



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

OPUŠČANJE KAJENJA PRI PACIENTIH S KRONIČNO PLJUČNO BOLEZNIJO

SMOKING CESSATION IN CHRONIC PULMONARY DISEASE PATIENTS

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Saša Kadivec

Kandidatka: Sabina Jušić

Jesenice, januar, 2021

ZAHVALA

S spoštovanjem se zahvaljujem mentorici doc. dr. Saši Kadivec za vse strokovne in koristne nasvete, razumevanje in vodenje pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se recenzentki doc. dr. Ireni Grmek Košnik za strokovno pomoč in vložen trud, ter dipl. slov. Špeli Mlinar za lektoriranje diplomskega dela.

Hvala Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik, ki mi je omogočila izvedbo raziskave.

Največja hvala mojim staršem in fantu za vso podporo in razumevanje med celotnim študijem ter pisanjem diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Kajenje je zelo škodljivo, zato je glavni vzrok za pljučne bolezni. Pomembno je, da se pacientom kadilcem svetuje opustitev kajenja in se jim pri tem pomaga.

Cilj: Cilj raziskave je bil ugotoviti ugodne učinke na pacienta s kronično pljučno boleznijo po opustitvi kajenja in učinkovite intervencije za opustitev kajenja pri pacientih s kronično pljučno boleznijo.

Metoda: Za metodo raziskovanja je bila uporabljena kvalitativna raziskava. Za instrument je bil uporabljen polstrukturiran intervju. Sodelovalo je šest pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo, ki se zdravijo na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik in so nekdanji kadilci. Intervjuji so bili v celoti prepisani. Narejena je bila analiza podatkov. Pridobljeni podatki so bili grupirani in razdeljeni na kode ter združeni v podkategorije. Definirane podkategorije smo med seboj povezali in naredili kategorije.

Rezultati: Z analizo podatkov so bile ustvarjene tri glavne kategorije: začetki kajenja, intervencije za opustitev kajenja in ugodni učinki po opustitvi kajenja. V prvi kategoriji so podkategorije, kdaj so pokadili prvo cigareto, koliko cigaret so pokadili in zakaj so začeli kaditi. V drugi kategoriji so podkategorije razmišljanje o opustitvi, izvajalci nasveta in podpora svojcev pri opustitvi. V tretji kategoriji so podkategorije razlika v splošnem počutju, razlika v kondiciji, teži ter razlika v kašlju in sputumu.

Razprava: V raziskavi je bilo ugotovljeno, da so vsi začeli kaditi že v mladosti, prav tako so skoraj vsi začeli zaradi radovednosti oz. družbe. O opustitvi so začeli razmišljati šele, ko so bili hospitalizirani. Pri opustitvi so jim pomagali nasveti zdravstvenih delavcev in podpora svojcev. Ugodni učinki opustitve kajenja so se pri vseh pacientih začeli kazati že v prvih tednih po opustitvi kajenja. Prve spremembe so opazili predvsem pri kašlju in količini sputuma. V prihodnosti bi bilo treba izvesti več raziskav o tej temi.

Ključne besede: opuščanje kajenja, kajenje, intervencije, motivacija pri opustitvi kajenja

SUMMARY

Background: Smoking is very harmful, so it is also a major cause of lung disease. It is important that patients who smoke are advised to stop smoking and be helped to do.

Goals: The aim of the study was to determine what are the beneficial effects on a patient with chronic lung disease after smoking cessation and which interventions were effective for smoking cessation in patients with chronic lung disease..

Methods: Qualitative research was used for the research method. A semi-structured interview was used for the instrument. There were 6 patients with chronic obstructive pulmonary disease who are treated at the University Clinic for Lung Diseases and Allergy Golnik and are former smokers. The interviews were completely transcribed. Data analysis was performed. The obtained data were grouped and divided into codes and grouped into subcategories. We connected the defined subcategories and made categories.

Results: By analyzing the data, 3 main categories were created: smoking initiation, smoking cessation interventions, and beneficial effects after smoking cessation. There are subcategories in the first category; when they smoked their first cigarette, how many cigarettes they smoked, and why they started smoking. The second category includes the following subcategories: reflection on abandonment, counselors, and support for relatives in abandonment. The third category includes the subcategories: difference in general well-being, difference in fitness, weight, and difference in cough and sputum.

Discussion: The research found that everyone started smoking in adolescence, and almost everyone started out of curiosity or society. They only started thinking about giving up when they were hospitalized. They were assisted in their abandonment by the advice of a health worker and the support of relatives. The beneficial effects of smoking cessation began to show in all patients in the first weeks after smoking cessation. The first changes were observed mainly in cough and the amount of sputum. More research on this topic should be carried out in the future.

Key words: smoking cessation, smoking, interventions, motivation to quit smoking

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 VPLIV KAJENJA NA ZDRAVJE	3
2.2 KRONIČNE BOLEZNI V POVEZAVI S KAJENJEM	4
2.2.1 Kronična obstruktivna pljučna bolezen	4
2.2.2 Pljučni rak	6
2.2.3 Astma	6
2.3 SVETOVANJE ZA OPUSTITEV KAJENJA	8
2.4 UGODNI UČINKI NA OPUSTITEV KAJENJA	11
3 EMPIRIČNI DEL	14
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	14
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	14
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	14
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	14
3.3.2 Opis merskega instrumenta	15
3.3.3 Opis vzorca	15
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	15
3.4 REZULTATI	16
3.5 RAZPRAVA	23
3.5.1 Omejitve raziskave	27
3.5.2 Priporočila za nadaljnje raziskovanje	27
4 ZAKLJUČEK	28
5 LITERATURA	29
6 PRILOGE	36
6.1 INSTRUMENT	36

KAZALO SLIK

Slika 1: Glave kategorije in podkategorije	17
--	----

SEZNAM KRAJŠAV

KOPB kronična obstruktivna pljučna bolezen

FEV1 forsirani izdihani volumen

PEF največji pretok med izdihom

1 UVOD

Ena od največjih javnozdravstvenih težav je uporaba tobaka. V Sloveniji letno umre od 3.000 do 3.500 ljudi zaradi bolezni, ki so povezane s kajenjem tobaka (Stergar & Lazar Urdih, 2011). Kajenje škoduje tudi telesnim organom in splošno slabša zdravje. Med najpogostejše vzroke prezgodnjega zbolevanja in umrljivosti kadilcev sodita kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) in rak. Približno 85 % smrti, ki so posledica KOPB, je povezanih s kajenjem, zbolijo približno 20 % kadilcev. KOPB je četrti vzrok za vse smrti na svetu, umrljivost še vedno narašča. Prevalenca bolnikov s KOPB je v Sloveniji ocenjena na 130.000, letno pa zaradi KOPB pri nas umre približno 600 ljudi (Mušič, 2010).

Kajenje je fizična in duševna odvisnost, ki potrebuje dolgoročno zdravljenje, le posameznikova močna volja je premalo za dolgotrajni uspeh. Treba je poznati faze zdravljenja in pri tem poiskati tako podporo okolja kot tudi strokovno pomoč (Žugelj Pavlovič, 2016).

Za 30 % smrti, ki jih povzroči rak, je odgovoren cigaretni dim, prav tako zaradi kajenja nastane več kot 80 % KOPB. Posledice kajenja se kažejo predvsem na dihalih, v zgodnejšem gubanju kože, poveča se tveganje za katarakto in Gravesovo bolezen ščitnice (Zidarn, 2015). Poleg KOPB so pri kadilcih pogostejše akutne bolezni dihalnega sistema. Težave pri pacientih kadilcih se kažejo tudi s hipertenzijo, sladkorno boleznijo, nenadno srčno smrtjo, razjedo želodca, osteoporozo, spremembo kože, zmanjšano plodnostjo in kasnejšo zanositvijo pri ženskah (Zadnik, 2017).

Kajenje je najpomembnejši dejavnik tveganja pri KOPB, saj pospešuje njeno napredovanje. Kljub temu velik del bolnikov še vedno kadi, zato je zelo pomembno iskanje učinkovitih intervencij za opustitev kajenja (Tashkin, et al., 2011). V Sloveniji je bila narejena retrospektivna kohortna raziskava, v katero je bilo vključenih 359 kadilcev. Sum na KOPB je bil postavljen pri 43 pacientih v pregledanem vzorcu. Od vseh pregledanih kadilcev jih je bilo 23 napotenih na nadaljnjo obravnavo k pulmologu, od tega je bila pri 11 pacientih potrjena diagnoza KOPB (Stopar, 2017).

Medicinske sestre imajo kot promotorke zdravja ob izvajanju/sodelovanju pri kompleksnejši svetovalni intervenciji o opuščanju kajenja, še zlasti v bolnišničnem okolju, pomembno vlogo pri opuščanju kajenja. Pomembno je, da pacientu predstavijo pomembnost nekajenja ob odpustu iz bolnišnice. To je še posebej pomembno, ker so medicinske sestre številčno največja poklicna skupina v zdravstvu, vpletene so praktično v vse ravni zdravstvene oskrbe in posledično najpogosteje vstopajo v interakcijo s posameznim bolnikom v zdravstvu. Medicinske sestre imajo pomembno vlogo tudi pri tem, da s svojim sodelovanjem pri intervenciji opuščanja kajenja podprejo zdravnikov kratek nasvet o opuščanju kajenja. Vsak bolnik kadilec, ki ne prejme nasveta ali podpore zdravstvenega delavca pri opuščanju kajenja, je zgrešena priložnost. S sistematičnim uvajanjem kratkega nasveta o opuščanju kajenja bolnikom kadilcem imajo zdravstveni delavci možnost, da spregledana priložnost ne postane tudi za vedno zamujena (Simonič, 2015). Coronini-Cronberg, et al. (2011) poudarjajo, da morajo biti medicinske sestre pri kadilcih, ki želijo opustiti kajenje, osredotočene predvsem na motivacijo.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 VPLIV KAJENJA NA ZDRAVJE

Tobačni dim vsebuje različne škodljive snovi, ki jih je preko 4.000, od tega 48 rakotvornih. Nekatere snovi so v obliki delcev, druge v plinski fazi. V obliki delcev sta predvsem katran in nikotin, ogljikov monoksid pa kot plin. Katran vsebuje snovi (policiklični aromatski ogljikovodiki, betanaftilamini), ki delujejo kontaktno rakotvorno v pljučih, grlu in žrelu, ter dražeče snovi (akrolein, dušični oksidi, amonijak itd.). Za oddaljene organe so pomembne snovi, ki se absorbirajo in presnovno aktivirajo (nitrozamini, aromatski amini). Tako je katran odgovoren za nastanek različnih vrst raka in KOPB, nikotin in ogljikov monoksid pa za povečano nevarnost za srčno-žilne in ulkusne bolezni. Bistvo je, da ne obstaja varna cigareta ali varen način kajenja. Ogljikov monoksid nastaja v vseh cigaretah v enako visokih koncentracijah, tudi če imajo cigarete filtre in deklarirano nizke vrednosti nikotina in katrana (Čakš, 2012).

Kajenje je škodljiva navada, razširjena med vsemi sloji prebivalstva. Šteje se kot dejavnik tveganja za zdravje, ki vodi do prezgodnje smrti. Tobačni dim vsebuje več tisoč sestavin, ki dražilno, strupeno, rakotvorno in psihoaktivno motijo delovanje posameznih organov. Tobačni dim vpliva predvsem na vaskularni, dihalni in prebavni sistem (Zlatunić, 2019).

»Pomemben podatek je, da je kajenje na prvem mestu med vzroki obolevnosti in umrljivosti. Kadi skoraj vsak četrti Slovenec, star od 25 do 64 let. V Sloveniji to pomeni 3.600 smrti na leto ali skoraj 10 vsak dan. V Evropski uniji kadi tretjina prebivalcev, kar pomeni, da umre približno 650.000 ljudi na leto. Med njimi je skoraj polovica stara od 35 do 69 let. Od leta 2008 do 2012 se je delež kadilcev povečal zaradi deleža kadilk. Kaditi največkrat začnejo mladostniki. Kar 80–90 % rednih odraslih kadilcev je začelo kaditi ter razvilo kadilske navade in zasvojenost do 19. leta starosti. Zato je poudarek na preventivi neizogiben« (Koprivnikar, 2011, pp. 499–505). Koprivnikar (2015) navaja, da v Sloveniji kadi več moških kot žensk. Razširjenost kajenja med mladimi oz. starimi 11, 13 in 15 let se zmanjšuje.

V strategiji opuščanja kajenja vodilni strokovnjaki na področju javnega zdravja navajajo, da do leta 2040 zahtevajo ukinitve prodaje tobaka, kar bi dosegli z zadostno politično podporo in ukrepi proti tobačni industriji (Walker, et al., 2020). Večina kadilcev se sicer zaveda, da kajenje škoduje zdravju, a se hkrati premalokrat zaveda, da prav to vodi tudi do resnih posledic (Hočevar, 2017).

2.2 KRONIČNE BOLEZNI V POVEZAVI S KAJENJEM

2.2.1 Kronična obstruktivna pljučna bolezen

Po ocenah je tretji vodilni vzrok smrti v ZDA KOPB. Kljub neštetim prednostim prenehanja je delež odraslih s KOPB, ki trenutno kadijo, še vedno skoraj 50-odstoten. (Tilert, 2019).

KOPB se razvije pri 10–15 % kadilcev, pogosteje zbolevalo kadilci pip in cigar kot ljudje, ki kadijo cigarete. Krivci za KOPB niso samo cigarete, temveč tudi kemikalije in genetski dejavniki. Pri večletni izpostavljenosti vsakodnevne prahu, dimu in plinom se lahko razvije KOPB. Pri genetskem dejavniku gre za pomanjkanje alfa 1-antitripsina. Pride do prezgodnjega in pospešenega razvoja emfizma ter posledično do upada pljučne funkcije (Holsedel, 2010, str. 52).

KOPB je bolezen pljuč, ki se začne potihoma in napreduje počasi. Pogosto pravimo, da je to zaradi prezgodnjega staranja, vendar se ne zavedamo, da lahko vodi v hudo invalidnost. Za ohranjanje kakovosti življenja sta pomembna zgodnje odkrivanje in zdravljenje. Bolezen klinično težko prepoznajo tako pacienti kot tudi zdravniki, predvsem v zgodnejšem stadiju. Simptomi KOPB so številni: kašelj in izkašljevanje, gnojni sputum. Velikokrat se gnojni sputum dojema kot normalen spremljevalec kadilcev, pri nekadilcih pa kot težave po nepomembnem prehladu, ki počasi izzveneva ali je povezan s starostjo (Vajs, 2016). Zaradi prepoznega obiska osebnega zdravnika ali specialista ostane bolezen dolgo neodkrita, posledično pride do izrazitih poslabšanj, ki vodijo v veliko nevarnost, kot je to, da postanejo pljučni invalidi. Zgodnje odkrivanje je pri vsakem pacientu zelo

pomembno za kakovost življenja. Zato je zelo pomembno, da se kadilce ozavešča o škodljivosti kajenja in zgodnjih znakih KOPB (Holsedel, 2010, str. 53).

Opustitev kajenja je najučinkovitejša strategija za upočasnitev napredovanja KOPB in zmanjšanje umrljivosti pri približno 50 % bolnikov z diagnozo KOPB, ki še naprej kadijo. Medtem ko imajo vedenjske intervencije (vključno s preprostim nasvetom) skromno učinkovitost pri izboljšanju stopnje opustitve kajenja, je kombinacija svetovanja in farmakoterapije učinkovitejša od obeh posamezno (Tashkin, 2015). Pri pacientih s KOPB je pomembno, da s preventivo preprečujejo poslabšanja bolezni in imajo pri tem poudarek na poučevanju o škodljivem vplivu kajenja in pravilni rabi inhalacijskih zdravil. Naloga medicinske sestre je, da z zdravstveno vzgojo pacienta usmeri, kako naj opusti kajenje in mu svetuje, da sodeluje v zdravljenju in s tem živi bolj zdravo in kakovostno življenje. (Župec & Lorber, 2013). Župec in Lorber (2013) menita tudi, da bi bilo smiselno, da bi se na nacionalni ravni zdravstvenega sistema za kadilce, ki več kot 20 let kadijo več kot 20 cigaret dnevno, opredelilo in omogočilo opravili spirometrijo kot priložnost za zgodnejše odkrivanje KOPB.

Mušič (2010) poudarja, da se šele po 20 letih ali več kajenja začnejo kazati klinični znaki KOPB, takrat pa je že prepozno za zaustavitev bolezni. Bistveno hitrejši upad pljučne funkcije je pri pacientih s KOPB od normalnega upada pri nekadilcih ali kadilcih, neobčutljivih na cigaretni dim. Ob prenehanju kajenja se upad pljučne funkcije v kateri koli fazi bolezni vsaj malo normalizira. Župec (2012) navaja, da je KOPB ena od zelo redkih kroničnih bolezni, pri kateri lahko z zelo preprostim ukrepom – opustitvijo kajenja – ustavimo njeno napredovanje.

Pri pacientih pri katerih so posumili na KOPB, morajo narediti spirometrijo z bronhodilatacijskim testom. To poteka tako, da najprej izmerijo pljučno delovanje, potem preverijo, za koliko se je pljučna funkcija ob vdihu bronhodilatatorja izboljšala. Bronhodilatator je sicer zdravilo oziroma olajševalec, ki širi bronhije (Vajs, 2016).

2.2.2 Pljučni rak

Glavni vzrok smrti med vsemi raki je pljučni rak. »V obdobju od 2010 do 2014 je v Sloveniji za pljučnim rakom umrlo 1.130 ljudi (784 moških in 346 žensk), to je kar 21,6 % vseh smrti zaradi raka (pri moških 26,4 %, pri ženskah 15,6 %)« (Zadnik & Primic Žakelj, 2018, pp. 2-10).

»Pljučnega raka po histopatološki klasifikaciji delimo v dve veliki skupini: nedrobnocelični in drobnocelični rak pljuč. Nedrobnoceličnega raka pljuč je 85 %, medtem ko je preostalih 15 % pljučnih rakov drobnoceličnih. Nedrobnoceličnega pljučnega raka delimo še na več podskupin, od katerih sta najpomembnejša ploščatocelični rak (35 % rakov) in žlezni rak pljuč (40 %), medtem ko so druge podvrste redkejše, npr. velikocelični rak (15 %) ali mešani tumorji (5 %) « (Rajer, 2015, pp. 9-19).

Pljučni rak je bil v poznem 19. stoletju zelo redka bolezen. Kljub temu je odstotek smrti, povezanih s kajenjem, po svetu različen. V Ameriki in Franciji je povezava več kot 80 %, v nekaterih azijskih državah 61 %, v podsaharski Afriki pa je okoli 40 % smrti zaradi pljučnega raka povzročenih s kajenjem. Kajenje tobaka ostaja najpomembnejši vzrok pljučnega raka. Poleg tega je njegov glavni vzrok pasivno kajenje. Pomemben podatek, da kajenje res povzroča pljučnega raka, je, da vzorec zbolevanja za pljučnim rakom po celem svetu sledi vzorcu pojavnosti kajenja v zamiku 3–4 desetletij. Pljučni rak bo ostal eden izmed glavnih vzrokov smrti v naslednjih nekaj desetletjih, čeprav se vsakodnevno stori veliko za preprečevanje uporabe tobaka. V prihodnosti se bodo morale protikadilske politike usmeriti predvsem na skupine mlajših žensk (Islami, et al., 2015).

2.2.3 Astma

»Astma je kronična pljučna bolezen, zato je pomembno, da je pacient dobro poučen o svoji bolezni in se nauči živeti z njo« (Pšeničnik, 2010, pp. 56).

Horvat (2016) navaja, da 25 % pacientov z astmo kadi. Zaradi kajenja se iz blage astme pretvori v astmo, ki jo je mogoče urediti z zdravili ali pa sploh ne. Premalo se zavedamo,

da tudi pasivno kajenje hudo škodi bolnikom z alergijsko boleznijo zgornjih ali spodnjih dihal. Za uspešno zdravljenje astme je treba iskati in odstranjevati sprožilce astme, predvsem kajenje cigaret. Pacienti z astmo, ki kadijo, potrebujejo za ureditev astme nekajkrat večje odmerke protivnetnih zdravil. Zdravila pri pacientih z astmo, ki so kadilci, so manj učinkovita kot pri nekadilcih. Pri astmi učinek kajenja pri popolni opustitvi kajenja izzveni v nekaj tednih, razen če je kajenje že povzročilo spremembe na pljučih.

Za uspešno zmanjšanje deleža bolezni, ki so povezane s tobakom, je predvsem zelo pomembno povečati število tistih, ki nikoli ne bodo kadili, in tistih, ki bodo opustili kajenje (Mesarič, 2017).

Težave pri astmi lahko opredelimo s funkcionalnega vidika, saj povzročajo oviran pretok zraka oz. reverzibilno obstrukcijo in povečano bronhialno preodzivnost (Poplas Susič, et al., 2010), kar pomeni, da se mišice bronhijev hitreje vzdražijo in skrčijo kot pri zdravih ljudeh. Astmatično vnetje se kaže kot bronhialni edem, ki se s povečano količino izločene sluzi odvija vzdolž traheobronhialnega sistema. Vnetje je najizrazitejše v primeru poslabšanja astme, pri čemer pride do mehanične zapore dihal in procesa vnetnega preoblikovanja bronhijev (Šuškovič, 2011).

Pri pregledu ima pacient telesni pregled ter odvzem anamneze. Pri telesnem pregledu pacientu izmerijo vitalne funkcije, sledi pregled srca in pljuč ter osnovni nevrološki pregled. Pri vsem tem mora biti zdravstveni delavec biti pozoren ali so kakšne spremembe na koži. Nato sledi odvzem anamneze, kjer se pacienta povpraša o kadilskih navadah, simptomih ter uporabi zdravil ter telesni teži. (Poplas Susič, et al., 2010).

Brown (2012) navaja, da kajenje cigaret in izpostavljenost cigaretnemu dimu lahko sproži simptome, podobne astmi, in povzroči poslabšanje simptomov astme pri odraslih in otrocih z astmo. Kljub znanim negativnim učinkom na delovanje pljuč in zdravje je kajenje vseeno pogostejše med posamezniki z astmo v primerjavi s tistimi brez nje, kar ima za posledico povečano resnost simptomov astme in slabši nadzor astme (Avallone, 2014).

Glavno merilo za oceno poslabšanja astme je pljučna funkcija. Preverimo jo s spirometrijo (FEV-1) ali meritvijo PEF (največji pretok med izdihom). FEV-1 ali forsirani izdihani volumen je volumen zraka, ki ga človek po maksimalnem izdihu z manevrom forsiranega izdihovanja izdihne v eni sekundi. Ocena je zanesljiva, če PEF izmerimo med poslabšanjem in vrednost primerjamo s pacientovo najboljšo vrednostjo (Šuškovič, 2011).

Blago poslabšanje astme

Pri blagem poslabšanju astme se poleg blagega oteženega dihanja pojavijo še drugi simptomi poslabšanja, rezultat meritve PEF pa se zmanjša na okoli 80 % najboljše vrednosti (Šuškovič, 2011).

Zmerno poslabšanje astme

Simptomi postanejo bolj izraziti zato so za pacienta zelo moteči in močno ovirajo njegovo vsakdanje dejavnosti. Pulz se lahko poveča do 110 na minuto ter frekvenca dihanja na 25 vdihov na minuto. Z 50 do 80 % se lahko zmanjša tudi PEF ali FEV-1. Pri PEF-u lahko pride do nihanja za 30 % (Šuškovič, 2011).

Težko poslabšanje astme

Pacient pri dihanju uporablja pomožno dihalno muskulaturo zaradi težkega poslabšanja, pri tem simptomi postanejo še bolj izraziti, kar se kaže z naraščujočim pulzom nad 110 na minuto ter frekvenco dihanja, ki naraste na več kot 30 vdihov na minuto. Manj kot 50 % pa je tudi PEF ali FEV-1. (Šuškovič, 2011).

2.3 SVETOVANJE ZA OPUSTITEV KAJENJA

Zdravstveni delavci se morajo zavedati, da je za opuščanje kajenja in izogibanje ostalim dejavnikom tveganja za nastanek KOPB najpomembnejše zdravstvenovzgojno delovanje na vseh treh ravneh zdravstvenega sistema.

Pomembno je poudariti tudi poučevanje in motiviranje pacientov za sodelovanje pri zdravljenju z izdelanim individualnim načrtom. Ta načrt naj bi pacient uporabil v primeru poslabšanja bolezni. Smiselno bi bilo tudi večkratno opravljanje spirometrije pri kadilcih,

ki kadajo 20 let več kot 20 cigaret na dan to, bi pripomoglo k zgodnejšemu odkrivanju KOPB. Za zdravstveni sistem so namreč racionalnejši preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje bolezni, sodelovanje pri zdravljenju in zdravstvenovzgojno delovanje (Župec & Lorber, 2013).

Razumevanje, kako razlike v resnosti bolezni in fenotipi bolezni vplivajo na status kajenja med pacienti z diagnozo KOPB, bi lahko pomagalo pri obveščanju o bolj usmerjenih in učinkovitejših ukrepih za zmanjšanje kajenja pri tej visoko tvegani populaciji. Te ugotovitve potencialno zagotavljajo smernice za trenutne ukrepe za opuščanje kajenja, namenjene kadilcem s KOPB, ter dajejo temelj za nadaljnje raziskovanje povezanosti med fenotipom KOPB in nadaljevanjem kajenja (Tilert, 2019).

Promocijo nekajenja in zdravstveno vzgojo je treba začeti že v otroštvu v socialnem okolju (družina, vrtec in šola). Odrasli, kot so starši, vzgojitelji in učitelji, lahko največ dosežejo z lastnim vzgledom in stališčem do kajenja. Poleg tega imajo pomembno vlogo tudi zdravstveni delavci, ki s svojimi stališči in vzgledom enako vplivajo na bolnike in njihove svojce, saj bodo ti zdravstvenovzgojno delovanje bolj upoštevali, če bodo nekadilci tudi sami (Župec & Lorber, 2013).

V Sloveniji je Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik postala članica evropske mreže bolnišnic brez tobaka. Z namenom zmanjšanja kajenja so uvedli smernice za pomoč pri opuščanju kajenja. Na vidna mesta so postavili opozorila o prepovedi kajenja, obenem pa vsakega pacienta ob sprejemu seznanili s tem. Zdravstvenim delavcem, ki kadajo, so omogočili delavnice »Da, opuščam kajenje«, kot pomoč pri opustitvi pa so jim ponudili še nikotinsko terapijo in bupropion, ki je na voljo tudi za paciente. Za še uspešnejše zmanjševanje uporabe tobaka so izvedli tudi anketo o kadilskih navadah, nekaj predavanj o pomoči pri opuščanju kajenja in prispevke, ki jih objavljajo v vsaki številki njihovega glasila (Zidarn, n. d.).

Zhang, et al. (2016) so izvedli raziskavo, v katero so vključili 3437 kadilcev, ki so jih spremljali zdravstveni delavci. Želeli so ugotoviti, kako nasveti zdravstvenih delavcev v povezavi z uporabo nadomestne nikotinske terapije za opuščanje kajenja pripomorejo k

opustitvi kajenja. Tisti, ki so dobili nasvete o prenehanju kajenja (21 %), so pogosteje uporabljali nadomestno nikotinsko terapijo za prenehanje kajenja kot tisti, ki nasvetov niso prejeli (19 %). Ugotovili so, da morajo zdravstveni delavci kadilcem svetovati, naj prenehajo kaditi, in jih spodbujati k uporabi zdravil za opuščanje kajenja.

Rigotti, et al. (2012) so decembra 2011 izvedli raziskavo, v katero so vključili hospitalizirane paciente kadilce ali opredeljene bivše kadilce do največ enega meseca po opustitvi. Intervencija se je morala začeti v bolnišnici, nadaljevala se je po odpustu iz bolnišnice. Zanimala jih je učinkovitost programov za opuščanje kajenja pri hospitaliziranih pacientih. V raziskavo so bile vključene tako bolnišnice za akutno nego kot tudi bolnišnice za rehabilitacijo, izključili pa so ustanove za primarno zdravljenje psihiatričnih motenj ali zlorabe substanc. 50 pacientov je izpolnjevalo merilo za vključitev. Ugotovili so, da se učinkoviti programi za opuščanje kajenja začnejo med pacientovo hospitalizacijo in vključujejo svetovanje z nadaljnjo podporo vsaj en mesec po odpustu. Ugotovili so tudi, da je dodajanje nadomestnega nikotinskega zdravljenja v kombinaciji z intenzivnim svetovanjem uspešnejše kot samo svetovanje.

Vuong, et al. (2016) so izvedli raziskavo, v kateri so izvajali polstrukturirane telefonske pogovore s 33 pacienti. Od tega je bilo 28 nekdanjih in pet trenutnih kadilcev. V raziskavi so ugotavljali razmerje med tremi med seboj povezanimi temami: motivacija, priložnosti in zmožnosti udeležencev, da prenehajo in ohranjajo opustitev kajenja. Večina poskusov prenehanja se je zgodila brez obrazložitve ali predhodnega načrtovanja, čeprav so nekatere poskuse motivirali družina udeležencev, vrstniki ali splošni zdravnik. Internetni programi podpore za opuščanje kajenja, ki jih vodijo splošne prakse in vključujejo medicinsko sestro, so bili obravnavani kot priložnost za poskus prenehanja. Večina udeležencev, tako nekdanjih kot trenutnih kadilcev, je pokazala sposobnost, da bi tako lažje opustila kajenje in to vzdrževala. Ugotovili so, da so pri mnogih kadilcih dolčas, motnje razpoloženja, močan občutek identitete kadilca, nasprotovanje vrstnikov, razdražljivost, hrepenenje, lakota in povečanje telesne mase omejili zmožnost ohranjanja opustitve kajenja.

Na Švedskem so izvedli raziskavo, ki je pokazala, da se je razširjenost kajenja pri pacientih z astmo od leta 2005 do 2012 in 2014/2015 zmanjšala z 11 % na 6 %, pri pacientih s KOPB pa je ostala nespremenjena. Podpora pri opušcanju kajenja se je povečala s 53 % na 74 %. Ugotovili so, da se je v sedmih letih razširjenost kajenja prepolovila, povečala pa se je podpora pri opustitvi kajenja (Stegberg, et al., 2018).

2.4 UGODNI UČINKI NA OPUSTITEV KAJENJA

Kljub težavam, s katerimi se kadilci soočajo pri opušcanju kajenja, je to vredno narediti, saj kajenje kadilcem skrajša življenje povprečno za vsaj sedem let, kar znaša pet in pol minute na cigareto. Prenehanje ima številne pozitivne učinke:

- po 20 minutah krvni pritisk postane normalen;
- po osmih urah koncentracija ogljikovega monoksida postane normalna;
- v roku 48 ura se izboljšata vonj in okus, zaradi obnavljanja živčnih končičev;
- po nekaj dneh se izboljša tudi cirkulacija;
- v roku devetih mesecev se zmanjša kašelj, zamašenost sinusov, utrujenost in težka sapa. Pri tem se obnovijo cilije, ki pomagajo pri čiščenju vdihanega zraka;
- v obdobju petih leti se za skoraj polovico zmanjša tveganje za smrt v povezavi z pljučnim rakom,
- po 15 letih je tveganje za srčne bolezni enako kot pri nekadilcih, le malo večje tveganje pa je le še za pljučnega raka tveganje za pljučnega raka (Kudari, 2017).

Papadopoulos, et al. (2011) so izvedli raziskavo s kliničnim vprašalnikom o kakovosti življenja po prenehanju kajenja v pljučni ambulanti bolnišnice Sotiria v Atenah. Izbrali so populacijo 26 bolnikov kadilcev s KOPB (16 moških in 10 žensk s povprečno starostjo 66,5 leta), ki jim je bilo priporočeno, da prenehajo kaditi. Pacienti, ki so uspešno prenehali kaditi po dveh mesecih, so ponovno izpolnili vprašalnik. Ta je pokazal, da so se po dveh mesecih opustitve kajenja znatno izboljšali simptomi KOPB, kot je pogostnost nastajanja kratke sape v mirovanju in med telesnimi dejavnostmi, med dnevnimi dejavnostmi doma, pri družbenih dejavnostih in pri pojavu kašlja.

Izboljšanje zmogljivosti pljuč: Po prenehanju kajenja se izboljša zmogljivost pljuč celo do 10 % v treh do devetih mesecih po opustitvi kajenja. Volumen pljuč se poveča, kar je bistveno za nemoten pretok zraka. Že po osmih urah nekajenja se normalizira tudi predihanost. Normalna vrednost nasičenosti krvi s kisikom pri zdravem človeku je od 95 % do 100 %, kar pri kadilcih ni mogoče. Ogljikov monoksid iz tobačnega dima se bolje veže na hemoglobin kot kisik, s čimer sta motena prenašanje kisika in njegova poraba (Mesarič, et al., 2014).

Srčno-žilni sistem: Po opustitvi kajenja sem zniža tudi krvni tlak, saj je povezava med ožiljem, krvnim tlakom, holesterolom in kajenjem zelo tesna. Nikotin pospeši srčni utrip, poviša krvni tlak, zmanjša prenos in oskrbo s kisikom ter povzroči pomanjkanje kisika v srčni mišici. To pomeni, da se pri opustitvi kajenja zmanjša tudi količina holesterola, žile pa postanejo bolj pretočne (Mesarič, et al., 2014).

Prebavila: Številni pozitivni učinki se pokažejo tudi na prebavilih, saj se zmanjšajo razjede na želodcu in dvanajstniku, hitreje se zdravijo vnetja na prebavilih, zmanjšajo se možnosti za nastanek drugih obolenj v povezavi s prebavili. Tudi v ustni votlini se zmanjša prekomerno kopičenje bakterijskih oblog, ki so glavni vzrok za boleznine dlesni (Mesarič, et al., 2014).

Čutila: Pri kadilcih so okušalne brbončice na jeziku omrtvičene, zato je sposobnost okušanja manjša. Po opustitvi kajenja se začnejo brbončice obnavljati, zato se znatno izboljša sposobnost okušanja. Do enega meseca po opustitvi se morajo bivši kadilci izogibati močnim okusom in začimbam. Obnovijo se tudi čutnice za voh, zato začnejo intenzivneje vonjati (Mesarič, et al., 2014).

Izboljšanje telesne zmogljivosti in odpornosti: Zazna se že dva do tri tedne po prenehanju kajenja. Zaradi povečane prekrvavitve, ki jo povzroči boljše delovanje pljuč, so bivši kadilci zmožni večjih naporov ob zmanjšani utrujenosti (Mesarič, et al., 2014).

Bolj zdrav videz, boljše počutje: S prenehanjem kajenja se bo spremenil tudi videz kože, ki bo bolj sijoča in ne bo več pospešenega staranja. Bivši kadilci bodo bolj sproščeni, saj bo potreba po kajenju vsak dan manjša (Mesarič, et al., 2014).

Izboljšanje spanja: Kadilci ponoči slabše spijo, saj je potreba po kajenju prisotna tudi ponoči. Po opustitvi bo spanec boljši in kakovostnejši (Mesarič, et al., 2014).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati kakovost življenja po opustitvi kajenja pri pacientih s kronično pljučno boleznijo in ugotovitve primerjati s tujimi raziskavami.

Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti, katere intervencije so bile učinkovite za opustitev kajenja pri pacientih s kronično pljučno boleznijo;
- ugotoviti, kakšni so ugodni učinki na pacienta s kronično pljučno boleznijo po opustitvi kajenja.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane tuje in domače literature ter zastavljenih ciljev smo razvili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Katere intervencije so bile učinkovite za opustitev kajenja pri pacientu s kronično pljučno boleznijo?
2. Kakšni so ugodni učinki na pacienta s kronično pljučno boleznijo po opustitvi kajenja?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Podatki empiričnega dela so bili zbrani s kvalitativno tehniko zbiranja podatkov – intervjujem.

Pregled literature je bil narejen na osnovi strokovne in znanstvene literature, ki je dostopna v strokovnih in splošnih knjižnicah v Sloveniji. Za iskanje slovenske literature smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS in Obzornik zdravstvene nege. Za

iskanje tujih člankov smo uporabili tuje baze podatkov, kot so Cinahl, PubMed, Google Scholar in SpringerLink. Iskanje je potekalo s pomočjo naslednjih ključnih besed v slovenskem jeziku, ki so vsebinsko povezane s temo našega diplomskega dela: kajenje, kronična bolezen, vzroki za kajenje, vloga medicinske sestre pri kajenju, kakovost življenja po opustitvi kajenja. V angleškem jeziku so to: smoking, chronic illness, causes of smoking, the role of a nurse in smoking, quality of life after smoking cessation. Vključili smo omejitvena kriterija, in sicer viri, mlajši od deset let, in vključeno celotno besedilo članka.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatke za raziskovalni del smo pridobili s pomočjo polstrukturiranih intervjujev (Papadopoulos, et al., 2011; Rigotti, et al., 2012). Izvedli smo jih s pacienti, ki imajo KOPB, so nekdanji kadilci do dveh let po opustitvi in se zdravijo na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik). Na Komisijo Republike Slovenije (RS) za medicinsko etiko smo poslali vlogo za presojo etičnosti raziskave, prav tako na Kliniko Golnik, kjer so odobrili izvajanje raziskave. Pridobili smo tudi privolitev in dovoljenje pacientov za intervjuvanje in snemanje pogovora z njimi. Ta vrsta intervjuja je zelo prilagodljiva tehnika za zbiranje podatkov in mnenj, saj omogoča poglobljanje in razumevanje problema. Intervju je sestavljen iz dveh delov. Pri del so demografski podatki, kot so spol, starost in stopnja izobrazbe. V drugem delu intervjuja sledi 24 vprašanj odprtega tipa, podvprašanja pa smo postavljali glede na prejete odgovore.

3.3.3 Opis vzorca

V raziskovalnem delu smo uporabili namenski vzorec. Za ciljno populacijo smo vzeli šest pacientov s KOPB, ki se zdravijo na Kliniki Golnik in so nekdanji kadilci. Pričakujemo 100 % realizacijo vzorca.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Intervjuvati smo začeli po odobritvi dispozicije na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, pridobitvi odgovora Komisije RS za medicinsko etiko, ki je potrdila etičnost raziskovalnega dela, in z dovoljenjem Klinike Golnik za izvajanje raziskave. Pred začetkom intervjuvanja smo pacientom izročili obrazce Klinike Golnik za privolitev v raziskavo ter jih seznanili z možnostjo zavrnitve in anonimnostjo. Poleg tega smo pacientom še enkrat razložili celoten postopek raziskave. Zagotovili smo nemoten potek intervjuvanja in zasebnost za paciente. Po zaključku smo podatke obdelali s kvalitativno vsebinsko analizo. Temeljila je na selekciji in razčlenjevanju prepisanega besedila na sestavne dele (Adam, et al., 2012). Za proces kodiranja smo uporabili pristop odprtega kodiranja, iz prepisanih odstavkov smo izločili bistvo, jih poimenovali in podobne pojme med seboj smiselno povezali. S pomočjo teh kod in kategorij smo prikazali bistvo pridobljenih podatkov (Vogrinc, 2008; Lamut & Macur, 2012). Vsaki transkripciji smo zaradi anonimnosti in varovanja osebnih podatkov dodali oznako (P1, P2, P3, P4, P5, P6).

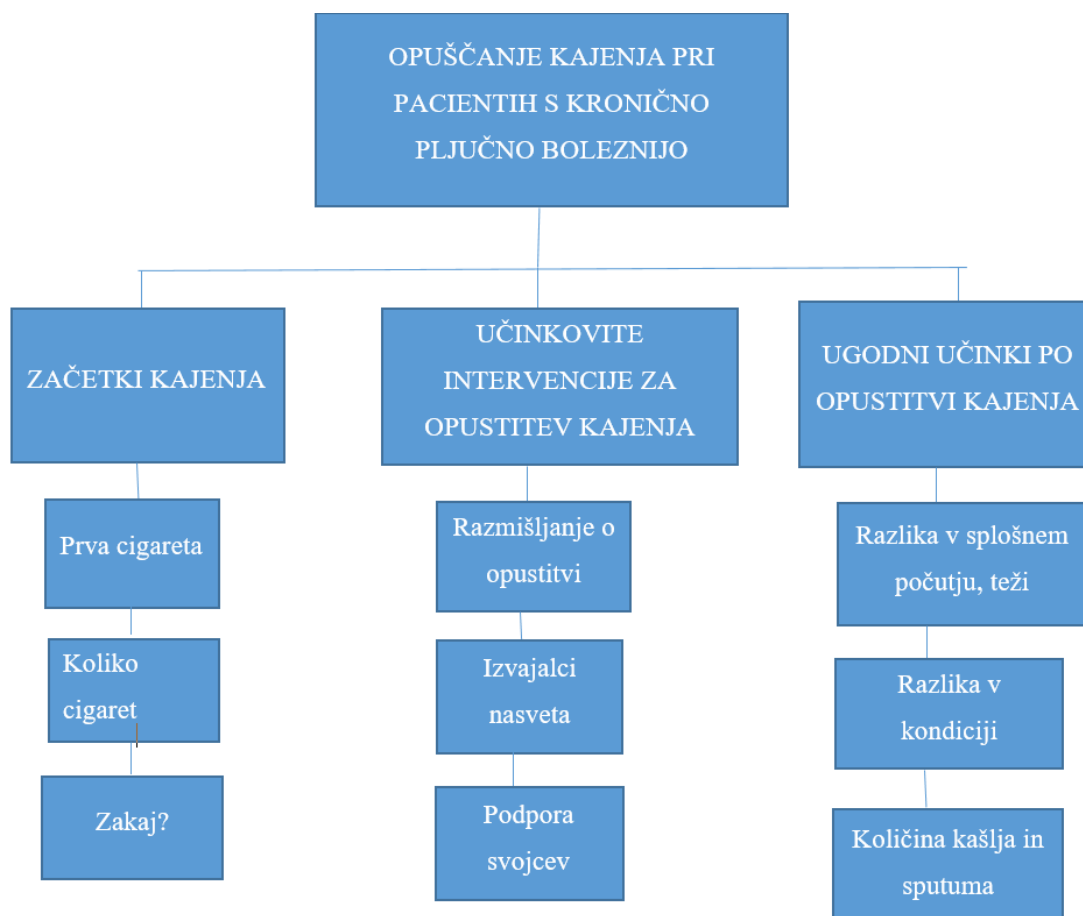
3.4 REZULTATI

Na podlagi analize šestih intervjujev smo v raziskavi oblikovali tri osrednje kategorije in določili podkategorije, ki se nanašajo na njihove naslove.

Prva osrednja kategorija je Začetki kajenja. Podkategorije, ki se navezujejo nanjo, so, kdaj so pokadili prvo cigareto, koliko cigaret so pokadili in zakaj so začeli kaditi.

V drugi osrednji kategoriji Intervencije za opustitev kajenja smo želeli ugotoviti, kako so se lotili opustitve kajenja in ali jim jo je kdo svetoval. Določene so naslednje podkategorije: razmišljanje o opustitvi, izvajalci nasveta in podpora svojcev pri opustitvi.

V tretji osrednji kategoriji Ugodni učinki po opustitvi kajenja smo želeli ugotoviti spremembe, ki jih opažajo pri svojem zdravju po opustitvi kajenja. Podkategorije so razlika v splošnem počutju in teži, razlika v kondiciji ter razlika v kašlju in sputumu.



Slika 1: Glave kategorij in podkategorij

ZAČETKI KAJENJA

Prva cigareta. Na začetku nas je zanimalo, kdaj so pacienti prižgali svojo prvo cigareto. Skoraj vsi so začeli že v mladosti.

P1: »13 let sem bil star in to v gozdu s prijatelji in sorodniki.«

P2: »Prvo cigareto sem pokadil, ko sem imel 10 let.«

P3: »Prvo cigareto sem pokadila pri 30 letih.«

P4: »Prvo cigareto sem pokadil v 5. razredu.«

P5: »Prva cigareta že v 4. razredu osnovne šole, resno kajenje pa leta 1963 v vojski.«

P6: »Prvo cigareto sem pokadila na začetku gimnazije.«

Obdobje kajenja. Zanimalo nas je, koliko časa so kadili, koliko cigaret na dan so pokadili, kdaj so zjutraj pokadili prvo cigareto in kdaj so nazadnje prižgali cigareto. Vsi so kadili več desetletij vsaj po dve škatli na dan, zjutraj so cigareto prižgali že pred osebno higieno in vsi so zadnjo cigareto prižgali do dve leti nazaj.

P1: »Kadil sem 60 let. Na dan sem pokadil 50 cigaret, prvo sem pokadil takoj zjutraj, ko sem vstal. Zadnjo cigareto sem pokadil točno dve leti nazaj.«

P2: »Kadil sem 45 let, na dan sem pokadil približno 40 cigaret. Zjutraj sem prvo cigareto pokadil že pred osebno higieno. Zadnjo cigareto sem prižgal približno eno leto nazaj, ko sem bil tukaj v bolnici.«

P3: »Kadila sem 31 let, na dan sem pokadila 10 cigaret. Zjutraj sem prižgala prvo cigareto ob kavi. Zadnjo pa sem prižgala tri mesece nazaj.«

P4: »Kadil sem 50 let, na dan sem običajno pokadil 30 cigaret in to takoj, ko sem vstal. Zadnjo sem prižgal približno 9 mesecev nazaj.«

P5: »Kadil sem približno 50 let, zadnjo sem pokadil pol leta nazaj. Na dan sem pokadil povprečno 20 cigaret. Prva cigareta je bila zjutraj že na stranišču.«

P6: »Kadila sem 50 let, zadnjo sem pokadila novembra 2019. Na dan sem pokadila približno eno škatlo. Prvo cigareto sem pokadila zjutraj s kavo.«

Zakaj? Zanimalo nas je, zakaj so poskusili cigareto in ali je kdo vplival na to.

P1: »Razlog je bila radovednost.«

P2: »Kaditi sem začel zaradi radovednosti, kasneje se je to zamenjalo že s potrebo.«

P3: »Razlog je bila družba.«

P4: »Iz radovednosti.«

P5: »Družba v vojski.«

P6: »Razlog je bil družba in radovednost. Tudi oče je bil kadilec, sigurna sem, da je tudi to nek razlog.«

UČINKOVITE INTERVENCIJE ZA OPUSTITEV KAJENJA

Razmišljanje o opustitvi. Zanimalo nas je, kdaj so začeli razmišljati o opustitvi kajenja, kolikokrat so poskusili opustiti kajenje, kako so se lotili opustitve in ali so imeli pri tem ovire. Predvsem smo želeli izvedeti, kaj jih je motiviralo. Vsi so se odločili prenehati šele, ko so končali v bolnišnici, kajenje pa so opustili tako, da so preprosto nehali. Večina pravi, da jim cigareta včasih še zadiši. Vse jih je motiviralo le izboljšanje zdravja.

P1: »O opustitvi kajenja nisem razmišljal. En dan sem srečal svojo zdravnico na Primorskem in med pogovorom mi je rekla, ali vam ne bo žal, da zapustite ta pogled zaradi cigaret, takrat sem se zavedel, da je že kritično. Od tega dne nisem prižgal cigarete.«

P2: »Nikoli nisem razmišljal, da bi nehal s kajenjem. Ko sem prišel prvič sem v bolnico, so me prestrašili kot zmaja in takrat sem se odločil, da preneham. Opustil sem tako, da ko sem bil tukaj, nisem kadil, ko sem prišel domov, sem pa rekel, ne bom več. Ovir nisem imel, zadišijo mi pa še danes.«

P3: »Že leta in leta sem razmišljala o opustitvi, najbolj me boli, ko mi vnuk reče, da smrdim na cigarete. S kajenjem sem nehala zaradi bolečin v pljučih. Ovire sem imela in jih imam še vedno, vendar jih uspešno premagujem.«

P4: »O opustitvi nisem nikoli razmišljal, dokler nisem prišel na Golnik. Opustil sem tako, da sem enostavno nehala. Vse je v glavi. Ovir nisem imel.«

P5: »Večkrat sem razmišljal, da bi opustil. Večkrat sem tudi poskusil in začel kaditi nazaj. Ko sem opustil, sem prišel domov iz bolnice in sem takoj prižgal cigaret in ga takoj vrgel stran, ker mi ni več pasal.«

P6: »O opuščanju sem razmišljala že leta 1975, ko sem začela zvezo z možem. Že takrat sem imela z njim dogovor, da bom opustila kajenje. In od takrat sem poskušala večkrat. Nazadnje ko sem nehala, je bilo to zaradi težav z dihanjem.«

Izvajalci nasveta. Zanimalo nas je, ali jim je kdo svetoval opustiti kajenje in ali so pri tem izkoristili kakšno pomoč (nadomestna nikotinska terapija, individualno svetovanje, telefon, zloženke itd.). Zanimalo nas je tudi, kaj bi zdaj svetovali tistim, ki poskušajo opustiti kajenje. Vsi so odgovorili, da so jim svetovali tako svojci kot tudi zdravniki in medicinske sestre. Pomoči pri opustitvi niso izkoristili. Drugim bi svetovali predvsem, da se vse začne v glavi. Ko se odločiš za opustitev, moraš biti vztrajen.

P1: »Kot sem že rekel, svetovala mi je moja zdravnica. Na prvo pobudo jo nisem poslušal, šele potem ko sem jo srečal in mi je rekla, da če ne neham takoj kaditi, ne bom imel še veliko časa, sem jo poslušal in prenehal. Kot pomoč nisem koristil nič. Nasvetov za ostale nimam. Vsak mora pri sebi razčistiti, kaj si želi in kaj ne.«

P2: »Svetovali smo mi zdravniki kot tudi moji bližnji, vendar se nisem zavedal, kako resno je, dokler nisem končal tukaj v bolnišnici. Pri opuščanju nisem koristil nobene pomoči. Prvo morajo sebe prepričati, da jim škoduje, ter ko se odločijo, da bojo nehali, da res nehajo.«

P3: »Svetovali so mi tudi zdravniki že prej, vendar nisem poslušala. Pomoči nisem koristila. Težko je svetovati nekemu, najbolje jim je, da sploh ne začnejo s kajenjem.«

P4: »Svetovali so mi zdravniki ter medicinske sestre. Koristil nisem nobene pomoči. Moj nasvet je, če želijo živeti, naj nehajo kaditi.«

P5: »Večkrat so mi svetovali tudi v bolnišnici. Koristil nisem nobene pomoči. Prvo morajo razčistiti v glavi, za pomoč se lahko obrnejo na organizacije.«

P6: »Večkrat so mi svetovali zdravniki, tudi moja prijateljica, ki je pulmologinja. A veste kaj? Nič. Edino to, da moraš razčistiti sam s sabo in se zavedati, da če ne nehaš, te bo pobralo. In seveda predvsem to, da ne prelagamo opustitev. V pomoč so jim lahko tudi aplikacije na telefonu.«

Podpora svojcev. Zanimalo nas je, ali so jim svojci kdaj svetovali opustitev kajenja in ali so imeli njihovo podporo pri tem. Večina jih je rekla, da so jim svojci večkrat svetovali, naj nehajo kaditi. Vsi so imeli podporo bližnjih.

P1: »Žena je bila tista, ki mi je vedno govorila, naj neham s kajenjem, pa jo nisem poslušal. Ko sem prenehal, mi je bila ona največja podpora.«

P2: »Žena, hči ter sodelavci so mi svetovali, naj neham. V času opustitve so mi vsi nudili podporo ter mi govorili spodbudne besede.«

P3: »Otroci so mi največkrat svetovali, naj neham, prav oni so moja podpora.«

P4: »Imel sem podporo žene in vnukinje, one so mi tudi svetovale, naj neham.«

P5: »Najbolj sitna je bila žena. Podporo sem imel.«

P6: »Mož je bil tisti, ki mi je vedno govoril, naj neham. V času opustitve sem imela njegovo podporo.«

UGODNI UČINKI PO OPUSTITVI KAJENJA

Splošno počutje in teža. Zanimalo nas je, ali opazijo razliko pri splošnem počutju in teži.

P1: »Odkar sem nehal kaditi, opazim veliko razlik pri splošnem počutju. Pri teži sem pridobil par kilogramov.«

P2: »V splošnem počutju ne občutim nobenih razlik. Težave s spanjem pa so še kar. Zredil se nisem.«

P3: »Ne čutim nobene razlike v počutju. Zredila se nisem.«

P4: »Veliko, začelo se je boljšati dihanje. Težav s spanjem nisem imel nikoli. Sprememb pri teži nisem opazil.«

P5: »Menim, da je premalo časa minilo od prenehanja, da bi kaj opazila. S spanjem nisem imela težav, tudi zredila se nisem.«

P6: »Čutim olajšanje predvsem pri dihanju. Najbolj strah me je bilo, da se bom zredila, vendar se nisem.«

Kondicija. Zanimalo nas je, ali občutijo razliko v kondiciji pred opustitvijo kajenja in po njej.

P1: »Kondicije imam več kot pred opustitvijo. Najraje se zjutraj, ko je še mir, odpravim na sprehod ob morju.«

P2: »Kondicije imam enako kot prej.«

P3: »Ni razlike.«

P4: »Več se lahko gibam.«

P5: »Kot sem že rekla, je minilo premalo časa, da bi opazila spremembe.«

P6: »Čutim olajšanje predvsem pri dihanju. Kondicija je boljša.«

Kašelj in sputum. Zanimalo nas je, ali opazijo razliko pri količini kašlja in sputuma.

P1: »Kašlja je manj.«

P2: »Razliko opazim pri kašlju ter sputumu, ker ga je manj.«

P3: »Ne čutim razlike.«

P4: »Izboljšal se je kašelj ter količina sputuma.«

P5: »Količina kašlja in sputuma je edina razlika, ki jo čutim od opustitve kajenja.«

P6: »Predvsem kašlja je manj.«

3.5 RAZPRAVA

S pridobljenimi rezultati izvedene raziskave smo želeli ugotoviti, kakšni so ugodni učinki na pacienta s KOPB po opustitvi kajenja in katere intervencije so bile učinkovite za opustitev kajenja pri pacientih s kronično pljučno boleznijo.

Na začetku nas je zanimalo nekaj osnovnih vprašanj v povezavi s kajenjem. Izvedeti smo želeli predvsem, kdaj so pacienti prižgali prvo cigareto in kakšen je bil razlog za to. Večina je prvo cigareto poskusila že v mladosti. Razlogi so bili različni, največkrat je bilo to zaradi družbe ali radovednosti. Ena od pacientk je posebej poudarila, da je kadil tudi njen oče in da je prepričana, da je tudi to razlog, da je še sama začela kaditi. Začetek kajenja v adolescenci poveča možnost hude zasvojenosti, saj se nevrološki odziv v

možganih spremeni in doživljanje spodbud in nagrad postane odvisno od nikotina. Prvo cigareto otroci največkrat prižgejo iz radovednosti, saj s tem posnemajo odrasle, kadar ti pogosto posegajo po tej razvadi. Pogosteje ljudje začnejo kaditi v mladosti. Večina kadilcev ve, da jim kajenje škoduje, vendar ne prenehajo, ker menijo, da jih bo cigareta pomirila ob stresu, napetosti, tragičnem dogodku, različnih duševnih stiskah ipd. Kajenje le navidezno olajša trenutno novonastalo stresno situacijo, saj dejansko ne olajša ničesar. Ko stres popusti in se življenje vrne v normalne tire, kajenje ostane kot razvada (Časar & Topolovec, 2012). Žugelj Pavlovčič (2016, str. 8) navaja, da kajenje škodljivo vpliva tako na kadilce kot tudi njihovo okolico. Poleg dokazanega vpliva na poslabšanje zdravja kadilcev zaradi bolezni (povečana prevalenca KOPB, rakava in kardiovaskularna obolenja) in skrajšanje življenjske dobe ima kajenje posreden vpliv tudi na nekadilce, še posebej otroke, saj se pasivnemu kajenju v družini ne moremo izogniti. Kajenje staršev tudi otroke naredi dovzetne za bodoče kadilce. Kajenje je pomemben dejavnik tveganja tudi pri mladih, saj ima poleg dolgoročnih še številne kratkoročne posledice za zdravje, ki nastanejo že kmalu po začetku kajenja. Pri mladostnikih pride do hitre zasvojenosti z nikotinom in to že v prvih dneh ali tednih občasnega kajenja zato je za njim kajenje še toliko bolj škodljivo. V 80–90 % odraslih kadilcev postane rednih kadilcev že pred koncem najstništva, kar je tudi dokazano (Durjava, 2011). V naši raziskavi je pet od šestih pacientov neprekinjeno kadilo od prvega poskusa cigarete.

Z našim prvim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti, katere so učinkovite intervencije za opustitev kajenja pri pacientih. Povprašali smo jih, kdaj so začeli razmišljati o opustitvi, katere metode so uporabili, ali jim je opustitev kdo svetoval in ali so imeli pri tem podporo svojcev. Vsem je bilo skupno, da so o opustitvi začeli razmišljati šele v bolnišnici, kjer so se zavedali, da morajo nekaj v svojem življenju spremeniti. Največ nasvetov so prejeli od zdravnikov in medicinskih sester, ki so jim nudili pomoč in podporo med hospitalizacijo, kar jim je v tistem času veliko pomenilo. Tudi doma so imeli vsi podporo predvsem ožjih družinskih članov. Pomembno je, da kadilcev ne obsojamo, ampak jim nudimo pomoč pri opustitvi. Kadilec se mora sam odloči za to spremembo. Vedenjsko in farmakološko zdravljenje z izobraževanjem, kratki posveti in nasveti ter intenzivno podporo so bistveni pri opuščanju kajenja. V naši raziskavi smo ugotovili, da so pacienti kot pomoč pri opuščanju izkoristili le kratke nasvete zdravnika

in zdravstvenih delavcev. Čakš (2012) poudarja, da je zelo pomembno, da kadilec razmišlja o celoviti spremembi k bolj zdravem načinu življenja, pri tem mu morajo pomagati tudi terapevt in njegovi domači. Svetovalec pripravi kadilce na ravnanje v situacijah, ko je velika nevarnost, da ponovno začnejo kaditi. Terapevt mora kadilcu ponuditi čim več možnosti. Veliko kadilcev ponovno začne kaditi in v ta krog se vrnejo večkrat, preden končno uspejo prenehati, zato je pomembno, da terapevt vzdržuje visoko motivacijo in kadilca spodbuja k ponovnemu poskusu. Kot farmakoterapija se uporabljajo nikotinska nadomestna terapija, antidepresivi in vareniklin. Populacije, ki se jim je treba posebej posvetiti, so hospitalizirani pacienti, nosečnice, mladi in ljudje z nizkimi dohodki. Nasveti medicinskih sester so izboljšali stopnjo prenehanja za 1 % v primerjavi s kontrolnimi skupinami. Posledica vsaj preprostega nasveta zdravnika za prenehanje kajenja je bil skromen, vendar precej večji delež prenehanja kajenja v primerjavi z bolniki, ki so poskusili prenehati na lastno pobudo. Razlika se je pokazala pri 2,5 % (Tashkin, 2015). To se je pokazalo tudi v naši raziskavi, saj so vsi pacienti opustili kajenje šele po hospitalizaciji. Vloga zdravstvenega delavca je pri opuščanju kajenja zelo pomembna, saj so zdravstveni delavci tisti, ki so z pacientom v stalnem neposrednem stiku in mu pomagajo. Njihova naloga je, da jih vzgajajo, jih poučujejo o škodljivostih kajenja ter jim z nasveti preprečijo začetek kajenja in pomagajo pri odvajanju od kajenja. Tudi pacienti, ki so sodelovali v intervjuju, so posebej poudarili, da so jim med hospitalizacijo največ pomenili podpora in nasveti zdravstvenih delavcev. Skrb za zdravje drugih in hkrati samouničevanje, zastrupljanje samega sebe sta popolnoma nezdržljivi lastnosti slehernega zdravstvenega delavca (Vičar, 2011).

Hilberink, et al. (2011) so izvedli raziskavo o potrjevanju statusa kajenja. Vključevala je 60 bolnikov s KOPB, ki so poročali, da so prenehali kaditi na lastno pobudo. Pri analizi vzorcev urina so uporabili mejno vrednost 50 ng/ml kotinina. Med raziskavo je 55 bolnikov poročalo, da so prenehali kaditi, medtem ko je pet pacientov nadaljevalo kajenje. Po odvzeti analizi urina je bilo biokemično potrjeno, da je 43 bolnikov (78 %) prenehalo kaditi, 12 bolnikov (22 %) pa je kajenje nadaljevalo. S tem so želeli prikazati, kako pomembno je posredovanje resničnih informacij med zdravnikom in pacientom.

V drugem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kakšni so ugodni učinki po opustitvi kajenja. Zanimala nas je predvsem razlika v splošnem počutju, telesni teži, kondiciji ter količini kašlja in sputuma. Ugotovili smo, da se ugodni učinki pri pacientih razlikujejo glede na čas po opustitvi. Samo ena pacientka, ki je šele tri meseca po opustitvi, ni opazila bistvenih sprememb, vendar smo v intervjuju ugotovili, da se ji je bistveno zmanjšala količina kašlja, ki ga ni pripisovala kajenju. Vsi ostali pacienti so opazili ugodne učinke, predvsem boljšo kondicijo ter manjšo količino kašlja in sputuma. Pozitivni učinki nekajenja se pojavijo že v nekaj dneh po prenehanju. Spremembe se začnejo, kjer je bila v telesu narejena škoda. Zniža se krvni tlak, zmanjša se verjetnost okužb, srčni utrip se normalizira. Zmogljivost pljuč se izboljša, poveča se količina kisika. Povrneta se okus in vonj hrane, poleg tega se poveča telesna zmogljivost. Poveča se tudi občutek sproščenosti (Mesarič, et al., 2014). Kadilci z nikotinsko odvisnostjo so imeli slabšo kakovost spanja in slabo zdravstveno kakovost življenja (Choi, 2012). V naši raziskavi večina pacientov pred opustitvijo ni imela težav s spanjem. Prenehanje kajenja je povezano z zmanjšano depresijo, tesnobo in stresom ter izboljšanjem razpoloženja, pa tudi z boljšo kakovostjo življenja kot pred opustitvijo (Taylor, et al., 2014). V naši raziskavi je le en pacient opazil povečanje telesne teže za nekaj kilogramov, ostali se niso zredili, čeprav je ena od pacientk, ki ima težave s prekomerno težo, poudarila, da je bil to njen največji strah po opustitvi kajenja. Sanmei, et al., (2019) so izvedli prvo raziskavo, ki preučuje učinek povečanja telesne mase po prenehanju kajenja na absolutno tveganje za kronična srčna obolenja. Raziskava je pokazala, da koristi opustitve za zmanjšanje absolutnega tveganja za kronična srčna obolenja odtehtajo potencialno povečanje tveganja zaradi povečanja telesne mase. Predlagajo, da bi bili za več koristnih učinkov opuščanja kajenja upravičeni posegi za nadzor povečanja telesne mase po prenehanju. Jain, et al. (2016) so izvedli raziskavo, ki je pokazala, da so kadilci s prekomerno telesno težo ali debelostjo na začetku prenehanja kajenja imeli v povprečju večje povečanje telesne mase. Njihove ocene kažejo, da lahko prenehanje kajenja povzroči povečanje telesne teže v 20 letih. Hkrati koristi opuščanja kajenja odtehtajo tveganja zaradi povečanja telesne mase po prenehanju. Rezultati poudarjajo potrebo po dolgoročnih posegih v uravnavanje telesne teže v kombinaciji z opuščanjem kajenja.

Blackstock, et al. (2015) poudarjajo, da je kljub širokemu poznavanju negativnih učinkov kajenja na splošno in na delovanje pljuč približno 30 do 40 % bolnikov s KOPB z zmerno do hudo boleznijo, ki se vključujejo v velika klinična farmacevtska preizkušanja, trenutno kadilcev. K tej statistiki lahko prištejemo še dejstvo, da bolniki s KOPB običajno težje prenehajo kot kadilci brez KOPB in je zanje manj verjetno, da se bodo odzvali na ukrepe za opustitev kajenja. V sistematičnem pregledu devetih raziskav bolnikov s KOPB v letu 2009 je bilo ocenjeno, da je stalna abstinenca od kajenja v 12 mesecih znašala 1,4 % za običajno nego, 2,6 % za minimalno svetovanje, 6,0 % za intenzivno svetovanje in 12,3 % za farmakološke posege. Vzorčna raziskava, ki so jo izvedli v ZDA in v katero so vključili 5.587 bolnikov z blago KOPB, je raziskovala zdravje pljuč. Ugotovitve so pokazale, da je večkratno prenehanje kajenja za pet let povzročilo, da je stopnja prenehanja kajenja znašala 37 % (Tønnesen, 2013).

3.5.1 Omejitve raziskave

Izvedli smo raziskavo Opuščanje kajenja pri pacientih s KOPB. Omejili smo jo na šest pacientov največ dve leti po opustitvi kajenja. Naše mnenje je, da bi za kakovostnejšo raziskavo morali poiskati več anketirancev v različnih starostnih obdobjih, saj so trenutni anketiranci vsi stari od 50 do 65 let. Če bi v intervjujih sodelovali tudi mlajši, bi bili morda rezultati oz. spremembe po opustitvi kajenja drugačne.

3.5.2 Priporočila za nadaljnje raziskovanje

Za nadaljnje raziskovanje priporočamo intervjuvanje več posameznikov različne starosti, vendar v daljšem obdobju, saj bi s tem dobili več anketirancev in boljši pregled nad spremembami. Predlagamo tudi, da se razišče več o spremembah po opustitvi kajenja, saj je v Sloveniji na to temo zelo malo raziskav.

4 ZAKLJUČEK

Kajenje je vodilni vzrok za nastanek kroničnih pljučnih bolezni. Čeprav se veliko pacientov zaveda škodljivosti kajenja, se mu ne odrečejo. Večina jih začne kaditi že v najstniških letih predvsem zaradi radovednosti in družbe.

Z raziskavo smo ugotovili, da so bili vsi anketirani aktivni kadilci in so pokadili celo do tri škatle cigaret na dan ter da je večina prvo cigareto zjutraj pokadila že pred osebno higieno.

Večina jih je že večkrat dobila nasvet, naj opustijo kajenje, vendar tega niso storili. Vsi so se začeli zavedati resnosti situacije šele, ko so končali v bolnišnici. Tam so našli največjo motivacijo za opustitev, in sicer zdravje. Vsi so imeli podporo svojcev. Čeprav polovica anketiranih pravi, da če bi lahko zavrteli čas nazaj, ne bi cigarete niti prižgali, druga polovica pravi, da jim še zdaj po dveh letih včasih zadiši.

Iz dobljenih rezultatov smo ugotovili, da je večina prve ugodne učinke opustitve kajenja začela čutiti že po šestih mesecih od opustitve. Takrat so se pokazale izboljšave predvsem v količini kašlja in sputuma. Pri pacientih, ki ne kadijo že več kot eno leto, pa so se pokazali boljši rezultati tudi pri zadihanosti in kondiciji.

Po vseh ugotovitvah nas je zanimalo še, kakšen nasvet imajo pacienti za tiste, ki še kadijo, in vsi so zatrdili, da se opustitev kajenja začne v glavi, s trdno odločitvijo, da želiš opustiti kajenje, ter da si zastaviš cilj in se ga držiš. Vsi so se strinjali, da je največja motivacija zdravje.

Glavno vlogo pri pacientih, ki želijo opustiti kajenje, imajo predvsem zdravstveni delavci. Ti so namreč vedno ob pacientu. Zato je naloga vseh nas, da pacientom svetujemo, jim pomagamo in jih ne obsojamo.

5 LITERATURA

Adam, F., Hlebec, V., Kavčič, M., Lamut, U., Mrzel, M., Podmenik, D., Poplas-Susič, T., Rotar-Pavlič, D. & Švab, I., 2012. *Kvalitativno raziskovanje v interdisciplinarni perspektivi*. Ljubljana: Inštitut za razvojne in strateške analize.

Avallone, K.M., 2014. *Anxiety Sensitivity as a Mediator of the Association between Asthma and Smoking: Department of Psychology*. Ohio: University of Cincinnati, ProQuest Dissertations Publishing.

Blackstock, C.F., ZuWallack, R., Nici, L. & Lareau, C.S., 2015. Why Don't Our Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Listen to Us? The Enigma of Nonadherence. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(3), pp. 317-322.

Brown, C.M., 2012. *Asthma Outcomes Among Adolescent Cigarette Users and those Exposed to Secondhand Smoke: doctoral dissertation*. Minnesota: Walden University.

Choi, S., 2012. *Smoking behavior and the impact on sleep quality and health-related quality of life among operating engineers: doctoral dissertation*. Michigan: University of Michigan.

Coronini-Cronberg, S., Heffernan, C. & Robinson, M., 2011. Effective smoking cessation interventions for COPD patients: a review of the evidence. *The Royal Society of Medicine Short*, 2(10), p. 78.

Čakš, T., 2012. Kontrola rabe tobaka. In: M. Matković, ed. *Pacienti in pljučni rak – trendi in novosti. Zbornik predavanj. Zreče, 23. marec 2012*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege, pp. 32-40.

Časar, I. & Topolovec, I., 2012. *Mladi in tobak. Slovenska zveza za tobačno kontrolo* [online]. Available at: <http://www.tobak-zveza.si/#> [Accessed 18 August 2020].

Durjava, A., 2011. 31. maj – Svetovni dan brez tobaka 2011. [pdf] Obzornik zdravstvene nege. Available at: <http://www.zzvmb.si/images/czvp-svetovni-dan-brez-tobaka.pdf> [Accessed 10 May 2020].

Hilberink, R.S., Jacobs, E.J., Opstal, S., Weijden, T., Keegstra, J., Kempers, L.J.P., Muris, W.M.J., Grol, P.T.M.R. & Wries, H., 2011. Validation of smoking cessation self-reported by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of General Medicine*, pp. 85-90.

Hočevar, T., 2017. Opuščanje kajenja. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine: priročnik za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 101-106.

Holsedel, M., 2010. KOPB in trajno zdravljenje s kisikom na domu. In: E. Kavaš, ed. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik strokovnega seminarja*. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, pp. 52-55.

Horvat, D., 2016. *Počutje ljudi, obolelih z astmo: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Islami, F., Torre, A.L. & Jemal, A., 2015. Global trends of lung cancer mortality and smoking prevalence. *Translational lung cancer research*, 4(4), pp. 327-338.

Jain, P., Danaei, G., Robins, J.M., Manson, J.M. & Hernán, M.A., 2016. Smoking cessation and long-term weight gain in the Framingham Heart Study: an application of the parametric g-formula for a continuous outcome. *European Journal of Epidemiology*, 31, pp. 1223-1229.

Koprivnikar, H., 2011. Dejavniki, ki vplivajo na kajenja mladostnikov. *Zdravstveni vestnik*, 80, pp. 499-505.

Koprivnikar, H., 2015. Razširjenost kajenja tobaka v Sloveniji. 103. In: S. Kadivec, ed. Golniški simpozij. Bled, 2. in 3. oktober 2015.. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni, pp. 98-103.

Kudari, A., 2017. Smoking kills: help an individual in quit smoking; Nursing consideration. *Nursing Education and Research*, 7(3), pp. 441-446.

Lamut, U. & Macur, M., 2012. *Metodologija družboslovnega raziskovanja od osnove do izvedbe*. Ljubljana: Založba Vega.

Mesarič, J., 2017. Izzivi svetovanja pri opuščanju kajenja v praksi. In: M. Primic Žakelj (ur.), *Kajenje in zdravje – nikoli končana zgodba*. Ljubljana, oktober 2017, Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, pp. 44-53.

Mesarič, J., Novak Mlakar, D. & Hočevnar, T., 2014. *Ste noseči, dojdite ali načrtujete otroka? Zdaj je pravi čas, da opustite kajenje in živite v prostorih brez tobačnega dima*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 8-9.

Mušič, E., 2010. *Pomen KOPB smo predolgo zapostavljali*. [online] Available at: <http://www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/pomenkopb-smo-predolgo-zapostavljali/>. [Accessed 15 September 2019].

Papadopoulos, G., Vardavas, I.C., Limperi, M., Linardis, A., Georgoudis, G. & Behrakis, P., 2011. Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: Validation of the clinical COPD questionnaire into Greek. *Pulmonary Medicine*, pp. 2-8.

Poplas Susič, T., Vodopivec Jamšek, V., Košnik, M., Živčec Kalan, G. & Šuškovič, S., 2010. Astma – protokol vodenja kroničnega bolnika in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih. *ISIS*, 19(2), pp. 52-56.

Pšeničnik, M., 2010. *Zdravstveno vzgojno delo medicinske sestre pri pacientu z astmo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, p. 56.

Rajer, M., 2015. Epidemiologija in etiologija pljučnega raka. In: V. Kovač & M. Rajer (ur.), *Prva šola pljučnega raka*. Ljubljana, 10. september 2015. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, pp. 9-19.

Rigotti, N., Clair, C., Munafò, M. & Stead, L., 2012. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(1), pp. 16-19.

Sanmei, C., Kawasaki, Y., Huanhuan, H., Kuwahara, K., Makoto, Y., Uehara, A., Toru, H., Shuichiro, Y., Tohru, N., Toshiaki, M., Hiroko, O., Ai, H., Makiko, S., Taizo, M., Takeshi, K., Masafumi, E., Teppei, I., Akiko, N., Kentaro, T., Shamima, A., Isamu, K., Tetsuya, M. & Seitaro, D., 2019. Smoking Cessation, Weight Gain, and the Trajectory of Estimated Risk of Coronary Heart Disease: 8-Year Follow-up From a Prospective Cohort Study. *Nicotine & Tobacco Research*, ntz165.

Simonič, A., 2015. Kratek nasvet bolniku o opuščanju kajenja. In: S. Kadivec (ur.), *Zagotavljanje varnosti pri bolniku z obolenji pljuč: Zbornik predavanj*. Bled, 2.–3. oktober 2015. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 103-110.

Stegberg, M., Hasselgren, M., Montgomery, S., Lisspers, K. & Stallberg, B., 2018. Changes in smoking prevalence and cessation support and factors. *European Clinical Respiratory Journal*, 5(1) pp. 3-7

Stergar, E. & Lazar Urdih, T., 2011. *Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2011: znanstvena monografija*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, pp. 25-32.

Stopar, A., 2017. *KOPB pri kadilcih v referenčnih ambulantah družinske medicine: prepoznavna in obravnava*. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta.

Šuškovič, M., 2011. *Modul: astma; KOPB; alergijski rinitis [program za medicinske sestre 1]*. [pdf] Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Available at: http://www.klinika-golnik.si/strokovna-javnost/referencneambulante/datoteke/prirocnik_RA_2011a.pdf [Accessed 17 June 2020].

Tashkin, P.D., Rennard, S., Hays, T., Ma, W., Lawrence, D. & Lee, C.T., 2011. Effects of Varenicline on Smoking Cessation in Patients With Mild to Moderate COPD: A Randomized Controlled Trial. *Chest*, 139(3) pp. 591-599.

Tashkin, P.D., 2015. Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiratory and Critical Care Medicine*, 36(04) pp. 491-507

Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N. & Aveyard, P., 2014. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *The BMJ*, 2014, 348, g1151.

Tilert, T.J., 2019. *The Impact of Disease Severity and Phenotype on Smoking Among Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: doctoral dissertation*. Baltimore: University of Maryland.

Tønnesen, P., 2013. Smoking cessation and COPD. *European Respiratory Review*, 2013, 22, pp. 37-43.

Vajs, D., 2016. *Pacienti s kronično obstruktivno pljučno boleznijo v domačem okolju: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Vičar, N., 2011. Razširjenost kajenja med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami. In: L. Prestor in M. Bratkovič (ur.), *Novi izzivi pri obravnavi pulmološkega*

pacienta, Velenje, 27. in 28. maj 2011. Velenje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, pp. 107-111.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Vuong, K., Hermiz, O., Razee, H., Richmond, R. & Zwar, N., 2016. The experiences of smoking cessation among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Australian general practice: a qualitative descriptive study. *Family Practice*, 33(6), pp. 715-720.

Walker, N., Parag, V., Wong, S.F., Youdan, B., Broughton, B., Bullen, C. & Beaglehole, R., 2020. Use of e-cigarettes and smoked tobacco in youth aged 14–15 years in New Zealand: findings from repeated cross-sectional studies (2014–19). *Lancet Public Health*, 5(4), pp. 204-212

Zadnik, V., 2017. Rak in druge zdravstvene posledice kajenja. In: M. Primic Žakelj (ur.), XXV. Seminar "In memoriam dr. Dušana Reje": Kajenje in zdravje – nikoli končana zgodba. Ljubljana, oktober 2017. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Onkološki inštitut Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 67-77.

Zadnik, V. & Primic Žakelj, M., 2018. *Register raka Republike Slovenije: Slovenija in rak*. [online] Available at: www.slora.si [Accessed 20 Avgust 2020]

Zhang, B., Chaiton, M., Diement, L., Bondy, S., Brown, S. & Ferrence, R., 2016. Health professional advice, use of medications and smoking cessation. *Preventive Medicine*, 91(1), pp. 117-122.

Zidarn, M., 2015. Škodljivosti cigaretne dima. In: S. Kadivec (ur.), Zagotavljanje varnosti pri bolniku z obolenji pljuč: Zbornik predavanj. Bled, 2.–3. oktober 2015. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 111-113.

Zidarn, M., n. d. *Vloga bolnišnic pri zmanjševanju rabe tobaka*. [online] Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Available at: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:pFEMjyDuw2oJ:www.ibrarian.net/navon/paper/VLOGA_BOLNISNIC_PRI_ZMANJSEVANJU_RABE_TOBAKA_Asis.pdf%3Fpaperid%3D6136313+&cd=10&hl=sl&t=clnk&gl=si [Accessed 6 September 2020].

Zlatunić, I., 2019. *Primjena metoda zdravstvenog odgoja kod ovisnika o pušenju: diplomsko delo*. Split: Univerza v Splitu, Univerza za zdravstvene studije.

Žugelj Pavlovčič, A., 2016. *Vpliv komunikacijskih apelov na motivacijo kadilcev za prenehanje kajenja: magistrsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani.

Župec, M., 2012. *Kajenje v povezavi z nastankom kronične obstruktivne pljučne bolezni*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Župec, M. & Lorber, M., 2013. Kajenje v povezavi s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(2), pp. 169-176.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

V sklopu diplomskega dela izvajamo raziskavo o opustitvi kajenja pri pacientih s kronično pljučno boleznijo. Raziskati želimo kakovost življenja pacientov s kronično pljučno boleznijo po opustitvi kajenja.

Postavili vam bomo štiri vprašanja, vaši odgovori pa bodo pripomogli k oblikovanju našega diplomskega dela. Želimo spoznati vaše mnenje o kakovosti življenja po opustitvi kajenja.

Intervju bo trajal približno pol ure. Celoten intervju bomo posneli, vaši podatki pa ostanejo anonimni skozi celoten potek raziskave. Za sodelovanje v raziskavi se vam iskreno zahvaljujemo.

INTERVJU

Spol:

Letnica rojstva:

Stopnja izobrazbe:

Datum:

1. Opišite, prosim, svoje začetke kajenja (kdaj in zakaj ste začeli kaditi) ter kadilske navade.
2. Kdaj in kako ste prenehali kaditi? Opišite nam ta proces, svoje motive ter podporo svojcev in okolice.
3. Kako je kajenje vplivalo na vaše počutje, težo in v čem vidite izboljšave po prenehanju kajenja?
4. Kaj bi glede na svoje izkušnje svetovali tistim, ki se želijo odvaditi kajenja?