

# Jak skutecznie ograniczać palenie tytoniu? Doświadczenia Programu CINDI-WHO w Polsce

## How to effectively limit tobacco smoking? Experiences of CINDI-WHO program in Poland

MAŁGORZATA SUWAŁA<sup>1/</sup>, ANDRZEJ GERSTENKORN<sup>2/</sup>, WOJCIECH DRYGAS<sup>3/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Patologii Społecznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2/</sup> Zakład Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>3/</sup> Zakład Medycyny Zapobiegawczej UM w Łodzi, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Wprowadzenie.** Spośród 57 milionów zgonów odnotowanych na świecie w 2008 r. 63% stanowiły zgonu powodu chorób niezakaźnych, a 17,3 mln (30%) zgonu z powodu chorób układu krążenia. Na świecie palenie tytoniu (rozpatrywane łącznie z paleniem biernym) było w 2010 r. drugim, a w Europie Środkowej trzecim, w rankingu 10 najczęstszych czynników ryzyka utraty zdrowia mierzonych w DALY i w naszym regionie świata odpowiadało za 6,3% DALY. Skuteczna prewencja antytytoniowa adresowana zarówno do całych populacji, jak i indywidualnych osób, pozwala zmniejszyć skalę niepełnosprawności i zgonów z powodu chorób niezakaźnych.

**Cel pracy.** Zaprezentowanie działań antytytoniowych prowadzonych w Polsce w ramach Programu CINDI-WHO (Countrywide Intergraded Noncommunicable Disease Intervention). Oceniono krótko i długofalową skuteczność kampanii Quit and Win oraz terapii grupowej i Zasady Minimalnej Interwencji Antynikotynowej (4xA). Zaprezentowano wpływ prewencji na zmniejszenie umieralności ogólnej i z powodu chorób układu krążenia na obszarze demonstracyjnym programu CINDI – w dzielnicy Łódź-Górna.

**Wnioski.** Program CINDI-WHO przyczynił się do obniżenia częstości palenia tytoniu w populacji, a w konsekwencji miał udział w redukcji umieralności z powodu chorób układu krążenia. Na przełomie XX i XXI wieku Kampania Quit and Win, obok ogólnopolskiej kampanii „Rzuć palenie razem z nami”, była najbardziej widoczną i skuteczną metodą populacyjnych działań antytytoniowych w Polsce. Program wniósł niewątpliwą wkład w edukację zdrowotną społeczeństwa, rozpropagował nowatorskie metody ograniczania palenia, a także przygotował lokalnych liderów zdrowia publicznego do samodzielnej działalności edukacyjno-interwencyjnej.

**Słowa kluczowe:** choroby niezakaźne, czynnik ryzyka, zaprzestanie palenia, prewencja, kampanie antytytoniowe, program CINDI-WHO

**Introduction.** In 2008, among 57 million of deaths worldwide, 63% were caused by noncommunicable diseases and 17.3% (30%) by cardiovascular diseases. In 2010, tobacco smoking (active and passive) was the world's second most common risk factor leading to health loss, measured by DALYs and in our geographical region it was responsible for 6.3% of DALYs. Effective antitobacco smoking prevention, addressed both to entire populations as well as individuals allows to decrease disability and death scale caused by noncommunicable diseases.

**Aim.** To present antitobacco actions conducted in Poland by the CINDI-WHO program. The article evaluates short and long term effectiveness of Quit and Win campaign, team therapy along with (4xA) Minimal Antinicotine Intervention Rule. It presents the influence of prevention on general number of deaths and deaths caused by cardiovascular diseases in the demonstration area – Lodz-Gorna district.

**Conclusions.** The CINDI-WHO program contributed to a decrease in tobacco smoking among the population and in consequence played a part in reduction of cardiovascular system-related diseases. On the verge of XX and XXI century the campaign 'Quit and Win', next to Poland's nationwide 'Quit Smoking with Us' was the most noticeable and effective public antitobacco initiative in the country. The program positively influenced the society's level of health education, advertised innovative smoking cessation methods and prepared local public health leaders for individual educational and interventional actions.

**Key words:** noncommunicable diseases, risk factor, smoking cessation, preventive, antitobacco campaigns, CINDI-WHO program

© Hygeia Public Health 2014, 49(1): 26-32

www.h-ph.pl

Nadesłano: 28.12.2013

Zakwalifikowano do druku: 04.02.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Małgorzata Suwała

Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi

ul. Żeligowskiego 7/9, 90-752 Łódź

tel. 42 639 32 65, e-mail: malgorzata.suwala@umed.lodz.pl

## Wstęp

Spośród 57 milionów zgonów odnotowanych na świecie w 2008 roku 63% stanowiły zgonu z powodu

przewlekłych chorób niezakaźnych, natomiast 17,3 mln (30%) zgonu powodu chorób układu krążenia [1]. W Polsce w 2010 r. jedynie zgonu z powodu chorób

sercowo-naczyniowych i nowotworów stanowiły 71% ogólnej liczby zgonów [2]. Występowanie tych chorób jest w dużym stopniu związane ze stylem życia i z czynnikami fizjologicznymi, które można modyfikować lub nawet, jak w przypadku palenia tytoniu, eliminować. Współczesna wiedza dostarcza wielu dowodów na to, że modyfikacja czynników ryzyka zmniejsza zachorowalność i umieralność z powodu chorób niezakaźnych [3]. W skali światowej palenie tytoniu (rozpatrywane łącznie z paleniem biernym) było w 2010 r. drugim, a w Europie Środkowej trzecim w rankingu 10 najczęstszych czynników ryzyka utraty zdrowia mierzonych w DALY i w naszym regionie świata odpowiadało za 6,3% DALY [1, 4]. Pierwsze dwa miejsca wśród przyczyn utraty lat życia, jak również przyczyn DALY zajmuje choroba niedokrwienna serca oraz choroby naczyń mózgowych, w których palenie tytoniu jest udowodnionym, jednym z głównych czynników ryzyka.

Podjęcie profilaktycznych działań antytytoniowych pozwala na skuteczne zmniejszenie pierwszych lub kolejnych zachorowań, inwalidztwa i zgonów z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych. Dlatego poszukiwanie skutecznych i efektywnych metod prewencyjnych obejmujących zarówno całe populacje, jak i osoby chore jest wyzwaniem dla współczesnych systemów ochrony zdrowia, głównie w krajach rozwiniętych i szybko rozwijających się.

### **Program CINDI-WHO – jego istota i miejsce wśród innych programów prewencyjnych**

W grupie chorób przewlekłych czołowe miejsce zajmują choroby układu krążenia (CHUK), które w Polsce są główną przyczyną umieralności ogólnej, umieralności przedwczesnej (głównie mężczyzn), chorobowości hospitalizowanej, trwałej (orzekanej po raz pierwszy) i czasowej niezdolności do pracy [5]. W krajach, którym wcześniej niż Polsce przyszło zmagać się z epidemią chorób sercowo-naczyniowych (kraje skandynawskie i Europy Zachodniej, Stany Zjednoczone, Japonia) opracowano i wdrożono liczne programy prewencyjne, których istotą były wielokierunkowe działania promujące zachowania prozdrowotne, pozwalające na redukcję modyfikowalnych czynników ryzyka, takich jak np. nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia czy palenie tytoniu (Project Północnokarelski, WHO MONICA Project) [3].

W Polsce do najbardziej znanych programów epidemiologicznych zaliczyć należy: długofalowe badanie populacji Płocka i Sochaczewa, POL-MONICA i POL-MONICA BIS, NATPOL II, NATPOL PLUS, WOBASZ, POLSCREEN, badanie stanu zdrowia GUS. Oprócz nich realizowane były programy prewencyjno-interwencyjne, takie jak: Polski Projekt 400 Miast, Program CINDI-WHO, „Nadciśnienie – o tym trzeba wiedzieć”, „Postaw serce na nogi”, „Pamiętaj o sercu” [3].

Program CINDI (*Countrywide Intergraded Noncommunicable Disease Intervention*) jest jednym z najbardziej znanych programów badawczo-interwencyjnych dotyczącym chorób niezakaźnych, zainicjowanym przez Światową Organizację Zdrowia w 1984 r. i stopniowo obejmującym swym zasięgiem w 2000 r. 27 państw z 3 kontynentów, a obecnie 33 państwa [3]. Od strony metodologicznej program obejmował dwa etapy – pierwszy polegał na ocenie i analizie sytuacji zdrowotnej w wybranych regionach krajów uczestniczących w programie (tzw. obszarach demonstracyjnych); drugi – na wdrożeniu wieloletnich programów prewencyjnych, których efekty oceniane były w odstępach 5 lat. Podstawowym celem programu jest zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu CHUK, chorób nowotworowych i innych przewlekłych chorób niezakaźnych mających wspólne czynniki ryzyka, jak: palenie tytoniu, mały poziom aktywności fizycznej, stres, nadciśnienie tętnicze, nadwaga i otyłość, zaburzenia lipidowe, cukrzyca [3, 7].

W Polsce Program CINDI-WHO zastał przygotowany i wdrożony w latach 1991-1992 przez zespół pracowników Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Akademii Medycznej w Łodzi, na czele z kierownikiem placówki – prof. dr hab. n. med. Włodzimierzem Sapińskim, a następnie kontynuowany przez prof. dr hab. n. med. Wojciecha Drygasa – dyrektora Polskiego Programu CINDI [6, 7]. Pierwszym obszarem demonstracyjnym programu była jedna z dzielnic Łodzi – Górna, a w krótkim czasie, szybko rozwijający się program wdrożyło dziewięć ośrodków z terenu całej Polski (Pabianice, Rawa Mazowiecka, Kalisz, Pleszew, Ostrów Wielkopolski, Toruń, Chorzów, Cieszyn i Przemyśl) [7].

Cechami charakterystycznymi programu i jednocześnie jego zaletami było: epidemiologiczne podejście, ukierunkowanie działań zarówno na wykrywanie czynników ryzyka, jak również na wieloletnią interwencję, objęcie programem całej populacji (dzieci, młodzież, ludność dorosła do 64 roku życia), szkolenie i aktywizacja personelu medycznego podstawowej opieki zdrowotnej (głównie lekarzy), nauczycieli oraz innych przedstawicieli społeczności lokalnych w celu jak najlepszego przygotowania ich do działań z zakresu promocji zdrowia, a także systematyczna współpraca z licznymi placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, organizacjami społecznymi, samorządem lokalnym, zakładami pracy, mediami, towarzystwami naukowymi i instytucjami naukowymi (także zagranicznymi) oraz ewaluacja wyników programu [7].

Program był areną przygotowania, wdrażania i testowania często nowatorskich działań interwencyjnych zmierzających do poprawy stanu zdrowia i jakości życia ludności. Wykorzystywał on doświadczenia kra-

jów i regionów realizujących go od wielu lat (Kanada, Finlandia, Irlandia Płn.), jak i rozwiązania lokalne, uwzględniające specyfikę i odmienność społeczno-kulturową danego obszaru demonstracyjnego [3]. W Polsce, od początku realizacji programu, szczególny nacisk położono na redukcję takich czynników ryzyka, jak: nadwaga/otyłość, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, palenie tytoniu oraz zachęcanie społeczeństwa do większej regularnej aktywności fizycznej.

Należy podkreślić, że rozpoczęcie realizacji Programu CINDI w naszym kraju na początku lat 90. XX w. to okres, w którym Polska należała do niechlubnych liderów pod względem rozpowszechnienia palenia tytoniu. W populacji dorosłych mężczyzn w 1990 r. codzienni palacze tytoniu stanowili 52%, eks-palacze 14% (lata 1900-1993), a nigdy niepalący jedynie 26%. W 1993 r. paliło codziennie 25% dorosłych kobiet (ale w przedziale wiekowym 30-39 lat w 1994 r. aż 45%), eks-palaczki stanowiły zaledwie 5%, a nigdy niepalące ok. 50%. W 1990 r. konsumpcja papierosów przekraczała rekordową liczbę 100 mld sztuk, a statystyczny dorosły Polak wypalał w ciągu roku 3650 papierosów, co dawało nam pierwsze miejsce na świecie [8-10]. Kilkanaście lat intensywnych działań antytytoniowych sprawiło, że ten niekorzystny trend udało się odwrócić.

## Formy działań antytytoniowych w programie CINDI-WHO

### Strategia populacyjna

W celu ograniczenia palenia tytoniu wykorzystywano zarówno populacyjną, jak i indywidualną strategię ograniczania palenia tytoniu. Jedną z metod programu stosowaną w ramach strategii skierowanej do całego społeczeństwa były kampanie antytytoniowe z nagrodami.

W 1994 r. Polska po raz pierwszy, obok 13 państw świata, przystąpiła do organizacji międzynarodowej kampanii „Rzuć palenie i wygraj” (*Quit and Win*), koordynowanej przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego w Helsinkach oraz Fińskie Centrum Promocji Zdrowia pod patronatem WHO. W naszym kraju odbyło się siedem edycji kampanii (do 2006 roku włącznie), skupiając przy jednej z ostatnich kampanii (2004 r.) wokół jej idei 50 krajowych koalicjantów z terenu całej Polski. W tym czasie na świecie w kampanii uczestniczyło już blisko 80 państw, a blisko 700 tysięcy palących próbowało podjąć trud zaprzestania palenia na okres co najmniej 4 tygodni [11].

Celami kampanii było:

- zwrócenie uwagi społeczeństwa na problem palenia tytoniu,
- szeroka edukacja społeczeństwa,
- dostarczenie motywacji do działania i wsparcia tym, którzy chcą rzucić palenie,

- pozyskanie jak największej liczby uczestników konkursu towarzyszącego kampanii, którzy rzucą palenie tytoniu na okres co najmniej miesiąca,
- utrzymanie wśród tych, którzy rzucili palenie wskaźnika abstynencji na poziomie 20% po upływie roku od zaprzestania palenia w ramach kampanii,
- aktywizacja i skupienie wokół idei kampanii lokalnych środowisk,
- nauka i zainspirowanie lokalnych liderów zdrowia publicznego do poszukiwania i wdrażania własnych form działań antytytoniowych, we współpracy z lokalnymi mediami i wykorzystaniem Internetu [6].

Główna międzynarodowa nagroda kampanii „Rzuć palenie i wygraj” to nagroda pieniężna (np. w 2004 r. – 10 tys. USD, oraz nagrody w 6 Regionach WHO po 2,5 tys. USD), ale także nagrody krajowe na szczeblu centralnym (w Polsce było to 3,5 tys. PLN – średnie roczne koszty niepalenia tytoniu i wycieczka zagraniczna dla 2 osób) oraz lokalnym.

Łącznie na przestrzeni 12 lat we wszystkich edycjach Kampanii *Quit and Win* w Polsce ok. 10 tys. palaczy tytoniu podjęło próbę zaprzestania palenia zgłaszając swój udział w konkursie. Liczbę tę należałoby zwiększyć o około 180 tysięcy, gdyż szacuje się, że 2% aktualnych palaczy (2% z ok. 9 mln) przestaje palić w wyniku medialnych doniesień o Kampanii, nie zgłaszając formalnego uczestnictwa poprzez wysłanie kuponu konkursowego [6, 12].

Badania typu *follow-up* dotyczące wskaźników abstynencji przeprowadzone przez fińskiego koordynatora Kampanii potwierdzają również jej długofalową skuteczność. Szacuje się, że 15-20% osób, które rzuciły palenie po upływie roku nadal utrzymuje abstynencję tytoniową [12]. Długofalowe badania wskaźnika abstynencji tytoniowej przeprowadzone w odniesieniu do uczestników polskiego konkursu „Rzuć palenie i wygraj” z 1996 r. pokazują, że po roku od zakończenia konkursu nie paliło 41,8% jego uczestników (w Rosji 12,1%, w Finlandii 15,4%, w Hiszpanii/Katalonia 14,5%), a po upływie 10 lat 29,6% było osobami niepalącymi [13, 14].

Polskie badania nad trwałością abstynencji tytoniowej zainicjowanej konkursem „Rzuć palenie i wygraj” pozwoliły wyłonić innowacyjne metody wspierania niepalenia. W kampanii 1996 r. uczestników konkursu podzielono na trzy grupy poddając ich zróżnicowanej interwencji. W jednej grupie stosowano intensywną interwencję (porady lekarskie, suplementacja witaminowa, itp.), w drugiej grupie ograniczono się do wysłania listu motywującego utrzymanie abstynencji, a trzecia grupa (kontrolna) pozostawała bez interwencji. Zaskakująco, najwyższy odsetek abstynencji uzyskano w grupie wspieranej jedynie listem motywacyjnym, a nie jak oczekiwano,



w grupie poddanej intensywnym działaniom. Również po upływie 10 lat relacja ta utrzymywała się; w grupie wspieranej kilkakrotnie wysyłanymi listami motywacyjnymi odsetek nadal niepalących był o blisko 6 pkt. procentowych wyższy niż w grupie intensywnie i wielorako wspieranej [15, 16].

Koszty organizacji jednej edycji *Quit and Win* w Polsce (2000 r.) obejmujące zarówno koszty materialne (druk kuponów konkursowych, dystrybucja itp.) oraz koszty pośrednie (płace) można oszacować na poziomie ok. 40.000 USD. Dla porównania kampania *Quit and Win* 1998 w Finlandii kosztowała 104.000 USD, a w Rosji 12.700 USD [14]. W Polsce relatywnie niskie koszty oraz znacząca skuteczność tej metody dowodzą ekonomicznej efektywności i opłacalności kampanii antytytoniowych. Niewątpliwie porażką Polskiego Programu CINDI jest zaniechanie obecnie organizacji kampanii antytytoniowej. Przykładowo Amerykanie nadal wykorzystują z sukcesem metodę kampanii antynikotynowych, głównie medialnych. Oszacowano, że w samym stanie Kalifornia w ciągu 15 lat intensywnych działań ograniczających palenie zaoszczędzono 86 mld dolarów na kosztach opieki zdrowotnej. Oznacza to, że zainwestowana w program antynikotynowy suma 1,8 mld dolarów zwróciła się 50 razy. Dowodzi to niezbicie, że kampanie to bardzo opłacalna inwestycja, związana z wymiernymi korzyściami [17].

Kampania *Quit and Win* w Polsce stanowiła nie tylko okazję dla milionów palaczy tytoniu do zerwania z uzależnieniem, ale także była forum nabywania i podnoszenia przez jej organizatorów umiejętności z zakresu: marketingu społecznego, pozyskiwania środków finansowych, stosowania w promocji zdrowia nowych narzędzi takich jak Internet, współpracy z mediami (np. organizacji konferencji prasowych, przygotowywania materiałów dla prasy) i licznymi organizacjami rządowymi, samorządowymi oraz osobami prywatnymi. Należy podkreślić, że kampania stała się też okazją do organizacji licznych i zróżnicowanych pod względem odbiorcy imprez jej towarzyszących (happeningów, konkursów plastycznych dla dzieci i młodzieży, konkursów poetyckich). Duża swoboda w działaniu lokalnych koalicjantów kampanii sprawiła, że nabyte umiejętności były wykorzystywane przez nich w późniejszych latach do samodzielnych działań antytytoniowych, gdy ogólnopolska kampania *Quit and Win* nie była już w naszym kraju organizowana.

Do niewątpliwych sukcesów kampanii zaliczyć należy aktywizację środowiska młodzieży szkolnej. Paląca młodzież powyżej 18 roku życia nie tylko mogła uczestniczyć w konkursie (co czyniła i licznie zdobywała nagrody), ale również była „nośnikiem” idei kampanii, dostarczając pobrane ze szkoły kupony konkursowe do swoich rodzin i zachęcając ich palących członków (głównie rodziców) do zaprzestania palenia.

Z naszych doświadczeń wiemy, że dzieci i młodzi ludzie bardzo aktywnie podejmowali swoje zadania motywując w różny, często niekonwencjonalny sposób, swoich bliskich do rzucenia palenia (plakatowanie mieszkań, nakłanianie okolicznych sprzedawców papierosów do niesprzedawania ich uczestniczącym w konkursie osobom). Dla tych młodych ludzi kampania była pierwszym, pamiętnym „poligonem doświadczalnym” działań antytytoniowych, zapewne skuteczniejszym niż liczne, teoretyzujące programy profilaktyczne.

Metodą populacyjną popularyzowaną przez Program CINDI-WHO wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wobec wszystkich pacjentów jest Zasada Minimalnej Interwencji Antynikotynowej (4×A) [18]. Jest ona szybką i taną metodą ograniczania palenia. Metaanaliza 31 randomizowanych badań kliniczno-kontrolnych obejmująca 26 tys. palaczy tytoniu dowodzi, że iloraz szans (OR) zaprzestania palenia w tej metodzie wynosi 1,69 (NTZ OR=1,71; samopomoc OR=1,23; interwencja behawioralno-psychologiczna 1,55) [19].

Efektem wdrożenia 4×A w POZ był apel skierowany do lekarzy o oznakowywanie różnymi kolorami kart historii choroby pacjentów, pozwalające na szybką identyfikację postaw wobec palenia i podział palaczy tytoniu na obecnych, ex-palaczy i nigdy niepalących, co przyspieszało i ułatwiało właściwe postępowanie w poszczególnych kategoriach chorych.

### **Strategia indywidualna**

Dorobkiem i sukcesem Programu CINDI było przeprowadzenie czterech badań skринingowych (w odstępach pięcioletnich) ludności dzielnicy Łódź-Górna pozwalających na monitorowanie czynników ryzyka chorób układu krążenia, a także realizacja podobnych badań w Toruniu, Pabianicach, Ostrowie Wielkopolskim i Chorzowie.

Na bazie powstałej w 1989 r. Poradni Profilaktyki Chorób Przewlekłych w Łodzi oraz na terenie ośrodków regionalnych uczestniczących w Programie CINDI, pracownicy Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej AM w Łodzi, w ramach szkolenia podyplomowego, przygotowywali lekarzy i pielęgniarzy do pracy z pacjentami o szczególnym natężeniu czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, w tym pacjentami palącymi. Przykładowo we wspomnianej łódzkiej poradni, pacjentów, którzy chcieli przestać palić poddawano, nowatorskim wówczas w odniesieniu do uzależnienia nikotynowego, zabiegom akupunktury, przeprowadzanym osobiście przez ówczesnego dyrektora Polskiego Programu CINDI prof. dr hab. n. med. Włodzimierza Sapińskiego.

Prowadzono również autorskie programy grupowej terapii antytytoniowej (Suwała M., Gersten-

korn A.) na terenie zakładów pracy Pabianic, Kalisza (Winiary S.A.) i Łodzi (Telekomunikacja Polska S.A.). Skuteczność terapii oceniana w 36-osobowej grupie pacjentów ZOZ Przemysłowego w Pabianicach i jednocześnie pracowników pabianickich zakładów pracy, np. Polfy-Pabianice, kształtowała się następująco: po upływie 6 miesięcy całkowitą abstynencję utrzymywało 35,7%, a po 12 miesiącach 30% uczestników terapii [20, 21].

Uczestnicy *Quit and Win* z terenu Łodzi i województwa podejmujący trud abstynencji nikotynowej mogli również liczyć na wsparcie terapeutyczne (bezpłatne) specjalistów Poradni Antytytoniowej działającej w ramach Miejskiego Ośrodka Profilaktyki Zdrowotnej.

We wszystkich działaniach antytytoniowych zogniskowanych wokół kampanii *Quit and Win* wiodącą rolę odgrywała Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Wojciecha Drygasa. Placówka nie tylko organizowała i koordynowała ogólnopolską kampanię, prowadziła działalność szkoleniowo-edukacyjną, ale również prowadziła liczne badania naukowe z zakresu nikotynizmu, których wyniki były i są prezentowane na cyklicznych konferencjach programu CINDI-WHO (w 1993, 1994, 1997, 1999, 2000, 2002 i 2005 r.), corocznych konferencjach „Tytoń a zdrowie” Katedry i Zakładu Toksykologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz konferencjach międzynarodowych. Kilkadziesiąt publikacji naukowych pracowników Katedry z lat 1990-2012 obejmuje szeroką problematykę dotyczącą palenia tytoniu, a szczególnie: oceny skuteczności kampanii antytytoniowych i terapii grupowej, częstości palenia tytoniu w populacjach osób starszych, młodzieży gimnazjalnej, studentów medycyny i innych kierunków medycznych, służb mundurowych, pielęgniarek, związków palenia tytoniu z jakością życia, samoocena stanu zdrowia, modelem żywienia, rozmieszczeniem tkanki tłuszczowej, stosowania Zasady Minimalnej Interwencji Antynikotynowej przez lekarzy POZ, narzędzi do wykrywania uzależnienia nikotynowego w różnych grupach wiekowych palaczy [m.in. 1, 3, 4, 8, 10, 11, 18, 22, 23].

### **Zmiany umieralności z powodu chorób układu krążenia**

Począwszy od 1991 r. w Polsce obserwowany jest spadek umieralności ogólnej, przedwczesnej umieralności (głównie mężczyzn) oraz umieralności z powodu CHUK. Tempo spadku współczynników umieralności z powodu CHUK w latach 1991-1996 należało do najwyższych obserwowanych na świecie. Na sukces ten miał wpływ niewątpliwie postęp w zakresie kardiochi-

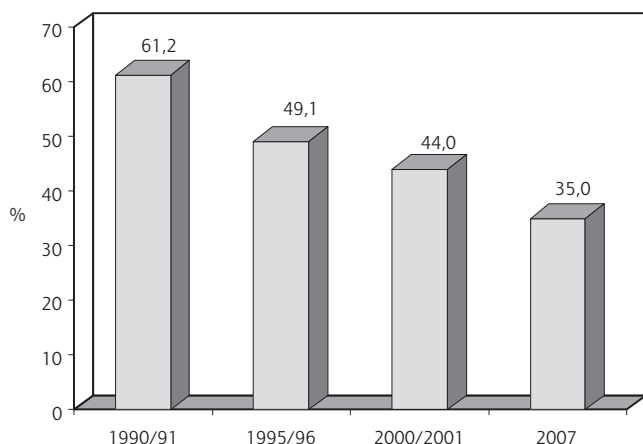
irurgii, kardiologii interwencyjnej, farmakoterapii, ale w największym stopniu redukcja czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych [5]. Istnieją badania, które jednoznacznie wskazują, że modyfikacja stylu życia ma większy wpływ na redukcję zgonów wieńcowych niż leczenie farmakologiczne czy chirurgiczne. Jak dowodzi badanie Bandosza i wsp., wyjaśniające przyczyny spadku liczby zgonów z powodu CHUK w latach 1991-2005 (aż o 26 200) i wykorzystujące w tym celu model IMACT, 37% opisywanego spadku jest wynikiem poprawy leczenia, a 54% redukcji czynników ryzyka. W grupie badanych czynników największy udział miało zmniejszenie stężenia cholesterolu (39%) oraz zmniejszenie częstości palenia tytoniu -10% ( w populacji mężczyzn 15%) [24].

Działania antytytoniowe podejmowane w ramach Programu CINDI-WHO przyczyniły się do znacznego obniżenia częstości palenia tytoniu w populacji (ryc. 1 i ryc. 2), a także miały udział w ograniczeniu umieralności z powodu CHUK na obszarze demonstracyjnym Łódź-Górna. Jedynie na tym terenie w latach 1991-2000 w populacji osób w wieku 35-64 lat odnotowano spadek współczynnika umieralności ogólnej z 11,55 do 8,84/1000 ludności, a z powodu CHUK z 4,22 do 2,77/1000 ludności (tab. I). Według danych GUS w ostatnim dwudziestolecu (1991-2011) w dzielnicy Górna współczynnik umieralności z powodu CHUK zmniejszył się z 7,8 do 5,9/1000 ludności.

Na przełomie XX i XXI wieku najbardziej widocznymi i skutecznymi metodami populacyjnymi działań antytytoniowych w Polsce były: po pierwsze, rozpoczęta w 1991 r., coroczna Kampania „Rzuć palenie razem z nami” Fundacji „Promocja zdrowia” pod przewodnictwem prof. Witolda Zatońskiego oraz kampania *Quit and Win* Programu CINDI-WHO. Tylko w latach 1991-2003 do organizatorów akcji „Rzuć palenie razem z nami” wpłynęło 385 tys. zgłoszeń od osób deklarujących rzucenie palenia, a przez wszystkie lata jej istnienia ponad 2 milionom udało się uwolnić od nikotynowego uzależnienia. O popularności akcji świadczy fakt, że była ona rozpoznawalna przez 80-90% dorosłych Polaków [9]. Najważniejszą, choć niewymierną korzyścią z obu kampanii było stworzenie społecznej atmosfery dla wolnego od dymu tytoniowego życia.

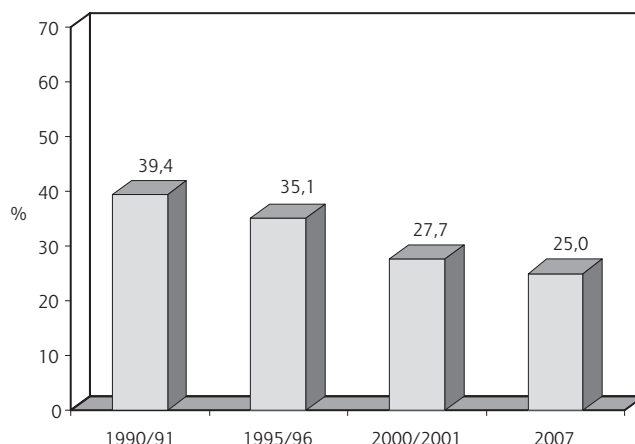
Badanie GATS z lat 2009-2010, będące najnowszym badaniem obrazującym zachowania dorosłych Polaków dotyczące palenia tytoniu, pokazuje, że zapoczątkowany w latach 90. trend spadkowy częstości palenia jest nadal kontynuowany. Obecnie 9,7 mln Polaków pali tytoń, w tym codziennie 33,3% mężczyzn i 21% kobiet [25, 26].

Rosnąca w ostatnich latach liczba zgonów z powodu niektórych CHUK (niewydolności serca, nagłych zgonów sercowych), spowolnienie tempa



Ryc. 1. Częstość palenia tytoniu w populacji mężczyzn na terenie obszaru demonstracyjnego Łódź-Górna w latach kolejnych skriningów Programu CINDI-WHO 1990/91, 1995/96, 2000/01 i 2007

Fig. 1. Frequency of tobacco smoking in men's population in the demonstration area of Lodz-Gorna district in consecutive screening years of CINDI-WHO program 1990/91, 1995/96, 2000/01 and 2007



Ryc. 2. Częstość palenia tytoniu w populacji kobiet na terenie obszaru demonstracyjnego Łódź-Górna w latach kolejnych skriningów Programu CINDI-WHO 1990/91, 1995/96, 2000/01 i 2007

Fig. 2. Frequency of tobacco smoking in women's population in the demonstration area of Lodz-Gorna district in consecutive screening years of CINDI-WHO program 1990/91, 1995/96, 2000/01 and 2007

Tabela I. Współczynniki umieralności ogółem i z powodu chorób układu krążenia (na 1 tys. ludności) mieszkańców dzielnicy Łódź-Górna w wieku 34-64 lat w latach 1991-2000

Table I. Death rate coefficients of general number of deaths and deaths caused by cardiovascular diseases (in 1000 of population) of inhabitants of the demonstration area – Lodz-Gorna district aged 34-64 years between 1991-2000

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997, 1998,1999*	2000
ogółem	11,55	10,78	10,07	10,13	10,11	9,40	–	8,84
mężczyźni	17,58	16,04	14,25	14,69	15,46	14,19	–	13,34
kobiety	6,47	6,34	6,25	6,24	5,56	5,32	–	5,00
z powodu chorób układu krążenia								
ogółem	4,22	4,01	3,79	3,85	3,74	4,70	–	2,77
mężczyźni	6,30	5,91	5,54	5,97	5,96	3,13	–	4,10
kobiety	2,46	2,38	2,31	2,06	1,85	1,80	–	1,64

źródło: GUS, obliczenia własne

\*brak wiarygodnych danych o zgonach ze względu na akcję protestacyjną lekarzy

spadku umieralności z powodu CHUK i nadal niezadowalająco wysoka częstość palenia tytoniu uzasadnia potrzebę kontynuacji i intensyfikacji działań w ramach programów prewencyjnych w Polsce. W opinii ekspertów dalsza poprawa sytuacji zdrowotnej w odniesieniu do chorób serca i naczyń w Polsce jest możliwa, ale będzie ona trudniejsza (również ze względu na niekorzystne procesy demograficzne) [5]. Tym bardziej nie należy rezygnować z wypracowanych, sprawdzonych i skutecznych metod promocji zdrowia i profilaktyki, w tym antytytoniowej.

## Wnioski

1. Kampania „Rzuć palenie i wygraj” (*Quit and Win*) była na przełomie XX i XXI wieku najbardziej skuteczną i widoczną – obok ogólnopolskiej kampanii „Rzuć palenie razem z nami” – metodą populacyjnych działań antytytoniowych w Polsce.

2. Program CINDI-WHO w Polsce wniósł niewątpliwie wkład w edukację zdrowotną społeczeństwa, rozpropagował nowatorskie metody ograniczania palenia, a także przygotował lokalnych liderów zdrowia publicznego do samodzielnej działalności edukacyjno-interwencyjnej.
3. Pracownicy sektora medycznego, a także pedagodzy i nauczyciele otrzymali w ramach Programu zachętę i wsparcie naukowo-informacyjne dla działań na rzecz ograniczania palenia tytoniu.
4. Program CINDI-WHO przyczynił się do obniżenia częstości palenia tytoniu, a w konsekwencji miał udział w redukcji umieralności z powodu CHUK w populacji objętej bezpośrednim oddziaływaniem Programu i w całej Polsce.



## Piśmiennictwo / References

1. Mendis S, Puska P, Norring B. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. WHO, Geneva 2011.
2. Rocznik Demograficzny. GUS, Warszawa 2012.
3. Podolec P, Karch K, Pająk A, i wsp. Najważniejsze polskie programy epidemiologiczne i prewencyjne. [w:] Podręcznik Polskiego forum Profilaktyki. Tom 1. Podolec P (red). Med Prakt, Kraków 2007: 104-110.
4. Murray C. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 Sregions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2010. Lancet 2012, 380, 2197-2223.
5. Drygas W. Ograniczenie chorobowości i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia jako priorytetowy cel polityki zdrowotnej i ludnościowej. [w:] Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa. Szyborski J (red). Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.
6. Broszkiewicz M, Suwała M, Drygas W. Jak przeprowadzić kampanię antytytoniową „Rzuć palenie i wygraj”. AM, Łódź 2000.
7. Gerstenkorn A, Drygas W, Suwała M. Program CINDI w Polsce – sukcesy i problemy w walce z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi. Med Ogólna 2001, 7: 1-5.
8. Gerstenkorn A, Suwała M. Realizacja programu minimalnej interwencji antynikotynowej w lecznictwie podstawowym Łodzi. Materiały z XIII Ogólnopolskiego Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej i V Bałtyckiego Sympozjum Balintowskiego. AWF, Wrocław 1998: 349-353.
9. Zatoński W. Akcja „Rzuć palenie razem z nami”. Organizacja skutecznej kampanii promującej zdrowy, wolny od dymu tytoniowego styl życia. Poradnik metodyczny. Fundacja „Promocja zdrowia”, Warszawa 2004.
10. Przewoźniak K. Trendy palenia tytoniu w Polsce w latach 1974-1994. [w:] Palenie tytoniu a zdrowie. Milanowski J, Błędowski J (red). IMW, Lublin 1995.
11. The International Quit &Win 2004 super prize went to Germany. [www.guitandwin.org/fi.content/news/pressllease](http://www.guitandwin.org/fi.content/news/pressllease) (14.09.2004).
12. International Quit &Win 2002. Handbook. National Public Health Institute KTL, Helsinki 2001.
13. Kowalska A. Zachowania mieszkańców miast dotyczące palenia tytoniu po upływie 10 lat od przystąpienia do konkursu „Rzuć palenie i wygraj”. Prz Lek 2008, 65, 10, 641-644.
14. Korhonen T. Population-based smoking cessation: process evaluation of selected strategies used in the CINDI Program. National Public Health Institute, Finland 1999.
15. Kowalska A, Stelmach W, Drygas W. Zmiany zachowań dotyczących palenia tytoniu po upływie 10 lat od przystąpienia do konkursu „Rzuć palenie razem z nami” w grupach objętych dodatkową interwencją. Med Pr 2009, 60 (1): 20-25.
16. Drygas W, Kowalska A, Dziańkowska-Stachowiak E. Effectiveness of the secondo international Quit &Win anti-smoking campaign in Poland. [in:] Tobacco: The Growing Epidemic. Lu R, Mackay J, Peto R (eds). Springer Verlag 2000.
17. Kampanie antynikotynowe skuteczne. Med Tribune 2008, 14, 9.
18. Gerstenkorn A, Suwała M. Realizacja programu minimalnej interwencji antynikotynowej w lecznictwie podstawowym Łodzi. Materiały z XIII Ogólnopolskiego Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej i V Bałtyckiego Sympozjum Balintowskiego. AWF, Wrocław 1998: 349-353.
19. Lancaster T. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ 2000, 32, 321: 355-358.
20. Suwała M. Holistyczny program terapii antytytoniowej. Praca dyplomowa. UE, Łódź 1998.
21. Gerstenkorn A, Suwała M. Zakład pracy jako miejsce zaprzestania palenia-analiza motywacji. [w:] Palenie tytoniu a zdrowie – aktualne problemy. Zatoński W i wsp. AM, Poznań 2001: 37-38.
22. Suwała M, Gerstenkorn A, Kaczmarczyk-Chałas, Drygas W. Palenie tytoniu u osób w starszym wieku. Badanie Programu CINDI-WHO. Prz Lek 2005, 62, Sup.3: 55-59.
23. Sapiński W, Drygas W, Gerstenkorn A, Klimczak A, Niełacny K, Pikała M. Wpływ miejsca zamieszkania na rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób układu krążenia. Kardiol Pol 1999, 50: 117-119.
24. Bandosz P, O’Flaherty M, Drygas W, Rutkowski M, Koziarek J, Wyrzykowski B, Bennett K, Zdrojewski T. Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: modeling. BMJ 2012, 344, d8136.
25. Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS). Polska 2009-2010. Ministerstwo Zdrowia, WHO Regional Office for Europe. [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/sondaz\\_tyt\\_15112010.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sondaz_tyt_15112010.pdf) (06.12.2013).
26. Kaleta D, Kozieł A, Miśkiewicz P. Przebieg implementacji globalnego badania używania tytoniu przez osoby dorosłe (Global Adult Tobacco Survey – GATS) Polsce. Prz Lek 2009, 66, 10: 888-889.