

Marzenna Broszkiewicz¹Wojciech Drygas^{1,2}

POTRZEBA WDROŻENIA W POLSCE NOWYCH NARZĘDZI DO DIAGNOZOWANIA ZESPOŁU UZALEŻNIENIA OD TYTONIU ORAZ GOTOWOŚCI I MOTYWACJI DO RZUCENIA PALENIA U OSÓB W WIEKU PRODUKCYJNYM

A NEED TO IMPLEMENT NEW TOOLS FOR DIAGNOSING TOBACCO-ADDITION SYNDROME AND READINESS/MOTIVATION TO QUIT SMOKING IN THE WORKING-AGE POPULATION IN POLAND

¹ Uniwersytet Medyczny w Łodzi / Medical University of Lodz, Łódź, Poland

Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej / Department of Social and Preventive Medicine

² Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego / The Cardinal Stefan Wyszyński Institute of Cardiology, Warszawa, Poland

Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia / Department of Epidemiology, Cardiovascular Disease Prevention and Health Promotion

STRESZCZENIE

Populację w wieku produkcyjnym w Polsce charakteryzuje wysoka częstość używania tytoniu. Obecny poziom kontroli tytoniu w Polsce osiągnięto poprzez działania legislacyjne i interwencje populacyjne. W Polsce nie ma jednoznacznych wyników badań potwierdzających dostateczny udział profesjonalistów medycznych w diagnozowaniu zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) i stosowaniu krótkiej interwencji 5A (ask, advice, assess, assist, arrange follow-up – pytaj, poradź, oceń, pomóż, wyznacz kolejną wizytę). Nie ma też rozwiązań systemowych regulujących nadzór merytoryczny, opiekę specjalistyczną, akredytowany system szkoleń i pracę ośrodków referencyjnych. Eksperti rekomendują do stosowania w praktyce klinicznej i badawczej narzędzia do diagnozowania ZUT oraz gotowości i motywacji do zaprzestania używania tytoniu, utworzone ponad 30 lat temu, które nie spełniają współczesnych kryteriów uzależnienia. W niniejszej pracy przedstawiono inne narzędzia niż dotąd rekomendowane – testy stworzone w pierwszej dekadzie XXI w. (w tym Skalę Uzależnienia od Papierosów i Skalę Syndromu Uzależnienia od Nikotyny), które odzwierciedlają współczesne rozumienie uzależnienia. W literaturze przedmiotu w zakresie motywowania do zmiany zachowania zdrowotnego dominuje podejście stosowane w wywiadzie motywującym Millera i Rollnicka, skoncentrowane na osobie palącej i jej motywacji wewnętrznej. Na zasadach wywiadu motywującego opiera się krótka interwencja motywująca – 5R (relevance, risks, rewards, roadblocks, repetition – trafność, ryzyko, nagrody, bariery, powtórzenie), adresowana do osób pozbawionych motywacji do rzucenia palenia, rekomendowana przez Światową Organizację Zdrowia. W Polsce należy podjąć badania nad wdrożeniem nowych narzędzi diagnostycznych, zaktualizować niektóre obecnie obowiązujące wytyczne, dążyć do wzmocnienia roli podstawowej opieki zdrowotnej w leczeniu ZUT oraz włączyć zasady wywiadu motywującego i krótkiej interwencji 5R do programu akredytowanych szkoleń z zakresu rozpoznawania i leczenia ZUT. *Med. Pr.* 2016;67(1):97–108

Słowa kluczowe: palenie, tytoń, zaprzestanie palenia, nikotyna, uzależnienie od nikotyny, badania walidacyjne

ABSTRACT

High rates of tobacco use is still observed in working-age population in Poland. The present level of the state tobacco control has been achieved through adopting legal regulations and population-based interventions. In Poland a sufficient contribution of health professionals to the diagnosis of the tobacco-addiction syndrome (TAS) and the application of the 5A's (ask, advice, assess, assist, arrange follow-up) brief intervention, has not been confirmed by explicit research results. Systemic solutions of the health care system of the professional control, specialist health care, health professional trainings and reference centres have not as yet been elaborated. The tools for diagnosing tobacco dependence and motivation to quit smoking, developed over 30 years ago and recommended by experts to be used in clinical and research practice, have not met the current addiction criteria. In this paper other tools than those previously recommended – tests developed in the first decade of the 21st century (including Cigarette Dependence Scale and Nicotine Dependence Syndrome Scale), reflecting modern concepts of nicotine dependence are presented. In the literature on the readiness/motivation to change health behaviors, a new approach dominates. The motivational interviewing (MI) by Miller and Rollnick concentrates on a smoking person and his or her internal motivation. Motivational interviewing is recommended by the World Health Organization as a 5R's (relevance, risks, rewards, roadblocks, repetition) brief motivational advice, addressed to tobacco users who are unwilling to make a quit attempt. In Poland new research studies on the implementation of new diagnostic tools and updating of binding guidelines should be undertaken, to strengthen primary health care in

treating tobacco dependence, and to incorporate MI and 5R's into trainings in TAS diagnosing and treating addressed to health professionals. *Med Pr* 2016;67(1):97–108

Key words: smoking, tobacco, smoking cessation, nicotine, nicotine dependence, validation studies

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Marzenna Broszkiewicz, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Medycyny Zapobiegawczej, ul. Żeligowskiego 7/9, 90-752 Łódź, e-mail: marzenna.broszkiewicz@umed.lodz.pl
Nadesłano: 21 lipca 2015, zatwierdzono: 26 października 2015

WSTĘP

Najczęstszy wiek inicjacji tytoniowej u osób w wieku produkcyjnym w Polsce wynosi 20 lat u kobiet i 18 lat u mężczyzn [1]. Charakterystyczne są także duża częstość używania tytoniu (29% osób w wieku 25–39 lat, 36% w wieku 40–54 lat)¹ [2] oraz – począwszy od 40. roku życia – gwałtowny wzrost zachorowalności i umieralności z powodu tytoniozależnego nowotworu złośliwego płuca [3,4].

Od połowy lat 70. XX w. obserwuje się w Polsce w populacji dorosłych mężczyzn spadek częstości palenia tytoniu z 62% do 33% w 2014 r. [5], a od połowy lat 90. – zachorowalności i umieralności z powodu nowotworu płuca. Zdaniem autorów niniejszej pracy ta tendencja wynika głównie z działań z zakresu kontroli tytoniu o udowodnionej skuteczności, kosztowo efektywnych, rozpoczętych nowelizacją ustawy tytoniowej w 1995 r. [6,7]. Działania te nabrały tempa po ratyfikowaniu w 2006 r. przez Polskę Ramowej Konwencji Kontroli Tytoniu Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control – WHO FCTC), stopniowym wdrożeniu 6 wytycznych kontroli tytoniu WHO MPOWER (Monitoring, Protecting, Offering, Warning, Enforcing, Rising – monitorowanie, chronienie, oferowanie, ostrzeganie, egzekwowanie, podnoszenie cen) [8] oraz dostosowywaniem prawa krajowego do prawa Unii Europejskiej (UE) i kolejnej nowelizacji ustawy w 2010 r.

Równoległe do działań z zakresu kontroli tytoniu na poziomie legislacyjnym w Polsce realizowano interwencje na poziomie populacyjnym o zasięgu krajowym (program „Rzuć palenie razem z nami”) i globalnym (program „Quit and Win”), z elementami edukacji medialnej.

W wynikach badań w Polsce brakuje oszacowania, jaki udział w rzucaniu palenia w populacji mają porady

uzyskane od lekarzy. Nie ma również potwierdzenia, że lekarze wychodzą poza rutynową poradę i stosują krótką interwencję 5A (ask, advice, assess, assist, arrange follow-up – pytać, poradzić, ocenić, pomagać, wyznaczać wizytę kontrolną) o udowodnionej skuteczności (40% prób rzucenia i 2% zaprzestania w populacji osób palących w ciągu roku), rekomendowaną nieprzerwanie od lat 90. XX w. przez American Medical Association i WHO [9,10]. Wyniki badania Global Adults Tobacco Survey (GATS)² w Polsce w 2009 r. pokazały, że 42% osób palących tytoń otrzymało poradę dotyczącą rzucenia palenia w placówce opieki zdrowotnej w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie [1]. Równoległe jednak w wynikach badania osób palących tytoń, które szukały możliwości wzięcia udziału w terapii, 30% badanych nigdy nie otrzymało od lekarza porady rzucenia palenia, a pozostali badani, mimo jej otrzymania, nadal palili [11].

Mimo poprawy stanu kontroli tytoniu w Polsce oraz liczby i jakości interwencji w tym zakresie dotychczasowe działania wydają się niewystarczające do rozwiązania ciągle istniejących problemów. Po pierwsze, poziom konsumpcji tytoniu w Polsce, mierzony bezwzględnie liczbą papierosów wypalanych w roku w przeliczeniu na jednego mieszkańca (ok. 1400 sztuk), nadal należy do bardzo wysokich na tle innych krajów europejskich [12]. Przypuszcza się, że wraz ze spadkiem częstości palenia wysoka konsumpcja kumuluje się w populacji tzw. mocnych palaczy, silnie uzależnionych od tytoniu, którzy jeszcze nie rzucili palenia. Już wcześniej zjawisko to opisano dla populacji USA jako „hardening in the cigarette smoking population” [13–15].

Po drugie, bezwzględna liczba osób dorosłych palących tytoń codziennie i okazjonalnie utrzymuje się na tym samym poziomie (ok. 9–10 mln) i nie maleje już drugą dekadę, mimo że w ostatnim dziesięcioleciu populacja mieszkańców Polski zmniejszyła się po 2004 r.

¹ Badanie Eurobarometru na temat stosunku Europejczyków do palenia tytoniu zostało przeprowadzone, m.in. w Polsce, przez sieć TNS Opinion & Social od 29 listopada do 8 grudnia 2014 r. w formie wywiadów osobistych, w losowej próbie 1012 osób w wieku 15 lat i więcej [2].

² Badanie GATS w Polsce, koordynowane przez Ministerstwo Zdrowia oraz Biuro WHO w Polsce, przeprowadziły: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz Pentor Research International.

o ok. 2 mln na skutek migracji zarobkowej, po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej [16].

Po trzecie, w populacji kobiet młodych (w wieku 20–29 lat) obserwuje się wzrost częstości palenia tytoniu od początku XXI w. [5]. W całej populacji kobiet zachorowalność i umieralność z powodu nowotworu płuca charakteryzuje się stałym trendem wzrostowym od 3 dekad [4]. W 2012 r. najwyższy standaryzowany współczynnik umieralności wyniósł $16,4/10^5$ (w porównaniu: dla raka sutka – $14,1/10^5$), czego nie obserwowano nigdy wcześniej [4].

Do powyższych problemów dołącza brak rozwiązań systemowych w zakresie kontroli tytoniu w Polsce (analogicznych do kontroli alkoholu i narkotyków [17,18]) regulujących nadzór merytoryczny (w tym brak standardów diagnostycznych i terapeutycznych), lecznictwo specjalistyczne, akredytowany system szkoleń specjalistów i ośrodki referencyjne. Przekłada się to na brak instytucjonalnej odpowiedzialności za standaryzację i implementację nowych narzędzi diagnostycznych oraz interwencji motywujących i terapeutycznych w populacji polskiej. Stan taki istnieje, mimo że choroby tytoniozależne znacznie bardziej obciążają zdrowie publiczne niż choroby spowodowane szkodliwym piciem alkoholu i przyjmowaniem narkotyków.

Wiek XXI przyniósł nowe wyzwania z zakresu kontroli tytoniu z powodu wejścia w życie w 2005 r. Ramowej Konwencji Kontroli Tytoniu WHO. Sformułowano wówczas tezę, że w latach 80. i 90. ubiegłego stulecia palenie tytoniu rzuciło tyle milionów ludzi, że ci, którzy nadal palą, potrzebują nowego podejścia do rzucania palenia, bardziej zindywidualizowanego i dopasowanego do ich potrzeb [19]. Nie jest to możliwe bez nowych standardów diagnostycznych, motywujących i terapeutycznych. Nie można odpowiednio dopasować interwencji do potrzeb osób używających tytoniu, jeśli nie ma odpowiednich narzędzi – zwalidowanych przy użyciu metod naukowych.

Obecnie dla Polski w dokumencie „Konsensus dotyczący rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu. Aktualizacja 2008” [20] do oceny natężenia uzależnienia od tytoniu rekomenduje się Test Uzależnienia Nikotynowego Fagerströma (Fagerström Test for Nicotine Dependence – FTND), a do oceny motywacji do zaprzestania palenia – test motywacyjny Schneider (ST). Test FTND jest również rekomendowany w dokumencie „Konsensus Rady Redakcyjnej Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia dotyczący palenia tytoniu” [21].

Obydwa wymienione narzędzia diagnostyczne utworzono 30–35 lat temu i opierały się one na innych założeniach teoretycznych niż obecnie obowiązujące. Wówczas nie istniały współczesne definicje zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT), zawarte w ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) i DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych). Z kolei test Schneider nie ma podstaw teoretycznych, popartych opublikowanymi wynikami badań ewaluacyjnych – jego stosowanie opiera się głównie na popularności. Mimo to obydwie narzędzia (FTND i ST) są rekomendowane w ramach akredytowanych szkoleń profesjonalistów medycznych w Polsce, prowadzonych przez Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii w Warszawie, po których uzyskuje się certyfikat leczenia ZUT (którego posiadaczem jest także pierwszy autor niniejszej pracy).

Zgodnie z polskimi rekomendacjami obydwie wymienione narzędzia zostały użyte przez pierwszego autora niniejszego artykułu w intensywnej interwencji behawioralnej zaprzestania palenia, której podstawowe wyniki zostały już opublikowane [11]. Brak wyraźnego różnicowania populacji badanej przy użyciu rekomendowanych narzędzi oraz brak mocy predyktywnej wyników pomiarów, uzyskanych przy użyciu tych narzędzi, skłonił autorów niniejszej pracy do przeglądu literatury przedmiotu. Celem było potwierdzenie, że także inni badacze mają podobne wątpliwości, oraz znalezienie innych narzędzi diagnostycznych ZUT i motywacji do zaprzestania używania tytoniu.

METODY PRZEGLĄDU

W przeglądzie literatury przedmiotu dotyczącej pomiaru uzależnienia od tytoniu oraz motywacji do zaprzestania używania tytoniu wyselekcjonowano prace opublikowane w latach 1978–2015 w języku polskim i angielskim. Użyto następujących słów kluczowych: nikotyna (nicotine), tytoń (tobacco), palenie tytoniu (tobacco smoking), używanie tytoniu (tobacco use), uzależnienie od nikotyny (nicotine dependence), uzależnienie od tytoniu (tobacco dependence), zaprzestanie palenia (smoking cessation), test Fagerströma (Fagerström test), test Schneider (Schneider test), badania walidacyjne (validation studies), wywiad motywujący (motivational interviewing), hardening. W wyszu-

kiwaniu korzystano m.in. z Web of Science, ScienceDirect, PubMed i Wiley Online Library. Uwzględniono też źródła dostępne jedynie online na WHO Tobacco Free Initiative (TFI), zawierające wytyczne i materiały szkoleniowe dla profesjonalistów medycznych [22].

Do przeglądu nie włączono prac z zakresu badania uzależnienia od tytoniu oraz motywacji do zaprzestania używania tytoniu w populacjach wrażliwych, takich jak kobiety w ciąży, nastolatki i osoby w wieku poprodukcyjnym. Dodatkowo przegląd pogłębiono, korzystając z nazwisk autorów specjalizujących się w badaniach metodologicznych pomiaru używania tytoniu i zaprzestania jego używania, w tym członków Society for Research on Nicotine and Tobacco (Towarzystwo ds. Badań nad Nikotyną i Tytoniem).

WYNIKI PRZEGLĄDU

Narzędzia pomiaru natężenia uzależnienia od tytoniu

Trafny pomiar uzależnienia od tytoniu ma znaczenie zarówno dla skutecznego leczenia, jak i celów badawczych. Tworzenie trafnych testów sprawia trudności, ponieważ brakuje konsensusu dotyczącego definicji i badanych wymiarów uzależnienia (jeden czy wiele wymiarów) oraz liczby istotnych wymiarów uwzględnianych w ocenie [23].

W ocenie uzależnienia od tytoniu dominują dwa podejścia. Pierwsze opiera się na modelach uzależnienia fizycznego, a drugie na diagnostyce psychiatrycznej. Najczęściej używanymi narzędziami do oceny fizycznego uzależnienia, dostarczającymi wyniku ciągłego, są: Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ, Kwestionariusz Tolerancji Fagerströma) [24], Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND, Test Uzależnienia od Nikotyny Fagerströma, wersja zrewidowana FTQ) [25], wersja krótka FTND w postaci Heaviness of Smoking Index (HSI, Index Ciężkości Palenia) [26]. Testy FTQ i FTND utworzono w celu dostarczenia narzędzia pozwalającego na dopasowanie terapii zaprzestania palenia do poziomu uzależnienia osoby używającej tytoniu. Wszystkie wymienione testy zostały przetłumaczone na język polski i są obecne w rekomendacjach polskich dotyczących rozpoznawania i leczenia ZUT [20], praktyce diagnostycznej i badaniach naukowych.

Od 1986 r. w literaturze przedmiotu donoszono o ograniczeniach FTQ i FTND [27–30], które dotyczyły głównie:

- niemożności zastosowania niektórych pozycji FTND w przypadku badania tzw. umiarkowanych palaczy;

- braku spójności wewnętrznej FTND i FTQ mierzonej współczynnikiem α Cronbacha (wartość poniżej standardu rekomendowanego wynoszącego $> 0,7$);
- wieloczynnikowej struktury FTND, co sugeruje, że nie mierzy pojedynczego konstruktów uzależnienia fizycznego;
- dostarczania przez wersję krótką FTND (czyli HSI), którą tworzą jedynie 2 pozycje spośród 6 w wersji rozszerzonej FTND, wyników porównywalnych z uzyskiwanymi w wersji rozszerzonej.

Znacznie poważniejsze ograniczenia FTND dotyczyły braku mocy predyktywnej wyniku testu w zakresie objawów odstawienia u osób palących tytoń w następstwie zaprzestania używania tytoniu [31,32] oraz ograniczonej mocy predyktywnej w zakresie rzucenia palenia i utrzymania abstynencji tytoniowej [11,33]. Ponadto należy odnotować, że FTQ pierwotnie zaprojektowano jako miarę uzależnienia fizycznego i tolerancji [26] i nie był on przeznaczony do mierzenia kluczowych cech uzależnienia zgodnie z definicjami przyjętymi kilkanaście lat później przez American Psychiatric Association (APA, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne) i WHO zawartymi w DSM-IV i ICD-10 [34,35]. Z tego powodu kilka ważnych cech uzależnienia nie uwzględniono w FTND, w tym prób rzucenia palenia zakończonych porażką, palenia większej liczby papierosów niż początkowo zamierzano, palenia tytoniu mimo szkód zdrowotnych oraz objawów odstawienia [27,36]. Dostępne wyniki badań pokazały niewielkie pokrywanie się wyników pomiarów uzależnienia przeprowadzonych za pomocą FTND w porównaniu z kryteriami zawartymi w DSM-IV – potwierdza to, że mierzą one różne aspekty uzależnienia [37].

Mimo omówionych ograniczeń obydwa testy (FTQ i FTND) były głównymi narzędziami używanymi do pomiaru uzależnienia od tytoniu przez ostatnie 35 lat. Stanowisko to znajduje potwierdzenie we fragmentach prac twórców nowych narzędzi do pomiaru ZUT, które dotyczą przeglądu literatury przedmiotu [33,38]. Prace te omówiono w dalszej części niniejszej publikacji. W diagnostyce psychiatrycznej ocena uzależnienia od tytoniu opiera się na definicjach zawartych w DSM-IV i ICD-10 [34,35]. Jest to diagnostyka dycho-tomiczna, przeprowadzana przy użyciu standaryzowanych wywiadów klinicznych, w tym złożonego międzynarodowego wywiadu diagnostycznego (Composite International Diagnostic Interview – CIDI) i wywiadu diagnostycznego (Diagnostic Interview Schedule – DIS) [39]. Podejście psychiatryczne, podobnie jak model uzależnienia fizycznego, ma swoje ograni-

czenia. Krytyce podlega w nim to, że klasyfikacja dychotomiczna może być niewrażliwa na wewnątrzpodmiotowe zmiany w czasie lub zmiany w poziomie uzależnienia między podmiotami, kiedy podmiotem jest osoba badana.

Ponadto diagnoza uzależnienia według DSM-IV wymaga obecności u osoby używającej tytoniu co najmniej 3 z 7 symptomów, co uznaje się za próg arbitralny [29]. Jednocześnie podkreśla się, że nie wszystkie symptomy mają takie samo znaczenie dla uzależnienia od tytoniu (np. redukcja aktywności społecznej) [34]. Poważnym ograniczeniem wywiadów diagnostycznych opartych na DSM-IV jest też ich czasochłonność i wysokie koszty wynikające z konieczności zarządzania nimi przez wyszkolony personel. Do celów klinicznych i badawczych lepiej dopasowane są pomiary uzależnienia od tytoniu prowadzone przy użyciu narzędzi samzarządzanych przez osobę badaną [33].

Nowe narzędzia pomiaru ZUT

W wyniku przeglądu literatury przedmiotu znaleziono 2 podejścia badaczy i naukowców do omówionych ograniczeń narzędzi do pomiaru uzależnienia od tytoniu – poszerzenie istniejących testów o dodatkowe wymiary/pozycje oraz tworzenie nowych narzędzi pomiaru, wolnych od tych ograniczeń.

W pierwszym podejściu do FTND wprowadzono dodatkowe pytanie lub użyto go jako odrębnego narzędzia pomiaru. Pytanie dotyczy przerywania snu na zapalenie papierosa jako symptomu silnego uzależnienia od tytoniu i ma postać pytania rozstrzygnięcia: „Czy budzi się Pan/Pani, żeby zapalić papierosa?”. Użyto go w badaniu GATS w Polsce [1]. Autorzy niniejszej pracy nie znaleźli przykładów zastosowania tego pytania w badaniu GATS prowadzonym równolegle w kilkunastu innych krajach o najwyższych wskaźnikach używania tytoniu na świecie. „Przerywanie snu na zapalenie papierosa” nie występuje jako pozycja/wymiar w żadnej z wyżej omówionych miar uzależnienia od tytoniu. Nie ma go również w ICD-10 ani DSM-IV. Tym samym nie znaleziono żadnych wyników badań oceny rzetelności i trafności tego pojedynczego pytania jako narzędzia pomiaru ZUT.

Drugie podejście badaczy – wykazujące istnienie wielu wymiarów uzależnienia od tytoniu – zostało zapoczątkowane w pierwszej dekadzie XXI w. i wyrosło z krytyki uznawania tylko jednego wymiaru. W wyniku przeglądu piśmiennictwa autorzy niniejszej publikacji znaleźli nowe narzędzia. Etter i wsp. [33] stworzyli i wystandaryzowali Skalę Uzależnienia od Papierosa

(Cigarette Dependence Scale – CDS) w dwóch wersjach – rozszerzonej CDS-12 i skróconej CDS-5. Autorzy użyli w nazwie narzędzia sformułowania „uzależnienie od papierosów”, ponieważ używanie tytoniu w tej postaci jest najczęstsze. Ponad 90% konsumentów tytoniu na świecie to osoby palące papierosy wyprodukowane fabrycznie lub manualnie. Ponadto uzależnienie od nikotyny jest tylko jednym z powodów używania tytoniu przez ludzi, ponieważ nie ogranicza się jedynie do komponenty biologicznej, ale ma również wymiar psychiczny, behawioralny i społeczny. Etter i wsp. wyrazili wątpliwość, czy dotychczas używane skale mierzą uzależnienie fizyczne od tytoniu, a nie jedynie psychiczne i behawioralne.

Skala Uzależnienia od Papierosów jest krótkim narzędziem zarządzanym przez osobę badaną, które dostarcza pomiaru ciągłego i zostało opracowane według standardu metod psychometrycznych. Obejmuje wszystkie kryteria uzależnienia według DSM-IV i ICD-10 – tolerancję nikotyny, przymus używania, objawy odstawienia, utratę kontroli, przeznaczanie czasu, zaniedbywanie innych aktywności i uporczywe używanie mimo szkód. W wyniku porównania 2 narzędzi – CDS-12 i FTND – autorzy CDS-12 ocenili, że skala ma wyższą korelację test-retest, wyższą zgodność wewnętrzną oraz jest bardziej czuła na zmiany w czasie [33].

Drugim nowo utworzonym narzędziem do pomiaru uzależnienia od tytoniu jest Skala Syndromu Uzależnienia od Nikotyny (Nicotine Dependence Syndrome Scale – NDSS) Shiffmana [38]. Jest to narzędzie wielowymiarowe, które pozwala uzyskać wynik ogólny i 5 wyników dla różnych wymiarów uzależnienia:

1. Dążenie – nieodparta chęć zapalenia, unikanie objawów odstawienia i subiektywny przymus.
2. Priorytet – przedkładanie palenia ponad inne wartości.
3. Tolerancja – poziom wrażliwości na wielkość dawki nikotyny.
4. Stereotyp – behawioralna odporność na zmianę.
5. Trwanie – behawioralny pęd do palenia, odzwierciedlający stabilność palenia.

Shiffman skrytykował obydwie wersje testu Fagerströma jako skali jednowymiarowej, mierzącej jedynie wąski zakres uzależnienia (w tym wskaźnik palenia), palenie po przebudzeniu i trudności z powstrzymaniem się od zapalenia, kiedy nie jest to właściwe. Skala Syndromu Uzależnienia od Nikotyny odzwierciedla teoretycznie i konceptualnie współczesne rozumienie uzależnienia oraz jest psychometrycznie bardziej zaawansowana niż FTND.

Trzecim nowo utworzonym narzędziem do pomiaru uzależnienia od tytoniu jest Inwentarz Powodów Uzależnienia od Palenia Wisconsin (Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives – WISDM-68) [23]. Jest on narzędziem wielowymiarowym, składającym się z 68 pozycji pogrupowanych w 13 podskal, które mierzą różnorodność powodów/motywów palenia uzależnionych teoretycznie:

1. Afiliacyjne przywiązanie do palenia.
2. Automatyzm.
3. Utrata kontroli.
4. Wybór/melioracja behawioralna.
5. Wzmocnienie poznawcze.
6. Nieodparta chęć.
7. Ekspozycja na sygnały/procesy asocjacyjne.
8. Wzmocnienie negatywne.
9. Wzmocnienie pozytywne.
10. Bódcze społeczne/środowiskowe.
11. Smak/doznania sensoryczne.
12. Tolerancja.
13. Kontrola wagi ciała.

Piper i wsp. [23] donosili o dobrej spójności wewnętrznej skali, z wartością współczynnika α Cronbacha równą lub większą niż 0,87 dla wszystkich 13 podskal oraz z wynikiem analizy czynnikowej potwierdzającej wielowymiarowość narzędzia. Ponadto autorzy przedstawili wyniki, które potwierdzały trafność równoległą WISDM-68 (istotny wynik korelacji zarówno ogólny, jak i w podskalach z: FTND, liczbą papierosów/dzień i poziomem tlenu węgla w wydychanym powietrzu) oraz trafność predyktywną (przewidywany nawrót) dla podzbiorów podskal. W 2009 r. Piper i wsp. podjęli badania nad skróceniem liczby pozycji i podskal, żeby zredukować obciążenie pomiarem, przy zachowaniu właściwości psychometrycznych [40]. W ten sposób powstała skala Brief WISDM z 37 pozycjami i 11 czynnikami [40].

Narzędzia pomiaru gotowości i motywacji do zaprzestania palenia

Gotowość i motywacja jednostki do zmiany zachowania, w tym zachowania zdrowotnego, jest przedmiotem osobnych badań naukowych. Według autorów niniejszej pracy w literaturze przedmiotu dotyczącej doradztwa z zakresu gotowości i motywacji do zmiany zachowania zdrowotnego (w tym używania tytoniu i jego zaprzestania) można wyróżnić 2 podejścia:

- tradycyjne – z dominującą rolą profesjonalisty jako eksperta (practitioner-centred, expert-directed) i oceną motywacji zewnętrznej do zmiany zachowania,

- nowe – skoncentrowane na osobie i ocenie jej motywacji wewnętrznej.

Zdaniem autorów niniejszej pracy przykładem pierwszego podejścia jest ocena fazy gotowości do zaprzestania palenia na podstawie transteoretycznego modelu etapów zmian według Prochaski i DiClemente'a [41]. Do oceny poziomu motywacji stosuje się narzędzie diagnostyczne typu test Schneider. Ze względu na obecność w cytowanych już wcześniej rekomendacjach polskich [20] podejścia tradycyjnego ze wskazówkami do oceny fazy gotowości i z narzędziem diagnostycznym do oceny motywacji do zaprzestania palenia nie omówiono ich w niniejszej pracy.

Model etapów zmian Prochaski i DiClemente'a wpływa na współcześnie tworzone wytyczne dla praktyki klinicznej w Polsce. W ostatniej dekadzie, na łamach czasopisma „Addiction”, toczyła się polemika naukowa, której uczestnicy sformułowali tezy podważające przydatność modelu etapów zmian do badania zaprzestania palenia [42–46]. Dodatkowo wyniki przeglądu systematycznego Cochrane'a [47] nie dostarczyły dowodów naukowych wyższej skuteczności interwencji zaprzestania palenia opartych na etapach zmian niż skuteczność interwencji standardowych. Wyniki niniejszego przeglądu nie potwierdziły też tezy, zgodnie z którą porada zaprzestania używania tytoniu powinna być udzielana jedynie osobie, której poziom gotowości oceniono według etapów zmian jako „przygotowanie” lub „działanie”.

Test Schneider – jako narzędzie oceny motywacji do zaprzestania palenia – budzi szczególnie krytyczne zastrzeżenia autorów niniejszej pracy z powodu braku w dostępnych źródłach jakiegokolwiek opublikowanej pracy metodologicznej z opisem standaryzacji i wynikami ewaluacji narzędzia. Zdaniem autorów niniejszej pracy dla celu praktyki klinicznej nie należy rekomendować bezkrytycznie narzędzia pomiaru jedynie ze względu na jego popularność i łatwość zastosowania.

Drugie, nowe podejście do oceny gotowości i motywacji do zaprzestania palenia jest skoncentrowane na osobie palącej i ocenie jej motywacji wewnętrznej. Dowody naukowe pokazują, że interwencje poradnictwa motywującego mogą zwiększyć poziom gotowości danej osoby do zmiany zachowania. Od lat 90. XX w. największe poparcie w literaturze przedmiotu mają interwencje korzystające z zasad wywiadu motywującego (Motivational Interviewing – MI) Millera i Rollnicka [48].

Wywiad motywujący jest techniką doradztwa skoncentrowaną na osobie/pacjencie. Opracowano go w celu udzielania pomocy w rozpoznawaniu i rozwią-

zywaniu przez jednostkę jej ambiwalencji dotyczących zmiany zachowania. Pierwotnie wywiad motywujący stosowano w badaniu osób szkodliwie używających alkohol i narkotyki [49]. Później zaczęto go wykorzystywać także u chorych z cukrzycą typu 2 i zaburzeniami odżywiania, w tym z otyłością. Wywiad motywujący został również zaadaptowany do stosowania we wspomaganiu osób używających tytoń w podejmowaniu skutecznych prób zaprzestania jego używania [50–53].

Wywiad motywujący opiera się na 4 zasadach, które omówiono poniżej w odniesieniu do używania tytoniu [48]:

1. Wyraż empatię (express empathy) – wspieraj autonomię osoby palącej i jej prawo do przyjęcia lub odrzucenia zmiany zachowania.
2. Rozwiń rozbieżności (develop discrepancy) – uwypuklij rozbieżności między obecnym zachowaniem osoby palącej a deklarowanymi przez nią priorytetami, wartościami, celami.
3. Podążaj za oporem (roll with resistance) – ustąp i zmień technikę, kiedy osoba paląca wyraża opór, poproś o pozwolenie na dostarczenie informacji.
4. Wspieraj samoskuteczność (support self-efficacy) – pomóż osobie palącej rozpoznać sukces w przeszłości i na nim budować, zaproponuj wybór możliwych do osiągnięcia małych kroków w kierunku zmiany.

Wywiad motywujący jest rekomendowany w „Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence: 2008 update” (Wytyczne praktyki klinicznej. Leczenie używania i uzależnienia od tytoniu: aktualizacja 2008) [54] jako technika interwencji, która zwiększa częstość prób rzucenia palenia w przyszłości podejmowanych przez osoby pozbawione motywacji lub niedostatecznie zmotywowane. Wyniki przeglądu systematycznego Cochrane’a, obejmującego 14 badań (łącznie 10 tys. osób badanych), które przeprowadzono w latach 1997–2008 i w których krótka interwencja lub rutynowa opieka były interwencją kontrolną dla MI, pokazały istotny wzrost skuteczności rzucenia palenia w wyniku zastosowania MI (ryzyko względne (relative risk – RR): 1,27; 95% przedział ufności (confidence interval – CI): 1,14–1,42) [55]. Poszerzony przegląd Cochrane’a z 2014 r., obejmujący 28 badań (łącznie 16 803 osoby badane), potwierdził wcześniejsze wyniki [56]. Ponadto analizy w podgrupach osób badanych wykazały, że MI prowadzony przez lekarzy internistów był bardziej skuteczny niż prowadzony przez pielęgniarki lub wykwalifikowanych doradców oraz że krótsze sesje MI (< 20 min) były skuteczniejsze niż dłuższe.

Na zasadach MI oparta jest krótka interwencja motywująca 5R, na którą składają się następujące kroki [10,54,57]:

- trafność (relevance) – informacja motywująca podawana ze względu na cechy osoby palącej (wiek, płeć, stan zdrowia, sytuację społeczną, rodzinną);
- zagrożenia (risks) – rozpoznanie wraz z osobą palącą tytoń negatywnych konsekwencji używania go przez nią, z uwypukleniem tych, które najbardziej jej dotyczą;
- korzyści (rewards) – rozpoznanie wraz z osobą palącą tytoń potencjalnych korzyści dla niej z zaprzestania palenia;
- blokady (roadblocks) – rozpoznanie wraz z osobą palącą tytoń barier i innych czynników hamujących zaprzestanie używania tytoniu i zaproponowanie terapii, która pomogłaby usunąć te blokady;
- powtórzenie (repetition) – powtarzanie interwencji motywującej podczas każdego kontaktu z osobą palącą (szczególnie po nieudanej próbie zaprzestania używania tytoniu) oraz powtarzanie informacji, że czasami konieczne jest wielokrotne podejmowanie prób rzucenia, zanim zostanie osiągnięty sukces.

W ramach projektu WHO „Tobacco Free Initiative. Strengthening health system for treating tobacco dependence in primary care” (Inicjatywa Wolności od Tytoniu. Wzmocnienie systemu opieki zdrowotnej w celu leczenia uzależnienia od tytoniu w opiece podstawowej) do materiałów szkoleniowych dla lekarzy wprowadzono interwencję motywującą 5R z wytycznymi stosowania jej w postaci krótkiej porady³ w leczeniu ZUT na poziomie opieki podstawowej [10]. W wytycznych zaleca się stosowanie dwóch krótkich interwencji (5A i 5R) w zależności od oceny gotowości danej osoby do zaprzestania używania tytoniu – 5A u osób palących tytoń z gotowością i 5R u osób niegotowych. W interwencji 5A trzeci krok (assess – ocenić) dotyczy właśnie oceny gotowości do zaprzestania używania tytoniu. Wytyczne WHO precyzyjnie określają, kiedy należy włączyć interwencję 5R i przy użyciu jakiego pytania / jakich pytań (jako narzędzi pomiaru) należy ocenić gotowość osoby palącej tytoń do zaprzestania używania tytoniu.

Interwencja motywująca 5R dotyczy motywacji wewnętrznej. W rekomendacjach WHO została ona zdefiniowana jako „stan gotowości do zmiany, który zależy

³ Krótka porada (brief advice) według definicji zawartej w artykule 14. wytycznych Ramowej Konwencji Kontroli Tytoniu WHO to „porada zaprzestania używania tytoniu, udzielana wszystkim osobom używającym tytoń, zazwyczaj podczas trwania rutynowej konsultacji lub interakcji, zwykle trwająca jedynie kilka minut”; termin używany zamiennie z „krótką interwencją” [8].

wprost proporcjonalnie od dwóch czynników: ważności zmiany i poczucia pewności własnej zdolności do zmiany (samoskuteczności) [10,57]. Do oceny gotowości/motywacji do zaprzestania używania tytoniu zaleca się stosować jedną z dwóch metod pomiaru:

- w pierwszej metodzie ocenia się ważność zmiany przy użyciu pytania 1.: „Czy Pan/Pani chciałby być osobą niepalącą?” (Would you like to be a non-user?), i samoskuteczność przy użyciu pytania 2.: „Czy Pan/Pani sądzi, że ma szansę skutecznie rzucić palenie?” (Do you think you have a chance of quitting successfully?) – odpowiedź „tak” na pytanie 1. i „tak” lub „nie jestem pewny” na pytanie 2. pozwalają ocenić osobę palącą tytoń jako gotową do zaprzestania używania tytoniu;
- w drugiej metodzie zadaje się tylko jedno pytanie: „Czy chciałby Pan/Pani rzucić palenie w ciągu najbliższych 30 dni?” (Would you like to quit tobacco within the next 30 days?) – jedynie odpowiedź „tak” pozwala potwierdzić gotowość do zaprzestania używania tytoniu.

Cytowane powyżej pytania są zwalidowanymi narzędziami pomiaru, dlatego należy zadawać je w podanym brzmieniu [10].

Narzędzia pomiaru innych składowych używania tytoniu i zaprzestania

Przedstawiony przegląd prac dotyczących narzędzi do pomiaru uzależnienia od tytoniu oraz gotowości i motywacji do zaprzestania używania tytoniu nie daje pełnego obrazu poszukiwań badaczy, których celem jest stworzenie narzędzi do mierzenia różnych składowych używania tytoniu i motywacji do zaprzestania. Poza uzależnieniem od tytoniu i gotowością/motywacją do zaprzestania używania przedmiotem najczęstszych pomiarów jest syndrom objawów odstawienia, oceniany według kryteriów ICD-10 i DSM-IV. W literaturze przedmiotu autorzy niniejszej pracy znaleźli 8 różnych skal do pomiaru objawów odstawienia tytoniu. Do najczęściej używanych należą:

- Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS-R, Skala Odstawienia Minnesota) – zrewidowana i zmodyfikowana w 2012 r. [58], przetłumaczona na 13 języków, w tym 9 europejskich, bez polskiej wersji językowej (zgoda na autoryzowaną wersję MNWS-R w języku obcym jest udzielana po zwróceniu się o pocztą elektroniczną do pierwszego autora);
- Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS, Skala Odstawienia Palenia Wisconsin) [59];
- Mood and Physical Symptoms Scale (MPSS, Skala Nastroju i Symptomów Fizycznych) [60];

- Cigarette Withdrawal Scale (CWS-21, Skala Odstawienia Papierosa) [61].

Ponadto Etter i wsp. skonstruowali 2 narzędzia do oceny:

- samoskuteczności w zaprzestaniu używania – Smoking Self-Efficacy Questionnaire (SEQ-12, Kwestionariusz Samoskuteczności w Paleniu) [62];
- strategii zaprzestania używania tytoniu stosowanych przez byłych i obecnych palaczy – Self-change Strategies in Current Smokers – SCS-CS, Self-change Strategies in Former Smokers – SCS-FS [63].

W latach 90. XX w. w National Cancer Institute (Narodowym Instytucie Raka) skonstruowano narzędzie „Why I smoke” (test „Dlaczego palę”) do oceny indywidualnych powodów palenia tytoniu [64]. Wiadomo, że uzależnienie od nikotyny jest jednym, ale nie jedynym powodem jej używania. Test składa się z 21 twierdzeń pogrupowanych w 7 skalach (pobudzenie, zajęcie, przyjemność/relaksacja, podpora/napięcie, uzależnienie, zwyczaj, motywy społeczne). Narzędzie, udostępnione uczestnikom The Summer School of Health Promotion and Disease Prevention w Halifax (Kanada) w 1993 r., zostało zaadaptowane w polskiej wersji językowej przez pierwszego autora niniejszej pracy pod nazwą: test „Dlaczego palę” i umieszczone na stronie internetowej programu CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention – Zintegrowany Program Chorób Niezakaźnych) w Polsce. Strona już nie istnieje, jednak test jest nadal dostępny w sieci w formacie pdf [65].

Przykłady zastosowania testu w diagnozowaniu powodów palenia w populacji z uzależnieniem mieszanym (alkoholowo-tytoniowym) można znaleźć w pracach Bętkowskiej-Korpały [66]. W Polsce test wykorzystano również w badaniu populacji osób palących tytoń poszukujących terapii [11].

WNIOSKI

Omówione w niniejszej pracy wyniki przeglądu literatury przedmiotu dotyczącej narzędzi do pomiaru uzależnienia, gotowości i motywacji do rzucenia oraz objawów odstawienia tytoniu wyraźnie pokazują, że od początku XXI w. – wraz ze zwiększeniem kontroli tytoniu w skali globalnej – obserwuje się wzrost zainteresowania badaczy podważaniem przydatności dotychczas stosowanych narzędzi i tworzeniem nowych. Ze względu na długotrwały proces badań metodologicznych i implementacji nowych narzędzi autorzy niniejszej publikacji zrezygnowali z przeglądu rekomendacji obo-

wiązujących w innych krajach europejskich. We wnioskach z przeglądu ograniczono się jedynie do wskazania kierunków dalszych badań i implikacji ich wyników do praktyki klinicznej diagnozowania ZUT oraz gotowości/motywacji do zaprzestania używania tytoniu w Polsce.

1. W Polsce należy podjąć badania nad wdrożeniem nowych narzędzi do oceny uzależnienia od tytoniu oraz gotowości i motywacji do zaprzestania używania go. Badania te powinny być poprzedzone tłumaczeniem tych narzędzi na język polski przy użyciu reguł metodologicznych zalecanych w pracach włączonych do niniejszego przeglądu. Istnieje potrzeba przeprowadzenia badania populacyjnego z użyciem narzędzi wybranych spośród omówionych w niniejszej pracy, w zależności od celu badania i analizowanej populacji. Jedną z nich powinna być populacja osób w wieku produkcyjnym w Polsce, w której wskaźniki częstości używania tytoniu są wysokie. Żeby zmniejszyć koszty badań pilotażowych wybranych narzędzi, należy rozważyć zarówno nawiązanie kontaktu z populacjami docelowymi, jak i ich badanie poprzez strony internetowe konsumentów towarów i usług (przykłady znaleziono w pracach omówionych w niniejszym przeglądzie). Należy zaktualizować część obecnie obowiązujących rekomendacji dotyczących narzędzi do pomiaru uzależnienia od tytoniu i motywacji do zaprzestania używania tytoniu w Polsce, opublikowanych w dokumencie „Konsensus dotyczący rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu”, które nie uwzględniają współczesnych definicji uzależnienia według DSM-IV i ICD-10 ani teorii wywiadu motywującego i motywacji wewnętrznej. W kontekście najnowszych wytycznych WHO – „Strengthening health system for treating tobacco dependence in primary care” [10] – należy dążyć do wzmocnienia roli podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce w diagnozowaniu i leczeniu ZUT oraz motywowaniu do zaprzestania używania tytoniu poprzez dostarczenie nowych narzędzi i interwencji. Populacją docelową tych działań powinny być szczególnie osoby w wieku produkcyjnym, które nie mają motywacji do zaprzestania używania tytoniu.
2. Do programu akredytowanych szkoleń na temat leczenia ZUT dla profesjonalistów medycznych należy włączyć podstawy teoretyczne wywiadu motywującego Millera i Rollnicka, krótkiej interwencji motywującej 5R oraz wytyczne dotyczące stosowania dwóch krótkich interwencji 5A i 5R.

Postulowane zmiany są szczególnie istotne do rozważenia u progu wejścia w Polsce w życie nowej ustawy o zdrowiu publicznym, ponieważ na jego jakość w dużym stopniu wpływają choroby tytoniozależne.

PIŚMIENNICTWO

1. Ministerstwo Zdrowia [Internet]: Ministerstwo, Warszawa 2011 [cytowany 15 marca 2015]. Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009–2010. Adres: <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr = m9&ms = 769&ml = pl&mi = 769&mx = 0&mt = &my = 769&ma = 016384>
2. European Commission [Internet]: Commission 2015 [cytowany 31 maja 2015]. Eurobarometer 29/11-08/12/2014. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Adres: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_fact_pl_en.pdf
3. Jassem J., Przewoźniak K., Zatoński W.: Tobacco control in Poland – Successes and challenges. *Transl. Lung Cancer Res.* 2014;3(5):280–285, <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2218-6751.2014.09.12>
4. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2012 roku [Internet]: Centrum Onkologii. Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie. Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2014 [cytowany 12 maja 2015]. Adres: <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Rok2012.pdf>
5. Zatoński W.A., Przewoźniak K., Sulkowska U., Mańczuk M., Gumkowski J.: Palenie tytoniu w populacji mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1974–2004. *Zesz. Nauk. Ochr. Zdr., Zdr. Publ. Zarz.* 2009;8(2):4–11
6. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. *DzU z 1996 r. nr 10, poz. 55*
7. Ustawa z dnia 8 kwietnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. *DzU z 2010 r. nr 81, poz. 529*
8. World Health Organization: Report on the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER package. [Internet]: Organization, Genewa 2008 [cytowany 7 stycznia 2015]. Adres: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
9. American Medical Association: Guidelines for the diagnosis and treatment of nicotine dependence: How to help patients stop smoking. American Medical Association, Washington 1994
10. World Health Organization [Internet]: Organization, Genewa c2015 [cytowany 12 maja 2015]. Strengthening health

- system for treating tobacco dependence in primary care. Building capacity for tobacco control: Training package. Adres: http://who.int/tobacco/publications/building_capacity/training_package/treatingtobaccodependence/en
11. Broszkiewicz M., Drygas W.: Diagnostyka w intensywnych interwencjach leczenia palenia i uzależnienia od tytoniu przy użyciu wybranych testów i teorii rekomendowanych w Polsce – ocena krytyczna badacza. *Przegl. Lek.* 2012;69(10):846–853
 12. The Tobacco Atlas [Internet]: World Lung Foundation c2015 [cytowany 11 stycznia 2015]. Adres: <http://www.tobaccoatlas.org>
 13. Fagerström K.O., Kunze M., Schoberberger R., Breslau N., Hughes J.R., Hurt R.D. i wsp.: Nicotine dependence versus smoking prevalence: Comparisons among countries and categories of smokers. *Tob. Control* 1996;5(1):52–56, <http://dx.doi.org/10.1136/tc.5.1.52>
 14. Fagerström K., Furberg H.: A comparison of the Fagerström Test for nicotine dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction* 2008;103(5):841–845, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02190.x>
 15. Smith P.H., Roseb J.S., Mazurea C.M., Giovinod G.A., McKee S.A.: What is the evidence for hardening in the cigarette smoking population? Trends in nicotine dependence in the U.S., 2002–2012. *Drug Alcohol Depend.* 2014;142:333–340, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.003>
 16. Główny Urząd Statystyczny: Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004–2012 [Internet]: Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013 [cytowany 12 lutego 2015]. Adres: http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_Szacunek_emigracji_z_Polski_lata_2004-2012_XI_2012.pdf
 17. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. *DzU* z 1982 r. nr 35, poz. 230 z późn. zm.
 18. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. *DzU* z 2012 r., poz. 124 z późn. zm.
 19. Brandon T.H.: Behavioral tobacco cessation treatments: Yesterday's news or tomorrow's headlines? *J. Clin. Oncol.* 2001;19, Supl. 18:64S–68S
 20. Zatoński W., Górecka D., Opolski G., Puzyński S., Radziwiłł K., Ziętek M. i wsp.: Konsensus dotyczący rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu. Aktualizacja 2008. *Gazeta Lek.* 2008;12(216):1–16
 21. Kawecka-Jaszcz K., Jankowski P., Podolec P., Kopeć G., Naruszewicz M., Opala G. i wsp.: Konsensus Rady Redakcyjnej Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia dotyczący palenia tytoniu. Forum Profilaktyki [Internet]: 2007 [cytowany 12 lutego 2015];4(9):1–4. Adres: <http://www.pfp.edu.pl/download/Forum9.pdf>
 22. World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control [Internet]: Organization 2016 [cytowany 20 maja 2015]. Adres: <http://www.who.int/fctc/en>
 23. Piper M.E., Piasecki T.M., Federman E.B., Bolt D.M., Smith S.S., Fiore M.C. i wsp.: A multiple motives approach to tobacco dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004;72(2):139–154, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.139>
 24. Fagerström K.O.: Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict. Behav.* 1978;3:235–241, [http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(78\)90024-2](http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(78)90024-2)
 25. Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O.: The Fagerström Test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br. J. Addict.* 1991;86(9):1119–1127, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
 26. Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Rickert W., Robinson J.: Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br. J. Addict.* 1989;84(7):791–799, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb03059.x>
 27. Etter J.F., Duc T.V., Perneger T.V.: Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction* 1999;94(2):269–281, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.94226910.x>
 28. Lichtenstein E., Mermelstein R.J.: Some methodological cautions in the use of the tolerance questionnaire. *Addict. Behav.* 1986;11:439–442, [http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(86\)90024-9](http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(86)90024-9)
 29. Pomerleau C.S., Pomerleau O.F., Majchrzak M.J., Kloska D.D., Malakuti R.: Relationship between nicotine tolerance questionnaire scores and plasma cotinine. *Addict. Behav.* 1990;15:73–80, [http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(90\)90009-M](http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(90)90009-M)
 30. John U., Meyer C., Schumann A., Hapke U., Rumpf H.J., Adam C. i wsp.: A short form of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Haveness of Smoking Index in two adult population samples. *Addict. Behav.* 2004;29(6):1207–1212, <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.03.019>
 31. Hughes J.R., Hatsukami D.: Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Arch. Gen. Psychiatry* 1986;43:289–294, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800030107013>
 32. Shiffman S., West R.J., Gilbert D.G.: Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. *Nicotine Tob.*

- Res. 2004;6(4):599–614, <http://dx.doi.org/10.1080/1462200410001734067>
33. Etter J.-F., le Houezec J., Perneger T.V.: Self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: The Cigarette Dependence Scale. *Neuropsychopharmacol.* 2003;28:359–370, <http://dx.doi.org/10.1038/sj.npp.1300030>
34. Heffner C.L., American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington 1994
35. World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. [Internet]. WHO, Genewa 1992 [cytowany 29 lutego 2015]. Adres: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>
36. Moolchan E.T., Radzins A., Epstein D.H., Uhl G., Gorelick D.A., Cadet J.L. i wsp.: The Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Diagnostic Interview Schedule: Do they diagnose the same smokers? *Addict. Behav.* 2002;27:101–113, [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00171-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00171-4)
37. Hughes J.R., Oliveto A.H., Riggs R., Kenny M., Liguori A., Pillitteri J.L. i wsp.: Concordance of different measures of nicotine dependence: Two pilot studies. *Addict. Behav.* 2004;29(8):1527–1539, <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.031>
38. Shiffman S., Waters A.J., Hickcox M.: The nicotine dependence syndrome scale: A multi-dimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine Tob. Res.* 2004;6(2):327–348, <http://dx.doi.org/10.1080/1462220042000202481>
39. Johnson E.O., Breslau N., Anthony J.C.: The latent dimensionality of DIS/DSM-III-R nicotine dependence: Exploratory analyses. *Addiction* 1996;91:583–588, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.1996.91458312.x>
40. Piper M.E., McCarthy D.E., Bolt D.M., Smith S.S., Lerman C., Benowitz N. i wsp.: Assessing dimensions of nicotine dependence: An evaluation of the Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS) and the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM). *Nicotine Tob. Res.* 2008;10(6):1009–1020, <http://dx.doi.org/10.1080/14622200802097563>
41. Prochaska J.O., DiClemente C.C.: Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983;51:390–395, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
42. West R.: Time for a change: Putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction* 2005;100:1036–1039, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01139.x>
43. Etter J.-F.: Theoretical tools for the industrial era in smoking cessation counselling: A comment on West (2005). *Addiction* 2005;100:1041–1042, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01169.x>
44. Herzog T.A.: When popularity outstrips the evidence: Comment on West (2005). *Addiction* 2005;100:1040–1041, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01171.x>
45. Sutton S.: Another nail in the coffin of the Transtheoretical Model? A comment on West (2005). *Addiction* 2005;100:1043–1046, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01172.x>
46. Hodgins D.C.: Weighing the pros and cons of changing change models: A comment on West (2005). *Addiction* 2005;100:1042–1043, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01170.x>
47. Cahill K., Lancaster T., Green N.: Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010;11, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004492.pub4>
48. Miller W.R., Rollnick S.: Motivational interviewing: Preparing people for change. Wyd. 2. Guilford Press, Nowy Jork, Londyn 2002
49. Smedslund G., Berg R.C., Hammerstrøm K.T., Steiro A., Leiknes K.A., Dahl H.M. i wsp.: Motivational interviewing for substance abuse. *Campbell Syst. Rev.* 2011;6, <http://dx.doi.org/10.4073/csr.2011.6>
50. Rollnick S., Butler C.C., Stott N.: Helping smokers make decisions: The enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Educ. Couns.* 1997;31(3):191–203, [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(97\)01004-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(97)01004-5)
51. Aveyard P.: Motivational interviewing for smokers. *Br. J. Gen. Pract.* 2007;57(534):67
52. Davis M.F., Shapiro D., Windsor R., Whalen P., Rhode R., Miller H.S. i wsp.: Motivational interviewing versus prescriptive advice for smokers who are not ready to quit. *Patient Educ. Couns.* 2011;83(1):129–133, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.024>
53. Catley D., Harris K.J., Goggin K., Richter K., Williams K., Patten C. i wsp.: Motivational Interviewing for encouraging quit attempts among unmotivated smokers: Study protocol of a randomized, controlled, efficacy trial. *BMC Public Health* 2012;12:456, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-456>
54. U.S. Department of Health and Human Services: Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. [Internet]: Public Health Service, Rockville 2008 [cytowany 28 grudnia 2015]. Adres: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>

55. Lai D.T., Cahill K., Qin Y., Tang J.L.: Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010;1, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd006936.pub2>
56. Lindson-Hawley N., Thompson T.P., Begh R.: Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015;3, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd006936.pub3>
57. World Health Organization: Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care [Internet]: Organization, Genewa 2014 [cytowany 22 stycznia 2016]. Adres: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112835/1/9789241506953_eng.pdf
58. Hughes J.R., Hatsukami D.: Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS) [Internet]: Mapi Research Trust, Lyon 2001–2015 [aktualizacja listopad 2014, cytowany 12 stycznia 2015]. Adres: http://proqolid.org/instruments/minnesota_nicotine_withdrawing_scale_mnws
59. Welsch S.K., Smith S.S., Wetter D.W., Jorenby D.E., Fiore M.C., Baker T.B.: Development and validation of the Wisconsin Smoking Withdrawal Scale. *Exp. Clin. Psychopharmacol.* 1999;7(4):354–361, <http://dx.doi.org/10.1037/1064-1297.7.4.354>
60. West R., Hajek P.: Evaluation of the mood and physical symptoms scale (MPSS) to assess cigarette withdrawal. *Psychopharmacol.* 2004;177:195–199, <http://dx.doi.org/10.1007/s00213-004-1923-6>
61. Etter J.-F.: A self-administered questionnaire to measure cigarette withdrawal symptoms: The Cigarette Withdrawal Scale. *Nicotine Tob. Res.* 2005;7(1):47–57, <http://dx.doi.org/10.1080/14622200412331328501>
62. Etter J.-F., Bergman M.M., Humair J.-P., Perneger T.V.: Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addiction* 2000;95(6):901–913, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.9569017.x>
63. Etter J.-F., Bergman M.M., Perneger T.V.: On quitting smoking: Development of two scales measuring the use of self-change strategies in current and former smokers (SCS-CS and SCS-FS). *Addict. Behav.* 2000;25(4):523–538, [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00068-X)
64. National Cancer Institute: The “Why I smoke” test [Internet]: University of Virginia, Virginia [cytowany 7 lutego 2015]. Adres: <http://uvahealth.com/patients-visitors-guide/smoke-free/smoke-free-pdfs/test.pdf>
65. Medycyna praktyczna dla pacjentów: Test „Dlaczego palę?” [Internet]: Medycyna Praktyczna c1996–2015 [cytowany 7 lutego 2015]. Adres: http://adst.mp.pl/s/www/pacjenci/dlaczego_pale_test.pdf
66. Bętkowska-Korpała B., Ryniak J., Zawadzka B., Jankowski P., Kuźniewski M., Kawecka-Jaszcz K.: Program grupowej terapii psychologicznej w kompleksowym leczeniu osób uzależnionych od nikotyny w ramach prewencji chorób układu krążenia – doświadczenia własne. *Psychoterapia* 2004;4:69–76