

MALA BIBLIOTEKA
SRBIJA 21 – NOVI POČETAK

BOLESTI ZAVISNOSTI

OSTAVITE PUŠENJE

Autor
Doc. dr Ivan Dimitrijević

Beograd, 2009

OSTAVITE PUŠENJE

Izdavač

Demokratska stranka / Istraživačko-izdavački centar

Beograd, Nušićeva 6

(011) 3244 511

iic@ds.org.yu

www.izdavackicentar.ds.org.yu

Glavni i

odgovorni urednik: mr Dušan Obradović

Urednik edicije: Doc. dr Ivan Dimitrijević

Autor: Doc. dr Ivan Dimitrijević

Redakcija: mr Slobodan Gavrilović
Tanja Milisavljević
Sanja Jovičić

Tehnički urednik: Vladimir Sivcević Voloda

Lektura i korektura: Zorica Grujičić

Štampa: „Grafostil“, Kragujevac

Tiraž: 10.000

ISBN 978-86-7856-112-2

Uvod

Bolesti zavisnosti predstavljaju veliki problem pojedinca, porodice i društva. U XX veku imale su epidemijske razmere, a hiljade različitih štetnih supstanci, prirodnih i sintetičkih, napadale su i uništavale mlade širom sveta. Tako je i na početku ovog veka.

Jedna od najstarijih navika, poroka i bolesti jeste pušenje. Istraživanja pokazuju da su milioni ljudi umrli zbog pušenja, a prognoze za budućnost su porazne. Danas je sve češća upotreba droga, koje sistematski osvajaju nove prostore i nove korisnike. Posledice su pogubne, a to osećaju mnoge porodice. Međutim, novo vreme donelo je i nove zavisnosti. Internet je pored korišćenja mnogima doneo i problem. Već je stvorena zavisnost od interneta, a otvaraju se i klinike za lečenje.

Svako društvo se zalaže za prevenciju i lečenje bolesti zavisnosti. Postoje brojni programi, smernice, uputstva i strategije. Čini se kao da sve to nije dovoljno, jer je broj narkomana u porastu a droga prisutna i dostupna. I pored toga, sigurno postoji način da se upotreba štetnih supstanci smanji ili iskoreni. U tom pravcu dobre su smernice Svetske zdravstvene organizacije kao i iskustva mnogih institucija i programa koji ukazuju na značaj kontinuirane edukacije celokupne populacije.

Cilj edicije o bolestima zavisnosti je informisanje što šire populacije o vrstama, sastavu, posledicama upotrebe pojedinih supstanci, kao i drugim aktivnostima i ponašanjima koji mogu dovesti do zavisnosti. Počeli smo

od pušenja koje ćemo opisati realno – kao uzročnika mnogih bolesti često sa smrtnim ishodom. Koristili smo pokazatelje mnogih istraživanja kao i naša klinička iskustva. Ponudićemo čitaocima da sami ili uz pomoć porodice, prijatelja i stručnjaka, procene stepen zavisnosti od nikotina i preduzmu prave korake. Nekada teški pušači koji su najviše vremena provodili u oblaku dima i kašljanju od jutra do mraka, a sada nepušači, pokazuju da je pušenje izlečiva bolest.

Trudićemo se da u ediciji o bolestima zavisnosti budemo stručni, realni, dovoljno jasni i optimistički orijentisani da pomognemo pre svega mladima i njihovim porodicama da saznaju, odluče i spreče razvoj predvidljive progresije od eksperimenta i radoznalosti do učestale upotrebe i zavisnosti. Zahvaljujem na ukazanom poverenju da kao stručnjak doprinesem unapređenju rada u ovoj oblasti.

Ivan Dimitrijević

Sažetak

Pušenje predstavlja veliki problem pojedinca, porodice i društva. Brojna istraživanja ukazuju na porast upotrebe duvana u sve ranijem uzrastu i neophodnost razvoja preventivnih i terapijskih programa namenjenih celokupnoj populaciji. U ovom radu prikazani su epidemiološki podaci i kratak istorijat upotrebe duvana kroz vekove. Opisane su i brojne zdravstvene, porodične, profesionalne i socijalne posledice njegove upotrebe, kao i neki mehanizmi delovanja nikotina i stvaranje zavisnosti. Deo teksta posvećen je programima lečenja i smernicama za lekare. Lečenje podrazumeva četiri oslonca – pacijent, farmakoterapija, porodična i socijalna sredina, stručni tim – i oni su u uzajamnoj dinamičkoj interakciji. Prikazani su i neki programi odvikavanja koje pušač može da primenjuje samostalno ili uz stručnu pomoć. Za brzu orijentaciju o stepenu zavisnosti date su neke skale i upitnici za samoprocenu. Ističemo da je program lečenja kompleksan proces koji uključuje stručnu procenu stepena zavisnosti, kao i izbora najboljeg modela lečenja koji se prilagođava svakoj individui.

Kratak istorijat upotrebe duvana

Sa otkrićem Amerike 1492. god., počinje istorija duvana i njegove upotrebe, koja danas ima epidemijske razmere. Naziv tobako je nastao po ostrvu Tobago odakle su duvan uvezili prvi trgovci. Smatra se da su za ovaj naziv zaslužni španski vojnici koji su počeli da sade duvan na ostrvu San Domingo 1550. godine. Deset

godina kasnije, 1560, francuski veleposjednik Jean Nicot u Portugaliji doneo je seme duvana kraljici Katarini Mediči kao čudotvornu i lekovitu biljku. Po njegovom prezimenu nastao je naziv nikotian. Oko 1828. izolovan je čist glavni alkaloid duvana, nazvan nikotin. Nakon završetka Krimskog rata 1856, industrijski proizvedene cigarete brzo su se proširile po celoj Evropi. Nakon toga, pušenje cigareta postaje sve masovnija pojava koja dostiže vrhunac u vremenu između dva svetska rata (1).

U prošlosti su rađena istraživanja koja su pokazala da se pušenje može smanjiti, ako ne i prekinuti. Posle Drugog svetskog rata beleži se statistički značajan porast ukupnog broja pušača, što se objašnjava sve češćom upotrebom duvana kod žena. Pad broja pušača u 1953. rezultat je objavljenih statističkih podataka iz 1950, koji upozoravaju da pušenje može da se poveže sa nastankom raznih tumora. Ukupna potrošnja cigareta u Americi pala je sa 75,2 miliona pakovanja na dan 1967, na 74,5 miliona pakovanja 1969, uprkos porastu populacije za tri miliona stanovnika (2).

Prva istraživanja na životinjama objavljena su 1936. i pokazuju da se udisanjem duvanskog dima povećava verovatnoća za nastanak raka pluća. Ubrzo nakon toga, 1953, dokazana je kancerogenost katraskih supstanci iz duvana. Zbog podizanja društvene svesti u Americi, donesen je zakon da na svakoj kutiji cigareta mora biti vidljivo napisano da pušenje cigareta škodi zdravlju. Američka zdravstvena služba je 1964. objavila izveštaj (na kojem su radili direktor Američke zdravstvene službe Luther Terry sa 150 kolega različitog profila) u kojem je cigaret-ni dim označen kao glavni uzročnik niza bolesti i smrti. U svetu je taj izveštaj nazvan „Terryevom bombom“, jer

je iznenadio svet osudom pušenja duvana i duvanski dim proglasio uzročnikom brojnih bolesti i ranije smrtnosti. Prva svetska konferencija o pušenju i zdravlju održana je 1967. godine. Svetska zdravstvena organizacija odlučuje da treba da počne borbu protiv pušenja duvana kao bolesti zavisnosti (1).

Epidemiologija

Novija istraživanja pokazuju da svaki treći odrasli, tj. 1,2 milijarde ljudi, koristi duvan, a da će do 2025. taj broj porasti na 1,6 milijardi. Utvrđeno je da je u svetu duvan bio direktan uzrok četiri miliona smrtnih slučajeva tokom 1998. godine. Pretpostavlja se da će broj smrtnih slučajeva uzrokovanih duvanom do 2020. porasti na 8,4 miliona. Smatra se da 25% odraslog stanovništva u SAD puši. Od 46 miliona koji stalno puše, 24 miliona su muškarci a 22 miliona žene (1).

U Srbiji je vršeno istraživanje 2002. godine na području Jablaničkog, Pirotskog, Zaječarskog, Pomoravskog, Mačvanskog i Zatiborskog okruga. Studija je obuhvatila 1.459 dece 24 osnovne i 26 srednjih škola prosečne starosti 16 godina. Rezultati studije su pokazali da je 47,7% devojčica i 48,5% dečaka probalo cigarete bar jednom u životu, 7,3% dece svoju prvu cigaretu popušilo je sa 11 godina. Prosečan broj godina pri prvom kontaktu sa cigaretama iznosio je 13,7 godina. Istraživanje je pokazalo da se samo 5–10% ispitanika jako protivi pušenju cigareta, dok se od 51–62% mladih ne protivi pušenju (3).

Širom sveta se svakog minuta kupi oko 10 miliona cigareta (4), 15 milijardi svakog dana, a 5 triliona godišnje (5). U Kini se nalazi oko 300 miliona pušača koji proseč-

no popuše 1,7 triliona cigara godišnje (6), tj. 3 miliona cigareta svakog minuta. Pet triliona filtera od cigareta teži otprilike milijardu kilograma (7), a procenjeno je da godišnje trilioni filtera od cigareta koji sadrže toksične materije bivaju bačeni u prirodu (8). Zbog specifičnog sastava filtera od cigareta, potrebno je oko 10 godina da se on razgradi (9). U Americi svaki dan počne da puši 3.000 dece, a u svetu 80–100.000 dece.

Na nivou cele planete jedan od pet tinejdžera uzrasta od 13 do 15 godina puši cigarete (10).

Sastav duvanskog dima

Tipična cigareta sadrži oko 9 miligrama nikotina, dok cigara sadrži 100 do 200 miligrama, a u nekim vrstama dostiže i 400 mg. U četiri ili pet cigareta ima dovoljno nikotina da ubije odraslog čoveka kada bi bio unet u organizam odjednom. Većina pušača unosi u proseku jedan ili dva miligrama nikotina po cigareti, dok ostatak sagori tokom pušenja. Poznato je da *benzen* izaziva mijeloidnu leukemiju, a upravo je dim od cigareta glavni izvor izlaganja benzenu kod ljudi. *Hidrogen cijanid* je jedan od toksičnih produkata prisutnih u duvanskom dimu, a korišćen je kao genocidni hemijski agens tokom Drugog svetskog rata. Duvanski dim sadrži i *katran* koji se koristi i pri asfaltiranju puteva, *arsen* koji je jak smrtonosni otrov, *kadmijum* i *nikl* koji se koriste i u baterijama, *vinil-hlorid* koji i pri kratkom izlaganju izaziva vrtoglavicu, glavobolju i osećaj umora. Dugotrajno izlaganje vinil-hloridu dovodi do razvoja tumora i oštećenja jetre. Duvanski dim sadrži i *kreozot* koji je komponenta katrana, a kada se udahne, nadražuje disajne puteve. U njegovom sastavu je i *formaldehid* – supstanca za oču-

vanje organskih materija koja se koristi u laboratorijama i izaziva rak kod ljudi i životinja, zatim *polonijum 210* – radioaktivna supstanca koja izaziva rak jetre i mokraćne bešike, čireve u stomaku, leukemiju i druge bolesti (11).

Posredno pušenje, odnosno dim koji udišu osobe koje se nalaze u prostoru u kome borave i puše pušači sadrži više od 50 supstanci koje mogu izazvati rak, od kojih je 11 uvršćeno u prvu grupu kancerogena. Nikotin je glavni sastojak duvanskog dima koji negativno deluje na kardiovaskularni sistem, pri čemu može dovesti do povećanog vaskularnog tonusa i arterijskog spazma kao i povišenog nivoa kateholamina. On usporava metabolizam lipida i snižava nivo HDL holesterola. Dejstvo nikotina na kardiovaskularni sistem direktno zavisi od doze inhaliranog nikotina (12). U duvanskom dimu se nalazi i ugljen-monoksid u 30.000 puta većoj koncentraciji nego u spoljašnjem vazduhu. On remeti metabolizam ćelija zidova krvnih sudova. Kiseonični slobodni radikali oštećuju endotel, smanjuju antioksidantno dejstvo vitamina i redukuju nivo antioksidanata u plazmi, što može u slučaju hiperholesterolemije da ubrza nastajanje ateromatoznih promena (13).

Faktori koji utiču na pušenje

BIOLOŠKI FAKTORI. Osoba nastavlja da puši zbog bar tri fiziološka procesa: da bi izbegla nikotinski apstinencijalni sindrom; zbog žudnje za momentalnim periferim i centralnim efektima nikotina i zbog kondicioniranja na podržavajuće efekte pušenja (14).

PSIHOLOŠKI FAKTORI. Ljudi puše zato što tako mogu da umanje negativna osećanja (tugu, bes, strah, sramotu, prezir) i izazovu pozitivne afekte (uzbuđenje,

uživanje i čuđenje). Osobe koje imaju ili su imale psihijatrijske probleme (shizofrenija, depresija, alkoholizam) zbog psihoaktivnih efekata nikotina češće će biti pušači nego ljudi iz opšte populacije i teže će prestati da puše. Oko 15-20% pušača ima i problem sa pićem, a čak 80% alkoholičara i narkomana koji se leče su pušači (15). Istraživanja pokazuju da pušenje značajno smanjuje oscilacije raspoloženja tokom stresa. Kad su u pitanju efekti na depresiju i stres, nikotin deluje podizanjem nivoa aktivnosti u centralnim dopaminergičkim jedrima koja su uključena u kontrolu nagrađivanja ili povećavajući oslobađanje noradrenalina u locus coeruleusu (16).

SOCIJALNI FAKTORI. Osobe koje imaju jaču podršku društva i manje pušača u okolini lakše će prekinuti pušenje. Slično tome, stariji, obrazovaniji pušač sa boljim zanimanjem lakše će ostaviti pušenje od mlađeg, neobrazovanijeg pušača sa lošijim zanimanjem. Bolesnici koji boluju od težih bolesti pre će ostaviti pušenje od lakših bolesnika (16).

BIOLOŠKE OSNOVE I MEHANIZMI DELOVANJA. Nikotin aktivira holinergičke receptore na koje deluje neurotransmiter acetilholin (ACh), što dovodi do oslobađanja dopamina, noradrenalina i beta-endorfina. Ovi nikotinski receptori nađeni su u mnogim delovima CNS-a, posebno u moždanom stablu. Njihova aktivacija utiče na frekvencu rada srca, krvni pritisak i aktivnost mozga. Oslobađanje dopamina stimulirano nikotinom povezano je sa povećanom aktivnošću nucleus accumbensa. Ovaj region, povezan sa prednjim mozgom i amigdaloidnim jedrima, rukovodi emocionalnim i motivacionim procesima.

Posledice pušenja

Posledice pušenja po zdravlje ispoljavaju se štetnim dejstvom na brojne organske sisteme i organe, sa posebno teškim efektima na kardiovaskularni i respiratorni sistem. U tabeli 1 date su posledice pušenja na neke sisteme.

TABELA 1. – POSLEDICE PUŠENJA

Sistem	Posledice pušenja
Kardiovaskularni	Koronarne i arterijske bolesti / angina pectoris / infarkt miokarda Periferne vaskularne bolesti Aneurizma aorte Cardiac arrest Cerebrovaskularne bolesti Stanja hiperkoagulacije
Respiratorni	Hronični bronhitis Emfizem Pneumonia
Maligne bolesti	Pluća Larinks i usna duplja Jednjak Mokraćna bešika Uterus Pankreas
Gastrointestinalni	Akutni gastritis Peptički ulkus
Drugi rizici po zdravlje	Zapaljenja, Osteoporoza Pušenje kao kontraindikacija za upotrebu oralnih kontraceptiva

Izvor: Friedman L, Roberts D, Hyman S. [et al.] eds. *Source book of substance abuse and addiction*.
Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.

Neke od glavnih pušačkih tegoba koje pušači s vremenom počinju da osećaju jesu: jutarnji kašalj, kratak dah, zamor, produkcija pljuvačke, promuklost, ubrzan puls, prebojeni zubi i koža, učestalost, dužina i težina prehlada. Pušenje postaje deo života pušača, tako da pušač oseti potrebu da zapali cigaretu svaki put kada je pod stresom, besposlen, nervozan, kada pije kafu, pivo, priča telefonom, vozi ili kada je u društvu pušača (16).

Orijentaciono jedna četvrtina mladih koji danas žive u Zapadnopacifičkom regionu (Istočna Azija i Pacifik), umreće od posledica pušenja, što će se desiti i sa polovinom hroničnih pušača. Svakih osam sekundi, negde u svetu, ljudski život se gubi zbog posledica pušenja. Posmatrano na godišnjem nivou to znači da se kao posledica pušenja godišnje izgubi oko 5 miliona života. Pušenje će odneti tokom ovog veka ukupno oko milijardu života ukoliko se ne načine na globalnom nivou ozbiljni naponi usmereni protiv pušenja.

Verovatnoća dobijanja kancera pluća je deset puta veća kod pušača nego kod nepušača, a 15–25 puta veća kod onih koji dnevno popuše 2 ili više pakli. Kad je u pitanju koronarna bolest srca, kod obolelih koji puše 2–4 puta je veći rizik da će umreti, a 90% teških respiratornih oboljenja kao što su hroničan bronhitis i emfizem posledica su pušenja.

Pušenje utiče i na zdravlje reproduktivnog sistema. Ako žena puši više od 20 cigareta dnevno, postoji veći rizik od neplodnosti i vanmaterične trudnoće. Žene koje puše imaju i češće menstrualne poremećaje, npr. eventualne bolne i neravnomerne menstruacije kao i ranije nastupanje menopauze, što šteti njihovom reproduktivnom sistemu i ima štetne posledice po druge organske sisteme (1).

Kod trudnica koje puše, ugljen monoksid smanjuje snabdevanje ploda kiseonikom, što nosi rizik za nastanak poremećaja uslovljenih hiposaturacijom kiseonika. Stoga majke pušači često rađaju decu male težine uz povećanje broja iznenadne smrti odojčeta izloženog pasivnom pušenju. Ako odojčad i mala deca udišu duvanski dim, to dovodi do učestalijeg bronhitisa, upale pluća, astme, smanjene plućne funkcije, akutne i hronične upale srednjeg uha (1, 14).



Slika 1:
Tumor kao posledica pušenja



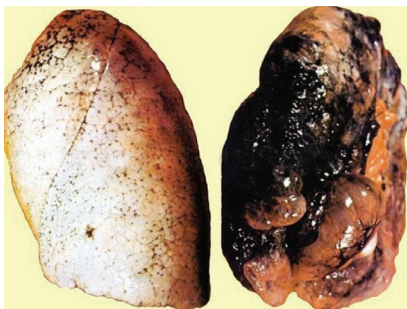
Slika 2:
Tumor kao posledica pušenja



Slika 3: *Zubi pušača*



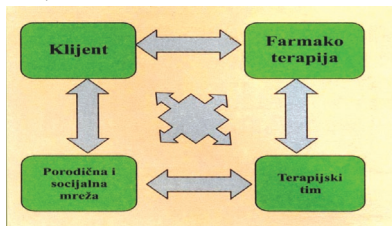
Slika 4: *Zubi pušača*



Slika 5: Pluća nepušača i pušača

Programi lečenja

Lečenje zavisnosti od nikotina je složen proces. Postoje brojni terapijski pristupi koji uključuju različite biološke, psihološke i socijalne faktore. Tokom dugogodišnjeg rada sa zavisnicima uočili smo posebnu važnost – četiri oslonca u lečenju. Klijent, farmakoterapija, porodična i socijalna mreža, kao i terapijski tim sa strukturisanim terapijskim programom u neprekidnoj su interakciji i imaju promenljiv značaj u zavisnosti od pojedinih faza lečenja (25, 26).



Slika 6: Terapijski model „četiri oslonca“

Klijent

Klijent (pacijent) je osnovni oslonac u lečenju. Poznato je da zavisnik nema motivaciju, ili je ona minimalna i nedovoljna za ostvarivanje osnovnog cilja – održavanja apstinencije, kao i poboljšanja porodičnog, profesionalnog i socijalnog funkcionisanja. U kliničkoj praksi gotovo svi pacijenti, čak i u najtežoj fazi, ističu svoju volju da istraju u lečenju. Iako je ona relativno nedovoljna, iskusni kliničar mora da računa na nju, da je uvaži i, zajedno sa pacijentom, dalje razvija. Uspeh u lečenju i kod najteže zavisnosti predstavlja upravo kontinuirano jačanje volje pacijenata, koja je trajni (doživotni) oslonac u lečenju (25, 26).

Farmakoterapija

Farmakoterapija je neophodna radi tretmana apstinencijalnog sindroma, kao i brojnih psiholoških, psihijatrijskih i somatskih posledica bolesti zavisnosti. Vrsta i dužina terapije individualno je specifična i ona nije trajni oslonac u lečenju svih pacijenata (25, 26).

Porodična i socijalna mreža

Pored klijenta, njegove volje i motivacije, porodična i socijalna mreža trajni su (doživotni) oslonci u lečenju. Postoje specifične terapijske metode rada sa porodičnom i socijalnom mrežom kao i porodična terapija (25, 26).

Terapijski tim – strukturisani terapijski program

Multidisciplinarni tim predstavlja značajan, ali privremeni terapijski osonac koji dijagnostikuje i vodi čitav terapijski proces dovoljno dugo, dok pacijent i porodica ne preuzmu odgovornost za promenu i poboljšanje kvaliteta života.

Svi ovi faktori–oslonci su u uzajmanoj interakciji, pri čemu se težište prebacuje sa jednog na drugi u kontekstu terapijskog procesa i promena koje se tokom vremena događaju (apstinencija, recidiv i dr.). Bolesti zavisnosti spadaju u grupu recidivantnih bolesti, ali je potrebno znati da je proces promene diskontinuiran ili skokovit. To znači da mnogi pacijenti posle brojnih recidiva i neuspeha mogu da postignu takav stepen motivacije i uvida koji obezbeđuje uspostavljanje trajne apstinencije. Zbog toga uvek treba iznova pružiti podršku pacijentu, bez obzira na prethodne neuspehe u lečenju (25).

Pušač prolazi kroz više faza tokom svog pušačkog staža. Tokom *inicijalne faze* osoba počinje da eksperimentiše sa cigaretama, najčešće pre dvadesete godine. Zatim prelazi u *tranzicionu fazu* u kojoj psihološki faktori i faktori okoline utiču na to da li će postati pušač ili nepušač (osoba stekne i održava naviku da puši ili pokuša da prekine pušenje). *Faza prekida pušenja* je dugotrajan proces koji čine: prethodno razmišljanje, spremnost za akciju, prestanak ili preduzimanje koraka u pravcu prestanka i niz neuspelih pokušaja pre konačnog prekida pušenja (15).

Početak pušenja je snažno povezan sa uticajima sredine (npr. pritisak društva–vršnjaka) i drugih obeležja

(samopoštovanje, depresija, statusne i druge potrebe), ali ona izgleda imaju malu ili nikakvu ulogu u održavanju navike kada osoba konačno uspostavi pušački stil života. Pušenje se održava zahvaljujući psihološkim i fiziološkim potrebama i postaje neraskidiv deo pušačevog života. Na prekid pušenja bez recidiva utiče kombinacija socijalnih, psiholoških i fizioloških varijabli (17).

Mnogi oblici intervencija pokazali su se efikasnim u pomaganju ljudima da trajno prestanu da puše. Među najefikasnijima su bihejvioralni i kognitivno-bihejvioralni pristup. Ističe se veliki značaj kratkih konsultacija sa lekarima opšte prakse, kao što je navedeno u tabeli 2.

TABELA 2. – UPUTSTVA LEKARIMA KAKO DA POMOGNU PACIJENTU DA PRESTANE DA PUŠI

Savetujte sve pušače da prestanu da puše

- Formulшите jasno svoj savet, na primer – „Prestanak pušenja je najvažnija akcija koju možete da preduzmete da biste ostali zdravi“
- Neka poruka pušaču da prestane da puši postane lična. Pozovite se na pacijentovo stanje zdravlja, anamnezu, porodičnu anamnezu, lične interese ili socijalnu ulogu

Pomozite pušačima da prestanu da puše

Za pušače koji su spremni da prestanu da puše

- Zakažite datum prestanka. Pomozite pacijentu da izabere dan u sledećih nedelju-dve, znajući da ni jedan datum nije idealan. Pozovite pacijenta da ga podsetite na datum prestanka, jer će mu to pomoći da ojača svoju odluku da prestane

- Obezbedite sredstva za samopomoć koja će poneti kući
- Razmotrite terapiju zamenom za nikotin (ako je prethodni pokušaj da prestane bio bezuspešan)

Za pušače koji nisu spremni da prestanu da puše

- Diskutujte o prednostima i preprekama da se prestane sa pušenjem koristeći njegovu tačku gledišta
- Obezbedite motivacionu literaturu koju će poneti kući
- Savetujte pušače da izbegavaju izlaganje članova porodice pasivnom pušenju
- Pokažite spremnost da pomognete kada pušač bude bio spreman
- Pri svakoj sledećoj poseti pitajte o pušenju

Organizujte nastavak poseta

- Zakažite posetu za nedelju-dve od dana prestanka pušenja
- Tokom te posete pitajte o pušenju; obezbedite podršku i pomozite pacijentu da predupredi recidiv
- Zakažite sledeću posetu kroz mesec-dva

Za pušače koji su prestali da puše

- Čestitajte!
- Tražite od njih da identifikuju rizične situacije
- Uvežbajte zajedno ponašanje u rizičnim situacijama

Za pušače koji su recidivirali ili nisu mogli da prestanu da puše

- Pitajte: „Šta ste radili kada ste zapalili prvu cigaretu?“
- Pitajte: „Šta ste naučili iz ovog iskustva?“
- Tražite da pušač zakaže novi datum prestanka

Izvor: Friedman L, Roberts D, Hyman S. [et al.] eds. *Source book of substance abuse and addiction*.
Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.

Faze u procesu prestanka pušenja

Prekid pušenja je dugotrajan proces koji se sastoji od 3 osnovne faze:

- Faza 1: Donošenje odluke o prestanku pušenja i postavljanje ciljeva
- Faza 2: Akciona faza
- Faza 3: Održavanje apstinencije – praćenje i vrednovanje napretka pacijenta

Faza 1: Donošenje odluke o prestanku pušenja i postavljanje ciljeva

Kad je u pitanju ostavljanje pušenja, svi pacijenti najčešće očekuju da lekar izvede nekakvo čudo. Lekar ne sme da obeća čudo već mora da pomogne pacijentu da prihvati pušenje kao ozbiljan problem. Neki od pacijenata iza sebe imaju niz frustrirajućih, bezuspešnih pokušaja ostavljanja duvana. Tokom faze skupljanja informacija i procenjivanja zavisnosti, postoje 4 koraka koja mogu da se preduzmu kako bi pacijent lakše doneo odluku:

1) Razmotrite zajedno rizike koje pušenje nosi i medicinsku, psihološku i društvenu korist koju bi pacijent imao od prestanka pušenja. Brošure i ostala edukativna literatura koju bi pacijent poneo kući mogu da dopune lekareve reči. Potražite razloge za prekid pušenja koji su najznačajniji za datu osobu. Efekti koje njegovo/njeno pušenje ima na decu mogu kod nekih da budu važniji razlog za ostavljanje pušenja nego efekti na njegovo/njeno zdravlje.

2) Pacijentu treba jasno razložiti da prethodni neuspeli pokušaji ne znače da on ne može da prestane da puši, već da je to uobičajen put koji postepeno, ipak, vodi prestanku pušenja. Pomozite pacijentu savetima da povrati samopouzdanje.

3) Procenite pacijentove snage koje mogu da pomognu pri donošenju odluke i slabosti koje mogu da ometaju promenu. Uspešnom prekidu pušenja i održavanju apstinencije pomažu: vera u vrednost promene, vera u sopstveni kapacitet za promenu i istrajnost.

4) Uspostavljanje specifičnih ciljeva u skladu sa trenutnim mogućnostima samog pacijenta. On može da bira između tri mogućnosti: da trenutno ne menja ništa (nekim ljudima je potrebno vreme da razmisle o informacijama koje su dobili), da smanji broj popušenih cigareta (postepeno smanjivanje može da podigne veru u sopstvene sposobnosti) ili da zakaže datum prestanka. Ponekad je potrebno pacijenta uputiti u to šta će se desiti sa njegovim zdravljem ako ostavi pušenje. U tom smislu korisna je tabela 3.

TABELA 3. – ZDRAVSTVENE PROMENE PO PRESTANKU PUŠENJA

Posle 20 min	Krvni pritisak, puls i periferna cirkulacija se popravljaju
Posle 8 časova	Nivo nikotina i ugljen-monoksida opadne za polovinu; parcijalni pritisak kiseonika se vraća na normalu
Posle 24 časa	Sav nikotin je eliminisan iz organizma, poboljšavaju se čula ukusa i mirisa
Posle 48 časova	Pritisak ugljen-monoksida se vraća na normalu, poboljšava se mukocilijarni klirens i opada rizik od infarkta miokarda
Posle 72 časa	Lakše se diše, popušta spazam bronhija, organizam ima više energije
Posle 2–12 nedelja	Popravlja se cirkulacija
Posle 3–9 meseci	Kašalj i zviždanje u grudima prolaze
Posle godinu dana	Rizik od infarkta miokarda smanjuje se za 50%

Faza 2: *Akciona faza*

Kada je pacijent jednom odlučio da prestane da puši, postoji čitav niz terapijskih opcija koje mogu da se primene i međusobno kombinuju. Da bi se smanjila fiziološka zavisnost može se primeniti farmakološki tretman:

– *Nikotinske žvakaće gume* – obično se koriste prvih meseci po prestanku; postepeno se smanjuje broj komada koji se žvaću dnevno. Uzimaju se kad se oseti potreba za pušenjem ili u unapred određeno vreme (efikasniji način). Pri njihovoj upotrebi se često greši jer se

žvaka brzo žvaće a ne „parkira“ između zuba i obraza što je neophodno zbog bolje apsorpcije nikotina preko sluznice obraza.

– *Transdermalni nikotinski flaster* – najviši nivo nikotina u krvi nalazi se 4–9 sati od prvog lepljenja flastera. Postoje flasteri koji traju 24 h i oni koji traju 16 h, ali pacijenti se, kada koriste 24 časovne flastere, žale na uznemirujuće snove, pa je korisno savetovati da se flaster skinе pred spavanje. Tretman traje oko 8 nedelja, pri čemu 2–4 nedelje pre potpunog prekida mogu da se koriste flasteri sa nižom dozom nikotina. Kod oko 50% korisnika razvije se lokalna reakcija kože; u tom slučaju treba promeniti mesto flastera i eventualno namazati hidrokortizonski krem.

– *Nikotinski nazalni sprej* – njegova glavna prednost je u tome što se žudnja za cigaretom smanjuje već za nekoliko minuta od upotrebe. Mana mu je što može da izazove zavisnost. Tretman obično traje 6–8 nedelja, ne duže od 3 meseca, sa maksimum 40 doza dnevno (5 doza na sat). Prpratni efekti su iritacija grla i nosa, suzenje i pojačan sekret iz nosa, kihanje i kašalj.

– *Nikotinski inhalator* – lomljenjem ampule vazduh koji se udiše biva naglo zasićen nikotinom što pušačima olakšava žudnju, ali se može desiti da budu subdozirani što izaziva apstinencijalne simptome. Pokušaj da duboko udahnu može da izazove osećaj gušenja i smetnje u grudima.

– *Bupropion* (bupropion hidrohlorid) je jedino neni-kotinsko sredstvo za odvikavanje od pušenja. Preporučena i maksimalna doza bupropiona kao sredstva za prekid pušenja je 300 mg dnevno (dva puta dnevno po 150 mg). Prva 3 dana se daje po 150 mg dnevno a zatim

se doza kod većine pacijenata podiže na preporučenu. Pacijent bi trebalo da prestane da puši 7–14 dana po početku lečenja, a ukupna terapija traje od 8 do 12 nedelja. Najčešći sporedni efekti su suva usta i nesanica.

SMANJENJE BROJA POPUŠENIH CIGARETA je opcija koja se primenjuje kod veoma nikotin-zavisnih osoba koje nisu kandidati ni za terapiju bupropionom ni za terapiju flasterima i žvakama. Metod podrazumeva prelaz na drugu vrstu cigareta sa manje nikotina i katrana i postepeno smanjenje broja dnevno popušenih cigareta. Ova promena može da bude efikasan deo tretmana ako se pacijentu objasni da treba da se bori protiv poriva da, pošto su cigarete „slabije“, puši više radi kompenzacije. Ohrabrivanje pacijenta da pređe na vrstu cigareta koja mu se ne sviđa pomaže da se smanji uživanje u cigaretama. Smanjenje broja dnevno popušenih cigareta ne samo da će dovesti do ublažavanja apstinencijalnog sindroma kada konačno potpuno prestanu da puše, već omogućava i veoma zavisnim pušačima da razviju razne veštine koje će im tada biti od koristi pri održavanju apstinencije.

KOGNITIVNO-BIHEJVIORALNI TRETMAN. U pitanju je niz tehnika kojima se interveniše kod bihejvioralnih poremećaja i adikcije. Postoji nekoliko osnovnih grupa strategija koje pacijenti uče da primene kada prestaju da puše:

- Izbegavanje specifičnih situacija ili događaja u kojima se razvija potreba za pušenjem;
- Primena novih aktivnosti i ponašanja kada se javi potreba za cigaretom;
- Kognitivno restrukturisanje da bi se redukovale

pozitivne asocijacije na cigaretu kroz razvijanje alternativnih reakcija u stresnim situacijama i uveravanje da druge stvari mogu da smanje anksioznost, depresiju i sl.;

– Aktivna socijalna podrška prijatelja, porodice i kolega na poslu.

Planiranje nagrada za postignute promene i ostvarene ciljeve (nedeljne, mesečne i slično) mogu da održe pacijentovu motivaciju i olakšaju mu dug proces ostavljanja pušenja. Nagrade treba da su stvari koje nisu vezane za pušenje, na primer neka specijalna kupovina, izlazak, bavljenje omiljenim hobijem i sl. Nagrađivanje znakova progressa u okviru lečenja može da učvrsti poverenje pacijenta u sopstvenu sposobnost da se promeni.

Bihejvioralni ugovori pomažu korisniku da uspostavi realne ciljeve i nađe najadekvatniji put da ih realizuje. Ugovor treba da sadrži specifične informacije o tome da li će pacijent smanjiti pušenje ili odmah prestati, datum prestanka, razloge za prestanak, procedure koje će primeniti u situacijama kada bi pušio i plan dalje terapije. Svrha ugovora je da što preciznije označi postupke koje će pacijent primeniti da bi promenio svoje pušačko ponašanje. Lista metoda treba da bude što preciznija. Izgleda da su pismeni ugovori efikasniji nego usmeni. Ugovori su naročito korisni kada se kombinuju sa grupnom terapijom.

Averzivne tehnike uključuju elektrošokove (veoma se retko koriste, samo pri hospitalnom lečenju), imaginarnе tehnike (avertzivno maštanje – kad povuče duvanski dim pušač intenzivno zamišlja da mu je muka) i averzivnu manipulaciju unosom dima (brzo pušenje – inhalacija svakih 6 sekundi, pušenje dva ili tri puta više cigareta dnevno ili zadržavanje dima u ustima koji se

onda udiše i izaziva gađenje). Održavanje apstinencije može da uključi i kazne – davanje izvesne sume novca (npr. u dobrotvorne svrhe) ukoliko dođe do recidiva. Ipak, ove tehnike su se pokazale lošim kada se ne koriste u kombinaciji sa drugim bihevioralnim tehnikama.

HIPNOZA. Postoje dva osnovna pristupa u lečenju hipnozom. Jedan podrazumeva lečenje tokom jedne seanse, sa standardizovanim instrukcijama, a terapija može da bude i grupna. Sa dobro motivisanom grupom, stopa apstinencije posle 6 meseci kretala se između 20% i 40%, nešto više kad su seanse bile individualne a pacijenti lakše podložni hipnozi (18). Drugi pristup koristi hipnozu da bi se potpunije analizirali individualni motivi za pušenje, da se prevaziđe otpor i obično je udružen sa drugim tehnikama. Kada je korišćen multidimenzionalni pristup (više seansi, hipnoprojektivne tehnike, samohipnoza i kontrole), posle 6 meseci apstinenciju je održalo 50–68% ispitanika (19). Ipak, još nema adekvatne kliničke procene efikasnosti hipnoze.

RELAKSACIONE TEHNIKE. Jedan od najčešćih razloga koje pušači navode za ponovni početak pušenja jeste nemogućnost da izađu na kraj sa stresnim situacijama. Oni koji puše iz navike retko imaju i jedan drugi način na koji izlaze na kraj sa stresom (sem da ga izbegnu). Relaksacioni trening (duboko disanje, meditacija, vežbe vizuelizacije) mogu da posluže kao efikasni funkcionalni ekvivalenti pušenju. Kad se ove tehnike jednom nauče, uzimaju malo vremena, a donose bar dve iste koristi kao i pušenje – kratku pauzu od tekućih aktivnosti i fiziološki relaksacioni efekat (16).

Faza 3: Održavanje apstinencije – praćenje i vrednovanje napretka pacijenta

Kao i kod drugih bolesti zavisnosti, glavni problem je kako održati jednom uspostavljenu apstinenciju. Kod pušenja je stopa recidiva čak 70% u okviru prve godine. U prvoj nedelji po prestanku pušenja recidivira 65% (18). Treba vremena da se promene pušački šabloni, a fokus tokom faze bihevioralnih promena mora da bude na prevenciji recidiva.

Skoro svi pušači koji naglo ostave pušenje imaju neke simptome apstinencijalnog sindroma. Simptomi počinju posle 24 sata i brzo se razvijaju, a većina nestaje posle jednog meseca. Žudnja, ubrzan puls, glad i povećanje telesne težine mogu da traju i duže. Vežbe, relaksacione metode i nikotinska terapija ili bupropion mogu da olakšaju sve simptome sem ubrzanog pulsa. Povećanje telesne težine po prestanku pušenja delimično ima veze sa nedostatkom nikotina, koji inače ubrzava metabolizam. Bivši pušači u ovom periodu obično dobiju 2–3 kg, što je zanemarljivo kada se uzme u obzir zdravstvena korist od prekida pušenja (16).

Prevenција recidiva je tehnika koju su razvili Marlatt i Gordon (20) u vezi sa lečenjem alkoholizma, a za pušače su je preuredili Lichtenstein i Brown (21). Pušači i bivši pušači koji nauče ove veštine duže ne puše, a ako propuše, u pitanju je manji broj cigareta u odnosu na kontrolnu grupu (22).

Neki programi odvikavanja od pušenja

U cilju pomoći u odvikavanju od pušenja postoje brojni, takozvani kratki programi odvikavanja od pušenja. Jedan program u klinici Mayo navodi aktivnosti koje se tokom dana primenjuju: 7.30 je vreme predviđeno za buđenje pacijenata i doručak; u 9.00 časova predviđena je grupna terapija na kojoj se diskutuje o prevenciji recidiva pušenja. Nakon kraće pauze predviđeno je da se grupna terapija nastavi diskutovanjem o mehanizmu nastanka nikotinske zavisnosti. Svaki učesnik u ovom programu ima priliku da se lično posavetuje sa lekarima koji su zaduženi za koordinaciju ovog programa. Nakon večere u 17.00 časova predviđen je termin za grupne vežbe održavanja i postizanja kondicije (23).

Postoje i programi zasnovani na smanjenju broja cigareta. Svaki dan proveden u programu ima određeni zadatak. Tokom prvog i drugog dana kada učesnik programa želi da zapali cigaretu, treba da se pita „da li to stvarno moram da uradim“. Takođe može da postavi i sledeća pitanja:

1. Zašto pušim ovu cigaretu?
2. Da li bi bilo lako bez nje?
3. Šta bih drugo radio kad ne bih pušio ovu cigaretu?

Trećeg dana programa primenjuje se redukovanje broja popušanih cigareta. Počinje se sa korišćenjem alternativnih zamena za cigaretu kao što su nikotinske nalepnice (flasteri), žvakaće gume i sredstva za udisanje koja smanjuju želju za cigaretom. Četvrti dan neki autori programa nazivaju velikim danom testiranja. Potrudite se da ovog dana ne pušite cigarete u periodu koji sma-

trate najvažnijim tokom dana. Zamenite ih nekim od alternativnih metoda zadovoljenja potreba za nikotinom, npr. nikotinskim flasterima. Ako ste doživeli veliki napor dok ste se borili da ne zapalite cigaretu ili ako niste uspeli da se oduprete želji i popušili cigaretu, trebalo bi da razmislite šta je do toga dovelo i zašto niste uspeli da ispoštujete program do kraja, trudeći se da sledeći put ne dozvolite da vas potreba za pušenjem pobedi. Često se dešava da osoba koja je u programu u ovom periodu ponovo počne da puši zbog jake želje za nikotinom, pritiska društva ili negativnih emocija. U daljem toku odvikavanja treba pokušati da se smanji ili prekine provođenje vremena u sredini koja bi mogla navesti da se ponovo puši. Od petog dana do kraja programa, koji u ovom slučaju traje sedam dana, cilj je da se još smanji broj popušenih cigareta. Petog dana bi trebalo da se broj popušenih cigareta svede na polovinu uobičajnog broja popušenih cigareta. U narednim danima taj broj bi trebalo što više da se smanji (22, 24).

Naš program odvikavanja od pušenja

U dosadašnjem radu sa različitim kategorijama zavisnika zapazili smo značaj zajedničkog rada klijenta, porodice i osoba iz okruženja koji zajedno sa stručnjakom utvrđuju najbolji pristup u cilju uspešne apstinencije. U odvikavanju od pušenja primenjujemo program koji se sastoji od četiri faze.

I. Motivacija kroz edukaciju

U ovoj fazi osoba koja planira da prestane sa pušenjem stiče znanja o duvanu i njegovom štetnom delovanju kroz izlaganje stručnjaka i korišćenje podataka iz literature, kao i kliničkih iskustava u lečenju. Koriste se video prezentacije, kratki filmovi, prikazi toka lečenja uz aktivno učešće klijenta. Zainteresovanima se obezbeđuje prigodna literatura koja upućuje na osnovne principe odvikavanja – lečenja. U ovoj fazi uključuju se i značajne osobe iz okoline klijenta (članovi porodice, rođaci, prijatelji) koje se takođe edukuju o načinu odvikavanja – lečenja kao i o principima podrške tokom programa.

Ova faza uključuje dva sastanka sa stručnjakom tokom jedne nedelje. Za to vreme ne razgovara se o odluci o prestanku pušenja. Nakon sedam dana zakazuje se sastanak sa osobom koja planira da prestane da puši, kao i sa članovima grupe podrške. Očekuje se odluka o prestanku pušenja. Ukoliko je ona pozitivna, pristupa se drugoj fazi. Ukoliko još uvek nema odluke o lečenju, ponavlja se prva faza motivacija kroz edukaciju.

II. Sporazum o programu rada i prikupljanje podataka od značaja za budući tretman

Kada je klijent odlučio da prihvati program lečenja, stručnjak ga upozna sa metodologijom rada koja uključuje uzimanje anamnestičkih podataka o dužini pušenja i nastalim posledicama. Utvrđuju se i osobine ličnosti klijenta, izraženost apstinencijalne krize u toku ranijih pokušaja prestanka pušenja, kao i kvalitet porodičnih i

socijalnih relacija. Utvrđuju se i krize i problemi iz prethodnih faza životnog ciklusa koji mogu biti od značaja za motivaciju, samopoštovanje, kao i stepen depresivnosti i neurotičnosti. Ovi podaci su bitni za prilagođavanje predstojećeg programa lečenja svakom pojedincu u skladu sa njegovim osobinama koje mogu pomoći ili otežati put ka uspešnom prestanku pušenja.

Klijent treba da prihvati predložene metode. U ovoj fazi organizuju se sastanci svakog drugog dana u toku sedam dana. Od klijenta se ne traži potpuna apstinencija. Savetuje se prestanak pušenja u toku dana ili večeri pre početka programa.

III. Program odvikavanja metodom potpune apstinencije

Klijent se svakoga dana javlja terapeutu u prisustvu odabranih saradnika (najčešće 1–5). Sedmodnevni program počinje stručnom procenom psihofizičkog stanja i stepena eventualne apstinencijalne krize. Procenjuje se stepen motivisanosti i pristupa se specifičnim kognitivno-bihejvioralnim metodama uz primenu i drugih psihoterapijskih metoda. Radi se na definisanju specifičnih obrazaca upotrebe duvana. Primenjuju se i simulirane grupe uz učešće odabranih saradnika gde se treniraju komunikacione tehnike i razrađuju strategije u cilju prevencije recidiva. Radi se na jasnom strukturisanju vremena i planiranju obaveza i aktivnosti tokom dana u zavisnosti od potreba i mogućnosti klijenta. U toku ove faze predlaže se specifična ishrana, fizičke i intelektualne aktivnosti. Pažljivo se prate oscilacije raspoloženja, apstinencijalne krize i kvalitet motivacije. U slučaju izraženije

krize preduzimaju se mere podrške uz pomoć odabranih saradnika a prema protokolu sa kojim su ranije upoznati. Uz konsultaciju lekara moguće je uključiti i adekvatnu farmakoterapiju i supstance za ublažavanje nikotinskog apstinencijalnog sindroma, kao i stabilizovanje raspoloženja i smanjenja depresivnosti.

Ukoliko klijent apstinira, nastavlja se utvrđeni program uz podršku da pronade nove aktivnosti i poboljša kvalitet života. Ukoliko ponovo puši, predlaže se analiza recidiva, prema utvrđenoj metodologiji u prisustvu odabranih saradnika. Moguće je ponuditi klijentu da se privremeno odloži program odvikavanja uz rad na traženju novih motiva i oslonaca. Recidiv ne znači neuspeh i često predstavlja očekivanu fazu u toku procesa lečenja. Po našem iskustvu klijenti koji recidiviraju ali i dalje traže pomoć i podršku imaju velike mogućnosti da postignu krajnji cilj – život bez pušenja. I posle više neuspeha moguće je doći do takvog cilja.

IV. Održavanje apstinencije i poboljšanje kvaliteta života

Ova faza podrazumeva održavanje apstinencije uz rad na porastu motivacije i traženju novih alternativnih zadovoljstava i aktivnosti u porodičnom i socijalnom kontekstu. Pristupa se analizi posledica pušenja i definišu prednosti života bez duvana. Ukoliko klijent želi, analiziraju se neki značajni događaji iz prethodnih faza životnog ciklusa uz pomoć terapeuta koji je edukovan za ovu oblast. U naredna dva do tri meseca nastavlja se podrška klijentu kroz strukturisane stručne aktivnosti. Poželjna je saradnja sa terapeutom do godinu dana, po-

nekad i duže, u cilju učvršćivanja postignutih rezultata, a posebno u cilju prevencije recidiva koji su često povezani sa nepovoljnim životnim događajima.

U fazi održavanja apstinencije formiraju se i grupe ljudi koji uspešno apstiniraju (klub nepušača) u kojima se radi na izboru zdravih oblika življenja bez duvanskog dima. Ove grupe su otvorene za sve koji žele da prestanu da puše i čuju iskustva onih koji su postali nepušači i rade pod nadzorom stručnjaka (26).

Neki testovi i upitnici koji se koriste u dijagnostici bolesti zavisnosti

Dijagnostika zavisnosti od nikotina zasniva se na primeni savremenih dijagnostičkih kriterijuma (međunarodna klasifikacija bolesti) kao i na brojnim kliničkim pokazateljima oštećenja zdravlja kao i porodičnog i profesionalnog funkcionisanja. Za brzu orijentaciju mogu se primeniti neki testovi i upitnici na osnovu kojih se osoba može informisati o stepenu zavisnosti i preduzeti određene mere u cilju prestanka pušenja. Navešćemo neke od tih testova.

CAGE TEST

1. Da li ste osećali da treba da prekinete sa pijenjem alkoholnih pića – upotrebom droge? (Cut down)
2. Da li su vas uznemiravale kritike drugih ljudi u vezi sa vašim pijenjem – drogiranjem? (Annoyed)
3. Da li ste ikada osećali krivicu zbog toga što pijete – drogirate se? (Guilty)

4. Da li ste ikada pili – drogirali se ujutru odmah po buđenju kako bi izbegli mamurluk – apstinencijalni sindrom? (Eye-opener)

Tumačenje rezultata: jedan pozitivan odgovor – možda postoji problem zloupotrebe supstanci i treba nastaviti istraživanje.

FAGERSTROMOV TEST NIKOTINSKE ZAVISNOSTI

Pitanje	Odgovor	Poeni
1. Kada po buđenju zapalite prvu cigaretu?	Posle 5 minuta	3
	Posle 6–30 minuta	2
	Posle 31–60 minuta	1
	Posle više od 60 minuta	0
2. Da li vam je teško da se suzdržite od pušenja na javnom mestu?	Da	1
	Ne	0
3. Koje biste se cigarete najteže odrekli?	Prve jutarnje	1
	Bilo koje druge	0
4. Koliko cigareta dnevno popušite?	10 ili manje	0
	11–20	1
	21–30	2
	31 i više	3
5. Da li više pušite u prvim časovima po buđenju nego tokom ostatka dana?	Da	1
	Ne	0
6. Da li pušite kada ste bolesni i ležite u krevetu?	Da	1
	Ne	0

ZBIR: 0–2 – veoma niska zavisnost, 3–4 – niska zavisnost, 5 – srednji stepen zavisnosti, 6–7 – visoka zavisnost, 8–10 – veoma visoka zavisnost

Reference:

1. <http://academic.udayton.edu/health/syllabi/tobacco/history.htm>
2. Daniel Horn, *Epidemiology and Psychology of Cigarette Smoking* Chest 1971;59;22–24
3. Dimitrijević I.: *Upotreba supstanci među učenicima osnovnih i srednjih škola u Republici Srbiji*. Vlada Republike Srbije, komisija za prevenciju bolesti zavisnosti među omladinom, 2002.
4. WHO/WPRO – *Smoking Statistics* 28 May 2002. World Health Organization.
5. www.users.rcn.com/jkimball.ma.ultranet/BiologyPages/E/Epidemiology.html
6. www.doi.wiley.com/10.1002/ppul.1950322322
7. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General* 2004. Dept. of Health and Human Resources - Centers for Disease Control and Prevention.
8. *Nicotine – IDLH Documentation* 16 August 1996. Centers for Disease Control and Prevention.
9. *Radioactive Cigarettes*. The Hindu. Online edition of India's National Newspaper. Thursday, Jun 05, 2003
10. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon Generals* 04 Jan 2007. U.S. Dept of Health and Human Services.
11. www.quitsmokingsupport.com/whatisinit.com
12. www.chantixhome.com/passive_smoking_effects.html
13. www.bupa.co.uk/health_information/html/health_news/270503smoke.html
14. *Waiting time to pregnancy: results from a follow-up and a retrospective study*. Copenhagen University, 1997
15. Pomerleau O, Pomerleau C. The effects of psychosocial stressor on cigarette smoking and subsequent behavioral and physiological responses. *Psychophysiology* 1984; 24: 278-285.

16. Penick E, Reed MR, Crawley PA, et al. Differentiation of alcoholics by family history. *J Stud Alcohol* 1978; 39: 19-44.
17. Ockene JK, Kristeller JL, Donnelly G. Tobbaco. In: Galanter M, Kleber HD. Textbook of substance abuse treatment, second edition Washington DC: American psychiatric press, 1999
18. Barabasz A, Baer L, Sheehan D, et al. A three year clinical followup of hypnosis and REST for smoking: hypnotizability, absorption and depression. *Int J Clin Exp Hypn* 1986; 34: 169-181.
19. Holroyd I. Hypnosis treatment for smoking: an evaluative review. *Int J Clin Exp Hypn* 1980; 23: 341-357
20. Marlatt GA, Gordon JR. Determinants of relapse: implications for the maintenance of behaviour change. In: *Behavioral medicine: changing health lifestyles*. Edited by Davidson PO, Davidson SM. New York, Brunner/Mazel, 1980.
21. Lichtenstein E, Brown A. Current trends in the modification of cigarette dependence. In: *International handbook of behavior modification and therapy*. Edited by Bellack A, Hersen H, Kazdin A. New York, Plenum, 1985: 236.
22. Davis J, Glaros A. Relapse prevention and smoking cessation, *Addict Behav* 1986; 11: 105-114.
23. <http://www.mayoclinic.org/ndc-rst/residential.html>
24. <http://www.stopsmoking-tips.com/stopsmoking-program-7days.html>
25. Dimitrijević I.: *U veku droge – priručnik za porodicu i školu*, Beograd, 2007.
26. Dimitrijević I.: *Bolesti zavisnosti, dijagnostika, lečenje, prevencija*, udžbenik, KIZ „Centar“, Beograd, 2004.

Abstract

Smoking represents a big problem for an individual, family and society. Numerous researches indicate the increase of tobacco use at earlier age and the necessity of developing preventive and therapeutic programmes directed towards the entire population. This study displays epidemiological data and brief history of tobacco use thorough centuries. It describes various health, family, professional and social consequences of its use, as well as some mechanisms of nicotine effects and addiction. Part of the text is concerned with treatment programmes and guidelines for doctors. Treatment involves four pillars – patient, pharmacotherapy, family and social environment, professional team – and they are in the mutual dynamic interaction. Some programmes of beating the habit a smoker can apply individually or with the professional help. With the fast orientation on the degree of addiction there are some scales and questionnaires for self-evaluation. We emphasise that treatment programme is a complex process that involves professional evaluation of the addiction level, as well as the selection of best model for treatment that is adjusted to every individual.

Prevela: *Anica Milenković*

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

616-056.8:613.84(035)

ДИМИТРИЈЕВИЋ, Иван, 1954–
Ostavite pušenje / autor Ivan
Dimitrijević. – Београд: Демократска
странка, Истраживачко-издавачки центар, 2009
(Крагујевац: Графостил). – 39 стр. : илустр.
; 15 cm. – (Мала библиотека Србија 21 –
нови почетак. Болести зависности)

Тираж 10.000. – Библиографија: 34-35. –
Abstract.

ISBN 978-86-7856-112-2

а) Пушење – Спречавање – Приручници
COBISS.SR-ID 155418124