

## Hanna Grabowska<sup>1</sup>, Władysław Grabowski<sup>1</sup>, Agata Flis<sup>1</sup>, Aleksandra Gaworska-Krzemińska<sup>1</sup>, Krzysztof Narkiewicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup>Zakład Nadciśnienia Tętniczego, Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

# Wpływ palenia tytoniu na ciśnienie krwi a działania pielęgniarские

Effects of smoking tobacco on blood pressure and nursing actions

### STRESZCZENIE

Problem nadciśnienia tętniczego stanowi istotny czynnik ryzyka zaburzeń sercowo-naczyniowych i dotyczy 31% Polaków, a 30% jest narażonych na rozwój tej choroby w przyszłości.

Współczesne wyzwania stawiane pielęgniarstwu są związane z koniecznością włączania w zakres zadań zawodowych umiejętności prowadzenia edukacji zdrowotnej, rozpoznawania zagrożeń zdrowia i realizowania działań profilaktycznych.

W niniejszej pracy ukazano wpływ palenia tytoniu na wartość ciśnienia tętniczego i ryzyko rozwoju nadciśnienia, a także możliwości objęcia opieką pielęgniarską pacjentów narażonych na dym tytoniowy.

**Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (4): 519–523**

**Słowa kluczowe:** palenie tytoniu, ciśnienie krwi, pielęgniarstwo

### ABSTRACT

The problem of arterial hypertension, which constitutes a major risk factor for cardiovascular disorders, affects 31% of Poles, and 30% of them run the risk of developing this disease in future.

Modern expectations of nursing are connected with the importance of combining professional skills, skills of health education, assessment of health risk factors and fulfilling prophylactic actions.

This work tries to show the influence of smoking on blood pressure and the risk of hypertension development, and to demonstrate the possibility of to take nursing care of smoking patients.

**Nursing Topics 2012; 20 (4): 519–523**

**Key words:** tobacco smoking, blood pressure, nursing

### Wstęp

Badania przekrojowe przeprowadzone w Polsce wykazały wzrost rozpowszechnienia nadciśnienia wśród jej mieszkańców. W badaniu NATPOL-PLUS (Nadciśnienie Tętnicze w Polsce), przeprowadzonym w 2002 roku, stwierdzono jego występowanie wśród 29% dorosłych Polaków [1–2], natomiast w 2011 roku odsetek ten wzrósł do 31% (ok. 9 mln osób) [3].

Rozwój nadciśnienia pierwotnego jest uwarunkowany oddziaływaniem czynników środowiskowych, behawioralnych (do których zalicza się m.in. palenie tytoniu i aktywność fizyczną) oraz psychospołecznych [4–6].

Współcześnie pielęgniarki obejmują opieką pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia, w wielu miejscach ich

życiowej aktywności. Zadania zawodowe przez nie realizowane zorientowane są nie tylko na aktywne uczestnictwo w procesie terapii chorych, ale również na promocję zdrowia i profilaktykę. Obecnie postuluje się zwiększenie udziału pracowników ochrony zdrowia w efektywnym wykrywaniu, monitorowaniu i ograniczaniu czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, do którego jednak jest niezbędna rzetelna i stale aktualizowana wiedza [7–10].

### Cel pracy

Celem niniejszego artykułu było ukazanie wpływu palenia tytoniu na wartość ciśnienia tętniczego i ryzyko rozwoju nadciśnienia, a także możliwości objęcia opieką pielęgniarską pacjentów narażonych na dym tytoniowy.

## Wpływ palenia tytoniu na ciśnienie krwi

Palenie tytoniu uznano za jeden z najistotniejszych, modyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego [11]. Wykazanie silnego związku między długotrwałym paleniem tytoniu a zwiększonym ciśnieniem krwi (BP, *blood pressure*) często jest trudne [5]. Jednak palenie, oddziałując na śródbłonek naczyń i powodując zmniejszenie dotlenienia tkanek, a także zwiększenie aktywności układu współczulnego, inicjuje i przyspiesza rozwój miażdżycy [12–14].

U osób palących, w porównaniu z niepalącymi, stwierdza się 2-krotnie wyższe ryzyko zaburzeń sercowo-naczyniowych, w tym zawału serca oraz udaru mózgu [14, 15]. Zaobserwowano także, że palenie tytoniu w sposób szczególny powoduje wzrost ryzyka rozwoju nadciśnienia u kobiet w średnim wieku (> 35 rż.), stosujących środki antykoncepcyjne oraz otyłych [16].

Silna ekspozycja na dym tytoniowy powoduje wzrost BP, przy czym efekt utrzymuje się stale przez 15–20 minut po wypaleniu każdego papierosa, w następstwie czego u palaczy wartości BP są prawdopodobnie stale większe ze względu na doraźny efekt każdego wypalonego papierosa [5]. Efekt presyjny oraz zwiększenie pojemności minutowej serca i częstotliwości rytmu związany z paleniem tytoniu występuje zarówno u osób z prawidłowym BP, jak i z rozpoznaniem nadciśnienia [12].

Ekspertki wyrażają pogląd, że ze względu na fakt, że pomiary BP są zwykle przeprowadzane w warunkach wolnych od dymu tytoniowego może to prowadzić do niedoszacowania BP u palaczy, u których występuje jego krótkotrwały wzrost w reakcji na tytoń. W rzeczywistości automatyczny całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego (ABPM, *Ambulatory Blood Pressure Monitoring*) wykazuje wyższe wartości u palaczy, podczas gdy BP zmierzone w gabinecie lekarskim jest porównywalne u osób palących i niepalących [11].

Na podstawie wyników badań przekrojowych przeprowadzonych w Polsce stwierdzono, że problem palenia tytoniu dotyczy średnio 33–47% mężczyzn oraz 21–33% kobiet [14, 17–19], co plasuje Polskę, według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), na 9. pozycji wśród krajów Unii Europejskiej (UE) [17]. Z analiz epidemiologicznych wynika, że szczególnie niepokojącym zjawiskiem jest palenie tytoniu w grupie polskich kobiet w młodym i średnim wieku, które należy do najwyższych w UE [17–19]. Średnio polski mężczyzna wypala dziennie 18 papierosów, a kobieta 14–16, natomiast średnia długość codziennego palenia wśród mężczyzn waha się w granicach 23 lat, a w grupie kobiet — 22 lat [14, 19]. Największe rozpowszechnienie palenia tytoniu dotyczy osób w wieku 20–60 lat, w szczególności czterdziestolatków. Wykazano, że czynnikami zwiększającymi wielkość palenia są: wykształcenie zasadnicze zawodowe oraz niski status materialny i stan cywilny (częściej palą osoby rozwiedzione) [18–20].

Najczęściej codzienne palenie Polacy rozpoczynają między 18. a 24. rokiem życia [19], a nierzadko jeszcze wcześniej, co stwierdzono również w badaniach przeprowadzonych w środowisku studentów uczelni medycznych [21, 22]. Jednocześnie okazało się, że palący studenci kierunków medycznych mają niewielką motywację do zaprzestania palenia [21], a ich wiedza dotycząca skutków zdrowotnych związanych z paleniem nie zawsze jest zadowalająca [22–25]. Również badania przeprowadzone w Nowej Zelandii ukazały niepokojącą skalę zjawiska palenia tytoniu wśród personelu ochrony zdrowia, w wyniku czego okazało się, że z jednej strony pielęgniarki i położne mają najwyższy wskaźnik regularnego palenia (13,6%) w porównaniu z pozostałymi profesjonalistami, z drugiej zaś — blisko 60% pielęgniarek i położnych oraz ponad 80% lekarzy i 3/4 przedstawicieli pozostałych zawodów medycznych nigdy w życiu nie podjęło regularnego palenia tytoniu [26]. Według danych szacunkowych 14,5% lekarzy rodzinnych w Polsce pali papierosy [27], natomiast w badaniach arabskich odsetek aktywnych palaczy wśród lekarzy wyniósł 46,9% i 36,1% w grupie pielęgniarek [28].

Badania przeprowadzone wśród fińskich pielęgniarek wykazały, że jego uczestniczki dość wysoko oceniły swoje umiejętności w zakresie pomocy udzielanej palącym pacjentom (zwłaszcza te z krótszym doświadczeniem zawodowym), ale nie do końca były przekonane o swojej skuteczności, przy czym okazało się, że pielęgniarki, które same codziennie palą papierosy posiadały lepsze umiejętności w udzielaniu porad i wsparcia niż ich niepalące koleżanki [29, 30].

Podobny problem zdiagnozowano w grupie lekarzy rodzinnych w Polsce, którzy dość sceptycznie traktują szkolenia z tego zakresu wskazując na: brak czasu i wiary w sukces terapeutyczny, niedocenywanie rangi problemu, przeświadczenie o wystarczającej wiedzy pacjentów i ich niechęci do współpracy, brak motywacji finansowej, a także pomocy dydaktycznych, jak również osobiste palenie papierosów [27]. Powyższe informacje nabierają szczególnego znaczenia, zważywszy na fakt istnienia związku między poczuciem własnej skuteczności a motywacją do zaprzestania palenia tytoniu oraz podejmowaniem poradnictwa wobec osób palących [31].

Wyniki uzyskane w toku przeprowadzonego w latach 2009–2010 w Polsce *Globalnego sondażu dotyczącego używania tytoniu przez osoby dorosłe* (GATS) wskazują na wzbudające niepokój zjawisko braku dokonywania oceny i udzielania porad palaczom tytoniu przez personel placówek ochrony zdrowia (tylko 57% pacjentów zapytano o palenie, a 42% z nich doradzono zaprzestania palenia) [19]. Jest to o tyle ważne, że ponad połowa aktualnych palaczy w Polsce deklaruje chęć zaprzestania palenia (53,1% kobiet i 48,1% mężczyzn) [19], a w badaniu WOBASZ wykazano, że ten odsetek

jest jeszcze wyższy i kształtuje się na poziomie średnio 85% — w grupie mężczyzn i 83% — w grupie kobiet [14]. Najczęściej wskazywanym przez osoby palące powodem jest obawa przed chorobą (w granicach 42,5%), ale również — choć w nieco mniejszym zakresie, to znaczy 24,5% — względy finansowe, a najrzadziej deklarowaną przyczyną — namowy kolegów, życzenie rodziny oraz zalecenia lekarskie (3,5%) [14, 19]. Ponadto stwierdzono niski poziom wiedzy palących Polaków na temat skutków zdrowotnych palenia tytoniu — ponad 800 tys. palaczy uważa, że palenie nie powoduje poważnych chorób. Wprawdzie zdaniem ponad 90% palenie wywołuje raka płuc, ale już niecałe 80% sądzi, że palenie jest czynnikiem ryzyka zawału serca, a tylko 60% wie o wpływie palenia na wystąpienie udaru mózgu [19].

Powyższe zaobserwowane trendy zrodziły konieczność opracowania strategii zwiększających zaangażowanie przedstawicieli opieki zdrowotnej w świadczenie pomocy osobom palącym, a także wdrażania w społecznościach lokalnych programów edukacyjno-interwencyjnych w celu ochrony niepalących przed biernym paleniem [18, 19].

Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce zaleca prowadzenie aktywnego poradnictwa ukierunkowanego na zaprzestanie palenia tytoniu, a także przeprowadzenie minimalnej interwencji antynikotynowej (co najmniej raz w roku) [32]. Podobne wytyczne zawarte są w zaleceniach innych towarzystw naukowych, w tym również pielęgniarskich [33–35].

Aktualnie wyrażany jest pogląd, że wszyscy pracownicy powinni posiadać kompetencje w zakresie pytania o palenie, stosowania krótkiej interwencji i doradzania w zakresie możliwości uzyskania dalszej, niezbędnej pomocy [36].

### Ocena statusu nikotynowego pacjenta

W ocenie statusu nikotynowego zazwyczaj poleca się stosowanie testu Fagerströma, składającego się z wyskalowanych pytań, z których największe znaczenie posiada pytanie o czas zapalenia pierwszego papierosa w ciągu 5 minut po przebudzeniu [37], zalecanego przez liczne towarzystwa naukowe [38–40]. Coraz częściej wskazuje się na zasadność wykorzystania jego zmodyfikowanej, skróconej wersji [41, 42].

Światowa Organizacja Zdrowia do określenia statusu nikotynowego zaleca stosowanie terminów: codziennego palacza (osoba paląca co najmniej 1 papierosa dziennie od co najmniej 6 miesięcy), palacza okazjonalnego (< 1 papieros lub < 6 mies.), byłego codziennego palacza, osoby nigdy niepalącej (rzeczywiście nigdy lub < 100 papierosów w ciągu życia lub w przeszłości okazjonalnie) [43].

Na dalszym etapie personel ochrony zdrowia powinien dokonać oceny fazy oraz stopnia gotowości pa-

cjenta do zaprzestania palenia (wykorzystując model Prochaski i DiClemente) [39, 42], a także motywacji do zaprzestania palenia (z wykorzystaniem testu składającego się z 12 pytań, opracowanego przez dr N. Schneider z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles) [37, 39, 43].

### Krótką interwencją

Kolejnym krokiem postępowania personelu powinno być wdrożenie krótkiej porady, dzięki której wzrasta szansa na zakończone sukcesem porzucenie palenia, a w efekcie — mimo braku bezpośredniej redukcji BP — znaczne zmniejszenie całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego [44]. Obliczono, że interwencja trwająca 3–10 minut stwarza szansę na porzucenie palenia przez średnio 2% palaczy, a jej wydłużenie tę szansę jeszcze zwiększa [27, 34, 42, 43], wobec czego postuluje się, aby w codziennej praktyce stosowali ją zarówno lekarze, jak i pielęgniarki [43, 45].

W analizie *Mesa Grande*, stanowiącej przegląd prób klinicznych oceniono, że krótka interwencja okazała się najbardziej skuteczną metodą we wszystkich ocenianych próbach oraz wyodrębnionych próbach wyłącznie klinicznych. Przeprowadzenie krótkiej interwencji jest skuteczniejsze niż brak jakiegokolwiek interwencji oraz skuteczniejsze od wielu innych — dłuższych i kosztownych [46].

W Polsce popularyzację włączenia do praktyki zawodowej pielęgniarek minimalnej interwencji podjęło Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, które w 1992 roku wydało tłumaczenie podręcznika amerykańskiego [47]. Godnymi polecenia są wytyczne sformułowane przez pielęgniarki kanadyjskie, które dotyczą postępowania z pacjentami palącymi tytoń, ale zawierają również wskazówki skierowane do palących pielęgniarek, jak mają sobie poradzić z własnym paleniem [33].

Krótką interwencją, opartą na zasadzie 5A/5P, powinna być wdrażana we wszystkich placówkach ochrony zdrowia w Polsce [39, 42, 43, 45]. Powyższa zasada obejmuje następujące reguły: „pytaj pacjenta podczas każdej wizyty, czy pali tytoń, poradź mu, aby przestał palić, przeprowadź pełną ocenę, pomóż w wyborze właściwego sposobu postępowania, pamiętaj, aby przy kolejnych wizytach wracać do sprawy palenia/powtarzaj swoje zalecenia” [39, 40, 43]. Wcześniejszą wersję zasady 5P stanowiła reguła 4P (Pytaj, Poradź, Pomóż, Powtarzaj) [37], natomiast wytyczne nowozelandzkie z 2007 roku bazują wprawdzie na zasadzie 5A, ale oparto je na nowej formule ABC (*Ask, Brief advice, Cessation*) [35].

### Czynniki zwiększające skuteczność działań pielęgniarskich

Uznano, że pielęgniarki zajmują idealną pozycję w systemie ochrony zdrowia i mają duże możliwości kon-

sultacji i udzielania pomocy pacjentom palącym papierosy [33, 48], co znalazło odzwierciedlenie w zaleceniach Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN, *International Council of Nurses*), apelującej i zachęcającej pielęgniarki i studentów pielęgniarstwa do podejmowania działań z zakresu prewencji i ograniczania palenia tytoniu [7]. Wymaga to jednak wiedzy i umiejętności niezbędnych do wdrażania poradnictwa oraz włączenia wytycznych ograniczania palenia do codziennych czynności zawodowych [29, 30]. I chociaż system szkoleń jest w Polsce dobrze rozwinięty (w ciągu ostatniej dekady ukończyło je ponad 10000 lekarzy, pielęgniarek i terapeutów [19]), to jednak wielu autorów zwraca uwagę na konieczność włączenia zagadnień rozpoznawania i krótkiej interwencji w cykl studiów przed- i podyplomowych personelu medycznego [43, 49, 50].

Skuteczność takiego treningu udokumentowano zarówno w opracowaniach rodzimych [49], jak i zagranicznych [45]. Ważnymi elementami, które wpłynęły na satysfakcjonujące efekty były: autonomiczna rola pielęgniarek, dobre zarządzanie, odpowiedni czas konsultacji oraz właściwe finansowanie działań promujących zdrowie [45].

### Podsumowanie

Potwierdzeniem słuszności tezy, wskazującej na konieczność i efektywność modyfikacji stylu życia, jest zaobserwowany trend redukcji śmiertelności z powodu choroby wieńcowej w Polsce w latach 1991–2005, który był spowodowany przede wszystkim zmianami zachowań zdrowotnych Polaków w wieku 25–74 lata (ich łączny wpływ — po zastosowaniu modelu IMPACT — oszacowano na 54%), dopiero w dalszej kolejności uwarunkowany zastosowaną terapią (37%) [51]. Spośród czynników ryzyka sercowo-naczyniowego największe znaczenie odegrała redukcja stężenia cholesterolu całkowitego (39%), a następnie palenia papierosów (11%) i zwiększenie pozazawodowej aktywności fizycznej (10%) [51].

### Piśmiennictwo

- Zdrojewski T., Wyrzykowski B., Szczęch R. i wsp. Epidemiology and prevention of arterial hypertension in Poland. *Blood Press. Suppl.* 2005; 2: 10–16.
- Zdrojewski T., Szpakowski P., Bandosz P. i wsp. Arterial hypertension in Poland in 2002. *J. Hum. Hypertens.* 2004; 18: 557–562.
- Zdrojewski T. Częstość występowania i świadomość nadciśnienia tętniczego w Polsce i na świecie. *Postępy Nauk Med.* 2011; 3: 4–10.
- Cifkova R. Epidemiologia nadciśnienia tętniczego. W: Mancia G., Grassi G., Kjeldsen S.E. (red.). *Nadciśnienie tętnicze — podręcznik European Society of Hypertension.* Via Medica, Gdańsk 2009: 8–20.
- Ferrari A.U. Czynniki środowiskowe w nadciśnieniu tętniczym. W: Mancia G., Grassi G., Kjeldsen S.E. (red.). *Nadciśnienie tętnicze — podręcznik European Society of Hypertension.* Via Medica, Gdańsk 2009: 112–119.
- Wyrzykowski B. Przyczyny nadciśnienia tętniczego. W: Januszewicz W., Sznajderman M. (red.). *Nadciśnienie tętnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.*
- Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. *International Council of Nurses, Geneva 2010.*
- Hurst R. Managing hypertension: measurement and prevention. *Nurs. Times* 2002; 98, 38: 38–40.
- Bengtson A., Drevenhorn E. The Nurse's Role and Skills in Hypertension Care: A Review. *Clin. Nurse Spec.* 2003; 17: 260–268.
- Khan E.U. Hypertension management: the primary care nursing role. *Br. J. Community Nurs.* 2005; 10, 3: 128–132.
- Kiowski W., Jordan J. Działania nefarmakologiczne. W: Mancia G., Grassi G., Kjeldsen S.E. (red.). *Nadciśnienie tętnicze — podręcznik European Society of Hypertension.* Via Medica, Gdańsk 2009: 267–279.
- Januszewicz A. Nadciśnienie tętnicze. Zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia. *Medycyna Praktyczna, Kraków 2002.*
- Narkiewicz K. Układ współczulny a nadciśnienie tętnicze. *Via Medica, Gdańsk 2001.*
- Polakowska M., Piotrowski W., Tykarski A. i wsp. Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol. Pol.* 2005; 63 (supl. 4).
- Narkiewicz K., Kjeldsen S.E., Hedner T. Is smoking a causative factor of hypertension? *Blood Press.* 2005; 14: 69–71.
- Kawecka-Jaszcz K., Czarnecka D., Pośnik-Urbańska A. Nadciśnienie tętnicze u kobiet. *Folia Kardiol. Exac.* 2007; 8: 342–351.
- Sakowska I., Wojtyniak B. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia. *Wojtyniak B., Goryński P. (red.). Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego — Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008: 185–202.*
- Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2010–2013. [http://www.pis.gov.pl/userfiles/file/Dep\\_%20Zdrowia%20Publicznego%20i%20Promocji%20Zdrowia/OZiPZ/PO-ZNPT%202010-2013%20z%2019\\_01\\_2010.pdf](http://www.pis.gov.pl/userfiles/file/Dep_%20Zdrowia%20Publicznego%20i%20Promocji%20Zdrowia/OZiPZ/PO-ZNPT%202010-2013%20z%2019_01_2010.pdf); data pobrania 20.06.2012.
- Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS). Polska 2009–2010. *Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2010.*
- Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/stan\\_zdrowia\\_2004.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/stan_zdrowia_2004.pdf); data pobrania 20.06.2012.
- Wójtowicz-Chomicz K., Kowal M., Kowalska M., Nieradko-Iwanicka B., Borzęcki A. Analiza uzależnienia od nikotyny, motywacji do zaprzestania palenia i narażenia na palenie bierne wśród studentów Akademii Medycznej w Lublinie. *Prob. Hig. Epidemiol.* 2008; 89: 142–145.
- Bielska D., Trofimiuk E., Litwiejko A. Czy absolwenci AM w Białymstoku wiedzą już wszystko o nikotynizmie? *Prob. Med. Rodz.* 2008; 10: 57–62.
- Wojtal M., Kurpas D., Sochocka L., Bielska D., Seń M. Poziom wiedzy studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu na temat zdrowotnych następstw palenia tytoniu. *Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2007; 9: 639–643.
- Seń M., Felińczak A., Grzebieluch J. i wsp. Stan wiedzy studentów Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu na temat zagrożeń wynikających z palenia tytoniu. *Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2007; 9: 605–609.
- Kurpas D., Jasińska A., Bielska D. i wsp. Poziom wiedzy studentów VI roku Akademii Medycznej we Wrocławiu na temat szkodliwości palenia tytoniu. *Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2007; 9: 486–489.
- Ponniah S., Bloomfield A. An update on tobacco smoking among New Zealand health care workers, the current picture, 2006. *N. Z. Med. J.* 2008; 121: 103–105.
- Mierzecki A., Gąsiorowski J., Miączyńska M. Krótka interwencja antytytoniowa narzędziem dla lekarzy rodzinnych. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2002; 70: 216–222.
- Shishani K., Nawafleh H., Jarrah S., Froelicher E.S. Smoking patterns among Jordanian health professionals: a study about

- the impediments to tobacco control in Jordan. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2011; 10: 221–227.
29. Pelkonen M., Kankkunen P. Work stress, smoking habits and competence in supporting clients to cease smoking — a survey among Finnish nurses. *Public Health* 2000; 114: 464–467.
  30. Pelkonen M., Kankkunen P. Nurses' competence in advising and supporting clients to cease smoking: a survey among Finnish nurses. *J. Clin. Nurs.* 2001; 10: 437–41.
  31. Andruszkiewicz A., Basińska M.A., Kubica A. Czynniki wpływające na poziom motywacji do zaprzestania palenia tytoniu w grupie osób uzależnionych od nikotyny. *Folia Kardiol. Exac.* 2010; 5: 49–53.
  32. Grodzicki T., Gryglewska B., Tomasiak T., Windak A. (red.). *Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego oraz Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Nadciśnienie Tętnicze* 2008; 12: 317–342.
  33. Virani T., McConnell H., Lappan-Gracon S. i wsp. *Nursing Management of Hypertension. Nursing Best Practice Guideline.* RNAO, Ontario 2005.
  34. *Clinical Guidance For Nurses In Primary Care In The Detection and Management of Essential Hypertension.* Nurses Hypertension Association 2006.
  35. McRobbie H., Bullen Ch., Glover M., Whittaker R., Wallace-Bell M., Fraser T. *New Zealand smoking cessation guidelines.* *N. Z. Med. J.* 2008; 121: 57–70.
  36. Bosworth H.B., Olsen M.K., Neary A. i wsp. Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. *Patient. Educ. Couns.* 2008; 70: 338–347.
  37. Samochovec J., Rogoziński D., Hajduk A., Skrzypińska A., Arentowicz G. Diagnostyka, mechanizm uzależnienia i metody leczenia uzależnienia od nikotyny. *Alkohol. Narkom.* 2001; 14: 323–340.
  38. Fiore M., Jaen C.R., Baker T.B. i wsp. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public Health Service Report.
  39. Godycki-Ćwirko M., Miączyńska M., Mierzecki A., Wrzeciono B. *Zasady interwencji antytytoniowej. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.* Wyd. AKTIS, Łódź 2008.
  40. Kawecka-Jaszcz K., Jankowski P., Podolec P. i wsp. Polish Forum for Prevention Guidelines on smoking. *Kardiol. Pol.* 2008; 66: 125–126.
  41. *Clearing the Air: Quit Smoking Today.* U.S. Department Of Health And Human Services. National Institutes of Health. National Cancer Institute 2006.
  42. *Smoking cessation guidelines for Australian general practice.* Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) 2007.
  43. Zatoński W. Konsensus dotyczący rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu. *Med. Prakt.; wydanie specjalne* 2006; 7.
  44. Szyndler A., Gąsowski J., Wizner B., Szczęch R., Grodzicki T., Narkiewicz K. Edukacja pacjentów — integralna część postępowania w nadciśnieniu tętniczym. *Przew. Lek.* 2004; 7: 90–97.
  45. McLeod D., Cornford E., Pullon S., de Silva K., Simpson C. *Can Quit Practice: a comprehensive smoking cessation programme for the general practice team.* *N. Z. Med. J.* 2005; 118: 1415.
  46. Miller W.R., Wilbourne P.L. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002; 97: 265–277.
  47. Stasiak D. (red.) *Pielęgniarki — pomóżcie swoim pacjentom rzucić palenie.* Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1992.
  48. *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice.* Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) 2007.
  49. Majda A. *Ewaluacja programu szkolenia pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnień.* Praca doktorska. CM UJ, Kraków 2005.
  50. Bała M., Leśniak W. Skuteczność nefarmakologicznych metod leczenia uzależnienia od tytoniu — metaanaliza. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2007; 117: 504–510.
  51. Bandosz P., O'Flaherty M., Drygas W. i wsp. Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: modelling study. *BMJ.* 2012; 25: 344.