стороны (анкетирование учащихся ТМА)	42
8. Заключение	56
9. Список литературы.....	62
10 Приложения.....	69

Введение

Актуальность проблемы. В жизни современного общества особо остро стали проблемы связанные с табакокурением. Особенно большое распространение оно получило в среде молодёжи. Вредные привычки оказывают негативное влияние на жизнь общества в целом, а также на жизнь и деятельность личности в отдельности. В данный момент эта проблема стала поистине глобальной. По статистическим данным распространение вредных привычек в большом масштабе, в отдельных странах, связано с нестабильностью политической и экономической ситуации, с наличием большого числа кризисов и несовершенностью политического и экономического механизма. По отношению к нашей стране эта проблема особенно актуальна и корни её уходят глубоко в историю нашего народа, и распространение её связано также с низкой культурой общества. С данной проблемой должно бороться не только обществу, но и также каждый человек должен осознавать для себя большой вред курения и стараться бороться с ним.

Проблема подросткового курения становится год от года все острее. Установили, что люди, начавшие курить до 15-летнего возраста, умирают от рака легких в 5 раз чаще, чем те, которые начали курить после 25 лет. Смертельная доза никотина для взрослого - пачка, выкуренная сразу. Для подростка – пол пачки(!). Говорят, что "Капля никотина убивает лошадь." Если быть точным, то каплей чистого никотина можно убить 3-х лошадей. А ведь кроме никотина в сигаретах содержится очень много ядовитых веществ, губительных для растущего организма.

В первую очередь страдают органы дыхания. 98% смертей от рака гортани, 96% смертей от рака легких, 75% смертей от хронического

бронхита и эмфиземы легких обусловлены курением. Табачный дым содержит более 4000 химических соединений, более сорока, из которых, вызывают рак, а также несколько сотен ядов, включая никотин, цианид, мышьяк, формальдегид, углекислый газ, окись углерода, синильную кислоту и т.д. В сигаретном дыме присутствуют радиоактивные вещества: полоний, свинец, висмут. Пачка сигарет в день - это около 500 рентген облучения за год!

В последние годы в сферу отклоняющегося, в частности, аддиктивного поведения все чаще включаются представители медицинской профессии, для которых наиболее частой формой аддикции является табакокурение.

Характер профессиональной деятельности медицинского работника, имеющего постоянный контакт с больными и их близкими, указывает на нежелательность такой формы аддиктивного поведения как табакокурение, которое в свою очередь не только подрывает авторитет врача, вызывая недоверие к нему пациентов, но и наносит прямой ущерб его здоровью. Проведение оценки статуса курения среди медицинских работников позволит определить риск развития заболеваний в результате табакокурения, степень никотиновой зависимости, мотивацию курения, интенсивность курения табака, определить мотивацию отказа от вредной привычки, разработать рекомендации по формированию в медицинской среде нетерпимости к табакокурению. Учет выявленных социологических закономерностей зависимого поведения будет способствовать охране здоровья медицинских работников. В настоящее время в развитых странах наблюдается снижение количества курящих, в первую очередь среди врачей. Наибольших успехов в борьбе с курением добилась общественность США, Великобритании. Страны Евросоюза приняли ряд документов по ограничению курения табака, направленных на снижение количества курящих и охрану некурящих людей от пассивного курения [197]. В то же время, в большинстве стран

Европы распространенность курения среди медиков относительно высока.

Распространенность курения в России является одной из самых высоких в мире, и она продолжает расти. Увеличивается смертность от заболеваний, являющихся следствием курения. В связи с этим в Госдуме принят проект закона о ратификации «Рамочной конвенции по борьбе против табака» и рассматривается проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об ограничении курения табака» и в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях», направленный на ужесточение борьбы с курением. Особое внимание обращается на защиту некурящих людей от пассивного курения, что позволит повысить качество жизни большей части россиян.

В этой связи представляется важным оценка ситуаций, связанной с табакокурением медицинских работников, поскольку именно медики являются модельной группой для остального населения в отношении здорового образа жизни. Как замечает Davis R.M. (1993), через несколько лет после снижения распространенности курения среди медиков это происходит и в общей популяции [206]. Профессия врача, как известно, предъявляет к нему определенные требования, которые предполагают обладание общими и специальными, знаниями и опытом, направленные на продление жизни, сохранение здоровья, предупреждение и лечение заболеваний человека. Именно поэтому врачи в теоретическом отношении являются наиболее подготовленными к материализации установки на свое собственное здоровье. К сожалению, многие медицинские работники, ясно осознавая серьезную опасность курения, не могут отказаться от пагубной привычки, и тем самым наносят существенный ущерб эффективности антитабачной пропаганды.

Степень разработанности проблемы. Исследования о систематическом росте потребления табачных изделий, увеличении численности регулярно курящих, а также сдвиге начала курения в младшие возрастные группы отражены в работах [9, 59, 172]. Значительное число фундаментальных

работ посвящено анализу материала по детальному изучению всевозможных последствий хронической интоксикации табаком для здоровья [207, 222].

Обсуждение проблем, связанных с табакокурением медицинских работников и студентов-медиков, занимает значительное место в современной литературе. Исследования [8, 10, 21] посвящены изучению распространенности табакокурения среди медиков и их отношению к вредной привычке. В диссертационных работах [19, 53] проблема табакокурения среди медицинских работников и студентов-медиков рассматривается при изучении их здорового образа жизни. В работах [20, 40, 92] особое значение придается роли врача в пропаганде здорового образа жизни, в профилактике курения и проведении антитабачных мероприятий среди населения. Однако эти исследования в большинстве случаев носят констатирующий характер.

В работах [6] рассматриваются деонтологические аспекты взаимоотношений «врач-больной». В исследовании А.В. Решетникова (2006), подчеркивается важность наличия высокого профессионального авторитета врача, как условие доверия к нему пациента [15]. Отсутствие авторитета свидетельствует о профессиональной несостоятельности, которая может быть следствием недостаточной квалификации, несформированности положительной установки на профессию [10].

Таким образом, профессии врача посвящено много научных публикаций. В то же время, в работах отечественных и зарубежных исследователей мало изученной остается проблема табакокурения как формы аддиктивного поведения в профессиональной группе медицинских работников. Исследований о влиянии курения врача на его взаимоотношение с пациентами не проводилось. Между тем, проведение комплексного социологического исследования позволит выявить особенности распространения табакокурения как формы аддиктивного поведения среди врачей и разработать рекомендации, направленные на

повышение эффективности профилактики табакокурения в профессиональной среде медицинских работников. Очевидно, что наиболее эффективно данные вопросы могут быть рассмотрены в категориальном поле социологии медицины.

Цель настоящей работы: на основе социологического анализа выявить особенности распространения табакокурения, в профессиональной группе медицинских работников для разработки рекомендаций, направленных на повышение эффективности профилактики курения.

Указанная цель исследования предопределила постановку и необходимость решения в диссертации следующих основных задач:

1. Разработать Программу комплексного социологического исследования для изучения степени распространения табакокурения в профессиональной группе медицинских работников.
2. Охарактеризовать табакокурение медицинских работников с позиции деонтологических принципов.
3. Изучить влияние табакокурения медицинских работников на их взаимоотношения с пациентами.
4. Разработать рекомендации по профилактике табакокурения среди медицинских работников.

Научная новизна исследования. В диссертации впервые разработана комплексная программа социологического исследования для изучения степени распространения табакокурения в профессиональной группе медицинских работников.

В работе показано, что специфическим для контингента медицинских работников является нарушение деонтологических принципов в отношении табакокурения. Наблюдаются случаи курения врачей в присутствии больных и членов их семей, игнорирование врачами курения пациентов, низкая информированность врачей о современных препаратах, помогающих избавиться от вредной привычки.

Впервые изучены мнения медицинских работников об отношении пациентов к курящему врачу и выявлено отношение пациентов к курению медицинских работников.

Установлена закономерность увеличения интенсивности курения, степени никотиновой зависимости и риска развития заболеваний легких в группах магистрантов и медицинских работников с увеличением возраста. Оценка мотивации к курению позволила определить, что для большей части медицинских работников и студентов-медиков ведущим типом курительного поведения является использование курения, как поддержки при нервном напряжении.

1 глава. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

1.1 КУРЕНИЕ - ВРЕД ОЧЕВИДЕН

О вреде курения известно любому курильщику, так как об этом написано на каждой пачке сигарет. Члены семьи также знают об этом: у заядлых курильщиков с утра появляется кашель. Он, кстати, бывает первое время и у тех, кто бросает курить. Как поступают сами курильщики? "Надо покурить, кашель пройдет". И он действительно проходит после очередного окуривания бронхов смолами, ядами, психоактивными веществами. Стоит ли это воспринимать как благо?

Легкие забиваются все больше. Как пчелы, окуренные дымом, перестают думать о полетах, так же и реснички бронхов делаются неподвижными и не способны защитить легкие от опасности. Помимо накопления черноты в легких, в них возникает огрубление мембран, через которые происходит газообмен. Синие пальцы с ногтями в виде "барабанных палочек" - признак легочных проблем, обусловленных курением. Финал - гнойные бронхиты с сумками гноя в стенках воздухоносных путей, наконец, рак легких.

Почему же люди, несмотря на очевидный вред окуривания легких смесью из десятков вредных веществ, одни из которых обладают канцерогенным (способным вызвать рак), другие атерогенным (способным порождать образование атеросклеротических бляшек на стенках сосудов), третьи тромбогенным (способным повышать риск закупорки сосудов) действием, продолжают соблазняться курением? Почему они забывают, что именно эти действия табака приводят к разрывам сосудов, инфарктам, ампутациям, и т.п.? По американской статистике в стране по причинам, связанным с курением, ежегодно погибает 420000 американцев (пятая часть всех смертей). Не следует

думать, что у нас ситуация лучше.

Было бы большим упрощением проблемы сказать, что это происходит по тому, что они не дают себе отчета в том, что они делают.

Никотин обладает определенными свойствами, благодаря которым человек привыкает к табаку.

Если не входить в детали, он прежде всего оказывает стимулирующее действие на нервную систему, что выражается в увеличении скорости реакции, усилении концентрации внимания, повышении уровня бодрствования. Замечательные, казалось бы эффекты. Есть у них только одно "но": они искусственны, противоестественны. А это может означать только одно: организм будет пытаться погасить их. Это называется "нейроадаптация". Стимуляция из вне - торможение изнутри. Вы не замечали, что курильщики похожи на неврастеников? Они "разбалтывают" свою нервную систему. Живут от сигареты до сигареты. Готовы вспыхнуть не то чтобы по ничтожному, но по незначительному поводу. Сон курильщика всегда хуже, чем у человека его же типа, но некурящего. Курильщики "астенизированы" (нервно истощены) больше, чем другие. По американской статистике, они не выходят на работу в среднем на 6,5 дня больше, чем некурящие. В этом смысле миф о том, что никотин хоть и вызывает независимость, но изменяет личность - несостоятелен.

Что делать человеку, если он хочет все таки изменить образ жизни, порождающий проблемы, если, наконец, он понял, что пора прекращать курить? Конечно же, прибегнуть к системному подходу для решения этой проблемы.

Установлено, что весьма эффективная комбинация следующих методов: иглоукалывание, или электропунктура с целью избавления от

физической зависимости; сеанс (в идеале - курс) индивидуальной психотерапии с целью психологической настройки на новую жизнь, на новое решение проблем, связанных с эмоциональными переживаниями; включение в группу взаимоподдержки для сохранения себя на пути формирования нового образа жизни, свободы о курении на протяжении достаточно длительного времени (профилактика рецидива).

1.2. Курение в детском и подростковом возрасте (статистика)

Особенно непоправимый вред здоровью наносит курение в детском и подростковом возрасте. Обобщение многочисленных данных позволяет сделать вывод о том, что молодые люди начинают курить во все более раннем возрасте и, как правило, курят много.

Исследование, проведенное ВОЗ (WHO Features, 1995) в 14 странах, показало, что в 70-е годы максимальное число курящих составило в Италии среди юношей 55%, среди девушек - 51%, в Греции - соответственно 54 и 46%, в Уругвае - по 46%, Швейцарии - 46 и 36%, Бельгии - 45 и 44%, Франции - по 43%, причем в большинстве стран число курящих юношей и девушек в возрасте 16-18 лет продолжало расти, за исключением США, Канады и Швеции. Наиболее репрезентативные исследования распространения курения среди детей с применением единых методических приемов проведены в Великобритании. В этой стране средний возраст начала курения у мальчиков равен 9,7 года, у девочек - 11,2 года.

По сведениям B. Bewley (1998), 40% взрослых начали курить в возрасте 9 лет. Им же проведено обследование 6 тыс. школьников Лондона в возрасте 11-12 лет (1998), в результате которого было установлено, что 49% мальчиков и 38% девочек пробовали курить, еженедельно курили около 6% мальчиков и 3% девочек.

В Великобритании в результате трех последовательных национальных исследований по проблеме развития детей установлено, что среди 16-летних мальчиков доля курящих составила 37,5%, среди девочек - 35,7% [Pearson R., Richardson K., 199878]; 50 и более сигарет в неделю выкуривали 9% всех подростков, 30-49 сигарет - 8,3%, 10-29 сигарет - 9,5%, 1-9 сигарет - 8,9%.

Среди детей в графстве Дербшир (Великобритания) в возрасте 11-12 лет только 44,9% мальчиков и 59,8% девочек не. В этом же графстве проведено уникальное исследование распространения курения среди одних и тех же школьников (всего более 6 тыс.) на протяжении 5 лет. Полученные данные свидетельствуют о наличии среди школьников четко выраженной тенденции к увеличению доли регулярно курящих мальчиков и девочек. Доля пробовавших курить с возрастом логично уменьшается, так как эта группа школьников является промежуточной прослойкой между некурящими и курящими. Интересно отметить, что так называемые бывшие курильщики впервые появляются в 14-15-летнем возрасте.

Согласно последним данным, полученным в результате обследования в 1994 и 1998 гг. свыше 22 тыс. школьников, проживающих в разных климато-географических районах Великобритании, число курильщиков за исследуемый период среди мальчиков уменьшилось с 16 до 13%, а среди девочек увеличилась с 13 до 14%, причем среди девочек по сравнению с мальчиками доля курящих во всех возрастных группах выше. Несмотря на снижение доли курящих мальчиков, среднее число ежедневно выкуриваемых ими сигарет возросло. Если учесть, что обследуемые школьники курили сигареты с низким содержанием смолистых веществ, то нетрудно предположить наличие обратной зависимости между уровнем этих веществ и числом выкуриваемых сигарет. В процессе исследования была фактически подтверждена связь между курением и наличием

заболеваний органов дыхания. Хотя объем знаний о негативном влиянии курения на здоровье у обследуемых школьников увеличился, приведенные показатели свидетельствуют о том, что санитарное просвещение не дало за период обследования ощутимых результатов.

В США, по данным Министерства здравоохранения и социальных служб, с 1992 по 1999 г. число курящих среди несовершеннолетних увеличилось в 4 раза и достигло 16%.

В обзоре Американского противоракового агентства указывается, что средний возраст начала курения в США равен 12 годам. Несмотря на то, что по оценкам специалистов, в США в настоящее время курят 10% юношей и 12% девушек, тем не менее, есть отдельные города, в которых каждый 5-й ребенок в возрасте 12 лет курит.

В настоящее время в США курят сигареты 3,3 млн. детей в возрасте 12-18 лет. В 1988 г. регулярно курили 3 млн. детей, в том числе 14,7% мальчиков и 8,4% девочек; в 1990 г. регулярно курили уже 15,7% мальчиков и 15,3% девочек; в 1990-1994 гг. наблюдалось увеличение доли курящих девочек и снижение доли курящих мальчиков, а в 1999 г. произошло снижение доли курящих мальчиков и девочек в возрасте 12-16 лет, однако доля курящих девушек в возрасте 17-18 лет продолжает расти. Мальчики, как правило, начинают курить раньше девочек. Так, среди 14-15-летних мальчиков курильщики составляют 32%. Девочки в основном систематически начинают курить в возрасте 16-17 лет (14%).

Число курящих детей в семьях курильщиков в 2 раза превышает число курящих детей в семьях, где родители не курят..

Norcott, Y.K. Jarvis (1997) приводят данные о том, что в Канаде в возрасте 15 лет курят 12% детей, в том числе 16% мальчиков и 8% девочек.

В национальном обзоре «Курение сигарет и молодежь» приведены результаты обследования 78 тыс. школьников в Канаде в связи с курением. Оказалось, что наименьшую группу образовали девочки 8 лет, среди которых 2% выкуривают несколько сигарет в неделю, а наибольшую группу - 16-летние юноши, среди которых курящие составили 60%. Некурящих мальчиков было в возрасте 8 лет 68%, а в возрасте 18 лет - 18%, среди девочек - соответственно 82 и 27% некурящих. В возрасте 13 лет ежедневно курили 10% мальчиков и девочек, в возрасте 14 лет - 20%, а в 15-летнем возрасте - 30%. Опрос 16-летних подростков показал, что 21,6% из них начали курить с 9 лет, а 39,3% - в возрасте 11 лет. В целом в возрасте 18 лет курят 70,4% юношей и 62,6% девушек. У всех опрошенных около 60% отцов и свыше 40% матерей были курящими. Установлено, что на курение девочек оказывают влияние курящие матери, а на курение мальчиков - курящие отцы. Это обследование показало, что распространенность курения среди канадских школьников была значительно выше, а возраст начала курения значительно моложе, чем это ранее предполагалось.

Репрезентативное исследование по проблеме курения проведено среди сиднейских школьников (Австралия, 1997). Среди 12-летних мальчиков некурящие составили 87,1%; 20 сигарет и более в неделю выкуривали 1,7%, а среди девочек того же возраста эти показатели составили соответственно 95,4 и 0,5%.

С возрастом доля курящих среди школьников обоих полов быстро увеличивается. Так, среди 16-летних мальчиков некурящие составляли 61,4%, более 20 сигарет в неделю выкуривали 25,6%, а среди девочек того же возраста - соответственно 67,1 и 17,6%.

Анкетирование школьников 5-6-х классов 20 средних школ в Новом Южном Уэльсе (Австралия) показало, что 10,3% мальчиков и 4% девочек

курят регулярно, из них 12,8% мальчиков и 1,1% девочек выкуривают более 20 сигарет в неделю. Интенсивность курения увеличивалась с возрастом. В австралийском городе Бусселтон среди школьников в возрасте 12 лет курили 11% мальчиков и 6% девочек, в возрасте 13 лет - уже 20 и 31%, а в возрасте 14 лет - соответственно 28 и 31%.

Исследование, проведенное в Париже Davidson F., Choquet M. (1996), позволило установить, что в 15 лет курят 66% девочек и 58% мальчиков, причем мальчики выкуривают больше сигарет.

Обследование французских школьников и студентов в возрасте 11-20 лет показало, что среди них курят 42-46%. Средний возраст начала курения определен в 13 лет как для мальчиков, так и для девочек. Выявлен рост числа потребляемых сигарет у школьников старших классов. В возрасте 11-13 лет регулярно курили 10%, а в 14-19 лет - 30%.

По другим данным (Questions QROC-QCM, 1997) считается, что в целом по Франции 30% школьников в возрасте 11-13 лет составляют курильщики, а в 16 лет курит каждый второй подросток, причем девочки курят наравне с мальчиками.

В одном из французских департаментов было проведено исследование распространенности курения среди учащихся 5-го и 3-го классов колледжей [Poutrin Z., 1998]. Оказалось, что в 5-м классе доля курящих составила 13%, в том числе 14,5% мальчиков и 11,3% девочек, а в 3-м классе курящих было 42,6%, в том числе мальчиков - 48,4%, девочек - 36,9%.

K. Bicner, M. Rickenbach (1996) приводят результаты исследования курения школьников в Северной Швейцарии. Установлено, что 9% мальчиков и 3% девочек начали курить в 6 лет и даже ранее, а систематически начали курить мальчики с 13 лет, а девочки - с 14 лет.

Обследование подростков в ФРГ (Informationen, 1993) показало, что 10,6% мальчиков впервые закурили в 8 лет, а 40% - в 10 лет, у девочек эти показатели составили соответственно 3,8 и 20,4%. Более 33% школьников и более 20% школьниц курят.

Исследование курения среди детей в Кёльне показало, что 36% школьников курят регулярно, а 69,4% в возрасте 11 лет пробовали курить. Считается, что 36% детей в ФРГ в возрасте 10-12 лет становятся регулярными курильщиками.

В Брюсселе, по данным M. Graffar и соавт. (1998), 0,7% девочек 11-12-летнего возраста курят, а среди 14-летних выявлено 4,2% девушек и 15,6% юношей, постоянно курящих.

В Бельгии 50% подростков в возрасте 15 лет становятся курильщиками, а в Италии этот показатель достигает 60%.

В Австрии в возрасте 11-12 лет курят 11% детей, 13-14 лет - 30%, 15-16 лет - 50%, 17-19 лет - 65%. В Финляндии в возрасте 14 лет курят 26% мальчиков и 33% девочек, 16 лет - соответственно 48 и 47%, 18 лет - 50 и 51%.

В Швеции в возрасте 13 лет курят 10% мальчиков и девочек, а в возрасте 16 лет - 31% мальчиков и 45% девочек.

Проведенное в Дании исследование позволило выявить определенные закономерности в мотивах курения у лиц разного пола и возраста. Приведенные данные убедительно свидетельствуют в количественном выражении о том, что женщины начинают курить значительно позже мужчин, причем доля начавших курить в возрасте 25 лет и старше увеличивается у женщин с возрастом, достигая 51% в возрасте 70 лет и старше.

В Венгрии, так же как и в других странах, выявлена тенденция к росту доли курящих детей с увеличением возраста и среди 18-летних курящие составляют 44%.

Hatons (Венгрия) указывает, что курящие в возрасте 12 лет составляют 9,4%, в 14-15-летнем возрасте - 13,5%, в 16-17 лет - 27,1% и в 18-19 лет - немногим более 40%. Исследование в Будапеште показало, что среди школьников курят 42,6%.

По данным W. Schuchardt (1997), в Эрфурте (ГДР) при обследовании 2919 юношей и девушек в возрасте 14-18 лет выяснилось, что 52,5% из них курили, в том числе 21,7% систематически. В профессиональных школах курили чаще, чем в общеобразовательных.

Более успевающие ученики курили меньше.

В Румынии 25% детей начинают курить в возрасте до 15 лет.

В Братиславе Е. Hostynova (1997) установила, что среди мальчиков попытки к курению отмечаются чаще (86%), чем среди девочек (48%).

Как указывает А. Svobodova (1995), в Праге при обследовании выявлено большое число детей, впервые попробовавших курить сигареты в возрасте 8 лет. Соотношение курящих мальчиков и девочек составило 3:2.

В России проведенные опросы показали, что большинство мужчин начинают курить до 19-летнего возраста (84,2%), а число женщин, начавших курить в школьные годы, составляет 27%. В среднем женщины начинают курить на 3-5 лет позже мужчин. Начавшие курить в 16-17 лет в основном являются учащимися техникумов и профтехучилищ, (33,6%) - студентами высших учебных заведений. По данным А.Г. Стойко, среди мальчиков до 10 лет начинали курить 14%, а до 16-летнего возраста -

50%. Автор приходит к следующим выводам, не потерявшим и сегодня своей актуальности:

- большинство мужчин (81%) начинают курить до или в период наступления половой зрелости;
- большинство женщин (78,5%) начинают курить после наступления половой зрелости.

Обследование ленинградских школьников еще в 90-е годы показало, что среди 6-классников было 6% курящих, 7-классников - 12%, 8-классников - 18%, 9- и 10-классников - 32%.

Изучение распространенности курения среди учащейся молодежи Уфы показало, что в 8-м классе курят 27,4%, в 9-м - 22,3%, в 10-м - 30,5% (в целом в 8-10-х классах - 26,0%), среди учащихся ПТУ было 48,7% курящих. И.Г. Лаврова и соавт. изучали распространенность курения среди студентов I Московского медицинского института. В результате было установлено, что на I курсе курят от 30,7 до 32% студентов, а к 6-му курсу доля курящих возрастает до 36,5%. Таким образом, так же как и в других странах, увеличение числа курящих происходит главным образом за счет молодежи, особенно девушек.

1.3 Сигарета и потомство

Времена, когда курящая женщина выглядела белой вороной, давным-давно прошли и на прекрасную половину буквально обрушились заболевания, которые считались типично мужскими. Но главная беда - курение пагубно сказывается на потомстве. От токсических веществ, содержащихся в табачном дыме, страдают практически все слагаемые детородной функции.

Мужские половые клетки - сперматозоиды обновляются каждые три

месяца, а вот женские яйцеклетки - своего рода долгожители. Их жизнь исчисляется годами (12-55). За это время они накапливают много токсических веществ, в том числе и компонентов табачного дыма. В какой-то мере о самозащите организма позаботилась природа: половые клетки, отравленные токсинами, теряют способность к оплодотворению. Но такая самозащита часто обрачиваются серьезными последствиями: бесплодие среди женщин, выкуривающих десять и более сигарет в день, встречается вдвое чаще, чем среди некурящих. Недавно медики выявили еще один неприятный факт: курение и гормональные противозачаточные препараты, оказывается, несовместимы. У курящих женщин, пользующихся подобными средствами, в 38 раз (!) увеличивается риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Токсичность табачного дыма возрастает многократно во время беременности, особенно в первые три месяца. Так, у лабораторных животных, которым давали никотин в начале беременности, нарушалось дробление оплодотворенной яйцеклетки, затруднялась имплантация зародыша в стенку матки.

Если женщина курит в первые дни после зачатия, то прежде всего страдает центральная нервная система ребенка, ибо она закладывается именно в это время.

Табачные токсины наносят удар и по сердечно-сосудистой системе, которая формируется на 4-5-й неделе. Последствия становятся очевидными как сразу после рождения, так и спустя несколько лет, чаще в школьные годы, когда возрастает нагрузка на организм.

Табачные токсины поступают из организма матери в кровеносное русло плода уже через пять секунд, накапливаясь в мозге, сердце, почках ребенка, вследствие чего нарушаются обменные процессы. Из-за

снижения темпов отложения кальция замедляется формирование костей. Ухудшается синтез веществ, необходимых для активно делящихся клеток, разрушаются витамины, страдает белковый обмен. Вот почему у таких детей сердце нередко небольшого размера.

Организм матери может противостоять табачным токсинам - соответствующие ферменты (энзимы) обезвреживают яды, чего ни как не скажешь об организме будущего ребенка.

У курящих вдвое чаще наблюдаются кровотечения, снижение веса плаценты. Изменяются и свойства пуповины - магистрального русла, через которое ребенок получает все необходимое. У курильщиц в два раза чаще, чем у некурящих, рождаются мертвые дети. Вес родившихся детей меньше нормы в среднем на 7-8 процентов. Принято считать, что в 12 случаях выкуривание 5-10 сигарет в день провоцирует преждевременные роды.

Ошибается тот, кто считает, что периодическое выкуривание небольшого числа сигарет не повредит беременной. Даже курение изредка, как показали исследования, вызывает не меньшие, а порою и большие разрушения в организме плода.

1.4. Пассивное курение

Мнение о том, что привычки, отрицательно влияющие на здоровье человека, являются его личным делом, глубоко порочно. Вот почему превентивная медицина, отчаявшись в результатах воспитательной работы в борьбе с нездоровыми привычками, все чаще обращается к мерам административного характера. В течение последних лет появляется все больше сведений о том, что так называемое пассивное или принудительное курение (вдыхание загрязненного табачным дымом воздуха) способствует развитию у некурящих заболеваний, свойственных

курильщикам. Загрязнение окружающей среды курильщиками весьма значительно.

Риск, связанный с принудительным курением и экспозицией к табачному дыму, содержащему тысячи химических веществ, несомненно высок. Зажженная сигарета в течение своей "короткой жизни" является источником бокового дымового потока (помимо главного потока, которым наслаждаются курильщики), который действует на окружающих, принужденных к пассивному курению и вдыханию вредоносных веществ.

Представляет интерес определение дозы вдыхаемых при пассивном курении составных частей дыма.

В табл. 1 представлены некоторые составные части табачного дыма, вдыхаемого при активном и пассивном курении.

Таблица 1 Вдыхаемая доза различных ингредиентов табачного дыма при активном и пассивном курении

	Активный Курильщик	Пассивный курильщик
Составные части	Вдыхаемая доза, мг (1 сигарета)	
Угарный газ	18,4	9,2
Оксид азота	0,3	0,2

Альдегиды	0,8	0,2
Цианид	0,2	0,005
Акролеин	0,1	0,01
Твердые и жидкые вещества	25,3	2,3
Никотин	2,1	0,04

Приведенные в табл. 1 данные свидетельствуют о том, что пассивный курильщик, находясь в помещении с активными курильщиками в течение одного часа, вдыхает такую дозу некоторых газообразных составных частей табачного дыма, которая равносильна выкуриванию половины сигареты. Однако доза вдыхаемых твердых частиц, в том числе смолы, несколько меньше и соответствует выкуриванию 0,1 части сигареты.

J. Repace и A. Lowrey (1990) пришли к заключению, что некурящие в настоящее время вдыхают до 14 мг высококанцерогенных веществ, содержащихся в табачном дыме, с задержкой их в легких в течение 70 дней. Далее они указывают, что находящийся в закрытых помещениях табачный аэрозоль, по-видимому, является главным источником вдыхаемых частиц. Эти авторы обнаружили, что концентрация табачного дыма в закрытых помещениях прямо пропорциональна интенсивности курения и обратно пропорциональна эффективности вентиляции. Эффективность вентиляции увеличивается при замене загрязненного внутри помещений воздуха свежим воздухом извне, адсорбции табачного аэрозоля на поверхностях, высокоэффективной системы фильтрации и высокой степени скорости введения в помещение свежего воздуха.

Ядовитые вещества, содержащиеся в табачном дыме, ингалируются курящими. Большая часть попадает в воздух при паузах в курении, которые обычно длинее, чем момент затяжки. Эти вещества ингалируются и при принудительном курении. Так, например, в боковом

потоке дыма содержится в 3,4 раза больше бенз(а)пирена, чем в основном потоке. В прокуренных помещениях содержание бенз(а)пирена больше, чем в чистом наружном воздухе. Канцерогенные вещества отличаются от других ядов тем, что отдельные частичные дозы суммируются практически без потерь до достижения критических пороговых величин. Вследствие такого суммационного действия канцерогенов в этом случае нет так называемых МАК-величин (максимально допустимые на рабочем месте концентрации), поэтому задача состоит в их полном удалении. Особого внимания в этом отношении заслуживают канцерогенные нитрозамины. В побочной струе табачного дыма концентрации летучих нитрозаминов в 50-100 раз выше, чем в основной струе. Наиболее опасным из этих соединений является диметилнитрозамин. Ни один вид животного не может противостоять его канцерогенному действию. В основном он поражает печень и легкие. Это было открыто совсем недавно с помощью новых химических методов исследования. Если в жилых помещениях, где не курят, нитрозамины не обнаружены, то на рабочих местах и в учреждениях, где в воздухе много табачного дыма, обнаружены нитрозамины.

Если какой-либо прибор или механизм при своей работе высвобождал бы такое же количество канцерогенов, какое ингалируют миллионы пассивных курильщиков, его работа была бы немедленно запрещена.

Исследование феномена "пассивное курение" проведено во Франции, США и в других странах. В результате установлено отрицательное действие на некурящих составных компонентов табачного дыма (оксид углерода, никотин, альдегиды, акролеин и др.). Выявлено влияние этих веществ на состав крови, мочи и нервную систему пассивного курильщика. Особенно большой вред приносит оксид углерода, который, как ранее отмечалось, проникая через легкие в кровь, прочно соединяется с гемоглобином, препятствуя доставке кислорода тканям. Обычно

содержание образуемого при этом карбоксигемоглобина в крови человека колеблется от 0,4 до 1%. По данным ВОЗ, предел его содержания составляет 4%. Повышение концентрации карбоксигемоглобина до 16-20% может вызвать летальный исход у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а до 67-70% - у практически здоровых лиц.

G. Grimmer и соавт. (1977) обнаружили при курении в комнате площадью 36 м² увеличение содержания в воздухе полициклических ароматических углеводородов, концентрации угарного газа.

Специалисты подсчитали, что вред пассивного курения соответствует вредному действию выкуривания 1 сигареты через каждые 5 ч и уже через 10-15 мин оно способно вызвать обильное слезотечение: у 14% некурящих - кратковременное ухудшение остроты зрения и у 19% - повышенное отделение слизи из носа.

Пребывание в течение 8 ч в закрытом помещении, где курят, приводит к воздействию табачного дыма, соответствующего курению более 5 сигарет.

В настоящее время доказано, что пассивное курение является важным фактором риска развития рака легкого. При этом установлена статистически достоверная зависимость от времени пребывания в накуренных помещениях, поскольку побочный поток дыма содержит более высокую концентрацию канцерогена диметилнитрозамина, чем главный поток, вдыхаемый активным курильщиком.

Проблема пассивного курения обострилась, когда T. Hirayama (1982) представил данные о 14-летнем проспективном исследовании 91540 некурящих японок в отношении показателей стандартизированной смертности от рака легкого в зависимости от курения их мужей. Женщины, мужья которых курили меньше пачки сигарет в день или более

пачки, демонстрировали соответственно риск развития рака легкого в 1,5 и 2 раза больше, чем женщины, мужья которых не курили. Этот риск повышался до 4,6 для жен сельскохозяйственных рабочих в возрасте от 40 до 58 лет, куривших более пачки сигарет в день.

Примерно аналогичные результаты были получены в заказанном Министерством здравоохранения Греции 5-летнем ретроспективном исследовании более чем 300 гречанок. Оказалось, что у некурящих женщин, мужья которых выкуривали до 20 сигарет в день, риск развития рака легкого составил 2,4, а при выкуривании более 20 сигарет в день - 3,4 по сравнению с женами некурящих мужей.

Knoth A. и соавт. (1983), обследовав больных бронхокарциномой в ФРГ, установил, что 61,5% заболевших женщин сами не курили, но находились в атмосфере табачного дыма в домашних условиях. Исходя из этого авторы делают вывод о связи развития бронхокарциномы у женщин с пассивным курением. Характерно, что вероятность заболевания раком легкого у женщин резко увеличивается, если они сами курят хотя бы по 2-3 сигареты в день.

Риск развития рака легкого у детей зависит от курения их родителей, причем большее влияние при этом оказывает курение матери.

В других исследованиях было установлено, что повышение уровня оксида углерода при пассивном курении способствует развитию стенокардического приступа у больных с поражением коронарных сосудов. Этот уровень СО также ведет к более быстрому развитию одышки у больных с хроническим гипоксическим поражением легких. При пассивном курении уровень карбоксигемоглобина может повыситься с 1 до 2%, в то время как при активном курении он составляет от 5 до 11%.

J. White и H. Froeb (1981) изучали отдаленные результаты курения и пассивного курения у 5210 лиц среднего возраста, из которых 2208 были исключены в связи с предшествующим заболеванием легких. Функциональные исследования (FEW - форсированный экспираторный ток воздуха) позволили установить, что наилучшие показатели были у некурящих, находившихся в незадымленном помещении, далее шли пассивные курильщики, курильщики, не вдыхавшие табачный дым, лица, курившие не интенсивно и, наконец, интенсивно курившие.

Опасности существуют не только для отдельных семей, но и для населения в целом, для некурящих жен курящих мужей, для детей, родители которых курят, и если взглянуть на вещи шире, то и для плода в чреве матери. Нарушаются физиологические процессы в организме плода, увеличена частота его сердечных сокращений, поскольку у курящей матери падает плацентарный кровоток. После рождения ребенок, находящийся в атмосфере табачного дыма, расплачивается нарушением функции органов дыхания и другими последствиями, о которых говорилось выше.

R. Rona и соавт. (1981) показали, что на рост ребенка значительно влияет пребывание под воздействием табачного дыма в домашних условиях, особенно если в семье курят двое и более человек и если курили во время беременности матери. Бронхиты и воспаления легких у детей в течение первого года жизни развиваются чаще, если курят родители. Маленький ребенок значительно хуже защищается от пассивного курения, чем взрослый. В семьях курильщиков у детей, находящихся в одном помещении с курящими родителями, вдвое чаще регистрируются респираторные заболевания по сравнению с детьми, родители которых курят в отдельном помещении, или с детьми, родители которых не курят.

Исследование, проведенное в Новой Зеландии, показало, что частота развития бронхитов и воспалений легких в течение первого года жизни в случаях интенсивного курения матерями увеличивалась на 7-21% по сравнению с детьми некурящих. Отмеченная корреляция ограничивалась преимущественно первым годом жизни.

Результаты исследования здоровья детей школьного возраста в связи с курением их родителей не столь определены, хотя имеются доказательства влияния курения матерей на болезни органов дыхания у детей и подростков.

A. Bergman и L. Wiesner (1996) отмечают влияние пассивного курения на детей, включая увеличенную частоту респираторных инфекций у детей курящих матерей. Авторы исследовали 56 семей, потерявших детей вследствие внезапной смерти, 86 семей служили контролем. Матери умерших детей курили во время беременности в 61% случаев и после беременности в 59% случаев.

I. Tager и соавт. (1999) при обследовании 444 детей в возрасте от 5 до 9 лет установили, что курение родителей вызывало снижение легочных функций.

Как указывает H. Remmer (1999), если экспозиция в табачном дыму начинается в раннем детском возрасте, то вероятность заболевания в дальнейшем раком легкого увеличивается.

M. Kraemer и соавт. (1999) рассматривают пассивное курение как фактор риска в развитии воспалительного поражения среднего уха у детей.

При воздействии табачного дыма у детей отмечается повышение артериального давления и учащение сердцебиений. Нарушения

дыхательной системы у детей дошкольного возраста при пассивном курении были констатированы J. Dutan и соавт. (1998).

J. White и H. Froeb (1999) пришли к заключению, что хроническая экспозиция к табачному дыму в рабочем окружении оказывается вредной для некурильщиков и значительно снижает функцию малых дыхательных путей на уровне курильщиков, выкуривающих от 1 до 10 сигарет в день.

Установлено, что состояние возбуждения и раздражительность у курящих пассивно в значительной степени связаны с экспозицией к табачному дыму. Особенно чувствительны к раздражению слизистая оболочка носа и глаз, в частности при нарастающем загрязнении помещения токсическими продуктами табачного дыма. Отмечены изменения психомоторных функций, особенно внимания и способности к усвоению знаний.

C. Barad (1999) изучал симптоматический эффект пассивного курения в группе населения у более чем 10 тыс. некуривших служащих. Более 50% некуривших сообщили об определенных затруднениях в работе рядом с курящими и 36% заявили, что они вынуждены были покидать свои рабочие места в связи с пассивным курением, а 30% некурящих табачный дым мешал работать. Что касается клинически выявляемой симптоматики, то 48% некуривших жаловались на раздражение слизистых век (конъюнктивиты), 35% - на раздражение слизистой оболочки носа, 30% - на кашель, сухость в горле и чиханье, около 5% - на обострение предшествовавших легочных поражений, 3% - на ухудшение сердечно-сосудистых заболеваний и 10% утверждали, что они подвержены аллергии к табачному дыму.

Следует иметь в виду, что эффективная скорость вентиляции помещений снижается при рециркуляции загрязненного воздуха в них,

низкой скорости введения свежего воздуха и наличии различных препятствий для циркуляции воздуха. Как указывает G. Repar (1998), в строящихся помещениях из-за политики экономии, осуществляемой строительными фирмами в США, средний уровень табачного дыма как в зданиях, где осуществляется естественная вентиляция, так и в зданиях с механической вентиляцией увеличивается, что наносит вред здоровью людей в связи с пассивным курением.

Альтернативным подходом к контролю за загрязнением воздуха внутри помещений является снижение интенсивности действия источника загрязнения, регуляция продукции табачных изделий и др.

Всемирная организация здравоохранения рекомендовала приложить большие усилия для запрещения курения в общественных местах, а также чтобы эпидемиологические исследования, посвященные проблемам курения, включали и разработку вопросов пассивного курения.

Попутно заметим, что табачное лобби в капиталистических странах отрицает наличие веских доказательств того, что пассивное курение наносит значительный вред здоровью.

Таким образом, пассивное курение также наносит существенный ущерб здоровью населения, приводя по сути к тем же самым патологическим проявлениям, к которым приводит активное табакокурение.

1.5 Социально-экономические последствия курения

Стоимость курения для курильщика складывается из затрат на покупку сигарет, потерю на здоровье и покупку лекарственных препаратов для лечения заболеваний, вызванных курением. От пассивного курения наиболее часто страдают члены семьи курильщика. Лечение заболеваний, связанных с пассивным курением, также следовало бы включать в

стоимость курения. Все социально-экономические последствия курения можно классифицировать на две группы: прямые и непрямые потери.

К прямым потерям относятся, во-первых, случаи преждевременной смертности от болезней, связанных с курением, и отсюда суммарное число недожитых лет жизни и недопроизведенного национального дохода; во-вторых, случаи болезни в связи с курением с расчетом роста потребления, в том числе и медицинских услуг, связанного с ростом заболеваемости, расчетом случаев нетрудоспособности и инвалидности, брака в работе, снижения производительности труда; в-третьих, небрежность при курении приводит к пожарам, ожогам и др. Расчет прямых потерь хотя и носит относительный характер, тем не менее дает представление об их масштабах и позволяет провести анализ по методу "затраты-выгоды".

К непрямым потерям, связанным с курением, можно отнести, во-первых, генетические нарушения, проявляющиеся в виде роста частоты самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, недоношенности и случаев низкой массы тела при рождении, случаев нарушений в кормлении новорожденных, в ослаблении адаптационных механизмов и увеличении числа заболеваний в детском возрасте, в росте числа врожденных дефектов развития, в ухудшении физического и психического развития детей, также проявляющихся, вероятно, и в последующих поколениях, во-вторых, влияние на пассивных курильщиков со всеми вытекающими последствиями для их здоровья и трудоспособности.

Поскольку непрямые потери являются еще более условными и трудно пока поддающимися количественному определению, нам представляется целесообразным остановиться на отдельных прямых потерях, тем более что некоторыдительности труда, потери рабочих дней,

повышенной заболеваемости, инвалидности, смертности, роста потребностей в медицинских услугах.

Исследование, проведенное в г. Мальмё (Швеция), показало, что первичный выход на инвалидность, уровень госпитализации и средние сроки пребывания на больничной койке у курящих намного выше, чем у некурящих.

Доля госпитализированных среди курильщиков выше, больше среди них и пребывающих в стационарах длительные сроки. Исследование когорты показало, что среди некурящих число заболевших людей в течение года составило 19,6%, среди бывших курильщиков - 15,1%, в то время как среди выкуривающих до 14 сигарет в день доля заболевших составила 11,6%, 15-24 сигареты - 11%, более 24 сигарет - 10,7%.

В ФРГ в течение года теряется около 20 млн. рабочих дней из-за болезней, связанных с курением. 10% расходов на социальное обеспечение (5,3 млрд. марок) ежегодно связано с результатами курения. Экономисты подсчитали, что пристрастие к курению наносит государству ущерб в размере 70-80 млрд. марок ежегодно, в то время как доходы государства, получаемые за счет специального налога на табачные изделия, не превышают 12 млрд. марок в год.

В Великобритании прямые потери в связи с курением составили за год 510 млн. фунтов стерлингов, в том числе затраты на лечение - 50 млн. (9,8%), производственные потери в связи с болезнями, вызванными курением - 290 млн. (56,9%), потери в связи с преждевременной смертностью - 150 млн. (29,4%), потери в связи с пожарами - 20 млн. (3,9%).

M. Raw приводит данные доклада Королевской Коллегии врачей "Здоровье и курение" о том, что в Великобритании ежегодно теряется

свыше 50 млн. рабочих дней вследствие курения. Это серьезный ущерб для национальной экономики. Одновременно показано, что только стоимость лечения болезней, вызванных курением, составляет ежегодно более 150 млн. фунтов стерлингов.

Экономические потери, связанные с курением в Австрии, существенно превышают доходы в виде налогов и капиталовложений, что полностью игнорируется австрийскими финансовыми политиками.

Государственные доходы от производства табака составили в Шри Ланка в 1992-1994 гг. 17 млн. ам. долл., в 1995 г. - 29 млн. ам. долл., в 1999 г. - 99 млн. ам. долл. (Хроника ВОЗ, 1982, 36, 5, 241). В то же время потери, которые несут население и общество в связи с курением, там никто не подсчитывал.

В Японии в 1998 г. на приобретение сигарет население затратило 11,1 млрд. долл. Подсчитано, что смертность от болезней, связанных с курением, во Франции в 1998 г. в 3 раза превысила смертность в дорожно-транспортных происшествиях.

В Швейцарии расходы на болезни, связанные с курением в 199776 г. по сравнению с 1998 г. возросли на 1,6%, или на 54,2 млн. франков.

В Варшаве Институтом гигиены было проведено на опытной и контрольной представительных рабочих группах изучение влияния курения на работоспособность. В результате оказалось, что курящие болеют в 3,5 раза чаще некурящих, наиболее распространенными болезнями были респираторные заболевания, астма, хронический бронхит, эмфизема легких, сердечно-сосудистые заболевания, хронический гастрит, язвенная болезнь, новообразования. При наличии этих заболеваний курящие в 5 раз чаще не выходили на работу. У некурящих выявлена в 1,5 раза выше сопротивляемость к простудным

заболеваниям. Среди курящих в 2 раза чаще отмечались несчастные случаи, что объяснялось курением в запрещенных местах. Уровень дорожных происшествий был выше среди курящих шоферов. Среди курящих рабочих чаще наблюдались случаи отравлений на производстве, на 25% выше - уровень вибрационной болезни, на 10-15 лет раньше появлялась эмфизема легких.

Многочисленные расчеты экономических потерь в связи с курением произведены в США, где, как отмечалось, ежегодно с курением связаны 225 тыс. летальных исходов от болезней сердечно-сосудистой системы, 130 тыс. от рака легкого и свыше 20 тыс. случаев болезней органов дыхания. Исследования института Гэллапа, центра по борьбе с болезнями, и других организаций показали, что курение наносит значительный экономический ущерб. Так, только в 1995 г. экономические потери в связи с курением составили 65 млрд. ам. долл. при доходе от производства и реализации табачных изделий в 5,8 млрд. ам. долл. Расходы на лечение болезней, связанных с курением, составили только в 1996 г. 8,2 млрд. ам. долл. Ущерб, причиненный пожарами в результате курения, оценивается в 200 млн. ам. долл. ежегодно

Установлено, что 20% всех пожаров в США, т.е. 225 тыс. связаны непосредственно с курением, а во время пожаров, вызванных незатушенными сигаретами, погибают ежегодно 2300 человек и получают ожоги около 5 тыс. человек. Указанные расчеты являются прямыми, и, естественно, не учитывают в полной мере социально-биологическую ценность всех потерь общества, связанных с курением. Если в 1997 г. в результате курения было потеряно 77 млн. рабочих дней, то в 1999 г. этот показатель вырос до 81 млн. Кроме того, курящие и бывшие курильщики проболели за год на 150 млн. дней больше, чем некурящие.

Подсчитано, что дополнительные затраты на одного курящего

работника составляют в среднем 3 ам. долл. ежедневно за счет оплаты страхования, отпуска по болезни, снижения производительности труда, потерь рабочего времени и т.д.

Оказалось, что непрямые потери более чем в 3 раза превышают непосредственные расходы на лечение болезней, обусловленных курением.

Проведенные расчеты основаны на том, что в США в 1995 г. насчитывалось 54 млн. взрослых курильщиков и ежегодно продается 612 млрд. штук сигарет. В качестве исходных показателей для расчета потерь были взяты минимальные значения, что существенно занижает общую величину потерь. Так, ущерб, наносимый одним курильщиком, оценен по минимуму в 340 ам. долл., потери за счет снижения производительности труда, проголов и нетрудоспособности также занижены и округлены до 5 ам. долл. на одного работающего, что примерно в 2 раза меньше реальных значений. Все потери от пожаров, вызванных курением, были разделены на число курильщиков и получено 5 ам. долл. в среднем на одного курильщика.

В 1996 г. потери от пожаров составили 5,6 млрд. ам. долл., в жилых помещениях - 2,8 млрд., из которых от 7,3 до 11% произошли в результате курения. Оценки денежных компенсаций рабочим были основаны на общей сумме в 9,4 млрд. ам. долл., из которых 5,4 млрд. ам. долл. (около 60%) приходится на долю курящих, так как из 100 млн. рабочих, занятых в производстве, на курящих приходится 40 млн. человек, а в среднем курящим выплачиваются эти компенсации в 2 раза чаще, чем некурящим. В результате получилось, что разница компенсаций между курящими (135 ам. долл.) и некурящими (67 ам. долл.) составила 68 ам. долл., из которых половина приходится за счет курения. Аналогичным образом M. Kristein рассчитывал и другие показатели.

В последние годы большую озабоченность вызывает все увеличивающийся вред, который наносит курение здоровью рабочих, поскольку в этих случаях речь может идти о сочетании влияния курения и профессиональных вредностей.

Риск развития заболеваний, связанных с курением, особенно велик в тех областях промышленности, где рабочий экспонируется к газам, пыли, дыму, жидкостям и другим токсическим факторам. Табачный дым содержит те же химические вещества, которые рассматриваются как токсичные на рабочем месте. К их числу относятся, например, цианистый водород и оксид углерода. Экспозиция к угольной пыли, хлопковой пыли, хлору, облучению, действуя совместно с табачным дымом, вызывает повреждения легких.

Экономический ущерб от курения заставил многие американские и канадские фирмы выделить дополнительные ассигнования на борьбу с курением среди их персонала, включая поощрение лиц, бросивших курить, из специального премиального фонда, организацию лотерей для некурящих с выплатой крупных выигрышей и др. В то же время необходимо отметить, что борьба с курением в США и в других капиталистических странах продиктована не гуманными соображениями и заботой о здоровье трудящихся, а рассчитанной выгодой для предпринимателей.

Имеются обоснованные расчеты того, что уже через 3 года после введения мероприятий по борьбе с курением могут быть получены потенциальные сбережения в расчете на каждого бросившего курить - в год 169-346 ам. долл. При этом берутся в расчет лишь пожары и несчастные случаи (22-44 ам. долл.), пропуски рабочих дней (40-80 ам. долл.), производительность труда (80-166 ам. долл.) с учетом не только активных, но и пассивных курильщиков (27-56 ам. долл.). Эффект может

быть еще более значительным при расширении масштабов противотабачной кампании и удлинении ее сроков.

Несмотря на кажущуюся выгоду и обоснованные расчеты, мероприятия по борьбе с курением в США реализуются лишь в частичном объеме и крайне медленно, что связано с активным противоборством со стороны крупнейших табачных монополий, руководители которых стремятся получить прибыль любой ценой, даже путем гибели своих же соотечественников.

На симпозиуме в Канзас-сити (США), посвященном влиянию курения на здоровье, Генеральный хирург США Luther Terry заявил, что табачные фирмы ежегодно вкладывают в развитие табачной индустрии и в рекламу ее изделий 2 млрд. ам. долл., в то время как на борьбу с курением из федеральных и других источников ассигнуется ежегодно всего 150 млн. ам. долл., т.е. в 13 раз меньше.

Борьба с курением в США отягощается также и тем, что табак выращивают 600 тыс. фермерских семей, в табачной промышленности заняты 125 тыс. рабочих и 66 тыс. служащих, продажа сигарет составляет часть бизнеса 5 млн. торговцев. В федеральный бюджет только в 1997 г. отчислено почти 6,5 млрд. ам. долл. от налога на продажу табачных изделий.

Исследования, проведенные одновременно в Финляндии и Швеции, показали наличие тесной связи между курением и злоупотреблением алкоголем. Оказалось, что среди мужчин, злоупотребляющих алкоголем, доля курящих в 2,35 раза больше, чем среди малопьющих. Поэтому потери, обусловленные курением, не исчерпываются приведенными выше расчетами и требуют совместного анализа ущерба, наносимого обществу курением и алкоголем. Например, в США прямые экономические потери

в связи с употреблением алкоголя составили в 1992 г. - 42,75 млрд. ам. долл., в 1993 г. - 44,3 млрд. ам. долл., а в 1998 г. - 120 млрд. ам. долл., в том числе в связи с потерями рабочего времени и снижением производительности труда - 64 млрд., в связи с затратами на медицинскую помощь - 41 млрд., в связи с дорожно-транспортными происшествиями - 16 млрд. долл.. Если к этим потерям присоединить еще ущерб, наносимый курением (65 млрд. ам. долл.), то получится огромная сумма в 185 млрд. ам. долл. без учета потерь, связанных с употреблением наркотиков.

1.6. Факты о курении

1. В России курят 70,5% мужчин, а среди старшеклассников в крупных городах не обходятся без сигареты 30-47% юношей и 25-32% девушек. Ежегодно в России выкуривается 25 млрд сигарет.
2. Мужчины и женщины курят по разным причинам. Это удалось установить в ходе эксперимента калифорнийским ученым. Каждому участнику эксперимента предложили тщательно фиксировать настроение, которое преобладало в момент, когда он брался за сигарету. Оказалось, что мужчины, по большей части курят, когда чем-то раздражены или рассержены. Женщины тянутся за сигаретой, когда чувствуют эмоциональный подъем или получают удовольствие. Правда, и те и другие используют курение в качестве средства для того, чтобы смягчить грусть или подавленное состояние.
3. В России появился музей табака. Его экспонаты - множество видов трубок, мундштуков, различных сортов табака. Его создатель - известный в своем кругу коллекционер сигарет и папирос Владимир Яблоков. Музей он открыл прямо в своем доме в городе Качканар. Сейчас Владимир Яблоков планирует создание клуба при музее, где он планирует отучать нынешнее поколение молодежи от пагубной привычки курить.
4. Омский "Институт медико-социально-правовых инициатив" под

руководством Игоря Батурина считает, что пропаганда сигарет, развернутая в самых людных местах отрицательно сказывается впоследствии на здоровье детей и подростков. В случае если омский антимонопольный комитет докажет правоту Батурина, на 200 минимальных окладов оштрафуют заказчика табачной рекламы - компанию "Филип Моррис".

5. Минувшим летом препараты Никоретте стали первыми средствами от табачной зависимости, разрешенными к безрецептурному отпуску в Японии. Жевательную резинку Никоретте одобрило японское Министерство Здравоохранения, Труда и Соцобеспечения. Согласно докладу Министра здравоохранения Японии в 1999 году, 52.7% мужчин и какой-то процент женщин курят, проценты увеличиваются, и рак легких давно уже обогнал в рейтингах рак желудка по смертности. Никоретте - препарат номер один по отказу от курения в мире, доступный в 60 странах. Компания *Pharmacia* разработала и выпустила на рынок ряд продуктов никотинзаместительной терапии - жевательную резинку, пластырь, ингалятор, аэрозоль и таблетку. В 2000 году объем продаж Никоретте перевалил за миллион.

6. В Китае 20% населения земного шара и 25% всех курильщиков. Здесь производится больше сигарет, чем в какой-либо другой стране. По прогнозам ученых, к 2025 году более двух миллионов китайцев умрут от болезней, виновники которых - сигареты.

7. В Зимбабве одна треть всех фермеров и 12% всех рабочих заняты в табачной промышленности.

8. В 1988 компания *Philip Morris* заплатил \$ 350 000 чтобы их сигареты были показаны в новой серии Джеймса Бонда "Лицензия на убийство".

9. В 1979 году *Philip Morris* заплатили \$ 42 500, чтобы "Мальборо" появились в Супермене-II, а другой производитель сигарет *Ligget* заплатил \$ 30 000 чтобы их сигареты появились в фильме "Супергерл". Кстати, у этих фильмов огромная детская аудитория...

10. Установлено, что дети курят наиболее рекламируемые сигаретные бренды.

11. 49.7% австралийских аборигенов курят.

12. Оттава - город для некурящих. По решению властей с 1 сентября 2001 года курение было запрещено во всех общественных местах, больницах в помещении государственных органов, в ресторанах, а также барах и частных клубах. Исключается также отведение специальных мест для курения. Следить за выполнением запрета будут сотрудники правоохранительных органов. Штрафовать нарушителей начали с 4 сентября. Первое нарушение обходится примерно в 250 канадских долларов, последующие - до 5000 канадских долларов.

13. Поддерживают новый закон общественные организации, медики и профсоюзы. Все они не только заботятся о здоровье своих сограждан, но и борются против социальной расточительности: распространение курения ведет к увеличению заболеваний, что обирается большими затратами на больничные, а также возможными исками к фирмам, не предупредившим своих сотрудников о вреде курения на рабочем месте.

14. В Европе и США гонения на курильщиков тоже неуклонно усиливаются. В США готовится новый жесткий законопроект, запрещающий курение почти во всех общественных местах. Действующий в настоящее время закон, принятый в 1995 году, запрещает курение в ресторанах, насчитывающих более 35 мест, в офисных зданиях и даже в частных конторах, где работает более трех сотрудников. В случае же принятия нового закона курить можно будет только в специализированных барах и вочных клубах. Есть штаты, где законы против курения особенно суровые. В Калифорнии, например, курение запрещено во всех без исключения общественных местах..

15. Витамин С опасен для курильщиков. Это выяснили австралийские ученые. Все дело в том, что во время курения в организм среди прочей гадости проникает тяжелый металл кадмий, в сочетании с которым

безвредный витамин С может провоцировать появление раковых клеток. Кадмий из организма практически не выводится, поэтому, как предупреждают ученые, злоупотреблять витамином С (то есть, потреблять более 0,25 г в день) не рекомендуется даже в том случае, если вы бросили курить несколько лет назад.

16. Аэрофлот будет ужесточать ограничения на курение в самолетах. Это отмечает в своих интервью гендиректор компании Валерий Окулов. По его словам, опрос пассажиров показывает, что те, кто выбирает самолеты "Аэрофлота" предпочли бы некурящие рейсы.

17. В Сингапуре курение строго запрещено в общественном транспорте, такси, лифтах, (кино)театрах, общественных заведениях, кондиционированных ресторанах и торговых центрах.

18. В Лос-Анжелесе, на бульваре Санта Моника установлено табло, отсчитывающее количество умерших от пристрастия к сигарете. Начинается отсчет 1 января, а заканчивается 31 декабря каждого года. Цифра, успевающая "набежать", впечатляет...

19. В предсмертном интервью голливудская звезда, талантливый еврей из Владивостока Юл Бриннер заклинал "никогда не курить"! Сигарета помогла умереть многим деятелям искусства: Луи Армстронгу и Леонарду Бернстайну, Хэмфри Богарту и Ричарду Буну, Уолту Диснею и Винсенту Прайсу, Стиву МакКуину и Джону Хьюстону, Кларку Гэйблу и Джону Уэйну, Гэри Куперу и Бетти Грэйбл, Бастеру Китону и Нату "Кингу" Коулу, Бингу Кросби и Роберту Тэйлору...

20. По сообщению Интерфакса, некий американец много лет пытался бросить курить, и, отчаявшись, отрезал себе кисть правой руки, которой подносил сигарету ко рту. Поступок бессмысленный - ведь сигарету можно держать и в левой, а страсть к курению уж точно не в руке, а в голове. К счастью, врачи успели пришить страдальцу кисть на прежнее место.

2. ГЛАВА . МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЕ

Исследование проводилось в городе Ташкенте. Основу работы составили социологические теории, объясняющие причины возникновения отклоняющегося поведения, концептуальные подходы по изучению аддиктивного поведения, а также исследования по проблеме табакокурения в группах медицинских работников и магистрантов.

Эмпирическая база исследования: Ташкентской медицинской академии. В настоящем исследовании в течение 2010 - 2011 года были обследованы магистранты.

Объект исследования: проблема табакокурения.

Предмет исследования: характеристика табакокурения как формы аддиктивного поведения в профессиональной группе медицинских работников.

В соответствии с целью работы применялись методы социологического исследования, такие анкетирование, опрос, простое наблюдение. Полученные данные обрабатывались методами вариационной статистики. Достоверность различий между показателями оценивалась с применением t- критерия Стюдента.

3. Глава. ВЗГЛЯД СО СТОРОНЫ (АНКЕТИРОВАНИЕ МАГИСТРАНТОВ ТМА)

Курение и молодежь - очень серьезная проблема, и проблема не только медицинская, но и социальная. В то время как в Европе и в Америке все больше и больше распространяется приверженность здоровому образу жизни, у нас заметна совершенно противоположная тенденция. И это положение нельзя изменить, не зная причин явления и не имея данных о его характере и распространенности. Задача данного исследования - представить по возможности полную и достоверную характеристику этой проблемы в нашем лицее.

При формулировке вопросов задачей является раскрытие следующих понятий, составляющих сущность проблемы

1. Распространенность и масштабы явления (пробовал ли курить респондент и курит ли он в настоящее время; если да - то регулярно или от случая к случаю, сколько выкуривает в день, чувствует ли физическое недомогание без сигареты).

2. Когда и как начинают курить (в каком возрасте впервые попробовал сигарету, почему решил попробовать).

3. Влияние социально-экономической неустроенности на курение (доход семьи респондента).

4. Влияние группы и референтной группы (сколько примерно человек курят из института респондента или среди его коллег, курят ли его друзья, курят ли наиболее авторитетные для него люди, курят ли люди, с которыми ему больше всего хотелось бы общаться, курят ли его родители, бросил бы он курить, если бы на новом месте учебы или работы к его привычке бы плохо относились).

5. Влияние факторов социокультурного уровня (увлечение респондента его отношение к работе или учебе, предпочтение респондентом денег, знаний или высокого положения в обществе).

6. Влияние маркетинговых усилий табачных компаний на распространность курения (доверие респондента к рекламе табака, бросил бы он курить или стал бы курить меньше в случае резкого повышения цен на сигареты, возникновении трудностей с покупкой сигарет, ухудшения качества табака или исчезновения из продажи его любимых марок сигарет).

7. Отношение некурящих к курению (раздражает ли респондента

табачный дым, как бы он отнесся к введению ограничений на курение в общественных местах и на дискриминацию курящих в оплате труда).

8. Желание расстаться с привычкой (пытался ли респондент когда-нибудь бросить курить, собирается ли он бросать в ближайшем будущем, собирается ли бросить когда-нибудь, чем было вызвано это желание, будет ли он бросать при ухудшении здоровья).

Ответы на вопросы, сформулированные на основе этих понятий, помогут, во-первых, дать структурную картину распространенности курения среди молодежи, позволяют выявить значение тех или иных факторов в формировании привычки к курению. Кроме того, можно будет подтвердить или опровергнуть следующие гипотезы:

а) Основными причинами курения среди подростков и молодежи являются не экономическая ситуация, не отсутствие стабильности в обществе, а прежде всего- влияние группы (и особенно- референтной группы). Поскольку на принадлежность к той или иной группе и выбор референтной группы влияют образование, род занятий, ценности, то и они окажут свое воздействие, хотя корреляция и не будет очень сильной. При прочих равных условиях зависимости между курением и доходами не будет.

б) Существует определенная доля курильщиков (в задачу исследования входит выявление ее величины), для которых курение не является физиологической необходимостью, и именно эта часть, скорее всего, сократится при проведении мер контрмаркетинга.

в) Влияние группы и советы близких друзей могут быть решающими в стремлении бросить курить, в то время как другие стимулы (в том числе и забота о здоровье) не будут столь эффективны.

В связи с тем, что основной целью опроса является анализ, то большая часть вопросов будет направлена именно на интересующий нас сегмент - молодых курильщиков, имея целью выявить различия в их установках и поведении. Но вместе с тем для описания некоторых особенностей этого явления и исследования структуры общества по признаку отношения к курению нам будет необходима и репрезентативная выборка среди всей молодежи. В ходе исследования были опрошены магистранты 1-2 курса от 25 до 30 лет. Двойственная (описательно-аналитическая) задача исследования определила и специфику нашей выборки: с одной стороны, она представляет всю молодежь, но с другой - интересующий нас сегмент репрезентативной выборки отвечает на дополнительные вопросы.

Информация всегда собирается для достижения какой-либо цели, и главный этап в достижении цели исследования - интерпретация полученных данных. Я проводил обработку по следующим направлениям:

1. Измерение числа курящих, доли "социальных курильщиков" по отношению к общему числу курящих.
2. Нахождение среднего возраста начала курения
3. Выявление связи между курением респондента и курением в его окружении, факторами неустроенности, социокультурными факторами, а после нахождения этих связей можно будет сделать вывод о наиболее существенных причинах курения.

Конечно, нельзя надеяться, что одно только исследование способно решить проблему, и мы вовсе не ставили перед собой задачи совершение чуда. Но без всестороннего анализа любые попытки победить курение будут борьбой с невидимым противником. А знание неприятеля - это непременное условие победы.

Анкета:

1. Вы курите?

1.1 регулярно или от случая к случаю? (подчеркнуть)

1.2 сколько выкуриваете в день?

1.3 чувствуете физическое недомогание после сигареты?

1.4. когда начал курить?

1.5. почему решил попробовать?

а) интерес,

б) предложение друга,

в) желание выделиться

г) др.

2. Экономическое положение семьи:

а) выше среднего

б) среднее

в) удовлетворительное.

3.1. одноклассники курят?

3.2. друзья курят?

3.3. курят ли люди, с которыми больше всего хотелось бы общаться?

3.4. курят ли родители?

3.5. бросил бы курить, если бы бросили друзья?

4.1. Ваши увлечения:-. -

4.2. предпочтете: деньги, знания, высокое положение в обществе

5.1. влияет ли реклама на выбор сигарет?

5.2. бросил бы курить, в случае:

а) резкого повышения цен на сигареты? б)возникновения трудностей с покупкой сигарет?

в) ухудшения качества табака?

г) исчезновения из продажи любимой марки сигарет?

6.1. раздражает табачный дым?

6.2. как вы отнесетесь к введению:

а)ограничения курения в общественных местах?

б)дискриминации курящих в оплате труда?

7.1. пытался бросить курить? - сколько раз?

7.2. собираешься бросить в ближайшем будущем?

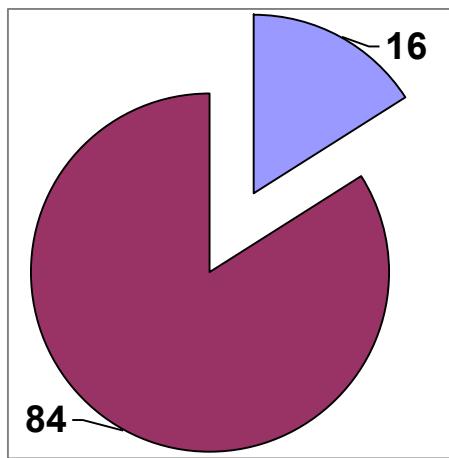
7.3. бросишь при резком ухудшении здоровья?

8.1.Пол(М/Ж)

8.2. Класс

Результаты исследования:

1. Вы курите?	Да (16%) Нет (84%)
---------------	--------------------



1.1 а) регулярно

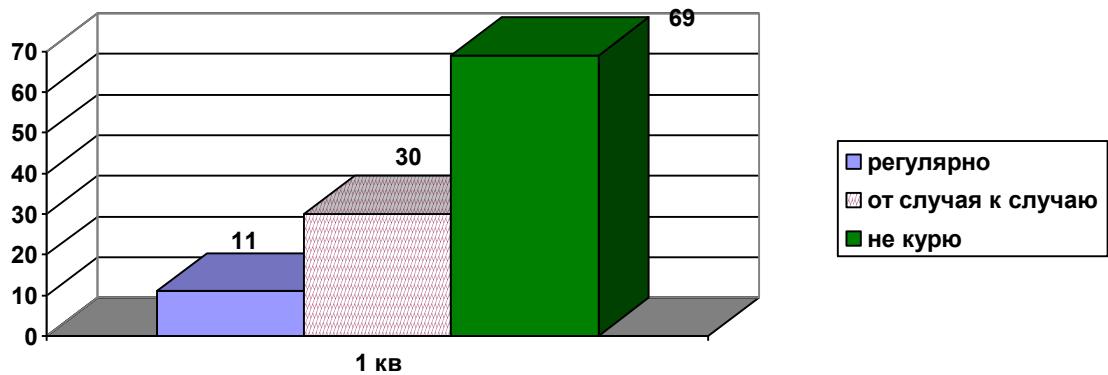
а) (11 %)

б) от случая к случаю?

б) (30%)

в) не курю

в) (69 %)

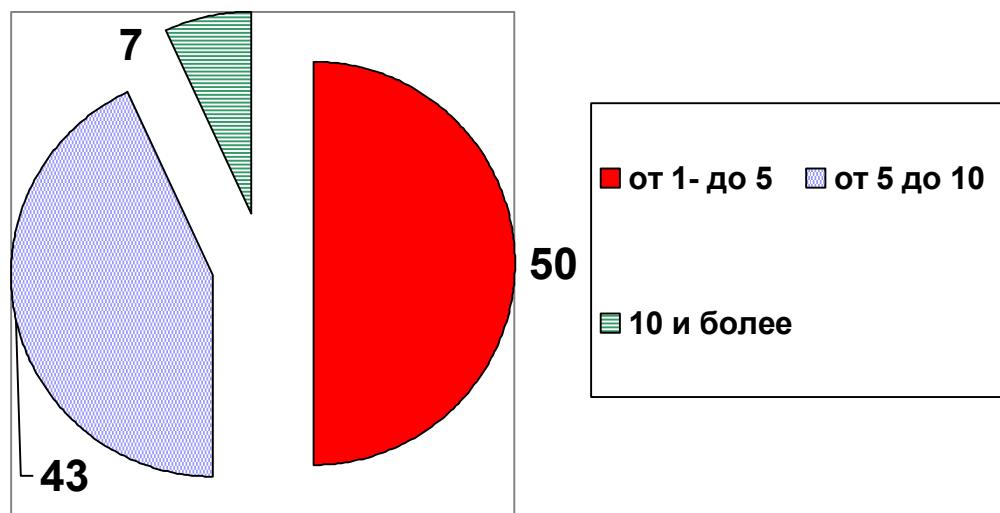


1.2 Сколько сигарет (шт.) выкуриваете в день? (из числа курильщиков)

1-5 – 50 %

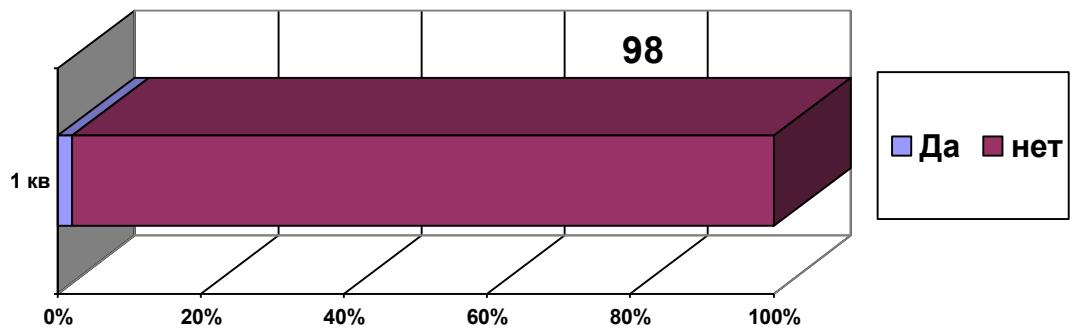
5-10 – 43 %

10 – и более – 7 %



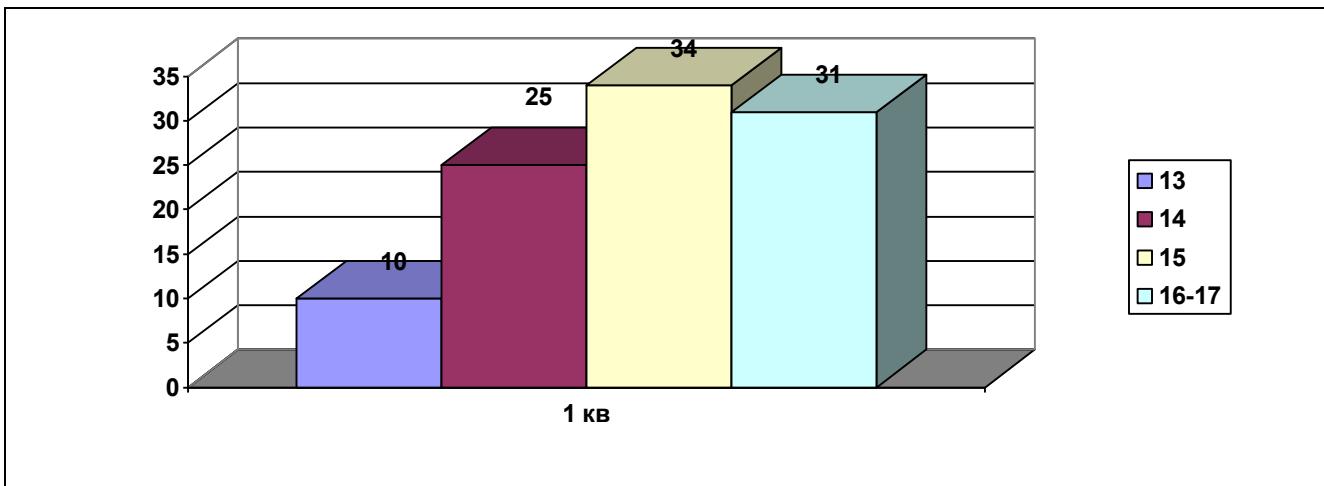
1.3 Чувствуете физическое недомогание после сигареты?

Нет – 98%
Да – 2%



1.4. Когда начал курить?

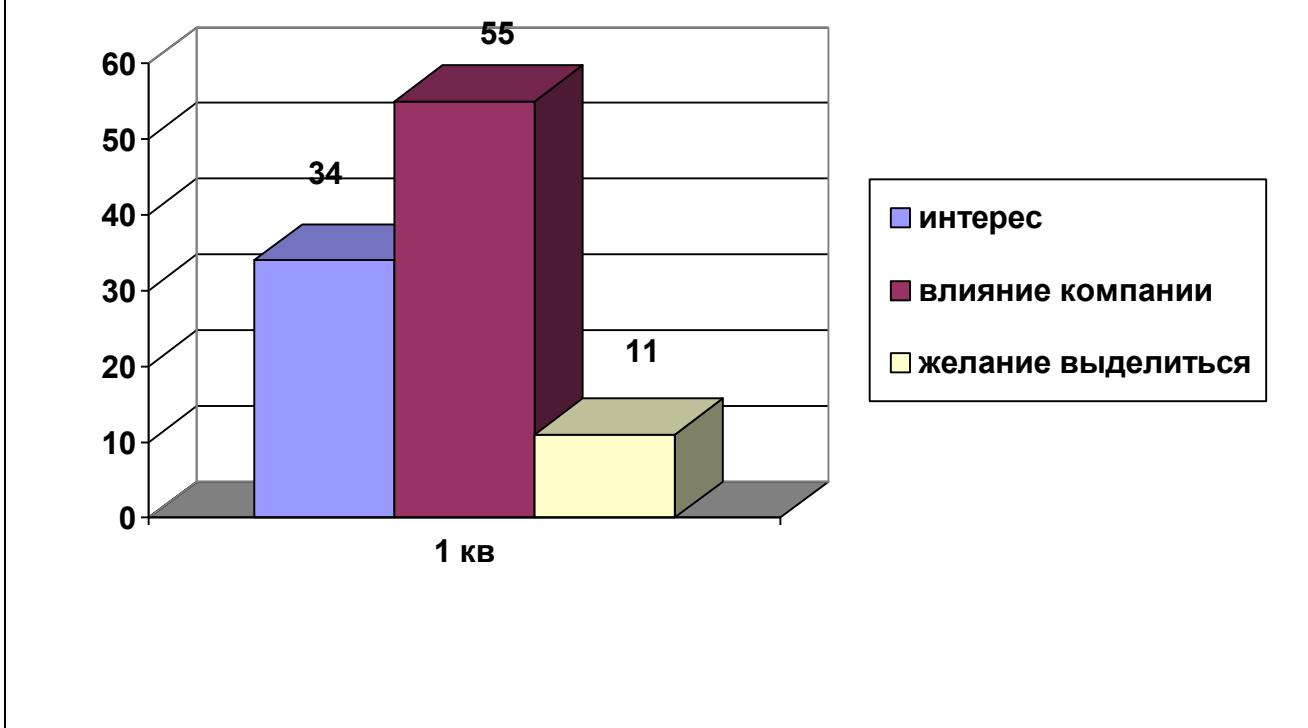
13 – 10 %
14 – 25 %
15 – 34 %
16-17 – 31 %



1.5. Почему решил попробовать?

- a) интерес,
- б) влияние компании,
- в) желание выделиться

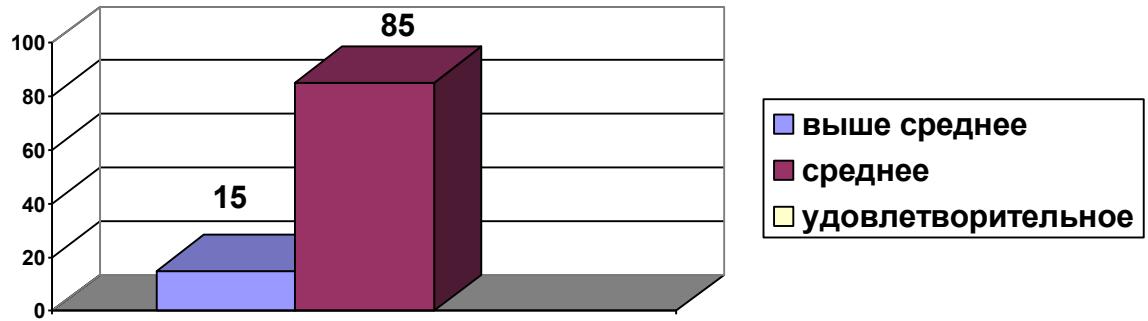
- а) 34 %
- б) 55 %
- в) 11 %



2. Экономическое положение семьи:

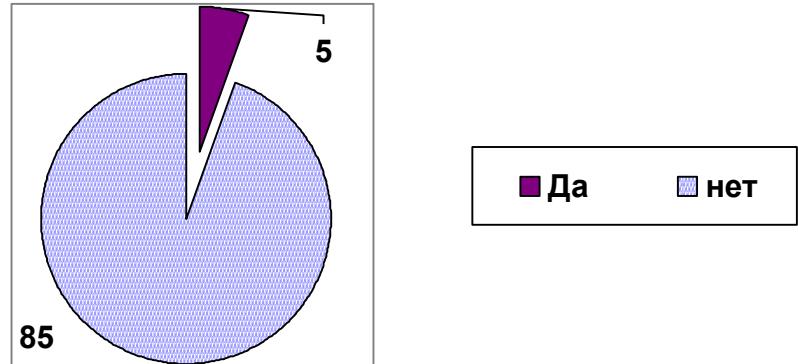
- а) выше среднего
б) среднее
в) удовлетворительное

- а) 15 %
б) 85 %
в) –



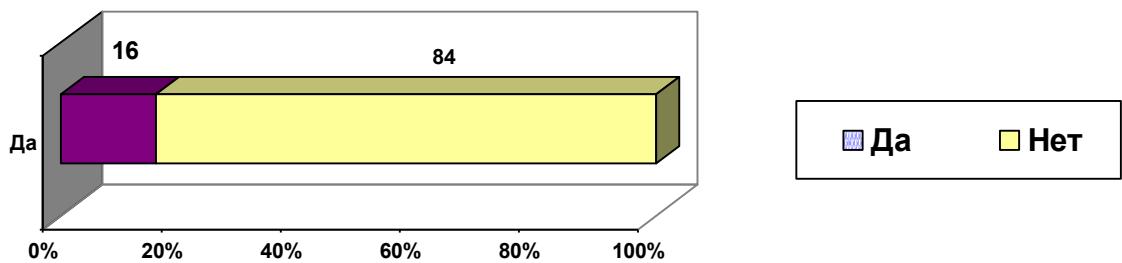
3.1. Одноклассники курят?

Да - 5 % Нет 85 %

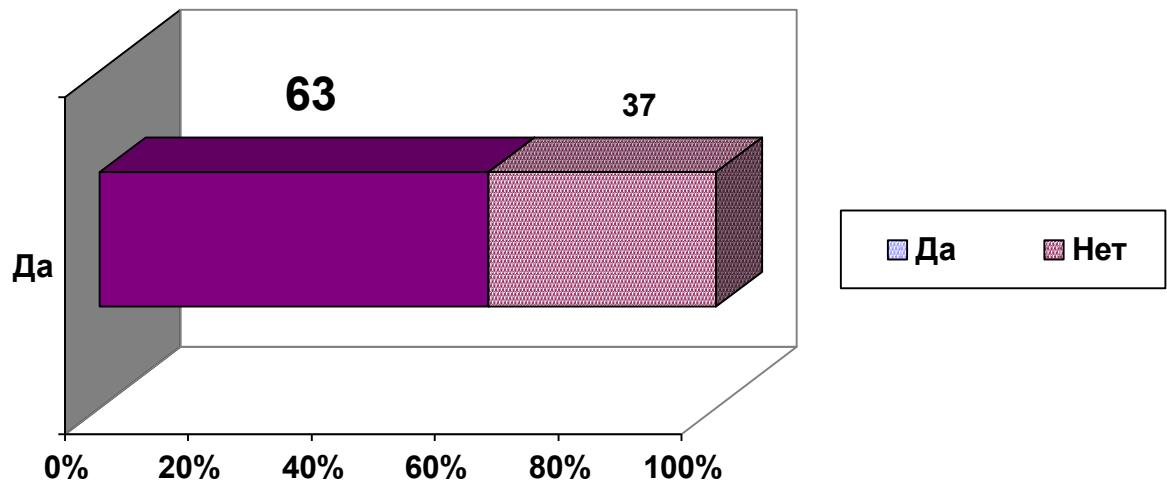


3.2. Друзья курят?

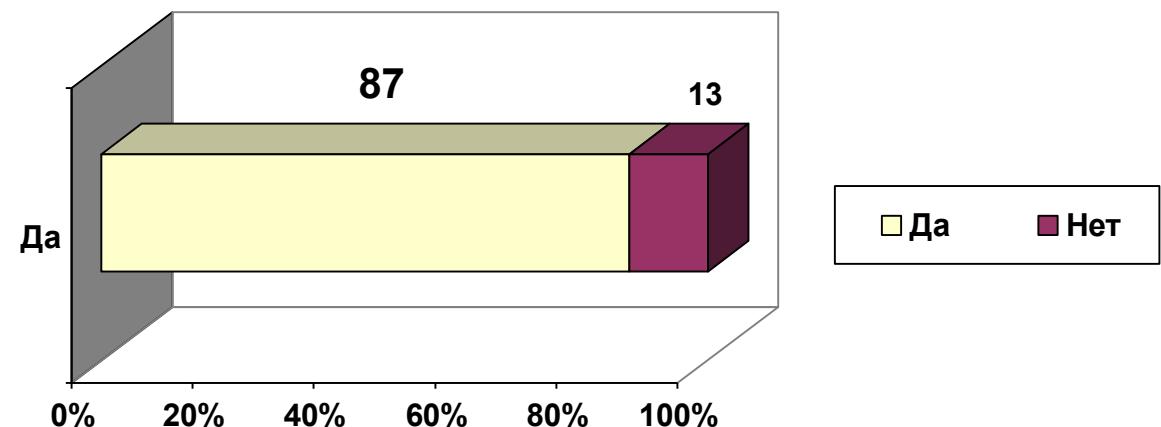
Да – 84 % Нет -16 %



3.3. Курят ли люди, с которыми больше всего хотелось бы общаться? Да – 63 % Нет – 37 %



3.4. Курят ли родители? Да – 87 % Нет 13 %

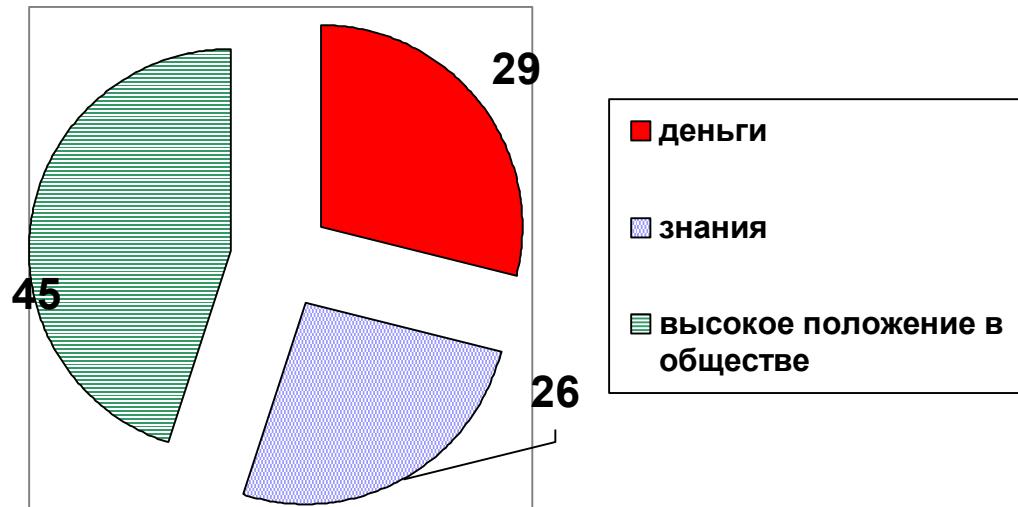


3.5. Бросил бы курить, если бы бросили друзья? Да – 78 % Нет 23 %

4. Предпочтете:

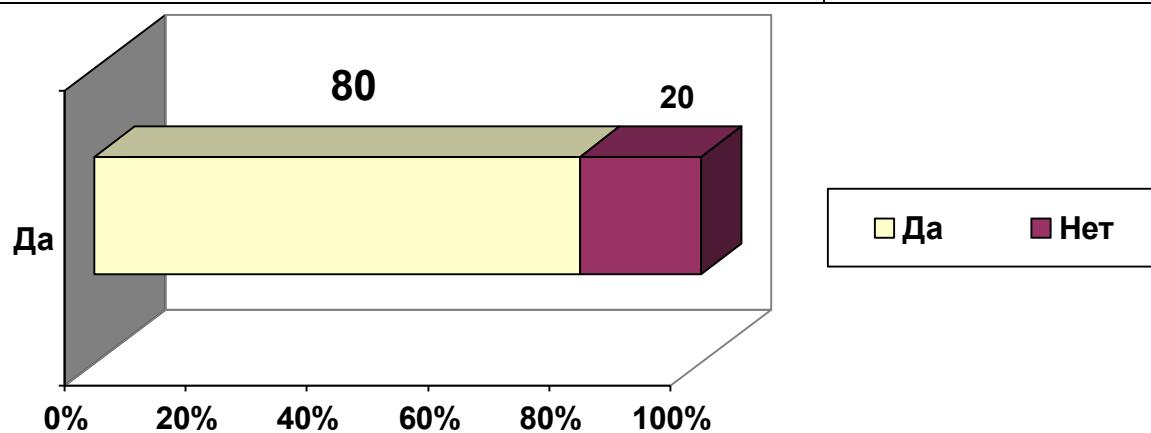
- а) деньги
- б) знания
- в) высокое положение в обществе

- а) 29 %
- б) 26 %
- в) 45 %

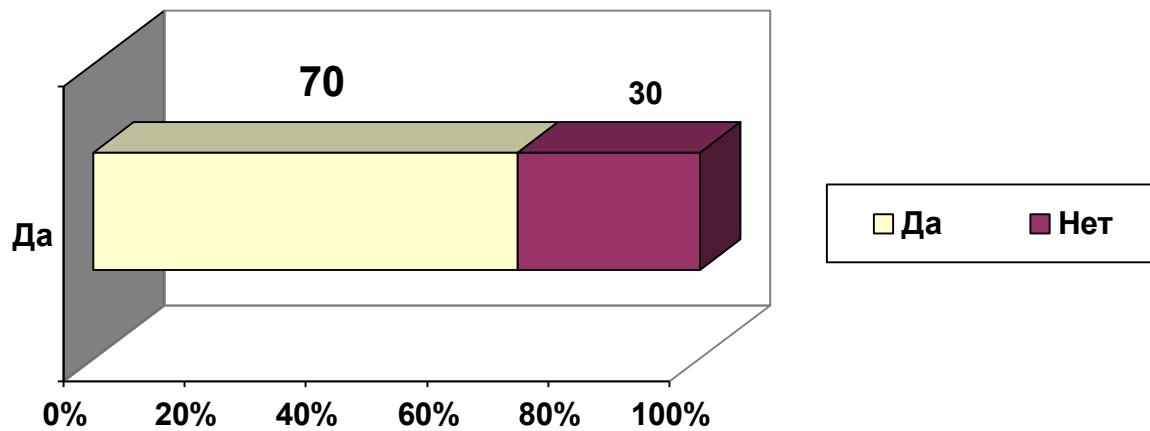


5.1. Влияет ли реклама на выбор сигарет?

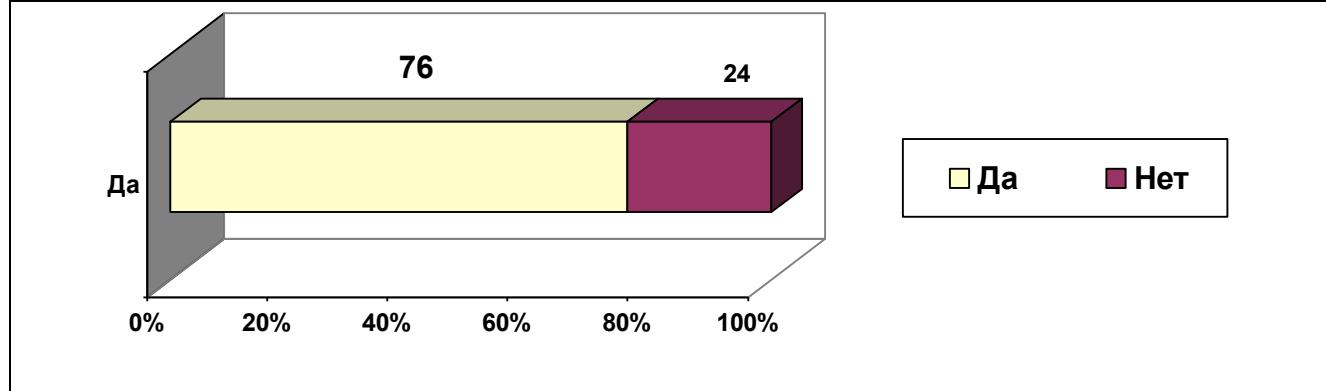
Да – 80 % Нет – 20 %



<p>5.2. Бросил бы курить, в случае:</p> <p>а) резкого повышения цен на сигареты?</p> <p>б) возникновения трудностей с покупкой сигарет?</p> <p>в) ухудшения качества табака?</p> <p>г) исчезновения из продажи любимой марки сигарет?</p>	<p>а) да – 36 % нет – 64 %</p> <p>б) да – 40 % нет -60 %</p> <p>в) да – 53 % нет – 47 %</p> <p>г) да – 61 % нет – 49 %</p>
<p>6.1. Раздражает табачный дым?</p>	<p>Да - 70% нет 30%</p>



<p>6.2. Как вы отнесетесь к введению:</p> <p>а) ограничения курения в общественных местах?</p> <p>б) дискриминации курящих в оплате труда?</p>	<p>а) полож. 73- % отриц.- 27 %</p> <p>б) положит. 12% отриц 88 %</p>
<p>7.1. Пытался бросить курить?</p>	<p>Да- 76 % Нет – 24 %</p>



7.2. Собираешься бросить в ближайшем будущем?	Да – 64 % Нет – 36%
7.3. Бросишь при резком ухудшении здоровья?	Да – 84 % Нет – 16 %
8.1. Пол (М/Ж)	М – 83%, Ж – 17%.

Анализируя результаты нашего исследования, можно сделать следующие выводы:

Гипотеза о том, что курение глубоко укоренились среди молодёжи, оказалось верной. Почти 16% опрошенных подвержены данной вредной привычке.

Гипотеза, в соответствии, с которой основной причиной употребления в первый раз этих веществ является желание попробовать, не подтвердилась. Этой причиной является влияние группы.

Выявлена группа людей (20% от курящих), для которых курение не является физиологической необходимостью, и именно эта часть, скорее всего, сократится при проведении активных мер против курения, также на эту группу большое влияние окажет отказ от курения окружающих.

Основной возраст, когда начинают курить – это 15-17 лет. Поэтому именно на подростков этого возраста следует обратить внимание и проводить специальные беседы. Но и особое внимание надо уделять и более младшим подросткам, чтобы сразу дать понять насколько вредно курение.

Степень зависимости от сигарет показана следующими показателями:

- ежедневно выкуривается 1-5 сигарет 50 % опрошенных из числа курящих
- ежедневно выкуривается 5-10 сигарет 43 %.

- ежедневно выкуривается более 10 сигарет в день 7 %

Как и предполагалось ранее, большинство респондентов высказали мысль о том, что основным негативным последствием этих привычек является вред здоровью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Курение - не безобидное занятие, которое можно бросить без усилий. Это— настоящая наркомания, и тем более опасная, что многие не принимают ее в серьез. Одной из самых актуальных будет эта проблема в среде учащихся средней школы. Курение и школьник не совместимы, так как школьные годы - это годы роста как физического, так и умственного.

Данным исследованием я подтвердил, что курение глубоко укоренилось среди молодежи. Например, в лицее курят около 16% учащихся, из которых 25% – девушки. Выявлена группа людей (20%), для которых курение не является физиологической необходимостью, и именно эта часть, скорее всего, сократится при проведении активных мер против курения, также на эту группу большое влияние окажет отказ от курения окружающих.

Основной причиной начала курения является влияние людей, с которыми общается человек. Были найдены факты, которые свидетельствуют, что курение вредит не только молодому курящему человеку, но и всему обществу. Таким образом, курение – это не только проблема отдельного человека, это проблема всего общества.

Удивительно, но почему же миллионы людей курят, несмотря на очевидный ущерб для здоровья? Как только многие из нас начинают курить, они уже не в силах остановиться. Почему? Табак содержит никотин – наркотическое лекарственное вещество, которое заставляет

возвращаться к нему вновь и вновь. Никотин вербует нас в свои сторонники быстро и надежно.

Основной вред здоровью при курении наносит вовсе не никотин, а другие 4000 химических веществ, содержащихся в табачном дыме. Именно они вызывают множество болезней, которые мы связываем с курением. Ученые не одно десятилетие изучают никотин и находят в нем все больше интересных свойств. Видимо, никотин действительно повышает концентрацию внимания, улучшает память и помогает контролировать вес. С другой стороны, никотин крайне отрицательно влияет на развитие плода во время беременности и, кроме того, установлена связь между никотином и внезапной смертью грудных детей во сне.

Вероятно, в будущем мы можем ожидать, что фармацевтические компании разделят положительные и отрицательные свойства никотина и разработают на основе никотина новые лекарства для лечения самого широкого спектра заболеваний — от болезни Альцгеймера до ожирения.

Наравне с кофеином и стрихнином, никотин принадлежит к группе химических соединений, называемых алкалоидами. Это горькие на вкус и часто ядовитые вещества, вырабатываемые растениями, чтобы животные не поедали их. Люди, будучи биологически несколько извращенными существами, не только игнорируют этот предупреждающий сигнал — горький вкус, но даже получают удовольствие от таких вкусовых ощущений.

Большинство никотина мы получаем сегодня из растения *Nicotiana tabacum*, но есть еще 66 видов растений, которые содержат никотин. 19 из них произрастает в Австралии. Видимо, австралийские аборигены были первыми людьми, которые стали использовать никотин. Они смешивали измельченные листья растений, содержащие никотин, с золой и жевали. Во время долгих путешествий через пустыню аборигены применяли никотин и как стимулятор, и как средство от голода.

Своим названием никотин обязан французскому послу в Португалии Жану

Никоту (Jean Nicot), который был одним из ярых сторонников никотина как лекарственного средства. Табак был завезен в Европу испанцами и сначала применялся в медицинских целях. Им лечили раны, ревматизм, астму и зубную боль. В 1561 году Жан Никот выслал семена табака королевскому двору во Франции. Это растение в его честь назвали Nicotiana. Впоследствии и алкалоид, найденный в XIX столетии в этом растении, также называли никотином.

Популярность табака росла очень быстро и в Европе, и в Азии, несмотря на то, что в Китае, Японии, России и в мусульманских странах были предусмотрены суровые штрафы за его использование, вплоть до отрезания губ. Римско-католическая Церковь не запрещала табак, но отлучала тех, кто курил в церкви. Духовенство научилось обходить этот запрет, вдыхая табак, измельченный в порошок – нюхательный табак. К концу XVII столетия этот способ приема никотина стал очень распространенным среди аристократов Европы.

У никотина в нашем теле очень короткая жизнь, и именно из-за этого курильщики так часто курят. С сигаретной затяжкой никотин попадает в легкие, затем в кровоток и в мозг, где захватывается рецепторами нервных клеток. Но примерно уже через 40 минут количество никотина уменьшается вдвое, и курильщик чувствует потребность в новой порции. Поэтому в сигаретной пачке 20 сигарет – это день, разделенный на 40-минутные периоды приема никотина.

Если курильщик занимается тренировками, сигарета после физической нагрузки доставляет ему особое удовольствие. Почему? Потому что физические упражнения ускоряют метаболизм никотина и уровень никотина в мозге падает быстрее обычного. Этим же объясняется традиция «сигареты после секса», романтика не имеет к этому никакого отношения.

Одна сигарета может содержать до 1,2 миллиграмма никотина. Если ввести этот никотин внутривенно, то такого количества достаточно, чтобы убить семерых взрослых мужчин. Однако когда вы курите, вы получаете очень

сильно разбавленную дозу. Большая часть никотина сигареты исчезает вместе с дымом. Та ничтожная часть, которая попадает в легкие, разбавляется еще раз в кровотоке. В итоге, кровь содержит около 100 нанограмм никотина на миллилитр, что является 1 миллиардной частью содержания никотина, написанного на пачке сигарет. А к тому времени, когда никотин добирается до мозга, его концентрация падает до 40 нанограмм. Однако этого вполне достаточно, чтобы удовлетворить большинство курильщиков.

Уменьшается ли риск для здоровья, если курить сигареты с низким содержанием никотина? На первый взгляд кажется, что да. Однако если курильщик курит «легкую» сигарету, он неосознанно делает более глубокие затяжки, чтобы получить привычную дозу никотина. Это называют компенсационным курением. В результате он, вероятно, будет выкуривать больше сигарет, чем обычно, а, значит, вдохнет больше угарного газа, смолы и других продуктов горения табака. Так что вполне возможно, что «легкие» сигареты еще более вредны, чем обычные.

Для сокращения курения можно применять много разных мер, включая и строгое ограничение мест для курения, и штрафы, и законы для жалоб со стороны некурящих, и государственные медицинские учреждения, специализирующиеся на лечении этого вида проблемы и т.д. Говоря о помощи некурящим, можно предложить бесплатное лечение и санаторный отдых страдающим от аллергии на табак и от заражённости организма продуктами дыма сигарет. Органам здравоохранения в территориях нужно оценить объективную обстановку и добиваться финансирования из местных бюджетов.

Но всё это требует пересмотра, как экономической, так и социальной политики государства, в котором мы живём.

ВЫВОДЫ

1. Гипотеза о том, что курение глубоко укоренились среди молодёжи, оказалось верной. Почти 16% опрошенных подвержены данной вредной привычке.
2. Гипотеза, в соответствии, с которой основной причиной употребления в первый раз этих веществ является желание попробовать, не подтвердилась. Этой причиной является влияние группы.
3. Выявлена группа людей (20% от курящих), для которых курение не является физиологической необходимостью, и именно эта часть, скорее всего, сократится при проведении активных мер против курения, также на эту группу большое влияние окажет отказ от курения окружающих.
4. Основной возраст, когда начинают курить – это 15-17 лет. Поэтому именно на подростков этого возраста следует обратить внимание и проводить специальные беседы. Но и особое внимание надо уделять и более младшим подросткам, чтобы сразу дать понять насколько вредно курение.
5. Степень зависимости от сигарет показана следующими показателями:
 - ежедневно выкуривается 1-5 сигарет 50 % опрошенных из числа курящих
 - ежедневно выкуривается 5-10 сигарет 43 %.
 - ежедневно выкуривается более 10 сигарет в день 7 %

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В целях сохранения и укрепления здоровья магистрантов целесообразным является переориентация информационного поля высшего образования на проблемы формирования в молодёжном сознании установок здорового образа жизни, с повсеместным созданием некомфортных условий для отклоняющегося поведения.
2. В учебных программах вузов различного профиля при подготовке специалистов необходимо рассмотрение проблем, связанных с индивидуальным здоровьем, в соответствии со спецификой приобретаемой специальности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. 100 лет Тунгусской проблеме. Новые подходы: — Санкт-Петербург, Бином. Лаборатория знаний, 2008 г.- 448 с.
2. 52 легких способа бросить курить: П. Кросс, К. Хопвуд — Москва, Центрполиграф, 2008 г.- 192 с.
3. А. Н. Кулинский. Дуэли. Оружие, мастера, факты. Е. Д. Шелковникова. Дуэли. Честь и любовь (комплект из 2 книг): А. Н. Кулинский, Е. Д. Шелковникова — Санкт-Петербург, Атлант, 2008 г.- 448 с.
4. Алкоголизм. Наркомания. Токсикомания. Курение. Природные и бытовые яды/А.О.Шпаков.— С.-П.: Зенит, 2000. —363с.
5. Божья аптека против вредных привычек. Алкоголизм, курение, наркомания, игромания, компьютерная зависимость: — Санкт-Петербург, Издательство Православного братства святого апостола Иоанна Бого, 2009 г.- 80 с.
6. Большая энциклопедия мужского здоровья: Н. И. Мазнев — Санкт-Петербург, Эксмо, 2009 г.- 672 с.
7. Брось курить! НЛП-тренинг (+ CD): Павел Барабаш — Санкт-Петербург, Питер, 2010 г.- 224 с.
8. Валеология: Учебник для вузов/ В.П.Соломин, Л.Г.Стамова. — М.: Флинта: Наука, 2001. — 416с.
9. Вредные привычки. Избавление от зависимостей: С. В. Баранова — Москва, Феникс, 2007 г.- 192 с.
- 10.Заболевания сердечно-сосудистой системы. Современный взгляд на лечение и профилактику: Е. Б. Береславская — Москва, ИГ "Весь", 2005 г.- 192 с.
- 11.Защищи свое тело. Оптимальные методы очищения, укрепления и оздоровления: С. В. Баранова — Санкт-Петербург, Рипол Классик, 2010 г.- 192 с.

- 12.Здоровое сердце без лекарств: Дипак Чопра — Москва, София, 2009 г.- 224 с.
- 13.Здоровое сердце: М. В. Кузин — Москва, Эксмо, 2010 г.- 256 с.
- 14.Здоровье подростков: Ральф Лопес — Санкт-Петербург, Будущее Земли, 2004 г.- 512 с.
- 15.Из лягушек - в принцы. Нейро-лингвистическое программирование: Ричард Бендлер, Джон Гриндер — Санкт-Петербург, Корвет, 2010 г.- 192 с.
- 16.Как бросить курить: С. А. Краснова, В. С. Тундалева — Москва, Эксмо, 2008 г.- 256 с.
- 17.Как избавиться от вредных привычек. Самоучитель: В. Н. Барыкин, О. В. Барыкин — Москва, Кузьма, 2001 г.- 320 с.
- 18.Как не сесть на инсулин: — Санкт-Петербург, Роса, 2006 г.- 64 с.
- 19.Классики оздоровительного дыхания: — Санкт-Петербург, Крылов, 2008 г.- 288 с.
- 20.Короткие рассказы на китайском языке. 1. Как делили верблюдов: — Санкт-Петербург, АСТ, Восток-Запад, 2007 г.- 160 с.
- 21.Кури, пока не сдохнешь! (+ CD-ROM): Наталья Грэйс — Москва, Вектор, 2010 г.- 352 с.
- 22.Лучшие методы оздоровления сердца и сосудов: Юлия Попова — Москва, Крылов, 2009 г.- 128 с.
- 23.Монеты. Исторические факты, легенды, открытия: А. А. Щелоков — Санкт-Петербург, Эксмо, 2009 г.- 384 с.
- 24.О том, почему с нами происходят "случайные" события: — Москва, Новая Мысль, 2008 г.- 512 с.
- 25.Обман да Винчи: Роберт М. Прайс — Москва, Прайм-ЕвроЗнак, 2007 г.- 272 с.
- 26.Образ Пресвятой БоМосквицы: — Москва, Олма Медиа Групп, 2010 г.- 160 с.
- 27.Подружись со своим здоровьем: Г. Т. Холмогорова — Москва,

Миклош, 2010 г.- 104 с.

28. Полная энциклопедия «Жизнь и здоровье». Т.2/Г.А.Непокойчицкий.— М.: Книжный дом «АНС», 2002.— 816с.
- 29.Психология курения: Рудигер Дальке, Маргит Дальке — Санкт-Петербург, ИГ "Весь", 2010 г.- 176 с.
- 30.Психология курения: Рудигер Дальке, Маргит Дальке — Санкт-Петербург, ИГ "Весь", 2010 г.- 176 с.
- 31.Рациональное дозирование и мониторинг лекарственных средств: И. И. Мирошниченко — Москва, Медицинское информационное агентство, 2011 г.- 416 с.
- 32.Самый легкий способ бросить курить: Марина Миллер — Москва, АСТ, Сова, 2007 г.- 64 с.
33. Серьезный разговор курение/Г.Филатова. — М.: Махаон, 1998. — 35с.
- 34.Сигарета: путь от лаборатории до упаковки. Сенсорное тестирование вкусовых товаров и технология изготовления сигарет американской мешки: Фоки Абдалла — Москва, Русский табак, 2005 г.- 294 с.
35. Спасибо не курю!/Н.А.Заикин. — М.:Мол. Гвардия,1990. — 174с.
- 36.Стань свободным от вредных привычек: С. В. Баранова — Москва, Единение, 2007 г.- 184 с.
- 37.Тerror и заговоры в России (XIV-XXI вв.): В. В. Вахания — Москва, Юстицинформ, 2007 г.- 328 с.
- 38.Увлекательная астрономия. Мифы и легенды звездного неба. Интересные факты. Задачи и практические работы: А. И. Семке — Санкт-Петербург, Академия Развития, 2010 г.- 352 с.
- 39.Факты сознания. Назначение человека. Наукоучение: Иоганн Фихте — Санкт-Петербург, Харвест, АСТ, 2001 г.- 784 с.
- 40.Штрафы: Д. А. Шевчук — Санкт-Петербург, АСТ, Астрель, 2009 г.- 160 с.
- 41.Я бросил! (+ набор из 20 карточек): Аллен Карр — Москва, Добрая

- книга, 2007 г.- 208 с.
42. Язвенная болезнь: Т. И. Лоранская — Санкт-Петербург, Миклош, 2006 г.- 128 с.
43. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008г.: комплекс Д-632 мер MPOWER. - Копенгаген, 2008. - 330 с: ил
44. Даши свободно!: Профилактика подросткового курения в вопросах и ответах/ Ред. Т.Я. Ефимова. - М. 2005. - 32 с
Экземпляры: все] о: 1 - хр(1)
45. Усмапова. Г. Последствия курения для здоровья населения и экономики Узбекистана: МЗ РУз. Всемирный банк: - Г. 2007. - 82 с
46. Бабанов С.А. Распространенность и социально- демографическая характеристика табакокурения среди трудоспособного населения: научное издание/ С.А. Бабанов /Гигиена и санитария. - VI., 2006. - №4. - С. 67-70.
47. Жураев Ё. Кашандаликнинг салбий оқибатлари: научное издание/ Ё. Жураев Здравоохранение Узбекистана. - Т., 2005. - №21 (31 май). - С. 4
48. Зорин К. Наш "заклятый друг"... Современная медицина показывает, что пороки предков калечают здоровье потомков/ К. Зорин //Медицинская газета. - VI., 2006. - №15 (3 марта). - С. 12
49. Кудрина Е.А. Методологические аспекты изучения здоровья современной семьи Е. А. Кудрина. Л. Ф. Молчанова. С. В. Выломова. О. В. Муравцева //Здравоохранение. Журнал для руководителя и главного бухгалтера. - VI., 2007. - №3. - С. 25-32
50. Кузив Т. Рано еще умирать! Поданным ВОЗ, употребление табака приводит к развитию 40 заболеваний /Медицинская газета. - М., 2007. - №65 (31 авг.). - С. 6
51. Маматова Н.М. Ўзбекистон аҳолиси орасида тамаки ва

- иствемол қилишнинг тарқалишига таъсир қилувчи омиллар//
/Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2008. - №2.
- С. 81-84. -с
52. Alcers R.L. «Addiction: the troublesome conceps» / R.L. Akers //
The Journal of Drug Issues. 1991. - Vol. 21, № 4. - P. 777-793.
53. 194. Association of passive smoking by husbands with prevalence of stroke
among Chinese women nonsmokers / X. Zhang, X.O. Shu, G. Yang et al // Am. J.
Epidemiol. 2005. - Vol. 161, № 3. - P. 213-8.
54. Attitudes of Europeans towards tobacco // Special Eurobarometer. -2006.-Vol.
239.
55. Beral V. Smoking and health now / V. Beral, C.R. Kay. London: Pitman
Medical, 2003. - P. 134-137.
56. Beugniez A. Grossesse et tabac: le point de vue du medecin du
travail.Pregnancy and smoking: the occupational physician's point of view. / A.
Beugniez, D. Duquesne, B. Fontaine // J. Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005. -Spec №
1. - P. S292-7.
57. Blomm S.W. The Doctor and his Patient / S.W. Blomm. N.Y.: Russell Sage
Foundation, 1963.
58. Buist A.S. Smoking and other risk factors / A.S. Buist, W.M. Vollmer.
Philadelphia: W.B. Saunders, 1999. - P. 1259-1267.
59. Byrne P.S. Doctor Talking to Patients / P.S. Byrne, B.E. Long. -London, 1984.
60. Centers for Disease Control and Prevention CDC. State-specific prevalence of
current cigarette smoking among adults-United States, 2002 // MMWR Morb. Mortal.
Wkly. Rep. 2004. - Vol. 52, № 53. - P. 1277-80.
61. Charlton A. Predicting the onset of smoking in boys and girls / A. Charlton, V.
Blair// Social science and medicine. 1989. - Vol. 29. - P. 813-818.
62. Cordoba R. Etica clinica y tabaco.Ethics and smoking. / R. Cordoba, R.
Altisent // Med. Clin. 2004. - Vol. 122, № 7. - P. 262-266.
63. Davis R.M. When doctors smoke / R.M. Davis // Tobacco Control -1993.-Vol.
2.-P. 187-8.
64. Dewar M. Jr. Chronic obstructive pulmonary disease: diagnostic
considerations / M. Dewar, R.W. Curry // Am. Fam. Physician. 2006. - Vol. 73, № 4. -

P. 669-76.

65. Doll R. Review: Fifty years of research on tobacco" / R. Doll // J Epidemiol Biostat. 2000. - Vol. 5, № 6. P. 321-329
66. Eurohealth. Young Europeans, tobacco and alcohol. A survey in the twelve member states of the European Community among young people aged 11 to 15/BASP newsletter. 1990. -№ 11. - P. 9-11.
67. Gardner M.N. "The doctors' choice is America's choice": the physician in US cigarette advertisements, 1930-1953 / M.N. Gardner, A.M. Brandt // Am. J. Public Health. 2006. - Vol. 96, № 2. - P. 222-232.
68. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity / E. Goffman. New Jersey: Prentice-Hall, 1963.
69. Heatherton T.F. The Fagerstrom test for Nicotine Dependence: A revision of, the Fagerrstrom Tolerance Questionnaire / T.F. Heatherton, L.T. Kozlowslci, R.C. Frecher // Brit. J. Addict. 1991. - Vol. 86.-P. 1119-1127;
70. Holme I. Influencing smoking behavior / I. Holme, I. Hiermann, A. Helgeland // Lancet. 2000. - Vol. 2. - P. 1396-1398.
71. Holme I. The problems of tabacco-smoking / I. Holme, I. Hiermann, A. Helgeland // Lancet. 2002. - Vol. 2. - P. 1396-1399.
72. Kripice C. Antidepressants and smoking cessation / C. Kripke // Am. Fam. Physician. 2005. - Vol. 71, № 1. - P. 67-8.
73. Lancaster T. Physician advice for smoking cessation / T. Lancaster, L. Stead // Cochrane Database Syst. Rev. 2004. - Vol. 4. - P. 165.
74. Landy M. Addictive diagnostic update DSM in - R psychoactive substance use disorder / M. Landy // J. Psychiat. Drugs. 1987. - Vol. 19, № 4. - P. 379-381.
75. Lung cancer and passive smoking / D. Trichopoulos et al. // International journal of canccr. 1981. - № 5. - P. 1-4.
76. Manning F.A. Womens's reproduction and tobacco smoking / F.A. Manning, C. Feyerabend // British journal of obstetrics and gynaecology. - 2001. -№ 73. - P. 262.
77. Masironi R. Smoking in European physicians / R. Masironi//Schweiz Rundsh Med Prax. 1991. - Vol. 80. - P. 485-5.
78. Miller W. Addictive behaviors; treatment of alcogolism, drug abuse, smoking and obesity / W. Miller. Oxford est.: Pergamon Press, 1984. - P. 353.
79. Oliver M.F. Smoking and its effects on health / M.F. Oliver // Brit. Med. J.

- 1995.-Vol.4. - P. 353.
80. Palmgren, B. Relation of cigarette smoking to risk of death of pregnant women / B Palmgren, J. Kline // Acta obsterica et gynaecologia Scandinavica. -1999.-№52.-P. 183-185.
81. Physician and dentist tobacco use counseling and adolescent smoking behavior: results from the 2000 National Youth Tobacco Survey / D. Shelley, J. Cantrell, D. Faulkner et al. // Pediatrics. 2005. - Vol. 115, № 3. - P. 719-25.
82. Roemer R. Legislative action to combat the world smoking epidemic / R. Roemer. Geneva: World Health Organization, 1982. - 131 p.
83. Simpson D. Doctors and Tobacco: Medicine's Big Challenge / D. Simpson. London: UK. Tobacco Control Resource Centre at the British Medical Association, 2000.
84. Smoking and its effects on health / WHO. Geneva, 1999. - P. 189194. - (Tech. Report Series № 568).
85. Smoking control strategies in developing countries: Report of a WHO Expert committee. Geneva: World Health Organization, 1983. - 92 p.-Technical Report Series 695.
86. Why children start smoking: predictors of onset / K. Conrad et al // British journal of addiction. 1992. - Vol. 87. - P. 1711-1724.
87. <http://www.naa.cnt.ru/analit/consumption-90.html>.
88. <http://nodrugs.magelan.ru/welcome.html>