

Andrzej GERSTENKORN
Małgorzata SUWAŁA

Wykrywanie uzależnienia od tytoniu w różnych grupach wieku

Detection of nicotine dependence in different age groups

Katedra Medycyny Społecznej
i Zapobiegawczej Uniwersytet Medyczny, Łódź
Kierownik: Prof. dr hab. med. *Wojciech Drygas*

Dodatkowe słowa kluczowe:

uzależnienie od nikotyny
testy diagnostyczne

Additional key words:

nicotine dependence
diagnostic tests

W pracy omówiono użyteczność różnych testów diagnostycznych pomocnych w diagnozowaniu uzależnienia od nikotyny w zależności od wieku pacjentów. W grupie młodzieży zwrócono uwagę na przydatność testu Hooked on Nicotine Checklist (HONC), a wśród dorosłych kwestionariusza CAGE, Testu "Czterech C", Testu Fagerströma (FTND) oraz Wskaźnika Intensywności Palenia (HSI). U osób starszych zwrócono na ograniczenia stosowanych rutynowych testów FTND i HSI.

The work discusses the usefulness of different diagnostics tests helpful in nicotine dependence diagnosis in relation to patients age. The Hooked on Nicotine Checklist (HONC) test proved to be the most useful for the group of teenagers whereas for adults the CAGE questionnaire, the Four C test, the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) and Heaviness of Smoking Index (HSI) gave the best results. In the elderly people age group the limits of FTND and HIS test were pointed out.

Wstęp

W problematyce uzależnienia od tytoniu, zarówno w aspekcie jego natury, mechanizmów i leczenia znaczące miejsce zajmują testy diagnostyczne pozwalające na stwierdzenie samego faktu zależności nikotynowej, jak i jego rodzaju. Narzędzia te mogą pomóc lekarzowi w prawidłowym doborze i poprowadzeniu terapii pacjenta, który deklaruje chęć zaprzestania palenia. Ponadto lekarz jest w stanie postawić diagnozę uzależnienia w ciągu krótkiego czasu wizyty i zindywidualizować formę leczenia palacza. Znajomość kwestionariuszy do oceny uzależnienia wpływa na podwyższenie skuteczności terapii antytytoniowej, a tym samym na poprawę stanu zdrowia palących [22].

Celem pracy jest prezentacja testów diagnostycznych pomocnych w postawieniu diagnozy uzależnienia od nikotyny w różnych wiekowo grupach pacjentów.

Wykrywanie uzależnienia od tytoniu u młodzieży

Liczne badania przeprowadzone na świecie pokazują, że około 80% młodych ludzi rozpoczyna palenie tytoniu przed 20 rokiem życia [14]. Również z badań HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) wykonywanych cyklicznie w Polsce dotyczących 15-latków wynika, że 1/3 z nich widzi siebie jako potencjalnych przyszłych, regularnych palaczy tytoniu [26]. Regularność palenia zależy w dużym stopniu od wieku w jakim dana osoba zaczyna palić - im jest on niższy tym istnieją większe szanse na to, że dojdzie do uzależnienia. Nikotyna podobnie jak inne środki uzależniające wywołuje reakcje apetycyjne, co staje się wstępem do powstania uzależnienia i to nie tylko nikotynowego [16]. Coraz częściej uważa się, że palenie tytoniu jest dla młodzieży wstępem do sięgnięcia po inne substancje psychoaktywne, co określa się jako „gate-way drug effect” [12,23,25].

Uzależnienie od tytoniu młodych ludzi nie jest zjawiskiem marginalnym. Według badań amerykańskich 20%, a nawet do 80% nastolatków jest uzależnionych od tytoniu, choć nie zawsze farmakologicznie. Polskie badania młodzieży mają głównie charakter socjologiczno-epidemiologiczny i nie oceniają uzależnienia od tytoniu, a jedynie częstotliwość codziennego lub okazjonalnego palenia. Na tej podstawie można jedynie z pewnym prawdopodobieństwem wnioskować o uzależnieniu, a jego symptomy mogą pojawić się już po krótkim, nawet parotygodniowym używaniu tytoniu. Czynniki, które zjawisko potęgują są występujące u młodych osób, z większym nasileniem niż u starszych, zaburzenia osobowościowe i psychiczne np. trudności w koncentracji, zaburzenia nastroju i afektu, niska asertywność [21]. Z tych powodów coraz liczniejsze są głosy naukowców, nie tylko specjalistów uzależnienia od tytoniu, ale i szerokiego grona profesjonalistów zdrowia publicznego, aby zająć się bliżej istotą i cechami charakterystycznymi wczesnej fazy uzależnienia od tytoniu. W ostatnich latach nastąpił szybki rozwój metod wykrywających narażenie na dym tytoniowy i coraz powszechniej stosowane są testy do rozpoznawania zespołu uzależnienia od tytoniu u osób dorosłych, ale nie sprawdzają się one u młodych wiekiem „nikotynistów”. Potrzebą chwili jest więc poświęcenie większej uwagi procesowi uzależnienia od tytoniu młodych ludzi, co podkreślano na XI Światowej Konferencji „Tytoń albo Zdrowie” w Chicago w 2000 roku [21].

Narzędziem, które pozwala na wykrycie rozpoczynającego się uzależnienia od nikotyny jest *Hooked on Nicotine Checklist* (HONC) – tabela I. Test HONC zawiera py-

Adres do korespondencji:

Dr. n med. Andrzej Gerstenkorn
Katedra Medycyny Społecznej
i Zapobiegawczej
Uniwersytet Medyczny
90-752 Łódź, ul. Żeligowskiego 7/9
Tel. (+42) 639 32 65; Fax. (+42) 639 32 69
e-mail: agerst@go2.pl

tania o dziesięć sygnałów uzależnienia. Odpowiedź twierdząca na co najmniej jedno z dziesięciu pytań wskazuje, że proces uzależnienia rozpoczął się [5].

Test ten reprezentuje inne spojrzenie na uzależnienie od tytoniu, jakie niesie ze sobą teoria niezależności (*Autonomy Theory*). Prezentowane w niej podejście do uzależnienia nie jest zgodne z IV DSM, tzn. do rozpoznania uzależnienia nie jest konieczne stwierdzenie występowania przynajmniej trzech spośród siedmiu wymienianych cech (objawów). Czasami osoba paląca tytoń nie rozpoznaje u siebie trzech cech uzależnienia (wymienianych w IV DSM), ale ma silne poczucie utraty całkowitej niezależności od palenia. Takie poczucie wystarcza, by zgodnie z teorią niezależności stwierdzić, że proces uzależnienia został zapoczątkowany. Tak więc, podejście to pozwala na wykrycie wczesnej fazy uzależnienia (o charakterze behawioralnym), która rozpoczyna się w momencie, gdy rzucenie palenia przestaje być bezwysiłkowym aktem wolnej woli. Narzędzia diagnostyczne, takie jak np. Test Fagerströma lub limit wypalania do 100 papierosów w życiu, nie są uznane za przydatne do rozpoznawania pierwszych symptomów uzależnienia, co jest kluczowym zadaniem wśród młodzieży.

Wczesna diagnoza przy użyciu testu HONC może motywować, szczególnie młodych ludzi, do zaprzestania palenia w momencie, w którym uzależnienie nie jest jeszcze w pełni rozwinięte i ugruntowane. Testowi temu, co bardzo ważne, przypisuje się również pewną wartość prognostyczną. Dodatni wynik testu daje 35% prawdopodobieństwo na kontynuację palenia tytoniu w przyszłości [5]. Mając taką wiedzę można wdrożyć odpowiednie programy profilaktyczne.

Metody oceny uzależnienia od tytoniu w populacji osób dorosłych

Większość dorosłych palaczy tytoniu chce zaprzestać palenia, jednak trwale odzwyczajenie się wiąże się z przeszkodami. W USA każdego roku około 40% spośród 50 milionów palących usiłuje nie palić, a tylko około 6% osiąga ten cel [1]. Ponadto większość osób, które rzuciły palenie, powraca do niego [2]. Znaczący odsetek prób odzwyczajenia się od palenia jest podejmowanych przez pacjentów bez dodatkowego wsparcia, co wiąże się z ich małą skutecznością (3-5%) [10]. Leczenie uzależnienia od nikotyny zależy od rodzaju 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.

Kwestionariusz CAGE jest prostym i dokładnym narzędziem używanym od wielu lat do wykonywania badań przesiewowych u pacjentów z uzależnieniami, głównie od alkoholu [20]. Jest to czteropytaniowy test, którego nazwa pochodzi od pierwszych liter słów kluczowych w poszczególnych pytaniach w oryginalnej wersji (C – control, A – annoyed, G – guilty, E – eye-opener). Bazując na kryteriach uzależnie-

Tabela I
Test Kontrolny Uzależnienia od Nikotyny.
The Hooked on Nicotine Checklist (HONC).

Pytania	
1. Czy kiedykolwiek próbowałeś/próbowałaś rzucić palenie, ale nie mogłeś/mogłaś tego zrobić ?	
2. Czy aktualnie palisz papierosy, ponieważ jest ci trudno rzucić palenie ?	
3. Czy kiedykolwiek czułeś/czowałaś się, jakbyś był uzależniony/była uzależniona od tytoniu ?	
4. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/odczuwałaś silną ochotę zapalenia ?	
5. Czy kiedykolwiek czułeś/czowałaś, że koniecznie potrzebujesz papierosa ?	
6. Czy trudno ci powstrzymać się od palenia w miejscach w których nie powinienes/nie powinnaś tego robić (np. w szkole)?	
<i>Poniższe pytania dotyczą sytuacji kiedy : próbowałeś/ próbowałaś rzucić palenie lub nie paliłeś/ nie paliłaś przez jakiś czas.</i>	
7. Czy trudno było ci skoncentrować się z tego powodu, że nie mogłeś/nie mogłaś zapalić ?	
8. Czy czułeś/czowałaś się bardziej porywany/porywana dlatego , że nie można zapalić ?	
9. Czy czułeś/czowałaś silną potrzebę , pragnienie lub chęć palenia ?	
10. Czy niemożność zapalenia sprawiała, że byłeś / byłaś podenerwowany/a, niespokojny/a, rozłószczony/a ?	

Tabela II
Kwestionariusz CAGE.
CAGE questionnaire.

Pytania
1. Czy kiedykolwiek czuł(a) Pan/Pani potrzebę ograniczenia lub kontrolowania swego palenia i miał(a) z tym trudności?
2. Czy kiedykolwiek był(a) Pan/Pani zirytowany(a) wobec ludzi krytykujących Pana/Pani palenie lub namawiających Pana/Panią do rzucenia palenia?
3. Czy kiedykolwiek czuł(a) się Pan/Pani winny z powodu swego palenia lub z powodu czegoś, co robił(a) Pan/Pani w czasie palenia?
4. Czy kiedykolwiek zdarzyło się Panu/Pani zapalić w ciągu pierwszych 30 min po przebudzeniu?

Tabela III
Test "Czterech C".
"Four C" Test.

Pytania
Przymus – (Compulsion) Czy zdarza się, że pali Pan/Pani więcej niż zamierzał(a)? Czy zdarzyło się, że zaniedbał(a) Pan/Pani obowiązki przez to, że Pan/Pani palił(a) lub chciał(a) zapalić?
Kontrola - (Control) Czy kiedykolwiek czuł(a) Pan/Pani potrzebę by kontrolować ilość wypalanych papierosów, lecz nie był(a) Pan/Pani w stanie tego zrobić? Czy kiedykolwiek obiecał(a) Pan/Pani, że rzuci palenie i tego samego dnia kupił(a) Pan/Pani następną paczkę papierosów?
Ograniczanie i objawy abstynencji – (Cutting down) Czy kiedykolwiek starał(a) się Pan/Pani przestać palić? Ile razy? Na jak długo? Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani następujące objawy, kiedy przez pewien czas Pan/Pani nie palił(a): rozdrażnienie, kłopoty z koncentracją, nerwowość, nagłe zmiany nastrojów? Jeśli tak, to czy te objawy ustępowały po wypaleniu papierosa?
Konsekwencje – (Consequences) Od kiedy zdaje sobie Pan/Pani sprawę, że palenie jest szkodliwe dla Pana/Pani zdrowia? Jeśli ma Pan/Pani zamiar dalej palić, jak długo wg Pana/Pani będzie Pan/Pani żyć? Jeśli byłby/byłaby Pan/Pani w stanie od dziś przestać palić i nigdy więcej nie zacząć, jak długo wg Pana/Pani będzie Pan/Pani żyć?

nia, pytania używane w CAGE (w alkoholi-zmie) zostały dostosowane do nikotynizmu

(tabela II) [18].

Wynik kwestionariusza CAGE dla pale-

Tabela IV**Test Fagerströma.**

Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND).

Pytania	
1.	Kiedy po obudzeniu zapalasz pierwszego papierosa? a) w ciągu 5 minut (3) b) po upływie 6-30 minut (2) c) po upływie pół godziny do godziny (1) d) możesz wytrzymać nawet godzinę (0)
2.	Czy powstrzymanie się od palenia w miejscach, gdzie palić nie wolno, jest dla ciebie problemem? a) tak (1) b) nie (0)
3.	Z którego papierosa najtrudniej ci zrezygnować? a) z pierwszego rano (1) b) z każdego innego (0)
4.	Ile papierosów wypalasz dziennie? a) do 10 (0) b) 11-20 (1) c) 21-30 (2) d) 31 i więcej (3)
5.	Czy rano palisz więcej papierosów niż w ciągu reszty dnia? a) tak (1) b) nie (0)
6.	Czy nie możesz się powstrzymać od palenia, nawet podczas choroby, gdy musisz leżeć w łóżku? a) tak (1) b) nie (0)
(w nawiasach liczba punktów)	

Tabela V**Test HIS.**

Heaviness of Smoking Index.

Pytania	
1.	Kiedy po obudzeniu zapalasz pierwszego papierosa? a) w ciągu 5 minut (3) b) po upływie 6-30 minut (2) c) po upływie pół godziny do godziny (1) d) możesz wytrzymać nawet godzinę (0)
2.	Ile papierosów wypalasz dziennie? a) do 10 (0) b) 11-20 (1) c) 21-30 (2) d) 31 i więcej (3)
(w nawiasach liczba punktów)	

nia uznaje się za pozytywny, gdy dwie z czterech odpowiedzi na postawione pytania są twierdzące.

W celu zwiększenia wiarygodności zbieganego wywiadu diagnostycznego lekarz może nawiązać z pacjentem rozmowę na temat ogólnego stylu życia (np. poziomu stresu, aktywności fizycznej), po której następuje pytanie o palenie tytoniu (np.: „A jak wygląda P. palenie tytoniu?”). W trakcie takiej rozmowy pacjent nieświadomie udziela gotowych odpowiedzi na pytania zawarte w

kwestionariuszu CAGE. I tak, stwierdzenie: "Chciałem rzucić palenie, ale nie mogłem tego zrobić, więc przerzuciłem się na papierosy o niskiej zawartości substancji smolistych" jest odpowiedzią twierdzącą na pierwsze pytanie testu CAGE. Podobnie poniżej przytoczone wypowiedzi pacjenta można zinterpretować jako pozytywne odpowiedzi na kolejne pytania CAGE.

Do pytania 2: „W zeszłym tygodniu mój wnuk powiedział: – Dziadku, chciałbym, żebyś przestał palić”, a ja odezwałem się mó-

wiąc – Cóż, chyba jestem wystarczająco dorosły, by palić !”;

Do pytania 3: „Powiniem dawno przestać palić – moja rodzina nie cierpiałaby tyle przeze mnie, gdybym rzucił”;

Do pytania 4: „Zapalam pierwszego papierosa zanim jeszcze wstanę z łóżka”.

Kwestionariusz CAGE może być dołączony do wywiadu klinicznego [18]. Test ten dobrze sprawdza się w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ wypełnienie go zajmuje około dwóch minut i łatwo go stosować podczas ogólnego wywiadu lekarskiego. Nie zawiera on jednakże pytań o liczbę wypalanych papierosów.

Kolejnym testem służącym ocenie uzależnienia od nikotyny jest Test „Czterech C” (tabela III) [19]. Nazwa jego pochodzi od słów angielskich: *Compulsion, Control, Cutting down, Consequences*.

Test ten diagnozuje uzależnienie od różnych substancji (np. alkoholu, opioidów, konopi, amfetaminy) i wyróżnia cztery cechy uzależnienia spośród wymienionych w DSM-IV:

1. Przymus – ciągle pragnienie używania substancji psychoaktywnej;

2. Kontrola – stopień, w jakim pacjent może (lub nie może) kontrolować zażywania substancji psychoaktywnej, jego rozpoczęcia, zakończenia lub ilości;

3. Ograniczanie i objawy abstynencji – efekty redukcji zażywania substancji psychoaktywnej;

4. Konsekwencje – zaprzeczanie lub akceptacja szkód spowodowanych przez substancję psychoaktywną.

Aby rozpoznać uzależnienie od nikotyny przy użyciu tego testu wystarczy uzyskać odpowiedzi twierdzące na pytania dotyczące przymusu i utraty kontroli.

Najbardziej znanym testem do oceny stopnia uzależnienia od nikotyny jest *Test Fagerströma – Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)* (tabela IV).

Pacjenci, którzy rzucają palenie, poważnie nieskutecznie łagodzą objawy związane z zespołem abstynencji nikotynowej i powracają do nałogu po dwóch - trzech tygodniach. Test *Fagerströma* jest standardowym narzędziem do oceny stopnia uzależnienia od nikotyny oraz jego komponenty farmakologicznej przeznaczonym dla osób dorosłych [13]. Może on pomóc lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej zastosować odpowiednie leczenie farmakologiczne uzależnienia od nikotyny w zależności od wyniku testu. Im większa liczba uzyskanych punktów, tym silniejsze fizyczne uzależnienie od nikotyny. Wyniki testu 7 i więcej punktów wskazują na celowość zastosowania w planie leczenia zespołu abstynencji bupropionu oraz preparatów nikotynowych [10]. Wynik testu poniżej 7 punktów świadczy przede wszystkim o behawioralnym typie uzależnienia. W leczeniu odwykowym wystarcza wola zaprzestania palenia, silna motywacja stymulowana autorytatywną poradą lekarską oraz wsparcie ze strony otoczenia. Farmakologiczne środki odwykowe nie są konieczne.

Do diagnozowania stopnia uzależnienia od nikotyny stosuje się też skróconą wersję Testu *Fagerströma* – Wskaźnik Intensywności Palenia HSI [13]. Test ten może być

stosowany, gdy nie ma warunków do zastosowania FTND (np. ograniczony czas diagnozy) – tabela V [7].

HSI zawiera dwa pytania: pierwsze dotyczy czasu zapalenia pierwszego papierosa po obudzeniu, a drugie – liczby wypalanych dziennie papierosów (identycznie jak w teście FTND). Jeżeli wynik testu wyniesie 5 lub 6 punktów świadczy to o wysokim stopniu uzależnienia od nikotyny, z dominacją uzależnienia fizycznego. Gdy osoba paląca uzyska 3-4 punkty to jej stopień uzależnienia można określić jako średni, a rzucenie palenia przez tę osobę powinno udać się bez farmakoterapii. Wynik testu od 0 do 2 punktów mówi o tym, że palenie jest uwarunkowane presją otoczenia, psychiką palącego i nie ma żadnych cech uzależnienia fizycznego.

Testy FTND i HSI są ściśle związane z markerami biochemicznymi intensywności palenia. Dotychczasowe badania pokazują, że wymienione testy w małym stopniu wskazują na przewidywanie rzucenia palenia przez pacjenta [8], mogą jednak być podstawą i punktem wyjścia do wdrożenia odpowiednich metod leczenia [4].

Wykrywanie uzależnienia u osób starszych

Osoby w starszym wieku rzadziej niż młode palą tytoń, ponadto ryzyko względne zachorowania związane z paleniem jest u nich mniejsze. Jednak badania epidemiologiczne wykazały wyraźny związek między paleniem tytoniu a chorobą wieńcową, udarem mózgu i chorobą tętnic obwodowych w tej grupie wiekowej [3,11,15]. Palenie tytoniu oraz jednoczesne występowanie innych czynników ryzyka, takich jak cukrzyca czy zaburzenia gospodarki lipidowej, zwiększają niekorzystny wpływ każdego z nich. Wraz ze starzeniem się organizmu nasilają się objawy miażdżycy. Przyjmując, że jednym z ważniejszych czynników sprzyjających rozwojowi miażdżycy jest palenie tytoniu, to decyduje ono o globalnym ryzyku zagrożenia powikłaniami sercowo-naczyniowymi. Problemowi palenia tytoniu u osób w starszym wieku poświęca się stosunkowo mało uwagi, co znajduje swoje odbicie zarówno w piśmiennictwie tematu, jak i niłym zainteresowaniu lekarzy-praktyków zdobywaniem i poszerzaniem wiedzy na temat metod diagnozowania uzależnienia od nikotyny, a następnie skutecznej pomocy w rzuceniu palenia. 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 [8].

Zaprzestanie palenia zmniejsza częstość zachorowań i zgonów oraz poprawia jakość życia i wydolność fizyczną. U osób w podeszłym wieku zaprzestanie palenia zmniejsza również ryzyko wystąpienia nowotworu u obu płci, zaś korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy obserwuje się już po roku [11]. Korzyścią wynikającą z rzucenia palenia jest istotne wydłużenie trwania życia. Rozstanie z paleniem w wieku 60 lat „przywraca” 3 lata – z wcześniejszych ujętych dziesięciu w oczekiwanej długości

życia [6]. Z badań Dolla wynika, że szansa dożycia 70 i więcej lat przez osoby codziennie palące tytoń jest znacznie mniejsza niż u nigdy niepalących. Szacuje się, że choroby odtytoniowe odbierają palaczom powyżej 70 lat około 8 lat życia [6].

W ogólnopolskim badaniu NATPOL PLUS zrealizowanym w 2002 roku na reprezentacyjnej próbie ludności w wieku 18-94 lat, częstość aktualnego palenia w przedziale 65-80 lat wynosiła u mężczyzn 24,9%, zaś u kobiet 8,7% (dane nie publikowane). Wyniki badania przeprowadzonego w ramach Programu CINDI WHO (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme) w 2002 roku w Łodzi, którym objęto próbę losową ludności w wieku 65 i więcej lat wskazywały, że przy częstości palenia wynoszącej 10,8% (wśród mężczyzn 16,7%, wśród kobiet 7,8%) uzależnionych od nikotyny było 82,3% badanych. Oceny uzależnienia dokonano przy użyciu testu FTND. Wśród uzależnionych przeważała psychologiczna (behawioralna) typ uzależnienia (mniej niż 7 punktów wg FTND). Reprezentowało go 86,7% osób uzależnionych. Uzależnienie fizyczne (7 i więcej punktów wg FTND) rozpoznano u 13,3%. Średni wynik testu *Fagerströma* wynosił 4,3 punktów [24].

Warto zwrócić uwagę, że stosowane rutynowo u osób starszych do oceny uzależnienia narzędzia – testy FTND i HSI uwzględniają między innymi liczbę wypalanych papierosów, czas w jakim po przebudzeniu zapalany jest pierwszy papieros, a nie biorą pod uwagę stażu palenia. Zwłaszcza, że starsi palacze w większości mają za sobą bardzo długi staż palenia (w przytaczanym badaniu CINDI – średnio 44,3 lata, a w nawet około 60 lat) to w wywiadzie i rozmowie z pacjentem motywowanym do zaprzestania palenia ważne jest odnotowanie długości stażu palenia i ewentualnych dłuższych przerw w paleniu oraz ich powodów.

Ważną cechą badanych palaczy jest ograniczanie wraz z wiekiem liczby wypalanych papierosów. Wśród palaczy badania CINDI średnia liczba wypalanych papierosów, bez względu na wiek czy płeć, nie przekraczała 20 sztuk, co rzutowało na niższy wynik FTND i HSI. Zmniejszenie liczby wypalanych papierosów związane jest często ze stanem zdrowia osoby starszej, przyjmowanymi lekami, gorszym samopoczuciem, rzadziej problemami finansowymi czy ograniczeniem kontaktów społecznych, które bywają czynnikiem sprzyjającym paleniu. Wykazano, że u palących ludzi starszych duża (o 50%) lub nawet umiarkowana (do 25%) redukcja liczby wypalanych papierosów była bardzo korzystna ponieważ znacznie częściej owocowała w kolejnych dwóch latach rzuceniem palenia, niż u osób, które takiej redukcji nie dokonały. Co więcej osoby, u których rzucenie palenia poprzedzone było stopniowym ograniczeniem liczby wypalanych papierosów rzadziej wracały do palenia niż ci, którzy rzucali palenie bez poprzedniej redukcji [9].

Innym problemem związanym z zastosowaniem testu FTND w odniesieniu do osób starszych jest ocena czasu jaki upływa od przebudzenia do zapalenia pierwszego pa-

pierosa. W FTND najwięcej punktów uzyskują osoby zapalające papierosa w ciągu pierwszych pięciu minut od przebudzenia. Niewiele osób starszych deklaruje tak krótki czas potrzebny do sięgnięcia po papierosa, co niewątpliwie wynika z faktu, że osoby starsze w mniejszym stopniu podlegają „presji czasu”, wolniej wykonują wszystkie poranne czynności związane z wstawaniem, w tym również opóźniają moment palenia.

W odniesieniu do osób starszych szczególnego znaczenia nabiera rola lekarza, jako motywującego i nakłaniającego do zaprzestania, czy początkowo tylko do ograniczenia, palenia. Częste wizyty ludzi starszych u lekarza są nie tylko okazją do informowania o skutkach inhalowania dymu tytoniowego, ale również, a może przede wszystkim, do zachęty zaprzestania palenia i przejścia od biernych deklaracji o chęci odejścia od palenia, które podobnie jak u ludzi w wieku produkcyjnym składa około 70% palących, do konkretnej decyzji i działania.

Piśmiennictwo

1. A clinical practice guideline for treating Tobacco use and dependence: a U. S. Public Health Service report. *JAMA* 2000, 283, 3244.
2. **Anonymans.** Smoking cessation during previous year among adults: Unites States 1990 and 1991. *Morb Mortal Wkly. Re.* 1993, 42, 504.
3. **Aronow W.S., Herzog A.H., Etienne F. et al.:** 41-month follow-up of risk factors correlated with new coronary events in 708 elderly patients. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1989, 37, 501.
4. **Danis P. G., Seaton T.L.:** Helping your patients to quit smoking. *American Family Physician* 1997, 55, 1204.
5. **Di Franza J.R.:** Implications of the Autonomy Theory of nicotine dependence. *Medscape General Medicine* 2002, 4.
6. **Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I.:** Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004, 328, 1519.
7. **Elter J. F., Duc T. V., Pernerger T.V.:** Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction* 1999, 94, 268.
8. **Ezzati M., Lopez A.D.:** Regional, disease specific of smoking-attributable mortality in 2000. *Tob. Control* 2004, 13, 388.
9. **Falba T., Joffe-Bonet M., Busch S. et al.:** Reduction of quantity smoked predicts future cessation among older smokers. *Addiction* 2004, 99, 93.
10. **Fiore M.:** Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
11. **Greenland P., Smith S.C. Jr., Grundy S.M.:** Improving coronary heart disease risk assessment in asymptomatic people: role of traditional risk factors and non-invasive cardiovascular tests. *Circulation* 2001, 104, 1863.
12. **Guerra L., Romano P.S., Samuels S.J. et al.:** Ethnic differences in adolescent substance initiation sequences. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2000, 154, 1089.
13. **Heatheron T. F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O.:** The Fagerström Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br. J. Addict* 1991, 86, 1119.
14. **Jarvis M.J.:** Why people smoke. *BMJ* 2004, 328, 277.
15. **Kannel W.B.:** Cardiovascular risk factors in the elderly. *Coron. Artery. Dis.* 1997, 8, 565.
16. **Kostowski W.:** Współczesna farmakoterapia uzależnienia od nikotyny. *Alkoholizm i Narkomania* 2001, 14, 129.
17. **Kozlowski L.T., Porter C.Q., Orleans C.T.:** Predicting smoking cessation with self reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HIS. *Drug Alcohol Depend.* 1994, 34, 211.
18. **Lairson D.R., Harrist R., Martin D.W. et al.:** Screening for patients with alcohol problems: severity of

- patients identified by the CAGE. *J. Drug Educ.* 1992, 22 337.
19. **Miller N.S.:** Nicotine addiction as a disease. [In:] Cocores J. A. ed. *The clinical management of nicotine dependence.* New York, Springer-Verlag 1991, 66.
20. **Morton J. L., Jones T.V., Manganaro M.A.:** Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans. *Am. J. Med.* 1996, 101, 153.
21. **Przewoźniak K.:** XI Światowa Konferencja "Tytoń albo Zdrowie". *Alkoholizm i Narkomania* 2000, 13, 553.
22. **Rustin T. A., Tate J.C.:** Measuring the stages of change in cigarette smokers. *J. Subst. Abuse Treat* 1993, 10, 209.
23. **Sneed C.D., Morisky D.E., Rotheram-Borus M.J. et al.:** Patterns of adolescent alcohol, cigarette and marijuana use over a 6-month period. *Add. Behav.* 2001, 26, 415.
24. **Suwała M., Gerstenkorn A., Kaczmarczyk-Chałas K., Drygas W.:** Palenie tytoniu u osób w starszym wieku. Badanie Programu CINDI WHO. *Przegl. Lek.* 2005, 62, Supl. 3, 55.
25. **Torabi M.R., Bailey W.J., Majd -Jabbari M.:** Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the "Gateway drug Effect". *J. School Health* 1993, 63, 302.
26. **Wojnarowska B., Mazur J.:** Intencje palenia tytoniu w niedalekiej przyszłości u młodzieży 15-letniej i ich niektóre uwarunkowania. *Alkoholizm i Narkomania* 2002, 15, 71.