

Др Гордана Сантрач-СТИЈАК,
прим. др Драгица АКУЛОВ,
прим. др Славица ЧАНТРАК,
др Драгица СПАСИЋ,
др Ковиљка ВИЛИЋ-БРАЈИЋ

Дом здравља „Нови Београд“,
Београд

Процена никотинске зависности пушача Фагерстремовим тестом од стране лекара опште медицине

Сажетак

Кључне речи:

Фагерстремов тест никотинске
зависности,
пушачки стаж,
хронична обољења

Увод. Пушење као фактор ризика узрокује низ болести, које знатно смањују квалитет живота и доводе до преране смрти. Рачуна се да свака попушена цигарета скраћује пушачев живот за око 14 минута.

Циљ рада. Приказивање јачине никотинске зависности пушача путем скоро Фагерстремовог (*Fagerström*) теста и њене повезаности са хроничним болестима.

Метод. У овој студији пресека анкетирали смо 102 пушача (34 мушкарца и 68 жена), просечне старости $53,14 \pm 14,24$ година, који су посетили Дом здравља Нови Београд у периоду од 25. фебруара до 7. марта 2008. За прикупљање података користили смо проширени Фагерстремов тест никотинске зависности. Коришћењем Пирсоновог (*Pearson*) теста корелације испитивали смо повезаност хроничних болести са пушачким стажом и старошћу пацијената, као и повезаност скоро Фагерстремовог теста са старошћу и пушачким стажом.

Резултати. Степен никотинске зависности не корелира са старошћу и дужином пушачког стажа ($p > 0,05$). Нађена је високостатистички значајна повезаност између степена никотинске зависности и појаве респираторних болести ($p < 0,01$). Постоји повезаност пушачког стажа и појаве следећих хроничних обољења: кардиоваскуларних, респираторних, дигестивних и остеопорозе ($p < 0,05$). Старост пацијената корелира са појавом кардиоваскуларних ($p < 0,01$) и уринарних болести ($p < 0,05$).

Закључак. Вишегодишњи пушачки стаж не доводи до веће зависности пушача; што је већи степен зависности пушача, чешћа је појава респираторних обољења. Са повећањем пушачког стажа повећава се ризик од појаве остеопорозе, респираторних и дигестивних обољења.

Увод

Пушење представља главни узрок леталних исхода који се могу спречити у земљама у развоју¹. Природан след догађаја код дугогодишњих пушача укључује пораст вероватноће настанка кардиоваскуларних, респираторних и малигних обољења. Промовисање здравог начина живота без дуванског дима од стране лекара опште медицине отежано је утицајем укорењених социоекономских, демографских и културолошких карактеристика пацијената². С друге стране, од лекара опште медицине се очекује да унутар ограниченог времена посете пацијента дијагностикује, прати и третира никотинску зависност.

Постоје разне врсте помоћи у одвикавању од пушења: савети лекара, планиране акције приликом клиничких консултација, сопствени помоћни препарати, никотински супституенти, антидепресиви, анксиолитици, акупунктура и хипнотерапија³. Праћење и проучавање пушења од стране лекара опште медицине традиционално се заснива на медицинским, антипушачким саветима. Наиме, показало се да је кратак лекарски савет донекле ефикасан у промовисању одвикавања од пушења. Обједињени подаци 17 студија са кратким медицинским саветом и без савета открили су малу али сигнификантну превагу у престанку пушења код група са кратким лекарским саветом¹. Интензивније давање савета могло би да резултује лаким повећањем процента пацијената који су оставили пушење. С друге стране, мора се признати да је како у свету, тако и код нас сиромашна евиденција о томе да ли савети лекара опште медицине повећавају учесталост престанка пушења.

Лекар опште медицине може да сазна пушачке навике својих пацијената за неколико минута уз помоћ пажљиво одабраних питања. Један од стандардних упитника, Фагерстромов (*Fagerström*) тест никотинске зависности (ФТНЗ), може дати дијагнозу никотинске зависности засновану на стандардним критеријумима. *Rose* и сар.⁴ су у својој студији о регионалној активности можданог ткива и никотинској зависности показали да је већи скор *Fagerström*-овог теста повезан са смањеном можданом активношћу у различитим регионима великог мозга. Додатна питања могу да открију спремност пацијента да промени своје навике уживања дувана као и да открију постојање евентуалних хроничних обољења. Сви ови подаци помажу лекару опште медицине у вођењу здравља пацијената у правцу спречавања настанка и прогресије хроничних обољења.

Фагерстромов тест никотинске зависности представља стандардни инструмент за процену јачине физичке зависности пушача⁵. За лекара опште медицине овај тест може да представља и документ за прописивање

лекова за одвикавање од пушења. Виши скор теста представља виши ниво пацијентове физичке зависности о никотину. Ови резултати обично усмеравају на третман апстиненцијалних симптома, најчешће са никотин-заменујућом терапијом и представљају важан фактор у планирању лечења пацијената⁶.

Циљ рада

Циљ ове студије је приказивање јачине никотинске зависности пушача путем скорa Фагерстромовог теста и њене повезаности са хроничним болестима.

Метод

У ову студију пресека укључена су 102 пушача (34 мушкараца и 68 жена), просечне старости $53,14 \pm 14,24$ година, који су посетили Дом здравља Нови Београд у периоду од 25. фебруара до 7. марта 2008. За прикупљање података користили смо проширени Фагерстромов тест никотинске зависности. На основу шест стандардних питања (табела 1) пацијенти су сврстани у пет група према степену зависности. Пацијенти са скором до 2, односно до 4 имали су веома ниску, односно ниску зависност, 5 поена је указивало на средњи степен зависности, 6-7 поена представљало је високу зависност, а 8 и више јако високу зависност.

Табела 1. Фагерстромов тест никотинске зависности⁷.

Питање	Одговор	Поени
Када по буђењу запалите прву цигарету?	○ После 5 минута	3
	○ После 6–30 минута	2
Да ли Вам је тешко да се уздржавате од пушења на забрањеним местима?	○ Да	1
	○ Не	0
Које цигарете бисте се најтеже одрекли?	○ Прве јутарње	1
	○ Било које друге	0
Колико цигарета дневно попушите?	○ 10 или мање	0
	○ 11–20	1
	○ 21–30	2
	○ 31 и више	3
Да ли чешће пушите у првим јутарњим часовима по буђењу него у току дана?	○ Да	1
	○ Не	0
Да ли пушите када сте болесни и лежите у кревету?	○ Да	1
	○ Не	0

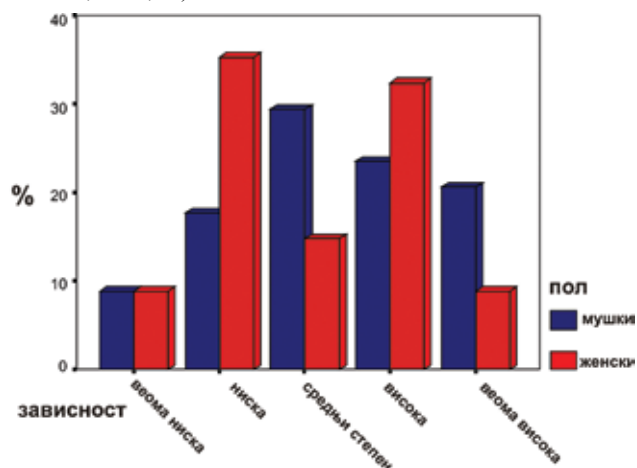
Фагерстромов тест никотинске зависности омогућава класификацију пушача према степену никотинске зависности и указује на оне којима је потребна терапија (уобичајено код скорa 6 и више). Два најзначајнија питања су 1 и 4⁷.

Проширени део теста односи се на податке о полу пацијента, годинама старости, пушачком стажу, присуству хроничних обољења, свесности пацијената о штетности пушења и жељи за престанком уживања дувана.

Статистичка анализа је рађена уз помоћ програма SPSS 11.0. Коришћењем Пирсоновог (Pearson) теста корелације испитивали смо повезаност скова Фагерстремовог теста са хроничним болестима, пушачким стажом и старошћу пацијената као и повезаност хроничних обољења са пушачким стажом, односно са старошћу. Уз помоћ χ^2 теста тестиране су разлике између полних подгрупа. Ниво значајности је подешен на 5% ($p < 0,05$).

Резултати истраживања

Просечан скор Фагерстремовог теста наших испитаника износио је $5,27 \pm 1,92$ (мушкарци: $5,59 \pm 2,00$; жене: $5,12 \pm 1,87$).



Графикон 1. Јачина никотинске зависности према Фагерстремовом тесту по полу

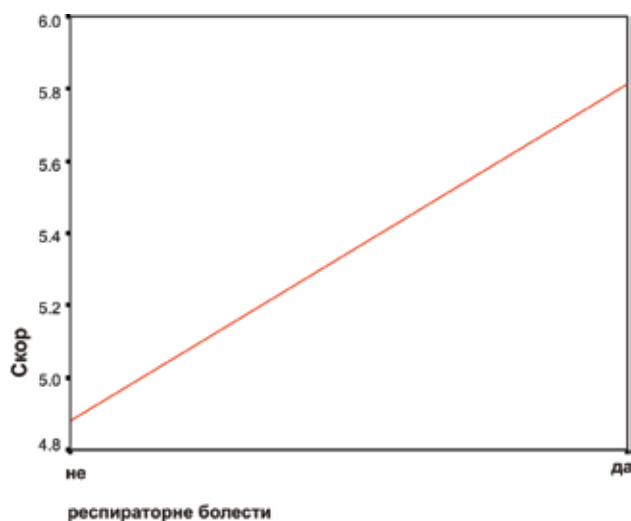
Није утврђена статистички значајна разлика између припадника различитог пола по питању јачине никотинске зависности ($\chi^2=7,962$; $p > 0,05$), (графикон 1).

У раду је праћена учесталост појаве хроничних обољења у испитиваној популацији пушача.

Табела 2. Процент пушача оболелих од хроничних болести

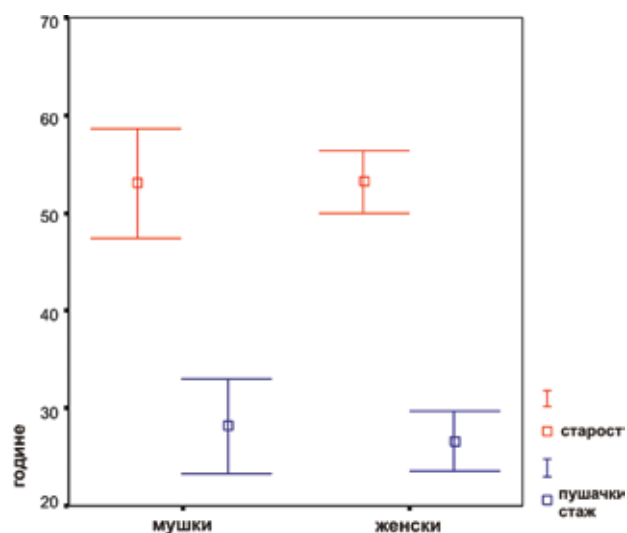
Хронична обољења	%
Кардиоваскуларна	43.14
Респираторна	42.16
Дигестивна	11.76
Уринарна	7.84
Остеопороза	4.90
Малигна	4.90

Од свих хроничних обољења праћених у овом раду, само појава хроничних респираторних обољења показује позитивну, високостатистички значајну корелацију са скором Фагерстремовог теста ($r=0,251$; $p < 0,01$; графикон 2). Већи скор прати повећана учесталост хроничних респираторних обољења.



Графикон 2. Просечна вредност скова Фагерстремовог теста код пацијената са и без хроничних респираторних обољења

Просечан пушачки стаж износио је $27,17 \pm 12,94$ година, што чини преко половине просечних година живота пацијената. Није утврђена статистички значајна разлика између мушкараца и жена по питању старости ($p > 0,05$) као ни по питању пушачког стажа ($p > 0,05$; графикон 3).

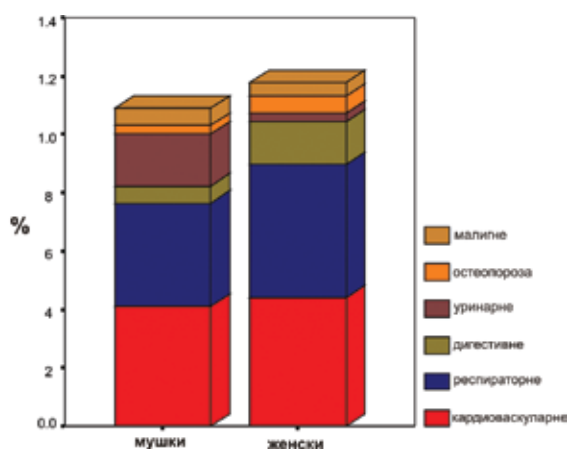


Графикон 3. Старост и пушачки стаж испитаника по полу

С друге стране, вредност скова Фагерстремовог теста не показује значајну корелацију нити са старошћу ($r=-0,115$; $p>0,05$) нити са дужином пушачког стажа ($r=0,156$; $p>0,05$).

Појава кардиоваскуларних обољења корелира како са старошћу ($r=0,546$; $p<0,01$), тако и са пушачким стажом ($r=0,276$; $p<0,01$). Ову значајност потврђује и двофакторска анализа варијансе. С друге стране, постоји статистички значајна повезаност између пушачког стажа и респираторних ($r=0,203$; $p<0,05$), односно дигестивних ($r=0,201$; $p<0,05$) обољења као и остеопорозе ($r=0,219$; $p<0,05$). Учесталост ових обољења не показује корелацију са старошћу пацијената.

Од свих хроничних обољења само уринарна ($\chi^2=6,782$; $p>0,05$) показују већу учесталост код мушкараца; остале хроничне болести су прилично једнако заступљене (графикон 4).



Графикон 4. Учесталост хроничних обољења код пушача различитог пола.

Иако је преко 99% пацијената свесно штетности пушења по здравље, само нешто преко 60% изражава жељу да престане са том лошом навиком (графикон 5).



Графикон 5. Да ли бисте престали да пушите?

Дискусија

Просечан скор Фагерстремовог теста наших испитаника износио је $5,27 \pm 1,92$ и представља један од највећих публикованих скорова. Резултати показују да мушкарци имају нешто већи скор Фагерстремовог теста од жена, иако су жене процентуално више заступљене у групи високе зависности. Интересантан је податак да мушкарци и у другим студијама бележе већи скор ФТНЗ од жена. Податак који говори у прилог је мањи број попушених цигарета дневно код жена⁸.

Вредности скова Фагерстремовог теста у студији која је пратила две групе пацијената и користила мотивациони интервју, односно савет за одвикавање од пушења, износила је 4,16, односно 3,87⁹. Највише вредности Фагерстремовог теста наводе америчке (4,3)¹⁰ и (4,4)¹¹ и шведске студије (4,6)^{12,13}. С друге стране, најнижу вредност наводи једна немачка студија (2,8)¹⁴.

Највећи процент пушача има кардиоваскуларна (43,14%) а одмах затим респираторна обољења (42,16%). Међутим, испитивањем повезаности показало се да су кардиоваскуларна обољења у већој мери повезана са старошћу пацијената (испитивана популација је стара просечно 53 године) а у мањој мери са пушачким стажом. Двофакторска анализа варијансе је потврдила већи утицај старости на кардиоваскуларна обољења него само пушачки стаж. С друге стране, респираторна обољења не показују никакву везу са старошћу пацијената, али корелирају са пушачким стажом. Поред респираторних, са пушачким стажом корелирају дигестивна и уринарна обољења као и остеопороза. Такође, учесталост респираторних обољења директно зависи од скова Фагерстремовог теста, што није случај са кардиоваскуларним обољењима. Како у овом случају хроничне болести корелирају са пушачким стажом, њихово лечење је условљено елиминацијом пушења као фактора ризика.

Просечан пушачки стаж износио је 27 година. Ако се узме у обзир старост испитиване популације, можемо рећи да су наши испитаници започели свој пушачки стаж у просеку са 26 година, што је знатно касније од студија које наводе просечну старост испитаника од 38 година и просечан пушачки стаж од 17 година⁹, односно старост од 37 и пушачки стаж од 20 година¹⁵.

Никотинска зависност пацијента, односно скор Фагерстремовог теста не зависи од старости нити од пушачког стажа пацијента. Неке студије наводе да скор ФТНЗ показује обрнуту корелацију са преваленцијом пушења, односно да популација са високим скором ФТНЗ има малу преваленцију, као и да бивши пушачи имају већи ФТНЗ скор⁸.

Већина хроничних обољења подједнако захвата оба пола, са малим изузетком када су у питању хронична уринарна обољења, која су учесталија код мушкараца. Утицај социоекономских, демографских и културолошких фактора пацијента огледа се у информацији да иако је преко 99% пушача свесно штетности дуванског дима, само њих 60% изражава жељу да прекине са пушењем.

Многе савремене студије^{3,9,15} приказују активно учешће у одвикавању од пушења и интензивно праћење пацијената у периоду од 6, 12 и 24 месеци. Њихова акција се спроводи континуираним мотивационим интервјуима, медицинским саветима, константним праћењем и употребом никотинских супституената. Лекар опште медицине треба да искористити предност контакта са пушачима, да их храбри и подржава у процесу одвикавања од пушења.

*Gordana Santrač-Stijak M.D.,
Primarius, Dragica Akulov M.D.,
Primarius, Slavica Čantrak M.D.,
Dragica Spasić M.D.,
Koviljka Vilić-Brajić M.D.*

Health Center „Novi Beograd“, Belgrade

Закључак

Јачина никотинске зависности међу пушачима једнако је заступљена код припадника оба пола. Вишегодишњи пушачки стаж не доводи до веће зависности пушача. Што је већи степен зависности пушача, чешћа је појава респираторних обољења. Са повећањем пушачког стажа, повећава се и ризик од појаве остеопорозе, респираторних и дигестивних обољења.

Како Фагерстремов тест узима у обзир свакодневно понашање пушача и уживање дувана, на основу њега се добија информација само о јачини никотинске зависности пацијента, али се на основу висине његовог скорa не може претпоставити присуство хроничних обољења.

Assessment of Nicotine Dependence in Smokers, Using Fagerström Test in General Practice

Abstract

Key words:

Fagerström's test for nicotine dependence,
smoking period,
chronic diseases

Introduction. Smoking, as risk factor causes numerous diseases, which reduce quality of life and procure early death. Every smoke abbreviates smoker's life for about 14 minutes.

Aim. To present nicotine dependence using Fagerström's test and its correlation with the chronic diseases.

Method. We were observing 102 smokers, aged 63.97 ± 10.63 , while they were visiting Health Center „Novi Beograd“ from 25th February to 7th March, 2008. There were 34 male and 68 female. Data were obtained by the extended Fagerström's test of nicotine dependence. Using Pearson correlation test we tested the correlation of chronic diseases with smoking period and with patient's age. In addition, we tested the correlation of the score of Fagerström's test with patient's age and smoking period.

Results. Grade of nicotine dependence don't correlate with patient's age and smoking period ($p > 0.05$). Statistically significant correlation ($p < 0.05$) is found between the grade of nicotine dependence and appearance of respiratory illnesses ($p < 0.01$). Statistically significant correlation was found between the smoking period and appearance of chronic cardiovascular, respiratory, digestive diseases as well as osteoporosis ($p < 0.05$). Patient's age correlates with appearance of cardiovascular ($p < 0.01$) and urinary diseases ($p < 0.05$).

Conclusion. Length of smoking period don't relate to increased smoker's dependence. High-grade smoker's dependence associate with frequent respiratory diseases. With increasing of smoking period, the risk for occurrence of osteoporosis, respiratory and digestive diseases increases as well.

Литература

1. Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. *Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics*. Lancet 1992; 339:1268-1278.
2. Ashenden R, Silagy C, Weller DA. *Systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice*. Fam Pract 1997; 14: 160-176.
3. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. *Effectiveness of actions to help people stop smoking*. Findings from the cochrane library. BMJ 2000; 321:355-358.
4. Rose JE, Behm FM, Salley AN, Bates JE, Coleman RE, Hawk TC, Turkington TG. *Regional brain activity correlates of nicotine dependence*. Neuropsychopharmacology 2007 Dec; 32(12):2441-52.
5. Heatheron TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. *The Fagerström Test for Nicotine dependence*. New York: Springer-Verlag, 1991:66-80.
6. Rustin TA. *Assessing nicotine dependence*. Am Fam Physician 2000 Aug 1;62(3):579-84, 591-2
7. Fagerström KO, Heatheron TF, Kozlowski LT. *Nicotine addiction and its assesment*. Ear Nose Throat J. 1991; 69:763-8
8. Fagerstrom K, Furberg HA. *Comparison of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries*. Addiction 2008 May; 103(5):841-5.
9. Soria R, Legido A, Escolano C, Lopez Yeste A, Montoya J. *A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation*. Br J Gen Pract. 2006 Oct;56(531):768-74.
10. Hellebush S. *Committed Quitters Study*. Cincinnati, OH: Q2 Marketing Research Inc; 1994.
11. Furberg H, Sullivan PH, Maes H, Prescott C, Lerman C, Bulik C, Kendler K. *The types of regular cigarette smokers - a latent class analysis*. Nicotine Tob Res 2005; 7:351-60.
12. Shiffman S, Pillitteri J, Burton S, Rohay J, Gitchell J. *Smoker's beliefs about „light“ and „ultra light“ cigarettes*. Tob Control 2001; 10:17-23.
13. Furberg H, Sullivan PH, Maes H, Prescott C, Lerman C, Bulik C, Kendler K. *Cigarettes and oral snuff use in Sweden: prevalence and transitions*. Addiction 2006; 101:1509-15.
14. John U, Meyer C, Hapke U, Rumpf J, Schumman A, Adam C et al. *The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in two adult population samples*. Alcohol Drug Depend 2003; 20:1-6.
15. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A, Laka JP. *Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care*. Br J Gen Pract, 2003 Feb;53(487): 101-107.