



Leczenie uzależnienia od tytoniu – zarys problematyki

Treatment of tobacco addiction – outline of issues

Jan Wojciech Pęksa^{1,2,B,D,F}, Katarzyna Dembe^{3,B,D,F}

¹ Klinika Kardiologii i Elektrokardiologii Interwencyjnej oraz Nadciśnienia Tętniczego, Szpital Uniwersytecki, Kraków, Polska

² Poradnia Lekarza Rodzinnego „COR VITA”, Kraków, Polska

³ Klinika Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki, Kraków, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pęksa JW, Dembe K. Leczenie uzależnienia od tytoniu – zarys problematyki. Med Og Nauk Zdr. doi: 10.26444/monz/132652

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Zespół uzależnienia od nikotyny jest stanem zależności od tej substancji; osoba paląca często nie jest w stanie porzucić nałogu mimo znajomości faktu jego szkodliwego wpływu na zdrowie. Celem pracy było przystępne, zwięzłe opisanie metod stosowanych przez lekarzy oraz psychologów, aby pomóc pacjentom w porzuceniu palenia tytoniu.

Skrócony opis stanu wiedzy. Istotna jest identyfikacja osób palących tytoń (szczególnie wśród pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi, pulmonologicznymi, nowotworami), aby umożliwić im uzyskanie porad i zaproponować adekwatne leczenie. Pacjenci palący powinni otrzymać wsparcie i mieć dostęp do odpowiedniej farmakoterapii: nikotynowej terapii zastępczej, warenikliny i bupropionu. Leki te można stosować, w zależności od nasilenia nałogu, w monoterapii lub w połączeniach. Do oceny uzależnienia od tytoniu przydatny jest kwestionariusz Fagerströma (6 pytań). W zerwaniu z nałogiem istotna jest motywacja; jej siłę można ocenić np. przy użyciu kwestionariusza wg Schneider (12 pytań). Aby przynieść oczekiwany skutek, terapia uzależnienia często powinna mieć formę zarówno psychoterapii, jak i farmakoterapii. W obrębie psychoterapii dobre efekty można odnieść dzięki terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) opartej na procesie uczenia się.

Podsumowanie. Osoba paląca wyroby tytoniowe zazwyczaj potrzebuje kilku prób, aby wyjść z nałogu i często jest to proces długotrwały. Nierzadko konieczny jest kontakt zarówno z psychologiem (odpowiednia psychoterapia, szczególnie CBT), jak i lekarzem (farmakoterapia) – takie połączenie terapii daje najlepsze efekty.

Słowa kluczowe

psychoterapia, palenie papierosów, lekarz, nikotyna, psycholog

■ Abstract

Introduction and Objective. Nicotine addiction syndrome is a state of nicotine dependence. The smoker cannot quit the addiction despite its harmful effects on health. The aim of the study was to briefly describe the methods used by physicians and psychologists to help patients quit smoking.

Brief description of the state of knowledge. It is important to identify smokers (especially among patients with cardiological, pulmonary and cancerous diseases) to enable them to obtain advice and offer adequate treatment in order to quit smoking. Smokers should receive support and have an access to appropriate pharmacotherapy: nicotine replacement therapy, varenicline and bupropion. These drugs can be used, depending on the severity of addiction, as monotherapy or in combinations. The Fagerström questionnaire (6 items) is useful for assessing tobacco dependence. In quitting the addiction, motivation is important, and its strength may be assessed using the Schneider questionnaire (12 items). To be effective, addiction treatment should often take the form of both psychotherapy and pharmacotherapy. With regard to psychotherapy, good results can be achieved using cognitive-behavioural therapy based on learning processes.

Conclusions. A smoker usually requires several attempts to recover from the addiction, and this is often a long-term process. It is often necessary to consult both a psychologist (appropriate psychotherapy) and a physician (to obtain pharmacotherapy). This combination of therapy provides the best results.

Key words

psychotherapy, cigarette smoking, physician, nicotine, psychologist

WPROWADZENIE

Stosowanie wyrobów tytoniowych zawierających nikotynę prowadzi do uzależnienia od tej substancji; w większości przypadków dochodzi do zależności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Opisywane zaburzenie ma charakter przewlekły, nawracający oraz jest związane ze zmianami w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego (neuroadaptacja).

Adres do korespondencji: Jan Wojciech Pęksa, Klinika Kardiologii i Elektrokardiologii Interwencyjnej oraz Nadciśnienia Tętniczego, Szpital Uniwersytecki, Kraków, Polska

E-mail: janwpeksa@gmail.com

Nadesłano: 23.09.2020; zaakceptowano do publikacji: 21.01.2021; publikacja online: 10.02.2021

Zwiększa się liczba miejsc wiążących na cholinergicznym receptorach nikotynowych w mózgu w odpowiedzi na de-synsytizację wywołaną przez nikotynę. W przypadku zaprzestania palenia może dochodzić do rozwoju nasilonego zespołu abstynencyjnego zwiększającego ryzyko powrotu do nałogu [1, 2].

Palenie wyrobów tytoniowych znacznie przyspiesza rozwój blaszek miażdżycowych w naczyniach krwionośnych oraz zwiększa tendencję do tworzenia zakrzepów. Nikotynizm jest szczególnie **silnie związany z występowaniem chorób sercowo-naczyniowych** (ostre i przewlekłe zespoły wieńcowe, udary mózgu), **schorzeń płuc** (przewlekła obturacyjna choroba płuc – POChP), **nowotworów** (rak płuca, krtani, jamy ustnej i gardła, pęcherza moczowego, trzustki, szyjki macicy) oraz **bezplodności**. Odejście od nałogu jest najlepszą kosztowo, efektywną strategią w prewencji tych schorzeń. Podkreślają to eksperci zarówno kardiologicznych, jak i pulmonologicznych towarzystw naukowych [3, 4]. U osoby palącej papierosy przez większość życia prawdopodobieństwo zgonu z powodu tego nałogu wynosi 50%; przeciętnie taki człowiek żyje 10 lat krócej niż osoba bez nałogu [5]. Palenie jest bardziej obciążającym czynnikiem niż np. obecność ciężkiego nadciśnienia tętniczego (utrata <3 lat życia) lub łagodnego nadciśnienia tętniczego (utrata <1 roku życia) [3, 6]. W pracy opisano postępowanie psychologa i lekarza, będące bardzo ważnym elementem pomocy pacjentom w zerwaniu z nałogiem.

CEL PRACY

Celem pracy było zwięzłe i przystępne opisanie metod stosowanych przez lekarzy oraz psychologów, będących pomocą dla pacjentów w odejściu od palenia wyrobów tytoniowych.

OPIS STANU WIEDZY

Epidemiologia uzależnienia od tytoniu

Na podstawie danych z badania „Global Statistics on Addictive Behaviours” z 2014 roku, zawierającego m.in. informacje podane przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO), oszacowano, że na całym świecie ok. **1 mld ludzi paliło tytoń** (23% populacji), przy czym zaobserwowano duże zróżnicowanie geograficzne rozpowszechnienia nałogu. Palenie **wśród mężczyzn było ogółem ponad czterokrotnie częstsze niż u kobiet** (32% vs 7%). Różnica ta była znacznie mniejsza np. w krajach Europy Zachodniej, gdzie palaczami było 33% mężczyzn i 24% kobiet. Szacowano, że 11% zgonów mężczyzn i 6% zgonów kobiet każdego roku było spowodowanych paleniem tytoniu. W sondażu Eurobarometru z 2015 roku uzyskano zbieżne dane. Wykazano, że ogółem 26% Europejczyków powyżej 15. roku życia paliło papierosy, a wśród ludzi w wieku 25–39 lat palacze stanowili 33%. Największy odsetek osób palących wyroby tytoniowe występował w tamtym czasie w Oceanii i Europie Wschodniej, a najmniejszy w Afryce i Ameryce Północnej oraz Środkowej [3, 7, 8]. Na podstawie Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) stwierdzono, że w Polsce w 2014 roku 22,7% osób (> 7 mln) w wieku 15 i więcej lat paliło codziennie wyroby tytoniowe [9]. W badaniu przeprowadzonym przez

Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w 2019 roku potwierdzono dane uzyskane przez EHIS odnoszące się do populacji Polski. W grupie 1077 osób z reprezentatywnej próby losowej dorosłych mieszkańców naszego kraju 21% osób paliło papierosy regularnie, a kolejne 5% okazjonalnie (łącznie paliło więc 26% ankietowanych). Częściej palili mężczyźni (31%) niż kobiety (21%) [10].

Jeśli chodzi o pacjentów kardiologicznych, to w europejskim badaniu EUROASPIRE IV (obejmującym 24 kraje europejskie, w tym Polskę) stwierdzono, że 16% osób szczególnie narażonych na niekorzystne działanie wyrobów tytoniowych (pacjenci z potwierdzoną chorobą wieńcową, po zawale serca lub wykonanej planowej rewaskularyzacji naczyń wieńcowych) paliło papierosy po średnim czasie 16 miesięcy od hospitalizacji. Prawie 50% spośród badanych, którzy palili w czasie wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego, było nałogowymi, uporczywymi palaczami. Oznacza to, że wciąż palili wyroby tytoniowe mimo postawionego rozpoznania choroby wieńcowej. We wspomnianym badaniu pokazano też, że leczenie nikotynizmu oparte na zasadach zgodnych z aktualną wiedzą naukową było zjawiskiem rzadkim [3, 11].

Regionalne dane epidemiologiczne opisujące palenie tytoniu przedstawiono w tab. 1.

Tabela 1. Szacowany odsetek osób ≥ 15 . roku życia palących wyroby tytoniowe (papierosy, cygara, fajkę) w różnych regionach świata oraz w Polsce w 2014 r.

Region	Mężczyźni [%]	Kobiety [%]	Ogółem [%]
Afryka*	23	3	13
Ameryka Północna i Karaiby*	20	4	13
Ameryka Południowa*	30	15	21
Azja Zachodnia*	37	4	23
Azja Wschodnia*	45	4	24
Europa Północna*	28	22	27
Europa Południowa*	35	24	28
Europa Zachodnia*	33	24	29
Australia i Oceania*	43	19	30
Europa Wschodnia*	42	22	31
Polska**	32,5	20,3	26,1
Świat ogółem*	32	7	23

Źródło: *[7, 8] **[9]

Postawienie rozpoznania

Uzależnienia (ang. *dependence*, *addiction*) można podzielić na obejmujące **zależności od substancji psychoaktywnych** (np. od alkoholu, narkotyków) oraz na **zależności behawioralne**, związane z utrwalonym, wielokrotnym powtarzaniem określonej czynności (np. od gier, zakupów, korzystania z Internetu). Kryteria definiujące uzależnienie od substancji to: przymus jej używania, wpływ na czynności psychiczne, a także na zachowania człowieka [1, 12].

Osoba uzależniona od nikotyny nie potrafi kontrolować liczby wypalanych papierosów i lekceważy informacje na temat ich szkodliwego używania. Często zaniedbuje swoje dotychczasowe zainteresowania kosztem poświęcania uwagi nałogowi. Gdy dochodzi do odstawienia nikotyny, może pojawić się zespół abstynencyjny. Wśród uzależnionych występuje trudny do kontrolowania przymus zapalenia wyrobu tytoniowego nawet wcześniej rano, zaraz po przebudzeniu się. Dochodzi do poszukiwania tej używki (ang. *nicotine seeking*).

Powrót do nałogu może pojawiać się nawet po długim czasie po odejściu od palenia [12, 13].

Autorzy **Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10)**, w rozdziale V (*Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania: F00–F99*) wyszczególnili omawiane w pracy uzależnienie. Posiada ono kod: **F17: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu** [14].

Zespół abstynencyjny (odstawienny, ang. *nicotine withdrawal*) od nikotyny przebiega często z rozdrażnieniem, niepokojem, lękiem, zmęczeniem, osłabieniem, pogorszeniem koncentracji uwagi, zaburzeniami snu i apetytu oraz kaszlem. Występują więc zarówno symptomy fizyczne, jak i psychiczne; objawy te prowadzą do tym większej potrzeby zapalenia papierosa. Szczególnie narażeni na powrót do nałogu są ludzie, którzy rzucili palenie niedawno. W perspektywie długoterminowej zaprzestanie palenia powoduje jednak zmniejszenie objawów depresyjnych, lęku i stresu oraz poprawę nastroju i jakości życia w porównaniu do osób wciąż palących. Ten pozytywny efekt po wyjściu z nałogu występuje zarówno u osób z zaburzeniami psychicznymi, jak i bez nich [15, 16]. Wykazano to m.in. w metaanalizie 26 badań obserwacyjnych autorstwa Taylor i wsp. z 2014 roku [16].

W celu dokonania oceny stopnia uzależnienia od nikotyny, oprócz wywiadu, pomocny jest **test uzależnienia od nikotyny wg Fagerströma**. To metoda kwestionariuszowa, służąca do pomiaru farmakogennej składowej uzależnienia od nikotyny. Test składa się z 6 pytań; największe znacznie

przypisano pytaniu o to, ile czasu upływa od porannego przebudzenia do zapalenia pierwszego papierosa (0–3 pkt) oraz o liczbę dziennie wypalanych papierosów (0–3 pkt). Gdy osoba zapala papierosa w ciągu 5 min. po obudzeniu, świadczy to o wysokiej potrzebie zapalenia i dużym głodzie nikotynowym. Jeżeli palacz udziela odpowiedzi, że wypala > 30 sztuk papierosów dziennie, istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo uzależnienia od nikotyny. Aby dokonać oceny stopnia uzależnienia od tytoniu, należy zsumować wartości przypisane danym odpowiedziom. Niewątpliwą zaletą wspomnianej skali jest jej duża prostota. Uzyskanie wyniku ≥ 7 punktów w teście Fagerströma oznacza, że uzależnienie od nikotyny u danej osoby jest silne i ma charakter zarówno psychiczny, jak i biologiczny. Odstawienie palenia może być więc trudne ze względu na pojawiające się objawy zespołu abstynencyjnego [6, 17].

Ocena motywacji do zaprzestania palenia papierosów jest jednym z najważniejszych elementów pozwalających stwierdzić, czy pacjentowi uda się odejść od nałogu. Do jej pomiaru służy np. **test motywacji do rzucenia palenia wg Schneider**. Interpretacja wyników opiera się także na zsumowaniu punktów za poszczególne odpowiedzi; im więcej odpowiedzi twierdzących, tym większa motywacja danej osoby do zaprzestania palenia [6, 18].

Wspomniane kwestionariusze przedstawiono zbiorczo w tab. 2. W opinii autorów pracy takie ich zestawienie (na jednej stronie) jest dobrym rozwiązaniem, które ułatwia ich używanie w codziennej praktyce.

Tabela 2. Ocena uzależnienia od nikotyny oraz motywacji do zaprzestania palenia

Ocena stopnia motywacji do zaprzestania palenia wg Schneider		Uzależnienie od nikotyny wg Fagerströma	
Pytanie	Odpowiedź i punktacja	Pytanie	Odpowiedź i punktacja
1. Czy chcesz zaprzestać palenia tytoniu?	tak = 1 nie = 0	1. Kiedy po przebudzeniu zapalasz pierwszego papierosa?	do 5 min = 3 po 6–30 min = 2 po 31–60 min = 1 po 60 min = 0
2. Czy decydujesz się na to ze względu na siebie, czy na inne osoby? (tak – dla siebie, nie – dla innych)	tak = 1 nie = 0	2. Czy powstrzymanie się od palenia w miejscach, gdzie palić nie wolno, jest dla Ciebie problemem?	tak = 1 nie = 0
3. Czy podejmowałeś / podejmowałaś wcześniej próby zaprzestania palenia?	tak = 1 nie = 0	3. Z którego papierosa najtrudniej Ci zrezygnować?	z pierwszego rano = 1 z każdego innego = 0
4. Czy orientujesz się, w jakich sytuacjach palisz najczęściej i dlaczego to robisz?	tak = 1 nie = 0	4. Ile papierosów wypalasz dziennie?	$\leq 10 = 0$ 11–20 = 1 21–30 = 2 $\geq 31 = 3$
5. Czy wiesz, dlaczego palisz tytoń?	tak = 1 nie = 0	5. Czy rano palisz więcej papierosów niż w ciągu dnia?	tak = 1 nie = 0
6. Czy możesz liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół, partnera, gdybyś chciał/chciała zaprzestać palenia?	tak = 1 nie = 0	6. Czy nie możesz się powstrzymać od palenia nawet podczas choroby, gdy musisz leżeć w łóżku?	tak = 1 nie = 0
7. Czy członkowie Twojej rodziny są osobami niepalącymi?	tak = 1 nie = 0		
8. Czy w miejscu, w którym pracujesz, nie pali się tytoniu?	tak = 1 nie = 0		
9. Czy jesteś zadowolony / zadowolona ze swojej pracy i trybu życia, jaki prowadzisz?	tak = 1 nie = 0		
10. Czy wiesz, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy w razie trudności z utrzymaniem abstynencji?	tak = 1 nie = 0		
11. Czy wiesz, na jakie trudności będziesz narażony/narażona w czasie abstynencji (pokusy, zachcianki, słabości)?	tak = 1 nie = 0		
12. Czy wiesz, w jaki sposób radzić sobie w sytuacjach kryzysowych?	tak = 1 nie = 0		

INTERPRETACJA:

Liczba punktów ≥ 7 (przewaga odpowiedzi pozytywnych): silna motywacja i większa szansa na samodzielne porzucenie nałogu.

Liczba punktów ≤ 5 (przewaga odpowiedzi negatywnych): konieczne jest zwiększenie motywacji

INTERPRETACJA:

Pozwala ocenić stopień uzależnienia od nikotyny.

Liczba punktów: **0–3**: uzależnienie słabe, **4–6**: uzależnienie średnie, **7–10**: uzależnienie silne

Postępowanie psychologiczne

Wyjście z nałogu nadużywania wyrobów tytoniowych jest niezwykle trudnym procesem z uwagi na szereg czynników sprzyjających dalszemu paleniu, w tym bardzo często wpływ osób z najbliższego otoczenia. Proces ten ma kilka etapów. Pierwszą fazą jest **prekontemplacja**, czyli czas, gdy osoba paląca nie myśli o porzuceniu nałogu, gdyż palenie sprawia jej wiele przyjemności i wiąże się z pozytywnymi odczuciami. Na tym etapie powinno się pacjentowi udzielić porady wskazującej na pozytywne skutki zdrowotne zaprzestania palenia oraz wręczyć materiały edukacyjne (np. dostępne w Internecie broszury przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia). Następnie, pod wpływem różnych czynników (często związanych z pogarszającym się stanem zdrowia), pacjent zastanawia się nad rzuceniem palenia (**kontemplacja**), co prowadzi do podjęcia ostatecznej decyzji odejścia od nałogu. Kolejną fazą jest **działanie**, czyli rzucenie palenia. W sposób arbitralny przyjęto, że palacz jest w okresie kontemplacji, jeśli planuje rozpoczęcie wyjścia z nałogu w czasie późniejszym niż 30 dni od daty wizyty, a w okresie działania, jeśli chce rzucić palenie przed upływem tego czasu lub ma konkretnie zaplanowaną datę, od której przestanie palić. Końcowym etapem jest **utrzymanie niepalenia**. Zdarza się, że niektóre osoby rzucają palenie od razu, natomiast większość wraca do nałogu i musi podejmować kolejne próby wyjścia z niego [19–21].

W związku z dużą złożonością opisanego powyżej procesu leczenia uzależnienia powinno być kompleksowe i mieć często formę zarówno **psychoterapii, jak i leczenia farmakologicznego**. Wartościowe jest uwzględnianie różnych metod dostosowanych do aktualnego etapu, na którym znajduje się pacjent. W wyjściu z nałogu ważne jest określenie motywacji palacza, która może wynikać ze względów zdrowotnych, wpływu środowiska, względów estetycznych, chęci uniezależnienia się od nałogu czy z kwestii finansowych [1, 19, 20].

Metodą pomocną w leczeniu uzależnień może być terapia **poznawczo-behawioralna** (ang. *cognitive-behavioral therapy* – CBT). Znaczna część technik CBT opiera się na teorii uczenia się lub warunkowania klasycznego i czynnego (instrumentalnego). Ich podstawową cechą jest eliminowanie negatywnych zachowań, co może być uzyskane za pomocą pozytywnego wzmocnienia lub bodźca awersyjnego (nieprzyjemnego). CBT opiera się na współpracy pomiędzy pacjentem a lekarzem/terapeutą, cechującej się bezkonfliktowością relacji, aktywnym słuchaniem, docenianiem sukcesów pacjenta, pomocą w nabywaniu umiejętności i określaniu korzyści wynikających z podjęcia określonych działań. CBT ma na celu **zmianę nieprzystosowanych indywidualnych zachowań** osoby palącej, tak aby nastąpiło **przewarunkowanie** oraz wytworzenie zachowań dostosowanych. Podczas CBT osoba uzależniona uczy się technik radzenia sobie w sytuacjach prowadzących do palenia tytoniu [1, 22, 23]. W przeglądzie systematycznym badań, którego wyniki opublikowano w 2017 roku, stwierdzono, że zastosowanie terapii poznawczych w połączeniu z farmakoterapią poprawiało wskaźnik abstynencji od palenia w porównaniu do stosowania tylko farmakoterapii. Autorzy wspomnianej pracy podkreślają jednak, że włączone do analizy prace były umiarkowanej jakości i konieczne jest przeprowadzenie dalszych badań w tym obszarze [24].

Inną metodą, która może być stosowana w terapii uzależnienia od nikotyny, jest podejście awersyjne. Metoda ta ma na celu wywołanie uczucia wstrętu do określonej substancji,

sytuacji lub zachowania. Polega na wytworzeniu skojarzenia między określonym zachowaniem i jego negatywnymi konsekwencjami [25]. Przykładem takiego podejścia jest metoda tzw. szybkiego palenia, w której chodzi o uzyskanie nieprzyjemnego bodźca w czasie nadmiernego wdychania związków chemicznych powstałych podczas spalania tytoniu (wysycenie nikotyną). W przeglądzie systematycznym 25 prac mających na celu określenie efektywności metod awersyjnych nie wykazano ich skuteczności. Badania włączone do analizy posiadały duże niedoskonałości metodologiczne i nie można było na ich podstawie dojść do ostatecznej konkluzji. Istotny jest również fakt, że w czasie szybkiego palenia dana osoba jest narażana na nadmierną ilość szkodliwych substancji [1, 19, 26].

Elementem leczenia uzależnienia od nikotyny mogą być także **wywiady motywacyjne** (ang. *motivational interviewing*, MI), opracowane przez W. R. Millera w latach 80. XX wieku. Wskazał on, iż słuchanie oparte na empatii, okazanie pacjentowi zainteresowania i próba zrozumienia jego problemów może zmniejszyć przyjmowanie przez tę osobę substancji psychoaktywnej [27, 28]. W 2005 roku opublikowano wyniki przeglądu systematycznego oraz metaanalizy obejmującej 19 badań oceniających wpływ stosowania MI na różne parametry związane ze stanem zdrowia pacjentów, w tym na liczbę wypalanych dziennie papierosów. Nie zaobserwowano jednak istotnego statystycznie efektu MI na ww. punkt końcowy [29]. Podczas rzucania palenia istotna jest samokontrola pacjenta. Ważna jest gotowość palacza na wprowadzenie zmian w dotychczasowym stylu życia. Na przykład jeśli ktoś palił wyroby tytoniowe podczas porannego picia kawy, powinien zacząć pić po przebudzeniu inny napój lub zmienić godzinę jego spożywania. Metoda ta, choć wydaje się bardzo prosta, może przerwać jedno z ogniw nałogu [19].

Mindfulness, czyli trening uważnej obecności, służy rozwijaniu świadomej uwagi i koncentracji na chwili obecnej. Jest to jedna z technik pomocnych w rzuceniu palenia, ponieważ poprzez elementy medytacji pozwala na osiągnięcie emocjonalnej równowagi, radzenie sobie ze stresem i zmniejszenie napięcia nerwowego (chęć palenia często pojawia się właśnie w sytuacjach stresu) [30–32]. W metaanalizie 4 badań randomizowanych z grupą kontrolną (n = 474), której wyniki opublikowano w 2016 roku, stwierdzono pozytywny efekt zastosowania metody mindfulness na utrzymywanie abstynencji od wyrobów nikotynowych. Spośród osób stosujących mindfulness 25,2% uczestników pozostawało w abstynencji przez ponad 4 miesiące w porównaniu z tylko 13,6% osób korzystających ze standardowej terapii, bez zastosowania tej metody (RR = 1,88; 95% CI = 1,04–3,40). Autorzy badania konkludują otrzymane wyniki stwierdzeniem, że zastosowanie metod mindfulness może odgrywać ważną rolę w pomocy pacjentom w zerwaniu z nałogiem [33]. Pomocne mogą być także techniki jogi, które również pomagają zredukować poziom stresu i objawy zespołu odstawiennego [34, 35].

Przeprowadzone dotychczas badania nie wykazały pozytywnego wpływu **hipnozy, akupunktury i elektrostymulacji** na rzucenie palenia. W przypadku hipnozy przegląd systematyczny 11 badań nie wykazał skuteczności tej techniki, a jej efekty są uzależnione od doświadczenia terapeuty i podatności pacjenta [36]. Gdy palacz chce być poddany jednej z trzech ww. metod, nie należy mu jej zabraniać; mogą się one okazać dla niego pomocne. Należy jednak pamiętać, że

połączenie medycyny niekonwencjonalnej z metodami konwencjonalnymi jest w większości przypadków lepsze niż stosowanie samych technik niekonwencjonalnych. Podkreślono to w wytycznych Europejskiej Sieci na rzecz Ograniczania Palenia Tytoniu z 2018 roku [1].

Terapia grupowa jest metodą opierającą się na wzajemnej edukacji i wsparciu w procesie wychodzenia z nałogu. Na spotkania często uczęszczają zarówno osoby z dużą motywacją do zmiany, jak i takie, które dopiero rozważają wyjście z nałogu. Uzależnieni ludzie uczą się na spotkaniach nowych zachowań i stosują techniki mające za zadanie wzmocnić ich motywację do zmiany. Wyznacza się datę definitywnego wyjścia z nałogu, np. przy pomocy techniki stopniowego ograniczania liczby wypalanych papierosów. W czasie terapii grupowej prowadzona jest także psychoedukacja. W metaanalizie 13 badań autorstwa Stead i wsp. wykazano, że terapia grupowa skuteczniej pomagała w wyjściu z nałogu niż próby indywidualne [37, 38].

Ważną informacją jest, że w Polsce działają **poradnie skupiające się na leczeniu uzależnień**, w tym także uzależnienia od nikotyny. Pacjenci mogą także skorzystać z **Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym** (TPPP), dostępnej pod numerem telefonu: +48 801 108 108. Poradnia pracuje w godzinach 11:00–19:00, od poniedziałku do piątku [39].

Aby wyjść naprzeciw oczekiwaniom pacjentów, coraz częściej stosuje się konsultacje psychologiczne przy użyciu **narzędzi telemedycyny** (rozmowa telefoniczna, wideoczat, wymiana wiadomości). Dla części pacjentów taka forma

kontakty może być łatwiejsza i mniej krępująca niż tradycyjna rozmowa. W ramach teleporad można uzyskać podobną pomoc jak w przypadku kontaktu bezpośredniego pacjent–terapeuta [40]. Telekonsultacje lekarskie i psychologiczne zostały bardzo rozpowszechnione w czasie pandemii COVID-19 [41, 42].

Postępowanie lekarskie

Skutecznymi metodami pozwalającymi na odejście od palenia, które może zastosować w swojej pracy lekarz, są: **krótkie porady antynikotynowe służące zaprzestaniu palenia**, **nikotynowa terapia zastępcza** (ang. *nicotine replacement therapy* – NRT), przyjmowanie **cytyzyny**, **warenikliny** oraz **bupropionu**. Wykazano, że leki stosowane łącznie są skuteczniejsze niż monoterapia. Na polskim rynku farmaceutycznym dostępne są preparaty z każdej z ww. grup. W bardzo zdecydowany sposób zaleca się zaprzestanie palenia tytoniu, przez osoby cierpiące na choroby sercowo-naczyniowe [3, 6, 43]. W Polsce bez recepty dostępne są preparaty zawierające NRT oraz cytyzynę. Zastosowanie warenikliny oraz bupropionu wymaga zlecenia lekarskiego. Co istotne, przeciwskazaniem do stosowania cytyzyny jest niedawno przebyty zawał serca, udar mózgu lub obecność istotnych zaburzeń rytmu serca [44–47]. Pacjenci przyjmujący wymienione substancje częściowo utrzymują abstynencję od palenia w porównaniu do tych, którzy nie korzystają z farmakoterapii [48, 49]. Substancje, które mogą zostać zastosowane u pacjentów jako element pomocy w wyjściu z nałogu, wraz z mechanizmami działania i przeciwskazaniami, przedstawiono w tab. 3.

Tabela 3. Leki stosowane w leczeniu uzależnienia od nikotyny

Nazwa substancji	Mechanizm działania	Wskazanie	Przeciwwskazanie	Dostępność OTC
nikotynowa terapia zastępcza (gumy, plastry, tabletki, pastylki, inhalatory, aerozole do stosowania w jamie ustnej)	substytucja nikotyny z wyrobów tytoniowych; łączenie z rec. nikotynowymi połączeń nerwowych zwojów autonomicznego układu nerwowego, rdzenia nadnerczy oraz OUN, działanie wobec części współczulnej i przywspółczulnej UN	łagodzenie objawów wynikających z odstawienia nikotyny	– nadwrażliwość na subst. czynną lub na którąkolwiek subst. pomocniczą	tak
bupropion	wybiórcza inhibicja zwrotnego wychwytu neuronalnego noradrenaliny i dopaminy; wywieranie minimalnego wpływu na wychwyt zwrotny serotoniny	leczenie uzależnienia od nikotyny jako środek ułatwiający odwyżnienie od palenia	– nadwrażliwość na subst. czynną lub na którąkolwiek subst. pomocniczą, – napady drgawkowe, – zdiagnozowany nowotwór OUN, – u pacjentów, którzy w jakimkolwiek czasie w trakcie leczenia nagle odstawiają alkohol lub inne leki (ryzyko wystąpienia napadów drgawkowych), – rozpoznana aktualnie lub w przeszłości bulimia lub jadłowstręt psychiczny, – ciężka marskość wątroby,	nie
cytyzyna	selektywne wiązanie z rec. nikotynowymi. 7-krotnie większe niż nikotyna powinowactwo do rec. A4β2. Stymulacja wydzielania dopaminy, antagonizowanie efektu równocześnie podanej nikotyny; pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego i naczynioruchowego	lek stosowany w odwyżnianiu się od palenia tytoniu u osób dorosłych	– nadwrażliwość na subst. czynną lub na którąkolwiek subst. pomocniczą preparatu, – niestabilna dławica piersiowa, – niedawno przebyty zawał serca lub udar mózgu, – istotne zaburzenia rytmu serca, – ciąża lub karmienie piersią	tak
wareniklina	częściowy, selektywny agonizm wobec rec. nikotynowych α4β2, przy mniejszej od nikotyny aktywności wewnętrznej; antagonizowanie efektu równocześnie podanej nikotyny; większe powinowactwo do rec. α4β2 niż do innych rec. nikotynowych	lek stosowany w odwyżnianiu się od palenia tytoniu u osób dorosłych	nadwrażliwość na subst. czynną lub na którąkolwiek subst. pomocniczą preparatu	nie

Skróty: **dz.** – dziennie, **godz.** – godziny, **OUN** – ośrodkowy układ nerwowy, **OTC** (*over the counter*) – dostępne bez recepty lekarskiej, **rec.** – receptory, **subst.** – substancja, **UN** – układ nerwowy

Źródło: [6] i charakterystyki produktów leczniczych zawierające wskazane substancje; indeks leków Medycyny Praktycznej

Warto podkreślić, że aktualnie toczy się dyskusja, czy elektroniczne papierosy (e-papierosy) lub systemy podgrzewania tytoniu (ang. *heat-not-burn*, HnB) mogą być użyteczne jako element rzucania palenia. E-papierosy to niewielkie urządzenia wytwarzające parę przypominającą dym tytoniowy, która powstaje na skutek podgrzewania roztworu stanowiącego połączenie wody, glikolu propylenowego, gliceryny, nikotyny i dodatków smakowych. W efekcie powstaje aerozol niezawierający tlenu węgla ani wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych. Dzięki temu ilość inhalednych związków kancerogennych i zwiększających ryzyko sercowo-naczyniowe, bardzo się zmniejsza w porównaniu do tradycyjnych papierosów [50–52]. Produkty HnB to także urządzenia elektroniczne; w ich obrębie podgrzewany jest przetworzony tytoń i nie dochodzi reakcji spalania. Ilość wytwarzanych substancji kancerogennych jest w tym przypadku także znacznie mniejsza niż w przypadku palenia zwykłych papierosów [53, 54]. W 2019 roku opublikowana została opinia grupy polskich ekspertów dotycząca stosowania systemów HnB. Podkreślono, że produkty te mogą być bezpieczniejszą alternatywą dla nałogowych palaczy, którzy mimo zastosowania kompleksowego leczenia uzależnienia od nikotyny nie przestali palić. Eksperti zwrócili uwagę na konieczność prowadzenia dalszych badań dotyczących wpływ produktów HnB na zdrowie ludzi w perspektywie długoterminowej [55].

Efektywnym postępowaniem, które może być wdrożone praktycznie w każdym gabinecie lekarskim (szczególnie w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do której pacjent ma najłatwiejszy dostęp) jest tzw. minimalna interwencja przeciwnikotynowa. Jest to kosztowo najskuteczniejsza metoda pomagająca w wyjściu nałogu. Polega na przeprowadzeniu 5 działań wobec każdego pacjenta z nałogiem; jest to tzw. zasada „5 P”:

1. **Pytanie o nałóg palenia.** Zanotowanie tego faktu w historii choroby. W celu oceny siły uzależnienia pomocne jest użycie kwestionariusza Fagerströma (tab. 2).
2. **Poradzenie pacjentowi, aby przestał palić,** np. przekonując, że jest to niekorzystne dla zdrowia zarówno samego pacjenta, jak i jego rodziny.
3. **Pamiętanie** o ocenie motywacji i gotowości pacjenta do porzucenia nałogu (np. wykorzystując kwestionariusz wg Schneider, tab. 2).
4. **Pomoc** osobie nałogowo palącej w zerwaniu z nałogiem, w tym zalecenie regularnego wysiłku fizycznego i zdrowej diety. Pomoc psychologiczna i farmakologiczna pacjentom silnie uzależnionym.
5. **Planowanie wizyt kontrolnych** lub kontaktu telefonicznego [3, 43, 56].

Właściwa współpraca psychologa z lekarzem

Aby pokonać nałóg palenia papierosów, pacjent powinien się nastawić na to, że będzie to **proces długotrwały**. Szczególnie istotna jest motywacja i chęć wyjścia z nałogu. Często aby zakończyć palenie, potrzebny jest kontakt zarówno z terapeutą uzależnień, jak i z lekarzem. W 2012 roku opublikowano wyniki metaanalizy, w której wykazano **większą skuteczność w kończeniu palenia przy korzystaniu z farmakoterapii w połączeniu z terapią behawioralną** w porównaniu do minimalnej interwencji przeciwnikotynowej lub wykorzystania tylko jednej z ww. metod [1, 57].

W wytycznych Europejskiej Sieci na rzecz Ograniczania Palenia Tytoniu z 2018 roku podano, że interwencja

w zakresie edukacji podczas hospitalizacji jest skuteczna głównie u pacjentów chorujących na schorzenia bezpośrednio związane z omawianym nałogiem. Ważne jest, aby **wszystkie osoby z personelu medycznego były przeszkolone w tematyce uzależnienia od nikotyny i wychodzenia z nałogu**. Dzięki temu pacjenci będą mogli być edukowani podczas hospitalizacji przez różne, niezależne osoby. W czasie pobytu w szpitalu zalecane jest wsparcie informacyjne dotyczące odejścia od palenia, konsekwencji trwania w nałogu, omówienie sposobów radzenia sobie z głodem nikotynowym oraz z objawami zespołu abstynencyjnego [1, 58, 59]. Do propagowania poradnictwa przeciwnikotynowego mogą się włączyć także farmaceuci i inni pracownicy aptek. W 2014 roku w Polsce zainicjowana została akcja „Rzuć Palenie w Swojej Aptece” [60, 61], która z pewnością powinna być kontynuowana.

W szpitalach poradami antynikotynowymi zajmują się głównie zatrudnieni na oddziałach psycholodzy, oczywiście w porozumieniu z lekarzami. Wywiad psychologiczny pod kątem oceny stopnia uzależnienia od nikotyny opiera się na wstępnej rozmowie, przeprowadzeniu badania, np. testem Fagerströma (tab. 2), a następnie wprowadza się elementy metod behawioralnych. Nieoceniona jest **współpraca z lekarzem, ponieważ oprócz metod nefarmakologicznych u pacjentów silnie uzależnionych można od razu zastosować farmakoterapię** [1]. Na przykład z palaczem po zawale mięśnia sercowego podczas trwającej minimum kilka dni hospitalizacji można przeprowadzić szereg rozmów mających pomóc w wyjściu z nałogu oraz przepisać mu odpowiednie leki.

PODSUMOWANIE

Uzależnienie od tytoniu jest silnym nałogiem wywołanym przez dwa wzajemnie oddziałujące na siebie uzależnienia: farmakologiczną zależność od substancji chemicznej – nikotyny oraz uzależnienie behawioralne. Skutecznymi metodami pozwalającymi na wyjście z nałogu są: krótkie porady antynikotynowe służące zaprzestaniu palenia, nikotynowa terapia zastępcza, zastosowanie farmakoterapii w postaci warenikliny, cytyzyny lub bupropionu. Szczególnie dobre rezultaty można uzyskać dzięki pracy zespołowej i współpracy lekarza oraz psychoterapeuty (również korzystając z terapii grupowej). Udowodniono, że interwencje łączące farmakoterapię i wsparcie behawioralne zwiększają szansę na sukces w postaci rzucenia palenia w porównaniu z samymi minimalnymi interwencjami przeciwnikotynowymi lub opieką tylko psychologa lub tylko lekarza. Warto uświadamiać pacjentom, że paląc wyroby tytoniowe, wpływają negatywnie nie tylko na swój stan zdrowia, ale także na zdrowie osób ze swojego otoczenia, zwiększając ich ryzyko sercowo-naczyniowe (bierne palenie).

PIŚMIENNICTWO

1. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). Wytyczne dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu 2018. http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_polish.pdf (dostęp: 10.09.2020).
2. Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med.* 2010; 362(24): 2295–2303. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0809890>
3. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku. *Kardiologia Pol.* 2016; 74(9): 821–936. <https://doi.org/10.5603/KP.2016.0120>

4. Śliwiński P, Górecka D, Jassem E, et al. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumon Alergol Pol.* 2014; 82(3): 227–263. <https://doi.org/10.5603/PiAP.2014.0030>
5. Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ.* 2004; 328: 1519. <https://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.AE>
6. Bała M, Mejza F, Górecka D. Uzależnienie od tytoniu. *Medycyna praktyczna.* <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.23> (access: 10.09.2020).
7. Gowing LR, Ali RL, Allsop S, et al. Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. *Addiction* 2015, 110(6): 904–919. <https://doi.org/10.1111/add.12899>
8. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health.* 2017; 32(8): 1018–1036. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1325890>
9. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) z 2014 r. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkanow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> (access: 10.09.2020).
10. Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). Komunikat z badań nr 104/2019. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_104_19.PDF (access: 10.01.2021).
11. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, et al. EUROASPIRE IV: a European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol.* 2016; 23: 636–648. <https://doi.org/10.1177/2047487315569401>
12. Kostowski W. Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień. *Alkoholizm i Narkomania.* 2006; 19(2): 139–168. http://www.ain.ipin.edu.pl/archiwum/2/t19n2_3.pdf (access: 10.09.2020).
13. Porębiak MI. Uzależnienie od nikotyny. *Medycyna praktyczna dla pacjentów.* 2013. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/70084,uzaleznienie-od-nikotyny> (access: 10.09.2020).
14. World Health Organization (WHO). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja, t. I, 2008. https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wyuczynne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf (access: 10.09.2020).
15. Samochowiec J, Rogoziński D, Hajduk A, et al. Diagnostyka, mechanizm uzależnienia i metody leczenia uzależnienia od nikotyny. *Alkoholizm i Narkomania.* 2001; 14(3): 323–340. http://ain.ipin.edu.pl/archiwum/2001/3/AiN_3-2001-03.pdf (access: 10.09.2020).
16. Taylor G, McNeill A, Girling A, et al. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014; 348: g1151. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1151>
17. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 1989; 12(2): 159–182. <https://doi.org/10.1007/BF00846549>
18. Stokłosa A, Skoczylas A, Rudnicka, et al. Ocena motywacji do rzucenia palenia u pacjentów poradni antynikotynowej. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2010; 78(3): 211–215.
19. Górecka D. Metody odzwyczajania od palenia tytoniu. *Służba Zdrowia* 2000; 46–47: 2939–2940. https://www.sluzbazdrowia.com.pl/artykul.php?numer_wydania=2939&art=2 (access: 10.09.2020).
20. Siemińska A. Kiedy zaczyna się uzależnienie od nikotyny? *Pneumon Alergol Pol.* 2011; 79(5): 357–364.
21. Ministerstwo Zdrowia. ABC rzucania palenia. www.gov.pl/ABC_rzucania_palenia_ulozka.pdf (access: 10.09.2020).
22. Webb MS, de Ybarra DR, Baker EA, et al. Cognitive-behavioral therapy to promote smoking cessation among African American smokers: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 2010; 78(1): 24–33. <https://doi.org/10.1037/a0017669>
23. Raja M, Saha S, Mohd S, et al. Cognitive Behavioural Therapy versus Basic Health Education for Tobacco Cessation among Tobacco Users: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Diagn Res.* 2014; 8(4): ZC47–ZC49. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8015.4279>
24. Denison E, Underland V, Mosdøl A, et al. Cognitive Therapies for Smoking Cessation: A Systematic Review. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2017. Report from the Norwegian Institute of Public Health No. 2017–13 (access: 10.01.2021).
25. Portal psychologiczny Psychologia.net.pl. Terapia awersyjna. <http://www.psychologia.net.pl/slownik.php?level=207> (access: 10.01.2021).
26. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001; 3: CD000546. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000546.pub2>
27. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol.* 2009; 64(6): 527–537. <https://doi.org/10.1037/a0016830>
28. Ball SA, Martino S, Nich C, et al. Site matters: multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *J Consult Clin Psychol.* 2007; 75(4): 556–567. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.4.556>
29. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005; 55(513): 305–312.
30. Brewer JA, Mallik S, Babuscio TA, et al. Mindfulness training for smoking cessation: results from a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 2011; 119(1–2): 72–80. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.027>
31. Davis JM, Manley AR, Goldberg SB, et al. Randomized trial comparing mindfulness training for smokers to a matched control. *J Subst Abuse Treat.* 2014; 47(3): 213–221. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.04.005>
32. Holas P, Stanek-Misiąg E. Uważność jak spadochron. *Medycyna praktyczna dla pacjentów.* <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/wywiady/205921,uwaznosc-jak-spadochron> (access: 10.01.2021).
33. Oikonomou MT, Arvanitis M, Sokolove RL. Mindfulness training for smoking cessation: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Health Psychol.* 2017; 22(14): 1841–1850. <https://doi.org/10.1177/1359105316637667>
34. Bock BC, Fava JL, Gaskins R, et al. Yoga as a complementary treatment for smoking cessation in women. *J Womens Health (Larchmt).* 2012; 21(2): 240–248. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2963>
35. Bock BC, Dunsiger SI, Rosen RK, et al. Yoga as a Complementary Therapy for Smoking Cessation: Results From BreathEasy, a Randomized Clinical Trial. *Nicotine Tob Res.* 2019; 21(11): 1517–1523. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty212>
36. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, et al. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; 6(10): CD001008. <https://doi.org/10.1002/14651858>
37. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 3(3): CD001007. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001007.pub3>
38. Szpringer M, Makowska A, Olędzka M. Uzależnienie od nikotyny i ocena skuteczności rzucania palenia u dorosłych. *Med Srod.* 2016; 19: 43–50. <http://psjd.icm.edu.pl/psjd/element/bwmeta1.element.psjd-f710ff32-d793-4aa6-b306-01d26c2ae6e> (access: 10.09.2020).
39. Narodowy Instytut Onkologii (NIO). Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (TPPP) 2020. <https://www.pib-nio.pl/profilaktyka-i-badania-przesiewowe/poradnia-pomocy-palacym/> (access: 10.09.2020).
40. Langarizadeh M, Tabatabaei MS, Tavakol K, et al. Telemental Health Care, an Effective Alternative to Conventional Mental Care: a Systematic Review. *Acta Inform Med.* 2017; 25(4): 240–246. <https://doi.org/10.5455/aim.2017.25.240-246>
41. Kannarkat JT, Smith NN, McLeod-Bryant SA. Mobilization of Telepsychiatry in Response to COVID-19 – Moving Toward 21st Century Access to Care. *Adm Policy Ment Health.* 2020; 47(4): 489–491. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01044-z>
42. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, et al. The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemed J E Health.* 2020; 26(4): 377–379. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>
43. Górecka D, Bała M. Leczenie uzależnienia od tytoniu. *Medycyna praktyczna. Psychiatria w POZ.* <https://www.mp.pl/poz/psychiatria/uzaleznienia/89907,leczenie-uzaleznienia-od-tytoniu> (access: 10.09.2020).
44. Nikotyna. *Medycyna praktyczna. Indeks.* <https://indeks.mp.pl/leki/subst.php?id=604> (access: 10.01.2021).
45. Cytyzyna. *Medycyna praktyczna. Indeks.* <https://indeks.mp.pl/leki/subst.php?id=1426&rfl=1> (access: 10.01.2021).
46. Wareniklina. *Medycyna praktyczna. Indeks.* <https://indeks.mp.pl/leki/subst.php?id=4555&rfl=1> (access: 10.01.2021).
47. Bupropion. *Medycyna praktyczna. Indeks.* <https://indeks.mp.pl/leki/subst.php?id=2655&rfl=1> (access: 10.01.2021).
48. Kasza KA, Hyland AJ, Borland R, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction.* 2013; 108(1): 193–202. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04009.x>
49. Hajek P, McRobbie H, Myers K. Efficacy of cytisine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis. *Thorax.* 2013; 68(11): 1037–1042. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2012-203035>
50. Mejza F. Elektroniczne papierosy. *Medycyna praktyczna dla pacjentów.* <https://www.mp.pl/pacjent/pochp/palenie/72935,elektroniczne-papierosy> (access: 10.01.2021).
51. Sobczak A. Papierosy elektroniczne. Mniej szkodliwa opcja dla palaczy, ale zagrożenie dla młodzieży. *Medycyna praktyczna. Pediatria.* <https://www.mp.pl/pediatria/artykuly-wytyczne/>

- artykuly-przegladowe/188132,papierosy-elektroniczne (access: 10.01.2021).
52. Stępniewska A, Kowalczyk M, Cholewińska E. E-papierosy – pomoc w rzuceniu palenia czy zagrożenie? *Hygeia Public Health*. 2017; 52(2): 86–95.
53. Kazimierska I. Medyczne implikacje braku procesów spalania w systemach podgrzewania tytoniu. *Termedia. Menedżer zdrowia*. <https://www.termedia.pl/mz/Medyczne-implikacje-braku-procesow-spalania-w-systemach-podgrzewania-tytoniu,40215.html> (access: 10.01.2021).
54. Lang A. Medyczne implikacje podgrzewania tytoniu: nowe badania naukowe. *Termedia. Warto wiedzieć*. <https://www.termedia.pl/warto-wiedziec/Medyczne-implikacje-podgrzewania-tytoniu-nowe-badania-naukowe,38870.html> (access: 10.01.2021).
55. Szymański FM, Kuna P, Płatek AE, et al. Produkty tytoniowe oparte na podgrzewaniu tytoniu (*heat-not-burn*) a zdrowie pacjentów – opinia grupy ekspertów. *Choroby serca i naczyń*. 2019; 16 (2): 135–142. <https://doi.org/10.5603/ChSiN.2019.0021>
56. Ryniak J, Bętkowska-Korpała B. Jak się uwolnić od palenia tytoniu? *Medycyna praktyczna dla pacjentów* 2016. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/81218,jak-sie-uwolnic-od-palenia-tytoniu> (access: 10.09.2020).
57. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 17(10): CD008286. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub2>.
58. Sheffer CE, Barone C, Anders ME. Training nurses in the treatment of tobacco use and dependence: pre- and post-training results. *J Adv Nurs*. 2011; 67(1): 176–183. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05483.x>
59. Caplan L, Stout C, Blumenthal DS. Training physicians to do office-based smoking cessation increases adherence to PHS guidelines. *J Community Health*. 2011; 36(2): 238–243. <https://doi.org/10.1007/s10900-010-9303-0>
60. Ostałowski P, Pawliczak F, Poniatowski P. Współpraca kluczem efektywnej opieki zdrowotnej. Raport w ramach III edycji projektu Liderzy Ochrony Zdrowia organizowanego przez Fundację im. Lesława A. Pagi. https://paga.org.pl/wp-content/uploads/2020/01/raport_wspolpraca_internet.pdf (access: 10.01.2021).
61. Fundacja Promocja Zdrowia. „Rzuc Palenie w Swojej Aptece” – Apteki 2015+ (przesunięty w czasie do dalszej realizacji). <https://promocjazdrowia.pl/rzuc-palenie-w-swojej-aptece-apteka-2015/> (access: 10.01.2021).