

# Przygotowanie przyszłych lekarzy do terapii antytytoniowej wśród pacjentów

## Future physicians' preparedness to conduct anti-nicotine therapy among patients

MAŁGORZATA SUWAŁA<sup>1/</sup>, WOJCIECH DRYGAS<sup>2/</sup>

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

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

**Wprowadzenie.** Palenie tytoniu przez lekarzy może stanowić barierę w skutecznej interwencji antytytoniowej wśród palących pacjentów. Jak wskazują liczne światowe badania, niepalący lekarz chętniej podejmuje z pacjentem rozmowę na temat zaprzestania palenia i jest w swoich poradach bardziej wiarygodny. Ważne jest, aby przyszli lekarze – studenci medycyny zostali odpowiednio przygotowani do podejmowania działań antytytoniowych wśród pacjentów, w tym do prowadzenia farmakoterapii fizycznie uzależnionych od tytoniu.

**Cel badań.** Poznanie przygotowania przyszłych lekarzy – studentów VI roku Wydziału Lekarskiego UM w Łodzi – do udzielenia pomocy palącym pacjentom w zaprzestaniu palenia, w tym gotowości do wdrażania Zasady Minimalnej Interwencji Antytytoniowej (5×A) oraz prowadzenia farmakoterapii zespołu uzależnienia od tytoniu.

**Wyniki.** W badanej grupie studentów częstość palenia tytoniu wynosiła 24,5%, wśród mężczyzn 31,7%, kobiet 19,5%. Co drugi student był zdecydowany stosować w przyszłej pracy Zasadę 5×A. Palący studenci w porównaniu z niepalącymi rzadziej deklarowali gotowość do stosowania zasady 5×A i oceniali swoje przygotowanie do prowadzenia terapii antytytoniowej wśród palących pacjentów, jako bardzo dobre lub dobre. Jedynie 15,0% przyszłych lekarzy potrafiło wymienić cztery leki rekomendowane w Polsce w terapii uzależnienia od tytoniu, a blisko co piąty badany nie umiał wymienić żadnego leku. Najczęściej wymienianym przez badanych lekiem był bupropion.

**Wnioski.** 1. Niewystarczająca jest gotowość przyszłych lekarzy do stosowania Zasady Minimalnej Interwencji Antytytoniowej w kontaktach z pacjentami. 2. Szczególny nacisk w nauczaniu terapii uzależnienia od tytoniu należy położyć na dostępne w Polsce metody farmakologiczne, znacznie zwiększające szanse na trwałą abstynencję nikotynową.

**Słowa kluczowe:** palenie tytoniu, studenci medycyny, lekarze, zaprzestanie palenia

**Introduction.** Tobacco smoking by physicians can create an obstacle for effective anti-tobacco intervention among smoking patients. According to numerous international studies a non-smoking physician is more eager to start conversation regarding tobacco smoking cessation and appears as more credible. It is important that future physicians – medicine students – are properly prepared to undertake anti-tobacco actions with patients, including pharmacotherapy for those physically addicted to tobacco.

**Aim.** To evaluate the future physicians' (6th-year medicine students of the Medical University of Lodz) preparedness to offer help to their patients in smoking cessation, including readiness to introduce the Minimal Anti-nicotine Intervention Rule (5×A) as well as conducting the tobacco addiction pharmacotherapy.

**Results.** The tobacco smoking frequency among the researched group of students was 24.5%, with 31.7% of men and 19.5% of women. Every other student declared readiness to use the 5×A Rule in their future professional practice. The smoking students, in comparison with the non-smokers, were more reluctant to use the 5×A Rule and evaluated their preparedness to conduct an anti-tobacco therapy among their smoking patients as very good or good. Only 15% of the future physicians were able to name 4 medications recommended in Poland for the tobacco addiction therapy and almost every fifth student was not able to list any drug. The most commonly mentioned drug was bupropion.

**Conclusions.** 1. The future physicians' preparedness to use the Minimal Anti-nicotine Intervention Rule in their contacts with patients is unsatisfactory. 2. The heaviest impact in teaching tobacco addiction therapy should be placed on pharmacological methods available in Poland that greatly increase the chances of long-lasting nicotine abstinence.

**Key words:** tobacco smoking, medical students, physicians, smoking cessation

© Hygeia Public Health 2015, 50(1): 191-196

www.h-ph.pl

Nadstawo: 12.11.2014

Zakwalifikowano do druku: 01.01.2015

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: małgorzata.suwała@umed.lodz.pl

## Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że palenie tytoniu jest głównym pojedynczym, podlegającym redukcji czynnikiem ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych, który szacuje się, że w XXI wieku na

świecie będzie odpowiedzialny za miliard zgonów [1]. W rankingu 10 najczęstszych czynników utraty zdrowia mierzonych wskaźnikiem DALY palenie tytoniu, rozpatrywane razem z paleniem biernym, zajmowało w 2010 r. Europy Środkowej trzecie miejsce, po nadciś-

nieniu tętnicznym i nadmiernym spożyciu alkoholu [2]. Pomimo obserwowanego w ostatnich latach w krajach wysokorozwiniętych spadku częstości palenia tytoniu, jest ono nadal jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego i nadal poszukuje się efektywnych metod ograniczania tego zjawiska. Ogromną rolę w zmniejszaniu częstości palenia tytoniu odgrywają przedstawiciele zawodów postawotwórczych, w tym szczególnie lekarze. Ich przygotowanie w ramach kształcenia przeddyplomowego – ugruntowanie właściwych postaw wobec palenia tytoniu, zrozumienie złożonej istoty uzależnienia, nabycie umiejętności motywowania palących pacjentów do zaprzestania palenia i prowadzenia terapii antytytoniowej zgodnej ze współczesną wiedzą i rekomendacjami, wydają się być bardzo istotne, niezależnie od dalszych losów zawodowych lekarza – jego specjalizacji i miejsca pracy.

## Cele badań

Poznanie:

- częstości palenia tytoniu wśród studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
- przygotowania przyszłych lekarzy do udzielenia pomocy palącym pacjentom w zaprzestaniu palenia, w tym gotowości do wdrażania Zasady Minimalnej Interwencji Antytytoniowej oraz prowadzenia farmakoterapii zespołu uzależnienia od tytoniu.

## Materiał i metoda

Badanie zrealizowano w końcu maja 2014 r. wśród studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Objęto nim 202 studentów medycyny. Miało ono z założenia charakter badania wyczerpującego – badani stanowili 91% wszystkich studentów uczących się w roku akademickim 2013/2014 na VI roku studiów. Ze względu na dwie niekompletnie wypełnione ankiety do opracowania włączono 200 ankiet. Wśród badanych kobiety stanowiły 59%, mężczyźni 41%.

Badanie zrealizowano metodą ankiety audytoryjnej. Narzędzie badania stanowił autorski kwestionariusz ankiety, w którym wykorzystano fragment ankiety opracowanej przez Komisję do Spraw Zdrowia i Palenia Tytoniu (działająca przy Międzynarodowej Unii Walki z Gruźlicą) dołączając pytania własne, w tym dotyczące postaw wobec palenia tytoniu.

Za aktualnych regularnych (codziennych) palaczy uznano osoby, które w chwili badania deklarowały palenie przynajmniej jednego papierosa dziennie, za palących okazjonalnie – osoby palące mniej niż jednego papierosa dziennie, do grupy byłych palaczy zakwalifikowano tych, którzy palili w przeszłości, ale w momencie badania nie palili tytoniu, natomiast

za nigdy niepalących uznano osoby, które nigdy w życiu nie paliły lub paliły w swoim życiu w sposób zdefiniowany jako regularny, ale robiły to krócej niż 6 miesięcy.

W opracowaniu statystycznym zebranych danych wykorzystano metody opisowe i metody wnioskowania statystycznego. Dla porównania częstości występowania poszczególnych kategorii cech w wyodrębnionych podgrupach zastosowano test niezależności  $\chi^2$  oraz  $\chi^2$  z poprawką Yates'a. Za istotne statystycznie uznano różnice dla których  $p < 0,05$ . W obliczeniach wykorzystano program Statistica v.10.

## Wyniki

Wśród badanych studentów najliczniejszą grupę stanowiły osoby nigdy niepalące (68,5%), zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn. Jednak kobiety istotnie częściej były nigdy niepalącymi ( $p < 0,001$ ). Najmniej liczną podgrupę badanych (7,0%) stanowili byli palacze tytoniu. Cztery razy częściej ex-palaczami byli mężczyźni niż kobiety (12,2% vs 3,4%;  $p < 0,03$ ).

Blisko co czwarty badany (24,5%) był w chwili badania palaczem tytoniu (codziennym lub okazjonalnym); istotnie częściej takie zachowania deklarowali mężczyźni niż kobiety (31,7% vs 19,5%,  $p < 0,05$ ) (tab. I). Osoby deklarujące codzienne palenie stanowiły 12,5% badanych. Wśród mężczyzn paliło codziennie 19,5%, wśród kobiet 7,6% ( $p < 0,04$ ). Codzienni palacze tytoniu wypalali od 1 do 17 papierosów dziennie (średnio  $8,4 \pm 4,1$  sztuk). Mężczyźni wypalali średnio dziennie większą liczbę papierosów niż kobiety (odpowiednio  $9,1 \pm 4,5$  sztuk i  $7,4 \pm 3,27$  sztuk; ns – nieistotne statystycznie).

Badanym studentom zadano pytanie czy w przyszłej pracy zawodowej mają zamiar stosować Zasadę Minimalnej Interwencji Antynikotynowej (tzw. 5×A). Ponad połowa przyszłych lekarzy (52,0%) potwierdziła gotowość do stosowania tej zasady wobec pacjentów, częściej kobiety niż mężczyźni (53,4% vs 50,0%, ns). Odsetek osób, które nie wiedzą czy będą wprowadzały w życie minimalną interwencję antynikotynową wynosił 28,0 (równie często mężczyźni, jak i kobiety). Co piąty przyszły lekarz-mężczyzna – 19,5% i 14,4% kobiet przyznało, że nie znają Zasady 5×A. Siedmiu badanych (3,5% – byli to mężczyźni) zadeklarowało, że nie będą stosowali 5×A w rozmowie z pacjentami (tab. II).

Przynależność badanych do grupy osób palących w porównaniu z pozostałymi studentami (ex-palaczami lub nigdy niepalącymi) różnicuje przewidywane postawy przyszłych lekarzy dotyczące stosowania 5×A w praktyce zawodowej. Palacze tytoniu rzadziej deklarują gotowość do stosowania minimalnej interwencji (46,9% vs 53,6%, ns) i istotnie statystycznie częściej nie są zdecydowani czy będą ją w przyszłości stosowali

Tabela I. Badani według postaw dotyczących palenia i płci (w %)  
Table I. Study group by attitude toward smoking and by gender (by %)

Palenie tytoniu	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
Palący	31,7*	19,5	24,5
Nigdy niepalący	56,1***	77,1	68,5
Byli palacze	12,2**	3,4	7,0
Razem	100,0	100,0	100,0

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,03$ ; \*\*\*  $p < 0,001$  mężczyźni vs kobiety

Tabela II. Deklaracja badanych dotycząca stosowania w przyszłej pracy zawodowej wobec palących pacjentów Zasady Minimalnej Interwencji Antytytoniowej (5xA) (w %)

Table II. Study group's declaration regarding use of Minimal Antinicotine Intervention Rule (5xA Rule) in future practice with patients (by %)

Czy masz zamiar stosować 5xA?	Ogółem	Palący	Niepalący#
Tak	52,0	46,9	53,6
Nie	3,5	2,0	4,0
Nie wiem	28,0	32,7***	26,5
Nie znam 5xA	16,5	18,4***	15,9
Razem	100,0	100,0	100,0

# ex-palacze i nigdy niepalący; \*\*\*  $p < 0,001$  palący vs niepalący

(32,7% vs 26,5%;  $p < 0,001$ ). Także palący znacznie częściej niż pozostali studenci przyznają się do braku znajomości 5xA (18,4% vs 15,9%;  $p < 0,001$ ). Wśród palących tylko jeden student (2,0% palących) zdecydowanie zadeklarował, że nie będzie stosował działań antytytoniowych nakreślonych w zasadzie 5xA, natomiast w grupie pozostałych studentów medycyny odsetek ten był dwa razy większy (tab. II).

Kolejne pytanie ankiety pozwala poznać samoocенę przygotowania przyszłych lekarzy do prowadzenia terapii antytytoniowej wśród palących pacjentów. Około co czwarty badany (26,5%) ocenił swoje przygotowanie jako bardzo dobre lub dobre (28,1% studentów, 25,4% studentek). Blisko połowa (46,0%) uznała, że czują się średnio przygotowani (w jednakowej części kobiety i mężczyźni) natomiast 5,5% badanych wystawiła sobie ocenę dostateczną. Co piąty przyszły lekarz (20,5%) źle ocenił swoje przygotowanie do pracy z palącymi pacjentami, twierdząc, że nie czuje się przygotowany do prowadzenia terapii antytytoniowej. Porównanie podgrupy palących studentów z osobami nigdy niepalącymi i ex-palaczami nie wykazuje istotnych statystycznie różnic. Ci pierwsi rzadziej ocenili swoje przygotowanie do podjęcia terapii antytytoniowej jako bardzo dobre lub dobre (22,5% vs 27,7%) oraz jako dostateczne (4,1% vs 6,6%), ale częściej uznawali je jako przeciętne, średnie (57,1% vs 42,4%). Poczucie braku przygotowania do prowadzenia terapii w 16,3% zadeklarowali palący w stosunku do 21,9% pozostałej grupy badanych.

Badanych proszono również o podanie znanych im leków stosowanych w leczeniu uzależnienia od tytoniu. Jedynie 15,0% przyszłych lekarzy potrafiło wymienić cztery podstawowe leki rekomendowane w Polsce w te-

rapii osób uzależnionych – bupropion, wardenikilinę, cytyzynę oraz nikotynową terapię zastępczą (NTZ). Co najmniej trzy preparaty (nie uwzględniano w nich nortryptyliny) wymieniło 36,0% badanych. Blisko co piąty badany (19,0%) nie umiał podać żadnego preparatu. W tej grupie osób znalazło się trzech studentów, którzy uważają, że do pokonania uzależnienia wystarczająca jest silna wola, jeden zaleciłby swoim uzależnionym pacjentom e-papieros, kolejny gumę do żucia kształtem imitującą papieros.

O ile odsetek kobiet, które potrafiły wymienić cztery leki nie różnił się istotnie od stwierdzonego wśród mężczyzn (14,6% vs 15,3%), to studenci znacznie częściej nie potrafili wymienić ani jednego leku w porównaniu z ich koleżankami (14,4% vs 25,6%);  $p < 0,05$ ). Płeć badanych nie różnicowała istotnie wiedzy na temat co najmniej trzech preparatów wspomagających zaprzestanie palenia (M 31,2% vs K 37,3%) (tab. III).

Co dziesiąty badany (10,5%) wymieniał bupropion, cytyzynę i NTZ, a 13,0% podało dwa preparaty – bupropion i NTZ.

Wiedzę na temat farmakoterapii uzależnienia od tytoniu różnicują postawy badanych dotyczące palenia. Najmniejszą wiedzę wykazali się ex-palacze – połowa z nich nie umiała wymienić ani jednego leku, a jedynie co siódmy (frakcja  $f = 0,14$ ) podał wszystkie cztery preparaty. Najlepszą wiedzę posiadały osoby palące. Wśród nich 8,2% nie znało ani jednego preparatu wspomagającego zaprzestanie palenia, podczas gdy wśród pozostałych badanych (nigdy niepalących i ex-palaczy) 22,5% ( $p < 0,05$ ). Podobnie, jak u byłych palaczy, 14,3% palących znało wszystkie cztery leki, ale w kohorcie niepalących (nigdy lub byłych palaczy) odsetek ten był większy – 15,2% (jednak nieistotny statystycznie). Umiejętność podania co najmniej trzech leków wspomagających abstynencję nikotynową nie różniła się znacząco w grupie palaczy tytoniu i niepalących (42,9% vs 33,8%).

Rozpatrując wiedzę palących na temat farmakoterapii w nikotynizmie (w porównaniu z niepalącymi) według płci stwierdzono, że palące kobiety częściej niż palący mężczyźni wymieniały cztery preparaty rekomendowane w terapii antytytoniowej (17,4% vs 11,5%; ns), częściej podawały co najmniej trzy leki (52,2% vs 34,6%; ns), a przede wszystkim nie było wśród nich takich, które nie potrafiły podać żadnego preparatu, co różni je znacząco od palących mężczyzn (15,4%;  $p < 0,05$ ).

Palące kobiety w porównaniu z niepalącymi istotnie rzadziej wykazały się całkowitą niewiedzą, nie potrafiąc wymienić ani jednego leku wspomagającego zaprzestanie palenia (0 vs 17,9%;  $p < 0,04$ ). W podgrupie palących mężczyzn takich zależności nie stwierdzono (15,4% vs 30,4%) (tab. III).

Tabela III. Znajomość przez badanych leków rekomendowanych w terapii uzależnienia od tytoniu wg zachowań dotyczących palenia i płci  
 Table III. Study group's knowledge of medications recommended in tobacco addiction therapy by attitudes toward smoking and by gender

Palenie tytoniu	% kobiet, które znają			% mężczyzn, którzy znali		
	co najmniej trzy leki	cztery leki	żadnego leku	co najmniej trzy leki	cztery leki	żadnego leku
Palące/y	52,2	17,4	0*#	34,6	11,5	15,4
Niepalące/y	33,7	14,7	17,9*	33,9	16,1	30,4
Razem	37,3	14,6	25,6*	31,2	15,3	14,4

\* $p < 0,05$  kobiety vs mężczyźni; #  $p < 0,04$  palący vs niepalący

Najbardziej znanym wśród studentów lekiem do terapii osób uzależnionych od tytoniu był bupropion – wymieniło go 63,0% badanych, następnie NTZ – podało ją 60,0% badanych. Znaczna część – 43,0% młodych lekarzy wskazała cytyzynę a 30,5% wareniklinę. Sześć osób wykazało się znajomością stosowania nortryptyliny we wsparciu farmakologicznym rzucających palenie pacjentów. Wśród mężczyzn oraz palących najczęściej wymienianą terapią była NTZ, wśród kobiet oraz niepalących – bupropion. Blisko 3/4 palących wymieniło jako znaną formę farmakoterapii – NTZ (najczęściej wymieniana), a tylko co piąty z tej grupy badanych miał wiedzę na temat warenikliny (20,4%).

W badaniu starano się udzielić odpowiedzi na pytanie czy zła lub znikoma znajomość leków stosowanych w terapii uzależnienia od nikotyny (rozumiana jako nieumiejętność wymienienia ani jednego preparatu lub podanie tylko jednego) pozostawała w związku z wysoką (bardzo dobrą lub dobrą) samooceną przygotowania badanych do prowadzenia terapii antytytoniowej. Wyniki badania wskazują, że taka sytuacja dotyczyła blisko co trzeciego badanego (34,5%), a wśród mężczyzn nawet 42,7%. Ci ostatni istotnie statystycznie częściej niż ich koleżanki bezkrytycznie oceniali swoje przygotowanie do terapii (42,7 vs 28,8,  $p < 0,04$ ). Nie stwierdzono, aby znamienne statystycznie mniejszym brakiem krytycyzmu w samoocenie swojego przygotowania do pracy z palącymi pacjentami wykazali się palący w porównaniu z niepalącymi ( $f=0,26$  vs  $0,37$ ); zarówno mężczyźni ( $f=0,46$  vs  $f=0,35$ ), jak i kobiety ( $f=0,32$  vs  $f=0,17$ ).

## Dyskusja

Wyniki badania GATS wskazują, że w Polsce w latach 2009-2010 paliło tytoń 33,5% mężczyzn i 21,0% kobiet w wieku 15 i więcej lat, co daje liczbę 8,7 mln codziennych regularnych palaczy. Około miliona osób stanowili palacze okazjonalni, 3% dorosłych zarówno mężczyzn, jak i kobiet [3]. Pomimo iż wyniki badań z 2013 r. mówią o spadku częstości palenia w populacji kobiet poniżej 20%, to nadal grupa palących tytoń Polaków jest znacząca i w większości wymagają oni pomocy, aby uzyskać trwałą abstynencję [4]. W porównaniu z latami 80. i 90. jest to niewątpliwym sukces, wynikający z wielokierunkowych i wieloletnich intensywnych działań antytytoniowych o charakterze

populacyjnym, jak i indywidualnym – kierowanych do palącego, ale pragnącego zaprzestać palić pacjenta. W terapii indywidualnej znaczącą rolę mogą i powinni odgrywać lekarze, najlepiej niepalący. Lekarze, zarówno na świecie, jak i w Polsce, znacznie rzadziej sięgają po papierosa, szczególnie ci młodzi. O ile w Polsce w 1986 r. paliło codziennie tytoń 30% mężczyzn i 20% kobiet-lekarzy medycyny (w tym 40% internistów i 30% internistek), w 1999 r. zachowania te dotyczyły 27% lekarzy-mężczyzn i 11% kobiet, w 2006 r. odpowiednio 23% i 15%, a w 2012 r. paliło łącznie 20% lekarzy. W USA pali tytoń ok. 2%, w Szwecji (2005 r.) 6% lekarzy (rodziny 3%), w Portugalii 13%, a w Hiszpanii 16% [5, 6, 7]. Niewłaściwe zachowania lekarzy dotyczące palenia można zmienić poddając ich intensywnym działaniom antytytoniowym, czego najlepszym przykładem jest Japonia, w której udało się ograniczyć częstość palenia przez lekarzy z 27,1% wśród mężczyzn i 6,8% wśród kobiet w 2000 r. do odpowiednio 12,5% i 2,9% w 2012 r. [8]. Palący lekarz nie tylko postępuje niezgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej (art. 2, 64 i 71), ale również może stanowić barierę w skutecznej pomocy palącym pacjentom.

W badaniach przeprowadzonych w wielu krajach – Szwecji, Japonii, Francji, Włoszech, Estonii udowodniono niezbicie, że niepalący lekarz chętniej podejmuje z pacjentem temat palenia, efektywniej motywuje go do rezygnacji z palenia oraz jest bardziej wiarygodny w swoich poradach [9, 10, 11, 12].

W badaniu stwierdzono znaczny odsetek palących studentów ostatniego roku medycyny – 31,7% mężczyzn i 19,5% kobiet, co nie odbiega znacząco od częstości palenia w populacji generalnej. Codziennie paliło 19,5% mężczyzn i 7,6% kobiet – przyszłych lekarzy. W 1987 r. częstość codziennego palenia tytoniu wśród studentów medycyny na ostatnim roku studiów była znacząca i wynosiła – 38% mężczyźni i 20% kobiety [7]. Obecnie doniesienia na temat rozpowszechnienia palenia tytoniu na studiach lekarskich są trudne do porównania ze względu na ich fragmentaryczność (brak reprezentatywności badań – zgłoszenia spontaniczne do badania, mało liczne grupy badane), badanie studentów różnych lat studiów, łączenie w analizie wyników studentów różnych kierunków medycznych, brak wyraźnego wyodrębnienia palących codziennie i okazjonalnych

palaczy, różny czas badań. I tak przykładowo, w roku akademickim 2006/2007 na VI roku Wydziału Lekarskiego AM w Białymstoku, codzienni palacze tytoniu mężczyźni stanowili 17,0%, kobiety – 6,0% [13]. Badanie studentów III roku Wydziału Lekarskiego w UM Poznaniu z 2012 r. wskazuje na codzienne palenie przez 9,7% badanych (9,5% mężczyzn i 9,8% kobiet) oraz znaczny spadek częstości palenia u obu płci w porównaniu z rokiem 2000, kiedy to paliło 22,5% przyszłych lekarzy (21,7% mężczyzn i 23,0% kobiet) [14]. W 2011 r. na IV roku Wydz. Lekarskiego UJCM paliło 25,3% kobiet [15]. W badaniu studentów (100 osób) studiujących na VI roku Wydz. Lekarskiego UM w Poznaniu stwierdzono częstość aktualnego palenia na poziomie 12,0% [16].

Odrębną kwestią jest właściwe przygotowanie przyszłych lekarzy do prowadzenia terapii uzależnienia od tytoniu. Uzasadniony niepokój budzą wyniki badania mówiące o niskim poziomie znajomości Zasady Minimalnej Interwencji Nikotynowej wśród badanych i gotowości do jej wdrażania w praktyce lekarskiej. Tylko połowa badanych ma zamiar (bez względu na wybraną specjalizację) w przyszłej pracy zawodowej stosować 5×A. Co piąty badany, kończąc studia lekarskie, jest przekonany, że nie będzie jej stosował (z nieznanych powodów lub z powodu niewiedzy). Zasada 5×A (wcześniej znana jako 4×A, lub w wersji polskojęzycznej 4×P) została w Polsce spopularyzowana w latach 90. przez prof. Witolda Zatońskiego – kierownika Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Dzięki staraniom prof. Witolda Zatońskiego lekarzy rodzinnych zapoznaje się z 5×A w ramach szkoleń prowadzonych przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, ale przyszli lekarze zaznajamiają się z nią w ramach szkolenia przeddyplomowego (np. tematyka ta omawiana jest na wykładach ze Zdrowia Publicznego na VI r. studiów). Minimalna Interwencja Antytytoniowa jest szybką i tanią (stad nazwa „minimalna”) metodą ograniczania palenia w populacji. 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) [17].

Około 3/4 badanych przyszłych lekarzy oceniło swoje przygotowanie do prowadzenia terapii antytytoniowej jako co najmniej średnie, w tym co czwarty jako bardzo dobre lub dobre. Zwraca uwagę fakt, że co piąty badany nie czuje się przygotowany do prowadzenia terapii wśród palących pacjentów. Poprawę tej sytuacji można spodziewać się w UM w Łodzi po wprowadzeniu od 2014 r. opcjonalnego fakultetu dla studentów medycyny z zakresu profilaktyki i terapii

uzależnień, cieszącego się dużym zainteresowaniem przyszłych lekarzy.

Od roku 2007, w którym po raz pierwszy w Polsce opublikowano „Konsensus dotyczący rozpoznawania i leczenia uzależnienia od tytoniu”, rozpowszechniane są wśród lekarzy (także tych przyszłych) zasady farmakoterapii uzależnienia [18]. Jak podkreśla prof. Zatoński lekarze nadal wiedzą zbyt mało o tym, że „mamy do dyspozycji leki, które zwiększają skuteczność rzucania palenia aż o 400 procent” [19]. Niniejsze badanie potwierdza tę opinię. Blisko co piąty badany student (19,0%) kończąc studia lekarskie nie umiał wymienić żadnego leku rekomendowanego w Konsensusie do terapii antytytoniowej. Fakt, że jedynie około co trzeci badany student (36%) potrafił wymienić co najmniej trzy leki terapii antytytoniowej nie napawa optymizmem. Jako niską należy ocenić wiedzę badanych młodych przyszłych lekarzy na temat najskuteczniejszego z dostępnych w Polsce leku, jakim jest wareniklina [20]. Niespełna co trzeci student kończący studia lekarskie znał ten lek, a wśród palących wymieniała go jedynie 1/5 badanych.

W pewnym stopniu potwierdzają się także słowa prof. Witolda Zatońskiego, że niestety wśród lekarzy najczęściej stosowaną metodą jest metoda „silnej woli” lub pokrewne [19]. Takie stanowisko, choć nieliczne (3,0% badanych), uwidocznilo omawiane badanie. Wobec rosnącej popularności e-papierosów w niektórych krajach (między innymi Wlk. Brytanii, USA, a także Polsce) warto wprowadzić do programu nauczania w polskich uczelniach medycznych wiarygodne informacje na temat potencjalnej szkodliwości e-papierosów oraz ich roli w skutecznym zaprzestaniu palenia, pochodzące z najnowszego raportu ekspertów WHO [21] oraz publikacji w prestiżowych pismach medycznych [22-24].

Trudno uzasadnić, dlaczego co trzeci przyszły lekarz (34,5%) pomimo braku wiedzy na temat terapii antytytoniowej (znajomość tylko jednego lub nieumiejętność wymienienia ani jednego leku) ocenia swoje przygotowanie jako bardzo dobre lub dobre. Niewątpliwie młodym lekarzom w większości brak świadomości jak trudna, złożona i wymagająca współpracy obu stron (lekarza i pacjenta) jest terapia osób uzależnionych.

Kontakt lekarza z uzależnionym od tytoniu pacjentem nie powinien ograniczać się do leczenia schorzeń wywołanych paleniem. Trudno przecenić aktywną postawę i pomoc lekarską w podjęciu decyzji o zaprzestaniu palenia, a następnie w propozycji wsparcia farmakologicznego w odniesieniu do tych palaczy, którzy tego wymagają. Takie rozumienie roli lekarza w niesieniu pomocy palącemu pacjentowi należy podkreślać i wzmacniać przez cały okres kształcenia przyszłych lekarzy.

## Wnioski

1. Częstość palenia tytoniu wśród studentów VI r. Wydziału Lekarskiego UM w Łodzi kończących studia medyczne, wynosząca 24,5%, należy uznać za wysoką. Ze względu na kluczową rolę, jaką odgrywa niepalący lekarz w pracy z pacjentami wskazane jest podjęcie efektywnych działań, które wpłyną na redukcję palenia wśród studentów medycyny.
2. Niewystarczająca jest gotowość przyszłych lekarzy do stosowania Zasady Minimalnej Interwencji Antytytoniowej w kontaktach z pacjentami. Znamienne gorszym przygotowaniem do działań antytytoniowych i chęcią ich stosowania wykazały się osoby palące oraz mężczyźni.
3. Należy poszerzyć treści programowe nauczania studentów medycyny o metody terapii nikotynizmu, ponieważ znaczna część studentów (20,5%) ma poczucie złego przygotowania do prowadzenia terapii antytytoniowej wśród palących pacjentów.
4. Szczególny nacisk w nauczaniu zasad terapii uzależnienia od tytoniu należy położyć na dostępne w Polsce metody farmakologiczne, znacznie zwiększające szanse na trwałą abstynencję nikotynową.
5. Wskazane byłoby przeprowadzenie podobnego badania na szerszej grupie studentów ostatniego roku medycyny w innych ośrodkach akademickich Polski.

## Piśmiennictwo / References

1. World Health Organisation. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 – The MPOWER Package, 2008.
2. Murray C. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 Regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012, 380: 2197-2223.
3. 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) (dostęp 6.12.2013).
4. Do 20% spadł odsetek Polek palących papierosy. <http://www.mp.pl/poz/psychiatria/aktualnosci/show.html?id=95157> (dostęp 5.10.2014).
5. Ogólnopolskie badanie postaw polskich lekarzy wobec palenia tytoniu. Fundacja „Promocja Zdrowia”, Warszawa 1999.
6. General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation (PESCE) UE, [www.pulsmedycyny.com.pl](http://www.pulsmedycyny.com.pl) (dostęp 07.2008).
7. Przewoźniak K. Trendy palenia tytoniu w Polsce w latach 1974-1994. [w:] Palenie tytoniu a zdrowie. Milanowski J, Błędowski J (red). IMW, Lublin 1995: 23-42.
8. Kaneita Y, Ohida T, Imamura S, et al. Prevalence and Correlates of Smoking Among Japanese Physicians: Result from the 2012 survey on the smoking activities of Japan Medical Associations. *JMAJ* 2013, 56(4): 253-266.
9. Bolinder G, Himmelmann L, Johansson K. Swedish physicians smoke least in all the world. A new study of smoking habits and attitudes to tobacco. *Lakartidningen* 2002, 99(30-31): 3111-3117.
10. Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y, et al. Smoking prevalence and attitudes towards smoking among Japanese physicians. *JAMA* 2001, 285: 2643-2648.
11. Jossieran L, King G, Velter A et al. Smoking behavior and opinions of French general practitioners. *J Natl Med Assoc* 2000, 92(8): 382-390.
12. Pärna K, Rahu K, Rahu M. Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians. *Public Health* 2005, 119(5): 390-399.
13. Bielska D, Litwiejko A, Trofimiuk E i wsp. Studenci Wydziału Lekarskiego i Zdrowia Publicznego AM w Białymstoku wobec nikotynizmu na tle Narodowego Programu Zdrowia w Polsce. *Prz Lek* 2007, 10: 777-780.
14. Gromadecka-Sutkiewicz M, Kłos J, Marcinkowski JT i wsp. Czy wśród studentów medycyny pojawia się moda na niepalenie? Porównanie wyników badań z lat 2000 i 2012. *Probl Hig Epid* 2014, 85(2): 465-470.
15. Skop-Lewandowska A, Jaworska A. Poziom uzależnienia od nikotyny oraz motywacja do zaprzestania palenia wśród studentek UJMC w Krakowie. *Probl Hig Epid* 2011, 92(4): 766-769.
16. Kara I, Zysnarska M, Adamek R i wsp. Studenci ostatniego roku medycyny a palenia tytoniu i używanie środków narkotycznych. *Prz Lek* 2011, 68(10): 872-874.
17. Lancaster T. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000, 32(321): 355-358.
18. Zatoński W, Jankowski P, Banasiak W i wsp. Wspólne stanowisko dotyczące rozpoznawania i leczenia uzależnienia zespołu uzależnienia od tytoniu u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi. Uzupełnienie „Konsensusu dotyczącego rozpoznawania i leczenia uzależnienia od tytoniu”. *Kardiolog* 2011, 69(1): 96-100.
19. Wysocka M. Trudna walka z nałogiem palenia. *Puls Med* 2008, 8: 7.
20. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(1), CD006103: pub6.
21. Electronic nicotine delivery system. Report by WHO. WHO Framework Convention on Tobacco Control, 21 August 2014. [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC\\_COP6\\_10-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-en.pdf?ua=1)
22. Bullen CB, Howe C, Laugesen M, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013, 382(9905): 1629-1637.
23. Giovenco DP, Lewis MJ, Delnevo CD. Factors Associated with E-cigarette Use: A National Population Survey of Current and Former Smokers. *Am J Pre Med* 2014, 47(4): 476-480.
24. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. *Circulation* 2014, 129: 1972-1986.