

Wojciech Bielecki, Magdalena Kwaśniewska,
Elżbieta Dziankowska-Zaborszczyk, Wojciech Drygas

Rozpowszechnienie palenia tytoniu oraz palenie bierne w populacyjnych badaniach polskiego programu CINDI w latach 1991–2007 – analiza porównawcza

Słowa kluczowe: czynne i bierne palenie tytoniu, Program Zintegrowanej Profilaktyki Przewlekłych Chorób Niezakaźnych WHO, badanie kwestionariuszowe, analiza porównawcza

Wprowadzenie

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) alarmuje, że prawie 1 mld mężczyzn i 250 mln kobiet na świecie to nałogowi palacze. Wprawdzie tempo wzrostu konsumpcji papierosów w skali światowej się zmniejsza, ale jest nadal bardzo wysokie (np. w 2000 roku mieszkańcy Ziemi wypalili 5,5 trylionu papierosów); szacuje się, że na świecie każdego roku umiera ponad 4 mln osób z ponad 1,3 mld palaczy lub używających tytoniu w inny sposób, a WHO prognozuje, że – jeśli skala palenia tytoniu nie ulegnie zmniejszeniu – w 2030 roku coroczna liczba zgonów palaczy wyniesie 10 mln [1]. W USA np. w ciągu ponad 50 lat (między 1955 a 2007 rokiem) udało się zredukować liczbę osób palących o około 50%, a według danych na 2007 rok odsetek palaczy w tym kraju wśród dorosłych wynosi 19,8%. Istotnie zmniejszyły się też standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych (z 587/100 000 osób do 211/100 000 osób). Szacuje się, że osiągnięto ten stan w 25% dzięki obniżeniu liczby nowych zachorowań, a w 75% – poprzez zmniejszenie ryzyka zgonu u osób z chorobami sercowo-naczyniowymi. Ograniczenie palenia papierosów ma tu istotne znaczenie, zarówno wtedy, gdy mowa o prewencji pierwotnej, jak i wtedy, gdy wchodzi prewencja wtórna [2].

Jeszcze w latach 70. i 80. XX wieku Polska należała do krajów o najwyższym spożyciu tytoniu na świecie. W 1982 roku paliło codziennie 62% dorosłych mężczyzn i 30% dorosłych kobiet, wypalając rocznie prawie 100 mld papierosów. Obecnie sytuacja nieco się poprawiła; w latach 1990–1998 sprzedaż papierosów spadła o około 10%, a według szacunków GUS w 2004 roku sięgnęła „tylko” 70 mld sztuk, przynosząc budżetowi państwa

wpływy rzędu 8,6 mld złotych. Niemniej szacuje się, iż właśnie w latach 90. XX wieku z powodu chorób odtyniowych umierało przedwcześnie prawie 100 tys. osób rocznie; obecnie szacuje się tę liczbę na około 70 tys., tzw. palenie czynne zaś dotyczy 29% społeczeństwa.

Jeśli wziąć zatem pod uwagę, że palenie papierosów jest powodem 90% zachorowań na raka płuca (80–90% przypadków raka płuca u mężczyzn i 60–85% u kobiet) i jedną z głównych przyczyn zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi, to okazuje się, że każdego roku palenie przyczynia się do śmierci około 1,2 mln osób. Wiadomo również, że palenie tytoniu jest najważniejszą z odwracalnych przyczyn zgonów w krajach rozwiniętych; znaczący spadek śmiertelności obserwuje się już po 5 latach od rzucenia palenia, choć ryzyko zgonu osiąga wartości stwierdzane w populacji osób niepalących dopiero po około 20 latach [3]. Jakkolwiek palenie aktywne ma zdecydowanie niekorzystny wpływ na układ krążenia, to jednak coraz więcej danych wskazuje na niemal porównywalną szkodliwość palenia biernego. Bierna ekspozycja na dym papierosowy, nawet w bardzo małych dawkach, wpływa niekorzystnie na śródbłonek, płytki krwi, lipoproteiny, parametry zapalne, stres oksydacyjny i wiele innych mechanizmów. Coraz częściej więc akcentuje się np. korzyści płynące w tym zakresie z wprowadzenia zakazu palenia w miejscach publicznych; jednym z ważnych zadań stawianych kardiologom powinno być wykrywanie i zwalczanie ekspozycji na bierne palenie jako czynnika ryzyka, analogicznie jak np. w przypadku stężenia cholesterolu [2].

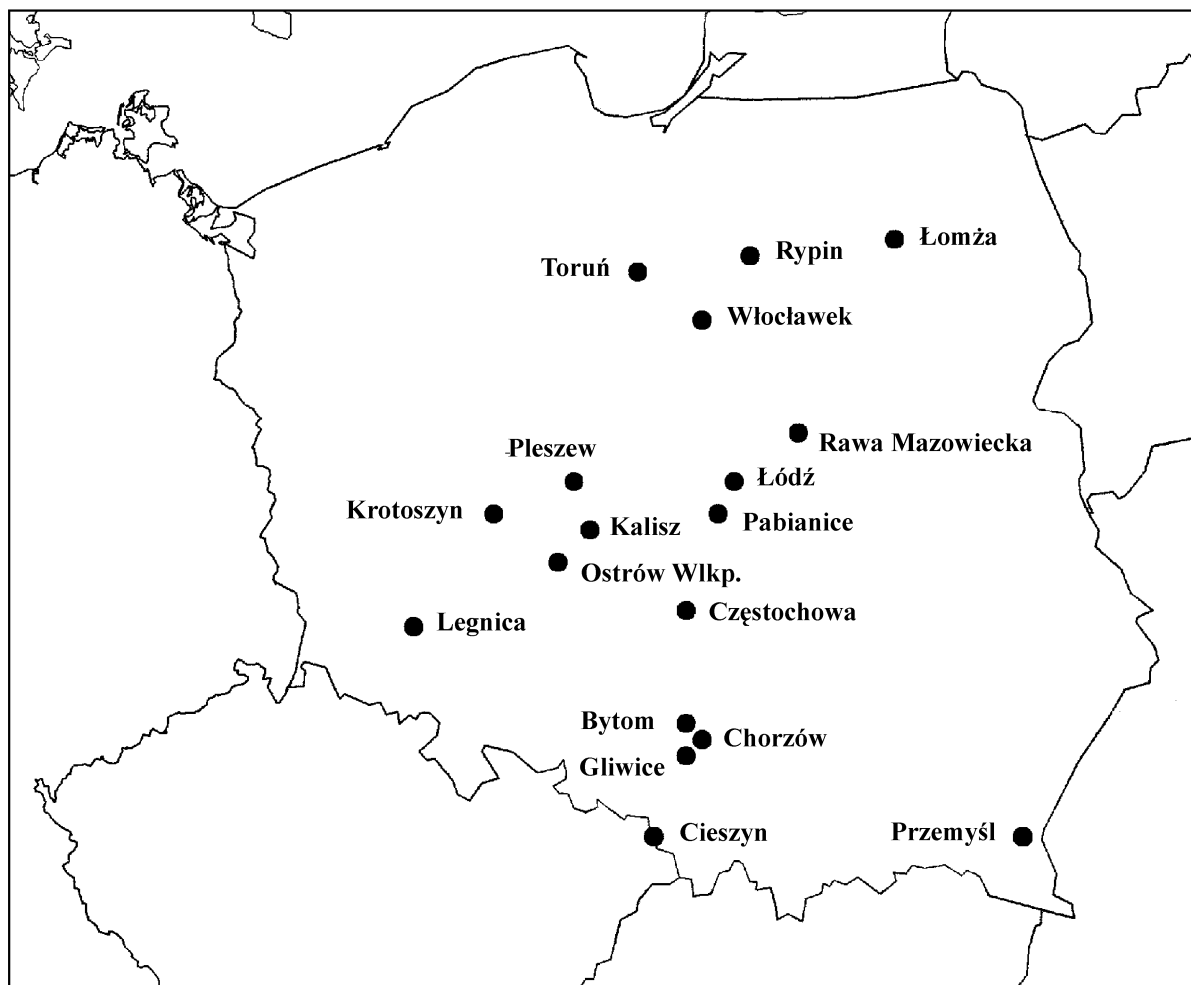
Program WHO-CINDI [4] jest określany w oficjalnych dokumentach WHO jako program badawczo-intwencyjny w zakresie prewencji chorób niezakaźnych i jako taki ma wyraźnie wyeksponowaną w swej ideologii

komponentę ewaluacyjną. Komponentę, która traktowana jest jako proces gromadzenia danych, na podstawie których można podejmować istotne i trafne decyzje i którą w języku rozmaitych projektów międzynarodowych określa się jako wszelkie formy gromadzenia informacji umożliwiających wnioskowanie o jakości prowadzonych pomiarów bądź o warunkach, w jakich te pomiary się konkretyzują. Tak rozumiana ewaluacja wymaga więc opisu: (a) danych wyjściowych (*inputs*), (b) implementowanych strategii wdrożeniowych i wreszcie (c) efektów (*outputs*), przybliżonych i/lub pośrednich rezultatów, które mogą być użyte w procesie wdrażania priorytetów i celów długoterminowych w systemie opieki zdrowotnej. Rezultaty (*outcomes*) zaś muszą być definiowane w odniesieniu do najważniejszych czynników ryzyka, współczynników chorobowości, umieralności i jakości życia. Znaczenia wskazanego wyżej trybu (metodologii) postępowania nie da się przecenić; wszędzie tam, gdzie jest to możliwe, stosuje się w ramach programu CINDI *follow up research*, czyli badanie, które w gruncie rzeczy umożliwia nie tylko prześledzenie najważniejszych tendencji i trendów w zakresie przewlekłych chorób niezakaźnych, ale przez zestawienie wyników dwóch pomiarów odległych w czasie staje się realną podstawą ewentualnych zmian socjotechnicznych, efektywnie przybliżających proces wdrażania priorytetów

i celów długoterminowych w polityce zdrowotnej. Dane pochodzące z krajów realizujących programy CINDI, ilustrujące m.in. rozpowszechnienie wybranych czynników ryzyka w populacji dorosłych (kategoria wieku 25–64 lata), w tym te dotyczące palenia tytoniu, są na ogół zbierane z wykorzystaniem technik kwestionariuszowych [6], uwzględniających (weryfikujących) społeczno-kulturowe zróżnicowanie, i wskazują, że regularne palenie papierosów dotyczy od 29 do 56% ogółu tej kategorii [4, 5].

■ Materiał i metodyka

Prezentowana w artykule analiza odnosi się do oceny danych pochodzących z realizowanych w latach 1991–2007 badań stanu zdrowia, postaw i zachowań zdrowotnych dorosłych mieszkańców dwóch miast uczestniczących w programie WHO-CINDI: Łódź i Toruń (Rysunek 1). Łącznie badaniom kwestionariuszowym poddano na przestrzeni analizowanych lat blisko 11,5 tys. respondentów. W olbrzymiej większości (w zasadzie z wyłączeniem badania populacji ludzi w wieku poprodukcyjnym oraz badania łódzkiego z 2007 roku) pomiary te oparte były na próbach losowych, a więc takich, dzięki którym unika się błędów systematycznych, a za sprawą rachunku prawdopodobieństwa można



Rysunek 1. Miasta uczestniczące w realizacji polskiego programu WHO-CINDI

oszacować błędy przypadkowe. Porównanie zaś populacji generalnej i prób reprezentacyjnych w przypadku cytowanych badań wykazało, iż wskaźniki podobieństwa struktur odnoszące się do podstawowych cech (zmiennych) społeczno-demograficznych przekraczały 92%. To oznacza – realną za każdym razem – możliwość ekstrapolacji oraz posługiwania się uprawnionymi w sensie statystycznym generalizacjami.

W prezentowanej tu analizie poddano obserwacji następujące zmienne: (1) rozpowszechnienie palenia tytoniu oraz zmiany częstości palenia, (2) stopień uzależnienia od dymu papierosowego mierzony skalą Fagerströma, (3) rozpowszechnienie (ekspozycja) tzw. biernego palenia tytoniu, (4) przyczyny zaprzestania palenia, (5) poziom deklarowanego zaniepokojenia negatywnymi skutkami wywołwanymi przez dym tytoniowy.

Wyniki pomiaru

Analiza danych pochodzących z analizowanych, reprezentatywnych pomiarów, wykazała występowanie korzystnych tendencji, odnoszących się do kategorii aktualnie palących. Stale zmniejszający się odsetek palaczy, a także progresywnie rosnąca liczba tytoniowych abstynentów (kategoria nigdy niepalących) to najbardziej

istotne obserwacje pochodzące z tego materiału. Warto dodać, że co prawda nie da się w pełni tych pozytywnych tendencji odnieść do kategorii byli palacze, ale i tutaj można odnaleźć elementy o charakterze degeneracyjnym (procentowy spadek udziału tej grupy zarówno w badaniach łódzkich, jak i toruńskich). Jeśli przyjąć, że w badaniu najwcześniejszym (1991 rok) przedstawiciele kategorii nigdy niepalących i byłych palaczy traktowani *iunctim* wyczerpywali niewiele ponad połowę badanych, to 10 lat później (2001 rok) zarówno w Łodzi, jak i Toruniu, wyraźnie przekraczali 60% ogółu po to, by w ostatnim pomiarze (2007 rok) stanowić łącznie ponad 70% ogółu (Tabela 1). Zmiany te, traktowane *en bloc*, dotyczą zarówno kobiet, jak i mężczyzn (Rysunki 2 i 3).

Niestety, te pozytywne tendencje nie znajdują na przestrzeni analizowanych lat potwierdzenia wtedy, gdy płaszczyzną odniesienia są wyniki osiągane przez respondentów w teście tolerancji nikotyny K.O. Fagerströma [7]. Odsetki tych z wysokim poziomem uzależnienia (zarówno biologicznego, jak fizycznego), oznaczającego więc, że palenie to nie tylko nawyk, ale także potrzeba dostarczania organizmowi nikotyny wraz z towarzyszącymi objawami zespołu abstynencyjnego, są (skala Fagerströma ≥ 7) przez lata *constans*, tj. oscylują wokół 10% (Tabela 2).

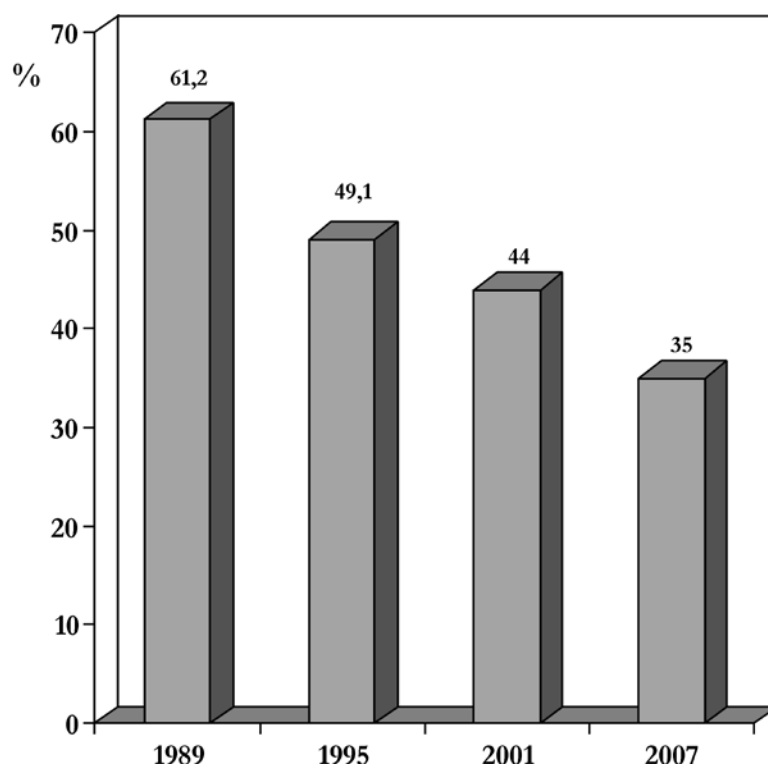
	Rok i miejsce badania						
	1989 Łódź*	1995 Łódź*	2001 Łódź*	2001 Toruń*	2002 Łódź* – seniorzy	2006 Toruń*	2007 Łódź
	N = 1853	N = 2488	N = 1847	N = 2048	N = 828	N = 1938	N = 439
Nigdy niepalący	36,8%	39,0%	48,7%	49,7%	75,5%	58,4%	41,5%
Byli palacze	13,9%	19,8%	14,7%	18,3%	13,7%	12,5%	29,6%
Aktualni palacze	49,3%	41,2%	36,6%	32,0%	10,8%	29,1%	28,9%

* badania oparte na próbie losowej (reprezentatywne)

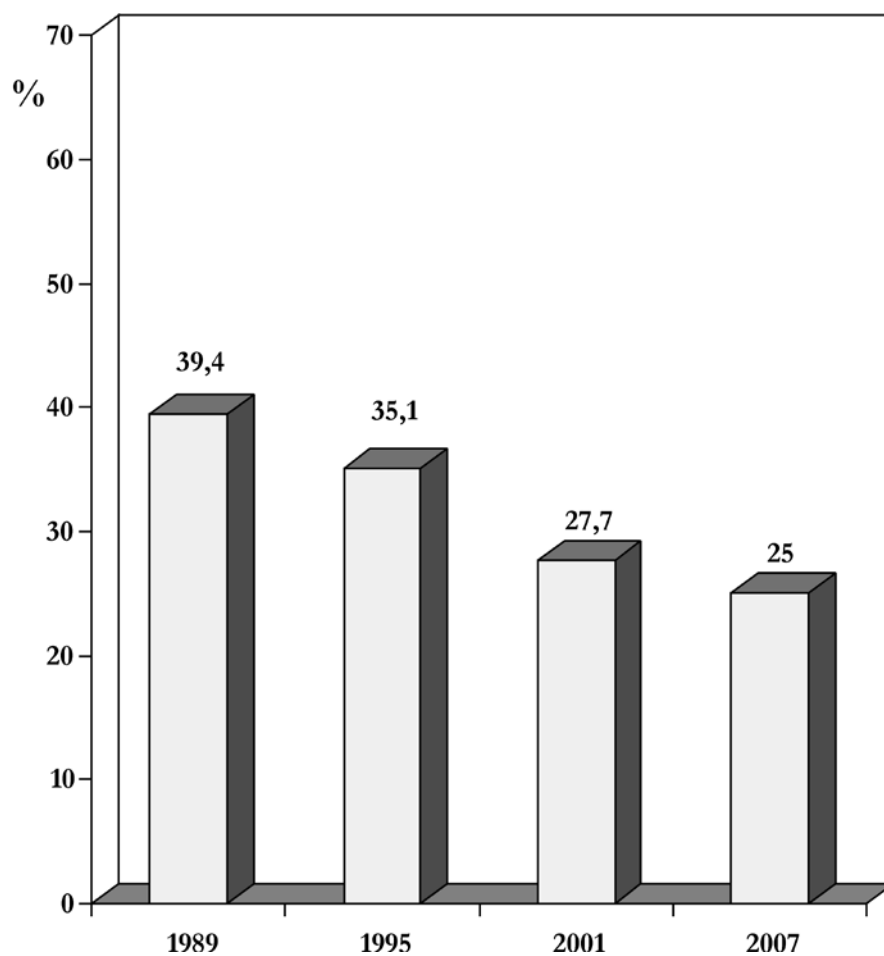
Tabela 1. Rozpowszechnienie palenia tytoniu w badaniach WHO-CINDI

Wartości skali	Rok i miejsce badania				
	2001 Łódź	2001 Toruń	2002 Łódź – seniorzy	2006 Toruń	2007 Łódź
	N = 1847	N = 2048	N = 828	N = 1938	N = 439
0	24,5%	12,8%	30,6%	10,0%	22,6%
1	10,6%	15,1%	16,5%	13,9%	8,3%
2	13,4%	17,9%	7,1%	13,6%	9,0%
3	11,0%	15,3%	11,8%	12,6%	12,8%
4	14,4%	11,9%	8,2%	16,5%	13,5%
5	9,7%	11,5%	8,2%	14,7%	12,0%
6	7,3%	6,7%	8,2%	8,9%	9,0%
7	5,9%	6,0%	7,1%	5,0%	3,0%
8	2,2%	2,3%	1,2%	3,2%	8,3%
9	0,7%	0,5%	1,1%	1,6%	0,0%
10	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%

Tabela 2. Palacze w skali Fagerströma w badaniach WHO-CINDI



Rysunek 2. Zmiany częstości palenia wśród mieszkańców Łodzi (mężczyźni) w latach 1989–2007



Rysunek 3. Zmiany częstości palenia wśród mieszkańców Łodzi (kobiety) w latach 1989–2007

Bierne palenie (*environmental tobacco smoke*) niesie z sobą identyczne skutki zdrowotne jak aktywne palenie papierosów. Powoduje nieżyt oskrzeli, zapalenie płuc, zapalenie migdałków podniebiennych, zapalenie zatok obocznych nosa, wysiękowe zapalenie ucha, obturacyjne zapalenie oskrzeli i astmę oskrzelową [8]. Wdychanie tzw. bocznego strumienia dymu tytoniowego (ulatniającego się z papierosa) lub dymu wydychanego przez palaczy zwiększa ryzyko wystąpienia raka płuca i chorób serca (np. choroby niedokrwiennej serca) u osób niepalących. Ten boczny strumień dymu tytoniowego zawiera także wiele substancji alergizujących, powodujących łzawienie oczu, podrażnienie błony śluzowej nosa, kaszel, nawracające zakażenia układu oddechowego, a także uczulenia i w konsekwencji astmę. Ekspozycja na taki właśnie rodzaj działania dymu papierosowego (*exposure to environmental tobacco smoke – ETS*) stała się przedmiotem pomiaru kwestionariuszowego w polskim programie CINDI dopiero od 2001 roku. Analiza tych danych, które pochodzą z badań o charakterze reprezentatywnym, wykazuje tendencje pozytywne: stale zmniejsza się odsetek respondentów w ogóle nienarażonych na ten rodzaj ekspozycji (od ponad 40% w 2001 roku do powyżej 56% w 2006 roku), ale równocześnie maleje też udział osób, które przebywają w pomieszczeniach, w których ktoś pali tytoń, dłużej niż pięć godzin dziennie. Warto dodać, że specyficzną pod tym względem zbiorowością są respondenci seniorzy. Tutaj bowiem

obserwuje się największy odsetek osób, które nie przebywają w zadymionych pomieszczeniach w ogóle, ale także najniższy odsetek przebywających w takich pomieszczeniach (Tabela 3).

Co do deklarowanych przyczyn porzucenia nałogu, to na przestrzeni analizowanych lat dokonały się zmiany w świadomości palaczy, dotyczące zarówno samego palenia tytoniu, jak i skutków tego nałogu. Zwiększył się bowiem odsetek osób, które rzuciły palenie w przekonaniu o jego szkodliwości, ale również takich osób, które uczyniły to na życzenie rodziny. Coraz częściej w opiniach byłych palaczy jako przyczyna zerwania z nałogiem pojawiał się też wzrost cen papierosów (czynnik ekonomiczny). Charakterystyczne jest także i to, że właśnie wśród osób, które zaprzestały palenia, coraz rzadziej jako przyczyny rzucenia palenia pojawiały się „aktualne dolegliwości zdrowotne” oraz „obawa przed chorobą” (Tabela 4).

Wreszcie, w odniesieniu do ostatniej z analizowanych zmiennych, czyli „deklarowanego zaniepokojenia negatywnymi dla zdrowia skutkami palenia tytoniu”, można mówić o pozytywnych przemianach dokonujących się w świadomości respondentów uczestniczących w pomiarach WHO-CINDI na przestrzeni analizowanych lat. Wzrasta bowiem systematycznie procentowy udział osób bardzo zaniepokojonych tymi skutkami, a maleje odsetek tych, którzy są zaniepokojeni „tylko trochę” negatywnymi skutkami palenia (Tabela 5).

Ile godzin dziennie badany przebywa w pomieszczeniach, w których ktoś pali?	Rok i miejsce badania				
	2001 Łódź N = 1847	2001 Toruń N = 2048	2002 Łódź – seniorzy N = 828	2006 Toruń N = 1938	2007 Łódź N = 439
W ogóle nie przebywa w takich pomieszczeniach	40,3%	43,7%	80,1%	56,6%	44,6%
< 1 godz.	23,0%	19,3%	7,0%	15,9%	25,4%
1–5 godz.	13,6%	18,0%	4,8%	12,3%	13,0%
> 5 godz.	23,1%	19,0%	8,1%	15,2%	17,0%

Tabela 3. Rozpowszechnienie tzw. palenia biernego w badaniach WHO-CINDI

Główne powody	Rok i miejsce badania						
	1989 Łódź N = 1853	1995 Łódź N = 2488	2001 Łódź N = 1847	2001 Toruń N = 2048	2002 Łódź – seniorzy N = 828	2006 Toruń N = 1938	2007 Łódź N = 439
Aktualne dolegliwości	43,1%	38,1%	14,5%	19,8%	25,5%	14,1%	6,3%
Obawa przed chorobą	18,5%	10,2%	14,5%	16,2%	15,7%	14,5%	10,6%
Zalecenie lekarza	5,4%	4,1%	4,9%	2,0%	10,8%	6,4%	5,6%
Życzenie rodziny	4,2%	8,7%	8,4%	5,9%	3,9%	7,3%	9,2%
Przekonanie o szkodliwym działaniu	–	–	31,7%	36,0%	18,6%	37,2%	39,4%
Względy finansowe	2,7%	3,4%	5,3%	3,6%	4,9%	4,7%	7,0%
Inne	24,6%	34,7%	20,7%	16,5%	20,6%	15,8%	21,8%

Tabela 4. Przyczyny zaprzestania palenia tytoniu w badaniach WHO-CINDI

Stopień zaniepokojenia	Rok i miejsce badania			
	2001 Łódź	2001 Toruń	2002 Łódź – seniorzy	2006 Toruń
	N = 1847	N = 2048	N = 828	N = 1938
Bardzo zaniepokojony	49,9%	57,1%	43,5%	60,7%
Trochę zaniepokojony	33,6%	27,9%	26,8%	23,1%
Niezbyt zaniepokojony	7,8%	7,2%	9,0%	7,8%
Zupełnie niezaniepokojony	8,7%	7,8%	20,7%	8,4%

Tabela 5. Deklarowane zaniepokojenie negatywnymi dla zdrowia skutkami palenia tytoniu w badaniach WHO-CINDI

Zamiast wniosków

To, co z przedstawionych w artykule partii materiału najbardziej charakterystyczne, można ująć w następującej ramy:

1. Częstość regularnego palenia tytoniu maleje. Można przyjąć z dużym prawdopodobieństwem, że jest to w badanych populacjach efekt stosowania m.in. tzw. zmiennej interwencyjnej, czyli implementowanych programów profilaktycznych.
2. Nadal niepokojącym zjawiskiem (choć sytuacja poprawia się wyraźnie w miarę upływu czasu) jest dość duże rozpowszechnienie biernego palenia tytoniu. Wprawdzie rośnie odsetek badanych, którzy żyją w strefie wolnej od papierosowego dymu, ale też co piąty–szósty dorosły mieszkaniec badanych miast spędza w zadymionych pomieszczeniach ponad pięć godzin dziennie.
3. Rośnie też w miarę upływu czasu, jako siła sprawcza „rzucania” nałogu, przekonanie o szkodliwym działaniu tytoniu, chociaż tendencja ta nie jest w dostatecznym stopniu uzasadniana na poziomie wygłaszanych opinii tzw. poziomem zaniepokojenia szkodliwością zjawiska.

Coraz częściej pojawiają się np. w środkach masowego przekazu opinie, że spada sprzedaż papierosów, a firmy tytoniowe „gonią” resztkami sił. Czy oznacza to, że rzeczywiście coraz więcej Polaków rezygnuje z przysłowiowego już „puszczenia dymka”? Nic bardziej mylnego, bo konsumpcja papierosów aż tak drastycznie przecież nie spada (chodzi tu raczej o coraz większą sprzedaż tego towaru z przemytu), a Polacy rocznie wydają na legalne wyroby tytoniowe 20 mld zł¹. Jeśli dodać, że aż 90% palących rodziców w Polsce przyznaje się do palenia w obecności swoich dzieci, narażając je m.in. na poważne choroby układu oddechowego, rozwój astmy

czy problemy w rozwoju psychofizycznym, staje się jasne, dlaczego od pewnego czasu WHO zwraca szczególną uwagę na problem palenia tytoniu przez dzieci i młodzież (90% palaczy rozpoczyna palenie przed 21. rokiem życia, a blisko 60% polskich dzieci w wieku 13–15 lat ma już za sobą pierwsze eksperymenty z papierosem). Badania opinii społecznej wykazują, że 62% chłopców i 55% dziewcząt w wieku 15 lat ma pierwsze doświadczenie z papierosami, a 14% jedenastoletków jest już po papierosowej inicjacji². Jednakże dziś już wiadomo, iż zakazy palenia w miejscach publicznych mają większy wpływ np. na zapobieganie zawałom serca niż się tego spodziewano³, a lekarze podkreślają, że po wprowadzeniu zakazu palenia przed dymem chronieni są bierni palacze; jednocześnie, dzięki kampaniom informacyjnym, wiele osób całkowicie zrezygnowało z palenia. Swój głos w całej sprawie zabrali także ekonomiści zdrowia. Dla nich wniosek jest prosty: mniej zawałów to spore oszczędności dla służby zdrowia.

Warto też, stosując empiryczne podejście do problemu, pamiętać, iż szczególną uwagę zwracają dziś wyniki tych badań, które przybliżają problem wpływu najbliższego otoczenia na decyzję o rzuceniu lub kontynuowaniu palenia tytoniu. Szczegółowa wiedza na temat czynników motywujących do zaprzestania palenia bądź wstrzymujących od tej decyzji może mieć bowiem istotne znaczenie dla kształtu strategii różnego rodzaju kampanii antynikotynowych. Badacze z USA przeanalizowali ściśle powiązaną z sobą sieć społeczną skupiającą 12 067 osób uczestniczących w badaniu Framingham. Obserwacja trwała od 1971 do 2003 roku. Pomimo stopniowego zmniejszania się odsetka osób palących tytoń w całej badanej populacji liczba skupisk palaczy się nie zmieniała, co pośrednio wskazywało na to, że decyzja o rzuceniu nałogu miała charakter zbiorowy. Natomiast rzucenie nałogu przez partnera życiowego obniżało prawdopodo-

¹ Takie informacje podał np. Puls Biznesu, www.tvn24.pl/12692.1621.

² W badaniach, prowadzonych metodą reprezentacyjną w latach 2004–2005 (Polski Projekt 400 miast), 11% dzieci w wieku 6–9 lat twierdziło, że odpowiedziało na pytanie o to, czy ktoś namówił ich do palenia lub same kiedyś zapaliły papierosa! Zob. „Medycyna Praktyczna”, wyd. specjalne 7/2006, s. 21.

³ Jak wiadomo, w ciągu ostatnich lat zakazy palenia wprowadzono w wielu krajach Europy, w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Australii, a także kilku państwach Azji i Afryki. Na przykład badacze z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco zebrali wyniki 13 różnych analiz. Stwierdzili, że liczba ataków serca w Europie i Ameryce Północnej zaczęła spadać zaraz po wejściu w życie przepisów zakazujących palenia. Po roku liczba zawałów spadła o 17%, a trzy lata po wprowadzeniu ograniczeń – o 36%. Eksperti z Wielkiej Brytanii zaś przyznali, że skuteczność zakazu przekroczyła ich najmielsze oczekiwania. W tym kraju na zawał serca rocznie umierało 146 tys. (wg serwisu internetowego BBC), www.tvn24.pl.

bieństwo kontynuowania palenia o 67%, a przez siostrę/brata o 25%. Z kolei decyzja o zaprzestaniu palenia podjęta przez przyjaciela zmniejszała to prawdopodobieństwo o 36%. Wykazano też duży wpływ zmiennej uzależniającej, a mianowicie poziomu wykształcenia; największy wpływ na decyzje najbliższego otoczenia miały osoby z najwyższym wykształceniem [9]. Dziś nie podlega więc wątpliwości sprawa słuszności też zawartych w Ramowej konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu (Framework Convention on Tobacco Control – FCTC) z 2003 roku, postulujących wprowadzanie licznych, a opartych na mocnych dowodach naukowych, interwencyjnych sposobów zwalczania palenia tytoniu⁴ [10].

■ Abstract:

Prevalence of tobacco use and environmental tobacco smoke in polish population research. WHO-CINDI Programme in 1991–2007

Key words: regular and environmental tobacco smoke, WHO-CINDI Programme, questionnaire survey, comparative analysis

This article is a report from comparison surveys, carried out in connection with WHO-CINDI Programme during the years 1991–2007. The analysis was based on random sampling tests concerning big Polish cities' inhabitants, all in all almost 11.5 thousand respondents. Taking everything into consideration, it has been established, that:

1. Regular smoking frequency becomes smaller (the effect of implemented prophylactic programmes, a so-called 'intervention variable').
2. Still, propagation of environmental smoking is an alarming phenomenon, however it is definitely improving. Despite the fact, that more and more respondents are living in a free-smoking zone, each 5-6 adult city inhabitant spends over 5 hours a day in a room full of smoke.
3. Within time passing, as a result of quitting an addiction, a belief concerning harmful smoking consequences grows. This tendency is not yet sufficiently justified. Becoming alarmed with the concerning phenomenon is definitely not enough when making an opinion in this matter.

■ Piśmiennictwo:

1. Konsensus dotyczący rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu, „Medycyna Praktyczna” 2006; 7.

2. Schroeder S.A., *Public smoking bans are good for the heart*, „Journal of American College of Cardiology” 2009; 54: 1256.
3. Kenfield S.A. et al., *Smoking and smoking cessation in relation to mortality in women*, JAMA 2008; 299: 2037.
4. CINDI Programme, *Protocol and Guidelines*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1995.
5. CINDI, „Highlights” 2003; 9, Health Promotion Agency for Northern Ireland.
6. Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
7. Heatherton T.F., Kozłowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O., *The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire*, „British Journal of Addiction” 1991; 86(9): 1119–1127.
8. *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*, IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, WHO, 2002; 83.
9. Christakis N.A., Fowler J.H., *The collective dynamics of smoking in a large social network*, „New England Journal of Medicine” 2008; 358: 2249.
10. Światowa Deklaracja Walki z Rakim 2006, Światowy Kongres Onkologiczny UICC, 8–12 lipca 2006, Waszyngton, USA, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2006.

■ O autorach:

dr hab. n. hum. Wojciech Bielecki – Zakład Medycyny Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

dr n. med. Magdalena Kwaśniewska – Zakład Medycyny Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

mgr Elżbieta Dziankowska-Zaborsczyk – Zakład Epidemiologii i Biostatystyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

prof. dr hab. n. med. Wojciech Drygas – kierownik Katedry Medycyny Społecznej Zapobiegawczej oraz Zakładu Medycyny Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Zakładu Epidemiologii, Prewencji Układu Chorób Krążenia i Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii w Warszawie

⁴ FCTC została podpisana przez 192 kraje członkowskie WHO na 56. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia jako jednogłośnie przyjęty pierwszy traktat o zdrowiu publicznym. Zob. Światowa Deklaracja Walki z Rakim 2006, Światowy Kongres Onkologiczny UICC, 8–12 lipca 2006, Waszyngton, USA, s. 12, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2006.