



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

The Union

ЗВІТ за результатами опитування лікарів загальної практики — сімейної медицини у центрах первинної медико-санітарної допомоги в межах дослідження

«ОБІЗНАНІСТЬ ЛІКАРІВ ЩОДО КУРІННЯ, ЯК ФАКТОРУ РИЗИКУ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ПОШИРЕНІСТЬ КОНСУЛЬТУВАННЯ ПО ВІДМОВІ ВІД КУРІННЯ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ»



Звіт за результатами опитування лікарів загальної практики — сімейної медицини у центрах первинної медико-санітарної допомоги в межах дослідження «Обізнаність лікарів щодо куріння, як фактору ризику неінфекційних захворювань та поширеність консультування по відмові від куріння серед пацієнтів»

Дата підготовки звіту: січень 2023 року

Звіт підготувала: Тетяна Бондар, кандидат соціологічних наук

Висловлюємо щиру подяку за ґрунтовний внесок у створення цього документу фахівцям:

ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» - Нестерова Олена, Сорока Ірина, Германович Мирослава, Арабська Юлія, Гриб Наталія, Чумак Юлія.

Дизайн посібника: Анастасія Іванюк

У рамках дотримання Закону України № 3792-ХІІ від 23.12.1993 «Про авторське право і суміжні права» використання, передрук та цитування матеріалів звіту можливе за умови посилання на авторство Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та зазначення джерела публікації.

Опитування проведено в рамках проекту «Посилення антитютюнових заходів в Україні» за кошти гранту Міжнародного Союзу боротьби з туберкульозом та хворобами легень (The Union) і фінансується Bloomberg Philanthropies.

Зміст цих матеріалів є винятковою відповідальністю авторів та не обов'язково відображає позицію The Union або Bloomberg Philanthropies.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК ТЕРМІНІВ І СКОРОЧЕНЬ

РЕЗЮМЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

ВСТУП

МЕТОДОЛОГІЯ

Мета та завдання дослідження

Географія та вибірка дослідження

Відбір респондентів

Обмеження дослідження

РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТА ОСОБИСТИЙ ДОСВІД
ЛІКАРІВ ЩОДО КУРІННЯ

1.1. Портрет опитаних: опис цільової групи, стаж роботи на посаді

1.2. Проблеми, з якими стикаються опитані лікарі у своїй діяльності

1.3. Особистий досвід куріння

1.4. Особисте ставлення лікарів до куріння

РОЗДІЛ 2. ВПЛИВ КУРІННЯ НА ЗДОРОВ'Я

2.1. Куріння як фактор ризику неінфекційних захворювань

2.2. Ознаки, за якими лікар визначає, що пацієнт курить

2.3. Спеціальні позначки у медичній документації щодо куріння пацієнта

РОЗДІЛ 3. ПОШИРЕНІСТЬ КОНСУЛЬТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ
ЩОДО ВІДМОВИ ВІД КУРІННЯ

3.1. Частота консультації пацієнтів щодо відмови від куріння та критерії, за якими визначається потреба в консультації

3.2. Пацієнти, які з власної ініціативи прийшли за консультацією щодо відмови від куріння

3.3. Процес консультації щодо відмови пацієнтів від куріння

3.4. Реакція пацієнтів на консультацію щодо відмови їх від куріння

3.5. Вплив консультації на пацієнтів

ВИСНОВКИ

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Додаток 1. Гайд для проведення глибинного інтерв'ю

ПЕРЕЛІК ТЕРМІНІВ І СКОРОЧЕНЬ

ICPC-2 – Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги

Вейп – Електронна система доставки нікотину до організму людини. Електронна сигарета, в якій процес згорання тютюну замінений обробкою його паром.

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГІ – Глибинні інтерв'ю

ГРВІ – Гостра респіраторна вірусна інфекція

ЗОЗ – Заклад охорони здоров'я

Куріння – каталітична інгаляція (вдихання диму) препаратів переважно рослинного походження, що тліють у потоці повітря й вдихаються з метою насичення організму активними речовинами шляхом їх сублимації та подальшого всмоктування в легенях і дихальних шляхах

МІС – Медична інформаційна система

МКХ-10 (ICD-10), МКХ-11 (ICD-11) – Міжнародні класифікатори хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям

НІЗ – Неінфекційні захворювання

Політика MPOWER (М – моніторинг споживання тютюну та профілактичних заходів; Р – захист людей від тютюнового диму; О – надання допомоги у припиненні вживання тютюнових виробів; W – застереження про небезпеки, пов'язані з тютюном; Е – контроль за дотриманням законодавства про повну заборону реклами, спонсорства й стимулювання продажу; R – підвищення податків) – комплекс заходів, спрямованих на досягнення нульового рівня вживання тютюнових виробів

РКБТ – Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну

ХОЗЛ – Хронічне обструктивне захворювання легень

ЦПМСД – Центр первинної медико-санітарної допомоги

РЕЗЮМЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

У грудні 2022 року було проведено глибинні інтерв'ю (ГІ) з 45 лікарями загальної практики — сімейної медицини щодо їх обізнаності про куріння як фактора ризику неінфекційних захворювань (НІЗ) та поширеність консультування пацієнтів щодо відмови від куріння. Основними результатами є:

- 93% опитаних лікарів (42 особи) нині не курять, з них 21% (9 осіб) мають досвід куріння;
- 84% опитаних лікарів (38 осіб) негативно ставляться до куріння та людей, які курять;
- 96% опитаних лікарів (43 особи) вважають куріння (споживання тютюнових виробів, тютюну і його промислових замінників) значимим фактором ризику неінфекційних захворювань;
- 100% опитаних лікарів (45 осіб) повідомили, що вони можуть визначити, курить пацієнт чи ні, не запитуючи його про це;
- 71% опитаних лікарів (32 особи) роблять у електронній формі медичної документації спеціальну позначку щодо куріння пацієнта;
- третина опитаних лікарів відповіли, що наявність позначки у медичній документації про те, що пацієнт курить, ніяк не враховується у його подальшому лікуванні;
- 49% (22 особи) опитаних лікарів у своїй практиці не мали пацієнтів, які б прийшли з власної ініціативи за консультацією щодо відмови від куріння;
- 96% опитаних лікарів (43 особи) консультують пацієнтів щодо відмови від куріння;

- 89% опитаних лікарів (40 осіб) акцентують увагу пацієнта під час консультації на тому, що куріння є фактором неінфекційних захворювань;
- у практиці 78% опитаних лікарів (35 осіб) були пацієнти, які після консультації припинили курити;
- лікарі переважно підбирають аргументи проти куріння залежно від пацієнта, якому надається консультація (з огляду на вік, стать, соціальний статус, наявність хвороб і бажання кинути курити тощо);
- реакція пацієнтів на консультацію щодо відмови їх від куріння у цілому є позитивною, хоча переважна більшість нехтує рекомендаціями лікарів і продовжує курити;
- ефективним є консультування пацієнта, який курить, разом з його рідною людиною, яка не курить і якій він довіряє;
- опитані лікарі зазначають про брак інформації (як для власних потреб, так і доступних для населення) щодо шкоди альтернативних способів вживання тютюну (вейпи, електронні сигарети тощо);
- найпоширенішою технікою з боку лікарів для відмови пацієнтів від куріння є залякування, яке є неефективним¹;
- у деяких лікарів є упереджене ставлення до курців і критична оцінка можливості переконати їх відмовитися від куріння;

наявна необхідність у проведенні додаткового навчання для лікарської спільноти стосовно ефективної комунікації з пацієнтами про шкоду куріння та особливостей роботи з пацієнтами щодо відмови від куріння.

¹ Beach M.C., Roter D.L., Wang N.Y., Duggan P.S., Cooper L.A. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? Patient Education and Counseling. 2006. Vol 62 (3). P. 347-354.

ВСТУП

Відповідно до статті 14 Рамкової конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ), кожна країна має розробити та поширити належні, усебічні й комплексні керівні принципи, які ґрунтуються на наукових даних і найкращих практиках, з урахуванням національних умов і пріоритетів, а також вжити ефективних заходів щодо сприяння припиненню вживання тютюнових виробів й забезпеченню адекватного лікування тютюнової залежності². Країни також мають запровадити в установах медико-санітарної допомоги й центрах реабілітації програми з діагностики, консультування, профілактики та лікування тютюнової залежності.

Четверта сесія Конференції сторін Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну в листопаді 2010 року ухвалила керівні принципи щодо лікування тютюнової залежності та припинення вживання тютюнових виробів.

Допомога у відмові від куріння також є однією з шести інтервенцій у комплексі заходів MPOWER, представлених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у 2008 році³.

Відповідно до статті 15 Закону України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення», медичні працівники закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) всіх форм власності зобов'язані надавати своїм пацієнтам практичні поради щодо здорового способу життя та рекомендувати не починати курити або вживати тютюнові вироби іншим способом, припинити їх вживання⁴.

² Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну від 15.03.2006 р. № 3534-15. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897_001#Text

³ MPOWER. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/initiatives/mpower>

⁴ Закон України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» від 22.09.2005 р. № 2899-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2899-15#Text>

Куріння спричиняє багато захворювань: дихальних шляхів, онкологічні (різних частин тіла й органів), коронарну хворобу серця, інфаркти та інсульти, судин, остеопорози, катаракту та сліпоту, пародонтози, безпліддя тощо⁵.

Тютюн містить нікотин, який призводить до розладів психіки та поведінки і викликає залежність, подібну до тієї, що виникає внаслідок вживання інших психоактивних речовин. Іноді за силою нікотинову залежність прирівнюють до залежності від героїну або кокаїну. Залежність від нікотину – розлад, внесений до міжнародного класифікатора хвороб (МКХ-10) під кодом F17 «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання тютюнових виробів», у новій редакції класифікатора МКХ-11 цей розлад зазначений у розділі 6C4A «Розлади, пов'язані з вживанням нікотину», у класифікації для сімейних лікарів Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2) кодом «P17 Зловживання тютюном».

Багато людей є залежними від нікотину в різних аспектах: фізичному, психологічному, поведінковому та соціальному. У кожного виду залежності є свої особливості та методи, як цієї залежності позбутися.

Повна відмова від вживання тютюнових виробів позитивно впливає на здоров'я. Доведено, що після відмови від куріння:

- знижуються ризики виникнення пов'язаних з курінням захворювань;
- полегшується перебіг багатьох захворювань і підвищується ефективність їх лікування;
- знижується ймовірність смерті серед людей, які страждають від певних захворювань⁶.

⁵ Вплив куріння на організм. Сервіс з надання допомоги у припиненні куріння. URL: <http://stopsmoking.org.ua/whyto/vpliv-kurinnya-na-organizm/>

⁶ Benefits of Quitting. CDC. URL: https://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/how_to_quit/benefits/index.htm

Відповідно до даних ВООЗ, є кілька методів організації професійної допомоги щодо відмови від куріння з доведеною ефективністю:

- консультація, надана медичним працівником (коротка порада або поглиблена консультація під час візиту до лікуючого лікаря або закладу охорони здоров'я відповідного профілю);
- лінії підтримки з питань відмови від куріння;
- професійні інтернет-ресурси (вебсайти);
- спеціальні програми з використанням сучасних технологій (додатки для смартфонів, онлайн-групи взаємодопомоги тощо);
- програми медикаментозної допомоги⁷.

Відповідно до результатів досліджень, найефективнішим методом є консультація лікуючого лікаря⁸. Глибинні консультації є більш дієвими, проте навіть коротка розмова (до 3 хвилин) є доволі ефективною. Вона дає результат сама по собі, але в поєднанні з медикаментозною допомогою в рази підвищує шанси курця позбутися залежності.

⁷ Tobacco Cessation: A Manual for Nurses, Health Workers and other Health Professionals. World Health Organization. 2010. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206012/B4610pdf?sequence=1>

⁸ Gilbert A., Cornuz J. Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74722/E82993.pdf

ВООЗ наводить такі дані: якби медичні працівники на первинній ланці охорони здоров'я запитували кожного пацієнта про статус куріння та рекомендували кинути курити особам, які курять, вони за рік могли б охопити до 80% усіх курців; а поради відмовитися від куріння стимулювали б близько 40% курців спробувати це зробити⁹

Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я, зокрема, тютюнокуріння та формування навичок здорового способу життя входить до переліку медичних послуг з надання первинної медичної допомоги (ПМД) (Додаток 1 до Порядку надання первинної медичної допомоги¹⁰).

Варто згадати про Стандарти первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів¹¹ які розроблені на основі адаптованої клінічної настанови "Первинна медична допомога при припиненні вживання тютюнових виробів" як джерела доказової інформації про найкращу медичну практику.

Отже, медичний працівник у більшості випадків має унікальну можливість допомогти людині з тютюновою залежністю. Тому порада про припинення куріння – це не тільки питання профілактики, але й одне з медичних призначень пацієнту під час консультацій, лікування будь-яких захворювань і реабілітації.

⁹Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. Geneva: World Health Organization, 2014. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf

¹⁰ Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 р. № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18?find=1&text=%D1%82%D1%8E%D1%82%D1%8E%D0%BD#n19>

¹¹ Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів» від 03.08.2012 р. № 601. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/31938__31938

У грудні 2022 року за фінансової підтримки Міжнародного Фонду із боротьби з туберкульозом та захворюваннями легень (the UNION) було проведено опитування медичних працівників з метою дослідження обізнаності лікарів щодо куріння як фактора ризику неінфекційних захворювань та аналізу поширеності консультування по відмові від куріння та його сприйняття пацієнтами.

В Україні проєкт реалізовано ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» з метою посилити ефективні заходи проти тютюну та забезпечити бездимне середовище, відповідно до Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку до 2030 року.

МЕТОДОЛОГІЯ

МЕТА ТА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета дослідження: дослідити обізнаність лікарів про куріння як фактор ризику НІЗ та проаналізувати як часто лікар проводить консультування щодо відмови від куріння серед своїх пацієнтів.

Завдання дослідження:

1. З'ясувати, чи визнає лікар куріння фактором ризику НІЗ (зокрема, особисте ставлення лікаря до куріння).
2. Виявити поширеність консультування пацієнтів лікарем щодо відмови від куріння.
3. Дослідити сприйняття пацієнтами консультування з досвіду лікаря (дослідити позитивні та негативні кейси відмови та фактори впливу).
4. Визначити критерії надання консультативної допомоги (у яких випадках лікар консультиє, а в яких ні).

Цільовою групою стали лікарі зі спеціалізацією «Лікар загальної практики — сімейної медицини».

Дизайном дослідження було передбачене використання якісного методу дослідження: проведення глибоких інтерв'ю, які фіксувалися на диктофон з дозволу респондента.

Інтерв'ю відбувалися відповідно до спеціально розробленого гайду (сценарію) (Додаток 1).

Диктофонні записи були розшифровані, узагальнені та використані при підготовці цього звіту.

Інтерв'ю проводились з 16 по 22 грудня 2022 року.

ГЕОГРАФІЯ ТА ВИБІРКА ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження було проведено у трьох областях України – Вінницькій, Тернопільській і Чернівецькій. Вибір цих областей зумовлений тим, що у 2022 році проект підтримує вказані три пілотні області з метою розробки та впровадження заходів щодо контролю над тютюном і посилення антитютюнового законодавства на регіональному рівні.

Дослідження реалізовано з використанням цільової, випадкової вибірки. При формуванні вибіркової сукупності кожна з трьох областей розглядалась як окремий кластер, у якому основним критерієм для відбору було територіальне розташування ЗОЗ (табл. 1).

Таблиця 1

Кількість ЦПМСД в областях за типами населених пунктів

Область	Обласний центр	Місто з нас. більше ніж 100 тис.	Місто з нас. від 50 до 100 тис.	Місто з нас. від 20 до 50 тис.	Місто з нас. менше ніж 20 тис.	СМТ	Село	Всього
Вінницька	6	0	0	6	12	20	11	55
Тернопільська	1	0	0	2	11	7	6	27
Чернівецька	2	0	0	0	7	6	2	17

Джерело: Національна служба здоров'я України. 2021. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/ukladeni-dogovori/z-medichnimi-zakladami-2021>

Реалізованою вибірковою сукупністю охоплено майже половину (45 закладів з 99) від генеральної сукупності (табл. 2).

Таблиця 2

Реалізована вибіркова сукупність ЦПМСД за типами населених пунктів

Область	Обласний центр	Місто з нас. більше ніж 100 тис.	Місто з нас. від 50 до 100 тис.	Місто з нас. від 20 до 50 тис.	Місто з нас. менше ніж 20 тис.	Смт	Село	Всього	% від загальної кількості
Вінницька	3	-	-	3	5	8	5	24	43,6
Тернопільська	1	-	-	1	5	3	3	13	48,1
Чернівецька	1	-	-	-	3	3	1	8	47,1

У кожному ЦПМСД було проведено ПІ не більше ніж з одним лікарем, загальна кількість ПІ – 45.

ВІДБІР РЕСПОНДЕНТІВ

Критерії включення та виключення у/з дослідження наведено у таблиці 3.

Таблиця 3

Критерії включення та виключення у/з дослідження

Цільова група	Критерій включення	Критерій виключення
Лікарі зі спеціалізацією «Лікар загальної практики — сімейної медицини»	Належність до цільової групи	Неналежність до цільової групи
	Вік від 18 років і старші	Вік менше ніж 18 років
	Стаж роботи не менше ніж 4 роки у відібраному ЗОЗ	Стаж роботи менше ніж 4 роки у відібраному ЗОЗ
	Усна згода на участь у П	Відмова надати усну згоду на участь у П

Загальні етапи відбору учасників:

1. Виконавець дослідження встановлював контакт з адміністрацією відібраних ЗОЗ з метою інформування про дослідження та критерії відбору респондентів відповідно до заданих квот.
2. Адміністрація відібраних ЗОЗ погоджувала з лікарями свого закладу, які відповідають критеріям включення, їх участь у дослідженні. Якщо потенційних респондентів, які відповідають критеріям включення, було більше ніж один, перевага віддавалася тому лікарю, який має більший досвід роботи. У випадку його відмови від участі у дослідженні пропонувалося взяти участь наступному за тривалістю стажу лікарю.

3. У разі згоди лікарів взяти участь у ПІ, їм надавався контакт інтерв'юера.
4. Потенційний респондент телефонував інтерв'юеру, що свідчило про його згоду про надання своїх контактів третім особам.
5. Респондент і інтерв'юер домовлялись про зручний день і час опитування.
6. У визначений для інтерв'ю час інтерв'юер перед початком інтерв'ю зачитував респонденту текст інформованої згоди.
7. Відбувалося проведення інтерв'ю із здійсненням диктофонного запису з попереднім погодженням респондента для подальшої розшифровки.
8. Диктофонні записи були розшифровані, узагальнені та використані при підготовці цього звіту.
9. З метою мінімізації будь-яких соціальних ризиків усім учасникам дослідження було повідомлено назву та контактні дані організатора дослідження для того, щоб вони мали змогу звернутися до нього при виникненні запитань щодо дослідження, його мети, завдань і складових.

ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

На старті проєкту передбачалося проведення інтерв'ю методом «віч-на-віч» та/або онлайн, проте через безпекові ризики, зумовлені бойовими діями на території України, формат інтерв'ю був повністю змінений на онлайн (телефонні інтерв'ю).

Через проведення інтерв'ю в онлайн-форматі після зачитування інформованої згоди респонденту інтерв'юер засвідчував отримання усної згоди власним підписом у інформованій згоді.

У випадках оголошення повітряної тривоги під час проведення інтерв'ю інтерв'юер зупиняв інтерв'ю, переходив сам і пропонував перейти респонденту у безпечне місце і продовжував інтерв'ю після відміни повітряної тривоги та повернення з укриття. При відновленні інтерв'ювання інколи виникали утруднення з встановленням нового контакту з респондентом і необхідністю встановити, на чому було зупинене інтерв'ю.

Дистанційне спілкування з респондентами, відсутність безпосереднього спілкування віч-на-віч також іноді зумовлювали складнощі з налагодженням контакту й отриманням від респондентів розгорнутих відповідей.

Одним з обмежень було нестійке електропостачання та зумовлені ними проблеми з якістю телефонного зв'язку. Не завжди респондент та інтерв'юер могли добре розчутити один одного, що вимагало додаткових уточнень інтерв'юером і збільшувало час інтерв'ю.

РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТА ОСОБИСТИЙ ДОСВІД ЛІКАРІВ ЩОДО КУРІННЯ

1.1. Портрет опитаних: опис цільової групи, стаж роботи на посаді

Цільовою групою дослідження є сімейні лікарі.

17 респондентів вказали свій загальний медичний стаж, який коливається від 8 до 50 років. У середньому загальний медичний стаж опитаних становить 24 роки. Більшість лікарів, які мають стаж від 25 років, працюють у смт і сільській місцевості. У середньому загальний стаж на посаді сімейного лікаря становить 14 років; мінімальний стаж – 2 роки; максимальний стаж – 40 років.

Серед респондентів понад половину (24 опитаних) живуть і працюють у місті; 12 опитаних – у смт; 9 опитаних – у сільській місцевості.

За географічним розподілом опитані представляють: Вінницьку область – 24 лікарі; Тернопільську область – 13 лікарів; Чернівецьку область – 8 лікарів (табл. 4).

Таблиця 4

Загальна інформація про респондентів залежно від соціально-демографічних характеристик, особи

Загальний стаж на посаді сімейного лікаря	Кіл-ть ¹²	Тип населеного пункту	Кіл-ть	Область	Кіл-ть	Стать	Кіл-ть	Досвід куріння	Кіл-ть
До 5 років (включно)	7	Місто	24	Вінницька	24	Жіноча	40	Курить	3
Від 6 до 10 років (включно)	13	СМТ	12	Тернопільська	13	Чоловіча	5	Не курить	42
Від 11 до 15 років (включно)	11	Сільська місцевість	9	Чернівецька	8				
Від 16 до 20 років (включно)	4								

1.2. Проблеми, з якими стикаються опитані лікарі у своїй діяльності

Опитані лікарі зазначили такі складнощі, з якими вони стикаються нині у своїй професійній діяльності

1. Складнощі з внесенням даних пацієнтів до медичної інформаційної системи (МІС), виписуванням електронних рецептів на антибіотики; інколи медичні працівники вимушені працювати в позаурочний час (зокрема, вдома та вночі). Крім того, в деяких місцях разом з електроенергією

¹²2 респонденти не захотіли назвати свій стаж.

відсутнє опалення, яке разом з періодичними обстрілами ускладнює прийом пацієнтів:



...це загальна проблема, яка стосується війни, що немає світла або немає інтернету. Відповідно, проблематично вносити дані в ресурс, і деколи треба працювати вдома, підтасовувати під наявність інтернету і доступу до електронної бази даних. От такі є проблеми, бо деколи лікарняні вночі відкриваєш

Тернопільська область, 23 роки досвіду
роботи у медичній сфері

2. Самолікування пацієнтів (самостійний пошук, консультування щодо методів лікування та призначення ліків). Опитані лікарі відмічають значну роль інтернету, де пишуть, що проблеми зі здоров'ям (наприклад, кашель, загострення хронічних хвороб), можуть виникати і через куріння. Зокрема, призначення «лікування» фармацевтом в аптеці без належної діагностики.

3. Продаж аптеками антибіотиків пацієнтам без рецепту:



...Не всі аптеки зараз відпускають тільки по рецептах антибіотики. І люди приходять вже після застосування антибіотиків, до нас. Які призначили самі собі. Ну як, їм в аптеці порекомендували. Оце проблема, з якою ми боремося. Бо три таблетки «Азитроміцину», або дають 5 таблеток і 1 таблетку в день -, це фторхінолони. Я рахую, це взагалі не серйозно

Тернопільська область, 23 роки досвіду
роботи у медичній сфері

4. Особистий запит пацієнтів на вживання антибіотиків, оскільки так звикли і це, на їхню думку, «швидке» лікування хвороби: «...Дай мені антибіотик, бо в мене два дні шмарклі»

5. Відмови батьків від щеплення своїх дітей через належність до релігійної спільноти, що зумовлює формування у них феномену «антивакцинаторства». Однією з причин виникнення критичного ставлення до вакцинації є недовіра певних пацієнтів до лікарів і медицини в цілому.

6. Складна комунікація з пацієнтами, які виїхали за кордон (зокрема, наявна проблема щодо передачі медичної інформації та відмінностей у стандартах медичної документації):



...Пацієнти виїхали, їм потрібно там, наприклад, документація, і ми пересилаємо. І за кордоном наша документація, не завжди вони розуміють її, а ми розуміємо їхню...

Вінницька область, 7 років досвіду
роботи у медичній сфері

7. Зневажливе ставлення пацієнтів до лікарів (зокрема, згадувалися невихованість, нахабство в розмовній мові та невірноваженість через психологічні проблеми пацієнтів, які провокують нервовість, агресивність та негативне налаштування до лікарів):



...Пацієнти зараз нервові, збуджені, агресивні. Часто буває принижують лікаря

Вінницька область, 10 років досвіду
роботи у медичній сфері



...От є таке явище у нас в медицині. Чомусь нашу роботу не цінять і не поважають. Певно, це пов'язано з тим, що медичних працівників не цінують в державі

Вінницька область, 15 років досвіду
роботи у медичній сфері

8. Несправедлива заробітна плата лікарів (зокрема, деякими респондентами висловлювалося незадоволення практично однаковим розміром заробітної плати у лікарів з великим досвідом роботи та фахівців, які нещодавно почали працювати у медичній сфері):



Не зовсім подобається оплата. Тому що той, хто прийшов з медінституту без тих практичних всяких навиків, людина, яка має вищу категорію, має стаж, має практичні навиків, працює з шкідливими умовами праці, а заробітна плата отих 20 тисяч, адміністрація всіх урівняла на одному рівні

Вінницька область, 33 роки досвіду
роботи у медичній сфері

9. Загострення різних «сезонних» захворювань: гостре респіраторне захворювання; гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ); грип; гіпертонічна хвороба; погіршення психоемоційного стану (відчуття тривоги, поганий сон, роздратованість, панічні атаки); інфекційні захворювання (зокрема, COVID-19); стенокардія; надлишок маси тіла; болі у суглобах; інсульт; інфаркт; хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ); ішемічна хвороба серця, цукровий діабет:



...Ковід зараз пішов десь, не знаю куди. А зараз прийшов досить такий якийсь грип, вірус. Тобто дуже багато дітей, дорослих, багато і часто. І такими лихоманками по 3-4 дня ... більш дорослі люди, ну... звертаються, гіпертонічна хвороба... Це багато, біля 40% дорослого населення хворіє цим. Ішемічна хвороба серця... лівова частина, з чим звертаються. Багато є проблем, звертаються із суглобами, з болями в суглобах...

Чернівецька область, 21 рік досвіду
роботи у медичній сфері

На думку респондентів, способи вирішення проблем зі здоров'ям пацієнтів у більшості випадків є однаковими: виявити фактори ризику захворювання, ймовірні причини, визначити саму проблему зі здоров'ям (встановити діагноз), глибину проблеми (наявність ускладнення, ступінь залученості інших систем і органів) тощо; наявність досвіду куріння, якщо це явно прослідковується у пацієнта; допомогти покращити самопочуття (призначити лікування, надати рекомендації щодо усунення або зменшення впливу факторів ризику на захворювання, ведення здорового способу життя, зміни поведінки на більш здорову тощо (залежить від типу проблеми пацієнта):



Вони погано сплять, в них є підвищений тиск, в них є роздратованість, у них є панічні атаки...збираємо анамнез..., заповнюємо скринінгову анкету, до складу якої входить опитування, яке полягає в тому, де ми визначаємо перше, це чи людина палить, чи не палить. Це перший критерій. Чи у людини зберігається сухий кашель, чи немає? Якщо кашель є, то скільки він триває? Тобто шляхом опитування ми визнаємо, яка ланка є уражена у пацієнта

Вінницька область, 16 років досвіду
роботи у медичній сфері

У більшості випадків захворювань медична допомога пацієнтам у повному обсязі надається лікарями первинної ланки («...обстеження, призначення пробного лікування, щоб не скеровувати пацієнта в інші заклади і не ганяти його по всьому місту». Проте у складних випадках лікарі первинної ланки можуть проконсультуватися в телефонному режимі з вузькопрофільними спеціалістами для підбору лікування. Якщо це не спрацьовує, відбувається перенаправлення на інші рівні медичної допомоги, зокрема до вузькоспеціалізованих фахівців.

Респонденти зазначають, що основним завданням первинної ланки в їхній щоденній роботі є профілактика

захворювань і просвітницька робота з пацієнтами: надання інформації про фактори ризику виникнення захворювань інфекційної та неінфекційної етіології, промоція здорового способу життя (зокрема, здорового харчування) тощо:



...Щоденна робота...спрямована на профілактику захворювань серцево-судинної системи, вакцинованих інфекцій...профілактика інфекційних захворювань, таких як туберкульоз, профілактика онкологічних захворювань

Вінницька область, 28 років досвіду
роботи у медичній сфері

1.3. Особистий досвід куріння

93% опитаних респондентів (42 особи) зазначили, що нині не курять, хоча 21% серед них (9 осіб) мають досвід куріння. Здебільшого зазначається, що досвід куріння формувався у шкільні або студентські роки, часто «за компанію» (соціальне куріння); неприємні спогади й відчуття від першої спроби куріння вплинули на подальше негативне ставлення до сигарет і стали причиною відмови від такої практики у майбутньому:



...Коли був на першому курсі, в ресторані формувалась група, то я імітував куріння і окрім сльози з очей і дряпання у роті я нічого не отримав і з тих пір в мене більше експериментів не було.

Вінницька область, 50 років досвіду
роботи у медичній сфері



...в студентські роки, як усі нормальні студенти пробувала але воно мені не сподобалося і чесно кажучи, навіть неприємний запах сигарет... Просто попробувала і на цьому все закінчилось.

Чернівецька область, 6 років досвіду
роботи у медичній сфері



Я згадую своє дитинство, моє дитинство було важке, я жила з бабушкою. І коли ми пасли гуся на полі з подружкою, ми попробували викурити по дві сигарети. Від чого ми закашлялися і кинули, більше не куримо. І навіть не питаюся. Мене на сигарети після того не тягне. <...> Більше я після того не курю, і не люблю, і не поважаю.

Вінницька область, 10 років досвіду
роботи у медичній сфері

Двоє опитаних, які нині курять, роблять це тривалий час (20 років і більше), тобто їх звичка курити вже є сталою залежністю. Проте вони також намагаються слідкувати за тим, скільки сигарет курять, звертають увагу на їх міцність:



Ну вроді себе як заспокоюєш, що воно не так шкідливо для здоров'я...Десь пачка цигарок на день виходить.

Вінницька область, 18 років досвіду
роботи у медичній сфері

1.4. Особисте ставлення лікарів до куріння

84% опитаних лікарів (38 осіб) негативно ставляться як до куріння в цілому, так і до людей, які вживають тютюнові та нікотинові вироби (дехто навіть зазначав, що «не поважає таких людей»).

Серед головних факторів такого ставлення можна виокремити:

1. Нерозуміння курцями шкідливого впливу куріння на їхнє здоров'я (зокрема, скорочення життя, небезпека розвитку серцево-судинних захворювань, онкологічних, хронічних обструктивних захворювань дихальних шляхів тощо):



...є проблема в тому, що куріння викликає ряд хвороб, які приводять до смерті. Інвалідності...

Вінницька область, 10 років досвіду
роботи у медичній сфері



... є проблема з тиском, я перше питаю: - Ви курите?
- Так. Кашляють. Ви курите? Так. Ну кажу вирішуйте,
що для вас важливіше, курити чи бути здоровим.
Дехто усміхається, дехто каже я вже сьогодні не
курю, я вже не буду курити. Ну, різні є

Тернопільська область, 30 років досвіду
роботи у медичній сфері

2. Вплив куріння на економічну складову добробуту людини, яка курить (висока вартість тютюнових виробів, тютюну та його промислових замінників, пристроїв для їх вживання).

3. Шкідливий вплив вторинного тютюнового диму на людей, які проживають з курцями (вплив пасивного куріння на проблеми з дітонародженням, здоров'ям дітей, які народились у сім'ях, де курять):



...це є проблемою в кожній сім'ї, де є людина, яка
палить. І є проблемою особливо для маленьких
дітей, які народжуються в цій сім'ї. І є проблема в
тому, що куріння викликає ряд хвороб, які приводять
до смерті. Інвалідності, до смерті.

Вінницька область, 10 років досвіду
роботи у медичній сфері



Погано. Ну, по-перше вони створюють проблеми не тільки для себе та свого здоров'я, а і проблеми для людей, які з ними проживають. Люди постійно піддаються пасивному палінню.

Чернівецька область, 13 років досвіду
роботи у медичній сфері

Лікарі, які мають неосудне або нейтральне ставлення до куріння та людей, які вживають тютюнові вироби, тютюн і його промислові замітники, пояснюють свою позицію тим, що:

- не мають права порушувати та впливати на свободу вибору іншої людини:



Нормально ставлюся. Абсолютно нормально.
Це вибір кожного і я його поважаю

Вінницька область, 15 років досвіду
роботи у медичній сфері



кожна людина сама вирішує для себе особисто:
«Важливе бажання й ініціатива самої людини

Тернопільська область, 8 років досвіду
роботи у медичній сфері

- можуть проявляти



...свою наполегливість, коли мова іде про пасивне паління. Тобто я вимагаю, щоб не палили в домі, де проживають люди і діти, і щоб в домі не були недопалки, які теж дуже шкідливі. У цих питаннях я наполеглива. А так, я можу дати пораду, пояснити, але ну поважаю їхній вибір

Вінницька область, 39 років досвіду
роботи у медичній сфері

•

- можуть вдаватися до поступових рекомендацій



...зменшити куріння, пояснити людині, що при його захворюванні, - а так як в мене зараз часто хворі з легеневою патологією, - хоча б зменшити, обмежити кількість сигарет» та не «...йти на конфронтацію з пацієнтом. Треба просто мирно, тихо пояснювати. А далі - як людина вирішить. Бо скільки я казала «зовсім ні» - це не давало ніякого ефекту. А тихенько, повільно і до зниження кількості - це дає ефект.

Вінницька область, 33 роки досвіду
роботи у медичній сфері

Більшість лікарів зазначають, що все ж намагаються переконувати та мотивувати людей відмовитися від куріння тютюнових виробів, тютюну і його промислових замінників або інших способів їх вживання, хоча й не дуже вірять у те, що пацієнти дослухаються до їхніх рекомендацій і відмовляться від куріння:



«...Але переконуватися вони самі не хочуть. Вони нібито так кажуть, що "я би кинув, я би кинув, але, але..." І от то все «але» у них розтягується на максимальний час. Ну є, є люди такі, які, я б не сказала, побавилися, але так покурив, забувся, деякий час покурив. Но той, хто курил взагалі багато, його зараз не спиняє ні ціна сигарет, ні то, що йому кажеш, що "тебе вже доїдає, твоє здоров'я".

Тернопільська область, 40 років досвіду
роботи у медичній сфері

Лікарі потребують і зацікавлені в отриманні сучасної доказової бази (проведених досліджень) щодо впливу тютюнових виробів та новітніх тютюнових виробів на здоров'я. Зокрема, необхідною є інформація про перелік

шкідливих речовин в їхньому складі, різниця та вплив на здоров'я звичайних сигарет і електронних тощо з метою більш конструктивних консультацій пацієнтів:



...Немає взагалі, майже ніякої інформації про ці нові методи куріння, про ВЕЙПи, про електронні сигарети. Тому, що до мене приходять пацієнти і кажуть: "вони не шкідливі". А де дослідження? А який вплив? Я нещодавно переглядала, мене цікавила тема ВЕЙПів, зараз у кожному магазині, я бачу на кожному кроці як молоденькі діти, я навіть бачила як в школах діти ходять з ВЕЙПами в руках. І який вплив на їх організм ці електронні сигарети принесуть?...

Чернівецька область, 6 років досвіду
роботи у медичній сфері

РОЗДІЛ 2. ВПЛИВ КУРІННЯ НА ЗДОРОВ'Я

2.1. Куріння як фактор ризику неінфекційних захворювань

96% опитаних лікарів (43 особи) вважають, що куріння (споживання тютюнових виробів, тютюну і його промислових замінників) є значущим фактором ризику неінфекційних захворювань. Так, ними виокремлюються такі негативні наслідки для здоров'я, як ризик респіраторних захворювань, тому що під час куріння пошкоджується слизова оболонка (відповідно, її захисна функція знижується); поява хронічних захворювань легень; пошкодження судин (відповідно, поява серцево-судинних захворювань, захворювань судин нижніх кінцівок); погіршення перебігу захворювань пацієнтів (послаблення імунної системи); поява гастритів, які спричиняють проблем шлунково-кишкового тракту; виникнення онкологічних захворювань. Під час прийомів лікарі зазвичай зауважують пацієнту про всі ризики для здоров'я, які може спричинити куріння.

З усіх неінфекційних хвороб лікарі найбільше виокремлюють хвороби дихальних шляхів і чітко розуміють алгоритм їх перебігу:



...Продукти куріння кадмій, оксид азоту активують альвеолярні макрофаги і лімфоцити, виділяються активні речовини, ферменти еластаза протеаза. Ці ферменти, ну, і інші ферменти, їх там багато. Вони руйнують альфа-1-антитрипсинову систему, яка не виконує свою функцію розширення самих ацинусів. Руйнуються перетинки. Я так вже по простому говорю. І легені не можуть виконувати свою функцію, тому що втрачається еластичність їх. І вони стають жорсткими, упрugими і не можуть виштовхнути все повітря, яке залишається. І ці ацинуси розширяються, робляться у вигляді мішечків. Втрачається їхня функція, що приводить до дихальної недостатності. І тоді в людині розвивається емфізема, яка дає дорогу паралельно з куривом, з поганим способом життя і

приєднання туберкульозу у людини. І розвивається ХОЗЛ.

Вінницька область, 10 років досвіду
роботи у медичній сфері

Відповідно до своїх спостережень, респонденти зазначали, що курці хворіють частіше, довше, можуть мати серйозні ускладнення та появу супутніх захворювань. Особливо це стосується чоловіків, які переважно мають більший стаж куріння та рідше звертаються до лікарів:



...Переносять будь-яку інфекцію значно гірше та довше. Дуже важко таким пацієнтам боротися з кашлем

Тернопільська область, 23 роки досвіду
роботи у медичній сфері

Двоє з опитаних лікарів не вважають, що куріння є лідируючою причиною появи неінфекційних захворювань. Насамперед, це гіпертонічна та ішемічна хвороби серця. Попри це, фактор куріння є значущим, особливо у поєднанні з іншими ризиками.

2.2. Ознаки, за якими лікар визначає, що пацієнт курить

Усі опитані лікарі повідомили, що вони можуть визначити: курить пацієнт чи ні, не запитуючи його. Це свідчить про високу обізнаність лікарів про ознаки куріння та є дуже важливим для подальших консультацій курців. Зокрема, серед ознак, за якими можна ідентифікувати пацієнта, який курить, називалися такі:

- запах тютюну;
- важке дихання (зокрема, дуже добре чутно при аускультатії серця);

- шкіра пальців, якими курці тримають сигарети, є жовтішою та грубішою, ніж інші пальці; жовта полоса на вусах у чоловіків старшого віку з сивими вусами;
- осиплий голос і кашель;
- жовті зуби та нігті;
- в'яла шкіра, що має блідий колір і можливі синці під очима;
- бронхолегеневий малюнок на рентгенівському знімку;
- нервозний стан, тремор рук.

Двоє респондентів повідомили, що зовнішній вигляд пацієнта може вказувати не тільки на факт куріння людиною, але й на те, наскільки довго вона це практикує та яку кількість сигарет курить за добу. Деякими респондентами зазначено, що за зовнішнім виглядом жінок складніше виявити, чи є вони курцями, ніж за зовнішнім виглядом чоловіків:



Особливо помітно, мені здається, у чоловіків і жінок, які мають великий досвід куріння

Вінницька область, 4 роки досвіду
роботи у медичній сфері

Хоча лікарі із значним досвідом можуть визначити курця за зміною кольору обличчя:



...Люди які палять, вони мають жовтувато-зеленуватий відтінок шкірних покривів. Тобто вони бліді, може проявляється блідість. Можуть проявляється синці під очима. Тобто зовнішній вигляд може вказувати про те, що людина палить,

і палить тривалий час. І навіть можна визначити, яку кількість цигарок людина спалює за добу, тільки при зовнішньому вигляді даного пацієнта.

Вінницька область, 18 років досвіду
роботи у медичній сфері

Головною проблемою є те, що людина не завжди готова зізнатися в тому, що вона курить, зокрема в сільській місцевості:



...Хто тобі признається, що вона це курить? Це тут у нас, грубо кажучи, село. А ви знаєте, як в селі? Ховаються, никаються. Це не так, що просто...це не є таке, що тобі скаже хтось. Ну не признаються люди. Це хіба що чоловіки, і то.

Чернівецька область, 15 років досвіду
роботи у медичній сфері

2.3. Спеціальні позначки у медичній документації щодо куріння пацієнта

71% опитаних лікарів (32 особи) зазначають, що вони роблять в електронній формі медичної документації (амбулаторній карті, історії хвороби тощо) спеціальну позначку щодо куріння пацієнта. Серед них 66% (21 особа) роблять це завжди (незалежно від віку, статі, стану здоров'я та стажу куріння пацієнта), але є й такі, що роблять ці позначки лише інколи або за особливих умов. Серед таких умов називалися:

- стать людини (увага на жінок, особливо тих, які мають намір завагітніти);
- вік людини (більша увага на підлітків);
- наявні проблеми зі здоров'ям або окремі хвороби (наприклад, хронічне обструктивне захворювання легень, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба, проблеми

з диханням, серцево-судинні захворювання, хронічний бронхіт тощо);

- зловживання пацієнта курінням (наявність певної залежності);
- можливість зробити такі позначки (якщо є спеціальна графа/пункт про це або якщо є час для цього):



Якщо десь там є якась графа, що треба підкреслити або відмітити, тоді – так

Чернівецька область, 21 рік досвіду
роботи у медичній сфері

Лікарями із сільської місцевості зазначалася непотрібність таких позначок, оскільки вони особисто знають і пам'ятають усіх пацієнтів:



...я їх знаю всіх на пам'ять. І майже до дати народження, хто коли народився і хто де живе.

Чернівецька область, 21 рік досвіду
роботи у медичній сфері

Деякі лікарі, які ніколи не ставлять такі позначки, не роблять цього через відсутність спеціальної графи або пункту про куріння пацієнта у медичній інформаційній системі. Ці лікарі зазначають, що інколи вони вписують дані про куріння у медичну карту пацієнта:



Там немає, в медичній системі, немає про тютюнопаління. Ну, хіба що в картці можемо вписати.

Вінницька область, 8 років досвіду
роботи у медичній сфері

Третина опитаних лікарів відповіли, що наявність позначки у медичній документації про те, що пацієнт курить, ніяк не враховується у його подальшому лікуванні. Проте лікарями, які зазначили протилежне, були виокремлені такі шляхи використання наявних даних про куріння:

- зміна тактики лікування (наприклад, при хворобі органів респіраторного тракту більше часу витрачається на лікування, частіші виклики на повторний візит для прослуховування легень; відправка до вузькопрофільних спеціалістів);
- підбір спеціальних препаратів лікування (при лікуванні серцево-судинної системи відбуваються проблеми з підбором антигіпертензивних препаратів через погану реакцію курців на них; надання ліків, які розширюють судини, покращують роботу печінки та головного мозку);
- проведення консультацій з пацієнтом щодо шкоди куріння (зокрема, наголошення на тому, що куріння є фактором респіраторних хвороб, хвороб серця, легень, органів дихання, наголошення на негативному впливі куріння на життя людини та надання рекомендацій для відмови від куріння);
- фіксування тенденції куріння пацієнта (визначення того, чи став курити менше/більше):



Якщо я вже позначила позначкою, що він палить, то значить я провела з ним бесіду, що варто відмовитися від шкідливої звички. Якщо він прийде на повторний огляд, я відкрию його медичну документацію, то я його точно запитаю, чи він щось зробив для цього, щоб подолати, чи він залишився на тому самому місці, в тому самому стані.

Тернопільська область, 3 роки досвіду
роботи у медичній сфері

РОЗДІЛ 3. ПОШИРЕНІСТЬ КОНСУЛЬТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ЩОДО ВІДМОВИ ВІД КУРІННЯ

3.1. Частота консультації пацієнтів щодо відмови від куріння та критерії, за якими визначається потреба в консультації

Лише двоє з 45 опитаних лікарів повідомили, що вони не консультують пацієнтів щодо відмови від куріння. Один з них назвав причиною брак часу такого консультування, а другий – відсутність запиту на консультації з боку самих пацієнтів, зокрема чоловіків. Обидва лікаря мають великий стаж роботи (понад 20 років). Можна висунути гіпотезу про те, що стаж роботи не впливає на практику консультування пацієнтів щодо відмови від куріння:



Чесно кажучи...чесно, руку кладу на серце,
що майже цим не займаюся, тому що немає часу.

Чернівецька область, 21 рік досвіду
роботи у медичній сфері

Більшість респондентів повідомили, що вони досить часто консультують пацієнтів щодо відмови від куріння (щодня або кілька разів на тиждень). Частота таких консультації залежить, насамперед, від критеріїв, за якими лікарі визначають потребу в консультації пацієнта щодо куріння. Серед них можна виокремити такі:

- наявність певних захворювань (наприклад, серцево-судинні, цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, ГРВІ, гіпертонія, COVID-19, онкологічні захворювання, облітеруючий ендартеріїт або атеросклероз нижніх кінцівок, захворювання органів дихання, туберкульозу тощо);
- певні симптоми (наприклад, задишка, кашель, підвищений тиск, зайва вага; вплив на наявність і поширеність симптомів має стаж куріння людини);

- вік (особлива увага до підлітків і молоді, які курять), стаж куріння (особлива увага до людей зі значним стажем куріння);
- вагітність жінки.

Деякими лікарями було сказано про проведення бесід щодо шкоди куріння з дітьми та підлітками, які задекларовані за ними: «...що не варто починати палити, навіть якщо тебе запрошують». У свою чергу, консультації з підлітками відбуваються зазвичай у двох випадках, або лікар самостійно визначає під час обстеження про те, що підліток курить, або підлітка на консультацію приводять батьки: «Є молоді пацієнти і ті що приходять із мамою. Мама дуже хоче, щоб син покинув паління».

3.2. Пацієнти, які з власної ініціативи прийшли за консультацією щодо відмови від куріння

Половина опитаних лікарів зазначили, що за весь час їх діяльності не було пацієнтів, які прийшли б з власної ініціативи за консультацією щодо відмови від куріння. Проте навіть ті лікарі, у кого були такі випадки, повідомили, що ситуації звернення за ініціативою пацієнта були поодинокими. Причина цього вбачається у невірі пацієнтів, що такі консультації можуть бути ефективними й лікарі зможуть їм допомогти. Пацієнтів, які самостійно приходять на консультації щодо відмови від куріння, цікавлять більше певні методики або стратегії відмови від куріння:



Більше ми виступаємо ініціаторами покинути аніж людина, але такі люди є все одно. От, інколи приходять в такому плані, що мені хочеться покинути, але не вдається, що мені робити, як вчинити?

Вінницька область, 26 років досвіду
роботи у медичній сфері

Лікарі зауважували, що з пацієнтами, які самостійно прийшли на консультацію щодо відмови від куріння, працювати потрібно менше, оскільки в них є бажання кинути, яке досить сильно впливає на процес відмови від куріння та прискорює його. Такого пацієнта не потрібно вмовляти відмовлятися від куріння, єдине, що потрібно, – лише спрямовувати його:



Найголовніший момент, це коли є бажання у пацієнта. Якщо він сам цього бажає, то з ним потрібно набагато менше працювати, ми просто розповідаємо, що йому потрібно для цього робити і відповідно є хороший результат.

Вінницька область, 26 років досвіду
роботи у медичній сфері

Серед найпоширеніших причин, які спонукають курців звертатися за консультацією, лікарями було названі такі:

- наявність певних захворювань або підозри на них (зокрема, серцево-судинні хвороби, респіраторні захворювання, рак, туберкульоз, інсульт, інфаркт тощо);
- наявність онкологічного захворювання легень або інших у когось з членів сім'ї пацієнта;
- різке погіршення стану здоров'я (зокрема, проява симптомів – задишка, кашель, підвищений тиск, зниження лібідо тощо);
- розуміння пацієнтом відмінності перебігу захворювань у особи, яка курить, та особи, яка не курить (ускладнення у пацієнтів, які курять, недовіра на них певних медикаментів тощо):



...Частина з них помічають, що медикаменти, які на їхніх друзів або родичів діють гарно, вони мають гарний результат на фоні їх прийому, то той пацієнт

він бачить, що чогось воно на нього не діє. <...> особливо це в еру Ковіду стало дуже актуально, вони бачили наскільки тяжче вони виходять, і наскільки більша частина з них мали ускладнення.

Вінницька область, 7 років досвіду
роботи у медичній сфері

- вплив соціальних факторів (народження дитини, початок статеких відносин у підлітків, переймання за здоров'я близьких, які є пасивними курцями, тощо):



...допустимо, в підлітків починається період зустрічань, і дівчата незадоволені, що йде запах курців. Вони усвідомлюють, що це пагубна звичка. <...> буває що родяться діти, і тоді батьки усвідомлюють, що треба якось боротися з цією... звичкою. Буває частіше за все це якісь такі соціальні фактори.

Вінницька область, 39 років досвіду
роботи у медичній сфері

- фінансові проблеми (через велику ціну на сигарети).

Отже, можна побачити, що пацієнти звертаються за консультацією щодо відмови від куріння через усвідомлення негативного впливу куріння на життя людини, тобто усвідомлення пагубності цієї звички. Спочатку у таких людей формується мотивація до змін у житті (зберегти своє здоров'я або близьких людей, збільшити тривалість життя тощо), потім формується усвідомлення, що для цих змін потрібно кинути курити, а потім вже створюється бажання це зробити. У випадку, коли їм не вдається зробити це самостійно, вони приходять за консультацією до лікаря.

3.3. Процес консультації щодо відмови пацієнтів від куріння

Більшість опитаних лікарів зазначили, що консультація щодо відмови пацієнта від куріння проводиться у вигляді бесіди (у форматі «питання – відповідь») з використанням різних прикладів, аргументів, даних статистики, які могли б вплинути на курця:

1. Негативні наслідки куріння на стан здоров'я людини.
2. Тривалість і вартість лікування від можливих захворювань, які спричинені курінням.
3. Покращення здоров'я після відмови від куріння.
4. Інформація щодо впливу куріння на тривалість життя й статистичні дані (зокрема, відсоток смертності від певних захворювань, відсоток можливості появи тих чи інших хвороб тощо), у цьому випадку використовують спеціальні таблиці.
5. Негативні наслідки для близьких і рідних курця (зокрема, пасивне куріння, негативний приклад для них тощо): «Найбільше впливає, коли я їм кажу:



Подумайте про свою сім'ю. Подумайте про свій організм. Подумайте про оточуючих".

Чернівецька область, 6 років досвіду роботи у медичній сфері

Лікарі повідомили, що аргументи проти куріння зазвичай підбираються залежно від людини, з якою поводитьься консультація (з урахуванням віку, статі, соціального статусу, наявності хвороб, бажання кинути курити). Відповідно, ефективність таких аргументів також визначається цими факторами. Наприклад:

- на молодь, порівняно з людьми старшого віку, краще діють аргументи, які пов'язані з короткостроковими наслідками.



Я зрозуміла за цей час, що говорити з молоддю, що тобі, там, через 20 років не буде чим дихати, до прикладу, це дуже неефективно. Бо юнаки в 15-17 років вони думають, що ж вони через 20 років вже будуть дуже старі...що це так довго, не говоріть про це.

Чернівецька область, 13 років досвіду роботи у медичній сфері

- на чоловіків краще діють аргументи про можливу наявність проблем з потенцією:



От для чоловіків... давити на їхню чоловічу проблему. От ти будеш палити і буде імпотенція в майбутньому все більше і більше прогресувати.

Вінницька область, 8 років досвіду роботи у медичній сфері

- при наявності у людини певних хвороб, ефективно діють аргументи, які пов'язані впливом куріння на певну хворобу та стан здоров'я в цілому:



Якщо пацієнту з облітеруючим ендартеріїтом загрожує ампутація кінцівки, то це на нього діє. Якщо я скажу пацієнту з ХОЗЛом, з багаторічним стажем куріння, що подальший його стан буде погіршуватися і він вже без інгаляційних кортикостероїдних жити не зможе на протязі нетривалого періоду та плюс ще сім, вісім, десять разів вживати кортикостероїди, то в якусь мірі це їх трошки зупиняє.

Вінницька область, 50 років досвіду роботи у медичній сфері

- при наявності у людини маленької дитини ефективними є аргументи про негативний вплив пасивного куріння.

Отже, можна зазначити, що основними техніками, якими користуються лікарі під час консультації щодо відмови пацієнтів від куріння, є:

- «залякування» пацієнта (через повідомлення про негативні наслідки від куріння).



Якщо пацієнт хворіє гіпертонічною хворобою, ішемічною хворобою серця, то тоді треба його залякати, пацієнта. Що судини страждають від гіпоксії, мозок страждає від гіпоксії. І якщо він не зменшить кількість цигарок, чи не кине курити, то можуть статися серцево-судинні катастрофи.

Вінницька область, 10 років досвіду
роботи у медичній сфері

- формування у пацієнта мотивації відмовитись від куріння;
 - вибудовування для пацієнта причинно-наслідкового зв'язку між курінням, станом здоров'я і якістю життя;
 - застосовування емоційних слів (слова, які провокують емоції у пацієнтів);
 - апеляція до статистики;
 - наведення прикладів з негативними ефектами куріння.
- 89% опитаних лікарів (40 осіб) акцентують увагу пацієнта під час консультації на тому, що куріння є фактором неінфекційних захворювань. Зазвичай вони аргументують свою позицію тим, що це є дієвим способом через наявну наочність і зрозумілість для пацієнта. Усі респонденти, які зазначили, що вони не акцентують увагу пацієнта на цьому, мають загальний лікарський стаж понад 15 років.

Можна висунути гіпотезу про вплив фактора стажу роботи лікаря на цей аспект.

Ті лікарі, які не акцентують увагу на тому, що куріння є фактором неінфекційних захворювань, зазначають причину – вони не думали про це та неінфекційні захворювання у контексті куріння:



Ні, про неінфекційні, я в це не вірю. Ну, які там з неінфекційних? Інфекційні то є інші, а неінфекційні це, ну я знаю... Я чогось про це не думала.

Тернопільська область, 30 роки досвіду роботи у медичній сфері

3.4. Реакція пацієнтів на консультацію щодо відмови їх від куріння

У цілому реакція пацієнтів на консультацію щодо відмови їх від куріння є позитивною. Проте, за свідченнями лікарів, більшість курців нехтують рекомендаціями лікарів і продовжують курити.

Опитані лікарі виокремлюють такі реакції пацієнтів на консультацію щодо відмови їх від куріння:

- погоджуються та слідуєть вказівкам;
- погоджуються у кабінеті, але надалі продовжують курити:



...Вони то як, смиренно вислуховують, смиренно погоджуються <...> Вони все слушно вислухають, але не роблять висновки.

Тернопільська область, 40 роки досвіду роботи у медичній сфері

- відмовляються через те, що не вірять у сказане лікарем (зазвичай вони апелюють до позитивних прикладів зі своєї

родини, коли курці прожили здорове та довге життя):



Пояснюють, що курили, діди курили, ще хтось там в родині курив, і нічого їм не було. І чому я маю відмовлятися?

Тернопільська область, 23 роки досвіду роботи у медичній сфері

- відмовляються через байдужість до сказаного лікарем:



Ну, є навіть такі, що я розумію, що це шкідливо, но я не покину

Вінницька область, 4 років досвіду роботи у медичній сфері

Реакція пацієнтів на консультації щодо відмови їх від куріння залежить від певних факторів, серед яких: тяжкість захворювання, самопочуття, вік, стаж куріння тощо. Так, пацієнти з тяжкими захворюваннями та поганим самопочуттям краще реагують на консультації щодо відмови від куріння (такі пацієнти більше погоджуються з рекомендаціями лікаря та перестають курити):



...якщо людина відчуває, що це йому гірше, то вона до цього буде прислухатись і буде пробувати це робити. Якщо вона виходить з кабінету, як то кажуть, майже здорова, - вона далі продовжує курити.

Тернопільська область, 10 років досвіду роботи у медичній сфері



Я кажу, молодші люди більш поблажливіше, а старші люди ну якось так: "А, що ти там говориш. Курив і буду курити".

Тернопільська область, 39 років досвіду роботи у медичній сфері

На думку лікарів, у молодіжному середовищі курити нині немодно:



Зараз не так модно палити, як раніше це було. Молодь краще іде на контакт і від цієї шкідливої звички позбувається частіше ніж люди старшого віку

Вінницька область, 28 років досвіду
роботи у медичній сфері

Крім того, цікавим фактором реакції пацієнтів є тип місцевості, в якій вони живуть. Так, лікарі із сільської місцевості зазначають, що позитивна реакція пацієнтів на консультації може виникнути через те, що в селі «всі люди знайомі і сусіди, всі всіх знають».

Важливим чинником у процесі відмови від куріння є регулярне нагадування від оточуючих про негативні наслідки куріння людині, яка курить. Консультації щодо відмови від куріння є ефективнішими, якщо разом з людиною, яка курить, на консультацію приходить його родич. Причина у тому, що той родич, який приходить з пацієнтом, також сприймає усе сказане лікарем і повторює це, але уже вдома:



...родич, який сидить поруч, він це все слухає, він це все запам'ятовує, намотує собі на вус. І ця тема продовжує обговорюватися вдома. І як правило, тоді це впливає краще на пацієнта.

Вінницька область, 7 років досвіду
роботи у медичній сфері

Такий ефект може досягатися великою кількістю консультацій:



Але все ж таки для курців з тривалим стажем це робота не однієї консультації і не кількох навіть. Це постійно треба нагадувати.

Чернівецька область, 9 років досвіду роботи у медичній сфері

Опитані лікарі говорять і про негативні реакції пацієнтів на консультацію щодо відмови від куріння та виокремлюють такі:

- вибудовування кордонів і відмова слухати лікаря («це не Ваша справа», «мені це не потрібно, я здоровий» тощо);
- переведення теми в гумор – сміються та шуткують з цього;
- прояви агресії (вживають ненормативну лексику стосовно лікаря, йдуть, грюкнувши дверима).

Лікарі зазначають, що негативна реакція часто зумовлена такими факторами, як страх перед невдачею; відсутність мотивації та причин для відмови від куріння з активним нав'язуванням лікарем відмови від куріння; невіра щодо шкоди куріння; сильна залежність від куріння:



...можливо людина, яка не може з цим справитись, але розуміє, що це залежність, і це дуже погана залежність, але він не може з цим справитись. Тому він може негативно на це реагувати.

Вінницька область, 10 років досвіду роботи у медичній сфері

3.5. Вплив консультації на пацієнтів

Більшість респондентів зазначили, що у їхній практиці були пацієнти, які після консультації перестали курити. На їхню думку, на це рішення могли вплинути такі фактори:

- сила волі людини та сформоване у неї бажання відмовитись від куріння;
- страх смерті або погіршення здоров'я (особливо у пацієнтів з важким станом здоров'я):



...пацієнт попав в реанімаційне відділення, з порушенням ритму серця. Він досить злякався, тому що в нього дуже були критичні показники. І після цього ось страху, він налякавшись кинув курити.

Вінницька область, 15 років досвіду роботи у медичній сфері

- велика ціна на сигарети (особливо у пацієнтів з низьким рівнем достатку):



Був навіть випадок, коли ми прораховували просто на калькуляторі, скільки грошей той пацієнт витрачає на це

Вінницька область, 7 років досвіду роботи у медичній сфері

- вплив вторинного тютюнового диму на здоров'я близьких:



...я кажу, що ти приїжджаєш, приходиш, ти накурився, до тебе приїжджає внук і він буде дихати твоїм перегаром. Ти йому будеш шкодити

Вінницька область, 10 років досвіду роботи у медичній сфері

Більшість лікарів зазначили, що пацієнти, які відмовлялися від куріння, часто повертаються до нього через певний час. Серед причин такого повернення лікарі виокремлюють вплив:

- стресових ситуацій і погіршення психологічного або емоційного стану (особливо цей фактор є значущим сьогодні під час війни; куріння у розумінні багатьох людей є засобом зменшення нервування/стресу):



...ті умови, в яких ми зараз перебуваємо, військовий стан, стресовий фактор, панічні атаки сприяють тому, що от люди таким чином себе заспокоюють, свою нервову систему.

Вінницька область, 15 років досвіду
роботи у медичній сфері

- оточення людини (вплив знайомих, які курять; соціальне куріння):



Частіше це буває після якогось застілля, в колі друзів. Хтось курить і пропонує: "Ану попробуй, що там, як там. Ти ж запросто можеш кинути"

Вінницька область, 50 років досвіду
роботи у медичній сфері

- збільшення ваги пацієнта після припинення куріння (використовування куріння як фактора схуднення):



Мотивація була проста, коли він кидав, він набирив вагу. Коли він хотів зменшити ступінь налипання ваги, він починав курити

Вінницька область, 50 років досвіду
роботи у медичній сфері

погіршення стану здоров'я після відмови від куріння курців, які курять вже довгий час:



Якщо вони довгий час курили, вони пробували залишити, і їм не получається. Там трошки стає гірше життя, інтоксикація або якийсь такий фактор їх

Чернівецька область

- покращення стану здоров'я (деякі пацієнти відмовляються від куріння лише на час захворювання):



...вони на період захворювання кидають курити, але потім їм стає, звісно, краще, вони одужують і часто повертаються до цієї звички.

Вінницька область, 9 років досвіду
роботи у медичній сфері

Деякі лікарі вважають, що у підлітків випадки повернення до куріння трапляються рідше, ніж у дорослих людей. Зазначено, що чоловіки частіше повертаються до куріння, ніж жінки:



Ну, в підлітків повернення обично відбувається рідко. А у дорослих – так, особливо у чоловіків.

Вінницька область, 39 років досвіду
роботи у медичній сфері

ВИСНОВКИ

Збільшення кількості внутрішньо переміщених осіб, повітряні тривоги, ракетні обстріли, нестабільне електропостачання одним з наслідків мають збільшення навантаження на медичний персонал первинної ланки, зумовлюють відмову частини пацієнтів від особистого відвідування медичних закладів на користь самолікування.

Поширення практики самолікування спричиняє зменшення частоти консультацій щодо відмови від куріння (оскільки пацієнти, які могли б відвідувати лікаря, не роблять цього та лікуються самостійно), а недовіра до лікарів зменшує їх ефективність.

Абсолютна більшість опитаних лікарів повідомила, що практикують консультації щодо відмови пацієнтів від куріння; водночас ефективність таких консультацій оцінюється лікарями як доволі низька. Більшість пацієнтів не кидають курити після консультацій, ті, які кинули – часто повертаються до практики куріння через певний час. Консультації щодо відмови від куріння лікарі сприймають як один з видів просвітницької роботи.

За даними опитування, консультаціями охоплюються не всі пацієнти, які курять. Можна припустити, що консультації частіше отримують пацієнтів, яких можна охарактеризувати як «heavy smokers» (затятих курців), і менше потрапляють «light smokers» (ті, які курять час від часу).

Деякі лікарі вважають, що людина особисто має нести персональну відповідальність за стан свого здоров'я і якість життя, тому консультації та вмовляння є зайвими й недоречними.

Практично всі лікарі переконані, що вони можуть визначити курців, не запитуючи їх про це. Надмірна впевненість у власних діагностичних здібностях, у поєднанні з тим, що практика ставити спеціальні позначки щодо куріння

пацієнта у медичній документації не є стовідсотково поширеною (лише 71% лікарів зазначили, що роблять такі позначки), у перспективі може зумовити позбавлення певної частки курців можливості отримати консультації щодо відмови від куріння.

Деякі лікарі з великим стажем роботи зазначили, що відчувають втому від тривалих і неефективних умовлянь пацієнтів припинити курити, не бачать сенсу у консультаціях щодо відмови від куріння.

Опитані лікарі відчувають брак інформації про альтернативні способи вживання тютюну (вейпи, електронні сигарети тощо). Відсутність такої інформації позбавляє лікарів можливих аргументів у консультаціях щодо відмови від куріння.

Лікарі не мають чіткого сценарію консультації пацієнтів щодо шкоди куріння. Часто вони діють «за інерцією», без наявного плану.

Деякі з лікарів неповажливо ставляться до курців, критично оцінюють можливість переконати їх відмовитися від куріння. Таке ставлення, а також притаманна певній частці лікарів стигматизація курців негативно впливає на ефективність консультацій щодо відмови від куріння.

Деякі лікарі сприймають практику позначати факт куріння пацієнтів у медичній документації як необов'язкову формальність, інколи посилаючись на відсутність відповідної граfi/пункту у бланках медичних документів.

За результатами опитування, абсолютна більшість лікарів акцентують увагу пацієнта під час консультації на тому, що куріння є фактором неінфекційних захворювань. Водночас тривалий лікарський стаж негативно впливає

на акцентування лікарями уваги пацієнта під час консультації на куріння як фактора НІЗ. У цілому куріння як фактор НІЗ не сприймається пацієнтами як переконливий аргумент на користь відмови від куріння.

Більшість консультацій щодо відмови пацієнтів від куріння проводиться у вигляді бесіди (тобто у форматі «запитання – відповідь»). Однією з найпоширеніших технік консультування медичним персоналом пацієнтів є «залякування».

Недостатня ефективність консультацій щодо відмови від куріння зумовлена кількома основними чинниками:

1. Відсутність у лікарів сталих комунікативних навичок при консультуванні пацієнтів, невміння переконливо мотивувати пацієнтів щодо необхідності відмови від куріння.
2. Відсутність мотивації лікарів у наданні консультацій, яка посилюється невисоким рівнем оплати та великим навантаженням.
3. Зневіра багатьох лікарів у можливість відмови від куріння
4. Відсутність чіткого сценарію й алгоритму консультацій та неефективність тих технік, які найчастіше використовують лікарі під час консультацій («залякування»).

Лише поодинокі пацієнти з власної ініціативи отримують консультації щодо відмови від куріння; ті пацієнти, які приходять на консультацію за власним бажанням, роблять це через усвідомлення негативного впливу цієї звички на здоров'я та неможливості побороти її самостійно.

Консультації щодо відмови від куріння є ефективнішими, якщо разом з людиною, яка курить, на консультації присутні представники соціального оточення пацієнта, які не курять. Можна припустити, що важливим чинником у відмові

пацієнта від куріння є постійне нагадування від оточення про негативні наслідки куріння.

Чинниками, які зумовлюють незначний вплив консультацій щодо відмови від куріння на пацієнтів, є:

- страх перед невдачею;
- відсутність мотивації;
- невіра у шкоду від куріння;
- сильна залежність від куріння;
- відсутність у деяких пацієнтів довіри до лікарів.

Водночас більшість лікарів зазначає, що мали у своїй практиці пацієнтів, які після консультації перестали курити. На позитивне рішення щодо відмови від куріння впливають такі фактори:

- сила волі та сформоване бажання відмовитися від куріння;
- страх смерті або погіршення здоров'я;
- висока вартість сигарет і тютюнових виробів;
- переймання за стан здоров'я близьких людей, які уражаються від пасивного куріння.

Пацієнти, які відмовлялися від куріння, часто повертаються до нього через певний час. Можна припустити, що певна кількість таких випадків зумовлена нині стресовими ситуаціями, зокрема, через обстріли, повітряні тривоги, хвилювання про родичів тощо. Такі пацієнти практикують куріння як своєрідний антидепресант або заспокійливе.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Поширювати консультації щодо шкідливості куріння на всіх пацієнтів, незважаючи на те, курять вони чи ні.

Слід забезпечити поширення інформації про шкідливий вплив куріння на здоров'я курців та їх оточення, що у перспективі сприятиме зміні знань, ставлень і поведінки населення щодо куріння.

Формування у лікарів усвідомлення важливості надання науково обґрунтованої та доказової інформації щодо шкідливості куріння та впевненості, що ця сфера їх діяльності є важливою і необхідною, що у ній є сенс та потреба.

Інформацію щодо куріння слід отримувати від усіх пацієнтів, незалежно від віку та статі, оскільки пацієнт може мати невеликий стаж куріння та/або бути споживачем електронних сигарет і пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згоряння, при цьому факт куріння за зовнішніми ознаками та запахом визначити дуже складно.

Перспективним є отримання від пацієнтів інформації щодо наявності у них родичів або знайомих, які курять, з подальшим запрошенням їх на консультації щодо відмови від куріння. При запровадженні такої практики слід передбачити механізми забезпечення вимог медичної етики, зокрема стосовно поширення інформації про стан здоров'я пацієнтів.

Слід передбачити можливість додавання позначки щодо куріння пацієнта до МІС або оптимізувати їх використання. Підготувати рекомендації для лікарів щодо важливості врахування позначок про куріння у подальшому лікуванні пацієнтів.

Організувати курси або сформувавши рекомендації для лікарів щодо впливу на здоров'я новітніх пристроїв для куріння, які представлені у вигляді електронних сигарет і систем для нагрівання тютюну.

Провести курси або підготувати рекомендації для лікарів щодо ефективної комунікації з пацієнтами про шкоду куріння. Важливо навчити лікарів використовувати науково доведену інформацію, позитивні повідомлення та підказки, які допоможуть пацієнту у припиненні куріння.

Частина лікарів при комунікаціях з пацієнтами оперують поняттям «шкідлива звичка», а не «залежність». Захворювання, які викликані вживанням тютюну, включені до міжнародного класифікатора хвороб (МКХ-11) під кодом 6С4А «Розлади, викликані вживанням нікотину».

Тому лікарям важливо доносити це до своїх пацієнтів та інформувати їх про наявність саме «залежності», а не «звички».

Доцільно відмовитися від практики звинувачення курців у їх залежності від тютюнових виробів, слід уникати їх стигматизації – «Куріння – це хвороба, якої важко позбутися».

Під час консультування щодо відмови від куріння лікарі часто використовують неефективну стратегію «залякування». Важливо використовувати конкретні та науково-доведені факти, які курець може при бажанні самостійно перевірити.

Під час консультування щодо відмови від куріння доцільно акцентувати увагу пацієнтів на негативних наслідках від куріння не лише для самих курців, але й для їх оточення. Право на бездимне середовище кожного громадянина гарантовано законодавством України.

Ефективним є консультування пацієнта, який курить, разом з його рідною людиною, яка не курить і якій він довіряє (дружина/чоловік, матір, батько тощо).

Для зменшення кількості людей, які відмовилися від куріння, але з часом знову почали курити, ефективним може бути призначення повторних консультацій для підтримки пацієнта в процесі відмови від куріння та допомога у самому процесі відмови.

Слід передбачити проведення повторного дослідження після впровадження інтервенцій для оцінки їх ефективності та визначення шляхів подальшого покращення змісту і формату консультацій пацієнтів щодо відмови від куріння.

ГАЙД ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ГЛИБИННОГО ІНТЕРВ'Ю

Добрий день! На замовлення ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» ми проводимо опитування медичних працівників з метою дослідження обізнаності лікарів щодо куріння як фактора ризику неінфекційних захворювань і дізнатись, як часто лікар проводить консультування щодо відмови від куріння серед своїх пацієнтів. Запрошуємо Вас взяти участь у цьому дослідженні та відповісти на декілька запитань.

Тривалість інтерв'ю становитиме близько 30–40 хвилин. Ваше інтерв'ю буде одним з приблизно 45 інтерв'ю, які проводимуться у 3-х областях України.

Інтерв'ю буде записано на диктофон. Ми гарантуємо конфіденційність Ваших відповідей, результати будуть проаналізовані в узагальненому вигляді разом з відповідями інших лікарів з інших областей. Інтерв'юер зі свого боку підписав інформовану згоду про нерозголошення інформації, отриманої під час дослідження. Аудіозапис зберігатиметься у спеціально призначених для цього папках на захищеному хмарному сховищі. Після інтерв'ю запис буде розшифровано та створено стенограму, а сам запис буде знищено. Доступ до даних дослідження матиме лише персонал дослідження. Ідентифікатори будуть видалені, а після видалення ідентифікаторів інформація може бути використана для майбутніх досліджень або поширена серед інших дослідників для майбутніх досліджень без додаткової інформованої згоди.

Крім того, Ви можете відмовитися відповідати на будь-яке запитання і це не матиме жодних наслідків для Вас. Ви можете припинити свою участь в інтерв'ю в будь-який момент під час опитування, в такому разі аудіозапис буде знищено.

Інтерв'юер може зупинити опитування в односторонньому порядку, якщо респондент не йде на контакт або агресивно поводиться, або відмовляється відповідати на більшість запитань.

Участь у дослідженні не надасть Вам прямих переваг. Але результати опитування матимуть високу соціальну значимість для можливості удосконалення надання послуг з консультування по відмові від куріння серед пацієнтів.

Зазначаємо про відсутність будь-яких додаткових витрат для Вас під час опитування. За участь у дослідженні не передбачена винагорода.

Це дослідження з мінімальним ризиком. Протокол дослідження був розглянутий та затверджений Комісією з питань етики ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Якщо у Вас виникне потреба поговорити про це дослідження з кимось, крім дослідницької команди, або ж Ви вважаєте, що Ваші права як учасника дослідження були порушені – Ви можете звернутись до Комісії з питань етики Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України за телефоном (044) 425-56-80) або електронною поштою irb@phc.org.ua або до головного дослідника проекту _____ за телефоном _____

Чи отримали Ви інформацію про дослідження і про ризики і вигоди, що стосуються дослідження?

Чи отримали Ви відповіді на всі Ваші питання щодо дослідження?

Чи згодні Ви прийняти участь у цьому дослідженні?

Надання дозволу на збір даних. Ваша згода взяти участь в опитуванні означає, що Ви отримали достатньо інформації про мету, зміст, очікувані результати та можливі ризики цього дослідження, Вам відповіли на Ваші питання, і Ви добровільно погоджуєтеся взяти участь у дослідженні, а також надаєте дозвіл на обробку та зберігання даних, отриманих в цьому дослідженні.

Інтерв'юер (ПІБ): _____ Дата: _____

Підпис інтерв'юера: _____

Декілька слів про вас особисто. Розкажіть, будь ласка, про свій професійний досвід.

1. Як давно Ви працюєте на даній посаді? З якими проблемами Ви стикаєтеся у своїй професійній діяльності зараз? З чим це пов'язано? Як Ви їх вирішуєте?
2. А з якими проблемами зазвичай до Вас звертаються пацієнти заказ? Які шляхи їх вирішення?
3. Як Ви ставитесь до людей, які курять?
4. Чи маєте Ви досвід куріння? Якщо «так», то скільки років Ви курите або курили? Зазвичай, скільки цигарок Ви викарювали (викарюєте) на день?

УВАГА, Інтерв'юер! Якщо респондент курив раніше, а потім відмовився – уточніть, що саме стало причиною такого рішення

5. Чи вважаєте Ви, що куріння є фактором ризику неінфекційних захворювань? Чому? На Вашу думку, наскільки цей фактор є значимим?
6. Чи можете Ви визначити, чи курить пацієнт, не запитуючи його про це? За якими ознаками?

7. Як часто Ви консультуєте пацієнтів щодо відмови від куріння?

8. За якими критеріями Ви визначаєте, кого консультувати щодо відмови від куріння, а кого ні? (Можливо за: стажем куріння, віком пацієнта, історією захворювань, анамнезом, симптомами тощо)

9. Чи бувають у Вас пацієнти, які з власної ініціативи прийшли за консультацією щодо відмови від куріння?

10. На Вашу думку, що саме спонукає пацієнтів що курять звертатися за консультацією?

11. Яким чином відбувається консультація по відмові пацієнтів від куріння? Які техніки Ви використовуєте? Які слова підбираєте? Які слова є найбільш впливовими для пацієнтів?

12. Чи акцентуєте Ви увагу пацієнта під час консультації на тому, що куріння є фактором неінфекційних захворювань?

Якщо НІ – чому?

Якщо ТАК – які аргументи Ви наводите?

13. Як пацієнти зазвичай реагують на такі консультації щодо відмови від куріння? На Вашу думку, чим саме може бути зумовлена така реакція?

14. Яким чином пацієнти проявляють негативну реакцію на консультацію щодо відмови від куріння? Як Ви гадаєте, що може бути причинами такої реакції?

15. Чи можете Ви навести якісь приклади, коли пацієнти після консультації переставали курити? Як Ви вважаєте, що вплинуло на їх рішення?

16. Як часто пацієнти, які відмовлялися від куріння, повертались

до нього через певний час? Як Ви вважаєте, що вплинуло на їх рішення?

17. Чи робите Ви у медичній документації (амбулаторній карті, історії хвороби тощо) спеціальну позначку щодо куріння пацієнта? Позначка робиться незалежно від віку, статі, стану здоров'я та стажу куріння пацієнта?

18. Як, у подальшому лікуванні пацієнта, враховується наявність позначки про те що пацієнт курить?

19. Можливо, Ви хотіли б щось додати стосовно теми нашої розмови?

Дякуємо за Ваш час і щирі відповіді!



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

<https://www.phc.org.ua>