

OPUSTITE KAJENJE in zmagajte

ORIS POMOČI PRI ODVAJANJU OD KAJENJA

Dodajmo leta življenju, življenje letom in zdravje življenju. (WHO)

asist. mag. **Tomaž Čakš**, dr. med.
spec. splošne medicine, specialist higijene



OPUSTITE KAJENJE IN ZMAGAJTE

ORIS POMOČI PRI ODVAJANJU OD KAJENJA

asist. mag. **Tomaž Čakš**, dr. med.
spec. splošne medicine, specialist higiene

Ilustracije:

Miki Muster

Lektoriranje:

Kasilda Bedenk

Oblikovanje in računalniški prelom:

Gorazd Rogelj, G-ARTS

Izdal in založil:

CINDI Slovenija, Zdravstveni dom Ljubljana

Ulica stare pravde 2, Ljubljana

Tisk:

Tiskarna ...

Ljubljana 2004

Prva izdaja

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613.84

ČAKŠ, Tomaž

Opustite kajenje in zmagajte : oris pomoči pri odvajanju od kajenja / Tomaž Čakš ; [ilustracije Miki Muster]. - 1. izd. - Ljubljana : CINDI Slovenija, 2004

ISBN 961-90909-4-2

127975936

V skladu z določili Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah je brez pisnega dovoljenja avtorja ali založnika prepovedano kakršnokoli razmnoževanje te knjige oz. njenih delov.
© CINDI Slovenija, 2004

KNJIGI NA POT

Eden od najpomembnejših načinov, kako lahko neka država zmanjša obolevnost in smrtnost zaradi vrste bolezni ter s tem tudi stroške zdravljenja, je zmanjšanje deleža kadilcev. To lahko dosežemo predvsem z zmanjšanjem števila novih kadilcev. Drug, prav tako pomemben način je pospeševanje in pomoč pri odvajanju od kajenja. Jasni so dokazi o učinkovitosti in tudi finančni uspešnosti programov odvajanja od kajenja. Večina kadilcev želi prenehati s kajenjem; po podatkih v svetovni literaturi je takih kadilcev kar 75 %, podobno nam kažejo tudi naše raziskave. Ker pa gre za bolezen odvisnosti, potrebujejo kadilci strokovno pomoč. V Sloveniji potekajo v sklopu programa CINDI že vrsto let učne delavnice za zdravnike in sestre predvsem v osnovnem zdravstvu, na katerih se usposabljuje za pomoč tistim, ki želijo prenehati kaditi. Pomembno bi bilo, da bi se teh delavnic udeleževali tudi zdravniki in sestre iz bolnišnic, v katerih se pogosto znajdejo kadilci in si želijo pomoč tudi pri odvajanju od kajenja. Vsi tisti, ki so že bili na učnih delavnicah ali se jih še bodo udeležili, pa za svoje delo potrebujejo tudi določeno literaturo. CINDI Slovenija je pred leti že izdal dva priročnika, ki naj bi pomagala strokovnjakom pri delu s kadilci. Priročnik, ki so ga strokovnjaki uporabljali pri individualnem svetovanju za opuščanje kajenja, je pred časom pošel in pokazala se je potreba po novem in posodobljenem. Zato smo se pri CINDI-ju odločili, da pripravimo novega. V pomoč naj bi bil vsem tistim, ki že delajo s kadilci, pa tudi onim, ki se pri svojem delu le občasno srečujejo s kadilci in njihovimi težavami, povezanimi s tobakom. S priročnikom, za katerega želimo, da bi bil dostopen čim večjemu številu zdravstvenih delavcev, želimo strokovnjake predvsem čim bolj senzibilizirati za probleme, povezane s tobakom, in jih čim bolj vključiti v svetovanje in podporo kadilcem, ki želijo prenehati s kajenjem. Za tako delo so potrebna ustrezna znanja in veščine, zato upamo, da bomo s priročnikom dodali kamenček v ta mozaik.

Jožica Maučec Zakotnik, dr. med.

direktorica CINDI Slovenija

*državna sekretarka za krepitev zdravja
in preventivo na Ministrstvu za zdravje*

ZAHVALA

Zahvaljujem se recenzentom prof. dr. Andreju Debeljaku, dr. med, asist. dr. Zdenki Čebašek, dr. med. in asist. Petru Keclju, dr. med. za zelo podroben pregled priročnika ter vrsto utemeljenih pripomb in dopolnitev. Vse sem poskušal čim bolj upoštevati in prepričan sem, da je priročnik z njihovo pomočjo mnogo pridobil.

Zahvaljujem se gospodu Mikiju Mustru za enkratne ilustracije in Študentski organizaciji Univerze v Ljubljani, še posebej pa njenemu predstavniku kolegu Urošu Fekonji, da sta mi omogočila natis teh ilustracij v mojem priročniku. Zahvaljujem se tudi gospe Kasildi Bedenk za lektorske popravke in ustvarjalno sodelovanje.

asist. mag. Tomaž Čakš, dr. med.

PREDGOVOR

Obolevnost in umrljivost zaradi bolezni, povezanih s tobakom, sta veliki. Da bi uspešno zmanjšali delež teh bolezni, je zelo pomembno zvečati število tistih, ki prenehajo s kajenjem, in onih, ki nikoli niso kadili. Večina kadilcev in kadilk bi želela prenehati s kajenjem. Zasvojenost, ki jo povzroča nikotin, je sedaj že dobro znana. Zaradi te zasvojenosti mnogim kadilcem ne uspe prenehati s kajenjem, predvsem če poskušajo to sami, brez pomoči. Zato je dobro, da imajo čim več različnih opcij za zdravljenje in s tem večjo možnost za uspeh. Uspešna pomoč pri opuščanju kajenja vsebuje vrsto ukrepov, npr. različna vedenjska in farmakološka zdravljenja z izobraževanjem, kratkimi posveti in nasveti, intenzivno podporo, predpisovanjem preparatov idr., ki lahko posamezno ali v kombinaciji pomagajo posamezniku in populaciji kot celoti.

Ta priročnik je namenjen zdravnikom pri njihovem delu z bolniki kadilci. Morda bo v pomoč tudi vsem tistim, ki se ukvarjajo s pomočjo pri odvijanju od kajenja — od medicinskih sester do farmacevtov in drugih terapevtov. Želim si, da bi v njem našli koristen pripomoček za svoje delo.

Ker gre zgolj za priročnik, v njem ni bilo mogoče podati vseh informacij s področja tobaka in njegovega vpliva na zdravje. Dodal pa sem seznam literature, v kateri je mogoče najti podrobnejše informacije in opise raziskav. V zadnjem času poteka veliko aktivnosti na področju obvladovanja tobačne epidemije, zato se pojavlja tudi vse več novih spoznanj. Morda bo kaj, kar je tu zapisanega, do takrat, ko bo priročnik izšel, že zastarelo. Temu se žal ne da ogniti. V ta namen sem dodal še nekaj internetnih strani, na katerih je mogoče spremljati novosti.

Vsem, ki delajo na področju obvladovanja rabe tobaka, želim čim več uspeha pri delu.

KAZALO

UVOD	9
KAJENJE TOBAKA – NAVADA, ZASVOJENOST ALI ODVISNOST	12
ZNAČILNOSTI ODVISNOSTI OD TOBAKA	13
MEHANIZMI DELOVANJA NIKOTINA	15
KADILCI ŽELIJO PRENEHATI KADITI	17
ZDRAVNIK IN OPUŠČANJE KAJENJA	20
KRATKI POSEGI ZA PRENEHANJE KAJENJA	22
PRIPOROČILA ZA KRATKE POSEGE	23
NASVETI IN PRIPOROČILA ZA POMOČ PRI ODVAJANJU OD KAJENJA	29
DOLGOROČNI PROCES SPREMINJANJA	31
ODPOR DO SPREMINJANJA	35
PRIDOBIVANJE PODPORE	36
TEŽAVE PRI OPUŠČANJU KAJENJA	37
ODTEGNITVENI SIMPTOMI	37
KAJENJE IN TELESNA TEŽA	39
ZDRAVILA PRI OPUŠČANJU KAJENJA	41
NIKOTINSKO NADOMESTNO ZDRAVLJENJE	41
BUPROPION	45
DRUGA ZDRAVILA	47
STROŠKI UPORABE ZDRAVIL	47
NEKATERE DRUGE METODE POMOČI	49
ODGOVORI NA POGOSTO POSTAVLJENA VPRAŠANJA KADILCEV PRI ODVAJANJU OD KAJENJA	50
LITERATURA	54
UPORABLJENA IN PRIPOROČENA LITERATURA	59
INTERNETNE STRANI	60

UVOD

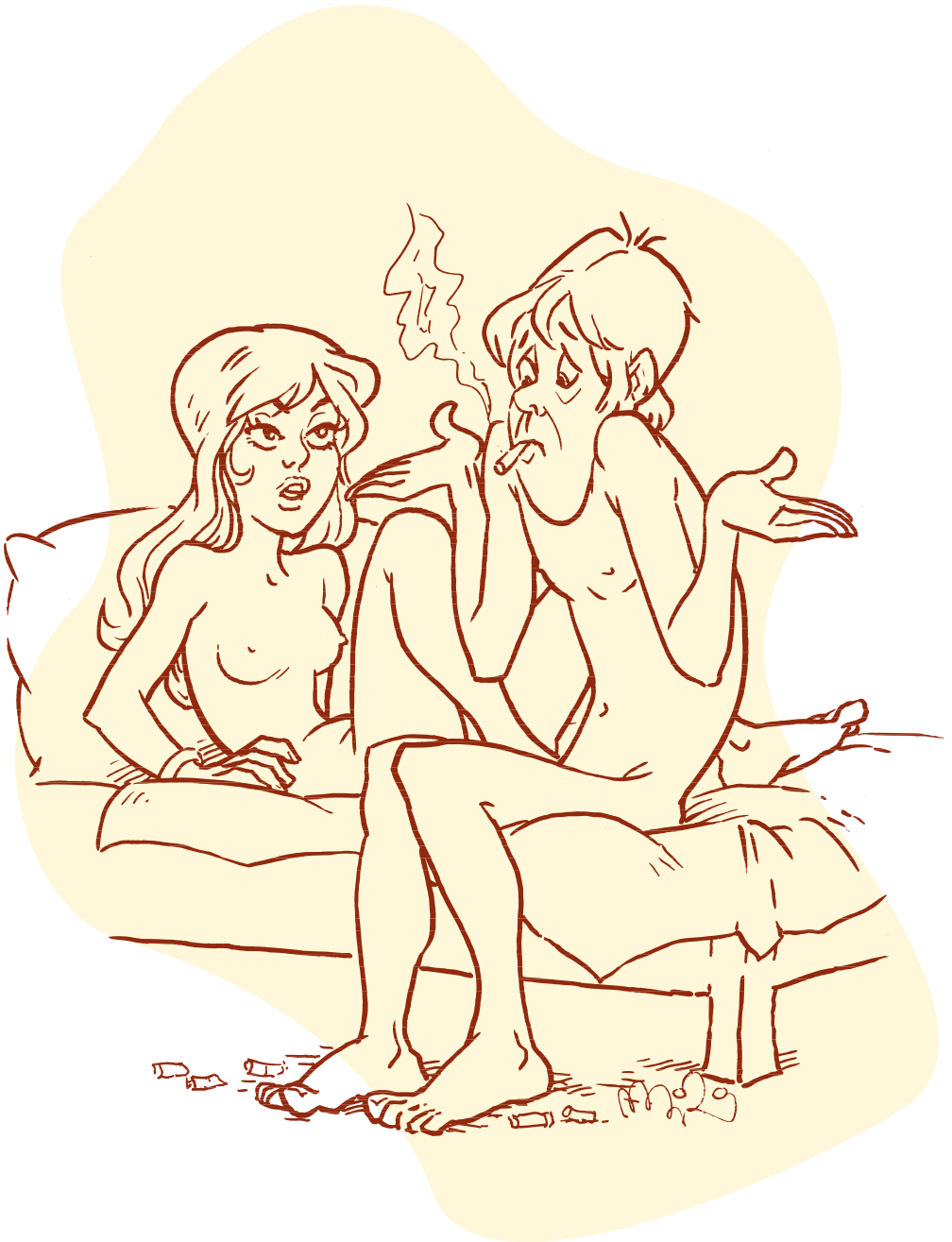
Kajenje je v razvitem svetu med dejavniki tveganja za nastanek in razvoj bolezni in smrti, ki jih je mogoče povsem odpraviti, daleč na prvem mestu.⁽¹⁾ V večini evropskih mest kajenje tobaka umori več ljudi kot prometne nesreče, alkohol, požari, samomori, droge in AIDS skupaj.⁽²⁾

Tobak je svoj pohod po svetu pričel, ko ga je v Evropo prinesel Krištof Kolumb ter sta ga začela uporabljati francoski veleposlanik na portugalskem dvoru Jean Nicot in angleški plemič Sir Walter Raleigh.⁽³⁾ Počasi je postalo kajenje moreč pojav v Evropi in drugod po svetu. Sedaj tobačna industrija iz nesreče drugih kuje lepe denarje. Išče nove kadilce v nerazvitem svetu, med ženskami, revnimi in predvsem med mladimi.⁽⁴⁾

Tobačni dim vsebuje prek 4000 bolj ali manj strupenih snovi, med katerimi so najpomembnejši prav gotovo katran, ogljikov monoksid in nikotin.⁽⁵⁻⁹⁾ Zaradi tega je povsem jasno, **da varna cigareta ali varna količina oz. način kajenja ne obstajajo.**⁽¹⁾ Tudi ljudje v okolici kadilca so izpostavljeni vplivu cigaretnega dima in njegovim sestavinam ter so zaradi t. i. **pasivnega kajenja** potencialno ogroženi.⁽¹⁰⁾ Zaradi vsega tega sta pomembna tako preprečevanje začetka kajenja kot odvajanje od kajenja na ravni celotne populacije in posameznika.^(11, 12) Kajenje se namreč vse bolj širi v deželah v razvoju, v razvitem svetu pa se zmanjšuje.^(2, 13-15) Pri nas se je v zadnjih letih delež kadilcev izrazito zmanjšal, še posebej po sprejetju zakona, ki je omejil uporabo tobačnih izdelkov.⁽¹⁶⁾

Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da bo v naslednjih 25 letih zaradi bolezni, povezanih z rabo tobaka, umrlo 150 milijonov sedaj živečih ljudi, če se bo ta trend nadaljeval. Samo intervencije, ki bodo te ljudi opogumile in jim omogočile, da prenehajo z rabo tobaka, lahko zmanjšajo število smrti.

Seveda se pri rednih kadilcih v primerjavi z nekadilci ne zveča le umrljivost, ampak tudi obolevnost, saj bolezni, povezane s kajenjem, ki vodijo v smrt, pred tem povzročijo dolgotrajno obolevnost, povezano z visokimi stroški oskrbe.⁽¹³⁾ Potrebna je bilo sicer veliko časa in opravljenih veliko raziskav, da je prišlo v prejšnjem stoletju do jasnih dokazov o škodljivosti kajenja.⁽¹⁷⁻²⁷⁾



Sedaj je dobro znana zvečana umrljivost med kadilci v primerjavi z nekadilci. Narejene so bile številne raziskave, med katerimi je morda najbolj znana 40-letna longitudinalna študija umrljivosti med 34.000 angleškimi zdravniki v letih 1951–1991, ki jo je vodil Sir Richard Doll s sodelavci in jo objavil leta 1994. Vzrok smrti so določili v več kot 90 odstotkih primerov. Delež umrljivosti v srednjih letih starosti je bil pri kadilcih dvakrat večji kot pri nekadilcih. Pričakovana življenjska doba je bila pri rednih kadilcih za 8 let krajša v primerjavi z dolgoletnimi nekadilci. Pri kadilcih, ki prenehajo kaditi pred 35. letom starosti, pa se stopnja umrljivosti ne razlikuje od nekadilcev.⁽²⁸⁾

Raba tobaka je dejavnik tveganja za nastanek in razvoj vrste kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so pogosto neposredni vzrok smrti kadilcev.⁽²⁹⁻³³⁾ Vpliv kajenja je nesporno dokazan pri različnih vrstah rakov, boleznih srca in ožilja ter kronični obstruktivni pljučni bolezni, težavah z zanositvijo in impotenco. Med tako imenovane “kadilske rake” prištevamo: rak pljuč, grla, požiralnika, ustne votline, trebušne slinavke, ledvic, vratu maternice in sečnega mehurja. Na prvem mestu je zagotovo rak pljuč, saj je med najpogostejšimi na svetu^(15, 34-44) pa tudi v Sloveniji^(45, 46). Tudi večino primerov kronične obstruktivne pljučne bolezni povzroči kajenje.^(15, 47, 48) Vendar kadilci umirajo predvsem zaradi bolezni srca in ožilja; tobak namreč močno vpliva na njihov nastanek in razvoj.⁽⁴⁹⁻⁵⁶⁾ Pomembna je tudi njegova vloga pri pojavu impotence⁽⁵⁷⁻⁶⁰⁾, zelo nevaren pa je vpliv na še nerojenega otroka⁽⁶¹⁻⁶⁵⁾.

Vse to so seveda razlogi, zaradi katerih je za kadilko in kadilca koristno prenehati s kajenjem.

KAJENJE TOBAKA – NAVADA, ZASVOJENOST ALI ODVISNOST

Odvisnost od tobaka in odtegnitveni (abstinenčni) sindrom sta opredeljena v Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) pod šifro F-17 v skupini Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi. Tako je odvisnost od tobaka opredeljena kot bolezen in bolezen je seveda treba zdraviti. Ameriško psihiatrično združenje je prišlo do podobnih zaključkov v svoji publikaciji DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Odvisnost je opredeljena kot:

- pritisk (neprestana želja – bolnik ima za seboj enega ali več neuspešnih poskusov, da bi nehal kaditi)
- izguba kontrole (bolnik kadi več, kot je nameraval)
- opustitev pomembnih rekreacijskih dejavnosti
- nadaljevanje navkljub zavedanju neprestanih in ponavljajočih se težav (socialnih, finančnih, psiholoških)
- odtegnitveni simptomi
- vse več časa gre za kajenje cigaret
- zvišana toleranca (potrebne so vse večje količine).

Terminološko se v obeh razvrstitvah uporabljajo izrazi “nicotine dependence” (odvisnost od nikotina) ali “tobacco dependence” (odvisnost od tobaka) ter “nicotine withdrawal” (odtegnitvena kriza ali abstinenčni sindrom). Pogosteje pa to bolezen v anglosaksonski strokovni literaturi označujejo z izrazom “nicotine addiction” (zasvojenost z nikotinom). Tukaj nastopijo terminološke težave tudi v slovenščini. V Slovarju slovenskega knjižnega jezika (SSKJ) je beseda *odvisen* razložena kot stanje, da je nekdo odvisen od nekoga ali nečesa (npr. odvisnost od staršev, finančna odvisnost ipd.), *zasvojenost* pa pomeni, da je zasvojen z neko snovjo (*psihična zasvojenost* – pri kateri se zasvojenec vrača k uživanju neke snovi zaradi spomina na njen ugodni učinek; *telesna zasvojenost* – pri kateri se ob prekinitvi pojavijo odtegnitveni simptomi). V naši strokovni literaturi se glede na uporabo psihoaktivnih snovi uporablja predvsem izraz *odvisnost*. V tem priručniku uporabljam oba izraza, in sicer v smislu *zasvojen z nikotinom* in *odvisen od nikotina ali tobaka*. Nekdo je zasvojen z nikotinom in je zato od njega odvisen.

ZNAČILNOSTI ODVISNOSTI OD TOBAKA

- Kajenje je že stoletja legalno in socialno sprejemljivo v številnih državah. Zaradi tega so ga vrsto let pojmovali kot razvado – drugače kot druge oblike odvisnosti od psihoaktivnih snovi. Sedaj se vse bolj vrstijo dokazi, da je kajenje tobaka odvisnost in da nikotin povzroča zasvojenost.⁽⁶⁶⁾
- Kot pri vseh vrstah odvisnosti tudi pri nastanku tobačne delujejo trije dejavniki: človek, družba in droga.
- Potrjen je obstoj bioloških in vedenjskih mehanizmov, ki so odgovorni za nastanek zasvojenosti.
- Ponavljajoče se izpostavljanje učinkom nikotina, ki je psihoaktivna snov, vodi do nevroadaptacije, ta pa podpira vedenje, usmerjeno v potrebo po drogi ter vzpostavljanje tolerance.
- Toleranca je eden od procesov nevroadaptacije. Ko nekdo postane toleranten za neko drogo, je vse manj dovzeten zanjo in zato potrebuje vse večje odmerke, da doseže enak učinek. Pri kajenju to pomeni večanje števila cigaret ali kajenje cigaret z vse večjo vsebnostjo nikotina.
- Novi kadilci se hitro navadijo, kako se inhalira, izkušeni kadilci pa znajo uravnati koncentracijo nikotina v krvi z načinom inhalacije (globina, frekvenca).
- Želja kadilca po cigareti je vse močnejša, ko se zniža raven nikotina v krvi.
- Najbolj odvisni so tisti, ki potrebujejo cigareto takoj, ko se zbudijo ali pa se celo zbujajo sredi noči zaradi želje po cigareti.
- Znanstveniki so odkrili skupino genov, ki povzročajo večjo nagnjenost k nastanku zasvojenosti. Vzrok je v velikem številu podskupin nikotinskih holinergičnih receptorjev. Zadnje raziskave pa kažejo tudi prisotnost ali odsotnost določenih encimov, pomembnih pri razgradnji nikotina.
- Pri kajenju imajo močan pospeševalni učinek tudi dejavniki okolja, ki ohranjajo odvisniško vedenje.
- Izjemno pomembno je, v katerem življenjskem obdobju začnejo ljudje kaditi in kdaj pride do zasvojenosti z nikotinom.
- Kadilskih navad ne pridobimo hitro.⁽⁶⁷⁻⁷⁰⁾ Mladi ljudje prehajajo postopoma od priprave in poskusov prek občasne rabe do tega, da postanejo redni kadilci. Število občnih (tedenskih) in rednih (dnevni) kadilcev se postopoma zvečuje od približno desetega leta starosti naprej.⁽¹³⁾
- Ugotovili so tudi razlike v hitrosti nevroadaptacije glede na starost pri začetku kajenja.

- Leshner ugotavlja, da obstaja veliko dokazov, da kajenje tobaka povzroča odvisnost, ki je kronična, ponavljajoča se bolezen, za katero je značilno impulzivno iskanje in uživanje droge.⁽⁷¹⁾

Kadilec je navezan na cigareto, ker:

- mu pomaga vzpostavljati zvezo z okoljem (zadrega),
- se mu zdi, da zmanjšuje napetost,
- zbližuje kadilce med seboj,
- omogoča pogojni refleks: cigareta - ugodje.

Socialne navade so vpletene v kajenje in jih je velikokrat težko spremeniti. Veliko kadilcev ima več ključnih trenutkov v dnevu, ki so povezani s kajenjem, na primer:

- prihod na delo
- odmor za kavo
- po jedi
- po spolnem odnosu.

Ponujanje in izmenjava cigaret je ritual v mnogih socialnih situacijah. Kajenje je lahko del osebnosti nekoga in njegove samopodobe.

MEHANIZMI DELOVANJA NIKOTINA⁽⁷¹⁻⁷⁵⁾

NIKOTIN

- Je najpomembnejši alkaloid v tobaku.
- Absorbira se skozi pljuča, kožo in sluznico.
- Učinek nikotina je zelo močan in hiter, saj se pokaže že nekaj sekund po inhalaciji tobačnega dima.
- Deluje kot substanca za zasvojenost prek acetilholinskih receptorjev, ki pospešujejo sproščanje različnih nevrottransmitterjev ali nevroloških prenašalcev.
- Obstaja cela vrsta nikotinskih holinergičnih receptorjev, ki so locirani v ganglijih v različnih delih možganov.
- Ugotovili so skupne značilnosti in medsebojno delovanje med kajenjem tobaka ter uživanjem alkohola, kokaina in opioidov. Programi zdravljenja zasvojenih z opijati so manj uspešni, če bolniki nadaljujejo s kajenjem.

Nevrottransmitterji, ki so pomembni pri zasvojenosti z nikotinom in ki se najpogosteje sproščajo po vezavi nikotina na acetilholinske receptorje, so:

- DOPAMIN
- NORADRENALIN
- ACETILHOLIN
- SEROTONIN
- VAZOPRESIN
- β -ENDORFIN
- GLUTAMAT.

VLOGA NEKATERIH NEVROTRANSMITERJEV

- DOPAMIN: Vpliva na občutje ugodja in nagrajevanja - podobno kot pri zlorabi kokaina, heroina in alkohola.
- NORADRENALIN: Povzroča budnost in je prisoten pri obrambni reakciji telesa v stresnih situacijah.
- SEROTONIN: Oblikuje razpoloženje in apetit.

DOLGOROČNI VPLIV NIKOTINA

- Zmanjša se občutljivost nikotinskih holinergičnih receptorjev, tudi manj aktivni so.
- Za normalno sproščanje neurotransmitorjev je potrebna stalna prisotnost nikotina => nastane TOLERANCA.
- Po prenehanju kajenja se sproščanje neurotransmitorjev zmanjša pod normalo, to pa vodi v zaspanost, nemir, nestrpnost, nesposobost koncentracije, depresijo itd. Temu pravimo odtegnitveni simptomi ali ABSTINENČNA KRIZA.

KADILCI ŽELIJO PRENEHATI KADITI

V zadnjih letih je znanstvenikom uspelo povsem pojasniti in razumeti povezavo med kajenjem in določenimi boleznimi ter zvečano smrtnostjo. Zaradi tega se je zvečal pritisk na kadilce, da prenehajo s kajenjem, pa tudi sami si vse bolj želijo, da bi nehali.

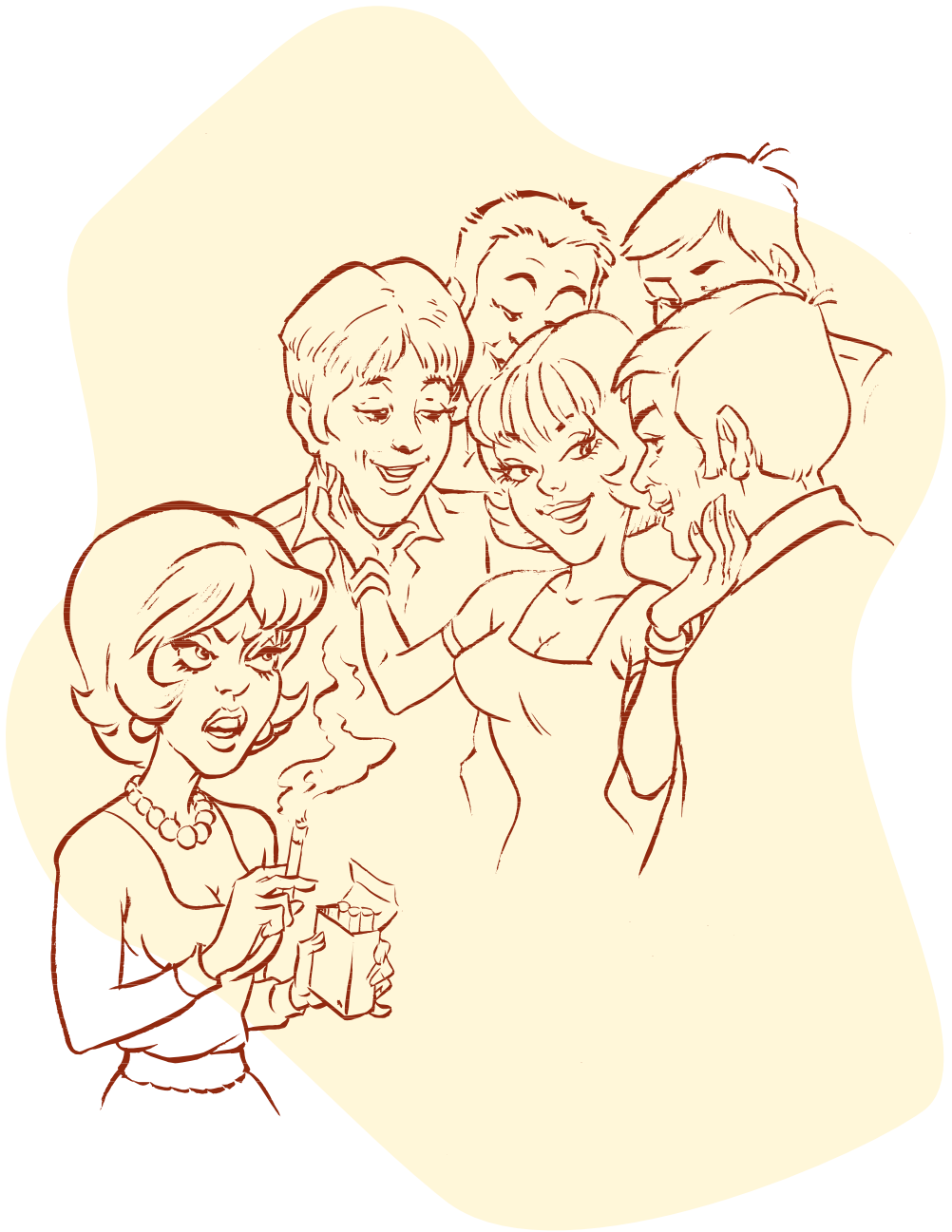
- 50 % do 70 % kadilk in kadilcev bi želelo prenehati kaditi, če bi lahko.
- Več kot en teden zdrži brez cigarete le manj kot četrtina kadilcev.
- Veliko nekdanjih kadilcev poroča o stalni želji po cigareti.

Nekateri kadilci, ki poskušajo prenehati s kajenjem, ugotovijo, da je to lahko zelo preprosto. Za druge pa je zelo težko in ugotavljajo, da so zasvojeni z nikotinom, podobno kot drugi ljudje z alkoholom, narkotiki ali pomirjevali. Tako eni uspejo v prvem poskusu, drugi pa morajo poskušati večkrat. Nekateri imajo resne odtegnitvene simptome, drugi jih sploh nimajo. Tudi posamezni kadilec ima lahko izrazito različne izkušnje v vsakem od več poskusov, s katerim je poskusil prenehati kaditi.

Te razlike lahko povzročajo zdravniku težave pri iskanju načina, kako bi najbolje pomagal svojim bolnikom, da bi prenehali kaditi. V veliko pomoč je lahko model kadilčevega odnosa do svoje razvade in tipičnih psiholoških stanj, skozi katere prehaja na svoji poti do opustitve kajenja.

Kadilčeva želja, da bi prenehal s kajenjem, se pogosto razvija počasi skozi naslednje stopnje:

- Najprej se pojavi sprememba v odnosu do kajenja, npr.:
"Moral bi razmisliti o tem, da bi prenehal." in kasneje:
"V resnici bi moral prenehati kaditi."
Veliko kadilcev ostane na tej stopnji dolgo časa, preden se premaknejo naprej.
- Tisto, kar povzroči takojšnjo akcijo, je lahko zelo trivialno: npr. zvišanje davka na tobak, prenehanje kajenja prijatelja ali soseda, nekaj osebnega, npr. prošnjak otrok, da preneha kaditi, bolezen ali smrt prijatelja ali sorodnika zaradi kajenja, razvoj simptomov bolezni, povezane s kajenjem pri kadilcu samem. Posledica tega je, da kadilec razmišlja: "Sedaj sem odločen, da bom s kajenjem prenehal!"
- Nato izpelje odločitev, da preneha kaditi.



Nekateri kadilci ne želijo prenehati kaditi, ker so slabe plati prenehanja v obliki odtegnitvenih simptomov vidne zelo hitro po prenehanju kajenja, medtem ko so prednosti za kadilca manj jasne in se večinoma pojavijo šele pozneje.

Intervencije za zmanjšanje kajenja zajamčeno izboljšajo zdravje populacije z relativno majhnimi stroški v primerjavi z drugimi medicinskimi posegi, ki so potrebni, če se bolezen, povezana s kajenjem, razvije.^(76, 77)

Veliko kadilcev ponovno prične s kajenjem in se večkrat vrne v ta krog, preden jim končno uspe prenehati kaditi. Zato je pomembno, da zdravnik vzdržuje motivacijo in kadilca spodbuja k ponovnemu poskusu prenehanja. Raziskave poskusov prenehanja kažejo, da nekateri kadilci potrebujejo več poskusov, da so nato sposobni ostati nekadilci.

**KADILKE IN KADILCI POTREBUJEJO ZDRAVLJENJE,
KADAR SAMI NE MOREJO OPUSTITI KAJENJA!**

ZDRAVNIK IN OPUŠČANJE KAJENJA

Pri preprečevanju kajenja imajo zdravnice in zdravniki zelo velik vpliv, vlogo in odgovornost. Svoje bolnike kadilce lahko motivirajo in usposobijo za opustitev kajenja. Podlaga za vključevanje različnih zdravnikov v postopke za prenehanje kajenja **ne sme biti odvisna od njihove specializacije**, temveč od njihovega pristopa do kadilcev in stopnje izurjenosti za obvladanje odvajanja od kajenja. Zato veljajo priporočila za odvajanje od kajenja za vse zdravnike in ne samo za tiste, ki delajo v primarnem zdravstvu. Tako bodo največ prispevali k promociji zdravja.

Vsak dan pregledajo družinski zdravniki na tisoče bolnikov po vsem svetu. Številni med njimi so kadilci, zato imajo zdravniki zelo velike možnosti za ukrepanje. Zdravnik je v zelo ugodnem položaju, da lahko pomaga, saj:

- vidi veliko bolnikov kadilcev vsak teden
- bolniki bolj verjamejo njegovemu nasvetu v zvezi z zdravjem kot komu drugemu
- ga ljudje obiščejo takrat, ko so najbolj občutljivi in potrebujejo njegov nasvet
- jih lahko osebno nagovori v povezavi z njihovim zdravjem in poznavanjem njihove družinske anamneze.

Izhodiščno točko za zdravnikovo ukrepanje predstavljajo situacije, ko bolniki:

- želijo prenehati kaditi
- podcenjujejo ali narobe razumejo tveganje, povezano s kajenjem
- ne želijo, da bi njihovi otroci začeli s kajenjem
- želijo prihraniti denar
- imajo moža, ženo, otroke, prijatelje, kolege, ki želijo, da bi prenehali kaditi
- ne marajo smradu in izgleda, ki ju povzroča kajenje
- lahko že imajo določene simptome, kot sta kašelj in zmanjšana pljučna funkcija
- imajo tudi druge dejavnike tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja.

ZDRAVNIKOVI UKREPI

Zdravnik lahko pomaga bolnikom, da prenehajo s kajenjem, tako da:

- oceni bolnikov kadilski status, četudi ta do tedaj ni imel nobenih težav zaradi kajenja
- kadilec izpolni vprašalnik o svojih kadilskih razvadah
- se redno pogovarja z vsemi bolniki o koristih prenehanja kajenja
- spremlja bolnike in ugotavlja njihovo napredovanje ter zagotovi njihovo vztrajanje
- jih vsakokrat opogumlja, da prenehajo
- se bolj aktivno posveti tistim, ki so pripravljeni prenehati
- predpiše zdravila, če je potrebno
- oskrbi bolnike z zloženkami o prenehanju kajenja
- ponavlja prejšnje postopke, če bolnik ponovno prične kaditi (recidiv).

KRATKI POSEGI ZA PRENEHANJE KAJENJA

Kratki posegi, kot so nasveti, informacije in svetovanje, so se pokazali kot učinkoviti za pomoč ljudem, ki imajo tvegan način življenja, a ga želijo spremeniti. Zaposleni v primarnem zdravstvenem varstvu so še posebej primerni za takšno delo.⁽⁷⁶⁻⁷⁸⁾

Vsi zdravniki in medicinske sestre srečujejo pri svojem rutinskem kliničnem delu mnogo kadilcev, vendar nimajo dovolj časa, da bi se lahko z njimi pogovarjali o kajenju. Kljub temu se je pokazalo, da je lahko uspešen že nekajminutni pogovor. Tudi zelo kratek nasvet lahko zveča število tistih, ki dosežejo šestmesečno ali daljšo abstinenco.

Najprej mora zdravnik prepoznati ljudi, ki bi lahko z morebitno spremembo svojega vedenja nekaj pridobili. To lahko naredi z različnimi zdravstvenimi pregledi.

Priložnosti za zdravstveni pregled je več:

- preventivni zdravstveni pregledi
- rutinsko presejanje
- pregled novih bolnikov
- kontrolni pregledi obolelih zaradi različnih bolezni.

Pri zdravstvenem pregledu zdravnik osebo vpraša o navadah in razvadah ter jo pregleda z ozirom na dejavnike tveganja.

Kratki posegi imajo precejšen uspeh, zato se izplačajo, vendar niso učinkoviti za vse bolnike. Težje je pomagati s kratkim nasvetom ljudem, ki so močno zasvojeni. Ljudem, ki menijo, da „ne morejo nadzorovati“ kajenja, namreč ne koristi napotek, naj spremenijo svoje vedenje, ampak je potrebna dodatna strokovna pomoč.^(79, 80)

Bodo pa kratke informacije in posegi primerni za večino ljudi, za katere je zdravnik ugotovil, da živijo bolj tvegano. Ko pride nekdo na kontrolni obisk k zdravniku, je ponovno priložnost, da preveri, ali je potreben globlji ali celo specialistični poseg.

PRIPOROČILA ZA KRATKE POSEGE

Narodni inštitut za raka v ZDA je pripravil načrt ukrepov za bolnike kadičce, imenovan tudi **5A**. Vsi ukrepi se namreč v angleščini začenjajo s črko A:

- vprašati (**ask**)
- svetovati (**advise**)
- oceniti (**asses**)
- pomagati (**aid**)
- urediti spremljanje (**arrange**).

Poglejmo si te ukrepe podrobneje:

1. **Vprašati** – pomeni sistematično prepoznavanje kadičcev v ambulanti.

Kajenje je pomemben del bolnikovega zdravstvenega stanja, zato je potrebno stalno beleženje podatkov o kajenju.

Pomembni sta dve informaciji:

- ali oseba stalno kadi
- ali želi prenehati s kajenjem.

Zdravnik naj sistematično sprašuje bolnike pri vsakem obisku o njihovih morebitnih kadiških navadah in to tudi dokumentira. Razširi naj zapiske o anamnezi s podatki o uporabi tobaka. Podatke lahko zbira in vpisuje tako zdravnik kot sestra.

2. **Svetovati** – treba je resno svetovati vsem kadičcem, naj prenehajo s kajenjem.

Zdravnik se mora prepričati, ali se bolnik, ki kadi, zaveda pomembnosti prenehanja kajenja in nevarnosti za zdravje, če bi s kajenjem nadaljeval. Zaradi svoje vloge je sposoben pomagati kadičcu, da razume poglobitna dejstva v zvezi s kajenjem in škodo za zdravje.

Strategija izvajanja:

Nasvet naj bo:

- *jasen*: "Mislim, da je pomembno za vas, da takoj prenehate s kajenjem in jaz vam bom pri tem pomagal. Prenehati s kajenjem med tem, ko ste bolni, ni dovolj."

- *močan*: "Kot vaš zdravnik vam moram povedati, da je prenehanje s kajenjem najpomembnejša stvar, ki jo lahko naredite, da zaščitite svoje sedanje in bodoče zdravje."
- *oseben*: Zdravnik naj poveže kajenje s trenutno boleznijo ali socialnimi in ekonomskimi stroški uporabe tobaka, stopnjo motivacije za prenehanje in/ali vpliv kajenja na otroke in ostale v družini. Pri tem naj ne obsoja.

Zdravnik mora spodbujati sodelavce v zdravstvenem timu, da mu pomagajo in okrepijo njegovo sporočilo o prenehanju kajenja ter podprejo bolnikove poskuse prenehanja. To pomeni tudi, da sami ne kadijo.

3. Oceniti – oceniti je treba kadilčevo željo po prenehanju kajenja.

Zdravnik naj vpraša vsakega kadilca ali kadilko, ali bi želel/a poskusiti prenehati kaditi. Oceniti mora kadilčevo motivacijo, da preneha. Uporabno vprašanje, s katerim se lahko začne, je: "Ste kdajkoli pomislili, da bi prenehali s kajenjem?"

UPORABNE TOČKE ZA SPRAŠEVANJE:

- Katere so za vas dobre strani kajenja?
- Ali se vam katere od plati kajenja ne zdijo dobre?
- Če bi se odločili, da se odpoveste kajenju, kakšne težave pričakujete?
- Ali vidite kakšne prednosti, če bi prenehali s kajenjem?
- Ali je še kaj, na kar bi morali biti pozorni?

Diagnostični kriteriji zasvojenosti z nikotinom

Pri tem je lahko v pomoč vprašalnik po Fägerströmu, s katerim zdravnik ali pa tudi bolnik sam ugotavlja stopnjo zasvojenosti z nikotinom:

1. Koliko cigaret pokadite na dan?

<input type="checkbox"/> Manj kot 15.	0
<input type="checkbox"/> Od 15 do 25.	1
<input type="checkbox"/> Več kot 25.	2

2. Količina nikotina v vaših cigaretah je:

<input type="checkbox"/> Manj kot 0,8 mg.	0
<input type="checkbox"/> Od 0,8 do 1,5 mg.	1
<input type="checkbox"/> Več kot 1,5 mg.	2

3. Ali inhalirate dim?

<input type="checkbox"/> Nikoli.	0
<input type="checkbox"/> Včasih.	1
<input type="checkbox"/> Vedno.	2

4. Kadite več dopoldan kot popoldan?

<input type="checkbox"/> Da.	1
<input type="checkbox"/> Ne.	0

5. Kdaj pokadite prvo cigareto?

<input type="checkbox"/> Takoj ko vstanem.	2
<input type="checkbox"/> Po zajtrku.	1
<input type="checkbox"/> Kasneje.	0

6. Katera cigareta vam je najslajša?

<input type="checkbox"/> Prva.	1
<input type="checkbox"/> Neka druga.	0

7. Ali kadite tudi, če vas je bolezen (npr. gripa) spravila v posteljo?

<input type="checkbox"/> Da.	1
<input type="checkbox"/> Ne.	0

8. Ali vam težko vzdržite v prostorih, kjer je prepovedano kaditi?

<input type="checkbox"/> Da.	1
<input type="checkbox"/> Ne.	0

Vsota doseženih točk kaže na stopnjo odvisnosti od nikotina:

- od 0 do 3 točke **Kadilec ni ali je malo odvisen.**
- od 4 do 6 točk **Odvisen.**
- od 7 do 9 točk **Močno odvisen.**
- 10 točk in več **Zelo močno odvisen.**

Drug, bolj okvirjen način za ugotavljanje stopnje zasvojenosti bolnika z nikotinom je vprašanje, kako kmalu po prebujenju prižge cigareto.

Če je to v prvih 30-ih minutah, je zasvojenost zelo huda.

Strategija izvajanja:

- Če je bolnik pripravljen takoj prenehati kaditi, mu je treba pri tem pomagati.
- Če bi bolnik želel bolj poglobljeno obravnavo ali zdravnik meni, da je poglobljena obravnava potrebna, ga lahko pošlje k specialistu za odvajanje od kajenja.
- Če bolnik jasno izrazi svojo nepripravljenost, da bi opustil kajenje takoj, lahko poskusimo z motivacijsko intervencijo.

4. Pomagati – gre za pomoč in podporo bolniku pri prenehanju kajenja.

Priprava bolnika na odvajanje od kajenja

Kadar je kadilec pripravljen prenehati kaditi, mora opraviti nekaj ključnih stvari:

- Naredi naj osebni načrt odvajanja od kajenja.
- Skupaj z zdravnikom določi ta dan prenehanja kajenja in bolnik naj resnično popolnoma preneha na ta dan. Idealno je, če je ta datum v prvih dveh tednih po trenutku odločitve. Če je mogoče, upoštevamo bolnikove želje.
- Bolnik naj obvesti družino, prijatelje in sodelavce o tem, da bo prenehal s kajenjem ter jih prosi za razumevanje in pomoč.
- Odstrani naj cigarete iz svoje okolice.
- Oceni in pregleda naj prejšnje poskuse prenehanja, kaj mu je pri tem pomagalo in kaj ga je pripeljalo do ponovnega kajenja.
- Predvidi naj ovire, ki se bodo pojavljale pri prenehanju kajenja, posebej v prvih dveh kritičnih tednih. To vključuje tudi odtegnitvene simptome.

Zdravnik pomaga bolniku pri pripravi načrta odvajanja tako, da mu predlaga oporne točke načrta.

Informacije o tem, kako naj preneha s kajenjem, je treba podpreti z zloženkami, knjižicami in drugim materialom za samopomoč. Vsem kadilcem je treba dati informacije o farmakoterapiji, in kadilce, ki pokadijo deset cigaret ali več na dan, opogumiti, da si pomagajo s to terapijo. Zdravnik naj pripravi materiale za pomoč, ki naj bodo dostopni v vsaki ambulanti.

Zdravnik naj bolniku da ključne nasvete za uspešno prenehanje:

- abstinenca: Zelo pomembna je popolna abstinenca. Bolnik ne sme potegniti niti enega samega dima.
- alkohol: Pitje alkohola je zelo povezano s ponovitvami. Kdor želi prenehati s kajenjem, naj omeji tudi porabo alkohola v času, ko se odvaja od kajenja, še bolje pa je, če povsem abstiniira. Podobno je s pitjem črne kave.
- drugi kadilci v družini: Prisotnost drugih kadilcev v družini, posebej partnerja kadilca, je povezana z manjšo možnostjo uspeha. Dobro bi bilo, če bi bolnik dosegel, da bi se tudi drugi odločili za prenehanje.

5. Urediti spremljanje: Vsem bolnikom, ki poskušajo prenehati kaditi, je treba pripraviti razpored spremljevalnih stikov in pogovorov s svojim zdravnikom.

Spremljanje je pomembno zaradi vzdrževanja stalne motivacije in zagotavljanja nepretrgane podpore. Zdravniki, sestre in drugi terapevti se morajo ves čas izobraževati ter seznanjati z intenzivno pomočjo kadilcem in farmakoterapijo. Pomembno si je zapomniti, da veliko kadilcev poskuša večkrat prenehati kaditi, preden uspejo. Spremljanje kadilca omogoča, da mu zdravnik pomaga pri morebitnem recidivu.

Razpored naj bi vseboval možnosti stikov, osebno ali po telefonu, vse pa lahko beležimo v kartonček za kontrolo.

Kaj naredi zdravnik med spremljevalnimi kontakti?

- Čestita bolniku ob uspehu.
- Če je vseeno kaj pokadil, pregleda okoliščine in mu svetuje, naj popolnoma abstiniira.
- Pove bolniku, da lahko ponovitev vzame kot poučno izkušnjo. Določi težave in predvidi bodoče zapreke. Ponudi farmakoterapijo.

Prvi spremljevalni stik bi moral biti kmalu po datumu prenehanja kajenja, najbolje v prvem tednu. Drugi spremljevalni stik pa je priporočljiv v prvem mesecu. Naslednje stike razporedimo glede na indikacije.



NASVETI IN PRIPOROČILA ZA POMOČ PRI ODVAJANJU OD KAJENJA

Zdravnik lahko pomaga bolniku tudi z različnimi nasveti. Ker je vsak bolnik oseba zase, bo vsak poskušal uporabiti tista priporočila, ki se mu bodo zdela najbolj primerna za doseg cilja. Zdravnik mora bolniku ponuditi čim več možnosti.

Lahko mu svetuje, naj se opazuje, da ugotovi:

- kdaj ali zakaj prižge cigareto:
 - za stimulacijo
 - za krono ugodja
 - za sprostitev
 - za zaposlitev (nemir)
 - iz navade
- kako se obnaša brez cigarete
- ali lahko zaspi brez cigarete.

Tudi o načinu prenehanja kajenja se mora odločiti vsak posameznik za sebe. Poznamo dva načina prenehanja:

1. Najpogostejše je prenehanje **»čez noč«**.

2. Komur to ne uspe, pa lahko poskuša postopno:

- Zvečuje presledek med cigaretami.
- Ne kadi v postelji.
- Določi prostore, kjer nikoli ne kadi.
- Ne kadi navsezgodaj.
- Ne kadi pred zajtrkom.
- Ne kadi na potovanju, v avtu, ob otrocih.
- Ne kadi vsaj eno uro pred jedjo.
- Ne kadi ob jedi.
- Ne kadi vsaj eno uro pred spanjem.
- Ne pokadi cele cigarete.
- Ne inhalira več.
- Pokadi največ eno cigareto po jedi.
- Pokadi največ eno cigareto na uro.

V pomoč so lahko tudi različne druge dejavnosti:

- telesna vadba
- nov konjiček
- risanje
- pisanje
- oblikovanje.

Pogosto je treba prenehati z določeno navado (ritualom): opustiti kavo in cigarete (refleksni kadilec).

Druga priporočila so še:

- Odstraniti je treba vse cigarete, vžigalnike in pepelnike.
- Po jedi ne smemo posedati, treba je biti aktiven.
- Namesto želje po cigareti naredimo 5 do 10 globokih vdihov za sprostitev, vzamemo žvečilni gumi ali pepermint.
- Obiščemo zobozdravnika, da nam očisti zobe (**pozitivna samopodoba**).
- Popijemo manj kave, alkohola ...
- Prenehamo kaditi skupaj z domačimi in prijatelji.
- Prosimo okolico za uvidevnost.
- Zapišemo vse pozitivne učinke.
- Za prihranjeni denar si kupimo darilo.
- Priključimo se skupinam nekadilcev.
- Drugi »triki« so: zobna pasta, kopel, izlet, sprehod, knjiga, gledališče, koncert, kino ...

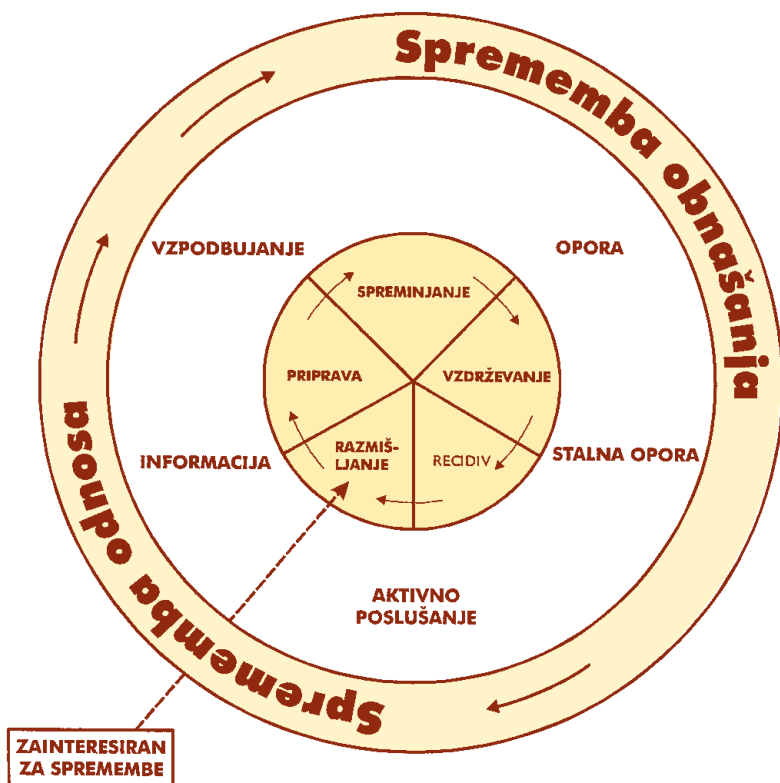
Če se nekdo še ni odločil za spremembo, mu lahko damo prospekt ali knjižico z informacijami in ga povabimo, da se vrne, kadarkoli bo potreboval pomoč.

Uporaba literature za promocijo zdravja je pomemben del kratkih intervencij. Ljudje si zapomnijo le del tistega, kar slišijo pri pregledu. Knjige za samopomoč lahko vsebujejo dnevnike za izpolnjevanje, opomnike in razloge za spremembo, koristne nasvete in podatke o literaturi.

DOLGOROČNI PROCES SPREMINJANJA⁽⁸¹⁾

Ta model sta razvila Prochaska in Di Clemente.⁽⁸²⁾ Želela sta prikazati proces, s katerim ljudje spreminjajo navade. Objavljene so bile različice modela,⁽⁸³⁾ ki je bil prvotno oblikovan na podlagi raziskav o kajenju, vendar se je pokazal tudi kot koristen okvir za razlago drugih oblik navad, še posebej za zlorabo alkohola in zdravil.

Prochaska in DiClemente sta opisala serijo stopenj, po katerih gredo bolniki pri spreminjanju svojega obnašanja. Na vsaki stopnji bolnik drugače razmišlja o svojih težavah in jih različno čuti; ugotavlja tudi, da mu lahko pomagajo različni procesi in intervencije, da gre naprej. Ta model je pogosto prikazan v obliki kroga.



Preden bolnik vstopi v krog spreminjanja, bi lahko rekli, da je v *stanju pred preišljevanjem (prekontemplacije)*. To so ljudje, ki jih spremembe ne zanimajo. Včasih je to zaradi tega, ker ne vidijo, da je težava v načinu njihovega vedenja. Včasih ne vedo, da ta način vedenja povzroča tveganje. Drugič zopet se povsem zavedajo tveganega načina vedenja, ki ga imajo, vendar jim je pomemben zaradi drugih razlogov in ga zato ne želijo spremeniti.

Zvečano zavedanje ali skrb zaradi tveganja in težav, povezanih z načinom vedenja, lahko privedejo osebo v stanje *preišljevanja (kontemplacije)*. V tem stanju je oseba razdvojena – zaveda se, da se mora spremeniti, vendar se še vedno čuti povezana z navado ali zasidrana v njej. Ni se še pripravljena spremeniti; na stopnji kontemplacije lahko ostane tudi leta, ves čas razmišljujoč o spremembi.

Tisti, ki so v stanju *pripravljenosti*, kmalu načrtujejo spremembno. Začenjajo z majhnimi spremembami in poskušajo z različnimi načini vedenja. Lahko pripovedujejo drugim o svojem namenu, da se bodo spremenili in naredijo jasne načrte, kako bodo to storili.

V stanju *delovanja* vidno spreminjajo navade in zato uporabijo precej energije. V tem stanju pogosto uporabljajo strokovno pomoč ali skupine za samopomoč.

Temu aktivnemu stanju sledi stanje *vzdrževanja*, v kateri se spremembe v vedenju nadaljujejo in utrdijo, občasne spremembe postajajo del urejenega vzorca načina vedenja. Dokler se ne vzpostavi ta trdnost, so mogoče ponovitve in oseba se vrača v *stanje pred preišljevanjem* ali v *stanje preišljevanja*, torej na prejšnje stopnje v procesu odločanja.

Ljudje se pomikajo naprej in nazaj v krogu spreminjanja ter se zadržujejo na vsaki stopnji različno dolgo. Običajno gredo tisti, ki se uspešno spremenijo, skozi vse stopnje do vzdrževanja, kjer se utrdijo dovolj, da lahko zapustijo krog. Sprememba postane uveljavljen način življenja.

Nekateri ljudje gredo zelo hitro skozi posamezne stopnje ali celo nekatere stopnje izpustijo. Če sta *preišljevanje* ali *priprava* prehitra, je velika možnost ponovitev, ker odločitev za spremembo in podporni načrt nista bila dovolj trdna.

Ta model opisuje različne stopnje, skozi katere ljudje gredo, neoziraje se na to, kako opisujejo svoje probleme sami sebi, ali uporabljajo profesionalno pomoč ali ne in če jo, tudi neodvisno od tega, kakšno teorijo ali tehniko uporablja terapevt.

PROCESI SPREMINJANJA

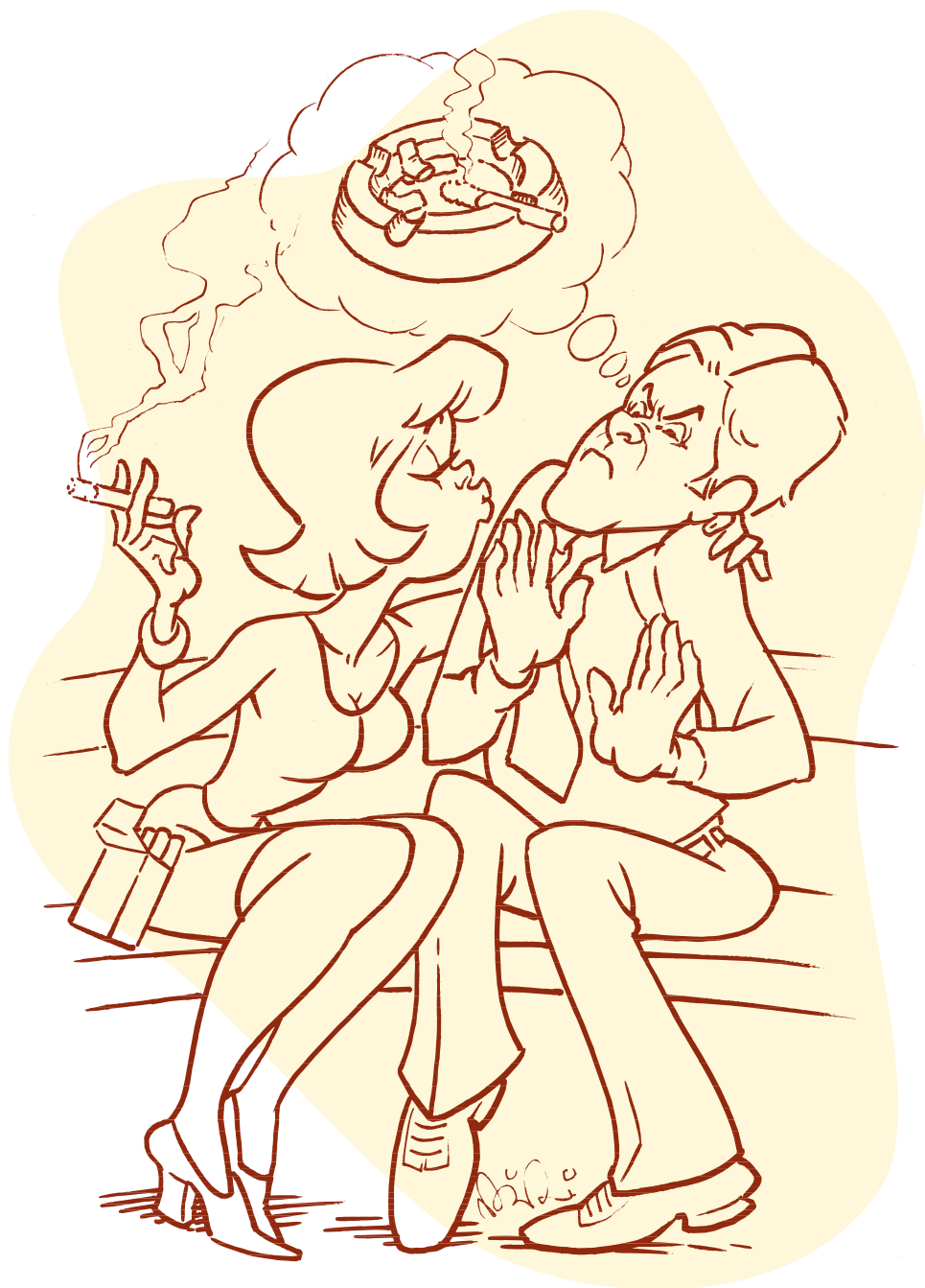
Da bi ljudem pomagali pri odločitvi za spremembe, v zdravljenje vključimo še naslednja področja življenja:

- zavedanje samega sebe
- zavedanje o vplivu načina vedenja na nas same
- občutke ob določenem načinu življenja
- samopodobo
- razmišljanje.

Prilagajanje *vedenja* je najbolj vidna sprememba in pogosto deležna največje pozornosti. Kakorkoli že pomagamo ljudem, da naredijo druge, manj vidne spremembe, jim s tem omogočimo, da se pomikajo z ene stopnje spreminjanja na drugo.

Poznamo devet ključnih procesov pri premagovanju kadilčevih težav:

- dviganje samozavesti
- socialno osvobajanje
- čustveno prebujanje
- ponovno ovrednotenje samega sebe
- obveza
- nagrade
- kljubovanje
- kontrola okolice
- pozitivni odnosi z okolico kot pomoč.



ODPOR DO SPREMINJANJA

Zdravniki, ki promovirajo prenehanje kajenja, so včasih razočarani, ker se kadilci pogosto upirajo spremembam. Dobro morajo biti poučeni o tem, zakaj so ljudje včasih navezani na določen način vedenja, in razumeti proces, ki je potreben, da nekoga pripravimo od premišljevanja do stanja pripravljenosti in delovanja.

Nekaj vzrokov, zakaj se kadilci včasih upirajo spremembam

- Menijo lahko, da imajo določene ugodnosti, če kadijo, zato se jim zdi pomembno, da nadaljujejo. Način življenja, ki je nezdrav, se kadilcu pogosto zdi koristen na drug način. Na prvi pogled ima kajenje lahko pozitivno vlogo v življenju nekoga s tem, da človeku daje dober občutek, zmanjšuje stres, prinaša ugodje, podpira socialno in poslovno druženje. To so kratkoročne koristi, ki jih kadilec vidi, a se ne zaveda dolgoročnega tveganja in škode, ki mu ju kajenje povzroča.
- Težko je prepričati kadilce, da je kajenje njihov osebni problem. Pravzaprav ne mislijo, da je kajenje za njih osebno škodljivo, zato se jim ne zdi pomembno, da bi se spremenili.
- Nekaterim se zdi skorajda nemogoče, da bi prenehali s kajenjem. Nimajo dovolj zaupanja v svojo sposobnost, da bi se spremenili. Prenehati s kajenjem bi pomenilo spremeniti mnogo stvari. Kdor se pomirja tako, da sedi s cigareto v roki, bo morda na začetku težko našel drug način sproščanja. Če nekdo ponavlja poskuse, da bi spremenil svoj način vedenja in ne uspe, lahko izgubi zaupanje v svojo sposobnost spreminjanja in se čuti nemočnega. Včasih se zdi, da je premalo podpore v okolici (npr. pogosto kajenje na javnih mestih, agresivno oglaševanje tobačnih produktov). Da bi spodbudili kadilca za prehod v stanje pripravljenosti in delovanja, mora ta verjeti, da je dovolj pomembno, da to naredi, čutiti pa mora tudi dovolj *zaupanja* vase in v svoje sposobnosti, da bo uspel.

KAJ VPLIVA NA ZAUPANJE:

- splošno nizka raven samozaupanja kot posledica drugih življenjskih izkušenj
- prejšnji neuspeli poizkusi prenehanja kajenja
- odtegnitveni simptomi
- pomanjkanje jasnega načrta.

Dodatne ovire pri ženskah:

- strah pred zvečanjem telesne teže
- depresije
- dodatni stresorji (skrb za otroke, menstrualni ciklus, menopavza)
- odpor do jemanja nikotinske nadomestne terapije v nosečnosti.

PRIDOBIVANJE PODPORE

Odločilnega pomena so določeni medčloveški odnosi, ki pomagajo pri odvajanju od kajenja. Neformalne in družinske zveze lahko veliko pomenijo za podporo in pomoč, saj ljudje pač preživijo več časa doma in v službi kot pri svojem zdravniku.

Po drugi strani pa je zelo težko nekoga spremeniti, če mu partner ali kolegi ne nudijo podpore. Oseba, ki se želi spremeniti, lahko pomeni za tiste, ki so v njeni okolici in imajo enako razvado, določeno grožnjo, ker imajo občutek, da se bodo tudi sami morali lotiti sprememb, niso pa na to še pripravljeni.

Kako pomagati bližnjemu, ki kadi, da spremeni svojo razvado:

- Ne silite ga prekmalu v akcijo. Dajte mu možnost, da gre tudi skozi zgodnejše stopnje.
- Ne olajšajte mu nadaljevanja njegove razvade s tem, da se ogibate pogovoru in zmanjšujete negativne posledice ali jih celo opravičujete.
- Ne obupajte – pokažite zavzetost, vendar ne silite s prezgodnjo akcijo.
- Pokažite naklonjenost, ko nekdo razmišlja o spremembi.
- Ko je oseba začela s spremembami, ji pomagajte, da obvlada okolje in se s tem ogne skušnjavam.
- Pohvalite tistega, ki se trudi spremeniti, kadar dela pravilno, vendar ga tudi opozorite, če je zastal pri svojih namerah.
- Podpirajte ga/jo v stanju vzdrževanja.

Nekaterim ljudem pomaga, če se pridružijo skupinam, ker imajo možnost dodatne podpore. S tem, da pomagajo drugim, pomagajo tudi sebi.

TEŽAVE PRI OPUŠČANJU KAJENJA

ODTEGNITVENI SIMPTOMI (abstinenčna kriza)

Odtegnitev

Živčni sistem se pri mnogih psihoaktivnih snoveh, ki se uporabljajo, prilagodi njihovi stalni prisotnosti. Če se dodajanje teh snovi nenadoma ustavi, se lahko pojavijo telesni odtegnitveni simptomi, ko se telo poskuša ponovno privaditi na stanje brez njih. Mnogo ljudi, ki preneha s kajenjem, pozna različne vrste in stopnje odtegnitvenih simptomov. Ti so lahko:

- silna želja po tobaku
- glavoboli
- suh jezik
- zaprtje
- tiščanje v prsih
- izkašljevanje
- napetost
- vznemirjenost
- razdraženost
- nemir
- slaba volja
- depresija
- nespečnost
- slaba koncentracija.

Intenzivnost teh simptomov se včasih zmanjša dokaj hitro v prvih dveh tednih po prenehanju kajenja, velikokrat pa so trdovratni in trajajo več tednov. Posebno moteče so motnje spanja.

Pri teh težavah mora biti zdravnik bolniku na voljo, da mu pomaga.

Za zmanjševanje odtegnitvenih simptomov lahko uporabljamo:

- nikotinsko nadomestno terapijo
- bupropion
- avtogeni trening.



KAJENJE IN TELESNA TEŽA^(84, 85)

Ena od slabosti prenehanja kajenja, ki je dobro znana tako v laični javnosti kot med strokovnjaki, je zvečanje teže.⁽⁸⁶⁾

Domnevajo, da naj bi kajenje prek več mehanizmov omogočalo zmanjšanje telesne teže, in sicer prek spremembe v homeostazi inzulina, aktivnosti lipoproteinske lipaze in aktivnosti simpatičnega živčevja. Študije so pokazale, da se celotna poraba energije pri kadilcih zveča za 10 odstotkov.⁽⁸⁷⁾ Po prenehanju kajenja pa se percepcija okusa in voha vrne v optimalno stanje in zato postane hrana boljokusna.⁽⁸⁸⁾

Za veliko kadilcev, posebej žensk, je skrb za telesno težo ali strah pred tem, da bi se zredili, motivacija, da začnejo kaditi ali nadaljujejo s kajenjem.⁽⁸⁹⁻⁹¹⁾ Določeni znaki kažejo, da preprečevanje zvečanja telesne teže (npr. stroga dieta) lahko izniči poskuse prenehanja kajenja.⁽⁹²⁻⁹⁴⁾

So pa določene raziskave tudi pokazale, da sta telesna teža in srednja vrednost indeksa telesne mase (ITM) večja pri hudih kadilcih, in sicer tako pri moških kot pri ženskah.^(85, 95-97) V več študijah so ugotovili, da v razmerju med številom pokajenih cigaret in relativno telesno maso obstaja U-oblika.⁽⁹⁵⁻¹⁰⁰⁾ Čeprav je to paradoks glede na presnovne učinke kajenja, obstaja mnenje, da imajo hudi kadilci večjo telesno težo zaradi kopičenja drugih nezdravih razvad, kot so: zvečan vnos nasičenih maščob, velika poraba alkohola in telesna nedejavnost.

Posebej je treba poudariti, da je zvečanje teže, ki sledi prenehanju kajenja, mnogo manjša nevarnost za zdravje kot nadaljevanje kajenja.^(86, 101, 102)

Razporeditev maščevja je pri kadilcih drugačna kot pri nekadilcih, kar so ugotavljali z vrednostmi razmerja pas:boki. Tako se je pokazalo, da je razporeditev maščevja pri kadilcih izrazito centralna – v trebušni votlini. Takšna prerazporeditev maščevja pri kadilcih je zelo veliko tveganje za nastanek zvišanega krvnega tlaka, glukozne intolerance in nenormalnih vrednosti serumskih lipidov, kar zveča tveganje za razvoj koronarne bolezni, sladkorne bolezni in umrljivosti.⁽⁹⁹⁾ Zvečana nevarnost za razvoj aterosklerotičnih sprememb je večja količina aterogenih apolipoproteinov B v visceralnem maščevju.⁽¹⁰³⁾ **Iz tega sledi, da kajenje nikakor ni in ne more biti pripomoček za zmanjševanje količine maščob v telesu.**

PRISTOP DO PROBLEMA TELESNE TEŽE PRI ODVAJANJU OD KAJENJA

Zdravnik mora povedati kadilcu in kadilki, da je zelo verjetno, da se bo zredil/a, ko bo prenehal/a kaditi. Svetovati mu/ji mora, naj ne uporablja preveč radikalnih ukrepov, da bi preprečil/a zvečanje teže med odvajanjem od kajenja. Še več, bivši kadilci naj počakajo, dokler niso povsem prepričani, da se ne bodo povrnili h kajenju, šele nato naj poskušajo zmanjšati svojo telesno težo.

Kadilcem, ki so zelo zaskrbljeni zaradi zvečanja telesne teže, lahko zdravnik predpiše ali priporoči zdravila, za katera se je pokazalo, da upočasnijo zvečanje telesne teže po prenehanju kajenja.

Zdravnik predvsem ne sme zanikati pojava zvečanja telesne teže ali zmanjšati njegovega pomena za bolnika. Bolje je, da ga pripravi na to možnost.

Že med odvajanjem od kajenja pa so potrebne priprave na to, kako se lotiti zvečane telesne teže po tem, ko bo bolnik uspešno prenehal kaditi. Dokler bolnik ni povsem prepričan, da ne bo ponovno začel kaditi, ni priporočljiva intenzivna kontrola teže. Bolnika je treba podpreti, da bo sprejel **zdrav način življenja** z zmerno telesno dejavnostjo, hrano, ki vsebuje veliko sadja in zelenjave, in z omejenim vnosom alkohola.

ZDRAVILA PRI OPUŠČANJU KAJENJA⁽¹⁰⁴⁾

NIKOTINSKO NADOMESTNO ZDRAVLJENJE

Odkar so leta 1980 proizvedli nikotinski žvečilni gumi, je postala nikotinska nadomestna terapija (NNT) najbolj razširjena pomoč pri odvijanju od kajenja. Kako deluje NNT? Teorija nadomeščanja nikotina je preprosta: oseba, ki želi prenehati s kajenjem, dobiva nikotin določen čas v povsem netobačni obliki, da zmanjša željo po tobaku, ki se pojavlja pri prenehanju kajenja. V tem času se bolnik privaja na življenje kot nekadilec. Nekdanji kadilec ima sočasne težave zaradi psihološke in fiziološke odvisnosti. Z NNT pa lahko uspešno zmanjša predvsem težave zaradi fiziološke odvisnosti.

V več kot sto kliničnih raziskavah so ugotovili, da NNT pomaga kadilcem, da prenehajo s kajenjem.⁽¹⁰⁵⁾ Pri NNT namreč z uporabo primerno manjših odmerkov preparata postopoma odtegujemo nikotin.

Nikotinski pripravki so v oblikah:

- žvečilnega gumija
- pastil
- transdermalnih obližev
- nosnih sprejev
- inhalatorjev
- sublingvalnih tablet.

Katera od teh oblik je primernejša za posameznega kadilca, se je treba odločiti glede na to, kako posameznik sprejema posamezno obliko, kakšen je njegov način kajenja ter kakšni sta dostopnost in cena. Obliži počasi sproščajo nikotin in pomenijo nepretrgan transdermalni vnos nikotina v telo, med tem ko druge oblike hitro vnesejo nikotin v telo.

- Večina kadilcev uporablja raje premajhne odmerke NNT kot prevelike.
- Pomembno je svetovati kadilcem, naj vzamejo dovolj visoke odmerke in jih jemljejo dovolj dolgo, da bodo uspešno ublažili odtegnitvene simptome. Nikakor pa ne smejo kombinirati kajenja in NNT, ker lahko pride do prevelikega odmerjanja nikotina.
- Bolniku je treba razložiti razliko med nikotinom in strupenimi sestavinami tobačnega dima. Povedati jim je treba, da je uporaba NNT v primerjavi s kajenjem varna.

- Žvečilni gumiji, pastile, nosni spreji, inhalatorji in sublingvalne tablete povzročijo srednje veliko zvečanje količine nikotina v krvi v primerjavi z vrhovi, ki jih povzročijo kajenje cigaret. Uporabljamo jih, kadarkoli bolnik začuti potrebo (predvsem takrat, ko si zaželi pokaditi cigareto) ali v določenih obdobjih dneva.
- Nikotinski obliž dovaja nikotin v bolnikov krvni obtok skozi kožo. Obliž običajno namestimo na nadlakti, na stegnu ali hrbtu. Druge oblike nikotinskih pripravkov vnašajo nikotin skozi ustno ali nosno sluznico.
- Obliž in druge oblike lahko uporabljamo skupaj, tako da obliž vzdržuje stalno vrednost nikotina v krvi, druge oblike pa lahko občasno dvignejo raven nikotina, kadar kadilec občuti veliko potrebo po njem.

ODMERJANJE IN UPORABA⁽¹⁰⁶⁾

NIKOTINSKI ŽVEČILNI GUMI

(odmerki po 2 mg in 4 mg)

Odmerjanje: 4 mg pri hudih kadilcih (> 25 cigaret/dan), 2 mg pri zmernih kadilcih (< 25 cigaret/dan) po 10 do 15 kosov na dan. Prvih 6 tednov naj bolniki uporabijo po 1 kos vsako uro, nato 2 tedna po en kos na 2 do 4 ure, zatem pa 2 tedna po 1 kos na 4 do 8 ur. **Največ 24 kosov na dan.**

Prednosti: lahko odmerjanje, pomaga pri preveliki ješčnosti, dobra pomoč v težkih trenutkih.

Slabosti: tveganje za zobe (zalivke), potrebna pravilna uporaba (ne preveč in ne premalo).

NIKOTINSKE PASTILE

(odmerki po 2 mg in 4 mg)

Odmerjanje: 4 mg pri hudih kadilcih (tistih, ki ne zdržijo prvih 30 minut po prebujenju brez cigarete ali pokadijo več kot 25 cigaret/dan) in 2 mg pri zmernejših kadilcih. Prvih 6 tednov bolniki raztopijo v ustih po eno pastilo na 1 do 2 uri, najmanj 9/dan, v 7. do 9. tednu po eno na 2 do 4 ure in po eno na 4 do 8 ur v 10. do 12. tednu. V nadaljnjih tednih naj vzamejo nekdanji kadilci pastile po potrebi, kadar začutijo potrebo po kajenju. **Največ 20 na dan.**

Prednosti: lahko odmerjanje, pomaga pri preveliki ješčnosti, dobra pomoč v težkih trenutkih.

Slabosti: potrebna pravilna uporaba (ne preveč in ne premalo).

NIKOTINSKI OBLIŽ

Na voljo so z različnimi dolžinami trajanja – za 16 in za 24 ur ter z različnim odmerki.

Odmerjanje: Če je bolnik pokadil več kot 10 cigaret/dan, potem 6 tednov uporablja obliže po 21 mg, nato 2 tedna po 14 mg in 2 tedna po 7 mg. Če je pokadil manj kot 10 cigaret na dan, jemlje 6 tednov po 14 mg, nato pa 2 tedna po 7 mg (24- ali 16-urni obliži).

Prednosti: zelo lahka uporaba, avtomatično sproščanje pravega odmerka; 24-urni obliži pomagajo pri zgodnjem jutranjem pomanjkanju nikotina.

Slabosti: 24-urni obliži lahko moti spanec, obstaja majhna možnost kožnih reakcij.

NIKOTINSKO NOSNO PRŠILO

Odmerjanje (odmerek 1 mg = enkratni vpih v vsako nosnico): do 8 tednov po 1 do 2 odmerka na uro, vendar največ 40 odmerkov na dan, nato v naslednjih dveh tednih zmanjšamo odmerek za polovico. Uporabljamo lahko največ 3 mesece.

Prednosti: daje občutek hitrega olajšanja hudim kadilcem, prilagajanje odmerka je preprosto.

Slabosti: na začetku lahko povzroči draženje nosu.

NIKOTINSKI INHALATOR (VSTAVLJEN V USTNIK)

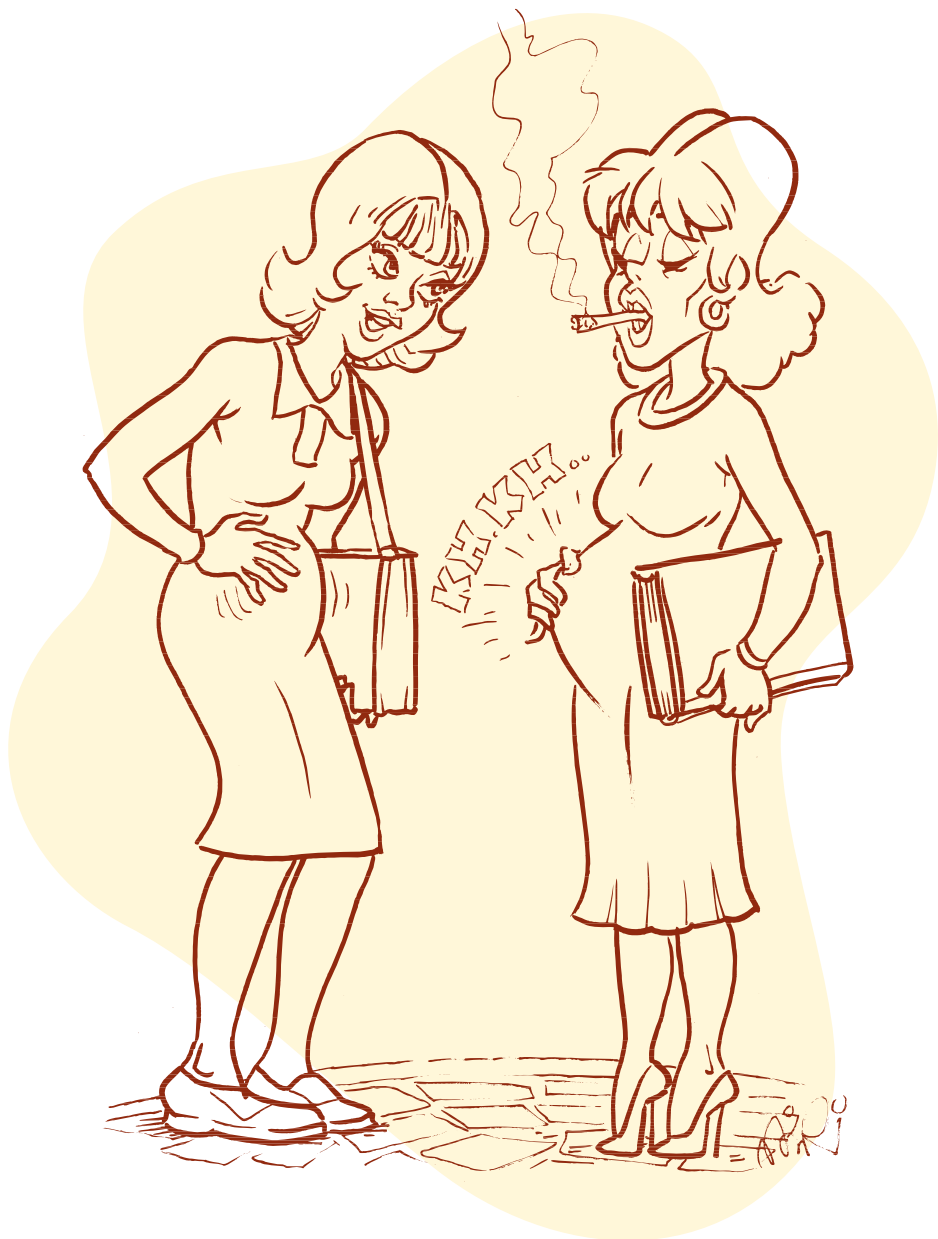
Odmerjanje: do 8 tednov po 6 do 12 vložkov na dan, nato v naslednjih dveh tednih zmanjšamo odmerek za polovico.

Prednosti: pomaga, da so roke in usta zaposlene, uravnavanje odmerka je preprosto, lahko pomaga pri preprečevanju prevelike ješčnosti.

Slabosti: ni zelo primeren za hude kadilce; lahko pritegne pozornost drugih, kadar ga uporabljamo v javnosti.

Nekaj nasvetov uporabnikom NNT:

- To ni čudežno zdravilo in nikoli ne bo samo po sebi pomagalo kadilcu prenehati kaditi.
- Zmanjšuje odtegnitvene simptome, kot sta vznemirjenost in želja po cigareti.
- Nadomešča nikotin, vendar ne tako hitro in v tolikšni količini kot cigarete.
- Ne zadovolji tako kot cigareta.
- NNT je treba uporabljati namesto cigarete, nikakor pa ne skupaj z njo.
- Za večino negativnih vplivov na zdravje je odgovoren tobak in ne nikotin.
- Zelo redki postanejo odvisni od NNT.
- NNT je treba uporabljati v dovolj velikih količinah in dovolj dolgo. Treba je slediti navodilom na ovitkih in poiskati nasvet zdravnika.



- MOJ ŽE BRCA!

- ... MOJ PA ŽE KAŠLJA!

POSEBEJ OGROŽENE SKUPINE IN NNT⁽¹⁰⁷⁾

Obstajajo določene ogrožene skupine, pri katerih sta potrebna previdnosti pri uporabi NNT in stalen zdravniški nadzor.

Najnižja starost, pri kateri je dovoljena uporaba NNT brez zdravniške kontrole, je sedaj 18 let. Za adolescente svetujemo zdravniški nadzor. Za prosto uporabo v mlajših letih bodo potrebne še dodatne znanstvene raziskave in dogovor med različnimi državami.

Prav tako je potreben zdravniški nadzor pri uporabi NNT pri nosečnicah. Zdravniki naj bi prepričali nosečnice, da prenehajo s kajenjem čim prej in brez uporabe farmacevtskih pripomočkov. Le če ne gre drugače, lahko predpišejo tudi NNT.

NNT bi lahko predpisovali tudi kadilcem s stabilnimi srčno žilnimi boleznimi, ki so poskušali prenehati kaditi, pa niso uspeli brez te pomoči. Za tiste bolnike, ki so pred kratkim preboleli hud kardiovaskularni incident ali so bili hospitalizirani zaradi njega v zadnjih štirih tednih (možganska kap, srčna kap, nestabilna angina pectoris, srčna aritmija, koronarni obvod in angioplastika) ali imajo stalno nekontrolirano hipertenzijo, je nujen posvet z njihovimi lečečimi kardiologi.

BUPROPION

Bupropion je preparat, ki ga uporabljajo že v mnogih državah za zdravljenje zasvojenosti z nikotinom. Zmanjšuje potrebo po tobaku in tudi druge odtegnitvene simptome. Še zlasti učinkovit je skupaj z drugimi načini podpore, zato naj bi ga uporabljali predvsem kot pomoč pri zdravljenju in ne kot edino intervencijo.

Bupropion začnemo jemati en teden pred začetkom odvajanja od kajenja (drugače kot NNT), in sicer 3 dni eno tableto po 150 mg na dan (zjutraj), nato po 2-krat na dan. Zdravljenje traja 7 do 12 tednov. Preparat je v obliki tablet, ki počasi sproščajo učinkovino.

Bupropion hydrochloride so prvotno razvili kot antidepresiv, vendar je sedaj registriran tudi za zdravljenje odvisnosti od tobaka. Preparat je zagotovo podvojil delež tistih, ki so prenehali s kajenjem, v nekaj raziskavah pa se je pokazal še uspešnejšega. Predpisovali naj bi ga srednje hudim in hudim kadilcem.⁽¹⁰⁸⁾

Trenutno je bupropion registriran predvsem v številnih razvitih državah. V Veliki Britaniji so ga za pomoč pri odvijanju od kajenja v kombinaciji z motivacijsko podporo registrirali v juniju leta 2000. Od takrat pa do 30. 11. 2001 so ga v Veliki Britaniji predpisali okoli pol milijona bolnikom.⁽¹⁰⁹⁾

Dostopen je samo na zdravniški recept. Vzrok za takšen postopek je nevarnost, da pride do epileptičnega napada, odvisnega od odmerka. Ta nevarnost je sicer majhna (1 primer na 1000) in enaka kot pri drugih antidepresivih.

Da bi zmanjšali tveganje za nastanek epileptičnega napada, je **kontraindiciran** za bolnike:

- ki se trenutno zdravijo zaradi epilepsije ali so že imeli epileptične napade;
- ki se trenutno zdravijo ali so se že zdravili zaradi bulimije ali anoreksije nervoze;
- ki imajo tumor osrednjega živčevja;
- ki poskušajo na hitro prenehati uživati alkohol ali benzodiazepine;
- kontraindiciran je tudi pri nosečnicah, doječih materah in mlajših od 18 let.⁽¹⁰⁸⁾

Previdnost je potrebna tudi pri tistih bolnikih, ki imajo druge dejavnike tveganja za nastanek epileptičnega napada. To pomeni sočasno uporabo kateregakoli zdravila ali drugo okoliščino, ki znižuje prag nastanka epileptičnega napada. Od zdravil so to: antipsihotiki, antidepresivi, antimalariki, teofilin, sistemski steroidi, tramadol, kinoloni in sedativni antihistaminiki. Med druge okoliščine sodijo: zloraba alkohola, poškodba glave v preteklosti, sladkorna bolezen, zdravljena z hipoglikemiki ali inzulinom in uporaba raznih stimulantov ali anorektikov. Pri takih bolnikih svetujemo uporabo manjših odmerkov od 150 mg na dan .

Vsa ta opozorila so potrebna, ker gre za novo zdravilo in ker je nastal sum, da obstajajo določeni stranski učinki in celo določene povezave preparata s smrtjo nekaterih bolnikov. Ti sumi do sedaj v raziskavah teh primerov sicer niso bili potrjeni.⁽¹⁰⁹⁾

Brez ozira na doslej povedano se je preparat pokazal kot uspešen in dokaj varen, zato v Veliki Britaniji priporočajo splošnim zdravnikom, da ga predpisujejo. Zdravnik lahko vodi svoje bolnike in jim pomaga pri odvijanju od kajenja tudi s predpisovanjem bupropiona.^(110, 111)

Preparat bi pri nas lahko predpisovali vsi zdravniki v osnovnem zdravstvu, posebej še zdravniki splošne/družinske medicine, ki svoje bolnike dobro poznajo in tudi najlažje

upoštevajo vsa opozorila in kontraindikacije pri predpisovanju bupropiona ter vsi tisti zdravniki, ki se bodo posebej usmerili v odvajanje od kajenja.

ODMERJANJE IN UPORABA⁽¹⁰⁶⁾

BUPROPION HYDROCHLORIDE

Odmerjanje: 3 dni po 1 tableto (150 mg) na dan (zjutraj), nato 7 do 12 tednov po 2-krat na dan (s kajenjem je treba prenehati v 1 do 2 tednih po pričetku jemanja).

Prednosti: trenutne kratkoročne raziskave so pokazale dobre rezultate; preprosta uporaba, znatno zmanjšanje želje po kajenju.

Slabosti: navedene kontraindikacije, možne motnje spanja, glavobol, suha usta.

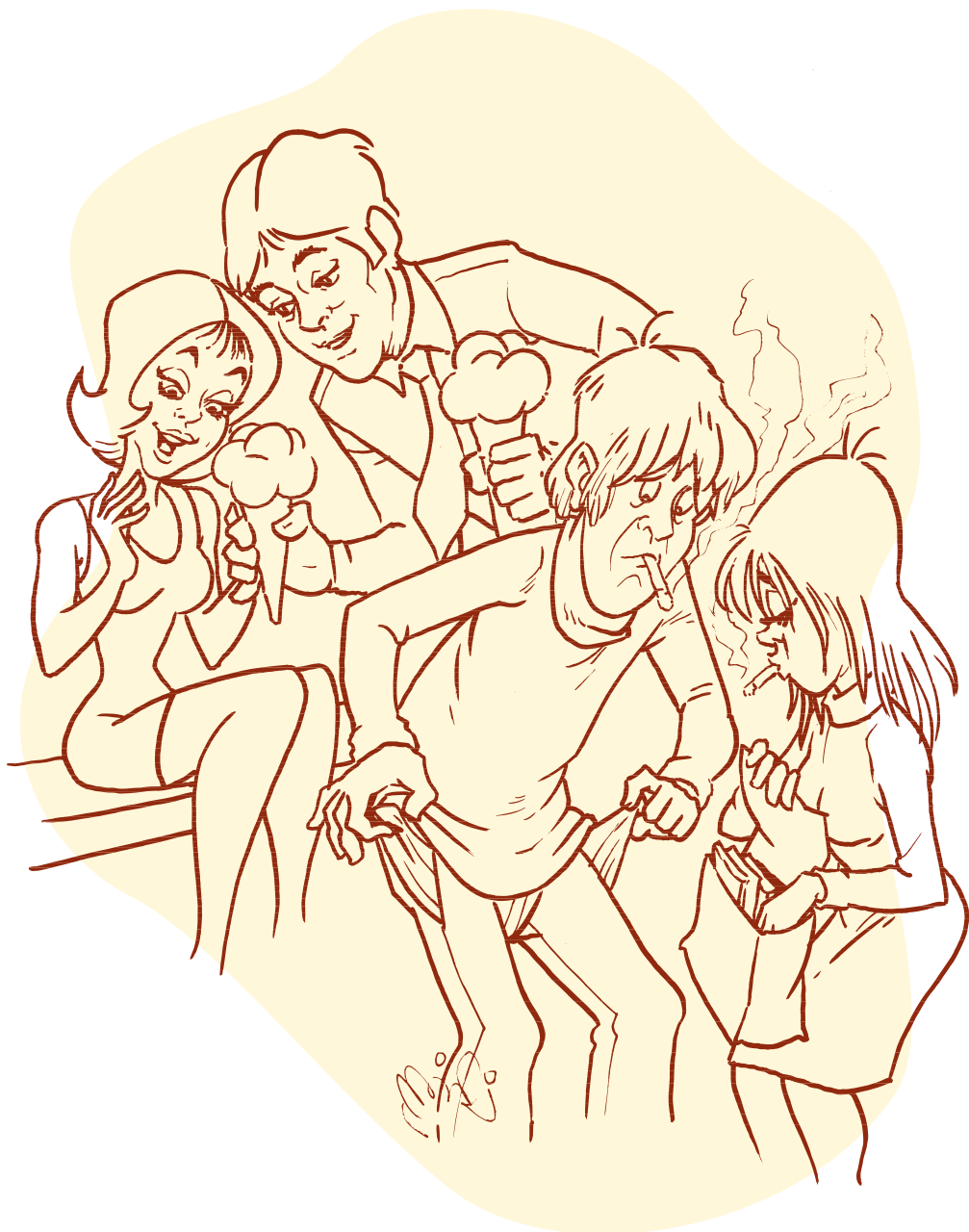
DRUGA ZDRAVILA

Ta se uporabljajo redko in izjemoma ter le pod strogim nadzorom zdravnikov:

- pomirjevala
- antidepressivi
- uspavala
- betablokatorji.

STROŠKI ZA UPORABO ZDRAVIL

Bolnikom se morda dozdeva, da so stroški preparatov za pomoč pri odvijanju od kajenja visoki. Zdravnik mora poudariti, da je to le začasen strošek in da bodo bolniki dolgoročno prihranili denar s tem, ko bodo prenehali kaditi.



NEKATERE DRUGE METODE POMOČI

Obstajajo tudi nekatere druge metode odvajanja, vendar doslej njihova uspešnost ni bila znanstveno potrjena. Zaenkrat imajo enako vrednost kot placebo. Ker torej znanstvenih dokazov ni dovolj, **ne** moremo priporočati naslednjih metod: odvajanja od kajenja z vzbujanjem odpora, hipnoze, pomirjeval in antidepresivov ali srebrovega acetata. Pokazalo se je, da akupunktura deluje samo kot placebo, klonidin deluje, vendar ima stranske učinke, zato ni primeren za terapijo. Brez ozira na to pa lahko pri kadilcu, ki želi uporabljati katero od teh metod in verjame, da mu bo pomagala ter si jo lahko privoščiti, zdravnik tudi podpre takšen načrt odvajanja od kajenja. Kadilcu je seveda treba povedati, kaj kupuje in mu razložiti, da to ni čudežno zdravljenje, kot ga velikokrat predstavljajo.

ODGOVORI NA POGOSTO POSTAVLJENA VPRAŠANJA KADILCEV PRI ODVAJANJU OD KAJENJA

1. Ali bi pomagalo, če preidem s cigarete na cigaro ali pipo?

Ne bi. Raziskave so pokazale, da imajo kadilci, ki kadijo pipe ali cigare in niso nikoli redno kadili cigaret, nižjo stopnjo umrljivosti zaradi bolezni pljuč, povezanih s kajenjem, kot kadilci cigaret, vendar višjo kot nekadilci. To je verjetno zato, ker ne inhalirajo. Kadilci cigaret, ki preidejo na cigare ali pipe, pogosto inhalirajo globlje, podobno kot to počeno s cigaretami, zato jim takšna sprememba ne pomaga. Kadilci pip in cigar imajo podobno stopnjo raka na ustnicah in v ustih kot kadilci cigaret. Ni varne oblike tobaka in ni varnega načina uporabe!

2. Tudi naš stari oče je kadil in je dočakal skoraj sto let!

Res je lahko nek sorodnik dočakal visoko starost kljub kajenju tobaka. Vendar je zagotovo eden redkih, lahko bi rekli, da je imel srečo. Vseh tistih prednikov, ki pa so umrli prezgodaj zaradi kajenja, se ponavadi ne spominjamo, ker jih niti poznali nismo zaradi njihove prezgodnje smrti. Povsem nemogoče je zagotoviti nekomu, da bosta njegovo življenje in zdravje podobna izjemnemu stoletniku, ne pa večini drugih. Precej večja verjetnost je, da bo obrnjeno.

3. Saj jaz z davki od cigaret veliko prispevam v državni proračun, od koder gre denar za zdravljenje vseh bolezni.

Prva resnica je ta, da za zdravljenje bolezni, povzročenih s kajenjem, družba porabi več denarja, kot ga dobi od davkov na tobačne izdelke. Druga pa je ta, da nekdo, ki ne kadi, denar, ki ga kadilec namenja za cigarete in s tem prek davkov daje v državni proračun, uporabi za nakup drugih dobrin, ki so prav tako obdavčene. S tem tudi doteka denar za zdravljenje, vendar bi ga bistveno manj porabili, če ne bi bilo treba zdraviti bolezni, povzročenih s tobakom.

4. Kaj pridobim, če preidem na cigarete z manjšo vsebnostjo nikotina in katrana?

Ni jasnih dokazov, da bi to pomagalo. V praksi je tako, da kadilci, ki spreminjajo vrsto cigaret, poskušajo kompenzirati manjšo vsebnost nikotina z večjim številom pokajenih cigaret ali s tem, da globlje inhalirajo, ali z obojim. Pogosto se niti ne zavedajo, da to počnejo, na ta način pa vnesejo še večje količine drugih strupenih snovi.

5. Ali naj preneham s kajenjem popolnoma ali lahko občasno kakšno pokadim?

Če je vaš namen pri zmanjševanju kajenja postati bolj zdrav, potem seveda velja, da manj ko pokadite, manj tvegate za svoje zdravje. Tveganje je sorazmerno s količino pokajenih cigaret. Žal povzroča nikotin močno zasvojenost in tisti, ki poskušajo občasno kaditi, kadijo postopoma vse več in več, dokler se ne vrnejo na enako količino. Zato je najboljši nasvet ta, da popolnoma prenehate kaditi.

6. Ali bom imel odtegnitvene simptome?

Mnogi kadilci jih imajo. Ponavadi je najhuje v prvem mesecu. Živčni sistem kadilca je prilagojen pogostemu vnosu nikotina, ker je to močan stimulant. Treba se je ponovno prilagoditi življenju brez nikotina. Čeprav so odtegnitveni sindromi pogosti in neprijetni, so raziskave pokazale, da je bil pri kadilcih, ki so poskušali prenehati, odtegnitveni sindrom vzrok za recidiv le v 9 % primerov. Kašljanje se lahko okrepi, ker telo čisti sluz, ki se je nabrala v pljučih. To je znak, da se dihalni sistem popravlja.

7. Kako deluje nikotinska nadomestna terapija? Ali naj jo uporabljam?

Nikotinska nadomestna terapija nadomešča pri kadilcu nikotin, ki ga dobiva s kajenjem tobaka, vendar na mnogo bolj čist in varen način (brez katrana, ogljikovega monoksida in dima). Zmanjšuje odtegnitvene simptome in pomaga tistemu, ki jo uporablja, da se osredotoči na to, kako prenehati s kajenjem. Postopno zmanjševanje nadomestkov nikotina omogoča živčnemu sistemu, da se počasi prilagodi novemu stanju s čim manjšimi neprijetnostmi.

8. Kako je z novim preparatom bupropionom?

Bupropion je sedaj registriran v številnih državah Evrope in v ZDA kot preparat za odvajanje od kajenja, vendar se izdaja samo na zdravniški recept. Tako je tudi v Sloveniji. Je antidepresiv, njegov mehanizem delovanja še ni znan, vendar kaže, da ni povezan z njegovim antidepresivnim učinkom. Je vsaj toliko učinkovit kot NNT, se pa uporablja drugače: kadilec prične s terapijo in šele v naslednjem tednu preneha s kajenjem. Priporočljiv začetni odmerek je 150 mg na dan in naj ga ne bi zvečevali. Bupropion je kontraindiciran pri nosečnicah in doječih materah ter pri mlajših od 18 let. Ima tudi interakcije z določenimi drugimi zdravili, zato je nujno, da ga uporabljamo pod zdravniškim nadzorom.

9. Ali mi kajenje ne pomaga pri premagovanju stresa?

V resnici ne. Če je kadilec razdražen zaradi padca ravni nikotina, potem bo cigareta zmanjšala tako zaznani "stres", ki pa je v resnici začetno stanje odtegnitvenega sindroma od kajenja. Nikotin je stimulant. Kadilci imajo večinoma ves čas rahlo višjo raven strahu kot nekadilci.

10. Slišal sem, da se ljudje zredijo, ko prenehajo s kajenjem. Zagotovo je to prav tako slabo zame kot kajenje?

Ker se jim vrne ta okus in vonj, ki sta bila prej zaradi tobačnega dima motena, začnejo zopet uživati v hrani. Zato na začetku ljudje pogosto pridobijo nekaj kilogramov. To pa se ne dogaja vsakomur in tudi, če je nekdo rahlo pretežak, je nevarnost za njegovo zdravje mnogo manjša, kot če bi ostal kadilec.

11. Všeč mi je ideja, da bom živel dlje, če bom prenehal kaditi, toda kaj pa kratkoročno? Ali je kaj takojšnjih koristi?

Prenehati s kajenjem ima tudi takojšnje koristi. Med temi so naslednje:

- Po 20 minutah se krvni pritisk in pulz povrne v normalne vrednosti. Izboljša se prekrvitev rok in nog.*
- Po 8 urah se raven kisika v krvi normalizira. Nevarnost za pojav srčnega napada se začne zmanjševati.*
- Po 24 urah se ogljikov monoksid izloči iz telesa. Pljuča se pričeno čistiti sluzi in druge nesnage.*

- *Po 48 urah se občutek za okus in vonj že močno popravita. Smrad po cigaretah v izdihu in na telesu pojenjuje.*
- *Po 3 mesecih se pljučna funkcija izboljša in človek lažje diha. Dražeči kašelj ponehuje. Rumeni madeži na zobeh se začnejo zmanjševati.*
- *Po 9 mesecih je tveganje zapletov med nosečnostjo ali nevarnost, da pride do smrti plodu, enaka kot pri nekadilkah.*
- *Po 5 letih se nevarnost za nastanek raka na ustih, vratu in požiralniku zmanjša za polovico. Tveganje za nastanek srčne kapi je za polovico manjše v primerjavi s tistim, ki ga ima kadilec.*

LITERATURA

1. WHO-CINDI. Tobacco. Prevention in primary care. Recommendations for promoting good practice. Copenhagen: *WHO Regional Office for Europe*, 1994: 7-15.
2. WHO Healthy Cities Project Phase II 1993-1997, Briefings on Multi action Plans. Copenhagen: *WHO*, 1994.
3. Corti C. A History of Smoking. London: Bracken Books, 1996.
4. Kickbusch I. Why an Action Plan for a Tobacco-free Europe? In: Tapani P, Draper R, et al. Tobacco-free Europe. Action Plan. Copenhagen: *WHO Regional Office for Europe*, 1993: 2-10.
5. U.S. Department of Health, Education and Social Security. Smoking and Health. A Report of Surgeon General. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health, Office on Smoking and Health. DHEW Publication No. (PHS) 79-50066, 1979.
6. Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years observations on male British doctors. *BMJ* 1976; II: 1525-36.
7. IARC. Tobacco smoking. IARC Monogr Eval Carcinig Risk Chem Hum 1985; 38.
8. Austin H et al. A case-control study of hepatocellular carcinoma and the hepatitis B virus, cigaret smoking and alcohol consumption. *Cancer Res* 1986; 46: 962-6.
9. Aronow W.S., Dendinger J., Rokaw S.N. Heart rate and carbon monoxide levels after smoking high, low and nonnicotine cigarettes. A study in male patients with angina pectoris. *Ann Intern Med* 1971; 74: 687-702.
10. Čakš T. Pasivno kajenje v bivalnem in delovnem okolju. *Zdrav var* 2001; 40(7/8): 271-6.
11. Čakš T. Celostni pristop k obvladovanju kajenja. V: REHAR V. *Zbornik prispevkov*. Celje: Društvo za promocijo in vzgojo za zdravje Slovenije, 1997: 1-8.
12. Čakš T. Preventiva kajenja v splošni medicini. V: Švab I. Preventiva v splošni medicini. Učne delavnice za zdravnike spl. med. Ljubljana: Sekcija za spl. med., 1996: 7-24.
13. WHO-CINDI. Tobacco. Prevention in primary care. Recommendations for promoting good practice. Copenhagen: *WHO Regional Office for Europe*, 1994: 7-15.
14. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994; 309: 937-9.
15. Masironi R., Rothwell K. Tendances et effets du tabagisme dans le mond. Rapp. trimest. statist. mond.; Smoking trends and effects worldwide. Wld hlth statist. quart. Geneve: *WHO*, 1988: 228-40.
16. Čakš T. Obvladovanje kajenja tobaka. *ISIS* 2000; 9(4): 42-4.
17. Broders AC. Squamous-cell epithelioma of the lip. A study of five hundred and thirty-seven cases. *JAMA* 1920; 74: 656-64.
18. Lombard HL, Doering CR. Cancer studies in Massachusetts. 2. Habits, characteristics and environment of individuals with and without cancer. *N Engl J Med* 1928; 198: 481-7.
19. Pearl R. Tobacco smoking and longevity. *Science* 1983; 87: 216-7.
20. Wynder EL, Graham EA. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma: A study of 684 proved cases. *JAMA* 1951; 143: 329-96.

21. Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits. A preliminary report. *Br Med J* 1954; 1: 1451-5.
22. Doll R, Hill AB. Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. A second report on the mortality of British doctors. *Br Med J* 1956; 2: 1071-81.
23. British Medical Research Council. Tobacco smoking and cancer of the lung. Statement by the Medical Research Council. *Br Med J* 1957; 1: 1523-4.
24. Hammond EC, Horn D. Smoking and death rates. Report on forty-four months of follow-up on 187.783 men. I. Total mortality. *JAMA* 1958; 166: 1159-72.
25. Hammond EC, Horn D. Smoking and death rates. Report on forty-four months of follow-up on 187.783 men. II. Death rates by cause. *JAMA* 1958; 166: 1294-308.
26. Royal College of Physicians. Smoking and Health. Summary and Report of the Royal College of Physicians of London on Smoking in Relation to Cancer of the Lung and Other Diseases. New York: Pitman Publishing 1962.
27. U.S. Public Health Service. Smoking and Health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. U.S. Department of Health, Education, and Social Security, Public Health Service, Center for Disease Control. *PHS Publication* No.1103, 1964.
28. Doll R, Peto R, Wheatly K et al. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309: 901-11.
29. Doll R. Tobacco-related diseases. *Journal of smoking-related disorders* 1990; 1: 3-13.
30. World Health Organization Europe. Partnership to Reduce Tobacco Dependence. Copenhagen: *WHO*, 2000.
31. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994; 309: 937-9.
32. Peto R, et al. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Imperial Cancer Research Fund Cancer studies Unit. *Oxford University Press*, 1994.
33. Grobovšek-Opara S, Švab I, Šelb J. Koliko smrti zaradi kajenja v Sloveniji? *Zdrav vestn* 1996; 65: 393-7.
34. WHO. Cancer. The World Health Report 1997. Report of Director-General. Geneva: *WHO*, 1997: 22-37.
35. WHO-CINDI. Lung cancer. Prevention in primary care. Recommendations for promoting good practice. Copenhagen: *WHO Regional Office for Europe*, 1994: 155-9.
36. Doll R. & Hill A.B. Mortality in relation to smoking: 10 years observations of British doctors. *BMJ* 1964; 1: 1399-1410, 1460-7.
37. Tobacco smoking. Lyon: International Agency for Research on Cancer, IARC Monographs No. 38, 1986: 203-44.
38. Šorli J. Preprečevanje pljučnega raka. *Med Razgl* 1991; 30: Suppl 3: 111-4.
39. Royal College of Physicians. Health or Smoking Follow-up. Report of the Royal College of Physicians. London: *Pitman Publishing Ltd.*, 1983.
40. Primic-Žakelj M. Etiologija in primarna preventiva raka. *Zdrav Var* 1993: 193-6.
41. Morrison B.J. Intervention Other than Smoking Cessation to Prevent Lung Cancer. The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*, 1994: 780-5.
42. Pokorn D. Zdrava prehrana in dietni jedilniki. *Zdrav Var* 1997; 36: Suppl 8: 36-50.

43. WHO-CINDI. Oral cancer. Prevention in primary care. Recommendations for promoting good practice. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1994: 135-145.
44. Tomatis L. Ed. Cancer: causes, occurrence and control. Lyon: International Agency for Research on Cancer, IARC Scientific Publications, No. 100, 1990: 61-5.
45. Pompe-Kirn V, Japelj B, Primic-Žakelj M. Rak v Sloveniji - kaj nas čaka v naslednjem desetletju? *Onkologija* 1998; 2 (2): 34-6.
46. Pompe-Kirn V, Japelj B, Primic-Žakelj M. Trend incidence pljučnega raka in kadijskih navad pri moških v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2000; 69: 97-9.
47. Gregg I, Nunn A.J. Peak Expiratory Flow in Symptomless Elderly Smokers and Ex-smokers. *BMJ* 1989; 298: 1071-2.
48. Debeljak A. Preventiva kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB). *Med Razgl* 1991; 30: suppl 3: 105-10.
49. Lassila R, Seybert HW, Haapanen A, et al. Vasoactive and Atherogenic Effects of Cigarette Smoking: A study of monozygotic twins discordant for smoking. *BMJ* 1988; 297: 955-7.
50. Craig WJ, Glen EP, Waddon E J. Cigarette Smoking and Serum Lipid and Lipoprotein Concentration: An analysis of published data. *BMJ* 1989; 298: 784-8.
51. Herman B, Helmert U, Greiser E. Factors Related to Blood Lipid Levels - the Bremen Health Survey of the German Cardiovascular Prevention Study. *Public Health* 1988; 102: 565-575.
52. WHO-CINDI. Cardiovascular diseases. Prevention in primary care. Recommendations for promoting good practice. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1994: 95-106.
53. Shaper AG, Pocock SJ, Walker M, et al. The Protective Phase of the Regional Heart Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1985; 39: 197-290.
54. Zorko T. Kajenje in razvoj ateroskleroze. *Med Razgl* 1998; suppl 3: 19-26.
55. WHO. Circulatory diseases. The World Health Report 1997. Report of Director-General. Geneva: WHO, 1997: 39-45.
56. Poredoš P. Preprečevanje arterijske tromboze. *Med Razgl* 1991; 30: Suppl 3: 73-80.
57. Tengs TO, Osgood ND. The link between smoking and impotence: Two decades of evidence. *Prev Med*; 32: 447-52.
58. Mannino DM, Kleves RM, Flanders WD. Cigarette smoking: An independent risk factor for impotence?. *Am J Epid*, 1994; 140: 1003-8.
59. Johnston B , Holtam D, Wood S, Pichora D. Smoking may be hazardous to your (sex) life. *Urologic Nursing*; 13: 45-7.
60. Jeremy JY, Mikhailidis DP. Cigarette smoking and erectile dysfunction. *J Royal Soc Health*; 118: 151-5.
61. Peacock JL, Bland JM, Anderson HR, Brooke OG. Cigarette smoking and birthweight: Type of cigarette smoked and possible threshold effect. *Int J Epid*, 1991; 20: 405-12.
62. Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB et al. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epid*, 2001; 154: 322-7.
63. Taylor JA, Sanderson M. A reexamination of the risk factor for the sudden infant death syndrom. *J Pediatrics*, 1995; 126: 887-91.
64. Drews CD, Murphy CC, Yearing-Allsopp M, Decoufle P. The relationship between idiopathic mental retardation and maternal smoking during pregnancy. *Pediatrics*, 1996; 97: 547-53.

65. Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R. Intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy. *Pediatrics*, 1994; 93: 221-7.
66. Tobacco Advisory Group, Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain. London: *Royal College of Physicians*, 2000.
67. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Nicotin Addiction. A Report of the Surgeon General, 1988. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406, 1988.
68. Smoking and the young: a report of a working party. London: *Royal College of Physicians*, 1992.
69. Russel MAH. Coming to terms with nicotine addiction: implications for reducing smoking-related disease. In: Maskens AP et al., ed. Tobacco and cancer. Amsterdam: *Elsevier Publications*, 1989: 65-76.
70. Peto R, et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 1992; 339: 1268-1278.
71. Leshner AL. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 1997; 278: 45-7.
72. Brigham J. The Addiction Model. In: Samet JM, Yoon Soon-Young. Women and the Tobacco Epidemic. Geneva: WHO, 2001: 99-118.
73. Benowitz LN, Wilson Peng M. Non-Nicotine Pharmacotherapy for Smoking Cessation. Mechanisms and Prospects. *CNS Drugs*, 2000; 13(4): 265-85.
74. Balfour DJK. The Pharmacology Underlying Pharmacotherapy for Tobacco Dependence: a Focus on Bupropion. *IJCP*, 2001; 55: 53-7.
75. Leonard S, Bertrand D. Neuronal nicotinic receptors: from structure to function. *Nicotine&Tobacco Research*, 2001; 3: 203-23.
76. Parott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A. Guidance for commissioners on the cost-effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998; 53: suppl 5(2): S1-38.
77. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost effectiveness of conseling smokers to quit. *JAMA*, 1989;261: 75-9.
78. Silagy C, Ketteridge S. The effectiveness of physician advice to aid smoking cessation. Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness. In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
79. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-99.
80. www.treatobacco.net
81. Čakš T. Razvade – preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezní. V: Čakš T. Navodila in priročnik za vaje iz higijene. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za higieno, 2002: 184-209.
82. Prochaska JO, DiClemente CC. Towards a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N, eds. *treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum, 1986.
83. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Changing for good. The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits. New York: William Morrow and Company, 1994.

84. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation: Clinical Practice Guideline. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, Centers for Disease Control and Prevention. AHCPR Publication No. (CDC) 96-0692, 1996.
85. Čakš T. Debelost in kajenje. V: Pokorn D., eds. Socialno medicinski vidiki debelosti. Ljubljana: Inštitut za higieno, Medicinska fakulteta, 1999: 129-45.
86. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med* 1991; 324: 739-45.
87. Hofstetter A, Schultz Y, Jequier E, Wahren J. Increased 24-hour energy expenditure in cigarette smokers. *N Engl J Med* 1986; 314: 79-82.
88. Pi-Sunyer FX. The Fattening of America. *JAMA* 1994; 272: 238-9.
89. Gritz ER, Klesges RC, Meyers AW. The smoking and body weight relationship: implications for intervention and postcessation weight control. *Ann Behav Med* 1989; 11: 144-53.
90. Klesges RC, Klesges LM. Cigarette smoking as a dietary strategy in a university population. *Int J Eat Disord* 1988; 7: 413-9.
91. Klesges RC, Meyers AW, Klesges LM, LaVasque ME. Smoking, body weight, and their effects on smoking behavior: a comprehensive review of the literature. *Psychol Bull* 1989; 106: 204-30.
92. Hall SM, Tunstall CD, Vila KL, Duffy J. Weight gain prevention and smoking cessation: cautionary findings. *Am J Public Health* 1992; 82: 799-803.
93. Perkins KA. Issues in the prevention of the weigh gain after smoking cessation. *Ann Behav Med* 1994; 16: 46-52.
94. Pirie PL, McBride CM, Hellerstedt W, Jeffery RW, Hatsukami D, Allen S, Lando H. Smoking cessation in women concerned about weight. *Am J Public Health* 1992; 82: 1238-43.
95. Albanes D, Jones DY, Micozzi MS, Mattson M. Associations between smoking and body weight in the U.S. population - analysis of NHANES II. *Am J Public Health* 1987; 77: 439-44.
96. Istvan JA, Cunningham TW, Garfinkel L. Cigarette smoking and body weight in the Cancer Prevention Study I. *Int J Epidemiol* 1992; 21 :849-53.
97. Killen JD, Fortmann SP, Telch MJ, Newman B. Are Heavy Smokers Different From Light Smokers? *JAMA* 1988; 260: 1581-5.
98. Khosla T, Lowe CR. Obesity and smoking habits. *BMJ* 1971; 4: 10-13.
99. Shimokata H, Muller DC, Andres R. Studies in the distribution of body fat: effects of cigarette smoking. *JAMA* 1989; 261: 1169-73.
100. Istvan JA, Nides MA, Buist AS, Greene P, Voelker H. Salivary cotinine, frequency of cigarette smoking, and body mass index: findings at baseline in the Lung Health Study. *Am J Epidemiol* 1994; 139: 628-36.
101. Flegal KM, Troiano RP, Pamuk ER, Kuczmarski RJ, Campbell SM. The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States. *N Engl J Med* 1995; 333: 1165-70.
102. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993; 270: 2207-2212.

103. Deprés JP, Lemieux I, Prud'homme D. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *BMJ* 2001; 322: 716-20.
104. DeGraff CA. Pharmacologic Therapy for Nicotine Addiction. *Chest*, 2002; 122: 392-4.
105. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software. (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000146.htm>)
106. Hunter MacD. S. Quitting. In: Samet JM, Yoon Soon-Young. Women and the Tobacco Epidemic. Geneva: WHO, 2001: 121-46.
107. WHO Europe. Regulation of Nicotine Replacement Therapies: an Expert consensus. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001.
108. Mason P. Helping Smokers Change. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001: Handout 11, 13, 14.
109. Medicines Control Agency. <http://www.mca.gov.uk/>
110. Raw M, McNeill, Watt J. The case for commissioning smoking cessation services. London: WHO Partnership Project and Smoke Free London, July 2001. www.ash.org.uk/?cessation
111. Bupropion and NRT to promote smoking cessation. Submission to Health Technology Appraisal. National Institute of Clinical Excellence, July 2001. www.ash.org.uk/?cessation

UPORABLJENA IN PRIPOROČENA LITERATURA

- Mason P. Helping Smokers Change. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001.
- Simpson D. Doctors and Tobacco. London: Tobacco Control Resource Centre, 2000.
- Samet JM, Yoon Soon-Young. Women and the Tobacco Epidemic. Geneva: WHO, 2001.
- Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362: 847-52.
- Mason P. Helping People Change. London: Health Education Authority 1994.
- Fagerström K. The Epidemiology of Smoking. Health Consequences and Benefits of Cessation. *Drugs*, 2002; 62 Suppl.2: 1-9.
- Prevention in primary care. Recommendations for promoting good practice. CINDI. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1994.
- Debeljak A, Triller N, Kecejl P et al. Smernice za internistično obravnavo bolnika s pljučnim rakom: uradno stališče Združenja pulmologov Slovenije, sprejeto na letni konferenci decembra 2001. *Zdrav Vestn* 2001; 70(12): 751-70.
- Latkovič B. Kako pomagati kadilcem, da prenehajo kaditi. Društvo pljučnih bolnikov Slovenije, Ljubljana, 2000.
- Učne delavnice: Da, opuščam kajenje. Priročnik za vodje. CINDI Slovenija, Ljubljana, 2000.
- Čakš T. Metode odvajanja kajenja. V: Štabuc B, Primic-Žakelj M, Kocijan A, et al. Kajenje in rak pri ženskah. 9. seminar "In memoriam dr. Dušana Reje". Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2001: 49-62.
- Čakš T. Kajenje. V: Stanič-Stefan N. Preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezní. Priročnik. Ljubljana: Zdravstveni dom, CINDI Slovenija, 1996: 51-5.

- Husgafvel-Pursiainen K. Biomarkers in the assessment of exposure and the biological effects of environmental tobacco smoke. *Scand J Work Environ Health* 2002;28 suppl 2:21-29.
- Jaakkola MS, Jaakkola JJK. Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of adults. *Scand J Work Environ Health* 2002;28 suppl 2:52-70.
- Boffetta P. Involuntary smoking and lung cancer. *Scand J Work Environ Health* 2002; 28 suppl 2:30-40.
- Jousilahti P, Patja K, Salomaa V. Environmental tobacco smoke and the risk of cardiovascular disease. *Scand J Work Environ Health* 2002;28 suppl 2:41-51.
- Jaakkola JJK, Jaakkola MS. Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of children. *Scand J Work Environ Health* 2002;28 suppl 2:71-83.
- The Risk Factor Management Manual. Virginia Priest, Viv Speller. Radcliffe Medical Press Ltd, Oxford, 1991.

INTERNETNE STRANI

- <http://www5.who.int/tobacco/>
- <http://www.euro.who.int/>
- <http://www.tobacco-control.org/>
- <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/>
- <http://fellows.uicc.org/>
- <http://www.globalink.org/globdemo/>
- <http://www.cdc.gov/tobacco/>
- <http://www.idrc.ca/tobacco/en/index.html>
- <http://tobaccowars.com/>
- <http://www.treatobacco.net/>
- <http://www.ensp.org/>