Пушење – болест зависности и могућност одвикавања

В. Лазаревић¹, Д. Банковић Лазаревић², Д. Радовановић³

Smoking Addiction and Smoking Cessation

Vladan Lazarević, Dušica Banković Lazarević, Dragana Radovanović

Сажетак: Пушење је најзначајнији појединачни фактор ризика који доприноси прераној смртности и настанку великог броја обољења. Пушење има епидемијски карактер у свим групама становништва.

Циљ рада је био да се укаже на значај престанка пушења и превенцију настанка многих болести, да се изнесу чињенице које доприносе разумевању комплексности никотинске зависности, фармакологије никотина, да се истакне императив да здравствени радници побољшају своју едукацију из ове области, и да у свакодневном раду са сваким пацијентом, не пропуштајући ни једну посету пацијента, врше понављано саветовање о престанку пушења које ће имати здравствено-васпитни ефекат.

Кључне речи: пушење, престанак пушења.

Summary: Cigarette smoking is the single most important risk factor contributing to premature mortality and to development of many diseases.

Smoking has and epidemic character in all population groups.

The aim of this paper was to point out the importance of quitting smoking and the prevention of many diseases and to bring out the fact which contribute to the understanding to the nicotine addiction, nicotine pharmacology, and to emphasize the imperative that health care workers improve own education in this field in their everyday work with every patient, without missing any single appointment of the patient, to get repetitive counseling about quitting smoking with final health educational effect.

Key words: smoking, smoking cessation.

Увод

Пушење је најзначајнији појединачни фактор ризика који доприноси прераној смртности свих људи, како у свету тако и код нас, као и настанку великог броја болести. Према подацима које износи Удружење за јавно здравље Србије, у свету пуши око милијарду и двестотине педесет милиона људи, око 35% одраслих мушкараца и 22% жена у развијеним земљама и 50% мушкараца и 9% жена у неразвијеним земљама света¹. Стога је узимање учешћа у превенцији и престанку пушења свакако највреднији допринос

који здравствени радници могу да дају за здравље нације².

Подаци из САД-а показују да је учешће пушења у смртности 16% или 417.000 смртних случајева, а представља и 68 милијарди долара трошкова у здравственој заштити које узрокује ова лоша навика.

Помажући пушачима да престану да пуше, лекари могу побољшати опште стање здравља и могу да смање терет трошкова лечења у друштву.

Већина здравствених радника, лекара и медицинских сестара, који се свакодневно срећу са пушачима, нема одговарајућу обуку за

1 Др Владан Лазаревић, максилофацијални хирург, Општа болница Ћуприја.

2 Др сц. мед. Душица Банковић Лазаревић, специјалиста социјалне медицине, Општа болница Ћуприја.

3 Др Драгана Радовановић, специјалиста социјалне медицине, Завод за јавно здравље Поморавље, Ћуприја

одвикавање пацијената од пушења која је значајна за решавање ове болести зависности.

Циљ рада

Циљ рада је био да се укаже на значај престанка пушења и превенцију настанка многих болести, да се изнесу чињенице које доприносе разумевању комплексности никотинске зависности, фармакологије никотина, да се истакне императив да здравствени радници побољшају своју едукацију из ове области, и у свакодневном раду са сваким пацијентом, не пропуштајући ни једну посету пацијента, врше понављано саветовање о престанку пушења које ће имати васпитно-здравствени ефекат.

Фармакологија никотина

Да би се терапеут бавио лечењем никотинске зависности потребно је да се упозна и са фармакологијом и метаболизмом никотина, како би схватио снажно дејство ове адиктивне супстанце, а такође да се упозна и са правилном употребом супституционе терапије. Адикција на никотин је бар једнака као и зависност од хероина или кокаина, а вишеструки зависници од дрога често наглашавају да би најмање желели да се одрекну пушења цигарета³.

Никотин је психоактивна супстанца која се брзо апсорбује са коже, респираторног тракта и слузокоже образа. Кап чистог течног никотина у неколико минута доводи до смрти ако се стави на кожу или слузокожу. Никотин који се апсорбује из гастроинтестиналног тракта и хепатичним крвотоком усмери кроз јетру, бива инактивисан јетриним микрозомалним ензимима, те је овакав начин уноса неефикасан у терапији никотинске зависности.

Никотин је ацетил холин аналог (АЦХ), са јачим афинитетом за (АЦХ) рецепторе. Никотин се везује за (АЦХ) рецепторе аутономних ганглија, адреналне медуле, неуромускуларних веза и мозга. Ови никотински рецептори могу бити повезани или са калцијумским каналима (узрокујући стимулативни ефекат) или са хлоридним каналима (узрокујућу умирујући ефекат).

У зависности колико је рецептора ендогено заузето природним производима, бифазни одговор може да се појави, тако да никотин може да буде стимуланс или депресор, што зависи од унутрашње средине, и пушачи могу да иститрују своје физичко и ментално стање у зависности од дозе никотина која изазива жељени ефекат. Ако су летаргични, пушење их стимулише, а ако су напети, пушење их опушта. За само седам секунди, повлачењем једног дима цигарете, мождани путеви уживања су стимулисани и јавља се опиоидна реакција³.

Код пушења никотинемичка је нестабилна – скоковита, па је и жеља за цигаретама узрокована никотинемичком. Насупрот томе код трансдермалног уноса никотинемичка је стабилна. Полуживот никотина је у просеку два сата. Код 70 до 80% пушача симптоми неуноса никотина почињу за пола сата или за сат времена. Пушачи могу да толеришу два до четири сата између цигарета са тешкоћом, што објашњава тежину адикције. Код смањења броја цигарета адикција само расте и учвршћује се, а свака цигарета постаје све важнија, а удаси су дубљи – интензивнији, те се количина никотина компензује препушавањем.

Апстиненцијални симптоми су присутни без обзира на постепени престанак или престанак намах и имају највећи интензитет после једне недеље до месец дана после прекида пушења. Успех или неуспех престанка пушења за време прве две недеље апстиненције предвиђа исход успешности покушаја прекида пушења.

Дискусија

Коришћење дувана у било којој форми је адиктивно⁴. Како је никотинска зависност мултифакторијална, она захтева мултикомпонентни третман^{5, 6}.

Психолошка зависност се односи на терапију бихевиоралне модификације са циљем да се пушач научи да се избори са стресом и да развије стратегије превазилажења кризних ситуација и самим тим смањи могућност наставка адикције.

Физички аспекти зависности упућени су на терапију лековима⁷.

Симптоми никотинске апстиненције су сложени и поред физичких представљају и психолошке симптоме: жеља за дуваном (обично траје три до пет минута), нервоза, недостатак тенацитета, иритабилност, несталност расположења, анксиозност, депресија, смањена могућност концентрације, поремећај сна, осећај глади, увећање телесне тежине, главобоља, опстипација и други.

Престанак пушења и прекидање адикције могућ је применом здравственог васпитања, уз фармакотерапију која је саставни део третмана код многих пушача.

Увођење трансдермалног никотина ТН крајем двадесетог века било је праћено великом кампањом од стране фармацеутских компанија. Ова кампања је у свету међу лекарима изазвала пометњу – јер многи лекари који нису били довољно обучени у превентивној медицини, третману болести зависности и третманима поремећаја понашања као резултату апстиненцијалног синдрома. Такође био је видан проблем у недостатку вештине комуникације и саветодавним техникама које су често недостајале здравственим радницима. Нарочито је постојао проблем како користити нове трансдермалне лекове а да се не изазову нежељена дејства³.

Свакако, ван сваке сумње је да је надзор лекара у престанку пушења када се примењују лекови и те како потребан.

Историјат

Развој стратегија за престанак пушења започиње 1960-их година са фокусом на бихевиорални приступ, потом током 1970-их фокус је пребачен на мултикомпонентни конгитивни самотретман, да би већ почетком 1980-их започео рад на превенцији рецидива пушења применом медикаментозне супституције никотина.

Према Shiffman-у, даљи помаци у иновацији бихевиоралних метода су у великој мери истражени.

Садашњи фармаколошки третмани развијени су на основу истраживања 1960-их и 1970-их.

Када је 1964. године први Извештај Surgeons General Report повезао пушење дувана са карциномом плућа и доказао његову снажну повезаност, половина пушача у САД-у је оставило дуван, и то без икакве помоћи са стране⁹.

Но у садашњости 6,5 до 7,5% пушача је способно да самостално прекине пушење, што представља основу за планирање стратегија престанка пушења.

Како се стопа процента престанка пушења смањује с протеком времена од момента престанка, оцена успешности се најбоље процењује после 6 до 12 месеци праћења.

Здравствено васпитање

Сви покушаји престанка пушења захтевају, како од терапеута тако и од пушача, озбиљан приступ, мотивацију, посвећеност, планирање, напор и истрајност. Иако нема једноставног и потпуно успешног начина на располагању, описују се као могући: хипноза, акупунктура и фластери као и програми здравственог васпитања за престанак пушења.

Престанак пушења у здравственом васпитању (процесу промена навика и понашања) укључује следећа стања:

1. преконтемплатију (није заинтересован/а за престанак пушења),
2. контемплатију (размишља о престанку пушења),
3. акција – престанак пушења,
4. одржавање престанка пушења,
5. рецидив (уколико се пушење понови).

Модел стадијума и промена понашања током ових фаза укључује подтипове са главним карактеристикама које су приказани на **табели 1. и 2.** Инструкциони примери престанка пушења.

Кад се заврши са проценом стања пацијента – анамнестички, одговарајући стратешки приступ може уследити:

1. пушачи који не размишљају о престанку пушења – мотивациони приступ – информациони памфлети;
2. пушачи који помишљају на престанак пушења – информација о врстама третмана;

Табела 1. Инструкциони примери престанка пушења

Инструкциони пример 1

Примећујем да пушите. Пушење је штетно по Ваше здравље. У много случајева штетни ефекти могу ишчезнути. Као Ваш доктор, ја Вас морам посаветовати да престанете да пушите (прилагодите се пацијенту)

3. пушачи који су спремни на престанак пушења – потребно је одредити датум престанка пушења;
4. формална терапија престанка пушења је индикована код рецидивиста;
5. фармакотерапијски приступ код оних пушача који од кад се пробуде започињу дан цигаре-

том, користе кутију или више кутија цигарета дневно;

6. трансдермални никотин са или без жвакаћих гума са никотином први је корак код фармакотерапије код пушача са изразитим апстиненцијалним симптомима. Групне бихевиоралне сеансе треба подстицати комплементарно;

Табела 2. Инструкциони примери престанка пушења**Инструкциони пример 2**

10-минутна сеанса:

1. Да ли пушите?
2. Шта Вас код пушења највише брине?
3. Шта Вас највише брине код престанка пушења?
4. Желим да престанете да пушите господине (госпођо), можете ли да се обавезете? – датум!?
5. Да ли Вам је потребна помоћ око престанка пушења?
6. Молим Вас зовите једну недељу после престанка пушења и кажите ми како Вам иде, или ћу Вас ја звати!

Како да победите страх око престанка пушења дувана: уопштени одговори:

1. Симптоми престанка пушења су пролазни, смањују се временом, обично за једну до две недеље!
2. Пушачи су победили или стекли горе проблеме и пре. Запамтите и повећајте самопоуздање!
3. Престанак пушења захтева поновно учење око стрес манаџмента. Најефективније вештине које пацијент може користити су:
 - причај и шетај
 - буди заузет
 - избегни стресне ситуације док се не осетиш способним за њих
 - сети се разлога престанка пушења!

Како да победите страх око престанка пушења: специфични одговори:

Пацијентов страх	Терапеутова интервенција
1. Већ нисам успео и никад нећу моћи	а) мање од 25% пушача може да из прве престане са пушењем б) учење о престанку пушења је као и свако друго и треба по неколико покушаја
2. Симптоми ће бити неиздрживи	а) многи симптоми престанка пушења трају и по 20 минута б) користи као аналогију бол глади
3. Моји пријатељи пуше	а) избегавај контакте са пушачима, све док не стекнете самопоуздање
4. Бићу нервозан и фрустриран, имаћу проблема са концентрацијом	а) шетајте или нађите неки други вид distrакције б) повећајте активности и вежбајте
5. Бићу немиран	а) порадите на бољем сну
6. Требаће ми неки стимуланс	
7. Угојићу се	а) 1/3 ех пушача се угоји, 1/3 смрша, а 1/3 остане иста б) неки се угоје јер једу слаткише – обратите пажњу ц) део оних који се угоје – угоје се због смањеног метаболизма – стога вежбајте д) део оних који се угоје – угоје се због коришћења грицкалица – обратите пажњу е) користите кревет само за спавање, идите у кревет само кад је време спавању, нема дневног спавања.
8. Нећу моћи да спавам	а) не пијте кафу ноћу, ако не заспете за 30 минута устаните; вежбајте током дана

Табела 3. Комуникациони приступ престанку пушења

Теме које покреће лекар	Приступ са становишта терапеута		Приступ са становишта пацијента	
	Информација	Уверавање, мотивација	Питања отвореног типа	Питања затвореног типа
Обезбеђивање савета	Пушење је штетно по Ваше здравље и ја вас саветујем да престанете да пушите	Мислим да можете престати да пушите	Да ли мислите да Вам пушење штети здрављу?	Шта мислите како пушење утиче на Ваше здравље?
Процењивање мотивације	Да би успео престанак пушења ваља да се бавежете и да направите озбиљан план	Изгледа да заиста желите престати да пушите	Да ли сте у скорије време размишљали о престанку пушења?	Шта мислите-осећате о покушају престанка пушења?
Процењивање претходног искуства	Можете научити много из претходног покушаја престанка пушења	Ако престанете седам дана то је заиста достигнуће за похвалу и то је најтежи период	Да ли сте икада покушали престанак пушења?	Како је било када сте покушали престанак пушења?
Разговор о проблемима	Одређене ситуације, мисли или осећања доприносе пушењу	Мислим да заједно можемо да смислимо начин да се изборите са проблематичним ситуацијама	Да ли Вас је страх од престанка пушења спречавао да покушате?	Какве проблеме очекујете ако сада престанете да пушите?
Разговор о ресурсима	Бирајући другачије понашање уместо пушења је лакше ако планирате	Звучи као да очекујете да Ваш супружник буде подршка	Шта друго можете да радите осим пушења после кафе, јела?	Шта би Вам омогућило да престанете да пушите успешно, да ли мислите да би успешно престали да пушите?
План преговора	Кад мислите о престанку пушења морате да одредите датум	Мислим да Вам је план реалан	Кад ћете престати? Да ли можете до следеће сеансе смањити пушење на 50%?	Какав би начин увида у престанак пушења и помоћи са моје стране било од помоћи?
Организовање праћења резултата престанка пушења	Закажите сеансу кроз једну до две недеље за праћење престанка пушења	Моје особље и ја на располагању смо Вам у случају потребе	Да ли се слажете да моја сестра позове за једну до две недеље и провери како је са престанком пушења?	

7. пушачи који не захтевају фармакотерапију, али им је потребна подршка, треба да учествују у бихевиоралним сеансама и по потреби психолошкој терапији;
8. сви који не престану са пушењем уз супституциону никотинску терапију или уз групну бихевиоралну терапију, треба да буду подвргнути скринингу због психијатријских проблема, проблема са алкохолом или других проблема са адикцијом и упућују се на индивидуалне видове терапије¹⁰.

Премда постоји уврежено мишљење да сви пушачи могу одједном да престану са пушењем, постоје студије које су то оповргле¹¹.

У једној од њих од 630 пушача који су на своју руку престали са пушењем само 33% је издржало више од два дана, а после шест месеци тај проценат је пао на свега 3%.

Такозвани SLIPPING – повремено пушење после престанка пушења, сигуран је знак рецидива, особито ако се догађа у прве две недеље престанка пушења – 62% је пропустило током прве две недеље у таквим случајевима. Од оних који повремено пуше по такозваном престанку пушења, 95% поново пропуше.

Највећи број пушача жели да престане са пушењем, а потребна су најмање три покушаја пре постизања успеха.

Евалуација разних приступа даје следеће стање:

1. на савет лекара два одсто пушача прекида пушење до једне године;
2. овај проценат се повећава уколико се улога лекара повећа у праћењу оних који су престали;
3. нарочито је успех повећан када се ради о осетљивим групама пацијената (труднице, болесници са исхемијском болешћу срца);
4. терапија психолога, групно или појединачно, у потпуности је изједначена са саветом лекара;
5. хипноза и акупунктура су се показале неефикасним;
6. никотинска супституциона терапија успешна је код 13% пушача¹².

Студије које су учињене на око 72.000 субјеката показале су да 6,5% може престати без икаквих интервенција.

Многе студије су показале да већина пушача највише воли опцију минималног контакта са терапеутима, само мањи проценат пушача се уписује на различите програме који укључују ангажовање терапеута, чак и ако су бесплатни.

Здравствено-васпитни ефекти

Неколико принципа промена понашања од великог су значаја. Познато је да су људи склонији да буду убеђени у сопствене мишљење него у мишљење које им се намеће.

Промена понашања се најбоље контролише истицањем ефеката који се јављају у кратком временском периоду као што су: олакшано дисање, боља физичка кондиција; него код инсистирања на дугорочнијим ефектима и негативним последицама које ће се јавити на пример за двадесет година: карцином плућа, исхемијска болест срца и слично.

Тактике застрашивања пацијента у циљу модификовања пацијентовог понашања су неуспешне јер индикују кривицу, страх и безнађе, али, с друге стране, индикација промене понашања може да буде најјача код персонализоване претње здрављу.

Имајући напред наведено у виду, као и чињеницу да 70% пушача посети лекара бар једном годишње, неопходно је посветити два до четири минута сваком пушачу по основу престанка пушења, што није много, а што би имало значајног утицаја на здравље људи у целини.

Овај приступ обавезног краткотрајног саветовања треба применити на све пушаче, а посебно на „здраве пушаче”.

За терапеута – лекара или сестру не треба да буде обесхрабрујуће ако пацијент не успе са престанком пушења првих неколико пута.

Фокус ваља усмерити на одржавање престанка пушења, упознајући пацијента са симптомима адикционе кризе (**табела 3**. Комуникациони приступ).

Ситуације ризика су после оброка, током стресних ситуација, током пијења кафе и током одређених социјалних догађања (скупови,

концерти, изласци). Једном кад пушач осети долазак кризе, он је упућен да мисли или учини повратни когнитивни или бихевиорални процес и да то развије у механизам.

Ако ипак дође до поновног пушења, не треба кривити пушача, већ им одати признање за дотадашњу апстиненцију и охрабрити их за наставак апстиненције.

Пушачу који је престао са пушењем ваља напоменути да престанак пушења смањује стрес, што је у супротности са увреженим схватањима и такозвани периоди изузетне жеље за дуваном обично трају по око три до пет минута.

Физички аспекти апстиненције и фармакотерапија

Фармаколошка помоћ је усмерена на привремено смањивање неких ефекта престанка пушења, док апстинент не научи да се сам избори са њима.

Не постоји магични лек за престанак пушења и изгледа да га и убудуће неће бити.

Пушење је састављено из две повезане адикције које се морају третирати удружено:

1. Физиолошки аспекти адикције, што укључује потребу да се одржи никотинемиа, а у циљу избегавања апстиненцијалних симптома;
2. Бихевиорални аспекти адикције, што укључује психолошке и социолошке факторе.

Супституциона терапија је на располагању у виду: жвакаћих гума (Nicorette), трансдермалних фластера, назалних никотинских спрејева, оралних инхалера.

Фластери су фиксне дозе, док су друге форме наведене без фиксних доза. Стога постоје предности комбиновања фиксне дозе са самодозирајућим препаратима. Разни видови супституционе терапије су различити по брзини апсорпције, при чему је трансдермални пут најспорији (потребно је шест до осам сати за стабилну никотинемiju), потом следи жвакаћа гума, а најбржи начин уноса су спрејеви и инхалатори.

Унос супституционог никотина у односу на исти пушењем јесте да карциногени ефекти

нису удружени са уносом никотина на овај начин (овде нема ефекта који је изражен код пушења – топлота, угљен-моноксид, смоле, хемикалије додате за кондиционирање дувана и сл), а представљају значајан допринос престанку пушења.

План започињања супституционе терапије подразумева два до шест месеци, за које време се симптоми престанка пушења превазилазе и пацијент се бихевиоралним методама учи да живи без цигарета. Такође се савладавају психолошки аспекти зависности, који су окидаци адикције и жеље за пушењем.

Никотинска супституциона терапија не мења једну адикцију другом, већ је унесена количина никотина на тај начин мања за 50% у односу на унесену уживањем дувана, а пацијенти се упозоравају да супституциона терапија побољшава али не елиминира симптоме престанка пушења⁷.

Овакав вид терапије не уклања психолошку компоненту зависности.

У сваком случају престанак пушења на дужи стази још је тежак циљ у стварном животу, и много тежи него у контролисаним студијама. Ово је стога што су у контролисаним студијама регрутовани високо мотивисани појединци, што даје значајно другачију слику у односу на епидемиолошке студије.

Закључак

Саветодавна улога лекара је примарна и треба да буде пре свега превентивна; ваља саветовати сваког пушача сваки пут кад је у ординацији. Са јавно здравственог аспекта најзначајнији је престанак пушења код младих и здравих особа код којих се нису појавили системски ефекти пушења који се појављују код дуготрајних пушача.

Најважнији период код покушаја престанка пушења јесте период од прве две недеље: са најинтензивнијим методама здравствено-вакситног саветовања, у комбинацији са адекватном медикацијом, које чине покушаје престанка пушења изводљивим и потпуно могућим код мотивисаних пацијената¹³.

Искуство са различитим стратегијама за

престанак пушења које су до сада коришћене показале су да ниједан метод није применљив на све пушаче, као и да ниједан програм престанка пушења није показао преимућство над другим. Успешни програми морају бити прилагођени сваком пушачу индивидуално, и укључују многе компоненте, повећавајући потребу броја контаката пацијента са здравственим васпитачима и осталим учесницима у групним програмима подршке, пружајући пушачима поверење да ће бити у могућности да престану са пушењем, уз нарочито обраћање пажње на фазу одржавања апстиненције¹⁴. Потребно је охрабривати све лекаре и медицин-

ске сестре да учествују у одвикавању од пушења својих пацијената.

Успешно одвикавање од пушења захтева обраћање пажње на психолошке и на физичке аспекте адикције. Давање лекова без обраћања пажње на промене понашања није успешније него плацебо.

Будућност у програмима престанка пушења јесте у препознавању индивидуалних потреба сваког пушача. То подразумева евалуацију под-типа пушача и све његове карактеристике као и развој стратегије према индивидуалним потребама.

Литература

1. Удружење за јавно здравље Србије: Политика и пракса без дуванског дима у здравственим установама у Србији. Београд, 2010.
2. Wong JG: How to help your patients quit smoking. Strategies that work. Postgrad med 1993; 94: 197.
3. Benowitz NL: Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. N Engl J Med 1988; 319: 1318–1330.
4. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, DHHS publication (LDC) 1988; 88–8406.
5. Fisher EB Jr, Rost K: Smoking cessation: A Practical guide for the physician. Clin Chest Med 1986; 7: 551–565.
6. Hurt RD, Dale LC, McClain FL, et al: A comprehensive model for the treatment of nicotine dependence in a medical setting. Med Clin North Am 1992; 76: 495–514.
7. Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB, Kenford SL: Tobacco dependence and the nicotine patch: Clinical guidelines for effective use. JAMA 1992; 268: 2687–2694.
8. King M, Novik L, Citrenbaum C: Irresistible Communication: Creative Skills for the Health Professional. Philadelphia: WB Saunders, 1983.
9. Schiffman S: Smoking cessation treatment: Any progress? J Consult Clin Psychol 1993; 61: 718.
10. Hughes JR, Higgins ST, Bickell WK: Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: Similarities and dissimilarities. Addiction 1994; 89: 1461.
11. Baillie AJ, Mattick RP, Hall W: Quitting smoking: Estimation by meta-analysis of the rate of unaided smoking cessation. Aust J Public Health 1995; 19: 129.
12. Law M, Tang JL: An Analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. Arch Intern Med 1995; 155: 1933.
13. Glynn TJ, Boyd GM, Gruman JC: Essential elements of self-help/minimal intervention strategies for smoking cessation. Health Educ Q 1990; 17: 329–345.
14. Seim Hc, Verhoye JR: Comparison of training techniques using a patient-centered approach to smoking cessation. Med Educ 1995; 29: 139.