

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**Удосконалені підходи до вибору технологій профілактики
неінфекційних захворювань на рівні первинної медичної допомоги
для уникнення/зменшення шкоди куріння/ частого вживання
алкоголю пацієнтами
(методичні рекомендації)**

Чернівці - 2023

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Протокол Вченої ради

№13 від 25 травня 2023 року

**Удосконалені підходи до вибору технологій профілактики
неінфекційних захворювань на рівні первинної медичної допомоги
для уникнення/зменшення шкоди куріння/ частого вживання
алкоголю пацієнтами
(методичні рекомендації № 3-2023)**

УДК : 616-021-084:613.81/.84:614.212(072)

У 31

Установа-розробник:

Буковинський державний медичний університет МОЗ України

Укладачі:

Власик Любов Йосипівна – PhD, доцент закладу вищої освіти кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я БДМУ (380 50 747 1015)

Рингач Наталія Олександрівна – д. н. держ. упр., професор Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, м. Київ, Україна (380 067 37 94 463)

Рецензенти:

Професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П.Л. Шупика, д. мед. н., професор, дійсний член Академії наук вищої освіти України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки **Ніна Григорівна Гойда**

Завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського д. мед. н., професор **Наталія Олександрівна Теренда**

ЗМІСТ

Зміст	Сторінка
Перелік умовних скорочень	5
Вступ	6
Поширеність куріння серед економічно активного населення	7
Що потрібно враховувати при плануванні групових освітніх заходів або індивідуальних профілактичних консультувань щодо куріння?	10
Поширеність частого споживання алкоголю серед економічно активного населення	11
Що потрібно враховувати при плануванні групових освітніх заходів або індивідуальних профілактичних консультувань щодо частого споживання алкоголю ?	12
Загальні правила застосування профілактичних технологій щодо шкідливих звичок	13
Інтервенційні складові втручань щодо припинення куріння та частого споживання алкогольних напоїв.	14
Алгоритм застосування профілактичних втручань	15
Схема «Алгоритм дій лікаря при визначенні статусу куріння та вживання алкоголю у пацієнтів»	17
Висновки	18
Рекомендована література	19

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВШ – відношення шансів

ДІ – довірчий інтервал

ЕАН – економічно активне населення

НІЗ – неінфекційні захворювання

ПМД – первинна медична допомога

ССЗ – серцево-судинні захворювання

ФР – фактор ризику

DALY – (disability adjusted life years) втрачені роки життя через передчасну смерть та інвалідність

GATS – Global Adult Tobacco Survey (глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну)

STEPS – STEP wise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance (поетапний підхід ВООЗ до епідеміологічного нагляду за факторами ризику НІЗ)

ВСТУП

У всьому світі куріння викликає близько 71% випадків раку легенів, 42% випадків хронічних хвороб органів дихання і майже 10% випадків серцево-судинних захворювань (ССЗ). Куріння є причиною 12% смертей серед чоловіків і 6% випадків смерті серед жінок. Регіонами з найвищою часткою смертей, обумовлених вживанням алкоголю, стали Східна Європа (більше 1 на кожні 10 випадків смерті). У всьому світі алкоголь надає більш шкідливий вплив на чоловіків (6,0% смертей, 7,4% DALY¹), ніж на жінок (1,1% всіх випадків смерті, 1,4% DALY) [1].

Важливим результатом нашого дослідження щодо поширеності факторів ризику (ФР) основних неінфекційних захворювань (НІЗ) серед економічно активного населення стало виявлення того факту, що куріння та часте споживання алкоголю не бралось до уваги респондентами при оцінці власної активності щодо збереження здоров'я. Лише для жінок, які повідомили про контроль за харчуванням та чоловіків, які вважали себе фізично активними та займалися у спортивних залах знайдено асоціацію з відсутністю куріння. Часте споживання алкоголю респондентами асоціювалося лише з контролем за харчуванням. Серед респондентів-курців 39% мали високу залежність від тютюну, зокрема, 48% серед чоловіків та 22% серед жінок. До групи високого ризику захворювання на рак легень можна було віднести 13% респондентів-курців.

Вперше в Україні епідеміологічне дослідження поширеності куріння стосувалося економічно активного населення (ЕАН), зокрема зайнятих на ринку. Були виділені групи «ринок» та «інші категорії» з числа відвідувачів ярмарку. Доведено, що за специфікою роботи респондентів необхідно вносити корективи до профілактичних втручань щодо припинення/зменшення шкідливих звичок. Замість зловживання алкоголем використовувався показник частого споживання алкогольних напоїв (від «щодня» до «1-2 рази на тиждень»), щоб звернути увагу людини та медичних працівників первинної

¹ Втрачені роки потенційного життя у зв'язку з інвалідністю та передчасною смертю.

медичної допомоги (ПМД), які будуть проводити профілактичні втручання, за крок до розвитку серйозних патологічних змін в організмі пацієнта.

Поширеність куріння серед економічно активного населення

Результати дослідження поширеності куріння тютюнових виробів серед ЕАН (куріння у теперішній час, щоденно або рідше, ніж щодня) показали, що курили 28% респондентів, зокрема, 36% чоловіків та 20% жінок ($p < 0,001$)².

У порівнянні з результатами Національного опитування рівень поширеності куріння у нашому дослідженні був на рівні GATS 2010 року (28%) [2]. Серед економічно активних чоловіків, не зайнятих на ринку, частота куріння відповідала GATS 2017 (40%) [3], серед зайнятих на ринку була меншою (33%), що могло пояснюватися з одного боку успішністю, яка не сприяла шкідливій звичці, з іншого – меншою схильністю до участі в опитуванні чоловіків з низьким рівнем освіти, що могло вплинути на рівень поширеності куріння. Частота жіночого куріння була більшою (20%), ніж за даними GATS 2017 - 9% і більше відповідала даним STEPS (2019) згідно з яким курили 17% [4]. STEPS (2019), визначив вищим рівень поширеності куріння серед чоловіків - 50% з максимальним значенням у віці 45-59 років – 55%, що більше відповідало частці куріння серед респондентів групи «ярмарок» – 43%.

Рівень поширеності куріння серед жінок, зайнятих на ринку (група «ринок») був загалом вищим (25%), ніж серед жінок відвідувачів ярмарку та службовців («інші категорії») – (15%). Статистично достовірні відмінності виявлено за рівнем освіти, а саме, жінки з середньою та середньо-спеціальною освітою курили частіше (24%), ніж із вищою освітою (17%), ($p = 0,036$). До того ж, жінки, зайняті на ринку, із сільської місцевості, рідше мали шкідливу звичку 13%, ніж жінки, які мешкали у місті 28%, ($p = 0,018$). Раніше курили 18% респондентів, 24% чоловіків та 11% жінок ($p < 0,001$). Найвищий відсоток припинення куріння був серед чоловіків, зайнятих на ринку (46%), найменший у жінок «ринок» (33%), ($p < 0,001$). У нашому дослідженні ЕАН показник

² Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$ за 95% ДІ

припинення куріння серед жінок також був вищим, ніж серед чоловіків, за винятком зайнятих на ринку. Можна висловити гіпотезу, що саме специфіка зайнятості сприяла підтриманню шкідливої звички.

Зазнавали пасивного куріння (із тих, хто сам не курил) 31% респондентів, 27% чоловіків та 34% жінок ($p=0,006$). Перебували під впливом тютюнового диму загалом (разом з активними курцями) 59% респондентів, 63% чоловіків та 54% жінок ($p=0,002$); жінки, зайняті на ринку – 66%, із групи «інші категорії» – 43% ($p<0,001$).

Респонденти, які курили самі, і ще хтось курил поряд (тобто курили в компанії) становили 61% усіх активних курців. Курили в гурті частіше зайняті на ринку 66%, ніж у групі «інші категорії» 56% ($p=0,044$).

Аналіз показників за віковою структурою показав, що серед молодих респондентів (25-44 роки) курили 32%. Статистично достовірної різниці між чоловічим (37%) та жіночим курінням (31%) серед молодих на ринку не виявлено. Серед чоловіків групи «ринок» 45-59 років (починаючи із 40 річного віку) рідше зустрічалися курці (26%), ніж серед чоловіків інших категорій (43%) ($p=0,028$) та в 2 рази частіше зустрічалися ті, хто курил раніше: 40% проти 20% ($p=0,004$).

За стажу куріння 10 років та наближення кількості до пачки сигарет на день, респонденти-курці були більш схильними до припинення куріння. Можна вважати, що люди у ювілейні 40 або 50 років, особливо чоловіки (успішні або ті, хто хоче такими бути) найбільш мотивовані до позитивних змін.

Ймовірність жіночого куріння серед тих, хто часто вживав алкоголь, була вищою у 4 рази (ВШ 3,717; 95%ДІ [2,369-5,829]).

На питання «Що могло б допомогти (допомогло) позбутися шкідливої звички?» найчастішою стала відповідь «сила волі» (73%). Наступні позиції посідали «сім'я» (23%) та «хвороба» (17%). Значно рідше зустрічалися відповіді «прийом медикаментів» (5%), «підтримка друзів» (4%), «вартість тютюнових виробів» (4%) та «поради лікаря» (3%). Чоловіки більшого значення надавали сім'ї (28%), ніж жінки (15%) ($p<0,001$). Однак, саме сім'я

допомогла у припиненні шкідливої звички кожній п'ятій жінці, яка повідомляла, що кинула курити. Разом з тим, для жінок-курців жодного значення не мала висока вартість сигарет, також вони не розглядали поради лікаря як вагомий варіант допомоги у припиненні куріння.

Серед амбулаторних пацієнтів курили 23% респондентів (36% чоловіків та 13% жінок). Чоловіки курили рідше, якщо займалися фізичними вправами – 28% проти 46% (ймовірність похибки 7,2%) та дотримувалися режиму харчування – 21% проти 44% ($p = 0,027$). Серед чоловіків, які курять, знають що ЗСЖ виключає шкідливі звички (56%), проте навіть серед них близько половини зберігає позитивне відношення до куріння. Кожний другий чоловік та кожна третя жінка вважали, що куріння заспокоює нервову систему; кожний десятий – що допомагає схуднути.

Що потрібно враховувати при плануванні групових освітніх заходів або індивідуальних профілактичних консультавань щодо куріння?

1. Поширеність куріння серед економічно активного населення залежить від умов праці (на відкритому повітрі чи у приміщенні; можливість та умови для частих перекурів).

2. Курінню сприяє нижчий рівень освіти, відповідно медичної (санітарної) грамотності.

3. На частоту куріння впливає колективна культура, куріння в компанії, що одночасно підвищує вплив вторинного диму на пасивних курців.

4. Серед молодих людей, зайнятих на ринку різниця між чоловічим та жіночим курінням зменшується.

5. За стажу куріння 10 років та наближення кількості до пачки сигарет на день, респонденти-курці були більш схильними до припинення куріння.

6. Люди у ювілейні 40 або 50 років, особливо чоловіки (успішні або ті, хто хоче такими бути) найбільш мотивовані до позитивних змін.

7. Для жінок-курців:

- не має значення вартість сигарет;
- невеликий вплив сім'ї на прийняття рішення щодо відмови від шкідливої звички, порівняно з чоловіками;
- ігнорування порад лікаря щодо шкідливості куріння;
- звичка підтримується частим споживання алкоголю та компанією.

Поширеність частого споживання алкоголю серед економічно активного населення

Повідомили, що вживали алкогольні напої майже 80% респондентів; 81% чоловіків та 77% жінок. Проте, якщо брати до уваги вживання з частотою від «щодня» до «1-2 рази на тиждень», частка була значно меншою – 35% чоловіків та 17% жінок ($p<0,001$). Чоловіки, зайняті на ринку, частіше повідомляли про вживання алкогольних напоїв упродовж тижня (39%), ніж чоловіки інших категорій (31%), ($p=0,037$), в основному за рахунок групи середнього віку (45-59 р.) (46% проти 30%), ($p=0,030$). Серед жінок статистично достовірних відмінностей не виявлено.

Нашим завданням не було передбачено визначення кількості спожитого алкоголю, щоб не викликати настороженість респондентів. Відомо, що у холодну пору року споживання алкогольних напоїв зростало, декілька разів можна було почути: «Спитали б ви нас зимою...».

Виявлено взаємозв'язок вживання алкоголю і тютюнокуріння серед респонденток: незалежно від виду зайнятості, жінки, які курили, частіше вживали алкогольні напої – 34% проти 12% ($p<0,001$). Статус куріння чоловіків, зайнятих на ринку, на вживання алкоголю не впливав. Чоловіки не зайняті на ринку, які не курили, споживали алкоголь рідше (27%), ніж ті, які курили (38%) ($p<0,05$).

При деталізації типу напоїв з'ясовано, що горілку частіше вживали чоловіки (40%), ніж жінки (21%) ($p<0,001$); бренді, крім горілки, однаково чоловіки та жінки, загалом (11%). Зайняті на ринку жінки частіше вживали міцні напої, ніж жінки інших категорій 33% проти 17% ($p<0,001$). Вино як напій переважав серед жінок (46%), його частіше вживали незайняті на ринку – 53% проти 41% ($p=0,007$). Серед жінок «інші категорії» частіше зустрічалися ті, хто вживав пиво (27%), ніж серед групи «ринок» (15%) ($p<0,001$), зокрема, у молодому віці (25-44 роки) – 34% проти 17% ($p=0,003$). Примітно, що вони надавали перевагу пиву (23%), не вживаючи міцних напоїв, на відміну від

жінок «ринок», серед яких таких випадків було менше (9%), ($p < 0,001$). Пиво споживали чоловіки однаково часто, всього (39%).

Що потрібно враховувати при плануванні групових освітніх заходів або індивідуальних профілактичних консультувань щодо частого споживання алкоголю?

1. З метою попередження зловживання алкоголем та розвитку алкогольної залежності доцільно звертати увагу на наявність частого споживання алкогольних напоїв у характеристиці способу життя пацієнтів та розробляти відповідні профілактичні втручання.

2. Зайнятість на ринку потребує особливої уваги як фактор щодо частішого вживання алкоголю.

3. У холодну пору року споживання алкогольних напоїв на ринку зростає.

4. Чоловіки, не зайняті на ринку, які не курять, споживають алкоголь рідше, ніж курці.

5. Серед чоловіків середнього віку зайнятих на ринку зменшення частоти куріння супроводжується збільшенням частоти споживання алкоголю.

6. Зайняті на ринку жінки частіше вживають міцні напої, ніж жінки інших категорій.

7. Жінки, незалежно від місця зайнятості, споживають алкоголь рідше, якщо не курять.

Загальні правила застосування профілактичних технологій щодо шкідливих звичок

1. Статус курця та частоту споживання алкоголю необхідно визначати незалежно від приводу звернення та статі пацієнта.
2. Для розробки індивідуального втручання використовувати усі мотивуючі чинники та враховувати усі періоди життя, стаж шкідливої звички.
3. Раннє виявлення захворювань і патологічних станів може стати реальним приводом корекції способу життя.
4. Ефективною інтервенцією слід вважати індивідуальні профілактичні консультації, за яких сам факт початкових змін у результатах стандартних обстежень використовуються як підтвердження можливого впливу на організм наявних ФР.
5. Важливо мотивувати до припинення куріння членів сім'ї, колег та неформальних лідерів компанії, якщо вони курять, тобто для кожного пацієнта визначати роль у русі проти куріння.
6. Доцільно поєднувати інформаційні заходи проти куріння та алкоголю, особливо серед жінок, які обділені цією тематикою при спілкуванні з медичними.
7. «Куріння» та «часте споживання алкоголю» рідше зустрічалися як поодинокі чинники (по 4%) і частіше поєднувалися з іншими (24% та 22% відповідно) та підтримували їх.
8. Куріння можна вважати індикатором способу життя, так як визначає низку особливостей у поведінці пацієнта і вимагає певну тактику лікаря.

**Інтервенційні складові втручань щодо припинення куріння та
уникнення частого споживання алкоголю**

1. Статус куріння.
2. Стаж куріння.
3. Кількість викурених сигарет на день (в середньому).
4. Куріння у минулому.
5. Хтось курить поряд (вдома/на робочому місці).
6. Куріння пацієнта є джерелом вторинного диму для інших (вдома/на робочому місці).
7. Вживання алкогольних напоїв (які саме).
8. Частота вживання алкогольних напоїв:
 - щоденно,
 - 5-6 разів на тиждень,
 - 3-4 рази на тиждень,
 - 1-2 дні на тиждень,
 - 1-3 дні у місяць,
 - менше 1 разу на місяць.

Алгоритм дій лікаря при визначенні статусу куріння та вживання алкоголю у пацієнтів

1. Оцінити статус куріння за його якісними характеристиками.

Важливо:

- Якщо пацієнт курить – на одинці чи в компанії і чи є джерелом вторинного диму для оточуючих, які не курять;
- Якщо курих раніше або не курить – чи підпадає під дію тютюнового диму як пасивний курець?

2. Для кількісної характеристики куріння можна використовувати:

- індекс курця (середня кількість щоденно викурених сигарет $\times$ 12);
- для тих, хто викурював більше 20 сигарет на день та показник пачко-роки (середня кількість щоденно викурених сигарет $\times$ тривалість куріння у роках / 20);
- індекс курця, що дорівнює або більший за 200, свідчить про високу нікотинову залежність.

3. В кожного з пацієнтів в'яснити статус вживання алкоголю, частоту та кількість. Чистий вміст алкоголю в стандартній дозі напою зазвичай становить 10 г етанолу – це келих пива (285 мл) або одна чарка міцного напою (30 мл), або середній келих вина (120 мл).

4. Оцінити медичну грамотність за розумінням шкоди куріння та надмірного вживання алкоголю – застосувати інформаційні технології.

5. Застосувати тактики мотивації пацієнта кинути шкідливу звичку:

- почуття відповідальності за власне здоров'я;
- зменшення кількості сигарет на день;
- уникнення сприятливого середовища для куріння;
- повторювати спроби припинення куріння;
- турбуватися про здоров'я оточуючих;
- приймати підтримку близьких.

6. Для тих хто кинув курити – мотивація до допомоги іншим, а саме:

- надання курцям власного позитивного прикладу;
 - сприяння їхньому профілактичному візиту до лікаря.
7. Якщо пацієнт не курить – підтримка колег, друзів у припиненні куріння та дотриманні рекомендацій лікаря.
 8. В залежності від характеристик шкідливих звичок рекомендувати уникнення «червоних прапорців»:
 - куріння за компанію;
 - поєднання куріння із вживанням алкоголю;
 - стрес та куріння;
 - алкоголь та надмірне харчування;
 - алкоголь та депресія.
 9. Застосовувати нашарування профілактичних тактик.
 10. Ефективними стратегіями припинення шкідливих звичок є успішна зайнятість та фізична активність (заняття у спортивних/фітнес залах) чоловіків
 11. Ефективними профілактичними стратегіями для жінок є несприятлива для шкідливих звичок зайнятість та здорове харчування.
 12. Залучення до профілактичних оглядів – важлива умова для збільшення медичної активності пацієнтів щодо власного здоров'я.

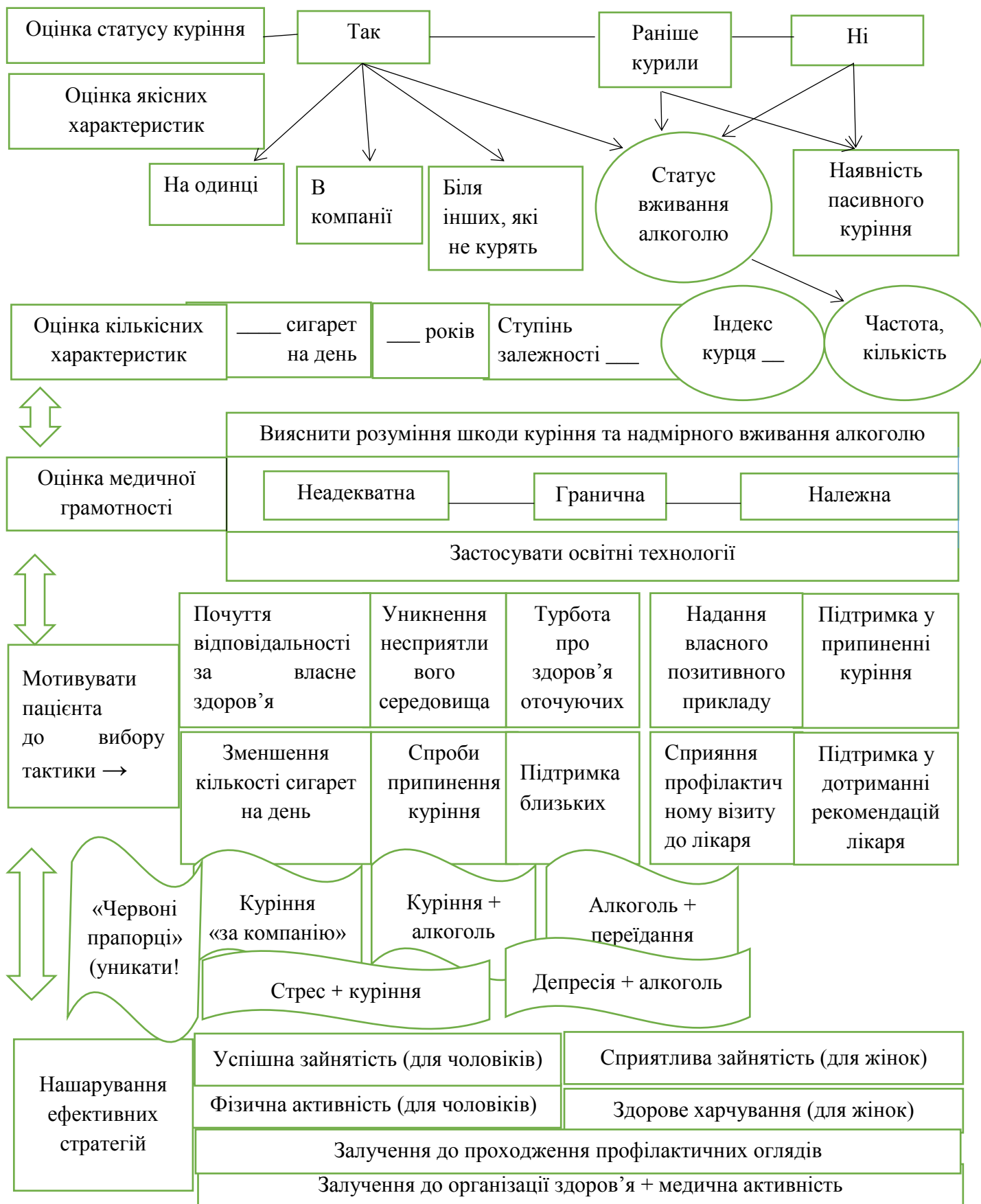


Рис. 1. Алгоритм дій лікаря при визначенні статусу куріння та вживання алкоголю у пацієнтів

Висновки

1. Важливо використовувати основні відмінності у поширеності ФР серед ЕАН (за статтю, місцем зайнятості, місцем проживання та рівнем освіти) для планування ефективних профілактичних заходів.
2. Зайнятість на ринку, потребує особливої уваги як група ризику щодо куріння та частішого вживання алкоголю працівниками.
3. Профілактичні технології щодо припинення/уникнення куріння та зловживання алкоголем повинні застосовуватися до кожного пацієнта ПМД.
4. Актуальність уникнення «червоних прапорців», а саме поєднання «стрес + куріння», «депресія + алкоголь» під час воєнного стану зростає.

Рекомендована література

1. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO; 2015 [cited 2020 Dec 24]. 70 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
2. WHO. Global Adult Tobacco Survey (GATS) Ukraine 2010. [Internet]. 2010 [cited 2020 Dec 27]. 173 p. Available from: https://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_ukraine_report_2010.pdf.
3. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey – GATS) (англ. мова). [Інтернет]. Київ; 2017 [цитовано 2020 Груд 27]. 240 с. Доступно: https://kiis.com.ua/materials/pr/20180214_GATS/Full%20Report%20GATS%20Ukraine%202017%20ENG.pdf.
4. WHO. STEPS: prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019. WHO Regional Office for Europe; 2020 [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications/steps-prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-ukraine-2019-2020>.

ДЛЯ НОТАТКІВ

[illegible]