

Курение и уязвимые группы населения: поддержка прекращения курения и снижения вреда от табака в социальной работе

Введение

Курение и употребление других высокорисковых табачных продуктов часто непропорционально распространены среди маргинализированных или уязвимых сообществ. В рамках своей работы соцработники выстраивают отношения с людьми, которые часто являются представителями этих сообществ, поэтому при должном обучении и финансировании соцработники могли бы сыграть важную роль в поддержке прекращения курения и снижения вреда от табака у многих людей, которые нуждаются в этом больше всего.

Снижение вреда от табака — это **потенциально жизнеспасительный комплекс мер для миллионов людей по всему миру**. Тем, кто в настоящее время потребляет высокорисковые табачные продукты вроде сигарет и некоторых видов перорального табака, оно даёт возможность перейти на **ряд более безопасных никотиновых продуктов**, которые несут меньший риск их здоровью. Среди них никотиновые вейпы (электронные сигареты), **снюс**, продукты из нагреваемого табака и **никотиновые подушечки**.

Чем занимаются соцработники?

В разных странах мира обязанности соцработников отличаются, однако их главный приоритет — служение людям, группам и сообществам посредством оказания помощи в решении проблем, с которыми они сталкиваются в своей повседневной жизни. Соцработники взаимодействуют с широким спектром подопечных, включая, но не ограничиваясь людьми и семьями, живущими за чертой бедности и не имеющими крыши над головой, людьми, страдающими психическими заболеваниями, несовершеннолетними, преступившими закон, взрослыми с ограниченными способностями к обучению или ограниченными физическими возможностями, людьми, страдающими алкогольной, наркотической либо другой зависимостью, семьями, находящимися под угрозой распада, и детьми, подверженными риску жестокого обращения или беспризорности. В некоторых из этих групп распространённость курения намного выше, чем среди населения в целом, таким образом соцработники часто контактируют с группами, чьи показатели курения высоки.

Наделение социальных работников знаниями и инструментами, необходимыми для оказания помощи их подопечным в деле понижения частоты курения или полного его прекращения, даёт возможность укрепить здоровье людей и спасти много жизней. Однако на момент подготовки настоящей Информационной записки лишь немногие соцработники проходят обучение или получают поддержку в решении проблемы курения их подопечных. Среди множества конкурирующих потребностей употребление табака нечасто определяется как приоритетная проблема. Но прекращение курения и/или поддержка в переходе на более безопасные никотиновые продукты могла бы принести много выгод группам подопечных соцработников.

Уязвимые группы населения и курение: о чём говорят данные исследований?

Данные ряда исследований показывают, что курение непропорционально сильно влияет на уязвимые и маргинализированные группы населения, с которыми, скорее всего, будут работать соцработники. Одну из таких групп составляют люди, пережившие в детстве неблагоприятную ситуацию или травму, такую как жестокое обращение или беспризорность, которые можно описать термином «Неблагоприятный детский опыт (НДО)». Во взрослой жизни они, скорее всего, будут страдать от слабого психического здоровья, будут склонны к употреблению алкоголя или наркотиков, станут жертвами или виновниками насилия, а также будут иметь долгосрочные нарушения здоровья, такие как ожирение, диабет, сердечно-сосудистые или респираторные заболевания. Кроме того, они, скорее всего, будут курить. В ходе исследования, проведённого в Шотландии в 2020 году, выяснилось, что люди, пережившие четыре или более эпизода НДО, курят в почти в три раза чаще, чем те, которые не пережили ни одного (27% против 10%).ⁱ

Взрослые, страдающие психическими расстройствами, являются ещё одной ключевой группой, чьи показатели курения выше, чем среди населения в целом. В Англии в 2016–2017 годах распространённость курения среди всех взрослых в возрасте от 18 и старше составляла 15,1%, а распространённость курения среди взрослых, живущих в состоянии тревожности или депрессии, составляла 25,88%.ⁱⁱ Среди тех, кто страдает долгосрочным психическим расстройством, распространённость курения составляла 34%, а среди страдающих серьёзным психическим заболеванием – 40,5%. В 2021 году, согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), две трети людей с серьёзными расстройствами психики были действующими курильщиками.ⁱⁱⁱ Курение оказывает существенное влияние на физическое здоровье людей; те, кто страдает от серьёзных нарушений психики, умирает в среднем на 15–20 лет раньше срока,^{iv} и табак упоминается одной из основных причин смерти. Распространённость курения среди людей, страдающих шизофренией, особенно высока и достигает аж 70–80%.^v

Исследования показали, что люди, употребляющие запрещённые наркотики, курят сигареты в три раза чаще, чем те, кто их не употребляет.^{vi} Люди, употребляющие наркотики, часто умирают не от болезней, связанных с наркотиками, но скорее от сердечно-сосудистых и лёгочных заболеваний, вызванных курением. В ходе одного исследования, проведённого в Калифорнии, выяснилось, что нарушения здоровья, связанные с курением, составляют около 40% от общего числа причин смерти среди людей, госпитализированных с кокаиновой, опиоидной и метамфетаминовой зависимостью.^{vii} Но, хотя соцработники регулярно обследуют, оценивают и решают проблемы психического здоровья и проблемы, связанные с наркозависимостью, курение до сих пор не было приоритетной составляющей их подхода.

Ряд исследований также показал, что показатели курения среди социально-экономически неблагополучных групп населения выше, чем среди населения в целом.^{viii ix x} Более низкий социально-экономический статус соотносится с более высоким уровнем потребления сигарет и табачных продуктов, а также с пониженной вероятностью отказа от табака. В сравнении с группами, получающими более высокие доходы, неблагополучные группы населения также чаще приобщаются к табаку, реже пытаются бросить курить и реже добиваются в этих попытках успеха.^{xi}

Негативное влияние курения сказывается не только на курящем, но и на тех, кто его окружает: на детях и молодёжи. В ходе исследования, проведённого в Квебеке, Канада, выяснилось, что пассивное курение в доме наблюдается около пяти раз чаще среди молодёжи из квинтилей

с самыми низкими доходами, чем среди молодёжи из квинтилей с самыми высокими доходами.^{xii} Исследования также показали, что дети раннего подросткового возраста, чей основной опекун курил, пробовали сигареты более чем в два раза чаще (26% против 11%) и становились регулярными курильщиками в четыре раза чаще (4.9% против 1,2%), чем дети, чей основной опекун не курил.^{xiii}

Курение также значительно влияет на доходы домохозяйств. В 2012 году в Великобритании у около 1,1 миллиона детей, или около половины всех детей, живущих в относительной бедности, курил как минимум один родитель.^{xiv} Более 1,5 миллионов людей в Англии нуждаются в социальной помощи по причине болезни или инвалидности, вызванной курением, и их траты на оплату такой помощи наносят значительный урон их и без того перегруженным бюджетам.^{xv}

Почему люди курят?

Люди курят в силу множества причин. Даже несмотря на то, что люди осознают вред курения, им может быть сложно поставить долгосрочное здоровье превыше краткосрочного желания покурить. Никотин может вызывать зависимость – то есть люди чувствуют необходимость продолжать его употребление, – но в отрыве от табачного дыма никотин сам по себе является низкорисковым веществом.^{xvi} Необходимо признать, что многие люди испытывают удовольствие от употребления никотина, так же как от употребления кофеина или алкоголя. Многие считают, что употребление никотина оказывает на них положительное влияние, по их мнению, он, например, помогает им расслабиться или сконцентрироваться, или справиться с грустью, скукой или стрессом повседневной жизни.

Другие могут обнаруживать, что употребление никотина вызывает снижение определённых симптомов, например, посттравматического стрессового синдрома (ПТСР) или синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Для некоторых людей с шизофренией употребление никотина может являться формой самолечения, которая, как им кажется, позволяет им справляться с когнитивными симптомами или сокращать побочные эффекты психиатрических препаратов.^{xvii} До появления более безопасных никотиновых продуктов лишь немногие люди могли употреблять никотин, не куря при этом табак, что наносило значительный ущерб их здоровью.

Анализируя уязвимые и маргинализированные группы населения, с которыми, скорее всего, будут взаимодействовать соцработники, полезно также рассмотреть причины, почему люди курят, под более широким углом – например, выяснить, почему одни группы людей более склонны к курению, курят больше или бросают курить с большим трудом, чем другие. В исследовании, проведённом под руководством сэра Майкла Мармота и опубликованном в главном обзоре политики Великобритании, говорится, что «неравенство в здоровье является следствием социального неравенства [и что] для борьбы с неравенством в здоровье требуется принятие мер в отношении всех социальных факторов, определяющих здоровье».^{xviii} «Социальные факторы здоровья» – это экономические и социальные условия, которые влияют на здоровье отдельных людей и групп.

Например, ребёнок или подросток с большей вероятностью начнёт курить, если он растёт в семье с курящими родителями в районе со множеством магазинов, продающих табачные продукты, и общается с друзьями и ровесниками, которые курят. Все эти факторы нормализуют курение. Эти обстоятельства также чаще всего возникают в социально неблагополучных районах. А если

люди начинают курить в детстве или подростковом возрасте, они затем часто становятся заядлыми курильщиками, и поэтому им более сложно бросить. Многие из них будут продолжать курить во взрослом возрасте, а затем и в родительском, то есть цикл может начаться снова.

Полное прекращение курения является одной из самых больших выгод для здоровья. Но тем, кто не может или не хочет бросить курить, снижение вреда от табака предоставляет выбор более безопасных альтернатив для употребления никотина без воздействия тысяч токсичных химических соединений, присутствующих в сигаретном дыме. Это важнейший комплекс мер в области общественного здравоохранения.

Как соцработники могли бы помочь подопечным сократить вред, связанный с курением?

В настоящее время только в некоторых странах соцработников обучают оказывать поддержку тем, кто хочет бросить курить. Это действительно упущенная возможность для системы общественного здравоохранения. Подобно докторам, участковым медсёстрам, психологам и психотерапевтам соцработники могут оказывать существенное влияние как на решения людей, так и на их общее благополучие. Выступая в качестве первого, а в некоторых случаях и единственного контактного лица во взаимодействии с маргинализованными сообществами, соцработники могли бы сыграть важную роль в сокращении распространённости курения.

Соцработники должны быть наделены необходимыми знаниями и ресурсами, чтобы направлять своих подопечных в местные или общегосударственные службы оказания помощи при отказе от курения, где таковые имеются. К сожалению, во многих частях мира службы оказания помощи при отказе от курения встречаются редко, отсутствуют вообще или дорогостоящи. В докладе ВОЗ от 2021 года говорится, что 70% курильщиков по всему миру не имеют доступа к службам оказания помощи при отказе от курения.^{xix} Там, где более безопасные продукты есть в наличии и доступны по цене, соцработников также нужно поддерживать в деле повышения осведомлённости о снижении вреда от табака как ещё одном инструменте, призванном помочь людям снизить влияние курения или употребления высокорисковых табачных продуктов.

Соцработников можно обучить оказывать помощь, руководствуясь Very Brief Advice (VBA) (Очень краткие советы) по прекращению курения, – основанном на научных данных 30-секундном вмешательстве, разработанном для ситуативного использования в работе с людьми в учреждениях здравоохранения или социальной помощи. Непредвзятый подход этого вмешательства позволяет выявить курящих людей («Опросить»), посоветовать им лучший метод прекращения курения («Посоветовать») и поддержать их последующие попытки бросить («Действовать»)^{xx}

Многие соцработники уже имеют навыки использования разных психологических методов поддержки своих подопечных, включая мотивационные интервью или краткосрочную когнитивно-поведенческую терапию. Эти инструменты также показали свою эффективность в прекращении курения. При условии поддержки и выделения достаточных средств социальные работники могли бы поощряться к разработке и продвижению индивидуализированных программ, нацеленных на прекращение курения или его сокращение у определённых групп населения. Исследование, опубликованное в 2013 году, показало, что короткие консультации длительностью не более 20 минут, проводимые терапевтами и другими работниками здравоохранения, повышали показатели отказа от курения среди курящих подопечных, а среди

подопечных, которые не получали таких консультаций, показатели отказа оставались на прежнем уровне.^{xxi}

Интеграция снижения вреда от табака в социальную работу в контексте курения соответствует целям и мотивации многих представителей этой профессии. Благодаря снижению вреда курящие могут получить возможность самостоятельно изменить своё здоровье к лучшему. Поэтому в странах, где более безопасные никотиновые продукты есть в наличии и доступны по цене, соцработники должны быть обеспечены всем необходимым, чтобы предоставлять проверенную информацию и советы по вариантам снижения вреда от табака в рамках всесторонней поддержки при прекращении курения.

За дополнительной информацией о работе проекта «Глобальное состояние снижения вреда от табака» или вопросах, поднятых в настоящей Информационной записке ГССБТ, обращайтесь, пожалуйста, на почту info@gsthr.org

О нас: организация **Knowledge•Action•Change** (К•А•С) продвигает снижение вреда как ключевую стратегию общественного здравоохранения, основанную на правах человека. Команда организации обладает более чем сорокалетним опытом снижения вреда в контексте употребления наркотиков, ВИЧ, курения, сексуального здоровья и тюрем. Организация К•А•С занимается созданием отчёта **Global State of Tobacco Harm Reduction** (GSTHR) который отображает ситуацию с развитием снижения вреда от табака и употреблением, наличием и регулированием более безопасных никотиновых продуктов, а также распространённостью курения и связанной с ним смертностью в более чем 200 странах и регионах по всему миру. Для просмотра всех публикаций и актуальных данных посетите <https://gsthr.org>

Наше финансирование: Проект ГССБТ реализуется при помощи гранта от организации **Global Action to End Smoking** (Глобальные действия по искоренению курения) (ранее известной как **Foundation for a Smoke-Free World** (Фонд за мир без курения)), независимой американской некоммерческой (статья 501(c)(3)) грантовой организации, активизирующей во всём мире научно-обоснованные усилия по прекращению эпидемии курения. Организация **Global Action** не принимала участие в разработке, реализации, анализе данных или интерпретации данной Информационной записки. Ответственность за содержание, подбор и представление фактов, а также за любые высказанные здесь мнения несут исключительно его авторы, и не следует считать, что они выражают позицию организации **Global Action to End Smoking**.

ⁱ *Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Trauma*. (2023, December 6). [Factsheet]. Scottish Government, Mental Health Directorate. <http://www.gov.scot/publications/adverse-childhood-experiences-aces/pages/aces-research/>.

ⁱⁱ *Smoking Profile—Data—OHID*. (2024). [Fingertips, Public health data]. Office for Health Improvement and Disparities. https://fingertips.phe.org.uk/profile/tobacco-control/data#page/4/gjid/1938132900/pat/159/par/K02000001/ati/15/are/E92000001/yr/1/cid/4/tbm/1/page-options/ine-yo-1:2022:-1:-1_ine-ct-36_ine-pt-0_tre-do-1.

ⁱⁱⁱ *The vicious cycle of tobacco use and mental illness – a double burden on health*. (2021, November 8). [News release]. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news/item/08-11-2021-the-vicious-cycle-of-tobacco-use-and-mental-illness-a-double-burden-on-health>.

^{iv} *RightCare physical health and severe mental illness scenario*. (2023, October 25). [Mental health, NHS RightCare]. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/long-read/rightcare-physical-health-and-severe-mental-illness-scenario/>

^v Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.

^{vi} Morgan, B. W., Leifheit, K. M., Romero, K. M., Gilman, R. H., Bernabe-Ortiz, A., Miranda, J. J., Feldman, H. I., Lima, J. J., Checkley, W., & Study, C. C. (2017). Low cigarette smoking prevalence in peri-urban Peru: Results from a population-based study of tobacco use by self-report and urine cotinine. *Tobacco Induced Diseases*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12971-017-0137-8>.

- vii Callaghan, R. C., Gatley, J. M., Sykes, J., & Taylor, L. (2018). The prominence of smoking-related mortality among individuals with alcohol- or drug-use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 37(1), 97–105. <https://doi.org/10.1111/dar.12475>.
- viii Huang, M. Z., Liu, T. Y., Zhang, Z. M., Song, F., & Chen, T. (2023). Trends in the distribution of socioeconomic inequalities in smoking and cessation: Evidence among adults aged 18~59 from China Family Panel Studies data. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01898-3>.
- ix Kim, J. E. (2016). Cigarette Smoking Among Socioeconomically Disadvantaged Young Adults in Association With Food Insecurity and Other Factors. *Preventing Chronic Disease*, 13. <https://doi.org/10.5888/pcd13.150458>.
- x Hitchman, S. C., Fong, G. T., Zanna, M. P., Thrasher, J. F., Chung-Hall, J., & Siahpush, M. (2014). Socioeconomic status and smokers' number of smoking friends: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.019>.
- xi Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., Siahpush, M., & ITC Collaboration. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 12 Suppl(Suppl 1), S20-33. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq051>.
- xii Gagné, T., Lapalme, J., Ghenadenik, A. E., O'Loughlin, J. L., & Frohlich, K. (2021). Socioeconomic inequalities in secondhand smoke exposure before, during and after implementation of Quebec's 2015 'An Act to Bolster Tobacco Control'. *Tobacco Control*, 30(e2), e128–e137. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056010>.
- xiii *Children whose parents smoke are 4 times as likely to take up smoking themselves*. (2021, December 28). [Press release]. GOV. UK, Department of Health and Social Care. <https://www.gov.uk/government/news/children-whose-parents-smoke-are-four-times-as-likely-to-take-up-smoking-themselves>.
- xiv Belvin, C., Britton, J., Holmes, J., & Langley, T. (2015). Parental smoking and child poverty in the UK: An analysis of national survey data. *BMC Public Health*, 15(1), 507. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1797-z>.
- xv *The cost of smoking to the social care system*. (2021). Action on Smoking and Health (ASH). <https://ash.org.uk/uploads/SocialCare.pdf?v=1647953369>.
- xvi Royal Society of Public Health. (2015, August 13). *Nicotine "no more harmful to health than caffeine"*. <https://www.rsph.org.uk/about-us/news/nicotine--no-more-harmful-to-health-than-caffeine-.html?s=03>.
- xvii Winterer, 2010.
- xviii Marmot, M., Goldblatt, P., & Allen, J. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)* [Strategic review of health inequalities in England post-2010]. Institute of Health Equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.
- xix *Quit tobacco to be a winner*. (2021, May 19). [Commentaries]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/quit-tobacco-to-be-a-winner>.
- xx *Very brief advice on smoking (VBA)+. 30 seconds to save a life*. (2021). National Centre for Smoking Cessation and Training. https://www.ncsct.co.uk/publications/VBA_2021.
- xxi Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>.