

PROCJENA EFIKASNOSTI BIHEVIORALNO - KOGNITIVNE METODE SAVJETOVANJA ZA PRESTANAK PUŠENJA U PORODIČNOJ MEDICINI

¹Selvedina Sarajlić, ²Nurka Pranjić, ²Sabina Bećirović, ³Senad Huseinagić

¹Edukativni centar porodične medicine, Dom zdravlja Zenica, 72 000 Zenica, BiH

²Katedra za medicinu rada, Medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli, 75 000 Tuzla, BiH

³Zavod za javno zdravstvo Zeničko- Dobojskog kantona, 72 000 Zenica, BiH

originalni naučni rad

Sažetak

Uvod Korist od prestanka pušenja je nemjerljiva u bilo kojoj životnoj dobi. **Cilj** istraživanja je komparativna evaluacija i procjena efikasnosti krajnjeg rezultata prestanka pušenja metodama tri najčešće primjenjivane bihevioralno- kognitivne nefarmakološke intervencije u svakodnevnom radu porodičnog ljekara. U procesu odvikavanja korišten je 5P model. **Metode i ispitanici:** Program bihevioralno kognitivnih intervencija za prestanak pušenja je proveden u ambulantama porodične medicine u Domu zdravlja Zenica, u registriranih pacijenata- pušača dobi >od 17 godina, u periodu 2005. do 2009. godine. Ukupno je realizovano 8.366 intervencija-savjetovanja. Promotivne intervencije provedene su u tri faze primjenom različitih aktivnosti čiji je krajnji rezultat prestanak pušenja bilježen i evaluiran za svaku posebno: 1. kratkotrajni intervju o pušačkom statusu i sistematična identifikacije pušačkog statusa u 375 zdravstvenih kartona pacijenata i evaluacija efikasnosti tretmana (re-test) uz ponovljenu aktivnost u periodu od 6-12 mjeseci kasnije; 2. individualno kratkotrajno savjetovanje u trajanju od 3-10 minuta u okviru nekog terapijskog odnosa i evaluacija efikasnosti tretmana (re-test) uz ponovljenu aktivnost u periodu od 6-12 mjeseci kasnije; 3. kontinuirano, kontrolirano savjetovanje pušača sa zakazivanjem posjeta za podršku pri prestanku pušenja do postizanja cilja. Ovaj metod sadržava 5 faza: inicirano predrazmišljanje, razmišljanje, pripremu, aktivnost *prestanak pušenja* i održavanje. Efekti kontinuiranog savjetovanja pušača sa zakazivanjem posjeta praćeni su u 100 pacijenata istraživačke skupine. **Rezultati:** Primjenom individualnog kratkotrajnog savjetovanja u okviru terapijskog odnosa ljekar- pacijent postiže se zadovoljavajući efekat prestanka pušenja u 11% odnosno u 655 od ukupno 5984 pacijenata. Najbolja efikasnost prestanka pušenja postiže se primjenom kontinuiranog, kontroliranog savjetovanja pušača sa zakazivanjem posjeta za podršku jer je 55% ili 55 pacijenata od ukupno 100 prestalo pušiti. **Zaključak** Zlatni standard u borbi protiv pušenja je planirano promotivno kontinuirano savjetovanje pušača sa zakazivanjem posjeta.

Ključne riječi: bihevioralne-kognitivne intervencije za prestanak pušenja, kontinuirano savjetovanje pušača, podrška.

Uvod

Od donošenja duhana u Europu 1518. godine stavovi prema konzumaciji duhana bili su različiti, od toga da ga se smatralo lijekom za brojne bolesti do toga da se pušenje kažnjavalo. U prvim decenijama 20. vijeka postalo je društveno prihvatljivom navikom. Štetni učinci pušenja prvi su puta dokazani prije pedesetak godina. Pušenje duhana je epidemiološko pandemijska bolest za-

visnosti, a ovisnost stvara nikotin (Jemal i sar. 2005). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije najznačajniji faktor rizika u zemljama u razvoju je pušenje. Duhanski dim sadrži preko 4000 komponenti, uključujući otrove, mutagene i preko 50 karcinogenih supstanci. Uzrokuje širok spektar oboljenja. U svijetu od direktnih i indirektnih posljedica pušenja godišnje umire preko 2.5 miliona ljudi (Anonymous, 2000).

Duhanski dim sadrži i iritanse koji dovode do

pojačanog stvaranja sluzi, oštećenja funkcije ciliarnog epitela i sužavanja bronhiola, te do razvoja hronične opstruktivne plućne bolesti (HOPB) (Pauwels i sar. 2001). Smrtnost od te bolesti šest je puta učestalija u pušača nego u nepušača. Pušenje je ujedno predisponirajući faktor za respiratorne infekcije i egzacerbacije astme. U trudnica koje puše, ugljikov monoksid smanjuje opskrbu ploda kisikom, što nosi rizik za razvoj čeda (Dol i sar. 2004).

Pušenje predstavlja vodeću bolest ovisnosti (F17.2) u Bosni i Hercegovini. Pušenje duhana se smatra među glavnim riziko faktorima za kardiovaskularna oboljenja, i značajan broj karcinoma. Neophodno je, prema preporukama iz Aldeaide 1988. godine (Anonymous, 1986) uticati na to rizično ponašanje u cilju razvijanja kako ličnog tako i kolektivnog osjećaja odgovornosti pušača za svoje i zdravlje zajednice. Do sad vođene akcije u cilju smanjenja upotrebe duhana od strane javnozdravstvenog sektora, rezultirale su saznanjima o štetnosti upotrebe duhana i zdravstvenim rizicima koji proizilaze iz takvog stila življenja (Batić-Mujanović i sar. 2004). Prevalenca pušenja kod odraslih je 37.6% od čega 49.2% kod muškaraca i 29.7% kod žena. Prevalenca pasivnog pušenja je 37.8%.

Procjenjuje se da 70% pušača barem jednom godišnje posjeti svog ljekara u porodičnoj medicini, a 90% u periodu od 3 godine (Anonymous, 2000). Zato je ordinacija porodične medicine mjesto gdje se mogu i trebaju provoditi javnozdravstvene intervencije za unapređenje zdravlja, pa tako i intervencije kojima je cilj prestanak pušenja. Većina pušača misli da je pušenje štetno po zdravlje i želi prestati pušiti, ali im nije lako jer je ovisnost o nikotinu jedna od najjačih poznatih ovisnosti (Batić-Mujanović i sar. 2008). Većina pušača pokušava prestati pušiti bez medicinske pomoći, ali su rezultati daleko bolji ukoliko se u proces uključi ljekar i njegov tim (Čivljak i Soldo, 2012). Korist od prestanka pušenja je nemjerljiva u bilo kojoj životnoj dobi. Postoje djelotvorne intervencije za odvikavanje od pušenja i stoga su timovi porodične medicine dužni pacijentima koji žele prestati pušiti osigurati pomoć pri odvikavanju. Pušačima koji ne žele prestati pušiti treba ponuditi kratki savjet koji ima za cilj motivirati ih na prestanak pušenja, ali i aktivno pomoći svakom

pušaču koji želi prestati pušiti (Cornuz i sar. 2000). Brojni faktori utiču na preventivni rad liječnika u tom području, kao što su nedostatak vremena i nedovoljna edukacija za provođenje programa za odvikavanje od pušenja (Vogt i sar. 2005). Također, na preventivno djelovanje liječnika utječu i njihovi osobni stavovi prema toj intervenciji, kao i vlastito zdravstveno ponašanje (Cornuz i sar. 2000). Nerijetko ljekari misle da pacijenti ne žele promijeniti svoje ponašanje i da nisu dovoljno motivirani te da je diskutiranje o prestanku pušenja neugodno za pacijenta i u konačnici neefikasno (Cornuz i sar. 2000; Vogt i sar. 2005). Dodatni problem koji se pojavljuje u praksi je da motivirani ljekari porodične medicine u svom radu s pušačima ne uzimaju u obzir stadij u kojem se pušač nalazi te je intervencija neprilagođena njegovim potrebama što često dovodi od frustracije i ljekara i pacijenta (Džono-Boban i sar. 2007). Cilj našeg istraživanja je komparativna evaluacija i procjena efikasnosti krajnjeg rezultata prestanka pušenja kognitivno-bihevioralnim metodama individualnog savjetovanja po modelu 5P (egl.: model 5A) u tri najčešće primjenjivana vremenska intervala u svakodnevnom radu porodičnog ljekara. Pristup 5P u procesu odvikavanja od pušenja podrazumijeva: pitati svakog pacijenta starijeg od 10 godina i registrirati njegov status; poticati *svakog pušača da prestane pušiti*; procijeniti u kojoj se fazi određeni pacijent nalazi i nivo njegove motivacije, i pratiti pacijenta u odnosu na poteškoće i recidive (Lancaster i Stead, 2004).

Materijal i metode

Istraživanje je provedeno na osnovu analize podataka prikupljenih u okviru implementacije radno-edukativnog projekta podrške pacijentima-pušačima u cilju inicijacije procesa odvikavanja od pušenja. Nosilac projekta bio je Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zeničko-Dobojskog (Ze-Do) kantona. Projekat je realizovan u periodu 2005. - 2009. godine u ambulantama porodične medicine Doma zdravlja Zenica, u registriranih pacijenata, pušača dobi >od 17 godina. Podaci neophodni za realizaciju ovog istraživanja, kao i cijelog projekta prikupljeni su metodom 5P, intervjuisanjem i evidentiranjem podataka o pušačkom statusu u zdravstveni karton pacijenata, na zato posebno

kreiranom obrascu. Evidentirani su i savjetovani svi pušači koji su u navedenom periodu posjetili P/O ljekara.

Intervencijska metoda u istraživanju je nefarmakološka, bihevirolno-kongitivna odnosno savjetovanje. *Savjetovanje* je definisano kao verbalna uputa za prestanak pušenja koju ljekar daje pacijentu- pušaču, bez obzira da li takva informacija govori o štetnim učincima pušenja (Lancaster i Stead, 2004). Stručne smjernice preporučuju zdravstvenim djelatnicima davanje jednostavnih kratkih savjeta rutinski svim pušačima s kojima dođu u kontakt (Coleman, 2004). Iako su rezultati pojedinih istraživanja različiti, dokazano je da je efikasnost ljekarskog savjetovanja o prestanku pušenja veća kod pacijenata s već ustanovljenom dijagnozom ove bolesti ovisnosti u poređenju sa savjetovanjem u općoj populaciji (Coleman, 2004; Lancaster i Stead, 2005).

Provdjene su i komparirane individualne intervencije savjetovanja o prestanku pušenja u neposrednom kontaktu (face-to-face) u trajanju od najmanje 3, 5 i 10 minuta po modelu 5P.

Savjet liječnika i intenzivne bihevirolne intervencije odvikavanja od pušenja po modelu ili pristupu 5P (*sa engl.: 5A model*) (Lancaster i Stead, 2004).

Postupak 5P sadrže:

Pitati: registrovati pušački status svakog pacijenta starijeg od 10 godina;

Poticati: podsticati svakog pušača da prestane pušiti tako da ga se jasno i nedvosmisleno upozori da time narušava svoje zdravlje i zdravlje najbližih i motivirati pacijenta da sam razmišlja o svom zdravlju, te donese odluku o promjeni načina života.

Procijeniti: procijeniti u kojoj se fazi određeni pacijent nalazi, te koliko je motiviran za prestanak pušenja.

Pomoći: Na osnovi procjene svakom pacijentu se može pomoći, ovisno o stadiju u kojem se trenutno nalazi. Onima koji ne žele prestati treba dati kratki savjet o prednostima prestanka pušenja s naglaskom na činjenicu da je to svakako njihova vlastita odluka te da su im naša vrata uvijek otvorena. Onima koji razmišljaju o prestanku pušenja, pripremaju se ili su nedavno prestali pušiti ponuditi aktivnu pomoć; upoznati s edukativnim materijalima, uspostaviti aktivnu suradnju, objasniti simptome apstinencijske krize te razmo-

triti upotrebu farmakoterapijskih sredstava i metoda za prevladavanje apstinencijske krize. Bivše je pušače potrebno učvrstiti u njihovoj odluci da takvi i ostanu, jer je to ipak jedna od najboljih mogućih odluka koju osoba može napraviti za svoje zdravlje.

Pratiti: Ovisnost o nikotinu spada u teške oblike ovisnosti, zbog čega je proces odvikavanja od pušenja praćen nizom poteškoća s kojima se pacijent često ne može sam suočiti. Preporučuje se naručiti pacijenta na kontrolu tjedan dana nakon datuma prestanka. Kontrole treba ponoviti: za 1 mjesec, za 3 mjeseca, te zadnju nakon 6 mjeseci. Praćenje je iznimno bitno u samom procesu odvikavanja, jer se radi o bolesti iz grupe ovisnosti i recidivi su vrlo česti. Ljekar na kontrolnom pregledu pacijentu treba dati dodatnu motivaciju da izdrži, da ne „poklekne“ i zapali cigaretu ponovno.

Koliko će osoba biti uspješna u prestanku pušenja ovisi o stepenu ovisnosti o nikotinu i individualnoj motivaciji za prestanak pušenja, tj. o spremnosti na promjenu (Doll i sar. 2004). Prema dobro prihvaćenom transteorijskom modelu, pušači se na temelju spremnosti za prestanak pušenja mogu svrstati u nekoliko stadija: prekontemplacija (ne želi prestati pušiti), kontemplacija (razmišlja o prestanku pušenja, ali ne u bliskoj budućnosti, najčešće u sljedećih 6 mjeseci), priprema (planira prestati pušiti u skoroj budućnosti, tj. u sljedećih mjesec dana), akcija (pokušava prestati tj. prestao je pušiti u zadnjih 6 mjeseci) i održavanje (aps tinira od pušenja već duže vrijeme, ali radi na tome da spriječi relaps) (Lancaster i Stead, 2005; Džono-Boban i sar. 2007; Čivljak i Soldo, 2012). Istraživanje je provedeno u dva tima porodične/ obiteljske (P/O) medicine Radakovo, Zenica. Urađena je revizija početnog stanja u oblasti identifikacije i dokumentovanja pušačkog statusa u zdravstvenom kartonu pacijenata, i revizija stanja godinu dana poslije. Kako bi mogli izvršiti evaluaciju rezultata ove intervencije urađena je evaluacija početnog stanja i stanja nakon godinu dana. Evaluacija je provedena putem revizije (engl. audit) čije je glavno pitanje: u kom procentu je identifikovan i dokumentovan pušački status u zdravstveni karton pacijenata. Zlatni standard provedenog je identifikovan i dokumentovan pušački status svakog pacijenta.

Istraživanje u projektu provedeno je u tri faze, i to:
1. *Faza pitanja* u procesu odvikavanja od pušenja tokom kratkotrajnog intervjua. Dobijaju se i bilježe podaci za sistematičnu identifikaciju pušačkog statusa u zdravstveni karton pacijenata.

2. *Faza podrške pacijentima* pri prestanku pušenja uz individualno kratkotrajno savjetovanje u trajanju od 3-10 minuta.

3. *Faza pomoći, savjetovanja i praćenja pacijenata.*

U okviru nekog terapijskog odnosa i evaluacija efikasnosti tretmana rađen je re-test uz ponovljenu aktivnost 6-12 mjeseci kasnije. Istraživanje u projektu je realizovano u 10 ambulanti porodične medicine na području Ze-Do kantona uz učešće 10 specijalista porodične medicine, u periodu od 01.06.2007. do 31.12. 2007.

Nakog procjene pušačkog statusa, pušači su savjetovani u skladu sa pušačkom fazom. Na osnovu te procjene određena je i vrsta datog savjeta, kao i dužina trajanja savjetovanja. Odabir vrste datog savjeta zavisio je od procjenjene motivisanosti pacijenta za prestanak pušenja, tj. faze u kojoj se u tom momentu nalazio (pristup 5P).

A – jasno savjetovati prestanak pušenja, informisati o dobrobitima i rizicima, podstaći na razmišljanje, ponuditi pomoć;

B – poručiti prestanak pušenja, identifikovati pacijentove razloge za i protiv prestanka, identifikovati prepreke i ponuditi pomoć;

C – podržati odluku o prestanku, ustanoviti precizan plan (datum prestanka, identifikovati rizične situacije i strategiju ponašanja za rizične situacije);
D – identifikovati, a onda anticipirati rizične situacije, planirati strategiju za rizične situacije i upoznati sa simptomima odvikavanja, motivacioni razgovor;

E/G – cilj održati apstinenciju, prevencija relapsa – identifikovati rizične situacije, prepoznati simptome relapsa i planirati strategiju za prevazilaženje poteškoća, motivirati pacijente da ustraju u svojoj odluci, pohvaliti ih i jasno pružati podršku i pomoć.

Savjetovanje je rađeno u skladu sa pušačkim statusom, gdje se faza A – prekontemplacija odnosi na pušače koji nemaju namjeru prestati pušiti za 6 mjeseci; faza B – kontemplacija se odnosi na pušače koji namjeravaju prestati pušiti za \leq 6 mjeseci; faza C – priprema se odnosi na pušače

koji namjeravaju prestati pušiti za \leq 30 dana; faza D – akcije se odnosi na bivše pušače koji su prestali pušiti unazad 6 mjeseci; i faza E – konsolidacije se odnosi na bivše pušače koji su prestali pušiti prije više od 6 mjeseci.

Za rezultate ovog istraživanja analizirani su samo oni podaci, koji su se odnosili na pušače, koji su u navedenom periodu imali dvije posjete timu porodične/ obiteljske medicine (P/O timu) pri kojima se koristio «trenutak pogodan za učenje», promjenu pušačke prakse i prestanak pušenja. Istraživanje je provedeno od januara do decembra 2008. godine, metodom anketiranja upitnikom. Uključeno je ukupno 200 pacijenata i formirane su dvije skupine. Prvu skupinu (istraživačku ili eksperimentalnu) su sačinjavali pacijenti koji su već ušli u program savjetovanja pacijenata za promjenu pušačke prakse. Proces odvikavanja od pušenja pacijenata vodilo je dva ljekara P/O medicine koji su prošli edukaciju o savjetovanja pacijenata za promjenu pušačke prakse. Evidentirali su podatke i informacije od značaja za odgovore na postavljena istraživačka pitanja. Kontrolna skupina je obuhvatila 100 pacijenata pušača koji su izjavili da nisu bili savjetovani od strane ljekara o potrebi promjene pušačke prakse, odabranih metodom slučajnog uzorka. U kontrolnoj skupini podatke smo uzimali retrospektivno za već navedeni period.

Upitnik

Anketni list je sačinjavalo 6 pitanja. Prvo pitanje se odnosilo na odgovor da li je bilo kad pacijent savjetovan od P/O tima o potrebi odvikavanja od pušenja. Naredna dva pitanja su se odnosila na broj zdravstvenog kartona i životne dobi pacijenta, a slijedeća 4 pitanja sa podpitanjima su se odnosila na pušački status, broj dnevno popušanih cigareta, stepen nikotinske ovisnosti, na čiju inicijativu se odlučuje prestati pušiti i da li je kada bio savjetovan od P/O ljekara. Pošto neka pitanja nije bilo moguće ukratko formulirati na način shvatljiv starijim i/ili neobrazovanim pacijentima, pitanja su verbalno prilagođavana svakom pacijentu.

Statistička obrada je napravljena u programskom paketu SPSS 12.0 (Chicago, IL, USA). Napravljeni su osnovni testovi deskriptivne statistike, sa prikazom mjera centralne tendence i disperzije.

Učinjeno je testiranje svake varijable za pripadnost normalnoj distribuciji, koristeći Kolmogorov-Smirnoff test, te histogramski prikaz. Kvantitativne varijable za komparacije više od 2 aritmetičke sredine su komparirane koristeći ANOVA analizu. Kategorijske varijable su analizirane χ^2 testom. Testiranje postojanja signifikantnih veza između varijabli je učinjeno koristeći oba testa korelacije, dakle i parametrijsku Pearsonovu i neparametrijsku Spearmanovu, zavisno od potrebe.

Rezultati

Istraživanje je provedeno na početnom uzorku od 8.353 pušača. U napred navedenom periodu pri prvoj posjeti timu O/P medicine, a u toku rješavanja nekog terapijskog problema u zdravstvenom kartonu je evidentiran pušački status i provedeno triminutno savjetovanje o prestanku pušenja za 8.353 pušača (intervencija ohrabivanja podrške pacijentima pri donošenju odluke o prestanku pušenja). Komparativnom metodom uočili smo da je ova kratka intervencija ishodila pozitivnim rezultatom prestanka pušenja u 4% ili ukupno 334 pacijenata- pušača.

Šest hiljada četrdeset sedam pacijenata- pušača je u istraživačkom periodu po drugi put posjetilo P/O ljekara i bilo podvrgnuto medicinskoj intervenciji individualnog ljekarsog savjetovanja u trajanju od 3 – 10 minuta.

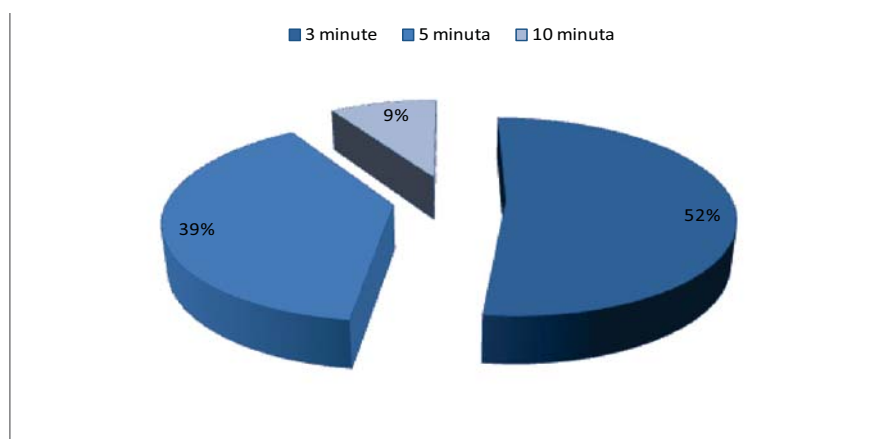
Ukupno je realizovano 8.366 intervencija-savjetovanja. Najviše 4267 (51%) pacijenata je bilo savjetovano u trajanju od 3 minute (A strategija za intervenciju), nešto manje 3263 (39%) u trajanju od 5 minuta (B i C strategija za intervenciju, a

najmanje je pacijenata 836 savjetovano u trajanju od 10 minuta (D i E/G strategija za intervenciju) (Slika 1).

U toku prve posjete registrovano je 5346 (64%) pušača u fazi prekontemplacije (nemaju namjeru prestati pušiti), a nakon provedenog savjetovanja registrovano je 1105 pušača manje (1105 od ukupno 5346 pušača; 20,67% manje) u ovoj fazi. Ostvareni pozitivni pomak desio se u korist faza u kojima su savjetovani pušači podstaknuti na razmišljanje o potrebi za prestankom pušenja: u fazi kontemplacije zabilježeno je 254 (od ukupno 3007 pušača u ovoj fazi ili 8,45%) nepušača više nakon provedenog savjetovanja, u fazi pripreme je 1,39% više evidentiranih nepušača nakon provedenog savjetovanja. Veoma bitan pozitivan pomak ostvaren je u fazama akcije (8,43%) i održavanja (2,40%). Ukupno je 655 ili 10,83% savjetovanih prestalo pušiti. Posebno značajan pomak ostvaren je u pogledu uspješnog odvikavanja i smanjenja broja pušača u fazi veoma jake nikotinske ovisnosti, sa učestalošću 12,25%. Međutim u ishodnim rezultatima značajno je povećan broj onih sa jakom ovisnosti o nikotinu (6,89%) i umjerenom nikotinskom ovisnošću (4,02%).

Primjenom individualnog kratkotrajnog savjetovanja u okviru terapijskog odnosa ljekar- pacijent postiže se zadovoljavajući efekat prestanka pušenja u 11% odnosno u 655 od ukupno 5984 pacijenata.

Najbolji rezultati u efikasnosti prestanka pušenja postižu se primjenom *kontinuiranog, kontroliranog savjetovanja pušača* sa zakazivanjem posjeta za podršku. Ovom metodom postiglo se da je 55% ili 55 pacijenata od ukupno 100 u



Slika 1. Struktura intervencija prema dužini trajanja savjetovanja
 Fig. 1. The structure of the intervention according duration of counselling

Tabela 1. Efekti kontinuiranog, kontroliranog savjetovanja pušača sa zakazivanjem posjeta prema skupinama (3 faza istraživanja; N=200)**Table 1.** Effects of continuous, controlled counseling smokers to schedule visits to groups (Investigation phase 3, N = 200)

Karakteristike ispitanika Characteristics of respondents	Istraživačka skupina Research group N=100	Kontrolna skupina Control group N=100	P*
Životna dob (godine) Age	Broj (%)	Broj (%)	
20-40	7 (7)	26 (26)	0.080
41-60	41 (41)	52 (52)	
>61	52 (52)	22 (22)	
Obrazovni nivo Educational level			
Osnovna škola	48 (48)	36 (36)	0.365
Srednješkolsko obrazovanje	48 (48)	62 (62)	
Viša/visoka naobrazba	4 (4)	2 (2)	
Procjena motiva Assessment of motives			
prekontemplacija	56 (56)	85 (85)	0.002
kompletacija	36 (36)	8 (8)	
priprema	8 (8)	2 (2)	
akcija	0	5 (5)	
Broj popušanih cigareta/dan Number of cigarettes smoked per day			
1-10	6 (6)	23 (23)	0.050
11-20	66 (66)	62 (62)	
>21	28 (28)	15 (15)	
Procjena stepena nikotinske ovisnosti Assessment of degree of nicotine dependence			
blaga	3 (3)	4 (4)	0.040
umjerena	11 (11)	26 (26)	
jaka	81 (81)	46 (46)	
veoma jaka	6 (6)	24 (24)	
Stepen nikotinske ovisnosti na kraju istraživanja The degree of nicotine dependence at the end of the research			
Procjena motiva Assessment of motives			
prekontemplacija	5 (5)	67 (67)	0.001
kontemplacija	19 (19)	13 (13)	
priprema	21 (21)	5 (5)	
akcija	0	7 (7)	
Broj popušanih cigareta/dan Number of cigarettes smoked per day			
1-10	11 (11)	29 (29)	0.040
11-20	33 (33)	53 (53)	
>21	1 (1)	11 (11)	
Procjena stepena nikotinske ovisnosti Assessment of degree of nicotine dependence			
blaga	0	2 (2)	0.002
umjerena	14 (14)	29 (29)	
jaka	31 (31)	41 (41)	
veoma jaka	0	21 (21)	

* χ^2 -test

istraživačkoj skupini prestalo pušiti (Tabela 1). Poslije godinu dana u istraživačkoj skupini je iz faze prekontemplacije (prednakane) u kojoj je bilo 56% pušača ostalo 5% pušača; iz faze kontemplacije (razmatranja) u kojoj je bilo 36% pušača preostalo pušiti 19%; u fazi pripreme (djelovanje je bilo +2 %); od 8% pušača; u fazi održavanja praćenjem otkrili smo da nije bilo pušača a ni sada ih nema. Na savjet ljekara je prestalo pušiti 55 ili 55% pacijenata! Razlike među skupinama su strogo statistički značajne ($P=0.001$). U našem istraživanju takođe su se desile pozitivne promjene u savjetovanoj skupini pacijenata u odnosu na smanjenje broja dnevno popušanih cigareta (Tabela 1). Smanjenje nikotinske ovisnosti ili promjene pušačke faze, također je u savjetovanoj u odnosu na kontrolnu skupinu značajno promijenjeno.

Diskusija

Prethodno vođene akcije u cilju smanjenja upotrebe duhana od strane javnozdravstvenog sektora, rezultirale su saznanjima o štetnosti upotrebe duhana i zdravstvenim rizicima koji proizilaze iz takvog stila življenja. Kao rezultat istraživanja u Federaciji Bosne i Hercegovine (FBiH) utvrđeno je da skoro polovina (49,6%) pušača izjavljuje da je svjesno zdravstvenih rizika vezanih za upotrebu duhana i da želi prestati pušiti (Anonymous, 2010). I pored tih saznanja stopa prestanka pušenja bez podrške ljekara varira između 0,5 i 3%, a duhanski proizvodi su i dalje vodeći uzrok morbiditeta i mortaliteta. Prestanak pušenja ili samo promjena pušačke prakse predstavlja dug i kompleksan proces. Istovremeno uz mjere unapređenja zdravlja, prevencije obuhvata i terapijski dio i mjere rehabilitacije (Batić-Mujanović i sar. 2008). Naši rezultati su optimistični jer uz kontinuiranu i kontroliranu intervenciju savjetovanja u timu porodične medicine postigli su se izvrsni pozitivni rezultati i više od polovine savjetovanih pacijenata je u cjelosti prestalo pušiti. Iz ovog se nameće potreba da se u budućnosti, pored općih mjera za smanjenje upotrebe duhana provode osposobljavanja zdravstvenih radnika za individualni rad sa pušačima. Ove promotivne aktivnosti mogle bi provoditi i educirane medicinske sestre u timu. Savjetovanje pušača može biti ciljano planirano ili u toku terapijskog odnosa, kada treba iskoristiti

“trenutke pogodne za učenje”. Kada imaju namjeru prestati pušiti, većina pušača preferira individualno savjetovanje (Doll i sar. 2004). Ovakav pristup savjetovanja u Švedskoj je također dao jako dobre rezultate (Helgason i Lund, 2002). Strategija kontrole pušenja duhana u FBiH, između ostalih aktivnosti predviđa i podršku prestanku pušenja kroz individualno savjetovanje (Anonymous, 2010). Naravno, za realizaciju ovakve strategije u borbi za smanjenje upotrebe duhana, potrebno je obezbjediti adekvatne programe edukacije i osposobljavanja zdravstvenih radnika, prije svega timova iz primarne zdravstvene zaštite. Značajan prediktor u redukciji pušenja je *zabrana pušenja na radnom mjestu* (Doll i sar. 2004). Kratke intervencije u trajanju od tri minute mogu signifikantno povećati stepen prestanka pušenja. To su savjetovanje/ vještine treninga, socijalna podrška i pomoć (White i sar. 2006). Da bi promijenila ponašanje, osoba mora vjerovati da: je lično u riziku; da će joj/mu promjena u ponašanju donijeti korist; da će socijalne norme podržati njene/njegove aktivnosti u svakoj fazi promjene ponašanja; da posjeduje vještine i resurse potrebne za promjene (Jemal i sar. 2005).

Bez obzira radi li se o kratkom savjetovanju ili savjetovanju kao dijelu intezivnijih intervencija, randomizirana su istraživanja pokazala mali ali značajni porast stope prestanka pušenja u usporedbi kada se savjetovanje ne provodi (Coleman, 2004). S javnozdravstvenog gledišta, važnost je u udjelu ljekara koji doista pružaju savjetovanje (Lancaster i Stead, 2005).

U studiji, provedenoj u četiri nordijske države (Švedska, Norveška, Finska, Island), ljekari porodične medicine najčešće se o pacijentovim navikama raspituju kad se pojave simptomi povezani s pušenjem iako većina ljekara percipira razgovor o pušenju sa svojim pacijentima kao dio svakodnevnog rada (Helgason i Lund, 2002). Jedna engleska studija je identificirala devet negativnih vjerovanja i stavova ljekara opšte i porodične medicine koji utiču na liječnikov razgovor s pacijentom o prestanku pušenja (Stead i Lancaster, 2005). Prema toj studiji ljekari smatraju da je potrebno puno vremena za razgovor, da su takvi razgovori neefikasni, neugodni i neprikladni, da nemaju dovoljno samopouzdanja u vlastitu sposobnost za vođenje takvog razgovora, niti samopouzdanja u

vlastito znanje, da vođenje takvog razgovora nije dio njihove profesionalne obveze i da predstavlja uplitanje u pacijentovu privatnost (Stead i Lancaster, 2005). Za unapređenje i veću uključenost i sudjelovanje ljekara u promociji prestanka pušenja ključni faktor je njihova odgovarajuća edukacija, sticanje novih znanja i vještina, uz savladavanje negativnih stavova i niske samoefikasnosti, identifikacija i redukcija barijera (White i sar. 2006).

Zaključak

Naročito efikasna metoda u borbi protiv pušenja je planirano promotivno kontinuirano savjetovanje pušača sa zakazivanjem posjeta. Da bi promijenila ponašanje, osoba mora vjerovati da je lično u riziku od oboljevanja, da će joj promjena u ponašanju donijeti korist i značajno unaprijediti zdravlje, kvalitet života i produžiti životni vijek. Bihevioralni pristup savjetovanja je najefikasnija nefarmakološka intervencija za pušače koji su jako motivirani za prestanak pušenja (Coleman, 2004).

Literatura

Anonymous (2000) A clinical practical guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service Report. JAMA. 283:3244-54.

Anonymous (2010) Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena zaštita u Federaciji Bosne i Hercegovine 2009. Zavod za javno zdravstvo FBiH, Sarajevo. p 53.

Anonymous (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. Health promotion; 1(4): iii-v.

Batić-Mujanović O, Pranjić N, Kušljugić Z, Beganlić A. (2004) Uloga pušenja u nastanku koronarne srčane bolesti. Opšta medicina; 10 (3-4): 140-142.

Batić-Mujanović O, Beganlić A, Salihefendić N, Pranjić N, Kušljugić Z (2008) Utjecaj pušenja na serumske razine lipida i lipoproteina u bolesnika obiteljske medicine. Med Arh. 62 (5-6): 264-7.

Coleman T (2004) Use of simple advice and behavioural support. BMJ. 328: 397-399.

Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D, Pecoud A, Paccaud F (2000) Physicians' attitudes toward prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians health habits. Fam Pract. 17:535-40.

Čivljak M, Soldo D (2012) Intervencije za prestanak pušenja

u ordinaciji liječnika obiteljske medicine. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 31 (8): 39-44.

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I (2004) Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 328:1519.

Džono- Boban A, Vrbica Ž, Čale- Mratović M (2007) Metode odvikavanja od pušenja u praksi obiteljske medicine u Dubrovačko- Neretvanskoj županiji. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 10 (3): 19-26.

Helgason AR, Lund KE (2002) General practitioners' perceived barriers to smoking cessation-related from four Nordic countries. Scand J Public Health. 30(2): 141-147.

Jemal A, Ward E, Hao Y, Thun M (2005) Trends in the leading causes of death in the United States, 1970–2002. JAMA. 294:1255–1259.

Lancaster T, Stead LF (2004) Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 4: CD000165.

Lancaster T, Stead LF (2005) Individual behavioral counseling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2: CD001292.

Pauwels RA, Buist AS, Calverey PM, Jenkis CR, Hurd SS (2001) Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease NHLBI/WHO- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop Summary. Am J Resp Crit Care Med. 163:1256-76.

Stead LF, Lancaster T (2005) Group behavior therapy program for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2: CD001007.

Vogt F, Hall S, Marteau TM (2005) General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. Addiction. 100:1423-31.

White AR, Rampes H, Campbell JL (2006) Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 1: CD000009.

THE ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF COGNITIVE BEHAVIORAL ADVISORY METHODS FOR SMOKING CESSATION IN FAMILY MEDICINE PRACTICE

¹Selvedina Sarajlić, ²Nurka Pranjić, ²Sabina Bećirović, ³Senad Huseinagić

¹Education Centre of Family Medicine, Primary Health Home Zenica, 72 000 Zenica, B&H

²Chair of Public Health, Medical Faculty University of Tuzla, 75 000 Tuzla, B&H

³Institute for Public Health Zenica- Dobojski Canton, 72 000 Zenica, B&H

original scientific paper

Summary

Introduction The benefits of patient's cessation smoking are important in any age. The goal of the research is a comparative evaluation and assessment of outcome of the three most commonly used cognitive behavioral- pharmacological interventions during smoking cessation procedures regarding 5A model in the daily work of a family medicine physicians.

Methods and patients: The behavioral cognitive intervention of cessation smoking was conducted in a Family medicine centre at the Primary health care home in Zenica among registered patients-smokers aged >17 years, from 2005 to 2009. A total of 8366 interventions were realized counseling. Interventions were carried out in three stages using various activities whose end result quitting recorded and evaluated for each particular: 1 brief interview about smoking status and systematic identification of smoking status in 375 medical records of patients and evaluation of treatment effectiveness (re-test) with repeated activity in the period of 6-12 months later; second individual short-term counseling for a period of 3-10 minutes in the framework of a therapeutic relationship and evaluation of treatment effectiveness (re-test) with repeated activity for a period of 6-12 months later, 3 continuous, controlled advising smokers to schedule visits for smoking cessation support to achieve the goal. This method includes five stages: Initiated before thinking, reflection, preparation, action and maintenance of smoking cessation. Effects of continuous counseling smokers to schedule visits were observed in 100 patients, the research group.

Results: Applying the results of individual brief counseling in the therapeutic relationship physician-patient achieves a satisfactory effect of smoking cessation in 11% or 655 of the total of 5984 patients. The best efficiency is achieved by smoking cessation applying continuous, controlled counseling smokers to schedule visits for support because the 55% or 55 out of 100 patients to stop smoking.

Conclusion: The gold standard in the fight against smoking is planned promotional continuously advising smokers to schedule a visit.

Keywords: behavioral cognitive intervention for cessation smoking, 5A model, promotional continuously advising method, support activities