

Krzysztof Buczkowski<sup>1</sup>,  
Monika Buczkowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego  
Collegium Medicum im. L. Rydygiera  
w Bydgoszczy,  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu  
<sup>2</sup> Poradnia Okulistyczna,  
Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza  
w Bydgoszczy

## Postępowanie z pacjentem palącym tytoń w warunkach praktyki lekarza rodzinnego

### STRESZCZENIE

Palenie tytoniu jest najważniejszym, pojedynczym, możliwym do wyeliminowania czynnikiem odpowiedzialnym za wiele chorób i zgonów. Negatywny wpływ dotyczy palenia czynnego, jak i biernego. Do rozwoju uzależnienia dochodzi wskutek farmakologicznego oddziaływania nikotyny na ośrodkowy układ nerwowy i równocześnie rozwijających się zmian behawioralnych. Palenie tytoniu traktowane jest jako choroba przewlekła występująca w fazach remisji, gdy pacjent nie pali, i nawrotów, czyli powrotu do palenia. Większość pacjentów, która pali, deklaruje chęć rzucenia palenia, chociaż tylko niewielki odsetek jest w stanie zrobić to skutecznie bez pomocy. Szczególnym miejscem, gdzie pacjent mógłby otrzymać pomoc podczas rzucania palenia, jest praktyka lekarza rodzinnego. Prostą i skuteczną metodą pomocy jest minimalna interwencja antynikotynowa. Jest to krótkie kilkuminutowe działanie podejmowane w trakcie wizyty lekarskiej, polegające na identyfikacji pacjenta palącego tytoń i udzieleniu mu fachowej pomocy w zerwaniu z nałogiem. Schemat przeprowadzania minimalnej interwencji antynikotynowej opiera się na zasadzie 5 × P. W trakcie prowadzenia interwencji często włącza się leczenie farmakologiczne. Lekami o udowodnionej skuteczności są: nikotynowa terapia zastępcza, chlorowodorek bupropionu i wareniklina. Lekarze rodzinni poprzez swoje zaangażowanie w działania antynikotynowe mogą wpływać na zmniejszenie częstości palenia wśród swoich pacjentów.

Forum Medycyny Rodzinnej 2009, tom 3, nr 2, 108–116

słowa kluczowe: palenie tytoniu, zaprzestanie palenia, minimalna interwencja, motywacja

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Krzysztof Buczkowski  
ul. Skłodowskiej-Curie 9  
85–094 Bydgoszcz  
tel. (052) 585–36–60  
faks: (052) 585–36–05  
e-mail: [buczkowskik@cm.umk.pl](mailto:buczkowskik@cm.umk.pl)

### WSTĘP

Palenie tytoniu jest najważniejszym, pojedynczym, możliwym do wyeliminowania czynnikiem odpowiedzialnym za wiele chorób i zgonów. Palenie wywołuje liczne nowo-

twory i wiele chorób nienowotworowych. W Polsce w ciągu ostatnich kilkunastu lat liczba codziennych palaczy istotnie zmalała, ale cały czas około 33% dorosłej populacji pali papierosy [1]. Większość pacjentów,

która pali, deklaruje chęć rzucenia palenia, chociaż tylko niewielki odsetek jest w stanie zrobić to skutecznie bez pomocy [2, 3]. Pomoc w rzucaniu palenia pacjenci powinni otrzymywać na różnych szczeblach systemu opieki zdrowotnej, ale szczególnym miejscem do podjęcia działań antynikotynowych jest praktyka lekarza rodzinnego [4, 5]. Biorąc pod uwagę fakt, że lekarz rodzinny jest odwiedzany w ciągu roku przez 80% swoich podopiecznych, możliwe jest zidentyfikowanie większości osób palących tytoń. Populacja osób z rozpoznaniem zespołu zależności nikotynowej powinna być poddana dalszym działaniom, których celem jest całkowite zaprzestanie palenia [6, 7].

### **PALENIE TYTONIU JAKO CHOROBA PRZEWLEKŁA**

**Palenie tytoniu jest chorobą przewlekłą występującą w cyklach remisji, gdy pacjent nie pali, i nawrotów, czyli powrotu do palenia. Do rozwoju uzależnienia dochodzi wskutek farmakologicznego oddziaływania nikotyny na ośrodkowy układ nerwowy i równocześnie rozwijających się zmian behawioralnych.** Farmakologiczne oddziaływanie nikotyny polega na wiązaniu się z receptorami nikotynowymi w ośrodkowym układzie nerwowym, które prowadzi do zwiększonej produkcji neurotransmiterów. Podwyższone stężenie noradrenaliny i serotoniny powoduje poprawę koncentracji, pamięci i zmniejszenie uczucia lęku. Większe wydzielanie dopaminy daje uczucie przyjemności. Oddziałując na receptory nikotynowe, gdzie naturalnym ligandem jest acetylocholina, nikotyna wywołuje szereg reakcji psychologicznych, takich jak na przykład podwyższenie progu bólowego, zmniejszenie łaknienia. Brak stymulacji tych receptorów po rzuceniu palenia jest przyczyną odczuwania głodu nikotynowego. Równoległe z działaniem farmakologicznym nikotyny dochodzi do rozwoju wielu zachowań związanych z używaniem nikotyny (kupowanie papierosów, znalezienie

czasu na palenie, towarzystwo osób palących, palenie w określonych sytuacjach itp.) i w ten sposób rozwija się część behawioralna uzależnienia [8].

Uzależnienie od nikotyny, podobnie jak inne uzależnienia, jest chorobą przewlekłą wymagającą ciągłego, a nie incydentalnego leczenia. Palacze wymagają opieki również w okresach remisji, która polega na motywowaniu do wytrwania w abstynencji i korygowaniu zachowań mogących prowadzić do powrotu do palenia. Uzależnienie od tytoniu jest uwzględnione jako jednostka chorobowa w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD 10) i posiada oznaczenie F 17.

### **SZKODY ZDROWOTNE WYWOŁANE PRZEZ PALENIE TYTONIU**

Palenie tytoniu zarówno czynne, jak i bierne jest przyczyną wielu chorób u osób dorosłych i dzieci [9, 10].

#### **■ Wpływ na rozwój płodu**

Palenie tytoniu w ciąży powoduje zwiększenie oporu w naczyniach macicy, wiązanie się tlenu węgla z hemoglobina, co w efekcie prowadzi do niedotlenienia płodu. Skutkiem tego jest mniejsza masa urodzeniowa noworodków matek palących w porównaniu z niepalącymi. Oprócz tego u dzieci matek, które paliły w ciąży, obserwuje się gorszy rozwój psychoruchowy i zwiększone ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia w przyszłości.

#### **■ Wpływ na rozwój i zdrowie dzieci**

**W czasie niemowlęstwa narażenie na bierne palenie zwiększa ryzyko wystąpienia nagłego zgonu niemowlęcia (SIDS, *sudden infant death syndrome*), jest przyczyną gorszego rozwoju psychoruchowego, niższego wzrostu i powoduje częstsze zachorowania na infekcje układu oddechowego oraz ucha środkowego.** Podobnie dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym narażone na działanie dymu tytoniowego częściej zapadają na choroby



**Do rozwoju uzależnienia dochodzi wskutek farmakologicznego oddziaływania nikotyny na ośrodkowy układ nerwowy i równocześnie rozwijających się zmian behawioralnych**

**”**  
**Schemat**  
**przeprowadzania**  
**minimalnej interwencji**  
**antynikotynowej opiera**  
**się na zasadzie 5 × P,**  
**gdzie każde „P” oznacza**  
**kolejny krok interwencji**

układu oddechowego, a chorujące na astmę oskrzelową prezentują gorsze wskaźniki prób czynnościowych płuc. Narażenie na bierne palenie na każdym etapie rozwoju dziecka stwarza ryzyko rozwoju chorób układu krążenia i raka płuc w przyszłości.

Odrębnym problemem dzieci i młodzieży rodziców palących papierosy jest nieprawidłowe kształtowanie zachowań zdrowotnych i częstsze, a także wcześniejsze rozpoczęcie palenia w porównaniu z dziećmi rodziców niepalących.

### ■ Wpływ na zdrowie dorosłych

Poprzez zawarte w dymie tytoniowym substancje o działaniu rakotwórczym palenie tytoniu jest odpowiedzialne za występowanie nowotworów w kilkunastu lokalizacjach narządowych (tab. 1).

Najczęstsze choroby nienowotworowe spotykane u osób dorosłych związane z paleniem tytoniu przedstawiono w tabeli 2.

**Tabela 1**

#### Nowotwory związane z paleniem tytoniu

- płuc
- jamy ustnej
- gardła
- krtani
- przetyku
- trzustki
- żołądka
- pęcherza moczowego
- nerek
- szyjki macicy

**Tabela 2**

#### Choroby nienowotworowe związane z paleniem tytoniu

- choroba niedokrwienna serca
- udar mózgu
- miażdżycy kończyn dolnych
- miażdżycy o innych lokalizacjach
- przewlekła obturacyjna choroba płuc
- osteoporoza
- zwyrodnienie plamki związane z wiekiem

## MINIMALNA INTERWENCJA ANTYNIKOTYNOWA

**Minimalna interwencja antynikotynowa to krótkie kilkuminutowe działanie, podejmowane w trakcie wizyty lekarskiej, polegające na identyfikacji pacjenta palącego tytoń i udzieleniu mu fachowej pomocy w zerwaniu z nałogiem.** Schemat przeprowadzania minimalnej interwencji antynikotynowej opiera się na zasadzie 5 × P, gdzie każde „P” oznacza kolejny krok interwencji [10–15] (tab. 3).

**PYTAJ** — podczas każdej wizyty lekarz musi być zorientowany, czy pacjent pali papierosy, czy też nie. Może o to zapytać lub wynika to z zapisów w dokumentacji chorego.

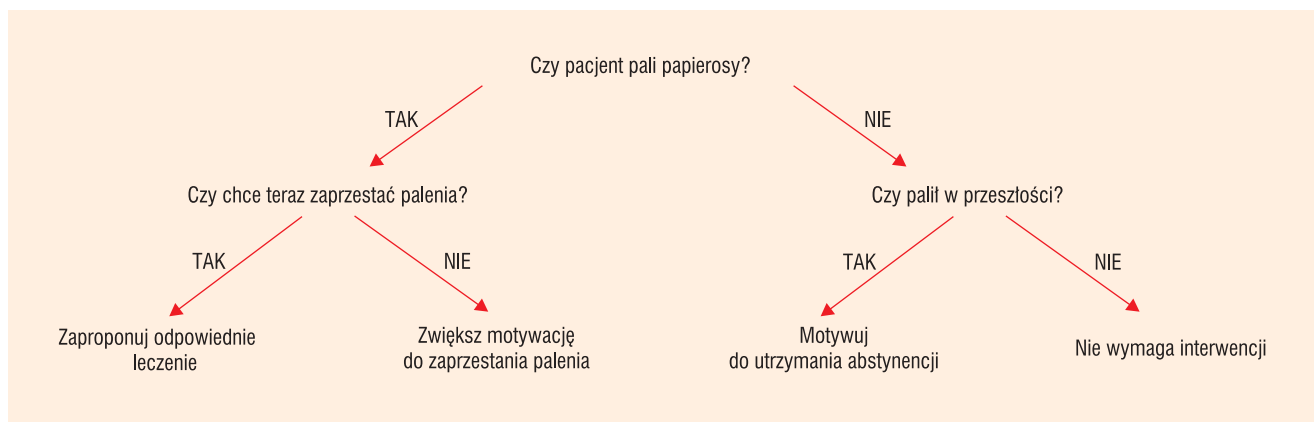
**PORADŹ** — każdy palacz powinien otrzymać poradę zaprzestania palenia dostosowaną do jego sytuacji zdrowotnej, rodzinnej, materialnej. Jest to bardzo ważny krok w budowaniu motywacji do zaprzestania palenia. Wielu byłych palaczy podaje, że słowa wypowiedziane przez lekarza bardzo ich zmotywowały do zaprzestania palenia. Lekarz w trakcie rozmowy odwołuje się do różnych aspektów życia pacjenta, tak aby zwiększyć motywację do zerwania z nałogiem. Wiedza lekarza rodzinnego na temat sytuacji rodzinnej, materialnej, pozycji zawodowej i społecznej pacjenta pozwala na znalezienie wielu argumentów na korzyść niepalenia.

Istnieje wiele dowodów potwierdzających, że odwołanie się do stanu zdrowia, a szczególnie wykazanie związku między chorobą, na którą cierpi pacjent, a paleniem motywuje do zaprzestania palenia. Warto pacjenta konfron-

**Tabela 3**

#### Etapy minimalnej interwencji antynikotynowej (zasada 5 × P)

- PYTAJ
- PORADŹ
- PAMIĘTAJ
- POMAGAJ
- PLANUJ



Rycina 1. Określenie gotowości palacza do zaprzestania palenia

Tabela 4

Test motywacji do zaprzestania palenia

	Pytanie	Odpowiedź
1.	Czy chcesz rzucić palenie?	Tak Nie
2.	Czy decydujesz się na to dla siebie samego/samej (podkreśl „Tak”), czy dla kogoś innego, np. dla rodziny (podkreśl „Nie”)?	Tak Nie
3.	Czy podejmowałeś(aś) już próby rzucenia palenia?	Tak Nie
4.	Czy orientujesz się, w jakich sytuacjach palisz najczęściej?	Tak Nie
5.	Czy wiesz, dlaczego palisz tytoni?	Tak Nie
6.	Czy możesz liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół, gdybyś chciał(a) rzucić palnie?	Tak Nie
7.	Czy członkowie Twojej rodziny są osobami niepalącymi?	Tak Nie
8.	Czy w miejscu, w którym pracujesz, nie pali się tytoniu?	Tak Nie
9.	Czy jesteś zadowolony(a) ze swojej pracy i trybu życia?	Tak Nie
10.	Czy orientujesz się, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy, gdybyś miał(a) problemy z utrzymaniem abstynencji?	Tak Nie
11.	Czy wiesz, na jakie pokusy i trudności będziesz narażony(a) w okresie abstynencji?	Tak Nie
12.	Czy wiesz, w jaki sposób samego/samej sobie poradzić w sytuacjach kryzysowych?	Tak Nie
<b>Suma:</b>		

tować z nieprawidłowym wynikiem badania spirometrycznego, stwierdzaną chorobą płuc czy układu krążenia [16, 17].

**PAMIĘTAJ** — aby określić gotowość palacza do zaprzestania palenia.

Na tym etapie ważna jest informacja, czy pacjent chce zaprzestać palenia w najbliższym czasie (np. 30 dni), a jeśli tak, to przechodzimy do kolejnego kroku interwencji, jeśli nie — staramy się budować motywację pacjenta (ryc. 1).

Przy ustalaniu poziomu motywacji do zaprzestania palenia pomocne może być wykonanie testu. W teście tym przewaga odpowiedzi na „tak” świadczy o istnieniu odpowiedniej motywacji pozwalającej na planowanie kolejnych kroków minimalnej interwencji antynikotynowej (ryc. 4).

**POMAGAJ** pacjentowi zaprzestać palenia.

**Pacjentowi, który zdecydowany jest zaprzestać palenia tytoniu, należy pomóc**

**Nikotynowa terapia zastępcza powinna być stosowana po całkowitym zaprzestaniu palenia**

**Chlorowodorek bupropionu powoduje zmniejszenie chęci na palenie tytoniu**

w ustaleniu planu odzwyczajania od palenia. Plan obejmuje następujące aspekty:

- ustalenie konkretnej daty całkowitego zaprzestania palenia (najczęściej w ciągu najbliższych 2–3 tygodni) z uwzględnieniem czasu potrzebnego na włączenie farmakoterapii, jeśli jest potrzebna.
- rozmowę na temat dotychczasowych doświadczeń w zaprzestaniu palenia;
- przygotowanie na wystąpienie trudności po zaprzestaniu palenia, takich jak objawy zespołu abstynencyjnego, pokusa powrotu do palenia;
- usunięcie papierosów (tytoniu) z otoczenia pacjenta;
- rozmowę z rodziną, znajomymi i współpracownikami na temat decyzji o zaprzestaniu palenia. W trakcie rozmowy pacjent powinien poprosić bliskich o zrozumienie i pomoc w wytrwaniu w abstynencji;
- zalecenie ograniczenia lub zaprzestania picia alkoholu na okres kilku miesięcy, ponieważ alkohol zwiększa ryzyko nawrotu palenia;
- zalecenie ograniczenia kaloryczności diety i zwiększenie aktywności fizycznej. U dużej części osób, które przestały palić, obserwuje się wzmożony apetyt i wzrost masy ciała;
- ustalenie, czy pacjent wymaga farmakoterapii, jeśli tak, to zaproponowanie odpowiedniego leku.

#### **Farmakoterapia**

W leczeniu uzależnienia od tytoniu wykorzystuje się leki łagodzące objawy „głodu nikotynowego” i zmniejszające chęć na zapalenie papierosa. Do substancji o udowodnionej skuteczności w leczeniu uzależnienia od tytoniu należą: nikotyna, chlorowodorek bupropionu i wareniklina. Cytyzyna, szczególnie popularna w naszym kraju, nie posiada tak bogatego piśmiennictwa potwierdzającego jej skuteczność jak pozostałe substancje [14]. Jednak obserwacje z jej stosowania potwierdzają przydatność tego leku. **Należy podkreślić, że podstawową kwestią w sku-**

**tecznym zaprzestaniu palenia jest zmiana nieprawidłowych zachowań związanych z paleniem, oparta na budowaniu silnej motywacji, wspierana dodatkowo, o ile jest to potrzebne, stosowaniem odpowiedniej farmakoterapii.** Wynika z tego, że nie każdy palacz wymaga stosowania leków. Zwykle nie stosuje się farmakoterapii u osób, które wypalają mniej niż 10 papierosów dziennie, u kobiet w ciąży i karmiących, młodzieży oraz w przypadku istnienia przeciwwskazań do stosowania leków.

#### **Nikotynowa terapia zastępcza**

Podawanie nikotyny po przerwaniu palenia tytoniu powoduje zmniejszenie objawów abstynencyjnych wywołanych brakiem nikotyny dostarczanej w dymie papierosowym [18]. W terapii wykorzystywana jest nikotyna w bardzo różnych postaciach, co umożliwia dobranie odpowiedniej formy leku do preferencji pacjenta. Nikotynowa terapia zastępcza powinna być stosowana po całkowitym zaprzestaniu palenia. Zwykle nikotynę podaje się przez 3 miesiące w stopniowo zmniejszanych dawkach. Nikotyna występuje w postaci plastrów, gum do żucia, inhalatorów, tabletek podjęzykowych, aerozoli donosowych.

Do najczęstszych działań niepożądanych podczas stosowania gum należą: dyspepsja i bolesność jamy ustnej, podczas stosowania tabletek — nudności, podczas stosowania plastrów — podrażnienie skóry. Niezależnie od formy podawania nikotynowa terapia zastępcza często wywołuje zaburzenia snu.

#### **Chlorowodorek bupropionu**

Chlorowodorek bupropionu jest inhibitorem zwrotnego wychwytu dopaminy i noradrenaliny. Działając prawdopodobnie w układzie nagrody powoduje zmniejszenie chęci na palenie tytoniu. Dokładny mechanizm działania w leczeniu uzależnienia od nikotyny nie został dotychczas wyjaśniony [19].

Lek występuje w postaci tabletek (150 mg), które początkowo przyjmowane

są równoległe z paleniem papierosów. Przez pierwsze 3 dni podaje się jedną tabletkę/dobę, a od 4. dnia dwie tabletki/dobę. Zaprzestanie palenia ma miejsce w drugim tygodniu przyjmowania leku. Minimalny czas stosowania leku to 7 tygodni, chociaż zwykle okres ten wydłuża się. Do najczęstszych działań niepożądanych stosowania chlorowodoru bupropionu należą: bezsenność, suchość w jamie ustnej i nudności.

Przeciwwskazaniami do stosowania chlorowodoru bupropionu są: padaczka, anoreksja/bulimia, stosowanie inhibitorów monoamino oksydazy (MAO, *mono-amino oxidase*) w czasie ostatnich 14 dni.

### **Wareniklina**

Wareniklina jest częściowym agonistą nikotynowego receptora acetylocholin  $\alpha 4\beta 2$  [20, 21]. Po związaniu się z receptorem, działając jako częściowy agonista, pobudza wydzielanie dopaminy. Efektem tego działania jest zmniejszenie głodu nikotynowego i chęci na zapalenie papierosa. Działając jako antagonistą i wiążąc się z receptorem silniej niż nikotyna, zmniejsza odczuwanie przyjemności po zapaleniu papierosa, co ma znaczenie w zapobieganiu nawrotom palenia tytoniu [22].

Lek występuje w postaci tabletek 0,5 mg i 1,0 mg, które początkowo przyjmowane są równoległe z paleniem papierosów. Przez pierwsze 3 dni jedna tabletkę po 0,5 mg/dobę. Od 4. dnia 2 tabletki po 0,5 mg/dobę, a od 8. dnia włącza się tabletki po 1 mg, które podaje się dwa razy/dobę i tak do końca terapii. Zaprzestanie palenia ma miejsce w 2. tygodniu przyjmowania leku. Wareniklinę stosuje się minimum 12 tygodni, chociaż podobnie jak w przypadku chlorowodoru bupropionu często okres ten się wydłuża.

Najczęstsze działania niepożądane w czasie przyjmowania warenikliny to: bezsenność, zaburzenia nastroju, lęk, nudności i bóle głowy. Lek należy stosować z dużą ostrożnością u pacjentów z zaawansowaną niewydolnością nerek.

### **Cytyzyna**

Cytyzyna jest lekiem ziołowym, który ma działanie agonistyczne w stosunku do receptorów nikotynowych, ale przy tym działa słabiej od nikotyny. Stosowanie cytyzyny u palacza ma na celu zmniejszenie zapotrzebowania na nikotynę, co pozwala zmniejszyć liczbę wypalanych papierosów. Cytyzyna stosowana po zaprzestaniu palenia papierosów łagodzi objawy zespołu abstynencyjnego. Schemat stosowania:

- pierwsze 3 dni — 1 tabletkę co 2 godziny (6 tabletek/dobę);
- 4.–12. dzień — 1 tabletkę co 2,5 godziny (5 tabletek/dobę);
- 13.–16. dzień — 1 tabletkę co 3 godziny (4 tabletki/dobę);
- 17.–20. dzień — 1 tabletkę co 5 godziny (3 tabletki/dobę);
- 21.–25. dzień — 1–2 tabletki/dobę.

Zaprzestanie palenia powinno nastąpić w czasie pierwszych 5 dni terapii.

Główne działania niepożądane to bóle głowy, nudności, tachykardia, rozszerzenie źrenic, wzrost ciśnienia tętniczego. Przeciwwskazaniami do stosowania leku są choroba niedokrwienna serca, zaawansowana miażdżycy i nadciśnienie tętnicze [23, 24].

**PLANUJ** wizyty kontrolne.

**W związku z nawrotowym charakterem uzależnienia od tytoniu każdy pacjent po zaprzestaniu palenia powinien otrzymywać pomoc od swojego lekarza, która pozwoli mu wytrwać w abstynencji nikotynowej.** Pierwszą wizytę należy zaplanować w tydzień po zaprzestaniu palenia.

Pomoc ta powinna obejmować:

- stałe gratulowanie pacjentowi zaprzestania palenia tytoniu i podkreślanie wagi tego sukcesu;
- przedstawianie korzyści płynących z niepalenia (zdrowotnych, socjalnych, ekonomicznych);
- rozmowę na temat problemów, które pojawiły się po zaprzestaniu palenia (np. wzrost masy ciała, trudność w radzeniu sobie ze stresem, zaburzenia nastroju).



**Efektem działania warenikliny jest zmniejszenie głodu nikotynowego i chęci na zapalenie papierosa**



**Wywiad motywacyjny  
polega na kilkakrotnym  
spotykaniu się  
przeszkolonego lekarza  
lub pielęgniarki  
z pacjentem  
i motywowaniu go do  
zaprzeczenia palenia**

### **INNE METODY STOSOWANE W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO**

Oprócz minimalnej interwencji antynikotynowej w warunkach praktyki lekarza rodzinnego możliwe jest prowadzenie interwencji bardziej rozbudowanej, dłuższej, tak zwanej wywiadu motywacyjnego (*motivational interviewing*). Metoda ta polega na kilkakrotnym spotykaniu się przeszkolonego lekarza lub pielęgniarki z pacjentem i motywowania go do zaprzeczenia palenia. W trakcie rozmowy z pacjentem można szerzej omówić czynniki motywujące go do zaprzeczenia palenia. Te dłuższe spotkania okazują się skuteczniejsze niż minimalna interwencja antynikotynowa [25].

Kolejnym przykładem pomocy, jaką można udzielić palaczowi podczas terapii zaprzeczenia palenia, okazują się bezpłatne konsultacje telefoniczne i serwisy internetowe. Te nowe narzędzia są coraz częściej wykorzystywane do motywowania i pomocy palaczom [26].

### **POSTĘPOWANIE Z PALĄCYM, KTÓRY NIE PLANUJE ZAPRZECZENIA PALENIA**

Często podczas rozmowy z palaczem stwierdza się u niego brak konkretnych postanowień i planów zerwania z nałogiem. Taki pacjent może przez kolejne lata tkwić w nałogu palenia albo pod wpływem odpowiedniej motywacji podjąć próbę zaprzeczenia palenia.

Czy takiemu pacjentowi możemy w jakiś sposób pomóc?

Przed wszystkim podczas kolejnych wizyt należy poruszać kwestię palenia tytoniu. Problem palenia należy przedstawiać w kontekście, który palacza najbardziej będzie motywował do zaprzeczenia palenia. Motywowanie więc powinno uwzględniać sytuację rodzinną (posiadanie dzieci), stan zdrowia pacjenta, jego wiek, płeć i dotychczasowe doświadczenia w zaprzeczeniu palenia. Lekarz rodzinny powinien przedstawić konsekwencje krótko- i długoterminowe pale-

nia. Warto na początek zapytać pacjenta o jego wiedzę na temat tych zagrożeń.

W dalszej części rozmowy powinno się omówić korzyści związane z zaprzeczeniem palenia (poprawa stanu zdrowia, węchu, smaku potraw, pozbycie się zapachu papierosów, wolniejsze starzenie się skóry, brak narażenia na bierne palenie otoczenia, w tym dzieci, dobry przykład dla własnych dzieci, oszczędność pieniędzy).

Kolejny krok to wspólne z pacjentem ustalenie barier w podjęciu próby zaprzeczenia palenia oraz omówienie metod ich pokonania. **Do najczęstszych barier należą: obawa o wystąpienie objawów nikotynowego zespołu abstynencyjnego, obawa przed niepowodzeniem próby zaprzeczenia palenia, obawa przed wzrostem masy ciała, brak wsparcia ze strony środowiska, obniżenie nastroju.**

### **PODSUMOWANIE**

Podsumowując, warto podkreślić jeszcze raz, że lekarze rodzinni mogą wpływać na zmniejszenie częstości palenia. Wiąże się to z faktem łatwej identyfikacji pacjentów palących tytoń i szczególnej relacji między lekarzem rodzinnym a pacjentem, ukierunkowanej na poprawę stanu zdrowia. Lekarz rodzinny podczas kolejnych wizyt ma możliwość ciągłego motywowania pacjenta i przygotowania go do zaprzeczenia palenia. Znajomość rodziny palacza pozwala lekarzowi na uwzględnienie jej roli w procesie zaprzeczenia palenia. Pomoc udzielana pacjentowi obejmuje stosowanie terapii behawioralnej i farmakoterapii. Co niezmiernie ważne, interwencja w odniesieniu do pacjenta palącego tytoń podejmowana przez lekarzy rodzinnych jest skuteczna i znacząco poprawia wskaźniki powodzenia w rzucaniu palenia.

Mimo udowodnionych korzyści płynących z interwencji mających na celu zaprzeczenie palenia, nie są one podejmowane na taką skalę, jak w odniesieniu do innych również częstych chorób, na przykład nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zaburzeń lipidowych. Wynika to

prawdopodobnie z wielu przyczyn, które ostatecznie wywołują przekonanie, że palenie to nie do końca jest „problem lekarski” i lekarz niewiele może zrobić, aby pomóc pa-

centowi rzucić palenie. Przekonania takie są błędne, a lekarze, podejmując interwencje na masową skalę, mogą spowodować znaczne zmniejszenie liczby palaczy.

## PIŚMIENNICTWO

1. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P. i wsp. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce: wyniki badania NATPOL PLUS. *Kardiologia Polska* 2004; 61: 1–26.
2. Boyle P., Gandini S., Robertson C. i wsp. Characteristics of smokers' attitudes towards stopping. *European Journal of Public Health* 2000; 10: 5–14.
3. Hughes J.R., Keely J., Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004; 99: 29–38.
4. Rigotti N., Munafo' M.R., Stead L.F. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub2.
5. Stead L.F., Bergson G., Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.
6. Wadland W.C., Stoffelmayr B., Berger E., Crombach A., Ives K. Enhancing smoking cessation rates in primary care. *J. Fam. Pract.* 1999; 48: 711–784.
7. Tverdal A., Bjartveit K. Health consequences of reduced daily cigarette consumption. *Tob. Control* 2006; 15 (6): 472–480.
8. Fiore M.C., Bailey W.C., Cohen S.J. i wsp. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guidelines. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, June 2000.
9. Mierzecki A., Godycki-Ćwirko M. (red.). Zagadnienia profilaktyki i promocji zdrowia. Akxis, Łódź 2000.
10. Zatoński W. Leczenie uzależnienia od tytoniu. W: Zatoński W., Przewoźniak K. (red.). Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka. Centrum Onkologii, Warszawa 1996; 261–273.
11. Raw M., Anderson P., Dubois G. i wsp. WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Tob. Control* 2002; 11 (1): 44–46.
12. Aveygard P., West R. Managing smoking cessation. *BMJ* 2007; 335 (7609): 37–41.
13. Zatoński W. Jak rzucić palenie. *Medycyna Praktyczna*, Warszawa 2007.
14. Zatoński W. (przewodniczący). Konsensus dotyczący rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu. *Medycyna Praktyczna* 2006; wydanie specjalne 7.
15. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Zasady interwencji antynikotynowej. Akxis. Łódź, 2008.
16. Parkes G., Greenhalgh T., Griffin M., Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336: 598–600.
17. Barth J., Critchley J., Bengel J. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD006886. DOI: 10.1002/14651858.CD006886.
18. Silagy C., Lancaster T., Stead L., Mant D., Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub2.
19. Jorenby D.E., Leischow S.J., Nides M.A. i wsp. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N. Engl. J. Med.* 1999; 340: 685–691.
20. Jorenby D.E., Hays J.R., Rigotti N.A. i wsp. Efficacy of Varenicline, an  $\alpha 4\beta 2$  Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation. *JAMA* 2006; 296: 56–63.
21. Tonstad S., Tonnesen P., Hajek P. i wsp. Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation. *JAMA* 2006; 296: 64–71.



22. Wu P., Wilson K., Dimoulas P., Mills E.J. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006; 6: 300.
23. Tutka P., Mróz K., Zatoński W. Cytyzyna — renesans znanego alkaloidu: aspekty farmakologiczne zastosowania w leczeniu uzależnienia od nikotyny. *Farmakoter. Psychiatr. Neurol.* 2006; 1: 33–39.
24. Zatonski W., Cedzyska M., Tutka P., West R. An uncontrolled trial of cytisine (Tabex) for smoking cessation. *Tob. Control.* 2006; 15 (6): 481–484.
25. Soria R., Legido A., Escolano C., López Yeste A., Montoya J. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Br. J. Gen. Pract.* 2006; 56 (531): 768–774.
26. An L.C., Zhu S.H., Nelson D.B. i wsp. Benefits of telephone care over primary care for smoking cessation: a randomized trial. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166 (5): 536–542.