

Suitsetamisest loobumise nõustamine TÜ Kliinikumi kopsukliinikus 2006–2010

Tiina Mändla¹, Ülle Ani², Inge Ringmets¹, Kersti Pärna¹

Eesmärgid. Anda ülevaade suitsetamisest loobumise nõustamisest (SLN) Tartu Ülikooli Kliinikumi (TÜK) kopsukliiniku SLN-kabinetis aastatel 2006–2010. Eesmärgiks oli kirjeldada loobumisprotsessis püsimist ja analüüsida selle seost loobumisega seotud teguritega.

Eesti Arst 2013;
92(1):12–20

Saabunud toimetusse:
05.10.2012
Vastuvõetud avaldamiseks:
19.11.2012
Avaldatud internetis:
31.01.2013

¹ TÜ tervishoiu instituut,
² TÜ Kliinikumi kopsukliinik

Kirjavahetajaautor:
Tiina Mändla
tiina_mandla@hotmail.com

Võtmesõnad:
suitsetamine,
suitsetamisest loobumise
nõustamine, loobumismäär,
suitsuvabana püsimine,
suitsetamisest loobumise
tinglik tõenäosus

Metoodika. Uuringusse võeti kõik 566 inimest, kes olid uuringuperioodil SLN-kabinetti pöördunud. Loobumisega seotud teguritena käsitleti sugu, vanust, motivatsiooni, pakkaastaid, depressiooni ja ärevushäirete esinemist, nikotiinisõltuvuse tugevust ning määratud ravi. Kirjeldavas analüüsis kasutati sagedustabeleid ja kirjeldavaid statistikuid, rühmadevahelist erinevust analüüsiti χ^2 -testi ja Manni-Whitney U-testiga. Tõenäosust püsida suitsuvaba hinnati Kaplani-Meieri meetodiga. Loobumise seoseid erinevate teguritega hinnati Coxi regressioonimudeli abil. Arvutati välja riskide suhted (HR) koos 95% usaldusvahemikuga (95% uv).

Tulemused. Suitsetamisest loobumist alustas 54,6% pöördunutest. Kõige rohkem hakkasid loobujad taas suitsetama kahe nädala jooksul pärast esimest suitsuvaba päeva. Loobumismäär kabinetis pöördunute hulgas 12kuulise perioodi lõpus oli 9,7%. Loobumist alustanute tinglik tõenäosus püsida vähemalt 12 kuud suitsuvabana oli 22,2%. Mõnevõrra suurema tõenäosusega hakkasid loobumisperioodi jooksul taas suitsetama loobujad, kes olid alla 25aastased, kellel oli depressioon ja kellele määrati nikotiinasendusravi (ravimi kasutamine teadmata).

Järeldused. Loobumismäära järgi võib aastatel 2006–2010 suitsetamisest loobumise nõustamist TÜK kopsukliinikus pidada tõhusaks, kuid parandada tuleb pöördujate kaasamist loobumisprotsessi. Suitsuvabana püsimise edukuse suurendamiseks tuleb tähelepanu pöörata indiviidipõhiste loobumisega seotud teguritele.

Suitsetamine on krooniline sõltuvushaigus (RHK-10 F17.2): tubakas sisalduv nikotiin tekitab kergesti sõltuvust (1). Sageli on alles terviseprobleemid esimeseks põhjuseks, miks inimesed soovivad tubakatarvitamisest loobuda (2). Ainult vähesed suitsetajad suudavad suitsetamisest loobuda omal käel ja juba esimesel loobumiskatsel (3). On teada, et mitmed suitsetamisest loobumise nõustamise (SLN) vormid (individuaalne, rühma-, lühi- ja telefoninõustamine) suurendavad suitsetamisest loobumise määra (3–7).

Aastal 2005 kinnitati Eestis „Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia aastateks 2005–2020“, mille üks meede oli luua tubakast loobumise nõustamise teenuse süsteem ja teha see rahvale kättesaadavaks (8). Strateegia raames on avatud mitmeid SLN-kabinette, mille siht-rühmaks on kõik tubakatarvitajad (9).

SLN-kabinetti pöördujal hinnatakse suitsetamisest loobumise motivatsiooni, emotsionaalset enesetunnet, nikotiinisõltuvuse tugevust ja farmakoterapia vajadust. Kui pöörduja soovib pärast esmast nõustamist alustada suitsetamisest loobumisega, siis määratakse tubaka tarvitamise lõpetamise kuupäev ning koostatakse individuaalne loobumis- ja raviplaan. Suitsuvabana püsimise 12kuulist loobumisprotsessi hakatakse arvestama esimesest suitsuvabast päevast. Järgnevad nõustamised planeeritakse 2. nädala ning 2., 6. ja 12. kuu lõpuks. Korduv nõustamine võib lisaks visiidile toimuda ka telefoni või e-posti teel.

On leitud, et mitmed tegurid nagu sugu (10), vanus (11), motivatsioon (12), nikotiinisõltuvuse tugevus (10), emotsionaalne staatus (13, 14) ja nikotiinisõltuvuse ravi (3) võivad olla seotud suitsetamisest loobumisega.

edukusega (15). Seetõttu on oluline välja selgitada erinevate tegurite seos suitsuvabana püsimisega, et sekkumisi planeerides ja nõustamisteenust osutades neid arvesse võtta ning tõhustada loobumisprotsessis püsimist ja saavutada alaliseks suitsuvaba elu. Eestis pole siiani SLN-kabinettide töö käigus kogutud andmeid süvitsi analüüsitud.

Käesolev töö annab ülevaate suitsetamisest loobumise nõustamisest Tartu Ülikooli Kliinikumi (TÜK) kopsukliiniku SLN-kabinetis aastatel 2006–2010. Eesmärgiks oli kirjeldada loobumisprotsessis püsimist ja analüüsida selle seost loobumisega seotud teguritega.

METOODIKA

Andmebaas

Töö põhineb ajavahemikul 1. jaanuarist 2006 kuni 31. detsembrini 2010 TÜK kopsukliiniku SLN-kabinetti pöördunute andmetel. Koondandmebaasi aluseks oli kabinetti töö aruandluse tarbeks MS Exceli tabelina loodud andmebaas ja paberil andmed uuritava perioodi kohta. Mitu korda sisestatud loobumiskatsed kustutati ning mitu korda kabinetti pöördunud inimeste puhul kasutati viimase loobumiskatse andmeid. Uuringu tegemiseks oli olemas TÜ inimuuringute eetikakomitee luba (koosoleku kuupäev 16.05.2011, protokolli number 204/T-12).

Töös kasutatavad tunnused

SLN-kabinetti pöördumisel ehk esmasel nõustamisel täidetakse loobuja kohta kaks paberit: suitsetamisest loobuja kaart ja patsiendi nn loobumisjuhis, millele kogutud andmeid töös kasutati. Loobumisega seotud teguritena käsitleti järgmisi tunnuseid:

- sugu (mees, naine);
- vanus (alla 25- ja üle 25aastased);
- motiveeritus (motiveeritud – pöördus ise SLN-kabinetti; mittemotiveeritud – tuli SLN-kabinetti eriarsti või perearsti suunatuna);
- pakkaastad (alla 25 ja üle 25 pakkaasta). Pakkaasta on kvantitatiivne ühik, millega mõõdetakse, kui suures koguses on inimene aastate jooksul sigarette tarvitanud. Üks pakkaasta võrdub 20 suitsetatud sigarettiga päevas ühe aasta jooksul. See arvutatakse järgmise valemiga:

$$\text{pakkaasta} = \frac{\text{sigarettide arv päevas} \times \text{suitsetatud aastate arv}}{20};$$

- depressiooni ja/või ärevushäirete esinemine (ei, jah). Selle hindamine põhines

emotsionaalse enesetunde küsimustiku skooril: 0–11 punkti „depressiooni, ärevushäireid pole“, 12–30 punkti „viitab depressioonile, ärevushäiretele“;

- nikotiinisõltuvus (nõrk, mõõdukas, tugev). Põhines Fagerströmi testi skooril: 0–3 punkti nõrk, 4–5 punkti mõõdukas, 6–10 punkti tugev sõltuvus;
- määratud ravi (ei, jah). Uuriti eraldi, kas nikotiinasendusravi ehk NAR (nikotiiniplaaster ja/või närimiskumm) on määratud ja kas retseptiravim (bupropioon või varenikliin) on määratud.

Loobumisprotsessi kirjeldamiseks kasutati tunnust suitsuvabana püsimine (jah, on suitsuvaba; ei ole suitsuvaba; andmeväli täitmata). Suitsuvabana püsimist hinnati 2. nädalal, 2. kuul, 6. kuul ja 12. kuul pärast esimest suitsuvaba päeva.

Andmeanalüüs

Kirjeldavas analüüsis kasutati sagedustabeleid. Kategoriliste tunnuste jaotuste võrdlemiseks kasutati χ^2 -testi, pidevate tunnuste võrdlemiseks erinevate rühmade vahel kasutati Manni-Whitney U-testi. Kasutati kirjeldavaid statistikuid: keskmine, standardhälve (SD). Statistiliselt oluliseks peeti erinevused, mille korral olulisuse tõenäosus oli väiksem kui 0,05 ($p < 0,05$). Suitsetamisest loobumise määra erinevatel kontaktaegadel arvutati järgmiselt: loobumisperioodi lõpus olevate suitsuvabade inimeste arv jagati perioodi alguses kabinetti pöördunud suitsetajate arvuga. Suitsuvabana püsimise tinglikku tõenäosust erinevatel ajahetkedel (2 nädalat, 2 kuud, 6 kuud ja 12 kuud pärast loobumise alustamist) hinnati Kaplani-Meieri meetodiga. Loobumisprotsessis püsimise seost erinevate teguritega hinnati Coxi regressioonimudeliga. Arvutati välja riskide suhe (HR) koos 95% usaldusvahemikuga (95% uv). Statistiliselt olulise riskide suhte korral ei sisaldanud selle usaldusvahemik väärtust 1. HR väärtus 1 osutab vastava tunnuse korral võrdluseks võetud rühmale.

Esialgu hinnati kõiki loobumist mõjutavaid tegureid eraldi. Kohandatud mudeli korral lisati kõik tegurid mudelisse ja kasutati sammregressiooni (mudelist eemaldati tegurid, mis ei olnud statistiliselt olulised). Mudelisse jäid alles tegurid, mille p-väärtus oli väiksem kui 0,05. Kui kirjeldav analüüs viidi läbi meeste ja naistele eraldi, siis suitsuvabana püsimise tõenäosust ning loobumisprotsessis püsimise seoseid erinevate teguritega

analüüsiti väikesearvulise andmestiku tõttu meestele ja naistele koos. Andmeid analüüsiti statistikaprogrammiga STATA 11.

TULEMUSED

Suitsetamisest loobumise nõustamise kabinetti pöördunute kirjeldus

Aastatel 2006–2010 pöördus TÜK kopsukliiniku SLN-kabinetti 566 inimest, kellest mehi oli kaks kolmandikku ja naisi kolmandik (vt tabel 1). Vähem kui pooled kabinetti pöördunudest olid motiveeritud suitsetamisest

loobuma ja ligi kaks kolmandikku neist oli suitsetanud vähemalt 25 pakkaastat. Emotsionaalse enesetunde küsimustiku järgi esines depressiooni ja/või ärevushäireid enam kui neljandikul pöördunudest. Rohkem kui kahel kolmandikul pöördunudest oli mõõdukas või tugev nikotiinisõltuvus. NAR määrati rohkem kui kolmandikule ning retseptiravim enam kui neljandikule kabinetti pöördunudest.

SLN-kabinetti pöördunute vanus oli 14 kuni 81 aastat, keskmine vanus 47,7 aastat (SD 14,4). Naised olid keskmise vanuse poolest oluliselt nooremad võrreldes meestega ($p = 0,001$), vastavalt 45,0 (SD 14,3) ja 48,9 (SD 14,3) aastat. Samuti olid naised suitsetanud keskmiselt vähem pakkaastaid ($p < 0,001$), vastavalt 19,0 (SD 12,5) ja 29,3 (SD 15,4) pakkaastat.

Tabel 1. Suitsetamisest loobumise nõustamise kabinetti pöördunute kirjeldus suitsetamisest loobumisega seotud tegurite järgi, lähtudes TÜK kopsukliiniku SLN-kabineti andmebaasist 2006–2010

Tunnus	Mehed		Naised		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Kokku	365	64,5 ^a	201	35,5 ^a	566	100
Vanus (aastates)						
< 25	22	6,0	16	8,0	38	6,7
25 +	336	92,1	182	90,5	518	91,5
teadmata	7	1,9	3	1,5	10	1,8
Motiveeritud loobuma ^b						
jah	145	39,7	96	47,7	241	42,6
ei	215	58,9	99	49,3	314	55,5
teadmata	5	1,4	6	3,0	11	1,9
Pakkaastad ^b						
< 25	128	35,1	124	61,7	175	30,9
25 +	213	58,3	51	25,4	341	60,3
teadmata	24	6,6	26	12,9	50	8,8
Depressioon ^b						
jah	70	19,2	84	41,8	154	27,2
ei	243	66,6	98	48,8	341	60,3
teadmata	52	14,2	19	9,4	71	12,5
Ärevushäire ^b						
jah	76	20,8	73	36,3	149	26,3
ei	237	64,9	106	52,7	343	60,6
teadmata	52	14,3	22	11,0	74	13,1
Nikotiinisõltuvus						
nõrk	71	19,5	44	21,9	115	20,3
mõõdukas	100	27,4	52	25,9	152	26,9
tugev	156	42,7	80	39,8	236	41,7
teadmata	38	10,4	25	12,4	63	11,1
NAR määratud						
jah	151	41,4	73	36,3	224	39,6
ei	214	58,6	128	63,7	342	60,4
Retseptiravim määratud ^b						
jah	84	23,0	64	31,8	148	26,2
ei	281	77,0	137	68,2	418	73,8

^a Protsent rea järgi.

^b Statistiliselt oluline erinevus meeste ja naiste vahel ($p < 0,05$).

Loobumisprotsessis püsimine

Suitsetamisest loobumist alustas 309 (54,6%) SLN-kabinetti pöördunut. Loobumist mittealustanud oli kokku 257 (45,4%) (vt joonis 1). Need olid suitsetajad, 1) kellega ei saadud pärast esmast kabinetikülastust enam kontakti või kelle kohta puudus märke suitsuvabana püsimise kohta 2. nädalal ($n = 149$); 2) kes alustasid programmivälist loobumist (nt sigarettide arvu vähendamine) ($n = 13$) ning 3) kes esmasel nõustamisel ei soovinud loobumisega alustada ($n = 95$).

Teisel suitsuvabal nädalal olid loobumist alustanutest 60,5% (187/309) suitsuvabad (vt joonis 1). Loobumisprotsessi jooksul alustati kõige rohkem taas suitsetamist kahe esimese nädala jooksul. Nõustamisperioodi lõpuks ehk 12 kuud pärast esimesest suitsuvaba päeva olid 17,8% (55/309) loobumist alustanutest suitsuvabad. Suitsetamisest loobumise määr kabinetti pöördunute hulgas 6- ja 12kuulise perioodi lõpus oli vastavalt 14,0% (79/566) ja 9,7% (55/566). Kogu nõustamisperioodi jooksul jäi 28 inimese kohta suitsuvabana püsimise staatus erinevatel kontaktaegadel teadmata.

Loobumist alustanute tõenäosus (Kaplan-Meieri meetodil) püsida suitsuvabana 2 nädalat, 2 kuud, 6 kuud ja kogu loobumisperioodi lõpuni oli vastavalt 60,5%; 42,3%; 29,9% ja 22,2% (vt joonis 2).

Loobumisprotsessis püsimise seosed erinevate teguritega

Meeste ja naiste suitsuvabana püsimine kogu loobumisperioodil oluliselt ei erinenud (vt joonis 3.A). Tõenäosus püsida suitsuvabana

vähemalt 12 kuud oli meestel 21,3% ja naistel 23,9%. Taas suitsetama hakkamise tõenäosus oli mittemotiveeritutel 1,26 korda suurem võrreldes motiveerituteaga, aga erinevus ei olnud statistiliselt oluline (vt joonis 3.B). Tõenäosus olla vähemalt 12 kuud suitsuvaba oli mittemotiveeritutel 18,9% ja motiveeritutel 25,4%. Alla 25aastaste loobujate tõenäosus hakata perioodi jooksul taas suitsetama oli 1,66 korda suurem kui 25aastastel ja vanematel, erinevus oli statistiliselt oluline (vt joonis 3.C). Vähemalt 12 kuud suitsuvabana püsimise tõenäosus nooremas vanuserühmas oli 10,4% ja vanemas 23,1%.

Pakkaastate järgi suitsuvabana püsimise tõenäosus statistiliselt oluliselt ei erinenud (vt joonis 3, D). Alla 25 pakkaasta suitsetanud loobujatel oli suitsuvabana püsimise tõenäosus 22,1% ja vähemalt 25 pakkaastat suitsetanud 25,0%.

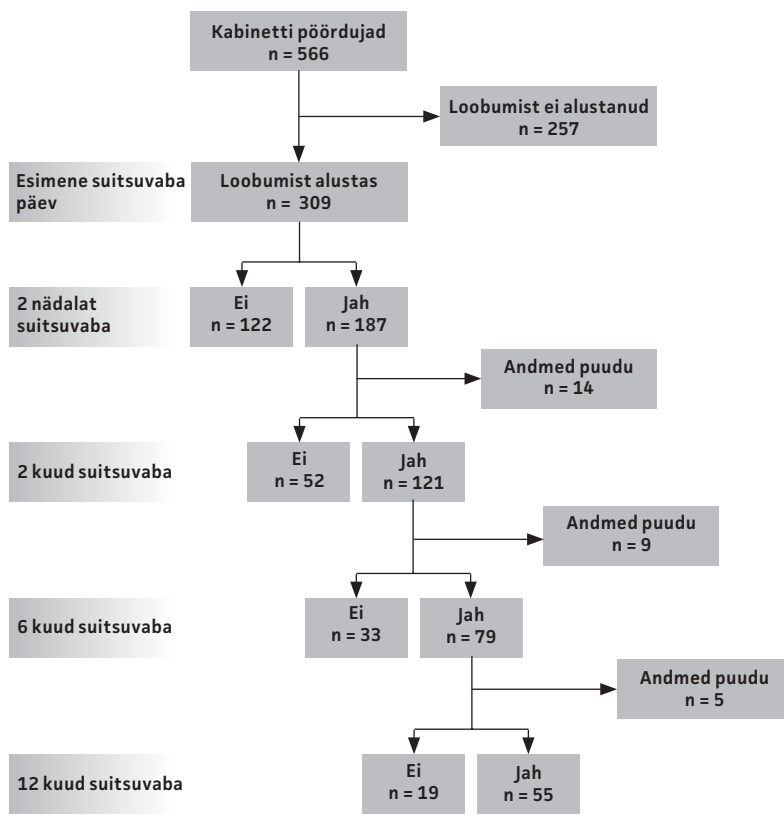
Depressiooniga loobujad hakkasid 1,25 korda suurema tõenäosusega perioodi jooksul taas suitsetama võrreldes depressioonita loobujatega (vt joonis 3.E). Suitsetamisest loobumise tõenäosus oli vastavalt 17,3% ja 24,3%.

Ärevushäiretega loobujad hakkasid taas suitsetama 1,12 korda tõenäolisemalt kui ärevushäireteta inimesed, erinevus ei olnud statistiliselt oluline (vt joonis 3.F). Loobumise tõenäosus oli vastavalt 18,2% ja 23,4%.

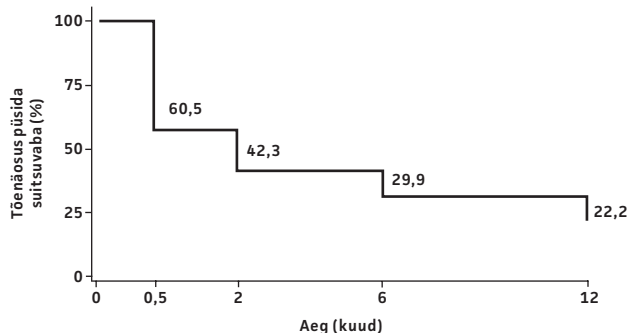
Suitsuvabana püsimine loobumisprotsessi vältel oli nii nõrga, mõõduka kui ka tugeva nikotiinisõltuvusega loobujate hulgas sarnane ja statistiliselt oluliselt ei erinenud (vt joonis 3.G). Vähemalt 12 kuud suitsuvabana püsimise tõenäosus oli vastavalt 20,3%; 24,1% ja 23,1%.

Loobujad, kellele määrati NAR, hakkasid 1,33 korda suurema tõenäosusega perioodi jooksul taas suitsetama võrreldes nendega, kellele NARi ei määratud (vt joonis 3.H). Erinevus oli statistiliselt oluline. Vähemalt 12 kuud suitsuvabana püsimise tõenäosus oli vastavalt 17,3% ja 26,0%. Loobujad, kellele ei kirjutatud välja retseptiravimit, hakkasid 1,24 korda tõenäolisemalt taas suitsetama (vt joonis 3.I). Loobumise tõenäosus perioodi lõpuks oli vastavalt 20,1% ja 27,2%.

Kohandatud mudeli järgi (vt tabel 2) hakkasid loobumisperioodi jooksul alla 25aastased loobujad 1,79 korda tõenäolisemalt taas suitsetama võrreldes 25aastaste ja vanemate loobujatega. Depressiooniga loobujad hakkasid 1,36 korda suurema tõenäosusega taas suitsetama võrreldes nendega, kellel depressiooni ei olnud. Loobu-



Joonis 1. SLN-kabinetti pöördunute ja loobumist alustanute suitsuvabana püsimine ja loobumisprotsessist väljalangemine, lähtudes TÜK kopsukliiniku SLN-kabineti andmebaasist 2006–2010.



Jälgimise all olevate loobujate arv	566	309	173	112	74
Suitsuvabad		187	121	79	55
Hakkasid suitsetama		122	52	33	19
Andmed puudu			14	9	5

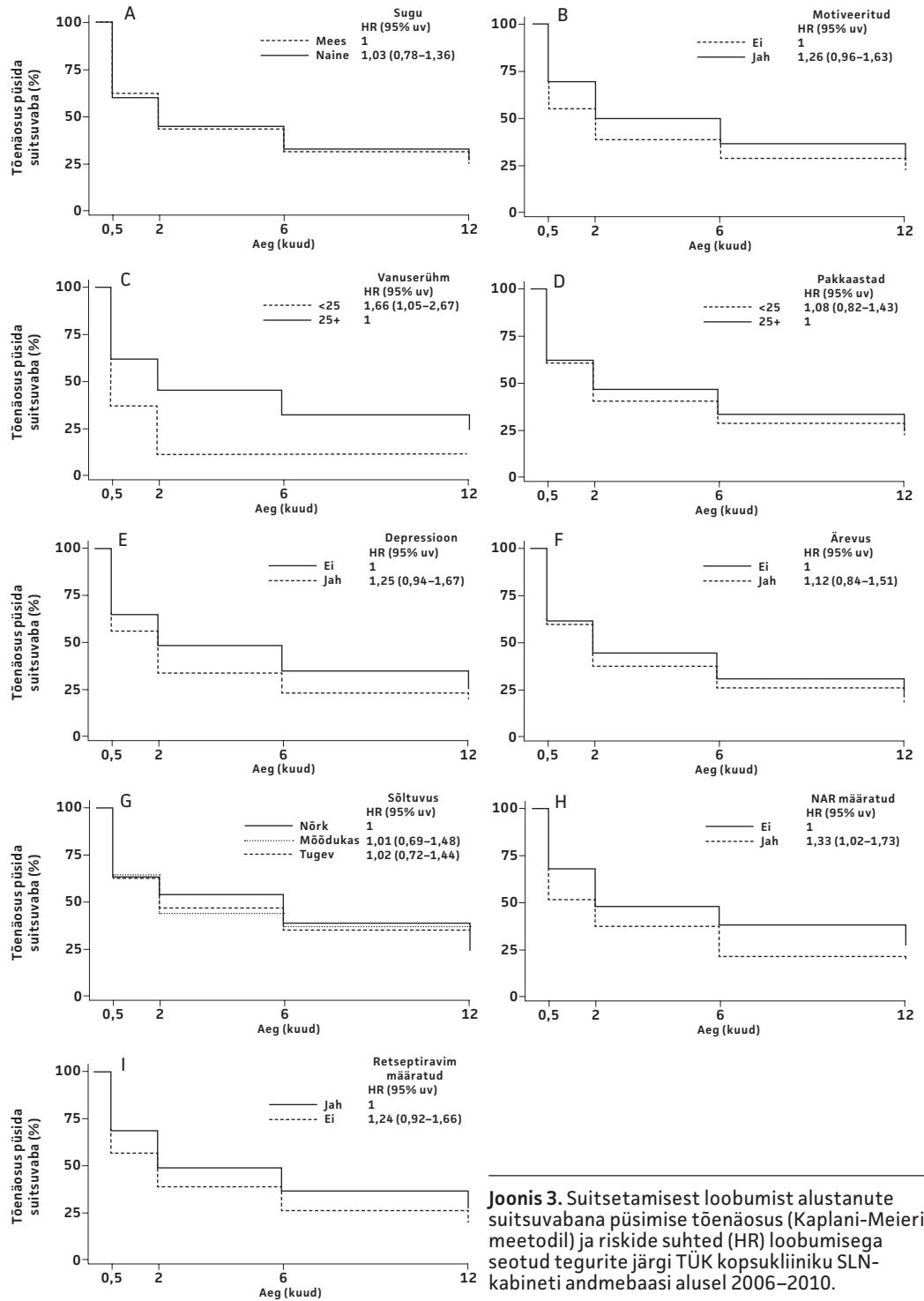
Joonis 2. SLN-kabinetti pöördunute ja loobumist alustanud suitsetajate suitsuvabana püsimise tõenäosus (Kaplani-Meieri meetodil) ning jälgimise all olevate loobujate arv loobumisperioodi jooksul TÜK kopsukliiniku SLN-kabineti andmebaasi alusel 2006–2010.

jatel, kellele määrati NAR, oli 1,48 korda suurem tõenäosus hakata taas suitsetama võrreldes nendega, kellele NARi ei määratud.

ARUTELU

SLN-kabinetti pöördunud

Uuringuaastatel TÜK kopsukliiniku SLN-kabinetti pöördunudest alla poole olid



Joonis 3. Suitsetamisest loobumist alustanute suitsuvabana püsimise tõenäosus (Kaplani-Meieri meetodil) ja riskide suhted (HR) loobumisega seotud tegurite järgi TÜK kopsukliiniku SLN-kabineti andmebaasi alusel 2006–2010.

motiveeritud suitsetamisest loobuma. See võib olla üheks põhjuseks, et vaid veidi üle poolte SLN-kabinetti pöördunudest alustas tegelikult suitsetamisest loobumist. Meeste suurem osalus, oluliselt kõrgem vanus, suurem suitsetatud pakkaastate arv ning pöördunute vähenemine motivatsioon võis olla tingitud TÜK kopsukliiniku spetsiifikast

nõustada küllaltki suures mahus kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega (KOK) suitsetavaid patsiente, kes on pöördunud SLN-kabinetti perearsti või erialaarsti soovitusel. Tavapärane TÜK kopsukliiniku SLN-kabinetti pöördunud KOK-patsient on üle 65 aasta vanune meesterahvas, kes on suitsetanud keskmiselt enam kui 40 pakkaastat ega ole

algselt motiveeritud suitsetamisest loobuma. Tema kopsukliinikusse visiidile pöördumise peamiseks eesmärgiks oli tema kopsuhaigus ning suitsetamisest loobumise eesmärgil vajas esmalt motivatsiooni tekitamist.

Emotsionaalse enesetunde küsimustiku järgi esines nii depressiooni kui ka ärevushäireid enam kui neljandikul pöördunudest. Kirjandusallikate põhjal on depressiooni ja/või ärevushäiretega inimesel kaks korda suurem tõenäosus olla suitsetaja (13, 14). Ligikaudu kolmel neljandikul SLN-kabinetti pöördunudest oli mõõdukas või tugev nikotiinisõltuvus. Tugevamat nikotiinisõltuvust on omakorda seostatud kehvena motivatsiooniga loobuda suitsetamisest (16).

Suitsetamisest loobumise protsessis püsimine ja loobumismäär

TÜK kopsukliiniku SLN-kabinetis kasutatakse nõustamise meetodina individuaalset silmast silma nõustamist, mida peetakse juhendmaterjalide järgi kõige tõhusamaks (4, 5). Käesoleva uuringu tulemusena selgus, et 6. kuul oli suitsuvaba 14,0% kabinetis pöördunudest ja 12. kuul 9,7%. Seda tulemust võib pidada heaks, sest kirjanduses on kirjeldanud 6. kuul loobumismäär ligi 17% (3, 6, 7) ning 12kuulise perioodi lõpus vahemikus 3–14% (17–20). Sekkumist, mille korral loobumismäär 12kuulise loobumisperioodi lõpus on 5–10%, peetakse tõhusaks (21). Kui võtta arvesse ainult need inimesed, kes kabinetis pöördumise järel loobumisprotsessiga alustasid, siis on loobumismäär vastavalt 25,6% ja 17,8%. Võttes analüüsil arvesse ka ajategurit, siis Kaplani-Meieri meetodi järgi oli loobumisega alustanud inimeste suitsuvabana püsimise tõenäosus 6. kuul 29,9% ja 12. kuul 22,2%.

Erinevus loobumismäärades ilma ajateguri kaasamiseta ja ajateguri kaasamisega tuleneb sellest, et pärast esimest suitsuvaba päeva ja enne 12. kuud võeti loobujaga kontakti ka 2. nädalal, 2. kuul ja 6. kuul pärast suitsetamisest loobumise alustamist ning küsiti nende suitsuvabana püsimise kohta. Kaplani-Meieri meetodil võetakse arvesse ka vahepealsed kontaktajad. Näiteks 12. kuu loobumismäär arvutatakse tingimusel, et loobujad olid suitsuvabad vähemalt 6 kuud. Seetõttu on Kaplani-Meieri meetodil arvutatud loobumismäär mõnevõrra suurema väärtusega ja informatiivsem, sest arvesse on võetud loobumisprotsessis eri ajahetkedel püsima jäänud loobujad.

Tabel 2. Loobumisprotsessis püsimise ja loobumisega seotud tegurite riskide suhted (HR) TÜK kopsukliiniku SLN-kabinetis suitsetamisest loobumist alustanute hulgas 2006–2010

Tegur ^a	Kohandamata HR (95% uv)	p-väärtus	Kohandatud ^b HR (95% uv)	p-väärtus
Vanus				
25 +	1		1	
< 25	1,66 (1,05–2,67)	0,035	1,79 (1,08–2,96)	0,024
Depressioon				
ei	1		1	
jah	1,25 (0,94–1,67)	0,129	1,36 (1,01–1,85)	0,046
NAR määratud				
ei	1		1	
jah	1,33 (1,02–1,73)	0,035	1,48 (1,11–1,97)	0,008

^a Tegurid, mis olid kohandatud mudelis statistiliselt oluliselt seotud suitsetamisest loobumise protsessis püsimisega.

^b Kohandatud kõikidele tabelis toodud teguritele.

Kõige rohkem hakkasid loobujad taas suitsetama kahe esimese nädala jooksul pärast esimest suitsuvaba päeva. Sellist tulemust on kirjeldatud ka teistes uuringutes (21). Käesoleva uuringu põhjal ei saa väita, et enamik suitsetamisest loobumise katseid ebaõnnestus esimestel loobumisinädalatel võõrutusnähtude tõttu, sest puuduvad andmed, miks inimene taas suitsetama hakkas. Samas peetakse sageli just abstinentsinähtude teket põhjuseks, miks loobumiskatse esimestel loobumisinädalatel ebaõnnestub (10).

Loobumisega seotud tegurid

Kohandamata regressioonianalüüsiga leiti suitsuvabana püsimisel olulised nõrgad seosed vaid vanuserühma ja NARi määramisega. Kohandatud analüüsil lisandus neile olulise tegurina depressiooni esinemine.

Nooremad kui 25aastased hakkasid suurema tõenäosusega loobumisperioodi jooksul taas suitsetama kui 25aastased ja vanemad. Käesolevas töös kasutatud vanuse järgi kahe rühma moodustamine 25 aasta pealt on küllaltki tavapäratu. Selle tingis eelnev kolme vanuserühma (alla 25 a; 25–64 a; üle 65 a) järgi suitsetamisest loobumise analüüsimine. Kuna kahes vanemas vanuserühmas oli loobumine väga sarnane, siis peeti otstarbekaks need vanuserühmad omavahel liita. Kirjanduse põhjal on vanemas vanuserühmas mehed ja naised suitsetamisest loobumisel edukamad (11, 22, 23). On leitud, et loobumismäär üle 65aastaste hulgas on peaaegu kolm korda suurem võrreldes alla 25aastastega (11, 22).

Kirjanduses on väidetud, et depressiooni (24) ja ärevushäiretega (25, 26)

inimestel õnnestub suitsetamisest loobumise katse väiksema tõenäosusega kui neil, kellel depressiooni ega ärevushäireid ei ole. Meie andmetel hakkasid võrreldes depressioonita loobujatega depressiooniga loobujad loobumisperioodi jooksul suurema tõenäosusega taas suitsetama. Samas ei leitud olulist seost ärevushäirete ja loobumisprotsessist väljalangemise vahel.

Kirjanduse andmetel on nikotiinasendusravi ja retseptiravimeid kasutavates uuringurühmades saadud paremaid suitsetamisest loobumise määrasid võrreldes platseeborühmaga (3), kuigi käesoleva uuringu andmetel hakkasid loobujad, kellele määrati ravimid nikotiinisõltuvuse ületamiseks, mõnevõrra suurema tõenäosusega taas suitsetama. Selle põhjal ei saa siinjuures teha üldistust ravimite kaasabi efektiivsuse kohta. Samuti pole selge, kas loobujad ka tegelikult nikotiiniplaastrit või nârimiskummi kasutasid või jätsid selle hoopis välja ostmata. Samuti ei ole jälgitav, kas inimene ostis retseptiravimi välja ja seda kasutas. Ravi maksumus suitsetamisest loobujale on vahemikus 120–160 eurot 8 nädala kohta. Ravisõostumuse jälgimiseks tuleks edaspidi SLN-kabinettides andmebaasi sisestada info nikotiinasendusravi kasutamise kohta.

Kirjandusallikate andmetel on suitsetajatel, kes soovivad loobumiseks kasutada nikotiinasendusravimeid ja retseptiravimeid, sageli ka ärevushäireid, suurem nikotiinisõltuvus ja raskemad võõrutusnähud (27, 28) ning sellest tulenevalt loobutakse väiksema tõenäosusega (25) ning tehakse rohkem ebaõnnestunud loobumiskatseid (26).

Käesolevas töös ei leitud seoseid suitsuvabana püsimisel soo, motivatsiooni, pakkaastate, ärevushäirete esinemise, nikotiinisõltuvuse tugevuse ja retseptiravimi määramisega. Mõned uuringud on välja toonud, et naised on loobumisel vähem edukamad kui mehed (10, 11). Käesolevas uuringus sellist erinevust ei leitud. Samasugust tulemust on kirjeldanud Puente jt (2011) Hispaanias korraldatud uuringu tulemusel (29).

Kirjandusallikad väidavad, et inimene, kes suudab nõustamise käigus suitsetamisest loobuda, on tavaliselt loobumisprotsessi alguses olnud motiveeritud (30). Tulemuste järgi hakkasid mittemotiveeritud inimesed loobumisperioodi jooksul suurema tõenäosusega taas suitsetama, aga erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

Kabinetti pöördunutest esines ärevushäireid enam kui neljandikul ja mõõdukas või tugev nikotiinisõltuvus oli enam kui kolmandikul. Sageli on just ärevushäiretega inimestel tugevam nikotiinisõltuvus (27) ja raskematest võõrutusnähtudest tingituna loobutakse väiksema tõenäosusega (25, 27, 28). Käesoleva uuringu andmetel hakkasid ärevushäiretega inimesed küll suurema tõenäosusega loobumisperioodi jooksul suitsetama, aga erinevus ei olnud statistiliselt oluline. Samuti ei erinenud nõrga, mõõduka ja tugeva nikotiinisõltuvusega inimeste püsimine suitsuvabana.

Töö puudused ja tugevused

Töö üheks olulisemaks piiranguks võib pidada kõiki uuringuaastaid hõlmava ja ühtse metoodikaga vormistatud elektroonilise koondandmebaasi puudumist. Kuna andmebaasi olemasoluks ja vormistuseks puudusid etteantud reeglid, siis haldasid TÜK kopsukliiniku SLN-kabinetis aastatel 2006–2010 nõustamise teenust osutanud nõustajad andmeid erinevaid käepäraseid võimalusi kasutades.

Lisaks pöördujate kohta täidetud paberitele koguti alates 2007. aastast aruandluse tarbeks andmeid ka MS Exceli andmetabelisse, mida hakati töö tarbeks täiendama. Andmebaasi täiendamisel selgus, et seal oli väga palju nii puudevaid kui ka korduvalt sisestatud andmeid uuringuaastate jooksul SLN-kabinetti külastanud inimeste kohta. Nii paberil kui ka elektroonilisel kujul olid andmed sageli mittetäielikud või oli kirje olemas ainult paberil või andmetabelis, aga mitte mõlemas kohas. Samuti puudusid mitmete MS Exceli tabelis olevate isikute kohta andmed paberil ja neid andmeid ei saanud üle kontrollida. Seetõttu võivad osa kabinetti pöördunud inimeste andmed olla ebakorrektsed.

Ligikaudu pooltel kabinetti pöördunutel oli andmeväli täitmata ühe või rohkema töös kasutava tunnuse kohta. See omakorda seab piirid tulemuste usaldusväärsusele, sest erinevate loobumisega seotud tegurite puhul jäid andmeanalüüsist välja loobujad, kellel vastava tunnuse kohta andmed puudusid.

Seoses andmete kvaliteediga oli puudulik info ka suitsuvabana püsimise perioodi kohta. Paljudel suitsetajatel oli loobumise staatuse kohta jäetud andmeväli täitmata, mis võis tähendada seda, et suitsetaja ei alustanud suitsetamisest loobumisega (nii

see ka lõpuks andmeanalüüsi märgiti) või andmeväli oli täitmata ebakorrektsuse tõttu. Arusaamise lihtsustamiseks, kas SLN-kabinetti pöördunu alustas suitsetamisest loobumist kokkulepitud kuupäeval, on suitsetamisest loobuja kaardil oluline täita andmeväli selle kohta, kas suitsetaja oli kokkulepitud esimesel suitsuvabal päeval suitsuvaba või mitte. Andmeanalüüsi ajateguri kaasamise võimaluse tagamiseks on eriti oluline täita korrektsetl kõik andmeväljad selle kohta, kas inimene püsib suitsuvabana või mitte ja kas temaga saadi kontakti.

Töö piiranguks võib samuti pidada küllaltki väikest andmebaasi, sest uuriti vaid ühe SLN-kabinetti tööd. Edukaid loobujaid TÜK kopsukliiniku SLN-kabinetis oli 5 uuringuaasta jooksul vaid 55, mis omakorda seab piirid tulemuste usaldusväärsusele.

Töö üheks olulisemaks tugevuseks oli esimest korda Eestis SLN-kabinetti töös kogutud andmetega tehtud põhjalik ja uudseid meetodeid hõlmav andmeanalüüs. Lisaks kabinetti pöördunute kirjeldamisele suitsetamisest loobuja kaardil esinevate tunnuste järgi ja suitsetamisest loobumise määra arvutamisele kaasati suitsetamisest loobumise protsessis püsivuse andmeanalüüsi ajategur. See võimaldas Coxi regressioonimudeli abil hinnata loobumisprotsessis püsivuse seoseid loobumist mõjutavate teguritega (sugu, vanus, motivatsioon, emotsionaalne seisund jm) ning hinnata Kaplani-Meieri meetodi abil suitsuvabana püsivuse tõenäosust erinevatel ajahetkedel. Rutiinselt SLN-kabinet seda oma töös ei hinda, kuigi andmeid loobumisega seotud tegurite ja suitsuvabana püsivuse kohta kogutakse iga pöörduja kohta.

JÄRELDUSED

Aastatel 2006–2010 TÜK kopsukliiniku SLN-kabinetti pöördunute alustasid vaid pooled suitsetamisest loobumise protsessiga. Kõige rohkem loobujaid hakkas taas suitsetama esimese kahe nädala jooksul pärast esimest suitsuvaba päeva. Seega tuleks SLN-kabinetti töös läbi mõelda, kuidas tõhustada kabinetti pöördujate kaasamist loobumisprotsessi ja kuidas suurendada suitsuvabana püsivust kahe esimese loobumispäeva jooksul. Suitsetamisest loobumise määr kabinetti pöördunute hulgas 6. ja 12. kuul oli vastavalt 14,0% ja 9,7%. Kirjanduse andmetega võrreldes võib saadud loobumismäär järgi suitsetamisest

loobumise nõustamist TÜK kopsukliinikus pidada tõhusaks. Loobumist alustanute hulgas oli tinglik tõenäosus suitsuvabana püsida 6 kuu möödudes ligi kolmandikul ja 12 kuu järel rohkem kui viiendikul.

Mõnevõrra suurema tõenäosusega hakkasid loobumisperioodi jooksul taas suitsetama loobujad, kes olid alla 25aastased, kellel oli depressioon ja kellele määrati NAR (ravimi kasutamine teadmata).

Kahjuks ei võimalda vaid ühe SLN-kabinetti andmetel põhinev väike andmebaas ja andmesisestuse kvaliteet töö tulemusi üldistada kogu Eestile. Ülevaate saamiseks suitsetamisest loobumise nõustamise kohta Eestis tuleb luua ühtsed nõuded ja andmebaas andmete sisestamiseks kõigis SLN-kabinettides ning korraldada samalaadne uuring kõigi SLN-kabinetti andmetega.

TÄNUAVALDUS

Autorid tänavad TÜK kopsukliinikut võimaluse eest kasutada suitsetamisest loobumise nõustamise kabinetis andmeid magistritöö ja käesoleva artikli kirjutamiseks ning nõustaja Karine Rüütli kaasabi eest SLN-kabinetti andmete kasutamisel.

Autorid tänavad Tervise Arengu Instituuti, kes võimaldas „Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia aastateks 2005–2020“ raames SLN-kabinetti tegevuse.

Artikkel põhineb Tiina Mändla rahvatervishoiu magistritööl „Suitsetamisest loobumise nõustamine SA TÜK kopsukliinikus 2006–2010“ (kaitstud Tartu Ülikoolis 5. juunil 2012).

SUMMARY

Smoking cessation counselling at the Lung Clinic of Tartu University Hospital 2006–2010

Tiina Mändla¹, Ülle Ani², Inge Ringmets¹, Kersti Pärna¹

Aim. The present study describes smoking cessation counselling at the Lung Clinic of Tartu University Hospital between 2006–2010. The objectives were to describe maintenance in the smoking cessation process and to analyse its relationship with the factors associated with smoking relapse.

Methods. The target group consisted of 566 persons visiting the smoking cessation counselling service at the Lung Clinic of Tartu University Hospital between 01.01.2006–31.12.2010. Among the factors associated with smoking relapse, gender, age, motivation, pack-years, depression, anxiety disorders, nicotine addiction

¹ Department of Public Health, University of Tartu, Tartu, Estonia

² Lung Clinic of Tartu University Hospital, Tartu, Estonia

Correspondence to: Tiina Mändla
tiina_mandla@hotmail.com

Keywords: smoking, smoking cessation counselling, abstinence rate, probability of maintaining in smoking cessation process

and treatment of tobacco addiction were examined. Frequency tables were used in descriptive analysis. Differences between groups were analysed by the χ^2 test and the Mann-Whitney U-test. The Kaplan-Meier method was used to estimate the probability of maintaining in the smoking cessation process at different time points. The Cox proportional hazard model was used to evaluate relationship between maintenance in the smoking cessation process and factors associated with smoking relapse. Hazard ratios (HR) and the corresponding 95% confidence intervals (95% CI) were computed.

Results. Of all adults visiting the smoking cessation counselling service, 54.6% started with the cessation process. Most of those who were initially able to maintain smoke-free had subsequently relapsed during the first 2 weeks after their first smoke-free day. Among those who visited the smoking cessation counselling service, the 12-month abstinence rate was 9.7%. The probability to be smoke-free 12-months after cessation was 22.2%. The remaining smoke-free status was associated with age, depression and prescribed nicotine replacement therapy (use of medicines unknown). Compared to at least 25-year-old quitters, those younger than 25-year old were 1.79 (95% CI 1.08–2.96) times less likely to remain smoke-free. Quitters with depression were 1.36 (95% CI 1.01–1.85) less likely and those to whom nicotine replacement therapy was prescribed were 1.48 (95% CI 1.11–1.97) times less likely to be abstinent at the end of 12 months after the first smoke-free day.

Conclusion. The abstinence rate of smokers visiting the smoking cessation counselling service at the Lung Clinic of Tartu University Hospital in 2006–2010 was favourable, however, it is necessary to increase participation in the smoking cessation process among visitors of the smoking cessation service. Maintaining abstinent is associated with the individual factors of smokers.

KIRJANDUS/REFERENCES

1. Batra A. Treatment of tobacco dependence. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108:555–64.
2. McCaul KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ, Zetocha K, Quinlan K, Glasgow RE. Motivation to quit using cigarettes: a review. *Addict Behav* 2006;31:42–56.
3. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline.

Rockville: US Department of Health and Human Services; 2008. http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf.

4. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:CD001292.
5. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:CD001007.
6. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD002850.
7. Tobacco use and dependence guideline panel. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services; 2000. <http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/USA%20treatment%20guidelines%20in%20English%202000.pdf>.
8. Sūdame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020 kinnitamine (14.02.2005). RTL 2005, 24, 340. <https://www.riigiteataja.ee/akt/852525>.
9. Terviseinfo. Tubakatarvitamisest loobumise nõustamine. <http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/tubakas/suitsetamisestloobumine/suitsetamisest-loobumise-noustamine-sln>.
10. Dörner TE, Tröstl A, Womastek I, Groman E. Predictors of short-term success in smoking cessation in relation to attendance at a smoking cessation program. *Nicotine Tob Res* 2011;13:1068–75.
11. Ferguson J, Bauld L, Chesterman J, Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcomes. *Addiction* 2005;100:59–69.
12. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:295–304.
13. Hall SM, Prochaska JJ. Treatment of smokers with co-occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. *Annu Rev Clin Psychol* 2009;5:409–31.
14. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA* 2000;284:2606–10.
15. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respir Med* 2008;102:1182–92.
16. Marques-Vidal P, Melich-Cerveira J, Paccaud F, Waeber G, Vollenweider P, Cornuz J. Prevalence and factors associated with difficulty and intention to quit smoking in Switzerland. *BMC Public Health* 2011;11:227.
17. Lancaster T, Dobbie W, Vos K, Yudkin P, Murphy M, Fowler G. Randomized trial of nurse-assisted strategies for smoking cessation in primary care. *Br J Gen Pract* 1999;49:191–4.
18. Maguire TA, McElroy JC, Drummond A. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention based in community pharmacies. *Addiction* 2001;96:325–31.
19. Research Committee of the British Thoracic Society. Smoking cessation in patients: two further studies by the British Thoracic Society. *Thorax* 1990;45:835–40.
20. Segnan N, Ponti A, Battista RN, et al. A randomized trial of smoking cessation interventions in general practice in Italy. *Cancer Causes Control* 1991;2:239–46.
21. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004;99:29–38.
22. Foulds J, Gandhi KK, Steinberg MB, et al. Factors associated with quitting smoking at a tobacco dependence treatment clinic. *Am J Health Behav* 2006;30:400–12.
23. Van Loon AJ, Tjihuis M, Surtees PG, Ormel J. Determinants of smoking status: cross-sectional data on smoking initiation and cessation. *Eur J Public Health* 2005;15:256–61.
24. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001;357:1929–32.
25. Lawrence D, Considine J, Mitrou F, Zubrick SR. Anxiety disorders and cigarette smoking: results from the Australian Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:520–7.
26. Morissette SB, Tull MT, Gulliver SB, Kamholz BW, Zimering RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships. *Psychol Bull* 2007;133:245–72.
27. Piper ME, Cook JW, Schlam TR, Jorenby DE, Baker TB. Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment: relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. *Addiction* 2011;106:418–27.
28. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: findings from an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry* 1992;149:464–9.
29. Puente D, Cabezas C, Rodriguez-Blanco T, et al. The role of gender in a smoking cessation intervention: a cluster randomized clinical trial. *BMC Public Health* 2011;11:369.
30. Boardman T, Catley D, Mayo MS, Ahluwalia JS. Self-efficacy and motivation to quit during participation in a smoking cessation program. *Int J Behav Med* 2005;12:266–72.