

Arstide suitsetamine, sellealased hinnangud ja tähelepanu pööramine patsientide suitsetamisele

Liis Lohur¹, Kersti Pärna¹

Taust ja eesmärk. Arstidel on oluline roll patsientide tervisekäitumise kujundamisel. Selleks et teada arstide valmisolekut aidata kaasa patsientide suitsetamise vähendamisele, on vaja teada nende endi suitsetamisharjumusi ja suhtumist suitsetamisesse. Töö eesmärk oli uurida Eesti arstide suitsetamise levimust, nende sellealaseid hinnanguid ning tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele.

Metoodika. Läbilõikeline postiküsitlusuuring korraldati kõikide töötavate arstide hulgas 2014. aastal. Tõesse kaasati alla 65aastased arstid (n = 2334).

Tulemused ja järeldused. Uuringu tulemustena leiti, et suitsetas 16,2% mees- ja 6,4% naisarstidest (igapäevaselt suitsetas vastavalt 12,5% ja 4,9%). Võrreldes naistega pidas oluliselt rohkem mehi oma suitsetamisest loobumise nõustamise teadmisi piisavaks, kuid oluliselt vähem mehi suitsetamise ennetuse õpet tervishoiutöötajate põhikoolituses vajalikuks.

Kümnendik mees- ja naisarstidest ei olnud viimase nädala jooksul küsinud patsiendi suitsetamise kohta. Võrreldes suitsetavate arstidega tegid mittesuitsetajad seda oluliselt rohkem. Peamine patsiendi suitsetamisele tähelepanu pööramist piirav tegur oli ajapuudus, millele järgnes arvamus, et arst ei suuda mõjutada patsiendi käitumist. Võrreldes suitsetavate arstidega oli mittesuitsetavate mees- ja naisarstide arvates oluliselt harvemini patsiendi suitsetamisele tähelepanu pööramist piiravaks teguriks patsiendi privaatsuse häirimine. Mittesuitsetavatel naisarstidel oli väiksem šanss pidada suitsetamisele tähelepanu pööramist takistavaks teguriks probleemi mitteolulisust ja selle arvamist kellegi teise tööülesandeks.

Uuringu tulemustest järeldub, et senisest rohkem on tarvis tähelepanu pöörata arstide suitsetamisest loobumise nõustamise praktiliste oskuste arendamisele.

Tubaka tarvitamine on üks peamisi ennetatavaid haigestumuse ja suremusega seotud tervise riskitegureid maailmas (1). Arstidel on oluline roll oma patsientide ja ühiskonna tervisekäitumise mõjutamisel ning heaolu tagamisel (2, 3). Ka lihtsal ja lühikesel soovitusel suitsetamisest loobuda on mõju patsiendi suitsetamisele (4, 5). Hoolimata käepärastest abivahenditest, pööratakse suitsetamisele sageli vähem tähelepanu kui teistele tervise riskiteguritele (6) ning vaatamata arstide suitsetamise vähenemisele arenenud riikides viimastel aastakümnetel (7) on nende hulgas endiselt suitsetajaid.

Arsti ülesanne võiks olla soovitada patsiendile loobuda suitsetamisest, pakkudes vajaduse korral võimalust saada nõustamisteenust (6). Paraku võib arstidel suitsetamise

kohta küsimise ja loobumisenõustamise suhtes esineda negatiivseid uskumusi ja suhtumisi, näiteks liigne ajakulu või tajutud ebaefektiivsus suitsetamise vähendamisel (8). Samuti vähendab arstide endi suitsetamine nende valmisolekut suitsetamisest rääkida (4, 9, 10).

Selleks et teada arstide valmisolekut aidata kaasa patsientide suitsetamise vähendamisele, on vaja teada nende endi suitsetamist ja suhtumist suitsetamisesse. Eestis on arstide suitsetamisharjumusi varem uuritud kolmel korral. Aastal 1978 suitsetas 42% mees- ja 20% naisarstidest (11), 1982. aastal vastavalt 41,5% ja 15,2% (12) ning 2002. aastal vastavalt 24,9% ja 10,8%. Töötavate alla 65aastaste arstide hulgas oli 2002. aastal igapäevasuitssetamise levimus meestel 18,6%

Eesti Arst 2016; 95(5):285–293

Saabunud toimetusse: 20.04.2016
Avaldamiseks vastu võetud: 26.04.2016
Avaldatud internetis: 27.05.2016

¹ Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Kirjavahetajaautor: Liis Lohur
lohurliis@gmail.com

Võtmesõnad: arstid, suitsetamine, hinnangud, tähelepanu pööramine patsiendi suitsetamisele

ja naistel 6,6% ning juhusuissetamise levimus vastavalt 7,7% ja 4,4% (13). Soomes oli 2001. aastal alla 65aastastest igapäevasuissetajaid mehi 6,7% ja naisi 3,6%, juhusuissetajaid vastavalt 14,9% ja 5,3% (13). Võrdluseks suissetas 2002. aastal Eesti üldrahvastikus 50,5% meestest ja 22,6% naistest (14), kuid 2014. aastal vastavalt 31,4% ja 15,8% (15).

Uuringu eesmärk oli kirjeldada Eesti arstide suissetamise levimust ning anda ülevaade arstide hinnangutest seoses suissetamisega ja tähelepanu pööramisest patsientide suissetamisele.

METOODIKA

Valim

Uuringusse kaasati Eesti tervishoiutöötajate registris registreeritud ning Eestis alaliselt töötavad arstid ja hambaarstid, kellel oli rahvastikuregistris kättesaadav täpne kodune aadress. Esialgsest valimist ($n = 5808$) jäeti välja need ($n = 142$), kellel puudus seal täpne aadress või kes elasid välismaal. Uuringumaterjalid saadeti kokku 5666 arstile. Töösse kaasati alla 65aastased arstid, keda oli 2339..

Uuringu korraldus

Tegemist oli 2014. aastal korraldatud läbilõikelise postiküsitlusuuringuga, kus esimest korda uuriti ka suissetamisega seotud geneetilisi tegureid. Uuringu läbi viimiseks saadi luba Tartu Ülikooli inim-uuringute eetika komiteelt (protokolli number 235/T-12) ja luba isikuandmete töötlemiseks saadi Andmekaitse Inspeksioonist (otsuse number 2.2.-3/14/367r). Rahvastikuregistrijärgsele elukoha aadressile saadeti uuringu eesmärki, meetoodikat ja andmekaitset tutvustav kaaskiri (mida kasutati informeeritud nõusoleku saamiseks), küsimustik, kaks DNA-proovi katsutit, DNA-proovi võtmise juhend ning tasuta postikuluga ümbrik, millel oli peal tagasisaatmise aadress. Vastuste anonüümsus uuringumaterjalidel tagati kodeeritud kleebisetiketi abil.

Mittevastanutele väljastati kuu möödudes meeldetuletuskiri. Kahe kuu möödudes saadeti mittevastanutele esimese postitusega identne uuringumaterjalidega ümbrik. Juhul kui uuringumaterjalid tagastas postiteenuse osutaja seoses aadressi mitteleidmise, postkasti puudumise, tähtaja möödumise või postkasti

ebasobiva suurusega, saadeti uuringukomplekt arsti töökoha aadressil.

Küsimustik

Küsimustikus oli 46 küsimust, mis sarnanesid 2002. aasta arstide suissetamise uuringuga. Küsimustikuga koguti järgnevat teavet: arstide sotsiaaldemograafilised andmed, varasem ja praegune suissetamine, suissetamisest loobumine, suhtumine suissetamisesse ja nende tervise edendamise alane praktika. Artiklis on keskendunud küsimustiku sellele osale, mis käsitles arstide suissetamise levimust ja sellealaseid hinnanguid ning patsientide suissetamisele tähelepanu pööramist.

Vastamismäär

Kokku tagastati 2947 ankeeti, millest 8 oli täitnud valimisse mittekuulunud isik või mis tagastati topelt. Analüüsiks sobilikuks osutus 2939 ankeeti (kõik vanuserühmad kokku). Uuringu kohandamata vastamismäär oli 52,0% ja kohandatud vastamismäär (maha on arvatud 129 uuritavat, kelleni materjalid ei jõudnud) oli 53,1%.

Andmeanalüüs

Andmeid analüüsiti statistikaprogrammiga Stata 12.1. Analüüs viidi eraldi läbi meeste ja naiste hulgas. Arvutati suissetamise levimusmäär koos 95% usaldusvahemikuga (uv). Rühmadevaheliste erinevuste selgitamiseks kasutati hii-ruut-testi. Suissetamise seoseid suhtumiste ja hoiakutega hinnati logistilise regressioonanalüüsiga, kus suissetamist kasutati kaheväärtuselise sõltuva tunnuseks: suissetamine (igapäeva- ja juhusuissetamine) ning mittesuissetamine (endine ja mittesuissetamine). Igale sõltumatule tunnusele arvutati vanusele kohandatud šansisuhted (OR, *odds ratio*) koos 95% usaldusvahemikuga. Hinnangu andmisel oma teadmiste ja oskuste ning suissetamise ennetuse tähtsusele tervishoiutöötajate põhiõppes võis väitega, et oskused on piisavad, nõustuda või mitte nõustuda („täiesti nõus“ või „üsna nõus“). Tunnus muudeti binaarseks (nõustumine vs. mittenõustumine). Patsientidelt viimase 7 päeva jooksul suissetamise kohta küsimise sageduse analüüsist jäeti välja need, kes patsientidega sel ajal kokku ei puutunud, ning tunnus muudeti binaarseks (mitte kordagi vs. mõnikord, umbes igalt teiselt patsiendilt, sageli, alati). Suissetamisele

tähelepanu pööramist piiravad tegurid olid algselt binaarsed (piiravad/mittepiiravad).

Uuringusse kaasati alla 65-aastased arstid, keda oli 2339. Neist viiel polnud võimalik suitsetamisstaatust määrata ja nad jäeti analüüsist välja. Lõplik analüüsitud küsimustike arv oli 2334 (mehi 408 ja naisi 1926). Lisaks jäeti logistilisest regressioonanalüüsist välja küsimustikud, kus ei olnud vastatud hoiakuid ja suhtumisi kajastavatele küsimustele.

TULEMUSED

Alla 65aastastest arstidest olid 17,7% mehed ja 82,4% eestlased. Uuritavate keskmine vanus oli meestel 46,9 aastat (standardhälve 10,9) ja naistel 46,7 aastat (standardhälve 11,2), mis oli statistiliselt olulise erinevusega ($p = 0,782$). Ligi kaks kolmandikku arstidest olid 45aastased ja vanemad. Arstidest elas 37,8% Tallinnas ja 75,2% oli abielus või vabaabielus.

Suitsetamise levimus

Meesarstid suitsetasid oluliselt rohkem kui naisarstid ($p < 0,001$) (vt joonis 1). Igapäevaselt suitsetas 12,5% meestest ja 4,9% naistest. Juhusuitsetajad olid 3,7% meestest ja 1,4% naistest ning endised suitsetajad vastavalt 29,9% ja 18,1%. Pooled meesarstidest (53,9%) ja kolm neljandikku naisarstidest (75,3%) polnud kunagi suitsetanud.

Kõige rohkem oli suitsetajaid (igapäeva- ja juhusuitsetamine kokku) vanimas vanuserühmas, 55–64aastaste hulgas, kus suitsetas 20,0% mees- ja 8,9% naisarstidest (vt tabel 1). Kõige vähem suitsetas meesarste vanuserühmas 35–44 aastat (8,3%) ja naisarste noorimas vanuserühmas (2,8%). Naisarstide suitsetamine (sh igapäevasuitsetamine) sages vanuse kasvades. Noorimas kuni 34aastaste vanuserühmas oli igapäevasuitsetajaid mehi 13,9%, kuid naisi 1,8%.

Arstide hinnang oma teadmiste ja suitsetamise ennetuse vajadusele tervishoiutöötajate põhiõppes

Mees- ja naisarstid hindasid erinevalt oma praegusi teadmisi ja oskusi juhiste andmiseks patsientidele, kes soovivad suitsetamisest loobuda ($p = 0,002$). Ligi kaks kolmandikku meesarstidest arvasid, et nende praegused teadmised ja oskused on piisavad, olles väitega kas täiesti (12,1%) või üsna samal arvamusel (49,1%). Naisarstid olid väitega nõustumises tagasihoidlikumad

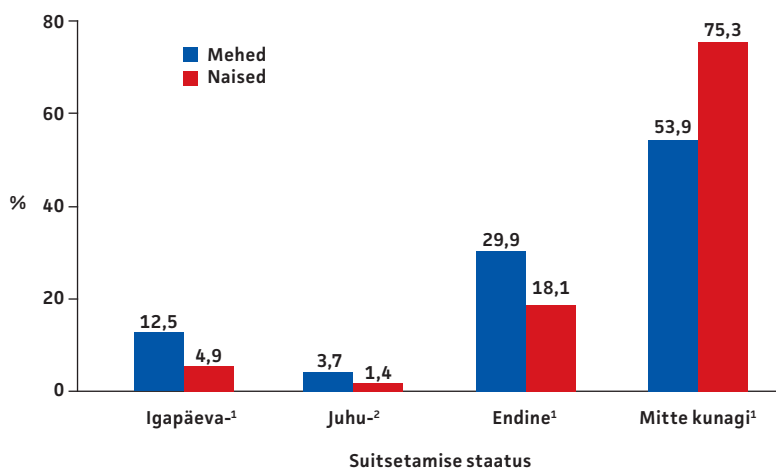
(9,9% täiesti ja 38,2% üsna samal arvamusel). Võrdlemisi paljud (10,9% mees- ja 16,0% naisarstidest) ei osanud selles küsimuses seisukohta võtta.

Statistiliselt olulist erinevust suitsetavate ja mitteduitsetavate arstide vahel oma teadmiste ja oskuste hindamisel juhiste andmiseks patsientidele, kes soovivad suitsetamisest loobuda, ei leitud (meestel OR = 0,76; 95% uv 0,36–1,60 ja naistel OR = 0,62; 95% uv 0,37–1,04) (vt tabel 2).

Suur osa arstidest arvas, et suitsetamise ennetus peaks olema üks osa tervishoiutöötajate põhikoolitusest, kuid mehed ja naised nõustusid väitega erinevalt ($p = 0,012$). Väitega oli täiesti samal arvamusel 34,6% ja üsna samal arvamusel 46,1% meesarstidest. Naised nõustusid väitega mõnevõrra sagedamini (38,3% täiesti samal ja 44,7% üsna samal arvamusel). Suitsetamise staatus ei mõjutanud oluliselt väitega nõustumist (meestel OR = 1,51; 95% uv 0,69–3,19 ja naistel OR = 1,41; 95% uv 0,75–2,64).

Patsientidelt suitsetamise kohta küsimine ja seda piiravad tegurid

Patsientidelt suitsetamisharjumuse kohta küsimises ei esinenud mees- ja naisarstide võrdluses olulisi erinevusi ($p = 0,207$). Patsientidelt ei küsinud viimase nädala jooksul suitsetamise kohta 9,9% mees- ja 9,0% naisarstidest. Ligikaudu kolmandik arstidest küsis suitsetamisharjumuse kohta mõnikord (34,5% mees- ja 30,2% naisarstidest) või sageli (27,0% mees- ja 32,0% naisarstidest). Igalt teiselt patsiendilt küsis



Meeste ja naiste vaheline erinevus: ¹ $p < 0,001$; ² $p = 0,002$

Joonis 1. Suitsetamise staatuse võrdlus mees- ja naisarstide hulgas (%).

seada 6,6% mees- ja 6,0% naisarstidest ning alati vastavalt 15,6% ja 12,2%.

Mittesuitsetavatel mees- ja naisarstidel oli võrreldes suitsetavatega oluliselt suurem šans küsida patsiendi suitsetamisharjumuse kohta (vastavalt OR = 2,57; 95% uv 1,13–5,87 ja OR = 2,02; 95% uv 1,12–3,64) (vt tabel 3).

Kõige olulisem tegur, mis piiras tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele, oli ajapuudus. Sellele järgnesid väited, et „arst ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist“ ja „pole harjunud suitsetamisest rääkima“ (vt joonis 2). Ajapuudust nimetasid piirava tegurina oluliselt rohkem nais- kui meesarstid

Tabel 1. Suitsetamise levimus arstide hulgas vanuserühma järgi (n, %, 95% usaldusvahemik)

Suitsetamise staatus	Vanuserühm				
	-34	35-44	45-54	55-64	Kokku
	n = 72	n = 84	n = 127	n = 125	n = 408
Suitsetamine	16,7 (8,9–27,3)	8,3 (3,4–16,4)	17,3 (11,2–25,0)	20,0 (13,4–28,1)	16,2 (12,7–20,1)
Igapäeva-	13,9 (6,9–24,1)	4,8 (1,3–11,7)	14,2 (8,6–21,5)	15,2 (9,4–22,7)	12,5 (9,5–16,1)
Juhu-	2,8 (0,3–9,7)	3,6 (0,7–10,1)	3,1 (0,9–7,9)	4,8 (1,8–10,2)	3,7 (2,1–6,0)
Mittesuitsetamine	83,3 (72,7–91,1)	91,7 (83,6–96,6)	82,7 (75,0–88,8)	80,0 (71,9–86,6)	83,8 (79,9–87,3)
Endine	4,2 (0,9–11,7)	23,8 (15,2–34,3)	40,2 (31,6–49,2)	38,4 (29,8–47,5)	29,9 (25,5–34,6)
Mitte kunagi	79,2 (68,0–87,8)	67,9 (56,8–77,6)	42,5 (33,8–51,6)	41,6 (32,9–50,8)	53,9 (48,9–58,8)
	Naised				
	n = 395	n = 352	n = 604	n = 575	n = 1926
Suitsetamine	2,8 (1,4–4,9)	5,1 (3,1–8,0)	7,1 (5,2–9,5)	8,9 (6,7–11,5)	6,4 (5,4–7,6)
Igapäeva-	1,8 (0,7–3,6)	3,4 (1,8–5,9)	5,1 (3,5–7,2)	8,0 (5,9–10,5)	4,9 (4,1–6,1)
Juhu-	1,0 (0,3–2,5)	1,7 (0,6–3,7)	2,0 (1,0–3,4)	0,9 (0,3–2,0)	1,4 (0,9–2,0)
Mittesuitsetamine	97,2 (95,1–98,6)	94,9 (92,0–96,9)	92,9 (90,5–94,8)	91,1 (88,5–93,3)	93,6 (92,4–94,7)
Endine	11,6 (8,7–15,2)	10,8 (7,8–14,5)	19,5 (16,4–22,9)	26,3 (22,7–30,1)	18,1 (16,6–20,1)
Mitte kunagi	85,6 (81,7–88,9)	84,1 (79,8–87,8)	73,3 (69,6–76,8)	64,9 (60,8–68,8)	75,3 (73,3–77,2)

Tabel 2. Nõustumine (vs. mittenõustumine) väidetega teadmiste ja oskuste piisavusest suitsetamise ennetamises ning suitsetamise ennetuse vajalikkusest põhikoolituses arstide suitsetamise järgi (n, %, OR, 95% usaldusvahemik)

Väited / suitsetamise staatus	Mehed			Naised		
	Samal arvamusel		Vanusele kohandatud OR (95% uv)	Samal arvamusel		Vanusele kohandatud OR (95% uv)
	n	%		n	%	
Minu teadmised ja oskused on piisavad						
Suitsetamine	37	77,1	1	60	73,2	1
Mittesuitsetamine	176	71,3	0,76 (0,36–1,60)	754	59,3	0,62 (0,37–1,04)
Suitsetamise ennetamine peaks olema osa põhikoolitusest						
Suitsetamine	49	83,1	1	94	88,7	1
Mittesuitsetamine	280	87,5	1,51 (0,71–3,27)	1505	91,8	1,46 (0,78–2,73)

OR – šansisuhe, uv – usaldusvahemik

Tabel 3. Patsiendilt suitsetamisharjumuse kohta küsimine (vs. mitte kordagi küsimine) viimase nädala jooksul arstide suitsetamise staatus järgi (n, %, OR, 95% uv)

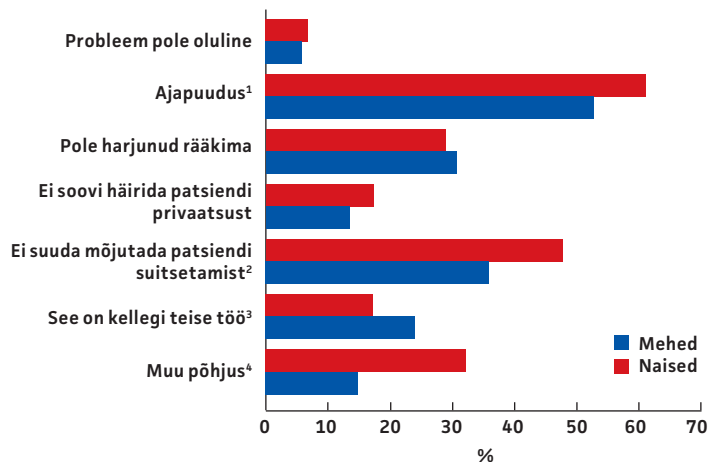
Suitsetamise staatus	Mehed			Naised		
	Küsis		Vanusele kohandatud OR (95% uv)	Küsis		Vanusele kohandatud OR (95% uv)
	n	%		n	%	
Suitsetamine	43	81,3	1	76	83,5	1
Mittesuitsetamine	236	91,1	2,57 (1,13–5,87)	1251	90,3	2,02 (1,12–3,64)

OR – šansisuhe, uv – usaldusvahemik

(60,8% vs. 52,6%; $p = 0,007$). Samuti nõustused naisarstid oluliselt sagedamini väitega, et „arst ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist“ (47,5% vs. 36,1%; $p = 0,001$). Suitsetamisest rääkimist pidasid kellegi teise tööks oluliselt rohkem meesarstid (23,6% vs. 17,2%; $p = 0,004$). Muud põhjust („ei seostu erialaga“, „puuduvad teadmised“, „inimese isiklik asi“ jm) suitsetamisele tähelepanu pööramisel nimetasid oluliselt rohkem naisarstid (32,4% vs. 14,7%; $p = 0,012$). Naiste ja meeste arvamus ei erinenud väidete „probleem pole oluline“, „pole harjunud rääkima“ ja „ei soovi häirida patsiendi privaatsust“ nimetamine piirava tegurina tähelepanu pööramisel patsiendi suitsetamisele.

Võrreldes suitsetavate naisarstidega oli mittesuitsetavatel naisarstidel oluliselt väiksem šanss pidada suitsetamisele tähelepanu pööramist piiravateks teguriteks probleemi mitteolulisust (OR = 0,36; 95% uv 0,19–0,70), selle arvamist kellegi teise tööülesandeks (OR = 0,44; 95% uv 0,26–0,73)

ja soovi mitte häirida patsiendi privaatsust (OR = 0,55; 95% uv 0,33–0,93) (vt tabel 4). Sarnaselt naistega oli mittesuitsetavatel meesarstidel väiksem šanss pidada patsiendi



Meeste ja naiste vaheline erinevus: ¹ $p = 0,007$; ² $p = 0,001$; ³ $p = 0,012$; ⁴ $p = 0,004$

Joonis 2. Tegurid, mis piirasid arstil tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele (%) arstide suitsetamise 2014. aasta uuringu põhjal.

Tabel 4. Nõustumine (vs. mITTenõustumine) erinevate teguritega, mis piirasid tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele arstide suitsetamise staatuse järgi

Tegurid/suitsetamise staatus	Mehed			Naised		
	Nõustumine		Vanusele kohandatud OR (95% uv)	Nõustumine		Vanusele kohandatud OR (95% uv)
	n	%		n	%	
Probleem pole oluline						
Suitsetamine	4	8,7	1	13	15,9	1
Mittesuitsetamine	13	5,4	0,64 (0,20–2,08)	80	6,1	0,36 (0,19–0,70)
Ajapuudus						
Suitsetamine	29	55,8	1	53	58,3	1
Mittesuitsetamine	133	52,0	0,81 (0,45–1,50)	873	61,0	1,09 (0,71–1,68)
Pole harjunud suitsetamisest rääkima						
Suitsetamine	20	39,2	1	28	32,2	1
Mittesuitsetamine	71	28,5	0,58 (0,31–1,10)	383	28,4	0,75 (0,47–1,20)
Ei soovi häirida patsiendi privaatsust						
Suitsetamine	12	24,0	1	21	25,6	1
Mittesuitsetamine	28	11,5	0,42 (0,20–0,90)	223	16,5	0,55 (0,33–0,93)
Ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamisharjumusi						
Suitsetamine	20	39,2	1	44	53,0	1
Mittesuitsetamine	80	35,4	0,89 (0,47–1,68)	582	47,1	0,81 (0,51–1,26)
See on kellegi teise tööülesanne						
Suitsetamine	17	34,0	1	24	31,6	1
Mittesuitsetamine	48	21,2	0,54 (0,27–1,05)	201	16,3	0,44 (0,26–0,73)
Muu põhjus						
Suitsetamine	3	21,4	1	7	36,8	1
Mittesuitsetamine	7	12,9	0,54 (0,12–2,47)	93	32,0	0,90 (0,33–2,42)

OR – šansisuhe, uv – usaldusvahemik

privaatsuse mittehäirimise soovi teguriks, mis piirab tähelepanu pööramist suitsetamisele (OR = 0,42; 95% uv 0,20–0,90). Arsti suitsetamise staatusega ei olnud patsiendi suitsetamisele tähelepanu pööramisega oluliselt seotud tegurid „ajapuudus“, „pole harjunud suitsetamisest rääkima“, „ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamisharjumusi“ ja „muu põhjus“.

ARUTELU

Uuring keskendus Eesti arstide suitsetamise levimuse ning suitsetamisega seotud hoiakute ja suhtumiste väljaselgitamisele. Uuriti arstide hinnanguid oma teadmiste ja oskuste patsientidele juhiste andmiseks seoses suitsetamisega, nende arvamust suitsetamise ennetuse õpetamise vajalikkuse kohta põhiõppes ning seda, kui tihti arstid patsiendi käest nende suitsetamisharjumuse kohta küsivad ja millised tegurid neil piiravad selle tegemist.

Uuringu tugevad ja nõrgad küljed

Tegemist oli juba neljanda arstide suitsetamisuuringuga Eestis. Sarnane metoodika võimaldab uuringu tulemusi võrrelda eelmise, 2002. aasta arstide suitsetamise uuringuga ja Soome 2001. aasta uuringuga. Soome üheks rahvatervishoiueesmärgiks on saavutada 2040. aastaks suitsuvaba riik, kus 15–64aastastest inimestest tarvitab tubakatooteid vähem kui 2% (16). Seetõttu on huvitav võrrelda Eesti arstide tervisekäitumist, suhtumist suitsetamisesse ja praktikat riigiga, kus on ühed ambitsioonikamad suitsetamise vähendamise tegevuskavad maailmas.

Arstid on homogeenne sihtrühm ja see lihtsustas tulemuste tõlgendamist. Analüüsitavaid ankeetide hulk oli suur ja andis seeläbi võimaluse sooliseks võrdluseks. Olulisi erinevusi ei esinenud naiste ja meeste keskmises vanuses ning vanusele kohandatud andmeanalüüsiga eemaldati vanuse mõju šansisuhete arvutamisel. Kuna tegemist oli ise täidetava küsimustikuga, ei saa välistada raporteerimisnihet vastajate tegelikust suitsetamisest. Suitsetamise staatuse ebaõige raporteerimine võis mõjutada ka arvutatud šansisuhete tõesust. Samas kombineeriti suitsetamise staatuse selgitamiseks küsimustiku kolm küsimust, mis võimaldas võimalikult täpselt määrata uuringus osalejate igapäeva-, juhu-, endise ja mittesuitsetamise levimuse sarnaselt 2002.

aasta arstide suitsetamise uuringuga. Tähelepanu ei saa jätta pööramata vastamismääradele, mis oli väiksem kui eelnevates Eestis korraldatud arstide suitsetamise uuringutes. Selle põhjuseks võis olla arstide hääbuv huvi suitsetamise temaatika vastu või tahtmatu anda DNA-proov. Kajastatud suitsetamislevimus võis osutada tegelikust väiksemaks, võttes arvesse väikest vastamismäära ning arvamust, et eelnimetatud põhjustel võis vastamata jätnute hulgas olla suitsetajaid rohkem kui vastanute hulgas.

Suitsetamise levimus arstide seas

Uuring andis olulise ülevaate Eesti arstide suitsetamise levimusest. Igapäevasuitsetamine oli võrreldes 2002. aastaga vähenenud meesarstide hulgas kolmandiku ja naisarstide hulgas neljandiku võrra. Suitsetamise vähenemine arstkonnas ja selle väiksem levimus võrreldes üldrahvastikuga viitab ühiskonna küpsemisele Michael Kunze loodud tubakaepideemia mudeli järgi, kus aja möödudes järgneb arstide suitsetamise vähenemisele üldrahvastiku suitsetamise vähenemine, seejuures jääb üldrahvastiku suitsetamine arstide omast siiski suuremaks (2). Enamikus ühiskondades, sh Eestis, loobusid arstid suitsetamisest enne kui üldrahvastik, seda arvatavasti nende suurema teadlikkuse tõttu suitsetamisega kaasnevatest terviseriskidest (7).

Meesarstide igapäevasuitsetamise levimus oli kaks ja pool korda suurem kui naisarstidel, kuid sama palju kordi väiksem kui Eesti täiskasvanud meestel üldrahvastikus 2014. aastal (15). Naisarstid suitsetasid kolm korda vähem kui naised Eesti täiskasvanud üldrahvastikus. Samas oli Eesti meesarstide igapäevasuitsetamise levimus 2014. aastal ligi kaks korda suurem kui Soomes 2002. aastal (13). Rõõmustav on see, et naisarstide igapäevasuitsetamise levimus Eestis 2014. aastal oli üsna sarnane Soome naisarstide igapäevasuitsetamisega 2001. aastal. Võrreldes Soomega oli Eestis aga nii mees- kui ka naisarstide hulgas oluliselt vähem juhusuisetajaid (13).

Arstide hinnangud seoses suitsetamisega

Kaks kolmandikku meesarstidest arvas, et nende praegused teadmised ja oskused on piisavad juhiste andmiseks patsientidele, kes soovivad suitsetamisest loobuda. Naistest nõustus väitega veidi alla poole vastanutest,

seega oluliselt vähem võrreldes meestega. Ka 2002. aastal hindasid Eesti meesarstid oma teadmisi ja oskusi kõrgemalt kui naisarstid. Samas hindasid Soome arstid isegi 2001. aastal oma teadmisi ja oskusi kõrgemalt kui Eesti arstid 2014. aastal (13). Käesolevas uuringus ei erinenud mees- ja naisarstide hinnangud oma teadmiste ja oskuste suhtes suitsetamise staatuse järgi. Samasugused tulemused leiti arstide suitsetamisuuringu 12 aastat tagasi.

Arstid pidasid suitsetamise ennetust tervishoiutöötajate põhikoolituses vajalikuks, kusjuures naised nõustusid väitega oluliselt sagedamini. Väitega nõustuti rohkem kui 2002. aastal. Kui väitega nõustus 2002. aastal kaks kolmandikku, siis 2014. aastal neli viiendikku suitsetavatest meesarstidest. Soomes aga nõustusid 2001. aastal eeltoodud väitega peaaegu kõik arstid (mõnevõrra vähem suitsetavad meesarstid) (13). Kui käesolevas uuringus ei leitud arstide arvamusel suitsemise ennetuse koolituse vajalikkuse kohta seost suitsetamise staatusega, siis 2002. aastal pidasid võrreldes suitsetavate arstidega mitteduitsetavad mees- ja naisarstid oluliselt rohkem sellist koolitust tervishoiutöötajate põhiõppes vajalikuks. See näitab, et aja jooksul on arstid hakanud rohkem mõtlema oma suitsetamisteadmiste vajalikkusele ennetusvaldkonnas, seda olenemata nende endi suitsetamise staatusest.

Mahukama suitsetamisest loobumise väljaõppe saanud arstid on aktiivsemad panustama suitsetamise vähendamisesse rahvastiku seas (17), mistõttu on senisest rohkem tarvis tähelepanu pöörata tervishoiutöötajate suitsetamisest loobumise praktiliste oskuste arendamisele põhiõppes. TÜ arstiteaduse õppekavas on 2015/2016. aastal sisseastunutel võimalik erinevates põhiainetes kuulata üksikuid loenguid ja seminare suitsetamisest ning valikainete raames läbida kaks väikese mahuga suitsetamistematilist ainet (18). Eestis korraldatakse suitsetamisest loobumise koolitusi, kuid siiani puudub tubakasõltuvuse ravijuhend (19).

Arstidel on võrreldes teiste tervisedendajatega eelis patsientidele süstemaatilisel vahendada suitsetamisest loobumise efektiivseid võimalusi (20). Eestis tehti 2015. aastal üle 7 miljoni ambulatoorse vastuvõtu (21), kus patsiendid puutusid kokku neile väärtusliku ja usaldusväärse terviseinfo andjaga. On leitud, et isegi lühike suitsetamisest loobumise soovitus arstivisiidil on

kulutõhus meetod suitsetamise vähendamisel ja võrreldav teiste ennetava meditsiini sekkumistega (22).

Arstide tähelepanu pööramine suitsetamisele

Mees- ja naisarstide võrdluses ei esinenud olulisi erinevusi patsiendi suitsetamise kohta küsimises. Kümnendik mees- ja naisarstidest ei teinud seda kordagi, samal ajal kui „alati“ küsijaid oli mõnevõrra rohkem. Ligi kaks kolmandikku vastanutest küsisid patsiendi suitsetamise kohta „mõnikord“ või „sageli“. Arsti enda suitsetamise staatus mõjutas oluliselt seda, kas arstid patsiendi suitsetamise kohta küsisid või mitte. Võrreldes suitsetavate arstidega oli mitteduitsetavatel meesarstidel kaks ja pool korda ning naisarstidel kaks korda suurem šanss seda teha. Ka 2002. aastal küsisid Eesti mitteduitsetavad arstid patsiendi suitsetamisharjumuse kohta rohkem kui suitsetavad arstid ning see on kooskõlas arstide rahvusvaheliste suitsetamisuuringute tulemustega (4, 10). Samas oli 2014. aastal seda teinud arstide osakaal suurem võrreldes nii Eesti kui ka Soome suitsetavate ja mitteduitsetavate arstidega vastavalt 2002. ja 2001. aastal (13).

Kõige olulisem tegur, mis piiras tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele, oli ajapuudus, mida nimetasid kolm viiendikku meesarstidest ja pooled naisarstidest. Naised uskusid sagedamini kui mehed, et nad ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist, samal ajal kui mehed pidasid suitsetamise kohta küsimist oluliselt rohkem kellegi teise tööülesandeks kui naised. Suitsetamise staatusega oli nii mees- kui ka naisarstide hulgas seotud suitsetamise kohta küsimist piirava tegurina soov mitte häirida patsiendi privaatsust. Võrreldes suitsetavate arstidega oli mitteduitsetavatel arstidel oluliselt väiksem šanss seda oluliseks pidada. Suitsetavad naisarstid pidasid suitsetamist kui probleemi harvem oluliseks ja arvasid sagedamini, et see on kellegi teise tööülesanne võrreldes mitteduitsetavate naisarstidega. Teistel teguritel olulist seost suitsetamise staatusega ei ilmnunud.

Aastal 2002 nimetasid Eesti arstid ajapuudust patsiendi suitsetamisele tähelepanu mittepööramise põhjusena mõnevõrra harvemini, harjumuse puudumist ja soovi mitte häirida patsiendi privaatsust nimetati aga oluliselt sagedamini. Sellest võib

järeldada, et suitsetamisest rääkimine on arstide jaoks muutunud tavapärasemaks. Väitega, et arst ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist, nõustus 2014. aastal sama palju mehi, kuid ligi kolm korda rohkem naisi kui 2002. aastal (13).

Eesmärgiga vähendada suitsetamist Eesti rahvastikus ja propageerida suitsuvaba töökeskkonda on mitmed Eesti haiglad ühinenud ülemaailmse suitsuvabade haiglate võrgustikuga. Võib arvata, et terav tervise ja suitsetamise vastandamine arsti igapäevases töökohas võib kujundada nende taht olla eeskujuks oma patsientidele ja pöörata suitsetamisele ka rohkem tähelepanu. Samas võib tegemist olla ühiskonna loomuliku küpsemise protsessiga, mille käigus arstid hakkavad enam mõistma oma rolli rahvatiku tervisekäitumise mõjutamisel. Eesti ja Soome kui kahe erineva küpsusastmega riigi arstide suitsetamise uuringute tulemuste võrdlus 2002. aastal näitas ilmekalt kahe riigi arstide erinevaid hoiakuid suitsetamise suhtes.

Uuringu andmete põhjal võiks edaspidi uurida tulemuste erinevusi esmatasandi-, eri- ja hambaarstide võrdluses, mida käesolevas töös ei tehtud. Järgnevates arstide suitsetamise uuringutes võiks uurida arstide arvamust e-sigarettide suhtes ja seda, kui avatud oleksid arstid soovutama patsientidele tõenduspõhist eestikeelset suitsetamisest loobumise mobiilirakendust.

Eesti arstid on valmis panustama suitsetamise vähendamisesse ja peavad suitsetamise ennetust tervishoiutöötajate põhiõppes oluliseks. Samas selgus, et paljud arstid ei osanud oma teadmisi hinnata või hindasid neid ebapiisavaks, et anda juhiseid patsientidele suitsetamisest loobumise kohta. Senisest rohkem on tarvis tähelepanu pöörata arstide suitsetamisest loobumise praktiliste oskuste arendamisele põhiõppes. Seda enam, et tegemist on kulutõhusa meetodiga, mille abil vähendada suitsetamist kui suurimat välditavat terviseriski Eesti rahvastikule.

JÄRELDUSED

Arstide suitsetamise levimus 2014. aastal oli oluliselt väiksem kui 2002. aastal, olles meesarstidel 16,2% ja naisarstidel 6,4%, igapäevasuitsetajaid oli vastavalt 12,5% ja 4,9%.

Mehed pidasid enam kui naised oma teadmisi ja oskusi piisavaks, et anda juhiseid patsientidele, kes soovivad suitsetamisest

loobuda, kuid nõustusid vähem väitega, et suitsetamise ennetus peaks olema osa tervishoiutöötajate põhikoolitusest. Suitsetamise staatus polnud oluliselt seotud kummagi eeltoodud hinnanguga ei mees- ega naisarstide hulgas.

Ligikaudu kümnendik arstidest ei küsinud viimase nädala jooksul kordagi patsiendi suitsetamise kohta. Mittesuitsetavad mees- ja naisarstid tegid seda oluliselt rohkem kui suitsetavad arstid.

Kõige olulisem tegur, mis piiras tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele, oli ajapuudus, millele järgnes arvamus, et arst ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist. Võrreldes suitsetavate arstidega oli mittesuitsetavatel mees- ja naisarstidel patsiendi privaatsuse häirimine oluliselt harvem suitsetamisele tähelepanu pööramist piirav tegur. Võrreldes suitsetavate naisarstidega pidasid mittesuitsetavad naisarstid suitsetamisele tähelepanu pööramist piiravateks teguriteks oluliselt harvem probleemi mitteolulisust ja selle arvamist kellegi teise tööülesandeks.

Eelnevast lähtudes on oluliselt rohkem tarvis tähelepanu pöörata arstide suitsetamisest loobumise teadmiste ja praktiliste oskuste arendamisele põhi- ja täiendusõppes.

TÄNUAVALDUS

Uuringut rahastas personaalse uurimistoetusena (PUT299/GMVPT0299P) Haridus- ja Teadusministeerium. Täname kõiki uuringumeeskonna liikmeid, kelle olulise panuseta poleks käesolev artikkel kirjutamiseni jõudnud.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvide konflikt seoses artiklis kajastatud teemadega.

SUMMARY

Smoking habits, smoking related opinions and attitudes towards patients' smoking habits among physicians in Estonia

Liis Lohur¹, Kersti Pärna¹

Background. Physicians play an important role in influencing their patients' health behaviour. The personal smoking habits of physicians might have an effect on their views towards smoking cessation activities and their willingness to discuss smoking with patients.

¹ Institute of Family Medicine and Public Health, University of Tartu, Tartu, Estonia

Correspondence to: Liis Lohur lohurliis@gmail.com

Keywords: physicians, smoking, opinions, attention to patients' smoking habits

Objectives. This study examined the smoking habits of Estonian physicians, and their smoking related opinions and attitudes toward the smoking habits of their patients with regard to their own smoking status.

Study design and methods. A cross-sectional postal study, based on a self-administered questionnaire, was carried out among all practising physicians in Estonia in 2014. Acting physicians under 65 years of age ($n = 2334$) were studied.

Results. The current smoking prevalence was 16.2% for male and 6.4% for female physicians (12.5% and 4.9%, respectively, were daily smokers). Of the men, 61.2% and of the women 48.1% agreed that their current knowledge and skills were sufficient to instruct their patients on giving up smoking, with significant differences between the men and the women ($p = 0.002$). The majority of the physicians considered smoking prevention to be necessary in basic training, while women were more willing to agree with the statement ($p = 0.012$). There were no significant differences between the male and female physicians in inquiring about their patients' smoking status during the past week, although nearly one tenth of them had not done so. Non-smoking physicians were more likely to ask about their patients' smoking habits than those who smoked (men OR = 2.57; 95% CI 1.13–5.87; women OR = 2.02; 95% CI 1.12–3.64). The main reasons for not inquiring about patients' smoking habits were lack of time, the belief that they could not influence patients' smoking practices and lack of habit in their examination routine. Compared to the smoking female physicians, the non-smoking female physicians were less likely to consider the issue insignificant (OR = 0.36; 95% CI 0.19–0.70), were less likely to believe that it was someone else's job (OR = 0.44; 95% CI 0.26–0.73), or did not wish to disturb patients' privacy (OR = 0.55; 95% CI 0.33–0.93). The non-smoking male physicians were less likely than their smoking male colleagues to consider the wish not to disturb patients' privacy as a reason for not paying attention to their smoking habits (OR = 0.42; 95% CI 0.20–0.90).

Conclusions. The results provide a useful overview of Estonian physicians' smoking habits, smoking related opinions and the factors that limit their ability to contribute to smoking cessation activities. It is an important challenge for medical education in Estonia to provide physicians with the knowledge and practical skills that are necessary to help their patients quit smoking.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. World Health Organization. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
2. Davis RM. When doctors smoke. *Tob Control* 1993;2:187–8.
3. Josseran L, King G, Guilbert P, Davis J, Brückner G. Smoking by French general practitioners: behavior, attitudes and practice. *Eur J Public Health* 2005;15:33–8.
4. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub4 (vaadatud 28.04.2016).
5. Tobacco use and dependence guideline panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): US Department of health and human services; 2008. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>).
6. Rigotti NA, Clair C. Managing tobacco use: the neglected cardiovascular disease risk factor. *Eur Heart J* 2013;34:3259–67.
7. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. *BMC Public Health* 2007;7:115.
8. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: A systematic review. *Addiction* 2005;100:1423–31.
9. Pärna K, Rahu K, Rahu M. Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians. *Public Health* 2005;119:390–9.
10. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. *Patient Educ Couns* 2009;74:118–23.
11. Väärt E, Vahtra M, Rahu M, Raudsepp J. Eesti arstkonna suitsetamishõlmavuse ankeetküsitlus. *Nõukogude Eesti Tevishoid* 1979;58:279–81.
12. Rahu M, Raudsepp J. Teine Eesti NSV arstkonna suitsetamislevimise ankeetküsitlus 1982. aastal. *Nõukogude Eesti Tervishoid* 1986;65:258–61.
13. Pärna K, Rahu K, Barengo NC, et al. Comparison of knowledge, attitudes and behaviour regarding smoking among Estonian and Finnish physicians. *Soz Preventivmed* 2005;50:378–88.
14. Tervise Arengu Instituuti tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring. TKU50: Suitsetamine soo ja vanuserühma järgi, 2002.
15. Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring. TKU50: Suitsetamine soo ja vanuserühma järgi, 2014.
16. WHO. Finland – Action plan to make the country smoke-free by 2040. http://www.who.int/fctc/implementation/news/news_Fin/en/ (vaadatud 14.04.2016).
17. Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health* 2005;15:140–5.
18. Tartu Ülikool. Õppekava "Arstiteadus (80418)" sisu 2015/2016 sisseastunutele. (https://www.is.ut.ee/pls/ois/ltere.tulemast?leht=OK.BL.PU&systeemi_seaded=1%2C1%2C12%2C1&id_a_oppekava=4464) (vaadatud 14.04.2016).
19. Kralikova E, Bonevski B, Stepankova L, Pohlava L, Mladkova N. Postgraduate medical education on tobacco and smoking cessation in Europe. *Drug Alcohol Rev* 2009;28:474–83.
20. Schnoll RA, Rukstalis M, Wileyto EP, Shields AE. Smoking cessation treatment by primary care physicians: An update and call for training. *Am J Prev Med* 2006;31:233–9.
21. Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tervishoiuteenuste kasutamine ja ravi põhjused. AV11: Arsti ambulatoorsed vastuvõtud vanuserühma, ameti ja maakonna järgi, 2015.
22. Cummings SR. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *J Am Med Assoc* 1989;261:75.