

William Long

Office of Radiation and Indoor Air Environmental Protection Agency
Washington, D.C. USA

POLITYKA I INTERWENCJE PUBLICZNE ORGANÓW OCHRONY ŚRODOWISKA WOBEC PALENIA TYTONIU: KOMUNIKACJA SPOŁECZNA NA RZECZ REDUKCJI EKSPOZYCJI DZIECI NA BIERNE PALENIE TYTONIU

WSTĘP

Zredukowanie niebezpieczeństw dla zdrowia dzieci narażonych na środowisko dymu papierosowego (Environmental Tobacco Smoking – ETS) będzie wymagać wielu działań rodziców i innych dorosłych, pracowników służby zdrowia, właścicieli i administratorów budynków, twórców prawa i wielu innych osób. Istnieje cały wachlarz strategii, które mogą wpłynąć na te indywidualne działania. Jedną ze sprawdzonych metod podkreśla znaczenie komunikacji i docierania (outreach) celem oddziaływania na miliony jednostek, które codziennie podejmują decyzje kształtujące środowisko domowe dzieci. By zrealizować swoje założenia programy komunikacji muszą być *celowe* (tj. posiadać jasno określony skutek pożądaný), *strategiczne* (efektywnie wzmacniać wysiłki tych, którzy mają wpływ na osiągnięcie celów) i *opierać się o fakty* (stosować znane i efektywne metody).

Artykuł poniższy proponuje działania, które mogą być podjęte przez władze i organizacje pozarządowe w celu redukcji ekspozycji dzieci na ETS. Analizuje on strategię komunikacji i pomiaru ich rezultatów zastosowane w USA przez Amerykańską Agencję Ochrony Środowiska w programie EPA „Powietrze w Po-

Poglądy tu przedstawione są poglądami autora i niekoniecznie są odbiciem stanowiska Agencji Ochrony Środowiska Stanów Zjednoczonych (US.EPA).

mieszczeniach” (Indoor Air Program) oraz inne programy ogólnokrajowe. Ponadto artykuł ten krótko omawia wybrane techniki interwencji realizowane przez praktyków służby zdrowia.

Zakres możliwych strategii interwencji

Skutki zdrowotne ETS są dobrze znane (1, 2, 3, 4), a redukcja ekspozycji dzieci na ETS powinna być priorytetem publicznej służby zdrowia. Istnieje pewna liczba podejść strategicznych dotyczących tworzenia programów skierowanych na ograniczenie zagrożeń dla dzieci wynikających z ETS. Pozyteczny może być przegląd tych podejść uporządkowanych według kontinuum elastyczności. Środki polityki publicznej dostępne władzom sięgają od najbardziej elastycznych (tj. dostarczanie informacji) do najbardziej restryktywnych (tj. regulacji działań obywatelskich). Tradycyjne podejścia władz do kwestii zdrowia publicznego zwykle znajdują się na krańcach tego kontinuum. Tworzenie raportów, badań naukowych, etc., składają się na najbardziej elastyczny kraniec kontinuum; podatki i przepisy prawa dotyczące kwestii zdrowotnych tworzą najbardziej restryktywny biegun. Podejścia najbardziej elastyczne i najbardziej restryktywne zawierają specyficzne ograniczenia w odniesieniu do kwestii ekspozycji dzieci na ETS.

Czysta informacja może mieć ograniczone możliwości w zakresie redukcji ekspozycji dzieci na ETS, zwłaszcza w odniesieniu do zachowań indywidualnych palaczy. Dla przykładu, w Stanach Zjednoczonych ponad 84% ludności jest świadoma szkodliwych skutków ETS dla innych, niemniej wielu palących rodziców nadal naraża w swoich domach dzieci na ETS (70% Amerykanów, którzy zezwalają na palenie w domu, jest przekonanych o szkodliwości biernego palenia). Pomimo znaczących i szeroko rozpowszechnianych raportów, wspomnianych powyżej, ekspozycja ta pozostaje dość rozpowszechniona (5).

Najbardziej restryktywna polityka publiczna może także mieć ograniczenia, zwłaszcza w odniesieniu do ochrony małych dzieci. Jednym z dość szczególnych prawnych podejść do redukcji ekspozycji dzieci na ETS jest wprowadzanie krajowych, stanowych i lokalnych praw lub rozporządzeń ograniczających palenie w miejscach publicznych. To podejście do redukcji ekspozycji jest atrakcyjne, ponieważ może wyeliminować jedno z jej źródeł (jeśli skuteczne prawa są przyjęte i egzekwowane) i może także zwiększyć świadomość kwestii biernego palenia. Jednakże podejście to ma swoje ograniczenia – przepisy prawa mogą być zarówno trudne do przyjęcia, jak i wprowadzenia w życie. Dla przykładu, w USA ponad 800 lokalnych organów stanowienia prawa w całym kraju przyjęło prawa chroniące niepalących w zamkniętych pomieszczeniach publicznych i miejscach pracy, ale najwięcej takich przepisów znaleźć można w dwóch stanach (Kalifornia, Massachusetts). Prawa ograniczające palenie w prywatnych miejscach pracy przyjęło 21 stanów, ale tylko w jednym (Kalifornia) spełnione są cele zawarte w programie *Healthy People 2000* (*Zdrowi Ludzie 2000*), tj. zakaz ekspozycji osób niepalących na dym tytoniowy (6). Ponadto w 18 stanach przyjęto prawa chroniące pomieszczenia przed dymem tytoniowym, zapo-

biegające lokalnym rozporządzeniom, bardziej restryktywnym niż legislatura stanowa (7). W końcu prawa ograniczające palenie w miejscach publicznych nie dotyczą znaczącego źródła ekspozycji dzieci – w domach, rodziców i innych dorosłych. Niemniej, ze względu na ilość czasu, który dzieci spędzają poza domem i w celu ustalenia norm w społeczności, przepisy prawa o czystym powietrzu w pomieszczeniach pozostają żywotnymi składnikami każdego wysiłku na rzecz redukcji ekspozycji dzieci na ETS.

Doświadczenia innych programów ujawniają, iż sukces w zmianie zachowań w celu osiągnięcia celów zdrowia publicznego koniecznie wymaga odwołania się do mieszanych strategii i może być osiągnięty tylko przez silne sieci krajowe i lokalne, dostarczające spójnych informacji i poprzez podejście wielosektorowe (8). Jest to strategiczna kombinacja podejść włączająca programy ze środka kontinuum, najbardziej obiecujące dla redukcji ekspozycji dzieci na ETS.

Interwencja poprzez komunikację – doświadczenia EPA

Amerykańska Agencja Ochrony Środowiska (EPA) stosuje dwie podstawowe strategie osiągania swego celu w zakresie jakości powietrza w pomieszczeniach. Po pierwsze EPA podnosi świadomość publiczną dotyczącą rzeczywistych i potencjalnych zagrożeń dla powietrza w pomieszczeniach, tak by każda jednostka mogła podjąć działania na rzecz redukcji ekspozycji. Docieranie z informacjami dostarcza ogółowi ludności, profesjonalistom i wspólnotom badawczym koniecznej wiedzy o zagrożeniach związanych z jakością powietrza w pomieszczeniach i działań w celu ich zredukowania, poprzez literaturę edukacyjną, kampanie w mediach, informacyjne linie telefoniczne (hot-lines) i wymianę danych. Po drugie EPA wykorzystuje współpracę i transfer technologii dotyczących poprawy projektowania, użytkowania i konserwowania wszelkich budynków, włącznie ze szkołami, domami, zakładami pracy i innymi dużymi budynkami, w celu stworzenia zdrowszego środowiska w pomieszczeniach. Dla wzmocnienia takich działań ochotniczych EPA udostępnia najbardziej aktualne odkrycia naukowe jako podstawę rekomendacji działań na rzecz redukcji szkód.

EPA dociera z wiedzą o jakości powietrza i promowaniu zmian w jakości powietrza w domach (i zagrożeń dotyczących astmy, palenia tytoniu oraz radonu), szkołach i zakładach pracy. By zachęcić jednostki, szkoły i przemysł do podjęcia działań redukujących zagrożenia w ich pomieszczeniach, EPA podejmuje wysiłki dotarcia do ludzi na szczeblu lokalnym. W tym celu EPA zawiera porozumienia o pomocy i współpracy z organizacjami pozarządowymi, które umożliwiają dotarcie do określonych grup i ich edukację. Poprzez tę sieć partnerów krajowych, składającą się z 30 organizacji i około 900 lokalnych stowarzyszeń, EPA zwiększa kwalifikacje personelu oraz podnosi poziom wiedzy i wiarygodność tych grup, by dostarczały wiedzy i narzędzi swoim odbiorcom, aby mogli podejmować dobrze uzasadnione decyzje dotyczące redukcji zagrożeń w pomieszczeniach. Zdecentralizowana sieć komunikacji okazała się efektywna w docieraniu

do zróżnicowanych grup, potencjalnie zagrożonych złą jakością powietrza w pomieszczeniach.

Poniżej opisana jest sześciostopniowa procedura stosowana przez EPA.

Zdefiniowanie celu

EPA była przekonana, iż ustalenie jasnego, mierzalnego celu było najważniejszym krokiem rozwoju efektywnej, strategicznej kampanii na rzecz redukcji ekspozycji na ETS. Po opublikowaniu w roku 1992 swojej oceny ryzyka w zakresie ETS, EPA zbadała, jakie opcje programowe wchodziły w grę dla przedstawienia kwestii powszechnej ekspozycji na ETS, poza rozpowszechnianiem informacji. Krokiem pierwszym był ogólny sondaż działań organizacji kontrolujących kwestie tytoniowe zarówno rządowych, jak i pozarządowych. Następnie zdefiniowaliśmy cel naszego programu i główny obiekt. Było konieczne, by cel był mierzalny. Zdecydowano skierować uwagę na zdrowie dzieci, a zwłaszcza ograniczenie odsetka domów z małymi dziećmi, w których dozwolone jest palenie. Dokonano tego wyboru, ponieważ zdrowie dzieci było celem priorytetowym w zakresie strategii ochrony środowiska EPA i dlatego, że inne sektory (pozarządowy, rządowy i władze lokalne) zwracały uwagę na ekspozycję na ETS w miejscach publicznych, a zarazem konieczne było zwiększenie uwagi na środowisko domowe. Powinniśmy zauważyć iż ten wybór wyeliminował wiele innych mierzalnych, trafnych celów programu, takich jak zachęcanie szkół do zapewnienia środowiska bez dymu tytoniowego (co mogłoby być mierzone np. w sondażach dystryktów szkolnych), wprowadzanie praw zakazujących palenia (mierzone liczbą przepisów) lub posiadanie efektywnych sposobów postępowania w miejscach pracy. EPA była także przekonana, iż wybrany cel z perspektywy polityki był lepszy niż, dla przykładu, cel zdefiniowany jako „redukcja ekspozycji dzieci na ETS o 50% do roku X”, czy „redukcja poziomu ETS w pomieszczeniach o 50% do roku X” z powodu trudności z pomiarem. Dla przykładu, pomiar tego typu celów w USA wymaga stosowania drogich technik pomiaru (poprzez krew, mocz, itp.) lub pomiaru poziomu zatrucia w budynkach, trudnego do osiągnięcia w przypadku ETS.

Ponadto EPA określiła jako pożądaną cel programu, zmianę zachowań rodziców, tak by to rodzice *spowodowali, by ich domy były wolne od dymu*. Taka zmiana zachowania była uważana za najbardziej efektywny cel zdrowia publicznego i ważniejsza niż inne pożądane i wartościowe zmiany, ale nie tak bliskie realnemu celowi zdrowia publicznego (mierzalna, zredukowana ekspozycja) – jak zwiększanie świadomości, dystrybucja materiałów, organizowanie spotkań, drukowanie broszur, itp. W końcu EPA ustanowiła cele pośrednie, by śledzić sukcesy w okresach między sondażami i dla powtarzania tych elementów programów, które odniosły sukces.

Określenie adresatów – realizatorów programu

Dokładne określenie odbiorców kampanii interwencyjnej – do kogo kampania ma trafić i na kogo wpłynąć w celu wywołania działań – jest ważne dla określenia kierunku kampanii. Im dokładniej program może zdefiniować odbiorców, tym większe

szanse na powstanie i skuteczne oddziaływanie informacji. Rzadko „ogół ludności” bywa dobrym odbiorcą, mając na uwadze zróżnicowane interesy, potrzeby, priorytety i cele w różnych segmentach „ogółu ludności”. EPA zdecydowało się wybrać jako odbiorców przekazów rodziców i innych dorosłych mieszkających wspólnie z dziećmi narażonymi na ETS (tj. gospodarstwa domowe z dziećmi w wieku poniżej 16 lat, gdzie dozwolone jest palenie).

Różwój partnerstwa

Gdy odbiorcy są już określone, następnym krokiem jest zbudowanie partnerskiej współpracy ze źródłami informacji powiązanych i posiadających zaufanie i wpływ na kluczowych odbiorców. Z różnych powodów, wielorakie źródła są konieczne dla efektywnego przekazania wiedzy o zagrożeniach, aby dotrzeć do zróżnicowanych odbiorców (np. Afro-Amerykanów, ludzi o pochodzeniu hiszpańskim, azjatyckich Amerykanów, rodzimych Amerykanów, właścicieli domów, najemców mieszkań), do których dotrzeć należy.

Budowanie wielopozycyjnych list innych źródeł mnoży ilość kanałów dostępnych dla przekazu wiedzy o ETS. EPA pracuje z czołowymi autorytetami w każdej kluczowej dziedzinie działania rządu, władz lokalnych, służb ochrony zdrowia i ochrony konsumentów. Dla przykładu, EPA realizuje programy w 50 stanach, dystrykcie Columbia, Guam, Puerto Rico i amerykańskim Samoa. Kontakty te wykorzystują swoje specyficzne podobieństwa i geograficzne zróżnicowanie w celu zachęcania do działań przez ciała stanowe i inne organizacje.

Wiele organizacji pozarządowych i lokalne autorytety, przyłączyło się do programów współpracy z EPA w celu redukcji zagrożenia środowiskowego dla zdrowia. Ci partnerzy wspólnie używają swojej wiedzy by dotrzeć do obdarzonych zaufaniem informatorów, takich jak lekarze, pracownicy ochrony zdrowia, dyrektorzy służb publicznych, firm budowlanych i innych wpływowych jednostek. Informatorzy stają się źródłami i kluczowymi czynnikami wpływu na szersze grono odbiorców. EPA jest przekonana, iż informacje o zdrowiu, przekazane przez obdarzone zaufaniem lokalne źródła, mogą spowodować większe zamiany w zachowaniu u części jednostek niż informacje dostarczone przez rząd centralny.

Powstała w ten sposób wzmocniona sieć komunikacji, w której wiele szanowanych organizacji służy jako źródło informacji, zwiększa prawdopodobieństwo, iż informacja skutecznie dotrze do ogółu i zachęci ogół do działań na rzecz redukcji ryzyka. Podejście takie umożliwia przekazanie wiedzy milionom obywateli i daje im wiedzę stanowiącą podstawę podjęcia działań w tej kwestii. Ponadto zdecentralizowane źródła są usytuowane w sposób najlepszy dla szybkiej i łatwej oceny sukcesu i ich wysiłku komunikacyjnego.

Tworzenie przyciągających uwagę komunikatów

Od momentu powstania programu „Powietrze w Pomieszczeniach” EPA wypracował jednoznaczne, przyjazne dla odbiorcy informacje, by zapewnić spój-

ność przekazu. EPA, władze stanowe, instytucje akademickie i inne przeprowadziły szerokie badania nad komunikatami o zakresie zagrożenia, by poznać sposoby pokonywania barier zmian zachowań dobrowolnych. W badaniach tych uzyskano cenne informacje o sposobach tworzenia znaczących i skutecznych komunikatów. Wyniki zostały bezpośrednio włączone w narodowy program docierania. Jako element swoich wysiłków na rzecz zredukowania ekspozycji dzieci na ETS, EPA przeprowadziła szerokie badania w celu określenia najbardziej efektywnych informacji, które motywowałyby rodziców do uczynienia ich domów środowiskiem bez dymu. Znajomość odbiorców była uważana za ważną dla stworzenia efektywnych informacji. Określono cechy demograficzne (wykształcenie, dochód, miejsce zamieszkania, wiek, liczba dzieci) i postawy (poziom wiedzy o ETS, znajomość efektów ETS) odbiorców. Następnie EPA przeprowadziła sondaż wśród dzieci w 500 gospodarstwach domowych, by zdobyć informacje bardziej szczegółowe o przekonaniach i wiedzy odbiorców (predyspozycje do działań, powody dla których palą poza mieszkaniem). Po trzecie, EPA wykorzystała wartościowe badanie Rady Badawczej Konsumentów (Consumer Research Council), gdzie poddano analizie informacje i rezultaty wcześniejszych wysiłków przekazania komunikatów o takim celu w USA i Kanadzie. W końcu EPA przeprowadziła osiem badań fokusowych (72 uczestników, kobiety i mężczyźni, średnio i dużo palący, biali i Afro-Amerykanie) w Baltimore, Cleveland, Ohio i Nashville, by przetestować swoje koncepcje. Przetestowano osiem różnych koncepcji informowania, badając szeroki zakres podejść komunikacyjnych do zastosowania w programach docierania (11, 12).

Badanie to wykryło, iż motywowanie rodziców, by wyeliminowali dym z własnych domów, stanowi specjalne wyzwanie. Czynność palenia jest złożonym doświadczeniem psychologicznym, a palacze są nieustannie pod wpływem informacji o szkodliwych skutkach ich nałogu. Palacze często czują, iż muszą bronić swojego postępowania, i angażują się w zaprzeczenia i racjonalizacje efektów ich zachowań. Żądanie, by „palili na zewnątrz” może wzmocnić poczucie, iż ich autonomia i prawa są zagrożone.

Badania potwierdzały, iż odpowiednia informacja może zmienić zachowania rodziców, ale informacja taka musi być podawana bardzo łagodnie. W kategoriach ogólnych badania wykazały, iż mniej konfrontacyjne a nawet humorystyczne podejście było bardziej efektywne – fakty i logika nie wystarczały dla zmiany zachowań. Argumenty zdrowotne udowodniły swoje znaczenie jako ważny element efektywnej informacji, ale argumenty te muszą być przedstawione raczej „kierunkowo” niż bezpośrednio (tj. „może” raczej niż „będzie”), by ograniczyć ich odrzucanie przez odbiorców. Gdy zbyt mocno akcentowano związki ze skutkami zdrowotnymi, palacze wykazywali tendencję do odrzucania tego związku, używając własnych anegdotycznych przykładów. W końcu palacze czują się popychani, skazani na ostracyzm i potępiani. Mówienie, co należy robić, ma małą wartość motywacyjną. Informacje dostarczające wiedzy o opcjach i wyborach oddziałują mocniej.

Wykorzystanie istniejących kanałów komunikacyjnych.

W ramach programu EPA „Powietrze w Pomieszczeniach”, każdy stan i wpływo-
we organizacje krajowe zabezpieczają oddziaływania na swoich odbiorców. Kanały
interwencyjne to: ośrodki odwykowe, krajowe informacyjne linie telefoniczne, per-
manentne kursy dokształcające dla lekarzy, agentów nieruchomości i inspektorów
budowlanych, programy edukacyjne, kampanie reklamowe dla mniejszości, ulotki
dla pracodawców i wiele innych. Inicjatywy przedsięwzięte przez partnerów EPA w
programie „Powietrze w Pomieszczeniach” poprzez ich własne kanały mogą być
uporządkowane na kontinuum od działań w sferze informacji publicznej, jak rozda-
wanie broszur, aż do wręczania korzyści materialnych – kuponów rabatowych na
detektory radonu – i uprawnień do wymagania budowy nowych domów odpornych
na radon w rejonach wysokiego zagrożenia. Dostarczanie informacji w taki sposób
jest bardziej efektywne, a koszt dla społeczeństwa niższy niż gdyby rząd próbował
stworzyć nowe, własne kanały komunikacji.

Wykorzystanie informacji zwrotnych oraz ewaluacja

EPA ocenia efekt w realizacji redukcji zagrożenia wg wielu wskaźników, np.: od-
setek domów z dziećmi, gdzie się nie pali, domy przetestowane na obecność radonu,
szkoły stosujące „Narzędzia dla Szkół”. W odniesieniu do ETS, EPA mierzy postęp
w osiąganiu celu stosując dwa sondaże przeprowadzane przynajmniej raz w roku na
losowej próbie telefonicznej 40000 respondentów. Ponadto EPA określiła dane wyj-
ściowe i trend od końca lat osiemdziesiątych i zobowiązała się do kontynuacji zbie-
rania danych. Elementy programu, zwłaszcza programy interwencji społecznej (com-
munity-based intervention), podlegają ocenie dla określenia, które strategie są naj-
bardziej efektywne. Dla przykładu, EPA i dwie organizacje pozarządowe (The Con-
sumer Research Council i American Medical Association) obecnie tworzą kampanie
televizyjne, radiowe i prasowe, oparte o informacje, które okazały się najbardziej
efektywne. Kampanie te podlegają ocenie zarówno przy zastosowaniu danych infor-
mujących o stopniu wykorzystania materiałów informacyjnych jak poprzez monito-
rowanie zmian w danych podstawowych. Elementy programu, które prowadzą do
znacznego postępu, będą powtarzane dla zwiększenia skali sukcesu.

Dla przykładu, jednym z często znajdujących zastosowanie składników programu,
który odniósł sukces, jest projekt kształcenia opiekunów/pielęgniarek w zakresie opieki
nad dzieckiem. EPA współpracuje z National Center for Health and Safety in Child
Care (Narodowe Centrum za Zdrowiem i Bezpieczeństwem w Opiece nad Dziec-
kiem) (NRCHSCC) umiejscowionym w Szkole Pielęgniarskiej Centrum Nauk Me-
dycznych w Kolorado. NRCHSCC był przydatny w tworzeniu i rozpowszechnianiu
narodowych Standardów Opieki nad Zdrowiem i Bezpieczeństwem Dzieci, wypra-
cowanych wspólnie przez American Academy of Pediatrics i American Public He-
alth Association w roku 1992. NRCHSCC jest także odpowiedzialne za promowanie
informacji i działań z zakresu kształcenia zdrowotnego w grupie opiekunów dzieci i

za ustanowienie sieci kontaktów w każdym stanie i w całym kraju. Obecnie podjęto wysiłek utworzenia Centrów Łączności w stanach, które stałyby się centrami popierania znaczących zmian systemowych w realizacji opieki nad dziećmi.

EPA uświadomiła sobie, iż związek pomiędzy opiekunem dziecka a rodzicem stwarza ogromne możliwości kształcenia i motywacji w kwestiach środowiskowych. Ponadto zawodowi opiekunowie dzieci mają możliwość dostarczenia wiedzy i motywowania rodzin do redukcji zagrożeń.

Projekt rozpoczął się jako projekt pilotażowy Amerykańskiej Akademii Pediatrów – Oddział w Pensylwanii (AAP-PA), a jego rezultatem było stworzenie i rozpowszechnienie modułu kształcenia w zakresie ETS, przeznaczonego dla osób prowadzących dzienne centra opieki. Osoby prowadzące dzienne centra opieki w stanie Pensylwania mają obowiązek doksztalcania ciągłego, a zestaw wypracowany przez AAP-PA zawiera materiały do wykorzystania przez dzienne centra opieki, informacje dotyczące zagrożenia zdrowia wynikającego z ekspozycji na ETS, informacje o działaniach możliwych do podjęcia w tych centrach i domach, film video wyprodukowany przez American Association of Otolaryngology i testy dotyczące tych materiałów. Po pomyślnym wypełnieniu testów i zgodzie na wprowadzenie elementów działań, AAP-PA certyfikowało tych którzy je zdali i wdrożyli ten moduł. NRCH-SCC obecnie rozpowszechnia ten projekt w innych stanach. Projekt odniósł sukces; obecnie ponad 300 centrów dziennej opieki nad tysiącami dzieci wprowadziło wymagania modułu.

Podsumowanie podejścia Amerykańskiej Agencji Środowiska (EPA)

EPA stosuje następujący schemat publicznej polityki redukcji ekspozycji na ETS: jasny mierzalny cel dotyczący ekspozycji małych dzieci w domu, ukierunkowany szeroki program dotarcia do dorosłych w celu motywowania tych, którzy posiadają dzieci w domu do działań na rzecz uczynienia domów strefami bez dymu, oparty o społeczność program redukcji ryzyka uwzględniający krajowych partnerów w tej dziedzinie w celu pracy na rzecz postępu w osiąganiu celu narodowego – oraz system monitorowania i replikacji sukcesów na poziomie krajowym i stanowym.

Obecna wiedza o programach narodowych

Powstały również inne programy narodowe lub interwencji na dużą skalę, szczególnie zwrócone na redukcję ekspozycji dzieci na ETS. Kilka godnych odnotowania przykładów zasługuje na analizę:

Po przyjęciu w roku 1992 ustawy o Ochronie Zdrowia Osób Niepalących, Tajlandia ma najszerszą prawną ochronę przed przymusową ekspozycją na palenie tytoniu. Poprzez akcję „Tajlandia a Palenie i Zdrowie” wprowadzone zostały szczegółowe programy na rzecz redukcji ekspozycji dzieci na ETS. Inicjatywa „Opieka Dzieciom” zawiera dwa programy skierowane na bardzo małe dzieci: 1) program dla przedszkoli wykorzystuje sieć nauczycieli dla tworzenia pozytywnych postaw wobec niepale-

nia wśród małych dzieci; i 2) program dotyczący noworodków, skierowany na oddziały położnicze w szpitalach ma zachęcić rodziców do uczynienia ich domów środowiskiem bez dymu. Program dla przedszkoli objął 360 placówek i około 1800 nauczycieli, a 350 szpitali brało udział w programie „Mój szczęśliwy dom bez dymu” (16).

Ponadto w Tajlandii na opakowaniach papierosów umieszczone są dwa hasła związane z ETS: „Palenie jest szkodliwe dla twojej rodziny i przyjaciół” oraz „Palenie szkodzi płodom”. Niestety, obecnie w Tajlandii nie prowadzi się pomiarów ekspozycji dzieci na ETS.

Strategia „Zaniechania” w Nowej Zelandii polega na opodatkowaniu i prawie skierowanym na przekonanie dorosłych, by zaprzestali palenia, bardziej niż na specjalnych projektach redukcji ekspozycji dzieci na ETS (17). Pomiedzy rokiem 1981 a 1996 odsetek palących dorosłych w wieku 30-34 zmniejszył się z 35% do 29%, czyli o 7%. W odniesieniu do ekspozycji na ETS w szczególności zakazane zostało palenie w obecności dzieci we wczesnodziecięcych placówkach opieki poprzez rozporządzenie „O opiece w okresie wczesnodziecięcym” z roku 1986 i ustawę „O Środowisku Wolnym od Palenia” z roku 1990, która zakazała palenia w biurach, sklepach i uregulowała kwestię niepalenia w środkach publicznego transportu. Nowa Zelandia przedsięwzięła też ważne kroki dotyczące pomiaru zmian poprzez sondaże ogólnonarodowe (pierwszy w roku 1997), śledzące ekspozycję dzieci na ETS w domu.

Australia przeprowadziła jeden z wielu ogólnokrajowych programów interwencji, stworzonych szczególnie dla redukcji ekspozycji dzieci na ETS, który poddany był ocenie efektywności. W roku 1992 w ramach Victorian Smoking and Health Program przeprowadzono telewizyjną kampanię edukacyjną, której celem było zwiększenie świadomości dorosłych dotyczącej zagrożeń zdrowotnych dla dzieci związanych z ekspozycją na ETS, zwłaszcza w domu. W tygodniu poprzedzającym i w tygodniu następującym po kampanii przeprowadzono sondaż telefoniczny poprzez który mierzono poziom świadomości w zakresie biernego palenia i działań podjętych na rzecz redukcji ekspozycji dzieci na ETS (19).

W kategoriach ogólnych rezultaty kampanii były pozytywne. Kiedy pomiaru dokonano bezpośrednio po kampanii, poziom świadomości o szkodliwych skutkach ETS, specyficznych chorobach wywołanych przez ekspozycję na ETS oraz zachowania związane z paleniem w obecności dzieci pozostawały spójne z postawami i zachowaniami zmierzonymi przed kampanią. Wśród niepalących znaczący wzrost zaobserwowano w odniesieniu do odsetka tych, którzy prosili innych, by nie palili w pomieszczeniach. Interesujące, że wśród palaczy posiadających dzieci zaobserwowano w rzeczywistości spadek świadomości szkód wywołanych przez ETS, chociaż zmiana ta nie była statystycznie istotna. Autorzy raportu o kampanii spekulują, iż może to wskazywać, iż w wyniku kampanii palacze przyjęli mocniejsze postawy obronne (20). Zachęcające jest natomiast, iż pomiary dokonane dwa lata później pokazują znaczący wzrost gospodarstw domowych palaczy zniechęcających do palenia gości, co sugeruje krótkie życie postaw obronnych (21). Co najważniejsze, Victoria dokonuje pomiaru postępów i śledzi rezultaty, włączając poziom świadomości, pre-

ferowanie obiadów bez papierosów, zachowania dotyczące niepalenia w domu i poza domem, gotowość do zniechęcania gości do palenia w domu. Wspólny Nordycki program rozpoczął się w roku 1993, by ocenić ekspozycję dzieci skandynawskich na ETS, określić publiczny obiór kwestii zagrożeń ETS i powszechnych ograniczeń oraz by zbudować strategię i stworzyć materiały dla podniesienia ogólnej świadomości zagrożeń zdrowia wynikających z ETS (22).

Dzięki jednemu z elementów programu wykryto, iż w domach gdzie paliło przynajmniej jedno z rodziców, 57% dzieci było ekspozowanych na ETS, ale 82% obecnych palaczy próbowało zmienić swoje zachowania dla ochrony dzieci (23). Ponadto 75% nordyckich gospodarstw domowych wprowadziło jakiegoś rodzaju ograniczenia w paleniu wewnątrz domu. Autorzy badania dochodzą do wniosku, że dzieci mogą być potężnym czynnikiem modyfikującym zachowania rodziców w zakresie palenia i że może istnieć szeroka gotowość wśród rodziców małych dzieci do redukcji ekspozycji na ETS.

W Kalifornii odsetek gospodarstw domowych (włączając gospodarstwa niepalących) z dziećmi, w których się nie pali, wzrósł z 75% w roku 1992 do 85% w roku 1996. Ten postęp można przypisać dobrze promowanej kampanii edukacyjnej o zagrożeniach dla zdrowia wynikających z biernego palenia, łącznie z ogłoszeniami telewizyjnymi w połączeniu z agresywnym prawem stanowym wymagającym ochrony osób niepalących w miejscach pracy łącznie a barami i restauracjami (25).

W roku 1996 stan Kansas rozpoczął publiczną kampanię informacyjną mającą na celu zwiększenie świadomości zagrożeń dla zdrowia wynikających z ekspozycji na ETS, skierowaną na kwestię zdrowia dzieci. Elementami programu były: seria ogłoszeń telewizyjnych, radiowych, gazetowych i na billboardach zawierających informację „Zabierz papieros na zewnątrz”, spotkania z przywódcami lokalnymi, uruchomienie bezpłatnej telefonicznej linii informacyjnej, konferencje prasowe z burmistrzem Wichita i gubernatorem Kansas, inicjatywa edukacyjna skierowana do opiekunów dzieci i rodziców. Następujące po tym badania wskazały na 19% wzrost świadomości ogólnej, włączając jej wzrost wśród palaczy. Ponadto, po kampanii, 18% więcej palaczy nie zgadzało się ze stwierdzeniem, iż „dla palaczy jest zbyt kłopotliwe wychodzenie z domu na papierosa”.

Źródłem o sytuacji w Kanadzie jest szeroki raport Health Canada Disease Control i Health Promotion Directorate (Biuro Promocji Zdrowia) (27). Ashley i Ferrance badają społeczne, prawne i polityczne kwestie dotyczące ekspozycji na ETS i dają zarys opcji i strategii skierowanych na oddziaływanie zdrowotne.

W artykule zawarta jest konkluzja prezentująca doskonale omówienie przyszłych kierunków polityki i budowy programów skierowanych na efektywną kontrolę w zakresie ETS w domach, placówkach edukacji publicznej, kształcenie i włączanie pracowników służby zdrowia, interwencje w społecznościach lokalnych, interwencje prawne, koalicje i związki, integrację wysiłków w ramach ogólnej strategii ograniczenia palenia, monitorowania i ewaluacji oraz priorytetów badawczych. Ashley i Ferrance podkreślają potrzebę projektów pokazo-

wych z pełnym komponentem ewaluacyjnym, które nadają się do ogólnonarodowego rozpowszechnienia i wprowadzenia (28).

Lokalne programy interwencji oparte o specjalistów opieki zdrowotnej

Ostatnie badania sugerują, iż efektywne interwencje ograniczające ekspozycję dzieci na ETS mogą być podejmowane przez specjalistów opieki zdrowotnej. Jest rzeczą użyteczną zbadanie niektórych z najbardziej udanych podejść.

W hrabstwie Alamance i Chatham, w Północnej Karolinie, Greenberg i inni informowali o badaniach na losowo kontrolowanej próbie usiłujących ustalić, czy program interwencji oparty gospodarstwa domowe mógł zredukować bierne palenie niemowląt i choroby dolnych dróg oddechowych. Interwencja opierała się na czterech wizytach domowych pielęgniarek w okresie pierwszych sześciu miesięcy życia dziecka, których celem była pomoc rodzinie w zmniejszeniu ekspozycji niemowląt na dym tytoniowy. Wobec 121 niemowląt palących matek, zaistniała znacząca różnica w ekspozycji (w ciągu roku od interwencji w porównaniu z grupą kontrolną), na dym tytoniowy. Niemowlęta z grupy interwencyjnej były ekspozowane na 5,9 papierosa mniej dziennie przez 12 miesięcy. Częstotliwość chronicznych symptomów chorób dolnych dróg oddechowych była także niższa w grupie interwencyjnej niemowląt palących matek, gdzie głowa gospodarstwa domowego nie miała wykształcenia przekraczającego szkołę średnią (grupa interwencyjna 14,6%, kontrolna 34%).

McIntosh opisuje interwencję opartą o minimalny kontakt w Centrum Medycznym Uniwersytetu Michigan, skierowaną na modyfikację zachowań rodziców w odniesieniu do palenia w ich domach. Rodzice i opiekunowie, którzy palili i szukali porady medycznej dla swoich astmatycznych dzieci, zostali włączeni w to badanie (razem dziewięćdziesiąt dwie rodziny). Wszyscy badani otrzymali informacje o skutkach zdrowotnych biernego palenia i zalecenie powstrzymywania się od palenia w domu. Więcej osób w grupie leczonych (35%) niż w grupie kontrolnej (17%) informowało w czasie posttestu o paleniu poza domem (poziom kotyniny u ich dzieci był niższy), ale różnica ta nie była statystycznie istotna. Interwencja polegała na informowaniu przez lekarza oraz przez wręczanie broszur. Rodzice z grupy leczonej otrzymali po miesiącu osobisty list od kierownika badań przedstawiający wyniki testu kotyniny w moczu dziecka z odniesieniem do poziomu kotyniny mierzonego u dzieci w tym samym wieku, które mieszkały wśród osób niepalących.

Hovell opisuje losowe badanie kliniczne w San Diego, Kalifornia, testujące behawioralny program medyczny skierowany na redukcję ekspozycji dzieci astmatycznych na ETS w domu. Rodziny dobrane losowo zostały włączone w eksperymentalne grupy konsultacyjne medycyny zapobiegawczej, grupę kontrolną lub zwykłą grupę leczniczą. Pomiaru w rodzinach dokonywano sześć razy w roku. Grupa eksperymentalna uczestniczyła w serii sześciu konsultacji skierowanych na obniżenie ekspozycji na ETS. W grupie tej monitorowano także palenie, ekspozycję dzieci i symptomy astmy u dzieci. Rodzice byli informowani o dziennej dawce papierosów, na którą narażone były dzieci w czasie tygodnia poprzedzającego wywiad. Pomiar niko-

tyny w powietrzu i analiza potwierdziły trafność informacji o ekspozycji. Ekspozycja na papierosy rodziców w domu spadła we wszystkich grupach. Grupa eksperymentalna uzyskała spadek o 79% w zakresie ekspozycji dzieci na ETS, w porównaniu do 42% w grupie kontrolnej i 34% w zwykłej grupie leczniczej. Po dwunastu miesiącach tylko w grupie eksperymentalnej-terapeutycznej utrzymał się spadek w ekspozycji dzieci na ETS, podczas gdy wzrósł w grupie kontrolnej o 14% a w zwykłej grupie leczniczej ekspozycja wzrosła o 22% w porównaniu z okresem przed interwencją. Rodziny z grup eksperymentalnych osiągnęły znaczący i klinicznie ważny wzrost w ograniczaniu ekspozycji na ETS ich astmatycznych dzieci. To było osiągnięcie nie tylko dzięki ograniczeniu palenia przez rodziców, ale też zmniejszeniu ilości wszystkich papierosów wypalanych w domu. Procedury doradcze zastosowane w tych badaniach leżą w zakresie możliwości asystentów klinicznych z przychodni lub gabinetów prywatnych i dostarczają potencjalnych, praktycznych metod rozszerzenia terapeutycznej skuteczności lekarza. Program nie wymaga wcale, lub bardzo niewiele czasu lekarza.

W Oregonie Severson (32) informuje o 2901 kobietach w 49 przychodniach pediatrycznych, które ostatnio paliły lub musiały przestać z powodu ciąży, które zgłosiły się do programu badawczego stosującego krótki sondaż przy okazji pierwszej wizyty noworodka w poradni. Losowo dobrane biura udzielały porad i dostarczały materiałów matkom w czasie każdej wizyty w okresie pierwszych sześciu miesięcy po porodzie by zachęcać do rzucenia palenia lub zapobiegać wznowieniu palenia. Interwencja zaskutkowała redukcją palenia (5,9% wobec 2,7%) i powrotów (55% wobec 45%) w badaniach powtórzonych po 6 miesiącach. Analiza regresji po dwunastu miesiącach nie ujawniła znaczących efektów leczenia. Interwencja miała pozytywny efekt na wtórne rezultaty, takie jak gotowość do rzucenia palenia oraz nastawienie i wiedza o ETS. Analiza regresji wielokrotnej wskazała, iż palący mąż/partner był najsilniejszym czynnikiem predykcji porzucenia palenia lub powrotu do palenia przez matkę. Wnioski wskazują, iż interwencje oparte o poradnie pediatryczne mogą znacząco wpłynąć na palenie i zapobiec powrotowi do palenia przez matki noworodków, ale efekt zmniejsza się z upływem czasu. Stałe przypomnianie konsultantowi, by udzielał zwięzłych porad i rozdawał materiały, może być interwencją, która niewielkim kosztem pomoże zredukować ekspozycję niemowląt na ETS.

Nowi palący rodzice są potencjalnie najlepszymi kandydatami do motywowania do działań ku redukcji ekspozycji ich dzieci na ETS, ale okazuje się, iż wysiłki takie muszą być planowane szczegółowo i prowadzone w sposób intensywny, by pozytywne zmiany zachowania rzeczywiście miały miejsce. Porady lekarzy i innych specjalistów służby zdrowia mogą być efektywnym składnikiem motywacji do zmiany zachowań (33,34), jednakże badania pokazują, co nie dziwi, iż kontakty głębsze i dłuższe skutkują większym sukcesem.

PODSUMOWANIE

Ochrona dzieci przed szkodliwymi skutkami ETS powinna być priorytetem rządzących. Jeśli rządy chcą odnosić sukcesy w redukcji ekspozycji dzieci na ETS, mu-

szą być skuteczne w budowaniu współpracy z innymi wpływowymi partnerami. Kluczową kwestią dla efektywności jest sformułowanie jasnego celu. Gdy jest on już określony, można wprowadzać programy, o których wiadomo, że działają. Jak do tej pory jedno podejście okazało się prowadzić do sukcesu, jest to strategia komunikacyjna zastosowana przez EPA w ramach programu „Środowisko w Pomieszczeniach”. Niektóre cele zdrowia publicznego mogą być osiągnięte poprzez rozpowszechnianie informacji, ale w tej ważnej kwestii kampanie informacyjne nie wystarczają. Zbudowanie wysokiego poziomu świadomości nie musi przekładać się na pożądane zachowania. Czynność palenia wymaga odrzucenia i racjonalizacji i sama w sobie i dla siebie jest nałogiem. Kiedy palacz dowiaduje się, iż jego zachowanie może być szkodliwe dla innych, jego reakcja nie musi być racjonalna. Palacze mający wysoki poziom świadomości zagrożeń własnego zdrowia przez cały okres palenia, nadal jednak palą.

Sukces w pokonaniu tej bariery komunikacyjnej i ochronie dzieci przed ETS wymaga podejścia wielowymiarowego, włączającego komponenty programowe na kontinuum elastyczności. Programy rządowe powinny zawierać, jeśli to możliwe, środki ograniczające palenie w miejscach publicznych, takich jak szkoły, gdzie dzieci spędzają czas oraz efektywne egzekwowanie tych praw. Ponadto sprawa ekspozycji dzieci na ETS w domach musi być także rozwiązana. Wiele z przedsięwzięć społecznych, politycznych i prawnych może być trudnych (35), niemniej jest to ważny element programu w związku z potencjalnymi korzyściami zdrowotnymi. Rządy powinny podjąć wysiłki wprowadzenia celowych, strategicznych i sprawdzonych podejść do kwestii ETS i dzieci. Z pewnością szeroka publiczna kampania informacyjna wraz z edukacją o zagrożeniach w społecznościach lokalnych są niezbędnymi elementami każdej strategii kontroli ETS.

PIŚMIENNICTWO

1. National Research Council. *Environmental tobacco smoke: measuring exposures and assessing health effects*. Washington, D.C., 1986.
2. U.S'. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Smoking. A Report of the Surgeon General*. U.S. DHHS, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health, Office of Smoking and Health, Washington, D.C., 1986. DHHS Pub. No. (PHS) 87-8398.
3. U.S. Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*, U.S. EPA, Office of Research and Development, Office of Air and Radiation. Washington, D.C., 1992. U.S. EPA/600/6-90/006F.
4. California Environmental Protection Agency. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke*. Office of Environmental Health Hazard Assessment. Sacramento, California, 1997.
5. Survey Communications, Inc. *Radon Risk Communication and Results Study; for Conference of Radiation Control Program Directors*. Baton Rouge, Louisiana, 1996.
6. Americans for Nonsmokers' Rights. *100% Smokefree Ordinances*. Berkeley, California, October, 1997.

7. Centers for Disease Control and Prevention. *State Tobacco Control Highlights – 1996*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1996. CDC Publication No. 099-4895
8. Page S. EPA's *Strategy to Reduce Risk of Radon*. *Journal of Environmental Health*. 1995;56, no. 5:27-36.
9. *For a good discussion of other communication models*, refer to: National Institutes of Health. *Making Health Communication Programs Work: a Planner's Guide*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Cancer Communications, National Cancer Institute, April 1989. NIH Publication No. 89-1493.
10. U.S. EPA, Radon Division. Technical Support Document for the 1992 Citizen's Guide to Radon. Chapter 6. U.S. Environmental Protection Agency, Office of Air and Radiation, Office of Radiation Programs, Radon Division. Washington, D.C., 1992. Effective radon messages include, „Radon is the 2nd leading cause of lung cancer in the U.S.”, „Testing for radon is simple and inexpensive”, „Radon problems can be fixed”, and „Take steps now to protect your family from radon”.
11. Bruskin Goldring Research. *Secondhand Smoke Study*. Edison, New Jersey, February, 1998.
12. Leferman Associates, Inc. Focus Groups on Alternative Ad Concepts Re: Secondhand Smoke. Stamford, Connecticut, May, 1998.
13. Fox, SE. *Step Outside*. Stamford, Connecticut, April, 1998.
14. Survey Communications, Inc. *Radon Risk Communication and Results Study, for Conference of Radiation Control Program Directors*. Baton Rouge, LA 1996.
15. World Health Organization. *Tobacco or Health: A Global Status Report*. Page 432. World Health Organization. Geneva, 1997.
16. Belinda Hughes. *Action on Smoking and Health Foundation (Thailand)*. Personal communication. November, 1998.
17. Murray Laugesen, Health New Zealand. *Personal communication*. October, 1998.
18. National Research Bureau. *Monitor of Smoking Behavior Amongst New Zealander Teenagers (second reading)*. Wellington: Department of Health, 1991.
19. Mullins R, Scollo M, Borland R. *Evaluation of a Campaign on the Effects of Passive Smoking on Children*. The Quit Evaluation Studies Volume 7, Chapter 8. Victorian Smoking and Health Program, Anti-Cancer Council of Victoria., Centre for Behavioural Research in Cancer. Victoria, Australia, February, 1995.
20. Mullins R, Scollo M, Borland, R., p. 9
21. Borland et al, in submission
22. Satu Lipponen, Finnish Centre for Health Promotion. *Personal communication*. May, 1998.
23. Lund, Skrondal, Vertio, Helgason. *To What Extent Do Parents Strive to Protect Their Children From Environmental Tobacco Smoke in the Nordic Countries? A Population-based Study*. *Tobacco Control*. 1998;7:56-60.
24. Pierce, J.P. University of California, San Diego, *Presentation to the California Tobacco Education and Research Oversight Committee*, June 17, 1997.
25. Tobacco Education and Research Oversight Committee. *Toward a Tobacco-Free California: Renewing the Commitment 1997-2000*. 1997.

26. Kansas Health Foundation. *Focus '97: „Let's Take it Outside”*. Kansas Health Foundation. Topeka, KS, 1997.
27. Ashley, M.J; and Ferrence, R. *Environmental Tobacco Smoke (ETS) in Home Environments. Ontario Tobacco Research Unit. Special Reports: Environmental Tobacco Smoke*. Toronto, April 1996.
28. Ashley, M.J. and Ferrence, p. 49.
29. Greenburg. RA, Streecher VJ, Bauman KE, et al. *Evaluation of a Home-Based Intervention Program to Reduce Infant Passive Smoking and Lower Respiratory Illness*. Journal of Behavioral Medicine. 1994;17:273-290.
30. McIntosh NA, Clark NM, Howatt WF. *Reducing Tobacco Smoke in the Environment of the Child With Asthma: a Cotinine-assisted, Minimal Contact Intervention*. Journal of Asthma. 1994; 31:453-462.
31. Hovell MF; Meltzer SB, Zakarian JM, et al. *Reduction in Environmental Tobacco Smoke Exposure Among Asthmatic Children: a Controlled Trial*. Chest. 1994;106:440-446.
32. Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Wall M, Akers L. *Reducing Maternal Smoking and Relapse: Long-term Evaluation of a Pediatric Intervention*. Preventative Medicine. 1997; 26: 120-130.
33. Narce-Valente S, Kligman EW. *Increasing Physician Screening and Counseling for Passive Smoking*. Journal of Family Practice. 1992;34:722-728.
34. Kosower E, Ernst A, Taub B, Berman N, Andrews J, Seidel J. *Tobacco Prevention Education in a Pediatric Residency Program*. Archives of Pediatric Adolescent Medicine. 1995; 149: 430-435.
35. Ashley, M.J. and Ferrence, pp. 32-35