

Andrzej Fal¹, Jarosław Pinkas², Piotr Jankowski³, Jarosław Drobnik⁴, Janusz Sytnik-Czetwertyński⁵, Piotr Karniej¹, Jacek Krajewski⁶, Małgorzata Kaleta-Witusiak⁷

¹Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego

²Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

³Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

⁴Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

⁵Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

⁶Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”

⁷Katolicki Uniwersytet Lubelski

Zalecenia dotyczące prewencji chorób u osób palących papierosy

Epidemiologia nałogu palenia tytoniu

Palenie tytoniu pozostaje jedną z najważniejszych przyczyn zgonów w Unii Europejskiej każdego roku. Około 50% palaczy umiera przedwcześnie, co powoduje utratę średnio 14 lat życia na jednego palacza [1]. Nikotynizm jest też jedną z najważniejszych przyczyn nowotworów, którym można zapobiec, a 27% wszystkich nowotworów przypisuje się paleniu tytoniu [2].

Papierosy pali jedna czwarta dorosłych Polaków (26%) – co piąty regularnie, a co dwudziesty okazjonalnie. Wśród badanych osób palących 82% stanowią palący regularnie, a 18% okazjonalnie. Jest to dokładnie taki sam wynik jak w 2012 r. Po papierosa sięga jedna trzecia mężczyzn (31%), w tym regularnie pali 26%. Jest to wyraźna różnica w porównaniu z kobietami, spośród których pali 21%, a regularnie 17%. Widoczny w ostatnich latach spadek liczby palących dokonał się głównie za sprawą mężczyzn. W 2012 r. palenie deklarowało bowiem 40% mężczyzn i 23% kobiet. Najczęściej palą badani między 45. a 54. rokiem życia (35%) oraz między 55. a 64. rokiem życia (32%). Palenie najmniej popularne jest wśród badanych w wieku 18–24 lat. Tylko bardzo niewielki odsetek osób używa e-papierosów i podgrzewaczy tytoniu. Badania dowodzą, że al-

ternatywnych wyrobów tytoniowych regularnie używa jedynie 2% respondentów. Ich okazjonalne stosowanie deklaruje 1% badanych. Osoby młode używają wyrobów elektronicznych częściej niż osoby po 45. roku życia, a szczególnie często najmłodszy respondenci – do 24. roku życia (14%) [3].

Z badań prowadzonych przez Eurobarometr na zlecenie Komisji Europejskiej [4] wynika, że prawie 8 na 10 palaczy (78%) regularnie (przynajmniej raz w miesiącu) pali papierosy, a blisko 7 na 10 (69%) pali je przynajmniej raz dziennie. Ponad połowa użytkowników e-papierosów sięgnęła po nie, aby rzucić lub ograniczyć palenie (57%), ponad jedna trzecia wierzy w to, że podgrzewacze liquidów są mniej szkodliwe niż używanie tytoniu (37%). Użytkownicy podgrzewanych wyrobów tytoniowych najczęściej wspominają, że ich zdaniem produkty te są mniej szkodliwe niż palenie tytoniu (39%), ponad jedna czwarta z nich zaczęła je stosować w celu rzucenia lub ograniczenia palenia tytoniu lub dlatego, że ich znajomi używali tych produktów (po 28%). Ograniczenie używania tytoniu odgrywa ważną rolę w globalnych wysiłkach na rzecz osiągnięcia celu zrównoważonego rozwoju, jakim jest ograniczenie przedwczesnych zgonów z powodu chorób niezakaźnych (*non-communicable diseases* – NCD) o jedną trzecią do 2030 r. Wiele z 17 celów ma bez-

pośredni lub pośredni związek z kontrolą używania tytoniu. Najbardziej istotne są następujące: cel 3 – zapewnienie zdrowego życia i promowanie dobrego samopoczucia dla wszystkich w każdym wieku, cel 10 – zmniejszenie nierówności wewnątrz i pomiędzy krajami, cel 12 – zapewnienie zrównoważonych wzorców produkcji i konsumpcji, cel 17 – wzmocnienie środków wdrażania i ożywienie globalnego partnerstwa na rzecz zrównoważonego rozwoju [5].

Nałóg, czyli uzależnienie psychiczne i fizyczne – mechanizmy uzależnienia

Uzależnienie od nikotyny (nikotynizm) jest nałogiem spowodowanym czynnikami współwystępującymi: chemicznym i behawioralnym. Mechanizm uzależnienia opiera się na potrzebie utrzymywania określonego poziomu nikotyny w organizmie, co powoduje, że palacz, zaciągając się dymem papierosowym, subiektywnie odczuwa przyjemność i uspokojenie. Wrażenie to przejawia się poczuciem szczęśliwości, energii, a także pozornym wzrostem pewności siebie w radzeniu sobie z problemami. Tak tworzy się błędne koło uzależnienia, bo każdy wypalony papieros zwiększa ilość nikotyny koniecznej do osiągnięcia dotychczasowego poziomu koncentracji i pobudzenia. Równocześnie papieros przestaje sprawiać szczególną przyjemność, stając się jedynie środkiem umożliwiającym osiągnięcie określonego poziomu satysfakcji. Z czasem uzyskiwany poziom pobudzenia okazuje się porównywalny z tym, jaki spotykamy u ludzi wolnych od nałogu.

Wśród biologicznych i psychospołecznych czynników służących zdiagnozowaniu nikotynizmu wymienia się przede wszystkim głód nikotynowy, rozumiany jako bardzo silny przymus zapalenia papierosa, korespondujący z narastającym brakiem kontroli nad liczbą wypalanych papierosów i jej stopniowym zwiększaniem. Innym czynnikiem diagnostycznym są niekorzystne i nieprzyjemne objawy fizjologiczne wywoływane brakiem nikotyny lub jej odstawieniem: osłabienie, drżenie rąk, drażliwość, wzrost agresywności, złość i lęk. Ostatnim czynnikiem jest zaniedbywanie swoich zadań osobistych i zawodowych oraz palenie pomimo szkód zdrowotnych, estetycznych, ekonomicznych i środowiskowych.

Przebieg nałogu inicjują początkowe doświadczenia społeczne związane ze stylem życia, szczególnie wśród nastolatków, np. nawiązywanie określonych

relacji z rówieśnikami, imponowanie odwagą przeciwstawiania się normom i zasadom, okazywanie pozornej dorosłości. Wszystko to zaspokaja ciekawość i w ocenie subiektywnej sprzyja redukcji złości, gniewu, niezadowolenia czy frustracji. W rzeczywistości jednak prowadzi do nieumiejętności radzenia sobie z emocjami w sposób inny niż poprzez zapalenie papierosa. Ostatecznie tworzy się nawyk w postaci potrzeby powtarzania palenia w konkretnych sytuacjach. Nawyk ten ma podłoże o charakterze popędowym, niekontrolowanym, a u jego podstaw są określone potrzeby, takie jak potrzeba relaksu, przerwy podczas pracy czy nauki, potrzeba redukcji uczucia głodu lub bólu somatycznego, odreagowania po przeżytych napięciu emocjonalnym, trudnej sytuacji czy potrzeba zwiększenia pewności siebie w warunkach niekomfortowych.

Osoba uzależniona od nikotyny często traktuje swój nałóg jako odskocznnię od sytuacji trudnej lub pewnego rodzaju nagrodę, należną po wykonaniu określonego zadania, pracy czy obowiązku. Tworzone w tym celu codzienne rytuały palenia (np. poranna kawa z nieodłącznym papierosem, przerwa w pracy na papierosa, tzw. szybki papieros w celu obniżenia napięcia emocjonalnego związanego z przykrą sytuacją, np. awanturą w domu, niepowodzeniem w relacjach społecznych, niekorzystną diagnozą lekarską) sprzyjają jednak wzmocnieniu psychicznego uzależnienia od nikotyny.

Wszystko to sprawia, że najbardziej skuteczne w walce z nałogiem wydaje się tworzenie postaw antynikotynowych, miejsc wolnych od dymu tytoniowego i podejmowanie psychoedukacji dotyczącej problemów związanych z uzależnieniem od nikotyny.

Poszczególne stopnie opieki w systemie

Opieka nad pacjentem uzależnionym od nikotyny jest dużym wyzwaniem dla każdego systemu ochrony zdrowia. Realizacji działań profilaktycznych mogą się podejmować zarówno lekarze (podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki szpitalnej), jak i pielęgniarki (pielęgniarze) pracujące na wszystkich poziomach opieki, edukatorzy zdrowotni, asystenci zdrowia publicznego czy nawet osoby nieposiadające wykształcenia okołomedycznego, ale zaangażowane w działania profilaktyczne organizacji pożytku publicznego (*nongovernmental organization* – NGO). Z punktu widzenia poziomów opieki profilaktycznej oraz potrzeby podejmowania działań wobec młodzieży i młodych dorosłych, aby przekonać ich

o potrzebie niesięgania po nikotynę (w jakiegokolwiek postaci), ważną rolę do odegrania mają pracownicy systemu podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarze rodzinni, pielęgniarki (pielęgniarze), asystenci zdrowia publicznego i edukatorzy zdrowotni są tymi, którzy najczęściej mają kontakt z osobą w młodym wieku, na przykład przy okazji profilaktycznych badań bilansowych. Warto wówczas zadawać właściwe pytania dotyczące zachowań zdrowotnych, opinii na temat palenia papierosów lub alternatywnych wyrobów nikotynowych, podejścia do palenia w środowisku młodzieżowym lub rodzinnym i towarzyskim, w którym przebywa stale pacjent. Odpowiedzi na te pytania pozwolą lekarzowi (pielęgniarce, asystentowi zdrowia publicznego) udzielić właściwych wskazówek o pozytywnych aspektach nieużywania nikotyny.

Na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej funkcjonują pojedyncze poradnie dla osób uzależnionych od nikotyny (poradnie profilaktyczne), ale również poradnie dla pacjentów z innymi chorobami, na które wpływa nałóg palenia tytoniu (kardiologiczne, pneumonologiczne, endokrynologiczne, zaburzeń przemiany materii i in.). We wszystkich tych miejscach leczenie choroby głównej (np. nadciśnienia tętniczego, astmy oskrzelowej, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc) powinno być uzupełnione o diagnostykę w kierunku nikotynizmu i wsparcie w wychodzeniu z nałogu poprzez terapię psychologiczną, behawioralną lub farmakoterapię. Kolejnym poziomem jest najkosztowniejsza w każdym systemie ochrony zdrowia opieka szpitalna. Uzależnienie od nikotyny stanowi spore wyzwanie dla pacjenta w trakcie hospitalizacji, ponieważ w szpitalach obowiązuje zakaz palenia. Wyjątkiem są szpitale psychiatryczne, w których prawo dopuszcza palenie papierosów w wydzielonych miejscach. Ze względu na to, że nałóg nikotynowy w przypadku ograniczenia jej podaży bez suplementacji (np. farmakoterapią) może prowadzić do rozdrażnienia, zdenerwowania, zmiany parametrów biochemicznych i zmiany zachowania, lekarz prowadzący leczenie powinien zwracać uwagę na ten czynnik ryzyka. Te same aspekty powinny być uwzględnione w opiece pielęgniarskiej. Dla dobra pacjenta słuszne mogłoby być rozważenie w trakcie hospitalizacji suplementacji nikotynowej w formie farmakologicznej, o ile analiza ryzyk doprowadzi do takiej decyzji.

Z uwagi na braki kadrowe i ograniczone możliwości czasowe personelu lekarskiego i pielęgniarskiego dobrym pomysłem innowacyjnego podejścia do te-

rapii przeciwnikotynowej w opiece szpitalnej może być zaangażowanie asystentów zdrowia publicznego, promotorów zdrowia i opiekunów medycznych. Osoby te mogą poświęcić pacjentowi więcej czasu, a ich profesjonalna interwencja oparta na przyjętych standardach i protokołach mogłaby wpłynąć na profilaktykę przeciwnikotynową na oddziale szpitalnym.

Nowym rodzajem opieki medycznej, niezwiązanym z żadnym określonym poziomem świadczeń, jest teleopieka – wykorzystanie telemedycyny lub narzędzi okołotelemedycznych w opiece nad pacjentem uzależnionym od nikotyny. Dzięki aplikacjom czy urządzeniom monitorującym stan zdrowia (np. pulsoksymetry używane profesjonalnie albo dołączone do smartwatchy i smartbandów, przenośne urządzenia elektrokardiograficzne) pacjent może włączyć się w proces samoopieki i samorealizacji procesu świadczenia zdrowotnego na swoją rzecz. Współczesna medycyna dużą wagę przywiązuje do partnerskiej roli profesjonalisty medycznego i pacjenta, a także do angażowania rodziny i otoczenia pacjenta w proces zdrowienia.

Profilaktyka

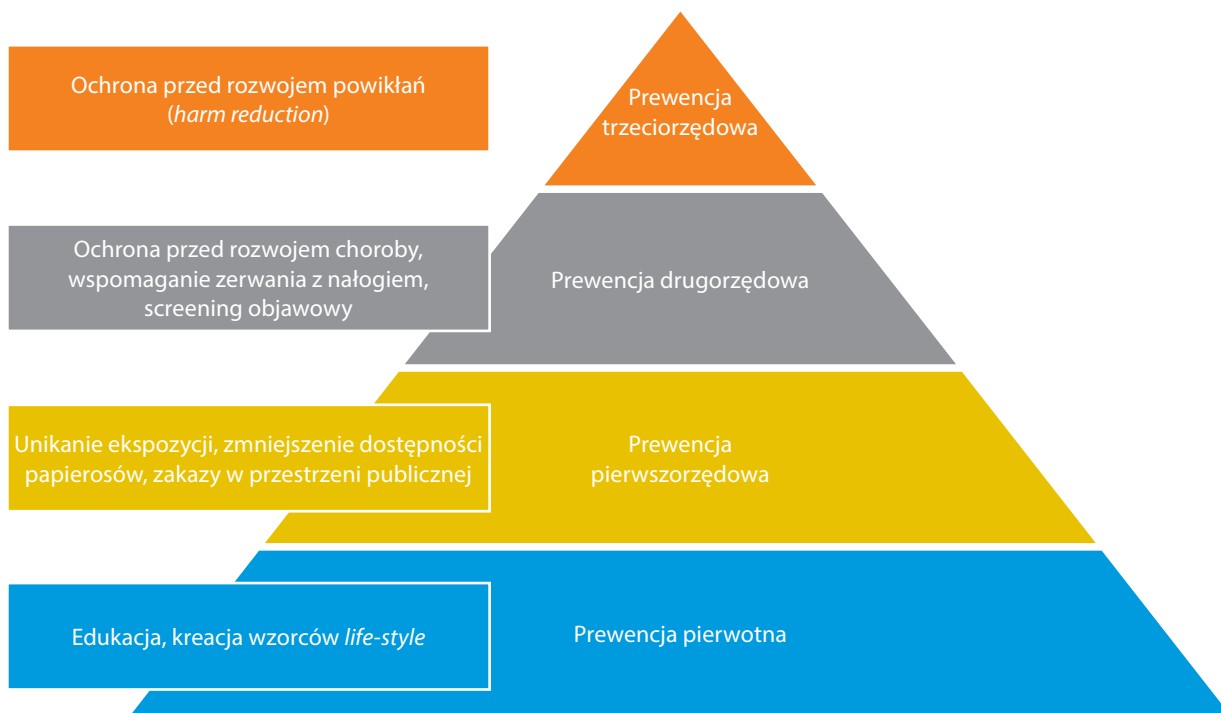
Schemat profilaktyki antynikotynowej przedstawiono na rycinie 1.

Prewencja pierwotna

Prewencją pierwotną w zdrowiu publicznym nazywamy działania, których celem jest zapobieganie określonym zdarzeniom, ryzykom zdrowotnym i chorobom poprzez edukację, promocję zdrowia i wykształcenie świadomości społecznej na temat negatywnych konsekwencji ewentualnie podejmowanych działań. W przypadku używania nikotyny prewencja pierwotna powinna być realizowana w każdym jego miejscu i przy zaangażowaniu wszystkich interesariuszy.

Wychowanie i kształtowanie odpowiednich postaw zdrowotnych w społeczeństwie w przypadku zapobiegania nikotynizmowi ma kluczowe znaczenie, ponieważ działania podejmowane już od najmłodszych lat wobec dzieci, młodzieży, młodych dorosłych, ale też osób starszych mogą odnieść oczekiwany skutek. Ważna jest rola systemu edukacji, nauczycieli, wychowawców, którzy powinni być włączani w profilaktykę zdrowotną.

Specjalistami, którzy dysponują właściwymi kompetencjami, mogą być asystenci zdrowia publicznego, edukatorzy zdrowotni, higienistki szkolne, osoby podejmujące aktywność w ramach fundacji



Rycina 1. Schemat profilaktyki antynikotynowej

i stowarzyszeń, których celem jest działanie na rzecz zdrowia (NGO). Ich współpraca z lekarzem rodzinnym, pielęgniarką (pielęgniarem) podstawowej opieki zdrowotnej i dietetykiem może mieć duży wpływ na kształtowanie właściwych postaw zdrowotnych, w tym związanych z aktywnym spędzaniem wolnego czasu, profilaktyką chorób sercowo-naczyniowych czy rekreacyjnym uprawianiem sportu.

W przypadku rodzin, w których palenie papierosów jest obecne, a podejmowane działania nie są skuteczne, warto rozważyć podejście, w którym największe znaczenie będzie miało otoczenie wolne od dymu tytoniowego. Badania naukowe dowodzą bezsprzecznie, że dym powstały w wyniku spalania w papierosie tytoniu jest niezwykle szkodliwą mieszkanką substancji chemicznych, a narażenie na jego działanie dzieci i osób niepalących czyni z nich tzw. biernych palaczy, co zagraża poważnie ich zdrowiu. Dane epidemiologiczne wskazują na nierzadkie przypadki nowotworów układu oddechowego u osób, które nigdy same nie paliły papierosów, ale przez wiele lat przebywały w otoczeniu członka rodziny, który palił. Z tego względu działania ochronne wobec osób postronnych z punktu widzenia zdrowia publicznego nie mogą być pominięte. Tu pojawia się miejsce dla polityki redukcji szkód zdrowotnych, zastosowania alternatywnych źródeł nikotyny (jako leczenia suplementującego) lub innowacyjnych wyrobów tytoniowych, które

w procesie używania nie powodują spalania tytoniu i nie generują tak dużego zagrożenia dla otoczenia. W działaniach podejmowanych w środowisku szkolnym lub wobec uczniów w pierwszej kolejności należy realizować odpowiedni, racjonalny i zgodny ze światowymi konsensusami program zajęć edukacyjnych, pogadank prozdrowotnych, podczas których uczeń pozna konsekwencje uzależnienia od nikotyny i będzie mógł sam ocenić niewłaściwość inicjacji nikotynowej. Drugim ważnym elementem jest wzorzec, a więc niepalący nauczyciel. W przeciwnym razie pojawia się dysonans przekazu – nauczyciel, który mówi o negatywnych skutkach palenia papierosów lub innego używania nikotyny, a sam jest osobą palącą, przestaje być dla uczniów wiarygodny. Szkoły zawsze były miejscem inicjacji nikotynowej uczniów, a więc biorąc pod uwagę niewielką skuteczność dotychczas realizowanych programów profilaktycznych (nie prowadzą one do ograniczenia inicjacji nikotynowej, a obserwuje się zmianę przyzwyczajenia z rozpoczynania palenia od papierosów na rozpoczynanie od e-papierosów), warto przebudować je i przewartościować tak, aby w ich projektowaniu usłyszeć głos samych uczniów – czego chcieliby się dowiedzieć i co przekonałoby ich do nierozpoczynania używania nikotyny.

Prewencja pierwszorzędowa

Negatywne skutki ekspozycji na dym papierosowy zostały dostrzeżone zarówno u osób palących

aktywnie, jak i biernie. Na europejskiej liście dziesięciu najczęstszych przyczyn ciężkich zachorowań człowieka palenie tytoniu znajduje się na drugim miejscu, uważa się je za bezpośredni czynnik rozwoju ok. 12,3% chorób. Poważnym problemem jest zjawisko biernego palenia – w miejscach pracy na wdychanie dymu narażonych jest 19% niepalących Polaków (24% mężczyzn i 14% kobiet), w domu zaś 25% (odpowiednio 29% i 20% niepalących kobiet i mężczyzn). Skala biernego narażenia na dym papierosowy wśród dzieci jest w Polsce ogromna, codziennie ok. 4 mln polskich dzieci wdycha biernie dym w domu lub miejscach publicznych. Pod pojęciem biernego palenia kryje się wdychanie dymu tytoniowego wydychanego przez osobę palącą i pochodzącego bezpośrednio z palącego się papierosa lub innego źródła tytoniu, np. cygara, cygaretki, fajki. Dym tytoniowy powoduje zatem bezpośrednio narażenie osoby niepalącej, niezależnej od żadnego z wyrobów tytoniowych, na oddziaływanie substancji wchodzących w jego skład.

W celu ochrony zdrowia osób niepalących przed następstwami narażenia na dym papierosowy w ramach profilaktyki pierwszorzędowej na całym świecie wykorzystuje się liczne mechanizmy, które mają doprowadzić do zapewnienia otoczenia wolnego od dymu. Do najważniejszych działań należą:

- promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna,
- zakazy systemowe stosowane w celu ograniczenia dostępu do papierosów i wyrobów tytoniowych,
- polityka podatkowa – nakładanie wysokich podatków (w tym podatku akcyzowego) od sprzedaży wyrobów tytoniowych, podatków dochodowych od osób prawnych działających na rynku tytoniowym,
- mechanizmy prawne dotyczące warunków sprzedawania papierosów i innych wyrobów dostarczających nikotynę, w tym zasady prowadzenia sprzedaży,
- zasady dopuszczania produktów nikotynowych do sprzedaży uwzględniające kwestię ograniczania szkodliwości.

Wobec ograniczonych rezultatów należy zredefiniować stosowane dotychczas polityki antynikotynowe i podjąć dyskusję nad tym, w jaki sposób bardziej skutecznie walczyć ze zdrowotnymi skutkami dymu papierosowego i palenia papierosów.

Dym papierosowy zawiera ponad 7000 związków chemicznych, w tym ponad 70 substancji o działaniu rakotwórczym, a jego wpływ obejmuje nie tylko palaczy papierosów, lecz także inne osoby

przebywające w ich otoczeniu. Z punktu widzenia zdrowia publicznego wydaje się niezwykle istotne, aby profilaktyka obejmowała zawsze co najmniej te dwie grupy interesariuszy.

Z punktu widzenia ekonomii konsekwencje narażenia na dym papierosowy, w połączeniu ze wskazanymi wcześniej mechanizmami ograniczającymi dostęp do wyrobów nikotynowych, można podzielić na skutki dochodowe i wydatkowe, a w innym ujęciu na publiczne i prywatne. W przypadku stosowania mechanizmów ograniczających sprzedaż papierosów i wyrobów tytoniowych niewątpliwie pojawia się ujemny skutek dochodowy w postaci zmniejszenia wpływu do budżetu państwa z tytułu podatku akcyzowego, podatku VAT i podatków dochodowych. Zmniejszenie to może być rekompensowane zwiększeniem bezwzględnych obciążeń (wzrost opodatkowania), chociaż w dłuższej perspektywie takie działanie może okazać się nieskuteczne ekonomicznie ze względu na zmniejszenie atrakcyjności samego rynku dla producentów, wpływ na PKB i inne wskaźniki makroekonomiczne oraz rozwój szarej strefy. W ujęciu wydatkowym natomiast ważną pozycją są bezpośrednio i pośrednio koszty leczenia chorób związanych z paleniem papierosów. Do kosztów bezpośrednich zaliczamy w dużym uogólnieniu koszty samej interwencji medycznej, a do kosztów pośrednich straty związane z absencją zawodową, zmniejszeniem efektywności pracy, potrzebą rehabilitacji i in. Trzeba zauważyć, że wydatki na leczenie dotyczą nie tylko osób bezpośrednio palących, lecz także biernych palaczy, dlatego tak ważne są wszelkie działania wspierające politykę środowiska wolnego od dymu tytoniowego, ograniczenia w paleniu papierosów w określonych miejscach.

Wyzwaniem prawnym, naukowym i społecznym są obecnie alternatywne źródła nikotyny – wyroby niebędące papierosami, dostarczające nikotynę w mechanizmie podgrzewania tytoniu lub liquidów. Na podstawie istniejących dowodów naukowych nie wypracowano dotąd jednoznacznego konsensusu w sprawie ich szkodliwości dla zdrowia (poza działaniem samej nikotyny). Są jednak argumenty za ich wpływem na proces rzucania nałogu przez palaczy papierosów. Wyroby te ze względu na brak obecności dymu tytoniowego nie narażają na niego osób postronnych, ale zawierają nikotynę, która jest sama w sobie szkodliwa dla organizmu człowieka. Warto dodać, że istnieje już wiele badań (w tym wielomiesięcznych badań klinicznych) wskazujących na mniejszą szkodliwość dla zdrowia pro-

duktów bezdymnych w porównaniu z kontynuacją palenia tradycyjnych papierosów. Te argumenty powinny być wzięte pod uwagę przy redefinicji dotychczasowych polityk antynikotynowych. W obrońce interesów osób niepalących, wobec potrzeby zapewnienia docelowo środowiska wolnego od dymu papierosowego oraz z punktu widzenia osób, które nie zamierzają lub nie są w stanie zrezygnować z nałogu, także i te rozwiązania bezdymne powinny się znaleźć w polu widzenia decydentów.

Prewencja drugorzędowa

Wczesne wykrywanie uzależnienia od nikotyny jest ważnym elementem działań i ma kluczowy wpływ na ewentualne interwencje związane z zaprzestaniem palenia. Im wcześniej w trakcie uzależnienia pacjent będzie prawidłowo zdiagnozowany i im wcześniej podjęte zostaną wobec niego odpowiednie działania, tym większą ma on szansę na całkowite pozbycie się nałogu. W przypadku osób, które pomimo świadomości zagrożenia kontynuują używanie wyrobów nikotynowych, profilaktyka na tym etapie powinna polegać na wczesnej diagnozie ewentualnych chorób odtytoniowych i podjęciu niezbędnego leczenia.

Miejscem w systemie ochrony zdrowia, do którego pacjent zgłasza się w pierwszej kolejności, jest poradnia podstawowej opieki zdrowotnej. To od lekarza rodzinnego pacjent najczęściej oczekuje porady i pomocy w pozbyciu się nałogu, a wykazanie woli rzucenia palenia powinno skutkować podjęciem leczenia. Na podstawie zarządzenia 78/2018/DSOZ prezesa NFZ z 7 sierpnia 2018 r. w Polsce realizowany jest obecnie program profilaktyki chorób odtytoniowych, a równolegle także programy profilaktyki raka płuca i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP). Działania w ramach tych trzech programów skupiają się na różnych obszarach systemu opieki zdrowotnej, od POZ poprzez opiekę specjalistyczną po szpitalną, a także angażują nowe jednostki – poradnie antynikotynowe. Warto podkreślić, że poradnie te funkcjonują w ramach realizacji projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej, nie są to poradnie finansowane trwale przez Narodowy Fundusz Zdrowia, więc ich dostępność jest różna w różnych miejscach w Polsce.

Funkcjonujący program profilaktyki chorób odtytoniowych zakłada realizację działań w dwóch etapach: podstawowym i specjalistycznym. Niestety na etapie podstawowym wymagania stawiane przez rozporządzenie ministra zdrowia zakładają, że program będzie realizowany przez lekarza pod-

stawowej opieki zdrowotnej o udokumentowanej umiejętności leczenia zespołu uzależnienia od nikotyny, a praktyka tego lekarza zostanie wyposażona w spirometr. W projekcie nowelizacji rozporządzenia z 31 grudnia 2021 r. zrezygnowano z części wymagań i zamiast „lekarz podstawowej opieki zdrowotnej” wpisano „lekarz z co najmniej rocznym stażem pracy w zawodzie, posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu”. Równocześnie na etapie specjalistycznym, poza udziałem lekarza z co najmniej rocznym stażem pracy i udokumentowanymi umiejętnościami w leczeniu nikotynizmu, założono obligatoryjny udział psychologa lub specjalisty terapii uzależnień, lub osoby prowadzącej psychoterapię, a także pielęgniarki lub położnej przeszkolonej w zakresie leczenia tej choroby. Wymagania sformułowane w ten sposób nie umożliwiają realizacji programu przez wszystkie podmioty medycyny rodzinnej, bo nie każdy lekarz rodzinny w Polsce może udowodnić swoje umiejętności w zakresie leczenia uzależnienia od nikotyny, a na rynku brakuje ofert edukacyjnych dla lekarzy prowadzących do takiej certyfikacji. Realizacja programu jest więc dalece nieadekwatna do potrzeb, gdyż w całym kraju realizuje go 92 świadczeniodawców, z czego 20 w województwie mazowieckim i 18 w województwie kujawsko-pomorskim. W pozostałych województwach albo nie ma żadnego świadczeniodawcy (dolnośląskie, opolskie), albo jest jeden (lubuskie, podlaskie) lub dwóch do czterech (podkarpackie, zachodniopomorskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie). W województwie pomorskim świadczeń udziela siedem podmiotów, a w świętokrzyskim i lubelskim po osiem (źródło: Portal „Gdzie się leczyć”, NFZ, www.gsl.nfz.gov.pl). Prawdopodobnie z powodu niedostosowania regulacji do możliwości placówek i personelu zainteresowanie tym programem ze strony świadczeniodawców jest mocno ograniczone.

Wspomniana wcześniej proponowana nowelizacja przepisów rozporządzenia ministra zdrowia zakłada rozszerzenie działań wobec pacjentów korzystających z alternatywnych wyrobów nikotynowych, papierosów elektronicznych wykorzystujących podgrzewanie płynu lub podgrzewaczy tytoniu, ponieważ każdy sposób dostarczania nikotyny powoduje istotne zagrożenie dla zdrowia ludzkiego, zarówno psychicznego, jak i fizycznego.

Przepisy zarządzenia 78/2018/DSOZ prezesa NFZ z 7 sierpnia 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne w zakresach „profilaktyczne programy

zdrowotne" (załącznik 6) przewidują zastosowanie szeregu działań wobec pacjenta biorącego udział w programie. Pierwszym etapem leczenia jest poradnictwo antytytoniowe, w którym lekarz przeprowadza zmodyfikowany test w celu oceny wielkości uzależnienia od nikotyny oraz wypełnia kartę badania lekarskiego, w której znajdują się wyniki badania fizykalnego i parametry spirometryczne. Lekarz informuje pacjenta o możliwości skorzystania z telefonicznej porady w poradni pomocy palącym, której zadaniem jest wsparcie leczenia uzależnienia, a następnie wypełnia ankietę o stanie zdrowia. Na etapie specjalistycznym lekarz wykonuje test Fagerströma, test motywacji do zaprzestania palenia oraz skalę Becka do oceny depresji. Pacjent również na tym etapie jest informowany o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w poradni pomocy palącym, a ponadto jest kwalifikowany do terapii grupowej lub indywidualnej oraz farmakoterapii. Terapia grupowa jest prowadzona i finansowana przez 3 miesiące, jest przeznaczona dla osób z przeciwwskazaniami do farmakoterapii, ze słabszą motywacją i gotowością do zaprzestania palenia, wybierających psychoterapię. Terapia farmakologiczna jest przeznaczona dla osób palących silnie uzależnionych od nikotyny, ze schorzeniami, w przypadku których kontynuacja palenia stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia, w szczególności po zawale mięśnia sercowego, z POChP, po leczeniu raka krtani, w trakcie chemioterapii, bez przeciwwskazań do farmakoterapii. Nowelizacja zakłada, że farmakoterapia może być dostępna także dla osób, wobec których realizowana jest terapia psychologiczna. W ramach tego rodzaju leczenia pacjent musi 3-krotnie zgłosić się po poradę obowiązkowo, a także 3-krotnie ma możliwość skorzystania z porady kontrolnej. Terapia indywidualna jest prowadzona przez 3 miesiące w cyklu 10 spotkań, a badania kontrolne są finansowane po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia. Jak widać, działania podejmowane w ramach programu profilaktyki chorób odtytoniowych nie są dopasowane do poradni lekarza rodzinnego ani do podmiotów, w których pacjent miałby systemowo realizować etap specjalistyczny, bo w pierwszym wypadku wymagane jest wyposażenie zwykle niewystępujące w gabinecie POZ (spirometr), a w drugim prowadzenie działań psychologicznych i psychoterapeutycznych połączonych z farmakoterapią. Alternatywnie do proponowanych programów profilaktycznych lekarz rodzinny częściej spotyka się z problemem uzależnienia od nikotyny u pa-

cientów zgłaszających się do normalnej konsultacji i w jej ramach deklarujących chęć rzucenia palenia. W takiej sytuacji, gdy lekarz nie realizuje programu profilaktyki chorób odnikotynowych, może zaferować pacjentowi farmakoterapię lub samodzielne podejmowanie prób zerwania z nałogiem, w tym samodzielne korzystanie ze wsparcia psychologicznego.

Farmakologia zrywania z nałogiem palenia

Nikotynowa terapia zastępcza (NTZ) jest obecnie podstawowym narzędziem wspomagania wszystkich osób próbujących zerwać z nałogiem. Generalną zasadą jest niestosowanie NTZ u osób niedeklarujących chęci zaprzestania palenia. Mogłoby to doprowadzić do radykalnie wysokich stężeń nikotyny w organizmie i nasilić szkody zdrowotne. W NTZ do wyboru są de facto dwie grupy leków:

- dostępne bez recepty:
 - » preparaty zawierające nikotynę [np. plastry, tabletki, saszetki (*pouches*), spraye],
 - » preparaty zawierające cytyzynę (np. Tabex, Desmoxan, Recigar);
- dostępne na receptę:
 - » wardeniklina (Champix),
 - » bupropion (Zyban).

Zespół analityków z *Cochrane Tobacco Addiction Group* opublikował raport uwzględniający 136 badań dotyczących NTZ, obejmujących łącznie 64 640 osób. Wszystkie badania dotyczyły pacjentów deklarujących chęć rzucenia palenia tytoniu, palących w momencie wejścia do badania ok. 15 papierosów dziennie. Wykazano, że NTZ może być skuteczna zarówno w połączeniu z poradnictwem, jak i bez niego. We wszystkich postaciach zwiększa prawdopodobieństwo zerwania z uzależnieniem o 50–60% [6], jednak większość palaczy niestety wraca do nałogu.

Uwzględniając posiadane dane, także autorzy ostatnich polskich wytycznych sformułowali następującą rekomendację: „Zaleca się stosowanie NTZ u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży (silna rekomendacja, wysoka pewność danych) oraz sugeruje się stosowanie NTZ wraz ze wsparciem behawioralnym u palących kobiet w ciąży (słaba rekomendacja, niska pewność danych)” [7].

Prewencja trzeciorzędowa

Zgodnie z klasyfikacją zaproponowaną przez WONCA [8] prewencja trzeciorzędowa to działanie w celu zmniejszenia przewlekłych efektów problemu zdrowotnego u osoby lub populacji – zapobie-

ganie nasileniu skutków choroby, niepełnosprawności lub pojawieniu się powikłań choroby. To także działania rehabilitacyjne zmierzające do przywrócenia (lub zwiększenia) sprawności pacjenta oraz pomoc w radzeniu sobie z ograniczeniami, jakie narzuca choroba, dalszym spadkiem kondycji psychicznej lub fizycznej, a także z nawrotami choroby.

Odrębnym, ale nie mniej ważnym aspektem profilaktyki trzeciorzędowej u pacjentów uzależnionych od nikotyny jest wpływ substancji zawartych w dymie papierosowym na osoby niepalące, narażone na jego wdychane wbrew swojej woli. Osoby biernie palące są ważnym interesariuszem, na którego trzeba zwracać uwagę w kreowaniu polityki przestrzeni publicznej wolnej od dymu papierosowego. Już wiele lat temu, wraz wejściem w życie przepisów tzw. ustawy antynikotynowej (ustawa z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, Dz.U. 2021 poz. 276) wprowadzono zakaz palenia papierosów w przestrzeni publicznej, szczególnie w instytucjach ochrony zdrowia, obiektach edukacyjnych, zakładach pracy, pomieszczeniach sportowych, na przystankach komunikacji publicznej i w innych miejscach. W tych przepisach odzwierciedlono troskę ustawodawcy o osoby niepalące, których narażenie na dym papierosowy jest szkodliwe i nie powinno mieć miejsca.

Żeby mówić o istnieniu „mniejszego zła”, należy wcześniej dokładnie przeanalizować przyczyny, dla których palacze uzależniają się od papierosów. Główną substancją uzależniającą jest bez wątpienia nikotyna. Jest to organiczny związek chemiczny z grupy alkaloidów, naturalnie występujący w liściach i korzeniach tytoniu (*Nicotiana tabacum*), będący dość silną neurotoksyną. Do końca XX wieku uważano, że czysta nikotyna nie prowadzi do rozwoju nowotworów [9], ale w pierwszej dekadzie XXI wieku pojawiły się prace podważające ten pogląd [10]. Istnieją bardzo różne opinie świata naukowego na temat potencjału uzależniania przez nikotynę, zwraca się uwagę m.in. na fakt, że uzależniające właściwości wyizolowanej nikotyny nie są znaczne [11]. Niemniej nikotyna, która jest silnym agonistą receptorów N-acetylocholinowych, w niskich dawkach wykazuje działanie stymulujące, co jest główną przyczyną tego, że palenie sprawia przyjemność. W małych dawkach nikotyna działa stymulująco, powoduje wzmożone wydzielanie adrenaliny, co zmniejsza uczucie bólu, przyspiesza bicie serca, powoduje zanik głodu. W większych

dawkach powoduje trwałe zahamowanie przekazywania wielu sygnałów przez układ nerwowy w wyniku trwałego blokowania receptorów nikotynowych, zaburzając pośrednio metabolizm komórek. Należy podkreślić, że tak wysokie dawki nikotyny nie są normalnie obecne w organizmie nawet w trakcie palenia papierosów (ok. 15/dobę) czy używania produktów alternatywnych. Potencjalnie mogą się pojawiać w okresie *binge smoking* lub po nieprawidłowym zastosowaniu NTZ u osoby palącej.

Nikotyna jako związek chemiczny uzależniający jest bez wątpienia szkodliwa i działania na rzecz zdrowia publicznego powinny zmierzać do tego, aby w jak największym stopniu w ramach prewencji pierwotnej zahamować inicjację nikotynową, przekonywać ludzi, szczególnie młodych, aby nie sięgali po papierosy czy inne wyroby nikotynowe, a także promować styl życia wolny od tego uzależnienia.

Z punktu widzenia poziomu szkodliwości bez wątpienia kluczowe powinno być wyeliminowanie substancji smolistych zawartych w papierosach oraz szkodliwych substancji pochodzących z procesu spalania zawartych w dymie tytoniowym. Udowodniono bez wątpliwości, że w dymie papierosowym, pochodzącym z niecałkowitego spalania tytoniu, znajduje się ponad 7 tys. związków chemicznych, z których ponad 70 może być przyczyną nowotworów. Z tego powodu ważne jest prowadzenie dalszych badań dotyczących wpływu alternatywnych wyrobów nikotynowych, niewykorzystujących procesu spalania tytoniu, na stan zdrowia użytkowników.

Szczególnie ważne powinny być badania nad zmianą stanu zdrowia pod wpływem zmiany czynnika narażenia, a więc przejścia z tradycyjnych papierosów na wyroby alternatywne. Czy w takim przypadku dochodzi do regresji lub przynajmniej zatrzymania progresji objawów chorobowych związanych z paleniem tytoniu? Czy zmienia się sprawność (fizyczna, intelektualna) pacjenta? Czy obserwuje się zmiany w obiektywnych badaniach diagnostycznych układu oddechowego, metabolizmu komórkowego i w innych parametrach zdrowia? Nie wszystkie wyniki prowadzonych badań nad wpływem alternatywnych wyborów nikotynowych na stan zdrowia są jednoznaczne, jednak nie można ich nie dostrzegać. Nie każdy pacjent jest w stanie w pierwszym kroku całkowicie odejść od nałogu i u takich osób uzasadnione jest zalecenie metod ograniczenia ryzyka zdrowotnego w postaci stosowania przebadanych bezdymnych produktów dostarczających nikotynę.

Ekonomika nałogu

Ekonomia to nauka zajmująca się właściwą alokacją zasobów, m.in. w celu realizowania użytecznych społecznie funkcji państwa, organizacji lub jednostki. Czasem ekonomicznie lepsze jest to zdarzenie, które nie przynosi bezpośrednio zysku finansowego, ale jest korzystniejsze w relacji do kosztu długoterminowego, pośredniego.

Gdy spojrzeć na zdrowie człowieka jako na zjawisko, które ma ważne znaczenie w ekonomii, na które – mówiąc językiem ekonomicznym – istnieje duży popyt, które budzi duże zainteresowanie społeczne, nie sposób pominąć instytucji angażujących się w imieniu państwa w stworzenie takich warunków, które to zdrowie mogą zapewnić lub pomagać w jego osiągnięciu. Takimi instytucjami są płatnicy (lub tak jak w Polsce – jeden płatnik) publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, szpitale, przychodnie – podmioty wykonujące działalność leczniczą, organizatorzy, a w ich liczbie urzędy marszałkowskie, starostwa powiatowe, Ministerstwo Zdrowia i inne urzędy centralne zajmujące się różnymi aspektami zdrowia. W kompetencji urzędów centralnych jest również decydowanie o adekwatnej polityce podatkowej, która dotyczy produktów co do zasady niekorzystnie wpływających na zdrowie, m.in. papierosów.

Palenie papierosów czy używanie alternatywnych wyrobów nikotynowych jest aktywnością realizowaną przez społeczeństwo często niezależnie od kosztów bezpośrednich (cena zakupu) i pośrednich (np. koszty leczenia). Palacze papierosów kupują je pomimo wysokich cen, a także pomimo świadomości konsekwencji zdrowotnych. Cena paczki papierosów powinna być ściśle związana z elementem polityki fiskalnej w obszarze polityki zdrowotnej. Wyrazem tej polityki są podatki pośrednie (VAT i akcyza) nakładane na poszczególne opakowania papierosów, a także inne koszty ponoszone przez producentów (w tym opłaty określone przez regulatora za wprowadzenie produktu na rynek), które mają odzwierciedlenie w cenie sprzedaży. Z tego powodu koszt zakupu papierosów w wielu krajach jest celowo wysoki (poprzez regulacje fiskalne) i raczej nieusprawiedliwione są sugestie zmniejszenia tych obciążeń. Oczywiście nigdy mechanizmy fiskalne nie doprowadzą do całkowitego zahamowania sprzedaży, dlatego w drugim kroku przychody ze sprzedaży papierosów powinny być odpowiednio lokowane, tak aby mogły być przeznaczane na koszty pośrednie i bezpośrednie chorób wynikających z palenia tytoniu.

W wielu doniesieniach wykazano potencjalnie różną szkodliwość poszczególnych produktów z omawianej grupy, m.in. papierosów i produktów alternatywnych. Ze względu na relatywnie krótki czas obserwacji i niedostateczną liczbę opublikowanych, niezależnych badań pełne porównania nie są możliwe. Jednakże np. ze względu na brak dymu tytoniowego, wynikający z braku spalania tytoniu, nikotynowe wyroby alternatywne nie wpływają negatywnie na otoczenie – redukują zjawisko biernego palenia. Podaż szkodliwych substancji chemicznych w dymie z papierosów jest o dwa lub trzy rzędy wielkości wyższa w porównaniu z wyrobami alternatywnymi [12]. W części krajów stosuje się kryterium innowacyjności czy szkodliwości przy planowaniu polityki fiskalnej wobec grupy produktów, w Polsce dotychczas te mechanizmy nie zostały wdrożone. Zasadne wydaje się rozważenie takiego schematu działania, w którym jednym z kryteriów będzie właśnie szkodliwość, a co za tym idzie – stworzenie lub wyznaczenie instytucji, które będą przeprowadzały i weryfikowały badania tych produktów.

Wpływy do budżetów państw związane ze sprzedażą papierosów i wyrobów nikotynowych są ważną pozycją po stronie przychodów. Ponieważ koszty pośrednie, szczególnie związane ze zdrowiem publicznym, nie zawsze są kluczowym czynnikiem wpływającym na kształtowanie polityk fiskalnych, a decyzje o wysokości podatków podejmowane są pod wpływem uwarunkowań politycznych, ważne jest zwrócenie szczególnej uwagi na to, aby aspekty ekonomiczne używania nikotyny (szczególnie w kontekście podatkowym, dostępu i wpływów do budżetu) były adekwatne do ryzyka. Powinno więc być rozróżnienie cenowe między bardziej i mniej szkodliwymi produktami, aby nie dopuścić do sytuacji, że te bardziej szkodliwe będą bardziej dostępne cenowo.

Podsumowanie

Związany z uzależnieniem od nikotyny nałóg palenia papierosów jest w kontekście szkód zdrowotnych najistotniejszym problemem zdrowia publicznego na świecie oraz w Polsce. Pomimo starań liczba palaczy na świecie nie zmienia się istotnie od ponad 10 lat, jednak w krajach, w których podjęto takie działania, jak zwiększenie akcyzy na papierosy, zakaz palenia w przestrzeni publicznej, zakaz reklamy czy też wdrożenie strategii redukcji szkód zdrowotnych, liczba osób palących znacząco spada, co dowodzi zasadności tej polityki.

Najistotniejszymi działaniami mogącymi prowadzić do „ziemi wolnej od dymu (papierosowego)” pozostają jednak przekonanie i pomoc już palącym w wyjściu z uzależnienia oraz – a właściwie przede wszystkim – powszechna edukacja mogąca doprowadzić do faktycznego wyrugowania nałogu tytoniowego ze społeczeństw. Ta druga droga jest jednak bardzo czasochłonna, a jej efektów jako typowej profilaktyki pierwotnej można się spodziewać w skali jednego – dwóch pokoleń. Dlatego główny nacisk jest kładziony na zmniejszenie populacji palaczy. U pacjentów wielokrotnie bez sukcesu próbujących zerwać z nałogiem oraz u takich, którzy odmawiają podjęcia tego wysiłku, zasadne jest stosowanie różnych technik redukcji szkód. Nie tylko z punktu widzenia palącego pacjenta czy osób z jego otoczenia, lecz także z perspektywy zdrowia publicznego każdy sposób zmniejszenia ekspozycji społeczeństwa na dym tytoniowy jest korzystny i powinien być akceptowany.

Piśmiennictwo

1. https://ec.europa.eu/health/tobacco/overview_en.
2. World Health Organization, Regional Office for Europe, 18.02.2020 at <https://www.euro.who.int/en/health-topics/diseaseprevention/tobacco/news/news/2020/2/tobacco-use-causes-almost-one-third-of-cancer-deaths-in-the-who-european-region>.
3. Palenie papierosów, Komunikat z badań, CBOS, Nr 104/2019, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_104_19.
4. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes, September 2020, <https://ec.europa.eu/com-mfrontoffice/publicopinion>.
5. Tobacco control & the sustainable development goals, WHO Regional Office for Europe, https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=40371&Itemid=270&lang=es.
6. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub5/full/pl>.
7. <https://ptdiab.pl/images/raporty/Wytyczne-ZUN.pdf>.
8. WONCA International Dictionary for General/Family Practice. Bentzen N (ed.). Copenhagen 2003.
9. Hecht SS. Tobacco smoke carcinogens and lung cancer. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 1194-1210.
10. Wu WK, Cho CH. The pharmacological actions of nicotine on the gastrointestinal tract. *J Pharmacol Sci* 2004; 94: 348-358.
11. Ye YN, Liu ESL, Shin VY i wsp. Nicotine promoted colon cancer growth via epidermal growth factor receptor, c-Src, and 5-lipoxygenase-mediated signal pathway. *J Pharmacol Exp Ther* 2004; 308: 66-72.
12. Abrams DB, Glasser AM, Pearson JL i wsp. Harm minimization and tobacco control: reframing societal views of nicotine use to rapidly save lives. *Annu Rev Public Health* 2018; 39: 193-213.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Andrzej Fal
 Klinika Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych
 Centralny Szpital Kliniczny MSWiA
 ul. Wołoska 137
 02-507 Warszawa
 e-mail: alergologia@cskmswia.pl; amfal@wp.pl