

METODE ODVAJANJA KAJENJA

Tomaž Čakš

UVOD

Škodljivi učinki kajenja tobaka na zdravje so dobro poznani, ne samo raziskovalcem in zdravnikom, temveč tudi vsem drugim ljudem. Kljub temu se število kadilcev ne zmanjšuje. Žal pa marsikje narašča število kadilk, tudi tam, kjer je delež kadilcev vse manjši. Zato je bila osrednja tema WHO (Svetovne zdravstvene organizacije) konference Tobak in zdravje v Kobeju na Japonskem 1999. leta kako se izogniti epidemiji uporabe tobaka pri ženskah in mladih⁽¹⁾. Dejstvo je, da število kadilk narašča, posebej v državah v razvoju. Tako se število kadilk povišuje v deželah Azije in Pacifika, kjer kajenje predstavlja simbol osvobajanja žensk in umik iz tradicionalnih okovov. Zelo popularno je prepričanje med mladimi ženskami, da jih kajenje ohranja vitke. Tobačna industrija izkorišča boj za žensko emancipacijo za svojo propagando in promocijo, ženske zapeljuje in jih spreminja v nove uporabnice tobačnih izdelkov, saj potrebuje za vsakega umrlega kadilca vsaj enega novega, da se ji proizvodnja ne zmanjšuje. Zapeljive tobačne reklame po svetu prikazujejo kajenje kot nekaj normalnega in prijetnega in tako prepričajo žene in dekleta, da je kajenje socialno primeren način obnašanja med ženami⁽²⁾.

To pa so seveda tudi ovire pri poskusih prepričati kadilke, da bi prenehale kaditi ali pa sprejele pomoč pri odvajanju od kajenja. Veliko kadilk in kadilcev noče prenehati kaditi, ker so slabosti prenehanja vidne zelo hitro po prenehanju kajenja, medtem ko so prednosti tega prenehanja manj vidne in se pojavljajo lahko šele kasneje⁽³⁾.

Zelo pomembno vprašanje pri odvajanju od kajenja je, ali naj se k ženskam in moškim pristopi z različnimi interventnimi programi. Dosedanje epidemiološke študije in študije o odvajanju od kajenja niso pokazale značilnih razlik med kadilkami in kadilci in se je enako zdravljenje pokazalo ugodno za ženske in za moške⁽⁴⁾.

V članku v reviji *CNS Drugs* je avtor prispevka zasledil določene skupne značilnosti pri ženskah, ki so poskušale opustiti kajenje. Pri prenehanju kajenja so bile manj uspešne od moških, in to zlasti ob zdravljenju z nadomestki nikotina⁽⁵⁾. Tudi v raziskavi CINDI (WHO projekt preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni), ki je zajela populacijo Ljubljane, so bile ugotovljene zanimive razlike med ženskami in moškimi, saj je delež bivših kadilcev s starostjo močno naraščal, medtem ko je bil delež bivših kadilk v različnih starostnih skupinah bolj ali manj enak, vedno pa nižji kot pri moških. To kaže na to, da manj kadilk preneha s kajenjem⁽⁶⁾.

Ob tem velja opozoriti, da se ženske pri odvajanju od kajenja soočajo z drugačnimi vrstami težav, ki utegnejo zahtevati bolj specifičen pristop - te so zlasti strah pred pridobivanjem telesne teže, odpor do jemanja zdravil v nosečnosti, vpliv kajenja na mesečni cikel in duševne spremembe, povezane z njim. Tudi očitnejši uspehi žensk, katerim so v postopku zdravljenja zasvojenosti poleg zdravil ponudili še vedenjsko psihoterapijo, nakazujejo, da ponuja specifični pristop boljše rezultate⁽⁵⁾.

UKREPI PRI OBRAVNAVI POSAMEZNIKA

Pri teh ukrepih je najpomembnejša prav vloga družinskega zdravnika in celotnega tima v osnovnem zdravstvu. Ti s svojim delom pripomorejo, da mladi ljudje ne začnejo kaditi, kadilec pa, ki želi prenehati kaditi, lahko zagotovijo široko podporo in pomoč. Dajejo informacije in poučujejo o škodljivosti kajenja, podpirajo nekajenje ter prikazujejo **pozitivno sliko nekadilstva**. Raziskave so pokazale, da je svetovanje družinskega zdravnika eden izmed najučinkovitejših ukrepov, da kadilec preneha s svojo razvado.

Odvajanje od kajenja je dolg in kompleksen proces. Strategija je pri vsaki pacientki in pacientu nekoliko drugačna, toda kljub vsemu so nekateri poskušali dati nekaj osnovnih napotkov. Tako je Nacionalni inštitut za raka ZDA pripravil "Načrt ukrepov za paciente kadilce" imenovan tudi **4A**⁽⁷⁾:

- Vprašajte (Ask) paciente o njihovih kadilskih navadah.
- Svetujte (Advise) vsem pacientom- kadilec, da prenehajo kaditi.
Nasvet naj bo jasen in odločen: "Kot Vaš zdravnik, Vam moram svetovati, da takoj prenehate kaditi." Sporočilo naj bo zelo osebno.
- Pomagajte (Aid) pacientom- kadilec, ki želijo prenehati.
Pomagajte izbrati datum, ko bi prenehali kaditi.
Pripravite literaturo z navodili za pomoč pri prenehanju.
Svetujte uporabo nikotinskega žvečilnega gumija, nalepk ali aerosola ter bupropiona posebej pri tistih, ki so zelo zasvojeni.
- Uredite (Arrange) stalno spremljanje pacienta.
Naročite ga na kontrolo v prvem ali drugem tednu od datuma prenehanja kajenja, tako da ga ohrabrite pri odločitvi, da bo abstinal.
Na naslednje kontrole ga naročajte na enega do dva meseca.

Ves čas je potrebno delovati pozitivno na pacienta, brez obsojanja njegove zasvojenosti in brez jasno izražene agresivnosti. Pacientom je potrebno pustiti njihovo mnenje o kajenju, če pri njem vztrajajo, izkoristiti moramo različna "vulnerabilana" stanja pacienta, v katerih ga kot njegov zdravnik dobimo (različni respiratorni infekti, smrti zaradi raka v družini ipd.).

Posebna pozornost je potrebna, kadar obravnavamo družine z:

- odraščajočimi mladimi ljudmi, saj je njihovo kajenje povezano s kajenjem staršev ;
- ženami, ki bi želele zanositi ali so noseče;

- ljudmi, ki imajo doma dojenčke in majhne otroke;
- bolniki, ki imajo zvišan krvni tlak, zvišan holesterol, bolezni srca in ožilja ter bolezni respiratornega trakta.

Poleg telesne je pri kajenju seveda izredno močna **psihična odvisnost**. Tako sta kadilka in kadilec navezana na cigareto ker:

- jima pomaga vzpostavljati zvezo z okoljem (zadrega),
- zmanjšuje napetost,
- zbližuje kadilce med seboj.

Prisoten je tudi pogojni refleks: cigareta-ugodje.

Abstinencijska kriza

Pri odvajanju se velikokrat pojavljajo znaki **abstinenčne krize**:

- duševne težave:
 - nemir, slaba volja, razdraženost;
- telesne težave:
 - dolgotrajen kašelj, izkašljevanje, tiščanje v prsih, trebušne težave.

Ob teh težavah moramo biti pacientki in pacientu na voljo in mu pomagati.

Za pomoč se lahko uporabljajo tudi:

- avtogeni trening,
- akupunktura,
- nikotinski žvečilni gumi, nalepke in razpršilec za nos,
- bupropion.

KAJENJE IN TELESNA TEŽA

Ena od slabosti prenehanja kajenja, ki je dobro poznana tako v laični javnosti kot med strokovnjaki, je pridobivanje na teži. S tem v zvezi raziskave med kadilci in nekadilci kažejo zaskrbljenost vseh zaradi telesne teže in njene povezanosti z začetkom in nadaljevanjem kajenja in ponovnim začetkom pri tistih, ki so prenehali kaditi⁽³⁾.

Domnevajo, da je več mehanizmov, ki pripomorejo pri kajenju k padcu telesne teže: spremembe v homeostazi inzulina, aktivnost lipoproteinske lipaze, aktivnost simpatičnega živčnega sistema, telesna aktivnost in povečana želja po hrani. V določeni raziskavi so prišli do rezultatov, ki kažejo, da do tega v glavnem pride, ker kajenje poveča porabo energije⁽⁸⁾. Tako so v tej študiji pokazali, da naj bi se celotna poraba energije pri kadilcih povečala za 10 odstotkov. Kajenje je spremljalo za 20 odstotkov povišano povprečno bitje srca ter za 45 odstotkov povišane vrednosti izločenega norepinefrina v urinu. To je lahko vzrok za povišanje telesne teže po prenehanju kajenja kljub nespremenjenemu vnosu kalorij. Ob tem pa se percepcija okusa in voaha vrača v optimum in s tem postane hrana okusnejša⁽⁹⁾.

Za veliko kadilcev, posebej žensk, je skrb za telesno težo ali strah pred tem, da bi se zredile, motivacija, da začnejo kaditi oziroma nadaljujejo s kajenjem^(10,11,12).

Nobena zdravstveno podprta strategija ali zdravljenje ni učinkovito pri zaščiti pred pridobivanjem na telesni teži po prenehanju kajenja. V resnici kažejo določeni znaki, da preprečevanje pridobivanja na telesni teži (na primer: stroga dieta) lahko izniči poskuse prenehanja kajenja^(13,14,15).

V raziskavi CINDI na ljubljanski populaciji je bilo ugotovljeno, da je pri nekadilcih porast relativno konstanten z leti, samo da je pri ženskah nižji kot pri moških v mlajših letih, riato pa se obrne. Pri bivših moških kadilcih je telesna teža ves čas visoka, pri mlajših bivših kadilkah pa je telesna teža precej nižja, v višjem starostnem obdobju pa se poviša. Aktivni moški kadilci imajo srednjo vrednost BMI, ki je ves čas nekoliko nižja od moških nekadilcev. Aktivnim kadilkam pa se s starostjo telesna teža močno povišuje in naraste najvišje med vsemi skupinami⁽⁶⁾.

Potrebno pa je posebej poudariti, da je pridobivanje na teži, ki sledi prenehanju kajenja, mnogo manjša nevarnost za zdravje, kot nadaljevanje kajenja^(16, 17).

Čprav imajo kadilci po vseh raziskavah nižjo telesno težo kot nekadilci, pa je razporeditev maščevja izrazito različna pri obeh, kar se je ugotavljalo z vrednostmi WHR (razmerje pas-boki). Tako se je pokazalo, da je razporeditev maščevja pri kadilcih izrazito centralna – v trebušni votlini (androidni-višji-WHR), pri nekadilcih pa bolj periferna. Presenetljivo je, da se WHR pri tistih, ki začnejo kaditi, v resnici poveča, kljub temu, da izgubijo na teži. Takšna prerazporeditev maščevja - visok WHR - pri kadilcih poveča tveganje za nastanek škodljivih dejavnikov tveganja za pojav koronarne bolezni, in sicer povišanega krvnega tlaka, glukozne intolerance in nenormalnih vrednosti serumskih lipidov, ter s tem tveganje za razvoj koronarne bolezni, sladkorne bolezni in umrljivosti⁽¹⁸⁾, za kar je vzrok večja količina aterogenih apolipoproteinov B v visceralnem maščevju⁽¹⁹⁾.

Torej kajenje nikakor ni in ne more biti pripomoček za zmanjševanje količine maščob v telesu.

PROCES SPREMINJANJA

Ta model sta prva razvila Prochaska in Di Clemente⁽²⁰⁾. Želela sta prikazati proces, preko katerega ljudje zamenjajo navade. Izvirno je bil proces izoblikovan na osnovi raziskav v zvezi s kajenjem, vendar se je izkazal kot koristen okvir tudi za obrazložitev drugih oblik navad.

STOPNJE SPREMINJANJA

Nezanimanje za spremembo tveganega načina življenja

Veliko ljudi, ki obiskuje splošne zdravnike, ne zanima sprememba načina življenja. Velikokrat niti ne pomislijo, da bi prenehali kaditi. Morda jih tudi nihče ni opozoril, da živijo nezdravo. Prochaska in Di Clemente imenujeta to stopnjo »prekontemplacije«. Ni torej problem, da takšni ljudje ne vidijo rešitve, ampak da predvsem ne vidijo problema. Zdravnik naj bi pomagal takim ljudem do varnejšega ali zdravega načina življenja.

Razmišljanje o spremembi

Ko se ljudje zavejo potencialnih pozitivnih posledic spremembe ali potencialne nevarnosti, če živijo še naprej po ustaljenih navadah, gredo običajno najprej skozi **stopnjo razmišljanja o spremembi**. Tehtajo koristi in napore, ki jih bo sprememba prinesla ter iščejo informacije in pomoč pri svoji odločitvi. Ta stopnja traja lahko le nekaj minut, običajno pa traja kar nekaj let.

Priprava na spremembo

Ko nekdo pretehta napore, ki so potrebni za dosego spremembe, in ko zares verjame, da je sprememba možna in tudi vredna truda, se prične pripravljati nanjo. Zato morda potrebuje dodatno znanje, spretnosti in podporo.

Izvajanje spremembe

V prvih dneh drugačnega življenjskega sloga so potrebne pozitivne odločitve, da lahko delamo stvari drugače. Nekateri ljudje morajo spremeniti tudi druge vidike svojega življenjskega sloga, da se lahko ločijo od stare razvade. Na tej stopnji so pogoji za uspeh: jasen cilj, realen načrt, podpora in nagrade.

Vztrajanje pri spremembi

Oseba, ki v procesu spreminjanja opusti staro razvado, se mora na nov način obnašanja navaditi. Ko se nove navade dobro utrdijo, gre oseba iz procesa spreminjanja v »varnejši« življenjski slog. Včasih je težko vztrajati pri novi obliki obnašanja in kljubovanje lahko traja kar nekaj časa. Takrat zahteva oseba neprestano pozornost in podporo, da se prepreči povrnitev v prejšnjo obliko obnašanja (»recidiv«).

Ponovitev – recidiv

Kadar osebi ne uspe vztrajati pri spremembi, se vrne k starim razvadam. Vzroki za to so različni. Ravnotežje med napori za vzdrževanje spremembe in njenimi koristmi se lahko zaradi določenih sprememb v življenju te osebe obrne tako, da spremembo ne sprejema več kot koristno. Včasih oseba ni prejela ustrezne podpore okolja/posameznika, zato ji je bilo pretežno pri njej vztrajati. Ponovitev je sestavni del procesa spreminjanja. Mnogo ljudi si kasneje ponovno želi poskusiti spremeniti svoj življenjski slog.

Napredovanje skozi stopnje

Ljudje se pomikajo naprej in nazaj v krogu spreminjanja in se zadržujejo na vsaki stopnji različno. Običajno gredo tisti ljudje, ki se uspešno spremenijo, skozi vse stopnje.

PRISTOPI DO PACIENTOV

Ko zdravnik sprašuje bolnike o njihovi prehrani, pivskih navadah, telesni aktivnosti in kajenju, se pogosto sprašuje, če so odgovori, ki jih dobi, točni. Včasih bolniki odgovarjajo na taka vprašanja neodkrito ali z odporom.

Po načinu življenja sprašujemo zato, da dobimo natančne informacije za oceno ogroženosti in da lahko primerno svetujemo. Zelo pomembno je, da sprašujemo tako, da bolnika spodbudimo, in ko se počuti varnega, na vprašanja odkrito odgovarja.

Upoštevati moramo naslednja občutljiva področja:

1. Legitimnost spraševanja (»brigaj se zase«)

Če sprašujemo, koliko cigaret je nekdo pokadil zadnji konec tedna, je to spraševanje za marsikoga lahko vsiljivo in neprimerno ali celo nesramno. Taka vprašanja postanejo primerna, kadar jih zastavljamo v povezavi z bolnikovim zdravstvenim stanjem.

Pri splošnem zdravniškem pregledu lahko sprašujemo marsikaj. Če pride bolnik na pregled zaradi določenega problema, je najprimernejše, da ga sprašujemo o tem problemu. Lahko pa zdravnik po končani obravnavi problema, zaradi katerega je bolnik prišel, skupaj z bolnikom razjasni še druga področja nezdravega življenjskega sloga.

2. Strah pred obsojanjem (»če vam povem resnico, me boste samo kritizirali«)

Vsi ljudje se branimo, kadar pričakujemo, da nas bo nekdo kritiziral ali obsojal. Bolj terapevt obsoja bolnika, bolj se bo ta umikal in ne bo pripravljen sodelovati. Zato se lahko terapevt temu izogne tako, da:

- vzpostavi z bolnikom zaupno razmerje;

- pokaže pravo sočutje do težav, ki jih ima bolnik;
- pokaže razumevanje do njegovih razvad kot načina za sožitje s stresom. S stališča bolnika izgledajo te razvade bolj rešitev kot problem.

3. Potreba po času za razmislek («Ne sili me!»)

Če nekdo prične razmišljati, da bo spremenil svoje navade, potrebuje čas, da preveri **vse dejavnike, ki govorijo za in proti** in da idejo o spremembi sprejme. S tem, da nekoga silimo v odločitev in akcijo prehitro, izzovemo pri njem obrambno vedenje. Odprt razgovor o tem, kako bolnik vidi situacijo, bo povečal zaupanje in preprečil obrambno vedenje. Bolniki bodo ostali neiskreni, če bodo začutili, da jih silimo v spremembo.

Ko se pacient pripravlja na spremembo, mora vzeti v zakup, da bodo mamljive stvari iz obstoječega načina življenja še zmeraj prisotne in bodo včasih izgledale pomembnejše kot vzroki za spremembo. Zato je pomembno razviti tehnike za obvladovanje takih skušnjav. Koristen pripomoček za vpogled v kompleksen življenjski slog je zbiranje informacij o različnih razvadah, ki jih pacient vodi kot dnevnik. Ob dnevniku pacient in terapevt spoznata pasti tveganega obnašanja (kdaj, kje, kako pogosto, s kom...). Velikokrat je posameznik presenečen nad lastnim dnevnikom, kajti obnašanje je marsikdaj podzavestno.

RAZMIŠLJANJE O SPREMEMBI

Obstajajo različni načini, ki lahko pomagajo opogumiti osebo, ki razmišlja o spremembah, da prične z dejanji. Uporabi se lahko katerikoli način oziroma način, ki je najbolj primeren v danem trenutku.

1. Tehtanje dejavnikov za in proti določenemu vedenjskemu vzorcu

Ljudi zaprosimo, da sami odgovorijo na vprašanja in si odgovore zapišejo.

Vprašanje: Katere so za vas dobre stvari razvade (kajenja)?

Kaj vam je najbolj všeč pri razvadi?

Kaj vam razvada daje?

Kaj vas privlači na razvadi?

Vprašanje: Katere so za vas slabe stvari pri razvadi?

Kaj vam ni všeč pri razvadi?

Kaj vas skrbi glede razvade?

Terapevt napravi **povzetek** iz danih odgovorov. Pokaže, da razume njihovo ambivalenco.

Ta strategija dovoljuje osebi, da govori o svojih dvomih, ne da bi bila pod kakršnim koli pritiskom.

Vedno naj se prične pogovor s terapevtovim razumevanjem bolnikove navezanosti na njegov trenutni vedenjski vzorec, šele na to se prične pogovor o razlogih za spreminjanje tega vzorca.

Pri preventivnem delu se pogosto še ne srečujemo z vidnimi okvarami zdravja; naš cilj je zmanjšati tveganje. Ena od strategij je torej ta, da preverimo, kakšno je znanje o tveganjih pri posamezniku in da navežemo to splošno znanje na njegovo vedenje, kolikor je to mogoče. Ljudem lahko pomagamo razumeti, kako potencialno nevaren je njihov način življenja in kako verjetno je, da bodo boleli, če bodo s takim načinom življenja nadaljevali.

Negativna dejstva o škodi in tveganju za zdravje lahko soočimo s prednostmi - koristmi, ki jih lahko pridobimo s spremembo, tudi z izboljšanjem zdravja.

Lahko opravimo različne preiskave in meritve, s katerimi ovrednotimo spremembe, ki se že dogajajo v telesu. Rezultati lahko pri nekaterih ljudeh pripomorejo k spremembi. Predstavljajo lahko tudi osnovne meritve in če do spremembe pride, to lahko s ponovnimi meritvami in primerjavo uporabimo za pozitivno povratno informacijo.

2. Pogovor o skrbih ob spremembah

Včasih se ljudje želijo spremeniti, vendar se resnično bojijo posledic ali pa se bojijo, kako se bodo odzivali na spremembo. Bolniku lahko pomaga, če ima možnost skrbi deliti z razumevajočim poslušalcem. Včasih bo lahko zdravnik z dodatnimi informacijami ublažil ta strah ali pa svetoval, kako naj te strahove vključi v akcijski načrt, če se bo oseba odločila za spremembo. Vendar moramo biti pozorni, da ne prikazujemo te skrbi kot nepomembne.

3. Vodenje dnevnika

Obstaja več oblik dnevnikov za spremljanje spremembe. Tak dnevnik je najboljši način, s katerim spremljamo dejansko količino pokajenih cigaret.

To je strategija, ki služi zbiranju informacij, kako se neka navada vklopi v življenjski slog posameznika. Ponavadi zapisovanje traja približno teden dni. Tako lahko terapevt dokaj natančno ugotovi dinamiko razvade; kako pogosto, kdaj, kje in v kakšni družbi se pri posamezniku določena razvada pojavlja. Ljudje se dinamike svoje razvade pogosto ne zavedajo in so zato presenečeni, ko pregledujejo lastni dnevnik. Dnevnik je lahko podlaga za izdelavo akcijskega načrta – v njem ugotovimo časovni raspored ljudi in krajev, ki so še posebej povezani s tveganim vedenjem, ali pa otežujejo spremembe.

IZVAJANJE SPREMEMB

Kadar je nekdo pripravljen, da spremembe izpelje, mu terapevt pomaga napraviti načrt, kako te spremembe izvesti. Jasen akcijski načrt je pomemben za tistega, ki spremembo izvaja in za zdravnika, ki mu pri tem pomaga in podpira ta proces. To pa zato, ker:

- nekatere probleme in težave lahko ugotovi že vnaprej oziroma jih lahko predvidi,
- jasen načrt lahko pripomore k motivaciji.

Dober akcijski načrt ima naslednje točke:

1. Specifični cilji
Načrt mora biti jasen, na primer: zmanjšati kajenje pod določeno količino enot.
2. Merljivi rezultati
Prikazati mora rezultate tako, da jih lahko merimo. To pomaga pri vrednotenju napredka, pri povečevanju motivacije, in na ta način zagotavlja oprijemljivo nagrado.
3. Realizem
Načrt mora biti takšen, da oseba verjame, da ga je mogoče izvesti. Pri tem je potrebno upoštevati možnosti in pacientovo samozavest. Koraki morajo biti ravno toliko majhni, da lahko vnaprej predvidevamo dogodke, vendar dovolj veliki, da pokažejo rezultate.
4. Urniki
Jasen urnik priprav na spremembe, vsak korak do same spremembe in pregled napredka, omogoča bolniku in zdravniku, da realistično ocenita napredek.
5. Podpora
Podpora je lahko aktivna, kot je praktična pomoč, ali opogumljanje ali zmanjševanje odpora proti spremembam - »odnos, ki nudi pomoč«.

VZTRAJANJE PRI SPREMEMBI

»Odnos, ki nudi pomoč« je pomemben dejavnik pri spreminjanju navad. Pri tem je seveda vloga terapevta zelo velika, vendar ima ta za vsakega bolnika le malo časa. Bolnik lahko oporo dobiva tudi od drugih.

Individualna podpora

Družina, prijatelji ali kolegi so lahko vsi v podporo (ali oviro) osebi, ki se želi spremeniti. Kjer hoče nekdo spremeniti razvadi, kot sta kajenje ali nepravilna prehrana, je posebno pomembno, da ima primerno podporo. Ustvariti si mora okolje, ki mu pomaga vzdrževati spremembo razvade. Velikokrat je potrebno spremeniti način življenja družine.

Včasih oseba, ki se spreminja, ogroža tiste, ki so ji blizu. Drugi družinski člani ali prijatelji lahko podzavestno čutijo, da se morajo tudi oni spremeniti. To lahko vodi do konfliktnih situacij, da s tem zaščitijo lastno pravico vztrajati pri svojih razvadah. Torej ne moremo vedno pričakovati, da bodo družinski člani ali prijatelji v oporo.

SKUPINE

Obstaja več skupin in njihov namen je, da spodbujajo in vzdržujejo spremembo. Ponavadi so usmerjene na določen dejavnik:

- Neformalne skupine se lahko oblikujejo ob neki aktivnosti, na primer ljudje, ki uporabljajo skupno telovadnico, lahko postanejo prijatelji in se vzpodbujajo pri spremembi načina življenja.
- Formalne skupine za samopomoč (na primer: bivši kadilci) so ustanovljene posebej za podporo članom in imajo jasno časovno določena srečanja, filozofijo in načela, kako najbolj učinkovito doseči spremembo.
- Formalne skupine, ki jih vodijo strokovnjaki (skupine za prenehanje kajenja). Te skupine ustanovljajo strokovnjaki v pomoč tistim, ki si želijo sprememb.

Druge razlike med skupinami so:

- Nekatero skupine imajo določen časovni razpon, kot je na primer šest tedenska skupina za odvajanje od kajenja.
- Nekatero skupine delujejo le ob določenem času na določenem mestu, druge se spodbujajo z izmenjavo zasebnih telefonskih števil, sklicujejo sestanke itd.
- Nekatero skupine izključijo ljudi, ki si ne prizadevajo dovolj pri spremembi načina življenja, medtem ko druge sprejmejo vsakogar, ki želi priti in razpravljati o svojih težavah.

V skupini se lahko uporabljajo vse že prej naštet metode za pomoč pri odvajanju od kajenja, tako da jih podkrepimo še z dodatnim pozitivnim učinkom skupine. Vodje skupin morajo biti posebej usposobljeni za skrbno načrtovanje dela s skupinami.

Glavne točke, na katere mora biti vodja skupine posebej pozoren, so:

- Velikost skupine (okoli 15)
- Število srečanj
- Izbor časa za skupino (stalen termin)
- Čas (struktura, dolžina 1,5-2h, točnost)
- Prostor (stalen, v krogu)
- Skupinska dinamika
- Identiteta vodje skupine (dobro je, če sta dva)
- Edukativno izkustvo
- Spremljanje po končanih seansah

PONOVITEV (recidiv)

Ponovitev ni neizogibna, vendar je del procesa, še posebej pri razvadah odvisnosti. Na to gledamo kot na integralni del procesa spreminjanja. Ko nekdo poskuša spremeniti svoje obnašanje, se v praksi nauči precej iz svojih prejšnjih napak. Ugotovi, katere situacije so z visokim tveganjem, katere

strategije pomagajo in katere ne. Prav tako se naučijo preprečiti, da bi se zaradi ene same epizode povrnili v stare razvade.

Situacije, ki predstavljajo visoko tveganje

Ponovitve so pogoste v zvezi z visoko tveganimi situacijami, ki spadajo v eno od naslednjih kategorij:

- negativna čustvena stanja (jeza, žalost, dolgčas)
- medosebni konflikti (v družini, službi)
- socialni pritiski

Obnašanje v visoko tveganih situacijah

Obstaja več načinov obnašanja, ki so odvisni od osebe in od položaja:

izogibanje – nekaterim situacijam se lahko enostavno izognemo, posebno tistim s socialnim pritiskom (se ne družimo z določenimi ljudmi ali se izognemo določenim okoljem);

- alternativni spremljevalci volje – poiščemo si lahko druge načine, da se počutimo bolje ali se sprostimo, da spremenimo neprijetna emocionalna stanja;
- z drugačnim obnašanjem – situacije ob medosebnih konfliktih so lahko manj stresne, če jih obravnavamo spodbudno.

Povzetek načinov za preprečitev ponovitev

- Zgodaj se naučiti spoznati opozorilne znake.
- Spoznati visoko tvegane situacije in pripraviti alternative in strategije za te situacije.
- Napake je potrebno sprejemati kot izkušnje učenja.
- Pripraviti strategijo, kako bi preprečili, da bi začasni prekrški prešli v ponovitve.
- Raziskati, ali lahko kakršna koli sprememba načina življenja zmanjša število visoko tveganih situacij.

NASVETI ZA POMOČ PRI ODVAJANJU OD KAJENJA

Terapevt lahko pomaga pacientu na različne načine. Ker je vsak pacient oseba zase, bo vsak poskušal uporabiti tista priporočila, ki se mu bodo zdela najbolj primerna za doseg cilja. Ponuditi mora čimveč možnosti.

Predlaga mu lahko dolgoročni načrt prenehanja kajenja:

1. ura, datum prenehanja, podpis s pričó
2. opazovanje svojega vzorca kajenja, gradacije
3. vključitev bližnjih, načrt dejavnosti

Lahko mu svetuje, naj se opazuje, da ugotovi, kdaj prižge cigareto:

- za stimulacijo,
- za krono ugodja,
- za sprostitvev,
- za zaposlitev (nemir),
- iz navade.
- Poskuša naj ugotoviti tudi, kako se obnaša brez cigarete oziroma
- ali lahko zaspi brez cigarete.

Kako bo prenehal kaditi, se mora odločiti vsak posameznik sam.

Obstajata dva načina prenehanja:

1. Najpogosteje je to prenehanje **čez noč**.
2. Komur to ne uspe, pa lahko poskuša **postopno**:

- večja razmak med cigaretami,
- ne kadi v postelji,
- določi prostore, kjer nikoli ne kadi,
- ne kadi navsezgodaj,
- ne kadi pred zajtrkom,
- ne kadi na potovanju, v avtu, ob otrocih,
- ne kadi vsaj eno uro pred jedjo,
- ne kadi ob jedi,
- ne kadi vsaj eno uro pred spanjem,
- ne pokadi cele cigarete,
- ne inhalira več,
- pokadi največ eno cigareto po jedi,
- ne pokadi več kot eno cigareto na uro.

V pomoč je lahko stimulacija:

- telesna aktivnost,
- nov konjiček,
- risanje,
- pisanje,
- oblikovanje.

Pogosto je potrebno prekiniti z določeno navado (ritualom): kavo in cigarete stran! (refleksni kadilec).

Druga priporočila so še:

- odstraniti vse cigarete, vžigalnike in pepelnike,
- po jedi ne posedati, potrebno je biti aktiven,
- želja po cigareti - 5 do 10 globokih vdihov in sprostitvev, žvečilni gumi, pepermint,
- obisk zobozdravnika – očiščenje zob – **pozitivna samopodoba**,
- manj kave, alkohola...

- prenehati kaditi skupaj z domačimi in prijatelji,
- prositi okolico za uvidevnost,
- zapisati vse pozitivno,
- prihranjeni denar uporabiti za darilo sebi,
- priključiti se društvu nekadilcev,
- triki: zobna pasta, kopel, izlet, sprehod, knjiga, gledališče, koncert, kino...

ZAKLJUČEK

Nadaljnje raziskave zasvojenosti z nikotinom bodo morale več pozornosti usmeriti v specifičnost kajenja pri ženskah; razširjenost te zasvojenosti in tveganje, povezano z njo, narekujeta bolj odločno, predvsem pa bolj ciljano ukrepanje. Čeprav nam raziskave kažejo, da intervencije in terapije, ki ugodno vplivajo na kadilce, enako ugodno lahko delujejo tudi na kadilke, se ženske lahko soočajo z različnimi dejavniki, ki povzročajo stres, in omejitvami pri prenehanju kajenja, ki jih je potrebno upoštevati. Tukaj je vključena večja verjetnost depresij, zaskrbljenost zaradi telesne teže ter pomanjkanje podpore v ožjem družinskem in širšem družbenem okolju. Zato je kljub vsemu potreben nekoliko bolj specifičen pristop k odvajanju od kajenja pri ženskah.

LITERATURA

1. Report of the Fourth Meeting of the WHO Centre for Health Development, Kobe, Japan, 18-19 October 1999. Kobe, WHO Centre for Health Development, unpublished document, 1999.
2. Ernster V, Kaufman N, Nichter M et al. Women and tobacco: moving from policy to action. *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78(7): 891-901.
3. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med* 1991;324:739-45.
4. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ* 1999; 318:182-5.
5. (In Press) CNS Drugs: The Clinical Review Journal of Drugs and Therapeutics in Psychiatry and Neurology 2001; 15: 391-411.
6. Čakš T. Debelost in kajenje. In: Pokorn D., eds. *Socialno medicinski vidiki debelosti*. Ljubljana: Inštitut za higieno, Medicinska fakulteta, 1999: 129-45.
7. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Smoking Cessation. *Clinical Practice Guideline No 18*. Publication No 96-0692. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, 1996: 21-3.
8. Hofstetter A, Schultz Y, Jequier E, Wahren J. Increased 24-hour energy expenditure in cigarette smokers. *N Engl J Med* 1986;314:79-82.
9. Pi-Sunyer FX. The Fattening of America. *JAMA* 1994;272:238-9.
10. Gritz ER, Klesges RC, Meyers AW. The smoking and body weight relationship: implications for intervention and postcessation weight control. *Ann Behav Med* 1989;11:144-53.

11. Klesges RC, Klesges LM. Cigarette smoking as a dietary strategy in a university population. *Int J Eat Disord* 1988;7:413-9.
12. Klesges RC, Meyers AW, Klesges LM, LaVasque ME. Smoking, body weight, and their effects on smoking behavior: a comprehensive review of the literature. *Psychol Bull* 1989;106:204-30.
13. Hall SM, Tunstall CD, Vila KL, Duffy J. Weight gain prevention and smoking cessation: cautionary findings. *Am J Public Health* 1992;82:799-803.
14. Perkins KA. Issues in the prevention of the weight gain after smoking cessation. *Ann Behav Med* 1994;16:46-52.
15. Pirie PL, McBride CM, Hellerstedt W, Jeffery RW, Hatsukami D, Allen S, Lando H. Smoking cessation in women concerned about weight. *Am J Public Health* 1992;82:1238-43.
16. Flegal KM, Troiano RP, Pamuk ER, Kuczmarski RJ, Campbell SM. The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States. *N Engl J Med* 1995;333:1165-70.
17. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Beyers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med* 1991;423:739-45.
18. Shimokata H, Muller DC, Andres R. Studies in the distribution of body fat: effects of cigarette smoking. *JAMA* 1989;261:1169-73.
19. Deprés JP, Lemieux I, Prud'homme D. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *BMJ* 2001;322:716-20.
20. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1983; 51(3):390-5.

PRIPOROČENA IN UPORABLJENA LITERATURA

Health Education Authority. *Helping People Change*. 1994.

Prevention in primary care. Recommendations for promoting good practice. CINDI. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1994.

Čakš T. Kajenje. V: Stanič-Stefan N. *Preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni*. Priročnik. Ljubljana: Zdravstveni dom, CINDI Slovenija, 1996: 51-5.

Čakš T. Preventiva kajenja v splošni medicini. V: Švab I. *Preventiva v splošni medicini*. Učne delavnice za zdravnike spl. med. Ljubljana: Sekcija za spl. med., 1996: 7-24.

The Risk Factor Management Manual. Virginia Priest, Viv Speller. Radcliffe Medical Press Ltd, Oxford, 1991.