

Kas Eesti ja Soome arstide suitsetamisharjumused ning suhtumine suitsetamisse erinevad?*

Kersti Pärna^{1,3}, Kaja Rahu^{2,3}, Mati Rahu^{2,3} Barengo NC⁴, Sandström PH⁵, Jormanainen VJ⁶, Myllykangas MT⁴ – ¹TÜ tervishoiu instituut, ²Tervise Arengu Instituudi epidemioloogia ja biostatistika osakond, ³Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus, ⁴Kuopio Ülikooli rahvatervishoiu ja peremeditsiini instituut, ⁵Soome Rahvatervishoiu Instituudi epidemioloogia ja tervise edendamise osakond, ⁶GlaxoSmithKline

arstid, suitsetamine, suhtumine suitsetamisse, Eesti, Soome

Eesmärgiga kirjeldada kahe naaberriiigi arstide suitsetamisharjumusi ja suhtumist suitsetamisse tehti postiküsitlus Eesti (2480 vastanut) ja Soome (2075 vastanut) arstide hulgas. Igapäevasuitsetajaid oli rohkem Eesti kui Soome mees- (18,6% vs 6,7%) ja naisarstide (6,6% vs 3,6%) hulgas. Eestis suhtusid arstid suitsetamisse märgatavalt heatahtlikumalt kui Soomes. Mõlema riigi suitsetavad arstid käsitlesid suitsetamist väiksema pahena kui mittesuitsetavad arstid.

Uuringud näitavad, et arstidel lasub vastutus suitsetamise ennetamises ja suitsetamisest loobumises (1–5). Kui arst ise suitsetab, pöörab ta tunduvalt vähem tähelepanu patsiendi suitsetamisele (4, 6, 7).

Viimaste kümnendite jooksul on Euroopa arenenud riikides suitsetamine arstide hulgas vähenenud ja saavutanud madalama taseme kui kogurahvastikus (7). Soomes suitsetas (igapäeva- ja juhusuitsetajad kokku) 1995. aasta andmetel 19% mees- ja 9% naisarstidest (8), kuid 28% mees- ja 20% naisrahvastikust (9). Ida-Euroopas suitsetasid arstid samapalju või isegi enam kui kogurahvastik (10). Eesti arstkonnas tehtud ühtsel meetodikal põhinevad ainukesed suitsetamisuuringud pärinevad aastatest 1978 (11) ja 1982 (12). Nende uuringute põhjal suitsetas meesarstidest vastavalt 42% ja 41,5%, naisarstidest 20% ja 15,2%. Võrdluseks suitsetas 2004. aasta andmetel Eesti meesrahvastikust 55,5% ja naisrahvastikust 30,7% (13).

Uuringu **eesmärk** oli kirjeldada suitsetamisharjumusi ja hinnata suitsetamisse suhtumist Eesti arstide hulgas võrreldes Soome arstidega.

Uurimismaterjal ja -meetodid

Valim. Eesti ja Soome arstide uuringu meetoodikat, sh valimi võtmist, on käsitletud üksikasjalikult ingliskeelsetes originaalkirjutistes (14, 15). Eestis moodustasid valimi 4140 arsti, kes kuulusid 2002. aastal Eesti Haigekassa vastavasse andmekogusse (lepingupartnerid). Soome valimi aluseks oli Soome Arstide Liidu register 14 854 arsti (hõlmatus 98%) andmetega. Registrist tehti juhuvalim, millesse võeti 3000 arsti. Valimisse kuulusid ainult alla 65aastased Soomes elavad arstid.

Küsimustik. Maailma Terviseorganisatsiooni küsimustik (1998) kohandati Eesti ja Soome tervishoiusüsteemile. 38 küsimusega küsimustik koosnes järgmistest osadest: varasem ja praegune suitsetamine, suhtumine suitsetamisse ja sellest loobumisse ning suhtumine patsientide suitsetamisse. Suitsetamise järgi jagati arstid igapäeva-, juhu- ja endisteks suitsetajateks ning mitte kunagi suitsetanuteks.

Uuringu korraldus. Uuring toimus postiküsitlusena. Arsti töökohta saadeti küsimustik koos uuringut tutvustava kaaskirja ning margistatud ja aadressiga ümbrikuga (küsimustiku tagastamiseks).

* Käesolev artikkel, mis on koostatud ingliskeelse kirjutise (Pärna K, Rahu K, Barengo NC, Rahu M, Sandström PH, Jormanainen VJ, Myllykangas MT. Comparison of knowledge, attitudes and behaviour regarding smoking among Estonian and Finnish physicians. *Soz Präventivmed* 2005;50:1–11) materjalide alusel, avaldatakse ajakirja *Sozial- und Präventivmedizin* toimetuse loal.

Neli kuni kuus nädalat pärast esimese küsimustiku postitamist saadeti mittevastanutele meeldetuletuskiri koos uue küsimustiku ja muuga.

Vastamismäär. Eesti valimis ei olnud 89 arsti kättesaadavad. Potentsiaalsetest vastajatest (4051 arsti) jättis 1253 küsimustiku tagastamata ja 52 keeldus sellele vastamast. Seega vastas küsimustikule 2746 arsti, mis annab vastamismääraks 67,8% (meestel 57,2% ja naistel 70,5%). Esimesel ja teisel küsitlusringil vastanud meesarstide suitsetamise võrdlemisel olulist erinevust ei leitud (vastavalt 26,0% ja 27,2%, $p > 0,05$). Võrreldes esimese küsitlusringiga oli teisel küsitlusringil vastanud naisarstide suitsetamine mõnevõrra suurem (vastavalt 10,5% ja 13,8%, $p = 0,05$).

Soomes saadi vastamismääraks 69,8%. Esimese küsitlusringiga võrreldes oli kordusküsitlusele vastanute hulgas oluliselt rohkem suitsetavaid meesarste (vastavalt 20,0% ja 28,3%, $p < 0,05$). Küsitlusringi järgi naisarstide suitsetamisharjumuse võrdlemisel olulist erinevust ei leitud (vastavalt 8,7% ja 10,2%, $p > 0,05$).

Andmeanalüüs. Arvutati suitsetamise levimusmäär koos 95% usaldusvahemikuga (CI). Suitsetamise ja suitsetamisse suhtumise vahelise seose mõõtmiseks levimusšansisuhte (POR) ja 95% usaldusvahemiku abil kasutati logistilist regressioonanalüüsi (Stata tarkvarapakett).

Regressioonanalüüsi jaoks muudeti tunnus 'suitsetamise staatus' binaarseks: praegune suitsetaja (igapäeva- ja juhusuitsetaja) ning mittesuitsetaja (endine suitsetaja ja mitte kunagi suitsetanud). Võrdlusaluseks rühmaks (POR = 1) võeti Eesti suitsetavad arstid. Selle rühmaga võrreldi mittesuitsetajaid Eestis ning suitsetajaid ja mittesuitsetajaid Soomes.

Vastused arstide suhtumisest suitsetamise muudeti binaarseks. Nõustumist väitega, et suitsetamine on tervisele väga kahjulik, uuriti 10pallisel skaalal (10 – väga kahjulik). Vastuseks 8–10 palli valinud arste peeti väitega nõustujateks, 0–7 palli valinud väitega mittenõustujateks. Vastused mittesuitsetamise põhjuste olulisuse kohta olid algselt binaarsed (oluline vs mitteoluline). Patsientidelt suitsetamise kohta küsimise sagedust iseloomustati binaarse tunnusena (ei küsi mitte kunagi vs küsin mõnikord või sageda-

mini) algvariantide (mitte kunagi; mõnikord; igalt teiselt patsiendilt; sageli; alati) põhjal. Nõusolek väidetega patsientide suitsetamisest loobumise nõustamisse (täiesti nõus; nõus; ei tea; pole nõus; üldse mitte nõus) muudeti binaarseks nõus vs pole nõus. Kõik šansisuhted kohandati vanusele.

Et Soome arstide valimisse kuulusid kuni 65aastased, jäeti Eestis küsitlusele vastanutest (2746 isikut) andmeanalüüsi vaid niisama vanad (2550 isikut). Lisaks jäi andmeanalüüsist välja 70 arsti, kes polnud vastanud küsimusele suitsetamise kohta. Analüüsitava ankeetide lõplik arv 2480 sisaldas kuut ankeeti arstidelt, kes polnud vastanud suitsetamise sageduse küsimusele. Seetõttu jäeti need välja arvutustest, mis nõudsid igapäeva- ja juhusuitsetajate eristamist.

Soomes tagastas täidetud ankeedi 2094 arsti. Neist viis ei olnud märkinud oma sugu, 10 vanust, neli polnud vastanud suitsetamise küsimusele – nad kõik jäid andmeanalüüsist välja. Lõplik analüüsitava ankeetide arv oli 2075.

Lisaks jäid mõlemas riigis logistilisest regressioonanalüüsist välja puuduvate väärtustega ning vastusevariandi 'ei tea' valikuga vastused arstide suhtumisest suitsetamise.

Tulemused

Eestis olid vastanutest 17% ja Soomes 45% mehed. Meeste keskmine vanus oli Eestis 45,2 (standardhälve 9,9) ja Soomes 45,6 (9,4), naistel vastavalt 46,2 (10,2) ja 41,0 (8,7) aastat.

Suitsetamise levimusmäär. Mõlemas riigis suitsetasid rohkem mees- kui naisarstid. Eestis suitsetati rohkem kui Soomes (vastavalt mehed 26,3% vs 21,6% ja naised 11,2% vs 8,9%). Igapäeva-suitsetajaid meesarste oli Eestis (18,6%) rohkem kui Soomes (6,7%) (vt tabel 1). Kõige suurem igapäeva-suitsetamise levimusmäär Eestis ilmnes vanuses 45–54 (21,3%) ja Soomes vanuses 55–64 aastat (12,6%). Meeste juhusuitsetamine oli Eestis (7,7%) oluliselt madalam kui Soomes (14,9%). Mõlemas riigis esines juhusuitsetamist enim noorimas kuni 34aastaste vanuserühmas. Soomes oli suitsetamisest loobunud meesarste rohkem kui Eestis. Endiste suitsetajate levimusmäär suurenes vanusega. Mitte

Tabel 1. Eesti ja Soome arstide suitsetamine 2001–2002 vanuse ja soo järgi (N, %, 95% CI)

	-34	35-44	Vanuserühm 45-54	55-64	Kokku
Eesti mehed					
Arstide arv	61	150	122	81	414
Igapäevasuitsetaja	18,0 (9,4–30,0)	17,3 (11,6–24,4)	21,3 (14,4–29,6)	17,3 (9,8–27,3)	18,6 (15,0–22,7)
Juhusuitsetaja	13,1 (5,8–24,2)	6,7 (3,2–11,9)	7,4 (3,4–13,5)	6,2 (2,0–13,8)	7,7 (5,3–10,7)
Endine suitsetaja	19,7 (10,6–31,8)	33,3 (25,9–41,5)	34,4 (26,1–43,6)	34,6 (24,3–46,0)	31,9 (27,4–36,6)
Pole kunagi suitsetanud	49,2 (36,1–62,3)	42,7 (34,6–51,0)	36,9 (28,3–46,1)	42,0 (31,1–53,5)	41,8 (37,0–46,7)
Soome mehed					
Arstide arv	147	253	346	199	945
Igapäevasuitsetaja	4,8 (1,9– 9,6)	4,3 (2,2– 7,6)	5,8 (3,6– 8,8)	12,6 (8,3–18,0)	6,7 (5,2– 8,4)
Juhusuitsetaja	23,8 (17,2–31,5)	20,2 (15,4–25,6)	11,3 (8,1–15,1)	8,0 (4,7–12,7)	14,9 (12,7–17,4)
Endine suitsetaja	26,5 (19,6–34,4)	33,6 (27,8–39,8)	46,5 (41,2–51,9)	50,3 (43,1–57,4)	40,7 (37,6–44,0)
Pole kunagi suitsetanud	44,9 (36,7–53,3)	41,9 (35,7–48,2)	36,4 (31,3–41,7)	29,1 (22,9–36,0)	37,7 (34,6–40,8)
Eesti naised					
Arstide arv	306	638	622	494	2060
Igapäevasuitsetaja	5,2 (3,0– 8,4)	7,4 (5,5– 9,7)	6,8 (4,9– 9,0)	6,1 (4,1– 8,6)	6,6 (5,5– 7,7)
Juhusuitsetaja	4,6 (2,5– 7,6)	5,2 (3,6– 7,2)	4,3 (2,9– 6,3)	3,2 (1,9– 5,2)	4,4 (3,5– 5,3)
Endine suitsetaja	12,4 (8,9–16,6)	16,5 (13,7–19,6)	19,0 (16,0–22,3)	19,0 (15,7–22,8)	17,2 (15,6–18,9)
Pole kunagi suitsetanud	77,8 (72,7–82,3)	71,0 (67,3–74,5)	69,9 (66,2–73,5)	71,7 (67,5–75,6)	71,8 (69,8–73,8)
Soome naised					
Arstide arv	308	431	309	82	1130
Igapäevasuitsetaja	4,5 (2,5– 7,5)	2,6 (1,3– 4,5)	3,9 (2,0– 6,7)	4,9 (1,3–12,0)	3,6 (2,6– 4,9)
Juhusuitsetaja	5,8 (3,5– 9,1)	5,3 (3,4– 7,9)	5,8 (3,5– 9,1)	1,2 (0,0– 6,6)	5,3 (4,1– 6,8)
Endine suitsetaja	31,2 (26,0–36,7)	31,8 (27,4–36,4)	36,6 (31,2–42,2)	41,5 (30,7–52,9)	33,6 (30,9–36,5)
Pole kunagi suitsetanud	58,4 (52,7–64,0)	60,3 (55,5–65,0)	53,7 (48,0–59,4)	52,4 (41,1–63,6)	57,4 (54,5–60,3)

kunagi suitsetanud meesarstide levimusmäär oli kõrgem Eestis.

Naisarstidel esines igapäevasuitsetamist Eestis (6,6%) rohkem kui Soomes (3,6%). Eestis oli see sagedaim vanuses 35–44 aastat (7,4%), Soomes vanimas vanuserühmas (4,9%). Naiste juhusuitsetamine oli Eestis madalam kui Soomes. Soomes oli endisi suitsetajaid ligi kaks korda rohkem kui Eestis. Mõlemas riigis suurenes suitsetamisest loobunute levimusmäär vanuse kasvades. Mitte kunagi suitsetanud naisarste oli Eestis rohkem kui Soomes (71,8% vs 57,4%).

Soome suitsetavast arstkonnast väitis 41,0% mehi ja 55,0% naisi, et nad on vähemalt korra üritanud suitsetamisest loobuda. Eesti meeste ja naiste hulgas oli nende suhtarv suurem, vastavalt 72,0% ja 68,4%, POR = 3,86 (95% CI 2,28–6,54) ja POR = 1,87 (95% CI 1,08–3,23).

Suitsetamise kahjulikkus tervisele.

Soome arstid nõustusid sagedamini väitega, et suitsetamine on tervisele väga kahjulik (vt tabel 2). Mõlema riigi suitsetavate arstide hulgas oli selle väitega nõustujaid oluliselt vähem kui mittesuitsetajate hulgas. Naisarstidest nõustusid Soome mittesuitsetajad selle väitega isegi 36,9 korda sagedamini kui Eesti suitsetajad.

Motivatsioon suitsetamisest loobumiseks.

Mõlemas riigis nimetati mittesuitsetamise sagedaimaks põhjuseks enda tervist (vt tabel 3). Ebameeldivate sümptomite vältimine, kaasinimestele tekitatav ebameeldivus, sõprade või pereliikmete arvamus ja heaks eeskujuks olla tahtmine kuulusid muude sagedamini nimetatud põhjuste hulka. Kolleegide survet ja raha säästmist nimetati põhjustena harvem. Mõlema riigi mittesuitsetajad naisarstid pidasid positiivseks ees-

Tabel 2. Nõustumine (võrreldes mittenõustumisega) väitega, et suitsetamine on tervisele väga kahjulik, Eesti ja Soome arstid 2001–2002 suitsetamise ja soo järgi

	Mehed			Naised		
	Nõus		Vanusele kohandatud POR (95% CI)	Nõus		Vanusele kohandatud POR (95% CI)
	N	%		N	%	
Suitsetaja Eestis	46	43,4	1	96	42,5	1
Mittesuitsetaja Eestis	217	71,9	3,42 (2,16– 5,44)	1380	76,0	4,29 (3,23– 5,71)
Suitsetaja Soomes	178	87,3	9,17 (5,20–16,15)	92	91,1	13,38 (6,42–27,92)
Mittesuitsetaja Soomes	684	94,0	21,20 (12,91–34,81)	977	96,5	36,90 (24,01–56,70)

Tabel 3. Alljärgnevate väidete olulisus (võrreldes mitteolulisusega) mittesuitsetamiseks olemisel, Eesti ja Soome arstid 2001–2002 suitsetamise ja soo järgi

	Mehed			Naised		
	Oluline		Vanusele kohandatud POR (95% CI)	Oluline		Vanusele kohandatud POR (95% CI)
	N	%		N	%	
Tervise eelistamine						
Suitsetaja Eestis	78	96,3	1	159	97,0	1
Mittesuitsetaja Eestis	274	93,2	0,50 (0,14–1,74)	1718	96,2	0,84 (0,33–2,13)
Suitsetaja Soomes	193	96,0	0,89 (0,23–3,45)	97	98,0	1,38 (0,26–7,31)
Mittesuitsetaja Soomes	688	96,4	1,06 (0,31–3,60)	976	98,1	1,49 (0,55–4,05)
Ebameeldivate sümptomite vältimine						
Suitsetaja Eestis	58	79,5	1	133	86,4	1
Mittesuitsetaja Eestis	256	87,4	1,75 (0,90–3,41)	1517	90,6	1,56 (0,96–2,55)
Suitsetaja Soomes	125	63,1	0,44 (0,23–0,83)	72	73,5	0,43 (0,23–0,83)
Mittesuitsetaja Soomes	572	82,4	1,21 (0,67–2,22)	859	89,5	1,34 (0,81–2,22)
Heaks eeskujuks olemine						
Suitsetaja Eestis	47	64,4	1	87	58,8	1
Mittesuitsetaja Eestis	189	65,6	1,06 (0,62–1,82)	1154	69,2	1,63 (1,16–2,31)
Suitsetaja Soomes	129	66,2	1,10 (0,63–1,94)	69	70,4	1,70 (0,99–2,94)
Mittesuitsetaja Soomes	512	74,0	1,59 (0,96–2,65)	785	82,0	3,24 (2,24–4,69)
Kaasinimestele tekitatav ebameeldivus						
Suitsetaja Eestis	50	68,5	1	116	74,8	1
Mittesuitsetaja Eestis	200	69,4	1,04 (0,60–1,82)	1206	72,2	0,86 (0,59–1,26)
Suitsetaja Soomes	116	58,9	0,65 (0,37–1,16)	54	55,7	0,44 (0,26–0,75)
Mittesuitsetaja Soomes	454	66,2	0,90 (0,54–1,52)	706	74,9	1,03 (0,70–1,53)
Sõprade või pereliikmete arvamus						
Suitsetaja Eestis	53	71,6	1	112	74,2	1
Mittesuitsetaja Eestis	200	70,2	0,93 (0,53–1,65)	1264	75,6	1,11 (0,76–1,63)
Suitsetaja Soomes	120	60,9	0,62 (0,35–1,11)	58	59,2	0,50 (0,29–0,86)
Mittesuitsetaja Soomes	432	62,7	0,69 (0,40–1,17)	628	67,5	0,71 (0,48–1,05)
Kolleegide surve						
Suitsetaja Eestis	18	25,0	1	42	27,8	1
Mittesuitsetaja Eestis	47	16,6	0,60 (0,32–1,12)	369	22,5	0,75 (0,52–1,09)
Suitsetaja Soomes	7	3,6	0,11 (0,04–0,28)	15	15,6	0,49 (0,25–0,95)
Mittesuitsetaja Soomes	47	7,0	0,22 (0,12–0,41)	66	7,2	0,21 (0,13–0,32)
Raha säästmine						
Suitsetaja Eestis	35	47,9	1	60	39,5	1
Mittesuitsetaja Eestis	126	44,1	0,85 (0,51–1,43)	1009	60,4	2,34 (1,67–3,29)
Suitsetaja Soomes	52	26,7	0,39 (0,22–0,68)	40	40,4	1,04 (0,62–1,75)
Mittesuitsetaja Soomes	359	52,1	1,23 (0,76–2,00)	604	64,0	2,74 (1,92–3,89)

kujuks olemist mittesuitsetamise põhjusena oluliselt tähtsamaks kui suitsetajad.

Patsientide suitsetamise kohta küsimine.

Eesti ja Soome meesarstide vahel polnud erinevust patsientidelt suitsetamisharjumuse kohta küsimise sageduses (vt tabel 4). Naisarstidest olid mittesuitsetajad oluliselt sagedamini küsijad kui suitsetajad, seda eriti Eestis.

Soome arstid nimetasid ajapuudust kõige levinumaks põhjuseks, miks nad ei küsi patsientide suitsetamisharjumusi (vt tabel 5). Meesarstidest nimetasid siin Soome mittesuitsetajad oluliselt rohkem kui Eesti suitsetajad ajapuudust (POR = 6,03). Harju-

muse puudumist küsida patsiendi suitsetamise kohta nimetati mitteküsimise põhjusena rohkem Eestis. Võrreldes mittesuitsetajatega mõlemas riigis pidasid suitsetavad arstid oluliselt sagedamini patsiendi privaatsuse häirimist mitteküsimise võimalikuks põhjuseks. Meesarstid arvasid Eestis sagedamini kui Soomes, et pole oluline küsida patsientidelt nende suitsetamisharjumusi, sest nagunii ei saa arst patsienti mõjutada.

Suhtumine suitsetamisest loobumise nõustamisse. Enamik Soome arste nõustus, et arsti ülesannete hulka kuulub keelitada patsiente suitseta-

Tabel 4. Viimase nädala jooksul patsientidel suitsetamise kohta küsimine (võrreldes mitte kunagi küsimisega), Eesti ja Soome arstid 2001–2002 suitsetamise ja soo järgi

	Mehed			Naised		
	Jah		Vanusele kohandatud POR (95% CI)	Jah		Vanusele kohandatud POR (95% CI)
	N	%		N	%	
Suitsetaja Eestis	81	81,0	1	141	69,1	1
Mittesuitsetaja Eestis	260	86,1	1,44 (0,80–2,63)	1550	85,4	2,59 (1,87–3,60)
Suitsetaja Soomes	142	78,9	0,89 (0,48–1,64)	70	80,5	2,02 (1,09–3,74)
Mittesuitsetaja Soomes	577	86,5	1,50 (0,87–2,60)	780	86,9	3,26 (2,27–4,67)

misest loobuma (vt tabel 6). Soome mittesuitsetajad nõustusid oluliselt sagedamini kui Eesti suitsetajad, et arsti ülesandeks on saada patsiente suitsetamisest loobuma (meestel POR = 9,12, naistel POR = 11,2).

Mõlemas riigis arvas enamik arste, et nende teadmised on küllaldased aitamaks patsiente suitsetamisest loobumisel. Ei ilmnenud seost selle väitega nõustumise ja arsti enda suitsetamisharjumuse vahel.

Nõustumine väitega, et suitsetamise ennetamine peaks olema osa tervishoiutöötajate põhikoolitusest, oli seotud arstide enda suitsetamisega. Võrreldes Eestiga oli väitega nõustujaid oluliselt rohkem Soomes. Selle väitega nõustusid Soome mittesuitsetajad isegi 12 korda sagedamini kui Eesti suitsetajad.

Võrreldes Eesti meestega nõustusid Soome meesarstid oluliselt sagedamini väitega, et tervishoiutöötajad peaksid saama erikoolitust selles,

kuidas aidata patsiente suitsetamisest loobuda. Naisarstidest nõustusid väitega oluliselt rohkem Soome kui Eesti suitsetajad.

Arutelu

Uuring keskendus Eesti ja Soome arstide suitsetamise ja suitsetamisse suhtumise võrdlemisele. Kahjuks ei saanud Eestis valimi alusena kasutada arstide/tervishoiutöötajate registrit, sest uuringuaastal oli vana register juba hävitatud, uus veel loomata. Eduka võrdluse tagamiseks on oluline võimalikult sarnase metoodika järgimine riigiti. Uuringuandmed koguti sama metoodika alusel Soomes aasta varem. Meeste/naiste osakaal Eesti ning Soome valimis erines, ent vastas kummagi riigi arstikonna sookoostisele. Üheks võrreldavust vähendavaks teguriks oli naisarstide keskmise

Tabel 5. Nõustumine (võrreldes mittenõustumisega) alljärgnevalt loetletud põhjustega patsientide suitsetamise kohta mitteküsimiseks, Eesti ja Soome arstid 2001–2002 suitsetamise ja soo järgi

	Mehed			Naised		
	Nõus		Vanusele kohandatud POR (95% CI)	Nõus		Vanusele kohandatud POR (95% CI)
	N	%		N	%	
Ajapuudus						
Suitsetaja Eestis	21	22,3	1	54	30,3	1
Mittesuitsetaja Eestis	106	37,9	2,14 (1,24–3,70)	681	40,4	1,65 (1,18–2,31)
Suitsetaja Soomes	78	45,1	2,78 (1,56–4,96)	50	59,5	3,05 (1,77–5,26)
Mittesuitsetaja Soomes	368	62,1	6,03 (3,59–10,14)	575	64,5	3,86 (2,72–5,48)
Harjumuse puudus						
Suitsetaja Eestis	26	27,7	1	52	29,2	1
Mittesuitsetaja Eestis	77	27,5	0,99 (0,59–1,67)	404	24,0	0,77 (0,55–1,09)
Suitsetaja Soomes	18	10,4	0,30 (0,16–0,59)	10	11,9	0,31 (0,15–0,65)
Mittesuitsetaja Soomes	59	9,9	0,29 (0,17–0,49)	56	6,3	0,15 (0,10–0,23)
Soov mitte häirida patsiendi privaatsust						
Suitsetaja Eestis	26	27,7	1	52	29,2	1
Mittesuitsetaja Eestis	47	16,8	0,54 (0,31–0,94)	290	17,2	0,50 (0,35–0,71)
Suitsetaja Soomes	39	22,5	0,79 (0,44–1,42)	15	17,9	0,51 (0,27–0,97)
Mittesuitsetaja Soomes	107	18,0	0,55 (0,33–0,91)	108	12,1	0,33 (0,22–0,48)
Pole oluline, kuna arst ei saa nagunii patsienti mõjutada						
Suitsetaja Eestis	17	18,1	1	15	8,4	1
Mittesuitsetaja Eestis	41	14,6	0,77 (0,41–1,43)	158	9,4	1,08 (0,62–1,89)
Suitsetaja Soomes	15	8,7	0,43 (0,20–0,90)	6	7,1	0,90 (0,33–2,41)
Mittesuitsetaja Soomes	43	7,3	0,35 (0,19–0,65)	29	3,3	0,39 (0,20–0,74)

Tabel 6. Nõustumine (võrreldes mittenõustumisega) alljärgnevate väidetega suitsetamisest loobumise nõustamisest, Eesti ja Soome arstid 2001–2002 suitsetamise ja soo järgi

	Mehed			Naised		
	N	%	Vanusele kohandatud POR (95% CI)	N	%	Vanusele kohandatud POR (95% CI)
Arstide ülesandeks on saada patsiente suitsetamisest loobuma						
Suitsetaja Eestis	45	55,6	1	88	61,1	1
Mittesuitsetaja Eestis	159	69,4	1,84 (1,09– 3,13)	892	70,7	1,52 (1,06– 2,18)
Suitsetaja Soomes	146	83,4	4,40 (2,41– 8,03)	74	85,1	4,19 (2,11– 8,29)
Mittesuitsetaja Soomes	608	92,0	9,12 (5,39–15,43)	877	93,9	11,20 (7,24–17,31)
Minu praegused teadmised on piisavad, et anda patsiendile soovitusi suitsetamisest loobumiseks						
Suitsetaja Eestis	56	81,2	1	95	73,1	1
Mittesuitsetaja Eestis	176	81,9	1,03 (0,51–2,08)	856	74,2	1,01 (0,67–1,53)
Suitsetaja Soomes	141	84,4	1,31 (0,62–2,73)	73	81,1	1,82 (0,94–3,52)
Mittesuitsetaja Soomes	463	81,7	1,02 (0,54–1,94)	583	74,4	1,22 (0,80–1,86)
Suitsetamise vältimine peaks olema kohustuslik osa tervishoiutöötajate põhikoolitusest						
Suitsetaja Eestis	54	67,5	1	133	82,6	1
Mittesuitsetaja Eestis	216	84,7	2,71 (1,52– 4,85)	1396	90,5	2,01 (1,29– 3,13)
Suitsetaja Soomes	161	88,5	3,71 (1,93– 7,14)	93	97,9	10,11 (2,34–43,60)
Mittesuitsetaja Soomes	668	96,3	12,24 (6,64–22,57)	962	98,2	11,52 (6,18–21,48)
Tervishoiutöötajad peaksid saada erikoolitust selles, kuidas aidata patsientidel suitsetamisest loobuda						
Suitsetaja Eestis	62	78,5	1	137	87,3	1
Mittesuitsetaja Eestis	208	85,6	1,69 (0,88–3,24)	1478	94,1	2,34 (1,39–3,91)
Suitsetaja Soomes	158	93,5	4,07 (1,80–9,21)	87	100,0	4,71 (2,56–8,66)
Mittesuitsetaja Soomes	618	92,9	3,63 (1,96–6,71)	912	97,1	0,78 (0,46–1,33)

vanuse erinevus riigiti (vanus oluliselt kõrgem Eestis). Andmeanalüüsis kohandati kõik žansisuhted vanusele.

Et tegemist oli ankeetküsitlusel põhineva uurinuga, ei saa välistada vastamise ebatäpsusest tulenevat nihet tulemustes. Tähelepanuta ei saa jätta vastamismäära (Eestis 67,8% ja Soomes 69,8%). Kui lähtuda tavapärasest eeldusest, et vastamata jätmete hulgas esineb suitsetajaid suhteliselt rohkem, võib uuringutulemustes kajastatud suitsetamise levimusmäär osutada tegelikust väiksemaks, seda esmajoones väikseima vastamismäära, kuid suurima suitsetamise levimusmääraga Eesti meestel.

Uuring annab olulise ülevaate kahe riigi arstkonna suitsetamisest. Arstid suitsetasid Eestis sagedamini kui Soomes. Eriti suur erinevus ilmnis igapäevasuitsetamises. Mõlema riigi arstkonnas oli suitsetajaid vähem kui kogurahvastikus, mille alusel on Eesti võrreldav Euroopa arenenud riikidega (7, 10). Samas on Eesti arstide suitsetamislevimus oluliselt suurem kui nendes riikides (6, 7, 16, 17) – tuleb astuda pikk samm, et olla kõrvutatav Soomega, kus aastakümneid on tõsiselt töötatud suitsetamise vähendamise nimel.

On taunitav, et Eesti arstid peavad suitsetamist oluliselt vähem tervist kahjustavaks kui nende kolleegid Soomes. Selle põhjuseks tuleb pidada Eesti ühiskonna soosivat suhtumist suitsetamisse. Endastmõistetavalt on suitsetamise väiksemas kahjulikkuses veendunud suitsetajad ise.

Varasemate uuringute tulemusi kinnitab arsti enda tervise eelistamine mitesuitsetamise ühe olulise põhjusena ja arsti eeskujuks olemise olulisuse vähenemine, kui arst ise suitsetab (6, 18).

Paraku mitte kõik arstid ei küsi patsientidelt nende suitsetamisharjumusi. Soomes nimetati ülekaalukalt põhjusena ajanappust, Eestis sageli harjumuse puudumist. See, et Eesti arstid ei usu end suutvat mõjutada patsienti suitsetamisest loobuma, on mingil määral seletatav asjaoluga, et arstid on rohkem pühendunud ravimisele kui ennetusele. Kui heaoluriikides mõeldakse rohkem rahvatervis- hoiu eri tahkudele, siis siirdühiskonnas on muud probleemid tähtsamad ning tervise edendamine ja tervise väärtustamine jäävad tagaplaanile.

Meie andmetel nõustus enamik arste, et tuleks saada suitsetamise ennetamise ja sellest loobumise alal väljaõpet. Mõlemas riigis pidasid eriväljaõpet

vähem oluliseks suitsetavad arstid ning see on kooskõlas varasemate uuringutega (7, 19, 20) ja näitab ilmekalt suitsetavate arstide hoolimatust patsientide tervise suhtes.

Kokkuvõte

Suitsetamise vähendamine riigis on kogu ühiskonna ülesanne, kuid ei teki kahtlust, et rahvastiku tervise- teadvuse kujundamisel kuulub oluline osa arstide isiklikule eeskujule. Tugevam sotsiaalne surve tervisepoliitika kujundamisele ja tubakaseaduse jõulisem rakendamine võiksid aidata kaasa nii arstide kui ka kogu rahvastiku suitsetamisharjumuste muutmisele. Arstide hoiakute kujundamiseks on

oluline täiendada suitsetamise ennetamise ja sellest loobumise alast väljaõpet Eesti meditsiini- haridussüsteemis.

Tänuavaldus

Uurimistööd toetas Eesti Haigekassa (leping nr 239-195). Kaja ja Mati Rahu teadustööd Tervise Arengu Instituudis rahastati Haridus- ja Teadusministeeriumi sihtfinantseerimisteema 0192112s02 raames. Autorid tänavad Andrus Lipandit nõuannete eest küsitluslehe kavandamisel. Samuti oleme tänu võlgu Maie Thelloffile, kes võimaldas meil kasutada Eesti Haigekassa arstide andmekogu selle moodustamise eesmärgist erineva eesmärgi täitmiseks.

Kirjandus

1. Samuels N. Smoking among hospital doctors in Israel and their attitudes regarding anti-smoking legislation. *Public Health* 1997;111:285–8.
2. Lancaster T, Stead L, Silagy C, et al. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000;321:355–8.
3. McEwen A, West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tob Control* 2001;10:27–32.
4. Kaetsu A, Fukushima T, Moriyama M, et al. Smoking behaviour and related lifestyle variables among physicians in Fukuoka, Japan: a cross sectional study. *J Epidemiol* 2002;12:199–207.
5. McIlvain HE, Backer EL, Crabtree BF, et al. Physician attitudes and the use of office-based activities for tobacco control. *Fam Med* 2002;34:114–9.
6. Tessier J-F, Rene L, Nejjari C, et al. Attitudes and opinions of French general practitioners towards tobacco. *Tob Control* 1993;2:226–30.
7. Willaing I, Jorgensen T, Iversen L. How does individual smoking behaviour among hospital staff influence their knowledge of the health consequences of smoking? *Scand J Public Health* 2003;31:149–55.
8. Barengo NC, Sandström PH, Jormanainen VJ, et al. Changes in smoking prevalence among Finnish physicians 1990–2001. *Eur J Public Health* 2004;14: 201–3.
9. Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, et al. Suomalaisen aikuisväestön terveystilanne ja terveys, kevät 2002 Helsinki: National Public Health Institute Publication B12; 2002.
10. Rogovska I. Smoking behaviour of medical personnel and students and health consequences of smoking in Latvia [doctoral dissertation]. Tampere: University of Tampere; 1996.
11. Väärt E, Vahtra M, Rahu M jt. Eesti arstikonna suitsetamis- hõlmavuse ankeetküsitlus. *Nõukogude Eesti Tervishoid* 1979;58:279–81.
12. Rahu M, Raudsepp J. Teine Eesti NSV arstikonna suitsetamislevimuse ankeetküsitlus 1982. aastal. *Nõukogude Eesti Tervishoid* 1986;65:258–61.
13. Tervise Arengu Instituut. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2004. Tallinn; 2005.
14. Pärna K, Rahu K, Rahu M. Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians. *Public Health* 2005;119:390–9.
15. Pärna K, Rahu K, Barengo NC, et al. Comparison of knowledge, attitudes and behaviour regarding smoking among Estonian and Finnish physicians. *Soz Präventivmed* 2005;50:1–11.
16. Aasland OG, Nylenna M. Physicians who smoke. A survey of smoking habits and life style of Norwegian physicians. *Tidskr Nor Laegeforen* 1997;117:332–7.
17. Nardini S, Bertoletti R, Rastelli V, et al. The influence of personal tobacco smoking on the clinical practice of Italian chest physicians. *Eur Respir J* 1998;12: 1450–3.
18. Tessier J-F, Freour P, Nejjari C, et al. Smoking behaviour and attitudes towards smoking of medical students in Australia, Japan, USA, Russia, and Estonia. *Tob Control* 1993;2:24–9.
19. Kawakami M, Nakamura S, Fumimoto H, et al. Relation between smoking status of physicians and their enthusiasm to offer smoking cessation advice. *Intern Med* 1997;36:162–5.
20. Eckert T, Junker C. Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? *Swiss Med Wkly* 2001;131: 521–6.

Summary

Do smoking and attitudes towards smoking habits differ among physicians in Estonia and Finland?

Objective. To compare smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian and Finnish physicians.

Methods. A cross-sectional postal survey using a self-administered questionnaire was carried out among 2480 Estonian and 2075 Finnish physicians.

Results. The prevalence of daily smoking was higher among Estonian physicians than among their Finnish counterparts in both male (18.6% and 6.7%) and female persons (6.6% and 3.6%). Compared to Estonia, physicians in Finland agreed more often that smoking is very harmful to their health, that trying to convince people to

stop smoking is their responsibility, and that prevention of smoking should be part of the regular and special training of health professionals. In both countries, non-smoking physicians had more unfavourable attitudes towards smoking compared with those who were smoking.

Conclusions. These results remain a challenge to medical educators, especially in Estonia. Estonia needs to improve medical education in terms of motivating of physicians to ask about the smoking of their patients, and of training already medical students and resident physicians to counsel their patients for stopping smoking.

kersti.parna@ut.ee