

СТРАТЕГИЈА ПРЕВЕНЦИЈЕ И СУЗБИЈАЊА ПУШЕЊА

Национална комисија за превенцију пушења Министарства здравља Републике Србије

РАЗЛОЗИ:

Пушење је један од водећих појединачних фактора ризика за настанак најчешћих хроничних незаразних обољења (кардиоваскуларних, респираторних и бројних малигних болести), за лоше исходе по здравље новорођенчади, деце и младих, као и за повреде, смртне исходе и загађење животне средине. Због тога је смањење учесталости пушења једна од најважнијих јавно-здравствених мера, коју би требало предузети, да би се побољшало здравље седам и по милиона становника Србије.

Истраживање "Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Србије", (које је спровео Институт за заштиту здравља Републике Србије "Др Милан Јовановић Батут", уз финансијску помоћ Канцеларије за хуманитарну помоћ Европске уније – ЕЧНО, СЗО и UNICEF, и сарадњу са мрежом завода и института за заштиту здравља), показује да је међу одраслим становништвом скоро сваки други мушкарац (48%) и свака трећа жена (33,6%) пушач, при чему је већи проценат пушача међу млађим старосним групама (табела бр. 1). Око половине студентске популације у универзитетским центрима Србије јесу пушачи, а више од једне петине ученика петих и седмих разреда основних школа и првих разреда гимназије, такође пуши. Међу петнаестогодишњацима, 40% њих је већ пробало цигарете (више девојчица него дечака), а 27% их пуши свакодневно (27% девојчица и 26,5% дечака).

Табела бр. 1: УЧЕСТАЛОСТ ПУШЕЊА У СРБИЈИ

ПОПУЛАЦИЈА	ГОДИНА	% ПУШАЧА
Одрасло становништво Србије, старије од 19 година (без Косова)*	2000	40,4%
Студенти 1. и 3. године у неким Универзитетским центрима (Београд, Нови Сад, Крагујевац)**	2000	49,1%
Школска деца петог и седмог разреда основних школа и првог разреда средњих школа у Београду***	1999	23,3%
Ученици основних и средњих школа****	1996	7,5%
		37,5%

Извор:

* Институт за заштиту здравља Србије «Др Милан Јовановић - Батут». Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Србије. Београд, 2001. (непубликован материјал).

**Институт за социјалну медицину Медицинског факултета у Београду. Здравствено понашање средњошколске и студентске омалдине. Београд, 2000. године.

***Бјеговић В. И сарадници. Здравствено понашање школске деце. Београд, 1999. године.

****Инстут за плућне болести и ТБЦ Клиничког центра Србије. European Respiratory Journal 1996.; Vol 9 (supl. 23)

Иако кључну улогу у одвикавању од пушења имају здравствени радници, учесталост пушења међу њима је забрињавајуће висока. Тако 37% лекара и 52% медицинских сестара Клиничког центра Србије пуши. И неке друге групе запослених радника имају већу заступљеност пушења од осталог одраслог становништва, посебно оне у којима се зна да пушење и професионалне штетности имају синергистичко или мултипликативно дејство.

Једно од ретких међународних поређења, у коме су наведени подаци за Савезну Републику Југославију, показује, да је према учесталости пушења, она у групи земаља у транзицији, у којима је пушење културално прихваћено и веома раширено (Руска федерација, Бугарска, Турска) (табела бр. 2). (1, 2)

Табела бр. 2: ПРЕВАЛЕНЦИЈА ПУШЕЊА У ЕВРОПСКИМ ЗЕМЉАМА У ПЕРИОДУ 1991 – 1998. ГОДИНА

ЗЕМЉА	ОДРАСЛО СТАНОВНИШТВО (19+)			МЛАДИ	
	Укупно	Мушкарци	Жене	Мушки пол	Женски пол
СР Југославија	57%	-	-	9%	6,8%
Бугарска	-	49,2%	23,8%	23,5%	31,4%
Грчка	-	46%	28%	5%	5%
Руска федерација	-	63%	14%	9%	6%
Турска	-	51%	49%	13,9%	9,1%
Албанија	-	44,4%	6,3%	26,2%	3,3%
Велика Британија	-	29%	28%	8%	11%
Финска	-	27%	20%	9%	9%
Шведска	-	17,1%	22,3%	4%	6%
Немачка	-	43,2%	30%	11%	11%

Извор: Corrao MA, Gordon GE, Sharma N, Shokoohi DF (eds). Tobacco Control Country Profiles. Atlanta GA: American Cancer Society, 2000.

ПОСТОЈЕЋЕ ОКРУЖЕЊЕ:

Непосредна активност коју је Министарство здравља предузело поводом превенције пушења је формирање Националне комисије за превенцију пушења и покретање Кампање против пушења "Угасите цигарету – продужите живот", која се одвијала од новембра 2002. до јануара 2003. године, а завршена је 31. јануара, обележавањем Националног дана борбе против пушења, организацијом стручног скупа уз учешће представника свих здравствених установа Републике Србије. Циљеви кампање су били подизање свести јавности о штетности пушења, мобилисање здравствених радника за забрану пушења у здравственим установама и даљи развој мреже установа за индивидуално и групно одвикавање од пушења. У наставку активности предвиђена је евалуација достигнутих резултата у претходној кампањи, развој кампање за обележавање 31. маја, Светског дана без дувана, доношење Стратегије превенције и сузбијања пушења, доношење Националних програма превенције и сузбијања пушења за наредни петогодишњи период и помоћ у спровођењу Свеукупног истраживања пушења код младих (Global Youth Tobacco Survey - GYTS).

Известан допринос превенцији пушења у садашњем окружењу пружа и

Закон о дувану, донет фебруара 2003. године (Сл. Гласник РС бр.17/2003), који забрањује продају цигарета лицима млађим од 18 година и прописује директан облик контроле производње, обраде и промета дуванских производа од стране Агенције за дуван, као тела републичке Владе. Одређеним решењима овај закон се налази у колизији са мерама које утичу на смањење преваленције пушења, јер не подстиче произвођаче дувана на производњу других пољопривредних култура, а подстиче улагања у индустрију обраде дуванских производа.

Чињеница да је на снази Закон о забрани пушења у затвореним просторијама (Сл. гласник РС 16/1995.), а да се не примењују казнене одредбе услед његовог кршења, основано отвара питање и извршења казних одредби услед кршења Закона о дувану.

Истовремено, у току је јавна расправа о Закону о оглашавању (рекламирању) који не прописује највише препоручене стандарде на пољу регулисања забране рекламирања дуванских производа, јер допушта рекламирање на радију у току ноћи. Познато је да делимичне забране промоција имају врло мали или никакав утицај на употребу дувана јер у случају када је само један облик медија или тип рекламирања ограничен, дуванске компаније једноставно инвестирају више новца у промоције кроз оне облике који су им још доступни (3).

У мрежи невладиног сектора (2044 регистрована удружења грађана или представништва међународних фондова и организација на територији Републике) постоји само неколико удружења грађана са запаженим активностима на овом плану, иако се међу њима налази 210 образовних и истраживачких организација, 253 социјално-хуманитарних организација, 186 еколошких организација, друштва и покрета, 176 хуманитарних организација, 165 организација за заштиту људских права, 139 омладинских и студентских организација и 87 пословних и професионалних удружења. Невладин сектор представља ресурс који треба више укључити у активности на превенцији пушења (4).

Шири контекст у којем се доноси ова Стратегија налаже усклађивање предвиђених активности са препорукама Оквирне конвенције за контролу дувана (Framework Convention on Tobacco Control - FCTC) која је усвојена 21. маја 2003. године на 56. Скупштини Светске здравствене организације у Женеви (5).

СТРАТЕШКИ ЦИЉЕВИ:

- 1. Животна и радна средина без дуванског дима до 2015. године.**
- 2. Смањење преваленције пушења код одраслог становништва на 30% до 2015. године.**
- 3. Пропорција непушача код младих старости 13 – 15 година близу 100% до 2015. године.**

ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ:

1. Све активности у оквиру Стратегије превенције и сузбијања пушења (у даљем тексту Стратегија) треба да буду усмерене на спречавање пушења као облика понашања ризичног по здравље, а не против личности пушача.
2. Све активности у оквиру Стратегије треба да промовишу непушење као

- социјално прихватљив облик понашања.
3. Сви пушачи имају право да приме савет и подршку у вези са одвицавањем од пушења кроз систем здравствене заштите.
 4. Сви непушачи, а посебно деца и млади, имају право да не буду изложени дуванском диму. Када се ово право супротстави праву пушача да пуши, права непушача треба да имају предност.
 5. Деца имају права да не буду изложена било ком облику рекламирања и промоције дуванских производа.
 6. Активности у оквиру Стратегије треба да су програмски усмерене на групације становништва које су у неповољном положају и због тога посебно осетљиве као и делу популације са највећом и растућом преваленцијом пушења и обољења повезаних са пушењем (труднице, деца у периоду раста и сазревања, оболели од обољења од већег социјално - медицинског значаја, популација са нижим социјално - економским статусом, маргинализоване, дискриминисане и социјално изоловане групе, особе које се баве стресогеним занимањима итд.) Мере у оквиру превенције пушења не би требало да се доносе независно од ширих мера за смањење сиромаштва (6).

АКТИВНОСТИ ЗА ОСТВАРЕЊЕ СТРАТЕГИЈЕ

Легислативне мере

1. Министарство здравља треба да припреми амандмане на Закон о забрани пушења у затвореним просторијама, Закон о дувану и друге законе у циљу усклађивања са Оквирном конвенцијом за контролу дувана (FCTC)¹ (5, 6).
2. У сврху заштите здравља деце и младих, Министарство здравља мора предлагати решења за оне законе који се тек стварају, а тичу се регулисања потпуне забране рекламирања дуванских производа, а нарочито забране рекламирања кроз спорт, културу и спонзорства, као и препорука за држање дуванских производа у продавницама ван видокруга деце (7).
3. Министарство здравља мора обезбедити да се приликом развоја основног пакета здравствених услуга за сваки ниво здравствене заштите, део услуга које се тичу раног откривања, дијагностике, лечења и рехабилитације обољења повезаних са пушењем код пушача, изузму из пакета бесплатних услуга или учине бесплатним под режимом додатног осигурања (8).
4. Министарство здравља мора активно учествовати у стварању препорука за рад Агенције за дуван у домену стварања правила којима ће се оснажити надгледање продаје дуванских производа лицима млађим од 18 година.
5. Потребно је предложити адекватне системске мере на постепеном смањењу

¹ Овим мерама би се постигло следеће: у здравственим установама, школама и образовним институцијама пушење би у потпуности било забрањено, а у осталим јавним установама и затвореним просторима забрањено ван обележених просторија, постојала би оштрија и ефикаснија казнена политика (нпр. санкција за поновљену повреду забране продаје дуванских производа лицима млађим од 18 година била би потпуно губљење права трговине дуванским производима, јер у многим земљама новчане казне за поновљена кршења ове законске мере сносе представништва дуванских компанија, што њима не представља ограничавајући чинилац, те би се предложеним законским решењем боље остварила сврха закона).

узгоја дувана и замени другим пољопривредним културама.

6. Неопходно је обезбедити непрекидни извор буџетских средстава за остварење појединих циљева програма на којима почива Стратегија.

7. Национална група за превенцију пушења постављена од стране Министарства треба да предузима истраживања у вези са пушењем међу младима и женама (као делу популације са тренутно растућом преваленцијом пушења) и пружа препоруке за промене у дугорочно планираним акцијама, са освртом на будуће потребе.

8. Неопходно је придобити подршку неформалних друштвених група, удружења грађана, привредних субјеката и политичких актера путем стварања алијанси и коалиција за потребе лобирања у циљу усвајања прописа којима ће бити подржана Стратегија.

9. Ослободити од пореза на промет фармаколошка средства за помоћ у одвикавању од пушења препоручена од Светске здравствене организације и тиме их учинити приступачнијим корисницима.

Превенција пушења код младих

10. Програм за превенцију пушења код младих ће се заснивати на подацима Свеукупног истраживања пушења код младих (GYTS) које ће се спроводити у трогодишњим мониторинг - циклусима, почев од 2003. године, а који би донела експертска група за посматрани период.

11. Посебна пажња ће се посветити предшколском узрасту и узрасту који претходи периоду када млади најчешће експериментишу са цигаретама (узраст 10 – 11 година).

12. Здравствено - васпитни рад мора бити саставни елемент наставних програма и оних предмета за које се традиционално не везују овакви садржаји (математика, музичко васпитање итд.), што подразумева развој тзв. "спиралних курикулума", уз стимулисање интерактивног рада у мањим групама.

13. Здравствено - васпитни садржаји треба да пружају информације о штетности пушења, мотивишу, подстичу комуникационе вештине (препознавање и одупирање социјалном притиску, вештине решавања проблема), али и развијају критичке способности ученика да не усвајају штетне рекламне поруке.

14. Медијске кампање против пушења не би требало отворено повезивати са школским здравственим васпитањем, нити било којим делом система власти, већ са активностима неформалних, вршњачких група, како би биле боље прихваћене од стране младих.

15. Садржај здравствено – васпитних елемената наставних курикулума треба да уваже неке полне разлике у ставовима према пушењу.

16. Потребно је упознати родитеље са циљевима здравствено – васпитних програма усмерених на превенцију пушења и обезбедити њихову подршку,

17. Потребно је обезбедити младим пушачима приступ службама за одвикавање од пушења, са посебно креираним програмом.

Превенција пушења међу запосленима у здравственим установама

18. Здравствене установе треба да буду ослобођене дуванског дима.

19. Потребно је обезбедити бихејвиоралне, фармаколошке и комбиноване програме

за одвикавање од пушења за здравствене раднике.

20. Развијање и примена водича добре праксе мора укључити узимање тзв. "пушачке анамнезе" и адекватно саветовање у вези са одвикавањем од пушења.

21. Израда система критеријума и процедура за (ре)лиценцирање код здравствених радника, као и развијање стандарда лиценцирања мора укључити знања и вештине из области превенције пушења.

22. Радна места треба да буду без дуванског дима, а пре свих радна места са повишеним ризиком од обољевања.

23. Програми одвикавања од пушења треба да буду оријентисани према местима где људи раде.

ПРИМЕНА

- носиоци активности за спровођење ове стратегије биће дефинисани кроз три програма са петогодишњим периодима извршења, од стране Националне комисије за превенцију пушења, која ће бити одговорна за њихову примену и мониторинг;
- чланство Националне комисије ће бити ревидирано тако да ће одражавати текуће активности Стратегије;
- препоручљиво је да бар једна особа, члан Националне комисије, пуно радно време посвећује примени ове Стратегије;

МОНИТОРИНГ И ЕВАЛУАЦИЈА:

Од изузетне је важности да се евалуира примена ове Стратегије и то најмање из три разлога:

1. у циљу процене степена остварења стратешких циљева;
2. у циљу правилне процене даљих активности; и
3. мерење успеха ће одржати ентузијазам и осигурати изворе средстава.

Сваки од три програма (Програм легислативних мера на превенцији пушења, Програм превенције пушења код младих и Програм превенције пушења међу запосленима у здравственим установама) предвидеће посебне квалитативне и квантитативне евалуационе критеријуме, као и критеријуме за текући мониторинг, а они ће се односити на следеће кључне индикаторе (6):

- преваленција пушења у различитим категоријама становништва,
- ставови према пушењу,
- релевантне легислативне мере,
- број радних места без дуванског дима,
- распрострањеност и доступност служби за одвикавање од пушења,
- број реклама и промоција дуванских производа,
- ниво координисаних одговора на развој и примену Стратегије превенције и сузбијања пушења.

РЕФЕРЕНЦЕ

1. Боље здравље за све у трећем миленијуму, Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2003.
2. Tobacco Control Country Profiles. Atlanta GA: American Cancer Society, 2000.
3. “Greatest Hits” of Tobacco Control Opponents, (Suggested Responses to Common Queries), Pan American Health Organization, April 2003
4. www.crnps.org.yu
5. Draft WHO framework convention on tobacco control, World Health Organization, International negotiation body on the framework convention on tobacco control, A/FCTC/INB6/5, March 2003.
6. Glasgow's Tobacco Strategy, Glasgow Alliance Strategy, 2002
7. Finnish strategy to promote health and non – smoking among young people, Publication of Ministry of social affairs and health, Department for Promotion and Prevention, Helsinki, 1997.
8. European Strategy for Tobacco controll, WHO