

Stimulacija promene životnog stila u cilju smanjenja kardiovaskularnog rizika u PZZ

Christi Deaton¹, Paul Aveyard², Monika Hollander³, Judith R. Brouwer⁴, FD Richard Hobbs⁵, u ime Saveta EPCCS

Affiliations

1. Kembridž univerzitet, Fakultet kliničke medicine, Kembridž univerzitetska bolnica, Velika Britanija
2. Bihevioralna medicina, Njufeld odsek za PZZ, Oksfordski univerzitet, OX2 6GG, Velika Britanija
3. Julius centar za zdravstvene nauke i PZZ, UMC Utrecht, Universiteitsweg 100, 3584 CG, Utrecht, Holandija
4. Medcon International, PO Box 916, 2003 RX HAARLEM, Holandija
5. Njufeld odsek za PZZ, Radklif zgrada za PZZ, Oksford univerzitet, OX2 6GG, Velika Britanija

SAŽETAK

Životni stil značajno doprinosi prevenciji morbiditeta i mortaliteta. Nezdrava dijeta, odsustvo fizičke aktivnosti, preterani unos alkohola i/ili pušenje dovode pojedinca u rizik od oboljevanja od dijabetesa tipa 2 i/ili kardiovaskularnih bolesti (KVB). Promene u životnom stilu su neophodne kako bi se smanjio rizik od oboljevanja, ali i smanjili troškovi za društvo. Radnici u PZZ su u dobroj poziciji da uoče koje promene u životnim stilovima mogu koristiti pojedincu, ali ne znaju uvek kako da te promene i stimulišu kod svojih pacijenata.

Tokom dva godišnja sastanka EPCCS, pregledana je baza dokaza o efikasnosti različitih metoda stimulacije promena životnih stilova i iz toga su proistekle efikasne strategije. Ovaj dokument uokviruje prezentovane dokaze o strategijama uspešnih životnih promena i motivacionih razgovora, kao i koji životni stilovi, rizični po KVS I klinički ishodi mogu biti poboljšani upotrebom različitih strategija. Ovaj dokument ima za cilj da obezbedi praktični vodič za lekare opšte medicine (LOM) i druge radnike u PZZ, kako bi se osnažili pacijenti da poboljšaju svoje životne stilove. Tokom EPCCS sastanaka identifikovane su rupe u znanju, što je u ovom dokumentu formulisano kao preporuka za dalje istraživanje. Šta više, diskutovano se o potencijalnom doprinosu ili odgovornosti LOM u stimulaciji društvenih mera i politike.

SADRŽAJ

UVOD	1	Stav radnika u PZZ	4
PREPORUKE ZA STIMULISANJE PROMENA ŽIVOTNIH STILOVA	2	ŠTA JE DOKAZ EFIKASNIH METODA?	4
Skrining metode	2	DOKAZI IZ STUDIJA KOJE PROCENJUJU STRATEGIJE ZA POBOLJŠANJE PONAŠANJA SPECIFIČNIH ZA KV RIZIK	7
Procena rizika	2	Prekid pušenja	7
Uloga LOM u prevenciji KVB	2	Povećanje fizičke aktivnosti	7
EFIKASNI STILOVI KOMUNIKACIJE	2	Smanjenje unosa alkohola	7
KAKO ZAPOČETI RAZGOVOR?	3	Smanjenje telesne težine	7
Da li mora da postoji medicinski razlog da bi se dao savet o životnom stilu?	3	MOTIVACIONI RAZGOVORI	8
Pacijentova perspektiva	3	OBUČAVANJE ZDRAVSTVENIH RADNIKA ZA DAVANJE SAVETA O PROMENI PONAŠANJA	8
SASTAVNI DELOVI TEHNIKE USPEŠNIH PROMENA PONAŠANJA	3	DRUŠTVENE STRATEGIJE ZA PROMOCIJU ZDRAVIH ŽIVOTNIH STILOVA	9
Postavljanje ciljeva	3	ZAKLJUČAK	9
Samopraćenje	4	PREPORUKE ZA DALJE ISTRAŽIVANJE	10
Uključivanje drugih	4		
Ciljanje automatskog ponašanja	4		

UVOD

Životni stil značajno doprinosi prevenciji morbiditeta i mortaliteta. Na primer, nezdrava dijeta, nedostatak fizičke aktivnosti, preterani unos alkohola ili pušenje dovode pojedinca u rizik od oboljevanja od dijabetesa tipa 2 i/ili KVB. Loše zdravlje, povezano sa lošim životnim navikama, povećava troškove društva. S toga je očigledno da su promene u životnim stilovima neophodne kako bi se smanjio rizik od oboljevanja, ali nije uvek poznato kako se ove promene mogu postići. Radnici u PZZ su u dobroj poziciji da uoče koje promene životnih stilova mogu koristiti pojedincu. Međutim, vreme je često ograničavajući faktor tokom pregleda, za diskusiju o životnim stilovima i njihovim posledicama. Šta više, neki LOM oklevaju da započnu ovakav razgovor iz straha da se previše mešaju u pacijentov život.

Tokom Osmog godišnjeg EPCCS kliničkog predavanja, održanog u Pragu, Republika Češka, krajem 2015. i EPCCS godišnjeg kardiovaskularnog samita za PZZ, u Dublinu, Irska, 2017, diskutovano se o bazi dokaza o efikasnosti različitih metoda stimulacije promene životnih stilova i iz toga su proistekle efikasne strategije. Uz to, identifikovane su rupe u znanju, koje su u ovom dokumentu formulisane kao preporuke za dalje istraživanje. Ovaj dokument uokviruje prezentovane dokaze o tome šta se može postići u ordinaciji i sumira diskusiju i zaključke sa EPCCS sastanaka, u pokušaju da usmeri evropske LOM da poboljšaju svoju podršku pacijentima u cilju postizanja zdravih životnih stilova.

PREPORUKE ZA STIMULISANJE PROMENA ŽIVOTNIH STILOVA

Vodiči Evropskog udruženja za kardiologiju (EUK), iz 2016, za preventivu KVB u kliničkoj praksi (1) definišu KV prevenciju kao koordinisani set radnji, na nivou populacije ili ciljano prema jedinki, sa ciljem da se eliminiše ili umanjuje breme KVB i povezani invaliditet. Uglavnom, regioni sa visokom stopom rasta pokazuju značajan pad mortaliteta od 80-ih, što se najpre povezuje sa preventivnim merama. Neki faktori rizika, naročito gojaznost i DM tip 2, su međutim u porastu. Preostali KV morbiditet i mortalitet nije samo rezultat preovlađujućih faktora rizika; slaba implementacija preventivnih mera takođe brine (1). Procenjuje se da kada bi se eliminisali faktori rizika bilo bi moguće eliminisati 80% KVB (2).

Skrining metode

Većina vodiča preporučuje kombinaciju oportunističkih i sistematskih skrininga. Najisplativije je fokusirati se na pojedince sa većim KV rizikom ili sa potvrđenim KVB. LOM su u naročito značajnoj poziciji da identifikuju pojedince koji nemaju registrovanu KVB, ali imaju povećan KV rizik. Mada su dokazi o efikasnosti ograničeni, EUK vodiči o prevenciji iz 2016. preporučuju sistematičan pristup proceni KV rizika, ciljajući na populaciju koja ima veću verovatnoću za povećan rizik, npr. kod onih sa porodičnom istorijom KVB. Procena KV rizika kod muškaraca mlađih od 40 i žena mlađih od 50 godina se ne preporučuje (2).

Procena rizika

Prema vodičima EUK, iz 2016, procenu rizika treba ponavljati, npr. svakih pet godina. Rizik može biti procenjen SCORE sistemom, koji izračunava desetogodišnji rizik od fatalnih KVB ili se može koristiti validan lokalni sistem za procenu rizika. Kratkoročni rizik se uglavnom određuje u odnosu na životnu dob. Mlade osobe, naročito žene, zato retko dosežu prag kada je neophodno lečenje. U stvari, kod mladih osoba nizak apsolutni desetogodišnji rizik može da maskira vrlo visok relativni rizik koji zahteva savet u vezi promene životnog stila.

Načini da se ovaj rizik pojasni uključuju tabelu relativnog rizika ili razgovor o dugoročnom riziku ili rizičnom godištu. Modeli koji predviđaju životni KV rizik identifikuju visoko rizične pojedince, i na kraće i na duže staze. Adekvatni dokazi o upotrebi dugoročnog rizika pri donošenju odluka o lečenju i značajnim rizičnim kategorijama, za sada nedostaju. Zato nisu formulisane preporuke o njegovoj upotrebi, ali EUK vodiči priznaju da može poslužiti kao komunikacioni alat u razgovoru sa onima koji imaju visok relativni, ali nizak apsolutni rizik (1). U ovoj populaciji, razgovor o rizičnom godištu može biti od pomoći, jer ilustruje verovatno smanjenje trajanja života ako se ne usvoje preventivne mere (3).

Uloga LOM u prevenciji KVB

Vodiči EUK iz 2016 (1) naglašavaju da prevenciju KVB treba sprovesti u svim zdravstvenim ustanovama, uključujući i PZZ, a naročito se ističe važnost LOM koji obavlja preko 90% pregleda pacijenta u većini zemalja. Zato LOM ima vitalnu ulogu u implementaciji odgovarajućih preventivnih mera. LOM je ključna osoba, koja treba da inicira, kordinira i obezbedi dugoročno praćenje prevencije KVB. Radnici u PZZ, što uključuje LOM i njihov saradnike, kao npr. medicinske sestre, su u dobroj poziciji da identifikuju pacijente koji bi mogli biti u riziku i da procene njihovu potrebu za intervencijom, koja se bazira na profilu

njihovog rizika.

Ovi vodiči su jedinstveni i podržavaju i individualni pristup (ciljajući na visoko rizične pojedince) i na dokazima bazirane intervencije u široj populaciji. Vodiči ističu da prevencija KVB treba da bude poštovana i implementirana na svim društvenim nivoima i u svim zdravstvenim ustanovama. Ovo bi sa sobom trebalo da nosi i veća sredstva za prevenciju u zdravstvu i akcije koje će učiniti društvo zdravijim. Svi lekari treba da smatraju preventivu i promociju zdravih životnih stilova profesionalnom odgovornošću i treba da podržavaju politiku koja promovise zdrave stilove života. Pacijente treba osnažiti, da dobiju znanje i podršku, kako bi donosili informisane odluke i zahtevali robusne preventivne napore od zdravstvenih grupa i društva. Pacijentiva svest o njegovom zdravstvenom stanju i opcije koje bi ga poboljšale ojačavaju njihovo saznanje da i sami imaju odgovornost da žive zdravim životnim stilom.

Što se tiče rizika kod pojedinačnih pacijenata, vodiči EUK preporučuju kognitivne, bihejvioralne metode, kako bi se ljudima dala podrška u usvajanju zdravih životnih stilova. Utvrđene kognitivno-bihejvioralne strategije, kao što su motivacioni razgovori (4) i uključivanje multidisciplinarnih zdravstvenih profesionalaca (npr. sestre, dijetetičari, psiholozi) (5,6), imaju nivo A I preporuka, što ukazuje da kvalitetni dokazi više randomiziranih studija i meta analiza pokazuju da je intervencija korisna i efikasna. Šta više, druga klasa A I preporuka potvrđuje da se kod visokorizičnih pojedinaca savetuju multimodularne intervencije, koje uključuju medicinske izvore sa znanjem o životnim stilovima, fizičkoj aktivnosti, borbi sa stresom i savetovanju o psihosocijalnim faktorima rizika (6,7). Ako je osoba depresivna ili živi u lošim socijalnim uslovima možda neće osećati spremnost da promene i napravi. Iako nije lako rešiti sve ove probleme, treba naglasiti da naponi koji se čine kako bi se pacijent osnažio u cilju poboljšanja njegovih životnih navika, nisu uzaludni. Male promene u ponašanju mogu imati važan pozitivan efekat na duže staze i više manjih koraka može akumulirati veće benefite.

EFIKASNI STILOVI KOMUNIKACIJE

Mnogi pojedinci su svesni da bi bilo dobro kada bi promenili neke aspekte svog životnog stila a i pokazuju želju za tim. Mogu biti motivisani da poboljšaju svoje životne navike. Ali praksa pokazuje da želeći nešto, čak i kada ste motivisani, nije uvek dovoljno. Često, više individualnih i faktora iz okruženje ometa usvajanje zdravih životnih stilova i raskid sa ustaljenim obrascima ponašanja. Ljubazna i konstruktivna interakcija između radnika PZZ i pacijenata, može osnažiti pacijenta da se nosi sa svojom bolešću i da se pridržava zdravih životnih stilova. Individualno savetovanje čini osnovu za motivaciju i posvećenost promenama u ponašanju.

EUK vodiči formulišu listu principa o efikasnoj komunikaciji, a među njima su i posvećivanje dovoljno vremena pacijentu, kako bi se stvorio terapijski odnos i važnost prepoznavanja pacijentovog pogleda na sopstvenu bolest, ali i šta je to što njemu brine. Budite sigurni da je pacijent razumeo Vaš savet i pričajte sa njima na njihovom nivou znanja. Važno je znati da promena životnih navika može biti teška i konstantna, a delimična promena je češće trajnija nego brza promena ponašanja (1). Uz to, dato je i deset strateških koraka kako bi se olakšala promena u ponašanju. Radnici u PZZ treba da naprave terapijski savez i savetuju sve pojedince koji su u riziku ili već imaju KVB. Pojedincima bi trebalo pomoći da razumeju vezu

između njihovog ponašanja i zdravlja. Pomozite pojedincima da uvide potencijalne barijere za promene u ponašanju i savladaju, npr. psihosocijalne faktore rizika, kao što je stres ili društvena izolacija, kroz skrojene individualne ili grupne sesije. Dobro je pitati pacijenta na šta bi on želeo prvo da se fokusira i dobiti njegove komentare, kako bi on bio nosilac sopstvenih promena u ponašanju. Koristite kombinaciju strategija, uključujući i ojačavanje kapaciteta za promenu samog pacijenta (5). Drugo zdravstveno osoblje, kao što su dijetetičari, fizioterapeuti, psiholozi, socijalni radnici treba da budu uključeni kad god je to moguće, a napredak treba pratiti kroz kontrolne preglede (7). Nekoliko trenutnih, individualnih (motivacija, navike, sredstva) i kontekstualnih (pozivi, prilike i troškovi) faktora utiče na verovatnoću da će se osoba ponašati na određen način. Bihevioralni potencijal, tj. verovatnoća dobijanja određenog odgovora u datom kontekstu, prateći inicijalnu promenu ponašanja, varira u vremenu i kontekstu. Usvajanje novog ponašanja može imati i nekoliko neuspeha, koji su zatim praćeni poboljšanjem ponašanja, pre nego ono postane održivo (8). Bilo bi korisno pripremiti čoveka za potencijalne buduće neuspehe. Dobar odnos između lekara i pacijenta, sa dugoročnim praćenjem, može pomoći pojedincu da se vrati na novi obrazac ponašanja, ako do neuspeha dođe.

KAKO ZAPOČETI RAZGOVOR?

Da li mora da postoji medicinski razlog da bi se dao savet o životnom stilu?

Mnogi lekari veruju da je najbolji momenat da se da savet, npr. prestanak pušenja, kada se pacijent pojavi sa zdravstvenim problemom, koji je sa pušenjem povezan (9,10). Međutim, ovo uverenje ne podržava dokaz o predvidljivosti prestanka pušenja nakon posete lekaru (11). Neki dokazi ukazuju da je čak verovatnije da pacijente može iritirati kada im se savet da kada se bolest pojavi, jer neki od njih to mogu protumačiti kao okrivljivanje za nastanak bolesti (12).

To što ne postoji medicinski razlog da bi se započeo razgovor, ne mora da bude barijera. Sistematični pregledi i meta analize (13), procenjivali su i kratak savet o prestanku pušenja i predlaganje terapije zamene nikotina kod pušača koji nisu birani po motivaciji da prekinu pušenje. Podaci iz 13 studija pokazali su da je davanje bihevioralne podrške dalo veći efekat u broju pacijenata koji su pokušali da ostave pušenje (SR:2.17, 95% IP:1.52-3.11) nego davanje saveta da se prekine iz medicinskih razloga (SR:1.24,95%IP:1.16-1.33) ili da se ponudi terapija zamene nikotina (SR:1.68,95%IP:1.48-1.89), a sve ovo poredeno sa ne davanjem saveta uopšte. Povećenje broja pokušaja da se prekine pušenje nije uvek rezultiralo većim brojem apstinencija. Pregledane studije koje su pokazale veći broj pokušaja da se prekine pušenje posle ponude bihevioralne podrške ili terapije zamene nikotina nisu procenjivale spremnost da se prekine pre ponuđene pomoći. Autori s toga zaključuju da podršku za prestanak treba nuditi često, jer prethodna procena volje da se prekine pušenje može da propusti pojedince koji bi prihvatili direktnu ponudu za pomoć (13).

Pacijentova perspektiva

Jedno istraživanje je procenjivalo efikasnost oportunističke ponude gojaznim pacijentima da učestvuju u radu grupe za smanjenje telesne težine, kao i njihovu percepciju primerenosti ove intervencije (14). Od 2728 potencijalno podobnih pacijenata, 1882 su bili podobni i randomizirani su u jednu

od dve intervencije, u trajanju od 30 sekundi. U aktivnoj intervenciji, pacijenti su poslani u grupu za smanjenje telesne težine. Ako su ovu ponudu prihvatili, lekar im je zakazao pregled i kontrolu. U kontrolnoj intervenciji, lekar je posavetovao pacijenta da bi njegovom zdravlju koristilo ako bi smanjili telesnu težinu. 722 (77%) pojedinaca koji su raspoređeni u aktivnu intervenciju su se sa tim i složili i 379 (40%) njih je posećivalo grupu za smanjenje telesne težine, u poređenju sa 82 (9%) pojedinaca koji su randomizirani u kontrolnu intervenciju. U proseku, u grupi za podršku promena TT za 12 meseci je bila 2.43kg, a u grupi sa savetom 1.04kg (prilagođena razlika:1.43, 95%IP:0.89-1.97). Proporcija pacijenata koji su izgubili najmanje 5% ili 10% TT u toku 12 meseci bila je okvirno dva puta veća u grupi sa podrškom, naspram grupe sa savetom (5% TT: 25% naspram 14%, 10%TT: 12% naspram 6%). Kada su bili pitani šta misle o tome kako im je lekar pomogao da izgube kilograme, kada su na pregled dolazili iz drugih razloga, 1530 (81%) ispitanika smatrali su da je to sasvim odgovarajuće i da im je bilo od pomoći. Četvoro (<1%) pacijenata smatralo je da su intervencije neodgovarajuće i da im nisu bile od pomoći. Ocene učesnika o prikladnosti i pomoći kratkih intervencija nije se značajno razlikovala između dve interventne grupe. I dok LOM mogu ponekad brinuti da će uvrediti pacijenta ako diskutuju o njegovoj težini, ova studija pokazuje da kada je obraćenje pacijentu konstruktivno i brižno, uglavnom se doživljava kao pozitivna intervencija i efikasna je (14).

SASTAVNI DELOVI TEHNIKE USPEŠNIH PROMENA PONAŠANJA

U svim efikasnim kognitivnim bihevioralnim tehnikama, takođe nazvanim i psihoedukativnim intervencijama ili tehnikama promene ponašanja (TPP), fokus je na promeni, kako pojedinac razmišlja o sebi, svom ponašanju i okolnostima i kako može da promeni svoj životni stil.

Istraživački naponi procenjuju efikasnost TPP, ali izveštavanje o tako kompleksnim procesima je generalno loše, sa velikim varijacijama u korišćenoj terminologiji, što otežava replikaciju. Napori da se ovo poboljša i da se osnaži sinteza dokaza i razvoj intervencija uključuju utvrđivanje klasifikacije TPP (15,16). Klasifikacije mogu da posluže kao koristan metodološki alat u istraživanju, koje ima za cilj karakteriziranje aktivnih komponenti intervencija sa preciznošću i specifičnošću (16).

Postavljanje ciljeva

Kognitivno bihevioralne strategije treba da se uklope u svakodnevni život pacijenta. Lekar može pomoći pacijentu da postavi ciljeve i da osmisli kako da te ciljeve realizuje u delu. Najbolje je formulisati skup malih, realističnih ciljeva, jer ljudi stiču pouzdanje ako dostignu zadate ciljeve. Pacijent treba da bude pripremljen na neuspehe, tako što će se formulisati kako će reagovati (ako sedesi, ja ću...) ako se ne budu pridržavali planova; ovo će pomoći da se održe realistična očekivanja. Razmišljanje unapred će pomoći da se identifikuju prepreke i strategije i kako ih prevazići. Pacijent treba da definiše svoje ciljeve i formuliše pravila životnog stila. Bolja, efikasnija pravila imaju jasne granice i veza su sa osećajem identiteta, npr. ako pacijent identifikuje sebe kao nepušača. Ako pravilo uključuje vrednosti, lakše ga je pratiti. Ako se pravila ponovo primenjuju, konačno postaju navika. Navika funkcioniše slično kao "ako... onda" scenario, ali to više nije kognitivni proces, već instinktivni. U svetlu postavljanja realističnih ciljeva ka zdravim životnim

stilovima, interesantno je razmotriti i koncept "pozitivnog zdravlja". Nasuprot definiciji zdravlja koju je dala SZO 1948, gde se zdravlje definiše kao "stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustva bolesti ili slabosti" predlaže se širi pogled na zdravlje (17). Uzimajući u obzir trenutnu prevalencu hroničnih bolesti i bolesti povezanih sa životnim stilovima, pogled na zdravlje kao "dinamičnu sposobnost da se adaptira i upravlja sopstvenim blagostanjem, uprkos socijalnim, fizičkim i emotivnim izazovima" je mnogo primereniji. Istraživanja od strane onih koji su napravili inicijativu "pozitivnog zdravlja" pokazala su da pacijenti smatraju svoje sposobnosti vrlo relevantnim (17,18). Pomerajući fokus sa lošeg zdravlja ka unošenju živosti i dobrobiti, može pomoći u komunikaciji sa pacijentima i zajedničkom donošenju odluka i postavljanju ciljeva.

Samopraćenje

Spoljni alati, kao što su aplikacije i logovi na smartfonu mogu biti korisni za samopraćenje. LOM može dati informacije o ovom procesu i ohrabriti pacijenta. Nije od pomoći samo ako pitate pacijenta da li rade ono što su planirali, već i da zajedno pogledate vrednosti HbA1C, vrednosti sa pedometra/akcelometra ili aplikacije iz oblasti zdravstva – to može vrlo da motiviše pacijenta.

Uključivanje drugih

Postoje podaci koji pokazuju da uključivanje partnera ili porodice može da olakša efikasnost intervencije, nasuprot veze 1 na 1 sa doktorom. Drugarski pristup se takođe pokazao efikasnim i u ovom odnosu dvoje ljudi čine jedan drugoga odgovornim, npr. pozivajući jedan drugoga da provere ponašanje, ili praviljenjem opklada, u kom slučaju druga osoba mora da plati ako ne uspe.

Ciljanje automatskog ponašanja

Znanje o prednosti određenog ponašanja ne vodi automatski ka tom ponašanju. U ovom kontekstu relevantno je razmotriti dve široke kategorije ponašanja: reflektivno i automatsko. Reflektivno ponašanje je ka cilju usmereno, racionalno, fleksibilno, ali takođe i sporo i tromo, dok se automatsko ponašanje može posmatrati kao usklađeno sa okolinom, nefleksibilno i oslobađa kognitivne procese. Većina intervencija cilja reflektivno ponašanje, ali je moguće ciljati i automatsko ponašanje, i ovo drugo se smatra efikasnijim (19). Pristupi, da bi se ovo i postiglo, zahtevaju razmišljanje o tome kako okruženje treba restrukturirati, tako da se signali okoline koji su indukovali automatsko ponašanje zamene signalima koji pomažu veće angažovanje u oblasti zdravog ponašanja. Upotreba lifta učinjena je manje privlačnim time što su stavljena vrata koja su se sporije zatvarala, a to je dovelo i do veće upotrebe stepeništa (20). Postavljanje zdrave hrane bliže, na ne manje od 10 inča od salata bara u kafeteriji može povećati izbor zdravih opcija hrane, koji su tako na dohvata ruke (21). Na sličan način, smanjenje broja i blizine diskonta sa nezdravom hranom može smanjiti njenu konzumaciju (22).

U drugim slučajevima, ciljanje automatskog asocijativnog procesa može promeniti ponašanje. Važan primer je restrikcija reklamiranja slatkiša, duvana i alkohola. Deca koja gledaju crtane filmove, koji su prekidani reklamama za slatkiše ili odrasli koji gledaju filmove u kojima se alkohol često pojavljuje konzumiraće više ovih proizvoda kojima su bili izloženi. Šta više, činjenica da su ljudi generalno predisponirani da se privole pozitivnim stimulusima može se iskoristiti tako što će se zdravoj hrani davati zabavni nazivi, a likove iz crtanih filmova staviti na povrće,

kako bi se povećala šansa da ih deca jedu. Uz to brendirana pakovanja treba ukloniti sa brze hrane i duvana kako bi se umanjila njihova privlačnost. Razvijanje pozitivnih asocijacija sa zdravim stilovima života je ključ, ali i inhibicija bihevioralnih impulsa. Lekar kao individua malo šta tu može učiniti, ali može probuditi svest o ovim mehanizmima i time pomoći pacijentima da se odupru automatskom nezdravom ponašanju. Lekari uključeni u inicijative koje imaju za cilj da stvore okruženje koje stimuliše zdrave stilove mogu imati korist od ovih dokaza.

Stav radnika u PZZ

LOM treba da napravi plan sa pacijentom o broju i trajanju kontrolnih pregleda, da procenjuje i ojačava napore ka postizanju cilja. Dugoročna podrška i praćenje se može obezbediti i među vršnjacima u lokalnim programima. Očigledno, važno je znati koji su bihevioralni programi ili izvori dostupni u zajednici. Treba skrojiti opcije prema potrebama pojedinca i mogućnostima pacijenta.

Mada je gubitak TT često praćen ponovnim vraćanjem kilograma, treba i zapaziti da privremeno smanjen marker rizika ili surogat marker daje zdravstvenu dobit. Dužina trajanja hipertenzije ili insulinske rezistencije je važna. Slično efektu koji ima petogodišnja terapija statinima (23), na zdravstvene ishode, korist od gubitka TT na dijabetes traje duže nego sam period gubitka težine, te je bilo koji gubitak težine dobro došao. Takođe, mala poboljšanja mogu pacijentu dati osećaj da ima kontrolu, što može da poboljša i motivaciju i kvalitet života. Intervencije koje se fokusiraju na pojedinačna zdravstvena ponašanja mogu biti efikasne u indukovanju promene ovog ponašanja (24,25). Međutim, obrasci životnih stilova su često međupovezani i treba uzeti u obzir mnoge navike. Indikovano je holistički pristup, sa fokusom na više ponašanja.

ŠTA JE DOKAZ EFIKASNIH METODA?

Urađeno je istraživanje koje je procenjivalo strategije promene ponašanja. Učinjeni su napori da se proceni kvalitet i preklapajuće poruke iz ovih studija, ali i da se razjasni šta su aktivni sastojci ovih intervencija. Ovde smo se fokusirali na nalaze nekih sistematičnih pregleda i/ili meta analize. Artinian N.T. i saradnici pregledali su preko 70 studija koje su procenjivale TPP intervencije, kako bi sastavili naučnu izjavu za Američku asocijaciju za srce (5). Pokazalo se da je većina studija koristila surogat ishode, kao što su nivo lipida ili krvni pritisak (KP) i efekti su generalno skromni. Bazirano na pregledu literature, ovaj dokument daje, na dokazima bazirane, preporuke o implementaciji fizičke aktivnosti i dijeta kod odraslih, uključujući rasne/etničke manjine i/ili društveno ekonomski ugroženu populaciju. Klasa I, nivo dokaza A – kognitivne bihevioralne strategije uključuju postavljanje ciljeva, povratnu informaciju, samopraćenje, plan akcije za kontrolne kontakte, dugoročnu podršku i praćenje, a preporučuje se kombinacija najmanje dve intervencije. Vodiči su formulisani tako da prevedu na efikasnije strategije u praksu (5).

Drugi sistematični pregled fokusirao se na TPP koje su imale za cilj promene ponašanja koje bi bile od koristi za koronarnu bolest (26). U 22 studije, koje su zadovoljile kriterijume za sistematične preglede, najčešće uključene TPP davale su informaciju o posledicama ponašanja i kako izvesti promenu i postavljanje cilja. Većina studija imala je period praćenja manji od jedne godine, neke do dve, a jedna je procenjivala mortalitet

nakon 7-9 godina.

Tabela 1. sumira efekate intervencija na faktore rizika i kliničke ishode. Mali, ali značajan efekat je primećen kod pušenja, u toku praćenja, što pokazuje da su u celini intervencije imale veliku verovatnoću da rezultiraju prekidom pušenja u poređenju sa kontrolnim grupama. Nije primećen značajan efekat na BMI, ali

mali, statistički značajan efekat bio je primećen kod sistolnog i dijastolnog KP. Intervencije nisu imale značajan uticaj na rizik od koronarnih događaja, ali je primećen mali, značajan efekat na rizik za mortalitet (26).

		Broj studija u analizi	SR/SV	Srednja razlika	95% IP	Heterogenost između studija	P-vrednost	Studija
FAKTORI RIZIKA	Pušenje	15	SR: 0.89		0.81-0.97	Niska		(26)
	BMI	8		-0.39 kg/m ²	-1.03 do 0.25	Visoka		(26)
	Sistolni KP	10		-3.13 mmHg	-5.11 do -1.15	Srednja		(26)
	Dijastolni KP	10		-1.12 mmHg	-2.10 do -0.13	Srednja		(26)
KLINIČKI ISHODI	Koronarna bolest	5	SR: 0.86		0.68-1.09	Umerena		(26)
	Mortalitet	15	SR: 0.82		0.69-0.97			(26)
	Ukupni mortalitet	6	SV: 1.34		1.10-1.64		P=0.003	(27)
	Srčani mortalitet	5	SV: 1.48		1.17-1.88		P=0.001	(27)
	Reinfarkti i readmisije	8	SV: 1.35		1.17-1.55		P<0.00	(27)

Tabela 1. Uticaj TPP na KV faktore rizika i kliničke ishode, kako je viđeno u sistematičnim pregledima^(26,27). SR: stepen rizika, SV: stepen verovatnoće, 95% IP: 95% interval poverenja, BMI: indeks telesne mase, KP: krvni pritisak

Ova studija (26) se takođe bavila i prediktorima ishoda; koje karakteristike intervencija u studiji određuju njihov ishod. Mada podaci o mortalitetu iz 15 studija ukazuju da duže intervencije mogu imati bolje ishode nego kraće, ovaj efekat nije statistički značajan. Takav obrazac nije viđen ni kod ishoda pušenja. Individualne intervencije su se pokazale efikasnije nego grupne, što se tiče mortaliteta, ali ipak ovaj ishod nije bio statistički značajan i nije viđena razlika između ova dva pristupa što se tiče efekta na pušenje. Nije bilo od važnosti, ni za mortalitet, ni za pušenje da li je intervencija bila razvijena bazirano na psihološkoj teoriji ili bez teorijske osnove. Konačno, broj TPP uključenih u intervenciju takođe nije bio povezan sa mortalitetom, niti su različite kategorije TPP (postavljanje cilja/plana akcije, provera ciljeva/samopraćenje, savladavanje stresa, društvena podrška, obezbeđivanje povratne informacije) značajno predvidele mortalitet. Autori misle da njihov neuspeh, da identifikuju koji je aspekt ovih sekundarnih preventivnih intervencija bio najefikasniji je verovatno posledica toga što su mnoge intervencije uključivale asortiman tehnika i s toga može postojati sinergistički efekat kombinovanjem različitih tehnika (26). Takođe treba reći da je ova studija zapazila takvu heterogenost u merenju zdravstvenog ponašanja da nije bilo moguće kombinovati rezultate kroz studije u meta analizi. Još jedna istraživačka grupa je pregledala 38 TPP (u 26 studija) fokusirajući se na smanjenje sedatarnog ponašanja kod odraslih (28). Kategorisanje intervencije kao vrlo, sasvim i neobećavajuće, bazirano na primećenim promenama ponašanja otkrilo je da su vrlo (39%) i sasvim (21%) obećavajuće TPP primarno imale za cilj smanjenje sedatarnog ponašanja, a ne povećanje fizičke aktivnosti. Potvrđeno je nekoliko funkcija TPP i to edukacija, ubeđivanje, podstrekivanje, trening, restrukturiranje okoline, modeliranje i osposobljavanje. Obećanje intervencije je bilo povezano sa brojnim funkcijama kojima se bavila intervencija, kao vrlo obećavajuće (sredina:1.93 funkcije po intervenciji, SD:1.28) i

sasvim obećavajuće (srednji broj funkcija:2.13, SD:1.13) imale su više funkcija nego neobećavajuće intervencije (srednji broj funkcija:1.07, SD=0.59, P<0.001). Intervencije bazirane na restrukturiranju okoline, ubeđivanju, edukaciji ili treningu su bile najefikasnije, dok su samopraćenje, rešavanje problema i restrukturiranje društvenog ili fizičkog okruženja identifikovane kao naročito obećavajuće tehnike koje bi dovele do promene ponašanja. Obećavajuće intervencije su takođe više koristile TPP (vrlo obećavajuće: srednji broj tehnika:7.27, SD:5.19, savim obećavajuće: srednji broj tehnika:7.00, SD:2.83) nego intervencije koje su se pokazale neobećavajuće (srednji broj tehnika:4.87, SD:2.70, P<0.001)(28). Ponašanja – samopraćenje, rešavanje problema i restrukturiranje društvenog okruženja, izgleda najviše doprinose obećanju intervencije (28). Autori zaključuju da do danas, uvid u većinu TPP da smanje sedatarni način ponašanja se pre svega oslanja na suboptimalan dizajn studija, što ograničava definitivne zaključke o efikasnosti intervencije. Nekoliko studija naglašava sedatarno ponašanje kao isključujući kriterijum, a neke su koristile neadekvatnu kontrolnu grupu. Zato je baza dokaza o tome “šta uspeva” i “zašto” kada se radi o sedatarnom ponašanju slaba (28). Kada se tumače ovo podaci, treba zapaziti da su u svim ovim studijama intervencije bile kratkoročne. Jedno očekivanje je formirano u italijanskoj studiji GOSPEL (29), koja je procenjivala dugoročnu intervenciju i koja je pokazala najveći dobitni efekat intervencije na koronarne događaje, među studijama koje su pregledali Goodwin i saradnici (26). Randomizirana GOSPEL studija poredila je trogodišnje multifaktorijelne kontinuirane edukativne i behevioralne programe sa uobičajenom negom (uključujući programe srčane rehabilitacije (SR)) kod 3241 pacijenta sa nedavnim infarktom miokarda (IM), sa relativno niskim rizikom (nekoliko pacijenata je bilo starije od 70 godina ili sa ejectionom frakcijom manjom od 40%). Intervencija nije značajno smanjila primarni KV ishod (tabela 2).

Jeste međutim smanjila rizik od nekoliko sekundarnih ishoda. Kaplan-Meier-ove krive verovatnoće, bez događaja, za primarne i sekundarne ishode uspešnosti intervencije i uobičajene grupe za negu, razdvojile su se tokom perioda ispitivanja. Šta više, osobe u interventnoj grupi pokazale su značajnije poboljšanje u životnim navikama, uključujući vežbe, dijetu, psihosocijalni

stres, manje pogoršanje kontrole telesne težine i propisivanje lekova za sekundarnu prevenciju. Na taj način GOSPEL studija je pokazala da dugoročna, multifaktorijelna, kontinuirana, pojačana intervencija nakon rehabilitacije posle IM može smanjiti rizik od važnih KV ishoda (29).

ISHOD	INCIDENCA U GRUPI SA INTERVENCIJOM	INCIDENCA U KONTROLNOJ GRUPI	KOEFICIJENT RIZIKA (95%IP)
Primarni zbirni ishod	16.1%	18.2%	0.88 (0.74-1.04)
KV mortalitet plus nefatalni IM i šlog	3.2%	4.8%	0.67 (0.47-0.95)
Srčana smrt plus nefatalni IM	2.5%	4.0%	0.64 (0.43-0.94)
Nefatalni IM	1.4%	2.7%	0.52 (0.31-0.86)

Tabela 2. Efekat trogodišnjeg multifaktorijelnog kontinuiranog edukativnog i bihejvioralnog programa na KV ishode u GOSPEL studiji⁽²⁹⁾. Primarni ishod je bio zbir KV mortaliteta, nefatalnog IM, nefatalnog šloga i hospitalizacije za anginu pektoris, srčanu insuficijenciju ili hitnu revaskularizaciju.

Ako se usresredimo na efekat specifičnijih strategija, koji su dokazi o efektu psihoedukacije kao preporučene komponente srčane rehabilitacije? Meta analiza podataka 213 učesnika na srčanoj rehabilitaciji, sa koronarnom bolešću, iz studija koje su poredile psihoedukativne programe sa samo vežbanjem, standardnom srčanom rehabilitacijom ili medicinskom negom, procenila je efekat psihoedukacije na promene u ponašanju i promenljive psihološke faktore rizika (30). Psihoedukativne intervencije proizvele su značajan pozitivan efekat na psihološku aktivnost u periodu od 6-12 meseci, u poređenju sa samo vežbanjem i edukacijom o faktorima rizika, ali je malo dokaza pronađeno što se tiče promene pušačkog statusa i dijetetskih navika. Ovaj efekat se izgleda pojavio zahvaljujući strategijama kao što su postavljanje ciljeva, rešavanje problema, samopraćenje i stvaranje uzora. Nije viđen značajan efekat što se tiče psiholoških faktora rizika, uključujući KP u miru i tokom vežbanja, srednja vrednost telesnih masti, BMI ili struk-kuk odnosa (30). S toga, efekat uobičajenih kardio rehabilitacionih programa može biti poboljšan dodavanjem psihoedukativne komponente.

Druge meta analize procenjivala je efekat psihoedukativnih intervencija na prestanak pušenja kod pacijenata sa koronarnom srčanom bolešću (31). U 14 studija bilo je primećeno značajno povećanje verovatnoće trajnog prekida pušenja (SR:1.51, 95% IP: 1.18-1.93) u interventnoj grupi, u poređenju sa kontrolnom. Beznačajno smanjenje totalnog mortaliteta je viđeno u grupi randomiziranoj za psihoedukativne intervencije (SR:0.73, 95%IP: 0.46-1.15). Intervencije uglavnom ciljaju na motivaciju i ciljeve, uverenja o kapacitetu, znanje i veštine, u svim uključenim studijama, mada ova studija nije mogla pouzdano da proceni bihejvioralne determinante retroaktivno (31).

Još jedna istraživačka grupa imala je za cilj da specifično proceni programe nedavne promene životnog stila kod pacijenata sa koronarnom bolešću (objavljene od 1999-2009), u njihovoj efikasnosti da poprave faktore rizika, povezano zdravstveno ponašanje i mortalitet, u poređenju sa standardnom srčanom negom. Autori su se fokusirali na skorašnje intervencije, jer se rutinska srčana nega vremenom popravila i ovaj napredak je neutralizovao uvećanje koristi viđene kod starijih programa (27). Ova meta analiza 23 istraživanja, koja je uključila 11000 randomiziranih pacijenata, pokazuje da programi promene

životnih stilova stvarno obezbeđuju korist koja prevazilazi korist koja se postiže samo standardnom srčanom negom. Veličina efekta za sveukupni mortalitet, srčani mortalitet, reinfarkt i ponovni prijem u bolnicu je bila u korist intervencije (tabela 1). Autori su primetili da programi koji su uključili sve četiri samoregulatorne TPP, i to postavljanje ciljeva, planiranje, samopraćenje i povratne informacije, su bile mnogo uspešnije u popravljanju životnog stila, naročito promene navika vežbanja i ishrane (unos masnoća), nego programi koji nisu uključivali ove tehnike. Primećeni efekti nisu se održali na duže staze. Studija je takođe pokazala da su intervencije koje uključuju partnere pacijenata bile povezane sa većim uspesima u prekidu pušenje i dijetetskim navikama (27).

U današnjem (mobilnom) tehnološkom dobu, TPP takođe mogu biti primenjene kroz npr. tekstualne poruke i davanjem informacija na veb-sajtu. Intervencije kao što su postavljanje ciljeva ili davanje povratnih informacija kroz tekstualne poruke je dalo pozitivne rezultate za prijemčivost terapiji na kraće staze, za fizičku aktivnost na 6 meseci, ali bez efekta na dijetu ili prekid pušenja (32).

Dokazi o tzv. vrlo kratkim intervencijama (VKI) se prikupljaju. VKI se odnose na intervencije za koje je neophodno manje od 5 minuta, koje se sastoje od sličnih tehnika, koje su prethodno opisane, ali koje se uklapaju u vremenom skučenu svakodnevnu praksu. VKI takođe imaju za cilj da pacijentima obezbede alate koji su im neophodni da naprave promene u svom životnom stilu. VKI su testirane po osnovu isplativosti i prihvatljivosti u dve ordinacije, sa 68 pacijenata, u randomiziranom ispitivanju. Tri VKI će biti procenjene: motivaciona intervencija, poboljšana sa uključivanjem papira sa planom akcije i dnevnika fizičke aktivnosti za postavljanje ciljeva i samopraćenje; intervencija pedometrom poboljšana tako da uključi savete i ideje koje će povećati fizičku aktivnost i tabelu koraka za postavljanje ciljeva i samopraćenje; ili kombinovanje motivacionih i pedometar intervencija (33).

DOKAZI IZ STUDIJA KOJE PROCENJUJU STRATEGIJE ZA POBOLJŠANJE PONAŠANJA SPECIFIČNIH ZA KV RIZIK

Prekid pušenja

Sistematičan pregled i meta analiza korišćeni su za pregled strategija korišćenih u 13 studija o intervencijama za prekid pušenja, da bi se pronašlo koji pristup može biti najefikasniji u pomaganju pacijentima da ostave pušenje (13). Kada se poredi sa ne preduzimanjem nikakve intervencije, davanje saveta da se prekine pušenje iz medicinskih razloga povećalo je frekvencu pokušaja da se pušenje ostavi za 24% (SR:1.24, 95%IP: 1.16-1.33). Ponuda terapije zamene nikotina ili bihejvioralne podrške za prekid pušenja je imala snažniji dobitni efekat (SR:1.68, 95%IP:1.48-1.89 i SR:2.17, 95%IP:1.52-3.11, tim redom). Kada je nuđenje pomoći poređeno direktno sa davanjem saveta, nuđenje pomoći rezultiralo je u više pokušaja prekida pušenja (SR:1.69, 95%IP:1.24-2.31 za bihejvioralnu podršku i SR:1.39, 95%IP:1.25-1.54 za nuđenje lekova).

Jedno istraživanje u meta analizi bavilo se efektom bihejvioralne podrške za prekid, u poređenju sa kratkim savetom da se ostavi pušenje. Došlo se do nekonkluzivnih dokaza da je takva pomoć bila efikasnija nego kratak savet, da bi došlo do dugoročne apstinencije (SR:5.25, 95%IP: 0.62-44.14). Dok je intervencija povećala broj pokušaja da se ostavi pušenje, nije se mogao doneti zaključak da je ona povećala procenat uspešnosti pokušaja (SR:3.10, 95%IP: 0.38-25.51). Pacijenti koji su primili intervenciju bihejvioralne podrške ocenili su je kao korisniju, nego pacijenti koji su dobili savet da prekinu pušenje (13). Sistematičan pregled randomiziranih studija koje su procenjivale efikasnost lekarovog saveta da se prekine pušenje, na kontroli, nakon 6 meseci od apstinencije, pokazao je da savetovanje ima skroman efekat na prekid pušenja (34). Procenat prekida pušenja u kontrolnim grupama, u uključenim istraživanjima, pokazao je veliku varijaciju, krećući se od 1 do 14%. Pod pretpostavkom da je procenat prekida pušenja, bez asistencije, za 12 meseci 2-3%, udruženi podaci iz 17 studija su pokazali da kratak savet može povećati ovaj procenat za 1-3% (SR:1.66, 95% IP: 1.42-1.94). Jedanaest istraživanja koja su procenjivala intenzivniju intervenciju pokazuju mali dodatni efekat (SR:1.86, 95% IP: 1.60-2.15) u poređenju sa standardnom negom (nikakav savet nije dat). Bilo je dokaza da je zakazivanje kontrole važna komponenta intervencije (34).

Dokazi takođe podržavaju upotrebu TZN ili farmakološku podršku, kao dodatak pomoći u prekidu pušenja (35,36). TZN može biti data u različitoj formi, npr. žvakanje žvaka, transdermalni nikotinski flasteri, nazalni sprejevi, inhalatori ili sublingvalne tablete i sve one su se pokazale efikasne u pomaganju da se ostave cigarete. Sistematični pregled je pokazao da je SR za apstinenciju sa TZN naspram kontrole bio 1.60 (36). Bupropion je antidepresiv koji može pomoći kod dugoročnijeg prekida pušenja (37). Meta analiza je pokazala sličan procenat uspešnosti prekida pušenja kod bupropiona naspram placeba, kao TZN (38).

Vareniclin je parcijalni nikotin receptor agonista i pokazalo se da može da udvostruči šansu za prekid pušenja u poređenju sa placebo (36). EUROACTION-PLUS (EA+) studija pokazala je da je opciona ponuda vareniclin terapije u preventivnom kardiološkom programu, koji su vodile sestre, solidno povećala apstinenciju od pušenja, tokom 16 nedelja, kod pušača sa visokim KV rizikom. 91% od 350 učesnika randomiziranih u EA+ program odlučilo se da uzme vareniclin. 177 učesnika u

EA+ grupi su bili pušački apstinenti, naspram 63 od 364 pušača randomiziranih za običnu negu (SV:4.52, 95% IP: 3.20-6.39)(39).

Povećanje fizičke aktivnosti

Britanski NICE vodiči preporučuju okvir za procenu fizičke aktivnosti kod pacijenata (40). Pošto je neaktivnost faktor rizika za KVB, ovo treba videti kao razlog za postavljanje ciljeva. Samo predlaganje upotrebe pedometra će imati mali efekat, ali upotreba pedometra i postavljanje dodatnih ciljeva može biti od pomoći. Pacijenti mogu da prate sebe i napredak se može razmatrati na kontrolama. Pomoć je potrebna kod adekvatnog postavljanja ciljeva, što uključuje diskusiju o svakodnevnom životu, kako bi se pronašli trenuci kada se može ubaciti dodatna fizička aktivnost (40).

Smanjenje unosa alkohola

Značajan faktor rizika za hipertenziju je visok unos alkohola. Sistematičnim pregledom razmatrane su tehnike za promene ponašanja, sa pokušajem da se identifikuju aspekti intervencija koji najuspešnije povećavaju motivaciju za promenom (41). U motivacionoj gomili TPP, obavezivanje bez odlaganja -tu i tada-dovelo je dovoljkog smanjenja konzumacije alkohola (-56g/ nedeljno, P=0.025), dok davanje informacija o posledicama pića (+14g/nedeljno, P=0.5), podizanje motivacije i samopouzdanja (+33g/nedeljno, P=0.11), davanje informacija o drugim ponašanjima (-38g/nedeljno, P=0.10) ili motivacioni razgovor (-8g/nedeljno, P=0.73) nisu imali značajan efekat na upotrebu alkohola. U gomili samoregulatornih tehnika, podsticaj na samobeževanje ciljeva, npr vođenje dnevnika pića, bilo je najefikasnije (-50g/nedeljno, P=0.002), dok planiranje akcije i identifikovanje okidača (+15g/nedeljno, P=0.3), postavljanje ciljeva (-22g/nedeljno, P=0.26) i podsticanje na reviziju ciljeva (-29g/nedeljno, P=0.19) nije dalo efekta. Kada se kombinuju sve tehnike u meta regresiji, samopraćenje je pokazalo veći efekat nego obavezivanje bez odlaganja -tu i tada (-36 naspram -8g/nedeljno)(41).

Smanjenje telesne težine

U pokušaju da se nauči kako da se postave pametniji ciljevi, urađena je studija kod žena sa povećanom kilažom ili gojaznih, koje su bile uključene u komercijalni program smanjenja TT (Weight watchers) da bi se ispitaio efekat dodavanja sprovođenju trenutnih namera, na utvrđene intervencije smanjenja TT (42). Namere sprovođenja su jednostavan dokument sa specifikacijom šta neko planira da jede, gde, kada i kako npr. sledeće nedelje. Formulirani su i planovi kako sa tim izaći na kraj, i oni diktiraju šta bi neko trebalo da uradi u datoj situaciji, npr. 'Ako sam gladan, umesto da pojedem nezdravu grickalicu, planiram da jedem...' ili 'Ako mi neko ponudi moju omiljenu nezdravu hranu, tada, da je ne bih pojeo planiram da...'. Pedeset pet žena sa povećanom TT ili gojaznih (BMI:25.28-48.33) su bile slučajno raspoređene u grupu za sprovođenje trenutnih namera ili kontrolnu grupu. Posle dva meseca, učesnice iz grupe sa trenutnom namerom izgubile su u proseku 4.2 kg (95%IP:3.19-5.07), u poređenju sa 2.1 kg (95%IP: 1.11-3.09) kod učesnica u kontrolnoj grupi. Studija je otkrila da je planiranje olakšanja bio ključni mehanizam koji je objasnio gubitak TT generisan formacijom trenutnih namera (42).

Skoro je PZZ-bazirana, otvorena, klaster-randimizirana DIRECT studija procenjivala program intenzivnog održavanja telesne težine. (43). Cilj je bio da se proceni da li bi intervencija održavanja TT dovela do remisija T2DM u poređenju sa

praksom najbolje brige prema vodičima (n=149 u obe grupe iz 23 interventne i 26 kontrolnih praksi). Učesnicima je bio dijagnostikovao T2DM u proteklih 6 godina i imali su BMI 27-45kg/m² i nisu bili na insulinu. Intervencija se sastojala od promene celokupne dijeta (formula dijeta od 825-853 kcal/dnevno, 3-5 meseci), ponovnog postepenog uvođenja hrane (2-8 nedelja) i strukturne podrške dugoročnom održavanju gubitka TT. Učesnici randomizirani u interventnu grupu skinuti su sa svih antidijabetika i antihipertenziva. Nakon 12 meseci, gubitak TT od najmanje 15 kg viđen je kod 36 (24%) učesnika u poređenju sa nulom u kontrolnoj grupi. 68 (46%) pacijenata u interventnoj grupi je postiglo remisiju dijabetesa, i kod šestoro učesnika (4%) u kontrolnoj grupi (SV:19.7, 95% IP: 7.8-49.8, P<0.0001). Prosečna TT je bila 10 kg niža u interventnoj grupi i 1 kg u kontrolnim. Kohorta će biti praćena najmanje 4 godine (43).

MOTIVACIONI RAZGOVORI

Filozofija motivacionog razgovora ima korene u pomaganju ljudima sa zavisnošću. To je pristup fokusiran na osobu, ne toliko da ubedi čoveka i pokuša da prevaziđe njegov otpor prema promeni dajući mu dosta informacija, već više 'saživeti se sa promenom'. Ključni aspekti motivacionog intervju uključuju to da klijent treba da se uvuče u razgovor o njegovim problemima, brigama i nadama, da se fokusira na one navike ili obrasce koje klijent želi da promeni i treba da probudi motivaciju za promenom uvećanjem klijentovog osećaja važnosti promene, njihovog samopouzdanja u vezi promene i njihovu spremnost da se promene. Takođe se može upotrebiti da se razviju praktični koraci koje klijent želi da koristi u implementaciji promena koje želi.

Motivacioni razgovor je koristan za ljude koji se opiru promenama ili su ambivalentni po pitanju promena. Zdravstvenim radnicima je od pomoći da dođu do tačke na kojoj osoba ima svoje razloge da napravi promenu. Obratite pažnju da se pacijentova motivacija može razlikovati od one njegovog izabranog lekara, jer izabrani lekar može razmišljati u smislu smanjenja npr. rizika mortaliteta. Mnoge od komponenti motivacionog razgovora preklapaju se sa TPP (vidi Rubak-ov pregled (4)). U meta analizi Rubak i saradnici su procenjivali efikasnost motivacionog razgovora za brojne faktore rizika (4). Primećene su značajne pozitivne promene u BMI, ukupnom holesterolu, sistolnom KP, sadržaju alkohola u krvi i standardnom sadržaju etanola. Motivacioni intervjui mogu biti efikasni u kratkim, petnaestominutnim susretima, ali autori misle da korišćenje ovog pristupa u odvojenim susretima povećava verovatnoću postizanja efekta (4).

Nedavni pregled 33 studije o motivacionim intervjuima u PZZ pokazao je da je 18 od ovih studija imalo pozitivan efekat na fizičku aktivnost, dijetu ili unos alkohola. Autori, međutim, nisu bili mnogo ubeđeni u efikasnost dokaza u PZZ. Razlog je bio to što vernost filozofiji motivacionog razgovora nije bila jasna u različitim studijama i nisu korišćene konzistentne definicije i različite komponente pristupa. Šta više, često nije dobro prikazano kako je osoblje u PZZ obučavano (4). Ipak, intervencije motivacionih razgovora su se pokazale efikasne, koristeći slične TPP koje su se pokazale efikasne u drugim studijama, kao što su postavljanje ciljeva, plan akcije i rešavanje problema, kao i društvena podrška i povratna informacija. Ovaj pregled je takođe došao do zaključka da dužina trajanja sesija motivacionih razgovora od 4-5 sati će biti efikasnije nego ako kraće traju (44).

Što se tiče multidisciplinarnih pristupa, treba pomenuti EUROACTION (45) uparen sa klaster-randomiziranim istraživanjem; to je bio na porodicu fokusiran program, koji su vodile sestre, za pacijente sa koronarnom bolešću i njihove porodice, koji je sproveden u 8 evropskih zemalja. Postojala je bolnička grupa i grupa u PZZ. U ovoj drugoj je postojala intervencija životnog stila, koju su vodile sestre, za pacijente sa visokim rizikom. Korišćeni su bihejvioralni pristupi i motivacioni razgovori. Nakon godinu dana, skoro 40% više ljudi u interventnoj grupi jeli su voće i povrće, a skoro 30% su bili više fizički aktivni. Pokazalo se da je najteže bilo promeniti težinu; 10% više ljudi postiglo je gubitak TT od najmanje 5%, od onih koji su imali prekomernu težinu (BMI ≥25kg/m²) na početku. Konačno, značajno više ljudi (16.9%) držalo je sistolni KP pod kontrolom, u skladu sa vodičima (45).

Danski vodič za upravljenje KV rizikom tvrdi da veliki teret upravljanja KV rizikom za izabrane lekare može biti podeljen sa višim sestrama. Studija u Holandiji procenjivala je efikasnost prevencije i upravljanja KV rizikom, koje su sprovodile sestre, kao zamena za izabrane lekare (46). 701 visokorizični pacijent randomiziran je za upravljanje KV rizikom od strane lekara ili sestre. Izgledalo je kao da sestre mogu da postignu nešto veće promene u faktorima rizika, ali posle korekcije, jedina promena koja je ostala statistički značajno veća u sestrijskoj grupi bilo je smanjenje ukupnog holesterola. Znači sestre, kao i izabrani lekari, ili možda čak i bolje, mogu pomoći pojedincima da poprave KV faktore rizika (46).

OBUČAVANJE ZDRAVSTVENIH RADNIKA ZA DAVANJE SAVETA O PROMENI PONAŠANJA

Efekat obučavanja zdravstvenih radnika u PZZ za davanje saveta o promeni ponašanja na proporciji pacijenata koji samoprijavljuju promene u rizičnom ponašanju (pušenje, konzumiranje alkohola, vežbanje i zdrava ishrana) bila je procenjena u klaster-randomiziranom istraživanju (randomizirana od strane opšte medicine)(47). 831 pacijent sa najmanje jednim rizičnim ponašanjem u interventnoj grupi i 996 u kontrolnoj grupi bili su pogodni da budu uključeni. Radnici iz PZZ su bili obučeni korišćenjem spojenih programa za edukaciju, a savetovanje o promenama ponašanja je razvijeno iz motivacionih razgovora. Nikakav efekat intervencije nije viđen na primarnom ishodu samoprijavljenih korisnih promena u ponašanju, nakon tri meseca, u poređenju sa grupom gde izabrani lekari i sestre nisu bili obučeni (362 (43.6%) naspram 404 (40.6%), SV: 1.12, 95%IP: 0.90-1.39). Nije viđena značajna razlika u primarnom ishodu nakon 12 meseci (40.6% naspram 39.8%, SV: 1.03, 95%IP: 0.83-1.28). Niti je viđena razlika u biohemijskim (LDL, HDL i ukupni holesterol) ili biometrijskim (odnos struk-kuk, BMI) merama (47). Dok se sećanje pacijenata o diskutovanju promena ponašanja poboljšalo u interventnim grupama, i imali su više pokušaja da promene ponašanje i povećali su percepciju napravivši dugotrajne promene nakon tri meseca, ova studija pokazuje da jedna rutinska konsultacija sa obučanim kliničarem teško može rezultirati istrajnom promenom ponašanja i poboljšanjem biometrijskih parametara.

DRUŠTVENE STRATEGIJE ZA PROMOCIJU ZDRAVIH ŽIVOTNIH STILOVA

Uz poboljšanje životnog stila na nivou pojedinca, društvene mere mogu biti efikasne i na nivou populacije. Oprezivanje cigareta ili nezdrave hrane, ili restrikcija njihove dostupnosti može biti još efikasnija, ali nije lako ubediti vlade da npr. ograniče prodaju određene robe za konzumaciju. Primeri mera politike za stimulaciju zdravih stilova su povećanje poreza na šećer, od strane meksičke Vlade i pakovanje cigareta u neugledne kutije. Ove intervencije, međutim ostaju izuzeci i nekada prođu i decenije do momenta njihove primene. Druge efikasne intervencije uključuju uvođenje zona bez duvanskog dima i sponzorisane programe za prekid pušenja.

Članak koji sumira glavne poruke preventivnih vodiča EUK, 2016, zapaža da pristup na nivou populacije prati Geoffrey Rose paradigmu, što će reći da male promene u riziku od bolesti (ili faktorima rizika,) konzistentno u čitavoj populaciji, vode većem smanjenju tereta bolesti, nego velika promena kod samo visoko rizičnih pojedinaca (48). Sada je normalno da se pušenje smatra faktorom rizika i to se izgleda isplati. Dodatni mali efekti kod pušenja su zaista doveli do većih efekata. Paralelu treba tražiti za npr. kontrolu TT. Vlade treba da preuzmu posebnu odgovornost za brigu o grupama sa nižim društveno ekonomskim statusom, koje su izgleda naročito ranjive kada su u pitanju nezdravi životni stilovi. Izabrani lekari malo mogu da učine po tom pitanju, ali tvorci politike mogu. Npr. oprezivanje cigareta ili povraćaj novca za lekove za prekid pušenja mogu da utiču na to da li će neko uopšte pokušati.

Može se raspravljati i o tome da izabrani lekari imaju odgovornost i da se uključe u kreiranje politike, kao advokati pacijenata. Ovo ne treba prepustiti samo tvorcima politike. Npr. kada je u Engleskoj doneta odluka o zabrani pušenja na javnim mestima, inicijalno je bilo zamišljeno da se iz toga izostave pabovi. Ovaj plan je osujećen od strane medicinskih organizacija i pod pritiskom javnosti. Često oni koji teraju ljude na promene u ponašanju takođe su oni isti koji teraju Vlade na promenu politike.

Razgovor sa pacijentima o usvajanju zdravih životnih stilova može imati indirektan efekat na procenat prihvatanja društvenih mera, jer se ovim šalje poruka da postoji problem ako je zdravlje ugroženo. S druge strane ako lekar ne nastavi da insistira na poboljšanju životnog stila, pacijenti mogu početi da razmišljaju da je trenutna situacija prihvatljiva i da ne treba praviti nikakve promene u ponašanju.

Komentar (49) o glavnoj poruci za PZZ (48) u vodičima za prevenciju KVB, EUK 2016 (1), sastoji se u prepoznavanju bitne uloge izabranog lekara i u proceni individualnog rizika i implementaciji preventivnih vodiča i na nacionalnom i na regionalnom nivou. Prema autorima, odgovornost izabranog lekara u prevenciji KVB prevazilazi kliničku praksu i preporučuje se proaktivna uloga i liderstvo, kako bi se promovisali zdravi stilovi života u čitavoj populaciji (49). Sve uključene strane treba da naprave plan za bolju međusobnu saradnju na polju zdravstvene zaštite i u društvu; Izabrani lekari mogu svojim delovanjem da poboljšaju ove napore za saradnju. Šta više, pošto napor za promovisanje zdravih životnih stilova iziskuje vreme, može se razmisliti i o plaćanju. Uspostaviti kontakt sa podgrupama u društvu koje imaju specifičnu zdravstvenu situaciju, npr. ljudi iz nižih društveno ekonomskih slojeva, verovatno zahteva dodatni napor ili različit pristup. Treba obezbediti finansiranje za napore potrebne da se dođe do svakog pojedinca.

ZAKLJUČAK

Dokazi ukazuju da korišćenje TPP pomaže pacijentima da naprave promene njihovih zdravstvenih životnih stilova. Generalno je efikasnije kada se koriste više od dve tehnike i ako je fokus na razvijanju veština. Formulisanje pametnih ciljeva je bitno da bi se povećala šansa da se do ovih ciljeva i dođe: definisti implementacione namere koje će se stvarno i sprovesti, a ne samo govoriti o težnjama. Pomaže biti realističan, da se mogu desiti i greške, te planove treba formulirati i u vezi toga kako se ponašati kada motivacija padne i pacijent pogreši. Uključivanje partnera ili člana domaćinstva/porodice pomaže većini pacijenata. Šta više, samopraćenje može pomoći u postizanju ciljeva, a povratna informacija od radnika iz PZZ o naporima i postignutim promenama može biti stimulativna. Studije pokazuju da su ljudi mnogo otvoreniji za razgovor o promeni životnih stilova sa njihovim lekarima, nego što to sami zdravstveni radnici misle. Povezivanje razgovora o određenoj temi sa pozitivnom zdravstvenom porukom može biti efikasno. Sama ponuda mogućnosti je već od pomoći, naročito ako lekar pomaže pacijentu da se obaveže na plan akcije u toku same posete. Pomaže i da se uspostavi odgovornost pacijenta prema Vama kao lekaru.

U zaključku se može reći da promena ponašanja nije laka, jer nismo racionalni kao što bi smo voleli da jesmo. Važno je pronaći način kako izabrani lekar može da implementira ove metode u svoju praksu, jer to može da napravi veliku razliku u pacijentovom zdravlju i životu. Važno je i da TPP nemaju toliko nuspojava kao farmakoterapija. Ove intervencije se mogu dodati ili nekad upotrebiti umesto lekova, da bi se napravile značajne promene u životima pacijenata i poboljšala kontrola faktora rizika. Sve u svemu, nema magičnog leka. Čak i kada je efekat napora da se naprave promene u ponašanju ograničen, napor nije uzaludan, jer mnogi manji pokušaji se mogu akumulirati u značajnu zdravstvenu korist.

PREPORUKE ZA DALJE ISTRAŽIVANJE

U poređenju sa samo uobučajenom negom ili edukacijom, TPP stvarno mogu biti mnogo efikasnije u promeni ponašanja i životnih stolova, kao što je prekid pušenja i vežbanje, bar na srednje duge staze. Ponekad je to zato što studije nisu pratile pacijente duže od 6 ili 12 meseci. Takođe, pacijenti prave greške ili gube motivaciju. Izgleda da je potrebna buster intervencija da bi se postigli održivi rezultati. Ostaje pitanje kako da sprovedemo neke od ovih strategija. Potrebna su dalja istraživanja u vezi toga šta daje najbolje rezultate, za koga i u kojoj situaciji, i kako da skrojimo pristupe za individualne potrebe. Rupe u dokazima izgleda nastaju zbog poteškoća da se odvoji motivacioni razgovor od drugih kognitivnih bihejvioralnih tehnika, jer ove metode dele dosta sličnih strategija. Zato je važno koristiti istu preciznost u istraživanjima pri opisivanju intervencija, kao kada govorimo o farmakoterapiji (npr. tip, doza, frekvencija). TPP klasifikacija (15,16) može biti od pomoći da se to i postigne.

PREOSTALA PITANJA O OPTIMALNIM TPP	POTPITANJA
Koje intervencije daju najbolje rezultate u konsultaciji?	Kako možemo učiniti TPP efikasnim delom prakse (vreme, kako skrojiti pristup za pojedinačnog pacijenta)?
Koji je najbolji način rada?	Grupni naspram individualnog, licem u lice naspram udaljenog, koristiti online tehnologije ili ne, predavanje naspram interaktivnog pristupa?
Kakva je efikasnost kratke intervencije u poređenju sa ponovljenim naporima?	
Koliko dugo bi trebalo da traje praćenje promene u ponašanju?	
Kada se promena životnog stila može smatrati održivom?	
Ko treba da inicira promenu u ponašanju?	Izabrani lekar ili sestra, ili npr. lokalno upravljčko telo. Koje su lične odgovornosti pacijenta, izabranog lekara i/ili drugih vlasti?
Kada bi lekari trebalo da se obučavaju o tome kako da stimulišu promene u ponašanju?	Dodiplomci, mladi lekari
Kako se može organizovati obuka u komunikacionim veštinama?	Kako ih koristimo, kako ih prezentujemo i kako ih možemo implementirati u naš zgusnuti raspored?
Kako se pristupi mogu adaptirati na različite kulturne sredine?	Kako ih možemo učiniti kulturološki senzitivnim i prihvatljivim?
Koje aplikacije na smart telefonu mogu pomoći u promeni ponašanja?	

Tabela 3: Lista rupa u bazi dokaza o upotrebi TPP u PZZ koje zahtevaju dalje istraživanje

References

1. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis*. 2016;252:207-74.
2. Liu K, Daviglius ML, Loria CM, et al. Healthy lifestyle through young adulthood and the presence of low cardiovascular disease risk profile in middle age: the Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults (CARDIA) study. *Circulation*. 2012;125(8):996-1004.
3. Cooney MT, Vartiainen E, Laatikainen T, et al. Cardiovascular risk age: concepts and practicalities. *Heart*. 2012;98(12):941-6.
4. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55(513):305-12.
5. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;122(4):406-41.
6. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2007;115(20):2675-82.
7. Piepoli MF, Corra U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17(1):1-17.
8. Kwasnicka D, Dombrowski SU, White M, et al. Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health psychology review*. 2016;10(3):277-96.
9. Coleman T, Murphy E, Cheater F. Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2000;50(452):207-10.
10. Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. *Br J Gen Pract*. 1996;46(403):87-91.
11. Senore C, Battista RN, Shapiro SH, et al. Predictors of smoking cessation following physicians' counseling. *Prev Med*. 1998;27(3):412-21.
12. Pilnick A, Coleman T. "I'll give up smoking when you get me better": patients' resistance to attempts to problematise smoking in general practice (GP) consultations. *Soc Sci Med*. 2003;57(1):135-45.
13. Aveyard P, Begh R, Parsons A, et al. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction (Abingdon, England)*. 2012;107(6):1066-73.
14. Aveyard P, Lewis A, Tearne S, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet*. 2016;388(10059):2492-500.
15. Michie S, Ashford S, Sniehotta FF, et al. A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. *Psychol Health*. 2011;26(11):1479-98.
16. Michie S, Richardson M, Johnston M, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*. 2013;46(1):81-95.
17. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163.
18. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016;6(1):e010091.
19. Marteau TM, Hollands GJ, Fletcher PC. Changing human behavior to prevent disease: the importance of targeting automatic processes. *Science*. 2012;337(6101):1492-5.
20. Houten RV, Nau PA, Merrigan M. Reducing elevator energy use: A comparison of posted feedback and reduced elevator convenience. *J Appl Behav Anal*. 1981;14(4):377-87.
21. Rozin P, Scott S, Dingley M, et al. Nudge to nobesity I: Minor changes in accessibility decrease food intake. *Judgment and Decision Making*. 2011;6(4):323-2.
22. Reitzel LR, Cromley EK, Li Y, et al. The effect of tobacco outlet density and proximity on smoking cessation. *Am J Public Health*. 2011;101(2):315-20.
23. Ford I, Murray H, McCowan C, et al. Long-Term Safety and Efficacy of Lowering Low-Density Lipoprotein Cholesterol With Statin Therapy: 20-Year Follow-Up of West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation*. 2016;133(11):1073-80.
24. Hooper L, Summerbell CD, Higgins JP, et al. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001(3):CD002137.
25. Jepson RG, Harris FM, Platt S, et al. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*. 2010;10:538.
26. Goodwin L, Ostuzzi G, Khan N, et al. Can We Identify the Active Ingredients of Behaviour Change Interventions for Coronary Heart Disease Patients? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(4):e0153271.
27. Janssen V, De Gucht V, Dusseldorp E, et al. Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20(4):620-40.
28. Gardner B, Smith L, Lorencatto F, et al. How to reduce sitting time? A review of behaviour change strategies used in sedentary behaviour reduction interventions among adults. *Health psychology review*. 2016;10(1):89-112.
29. Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, et al. Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Arch Intern Med*. 2008;168(20):2194-204.
30. Aldcroft SA, Taylor NF, Blackstock FC, et al. Psychoeducational rehabilitation for health behavior change in coronary artery disease: a systematic review of controlled trials. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2011;31(5):273-81.
31. Huttunen-Lenz M, Song F, Poland F. Are psychoeducational smoking cessation interventions for coronary heart disease patients effective? Meta-analysis of interventions. *Br J Health Psychol*. 2010;15(Pt 4):749-77.
32. Pfaeffli Dale L, Dobson R, Whittaker R, et al. The effectiveness of mobile-health behaviour change interventions for cardiovascular disease self-management: A systematic review. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23(8):801-17.
33. Pears S, Morton K, Bijker M, et al. Development and feasibility study of very brief interventions for physical activity in primary care. *BMC Public Health*. 2015;15:333.
34. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(5):CD000165.
35. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(4):CD006103.
36. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD000146.
37. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, et al. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(1):CD000031.
38. Cahill K, Stevens S, Perera R, et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(5):CD009329.
39. Jennings C, Kotseva K, De Bacquer D, et al. Effectiveness of a preventive cardiology programme for high CVD risk persistent smokers: the EUROACTION PLUS varenicline trial. *Eur Heart J*. 2014;35(21):1411-20.
40. NICE. Physical activity: brief advice for adults in primary care Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2013 [cited 2016 July 26, 2016]. PH44:[Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph44/chapter/1-recommendations>].
41. Michie S, Whittington C, Hamoudi Z, et al. Identification of behaviour change techniques to reduce excessive alcohol consumption. *Addiction (Abingdon, England)*. 2012;107(8):1431-40.
42. Luszczynska A, Sobczyk A, Abraham C. Planning to lose weight: randomized controlled trial of an implementation intention prompt to enhance weight reduction among overweight and obese women. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2007;26(4):507-12.
43. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet*. 2017.
44. Morton K, Beauchamp M, Prothero A, et al. The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a

- systematic review. *Health psychology review*. 2015;9(2):205-23.
45. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;371(9629):1999-2012.
 46. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, et al. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *Br J Gen Pract*. 2010;60(570):40-6.
 47. Butler CC, Simpson SA, Hood K, et al. Training practitioners to deliver opportunistic multiple behaviour change counselling in primary care: a cluster randomised trial. *BMJ*. 2013;346:f1191.
 48. Piepoli MF, Hoes AW, Brotons C, et al. Main messages for primary care from the 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Gen Pract*. 2017:1-6.
 49. Marchal S, Van't Hof AWJ, Hollander M. The new European guideline on cardiovascular disease prevention; how to make progress in general practice? *Eur J Gen Pract*. 2017:1-3.

Acknowledgements

We thank all those who attended the 8th Annual EPCCS meeting in Prague, Czech Republic (2015) and the EPCCS Annual Cardiovascular Summit for Primary Care in Dublin, Ireland (2017) for their contribution to active discussion during the meeting.

EPCCS

Consensus Guidance for Primary Care

In this series of practical guidance for primary care physicians, we have previously published the following documents:

- **EPCCS Consensus Guidance on Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (SPAF) in Primary Care**
A version of this paper has been published in *Eur J Prev Cardiol* (2016 Mar;23(5): 460-473)
- **EPCCS Practical Guidance on Heart Failure Diagnosis and Management in Primary Care**
A brief version of this Guidance document has been published as a Clinical Intelligence paper in the *Br J Gen Pract* (2017; 67 (660): 326-327)

Visit IPCCS.org to download free copies of the EPCCS Guidance Documents.

About EPCCS

The European Primary Care Cardiovascular Society (EPCCS), founded in 2000, aims to provide a focus of support, education, research, and policy on issues relating to cardiovascular disease within primary care settings. The focus of the EPCCS is directed at the interests of those working within primary care and aims to utilise the considerable evidence base that currently exists and to contribute to extending the evidence base where appropriate. A principal objective of the Society is education of practitioners.

The EPCCS Council was established in 2017, with the aim to connect the EPCCS Board with GPs and Primary Care Societies across Europe. The EPCCS website offers a platform to post translated and/or regional guidance documents for primary care to countries represented in the EPCCS Council.

Visit IPCCS.org for more information