

## RANDOMIZOWANA, KONTROLOWANA PRÓBA POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ TERAPII DLA PALACZY

**David F. Marks, Catherine M. Sykes**  
Health Research Centre  
School of Health, Biological and Environmental Sciences  
Middlesex University, London

### WSTĘP

Tytoń jest odpowiedzialny za 3 miliony zgonów rocznie na całym świecie. Ocenia się, że do roku 2020 wskaźnik ten wzrośnie do 10 milionów; szacuje się też, że tytoń zabije pół miliarda dzisiejszej populacji ogólnej (2). Zgonów tych można uniknąć, lecz mimo danych świadczących o szkodliwych dla zdrowia skutkach palenia, możliwość skutecznej kontroli nad paleniem tytoniu nadal wydaje się bardzo odległa. W regionie europejskim według Światowej Organizacji Zdrowia w roku 1995 papierosy były odpowiedzialne za około 1,2 miliona zgonów; w USA tytoń zabija ponad 400 tysięcy ludzi rocznie; w Wielkiej Brytanii wskaźnik zgonów z tego powodu wynosi około 120 tysięcy rocznie, koszty obciążające system szpitalny w Anglii – co najmniej 400 milionów funtów rocznie, zaś przemysł traci co roku ponad 500 milionów dni roboczych (3).

Czterdziestoletnie badania epidemiologiczne przeprowadzone na brytyjskich lekarzach – mężczyznach wykazały, że zaprzestanie palenia we wczesnym wieku średnim (przed 45 rokiem życia) daje prawie taką samą szansę przeżycia jak u osób, które nigdy nie paliły (4). Badania te wykazały również, że istnieje związek „dawka-reakcja” między wskaźnikami śmiertelności i spożycia tytoniu, oraz że rzucenie lub ograniczenie palenia wydłuża życie palaczy młodych lub w średnim wieku. Są również pewne korzyści społeczne i ekonomiczne, które mogą być znaczne, jeśli szacuje się je dla całej populacji.

Główną grupę, w której wskaźniki palenia utrzymały się na tym samym poziomie lub nawet wzrosły, stanowią dorośli o niskich dochodach (5). Rozpowszechnienie palenia jest wyższe w grupach społeczno-ekonomicznych pracowników fizycznych, niż wśród pracowników umysłowych (34% w porównaniu z 22% w roku 1996) (2).

Polityka zniechęcania do palenia papierosów poprzez podwyższenie podatku od sprzedaży tytoniu nie jest skuteczna, jeśli chodzi o ograniczanie palenia w grupie ludzi, których najmniej stać na ten nałóg, powodujący, że wpadają w jeszcze większą biedę.

Brytyjska Biała Księga (raport rządowy) dotycząca palenia zaleca stosowanie Zastępczej Terapii Nikotynowej (ZTN), ułatwiającej poradzenie sobie z głodem nikotyny podczas odzwyczajania się od palenia osobom, które starają się przestać palić. Bezpłatna, jednotygodniowa kuracja ZTN będzie dostępna dla osób najgorzej sytuowanych. Skuteczność ZTN wynosi jednak tylko od 2 do 6% w praktyce lekarza rodzinnego, oraz 7 do 16% u palaczy, którzy sami zgłosili się do leczenia (6).

W Białej Księdze nie podano żadnej określonej strategii ani zaleceń wskazujących, jak radzić sobie z psychicznym uzależnieniem od nikotyny. Za pomocą ZTN niewątpliwie nie da się leczyć psychicznego uzależnienia palaczy od palenia. Uzależnienie psychiczne, szczególnie w sytuacji stresowej, jest główną przyczyną kontynuowania tego nałogu, mimo tego, że człowiek ma wszystkie niezbędne porady, informacje zdrowotne oraz motywację do zmiany. Istnieje zatem zapotrzebowanie na skuteczne metody kontrolowania palenia w grupach o niższym poziomie dochodów, a jednocześnie wysokim poziomie lęku, wyuczzonej bezradności i względnej deprivacji (7).

Bez interwencji zewnętrznej proces rzucania lub ograniczania palenia zależy od wytrwałości i siły woli danej osoby. Większość palaczy mówi wprawdzie, że chcą porzucić ten nałóg (70% mężczyzn i 67% kobiet w roku 1996) (2), lecz stosunkowo niewiele osób jest w stanie osiągnąć długotrwałą abstynencję od papierosów lub ograniczenie palenia bez pomocy metod umożliwiających zmniejszenie uzależnienia nie tylko psychicznego, ale także fizycznego. Terapia behawioralno-poznawcza (TBP) umożliwi zmianę zachowań typowych dla uzależnienia, ułatwiając uzyskanie kontroli nad procesami psychicznymi, które odpowiadają za powstanie nałogu lub mu towarzyszą. Do procesów tych należą m. in. warunkowanie, pobudzenie, zwracanie uwagi na sygnały, nastroje, emocje, sugestie, oraz wyobrażenia (8).

Celem tego artykułu jest opisanie randomizowanego, kontrolowanego badania skuteczności TBP dla palaczy, tzw. programu QUIT FOR LIFE (QFL, Rzuć Palenie na Zawsze) (8), w porównaniu z grupą kontrolną prowadzoną inną metodą. Leczenie kontrolne polegało na interwencji z zakresu promocji zdrowia, czyli broszury opublikowanej przez Wydział Oświaty Zdrowotnej (Stopping Smoking Made Easier – Co pomaga przestać palić) (8), powszechnie dostępnej w gabinetach lekarzy ogólnych i ośrodkach zdrowia.

W programie QFL korzysta się z trzydziestu technik TBP i innych odpowiednich metod, oferowanych palaczowi w postaci samoobsługowego pakietu składającego się z podręcznika, kart ograniczania palenia, karty do zapisu postępów terapii oraz innych niezbędnych materiałów. Uczestnicy programów otrzymują również kasetę magnetofonową z nagraniem tekstu podręcznika, przydatną osobom, które nie lubią lub nie umieją czytać. Na odwrocie taśmy nagrano muzykę relaksacyjną. Samoobsługowy charakter programu wymaga przyjścia na jedną sesję wstępną na kilka dni przed rozpoczęciem programu systematycznego ograniczania palenia. Listę metod

przedstawiono w Tabeli 1. Ujawnienie prawdy kryjącej się za reklamami papierosów, a szczególnie poinformowanie uczestników, że papierosy o „niskiej zawartości substancji smolistych” tak naprawdę zawierają dokładnie ten sam tytoń, co zwykle gatunki papierosów o wysokiej zawartości tych substancji, jest szczególnie dobrze przyjmowane przez uczestników. Większość z nich reagowała szokiem i oburzeniem z powodu manipulacji, jakiej dopuszcza się na nich przemysł tytoniowy.

Celem programu QFL jest stopniowe ograniczanie palenia papierosów w ciągu 7 do 10 dni. Zestaw celów prowadzi palacza do codziennego ograniczenia palenia o 50%. Szczególnie ważny jest cel zwiększenia poczucia własnej skuteczności u palaczy. Chodzi tu o przekonanie, że potrafią i będą w stanie zmienić się z palacza w osobę niepalącą. W ramach terapii zachęca się palaczy do ciągłej czujności wobec

**TABELA 1**  
**Lista procedur używanych w Programie QFL.**

	METODA
1	Założenie gumki recepturki na paczkę papierosów
2	Zapisywanie wszelkiego palenia papierosów na specjalnej karcie
3	Program 1 (NURD)
4	Wpisywanie liczby papierosów wypalonych w ciągu dnia na karcie
5	Program 2 (WESTD)
6	Prowadzenie listy bodźców skłaniających do zapalenia papierosa
7	Program 3 (EASY – łatwy)
8	Medytacja
9	Ćwiczenia wyobraźni
10	Program 4 (NOGO – nie ma mowy)
11	Osiem Kroków i sensytyzacja
12	Muzykoterapia (ślajd 2, kasetą)
13	Gra w wygrywanie sporu
14	Lista osobistych korzyści z zaprzestania palenia
15	Zaplanuj swój Dzień Zerowy
16	Wypróbuj różne sposoby relaksowania się
17	Ćwiczenie pozytywnych programów
18	Zwiększanie aktywności
19	Odwracanie uwagi
20	Lina ratunkowa – Linia „Na ratunek”
21	Siła woli
22	Naucz się techniki zabezpieczania się przed wypadkiem
23	Opracuj program kontrolowania jedzenia
24	Reguły podjadania między posiłkami
25	Opracuj program ćwiczeń fizycznych
26	Zapobieganie nawrotom
27	Walcz o prawa niepalących
28	Krytycznie przeanalizuj reklamy papierosów
29	Opanuj umiejętności gospodarowania czasem
30	Zapobiegaj stresowi i napięciu

procesu racjonalizacji, który nasila się w miarę zbliżania się do całkowitego zaprzestania palenia w Dniu Zerowym (D-Day), czyli w zaplanowanym okresie 24 godzin, kiedy odstawia się papierosy. Uczestników programu uczy się również posługiwania się wyobraźnią, sugestią, relaksacją i medytacją (8).

Program QFL składa się z dwóch etapów: ograniczenia palenia oraz zapobiegania nawrotom. Program dzieli się dalej na dziesięć części realizowanych w ciągu trzech miesięcy. Etap ograniczenia palenia zaczyna się we wtorek i kończy się w następnym tygodniu Dniem Zerowym. Zapobieganie nawrotom zaczyna się w Dniu Zerowym i trwa dalej. W odróżnieniu od interwencji kontrolnej, w programie QFL podkreśla się, że siła woli nie jest konieczna. W początkowym okresie 10 do 30 dni następujących bezpośrednio po Dniu Zerowym, chętni mogą dodatkowo stosować zastępczą terapię nikotynową. Zaleca się palaczom, by używali w tym celu gumy do żucia lub plastrów wyłącznie o najniższej dawce nikotyny. W praktyce, ze względu na swoją wysoką cenę detaliczną, ZTN stosowana bywa przez znikomą mniejszość uczestników programu QFL.

Interwencja kontrolna (SSME) to mała broszura zawierająca porady, jak przestać palić, dostępna w wielu przychodniach lekarskich na terenie całej Anglii. Broszura zaleca podejście wieloetapowe: przygotowanie się do odstawienia papierosów, zaprzestanie palenia i utrzymanie tego stanu (9). Etap przygotowania polega na sprecyzowaniu powodów, dla których przestaje się palić, osiągnięciu gotowości do zaprzestania palenia oraz opracowaniu planu działania. Zaleca się palaczom, aby przestali palić nagle, korzystając z siły woli, nie zaś stopniowo ograniczali liczbę wypalanych papierosów. Radzi się też palaczom, aby wybrali jakiś dzień, zapewnili sobie wsparcie rodziny i przyjaciół, poprzedniego dnia przypomnieli sobie swój plan działania, zaplanowali odpowiednio zdrową nagrodę na zakończenie pierwszego dnia oraz inne nagrody na koniec pierwszego tygodnia i pierwszego miesiąca, aby robili plany na przyszłość oraz dzwonili do ogólnokrajowego telefonu zaufania dla palaczy (Quitline), do swego lekarza rejonowego lub do ośrodka zdrowia po dalszą pomoc. Namawia się palaczy, aby – kiedy już przestaną palić – myśleli pozytywnie, dbali o siebie, starali się czymś zajmować przez cały czas, unikali alkoholu, odmawiali przyjmowania papierosów, którymi częstują znajomi lub łamali je na pół, nauczyli się relaksować oraz dzwonili do telefonu zaufania dla palaczy Quitline. Interwencja ta zwykle nie wymaga udziału w grupowej sesji wstępnej. Palaczom zazwyczaj wręcza się broszurę SSME lub wysyła ją pocztą.

## MATERIAŁ I METODA

Badaną populacją byli dorośli palacze, zamieszkali w ubogiej dzielnicy Londynu. Wszyscy uczestnicy zgłaszali się telefonicznie do kliniki odzwyczajania od palenia i zapisywali się do udziału w próbie odzwyczajania od palenia. Plakaty i ulotki reklamujące bezpłatną pomoc w odzwyczajaniu od palenia wywieszono w poczekalniach lekarskich, aptekach i na tablicy ogłoszeń w bibliotece. Poinformowano również ogólnokrajowy telefon zaufania Quitline o tym badaniu. Recepcjonistce podano daty i

godziny sesji wstępnej, poprzedzającej interwencję. Te jednogodzinne sesje poświęcone były – w kolejności losowej – albo terapii behawioralno-poznawczej, albo interwencji kontrolnej. Recepcjonistka nie wiedziała o tej kolejności. Kiedy palacze dzwonili, recepcjonistka dawała im do wyboru daty i godziny sesji i zapisywała ich na pierwszy, dogodny dla nich termin sesji grupowej. Nie było żadnych kryteriów wykluczających z udziału w próbie; wszystkich palaczy, którzy się zgłosili, przyjmowano jedynie na podstawie ich świadomej zgody. Podstawowym wskaźnikiem wyniku terapii było punktowe rozpowszechnienie palenia, potwierdzone przez odczyt zawartości tlenu węgla w oddechu. Statystyczna analiza mocy wykazała, że przebadanie próby 100 osób da 90% szans na wykrycie 10% różnicy między grupą kontrolną a leczoną.

131 osób przydzielono do programu TBP, a 129 do grupy kontrolnej. Zapisywano palaczy na sesje prowadzone w mieszanych grupach, 3 – 12 osobowych. Uczestnikom, którzy przyszli do kliniki, udzielano wyjaśnienia o badaniu skuteczności leczenia i dawano im do podpisu formularz świadomej zgody informujący, że oceniane są dwie interwencje i że przydzielono ich losowo do udziału jednej z nich. Nikt nie odmówił świadomej zgody.

Każda sesja trwała 60 minut. Prowadzono je interakcyjnie, zachęcając do pytań i komentarzy i namawiając palaczy, aby postępowali zgodnie z instrukcjami w rozdawanych im broszurach. Oba rodzaje interwencji przeprowadzano z podobnym nakładem energii i jednakowym zapalem. Starano się za wszelką cenę zmotywować palaczy do postępowania w sposób zalecany w rozdawanych im broszurach. Podczas tej sesji sprawdzano poziom tlenu węgla (CO) w oddechu za pomocą aparatu Bedfont Smokerlyzer. Proszono palaczy, żeby kontaktowali się telefonicznie z kliniką, gdyby mieli jakieś pytania czy problemy. Na zakończenie umawiano się na spotkanie za trzy miesiące, aby ocenić postępy uczestników programu.

Jeśli ktoś nie zgłosił się na spotkanie kontrolne, listownie lub telefonicznie dowiadywano się, czy obecnie pali. Z osobami, które ograniczyły lub rzuciły palenie umawiano się na spotkanie w celu skontrolowania poziomu CO w oddechu. Wszystkich uczestników pytano, czy stosowali zastępczą terapię nikotynową (ZTN) jako uzupełnienie terapii TBP lub interwencji kontrolnej. Stosowało ją 11 osób. Dziesięciu uczestników wypadło z programu przed spotkaniem kontrolnym po 3 miesiącach: jedna osoba zmarła, cztery się przeprowadziły, a z pięcioma nie można się było skontaktować ani telefonicznie, ani listownie.

## WYNIKI

Wskaźniki uczestnictwa w tym badaniu były niskie; mniej więcej jedna osoba na cztery, które zadzwoniły do kliniki, nie zapisywała się na sesję wstępną, a jedna na dwie, które się zapisały – nie przychodziła na sesję. Ponieważ palacze przechodzą przez kilka kolejnych etapów zmiany i są skłonni podejmować leczenie dopiero wówczas, kiedy są na etapie działania, wobec tego ta próba, tak samo jak wszystkie inne grupy palaczy w badaniach nad odzwyczajaniem się od palenia, jest reprezentatywna dla palaczy w fazie działania (10).

Rozkład wskaźników statusu społeczno-ekonomicznego (SES) w grupie uczestników programu QFL i w grupie kontrolnej był bardzo podobny (Tabela 2). Duży procent próby stanowili palacze o niższym poziomie dochodów, w tym pracownicy fizyczni (73/260=28%) oraz bezrobotni (37/260=14%). W grupie QFL było 45 mężczyzn i 86 kobiet, którzy przed rozpoczęciem terapii przeciętnie wypalali 24,5 (S.D.=6,18) papierosów dziennie. W grupie kontrolnej było 49 mężczyzn i 80 kobiet, którzy przed rozpoczęciem interwencji podali, że wypalają przeciętnie 25,5 (S.D.= 6,42) papierosa dziennie.

**TABELA 2**  
Status społeczno-ekonomiczny (SES) uczestników.

SES	Grupa QFL	Grupa kontrolna	Razem
I	0	0	0
II	20	23	43
IIIN	21	19	40
IIIM	14	14	28
IV	20	15	35
V	6	4	10
Bezrobotni	21	16	37
Emeryci	9	11	20
Studenci	10	7	17
Brak danych	13	17	30

Liczba uczestników, z którymi udało się nam skontaktować w badaniu katamnetycznym po 3 miesiącach, wynosiła 250. Kilku uczestników podało, że stosowali zastępczą terapię nikotynową (ZTN) jako uzupełnienie programu TBP (3) lub interwencji SSME (8). Ponieważ liczby te były za małe, aby przeprowadzić osobną analizę statystyczną dla osób stosujących ZTN, wyłączono je z dalszych analiz. Pozostałych 239 uczestników badania katamnetycznego podzielono ze względu na aktualne palenie papierosów na trzy kategorie: abstynencja (całkowite powstrzymanie się od palenia papierosów przez przynajmniej tydzień), ograniczenie palenia (liczba papierosów wypalanych przez co najmniej 4 tygodnie przynajmniej o 25% mniejsza niż przed terapią), lub bez zmian. W większości przypadków (77 na 78 czyli 98,7%)

**TABELA 3**  
Wskaźnik zawartości tlenku węgla (cząsteczki na milion) w oddechu uczestników programu deklarujących abstynencję, ograniczenie palenia, lub brak zmian.

Stan palacza deklarowany przez uczestników				
Poziom CO (cząsteczki na mln)	Abstynencja	Ograniczenie palenia	Bez zmian	Ogółem
<4	35	5	0	40
5-9	0	10	0	10
10+	1	5	22	28
Brak danych	11	9	11	31
Ogółem	47	29	33	109

podany przez uczestników obecny stan palenia był zgodny z odczytem zawartości tlenu węgla w ich oddechu (Tabela 3). Tylko jedna uczestniczka (z grupy QFL) podała, że zachowuje abstynencję, co okazało się niezgodne z odczytem poziomu CO w jej oddechu. Dane tej osoby wyłączono z analizy.

Obserwowane częstości abstynencji i ograniczenia palenia w obu grupach podano w Tabeli 4. Dwadzieścia siedem osób (22,0%; 95% poziom ufności p.u.: 15,0 – 30,3%) spośród 123 uczestników grupy QFL zachowywało abstynencję, w porównaniu z dziewięcioma (7,8%; 95% p.u.: 3,6 – 15,2%) spośród 116 uczestników grupy kontrolnej. Dalsze 32 osoby (26,0%; 95% p.u.: 18,5 – 34,7%) spośród uczestników grupy QFL podały, że ograniczyły palenie, w porównaniu z dwoma (1,7%; 95% p.u.: 0,2 – 6,1%) w grupie kontrolnej ( $\chi^2(2) = 45,321$ ;  $p < 0,0001$ ).

Dane te pokazują, że mniej więcej jedna osoba na dwie (59/123 czyli 48,0%; 95% p.u.: 38,9 – 57,2%) w grupie QFL zachowywała abstynencję lub istotnie ograniczyła palenie papierosów w trzy miesiące po interwencji, w porównaniu z mniej więcej jedną na dziesięć osób (11/116 czyli 9,5%; 95% p.u.: 4,8 – 16,3%) w grupie kontrolnej ( $\chi^2(1) = 42,77$ ;  $p < 0,0001$ ).

**TABELA 4**

**Liczba uczestników deklarujących abstynencję, ograniczenie palenia o co najmniej 25%,  
lub brak trzy miesiące zmian po interwencji.**

Stan palacza	3 miesiące	3 miesiące
	Grupa QFL	Grupa kontrolna
Abstynencja	27	9
Ograniczenie palenia	32	2
Bez zmian	64	105
Ogółem	123	116

Dane te analizowano, aby sprawdzić, czy wyniki terapii są związane ze statusem społeczno-ekonomicznym, którego wskaźnikiem był zawód. Do grupy o wysokim statusie społeczno-ekonomicznym (SES) zaliczono uczestników z kategorii SES I, II oraz IIIN, natomiast uczestników z kategorii IIIM, IV i V, a także bezrobotnych zaliczono do grupy o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Wskaźniki abstynencji i ograniczenia palenia w tych dwóch podgrupach analizowano dla każdego rodzaju interwencji, lecz nie uzyskano żadnych istotnych statystycznie różnic. Porównania między mężczyznami i kobietami również nie ujawniły żadnych istotnych różnic.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW I WNIOSKI

Wyniki tego randomizowanego, kontrolowanego badania wskazują, że TPB była bardzo skuteczna wśród palaczy o bardzo różnej pozycji społeczno-ekonomicznej. Ponadto skuteczność edukacji zdrowotnej prawdopodobnie wzrosła w naszych badaniach dzięki uzupełnieniu porad grupową sesją wstępną. Stead i Lancaster w syste-

matycznym przeglądzie grupowych programów odzwyczajania od palenia (obejmujących co najmniej dwa spotkania) stwierdzili, że wskaźniki zaprzestawania palenia wzrastają przy użyciu programów grupowych (12).

Wykazano, że TBP jest bardzo skuteczna w grupie, w której duży procent stanowiłi mało zarabiający dorośli. Jest to główna grupa, w której wskaźniki rozpowszechnienia palenia wzrosły, mimo licznych kampanii edukacji zdrowotnej oraz podwyżek cen papierosów (2, 5, 7). Palaczom trzeba czegoś więcej niż informacji, potrzebne są im umiejętności i techniki umożliwiające kontrolowanie procesów psychicznych, leżących u podstaw palenia. Badanie to sugeruje, że palacze pochodzący z najróżniejszych warstw społeczno-ekonomicznych są w stanie zapanować nad swoim nałogiem, kiedy udostępni się im odpowiednie metody.

Wskazane są dalsze badania, aby sprawdzić skuteczność QFL w połączeniu z darmową zastępczą terapią nikotynową. Richmond, Kehoe i De Almeida Neto (13) przeprowadzili badanie, w którym pacjenci ambulatoryjni przychodzili do szpitala na dwie godziny TBP przez 5 tygodni, przy czym stosowali albo ZTN, albo plastry placebo. Autorzy stwierdzili statystycznie istotną różnicę we wskaźnikach punktowego rozpowszechnienia abstynencji między tymi 2 grupami, przy czym po 12 miesiącach od zakończenia terapii abstynencję utrzymywało 28% grupy po TBP plus ZTN oraz 12% osób po TBP plus plastry placebo.

Pracowników podstawowej opieki zdrowotnej można z łatwością wyszkolić w stosowaniu technik TBP. Ten artykuł wskazuje, że skuteczne byłoby wprowadzenie lokalnych kursów odzwyczajania od palenia przez pracowników służby zdrowia, na których szkolono by palaczy w zakresie technik radzenia sobie z uzależnieniem psychicznym od nikotyny. Stwierdzono, że poradnictwo w postaci broszury SSME (Jak ułatwić zaprzestanie palenia) jest mało skuteczne. Terapia psychologiczna w postaci TBP mogłaby mieć istotny korzystny wpływ na obecne rozpowszechnienie palenia.

## STRESZCZENIE

Ogólne wskaźniki palenia papierosów w Europie Zachodniej spadły w ciągu ostatnich kilkadziesiąt lat. Jednak w przypadku dorosłych o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym wskaźniki te jednak niewiele się zmieniły (1). W tym artykule porównano skuteczność porad dotyczących odzwyczajania się od palenia zamieszczonych w broszurze z zakresu promocji zdrowia, ze skutecznością terapii psychologicznej dla palaczy zamieszkałych w biednej dzielnicy Londynu. W randomizowanej, kontrolowanej próbie i badaniu katamnesticznym po 12 miesiącach uczestniczyło 260 palaczy, którzy zgłosili się sami lub zostali skierowani przez lekarzy pierwszego kontaktu. Uczestników losowo przydzielano albo do udziału w jednej sesji terapii poznawczo-behawioralnej (Quit For Life Programme, QFL – Rzuć Palenie na Zawsze), albo też do grupy, która otrzymywała broszurę (Stopping Smoking Made Easier, SSME – Co Pomaga Przestać Palić), opracowaną przez Wydział Oświaty Zdrowotnej, zawierającą porady, jak odzwyczaić się od palenia. Po 3 miesiącach 27 osób spośród 123 (22%) uczest-



ników terapii nie paliło, a 32 (26%) ograniczyły palenie papierosów o 25% w porównaniu z poziomem sprzed terapii. Dziewięć (7,8%) spośród 116 osób z grupy kontrolnej nie paliło, a dwie (1,7%) ograniczyły palenie.

## PIŚMIENNICTWO

1. DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. & Gilbertini, M. *Self-efficacy and the stages of self-change of smoking*. Cognitive Therapy and Research 1985; 9, 1.81-200.
2. Doll, R., Peto, R., Wheatley, K. et al. *Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors*. BMJ 1994; 309, 901-910.
3. Health Education Authority. *Stopping smoking made easier*. Health Education Authority, London, 1992.
4. Law, M. & Tang, J.L. *An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking*. Archives of Internal Medicine 1995; 155, 1933-941.
5. Marks, D.F. *Addiction, smoking and health: developing policy-based interventions*. Psychology, Health and Medicine 1998; 3, 97-111.
6. Marks, D.F. *The QLIIT FOR LIFE Programme: An easier way to stop smoking and not start again*. Leicester: British Psychological Society, 1993.
7. Marsh, A. & McKay, S. *Poor smokers*. London: Policy Studies Institute, 1994.
8. Poswillo, D. *Report of the scientific committee on tobacco and health*, London: The Stationery Office, 1998.
9. Richmond, R.L., Kehoe, L. & De Almeida Neto, A.C. *Effectiveness of a 24-hour transdermal nicotine patch in conjunction with a cognitive behavioural programme: one year outcome*. Addiction 1997; 92, 27-31.13.
10. *Smoking Kills*. A White Paper on Tobacco. 1998.
11. Statistical Bulletin. *Statistics on smoking-England, 19976 to 1996*. Department of Health 1998.
12. US Department of Health & Human Services. *Clinical practice guidelines 18: Smoking cessation*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1996. (Agency for health care policy and research; publication no 96-0692).