

**Artur Mierzecki, Jakub Gąsiorowski, Magdalena Miączyńska**

Pracownia Kształcenia Lekarzy Rodzinnych  
Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie  
Kierownik: dr n. med. A. Mierzecki

## **KRÓTKA INTERWENCJA ANTYTYTONIOWA NARZĘDZIEM DLA LEKARZY RODZINNYCH**

**BRIEF ANTITOBACCO INTERVENTION AS A TOOL FOR FAMILY DOCTORS (GENERAL  
PRACTITIONERS)**

**Key words:** smoking, intervention, family doctors

PNEUMONOL. ALERGOL. POL., 2002, 70, 3-4, 216-222

**I. Wstęp** Palenie papierosów jest najistotniejszym pojedynczym czynnikiem mającym negatywny wpływ na stan zdrowia. Ocenia się, że u mężczyzn w średnim wieku w Polsce ponad 90% zgonów z powodu nowotworów złośliwych płuca, 58% zgonów z powodu nowotworów złośliwych, 42% zgonów z powodu chorób układu naczyniowo-kръżeniowego i 71% zgonów z powodu chorób układu oddechowego wynika z palenia papierosów (16). Analogiczne wartości dla Polek w średnim wieku wynoszą odpowiednio: 65%, 8%, 11% i 36%. Dużą rolę w skutecznym przeciwdziałaniu temu nałogowi mogą odegrać w naszym kraju również lekarze rodzinni, którzy mają duże możliwości wglądu w uwarunkowania biologiczne, psychologiczne i społeczne u swoich pacjentów (14). Jest to bardzo istotne, gdyż według danych brytyjskich ponad 90% kontaktów między ludnością a służbą zdrowia, w systemie opartym na lekarzu rodzinnym, ma miejsce właśnie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (poz) (17).

Jednym z nadrzędnych celów pracy lekarzy rodzinnych jest profilaktyka i promocja zdrowia (6, 11). Wg aktualnych danych w Polsce papierosy pali około 40% dorosłych mężczyzn i 20% dorosłych kobiet. Co prawda od kilku lat korzystnie zmienia się w naszym społeczeństwie świadomość i wiedza na temat szkodliwości tego nałogu (ok. 70% palaczy deklaruje chęć rzucenia palenia) jednak często nie jest to łatwe, m.in. dlatego, że prawie 50% palących Polaków to osoby głęboko biologicznie uzależnione od nikotyny (21). Dane z państw o silnym, ustalonym ruchu antytytoniowym wskazują, że w długim okresie obserwacji palenie papierosów rzuca spontanicznie jedynie ok. 2% palaczy (19). W tej sytuacji kluczem do zmniejszenia częstości palenia papierosów i poprawy niekorzystnej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa są działania lekarskie, w tym także lekarzy rodzinnych.

Polscy lekarze rodzinni nie uchylają się od aktywności w tej dziedzinie. Z ankiety przeprowadzonej w 1997 r. wśród 326 polskich lekarzy rodzinnych

wynika, że 92% z nich wyraża chęć realizowania zadań związanych z profilaktyką i promocją zdrowia (12). Jednakże, choć 78% ankietowanych zgadzało się z opinią, że lekarze rodzinni powinni zajmować się problemem nikotynizmu u swoich pacjentów, to jednak tylko 46% spośród nich zadeklarowało chęć zajmowania się tym osobiście, uważając, iż mają ku temu odpowiednie kompetencje (12). Świadczy to o tym, że lekarze rodzinni nie czują się w wystarczającym stopniu przygotowani do rozwiązywania problemów związanych z paleniem tytoniu u swoich podopiecznych. Sami zresztą często nie potrafią sobie poradzić z tym nałogiem. Według danych szacunkowych papierosy pali 14,5% lekarzy rodzinnych w Polsce (podczas gdy w Zjednoczonym Królestwie – 10% i tylko 3% w Stanach Zjednoczonych) (3, 10, 13). W walce z nałogiem palenia papierosów, nadużywaniem alkoholu itp. lekarze rodzinni gotowi są podejmować współpracę z władzami lokalnymi (77%) bądź mediami (43%) (12). Jest to optymistyczny prognostyk świadczący o świadomości roli, jaką powinni oni spełniać w społeczności swoich pacjentów.

Lekarze rodzinni opowiadają się najczęściej za następującymi formami promocji zdrowia: krótka porada podczas wizyty pacjenta (87%), ulotki w poczekalni (83%), wykłady i pogadanki (54%), kursy dla pacjentów (50%) (12). Wyniki te świadczą o tym, że lekarze preferują szybką i skuteczną formę interwencji, co jest zrozumiałe w dobie ogólnie szybkiego trybu życia. Taką metodę walki z nikotynizmem stanowi krótka interwencja antytytoniowa. Jest to krótkotrwała, trwająca kilka minut, rozmowa w ramach rutynowej porady lekarskiej, której celem jest identyfikacja palacza papierosów i – jeśli istnieje taka potrzeba – udzielenie mu pomocy w rzuceniu nałogu (20). Sposób postępowania został opracowany przez Narodowy Instytut Raka w Stanach Zjednoczonych i przyjęty w formie wytycznych przez American Medical Association (AMA), a ostatnio zaakceptowany przez autorów Pierwszych Europejskich Rekomendacji WHO dotyczących leczenia uzależnienia od tytoniu (1, 8). Schemat opiera się na zasadzie „AAAAA” (akronim od ang. słów: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange). Do polskich warunków schemat ten został zaadoptowany przez W. Zatońskiego jako zasada „PPPP” (akronim od słów: Pytaj, Poradź, Pomóż, Pamiętaj) (14, 20).

## II. Etapy krótkiej interwencji antytytoniowej

1. Krok pierwszy – Pytaj – oznacza, że lekarz powinien przy okazji każdego badania pytać chorego, czy pali tytoń. Jeżeli pozwala na to czas, powinien także zapytać ile papierosów pali dziennie, od ilu lat, kiedy po przebudzeniu zapala pierwszego papierosa (można zastosować test Fagerströma), czy chce przestać palić, jaka jest jego motywacja do zerwania z nałogiem (można zastosować test Schneider), czy próbował już zerwać z nałogiem, czy próby te powiodły się, i – jeśli nie – spytać o przyczyny niepowodzenia (14). AMA zaleca ponadto opracowanie takiego wzoru dokumentacji medycznej, aby – obok podstawowych parametrów, takich jak ciśnienie tętnicze, tętno, temperatura, masa ciała, częstość oddechu – można było odnotować status nikotynowy pacjenta (1). Zalecane jest także zaznaczenie, czy pacjent aktualnie pali papierosy, rzucił palenie, czy też nie palił nigdy (20).

2. Krok drugi – Poradz – oznacza, że lekarz powinien poradzić palącemu papierosy pacjentowi, aby przestał palić (20). Zaleca się, aby to robić w sposób możliwie najprostszy, jednakże autorytatywny, powołując się na stan zdrowia pacjenta i autorytet własny lekarza (1, 14). Porada powinna odnosić się bezpośrednio do osoby pacjenta (personalizacja), odwołując się do ważnych dla niego osobiście powodów zerwania z nałogiem, jak np. zły stan zdrowia, troska o zdrowie rodziny, sytuacja materialna pacjenta czy pełniona rola społeczna (matka, ojciec, nauczyciel itp.).

3. Krok trzeci – Pomóż – polega na pomocy pacjentowi w wyborze właściwej terapii odwykowej (8). Najlepszą metodą jest doradzenie bezzwłocznego rzucenia palenia, przekazanie materiałów edukacyjnych, poświęcenie dodatkowego czasu na rozmowę o metodach rzucania palenia, przekonanie o korzyściach wynikających ze zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych skutków zerwania z nałogiem, poinformowanie o sposobach radzenia sobie z objawami zespołu odstawienia, zaproponowanie farmakoterapii oraz – jeśli konieczna jest pomoc specjalistyczna – skierowanie do Przychodni Przeciwytoniowej, Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym lub na kurs odwykowy. Wg AMA, konkretnym wsparciem na tym etapie może być pomoc w ułożeniu planu rzucenia nałogu (ustalenie daty, poinformowanie o tym fakcie rodziny, przyjaciół i współpracowników wraz z prośbą o zrozumienie i wsparcie), a w okresie po rzuceniu palenia praktyczne poradnictwo służące rozwiązywaniu problemów wynikających z abstynencji (1). Istotne zagadnienia to analiza poprzednich prób rzucenia nałogu (identyfikacja czynników pomocnych oraz destrukcyjnych), przedyskutowanie sposobu radzenia sobie z czynnikami wyzwalającymi palenie, ograniczenie lub zaniechanie spożycia alkoholu (ponieważ może przyczynić się do nawrotu palenia) oraz wypracowanie relacji do innych palaczy w domu (pacjent powinien przekonać domowników do rzucenia nałogu razem z nim lub do niepalenia w jego obecności).

4. Krok czwarty – Pamiętaj – ma przypominać lekarzowi, aby przy każdej kolejnej wizycie pytał pacjenta o jego stosunek do palenia papierosów (8). Jeśli pacjent wrócił do tego nałogu, należy jeszcze raz wyjaśnić mu, jak ważne jest zaprzestanie palenia dla jego zdrowia, omówić z nim przyczyny powrotu i doradzić, aby jak najszybciej podjął kolejną próbę rzucenia nałogu, gdyż wzrastająca liczba takich prób powinna zwiększyć szansę sukcesu. Ponadto AMA zaleca na tym etapie zaaranżowanie planu systematycznych kontaktów z pacjentem (monitorowanie) zarówno osobiście, jak i przez telefon (1). Pierwsze spotkanie jest zalecane w pierwszym tygodniu po rzuceniu palenia, drugie w okresie pierwszego miesiąca, zaś kolejne zgodnie z wyznaczonym planem monitorowania. Podczas pierwszego spotkania istotne jest pogratulowanie pacjentowi sukcesu, jakim jest rzucenie palenia.

Dodatkowym elementem krótkiej interwencji antytytoniowej, zaaprobowanym przez AMA, jest mieszczący się na trzecim miejscu w schemacie „AAAAA” – Assess (Oceń), który polega na zidentyfikowaniu przez lekarza gotowości pacjenta do podjęcia próby rzucenia nałogu (1). Lekarz powinien zapytać o chęć rzucenia palenia w najbliższym czasie i – jeśli pacjent wyraża taką wolę – zaproponować mu swoje wsparcie. W przypadku zdecydowanego odrzucenia

przez pacjenta propozycji zerwania z nałogiem, lekarz powinien zastosować interwencję motywacyjną. Jeśli pacjent należy do grupy specjalnej (np. nastolatek, kobieta w ciąży), należy rozważyć dostarczenie mu dodatkowych informacji (1).

**III. Wyniki krótkiej interwencji antytytoniowej** Na podstawie metaanalizy 31 randomizowanych badań kliniczno-kontrolnych, obejmujących łącznie ponad 26.000 palaczy papierosów – pacjentów poz, oddziałów szpitalnych, klinik prywatnych oraz przemysłowej służby zdrowia, obliczono iloraz szans OR (odds ratio) dla różnych metod walki z nałogiem nikotynizmu. Dla krótkiej interwencji antytytoniowej OR wynosi 1,69 (95% CI 1,45-1,98). Z metaanalizy tej wynika istotnie wyższa skuteczność krótkiej interwencji antytytoniowej w stosunku do samopomocy (OR równe 1,23; 95% CI 1,02-1,49) oraz interwencji behawioralnej i psychologicznej (OR wynoszące 1,55; 95% CI 1,27-1,90), porównywalna ze skutecznością nikotynowej terapii zastępczej (OR=1,71; 95% CI 1,60-1,83), zaś ustępująca jedynie metodom farmakologicznym (bupropion – OR=2,73; 95% CI 1,90-3,94; czy nortryptylina – OR=2,83; 95% CI 1,59-5,03) (9).

Z badań przeprowadzonych podczas tworzenia wytycznych dotyczących walki z nałogiem palenia wynika, że bardzo krótka porada antytytoniowa (do 3 min) zwiększa odsetek abstynentów w okresie powyżej 6 miesięcy o 2%, krótka porada antytytoniowa (do 10 min) zwiększa odsetek abstynentów o 3%, zaś krótka porada w połączeniu z zastosowaniem nikotynowej terapii zastępczej zwiększa odsetek abstynentów w analogicznym okresie o 6% (17). Wyniki badań innych autorów również świadczą o istotnie korzystnym wpływie krótkiej interwencji antytytoniowej, gdyż spośród każdych 50 palaczy, w stosunku do których zostanie ona zastosowana, jeden lub dwóch w przyszłości rzuci palenie (2).

Wg wytycznych amerykańskich, A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, krótka porada antytytoniowa jest metodą efektywną. Autorzy tych wytycznych wskazują, że istnieje silna relacja pomiędzy intensywnością porady antytytoniowej a jej efektywnością. Uważają oni, iż kluczową rolę, jako forma terapii antytytoniowej (szczególnie cenną dla lekarzy poz ze względu na szeroki przekrój pacjentów), może odgrywać krótka interwencja kliniczna (brief clinical intervention). Zwracają uwagę, iż nawet interwencje 3-minutowe mogą zwiększyć istotnie odsetek abstynentów oraz że jest to metoda, którą można zaoferować wybranym populacjom, np. młodzieży, kobietom w ciąży, palaczom w starszym wieku, mniejszościom etnicznym itp. Interwencja powinna być dostosowana do trzech typów pacjentów: aktualnych palaczy pragnących rzucić nałóg, aktualnych palaczy nie mających zamiaru rzucić palenia oraz byłych palaczy, którzy niedawno rzucili palenie (1). Zastosowanie standardowych testów, takich jak test CAGE (C – control, A – annoyed, G – guilty, E – eye-opener) dla palaczy, test czterech C (compulsion, control, cutting down, consequences) czy test Fagerströma umożliwi ustalenie jednokowych kryteriów oceny stanu uzależnienia pacjenta od nikotyny (18).

**IV.  
Plan  
profesjonalnego  
szkolenia  
lekarzy POZ**

W Polsce, do końca lat 90. lekarzy POZ nie szkolono w sposób profesjonalny w zakresie udzielania pomocy pacjentom palącym papierosy ani nie prowadzono badań związanych ze stosowaniem interwencji antytytoniowej. Aby pomóc lekarzom rodzinnym w leczeniu pacjentów uzależnionych od nikotyny, z inicjatywy prof. W. Zatońskiego oraz Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, stworzono projekt szkoleń dla lekarzy rodzinnych na lata 2000-2005, którego celem jest:

1. włączenie polskich lekarzy rodzinnych do akcji mającej prowadzić do beznikotynowego stylu życia społeczeństwa polskiego poprzez zmniejszenie rozpowszechnienia nałogu palenia papierosów wśród populacji pacjentów lekarzy rodzinnych;
2. wyszkolenie kadry nauczycieli lekarzy rodzinnych w zakresie krótkiej interwencji antytytoniowej;
3. radykalne zmniejszenie rozpowszechnienia nałogu palenia papierosów wśród wszystkich lekarzy rodzinnych.

W całym kraju, począwszy od roku 2000, odbyły się już 32 szkolenia z zakresu krótkiej interwencji antytytoniowej dla nauczycieli rezydentów medycyny rodzinnej i lekarzy rodzinnych, w których udział wzięło 526 osób. W ich trakcie podkreślano korzystną sytuację lekarza rodzinnego, w porównaniu ze specjalistą, w działaniach podejmowanych na rzecz profilaktyki chorób i promocji zdrowia, w tym również w zakresie wychwytywania pacjentów z nałogiem nikotynizmu i pomagania im w jego zwalczaniu. Lekarz rodzinny ma bowiem doskonałą okazję podejmowania działań z zakresu profilaktyki pierwszo- i drugorzędowej wobec podopiecznych ze swojej listy, w odróżnieniu od lekarza specjalisty, do którego pacjenci zgłaszają się zwykle już z objawami choroby, w tym również choroby odytoniowej. Inną inicjatywą Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, oprócz przeprowadzonych kursów, było wydanie podręcznika metodycznego dla nauczycieli lekarzy rodzinnych pt. „Zagadnienia profilaktyki i promocji zdrowia”, w którym jeden z pięciu rozdziałów poświęcony jest paleniu papierosów (14). Autorami książki są praktykujący lekarze rodzinni z czterech uczelni w Polsce.

Jednak mimo możliwości, jakie otwierają się przed lekarzami rodzinnymi w dziedzinie rozwiązywania problemów związanych z paleniem papierosów, dość sceptycznie odnoszą się oni do szkoleń z tego zakresu. Jako przyczyny niechęci do szkoleń w zakresie metod walki z nałogiem nikotynizmu podają: brak czasu (33%), brak wiary w sukces terapeutyczny (14%), niedocenianie wagi problemu (13%), palenie papierosów przez samych lekarzy (8%), niechęć pacjentów do współpracy (7%), brak motywacji finansowej (5%), przeświadczenie o wystarczającej wiedzy pacjentów (3%), brak pomocy dydaktycznych (3%) (15). Podobne przyczyny zgłaszają brytyjscy GPs (General Practitioners), którzy ponadto tłumaczą je obawą o utratę dobrych relacji z pacjentami. Dlatego często w rozmowie z podopiecznymi w ogóle nie podejmują tematu palenia papierosów, ograniczając interwencje jedynie do pacjentów zgłaszających się z powodu chorób tytoniozależnych oraz do tych,

z którymi łączą ich dobre i silne relacje (4). Również inni autorzy podają, że brytyjscy GPs stosują krótką interwencję tylko w 20-30% przypadków wymagających jej zastosowania, ograniczając omawianie spraw związanych z paleniem papierosów tylko do pacjentów z problemami zdrowotnymi wynikającymi z tego nałogu (5). Z badań przeprowadzonych wśród irlandzkich lekarzy rodzinnych wynika, iż najczęstszymi przyczynami niestosowania przez nich krótkiej interwencji są, podobnie jak w Polsce i w Zjednoczonym Królestwie, ograniczenia czasowe, obawa przed negatywną reakcją pacjenta oraz brak wiary w skuteczność tych działań (7).

### Podsumowanie

- Lekarze rodzinni nie czują się odpowiednio przygotowani do rozwiązywania problemów pacjentów związanych z paleniem tytoniu.
- Lekarze rodzinni preferują krótką i skuteczną formę interwencji lekarskiej we wspieraniu pacjentów przy rzucaniu palenia papierosów.
- Krótka interwencja antytytoniowa jest skuteczną formą zmniejszania rozpowszechnienia nałogu palenia papierosów.
- Ze względu na specyfikę swojej specjalności lekarze rodzinni mają duże możliwości oddziaływania na pacjentów palących papierosy jeszcze w okresie przed wystąpieniem u nich objawów chorób tytoniozależnych.

### Piśmiennictwo

1. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence (A US Public Health Service Report). *JAMA* 2000, 283, 3244-3254.
2. Ashenden R., Silagy C., Weller D.: A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam. Pract.* 1997, 14, 160-176.
3. Chambers R.: Health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Occup Med. Oxf.* 1992, 42, 69-78.
4. Coleman T., Murphy E., Cheater F.: Factors influencing discussion of smoking between GPs and patients who smoke: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2000, 50, 207-210.
5. Coleman T., Wilson A.: Anti-smoking advice from general practitioners: is a population-based approach to advice-giving feasible? *Br J Gen Pract.* 2000, 50, 1001-1004.
6. Döbrössy L.: Prevention in primary care. Recommendation for promoting good practice, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995.
7. Egan M., Rhatigan P.: Training GP colleagues on brief intervention techniques for smoking cessation. *EUROPREV Workshop „Helping smokers to stop – the European Experience”, 6<sup>th</sup> European Conference on General Practice and Family Medicine, Vienna, 2000.*
8. First WHO European Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence, WHO, Copenhagen, 2001 [wersja elektroniczna].
9. Lancaster T. i wsp.: Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000, 321, 355-358.
10. LeBlanc K. E. i wsp.: Modifiable high-risk behaviours for cardiovascular disease among family physicians in the United States. A National Survey. *Arch Fam Med.* 1997, 6, 246-250.
11. Łuczak J. R.: Karta Lekarzy Rodzinnych. *Lekarz Rodzinny* 1999, 1, 6-7.
12. Mierzecki A., Gąsiorowski J., Piławska H.: Family doctor and health promotion – Polish experience and perspectives. *Eur J Gen Pract.* 2000, 6, 57-61.
13. Mierzecki A., Gąsiorowski J., Piławska H.: Środowiskowe i demograficzne uwarunkowania zachowań zdrowotnych lekarzy rodzinnych. *Probl. Med. Rodz.* 1999, 1, 30-35.
14. Mierzecki A., Godycki-Ćwirko M.: Zagadnienia profilaktyki i promocji zdrowia. Podręcznik

## A. Miercki i wsp.

- nik metodyczny dla nauczycieli lekarzy rodzinnych., Aktis, Łódź, 2000.
15. Mierzecki A. i wsp.: Advantages and difficulties in training family physicians for the brief antitobacco intervention. 10<sup>th</sup> European Symposium of Somatotherapy and 3<sup>rd</sup> European Symposium of Psychosomatic Education [Book of Abstracts], Cracow, 2000.
  16. Peto R. i wsp.: Mortality from smoking in developed countries 1950-2000, Oxford University Press, Oxford, 1994.
  17. Raw M., McNeill A., West R.: Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ* 1999, 318, 182-185.
  18. Rustin T. A.: Assessing nicotine dependence. *Am Fam Physician* 2000, 62, 579-584.
  19. Tobacco Advisory Group: Nicotine Addiction in Britain, Royal College of Physicians, London, 2000.
  20. Zatoński W.: Leczenie uzależnionych od tytoniu, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa, 1998.
  21. Zatoński W.: Leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu jest obowiązkiem lekarza, *Medi-press*, 2000, 7 (supl.), 3-5.

Wpłynęła: 15.09.2001 r.

Adres: Pracownia Kształcenia Lekarzy Rodzinnych PAM, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin