

SLOVENIJA PROTI RAKU

DESETLETNI ZDRAVSTVENOVZGOJNI PROGRAM
ZA ZMANJŠANJE ZBOLEVNOSTI
IN UMRLJIVOSTI ZA RAKOM

KAJENJE IN ZDRAVJE – NIKOLI KONČANA ZGODBA

XXV. seminar "IN MEMORIAM DR. DUŠANA REJE"



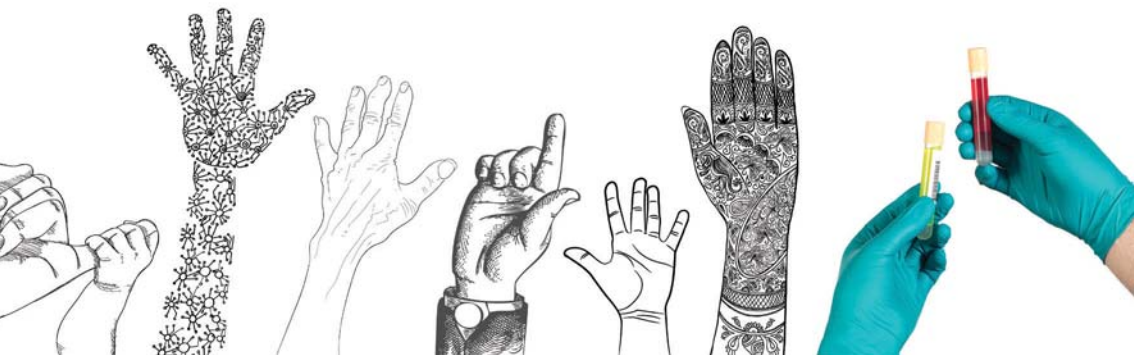
ZVEZA SLOVENSkih DRUŠTEV
ZA BOJ PROTI RAKU



ONKOLOŠKI
INŠTITUT
LJUBLJANA

NIJZ

Nacionalni inštitut
za javno zdravje



*Ljudje smo različni.
Naše bolezni tudi.*

Zato smo predani odkrivanju in razvoju posamezniku prilagojenih zdravil in diagnostičnih testov, ki pomagajo ljudem živeti bolje in dlje.



SLOVENIJA PROTI RAKU

DESETLETNI ZDRAVSTVENOVZGOJNI PROGRAM
ZA ZMANJŠANJE ZBOLEVNOSTI
IN UMRLJIVOSTI ZA RAKOM

KAJENJE IN ZDRAVJE – NIKOLI KONČANA ZGODBA

XXV. seminar "IN MEMORIAM DR. DUŠANA REJE"

V organizaciji:

Zveze slovenskih društev za boj proti raku
Onkološkega inštituta Ljubljana
Nacionalnega inštituta za javno zdravje

SLOVENIJA PROTI RAKU

Desetletni zdravstvenovzgojni program za zmanjšanje zbolewnosti in umrljivosti za rakom

KAJENJE IN ZDRAVJE – NIKOLI KONČANA ZGODBA XXV. seminar "In memoriam dr. Dušana Reje"

v organizaciji Zveze slovenskih društev za boj proti raku, Onkološkega inštituta Ljubljana in
Nacionalnega inštituta za javno zdravje

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

613.84(082)
616-006(082)

SEMINAR In memoriam dr. Dušana Reje (25 ; 2017 ; Ljubljana)

Kajenje in zdravje - nikoli končana zgodba / XXV. seminar In memoriam dr. Dušana Reje ; v organizaciji Zveze slovenskih društev za boj proti raku [in] Onkološkega inštituta Ljubljana [in] Nacionalnega inštituta za javno zdravje ; [uredniški odbor Branislava Belovič... et al.]. - Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2017

ISBN 978-961-6377-34-8

1. Gl. stv. nasl. 2. Belovič, Branislava 3. Zveza slovenskih društev za boj proti raku
4. Onkološki inštitut (Ljubljana) 5. Nacionalni inštitut za javno zdravje (Ljubljana)
291875584

Zbornik je pripravila in založila Zveza slovenskih društev za boj proti raku

Izdajo zbornika in izvedbo seminarja so omogočili:

Ministrstvo za zdravje RS, Onkološki inštitut Ljubljana in sponzorji (gl. str. 95).

Zbornik je brezplačen. Namenjen je zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem, profesorjem in predavateljem zdravstvene vzgoje in vsem drugim, ki delajo na področju zdravstvene vzgoje.

Odgovorna urednica:	Dr. Maja Primic Žakelj, dr. med.
Uredniški odbor:	Prim. mag. Branislava Belovič, dr. med. Fani Čeh, univ. dipl. org., učiteljica svetnica Helena Koprivnikar, dr. med. Doc. dr. Viljem Kovač, dr. med. Dr. Maja Primic Žakelj, dr. med. Izr. prof. dr. Vesna Zadnik, dr. med. Analija Zdešar, sekretarka
Recenzentka:	Izr. prof. dr. Vesna Zadnik, dr. med.
Oblikovanje naslovnice:	Mag. Tjaša Žurga Žabkar
Lektor in tehnični urednik:	Tone Žakelj
Tisk:	Studio N, Ljubljana
Naklada:	500 izvodov

Ljubljana, oktober 2017

KAZALO

UVODNIK	
Maja Primic-Žakelj	5
RAZŠIRJENOST KAJENJA V SLOVENIJI IN PRISTOPI K OBVLADOVANJU KAJENJA	
Helena Koprivnikar	7
NOVI ZAKON O OMEJEVANJU UPORABE TOBAČNIH IN POVEZANIH IZDELKOV	
Nataša Blažko	17
KAJENJE V ZRCALU DRUŽBENE ETIKE	
Božidar Voljč	21
ZAKAJ KADILCI NE ZMOREJO IN ZMOREJO NEHATI KADITI	
Maja Rus Makovec	24
"ŽIVLJENJE JE LEPO – SKRIBIM ZA SVOJE ZDRAVJE" – – PROGRAM SPODBUJANJA NEKAJENJA V OSNOVNIH ŠOLAH	
Fani Čeh	29
"DIŠIŠ MI PO POMLADI" – – PROGRAM PROMOCIJE NEKAJENJA MED MLADIMI	
Branislava Belović, Jadranka Jovanović, Zdenka Verban Buzeti	34
"BREZ IZGOVORA" – UČINKOVITI PROGRAM ZA PREPREČEVANJE KAJENJA IN DRUGIH ZASVOJENOSTI MED MLADIMI	
Urška Erklavec, Jan Pelosa	39
IZZIVI SVETOVANJA PRI OPUŠČANJU KAJENJA V PRAKSI	
Jožica Mesarič	44
PROGRAM "OPUSTIMO KAJENJE" V LEKARNI LJUBLJANA	
Silva Zamljen	54
USPOSABLJANJE MEDICINSKIH SESTER ZA POMOČ PRI OPUŠČANJU KAJENJA – MEDNARODNI PROJEKT	
Katarina Lokar	59

RAK IN DRUGE ZDRAVSTVENE POSLEDICE KAJENJA	
Vesna Zadnik	67
PLJUČNI RAK	
Blaž Grošelj in Viljem Kovač	78
ZDRAVLJENJE MALIGNIH BOLEZNI USTNE VOTLINE	
Andrej Kansky	83
UROLOŠKI RAKI	
Breda Škrbinc	87
SEZNAM SPONZORJEV	95
SEZNAM IN NASLOVI AVTORJEV	96

UVODNIK

Zveza slovenskih društev za boj proti raku si z regijskimi društvi že nekaj desetletij prizadeva prispevati k ustvarjanju take slovenske družbe, v kateri ne bi nihče zbolel ali umrl za rakom zaradi lastne nevednosti ali zaradi brezbričnosti države. Pri tem je naša pomembna naloga osveščanje raznih ciljnih skupin, strokovnjakov in laične javnosti.

Pri osveščanju laične javnosti imajo pomembno vlogo vsi zdravstveni delavci na primarni ravni zdravstvenega varstva in v šolstvu. Zato si Zveza že več let prizadeva s pomočjo vrhunskih strokovnjakov dodatno približati znanje o vseh možnostih obvladovanja raka družinskim zdravnikom, drugim zdravstvenim delavcem in učiteljem zdravstvene vzgoje, ki naj to znanje predajajo laični javnosti.

Prvi strokovni seminar, posvečen spominu dr. Dušana Reje, zdravnika, ki je v letih po 2. svetovni vojni deloval na področju higiene in zdravstvene vzgoje, smo organizirali leta 1980. Do leta 1998 smo jih pripravili pet, od takrat naprej pa je smo za seminar poskrbeli vsako leto v mesecu oktobru. Doslej je bilo torej vseh 24, tako da je tokratni jubilejni, petindvajseti. Na dosedanjih seminarjih smo gostili 216 predavateljev, ki jih je poslušalo okrog 3.000 udeležencev. Obdelali smo različna področja, od dejavnikov tveganja raka do zdravljenja rakov raznih organskih sistemov, pravic bolnikov z rakom in Evropskega kodeksa proti raku. Natisnili smo 68.300 izvodov zbornikov (od tega Pravice in dolžnosti bolnikov z rakom v 20.000 izvodih).

Ni naključje, da smo letošnji seminar spet posvetili nekaterim pomembnim vidikom obvladovanja kajenja in njegovim zdravstvenim posledicam. Kajenje je namreč najpomembnejši dejavnik tveganja številnih bolezni, med njimi tudi večine rakavih. Večanje bremena raka ogroža ne le kakovost življenja posameznikov, pač pa tudi vzdržnost zdravstvenih sistemov, zato je njegovemu obvladovanju treba posvetiti vso pozornost.

Tokratno srečanje ni namenjeno političnim deklaracijam o družbi brez tobaka v naslednjem desetletju ali dveh in iskanju dolgoročnih rešitev tobačne epidemije; za to so zadolženi drugi. Zbrali smo se zato, da pregledamo sedanje stanje poznavanja škodljivih posledic rabe tobaka, njihove strokovne utemeljitve in novosti, ki so bile spoznane po naših zadnjih dveh seminarjih s to temo – leta 2001 z naslovom Kajenje in rak pri ženskah in leta 2004 z naslovom Kajenje in rak. Predstaviti želimo tudi, kaj prinaša nova zakonodaja o omejevanju rabe tobačnih izdelkov.

Veča se tudi število programov, usmerjenih v preprečevanje začetka in nadaljevanja kajenja pri otrocih in mladostnikih in v opuščanje kajenja med kadilci. Spoznali bomo le nekatere med njimi kot primere dobrih praks. V kratkem času, ki nam je na voljo, je težko povzeti vse posledice kajenja, pa

tudi vsa prizadevanja vladnega in nevladnega področja za njihovo obvladovanje. Izbrali smo tudi pregled najpomembnejših rakov, povezanih s kajenjem, in novosti pri njihovem zdravljenju.

Upam, da bodo vsi ti drobni kamenčki prispevali k jasnejši sliki mozaika prizadevanj za boljše zdravje naših sodržavljank in sodržavljanov.

Zveza slovenskih društev za boj proti raku se zahvaljuje vsem predavateljem in sponzorjem, ki so sodelovali pri pripravi in izvedbi 25. Rejevega seminarja, ter vsem, ki ste se ga udeležili.

Maja Primic-Žakelj

predsednica Zveze slovenskih društev za boj proti raku

RAZŠIRJENOST KAJENJA V SLOVENIJI IN PRISTOPI K OBVLADOVANJU KAJENJA

Helena Koprivnikar

POVZETEK. Uporaba tobaka sodi globalno in v Sloveniji med vodilne preprečljive dejavnike tveganja številnih bolezni in prezgodnjih smrti. V Sloveniji vsako leto zaradi bolezni, povzročenih s tobakom, umre 3600 prebivalcev, kadi pa približno eden od štirih prebivalcev. Nekaj več kot petina nekadilcev je izpostavljenih tobačnemu dimu drugih. Večina začne kaditi, že ko so še otroci ali najstniki. Med 15-letniki vsaj enkrat na teden kadi približno eden od osmih. V zadnjem obdobju se razširjenost kajenja manjša med mladostniki, med odraslimi pa se ni spremenila. Poleg tobačnih izdelkov so se na trgu pred približno desetletjem pojavile še elektronske cigarete, ki prav tako vsebujejo zdravju škodljive snovi. Elektronska cigareta je najverjetneje koristna za kadilca, ki ne zmore opustiti kajenja tobaka, je pa hkrati znatna grožnja za javno zdravje, ker spodbuja vnovično družbeno sprejemanje kajenja in – pri mladih uporabnikih elektronskih cigaret – povratek k tobačnim izdelkom. Z uvedbo celovitih programov nadzora nad tobakom, zakonodajnih ukrepov in programov v raznih okoljih je mogoče pomembno zmanjšati razširjenost rabe tobaka in razsežnost njenih posledic.

UVOD

Uporaba tobaka sodi globalno in tudi v Sloveniji med vodilne preprečljive dejavnike tveganja številnih bolezni in prezgodnjih smrti [1–4]. Vsako leto zaradi bolezni, povzročenih s tobakom, umre skoraj 3600 prebivalcev Slovenije, mnogi od njih prezgodaj [3]. V starostni skupini 30–44 let pripisujemo posledicam uporabe tobaka eno od sedem smrti, v starostni skupini 45–59 let pa eno od treh [3].

Kajenje tobaka škoduje tako rekoč vsakemu organu v telesu, in to vse življenje. Dokazov, da je kajenje vzročno povezano s številnimi boleznimi, je več kot dovolj: povzroča raka (pljuč in dihalnih poti, ustne votline, glasilk, žrela, požiralnika, želodca, debelega črevesa in danke, trebušne slinavke, jeter, ledvic, sečnega mehurja, sečevodov, materničnega vratu, jajčnikov in krvnega raka – akutne mieloične levkemije) [1, 5–7], bolezni dihal (kronična obstruktivna pljučna bolezen, poslabšanje astme, pogostejši kašelj, večje izločanje sluzi, dispneja, pogostejše in resnejše okužbe dihal, prezgodnji in pospešeni upad pljučnih funkcij), bolezni srca in ožilja (koronarna srčna bolezen in srčni infarkt, možganska kap, ateroskleroza, anevrizma abdominalne aorte) ter druge bolezni, kot so sladkorna bolezen, motnje imunskega sistema, revmatoidni artritis, siva mrena, starostna degeneracija rumene pege, nizka kostna gostota pri ženskah po menopavzi, zlomi kolka, parodontalna bolezen in splošno slabše zdravstveno stanje. Kajenje nosečnice je vzročno povezano z manjšo porodno težo otroka, prezgodnjim porodom, zmanjšanjem pljučnih funkcij novorojenčka, razcepljeno ustnico/nebom in nenadno smrtjo dojenčka [1, 7].

RAZŠIRJENOST KAJENJA TOBAKA MED ODRASLIMI PREBIVALCI SLOVENIJE

Velika večina prebivalcev Slovenije je nekadilcev – kadi približno eden od štirih prebivalcev Slovenije, starih 15 let in več (Tabela 1). Odstotni delež kadilcev je pomembno večji med moškimi kot ženskami. Večina kadilcev kadi redno, vsak dan (78 %). Med letoma 2007 in 2014 se odstotni delež kadilcev ni pomembno spremenil [8, 9].

Tabela 1. Odstotni deleži kadilcev med vsemi prebivalci Slovenije po starostnih skupinah in po spolu v letih 2007 in 2014

Starostna skupina	Odstotni delež leta 2007	Odstotni delež leta 2014
15–29 let	30,1	28,2
30–44 let	32,6	30,5
45–59 let	27,3	30,2
60–74 let	10,7	14,0
75 let in več	5,7	4,1
Vse skupaj	24,9	24,2
Moški	28,2	27,5
Ženske	21,7	21,1

Vir: Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS) 2007, 2014

Delež kadilcev se torej razlikuje po spolu in starosti, razlikuje pa se tudi glede na socialnoekonomski položaj. Večji delež kadilcev je značilen za skupine z nižjim socialnoekonomskim položajem. Razlike glede na socialnoekonomski položaj so izrazitejše med moškimi in v mlajših starostnih skupinah [9, 10].

Večina kadilcev kadi cigarete (96 % tovarniško izdelane, 9 % ročno zvite cigarete), okoli 1 % ali manj pa jih kadi/uporablja druge tobačne in povezane izdelke (cigare, pipe, cigarilosi, vodne pipe, brezdimni tobak in elektronska cigareta) [11]. Kadilci, ki kadijo cigarete vsak dan, jih povprečno pokadijo po 15 na dan: moški 17, kar je pomembno več kot ženske, katerih dnevno povprečje je 13 cigaret [9].

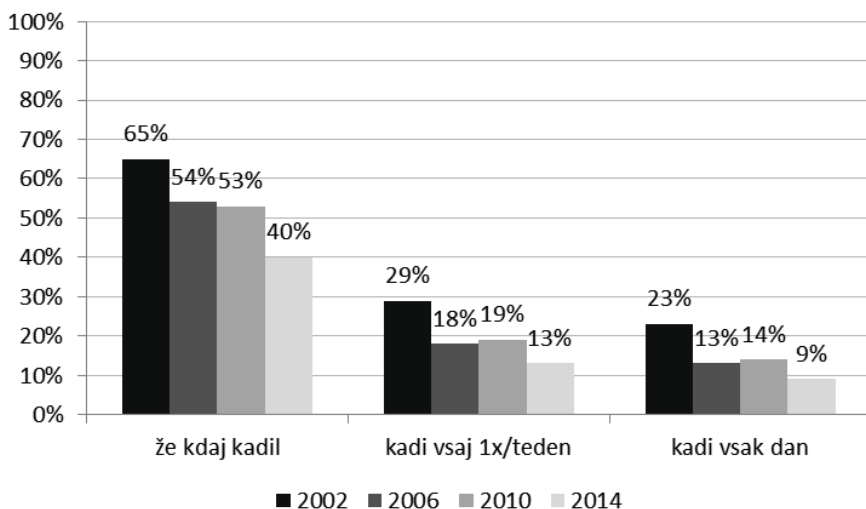
Glede na podatke Svetovne zdravstvene organizacije je Slovenija med državami Evropske unije z manjšim deležem rednih kadilcev [12].

RAZŠIRJENOST KAJENJA TOBAKA MED MLADOSTNIKI

Kaditi začnejo večinoma mladoletniki, torej otroci in najstniki: 63 % prebivalcev Slovenije, starih 35–44 let, ki so kadarkoli v življenju kadili, je prvič kadilo pred polnoletnostjo, 95 % pri 21 letih ali manj, in 99 % pri 25 letih ali manj [13]. Po 21. letu starosti torej začnejo kaditi le še redki, po 25. letu skorajda nihče več.

Raziskava "Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju" (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) med 11-, 13- in 15-letniki kaže, da se razširjenost kajenja v tem starostnem obdobju pomembno veča s starostjo, skupno in pri obeh spolih, najbolj pa med 13. in 15. letom starosti. Leta 2014 je vsaj enkrat na teden kadil približno eden od osem 15-letnikov (Slika 1), pri čemer ni bilo pomembnih razlik med dekletimi in fanti [14]. Tudi med mladostniki so neenakosti v kajenju glede na socialnoekonomski položaj [15].

V obdobju 2002–2014 se je razširjenost kajenja pomembno zmanjšala med vsemi mladostniki – v vseh starostnih skupinah in pri obeh spolih. V Tabeli 2 so prikazane spremembe v obdobju 2002–2014 za 15-letne fante in dekleta skupaj [14].



Slika 1. Odstotni deleži kadilcev med 15-letniki v Sloveniji v letih 2002, 2006, 2010 in 2014.
Vir: Raziskava "Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju" 2002, 2006, 2010 in 2014

Petnajstletniki večinoma kadijo cigarete (93 %), sledijo vodne pipe (12 %), cigare, cigarilosi in pipe (9 %), elektronske cigarete (4 %) in brezdimni tobak (3 %) [16].

Glede na podatke iz mednarodne raziskave "Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju" (HBSC) je Slovenija pri tedenskem kajenju med 15-letniki blizu povprečja držav, ki sodelujejo v raziskavi [17].

IZPOSTAVLJENOST TOBAČNEMU DIMU

Varne ravni izpostavljenosti tobačnemu dimu ni! Kakršna koli izpostavljenost tobačnemu dimu je lahko zdravju škodljiva [18]. V Sloveniji je prepovedano kajenje tobaka, tobačnih izdelkov in uporaba povezanih izdelkov v zaprtih javnih in delovnih prostorih. Prepoved se učinkovito upošteva. Še vedno pa ni zanemarljivo, da so nekadilci izpostavljeni tobačnemu dimu v domačem okolju. V Sloveniji je v letu 2016 pasivno kadilo 22 % ali skoraj 304.000 prebivalcev, sicer nekadilcev, starih 25–74 let [19]. Pri tem so dojenčki in majhni otroci ena najbolj ranljivih in ogroženih skupin. Otroci so najpogosteje izpostavljeni tobačnemu dimu doma, v bivalnih prostorih in v zasebnih prevoznih sredstvih. V Sloveniji so leta 2016 člani družine kadili v stanovanju oziroma bivalnih prostorih v 12 % gospodinjstev, v katerih so živele tudi mladoletne osebe; v teh gospodinjstvih je pasivno kadilo 93.400 mladoletnih [19]. Skoraj 1 % ali 9.700 prebivalcev, starih 25–74 let, pa je v 2016 povedalo, da oni ali drugi družinski člani kadijo v avtomobilu, tudi ko je v njem otrok [19].

ELEKTRONSKE CIGARETE

Elektronska cigareta je izdelek, ki uporabniku omogoča vdihavanje nikotina, arom in drugih snovi. S segrevanjem tekočine, ki je v elektronski cigareti, nastaja aerosol (viden kot fina meglica), ki ga uporabnik vdihuje [20].

Elektronska cigareta je novejši izdelek, ki je na trgu nekaj več kot 10 let. Že pred nekaj leti jih je bilo vsaj 470 različnih blagovnih znamk in okoli 7.700 različnih arom [21]. Trg elektronskih cigaret se zelo hitro spreminja. Elektronske cigarete so zasnovane in izdelane na vrsto načinov, ki opredeljujejo njihove značilnosti, varnost in potencialno strupenost [20–23]. Zato nimajo enotnih karakteristik – vsebnosti raznih snovi, kakovosti in drugih značilnosti [20–23].

Elektronske cigarete vsebujejo zdravju škodljive snovi [20, 22, 24–30], a /ne/varnost njihove dolgoročne uporabe še ni znana; nikakor pa ni dopustno trditi, da so varne za zdravje [20, 22, 25–27]. Ena od glavnih sestavin tekočine in aerosola elektronskih cigaret je nikotin, ki uporabnika nedvomno lahko zasvoji in škoduje njegovemu zdravju. Med nosečnostjo lahko pov-

zroči prezgodnji porod ali mrtvorojenosti ter je verjetno glavni posrednik škodljivih učinkov na razvoj pljuč pri še nerojenem otroku. Škoduje tudi razvoju možganov nerojenega, otroka in mladostnika, saj trajno oslabi kognitivne (miselne) sposobnosti. Zaužitje večje količine nikotina naenkrat je lahko vzrok zastrupitve in tudi smrti [20, 22, 26, 27, 31, 32].

Med ostalimi sestavinami tekočine elektronskih cigaret in aerosola so predvsem vlažilci in arome. Učinki dolgotrajnega vdihavanja vlažilcev ali arom na zdravje niso znani, pri kratkotrajni uporabi pa lahko dražijo oči in dihala, predvsem ljudi, ki so nanje občutljivi ali imajo kako bolezen dihal [20, 22, 25, 26, 33]. Poleg dražilnih in strupenih učinkov imajo nekatere snovi v tekočinah in aerosolu elektronskih cigaret tudi rakotvorni potencial [20, 22, 25–30]. Aerosol elektronskih cigaret – tako kot tobačni dim – vsebuje tudi različne čvrste delce, ki prav tako škodujejo zdravju [20, 22].

Koncentracija škodljivih snovi v aerosolu elektronskih cigaret je sicer večinoma res manjša kot v tobačnem dimu [20, 22, 25–30]. Treba pa je dodati, da so ravni škodljivih snovi v elektronskih cigaretah zelo različne in v nekaterih primerih celo presegajo ravni škodljivih snovi v tobačnem dimu [20, 22]. Najverjetneje pomeni uporaba povprečne elektronske cigarete manjšo izpostavljenost strupenim snovem kot kajenje običajne cigarete, vendar zmanjšanje tveganja za zdravje še ni znano [20, 22, 24]. Ne glede na morebitne manjše koncentracije škodljivih snovi v elektronskih cigaretah pa njihova dolgotrajna in ponavljajoča se raba pomeni prav tako izpostavljenost, zato tudi nizke ravni teh snovi nikakor ne zagotavljajo zaščite zdravja [26].

Pogosta so tudi poročila o poškodbah oziroma opeklinah zaradi eksplozij baterij v elektronskih cigaretah (predvsem med njihovim polnjenjem) ali požarov, povzročenih z okvarjenimi elektronskimi cigaretami [20, 34].

Škodljivim snovem v aerosolu elektronskih cigaret so v zaprtih prostorih izpostavljene tudi osebe v bližini uporabnika elektronske cigarete. O tem, kako izpostavljenost aerosolu elektronskih cigaret vpliva na zdravje oseb v okolici, je za zdaj na voljo sicer še malo podatkov, je pa utemeljeno domnevati, da škodljive snovi iz aerosola elektronskih cigaret ogrožajo zdravje izpostavljenih oseb [20, 22, 25, 35].

Pogosto elektronske cigarete uvrščajo med izdelke za pomoč pri opuščanju kajenja ali se tako oglašujejo, vendar pa po dosedanjih podatkih ni mogoče trditi, da so elektronske cigarete učinkovita pomoč pri opuščanju kajenja [22, 25, 36, 37].

Elektronskim cigaretam pripisujejo celo možnost, da manjšajo škodo zaradi siceršnjega kajenja tobaka, a to velja le za kadilca, ki drugače ne zmore opustiti kajenja [20, 22, 24], medtem ko nekdanjim kadilcem in tistim, ki niso nikoli kadili, elektronska cigareta nedvomno ogroža zdravje [20, 22, 26]. Zaradi morebitne "renormalizacije" kajenja in – kot kažejo številne razis-

kave – tudi večje verjetnosti kasnejšega prehoda mladih uporabnikov elektronskih cigaret, ki sicer ne kadijo, na tobačne izdelke, pa je širša uporaba elektronskih cigaret lahko znatna grožnja javnemu zdravju [20, 22, 26].

PRISTOPI K OBVLADOVANJU RAZŠIRJENOSTI IN POSLEDIC UPORABE TOBAKA

Zdravje slehernika in prebivalstva je mogoče zaščititi pred škodljivimi učinki tobaka z zakonodajnimi ukrepi in programi ter intervencijami, usmerjenimi v preprečevanje začetka in nadaljevanja kajenja pri otrocih, mladostnikih in mladih odraslih, v opuščanje kajenja in preprečevanje vnovičnega začetka kajenja med kadilci ter v preprečevanje izpostavljenosti tobačnemu dimu, še posebej otrok in nosečnici [38, 39].

Med učinkovite ukrepe za zmanjšanje razširjenosti kajenja in njegovih posledic (zakonodajni ukrepi, programi, intervencije) sodijo večanje obdavčitve in s tem cen tobačnih izdelkov, zaščita pred izpostavljenostjo tobačnemu dimu iz okolja (prepoved kajenja v zaprtih javnih in delovnih prostorih), prepoved oglaševanja, promocije in sponzorstev, ozaveščanje in obveščanje o škodljivosti in nevarnostih rabe tobaka (predvsem masovne medijske kampanje), zdravstvena opozorila na tobačnih izdelkih, pomoč pri opuščanju kajenja, nadzor nad vsebnostjo tobačnih izdelkov, nadzor nad embalažo in označevanjem tobačnih izdelkov, omejitve dostopa do tobačnih izdelkov za mlade, ukrepi proti nezakoniti trgovini s tobačnimi izdelki ter spremljanje obsega rabe tobaka in ukrepov nadzora nad tobakom. Pomembno je v ukrepe vključiti vse različne vrste tobačnih izdelkov pa tudi povezane izdelke, kot so elektronske cigarete in zeliščni izdelki za kajenje. Ukrepe nadzora nad tobakom odlikuje velika učinkovitost glede na stroške; so drugi najučinkovitejši način porabe javnih sredstev za izboljšanje zdravja, takoj za cepljenjem otrok [38, 39]. Najučinkovitejša komponenta celovitih programov nadzora nad tobakom je višanje njegovih cen z večanjem obdavčitve [38, 39]. Ta ukrep ima tudi največji potencial zmanjševanja neenakosti v kajenju [40–42].

Številne raziskave in primeri dobrih praks iz raznih evropskih držav in sveta kažejo, da je mogoče ob uvedbi celovitih programov nadzora nad tobakom, s politikami in intervencijami, za katere je dokazano, da so učinkovite, z njihovim doslednim izvajanjem in ustrezno finančno podporo doseči pomembno zmanjšanje rabe tobaka. Najboljše učinke nadzora nad tobakom dosega kombinacija ukrepov in intervencij s popolnimi prepovedmi, ne delnimi. Pristopi, katerih vpliv je velik (ekonomski in zakonodajni), imajo na ravni populacije največje in dolgotrajne učinke. Ukrepi, katerih vpliv ima manjši obseg (izobraževalni programi in programi v zdravstvenem sistemu), pa so pomembnejši pri pomoči posameznikom, da se uprejo kajenju oziroma ga opustijo [38,39]. Pri zakonodajnih ukrepih je ključno, da se zagotovi strogo upošte-

vanje oziroma dosledno izvajanje. Marsikje so uvedli učinkovite ukrepe, niso pa zagotovili njihovega izvajanja, kar je hudo zmanjšalo pričakovane učinke [38, 39].

Programne in ukrepe za nadzor nad tobakom je treba usmerjati tako v otroke in mladostnike kot tudi v odrasle. Programi za odrasle in mladostnike se medsebojno ne izključujejo in lahko potekajo sočasno. Gre za komplementarne strategije. Z zmanjševanjem obsega kajenja med odraslimi se uspešneje zmanjšuje tudi kajenje med mladostniki [38, 39].

Pri mladostnikih je začetek rabe tobaka povezan s številnimi kompleksnimi, med seboj prepletajočimi se dejavniki. Med mladimi so zato najobetavnejši programi, ki vključujejo različne načine delovanja in različna vstopna mesta (šola, družina, zdravstveni sistem, druga mesta, kjer se mladi pogosto, dlje in v večjem številu zadržujejo in kjer je možen dostop do njih, za mlade odrasle tudi delovno okolje) [38, 39]. Ustrezni šolski in družinski programi ter programi v lokalnih skupnostih so dokazano lahko učinkoviti v preprečevanju kajenja med mladimi [43–45], za učinkovitost drugih programov in intervencij, npr. masovnih medijskih kampanj, ciljanih na mlade in na šolske politike, pa je zaenkrat na voljo še premalo dokazov [46, 47]. Za zmanjševanje kajenja med mladimi je pomembna tudi krepitev varovalnih dejavnikov (tisti, ki zmanjšujejo verjetnost kajenja med mladimi), to pa so telesna dejavnost in šport, osebne veščine odklanjanja, veščine odločanja, zmožnost samoobvladovanja, zdravi življenjski slog in dobro duševno zdravje, kar kaže na potrebo po povezovanju z drugimi programi na področju spodbujanja zdravja in zdravega življenjskega sloga [38, 39].

Svetovna zdravstvena organizacija v globalnem akcijskem načrtu za preprečevanje in nadzor nenalezljivih bolezni za obdobje 2013–2020 poziva države k 30-odstotnemu zmanjšanju razširjenosti rabe tobaka pri prebivalcih, starih 15 let ali več. To bi pomembno prispevalo tudi k doseganju glavnega cilja akcijskega načrta, to je 25-odstotnega znižanja tveganja za prezgodnjo umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja, raka, sladkorne bolezni in kroničnih bolezni dihal, saj je tobak eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za razvoj teh bolezni [48]. Novi slovenski Zakon o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov, ki je bil sprejet februarja 2017 je celovit in sodoben program ukrepov nadzora nad tobakom [49] in je pomembna osnova za doseganje ciljev iz Resolucije nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja", to je zmanjšanje porabe tobačnih izdelkov za 30 % in odstotnega deleža rednih kadilcev na 15 % do 2025 [50].

LITERATURA

1. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking – 50 years of progress: A report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, 2014.
2. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2015: A systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet* 2016; 388 (10053): 1659–724.
3. World Health Organization. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Ženeva: World Health Organization, 2012.
4. World Health Organization. The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
5. International Agency for Cancer Research. Personal Habits and Indoor Combustions. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol 100E: A Review of Human Carcinogens. Lyon: IARC, 2009.
6. International Agency for Cancer Research. IARC strengthens its findings on several carcinogenic personal habits and household exposures. Press release no. 196, 2 Nov 2009. Pridobljeno 31. julija 2017 na internetnem naslovu http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2009/pdfs/pr196_E.pdf
7. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, 2004.
8. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Razširjenost kajenja med prebivalci Slovenije, stari 15 let ali več, v 2014. Pridobljeno 31. julija 2017 na internetnem naslovu <http://www.nijz.si/sl/nijz-predlaga-dodatne-ukrepe-za-vkljucitev-v-predlog-novega-protitobacnega-zakona>.
9. Nacionalni inštitut za javno zdravje (in preparation). Pridobljeno na internetnem naslovu <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/>
10. Koprivnikar H, Zorko M, Drev A, Hovnik Keršmanc M, Kvaternik I, Macur M. Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
11. Lavtar D, Drev A, Koprivnikar H, Zorko M, Rostohar K, Štokelj R. Uporaba prepovedanih drog, tobaka in alkohola v Sloveniji 2011–2012: Metodologija raziskave in izbrani statistični podatki. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.
12. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2017. Report appendices. Appendix X: Comparable prevalence estimates of tobacco smoking, 2015. Pridobljeno 31. julija 2017 na internetnem naslovu http://www.who.int/tobacco/global_report/en/
13. Koprivnikar H, Korošec A. Age at smoking initiation in Slovenia. *Zdrav Var* 2015; 54 (4): 274–81.
14. Jeriček Klanšček H, Bajt M, Drev A, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V (editors). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
15. Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T (editors). Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011.
16. Koprivnikar H, Zupanic T1. The use of different tobacco and related products, with and without flavours, among 15-year-olds in Slovenia. *Zdrav Varst* 2017; 56 (2): 74–81.
17. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L, et al (editors). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Health policy for children and adolescents, no. 7. World Health Organization, 2016.

18. WHO Regional Office for Europe. Environmental tobacco smoke. Air quality guidelines. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000.
19. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Raziskava "Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije" (CINDI), 2016 (gradivo v pripravi).
20. US Department of Health and Human Services. E-cigarette use among youth and young adults. A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, 2016.
21. Zhu SH, Sun JY, Bonnevie E, Cummins SE; Gamst A; Yin L, et al. Four hundred and sixty brands of e-cigarettes and counting: implications for product regulation. *Tob Control* 2014; 23 Suppl 3: iii3–9.
22. World Health Organization. Electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems (ENDS/ENNDS). Pridobljeno 31. julija 2017 na internetnem naslovu http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP_7_11_EN.pdf
23. Brown CJ, Cheng JM. Electronic cigarettes: product characterisation and design considerations. *Tob Control* 2014; 23 (Suppl 2): ii4–10.
24. Chen J, Bullen C, Dirks K. A Comparative health risk assessment of electronic cigarettes and conventional cigarettes. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14 (4).
25. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. *Circulation* 2014; 129 (19): 1972–86.
26. Pisinger C, Døssing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. *Prev Med* 2014; 69: 248–60.
27. Cheng T. Chemical evaluation of electronic cigarettes. *Tob Control* 2014; 23 Suppl 2: ii11–7.
28. Kosmider L, Sobczak A, Prokopowicz A, Kurek J; Zaciera M; Knysak J, et al. Cherry-flavoured electronic cigarettes expose users to the inhalation irritant, benzaldehyde. *Thorax* 2016; 71 (4): 376–7.
29. Tierney PA, Karpinski CD, Brown JE, Luo W, Pankow JF. Flavour chemicals in electronic cigarette fluids. *Tob Control* 2016; 25 (e1): e10–5.
30. Herrington JS, Myers C. Electronic cigarette solutions and resultant aerosol profiles. *J Chromatogr A* 2015; 1418: 192–9.
31. Yuan M, Cross SJ, Loughlin SE, Leslie FM. Nicotine and the adolescent brain. *J Physiol* 2015; 593 (16): 3397–412.
32. Kim JW, Baum CR. Liquid Nicotine toxicity. *Pediatr Emerg Care* 2015; 31 (7): 517–21.
33. Kienhuis AS, Soeteman-Hernandez LG, Bos PM, Cremers HW, Klerx WN, Talhout R. Potential harmful health effects of inhaling nicotine-free shisha-pen vapor: a chemical risk assessment of the main components propylene glycol and glycerol. *Tob Induc Dis* 2015; 13 (1): 15.
34. Rudy SF, Durmowicz EL. Electronic nicotine delivery systems: overheating, fires and explosions. *Tob Control* 2016 Mar 9. [Epub ahead of print]
35. Soule EK, Maloney SF, Spindle TR, Rudy AK, Hiler MM, Cobb CO. Electronic cigarette use and indoor air quality in a natural setting. *Tob Control* 2016 Feb 15. [Epub ahead of print]
36. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med* 2016; 4 (2): 116–28.
37. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane DB Syst Rev* 2016; 9: CD010216.
38. Koprivnikar H. Zakonodajni ukrepi za nadaljnje zmanjševanje razširjenosti kajenja v Sloveniji – strokovne podlage. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013.
39. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Slovenija brez tobaka – kdaj? Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2015.

40. Hill S, Amos A, Clifford D, Platt S. Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tob Control* 2014; 23 (e2): e89–97.
41. Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2014; 138: 7–16.
42. Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of interventions and policies to reduce smoking in youth: Systematic review. *Tob Control* 2014; 23 (e2): e98–105.
43. Thomas RE, Baker PRA, Thomas BC, Lorenzetti DL. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane DB Syst Rev* 2015; 2: CD004493.
44. Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 4, CD001293.
45. Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane DB Syst Rev* 2011; 7: CD001291.
46. Carson KV, Ameer F, Sayehmiri K et al. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane DB Syst Rev* 2017; 6: CD001006
47. Coppo A, Galanti MR, Giordano L, Buscemi D, Bremberg S, Faggiano F. School policies for preventing smoking among young people. *Cochrane DB Syst Rev* 2014; 10: CD009990.
48. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Pridobljeno 31. julija 2017 na internetnem naslovu http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1
49. Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov. *Ur L RS* 2017; 93/07 in 9/17.
50. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja". *Ur L RS* 2016; 25/16.

NOVI ZAKON O OMEJEVANJU UPORABE TOBAČNIH IN POVEZANIH IZDELKOV

Nataša Blažko

POVZETEK. Že več kot 20 let v Sloveniji uvajamo številne učinkovite ukrepe za omejevanje uporabe tobačnih izdelkov. Marca 2017 je na tem področju stopila v veljavo nova zakonodaja, ki poleg tobačnih izdelkov naslavlja tudi povezane izdelke ter na podlagi nove Evropske direktive in Okvirne konvencije Svetovne zdravstvene organizacije za nadzor nad tobakom uvaja številne nove ukrepe. Z uvedbo celovitega nabora dokazano učinkovitih ukrepov in prepovedi želimo celovito urediti nadzor nad uporabo tobaka, tobačnih in povezanih izdelkov, preprečiti začetek kajenja in spodbuditi opuščanje kajenja ter vzpostaviti zakonodajne okvirje, ki bodo omogočili boljši nadzor in doslednejše sankcioniranje kršitev predpisov s tega področja. S sprejetimi ukrepi bomo v Sloveniji prispevali k boljšemu zdravju ljudi in k vzdržnosti zdravstvenega sistema.

UVOD

V Sloveniji smo doslej uvedli že številne učinkovite ukrepe za omejevanje uporabe tobačnih izdelkov. Leta 1996 smo bili med najnaprednejšimi državami v Evropi, ko smo uvedli ločitev prostorov za kadilce od prostorov za nekadilce in omejili oglaševanje tobačnih izdelkov. Leta 2007 smo uvedli popolno prepoved kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih. Pomembno je zmanjšala izpostavljenost prebivalcev tobačnemu dimu. Po podatkih raziskave Eurobarometer, opravljene leta 2014, je Slovenija med tistimi državami EU, kjer ljudje opazijo najmanj kajenja v restavracijah, barih in na delovnem mestu.

ZAKON O OMEJEVANJU UPORABE TOBAČNIH IN POVEZANIH IZDELKOV

Enajstega marca 2017 je začel veljati novi Zakon o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov (v nadaljnjem besedilu: zakon), ki v naš pravni red prenaša Direktivo 2014/40/EU o približevanju zakonov in drugih predpisov držav članic o proizvodnji, predstavitvi in prodaji tobačnih in povezanih izdelkov in razveljavitev Direktive 2001/37/ES (v nadaljnjem besedilu: direktiva) ter poleg določb direktive uvaja tudi dodatne ukrepe za zmanjševanje uporabe tobačnih in povezanih izdelkov med prebivalci Republike Slovenije.

Skladno z določbami direktive zakon uvaja:

- **Velika slikovno-besedilna zdravstvena opozorila**, ki morajo prekrivati 65 % sprednje in zadnje strani cigaretnih škatlic, so na vrhnjem robu škatlic in imajo tudi informacije o opuščanju kajenja (brezplačna telefonska

številka 080 2777). Na zavojčkih cigaret je prepovedano navajati vrednosti emisij za katran, nikotin in ogljikov monoksid, ker te vrednosti uporabnike zavajajo k sklepanju, da so nekatere cigarete manj škodljive od drugih.

- **Prepoved dajanja na trg tobačnih izdelkov, ki nimajo zgolj vonja ali okusa po obaku, ampak značilno aromo**, ki je posledica tobaku dodanih snovi s prepoznavnim vonjem ali okusom (z aromo sadja, začimb, zelišč, alkohola, bombonov, mentola ali vanilje), ki ju je mogoče zaznati pred uporabo tobačnega izdelka ali med njo. Prepovedani so tudi tobačni izdelki z drugimi dodatki, npr. vitamini ali sorodnimi snovmi, ki ustvarjajo vtis, da izdelek koristi zdravju, da manjšajo grožnjo zdravju ali da uporabniku večajo energijo in vitalnost (kofein, taurin ali druga poživila), z dodatki, ki obarvajo emisije ali lajšajo vdihavanje ali večajo vnos nikotina.
- **Strožje obveznosti proizvajalcev in uvoznikov tobačnih izdelkov do poročanja o sestavinah in emisijah tobačnih izdelkov**. Proizvajalci in uvozniki bodo morali poročati o sestavinah in njihovi vsebnosti v posameznih izdelkih ter o vrednostih emisij iz njih. Sporočati bodo morali tudi vse morebitne spremembe v sestavi izdelkov, razloge za morebitne nove sestavine v kaki vrsti izdelkov in toksikološke podatke o sestavinah v izgoreli ali neizgoreli obliki izdelka.
- **Celovito ureditev prodaje in rabe elektronskih cigaret, novih tobačnih izdelkov in zeliščnih izdelkov za kajenje**: Skladno z direktivo bodo morali proizvajalci in uvozniki elektronskih cigaret 6 mesecev pred začetkom nameravane prodaje novega izdelka o tem obvestiti Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano. Določeni so pogoji, ki jih morajo izpolnjevati elektronske cigarete in posodice za ponovno polnjenje, informacije, ki jih morajo vsebovati navodila za uporabo elektronskih cigaret, in informacije, ki morajo biti navedene na njihovi embalaži. Skladno z direktivo se uvaja obveznost poročanja proizvajalcev in uvoznikov elektronskih cigaret o obsegu prodaje, preferencah različnih skupin potrošnikov, načinu prodaje teh izdelkov in predložitve povzetkov raziskav trga, ki so bile opravljene v zvezi z navedenim. Kljub temu da elektronska cigareta ali posodica za polnjenje ustrezata zakonskim zahtevam, pa je dopustna zahteva, da se odstranita s trga, če s kako lastnostjo resno ogrožata zdravje ljudi. Prepovedana je tudi neposredna ali posredna promocija elektronskih cigaret in posodic za ponovno polnjenje na internetu ter v ostalih medijih.
- **Strožje ukrepe za preprečevanje ponarejanja in nezakonite trgovine s tobačnimi izdelki**, ki vključujejo opremljanje vsakega zavojčka tobačnih izdelkov s posebno identifikacijsko oznako, ki bo omogočala sledljivost izdelka, in z varnostnim elementom za zaščito pred nedovoljenimi posegi v embalažo izdelka.

Zakon skladno z določbami Okvirne konvencije Svetovne zdravstvene organizacije za nadzor nad tobakom med drugim uvaja tudi naslednje dodatne ukrepe:

- **Popolno prepoved oglaševanja, razstavljanja in promocije tobačnih ter povezanih izdelkov¹, tudi s sponzoriranjem ali doniranjem.** Tudi prepovedi zagotavljajo učinkovitejši nadzor nad rabo tobaka in omogočajo zmanjšanje izpostavljenosti, predvsem otrok in mladih, tem izdelkom. Prodajalci bodo morali po novi ureditvi od 11. marca 2018 omenjene izdelke hraniti tako, da ne bodo vidni niti neposredno dostopni javnosti.
- **Dovoljenja za prodajo tobačnih in povezanih izdelkov**, ki zagotavljajo učinkovitejši nadzor nad prodajalci tobaka, tobačnih in povezanih izdelkov. Vsi, ki bodo želeli prodajati tovrstne izdelke, bodo morali do konca leta 2018 pridobiti dovoljenje in bodo vpisani v posebni register. Dovoljenje jim bo odvzeto in prodaja tobaka, tobačnih in povezanih izdelkov preprečena, če bo pravnomočno ugotovljeno, da so kršili zakonodajo (prepoved prodaje mladoletnim ali oglaševanja). Z globo 50.000 evrov bo kaznovana pravna oseba ali samostojni podjetnik posameznik, ki bi brez dovoljenja prodajal tobačne in povezane izdelke.
- **Prepoved prikazovanja in uporabe tobaka, tobačnih in povezanih izdelkov v televizijskih prispevkih in v javnih nastopih, namenjenih mlajšim od 18 let**, s čimer bi preprečili prikrito promocijo kajenja med otroki in mladimi.

Izenačenje obravnave elektronskih cigaret in ostalih tobačnih izdelkov je bilo potrebno zaradi dokazov, da elektronske cigarete spodbujajo kajenje klasičnih tobačnih izdelkov pri mladih, predvsem pa naj bi preprečevala odvisnost od nikotina. V svojih zakonodajah so to izenačenje predvidele tudi vse sosednje države. Ukrepi, kot so prepoved uporabe s tobakom povezanih izdelkov v zaprtih javnih prostorih, prepoved njihovega oglaševanja in starostna omejitev 18 let za nakup, so namenjeni predvsem preprečevanju promocije kajenja s pomočjo teh izdelkov ter zmanjšanju zasvojenosti novih generacij z nikotinom.

Enotna embalaža pomeni za vse tovrstne izdelke enoten videz njihove ovojnine, obliko in velikost elementov, ki se lahko pojavijo na njej, pa tudi slikovnih zdravstvenih opozoril. Enotna embalaža bo obvezna od 1. 1. 2020. Ukrep je namenjen predvsem zmanjšanju privlačnosti embalaže in s tem začetku kajenja med otroki in mladimi. Kot zelo učinkovit se je že izkazal v Avstraliji, v Evropi pa so ga sprejele že Irska, Velika Britanija, Francija, Madžarska in Norveška.

¹ Povezani izdelki so elektronske cigarete in elektronske cigarete brez nikotina, zeliščni izdelki za kajenje in novi tobačni izdelki.

ZAKLJUČEK

Z zakonom sprejeti ukrepi so usmerjeni v preprečevanje začetka in nadaljevanja kajenja med otroki, mladostniki in mladimi odraslimi, v spodbujanje opuščanja kajenja, k zmanjšanju izpostavljenosti tobačnemu dimu med mladoletnimi in – z vsem tem – k zmanjšanju primerov bolezni, (prezgodnje) umrljivosti ter družbenega (tudi finančnega) bremena, povezanih z rabo tobaka. S prenosom določb Direktive v našo zakonodajo ter uvedbo kombinacije dokazano učinkovitih ukrepov in prepovedi želimo celovito urediti področje nadzora nad uporabo tobaka, tobačnih in povezanih izdelkov ter na ta način doseči zastavljene opisane cilje, hkrati pa vzpostaviti zakonodajne okvirje, ki bodo omogočili boljši nadzor in doslednejše sankcioniranje kršitev predpisov. S sprejetimi naj bi v Sloveniji prispevali k boljšemu zdravju prebivalstva in k vzdržnosti zdravstvenega sistema.

Skladno z Resolucijo nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja", želimo do leta 2025 zmanjšati rabo tobačnih izdelkov za 30 %, kar je tudi cilj Globalne strategije SZO za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni.

LITERATURA

Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes, Special Eurobarometer 429, Pridobljeno na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf

Direktiva 2014/40/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 3. aprila 2014 o približevanju zakonov in drugih predpisov držav članic o proizvodnji, predstavitvi in prodaji tobačnih in povezanih izdelkov in razveljavitvi Direktive 2001/37/ES. Pridobljeno na spletnem naslovu https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/dir_201440_sl.pdf

Zakon o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov - predlog za obravnavo. Pridobljeno na spletnem naslovu <http://vrs-3.vlada.si/MANDAT14/VLADNAGRADIVA.NSF/18a6b9887c33a0bdc12570e50034eb54/60C87B3DC1F6DFE9C1258075003F3E35?OpenDocument>

Zakon o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov – ZOUTPI. Ur L RS 2017; 9/17 (4. 2. 2017).

Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov – ZOUTI. Ur L RS 1996; 57/96 (19. 10. 1996).

Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (uradno prečiščeno besedilo – ZOUTI-UPB3. Ur L RS 2007; 93/07 (12. 10. 2007).

Zakon o ratifikaciji Okvirne konvencije Svetovne zdravstvene organizacije za nadzor nad tobakom. Ur L RS 2005; 2/05.

KAJENJE V ZRCALU DRUŽBENE ETIKE

Božidar Voljč

POVZETEK. Ob načrtovanju in sprejemanju zakonodaje o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, ki smo se ju v Sloveniji lotili s prvim zakonom leta 1996, v letih 2007 in 2017 pa so sledila z Evropsko direktivo usklajena dopolnila, je prav, da pomislimo na družbene in etične okoliščine, ki spremljajo njihovo uresničevanje. Vsaka protitobačna zakonodaja prinaša v družbeno kulturo odnosov, ne samo med kadilci in nekadilci, nekaj novega, kar je treba razumeti in sprejeti. Način uvajanja sprememb naj družbe ne razceplja na tiste, ki so za in tiste, ki so proti, ampak naj ene in druge povezuje v skupnem dobrem. Dosedanje družbene reakcije pri nas so pokazale, da tovrstna zakonodaja lahko z neprimernim načinom omejevanja prizadene tudi čustva in osebnostno dostojanstvo kadilcev. V okvirih celovitega prizadevanja po zmanjšanju kajenja v Sloveniji pa bi veljalo več skrbne pozornosti nameniti načinom, kako za nekajenje pridobiti nove mlade kadilce in noseče kadilke.

Leta 1996 smo na takratnem Ministrstvu za zdravstvo pripravili Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, ki ga je Državni zbor še istega leta sprejel. Velike spremembe, ki jih je vnesel v kulturo odnosov med nekadilci in kadilci, so slednji takrat sprejeli z razumevanjem in strpnostjo. V javnosti kajenja do takrat ni nihče in nikjer omejeval. Kadilo se je v lokalih, uradih, vlakih in avtobusih, tudi v zdravstvenih ustanovah so bili z ogorki napolnjeni pepelniki, spominjam se profesorja, ki si je celo med predavanjem prižgal cigareto. Danes je težko s podatki oceniti, koliko je takratno kajenje vplivalo na razširjenost bolezni srca, ožilja in malignomov, koliko prezgodnjih smrti in izgubljenih let življenja je bilo povezanih z njim, vemo pa, da je bilo tega veliko.

Leta 2007 so zakon zaostri z nekaterimi dopolnili. Po nadaljnjih devet letih ga je bilo treba znova dopolniti v skladu z Evropsko direktivo o usklajevanju zakonov in predpisov o proizvodnji, oglaševanju in prodaji tobačnih izdelkov; potreba po dopolnitvi je temeljila na novih dokazih o škodljivosti rabe tobaka, na poudarjeni odgovornosti zanje pri sebi in drugih pa tudi na pojavu "neškodljive" elektronske cigarete. Ministrstvo za zdravje je v skladu z direktivo in smernicami Svetovne zdravstvene organizacije pripravilo predlog posodobljenega zakona, ki je uvedel številne spremembe. Sodeč po raziskavah javnega mnenja, ga podpira velika večina slovenske družbe. Kot nekdanji resorni minister in pobudnik prvega Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov želim osvetliti nekaj etičnih okoliščin, ki so v naši družbi povezane s kajenjem in prizadevanji za njegovo zmanjšanje.

Kajenje sodi med tiste grožnje zdravju, ki jih je teoretično najlažje, v življenju pa zelo težko preprečiti, in ki slej ko prej ostaja poglaviti vzrok najbolj razširjenih bolezni in prezgodnjih smrti. Vendar podatki o uničujočih posledicah očitno ne zmanjšujejo njegove priljubljenosti. Danes vsi, tudi kadilci, vemo, da vsakdo, ki kadi, zavestno škoduje samemu sebi. Z etičnega vidika je zato pomembno, kakšen odnos imamo nekadilci, zdravstveniki in zakonodajalec do zasvojenih s kajenjem.

Kajenje ni prepovedano, ni kaznivo in ni edina zdravju škodljiva razvada. Je demokratična, vsakomur dostopna možnost. A danes se pravice kadilcev končajo ob pravicah nekadilcev in nobenega razloga ni, da bi kadilce kakor koli obtožujoče obravnavali, dokler ne ogrožajo zdravja drugih. Nihče ni popoln in med nami se zlahka najde marsikaj, kar v primerjavi s kajenjem družbi in posameznikom povzroča veliko več škode. Zato je uresničevanje z zakonom predlaganih omejitvenih ukrepov vedno treba ločiti od dostojanstva kadilcev in z njim povezanih človekovih pravic. V resnici so žrtve kajenja in zakon naj jim pomaga, da ga bodo tisti, ki to želijo, lažje opustili. Prehuda zdravstvena gorečnost bi s kriminalizacijo kadilcev utegnila cilju zakona bolj škodovati kot koristiti. Vendar je ob tem opozorilu treba izpostaviti dvoje okoliščin, kjer je ob kajenju vrednoto zdravja tudi z etičnega stališča treba podpirati kar se da odločno.

Prvo je kajenje med otroki in mladoletniki, drugo pa kajenje v nosečnosti. Med mladimi je cigareta še vedno nekakšen simbol odraslosti, kot je bil med nami, ko smo bili v njihovih letih. Kadilcev pa je med mladimi danes več, še posebej med dekleti. Tobačna industrija nikoli ni imela etičnih zadržkov do kajenja med otroki, ohlapni družbeni odnos do njega pa se kaže v tem, da otroci kljub prepovedi lahko kupujejo cigarete. Prav je zato, da zakon uvaja licence za prodajna mesta, saj omogočajo učinkovit nadzor nad prodajo tobačnih izdelkov in ostrejšo sankcioniranje kršitev zakona. V nosečnosti pa kajenja ni mogoče sankcionirati, saj gre za odrasle osebe. Sem prepričan javni zdravstvenik, vendar nikakršen zdravstveni absolutist. A če vidim kaditi nosečnico, me prizadene pomisel, kako nikotin vpliva na razvijajoče se bitje v njej. Tu ni opozarjanja nikoli dovolj; da kajenje in nosečnost ne gresta skupaj, sodi danes v osnovno šolo zdravstvene pismenosti.

Dvojnost človeške narave, prepletanje dobrega z zlim in škode s koristjo se kaže tudi v etično razcepljenem odnosu družbe in politike do kajenja. Na eni strani rohnimo proti njegovi škodljivi uporabi, na drugi pa skrbimo, da je tobak mogoče kupiti za vsakim vogalom, s čimer vzdržujemo njegovo priljubljenost in dopuščamo nenehno pridobivanje novih žrtev med mladimi. Vendar ni nepomembno, da prodaja tobačnih izdelkov prinaša dohodek državnemu proračunu. Izračuni sicer vedno znova kažejo, da zdravljenje ljudi zaradi bolezni, povezanih s tobakom, stane družbo več, a za vsakega ministra za finance je zdravstveni denar predvsem odtekanje iz proračuna, kajenje pa omogoča njegovo vsakodnevno dotekanje, zdaj in tukaj. Denar sicer ne smrdi, pravijo, a kadijski denar je, četudi "opran" v proračunu, etično obremenjen z boleznijo in prezgodnjo smrtjo. V resnici je opran šele takrat, ko je namenjen tudi za zmanjševanje zdravstvenih posledic kadijskih navad. Vsak poklic in vsaka funkcija sta povezana z deontološko odgovornostjo, s tistim, kar je v kakem poklicu ali položaju lepo in prav. Zato je lepo in prav, da zakon uvaja posebno dajatev na tobačne izdelke, ki je nov vir za zdravljenje s tobakom povezanih bolezni, preprečevanje in opuščanje kajenja,

krepitev zdravja in zdravih navad v slovenski družbi. Nova dajatev je povezana z višjo ceno tobačnih izdelkov, znano pa je, da je prav cena najmočnejši regulator njihove porabe, še posebej med mladimi, ki so v tobačni verigi najbolj občutljiva skupina.

Pričakujemo, da bo zakon v Sloveniji prispeval k izboljšanju javnega zdravja, in zmanjšanju primerov bolezni in smrti, povezanih s tobakom, zmanjšal kajenje med mladimi in zvečal opuščanje kadilskih navad. Vse to je povezano z manjšimi izdatki za zdravstveno varstvo, ne da bi bilo treba zmanjševati sedanje pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

Živimo v času, ko je dobrobit kapitala pomembnejša od blagostanja in zdravja državljanov. Stotine zaposlenih je zaradi zavržne pogoltnosti posameznikov z družinami vred ostalo na cesti, velikih slovenskih podjetij, s katerimi smo se poosebljali, ni več. V tem, kar smo doživeli, ni ekonomske kulture in znanja, ljudje brez občutka odgovornosti so z bankami izgubili igro pokra za usodo številnih slovenskih družin in zaposlenost mladine. Kako naj v okoliščinah, ki jih obremenjuje še nesposobnost politike, da bi nazorske razlike sprejemala kot demokratično podlago za razcvet socialno usklajene družbe, sprejmemo usmeritve na videz manj pomembnega zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov?

Raziskave javnega mnenja vedno znova potrjujejo, da je za slovensko družbo zdravje najvišja vrednota. Med drugim to pomeni, da je zdravje redko področje, ki nas ne razdvaja, ampak povezuje. To se je z večinsko podporo javnosti izkazalo ob sprejemanju obeh dosedanjih zakonov o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov. Tudi sedanji predlog zakona ni usmerjen proti kadilcem. Kdor hoče, bo kadil še naprej. Poleg skrbi za zdravje je njegovo bistvo še v socialni in zdravstveni kulturi, v bontonu med kadilci in nekadilci, kar vse prispeva k večji strpnosti in bivalni zrelosti vsake družbe.

Slovenska Vlada in poslanci Državnega zbora so zakon soglasno podprli, kar predlagatelje zakona zavezuje h kakovostnemu, strpnemu in kolikor mogoče uspešnemu uresničevanju.

ZAKAJ KADILCI NE ZMOREJO IN ZMOREJO NEHATI KADITI

Maja Rus Makovec

ALI JE KAJENJE SLABA NAVADA, KI JO JE MOGOČE OPUSTITI Z LAHKOTO

Neredko razumemo kajenje kot nezdravo ali slabo navado; kdor se je hoče znebiti, potrebuje le nekaj volje in discipline. Iz tega izhodišča je težko razumeti, zakaj se potem toliko ljudi ukvarja z mislijo, da bi bilo dobro, ko bi nehali kaditi, hkrati pa tega ne zmorejo uresničiti.

Nikotin je ena od psihotropnih snovi, ki človeka hudo zasvojijo, vendar se od drugih razlikuje po svoji posebni lastnosti, namreč da ne povzroči osebnostnih in vedenjskih sprememb, kot jih izzovejo druge droge. Kadilčevi način razmišljanja, čustvovanja, povezovanja z drugimi ljudmi, občutek za odgovornost in subtilnost razumevanja socialnih situacij ipd. ob obzirnosti do nekadilcev ostajajo intaktni. Za razliko od odvisnih od drugih kadilci torej ne potrebujejo specifičnega psihološkega ali psihiatričnega zdravljenja. Zato zelo pogosto spregledamo resnost njihove nevrobiološke odvisnosti. Pri zasvojenosti z nikotinom poleg biološke komponente sodelujejo tudi utrjenost ritualov in medosebnih odnosov, ki se povezujejo s kajenjem.

Kadilcem lahko ponudimo učinkovito podporo pri opuščanju kajenja z intervencijami v somatski medicini, če smo le informirani o nevrobiološki moči nikotinske zasvojljivosti na eni strani in sodobnih pogledih na motivacijske postopke na drugi strani. Želim vas seznaniti s temi temami. Če ima kadilec uvid v lastno zasvojenost, torej razume, da je zasvojen, to nikakor ne zagotavlja, da zmore svoje nezdravo vedenje tudi spremeniti. Nasprotno, ko se z nikotinom zasvojeni zave škodljivih posledic kajenja, se lahko paradokсно najhitreje, čeprav za krajši čas, potolaži ravno s kajenjem.

KAKO UČINKUJE NIKOTIN V MOŽGANIH?

Kadilci so le redko socialni kadilci in so največkrat, kar v 90 %, zasvojeni. Pri alkoholu je ravno obratno, le približno 10 % uživalcev alkohola postane zasvojenih. En zavojček cigaret priskrbi približno 250 nikotinskih zadetkov dnevno. Nikotin zelo hitro sproži centralni učinek z mnogoterim ojačenjem nagrajevalnega vedenja. V možgane vstopi že 7–10 sekund po inhalaciji; po krvnem obtoku prispe v nadledvično žlezo, kjer spodbudi sproščanje adrenalina in s tem sproži sistemske učinke. V možganih deluje na (acetyl)-holinergične nikotinske receptorje ($\alpha 4$, $\beta 2$). Na ta način neposredno spodbudi aktivnost dopamina, izkazuje pa se tudi posredni učinek prek glutamata

(kar omogoča izkušanje nagrade do ene ure). Aktivirani nikotinski receptorji spodbudijo aktivnost beta-endorfinov (ki lajšajo bolečino). Nižji odmerki nikotina omogočajo kognitivno stimulacijo. Nikotin se dobro pari z alkoholom, saj človeku medsebojno lajšata neprijetne učinke, ki jih povzročata. Tako kajenje ob pitju alkohola manjša vpliv alkohola na male možgane (manj je težav s koordinacijo gibov) in motnje spomina, ki jih proži alkohol. Nikotin je stimulator, daje pa vtis anksiolitičnosti, ki je lažen, saj v resnici blaži odtegnitveno stanje. Nikotin torej povzroči hitro in močno odvisnost.

OD NAVADE (KI JE ŽE SAMA DOKAJ UTRJENO AVTOMATIZIRANO VEDENJE!) DO ZASVOJENOSTI

Kako kadilec prestopi mejo med med socialnim kajenjem in navado ter odvisnostjo? Vedno je vpleteno mrežje povezav kortikobazalnih ganglijev z glutamatergično projekcijo (ekscitatorna) iz kortikalnih projekcij v bazalne ganglije z inhibicijskimi nevroni GABA. Bazalni gangliji zagotovijo, da kako vedenje postane avtomatično, če ga začnemo ponavljati: avtomatiziranost vedenja pomeni prihranek pri energiji in je zato evolucijsko spodbujano. V kontroli svojega vedenja (koliko svobodno izbiramo svoje vedenje in koliko je vedenje avtomatizirano) s 1. ciljem povezano akcijo (instrumentalno vedenje) in 2. navado. Prva oblika vedenja vsebuje pričakovanje nagrade, znižanje vrednosti nagrade ali averzivne/škodljive posledice zmanjšajo vedenjsko aktivnost. Tako na primer mlada ženska kadi, ker to počne v prijetni družbi ali pričakuje manjšo potrebo po hranjenju; če bo imela obleka vonj po cigaretnem dimu, jo bo to odvrnilo od kajenja. Ob rednem kajenju se najprej razvije navada. Na navade pa ne vpliva sprememba v nagradi (če ta postane manj privlačna) in to vedenje ni povezano z iskanjem izkušnje nagrade (na primer dober okus). Tako vonj po cigaretnem dimu ni več razlog, da mlada ženska ne bi kadila. Instrumentalno vedenje se preoblikuje v navado po daljšem rednem treningu tega vedenja. Pri instrumentalnem kajenju – recimo mu socialno kajenje – kadilec išče nagrado (učinek nikotina in okoliščine, ki so mu prijetne), vnos zmore omejevati in je povezan z določenim ciljem ("na zabavi bom s prijatelji kadila na balkonu in se zabavala"). Pri tvorbi navade pa se vedenje-kajenje ponavlja, tudi ko ni zavestne želje, ker vedenje iz navade spodbujajo pretekli in aktualni dražljaji. Navada postane rigidno vedenje, začne se oblikovati motnja v upravljanju limbičnega kortikostriatnega vezja, ki se stopnjuje do kompulzivnosti – do vedenja, ki vztraja navkljub negativnim posledicam ali prav zaradi njih. Kadilec jih poskuša prav s tem vedenjem pomiriti – "ko me skrbijo zapleti kajenja, kadim", ker so se možgani priučili, da nikotin pomaga uravnnavati razpoloženje.

Navada je torej predstopnja kompulzivnosti, kompulzivnost pa je del zasvojenosti. Kompulzivno vedenje je odporno na izzvenevanje. Zato ni ustrezno razumevanje odvisnosti kot le zelo utrjene navade, saj gre pri odvisnosti za

nevroanatomsko in vedenjsko drugačno kvaliteto. V stanju zasvojenosti je odziv kadirca na s kajenjem povezane dražljaje povezan z močnim dvigom dopamina, ki ima motivacijsko-apetitno vlogo – kadirci doživljajo, kakor da jih zelo močno vleče k kajenju. Zmožnost prefrontalne možganske skorje, da bi pomirila hlepenje oziroma močan dvig dopamina v jedru *accumbens* z gabaergično projekcijo, je v zasvojenosti zmanjšana. Stanje zasvojenosti torej pomeni zelo močno avtomatizirano vedenje z nevrobiološko zmanjšano zmožnostjo za samopomiritev tega hlepenja.

Nikotin je uzurpiral tiste evolucijsko stare možganske povezave, ki so pomembne za doživljanje ugodja. Naravni sprožilci doživljanja ugodja so hrana, pijača, spolnost, prijateljsko in podporno vedenje, varno zatočišče. V stanju zasvojenosti je človek manj odziven na naravne dražljaje in ob odtegnitvi nikotina doživlja tako telesne kot duševno neprijetna stanja. Kadirci so ob rednem kajenju v možganih pridobili večje število nikotinskih acetilholinskih receptorjev; zvečano število teh receptorjev so raziskoalci zaznali še 4 tedne po prenehanju kajenja, do normalizacije pa je prišlo praviloma v 6–12 tednih. Tako je pričakovati, da se kadirci od enega do treh mesecih po prenehanju kajenja subjektivno slabo počutijo, saj doživljajo hlepenje (ang. *craving*), kar pomeni občutek siljenja h kajenju, ki ga morajo premagovati. Posebej neprijetne odtegnitvene simptome praviloma doživljajo v prvem tednu opustitve kajenja – od izrazite anksioznosti, nočnega prebujanja, slabšega razpoloženja, prehodnih blažjih kognitivnih motenj itd. V tem obdobju bi mnogi potrebovali teden dni bolniškega staleža. Okoli 15 % kadircev pa ob prenehanju kajenja ne izkusi odtegnitve; to so tisti kadirci, ki pripovedujejo, da so se naenkrat brez težav odločili za prenehanje.

PRILOŽNOSTI ZA SPODBUDO K OPUŠČANJU KAJENJA: OBISK SOMATSKEGA ZDRAVNIKA

Iz zgoraj naštetega je lažje razumeti, zakaj je za mnoge kadirce tako težko nehati kaditi. Pa vendar jih veliko zmore kajenje opustiti. Ljudje smo namreč zmožni močnih preobratov svojega vedenja. Kadirci potrebujejo predvsem spodbudo in smiselno motivacijo. Za preoblikovanje navade/zasvojenosti je treba na novo ustvariti stabilne nevrnske povezave, torej se je treba v nov tip vedenja siliti in pri tem vztrajati. Za tako spremembo potrebujejo razlog, večino, kako se je lotiti, in dovolj energije, da načrt izpeljejo. Za energijo poskrbijo čustva: potrebna je torej le še ustrezna motivacija.

Ko zdravnik sprejme obisk pacienta, ima odlično priložnost, da ga povpraša po kajenju. Vsako leto obiše zdravnika 7 od 10 kadircev. Zdravniki jim sicer pogosto svetujejo, naj nehajo kaditi, večina pa ne razloži, kako naj to storijo. Somatski zdravniki tudi pogosto ne vedo, kako naj se tega lotijo naj kadirce

odločno soočijo z zdravstveno škodo ali naj raje o tem sploh ne govorijo, da ne bi bili ocenjeni kot vsiljivi.

Dilema pa sploh ni huda! Pacienta naj povpraša: "Ali kadite?" Če odgovori pritrdilno, naj zdravnik sledi eni od dveh poti, ki sta obe zelo preprosti, a učinkoviti (izbere naj tisto, ki je bliže njegovemu načinu komunikacije). Po prvi naj vpraša: "Ali načrtujete, da bi nehali?" McCullough je s sodelavci ugotovil, da samo ta preprosta komunikacija (ki uvede razmišljanje o dejanski spremembi vedenja) zveča delež kadilcev, ki načrtujejo opustitev kajenja s 25,5 % na 51 % [1]. Po drugi pa naj vpraša: "Kako pomembno je, da bi opustili kajenje? Koliko ste prepričani, da vam bo uspelo? Koliko ste pripravljeni takoj opustiti kajenje?" – Zdravnik po eni ali drugi poti podpre pacientove vedenjske namere k prenehanju kajenja, ne da bi ga k temu silil, hkrati pa mu nakaže, da mu povsem prepušča odločitev. Zadnji del ene in druge intervencije je, da pri ponovnih pregledih pacienta vpraša, kako mu gre. Nič hudega, če pove, da zapada v recidive. Večkrat ko kadilec poskusi opustiti kajenje, bolj gotovo mu bo to nekoč res uspelo.

NISMO TIHO IN NE SILIMO: MOTIVACIJSKI INTERVJU

V pomoč pri ohranjanju tega načina komunikacije, usmerjene v spremembo vedenja oziroma opustitev kajenja, je dobro poznati osnovna načela motivacijskega intervjuja (MI). Opisala sta ga Miller in Rollnick (2002): gre za v klienta usmerjeno direktivno metodo za olajšanje intrinzične motivacije za spremembo z raziskovanjem in razreševanjem ambivalence. Direktivnost pomeni v tem primeru usmerjanje aktivnosti v neki fokus, ne pa siljenje ali ukazovanje. MI upošteva štiri osnovna načela, ki niso unikatna za MI, čeprav so kombinirana in poudarjena na nov način:

1. Izražanje empatije – zdravnik naj poskusi razumeti in sprejeti pacientov pogled brez moraliziranja.
2. Razvijanje ambivalence – zdravnik naj usmerja pacienta, da bo videl razliko med aktualnim in zaželenim vedenjem, pozitivne in negativne plati kajenja.
3. Z odpori pacienta do prenehanja kajenja naj se zdravnik ne spopada, ampak naj jih poskusi prepoznati in razumeti.
4. Spodbujanje samoučinkovitosti: zdravnik naj pacientu ne očita, da je bil neuspešen pri opuščanju kajenja, ampak naj poudari izjeme – obdobja, ko mu je uspelo, čeprav za kratko. Pogovarja naj se tudi o tem, kaj je bilo v obdobju, ko ni kadil ali pa je kadil manj, drugače kot sicer. Kadilec se je večinoma prej pripravljeni spremeniti in opustiti nezdravo vedenje, če ga k temu zdravnik ne sili, ampak mu pomaga razumeti njegove razloge za vzdrževanje kajenja in razloge za opuščanje vedenja, hkrati pa vzbuja zanimanje in upanje, da je sprememba možna.

LITERATURA

- Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *Am J Med* 2008; 121 (4 Suppl 1): S3–10.
- Ferketich AK, Khan Y, Wewers ME. Are physicians asking about tobacco use and assisting with cessation? Results from the 2001–2004 national ambulatory medical care survey (NAMCS). *Prev Med* 2006; 43 (6): 472–6.
- Koob GF, Volkow N. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35 (11): 217–38.
- McCullough A, Fisher M, Goldstein AO, Kramer KD, Ripley-Moffitt C. Smoking as a vital sign: prompts to ask and assess increase cessation counseling. *J Am Board Fam Med* 2009; 22 (6): 625–32.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.
- Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane DB Syst Rev* 2008; 2: CD000165.
- Tapper AR, McKinney SL, Nashmi R, Schwarz J, Deshpande P, Labarca C, et al. Nicotine activation of alpha4* receptors: sufficient for reward, tolerance, and sensitization. *Science* 2004; 306 (5698): 1029–32.
- Yin HH. From actions to habits. Neuroadaptations leading to dependence. *Alcohol Health Res World* 2008; 31 (4): 340–4.

"ŽIVLJENJE JE LEPO – SKRBIM ZA SVOJE ZDRAVJE" – – PROGRAM SPODBUJANJA NEKAJENJA V OSNOVNIH ŠOLAH

Fani Čeh

POVZETEK. Program vzgoje za nekajenje, poimenovan "Življenje je lepo – skrbim za svoje zdravje", se je izkazal za eno od osrednjih in najbolj sprejetih dejavnosti Zveze slovenskih društev za boj proti raku. Ključno zanj je, da temelji na strokovnih vsebinah in na sodelovanju in povezovanju med Zavodom RS za šolstvo, osnovnimi šolami in strokovnjaki z Onkološkega inštituta Ljubljana. Vzgojno-izobraževalni program je usmerjen v krepitev in varovanje zdravja mladostnikov ter prizadevanje za zmanjšanje števila mladih kadilcev, kar ima za cilj zmanjšanje števila primerov pljučnega raka in drugih bolezni, povezanih s kajenjem. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje se razširjenost kajenja med mladostniki manjša. Predvidevamo, da je k temu prispeval tudi naš preventivni vzgojno-izobraževalni program, za katerega sistematično skrbimo v slovenskih osnovnih šolah. V prispevku predstavljam potek programa in nekaj predlogov njegovih udeležencev, kako ga napraviti še bolj privlačnega in učinkovitega.

UVOD

Zveza slovenskih društev za boj proti raku (SZDBPR) in regijska društva svoje poslanstvo uresničujemo z delovanjem, ki je bilo zastavljeno že pred 35 leti. S širjenjem znanja, informacij in veščin si prizadevamo otroke, mladostnike in odraslo prebivalstvo spodbuditi k čim večji odgovornosti za lastno zdravje. V ta namen pripravljamo in izvajamo vrsto preventivnih akcij, ki temeljijo na znanstvenih dokazih, da lahko prepričamo čim več ljudi, da je njihova osnovna dolžnost varovati in krepiti svoje zdravje in zanj prevzeti tudi odgovornost. Kajenje cigaret je najpomembnejši preprečljivi vzrok za zbolevanje in prezgodnjo smrt. Mladostništvo je obdobje, ko se največ razvad ukorenini ob eksperimentiranju. Mladostniki podcenjujejo odvisnost od nikotina in težave, povezane z opuščanjem kajenja. V našem okolju je pobuda za začetek kajenja pri mladih največkrat kajenje v družini (zgled), "junačenje", radovednost, posnemanje vrstnikov, spodbuda iz sredstev javnega obveščanja. Sprejetje pobude lajšajo še vedno prelahki dostop do cigaret in prešibki nadzor nad upoštevanjem zakonodaje. Hkrati so v tem obdobju mladostniki tudi precej (in pravočasno!) dojemljivi za prepričljive informacije, ki jih usmerijo za nekadilsko življenjsko pot. Strokovnjaki SZDBPR so že pred 25 leti postavili temelje vzgojno-izobraževalnega programa, ki je usmerjen v krepitev in varovanje zdravja mladostnikov ter prevzemanje odločitve učenk in učencev, da v šolskem letu ne bodo prižgali prve cigarete. Ker so šole izjemno primerno okolje za promocijo zdravja, SZDBPR svoj program proti kajenju sistematično izvaja v osnovnih šolah v času rednega šolskega programa – seveda ob izjemni naklonjenosti njihovih vodilnih in iskreni pripravljenosti učiteljev za aktivno sodelovanje. Po dogovoru, predloženih

časovnem načrtu, navodilih in pisnih gradivih ga namreč vsebinsko uresničijo učitelji. Povezanost med tistimi, ki ga načrtujejo, vodijo in nadzorujejo, in tistimi, ki ga v praksi uresničjejo, je ključno, da program sprejemajo tisti, ki jim je namenjen: generacijam staršev in njihovih otrok. Le tako se ohranja in dosega uspeh. ZSDBPR si prizadeva, da bi bil še privlačnejši in še uspešnejši. Njena iskrena želja je prispevati k boljšemu zdravju otrok, mladostnikov in s tem tudi odraslih – vsega prebivalstva.

PREDSTAVITEV PROGRAMA

SZDBPR program izvaja po vsakoletnem načrtu in ga seveda vseskozi dopolnjuje po sprotnih izkušnjah, predlogih in strokovnih pobudah ljudi, ki v njem sodelujejo.

SLOVENIJA PROTI RAKU
DESETLETNI ZDRAVSTVENOVZGOJINI PROGRAM
ZA ZMANJŠANJE ZBOLEVNOSTI
IN UMRLJIVOSTI ZA RAKOM

JA!

**Življenje je lepo -
skrbim za svoje zdravje**

Nagrađni natečaj za podpisnike
Slovesne obljube

Jem **ZDRAVO**

Vsak dan
sem telesno
aktiven/na

PRISLUHNEM
TELESU

Ljubezen je lepa,
SEM
odgovoren/na

NE
kadim

NE
pijem
alkohola

Ne
izpostavljam
se soncu

ZVEZA SLOVENSKEH DRUŠTEV
ZA BOJ PROTI RAKU

www.protiraku.si

Tudi v šolskem letu 2016/17 smo program izvedli po sprejetem in dogovorjenem načrtu ter v skladu s številom vpisanih učenk in učencev v tem šolskem letu, ki smo ga dobili od Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport. Ravnateljke vseh osnovnih šol smo pisno povabili k sodelovanju. Ko smo prejeli

njihovo privolitev, smo s programom seznanili še razrednike 5.–8. razredov. Novembra, ki je mesec preprečevanja odvisnosti, smo vsem osnovnim šolam v RS dostavili skupno 72.380 pisnih gradiv za učence in učitelje. Učitelji so dobili pisni predlog, kako izvesti tematsko učno uro z naslovom "Nekajenje je vrednota". S tem smo jim olajšali prizadevanje za motivacijo učenk in učencev pri odločitvi za podpis slovesne obljube, da bodo v šolskem letu znali in zmogli reči odločen NE prvi cigareti. V zgibanki za vsakega učenca z naslovom *Življenje je lepo – skrbim za svoje zdravje* pa je bil nasvetom zdravega življenjskega sloga priložen še anketni vprašalnik. Učenke in učenci so ga pri tematski učni uri izpolnili do 30. decembra, šole pa so jih poslale SZDBPR. Do 2. februarja 2017 je prejela odgovore 16.980 učenk in učencev. V Tednu boja proti raku (ki je vsako leto prvi v marcu) smo v petek, 10. 3. 2017, v Ljubljani na OŠ Trnovo pripravili enourno inovativno tematsko prireditev. Po navodilih ravnateljice in učiteljev-mentorjev so jo v celoti vodili in izvedli učenke in učenci. Izmed podpisnikov Slovesne obljube so izžrebali tudi 89 sedmošolcev (tako da je bila zagotovljena pravična udeležba iz vseh regij SZDBPR), ki so pravilno odgovorili na vsa vprašanja iz anketnega vprašalnika in postali nagrajenci programa – udeleženci izleta v Zabavišni park Gardaland. O izžrebanih smo obvestili šole, pismu njihovim razrednikom pa priložili še obvestilo z natančnimi navodili za starše. Maja smo izžrebane učenke in učence in njihove učitelje-spremljevalce peljali na tradicionalni enodnevni nagradni izlet.

Organizacija in izvedba programa postajata zaradi vse strožjih predpisov in



finančnih omejitev vedno zahtevnejša. Težji so dogovori s šolami, učitelji spremljevalci, več je vprašanj staršev. Hkrati pa so sodobni pubertetniki ranljiva skupina, ki zahteva posebno pozornost v zvezi z motivacijo, informiranostjo

in varnostjo. Program spremljamo s pomočjo anketnih vprašalnikov, ki jih izpolnjujejo učitelji, učitelji-spremljevalci ter udeleženi učenke in učenci.

Spustovani!

Najlepša hvala za poslano letake in pripravo za razredno uro. Res je pohvalno, da društvo, kot je vaše, ma tako prijten in zanimiv način spodbuja zdravo življenje pri otrocih. Poučujem že kar nekaj let in učenci redno zelo aktivno sodelujejo ma tej razredni uri. Smo bolj podzvelska šola in le nekaj osnovni šoli se mi težar zavadi drug in kajenja, je pa vseeno dobro, da se že davlj zgodaj postavijo temelji za naprej.

Hvala lepa za vaš trud in lep pozdrav od
7. razreda OŠ Planina pri Sevnici.

Razredničarka
Polona Volavšek

Pa še najpogostejši odgovori sedmošolcev na vprašanje »Kaj bi bilo po tvoje dobro narediti, da bi mladi manj posegali po cigaretah:

- Starši bi morali nadzorovati, ali njihovi otroci kadijo, in če kadijo, bi morali primerno ukrepati.
- Starši ne bi smeli kaditi doma.
- V šoli bi se morali več pogovarjati o učinkih tobaka na zdravje.
- Prepovedati bi morali kajenje v šolskem okolju.
- V šoli bi morali imeti več delavnic o tobaku in možnosti pogovorov s strokovnjaki.
- Prepovedati bi morali prodajo cigaret v trgovinah.
- Cigarete naj bi prodajali le starejšim od 30 let.
- Morali bi podreti tovarne cigaret in prepovedati uvoz tobaka v Slovenijo.
- Narediti programe za dekleta, ker kadijo bolj kot fantje.
- Zelo bi morali zvišati ceno cigaret.
- Pomagajte, da bodo na televiziji predvajali več oddaj o škodljivih učinkih tobačnega dima na telo mladostnika.
- Pripravite več takšnih programov in izletov, kot je ta.

Odgovori so vsako leto usmerjeni v družino, šolo in družbo. SZDBPR skuša vse dobre predloge upoštevati, kolikor ji je mogoče.

ZAKLJUČEK

Cilj vsake sodobne države in napredne družbe je krepitev in varovanje zdravja prebivalcev. Ker pa zdravje ni le odsotnost bolezni, ampak čim boljše telesno, duševno in socialno stanje vsakogar, je skrb za zdravje proces, na katerega je mogoče vplivati. Prav vanj se s svojimi programi pomembno vključuje nevladna humanitarna SZDBPR. Programi preprečevanja kajenja so eden najučinkovitejših ukrepov za zmanjšanje rabe tobaka med mladimi, šola pa je tisto edinstveno okolje, v katerem je mogoče nagovoriti največ otrok in mladostnikov. Program *Življenje je lepo – skrbim za svoje zdravje* je namenjen mladim zdravim, da bi zdravi življenjski slog lažje sprejeli kot vrednoto.

LITERATURA

World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2017. Report appendices. Appendix X: Comparable prevalence estimates of tobacco smoking, 2015. Pridobljeno 31. julija 2017 na internetnem naslovu <http://www.who.int/tobacco/global-report/en/>.

Jeriček Klanšček H, Bajt M, Drev A, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V (editors). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem okolju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.

"DIŠIŠ MI PO POMLADI" – PROGRAM PROMOCIJE NEKAJENJA MED MLADIMI

Branislava Belović, Jadranka Jovanović in Zdenka Verban Buzeti

POVZETEK. Program spodbujanja nekajenja med osnovnošolci *Dišiš mi po pomladi* je celovit skupek aktivnosti, ki povezuje program vzgoje za nekajenje s podpisovanjem slovesne obljube o nekajenju (Zveza slovenskih društev za boj proti raku), tematski likovni ali literarni natečaj ter zaključno prireditev z razstavo, ki so vključene v šolske aktivnosti ter potekajo ob aktivnem sodelovanju učencev in učiteljev. Omenjene aktivnosti se med sabo dopolnjujejo in povezujejo. S tem omogočajo sinergistični učinek pri doseganju ciljev. Za program kontinuirano od leta 2003 skrbijo Območna enota Murska Sobota Nacionalnega inštituta za javno zdravje (do leta 2014 Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota), Pomursko društvo za boj proti raku in Zveza slovenskih društev za boj proti raku v sodelovanju s pomurskimi osnovnimi šolami.

UVOD

Program *Dišiš mi po pomladi* je primer dobre prakse spodbujanja nekajenja med osnovnošolci. Povezuje program vzgoje za nekajenje s podpisovanjem slovesne obljube o nekajenju, ki ga na državni ravni vodi Zveza slovenskih društev za boj proti raku, s tematskim likovnim ali literarnim natečajem ter zaključno prireditvijo z razstavo. Dejavnosti so vključene v šolske aktivnosti ter potekajo ob aktivnem sodelovanju učencev in učiteljev. Prav tako je program usklajen s pristopi promocije zdravja in letnim učnim načrtom. Vsi se medsebojno podpirajo, dopolnjujejo in povezujejo ter tako prispevajo k doseganju sinergističnih učinkov. Program poteka kontinuirano od leta 2003 v partnerstvu Območne enote Murska Sobota Nacionalnega inštituta za javno zdravje (do leta 2014 Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota), Zveze slovenskih društev za boj proti raku, Pomurskega društva za boj proti raku in pomurskih osnovnih šol.

Naslov programa *Dišiš mi po pomladi* je naravnano pozitivno. Mladostnike nagovarja s preprosto simboliko in njim razumljivim slogom. *Dišiš mi po pomladi* smo izbrali za slogan in ga v šest jezikih zapisali na promocijski kartici *Felix* (Slika 1). Ker je bil med mladostniki tako dobro sprejet, smo z njim poimenovali celotni program.

S kontinuiranim izvajanjem programa želimo prispevati k ozaveščenosti učencev od šestega do devetega razreda o prednostih nekajenja oziroma o zdravem življenjskem slogu.

AKTIVNOSTI V PROGRAMU *DIŠIŠ MI PO POMLADI*

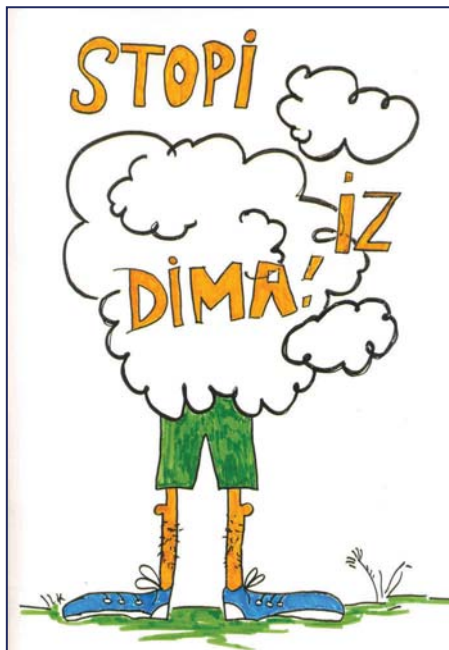
V teku šolskega leta učenci pod vodstvom mentorja izvajajo aktivnosti programa Vzgoja za nekajenje in natečaja. Zaključek vseh aktivnosti je na končni regijski prireditvi z naslovom *Dišiš mi po pomladi* v maju. Prireditev je obogatena z razstavo izdelkov šolarjev (Slika 2).



Slika 1. Kartica Felix: *Dišiš mi po pomladi*

Tematski literarno-likovni natečaj je uvodna aktivnost v program *Dišiš mi po pomladi*. Gre za kreativne učne delavnice, ki na prijazen, zabaven in sproščen način spodbujajo šolarje k ustvarjalnosti in sprejemanju zdravstvenovzgojnih sporočil.

Učenci oblikujejo plakate, pišejo verze, rišejo na majice, izdelujejo kartice *Felix*. Pripravljajo kratke skeče in jih uprizarjajo svojim vrstnikom in udeležencem zaključne prireditve. Izdelujejo maskote, primerne za lutkovno gledališče, jih poimenujejo, pišejo scenarije za gledališke igrice. Aktivnosti potekajo medpredmetno, vodijo jih pedagoški delavci z likovnega oziroma literarnega področja. Zaključek natečaja vedno poteka na zaključni regijski prireditvi s podelitvijo nagrad in priznanj ter z razstavo vseh izdelkov.



Slika 2. Izdelek z natečaja *Sporočilo na majčki*

Obilica zelo kakovostnih likovnih izdelkov je lahko osnova za pripravo zdravstvenovzgojnega gradiva. Tako je nastala tudi e-publikacija *Dišiš mi po pomladi* (Slika 3). Je izjemno bogata po vsebini, saj združuje risbe in sporočila mladih s priporočili strokovnjakov. Publikacija je enako koristna in zanimiva tako mladim kot tudi strokovnjakom s področja javnega zdravja, šolstva in drugim. Dostopna je na spletnih straneh Pomurskega društva za boj proti raku (http://rak-ms.si/media/publikacije/Disis_mi_po_pomladi/PDBPR_PUBLIKACIJA_ZA_SPLET.pdf) in Nacionalnega inštituta za javno zdravje (<http://www.nijz.si/sl/disis-mi-po-pomladi-program-promocije-nekajenja-med-mladimi>).

Zveza slovenskih društev za boj proti raku v osnovnih šolah že vrsto let izvaja program *Vzgoja za nekajenje* s podpisovanjem *slovesne obljube*, da v tekočem šolskem letu ne bodo prižgali cigarete. Tisti učenci, ki podpišejo to obljubo, poleg tega pa pravilno odgovorijo na vprašanja o škodljivosti kajenja, se uvrstijo v nagradno žrebanje za izlet v Gardaland. Pomursko društvo za boj proti raku pa svojim izžrebanim učencem iz vsake pomurske šole na zaključni regijski prireditvi *Dišiš mi po pomladi* ob Svetovnem dnevu brez tobaka podeli pohvalo ter simbolično darilo za sodelovanje.



Slika 3: Naslovnica e- publikacije *Dišiš mi po pomladi*

Zaključna regijska prireditvev *Dišiš mi po pomladi* je tradicionalna. Vedno poteka ob Svetovnem dnevu brez tobaka na izbrani pomurski osnovni šoli v soorganizaciji gostujoče osnovne šole, Območne enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Pomurskega društva za boj proti raku. Poudarek v programu prireditve je na scenografiji, vodenju prireditve in kulturni obogatitvi programa. Razstava izdelkov je del scenografije, ki ima iz leta v leto rdečo nit, je preprosta in prepoznavna in jo je možno dopolniti s izdelki šolarjev. Na prireditve so povabljeni vsi sodelujoči učenci, njihovi mentorji, predstavniki nevladnih organizacij, Zavoda za šolstvo RS, Zveze slovenskih društev za boj proti raku, predstavniki lokalnih skupnosti in medijev. Postavitev razstave poteka dan pred prireditvijo, kjer se na inovativen način tematsko predstavi razstava. Prireditve obsega kulturni program, predstavitev gostujoče šole ter podelitev priznanj, pohval in nagrad. Udeleženci si po končanem programu v prijetnem vzdušju ogledajo razstavo, na kateri lahko učenci spoznajo in vidijo sporočila svojih vrstnikov.

ZAKLJUČEK

Naše izkušnje kažejo, da je program, ki združuje več aktivnosti, lažje dostopen in izvedljiv ter ima sinergistične učinke. Pomembno je zaznati v

okolju že potekajoče aktivnosti, jih združiti in jim dati novo skupno podobo (program) ter sodelovati z več partnerji. Pri tem je šola zaradi pedagoških orodij in veščin zelo pomemben partner. Program promocije nekajenja med šolarji *Dišiš mi po pomladi* na preprost način nagovarja in podpira pozitiven identifikacijski lik mladostnika, ki ne kadi in ki je ravno zaradi te svoje odločitve prijeten, priljubljen, uspešen, se zna zabavati, je zadovoljen s sabo, samozavesten in samostojen. Program je mogoče prenesti tudi v druge regije. Obstajajo namreč vsi potrebni pogoji: regijska društva za boj proti raku, območne enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje, tradicionalno medsebojno sodelovanje in sodelovanje z osnovnimi šolami, kontinuirano izvajanje programa *Vzgoja za nekajenje* ter – ne nazadnje – pripravljenost strokovnjakov iz Pomurja (Pomursko društvo za boj proti raku in Območna enota Murska Sobota Nacionalnega inštituta za javno zdravje) za pomoč pri prenosu programa.

LITERATURA

Jovanović J, Koprivnikar H, Belović B. *Dišiš mi po pomladi*: zbornik izbranih likovnih izdelkov učencev pomurskih osnovnih šol z natečaja na temo promocije nekajenja med mladimi. Pomursko društvo za boj proti raku: Murska Sobota, 2016. Dostopno na www.rak-ms.si.

"BREZ IZGOVORA" – UČINKOVITI PROGRAM ZA PREPREČEVANJE KAJENJA IN DRUGIH ZASVOJENOSTI MED MLADIMI

Urška Erklavec in Jan Peloza

POVZETEK. *Brez izgovora Slovenija* je nacionalna mladinska organizacija v javnem interesu, ki stremi k pozitivni družbeni spremembi in osebnostni rasti mladih. Izvaja z dokazi podprte preventivne programe, ki ciljno naslavljajo mlade že več kot 10 let, predvsem na področju tobaka, alkohola in prepovedanih drog ter na področjih duševnega zdravja in nekemičnih zasvojenosti. Z metodo *Brez izgovora* si prizadevajo za aktivno participacijo mladih in skrbijo, da vključeni mladi pridobijo potrebno znanje in razvijejo veščine za promocijo zdravega življenjskega sloga med različnimi ciljnimi skupinami. Skozi razne programe ("Aktivisti", "Vodje", "Zagovorniki" in "Mentorji *Brez izgovora*") mladi pridobijo zavedanje in kritičen odnos do vrstniškega in medijskega pritiska, ki jih spodbuja k pitju, kajenju ali uporabi drugih drog. Najbolj znani in najuspešnejši program organizacije, ki ga izvajajo že od samega začetka delovanja, je "O₂ za vsakega". Ta mladinsko vodeni program ozavešča šolarje o negativnih učinkih aktivnega in pasivnega kajenja ter o nemoralnih marketinških prijemih tobačne industrije. Med dokazano učinkovitimi preventivnimi programi v *Brez izgovora* so še "Martin Krpan" za krepitev socialnih in življenjskih veščin, "Mladi in hazard" na področju iger na srečo in "Hvala" za preprečevanje vrstniškega nasilja med osnovnošolci. Mladi v programih *Brez izgovora* se aktivno vključujejo tudi v zagovorništvo in aktivno spremljanje izvajanja zakonodaje na področju drog.

UVOD

Med večjimi izzivi slovenskega javnega zdravja je tvegano in škodljivo vedenje mladih na področju zasvojenosti. Prevalenca pitja alkoholnih pijač ter uporaba tobanih izdelkov in konoplje med mladimi je nad evropskim povprečjem¹. Razlogov za tako stanje med mladimi je več, med najpomembnejšimi pa so prevelika dostopnost alkohola, tobaka in konoplje², njihova cena, pomanjkljiv nadzor nad izvajanjem zakonov (npr. prepovedi prodaje mladoletnim, omejitve oglaševanja ipd.) ter posledično sprejemanje ("normalizacija") zdravju škodljivega vedenja med mladimi v navezavi z drogami. Poleg tega se v vzgoji in izobraževanju premalo poudarja krepitev socialnih veščin, ki znano učinkovito manjšajo razne odvisnosti [2].

Mladinska zveza *Brez izgovora Slovenija* je nacionalna mladinska organizacija v javnem interesu, ki stremi k pozitivni družbeni spremembi in osebnostni rasti mladih. Z neformalnim izobraževanjem spodbuja mlade k družbeni

1 Alkohol je poskusilo že 89% 16-letnikov (povprečje po European School Survey Project on Alcohol and other Drugs /ESPAD/ je 80%), 47% je poskusilo cigarete (povprečje ESPAD je 46 %) in konopljo 25 % (povprečje ESPAD je 16 %) [1].

2 Dostopnost cigaret, alkohola in konoplje med 16-letniki v Sloveniji: 66 %, 85 % in 45 % (povprečja ESPAD so 61 %, 78 % in 30 %) [1].

participaciji in aktivaciji [3]. Deluje na področju preprečevanja rabe, škode in odvisnosti od dovoljenih in prepovedanih drog. Izvaja z dokazi podprte preventivne programe, ki ciljno naslavljajo mlade že več kot 10 let, predvsem na področjih tobaka, alkohola in prepovedanih drog ter na področjih duševnega zdravja in nekemičnih zasvojenosti. Preventivni programi zagotavljajo ustrezno usposobljenost izvajalcev, vrstniški pristop v osnovnošolskem in srednješolskem okolju, ozaveščanje in zagovorništvo, mentorsko podporo in učno okolje ter učinkovno in procesno vrednotenje. Mladi, stari 12 do 16 let, pridobivajo znanje o zdravju in škodljivih substancah v vrstniških delavnicah v osnovnih in srednjih šolah.

V svojem delovanju se *Brez izgovora* povezuje s sorodnimi organizacijami na področju javnega zdravja in mladinske participacije ter aktivno sodeluje pri pripravi zakonskih ukrepov in spremljanju njihove implementacije tako v Sloveniji kot v tujini. Z leti je postala relevanten glasnik nevladnega sektorja na področjih alkohola, tobaka, mladinske aktivacije in participacije na področju zdravja. Sodelovanje nevladnih organizacij pri odločanju je pomembno, saj s strani civilne družbe daje legitimnost vladnim odločitvam [4].

METODA BREZ IZGOVORA

Z metodo *Brez izgovora* si v Mladinski zvezi *Brez izgovora Slovenija* prizadevamo za aktivno participacijo mladih ter spodbujamo njihovo aktivno preživljanje prostega časa. Mladi, ki so vključeni v različne programe, so deležni obsežnega 500–1000-urnega vzgojno-izobraževalnega procesa v 3,5-letnem obdobju. S tem pridobijo potrebno znanje in razvijejo veščine za promocijo zdravega življenjskega sloga med raznimi ciljnim skupinami projekta. Program poteka v različnih starostnih skupinah (15–19 let kot program "Aktivisti", 19–24 let kot "Vodje" ali "Zagovorniki" ter 24–29 kot "Mentorji Brez izgovora"). Program se je začel že leta 2006 in je neposredno vključil več kot 400 "aktivistov" (t.j. zdajšnjih ali bivših aktivnih članov *Brez izgovora*) in posredno več kot 100.000 mladih (večinoma po delavnicah v šolah) [5].

Razvoju socialnih veščin, ki manjšajo verjetnost za razvoj različnih odvisnosti in tveganega vedenja, je namenjen predvsem program "Aktivisti brez izgovora" [2]. Mladim omogoči, da se zavedo medijskega in vrstniškega pritiska, ki jih spodbujata k pitju, kajenju ali uporabi drugih drog, in da postanejo kritični do njiju.

O₂ ZA VSAKOGAR

Na področju tobaka deluje *Brez izgovora* že od leta 2006, ko sta ju k temu spodbudili huda problematika kajenja med mladimi in močna manipulacija tobačne industrije. Kot prvi se je razvil projekt "O₂ za vsakega", v katerem

aktivisti v vrstniških delavnicah seznanjajo učence in dijake s škodljivostmi aktivnega in pasivnega kajenja ter nemoralnimi marketinškimi prijemi tobačne industrije. "O₂ za vsakega" je mladinsko vodeni in mladinsko izvajani program, katerega cilj je doseči kontinuirano podajanje znanja o eni najbolj škodljivih legalnih snovi na svetu. Tobačni izdelki namreč ubijejo do polovico vseh svojih uporabnikov [6]. Projekt že več let podpirajo številne slovenske vladne in nevladne ustanove, med drugim Ministrstvo RS za zdravje in Nacionalni inštitut za javno zdravje, v spremljevalnih aktivnostih pa sodeluje tudi Tržni inšpektorat RS.

PROGRAM MARTIN KRPAN

Brez izgovora Slovenija je leta 2014 začela nov program, ki temelji na celovitem pristopu k preprečevanju nastanka zasvojenosti ter vključuje tako mlade kot njihove učitelje in starše v zadnjih treh razredih osnovne šole. Njegov cilj ni zgolj ozaveščanje o posledicah tvegane načina življenja in uporabe škodljivih substanc, pač pa mlade tudi opremlja s potrebnimi veščinami, da se lahko soočajo z različnimi preizkušnjami, ki jih čakajo v življenju, predvsem pa da se znajo upreti kajenju, pitju alkohola ter ostalim drogam [2]. Ta celoviti preventivni program je dokazano učinkovit.

Mladi v vrstniških delavnicah v treh letih pridobijo informacije o posledicah kajenja in alkohola. Delavnice se osredotočajo tudi na okoljske vidike, ki vplivajo na odločitve mladih o uporabi teh legalnih drog. V delavnicah se učijo o vrstniški pripadnosti, o upiranju vrstniškemu pritisku in o vplivu medijev ter oglaševanja na oblikovanje stališč do omenjenih produktov. Poleg tega jih program z intervencijami uči sposobnosti kritičnega razmišljanja in jih medijsko opismenjuje. Mladim od 7. do 9. razreda osnovne šole so namenjene vrstniške delavnice, ki trajajo 25 ur. V program so poleg mladih vključeni tudi njihovi starši in učitelji, kar je pomembno iz vidika oblikovanja okolja, spodbudnega za odraščanje mladih. Starši so vključeni primarno po roditeljskih sestankih, na katerih se osredotočajo na vprašanje, kako naj se s svojimi otroki pogovarjajo o temah, kot sta tobak in alkohol, in o drugih, ki jih sami ocenjujejo za pomembne. Razredniki sodelujočih razredov pa se poučijo o škodljivi rabi tobaka, alkohola in konoplje ter seznanijo s stališči, ki jih bodo lahko uporabili pri delu z učenci.

SKRITO NAKUPOVANJE IN ZAGOVORNIŠTVO

Mladi se aktivno vključujejo tudi v zagovorništvo in aktivno spremljanje izvajanja zakonodaje s pomočjo verificirane metode skritega nakupovanja. Poleg skritega nakupovanja, namenjenemu preverjanju, kako se upoštevatata Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA) in Zakon o omejevanju uporabe

tobačnih in povezanih izdelkov (ZOUTPI) so s to metodo preverjali tudi učinkovitost socialnomarketinških intervencij na prodajo alkohola mladoletnim. Raziskava je pokazala, da se je prodaja mladoletnim po izbrani socialnomarketinški intervenciji "18 je zakon" zmanjšala s 96 na 67 % [7]. Intervencija "18 je zakon", ki jo je razvila Fakulteta za družbene vede, opozarja prodajalce na pasti prodaje alkohola mladoletnim in jih usposablja za obvladovanje težjih situacij, ki so jim priča za prodajnim pultom [8].

Brez izgovora Slovenija spremlja tudi zakonodajo na področju oglaševanja, promocije in sponzoriranja/doniranja. S pomočjo John Hopkins Bloomberg School of Public Health in v partnerstvu z največjo nevladno organizacijo na področju tobaka na svetu *Campaign for Tobacco Free Kids* je v letu 2016 raziskala dostopnost tobaka v okolici slovenskih vzgojno-izobraževalnih ustanov. Kar 84 od 90 šol (93,3 %) je imelo v oddaljenosti, manjšo od 250 metrov prodajalno tobaka ali tobačnih izdelkov. Na številnih prodajnih mestih v okolici šol je bilo zaznano oglaševanje tobačnih izdelkov (42 %), velika večina (160 od 177, t.j. 90,4 %) pa je izdelke prikazovala in jih izpostavljala, kar spada med poznane taktike tobačne industrije za izrabljanje dodatnega prostora za namene pospeševanja prodaje tobačnih izdelkov [9].

ZAKLJUČEK

Brez izgovora Slovenija skrbi za aktivno participacijo mladih, da mladi pridobijo znanje in razvijejo veščine za promocijo zdravega življenjskega sloga med raznimi ciljnim skupinami, ki jih naslavlja s svojimi programi. V okvirju večkratnih intervencij, ki včasih trajajo več let in presegajo 500 ur, mladi pridobijo zavedanje in kritičen odnos do vrstniškega in medijskega pritiska, ki jih spodbujata k pitju, kajenju ali uporabi drugih drog, ter vodita v nezdravo prehranjevanje, negibanje ali druge oblike nezdravega življenja. S pridobivanjem socialnih in življenjskih veščin se zmanjša nevarnost, da bodo posegli po škodljivih substancah ali privzeli vedenje, ki kasneje povzročijo zasvojenost in/ali slabše zdravje.

LITERATURA

1. The ESPAD group. ESPAD report 2015: Results from the European School survey project on alcohol and other drugs. The European Union Publication Office, 2016.
2. Griffin KW, Botvin GJ. Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child Adol Psych Cl* 2010; 19 (3): 505–26.
3. *Brez izgovora*. Pridobljeno 20. 9. 2017 s spletnega naslova <http://www.noexcuse.si/>
4. Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014–2020 (ReNPPD14–20). *Ur L* 2014; 25/2014 (11. 4. 2014).

5. Pelozo J. [One Young World] How this young leader is challenging Slovenia's broken mental health system. Video, objavljen 10. 10. 2016. Pridobljeno 21. 9. 2017 s spletnega naslova https://www.youtube.com/watch?v=PgBLbG_YqiE
6. Tobacco. Fact sheet. WHO 2017. Pridobljeno 21. 9. 2017 s spletnega naslova <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en>
7. Kamin T, Kokole D. Midstream social marketing intervention to influence retailers' compliance with the minimum legal drinking age law. *J Soc Mark* 2016; 6 (2): 104–20.
8. 18 je zakon! MOSA. Pridobljeno 21. 9. 2017 s spletnega naslova http://www.infomosa.si/baze_podatkov/preventivni_programi/18_je_zakon.html
9. Grant A, Spires M, Cohen J. Technical report on tobacco marketing at the point-of-sale in five Slovenian regions: Product display, advertising and promotion around schools. Institute for Global Tobacco Control, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health: Baltimore, MD, 2017.
10. Williams RJ, Wood RT, Currie SR. Stacked deck: an effective, school-based program for the prevention of problem gambling. *J Prim Prev* 2010; 31 (3): 109–25.

IZZIVI SVETOVANJA PRI OPUŠČANJU KAJENJA V PRAKSI

Jožica Mesarič

POVZETEK. Zdravje je vrednota, ki jo lahko najbolj oblikuje vsakdo sam. Brž ko je človek sposoben skrbeti zase, lahko izbira med zdravim in nezdravim načinom življenja. To je široko področje, saj vključuje veliko dejavnikov. Le eno izmed njih je tudi nekajenje. Kaj vpliva na izbiro za nekajenje ali za kajenje? V številnih raziskavah so proučevali dejavnike, ki prispevajo k odločitvi za kajenje. Ti dejavniki so pomembni za začetek kajenja, ko telo sprejme cigareto za svojo in si jo ob pomanjkanju močno želi, pa kadilcu otežujejo odločitev za nekajenje. Za opustitev kajenja je odločilna motivacija, da kadilec začne razmišljati o spremembi. Pot do spremembe je različna, predvsem pa je odvisna od cele vrste dejavnikov.

Načina življenja ni preprosto na hitro spremeniti, saj se ta razvija v tesnem medsebojnem učinkovanju z življenjskimi pogoji in okoljem. Slog se razvija postopno v teku življenja. V mladosti človek običajno o zdravju ne razmišlja. Najpogosteje začne o njem razmišljati, ko začuti spremembe v delovanju telesa.

Svetovalno oziroma zdravstvenovzgojno delo temelji na spodbujanju udeležencev k spremembi razmišljanja in dela. Vsakomur lahko uspe. Nekaterim hitro, drugi potrebujejo daljši čas, nekateri zmorejo sami, tretji pa lahko pomaga skupinsko ali individualno svetovanje v zdravstvenih domovih. Vsakdo je edinstven in potrebuje sebi primerno svetovanje, da napreduje v ritmu svojih zmožnosti, kar je vsekakor izziv za svetovalce.

UVOD

Zdravstvena vzgoja je delo, s katerim si vzgojitelj prizadeva doseči večjo kakovost življenja svojih "gojencev", s tem da jih spodbuja k odgovornosti do lastnega zdravja. Za to potrebuje obsežno znanje in miselno naravnost, da lahko izkoristi razne načine za potrebe svojega zdravstvenovzgojnega dela. Vsakega gojenca mora spoštovati in motivirati, da z znanjem, ki ga leta dobi individualno ali v skupini, poišče in izbere sebi najprimernejši način spremembe.

Zbolewnost in umrljivost zaradi bolezni, povezanih s tobakom, sta veliki. Da bi uspešno zmanjšali delež teh bolezni, je zelo pomembno zvečati število tistih, ki nikoli ne bodo kadili in tistih, ki bodo opustili kajenje (Čakš 2004).

Učinkovita pomoč pri odvajanju od kajenja pripomore k boljšemu zdravju ob zmanjšanih stroških zdravstva, sa je preventiva mnogo cenejša od zdravljenja zaradi bolezni, ki so posledica kajenja.

Raw je s sodelavci pokazal [1], da je cena za leto ohranjenega življenja, za katero je potrebno 310 medicinskih posegov zaradi zdravljenja posledic kajenja, 17.000 funtov. Stroški, povezani z odvajanjem kajenja, ki ravno tako za eno leto ohranijo življenje, pa so mnogo nižji, in sicer znašajo od 212 do 873 funtov. Tako je preprečevanje in opuščanje kajenja finančno

ugodnejše kot mnogi medicinski posegi, ki so potrebni zaradi posledic kajenja. Pristop zdravstvenih delavcev, ki pomagajo ljudem pri preprečevanju in opuščanju kajenja, mora tako kot na stroki temeljiti na pravilnem odnosu do uporabnikov in na pravilno izbrani ravni svetovanja.

Prednostne naloge svetovalcev za zdravo življenje oziroma izboljševanje zdravja so motiviranje in podpora prizadevanjem za izbiro zdravega načina življenja. Zaradi bolezni, povzročenih s tobakom, redni kadilci umirajo že med 35. in 69. letom. Med začetkom kajenja in razvojem bolezni je dolgo latentno obdobje, ki traja od 25 do 30 let [2]. Da bi bilo čim več kadilcev takšnih, ki bi se odločili prenehati dovolj zgodaj, je veliko možnosti, da poiščejo sebi primerno pomoč, ki jim je na voljo.

VPLIV KAJENJA NA KADILČEVO ZDRAVJE

Najdaljša in metodološko ustrezno zastavljena raziskava, ki je proučevala učinke kajenja, je trajala 50 let; 34.439 britanskih zdravnikov so spremljali od leta 1951 do leta 2001. Večja umrljivost med kadilci je bila posledica raka, srčnožilnih in respiratornih bolezni. Kadilci cigaret, rojeni med letoma 1900 in 1930, so umrli v povprečju za 10 let mlajši od nekadilcev. Tisti, ki so prenehali kaditi, stari 60, 50, 40 ali 30 let, so pridobili 3, 6, 9 ali 10 let pričakovanega trajanja življenja. Med moškimi, rojenimi okrog leta 1920, je kajenje od rane mladosti za 3-krat zvečalo tveganje smrti, medtem ko je opustitev kajenja v starosti 50 let tveganje prepolovila, opustitev pri starosti 30 let pa je tveganje zmanjšala na zanemarljivo vrednost [3].

Varnega kajenja in tudi varne meje izpostavljenosti tobačnemu dimu ni. V raziskavi, v kateri so primerjali miselne zmožnosti pri kadilcih in nekadilcih, so ugotovili, da so se kadilci izkazali bolje pri preprostih nalogah, pri miselno zahtevnejših pa veliko slabše kot nekadilci [4]. Podobne raziskave so pokazale, da morajo imeti kadilci stalno dovolj nikotina, da lahko vzdržujejo svojo miselno sposobnost [5].

POMEN IN UČINKOVITOST SVETOVALNEGA DELA

Vse, kar lahko kadilcem damo ali od njih dobimo, je informacija. Kaj bodo oni ali mi z dobljeno informacijo počeli, je njihova oz. naša izbira. Za svetovalce/izvajalce zdravstvenovzgojnih programov je pomembno vedeti, da obstaja način, kako bi se z drugo osebo bolje razumeli: poskusiti moramo ugotoviti, kaj vsebuje kadilčev svet kakovosti, in ga tam podpirati. Tako delovanje nas zbliža s kadilcem bolj kot kar koli drugega. Pedagoški zgled je pravzaprav edini resnični instrument za spodbujanje osebnosti. Izpolnitev smisla je možna le takrat, kadar ta smisel tudi živimo. Zato sta samoumev-

nost življenja in upanja tisti oporni točki, ki ju je treba negovati. Treba je poudariti, da je nujno poznati lastne pedagoške priložnosti, da jih potem izkoristimo, in pedagoške meje, da ne delamo škode ali trošimo svoje energije nesmiselno [6]. Glede na individualnost osebnosti morajo priti udeleženci do spoznanja, da so za svoje vedenje odgovorni sami in da imajo vedno možnost, da izberejo bolj zdravo vedenje. Frankl pravi [7], da človek ni svoboden glede na življenjske okoliščine, je pa svoboden v tem, da daje odgovore na te okoliščine. Svoboda pomeni tudi odgovornost, ki jo prevzema. Pogosto udeleženci ne glede na starost prihajajo k svetovalcem s problemi, za katere mislijo, da jih ni mogoče rešiti. Stanje, v kakršnem so, so sprejeli kot svojo usodo, zato je naloga svetovalca, da jih popelje v novo področje svobode, kjer je ogromno možnosti in izbir. Možnosti so na primer kot zvezdno nebo, na katerem je vsaka zvezdica smiselna možnost.

V raziskavi, kako učinkoviti so zdravstvenovzgojni programi [8], so navedena priporočila za učinkovito prakso. Spodbujajo takšne zdravstvenovzgojne programe, ki spodbujajo spremembo vedenja. Da zgled vplivnih vrstnikov preprečuje kajenje med šolarji, so potrdili v raziskavi [9]. Verjetnost za kajenje je pri posameznem mladostniku močno povezana s kajenjem prijateljev. To pogosto razlagajo s pritiskom vrstnikov, pomemben dejavnik pa je tudi izbira vrstnikov, saj se mladostniki s podobnimi pogledi družijo tudi v podobnih vedenjskih vzorcih. V okviru raziskave ASSIST (*A stop smoking in schools trial* [10]) so britanski raziskovalci zato proučili, ali je mogoče razširjenost kajenja v šolah zmanjšati z vplivom priljubljenih sošolcev na vrstnike. V raziskavi je sodelovalo 10.730 šolarjev iz 59 šol v Angliji in Walesu, starih 12–13 let. Za sodelovanje v programu, za katerega so usposobili vplivne in priljubljene posameznike za spodbujanje vrstnikov k vzdržnosti glede kajenja v neformalnih stikih zunaj učilnice, so naključno izbrali 30 šol, v preostalih 29 primerjalnih šolah pa so ohranili dotedanje programe za preprečevanje kajenja. Rezultati so pokazali, da je bil novi program učinkovitejši od starih ob vseh časovnih mejnikih: verjetnost za kajenje je bila pri otrocih, ki so sodelovali v novem programu, za 25 % manjša neposredno po uvedbi ukrepov, za 23 % manjša po enem letu in za 15 % manjša po dveh letih. Podobne rezultate so dosegli celo v skupini otrok, ki so bili najbolj nagnjeni h kajenju. Analiza združenih podatkov za vse tri časovne mejnike pa je pokazala, da je bila verjetnost, da postane učenec v šolah z novim programom kadilec, za 22 % manjša kot v šolah z ustaljenimi programi.

VPLIV OSEBNOSTNIH LASTNOSTI ZA KAJENJE

V svetovni psihološki literaturi, pravi Kobal Grum [11], so predstavljene štiri glavne smernice v proučevanju kajenja. Prva smernica se nanaša na psihična in telesna tveganja ter posledice, ki jih prinašata tako aktivno kot pasivno

kajenje. To so, denimo, večja depresivnost med kadilci, motnje spanja, razdražljivost, čustvena impulzivnost, izpadanje las, srčne bolezni, rakave bolezni ipd. Druga smernica proučuje psihološke vplive okolja, ki so krivi za odločitev za kajenje. Med njimi prevladujejo vplivi družine, vrstnikov, širšega družbenega okolja pa tudi revščina, socialna izključenost, nizka izobrazbena raven, dolgotrajna brezposelnost itd. Tretja smernica pa zajema osebnostne vidike, ki soodločajo o kajenju. Tako se danes v svetu poglobljeno razpravlja o vrednotah, ki usmerjajo človekovo vedenje in s tem v odločitev za kajenje ali proti njemu. Psihologi ugotavljajo, da sta samopodoba in samospoštovanje med tistimi osebnostnimi značilnostmi, ki imajo bistveno vlogo pri tem, ali bo kdo kadil ali ne. Niti ne tako nova, a v zadnjem času zelo raziskovana, je smernica, ki se ukvarja z genetskimi vzroki kajenja. Raziskovalce zanima predvsem, kateri in kakšni so dedni dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje osebnostnih dispozicij za kajenje.

Pri nas je veliko znanega in narejenega za osveščanje o telesnih in psihičnih posledicah kajenja in o vplivih okolja. Osebnostnim dejavnikom, ki soodločajo o (ne)kajenju, pa še ne posvečamo tolikšne pozornosti. Še tolikšna osveščenost in poznavanje škodljivih učinkov kajenja namreč nista dovolj, če človek živi v nespodbudnem in kajenju naklonjenem okolju in če se sam ne odloči za opustitev. Osveščanje javnosti o zdravem načinu življenja in škodljivosti kajenja je nujen prvi korak na dolgotrajni poti k nekadilski kulturi [12], a prav tako pomembno je spodbujanje opuščanja.

Zuckerman opisuje povezanost med kajenjem in posebno motivacijsko naravnostjo, ki jo imenuje z izrazom iskanje doživetij [13]. Gre za osebnostno lastnost, pri kateri sta huje izražena želja in hotenje po tveganih dejanjih in okoliščinah. Njene pojavne oblike pa so raznolike. Lahko gre za večje uživanje v ekstremno glasni in divji glasbi, potovanja v eksotične dežele, ukvarjanje z ekstremnimi športi, včasih pa tudi za deviantni način življenja, iskanje sprememb, izogibanje dolgočasju itd. Tovrstne lastnosti so menda bolj izražene pri kadilcih kot nekadilcih.

Prav tako se za kadilskim vedenjem skrivajo osebnostne lastnosti, kot so impulzivnost, hitra in nenadna čustvena razburjenost, večje izražanje negativnih čustev, zlasti jeze in sovražnosti, trajnostno nezadovoljstvo itd. [14]. Izkazalo se je namreč, da cigareta impulzivnostno naravnanim ljudem običajno pomeni nagrado, ki je hipoma dosegljiva. Verjetno prav zaradi te osebne naravnosti težje kot nekadilci počakajo na nagrado, ki bi bila bolj zdrava in bi glede na škodo, ki jo cigareta dela v telesu, prispevala k večjemu osebnemu zadovoljstvu. S cigareto, ki jim je blizu, hitro pomirijo svojo razdraženost.

POMEN ČUSTEV PRI KAJENJU IN ZDRAVJU

Pomembno je upoštevati tudi čustveno stanje, saj prav to tudi zelo vpliva na telesno stanje. Čustva imajo močan vpliv na avtonomni živčni sistem, ki uravnava skoraj vse in vpliva tudi na celice imunskega sistema. Potem so tu še hormoni, ki se sproščajo v stresnem stanju in povezujejo čustva in imunski sistem. Čustva, ki spremljajo stisko, so prav tako škodljiva, kot je kajenje. In tu je kadilec v začaranem krogu. Ko mu pade raven nikotina v telesu, je v stresni situaciji in tako delujeta dva dejavnika tveganja za bolezni srca in ožilja istočasno in se ponavljata.

PROCES SPREMINJANJA

Pri opuščanju kajenja je treba spremeniti vse, kar škoduje zdravju, in to nadomestiti z zdravimi izbirami. Zagotovo pomaga gibanje, saj je ena od dejavnosti, s katerimi se krepi zdravje in ima pozitivne učinke na telesno in duševno zdravje. Gibanje je pravzaprav telesno in duševno počivilo. Raziskava na Brownovi univerzi je pokazala (vzorec 281 žensk, starih od 18 do 65 let), da telesna dejavnost prispeva k prenehanju kajenja: v skupini, ki se je udeleževala športnega programa, je kar 47 % žensk prenehalo kaditi. Ta raziskava je primerljiva z nekaterimi najboljšimi vedenjskimi in farmakološkimi raziskavami, ker v njej niso uporabili nadomestka nikotina, kot sta žvečilni gumi ali obliž. Telesna aktivnost je torej lahko učinkovito nadomestilo za kadilce, ki si želijo nehati kaditi brez terapije z nadomestkom nikotina in [15].

Prochaska in Di Clemente [16] sta razvila model kot proces spreminjanja, s katerim ljudje spreminjajo navade. Opisala sta več stopenj ali stanj spremembe, po katerih grede tudi kadilci pri opuščanju kajenja. Na vsaki stopnji drugače razmišljajo in čutijo. Glede na stopnjo pa mu pomagajo in so učinkovite tudi različne intervencije.

Lipičnik navaja, da raziskovalci motivacije pogosto poudarjajo, da je rezultat motivacije pričakovanje [17]. Zadovoljni smo, če so pričakovanja izpolnjena. Zadovoljstvo je menda tem večje, čim pomembnejše je izpolnjeno pričakovanje za tistega, ki ga doživlja. Ena najbolj sprejetih in uporabnih zamisli motivacije je teorija pričakovanja. Treven navaja in povzema po Vroomu, da je intenzivnost posameznikove težnje za določeno vedenje odvisna od dveh dejavnikov. Prvi je povezan s pričakovanjem, da bo njegovemu vedenju sledila določena posledica, drugi pa se nanaša na privlačnost posledice za posameznika [18]. Tako bi v povezavi z nekajenjem ali opuščanjem kajenja lahko razmišljali o privlačnosti na ta način, kako velik pomen kdo pripisuje nekajenju v skrbi za zdravje ali kako se bo po opustitvi kajenja njegovo telo regeneriralo, kako se bo bolje počutil in se izognil velikemu tveganju za bolezni. Pri povezavi vedenja s posledico to pomeni stopnjo,

do katere je kdo prepričan, da bosta nekajenje ali opustitev kajenja privedla do zelenega dobrega počutja v skrbi za zdravje. Pri povezavi napor in vedenje pa gre za verjetnost, s katero kdo predvideva, da bo potreben napor. Pri kadilcih gre za premagovanje želje po ciarete in abstinenčnih pojavov, da bo prišel do zelenega vedenja – nekajenja.

Ta vidik je pomemben pri kadilcih, ki s spremembo načina življenja doživljajo nekajenje kot zadovoljstvo, čeprav si še dolgo hudo želijo cigarete in je njihovo zadovoljstvo stalno na preizkušnji. Prav tako je pomembno pri mladostnikih, ko so v družbi, kjer je kajenje nekaj zadovoljujočega, da ohranijo svoje prepričanje in sledijo svojim daljnoročnim ciljem [12].

POMEN MOTIVACIJE ZA SPREMEMBE

Motivacija je med najpomembnejšimi psihološkimi procesi. Deluje v interakciji in se spreminja ter omogoča človeku njegovo enkratnost in neponovljivost [19]. Motivacija je pomembna na vseh življenjskih področjih. Pri opuščanju kajenja pa je še posebej pomembna, saj so potrebne velike spremembe v življenju. Kajenje kadilca vodi v odvisniško vedenje, kar pomeni, da je ujet v to, da teži k ponavljanju.

Spremembe, ki vzniknejo v kratkem času, so temeljno motivacijske same po sebi [20]. Vse, kar opazujemo kasneje, je že posledica kompleksne ocene stanja, ki se kaže v spremenjenem vedenju. Nedvomno je dobro počutje nekaj, k čemur vsi težimo. Dosežemo ga lahko na različne načine. Eden izmed njih je, da se zanj potrudimo, naredimo nekaj, s čimer dobro zadovoljimo svoje osnovne potrebe, in za nagrado se s pomočjo svojih naravnih drog začnemo počutiti dobro. Drugi način pa je, da v telo vnesemo take snovi, ki izboljšajo razpoloženje, ne da bi se bilo treba zanj posebej potruditi. To doseganje izboljšanja počutja je hitro in zato ni čudno, da telo spodbuja k ponavljanju; nadzor se hitro izgubi in pojavijo se znaki odvisnosti. Na srečo pa lahko vsakdo na tej poti spregleda in se spremeni.

Motivacijski pogovor je učinkovit, ko je učinek relativno relativno majhnih "odmerkov" razmeroma velik [22]. Za uspešnost motivacijskega postopka je pomembna sposobnost izražanja empatije, osebnostna lastnost s pozitivno naravnostjo, zaupanje v človeško naravo, spoštovanje in sprejemanje drugih, sposobnost imeti rad druge in želja po rasti drugih. Woolfolk (2002) pravi, da posameznik potrebuje manj zunanjih spodbud, kadar je notranje motiviran, ker je zanj že aktivnost sama po sebi nagrada [23].

Notranja motivacija je pri kadilcih zelo pomembna, žal pa jo nekaterim zelo primanjkuje. Takrat jo spodbudimo z zunanjimi motivacijskimi sredstvi. Potrebne so različne pozitivne spodbude, da bi vzbudili začetno razmišljanje o prenehanju kajenja. Vsakdo, ki dela s kadilci, pa naj uporablja in upošteva

nekatera načela, ki jih Razdevšek Pučko imenuje "P načela" za uporabo zunanjih motivacijskih spodbud [24]. Pravi, da naj jih izbiramo prilagojeno, postopno, previdno, premišljeno, preudarno in pravočasno. Da vemo, za koga, kdaj in kako uporabiti zunanje motivacijske spodbude, ne da bi pri tem ogrozili obstoječo notranjo motivacijo. Pri kadilcih bi bila lahko pohvala, nagrada, prihranek denarja, dišeča oblačila ... Zunanja motivacija pogosto ni trajna, zato je pomembna le toliko, da vzpodbudi notranjo motivacijo.

MOŽNOSTI POMOČI PRI OPUŠČANJU KAJENJA

V Sloveniji se lahko kadilci vključijo v skupinsko ali individualno svetovanje v vseh večjih zdravstvenih domovih. Na srečanjih se pod strokovnim vodstvom zdravstvenega delavca pripravijo na opustitev kajenja in vztrajanje v nekajenju.

Udeležba na skupinskih in individualnih srečanjih je brezplačna, vanje jih lahko napoti izbrani zdravnik, medicinska sestra v referenčni ambulanti, lahko pa se vanje vključijo tudi sami. Za udeležbo ne potrebujejo napotnice. Zdravstveni delavec bo svetoval – pomagal pri pripravi na opustitev kajenja na način, ki je najbolj sprejemljiv. Za vsako srečanje so opredeljeni cilji, vsebina in postavljen časovni okvir, ki izvajalcu omogoča lažjo pot k zastavljenemu cilju, da udeleženci glede na stopnjo pripravljenosti napredujejo k lastnim ciljem opuščanja. Velikokrat kadilci potrebujejo več poskusov opuščanja, preden jim dokončno uspe. Vsak ponovni poskus je pomemben in vreden truda, vsi poprejšnji neuspeli poskusi pa so izkušnje. Prav te izkušnje bodo pomagale pri prepoznavanju pasti, katerim se je treba izogniti. Vsak kadilec mora verjeti vase in si zaupati, da je to njegova odločitev, ki jo zmore.

SVETOVALNI PREDLOGI PRI OPUŠČANJU

Pri opuščanju si kadilci lahko pomagajo tako, da spreminjajo razmišljanje in ustaljene navade. V pomoč jim bodo nekateri predlogi:

1. Določijo naj si datum, ko bodo prenehali kaditi. Odstranijo vse predmete, ki jih spominjajo na kajenje: škatlice cigaret, vžigalnik, pepelnik, prostor ...
2. Svojim najbližjim, prijateljem in sodelavcem naj povedo, da bodo nehali kaditi. Pri tem jih lahko prosijo za podporo.
3. Poiščejo lahko dodatno pomoč, kot je skupinsko ali individualno svetovanje, svetovalni telefon, knjige ...
4. Razmišljajo naj pozitivno. Vsak dan brez cigarete je uspeh! Na svojo odločitev naj bodo ponosni.
5. Izogibajo naj se nezdravim prigrizkom, uživajo dovolj tekočine – vodo.

6. Dodajo v svoje življenje dovolj gibanja. Gibanje koristi vzdržljivosti, postavi in tudi sprošča.
7. Izogibajo naj se krajem, ki jih spominjajo na kajenje. Spremenijo naj svoje navade. S tem lahko presenetijo celo samega sebe, da počnejo nekaj popolnoma novega.
8. Za vsak napredek in uspeh naj se nagradijo in si izpolnijo svoje drobne želje.

ZAKLJUČEK

Ljudje, s katerimi delamo, pravi Drucker [25], so posamezniki s svojimi lastnimi značaji. Vsakdo je predvsem človeško bitje. To pomeni, da imajo tudi oni svoje prednosti in vrednote. Če hoče biti izvajalec zdravstvenovzgojnih programov učinkovit pri svojem delu, mora poznati prednosti, način dela in vrednote ljudi, s katerimi dela.

Vsakdo ima možnost, da ostane nekadilec, vsak kadilec pa ima možnost, da spet postane nekadilec in glede na vse dejavnike, ki so jih različni avtorji odkrivali in potrjevali, svetovalci želimo na podlagi rezultatov prispevati k temu, da bo vse več tistih, ki jim bomo pri tem v oporo, ker verjamemo, da to zmorejo in da je zdravo življenje najboljša izbira.

Metode pri svetovalnem delu so najuspešnejše poti, s katerimi dosegamo zastavljene cilje glede novega znanja, spretnosti, navad, vzorcev obnašanja, stališč, vrednot, odgovornosti in motivacije za opustitev kajenja. Omogočajo nam sistematični in organizirani pristop, kadilcem pa, da potrebno znanje lažje sprejmejo in ga uporabljajo. Pri svetovanju kadilce vključujemo v aktivni proces, s tem da jih motiviramo, naj razmišljajo in iščejo svoje lastne rešitve. Pomembno je, da razvijamo pristen odnos, ko se kadilci čutijo pomembne in razvijajo svojo močno motivacijo za spremembe.

LITERATURA

1. Raw M., McNeill A., West R. Smoking cessation: Evidence based recommendations for the healthcare system. London: Health Education Authority, 1999; 318: 182–5.
2. Koprivnikar H. Posledice kajenja in ukrepi za zmanjševanje kajenja. Ljubljana; Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. BMJ 2004; BMJ. 328 (7455): 1519.
4. Spilich GJ, June L, Renner J. Cigarette smoking and cognitive performance. Brit J Addict 1992; 87 (9): 1313–26.
5. Parrot AC, Kaye F. Daily uplifts, hassles, stresses and cognitive failures in cigarette smokers, abstaining smokers and non-smokers. Behavioral Pharmacol 1999; 10: 639–46.

6. Zalokar Divjak Z. Logoterapija in smisel življenja. In: Lojk B. Vzgoja v očeh psihoterapevta – pogledi in praksa različnih pristopov. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo, 2014: 171–89.
7. Frankl V. Človek pred vprašanjem o smislu. Ljubljana: Pasadena, 2005.
8. Whitehead D, Russell G. How effective are health education programmes – resistance, reactance, rationality and risk? Recommendations for effective practice. *Int J Nurs Stud* 2004; 41: 163–72.
9. Campbell H, Starkey F, Holliday J. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST). *Lancet* 2008; 371: 1595–602.
10. Hollingworth W, Cohen D, Hawkins J, Hughes RA, Moore LA, Holliday JC, et al. Reducing smoking in adolescents: cost-effectiveness results from the cluster randomized ASSIST (A Stop Smoking In Schools Trial). *Nicotine Tob Res* 2012; 14 (2): 161–8.
11. Kobal Grum D. Kadilska omama večine ne zapelje. *Vita* 2005; 50: 7–8.
12. Mesarič J. Dejavniki in individualne ter organizacijske posledice kajenja. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede, 2009.
13. Zuckerman EW. Focusing the corporate product: Securities analysts and de-diversification. *Admin Sci Quart* 2000; 45: 591–619.
14. Doran N, Spring B, McChargue D, Pergadia M, Richmond M. Impulsivity and relapse to cigarette smoking. *Nicotine & Tobacco Research* 2004; 6 (4): 641–7.
15. Vigorous exercise helps women quit smoking and stay smoke free. A Brown University study Pridobljeno 29. 12. 2008 na internetnem naslovu www.brown.edu/Administration/News_Bureau/1998-99/98-145.html.
16. Prochaska JO, Di Clemente CC. Towards a comprehensive model of change. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psych* 1986; 59: 295–304.
17. Lipičnik B. Vsak človek ima probleme – le skupaj imamo rešitev. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo in šport, 1991: 19–20, 58–9.
18. Treven S. Management človeških virov. Ljubljana. *Gospodarski vestnik*, 1998: 123–4.
19. Krajnc A. Motivacija za izobraževanje. Ljubljana: Delavska enotnost, 1982: 21–7.
20. Boben-Bardutzky D. Motivacijski postopki pri odločanju za spremembo življenjskih navad. In: Čebašek-Travnik V, Bevc-Stankovič M, Čeh F (editors). *Preprečimo odvisnosti od kajenja, alkohola, drog, hranjenja, dela, iger na srečo*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja 2003: 276–86.
21. Čakš T. Opustite kajenje in zmagajte: oris pomoči pri odvijanju od kajenja, Ljubljana; CINDI Slovenija 2004: 9–11, 52.
22. Miller WR, Zweben A, Di Clemente CC, Rychtarik RG. *Motivational enhancement therapy manual*. Rockville MD: National Institutes of Health, 1995.
23. Woolfolk A. *Pedagoška psihologija*. Ljubljana: Educy, 2002: 320.
24. Razdevšek Pučko C. Motivacija in učenje. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, 1999: 84, 188.
25. Drucker P., F. *Managerski izzivi v 21. Stoletju*. Ljubljana; GV Založba 2001: 100–1, 176.

OPUSTITE KAJENJE IN ZMAGAJTE!

POKLIČITE NA BREZPLAČNI SVETOVALNI TELEFON, KJER
BOSTE DOBILI STROKOVNO IN ANONIMNO PODORO PRI
OPUŠČANJU KAJENJA.

VSAK DAN, TUDI OB NEDELJAH IN PRAZNIKIH

080 27 77

7:00 - 10:00
17:00 - 20:00



PROGRAM "OPUSTIMO KAJENJE" V LEKARNI LJUBLJANA

Silva Zamljen

POVZETEK. Kajenje tobaka je pomemben zdravstveni in socialni problem izjemnih razsežnosti, pred katerimi si ne smemo zatiskati oči. Farmakološka odvisnost od nikotina, s katero se soočajo kadilci, ki želijo opustiti kajenje, jih pogosto odvrne od odločitve, da v želji vztrajali in jo uresničili. Ne smemo zanemariti niti psihološke odvisnosti. Cigarete zasvojijo! Odvajanje od kajenja je pogosto pravo trpinčenje. Zato smo se v Javnem zavodu Lekarna Ljubljana odločili, da s pomočjo skupin za odvajanje od kajenja v programu "Opusti kajenje" pod vodstvom usposobljenega strokovnega farmacevtskega delavca omogočimo kadilcem, da zablode iz časov nevednosti postanejo zgodovina, vzdržnost od cigaret pa njihov slog življenja. Sodelovanje, zaupanje in iskrenost med udeleženci in vodjo so temelj programa. Predstavimo jim različne tehnike in metode opuščanja kajenja, spregovorimo o učinkih tobačnega dima na telo, naučimo jih sprostitvenih tehnik ter predstavimo nikotinsko nadomestno terapijo, ki ob varni in pravilni uporabi omili abstinenčno krizo. Kajenje krade zdravje in, žal, vse prepogosto tudi življenje. Opustiti kajenje, to nevarno razvado, ni nikoli prepozno. Pot ni enostavna, zahteva odločnost, motivacijo in podporo najbližjih. Opustitev kajenja prinaša koristi že v nekaj minutah. Ko kadilec pokadi zadnjo cigareto, naredi pomemben korak k izboljšanju kakovosti življenja.

UVOD

Farmaceutvska skrb je dodatna lekarniška storitev, tudi na področju pomoči pri odvajanju od kajenja. Skladno z novim konceptom usmerjenosti *od zdravila k človeku* v Javnem zavodu Lekarna Ljubljana od leta 2011 izvajamo program "Opusti kajenje". Pri opuščanju kajenja imamo farmacevtski strokovni delavci lahko zelo velik vpliv, vlogo in odgovornost.

V Javnem zavodu Lekarna Ljubljana smo program pomoči pri opuščanju kajenja izdelali po smernicah in vzoru programa, ki so ga izvajali na Danskem in je opisan v knjižici Mednarodni vodnik lekarne in odvajanje od kajenja, ki jo je pripravil Regionalni urad za Evropo pri Svetovni zdravstveni organizaciji. V Sloveniji je bila pobudnik za uvedbo farmacevtske skrbi pri odvajanju od kajenja Lekarniška zbornica, ki je tudi organizirala uvodna izobraževanja za prihodnje moderatorje programa v lekarnah.

Izkušnje, pridobljene z vodenjem skupin, in nova vedenja, so nam narekovali, da smo program nekoliko preoblikovali in ga priredili potrebam slovenskih kadilcev. Zasluge, da smo program uspešno preoblikovali, ima poleg strokovnih služb Lekarne Ljubljana tudi psihologinja Barbara Čibej Žagar, katere strokovno znanje in supervizija, ki jo opravlja nad našim delom, sta nam v veliko pomoč pri vodenju in delu s skupinami.

Program izvajamo v Centralni lekarni v Ljubljani. Obsega 10 srečanj po uro in pol. Prvih osemkrat se srečamo enkrat tedensko, 9. srečanje je en mesec po osmem, zadnje, 10., pa dva meseca za devetim. To pomeni, da se dru-

žimo pet mesecev. Po zaključku programa se dobivamo še vsakih šest mesecev na kontrolnih srečanjih.

GLAVNI NAMEN IN CILJ PROGRAMA

Glavni namen programa je pomoč kadilcem, da lažje opustijo kajenje in da nekadilsko življenje nato tudi nadaljujejo. Ključ ni v povzročeni škodi zaradi kajenja, temveč v manjšanju potrebe in brezglavem iskanju sle po ugodju s pomočjo nikotina. Skladno z namenom je poglobitveni cilj programa čim večjemu številu udeležencev omogočiti, da bodo opustili kajenje. S trdno voljo bodo na podlagi osebne odločitve postali nekadilci s pomočjo skupine in vodje programa ter se tako osvobodili zasvojenosti s tobakom.

SPLOŠNI POGOJI ZA DELO V SKUPINI

Izbira članov: Po prijavi vodja povabi kandidata in z njim opravi prvi pogovor. Seznan ga s programom in ugotovi, kakšna so njegova pričakovanja in kolikšna je njegova motiviranost. Osebe, ki so pripravljene za vključitev, v skupino tudi povabi.

Informiranje udeležencev: Vodja skupine v uvodnem pogovoru seznan prihodnje člane skupine seznan s časom in krajem srečanja, velikostjo in sestavo skupine. Vsebina posameznega srečanja je vnaprej določena (strukturirane teme), zato je skupina zaprta in vstopanje novih članov med potekom programom ni mogoče.

Vzpostavitev dogovora: Vodja skupine seznan člane tudi z osnovnimi zahtevami glede rednosti, točnosti in zaupnosti v skupini.

Priprava okolja: Vodja skupine poskrbi za ustrezen prostor srečanj. Stoli so razporejeni v krogu, na sredini je lahko majhna okrogla mizica, ki simbolizira center skupine in je nevtralna točka pogleda. Število stolov v krogu označuje število pričakovanih članov. Kadar je predviden izostanek kakega člana, se njegov stol odstrani. Če pa člana skupine na srečanju nepričakovano ni, ostane njegov stol v krogu prazen. Sicer je navzočnost na vseh srečanjih obvezna.

DOGOVORI IN PRAVILA V SKUPINI

Vsakemu članu posebej in skupini kot celoti dajejo dogovori in pravila v skupini orientacijo o vsebini srečanj, ciljih in načinu delovanja. Predstavimo metode in tehnike, dogovorimo se o kraju (Centralna lekarna), času in ob-

segu srečanj (10 srečanj), pogostosti, navzočnosti in, načinu obveščanja o morebitnem izostanku.

Dogovorimo se za kontaktno osebo, ki je most za prenos nujnih informacij med vodjo in člani skupine. V ta namen zberemo in si izmenjamo podatke o udeležencih (telefonske številke, e- naslove).

Prizadevamo si za stalnost in doslednost upoštevanja dogovorov, kar nam omogoči razvijanje temeljnega občutka varnosti in zaupanja, s tem pa tudi možnost odprte komunikacije. Formalna podlaga zaupnosti je Dogovor o sodelovanju v programu "Opustimo kajenje", ki ga podpiše z izvajalcem vsak udeleženec in vključuje tudi dogovor o molčečnosti. Vsak udeleženec v programu mora biti slišan, sprejet in upoštevan. Jasno razmejimo odgovornost in pristojnost med vodjo in člani skupine.

POTEK SREČANJ, METODE IN TEHNIKE

Srečanja potekajo v sproščenem slogu in mirnem prostoru oficine Centralne lekarnе. Vsa srečanja imajo enako strukturo: začetek, jedro in zaključek. Sedimo v krogu, da se vidimo v oči in smo pozorni drug na drugega. K besedi se prijavljamo, poslušamo sogovornika, ne sodimo na osnovi lastnih projekcij, vsako mnenje je pomembno, o sebi govorimo v "jaz-sporočilih". Za krepitev samopodobe uporabljamo metodo postavljanja ciljev, samonadzora in samoobvladovanja.

Da se lažje vživimo v sogovornika, uporabljamo model pet ravni jasnega sporazumevanja: dejstva (kaj se je zares pripetilo?), misli (kaj mislite?), občutki (kaj ste občutili?), prepričanje (kaj vam je to pomenilo?), dejanja (kaj boste dejansko naredili?).

Skupina s povratnimi informacijami članom omogoča, da si skozi zrcalo drugega lažje zastavljajo cilje in delajo spremembe. Na motiviranost vsakogar, da spremeni želeno vedenje, najbolj vpliva odnos, ki ga vzpostavljamo drug z drugim v skupini. Pogovor v pari, pisanje na "oblačke", izdelava plakata, igra vlog so najpogostejše metode dela v skupini. Ko nam je težko, ko obupujemo in ne verjamemo vase, da zmoremo opustiti kajenje, pa bolj kot metode potrebujemo prijazen pogled, spodbudo, sprejetost in razumevanje ostalih članov in vodje.

Redukcijska metoda postopnega zmanjševanja števila pokajenih cigaret je v prvi polovici programa še sprejemljiva, po simboličnem »slovesu«, ko pred začetkom 5. srečanja pred lekarno pokadimo zadnjo cigareto in jo odvržemo v koš za smeti, pa ne več, saj se s tem dejanjem dokončno odpovemo kajenju. Stres premagujemo s tehniko globokega dihanja, pozitivnega mišljenja in zvečano telesno dejavnostjo. Za pomoč pri premagovanju abstinenčne

krize uporabljamo poleg skupinske dinamike tudi nikotinsko nadomestno terapijo (žvečilke in obliže).

Ob koncu udeleženci povejo, kaj so se novega naučili, o čem so razmišljali in kako so se počutili.

OCENA PROGRAMA "OPUSTIMO KAJENJE"

Uspeh pri programu odvajanja od kajenja ocenjujemo s pomočjo postopkov evalvacije med potekom programa (procesna evalvacija) in ob končanem programu (končna evalvacija).

Procesna evalvacija

- Udeležba in osip od prvega do desetega srečanja, spremljanje navzočnosti.
- Merjenje ogljikovega monoksida v izdihanem zraku na vsakem srečanju.

Končna evalvacija

- Diskusija z udeleženci po končanem programu, kvalitativna analiza vtisov o programu.
- Sprememba v znanju udeležencev o škodljivosti kajenja in v kadilskih navadah.
- Odstotni delež članov skupine, ki so med programom poskušali opustiti kajenje in tistih, ki so kajenje opustili.
- Merjenje ogljikovega monoksida v izdihanem zraku na zadnjem srečanju.

Program sprti dopolnujemo glede na potrebe skupine. Verjetno je to tudi eden od ključev uspeha našega programa.

Do sedaj je program zaključilo 17 skupin. Skupno je obiskovalo srečanja 164 udeležencev, od katerih je 97 uspelo opustiti kajenje, 27 jih je zmanjšalo število pokajenih cigaret, 20 jih je iz programa odstopilo, 9 se jih je ponovno vključilo v skupino, ker jim prvič ni uspelo ali pa so ponovno začeli kaditi, 20 je bilo neuspešnih.

ZAKLJUČEK

Kajenje krade zdravje in, žal, vse pre pogosto tudi življenje. Opustiti to nevarno razvado ni nikoli prepozno. Pot ni preprosta, zahteva odločnost, motivacijo in podporo najbližjih. Opustitev kajenja prinaša koristi že v nekaj minutah. Ko kadilec pokadi zadnjo cigareto, naredi pomemben korak k izboljšanju kakovosti življenja.

Zavedati pa se je treba, da je prenehanje kajenja dinamičen proces in da je zadnja stopnja – vzdržnost – zagotovo najtežji del. Mnogi je ne zmorejo. Zato so povratniki med kadilci zelo pogosti. Naša skrb za udeležence v programu se nadaljuje tudi po končanem desetem srečanju: enkrat letno jih povabimo na druženje, ki je hkrati tudi kontrolno srečanje. Izmenjamo izkušnje in naredimo kratko evalvacijo.

LITERATURA

Carr A. Končno nekadilci: brez truda in za vedno. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2001.

Frankič D. Načrtovanje in izvedba projekta. Seminar za moderatorje v lekarni Pomoč pri odvijanju od kajenja, 1996.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Proste roke – čista pljuča. Program opuščanja kajenja za mladostnike, 2005.

Mednarodni vodnik. Lekarne in odvajanje od kajenja. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office For Europe. Celje: ČE tisk, 1994.

Priročnik za zdravstvene delavce ZZZS. Opusti – zmagaj, 1996.

Proctor RN. Zlati holokavst: izvor cigaretna katastrofe in poziv k njeni odpravi: kako so proizvajalci cigaret ustvarili popoln stroj za zasvojenost in posledice kajenja napravili za "lanski sneg". Ljubljana: UMco, 2016.

Tršinar M, Zamljen S. Opustite kajenje. Program za odvajanje od kajenja v lekarni. Ljubljana: JZ Lekarna Ljubljana, 1996.

Zdravstveni dom Ljubljana. Da, opuščam kajenje, Učne delavnice: Program odvajanja od kajenja. Ljubljana: CINDI, 2000.

USPOŠABLJANJE MEDICINSKIH SESTER ZA POMOČ PRI OPUŠČANJU KAJENJA – MEDNARODNI PROJEKT

Katarina Lokar

POVZETEK. Okvirna konvencija Svetovne zdravstvene organizacije za nadzor nad tobakom zavezuje države podpisnice k ukrepom za omejevanje epidemije uživanja tobaka. V 14. členu konvencije obravnava potrebo po zdravljenju odvisnosti od tobaka in v 12. členu priporoča usposabljanje vseh zdravstvenih delavcev, ki imajo ključno vlogo pri večanju opuščanja kajenja. Seveda je bistveno, da so kot nekadilci dober zgled da je njihovem kliničnem okolju odvisnost od tobaka rutinski del zdravstvene obravnave, za katero so zdaj priporočene t.i. "kratke intervencije po priporočilih 5A". Posebej je izpostavljena vloga največje skupine zdravstvenih delavcev – medicinskih sester – pri spodbujanju opuščanja kajenja. So pa le redko vključene v aktivnosti za nadzor nad tobakom, ker jim za to delo primanjkuje znanja in veščin.

V prispevku predstavljam mednarodni raziskovalni projekt, katerega namen je bil aktivirati in usposobiti medicinske sestre za nudenje pomoči kadilcem pri opuščanju kajenja v vsakodnevni klinični praksi. Potekal je od avgusta 2013 do decembra 2016 v treh modulih: z učnimi delavnicami, naslovljenimi *Train the trainers*, s Ciljnimi skupinami in E-izobraževanjem. V projektu je sodelovalo 207 medicinskih sester iz Slovenije.

UVOD

Okvirna konvencija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za nadzor nad tobakom, prva globalna pogodba na področju zdravja, je osredotočena na ukrepe za omejevanje epidemije uživanja tobaka in zavezuje države, ki jo ratificirajo, da jih sprejmejo v svojih zakonodajah in nacionalnih strategijah. Štirinajsti člen pogodbe obravnava potrebo po zdravljenju odvisnosti od tobaka, 12. Člen pa priporoča, da se za izvedbo ukrepov usposabljujejo vsi zdravstveni delavci in ostali deležniki [1]. Slovenija je konvencijo podpisala 25. septembra 2003, ratificirala pa 15. marca 2005 [2].

VLOGA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV IN SODELAVCEV PRI ZDRAVLJENJU ODVISNOSTI OD TOBAKA

Zdravstveni delavci in sodelavci so zdravniki, medicinske sestre, babice, zobozdravniki, psihologi, farmacevti in drugi člani poklicev, ki delujejo na področju zdravstva. Vloga in zgled zdravstvenih delavcev in sodelavcev je ključna za promocijo zdravega življenjskega sloga in družbe brez tobaka. Pri svojem delu lahko ljudi osveščajo o škodljivih učinkih tobaka na zdravje, jim svetujejo in vodijo pri opuščanju kajenja, dajejo informacije itd. Lahko tudi sodelujejo na nacionalni ali mednarodni ravni pri pripravi in uveljavljanju strategij in zakonodaje za boljši nadzor nad tobakom [3].

Večina kadičev želi opustiti uživanje tobaka, še posebej tisti, ki se zavedajo škodljivih posledic za zdravje [4], in večina jih tudi obžaluje, da so sploh začeli kaditi [5]. Ker pa je zasvojenost z nikotinom zelo huda, se je večina kadičev le težko reši brez pomoči [6]. Četudi bi jim to morda uspelo samim, pa intervencije za opustitev tobaka zelo zvečajo možnost, da jim poskus opustitve res uspe [7]. V Sloveniji 72 % kadičev zatrjuje, da so pripravljene opustiti kajenje [8]. V raziskavi iz leta 2012 je 37,7 % kadičev navedlo, da so jim opustitev kajenja svetovali zdravstveni delavci: zdravniki (32,4 %), medicinske sestre (10,2 %) in zobozdravniki (8,7 %) [9]. Kar okoli 62 % kadičev torej ni bilo deležnih intervencij za opustitev kajenja, ki so dokazano koristne. Vendar je bil ta podatek boljši kot prejšnja leta [9].

Zdravstveni delavci in sodelavci imajo ključno vlogo pri opuščanju kajenja. Veliko vedo o zdravju. Prav zato ljudje v njihovem zasebnem in službenem okolju od njih pričakujejo, da živijo v skladu s tem znanjem in da so jim zgled zdravega življenja. Vendar večina ljudi postane odvisna od tobaka, preden se odloči za poklic zdravstvenega delavca. Večina odraslih kadičev je namreč začelo kaditi v najstniških letih. Čeprav se zdravstveni delavci, ki kadijo, zavedajo škodljivosti kajenja, za številne to ni dovolj, da bi ga zmogli opustiti. Potrebujejo pomoč in podporo. V nekaterih državah je delež kadičev med zdravstvenimi delavci enak, če ne celo večji kot v ostali populaciji. Ta situacija povzroči v zdravstvenem delavcu notranji konflikt, v okolici pa slabša javno podobo zdravstvenih delavcev in verodostojnost njihovih prizadevanj za nadzor nad tobakom. Raziskave so tudi pokazale, da zdravstveni delavci, ki kadijo, svoje paciente manj spodbujajo k opuščanju kajenja [3].

Zdravstveni delavci in sodelavci v kliničnem okolju bi morali obravnavo odvisnosti od tobaka vključiti v svoje vsakodnevno rutinsko delo. Vsem svojim pacientom, ki uživajo tobak, bi morali svetovati, naj ga opustijo, saj bi bilo to nekaj najboljšega, kar lahko naredijo za svoje zdravje. Ni treba, da postanejo vsi zdravstveni delavci in sodelavci specialisti za pomoč pri opuščanju kajenja, vendar pa lahko vsakdo izvede kratke intervencije po *prporočilih 5A* (**ask** – vprašajte po kajenju, **advise** – svetujte kadičcu opustitev kajenja, **assess** – ocenite kadičvevo pripravljenost za opustitev kajenja, **assist** – pomagajte pacientu opustiti kajenje, **arrange** – spremljajte pacienta v času opuščanja kajenja) in/ali ga napotite v kakšen specializirani program pomoči za opuščanje kajenja [3]. Intervencije za opuščanje kajenja niso le učinkovite [7], ampak so tudi izredno stroškovno učinkovite v primerjavi z intervencijami za obravnavo drugih zdravstvenih stanj [10]. Nasvet zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca zveča uspešnost opustitve kajenja za približno 3 %, svetovalni telefon za opuščanje kajenja za 4 % [7], zdravila (nikotinska nadomestna terapija in/ali druga zdravila) pa za okoli 7 % [7, 11]. Razlogov, da se zdravstveni delavci in sodelavci ne vključujejo intenzivne v aktivnosti za nadzor nad tobakom, je več. Na prvem mestu je

pomanjkanje za to potrebnih znanja in veščin, na drugem pa kar kajenje zdravstvenih delavcev in sodelavcev samih [3].

Če želimo uresničiti cilje Okvirne konvencije Svetovne zdravstvene organizacije za nadzor nad tobakom, moramo aktivirati medicinske sestre, ki so največja poklicna skupina zdravstvenih delavcev na svetu, in jih izobraziti za pomoč kadilcem pri opuščanju kajenja. Pomen vloge medicinskih sester pri opuščanju kajenja z namenom zmanjšati breme nenalezljivih bolezni izpostavljata tudi Svetovna zdravstvena organizacija in Mednarodni svet medicinskih sester [12]. Raziskave so pokazale, da je pomoč medicinskih sester pri opuščanju kajenja učinkovita. Pri pregledu 49 randomiziranih raziskav se je izkazalo, da imajo kadilci, ki dobijo pomoč medicinske sestre, četudi minimalno, veliko večjo možnost, da bodo opustili kajenje, kot kadilci, ki niso prejeli nobene pomoči [13]. Ko govorimo o aktivaciji medicinskih sester za večjo vključenost v zdravljenje odvisnosti od tobaka, se moramo zavedati, da so medicinske sestre tudi poklicna skupina zdravstvenih delavcev s tradicionalno veliko prevalenco kajenja in da tudi same potrebujejo pomoč [3].

CENTER ODLIČNOSTI MEDICINSKIH SESTER VZHODNE EVROPE ZA NADZOR NAD TOBAKOM – MEDNARODNI PROJEKT

Mednarodni raziskovalni projekt je potekal vodilo in koordiniralo Mednarodno združenje medicinskih sester na področju oskrbe raka (*International Society of Nurses in Cancer Care*, ISNCC), Šole za zdravstveno nego Univerze UCLA v Los Angelesu in Združenja za zdravljenje odvisnosti od tobaka iz Češke republike. Poleg Češke republike so bile države partnerice tudi Madžarska, Romunija, Slovaška in Slovenija. Projekt je trajal od avgusta 2013 do decembra 2016 in ga je financirala Fundacija Bristol-Myers Squibb v okviru pobude Bridging Cancer Care Initiative pri ISNCC in Šole za zdravstveno nego Univerze UCLA v Los Angelesu.

Primarni cilji projekta

1. Obravnavati epidemijo uživanja tobaka in posledično nastalih oblik raka v Češki Republiki, Madžarski, Romuniji, Sloveniji in na Slovaškem, in sicer s krepitvijo pomoči pri opuščanju tobaka in izobraževanja na področju nadzora nad tobakom.
2. Delovati kot regionalna referenca za vključevanje medicinskih sester v boj proti tobaku in za promocijo preprečevanja raka.
3. Delovati kot regionalna referenca za usposabljanje medicinskih sester za delo na področju opuščanja kajenja in s tem na področju preprečevanja raka.

Sekundarna cilja

1. Ustvariti voditelje v sodelujočih državah z usposabljanjem na učnih delavnicah *Train the trainers*, ki bodo drugim ponudili krajše usposabljanje za izvajanje kratkih intervencij za opustitev kajenja.
2. Usposobiti najmanj 100 medicinskih sester s pomočjo spletnega izobraževalnega seminarja v vsaki državi.

Terciarna cilja

1. Vključiti vsebine opuščanja uživanja tobaka v učne programe zdravstvene nege.
2. Mobilizirati nacionalna združenja zdravstvene nege, da se javno zavzamejo za ukrepe nadzora nad tobakom.

Vsebina, izvedba in udeleženci projekta

Projekt se je izvajal v treh modulih: Učna delavnica *Train the trainers*, Ciljne skupine in E-izobraževanje. Vsebina modulov je podrobneje predstavljena v Tabelah 1–3.

V okviru projekta so bile izvedene štiri učne delavnice *Train the trainers*, dve leta 2015 in dve leta 2016. Udeležilo se jih je 69 slušateljev (64 žensk /medicinskih sester/, in 5 (7,2 %) moških /zdravstvenikov/). Vsi, razen ene udeleženke, so bili z Onkološkega inštituta Ljubljana. Njihova povprečna starost je bila 38,4 leta, povprečna delovna doba v zdravstveni negi pa 14,3 leta. Večina udeležencev (72,5 %) je bila nekadilcev, 15,9 % bivših kadilcev in 7,2 % kadilcev; 4,4 % udeležencev svojega kadilskega statusa ni razkrilo. Udeleženci so ocenili dnevni red in trajanje delavnice, razpored vsebin, aktualnost in pomembnost informacij, diskusijo, sodelovanje in kakovost prezentacij s skupno povprečno oceno 4,5 (na lestvici od 0 do 5: 1 = najslabši, najboljši negativen vtis; 5 = najboljši, najboljši pozitiven vtis).

Izvedeni sta bili dve Ciljni skupini, ena s kadilci in ena z bivšimi kadilci. Udeleženke so bile srednje in diplomirane medicinske sestre. V skupini bivših kadilk je sodelovalo 8 medicinskih sester s povprečno starostjo 45,6 leta in povprečno delovno dobo v zdravstveni negi 21,7 leta. V skupini kadilk je sodelovalo 9 medicinskih sester s povprečno starostjo 42,6 leta in povprečno delovno dobo v zdravstveni negi 20,1 leta. Izkušnjo sodelovanja so udeleženke obeh skupin ocenile pozitivno.

Vključevanje v E-izobraževanje je potekalo od 21. 12. 2015 do 2. 3. 2016. Na vabilo za sodelovanje v raziskovalnem projektu se je odzvalo 121 medicinskih sester iz vse Slovenije.

Tabela 1. Modul Učna delavnica "Train the trainers"

Namen	Usposobiti medicinske sestre voditeljice na področju opuščanja kajenja, ki bodo sposobne voditi kratka usposabljanja drugih, da bodo le-ti znali izvajati kratke intervencije za opuščanje kajenja pri pacientih
Intervencija	Program učne delavnice je vključeval slikovne predstavitve v maternem jeziku. Udeleženci so prejeli vse vsebine delavnice na USB-ključku. Poleg predstavitev so potekale tudi razprave in igre vlog, tako da so si udeleženci lažje predstavljali različne pristope za opuščanje kajenja
Trajanje	8-urna delavnica
Ciljna skupina	4 delavnice / državo 20 medicinskih sester / delavnico
Vključitvena merila	Aktivni člani zdravstvene negovalne ekipe, ki se želijo usposobiti za vodje usposabljanja za takšne intervencije, stari ≥ 18 let
Izključitveno merilo	Starost manj kot 18 let
Zbiranje podatkov	Kratka evalvacija delavnice z anketo Kontrolna anketa po delavnici (<i>navsezava stika z udeleženci z vprašanji, če in kako izkoriščajo pridobljene informacije in gradiva</i>)
Analiza podatkov	Povzetek končne evalvacije za vsako državo. Podatki kasnejšega preverjanja za ocenitev, ali so medicinske sestre izvedle kakršna koli usposabljanja (in kolikšno število) v svojem okolju, koliko ljudi se je jih je udeležilo
Izidi	V vsaki državi zvečanje števila tako usposobljenih medicinskih sester, da so pripravljene intervenirati pri pacientih, ki so kadilci. Zmanjšanje kajenja oz. zvečati število poskusov opustitve kajenja in zmanjšati pojavnost kajenja v državi

Tabela 2. Modul "Ciljne skupine"

Namen	Razumeti, zakaj je kajenje med medicinskimi sestrami tako razširjeno, spoznati njihova stališča in izkušnje v povezavi s kajenjem, opuščanjem kajenja, kajenjem na delovnem mestu in strategijami za pomoč medicinskim sestram, ki želijo opustiti kajenje
Intervencija	Navodila za moderatorja (prevedena za vsako državo) so se uporabila za vodenje razprave o stališčih in mnenjih o ovirah in spodbudah pri opuščanju kajenja med medicinskimi sestrami, vključno s strategijami, ki bi lahko pripomogle k opuščanju kajenja. Med obravnavanimi temami so bile tudi ovire pri opuščanju kajenja, vključno s stresom na delovnem mestu in osebnimi težavami
Trajanje	1,5 do 2 uri vodene skupinske razprave
Ciljna skupina	Dve skupini. Ena ciljna skupina 8 do 10 medicinskih sester, ki kadijo. Ena ciljna skupina 8 do 10 medicinskih sester-bivših kadilk/državo
Vključitvena merila	Medicinske sestre, ki kadijo ali so kadile. Interes za opustitev kajenja; starost ≥ 18 let
Izključitvena merila	Zdravstveno negovalno osebje, ki ni nikoli kadilo, in tisti, ki so zaposleni na upravnih položajih in bi lahko bili nadrejeni ostalim sodelujočim zdravstvenim osebam (na primer: glavna medicinska sestra in njeno/njegovo osebje v isti skupinski razpravi)
Zbiranje podatkov	Prostovoljna privolitev po poučitvi (<i>za sodelovanje v razpravi ciljne skupine, zvočno snemanje in izpolnitev demografskega vprašalnika</i>) Ankete: demografski vprašalnik
Analiza podatkov	Prevedeni prepisi vsakega posnetega srečanja in kvalitativna analiza besedila. Opisne značilnosti udeležencev
Izidi	Infomacije za razvoj programov za pomoč medicinskim sestram v njihovih prizadevanjih za opustitev kajenja in pripravo poročil o stanju na tem področju s strani združenj medicinskih sester ter spremembo tovrstnih politik

Tabela 3. Modul "E-izobraževanje"

Namen	Izvesti spletni izobraževalni seminar v sodelujočih državah za usposabljanje medicinskih sester za izvajanje kratkih intervencij za opustitev kajenja pri njihovih pacientih
Intervencija	Dve spletni oddaji na državo: 1. "Pomoč kadilcem pri opuščanju kajenja: podpora medicinskih sester pri opuščanju kajenja." 2. "Medicinske sestre in zdravljenje odvisnosti od tobaka v onkologiji." Spletno gradivo
Trajanje	Vsaka spletna oddaja približno 45 minut. Vsaka anketa (pred testiranjem in po nji,) približno 15 minut. Skupno okoli = 2 do 2,5 ure
Ciljna skupina	100 medicinskih sester/državo
Vključitveni merili	Medicinske sestre, starost \geq 18 let
Izključitveno merilo	Medicinske sestre, ki pri svojem delu niso v stiku z odraslim pacientom
Zbiranje podatkov	<i>Soglasja:</i> 1. Izhodiščna anketa (pred testiranjem) 2. Anketa po 3 mesecih (po testiranju) <i>E-poštna sporočila:</i> <i>Vabila</i> 1. Vabilo za izhodiščno anketo 2. Vabilo za spletne oddaje in gradiva 3. Vabilo za anketo po 3 mesecih <i>Opomniki</i> 1. Tedenski opomnik za spletne oddaje in gradiva 2. Tedenski opomnik za anketo po 3 mesecih * (Sodelujoče medicinske sestre, ki so izpolnile izhodiščno anketo, vendar niso zaključile spletnih oddaj ali izpolnile ankete po 3 mesecih)
Analiza podatkov (vsaka država ločeno in kombinacija podatkov vseh držav)	<ul style="list-style-type: none"> • Opisne značilnosti. • Analiza podatkov pred izvedbo in po njej
Izidi	Možnost izobraziti številne medicinske sestre v vsaki državi in po vsej Vzhodni Evropi, za pomoč pacientom in družinskim članom, ki so kadilci, ter tako prispevati k zmanjšanju splošne razširjenosti kajenja v vsaki posamezni državi

ZAKLJUČEK

V Sloveniji je več kot 30.000 zdravstvenih delavcev in sodelavcev – približno 6.000 zdravnikov, 1.400 zobozdravnikov ter 18.000 medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Če bi vsak od njih vsako leto pomagal opustiti kajenje samo enemu kadilcu, bi to pomenilo 20.000–30.000 nekdanjih kadincev v enem samem letu! – Na življenje svojih pacientov lahko torej pomembno vplivate!

LITERATURA

1. World Health Organization. WHO Framework Convention on tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2003; updated 2004, 2005. Pridobljeno na spletnem naslovu http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, 30. 8. 2017).
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization, 2017.
3. WHO Tobacco Free Initiative. The role of health professionals in tobacco control. Geneva: World Health Organization, 2005.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Quitting smoking among adults – United States, 2001–2010. *Mmwr Morb Mortal Wkly Rep* 2011; 60: 1513–9.
5. Nayak P, Pechacek TF, Slovic P, Eriksen MP. Regretting ever starting to smoke: results from a 2014 national survey. *Int J Env Res Pub He* 2017; 14.
6. Institute of Medicine, Committee on Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths. The nature of nicotine addiction. In: Lynch BS, Bonnie RJ (editors). *Growing up tobacco free: Preventing nicotine addiction in children and youths*. Washington: National Academy Press, 1994: 29–70.
7. US Department of Health and Human Services. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; Public Health Service 2008. Pridobljeno s spletnega naslova https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf, 30. 8. 2017).
8. Toš N, Malnar B (editors): *Družbeni vidiki zdravja. Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*. Ljubljana; FDV-IDV, 2002.
9. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. Pridobljeno s spletnega naslova www.nijz.si.
10. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *Agency for Health Care Policy and Research. JAMA* 1997; 278: 1759–66.
11. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane DB Syst Rev* 2012; 11: CD000146.
12. Sarna LP, Bialous SA, Kralikova E, Kmetova A, Felbrova V, Kulovana S, et al. Impact of a smoking cessation educational program on nurses' interventions. *J Nurs Scholarship* 2014; 46: 5314–21.
13. Rice V, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane DB Syst Rev* 2013; 8: CD001188.

RAK IN DRUGE ZDRAVSTVENE POSLEDICE KAJENJA

Vesna Zadnik

POVZETEK. Uživanje tobaka, pretežno kajenje cigaret, je danes v svetu najpomembnejši preprečljivi vzrok zbolevanja in prezgodnje smrti, saj ga lahko učinkovito preprečimo z ustreznimi javnozdravstvenimi ukrepi. Letno za posledicami kajenja umre 6 milijonov ljudi. Kajenje škoduje praktično vsem telesnim organom, povzroča mnoge bolezni in slabša zdravje na splošno. Med najpogostejše vzroke za prezgodnje zbolevanje in umrljivost kadičev sodita kronična obstruktivna pljučna bolezen in rak. Mednarodna agencija za raziskovanje raka je kot gotovo rakotvorne za ljudi opredelila vsaj 70 sestavin tobačnega dima in razpoznala 16 vrst raka, ki jih zagotovo povzroča kajenje. Skupaj pomenijo primeri tega raki v Sloveniji skoraj 40 % populacijskega bremena raka – precej večji delež pri moških (45 %) kot pri ženskah (30 %). Med 13.500 novimi bolniki, ki jih povprečno letno v slovenski register raka, jih skoraj 1900 zbolijo zaradi kajenja. Največji delež prispevajo primeri pljučnega raka (1.000 novih bolnikov letno). Ker so bolezni zaradi tobaka najlažje preprečljivi vzrok smrti, jim je v javnozdravstvenih preventivnih programih treba nameniti še posebno pozornost.

UVOD

Uživanje tobaka, pretežno kajenje cigaret, je najpomembnejši preprečljivi vzrok zbolevanja in prezgodnje smrti na svetu. Ocenjujejo, da je v dvajsetem stoletju za posledicami kajenja umrlo več kot 100 milijonov ljudi [1]. Če se število kadičev v prihodnje ne bo zmanjševalo, se bo število smrti zaradi tobaka do leta 2030 povzpelo na 10 milijonov letno [2]. Čeprav so epidemiologi v ZDA in Evropi že po letu 1920 začeli ugotavljati, da se zbolevanje za pljučnim rakom veča, pa vse do druge svetovne vojne niso bili prepričani, ali je porast resničen. Pripisovali so ga boljšim diagnostičnim metodam: rentgenski pregled pljuč se je začel uveljavljati po letu 1920, bronhografija kakih 10 let kasneje, bronhoskopija s fleksibilnim bronhoskopom pa v petdesetih letih. Šele v petdesetih letih so začeli natančneje raziskovati, ali gre porast zbolevanja pripisati kajenju cigaret ali onesnaženosti ozračja. Takrat so zaključili kar pet primerjalnih raziskav, objavljeni v Veliki Britaniji in ZDA, nakazovali, da je kajenje vzročno povezano s pljučnim rakom. Relativno tveganje pri hudih kadičih je bilo kar 25-krat večje kot pri nekadičih [3]. Leta 1964 je ameriški zdravstveni minister v svojem znanem poročilu zapisal, da je kajenje vzročno povezano z rakom in drugimi boleznimi [4]. Sledile so raziskave, ki so nedvoumno pokazale, da kajenje ne povzroča samo pljučnega raka, temveč tudi številne druge bolezni. Raziskava, s katero so v Veliki Britaniji primerjali umrljivost med zdravniki kadičci in zdravniki nekadičci v obdobju petdesetih let, je pokazala, da zaradi bolezni, povezanih s kajenjem, umre približno polovica vseh rednih kadičev, četrtnina že v srednji življenjski dobi (med 35. in 69. letom starosti). Tisti, ki umrejo v srednjih letih, zaradi kajenja izgubijo v povprečju 22 let življenja, njihovo življenje

pred smrtjo pa je praviloma slabše kakovosti [5]. Dandanes je jasna povezava med zbolewnostjo in številom pokajenih cigaret dnevno, trajanjem in načinom kajenja. Znano je tudi, da opustitev kajenja pomembno zmanjša zbolewnost in prezgodnjo umrljivost. Ne gre pa pozabiti, da tudi pasivno kajenje dokazano ogroža zdravje in je tako z javnozdravstvenega vidika še posebej pomembno.

BOLEZNI, POVEZANE S KAJENJEM

Kajenje škoduje praktično vsem telesnim organom, povzroča mnoge bolezni in slabša zdravje na splošno. Med najpogostejše vzroke za prezgodnje zbolewnje in umrljivost kadilcev sodita kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) in rak. Približno 85 % smrti, ki so posledica KOPB, je povezanih s kajenjem, zbolijo približno 20 % kadilcev. KOPB je 4. vzrok za vse smrti na svetu, umrljivost še vedno narašča. Prevalenca bolnikov s KOPB je v Sloveniji ocenjena na 130.000, letno pa zaradi KOPB pri nas umre približno 600 oseb [6]. Kajenje povzroča 16 različnih vrst raka, ki skupaj obsegajo kar 40 % vseh primerov rakavih bolezni. Natančneje je tema *kajenje in rak* predstavljena v nadaljevanju tega prispevka. Pregled najpogostejših nerakavih bolezni, ki so povezane s kajenjem po organskih sistemih, je v okviru XII Rejevega seminarja podal že Turel [7]:

PLJUČA: Poleg KOPB so pri kadilcih pogoste tudi akutne bolezni dihalnega sistema. Pri kadilcih (s KOPB ali brez nje) so pogostejše okužbe dihal, predvsem gripa in pljučnica. Pojavljajo se tudi pogostejši pooperacijski dihalni zapleti, spontani pnevmotoraks ter kronični laringitis in stomatitis.

BOLEZNI SRCA IN OŽILJA: Kajenje spodbuja nastanek bolezni srca in ožilja samostojno ter hkrati deluje sinergistično s hiperholesterolemijo, hipertenzijo, sladkorno boleznijo, terapijo z eksogenimi estrogeni idr. Za približno 20 % smrti zaradi koronarne bolezni in 15 % smrti zaradi možganske kapi je odgovorno kajenje. Nenadna srčna smrt je do štirikrat pogostejša pri mlajših moških kadilcih kot pri nekadilcih. Tudi periferna arterijska okluzivna bolezen je pogostejša pri kadilcih. Trombangitis obliterans je v večini primerov posledica kajenja. Kadilci pogosteje kot nekadilci umirajo zaradi aterosklerotične anevrizme aorte.

PREBAVILA: Pri kadilcih je pogostejša razjeda želodca in dvanajstnika. Kajenje zavira spontano zdravljenje in zdravljenje razjed z zdravili. Manjša tonus zapiralka požiralnika, zaradi česar je gastroezofagealni refluks pri kadilcih pogostejši.

OSTALI ORGANSKI SISTEMI: Razvoj osteoporozе je pri kadilcih pogostejši in zgodnejši. Pri kadilkah so izrazitejše spremembe kože, še zlasti gubanje kože na obrazu. Kajenje cigaret povzroča spolne motnje pri moških in manjša plodnost. Kajenje povezujejo tudi z nastankom sive mrežnice, z degeneracijo makule, degeneracijo medvretenčnih ploščic in z motnjami spanja.

Raziskave kažejo tudi, da je depresija pogostejša pri kadilcih kot pri nekadilcih. Zaradi indukcije mikrosomskih encimskih sistemov, ki jih povzroča kajenje, je pospešena presnova nekaterih zdravil (propranolol, teofilin).

NOSEČNOST, PLOD IN NOVOROJENČEK: Kadilke zanosijo kasneje. Pri kadilkah so pogostejši spontani splavi, fetalna smrt, smrt novorojenčka in nenadna smrt dojenčka. Novorojenčki mater kadilk so v povprečju 170 g lažji kot novorojenčki nekadilk. Ocenjujejo, da kajenje med nosečnostjo lahko upočasni otrokov telesni in intelektualni razvoj.

KAJENJE IN RAK

Tobačni dim je aerosol, ki nastane pri destilaciji in zgorevanju tobaka v cigareti. Vsebuje najmanj 7.000 plinskih in čvrstih sestavin; cenijo, da jih je 2.550 iz tobaka, ostale pa so iz aditivov, pesticidov, drugih organskih snovi, nekaj je kovin. Imajo različne učinke. Glavne karcinogene snovi so v čvrstem delu, katranu. Mednarodna agencija za raziskovanje raka je kot gotovo rakotvorne za ljudi opredelila vsaj 70 sestavin tobačnega dima [8]. Policiklični aromatski ogljikovodiki delujejo kot kontaktni karcinogeni, npr. v pljučih, grlu in žrelu. Za oddaljene organe pa so pomembne snovi, ki se absorbirajo in presnovno aktivirajo, npr. nitrozamini in aromatski amini. Za mieloično levkemijo je odgovoren benzen [8].

Seznam rakov, ki jih povzroča kajenje, se ves čas širi. V svoji prvi monografiji s tega področja, objavljeni leta 1986, je Mednarodna agencija za raziskovanje raka opredelila 11 vrst rakov, ki jih kajenje zagotovo povzroča [9]. Leta 2003, ko je bila izdana druga monografija, je bilo na seznamu 14 zagotovo kadiških rakov [10]. Od leta 2012 je na voljo že tretji pregled [11], po katerem kadiški raki prizadenejo 16 organov: pljuča, ustno votlino, nosno žrelo, ustno in spodnje žrelo, nosno votlino in obnosne sinuse, grlo, požiralnik, želodec, trebušno slinavko, jetra, debelo črevo in danko, ledvica, sečevod in mehur, maternični vrat, jajčnike (mucinozni karcinom) in bela krvna telesca (mieloična levkemija) – natančnejše definicije po 10. reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni so navedene v Tabeli 2.

Nekadilci, ki vdihavajo s tobačnim dimom onesnaženi zrak, so izpostavljeni – čeprav nekoliko manj – istim karcinogenom kot kadilci. Tako Mednarodna agencija za raziskovanje raka tudi pasivnemu kajenju pripisuje karcinogenost;

Potrjena je bila povezava med pasivnim kajenjem in pljučnim rakom, rakom grla in rakom žrela [11].

KAJENJE IN RAK V SLOVENIJI

Podatke o raku v naši državi že več kot 60 let zbira in analizira Register raka Republike Slovenije pri Onkološkem inštitutu v Ljubljani (Register). Leta 2014 je na novo zbolelo za rakom 13.753 ljudi, 7.459 moških in 6.294 žensk. Podatki o povprečnem bremenu raka v Sloveniji v zadnjih pet letih (2010–2014) so predstavljeni v Tabeli 1.

Tabela 1. Breme raka v Sloveniji 2010–2014

INCIDENCA (povprečje 2010–2014)	Moški	Ženske	Oba spola
Število novih primerov v enem letu	7.387	6.175	13.561
Groba incidenčna stopnja na 100.000	725,8	594,8	660,0
Starostno standardizirana incidenčna stopnja (SSS) na 100.000 (W)	401,3	286,9	335,0
Ocenjeni delež letne spremembe grobe incidenčne stopnje zadnjih 10 let (%)	2,6*	1,6*	2,1*
Ocenjeni delež letne spremembe SSS zadnjih 10 let (%)	0,6	0,4	0,6*
UMRLJIVOST (povprečje v obdobju 2010–2014)			
Število smrti v enem letu	3.299	2.612	5.911
Groba umrljivostna stopnja na 100.000	324,2	251,6	287,5
Starostno standardizirana umrljivostna stopnja (SSS) na 100.000 (W)	164,2	93,0	123,2
Ocenjeni delež letne spremembe grobe umrljivostne stopnje zadnjih 10 let (%)	1,2*	1,2*	1,2*
Ocenjeni delež letne spremembe SSS zadnjih 10 let (%)	-1,6*	-0,8*	-1,2*
PREVALENCA (na dan 31. 12. 2014)			
Število živih oseb z diagnozo raka ob koncu leta 2014	49.052	58.947	107.999
Število živih oseb z diagnozo raka na 100.000 (prevalenčna stopnja)	4.802,3	5.666,9	5.238,5
1-letna prevalenca	6.062	5.308	11.370
5-letna prevalenca	17.581	16.198	33.779

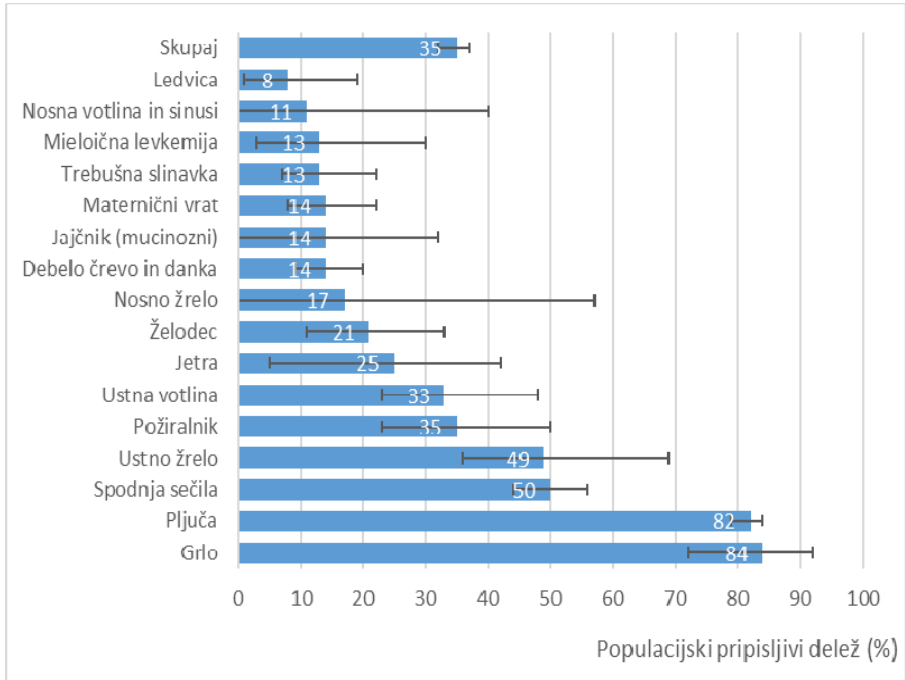
*Povprečna letna sprememba je statistično značilna pri stopnji tveganja 0,05

Po podatkih Registra je mogoče predvideti, da bo med Slovenci, rojenimi leta 2014, za rakom do 75. leta starosti zbolel skoraj eden od dveh moških in ena od treh žensk [12]. Kot ocenjujejo strokovnjaki Mednarodne agencije za raziskovanje raka, je bila Slovenija leta 2012 po incidenčni stopnji (starostno standardizirani na evropsko prebivalstvo) vseh rakov razen kožnega (411/100.000) na osmem mestu med 40 evropskimi državami. Pred nami so bile Danska, Norveška, Francija, Belgija, Irska, Nizozemska in Češka [13].

Pet najpogostejših vrst raka pri nas – kožni (brez melanoma), prostate, raki debelega črevesa in danke, dojke in pljuč – obsegajo skoraj 60 % vseh novih primerov rakavih bolezni. Povezava s kajenjem je najočitnejša pri pljučnem raku; pri moških kajenju pripisujejo skoraj 90 % vsega tveganja. Incidenca pljučnega raka pri moških se je v Sloveniji večala vse do začetka devetdesetih let prejšnjega stoletja, ko se je ustalila pri okoli 85/100.000; v zadnjih desetih letih se postopno manjša (za 0,8 % povprečno letno). Slovenija v tem primeru sledi nekaterim državam zahodne Evrope (Anglija, Finska, Nizozemska), kjer zmanjševanju deleža kadilcev sledi tudi zmanjševanje zbolevanja za pljučnim rakom med njimi. Med raki pri ženskah v Sloveniji je pljučni rak po pogostosti že na četrtem mestu; povprečno letno je bilo v obdobju 2010–2014 registriranih 400 novih primerov. Incidenca te bolezni se pri nas večja od leta 1950, v zadnjih deset letih povprečno letno za 4,0 %. Kot kažejo napovedi, se bo večala še naprej, kar je posledica drugačnih kadilskih navad, kot jih imajo moški. Kajenje pri ženskah pri nas pred drugo svetovno vojno ni bilo nikoli tako razširjeno kot pri moških. Šele po drugi svetovni vojni se je delež kadilk začel večati in dosegel svoj vrh med najštevilnejšo, po vojni rojeno generacijo [2, 14]. Glede na to, da se tveganje zbolevanja za pljučnim rakom večja vse tja do 70. leta starosti in da najbolj ogrožena generacija te starosti še ni dosegla, bo lahko porast celo večji, kot je pričakovati na osnovi izračunanih predvidevanj. Med pogostejše rake, ki jih povezujemo s kajenjem, sodijo še želodčni rak, raki glave in vratu, ledvični rak ter rak trebušne slinavke, saj se po pogostosti uvrščajo med deset najpogostejših rakov v Sloveniji. Povprečno letno število zbolelih za obdobje 2010–2014 po spolu za vseh 16 lokacij raka, ki jih povezujemo s kajenjem, je prikazano v Tabeli 2. Skupaj ti raki dosegajo skoraj 40 % populacijskega bremena raka – precej večji delež pri moških (45 %) kot pri ženskah (30 %).

V veliki mednarodni prospektivni raziskavi EPIC (*European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition*), v katero je bilo med letoma 1992 in 2000 vključenih in več kot 10 let spremljanih več kot pol milijona Evropejcev, so ocenili, da lahko kajenju pripišemo 35 % vseh kadilskih rakov [15]. Populacijsko pripisljivo tveganje je največje pri raku grla ter pljučnem raku (večje od 80 %), sledijo raki spodnjih sečil, ustnega in spodnjega žrela, požiralnika, ust, jeter in želodca s pripisljivim tveganjem med 20 in 50 %. Manj kot 20 % tveganja pa lahko pripišemo kajenju pri rakah nosnega žrela, debelega čre-

vesa in danke, mucinoznih karcinomih jajčnika, rakah materničnega vratu, trebušne slinavke, mieloičnih levkemijah ter rakah nosu in nosnih sinusov. Natančne vrednosti pripisljivih tveganj skupaj z intervali zaupanja, kot so bile izračunane v študiji EPIC, so prikazane na Sliki 1.



Slika 1. Kajenju pripisljivi deleži s 95-odstotnim intervalom zaupanja za vseh 16 lokacij kadilskih rakov. Povzeto po [15]

Izračuna deleža in števila rakov, ki jih pripisujemo kajenju, se je v raziskavi za populacijo Velike Britanije lotil tudi Parkin [16]. Za razliko od raziskave EPIC podaja Parkin rezultate ločeno po spolu, čisto primerljiva in jasno definirana pa tudi niso mesta raka, ki jih obravnava. Primerjalno podajamo v Tabeli 2 tudi pripisljive deleže, ki jih je izračunal Parkin. V primerjavi z raziskavo EPIC je Parkin pripisal bistveno večji pomen kajenju pri rakah požiralnika in trebušne slinavke.

Tabela 2. Povprečno letno število (N) novo zbolelih z deleži (%) med vsemi raki za vseh 16 lokacij kadijskih rakov pri moških (m) in ženskah (ž), Slovenija 2010–2014
 Populacijski pripisjivi deleži (PAF), kot so jih ocenili v raziskah EPIC [15] in Parkin [16]. Povprečno letno število novo zbolelih, ki jih pripisujemo kajenju, Slovenija 2010–2014

Rak	MKB10	N	N (m)	N (ž)	% (m)	% (ž)	PAF: EPIC	PAF: Parkin (m)	PAF: Parkin (ž)	Število rakov, pripisanih kajenju
Grlo	C32	104	93	12	1,25	0,19	84	79	79	88
Plijuca	C34	1.272	867	406	11,73	6,57	82	85	80	1.043
Spodnja sečila	C65–C68	369	267	102	3,61	1,65	50	38*	34*	184
Ustno in spodnje žrelo	C9,C10,C12–C14	163	141	21	1,91	0,35	49	70*	55*	80
Požiralnik	C15	90	75	15	1,01	0,25	35	63	71	31
Ustna votlina	C00–C08	171	123	48	1,67	0,77	33	70*	55*	56
Jetra	C22	189	138	51	1,87	0,82	25	27	15	47
Želodec	C16	475	294	181	3,98	2,93	21	26	15	100
Nosno žrelo	C11	12	9	3	0,12	0,05	17	70*	55*	2

Se nadaljuje →

Nadaljevanje

Rak	MKB10	N	N (m)	N (ž)	% (m)	% (ž)	PAF-EPIC	PAF-Parikin (m)	PAF-Parikin (ž)	Število rakov, pripisanih kajenju
Debelo črevo in danika	C18–C20	1.538	923	615	12,49	9,96	14	7	10	215
Jajčnik (mucinozni)	C56 (ICDO3: 8480)	6	0	6	0,00	0,10	14		3	1
Maternični vrat	C53	128	0	128	0,00	2,07	14		7	18
Trebušna slinavka	C25	359	183	176	2,48	2,85	13	26	31	47
Mieloična levkemija	ICDO3: 984–993	107	58	49	0,79	0,79	13	19	6	14
Nosna votlina in sinusi	C300, C31	12	7	6	0,09	0,09	11			1
Ledvica	C64	343	228	116	3,08	1,88	8	29 [§]	15 [§]	27
Skupaj kardijski raki		5.338	3.404	1.934	46,09	31,3	35			1.868
Vsi raki	C00–C96	13.562	7.386	6.175						

MKB10: Mednarodna statistična klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov, 10. revizija

ICDO3: Mednarodna klasifikacija bolezni za onkologijo, 3. revizija

[§] PAF samo za seči mehur^{*} podan je enoten PAF za ustno votlino in žrelo[§] podan je enoten PAF za ledvica in sečevod

ZAKLJUČEK

Strokovnjaki, združeni pod okriljem Mednarodne agencije za raziskovanje raka, so v sklopu zdravstvene strategije EU leta 2014 oblikovali četrto različico Evropskega kodeksa proti raku [17]: Sestavili so dvanajst nasvetov, ki naj bi – ko bi jih upoštevali – pripomogli, da bi se zmanjšala zbolewnost in umrljivost za rakom. Priporočila so seveda taka, da ne varujejo le pred rakom, pač pa tudi pred drugimi kroničnimi boleznimi, predvsem boleznimi srca in ožilja. Zato bi moralo upoštevanje priporočil Evropskega kodeksa izboljšati zdravstveno stanje nasploh.

Za izračun števila rakov, ki ga v Slovenski populaciji lahko pripisujemo kajenju, smo uporabili pripisljive deleže raziskave EPIC ter podatke Registra raka Republike Slovenije. Med 13.500 novimi bolnikih, ki jih povprečno letno registriramo v Sloveniji, jih skoraj 1900 zbolijo zaradi kajenja. Največji delež pripada primerom pljučnega raka (1000 novih bolnikov letno), sledijo primeri raka glave in vratu, debelega črevesa in danke ter sečil z več kot novih 200 primerov letno pri vsaki lokaciji, ki jih pripisujemo kajenju (Tabela 2).

12 NASVETOV PROTI RAKU
Evropski kodeks proti raku 2014

1 NE KADITE!

- Ne kadite in ne uporabljajte tobačnih izdelkov v kakršnikoli obliki!
- Kadilci, čim prej opustite kajenje!

2 NE KADITE V NAVZOČNOSTI DRUGIH!

- Vaše kajenje lahko škoduje zdravju ljudi v vaši okolici!
- Ne kadite doma, na delovnem mestu ali v javnih prostorih!

Slika 2. Evropski kodeks proti raku 2014 – prvi dve točki, ki se nanašata na kajenje in pasivno izpostavljenost tobačnemu dimu

Vsaka različica kodeksa povzema najnovejša spoznanja s področja epidemiologije rakavih bolezni in nevarnostnih dejavnikov, že od prve izdaje leta 1987 pa je prvi in najpomembnejši nasvet namenjen posebej kadilcem in vsem, ki se ukvarjajo z mislijo na kajenje. V aktualnem kodeksu se na izpostavljenost tobačnemu dimu nanašate kar prva dva nasveta (Slika 2): v svoji prvi točki se kodeks tako obrača na kadilce (Ne kadite!), v drugem pa opozarja na problematiko pasivne izpostavljenosti tobačnemu dimu (Ne kadite v navzočnosti drugih!).

Bolezni zaradi tobaka so najlažje preprečljivi vzrok smrti. Optimistično sporočilo je, da ni nikoli prepozno opustiti kajenje: celo tistim, ki nehajo kaditi v srednjih letih, preden zbolijo za resnimi posledicami, se pričakovano trajanje življenja spet približa tistemu, kot velja za nekadilce.

LITERATURA

1. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Islami F, Drope J. The tobacco atlas. 5th ed. Atlanta: American Cancer Society, 2015.
2. Primic-Žakelj M, Zadnik V. Kajenje in rak v Sloveniji. In: Štabuc B, Primic-Žakelj M, Zdešar A (editors). Kajenje in rak. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2004.
3. Doll R. Uncovering the effects of smoking: historical perspective. *Stat Meth Med Res* 1998; 7: 87–117.
4. US Department of health, education and welfare. Smoking and health. Report of the Advisory committee to the Surgeon general of the Public health service. DHEW Publication No. 1103. Washington (DC): US Department of health, education and welfare. Public health service, Communicable disease center, 1964.
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 26: 328 (7455).
6. Mušič E. Pomen KOPB smo predolgo zapostavljali. *Naša lekarna* 2010; 47: 38–43.
7. Turel M. Škodljivi vplivi kajenja na zdravje. In: Štabuc B, Primic-Žakelj M, Zdešar A (editors). Kajenje in rak. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2004.
8. Stewart BW, Wild CP (editors). *World Cancer Report 2014*. Lyon: IARC, 2014.
9. International agency for research on cancer. Tobacco smoking. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk to humans. IARC, 1986; (38).
10. International agency for research on cancer. Tobacco smoking and involuntary smoking. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk to humans. IARC: Lyon, 2003 (83).
11. International agency for research on cancer. Personal habits and indoor combustion. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk to humans. Vol 100E. IARC Lyon, 2012.
12. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 2013; 49: 1374–403.
13. Zadnik V, Primic-Žakelj M, Lokar K, Jarm K, Ivanuš U, Žagar T. Cancer burden in Slovenia with the time trends analysis. *Radiol Oncol* 2017; 51: 47–55.
14. Pompe-Kirn V, Japelj B. Trend incidence pljučnega raka in kadilskih navad pri ženskah v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2000; 69: 679–82.

15. Agudo A, Bonet C, Travier N, González CA, Vineis P, Bueno-de-Mesquita HB, et al. Impact of cigarette smoking on cancer risk in the European prospective investigation into cancer and nutrition study. *J Clin Oncol* 2012; 30: 4550–7.
16. Parkin DM. Tobacco-attributable cancer burden in the UK in 2010. *Br J Cancer*. 2011; 105 Suppl 2: S6–13.
17. Primic-Žakelj M, Štabuc B, Zdešar A (editors). 12 nasvetov proti raku: Evropski kodeks proti raku 2014. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2015.

PLJUČNI RAK

Blaž Grošelj in Viljem Kovač

POVZETEK. Pljučni rak je najpogostejši vzrok smrti za rakom. Incidenca pri moških se umirja, medtem ko se pri ženskah strmo veča. Glavni dejavniki za razvoj pljučnega raka so kajenje tobaka, poklicna izpostavljenost karcinogenom in dedno nagnjenje. Zdravljenje je specifično glede na tip raka. Preživetje korelira z zgodnejšim odkritjem bolezni. Pljučnega raka lahko zdravimo z obsevanjem (radioterapijo), s kirurgijo in sistemsko (s kemoterapijo) ali kombinirano. Smrtnost je še vedno velika, v zadnjih dveh desetletjih se preživetje kljub uporabi sodobnejših obsevalnih tehnik in novejših protokolov sistemskega zdravljenja ni bistveno izboljšalo. V zadnjih letih se kot pomembna terapevtska možnost uveljavljajo imunoterapija in tarčna zdravila. Najboljša preventiva je nikdar začeti kaditi ali kajenje takoj opustiti.

UVOD

Pljučni rak je pogosta bolezen in v svetovnem merilu veliko breme za zdravstvene sisteme. Na svetu letno zbolijo skoraj 2 milijona ljudi. V Sloveniji je leta 2013 zbolelo več kot 1.200 ljudi, kar pljučnega raka umešča na četrto mesto med vsemi raki [1]. Po umrljivosti je najpogostejši vzrok smrti za rakom celokupno in pri moških, pri ženskah pa je na tretjem mestu, za rakoma dojke in debelega črevesa. Petletno preživetje v vseh stadijih bolezni skupaj je okrog 15-odstotno. Že več kot pol stoletja je znano, da je glavni vzrok pljučnega raka kajenje tobaka, predvsem aktivno (kadilci so več desetkrat bolj ogroženi kot nekadilci), a tudi pasivno (grožnja zveča za 20 %) [2]. Aktivno kadi eden od štirih prebivalcev, star vsaj 15 let [3]. Tveganje za nastanek raka je povezano s starostjo ob začetku kajenja, številom dnevno pokajenih cigaret in trajanjem kajenja. Cigaretetni dim vsebuje na tisoče škodljivih snovi. Glavne rakotvorne so policiklični aromatski ogljikovodiki, benzen, aldehidi in drugi [4]. V Sloveniji je pogosta tudi poklicna izpostavljenost, predvsem v rudarstvu in kamnolomih (azbestni prah, uranova, železova ruda), pri proizvodnji izolacijskih materialov, izpostavljenost hlapom težkih kovin ter strupom v naftni in usnjarski industriji [5].

Najučinkovitejši pristop k zmanjševanju bremena pljučnega raka je preventivna dejavnost (na ravni zakonodaje, ozaveščanja, pomembna je vloga zdravstvenih delavcev na primarni ravni). Prenehanje kajenja je koristno za zdravje ne glede na trajanje kajenja. Učinkovita je predvsem primarna preventiva – preprečevanje kajenja ali takojšnje prenehanje. Sekundarna preventiva s presejalnimi testi je v Evropi še na ravni raziskav [6].

KLINIČNA SLIKA IN DIAGNOSTIKA

Preživetje bolnikov s pljučnim rakom je povezano s stadijem bolezni ob diagnozi. Ko bolezen odkrijemo, ima polovica bolnikov že napredovalo obliko, zato ima pomembno vlogo pri zgodnjem odkrivanju pljučnega raka predvsem družinski zdravnik. Ta mora med vrsto nespecifičnih bolnikovih simptomov prepoznati sum na pljučnega raka. V ospredju bolnikovih težav je predvsem sprememba jutranjega kašlja, ki postane dražeč, ter občutek težkega dihanja. Občasno bolnik opazi v izmečku kri. Težave lahko spremljajo hripavost, izguba glasu, čezmerno znojenje, vročina in – celo ob ohranjenem apetitu tudi hujšanje. Pojavi se lahko prsna bolečina, ki je na isti strani, kot je tumor, in ob napredovali bolezni tudi kostna bolečina [7].

Družinski zdravnik bolnika napoti na rentgensko slikanje pljuč, kar pa je relativno slabo občutljivo in izvid je lahko napačno negativen. Če se sum na pljučni tumor potrdi, zdravnik bolnika napoti k pulmologu, ki nato odredi dodatno slikovno diagnostiko (računalniško tomografijo glave, prsnega koša in trebuha). Če je treba, sledi invazivna diagnostika – pri bronhoskopiji pridobimo material za histološko opredelitev tumorja. Tkivni vzorec lahko odvzamemo tudi s punkcijo mediastinalnih bezgavk, pri čemer si nam lahko znatno pomagamo z endobronhialno ultrasonografijo z linearno sondo [8]. Če tumor leži na težko dostopnem mestu, radiolog opravi CT-vodeno pertorakalno debeloigelnno punkcijo. Kadar želimo natančneje določiti razširjenost bolezni, bolnika napotimo na preiskavo s pozitronsko emisijsko tomografijo in računalniško tomografijo (PET/CT), ki sicer ne omogoča ocene presnove v zelo majhnih spremembah, poda pa lahko zelo utemeljen sum, da so prizadete bezgavke ali da ima bolnik že oddaljene zasevke [9].

KLASIFIKACIJA

Histopatološko pljučnega raka delimo glede na celice, iz katerih vznikne. Najpogostejša oblika je nedrobnocelični pljučni rak (v 85 %), kamor spadajo žlezni (adenokarcinom), ploščatocelični (epidermoidni) in velikocelični karcinom. Druga skupina pa je drobnocelični (mikrocelularni) pljučni rak (15 %).

ZDRAVLJENJE

Zdravljenje pljučnega raka je odvisno od histopatološkega izvida, stadija bolezni (obseg bolezni), bolnikovega splošnega stanja in pridruženih bolezni, zlasti pljučnih. Bolnika zdravimo kirurško ali obsevalno ali sistemsko, največkrat pa kombinirano [10].

Kirurško zdravljenje priporočamo zlasti pri nedrobnoceličnem raku v zgodnjih stadijih (stadija I in II). Lahko odstranimo pljučni reženj (lobektomija) ali

pa – poredko – manjši segment (segmentektomija). Sočasno odstranimo še bezgavke v pljučih in medpljučju, ker s tem zmanjšamo možnost ponovitve bolezni, hkrati pa preverimo, ali so tumorske celice že lokalno-regionalno zasevale. Sodobne torakalne kirurške operacije opravljamo s t.i. minimalno invazivno videotorakoskopsko tehniko (VATS), ki zmanjša verjetnost zapletov med operacijo in močno pospeši okrevanje po njej [11]. Kirurško lahko zdravimo tudi tiste bolnike, pri katerih se je tumor dobro odzval na neoadjuvantno kemoterapijo pred operacijo in ga je nato mogoče v celoti odstraniti. Redko je kirurško zgolj paliativno zdravljenje, ko ozdravitev ni več možna in skušamo le izboljšati življenje in preživetje [11].

Najpogostejši način zdravljenja pljučnega raka v vseh stadijih je obsevanje (radioterapija, RT), bodisi radikalno ali paliativno. V glavnem RT uporabljamo pri lokalno napredovali bolezni, ko kirurško zdravljenje ni več možno (vraščanje v okolne strukture ali zasevanje v loko-regionalne bezgavke), navadno v kombinaciji s sočasno kemoterapijo na osnovi platine (npr. cisplatin). Radioterapevtsko načrtovanje obsevanja na osnovi preiskave PET-CT je v obsevalno načrtovanje prineslo velike izboljšave, predvsem glede natančnosti obsevanja tumorja in prizadetih bezgavčnih lož ter izboljšanja preživetja [9].

Kemoterapija je v zdravljenju lokalno napredovalega in razsejanega pljučnega raka izrednega pomena. Temelji na kombinaciji dveh zdravil, preparata na osnovi platine in novejšega citostatika. Kombinacijo določajo predvsem histološki podtip ter bolnikovo splošno stanje in zmogljivost. Ko bolezen napreduje, se lahko kasneje doda še drugi in tretji red terapije, kar izboljša preživetje [12, 13]. Velik razmah in predvsem dober obet za zdravljenje pljučnega raka je sistemsko zdravljenje dobilo z napredkom tarčne terapije in imunoterapije.

V Sloveniji rutinsko določamo status molekularnih označevalcev, proti katerim so poznana tarčna zdravila – zaviralci tirozinske kinaze. Tako na primer določamo aktivirajočo mutacijo gena za receptor za epidermalni rastni faktor (EGFR), ki je eden vodilnih onkogenov (gen, katerega mutacija vodi celico v rakav fenotip) za rakavo celico. Pomemben je tudi status prerazporeditve gena za kinazo ALK (ang. *anaplastic lymphoma kinase*) in nekateri drugi geni (ROS1, BRAF). Tovrstne mutacije celico spremenijo v v rakavo, ki se lahko izogne celični smrti, se zelo hitro deli, postane za okolico agresivna in lahko zaseva. Na podlagi pozitivnega rezultata se odločimo za zdravljenje s tarčnimi zdravili (npr. erlotinib, gefitinib, krizotinib). V klinični praksi tarčno zdravljenje prejme tretjina bolnikov z razsejanim neploščato-celičnim nedrobnoceličnim pljučnim rakom. Standardno preživetje bolnikov se je tako opazno zvečalo [14, 15]. Tarčnih zdravil, ki bi bila uporabna pri drobnoceličnem in epidermoidnem raku, še ni, ker ni poznana mutacija, ki ju povzroča.

Drugi terapevtski preskok, ki veliko obeta, je zdravljenje pljučnega raka z imunoterapijo. Gre za vrsto agensov, ki zavirajo različna imunska stikala (ang. *checkpoint inhibitors*). Ta so bodisi na tumorsko specifičnih celicah T (receptorja CTLA4 ter PD-1) bodisi na tumorskih celicah (receptor PD-L1). Z zavrtjem teh imunskih stikal preprečujemo zaviralni učinek, ki ga ima rakava celica na delovanje ene izmed glavnih obrambnih celic organizma proti raku, limfocitov T [16]. Zaviralce imunskih stikal trenutno uporabljamo pri razsejanem nedrobnoceličnem raku, kmalu pa bo ta terapija na voljo tudi za drobnocelični tip pljučnega raka. Velik problem je še vedno velik delež bolnikov (okrog dve tretjini), katerih tumor ni dovzeten za to terapijo. Če pa se bolezen ugodno odzove na zdravljenje z zaviralci imunskih stikal, raziskave kažejo na dolge remisije bolezni. Najnovejše celo kažejo, da bi lahko z imunoterapijo kombinirali lokalno zdravljenje [17].

ZAKLJUČEK

Pljučni rak je agresivna bolezen, ki navadno poteka hitro in neugodno, s številnimi možnimi poslabšanji bolnikovega stanja. Zdravljenje je odvisno od stadija bolezni. Največkrat uporabimo kombinirano zdravljenje, ki obsega obsevanje, kemoterapijo in lahko tudi kirurški poseg. Preživetje bolnikov zadnji dve desetletji zelo počasi napreduje. V zadnjih nekaj letih se je razmahnilo določanje molekularnih označevalcev, ki omogočajo uporabo tarčnih zdravil. Z njimi dosegamo daljše remisije tudi pri metastatskih oblikah bolezni. Druga velika skupina obetavnih agensov so zaviralci imunskih stikal. Raziskave o primernih bolnikih, ki bi se pozitivno odzvali na tovrstno zdravljenje, potekajo. Glavni problem pa je, da so tako tarčna zdravila kot tudi zaviralci imunskih stikal pri večini bolnikov še neučinkoviti.

LITERATURA

1. Rak v Sloveniji 2013. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije; 2016.
2. Besaratinia A, Pfeifer GP. Second-hand smoke and human lung cancer. *Lancet Oncol* 2009; 9(7): 657–66.
3. Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe (Elektronski vir) / (urednice Helena Koprivnikar, et al.). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2015.
4. Talhout R, Schulz T, Florek E, Benthem J Van, Wester P, Opperhuizen A. Hazardous compounds in tobacco smoke. *Int J Environ Res Public Health* 2011; 8(2): 613–28.
5. Rajer M, Zwitter M, Rajer B. Pollution in the working place and social status: co-factors in lung cancer carcinogenesis. *Lung Cancer* 2014; 85(3): 346–50.
6. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013; 368(4): 341–50.

7. Walter FM, Rubin G, Bankhead C, Morris HC, Hall N, Mills K, et al. Symptoms and other factors associated with time to diagnosis and stage of lung cancer: a prospective cohort study. *Br J Cancer* 2015; 112(Suppl 1): S6–13.
8. Gomez M, Silvestri GA. Endobronchial ultrasound for the diagnosis and staging of lung cancer. *Proc Am Thorac Soc* 2009; 6(10): 180–6.
9. Steinert HC. PET and PET-CT of lung cancer. *Methods Mol Biol* 2011; 727: 33–51.
10. Johnson DH, Schiller JH, Bunn PA. Recent clinical advances in lung cancer management. *J Clin Oncol* 2014; 32(10): 973–82.
11. Lackey A, Donington JS. Surgical management of lung cancer. *Semin Intervent Radiol* 2013; 30(2): 133–40.
12. Quoix E, Zalcman G, Oster J-P, Westeel V, Pichon E, Lavolé A, et al. Carboplatin and weekly paclitaxel doublet chemotherapy compared with monotherapy in elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer: IFCT-0501 randomised, phase 3 trial. *Lancet* 2011; 378(9796): 1079–88.
13. Shepherd FA, Dancey J, Ramlau R, Mattson K, Gralla R, O'Rourke M, et al. Prospective randomized trial of docetaxel versus best supportive care in patients with non-small-cell lung cancer previously treated with platinum-based chemotherapy. *J Clin Oncol* 2000; 18(10): 2095–103.
14. Chan BA, Hughes BGM. Targeted therapy for non-small cell lung cancer: current standards and the promise of the future. *Transl Lung Cancer Res* 2015; 4(1): 36–54.
15. Zwitter M, Rajer M, Stani? K, Vrankar M, Doma A, Cuderman A, Grmek M, Kern I, Kovač V. Intercalated chemotherapy and erlotinib for nonsmall cell lung cancer (NSCLC) with activating epidermal growth factor receptor (EGFR) mutations. *Cancer Biol Ther* 2016; 17: 833-9.
16. Formenti SC, Demaria S. Combining radiotherapy and cancer immunotherapy: a paradigm shift. *J Natl Cancer Inst* 2013; 105(4): 256-65.
17. Antonia SJ, Villegas A, Daniel D, Vicente D, Murakami S, Hui R, et al. Durvalumab after chemoradiotherapy in stage III non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2017; (cited 2017 Sep 10); Available at <http://www.nejm.org/online-first>.

ZDRAVLJENJE MALIGNIH BOLEZNI USTNE VOTLINE

Andrej Kansky

POVZETEK. Usta so pomemben del človeškega telesa, zato je zdrava ustna votlina pogoj za normalno življenje in dobro počutje. Od vseh bolezni, ki se pojavljajo v ustih, je rak ustne votline najhujša. V 90 % primerov je rak v ustih ploščatocelični karcinom. Rak ustne votline je med odraslo moško populacijo po pogostosti na šestem do osmem mestu vseh malignih bolezni. V Sloveniji zbolijo za rakom ustne votline in ustnega žrela letno do 250 ljudi, predvsem moških, starejših od 50 let. Glavna dejavnika tveganja sta uživanje alkoholnih pijač in kajenje. Za uspešno zdravljenje je pomembna zgodnja diagnostika in takojšnje zdravljenje. Le-to je v prvi vrsti kirurško, napredovale oblike raka zdravimo kombinirano: kirurško, z radioterapijo in tudi s kemoterapijo. Preživetje pri majhnih tumorjih je dobro, več kot 80-odstotno, pri napredovalih tumorjih pa več kot 60-odstotno; ob tem je treba poudariti, da je preživetje pri tumorjih ustnega žrela slabše kot pri raku ustne votline. Ker je zdravljenje zahtevno in ni nikoli brez posledic, bi morali več skrbi nameniti rehabilitaciji pacientov po končanem zdravljenju.

UVOD

Usta so eden najpomembnejših delov človeškega telesa – za hranjenje in dihanje, komuniciranje, govor, neverbalno izražanje in erotiko. Usta niso imuna na bolezni, celo nasprotno - govorimo, da je ustna votlina pokazatelj systemskega zdravja, ker se številne bolezni začnejo s spremembami v ustih. Spremembe na ustni sluznici, dlesnih in zobeh pogosto spremljajo tudi systemske bolezni, kot so srčno popuščanje, sladkorna bolezen, ledvična odpoved, KOPB in različne nalezljive bolezni. Od vseh bolezni, ki se pojavljajo v ustih, pa je najhujša rak ustne votline.

Ustna votlina in ustno žrelo sta najpogostejša lokacija primarnih tumorjev glave in vratu; kar 30 % karcinomov glave in vratu je v ustni votlini in več kot 90 % od njih je ploščatoceličnih karcinomov. V Sloveniji zbolijo za rakom ustne votline in ustnega žrela letno do 250 ljudi, predvsem moških, starejših od 50 let. Med drugimi malignimi tumorji se v ustih pojavljajo še tumorji malih žlez slinavk, melanomi, limfomi in sarkomi.

Najpomembnejša dejavnika za razvoj ploščatoceličnega kacinoma sta uživanje alkohola in kajenje, še posebno kombinacija obeh. Večina bolnikov s karcinomom ustne votline in žrela je moških, starejših od 50 let, vendar se v zadnjem desetletju večja število malignih bolezni v ustih tudi pri ženskah in mlajših osebah. Kot nevarnostni dejavnik, posebno za vznik raka v področju ustnega žrela, predvsem na korenu jezika in na nebnicah pri moških, starih 40–55 let, ki ne kadajo in ne pijejo alkoholnih pijač, vse bolj postavljajo v ospredje še okužbo s humanimi papilomskimi virusi (HPV), predvsem tipa 16.

Na Kliniki za maksilofacialno in oralno kirurgijo že od samega nastanka zdravimo bolnike s tumorji glave in vratu (tumorje ustnic in ustne votline, žrela,

obnosnih votlin in žlez slinavk). Že leta 1965 je prof. Čelešnik objavil članek Metastaze na vratu in v njem opozarjal na probleme lokalnega in regionalnega širjenja maligne bolezni. Še danes velja, da je razširjenost bolezni ob začetku zdravljenja ključni napovedni dejavnik preživetja.

KLINIČNA OBRAVNAVA BOLNIKOV

Na Kliniki za maksilofacialno in oralno kirurgijo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana bolnike zdravimo kirurško. Zdravljenje se začne s postavitvijo diagnoze, ugotovitvijo razširjenosti bolezni in splošnega stanja bolnika. Načrt zdravljenja (na maksilofacialno-onkološkem konziliju) se napravimo na podlagi informacij, ki jih pridobimo z rentgensko diagnostiko, magnetno-rezonančnim slikanjem in drugimi splošnimi in specifičnimi preiskavami. Kirurško zdravljenje je prva izbira, pri napreduvalih tumorjih sledi radioterapija in kemoterapija. Operiramo v Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo, za radio- in kemoterapijo pa skrbi Onkološki inštitut Ljubljana. Pri neoperabilnih tumorjih in ko je splošno zdravstveno stanje slabo, pride v poštev zdravljenje z obsevanjem na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

Kirurško zdravljenje

Kirurško zdravljenje se je v zadnjih dveh desetletjih bistveno izboljšalo; postalo je predvidljivo, varno, pooperacijske umrljivosti praktično ni, težave po operaciji pa so običajno manjše kot po zdravljenju z obsevanjem. Operacija obsega začasno traheotomijo, odstranitev vratnih bezgavk (v regijah I, II, III, IV, V), radikalno odstranitev tumorja (s patohistološkim nadzorom robov tumorja z zmrzlim rezom) in rekonstrukcijo. Operacija se običajno začne z odstranitvijo bezgavk na vratu. Razlikujemo selektivno modificirano in radikalno disekcijo; slednja je indicirana, če so prizadete bezgavke (pri tumorjih N3 in redko pri N2 po klasifikaciji TNM). Pri modificirani in selektivni disekciji ohranimo vse pomembne anatomske strukture, zato je morbiditeta po posegu majhna in ni trajnih posledic. Disekcijo na vratu delamo od spodaj navzgor, konča se v submandibularni regiji, od koder se nadaljuje operacija z odstranitvijo tumorja. V ustni votlini zamejimo robove tumorja in ga odstranimo – kombinirano s pristopom skozi usta in z vratu. Tumor običajno ostane povezan s kirurškim preparatom na vratu. Na shemi tumorja z odstranjenimi vratnimi bezgavkami tumor označimo in orientiramo ter odstranjeno tkivo pošljemo na dokončni patohistološki pregled. Za zmrzli rez dodatno vzamemo vzorce s kirurških robov. Rezultate dobimo v roku 30 do 60 minut, medtem pa se naredi traheotomija in pripravi žile za rekonstrukcijo.

Rekonstrukcija je pomemben del zdravljenja. Gre za zelo zahtevne kirurške posege, ki pa lahko pomembno izboljšajo življenje po zdravljenju. Potrebni

so lokalni, regionalni in mikrovaskularni režnji, bodisi mehko tkivni (kožno-mišični), kombinirani (kožno-mišično-kostni) ali kostni. Mikrovaskularni reženj običajno napravimo ob odstranitvi tumorja. Ko so znani rezultati zmrzlega reza, reženj prestavimo s prvotnega mesta v usta ob skrbni venski in arterijski anastomozi. Kadar je potrebna kostna rekonstrukcija, nadomestimo tudi manjkajočo kost in naredimo osteosinteze. Ob koncu preverimo hemostazo, vstavimo drene, zašijemo mehka tkiva na vratu in ustih. Operacija z mikrovaskularno rekonstrukcijo je zahteven poseg, ki lahko traja tudi deset ur in več.

Po operaciji skrbimo za vitalne funkcije, za reženj in z analgetiki za dobro počutje bolnika. Prvi teden po operaciji bolnika hranimo po nazogastrični sondi, kasneje, če se le da, skozi usta. Že takoj prve dni po operaciji bolnike postavimo na noge in jih skušamo čim hitreje rehabilitirati.

Radioterapija

Pooperacijska rehabilitacija običajno traja od 7 do 30 dni in je odvisna od splošnega bolnikovega stanja. Pet tednov po kirurškem zdravljenju se začne radioterapija, včasih s sočasno kemoterapijo. Bolnike obsevajo na Onkološkem inštitutu Ljubljana, po vnaprejšnjih pripravi in načrtu. Obsevanje področja tumorja in vratu traja približno dva meseca.

Obsevanje pusti pacientu dodatne posledice: splošno oslabeledost in slabost, koža na vratu in obrazu postane suha in pekoča, podobno je z ustnimi sluznicami, ki jih pesti pomanjkanje sline, težave so s požiranjem in hranjenjem. Pojavijo se težave z zobmi, zaradi suhih ust podležejo poobsevalnemu kariesu in toliko propadejo, da jih ni mogoče popraviti. Kadar je potrebna ekstrakcija, moramo dosledno upoštevati protokol za puljenje zob pri obsevanem bolniku, ker se rane slabo celijo. Grozi vdor okužbe v kost – osteoradiomielitis –, ki povzroči osteonekrozo in propad kosti. Zdravljenje osteonekroze je dolgotrajno in se ponavlja konča s hudimi posledicami tako za videz kot za funkcijo.

Rezultati zdravljenja

Rezultati zdravljenja ploščatoceličnega karcinoma ustne votline so dobri, če bolezen odkrijemo zgodaj. Rast in širjenje tumorja sta sprva predvidljiva. Ko bolniki zdravljenje predolgo odlašajo, bolezen napreduje lokalno in regionalno. Prve regionalne metastaze so homolateralne, oddaljene metastaze nastanejo precej kasneje. Napredovali tumorji so velik problem, zdravljenje je zahtevno, dolgotrajno in drago. Petletno preživetje pri majhnih tumorjih je po statistiki Kliničnega oddelka za maksilofacialno in oralno kirurgijo 89-

stotno, pri napredovalih pa 66-odstotno. Poudariti pa je treba, da statistika velja za bolnike, ki so bili primarno kirurško zdravljeni. Pogostost pojavljanja drugih primarnih tumorjev variira od 4 do 40%.

ZAKLJUČEK

Za tem boljši uspeh zdravljenja so pomembni preventivni pregledi in čim prejšnja postavitve diagnoze. Nujno je redno spremljanje stanja bolnikov – in to do konca njihovega življenja – zaradi težav po zdravljenju in zgodnje prepoznavne morebitnih recidivov. Zdravljenje bolnike zaznamuje za vse življenje, zato je pomembno, da jim stojimo ob strani ne samo kot zdravniki, ampak tudi po človeški plati, s spodbudami in oporo, ter pomagamo, da se kar najuspešneje rehabilitirajo. Zobna rehabilitacija bolnikom zelo veliko pomeni; za mnoge kar dokončno zmago nad boleznijo, res pa je, da uspe pri manj kot 40 % operiranih in obsevanih bolnikih.

LITERATURA

- Didanovič V, Dovšak T, Prodnik L, Kansky A. Surgical treatment of the oral cavity and oropharyngeal carcinoma. In: Zidar N, Gale N. *Novosti na področju ustnih bolezni*. Ljubljana: Inštitut za patologijo Medicinske fakultete, 2015: 30–4.
- Gillison ML, Chaturvedi AK, Anderson WF, Fakhry C. Epidemiology of Human papillomavirus-positive head and neck squamous cell carcinoma. *J Clin Oncol* 2015; 33: 3235–42.
- Ihan Hren N, Kansky A. Maksilofacialna kirurgija. In: Smrkolj V. *Kirurgija*. Ljubljana: Grafika Gracer, 2014: 540–651.
- Kansky A. Načrtovanje operativnih posegov s pomočjo tridimenzionalnih modelov. In: Kansky A (editor). *Sodobni diagnostični postopki v področju glave in vratu*. Ljubljana: Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije 2008: 14-7.
- Kansky A. Pomen rednih stomatoloških pregledov. In: Kansky A. *Zbornik: Oralno zdravje za zdravo življenje, svetovni dan oralnega zdravja 2013*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 2013: 12-3.
- Strojan P. Guidelines for management of head and neck malignancies. *Onkologija* 2009; 13: 103–4.
- Terlevič Dabič D, Kansky A, Vučičević-Boras V. Prevalence of oral mucosal lesions in Slovenia. *Res J Pharm Biol Chem Sci* 2015; 6: 1154–7.
- Terlevič Dabič D, Kansky A. *Zobozdravnik vidi bolje. Zato lahko reši življenje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 2017.

UROLOŠKI RAKI

Breda Škrbinc

POVZETEK. Kajenje je pomemben dejavnik tveganja tako raka ledvičnih celic kot urotelijskega raka votlega dela sečil. Obe vrsti raka sta 2–3-krat pogostejši pri moških, najpogosteje pri starih 55–75 let. Urotelijski karcinom se v 85 % pojavlja v neinvazivni obliki, ki je potencialno ozdravljiva z radikalno transuretralno resekcijo (TUR), vendar se rada ponavlja in lahko preide tudi v invazivnega raka sečil. Pri ženskah invazivni urotelijski karcinom sečil praviloma odkrijemo v bolj napredovalih stadijih kot pri moških in tudi smrtnost žensk z urotelijskim karcinomom sečil je večja kot pri moških. Pravočasna in ustrezna urološka diagnostika sta ključni za učinkovito zdravljenje invazivnega urotelijskega karcinoma, ki je praviloma kombinirano (lokalno in sistemsko zdravljenje). Karcinom ledvičnih celic v sodobnem času zaradi pogostih radioloških pregledov odkrivamo v zgodnejših stadijih lokalno omejene bolezni, ki je potencialno ozdravljiva z radikalno operacijo. Kljub temu pa se v 50 % bolezen kasneje ponovi v metastatski obliki. Bolnike z inoperabilnim metastatskim rakom ledvic zdravimo z različnimi skupinami tarčnih zdravil, v zadnjih letih tudi z zaviralci imunskih nadzornih točk. (ang. immune checkpoint inhibitors).

UROTELIJSKI RAK VOTLEGA SISTEMA SEČIL

Epidemiologija in dejavniki tveganja

Rak sečnega mehurja sodi zlasti pri moških med pogostejše vrste raka, rak ledvičnega meha in rak sečevoda pa sta bistveno redkejši vrsti (okvirno razmerje je 20 : 2 : 1). Tako pri ženskah kot pri moških je rak sečil najpogostejši v starostni skupini 55–75 let. Raka votlega sistema sečil je pri ženskah približno 3-krat manj kot pri moških, vendar se tudi pri ženskah incidenca raka sečil vztrajno večja [1–5]. Epidemiološke raziskave kažejo, da je pri ženskah rak sečil praviloma odkrit v kasnejših stadijih kot pri moških, pa tudi smrtnost zaradi raka sečil je pri ženskah večja kot pri moških. Razlogov za te razlike med spoloma je več. Tipična klinična simptomatika hematurije in/ali znakov uroinfekta se med spoloma ne razlikuje, so pa praviloma moški prej napoteni k urologom in na specifične preiskave kot ženske, ki jih pogosto (pre) dolgo zdravijo z diagnozo uroinfekt in jih (pre)pozno napotijo na pregled k urologu. Pomembni dejavniki razlik v incidenci in poteku bolezni med spoloma so tudi različna izpostavljenost dejavnikom tveganja, zlasti kajenju, genetsko ozadje (različna izražena aktivnost detoksifikacijskih encimov) in – po izsledkih več raziskav – so zelo pomembne hormonske razlike, saj so hormoni posredno in neposredno vpleteni tako v nastanek karcinoma sečil kot v potek te bolezni [5, 6].

Najpomembnejši dejavniki tveganja raka votlega sistema sečil so kajenje, dolgotrajna raba nekaterih nesteroidnih analgetikov ter izpostavljenost karcinogenom na delovnem mestu, kot so benzidin, 2-naftilamin in 4-aminodifenil. Posebej so ogroženi zaposleni v nekaterih industrijskih panogah, npr. delavci v kemični, lesni, usnjarski, gumarski industriji ter v industriji

plastičnih mas. Sicer med dejavnike tveganja raka sečnega mehurja štejejo tudi njegova pogosta bakterijska vnetja [1, 5, 6].

Patohistološka slika raka votlega sistema sečil

Patohistološko je rak votlega sistema sečil v več kot 90 % prehodnocelični karcinom (urotelijski karcinom); ploščatocelični se pojavlja v 6–8 %, adenokarcinom pa v 2 %. Urotelijski karcinom je v 75 % površinski rak, ki ne prerašča lamine proprije. Invazivni urotelijski karcinom pa jo prerašča in vrašča v mišični sloj ali še globlje, v perivezikalno maščevje in v okolne organe. Pri moškem invazivni karcinom sečnega mehurja najpogosteje prerašča v seminalne vezikule in prostato, pri ženskah pa v uterus in vagino. Po lokalni razširjenosti razlikujemo 3 stadije bolezni, stadij 4 pa označuje razsejano bolezen z razsevki v oddaljenih organih. Urotelijski karcinom votlega sistema sečil ocenjujemo tudi po stopnji malignosti; razlikujemo papilarno urotelijsko neoplazmo nizke stopnje malignosti, urotelijski karcinom nizke stopnje malignosti (gradusa) in urotelijski karcinom visoke stopnje malignosti [7, 8].

Klinična slika

V več kot 80 % se rak sečnega mehurja primarno pokaže z nebolečo mikro- ali makrohematurijo, lahko pa se kaže samo s pogostimi pekočimi ali celo nebolečimi mikcijami, torej s simptomatiko uroinfekta oz. pri moških s simptomatiko benigne hiperplazije prostate (BHP). Uroinfekt pogosto spremlja raka sečnega mehurja, zato je ob ponavljajočih se znakih uroinfekta ali ob neučinkovitem antibiotičnem zdravljenju indicirana čim prejšnja napotitev pacienta k urologu. Če se tumor razširi lokalno, se začno pojavljati tudi suprapubične bolečine oz. bolečine v področju medeničnega dna, ko pa prerašča izstopišča sečevodov, pa je posledica hidronefroza z ledveno bolečino. Kot posledica zasevanja v področne in retroperitonealne bezgavke se zaradi motenih limfne in venske drenaže pojavijo otekline spodnjih okončin, ki so lahko tudi posledica globoke venske tromboze, z zasevanjem v oddaljene organe pa klinični znaki zaradi prizadetosti teh organov (pljuča – suh dražeči kašelj, skelet – lokalizirana napredujoča bolečina, zvečane, na otip čvrste, trde periferne bezgavke itd.) [1, 10].

Diagnostika

Citološka preiskava urina je zaradi zelo majhne občutljivosti (10-odstotne pri karcinomih nizkega in 60-odstotne pri karcinomih visokega gradusa) ob sumu na karcinom votlega sistema sečil nezanesljiva diagnostična metoda. Zato je za pacienta s sumom na karcinom sečnega mehurja kljub negativ-

nemu citološkemu izvidu nujno potrebna cistoskopija. Ob sumu na tumor ledvičnega meha oz. na tumor sečevoda so potrebne intravenska urografija, ultrasonografija/računalniška tomografija (US/CT) trebuha, včasih tudi endoskopska ureteroskopija. Če je tumor sečnega mehurja viden pri cistoskopiji, je za histopatološko opredelitev in za oceno globine njegove invazije treba napraviti še biopsijo, s palpacijo sečnega mehurja pa oceniti še velikosti in pomičnost tumorja. Za zamejitev mišično-invazivne oblike tumorja sečnega mehurja so potrebne še CT ali magnetnoresonančna (MR) tomografija trebuha in rentgenografija prsnih organov. Pri sumu na metastatsko bolezen opravimo še preiskave glede na klinično sliko [1, 8].

Zdravljenje

Ob postavitvi diagnoze ima približno tri četrtine bolnikov površinski karcinom, četrtina pa mišično-invazivni karcinom sečnega mehurja.

Kirurško zdravljenje

Zdravljenje izbire pri bolnikih s površinskim karcinomom sečnega mehurja sta ali transuretralna resekcija (TUR) ali elektrokoagulacija tumorja. Če je tumorjev več, začetnemu posegu sledi še intravezikalna imuno- ali pa kemo-terapija (BCG, mitomicin). Stanje je po zaključenem zdravljenju treba slediti z rednimi cistoskopijami, ker se površinski karcinom pogosto ponavlja, lahko pa se razvije tudi invazivni urotelijski karcinom. Če so površinski tumorji zelo obsežni ali pa se kljub dopolnilni intravezikalni terapiji ponavljajo, je zdravljenje izbire radikalna cistektomija. Radikalna cistektomija z odstranitvijo področnih bezgavk je tudi standard zdravljenja invazivnega karcinoma sečnega mehurja. Gre za obsežno operacijo, pri kateri ženskam poleg sečnega mehurja in bezgavk odstranijo še maternico, prednjo steno nožnice, ovarije in sečnico, moškim pa prostato in semenske mešičke.

Pri bolnikih s karcinomom ledvičnega meha in sečevoda je standardna operacija nefroureterektomija, pri bolnikih s površinskim karcinomom distalne tretjine sečevoda pa njegova delna resekcija. Prognoza pri površinskem karcinomu ledvičnega meha in sečevoda je enaka kot pri površinskem raku sečnega mehurja (10-letno preživetje je več kot 90-odstotno), pri invazivnem karcinomu ledvičnega meha in sečevoda pa je slabša kot pri invazivnem karcinomu sečnega mehurja, (10-letno preživetje je 10–15-odstotno) [7, 8].

Zdravljenje z obsevanjem

Pri nekaterih bolnikih z lokalno omejenim mišično-invazivnim karcinomom sečnega mehurja je možno ohranitveno zdravljenje – kombinacija TUR,

sistemske kemoterapije in obsevanja. Njihovo preživetje je enako kot tistih, zdravljenih z radikalno kirurgijo. Kombinirano zdravljenje, ki vključuje sodobne obsevalne tehnike, večini bolnikov ohrani relativno normalno funkcijo sečnega mehurja. Tak izid je prej izjema kot pravilo po redko izbranem zdravljenju samo z radikalnim obsevanjem, za katero so potrebne višje doze.

Sistemska zdravljenje

Karcinom sečnega mehurja je kemosenzitivnen. Zato lahko kombinirana kemoterapija, ki temelji na preparatih platine (cisplatin, karboplatin), pri bolnikih z metastatsko boleznijo doseže tudi večletne zazdravitve oz. remisije bolezni.

Izsledki najnovejših raziskav kažejo, da je kombinacija kemoterapije in imunskega zdravljenja dragocena novost v zdravljenju bolnikov z lokalno napredovalim ali metastatskim karcinomom sečnega mehurja. V sodobno sistemsko zdravljenje vključujemo tudi zaviralce imunskih nadzornih točk (ang. *immune checkpoint inhibitors*), kot so atezolizumab, nivolumab in pembrolizumab. Bolniki jih večinoma dobro prenašajo. Ker gre za imunomodulacijsko zdravljenje, so seveda tudi neželeni učinki avtoimunske narave. Najpogosteje prizadenejo kožo, pljuča in prebavila, lahko pa avtoimunsko vnetje zajame kateri koli organ ali tkivo. Ob rednem in skrbnem nadzoru sicer lahko neželene učinke imunskega zdravljenja učinkovito in hitro omejimo s pravočasnim ukrepanjem.

Metaanalize kliničnih raziskav so pri bolnikih z lokalno omejeno boleznijo pokazale 5-odstotno absolutno izboljšanje celokupnega preživetja, če so bili poleg radikalne operacije pred njo deležni tudi neoadjuvantega ali - po njej – adjuvantnega sistemskega zdravljenja s kombinirano kemoterapijo. Zato tudi bolnike z lokalno omejenim rakom sečnega mehurja, ki so za to primerni in se s kombiniranim sistemsko-kirurškim zdravljenjem tudi strinjajo, dodatno zdravimo s kemoterapevtiki, po možnosti pred operacijo, ko jih bolniki načeloma lažje prenesejo kot po njej. Uroonkološko zdravljenje praviloma celostno načrtujemo na sestanku multidisciplinarnega konzilija [9–13].

LEDVIČNI RAK

Epidemiologija in nevarnostni dejavniki

Ledvični rak je pri odraslih redka oblika raka. Pri moških se pojavlja 2-krat pogosteje kot pri ženskah, največkrat – podobno kot rak votlega sistema sečil – v starostni skupini od 50–70 let. Nevarnostni dejavniki ledvičnega raka so čezmerna telesna teža, kajenje, arterijska hipertenzija, pogosta raba nesteroidnih analgetikov (še zlasti posledična nefropatija), redko pa tudi nekatere družinsko pogojene bolezni (sindrom von Hippel-Lindau) [1, 4].

Patohistološka slika

Klinično s pojmom primarni ledvični rak označujemo samo raka ledvičnega parenhima in ga zato imenujemo rak ledvičnih celic, rak ledvičnega meha skupaj z rakom sečevodov in rakom sečnega mehurja pa uvrščamo v raka votlega sistema sečil. Gre za biološko različni vrsti raka sečil, kar posledično pomeni tudi drugačen način zdravljenja.

Razlikujemo več patohistoloških tipov raka ledvičnih celic. Klasično poznani osnovni tipi ledvičnega raka so svetlocelični, papilarni, kromofobni in slabo diferencirani (sarkomatoidni). Sodobne klasifikacije pa upoštevajo nova spoznanja bazične cito- in histomorfologije, imunohistokemije, citogenetičnih dognanj ter molekularne patologije in obsegajo precej več tipov ledvične neoplazije. Ne glede na to je med primeri raka ledvičnih celic še vedno najpogostejši (v približno 80 %) svetlocelični karcinom. Na drugem mestu (s približno 10 %) je papilarni karcinom (tip I + tip II). Obe vrsti vznikneta v proksimalnih ledvičnih tubulih [5].

Klinična slika

Ob vse pogostejši uporabi slikovnih diagnostičnih preiskav (rentgenografije pljuč, US trebuha, CT, MR slikanja) je tudi vse več naključno odkritih primerov ledvičnega raka zgodnjih stopenj, ko bolezen klinično še ni očitna. Klasični znaki lokalno omejenega, praviloma pa že napredovalega ledvičnega raka, so hematurija, ledvena bolečina in tipna tumorska masa v trebuhu. Z napredovanjem bolezni se lahko pojavijo še splošni, nespecifični simptomi in znaki, kot so slabo počutje s hujšanjem, dvigi telesne temperature in anemija, v kasnejših fazah metastatske bolezni tudi slabost, bruhanje, splošna oslabelost in pa znaki s strani prizadetih organov (zvečane obodne bezgavke, otekline spodnjih okončin, varikokela, zvečana jetra, skeletne bolečine, kašelj in še nekateri drugi).

Bolniki z ledvičnim rakom imajo pogosto tudi paraneoplastični sindrom z raznimi znaki: z arterijsko hipertenzijo, policitemijo, hiperkalcemijo, nemetastatsko jetrno disfunkcijo, Cushingovim sindromom ali motnjami presnove glukoze. Med najpogostejše neendokrine sindrome sodijo amiloidoza in anemija, nekatere nevromiopatije, vaskulopatije, nefropatije in koagulopatije.

Diagnostika

Ob sumu na ledvičnega raka je poleg osnovnih laboratorijskih preiskav ključna US trebuha. Od zamejitvenih preiskav sta za načrt zdravljenja potrebni še CT trebuha in rentgenografska ali računalniška tomografija prsnega koša. S

temi preiskavami ocenimo lokalno razširjenost primarnega ledvičnega tumorja in iščemo morebitne zasevke v oddaljenih organih. Druge preiskave načrtujemo usmerjeno glede na klinično sliko.

Zdravljenje

Ob postavitvi diagnoze ima približno 50 % bolnikov lokalno omejeno bolezen (omejeno na ledvični parenhim), 15 % lokalno razširjeno bolezen (skozi Gerotovo fascijo in v področne bezgavke), 25 % pa napredovalo, metastatsko oblezno. V približno 50 % primerov bolezen napreduje v metastatsko obliko, in to tudi več let po uspešnem kirurškem posegu v času lokalno omejene bolezni. Kar pri 85 % teh bolnikov se metastatska bolezen razvije že v prvih treh letih po operaciji zaradi primarnega tumorja.

Kirurško zdravljenje

Če bolezen in pacientovo splošno psihofizično stanje dopuščata kirurško zdravljenje, je radikalna operacija indicirana za vse bolnike z ledvičnim rakom, in to tako v lokalno omejeni kot metastatski bolezni. Cilj posega je odstranitev primarnega tumorja in po možnosti vseh zasevkov. Če radikalna operacija ni izvedljiva, se kirurg odloči za čim boljše citoredukcijo (zmanjševalno operacijo), ki zmanjša breme bolezni in olajša tudi nadaljnje sistemsko zdravljenje. Pri manjših, lokalno omejenih tumorjih z negativnimi področnimi bezgavkami je možnost ozdravitve 90-odstotna. Večji ko je primarni tumor ali bolj ko prerašča v okolna tkiva ali že zaseva v področne bezgavke, bolj se manjša možnost ozdravitve. Pomembno je, da je z radikalno operacijo primarnega tumorja in kirurško odstranitvijo vseh zasevkov pri nekaterih bolnikih z manjšim obsegom metastatske bolezni mogoče doseči dolgotrajno remisijo.

Za bolnike s karcinomom ledvic, ki ne privolijo v kirurško zdravljenje ali zanje ni primerno zaradi spremljajočih bolezni ali kakšnega drugega razloga, so na voljo nekatere intervencijske radiološke metode, kot so embolizacija, visokofrekvenčna radioablacija (HFRA), krioterapija in termoterapija primarnega tumorja pa tudi oddaljenih zasevkov.

Sistemsko zdravljenje metastatskega ledvičnega raka

Ledvični rak je kemo- in hormonsko rezistenten. Nova spoznanja iz biologije rakave celice – odkritje biološke vloge gena von Hippel-Lindau (VHL), ki je pri večini bolnikov s sporadično obliko ledvičnega raka mutiran oz. zaradi epigenetskih modifikacij zavrt – so po letu 2000 v zdravljenje metastatskega ledvičnega raka prinesla prva res učinkovita zdravila, t.i. tarčna zdravila.

Proteinski kompleks VHL v normoksemiji inhibira sistem transkripcijskih proteinov za številne rastne dejavnike. V hipoksiji ledvičnega parenhima se njegovo inhibicijsko delovanje zmanjša, stimulirani rastni dejavniki pa omogočijo prilagoditev ledvičnega parenhima hipoksičnemu okolju. Enak učinek, to je stimulacijo številnih rastnih dejavnikov, ima ob pojavu ledvičnega raka tudi mutirani oz. funkcijsko zavrti gen VHL, le da ob tem ni regulatornega mehanizma, ki bi zavrl nenadzorovano stimulacijo rastnih dejavnikov, kar se končno odrazi v razvoju raka. S tarčnimi zdravili v večini primerov ($\approx 75\%$) dosežemo mirovanje (stagnacijo) bolezni, le pri manjšem deležu bolnikov pa zmanjšanje njenega obsega (regresijo). Ob napredovanju (progresiji) bolezni po začetnem učinkovitem zdravljenju anti-VEGFR (ang. *Vascular Endothelial Growth Factor Receptors*), je poleg drugih linij tarčnih zdravil tudi v zdravljenju raka ledvic uveljavljeno imunsko zdravljenje z zaviralci imunskih nadzornih točk (nivolumab).

Sodobno sistemsko zdravljenje ledvičnega raka je praviloma kronično. Bolniki z dobro in srednje dobro prognozo so lahko zdravljeni z več zaporednimi linijami tarčnih in imunskih zdravil tudi 5 let in več. Bolnike ves čas sistemskega zdravljenja vodi internist onkolog. Ker pa gre za intenzivno in zahtevno zdravljenje, ki se lahko zapleta tako z neželenimi učinki kot napredovanjem bolezni, je zdravljenje bolnikov z metastatskim rakom multidisciplinarno: glede na aktualne probleme se v zdravljenje nujno vključujejo tako izbrani osebni zdravniki kot tudi specialisti ustreznih kliničnih strok [17–22].

Zdravljenje z obsevanjem

Obsevanje bolnikov z ledvičnim rakom je praviloma le blažilno/podporno. Najpogosteje je potrebno protibolečinsko obsevanje kostnih zasevkov in zasevkov v osrednjem živčevju. Ob preraščanju tumorja v obledvično maščevje ali po resekciji R1/R2 pri nas bolnikov dopolnilno ne obsevamo. Prav tako paliativno ne obsevamo bolnikov s primarnim ledvičnim tumorjem [1].

LITERATURA

1. Burger, M, Catto, JWF, Dalbagni G, Grossman HB, Herr H, Karakiewicz P, et al. Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer. *Eur Urol* 2013; 63 (2): 234–41.
2. Linehan WM, Zbar B, Leach F, et al. Cancers of the genitourinary system. In Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA (editors). *Cancer: Principles and practice of oncology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 1139–268.
3. Linehan WM, Bates SE, Yang JC. Cancer of the kidney. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (editors). *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:1140–64.
4. Incidenca raka v Sloveniji 2013. Ljubljana: Onkološki Inštitut – Register raka za Slovenijo, 2016.
5. Dobruch J, Daneshmed S, Fisch M. Gender and bladder cancer: A collaborative review of etiology, biology, and outcomes. *Eur Urol* 2016; 69: 300–10.

6. Grivas DP, Melas M, Papavassilou AG. The biological complexity of urothelial carcinoma: Insights into carcinogenesis, targets and biomarkers of response to therapeutic approaches. *Semin Cancer Biol* 2015; 35: 125–32.
7. Droller MJ. *Bladder cancer: Current diagnosis and treatment*. Totowa, New Jersey: Humana Press, 2001.
8. Dalbagni G. The management of superficial bladder cancer. *Nat Clin Pract Urol* 2007; 4: 254–60.
9. Stein JP, Lieskovsky G, Cote R, Groshen S; Feng AC; Boyd S, et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: Long-term results in 1054 patients. *J Clin Oncol* 2001; 19: 666–75.
10. Sedmak B. Malignni tumorji mehurja. *Zdrav Vestn* 2003; 72: 27–31.
11. Advanced Bladder Cancer Meta-analysis Collaboration. Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003; 361 (9373): 1927–34.
12. Červek J, Čufer T, Zakotnik B, Kragelj B, Borštnar S, Matos T, Žumer-Pregelj M. Invasive bladder cancer: our experience with bladder sparing approach. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998; 41 (2): 273–8.
13. Kragelj B. Phase II study of radiochemotherapy with vinblastine in invasive bladder cancer. *Radiother Oncol* 2005; 75: 44–7.
14. Advanced Bladder Cancer (ABC) Meta-analysis Collaboration. Adjuvant chemotherapy for invasive bladder cancer. *Cochrane DB Syst Rev* 2006; 19 (2) CD006018.
15. Kamat AM, Bellmunt BJ, Galsky MD, Konety BR, Lamm DL, Langham D, et al. Society for Immunotherapy of Cancer consensus statement on immunotherapy for the treatment of bladder carcinoma. *J Immunother Cancer* 2017; 5: 68.
16. Sringley JR, Dalahun B, Eble JN, Egevad L, Epstein JI, Grignon D, et al. The International Society of Urological Pathology (ISUP) Vancouver classification of renal neoplasia. *Am J Surg Pathol* 2013; 37: 1469–89.
17. Motzer RJ, Michaelson MD, Redman BG, Hudes GR, Wilding G, Figling RA, et al. Activity of SU11248, a multitargeted inhibitor of vascular endothelial growth factor receptor and platelet-derived growth factor receptor, in patients with metastatic renal cell carcinoma. *JCO* 2006; 24: 16–4.
18. Brugarolas J. Renal-cell carcinoma – molecular pathways and therapies. *NEJM* 2007; 356 (2): 185–7.
19. Samlowski WE, Vogelzang NJ. Emerging drugs for the treatment of metastatic renal cancer. *Expert Opin Emerging Drugs* 2007; 12 (4): 605–18.
20. Escudier B. Advanced renal cell carcinoma: current and emerging management strategies. *Drugs* 2007; 67 (9): 1257–64.
21. Escudier B, Padmanee S, McDermott DF, George S, Hammers HJ, Srinivas S. CheckMate 025 randomized phase 3 study: Outcomes by key baseline factors and prior therapy for nivolumab versus everolimus in advanced renal cell carcinoma. *Eur Urol* 2017 (in press); pridobljeno na internetnem naslovu <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.02.010>.
22. Escudier B, Porta E, Schmidinger M, Algaba F; Patard JJ; Khoo V, et al. Renal cell carcinoma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2016; 26 (Supp 5): v174–7.

XXV. seminar “In memoriam dr. Dušana Reje” so finančno podpri

AMGEN ZDRAVILA d. o. o., Ljubljana

Fundacija “Doc. dr. J. CHOLEWA”, Ljubljana

MERCK d. o. o., Ljubljana

MEDILINE Mešana trgovska družba d. o. o., Kamnik

ROCHE farmacevtska družba d. o. o., Ljubljana

SEZNAM IN NASLOVI AVTORJEV*

Prim. mag. Branislava Belovič, dr. med.	Nac. inšt. za javno zdravje, OE Murska Sobota Ul. arhitekta Novaka 2 B, 9000 Murska Sobota Telefon: (02) 530 21 22 E-naslov: branislava.belovic@nijz.si
Nataša Blažko, univ. dipl. soc.	Ministrstvo za zdravje Štefanova 5, 1000 Ljubljana Telefon: (01) 478 6854 E-naslov: natasa.blazko@gov.si
Fani Čeh, univ. dipl. org.	Vogelna ulica 8, 1000 Ljubljana Telefon: 031 514 545 E-naslov: fani.ceph@gmail.com
Urška Erklavec, mag. farm.	Mladinska zveza Brez izgovora Slovenija Gregorčičeva ulica 7, 1000 Ljubljana Telefon: 031 781 281 E-naslov: urska.erklavec@noexcuse.si
Dr. Blaž Grošelj, dr. med.	Onkološki inštitut Ljubljana Zaloška 2, 1000 Ljubljana Telefon: (01) 587 96 22 E-naslov: bgroselj@onko-i.si
Jadranka Jovanović, prof. rus. jez.	Nac. inšt. za javno zdravje, OE Murska Sobota Ul. arhitekta Novaka 2 B, 9000 Murska Sobota Telefon: (02) 530 21 24 E-naslov: jadranka.jovanovic@nijz.si
Doc. dr. Andrej Kansky dr. stom.	KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana Telefon: (01) 522 4235 E-naslov: andrej.kansky@kclj.si
Helena Koprivnikar, dr. med.	Nacionalni inštitut za javno zdravje Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana Telefon: (01) 244 14 00 E-naslov: helena.koprivnikar@nijz.si
Doc. dr. Viljem Kovač, dr. med.	Onkološki inštitut Ljubljana Zaloška 2, 1000 Ljubljana Telefon: (01) 587 91 17 E-naslov: vkovac@onko-i.si
Katarina Lokar, prof. zdr. vzg.	Onkološki inštitut Ljubljana Zaloška 2, 1000 Ljubljana Telefon: (01) 5879 560 E-naslov: klokar@onko-i.si
Mag. Jožica Mesarič, prof. zdr. vzg.	Zdravstveni dom Ljubljana, Enota Moste-Polje Prvomajska 5, 1000 Ljubljana Telefon: 051 315 271 E-naslov: jozica.mesaric@zd-lj.si

* Po abecedi priimkov

- Jan Peloza, mag. kom. Inštitut za mladinsko participacijo, zdravje in trajnostni razvoj
Gregorčičeva ulica 7, 1000 Ljubljana
Telefon: 040 732 212
E-naslov: jan.peloza@imztr.si
- Dr. Maja Primic Žakelj, dr. med. Epidemiologija in register raka
Onkološki inštitut Ljubljana
Zaloška 2, 1000 Ljubljana
Telefon: (01) 587 95 63
E-naslov: mzakelj@onko-i.si
- Doc. dr. Maja Rus Makovec, dr. med. Enota za zdravljenje odvisnosti od alkohola
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
Telefon: (01) 300 34 75
E-naslov: maja.rus@psih-klinika.si
- Dr. Breda Škrbinc, dr., med. Onkološki inštitut Ljubljana
Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana
Telefon: (01)5879 220, Fax (01)5879 305
E-naslov: bskrbinc@onko-i.si
- Zdenka Verban Buzeti, prof. zdr. vzg. Nac. inšt. za javno zdravje, OE Murska Sobota
Ul. arhitekta Novaka 2 B, 9000 Murska Sobota
Telefon: (02) 530 21 25
E-naslov: zdenka.verban-buzeti@nijz.si
- Dr. Božidar Voljč, dr. med. Državna komisija za medicinsko etiko
Ministrstvo RS za zdravje
Štefanova 5, 1000 Ljubljana
Telefon: (01) 478 69 13
E-naslov: kme.mz@gov.si
- Izr. prof. dr. Vesna Zadnik, dr. med. Epidemiologija in register raka
Onkološki inštitut Ljubljana
Zaloška 2, 1000 Ljubljana
Telefon: (01) 587 94 51
E-naslov: vzadnik@onko-i.si
- Silva Zamljen, inž. farm. JZ Lekarna Ljubljana, Centralna lekarna
Prešernov trg 5, 1000 Ljubljana
Telefon: (01) 244 23 60

GeneRead[®] QIAact Lung Panel

One panel, all lung cancer insights

Exclusively for use with the
QIAGEN GeneReader[™] NGS System

- All mutation types covered: SNVs, InDels, CNVs and fusions*
- Unprecedented actionability: developed in collaboration with the Lung Cancer Expert Alliance
- Ultra-low sensitivity, ultra-high accuracy: novel and simple unique molecular Index (UMI) technology incorporated
- Liquid biopsy compatibility (in addition to FFPE)
- Interpretation at your fingertips: part of a complete Sample to Insight NGS workflow including full bioinformatics analysis and interpretation with QCITM Interpret and Analyze

*coming soon

Learn more about the GeneReader NGS System:
www.genereaderNGS.com

For Research Use Only. Not intended for use in diagnostic procedures



mediline



Individualizirajmo celokupno preživetje



Erbitux 5 mg/ml raztopina za infundiranje Skrajšan povzetek glavnih značilnosti zdravila

Sestava: En ml raztopine za infundiranje vsebuje 5 mg cetuksimaba in pomožne snovi. Cetuksimab je himerno monoklonsko IgG, protiteleso.

Terapevtske indikacije: Zdravilo Erbitux je indicirano za zdravljenje bolnikov z metastatskim kolorektalnim rakom z ekspresijo receptorjev EGFR in nemutiranim tipom RAS v kombinaciji s kemoterapijo na osnovi irinotekana, kot primarno zdravljenje v kombinaciji s FOLFOX in kot samostojno zdravilo pri bolnikih, pri katerih zdravljenje z oksaliplatinom in zdravljenje na osnovi irinotekana ni bilo uspešno in pri bolnikih, ki ne prenašajo irinotekana. Zdravilo Erbitux je indicirano za zdravljenje bolnikov z rakom skvamoznih celic glave in vratu v kombinaciji z radioterapijo za lokalno napredovalo bolezen in v kombinaciji s kemoterapijo na osnovi platine za ponavljajočo se in/ali metastatsko bolezen.

Odmerjanje in način uporabe: Zdravilo Erbitux pri vseh indikacijah infundirajte enkrat na teden. Pred prvo infuzijo mora bolnik prejeti premedikacijo z antihistaminikom in kortikosteroidom najmanj 1 uro pred uporabo cetuksimaba. Začetni odmerek je 400 mg cetuksimaba na m² telesne površine. Vsi naslednji tedenski odmerki so vsak po 250 mg/m².

Kontraindikacije: Zdravilo Erbitux je kontraindicirano pri bolnikih z znano hudo preobčutljivostno reakcijo (3. ali 4. stopnje) na cetuksimab. Kombinacija zdravila Erbitux s kemoterapijo, ki vsebuje oksaliplatin, je kontraindicirana pri bolnikih z metastatskim kolorektalnim rakom z mutiranim tipom RAS ali kadar status RAS ni znan.

Posebna opozorila in previdnostni ukrepi: Pojav hude reakcije, povezane z infundiranjem, zahteva takojšnjo in stalno ukinitve terapije s cetuksimabom. Če pri bolniku nastopi blaga ali zmerna reakcija, povezana z infundiranjem, lahko zmanjšate hitrost infundiranja. Priporočljivo je, da ostane hitrost infundiranja na nižji vrednosti tudi pri vseh naslednjih infuzijah. Če se pri bolniku pojavi kožna reakcija, ki je ne more prenašati, ali huda kožna reakcija (če 3. stopnje po kriterijih CTCAE), morate prekiniti terapijo s cetuksimabom. Z zdravljenjem smete nadaljevati le, če se je reakcija izboljšala do 2. stopnje. Če ugotovite intersticijsko bolezen pljuč, morate zdravljenje s cetuksimabom prekiniti, in bolnika ustrezno zdraviti. Zaradi možnosti pojava znižanja nivoja elektrolitov v serumu se pred in periodično med zdravljenjem s cetuksimabom priporoča določanje koncentracije elektrolitov v serumu. Pri bolnikih, ki prejemajo cetuksimab v kombinaciji s kemoterapijo na osnovi platine, obstaja večje tveganje za pojav hude nevropenije. Takšne bolnike je potrebno skrbno nadzorovati. Pri

predpisovanju cetuksimaba je treba upoštevati kardiovaskularno stanje in indeks zmogljivosti bolnika in sočasno dajanje kardiotskičnih učinkovin kot so fluoropirimidini. Če je diagnoza ulcerativnega keratitisa potrjena, je treba zdravljenje s cetuksimabom prekiniti ali ukiniti. Cetuksimab je treba uporabljati previdno pri bolnikih z anamnezo keratitisa, ulcerativnega keratitisa ali zelo suhih oči. Cetuksimaba ne uporabljajte za zdravljenje bolnikov s kolorektalnim rakom, če imajo tumorje z mutacijo RAS ali pri katerih je tumorski status RAS neznan.

Interakcije: Pri kombinaciji s fluoropirimidini se je v primerjavi z uporabo fluoropirimidinov, kot monoterapije, povečala pogostnost srčne ishemije, vključno z miokardnim infarktom in kongestivno srčno odpovedjo ter pogostnost sindroma dlani in stopal. V kombinaciji s kemoterapijo na osnovi platine se lahko poveča pogostnost hude levkopenije ali hude nevropenije. V kombinaciji s kapecitabinom in oksaliplatinom (XELOX) se lahko poveča pogostnost hude driske.

Neželeni učinki: Zelo pogosti (≥ 1/10): hipomagnezitemija, povečanje ravnih jetrnih encimov, kožne reakcije, blage ali zmerno reakcije povezane z infundiranjem, mukozitis, v nekaterih primerih resen. Pogosti (≥ 1/100 do < 1/10): dehidracija, hipokalcitemija, anoreksija, glavobol, konjunktivitis, driska, navzeja, bruhanje, hude reakcije povezane z infundiranjem, utrujenost.

Posebna navodila za shranjevanje: Shranjujte v hladilniku (2 °C - 8 °C).

Pakiranje: 1 viala z 20 ml ali 100 ml raztopine.

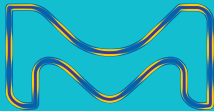
Način in režim izdaje: Izdaja zdravila je le na recept-H. Imetnik dovoljen za promet: Merck KGaA, 64271 Darmstadt, Nemčija.

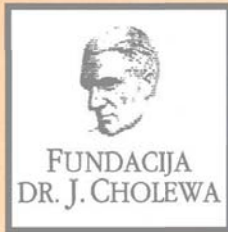
Datum zadnje revizije besedila: junij 2014.

Pred predpisovanjem zdravila natančno preberite celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila.

Samo za strokovno javnost.

Podrobnejše informacije so na voljo pri predstavniku imetnika dovoljenja za promet z zdravilom:
Merck d.o.o., Letališka cesta 29c, 1000 Ljubljana, tel.: 01 560 3810, faks: 01 560 3830, el. pošta: info@merck.si





***Za raziskovanje rakastih bolezni
je treba veliko naporov, sposobnosti in sredstev***