

# Üleriigiline kampaania passiivse suitsetamise vähendamiseks

Andrus Lipand – Sotsiaalministeerium

Oktoobris 2005 algas haigekassa rahastatav üleriigiline kampaania, mille eesmärgiks on juhtida mitesuitsetajate tähelepanu passiivset suitsetamisest tingitud terviseriskidele. Samale teemale keskendus ka 10.–17. oktoobrini Eestis toimunud rahvusvaheline vähinädal. Suitsetamine on paljude haiguste, sealhulgas ka vähi otsene riskitegur. WHO andmetel on praegu maailmas 1,3 miljardit suitsetajat ja igal aastal sureb tubakatoodete tarbimise tagajärjel 4,9 miljonit inimest. Võitlus tubakavaba keskkonna eest on oluline teema kogu maailmas. Kuigi uuringud kinnitavad, et suitsuvaba keskkond vähendab otseselt erinevate haiguste riski, on passiivse suitsetamise alane teadlikkus ühiskonnas vähenenud. Seda näitab ka rahvusvaheline GYTS (*Global Youth Tobacco Survey*) uuring, millest selgub, et 80 protsenti uuringus osalenud Eesti noortest elab kodudes, kus vähemalt üks vanematest suitsetab ning noor on tahtmatult passiivse suitsetamise ohver.

## Suitsetamine Eestis ja mujal Euroopas

Suitsetamise leviku uuringuid hakati Eestis täiskasvanud inimeste seas regulaarselt ja ühtse meetodikaga korraldama alates 1990. aastast igal paarisaastal. Siis oli meil suitsetajaid 28%. Suitsetajate osakaal saavutas haripunkti 1994. aastal, kui iga teine mees ja neljas naine suitsetas. Järgnevatel aastatel hakkas suitsetajate osakaal vanusrühmas 16–64 vähenema (vt tabel 1), jõudes 2004. aastal 1990. a tasemeni.

Need on aga üldised arvud ja neist ei piisa tulemusliku suitsetamisvastase preventiivse tegevuse korraldamiseks. Vaja on teada muutuste täpsemat dünaamikat, s.t seda, kus suitsetatakse, kes suitsetavad, millistes vanuse- ja rahvusrühmades see toimub, et tõhusalt ja minimaalsete kulutustega mõjutada probleemseid sihtrühmi.

Analüüsides suitsetamise leviku kahanemistendentsi kõige üldisemaid põhjusi eelnimetatud 10 aasta jooksul, ilmneb, et see on oluliselt vähenenud kõrgharidusega inimeste seas. Võrreldes suitsetajate osakaalu kõrg- ja põhiharidusega inimeste

seas, on näha küll võrdselt tasandilt lähtuvat, kuid lausa vastupidist trendi (vt tabel 2).

Põhiharidusega inimeste hulgas suitsetas 2004. a 58%-l juhtudest keegi täiskasvanuist regulaarselt kodus. 1994. a oli see näitaja 52%. Kõrgharidusega inimeste hulgas oli võrreldes 1994. a kodus suitsetajate osakaal kahanenud 42%lt 22%ni. Nii kõrg- kui ka põhiharidusega suitsetavate meeste osakaal on kaks korda suurem võrreldes vastava haridusgrupi naistega ning kõrgharidusega suitsetajate osakaalu vähenemisel poole võrra jäi gradient meeste ja naiste vahel ikkagi samaks.

Väljaspool kodu tubakasuitsust saastatud tööruumides viibivate inimeste osakaal on pidevalt vähenenud (vt tabel 3, 4).

Tähelepanuväärne on siin asjaolu, et suitsetamise vähenemistendents väljaspool kodu ilmnes juba enne tubakaseaduse jõustumist 2001. aastal. Ilmselt oli tegemist kompleksse mõjuga, mida avaldasid Eesti Tervisekasvatuse Keskuse elluviidud üleriigilised ja maakondades algatatud projektid alates 1993. aastast, mil käivitati iga-aastased

Tabel 1. Igapäevasuitsetajad Eestis vanuses 16–64 aastat

Aasta	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Mehed (%)	52	48	42	44	45	42
Naised (%)	24	22	20	20	18	21
Kokku (%)	36	33	29	29	29	28

Allikas: Eesti Tervisedenduse Ühing, 2005.

Tabel 2. Igapäevasuitsetajad Eestis hariduse järgi

Aasta	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Kõrgharidusega (%)	31	19	17	16	15	12
Põhiharidusega (%)	32	36	33	38	42	43

Allikas: Eesti Tervisedenduse Ühing, 2005.

**Tabel 3. Väljaspool kodu suitsuses tööruumis viibimine vähemalt 1 tund päevas soo järgi**

Aasta	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Mehed (%)	51	37	37	29	26	23
Naised (%)	29	16	14	12	10	10

Allikas: Eesti Tervisedenduse Ühing, 2005.

**Tabel 5. Väljaspool kodu suitsuses tööruumis viibimine vähemalt 1 tund päevas rahvuse järgi**

Aasta	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Eestlased (%)	38	23	20	15	16	14
Mitte-eestlased (%)	41	31	32	29	20	14

Allikas: Eesti Tervisedenduse Ühing, 2005.

rahvusvahelised meediakampaaniad „Maailma mittersuitsetamise päev” 31. mail ja „Ei-päev suitsetamisele” igal kolmandal neljapäeval novembris ning osaleti igal paarisaastal alates 1994. aastast suitsetamisest loobumise rahvusvahelisel võistlusel „Loobu ja võida”.

Erinevus rahvuste vahel, kes töö juures peavad tubakasuitsuses keskkonnas viibima, on ühtlustunud (vt tabel 5). Püsima on jäänud soolised erinevused: suitsustes tööruumides oli 2004. aastal rohkem eesti mehi ja mitte-eesti naisi.

### Suitsetamise levik mujal Euroopas

WHO Euroopa regiooni „Tervise aruanne 2002” alusel oli suitsetamise leviku protsent Lääne-Euroopas meeste seas 34, naiste seas 25, Ida-Euroopas vastavalt 47 ja 20. Need on statistilised keskmised, mis näitavad, et suitsetamise levik Lääne-Euroopas on suurem naiste seas võrreldes Ida-Euroopa naistega, meeste seas on olukord aga vastupidine.

Vaid kolmes riigis (Norra, Island ja Rootsi) suitsetab enam naisi võrreldes meestega. Riike, kus suitsetavaid mehi on 60% ja üle selle, on 6 (Türgi, Albaania, Kõrgõzstan, Kasahstan, Armeenia ja Vene Föderatsioon); 50–60% mehi suitsetab Ungaris, Poolas, Bulgaarias, Leedus, Ukrainas, Gruusias ja Valgevenes. Vähem kui 30% meestest suitsetab Islandil, Suurbritannias, Soomes, Sloveenias, Rootsis ja Maltal. Naiste „edetabelit” juhivad üle 30% suitsetajate osakaaluga Norra, Prantsusmaa, Makedoonia, Horvaatia, Iirimaa,

**Tabel 4. Väljaspool kodu suitsuses tööruumis viibimine üle 5 tunni päevas soo järgi**

Aasta	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Mehed (%)	26	17	16	15	12	10
Naised (%)	16	7	7	7	5	5

Allikas: Eesti Tervisedenduse Ühing, 2005.

Ungari ja Holland. Alla 10% on naissuitsetajaid Armeenias, Valgevenes, Maltal, Kasahstanis ja Portugalis.

WHO 2002. aasta Euroopa andmebaasidest nähtub, et selles regioonis sureb tubaka tarbimisega seotud haigustesse iga päev 3400 inimest, mis on 14% aastasest kogusuremusest. Viimase nelja aasta jooksul pole Lääne-Euroopas 15–18aastaste noorukite seas suitsetamise levik vähenenud, Ida-Euroopas on aga kerge kasv. Täheldatud on suitsetamise suurenemist vaesemates sotsiaal-majanduslikes rühmades, naiste ja noorte seas. Suitsetamise levikus valitsevad tendentsid on ühised enamikus Euroopa riikides, sh Eestis, kus täheldatakse suitsetamise suuremat levikut meeste ja alaealiste seas, vaesemas sotsiaal-majanduslikus grupis olevate inimeste ja töötute seas.

### Tubaka tarbimise mõju inimorganismile

Kunagised uskumused tubaka ravitoimesse väga erinevate tervisehädade korral nagu hüsteeria, palavik, kõhukinnisus jms on asendunud tõendus-põhiste teadmistega, et tegemist on hoopis salakavala tapijaga, mis hiilivalt, kuid kindlalt lühendab inimese eluiga ning tapab pooled oma regulaarsetest tarbijatest. Inimeses pole elundit, millesse ei jõuaks tubakasuitsu „keemia” tuhandete keemiliste ühendite näol, millest suur osa on kas tervisele kahjulikud, lausa mürgised või vähki tekitavad. Tubakatarbimise arvele tuleb kanda 30% kõikidest vähijuhitudest, kopsuvähi haigetest on aga 90% suitsetajad. Niisama suur on suitsetajate protsent kõri- ja trahheavähi juhtude seas, 70% huule-, suuõõne- ja neeluvähi juhtudest seostatakse tubaka tarbimisega, aga ka 60% söögitoruvähi, 40% kõhunäärmevähi, 30% põievähi ning 20% neeruvähi juhtudest jne. Ka emakakaela- ja rinnavähil on kindel seos suitsetamisega. Isegi harva esineva

peenisevähi esinemissagedus on suitsetajatel kaks korda suurem.

Tubakasuits tekib tubaka hõõgpõlemisel ning selles protsessis eraldub üle 4000 keemilise ühendi ja aine, millest üle 40 on kantserogeensed. Gaasidest on tervisele ohtlikem vingugaas ehk süsinikmonoksiid. Peale sõltuvust tekitava nikotiini satub koos tubakasuitsuga organismi arseeni, ammoniaaki, benseeni, formaldehüüdi, vinüülkloriidi, vesiniksüaniidi, radioaktiivset polooniumi, niklit, kroomi, elavhõbedat, atsetooni, pestitsiide, aromaatseid süsivesikuid, glütserooli, aldehüüde, fenooli, glükooli, sinihapet, kadmiumi ja paljusid muid keemilisi ühendeid ja aineid.

Maohaavandit esineb suitsetajatel kaks korda sagedamini kui mitesuitsetajatel. Mitmed teadusuuringud on kindlaks teinud seose suitsetamise ja potentsi languse vahel. Suitsetamine põhjustab ka spermatoosidide arvu ja liikuvuse vähenemist, millest omakorda tuleneb suurem viljatuse osakaal suitsetavate meeste seas võrreldes mitesuitsetajatega. Ka suitsetavatel naistel suureneb viljatuse risk ning neil kujuneb klimakteerium paar aastat varem kui mitesuitsetavatel naistel. Suitsetamine raseduse ajal seab ohtu loote, põhjustades kuni 50% juhtudest vastsündinu madala sünnikaalu või siis enneaegse sünnituse või iseenesliku abordi. Igemete kroonilised haigused ja hammaste väljalangemine on otsest seotud tubaka tarvitamisega. Paljud nimetatud terviseohu hoiatustest jõuavad järgmisel aastal ka

uue kujundusega tubakatoodete pakkidele, lähtudes uue tubakaseaduse nõuetest ning Euroopa Liidu direktiivist, mis tegi need hoiatused kohustuslikuks kõigis liikmesriikides.

Omaette probleemiks on passiivne suitsetamine, mille all tuleb mõista mitesuitsetaja viibimist tubakasuitsuses keskkonnas ja suitsetaja poolt saastatud õhu sissehingamist. Uuringutega on kindlaks tehtud, et mitesuitsetajat võivad passiivsel suitsetamisel tabada kõik needsamad haigused, mis ohustavad aktiivset suitsetajat, ehkki vähemal määral. Kuid see oleneb passiivse suitsetamise kestusest, õhusaaste kontsentratsioonist, suitsuses keskkonnas viibimise sagedusest jm.

Kogu selle masendava teabe taustal ikkagi suitsetatakse ja mitte vähe. Suitsetamise kui eluviisi (mitte ära segada elustiiliga!) jätkumisel on vähemalt kaks kindlat põhjust: esiteks inimlik uskumus, et minuga ju ei juhtu midagi nii traagilist, ja teiseks psühhofarmakoloogiline sõltuvus nikotiinist.

Suitsetamine on ainus tervise riskitegur, millest saab kohe loobuda. Kohe ei ole võimalik saada kehakaalu normi piresse, samuti vererõhku ega vere kolesteroolisisaldust. Samas on lihtne tubaka tarbimisest loobumisest rääkida, kuid selleni jõuda ja püsida mitesuitsetajana pole sugugi nii lihtne. Uuringud näitavad, et üle 70% suitsetajatest oleks valmis tubakast loobuma, kuid mitte kõik ei suuda seda teha. Enamik tubakast loobunutest alustab mõne aja pärast uuesti. Mitte keegi meist pole

**Tabel 6. Nikotiinisõltuvuse määramise test**

Küsimus	Vastus	Punktid
Millal süütad pärast hommikust ärkamist esimese sigareti?	Esimese 5 min jooksul	3
	6–30 min jooksul	2
	31–60 min jooksul	1
Mitu sigaretti suitsetad päevas	Hiljem, kui üks tund	0
	31 või	3
	21–	2
	11–	1
Kas sulle valmistab raskusi mitte suitsetada kohtades, kus see on keelatud?	Vähem kui 11	0
	Jah	1
	Ei	0
Milline kõigest päeva jooksul suitsetatud sigarettidest on kõige meeldivam?	Esimene pärast ärkamist	1
	Mõni muu	0
Kas suitsetad päeva esimesel poolel enam kui teisel poolel?	Jah	1
	Ei	0

Punktsumma 6 kuni 10 näitab tugevat sõltuvust.  
 Punktsumma 4 kuni 5 näitab mõõdukat sõltuvust.  
 Punktsumma 0 kuni 3 näitab vähest sõltuvust.

sündinud suitsetajaks – see on õpitud tava. Kogemused näitavad, et edukaks tubakast loobumiseks on vaja teatud oskusi ning oskus tuleb vaid õppides. Tubakast loobujate abistamiseks on selle aasta lõpuks ette valmistatud igasse maakonda koolitatud nõustajad, kelle poole tuleks pöörduda, et edukalt vältida võimalikke kiusatusi ja ohtusid ning tagada endale lõplik tubakast loobumine. Enne seda peaks loobumissammu astuja aga endalt siiski küsima „Miks ma suitsetan?“ ja ka vastama sellele ausalt.

Otstarbekas on oma sõltuvuse testimine. Selleks on kõige sobivam kasutada rahvusvaheliselt tunnustatud Fagerströmi testi, vastates tõeselt kuuele küsimusele, mille vastused annavad nikotiinisõltuvuse astme hindamiseks teatud punktisumma (vt tabel 6).

Mida suurem on sõltuvus, seda suurem on vajadus suitsetamisest loobumisel kasutada kvalifitseeritud nõustamisteenust ja nikotiinasendusravi (nikotiini sisaldav näts, nikotiiniplaastrid, bupropioon jms), mis aitab leevendada pärast suitsust loobumist tekkida võivaid nn võõrutus- ehk abstinentsinähte.

Oma sõltuvuse kõige lihtsam testimine seisneb aga selles, kui te ei unusta kodust lahkudes kaasa võtta sigaretipakki.

Tubaka tarbimisel on seos ka teiste psühhoaktiivsete sõltuvust tekitavate toodetega nagu alkohoolsed joogid ja illegaalsed narkootikumid. Nii noorukite kui ka täiskasvanute seas on suitsetajate hulgas rohkem nii illegaalsete narkootikumide kui ka alkoholsete jookide tarvitajaid.

## **Kas uus tubakaseadus aitab vähendada vähihaigestumust?**

Meditiinilisest vaatevinklist on tubaka regulaarne tarbimine krooniline haigus, mis vajab ravi. Tubakasõltuvuse all mõistetakse nii käitumuslikku kui ka farmakoloogilist sõltuvust ning rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni järgi on tubaka regulaarne tarbimine sõltuvushaigus.

Eesti riik võttis otsustava seisukoha tänavu uue tubakaseaduse näol, mis reguleerib tubakatoodete käitlemist selliselt, et see oleks võimalikult ohutum nii aktiivsele kui ka passiivsele suitsetajale. See

on kooskõlas Euroopa Liidu Amsterdami lepingu artikli 152 nõuetega kõrgetasemelise tervise kaitse ülimuslikkusest ärihuvide ees. Eesti uus tubakaseadus on kooskõlas ka WHO tubaka tarbimise leviku vähendamise konventsiooniga, mis võeti vastu Genfis maailma terviseassambleel 2003. aasta mais. Riigikogu ratifitseeris selle konventsiooni koos uue tubakaseaduse vastuvõtmisega 4. mail 2005. a – see on märkimisväärne, sest k.a septembrikuu seisuga pole Euroopa Liidu 9 liikmesriiki veel suutnud nimetatud konventsiooni ratifitseerida.

Nimetatud konventsiooni vastuvõtmise tingisid järgmised asjaolud:

1. Tubaka tarbimisest põhjustatud suremus (nn välditav suremus) kasvab kogu maailmas ja moodustab ainuüksi Euroopa regioonis 1,2 miljonit surmajuhtu aastas ehk 14% kogu suremusest, mis on suurim tervise üksiku riskiteguri kohta.

2. Senised WHO soovituslikud abinõud tubaka tarbimise vähendamiseks ei ole olnud piisavad.

3. Üksikud riigid ei ole eraldi tegutsedes võimelised vastu seisma rahvusvahelise tubakatööstuse ühtsele strateegiale suurendada tubakatoodete tarbimist (reklaam, Interneti-kaubandus, salakaubavedu jm).

4. Ilma globaalse sekkumiseta kasvaks tubaka tarbimisest tingitud suremus aastaks 2020 Euroopa regioonis arvestuslikult 2 miljoni juhuni aastas (20% kogusuremusest), mille suhtes ei tohiks ükski riik ükskõikseks jääda.

Kui suitsetamise kahjulikkusest võis igaüks juba aastaid lugeda tubakatoote pakendilt (suitsetamine kahjustab tervist), siis teadmised passiivse suitsetamise tervist kahjustavast toimest on üldsusele meie ühiskonnas küllaltki ebamääraseid.

Sigareti suitsetamisel satub tubakasuitsust vaid 15% läbi sigareti nn otsevooga suitsetaja kopsu. Ülejäänud 85% lendub hõõgpõlevast sigaretiosast ümbritsevasse keskkonda. See nn kõrvalvoog ongi mittersuitsetajale peamise ohu allikaks, pealegi rohkem kui suitsetajale endale. Põhjuseks peetakse asjaolu, et suitsetaja hingamisteed on kopsu tõmmatud tubakasuitsust teatud ärritusseisundis, mis ei lase „sigareतिकеemiaal“ väga sügavale kopsu

tungida. Sigaretilitri tõttu satub suitsetaja organismi kahjulikke aineid teatud määral ka vähem. Suitsuses ruumis viibival mittesuitsetajal sellist filtrit ega organismi blokeeringut ei ole ning kõik õhus olev „ründab“ takistamatult tema organismi.

Esmajoones on ohus teenindussfääri mittesuitsetajatest töötajad, kes peavad kogu tööpäeva või suure osa sellest viibima suitsust saastatud ruumides. Muidugi ka mittesuitsetajatest külastajad. Keskmiselt saab mittesuitsetaja, kes viibib paki sigarette päevas suitsetajaga samas ruumis, annuse, mis vastab 7–8 sigaretile.

Passiivse suitsetamise aspektist on vähki tekivate ühendite, vingugaasi, radioaktiivsete ainete, pestitsiidide, hapete ja raskematallide soolade levimist ja ajalist püsimist ruumides põhjalikult uuritud paljudes teadusuuringutes ning selle tulemused on uuriajad alati üllatanud, sest need levivad uskumatult kaugele ja püsivad keskkonnas uskumatult pikka aega. Uuringute järeldus on olnud üksmeelne: ruumide ventilatsioon, mis elimineeriks tervist ohustava koguse „tubakakeemiat“, peab olema nii võimas, et inimesel muutub selles keskkonnas viibimine ebameeldivaks.

Arvamus tubakasuitsu ohutuse kohta ventileeritavates ruumides põhineb senini naiivsel uskumusel, et suitsulõhna kadumisega kaovad ka tervist ohustavad ained ja keemilised ühendid. Uuringute tulemustel põhinev teadmus on põhjendanud järjest enamates riikides seaduste karmistumise, keelustatud ja/või piiratud on suitsetamist töökohal ja vaba aja veetmisel siseruumides. Nii on alates 2001. aasta lõpust umbes 80% WHO liikmesriikidest keelustanud või piiranud suitsetamist töö- ja vaba aja veetmise kohtades. Euroopas on jõustunud suitsetamise totaalne keeld baarides, kohvikutes, restoranides jt vaba aja veetmise kohtades siseruumides näiteks Iirimaa, Itaalias, Maltal, Rootsis ning sellesuunaline protsess jätkub paljudes riikides ja sellele on andnud oma heakskiidu ka Euroopa Komisjon.

Eestis uus tubakaseadus, mis jõustus k.a 5. juunil, ei luba eelnimetatud kohtades enam suitsetada alates 2007. aasta juunist mujal, kui ainult spetsiaalset

nõuetekohase ventilatsiooniga tagatud suitsetamisruumis, kui selline on vaba aja veetmise kohtades sisse seatud. Selles ruumis klienti ei teenindata ja selles ei või muud teha, kui ainult oma sõltuvust nikotiinist rahuldada. Sellise ruumi sisseehitamine ei ole aga kohustuslikult ette nähtud. Samas ei ole enam lubatud suitsetada nii selleks otstarbeks ette nähtud suitsetamisruumis või -alal paljudes institutsioonides, kus see oli senini lubatud (lasteasutused, üldhariduslikud koolid ja kutseõppeasutused, sportimiseks ettenähtud ruumid jm). Kindlasti loovad sellised piirangud eelduse inimese tervisekahju vähendamiseks, seega ka vähki haigestumise osas. Oleks hea, kui me suudaksime vältida selliseid kohtuvaidlusi, nagu on tekkinud mitmetes riikides, kus näiteks mittesuitsetajast baaritöötajal, kes on töötanud aastaid tubakasuitsuses keskkonnas, on avastatud näiteks kopsuvähk.

Nende maade kogemused, kus on kehtestatud suitsetamiskohtadele karmistavaid piiranguid ja keelde, lubavad järeldada, et suitsetamise levik väheneb, personal töökohtades on kaitstud passiivse suitsetamise ohtude eest, samas ei ole ka küllastajate arv nendes asutustes vähenenud. Enamik inimestest on ju mittesuitsetajad ning nende sisenemist paljudesse kohtadesse pidurdaski seni tubakasuitsust saastatud keskkond.

Suitsetamise leviku vähenemisele on kaasa aidanud paljudes riikides juba käibel olev tubakatoote uus pakendikujundus, milles ei lubata enam kasutada sellist eksitavat teksti nagu „mild“, „extra mild“, „super light“ jt. Samas peavad uued terviseohu hoiatused olema sisult mitmekesised, asuma endisest suuremal pinnal ja olema ümbritsetud musta raamiga ning peegeldama reaalsust, mida tubakatoote tarbimine võib endaga kaasa tuua. Kehtestatud on uued, endisest väiksemad sigarettide maksimaalsed tõrva- ja nikotiinisalduse piirmäärad ning lisandunud vingugaasisalduse maksimaalselt lubatav piirmäär. Sellised pakendid ja sellise sisaldusega sigaretid ilmuvad meie turule juba järgmisel aastal.

Tubakatoote tarbimise laialdane levik ongi rajanenud paljus inimeste ebateadlikkusele ja

tubaka toime alahindamisel nii indiviidi kui ka riigi tasemel. Suitsetamise kahjustav mõju ei piirdu ainult terviseprobleemide, sandistumise ja varajase suremusega, see avaldab kahjustavat mõju kaudsel ka riigi majandusele. Regulaarne suitsetamine, klassifitseeritud sõltuvushaigusena, tähendab meie ühiskonnale igal aastal täiendavalt 3000 lisahaigusjuhtu ja 10 värsket kalmu päevas. Kõik see on välditav, nagu ka need haigekassa välja makstud veerand haigushüvitistest, mis on seotud suitsetamisega. Lisaks sellele kaotame aastas 1,5 miljonit tööpäeva, mida seostatakse suitsetamisest põhjustatud haigestumisega. Peale selle on meil üle 7000 tööealise invaliidi, kelle invaliidsuse põhjuseks on regulaarne tubakatoodete tarbimine, ning nende arvu kasvu on võimalik vähendada.

Need on vaid tagasihoidlikud arvestused, mis on välja toodud Tartu Ülikooli teadurite uuringus 2000. aasta andmete alusel. Arvestuslikult ületas sel aastal riigi kogukahju kaks korda kasumi, mis laekus riigile tubakaaktsiisist, ja seda äärmiselt tagasihoidliku arvestuse juures, millest jäeti välja kindlustamata isikud ning materiaalne kahju kustutamata sigarettide tekkinud tulekahjust, mida toimus uuringuaastal 250.

### Nõuandeid suitsetamisest loobumiseks

Suitsetamisest loobumise nõustamist ja aktiivset sekkumist abivajajate tubakasõltuvusest vabastamiseks peetakse arenenud maailmas arstliku tegevuse heaks standardiks. Alljärgnevad soovitusel sisaldavad lühi- ja pikaajase sekkumise üldtunnustatud põhimõtteid ning on mõeldud abiks nii tervishoiu esmatasandi spetsialistidele (peamiselt perearstid, -õed, stomatoloogid) kui ka erialaarstidele ja nõustamisabi spetsialistidele. Igapäevase kliinilise töö lahutamatuks osaks tuleb pidada suitsetava patsiendi kindlakstegemist ja tema nõustamist.

**Lühisekkumine.** Küsi igalt abivajajalt igal visiidil tema tubaka tarbimise kohta (kas ta on praegune või endine suitsetaja või pole kunagi suitsetanud) ning dokumenteeri vastused. Kui on tegemist mittesuitsetajaga või endise suitsetajaga,

siis kiida teda ja julgusta jätkama mittesuitsetaja eluviisi.

Soovita igale suitsetajale tungivalt ja nõudlikult loobuda tubakast. Seo oma nõudmine igal võimalusel arsti poole pöördumise põhjusega. Kui patsient jätkab suitsetamist, korda oma soovitusel lõpetada suitsetamine ka järgnevatel külastustel. Selgita välja suitsetaja valmisolek tubakast loobuda. Jaataval juhul julgusta teda loobuma, paku omalt poolt toetust ja võimalikku ravimiabi. Eitaval juhul väärtusta mittesuitsetamist ja paku tubakast loobumiseks sobivaid motive.

**Pikaajane sekkumine.** Osale pärast eelneva lühisekkumise elluviimist abivajaja tubakast loobumise protsessis. Oma tegevuses lähtu tõendus põhiseisest printsipist, et ühel hetkel tubakast loobumine on tulemuslikum kui järkjärguline tubaka tarbimise vähendamine. Selleks tee järgmist:

1. Määra koos abivajajaga temale sobiv kindel loobumispäev, mis võiks olla mitte varem kui kahe nädala pärast, kuid mitte hiljem kui kahe kuu pärast, et teda vajalikult ette valmistada.
2. Küsitla eelnenud loobumiskatsete kohta ja analüüsi neid (millest oli abi? mis põhjustas relapsi?).
3. Selgita Fagerströmi testiga patsiendi nikotiinisisalduse tase.
4. Koosta patsiendile personaalne tegevusplaan, mis peaks üldjoontes sisaldama
  - hoidumist alkoholist ja suitsetavast seltskonnast esimestel nädalatel;
  - võimalike võõrutusnähtude kupeerimise võimaluste selgitamist;
  - sotsiaalse toetuse leidmise võimalusi kodustelt ja sõpradelt ning töökaaslastelt;
  - dieedi ja füüsilise koormuse reguleerimist ning toimetulekut stressiga;
  - nikotiiniasendusravi (NAR) või bupropiooni tablett-ravi kasutamist.
5. Määra abivajajale kordusvisiitide ajad, analüüsi loobumisprotsessi ja avalda iga edusammu puhul tunnustust. Relapsi korral julgusta teda mõne aja pärast, kuid mitte kohe uuesti loobuma ja/või suuna tubakast loobumise nõustamise spetsialistide juurde.

**Tõendus põhised hinnangud.** Suitsetamisest loobumist toetav lühi- ja pikaajaline sekkumine koos farmakoteraapiaga on mõlemad kuluefektiivsed. Suitsetamisest loobumise eneseabiks koostatud trükistel, audio-videotel ja arvutiprogrammidel ei ole iseseisvalt mingeid eeliseid võrreldes lühi- ja pikaajalise sekkumisega. Küll on nad aga vajalikud täiendavaks abivahendiks sekkumisprotsessis. Isesugust käsitlust nõuavad suitsetavad noorukid ja rasedad naised ning imetavad emad, samuti sellistes haigusseisundites inimesed, kelle puhul ravimite kasutamisel tuleb arvestada teatud vastunäidustusi.

Kõik praegu kasutusel olevad nikotiinasendusravi (NAR) meetodid (näts, plaaster, inhalatsioon, intranasaalne pihusti ja keelealused tabletid) on adekvaatsel kasutamisel tõhusad ning vähendavad loobumisperioodi algul tekkivaid võimalikke võõrutusnähte. Kombinatsioonis ükskõik millise raviviisiga suurendab NARi kasutamine loobumise määra kuni kaks korda. NARi eri meetodite valikul tuleb arvestada individuaalset sobivust ja suitsetaja usaldust meetodi vastu. NAR ei tekita sõltuvust ja pikaajaline kasutamine ei kahjusta organismi. Ravi efektiivsus ei suurene plaastri kasutamisel üle 8

nädala. Ravi mõju ei sõltu oluliselt ka sellest, kas kasutada plaastrit 24 h või ainult ärkveloleku ajal umbes 16 h vältel. Tugeva nikotiinisõltuvuse korral tuleks ravis eelistada 4 mg nätsu ja kombineerida see plaastri või mõne teise ravimeetodiga. Rasedatel võib kasutada NARi ainult juhul, kui muud meetodid pole tulemust andnud.

Bupropioon (Zyban) on selektiivne noradrenaliini ja dopamiini tagasihaarde inhibiitor. Noradrenaliini sisaldus teatud ajuosades arvatakse olevat seotud suitsetamisest loobumisel tekkivate ärajäämanähtudega ning suitsetamise järel suurenenud dopamiinisaldus tekitab heaolutunde. Bupropiooni toimed vähenevad ärajäämanähud ja tung suitsetamise järele. Uuringud on näidanud, et bupropiooni kasutamisel on koos aktiivse sekkumisega aasta möödudes suutnud jääda tubakavabaks ligikaudu üks igast kolmest suitsetajast. Bupropioon on esimene nikotiinivaba tõhus ravim suitsetamisest võõrutamisel ning sobib kasutamiseks nii eraldi kui ka koos NAR-preparaatidega, suurendades loobumise efektiivsust. Bupropiooni ja NARi kombineeritud kasutamine vajab võimalike kõrvaltoimete tõttu spetsialisti järelevalvet.

#### Lisainfot võib leida:

1. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. A US Public Health Service Report. JAMA 2000;283:3244-54.
2. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for healthcare system. BMJ 1999;318:182-5.
3. First European Guidelines on the Treatment of Tobacco Dependence. Evidence based recommendations for health care systems in Europe. WHO European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence. Copenhagen: WHO; 2000.
4. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ 2000;321:355-8.
5. Treating Tobacco Use And Dependence (Clinical Practice Guideline). U.S. Department of Health and Human Services; 2000.
6. Smoking Cessation Guidelines and their Cost Effectiveness. J Br Thor Soc 1998; 53: Suppl 5.

Andrus.Lipand@sm.ee