

PROBLEM KAJENJA V SVETU IN PRI NAS

Tomaz Čakš

UVOD

Danes vsi znanstveni dokazi potrjujejo, da je nikotin v tobaku droga, ki povzroča odvisnost. Že ta je sama po sebi bolezen, iz česar izhaja, da uporaba tobaka ni zgolj razvada, kot meni večina ljudi, saj kajenje sodeluje pri nastanku in razvoju cele vrste bolezni.

V večini evropskih mest kajenje tobaka »umori« več ljudi kot prometne nesreče, alkohol, požari, samomori, droge in aids skupaj (1). Kajenje je med tistimi dejavniki tveganja, ki jih je mogoče povsem odpraviti (2).

Zbolewnost in umrljivost zaradi bolezni, ki so posledica kajenja tobaka, sta precej večji med rednimi kadilci kot med nekadilci. Skoraj vsi današnji redni kadilci so začeli kaditi pred svojim 20. letom, kar pomeni, da so bili dolgotrajno izpostavljeni zdravju škodljivim sestavinam tobaka in da so zasvojeni v vsej odrasli dobi. Dva od treh, ki sta začela kaditi zgodaj, bosta zbolela za boleznijo kot posledico kajenja, eden od dveh rednih kadilcev pa bo zaradi teh bolezni tudi prej umrl. Vsak četrti, ki je začel kaditi pred 16. letom, bo delanezmožen, še preden se bo upokojil (3). Bolezni, povezane s kajenjem, povzročajo dolgotrajne in stalne zdravstvene težave, kar je povezano z visokimi stroški zdravstvene oskrbe, hkrati pa tudi s pogostejšimi izostanki z dela in zgodnejšo invalidnostjo (2, 4). Opustitev kajenja med odraslimi je pomembna za izboljšanje javnega zdravja populacije, tako kratkoročno kot dolgoročno. Redni kadilci umirajo zaradi bolezni, povzročenih s tobakom, v svojih aktivnih srednjih letih, po opredelitvi epidemiologov med 35. in 69. letom, kar ustreza 25- do 30-letnemu latentnemu obdobju med začetkom kajenja in razvojem bolezni (5).

Raba tobaka je dejavnik tveganja za nastanek in razvoj vrste kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so pogosto neposredni vzrok smrti kadilcev. Vpliv kajenja je nesporno dokazan pri raznih vrstah rakov, pri boleznih srca in ožilja ter boleznih dihal, zlasti kronične obstruktivne pljučne bolezni. Glavni vzrok smrti kadilcev so bolezni srca in ožilja. Kajenje prispeva k razvoju ateroskleroze, zvečana je tvorba krvnih strdkov in posledično pojav srčne in možganske kapi. Kajenje prispeva k razvoju raka pljuč, ustne votline, žrela, grla, požiralnika, trebušne slinavke, ledvic, sečnega mehurja in materničnega vratu. Najpomembnejši je zagotovo rak pljuč, ki je med najpogostejšimi raki tako v svetu (6) kot tudi v Sloveniji (7, 8). Kajenje ima pomembno vlogo tudi pri nastanku impotence in motnjah zanositve, zelo nevaren pa je vpliv na še nerojenega otroka.

TRENDI RABE TOBAKA

Kadilske navade se ne pridobijo hitro. Mladi ljudje se na kajenje najprej pripravljajo, tobak nato poskusijo in ga le občasno rabijo, nato pa postanejo redni kadilci. Število tako občasnih (tedenskih) kot rednih (dnevnih) kadilcev se postopoma veča od okoli 10. leta dalje (2). Večina rednih kadilcev je začela kaditi pred 20. letom. V odrasli dobi so zasvojeni (9), saj je znanstveno nesporno, da nikotin v tobačnih izdelkih ustvarja in vzdržuje zasvojenost. Le manjšini kadilcev (0,5–5 %) uspe brez podpore, že v prvem poskusu, prenehati kaditi in doseči stalno abstinenco (5). Večina kadilcev gre skozi več obdobjev relapsov in remisij. Zelo nujno je zato preprečevati začetke kajenja, torej aktivno delovati na populaciji mladih, hkrati pa odvisnim kadilcem zagotoviti učinkovito in ustrezno terapevtsko obravnavo pri opuščanju kajenja (10).

Kajenje med odraslimi po svetu

Deleži kadilcev v prebivalstvu in njihova sestava se po svetu zelo razlikujejo. Za Evropo velja, da se celoten delež moških kadilcev zmanjšuje v severnih in zahodnih državah, večja pa se delež nekaterih skupin, posebej mladih žensk (11). Odstotni delež kadilcev v prebivalstvu se je zvečal v nekaterih državah Centralne in Vzhodne Evrope ter v novih državah nekdanje Sovjetske zveze. Na Finskem kadi v povprečju 23,8 % odraslih prebivalcev (28,8 % moških in 19,7 % žensk), v sosednjih baltških državah Latviji in Litvi pa kar 32,6 % odraslih (51,3 % moških in 18,2 % žensk) oz. 32,0 % odraslih (51,5 % moških in 15,8 % žensk). Med t.i. zahodnimi državami je najslabše v Nemčiji, kjer je kadilcev 36 % (40 % moških in 32 % žensk), najbolje pa na Švedskem, kjer kadi le 19 % odraslih (17 % moških in 21 % žensk), in na Češkem z 20 % odraslih kadilcev (27 % moških in 13 % žensk) (12). Tobak je najbolj nevarna splošno uporabljena droga v Evropi. Polovica rednih kadilcev bo umrla zaradi cigaret in polovica teh smrti v srednjih letih (med 35. in 69. letom) bo prezgodnjih.

Na splošno velja, da kadi vse manj prebivalcev razvitih držav in vse več prebivalcev nerazvitih držav. V ZDA jim je od leta 1970 do 1985 uspelo zmanjšati prevalenco moških kadilcev s 54 % na 29 % in kadilk s 36 % na 24 %, do leta 2000 pa na 23,3 % (med moškimi 25,7 %, med ženskami 21,0 %). V Veliki Britaniji so do leta 2000 zmanjšali delež kadilcev s 65 na 45 % ter kadilk s 45 na 34 %, v letu 2001 pa še bolj, na 27 % (28 % moških in 26 %) V Avstraliji so med letoma 1970 in 1985 dosegli izjemen upad deleža vseh kadilcev – z 72 na 33 %, do leta 2001 pa kar na 23,1 % (med moškimi 24 %, med ženskami 21 %).

Kljub tem zmanjšanjem pa je v celoti svetovna poraba cigaret med letoma 1970 in 1985 vendarle narasla za 7,1 %, saj se je v državah v razvoju močno povečala – v Afriki kar za 42 %, v Latinski Ameriki za 24 %, v Aziji pa za 22 % (12). Kajenje je pogostejše v nižjih socialnoekonomskih kategorijah kot v višjih.

V letu 2000 pripisujejo kajenju tobaka 4,83 milijona smrti na svetu, od tega v razvitem svetu 2,41 milijona in v nerazvitem svetu 2,42 milijona (13).

Do leta 2030 bo število smrti, povezanih z uporabo tobaka, doseglo v nerazvitem svetu 7 milijonov letno. Razvijajoči se svet se torej sooča s hitrim širjenjem epidemije uporabe tobaka; začela se je v zgodnjih sedemdesetih letih, v letu 1995 pa je že kar okoli 82 % od vseh kadilcev na svetu živelo v državah v razvoju (14).

Če se bo trend rabe tobaka nadaljeval, bo po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije v naslednjih 25 letih zaradi bolezni, povzročenih s tobakom, umrlo 150 milijonov sedaj živih ljudi.

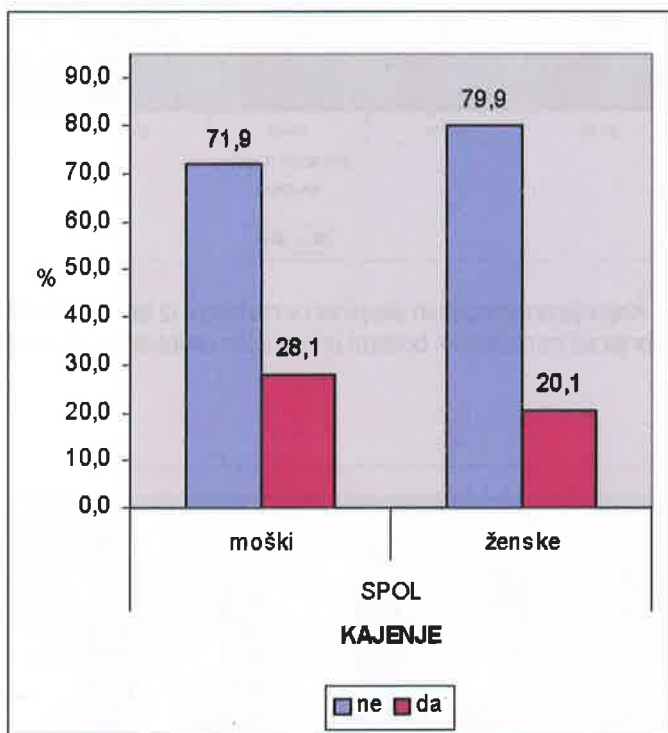
Kajenje med odraslimi v Sloveniji

V Sloveniji je v zadnjih letih delež kadilcev v prebivalstvu izrazito upadel, še posebej po sprejetju zakona leta 1996, ki je omejil rabo tobačnih izdelkov. Po raziskavi CINDI je bilo med anketiranimi odraslimi prebivalci Ljubljane v letih 1990/91 kar 42 % kadilcev, štiri leta kasneje pa 37,8 %, kar je sicer manj, vendar statistično še ne pomembno; delež kadilcev je bil še vedno velik, saj je v absolutnih številkah pomenil kar 125.000 prebivalcev Ljubljane (15). Statistično pomembno je delež upadel v letih 1997/98, in sicer na 28,5 %. Ni gotovo, ali je to spremembo dosegel sam zakon, nedvomno pa je vse, kar se je ob sprejemanju tega zakona dogajalo in govorilo, imelo svoj vpliv (16). Podoben trend upadanja je zaznati tudi v raziskavah slovenskega javnega mnenja: leta 1994 je odgovorilo, da kadijo, 28,2 % vprašanih, v letu 1996 še 26,5 %, v letu 1999 pa le še 24,5 % (17).

V Sloveniji je kot vzrok smrti prebivalstva obeh spolov kajenje z 19,3 % na drugem mestu, takoj za boleznimi srca in ožilja – pri moških s 26,4 % prav tako na drugem mestu, pri ženskah pa z 11,7 % na tretjem (18).

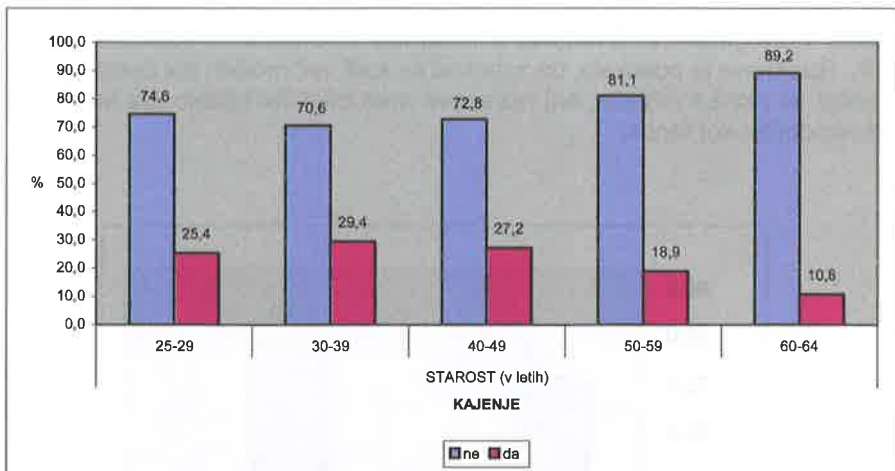
V letu 2001 je bila opravljena raziskava »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije«, v kateri so ugotavljali tudi deleže kadilcev (12). Rezultati kažejo precej boljše stanje, kot ga imajo mnoge druge države. Delež vseh kadilcev v prebivalstvu, ki je Sloveniji 23,7-odsto-

ten, nas uvršča v majhno skupino evropskih držav (Belgija, Finska, Islandija, Malta, Portugalska in Švedska) z manj kot 25-odstotnim deležem kadičev (19). Raziskava je pokazala, da zaenkrat še kadi več moških kot žensk (slika 1), vendar se razlika manjša, saj raziskave med mladimi kažejo, da kadi enako število deklet kot fantov.

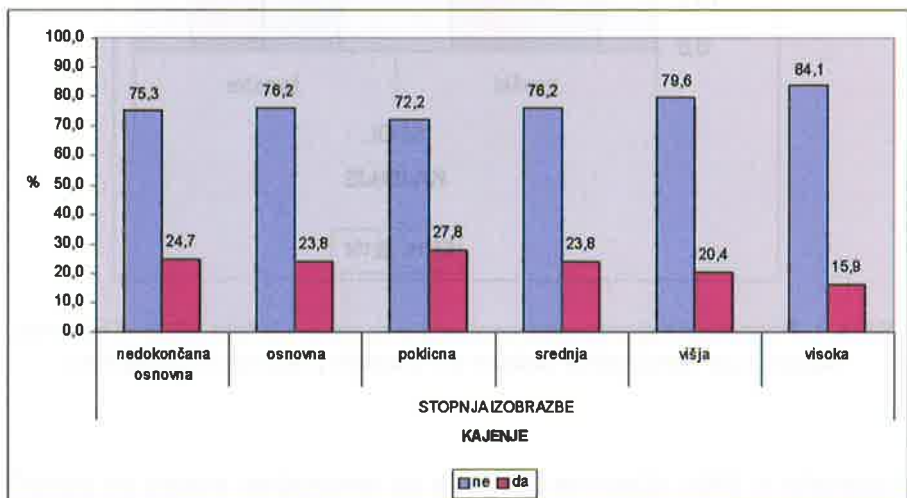


Slika 1. Pogostost kajenja med spoloma v raziskavi iz leta 2001 »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije«.

Raziskava iz 2001 »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije« je pokazala, da je več kadičev v mlajših starostnih skupinah, največ pa v starostni skupini med 30. in 40. letom (slika 2).



Slika 2. Kajenje po starostnih skupinah v raziskavi iz leta 2001 »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije«.



Slika 3. Kajenje glede na stopnjo izobrazbe v raziskavi iz leta 2001 »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije«.

Raziskava je pokazala, da je – podobno kot drugod v razvitem svetu – manj kadilcev med višje kot med nižje izobraženimi (slika 3). Podobno je ugotovila že raziskava CINDI 1990/91, opravljena na vzorcu populacije Ljubljane z okolico. Takrat je bil delež kadilk največji med ženskami z visoko izobrazbo, takoj nato pa so sledile tiste s srednjo in nepopolno srednjo izobrazbo. Pri moških je bil delež kadilcev največji pri tistih s končano osnovno šolo, samo nekoliko manjši pa pri tistih z nepopolno srednjo šolo (20).

Podatki te raziskave nas opozarjajo, da moramo biti pri obravnavi kajenja posebej pozorni na mlajše odrasle, živeče v mestih, z nižjo izobrazbo in iz nižjega družbenega sloja.

Kajenje med mladostniki

Vse večji problem tudi v razvitem svetu je kajenje mladostnikov. V državah EU kadi največ mladostnikov v Nemčiji, in to 14,1 % 13-letnikov (13,6 % fantov in 14,6 % deklet), med 15-letniki pa je kadilcev kar 33 % (32,2 % fantov in 33,7 % deklet). Najmanj je mladih kadilcev v skandinavskih državah, predvsem na Švedskem, kjer kadi 15,1 % 15-letnikov (11,1 % fantov in 19,0 % deklet), in na Norveškem, kjer je v tej starosti 23,4 % kadilcev (20,1 % fantov in 26,6 % deklet). Značilnost vseh teh podatkov je, da je mladih kadilk več kot mladih kadilcev (21).

Kajenje mladostnikov je tudi v Sloveniji velik problem. Iz raziskave "Health Behaviour in School-aged Children: a WHO cross-national study« (21) izvemo, da je bilo v letih 2001–02 med 13-letniki 5,1 % kadilcev (6,2 % fantov in 4,1 % deklet), med 15-letniki pa 29,6 % kadilcev (29,5 % fantov in 29,7 % deklet)

TOBAČNI DIM IZ OKOLJA – PASIVNO KAJENJE (22)

Tobačni dim iz okolja (TDO) prihaja iz dveh virov: glavni in stranski dim. Glavni dim – »mainstream« – je kompleksna aerosolska mešanica, ki jo kadilec vdihne, filtrira v pljučih in izdihne. Stranski dim – »sidestream« – je aerosol, ki iz prižganega konca smodečega se tobačnega proizvoda izpuh- teva neposredno v zrak. Oba dima sestavljajo podobne sestavine – vključno dušikovi oksidi, nikotin, ogljikov monoksid in razni karcinogeni in kokarcinogeni. Ocenjujejo, da je v sobi, v kateri se kadi, 85 % dima stranski dim.

Ob izgorevanju tobaka nastajajo dimni delci in plinske organske ter anorganske molekule, ki poleg kadilčevih pljuč polnijo tudi okolico, kjer se

kadi. Iz dima se izločajo dokazani karcinogeni, kot so N-nitrozamini, in druge zdravju škodljive snovi – ogljikov monoksid je povezan z razvojem ateroskleroze in boleznimi srca in ožilja, dušikovi oksidi pospešujejo razvoj emfizema (23).

Druge kemične substance, ki jim je človek izpostavljen s tobačnim dimom, so aceton, akrolein, aldehidi, arzen, kadmij, cianovodik, keton, svinec, metilnitrat, nikotin, dušikov dioksid, fenol, policiklični aromati in drugi.

Otroci in pasivno kajenje

Tobačni dim iz okolja je resna nevarnost za zdravje otrok. Zakonski ukrepi za zaščito otrok pred pasivnim kajenjem, veljajo za vrtce, šole in javne ustanove, tako da ne zadevajo glavnega vira otroške izpostavljenosti tobačnemu dimu – to je dima v njihovih domovih. Še posebej zaskrbljuje občutljivost otrok na pasivno kajenje, tako zaradi medicinskih kot etičnih razlogov. Otroška pljuča so manjša in njihov imunski sistem je slabše razvit, zaradi česar je – kot posledica pasivnega kajenja – mnogo bolj verjeten razvoj infektov v njihovih dihalih in ušesih. Ker so manjši in dihajo hitreje kot odrasli, v enakem času vdihnejo mnogo več škodljivih kemikalij na enoto telesne mase kot odrasli. In končno, otroci imajo mnogo manjšo možnost, da izbirajo, kot odrasli. Mnogo manj možnosti imajo, da zapustijo sobo, polno dima, če si to želijo: dojenčki ne morejo prositi, nekateri otroci se bojijo vprašati, drugim ni dovoljeno oditi, četudi bi želeli (24).

Ameriška agencije za zaščito okolja (EPA) je v svoji publikaciji leta 1992 prikazala vplive pasivnega kajenja na zdravje otrok. Ugotavljali so vzročno povezanost pasivnega kajenja z večjo ogroženostjo z infekcijo spodnjih dihalnih poti. Ocenili so, da je zaradi tobačnega dima letno zbolelo 150 do 300 tisoč dojenčkov in otrok do 18 mesecev starosti. Pri otrocih z astmo so ugotovili vzročno povezanost izpostavljenosti pasivnemu kajenju z dodatnimi epizodami in hujšimi simptomi astme. Izpostavljenost tobačnemu dimu pa pomeni tudi dejavnik tveganja za nastanek novih oblik astme pri otrocih, ki poprej niso imeli simptomov. Po oceni naj bi zaradi pasivnega kajenja otrok nastalo v ZDA od 8 do 26 tisoč novih primerov astme (25). Pasivno kajenje povzroča tako akutna kot kronična vnetja srednjega ušesa. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da je zdravje skoraj polovice otrok na svetu ogroženo zaradi izpostavljenosti tobačnemu dimu iz okolja. Za male otroke je glavni vir tobačnega dima, ki so mu izpostavljeni, kajenje staršev in drugih članov gospodinjstva. Kajenje mater je značilno največji vir obremenitve otroka, saj gre za kumulativni učinek izpostavljenosti *in utero* in neposredne bližine matere v zgodnjem otrokovem življenju (26).

Ugotavljajo tudi, da je velika verjetnost, da pasivno kajenje povečuje nevarnost za nenadno smrt dojenčka, morda zaradi izpostavljenosti snovem tobačnega dima *in utero* ali neposredno dimu po rojstvu. Zbor mednarodnih strokovnjakov WHO je leta 1999 zaključil, da je kajenje matere vzrok za eno tretjino do eno polovico primerov sindroma nenadne smrti dojenčka (26).

Pasivno kajenje odraslih

Leta 1981 je Takeshi Hirayama s svojo epidemiološko študijo prikazal, da pasivno kajenje poveča nevarnost za nastanek pljučnega raka pri nekadilkah, soproгах kadičev (27). To je bil prvi prikaz povezave pasivnega kajenja in pljučnega raka. Ne dolgo zatem sta o takšni povezanosti pisala tudi Trichopoulos s sodelavci iz Grčije (28) in Garfinkel iz ZDA (29).

Vendar ni ostalo samo pri povezanosti pasivnega kajenja z rakom pljuč. Epidemiološke študije so pasivno kajenje povezale s celo paleto zdravstvenih težav, od bližjih, kot je draženje oči in nosu, pa do vse hujših, kot so večje število respiratornih infektov pri otrocih, disfunkcija dihalnih poti, angina pektoris in večja ogroženost s koronarno srčno boleznijo in še posebej z rakom. Dokončno je bilo pasivno kajenje prepoznano kot »poznani humani karcinogen« v publikaciji EPA, ki deluje v sklopu ameriškega Državnega inštituta za varovanje zdravja (NCI). V publikaciji iz leta 1992 so pripravili pregled dotedanjih študij, na podlagi katerih so prikazali škodljive učinke pasivnega kajenja. Tobačni dim iz okolja so razvrstili v skupino A karcinogenov. Izračunali so, da je mogoče tobačnemu dimu iz okolja v ZDA pripisati letno približno 3.000 smrti zaradi pljučnega raka. Ugotovili so tudi, da TDO sicer ne veliko, vendar signifikantno zmanjšuje pljučno funkcijo, povzroča pogostejši kašelj in večja nastajanje sputuma (25).

Preprečevanje pasivnega kajenja

Pasivno kajenje je med dejavniki tveganja, ki jih je mogoče povsem odpraviti, na tretjem mestu, takoj za aktivnim kajenjem in pitjem alkohola. Naj bo doma, na delu, v šoli, restavraciji, gledališču ali baru, pasivno kajenje je dokazana nevarnost za zdravje tako mladih kot starih. Zato so na ravni družbe potrebni interventni programi in medijske ter politične aktivnosti, ki naj bi zagotovile primerno delovno in bivalno okolje.

Tobačna industrija se seveda težko sprijazni s spoznanji o škodljivosti TDO in predvidenimi ukrepi. Zato poskuša z raznimi strategijami vplivati na javno

mnenje in tobačno zakonodajo ter ovreči raziskave, objavljene v medicinski literaturi. Delna prepoved kajenja tobaka pomembno zmanjša izpostavljenost TDO, vendar ga ne odstrani. Edino učinkovita je popolna prepoved (30). Pasivno kajenje je velika nevarnost za zdravje na delovnem mestu. Toksini in karcinogeni se hitro širijo skozi pisarne, hotele, restavracije in druge notranje prostore, kjer so delovna mesta. V razvitem svetu je sicer vse več omejitev kajenja v javnih prostorih. Bistveno večji problem pa ostajajo domovi, kjer so otroci najbolj obremenjeni s pasivnim kajenjem, saj starši, ki ne morejo kaditi drugje, vse nadomestijo doma. Kajenje na domovih se seveda ne da omejiti z zakonodajo. Zato je zelo pomembno osveščanje staršev.

UKREPI ZA PREPREČEVANJE KAJENJA

Kajenje je treba obravnavati celovito in delovati na populacijo kot celoto. Ukrepi za obvladovanje tobaka se tako delijo na take, ki so usmerjeni na populacijo, in na tiste, ki se posvečajo posamezniku (9). Ti ukrepi so posledica naslednjih ugotovitev:

- vsi ljudje imajo pravico do zraka brez tobačnega dima,
- otroci in druge ranljive osebe potrebujejo za svoje zdravje čist zrak,
- vsakdo ima pravico do okolja brez tobačnega dima doma, na javnih mestih in v službi,
- države in vlade so dolžne zagotoviti pogoje, da ni nihče nehoteno izpostavljen tobačnemu dimu,
- zakoniti morajo zagotoviti zaščito pred tobačnim dimom na delovnih in javnih mestih in prav tako voditi organizirane dejavnosti, ki bodo spodbudile ljudi, da bodo imeli domove brez tobačnega dima,
- opustitev kajenja je eden izmed najbolj stroškovno učinkovitih načinov zdravstvene terapije.

Ukrepi na ravni populacije

Politika nadzora nad tobakom mora biti široka. Med njene ukrepe štejemo predvsem tiste, ki jih sprejema zakonodaja. Razdelimo jih na take, ki so neposredno usmerjeni k zmanjševanju rabe tobaka, in na tiste, ki so usmerjeni k zmanjševanju števila kadičev:

- prepoved posrednega in neposrednega oglaševanja ter promocije tobačnih izdelkov,
- prepoved promocijske delitve cigaret, tako posameznih kosov kot v originalni embalaži,

- prepoved sponzorstva kulturnih, športnih in drugih javnih prireditev,
- učinkovita zdravstvena opozorila na tobačnih izdelkih,
- zaščita pravic nekadilcev in pravice do skupnega okolja brez tobačnega dima pomeni prepoved kajenja v javnih prostorih, odrejanje omejenih con in prostorov, kjer se lahko kadi,
- fizične pregrade, ki preprečujejo mešanje zraka v nekadilskih in kadilskih prostorih,
- ustvarjanje javnega mnenja, da je kajenje nesprejemljiva družbena razvada, pri čemer je posebej za mlade pomembna "pozitivna identifikacija" – idoli, ki ne kadijo in to aktivno poudarjajo,
- obsežne medijske akcije, ki pripomorejo k večanju znanja o učinkih kajenja na zdravje in prednostih opustitve, hkrati so pot obveščanja o razpoložljivih oblikah pomoči pri opustitvi kajenja,
- prepoved prodaje cigaret osebam, mlajšim od 15 let,
- ženske, ki so pomembna tarča tobačne industrije, ozaveščati s promocijo zdravja in nekajenja,
- organiziranje zdravstveno vzgojnih programov s promocijo zdravja in nekajenja v osnovnih in srednjih šolah,
- zagotoviti strokovno pomoč kadilcem pri odvijanju, tako odraslim kot mladim,
- uporabljati sodne spore in odškodninske zahtevke kot zanimivo novo orodje za preprečevanje rabe tobaka,
- taka davčna in cenovna politika, ki pridelave, predelave in prodaje tobaka ne bo ocenjevale le kot vir za polnjenje proračuna,
- dosleden nadzor nad spoštovanjem določb zakona o omejevanju prodaje in rabe tobačnih izdelkov,
- denarno kaznovanje kršiteljev določb zakona o omejevanju prodaje in rabe tobačnih izdelkov oziroma odvzem pravice do prodaje tobačnih izdelkov,
- dviganje cen tobačnih izdelkov, ki naj zmanjša njihovo prodajo; po podatkih Svetovne banke je to eden izmed najučinkovitejših načinov vsestranske tobačne politike: dvig cene škatlice cigaret za približno 10 % bi v deželah z visokim povprečnim dohodkom na prebivalca zmanjšal povpraševanje po tobačnih izdelkih za 4 % (16),
- vztrajati pri prepovedi uporabe avtomatov za cigarete,
- prepovedati nakup tobačnih izdelkov z naročilom po pošti ali internetu,
- poudariti pomen pomembnih javnih oseb na lokalni ravni pri promociji nekajenja in oblikovanju programov pomoči odvijanja od kajenja,
- organizirane aktivnosti za preživljanje prostega časa otrok in mladine v okviru šol ali športnih dejavnosti,

- poklicno izobraževanje o nevarnostih kajenja in pomembnosti nekajenja za uslužbence socialnih strok, izobraževanja, zdravstvenega varstva, izvajalcev športnih dejavnosti in dela z mladimi,
- vsi prej omenjeni kadri ne smejo kaditi v času svojega delavnika,
- v šolah za starše v porodnišnicah in zdravstvenih domovih predstaviti nevarnosti kajenja nosečnic, njihovih partnerjev, mladih mamic in otrok, ki živijo v domu kjer se kadi, poudarjati prednosti nekajenja,
- delodajalci morajo zagotoviti nekadilsko delovno okolje, ki ga morajo imeti tudi uslužbenci v gostinstvu,
- vzpostavitev delovanja telefonskega svetovanja za opustitev kajenja in izobraževanje osebja za tovrstno svetovanje,
- spodbujati nekajenje med zdravstvenimi delavci,
- vzpostaviti sodelovanje z nevladnimi organizacijami in vladnimi ustanovami, ki lahko pripomorejo k zmanjševanju kajenja v prebivalstvu kot celoti.

Ukrepi na ravni posameznika

Pri ukrepih na ravni posameznika so zlasti pomembni družinski člani in vsi zdravstveni delavci. Med zdravstveni delavci so najpomembnejši družinski zdravnik in njegova delovna skupina. Ta pri svojem delu s pacienti pripomore, da mladi ljudje ne začnejo kaditi, kadilcem pa, ki želijo nehati kaditi, lahko zagotovi široko podporo in pomoč. Daje informacije in poučuje o škodljivosti kajenja, podpira nekajenje ter prikazuje pozitivno sliko nekadilstva (31). Tistim, ki se želijo odvaditi, je treba ponuditi individualno pomoč ali možnost vključitve v terapevtske skupine (32).

Naloge zdravstvenih delavcev so:

- sistematična identifikacija posameznikov, ki kadijo, in vpis podatka o statusu kajenja v zdravstveni karton,
- opozoriti kadilca na škodljivosti kajenja na zdravje in predstaviti že nastalo škodo v njegovem zdravju,
- poudariti pomen in prednosti nekajenja,
- ugotoviti posameznikovo kadilsko vedenje in stopnjo njegove motivacije za opustitev kajenja ter temu primerno izbrati ustrezno obravnavo (kratek nasvet, informativne zloženke, intenzivna vedenjska podpora: individualna ali v skupini, farmakoterapija),
- predstavitev raznih možnosti za opustitev kajenja: individualno svetovanje, vključevanje v skupine in farmakoterapija.

Ukrepi v Sloveniji (33)

V zadnjem desetletju je prevalenca kajenja v Sloveniji torej močno padla. Število kadičev se je od leta 1978 v majhni deželi dveh milijonov prebivalcev zmanjšalo za skoraj 200.000. Upad je predvsem posledica opustitve kajenja. Tri četrtine tistih, ki še kadijo, želi prenehati. Večina, ki je prenehala, je to storila v zadnjem desetletju, ko je bila sprejeta moderna in restriktivna zakonodaja. Zakonodaja iz leta 1996 – ena prvih takšnih zakonodaj v svetu – je bil velik uspeh združevanja sil civilne družbe, zdravstvenih delavcev, Ministrstva za zdravstvo in mnogih poslancev. Z njo je Slovenija sprejela vrsto omejitev širjenja tobačnih izdelkov (prepoved oglaševanja tobaka, prepoved sponzoriranja s strani tobačne industrije, zdravstvena opozorila na zavojčkih tobačnih proizvodov, prepoved prodaje tobaka mlajšim od 15 let, prepoved prodaje tobačnih izdelkov v avtomatih, prepoved prodaje posameznih cigaret ali drugih tobačnih proizvodov, ki niso v originalnem zavojčku), po drugi strani pa ukrepov za preprečevanje škodljivih učinkov rabe tobaka (omejitev kajenja v javnih prostorih in na delavnih mestih, omejene vrednosti katrana in nikotina v cigaretah).

Okolje brez tobačnega dima je bil eden od ciljev snovalcev zakonodaje. Tako je kajenje v javnih prostorih v Sloveniji z zakonom prepovedano. Popolna prepoved velja v bolnišnicah, šolah, letalih, slaščičarnah, v javnih ustanovah, kjer poteka delo s strankami. Prepovedano je tudi kajenje v vseh javnih transportnih sredstvih in v vseh drugih javnih prostorih, kot so kinodvorane, gledališča, socialne ustanove, s tem da je v teh ustanovah možen poseben prostor za kadičce. Kajenje je prav tako prepovedano na delavnih mestih, kjer so posebej določeni prostori za kadičce. Pomembno bi bilo, da bi se nekadičci teh svojih pravic zavedali in jih pogosteje zahtevali, saj je pravica do čistega zraka nad pravico do kajenja.

Ta zakonodaja je uredila tudi obdavčenje tobačnih izdelkov: trošarina za tobačne izdelke se večja za 2 % vsakega pol leta in naj bi dosegla 57 % cene v letu 2004, s čimer bi se izenačila s trošarino v Evropski uniji.

Zakon iz leta 1996 je bil na preizkušnji tudi na Ustavnem sodišču, kjer so ga spodbijali predstavniki tobačne industrije. Ustavni sodniki so odločili v prid zakona. Ta odločitev slovenskih ustavnih sodnikov je bila zelo pomembna tudi v mednarodnem smislu, saj so jo uporabili v Kanadi v podobnem sodnem postopku, kjer so jo, prevedeno v angleški jezik, predstavili sodišču. Tudi v Kanadi je tobačna industrija v tem primeru izgubila spor in odločitev slovenskih ustavnih sodnikov je bila pri tem pomembna.

Odvisnost od tobaka spada med bolezni odvisnosti, zato jo je treba zdraviti. Kadilcem je treba pomagati. Leta 2001 je odvajanje od kajenja postalo del redne zdravstvene dejavnosti in ga pokriva tudi zdravstveno zavarovanje. Izvaja se lahko v okviru primarnega zdravstvenega varstva. Zdravniki in sestre kljub temu še niso dovolj vključeni v programe odvajanja od kajenja.

Izobraževanje, informiranje javnosti in oblikovanje javnega mnenja je bilo v času sprejemanja zakonodaje zelo široko zasnovano z informativnimi akcijami v zvezi s kajenjem. Od sprejetja zakonodaje dalje so medijske akcije omejene na posebne dneve v letu (*dan brez tobaka*) ali posebne dogodke (*opusti kajenje in zmagaj*) in so usmerjene neposredno na kadilce.

Decembra 2002 so bili sprejeti amandmaji k zakonu iz leta 1996, da bi se uskladil z direktivo Evropske skupnosti v zvezi s proizvodnjo, oglaševanjem in prodajo tobačnih izdelkov (Directive 2001/37/EC). Ti amandmaji zahtevajo predvsem manjše dovoljene vrednosti katrana, nikotina in ogljikovega monoksida v cigaretah, določajo metode za merjenje teh snovi, določajo označevanje tobačnih izdelkov, nova zdravstvena opozorila na zavojčkih in zahtevajo točno opredelitev posameznih sestavin in njihovih količin na zavojčkih. V amandmajih je določeno, da je prepovedana uporaba označb, kot so »lahke«, »malo katrana« in podobno, kar vse lahko zavaja uporabnika, češ da je tak tobačni izdelek bolj zdrav od kakega drugega. Tobačnega izdelka, ki ne bi bil nevaren, namreč ni! Določena so tudi nova zdravstvena opozorila: na sprednji strani zavitka morajo obsegati najmanj 30 % površine, na zadnji strani zavojčka pa ne manj kot 40 % površine.

Mednarodne aktivnosti

V razvitem svetu delež kadilcev v prebivalstvu vse bolj upada. Tudi zakonodaja je vse strožja, posebej v državah Evropske skupnosti (Nizozemska, Danska, Belgija). Poleg že omenjene direktive Evropske skupnosti je zelo pomemben dokument *Okvirna konvencija za nadzor nad tobakom (FCTC – Framework Convention for Tobacco Control)*. Pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije se je pripravljala vrsto let. V njej je opredeljena večina metod, kako obvladovati epidemijo rabe tobaka. Do sprejetja konvencije je bilo šest zasedanj medvladnega pogajalskega telesa, ki je bilo zadolženo za pripravo in pogajanja o tej konvenciji. Na njih je Slovenija aktivno sodelovala kot članica SZO in medvladnega pogajalskega telesa.

Besedilo je razdeljeno v 11 delov: uvod, cilji, programi in splošne obveze, ukrepi za zmanjševanje povpraševanja po tobačnih izdelkih, ukrepi za

zmanjševanje oskrbe s tobakom, zaščita okolja, odgovornost in odškodnine, znanstveno in tehnološko sodelovanje ter izmenjava informacij, institucionalni dogovori in finančni viri, reševanje sporov in končne določbe.

Večina členov je bila usklajena do 5. zasedanja. Neusklajenih je ostalo še nekaj členov, ki pa so prav gotovo najpomembnejši. Obravnavajo naslednje teme: ilegalno trgovanje s tobačnimi proizvodi; oglaševanje; promocija in sponzoriranje s strani tobačne industrije; tobak in trgovina; paketiranje in etiketiranje tobačnih izdelkov; finančni viri FCTC; obveznosti in kompenzacije. Ti člani so postali predmet zaključnih pogajanj.

Ciljni datum za sprejem konvencije je bil maj 2003, ko je bilo 56. zasedanje Skupščine SZO. Ko bo besedilo konvencije dokončno sprejeto in ga bo ratificiralo najmanj 40 članic SZO, bo zavezujoče za države podpisnice in bo prvi zavezujoči dokument SZO. Upajmo, da bo to nov pomemben dokument, ki bo pripomogel, da se bo širjenje tobaka po svetu čim bolj omejilo. Pomagal bo lahko vsaki državi posebej, da bo oblikovala svojo protitobačno politiko in zakone. Tudi Sloveniji bo lahko v nadaljnjo oporo.

ZAKLJUČEK

Slovenija je relativno uspešna pri obvladovanju tobačne epidemije, kar je verjetno rezultat njene družbenoekonomske razvitosti. V zadnjih letih nam je s sprejetjem restriktivne zakonodaje po letih plodne javne razprave in s številnimi medijskimi aktivnostmi ter izobraževalnimi programi zares uspelo zmanjšati prevalenco kadilcev v Sloveniji. Vendar je dela še vedno zelo veliko. Še vedno zbolijo in umrejo preveč Slovenk in Slovencev zaradi škodljivega učinka tobaka, tako zaradi aktivnega kot tudi pasivnega kajenja. Zato je še naprej potrebna aktivna protitobačna politika v sodelovanju vlade in parlamenta. Potrebno je oblikovanje državnega programa za področje tobaka, večje aktiviranje vseh zdravstvenih delavcev in ustanov pa tudi nevladnih organizacij. Zelo pomembne so inšpekcijske službe, ki naj bi poskrbele, da bi se zakonodaja upoštevala in primerno uveljavljala, kršilci pa primerno kaznovali. Zvečati je treba zavest ljudi, da imajo pravico do čistega zraka kjerkoli že so, na delovnem mestu, v lokalni ali kakšnem drugem javnem mestu. Prav tako je treba opozoriti kadilce, da ne škodujejo s kajenjem samo sebi, ampak tudi ljudem v svoji okolici, še najbolj svojcem v domačem okolju, kjer so posebej prizadeti prav otroci.

Preprečevanje začetka kajenja in opustitev kajenja sta med vsemi drugimi oblikami zdravstvenih terapij kajenja najbolj stroškovno učinkovita načina zdravljenja. Za zdravstveni sistem pomeni opustitev kajenja sčasoma spro-

stitev finančnih sredstev, ker se bodo zmanjšali stroški zdravljenja pljučnega raka, srčnožilnih in drugih od tobaka odvisnih bolezni. Višanje cen tobačnih izdelkov na račun davkov, prepoved oglaševanja, prepoved kajenja na javnih krajih, oblikovanje javnega mnenja, informiranost in izobraževanje povečujejo motiviranost kadilcev, da nehajo kaditi ali pa jih vsaj spodbuja k temu. Obravnava odvisnosti od tobaka vključuje vedenjsko in po potrebi farmakološko intervencijo. Svetovanje, intenzivna podpora in, če je treba, farmakoterapija prispevajo k zmanjšanju odvisnosti od tobaka tako posameznika kakor tudi populacije (10).

Bolj pa se moramo usmeriti tudi proti tobačni industriji, ki deluje izključno po poslovni in ekonomski logiki. Za vsakega umrlega kadilca mora pridobiti vsaj enega novega, čim mlajšega, da ohrani ali poveča svoj dobiček.

Literatura

1. WHO Healthy cities project phase II 1993-1997. Briefings on multi action plans. Copenhagen: WHO, 1994.
2. WHO-CINDI. Tobacco. Prevention in primary care. Recommendations for promoting good practice. Copenhagen: WHO, 1994: 7-15.
3. Publication of Ministry of social affairs and health 1997: 22. Finnish strategy to promote health and non-smoking among young people. Helsinki: Ministry of social affairs and health, Department for promotion and prevention, 1997.
4. The World Bank. Curbing the epidemic. Washington, DC: The World Bank, 1999.
5. World health organisation Regional office for Europe. Introduction. In: WHO European strategy for smoking cessation policy. Copenhagen: WHO, 2003: 4-6.
6. Masironi R, Rothwell K. Trends in and effects of smoking worldwide. World Health Stat Q, 1988: 228-40.
7. Pompe-Kirn V, Japelj B, Primic-Žakelj M. Rak v Sloveniji - kaj nas čaka v naslednjem desetletju? Onkologija 1998; 2 (2): 34-6.
8. Pompe-Kirn V, Japelj B, Primic-Žakelj M. Trend incidence pljučnega raka in kadiških navad pri moških v Sloveniji. Zdrav Vestn 2000; 69: 97-9.
9. Čakš T. Obvladovanje kajenja tobaka. ISIS 2000; 9(4): 42-4.
10. Čakš T. Opustite kajenje in zmagajte: oris pomoči pri odvajanju od kajenja. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004: 60.
11. Aghi M, Asma S, Yeong CC, Vaithinathan R. Initiation and maintenance of tobacco use. In: Samet JM, Yoon SY, editors. Women and the tobacco epidemic. Geneva: WHO, 2001: 49-68.
12. Zaletel-Kragelj L, Čakš T, Novak-Mlakar D. Kajenje. In: Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J, editors. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog). 2. Tvegana vedenja. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004; 149-90.
13. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet 2003; 362: 847-52.

14. Dobson R. Annual tobacco deaths in poor countries to reach 7 million by 2030. *BMJ* 2004; 329: 71.
15. Čakš T. Kajenje. In: Kraševac-Ravnik E, Ausec Z, Bobnar T et al, editors. *Zdravstvene razmere v Ljubljani*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, Mestna občina Ljubljana, 1996: 81-5.
16. Čakš T. Obvladovanje kajenja tobaka. *ISIS* 2000; 9 (4): 42-4.
17. Rehar V. Kajenje v svetu in pri nas. In: Štabuc B, Primic-Žakelj M, Kocijan A et al, editors. *Kajenje in rak pri ženskah*. IX. Seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2001: 5-10.
18. Grobovšek-Opara S, Švab I, Šelb J. Koliko smrti zaradi kajenja v Sloveniji? *Zdrav vestn* 1996; 65: 393-7.
19. Shafey O, Dolwick S, Guindon GE. *Tobacco control country profiles*. Helsinki: The American cancer society, World health organisation, International union against cancer, 2003.
20. Čakš T. Povezanost pušenja s drugim čimbenicima rizika nastanka kroničnih nezaraznih bolezni u stanovnika Ljubljane. Magistrsko delo, Zagreb, 2000.
21. WHO. *WHO European country profiles on tobacco control*. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe, 2003.
22. Čakš T. Pasivno kajenje v bivalnem in delovnem okolju. *Zdrav Varstvo* 2001; 40 (37): 271-6.
23. Koren H, Bisesi M. *Handbook of environmental health and safety: principles and practices*. Boca Raton: CRC Press, 1996: 327-8.
24. Canadian health network, <http://www.canadian-health-network.ca>.
25. US environmental protection agency. *Respiratory health effects of passive smoking: Lung cancer an other disorders*. Washington, DC: US environmental protection agency, 1992.
26. Consultation report, International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health, 11-14 January 1999, Geneva. <http://tobacco.who.int/en/health/papers/ets-report.pdf>
27. Hirayama T. Nonsmoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *BMJ* 1981; 282: 183-5.
28. Trichopoulos D, Kalandidi A, Sparros L. Lung cancer and passive smoking: conclusions of Greek study. *Lancet* 1983; 2: 677-8.
29. Garfinkel L, Auerbach O, Joubert L. Involuntary smoking and lung cancer: a case-control study. *JNCI* 1985; 75: 463-9.
30. Brauer M, Mannetje A. Restaurant smoking restrictions and environmental tobacco smoke exposure. *Am J Public Health* 1998; 88 (12): 1834-6.
31. The physician's role. Three modules on tobacco for national medical associations. Copenhagen: WHO regional office for Europe, 1988 (Smoke-free Europe, No.1).
32. Čakš T. Preventiva kajenja v splošni medicini. In: Švab I, editor. *Preventiva v splošni medicini. Učne delavnice za zdravnike splošne medicine*. (13; 1996). Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, 1996: 7-24.
33. Čakš T. Slovenia: getting it (almost) right. *Alliance Bull* 2003; (40): 3.