



**СМЈЕРНИЦЕ
ЗА БОРБУ
ПРОТИВ ПУШЕЊА
У ПОРОДИЧНОЈ
МЕДИЦИНИ**



**СМЈЕРНИЦЕ
ЗА БОРБУ ПРОТИВ
ПУШЕЊА
У ПОРОДИЧНОЈ
МЕДИЦИНИ**



| НИВОИ ДОКАЗА И СТЕПЕНИ ПРЕПОРУКА

Ниво доказа А: докази из мета-анализа мултицентричних, добро дизајнираних контролираних студија. Рандомизоване студије са ниским лажно позитивним и ниским лажно негативним грешкама (висока поузданост студија)

Ниво доказа Б: докази из најмање једне добро дизајниране експерименталне студије. Рандомизоване студије са високо лажно позитивним или негативним грешкама (ниска поузданост студије)

Ниво доказа Ц: консензус експерата ДКП (добра клиничка пракса): ниво доказа је заснован на неконтролисаним студијама или на искуству експерата који су учествовали или учествују у изради европских/свјетских водича

Степен препоруке I: постоје докази да је одређена процедура или терапија употребљива или корисна

Степен препоруке II: стања гдје су мишљења и докази супротстављени

Степен препоруке IIa: процјена ставова/доказа је у корист употребљивости

Степен препоруке IIb: примјењивост је мање документована на основу доказа

Степен препоруке III: стања за која постоје докази или генерално слагање да процедура није примјењива и у неким случајевима може бити штетна

Степен препоруке IV: на основу неконтролисаних студија, појединачних случајева или експертског мишљења

√ : препорука заснована на клиничком искуству групе која је сачинила водич

| РАДНА ГРУПА ЗА ИЗРАДУ ВОДИЧА

Аутори и руководиоци

Прим. др сц. мед. Драшко Купрешак, доктор медицинских наука, предсједник Удружења доктора породичне медицине Републике Српске, ЈЗУ Дом здравља Челинац

Проф. др сц. мед. Сузана Савић, ванредни професор Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци, секретар Удружења доктора породичне медицине Републике Српске, ЈЗУ Дом здравља Бања Лука

Чланови радне групе

Проф. др Маринко Вучић, редовни професор на Катедри за интерну медицину Медицински факултет Бања Лука

Прим. мр сц. мед. Љиљана Станивук, магистар медицинских наука, супспецијалиста из исхране здравих и болесних људи, Институт за јавно здравство Републике Српске

Лектор: **Адријана Митрић**

Организација која је у финансијском смислу подржала развој Смјерница за борбу против пушења у породичној медицини није имала утицај на коначне препоруке.

Чланови радне групе, као и представници Удружења доктора породичне медицине Републике Српске су свој рад базирали у складу са одговарајућим стручним критеријумима и нису у сукобу интереса.

Изrada Смјерница је подржана од стране Phillip Morris-a у БuX.

| ПРЕДГОВОР

Прим. др сц. мед. Драшко Купрешак, доктор медицинских наука, предсједник Удружења доктора породичне медицине Републике Српске, директор ЈЗУ Дом здравља Челинац

Конзумирање дувана је један од водећих јавноздравствених проблема глобалних димензија. Свака држава мора развијати сопствене механизме смањења штете по здравље својих грађана која треба да укључује широк спектар друштвених актера, јасну стратегију и политику дјеловања. Институционалне активности требале би се огледати кроз адекватну пореску политику, забрану промоције и рекламирања дуванских производа те повећање броја локалитета гдје је пушење забрањено. Кључну улогу у дугорочном смислу треба да има стварање амбијента у друштву који укључује промоцију здравих навика и стилова живота. За ефикасан одговор здравственог система неопходно је имати инструменте који обезбјеђују подршку пацијентима у процесу одвикавања од пушења кроз јачање капацитета здравствених професионалаца израдом одговарајућих препорука за примарну превенцију.

Друштво се драматично промијенило у посљедњих 50 година. Процеси на релацији пацијент–љekar су се кретали од патерналистичког односа до тога да пацијент има све значајнију улогу одлучујућег фактора у процесу пружања здравствених услуга. Мишљење клиничара више се не сматра неприкосновеним и долази до успостављања новог дијалога између потрошача и пружаоца здравствених услуга. Доктори породичне медицине морају не само бити свјесни ових промјена већ бити и способни напредовати у оваквом окружењу. По дефиницији породичне медицине из 2011. године, породични доктори су преваходно одговорни за пружање свеобухватне и континуиране здравствене заштите сваком појединцу који тражи медицинску помоћ, без обзира на узраст, пол и болест. Брину се за појединце у контексту њихове породице, њихове заједнице и њихове културе, увијек поштујући аутономију својих пацијената. Такође имају и професионалну одговорност према својој заједници те приликом договарања планова менаџмента са својим пацијентима, они интегришу физичке, психолошке, друштвене, културолошке и егзистенцијалне факторе притом користећи знање и повјерење стечено понављаним контактом.

Доктори породичне медицине имају кључну улогу у унапређивању здравствених потенцијала, спречавању болести и у обезбјеђивању адекватног лијечења и његе. Неизоставан сегмент у њиховом раду је промовисање оснаживања пацијената и самоменаџмента. Ово постижу директно или путем услуга које пружају други, сходно здравственим потребама и ресурсима доступним унутар заједнице којој служе. Они морају преузети одговорност за развој и одржавање властитих вјештина, личне равнотеже и вриједности као основе за дјелотворну и сигурну здравствену заштиту пацијента.

Пушење представља важан фактор ризика за настанак кардиоваскуларних болести. Десетогодишњи фатални ризик од кардиоваскуларних болести је два пута виши код пушача. Постоје докази да током живота пушач има 50% шансе да умре од болести повезане с пушењем и да му је живот скраћен просјечно за десет година. Није занемарљив штетан утицај пушења на респираторни али и на друге органске системе.

Смјернице за борбу против пушења су настале као насушна потреба да се плански приступи рјешавању овог нарастајућег проблема. Оне представљају систематизован скуп најновијих научних спознаја и алтернатива за смањење штете по здравље пацијената који добијају здравствене услуге у тиму породичне медицине. Примјена нових научних ставова дефинисаних у смјерницама ће сигурно допринијети да кроз индивидуалан рад са пацијентима тимови породичне медицине буду капацитирани да постижу боље резултате у одвикавању пацијената од пушења.

Проф. др сц. мед. Сузана Савић, ванредни професор Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци, секретар Удружења доктора породичне медицине Републике Српске, ЈЗУ Дом здравља Бања Лука

Пушење дувана и дуванских производа је глобални јавноздравствени проблем, а борба против пушења мултидисциплинарни задатак. Пушење изазива озбиљне болести и сматра се једним од осам главних узрока смрти у свијету уз цереброваскуларни инзулт, исхемијску болест срца, опструктивну болест плућа, туберкулозу, респираторне инфекције, карцином пробавног и респираторног система. Утврђено је да пушачи имају повећан ризик за развој карцинома бронха и плућа, мокраћног мјехура, панкреаса, бубрега, грлића материце, ждријела и усне шупљине. Пушење угрожава и репродуктивно здравље мушкараца и жена.

Према извјештају Свјетске здравствене организације, у 2020. години 22,3% свјетске популације конзумирало је дуван, док се осам милиона смртних случајева годишње на глобалном нивоу може приписати дуванском диму. Према подацима „Истраживања здравственог стања становништва“ из 2011. године, које је у Републици Српској провео Институт за јавно здравство Републике Српске, учесталост пушења одраслог становништва била је 31,0%. Највећи проценат свакодневних пушача било је у добној групи од 25 до 34 године.

Штета коју изазива дим цигарете је вишеструка и сложена. Хронична изложеност организма високим нивоима штетних и потенцијално штетних састојака у диму цигарете изазива молекуларне промјене, поремећаје биолошких механизма (запаљење, оксидативни стрес, активација тромбоцита, метаболизам липида) и промјене на ћелијама/ткивима које се временом акумулирају и могу се манифестовати као болест. Свакако треба узети у обзир да дим запаљене цигарете

не штети само активним пушачима, већ и особама које се налазе у непосредној близини, а нарочито дјеци. Према доступним подацима, од посљедица пасивног пушења умире око 600 000 људи годишње, од чега 165 000 дјеце. Овакви подаци су забрињавајући, с обзиром на то да се у великом проценту могу спријечити.

Све наведено доводи до закључка да је потребно подстицати и промовисати, у што већој мјери, негативне посљедице пушења. Примарна здравствена заштита, као мјесто првог уласка пацијента у здравствени систем, укључујући првенствено „тимове породичне медицине“ треба да представља темељ у борби против пушења. Тимови породичне медицине, поред свакодневног провођења промотивних активности и превентивних мјера за смањење хроничних масовних незаразних болести, треба да раде и на редукцији фактора ризика, што би значајно допринијело борби против пушења и бољој едукацији пацијената о штетности дуванских производа, из чега је проистекла потреба да се публикују и нове препоруке на ову тему. Потребно је напоменути да је у борби против пушења неопходна сарадња свих нивоа здравствене заштите, али и водећих институција државе, да би се постигли задовољавајући резултати.

САДРЖАЈ

1. УВОД	11
2. УЛОГА ПОРОДИЧНИХ ДОКТОРА У ПРЕВЕНЦИЈИ И ПРОЦЕСУ ОДВИКАВАЊА ОД ПУШЕЊА	14
2. 1. Улога породичних љекара на примарном нивоу здравствене заштите	14
2. 2. Улога медицинских сестара/техничара	16
2. 3. Организација рада у амбуланти породичне медицине	17
3. ПРОБЛЕМИ ПОВЕЗАНИ СА ПУШЕЊЕМ	18
3. 1. Токсичност дуванског дима	18
3. 2. Болести повезане са пушењем	22
3. 3. Остали дувански и никотински производи	25
3. 3. 1. Дуван за оралну употребу	25
3. 3. 2. Никотинске врећице	26
3. 3. 3. Производи који садрже дуван за удисање и никотин	26
3. 3. 4. Несагоријевајући дувански производи	27
4. БИХЕВИОРАЛНЕ И ФАРМАКОЛОШКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ КОД ПРЕСТАНКА ПУШЕЊА	29
4. 1. Користи и предности од престанка пушења	29
4. 2. Процес одвикавања – ефективна примјена престанка пушења	31
4. 3. Ефикасност савјетовања	46
4. 4. Ефикасност никотинских замјена	48
4. 5. Ефикасност осталих нефармаколошких третмана	48
4. 6. Комбиновани третмани	49
4. 7. Фармаколошки третман	49
4.8. Стратегије за побољшање медицинских интервенција	50
4.9. Интервенције за специфичну популацију	52

5. ДЕСЕТ НАЈБИТНИЈИХ САВЈЕТА ЗА УСПЈЕШАН ПРЕСТАНАК КОНЗУМИРАЊА ДУВАНА	54
6. ЗАКЉУЧАК	57
7. ЛИТЕРАТУРА	59
8. ДОДАТАК Фагерстром тест за процјењивање зависности од никотина	64

1. УВОД

Пушење дувана и дуванских производа представља један од најзначајнијих јавноздравствених проблема. Упркос бројним сазнањима о штетном дјеловању дуванских производа, број пушача непрестано расте. Епидемија конзумирања дувана једна је од највећих пријетњи јавном здрављу са којима се свијет суочава. Она усмрћује више од осам милиона људи годишње, укључујући и смртност од око 1,2 милиона људи као посљедицу изложености пасивном пушењу.

Према извјештају Свјетске здравствене организације (СЗО) у 2020. години 22,3% свјетске популације конзумирало је дуван (36,7% мушкараца и 7,8% жена).

У европском региону, током 2020. године, преваленција конзумирања дувана је била 180 милиона (25,3%), од тога 117 милиона (33%) код мушкараца и 63 милиона (18%) код жена. Европски регион прати релативно ниско смањење стопе пушача од само 19%. У периоду од 2010. до 2025. године, у односу на предвиђање „Глобални акциони план СЗО за превенцију и контролу незаразних болести 2013–2020“, требало би да глобална преваленције буде смањена за 30%. Око 98% корисника дувана оба пола током 2020. године били су пушачи тј. користили су цигарете или неки други облик дувана за пушење. Надаље у Европи 18% смртних случајева од незаразних болести у 2020. години могло би се приписати посљедицама пушења. Готово 1/5 прераних смрти од незаразних болести могла би се избјећи ако би се престало са пушењем. Процент смртних случајева од незаразних болести у Европи који се могу приписати употреби дувана скоро је три пута већи за мушкарце (27%), него за жене (10%). Процењује се да је удио смртних случајева од кардиоваскуларних болести (срчане болести, мождани удар и друге) услед пушења дувана 25% за мушкарце и 8% за жене. Укупни удио смртних случајева од карцинома који се приписује пушењу је 37% за мушкарце и 15% за жене.

Према извјештају СЗО, подаци за процену трендова пушења дувана су доступни за 146 земаља. Од тога само 24 земље су на путу да постигну релативно смањење стопе пушења за 30% до 2025. године. Упркос смањењу преваленције, предвиђа се да ће смањење бити недовољно за постизање циља у 82 земље. Предвиђа се да ће преваленција остати иста у 34 земље и да ће порастати у шест земаља до 2025. Ову процену би требало поново размотрити када буду познати трендови у употреби дуванских производа у свим регионима.

На основу извјештаја СЗО из 2016. године у Босни и Херцеговини (БиХ), преваленција пушења међу мушкарцима у Федерацији БиХ је била 56,3%, а међу женама 31,6%, док је у Републици Српској међу мушкарцима била 37,5%, а међу женама 25,5%. Према подацима „Истраживања здравственог стања становништва“ из 2011. године, које је у Републици Српској провео Институт за јавно здравство Републике Српске,

учесталост пушења одраслог становништва била је 31,0%. Највећи проценат свакодневних пушача припадао је добној групи од 25 до 34 године. На основу већ поменутог истраживања, у Републици Српској је на радном мјесту дуванском диму било изложено више од половине одраслих становника (53,6%), а на јавном мјесту 80,7% одраслог становништва. Истраживање вишеструких показатеља у Републици Српској које је проведено током 2011. и 2012. године обухватило је и испитивање употребе дувана и дуванских производа међу становништвом између 15 и 49 година. Резултати истраживања показују да је конзумирање дуванских производа било учесталије међу мушкарцима (58%) него женама (51%). Приближно трећина мушкараца (34%) и четвртина жена (26%) у Републици Српској је конзумирала цигарете или друге дуванске производе за пушење током једног или више дана у посљедњих мјесец дана прије истраживања. Институт за јавно здравство Републике Српске је 2013. године провео истраживање пушења у популацији школске дјеце и омладине од 13 до 15 година живота. Према резултатима овог истраживања, у Републици Српској 7,9% младих наведеног узраста су били пушачи, док је друге дуванске производе конзумирало 2,9% њих. Истраживање је показало да су млади често изложени пасивном пушењу. Око 58% их је навело да је пасивном пушењу изложено у сопственом дому, док је 54,2% навело да је пушењу изложено на затвореном јавном мјесту. У посљедњих осам година дошло је до великог пораста употребе електронских цигарета међу адолесцентима (са 1,5% на 27,4%) у периоду од 2011. до 2019. године. Електронске цигарете су данас најчешће кориштени дувански производи у овој демографији.

Пушење може бити извор разних оралних и системских болести те је стопа смртности два до три пута већа код пушача. Установљено је да бројни фактори имају утицаја на здравље попут трајања пушења, количине попушених цигарета на дан, врсте цигарета и слично. Пушење је најчешћи узрок смртности од карцинома који се може спријечити, а одговорни су за отприлике једну трећину свих смртних случајева од малигнитета. Око 85% карцинома плућа настаје због пушења.

Смањење пушења је најважнија јавноздравствена мјера коју земље могу предузети ради остваривања здравствене и економске користи. Треба знати да је зависност од дувана психичка и физичка. За већину људи, најбољи начин да престану пушити је одређена комбинација мотивацијских разговора (емоционална подршка), адекватних мјера за промјену личних навика и употребе препоручених средстава за одвикавање.

Мјере као што су повећање пореза на дуванске производе, забрана рекламирања дуванских производа и повећање броја мјеста на којима је пушење забрањено могу да допринесу редукцији пушења. Претходно је веома значајно обезбиједити подршку за одвикавање од пушења, која је многим пушачима неопходна. Један од битних циљева је индивидуални рад с пушачима на промјени њиховог понашања, мотивацијски разговор и фармаколошки третман. Изградња капацитета за едукацију

и оспособљавање здравствених професионалаца ради промовисања и рада на стратегијама престанка пушења и третмана зависности од никотина имају суштински значај за постизање успјеха.

2. УЛОГА ПОРОДИЧНИХ ДОКТОРА У ПРЕВЕНЦИЈИ И ПРОЦЕСУ ОДВИКАВАЊА ОД ПУШЕЊА

Примарна здравствена заштита, као мјесто првог контакта пацијента са здравственим системом, укључујући првенствено „тимове породичне медицине“ треба да представља темељ у борби против пушења. Тимови породичне медицине, поред свакодневног провођења промотивних активности, превентивних мјера за смањење хроничних масовних незаразних болести и куративних услуга, треба да раде и на редукцији фактора ризика, што би значајно допринијело борби против пушења.

Улога породичног доктора је свакако примарна, у смислу информисања и едукације пацијената о штетним ефектима пушења по здравље, савјетовања и индивидуалног приступа у одабиру оптималне методе (немедикаментозне и медикаментозне) за одвикавања од пушења.

Према доступним мета-анализама, важна је додатна едукација здравствених професионалаца, која ће повећати резултат медицинских интервенција у циљу редукције пушења.

Стратегије забране пушења на радном мјесту и на стратешким мјестима, као што су здравствене и службене институције, јесте економски разуман приступ јавном здравству који утиче на велики број људи са минималним трошком.

Важно је нагласити да је у борби против пушења неопходна сарадња свих нивоа здравствене заштите, али и водећих институција државе, да би се постигли задовољавајући резултати.

2.1. Улога породичних љекара на примарном нивоу здравствене заштите

Породични љекари су лидери у области здравствене заштите на примарном нивоу управо због регистроване популације (око 2000 грађана) те провођења континуитета и свеобухватности здравствене заштите, координисања и отворене сарадње са другим медицинским, здравственим и социјалним даваоцима услуга, те њене усмјерности ка породици и заједници. Становништво, углавном, има повјерења у њих, а они су обавезни да то повјерење оправдају и остваре највиши степен здравља у средини коју опслужују. Сваки здравствени радник дужан је да помогне у борби против пушења. Данас су на располагању многе методе које омогућавају

здравственим радницима да помогну својим пацијентима. Због тога је њихов задатак мање компликован него што се то чини. С обзиром на то да дјелују и као лични примјер, модел за идентификацију, здравствени радници својим понашањем треба да буду добар примјер другима. Због тога, ако нису у стању да се сами одрекну свог неадекватног понашања, не смију га јавно промовисати.

На нивоу глобалне стратегије превенције, породични доктори, углавном на нивоу примарне здравствене заштите, имају важну улогу у промоцији престанка пушења. Они савјетују пацијенте индивидуално и понављају савјете током терапеутског односа, тј. током консултација користе тренутке када је пацијент отворен за савјете. Иако неки пушачи престају пушити сами, у већини случајева доношењу одлуке о престанку пушења доприноси љекар. Када имају намјеру престати пушити, већина пушача преферира индивидуално савјетовање, углавном код љекара, док мањем броју више одговарају специјализовани и интензивни програми.

Улога породичног доктора подразумева:

- систематично идентификовати све пушаче,
- разумјети процес промјене код престанка пушења (модел промјене Prohaska и di Clemente),
- процијенити мотивацију сваког пушача,
- процијенити зависност од никотина,
- примијенити одговарајуће стратегије које одговарају мотивацији пушача,
- прописати терапију замјене за никотин или други фармаколошки третман,
- пратити пушача,
- познавати здравствене ризике од пушења и користи од престанка,
- схватити значај савјетовања здравствених радника на нивоу примарне здравствене заштите и фармаколошког третмана,
- прилагодити организацију амбуланте породичне медицине и организовати савјетовање,
- упознати пушаче који нису спремни престати пушити са алтернативним производима који имају научно доказано смањену токсичност.

У амбуланти породичне медицине, потребно је користити систем подсјетника да би се идентификовали сви пушачи:

- додати пушачки статус у факторе ризика, „ризико картицу“ у здравственом картону пацијента, које садржи све неопходне елементе за процјену, савјетовање и праћење пушачког статуса.
- користити систем електронског/датумског подсјетника или стоног подсјетника,
- водити регистар пушача.

2. 2. Улога медицинских сестара/техничара

У већини земаља, медицинске сестре су најбројнији здравствени радници и заједно са љекарима имају кључну улогу у савјетовању пацијената. Често су најближе пацијенту те могу допринијети превенцији пушења код дјече и адолесцената, промовисати престанак пушења код пацијената те заједно са љекарима, треба да буду непушачки примјер.

Укључивање медицинских сестара/техничара из тима породичне медицине у савјетовање и праћење пацијената огледа се у:

- ефективном савјетовању, које је производ тимског рада,
- идентификацији и праћењу пушача. Овај посао, поред љекара, може обављати и медицинска сестра користећи систем „ризико картица“ (тима чувамо информације, пацијент добија информације из различитих извора, потврђујемо дату поруку, имамо континуитет у савјетовању и праћењу),
- подјели дужности унутар тима породичне медицине (савјетовање може започети један, а завршити други члан тима),
- планирању потребног времена за савјетовање пушача (пратећи њихову фазу промјене), при заказивању наредне посјете (љекару или медицинској сестри),
- праћењу фаза одвикавања од пушења кроз амбулантни рад, али и пружања савјета телефоном.

Зона забрањеног пушења у амбуланти породичне медицине:

- заједно са својим тимом прогласите амбуланту зоном забрањеног пушења,
- користите знакове „забрањено пушење“ у својој чекаоници,

- истакните обавијест да пружате услуге савјетовања о престанку пушења, на начин да ћете у чекаоницу ставити постер са текстом: „Да ли пушите? Разговарајте о томе са својим породичним доктором или медицинском сестром“,
- ставите брошуре о престанку пушења у своју чекаоницу.

Здравствени радници као узори

Популација доживљава здравствене раднике као важне узоре. Постоје два разлога зашто би здравствени радници требали престати пушити: због личног здравља и пружања личног примјера „непушача“.

Будите узор пацијентима и цијелом особљу:

- тиме што ћете бити непушач,
- говорите и показујте да сте непушач,
- престаните пушити користећи стратегије из овог водича.

2.3. Организација рада у амбуланти породичне медицине

Ова стратегија подразумијева сљедеће:

- забиљежити пушачки статус у предвиђене обрасце (ризико картице) за факторе ризика у медицинској документацији сваког пацијента,
- идентификација свих пушача, фазе промјене, савјетовање према фази промјене,
- користити подсјетник за сто у ординацији породичне медицине,
- тимски рад љекара и медицинске сестре у савјетовању о престанку пушења,
- коришћење публикација/специфичних брошура за савјетовање пацијената,
- означавање непушачких зона у чекаоници.

3. ПРОБЛЕМИ ПОВЕЗАНИ СА ПУШЕЊЕМ

3.1. Токсичност дуванског дима

Уцигарети, до сагоријевања долази када се дуван запали. Када се једном упали, на врху запаљене цигарете успоставља се самоодржива реакција егзотермне оксидације при чему температура дувана достиже преко 800°C приликом „повлачења“ дима. Сагоријевањем дувана долази до стварања дима, топлоте и пепела. Дим цигарета садржи више од 6000 састојака, од којих је око 100 класификовано од стране јавноздравствених институција као штетни и потенцијално штетни састојци, што значи да су вјероватни узрочници болести повезаних са пушењем, као што су карцином плућа, болести срца и емфизем. Поред тога, у организму пушача остаје стотине милијарди (преко пола билиона) чврстих честица које настају сагоријевањем дувана, а које се ослобађају сагоријевањем сваке цигарете. Упркос чињеници да годинама знамо да је потпуно одвикавање од дувана и никотина најефикаснији начин да пушачи смање штету која настаје услед пушења, многи пушачи не престају да пуше.

Дошло је до опадања преваленције пушења у последње три деценије, али укупан број пушача прилично стагнира и мало је вероватно да ће се тај број значајно смањивати у блиској будућности. Стога морамо пронаћи начине да смањимо штету коју пушење наноси стотинама милиона одраслих који ће наставити са овом лошом навиком. Ово је мјесто гдје смањење штетности од пушења може бити комплементаран приступ уз постојеће стратегије контроле дувана (спречавање почетка, смањење потрошње цигарета и подстицање престанка пушења).

Никотин је пиридински алкалоид, који се може наћи у биљкама из породице помоћница (*Solanaceae*), попут дувана, плавог патлиџана, карфиола, кромпира и парадајза. Никотин је једино у биљци дувана присутан у довољно великим количинама (~ 2% суве масе) да би постигао фармаколошке ефекте. Главна особина никотина везана је за појаву зависности. Он ослобађа неуротрансмитер допамин у дијелу мозга који регулише емоције. Исти ефекат се јавља и под дејством хероина и кокаина и доводи до појаве зависности. Никотин, као алкохол и дроге, убрзава пропадање ћелија мозга. Пушачи мисле погрешно да је пушење дувана само лоша навика, а не зависност од никотина, који дјелује сложено и многоструко на друге дијелове тијела па у малим количинама стимулише, док у великим инхибира, централни и вегетативни нервни систем.

Зависност од никотина је тешка због физичке и психолошке зависности коју изазива никотин, са свим фармаколошким својствима наркотика:

- толеранција: потреба да се повећа доза како би се постигао жељени ефекат,

- симптоми повлачења који се јављају након одређеног периода апстиненције,
- већа и дужа употреба дувана од планиране,
- стална жеља за пушењем уз покушаје да се смањи или контролише употреба дувана,
- престанак или смањивање активности (социјалне, професионалне, рекреационе) због дувана,
- наставак пушења и поред познавања здравствених ризика у вези са пушењем.

Свака цигарета садржи од 6 до 11 мг никотина, од којих пушач апсорбује 1 до 3 мг, што чини укупно 20–40 мг дневно. Пушење цигарете омогућава брзу апсорпцију никотина путем плућа и оралне мукозе и има системски ефекат већ након неколико секунди, највећим дијелом на мозак. Пет минута након попушене цигарете никотин у крви достиже максимум од 12 нг/мл. Код типичног пушача понављано пушење доводи до повећања концентрације никотина у јутарњим часовима, који онда одржава ниво од 20 до 35 нг/мл у поподневним часовима са осцилацијама усљед сваке испушене цигарете. Због времена полураспада од два сата ниво никотина се смањи током ноћи и веома је низак ујутро.

Генетски, социјални фактори, личност, зависност од алкохола, проблеми са депресијом или анксиозношћу предиспонирајући су фактори за употребу дувана, али и сам никотин је тај који има главну улогу у зависности од дувана. Та супстанца даје позитивно осјећање и чини да пушач трага за осјећањима задовољства, благостања, релаксације и интелектуалне стимулације које ће му цигарета пружити. Такође, она регулише апетит и тјелесну тежину. Повезаност пушења цигарета са многим свакодневним врстама понашања (пијење кафе или алкохола, контакт са другим пушачима...) ствара додатно условљавање и наводи пушача да пуши сваки пут када се нађе у таквој ситуацији. Након понављаног и дуготрајног излагања количина никотинских рецептора у мозгу се повећава. Ова неуроадапација изазива симптоме одвикавања када ниво никотина брзо опадне. У том тренутку ступа негативно осјећање и особа узима цигарету како би избјегла симптоме одвикавања. Симптоми одвикавања се јављају већ у прва 24 сата, достижу највиши ниво између 24 и 72 сата и прогресивно опадају у наредне двије до четири седмице. Добијање на тежини је честа појава у првим мјесецима након престајања пушења. Генерално је мање од 4,5 кг, али у неким случајевима је и преко 10 кг. Ризици по здравље везани за повећање тјелесне тежине су умјерени у поређењу са здравственим ризицима везаним за наставак пушења. Добијање на тежини се може објаснити губитком анорексигеног ефекта и убрзаног метаболизма, као и компензацијом цигарета кроз храну. Многи људи осјећају симптоме одвикавања у првом периоду. Иако су

симптоми одвикавања чести и могу бити непријатни, доступна студија је показала како је само 9% пушача који су покушавали престати пушити рекло да су симптоми одвикавања били фактори који су довели до релапса (Moril, 1992).

Иако је никотин један од најпознатијих састојака у диму цигарете и једна од кључних компоненти зашто људи пуше поред друштвених, сензорних и ритуалних аспеката, он није примарни узрок болести повезаних са пушењем. Стручњаци, укључујући америчку Агенцију за храну и лијекове (енгл. Food and Drug Administration – FDA, 2022) и Краљевски колеџ љекара у Великој Британији (енгл. Royal College of Physicians – RCP, 2016) слажу се да, иако никотин изазива зависност и није без ризика, он није примарни узрок болести повезаних са пушењем. Болести чији је развој повезан са пушењем, као што су рак плућа, кардиоваскуларне болести и емфизем, првенствено су узроковане удисањем високих нивоа штетних једињења која се у великој мјери формирају при сагоријевању дувана, а не самим никотином.

Јасно је да производе који садрже никотин не би требало да користе одређене групе људи, као што су млади и непушачи, али и људи са већ постојећим здравственим проблемима, труднице или дојиље или жене које сумњају да су трудне.

Због штетног дјеловања посебно су значајни алкалоиди никотин и норникотин, те катрански спојеви бензопирен и диабензоантрацен.

Катран се састоји од остатака честица које се налазе у дуванском диму. То није једно хемијско јединство, већ више мјешавина неколико хиљада састојака дуванског дима. Катран се мјери у лабораторијским условима тако што се честице хватају на филтеру, а онда се издвајају вода и никотин.

Угљен-моноксид је безбојан, отрован гас, који се налази у дуванском диму, а ослобађа се сагоријевањем дувана. Он се чврсто везује за хемоглобин у крви, што омета нормално снабдијевање органа и ткива кисеоником, а као резултат, процеси менталне активности су ослабљени, рефлексии су успорени, јавља се поспаност, губитак свијести и при великим концентрацијама могућа је и смрт од гушења. Критични органи укључују мозак и срце, јер оба зависе од континуираног снабдијевања кисеоником да би функционисали. У крви „тешких“ пушача налази се и до 15% карбоксихемоглобина, што неријетко изазива полицитемију, хипоксемију органа и повећава склоност ка грушању крви. Из ових разлога, угљен-моноксид је нарочито штетан у трудноћи, јер умањује допремање кисеоника плоду у материци.

Полициклични ароматски угљиководици су главне канцерогене супстанце дуванског дима (табела 1, слика 1).

Табела 1, слика 1. Најзначајнији састојци дувана и њихова токсична дејства

Састојак	Главно токсично дејство
Benzopyren	Канцерогено
Nitrosamine	Канцерогено
Ароматични амини: ек. 2-naphtylamine	Канцерогено
Benzene, vinyl chloride	Канцерогено
Dioxin Arsenic	Канцерогено
Хром	Канцерогено
Polonium -210	Канцерогено
Амониак	Респираторни иритант
Formol, acetaldehyde	Респираторни иритант
Acrolein, toluene	Респираторни иритант
Цијанид, nitrogen dioxide	Респираторни иритант
Carbon-monoxide	Атерогенозно, тромбогенично, хипохемично



3.2. Болести повезане са пушењем

Пушење и изложеност дуванском диму најчешћи је извор оболијевања, инвалидитета и преране смртности који се може спријечити. Престанак пушења помаже у било којем тренутку, што прије, то боље. Престанак пушења је отежан због зависности о никотину, психичких и друштвених фактора. Здравствени професионалци требали би бити кључни заговорници у превенцији пушења. Опасност од болести пушења и смрти повећава се са већим бројем испушених цигарета и са дужином пушачког стажа.

Пушење је повезано са повећаним укупним морбидитетом и смртношћу. Пушење је узрок карцинома плућа, усне шупљине, гркљана, мокраћног мјехура и бубрега, доприноси настанку карцинома панкреаса, желуца, грлића материце, јетре и ректума. Пушачи су под већим ризиком од коронарне болести срца, цереброваскуларне болести и болести периферних артерија. Пептички улкус чешћи је код пушача, у односу на непушаче. Пушење представља најважнији фактор ризика за хроничну опструктивну болест плућа (ХОПБ) и повезано је са нижим нивоима форсираног експираторног волумена у првој секунди (ФЕВ1), настанком хроничног бронхитиса и емфизема плућа. Не треба занемарити ни негативне посљедице које има на репродуктивно здравље мушкараца и жена. Код мушкараца пушење може изазвати импотенцију и неплодност. Пушење мајки повезано је са ниском порођајном тежином дојенчади, повећаним перинаталним морталитетом и компликацијама током трудноће и изненадном смрти дојенчета. Прекомјерна смртност узрокована пушењем је два пута већа у односу на непушача, током средње животне доби.

Болести повезане са пушењем и угрожени систем

Кардиоваскуларни систем

- повишен крвни притисак,
- атеросклероза,
- исхемична болест срца (инфаркт),
- периферна артериопатија,
- цереброваскуларна болест.

Респираторни систем

- карцином ларинкса, бронха и плућа,
- хронични бронхитис,

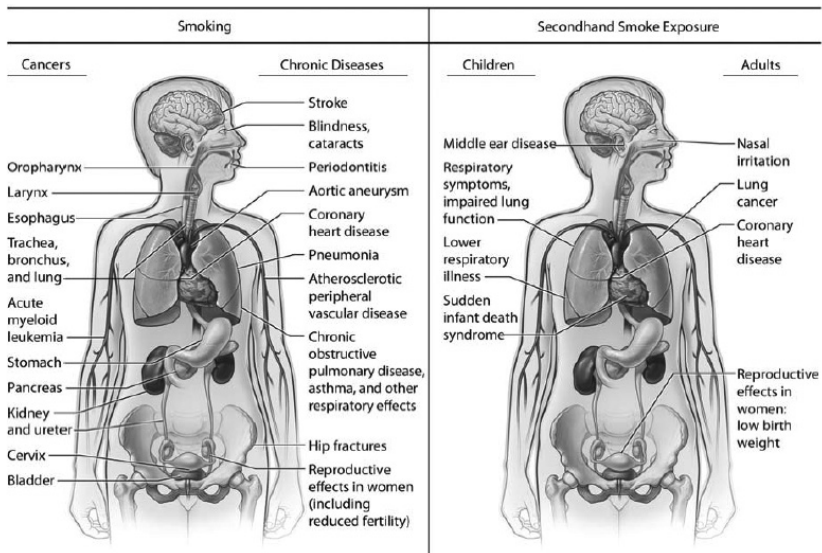
- емфизем плућа,
- астма.

Пробавни систем

- карцином усне шупљине, једњака, желуца и панкреаса,
- улкусна болест.

Генитоуринарни систем

- карцином мокраћног мјехура и материце,
- оштећење фетуса због пушења током трудноће (слика 2).



Слика 2. Приказ болести узрокованих пушењем и изложености пасивном пушењу

Жене су, с обзиром на свој положај у друштву, почеле да пуше касније од мушкараца. С обзиром на специфичну репродуктивну улогу жене, жене пушачи изложене су специфичним опасностима од пушења:

- теже зачеће,
- спонтани побачаји,

- рађање недонесене дјече,
- перинатална смртност,
- изненадна смрт беба,
- рак грлића материце,
- превремена менопауза,
- срчани и/или мождани удар, посебно ако узимају контрацептивне таблете,
- декалцификација и остеопороза,
- сува кожа и појава бора.

Пасивно пушење

Многе студије и мета-анализе показале су да пасивно пушење, већином код куће или на послу, повећава здравствени ризик. Пасивно пушење подразумева удисање разријеђене смјесе бочног дима који се емитира с упалјеног краја цигарете која се пуши и издаха дима пушача (Бакер и Процтор 1990 ; Јенкинс 2000). Издисај уобичајеног дима, који је производ сагоријевања дувана, даје 3–11% угљичног монооксида (СО), 15–43% угљеничних честица и 1–9% никотина (Бакер и Процтор 1990). Генерално, исти састојци као и у главном и споредном диму, присутни су у диму који се пасивно удише, иако су разријеђени и помијешани са састојцима у околном зраку (Бакер и Процтор 1990; Јенкинс 2000).

Пасивно пушење укључује 20–80% укупне популације. Може имати скоро исту штетност као и активно пушење. Пасивно пушење повезано је са повећаном инциденцијом инфекција доњег респираторног тракта код мале деце и може повећати ризик од карцинома плућа код непушача. Дјеца су најугроженија популација, посебно у првим годинама живота. Склонија су инфекцијама уха, носа, грла, плућа. Ишемијске болести срца и карцином плућа главни су ризици за одрасле непушаче изложене диму цигарета. Одсуством сагоријевања дувана уклонио би се настали дим те стога би било елиминисано и једнако опасно по здравље, пасивно пушење (Forster 2018; Ichitsubo и Kotaki 2018; Mitova 2016; Prodanchuk 2017; Protano 2016, 2017; Ruprecht 2017; Schober 2018). То је очекивано, јер с једне стране одсуство изгарања дувана или пиролизе на високој температури, доводи до значајног смањења стварања штетних материја. С друге стране, не ослобађа се тињајући бочни дим који се испушта на врху и настаје изгарањем дувана, чиме се изостављају главни фактори онечашћења у затвореном простору, узроковани цигаретама.

3.3. Остали дувански и никотински производи

Број различитих дуванских производа значајно је еволуирао током протеклих година. Данас нису сви производи који садрже дуван и никотин исти из перспективе здравственог ризика.

Ови производи могу садржати дуван, или никотин који се често екстрахује из листова дувана. Никотин се, такође, може синтетички добити, али због цијене је мање заступљен. Никотин се екстрахује из листова дувана коришћењем филтрације, екстракције растварачем или кристализације и затим пречишћавања; класа никотина се заснива на степену пречишћавања (процент нечистоћа) и производним процесима. У неким алтернативама се користи никотин фармацеутског квалитета.

Избегавањем сагоријевања и стварања дима, алтернативе, познате и као „бездимни производи“, емитују мање и знатно ниже нивое штетних и потенцијално штетних материја од цигарета, нудећи тако одраслим пушачима који не одустају од пушења, бољу опцију од наставка пушења цигарета, што је основа принципа познатог као смањење штетности од пушења. Међутим, потребна је научна процјена сваког појединачног производа да би се одредили нивои штетних и потенцијално штетних састојака у сваком бездимном производу и да би се потврдило да ли је производ боља опција на основу његовог профила ризика.

3.3.1. Дуван за оралну употребу

Дуван за оралну употребу (слика 3) је алтернатива цигаретама која се деценијама комерцијализује у земљама као што су Шведска, Норвешка и Сједињене Америчке Државе (САД). Ови производи се могу жвакати или држати у устима, омогућавајући апсорпцију никотина кроз оралну слузокожу. Они се производе пратећи процесе који ограничавају количине непожељних једињења у овим производима, укључујући максималне границе нитрозамина специфичних за дуван.



Слика 3. Дуван за оралну употребу

Један од познатијих производа у овој категорији, који је у средишту научне дебате о смањењу штетности од дувана, јесте шведски снус („снус“).

3.3.2. Никотинске врећице

Модерне оралне никотинске врећице (слика 4) користе се на сличан начин као снус, али не садрже дуван већ садрже само никотин, воду и друге састојке за прехранбене производе. У овим врећицама унапријед одређених порција, лист дувана је замењен недуванским пунилом и никотином, са различитим садржајем никотина у различитим географским регионима и брендovima, обично у распону од 4–18 мг никотина по врећици.



Слика 4. Никотинске врећице

Иако је очекивано да никотинске врећице имају повољнији профил токсичности од снуса јер испоручују сличне нивое никотина без других изложености које су повезане са дуваном, објављени подаци о токсиколошкој процјени ових производа су тренутно ограничени.

3.3.3. Производи који садрже дуван за удисање и никотин

Ови производи, који се понекад називају и „вејп“ производи, вејп оловке, е-цигарете (слика 5), категорија су хетерогених производа који не садрже дуван и не ослобађају дим. Умјесто тога, они се састоје од е-течности која обично садржи средства за стварање аеросола, никотин и ароме која, када се загрије, производи аеросол који садржи никотин који се удише. Студије су, такође, показале да се аеросоли е-цигарета састоје само од течних капљица, за разлику од дима цигарете, који се састоји од течних капљица и чврстих честица.



Слика 5. Е-цигарета

Бројне студије су показале да је састав аеросола е-цигарете мање сложен од дима цигарета, са знатно нижим нивоима штетних материја од дима цигарета (Royal College of Physicians, 2016; Mc Neill, 2015; Farsalinos, 2014; Margham, 2016). Међутим, на крају, састојци е-течности и карактеристике уређаја (нпр. радна температура, калем, одводни систем) утицаће на састав аеросола.

Ово је релативно нова категорија производа. Стога, дугорочне користи и ризици употребе е-цигарета још увијек нису добро познати.

3.3.4. Несагоријевајући дувански производи

Несагоријевајући дувански производи (слика 6) су нова категорија производа који загријавају дуван умјесто да га сагоријевају, са циљем да значајно смање емисију штетних материја које су повезане са сагоријевањем, у поређењу са цигаретама.



Слика 6. Несагоријевајући дувански производи

Ова иновативна категорија, која се и даље усавршава, укључује производе који се разликују у зависности од температуре, извора гријања и начина на који се дуван обрађује (нпр. суви, влажни или течни састојци дувана).

Несагоријевајући дувански производи загријавају дуван испод температуре сагоријевања дувана (~400°C). Извор и технологија гријања могу да варирају, али у свим случајевима загријавање дувана доводи до ослобађања аеросола који садржи никотин. Корисник из дијела производа намијењеном за уста удише у своја плућа аеросол који садржи никотин, али пошто дуван не сагоријева, аеросол који корисник удахне није дим.

Студије показују да се избјегавањем сагоријевања број и нивои штетних и потенцијално штетних састојака значајно смањују у поређењу са цигаретама.

4. БИХЕВИОРАЛНЕ И ФАРМАКОЛОШКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ КОД ПРЕСТАНКА ПУШЕЊА

Бихевиоралном интервенцијом се помаже пацијенту превладати разне препреке у одвикавању од пушења и промовише здрав начин живота.

4.1. Користи и предности од престанка пушења

Престајање пушења значајно умањује ризик од преране смрти или морбидитета, без обзира у којој старосној доби је особа која престаје пушити, чак иако већ постоје болести за које се везује пушење. Трајање периода апстиненције бивших пушача у ком се достиже иста стопа морталитета као и код непушача разликује се од студије до студије, од 15 до 20 година. Корист од престанка пушења постоји усљед специфичног утицаја на три главне категорије болести везаних за пушење: кардиоваскуларне, пулмонарне и малигне болести (плућа).

Проспективне и ретроспективне студије о настајању кардиоваскуларних болести након престанка пушења показују прогресивно смањење кардиоваскуларног морталитета код оба пола. Ризик се смањује за 50% током прве године, а затим прогресивно опада, док након 15 година не достигне исти ниво као и код непушача. Утицај апстиненције на морталитет усљед карцинома плућа постиже се спорије и зависи од нивоа употребе дувана. Ризик постепено опада, а након 15 година и даље остаје двоструко већи него код непушача.

Престанак пушења утиче и на смањење прогресије хроничне опструктивне болести плућа. Међутим, већ изгубљене функције се неће вратити. Користи од престајања пушења код трудница су: смањени ризик од ниже порођајне тежине новорођенчета и прераног порођаја.

Предности од престанка пушења:

Физичке:

- осјећај укуса и мириса је бољи,
- храна је укуснија,
- зуби су бјељи,

- дах из уста је свјеж,
- циркулација је боља,
- кожа поприма здравији изглед,
- престанак кашља,
- правилнији рад срца,
- нижи крвни притисак,
- побољшање укупног здравља.

Емоционалне:

- задовољство због контролисања свог понашања,
- расте осјећај личне вриједности,
- самопоуздање је веће,
- задовољство због позитивног примјера дјечи,
- нема осјећаја кривице,
- укупни осјећај је бољи.

Друштвене:

- више времена за посао, породицу, пријатеље,
- неометање других својим пушењем,
- кућа и одјећа одишу свјежином,
- могућност уживања тамо гдје је пушење забрањено.

4.2. Процес одвикавања – ефективна примјена престанка пушења

Већина пушача је свјесна здравствених ризика везаних за пушење. Отприлике половина жена пушача и трећина мушкараца пушача у Босни и Херцеговини кажу да би престали пушити у наредних шест мјесеци, или чак у наредних мјесец дана.

Одвикавање од дувана је процес промјене понашања на које се може утицати специфичним и понављаним интервенцијама, али и прописивањем фармаколошког третмана за оне пушаче који су одредили датум за престанак пушења.

Престајање пушења је динамична промјена понашања од више фаза које ће бити описане у Prochaska и Di Clemente моделу промјене.

Здравствени радници на примарном нивоу здравствене заштите (ПЗЗ), посебно доктори породичне медицине, треба да у свом редовном раду идентификују пушаче и да им одлучно савјетују да престану пушити. Овај дио предлаже модел за савјетовање и подршку код одвикавања од пушења користећи стратегије прилагођене мотивацији пацијента да престане пушити. Те стратегије укључују информације те рационалне и бихевиоралне технике. Овај приступ је заснован на новијим препорукама из литературе *транстеоретских модела промјене* заснованих на пет стадија Prochaska и Di Clemente и његове примјене и техника подстицања промјене понашања путем мотивацијског интервјуа.

Мотивацијски интервју је метода која се користи код амбивалентних пацијената, а користе се отворена питања, афирмације, рефлексивна и сумирање. Он представља технику интервјуисања која помаже пацијентима да промијене понашање, тј. да престану пушити. Разлози за престајање пушења треба да буду разумљиви и прихватљиви за пацијента. То значи да здравствени радник неће имати оптуживачки став према наведеном понашању пацијента. Исто тако, неће показати сажалење према особи са датим понашањем, односно посљедице по здравље које ово понашање може имати. Дакле, доктор показује емпатију, тј. хладну симпатију за проблем који пацијент има. Здравствени радник, у ствари, усмјерава разговор тако да помогне самом пацијенту да истражи и ријеши свој амбивалентан став према престанку пушења. Овај терапеутски однос је заснован на партнерству и активном учешћу пацијента, а одвија се у емпатичној атмосфери, са избегавањем суочавања.

Мотивацијско савјетовање од стране здравственог радника заснива се на пет принципа:

1. избежавати суочавање и расправљање,
2. показати емпатију,

3. подржати индивидуалне изворе,
4. не супротстављати се отпору,
5. разрадiti контрадикције и демонстрирати амбивалентност.

Здравствени радник може током интервјуа користити следеће стратегије:

1. постављати отворена питања,
2. истакнути предности и недостатке промјене,
3. тумачити ријечи и осјећања пацијента,
4. охрабривати пацијента да направи промјену,
5. резимирати.

Овај модел обухвата пет фаза које се морају пратити и примјењивати код сваког пушача (Америчке препоруке): **5П/5А**.

1. **ПИТАТИ** систематично о кориштењу дувана (енгл. **Ask**),
2. **ПОСАВЈЕТОВАТИ** да се престане пушити (енгл. **Advise**),
3. **ПРОЦИЈЕНИТИ** мотивацију за престанак пушења и зависност од никотина (енгл. **Assess**),
4. **ПОМОЋИ** да се престане пушити пратећи мотивацију пацијента (енгл. **Assist**),
 - 4а. навести га/је да размишља о могућности престанка,
 - 4б. мотивисати пушаче који намјеравају престати у наредних шест мјесеци: кратка интервенција,
 - 4в. помоћи пушачима који намјеравају престати у наредних 30 дана да се изборе са симптомима одвикавања: средња интервенција,
 - 4г. помоћи особама које су престале пушити да се изборе са симптомима одвикавања и спријече релапс: средња интервенција,
5. **ПРАТИТИ** све пушаче на краћи и дужи временски период (енгл. **Arrange follow-up**)

1. ПИТАТИ – систематично идентификовати пушаче

Неопходно је сваког пацијента питати да ли је пушач:

Да ли пушите?

Да ли још увијек пушите?

Да ли сте пушач?

У здравственом картону за пацијента забиљежити пушачки статус: пушач, бивши пушач, непушач у одјељку „ризико картица“.

2. ПОСАВЈЕТОВАТИ да престане пушити

Јасно, снажно и у персоналном маниру савјетовати сваког пушача да престане пушити:

- кратко и јасно савјетујте свим пацијентима да престану пушити: „Мислим да је важно да престанете пушити и ја Вам могу у томе помоћи“, „Прекинути пушење само када сте болесни је недовољно“;
- снажно: „Као Ваш породични доктор (здравствени радник), морам Вам рећи да је прекид пушења најважнија ствар коју можете учинити да бисте заштитили своје здравље сада и убудуће. Особље и ја Вам можемо помоћи у томе“;
- персонално – повежите употребу дувана са тренутним здравственим стањем, социо-економским елементима, интензитетом мотивације за престанак пушења, утицај пушења на укућане и слично;
- спомените неколико користи од престанка пушења;
- укажите на један или два ризика по здравље које доноси пушење;
- повежите свој савјет са животом или медицинским проблемима пацијента;
- користите разумљив језик;
- спомените аргументе везане за здравље, спољне аспекте, социјалну ситуацију, психолошки профил или економски аспект;
- покажите емпатију и посвећеност.

3. ПРОЦИЈЕНИТИ мотивацију да се престане пушити и зависност од никотина

Хоће ли појединац успјети у престанку пушења зависи о равнотежи између мотивације за престанак пушења и о степену зависности о дуванским производима. Мотивација је важна јер интервенције за помоћ код престанка пушења неће успијевати ако зависник о пушењу није мотивисан. Степен зависности је важан код зависника који желе престати пушити, јер о њему зависи избор терапије. Мотивација и степен зависности су често повезани, тако да тешки зависници о пушењу имају ниску мотивацију, јер сумњају у своју способност да престану пушити. Лаки зависници о пушењу имају ниску мотивацију, јер мисле да могу престати било кад у будућности ако то одлуче. Мотивација за престанак пушења значајно варира и

под утицајем је околине. Према Prochaska и Di Clemente, широко прихваћени модел за процјену спремности на промјену (мотивације) јесте транстеоријски модел. Он дефинише спремност појединца на промјене понашања. Након одређивања степена спремности на промјену, лакше је одредити адекватну интервенцију за помоћ код престанка пушења.

Транстеоријски модел се састоји од пет стадија.

- **Претконтемплација** је вријеме када пушач не намјерава престати пушити у наредних шест мјесеци.
- **Контемплација** је вријеме када пушач размишља о престанку пушења у наредних шест мјесеци. Тада је пацијент свјестан позитивног ефекта престанка пушења, али је забринут због процеса промјене. Едукација пацијента и подршка током ове фазе може помоћи пацијенту у преласку у идућу фазу. Пушачи често највише времена проведу у овој фази и враћају се у њу након релапса.
- **Припрема** је вријеме када је вријеме промјене непосредно, у идућих мјесец дана. Циљеви су постављени, датум је одређен и пацијент је спреман за планирање.
- **Акција** је вријеме када је пацијент престао пушити у задњих шест мјесеци. У овој фази постоји опасност од релапса. Потребне су учесталије контроле, обично једну седмицу након престанка пушења, затим мјесец дана након престанка и даље индивидуално по договору.
- **Одржавање** је вријеме када апстиненција траје шест мјесеци и дуже, тада је бивши пушач све сигурнији и осјећа све већи успјех како вријеме одмиче.

Процијенити мотивацију пацијента (*жељу да се престане пушити, кад би пацијент хтио престати*) да престане пушити са два питања:

Да ли размишљате да престанете пушити?

За колико времена намјеравате престати пушити?

На основу пацијентових одговора, одредити у којој се од четири следећа стадија налази: *преконтемплација, контемплација, припрема, акција*.

Мислим да ћу једнога дана престати, али не сада = **преконтемплација**

Желио бих престати пушити у наредних неколико мјесеци, али сам тренутно под стресом = **контемплација**

Прије три мјесеца сам био престао пушити и спреман сам опет сутра покушати = **припрема.**

Вријеме када је пацијент престао пушити у задњих шест мјесеци, опасност од релапса = **акција.**

Процјена зависности од никотина (*број попушених цигарета дневно, вријеме од буђења до прве цигарете, симптоми одвикавања који су се јавили при првом покушају да се престане*) усмјерена је на три питања:

Колико цигарета пушите дневно?

Када након буђења ујутро запалите прву цигарету?

Кад Вам се десило да извјесно вријеме не запалите цигарету, да ли сте осјећали неке непријатне ефекте?

Процјена зависности од никотина приказана је у табели 2.

Табела 2. Приказ зависности од никотина

ЗАВИСНОСТ ОД НИКОТИНА				
	БЛАГА	УМЈЕРЕНА	ЈАКА	ВЕОМА ЈАКА
Цигарета/ дневно	1–9	10–19	20–30	>30
Вријеме од буђења до прве цигарете	>60 минута	30–60 минута	5–30 минута	<5 минута
Симптоми повлачења	Нема их, минимални су	Умјерени	Изражени	Веома изражени

Што је већи резултат на овом упитнику, то је тежа зависност од никотина. Од свих ставки у упитнику, чини се да су најважнији показатељи зависности број попушених цигарета дневно и вријеме када пушач запали прву цигарету ујутро.

4. ПОМОЋИ да се престане пушити пратећи мотивацију пацијента

4а: Пушачи који тренутно не размишљају озбиљно о престанку пушења – наведите их да почну са размишљањем и пратите их

Помоћи да се престане пушити пратећи мотивацију пацијента

Овај модел чини пет стадијума:

- преконтемплација: фаза 4а
- контемплација: фаза 4б
- припрема: фаза 4в
- акција: фаза 4г
- релапс

Преконтемплација

Ово је фаза у којој особа нема никакву намјеру да мијења своје понашање. Она чак није ни свјесна да би њено понашање могло имати негативне посљедице по њено здравље. С друге стране, уколико и има нека сазнања о штетности одређеног понашања, она не жели да размишља ни о каквој промјени. У овој фази, без обзира на став особе према пушењу, потребно је одлучно савјетовати о престанку пушења. Овдје није потребно предуго „убјеђивање“ и изношење чињеница против пушења. Временски до три минута дати основне препоруке, без оптуживања, и понудити помоћ. У овој фази, битно је ићи на „слабу“ тачку пацијента: пушач родитељ малољетне дјече – штетност пасивног пушења, дјеца пушача су чешће и сама пушачи; актуелно здравствено стање повезати са пушењем.

Навести пушача да поново размисли о употреби дувана:

- питајте пацијента зашто воли пушити,
- наведите пацијента да предложи једну од користи од престанка пушења,
- парафразирајте пацијентове ријечи,
- покажите амбивалентан став према пушењу (понашање, ставови...),

- пронађите по једно алтернативно објашњење за пацијентова убјеђења и оправдања за даље настављање пушења

Реците ми зашто пушите?

Коју корист доноси престанак пушења?

Понудите помоћ при покушају да престане пушити, али одлуку препустите пацијенту:

- дајте подршку и покажите емпатију,
- прилагодите говор пацијенту како га не бисте увриједили, уплашили, наметнули осјећај кривице, а да бисте сачували његово повјерење.

Забринуте сте за своје здравље, а ипак настављате пушити!

Кажете да Вам пушење причињава задовољство?

Да ли Вам и кашаљ прија?

Породица Вам је битна?

Да ли сте икада упитали смета ли им Ваше пушење?

Могу Вам помоћи да престанете пушити, али само Ви можете донијети одлуку!

Планирајте праћење тако што ћете опет приликом наредног састанка говорити о престанку пушења:

- реците да ћете током наредне консултације опет говорити о томе,
- питајте пацијента током наредне консултације да ли још увијек пуши,
- током наредне консултације процијените његову мотивисаност да престане пушити.

Да ли још увијек пушите?

Да ли намјеравате престати?

46: Мотивишите и пратите пушаче који озбиљно намјеравају престати

Контемплација (размишљање)

У овој фази, особа је свјесна свог проблема и размишља о њему. Најчешће се налази

у покушају да процијени за и против разлоге за промјену. Овај стадиј може трајати свега неколико минута, али и неколико година, па чак и доживотно, при чему особа не доноси одлуку. У овој фази, потребно је одвојити више времена. Сам пацијент жели више информација које би му помогле да донесе одлуку. При овоме, морамо бити отворени са пацијентом и помоћи му да спозна све добробити од престанка пушења, али исто тако продискутовати и све могуће препреке и негативне стране које може донијети престанак пушења. На овај начин се ствара међусобно повјерење као и искрен партнерски однос између љекара и пацијента. Кратко разговарајте о личној мотивацији тако што ће пацијент изразити и извагати предности и недостатке пушења и увидјети амбивалентност:

- тражите од пацијента да наброји позитивне аспекте пушења (за),
- тражите од пацијента да наброји све негативне аспекте пушења (против),
- парафразирајте ријечи пацијента,
- покажите амбивалентан став пацијента према позитивним и негативним аспектима пушења,
- стимулишите пацијента да донесе одлуку о престанку пушења.

Шта Вам се свиђа код цигарета?

Шта Вам се не свиђа код цигарета?

Пронашли сте бар три добра разлога да престанете, али још увијек пушите!

Шта мислите који су наредни кораци?

Дискутујте о рјешењима потенцијалних препрека које спречавају пацијента да престане пушити:

- идентификујте препреке: *симптоми одвикавања, стрес, добитак на тежини, губитак задовољства пушења, релапс или неуспјех, други пушачи, депресија.*

Шта Вас тренутно спречава да престанете?

„Биће сувише тешко поднијети симптоме повлачења.”

Никотинске замјене ће помоћи да се ублаже непријатни ефекти одвикавања од дувана.

Понудите пацијенту помоћ да престане пушити, али оставите одлуку њему:

- покажите емпатију и дајте подршку,

- прилагодите говор пацијенту како га не бисте увриједили или окривљивали, а како бисте сачували његово повјерење.

Могу Вам помоћи да престанете пушити, али само Ви можете донијети одлуку.

Презентујте друге терапеутске опције:

- самоиницијатива да се престане,
- фармаколошки третман, замјена никотина или бупропион,
- групни програми за одвикавање од пушења,
- индивидуални менаџмент на специјалистичким консултацијама за одвикавање од дувана,
- програм „престајање пушења“ (stop tabacco) путем електронске поште или интернета: персонализовани одговори на основу попуњеног упитника,
- алтернативне методе чија ефикасност није доказана али пацијенти их траже (хипноза, акупунктура, релаксација).

4в: Пружите помоћ у одвикавању од пушења и пратите пушаче који су донијели одлуку да престану пушити

Припрема

Особа стварно вјерује да је промјена могућа и вриједна утрошеног времена. Она почиње са припремом за промјену. У овој фази потребно је додатно знање, вјештина и подршка да крене у акцију. Битно је идентификовати ризичне ситуације, створити климу подршке у околини пацијента – породица, пријатељи и слично. Одредити дан „Д“. Често умјесто радикалних промјена особа започиње само с корекцијом свог понашања – на примјер, смањује број попушених цигарета. За особе које су дугогодишњи пушачи и пуше у просјеку преко 20 цигарета дневно, то је добар почетак. Истина је, међутим, и то да многи не направе потпуну промјену, тј. задрже се максимално на оваквој, дјелимичној промјени. Активна помоћ пушачима који су одлучили да престану пушити захтијева дужу консултацију, од најмање 10 до 15 минута, а идеално од 20 до 30 минута специфичне консултације за одвикавање од пушења. Међутим, само мањи број пушача убраја се у ову категорију.

Понудите помоћ у одвикавању, али оставите да пацијент одлучи:

- подржите пацијента и ојачајте његову одлуку,

- покажите вјеру у његову способност да престане,
- покажите своју подршку, емпатију и расположивост.

Одлучили сте да престанете пушити?

Честитам Вам на одлуци!

Спреман/спремна сам да Вас подржим и помогнем у престанку пушења.

Информишите пацијента о процесу одвикавања и менаџменту:

- тешкоће и трајање процеса одвикавања,
- зависност од никотина,
- синдром одвикавања од никотина, главни симптоми и њихов ток,
- промјена понашања,
- потенцијално добијање на тјелесној тежини,
- медицински менаџмент, ваше праћење и подршка.

Престати пушити је тежак процес за који је најчешће потребно неколико мјесеци и неколико покушаја. Никотин из дувана је врста дроге. Престанак пушења доноси непријатне симптоме одвикавања. Симптоми одвикавања од дувана су најизраженији у прва три дана и постепено се смањују у наредне двије–четири седмице. Престанак пушења захтијева промјену у понашању везану за употребу дувана. Помоћ и праћење од здравственог радника повећавају вјероватноћу успјеха.

Договорите се са пацијентом око датума престанка пушења:

- одређени датум престанка чини одлуку стварном и обавезује пацијента према себи самом, али и према здравственом раднику,
- предложите пацијенту да одреди дан кад би хтио/хтјела престати, ако је могуће у наредне двије седмице (максимално четири седмице),
- препоручите потпуно престајање – чак ниједан „дим“,
- савјетујте да се по сваку цијену избјегне узимање иједне цигарете – то би могло одвести релапсу.

Савјетујте пацијента да припреми покушај престанка:

- савјетујте га да дан прије баци све цигарете, упаљаче, пепељаре
- информишите родбину, пријатеље, колеге и тражите њихову подршку.

Препоручите пацијенту да нађе подршку у свом окружењу:

- идентификујте партнера, члана породице, пријатеља, колегу, по могућности непушача или бившег пушача, који би могао пружити подршку вашем пацијенту,
- предложите пацијенту да тражи подршку те особе,
- предложите пацијенту да покуша престати пушити заједно са неким (партнер),
- помозите му да дефинише непушачку зону у свом дому.

4г: Помоћи одвикавању од пушења и спријечити релапс

Акција

У овој фази, особа је кренула у процес промјене властитог понашања с циљем да коначно ријеша свој проблем. Први дани промјене захтијевају позитивне одлуке да чини ствари другачије. Јасан циљ, реалистичан план, подршка и награде су карактеристике овог стадија.

5. ПРАЋЕЊЕ

Планирајте праћење са двије до шест консултација и одмах закажите прву како би се помогло пацијенту у покушају престанка:

- договорите консултације у 1, 2, 4. и 8, а минимално у 2. и 4. седмици,
- прилагодите учесталост консултација потреби пацијента и развоја процеса одвикавања,
- ако је потребно, замијените консултацију телефонским контактом.

Током контролне консултације, систематично говорите о:

- комплетној или дјелимичној апстиненцији и ризику од релапса,
- честитајте пацијенту ако је престао пушити,
- дајте подршку у случају дјелимичног престанка,
- симптомима одвикавања,

- користи од престанка,
- ризичним ситуацијама које могу довести до релапса,
- стратегијама за идентификоване ризичне ситуације,
- ризичним факторима за релапс и рјешењима за њих,
- придржавању третману замјене никотина,
- прилагођавању дозе или преласку на другу врсту замјене никотина,
- наручите пацијента за наредну консултацију,
- евентуално: упутите пацијента на специјални програм за одвикавање од пушења.

Како је протекла седмица без цигарета?

Већ један мјесец не пушите. Честитам Вам!

Да ли сте осјетили неке непријатне симптоме током покушаја престанка?

Да ли сте се нашли у ситуацијама у којима је поновно почињање било могуће?

На који начин користите никотински фластер/жвакаћу гуму/таблете?

Само наставите тако. Видимо се наредне седмице.

Идентификовати ризичне ситуације, поготово оне које су се јавиле током претходног покушаја:

- симптоми одвикавања,
- стрес, депресија, конфликти, досада,
- друштво пушача, конзумација алкохола, послије јела или кафе.

Које су ситуације током дана у којима сте у искушењу да запалите?

Планирајте са пацијентом стратегије за превенцију релапса у ризичним ситуацијама:

- извјесно вријеме избјегавати ризичне ситуације и планирати друге активности (друштво пушача, задимљене просторије, досаду и усамљеност),
- сачекати око пет минута да жеља за цигаретом прође,
- скренути пажњу са жеље неким другим активностима или мислима: попити воду,

узети жвакаћу гуму, појести неко воће, опрати зубе, прошетати се, урадити вјежбу дисања, поново се сјетити свих добробити које доноси престанак пушења,

- одупријети се искушењу: убједити себе да се не узме цигарета, припремити реченицу којом ће се одбити цигарета, сјетити се уговора о престанку пушења, сјетити се већ уложене енергије,
- избјећи ризичне ситуације: напустити задимљену просторију, устати од стола одмах након јела.

Идентификовати ризичне факторе за релапс:

- недостатак подршке,
- смањена мотивација,
- депресија,
- продужено трајање симптома одвикавања,
- претјерана самоувјереност,
- потешкоће с контролисањем стреса,
- добијање на тежини.

Предложите по једно рјешење за сваки идентификовани ризични фактор:

- недостатак подршке – чешће консултације или телефонски контакт, идентификовање групе за подршку, заједнички покушај престанка пушења с још једним пушачем (на примјер, партнером, групом пушача, кроз чланство у неком форуму на интернету),
- смањена мотивација – објаснити пацијенту да је то уобичајено осјећање, подсјетити га на мотивацију и разлоге престанка, већ уложену енергију, корист од престанка, рећи му да пронађе неку корисну и занимљиву активност (читање књиге, физичку активност, рад у башти), а сам/сама себе да награди за успјели покушај (на примјер, новцем уштеђеним на уштрб цигарета),
- депресија – подршка, занимљива и корисна активност (читање књиге, физичка активност, рад у башти), антидепресиви,
- продужено трајање симптома одвикавања – продужити фармаколошки третман, увести комбиновани третман,

- претјерана самоувјереност – препоручити потпуну апстиненцију, упозорити пацијента да једна једина цигарета може довести до релапса и учинити одвикавање тежим него што јесте,
- потешкоће са контролом стреса – боље планирање активности, редовна физичка вјежба (шетња, цогинг, вожња бицикла), активности које доносе задовољство, технике релаксације.

Припремити план за избегавање или смањење добијања на тјелесној тежини:

- не поричите или потцјењујте ризик да се добију килограми,
- објасните да је то честа појава, али да ће се пацијент, у ствари, вратити на тежину коју би свакако имао да не пуши,
- објасните да се најчешће добија од четири до пет килограма,
- објасните да је негативан ефекат добијања на тежини по здравље занемарљив у односу на онај који изазива пушење,
- предложите пацијенту да рјешава један по један проблем, прво престанак пушења, а онда, након периода физичког одвикавања (најчешће четири седмице) евентуални вишак килограма,
- не предлажите строгу дијету,
- користите једноставне дијететске методе: три оброка, доста воћа и поврћа, мала количина хране богате мастима, мало алкохола, не јести између оброка, воће или лагани јогурт као ужина (није обавезно завршити оброк),
- редовна лагана физичка активност,
- препоручите коришћење бупропиона или замјене никотина, на примјер, никотинске жвакаће гуме, како би се смањило добијање на тежини,
- предложите савјетовање о дијети и медицински третман након акутне фазе одвикавања (око четири седмице) у случају великог добијања на тежини.

Фаза одржавања

Ова фаза се карактерише по напору индивидуе да се одржи у новом облику

понашања и да превенира враћање на стари облик понашања. Ипак, немали број особа враћа се у неки од претходних стадија. Овдје је битно нагласити да сам љекар треба да је свјестан овакве могућности као нечег нормалног, да пацијент може ићи и назад и напријед, кроз серију цикличних промјена. Према томе, пушач може престати пушити неколико пута прије коначног престанка. Један неуспјех треба само да буде позив за љекара и пацијента да заједнички проанализирају разлоге неуспјеха и да, оснажени кроз једно искуство, покушају поново.

Релапс

Припремити план у случају да пацијент запали неколико цигарета:

- искористите тај релапс као прилику за учење, а не намећите пацијенту осјећај кривице и неуспјеха,
- идентификујте околности које су допринијеле релапсу,
- предложите пацијенту да сад не настави редовно пушити, већ продужи са одвикавањем,
- пронађите стратегије за ситуације које воде релапсу.

У случају релапса, систематично:

- оцијените позитивне аспекте покушаја као прилику за учење, а не као неуспјех,
- избјегните било какву критику или стварање осјећаја кривице због релапса,
- идентификујте околности које су довеле до релапса,
- предложите пацијенту да одмах крене са новим покушајем,
- предложите или поновите стратегије за оне ситуације за које знате да су довеле до релапса,
- предложите коришћење неке замјене никотина ако до сада није ништа кориштено или замјену већ кориштене,
- реците пацијенту да не губи мотивацију – успио је издржати двије седмице без цигарете.

То није неуспјех, већ позитивно искуство које Вам је омогућило да нешто научите.

У којој сте ситуацији поново почели?

Покушајте поново: већина бивших пушача је неколико пута покушавала док коначно није успјела!

Како ћете се суздржати када сте у друштву пушача?

4.3. Ефикасност савјетовања

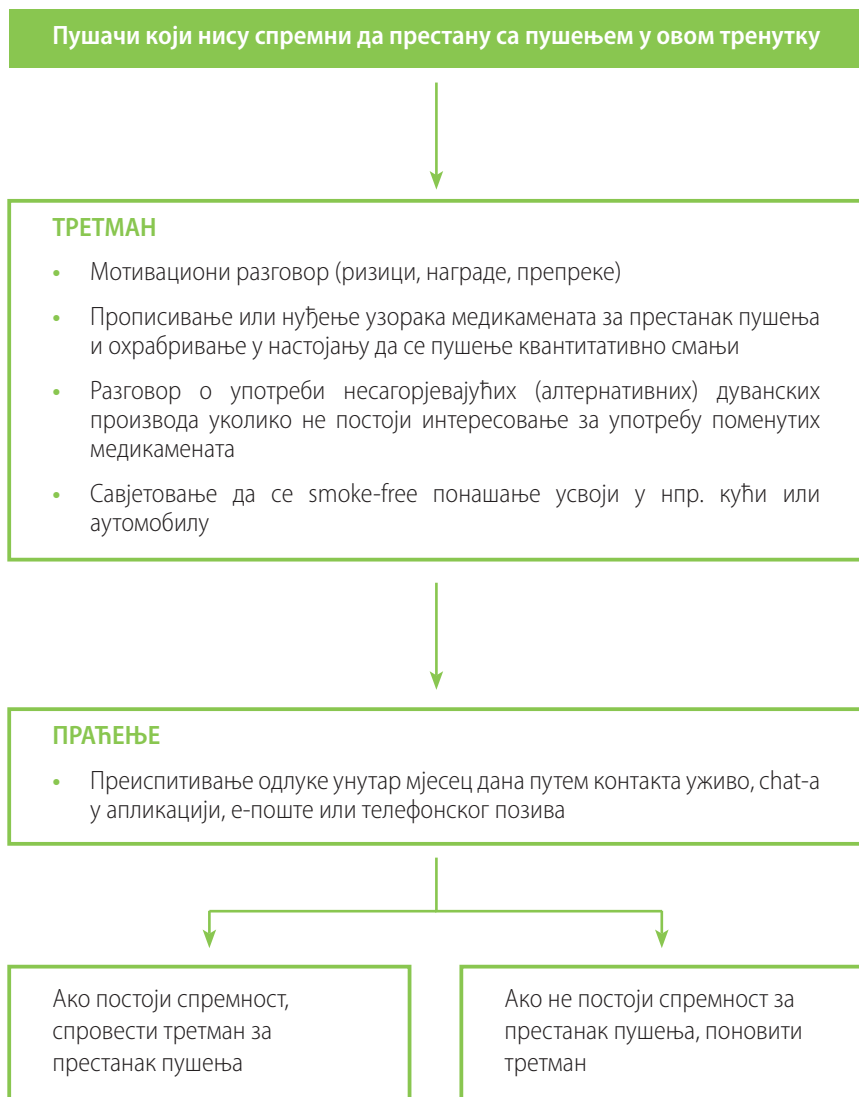
Ефикасност различитих начина праћења пушача истраживано је у мета-анализама Cochrane Collaboration и AFRQ (Agency for Healthcare Research and Quality – Агенција за истраживања и квалитет у области здравствене заштите). Многе студије и мета-анализе показују да удио минималног медицинског савјетовања у успјешном одвикавању од пушења у току једне године износи 6%, тј. да његова маргинална ефикасност износи 2%, у односу на одсуство интервенције. Минимална интервенција траје највише три минута и обухвата савјетовање о престанку пушења и једноставан писани материјал. Интензивно савјетовање током дужег временског периода или уз праћење током више консултација ефикасније је и стопа апстиненције пацијента износи 11–12%, што значи да је маргинална ефикасност 3–6% у односу на одсуство интервенције. Међутим, интензитет интервенција и праћења варирао је од студије до студије. Генерално, ефикасност третмана пропорционално расте са трајањем и бројем савјетовања. Чак и ако се не постигне апстиненција, интензивно савјетовање омогућава пацијенту да начини помак у кругу промјене, што води већем броју покушаја престанка пушења.

Утицај медицинских интервенција је већи код трудница, пацијената са високим ризиком од исхемијске кардиопатије и пацијената који су недавно имали срчани инфаркт, него код пацијената без обољења везаних за дуван, уз маргиналну ефикасност од 8%, 21% и 36%. Извјесне стратегије савјетовања повећавају ефикасност интервенције: подршка здравственог радника или околине, технике превенције релапса, дистрибуција брошура. Са друге стране, изгледа да указивање на резултате објективних анализа (спирометрија, мјерење експирације угљен-моноксида) и документе који су сложенији од једноставне брошуре не повећава ефикасност интервенције.

Пушачи који тренутно нису спремни да прихвате помоћ за престанак пушења, према препорукама Америчког колеџа кардиолога, треба да добију најмање један од наведенихмотивационих третмана заснованих на доказима:

- 1 мотивационо интервјуисање;
- 2 обезбеђивање лијекова за одвикавање од пушења као дио плана за постепено смањење пушења;
- 3 разговор о научно поткрепљеним алтернативним дуванским производима,

уколико нису заинтересовани за терапију медикаментима (Слика 7).



Слика 7. Алгоритам према консензусу Америчког колеџа кардиолога за пацијенте који нису спремни да оставе пушење

4.4. Ефикасност никотинских замјена

Терапија замјене никотина, као додатак медицинском савјетовању, двоструко повећава стопу престанка пушења у периоду од једне године и достиже око 17%, што одговара маргиналној ефикасности од 7%. Опсежна мета-анализа је показала да различите врсте никотинских замјена увећавају стопу апстиненције у периоду од шест до дванаест мјесеци за око 1,7 пута, што у просјеку чини 17%, наспрам 10% у плацебо групи, резултирајући с маргинално ефикасношћу од 7%. Не постоји нека битнија разлика између више врста никотинских замјена. Ефикасност је евалуирана само за оне пушаче који пуше више од десет цигарета дневно, а подаци за оне који пуше мање од десет цигарета не постоје. Битно је споменути и да никотинска замјена нема неки велики утицај на тјелесну тежину. Само никотинске жвакаће гуме умањују или одлажу добијање на тежини, које је често код престајања пушења.

4.5. Ефикасност осталих нефармаколошких третмана

Поред медицинских консултација постоје и други нефармаколошки приступи престанку пушења који су, такође, ефикасни и могу се користити за оне пацијенте који траже такав приступ, као и за оне са честим релапсима. Специјалне групне или индивидуалне бихевиоралне консултације су ефикасније од непостојања никакве интервенције. Стопа апстиненције знатно варира, али достиже просјек од 13 до 18%, са маргинално ефикасношћу од 4 до 10%. Овакви третмани су усмјерени само на мотивисане пацијенте што објашњава вишу стопу апстиненције. С обзиром на то да се ријетко користе, имају мали утицај на јавни ниво здравља. Друге методе самопомоћи помажу пушачима у престанку, с повећањем стопе апстиненције од 1%. Они досежу широку популацију са различитим нивоима мотивације и просјечном стопом апстиненције од 6%. Усклађивање дистрибуисаног материјала фази промјене повећава ефикасност интервенције. У креираном, компјутерски подржаном програму престанка пушења у Швајцарској (<http://www.stop-tabac.ch>), учесници су одговарали на упитник путем имејла или интернета и добијали савјетовање путем писма, прилагођено њиховој фази промјене. Апстиненција је била 2,6 пута већа у групи с интервенцијом него у контролној (5,8% наспрам 2,2%, $p < 0,001$). Програм је био ефикасан и код пацијената у фази преконтемплације који нису били мотивисани на самом почетку (група с интервенцијом наспрам контролне, 3,8% наспрам 0,8%, $p = 0,001$) и интервенција је била ефективна без обзира на уочене потешкоће на самом почетку. Зато што може обухватити велики број пушача, овај програм може значајно допринијети превенцији обољења на нивоу цијеле популације. Акупунктура и хипноза, које су популарне и већ се дуго користе, нису доказале своју

ефикасност у престанку пушења. У мета-анализи доступних студија акупунктура је била мање-више ефикасна или је имала исту ефикасност као и остале интервенције. Ови резултати сугеришу да акупунктура има плацебо ефекат. Студије о хипнози дале су контрадикторне резултате, без постојања мета-анализе. Доступне студије су показале да немају никаквог ефекта у поређењу са непостојањем интервенције или у поређењу са другим интервенцијама.

4.6.. Комбиновани третмани

Требало би да комбинација различитих замјена за никотин помогне многим пушачима. Осим фластера који одржава стабилан ниво никотина, друге замјене (спреј или жвакаћа гума) дају брзу испоруку никотина у моменту када особа осјети потребу. У три студије спроведене у специјализованим окружењима, комбинација жвакаћих гума и фластера повећава стопу апстиненције (али не значајно) у поређењу са само једном врстом никотинске замјене. Друга студија је комбиновала никотински фластер са назалним спрејом, гдје је забиљежена већа ефикасност него при кориштењу самог фластера, са стопом апстиненције од 27% наспрам 11%. У мета-анализи монотерапије у поређењу са комбинацијом никотинских замјена, комбинација је увећала стопу апстиненције за 1,6 и та стопа је достигла 19% (маргинална ефикасност од 7%). Ови комбиновани третмани нису у потпуности испробани у општој пракси и још се испитују. Комбинована терапија се препоручује у случају тешког одвикавања или ако се монотерапијом не постиже успјех.

4.7. Фармаколошки третман

Фармакотерапија укључује никотинску замјенску терапију, бупропион и варениклин.

Никотинска замјенска терапија има циљ да смањи симптоме одвикавања одржавајући дозу никотина која би се иначе унијела пушењем. У ову групу се убрајају: трансдермални фластери, никотинске жвакаће гуме, таблете, инхалатори, назални спрејеви.

Бупропион – антидепресив који помаже у престанку пушења, мање је дјелотворан од варениклина, али је добар избор код пацијента којима варениклин не одговара (нуспојаве) или је контраиндикован.

Варениклин – парцијални агонист никотинских ацетилхолинергичких рецептора који истовремено смањује жељу за цигаретом активацијом рецептора и отпуштањем допамина и смањује осјећај угоде компетитивном инхибицијом везања никотина који се унесе пушењем.

Фармаколошки третман никотинске замјене и/или бупропион, препоручује се прописати пушачима са јаком зависношћу од никотина.

4.8. Стратегије за побољшање медицинских интервенција

Болести повезане са пушењем озбиљан су узрок радне неспособности и преране смрти па би се сузбијањем пушења могло учинити више у правцу побољшања здравственог стања и продужетка људског живота. Стога, спречавање пушења је основа стратегије превентивног медицинског програма. Циљна група свакако би примарно били млади адолесценти (тинејџери), код којих би ова стратегија индиректно могла превенирати или одгодити иницијацију пушења.

Иницијативе за престанак пушења остају најефикаснији приступ тј. „златни стандард“ за минимизирање ризика од болести повезаних са пушењем у популацији пушача. Најважније стратегије за престанак пушења, заштиту пасивних пушача али и околине у регулаторном смислу су опорезивање цигарета, регулација продаје и оглашавања дуванских производа и доношење закона о забрани пушења на јавним мјестима.

Улога здравствених радника је свакако примарна, у смислу информисања и едукације пацијената о штетним ефектима пушења по здравље, савјетовања пушача о значају и могућностима престанка и одвикавања од пушења, као и одабира оптималне методе немедикаментозних и медикаментозних поступака престанка и одвикавања за сваког појединачног пушача.

Постоји више стратегија за повећање учесталости и квалитета медицинских интервенција везаних за престанак пушења:

- кориштење модела промјене током консултације,
- тренинг љекара и медицинских сестара током додипломских, постдипломских студија и континуираног професионалног развоја,
- организација амбуланте која омогућава интервенције савјетовања од љекара и медицинских сестара,
- промјене у систему здравства које стварају повољне услове за овакве медицинске интервенције (мониторинг са финансијским подстицајем),
- кориштење Prochaska и Di Clemente модела омогућава да се савјетовање (његов садржај и временски оквир) прилагоди мотивацији пацијента.

Чак и ако савјетовање не доведе до тренутног престанка пушења, добро усмјерено савјетовање повећава мотивацију пацијента и његове шансе да некада касније

и успије. Примјена овога модела омогућава рационално коришћење времена за консултацију и улагања здравственог радника који је мање незадовољан јер осјећа како је постигао ефекат зато што су његова очекивања била реалнија. Више кратких постдипломских курсева организованих у Сјеверној Америци успјело је побољшати квалитет и учесталост савјетовања пацијената. У Швајцарској је креирана стратегија програма обуке са циљем промовисања интервенција престанка пушења на националном нивоу.

Коришћене су три стратегије за промовисање интервенција престанка пушења:

- едукативни програм који користи методе активног учења на савладавању вјештина савјетовања пацијената о престанку пушења које ће бити прилагођено пацијентовој фази мотивације и прописивање фармакотерапије;
- водичи засновани на доказима и усмјерени на пацијента;
- публикација намијењена пацијентима (брошуре).

У поређењу са контролном групом, здравствени радници који су прошли обуку постигли су већи квалитет интервенције престанка пушења. Штавише, једногодишња апстиненција се два пута повећала код пушача који су ишли код здравствених радника са обуком. Прегледом доступне литературе и мета-анализе показало се да за промјену понашања здравствених радника није довољна само едукација, већ је потребна и реорганизација рада. Најефективније интервенције су комбиновале тренинг усмјерен више на ставове него на знање, организационе промјене праксе и контролу квалитета. Показало се да је оваква врста интервенција значајно побољшала рад здравствених радника, као и здравље пацијената. Различите стратегије организације рада у пракси, систематизацијом олакшавају интервенције здравствених радника. Комбинација различитих стратегија повећава квалитет интервенција и стопу апстиненције.

Упркос чињеници да годинама знамо да је потпуно одвикавање од дувана и никотина најефикаснији начин да пушачи смање штету која настаје као посљедица пушења, многи пушачи не престају да пуше. Дошло је до опадања преваленције пушења у посљедње три деценије, али укупан број пушача прилично стагнира и мало је вјероватно да ће тај број значајно опасти у блиској будућности. Стога морамо пронаћи начине да смањимо штету коју пушење наноси стотинама милиона одраслих који ће наставити са овом лошом навиком.

Иновације производа подржане научним развојем данас омогућавају алтернативу, као што су бездимни дувански производи, е-цигарете, никотинске врећице и снус, која је боља опција за одрасле пушаче који би иначе наставили да пуше

цигарете. Иако алтернативни производи садрже никотин, суштински се разликују од традиционалних запаљивих дуванских производа јер не сагоријевају дуван и не производе дим. Стручњаци се слажу да никотин, иако изазива зависност, није примарни узрок болести повезаних са пушењем.

Нови, научно поткријељени, алтернативни производи сада пружају прилику да се допуне и значајно ојачају постојеће јавноздравствене стратегије, охрабрујући одрасле пушаче који не одустају да пређу на ове производе. Ово је мјесто гдје тзв. концепт смањења штетности од пушења може бити комплементаран приступ уз постојеће стратегије контроле дувана (спречавање отпочињања пушења, смањење потрошње цигарета и подстицање престанка пушења). Овај концепт у ширем контексту подржава тезу да постоје активности које људи бирају а за које је познато да негативно утичу на њихово здравље. Неки од примјера јесу нездрава исхрана (на примјер, исхрана са високим уносом соли или масти), пребрза возња аутомобилом, одсуство физичке активности, предуго излагање сунцу или пушење цигарета. У савременом друштву постоји много примјера ових активности које проузрокују штету, а коју људи трпе као посљедицу животног стила. Концепт смањења штетности је приступ којем је циљ смањење ризика које само понашање носи са собом, када га је немогуће у потпуности искоријенити. Овај концепт смањења штетности се може у великој мјери примијенити на пушење.

4.9. Интервенције за специфичну популацију

Депресија – код 30% пацијената који се савјетују о престанку пушења открива се депресија у анамнези, што је отприлике двоструко више у односу на општу популацију. Никотин има антидепресивни ефекат и престанак пушења може довести до депресивне реакције. У случају пушача са ранијом депресијом, код 31% оних који престају пушити јавља се депресија. Резултати мета-анализа су показали да историја депресије није утицала на стопу престанка у периоду од три и шест мјесеци, иако се престанак пушења чини тежим код депресивних пацијената.

Трудноћа и дојење – трудноћа је одлична прилика да се пацијенткињи савјетује престанак пушења, с обзиром на то да је мајкама важно здравље њиховог дјетета. Око 30% жена спонтано престане пушити прије или на почетку трудноће, али 60% њих поново почне након порођаја. Престанак пушења без фармаколошког третмана је најсигурнији за фетус, али је прописивање никотинске замјене дозвољено, чак и препоручљиво код оних жена које не могу престати другачије или које поново почну да пуше током трудноће. Препоручује се прописивање краткодјелујуће никотинске замјене, на примјер, жвакаћих гума, инхалатора или сублингвалних капсула на захтјев (максимално до осам жвакаћих гума дневно).

Зависност од алкохола – алкохол и дуван су често удружени и од 80 до 90%

алкохоличара су и пушачи, што је три пута више у односу на општу популацију. Зависници од алкохола више пуше, имају израженију зависност од никотина и симптоме одвикавања. Пушачи зависници од алкохола чешће умиру од посљедица пушења, него конзумирања алкохола. Интервенције престанка пушења не повећавају стопу релапса злоупотребе алкохола, већ повећавају апстиненцију. Никотинске замјене и бупропион дјелотворнији су код зависника од алкохола. Важно је бити пажљив код прописивања бупропиона због ризика од добијања конвулзија (0,1%). Депресивне епизоде код одвикавања и остали психијатријски коморбидитети морају се узети у обзир код пацијената код којих постоји зависност од двије супстанце.

5. ДЕСЕТ НАЈБИТНИЈИХ САВЈЕТА ЗА УСПЈЕШАН ПРЕСТАНАК КОНЗУМИРАЊА ДУВАНА

1. ПРИПРЕМИТЕ СЕ ЗА ПРЕСТАНАК

Напишите своје разлоге за престајање и чувајте их при руци. Извагајте „за“ и „против“.

2. ОДРЕДИТЕ ДАТУМ ПРЕСТАНКА

Неки пушачи полагано смањују планирајући датум престанка. Међутим, већина људи који успјешно престану пушити то ураде одједном, а не постепено. Изаберите дан за престанак и то испоштујте.

3. ПОДРШКА

Тражите подршку од пријатеља и породице.

4. ПРОМИЈЕНИТЕ УНАПРИЈЕД ПЛАН И НАВИКЕ

Пушење је често везано за одређене временске периоде и ситуације, на примјер, прва јутарња цигарета, цигарета уз кафу или алкохол. Они се називају подстрекачима. Треба их замијенити новим активностима које вас не везују за пушење. На примјер, ако сте увијек уз кафу палили цигарету, кафу накратко замијените чајем.

5. РЕДОВНО ВЈЕЖБАЈТЕ

Редовно вјежбање побољшава здравље, помаже у регулисању тежине, а може повећати и способност организма да се бори са захтјевима и стресом свакодневног живота.

6. ПОЗИТИВНО РАЗМИШЉАЈТЕ

Може вам се десити да након престанка искусите симптоме одвикавања. Они су, у ствари, позитивни знаци да се ваше тијело опоравља од ефеката пушења. Кашаљ, нервоза и поремећај сна су чести симптоми. Не брините се, то је сасвим нормално и за неколико седмица ће проћи.

7. НАУЧИТЕ ДА СЕ ИЗБОРИТЕ СА ЖЕЉОМ

Жеља се може често јављати током првих неколико дана након престанка. Интензитет жеље се повећава у периоду од три до пет минута, а затим почиње опадати.

Савјети за борбу против жеље:

- сачекајте најмање три минуте и жеља ће проћи,
- попијте чашу воде или сока,
- скрените пажњу на нешто друго, избјегните ту ситуацију,
- дишите полако и дубоко.

8. ШТЕДИТЕ НОВАЦ

Почните штедјети новац одлажући на страну износ који бисте потрошили на цигарете. Израчунајте колико сте потрошили на цигарете током претходних седмица, мјесеци, година. Затим пратите како Вам уштеђевина расте.

9. ПАЗИТЕ НА ИСХРАНУ

Ако сте забринути због добијања килограма, пазите на дијету. Избјегавајте чоколаде и колаче; умјесто тога узмите неко воће или жваку.

10. ИДИТЕ ДАН ЗА ДАНОМ

Запамтите, сваки дан без цигарете је добра вијест за Ваше здравље, породицу и Ваш џеп.

ПОЧЕТАК КРАТКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Овај начин испитивања усмјерен је на пацијента, а циљ му је смањење отпора и успостављање односа поштовања између здравственог радника и пацијента. „Да ли бисте могли на тренутак попричати о свом пушењу?“ Процијените на кругу промјене (0–10) у којој је фази пацијент. Ако пацијент није спреман говорити о престанку, понудите своју евентуалну подршку за касније.

БАЛАНС ОДЛУКЕ ИЛИ ЛИНИЈА СПРЕМНОСТИ ДА СЕ ПРЕСТАНЕ

Ове вјежбе помажу пацијенту да размисли о свом ставу према пушењу, а здравственом раднику да процијени колико је пацијент мотивисан да престане пушити у скорој будућности. Такође, оне показују љекару мјесто пацијента у кругу промјене (0–10).

РАЗГОВОР О СТРАХОВИМА

„Шта Вас највише плаши код престанка пушења?“ Корисно је говорити о овим страховима. То пацијенту потврђује да здравствени радник заиста слуша и да се саживљава те даје прилику да се рашчисте ти страхови.

„Плашим се да ћу се удебљати.“

„Прошли пут када сам покушао престати, издржао сам само три дана.“

ДАТИ ИНФОРМАЦИЈЕ

Корисно је да пружите тачне медицинске информације (без тактике застрашивања) о ефектима пушења на здравље, јер ће оне дати тежину вашим разлозима за интервенцију, а неке од њих ће пацијент можда чути први пут. Када пацијент буде спреман за то, може бити корисно и дати информацију и терапију са никотинским замјенама, бупропиону, групама за престанак пушења и слично.

ПРУЖИТИ ПОДРШКУ

Немају баш сви довољну подршку од укућана за престанак пушења. Ријечи охрабрења за било какав покушај престанка пушења значе пацијенту пуно. Требало би да здравствени радник у свакој прилици пружи подршку пушачу или ономе који је недавно престао. Оставити отворену понуду онима који су још у фази претконтемплације да дођу по подршку и помоћ онда када буду спремни за престанак: „Престати пушити је нешто најбоље што можете учинити за своје здравље. Ја прихватам то да тренутно немате никакву жељу да престанете, али ако ипак одлучите, биће ми драго да Вам помогнем“.

ЗАПАМТИТИ

- Најбоља су јасна, једноставна, отворена питања.
- Охрабрити пацијента да одлучи шта би било најбоље за њега.
- Похвалити претходне покушаје престанка.
- Хвалити било какву непушачку ситуацију коју пацијент спомене.
- Увијек пратити пацијентове жеље и очекивања.

6. ЗАКЉУЧАК

Све наведено у овим смјерницама доводи до закључка да је потребно подстицати и промовисати, у што већој мјери, негативне посљедице пушења.

Улога здравствених радника је свакако примарна, у смислу информисања и едукације пацијената о штетним ефектима пушења по здравље, савјетовања пушача о значају и могућностима престанка и одвикавања од пушења, као и одабира оптималне методе и/или поступка за сваког појединачног пушача.

Примарна здравствена заштита, као мјесто првог контакта пацијента са здравственим системом, укључујући првенствено „тимове породичне медицине“ треба да представља темељ у борби против пушења. Тимови породичне медицине поред свакодневног провођења промотивних активности, превентивних мјера за смањење хроничних масовних незаразних болести и куративних услуга, треба да раде и на редукцији фактора ризика, што би значајно допринијело борби против пушења.

Према доступним мета-анализама, важна је додатна едукација здравствених професионалаца, која ће повећати резултат медицинских интервенција у циљу редукције пушења, из чега је проистекла и потреба да се публикују „Смјернице за борбу против пушења у породичној медицини“.

Стратегије забране пушења на радном мјесту и на стратешким мјестима, као што су здравствене и службене институције, јесте економски разуман приступ јавном здравству који утиче на велики број људи са минималним трошком.

Надаље, важно је напоменути да је у борби против пушења неопходна сарадња свих новоа здравствене заштите, али и водећих институција државе, да би се постигли задовољавајући резултати.

Упркос чињеници да годинама знамо да је потпуно одвикавање од дувана и никотина најефикаснији начин да пушачи смање штету која настаје као посљедица пушења, многи пушачи не престају да пуше. Дошло је до опадања преваленције пушења у посљедње три деценије, али укупан број пушача прилично стагнира и мало је вјероватно да ће тај број значајно опати у блиској будућности. Стога морамо пронаћи начине да смањимо штету коју пушење наноси стотинама милиона одраслих који ће наставити са овом лошом навиком.

Портфолио дуванских и никотинских производа значајно је еволуирао током протеклих година. Данас нису сви производи који садрже дуван и никотин исти из перспективе здравственог ризика. Цигарете и други дувански производи за пушење су штетни јер укључују «сагоријевање дувана», које је одговорно за производњу већине токсина, који су примарни узрок болести повезаних са пушењем.

Иновације производа подржане научним развојем данас нуде несагоријевајуће производе, који су боља алтернатива за одрасле пушаче који би иначе наставили да пуше цигарете. Несагоријевајући производи садрже никотин, али се суштински разликују од традиционалних запаљивих дуванских производа јер не сагоријевају дуван и не производе дим. Стога наведено можемо дефинисати као концепт смањења штетности од пушења, који може бити комплементаран приступ уз постојеће стратегије контроле дувана: спречавање отпочињања пушења, смањење потрошње цигарета и подстицање престанка пушења.

Пушаче који не престају са пушењем, из било ког разлога, треба информисати о научно поткријепљеним алтернативама које имају потенцијал да значајно смање штету узроковану пушењем.

Најважније је подстицати пушаче који би иначе наставили да пуше да се у потпуности одрекну дувана и никотина, а непушаче да никада не започињу са пушењем.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. GBD 2019 Respiratory Tract Cancers Collaborators. Global, regional, and national burden of respiratory tract cancers and associated risk factors from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Respir Med.* 2021; 9 (9):103049.
2. Mallock N, Pieper E, Hutzler C, Henkler-Stephani F and Luch A. Heated Tobacco Products: A Review of Current Knowledge and Initial Assessments. *Front Public Health.* 2019; 7:287.
3. Ahmed N, Arshad S, Basheer SN, Karobari MI, Marya A, Marya CM i sur. Smoking a Dangerous Addiction: A Systematic Review on an Underrated Risk Factor for Oral Diseases. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18:11003.
4. Salim S. Virani, Alvaro Alonso, Hugo J. Aparicio, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2021 Update A Report From the AHA Circulation. 2021; 143:e254–e743
5. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950>
6. Global Burden of Disease [database]. Washington, DC: Institute of Health Metrics; 2019. IHME [Accessed 17 July 2022].
7. WHO Prevalence of tobacco use among adults in the WHO European region 2022.
8. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, fourth edition. Geneva: World Health Organization; 2021 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348537>.
9. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>).
10. Global burden of disease database [website]. Institute for Health Metrics and Evaluation; 2021 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/3acc2f53453c475233d848edad02182f>)
11. WHO: Framework Convention on Tobacco Control [website]. Geneva; 2022.
12. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025, second edition. Geneva: World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029142>
13. Kvaternik M, Perone AS, Perone N. Vodič za odvikavanje od pušenja. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Banja Luka, Dobo; 2004.
14. Warren GW, Cummings MK. Tobacco and lung cancer: risks, trends, and outcomes in patients with cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2013; 359-64.

15. Cao DJ, Aldy K, Hsu S, McGetrick M, Verbeck G, De Silva I i sur. Review of Health Consequences of Electronic Cigarettes and the Outbreak of Electronic Cigarette, or Vaping, Product Use-Associated Lung Injury. *J Med Toxicol.* 2020;16 (3): 295–310.
16. Wiczorek R, Phillips G, Czekala L, Trelles Sticken E, O'Connell G, Simms L i sur. A comparative in vitro toxicity assessment of electronic vaping product e-liquids and aerosols with tobacco cigarette smoke. *Toxicol In Vitro.* 2020; 66:104866.
17. Başaran R, Güven NM, Eke BC. An Overview of iQOS® as a New Heat-Not-Burn Tobacco Product and Its Potential Effects on Human Health and the Environment. *Turk J Pharm Sci.* 2019;16 (3): 371–374.
18. Kopa PN, Pawliczak R. IQOS – a heat-not-burn (HnB) tobacco product – chemical composition and possible impact on oxidative stress and inflammatory response. A systematic review. *Toxicol Mech Methods.* 2020; 30(2):81-7.
19. Sherman CB. Health effects of cigarette smoking. *Clin Chest Med.* 1991;12(4): 643-58.
20. Mason RJ, Buist AS, Fisher EB, Merchant JA, Samet JM, Welsh CH. Cigarette smoking and health. *Am Rev Respir Dis.* 1985; 132 (5):1133-6.
21. Bartal M. Health effects of tobacco use and exposure. *Mondali Arch Chest Dis.* 2001;56 (6):545-54.
22. Fagerström K. Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. 2012;14(1):75-8. *Nicotine Tob Res.*
23. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change.* 3ed ed. Guilford Press, 2013. [accessed 17 Nov 2022].
24. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.
25. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
26. Zwar N, Richmond R, Borland R et al. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Royal Australian Collage of General Practitioners [Internet]. 2011. [Accessed 17 Nov 2022].
27. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, et al. Varenicline: an alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem.* 2005;19:48(10):3474-7.
28. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub7.
29. WHO Capacity Building for Tobacco Control Training Package 4: Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. Geneva, World Health Organization, 2013.

30. Rodgman, A. and Perfetti, T. A. (2013). *The Chemical Components of Tobacco and Tobacco Smoke*. (2nd Edition). CRC Press. [Accessed 17 Nov 2022].
31. Food and Drug Administration. Nicotine Is Why Tobacco Products Are Addictive. Retrieved from <https://www.fda.gov/tobacco-products/health-effects-tobacco-use/nicotine-why-tobacco-products-are-addictive> [Accessed 24 March 2022]. Royal College of Physicians (2016) Nicotine without smoke – Tobacco harm reduction. Retrieved from <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction> [Accessed on 24 March 2022]. Royal College of Physicians, Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction [Accessed 24 March 2022]. Available at <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction-0>;
32. National Institute for Health and Care Excellence („NICE“), Tobacco: harm-reduction approaches to smoking, NICE public health guidance No. 45. Available at <https://www.nice.org.uk/guidance/ph45>; [Accessed 24 March 2022].
33. Scott Gottlieb, Commissioner of the US Food and Drug Administration, Interview on CNBC: „It’s not the nicotine that kills you, it’s all the other carcinogens in lighting tobacco on fire“, available at <https://www.cnbc.com/2017/08/24/fda-tobacco-product-innovations-can-provide-satisfying-levels-of-nicotine.html> [Accessed 24 March 2022].
34. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> [Accessed 24 March 2022].
35. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication> [Accessed 24 March 2022].
36. FDA (2019). FDA grants first-ever modified risk orders to eight smokeless tobacco products. Retrieved April 1, 2022, from <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-grants-first-ever-modified-risk-orders-eight-smokeless-tobacco-products>
37. FDA (2020) FDA Authorizes Marketing of IQOS Tobacco Heating System with ‘Reduced Exposure’ Information. Available at: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-iqos-tobacco-heating-system-reduced-exposure-information> [Accessed 24 March 2022].
38. FDA (2021) FDA Permits Marketing of E-Cigarette Products, Marking First Authorization of Its Kind by the Agency. (2021). U. S. Food and Drug Administration. Available at: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-permits-marketing-e-cigarette-products-marking-first-authorization-its-kind-agency?msclkid=d32dc927b7cb11ec992b8e21ab0be634>. [Accessed 24 Dec 2022].
39. FDA (2022) FDA Issues Decisions on Additional E-Cigarette Products. U.S. Food and Drug Administration. Available at: <https://www.fda.gov/news-events/press->

- announcements/fda-issues-decisions-additional-e-cigarette-products Baker, R.R. (1975). Temperature variation within a cigarette combustion coal during the smoking cycle. *High Temperature Science* 7: 236–247. [Accessed 24 Dec 2022].
40. Bates, C. Regulation: When less is more. [PowerPoint presentation] E-Cigarettes Summit. London, England. Available at: <https://vdocument.in/regulation-why-less-is-more-e-cigarette-summit-12-november-2013-clive-bates-presentation.html> [Accessed 24 Dec 2022].
 41. Centers for Disease Control and Prevention (US). (2020, September). Benefits of Quitting. Available at: https://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/how_to_quit/benefits/index.htm#additional-resources [Accessed 24 Dec 2022].
 42. Food and Drug Administration. Nicotine Is Why Tobacco Products Are Addictive. Available at: <https://www.fda.gov/tobacco-products/health-effects-tobacco-use/nicotine-why-tobacco-products-are-addictive> [Accessed 24 Dec 2022].
 43. Rodgman, A. and Perfetti, T.A. (2013) *The Chemical Components of Tobacco and Tobacco Smoke*. (2nd Edition). CRC Press [Accessed 24 Dec 2022].
 44. Royal College of Physicians (2016) Nicotine without smoke - Tobacco harm reduction. Available at: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction> [Accessed 24 Dec 2022].
 45. World Health Organization. Tobacco fact-sheet. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> [Accessed 24 Dec 2022].
 46. Baker RR, Proctor CJ (1990) The origins and properties of environmental tobacco smoke. *Environ Int* 16:231–245. [https://doi.org/10.1016/0160-4120\(90\)90117-o](https://doi.org/10.1016/0160-4120(90)90117-o)
 47. Jenkins RA, Guerin MR, Tomkins BA (2000) *The chemistry of environmental tobacco smoke: composition and measurement*, 2nd edn. Lewis Publishers Inc, Boca Raton
 48. Forster M, McAughey J, Prasad K, Mavropoulou E, Proctor C (2018) Assessment of tobacco heating product THP1.0. Part 4: characterisation of indoor air quality and odour. *Regul Toxicol Pharmacol* 93: 34–51. <https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2017.09.017>
 49. Ichitsubo H, Kotaki M (2018) Indoor air quality (IAQ) evaluation of a novel tobacco vapor (NTV) product. *Regul Toxicol Pharmacol* 92: 278–294. <https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2017.12.017>
 50. Mitova MI, Campelos PB, Goujon-Ginglinger CG, Maeder S, Mottier N, Rouget EGR, Tharin M, Tricker AR (2016) Comparison of the impact of the Tobacco Heating System 2.2 and a cigarette on indoor air quality. *Regul Toxicol Pharmacol* 80:91101. <https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2016.06.005>
 51. Prodanchuk MG et al (2017) Potential risk assessment of the electrically heated

tobacco system (EHTS) use. Problem articles 1-2 5-14 8

52. Protano C, Manigrasso M, Avino P, Sernia S, Vitali M (2016) Second-hand smoke exposure generated by new electronic devices (IQOS(R) and e-cigs) and traditional cigarettes: submicron particle behaviour in human respiratory system. *Ann Ig* 28:109–112. [https:// doi.org/10.7416/ai.2016.2089](https://doi.org/10.7416/ai.2016.2089)
53. Ruprecht AA, de Marco C, Saffari A, Pozzi P, Mazza R, Veronese C, Angellotti G, Munarini E, Ogliari AC, Westerdahl D, Hasheminassab S, Shafer MM, Schauer JJ, Repace J, Sioutas C, Boffi R (2017) Environmental pollution and emission factors of electronic cigarettes, heat-not-burn tobacco products, and conventional cigarettes. *Aerosol Sci Technol* 51:674–684. [https://doi.org/ 10.1080/02786826.2017.1300231](https://doi.org/10.1080/02786826.2017.1300231)
54. Schober W, F embacher L, Fr enzen A, Fromme H (2018) Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Schadstoffbelastung von Pkw-Innenräumen beim Rauchen unterschiedlicher Rauchsysteme. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
55. Rajat S. Barua et al. ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents, *Journal of the American College of Cardiology* Volume 72. Issue 25. December 2018

8. ДОДАТАК

Фагерстром тест за процјењивање зависности о никотину

ПИТАЊА	ОДГОВОРИ	БОДОВИ
1. Када након буђења палите прву цигарету?	<5 минута	3
	6–30 минута	2
	31–60 минута	1
	>60 минута	0
2. Да ли Вам је тешко не пушити на мјестима на којима је пушење забрањено?	Да	1
	Не	2
3. Које би Вам се цигарете било најтеже одрећи?	Прве јутарње	1
	Било које друге	2
4. Колико цигарета дневно пушите?	>31	3
	21–30	2
	11–20	1
	<10	0
5. Да ли више пушите у првих неколико сати након буђења, него током остатка дана?	Да	1
	Не	2
6. Да ли пушите и када сте толико болесни да већину дана проведете у кревету?	Да	1
	Не	2

Максимални резултат је десет бодова;

Резултат > 8 најтежи зависници;

Резултат 4–7 мање зависни пушачи.



CIP - Каталогизација у публикацији
Народна и универзитетска библиотека
Републике Српске, Бања Лука

613.84:614.253.89

СМЈЕРНИЦЕ за борбу против пушења у породичној
медицини : [Драшко Купрешак ...[и др.]]. - [Бања Лука :
Удружење доктора породичне медицине Републике Српске],
2023 ([Бања Лука : Маркос]). - 66 стр. ; 21 cm

Тираж 300. - Библиографија: стр. 59-63.

ISBN 978-99976-999-1-6

COBISS.RS-ID 137858049