

Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w pierwotnej i wtórnej profilaktyce antytytoniowej

Małgorzata Suwała, Andrzej Gerstenkorn

Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Suwała M, Gerstenkorn A. Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w pierwotnej i wtórnej profilaktyce antytytoniowej. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(3): 243-246.

Streszczenie

Palenie tytoniu stanowi główny, pojedynczy, usuwalny czynnik zagrożenia chorobami układu krążenia, nowotworami złośliwymi i chorobami układu oddechowego. Przewiduje się, że bez zintegrowanych działań antytytoniowych w XXI wieku na świecie z powodu palenia tytoniu umrze około 1 mld osób. W Polsce każdego roku choroby odtotytoniowe powodują śmierć blisko 70 tys. osób i skracają przeciętne trwanie życia. Do działań na rzecz zmniejszenia częstości palenia tytoniu przez Polaków od lat zachęca się zarówno lekarzy wszystkich specjalności, jak i pielęgniarki. W profilaktyce antytytoniowej mogą one odgrywać kluczową rolę.

Celem pracy jest omówienie sytuacji w codziennej pracy pielęgniarki, które można wykorzystać zarówno do zapobiegania rozpoczęciu palenia, jak i do nakłaniania palących pacjentów do zaprzestania palenia.

Częsty kontakt z pacjentami, dobra komunikacja, zaufanie i autorytet pielęgniarki sprawiają, że może ona wnieść znaczący wkład w ograniczenie palenia tytoniu. Praca omawia, jak w praktyce pielęgniarskiej, niezależnie od miejsca zatrudnienia (zakład opieki zdrowotnej, zakład pracy, szkoła, dom pacjenta), można podejmować działania antynikotynowe dostosowane do indywidualnej sytuacji pacjenta, wykorzystując jego stan zdrowia jako główną motywację do zaprzestania palenia.

Wnioski: 1. Pielęgniarka powinna odgrywać znaczącą rolę w działaniach antytytoniowych obejmujących: edukację pacjenta, ocenę stopnia gotowości do zaprzestania palenia, budowę motywacji zdrowotnej oraz pomoc lekarzowi w stosowaniu Minimalnej Interwencji Antynikotynowej. Oprócz edukacji pacjentów, może być ona inicjatorem i organizatorem kampanii antytytoniowych, programów terapii oraz wpływać na kadre kierowniczą, aby ta zapewniała środowisko wolne od dymu tytoniowego. 2. Podstawowa opieka zdrowotna stwarza pielęgniarcze bardzo wiele okazji do przedstawienia pacjentowi negatywnych skutków palenia i pokazania korzyści z jego zaprzestania.

Słowa kluczowe

palenie tytoniu, pielęgniarka, działania profilaktyczne

WSTĘP

W ostatnim dwudziestolecu w Polsce obserwujemy niezależną od płci tendencję do zaprzestania palenia tytoniu. Spadek częstości palenia tytoniu dotyczy głównie mężczyzn, systematycznie wzrasta odsetek nigdy niepalących dorosłych mężczyzn, a w populacji kobiet udział nigdy niepalących utrzymuje się na względnie stałym poziomie [1]. Zmiany zachowań Polaków wobec używania tytoniu nie dotyczą wszystkich i nadal 8,7 mln osób powyżej 15 roku życia to codzienni palacze tytoniu, a ok. 1 mln pali okazjonalnie [2].

Palenie tytoniu pozostaje głównym, pojedynczym, modyfikowalnym czynnikiem ryzyka głównie chorób układu krążenia (chuk), nowotworów złośliwych i chorób układu oddechowego [3]. Zaprzestanie palenia przynosi korzyści w każdym wieku i może okazać się skuteczniejsze w poprawie rokowania osób chorych niż różne formy farmakoterapii.

W procesie odchodzenia od palenia tytoniu ogromną rolę odgrywa budowa motywacji do zaprzestania palenia. Budowa motywacji jest procesem, który pozwala palaczowi, zgodnie z etapami gotowości do rzucenia palenia wg Prochaska, przejść od fazy prekontemplacji do kolejnych etapów:

kontemplacji, etapu decyzyjnego i działania [4]. O ile terapią antytytoniową pacjenta, który „dojrzał” do rzucenia palenia powinien zająć się lekarz, to w profilaktyce antytytoniowej oraz budowie motywacji do zaprzestania palenia ogromną rolę mogą i powinny odgrywać pielęgniarki. Duże, a niestety niewykorzystane, możliwości pielęgniarek w szeroko rozumianej profilaktyce antytytoniowej wynikają z bardzo wielu czynników. Do najważniejszych zaliczyć należy: profesjonalną wiedzę na temat szkodliwości palenia tytoniu, różnorodność sytuacji w kontaktach z pacjentem w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) będących okazją do kształtowania zachowań związanych z niepaleniem (w tym w środowisku domowym pacjenta czy szkole, a więc również z pacjentem w różnym wieku), często długi okres sprawowania opieki nad pacjentem i możliwość poświęcenia mu większej ilości czasu, specyficzna więź i dobra relacja oraz autorytet i zaufanie wśród pacjentów. Nie należy zapominać, że promocja zdrowia, profilaktyka chorób i edukacja zdrowotna należą do zawodowych zadań i powinności pielęgniarki.

Celem pracy jest omówienie sytuacji w codziennej pracy pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, które można wykorzystać zarówno do zapobiegania rozpoczęciu palenia, jak i do nakłaniania palących pacjentów do zaprzestania palenia.

Pierwszym krokiem do tego, aby pacjent rzucił palenie jest zbudowanie wraz z nim odpowiedniej motywacji. Na-

Adres do korespondencji: Andrzej Gerstenkorn Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Zeligowskiego 7/9, 90-643 Łódź. E-mail: agerst@g02.pl

Nadesłano: 15 luty 2012; zaakceptowano do druku: 2 lipca 2012

rzędziem, które jest pomocne w ocenie motywacji do zaprzestania palenia jest test motywacyjny wg N. Schneider [5]. Niski wynik testu (przewaga odpowiedzi przeczących na pytania testu) świadczy o braku wystarczającej motywacji pacjenta do zaprzestania palenia. Motywacja ta może dotyczyć sfery zdrowotnej, moralnej, jak i ekonomicznej. Pielęgniarka w podstawowej opiece zdrowotnej ma wiele okazji, aby kształtować, głównie zdrowotną, motywację palącego pacjenta do zaprzestania palenia.

W tej formie opieki zdrowotnej częstą sytuacją, którą powinno się wykorzystać w celu podkreślenia wpływu palenia na stan zdrowia i zmotywowania pacjenta do abstynencji tytoniowej, jest wykonywanie badań diagnostycznych, np. badania EKG.

Pielęgniarka przed wykonaniem badania EKG powinna zebrać wywiad dotyczący palenia tytoniu (np. wykorzystując Minimalną Interwencję Antynikotynową – tzw. 5xA) oraz ocenić wiedzę pacjenta na temat związku palenia z chorobami sercowo-naczyniowymi (np. chorobą niedokrwienną serca, arytmia serca czy zawałem serca). Jeżeli pacjent ma zdiagnozowaną chorobę układu krążenia (CHUK), rolę pielęgniarki będzie uświadomienie pacjentowi, jak negatywnie palenie wpływa na przebieg jego choroby i skuteczność terapii. Wśród większości pacjentów należy spodziewać się niewystarczającej wiedzy na temat związku palenia z CHUK. Badanie GATS pokazało znaczny „analfabetyzm zdrowotny” dorosłych Polaków – 20% nie wie o związku przyczynowo-skutkowym między paleniem a zawałem serca, aż 40% między paleniem a udarem mózgu [2]. Współpraca z pacjentami, którzy wiedzą o związku przyczynowo-skutkowym pomiędzy postępowaniem a własnym stanem zdrowia, jest najbardziej efektywna [6].

Należy zwrócić uwagę na grupę pacjentów, którzy doznali ostrego zespołu wieńcowego i są krótko po leczeniu szpitalnym. Najnowsze badania wskazują, że zaprzestanie palenia tytoniu w tej grupie pacjentów wiąże się z istotną redukcją śmiertelności. Ponadto dowiedziono, że rzucenie palenia może być skuteczniejsze w poprawie rokowania niż inne formy farmakoterapii, których skuteczność wykazano w badaniach klinicznych [7]. Pośrednio można domniemywać, że ażeby skutecznie pomóc pacjentom rzucić palenie, należałoby wdrożyć specyficzne formy terapii we wczesnym okresie po hospitalizacji. Pacjenci ci pozostają wówczas pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i często wykonują badania (w tym EKG). Zaobserwowano, że programy pomagające w rzuceniu palenia, oparte na krótkiej interwencji wewnątrzszpitalnej bez kontynuacji w warunkach pozaszpitalnych, są mało skuteczne i wielu pacjentów im poddanych powraca do palenia. W świetle przytoczonych badań zasadne jest twierdzenie, że dla decyzji o powrocie do czynnego nikotynizmu najważniejsze są pierwsze dni od wypisu ze szpitala, czas, w którym pacjenci spotykają się z pielęgniarkami mogącymi przyczynić się istotnie do podtrzymania i umocnienia abstynencji nikotynowej [7].

Poszukując skutecznych metod wspierania motywacji pacjentów do rzucenia palenia lub w okresie abstynencji (szczególnie wczesnej) warto sięgać po niekonwencjonalne, nowoczesne metody. Jak ostatnio wykazano, wspieranie motywacji do rzucenia palenia za pomocą przesyłanych wiadomości SMS dwukrotnie zwiększa odsetek osób niepalących po okresie 6-miesięcznej obserwacji. Jest to więc postępowanie skuteczne, którego zaletami są zarówno łatwa dostępność (powszechny dostęp do telefonów komórkowych),

jak i niska cena [8]. Autorzy podkreślają, że zgodnie z wynikami badania zastosowana metoda może być stosowana jako pełnowartościowa i samodzielna interwencja terapeutyczna.

Najczęstszymi pacjentami podstawowej opieki zdrowotnej pozostają osoby starsze. Problemowi palenia tytoniu przez osoby w starszym wieku poświęca się stosunkowo mało uwagi, co znajduje swoje odbicie zarówno w piśmiennictwie, jak i w nikłym zainteresowaniu zdobywaniem i poszerzaniem wiedzy na ten temat wśród lekarzy-praktyków oraz pielęgniarek. Nawet wśród pacjentów po przebyciu ostrego zawału serca, starsi wiekiem i gorzej wykształceni (bez średniego wykształcenia) są rzadziej nakłaniani i wspomagani farmakologicznie przez lekarzy w rzuceniu palenia [9, 10].

Problem wydaje się ważny również z epidemiologicznego punktu widzenia, ponieważ z analizy umieralności spowodowanej paleniem tytoniu zamieszczonej w Tobacco Control wynika, że w 2000 r. zmarło na świecie 2,1 mln palaczy w wieku 70 lat i więcej [11]. Zaprzestanie palenia zmniejsza częstość zachorowań i zgonów, poprawia jakość życia i wydolność fizyczną ludzi starszych. U osób w podeszłym wieku obu płci zaprzestanie palenia zmniejsza również ryzyko wystąpienia nowotworu, a korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy obserwuje się już po roku [12, 13]. Korzyścią wynikającą z rzucenia palenia jest istotne wydłużenie trwania życia. Rozstanie z paleniem w wieku 60 lat „przywraca” 3 lata – z wcześniejszych dziesięciu odjętych od oczekiwanej długości życia. Szacuje się, że choroby odtytoniowe odbierają palaczom powyżej 70 lat około 8 lat życia [14, 15]. Powyższe dane powinny zachęcać personel medyczny do podejmowania działań antytytoniowych również wśród najstarszych pacjentów, których liczba będzie rosła z każdym rokiem. Zgodnie z prognozą GUS w 2035 r. udział osób w wieku 65 lat i więcej w polskim społeczeństwie wyniesie 22,3% [16].

W grupie pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi oprócz edukacji, wskazane jest zapewnienie regularnego kontaktu z lekarzem poza w celu podjęcia terapii antynikotynowej lub podanie adresów poradni antynikotynowych, w których pacjent również może szukać specjalistycznej pomocy. Jednak w codziennej praktyce lekarskiej czas przeznaczony na przyjęcie pacjenta zwykle nie pozwala na pełne wyjaśnienie licznych jego wątpliwości i zweryfikowanie poprawności zrozumienia przekazanych pouczeń. W tych ważnych zadaniach pielęgniarka może zastąpić lekarza.

Pomiar ciśnienia tętniczego krwi, powszechnie wykonywany przez pielęgniarki, jest również dobrą okazją do budowy motywacji osób z nadciśnieniem tętniczym (HA) do rzucenia palenia. Rolą pielęgniarki jest objaśnianie pacjentowi wpływu palenia tytoniu na wartości ciśnienia tętniczego – podwyższanie go o 5 do 10 mm Hg. Warto również objaśniać fakt, że palenie w połączeniu z innymi czynnikami ryzyka CHUK działa synergistycznie, np. u osób palących z HA zapadalność na udar jest 20-krotnie wyższa niż w grupie niepalących bez nadciśnienia [3]. HA należy do tych chorób przewlekłych, w których skuteczne leczenie, szczególnie niefarmakologiczne, zależy od zrozumienia istoty choroby i znajomości wpływu, jakie to postępowanie będzie wywierać na przebieg choroby. W pierwszym etapie pacjent, w sposób dla niego zrozumiały i wymierny, szuka potwierdzenia skuteczności podjętego przez niego wysiłku, jakim jest zaprzestanie palenia. Ale istotne jest przejście pacjenta do kolejnego etapu – zrozumienia, że celem jest przede wszystkim poprawa rokowania, wyrażona zmniejszeniem prawdopodobieństwa zawału, udaru czy zgonu [6].

Powtarzane corocznie badanie spirometryczne pozwala ocenić wydolność oddechową pacjenta i wykryć wczesne stany chorobowe, np. POCHP. Choroba ta, stosunkowo mało znana przeciętnemu Polakowi, ma podłoże wieloczynnikowe, ale najczęstszą przyczyną, stwierdzoną w 95% przypadków, jest palenie papierosów. Ryzyko względne zachorowania u palaczy tytoniu wynosi u mężczyzn i kobiet – odpowiednio 4,3 i 2,3 [17]. Charakterystyczne w POCHP postępujące zmniejszanie przepływu powietrza przez drogi oddechowe (wynik reakcji płuc na dym tytoniowy, pyły i gazy) jest trudno odwracalne, jednak we wczesnych fazach choroby zaprzestanie palenia przynosi korzyści w postaci zahamowania jej rozwoju [17]. Oprócz tego rolą pielęgniarki jest przypominanie każdemu palącemu pacjentowi, że substancje toksyczne zawarte w dymie tytoniowym prowadzą do przewlekłego procesu zapalnego w drogach oddechowych, mięszu i naczyniach płucnych, co może skutkować zwiększeniem ryzyka wystąpienia raka płuc [17].

Odbiór laboratoryjnych wyników badań biochemicznych jest okazją dla pielęgniarki do rozmowy z pacjentem na temat negatywnego wpływu palenia tytoniu. Nieprawidłowy lipidogram (np. poziom TCHOL, LDL, HDL, triglicerydów) lub podwyższony poziom glukozy mogą być pretekstem do zachęty do zaprzestania palenia. Warto również przypominąć pacjentom, że palenie papierosów zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania na cukrzycę typu 2 [3, 18].

Większość dorosłych palaczy tytoniu chce zaprzestać palenia (wg badania WOBASZ ok. 73%), jednak trwałe odzwyczajenie się napotyka przeszkody [19]. Większość osób, które rzuciły palenie, powraca do niego [20]. Spośród dorosłych Polaków, którzy podjęli próbę rzucenia palenia w ciągu ostatniego roku, zdecydowana większość – 83,8% – wróciła do palenia przed upływem 3 miesięcy [2]. Znaczna liczba prób odzwyczajania się od palenia jest podejmowana przez pacjentów bez dodatkowego wsparcia, co wiąże się z ich małą skutecznością (3-5%) [21].

Leczenie uzależnienia od nikotyny zależy od rodzaju i siły uzależnienia, a właściwy dobór terapii warunkowany jest prawidłowo postawioną diagnozą. Pomocne w jej postawieniu są standaryzowane narzędzia, do których zaliczamy: kwestionariusz CAGE, test „Czterech C” oraz test Fagerströma [5]. Czas spędzany przez pacjentów w oczekiwaniu na poradę można wykorzystać do wypełnienia przez palaczy (samodzielnie lub z udziałem pielęgniarki) wspomnianych testów, co niewątpliwie przyspieszy i ułatwi lekarzowi dobór odpowiedniej dla danego pacjenta formy terapii antytytoniowej. Jest to również dobra okazja do udzielenia wsparcia informacyjnego i emocjonalnego, które, obok metod behawioralnych i farmakologicznych, zwiększają długotrwałość zmian stylu życia związanego z paleniem. W poczekalniach placówek podstawowej opieki zdrowotnej powszechnie powinny być dostępne ulotki, broszury, książki itp. materiały dla pacjenta, których skuteczność oddziaływania, jako formy interwencji antytytoniowej, oceniana jest na około 1,0% po upływie roku [4].

Do systemu podstawowej opieki zdrowotnej należy również pielęgniarka środowiskowa. Jest ona osobą, która najściślej współpracuje z pacjentem przewlekle chorym, najlepiej zna jego sytuację zdrowotną, ale również socjalno-bytową i rodzinną, widzi jego anty- i prozdrowotne zachowania. Z tego względu w budowie motywacji do zaprzestania palenia może wykorzystać nie tylko aspekty związane ze stanem zdrowia, ale również ekonomiczne czy moralne. Pielęgniarka środowiskowa stopniowo wnika w świat swojego pacjenta,

poznaje jego wartości, potrzeby, emocje, sposób myślenia, przez co staje się kimś bliskim, do kogo ma się zaufanie, kto słucha, ale i kogo warto słuchać. Stwarza to wyjątkowe możliwości promowania niepalenia, przygotowania do rzucenia palenia i podtrzymywania abstynencji.

Osoby palące często zapominają, że narażając niepalących domowników – szczególnie niemowlęta, dzieci, młodzież – na palenie bierne, zwiększają ich podatność na nieżyty nosa, zapalenie zatok, ucha, oskrzeli i płuc, zaostrzają przebieg astmy oskrzelowej, opóźniają proces dojrzewania płuc, a nawet zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia raka płuc w wieku dojrzałym [22].

W Polsce każdego dnia ok. 500 młodych ludzi rozpoczyna palenie papierosów [23]. Badania dowodzą, że rozpoczęcie palenia tytoniu (tzw. inicjacja nikotywna) przypada najczęściej w wczesny okres dojrzewania (10-15 lat), a następnie gwałtownie narasta [24]. Nastolatki, które spróbowały nawet tylko jednego papierosa w młodym wieku, mają ponad dwa razy większe szanse na palenie w przyszłości, bez względu na to, ile lat nikotywną „abstynencją” minęło od tego pierwszego kontaktu z papierosem. Podatność na uzależnienie pozostaje w stanie „uśpienia” („sleeper effect”) [25]. Wykazano również, że palenie przez młodzież gimnazjalną przynajmniej jednego papierosa dziennie sprawia, że prawdopodobieństwo regularnego palenia za 5-6 lat znacznie wzrasta [24]. Im większa liczba wypalanych papierosów w okresie dojrzewania, tym większe prawdopodobieństwo palenia w dorosłości [24]. W związku z tym prowadzenie profilaktyki antytytoniowej wśród dzieci i młodzieży, długofalowej i zintegrowanej z procesem wychowania i nauczania, można uznać za priorytetowe zadanie pielęgniarki szkolnej.

Oprócz konwencjonalnych działań antytytoniowych w środowisku szkolnym (np. pogadanki, wykłady, plakaty, konkursy rysunkowe i wiedzy o szkodliwości palenia) warto angażować młodych ludzi w kampanie antytytoniowe. Przykładem może być Kampania Quit & Win Programu CINDI/WHO, w której rola młodzieży szkolnej polegała na motywowaniu własnych palących rodziców (i innych członków rodziny) do zaprzestania palenia i udziału w konkursie. Zdobywcami cennych nagród stawali się nie tylko rzucający palenie dorośli, ale również udzielający im wsparcia młodzi ludzie [26].

Poprawę sytuacji zdrowotnej polskiego społeczeństwa w ostatnich latach, wyrażającą się zmniejszeniem współczynnika umieralności ogólnej (głównie dzięki spadkowi umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych) oraz wydłużaniem przeciętnego trwania życia, zawdzięczamy w dużym stopniu redukcji czynników ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych (w tym palenia tytoniu) oraz realizacji licznych programów profilaktycznych. W działaniach tych biorą czynny udział wszyscy profesjonaliści medyczni, w tym również pielęgniarki pracujące w podstawowej opiece zdrowotnej, których odpowiednio wykorzystana komunikacja z pacjentem oraz aktywność, wynikająca ze świadomości roli, jaką pełnią w walce z nikotynizmem, może przynieść ogromne korzyści dla zdrowia publicznego w Polsce.

WNIOSKI

1. Częsty kontakt pielęgniarki z palącymi tytoniem pacjentami stawia przed nią zadania dotyczące diagnostyki i terapii antytytoniowej, a w odniesieniu do wszystkich pacjentów zadania z zakresu profilaktyki pierwotnej.

2. Różnorodność sytuacji, w których pielęgniarka ma kontakt z palaczami, stwarza szczególną sposobność do motywowania ich do zaprzestania palenia.
3. Kadra pielęgniarska wymaga systematycznego i odpowiedniego przygotowania do interwencji antytytoniowej.

PIŚMIENICTWO

1. Zatoński W, Mańczuk M, Sulkowska U, i wsp. Palenie tytoniu w populacji mężczyzn i kobiet w latach 1974-2004. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia* 2009; 7(2): 4-11.
2. Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS). Polska 2009-2010. Światowa Organizacja Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sondaz_tyt_15112010.pdf
3. Dłużniewska M. Choroby układu krążenia a palenie tytoniu – epidemiologia, mechanizmy patogenne. *Kardiol Pol.* 1997; 47: 149-153.
4. Prochaska J O, Di Clemente C C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983; 51: 390-395.
5. Gerstenkorn A., Suwała M.: Wykrywanie uzależnienia od tytoniu w różnych grupach wieku. *Prz Lek.* 2009; 66(10): 745-749.
6. Wawrzyniak A. Horst-Sikorska W. Motywacja pacjenta a przestrzeganie zasad terapii w chorobach przewlekłych. *Forum Med Rodz.* 2008; 2(6): 420-423.
7. Colivicchi F, Mocini D, Tubaro M, Aiello A, Clavario P, Santini M. Effect of smoking relapse on outcome after acute coronary syndromes. *Am J Cardiol.* 2011; 108: 804-808.
8. Free C, Knight R, Robertson S.: Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. *Lancet* 2011; 378: 49-55.
9. Katz D, Tang F, Faseru B, et al. Prevalence and correlates of smoking cessation pharmacotherapy in hospitalized smokers with acute myocardial infarction. *Am Heart J.* 2011; 162: 74-80.
10. Suwała M, Drygas W, Gerstenkorn A. Byli palacze tytoniu w starszym wieku a ich stan zdrowia. *Pol Merkuriusz Lek.* 2007; 12(132): 532-535.
11. Ezzati M, Lopez AD. Regional, disease specific of smoking-attributable mortality in 2000. *Tob. Control* 2004; 13: 388.
12. Greenland P, Smith SC Jr, Grundy SM. Improving coronary heart disease risk assessment in asymptomatic people: role of traditional risk factors and non-invasive cardiovascular tests. *Circulation* 2001; 104: 1863.
13. Kannel W B. Cardiovascular risk factors in the elderly. *Coron Artery Dis.* 1997; 8: 565.
14. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors.: *BMJ* 2004; 328: 1519.
15. LaCroix A Z, Lang J, Scherr P, et al. Smoking and mortality among older men and women in three communities. *N Engl J Med.* 1991; 324: 1619.
16. *Rocznik Demograficzny* 2009. GUS, Warszawa 2010.
17. Wróblewska M, Kuna P. Dym tytoniowy a choroby układu oddechowego. *Terapia* 2007;4: 90-96.
18. Foy C G, Bell R A, Farmer D F, et al. Smoking and Incidence of Diabetes Among U.S. Adults. *Diabetes Care* 2005; 28(10): 2501-2507.
19. Polakowska M, Broda G, Drygas W, i wsp. Psychospołeczne uwarunkowania nałogu palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności Polski –WOBASZ. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zesz Nauk Ochrony Zdr.* 2009; 7(2): 49-57.
20. Anonymans. Smoking cessation during previous year among adults: Unites States 1990 and 1991. *Morb Mortal Wkly Re.* 1993; 42: 504-7.
21. Fiore M, et. al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
22. Zatoński W, Przewoźniak K. Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka. Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa 1999.
23. Florek E. Palenie tytoniu w Polsce i na świecie-fakty i liczby. Konferencja naukowo-szkoleniowa dla farmaceutów „Nikotynowa terapia zastępcza”. Katowice 2006.
24. Stec B. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. *Psychiatria* 2005; 2(1): 19-28.
25. Fidler J A, Wardle J, Henning Brodersen N, et al. Vulnerability to smoking after trying a single cigarette can lie dormant for three years or more. *Tobacco Control* 2006; 15: 205-209.
26. Broszkiewicz M, Suwała M, Drygas W. Jak przeprowadzić kampanię antytytoniową „Rzuć palenie i wygraj”. AM Łódź 2000.

Role of PHC nurse in primary and secondary antinicotine prevention

Abstract

Tobacco smoking is a single, major, modifiable risk factor of cardiovascular diseases, malignant cancer and respiratory diseases. It is estimated that in the 21st century there will be 1 million deaths unless integrated anti-tobacco actions are taken. In Poland, tobacco-related diseases are the cause of nearly 70,000 deaths annually, and reduce the average life span. Physicians of all specializations, as well as nurses, have been encouraged to undertake actions against tobacco smoking. Nurses may play a key role in anti-tobacco prevention.

The objective of the study is to discuss everyday situations in the work of nurses when patients may be prevented from starting smoking or convinced to discontinue smoking.

Due to frequent contact with patients, good communication, trust and authority nurses may considerably contribute to the reduction of tobacco smoking. The presented report shows how nurses, regardless of their place of employment (NHS, institution, school, patient's home), can undertake preventive actions adjusted to the individual situation of a patient, using the information concerning the patient's state of health as a factors motivating the discontinuation of smoking.

Conclusions: 1. Nurses should play a crucial role in anti-tobacco preventive actions which cover: patient's education, assessment of the degree of patient's readiness to discontinue smoking, boosting health motivation, as well as assisting physicians to apply Minimal Anti-tobacco Intervention. Apart from educating patients, nurses may initiate and organize anti-tobacco campaigns, therapy programmes; moreover, they may influence the management to create a tobacco free environment. 2. Primary health care creates many opportunities for a nurse to present to patients the negative effects of smoking, and show the benefits of stopping.

Key words

smoking, nurse, prophylactic activities