



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

Tesi doctoral

**El procés de deixar de fumar en el context
d'atenció primària de salut**

Doctoranda

Núria Codern Bové

Directors

Joan Miquel Verd Pericàs

Josep Espluga Trenc

Programa de Doctorat en Sociologia

Departament de Sociologia_ Facultat de Ciències Polítiques i
Sociologia



Desembre 2015

Agraïments

A totes les persones que heu participat, infermeres, metges i participants dels estudis.

Al projecte ISTAPS que sense aquest això no hagués estat possible.

A totes les persones que heu estat al meu costat durant aquest procés.

Als meus directors de tesi per la confiança que heu dipositat en mi i pel suport rebut.

A la família i tots els amics que heu estat pacients amb mi.

Al Joan

SUMARI

1. Introducció	3
2. Marc teòric	6
2.1. Visió general sobre el consum de tabac	6
2.2. Intervencions per deixar de fumar	7
2.2.1. Les intervencions breus per deixar de fumar	9
2.2.2. Les Intervencions motivacionals per les persones que no volen deixar de fumar	15
2.2.4. Les intervencions per deixar de fumar a atenció primària a Catalunya	20
3. Marc d'anàlisi	22
3.1. Els determinants del tabac	22
3.2. Deixar de fumar com a pràctica social	25
3.3. Objectius	27
4. Metodologia.....	29
4.1. Metodologia de l'estudi Risk Perception.....	30
4.2. Metodologia de l'estudi Motivational Interactions	32
4.3. Metodologia de l'estudi Controlling Smoking.....	34
5. Resum dels resultats dels estudis.....	36
5.1. Estudi Risk Perception.....	36
5.2. Estudi Motivational Interactions	39

5.3. Estudi Controlling Smoking.....	41
6. Estudis publicats	45
6.1. Estudi Risk Perception.....	46
6.2. Estudi Motivational Interviewing.....	65
6.3. Controlling Smoking	93
7. Discussió	115
7.1. Estudi Risk Perception.....	115
7.2. Estudi Motivational Interactions	116
7.3. Estudi Controlling Smoking.....	119
8. Conclusions	122
Referències bibliogràfiques.....	125
ANNEXOS.....	131
Annex 1. Guions grups de discussió	132
Annex 2. Guia de codificació per fer l'anàlisi conversacional de l'entrevista motivacional de l'estudi Motivational Interactions.....	135
Annex 3. Tècniques utilitzades en l'ús del mètode d'anàlisi de comparacions de casos a l'estudi Controlling smoking.....	146

1. Introducció

La present tesi doctoral *Deixar de fumar en el context d'atenció primària de salut* s'ocupa de la comprensió de la intervenció per deixar de fumar¹ en atenció primària des de la perspectiva de la sociologia comprensiva microsociològica.

Al voltant d'un 24% de persones majors de 15 anys fumen a Catalunya, sent el tabaquisme la principal causa de mort evitable en aquest país (Departament de Salut, 2015). Entre un 70% i 90% de les persones que fumen en algun moment de la seva vida es plantejaran deixar de fumar (Piper et al., 2013). El procés per deixar de fumar compren diferents etapes que descriuen en quina situació està la persona en relació amb voler deixar de fumar, i d'acord amb cada etapa, i des d'un context sanitari, el professional du a terme un conjunt d'estratègies orientades a que la persona deixi de fumar o es mantingui en abstinència. A més, cal tenir en compte que el 76% de la població catalana de 15 anys i més visiten com a mínim un cop a l'any el metge de família (Departament de Salut, 2015). És per aquest motiu que a Catalunya l'àmbit d'atenció primària ha estat valorat com un espai d'oportunitat per tractar la reducció de la consum de fumar.

Aquesta tesi es centra en les persones que no volen deixar de fumar de manera immediata i les que estan disposades a fer un intent, així com en l'anàlisi de les intervencions que han rebut quan han entrat en contacte amb els professionals dels centres d'atenció primària.

En relació amb la microsociologia, perspectiva utilitzada al llarg de la tesi, ens referim a l'etiqueta microsociologia o les sociologies de la vida quotidiana que agrupa a diferents perspectives subjectivistes (Wolf, Gavira, & Lozano, 1982). La microsociologia és hereva de la sociologia comprensiva de Weber (1864-1920) i la seva concepció de la societat construïda per les accions de les persones; i de la sociologia fenomenològica de Schütz (1899-1959) que posa l'èmfasi en com els subjectes donen sentit a les accions socials. Les sociologies de la vida quotidiana o microsociologia agrupen diferents orientacions (la microsociologia de Goffman, l'etnometodologia de Garfinkel, el constructivisme social de Berger i Luckmann) que són homogènies en si en quant a la

¹ El tabaquisme es refereix a aquella conducta humana que té a veure en consumir tabac, cigarretes o qualsevol derivat del tabac. En aquesta tesi la majoria de dades recollides i analitzades corresponen a persones que fumen cigarretes. Tot i això, utilitzo de manera preferent "consum de tabac", dependència del tabac" en comptes de "consum de cigarretes" o "dependència de cigarretes".

perspectiva que entenen la *societat com a resultat i producte de les pràctiques dutes a terme pels subjectes*, és a dir la societat vinculada a la “subjectivitat” (Wolf et al., 1982, p.14).

El fil conductor d'aquesta tesi són tres estudis. Els dos primers estudis s'emmarquen dins del projecte ISTAPS². El projecte ISTAPS va ser, principalment, un assaig clínic multicèntric dut a terme en 11 comunitats autònomes de l'Estat Espanyol, que avaluaven intervencions per deixar de fumar, amb finançament del Instituto Carlos III. Aquest estudi va estar liderat per la Dra. Cabezas i l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol).

En aquest marc es van dissenyar dos estudis d'enfocament qualitatiu amb centres d'atenció primària de la província de Barcelona, i que vaig assumir personalment. El focus d'estudi d'aquests dos estudis van ser les persones que no volien deixar de fumar. Finalment, el tercer estudi tanca l'anàlisi del procés de deixar de fumar i es centra en la comprensió del procés de deixar de fumar assistit pel professional de la salut d'atenció primària.

Els estudis són els següents:

[1] El primer d'ells es titula “Risk Perception Among Smokers: A Qualitative Study”³. El propòsit d'aquest estudi, amb enfocament fenomenològic, és descriure el procés de construcció de risc de fumar de les persones fumadores joves, adultes i grans i comparar-lo amb l'abordatge del risc de fumar que fan els professionals de salut a la consulta d'atenció primària. Aquest estudi ha estat publicat a la revista *Risk Analysis: An Official Publication of the Society for Risk Analysis* (vol 30, nº10 pp. 1563-71, octubre 2010).

[2] El segon estudi s'anomena “Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis”⁴. El propòsit d'aquest treball, basat en la tradició etnometodològica i l'anàlisi conversacional, és descriure com

² Aquest estudi va estar liderat per la Dra. Cabezas i l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol). Per més informació dels resultats de l'assaig clínic vegeu: Cabezas, C., Advani, M., Puente, D., Rodriguez, T., Martin, C., & ISTAPS study group. (2011). Effectiveness of a Stepped Primary Care Smoking Cessation Intervention: Cluster Randomized Clinical Trial (ISTAPS study). *Addiction*, 106(9), 1676–706.

³ En endavant em referiré a aquest estudi amb la forma abreujada de Risk Perception.

⁴ En endavant em referiré a aquest estudi amb el nom de Motivational Interactions.

s'organitzen les sessions d'entrevista motivacional en les consultes d'atenció primària dirigides a persones amb baixa motivació per deixar de fumar i identificar els patrons d'interacció en la conversa entre la persona que fuma i el professional de la salut. Aquest estudi ha estat publicat a la revista *BMC Public Health* (vol 14, p 1225, nov 2014).

[3] Finalment el tercer estudi titulat “Smoking cessation assisted by primary health care professional”⁵ planteja aprofundir en el desenvolupament del procés de deixar de fumar assistit pel professional de la salut d'atenció primària. Actualment està en procés de revisió de la revista “Journal of Nursing Education and Practice”.

El motiu principal que aquesta tesi s'hagi elaborat a partir de tres estudis dins del marc del projecte ISTAPS ha estat poder construir una via de diàleg entre la microsociologia i el món de la pràctica sanitària. D'aquest posicionament se'n deriva entendre el procés de deixar de fumar com a producte de les pràctiques dutes a terme pels subjectes i entre subjectes. D'aquí la decisió d'analitzar la vida quotidiana de la consulta d'atenció primària com un espai de trobada entre les persones fumadores i els professionals de la salut, on es porten a terme intervencions i flueix la vida quotidiana encaixant les activitats dins les rutines habituals. La conseqüència d'aquest procés ha estat la producció d'un coneixement comprensiu del procés de deixar de fumar en atenció primària, on els professionals sanitaris es poden reconèixer com a subjectes d'acció i també de transformació, amb la clara voluntat de que sigui un coneixement útil per la reflexió i la millora de la pràctica professional.

⁵ En endavant em referiré a aquest estudi amb el nom de Controlling Smoking.

2. Marc teòric

2.1. Visió general sobre el consum de tabac

El consum de tabac ha esdevingut un risc per a la salut prevenible vinculat a un 25% de les morts que es produeixen abans dels 65 anys en els països desenvolupats, sent la principal causa de mort prematura en aquesta població (Jha et al., 2013).

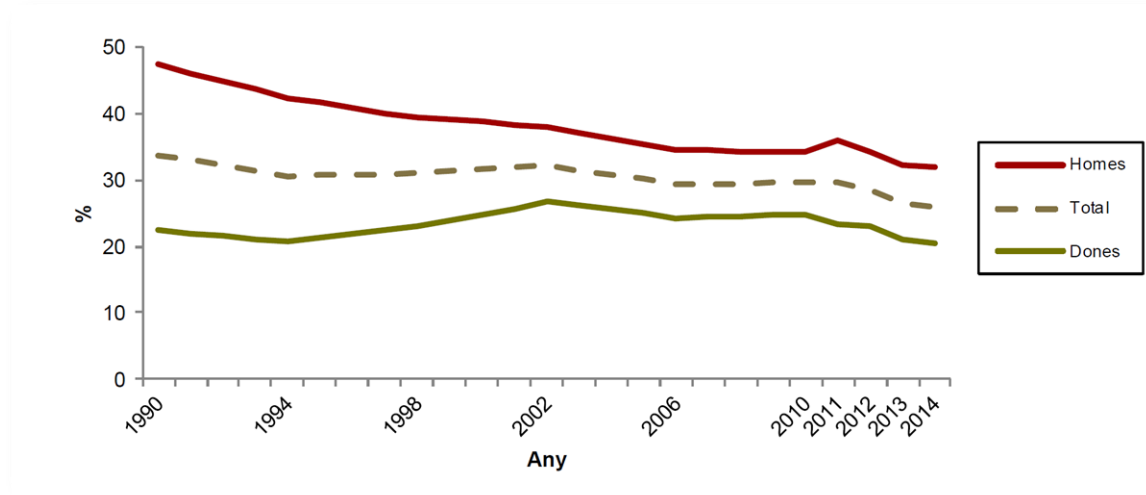
Segons l'última actualització de la *Guideline Treating Tobacco Use and Dependence* desenvolupada pel Servei de Salut Pública dels EEUU (Fiore et al., 2008), el consum de tabac és la causa de diferents malalties cardíaques, diversos càncers, accident cerebrovascular, malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), complicacions en l'embaràs i altres múltiples malalties. A més, tal i com indica la literatura revisada, varis estudis han confirmat el perill que suposa la inhalació involuntària del fum de tabac. D'altra banda, el tabac és una substància que genera dependència a causa de la nicotina, comparable a la dependència que produeixen els opiacis, les amfetamines i la cocaïna (Fiore et al., 2008). Convé fer ressaltar que la dependència està reconeguda com un trastorn mental i de comportament a la classificació internacional de malalties de la OMC (CIE-10), que es caracteritza per l'existència d'una necessitat o compulsió de manera continuada o periòdica cap a una substància. Amb tot i això, són principalment les toxines i les substàncies carcinògenes que té el tabac – que no la nicotina – les que causen les malalties i la mort (NICE, 2013).

A banda dels perills que suposa fumar per la salut, la prevalença de persones que fumen continua sent alta. Segons dades de la *Encuesta Nacional de Salud de España* (ENSE), l'any 2012 el 24% de la població era fumadora (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Igual passa a Catalunya, segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) del 2014 el 23,5% de les persones de 15 anys i més eren fumadores diàries (Departament de Salut, 2015).

Amb tot i això, el percentatge de població que consumeix tabac diari mostra un descens continuat en l'última dècada. Segons la ENSE, el 1993 el 32,1% de la població fumava a diària, en canvi a l'any 2012 aquest percentatge s'ha reduït a un 24% (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Igual passa a Catalunya, segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya del 2014 el percentatge de població fumadora ha

disminuït progressivament des de l'any 1990 (Departament de Salut, 2015). Vegeu gràfic següent:

Figura 1. Evolució de la prevalença de consum de tabac (diari i ocasional) en la població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, 1990-2014



Font: Generalitat de Catalunya, Enquesta de salut de Catalunya, 2014.

D'altra banda, és important tenir present que el consum de tabac s'inicia sovint en l'etapa de l'adolescència. L'estudi d'Ariza et al. (2014) que es va fer a la ciutat de Barcelona durant el curs 2007-08, mostrava que un 14% dels adolescents de 13-14 anys havien provat el tabac almenys una vegada, un 5,3% consumien tabac de manera regular, amb una freqüència menor a la setmana i un 3,1% consumia almenys una cigarreta a la setmana. En conseqüència als resultats anteriors, podem preveure que les properes generacions també tindran el risc de tenir problemes de salut associats al tabaquisme.

En darrer terme és important subratllar les repercussions socials i econòmiques que suposa el consum de tabac en la nostra societat a causa de la mortalitat produïda, la pèrdua de dies de treball i l'increment de l'atenció sanitària per tractar els problemes derivats del consum de tabac. D'acord amb això, l'Informe Tècnic Dona i Salut de la Generalitat de Catalunya de l'any 2001 manifestava que el cost econòmic atribuïble al tabaquisme a Catalunya era de 457 milions d'euros (Salleras et al., 2001).

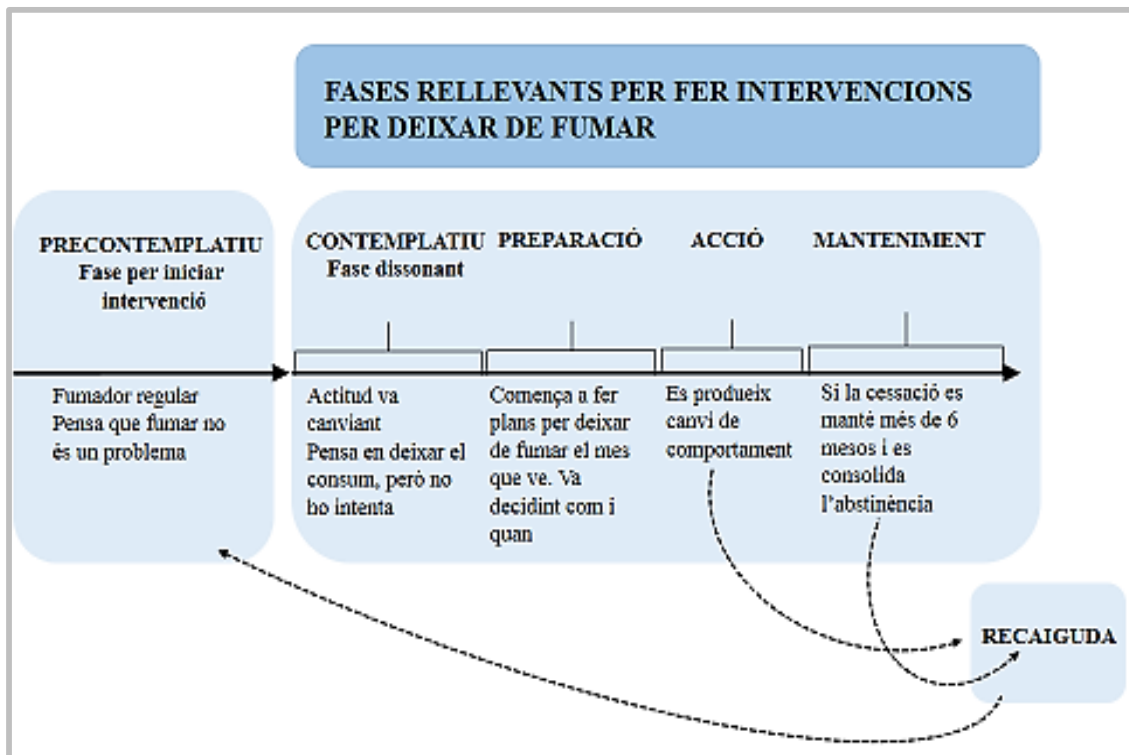
2.2. Intervencions per deixar de fumar

Entre un 70% i 90% de persones fumadores voldran deixar de fumar en algun moment de la seva vida, però la dependència al tabac dificultarà el procés de deixar de fumar (Piper et al., 2013). Quan les persones fumadores deixen de fumar sense tractament,

aproximadament entre un 5% i un 6% aconseguen un període llarg d'abstinència, mentre que les persones que ho fan guiades per un professional, el percentatge de recaiguda és entre el 10 i el 30% (CDC, 2011). No solament hi ha un alt percentatge de recaigudes, sinó que els estudis demostren que, habitualment, el procés per deixar de fumar requereix de temps i d'una mitjana de tres a quatre intents. És per això que la dependència al tabac és considerada una malaltia crònica (Fiore et al., 2008).

Existeixen diferents model teòrics que expliquen els canvis d'actitud i conducta, entre ells el model transteòric de Prochaska i Diclemente (1983). Aquest model (vegeu figura 2) permet identificar la fase que es troba la persona en relació amb el canvi de conducta (fase precontemplativa, contemplativa, preparació, acció i manteniment), a més, és una guia que permet adaptar les intervencions professionals a la fase en la que està la persona. Com mostra la figura 2, tot i que la persona pugui tenir un procés d'abstinència perllongada sempre té el risc de recaure i això confirma el caràcter de malaltia crònica que té el tabaquisme.

Figura 2. Model transteòric de Prochaska i Diclemente i les intervencions per deixar de fumar



Font: Adaptació del model de Prochaska i DiClemente (1983)

Així doncs, a continuació s'expliquen en que consisteixen les intervencions per deixar de fumar segons la fase en la que es troba la persona. Donada la importància

d'aquestes intervencions en el desenvolupament de la tesi, m'ha semblat pertinent descriure amb certa extensió aquestes intervencions. A més a més, com que el focus de la tesi està en les intervencions que es fan en el context d'atenció primària, s'ha optat per no descriure les intervencions de salut pública que es duen a terme en l'àmbit poblacional tals com les campanyes de sensibilització o les polítiques per controlar el consum de tabac en els espais públics.

2.2.1. Les intervencions breus per deixar de fumar

Actualment les principals guies de pràctica clínica⁶ sobre el tractament del tabaquisme que utilitzen tant els professionals sanitaris com els serveis sanitaris públics i privats es basen amb la *Guideline Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update* del Serveis de Salut Pública dels EEUU (en endavant *Guideline TTUD*) i la *NICE Public Health Guidance Tobacco:harm-reduction approaches to smoking* del *National Institute for Health and Care Excellence* (2013) de Gran Bretanya. Ambdues guies han revisat més de 2.700 estudis sobre el tractament del tabaquisme, i també han incorporat les opinions de panels d'experts. Aquestes dues guies han inspirat les guies de pràctica clínica d'altres països, com per exemple la Guia de Pràctica Clínica que va elaborar el Departament de Salut l'any 2009.

Ambdues guies plantegen que la majoria dels professionals de la salut d'atenció primària podrien portar a terme intervencions breus per deixar de fumar (de menys de 10 minuts), posant l'èmfasi en que totes les persones que fumen puguin rebre almenys una intervenció breu cada vegada que entren en contacte amb el professional de la salut.

Model de les 5 As

La *Guideline TTUD* proposa el Model de les "5 As" per tractar el tabaquisme i la dependència, definit a través de cinc estratègies breus (les 5As). Aquestes estratègies van dirigides a totes les persones que fumen i que entren en contacte amb l'atenció primària. A més a més, aquest model descriu dues estratègies motivadores adreçades a les persones

⁶ Des del context sanitari, el document que recull les evidències científiques i que té l'objectiu de fomentar una pràctica professional basada en l'evidència científica s'anomena Guia de pràctica clínica.

en fase precontemplativa o contemplativa, és a dir a les persones que no volen fer l'intent d'abandonar el consum de tabac (estratègia B1 i B2). Vegeu a continuació la taula 1:

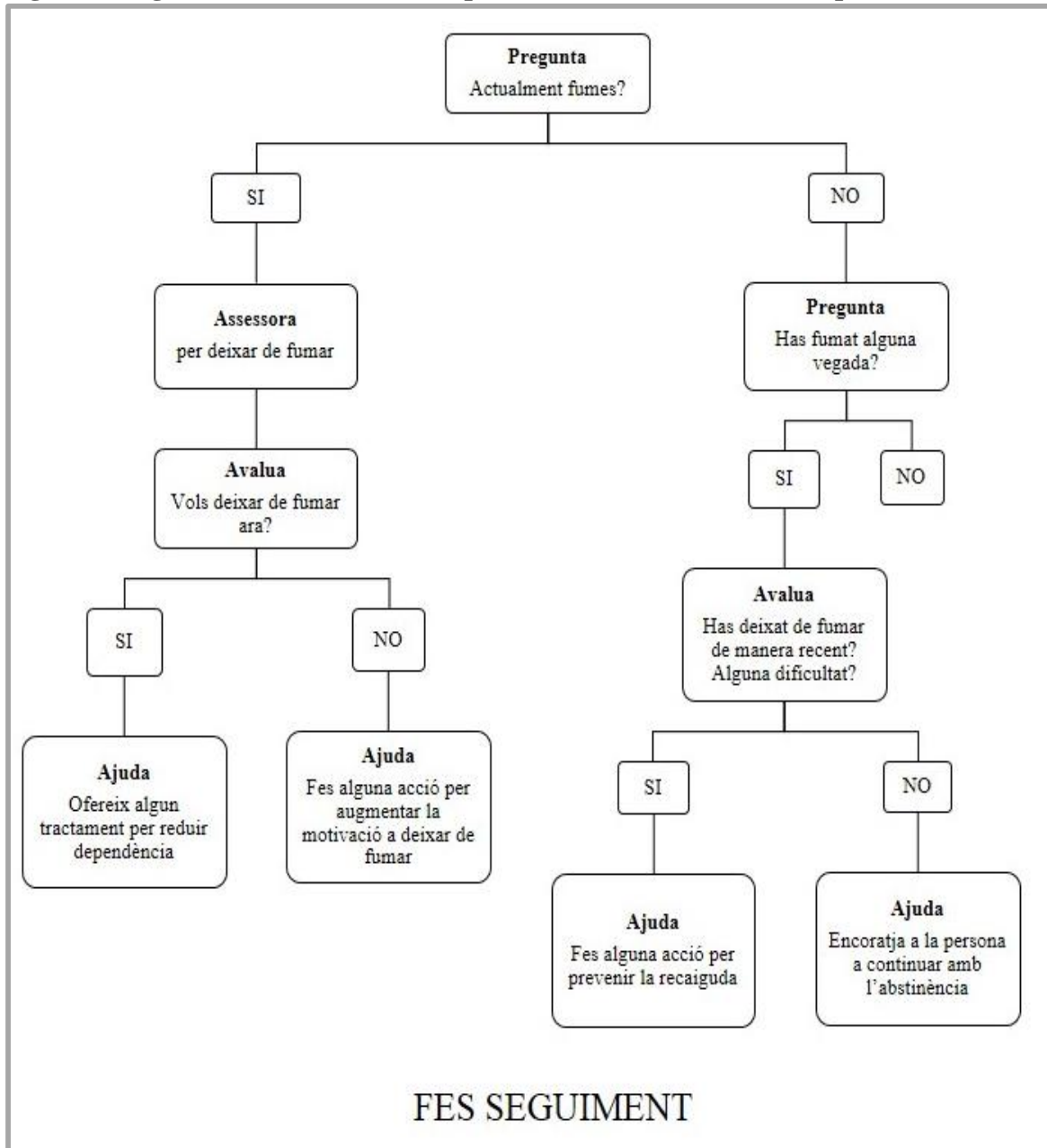
Taula 1. Model de les "5 As" per tractar el tabaquisme i la dependència

<i>A</i>sk about tobacco use	Pregunta sobre el consum de tabac	Estratègia A1: dirigida a totes les persones que es visiten a l'atenció primària de salut.
<i>A</i>dvice to quit	Assessora per deixar de fumar	Estratègia A2: dirigida a totes les persones que fumen
<i>A</i>ssess	Avalua la motivació per deixar de fumar	Estratègia A3: dirigida a totes les persones que fumen
<i>A</i>ssist	Ajuda oferint un tractament farmacològic o un consell	Estratègia A4: dirigida a les persones que volen fer l'intent de deixar de fumar (persones en fase de preparació) En el cas que les persones no estiguin motivades es proposa fer accions motivadores (Estratègia B1 i B2)
<i>A</i>rrange	Fes visites de seguiment per evitar recaigudes)	Estratègia A5: dirigida a les persones que han iniciat un procés de cessació del tabac (persones en fase d'acció i manteniment)

Font: Model "5As" de Fiore et al. (2008).

D'aquest model es desprèn un algoritme d'intervenció professional en els centres d'atenció primària. Aquest algoritme es mostra en la figura següent:

Figura 2. Algoritme de la intervenció per deixar de fumar a atenció primària



Font: Algoritme de la Intervenció breu per deixar de fumar (Fiore et al., 2008).

Segons la *Guideline TTUD*, les “5As” han estat dissenyades per ser utilitzades per facilitar que la persona avanci cap al canvi de comportament. Les “5As” es concreten de la manera següent:

Taula 2. Accions dirigides a les persones que volen deixar de fumar

ACCIÓ	ESTRATÈGIES PER A LA IMPLEMENTACIÓ
Estratègia A1: Pregunta sobre el consum de tabac	
<p>Aplicar un sistema en el centre d'atenció primària que asseguri que es preguntí a totes les persones que es visiten sobre el seu consum de tabac en totes les visites.</p>	<p>Introduir en la història clínica un sistema que identifiqui clarament si la persona és fumadora actualment, ha estat fumadora o mai ha fumat.</p>
Estratègia A2: Assessora per deixar de fumar	
<p>De manera clara, ferma i personalitzada, animar a totes les persones fumadores a que deixin de fumar.</p>	<p>El consell hauria de ser:</p> <p>Clar: “És important que deixi de fumar ara i jo el podria ajudar” “No és suficient que disminueixi la quantitat de consum” “Fumar ocasionalment o en poca quantitat serà també perillós”.</p> <p>Ferm: “Com a professional de la salut, voldria que sabés que deixar de fumar és la mesura més important que pot prendre per protegir la seva salut actualment i en el futur. L'equip l'ajudarem”.</p>
Estratègia A3: Avaluació de la motivació per deixar de fumar	
<p>Valorar la motivació per fer un intent d'abandonament a totes les persones que fumen en aquest moment.</p>	<p>Determinar el grau de motivació de la persona que fuma: “Està disposat a fer un intent d'abandonament del tabac?”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la persona està disposada i motivada, se li ofereix ajuda (vegeu estratègia A4). - Si la persona que fuma vol participar en un tractament intensiu (tractament més

ACCIÓ	ESTRATÈGIES PER A LA IMPLEMENTACIÓ
	<p>exhaustiu que es pot fer durant diferents visites perdurant en períodes de temps més llarg), oferir aquest tractament o derivar perquè la rebí.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la pertany a un grup de població especial (p.e. adolescent o dona embarassada), es plantejarà donar una informació complementària. - Si la persona afirma que no està motivada per fer l'intent de deixar de fumar, es farà una intervenció per augmentar la motivació (vegeu estratègia B1 i B2).
Estratègia A4: Ajuda oferint un tractament farmacològic o un consell	
<p>Ajudar a la persona amb un pla per a deixar de fumar.</p>	<p>Preparació de la persona per l'abandonament del tabac:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fixar una data pel l'abandonament (anomenat dia D). - Parlar amb la família, amics i companys de feina sobre l'intent d'abandonament i demanar comprensió i suport. - Anticipar-se a les dificultats que poden aparèixer durant l'abandonament, particularment les primeres setmanes. - Eliminar del seu entorn totes les referències al tabac.
<p>Recomanar l'ús de medicació, excepte quan hi ha una contraindicació.</p>	<p>Recomanar l'ús de medicació que es considera eficaç: Bupoprió, xiclet de nicotina, comprimit per</p>

ACCIÓ	ESTRATÈGIES PER A LA IMPLEMENTACIÓ
<p>Donar consells pràctics (resolució de problemes/formació d'habilitats).</p> <p>Oferir suport social durant el tractament.</p> <p>Lliurament de materials d'autoajuda.</p>	<p>llepar de nicotina, pegats de nicotina, vareniclina, entre d'altres.</p> <p>Aconseguir l'abstinència total.</p> <p>Experiència prèvia d'abandonament. Identificar què va ajudar i què va perjudicar en els intents previs d'abandonament.</p> <p>Anticipar-se a les dificultats que es poden trobar en aquest intent.</p> <p>Alcohol. Limitar el consum d'alcohol perquè s'associa a recaigudes.</p> <p>Presència d'altres fumadors en el seu entorn proper. L'abandonament és més difícil quan hi ha altres fumadors en l'entorn. Les persones fumadores han d'animar als altres a que deixin de fumar o a que no fumin davant la seva presència.</p> <p>Facilitar el suport de l'entorn clínic durant el procés de motivació de la persona.</p> <p>Fonts: materials dels serveis públics, línies telefòniques de suport.</p>
<p>Estratègia A5: Fes visites de seguiment per evitar recaigudes)</p>	
<p>Programar visites de seguiment.</p>	<p>Calendari: El primer contacte de seguiment s'hauria de fer després de la data d'abandonament, de manera preferible durant la primera setmana. Es recomana programar una segona visita en el primer mes. Programar les demés visites segons estigui indicat.</p>

ACCIÓ	ESTRATÈGIES PER A LA IMPLEMENTACIÓ
	<p>Accions durant el seguiment: En totes les persones s'ha d'identificar els problemes ja detectats de manera anterior i anticipar-se a les dificultats del futur immediat. Valorar l'ús de la medicació i els seus problemes.</p> <p>Felicitar a les persones que mantinguin l'abstinència.</p> <p>Si es produeix una recaiguda, revisar les circumstàncies i motius i tornar a revisar el compromís d'abstinència total.</p>

Font: Adaptada de Fiore et al. (2008).

2.2.2. Les Intervencions motivacionals per les persones que no volen deixar de fumar

La *Guideline TTUD* proposa que davant les persones que no volen deixar de fumar de manera immediata rebin una intervenció mínima orientada a la motivació pel canvi de comportament. Aquesta intervenció es justifica per la possible manca de coneixements que pot tenir la persona sobre els efectes nocius del tabac i els beneficis de l'abandonament; temors a un abandonament o estar desmoralitzat a causa de recaigudes prèvies. Aquesta intervenció motivadora es basa en els principis de l'entrevista motivacional (EM).

Certament, l'EM és un abordatge que emergeix de l'àmbit de les drogodependències i es centra en el foment de la motivació i compromís en el canvi de comportament (Miller & Rollnick, 2012). Segons Miller i Rollnick, autors de l'enfocament motivacional, les trobades d'EM s'han de caracteritzar per un estil professional de col·laboració, centrant la conversa en la persona i en les seves ambivalències sobre el canvi. En concret, a través de preguntes obertes i reflexives que fa el professional es pretén que la persona explori les pròpies raons per fer un possible canvi, en el si d'un clima d'empatia i de cooperació, on en última instància ha de ser

decisió de la persona comprometre's a fer un canvi o no (Miller & Rollnick, 2012). Seguint els autors, els quatre principis generals que són subjacents a l'EM són: expressar empatia, desenvolupar la discrepància, vèncer la resistència i donar suport a l'autoeficàcia. L'estratègia **B1** de la *Guideline TTUD* descriu les accions a fer per aconseguir aquests principis generals. A continuació es detalla l'estratègia:

Taula 3: Estratègia B1. Estratègies motivadores

ACCIÓ	ESTRATÈGIES PER A LA IMPLEMENTACIÓ
Expressar empatia.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilitzar preguntes obertes per explorar: <ul style="list-style-type: none"> - “Quina importància té per vostè abandonar el consum de tabac?”. - “Que crec que li pot passar si abandona el consum de tabac?”. • Utilitzar l'escolta reflexiva per arribar a una entesa mútua: <ul style="list-style-type: none"> - Reflectir paraules o significats com per exemple: “així que pensa que fumar l'ajuda a mantenir el pes”. - Resumir les idees, experiències de la persona. - Normalitzar sentiments i inquietuds. - Afavorir l'autonomia de la persona i el seu dret a escollir o a rebutjar el canvi: <p>“Entenc que diu que ara no està preparada per a deixar de fumar. Estic aquí per ajudar-la quan estigui preparada”.</p>
Desenvolupar la discrepància.	<ul style="list-style-type: none"> • Destacar la discrepància que expressa la persona entre el seu comportament i les prioritats, valors o objectius que expressa:

ACCIÓ	ESTRATÈGIES PER A LA IMPLEMENTACIÓ
	<ul style="list-style-type: none"> - “Sembla que vostè està molt dedicat a tenir cura de la seva família, com creu que això li pot afectar als seus fills?”. • Reforçar i donar suport mitjançant un llenguatge de compromís i de canvi: <ul style="list-style-type: none"> - “Està molt bé que vulgui deixar de fumar quan passi aquesta etapa de tanta feina”. • Crear i aprofundir en el compromís de canvi: <ul style="list-style-type: none"> - “Hi ha tractaments efectius que alleugeriran les dificultats de deixar de fumar”.
Vèncer la resistència.	<ul style="list-style-type: none"> • No donar ordres i utilitzar la reflexió quan la persona expressi resistència: <ul style="list-style-type: none"> - “Sembla que es senti pressionat per fumar”. • Manifestar empatia: <ul style="list-style-type: none"> - “Està preocupat per com podrà vèncer la resistència”. • Demanar permís per a proporcionar informació: <ul style="list-style-type: none"> - “Li agradaria escoltar algunes estratègies que poden ser d'utilitat per abordar aquesta preocupació que té sobre el procés d'abandonament?”.
Donar suport a l'autoeficàcia.	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a la persona a identificar els èxits passats i a utilitzar-los com a punt de partida: <ul style="list-style-type: none"> - “Així que l'última vegada que va abandonar el consum va tenir va bastant èxit”.

ACCIÓ	ESTRATÈGIES PER A LA IMPLEMENTACIÓ
	<ul style="list-style-type: none"> • Oferir opcions per fer petits avenços assequibles cap al canvi.

Font: Adaptada de Fiore et al. (2008).

D'altra banda, la *Guideline TTUD* descriu els continguts que ha de tractar l'EM dins l'estratègia **B2**. Aquests són definits per les "5R": rellevància, risc, recompensa, resistència i repetició.

Taula 4: Estratègia B2. Les "5R" per a millorar la motivació per deixar de fumar

ACCIÓ	ESTRATÈGIES PER A LA IMPLEMENTACIÓ
Rellevància	Animar a la persona a que expliqui la rellevància que pot tenir deixar de fumar. Es considera que la rellevància té a veure amb risc a emmalaltir; entorn pròxim (fumadors passius); situació social; preocupació per a la salut i repte personal. L'efecte de la informació motivacional augmenta si la persona connecta la rellevància de deixar de fumar amb la seva experiència.
Risc	El professional de la salut ha de demanar a la persona que identifiqui les conseqüències negatives del consum de tabac. El professional pot posar l'èmfasi en les més rellevants per a la persona.
Recompenses	El professional de la salut ha de demanar a la persona que identifiqui els possibles beneficis d'abandonar el consum de tabac. El professional pot suggerir i destacar les que semblin més rellevants per a la persona. Exemples de recompenses: millora de la

ACCIÓ	ESTRATÈGIES PER A LA IMPLEMENTACIÓ
	salut; millora del sabor dels aliments; millorar del sentit de l'olfacte; estalvi de diners; millora rendiment físic; bon exemple pels fills.
Resistència	El professional de la salut ha de demanar a la persona que identifiqui barreres i dificultats per abandonar el tabac, i proporcionar tractament (assessorament per a la resolució de problemes, tractament farmacològic) per superar les barreres.
Repetició	La intervenció motivacional s'ha de repetir sempre que una persona fumadora sense motivació es visiti en un centre de salut. A les persones que han tingut fracassos en intents previs se'ls ha d'explicar que la majoria de fumadors duen a terme varis intents previs abans d'aconseguir l'abstinència perllongada.

Font: Adaptada de Fiore et al. (2008).

2.2.3. Les intervencions intensives per deixar de fumar

Tant la *Guideline TTUD* com la *NICE Public Health Guidance Tobacco:harm-reduction approaches to smoking* (en endavant *Guidance NICE*) descriuen que el professional sanitari també pot proporcionar intervencions intensives. Aquestes intervencions són tractaments més exhaustius durant períodes de temps més llarg i que poden ser dutes a terme per varis professionals alhora. Les guies subratllen que aquestes intervencions poden ser més eficaces que les intervencions breus en relació amb la taxa d'abstinència. Tot i això, tal i com diuen les guies, la implementació d'aquestes intervencions depenen de factors com els recursos disponibles i les restriccions de temps. A trets generals, la intervenció intensiva té les característiques següents:

- El professional de la salut, un cop ha detectat que la persona vol deixar de fumar, ha **d'esbrinar** si la persona està disposada a fer un abandonament del consum a través d'un programa intensiu de tractament.

- Es proposa que en les intervencions intenses participin **diferents professionals de salut**. Parlen de professionals mèdics oferint informació sobre abandonament, riscos i beneficis per la salut i tractament farmacològic, així com de la participació d'altres professionals sanitaris no mèdics proporcionant intervencions d'assessorament addicional (p.e. reforç motivacional).

- La **duració de la sessió** amb la persona ha de ser de més de 10 minuts i oferir com a mínim 4 sessions a llarg del procés d'abandonament.

- Es planteja utilitzar **una combinació de tipus d'assessorament**. Combinar l'assessorament individual amb el grupal. Utilitzar, també, assessorament telefònic o material d'autoajuda a través de web.

- L'assessorament ha d'incloure **un assessorament pràctic**. Un bon exemple d'això és practicar com dir que no quan t'ofereixen tabac o com demanar suport al teu entorn proper.

- Es proposa **oferir medicació** a totes les persones per tal de disminuir els efectes de l'abstinència o reduir ansietat, atès que la combinació de tractament farmacològic més assessorament augmenta la taxa d'abstinència.

- Plantegen que els programes d'intervenció intensiva van **dirigits a totes les persones consumidores de tabac** que estiguin disposades a participar en aquests programes.

2.2.4. Les intervencions per deixar de fumar a atenció primària a Catalunya

El centre d'atenció primària de salut és un dels llocs habituals on els professionals de la salut (tant infermeria com metges de família) tenen un paper més actiu en l'abordatge del tabaquisme (Lancaster, Stead, Silagy, & Sowden, 2000). A més, cal tenir en compte que el 76% de la població catalana de 15 anys i més visiten com a mínim un cop a l'any el metge de família (Departament de Salut, 2015). És per aquest motiu que a Catalunya l'àmbit d'atenció primària ha estat valorat com un espai d'oportunitat per tractar la reducció de la consum de fumar.

La majoria de programes per deixar de fumar que es desenvolupen als centres d'atenció primària de Catalunya segueixen la Guia de Pràctica Clínica que va elaborar un

grup de professionals experts en el tabaquisme (Cabezas et al., 2009) pel Departament de Salut l'any 2009, basada en les últimes evidències científiques disponibles sobre l'eficàcia i eficiència dels tractaments per deixar de fumar i els continguts són molt similars a les intervencions descrites en els punts anteriors. Aquesta guia va dirigida als professionals d'atenció primària especialment a les infermeres i els metges de família.

La guia planteja tot un conjunt de recomanacions orientades a: detecció del consum de tabac; intervenció d'ajuda (equival a la intervenció breu de la *Guideline TTUD*), intervenció intensiva (visites de preparació per deixar de fumar i visites de seguiment un cop s'ha deixat de fumar); tractament farmacològic del consum de tabac i recomanacions orientades per a grups especials de risc (nens, adolescents, dones embarassades, persones afectades de patologia crònica relacionada amb el tabac i grups socioeconòmics més desfavorits).

La intervenció d'ajuda i la intensiva són una prestació gratuïta però la farmacoteràpia necessita de prescripció i pagament.

Les intervencions per deixar de fumar que més acostumen a fer els professionals són les intervencions breus amb o sense farmacoteràpia.

3. Marc d'anàlisi

Actualment no cal dubtar-ne gens que la nicotina és la principal raó perquè les persones tenen dificultats per deixar de fumar (Fiore et al., 2008). Tal i com hem vist en l'anterior apartat, les persones necessiten una mitjana de tres a quatre intents per aconseguir-ho.

Tot i que hi ha poc dubte sobre el paper de la nicotina en la dificultat per deixar de fumar, diferents investigadors també plantegen que existeixen factors genètics que poden explicar perquè hi ha persones que deixen de fumar amb aparent facilitat mentre que altres seran addictes al llarg de la seva vida (Ortells & Barrantes, 2010).

Així i tot, existeix una gran varietat de conductes de consum entre països i dins els propis països que la biologia sola no pot explicar-les, i que segons Cummings et al. (2009), aquesta variació de la conducta està directament relacionada amb l'entorn social. Efectivament, són moltes les veus que reconeixen que l'entorn social interacciona en la conducta de consum de tabac, i que no solament pot explicar les variacions de consum entre la població, sinó que també podria explicar les diferències existents entre les persones quan deixen de fumar.

En la següent secció es presenten els resultats de diferents estudis que descriuen la relació entre l'entorn social i el tabaquisme.

3.1. Els determinants del tabac

El consum de tabac com a causa de desigualtats en salut

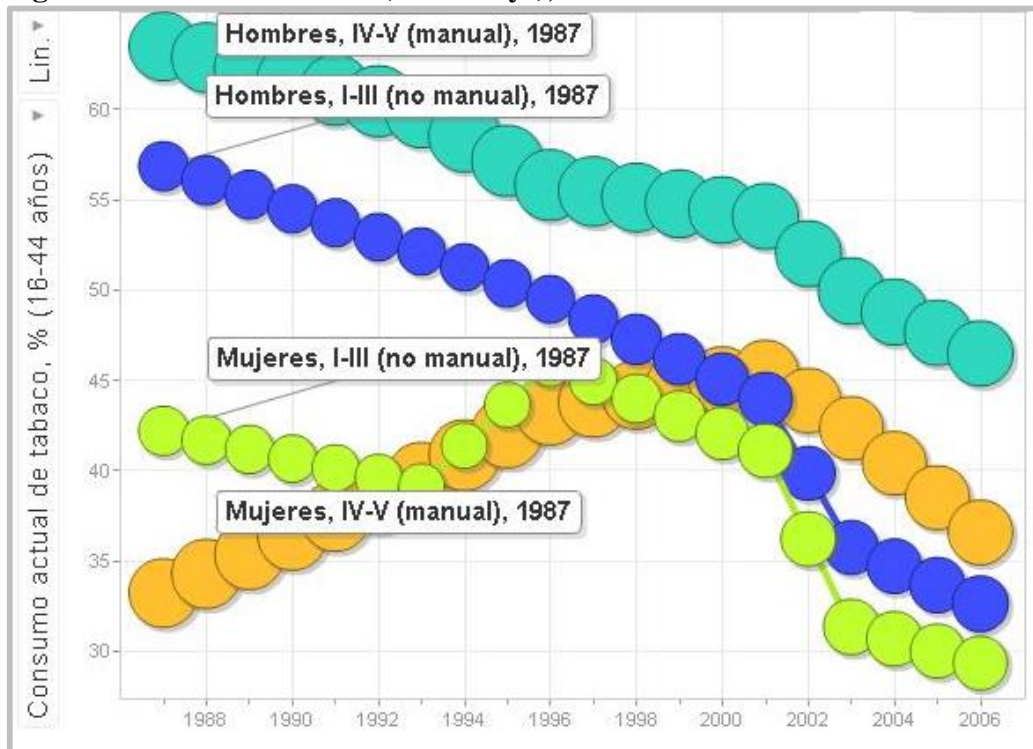
Està ben documentat que la prevalença de consum de tabac és major en la població que té un estatus socioeconòmic baix, igual que s'observa un clar gradient socioeconòmic en la reducció del consum de tabac, sent el grup amb estatus socioeconòmic baix el que menys deixa de fumar (Brown, Platt, & Amos, 2014; Hill, Amos, Clifford, & Platt, 2014). Conseqüentment, el tabaquisme es reconeix com una de les principals causes de desigualtats en salut a Europa (Brown et al., 2014).

En el cas concret de l'estat espanyol es confirma aquest patró. El *Observatorio de Desigualdades en Salud* van analitzar dades provinents de les ENSE (des de 1987 fins el 2006) i constaten la tendència decreixent del consum de tabac, però segons com

assenyalen Malmusi y Rodríguez-Sanz s'observa un canvi de patró en el consum de tabac (vegeu figura 3). Segons ells:

En 1987 más de la mitad de los hombres fumaban, y lo hacían más los de las clases sociales más desfavorecidas (“manuales”); entre las mujeres, el hábito era más frecuente en las clases más privilegiadas (“no manuales”). Sucesivamente, el hábito ha ido descendiendo en hombres (más rápidamente en no manuales, aumentando las desigualdades de clase). En mujeres, el consumo de tabaco ha ido aumentando (más en manuales) hasta 1997, para luego empezar un descenso (más precoz y rápido en no manuales). Así pues, en la última encuesta realizada (2006) el grupo con mayor prevalencia de tabaquismo eran los hombres de clases manuales, seguidos por las mujeres de clases manuales (Rodríguez-Sanz & Malmusi, 2011 a www.ods-ciberesp.org).

Figura 3. Consum de tabac (14-64 anys), 1987-2006. Gènere i classe social



Font: Davide Malmusi de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, publicat a www.ods-ciberesp.org"

Malgrat que es reconeix la relació entre estatus socioeconòmic i tabaquisme, Cummings et al (2009) reconeixen que s'hauria d'investigar més els mecanismes que relacionen el estatus socioeconòmic amb la cessació del tabac.

Les polítiques de control del tabac com a determinant en la reducció del consum de tabac

Un altre punt revisat és l'impacte de les polítiques de control del tabac sobre el consum de tabac de la població.

Diferents estudis (Cummings et al., 2009; Fong et al., 2006; Hargreaves et al., 2010) constaten que l'actual reducció del consum de tabac en els països desenvolupats es deu sobretot a les polítiques reguladores i fiscals, tals com l'augment de preu per reduir la demanda; la protecció contra l'exposició al fum del tabac; la reglamentació en l'empaquetat i etiquetat pels productes del tabac, entre d'altres.

El treball de Villalbí (2010) i també el de Bauzà-Amengual et al. (2010) documenten l'impacte de la Llei 28/2005 en el consum de tabac de la població espanyola. Així Villalbí parla d'una disminució en la prevalença en el consum de tabac en els adolescents, com també en el consum en general i en la morbiditat per infart agut de miocardi. I l'estudi de Bauzà-Amengual et al. demostra que la població ocupada fumadora després d'aprovar la Llei 28/2005 va registrar una proporció d'abandonaments del tabaquisme superior a l'habitual i els que seguien fumant reduïen el seu consum de tabac.

Tanmateix, no hi ha evidències clares que les polítiques reguladores estiguin incidint en la reducció de desigualtats en salut per tabaquisme (Brown et al., 2014).

Suport social

Les relacions interpersonalment també influeixen en la conducta de deixar de fumar. En aquest sentit, l'estudi Framingham Heart que ha supervisat la conducta de fumar de 12.607 persones durant un període de més 30 anys demostra que les persones fumadores amb una xarxa social de persones no fumadores o ex-fumadores són més propenses a deixar de fumar al llarg del temps, mentre les persones fumadores amb vincles principalment amb persones fumadores segueixen fumant (Christakis & Fowler, 2008). Així mateix l'estudi Andersen i Owen (2014) que explora el suport de la xarxa social quan es deixa de fumar, com també l'estudi de Bottorff et al. (2005) que analitza el paper de la parella en aquest procés, conclouen que el suport de l'altra és un aspecte clau per tenir èxit en el procés de deixar de fumar.

Convé fer ressaltar que actualment, les guies de pràctica clínica ja inclouen aquesta estratègia (vegeu estratègia A4 pàg. 14).

3.2. Deixar de fumar com a pràctica social

Així doncs, l'anàlisi de les diferents investigacions exposades fins ara permet identificar la importància de l'entorn social en el tabaquisme, i permet superar la idea de l'addicció com a gairebé única responsable de les dificultats de deixar de fumar, així com també, sobrepassar la conceptualització biomèdica implícita a l'abordatge del procés de deixar de fumar. Dit d'una altra manera, no només podem conceptualitzar el consum de tabac com una malaltia que requereix tractament professional, sinó que és necessari incorporar el context social a fi d'obtenir una comprensió global del tabaquisme.

La idea de la relació entre conducta i entorn social ens remet a la sociologia i a la dicotomia entre estructura i agència, és a dir, en entendre si és l'estructura la que influència a l'individu o la llibertat de l'individu és la que actua i dóna forma a la societat (agència).

El debat sobre si la conducta humana es determina principalment per l'estructura social o l'agència individual té una llarga història en la sociologia, i que en cap cas aquesta tesi té l'objectiu de reproduir. No obstant, teòrics com Giddens (1984) fa un intent d'integrar l'estructura i l'agència a través de la Teoria de l'Estructuració. Per Giddens, l'estructura té un paper important en la construcció d'accions de les persones, així com també imposa restriccions a les seves pràctiques. Alhora l'estructura no és possible sense les accions perquè per mitjà d'elles es reproduïen les estructures socials. En aquest sentit, considerem que fumar o deixar de fumar són pràctiques socials fruit d'activitats reflexives de les persones, que tant emergeixen com reforcen el context ,i és des d'aquí que ens interessa comprendre de manera "densa" com les persones donen sentit i interpreten deixar de fumar en el context sanitari.

D'acord amb això, cal qüestionar dades que ja s'ha esmentat i que configuren un punt de partida dels tres estudis desenvolupats en aquesta tesi.

En primer lloc, segons dades espanyoles, aproximadament un 40% de les persones fumadores no volen deixar de fumar de manera immediata (menys de 6 setmanes) i un 40% no es plantegen deixar de fumar en els propers 6 mesos (Fu et al., 2011). Aquestes

dades són similars a països com els Estats Units (Catley et al., 2012). Per què les persones no volen deixar de fumar de manera immediata? Quin sentit donen a la informació que reben des del context sanitari? Què és el que fa que continuïn fumant de manera conscient?. És necessari aprofundir en el procés reflexiu que duen a terme les persones per decidir continuar fumant atès que la majoria han rebut consells breus per deixar de fumar.

En segon lloc, una altra dada que crida l'atenció és l'alt índex de recaigudes que es produeixen en les persones que han fet l'intent de deixar de fumar. Segons dades del *Center for Disease Control and Prevention*, només un 6,2% de les persones que han intentat deixar de fumar continuen estant en abstinència després d'un any (CDC, 2011). Òbviament, les recaigudes estan vinculades amb la capacitat addictiva que té la nicotina, però tenint en compte les diferents estratègies motivadores que disposen els professionals aquesta dada genera constants controvèrsies al voltant de l'efectivitat de les intervencions (Andersen & Owen, 2014). Funcionen les intervencions que fan els professionals a la consulta? Estan ben formats? Les persones comprenen les intervencions que reben?. Semblaria pertinent comprendre com es construeix la interacció entre la persona que fuma i el professional de la salut a través de la intervenció motivadora i les relacions que s'estableixen entre ells i si compleixen els principis de les intervencions motivadores.

Finalment, una altra dada que crida l'atenció és que la majoria de persones fumadores quan deixen de fumar ho fan sense l'ajut del professional. Segons dades de l'Enquesta de salut de les famílies de la Gran Bretanya, només un 6% ho fa dins dels serveis sanitaris (Kotz, Fidler, & West, 2009) i als EEUU un 9% (Myers, Strong, Linke, Hofstetter, & Al-Delaimy, 2015; Shiffman, Brockwell, Pillitteri, & Gitchell, 2008). Per què la persona decideix que vol iniciar un procés acompanyat d'un professional de la salut? Les estratègies que li proposen li són útils o fàcils d'utilitzar? Aprofundir en el coneixement sobre que és el procés de deixar de fumar assistit pel professional podria beneficiar a totes les persones que volen deixar de fumar.

3.3. Objectius

A continuació es formulen l'objectiu general de la tesi, i la seva subdivisió en objectius específics:

Objectius general:

- Descriure el procés de deixar de fumar en el context d'atenció primària. Es tracta de captar aquest procés tenint en compte la complexitat d'aquest a través dels aspectes següents: la percepció de risc sobre la conducta de fumar; els valors i les creences sobre la qual es construeix el procés de deixar de fumar; els diferents contextos en els quals es fuma; la diferència de papers que té el professional de la salut i la persona que fuma dins el context sanitari i la utilitat de les intervencions professionals en els contextos de vida de les persones.

Objectiu general de l'estudi Risk Perception:

- Generar informació sobre les dimensions que utilitzen les persones que fumen (en fase precontemplativa o contemplativa) per valorar el risc de fumar.

Objectius específics

- Descriure les actituds, valors i creences al voltant de la percepció del risc de fumar.
- Comprendre els mecanismes que utilitzen les persones que fumen per prendre la decisió de continuar fumant.
- Descriure les estratègies que utilitzen els professionals de la salut per conèixer la percepció de risc de les persones que fumen i per comunicar el risc de fumar.

Objectiu general de l'estudi Motivational interactions:

- Aprofundir sobre l'organització de l'entrevista motivacional en les persones que estan en fase precontemplativa o contemplativa i que es du a terme en la consulta d'atenció primària a Catalunya.

Objectius específics

- Descriure els patrons d'interacció entre la persona que fuma i el professional de la salut durant les sessions motivacionals desenvolupades a la consulta d'atenció primària.
- Identificar els dilemes interaccionals que es produeixen durant la conversa persona-professional de la salut i com es resolen.
- Relacionar els patrons d'interacció amb els principis de l'entrevista motivacional.

Objectiu general de l'estudi controlling smoking:

- Construir un model emergent del procés de deixar de fumar assistit pel professional de la salut al si d'atenció primària, que expliqui el procés des de que la persona decideix no fumar fins que deixa de fumar.

Objectius específics

- Descriure les etapes que configuren el procés de deixar de fumar assistit pel professional de la salut en el context de salut.
- Descriure les estratègies que adopta la persona i el professional durant el procés de deixar de fumar.
- Descriure i analitzar les trajectòries de les persones quan deixen de fumar assistides pel professionals i comparar diferències i similituds.

4. Metodologia

La pertinença d'una metodologia d'investigació és una qüestió estretament lligada a la dimensió de la realitat social que es vol estudiar i del que es vol descobrir. Dit d'una altra manera, la naturalesa de les preguntes d'investigació, juntament amb d'altres factors com el posicionament epistemològic de l'investigador, condiciona l'elecció del que constitueix per a la investigació un bon disseny metodològic. Per això, ha resultat indispensable tenir en compte quins aspectes “de deixar de fumar” volia indagar com a punt de partida per prendre decisions sobre quin disseny metodològic era el més adequat per a cada estudi.

Així doncs, preguntes com *Quin sentit donen les persones fumadores als problemes de salut i als riscos provocats pel consum de tabac?* (estudi Risk Perception), o *Què fa el professional i la persona fumadora per entendre's durant les sessions d'entrevista motivacional?* (estudi Motivational Interactions) o *Per què les persones quan deixen de fumar pensen, senten i actuen de la manera que ho fan?* (estudi Controlling Smoke) requereixen estudiar múltiples realitats socials: experiències de persones que no volen deixar de fumar, o de persones que han recaigut, o de persones que ho estan provant, o de persones que no tenen clar si volen deixar de fumar. També requereixen d'una recollida de dades amb tècniques narratives dialògiques que permetin desvelar *què pensen o què senten o per què pensen com pensen* o tècniques contextuals que permetin copsar com es produeix la interacció entre la persona que fuma i el professional de la salut. Per últim, requereixen d'una anàlisi interpretativa que permeti explicar la manera en que l'experiència de deixar de fumar té sentit des de les diferents veus. En resum, les diferents preguntes plantejades en els tres articles requereixen estudiar la realitat social des de la perspectiva de la persona que interacciona amb el món, i estudiar els significats que atorguen a l'experiència de deixar de fumar, i això en essència és constitutiu de la investigació qualitativa.

Tal i com apunten els autors Denzin i Lincoln (2011) en el *Handbook of Qualitative research*, definir que és investigació qualitativa és complex a causa dels diferents canvis que hi ha hagut al llarg del temps en l'estil, l'epistemologia, el gènere, l'ètica i l'estètica de la investigació. Tot i això, apunten la definició següent:

La investigació qualitativa és una activitat situada, que ubica a l'observador en el món. Consisteix en una sèrie de pràctiques materials i

interpretatives que fan visible el món i el transformen, el converteixen en una sèrie de representacions que inclouen les notes de camp, les entrevistes, les conversacions, les fotografies, les gravacions i les notes per al investigador. En aquest nivell, la investigació qualitativa implica un enfocament interpretatiu i naturalista del món, la qual cosa significa que els investigadors estudien les coses en els seus escenaris naturals, tractant d'interpretar els fenòmens en funció dels significats que les persones li donen. (Denzin & Lincoln, 2011, pàgs. 48-49).

Arribats a aquest punt, s'han traslladat aquests principis i concretat en el que és la metodologia dels tres estudis, tenint present que la perspectiva metodològica no només defineix regles i normes que assegurin coherència, rigor i versemblança en tot el que s'ha anat elaborant, sinó que també necessita d'una actitud flexible i qüestionadora per assegurar un procés emergent.

Els principals trets metodològics de cada article són els següents:

4.1. Metodologia de l'estudi Risk Perception

Estudi	Perspectiva metodològica	Què s'ha estudiat?	Mètode i tècnica	Procediment analític
Risk Perception	Fenomenologia Aquesta perspectiva pretén explicar com les persones donen significat a fenòmens socials a través de la seva experiència viscuda.	Discursos de les experiències de les persones que fumen i construeixen la percepció de risc al voltant de la conducta de fumar en els seus contextos de vida. Discursos dels professionals d'atenció primària sobre la construcció del risc de fumar	Mètode Grups de discussió Tècnica Videogravació	Anàlisi de Contingut Categorical Temàtic-Semàntic (ACC-ts) amb el suport de l'Atlas-ti.5.0

Font: Elaboració pròpia a partir de McWilliam (2010).

Disseny: Estudi de tipus fenomenològic

Àmbit: Centres d'atenció primària de la província de Barcelona

Participants i mostra:

- Persones fumadores que no volien deixar de fumar i que van rebre una intervenció breu d'un professional de la salut (professional de la medicina o d'infermeria) durant una visita a la consulta d'atenció primària. Es va dissenyar un mostreig teòric a fi d'aconseguir màxima variabilitat discursiva. Els criteris utilitzats van ser: gènere; edat (joves, adults, persones grans); nivell educatiu (primària, secundària i estudis universitaris); posició socioeconòmica; consum de tabac (tres categories basades amb el nº de cigarretes que fuma al dia) i estadi en relació amb el consum de tabac (fase precontemplativa i contemplativa).
- Professionals de la medicina i d'infermeria dels centres d'atenció primària de la província de Barcelona. Es va dissenyar un mostreig teòric a fi d'aconseguir màxima variabilitat discursiva. Els criteris utilitzats van ser: tipus de professional (professional de la medicina i d'infermeria); experiència en intervencions breus i

motivadores per deixar de fumar (amb experiència i sense experiència) i ser o no ser persona fumadora.

Van participar un total de 20 persones fumadores (11 joves, 5 adults i 4 persones grans) i 7 professionals de la salut.

Procediment de recollida de dades: Es van fer dos grups de discussió de persones joves, dos grups de discussió amb adults i persones grans i un grup de discussió de professionals de la salut. Els grups de discussió es van fer al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i van tenir una duració de 90minuts. Les sessions van ser conduïdes per dos investigadores, una va fer de moderadora i l'altra d'observadora. Vegeu guió dels grups de discussió a l'annex 1.

Material empíric: Transcripcions dels grups de discussió; Full d'observació dels grups de discussió.

Consideracions ètiques: Estudi aprovat pel Comitè d'Ètica de l'IDIAP Jordi Gol.

4.2. Metodologia de l'estudi Motivational Interactions

Estudi	Perspectiva metodològica	Què s'ha estudiat?	Mètode i tècnica	Procediment analític
Motivational Interactions	<p>Anàlisi conversacional d'orientació etnometodològica:</p> <p>Perspectiva que pretén analitzar els mètodes que utilitzen les persones per donar sentit i fer les seves accions quotidianes (comunicar-se, raonar, prendre decisions, etc.)</p>	<p>L'organització de les converses quotidianes durant sessions motivacionals a la consulta d'atenció primària.</p> <p>Patrons que emergeixen en la conversa entre la persona i el professional de la salut per fer-se entendre's</p>	<p>Mètode</p> <p>Observació de les consultes durant sessions motivacionals</p> <p>Tècnica:</p> <p>videogravacions de les sessions</p>	<p>Anàlisi de contingut del protocol de l'EM i que es va utilitzar com a guia de codificació de les transcripcions de les sessions motivadores (vegeu annex 2)</p> <p>Anàlisi Conversacional de la interacció amb el suport de l'Atlas-ti.5.1</p>

Font: Elaboració pròpia a partir de Drew & Heritage (1992)

Disseny: Anàlisi conversacional d'orientació etnometodològica

Àmbit: Centres d'atenció primària de la província de Barcelona

Participants i mostra:

- Persones fumadores que no volien deixar de fumar i que van rebre sessions motivadores breus d'un professional de la salut (professional de la medicina o d'infermeria). Es va dissenyar un mostreig teòric a fi d'aconseguir màxima variabilitat discursiva. Els criteris utilitzats van ser: gènere; edat (joves, adults, persones grans); posició socioeconòmica; baixa motivació per deixar de fumar (<5 d'acord amb el test de Richmond); estadi en relació al consum de tabac (fase precontemplativa i contemplativa) i que van donar el consentiment de ser videogravats durant les sessions motivacionals.
- Professionals de la medicina i d'infermeria dels centres d'atenció primària de la província de Barcelona i que van donar el consentiment a ser videogravats durant les sessions motivacionals. Es va dissenyar un mostreig teòric a fi d'aconseguir màxima variabilitat discursiva. Els criteris utilitzats van ser: tipus de professional (professional de la medicina i d'infermeria); experiència professional en fer intervencions breus i motivadores per deixar de fumar.

Van participar un total de 9 persones fumadores i 5 professionals de la salut.

Procediment de recollida de dades: Un cop les persones donaven el consentiment en ser videogravats, s'iniciava la recollida de dades que permetia valorar la motivació de la persona a deixar de fumar. Després es feia una intervenció motivadora de 10 minuts. Dues participants van rebre una sessió mes perquè van venir a fer una consulta per un altra motiu sanitari i el professional va tornar a fer la sessió motivacional.

Material empíric: Transcripcions al detall de les videogravacions, transcrivint pauses, èmfasis, volum de veu, superposició de torns (Atkinson & Heritage, 1984). Material motivacional utilitzat a la consulta

Consideracions ètiques: Estudi aprovat pel Comitè d'Ètica de l'IDIAP Jordi Gol.

4.3. Metodologia de l'estudi Controlling Smoking

Estudi	Perspectiva metodològica	Què s'ha estudiat?	Mètode i tècnica	Procediment analític
Controlling Smoke	<p>Anàlisi comparativa etnogràfica</p> <p>Enfocament que pretén descriure i entendre les pràctiques socials, les interaccions socials, les creences, les decisions i accions de grups d'humans</p>	<p>Comparació de persones que deixen de fumar assistides per professionals d'atenció primària.</p>	<p>Mètode: Observació de les consultes durant les sessions de preparació de deixar de fumar i de seguiment d'abstinència.</p> <p>Tècnica Videogravacions de les consultes</p>	<p>Mètode Comparacions Constants , conjuntament amb un marc conceptual i teòric per donar sentit a les dades amb el suport de l'Atlas-ti.7.5. (vegeu Annex 3)</p>

Font: Elaboració pròpia a partir de Fram (2013)

Disseny: Anàlisi comparativa etnogràfica de casos de persones que deixen de fumar

Àmbit: Centres d'atenció primària de la província de Barcelona

Participants i mostra:

- Persones fumadores que volien deixar de fumar i van iniciar un procés de cessació tabàquica assistides per un professional de la salut (professional de la medicina o d'infermeria). Es va dissenyar un mostreig teòric a fi d'aconseguir màxima variabilitat discursiva. Els criteris utilitzats van ser: gènere; edat (<18 anys); estatus socioeconòmic; nivell de dependència (alta, moderada i baixa d'acord amb el Test de Fageström), motivació per deixar de fumar (moderada i alta d'acord amb el Test de Richmond) i que donar el consentiment de ser videogravats durant el procés de cessació tabàquica.
- Professionals de la medicina i d'infermeria dels centres d'atenció primària de la província de Barcelona i que van donar el consentiment per ser videogravats en les consultes de cessació tabàquica.

Procediment de recollida de dades: Es van gravar les sessions per preparar a la persona per deixar de fumar, i les visites de seguiment després d'iniciar l'abstinència. Les intervencions consistien en valorar la dependència tabàquica de la persona, avaluar el suport que tenia la persona per iniciar el procés d'abstinència, treballar estratègies per resoldre situacions conflictives i seguiment i reforç de l'abstinència.

En total van participar 13 persones i es van gravar 47 sessions.

Material empíric: Transcripcions de les videogravacions i Guia de pràctica clínica per deixar de fumar.

Consideracions ètiques: Estudi aprovat pel Comitè d'Ètica de l'IDIAP Jordi Gol.

5. Resum dels resultats dels estudis

5.1. Estudi Risk Perception

Les dades d'aquest estudi provenen d'un dels dos estudis d'enfocament qualitatiu que es van fer dins del marc del projecte *Intervención Sistemática sobre el tabaquisme en Atención Primaria de Salud (ISTAPS)*⁷. En aquest estudi que presento aquí vaig participar en el disseny, dur a terme juntament amb una observadora els cinc grups de discussió, fer les transcripcions i vaig liderar l'anàlisi. Els resultats de l'estudi es van presentar al Departament de Salut a l'any 2011.

El principal resultat d'aquest estudi és que les persones fumadores quan construeixen el risc de fumar ho fan mitjançant diferents dimensions que es van superposant. Cada dimensió té atribucions de significats diferents que configuren l'avaluació del risc de fumar i d'això comporta que la persona prengui la decisió de continuar fumant o no. Poden haver-hi variacions segons l'edat. En canvi, els professionals de la salut, tot i que en el seu discurs reconeixen el caràcter multidimensional i processual que fan les persones per construir el risc de fumar, quan parlen d'estratègies que utilitzen per ajudar a deixar de fumar, el discurs multidimensional es perd i el focalitzen en els riscos objectivables i mesurables de fumar.

Doncs bé, tal com dèiem les dades mostren que les persones utilitzen diferents dimensions per avaluar el risc de fumar, i nosaltres les hem agrupat en tres categories ja que cada categoria remet a moments diferents. Aquestes categories són les següents: “Primera avaluació: aparició d'estereotips”, “Segona avaluació: la resignificació” i “Presència de decisions i manteniment de la conducta”.

Primera avaluació: aparició d'estereotips

Les persones que fumen valoren la conducta de fumar com un risc en la seva vida quotidiana en un context d'informació a partir dels aspectes següents: pot ocasionar problemes de salut en el futur; genera dependència física i psíquica; danys actuals provocats pel consum (en els adults aquest criteri era de gran importància); l'experiència de pèrdua de persones estimades (no es van trobar diferència per edats ni gènere) i danys

⁷ Revisar informació sobre el projecte ISTAPS a la pàgina 4.

que poden provocar als demès, especialment als infants o dones embarassades. En resum, la primera avaluació configura un discurs estereotipat i esperable sobre com avaluen el risc de fumar, contesten avaluant que fumar és un risc des d'un context d'informació sanitària que coneixen.

Segona avaluació: la resignificació

Ara bé, de la mateixa manera que les persones que fumen en primer lloc avaluen el risc de fumar en un context d'informació, després el reavaluen en relació amb la seva experiència com a persona que fuma i els seus contextos de vida, apareixent nous matisos i interpretacions en la seva avaluació de risc.

En relació amb la seva experiència com a persona que fuma apareixen significats com: (1) suport simbòlic en la vida, “un company de vida”; (2) ajuda en situacions conflictives o problemàtiques. Les persones de 30-35 anys i els adults donen a aquest significat especial importància a causa de situacions viscudes; (3) dret individual a prendre decisions, i en alguns joves apareix (4) fumar com acció socialitzadora.

En relació amb altres contextos de la vida, tots els participants utilitzen el seu context de vida i el seu estil de vida per valorar el risc. Una de les estratègies que fan servir es mesurar “el risc de la vida”, que no el “risc de fumar”. En un cantó de la balança estan les pràctiques de risc de la seva vida i en l'altre les pràctiques saludables. Si la persona percep que el pes es decantava cap a les pràctiques saludables, avalua fumar como “un mal menor”.

Sobre el context laboral, sovint es traça una relació entre les condicions laborals i la conducta de fumar. Unes condicions laborals difícils justifiquen assumir la conducta de fumar com risc menor. Els adults també utilitzen el context laboral per justificar altres conductes de risc com menjar inadequadament o no poder fer exercici físic.

Tots els participants reconeixen la importància de la informació provinent dels professionals de la salut, de totes maneres, assenyalen que l'excés d'informació sobre els riscos del tabac els pot provocar un desinterès per aquest. A més, els joves es mostren especialment crítics amb que el sistema nacional de salut pel fet que aquest no finança els tractaments farmacològics.

Per últim, el context legal que envoltava i envolta la venda del tabac també és motiu per resignificar la conducta de fumar. Els participants manifesten que tot i que

l'estat aplica lleis que restringeixen o prohibeixen el consum de tabac ens els espais públics, obtenen importants beneficis econòmics a través de la seva venda. Sens dubte, aquesta postura, segons ells hipòcrita, és utilitzada com argument per defensar la postura de continuar fumant.

Presa de decisions i manteniment de la conducta

Els participants, després de valorar el risc de fumar des de les seves experiències i els contextos de vida quotidiana, davant la pregunta *val la pena continuar fumant?* fan emergir significats “positius” cap al consum de tabac i la decisió de continuar fumant. Tres arguments justifiquen aquesta decisió: (1) creuen que fumar té més beneficis (manteniment del pes, gestió de l'estrès, plaer, etc.) que costos (danys a la salut en el present, addició al tabac); (2) manifesten que moltes decisions de la seva vida quotidiana tenen riscos i que el consum de tabac és un risc més.

Ara bé, significats com “fer-se” gran o “quedar-se embarassada” permeten comprovar el caràcter dinàmic i contextual de l'avaluació del risc de fumar. El grup de discussió d'adults-grans donen indicis de com, segons ells, “fer-se gran” el fa reavaluar la conducta de fumar i prendre la decisió de reduir el nombre de cigarretes. També, en el cas de les dones joves, la reavaluació del risc de fumar i la presa de decisions poden canviar en el moment que “vulguin quedar embarassades”.

Per completar l'anàlisi es va incorporar la veu dels professionals de la salut d'atenció primària. Els professionals manifesten ser conscients que les persones no només valoren el risc en base a les assumpcions dels factors de risc epidemiològics, transmesos pels professionals i els serveis de salut, sinó que utilitzen, també, altres arguments per a construir la percepció de risc. Cal afegir, que els professionals de la salut fumadors (eren dues persones) van expressar els mateixos arguments que utilitzaven les persones fumadores dels grups de discussió per continuar fumant.

De totes maneres, el discurs de tots els professionals perd el caràcter multidimensional quan es visualitzen amb el rol de professional de la salut a la consulta. Per exemple, allà on hi havia multidimensionalitat es transforma en aspectes centrats en l'individu, allà on havien parlat de contextos es transforma en suport social per deixar de fumar.

5.2. Estudi Motivational Interactions

Les dades d'aquest article provenen del segon estudi d'enfocament qualitatiu que es va fer dins del marc del projecte *Intervención Sistemática sobre el tabaquisme en Atención Primaria de Salud (ISTAPS)*⁸. El focus d'aquest estudi eren les sessions motivacionals que duen a terme els professionals de la salut quan identifiquen que la persona no vol deixar de fumar de manera imminent⁹. En relació amb els resultats que presento aquí, vaig participar en el disseny metodològic de l'estudi, en l'organització del treball de camp, i la realització de l'anàlisi.

A propòsit del treball de camp, és oportú explicar com aquest es va dur a terme. Aquest estudi posava el focus en la interacció fumador-professional de la salut, i seguint les recomanacions de l'anàlisi conversacional, la millor manera de captar aquesta realitat és a través de la videogravació (Maynard & Heritage, 2005). Quatre metges de família i una infermera d'atenció primària van donar permís per gravar les sessions d'entrevista motivacional que realitzaven amb les persones fumadores que estaven en l'etapa pre-contemplativa o contemplativa¹⁰. Ells mateixos van dur a terme el reclutament de les persones. Aquestes van ser seleccionades entre els pacients que anaven a la consulta d'atenció primària per algun motiu de malaltia, i al final de la visita els professionals preguntaven si eren fumadors, i si volien rebre una sessió d'entrevista motivacional. Els que van contestar afirmativament van ser citats un altre dia en la consulta per fer la sessió motivacional amb la corresponent videogravació.

La primera part de la sessió consistia en una entrevista per recollir dades personals sobre la conducta tabàquica, per tal d'identificar en quina etapa en relació al canvi de conducta estava la persona (pre-contemplativa o contemplativa). La sessió d'entrevista motivacional es feia a continuació i durava deu minuts. Aquesta es basava en l'entrevista breu motivacional del model de Rollnick & Butler (Rollnick, Butler, & Stott, 1997), que consistia en introduir elements motivadors personalitzats en la conversació acompanyat de documentació d'informació motivadora per deixar de fumar. La sessió s'acabava informant a la persona la disposició d'ajuda del professional per si volia deixar de fumar.

⁸ Reviseu nota peu de página número 4.

⁹ Vegeu descripció de les sessions motivacionals a pàgines 18-20.

¹⁰ Vegeu descripció del Model Transteòric del canvi a la pàgina 9.

El principal resultat que es deriva d'aquest estudi és que el professional de la salut (sigui metge de família o infermera) construeix diferents tipus de sessions d'entrevista motivacional, és més, s'identifiquen accions comunicatives que provoquen que la conversa es centri en la persona o en el professional. En concret, les habilitats interpersonals del professional, l'ús del llenguatge o com s'aplica el protocol de la sessió d'entrevista motivacional generen dos tipus de pràctiques diferents: la que he anomenat “pràctica centrada en el pacient” contra “pràctica centrada en el problema” (o pràctica orientada a la resolució d'un problema de salut). Quan la pràctica “centrada en el pacient” predomina en la sessió d'entrevista motivacional, es reflexiona i es parla del consum de tabac. Si el professional durant la conversa es centra en el tabaquisme com un problema de salut, la sessió no aconsegueix l'objectiu motivacional. De les 11 entrevistes analitzades, en set predominava la “pràctica centrada en el problema” i només en quatre predominava la “pràctica centrada en el pacient”.

En efecte, mitjançant l'anàlisi conversacional de la interacció entre la persona fumadora i el professional de la salut s'han identificat patrons d'interacció que il·lustren aquests dos tipus de pràctiques, i que mostren accions clau del professional que, o bé faciliten o dificulten la reflexió sobre la disposició al canvi de la persona fumadora. A continuació mostrarem els patrons d'interacció que il·lustren la pràctica centrada en el problema.

Centrar la conversa en els riscos de fumar

El patró “centrar la conversa en els riscos de fumar” es refereix a que quan el fumador explica les raons que té per fumar i la seva intenció de continuar fumant, el professional respon amb un consell sanitari advertint dels riscos de fumar. Aquesta postura produeix una interacció que ignora o bloqueja l'experiència de vida de la persona. Si aquest estil d'interacció persisteix, la intervenció no és motivacional. Focalitzar la conversa en el risc provoca una interacció en la qual cada participant està parlant sobre diferents conceptes del risc. Els malentesos apareixen i dificulta que es construeixi un marc de relacions compartit i s'allunya del principis de l'entrevista motivacional. Segons Catley, que és expert en l'entrevista motivacional, la informació dels riscos en salut s'hauria de donar el en cas que la persona preguntí sobre aquests o quan està interessada en obtenir aquesta informació (Catley et al., 2012).

Enganxar-se al protocol

Seguir rigorosament el protocol de la entrevista motivacional és una de les altres maneres que té el professional de resoldre el dilema d'interacció que es produeix quan la persona manifesta la seva intenció de seguir fumant. Aquesta acció va succeir en les set entrevistes analitzades, totes elles pertanyien al que he anomenat pràctica centrada en el problema. Enganxar-se al protocol bloqueja l'experiència de vida de la persona, la conversa avança però no es segueixen els principis de l'entrevista motivacional.

Emfatitzar prematurament el canvi

L'èmfasi prematur consisteix en emfatitzar un canvi de conducta quan el pacient no ha expressat la seva intenció clara de canvi. Aquesta acció passa després que la persona exposi algun motiu per deixar de fumar o expliqui una experiència anterior d'abandonament de consum de tabac. El professional s'enganxa a la declaració i planteja un canvi, sense tenir en compte altres dades aportades per la persona durant la conversació. Aquest patró succeeix en cinc de les entrevistes que predominava la pràctica centrada en el problema.

En relació amb els patrons d'interacció amb pràctica centrada en la persona, totes les sessions d'entrevista motivacional analitzades utilitzen amb diferent intensitat accions que permeten orientar la conversació cap a una reflexió sobre el consum de tabac. Les accions més habituals és l'ús de *reiteracions, declaracions i preguntes obertes per part del professional*. Els professionals les utilitzen en totes les fases de l'entrevista motivacional, perquè permeten que la persona tingui una posició activa i construeixi la narrativa sobre la seva experiència de consum de tabac.

5.3. Estudi Controlling Smoking

Aquest és l'últim estudi que tanca el projecte de comprendre com les persones que estan en diferents etapes de canvi en relació amb deixar de fumar, donen sentit i interpreten deixar de fumar en el context sanitari de Catalunya. Aquest estudi es focalitza en 13 casos de persones que inicien un procés de deixar de fumar assistides per un professional de la salut d'atenció primària. Les dades que s'han utilitzat per aquest estudi són dades secundàries obtingudes del projecte *Intervención Sistemática sobre el*

*tabaquismo en Atención Primaria de Salud (ISTAPS)*¹¹. El disseny de l'estudi i l'anàlisi ha estat fet per mi mateixa. Els resultats s'han discutit amb investigadors amb experiència en l'estudi de la cessació tabàquica per tal d'assegurar la coherència d'aquests.

El principal resultat que es deriva d'aquest estudi és un model sobre el procés de deixar de fumar al si de la consulta d'atenció primària a través de 4 etapes: sentir-se addicte i voler deixar de fumar; preparant-se per deixar de fumar; gestionant l'abstinència i controlant les ganes de fumar. Dels 13 casos analitzats, només en un cas la persona no es construeix com a persona addicta ni amb la necessitat de deixar de fumar amb el seguiment del professional. Aquest cas es va descartar en l'anàlisi de comparacions constants perquè no va acceptar les intervencions professionals. A continuació es descriuen aquestes quatre etapes amb cert detall:

Sentir-se addicte i voler deixar de fumar

El professional de la salut centra la conversació sobre el consum de tabac mitjançant preguntes com *t'agrada fumar? Pots controlar el teu consum? Com et sents quan no ho controles? T'agradaria deixar de fumar?*. Primerament la persona manifesta que li agrada fumar, però durant la conversa expressa els seus dubtes i preocupacions sobre la conducta de fumar, i va re-significant el seu consum com una addicció. El professional reforça aquesta creença. La percepció d'addicció i malestar té un impacte en el desig de deixar de fumar, de manera que les persones fumadores reformulen la seva percepció d'addicció en termes de desig de deixar de fumar i al mateix temps en dificultat per aconseguir-ho i també en la necessitat que el professional de la salut l'acompanyi. Demanar ajuda té varis elements: considerar que deixar de fumar és difícil a causa que fumar genera addicció; fracàs en l'experiència anterior; tenir l'objectiu de voler deixar de fumar i percebre que rebrà del professional una atenció especialitzada que l'ajudarà a deixar de fumar amb èxit.

Preparant-se per deixar de fumar: anticipant l'abstinència

Durant dos o tres consultes programades, preparar-se per deixar de fumar centra la relació entre la persona fumadora i el professional de la salut. Les estratègies que ofereix el professional es basen en les guies de pràctica clínica fonamentades en l'evidència científica. Des d'aquest marc el professional ofereix estratègies i regles per controlar l'abstinència i superar situacions que puguin esdevenir un risc de recaure. En

¹¹ Reviseu nota peu de página número 4.

aquestes converses, la persona dóna compte de les accions que ha dut a terme, les emocions experimentades i les reaccions que han desvetllat en els altres, mentre que el professional adopta una mirada sanitària i dóna explicacions i alternatives a les situacions conflictives de la persona. La preparació esdevé una anticipació del què pot passar a les persones quan intentin deixar de fumar.

Tenir suport de l'entorn, experimentar amb èxit la reducció de cigarretes consumides diàriament i sentir-se capaç de controlar l'abstinència són condicions favorables a continuar en l'intent de deixar de fumar. Condicions desfavorables durant l'etapa de preparació són: percebre que no és el millor moment per intentar deixar de fumar (p.e. a causa d'una situació conflictiva familiar), tenir por a recaure, no sentir que tens suport de la família, amics o feina, o no acceptar les propostes o explicacions del professional de la salut. Quan es perceben que les condicions no són favorables, la persona abandona el procés de deixar de fumar, amb acord o no del professional.

Tres casos van abandonar l'intent de deixar de fumar, dos per dificultats en el context familiar i la tercera per no estar d'acord amb la manera de deixar de fumar que li proposava el professional de la salut.

Gestionant l'abstinència: un procés positiu o transitori

Després del dia marcar per iniciar l'abstinència, les conversacions que mantenen la persona fumadora i el professional es centren en la gestió de l'abstinència. Controlar la abstinència és un procés d'aprenentatge que requereix provar, reajustar, millorar, mantenir o canviar. A més a més, aquest procés es converteix en una experiència interpretada i com a tal serà única i singular.

Arribats a aquest punt, les dades indiquen que existeixen dos tipus de procés o patrons. Per un costat, el "patró positiu" (4 casos dels analitzats) en el qual la persona sent que controla l'abstinència i reafirma el seu objectiu de convertir-se en persona no fumadora. Per l'altre, el "patró en trànsit" (5 casos dels analitzats) on la persona no percep que controla l'abstinència o té baixes expectatives d'aconseguir-ho. La persona passa d'emocions positives a emocions negatives i transita entre fumar i no fumar i el procés pot avançar cap a l'abandonament complet de l'intent o en iniciar de nou la preparació i fer un nou intent.

Controlant les ganes de fumar: procés central per deixar de fumar

L'experiència de deixar de fumar està travessada pel control de l'abstinència. És a dir, voler controlar l'abstinència és una condició per sentir-se addicte i voler deixar de fumar. Sentir-se preparat es percep que pots controlar l'abstinència en la vida diària. Finalment, el procés de deixar de fumar avança quan la persona percep que té sota control l'abstinència. Aquest control, que va més enllà de controlar l'abstinència a la nicotina, es desenvolupa i s'enforteix amb aquestes accions: parlar amb el professional de la salut i amb les persones que l'envolten; negociar amb els familiars i amics per establir normes sobre el consum; reajustar mecanismes de relació amb els altres, revisar dia a dia els objectius assolits, provar i aprendre noves estratègies per superar tensions, remuntar quan es fuma una cigarreta o quan apareixen efectes no volguts com engreixar-se i acceptar el suport del professional i també de la família i amics. En resum, aquestes accions enforteixen el control de les ganes de fumar, necessari per avançar en el procés de deixar de fumar. No obstant, el control de l'abstinència s'aconsegueix amb resultats diferents de manera que actua com a condició que facilita un patró positiu i patró transitori. A més, aprendre a controlar l'abstinència no sempre és suficient per a que la persona reorganitzi i remodeli la seva vida sense el consum de tabac.

6. Estudis publicats

A continuació s'inclouen els dos primers estudis publicats en dues revistes indexades i el tercer que actualment està en procés de revisió.

6.1. Estudi Risk Perception

Risk perception among smokers: a Qualitative Study

Referència: Codern, N., Pla, M., Ormijana, A. S. de, González, F. J., Pujol, E., Soler, M., & Cabezas, C. (2010). Risk perception among smokers: a qualitative study. *Risk Analysis*, 30(10), 1563–1571.

Data d'acceptació: agost 2010

Data de publicació: octubre 2010

Revista indexada a ISI Journal Citation Reports

Quartil 1

Impact Factor: Social Sciences/Mathematic Methods; Public

Environmental & Occupational Health l'any 2010: 2,10

ABSTRACT

Background: The aim of this qualitative study is to identify the dimensions people used to assess the risk of smoking and then comparing them those used by health professionals in Primary Healthcare.

Methods: Five discussion groups were conducted. The field work was carried out in Barcelona (Spain), from February 2005 to January 2006. Data were analyzed following a Semantic-Thematic Categorical Content Analysis (ACC-ts).

Results: People tend to employ stereotypical discourses when evaluating the risk of smoking. Likewise, they re-assess the risk in the context of their life experience and incorporate new nuances to the arguments sustaining their behaviour. Once this re-assessment takes place, the decision to continue smoking emerges, and smokers come up with additional arguments justifying their habit (i.e. age, benefits related to costs). Professionals are aware of this process and its multidimensional nature. Nevertheless, their discourse loses this multidimensional feature when discussing the strategies they use at smoking cessation interventions.

Conclusions: This qualitative study increases the understanding the various meanings that people attribute to their life experience. These assumptions may be useful for developing health practices that are closer to people.

As a practical utility of these results, it would be interesting to apply a preliminary assessment of the different meanings that people attribute to smoking from their life context in risk communication.

Key words: Qualitative research. Risk perception. Risk assessment. Smoking habit.

INTRODUCTION

Speaking from the most reductionist epidemiological approach, risk is the determination of the probability that adverse side-effects, such as mortality and morbidity, appear (1;2). However, the social sciences do not hold such a one-dimensional and objective concept of risk, as risk may have a different meaning to different people, or in different contexts. Beyond the numerical calculations of probability or potential losses, when assessing risk, people consider multiple aspects, far beyond those defined by the experts (3;4). From this broader definition of risk, social scientists have developed various lines of research in risk perception.

Early research on the topic of risk perception appeared during the second half of the 20th century, derived from the psychometric approach to cognitive psychology. The purpose of such studies was to identify the attributes or characteristics that people gave to risks, despite the fact that objectively they were all harmful to health (4;5). Research findings show that, when assessing risk, people do not consider the same variables that experts consider. The majority of variables considered by people are linked to individual decisions (willingness to be exposed or having control of the consequences, among others) (6).

These studies, widely accepted in the 1980s, inspired the development of a new health-education model, geared towards providing information that facilitated decision-making in healthcare. Nevertheless, by the end of the 1990s, it became obvious that focusing solely on this model was not enough, given that numerous studies had shown that information alone was insufficient to assist people in making decisions that were “rational” from the experts’ point of view (7-10).

A study carried out by Slovic on adolescent smokers revealed, on the one hand, that despite being aware of the risks of smoking, adolescents assigned higher value to the present benefits of smoking rather than to its future risks. On the other hand, Slovic’s study showed that affection (defined by Slovic as the positive or negative feeling generated by an activity) was an important element when assessing risk. Slovic’s conclusion was that these aspects should be considered when attempting to analyse and communicate risk (6).

Other interesting approaches to risk to be considered are theories that perceive risk as a constructive process; they put forward that people cannot acknowledge objective risk because their perception is being moulded by their previous experiences, by belonging to

a certain group, or by their political and cultural context (11-14). Similarly, Wynne suggests that social risk perception is shaped by the relationship between people and the organisations in charge of managing that specific risk (15).

Joffe maintains that risk is shaped by emotions, affection, people's world view, and socially, politically and culturally determined factors (4). Douglas sees risk perception as yet another way of understanding and assigning meanings based on cultural background, including norms and values (4;14).

The different approaches presented assume that risk is a process that is constructed throughout an individual's lifecourse, based on subjective experience and anchored on the context of daily life. Risk is therefore related to the social, political and cultural context, and its perception can only be understood within such a context. At the same time, objective risk is viewed as a concept built in relation to the social context.

The abovementioned approaches are of great interest when studying the dimensions smokers use to assess risk perception, leading us to initiate a study with the aim of identifying the dimensions people used to assess the risk of smoking and then comparing them those used by health professionals in Primary Healthcare.

PARTICIPANTS AND METHODS

The current study is part of the Systematic Intervention on Smoking Habits in Primary Health Care Project (Proyecto Intervención Sistemática sobre el Tabaquismo en Atención Primaria de Salud ISTAPS (Spanish acronym). ISTAPS was a three year, multi-centre clinical trial conducted in 11 Autonomous Regions in Spain, that aimed to assess a smoking cessation intervention. This intervention was based on Prochaska and DiClemente's Transtheoretical Model of Change (16;17), and was conducted for six months and then compared to the classical intervention provided to the control group

Based on the ISTAPS clinical trial, a qualitative study, combining the phenomenological and socioconstructionist approaches, was developed (18). The study focused on people's experiences and, in turn, the meanings that they created based on their experiences. The study generated discourse that revealed how the participants constructed their risk perception of smoking

Study Area: The field work was carried out in Barcelona and L'Hospitalet de Llobregat (Province of Barcelona, Spain), from February 2005 to January 2006.

Participants: Users and healthcare professionals (nurses and physicians) from the Primary Health Care Centres involved in the larger ISTAPS study.

TABLE 1: Participating smokers' profile

Variables	Categories	Number
Sex	Female	12
	Male	8
Age	Youth (18-35)	11
	Adult (36-64)	5
	Elderly (65 or more)	4
Educational level	Primary studies	8
	Second studies	8
	University studies	4
Socio-economical status (19)	Low (IV and V)	4
	Middle (III)	12
	Middle/High (II and I)	4
Smoking habit	10 or less cigarettes/day	6
	11-20 cigarettes/day	10
	21-30 cigarettes/day	4
Stage transtheoretical model	Precontemplation	8
	Contemplation	12
Smoking related disease	No related disease	16
	Related disease	4

Sampling:

To guarantee the emergence of the various discourses present in our context, theoretical representativity was conducted to recruit smokers. The following criteria were employed for users: sex, age (youth, adult, elderly), educational level (primary, second, university studies), socio-economic status (19), smoking habit (three categories based on the number of cigarettes smoked per day), stage in the transtheoretical model (pre-contemplation, contemplation) (16;17), and smoking-related diseases. The following criteria were used for professionals: discipline (nurses or physicians), previous experiences in smoking cessation interventions, and whether or not they were smokers. From these criteria, eight profiles were defined for users and 8 for healthcare professionals. Smokers were selected from a list of people included in the ISTAPS study in the province of Barcelona. Potential participants were contacted by telephone and invited to participate in the focus group, and if they accepted to participate, it was verified that the person met the defined profile. A present was offered as an incentive to participate. The recruitment ended when the information was saturated. The healthcare professionals were selected from a list of professionals that participated in the ISTAPS study. They were contacted by telephone, and no incentive was given to participate in the focus group. It was difficult to recruit professionals from the eight defined profiles because, according to the professionals, they did not have time. Only two professionals that were smokers participated. The lack of representation from all eight professional profiles, and therefore not reaching information saturation, was seen as a limitation to the study.

In total 20 users (11 young people, 5 adults, 4 elderly people) (Table 1), and 7 health professionals participated in the study (Table 2).

Data generation techniques:

Discussion groups were conducted for an average of 90 minutes and were led by a formal moderator who followed a pre-established script that could be altered during the course of the session (20;21). The scripts for the sessions were structured around two major topics: 1) daily life/life path-risk relationship; 2) stakeholders-risk relation (such as stakeholders from the health system, mass media, etc.).

Two groups of young people (from 18 to 35 years old), two groups of adults (from 36 to 74 years old), and one group of health professionals were formed. All discussion

groups were held in a meeting room at the Catalan Department of Health, in Barcelona. The sessions were conducted by two researchers, one being an observer and the other one a facilitator.

TABLE 2: Participating healthcare professional's profiles

Variables	Categories	Number
Discipline	Nurses	2
	Physicians	5
Experience in smoking cessation interventions	Yes	4
	No	3
Smoker	Yes	2
	No	5

Ethical aspects:

The study was conducted according to Guidelines of the Helsinki Declaration and of Good Clinical Research Practice and was approved by the Ethical and Clinical Research Committee of IDIAP Jordi Gol, Institute of Research in Primary Health Care. Participants signed informed consent forms at the beginning of each focus group and were conscious that the focus groups were recorded. Confidentiality and anonymity of the data will be ensured, according to the law 15/1999 of data confidentiality (all data from the transcripts that could have identified the participants were made anonymous).

Data analysis:

Audio recordings were transcribed and analysed along with the observation notes. Atlas/ti.5.0 software was used for this purpose.

The analytical process underwent the researchers' triangulation. Two researchers individually generated codes and categories that were then contrasted in search for differences and commonalities. A third researcher followed the process, reading the transcriptions and verifying the codes and their meanings. The three researchers involved in the analytical process met regularly to discuss emerging issues. Results of this process were presented to and discussed with the ISTAPS' project team. Their comments were included in the final discussion.

A Semantic-Thematic Categorical Content Analysis (ACC-ts (Spanish acronym)) was used. This analytical method consists of four stages: (1) Reading and re-reading of

the texts enabling the identification and definition of the first topics and recursive elements; (2) text codification in relation to the topics identified; (3) code review, through a dialogical process between the text, the theoretical framework and the research team, resulting 31 codes; (4) code categorisation allowing the construction of relationships between them and thus providing sounder meanings. Based on this analysis, four categories were constructed. This process allowed for an analytical framework that sustained data interpretation and conceptual maps to be built.

RESULTS

Results are presented in four sections: first evaluation: emergence of stereotypes; second evaluation: re-signification; decision-making and persistence in behaviour, and health professionals' risk evaluation.

First Evaluation: Emergence of Stereotypes

At first, both young people and adults used very predictable, stereotypical discourses to assess risk, and consequently, their smoking habit. The main dimensions used at this point were: a) related health issues in the future (lung cancer or neuro-vascular problems, among others); b) physical and psychological drug addiction; c) significant harm such as drug addiction or fatigue when practicing sports, specially relevant for adults with a long history of smoking; d) personal losses related to smoking (which seemed to prompt the decision to give up smoking at some point in participants' lives); e) the damage their behaviour might inflict on others (children, fetus, etc.) (Table 3).

Besides considering smoking a risk in their lives, participants identified other risks they knew about and/or had in their lives. They considered alcohol intake, lack of physical exercise and a poor diet high-risk behaviours for their health. Furthermore, they acknowledged their exposure to environmental risks (pollution) and to risks related to working conditions. Young people also identified risks that were more difficult to control and strongly associated them with bad luck or fate (car or other accidents, air pollution and genetically-modified food). Elderly participants acknowledged the role played by aging as a risk to quality of life.

Second Evaluation: Re-signification

During a second stage, participants reassessed their previous statements in relation to their own experiences as smokers and in the context of their present lives. Both young

people and adults used this stage to add new nuances and interpretations to their previous assessments. The dimensions contributing to this re-signification were:

Re-signification regarding Smokers' Experiences:

Meanings assigned to smoking in relation to smokers' previous experiences were: a) symbolic support in managing daily life issues, "smoking as a life partner"; b) help during difficult situations, specially relevant for older young people (30-35 years old) and adults; c) a decision expressing the exercise of individual rights and vindicating their private freedom space; d) a socializing support aid for young people trying to belong to a certain group. However, incoherence and ambivalence was noted in several participants who expressed these meanings (Table 3).

Re-signification regarding Other Life Contexts

All participants used their life context and lifestyle to assess risk. One of the strategies they used was to weigh the risk to their lives on an imaginary/symbolic scale, presenting risky practices on one end and healthy practices on the other end. When leaning towards the healthy practices end, participants considered themselves to be leading a healthy lifestyle and assessed smoking to be a "lesser evil".

In regards to the context of work, a link was often traced between working conditions and the smoking habit. Difficult working conditions contributed to considering smoking as a minor risk. Adults also used this mechanism to justify other risky behaviours, such as eating inadequately or not doing physical exercise.

Participants acknowledged the relevance of public health interventions and the information provided by healthcare professionals, but criticised how, very often, professional interventions did not favour changes in risk perception. In their opinion, an excess of information, provided in a relentless way, could push them in a totally opposite direction. Young people were particularly critical with of the lack of public coverage and funding for pharmacological treatments. All participants also criticised the Public Administration for controlling tobacco sale and retaining its revenues. According to them, this belies a hypocritical attitude regarding smoking on behalf of the Administration. On the one hand, the State seems aware of the health issues associated with smoking, and tries therefore to restrict its consumption, gradually curtailing public smoking spaces. On the other hand, the Public Administration makes large benefits from tobacco sales, and, despite the risks involved that are strongly signalled in public health campaigns, continues

to commercialise it. Participants used this position of the Public Administration to argue that society had problems more serious than tobacco that were not a priority because they did not provide the Public Administration with as many economic benefits as the sale of tobacco.

Adults also used these arguments to defend their behaviour, although in a less vehement way. In short, this evaluation regarding the context provided participants with arguments for continuing their habit. Furthermore, once again, participants' comments turned into a stereotypical discourse, showing the beliefs of a collective social imaginariu (Table 3).

TABLE 3: Quotes from Young People and Adults' Discussion Groups

Dimensions	Quotes
1st assessment: stereotypes emerge	<p><i>"I know this can give me cancer, as well as other types of diseases". Group of adults 1. Participant 1 (woman, contemplation)</i></p> <p><i>"I would sleep better at night, because it would be easier for me to breathe. I am sure physical efforts would not have such an impact on me I believe these are the main two benefits". Group of young people 1. Participant 1 (man, precontemplation).</i></p>
2nd assessment, resignification	<p><i>[...] "The thing is I like it, I like its smell, I like smoking, I like to smoke a cigarette as soon as I get up, when I'm nervous I smoke to calm my nerves, and when I'm calmed, I smoke because I'm calmed." Group of young people 1. Participant 6 (woman, precontemplation).</i></p> <p><i>"I need it in order to blow my steam off, to ease anxiety or to get rid of my problems, to feel relief." Group of adults 1. Participant 1 (woman, contemplation).</i></p> <p><i>[...] "It's about one's freedom, I mean, maybe I just want to die of cancer and to smoke for my entire life...". Group of adults 2. Participant 2 (woman, precontemplation).</i></p> <p><i>[...] "As soon as I left for lunch at 2:00 P.M., the first thing I did was to smoke a cigarette, and as the smoke went up so did my demons, because perhaps I had just had a fight with my boss and ended up bawling... you even feel...that you're not like the others the way they treat you, and I feel I just can't take it anymore". Group of adults 1. Participant 1(woman, precontemplation).</i></p> <p><i>"Campaigns asking us not to smoke or forbidding smoking all around have a counterback effect and you just feel like saying: I like smoking". Group of adults 2. Participant 2 (woman precontemplation).</i></p> <p><i>"They asked me how many cigarettes I smoked a day, and they prescribed some pills for me that cost 60 Euros and were not paid by the Social Insurance. And they told me the pills would reduce my urge to smoke". Group of young people 2. Participant 1 (woman, contemplation).</i></p>

TABLE 3: Quotes from Young People and Adults' Discussion Groups

Decision making and upholding of smoking behavior	<p><i>"I am aware that it is bad and every time I smoke a cigarette I think about it...and now that I go to the gym even more so, but, well, I think you tend to put it off for the future... when I become a mother, I'll stop smoking for nine months and that will be that..."</i> Group of young people 2. Participant 6 (woman, precontemplation).</p> <p><i>"At the moment I don't want to stop, I know it is harmful, yes, but just like so many other things".</i> Group of adults 1. Participant 4 (man, precontemplation).</p> <p><i>"That's what I'm doing right now, not buying, I just don't buy a pack of smokies. Now when I'm walking around and I feel like smoking, I go to any tobacco shop or bar, I order a cup of coffee or whatever and I ask for a cigarette. It feels as if I'm smoking less, but it's just the same"</i> Group of adults 2. Participant 3 (man, contemplation).</p>
--	---

Taking the Decision and Continuing to Smoke

Once the person assessed the risk of smoking by attributing different "positive" meanings to it, he or she decided to continue smoking. Three arguments justify this decision by the participants. First, pre-contemplative and contemplative participants both believed that (in the present) smoking had more benefits (maintaining weight, stress management, pleasure, etc.) than costs (damage to health in the present, tobacco dependence). Second, participants believed that life was full of risks and that smoking was just another risk (see Figure 1 and Table 3). Finally, despite the fact that they knew that smoking had risks, freedom to decide how to live was placed above all (see Figure 1 and Table 3).

Nonetheless, various arguments, such as age, emerged that permitted the hypothesis that this position may change in the future. Demonstrating this is the fact that adults and elderly people in the pre-contemplative and contemplative phases considered reducing the number of cigarettes or quitting smoking in the immediate future, while young people in the pre-contemplative phase did not consider it. Young people in the contemplative phase postponed the decision, linking it to being older and, in the case of females, to plans of motherhood.

Risk Assessment by Healthcare Professionals

Nurses and physicians recognized that each person had a unique relationship with tobacco and that people combined multiple dimensions when assessing its risks. They were aware that people not only assessed risks based on the assumptions of classical risk factors, transmitted by health professionals and healthcare services, but also used other arguments to construct their risk perception. This issue highlights the complexity of dealing with smoking behaviour for professionals. Another issue that shed light on the difficulties to help patients quit smoking was the contradiction that professionals who smoke expressed. In this sense, professionals who smoked expressed the same arguments used by youth and adults to continue smoking.

It is worth mentioning the assessment that healthcare professionals gave to the intervention. First, it should be noted that the professionals' dialogue lost its multidimensional character during the intervention because they thought they had to help patients quit smoking because of its multiple negative health effects. Professionals expressed that working with the aspects most linked to the individual (individual motivation, self-confidence, health problems) were the most relevant in bringing about a change of decision, without taking into consideration more contextual and structural aspects (Table 4). Differences in discourse were not observed between healthcare professionals (both nurses and doctors), that smoked and those that did not smoke.

Criticism was expressed regarding other healthcare professionals and their lack of awareness and preparation to help patients quit smoking from a more motivational model. Criticism against health services was also expressed; professionals argued that even though the reduction in the number of cigarettes smoked was a priority of health services, in reality it was a secondary objective. They expressed the need for greater commitment by the Catalan Institute of Health, a greater awareness from all professionals and better training to improve the intervention (Table 4). In this sense, no difference was observed between professionals that smoked and those that did not smoke.

TABLE 4: Quotes from Healthcare Professionals' Discussion Group

Dimensions	Quotes
Multi-dimensionality of risk	[..] <i>“Each smoker has a profile according to the type of life he or she leads, and his/her own relationship with tobacco” Professional 2 (man, physician, non smoker).</i>

Clinical practice strategies	<p><i>“I think it’s a good thing, to provide information. When working on smoking cessation, you have to do the same thing, you have to explain them how it works, what the cigarette paper is made of, what nicotine does to their body, what a drug-addiction it is, generating both physical and psychological dependence, and it is our job to do so”. Professional 5 (woman, nurse, smoker).</i></p> <p><i>“What you have to do is help the patient, and get him, or her, to leave your office, if not convinced, at least with a bit more of self-confidence”. Professional 2 (man, physician, non smoker).</i></p>
Bouncing-off effect	<p><i>“Sometimes risk can be a double-edged sword, because sometimes people can feel threatened, and they may not like that at all”. Professional 6 (woman, physician, non smoker).</i></p>
Difficulties	<p><i>“I think many times healthcare professionals are not really convinced themselves that smoking is an issue [...] we all know it’s bad for people, know the diseases it causes, and see its consequences, but we don’t show the same attitude towards a smoker compared to the one we show when facing someone with high-blood pressure.”. Professional 3 (woman, physician, non smoker).</i></p>

DISCUSSION

The current study found that participants made an initial assessment of risk based on information transmitted to them by experts, healthcare professionals and the media. Different theoretical models of preventive behaviour find it necessary for people to have a good understanding about risk behaviours in order to carry out preventive behaviour (22-24). From this point of view, all participants in the current study were found to have information about the risks of smoking.

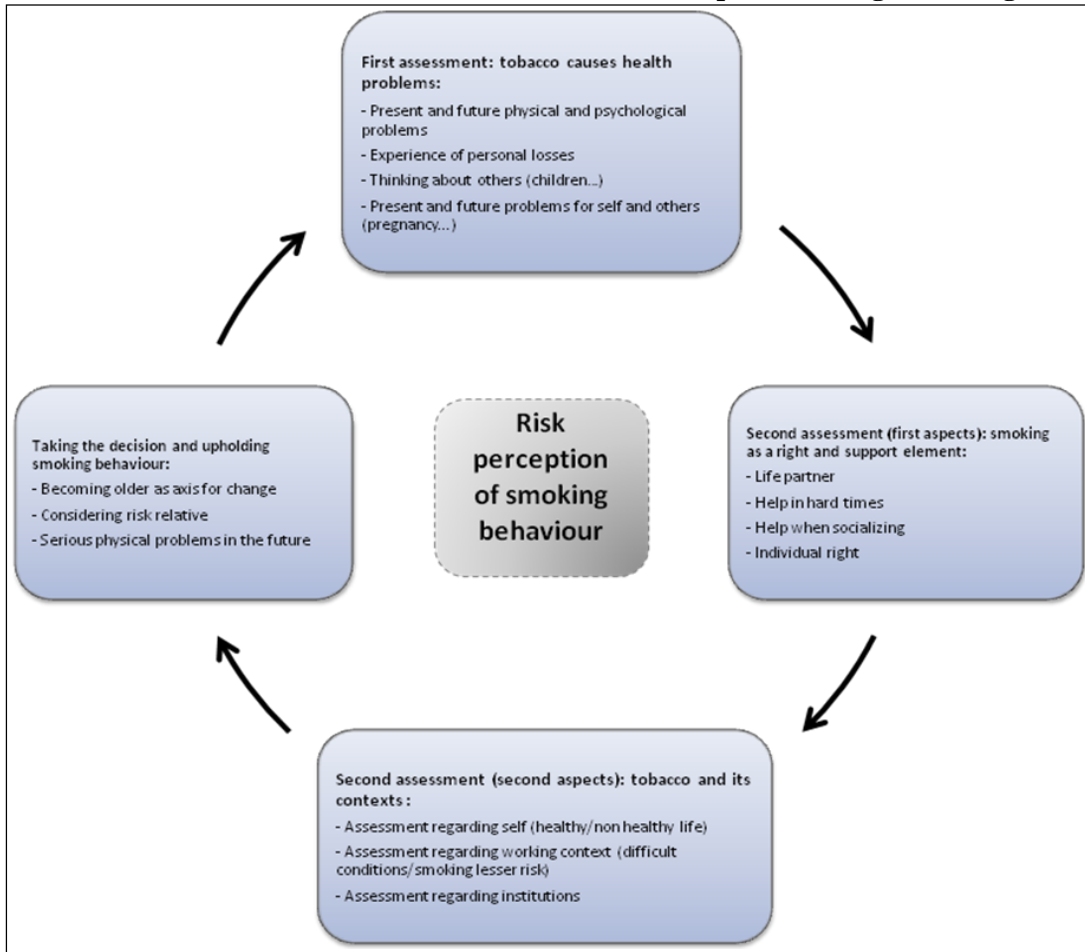
Nevertheless, the study shows that once participants knew the risks, they reconstructed the risk of smoking in terms of feelings, personal and collective experiences and rights. Individuals interpreted the objective risk communicated by healthcare professionals in the context of their lives; however, an individual’s construction of risk was multidimensional and different from the objective risk communicated by the healthcare professional, consistent with other studies (6). A study by Reventlow, Hvas y Tulinus (7;25) showed that perceived risk was experienced and interpreted by people from their perspective and differed from the information communicated by family medicine doctors. A study by Hay, Schuk, Cruz et al. (26) found that smokers constructed the risk of cancer by combining various aspects.

Another finding of the current study was the arguments that participants used to maintain their smoking behaviour, despite future consequences. The majority of these arguments revolved around prioritizing the short term benefits of smoking. This result was consistent with the functional analysis of conduct proposed by Bayés (27) that expressed that when people were faced with two incompatible behaviours (in our case smoking and not smoking), they chose the behaviour that provided short term benefits. In the current study, the participants gave a higher value to the short term benefits of smoking, despite the possible negative consequences in the future. On the other hand, the data analysis identified that adults and elderly people used another argument to maintain smoking in the present which was more related to the uncertainty of getting older and less with the risk of smoking. Participants expressed that the uncertainty of getting older would lead them to quit smoking in the immediate future in order to be healthier as they aged. This finding shows how risk assessment of smoking is dynamic and changing throughout life; furthermore, it shows that risk assessment is constructed taking into account other perceptions of risk.

The current study shows that although healthcare professionals take into account the multidimensional and contextual nature of risk assessment, they, when communicating the risks of smoking, use an argumentative repertoire related to epidemiology and theoretical models of behaviour change that emphasize individual level. Healthcare professionals emphasize the individual dimension (internal motivation, self-esteem, among others), leaving aside the exploration of other meanings (symbolic support in daily life, help in conflictive situations, among others) that individuals attribute to smoking in their daily lives.

One of the strengths of the current study is the use of a qualitative and participatory methodology to understand risk perception. The qualitative method involves understanding the various meanings that people attribute to their life experience. These assumptions may be useful for developing health practices that are closer to people.

FIGURE 1: Process of Construction of Risk Perception among Smoking Persons



As a practical utility of these results, it would be interesting to apply a preliminary assessment of the different meanings that people attribute to smoking from their life context in risk communication.

Future research in risk communication could aim to study which types of Primary Care interventions facilitate the use of the various dimensions identified in the current study, instead of only using epidemiological measures of risk. The impact that these dimensions have on risk perception could also be studied.

A limitation of the current study is that that a saturation of healthcare professionals was not reached. Professionals reported that they did not have time to participate; furthermore, it was difficult to find professionals that smoked and that also carried out smoking cessation interventions, affecting the validity of the study. Another limitation is that specialists in health communication were not included in the study; however, it should be kept in mind that training of Primary Care professionals includes the acquisition of communication skills.

CONCLUSIONS

This study shows the contributions that a qualitative methodology, focused on meanings and contexts, and having a process prospective, can have on acquiring a deeper, multidimensional approach to risk perception among smokers. In their everyday practice, healthcare professionals should allow the emergence of diverse meanings of risk, thus facilitating smokers' awareness and reflection of the risks associated to their behaviour in a more holistic way. Professionals should move away from considering smoking as an isolated behaviour.

Key Issues:

- This qualitative study explores the dimensions used by smokers to construct their risk perception.
- For smokers, the risk associated with their behaviour is of a multidimensional and processual nature.
- Healthcare professionals recognise the multidimensional and processual nature of smoking; however, the associated health issues with smoking, along with the belief that people can quit smoking if they are self confident, are the two dimensions most frequently used by healthcare professionals to help patients reflect upon their behaviour.
- Considering meanings, contexts and the processual nature of risk may favour the development of common foundations for patients and Primary Healthcare professionals when trying to invite smokers to reflect more deeply upon the risk of their behaviour.

Conflict of Interests

The authors can not identify any conflict of interests for this study.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors wish to thank all those who participated in the discussion groups. They would also like to thank Diana Puente and Bonaventura Bolibar, from the IDIAP Jordi Gol for their support for this paper. This study was carried out with financial help from the Network of Preventive Activities and Health Promotion in Primary Care [Red de

Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Atención Primaria; redIAPP]
granted by the Carlos III Health Institute [Instituto de Salud Carlos III] (RD06/0018)

Reference List

1. Zinn J. The biographical approach: A better way to understand behaviour in health and illness. *Health, Risk & Society* 2005;7(1):1-9.
2. Renn O. Concepts of Risk: a Classification. In: Krinsky S, Golding D, editors. *Social Theories of Risk*. Westport: Praeger; 1992.
3. Slovic P. Perception of Risk. *Science* 1987;236:280-5.
4. Joffe H. Risk: from perception to social representation. *Br J Soc Psychol* 2003 Mar;42(Pt 1):55-73.
5. Fischhoff B, Slovic P, Lichtenstein S, Read S, Combs B. How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes towards technological risks and benefits. *Policy Sciences* 1978 Apr 1;9(2):127-52.
6. Slovic P, Finucane ML, Peters E, MacGregor DG. Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Anal* 2004 Apr;24(2):311-22.
7. Reventlow S, Hvas AC, Tulinius C. "In really great danger..." The concept of risk in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2001 Jun;19(2):71-5.
8. Simon JG, De Boer JB, Joung IM, Bosma H, Mackenbach JP. How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *Eur J Public Health* 2005 Apr;15(2):200-8.
9. OMS. Reducir los riesgos y promover una vida sana. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Geneva: OMS; 2003.
10. Codern-Bové N. Acción comunitaria para la salud. In: Úcar X, Llena A, editors. *Miradas y diálogos en torno a la acción comunitaria*. Barcelona: Grao; 2006. p. 89-111.
11. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. p. 197-218.
12. Douglas M. La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Barcelona: Paidós; 1996.
13. Pidgeon N. Risk Perception. In: Royal Society, editor. *Risk Analysis, Perception and Management*. London: 1992. p. 89-134.
14. Taylor-Gooby P, Zinn JO. Current directions in risk research: new developments in psychology and sociology. *Risk Anal* 2006 Apr;26(2):397-411.

15. Wynne B. May the Sheep Safely Graze? A Reflexive View of the Expert-Lay Knowledge Divide. In: Lash S, Szerszynski B, Wynne B, editors. Risk, Environment and Modernity. Sage ed. London: 1996. p. 44-83.
16. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992 Sep;47(9):1102-14.
17. Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC, Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *J Consult Clin Psychol* 1988 Aug;56(4):520-8.
18. Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ* 2008;337:a288.
19. Simon R, Szreter S. The Genesis of the Registrar-General's Social Classification of Occupations. *The British Journal of Sociology* 1984;35(4):522-46.
20. Alonso L.E. La Mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa. 2n ed. Madrid: Fundamentos; 1998.
21. Kamberelis G, Dinitriadis G. Focus Group: Strategic Articulations of Pedagogy, Politics and Inquiry. In: Denzin NK, Lincoln L, editors. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 3ra ed. London: Sage Publications; 2005. p. 887-907.
22. Bayés R, Ribes E. Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: Su aplicación al caso del SIDA. *Papeles del Psicólogo* 1989;41-42:122-5.
23. Villamarín F, Álvarez M. Modelos sociocognitivos en promoción de la salud: un análisis conceptual. *Psicologemas* 1998;12:161-204.
24. Stretcher V, Rosenstock I. The health belief model. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer B, editors. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Josey Bass Publishers; 1997.
25. Reventlow SD. Perceived risk of osteoporosis: restricted physical activities? Qualitative interview study with women in their sixties. *Scand J Prim Health Care* 2007 Sep;25(3):160-5.
26. Hay J, Shuk E, Cruz G, Ostroff J. Thinking through cancer risk: characterizing smokers' process of risk determination. *Qual Health Res* 2005 Oct;15(8):1074-85.
27. Bayés R. Psicología y SIDA: Análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención. *Papeles del Psicólogo* 1990;46-47.

6.2. Estudi Motivational Interviewing

Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis

Referència: Codern-Bové, N., Pujol-Ribera, E., Pla, M., González-Bonilla, J., Granollers, S., Ballvé, J. L., ... ISTAPS Study Group. (2014). Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis. *BMC Public Health*, 14, 1225. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1225>

Data d'acceptació: novembre 2014

Data de publicació: novembre 2014

Revista indexada a ISI Journal Citation Reports

Quartil 2

Impact Factor: Public Environmental & Occupational Health l'any 2014: 2,26

Abstract

Background

Research indicates that one third of smokers have low motivation to stop smoking. The purpose of the study was to use Conversational Analysis to enhance understanding of the process in Motivational Interviewing sessions carried out by primary care doctors and nurses to motivate their patients to quit smoking. The present study is a substudy of the Systematic Intervention on Smoking Habits in Primary Health Care Project (Spanish acronym: ISTAPS).

Methods

Motivational interviewing sessions with a subset of nine participants (two interview sessions were conducted with two of the nine) in the ISTAPS study who were current smokers and scored fewer than 5 points on the Richmond test that measures motivation to quit smoking were videotaped and transcribed. A total of 11 interviews conducted by five primary health care professionals in Barcelona, Spain, were analysed. Qualitative Content Analysis was used to develop an analytical guide for coding transcriptions. Conversation Analysis allowed detailed study of the exchange of words during the interaction.

Results

Motivational Interviewing sessions had three phases: assessment, reflection on readiness to change, and summary. The interaction was constructed during an office visit, where interactional dilemmas arise and can be resolved in various ways. Some actions by professionals (use of reiterations, declarations, open-ended questions) helped to construct a framework of shared relationship; others inhibited this relationship (focusing on risks of smoking, clinging to the protocol, and prematurely emphasizing change). Some professionals tended to resolve interactional dilemmas (e.g., resistance) through a confrontational or directive style. Interactions that did not follow Motivational Interviewing principles predominated in seven of the interviews analysed.

Conclusions

Conversational analysis showed that the complexity of the intervention increases when a health professional encounters individuals with low motivation for change, and interactional dilemmas may occur that make it difficult to follow Motivational Interviewing

principles. Incorporating different forms of expression during the Motivational Interviewing could help to build patient-centred health care relationships and, for patients with low motivation to stop smoking, offer an opportunity to reflect on tobacco use during the office visit. The study findings could be included in professional training to improve the quality of motivational interviewing.

Keywords

Conversation analysis, Communication, Motivational interviewing, Primary health care, Qualitative research, Smoking cessation, Social interaction

Background

Tobacco use is a preventable health problem linked to 25% of deaths among adults younger than 65 years in developed countries [1,2], making it the principal cause of premature death in these populations. In Spain, the percentage of the general population that smokes daily is declining steadily, from 32.1% in 1993 to 24% in 2012 [3]; nonetheless, health problems related to smoking are one of the most common reasons for visits to the health care system in general, and to primary health care (PHC) centres in particular [4]. The PHC setting is the most common resource for smoking cessation attempts [5]. Given that 70% of smokers annually visit a primary care professional, these centres have a strategic role in smoking cessation [6,7].

A study in Great Britain reported that one third of smokers reported low motivation to stop smoking [8]. Interventions by health professionals improve the likelihood of success. Various meta-analyses have shown that brief advice increases quit attempts by a further 1% to 3% [9,10].

Another approach used in PHC to motivate individuals who are hesitant to make changes or ambivalent about smoking cessation is Motivational Interviewing (MI), based on the work of Miller and Rollnick [11]. This method has been defined as a collaborative, person-centered style for addressing the problem of ambivalence about change. It is designed to strengthen personal motivation and commitment to a specific goal by eliciting and exploring the individual's own reasons for change, within a climate of acceptance, empathy, and mutual cooperation, ultimately respecting the individual's decisions [11]. MI has attracted considerable interest because of evidence that it produces better results than brief advice [12], which constitutes usual care in our PHC context [13]. Meta-analyses of smoking cessation interventions have reported that, compared to brief advice, MI achieves a modest but significant increase in the number of cessation attempts and in abstinence rates. However, the authors recommend caution in interpreting the results because of study limitations: variations in the quality of the study design, inadequate evidence of fidelity to MI principles (which had repercussions for motivation to change), and the possibility of publication biases [14-17].

Numerous studies have evaluated the efficacy of MI, focusing on how to measure MI counsellor fidelity in real-world settings and MI trainings [18-20]. These authors applied behavioural coding of MI sessions with fidelity assessment systems like the

Motivational Interviewing Skills Code (MISC) [21] and the Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) [22,23]. These instruments identify relational and behavioural characteristics of the therapy sessions for both the counsellor and the patient. Although this line of research is important, another approach is based on conversational analysis (CA) that identifies sequences that can offer deep insights into the interaction between the health professional and the patient. This method focuses on a turn-by-turn analysis, which allows a sequential examination of interactions and could shed greater light on the interpretations and assumptions established by the communication [24], compared to the more established MI coding schemes such as the MITI and MISC.

In the sociological discipline, CA has been used to study the health care interaction as a moment-by-moment production space for “human social life” [25]. This approach emerged from Garfinkel’s ethnomethodology [26] and the ethnomethodological CA approach described by Sacks [27], both of which acknowledge talk-in-interaction as a social reality that occurs as turn-taking.

In recent years, several studies and reviews have been published that uses CA to examine patient-health professional interactions to deliver bad news [28] and offer advice on lifestyle changes [29], for example, with findings that may prove to be key to successful professional practice.

Articles by Maynard & Heritage and Pilnick, Hindarsh & Gill showed the collaborative nature of health care interactions. When individuals are paying attention to the conversation and to the behaviour of the other, one will initiate a sequence and this will become a point of reference for the other, generating the second part of the sequence. In addition, co-constructing the interaction involves the notions held by both participants about the subjects they are discussing, as well as the social context in which the interaction takes place [24,30].

Another topic of interest in CA is the study of how the office visit is organized, the tasks that are completed, and the dilemmas that arise in the interaction. Mikesell [31] reviewed interaction studies that utilized CA, and reported the major findings that could help to build relationships of support and trust, and substantially improve patient health. The findings suggest that a dynamic, collaborative interaction is key to a positive office intervention. Among the studies reviewed was that of Barry et al. [32], which identified four types of health care interaction, defined by the shared or one-directional use of the

Voice of the Lifeworld and the Voice of Medicine (using Misheler's terms) [33]: a) only the Voice of Medicine is used; b) the Voice of the patient (Lifeworld) is blocked by the Voice of Medicine; c) the Voice of the Lifeworld is ignored, and d) the point of departure is the Voice of the Lifeworld. When patients and health professionals work collaboratively, the outcomes improve; this can be measured by the presence or absence of misunderstandings, adherence to therapy, and each participant's satisfaction with the interaction [25].

Other significant contributions of the CA approach are found in studies by Pilnick & Coleman of office visits that include smoking cessation interventions. The advice to stop smoking is more effective when the health professional incorporates specific strategies to adjust the conversation to a patient's needs (negotiation of needs and personalization of the message). The patient is then more likely to adopt an attitude of consent that advances the conversation towards the target [34].

Finally, Coleman et al. analysed interactions that occurred while quit-smoking advice was being given, using an adaptation of CA as their method of analysis. They observed that health professionals had a confrontational reaction when faced with rejection of their advice. They also suggest that smoking cessation counselling aimed at patients with low motivation would have better outcomes if health professionals had more advanced conversational skills [35].

All of these aspects, analysed using CA (collaborative nature of the interaction, use of open-ended questions, negotiation), must be identified within MI sessions because they form part of that interaction style. Therefore, CA allows the analysis of specific practices that may, in our case, make motivating the patient more difficult and provide recommendations about the type of specific actions a health professional should carry out to introduce motivational elements into conversation and to improve patient satisfaction [24,36].

Only a few studies of smoking cessation interventions have examined brief advice about smoking from the CA perspective; no studies were identified that used CA to examine the MI sessions with patients having low motivation to quit smoking.

For these reasons, the present study aimed to use CA to analyse the structure of MI sessions carried out by primary care doctors and nurses in conversations with patients having low motivation to quit smoking. In addition, we examined the actions of the health

professionals during the MI session and assessed the consequences in the patient response. These objectives arose from questions such as, “how is the MI session organized? What do people do to understand each other during the MI? What patterns of interaction are in line with the basic MI principles?”

The CA results concerning the encounter between a patient with low motivation to stop smoking, and a health professional conducting the MI session can provide useful knowledge to support the studies of the effectiveness of such interviews [37,38]. The results can also be used to improve the training offered to health professionals about patient communication, in an effort to advance our knowledge in this field.

Methods

The present work is a substudy of the Systematic Intervention on Smoking Habits in Primary Health Care Project (The ISTAPS study, Spanish acronym), a multicentre, cluster-randomized clinical trial in Spain [39,40]. This substudy applied a CA approach [26,41,42] to analyse the health care interaction, assessing how the conversation between the health professional and patient was structured during the MI session. This research focused on individuals with low motivation to stop smoking. All participants, both patients and health professionals, were concurrently participating in the ISTAPS study.

Four doctors (2 males, 2 females) and one female nurse, all with more than 10 years of professional experience, agreed to record their office MI sessions and to recruit smokers. Before beginning the ISTAPS study and during that study period, the health professionals in the intervention group attended 20 hours of workshop training on smoking cessation interventions. The workshops used techniques such as roleplaying and included a four-hour training session in the practical aspects of the MI protocol. In addition, participants attended eight hours of reinforcement sessions [39].

Patients were recruited to the ISTAPS study if they identified themselves as smokers in response to a question from the attending health professional when they came to the PHC office for any reason. Patients who provided informed consent were invited to make another appointment at the office, when the PHC professional collected personal and smoking habit data (selection interview). At the end of the selection interview, smokers identified as being at the precontemplation or contemplation stage of change were interviewed for about 10 minutes, using the brief MI format of incorporating personalized

motivating elements into the conversation, based on the Rollnick & Butler model [43]. They were also given a leaflet containing motivational information and told about the help available to them if they changed their minds and decided to quit smoking [39].

Table 1 Characteristics of smokers with low motivation

Code	Age	Sex	Socioeconomic status	Cigarettes/ day	Time to first cigarette of day	Smoking-related diseases	Psycho-tropic drugs	Motivation to quit	Stage in process of change	MI
01	22	F	III Non-manual qualified	20	<5 Min	No	No	03 Low	Contemplation	1
02	25	F	I Bachelor's degree	15	>60 Min	No	No	02 Low	Pre contemplation	1
03	25	F	III Non-manual qualified	12	31 to 60 Min	No	No	03 Low	Pre contemplation	1
04	28	M	II Self-employed	8	6 to 30 Min	No	No	03 Low	Pre contemplation	2
05	43	F	III Non-manual qualified	12	6 to 30 Min	No	Yes	03 Low	contemplation	2
06	44	F	IV Partially qualified	8	>60 Min	No	No	00 None	Pre contemplation	1
07	50	F	II Self-employed	25	6 to 30 Min	No	No	03 Low	contemplation	1
08	62	M	III Non-manual qualified	5	31 to 60 Min	No	No	02 Low	Pre contemplation	1
09	49	F	III Non-manual qualified	15	31 to 60 Min	No	Yes	03 Low	Contemplation	1

The strategy used to select the smokers included in this study was maximum variation sampling [44]. Selection criteria were sex (male–female), age (young-adult–elderly), socioeconomic status [45], low motivation to quit smoking (<5 points according to the Richmond Test score) [46] being in the precontemplation or contemplation stage in the change process (precontemplation–contemplation–preparation–action) [47]. In addition, patients were selected if they agreed to their office visits being recorded for a period of six months. Nine ISTAPS participants met these inclusion criteria. Two of the nine participants came to the office for a second visit during the study period because of a health issue, and at the end of the visit the health professional took the opportunity to conduct a second MI session, for a total of 11 interviews conducted by the five

participating health professionals. The characteristics of the nine smokers interviewed are presented in Table 1.

MI sessions were conducted during 2006 in the Barcelona metropolitan area. The recordings (4 hours, 11 minutes) were transcribed following established CA recommendations [48,49]. Data were managed using Atlas/ti.5.1. The analysis process (Table 2) was two-fold:

Table 2 Analysis process

Activity	Researcher
1. Qualitative content analysis of the Motivational Interviewing protocol/guide to identify the actions	R1
2. Construction of a guide for analysis	R1, R2, R3, R4 and R5
3. Reading of transcribed interviews to identify themes	R1
4. Coding of the data by themes, supported by Atlas-ti software	R1
5. Independent reading and identification of analysis categories	R1 and R2
6. Discussion, definition and agreement on codes and categories	R1, R2, R3, R4 and R5
7. Recoding using agreed-upon codes and categories with support from Atlas-ti software	R1
8. Discussion and revision of codes and categories	
Discussion of the data interpretation	R1 and R2 R1, R2, R3, R4 and R5

(R: researcher).

a) Qualitative Content Analysis (QCA) of the intervention's action protocol ISTAPS study identified the actions that needed to be taken during a visit (Table 2, point 1). The ISTAPS research team reached consensus on the meaning of these actions and generated an analytical guide for the video recordings. This analysis allowed us to develop a framework for coding the transcriptions (Table 2, point 2).

b) Conversation Analysis (CA) consisted of analysing in detail the semantic content, interactional effects, and consequences observed in the selected sequences corresponding to the study objectives [24]. In our study, nonverbal behaviours were

not analysed. The procedure involved coding by topics –structure of the office visit and the actions taken (Table 2, point 4)– and identification of categories according to the different ways of conducting the MI (Table 2, point 5). The process of coding and analysis was recursive; the codes and categories were selected for coherence with the study objectives. (Table 2, points 6 and 8). A total of 106 conversation sequences were analysed.

To ensure the rigour and quality of the study, we based it on the following criteria [50-54]:

•	CA was selected as the research methodology because it is focussed on what “happens” in the interaction and “how”. (criterion: epistemological and methodological appropriateness).
•	The context for each interview was described (place, interference or interruptions, climate), taking these elements into account in the analysis. Participant selection was done intentionally, with the goal of achieving maximum variation in the sample to ensure generalizability. Recordings were repeatedly played while the transcribed text was read and reread, in order to catch nuances of the interaction. The analysis was carried out independently. All members of the research team have extensive experience in smoking cessation interventions and reviewed the findings carefully, providing feedback to ensure that the results were consistent with the study objectives.
•	The study findings were illustrated with specific, relevant sequences that support the interpretations of study results. (criterion: validity).
•	The research team reflected on the entire process of the study, including their assumptions and the possible impact on study results, and discussed the role of the professional, various smoking cessation intervention models, and the difficulties patients face when they try to quit smoking (criterion: reflection).

The Ethics and Clinical Research Committee of the Jordi Gol Institute of Research in Primary Care approved the project. Participants were informed that the focus of the research was the doctor-patient relationship in discussions about smoking, and provided signed informed consent that included permission for audiovisual recording of the interviews. Confidentiality was ensured by the coding of participant data. The transcripts

were anonymous but linked to the participant code, providing a context (age, sex, etc.) for comments selected from the verbatim transcripts.

Results

The results were classified into two categories, organization of the motivational interviewing sessions and Professional MI session Practices and Actions, and subcategories with descriptive examples.

Organization of the MI sessions

This category explains what takes place in the interaction between the health professional and the smoker with low motivation to stop, how it happens and why. In the 11 interviews analysed, the conversation has three phases: assessment, reflection, and summary.

Assessment: The professional begins the MI session according to the intervention protocol of the ISTAPS study, summarizing the data collected in the selection interview (tobacco use, motivation and stage of change). The summary establishes a rapport based on shared understanding and verifies the patient's readiness to change and to initiate the conversation. This phase of the protocol lasts about three minutes.

Reflection: This phase is central to the MI encounter and requires the most time. In all of the conversations analysed, this phase was initiated by the health professional with a question, such as "why do you think that it is not important for you to quit smoking?" or "can you tell me why you don't think you could quit smoking?" In each case, the smoker had a chance to express his or her concerns and the health professional noted the individual's current consumption, statement of positive and negative aspects, and level of intent to change. The conversation was built around these data provided by the smoker. The health professional asked questions, offered information, and affirmed the doubts expressed by the smoker (e.g., "I see, there is a lot of smoking going on in your surroundings and that makes it more difficult for you to quit"). All patients showed some ambivalence about their smoking, with no difference between those in the precontemplative and contemplative stage of change. This phase lasts about five minutes.

Summary: The professional ends the conversation by reviewing the topics covered (e.g., "you told me that you don't feel prepared to make a quit attempt") and offering help in the event that the patient wants to quit smoking. The end of the MI encounter is always

initiated by the health professional and the smoker responds. This phase lasts about two minutes, for a total average interview length of 10 minutes. During the different phases of the MI session, the interaction is constructed and, despite a standard organizational structure, different interactional dilemmas arise that are resolved in different ways in each interaction and therefore have an effect on the MI encounter.

Professional MI session practices and actions

This analysis reveals how professionals construct different types of MI encounters and identifies communication that actively centre the conversation either on the patient's or the professional's perspective. Interpersonal skills, use of language and application of the ISTAPS study protocol represent distinct social realities reflected in two very different types of practice: patient-centred vs. problem-centred (i.e., the professional uses resources oriented toward resolving the problem, a familiar clinical interaction for the person with a health concern). When patient-centred practice is the dominant aspect of the MI, it is possible to think and talk about tobacco use. If the professional focuses instead on smoking as a health problem, the interview will not achieve its motivational objective. Of the 11 interviews analysed, the predominant practice was problem-centred in seven interviews and patient-centred in only four.

Actions that illustrate these two types of practices are analysed below. The selected actions are patterns of interaction that show the key action that either facilitates or hinders the patient's reflection on his or her readiness to change in the patient-professional interaction.

Actions that facilitate reflection on readiness to change

Use of reiterations, declarations and open-ended questions

All of the MI sessions included actions that led to a reflection about smoking, although at different levels of intensity, and the health professionals used them in all phases of the protocol. These actions allow the patient to take an active role and build the narrative about his or her use of tobacco.

In this example (the third interview in the analysis), a woman states that smoking is harmful to health but she does not have the confidence to quit. The professional uses different strategies to examine the patient's problematic situation in depth and helps her reflect on her tobacco use.

Extract 1

(1)HP3: ... and you say that you aren't very confident about quitting and ...

(2)P3: No, more than anything it's because my partner is a smoker.

(3)HP3: Yes...

(4)P3: When I'm with him, I smoke more than when I'm not with him, and it's more difficult for me ...

Later:

(1)HP3: Anyway, you went 15 days without smoking, that's really good!

(2)P3: Yes

(3)HP3: And these 15 days, what happened?

(4)P3: Well, it was a special situation. He left, and I was a little depressed and didn't leave the house.

At the end of the conversation:

(1)HP3: You've said that you don't feel ready to try quitting yet.

(2)P3: Not right now, mostly because of my partner.

The example starts with a sequence in which the professional reviews an important point that the patient has stated, demonstrating modal reiteration or reflection. The reiteration (1) allows the patient to expand upon the situation and further develop her thoughts (2 and 4). Later, the professional uses a reflection followed by an affirmation, to express support and approval of a smoking cessation attempt (5) and also elicits a consent response (6).

This open-ended question obligates the patient to answer and reflect on what has happened (7 and 8). The conversation ends with another modal reiteration by the professional (9), which allows the patient to consciously explain the reasons for not quitting (10).

These actions (reiteration, declaration, and open-ended questions) allow for a patient-professional interaction that is oriented towards letting the patient reflect on her

position. Together with the health professional, the patient constructs a “relationship framework” focused on her own daily life and individual concerns.

Actions that do not facilitate reflection on readiness to change

Even when professionals take actions to help a patient reflect on smoking, they also use other interaction styles to resolve interactional dilemmas that do not follow MI principles.

Focusing the conversation on the risks of smoking

In all of the MI sessions, the smokers explained their reasons for smoking and their intention to continue. In four interviews –all of them in the problem-centred professional practice group– the medical professional responded with expert medical advice warning about the risks of smoking. This stance produced an interaction that ignored or blocked the Voice of the Lifeworld. If this style of interaction persists, the intervention is not motivational.

In the second example, a woman is not motivated to quit smoking because she smokes only a few cigarettes a day.

Extract 2

(1)HP6: ... it can cause cancer,

(2)P6: ... you can get cancer just because! I had an athletic uncle, he didn't smoke, he didn't drink, he had a set sleep schedule, and he had the bad luck of getting cancer and died in two years.

Later:

(1)HP6: But you know that you have a higher risk of having health problems!

(2)P6: Yes, and if I get in the car and get on the highway, I have a higher risk, ha-ha. And also if I stay at home.

At the end of the conversation:

(1)HP6: Just know that even if you don't smoke a lot, you are harming yourself.

In the first declaration, the professional focuses on the health risks of smoking (1), provoking resistance in the woman, who has another way of thinking about the professional's declaration of risk (2). This creates a discord in the interaction. The professional and the patient address various meanings of the act of smoking; however, the professional does not leave space for any personal reflection on how a meaning applies to the individual patient's situation, which would help to ensure that, by communicating with the patient, a shared understanding of that meaning has been achieved (3–5). The professional's interpretations are perceived by the patient as an exercise of power over her discourse, provoking resistance.

This excerpt illustrates the lack of agreement between professional and patient on the existence of a problem. The professional implicitly interprets the patient's attitude as resulting from a lack of information and attempts to provide details of the possible problems that could arise. However, the patient rejects the arguments because this meaning has not been negotiated and is not shared. When the patient has low motivation to stop smoking, the health professional has an interactional dilemma that he or she resolves by talking about the risks associated with smoking. Focusing the conversation on risk provokes an interaction in which each participant is speaking about different concepts of risk. Misunderstandings arise that make it difficult to build a framework for a shared relationship and easy to move away from MI principles. In the MI approach, information about health risks should be used when the patient asks about them or shows interest in obtaining this information [17].

Clinging to the protocol

Clinging to the protocol is one way of resolving the interactional dilemma the professional faces when the smoker states his or her intention to continue smoking. This action occurred in seven interviews, all of them dominated by problem-centred professional practice. The professional turned to the intervention protocol to resolve the dilemma and responded by asking a question from the protocol that allows him or her to take control of the conversation.

In this example, the professional diligently follows the MI protocol with a male smoker, but when confronted with a dynamic and complex situation he resolves it rather mechanically by using the ISTAPS study protocol form as a guide.

Extract 3

- (1)HP4: Yes, zero, that would be no importance, and “10” is the maximum importance. Between zero and 10, where would you place your level of importance to quit smoking right now?
- (2)P4: Right now? (a pause of 6 seconds). Well, right now it's zero.
- (3)HP4: And in the same vein, if you decide to quit smoking right now, what level of confidence (a pause of 15 seconds) would you have right now in quitting? Zero is no confidence and “10” is completely confident.
- (4)P4: A six.
- (5)HP4: And how about your readiness to quit right now? Zero is not ready at all (2 seconds' pause) to quit right now.
- (6)P4: A six.

When this professional encounters a patient who expresses, from the beginning, little interest in quitting (1–2), there is an opportunity to explore why he has so little motivation. Instead of making an effort to gain an understanding of the patient's perspective, the interviewer carefully follows the structured sequence of data points, inquiring about confidence and readiness (3–6) to do something the patient has expressed no interest in doing. In this interaction, the professional's opportunity to explore the patient's possible ambivalence or other potentially important factors is lost. The patient's low motivation to stop smoking causes a new interactional dilemma for the health professional. Clinging to the protocol is a strategy that blocks the “Voice of the Lifeworld”; the conversation goes forward but does not necessarily follow the principles of the MI.

Prematurely emphasizing change

Premature emphasis consists in stressing a behaviour change when the patient has not expressed his or her clear intention to change and occurred in five of the interviews dominated by problem-centred professional practice. This action occurred after the patient expressed some reason to stop smoking or described a previous cessation attempt. The professional grasped onto the declaration and proposed a behaviour change, without taking into account other information the smoker had provided during the conversation.

The selected example shows a man who is motivated to change, but not immediately because of anxiety that is sufficiently severe to require treatment with tranquilizers. In the conversation, the patient explains that the major obstacle to smoking cessation is tobacco dependence in the morning.

Extract 4

(1)P9: I don't know, when I tried quitting that week, I had a really hard time.

(2)HP5: Maybe it's because you tried quitting without any help, don't you think? I assure you that with a little bit of help it would be better, because you have a high level of dependence -- your nicotine score is quite high -- so that's why the first two or four weeks would be hard for you without any help, and there are methods.

(3)P9: The worst time was the mornings. I can't.

(4)HP5: Yes, yes, mornings are the worst for those with the highest dependence because that's when they need it the most, which is why I think it would be worth it if you tried again with some treatment.

Later:

(1)P9: But I had a really hard time.

(2)HP5: You had a really hard time, but it was a week.

(3)P9: Yes, and the mornings were the worst.

(4)HP5: Yes

(5)P9: The afternoons weren't that bad, I was calm by then.

(6)HP5: Sure, if we had some way to alleviate this a bit, how would that be?

(7)P9: I think I could quit.

At the end of the conversation:

(1)HP5: Do you think that works for you?

(2)P9: Well, really it's the morning.

(3)HP5: Above all it's the morning. Okay, what I'll do is: I'll give you a pamphlet that I have here, read it and if, and if you feel like thinking about it, the important part is that you think about which day you would be able to pick a quit date. Would you be able to pick a date or do you want to think about it?

(4)P9: I'd rather think about it.

(5)HP5: Think about it. Okay. The important part is to think of a date, take a look at a calendar, and make an appointment with me a few weeks before your quit date, okay?

(6)P9: I'd rather think about it.

(7)HP5: Think about it. Okay. What is important is to think of a date, take a look at a calendar, eh?, a few days or a couple of weeks in advance you make an appointment with me, okay?

(8)P9: Mm-hmm (sound of affirmation)

The professional emphasizes what is needed for change too soon and does not ask why the patient's most recent attempt to quit failed (1–4). The professional believes that the problem is that the patient tried to quit without help. Premature emphasis and lack of exploration into the problem prevents advancement in the reflection process. Rather than explore (beyond what the health professional knows to be true) why it is so hard for the patient to quit smoking in the morning (7–11), the interviewer resumes the conversation without negotiating the next step. MI session has shifted towards the professional's goal, without using strategies such as reflective listening and further development of the issue. Furthermore, the professional does not address the patient's use of tranquilizers and the effect this might have on breaking the smoking habit (12–19). The CA of this sequence shows how the health professional confronts a new interactional dilemma. In order to advance the interview, a decision is made to ignore the patient's "Lifeworld" experience.

Discussion

Main findings

Our study has three main findings. The first is that, despite a similar structure in all of the MI encounters analysed (assessment-reflection-summary), we identified different professional practices used to motivate a patient to quit smoking. One of these resembles the Miller-Rollnick model [11], in which interaction is centred on ambivalence toward change. Our results also concur with other reports indicating that these strategies favour a patient-focused interaction [32,37,56,57]. The second practice is a directive interaction, without negotiation and agreement on the existence of a problem, led by the professional and producing hostile or brief answers from the patient and silences from both participants.

The second main finding is that CA shows the complexity of constructing an interaction with a patient whose motivation to stop smoking is low. In order to avoid a confrontation, in which the conversation would become a professional challenge, the health professional must adapt to the patient's declarations of reasons not to quit smoking. Studies of CA acknowledge that the patient-health professional interaction is collaborative by nature, and also recognize the difficulty in constructing a personalized and negotiated process [30,36,58].

Although all participating health professionals attended four-hour training sessions, differences were seen in implementation of the MI sessions. These could be related to the appearance of new interactional dilemmas due to low patient motivation and an accompanying lack of interest in the MI session. Some actions taken to resolve these dilemmas -such as confronting non-negotiated problems, clinging to the protocol, or prematurely emphasizing willingness to change- shift the MI session towards the professional. This often triggers a defensive patient response and/or results in lost opportunities to help the patient reflect on the smoking habit itself. Francis et al. [56] affirmed that professionals tend to enhance confrontational behaviours when the patient has a high resistance to change, making the interaction difficult. Coleman et al. [35] reported that when a patient presented smoking-related health problems, the doctor took a more directive approach. The conversation was focused on the health problem without considering the patient's point of view, producing confrontational interactions that made it difficult to advance the conversation.

As demonstrated by the different results reported in CA studies, agreement on the existence of a problem is necessary at the beginning of the interaction to avoid hostile responses. Equally important is the way in which health professionals follow up on concerns expressed by the patient; this follow-up facilitates supportive, patient-centred relationships [30,35,59,60]. According to Parry [61], these CA findings have been achieved in the academic sphere and must now be incorporated into training in patient communication offered to all health professionals.

The third main finding is that CA reveals various types of interaction that show how the “Voice of the Lifeworld” and “Voice of Medicine” are used during the MI conversation [32,62,63]. The interactional dilemmas with which health professionals are confronted are often resolved using biomedical logic, or the “fix the disease” model. The professional and the patient speak exclusively in “the Voice of Medicine”; “the Voice of the Lifeworld” is ignored or blocked out by the professional. Although health professionals take an interest in having a motivational conversation, the “fix the disease” model persists. This might be explained by adherence to the institutional roles of patient and health professional during the office visit and their interactions are constructed around a health problem to be resolved (diagnosis, treatment, follow-up). It would be interesting to conduct further study of the impact on a normal office visit that could be achieved if both the health professional and patient spoke in “the Voice of the Lifeworld.”

Strengths and limitations of the study

Several strengths of this study should be highlighted. First, the methodology was an innovative approach, contributing to the CA literature an analysis of MI sessions with low-motivation individuals. These results complement and help to explain, in part, the results of the ISTAPS clinical trial, which found no significant differences between the intervention and control groups in patients who were in the precontemplation stage of change [40]. Secondly, the study demonstrates that CA is a useful approach to analysing the fidelity to MI principles [11,64] observed in the conversations studied. This is an important strength because of the limited evidence available on this topic [14].

Four potential study limitations should be considered. The present analysis included 11 interviews that illustrate different MI practices. A larger sample could help to identify a wider range of practices and develop a better understanding of how the interaction between the health professional and patient is organized during a MI session about smoking in the PHC setting. Nonetheless, non-motivating patterns of interaction

predominated at different points in the conversation during seven of the MI sessions involving three health professionals.

Another possible study limitation is that the MI conversation was conducted in the clinical setting with smokers who had a low motivation to quit, during a visit focused on a health concern and not specifically or solely on smoking. This may have affected the dynamics of implementing a MI session about smoking cessation. On the other hand, the study data were collected in the typical context of the MI.

A third limitation is that classic CA insists on “taking into account” all of the details of the interaction. Although our transcripts substantially followed Atkinson & Heritage, they are somewhat less exhaustive and did not permit context-rich analysis, including intonation, body language, and other nonverbal elements.

Finally, the voluntary participation of the health professionals could have generated bias because these participants were actively interested in smoking interventions, in using the MI session, and in improving this clinical technique. Other professionals who are less interested in this technique would likely follow other MI practices.

Recommendations for clinical practice

The study findings suggest the following processes that may be advisable to implement in clinical practice:

Before beginning a MI conversation:

- Be aware that the least favourable situation for the MI about smoking cessation involves smokers with low motivation to change that behaviour; this increases the complexity of the intervention.

MI At the beginning of the interview:

- Summarize the information you have about the individual’s tobacco use. Adjust that information as the patient indicates and begin the conversation with an open-ended question, such as “do you feel OK about how much you smoke?” It is not recommended to ask a question to which the obvious correct answer is “stop smoking”.

As the conversation develops:

- Provide continuing feedback to the patient.
- Ask open-ended questions and incorporate the “Lifeworld” voice into the conversation.
- Align the information provided as a health professional with relevant personal concerns expressed by the patient.

Conclusions

This study underlines the importance of the methods and procedures used by professionals in their patient interactions during a MI encounter. Our analysis suggests that when a health professional encounters individuals with low motivation for change, this increases the complexity of the intervention and several interactional dilemmas may occur that make it difficult to follow basic MI principles. Different forms of expression (reiterations, declarations, open-ended questions) during the MI session could be enough to build a patient-centred relationship. Clinging to the protocol (whether a suggested interview protocol or the process involved in treating the health problem), focusing on risk, or not following up on the patient’s expressed concerns makes it more difficult for health professionals and patients to construct the essential “shared understanding” that allows them to take advantage of the opportunity to reflect on tobacco use during the office visit. Although health professionals take an active interest in having a collaborative relationship, they resolve the dilemmas of interaction from a biomedical perspective.

The study shows that CA is a valid approach to analysing fidelity to MI principles. Therefore, it is important to incorporate the findings of CA studies into professional preparation and practice.

Competing interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship and/or publication of this article.

The project’s funding source had no role in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; or in the decision to submit the paper for publication.

Authors' contributions

NCB participated in the design of the study and performed the qualitative analysis and drafted the manuscript. EPR participated in drafted the manuscript. MP participated in the design of study and performed the qualitative analysis. JGB participated in the design of study and coordination. SG participated in the design of study. GF and JLB carried out the MI data collection and JLB helped to draft the manuscript. CCP conceived of the study and helped to draft the manuscript. All authors read and approved the final manuscript. ISTAPS Study group participated in the randomized cluster clinical trial.

Acknowledgments

We thank the patients and health care professionals who participated in the study. We thank Diana Puente from the IDIAP Jordi Gol for her support for this article and Elaine M. Lilly, Ph.D., for English language review.

References

1. Doll R: **Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors.** *BMJ* 2004, **328**:1519.
2. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, McAfee T, Peto R: **21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States.** *N Engl J Med* 2013, **368**:341–350.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: *Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12)*. Madrid (España): Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
4. Cabezas C, Martin C, Ballvé JL, Bladé J, Borràs M, Granollers S, Morera C, Serra A, Zarza E: *Detecció I Tractament Del Consum Del Tabac*. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2009 [Guies de Pràctica Clínica, núm. 14].
5. Lancaster T, Stead L: **Physician advice for smoking cessation.** *Cochrane Database Syst Rev Online* 2004, 4:CD000165.
6. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ: *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Service, Public Health Service, 2008.
7. Zwar NA, Richmond RL: **Role of the general practitioner in smoking cessation.** *Drug Alcohol Rev* 2006, **25**:21–26.
8. Office for National Statistics: *General Lifestyle Survey Overview: a report on the 2011 General Lifestyle Survey*. 2013. <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/ghs/general-lifestyle-survey/2011/index.html>
9. Stead LF, Bergson G, Lancaster T: **Physician advice for smoking cessation.** *Cochrane Database Syst Rev Online* 2008, 2:CD000165.
10. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T: **Physician advice for smoking cessation.** *Cochrane Database Syst Rev* 2013, **5**, CD000165.
11. Miller WR, Rollnick S: *Motivational Interviewing: Helping People Change*. 3rd edition. New York: Guilford Press; 2012.

12. Britt E, Hudson SM, Blampied NM: **Motivational interviewing in health settings: a review.** *Patient Educ Couns* 2004, **53**:147–155.
13. Camarelles Guillem F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogué MC, grupo colaborador Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT): **[Consensus report for the clinical care of smoking cessation in Spain. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo].** *Med Clínica* 2013, **140**:272.e1–272.e12.
14. Lai D, Cahill K, Qin Y, Tang J: **Motivational interviewing for smoking cessation.** *Cochrane Database Syst Rev* 2010, (Issue 1):CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub2.
15. Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT: **Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis.** *Tob Control* 2010, **19**:410–416.
16. Hettema JE, Hendricks PS: **Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review.** *J Consult Clin Psychol* 2010, **78**:868–884.
17. Catley D, Harris K, Goggin K, Richter K, Williams K, Patten C, Resnicow K, Ellerbeck E, Bradley-Ewing A, Malomo D, Liston R: **Motivational Interviewing for encouraging quit attempts among unmotivated smokers: study protocol of a randomized, controlled, efficacy trial.** *BMC Public Health* 2012, **12**:456.
18. Lord SP, Can D, Yi M, Marin R, Dunn CW, Imel ZE, Georgiou P, Narayanan S, Steyvers M, Atkins DC: **Advancing methods for reliably assessing motivational interviewing fidelity using the motivational interviewing skills code.** *J Subst Abuse Treat* 2014. in press.
19. Madson MB, Campbell TC: **Measures of fidelity in motivational enhancement: a systematic review.** *J Subst Abuse Treat* 2006, **31**:67–73.
20. Madson MB, Loignon AC, Lane C: **Training in motivational interviewing: a systematic review.** *J Subst Abuse Treat* 2009, **36**:101–109.
21. Moyers T, Martin T, Catley D, Harris KJ, Ahluwalia JS: **Assessing the integrity of motivational interviewing interventions: reliability of the motivational interviewing skills code.** *Behavioural and Cognitive Psychot Behav Cogn Psychother* 2003, **31**:177–184.

22. Moyers TB, Martin T, Manuel JK, Hendrickson SML, Miller WR: **Assessing competence in the use of motivational interviewing.** *J Subst Abuse Treat* 2005, **28**:19–26.
23. Moyers TB, Miller WR, Hendrickson SML: **How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions.** *J Consult Clin Psychol* 2005, **73**:590–598.
24. Maynard DW, Heritage J: **Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication.** *Med Educ* 2005, **39**:428–435.
25. Drew P, Heritage J: *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings.* Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
26. Garfinkel H: *Studies in Ethnomethodology.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1967.
27. Sacks H: *Lectures on Conversation Analysis.* Oxford: Basil Blackwell; 1992.
28. Maynard DW: **Bearing bad News in Clinical Settings.** In *Prog Commun Sci*, Volume 10. Edited by Dervin B, Voight M. Norwood, NJ: Ablex; 1991:143–172.
29. Sorjonen M-L, Raevaara L, Haakana M, Tammi T, Peräkylä A: **Lifestyle Discussions in Medical Interviews.** In *Commun Med Care.* Edited by Heritage J, Maynard DW. Cambridge: Cambridge University Press; 2006:340–378 [Studies in Interactional Sociolinguistics].
30. Pilnick A, Hindmarsh J, Gill VT: **Beyond “doctor and patient”:** **developments in the study of healthcare interactions.** *Sociol Health Illn* 2009, **31**:787–802.
31. Mikesell L: **Medicinal relationships: caring conversation.** *Med Educ* 2013, **47**:443–452.
32. Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP: **Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice.** *Soc Sci Med* 2001, **53**:487–505.
33. Mishler EG: *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews.* Norwood, NJ: Greenwood Publishing Group; 1984.

34. 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**:135–145.
35. Coleman T, Cheater F, Murphy E: **Qualitative study investigating the process of giving anti-smoking advice in general practice.** *Patient Educ Couns* 2004, **52**:159–163.
36. Pilnick A, Dingwall R: **On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: a critical review.** *Soc Sci Med* 1982 2011, **72**:1374–1382.
37. Heritage J, Robinson JD, Elliott MN, Beckett M, Wilkes M: **Reducing patients’ unmet concerns in primary care: the difference one word can make.** *J Gen Intern Med* 2007, **22**:1429–1433.
38. Stivers T, Majid A: **Questioning children: interactional evidence of implicit bias in medical interviews.** *Soc Psychol Q* 2007, **70**:424–441.
39. Cabezas C, Martin C, Granollers S, Morera C, Ballve JL, Zarza E, Blade J, Borrás M, Serra A, Puente D: **Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention (ISTAPS study): design of a cluster randomised trial.** *BMC Public Health* 2009, **9**:48.
40. Cabezas C, Advani M, Puente D, Rodriguez T, Martin C: **Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: cluster randomized clinical trial (ISTAPS study).** *Addiction* 2011, **106**:1696–1706.
41. Maynard DW, Clayman SE: **The diversity of ethnomethodology.** *Annu Rev Sociol* 1991, **17**:385–418
42. Dowling M: **Ethnomethodology: time for a revisit? A discussion paper.** *Int J Nurs Stud* 2007, **44**:826–833.
43. Rollnick S, Butler CC, Stott N: **Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice.** *Patient Educ Couns* 1997, **31**:191–203.
44. Teddlie C, Yu F: **Mixed methods sampling: a typology with examples.** *J Mix Methods Res* 2007, **1**:77–100.

45. Simon R, Szreter S: **The genesis of the registrar-General's social classification of occupations.** *Br J Sociol* 1984, **35**:522–546.
46. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW: **Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners.** *Addict Abingdon Engl* 1993, **88**:1127–1135.
47. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Ginpil S, Norcross JC: **Predicting change in smoking status for self-changers.** *Addict Behav* 1985, **10**:395–406.
48. Atkinson J, Heritage J: **Transcript Notation.** In *Struct Soc Action Stud Conversat Anal*. Edited by Atkinson J, Heritage J. Cambridge: Cambridge University Press; 1984:ix–xvi.
49. Bailey J: **First steps in qualitative data analysis: transcribing.** *Fam Pract* 2008, **25**:127–131.
50. Barbour RS: **Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog?** *BMJ* 2001, **322**:1115–1117.
51. Barbour RS, Barbour M: **Evaluating and synthesizing qualitative research: the need to develop a distinctive approach.** *J Eval Clin Pract* 2003, **9**:179–186.
52. Denzin N, Lincoln Y (Eds): *Handbook of Qualitative Research*. 3rd edn. London: SAGE Publications; 2004.
53. Kuper A, Lingard L, Levinson W: **Critically appraising qualitative research.** *BMJ* 2008, **337**:a1035–a1035.
54. Calderón Gómez C: **Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud:criterios, proceso y escritura.** *Forum Qual Soc Res* 2009, **10**:Art. 17.
55. Miller WR, Rollnick S: *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd edition. New York: Guilford Press; 2002.
56. Francis N, Rollnick S, McCambridge J, Butler C, Lane C, Hood K: **When smokers are resistant to change: experimental analysis of the effect of patient resistance on practitioner behaviour.** *Addiction* 2005, **100**:1175–1182.
57. Robinson JD, Heritage J: **Physicians' opening questions and patients' satisfaction.** *Patient Educ Couns* 2006, **60**:279–285.

58. Silverman D: *Discourses of Counselling: HIV Counselling as Social Interaction*. London: SAGE; 1997..
59. Coleman T, Williams M, Wilson A: **Sampling for qualitative research using quantitative methods. 1. Measuring GPs' attitudes towards discussing smoking with patients.** *Fam Pract* 1996, **13**:526–530.
60. Coleman T, Murphy E: **Combining qualitative interviews with video-recorded consultations: gaining insight into GPs' decision-making.** *Fam Pr* 1999, **16**:173–178.
61. Parry RH, Land V: **Systematically reviewing and synthesizing evidence from conversation analytic and related discursive research to inform healthcare communication practice and policy: an illustrated guide.** *BMC Med Res Methodol* 2013, **13**:69.
62. Clark JA, Mishler EG: **Attending to patients's stories: reframing the clinical task.** *Sociol Health Illn* 1992, **14**:344–371.
63. Leanza Y, Boivin I, Rosenberg E: **Interruptions and resistance: a comparison of medical consultations with family and trained interpreters.** *Soc Sci Med* 2010, **70**:1888–1895.
64. Miller W, Rollnick S: **Ten things that motivational interviewing is not. Behavioural and cognitive psychotherapy.** *Behav Cogn Psychother* 2009, **37**:129–140.

6.3. Controlling Smoking

Smoking cessation assisted by primary health care professional

Referència: Codern-Bové, N

Data d'acceptació: en revisió a la revista Journal of Nursing Education and Practice

Data de publicació:

Revista indexada a EBSCO

ABSTRACT

Background: The effectiveness of smoking cessation treatments have been well studied, but most smokers quit without assistance from a health professional. To further improve our understanding of how primary healthcare efforts can benefit patients who attempt to quit, we need a deeper understanding of how the process unfolds when assisted by a health professional and how this is experienced by the smoker.

Objective: To construct an emergent model of the smoking cessation process assisted by primary health care professional.

Methods: Data were collected from videorecordings of primary healthcare office sessions to promote smoke cessation in Barcelona Province (Catalonia, Spain). Thirteen smokers and their primary healthcare professionals engaged in 24 preparatory sessions and 23 follow-up sessions. Data were analyzed according to Constant Comparative Analysis Method along with conceptual and theory frameworks.

Results: Smoking cessation is a social process that is shaped by interactions and relationships with health professionals. Four categories explain the process: 1) *Feeling addicted and wanting help to quit smoking*; 2) *Preparing to quit smoking: anticipating abstinence*; 3) *Managing smoking abstinence: a positive or transitional process*; and 4) *Controlling the urge to smoke: a central process in smoking cessation*.

Discussion: Health professionals treat smoking behaviors as a health problem and supervise the process of enabling the smoker to learn how to control the urge to smoke. Learning to control smoking abstinence is not always enough to enable the individual to reorganize and restructure daily life without cigarettes. Primary healthcare nurses should be encouraged to incorporate not only logic and scientific evidence but also the subjectivity of the patient's attitude into efforts to better respond to the changing, complex nature of the smoking cessation process.

Words: 275 words

Keywords: primary health care, smoking cessation, qualitative research, addiction, medicalization

Conflict of interest

The author declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship and/or publication of this article.

Acknowledgments

The author thanks the patients and healthcare professionals who participated in the study. We also thank Enriqueta Pujol of IDIAP Jordi Gol for her support; Joan Miquel Verd , Ph.D. and Josep Esplugas Ph.D., Department of Sociology, Universitat Autònoma de Barcelona, for their valuable comments; and Elaine Lilly, Ph.D., for English language review and editing.

Introduction

Tobacco use is a preventable health problem linked to 25% of deaths before age 65 in developed countries [1,2] and the principal cause of premature death in these populations. In Spain, primary healthcare professionals have a central role in the smoking cessation process [3]. They have access to electronic health records systems that identify smokers and recommend intervention strategies, including drug treatment and behavioral modification.

Research has shown that effective smoking cessation interventions do exist [4]. The combined strategy of drug treatment and behavior modification most effectively achieves continued smoking abstinence [5]. Nonetheless, relapse occurs in many quit-smoking attempts [6,7]. Although there is no doubt that nicotine addiction contributes to the difficulty of smoking cessation [5], the smoker's social context also plays a role [8,9]. Various studies have shown how the social environment affects smoking behaviors, including a relationship between the decrease in cigarettes smoked in western societies and increased awareness of the dangers of tobacco use, the socioeconomic status [8], the changing social norms, and governmental actions to regulate tobacco use, the sale of cigarettes, and warning labels on cigarette packaging [10]. On the other hand, researchers have described interpersonal factors that may contribute to an individual's success or failure in quitting smoking. A lack of support and the capacity to negotiate new relationships with others that do not include cigarettes also contributes to the success or failure of the process [11,12]. These studies were oriented toward assessing the efficacy of interventions and the factors associated with sustained abstinence vs. relapse.

On the other hand, a systematic review of Edwards et al. show that the majority of smokers quit or attempt to quit unassisted [13]. Some studies, from the smoker's perspective, have attempted to understand why smokers prefer to quit unassisted. A qualitative study found that the smoker hoped the health professional would provide smoking cessation assistance more adapted to his or her needs [14]. Others have shown that, even with increasingly medicalized smoking cessation efforts, the smokers often described unassisted quitting as the best method, expressed concerns about the secondary effects of drug therapies and a negative attitude about receiving assistance [15]. This debate requires a deeper understanding of how the process can be assisted by a health

professional, providing smokers with behavioral interventions with or without pharmaceutical treatment.

The aim of this study was to construct an emergent model of the smoking cessation process assisted by a health professional, from an inductive point of view, that would explain the process from the moment a smoker decides to quit until smoking cessation is accomplished within the primary healthcare setting. The underlying questions addressed by this study were the following: Why do smokers decide to quit with assistance from a primary healthcare professional? What strategies do the smoker and the health professional adopt during this process? Are there differences between individual trajectories in this process? If so why? A better understanding of how this process is experienced and interpreted by the smoker and the health professional could improve smoking cessation success rates. In addition, the availability of a model will be valuable to nurses as they formulate questions about the process of quitting in their follow-up of patients who smoke, and useful in training future nurses to help them understand the process of smoking cessation in a dynamic, process-oriented manner.

Methods

Design

A qualitative research design was chosen in order to be able to answer the research questions by developing a “thick description” of the health professional-assisted quit smoking process in the primary healthcare setting. As described by Geertz [16], “thick description” is a detailed explanation of the behavior and the context, so that the behavior becomes meaningful to someone unfamiliar with the phenomenon being studied.

Participants

Study participants were selected as part of the Systematic Intervention on Smoking Habits in Primary Health Care Project (the ISTAPS study, Spanish Acronym), a multicentre cluster-randomized trial, carried out in Barcelona Province (Catalonia, Spain). The overall objective of the ISTAPS study is to evaluate the effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention [17].

Three nurses (1 male, 2 female) and four doctors (2 male, 2 female) agreed to recruit smokers for the study. At the end of an office visit (for any reason), they asked about smoking habits, informed the patient about the study, and invited participation. The

strategy used to select the smokers included in this study was maximum variation sampling [18]. Selection criteria were sex (male-female), age (>18), socioeconomic status [19], nicotine dependence (high, moderate and low according to the Fagerström test score) [20] and motivation to quit smoking (moderate and high according to the Richmond Test score). In addition, patients were selected if they agreed to their office visits being recorded for a period of six months. 13 participants met these inclusion criteria. Participant characteristics are summarized in Table 1.

Ethics considerations

The Ethics and Clinical Research Committee of the Jordi Gol Institute of Research in Primary Healthcare approved the project. Participants were informed that the research focused on the health professional-patient relationship in discussions about smoking; they provided signed informed consent that included permission for audiovisual recording of the interviews. Participant data was coded to ensure confidentiality. Transcripts were anonymous but also linked to the participant code, providing analysts with context (age, sex, etc.) for comments selected from the verbatim transcripts.

Table 1. Characteristics of smokers

Code	Sex	Age	Socioeconomic status	Fagerström Test	Richmond Test
Case 1	M	40	IV Partial qualifications	Moderate	High
Case 2	F	53	II Small business owner	High	High
Case 3	F	23	III University degree, business manager	Moderate	High
Case 4	M	29	III Non manual qualifications	Moderate	High
Case 5	M	52	IV Partial qualifications	High	High
Case 6	M	40	III Non manual qualifications	High	High
Case 7	M	68	IV Partial qualifications	Moderate	Moderate
Case 8	F	25	III Non manual qualifications	Low	Moderate
Case 9	F	46	V No qualifications	Moderate	High

Case 10	F	30	III University degree, business manager	Moderate	High
Case 11	F	31	III NM Non manual partial qualifications	High	High
Case 12	F	40	IV Partial qualifications	High	High
Case 13	F	63	IV Partial qualifications	Low	Moderate

Data collection

All smoking cessation conversations during an office visit were videorecorded. Health professionals followed the Clinical Practice Guidelines for the Detection and Treatment of Tobacco Use in Primary Healthcare in Catalonia [3] to conduct session in the preparation phase (1 or 2 sessions, depending on the smoker’s availability) or during 6-month follow-up (3 or 4 visits). With smokers preparing to quit, the conversations included the motivation to stop smoking; assessment of nicotine dependence and the possibility of drug therapy; evaluation of the support available in family, social, and employment settings; strategies for preparing to make smoking behaviors less “automatic” and avoid difficult situations; and questions about how to approach D-Day (quit day) and the first few days immediately thereafter. The follow-up sessions focused on the abstinence achieved, the effectiveness of the drug therapy (if applicable), and an evaluation of the individual’s relationship with his or her surroundings and ability to handle difficult situations.

A total of 47 sessions (15h 30m; 23 preparatory and 24 follow-up sessions) were transcribed and analyzed for the 13 selected participants (Table 2).

Table 2. Smoking cessation conversations

Code	N° Preparation sessions	N° Follow-up sessions	N° Total sessions
Case 1	1	2	3
Case 2	1	4	5
Case 3	3	3	6
Case 4	3	3	6
Case 5	1	2	3
Case 6	2	3	5
Case 7	2	3	5
Case 8	2	2	4
Case 9	1	1	2
Case 10	3	0	3
Case 11	1	1	2
Case 12	1	1	2
Case 13	1	0	1

Data analysis procedures

The Constant Comparative Analysis (CCA) method was used in conjunction with a conceptual and theoretical framework to give meaning to the data. The use of CCA ensures *that all data are systematically compared to all other data in the data set* and permits the identification and classification of data variations [21]. The literature recognizes the use of CCA outside of Grounded Theory and has established that it supports qualitative research without the need to create a substantive theory [21,22].

During first-level analysis, transcribed data were reduced using constant recoding [23]. Open coding and axial coding [24] were used to structure a conceptual framework that identified and related concepts and grouped them by categories. The use of CCA on the different experiences analyzed identified and confirmed the existence of a trajectory of health professional-assisted smoking cessation. In a second level of analysis, a theoretical framework was constructed to interpret that trajectory, applying the concept of *self* from the theory proposed by Mead [25] to explain the impact of quitting smoking

on the *self*; the Stages of Change Model described by Prochaska and DiClemente [26] using its concepts of process, learning, and relapse; and Foucault's concept of medicalization as a form of social control by health professionals, converting a personal or social problem into a health problem [27]. Data were managed using *Atlas/ti.7.5*.

Rigor and quality of the study

The study followed established criteria for qualitative studies [28–30]. El método de CCA permitió que el investigador mantuviera una perspectiva emic durante el análisis. The categories were tested, using CCM and theoretical framework. The study findings were illustrated with specific, relevant sequences that support the interpretation of study results. Finally, the researcher reflected on his or her own experience with smoking cessation and introduced these reflections as part of the questions asked of the data during the process of analysis.

Results

Four categories explain the process and meaning of quitting smoking in the primary healthcare setting: 1) *Feeling addicted and wanting help to quit smoking*; 2) *Preparing to quit smoking: anticipating abstinence*; 3) *Managing smoking abstinence: a positive or transitional process*; and 4) *Controlling the urge to smoke: a central process in smoking cessation*.

Feeling addicted and wanting help to quit smoking

A sense of being an addict was often described during the first session with the health professional by smokers who want to quit. Smokers felt that their addiction interfered with their social life because of their nicotine dependence; they had to adapt their daily life to their habit, resulting in habits and rituals that ensured they would be able to smoke.

It's horrible. I don't even realize it. Sometimes I'm not even aware I'm smoking. I finish one and grab another one (case 6).

The discomforts and problems were not limited to nicotine dependence, but included cognitive dependence (e.g., smoking as a reward for making a special effort or as a tool to regain a sense of order in a moment of chaos) and dependence on certain situations (e.g., smoking in response to certain tastes, smells, or visual cues).

I feel such emptiness (...) when I smoke a cigarette I can take on the world (case 3).

These individuals felt that the cigarette was central to their daily life and they would not be able to have a “normal” life if they knew they would not be able to smoke. This perception of addiction and discomfort had an impact on the desire to quit smoking. Participants formulated their perception of addiction in terms of a desire to quit but at the same time recognized the difficulty involved and the need for professional support during this process. Asking for help required multiple elements: acknowledging that smoking cessation is difficult because it is an addiction; understanding previous failed attempts and relapses; having the goal of a successful quit attempt; and perceiving that the health professional can provide specialized support.

This time I'll make it, I have to, because I'm a person who can and because if I go to the doctor it's to get help to achieve it (case 3).

We identified only one case in which the patient did not feel addicted to smoking or express a need for help to quit smoking (figure 1).

It wouldn't be hard for me to quit because I smoke just to smoke. In my case, it's not a vice (case 13).

This case was discarded in later stages of the MCC analysis because the theory that emerged focused on those cases where a perception of addiction existed and there was professional support during follow-up.

Preparing to quit smoking: anticipating abstinence

Once a person decided to try an assisted quit-smoking attempt, the patient-health professional sessions focused on preparing to quit smoking. The health professional followed evidence-based recommendations on smoking cessation [31]. Within this framework, it is also important, as our data repeatedly show, that the health professional ask questions to help the patient define his or her own rules and strategies to maintain abstinence in the future and conquer personal situations of risk.

In these conversations, smokers become aware of actions they have taken, emotions they felt, and reactions from others. As they describe their experience, the professional interprets them, adopting a healthcare perspective and offering explanations and

alternative approaches to the challenges they face. The preparation stage becomes “anticipation” of what can happen when smokers try to quit smoking.

Feeling supported by their environment, successfully reducing the number of cigarettes smoked, and being confident of their ability to maintain their level of abstinence while reducing nicotine intake were conditions that favored the participants’ persistence in preparing for an attempt to quit smoking. This interpretation was reinforced by the health professional.

I’ve really controlled myself, so like you said, I put one of those coffee stirrers in my mouth and I resisted the urge (case 1).

Unfavorable conditions during the preparation phase included concern that the timing was not ideal for a quit-smoking attempt (e.g., a family conflict situation), a fear of possible failure, not feeling supported by family, friends, or at work, and not accepting the recommendations offered by the health professional.

When sufficiently appropriate conditions existed, smokers moved ahead in their supported smoking cessation process; otherwise, smokers saw a major difficulty in quitting smoking and they gave up on the process, with empathy from their health professional.

Three patients abandoned their attempt to stop smoking, two of them (cases 9 and 12) because of a difficult family situation (Figure 1), as in this sample comment:

What’s happening is that I have a problem at home (...). On Saturday we had a fight, and I stood up to him. (...) So Saturday I had a lot of tension. I suppose if I were calmer I could quit for sure, because Friday at work I didn’t smoke (case 9).

In case 10, the patient would not agree to complete certain tasks proposed by the professional, such as setting a specific date as D-Day:

I think that planning a specific meaningful date isn’t a better way to do it. I think it’s worse, that I’ll smoke everything I shouldn’t smoke. (...) I don’t really think that smoking is harmful. The other day I told a friend that there are a lot of things in life that can hurt you and that’s not a good excuse – then we’d have to give up all the things we do. I don’t see that we have to quit for health reasons (case 10).

Managing abstinence: a positive or transitional process

After the patient's D-day, the conversations between the health professional and the patient turned to managing the urge to smoke. The health professional presented controlling abstinence as a learned behavior that requires trying, readjusting, improving, maintaining, or changing things. In addition, the experience of abstinence becomes a personal experience and, if interpreted as such, will be evaluated in a unique, personal way.

Having arrived at this phase, the data indicated two patterns, or types of processes. There was a "positive pattern" (Figure 1, cases 1,5,6,8) in which the individual felt he or she was controlling the urge to smoke and the process was directed toward becoming a nonsmoker, and another pattern we called "transitional" (Figure 1, cases 2,3,4,7,11) because the person did not feel in control or had low expectations of success. This smoker moved between positive and negative emotions or experiences and between smoking and not smoking, and the process either moved forward toward success or the smoker returned to preparing a new attempt to quit smoking.

The positive process was characterized by an emphasis on improvement and change. In conversations with the health professional, the smoker showed evidence of effective strategies for controlling anxiety and the need to smoke, of perceived support from his or her surroundings and from the health professional, of a sense of decreasing anxiety as each day passed, and of changes that reinforced his or her sense of *self* and relationships with others (e.g., managing not to smoke in particular situations of everyday life) and of positive emotions generated by a conviction that it is possible to become a nonsmoker. When these conditions were sufficiently evidenced and interpreted as positive, the individual persisted in the attempt to quit smoking.

Now I have an idea of what life is like without smoking (case 6).

Yes, now I see that I can get through the day and if I don't smoke, it's not a problem (case 1).

I don't know, I feel good, really good. Maybe I am proving some things to myself (case 8).

In contrast, the transitional process was characterized by an accent on difficulties and negative emotions. The smoker assumed that using the strategies would not be

effective in controlling anxiety or nervousness. Participants talked about how their social environment did not support their efforts or they blamed others for having caused them to smoke a cigarette.

Well ... well, me and my friends were playing cards, and “here, have one” and “leave me alone for God’s sake” and I was tempted. “He is going to explode, he wants one so much.” So I just took one, it was easy (case 7).

I blame him, because I told him, if you’re going to smoke just one, don’t smoke any at all. I get rid of the tobacco and then we won’t see it and that will be better. And in the end, the one who fell for it was me (case 4).

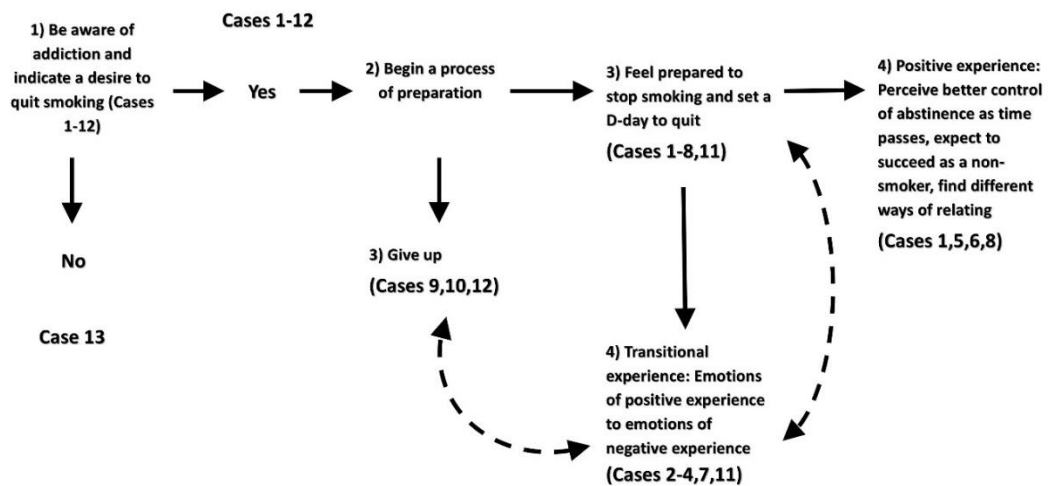


Figure 1. Process of smoking cessation with the support of a healthcare professional

Some said they did not believe it was possible to stop being a smoker or that the negative changes they experienced were not worth the effort (e.g., weight gain, decline in social relationships). There were also problems interacting with others without bumming a cigarette. They did not manage to redefine ways to interact with their surroundings without smoking, which resulted in a negative experience of abstinence and a relapse to smoking cigarettes.

In brief, the quit-smoking experience is a social process that takes on its shape through interactions and relationships. Interaction with a health professional is not always sufficient to enable a smoker to reorganize and reshape his or her life without cigarettes.

Controlling the urge to smoke: a central process in smoking cessation

Analyzing the different experiences with smoking cessation in the primary healthcare setting allowed us to build a model in which the social process of resisting the urge to smoke is central, cuts across all the stages of the smoking cessation process, and explains the variability in the data (Figure 2).

When an individual has identified smoking as an addiction and wants to quit, preparation to resist the urge to smoke is essential. Feeling prepared to quit smoking gives the person a sense that abstinence “can be maintained” in everyday life. Finally, the process of smoking cessation advances when the individual feels that he or she is in control of the urge to smoke and expects to continue to be in control.

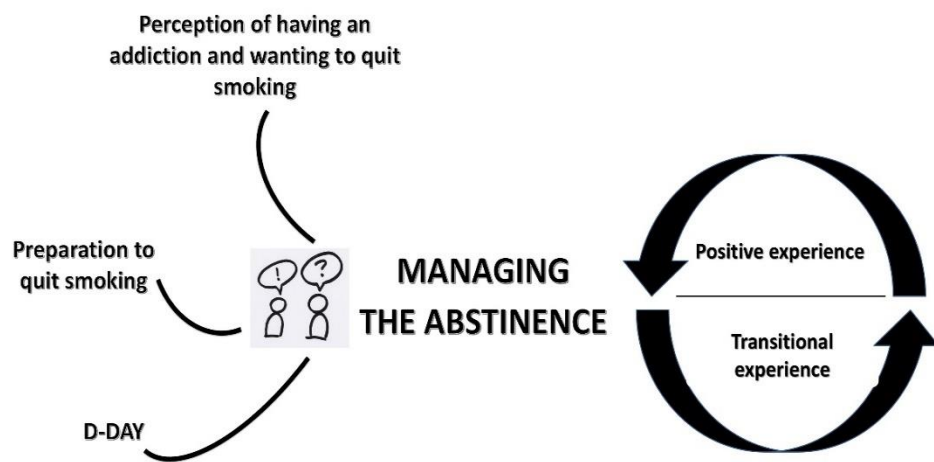


Figure 2. Controlling the urge to smoke as a central process in smoking cessation

This control, which goes beyond nicotine abstinence, is developed and strengthened by actions such as talking with a health professional and with people around them about the quit process, negotiating with family and friends to establish norms about smoking, readjusting the “mechanisms” of their relationships with others, taking the changes a day at a time, trying out and learning new strategies to withstand tension, rebounding when they smoke a cigarette during their “quit plan” process or when unwanted consequences (e.g., weight gain) occur, and accepting help from health professional, family, and friends. All of these actions are particular characteristics that appear as those who are trying to

quit smoking gain confidence that they can control their urge to smoke. Nonetheless, dealing with the urge to smoke is an interpreted process with varying frequencies of different actions and achieves different outcomes. It determines the two identified patterns of smoking cessation, positive and transitional. When the individual cannot resist the urge, the quit-smoking attempt is delayed or “blocked”; a positive experience permits progress toward the desired goal of becoming a nonsmoker.

Discussion

Main findings

This study has two findings. The first is that the model for smoking cessation in the primary healthcare setting indicates that this is a process of learning and interpretation, in which beliefs and social context have a key role. Beliefs help the person (re)interpret and find meaning in the actions he or she takes and also vary not only as a function of the patient-health professional interaction but also depend on each individual’s experiences in his or her personal environment. The belief (reinforced by the health professional) that controlling the urge to smoke is difficult helps the individual decide to ask for help from primary healthcare professionals. Nonetheless, beliefs have been described as “dynamic” during the quit smoking process [32]: the same belief that motivated the request for help from a health professional can be reinterpreted after the person has quit and is struggling to resist the urge to smoke, and may result in giving up the attempt to be a nonsmoker. This clearly illustrates the complexity of smoking cessation efforts.

With respect to social context, deciding to give up smoking has social impact, and at the same time this behavior is controlled by the social context [33]. The quit-smoking trajectory follows one direction or another depending on how each individual interprets readjustments and adaptations that must be made –personally or by others, and in the environment– if the quit attempt is to succeed. Our findings coincide with other studies showing the importance of the strategies that individuals devise to withstand pressures from their surroundings [34] and the feeling of being supported by their significant others, family and friends in the attempt to remain a nonsmoker [12,35]. Our study adds evidence that beliefs and social context are interrelated and give the individual a sense of being able –or not– to manage the urge to smoke in the long term.

The second main findings is that the smoking cessation process in the primary healthcare setting is built upon the expert knowledge of the healthcare professional, based

on research and evidence-based guidelines, and smoking is approached as a health problem with signs, symptoms, and treatment.

We identified various elements that support these findings. The professional used a motivational approach [36] in the first phase of the process to help the smoker reflect on his or her habit, express feelings about it, and identify obstacles to change (most often, the power of addiction and inability to control the urge to smoke). Similarly, the transtheoretical model [37] was used to organize the actions of the health professional during the cessation process. For example, in the initial conversations, the health professional acted in accordance with the contemplative phase, explaining the risks of smoking to help the smoker overcome the ambivalence that is characteristic of this phase. Later conversations focused on preparing to begin the behavioral changes needed (preparation phase) and then there were follow-up visits to evaluate the change process (action phase) and prevent relapse. Finally, as indicated in the clinical guidelines [31,38], the health professionals talked about smoking behavior as an addiction for which the only treatment is to stop smoking, and suggested ways to reduce nicotine withdrawal, such as nicotine substitutes, drug therapy, or behavioral strategies to avoid relapse. In this context, learning to control the urge to smoke is a central element that explains the process followed by an individual who attempts to quit smoking with the support of a healthcare professional.

A consequence of this approach is that smoking cessation in the primary healthcare setting can be described as the medicalization [39] of quit-smoking efforts, meaning that this lifestyle issue has become a health issue that must be treated by health professionals [40,41]. Incorporating this medicalized point of view [42] can have two consequences for smokers. On one hand, it can increase the number of smokers who perceive smoking cessation as a healthcare problem that requires professional intervention and treatment. This interpretation agrees with the findings of a systematic review by Edwards et al., which point to an increasing trend toward assisted quit-smoking attempts [13]. On the other hand, medicalized smoking cessation can make the smoker reject assistance, as observed by Smith et al. [43], or abandon the quit attempt because of disagreements with the health professional's approach.

Recognizing that primary healthcare nurses have an active role in smoking cessation programs [44], and in light of our findings, it would be helpful if nurses went beyond clinical practice guidelines [12] to incorporate what has been called "living work"[45]. In

other words, a less structured approach that designs interventions “on the spot” with the individual patient requires subjective, relationship skills to respond to the dynamics of the smoking cessation process. This approach could also be used to engage smokers in conversations about controlling the number of cigarettes smoked, rather than the current practice (often not well received) of focusing solely on the need to quit smoking.

The present study has both strengths and limitations. It shows that use of CCA is a useful method that explains the smoking cessation process, taking into account the individual variations in the length of time required and the interrelationship between the process and the interaction between the health professional and the patient. This is an important strength, given the limits of the available evidence [5,46] and growing interest in smoking cessation [47,48].

Two potential study limitations should also be considered. The data available for analysis were transcriptions of videorecorded sessions during office visits. Nonetheless, the data were gathered throughout the smoking cessation process, from 13 participants and 47 sessions, which provides a global perspective for analysis and comparison of differing experiences. Another potential limitation is that our analysis only included the experience of individuals who identified themselves as addicted and who were in the process of giving up their smoking habit. A comparison with the perspective of former smokers with years of abstinence could be a good complement to the present study. On the other hand, the model was tested by experts in the process of smoking cessation, who found that it was consistent with and appropriate for clinical practice.

Conclusions

The smoking cessation process is a learned and interpreted process that must occur in a context that reacts to individual patterns of behavioral change. It would be helpful if nursing professionals in primary healthcare settings incorporated not only logic and scientific evidence but also the subjectivity of the patient’s attitude, in order to better respond to the changing, complex nature of the smoking cessation process.

References

1. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004 Jun 26;328(7455):1519.
2. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med*. 2013 Jan 24;368(4):341–50.
3. Cabezas C, Martin C, Ballvé J, Bladé J, Borràs M, Granollers S, et al. Detecció i tractament del consum del tabac (Detection and Treatment of Tobacco) [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2009 [cited 2015 Nov 23]. Available from: https://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/docs/guia_tabac.pdf
4. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*. 2000 Aug 5;321(7257):355–8.
5. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz N, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline Executive Summary. *Respir Care*. 2008 Jan 9;53(9):1217–22.
6. CDC. Quitting smoking among adults--United States, 2001-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011 Nov 11;60(44):1513–9.
7. Hughes JR, Peters EN, Naud S. Relapse to smoking after 1 year of abstinence: a meta-analysis. *Addict Behav*. 2008 Dec;33(12):1516–20.
8. Cummings KM, Fong GT, Borland R. Environmental influences on tobacco use: evidence from societal and community influences on tobacco use and dependence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:433–58.
9. Poland B, Frohlich K, Haines RJ, Mykhalovskiy E, Rock M, Sparks R. The social context of smoking: the next frontier in tobacco control? *Tob Control*. 2006 Feb;15(1):59–63.
10. Hargreaves K, Amos A, Highet G, Martin C, Platt S, Ritchie D, et al. The social context of change in tobacco consumption following the introduction of “smokefree” England legislation: A qualitative, longitudinal study. *Soc Sci Med*. 2010 Aug;71(3):459–66.

11. Andersen JS, Owen DC. Helping relationships for smoking cessation: grounded theory development of the process of finding help to quit. *Nurs Res*. 2014 Aug;63(4):252–9.
12. Bottorff JL, Kalaw C, Johnson JL, Chambers N, Stewart M, Greaves L, et al. Unraveling smoking ties: how tobacco use is embedded in couple interactions. *Res Nurs Health*. 2005 Aug;28(4):316–28.
13. Edwards SA, Bondy SJ, Callaghan RC, Mann RE. Prevalence of unassisted quit attempts in population-based studies: a systematic review of the literature. *Addict Behav*. 2014;39(3):512–9.
14. Buczkowski K, Marcinowicz L, Czachowski S, Piszczek E, Sowinska A. “What kind of general practitioner do I need for smoking cessation?” Results from a qualitative study in Poland. *BMC Fam Pract*. 2013;14:159.
15. Morphett K, Partridge B, Gartner C, Carter A, Hall W. Why Don’t Smokers Want Help to Quit? A Qualitative Study of Smokers’ Attitudes towards Assisted vs. Unassisted Quitting. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(6):6591–607.
16. Geertz C. *The interpretation of cultures: selected essays*. New York: Basic Books; 1973.
17. Cabezas C, Advani M, Puente D, Rodriguez T, Martin C, ISTAPS study group. Effectiveness of a Stepped Primary Care Smoking Cessation Intervention: Cluster Randomized Clinical Trial (ISTAPS study). *Addiction*. 2011;106(9):1676–706.
18. Teddlie C, Yu F. *Mixed Methods Sampling: A Typology with examples*. *J Mix Methods Res*. 2007;1(1):77–100.
19. Simon R, Szreter S. The genesis of the Registrar-General’s social classification of occupations. *Br J Sociol*. 1984;35(4):522–46.
20. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991 Sep;86(9):1119–27.
21. O’Connor MK, Netting FE, Thomas ML. Grounded Theory Managing the Challenge for Those Facing Institutional Review Board Oversight. *Qual Inq*. 2008 Jan 1;14(1):28–45.

22. Fram SM. The Constant Comparative Analysis Method Outside of Grounded Theory. *Qual Rep.* 2013;18:1.
23. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* 7th ed. New York: Aldine publishing; 1967. 283 p.
24. Glaser BG. *Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory.* Mill Valley, CA: Sociology Press; 1978. 188 p.
25. Mead GH. *Mind, Self & Society.* Morris CW, editor. University of Chicago Press; 1967.
26. Prochaska J, Diclemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51:390–5.
27. Turner BS. *Medical power and social knowledge.* Sage; 1995.
28. Barbour RS, Barbour M. Evaluating and synthesizing qualitative research: the need to develop a distinctive approach. *J Eval Clin Pract.* 2003 May;9(2):179–86.
29. Denzin N, Lincoln Y, editors. *Handbook of Qualitative Research.* 3rd edn. London: SAGE Publications; 2004.
30. Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ.* 2008;337:a288.
31. NICE. *Tobacco: harm-reduction approaches to smoking [Internet].* London: National Institute for Health and Care Excellence; 2013 Jun. Available from: <http://nice.org.uk/guidance/ph45>
32. Herd N, Borland R, Hyland A. Predictors of smoking relapse by duration of abstinence: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addict Abingdon Engl.* 2009 Dec;104(12):2088–99.
33. Adrian M. How can sociological theory help our understanding of addictions? *Subst Use Misuse.* 2003 Aug;38(10):1385–423.
34. Lundh L, Hylander I, Törnkvist L. The process of trying to quit smoking from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Scand J Caring Sci.* 2012 Sep;26(3):485–93.

35. Bottorff JL, Robinson CA, Sullivan KM, Smith ML. Continued family smoking after lung cancer diagnosis: the patient's perspective. *Oncol Nurs Forum*. 2009 May;36(3):E126–32.
36. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing, Third Edition: Helping People Change*. Third Edition edition. New York, NY: The Guilford Press; 2012. 482 p.
37. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot AJHP*. 1997 Oct;12(1):38–48.
38. NICE. Smoking cessation: supporting people to stop smoking [Internet]. London: NICE; 2015 [cited 2015 Mar 6]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs43>
39. Nye RA. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *J Hist Behav Sci*. 2003;39(2):115–29.
40. Chapman S, MacKenzie R. The Global Research Neglect of Unassisted Smoking Cessation: Causes and Consequences. *PLoS Med* [Internet]. 2010 Feb [cited 2015 Aug 4];7(2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2817714/>
41. Dingel MJ, Karkazis K, Koenig BA. Framing Nicotine Addiction as a “Disease of the Brain”: Social and Ethical Consequences. *Soc Sci Q*. 2012 Dec 1;92(5):1363–88.
42. Wray S, Deery R. The medicalization of body size and women's healthcare. *Health Care Women Int*. 2008 Mar;29(3):227–43.
43. Smith AL, Carter SM, Chapman S, Dunlop SM, Freeman B. Why do smokers try to quit without medication or counselling? A qualitative study with ex-smokers. *BMJ Open*. 2015;5(4):e007301.
44. Schultz ASH, Bottorff JL, McKeown SB. Nurses' use of qualitative research approaches to investigate tobacco use and control. *Annu Rev Nurs Res*. 2009;27:115–44
45. Merhy E. *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
46. Lai D, Cahill K, Qin Y, Tang J. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;1(No.: CD006936).
47. Kotz D, Fidler J, West R. Factors associated with the use of aids to cessation in English smokers. *Addict Abingdon Engl*. 2009 Aug;104(8):1403–10.

48. Morphett K, Lucke J, Gartner C, Carter A, Meurk C, Hall W. Public attitudes toward the treatment of nicotine addiction. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* 2013 Sep;15(9):1617–22.

7. Discussió

A continuació s'exposa la discussió de cadascun dels estudis duts a terme en el marc d'aquesta tesi i en quina mesura suposen una contribució al coneixement del procés de deixar de fumar en el context d'atenció primària.

7.1. Estudi Risk Perception

L'estudi Risk Perception aprofundeix en la comprensió del procés de construcció del risc de fumar que fa la persona fumadora i quines són les dimensions que utilitza per construir la percepció de risc.

L'estudi argumenta que les persones que fumen construeixen el risc combinant varies dimensions (problemes de salut que causa el consum de tabac; fumar com a suport simbòlic en la vida quotidiana; tabac en interacció amb els contextos de vida), és a dir, la percepció del risc de fumar és un procés de construcció multidimensional. Ara bé, aquesta percepció de risc no concorda amb el risc objectiu comunicat pels professionals de la salut d'atenció primària. Aquest resultat va amb concordança amb diferents estudis fets per Reventlow, Hvas i Tulinius (2001) o Slovic et al. (2004), que ja apuntaven que la percepció de risc de les persones diferia de la comunicació de risc dels professionals de la salut.

Així mateix, i d'acord amb Reventlow et al.(2001), l'estudi demostra que la construcció de risc és un procés interpretatiu de les persones producte de la seva interacció amb els seus contextos de vida (context d'informació, context laboral, etc.).

A més a més, no solament la percepció de risc és multidimensional i interpretativa, sinó que l'estudi apunta a que el procés de construcció del risc és dinàmic de manera que aquesta varia al llarg del temps. Això implica, que les dimensions que configuren el risc de fumar es poden moure i sobreposar-se unes a les altres de manera diferent segons les vivències quotidianes de les persones fumadores.

D'altra banda, l'estudi argumenta que tot i que els professionals de la salut reconeixen que les persones fumadores construeixen la percepció de risc de manera multidimensional i dinàmica, quan ells comuniquen el risc utilitzen un argumentari que es basa en l'epidemiologia clínica i no incorporen els diferents significats que les persones

fumadores atribueixen a la conducta de fumar (p.e. percebre que fumar pot ser un suport simbòlic davant situacions conflictives). En aquesta línia autors com Slovic et al. (2004) ja plantegen que els valors i els sentiments s'haurien d'integrar en els discursos dels professionals quan comuniquen el risc. Altrament, les persones fumadores quan construeixen el risc de fumar utilitzen un marc que es basa amb "la percepció del risc de la vida" més que "la percepció del risc de fumar". Això implica que la decisió de continuar fumant o de deixar de fumar es vincula a tenir una bona qualitat de vida més que als riscos objectius de fumar.

En conseqüència, seria interessant que el professional de la salut quan abordés en la seva pràctica converses sobre el consum de tabac fes emergir, mitjançant preguntes obertes, els diferents significats que atorguen les persones al risc de fumar i als riscos de la vida a fi de fer una comunicació del risc més propera a la persona i als seus contextos quotidians.

En qualsevol cas, cal tenir en compte que aquest estudi és el primer que identifica de quina manera la persona articula els significats sobre fumar, i com aquests prenen sentit de tal manera que la persona decideixi continuar fumant, atorgant un caràcter totalment dinàmic i interpretatiu a la percepció de risc.

Per últim, aquest estudi demostra com la utilització de la metodologia qualitativa, centrada en els significats i contextos, i articulant una mirada processual, possibilita una visió més amplia dels diferents aspectes que configuren el procés de percepció de risc de les persones que fumen.

7.2. Estudi Motivational Interactions

L'estudi Motivational Interactions profunditza sobre l'organització de l'entrevista motivacional dirigida a les persones que estan en fase precontemplativa o contemplativa per tal de motivar-les a deixar de fumar en un futur. L'estudi proposa l'ús de l'anàlisi conversacional de la sessió d'entrevista motivacional com a mètode per avaluar com s'està organitzant i duent a terme la trobada motivacional.

Fins ara les eines que s'han utilitzat per avaluar l'entrevista motivacional s'han orientat a mesurar les conductes del professional de la salut i de la persona que rebia la sessió mitjançant escales (p.e. The Motivational Interviewing Treatment Integrity o la

Motivational Interviewing Skills Code) en un context real o d'aprenentatge (Madson, Loignon, i Lane, 2009; Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson, i Miller, 2005; Moyers, Miller, i Hendrickson, 2005). Ara bé, si bé és cert que aquests instruments permeten identificar les característiques de com es desenvolupa l'entrevista motivacional, aquest estudi proporciona un coneixement al detall, minut a minut de com s'organitza la sessió, quines accions du a terme el professional per fer-se entendre i com reacciona la persona fumadora a les accions del professional.

L'estudi ha identificat tres troballes. En primer lloc, s'han identificat dues pràctiques de sessions d'entrevista motivacional. Per un costat, la "pràctica centrada en la persona" que concorda amb l'enfocament motivacional de Miller i Rollnick (2012), en el que la interacció es centra en les preocupacions i ambivalències de la persona que fuma. En la mateixa línia concorden els treballs de (Barry, Stevenson, Britten, Barber, & Bradley, 2001; Heritage, 2013; Robinson & Heritage, 2006) quan parlen que existeix un patró d'interacció pacient-professional de la salut que facilita que s'abordi la persona des de la seva globalitat. Concretament Barry et al (2001) defineixen aquest patró com una interacció on *el metge i el pacient parlen des de la veu de la vida*, adoptant el concepte de Mishler i que correspondria a les contribucions que fa el pacient sobre el tractament proposat pel professional des de les seves creences, valors i context social (Mishler, 1984).

Per l'altre, la "pràctica centrada en el problema", que també ha estat identificada per aquests autors i que es caracteritza per ser una interacció directiva, sense negociació i acords sobre quin és el problema a tractar, dirigida pel professional i produint hostilitats o respostes breus del pacient o silencis per ambdues parts.

La segona troballa és que l'anàlisi conversacional fa emergir la complexitat de construir una interacció motivacional seguint els principis que descriuen Miller i Rollnick¹². És a dir, el professional que segueix l'enfocament motivacional ha d'evitar la confrontació, i ha de construir la interacció a partir de les declaracions d'un usuari que no vol deixar de fumar i que té poc interès en reflexionar sobre aquesta conducta. En aquesta línia, diferents estudis des de l'anàlisi conversacional mostren la dificultat per construir un procés personalitzat i negociat quan el metge vol introduir canvis de

¹² Vegeu l'apartat 2.2.2. sobre les intervencions motivacionals per les persones que no volen deixar de fumar

conducta (p.e. ús del preservatiu) en el pacient i aquest està poc motivat (Pilnick & Dingwall, 2011; Pilnick, Hindmarsh, & Gill, 2009; Silverman, 1997).

Així mateix, i en concordança amb els treballs de Francis et al. (2005) i Coleman et al. (2004) que mostren que el professional acostuma a “enganxar-se” en la confrontació quan la persona fumadora té una alta resistència al canvi, en aquest estudi també es descriuen accions que fan els professionals per resoldre els dilemes interaccionals que van apareixent, i que sovint provoquen una resposta defensiva del pacient o pèrdues d’oportunitats per ajudar a la persona a reflexionar. Ara bé, convé destacar que aquest estudi ha identificat el patró no motivador “enganxar-se al guió de l’entrevista o protocol” que no s’ha detectat en la literatura existent.

La tercera troballa mostra com la “Veu de la Medicina” continua sent utilitzada de manera predominant en la interacció pacient-professional de la salut. Tot i que els professionals de la salut són els primers interessats en tenir una conversa motivadora amb la persona fumadora, el model biomèdic continua estructurant la pràctica professional. I és per això, tal i com s’apunten a les recomanacions per a la pràctica professional d’aquest estudi, que es fa necessari continuar fent formació sobre com s’ha de fer l’entrevista motivacional, però sobretot fent èmfasi del sentit que té fer l’entrevista motivacional i perquè és important construir patrons d’interacció compartits.

En qualsevol cas, aquest és el primer estudi on s’analitza la sessió d’entrevista motivacional a través de l’anàlisi conversacional i els resultats de l’estudi demostren que aquest és un mètode útil per analitzar la fidelitat dels principis de l’enfocament motivacional. Aquesta és una important fortalesa perquè actualment encara hi ha poca evidència disponible sobre l’entrevista motivacional (Lai, Cahill, Qin, i Tang, 2010).

Per últim, i com a conseqüència del punt anterior, l’estudi proposa que aquest tipus d’anàlisi podria ser utilitzat com una eina de suport durant la formació dels professionals en la tècnica de l’entrevista motivacional. En aquesta línia l’estudi planteja recomanacions per poder millorar la sessió motivadora. Concretament, es plantegen les recomanacions següents:

- I. **Previ a fer la entrevista motivacional el professional ha de:** (1) Reflexionar sobre el sentit de la sessió motivacional, el rol del professional dins l’entrevista contra el rol professional en la consulta d’atenció primària i l’autonomia de les persones per prendre decisions sobre la seva salut; (2) Reflexionar el sentit del fracàs professional quan l’entrevista motivacional no pren el camí que voldria el

professional: l'ètica i l'autonomia personal del pacient són principis clau de la intervenció interaccional.

- II. **A l'inici de la sessió d'entrevista motivacional el professional ha de:** (1) Resumir amb la persona fumadora la informació que hi ha en la història clínica sobre el consum de tabac de la persona; (2) Ajustar la informació a partir dels comentaris de la persona i començar la sessió amb una pregunta oberta, com per exemple "com et sents amb el teu consum de tabac?". No és recomanable fer una pregunta la qual la resposta obvia sigui "deixar de fumar".
- III. **Durant el desenvolupament de la conversa el professional ha de:** (1) Proporcionar retroalimentació contínua a la persona; (2) Fer preguntes obertes incorporant la "veu del món de la vida" en la conversa i (3) Alinear la informació proporcionada pel professional amb les preocupacions expressades per la persona.

7.3. Estudi Controlling Smoking

L'estudi Controlling smoking aprofundeix en el coneixement sobre com es desenvolupa el procés de deixar de fumar assistit pel professional de la salut i com es experimentat per la persona. L'estudi proposa un model explicatiu del procés de deixar de fumar en el si de l'atenció primària de salut. En la literatura actual existent trobem fenomenologies i Grounded Theories que descriuen l'experiència de deixar de fumar (Bottorff, Robinson, Sullivan, & Smith, 2009; Lundh, Hylander, & Törnkvist, 2012; Thompson, Parahoo, McCurry, O'Doherty, & Doherty, 2004). Si bé és cert que aquest procés ja s'ha descrit, també ho és que aquestes fenomenologies i models teòrics no solen incidir en el paper que té el professional de la salut i atenció primària en aquest procés. No s'han trobat precedents que analitzin aquest procés des d'una perspectiva processual i contextualitzada en atenció primària.

L'estudi aporta un model explicatiu on el procés de deixar de fumar assistit pel professional de la salut és un procés d'aprenentatge i interpretatiu, on les creences i els contextos tenen un paper clau que podrien explicar l'èxit o el fracàs de l'intent de deixar de fumar. La literatura ja menciona aquest dos aspectes com a predictors d'èxit o fracàs del procés de deixar de fumar (Cummings et al., 2009; Hughes, 2009), com també Elster (2010) en el seu treball sobre les emocions, addiccions i conductes quan diu que no solament l'addicció explica les dificultats per deixar de fumar, sinó que les creences

també juguen un paper en les addiccions fent que les persones prenguin decisions sobre la seva addicció. En concordança amb aquest autor, l'estudi demostra que totes les persones que prenen la decisió de deixar de fumar assistit pel professional tenen la creença que deixar de fumar és molt difícil.

L'estudi demostra que el procés de deixar de fumar al si de la consulta d'atenció primària és un procés que es construeix en el marc del coneixement expert del professional i s'aborda com un problema de salut, amb els seus signes i símptomes i tractament. Conseqüències d'aquest abordatge, l'estudi aporta que deixar de fumar en la consulta d'atenció primària es pot explicar com una pràctica de medicalització de la conducta de fumar. Segons Nye (2003), la medicalització és el procés mitjançant el qual aspectes relacionats amb la vida es transformen en temes d'interès sanitari que han de ser tractats pels professionals de la salut. Aquests resultats es sumen al que ja apunten autors com Chapman i MacKenzie (2010) i Dingel, Karkazis i Koenig (2012), ara bé és la primera vegada que s'identifica aquesta pràctica en el context d'atenció primària de salut de l'estat espanyol. Incorporar aquesta mirada medicalitzada, i en la línia de Wray i Deery (2008), podria tenir conseqüències en la percepció de la població per considerar el tabaquisme quasi com una malaltia, i pels fumadors, en particular, per percebre que deixar de fumar és un problema sanitari que necessita d'un professional de la salut i d'un tractament. D'altra banda, i d'acord amb el treball de (Smith, Carter, Dunlop, Freeman, & Chapman, 2015), l'estudi mostra que la medicalització de la intervenció per deixar de fumar pot repercutir en que algunes persones rebutgin la protocol·lització de la intervenció per ser poc flexible amb el seu context de vida.

Tot i això, altres autors indiquen que s'ha de tenir precaució a l'hora de parlar de la medicalització del procés de deixar de fumar, ja que actualment la majoria de les persones deixen de fumar sense ajuda del professional, ja que perceben que deixar de fumar és una qüestió de motivació personal, força de voluntat i compromís, i no tant un problema d'addicció. Ara bé, també és cert que de manera progressiva va augmentant el número de persones que deixen de fumar que reben ajut d'un professional d'atenció primària.

L'article proposa, tenint en compte que atenció primària ha esdevingut un espai clau en els programes de cessació tabàquica, que els professionals de la salut incorporin el que Merhy anomena "treball viu" en la seva pràctica (2006). Segons Merhy quan parlem de processos productius parlem de treball i de produir coses (en aquest cas salut).

Merhy entén que el treball en salut no només opera des de la lògica del treball mort (que seria aquell basat en la reproducció mecanicista i expressat en els equipaments tecnològics i els sabers clínics i epidemiològics), sinó també des del treball viu (que seria aquell treball que no està plenament estructurat, en el qual les eines d'acció més estratègiques es configuren en els processos d'intervenció amb l'usuari en l'acte, operant amb tecnologies relacionals, de trobades de subjectivitats). Això ens porta a dir que ambdós tipus de treball coexisteixen en el treball en salut . En aquest sentit, Merhy entén el procés de treball en salut com un treball viu en l'acte, és a dir, com una trobada entre l'agent productor de salut (el professional que té contacte amb l'usuari, i que en l'acte de salut utilitza diferents tecnologies) i l'agent consumidor (l'usuari). L'usuari és l'objecte de l'acció, però a la vegada, aquest no deixa de ser un agent que en l'acte de salut posa en marxa les seves intencionalitats, coneixements i representacions. És en aquest espai relacional on s'articulen diferents tecnologies (instruments, coneixements estructurats i competències relacionals) i que des de l'òptica de la micropolítica (espai de relació) dels processos de treball, ens permet explorar i reconèixer models de producció de salut diferenciats.

En aquest sentit, la idea central que proposa l'estudi és que el professional no només operi des de la lògica de les guies de pràctica clínica, sinó que introdueixi accions menys estructurades que es configuren en el "treball viu" de salut, que es produeix quan el professional interacciona amb la persona, treballant amb habilitats relacionals i subjectivitats, per donar resposta al dinamisme i complexitat del procés de deixar de fumar. D'aquesta manera es podrien abordar converses en la consulta sobre el maneig que fa la persona per controlar el seu consum de tabac, i que actualment són reorientades (i sovint no acceptades per la persona fumadora) cap a l'abandonament del consum de tabac.

8. Conclusions

Aquesta tesi ha volgut abordar la conducta de deixar de fumar al si de l'atenció primària de salut des de la globalitat i consegüentment ha conceptualitzat aquesta conducta de diferents maneres i també ha utilitzat diferents estratègies per accedir al seu coneixement.

Així doncs, en primer lloc i en relació amb l'ús de diferents perspectives metodològiques podem dir que:

L'abordatge des de la fenomenologia (Risk Perception) ha connectat amb les experiències de les persones fumadores i quina és la seva percepció de risc de fumar. La fenomenologia del procés de deixar de fumar ha aportat respostes sobre perquè, tot i que moltes persones es plantejaren deixar de fumar en algun moment de la seva vida, fumar continua sent present en la societat, malgrat els riscos objectius que té sobre la salut. També l'anàlisi conversacional (Motivational Interactions) ha donat respostes sobre com s'organitza les sessions motivacionals i ha evidenciat les dificultats que té el professional per ser fidel als principis motivadors descrits en la literatura. I finalment, des de l'etnografia i el mètode d'anàlisi comparativa de casos (Controlling Smoking) s'ha identificat l'existència d'un procés per deixar de fumar assistit pel professional de la salut mitjançant la comparació de casos i ha donat sentit a aquesta trajectòria.

En segon lloc, deixar de fumar ha estat analitzat dins la consulta d'atenció primària (Motivational Interactions i Controlling smoking), que és l'espai on es produeixen les interaccions entre la persona fumadora i el professional de la salut, produint un coneixement comprensiu sobre com les persones fumadores i els professionals de la salut interpreten i donen sentit a les intervencions, a fi que complementi les actuals evidències científiques sobre les intervencions per deixar de fumar. Així com també, s'han generat coneixements en el marc del grup de discussió (Risk Percpetion), incorporant una mirada més reflexiva tant de les persones que fumen com dels professionals de la salut sobre que significa fumar i deixar de fumar.

I en tercer lloc, aquesta tesi a través dels tres estudis ha pogut abordar diferents moments de la trajectòria de deixar de fumar, aportant un coneixement particular sobre cada etapa del procés de deixar de fumar i alhora complementari entre elles.

García Ferrando, Ibáñez Alonso i Alvira Martín (2000; pàg.10) en la introducció del llibre *Análisis de la realidad* expressen la necessitat d'utilitzar varies perspectives per accedir a la complexitat de la realitat social de la manera següent:

Para acercarse a la realidad social, el investigador puede seleccionar una sola perspectiva o articular varias. Y aunque nunca podrá resolver la paradoja de que cuanto más se acerque a la realidad social, más se les escapa-porque su acercamiento forma parte de la realidad social-, si articula varias perspectivas el investigador podrá al menos acceder a un número mayor de dimensiones de esa siempre compleja realidad social. En consecuencia, podrá comprenderla mejor (2000; pàg.10).

Així doncs, la diversitat d'enfocaments metodològics utilitzats per explorar la complexitat de la vida quotidiana de deixar de fumar dóna valor al coneixement obtingut i a la intenció que aquest coneixement sigui d'utilitat pels professionals d'atenció primària.

Altrament, és important mencionar les limitacions dels estudis duts a terme. En primer lloc, posar de manifest no haver aconseguit la saturació discursiva dels professionals de la salut en l'estudi de Risk Perception, a causa de dificultats d'agenda dels informants i que té implicacions en la validesa dels resultats vinculats amb els professionals. No obstant, el grup de discussió va haver-hi variabilitat en els perfils tant per gènere, condició de ser fumador o no i tenir experiència en abordatge o no d'intervencions per deixar de fumar.

En segon lloc, l'estudi Motivational Interactions va analitzar 11 sessions d'entrevista motivacional que van posar de manifest diferents patrons d'interacció motivacional. L'anàlisi d'altres sessions d'entrevista motivacional podria ampliar els coneixements d'altres patrons d'interacció. A més, cal tenir en compte que els professionals que van participar de manera voluntària en aquest estudi, estaven interessats en l'abordatge motivacional i en millorar la seva pràctica. És probable que altres professionals menys interessats realitzessin "altres pràctiques" de trobades motivacionals. Tot i això, les interaccions analitzades mostraven una alta variabilitat.

En relació amb l'estudi Controlling smoking, aquest analitza dades que responen al relat del què succeeix en la consulta d'atenció primària, és a dir, del què les persones fumadores diuen que fan. Tot i això, les dades es van recollir segons el procés de deixar de fumar anava avançant permetent una anàlisi rica en detalls i profunditat. Cal també comentar que aquest model explicatiu del procés de deixar de fumar només inclou

l'experiència de les persones que es senten addictes i volen deixar de fumar. Una perspectiva de persones que ja tenen un recorregut de més d'un any d'abstinència podria suposar un enriquiment en aquest model. Tot i això, la teoria que es va obtenir va ser testada per professionals experts en el procés de deixar de fumar, i van trobar que era consistent i rellevant per a la pràctica clínica.

Per últim, noves línies futures d'investigacions es desprenen d'aquesta tesi:

- Avaluar si la incorporació d'una mirada més multidimensional i dinàmica sobre el risc en el marc d'una intervenció breu pot ser útil pel desenvolupament de pràctiques més ajustades als contextos de les persones.
- Avaluar com els professionals duen a terme intervencions motivacionals o altres tipus d'utilitzant com a estratègia formativa l'anàlisi conversacional.
- Aprofundir en el procés de deixar de fumar assistit pel professional, el paper del professional i els riscos de la medicalització.

Referències bibliogràfiques

- Andersen, J. S., & Owen, D. C. (2014). Helping relationships for smoking cessation: grounded theory development of the process of finding help to quit. *Nursing Research*, 63(4), 252–259. <http://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000040>
- Ariza, C., García-Contiente, X., Villalbí, J. R., Sánchez-Martínez, F., Pérez, A., & Nebot, M. (2014). Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 25–33.
- Atkinson, J., & Heritage, J. (1984). Transcript notation. In J. Atkinson & J. Heritage (Eds.), *Structures of social action: Studies in conversation analysis* (pp. ix–xvi). Cambridge: Cambridge University Press.
- Barry, C. A., Stevenson, F. A., Britten, N., Barber, N., & Bradley, C. P. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science & Medicine*, 53(4), 487–505. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00351-8](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00351-8)
- Bauzá-Amengual, M. de Ll., Blasco-González, M., Sánchez-Vazquez, E., Pereiró-Berenguer, I., Ruiz-Varea, N., & Pericás-Beltran, J. (2010). Impacto de la Ley del tabaco en el lugar de trabajo: estudio de seguimiento de una cohorte de trabajadores en España 2005–07. *Atención Primaria*, 42(6), 309–313.
- Bottorff, J. L., Kalaw, C., Johnson, J. L., Chambers, N., Stewart, M., Greaves, L., & Kelly, M. (2005). Unraveling smoking ties: how tobacco use is embedded in couple interactions. *Research in Nursing & Health*, 28(4), 316–328. <http://doi.org/10.1002/nur.20085>
- Brown, T., Platt, S., & Amos, A. (2014). Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 24(4), 551–556.
- Cabezas, C., Martín, C., Ballvé, J., Bladé, J., Borràs, M., Granollers, S., ... Zarza, E. (2009). *Detecció i tractament del consum del tabac (Detection and Treatment of Tobacco)*. Barcelona: Institut Català de la Salut. Retrieved from https://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/docs/guia_tabac.pdf
- Catley, D., Harris, K., Goggin, K., Richter, K., Williams, K., Patten, C., ... Liston, R. (2012). Motivational Interviewing for encouraging quit attempts among unmotivated smokers: study protocol of a randomized, controlled, efficacy trial. *BMC Public Health*, 12(1), 456. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-456>

- CDC. (2011). Quitting smoking among adults--United States, 2001-2010. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 60(44), 1513–1519.
- Chapman, S., & MacKenzie, R. (2010). The global research neglect of unassisted smoking cessation: causes and consequences. *PLoS Medicine*, 7(2), e1000216. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000216>
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2008). The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England Journal of Medicine*, 358(21), 2249–2258.
- Coleman, T., Cheater, F., & Murphy, E. (2004). Qualitative study investigating the process of giving anti-smoking advice in general practice. *Patient Education and Counseling*, 52(2), 159–163. [http://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00020-X](http://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00020-X)
- Cummings, K. M., Fong, G. T., & Borland, R. (2009). Environmental influences on tobacco use: evidence from societal and community influences on tobacco use and dependence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 433–458. <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153607>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research*. Sage.
- Departament de Salut. (2015). *Enquesta de salut de Catalunya 2014. Informe dels principals resultats* (p. 93). Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Retrieved from <http://salutweb.gencat.cat/esca>
- Dingel, M. J., Karkazis, K., & Koenig, B. A. (2012). Framing Nicotine Addiction as a ‘Disease of the Brain’: Social and Ethical Consequences. *Social Science Quarterly*, 92(5), 1363–1388. <http://doi.org/10.1111/j.1540-6237.2011.00822.x>
- Drew, P., & Heritage, J. (1992). *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elster, J. (2001). *Sobre las pasiones: emoción, adicción y conducta humana*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., & Curry, S. J. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline: 2008. *Rockville, Md: US Department of Health and Human Services, US Public Health Services*.
- Fong, G. T., Cummings, K. M., Borland, R., Hastings, G., Hyland, A., Giovino, G. A., ... Thompson, M. E. (2006). The conceptual framework of the international tobacco control (ITC) policy evaluation project. *Tobacco Control*, 15(suppl 3), iii3–iii11.

- Fram, S. M. (2013). The Constant Comparative Analysis Method Outside of Grounded Theory. *Qualitative Report*, 18, 1.
- Francis, N., Rollnick, S., McCambridge, J., Butler, C., Lane, C., & Hood, K. (2005). When smokers are resistant to change: experimental analysis of the effect of patient resistance on practitioner behaviour. *Addiction*, 100(8), 1175–1182. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01124.x>
- Fu, M., Martínez-Sánchez, J. M., López, M. J., Nebot, M., Raich, A., Fernández, E., & ETS Eurosurvey Working Group. (2011). [Nicotine dependence and readiness to quit smoking in the Spanish population]. *Adicciones*, 23(2), 103–109.
- García Ferrando, M., Ibáñez, J., & Alvira, F. (2000). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (3rd ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- Giddens, A., (1984). *The constitution of Society*. Cambridge: Polity.
- Hargreaves, K., Amos, A., Hight, G., Martin, C., Platt, S., Ritchie, D., & White, M. (2010). The social context of change in tobacco consumption following the introduction of ‘smokefree’ England legislation: a qualitative, longitudinal study. *Social Science & Medicine* (1982), 71(3), 459–466. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.025>
- Heritage, J. (2013). Asymmetries of knowledge in patient-provider encounters: three studies adopting conversation analysis. *Patient Education and Counseling*, 92(1), 1–2. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.003>
- Hill, S., Amos, A., Clifford, D., & Platt, S. (2014). Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tobacco Control*, 23(e2), e89–e97.
- Jha, P., Ramasundarahettige, C., Landsman, V., Rostron, B., Thun, M., Anderson, R. N., ... Peto, R. (2013). 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 368(4), 341–350. <http://doi.org/10.1056/NEJMsa1211128>
- Kotz, D., Fidler, J., & West, R. (2009). Factors associated with the use of aids to cessation in English smokers. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(8), 1403–1410. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02639.x>
- Lai, D., Cahill, K., Qin, Y., & Tang, J. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*(CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub2.).

- Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C., & Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *321*(7257), 355–358.
- Madson, M. B., Loignon, A. C., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *36*(1), 101–109. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.005>
- Maynard, D. W., & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education*, *39*(4), 428–435. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x>
- McWilliam, C. L. (2010). Phenomenology. In I. Bourgeault, R. Dingwall, & R. de Vries (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research* (pp. 229–248). United Kingdom: SAGE Publications Ltd.
- Merhy, E. E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo* (1r ed). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing, Third Edition: Helping People Change* (Third Edition edition). New York, NY: The Guilford Press.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *ENSE 2011/12*. Madrid, España.
- Mishler, E. G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Greenwood Publishing Group.
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M. L., & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *28*(1), 19–26. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.11.001>
- Moyers, T. B., Miller, W. R., & Hendrickson, S. M. L. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(4), 590–598. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.590>
- Myers, M. G., Strong, D. R., Linke, S. E., Hofstetter, C. R., & Al-Delaimy, W. K. (2015). Predicting use of assistance when quitting: a longitudinal study of the role of quitting beliefs. *Drug and Alcohol Dependence*, *149*, 220–224. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.02.003>
- NICE. (2013). *Tobacco: harm-reduction approaches to smoking* (NICE public health guidance 45). London: NICE. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/ph45>

- Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 115–129.
<http://doi.org/10.1002/jhbs.10108>
- Ortells, M. O., & Barrantes, G. E. (2010). Tobacco addiction: A biochemical model of nicotine dependence. *Medical Hypotheses*, 74(5), 884–894.
<http://doi.org/10.1016/j.mehy.2009.11.004>
- Pilnick, A., & Dingwall, R. (2011). On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: a critical review. *Social Science & Medicine* (1982), 72(8), 1374–1382. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.033>
- Pilnick, A., Hindmarsh, J., & Gill, V. T. (2009). Beyond ‘doctor and patient’: developments in the study of healthcare interactions. *Sociology of Health & Illness*, 31(6), 787–802. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01194.x>
- Piper, M. E., Baker, T. B., Mermelstein, R., Collins, L. M., Fraser, D. L., Jorenby, D. E., ... Cook, J. W. (2013). Recruiting and engaging smokers in treatment in a primary care setting: developing a chronic care model implemented through a modified electronic health record. *Translational Behavioral Medicine*, 3(3), 253–263.
- Reventlow, S. (2007). Perceived risk of osteoporosis: restricted physical activities? Qualitative interview study with women in their sixties. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(3), 160–165.
- Reventlow, S., Hvas, A. C., & Tulinius, C. (2001). ‘In really great danger?’. The concept of risk in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 19(2), 71–75.
- Robinson, J. D., & Heritage, J. (2006). Physicians’ opening questions and patients’ satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 60(3), 279–285.
<http://doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.009>
- Rodríguez-Sanz, M., & Malmusi, D. (2011). Consumo de tabaco - Género y Clase Social. Retrieved 10 December 2015, from <http://www.ods-ciberesp.org/id-conductas/consumo-de-tabaco-16-44-anos-1987-2006-genero-y-clase-social.html>
- Rollnick, S., Butler, C. C., & Stott, N. (1997). Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Education and Counseling*, 31(3), 191–203.

- Salleras, L., Pardell, H., Jané, M., Saltó, E., Cabezas, C., & Marín, D. (2001). Dona i tabac: Informe tècnic sobre l'hàbit tabàquic femení a Catalunya.
- Shiffman, S., Brockwell, S. E., Pillitteri, J. L., & Gitchell, J. G. (2008). Individual differences in adoption of treatment for smoking cessation: demographic and smoking history characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 93(1-2), 121–131. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.09.005>
- Silverman, D. (1997). *Discourses of counselling: HIV counselling as social interaction*. London: SAGE.
- Slovic, P., Finucane, M., Peters, E., & MacGregor, D. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Analysis: An Official Publication Of The Society For Risk Analysis*, 24(2), 311–22.
- Smith, A. L., Carter, S. M., Dunlop, S. M., Freeman, B., & Chapman, S. (2015). The views and experiences of smokers who quit smoking unassisted. A systematic review of the qualitative evidence. *PloS One*, 10(5), e0127144. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0127144>
- Villalbi, J. R. (2010). La regulación del uso del tabaco reduce la prevalencia de fumadores y su consumo. *Atención Primaria*, 42(6), 314–315.
- Wolf, M., Gavira, S., & Lozano, J. (1982). *Sociologías de la vida cotidiana*.
- Wray, S., & Deery, R. (2008). The medicalization of body size and women's healthcare. *Health Care for Women International*, 29(3), 227–243. <http://doi.org/10.1080/07399330701738291>

ANNEXOS

Annex 1. Guions grups de discussió

ESTUDI PERCEPCIÓ DE RISC GUIÓ CONTINGUTS GRUP DISCUSSIÓ PERSONES FUMADORES

Aspectes ètics i de confidencialitat: sol·licitar el consentiment informat i el persoms per fer gravació

Lliurament de la fulla informativa, consentiment informat i firma.

1. Benvinguda, agraïments i presentació

- Presentació de les investigadores, presentació dels participants i objectius de la sessió
- Presentació de la dinàmica de la sessió
- Agraïments i importància de la seva participació

Abans de seguir, teniu alguna pregunta? Teniu algun dubte?

2. Pregunta introductòria

- **Per començar, ens agradaria escoltar, saber la vostra opinió sobre quins són els aspectes que us preocupen en el vostre dia a dia en relació amb la salut?**

Temes a explorar: preocupacions a curt i a llarg termini. Esdeveniments de la vida quotidiana que preocupen. Experiències prèvies. Emocions, valors. Pors. Confiança en els missatges dels medis de comunicació.

3. Significats de la conducta de fumar

- **Què et suposa per a tu fumar en el dia a dia? I que et suposa en un futur? Quins són els aspectes que et preocupen a curt, mitjà i a curt termini?**

Temes a explorar: Valors, informació, pors, informació, experiències prèvies. Esdeveniments de la vida quotidiana.

- **Us sentiu motivats a fer canvis en general? Us sentiu motivats a deixar de fumar?**

Temes a explorar: esdeveniment, situacions que poden provocar canvis. Aspectes que ajuden aprendre decisions com valors, el consell d'un professional, experiències prèvies, la família, els amics, els valors, confiança, la cultura, mitjans de comunicació, lleis.

TANCAMETN DEL GRUP: agraïments a tots i totes les participants

ESTUDI PERCEPCIÓ DE RISC

GUIÓ CONTINGUTS GRUP DISCUSSIÓ PROFESSIONALS DE LA SALUT

Aspectes ètics i de confidencialitat: sol·licitar el consentiment informat i el persoms per fer gravació

Lliurament de la fulla informativa, consentiment informat i firma.

1. Benvinguda, agraïments i presentació

- Presentació de les investigadores, presentació dels participants i objectius de la sessió
- Presentació de la dinàmica de la sessió
- Agraïments i importància de la seva participació

Abans de seguir, teniu alguna pregunta? Teniu algun dubte?

2. Pregunta introductòria

- **Que penseu o podeu explicar de les històries de les persones fumadores que venen a la consulta?**

3. Exploració de la percepció de risc de les persones que fumen

- **Que us expliquen les persones fumadores de la seva vida quotidiana en relació amb el tabac?**
- **Que creieu que pensen ells/es de les informacions que doneu vosaltres, (comunitat científica)? Penseu que ells s'ho creuen i tenen confiança del que dieu?**
- **Us expliquen si hi ha altres persones/mitjans de comunicació que els motivin a deixar de fumar? Us expliquen si els motiva a deixar de fumar?**

4. Experiència professional de treball

Bé, ara ens agradaria donar un pas més endavant, i parlar sobre els aspectes que s'haurien de tenir en compte per treballar l'hàbit de fumar en atenció primària

- Paper dels professionals
- Dificultats que pot tenir el professional d'atenció primària per fer les intervencions de salut (formació, temps, prioritats, etc.).

TANCAMENT DEL GRUP: agraïments a tots i totes les participants

**Annex 2. Guia de codificació per fer l'anàlisi conversacional de
l'entrevista motivacional de l'estudi Motivational
Interactions**

GUIA CODIFICACIÓN ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Objetivo del documento: confirmar el manual de procedimientos y algoritmo y guía para la codificación.

1. CAPTACIÓN

- 1.1. Pedir permiso en la consulta para iniciar la grabación a propósito del estudio
- 1.2. Resolución del motivo de consulta
- 1.3. Realizar preguntas de criterios de inclusión/exclusión del estudio

2. LLENAR HOJA DE COMPROBACIÓN DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

- 3.1. Informar sobre el consentimiento informado
 - 3.2. Lectura del paciente del consentimiento informado
 - 3.3. Firma del paciente, escribe la data en que entra en el estudio
- ¿Se puede entregar el consentimiento y leerlo en casa?*

4. ENTRADA EN EL ESTUDIO

- 4.1. Rellenar hoja de preselección
 - 4.2. Asignar código y identificación del paciente
 - 4.3. Enganchar etiqueta
- ¿Tiene que explicar el profesional que es la hoja de preselección y su utilidad?*

5. CONSULTA DE SELECCIÓN

¿Para introducir la consulta de selección se tiene que utilizar la frase “primero, recogeré una información durante unos minutos y después hablaremos más extensamente”?

¿Cuál es el momento dentro de esta consulta de hablar más extensamente?

- 5.1. Consumo del tabaco: pregunta 1 y 2
- 5.2. Valoración de la dependencia con el Test de dependencia: preguntas 3-8
- 5.3. Valoración de la motivación para dejar de fumar: pregunta 19-12

¿Se pueden decir los resultados de los tests, o tiene que ser al final de la consulta?

- 5.4. Historia del consumo del tabaco: preguntas del 13-17
- 5.5. Determinación del estadio de cambio: preguntas del 18-21
Según manual dice “se determinará el estadio de cambio y al acabar la recogida de datos se procederá a actuar según estadio”, ¿se indica a la persona en que estadio está? ¿En que momento?
- 5.6. Motivaciones del paciente para dejar de fumar: pregunta 22
- 5.7. Nº de personas fumadoras de su entorno que fuman: preguntas 23-26
- 5.8. Importancia que concede la persona dejar de fumar: pregunta 27
- 5.9. Confianza que concede la persona dejar de fumar: pregunta 28
- 5.10. Preparación para dejar de fumar: pregunta 29
- 5.11. Necesidad de ayuda para dejar de fumar: pregunta 30
- 5.12. Recogida de variables sociodemográficas: preguntas 31-35
- 5.13. Recogida de variables relacionadas con la salud y que pueden influir en el consumo de tabaco: pregunta 36-40

Aquí indica que se tiene que continuar la intervención según estadio de cambio. Las posibles intervenciones pueden ser según estado: precontemplativo-contemplativo, preparación-acción sin ayuda, preparación acción con ayuda.

Antes de empezar las posibles intervenciones, independientemente de que la intervención siguiente se realice en la misma consulta, ¿se tiene que devolver los resultados de la recogida de datos de la consulta de selección al paciente?

6. INTERVENCIÓN EN PERSONA ESTADO PRECONTEMPLATIVO-CONTEMPLATIVO

Si se realiza en la misma consulta de selección, se introduce con esta frase “nos quedan unos minutos antes de terminar la consulta, ¿le importaría que hablásemos del tema?”

- 6.1. Entrevista motivacional: valorar las preguntas de importancia, confianza y preparación. Si es otra consulta preguntar sobre estos aspectos
¿Si es otra consulta tiene que volver a preguntar, o revisar según lo contestado en la anterior consulta?

Para valorar las preguntas, el manual indica unos criterios:

- Centrarse en confianza o importancia
- Centrarse en la que tenga puntuación más baja
- Si son más o menos equivalentes, centrarse en importancia

- Si ambas son bajas, hablar con el paciente de cómo se siente y que otros problemas considera más importantes

El manual de procedimientos (pag13-14) indica una propuesta de preguntas sobre importancia y confianza.

¿Cuánto tiempo se tiene que dedicar el profesional a valorar estas preguntas?

6.2. Auto evaluación de si ha utilizado la escucha reflexiva

¿Qué criterios tiene que utilizar para evaluarse?:

- *Reafirmar con las mismas palabras lo que dice el usuario*
- *Devolver al usuario su respuesta, interpretando lo que ha querido decir*
- *Ayudarle en avanzar en las reflexiones, con preguntas abiertas*
- *Hacer nuevas preguntas que surjan a partir de lo contestado*
- *Intercambiar información*

6.3. Auto evaluación de si ha utilizado la estrategia de resumen

¿Qué criterios tiene que utilizar para evaluarse?:

- *Resumir los aspectos más importantes al empezar la consulta*
- *Resumir los aspectos más importantes al finalizar la consulta*

6.4. Entrega del folleto motivacional

¿El folleto se entrega o se repasa con el usuario?

¿Solo se entrega si está en fase contemplativa?

¿Si el paciente está contemplativo, se tiene que volver a citar o se tiene que esperar a que vuelva a la consulta por otro motivo?

7. VISITA DE SEGUIMIENTO OPORTUNISTA

Si el paciente precontemplativo-contemplativo vuelve a venir por otro motivo, se vuelve hacer entrevista motivacional. Siempre que acuda al centro se intentará tratar el tema del tabaco.

7.1. Entrevista motivacional: valorar las preguntas de importancia, confianza y preparación. Si es otra consulta preguntar sobre estos aspectos

¿Se tiene que volver a preguntar, o revisar según lo contestado en la anterior visita?

¿Se siguen las mismas indicaciones del punto 6.1?

También se autoevalua la escucha reflexiva y el resumen del profesional.

¿Cuál es el tiempo aproximado de la intervención?

8. CONSULTA PREPARACIÓN-ACCIÓN SIN AYUDA

Si la consulta de selección se ha valorado estado preparación-acción y no ayuda para dejar de fumar.

8.1. Consejo de refuerzo

¿En que consiste el consejo de refuerzo?: en repasar las circunstancias clínicas, antecedentes familiares, intereses personales, ganas o disposición de dejar de fumar

8.2. Fijar fecha para dejar de fumar

8.3. Entrega de folleto de ayuda práctica (preparación día D)

¿El folleto se repasa con el paciente?

8.4. Ofrecimiento de sustitutos de nicotina

8.5. Entrega optativa de información escrita sobre utilización de sustitutos de nicotina

8.6. Ofrecimiento de llamada o consulta de seguimiento en los primeros 7-15 días después del día D.

¿Cuál es el tiempo aproximado de la intervención?

9. CONSULTA DE SEGUIMIENTO 7-15 DÍAS DESPUÉS DEL DÍA

9.1. Pregunta si ha dejado de fumar

9.2. Propuesta de diferentes actividades de seguimiento: medición de CO, valorar los síntomas de intensidad y frecuencia, tratamiento farmacológico, preguntar por ayudas y dificultades de entorno, favorecer la verbalización de la ventajas por parte del paciente, informar del riesgo de recaídas/causas.

¿Estas actividades son realizadas a través de preguntas abiertas?

¿Tiene que utilizar la estrategia de escucha reflexiva y resumen, aunque no conste la auto evaluación?

¿Cuál es el tiempo de dedicación?

10. PREPARACIÓN ACCIÓN CON AYUDA: visita 1 semana antes del día D

Primera intervención de un conjunto de seis (10, 11, 12, 13,14 y 15), son dos de preparación y las restantes de acción y mantenimiento. Se realiza cuando el paciente está en preparación-acción y ha verbalizado que necesita ayuda.

¿El profesional antes de empezar la consulta 10 tiene que explicar en que consisten las seis intervenciones intensivas?

¿Cuántas actividades de las indicadas en la ficha se tienen que realizar en esta consulta?

10.1. Comentar datos relevantes de la consulta de selección

¿Comentar es que el profesional le recuerde lo que ha dicho el paciente en la consulta de selección o volver a preguntar?

10.2. Revisar historia clínica haciendo énfasis en enfermedades relacionadas

10.3. Reforzar las motivaciones de la consulta de selección

¿Se refiere a revisar las motivaciones que dijo en la consulta de selección, trabajar los beneficios que espera obtener al dejar de fumar?

¿Se puede introducir en esta pregunta los riesgos e inconvenientes que tiene el paciente en fumar y los motivos para seguir fumando?

10.4. Favorecer la verbalización de dificultades previsibles, miedos, dudas

¿Se tiene que realizar cómo pregunta abierta?

10.5. Reforzar el apoyo del entorno familiar, social, y laboral

¿El profesional tiene que preguntar primero quien fuma de su entorno y a partir de aquí reforzar el apoyo del entorno para dejar de fumar?

10.6. Valoración de la necesidad farmacológica

¿Cómo se realiza la valoración?

10.7. Pactar día D

Según procedimiento la fecha la tiene que decidir el paciente

10.8. Proponer actividades de preparación antes del día D: realizar lista de motivos, realizar un registro de consumo, realizar cambios en el consumo, aumentar los espacios libres de humo (ver anexo 5 Pág. 24del manual de procedimientos)

¿Las propuestas de actividades tienen que ser propuestas por el usuario?

10.9. Dar folleto de ayudas prácticas

¿Se revisa con el usuario?

10.10. Pesar y tallar

10.11. Fijar próxima visita

10.12. Anotaciones del profesional en la hoja de consulta

¿Qué tipo de anotaciones se tienen que registrar: resumen, escucha reflexiva...?

10.13. Sugerencias

¿A que se refiere, sugerencias que hace el paciente?

¿Cuánto tiempo aproximado dura la intervención?

11. PREPARACIÓN ACCIÓN CON AYUDA: visita 2-3 días antes del día D

Según manual de procedimientos, esta consulta puede ser que no se realice debido a cuestiones de tiempo del paciente.

¿Cuántas actividades de las indicadas en la ficha se tienen que realizar en esta consulta?

11.1. Reforzar la lista de motivaciones: lista a favor y en contra

11.2. Revisar actividades de preparación y registros

¿Se refiere a revisar según propuestas realizadas en la consulta anterior?

11.3. Informar sobre el síndrome de abstinencia

Ver anexo 5 Pág. 25-26

11.4. Dar folleto de ayuda práctica día D

11.5. Indicación de fármacos si es necesario

11.6. Peso obligatorio, medición de CO

11.7. Fijar próxima visita

¿Cuánto tiempo aproximado dura la intervención?

12. PREPARACIÓN ACCIÓN CON AYUDA: visita 3-8 días después del día D

¿Cuántas actividades de las indicadas en la ficha se tienen que realizar en esta consulta?

12.1. Confirmar abstinencia, si se puede con medición de CO

12.2. Valorar síntomas de abstinencia: intensidad y frecuencia

Ver anexo 5 Pág. 25-26

¿Se realiza con pregunta abierta, o el profesional indica los posibles síntomas?

12.3. Preguntar por ayudas/dificultades entorno familiar/laboral/social

12.4. Valorar como afrontan las situaciones difíciles

¿Se refiere a que explique las situaciones difíciles de dejar de fumar, proponer nuevas estrategias?

12.5. Favorecer la verbalización de las ventajas por parte del paciente

¿Pregunta abierta o el profesional indica ventajas según datos de la historia?

12.6. Explicar la posible aparición de la fase de duelo

¿Qué tiene que explicar?

12.7. Adherencia al tratamiento farmacológico

12.8. Fijar próxima visita

12.9. Anotaciones del profesional en la hoja de consulta

¿Qué tipo de anotaciones se tienen que registrar: resumen, escucha reflexiva...?

¿Cuánto tiempo aproximado dura la intervención?

13. PREPARACIÓN ACCIÓN CON AYUDA: visita 10-15 días después del día D

¿Cuántas actividades de las indicadas en la ficha se tienen que realizar en esta consulta?

13.1. Confirmar abstinencia, si se puede con medición de CO

13.2. Valorar síntomas de abstinencia: intensidad y frecuencia

Ver anexo 5 Pág. 25-26

¿Se realiza con pregunta abierta, o el profesional indica los posibles síntomas?

13.3. Valorar los trastornos del sueño u otros problemas

13.4. Hablar sobre dificultades en esta fase

¿Se refiere a revisar las dificultades habladas en la anterior consulta y maneras de resolverlas y nuevas que han surgido?

13.5. Problemas de aumento de hambre, posible aumento de peso

Ver anexo 5 Pág. 27

13.6. Informar sobre el riesgo de recaídas y causas

Ver anexo 5 Pág. 27

13.7. Enfatizar ventajas de dejar de fumar

¿El profesional revisa las ventajas de dejar de fumar que dijo el paciente y las refuerza o se vuelven a preguntar?

13.8. Adherencia al tratamiento farmacológico

13.9. Peso opcional

13.10. Fijar próxima visita

13.11. Anotaciones del profesional en la hoja de consulta

¿Qué tipo de anotaciones se tienen que registrar: resumen, escucha reflexiva...?

¿Cuánto tiempo aproximado dura la intervención?

14. PREPARACIÓN ACCIÓN CON AYUDA: visita 15 a 30 días después del día D

¿Cuántas actividades de las indicadas en la ficha se tienen que realizar en esta consulta?

14.1. Confirmar abstinencia, si se puede con medición de CO

14.2. Valorar síntomas de abstinencia: intensidad y frecuencia

Ver anexo 5 Pág. 25-26

¿Se realiza con pregunta abierta, o el profesional indica los posibles síntomas?

14.3. Preguntar por ayudas/dificultades entorno familiar/laboral/social

14.4. Valorar como afrontan las situaciones difíciles

¿Se refiere a que explique las situaciones difíciles de dejar de fumar, proponer nuevas estrategias?

14.5. Favorecer la verbalización de las ventajas por parte del paciente

¿Pregunta abierta o el profesional indica ventajas según datos de la historia?

14.6. Explicar la posible aparición de las falsas seguridades

14.7. Recordar las principales causas de recaídas (psico-sociales)

Ver anexo 5 Pág. 27

14.8. Adherencia al tratamiento farmacológico

14.9. Peso opcional

14.10. Fijar próxima visita

14.11. Anotaciones del profesional en la hoja de consulta

¿Qué tipo de anotaciones se tienen que registrar: resumen, escucha reflexiva...?

¿Cuánto tiempo aproximado dura la intervención?

15. PREPARACIÓN ACCIÓN CON AYUDA: visita 2 a 3 meses después del día D

¿Cuántas actividades de las indicadas en la ficha se tienen que realizar en esta consulta?

15.1. Confirmar abstinencia, si se puede con medición de CO

15.2. Valorar síntomas de abstinencia: intensidad y frecuencia

Ver anexo 5 Pág. 25-26

15.3. Detectar las nombradas “fantasías de control”

¿Se refiere a tener la sensación de controlar la abstinencia?

¿Si se detectan, se tendrían que recordar las causas de recaídas?

15.4. Tratamiento farmacológico: cumplimiento, efectos adversos y pauta de abandono

15.5. Preguntar por ayudas/dificultades entorno familiar/laboral/social

15.6. Favorecer la verbalización de las ventajas por parte del paciente

¿Pregunta abierta o el profesional indica ventajas según datos de la historia?

15.7. Recordar las ventajas a largo plazo

¿Pregunta abierta o explicar las ventajas a largo plazo?

15.8. Advertir de recaídas sociales (fiestas, celebraciones)

15.9. Peso obligatorio

15.10. Anotaciones del profesional en la hoja de consulta

¿Qué tipo de anotaciones se tienen que registrar: resumen, escucha reflexiva...?

16. REVISIÓN HCPA ANUAL

Se rellena sin la presencia del paciente

17. ACTUACIÓN DE RECAÍDAS

Intervención que se realiza cuando en el proceso hay una recaída.

¿Las recaídas se detectan a través de consultas por otro motivo?

17.1. Preguntar por la fecha que dejó de fumar: pregunta 1

17.2. Preguntar si necesitó ayuda o no: pregunta 2

17.3. Tiempo sin fumar más de 24h: pregunta 3

17.4. Motivos de recaída: pregunta 4

¿Pregunta abierta? ¿Se enfatiza los beneficios que tuvo al dejar de fumar? ¿Se exploran las situaciones que favorecieron las recaídas?

17.5. Consumo actual: pregunta 5

17.6. Determinación del estadio de cambio: preguntas del 6-7

Según manual dice “se determinará el estadio de cambio y al acabar la recogida de datos se procederá a actuar según estadio”, ¿se indica a la persona en que estadio está? ¿En que momento?

17.7. Anotaciones del profesional en la hoja de consulta

¿Qué tipo de anotaciones se tienen que registrar: resumen, escucha reflexiva...?

¿Cuánto tiempo dura la intervención?

Annex 3. Tècniques utilitzades en l'ús del mètode d'anàlisi de comparacions de casos a l'estudi Controlling smoking

Annex 3.1. Taula exemple utilitzada per fer l'anàlisi de comparació de casos

	CAS 1 012021 LCD	CAS 2 010925 MRP	CAS 3 010825 NGL	CAS 4 011129 JGS	CAS 5 011128S MC	CAS 6 0109266 GPF	CAS 7 010823 FJG	CAS 8 012022 EGS	CAS 9 011130 CLV	CAS 10 011309 MVT	CAS 11 010822 EGG	CAS 12 011127D GM	CAS 13 010824 ACR
N° entrevistes	3 1r entrevista: declaració i preparant-se per deixar de fumar 2n entrevista: Al cap d'una setmana de deixar de fumar 3r entrevista: Al cap de dues setmanes de deixar de fumar	3 1r entrevista: 1 setmana sense fumar 2n entrevista: Dues setmanes sense fumar 3r entrevista: 1 mes sense fumar	5 1r entrevista: Procés de prendre la decisió de deixar de fumar, 2n entrevista: Procés de prendre la decisió de deixar de fumar, 3r entrevista: Preparació, reduint el consum de fumar,	6 1r entrevista Declaració i preparació per deixar de fumar 2 entrevista Preparació, reduint el consum de tabac 3r entrevista: Preparació, reduint el consum de tabac 4t entrevista:	3 1r entrevista Declaració de deixar de fumar, inici preparació, es veu molt capaç de controlar el consum 2n entrevista Dues setmanes sense fumar 3r entrevista Un mes sense fumar 4t entrevista:	5 1r entrevista Declaració i preparació 2n entrevista Preparació per deixar de fumar 3r entrevista Preparació per deixar de fumar 4t entrevista Porta tres dies sense fumar 5e entrevista	5 1r entrevista Valoració del consum de tabac 2n entrevista Declaració dubitativa 3r entrevista Porta tres dies sense fumar 4t entrevista Fuma purets. La persona està desesperada perquè és	3 1r entrevista Declaració per deixar de fumar 2n entrevista: Preparació 3r entrevista Preparació 4t entrevista S'ha quedat embarassada i ja no fuma.	2 1r entrevista Preparació per deixar de fumar. S'inicia l'entrevista explicant com ha anat la reducció del consum de tabac. 2n entrevista Preparació per deixar de fumar. Situació familiar important que fa que	3 1r entrevista: Declaració de deixar de fumar 2n entrevista: Acorden la preparació de fumar. Reducció consum tabac. 3r entrevista Reflexió sobre el consum de tabac. Té una	1r entrevista 2n entrevista Explica el'intent de deixar de fumar i la recaiguda	1r. Entrevista:: verbalitza clarament que vol deixar de fumar. Es donen les pautes per iniciar la preparació (registre i reduir consum de tabac). Es important la motivació que té deixar de fumar. Els motius són els fills i	Es un cas d'una persona que fuma poc i que no té problemes per deixar de fumar. De fet, és un cas que descartaria per l'anàlisi. Només hi ha una entrevista i no l'he transcrita. A l'Atlas la posaré en document audio.

			<p>consum de tabac</p> <p>4t entrevista</p> <p>Una setmana sense fumar, ha fumat alguna vegada</p> <p>5e entrevista</p> <p>Dos mesos sense fumar, però amb constants recaigudes en aquest procés. Dóna per tancat el procés d'intent de deixar de fumar.</p>	<p>Porta tres mesos sense fumar, però ha anat fumat algun cigarro</p> <p>5e entrevista</p> <p>Porta cinc mesos des de que inicia el procés de deixar de fumar. Ara té la percepció que controla el consum. Es va fumant algun cigarret.</p> <p>6e entrevista</p> <p>Recaiguda, no controla</p>			<p>el cuidador principal de la seva dona.</p> <p>4t entrevista</p> <p>15 dies des de que deixa de fumar. Durant la primera setmana ha fumat, purets i després diu que ja no ha fumar res més (no sembla que digui la veritat)</p> <p>5e entrevista</p> <p>Han passat més de 4 mesos des de que va l'intent i ha recaigut</p>		<p>es desplaçament l'interès per deixar de fumar. A més, no està gens tranquil·la i la professional l'aconselli que abandoni l'intent de deixar de fumar</p>	<p>preparació dubitativa</p>	<p>que ha tingut un IAM.</p> <p>2n entrevista</p> <p>Només un dia ha intentat fer la reducció de consum de tabac. Està contenta, però una situació familiar fa que no torni a fumar. Després de la 2n entrevista es torna a posar a preparar. Aquesta dona està malalta com el cas. La preparació s'allarga.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------	---	--

				el consum de tabac									
Característiques	Home Classe social IV. Parcialment qualificat. Nom fictici: Joan Edat: 31-44 anys	Dona Classe social II Diplomada, petita empresària Nom fictici: Montserrat Edat: 45-60 anys	Dona Classe social II Edat: 5-30 anys	Home Classe social: Edat: 5-30 anys	Home Clase social IV. Parcialment e Cualificado Edat: 45-60 anys	Home Classe social III- qualificat manual 40 anys	Home Classe social IV. Parcialment qualificat. Jubilat actualment . Mai ha anat a l'escola. Edat: 68 anys	Dona, Classe social: IIIINM qualificat manual Edat: 25 anys	Dona Classe social: V. No qualificada Edat: 46 anys	Dona Classe social: III. Llicenciada. Dóna classes Edat: 30 anys	Dona Classe social III Qualificada no manual. Telemarqueting Edat: 40 anys	Dona Classe social: IV Parcialment e qualificada Edat: 40 anys	Dona Classe social: IV Parcialment e qualificada Edat: 63 anys
Dependència segons Test de Fagerström	MODERADA	MODERADA	MODERADA	MODERADA	ALTA	ALTA	MODERADA	BAIXA Ella es sent dependent a la feina, però en el seu entorn familiar no.					
Problemes de salut	El metge ja li ha recomanat que deixes el consum de tabac (té problemes de salut)	No hi ha patologia prèvia	No hi ha patologia prèvia	No hi ha patologia prèvia	Hi ha patologia prèvia	Hi ha recomanació important de deixar de consumir	SI. Té EPOC	No			Te fibromialgia	Si, va tenir un IAM	

Experiència prèvia de deixar de fumar cigarretes	SI	SI	Té una experiència d'un mes sense fumar	Ho ha deixat quatre vegades. Màxim ha estat un mes sense fumar	Té una experiència de tres setmanes sense fumar.	Té una experiència de posar-se pegats de nicotina durant la setmana.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
---	----	----	---	--	--	--	----	----	----	----	----	----	----

Annex 3.2. Exemple de taula per ajudar a la construcció del model del procés de deixar de fumar en el context d'atenció primària

ELEMENTS DEL MODEL	EXPLICACIÓ
<p>CONDICIONS CAUSALS QUE PRODUEIXEN EL FENOM (el què influeix en tenir l'abstinència contrlada)</p>	<p>Prèviament a prendre la decisió de deixar de fumar, hi ha una reflexió sobre el propi consum. Aquesta reflexió es produeix de manera desordenada, en converses amb la família, amics, professional de la salut.</p> <p>Aquesta reflexió té a veure en que la persona està “preocupada” (ambivalent) davant del seu consum. Desencadenants d'aquesta situació de preocupació són:</p> <ul style="list-style-type: none"> - problemes de salut - sentir-se dependent del consum de cigarretes: adonar-se de no control del consum. - edat - voler-se quedar embarassada i tenir la creença que si fumes quan estàs embarassat, pot ser que el teu fill tingui més facilitat per enganxar-si (cas 8). - entorn no afavoridor del consum de tabac (cas 1, cas 5, cas 8) - voler deixar de fumar o estar motivat per deixar de fumar. Aquesta condició també es va construint en el temps. És a dir, no tots són capaços en la primera consulta de decidir quin dia volen deixar de fumar. <p>Les preocupacions giren entorn a l'àmbit de la salut i a la dependència del consum de tabac.</p>

	<p>Aquestes condicions són requisits? Voler deixar de fumar és una condició necessària, si no vols deixar de fumar no es produeix l'esdeveniment central que estem estudiant (aconseguir ser una persona no fumadora).</p>
<p>FENOMEN Esdeveniment central o la gestió del qual o maneig es dirigeix un conjunt d'accions o interaccions o amb el que el conjunt d'accions està relacionat</p>	<p>Convertir-se en una persona no fumadora, aconseguir ser una persona no fumadora.</p> <p>La persona posa en el centre el voler aconseguir ser una persona no fumadora.</p> <p>Deixar de fumar</p> <p>Deixar de fumar de manera acompanyada</p> <p>Aconseguir abstinència de manera perllongada</p>
<p>ESTRATÈGIES (per fer front a l control de l'abstinència</p>	<p>- Anar a diverses consultes amb el professional que l'ajudi a deixar de fumar. Al llarg del procés les persones van a la consulta per reflexionar i valorar el procés que està fent. El professional planteja diferents estratègies que l'han d'ajudar a convertir-se en persona fumadora:</p> <p>a) Reduir el consum de tabac. Aquesta és una estratègia que proposa el professional i que la persona que vol deixar de fumar la segueix. Això confirma que la persona vol deixar de fumar.</p> <p>b) Prendre medicació per controlar l'ansietat previ a deixar de fumar i durant el procés (cas 6).</p>

	<p>c) També posar-se substituïts de la nicotina o mastegar xiclets de nicotina per reduir la dependència a la nicotina.</p> <p>- Utilitzar diferents estratègies per fer front a les “ganes de fumar” :</p> <p>a) dutxar-se previ a esmorzar</p> <p>b) posar-se palets de cafè a la boca, prendre caramels</p> <p>c) comprar-se un bolso petit perquè no hi càpiga el tabac.</p> <p>d) no baixar a esmorzar amb les companyes de feina, no baixar a prendre el cafè amb els companys de feina</p> <p>e) fer desaparèixer el tabac a la vista (disminuir l’accessibilitat)</p> <p>Hi ha estratègies planificades o racionalitzades prèviament, en canvi hi ha estratègies que apareixen de manera “no planificada” en el moment: per exemple beure més alcohol quan surts o menjar dolços.</p>
<p>CONTEXTOS (lloc on passen els esdeveniments)</p>	<p>Els contextos és un criteri de mostreig. He cercat diferents contextos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - persona jubilada/persona treballadora - persona que viu amb família/ persona que no viu amb família - persona amb activitat lúdica important/persona que no té tanta activitat lúdica - persona que té contra a seu a la família per fumar (cas 8), persona que no té contra la família (cas 6).

	<p>- persona que treballa en un entorn on és difícil o està prohibit fumar/persona que té més facilitats per fumar en l'entorn laboral (vigilant de torn de nit)</p> <p>Els contextos poden esdevenir condicions que faciliten, limiten o dificulten les estratègies que es prenen. Per exemple el cas 6 on la seva parella fuma i que per tant té dificultats de deixar de fumar.</p>
<p>CONDICIONS INTERVINENTS (condicions que modelen, faciliten o limiten les estratègies que tenen lloc en un context específic)</p>	<p>Suport de l'entorn: l'entorn pot ser positiu o que afavoreixi el convertir-se en persona no fumadora o limiten/difículten el convertir-se en persona fumadora. (veure el casos de suport positiu i suport negatiu).</p> <p>Adonar-te que controles l'ansietat; veure els beneficis que s'obtenen quan es deixa de fumar faciliten aconseguir ser una persona que no fuma.</p> <p>Haver pensat prèviament com pots intervenir davant de situacions de risc (el cas 4, 7 tenen dificultats per contestar què han de fer davant situacions problemàtiques.</p> <p>Creences que modelen les estratègies:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si et fumes una cigarreta recauràs. Aquesta creença ajuda en positiu a tirar endavant les estratègies. - Costa molt deixar de fumar. Aquesta creença ajuda en positiu a continuar a tirar endavant. - Creença que si estàs embarassa no pots fumar afavoreix molt el deixar de fumar. - Costa molt deixar de fumar. Aquesta és una altre intent. Aquesta creença no ajuda a convertir-se a ser un no fumador. És adonar-te que ets dependent.

	<p>Hi ha situacions problemàtiques que la persona col·loca al centre i desplaça el voler “ser una persona fumadora”. Aquest és el cas 2 (la persona viu una situació delicada professionalment) i el cas 3 (persona que té una recaiguda en la seva bulímia). També és la situació del cas 7 (persona gran que té cura de la seva parella). Aquestes situacions generen estrès i el tabac és utilitzat com una estratègia per disminuir deixar de fumar.</p> <p>Por</p> <p>Por a engreixar-se</p>
<p>ACCIÓ/INTERACCIÓ (estratègies concebudes per gestionar, manegar, portar a terme, respondre a “convertir-se en ser no fumador” sota un conjunt de condicions percebudes</p>	<p>Estratègies en positiu que fan que et vagis convertint en un no fumador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anar amb gent que no fuma - Cercar la reafirmació del procés en els altres: “todo el mundo lo està dejando con el Zyntabac. - No baixar la guàrdia. Està pendent de situacions que poden generar les ganes de consumir. - Continuar amb el suport professional - Fer coses, no parar - No relativitzar el procés que està fent. Tenir clar que estàs en una situació de repta. - Controlar el consum de cigarretes en situacions que abans no es controlaven - Menjar per controlar - cerca el suport de les altres persones que fumen. <p>Accions que van en contra a “convertir-se en no fumador”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fumar quan estàs histèric

	- Fumar, ho aconseguirem en una altre intent
CONSEQÜÈNCIES (conseqüències o resultats de l'acció o interacció que es deriva de les estratègies)	- Veure que existeix una “vida sense tabac”. Quan veus que vas superant les dificultats, hi ha casos que verbalitzen que hi ha aquesta vida sense tabac. Tenir la sensació de control - Recaure en el consum , sentir-se estancat (3-10 cigarretes al dia) - Engreixar-se

