

Eliza Goszczyńska

WYZWANIA STOJĄCE PRZED ORGANIZATORAMI DZIAŁAŃ ANTYTYTONIOWYCH ADRESOWANYCH DO KOBIEC W POLSCE

CHALLENGES FOR SMOKING CESSATION INTERVENTIONS TARGETED AT WOMEN IN POLAND

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland
Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy / National Centre for Workplace Health Promotion

STRESZCZENIE

W artykule podjęto temat palenia tytoniu przez kobiety. Na podstawie przeglądu wyników badań, zrealizowanych na dużych, reprezentatywnych próbach Polaków, dotyczących rozpowszechnienia tego zachowania antyzdrowotnego i jego międzypłciowych porównaniach wskazano grupy Polek, do których szczególnie powinny być adresowane działania antytytoniowe. Ponadto scharakteryzowano czynniki sprzyjające podejmowaniu i kontynuacji palenia przez dorosłe kobiety oraz specyfiki tego zachowania u tych planujących macierzyństwo i już spodziewających się dziecka. Informacje oparto na wynikach części badań tych zjawisk dostępnych w literaturze. Na tej podstawie na zakończenie zebrano wskazówki dla organizacji w naszym kraju interwencji antytytoniowych adresowanych do kobiet. Med. Pr. 2012;63(4):471–482

Słowa kluczowe: zdrowie kobiet, interwencje antytytoniowe, promocja zdrowia w miejscu pracy

ABSTRACT

The paper addresses the problem of smoking among women. Based on the literature review of research conducted on large representative samples of Poles to define the range of this unhealthy behavior and its gender differences, the groups of Polish women who should especially become the target of smoking cessation interventions were identified. Furthermore, an attempt was made to characterize factors contributing to the initiation and continuation of tobacco smoking among adult women and the specificity of this unhealthy habit among those planning a pregnancy and expecting mothers. This information was based on the outcomes reported in the available literature on this issue. Finally, the guidelines for organizing smoking cessation interventions targeted at women in Poland are provided. Med Pr 2012;63(4):471–482

Key words: women's health, smoking cessation interventions, workplace health promotion

Adres autorki: Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy,
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: promocja@imp.lodz.pl
Nadesłano: 29 lutego 2012, zatwierdzono: 15 czerwca 2012

WSTĘP

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) uważa palenie tytoniu za najważniejszy pojedynczy i jednocześnie poddający się modyfikacji czynnik ryzyka dla zdrowia ludzi (1). Zachowanie antyzdrowotne przynosi straty z punktu widzenia nie tylko zdrowia publicznego, ale także ekonomicznego, m.in. dla państwa, zakładów pracy czy samych palaczy i ich rodzin (2,3). Z tego wynika potrzeba rozwiązywania tego problemu w społeczeństwie, a szczególnie – ze względu na skalę palenia tytoniu – wśród osób w wieku produkcyjnym, do których działania antytytoniowe mogą być adresowane zarówno poprzez interwencje populacyjne, jak i siedliskowe (tj. realizowane przez zakłady pracy) (4).

Jednym z narzędzi polityki zdrowia publicznego w Polsce, które mają służyć organizacji przedsięwzięć prozdrowotnych w sferze pracy adresowanych do osób pracujących są zapisy Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (5) (SMP). Wskazują one bowiem tę służbę jako właściwą do inicjowania i realizowania promocji zdrowia, która wynika z oceny zdrowia pracujących oraz inicjowania działań pracodawców i udzielania im pomocy we wdrażaniu programów tego typu. Tymczasem, jak pokazują badania Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi (KCPZwMP), choć jednym z najpowszechniej podejmowanych przez lekarzy i pielęgniarki SMP problemów zdrowotnych w ich kontaktach z podopiecznymi jest palenie tyto-

niu, to interwencje prozdrowotne profesjonalistów tej służby najczęściej polegają na edukacji zdrowotnej pracowników. Znacznie rzadziej podejmują się oni organizacji kompleksowych programów zmiany zachowań zdrowotnych (6,7). Z tego wynika potrzeba doskonalenia kompetencji SMP we wdrażaniu całościowych interwencji, które mają na celu wspieranie pracowników w ograniczaniu palenia tytoniu lub rezygnacji z niego.

Jednocześnie cykliczne badania KCPZwMP realizowane na reprezentatywnych próbach przedsiębiorstw w Polsce pokazują, że stosunkowo rzadko są w nich wdrażane działania prozdrowotne służące ograniczeniu konsumpcji tytoniu i jej następstw w porównaniu z innymi ponadobligatoryjnymi interwencjami na rzecz zdrowia pracowników (8). Wśród tych, które są realizowane, częstsze są różnego rodzaju działania kontrolne czy restrykcyjne niż działania wspierające pracowników w procesie ograniczania czy rzucania palenia papierosów (9).

Problem w realizacji skutecznych interwencji antytytoniowych, nie tylko w sferze pracy, polega również na tym, że tradycyjnie albo są one skoncentrowane głównie na mężczyznach, albo identyczne pod względem treści i metod działania prozdrowotne w tym zakresie adresowane są jednocześnie do kobiet i mężczyzn, bez uwzględniania specyfiki płci (wyjątkiem w tym zakresie są działania antytytoniowe służące zdrowiu prokreacyjnemu). Wynika to m.in. z tego, że to mężczyźni częściej palą tytoń i tym samym częściej ponoszą tego konsekwencję. Ponadto zdaniem WHO (10) do takiego podejścia w interwencjach antytytoniowych przyczyniło się skupianie uwagi właśnie na mężczyznach w wielu badaniach nad biologicznymi i psychospołecznymi uwarunkowaniami palenia tytoniu. Powodem było to, że epidemia nikotynizmu i jego następstw obserwowana była początkowo niemal wyłącznie w ich populacji.

Tymczasem istnieje co najmniej kilka argumentów za potrzebą organizowania interwencji służących ograniczeniu palenia adresowanych również do kobiet i uwzględniających ich specyfikę. Po pierwsze, jedną z istotnych przesłanek są konsekwencje palenia papierosów dla reprodukcji. Wprawdzie może ono negatywnie wpływać na ten obszar życia obu płci (np. obniżenie płodności), jednak szczególnie palenie przez kobietę w czasie ciąży może wiązać się z licznymi konsekwencjami, które dotyczą nie tylko jej zdrowia, ale także płodu, a następnie dziecka narodzonego (np. 11,12).

Po drugie, kobiety żyjące w otoczeniu mężczyzn, którzy częściej podejmują omawiane zachowanie antyzdrowotne, powszechnie narażone są na boczny strumień dymu tytoniowego w domu (dotyczy to

aż 84,2% obecnie palących tytoń i 30,4% niepalących kobiet w Polsce w wieku 15 lat i starszych) (13), co nie pozostaje bez wpływu na ich zdrowie.

Po trzecie, kobiety mogą być zaangażowane w programach promocji zdrowia do prozdrowotnego oddziaływania na mężczyzn, wspierania ich w procesie ograniczenia lub rezygnacji z palenia tytoniu.

Po czwarte, badania (szczegółowo omówione w dalszej części artykułu) pokazują, że są pewne grupy Polek w wieku produkcyjnym, wśród których skala palenia tytoniu jest niepokojąco duża (w niektórych nawet podobna do obserwowanej wśród mężczyzn).

Po piąte, kobiety zasługują na uwagę ze względu na zjawisko nazwane przez autorów „Diagnozy społecznej” (14) „żeńskim tsunami”. Polega ono na zmniejszeniu się w młodych pokoleniach (tj. 16–18-latków) międzypłciowego dystansu w zachowaniach antyzdrowotnych (w tym paleniu papierosów) w związku z coraz powszechniejszymi w kolejnych edycjach badania (tj. w latach 2003–2007) zachowaniami autodestrukcyjnymi dziewcząt. O podobnych wzorach zachowań antyzdrowotnych u nastolatków różnej płci świadczą także inne badania przeprowadzone w naszym kraju, np. „Global Youth Tobacco Survey” (GYTS – globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez młodzież) (15) czy „Health Behaviour in School-aged Children” (HBSC – badanie ankietowe nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej) (16). Jeśli ten trend będzie się utrzymywał, to w najbliższych latach skala palenia tytoniu i jego konsekwencji wśród kobiet wkraczających na rynek pracy może być bardzo odczuwalna (także dla funkcjonowania firm).

Po szóste, badania (również przywołane poniżej) coraz częściej sugerują, że u kobiet inicjacja, realizacja czy proces rezygnacji z palenia mogą mieć swoją specyfikę (tj. być odmienne od obserwowanych u mężczyzn), co wskazuje na potrzebę uwzględniania jej w działaniach antytytoniowych.

Duży rozmiar zjawiska, jakim jest palenie, i jego konsekwencje przemawiają za koniecznością podjęcia tematu realizowania go przez kobiety. W niniejszym artykule dokonano międzypłciowych porównań jego skali. Pozwoliło to na wskazanie grup kobiet, które szczególnie powinny być adresatkami takich przedsięwzięć prozdrowotnych. Prezentowane statystyki oparto na przeprowadzonych na dużych próbach Polaków badaniach reprezentatywnych, najświeższych i dających możliwość obserwowania zmian w czasie. W tym miejscu należy zaznaczyć, że ich wyniki rzadko publikowane są w taki sposób, żeby przedstawić problem palenia

tytoniu w różnych grupach społeczno-demograficznych kobiet i mężczyzn (tj. wyróżnionych np. ze względu na wiek, wykształcenie, status zawodowy, ekonomiczny, miejsce zamieszkania). Tym samym nie zawsze dają one pełny obraz Polek, które szczególnie powinny być adresatkami omawianych interwencji prozdrowotnych.

Ponadto w artykule podjęto próbę scharakteryzowania specyfiki palenia tytoniu przez kobiety. Najpierw omówiono czynniki sprzyjające sięganiu przez nie po papierosy i kontynuowaniu przez nie palenia. W następnej części przybliżono to zachowanie antyzdrowotne w odniesieniu do kobiet planujących macierzyństwo lub będących w ciąży (m.in. czynniki sukcesu i porażki podjętej w tym okresie próby wyjścia z nałogu). Dane te oparto na części wyników badań z tego zakresu dostępnych w literaturze.

Artykuł podsumowano wnioskami, które mogą być wykorzystane w realizacji przedsięwzięć antytytoniowych. Mogą być one przydatne dla organizatorów interwencji prozdrowotnych adresowanych do osób w wieku produkcyjnym, zarówno o charakterze populacyjnym, jak i siedliskowym (realizowanych w zakładach pracy). W tym miejscu należy podkreślić, że wytyczne te oparto na badaniach nad zachowaniami zdrowotnymi, pomijając niezwiązane z takimi zachowaniami ustalenia dotyczące technik wywierania wpływu na osoby różnej płci.

Ponadto ważne jest, że dużą część rekomendacji oparto na wynikach badań przeprowadzonych za granicą, ponieważ w Polsce analizy dotyczące specyficznych dla kobiet czynników sprzyjających rozpoczęciu i kontynuowaniu palenia nie są jeszcze popularne. Powoduje to trudności w formułowaniu jednoznacznych wytycznych do realizowania w naszym kraju interwencji antytytoniowych, w których uwzględniona byłaby specyfika kobiet.

SKALA PALENIA TYTONIU

Dane dotyczące rozpowszechnienia palenia tytoniu przez osoby dorosłe w Polsce prezentuje tabela 1. Jak widać, obecnie dotyczy to co około 4–5. kobiety i co najmniej co 3. mężczyzny. Kobiety nie tylko rzadziej realizują omawiane zachowanie antyzdrowotne, ale także wypalają mniejszą liczbę papierosów – ok. 3–4 sztuk na dobę mniej (13,17). Ponadto rzadziej są one mocno uzależnione od nikotyny – co najmniej 20 papierosów dziennie pali 37% ogółu palących 15-letnich i starszych kobiet w badaniu Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) „Stan zdrowia mieszkańców Polski w 2009 r.” oraz 45% palących 25-letnich i starszych kobiet według GATS. W przypadku mężczyzn zarówno w jednym, jak i drugim badaniu dotyczy to 63% przedstawicieli tej płci (20,22).

Tabela 1. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród dorosłych Polaków – podział ze względu na płeć
Table 1. Prevalence of tobacco smoking among adult population in Poland by gender

Badanie Study	Wiek badanych [w latach] Respondents' age [years]	Palenie Smoking		
		częstotliwość frequency	kobiety women [%]	mężczyźni men [%]
„Diagnoza społeczna 2011 r.” / „Social diagnosis 2011” (17)	≥ 18	obecnie / current smokers	20,5	33,6
Badanie CBOS „Postawy wobec palenia papierosów”, 2011 r. / Public Opinion Research Centre study “Attitudes towards tobacco smoking”, 2011 (18)	≥ 18	obecnie / current smokers	25,0	35,0
Badanie Głównego Inspektoratu Sanitarnego i Stowarzyszenia Manko, 2011 r. / Chief Sanitary Inspectorate and Manko Association study, 2011 (19)	≥ 15	codziennie / daily	23,0	39,0
„Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS)”, Polska 2009–2010 r. / „Global Adult Tobacco Survey (GATS)”, Poland 2009–2010 (13)	≥ 15	obecnie / current smokers	24,4	36,9
		codziennie / daily	21,0	33,5
		okazjonalnie / occasional smokers	3,4	3,3
Badanie GUS „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.” / Study of the Central Statistical Office, Poland “Health status of Polish people in 2009” (20)	≥ 15	obecnie / current smokers	22,8	36,8
		codziennie / daily smokers	17,9	30,9
		okazjonalnie / occasional smokers	4,9	5,9
Badanie Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, 2007 r. / Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Centre and Institute of Oncology study, 2007 (21)	≥ 15	obecnie / current smokers	26,0	36,0
		codziennie / daily smokers	23,0	34,0
		okazjonalnie / occasional smokers	3,0	2,0

Obecnie palący to osoby palące tytoń codziennie i okazjonalnie (tj. rzadziej niż każdego dnia).

Wśród osób w wieku produkcyjnym palenie tytoniu jest znacznie bardziej rozpowszechnione niż w całej populacji dorosłych mieszkańców Polski. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn (tab. 2). Kolejnym zjawiskiem wartym odnotowania wśród osób w wieku produkcyjnym – szczególnie 40- i 50-letnich – jest to, że dysproporcje między odsetkiem palących męż-

czyzn i kobiet są tu mniejsze niż w najmłodszych i najstarszych grupach wiekowych (tab. 2). Ponadto wśród codziennie palących 40-, 50- i 60-letnich Polaków międzypłciowe różnice w liczbie papierosów palonych na dobę są mniejsze niż w pozostałych grupach wiekowych. Wynika to z tego, że kobiety w tym wieku wypalają znamienne większą liczbę papierosów niż panie z młodszych czy starszych grup wiekowych (tab. 3).

Tabela 2. Odsetek obecnie palących kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych
Table 2. Percentage of current smokers among women and men by age groups

Palący wg CBOS Smokers according to CBOS 2008 (23)			Palący wg GUS Smokers according to GUS 2009 (20)			Palący wg GATS Smokers according to GATS 2009–2010 (13)			Palący wg CBOS Smokers according to CBOS 2011 (18)		
wiek [w latach] age [years]	kobiety women [%]	mężczyźni men [%]	wiek [w latach] age [years]	kobiety women [%]	mężczyźni men [%]	wiek [w latach] age [years]	kobiety women [%]	mężczyźni men [%]	wiek [w latach] age [years]	kobiety women [%]	mężczyźni men [%]
18–24	13	38	15–19	7,8	15,7	15–19	12,1	23,4	18–24	19	30
25–34	27	47	20–29	22,2	40,2	20–29	27,2	36,0	25–34	23	36
35–44	39	40	30–39	28,0	40,2	30–39	25,6	42,9	35–44	34	32
45–54	44	43	40–49	32,5	47,8	40–49	34,7	45,3	45–54	40	46
55–64	19	46	50–59	32,8	43,1	50–59	37,4	43,8	55–64	29	38
≥ 65	6	23	60–69	19,4	32,2	≥ 60	10,0	23,4	≥ 65	9	27
			70–79	5,4	16,4						
			≥ 80	2,0	10,3						

GUS – Główny Urząd Statystyczny / Central Statistical Office.

GATS – „Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe” / “Global Adult Tobacco Survey”.

CBOS – Centrum Badania Opinii Publicznej / Public Opinion Research Centre.

Tabela 3. Odsetek palących określoną liczbę papierosów na dobę
Table 3. The percentage of smokers smoking a certain number of cigarettes per day

Wiek badanych [w latach] Age [years]	Papierosy wypalane na dobę Cigarettes smoked per day [n]													
	< 5		5–9		10–14		15–19		20–29		30–39		≥ 40	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
15–19	21,9	7,2	23,7	31,4	41,3	32,5	5,6	10,0	7,4	17,9	–	–	–	1,1
20–29	7,0	3,4	20,9	6,5	31,8	26,6	16,0	14,2	21,9	44,4	1,6	3,9	0,8	1,1
30–39	1,9	2,8	14,2	3,3	34,1	17,7	13,8	8,8	32,5	57,8	2,7	6,1	0,9	3,5
40–49	4,4	0,2	8,7	4,0	28,9	13,7	13,5	10,8	40,2	57,4	3,3	7,8	1,0	6,0
50–59	1,9	0,5	12,6	4,5	31,2	11,5	16,2	13,8	34,2	56,6	2,3	9,1	1,6	3,9
60–69	3,4	3,2	9,6	4,8	26,7	19,0	18,6	13,3	35,3	49,8	3,7	7,2	2,6	2,7
70–79	0,6	5,5	18,9	11,5	40,6	23,2	15,9	12,7	23,1	42,1	0,9	4,3	–	0,6
≥ 80	33,9	3,0	17,0	28,3	21,2	23,2	13,9	11,8	13,9	33,8	–	–	–	–

GUS – Główny Urząd Statystyczny / Central Statistical Office.

K – kobiety / women, M – mężczyźni / men.

Źródło: Główny Urząd Statystyczny „Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r.”; GUS, Warszawa 2011 / Study of the Central Statistical Office, „Health Status of Polish People in 2009”. GUS, Warszawa 2011 (20).

To silne uzależnienie od nikotyny wśród 40- i 50-letnich kobiet potwierdzają także analizy danych pochodzących z GATS dotyczące populacji osób 25-letnich i starszych. Ryzyko palenia co najmniej 20 papierosów na dobę wśród codziennie palących respondentek w wieku 40–49 lat oraz 50–59 lat w porównaniu z kobietami 25–29-letnimi jest ok. 2 razy większe (22).

Pozytywnym zjawiskiem obserwowanym w Polsce po 1982 r. – kiedy odsetek palących był najwyższy w historii naszego kraju i jeden z najwyższych w Europie (wśród młodych kobiet i tych w średnim wieku osiągnął 50%, a wśród mężczyzn z tych samych grup wiekowych – nawet 70%) – jest redukcja rozpowszechnienia palenia tytoniu wśród osób dorosłych. Przy czym, o ile w pierwszym okresie (tj. w 2. połowie lat 80. i w latach 90. XX w.) spadek ten był intensywny, o tyle w ostatnim czasie obserwuje się jego wyhamowanie (21). Dane dotyczące ostatnich kilkunastu lat są podane w tabeli 4. Okazuje się, że za tę redukcję rozpowszechnienia palenia tytoniu wśród dorosłych Polaków odpowiedzialni są w ciągu 30 lat głównie mężczyźni, a za bardzo spowolniony spadek obserwowany w ostatnich kilkunastu latach – praktycznie wyłącznie mężczyźni. O ile bowiem w 1982 r. odsetek codziennie palących w Polsce kobiet wynosił 32%, to w latach 1985–1988 nastąpiła jego redukcja do 26% i od tamtej pory zmienia się on w bardzo niewielkim stopniu (24, za: 13). Ponadto o ile od pierwszej połowy lat 80. XX w. wśród mężczyzn tendencje spadkowe obserwuje się w zasadzie w każdej grupie wiekowej, o tyle wśród kobiet maleje odsetek palaczek młodych, tj. 20-letnich (choć i w tej grupie ten trend zo-

stał w ostatnich latach zahamowany) i 30-letnich, a rośnie odsetek palących w wieku średnim (tj. 40- i 50-letnich) i w zasadzie nie zmienia się w populacji kobiet najstarszych (24, za: 21).

Warto przy tym dodać, że opisywane tendencje wzrostowe dotyczące Polek w średnim wieku nie wynikają z rozpoczęcia przez nie palenia po 40. czy 50. roku życia, ale z tego, że są to te grupy kobiet, które w latach 70. i 80. XX w. najpowszechniej w Polsce realizowały to zachowanie antyzdrowotne.

Powyższe dane wskazują na potrzebę adresowania działań antytytoniowych szczególnie do pań:

- w średnim wieku, tj. 40- i 50-letnich – ze względu na rosnący i najwyższy odsetek palących w tych grupach wiekowych (według niektórych badań niemal taki sam jak w populacji mężczyzn w tym wieku) oraz problem silnego uzależnienia od nikotyny w tej grupie palących;
- młodych, tj. 20-letnich – ze względu na zahamowanie wśród nich w ostatnich latach trendu spadkowego w paleniu, które z czasem może być potęgowane przez zjawisko zrównywania się wzorów realizowania tego zachowania przez nastoletnie dziewczęta z wzorami obserwowanymi u nastoletnich chłopców.

Kolejne dane na temat tego, które grupy kobiet w sferze pracy ze względu na dużą skalę palenia papierosów szczególnie wymagają działań antytytoniowych, pochodzą z „Diagnozy społecznej” z 2011 r. (17). Zweryfikowano w niej razem odsetek palących kobiet i mężczyzn w 39 grupach zawodowych zgodnych z International Standard Classification of Occupations

Tabela 4. Odsetek osób palących w Polsce w poszczególnych latach
Table 4. Percentage of smokers in Poland in particular years

Badanie Study	Częstotliwość palenia i wiek palących Frequency of smoking and age of smokers	Palący w poszczególnych latach Smokers in different years [%]							
		1996	2000	2003	2004	2005	2007	2009	2011
„Diagnoza społeczna” w latach 2000–2011 / „Social diagnosis”, 2000–2011 (17)	obecnie palący w wieku ≥ 18 lat / / current smokers among people aged ≥ 18 years	–	32,3	30,7	–	29,3	29,6	27,8	27,2
Badanie GUS: „Stan zdrowia ludności Polski” w latach 1996, 2004 i 2009 / / Studies of the Central Statistical Office, Poland: “Health status of Polish people” in the years 1996, 2004, 2009 (20,25)	obecnie palący w wieku ≥ 15 lat / / current smokers among people aged ≥ 15 years	35,3	–	–	30,3	–	–	29,1	–
	codziennie palący w wieku ≥ 15 lat / / daily smokers among people aged ≥ 15 years	29,6	–	–	26,3	–	–	23,8	–

(ISCO – Międzynarodowy Standard Klasyfikacji Zawodów). Do tabeli 5. wybrano tylko dane dotyczące zawodów sfeminizowanych. Okazuje się, że większe niż przeciętne dla wszystkich 39 grup analizowanych w „Diagnozie społecznej” (17) rozpowszechnienie palenia (tj. 31,2%) dotyczy takich zdominowanych przez kobiety zawodów, jak pomoc domowa, sprzątaczką, praczka i szwaczka. Z kolei odsetek realizujących to zachowanie antyzdrowotne jest wyższy niż średnia dla wszystkich kobiet 18-letnich i starszych uwzględnionych w badaniu niezależnie od statusu zawodowego (tj. 20,5%, por. tab. 1) – dodatkowo u pielęgniarek oraz średniego personelu w ochronie zdrowia i biurowego.

Poza wiekiem i wykonywanym zawodem kolejnymi cechami społeczno-demograficznymi, które mają znaczenie i pozwalają na wskazanie kobiet szczegól-

nie wymagających działań antytytoniowych, są miejsce zamieszkania i poziom wykształcenia. Największy problem z paleniem mają respondentki zamieszkujące największe miasta oraz po zasadniczej szkole zawodowej (13,19) – dotyczące tego dane według GATS prezentują tabele 6. i 7. Warto nadmienić, że obszar zamieszkania (miejski, wiejski) bardziej różnicuje odsetek palących wśród kobiet niż mężczyzn (13,19). Ponadto podkreślenia wymaga to, że mniejszy odsetek palących wśród respondentów z wykształceniem podstawowym i niższym w porównaniu z osobami po zasadniczej szkole zawodowej to prawdopodobnie pochodna wieku. Znaczną bowiem część dorosłych z wykształceniem podstawowym i niższym w Polsce stanowią osoby w podeszłym wieku, wśród których odsetek palących w porównaniu z osobami młodszymi jest niski (tab. 2).

Tabela 5. Odsetek palaczy (kobiet i mężczyzn) w zawodach sfeminizowanych
Table 5. Percentage of smokers (women and men) in female occupations

Zawód wykonywany Current occupation	Obecnie palący Current smokers [%]
Pomoce domowe, sprzątaczką, praczki / Domestic help, charwomen, washerwomen	35,24
Robotnicy produkcji odzieży / Seamstress	32,51
Pielęgniarki / Nurses	25,01
Średni personel biurowy / Middle office staff	21,68
Średni personel w ochronie zdrowia / Middle health service staff	21,32
Nauczyciele szkół ponadpodstawowych (nie wyższych) / Teachers providing secondary education (not tertiary education)	16,38
Nauczyciele szkół podstawowych / Teachers of primary schools	11,86
Ogółem (dla wszystkich 39 grup zawodów uwzględnionych w badaniu) / Total (for all 39 occupations analyzed in the study)	31,22

Źródło: „Diagnoza społeczna 2011 r.” / Source: „Social diagnosis, 2011” (17).

Tabela 6. Odsetek osób w wieku ≥ 15 lat obecnie palących papierosy oraz średnia liczba papierosów na dobę wypalana przez codziennych palaczy – podział ze względu na płeć i miejsce zamieszkania
Table 6. Current smokers aged ≥ 15 years and the average amount of cigarettes smoked per day by daily smokers – by gender and place of residence

Miejsce zamieszkania Place of residence	Obecnie palący Current smokers [%]		Papierosy wypalane na dobę przez codziennych palaczy (średnia) Cigarettes smoked per day by daily smokers (mean) [n]	
	K	M	K	M
Wieś / Countryside	20,2	35,7	15,88	18,23
Miasto / City	26,8	37,7	15,36	18,35
< 50 000 mieszkańców / citizens	22,2	35,2	14,88	18,16
50 000–200 000 mieszkańców / citizens	27,9	42,4	14,63	20,45
> 200 000 mieszkańców / citizens	31,4	37,3	16,32	16,91

Źródło: „Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS)”, Polska 2009–2010 r. / Source: “Global Adult Tobacco Survey (GATS)”, Poland, 2009–2010 (13).
Objaśnienia jak w tabeli 2 / Abbreviations as in Table 2.

Tabela 7. Odsetek osób w wieku ≥ 15 lat obecnie palących tytoń oraz średnia liczba papierosów na dobę wypalanych przez codziennych palaczy – podział ze względu na płeć i poziom wykształcenia
Table 7. Current smokers aged ≥ 15 years and the average amount of cigarettes smoked per day by daily smokers by gender and level of education

Poziom wykształcenia Level of education	Obecnie palący tytoń Current smokers [%]		Papierosy wypalane na dobę przez codziennych palaczy (średnia) Cigarettes smoked per day by daily smokers (mean) [n]	
	K	M	K	M
Brak wykształcenia, niepełne podstawowe, podstawowe, gimnazjalne / Lack of education, incomplete primary, primary and lower secondary education	13,9	32,2	15,83	18,36
Zasadnicze zawodowe / Basic vocational	33,5	47,4	16,18	19,20
Średnie / Secondary	26,6	34,1	15,34	17,56
Wyższe / Tertiary	22,3	27,7	14,33	16,76

Źródło: „Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS)”, Polska 2009–2010 r. / Source: “Global Adult Tobacco Survey (GATS)”, Poland, 2009–2010 (13).
 Objaśnienia jak w tabeli 2 / Abbreviations as in Table 2.

CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE INICJACJI I KONTYNUACJI PALENIA TYTONIU PRZEZ KOBIETY

Różnice międzypłciowe dotyczą nie tylko rozpowszechnienia zjawiska nikotynizmu (i co za tym idzie skali i rodzaju jego konsekwencji zdrowotnych), ale także czynników sprzyjających rozpoczęciu i kontynuowaniu tego zachowania antyzdrowotnego, mechanizmów uzależniania się i wychodzenia z nałogu. Część z tych różnic ma podłoże biologiczne (genetyczne), a inne uwarunkowane są czynnikami psychospołecznymi. Niestety (jak wspomniano) kwestie te nie są jeszcze szczegółowo rozpoznane, co wynika z wieloletniego koncentrowania się w badaniach dotyczących palenia tytoniu na mężczyznach lub nieuwzględniania w nich specyfiki płci (10). Niemniej jednak przegląd kilkuset publikacji o tej tematyce dokonany przez WHO (10,26,27) daje pewien obraz omawianego zróżnicowania. Poniżej przedstawiono wynikające z niego główne konkluzje.

Według danych GATS (13) częściej niż co ok. druga 15-letnia i starsza osoba w Polsce, która kiedykolwiek codziennie paliła, zaczęła realizować to zachowanie antyzdrowotne w dorosłym życiu. Przy tym częściej dotyczy to kobiet niż mężczyzn (odsetek kiedykolwiek codziennie palących, którzy rozpoczęli codzienną konsumpcję tytoniu w wieku 18 lat i starszym wynosi odpowiednio 71,4% i 58,9%). W związku z tym organizatorzy działań prozdrowotnych w pracy czy adresowanych do osób w wieku produkcyjnym powinni

mieć świadomość, że czynniki sprzyjające rozpoczęciu i kontynuowaniu palenia mogą być różne w zależności od płci, a szczególnie, na czym polega ich specyfika u dorosłych kobiet.

Badania podsumowane przez WHO (26) sugerują, że jedną z grup czynników, które mogą zwiększać u pań tendencję do sięgania po papierosy i kontynuowania palenia, jest odpowiedź na negatywne emocje (m.in. złość, gniew, frustrację, niepokój), stres czy depresję. W przypadku stresu warto podkreślić, że istnieją doniesienia naukowe, według których kobiety częściej niż mężczyźni wskazują go jako przyczynę nieudanej próby zerwania z nałogiem nikotynowym i powrotu do palenia. Różne badania dowodzą, że rozpowszechnienie tego zachowania antyzdrowotnego jest wyższe niż przeciętne wśród osób z takimi zaburzeniami psychicznymi, jak schizofrenia, mania, zaburzenia osobowości czy wspomniana depresja. Osoby cierpiące na depresję mają większą tendencję do silnego uzależniania się od nikotyny i mniejszą szansę na wyjście z tego nałogu. Ponadto u palaczy tytoniu z depresją w wywiadzie (nawet wyleczoną) istnieje większe ryzyko powrotu do nałogu po podjętej próbie niepalenia. Skoro zaburzenia depresyjne częściej obserwowane są u kobiet, które jak wspomniano mają większą tendencję do sięgania po papierosy w odpowiedzi na negatywne emocje, to autorzy monografii WHO (26) uważają, że relacje między paleniem a depresją mogą być szczególnie silne właśnie w ich populacji. Warto przy tym zwrócić uwagę, że jak wynika z analiz

„Diagnozy społecznej” (17) przeprowadzonych na próbie panelowej, skłonność do depresji w Polsce rośnie wraz z wiekiem. Jest to niewątpliwie kolejny argument przemawiający za zwróceniem szczególnej uwagi na kobiety w średnim wieku w interwencjach antytytoniowych organizowanych w naszym kraju.

Następnym istotnym czynnikiem palenia przez kobiety według badań, na które powołuje się WHO (10,26), może być również potrzeba kontrolowania w ten sposób masy ciała. Obawa przed przybraniem na wadze może motywować do takiego zachowania, zniechęcać do podjęcia próby niepalenia oraz być czynnikiem niepowodzenia przy próbie rezygnacji z nałogu. Badania sugerują bowiem, że u kobiet, które ją podjęły, może istnieć większe ryzyko wznowienia tego zachowania antyzdrowotnego w celu uniknięcia przytycia. Nikotyna bowiem może osłabiać łaknienie i przyspieszać metabolizm (czyli sprzyjać kontroli masy ciała), a ponadto kobiety mają większą tendencję do przybierania na wadze w procesie rozstawania się z nałogiem nikotynowym niż mężczyźni. Warto dodać, że te panie, które palą tytoń w celu kontroli masy ciała, mogą częściej przyznawać się do nakładania sobie większych ograniczeń żywieniowych oraz częstszego doświadczania objawów zaburzeń żywieniowych. Ponadto badania sugerują, że osoby narzucające sobie restrykcje żywieniowe częściej popierają i aprobują palenie tytoniu w celu kontroli masy ciała.

Zdaniem WHO (26,27) kolejnym czynnikiem stonkowo dużego i rosnącego w wielu regionach świata odsetka palących kobiet jest marketing przemysłu tytoniowego adresowany właśnie do nich. Jego początki sięgają lat 20. XX w. w USA, skąd rozpowszechnił się na cały świat. Przykładami typowo „kobięcych” rozwiązań w tym zakresie jest chociażby wypuszczanie na rynek papierosów typu „slim” czy „ultra slim”. Ze względu na swój wygląd sugerują zdrowszą alternatywę dla tradycyjnych papierosów, a ze względu na projekt samego opakowania często bardziej przypominają kosmetyczkę niż opakowanie zawierające trujący produkt. Z kolei papierosy typu „light” czy „ultra light” o mniejszej zawartości nikotyny niż tradycyjne papierosy mają kreować przekonanie, że są bezpieczniejsze dla zdrowia, co sprawia, że część osób wybiera te papierosy jako alternatywę dla niepalenia albo sposób na rzucenie nałogu. Jest to złudne, bo palacz, aby zapewnić sobie odpowiednią podaż nikotyny, mocniej się inhuje. Adresowane do kobiet są też papierosy smakowe (26,27).

Inne rozwiązanie w marketingu adresowanym do kobiet to sponsorowanie przez przemysł tytoniowy

np. imprez modowych czy sportowych z kobiecymi dyscyplinami, a także przedsięwzięć różnego typu organizacji działających na rzecz pań (26). Kolejne to reklamy wyrobów tytoniowych, które odwołują się (poprzez np. obraz czy slogan) do wartości cenionych przez kobiety (np. stylu, atrakcyjności seksualnej, szczupłości, wolności, niezależności) (26). Co ciekawe, wiele badań pokazuje, że prawdopodobieństwo podejmowania przez pismo kobiece tematu szkodliwości palenia jest mniejsze, gdy pojawiają się w nim reklamy wyrobów tytoniowych (26).

W Polsce od 2001 r. w oparciu o art. 8 Ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (28) istnieje zakaz reklamowania i promowania wyrobów tytoniowych oraz sponsorowania działalności sportowej, kulturalnej, oświatowej, zdrowotnej i społeczno-politycznej przez firmy zajmujące się przemysłem tytoniowym. Niemniej jednak marketing tego typu produktów dociera do społeczeństwa polskiego. Przykładowo według badania GATS z lat 2009–2010 w naszym kraju aż 25,2% osób (22% kobiet, 28,7% mężczyzn) w wieku 15 lat i starszych spotkało się w ciągu 30 dni przed wywiadem z jakąś formą reklamy, promocji lub sponsoringiem papierosów (13). Warto przy tym wspomnieć, że zdaniem twórców raportu WHO (21) na temat problemu palenia tytoniu w Polsce masowa w latach 90. XX w. reklama papierosów, która była skierowana do nastolatek, mogła mieć istotny wpływ m.in. na obserwowane w ostatnich latach spowolnienie spadku odsetka młodych, dorosłych palących kobiet.

Badania, na które powołuje się WHO (10,26), wskazują, że pewne międzyplciowe różnice w przebiegu, kontynuowaniu uzależnienia mogą wynikać z nieco odmiennego oddziaływania nikotyny. Substancja ta bowiem może być inaczej metabolizowana w organizmach osób różnej płci (przykładowo szybkość jej metabolizmu może być większa u kobiet przyjmujących doustne środki antykoncepcyjne czy ciężarnych). Ponadto badania pokazują, że kobiety mogą być bardziej wrażliwe na działanie nikotyny zarówno pod względem łagodzenia negatywnych objawów i dolegliwości, jak i kontroli masy ciała (jak bowiem wspomniano, nikotyna jest substancją zmniejszającą łaknienie i wpływającą na przyspieszenie metabolizmu). Poza tym panie mogą doświadczać więcej subiektywnych, przyjemnych efektów palenia tytoniu niż mężczyźni. Istnieją również dowody naukowe na to, że niektóre objawy zespołu odstawienia nikotyny mogą być silniejsze u kobiet niż mężczyzn.

PALENIE TYTONIU PRZEZ KOBIETY PLANUJĄCE MACIERZYŃSTWO I BĘDĄCE W CIĄŻY

Sytuacją specyficzną w życiu palących kobiet, która z obiektywnego punktu widzenia powinna stanowić czynnik motywujący je do rzucenia nałogu nikotynowego, jest okres przygotowywania się do macierzyństwa i ciąży. Część kobiet rzeczywiście w tym czasie podejmuje próby rzucenia palenia albo przynajmniej ograniczenia nałogu. Mogą tego dokonać samodzielnie lub pod wpływem interwencji antytytoniowej.

Według WHO (26) obecnie nie ma badań wskazujących, jaka dokładnie część kobiet planujących zajść w ciążę rzuca palenie (m.in. dlatego, że kiedy trafiają w ciążę na pierwszą wizytę kontrolną do lekarza czy położnej, ich status nikotynowy rejestrowany jest jako „niepalące” lub „ekspalaczki”), a tym samym brakuje precyzyjnych danych o powrocie do palenia po urodzeniu dziecka czy po porożu. Według badań zagranicznych, na które powołuje się WHO (26), większość (80–85%) kobiet podejmujących próbę samodzielnego rzucenia palenia w czasie ciąży jest zdolna wytrwać w niepaleniu przez całą ciążę. Kolejna grupa to ciężarne rzucające palenie pod wpływem programu promocji zdrowia – badania wskazują na ich skuteczność i tym samym potrzebę organizacji. Przykładowo w metaanalizie 37 badań epidemiologicznych, opublikowanych w latach 1976–2002, kobiety ciężarne objęte interwencją antytytoniową 1,6 razy częściej rzuciły palenie w porównaniu z grupą porównawczą (29).

Warto w tym miejscu zadać pytanie, jaka część kobiet w Polsce pali, a jaka ogranicza liczbę wypalanych papierosów i czy podejmuje próby niepalenia w czasie ciąży. Wyniki badań przekrojowych Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie (zrealizowane w 1990 r. na próbie 11 754 rodzających z 3 województw) pokazały, że palenie dotyczyło co ok. 4. ciężarnej. Ponieważ tego typu badania nie są kontynuowane, późniejszy obraz omawianego zjawiska dają fragmentaryczne dane, według których pod koniec lat 90. XX w. palenie papierosów przez ciężarne spadło do 12–15% (30).

Skalę rzucania czy ograniczania palenia w ciąży w Polsce pokazuje przykładowo badanie Borkowskiego i Mielniczuk (31), przeprowadzone na podstawie 20 194 rekordów zgromadzonych w latach 2001–2002 w ogólnokrajowym rejestrze przypadków opieki okołoporodowej. Na 2900 kobiet, które paliły w ostatnim roku przed ciążą (14,4% wszystkich rekordów), co 4. (27%) zaprzestała palenia na początku ciąży,

co 3. (36,4%) ograniczyła lub zaprzestała palenia w trakcie ciąży, a pozostałe paliły bez zmian.

Problematyczne w kontekście rzucania nałogu nikotynowego w okresie starania się o dziecko czy w czasie ciąży są powroty do palenia po porodzie (26). Na podstawie badań przeprowadzonych na świecie WHO (26) szacuje, że 50–70% kobiet, które zaprzestały palenia w trakcie ciąży samodzielnie czy pod wpływem interwencji antytytoniowej, wraca do tego zachowania antyzdrowotnego w ciągu 6–12 miesięcy od porodu. Skalę powrotów do nałogu nikotynowego po urodzeniu dziecka w Polsce pokazują dane zebrane w latach 2004–2005 wśród 138 kobiet, które zostały włączone do prospektywnego badania między 32. a 36. tygodniem ciąży (32). Deklarowały one rzucenie palenia w ciągu 2 miesięcy przed ciążą bądź w czasie jej trwania, ale nie później niż 3 miesiące przed zakwalifikowaniem do badania, co zostało zweryfikowane poziomem kontywny w ślinie. Dane wskazują, że ok. połowa kobiet wróciła do palenia w ciągu 3 miesięcy po porodzie, a większość już w ciągu 4 pierwszych tygodni (32). Jednocześnie kolejne badania zrealizowane w naszym kraju pokazują, że uczestnictwo w interwencjach antytytoniowych w czasie ciąży (33) czy poradnictwo antytytoniowe po porodzie (34) pomaga w utrzymaniu podjętej próby abstynencji nikotynowej także po urodzeniu dziecka.

Należałoby się zastanowić, jakie czynniki powodują powrót do palenia w okresie poporodowym. Przykładowo w wyżej omówionym polskim badaniu z lat 2004–2005 (32) kobiety, które zrezygnowały z nałogu nikotynowego tylko na czas ciąży i okres bezpośrednio po porodzie, ponownie sięgały po papierosy m.in. kiedy w ich najbliższym otoczeniu były osoby palące. Dotyczyło to pań, którym zachowanie to sprawiało dużą przyjemność, które przed rzuceniem nałogu wypalały znaczną liczbę papierosów na dobę, stosunkowo późno w czasie trwania ciąży (tj. w 4. miesiącu lub później) podjęły decyzję o zerwaniu z paleniem, a także którym to zachowanie antyzdrowotne pomagało radzić sobie ze stresem i które miały negatywne odczucia po jego zaprzestaniu, takie jak rozdrażnienie czy irytacja. Podobne czynniki wskazują również autorzy monografii WHO (26). Ponadto dodają, że zjawisko powrotu do nałogu może szczególnie dotyczyć kobiet, dla których jedyną motywacją do zaprzestania palenia jest zdrowie płodu.

Wśród czynników, które chronią przed powrotem do nałogu po porodzie, badania wskazują chociażby karmienie piersią czy pozytywne odczucia związane z rzuceniem palenia (np. dostrzeganie, doświadczanie wynikających z tego korzyści) (26,32).

WNIOSKI DLA ORGANIZACJI DZIAŁAŃ ANTYTYTONIOWYCH

Jakie wskazówki dla organizujących działania antytytoniowe (w zakładach pracy lub adresowane do szerszej grupy odbiorców, np. osób w wieku produkcyjnym) wynikają z informacji przedstawionych w niniejszym artykule?

Analiza wyników badań epidemiologicznych pod kątem skali palenia tytoniu w Polsce wskazuje, że działania służące ograniczaniu tego zjawiska i jego następstw powinny być szczególnie adresowane do kobiet 20-, 40- i 50-letnich, z wykształceniem zasadniczym zawodowym, które mieszkają w dużych miastach.

Autorzy monografii WHO (26) podsumowując badania światowe dotyczące specyficznych w życiu dorosłych kobiet czynników inicjacji i kontynuacji palenia, podkreślają, że całkowite rozdzielanie interwencji antytytoniowych adresowanych do osób różnej płci nie wydaje się potrzebne. Chodzi raczej o włączenie w nie tych elementów, które mogą być szczególnie ważne z perspektywy kobiet i które są odpowiedzią na charakterystyczne dla nich czynniki sprzyjające podejmowaniu palenia i utrudniające wyjście z nałogu.

Wydaje się, że wskazane byłoby uwzględnianie w programach emocjonalnych potrzeb kobiet, a także zastosowanie rozwiązań, które mogą pomóc im w radzeniu sobie ze stresem i negatywnymi odczuciami, budowaniu poczucia skuteczności i wiary we własne możliwości. Ważne jest też zapewnienie wsparcia społecznego (również ze strony partnera, rodziny), z którego kobiety mogłyby korzystać w sytuacji kryzysowej w przypadku podjęcia próby niepalenia (26).

Ponadto skoro czynnikiem, który może sprzyjać paleniu przez kobiety jest troska o sylwetkę, obawa przed przytyciem, to być może do programów antytytoniowych adresowanych do nich należałoby włączyć również elementy aktywności fizycznej czy kształtowania właściwych nawyków żywieniowych. Z jednej strony być może mogłoby to zmotywować uczestniczki do włączenia się do takiej interwencji, a z drugiej – pomóc im w utrzymaniu wagi, a tym samym przyczynić się do zapobiegania powrotowi do nałogu (26).

Do programów antytytoniowych powinna zostać włączona także tematyka marketingu adresowanego do kobiet. Edukację zdrowotną warto byłoby uzupełnić o zagadnienia zwiększające świadomość kobiet dotyczącą istnienia sztuczek marketingowych przemysłu tytoniowego, ukierunkowanych właśnie na tę grupę konsumentów. Kolejną kwestią powinno być kształtowanie u kobiet umiejętności w zakresie tzw. media literacy

(tj. zdolności analizowania przekazów reklamowych, ich właściwego odczytywania), tak by mogły chronić się przed nieprawdziwymi, manipulującymi przekazami przemysłu tytoniowego (26).

Szczególną grupę docelową działań antytytoniowych stanowią kobiety planujące ciążę lub spodziewające się dziecka. Pewne wskazówki, które mogą pomóc w organizacji adresowanych do nich interwencji prozdrowotnych, wynikają z przywołanych w niniejszym artykule danych na temat czynników, które powodują ponowne sięganie po papierosy w okresie poporodowym. W literaturze przedmiotu (26) postuluje się stosowanie w takich działaniach prozdrowotnych metod wspierających kobiety w radzeniu sobie ze stresem i negatywnymi emocjami jako czynnikami ryzyka powrotu do palenia. Ponieważ do niepowodzenia w podjętej próbie abstynencji nikotynowej dochodzi często, jeśli osoby z najbliższego otoczenia kobiety palą papierosy, wskazane wydaje się zapraszanie do takich interwencji również palących mężów czy partnerów. Co więcej, skoro w przypadku wielu kobiet planujących macierzyństwo i już spodziewających się dziecka głównym powodem zaprzestania palenia jest zdrowie płodu, to WHO (26) rekomenduje, żeby istotnym elementem interwencji antytytoniowych adresowanych do nich było rozbudzenie w nich także innych motywacji, w tym uświadamianie im osobistych korzyści z niepalenia (26). Poza tym w literaturze (26,32) wskazuje się, że ponieważ duża część powrotów do omawianego zachowania antyzdrowotnego następuje w okresie bezpośrednio po porodzie, a także czynnikiem, który pogłębia ryzyko powrotu do palenia jest późne rozstanie się z nałogiem w ciąży, to w celu zwiększenia szans na długotrwałą abstynencję nikotynową interwencje antytytoniowe powinny być organizowane już w początkowym okresie ciąży i kontynuowane w czasie połogu i później.

W działaniach antytytoniowych adresowanych do kobiet planujących ciążę lub spodziewających się dziecka warto również uwzględnić zidentyfikowane w badaniach czynniki ochronne przed powrotem do nałogu po porodzie (tj. promować karmienie piersią czy pomagać w rozbudzaniu pozytywnych odczuć związanych z niepaleniem, dostrzeganiu korzyści z abstynencji nikotynowej) (26,32).

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. WHO, Geneva 2011

2. Griffiths J., Grievs K.: Why smoking in the workplace matters: An employer's guide. WHO, Copenhagen 2002
3. Puchalski K.: Palenie tytoniu jako problem zakładu pracy. *Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska [Med.]* 2006;LX, Supl. XVI:229–234
4. Puchalski K.: Problem palenia tytoniu w przedsiębiorstwach. Obszary zastosowań socjologii. W: Piątkowski W., Płonka-Syroka B. [red.]. *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*. Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2008, ss. 133–161
5. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. *DzU z 1997 r. nr 96, poz. 593 z późn. zm.*
6. Pyżalski J., Wojtaszczyk P.: Aktywność lekarzy służby medycyny pracy w zakresie promowania zdrowia pracujących. *Med. Pr.* 2004;55(3):227–232
7. Puchalski K., Korzeniowska E., Iwanowicz E.: Postawy pielęgniarek służby medycyny pracy wobec promocji zdrowia zatrudnionych. *Med. Pr.* 2007;58(6):485–499
8. Pyżalski J., Puchalski K., Korzeniowska E.: Promocja zdrowia psychicznego w miejscu pracy w Polsce. W: Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. [red.]. *Promocja zdrowia psychicznego – badania i działania w Polsce*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008, ss. 33–51
9. Puchalski K., Korzeniowska E.: Stosunek przedsiębiorstw w Polsce do problemu palenia tytoniu w kontekście polityki państwa. *Med. Pr.* 2009;60(6):439–450
10. World Health Organization. *Sifting the evidence: Gender and tobacco control*. WHO, Geneva 2007
11. Polańska K., Hanke W.: Palenie papierosów przez kobiety ciężarne a przebieg i wyniki ciąży – przegląd badań epidemiologicznych. *Przegl. Epidemiol.* 2004;58:683–691
12. Polańska K., Hanke W.: Palenie tytoniu przez kobiety w ciąży a stan zdrowia dzieci – przegląd badań epidemiologicznych. *Przegl. Epidemiol.* 2005;59:117–123
13. Ministerstwo Zdrowia: *Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS). Polska 2009–2010*. Ministerstwo, Warszawa 2010
14. Czapiński J., Panek T.: *Diagnoza społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków [raport]*. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2007
15. Baska T., Sovinova H., Nemeth A., Przewozniak K., Warren C.W., Kavcova E.: Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia GYTS Collaborative Group: Findings from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia – smoking initiation, prevalence of tobacco use and cessation. *Soc. Prev. Med.* 2006;51:110–116
16. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A.: *Wyniki badań HBSC 2010 [raport techniczny]*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011
17. Czapiński J., Panek T.: *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków [raport]*. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011
18. Centrum Badania Opinii Społecznej. *Postawy wobec palenia papierosów [komunikat z badań BS/70/2011]*. CBOS, Warszawa 2011
19. Państwowa Inspekcja Sanitarna. *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu*. PIS, Warszawa 2011
20. Główny Urząd Statystyczny. *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r.* GUS, Warszawa 2011
21. World Health Organization. *The current status of the tobacco epidemic in Poland*. WHO, Copenhagen 2009
22. Kaleta D., Makowiec-Dąbrowka T., Dzikowska-Zabroszczyk E., Fronczak A.: Determinants of heavy smoking: results from the global adult tobacco survey in Poland (2009–2010). *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 2012;25(1):66–79
23. Centrum Badania Opinii Społecznej. *Postawy wobec palenia papierosów [komunikat z badań: BS/46/2008]*. CBOS, Warszawa 2008
24. Zatoński W., Przewoźniak K., Gumkowski J.: *Palenie tytoniu w Polsce – obraz zjawiska, nowe trendy i wyzwania*. W: Jaworski R. [red.]. *Palenie tytoniu – aspekty medyczne, psychiczne i duchowe*. Płocki Instytut Wydawniczy, Płock 2006, ss. 111–120
25. Główny Urząd Statystyczny. *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2004 r.* GUS, Warszawa 2006
26. World Health Organization. *Gender, women, and the tobacco epidemic*. WHO, Geneva 2010
27. World Health Organization. *Empower women – combating tobacco industry marketing in the WHO European Region*. WHO, Copenhagen 2010
28. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. *DzU z 1996 r. nr 10, poz. 55 z późn. zm.*
29. Polańska K., Hanke W., Sobala W.: *Metaanaliza interwencji antytytoniowych prowadzonych wśród kobiet ciężarnych*. *Przegl. Epidemiol.* 2003;57:683–692
30. Zatoński W.: *Palenie tytoniu*. W: Niemiec T. [red.]. *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat*. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2007, ss. 64–69
31. Borkowski W., Mielniczuk H.: *Uwarunkowania palenia papierosów i zmiany nawyków palenia u kobiet w czasie ciąży*. *Przegl. Epidemiol.* 2005;59:987–995
32. Polańska K., Hanke W.: *Czynniki ryzyka powrotu do palenia papierosów po urodzeniu dziecka*. *Przegląd badań epidemiologicznych i analiza czynników charakterystycznych dla populacji polskiej*. *Przegl. Lek.* 2007;64(10):892–894

-
33. Polańska K., Hanke W., Sobala W.: Smoking relapse one year after delivery among women who quit smoking during pregnancy. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 2005;18(2):159-165
34. Polańska K., Hanke W., Ligocka D., Broszkiewicz M.: Ocena skuteczności programu przeciwdziałania powrotowi do palenia papierosów przez kobiety, które w ciąży zerwały z nałogiem. *Przegl. Lek.* 2008;65(10):631-633