

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

КАФЕДРА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОГО ПРАВА

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: «СПРИЯННЯ ОСОБАМ, ЯКІ БАЖАЮТЬ ПРИПИНИТИ КУРИТИ:
АНАЛІЗ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ»

Здобувач вищої освіти

групи 13401ГЗ, спеціальності

229 «Громадське здоров'я»

ОПП 229 «Громадське здоров'я»

Васильківський Павло Миколайович

Науковий керівник

к.юр.н., доцент

Демченко Іван Сергійович

Керівник освітньо-професійної

програми, д.мед.н., професор

Грузева Тетяна Степанівна

Завідувач кафедри

д.мед.н., професор

Михайличенко Борис Валентинович

ЗМІСТ

СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАЧЕННЯ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ПОДВІЙНИЙ ТЯГАР СПОЖИВАННЯ ТЮТЮНУ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я	8
1.1. Куріння як чинник ризику захворювань	8
1.2. Куріння як хронічна хвороба нікотинова залежність	11
1.3. Теоретичні основи лікування нікотинової залежності	18
РОЗДІЛ 2. БОРОТЬБА З ТЮТЮНОМ: ПРАВОВІ, ЗАКОНОДАВЧІ ТА ІНШІ АСПЕКТИ	31
2.1. Право людини на боротьбу проти тютюну	31
2.2. Рамкова конвенція ВООЗ з боротьби проти тютюну та комплекс заходів MPOWER	35
2.3. Реалізація статті 14 РКБТ ВООЗ та компоненти О комплексу MPOWER	39
2.4. Діюче законодавство України з питань боротьби проти тютюну та щодо сприяння припиненню куріння	47
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	57
3.1. Поширеність куріння та рівень запиту на допомогу з припинення куріння серед споживачів тютюну в Україні	57
3.2. Оцінка поширеності куріння серед студентів та медиків і наявності знань і навиків щодо тютюнової залежності і припинення вживання тютюну	63
3.3. Навчальна дисципліна	77
ВИСНОВКИ	80
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	82

СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАЧЕННЯ

МКХ-11 – Міжнародна класифікація хвороб, 11-е видання

ООН – Організація об'єднаних націй

ЦСР – Цілі сталого розвитку

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

РКБТ ВООЗ – Рамкова конвенція Всесвітньої організації охорони здоров'я з боротьби проти тютюну

НІЗ – неінфекційні захворювання

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб, 10-е видання

FTND – тест залежності від нікотину Фагерстрома

ТТМ – Транстеоретична модель

НЗТ – нікотинзамісна терапія

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

МПЕСКП – Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права

CEDAW – Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок

КПД – Конвенція про права дітей

КПІ – Конвенція про права інвалідів

TAPS – комплекс заходів боротьби проти тютюну

СЕС – соціально-економічний статус

MPOWER – комплекс із шести ефективних заходів

ВІЛ/СНІД – вірус імунодефіциту людини/Синдром набутого імунодефіциту

КС – Конференція Сторін

ПМД – первинна медична допомога

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги

GATS – Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну

КМІС – Київський міжнародний інститут соціології

ВСТУП

Візія автора – завтрашній день, вільний від тютюну, в якому люди не страждатимуть від хвороб, пов'язаних із вживанням тютюну, не матимуть нікотинової залежності та не помирятимуть передчасно.

Вживання тютюну (куріння) – це не лише сильна залежність, яку можна подолати лише з допомогою належно підготованого, кваліфікованого спеціаліста. Медичні працівники усіх спеціальностей це та когорта спеціалістів, яка має бути навчена та повинна усвідомлювати, що вживання тютюну – це медичний стан, залежність згідно з МКХ-11, а не звичка, вада, задоволення чи вибір способу життя.

Актуальність теми. Щороку тютюн спричиняє понад 8 мільйонів смертей у світі. 1,3 мільйона з цих смертей припадають на людей, які не вживають тютюн, зокрема немовлят, дітей і жінок. Жінки та діти є особливо вразливими до впливу тютюнового диму [1]. Вживання тютюну є однією з найбільших загроз для громадського здоров'я, а боротьба з тютюнокурінням – глобальним пріоритетом охорони здоров'я [2].

Питання здоров'я перебувають у центрі уваги міжнародного співтовариства. Під егідою Організації об'єднаних націй (ООН), були ухвалені Цілі сталого розвитку (ЦСР) – програмний документ, що визначає порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року. Однією з цілей сталого розвитку є ціль 3 «Міцне здоров'я та благополуччя», яка сформульована наступним чином: «Забезпечення здорового способу життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці». Кожна з ЦСР містить конкретні завдання (загалом – 169) та показники для моніторингу (понад 230) досягнення зазначених цілей. Завдання 3.а, що входить до Цілі 3, зокрема, стосується посилення заходів щодо впровадження Рамкової конвенції ВООЗ з боротьби проти тютюну (РКБТ ВООЗ) у всіх країнах [4].

В абсолютному вимірі кількість споживачів тютюну у світі в 2022 році становила 1,245 мільярда [5, 6, 7, 8]. Понад 60% із майже 1,25 мільярда дорослих

споживачів тютюну у світі хочуть кинути курити [9, 10]. Проте близько 70% із них не мають доступу до комплексних послуг із припинення вживання тютюну через труднощі, з якими стикаються системи охорони здоров'я – обмежені людські і фінансові ресурси та недостатня потужність послуг із припинення вживання тютюну на рівні країн [11].

В зв'язку з цим особливого значення набувають заходи зі скорочення попиту, які стосуються тютюнової залежності й припинення вживання тютюну.

Мета дослідження. Мета роботи проаналізувати стан реалізації заходів зі скорочення попиту, які стосуються тютюнової залежності й припинення вживання тютюну, визначити перешкоди в реалізації цих заходів та дати рекомендації.

Завдання дослідження, обумовлені метою роботи, передбачали:

1. Узагальнити сучасні погляди та рекомендації ВООЗ з питань здійснення заходів, які стосуються тютюнової залежності й припинення вживання тютюну, а також проаналізувати національне законодавство.
2. Визначити існуючі програми й заходи, спрямовані на сприяння відмові від куріння, та оцінити їхню доступність.
3. Дослідити поширеність та тенденції куріння в Україні загалом та серед певних категорій.
4. Виявити основні проблеми, які перешкоджають ефективній реалізації заходів з припинення вживання тютюну та допомозі людям, що прагнуть кинути курити.
5. Розробити рекомендації з урахуванням міжнародного досвіду та реалій української системи охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – процес надання допомоги та підтримки особам, які прагнуть припинити курити, у системі громадського здоров'я України.

Предмет дослідження – форми, методи та механізми організації профілактичних, клінічних і психосоціальних послуг, спрямованих на сприяння відмові від куріння.

Методи дослідження. Було використано методи теоретичні та емпіричні методи дослідження, а саме аналізу, системного підходу, класифікації, абстрагування, порівняння, виміру та структурно-логічний методи.

В ході дослідження було проведено опитування.

Для презентації результатів дослідження використані графічний та табличний методи.

Наукова новизна одержаних результатів:

- виявлено основну складову для реалізації заходів з припинення вживання тютюну та лікування тютюнової залежності;
- проведено оцінку готовності системи охорони здоров'я надавати послуги з припинення вживання тютюну та лікування тютюнової залежності;
- оцінено наявність відповідних знань та умінь серед студентів-медиків та діючих лікарів щодо надання ними належної допомоги з припинення куріння та визначено їх участь в цьому процесі.

Практичне значення отриманих результатів. Отримані результати можуть бути використані для:

- вдосконалення профілактичних програм у закладах громадського здоров'я й центрах первинної медико-санітарної допомоги;
- перегляду навчальних програм підготовки студентів медичних навчальних закладів усіх спеціальностей;
- розробки навчальної програми щодо тютюнової залежності та її лікування;
- розробки профілактичних та лікувальних заходів та методів для зменшення поширеності куріння серед студентів-медиків та працівників галузі охорони здоров'я;
- підготовки національних рекомендацій та освітніх програм для фахівців охорони здоров'я;
- подальших наукових досліджень.

Апробація результатів роботи і публікації.

За результатами кваліфікаційної роботи опубліковано:

1) Васильківський П.М., Демченко І.С. Шкідливий вплив куріння та способи подолання. Студентська науково-практична конференція «Інноваційні підходи у наукових дослідженнях у сфері громадського здоров'я та профілактичної медицини: досягнення та перспективи», м. Київ, 11 лютого 2025 р., Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Тези опубліковано в збірці матеріалів конференції: Випуск 1. 2025. С. 81-83

2) Васильківський П.М., Демченко І.С. Значення медичних працівників в реалізації положень статті 14 РКБТ ВООЗ: ситуація в Україні. Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2025 р. «Здоровий початок життя – запорука благополучного майбутнього», м. Київ, 4 квітня 2025 р., Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Тези опубліковано в збірнику конференції.

3) Демченко І.С., Васильківський Механізми сприяння особам, які бажають припинити курити в Україні. Вісник морської медицини. 2025 №2 (107) (у друці).

РОЗДІЛ 1.

ПОДВІЙНИЙ ТЯГАР СПОЖИВАННЯ ТЮТЮНУ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я

1.1. Куріння як чинник ризику захворювань

Споживання тютюну є одним із провідних факторів ризику, які сприяють найбільшій кількості смертей та інвалідності разом узятих. За даними Health Metrics and Evaluation (2021) в Україні цей фактор ризику знаходився на четвертому місці [12]. Куріння є одним із найпоширеніших способів вживання тютюну. Очікувана тривалість майбутнього життя у курців на десять років менша, ніж у некурців [3].

Негативний вплив тютюну та вторинного тютюнового диму позначаються на здоров'ї протягом усього життя людини. У внутрішньоутробний період куріння може підвищити ймовірність мертвонародження та вроджених аномалій. У грудному віці «пасивне куріння» може стати причиною синдрому раптової смерті немовляти. У дитячому та підлітковому віці вплив тютюну може призвести до серйозних порушень здоров'я внаслідок захворювань респіраторної системи. Однак особливо явно негативний вплив тютюну проявляється приблизно з 30 років. У порівняно молодих людей середнього віку куріння може бути причиною підвищення рівнів серцево-судинних захворювань. У більш пізні періоди життя вплив тютюну може спричиняти зростання поширеності онкологічних захворювань (особливо раку легень), а також підвищення рівнів смертності від хвороб дихальної системи [14, 15].

Споживання тютюну створює проблеми як для людини, яка його вживає, так і для людей навколо та для держави загалом. Що стосується неінфекційних захворювань, 85% смертей від раку трахеї, бронхів і легень та 16% смертей, викликаних ішемічною хворобою серця, пов'язані з вживанням тютюну [15]. Особливо великою проблемою є передчасна смертність серед чоловіків працездатного віку. Фактично, кожен третій чоловік 30-65 років передчасно

помирає від серцево-судинних захворювань. У структурі смертності чоловіків 24% смертей пов'язані саме з курінням [16, 17].

На рисунку 1.1 зображено як і на які органи впливає активне та «пасивне» куріння.



Рисунок 1.1 Вплив активного та пасивного куріння на організм дорослої людини та дитини

Зазвичай споживання тютюну пов'язують з неінфекційними захворюваннями (НІЗ), такими як рак, хвороби серця та органів дихання, але тютюн також є важливим чинником, який впливає на смертність від інфекційних захворювань. Наприклад, туберкульоз може залишатися латентним або дрімаючим і активізуватися внаслідок вживання тютюну. Що стосується інфекційних захворювань, вживанням тютюну обумовлені 26% смертей від туберкульозу та 24% усіх смертей від інфекцій нижніх дихальних шляхів [15].

Всесвітня організація охорони здоров'я надає перелік причин смерті, які пов'язані з курінням [18, 19]. Даний перелік наведено в таблиці 1.1

Таблиця 1.1

Причини смерті, пов'язані з курінням

Категорії захворювань	Коди МКХ-10	Коди МКХ-11
Злоякісні новоутворення:		
Губа, ротова порожнина, глотка	C00-C14	2B60-2B6Y
Стравохід	C15	2B70
Шлунок	C16	2B72
Підшлункова залоза	C25	2C10
Гортань	C32	2C23
Трахея, легені, бронхи	C33-C34	2C24-2C25
Шийка матки	C53	2C77
Нирки та ниркова миска	C64-C65	2C90-2C91
Сечовий міхур	C67	2C94
Гостра мієлоїдна лейкемія	C92.0	2A60
Серцево-судинні захворювання:		
Ішемічна хвороба серця	I20-I25	BA40-BA5Z
Цереброваскулярні захворювання (інсульт)	I60-I69	8B00-8B2Z
Атеросклероз	I70	BD40
Аневризма аорти	I71	BD50
Периферичні судинні захворювання	I73	BD41-BD42
Артеріальна емболія та тромбоз	I74	BD30
Захворювання дихальної системи:		
Хронічний бронхіт, емфізема	J41-J43	CA20-CA21
Хронічна обструкція дихальних шляхів	J44	CA22

1.2. Куріння як хронічна хвороба нікотинова залежність

Вживання тютюну прийнято називати шкідливою звичкою та насправді – це не звичка, а залежність. Тютюнова залежність – це хвороба, і саме вона є основним стимулом споживання тютюну серед дорослих. Тютюнова залежність пов'язана з тривалим, щоденним споживанням тютюнових продуктів (сигарети, люльки, сигари, біди, кальяни, жувальний тютюн тощо). Більшість курців не можуть припинити паління за власною волею. У медицині хронічне куріння визначається як тютюнова залежність, нікотинова залежність, тютюнова пристрасть або нікотинова пристрасть.

Тому лікарі та фахівці охорони здоров'я повинні враховувати, що тютюнова залежність є хворобою, а не звичкою, вадою, задоволенням, свободою чи вибором стилю життя.

Курці, які страждають на тютюнову залежність, не можуть припинити споживання тютюну, незважаючи на те, що це завдає їм шкоди. Доведено, що вдихуваний нікотин є наркотиком, здатним викликати залежність такої ж сили, як героїнова або кокаїнова [20]. Споживачі тютюну, які почали палити в підлітковому віці, як правило, мають сильнішу залежність, ніж ті, хто почав споживати тютюн у дорослому віці [21]. Нікотин, речовина з психоактивними властивостями, створює тягу до сигарет, сигар, люльок, позбавляючи курців здатності легко припинити куріння, і змушує курців переживати фізичні та психологічні симптоми при утриманні від паління. Нікотин, що міститься в тютюні, викликає нікотинову залежність, а токсичні ефекти зумовлені переважно іншими речовинами, що містяться в тютюновому димі.

При вдиханні уже через сім секунд нікотин через легені досягає артеріального кровообігу головного мозку [22]. Тут нікотин фіксується на специфічних ацетилхолінових рецепторах (переважно $\alpha 4 \beta 2$ нікотинові ацетилхолінові рецептори) в області прилеглого ядра (nucleus accumbens) переднього мозку, які стимулюють вивільнення нейромедіаторів, таких як дофамін та норадреналін, що викликає у споживача тютюну відчуття

задоволення [23, 24]. Задоволення, яке відчуває споживач тютюну, фактично є звільненням від ранніх симптомів відміни. На рисунку 1.2 зображено алгоритм надходження нікотину до головного мозку.



Рисунок 1.2 Алгоритм надходження нікотину до головного мозку

Головна особливість нікотинової залежності – це сильне бажання відчувати фармакологічні ефекти нікотину та уникнути можливих явищ відміни та пов’язаних з ними умовних явищ, як позитивних (нікотин викликає психоактивну стимуляцію), так і негативних (відсутність нікотину призводить до дискомфорту) [23].

Кожна викурена сигарета негайно зменшує тягу, проте знижує чутливість рецепторів нікотину та збільшує їх кількість, тим самим посилюючи гостре бажання наступної сигарети [24]. Таке стимулювання, викликане споживанням тютюну, запускає хронічне споживання [23, 25].

Нікотинова залежність складається з двох компонентів: фізичної залежності та психологічної залежності [26]. Саме тому, відсоток людей, які самостійно кидають курити, такий невеликий, всього 1,2% [16].

На додаток до фізичної залежності, повторне споживання тютюнових виробів може стати звичкою. Соціальні контакти та ситуації, пов'язані з певною звичною активністю, можуть підсилювати споживання тютюну. Через деякий час така поведінка закріплюється у повсякденному житті. Таким чином, при лікуванні споживання тютюну рекомендується забезпечувати підтримку як фармакологічним лікуванням для полегшення фізичних симптомів, так і поведінковою терапією, спрямованою на зміну звичок та пускових механізмів, пов'язаних із споживанням тютюну конкретним пацієнтом.

Людина вважається залежною від нікотину, якщо вона має в анамнезі хронічне споживання з такими характеристиками: споживає психоактивну речовину, продовжує самостійно вводити психоактивну речовину, незважаючи на сприймані негативні наслідки, має високу толерантність до речовини та відзначає появу симптомів відміни при спробі припинити споживання [22].

Згідно з критеріями, прийнятими ВООЗ у Міжнародній класифікації хвороб, тютюнова залежність включена до розділу «06 Психічні, поведінкові розлади та розлади нейропсихічного розвитку» та має код захворювання 6C4A (Таблиця 1.2) [18].

Таблиця 1.2

Класифікація тютюнової залежності за МКХ-11

Розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин	
6C4A Розлади, спричинені вживанням нікотину	
6C4A.2 Залежність від нікотину	
6C4A.20	Залежність від нікотину, поточне вживання
6C4A.21	Залежність від нікотину, рання повна ремісія
6C4A.22	Нікотинова залежність, стійка часткова ремісія
6C4A.23	Залежність від нікотину, стійка повна ремісія

6C4A.2Z	Нікотинова залежність, неуточнена
---------	-----------------------------------

Вставка 1.1 Визначення пов'язані з тютюновою залежністю згідно МКХ-11 [18]

06 Психічні, поведінкові розлади і розлади нейропсихічного розвитку Психічні, поведінкові розлади і розлади нейропсихічного розвитку. Це синдроми, які характеризуються клінічно значущим розладом пізнавальної функції, емоційного саморегулювання або поведінки людини, що відображає дисфункцію в психологічних, біологічних процесах або процесах розвитку, які лежать в основі психічного і поведінкового функціонування. Ці розлади або порушення зазвичай пов'язані з дистресом або погіршенням в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній або іншій важливій області функціонування. http://id.who.int/icd/entity/334423054
Розлади внаслідок вживання психоактивних речовин або адиктивної поведінки Розлади внаслідок вживання психоактивних речовин або адиктивної поведінки – це психічні та поведінкові розлади, які виникають у результаті вживання переважно психоактивних речовин, включаючи лікарські засоби, або специфічної повторюваної винагороджуваної та підкріплюваної поведінки. http://id.who.int/icd/entity/1602669465
Розлади внаслідок вживання психоактивних речовин Розлади внаслідок вживання психоактивних речовин включають розлади, спричинені одноразовим або повторюваним вживанням речовин, що мають психоактивні властивості, зокрема деяких лікарських засобів. Включені розлади, що належать до чотирнадцяти класів або груп психоактивних речовин. Первинне вживання цих речовин зазвичай викликає приємні або привабливі психоактивні ефекти, які винагороджуються і підкріплюються при багаторазовому вживанні. При продовженні вживання багато з речовин, включених у цей блок, мають потенціал спричинити залежність. Вони також мають потенціал викликати численні порушення як психічного, так і фізичного здоров'я. У цей блок також включені розлади, спричинені немедичним вживанням речовин, що не належать до психоактивних, але мають шкідливі наслідки. http://id.who.int/icd/entity/590211325
6C4A Розлади внаслідок вживання нікотину Розлади внаслідок вживання нікотину характеризуються певним патерном і наслідками вживання нікотину. Нікотин є активним компонентом рослини тютюну <i>Nicotiana tabacum</i>, що викликає залежність. Нікотин здебільшого вживається шляхом куріння сигарет. Він також дедалі частіше використовується в електронних сигаретах, які випаровують нікотин, розчинений у розчиннику-носії, для інгаляції (тобто «вейпінг»). Куріння люльки, жування тютюну та вдихання нюхального тютюну є другорядними формами вживання. Нікотин є сильнодіючою речовиною, що викликає звикання, і займає третє місце за поширеністю серед психоактивних речовин у світі після кофеїну та алкоголю. Докладно описані Нікотинова залежність і

Синдром відміни нікотину, існує також діагноз Нікотин-індуковані психічні розлади. <http://id.who.int/icd/entity/268445189>

6C4A.2 Залежність від нікотину

Залежність від нікотину – це розлад регуляції вживання нікотину, що виникає внаслідок повторюваного або постійного його вживання. Характерною ознакою є сильний внутрішній поштовх до вживання нікотину, який проявляється порушенням здатності контролювати вживання, підвищенням пріоритету вживання над іншими видами діяльності та продовженням вживання, незважаючи на шкоду чи негативні наслідки. Ці прояви часто супроводжуються суб'єктивним відчуттям потягу або важкоподоланого бажання (крейвінгу) вживати нікотин. Можуть також бути присутні фізіологічні ознаки залежності, включаючи толерантність до впливу нікотину, симптоми відміни після припинення або скорочення його вживання або повторюване вживання нікотину або фармакологічно подібних речовин для запобігання або полегшення симптомів відміни. Ознаки залежності зазвичай проявляються протягом не менше 12 місяців, але діагноз може бути поставлений, якщо вживання нікотину є постійним (щоденним або майже щоденним) протягом як мінімум 3 місяців.

<http://id.who.int/icd/entity/1699574100>

Синдромами залежності називають групу фізичних, психологічних, поведінкових та когнітивних явищ, при яких пріоритетом для даної людини стає споживання речовини (у даному випадку тютюну), а не інша поведінка, яка в минулому мала вищу значимість для цієї людини.

Введення нікотину в організм, переважно шляхом вдихання, призводить до розвитку нікотинової залежності. Навпаки, коли нікотинозалежна людина припиняє отримувати нікотин, у неї розвивається синдром відміни нікотину.

Симптоми відміни нікотину викликає раптове припинення надходження нікотину. Відміна нікотину може проявлятися протягом перших чотирьох–дванадцяти годин після припинення куріння. Серед симптомів відміни: [27]

- гостра / неконтрольована потреба в курінні (тяга);
- дратівливість/агресивність/гнів;
- тривожність;
- неспокій;
- втома;
- підвищений апетит;

- проблеми з концентрацією;
- депресія;
- головний біль;
- пробудження в нічний час;
- запаморочення.

Ці симптоми різняться у різних людей. Деякі курці відчують відміну сильніше, ніж інші. Усі ці прояви мають тимчасовий характер, досягаючи максимальної сили в перші 24-72 години, і послаблюються протягом наступних трьох-чотирьох тижнів [27]. Приблизно у 40% пацієнтів симптоми можуть зберігатися понад 3-4 тижні [27].

Симптоми відміни нікотину є сумою всіх змін, які спричинені різким припиненням споживання нікотину. Ці зміни створюють особливі труднощі в перші два–шість тижнів і потребують супроводу у плані надання кваліфікованої медичної допомоги та психологічної підтримки. Таким чином, найкраща стратегія, яку рекомендують усі керівництва з припинення куріння для лікування нікотинової залежності, передбачає поєднання медикаментозного лікування з психоповедінковою терапією [28].

Рекомендується, щоб усі клініцисти належним чином оцінювали споживання тютюну пацієнтами на даний момент і в минулому.

Для класифікації статусу курця використовуються такі визначення:

- **Некурець** – людина, яка викурила менше 100 сигарет за своє життя (або 100 грамів тютюну у випадку куріння люльки, сигар та інших тютюнових виробів).
- **Щоденний курець** – людина, яка курить щодня, принаймні протягом трьох місяців.
- **Випадковий курець** – людина, яка курила, але не щодня.
- **Колишній курець** – людина, яка припинила куріння, принаймні на шість місяців.

Стандартні питання вважаються корисними при оцінці статусу курця. Серед них такі:

1. Чи курили Ви коли-небудь сигарети або використовували інші тютюнові вироби (наприклад, люльку, сигари тощо)?

Для тих, хто курить на даний момент:

2. Скільки сигарет (або інших тютюнових виробів, наприклад, люльок, сигар тощо) Ви зазвичай викурюєте на день?

3. Скільки років Ви курите?

4. Скільки сигарет ви викурили за своє життя? Більше чи менше, ніж 100 штук?

5. Ви курите щодня/у певні дні/у конкретних ситуаціях? У яких ситуаціях?

Для колишніх курців:

6. Скільки років / місяців тому ви припинили куріння?

Нікотинова/тютюнова залежність є хронічним рецидивуючим патологічним станом, який набувається переважно в підлітковому віці [21].

«Рецидивом» вважається повернення людини, яка припинила споживання тютюну, до регулярного куріння. Як правило, рецидив стосується куріння, що триває протягом кількох днів і більше, після періоду утримання. «Невдача» або «рецидив» означають щоденне куріння протягом принаймні трьох днів після періоду без куріння тривалістю 24 години і більше.

«Зрив» або «зсув» означає споживання тютюну після попереднього періоду утримання, проте це не призводить до повернення до регулярного куріння. Таке трапляється у тих, хто припиняє куріння, і колишніх курців, які викурюють менше однієї сигарети на день протягом до трьох днів на тиждень або викурюють будь-яку кількість сигарет протягом одного дня на тиждень перед будь-яким запланованим візитом. Зрив може бути ізольованою подією, після якої відновлюється утримання, або він є сильним прогностичним фактором рецидиву.

Рецидиви поширені серед колишніх курців. Рецидив найчастіше відбувається протягом перших кількох днів спроби припинення куріння, коли симптоми відміни проявляються найсильніше. Рецидив протягом першого тижня трапляється у понад 75% курців, які припиняють куріння без сторонньої допомоги, тому цей період часу розглядається як критичний [21].

Якщо пацієнти не курять протягом двох–трьох місяців, ризик рецидиву серед них набагато нижчий, але все ще присутній. Високий ризик рецидиву зберігається навіть серед споживачів тютюну, які могли успішно припиняти куріння на короткі або більш тривалі періоди часу. Пацієнти, які не курять принаймні 12 місяців, мають 35% ймовірність рецидиву протягом свого життя [29].

При тютюновій залежності можуть знадобитися постійні та повторні терапевтичні заходи, а також довгострокове подальше спостереження, доки не буде досягнута ремісія [30].

Розуміння хронічного характеру цієї залежності веде до необхідності довгострокового спостереження, а не просто заходів, що здійснюються під час гострих стадій хвороби.

Тому після рецидиву може знадобитися кілька курсів фармакологічного лікування, іноді з чергуванням різних препаратів, а також навчання пацієнтів і пропозиція їм психоповедінкової підтримки, щоб уникнути ризику рецидиву.

Хоча багато клініцистів здатні лікувати пацієнтів із хронічними хворобами, такими як цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, ХОЗЛ тощо, вони відчують себе менш комфортно, коли справа стосується лікування тютюнової залежності, оскільки лікарі ігнорують той факт, що тютюнова залежність є хронічною хворобою. Підхід до куріння як до хронічної хвороби прискорює лікувальний процес, підвищує ймовірність успіху фармакотерапії, спрямованої на припинення куріння, і скорочує рецидиви.

1.3 Теоретичні основи лікування нікотинової залежності

Лікарі та інші працівники охорони здоров'я повинні бути навчені та розуміти те, що тютюнова залежність є хворобою.

Для досягнення найкращих показників припинення куріння необхідно систематично виявляти всіх курців під час будь-яких медичних контактів, незалежно від того, чи звернувся пацієнт із приводу хвороб пов'язаних із

споживанням тютюну, чи з іншої причини. Найкращі можливості для цього є під час епізодичних або щорічних візитів до лікаря, оскільки більшість людей відвідують свого сімейного лікаря або лікаря загальної практики принаймні раз на рік або регулярно/час від часу відвідують стоматолога, іншого лікаря чи фахівця охорони здоров'я з різних причин, пов'язаних із здоров'ям, або з інших причин. Усім лікарям, незалежно від їх спеціалізації, слід використовувати ці контакти для виявлення курців та організації лікування з метою припинення куріння.

Клінічна оцінка споживання тютюну є обов'язковою дією медичного працівника і має отримати статус загальноприйнятої міри.

Рекомендується обов'язково фіксувати статуси курця та споживання тютюну в медичній документації пацієнта, наприклад, при госпіталізації або виписці, у направленнях, результатах лабораторних досліджень тощо. Ця пропозиція ґрунтується на мета-аналізі дев'яти рандомізованих досліджень впливу скринінгу щодо споживання тютюну на показники припинення куріння [28]. Крім того, у огляді, опублікованому 2009 року, МакКалоу (McCullough) та співавт. показали, що кількість хворих, зареєстрованих для отримання консультацій з припинення куріння, була вищою, якщо лікарі систематично опитували пацієнтів про споживання тютюну та складали план припинення споживання тютюну [31].

Оцінка курців – процес, що складається з клінічної та біологічної оцінки впливу тютюнового диму, оцінки тютюнової залежності, оцінки психоповедінкового профілю та наслідків споживання тютюну.

Клінічний діагноз враховує:

1. Статус курця

Статус курця (некурець, випадковий курець, щоденний курець, колишній курець).

2. Тип тютюнових виробів, які споживаються

Тип тютюнових виробів, які споживаються дає уявлення про рівень залежності, оскільки нікотинова залежність є важчою у споживачів промислових

сигарет порівняно з тими, хто споживає сигари, люльки, кальяни, електронні сигарети або пероральний тютюн.

3. Споживання тютюну

Споживання тютюну може бути визначено як:

- кількість викурених сигарет за день;
- кількість пачок сигарет / років (кількість пачко-років – ПР).

4. Оцінка тютюнової залежності

Тютюнову залежність може бути діагностовано відповідно до визначення ВООЗ. Тютюнова залежність визначається наявністю принаймні 3 із 7 критеріїв цього визначення, якщо вони присутні одночасно протягом останніх 12 місяців [32]:

- сильне бажання курити,
- труднощі в контролі кількості споживаного тютюну,
- розвиток симптомів відміни при скороченні або припиненні споживання тютюну,
- продовження споживання, незважаючи на очевидні шкідливі наслідки,
- пріоритет куріння щодо інших видів діяльності,
- висока толерантність,
- розвиток фізичних симптомів відміни тютюну.

У повсякденній практиці залежність від нікотину/сигарет переважно оцінюється за допомогою тесту залежності від нікотину Фагерстрёма (Fagerström) FTND (Таблиця 1.3), який не лише вказує на наявність або відсутність залежності, але й дозволяє визначити підсумковий бал, на основі якого можна розділити споживачів тютюну на групи з низьким, середнім та високим рівнями нікотинової залежності [33, 34]. Чим вищий підсумковий бал, тим сильніша нікотинова залежність у конкретної людини. Рівень нікотинової залежності можна використовувати для планування лікування пацієнтів.

Ключовими є питання 1 та 4: кількість сигарет, які викурюються за день, і час викурювання першої сигарети після пробудження вранці. Ці два питання може задати лікар під час консультації. Вони складають коротку версію тесту з

кількістю балів від 0 до 6, з тими ж значеннями балів, як і у версії тесту FTND з 6 питань [33].

Таблиця 1.3

Тест Фагерстрома на нікотинову залежність (FTND)

1. Наскільки швидко після прокидання Ви починаєте курити першу сигарету?
До 5 хвилин (3)
6-30 хвилин (2)
31-60 хвилин (1)
Понад 60 хвилин (0)
2. Чи складно Вам утримуватися від куріння у місцях, де куріння заборонено (наприклад, церква, кінотеатр, поїзд, ресторан і тощо)?
Так (1)
Ні (0)
3. Від якої сигарети Вам було б найскладніше відмовитися?
Перша сигарети зранку (1)
Всі інші (0)
4. Скільки сигарет на день Ви викурюєте?
10 і менше (0)
11-20 (1)
21-30 (2)
31 і більше (3)
5. Чи курите Ви частіше протягом перших годин після прокидання чи навпаки протягом іншої частини дня?
Так (1)
Ні (0)
6. Чи курите Ви також у той час, коли настільки хворі, що знаходитесь у ліжку більшу частину дня?

Так (1)
Ні (0)
Пацієнт може безпосередньо заповнювати опитувальник. Кількість балів становить від 0 до 10. Це дозволяє точно оцінити нікотинову залежність та розробити на цій основі лікування: 0-3 бали: відсутня або низька нікотинова залежність; 4-6 балів: середня нікотинова залежність; 7-10 балів: висока нікотинова залежність.

Минулий досвід припинення споживання тютюну має високе прогностичне значення для спроб припинення споживання тютюну в майбутньому і може використовуватися для планування лікування [35, 36].

Рекомендується, щоб лікар оцінював:

- кількість спроб припинення куріння в минулому,
- найтриваліший період утримання від куріння,
- раніше проведене лікування з припинення куріння та те, що воно включало,
- будь-які дані про розвиток у минулому симптомів відміни,
- будь-які фактори ризику рецидиву,
- позитивні моменти, відзначені під час періоду утримання.

Ці особливості важливі для прогнозування успіху лікування або факторів ризику невдачі, а також для дотримання режиму лікування та здатності пацієнта подолати симптоми відміни нікотину.

Рекомендується проведення оцінки мотивації курця до припинення куріння. Усім фахівцям охорони здоров'я слід оцінювати мотивацію пацієнтів. Існують різні методи для оцінки мотивації до припинення споживання тютюну.

Мотивацію можна оцінити за допомогою прямих питань, серед яких такі: «Чи бажаєте Ви припинити куріння (зараз)?», «Якщо Ви вирішите припинити курити, наскільки Ви впевнені, що досягнете успіху?», «Які Ваші причини бажати припинити куріння?», «Наскільки важливо для Вас припинити куріння?».

Згідно з відомою Транстеоретичною Моделлю (TTM) змін поведінки (Transtheoretical Model (TTM) of Behaviour Change) Дж.О. Прочаски та С.С. ДіКлементе (J.O. Prochaska and C.C. DiClemente), психологічний процес припинення куріння проходить кілька стадій (Рисунок 1.3) [37].



Рисунок 1.3 Стадії змін для припинення куріння відповідно до ТТМ Дж. Прочаски

Стадія відсутності усвідомлення проблеми: пацієнт повністю задоволений своєю поведінкою, пов'язаною з курінням, і він/вона не відчуває потреби в змінах.

Усвідомлення проблеми: пацієнт відчуває потребу в змінах, але недостатньо сильно, щоб змусити себе діяти або скласти план дій.

Стадія підготовка: пацієнт вирішив спробувати змінити свою поведінку, пов'язану з курінням, і готовий до цієї зміни в найближчому майбутньому.

Дія: пацієнт починає спробу припинення куріння.

Підтримка дії: утримання протягом 6 місяців і більше.

Важливо відзначити, що окремі люди не обов'язково проходять стадії змін у лінійному порядку; скоріше, вони переміщуються між стадіями назад і вперед через поєднання мотивації, готовності та інших факторів, що впливають на зміни.

Лікарю слід ініціювати лікування, спрямоване на припинення споживання тютюну у всіх пацієнтів, які повідомили про споживання тютюну, незалежно від готовності пацієнта до припинення чи мотивації. Курцям із супутніми захворюваннями та пацієнтам із тютюновою залежністю фахівцям охорони здоров'я потрібно повідомляти про ризики, пов'язані з продовженням споживання тютюну, та про необхідність негайного припинення куріння. Як і щодо всіх рішень у медицині, пацієнт може вільно відмовитися від лікування, проте фахівець охорони здоров'я має запропонувати лікування з припинення куріння з такою ж переконливістю, з якою він пропонує лікування діабету чи гіпертонії.

Історія хвороби пацієнта має значення при виборі варіанту лікування, зокрема щодо будь-якої взаємодії ліків або несумісності через супутні розлади/хвороби. Гострі серцево-судинні стани, наявність судом у анамнезі, захворювань нирок, поточної або минулої залежності тощо також можуть вимагати обережності при призначенні певних видів медикаментозного лікування для припинення куріння; тому необхідно зазначити їх наявність у медичній документації курця [38].

Також дуже важливо перевіряти фізіологічний стан у жінок (вагітність, годування грудьми, методи контрацепції тощо), щоб ефективно організувати припинення куріння. Вагітність пов'язана зі значним підвищенням показника метаболізму нікотину [39].

Депресія та тривожність є найпоширенішими станами, описаними у важких курців. Наявність таких синдромів часто вимагає обережності або підвищує стурбованість побічними ефектами препаратів для припинення куріння. Як інструмент для скринінгу депресії рекомендовано використовувати два прості питання з області первинної допомоги [40]: *«Чи відчували Ви себе сумним, пригніченим, безнадійним протягом останнього місяця?», «Чи було у Вас протягом останнього місяця відчуття, що Ви займаєтеся справами без задоволення та інтересу?»*.

Позитивна відповідь на обидва питання може розглядатися як ознака наявності депресії.

Інший, ще швидший спосіб кількісного визначення депресії – задати лише одне питання: *«Чи було Вам сумно більшість днів протягом останніх двох тижнів?»*. Якщо відповідь «так», можна також вважати, що курець перебуває у депресії.

Усім пацієнтам, які дали позитивну відповідь на це питання, слід провести скринінг на суїцидальні думки за допомогою простих скринінгових інструментів або валідованих методів оцінки. *«Чи були у Вас думки про смерть?»*

За потреби у клінічній практиці можна використовувати валідовані клінічні тести для полегшення діагностики депресії та тривожності та оцінки їх тяжкості:

- Шкала тривожності та депресії (The Anxiety and Depression Scale), [41]
- Шкала депресії Гамільтона (Hamilton Depression Subscale), [42]
- Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire (PHQ)), [43]
- Шкала депресії Бек-II (Beck Depression Scale – II). [44]

Оцінка статусу курця може проводитися на основі клінічних критеріїв, а також за допомогою біохімічних лабораторних тестів для визначення біомаркерів впливу тютюнового диму, таких як концентрація оксиду вуглецю у видихуваному повітрі та рівень котиніну (результат метаболізму нікотину).

Біохімічне підтвердження зазвичай використовується в дослідженнях для підтвердження повідомлень пацієнтів про утримання від куріння і не рекомендується як стандартна практика в клінічних умовах.

Споживання тютюну переважно обумовлене тютюновою залежністю – хронічною хворобою, яка зазвичай розвивається в підлітковому віці. Проте всі фахівці охорони здоров'я повинні розглядати будь-яке споживання тютюну (куріння чи жування) як загрозу для здоров'я [28].

Фахівцям охорони здоров'я слід зайняти активну позицію щодо споживання тютюну серед підлітків, щоб запобігти початку куріння та надати підтримку підліткам-споживачам тютюну у відмові від споживання. Підлітків,

які палять без тютюнової залежності, слід робити об'єктами профілактичних заходів, оскільки споживання тютюну в підлітковому віці переростає в тютюнову залежність до завершення цього віку.

У всіх дорослих курців стимулом куріння є хвороба, набута в підлітковому віці. Це нікотинова залежність – хронічна хвороба, яка не має повного одужання. Проте споживання тютюну може бути припинено на короткий період або назавжди із суттєвою користю для здоров'я [21].

Курці, залежні від тютюну, запалюють більшість своїх сигарет, як тільки рівень нікотину в головному мозку знижується, зазвичай через 20-60 хвилин після попередньої сигарети [24]. Потребою палити керує не кора головного мозку, а несвідома його частина, яка не контролюється свідомістю (прилегле ядро – *accumbens nucleus*).

Як і при всіх хронічних хворобах, фахівцям охорони здоров'я слід після діагностики та оцінки розробити план лікування для підтримки припинення споживання тютюну. Пацієнт може відмовитися від лікування, проте фахівці охорони здоров'я мають діяти, щобвилікувати пацієнта від хвороби, яка вбиває половину хворих, що страждають на неї [45]. Так само, як медичні працівники лікують цукровий діабет, артеріальну гіпертензію чи інші хронічні захворювання, фахівці охорони здоров'я мають лікувати тютюнову залежність після встановлення діагнозу. Лікування для припинення куріння детально вивчене, і існують інструменти, які допомагають курцям та іншим споживачам тютюну припинити його споживання.

Ключові компоненти успішного припинення споживання тютюну (ремісії) включають поєднання лікарської просвіти, поведінкової підтримки та фармакотерапії [28, 46].

На успіх впливає підготовка споживача тютюну, мотивація до припинення куріння, нікотинова залежність, вік, супутні захворювання та численні особистісні фактори [28].

Лікарська просвіта передбачає наступне:

- Роз'яснення, що таке хвороба тютюнова залежність.

- Роз'яснення причин запалювання сигарети.
- Роз'яснення наслідків куріння для здоров'я.
- Роз'яснення переваг припинення куріння.
- Роз'яснення питань лікування для припинення куріння.
- Роз'яснення, як здійснюється управління хронічною тютюновою залежністю для запобігання рецидиву.
- Ознайомлення з інструментами, доступними курцям на місцевому рівні.

Поведінкова підтримка має включати:

- Визначення поведінкових причин куріння, довгострокових та безпосередніх факторів стимуляції куріння.
- Підвищення мотивації до припинення куріння та зменшення страху перед припиненням і переходом до статусу некурця.
- Вміння керувати емоціями.

Лікарські засоби представлені:

- Препаратами нікотин-замісної терапії (НЗТ), яка доступна у формі трансдермальних препаратів (пластирів), пероральних форм (жувальна гумка, пастилки, під'язикові таблетки, інгалятори) та, у деяких країнах, у формі назального спрею. Наразі дозування є гнучкішим; фіксовані дози рідко використовуються, і для досягнення рівня нікотину, отриманого з сигарет, часто застосовують комбінації пластирів та пероральних препаратів НЗТ.
- Варенікліном – частковим агоністом $\alpha 4\beta 2$ нікотинових рецепторів, який використовується як монотерапія для припинення куріння. Доведено, що його ефективність порівняно з плацебо вища, ніж у інших монотерапій першої лінії. Ефективність лікування варенікліном така сама, як і комбінованої нікотин-замісної терапії у високих дозах [46].
- Бупропіоном – препаратом, який спочатку використовувався для лікування депресії та показав свою ефективність у припиненні куріння [28, 46]. Цей препарат можна поєднувати з НЗТ.

- Нортриптиліном (трициклічний антидепресант) та цитизином (частковий агоніст нікотинових рецепторів), які є ліками другої лінії для припинення споживання тютюну з доведеною ефективністю [28, 46]. Ці препарати є дешевшими.

Головною метою лікування є припинення споживання тютюну.

Для клінічної практики рекомендовано підтверджувати утримання через 6 тижнів після дня припинення споживання тютюну з допустимим пільговим періодом у два тижні. Також утримання вважається підтвердженням, якщо самостійне запевнення пацієнта про відсутність куріння підтверджується значеннями СО нижче 7 ppm. «Пільговий період» – це період одразу після дня припинення споживання тютюну, протягом якого продовження куріння не зараховується як невдача. Для оцінки припинення споживання тютюну та раннього рецидиву рекомендується завжди оцінювати утримання через 6 місяців.

Тютюнова залежність є хронічним розладом із високим ризиком рецидиву після припинення споживання тютюну. У половини нових колишніх курців протягом наступного року розвивається рецидив [27]. Частота рецидивів вища в перші тижні після припинення споживання, тому в клінічній практиці рекомендується довгострокове спостереження протягом щонайменше 6 місяців, а бажано – 12 місяців, для підтвердження утримання та охоплення періоду високого ризику рецидиву. Ризик рецидиву залишається високим навіть після кількох років утримання [29]. Потрібні подальші дослідження для виявлення осіб із високим ризиком рецидиву.

Тяга до тютюну є основним фактором рецидиву. Неконтрольовану тягу слід лікувати за допомогою інтенсивного консультування (підтримки) та/або оптимізації фармакотерапії. Тягу та синдром відміни слід оцінювати при кожному контакті з пацієнтом. Неконтрольовані тягу/симптоми відміни слід лікувати за допомогою посиленого консультування або оптимізації ліків. Для лікування тяги стандартне лікування може бути доповнене НЗТ короткої дії. Дані

свідчать, що заходи профілактики рецидиву мають високу економічну ефективність [47].

Після дня припинення куріння лікування має бути індивідуалізованим з урахуванням рівня тяги та ризику рецидиву. Висока оцінка тяги є важливим фактором у прогнозуванні ризику рецидиву.

Після зриву наступні заходи можуть запобігти рецидиву або надати лікувальну допомогу:

- підвищення інтенсивності сеансів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) за тривалістю, формою та кількістю сеансів підвищує ефективність лікування;
- використання нікотинових пластирів протягом терміну понад 14 тижнів із додаванням НЗТ короткої дії за необхідності;
- продовження прийому варенікліну з 12 до 24 тижнів;
- продовження прийому бупропіону;
- комбінація лікарських засобів.

Лікування хронічної тютюнової залежності у колишніх курців після припинення споживання тютюну досі залишається нагальною проблемою [48].

Усі медичні працівники зобов'язані надавати всім пацієнтам як мінімум коротку пораду щодо припинення споживання тютюну. Ігнорування проблеми споживання тютюну у пацієнта-курця є несумлінною практикою та поглиблює тютюнову залежність.

Чітка, але коротка порада щодо припинення куріння, надана будь-яким медичним працівником, достовірно підвищує мотивацію пацієнта до відмови від тютюну та показники утримання [49, 50]. Аналіз тривалості контакту лікаря з пацієнтом для цієї мети вказує, що мінімальна консультація (3-5 хвилин), запропонована різними медичними працівниками, збільшує показник довгострокового утримання [49, 50]. Наукові дані свідчать, що пропозиція допомоги у відмові від куріння всім курцям незалежно від їхньої готовності є ефективнішою для збільшення кількості спроб пацієнтів припинити споживання тютюну, ніж поради з медичних показань [50].

Мінімальне консультування (також відоме як коротка порада) може суттєво вплинути на громадське здоров'я через велику кількість курців, які щорічно звертаються до медиків. Усі медичні працівники – лікарі загальної практики, сімейні лікарі, профпатологи, вузькі спеціалісти, хірурги, медсестри, акушерки, стоматологи – мають пропонувати мінімальне консультування споживачам тютюну. Стоматологи можуть ефективно оцінювати та консультувати курців з метою припинення куріння [51].

РОЗДІЛ 2.

БОРОТЬБА З ТЮТЮНОМ:

ПРАВОВІ, ЗАКОНОДАВЧІ ТА ІНШІ АСПЕКТИ

2.1. Право людини на боротьбу проти тютюну

РКБТ ВООЗ від самого початку заснована авторами на правах людини і містить у преамбулі прямі посилання на Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (МПЕСКП), Конвенцію про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (CEDAW) та Конвенцію про права дитини (КПД) [52]. В цих документах йдеться про те, що кожна людина має право на найвищий досяжний рівень здоров'я (Стаття 12 МПЕСКП, Стаття 24 КПД), а також право на доступ до медичного обслуговування без будь-якої дискримінації (Стаття 12 CEDAW). Право людини на здоров'я визнано у Загальній декларації прав людини 1948 р. (Стаття 25).

Права людини варіюються від громадянських і політичних до економічних, соціальних і культурних. Вони покладають на державу зобов'язання поважати, захищати та здійснювати основні права своїх громадян. Це означає, що держави зобов'язані: 1) утримуватися від порушення або втручання у здійснення прав людини (поважати); 2) запобігати порушенню прав людини третіми сторонами (захищати); 3) вживати та здійснювати всі відповідні заходи для забезпечення того, щоб кожна людина могла реалізувати свої права людини (здійснювати). Для боротьби проти тютюну два останні аспекти (захищати та здійснювати) є найважливішими. Вони покладають на уряди обов'язок вживати всіх необхідних законодавчих, адміністративних чи інших заходів для регулювання діяльності тютюнової промисловості найефективнішим та найдієвішим способом з метою захисту права людини на здоров'я [53].

Багато країн включили права людини до своїх конституцій, і немає жодної країни у світі, яка б не ратифікувала хоча б один міжнародний договір з прав людини (80% ратифікували чотири або більше) [54]. Це повною мірою

стосується Європейського регіону ВООЗ, де були практично повсюдно прийняті угоди про права людини, а такі конвенції, як CEDAW та КПД, були ратифіковані всіма країнами [55]. Конвенція про права інвалідів (КПІ), прийнята через рік після набрання чинності РКБТ ВООЗ, яка була ратифікована майже всіма країнами Регіону, також підкреслює право людини на здоров'я (Стаття 25) [55, 56].

Право людини на здоров'я не означає, що люди мають право бути здоровими, оскільки здоров'я також визначається факторами, які не залежать від людини чи держави (наприклад, генетичними). Це означає, що держави зобов'язуються докладати зусиль для поступового здійснення права всіх людей на здоров'я та виконувати мінімальні основні зобов'язання щодо охорони здоров'я.

Багато заходів боротьби проти тютюну (такі як заборона на реклама, просування та спонсорство тютюну (TAPS), просте пакування, заборона куріння в громадських місцях та підвищення податків на тютюнові вироби) можуть бути здійснені за наявності мінімальних ресурсів, тому державам буде складно мотивувати неможливість виконати свої мінімальні основні зобов'язання щодо здійснення права на здоров'я. Послуги зі сприяння відмові від куріння можуть бути дорогими, але громадяни мають право на доступ до ефективних послуг з припинення куріння, включаючи, крім іншого, клінічне та фармакологічне лікування без будь-якої дискримінації [57].

Зобов'язання щодо здійснення основного права на здоров'я в деяких випадках виходять за рамки РКБТ ВООЗ. Незважаючи на те, що Стаття 8 РКБТ ВООЗ охоплює лише заборону куріння в громадських місцях, відповідно до Статті 24 Конвенції про права дитини держави зобов'язані вживати заходів для захисту дітей від впливу вторинного тютюнового диму в домашніх умовах [58, 59]. Це є актуальним для багатьох країн Європейського Регіону: у низці країн понад 50% дітей віком 13-15 років зазнають впливу вторинного тютюнового диму в домашніх умовах.

Дослідження показали, що з низьким соціально-економічним статусом (СЕС) пов'язане збільшення ризику впливу вторинного тютюнового диму на дітей [59]. У Німеччині, яка загалом досягла прогресу в цьому напрямку, схильність молодих людей з низьким СЕС до впливу вторинного тютюнового диму втричі вища, ніж їхніх однолітків з високим СЕС (26,4% порівняно з 8,2%) [60]. Це особливо тривожно, оскільки діти в менш забезпечених сім'ях частіше зазнають впливу багатьох інших токсичних речовин (наприклад, при забрудненні повітря) одночасно, що збільшує ризик незворотної шкоди та призводить до маргіналізації протягом поколінь [61].

Окрім права людини на здоров'я, здійснення заходів боротьби проти тютюну пов'язане з іншими основними правами, такими як право на життя (Стаття 6 КПД, Стаття 10 КПП), право на доступ до інформації (Стаття 17 КПД, Стаття 10 CEDAW, Стаття 21 КПП), право на безпечні умови праці (Стаття 11 CEDAW, Стаття 12 МПЕСКП), або захист від найгірших форм дитячої праці (стаття 32 Конвенції про права дитини, Конвенція Міжнародної організації праці 182) [53, 56, 57, 62].

Негативні наслідки вживання тютюну для права людини на життя є очевидними, проте важливо проаналізувати конкретні наслідки для соціально відчужених груп населення. Джонатан Манн, дослідник у галузі ВІЛ/СНІДу та захисник прав людини, незадовго до своєї несподіваної смерті в 1998 році писав: «Ненавмисна дискримінація настільки поширена, що всю політику та програми громадського здоров'я слід вважати дискримінаційними, доки не буде доведено зворотне» [63]. Він написав це про епідемію СНІДу, але це також стосується і тютюну. Наприклад, проведені оцінки показують, що близько половини смертей серед людей з шизофренією, біполярним розладом та депресією спричинені захворюваннями, пов'язаними з вживанням тютюну.

У зв'язку з цим урядам необхідно вжити заходів, конкретно спрямованих на ці групи населення, включаючи профілактичні кампанії та послуги зі сприяння відмові від куріння, що відповідають їхнім потребам, а також

забезпечити середовище, вільне від тютюнового диму в психіатричних закладах [56].

Право людини на доступ до інформації вимагає, щоб уряд надавав своїм громадянам інформацію про небезпеки, пов'язані з вживанням тютюну, та можливості отримання допомоги у відмові від куріння. Повідомлення та інформаційні канали повинні бути адаптовані до найбільш уразливих груп. Право на доступ до інформації може також вимагати від урядів забезпечити захист своїх громадян від дезінформації, такої як реклама тютюну, яка використовує оманливі атрибути для пропаганди куріння [53].

Право на безпечні умови праці включає захист усіх людей – не лише некурців – від впливу вторинного тютюнового диму на робочому місці (наприклад, у ресторанах та барах), а також від небезпек, пов'язаних із вирощуванням тютюну (наприклад, від отруєння пестицидами та хвороби зеленого тютюну, що також узгоджується зі Статтею 18 РКБТ ВООЗ).

Куріння є результатом складних соціально-економічних та культурних факторів, що активізуються маркетинговими кампаніями тютюнової промисловості, орієнтованими на вразливі групи населення та дітей (чий здібності до свідомого та обґрунтованого прийняття рішень ще не повністю сформувалися). Природа тютюну, що викликає сильну залежність, ускладнює самостійне прийняття рішень і є протилежністю насправді вільного вибору. Тому твердження тютюнової промисловості, що куріння є індивідуальним рішенням щодо способу життя, є перекладанням вини на самих постраждалих [57].

Підхід до боротьби проти тютюну на основі дотримання прав людини підкреслює соціальні фактори та роль третіх сторін (тютюнових компаній), які погіршують епідемію, особливо серед певних вразливих груп. Це змінює уявлення про боротьбу проти тютюну: такі фактори повинні бути змінені на рівні суспільства за допомогою законів та нормативних актів відповідно до РКБТ ВООЗ, а не просто шляхом звернення до людей з проханням змінити свою поведінку. Підвищення обізнаності про небезпеки та смертельні наслідки тютюнової залежності має важливе значення, але воно повинно здійснюватися

поряд із цілою низкою інших заходів, таких як підвищення податків на тютюнові вироби. Підхід, заснований на дотриманні прав людини, означає, що людина має право на захист від діяльності тютюнової промисловості та на життя в середовищі, вільному від впливу вторинного тютюнового диму, що сприяє запобіганню початку куріння або його припиненню.

Експерти з прав людини дійшли висновку, що існує право людини на боротьбу проти тютюну, тому що тютюн є основною причиною смертності у світі, якій можна запобігти. Тому здійснення заходів боротьби проти тютюну виступає необхідною умовою досягнення права людини на здоров'я [64, 65].

2.2 Рамкова конвенція ВООЗ з боротьби проти тютюну та комплекс заходів MPOWER

Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ ВООЗ) є першим міжнародним договором, укладеним під егідою Всесвітньої організації охорони здоров'я. Вона була прийнята Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я 21 травня 2003 року та набула чинності 27 лютого 2005 року. Відтоді вона стала одним із найбільш стрімко й широко підтриманих договорів в історії Організації Об'єднаних Націй [66]. Наразі Конвенція налічує 183 Сторони, на які припадає понад 90% населення планети [67].

РКБТ ВООЗ була розроблена у відповідь на глобалізацію тютюнової епідемії та є договором, заснованим на фактичних даних, у якому підтверджується право всіх народів на найвищий рівень здоров'я. Конвенція є віхою у сприянні зміцненню здоров'я людей і встановлює нові правові параметри для міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я [66].

Метою Конвенції та її протоколів є захист нинішнього і майбутніх поколінь від руйнівних наслідків для здоров'я людей, а також соціальних, екологічних і економічних наслідків споживання тютюну та впливу тютюнового диму шляхом забезпечення відповідних рамок для заходів боротьби проти тютюну, які мають впроваджуватися Сторонами на національному,

регіональному та міжнародному рівнях, щоб постійно й суттєво знижувати поширеність вживання тютюну та впливу тютюнового диму [52].

В таблиці 2.1 представлені ключові положення Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну.

Таблиця 2.1

Ключові положення РКБТ ВООЗ [68]

Загальні зобов'язання	Стаття 4 Керівні принципи
	Стаття 5 Загальні зобов'язання 5.1 Комплексні міжсекторальні національні стратегії, плани та програми контролю над тютюном 5.2 Національний координаційний механізм або відповідальна структура з контролю над тютюном 5.3 Захист політики контролю над тютюном від комерційних і корпоративних інтересів тютюнової індустрії
Заходи стосовно скорочення попиту на тютюн	Стаття 6 Цінові й податкові заходи зі скорочення попиту на тютюн
	Стаття 8 Захист від впливу тютюнового диму
	Стаття 9 Регулювання складу тютюнових виробів
	Стаття 10 Регулювання розкриття складу тютюнових виробів
	Стаття 11 Упаковка і маркірування тютюнових виробів
	Стаття 12 Освіта, передача інформації, підготовка та інформування населення
	Стаття 13 Реклама, стимулювання продажу та спонсорство тютюнових виробів
	Стаття 14 Заходи зі скорочення попиту, які стосуються тютюнової залежності й припинення вживання тютюну
Заходи, що стосуються скорочення поставок тютюну	Стаття 15 Незаконна торгівля тютюновими виробами
	Стаття 16 Продаж неповнолітнім і неповнолітніми
	Стаття 17 Підтримка альтернативних видів економічно життєздатної діяльності
Інші заходи	Стаття 18 Охорона довкілля та здоров'я людей



Рисунок 2.1 Виконання заходів MPOWER в Україні

Контроль над тютюном – це сфера міжнародної науки, політики та практики громадського здоров’я, присвячена вирішенню проблеми вживання тютюну та зниженню спричинених ним захворюваності та смертності. Це пріоритетна сфера для ВООЗ в рамках РКБТ ВООЗ. Дані свідчать, що найкращих результатів вдається досягти, коли комплексний набір заходів MPOWER впроваджується одночасно.

В контексті даної роботи саме стаття 14 РКБТ ВООЗ «Заходи зі скорочення попиту, які стосуються тютюнової залежності й припинення вживання тютюну» є основоположною в допомозі кинути курити. Дана стаття акцентує увагу на тому, що «кожна Сторона ... вживає ефективних заходів для сприяння припиненню вживання тютюну й забезпечення адекватного лікування тютюнової залежності» [68]. Для досягнення цієї мети потрібно «(а) розробити й реалізувати ефективні програми, спрямовані на сприяння припиненню вживання тютюну ...; (b) уключати діагностику та лікування тютюнової залежності й послуги з консультування стосовно припинення вживання тютюну до національних програм, планів і стратегій у галузі охорони здоров’я ...; (c) створити в установах медико-санітарної допомоги й центрах реабілітації програми з діагностики, консультування, профілактики та лікування тютюнової залежності; (d) співробітничати з іншими Сторонами в полегшенні доступу до лікування й доступності за ціною лікування тютюнової залежності, ...» [68].

Статті 14 РКБТ ВООЗ відповідає компонента О із комплексу заходів MPOWER – О (offer) – пропозиція допомоги у припиненні вживання тютюну.

2.3. Реалізація статті 14 РКБТ ВООЗ та компоненти О комплексу MPOWER

Україна підписала Рамкову конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ ВООЗ) 25 червня 2004 року, а Конвенцію було ратифіковано 6 червня 2006 року.

Зобов'язання РКБТ ВООЗ є мінімальними вимогами, і сторонам, що підписали угоду, рекомендується бути ще суворішими у регулюванні тютюну, ніж вимагає договір.

Споживачам тютюну важко кинути. Однак більшість людей хочуть кинути, коли їх інформують про ризики для здоров'я. Політика контролю над тютюном створює середовище, в якому споживачі можуть успішно кинути. Підтримка у припиненні куріння та медикаментозне лікування можуть підвищити ймовірність того, що курець успішно кине палити.

На сьогоднішній день Конференція Сторін (КС) прийняла вісім керівних принципів щодо впровадження, які охоплюють Статті 5.3, 6, 8, 9 і 10, 11, 12, 13 та 14 РКБТ ВООЗ. Керівні принципи щодо реалізації Статті 14 були прийняті в 2013 році.

Метою цих керівних принципів є надання Сторонам допомоги у виконанні ними зобов'язань, що випливають зі Статті 14 РКБТ ВООЗ з боротьби проти тютюну на основі найкращих наявних наукових даних.

Керівні принципи щодо реалізації Статті 14 Конвенції «Заходи зі скорочення попиту, які стосуються тютюнової залежності й припинення вживання тютюну» акцентують увагу на наступному [72]:

1. **Вживання тютюну викликає сильну залежність.** Вживання тютюну та вплив тютюнового диму спричиняють серйозні негативні наслідки для здоров'я, економіки, довкілля та соціальної сфери, і людей слід інформувати про ці негативні наслідки та користь від припинення вживання тютюну.

2. **Важливо здійснювати заходи з лікування тютюнової залежності синергійно з іншими заходами боротьби проти тютюну.** Сприяння припиненню вживання тютюну та лікуванню тютюнової залежності є важливим елементом всебічної комплексної програми боротьби проти тютюну. Надання споживачам тютюну сприяння в їхніх зусиллях припинити вживання тютюну та успішне лікування їхньої тютюнової залежності посилять інші заходи політики в галузі боротьби проти тютюну завдяки зростанню їхньої підтримки з боку суспільства та підвищенню їхньої прийнятності. Здійснення заходів щодо припинення вживання тютюну та проведення лікування в поєднанні із заходами на рівні населення, які є предметом інших статей РКБТ ВООЗ, забезпечить синергічний ефект і, таким чином, максимальну віддачу від них.
3. **Стратегії припинення вживання тютюну та лікування тютюнової залежності повинні ґрунтуватися на найкращих наявних фактичних даних про ефективність.** Є чіткі наукові дані про те, що лікування тютюнової залежності є ефективним і що воно є рентабельним медико-санітарним заходом і, таким чином, доцільним об'єктом інвестування з боку систем охорони здоров'я.
4. **Лікування повинно бути доступним та прийнятним за ціною.** Лікування від тютюнової залежності повинно бути широко розповсюдженим, доступним та мати прийнятну ціну, і воно повинно включати інформування про існуючий набір варіантів припинення вживання тютюну.
5. **Центральна роль належить системі охорони здоров'я.** Важливе значення має зміцнення існуючих систем охорони здоров'я з метою сприяння припиненню вживання тютюну та лікуванню від тютюнової залежності.

В Керівних принципах щодо реалізації Статті 14 РКБТ ВООЗ ключове місце відводиться саме системі охорони здоров'я та її працівникам.

Ці Керівні принципи пропонують країнам працювати за наступними чотирма напрямками [72]:

1. Забезпечення компонентів системи, яка сприятиме припиненню куріння:
 - 1.1. Забезпечити належну обізнаність населення щодо шкідливих наслідків тютюнових виробів;
 - 1.2. Зміцнити або налагодити – та фінансувати – національну координацію припинення вживання тютюну та лікування тютюнової залежності як елемент національного плану боротьби проти тютюну;
 - 1.3. Розробити та розповсюдити національну стратегію припинення вживання тютюну та національні керівні принципи лікування тютюнової залежності;
 - 1.4. Визначити та забезпечити стале фінансування програм припинення вживання тютюну та лікування тютюнової залежності;
 - 1.5. У відповідних випадках забезпечити, щоб медичне страхування або інші фінансовані системи охорони здоров'я реєстрували тютюнову залежність як одну з хвороб або порушень та включали її лікування до переліку послуг, що покриваються.
2. Вирішення проблеми через працівників охорони здоров'я:
 - 2.1. Включити тютюнову залежність та припинення вживання тютюну до основної навчальної програми та до безперервного професійного навчання в рамках медичних, стоматологічних, медсестринських, фармацевтичних та інших відповідних університетських курсів (бакалаврських та магістерських) та до іспитів на отримання ліцензії та сертифікації;
 - 2.2. Навчити працівників охорони здоров'я проводити короткі консультації відповідно до простої формули;

- 2.3. Сприяти припиненню вживання тютюну серед працівників охорони здоров'я, які вживають тютюн, та запропонувати їм підтримку у відмові від вживання тютюну, якщо вони її потребують.
3. Включення коротких консультації до існуючих систем охорони здоров'я:
 - 3.1. Забезпечити, щоб вживання тютюну реєструвалося в історії хвороби та інших відповідних записах на всіх рівнях надання медичної допомоги;
 - 3.2. Включити надання короткої консультації до існуючої системи первинної медико-санітарної допомоги;
 - 3.3. Залучити до забезпечення короткої консультації всі відповідні сектори системи охорони здоров'я країни;
 - 3.4. У відповідних випадках рекомендується компенсувати витрати часу працівників охорони здоров'я на консультування щодо припинення вживання тютюну та вартість лікарських препаратів.
4. Створення потенціалу для підтримки припинення вживання тютюну та лікування тютюнової залежності:
 - 4.1. Забезпечити, щоб населення було добре поінформоване про наявність та доступність служб лікування тютюнової залежності, та заохочувати його користуватися ними;
 - 4.2. Створити безкоштовну ініціативну телефонну лінію для тих, хто кидає курити, для поширення рекомендацій про те, як кинути курити, або, у разі обмеженості ресурсів, почати зі створення безкоштовної реагуючої телефонної лінії для тих, хто кидає курити;
 - 4.3. Забезпечити, щоб ефективні лікарські засоби завжди були в наявності та були доступні безкоштовно або за прийнятною ціною;

- 4.4. Створити мережу спеціалізованих служб комплексного лікування тютюнової залежності, які відповідають національним або застосовним стандартам надання медичної допомоги.

На практиці ситуація в Україні наступна. Частково вона була відображена на рисунку 2.1. як в загальному виконується Україною комплекс заходів MPOWER. Компонента О (offer) за даними відображеними за 2022 рік виконана на мінімальному рівні. Виконання компоненти О (offer) знаходиться на мінімальному рівні (Рисунок 2.2).

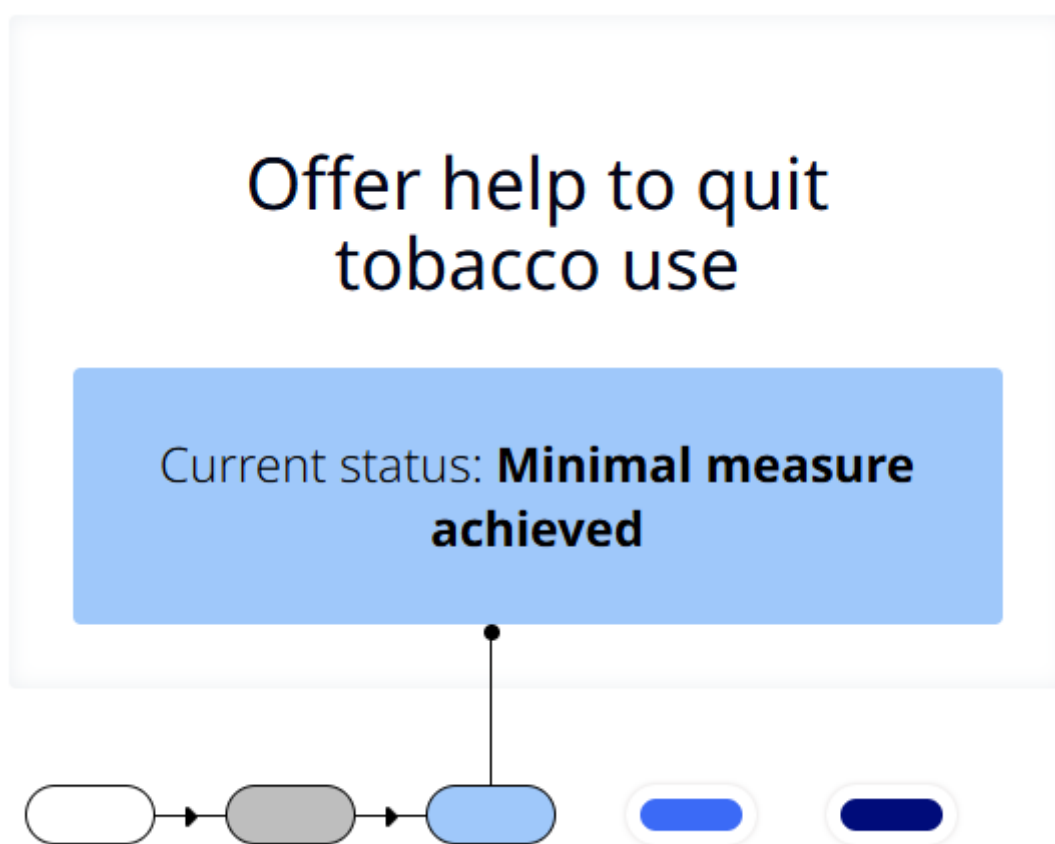


Рисунок 2.2 Виконання в Україні компоненти О (offer) комплексу MPOWER

Це мінімальне виконання було забезпечене лише за рахунок впровадження в Україні безкоштовної реагуючої телефонної лінії для тих, хто кидає курити (Рисунок 2.3). Це вид телефонної лінії, який працює лише із вхідними дзвінками.

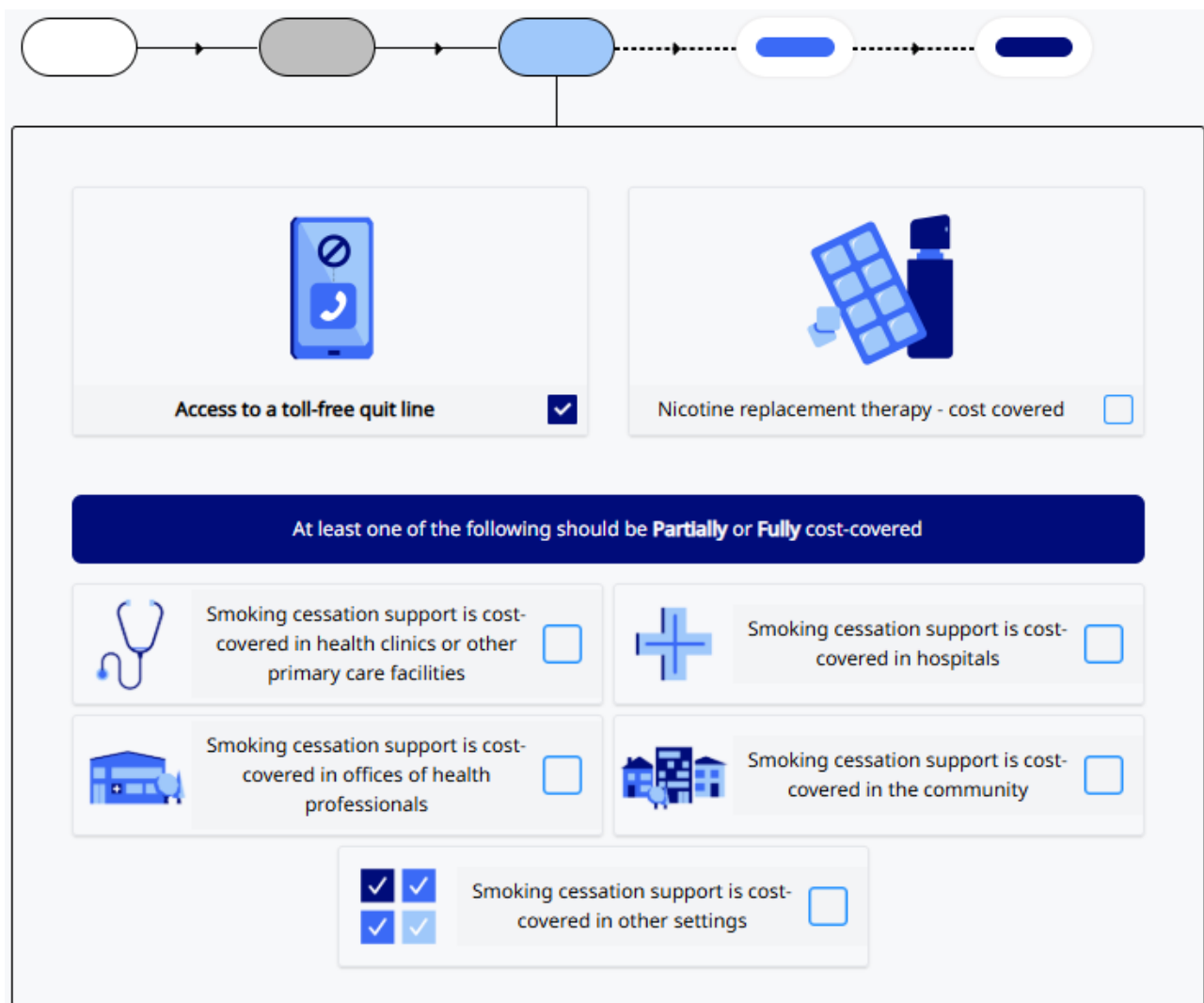


Рисунок 2.3 В Україні запроваджено лише реагуючу телефонну лінію

В Україні на законній підставі в аптеках продаються фармакологічні засоби для лікування нікотинової залежності та вони не включені до переліку основних лікарських засобів країни і їхня вартість не покривається жодною державною медичною програмою (Рисунок 2.4). Сама доступність допомоги у припиненні куріння в Україні теж практично відсутня, за винятком поодиноких ініціатив, та не покривається жодною державною медичною програмою (Рисунок 2.5). Навіть маючи бажання припинити курити, потрібно мати достатню кількість коштів для закупівлі відповідних фармакологічних препаратів, а також для отримання безпосередньо допомоги підготовлених фахівців. Єдине що відображено (станом на 2022 рік) як функціонуюче то це реагуюча телефонна лінія (Рисунок 2.5), але і вона припинила свою в 2019 році.

	Nicotine replacement therapy	Bupropion	Varenicline	Cytisine
Is this product legally sold in the country?	Yes	No	Yes	Yes
Where and how can this product be legally purchased in your country?	In a pharmacy without a prescription	—	In a pharmacy with a prescription	In a pharmacy without a prescription
Does the national/federal health insurance or the national health service cover the cost of this product?	No	—	No	No
Is this product on the country's essential drugs list?	No	No	No	...

Рисунок 2.4 Стан в Україні щодо наявності лікарських засобів які використовують для лікування нікотинової залежності та можливість отримати їх безкоштовно

	Health clinics or other primary care facilities	Hospitals	Office of a health professional	In the community	Other
Is smoking cessation support available in the following places in your country?	Yes in some	No	No	No	No
Does the national/ federal health insurance or the national health service cover the cost of this support?	No	—	—	—	—

Рисунок 2.5 Стан в Україні можливості отримати відповідну допомогу

Is there a toll-free telephone quit line/help line with a live person available to discuss cessation with callers?	Yes
--	-----

Рисунок 2.6 Наявність телефонної лінії

Виконання Статті 14 РКБТ ВООЗ та компоненти О (offer) Україна такі ж як ще в трьох країн Європейського регіону ВООЗ де дана компонента виконана лише мінімально (Рисунок 2.7).

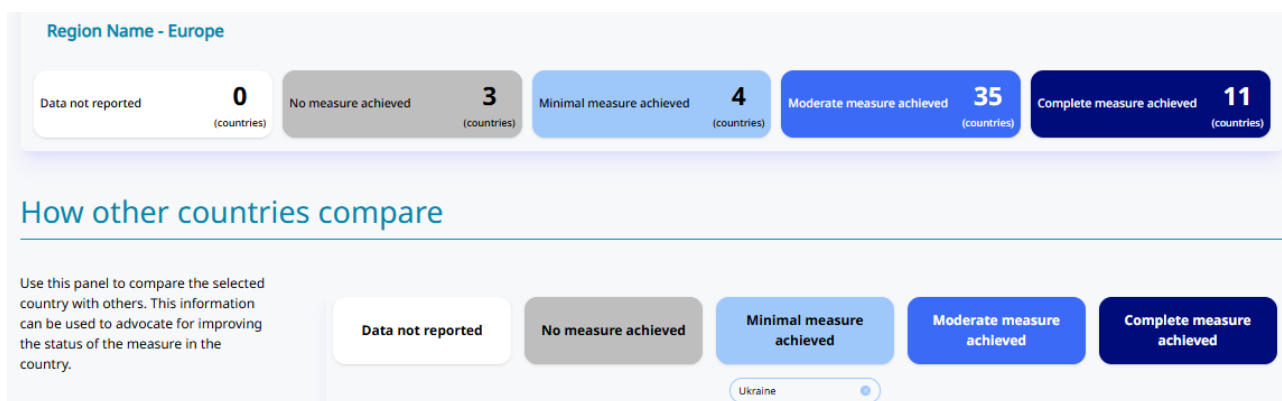


Рисунок 2.7 Виконання компоненти О (offer) в Україні та Європейському регіоні ВООЗ

Нажаль дані після 2022 року по Україні не оновлювалися на сайті <https://mpowerportal.org/>, висока імовірність того, що через війну ситуація у впровадженні положень Статті 14 РКБТ ВООЗ та компоненти О (offer) в Україні не покращилася.

Згідно з документом «Контроль над тютюном в Україні. Оцінка поточного стану контролю над тютюном та можливості подальшого розвитку» опублікованим Європейським регіональним офісом ВООЗ у 2020 році виявлено наступне:

- відсутність комплексного підходу до контролю над тютюном, що включає заходи, спрямовані на зниження рівня куріння, такі як високі ціни, обмеження реклами, контроль над продажем та обмеження місць, де дозволено курити, необхідно збалансувати підтримкою курців та заохоченням їх до відмови від куріння; структурована поведінкова підтримка з медикаментозним лікуванням зазвичай не пропонується курцям, а доступність медикаментів для припинення куріння в Україні є низькою; національні настанови щодо припинення куріння для України існують, але вони застарі, не переглядаються і відсутні дані про їхній вплив, загалом лікарі не запитують пацієнтів про їхній статус куріння, вони також не радять курцям кинути палити, не заохочують і не підтримують їх у цьому;

- гаряча лінія існувала два роки, працювала з 09:00 до 21:00, за 18 місяців отримала близько 6000 дзвінків та допомогла 1000 клієнтам; попередні дані показали показник відмови від куріння близько 12,5% за перший рік; своє функціонування лінія припинила у 2019 році.

2.4. Діюче законодавство України з питань боротьби проти тютюну та щодо сприяння припиненню куріння

З метою реалізації державної політики протидії тютюновій епідемії яку реалізує також вся світова спільнота в Україні на даний момент діюче законодавство представлене наступними законодавчими та підзаконними актами [73]:

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-XII
2. Закон України «Про рекламу» від 3 липня 1996 року № 270/96-ВР
3. Закон України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» від 22 вересня 2005 року № 2899-IV
4. Закон України «Про ратифікацію Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну» від 15 березня 2006 року N 3534-IV
5. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну
6. Податковий кодекс України від 2 грудня 2010 року № 2755-VI
7. Митний кодекс України 13 березня 2012 року № 4495-VI
8. Закон України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, спиртових дистилатів, біоетанолу, алкогольних напоїв, тютюнових виробів, тютюнової сировини, рідин, що використовуються в електронних сигаретах, та пального» від 18 червня 2024 року № 3817-IX
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 4 квітня 2018 р. № 257 «Деякі питання маркування тютюнових виробів»

- 10.Постанова Кабінету Міністрів України від 9 вересня 2020 р. № 840 «Про реалізацію експериментального проекту «Національний оператор на ринку тютюнових виробів»
- 11.Постанова Кабінету Міністрів України від 19 червня 2023 р. № 618 «Деякі питання маркування алкогольних напоїв, тютюнових виробів і рідин, що використовуються в електронних сигаретах»
- 12.Постанова Кабінету Міністрів України від 11 серпня 2023 р. № 839 «Про затвердження Порядку попередньої ідентифікації віку користувачів веб-сайтів виробників, імпортерів пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згоряння та/або електронних сигарет»
- 13.Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26 липня 2018 р. № 530-р «Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку»
- 14.Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.02.2011 № 105 «Про затвердження Переліку шкідливих для здоров'я людини речовин, що входять до складу тютюнових виробів та виділяються з тютюновим димом під час їх куріння»
- 15.Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2012 № 601 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів»
- 16.Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»
- 17.Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.04.2023 № 747 «Про затвердження Груп наборів комбінованого медичного попередження, що складаються з 14 варіантів тексту та ілюстрацій, технічних вимог до його макету, дизайну та форми, а також порядку їх нанесення виробниками тютюнових виробів для куріння»

Сприяння припиненню куріння є однією з важливих складових державної політики в рамках виконання всіх статей РКБТ ВООЗ, а особливо статті 14

Конвенції. Основою виконання даної статті є наявність двох елементів: (1) **національної стратегії припинення вживання тютюну**, покликаній сприяти відмові від вживання тютюну та забезпечити лікування тютюнової залежності, яка орієнтована головним чином на осіб, відповідальних за фінансування та впровадження політики та відповідних програм; та (2) **національних керівних принципів щодо лікування**, орієнтованих головним чином на тих, хто розроблятиме, керуватиме та забезпечуватиме для споживачів тютюну підтримку в припиненні вживання тютюну [72].

Відповідно до частини другої статті 32 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» ще з 1997 року «в Україні проводиться державна політика обмеження куріння ...» [74].

Розглянемо детальніше Закон України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» від 22 вересня 2005 року № 2899-IV. В контексті сприяння припиненню куріння в Законі визначено наступне [75]:

- Першочергово в Законі відображено головну тезу, яка переводить куріння із категорії шкідливих звичок в категорію захворювання – залежності, Чітко вказано, що нікотин викликає залежність і надано визначення «викликання залежності – фармакологічна здатність речовини викликати залежність, тобто стан, який впливає на здатність особи контролювати свою поведінку, як правило, шляхом створення відчуття винагороди, полегшення симптомів абстиненції або обох зазначених відчуттів» (Стаття 1) [75]
- Серед основних завдань цього Закону передбачено: «сприяння лікуванню залежності від тютюну (нікотинової залежності) осіб, які бажають позбутися шкідливої звички курити тютюнові вироби чи іншим способом їх вживати, та пропаганді здорового способу життя; створення економічних, інших умов, що сприятимуть обмеженню куріння тютюнових виробів чи інших способів їх вживання, охороні здоров'я

населення, зниженню захворюваності та збільшенню тривалості життя людини» (Стаття 3) [75]

- Чітко прописані основні напрями державної політики щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення, а саме: «забезпечення доступності надання профілактичної, діагностичної та лікувальної допомоги, ефективного медикаментозного забезпечення всім особам, які курять тютюнові вироби чи іншим способом їх вживають і бажають позбутися цієї шкідливої звички, шляхом створення загальнодержавних програм щодо профілактики, діагностики та лікування залежності від тютюну (нікотинової залежності); зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я для забезпечення реалізації комплексу заходів щодо відновлення та зміцнення здоров'я населення, пропаганди здорового способу життя; розвиток наукових досліджень щодо попередження вживання тютюнових виробів та лікування залежності від тютюну (нікотинової залежності)» (Стаття 5) [75]
- В Статтях 7, 8, 9 визначені повноваження центральних органів виконавчої влади, місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення. Повноваження передбачають наступне: «розробку та впровадження в установленому порядку на рівні первинної медико-санітарної допомоги заходи з діагностики та лікування залежності від тютюну (нікотинової залежності); надання особам, які бажають позбутися шкідливої звички курити тютюнові вироби ... доступної, якісної та ефективної лікувально-профілактичної допомоги; участь у розробці навчальних програм з профілактики куріння тютюнових виробів чи іншого способу їх вживання та лікування залежності від тютюну (нікотинової залежності); організація проведення наукових досліджень щодо попередження та зменшення куріння тютюнових виробів чи інших способів їх вживання серед

населення, лікування залежності від тютюну (нікотинової залежності); участь у формуванні державних замовлень на виробництво лікарських засобів, необхідних для лікування залежності від тютюну (нікотинової залежності), здійснення інших профілактичних і лікувальних заходів, а також проведення підготовки та перепідготовки і підвищення кваліфікації фахівців, які здійснюють заходи щодо попередження та зменшення куріння тютюнових виробів чи інших способів їх вживання серед населення та проводять лікування залежності від тютюну (нікотинової залежності); забезпечення проведення профілактичних і лікувальних заходів, спрямованих на попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення; сприяння вирішенню питань щодо фінансового забезпечення лікувально-профілактичних заходів та робіт, пов'язаних з профілактикою захворюваності, спричиненої вживанням тютюнових виробів і шкідливим впливом тютюнового диму, а також лікуванням залежності від тютюну (нікотинової залежності), у тому числі щорічно при формуванні бюджетів місцевих органів виконавчої влади; сприяння вирішенню питань фінансового та матеріально-технічного забезпечення заходів і робіт, спрямованих на обмеження вживання тютюнових виробів, а також зменшення їх шкідливого впливу на здоров'я населення, у тому числі щорічно при формуванні бюджетів органів місцевого самоврядування; забезпечення у комунальних закладах охорони здоров'я доступності профілактичних заходів і надання ефективної лікувальної допомоги, включаючи медикаментозне забезпечення, для осіб, які бажають позбутися шкідливої звички курити тютюнові вироби чи іншим способом їх вживати» [75]

- Відображено одне з найважливіших питань, просвіта та освіта: «навчальні програми та освітньо-професійні програми усіх навчальних закладів України незалежно від форми власності повинні включати спеціальні теми про шкоду для здоров'я людини куріння тютюнових виробів чи інших

способів їх вживання, насамперед для дітей та молоді, а також про переваги здорового способу життя; програми підготовки та перепідготовки медичних, фармацевтичних, соціальних і педагогічних працівників повинні містити спеціальні теми стосовно засобів і заходів профілактики та припинення вживання тютюнових виробів» (Стаття 14) [75]

- Відображено ключове місце системи охорони здоров'я і працівників галузі – «медичні працівники закладів охорони здоров'я усіх форм власності зобов'язані: 1) пропагувати медичні знання з питань профілактики захворювань, спричинених курінням тютюнових виробів чи іншим способом їх вживання, і запобігати їх вживанню серед населення, насамперед серед дітей та молоді, 2) надавати практичні поради щодо здорового способу життя та рекомендувати не починати курити чи іншим способом вживати тютюнові вироби або припинити їх вживання, 3) роз'яснювати про шкідливі наслідки для здоров'я людини куріння тютюнових виробів чи іншого способу їх вживання, впливу тютюнового диму, 4) надавати особам, які бажають позбутися залежності від тютюну (нікотинової залежності), відповідну лікувально-профілактичну допомогу» (Стаття 15) [75]

В положеннях Закону України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, спиртових дистилятів, біоетанолу, алкогольних напоїв, тютюнових виробів, тютюнової сировини, рідин, що використовуються в електронних сигаретах, та пального» від 18 червня 2024 року № 3817-IX також є згадка про боротьбу зі шкідливим впливом від куріння [76]. Пункт перший Статті 69. висвітлює «правові (законодавчі), економічні, медичні та адміністративні заходи, а це:

1) пропаганда здорового способу життя, вільного від споживання ... тютюнових виробів, використання електронних сигарет та пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згоряння [76];

2) включення до загальноосвітніх програм та професійних освітніх програм усіх закладів освіти України положень про шкідливий вплив

споживання ... тютюнових виробів, використання електронних сигарет та пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згоряння на організм людини, а також про переваги здорового способу життя [76];

3) створення економічних та правових умов, що сприяють зменшенню споживання ... тютюнових виробів, використання електронних сигарет та пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згоряння [76];

4) охорона права осіб, які не курять, на життя в середовищі, вільному від тютюнового диму;

5) інформування про ... шкідливість вживання тютюнових виробів, використання електронних сигарет та пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згоряння [76];

6) лікування ... тютюнової залежності [76];

7) протидія незаконному ввезенню та обігу ... тютюнових виробів, рідин, що використовуються в електронних сигаретах, пристроїв для споживання тютюнових виробів без їх згоряння [76];

8) охорона фізичного здоров'я людини [76];

9) пропаганда родинно-сімейних традицій та виховання здорової дитини [76].

Нажаль всі ці законодавчі норми, які стосуються сприяння припиненню куріння носять лише декларативний характер. Час від часу діють регіональні чи місцеві ініціативи, які потім через брак коштів теж припиняють свою діяльність.

На даний час в Україні відсутні і національна стратегія припинення вживання тютюну і актуалізовані, сучасні, доказово підтверджені національні керівні принципи (протоколи) щодо лікування нікотинової залежності.

Розпорядження Кабінету Міністрів України від 4 червня 2008 р. № 797-р «Про схвалення Концепції Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на 2008-2012 роки» [77] – крайній діючий в Україні документ, який безпосередньо мав вплив на політику боротьби з тютюном і сприяння припиненню куріння і лікування зокрема. Державна цільова програма припинилася у 2012 році.

Станом на квітень 2025 року в Україні є чинним Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26 липня 2018 р. № 530-р «Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку». Лише в контексті профілактики неінфекційних захворювань в Національному плані передбачено наступні заходи – заходи із зменшення впливу факторів ризику неінфекційних захворювань на здоров'я населення. Ці заходи передбачають зниження рівня споживання тютюнових виробів та паління шляхом забезпечення надання кваліфікованої медичної допомоги особам, які мають бажання припинити вживати тютюнові вироби та позбутися тютюнової залежності. Їх виконання покладається на МОЗ, обласні та Київська міська держадміністрації, органи місцевого самоврядування (за згодою) за участю громадських об'єднань) [78].

Увага в даному Національному плані зосереджена на неінфекційній захворюваності, куріння розглядається лише чинник ризику. В документі відсутня навіть згадка про те що куріння є хворобою нікотиновою залежність.

Що ж стосується національних стандартів надання допомоги та лікування нікотинової залежності в Україні досі є діючим наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2012 № 601 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів». Стандарти затверджені цим наказом мали з часом переглядатися.

Що стосується функціонування центрів первинної медико-санітарної допомоги і їхнього можливого внеску в припинення куріння то наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» не передбачена вузьконаправлена допомога, а лише пропаганда здорового способу життя та профілактики НІЗ і куріння враховується лише як чинник ризику НІЗ. Порядком передбачено наступне [80]: 1) серед переліку медичних послуг згадується «надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання

алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя». 2) виявлення куріння і умовне визначення статусу курця відбувається згідно переліку медичних втручань та скринінгів у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань (таблиця 2.2).

Таблиця 2.2

Перелік медичних втручань [80]

Нозологія	Групи пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань		Методи виявлення	Періодичність обстеження
	фактори ризику (ФР)	вікові групи		
Гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання (ССЗ)	Підвищення артеріального тиску; тютюнокуріння; надлишкова маса тіла; цукровий діабет; обтяжений спадковий анамнез; зловживання алкоголем	Ч - 40 років і старші. Ж - 50 років і старші	Вимірювання артеріального тиску; оцінка загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE; вимірювання індексу маси тіла; вимірювання окружності талії; вимірювання загального холестерину	Кожні 2 роки. За наявності ФР - щороку

Рак молочної залози	Підтверджена мутація BRCA-1 або BRCA-2; обтяжений спадковий анамнез; перше дітонародження (30 років і старші); безпліддя; пізня менопауза (55 років і старші); тривала гормонозамісна терапія менопаузи; постменопаузальне ожиріння; уживання алкоголю; куріння; низький соціально-економічний статус жінки (родини); сексуальне, домашнє чи інше насильство щодо жінки; тривалий стрес	21-29 років	Рекомендовано опитування стосовно факторів ризику та симптомів, що можуть свідчити про рак молочної залози	Кожні 3 роки
		30-49 років	Опитування стосовно факторів ризику та симптомів, що можуть свідчити про рак молочної залози	Кожні 2 роки За наявності ФР - щороку
		50-69 років За наявності ФР - із 40 років	Огляд та направлення на маммографію	Кожні 2 роки

Колоректальний рак (КРР)	Обтяжений спадковий анамнез по КРР; сімейний аденоматозний поліпоз; спадковий несполіпозний КРР; запальні захворювання кишкового тракту (неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона); аденоматозні поліпи; ожиріння; вік 50-75 років; уживання алкоголю; куріння; харчування з високим вмістом обробленого червоного м'яса та низьким вмістом фруктів і овочів; сидячий та малорухливий спосіб життя; надмірна маса тіла	40-49 років	Опитування стосовно факторів ризику та симптомів, що можуть свідчити про КРР	Кожні 2 роки За наявності ФР - щороку
		50-75 років	Огляд та направлення на тест калу на приховану кров або направлення на фекальний імунохімічний тест (ФІТ) та/або направлення до закладів охорони здоров'я з надання спеціалізованої медичної допомоги	Кожні 2 роки За наявності ФР - щороку
Рак шийки матки (РШМ)	Наявність ВПЛ; наявність ВІЛ/СНІД, інших захворювань імунодефіцитного характеру; наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом; наявність РШМ в сімейному анамнезі; лікування дисплазії шийки матки; ранній початок статевого життя (до 18 років); рання вагітність (молодше 20 років); куріння; низький соціально-економічний статус жінки (родини); сексуальне, домашнє чи інше насильство щодо жінки; тривалий стрес; особливі умови праці: вплив канцерогенів, таких як хімічні речовини на робочому місці	21-35 років	Рекомендовано опитування щодо наявності ФР та симптомів, що можуть свідчити про РШМ	Кожні 5 років
		21-35 років з ФР	Огляд та направлення на ПАП-тест чи ПЛР тест або направлення до лікаря-акушера-гінеколога для огляду та відбору зразків	Після виявлення ФР за результатами опитування
		30-35 років і старші до 55 років	Огляд та направлення на ПАП-тест чи ПЛР тест або направлення до лікаря-акушера-гінеколога для огляду та відбору зразків	У віці 30-35 років З 35 до 55 років (для жінок, які не проходили перший популяційний скринінг у віці 30-35 років) Далі кожні 10 років до досягнення 55 років

РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

3.1. Поширеність куріння та рівень запиту на допомогу з припинення куріння серед споживачів тютюну в Україні

За даними Глобального опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS) 2017 року споживачами тютюну були 23% дорослого населення України, а курцями (курили щоденно або епізодично) – 22,8% (майже 8,2 мільйона) [14]. Згідно з GATS, кількість курців в Україні знизилася майже на 20% – з 28,3% у 2010 році до 22,8% у 2017 році [14]. У 2017 році майже дві третини (62,5%) тодішніх курців сигарет – або 5,1 мільйона – заявили, що хочуть припинити курити [14].

Згідно з останнім дослідженням, яке проводилося Київським міжнародним інститутом соціології (КМІС) у вересні-жовтні 2024 року, поширеність вживання тютюну в Україні була на рівні 27%, з яких щоденно вживають тютюн – 23%. За період з грудня 2023 року до жовтня 2024 року розповсюдженість вживання тютюну знизилася – з 30% до 27% (Рисунок 3.1). Мінус 3 відсоткові пункти у перерахунку в абсолютний вимір – це близько 700 тис. людей. Після тимчасового зростання поширеності вживання тютюну в 2022 (32%) і 2023 (30%) роках відмічаємо тенденцію до зниження.

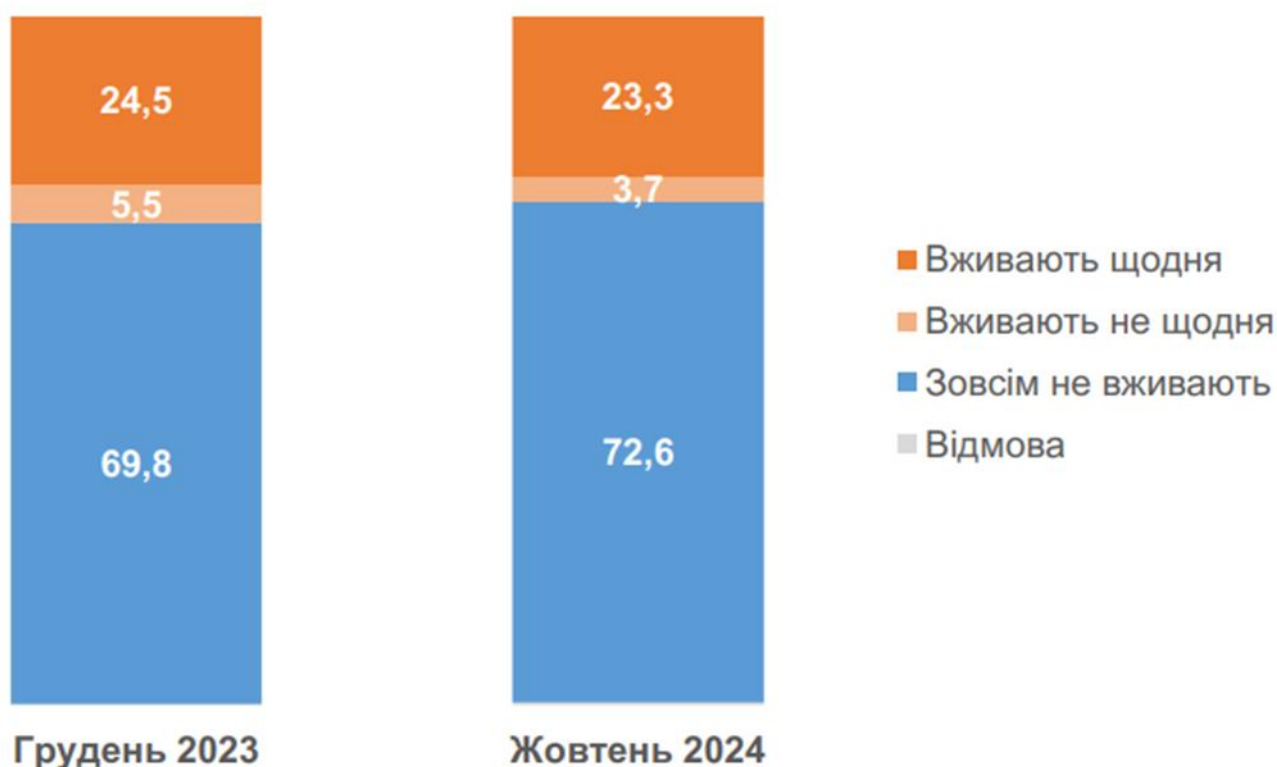


Рисунок 3.1 Поширеність вживання тютюну, порівняння грудень 2023 року та жовтень 2024 року

Загальний рівень споживання тютюну в проміжку часу з 2010 року до 2024 року після суттєвого зниження у 2017 році (з 28,4% у 2010 до 23% у 2017) знову зріс, станом на грудень 2023 року аж на понад 23% (30% у 2023) і залишається на рівні 27% у 2024 році.

Що стосується щоденного куріння то починаючи з 2010 року відмічався суттєвий прогрес в зниженні поширеності щоденного куріння на майже 20% з 25% до 20,1% у 2017 році. Наразі відмічаємо зростання майже на 15% до 23% щоденних курців.

У 2024 році майже 69% споживачів тютюнових виробів курили сигарети промислового виробництва і порівняно із 2023 роком цей показник є нижчим, раніше він становив 75%. В загальному вимірі курців це зниження було змінено зростанням використання сучасних систем куріння, тобто відбувається свого роду перехід курців з групи споживачів промислових сигарет в іншу. Зміни, які відбулися в період з грудня 2023 року до жовтня 2024 року зображено на рисунку

3.2. Перехід від промислових сигарет до більш сучасних систем куріння серед щоденних курців зображено на рисунку 3.3.

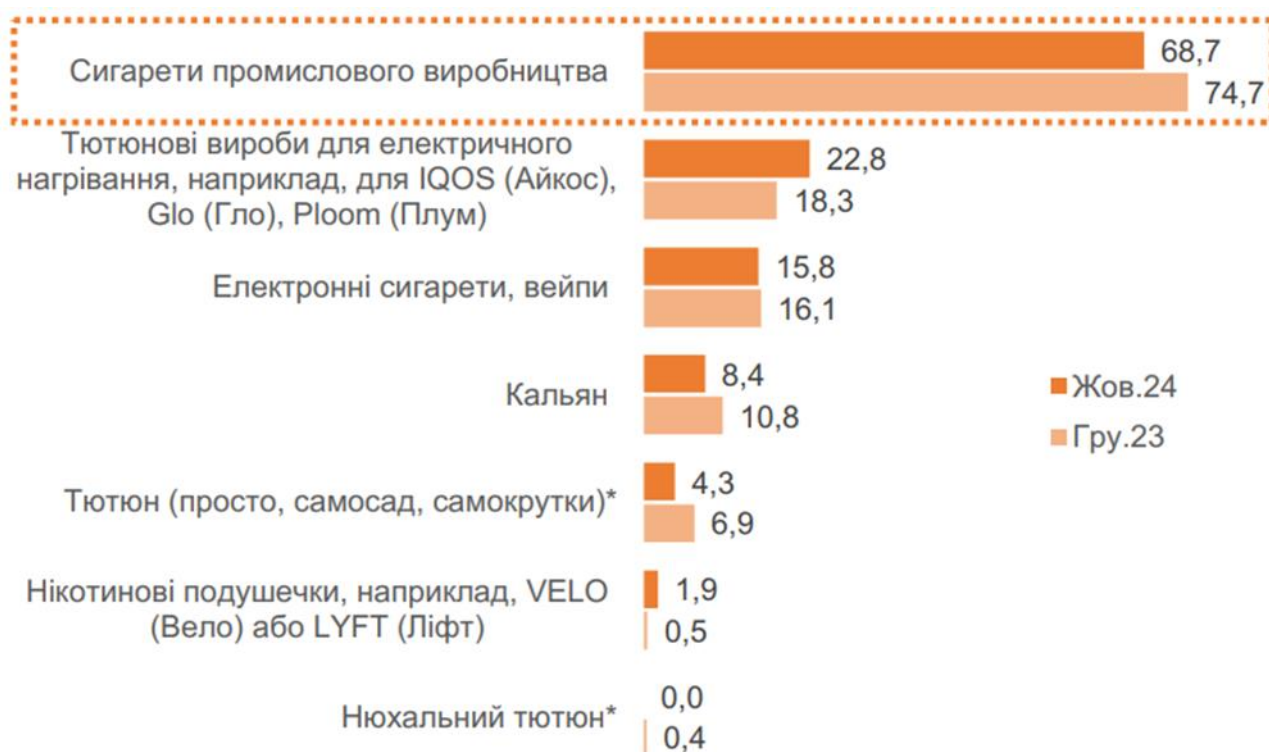


Рисунок 3.2 Рівні та тенденції вживання різних тютюнових виробів в період грудень 2023 року - жовтень 2024 року серед споживачів тютюну



Рисунок 3.3 Рівні та тенденції вживання різних тютюнових виробів в період грудень 2023 року - жовтень 2024 року серед щоденних споживачів тютюну

Чи насправді відбувається перехід від куріння промислових сигарет до більш сучасних систем (тютюнові вироби для електричного нагрівання, електронні сигарети та вейпи) чи це є тимчасовим явищем потребує подальших досліджень.

На таблиці 3.4 представлено соціально-демографічний розріз курців за період грудень 2023 року - жовтень 2024 року.

Поширеність куріння є більшою серед чоловіків ніж серед жінок. Найбільшу частку курців серед обох статей складають люди більш молодого, працездатного віку – 18-59 років (31,25%). Привертає увагу що поширеність вживання тютюну вища в містах з населенням понад 100 тисяч ніж в селах та інших населених пунктах і становить 31% і 23% відповідно.

Характерною рисою є те що куріння майже однаково поширене серед населення де дохід родин варіюється від дуже низького до високого (27,4% і 33% відповідно).

Чоловіки як правило обирають сигарети промислового виробництва (73% чоловіків проти 60,5% жінок), а жінки навпаки – частіше вживають тютюнові вироби для електричного нагрівання (34% жінок проти 17% чоловіків) та електронні сигарети (20% жінок проти 13% чоловіків).

Куріння промислових сигарет серед наймолодших респондентів (18-29 років) найменш поширене, тоді як серед респондентів середнього (30-39 років) і старшого віку (40+ років) становить 60% і 81,5% відповідно. Молоді споживачі (18-39 років) тютюну обирають ТВЕН, електронні сигарети та кальян більш поширене серед більш молодих респондентів.

Дослідження та подальший аналіз даних характеристик споживачів тютюну безпосередньо чинитиме вплив на забезпечення всіх складових для реалізації положень статті 14 РКБТ ВООЗ та компоненти О стратегії MPOWER.

% у рядку	Грудень 2023 року			Жовтень 2024 року		
	Всього	Щодня	Не щодня	Всього	Щодня	Не щодня
Стать						
Чоловік	42.5	36.2	6.2	39.5	34.9	4.6
Жінка	19.7	14.8	4.9	16.7	13.7	3.0
Вік						
18-29 років	38.3	29.7	8.6	32.9	27.4	5.5
30-39 років	38.8	30.9	7.9	32.5	27.1	5.4
40-49 років	37.0	31.1	5.8	29.5	25.3	4.2
50-59 років	29.0	23.8	5.2	30.7	27.7	3.0
60-69 років	22.3	18.8	3.5	20.5	18.6	1.9
70+ років	7.8	7.4	0.4	11.1	9.9	1.2
Статевовікові категорії						
18-29 років – Чоловіки	39.6	30.8	8.8	40.8	34.9	5.9
18-29 років – Жінки	36.8	28.4	8.4	24.5	19.5	5.1
30-39 років – Чоловіки	49.7	43.3	6.5	44.7	38.4	6.3
30-39 років – Жінки	27.9	18.5	9.4	20.1	15.6	4.5

40-49 років – Чоловіки	48.3	42.3	6.0	37.9	31.9	6.0
40-49 років – Жінки	26.3	20.6	5.7	21.7	19.1	2.5
50-59 років – Чоловіки	46.3	39.0	7.3	43.4	40.6	2.8
50-59 років – Жінки	14.5	11.0	3.4	20.0	16.9	3.2
60-69 років – Чоловіки	40.3	34.9	5.4	37.8	34.6	3.2
60-69 років – Жінки	9.7	7.5	2.1	8.4	7.4	1.0
70+ років – Чоловіки	14.5	14.5	0.0	22.7	22.7	0.0
70+ років – Жінки	4.9	4.4	0.6	6.1	4.4	1.7
Регіон						
Захід	24.7	20.1	4.6	21.5	17.1	4.4
Центр	27.5	22.3	5.2	26.6	23.2	3.4
Південь	38.3	31.7	6.6	32.0	28.1	3.9
Схід	34.2	27.5	6.7	32.3	30.4	1.9
Тип населеного пункту						
Село	25.7	22.4	3.3	22.7	19.0	3.7
СМТ / місто до 20 тис.	34.9	29.8	5.1	24.6	21.2	3.4
Місто 20-99 тис.	26.1	18.5	7.6	27.6	26.2	1.4
Місто 100 тис. і більше	32.7	26.1	6.7	30.6	26.2	4.4
Достаток родини						
Дуже низький	35.8	32.3	3.6	27.4	22.7	4.7
Низький	31.6	27.5	4.1	24.0	20.3	3.7
Середній	28.7	21.7	7.0	26.4	24.0	2.4
Високий	28.8	22.9	5.9	33.0	26.8	6.2

Рисунок 3.4 Споживачі тютюну в соціально-демографічному розрізі

Що стосується пропозиції допомоги у припиненні вживання тютюну то за індикаторами MPOWER маємо наступну ситуацію (Таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

Стан виконання індикаторів MPOWER в Україні станом на 2022 рік Україна

Індикатор	Стан виконання, 2022 рік
Нікотинзамісна терапія – продається легально	так
Нікотинзамісна терапія – продається без рецепта	так
Бупропіон – продається легально	ні
Бупропіон – продається без рецепта	ні
Цитизин – продається легально	так
Цитизин – продається без рецепта	так
Вареніклін – продається легально	так
Вареніклін – продається без рецепта	за рецептом
Підтримка у відмові від куріння доступна у лікарнях	ні
Підтримка у відмові від куріння доступна у ЦПМСД	так, у деяких
Підтримка у відмові від куріння доступна у громаді	ні
Доступ до безкоштовної лінії для відмови від куріння	ні

3.2. Оцінка поширеності куріння серед студентів та медиків і наявності знань і навиків щодо тютюнової залежності і припинення вживання тютюну

Враховуючи те що основою для сприяння припиненню куріння та надання кваліфікованої допомоги курцям є система охорони здоров'я та її професійні працівники – медичні сестри, лікарі різних спеціальностей та фармацевтичні працівники, було проведено дослідження-зріз шляхом анкетування серед наступних контингентів: студенти медичних навчальних закладів випускних курсів та лікарі загальної практики – сімейні лікарі.

Серед студентів та лікарів дане анкетування проводилося за наступними напрямками:

1. Поширеність куріння серед випускників медичних навчальних закладів, майбутніх лікарів загальної практики – сімейних лікарів та медичних сестер. Керівні принципи до реалізації Статті 14 РКТБ ВООЗ саме акцентують увагу на тому що медичні працівники можуть курити і їм вчасно потрібно запропонувати допомогу, так як вони є взірцем для наслідування і, вживаючи тютюн, вони зводять нанівець значення медико-санітарних повідомлень про його наслідки для здоров'я, на працівниках охорони здоров'я лежить особлива відповідальність подавати позитивний приклад у цьому відношенні. Також поширеність куріння серед діючих лікарів.
2. Розуміння майбутніми та діючими працівниками охорони здоров'я проблеми куріння (шкідлива звичка чи хвороба) та особистого ставлення до сприяння відмові від куріння як професійного обов'язку.
3. Чи отримували студенти медичних навчальних закладів відповідні вузькоспрямовані знання, вміння та навички щодо тютюнової залежності та припинення вживання тютюну. Оцінка наявності і здобуття таких знань серед діючих лікарів.

В анкетуванні взяли участь:

1. Студенти 6-го курсу спеціальності 222 «Медицина» вищих медичних навчальних закладів України, кількість – 150 осіб.
2. Студенти 3-го курсу спеціальності 223 «Медсестринство» медичних коледжів України, кількість – 308 осіб.
3. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі центрів первинної медико-санітарної допомоги міст Києва, Дніпра та Київської області, кількість – 33 особи.

Найбільш поширеним куріння є серед студентів вищих медичних навальних закладів (спеціальність 223 «Медицина», 150 осіб) і складає 36% (Рисунок 3.5), в тому числі щоденними курцями є 26%.

Чи курите Ви?

150 відповідей

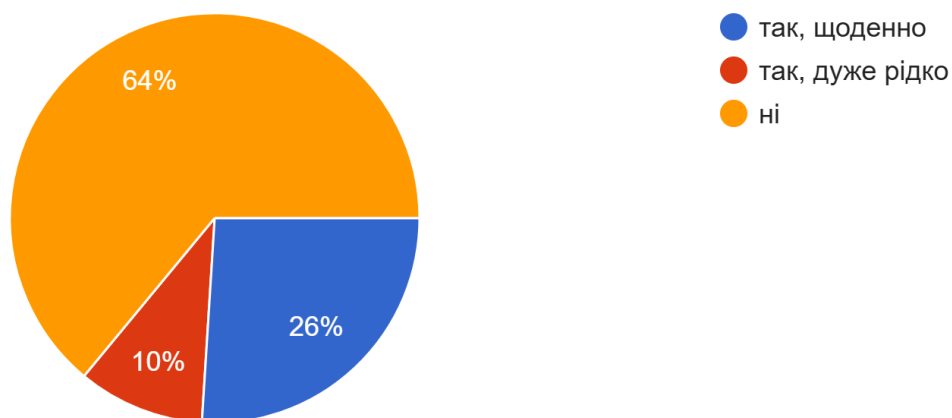


Рисунок 3.5 Поширеність куріння серед студентів 6-го курсу медичних ЗВО (спеціальність 222 «Медицина»)

Серед студентів спеціальності 223 «Медсестринство» (308 осіб) поширеність куріння є дещо нижчою. Так, загальна поширеність становить 28,2% (рисунок 3.6), з них щоденних курців 17,2%.

Чи курите Ви?

308 відповідей

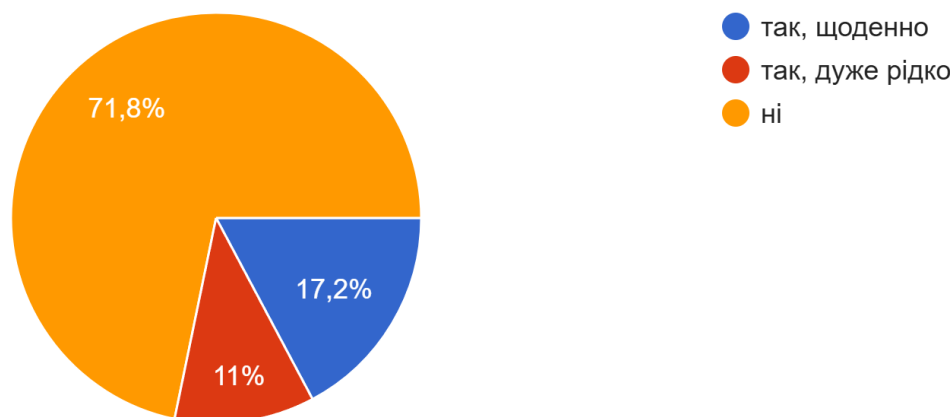
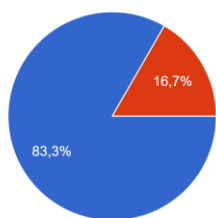


Рисунок 3.6 Поширеність куріння серед студентів медичних коледжів (спеціальність 223 «Медсестринство»)

Хоча рівень поширеності куріння серед майбутніх медичних сестер нижчий ніж серед майбутніх лікарів, але викликає зацікавленість той факт, що серед студентів ЗВО відсоток жінок складав 83,3%, а серед студентів медичних коледжів – 92,9%, тобто серед студентів медичних коледжів більше жінок (Рисунок 3.7). Дане питання потребує додаткового дослідження і є доволі важливим, тому що жінки відносяться до вразливої категорії осіб, яка піддається впливу як первинного так і вторинного тютюнового диму.

Вкажіть будь ласка Вашу стать
150 відповідей



Вкажіть будь ласка Вашу стать
308 відповідей

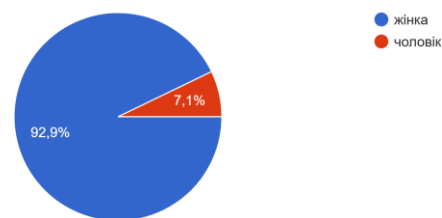


Рисунок 3.7 Склад опитуваних студентів за статтю

Поширеність куріння серед лікарів загальної практики – сімейних лікарів серед опитаних (33 особи) склала 24,3%, щоденні курці – 15,2% (Рисунок 3.8).

Чи курите Ви?

33 відповіді

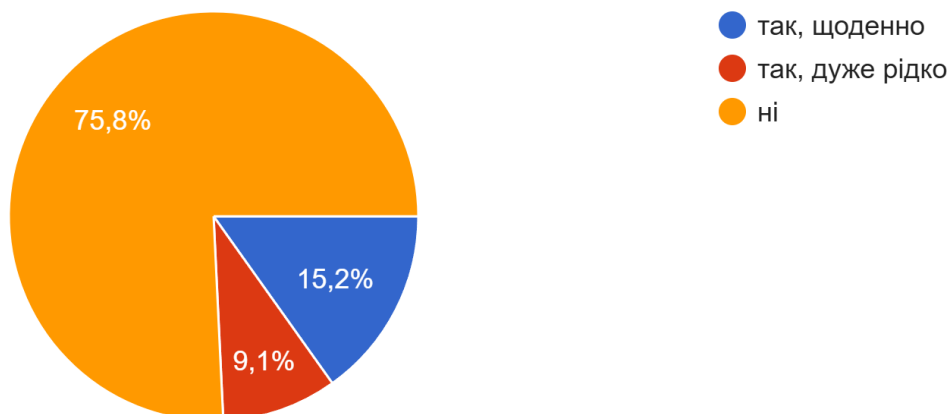


Рисунок 3.8 Поширеність куріння серед лікарів загальної практики – сімейної медицини

Розуміння проблеми куріння і студентами ЗВО (спеціальність 222 «Медицина») і студентами медичних коледжів (спеціальність 223 «Медсестринство») виявилось майже на одному рівні – 40,7% і 39,6% відповідно вважають щоденне куріння хворобою і +-60% майбутніх медиків вважають щоденне куріння звичкою.

На Вашу думку, щоденне куріння як явище - це:

[Копіювати діагр](#)

150 відповідей

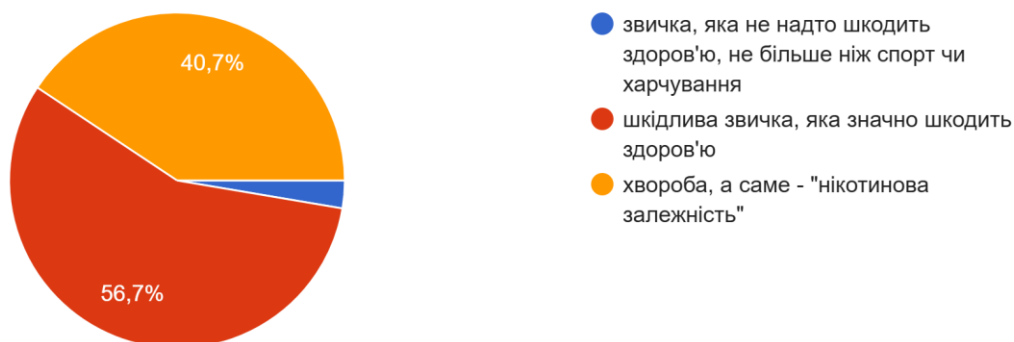


Рисунок 3.5 Результати опитування студентів спеціальності 222 «Медицина»

На Вашу думку, щоденне куріння як явище - це:

[Копіювати діагр](#)

308 відповідей



Рисунок 3.6 Результати опитування студентів спеціальності 223 «Медсестринство»

Розуміння проблеми куріння серед студентів змушує задуматися чи правильно їх навчають у навчальних закладах, враховуючи ті проблему, які несе куріння для особистості та популяції, екології та економіки. Адже студенти-медики це специфічна категорія студентів, які в подальшому перейматимуться

питаннями здоров'я населення країни і вони які ніхто інший повинні розуміти дану проблему і навчати їх розумінню шкідливості куріння в контексті здорового способу життя не достатньо.

Що ж стосується особистої відповідальності то результати наступні. Серед студентів спеціальності 222 «Медицина» 76,7% опитаних вважають своїм професійним обов'язком сприяти відмові від куріння і надавати відповідну допомогу. Та все одно, відсоток тих хто так не вважає складає 23,3%.

Чи вважаєте Ви своїм професійним обов'язком сприяти відмові від куріння і надавати відповідну допомогу?

150 відповідей

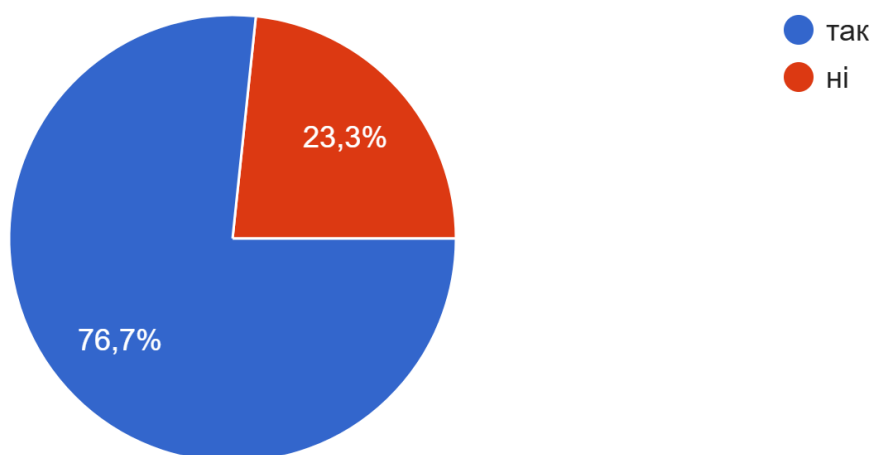


Рисунок 3.7 Результати опитування студентів спеціальності 222 «Медицина»

Серед студентів спеціальності 223 «Медсестринство» відсоток студентів, які вважають своїм професійним обов'язком сприяти відмові від куріння і надавати відповідну допомогу складає 64,6% і 35,4%, які так не вважають.

Чи вважаєте Ви своїм професійним обов'язком сприяти відмові від куріння і надавати відповідну допомогу?

308 відповідей

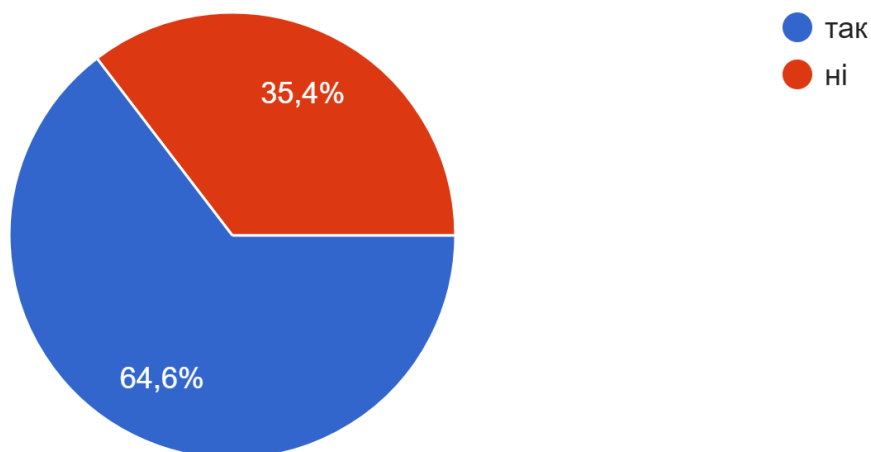


Рисунок 3.8 Результати опитування студентів спеціальності 223
«Медсестринство»

На питання чи отримували студенти та практикуючі лікарі під час навчання відповідні знання та навички про тютюнову залежність та припинення вживання тютюну отримані такі результати.

80,7% студентів ЗВО спеціальності 222 «Медицина» відповіли що їх не навчали з цієї теми. Відповідь 19,3% студентів, які сказали «так» можна додатково дослідити, але попередньо мова йшла про шкідливість куріння в контексті здорового способу життя. Дані представлені на рисунку 3.9.

Чи була включена в Вашу навчальну програму дисципліна з лікування тютюнової залежності та сприяння відмові від куріння?

150 відповідей

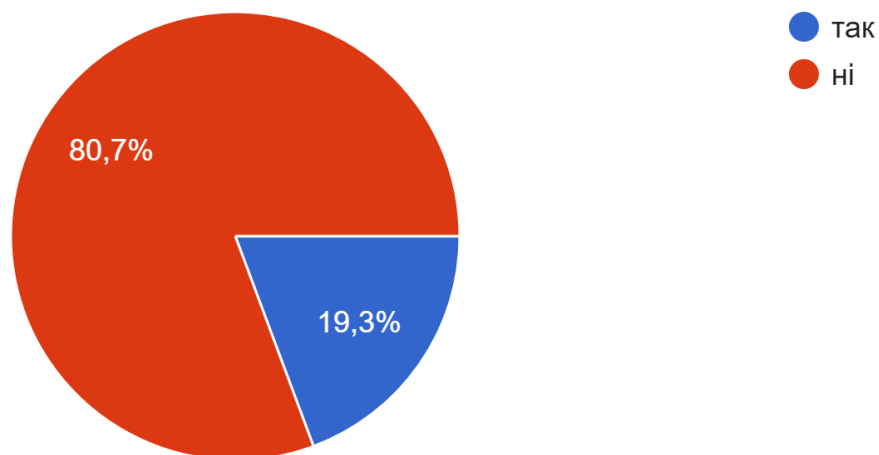


Рисунок 3.9 Результати опитування студентів спеціальності 222 «медицина»

Серед студентів спеціальності 223 «Медсестринство» відповіді були наступні (Рисунок 3.10). 49,4% студентів відповіли що вони не отримували таких знань, а 50,6% відповіли що вони отримували такі знання. Знову ж таки відповіді «так» у 50,6% найпевніше зумовлені згадуванням під час навчання, що куріння шкідливе і в контексті здорового способу життя від куріння варто відмовитися або взагалі не починати курити.

Чи була включена в Вашу навчальну програму дисципліна з лікування тютюнової залежності та сприяння відмові від куріння?

308 відповідей

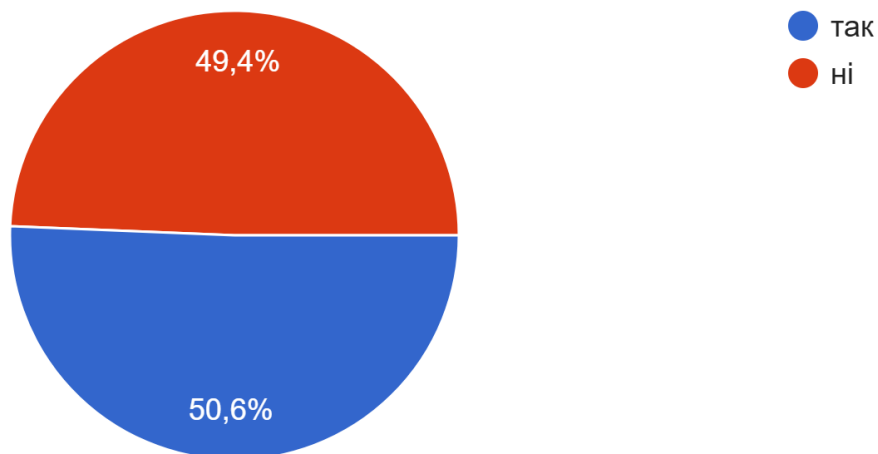


Рисунок 3.10 Результати опитування студентів спеціальності 223 «Медсестринство»

Практикуючі лікарі на питання щодо отримання відповідних знань та умінь під час навчання маємо такі результати – 69,7% відповіли, що їх не навчали щодо лікування тютюнової залежності та сприяння відмові від куріння (Рисунок 3.11). Навіть більше, практикуючі лікарі відповіли що такі знання вони отримують в процесі самоосвіти (33,3%), але одночасно велика частка лікарів не цікавиться цією темою (39,4%), враховуючи що лише 27,3% опитуваних відповіли, що отримували такі знання під час підвищення кваліфікації то велика вірогідність що дана тема не включена в повній мірі в післядипломне навчання лікарів (Рисунок 3.12).

Чи була включена в Вашу навчальну програму дисципліна з лікування тютюнової залежності та сприяння відмові від куріння?

33 відповіді

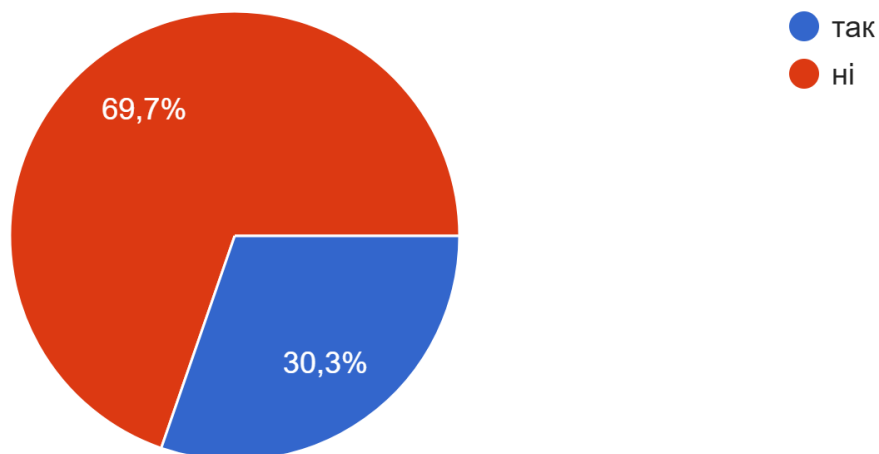


Рисунок 3.11 Результати опитування лікарів загальної практики – сімейної медицини

Чи отримували Ви знання, вміння та навички з лікування тютюнової залежності та сприяння відмові від куріння під час професійної діяльності: курси підвищення кваліфікації, самоосвіта?

 [Копіювати діаграму](#)

33 відповіді

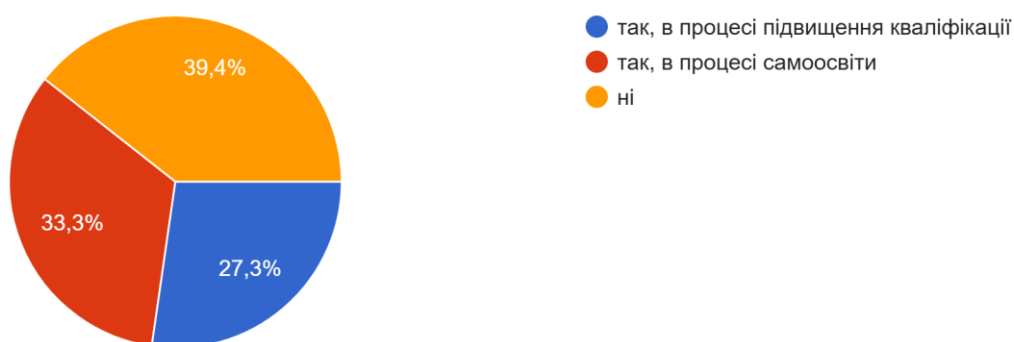


Рисунок 3.12 Результати опитування лікарів загальної практики – сімейної медицини

Враховуючи представлені вище дані можемо стверджувати, що наявність відповідного навчання на додипломному та післядипломному рівнях, відповідні профілактичні втручання з метою зменшення поширеності куріння серед студентів-медиків та практикуючих лікарів зберігатиме не лише здоров'я цих двох категорій, а матиме подальший результат на рівні популяційного здоров'я і буде якісно відображена в сприянні відмові від куріння.

У грудні 2022 року фахівцями Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» в рамках проєкту «Посилення антитютюнових заходів в Україні» було проведено опитування медичних працівників [81]. Цільовою групою були лікарі загальної практики - сімейні лікарі загальною кількістю 45 осіб, з трьох областей України: Вінницька, Тернопільська, Чернівецька. Учасники дослідження лікарі жіночої та чоловічої статі, мешканці міської та сільської місцевості, працівники зі стажем роботи від 2 до 50 років трудового стажу за спеціальністю. Як метод дослідження було використано глибинні інтерв'ю. Метою даного дослідження було дослідити обізнаність лікарів про куріння як фактор ризику НІЗ та проаналізувати як часто лікар проводить консультування щодо відмови від куріння серед своїх пацієнтів.

Враховуючи що темою даної кваліфікаційної роботи є пропозиція допомоги та сприяння у відмові від куріння дане дослідження було проаналізоване відповідно до теми роботи. Виявлено інформацію яка привертає увагу в контексті даної кваліфікаційної роботи.

Першим що визначалося в дослідженні був особистий досвід лікарів щодо куріння та їх відношення до цієї проблеми. Більшість лікарів не курили і не курять на момент опитування. Також відношення до куріння у більшості опитаних негативне. Відзначається розуміння лікарями проблеми впливу вторинного тютюнового диму. Це ті складові які мають бути притаманні медичним працівникам, які є важливими в їх професійній діяльності загалом і в сприянні припинення куріння зокрема. Але ж складові відношення до куріння як явища та розуміння його шкоди притаманні більшості населення України. І тут же, з розумінням шкідливості куріння, частина лікарів озвучують наступні

твердження: “... не маю права порушувати та впливати на свободу вибору іншої людини ...”, “... це вибір кожного і я його поважаю ...”, “... кожна людина сама вирішує для себе особисто: важливе бажання та ініціатива самої людини ...”, “... я можу дати пораду, пояснити, але ну поважаю їхній вибір ...”, “... 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...”, “... Але переконуватися вони самі не хочуть. Вони нібито так кажуть, що “я би кинув, я би кинув, але, але...”. Як ми бачимо це не той підхід який має бути у працівників охорони здоров’я, кваліфікованих лікарів, в питаннях протидії курінню та скороченню вживання тютюнових виробів, спонукання і надання належної допомоги [81].

Що ж стосується впливу куріння на здоров’я, то опитані лікарі вважають курінням значним фактором ризику неінфекційних захворювань і в своїй більшості цими захворюваннями вважають хвороби дихальних шляхів. Та двоє лікарів не вважають, що куріння є лідируючою причиною появи НІЗ, а дехто взагалі не думав про те що куріння є чинником НІЗ і надав таку відповідь “... 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.”. І це вже викликає тривогу. Також викликає тривогу те, що лікарі не оцінюють статус курця з метою в подальшому провести відповідну статусу консультацію та запропонувати належну допомогу, а лише визначають курить пацієнт чи ні за вторинними (зовнішніми) ознаками. Лікарі надали наступні відповіді: “... особливо помітно (за зовнішніми ознаками), мені здається, у чоловіків і жінок, які мають великий досвід куріння...”, “... люди які палять, вони мають жовтувато-зеленуватий відтінок шкірних покривів. Тобто вони бліді, може проявляться блідість. Можуть проявляться 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 ...”, “... 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..." [81].

71% опитаних лікарів відповіли що роблять відповідні позначки про пацієнтів-курців в електронній формі медичної документації. Та лише 66% із цих 71% сказали що роблять це завжди, решта ж лише за певних обставин: молоді жінки - майбутні матері, вагітні, підлітки). Хоча відповідна позначка в медичній документації є обов'язковою та лікарі про це не знають. Навіть третина опитаних зазначила що наявність позначки про те що пацієнт є курцем в подальшому ніяк не враховується при лікуванні основного захворювання [81].

Консультаванням пацієнтів щодо відмови від куріння займаються майже всі опитані, лише кілька лікарів відповіли що їх на це бракує часу. Та консультавання носить вибірковий характер і частіше спрямовано не на всіх курців, а на певні категорії: вагітні, підлітки, пацієнти з певними хронічними захворюваннями. Щодо консультавання курців маємо наступні відповіді: "... 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 ...", "... Подумайте про свою сім'ю. Подумайте про свій організм. Подумайте про оточуючих ...", "... 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 ...", "... От для чоловіків... давити на їхню чоловічу проблему. От ти будеш палити і буде імпотенція в майбутньому все більше і більше прогресувати ...", "... 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 ...", "... Вони то як, смиренно вислуховують, смиренно погоджуються <...> Вони все слушно вислухають, але не роблять висновки ...". Пацієнти курці, зі слів опитаних лікарів, реагують наступним чином на спонування лікарів кинути

курити: “... Пояснюють, що курили, діди курили, ще хтось там в родині кутив, і нічого їм не було. І чому я маю відмовлятися? ...”, “... Ну, є навіть такі, що я розумію, що це шкідливо, но я не покину ...”, “... 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 ...”, “... Я кажу, молодші люди більш поблажливіше, а старші люди ну якось так: “А, що ти там говориш. Кутив і буду курити ...”, “... Але все ж таки для курців з тривалим стажем це робота не однієї консультації і не кількох навіть. Це постійно треба нагадувати ...”, “... 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 ...”, “... Був навіть випадок, коли ми прораховували просто на калькуляторі, скільки грошей той пацієнт витрачає на це ...”, “... я кажу, що ти приїжджаєш, приходиш, ти накурився, до тебе приїжджає внук і він буде дихати твоїм перегаром. Ти йому будеш шкодити ...”, “... 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 ...”, “... Мотивація була проста, коли він кидав, він набирив вагу. Коли він хотів зменшити ступінь налипання ваги, він починав курити ...”, “... вони на період захворювання кидають курити, але потім їм стає, звісно, краще, вони одужують і часто повертаються до цієї звички ...” [81]. З даних відповідей видно, що опитані лікарі не отримували відповідного навчання ні при отриманні спеціальності ні в процесі безперервного професійного розвитку.

Як бачимо з відповідей, які надали діючі лікарі загальної практики – сімейної медицини очевидно що вони потребують отримання відповідних знань та набуття відповідних навичок щодо тютюнової залежності та припинення вживання тютюну.

3.3. Навчальна дисципліна

ВООЗ як міжнародна організація, так і її структурні регіональні підрозділи, інші державні та громадські об'єднання рекомендують включити тютюнову залежність та припинення вживання тютюну до основної навчальної програми та до безперервного професійного навчання в рамках медичних, стоматологічних, медсестринських, фармацевтичних та інших відповідних університетських курсів (бакалаврських та магістерських) та до іспитів на отримання ліцензії та сертифікації. Вже в 2019 році трохи більше половини країн Європейського регіону ВООЗ (55%) повідомили, що вони включили дисципліну «тютюнова залежність і припинення вживання тютюну» до навчальних програм медичних інститутів. В таблиці 3.2 наведено приклад тем такої навчальної дисципліни для медичних закладів вищої освіти рекомендований Європейська мережа профілактики куріння та тютюнокуріння [17]. Базові дії – навчання та зниження поширеності куріння серед працівників охорони здоров'я сформулюють ґрунтовну основу для сприяння особам, які бажають кинути курити, яка функціонуватиме не дивлячись на нові виклики та загрози.

Таблиця 3.2

**Приклад тем навчальної дисципліни «тютюнова залежність і припинення
вживання тютюну»**

Загальні цілі	Цілі	Період*
Інформація про поширеність споживання тютюну та фактори початку споживання	Основні епідеміологічні властивості споживання тютюну (особистість, місце, часові тренди тощо)	Д
Інформація про шкоду споживання тютюну для здоров'я	Склад тютюнового диму та вплив на здоров'я	Д
	Вплив куріння на дихальну систему	Д, К
	Вплив куріння на серцево-судинну систему	Д, К
	Вплив куріння на рак та кровотворну систему	Д
	Вплив куріння на сечостатеву систему	Д
	Вплив куріння на вагітність та дітей	Д
Тютюнова залежність та її значення для окремих людей і населення	Нейробіологічна основа тютюнової залежності	Д, К
	Когнітивні та поведінкові аспекти тютюнової залежності	Д, К
Вплив споживання тютюну на довкілля	Якість повітря в приміщеннях та забруднювачі	Д
	Забруднення довкілля, небезпека пожеж	Д
Соціальні та економічні ефекти споживання тютюну	Вплив на окремих осіб	Д
	Вплив на спільноту	Д
Законодавство щодо боротьби проти тютюну	Міжнародний рівень (РКБТ Рамкова конвенція ВООЗ з боротьби проти тютюну)	Д
	Національний рівень (національне законодавство)	Д
Концепція боротьби проти тютюну та її стратегії	Стратегії MPOWER	Д
	Відповідне національне законодавство, наприклад, Національна програма з боротьби проти тютюну	Д
Роль лікаря у боротьбі проти тютюну та відповідна поведінка	Поведінка без куріння як рольова модель	Д, К, І
	Допомогти курцям припинити куріння, застосовуючи принципи «5A» та «5R»	Д, К, І
	Науково обґрунтовані методи припинення куріння	К
	Припинення куріння у клінічній практиці	І
	Профілактика рецидивів	Д, К, І
	Адвокація та лідерство у сфері боротьби проти тютюну	К, І
	Обережність щодо маніпуляцій тютюнової індустрії та здатність протидіяти їм	К, І
	Припинення куріння в конкретній групі населення: хірургія, ХОЗЛ, хвороби серця, психічні захворювання, вагітність	І
	Роль засобів масової інформації у боротьбі проти тютюну	Д
Боротьба проти тютюну в повсякденному житті та робота з відповідними установами	Урядові та неурядові організації у сфері боротьби проти тютюну	Д

Умовні позначення: **Д** – доклінічний період, теоретичне навчання (1-3 курси); **К** – клінічний період, практичне навчання (4-6 курси); **І** – інтернатура

ВИСНОВКИ

Споживання тютюну (куріння) – нікотинова залежність – це проблема, яка через свій подвійний вплив на здоров'я людини, завдає значної шкоди громадському здоров'я, спричиняючи негативні та інколи незворотні наслідки практично для всіх сфер життєдіяльності людини. Цю шкоду відчують медична та соціальна сфери, через високий попит на допомогу та обслуговування пацієнтів і відвідувачів, з проблемами спричиненими куріння. Страждає економіка країни яка одночасно повинна утримувати медичну і соціальну сфери з однієї сторони, та недоотримувати у вигляді недовиробництва суспільних благ через лікарняні, передчасні інвалідність і смертність працездатних членів суспільства. Екологічна складова впливу споживання тютюну є не менш важливою, тому що для вирощування та виробництва тютюну та тютюнових виробів витрачаються дорогоцінні природні ресурси, а відходи які виникають в результаті споживання тютюну є значними та потребують спеціального підходу до їх утилізації. Сприяння особам які хочуть припинити курити вирішує всі ці проблеми при належному підході до реалізації цього процесу.

Сприяння особам, які бажають припинити курити може розглядатися в двох аспектах – як система і як процес. Але в обох випадках на першому місті знаходяться знання про тютюнову залежність та припинення вживання тютюну і кваліфіковані медичні працівники, які допомагатимуть бажаючим припинити курити подолати залежність. Медичні працівники окрім практичної допомоги повинні ще бути прикладом і самі не споживати тютюн. Медики не просто повинні допомогти при зверненні, вони ще й повинні спонукати до цього звернення. Чим вища поширеність вживання тютюну серед працівників охорони здоров'я то тим нижчою буде ефективність допомоги у припиненні куріння. ВООЗ рекомендує першочергово звертати увагу на медичних працівників, які курять і сприяти їм у припиненні куріння. Безпосередньо здійснюючи інтервенцію щодо медичних працівників з відмови від куріння, тим самим

знижуючи поширеність ми опосередковано впливатимемо на поширеність куріння в популяції та ініціюватимемо курців до запиту на допомогу.

На мою думку найдієвішим є спосіб коли відповідні інтервенції з медичними працівниками проводяться етапі навчання. Тобто в період здобуття медичних професій студенти мають отримувати знання про тютюнову залежність та припинення вживання тютюну і піддаватися профілактуючому впливу навчального закладу, навчального середовища, взаємодії з викладачами – лікарями за професією. Головна мета такого втручання це знизити поширеність куріння до переходу студента в професію і роботу в лікувальний заклад одночасно забезпечивши їх відповідними знаннями.

Медичним навчальним закладам поставити за мету та реалізувати зниження поширеності куріння серед студентів до 5% не лише під силу і реально, а й престижно. Це відповідає і вимогам часу і їхньому соціальному обов'язку.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. United States National Cancer Institute and WHO. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. NCI Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda: U.S. DHSS, NIH, NCI, and Geneva: World Health Organization; 2016.
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519.
4. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/tobacco>
5. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva: World Health Organization; 2024.
6. Global Burden of Disease Study (GBD) 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. Published online May 27, 2021 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7) accessed June 7, 2021.
7. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva: World Health Organization; 2024.
8. It's time to invest in cessation: the global investment case for tobacco cessation. Geneva: World Health Organization; 2021.
9. Hooking the next generation: how the tobacco industry captures young customers. Geneva: World Health Organization; 2024.
10. Asma S, Mackay J, Song SY, Zhao L, Morton J, Palipudi KM, et al. The GATS Atlas. Atlanta (GA): CDC Foundation; 2015 (<https://www.gatsatlas.org/>, accessed 1 July 2022).
11. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: World Health Organization; 2024.

12. <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/ukraine?language=41>
13. Аналітичний звіт за результатами оцінки «Покращення показників з інфекційних захворювань: бар'єри та можливості системи охорони здоров'я в Україні». Українсько-швейцарський проект «Скорочення поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні»: Київ-2023.
14. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey – GATS) (укр. мова). – Київ, 2017. – 240 с.
15. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/effects-of-tobacco-on-health>
16. Що варто знати про контроль над тютюном загалом та в Україні?: Київ-2020.
17. ENSP Tobacco Dependence Treatment Guidelines. ENSP Guidelines English Edition 2025
18. WHO FCTC Indicator Compendium (1st edition)
19. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>
20. Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3rd ed. 2008. Cambridge University Press, New York, USA. ISBN: 9780521673761.
21. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 1990, 9:701–716.
22. Maisto SA, Galizio M, Connors GJ, eds. Drug use and abuse, 4th ed. Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning, 2004.
23. Picciotto M. Molecular biology and knockouts of nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
24. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.

25. Benowitz NL. Cardiovascular toxicity of nicotine: pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations. In: Benowitz NL, ed. *Nicotine safety and toxicity*. New York, NY, Oxford University Press, 1998, 19–28.
26. Jarvis MJ. ABC of smoking cessation: why people smoke. *British Medical Journal*, 2004, 328:277–279.
27. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol* 1992;11:331-4.
28. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
29. West R, Shiffman S. *Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice*. Oxford: Health Press Limited, 2004.
30. Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD10, DSMIIIR, and DSMIV. *Addictive Behaviors*. 1999;24:155–166.
31. MCCulough A., Fisher, Goldstein AO, Kramer K, Ripley-Moffitt C. Smoking as a vital sign: prompts to ask and assess increase cessation counselling. *J Am Board Fam Med* 2009;22(6):625-632.
32. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: World Health Organization; 2024.
33. Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989;12:159–182.
34. Shiffman S., Waters A., Hickcox A., The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence, *Nicotine Tob.Res.* 2004;6(2),:327-48.
35. Piper M.E., Piasecki T.M., Federman E.B., Bolt D.M., Smith S.S., Fiore M.C., Baker T.B. A Multiple Motives Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(2):139-154.

36. Walker MS et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2006; 15:2370–2377.
37. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 1992;47:1102–1114.
38. Kotz D, Brown J, West R. Predictive validity of the motivation to stop scale (MTSS): A single-item measure of motivation to stop smoking. *Drug Alcohol Depend.* 2013;128(2):15-19.
39. Dempsey D, Jacob P III, Benowitz NL. Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. *Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2002;301:594–598.
40. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-1756.
41. Hospital Anxiety and Depression Scale. <http://www.gla-assessment.co.uk/products/hospital-anxiety-and-depression-scale-0>
42. Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, et al. Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. Anxiety and Depression Short Scale: norms for its use in rehabilitation.]. *Monaldi Arch Chest Dis* 2006;66:255–263.
43. The Patient Health Questionnaire. <http://www.patient.co.uk/doctor/patient-health-questionnaire-phq-9>
44. The Beck Depression Inventory – II.
[http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\)/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\).aspx](http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II(BDI-II)/BeckDepressionInventory-II(BDI-II).aspx)
45. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. 2012;ISBN: 978 92 4 156443 4.
46. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network metaanalysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.

47. Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation. *Addiction* 2011;106:1819-1826.
48. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD003999.pub4.
49. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.:CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
50. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012;107(6):1066-73.
51. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 6. Art. No.: CD005084. DOI: 10.1002/14651858.CD005084. pub3.
52. WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization 2003, updated reprint 2004, 2005
53. Cabrera OA, Gostin LO. Human rights and the framework convention on tobacco control: mutually reinforcing systems. *Int J Law Context*. 2011;7(3):285–303.
54. What are human rights. In: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner [website]. New York (NY): United Nations; 2018 (<https://www.ohchr.org/en/issues/pages/whatarehumanrights.aspx>).
55. Status of ratification interactive dashboard: ratification of 18 international human rights treaties. In: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 2019 (<http://indicators.ohchr.org>).
56. van der Eijk Y. The convention on the rights of persons with disabilities as a tobacco control tool in the mental health setting. *Tob Control* 2018;27(6):637–42.

57. Meier B. Breathing life into the framework convention on tobacco control: smoking cessation and the right to health. *Yale J Health Policy Law Ethics* 2005;5(1):137–92 (<https://digitalcommons.law.yale.edu/yjhple/vol5/iss1/3>).
58. General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24). Geneva: UN Committee on the Rights of the Child (CRC); 17 April 2013. (<https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=51ef9e514>).
59. Gispén ME, Toebe B. The human rights of children in tobacco control. *Human Rights Q*. In press.
60. Kuntz B, Zeiher J, Lampert T, Starker A. Passivrauchbelastung der Bevölkerung in Deutschland: 10 Jahre Bundesnichtraucherschutzgesetz [Passive smoke exposure of the population in Germany: 10 years of the Federal Non-Smoker Protection Act]. *Epidemiologisches Bulletin* 2017;33:326–9 (<https://edoc.rki.de/handle/176904/2755>).
61. Briefing: children's rights and toxics. London: Child Rights International Network; 2018 (https://www.crin.org/sites/default/files/childrens_rights_and_toxics_-_footnotes.pdf).
62. Toebe B, Gispén ME, Been JV, Sheikh A. A missing voice: the human rights of children to a tobacco-free environment. *Tob Control* 2018;27:3–5.
63. Mann JM. Medicine and public health, ethics and human rights. In: Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ, editors. *Health and human rights: a reader*. New York (NY):Routledge; 1999:439–52.
64. Dresler C, Marks SP. The emerging human right to tobacco control. *Human Rights Q*. 2006;28(3):599–651.
65. Spires M, Rutkow L, Feldhaus I, Cohen JE. The World Health Organization's MPOWER framework and international human rights treaties: an opportunity to promote global tobacco control. *Public Health* 2014;128(7):665–7.
66. <https://fctc.who.int/ru/convention>
67. <https://fctc.who.int/ru/who-fctc/overview/parties>
68. Рамкова конвенція БООЗ із боротьби проти тютюну.
https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897_001#Text

69. MPOWER brochures and other resources. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/tobacco/mpower/publications/en/>).
70. <https://www.emro.who.int/tfi/mpower/index.html>
71. <https://mpowerportal.org/offer>
72. Guidelines for implementation of Article 14. WHO Framework Convention on Tobacco Control. 1 January 2013 | Technical document
73. <https://zakon.rada.gov.ua/laws>
74. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-XII
75. Закон України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» від 22 вересня 2005 року № 2899-IV
76. Закон України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, спиртових дистилатів, біоетанолу, алкогольних напоїв, тютюнових виробів, тютюнової сировини, рідин, що використовуються в електронних сигаретах, та пального» від 18 червня 2024 року № 3817-IX
77. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 4 червня 2008 р. № 797-р «Про схвалення Концепції Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на 2008-2012 роки»
78. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26 липня 2018 р. № 530-р «Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку»
79. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2012 № 601 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів»
80. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»

81. 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». Січень 2023 року