Farmaceuci dla pacjentów – rola farmaceutów z aptek ogólnodostępnych w polskim systemie ochrony zdrowia publicznego w kontekście prowadzenia pacjentów uzależnionych od tytoniu

Marta Józwiak-Bębenista¹, Magdalena Jasińska-Stroschein², Michał Karbownik¹,
Michał Dudarewicz³, Anna Wiktorowska-Owczarek¹

¹ Zakład Farmakologii i Toksykologii, Międzywydziałowa Katedra Farmakologii Ogólnej, Klinicznej i Toksykologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

² Zakład i Katedra Biofarmacji, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³ Zakład Farmakogenetyki, Katedra Biofarmacji, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adres do korespondencji: Marta Józwiak-Bębenista, Zakład Farmakologii i Toksykologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Żeligowskiego 7/9, 90-752 Łódź, e-mail: marta.jozwiak-bebenista@umed.lodz.pl

Pharmacists for the patients – the role of pharmacists from community pharmacies in the Polish public health care system in the context of dealing with patients addicted to tobacco · Restricting smoking is one of the most important public health challenges in Poland and in the world. The implementation of the program aimed at facilitating the fight against tobacco addiction is a great interest of pharmacists from generally accessible pharmacies, which thus become an important tool limiting the harmfulness resulting from smoking of tobacco products, both individually and in terms of population. A pharmacist working in an open pharmacy has access to a wide range of OTC drugs used to treat tobacco addiction. As a specialist in medicine, a pharmacist can help choose the right OTC drug, consistent with the patient's preference concerning the form and possible interactions with already taken medications permanently. The authors of the publication argue that the role of a pharmacist should not be limited only to the issue of the cheapest drug to help quit smoking, but a person after 5 years of medical studies is able to choose the right OTC drug knowing the patient's smoking history and medications, as well as supervise a patient addicted to tobacco. Such a procedure increases the patient's chances of getting out of addiction, and thus positively affects the patient's health. This article raises the problem of not fully exploited potential of pharmacists in public health protection, as well as proposes a pharmacist's algorithm for dealing with a patient addicted to tobacco as a part of pharmaceutical care in public pharmacies.

Keywords: pharmaceutical care, smoking, health promotion, Pharmaceutical public health, nicotine replacement therapy.

Wstęp

Istotna, choć wciąż niezbyt popularna, jest kwestia pełniejszego wykorzystania potencjału farmaceuty w promowaniu działań z obszaru zdrowia publicznego, w tym promocji zachowań prozdrowotnych oraz profilaktyki. Według opublikowanych wyników badań ankietowych przeprowadzonych przez Ulatowską-Szostak z Katedry Medycyny Społecznej UM w Poznaniu wynika, że przeważająca grupa ankietowanych (84,3%) postrzega aptekę jako miejsce, w którym powinno się prowadzić działania profilaktyczne i promujące zdrowie. Co ciekawe, zagadnienia dotyczące działań profilaktycznych i promujących zdrowie, takie jak np. aktywny wypoczynek, dieta, palenie papierosów, nadużywanie leków i suplementów diety tylko wg nieznacznej grupy ankietowanych (poniżej 10%) były poruszane przez farmaceutów „bardzo często”. Przeważająca grupa ankietowanych wskazała, iż farmaceuta nigdy nie poruszał w trakcie rozmowy z pacjentem zagadnień profilaktycznych i promujących zdrowie [1]. Rodzi się pytanie, dlaczego do tej pory ta luka nie została wypełniona, skoro istnieje zapotrzebowanie na tego typu usługi? Dlaczego farmaceuta pracujący w aptece jest osobą kojarzoną jedynie ze sprzedażą leków, a nie z fachową pomocą, do której zawsze może się zgłosić pacjent ze swoim problemem zdrowotnym i prosić o radę?

Z własnych obserwacji wynika, że jest dużo aptek, np. w województwie łódzkim, które kładą duży nacisk na opiekę farmaceutyczną i są przygotowane do jej prowadzenia. Problem polega na tym, że brakuje pacjentów, którzy chcieliby skorzystać z tego typu usług. Prawdopodobnie nie wynika to z braku zaufania wśród społeczeństwa, lecz z niewiedzy pacjentów. Jak pokazują wyniki badań farmaceuci pracujący w aptekach ogólnodostępnych są jedną spośród nielicznych grup zawodów medycznych cieszących się dużym zaufaniem społecznym wśród pacjentów [1–3]. Ponadto, biorąc pod uwagę polską służbę zdrowia przeciętny Polak ma utrudniony dostęp do lekarza i nic nie wskazuje, aby w najbliższych latach w tej kwestii cokolwiek się zmieniło. Zdecydowanie prostsze dla pacjenta byłoby przyjscie do apteki, gdzie również uzyskałby fachową poradę z ust farmaceuty. Gdyby opracować standardy postępowania w opiece farmaceutycznej dla różnych grup pacjentów, co wolno farmaceucie, czego nie wolno, w jakich sytuacjach skierować pacjenta do lekarza, to zdecydowanie podniosłoby rangę zawodu farmaceuty, znacząco odciążałoby lekarzy, a co najważniejsze wpłynęłoby korzystnie na zdrowie i jakość życia pacjentów [4–6]. Ostatnio prowadzone badania wykazały, że interwencje farmaceutów w znacznym stopniu są akceptowane przez lekarzy, tj. na 828 interwencji farmaceutycznych, 520 (62,8%) zostało zaakceptowanych i wprowadzonych do praktyki klinicznej. Interwencje przeprowadzone przez farmaceutów w ramach przeglądów lekowych dotyczyły działań niepożądanych stosowanych leków, zażywania dawek subterapeutycznych czy stosowania leku pomimo oczywistych przeciwwskazań [7]. Jak pokazują wyniki badań naukowych praca farmaceuty współpracującego z lekarzem zarówno w kwestii leczenia, jak i profilaktyki ma ogromny wpływ na efekt terapeutyczny, a tym samym zdrowie pacjentów [8].

Jednym z takich standardów postępowania, idącym w parze z lekarzem, mogłaby być opieka farmaceutyczna dotycząca pacjentów uzależnionych od tytoniu, prowadzona w aptekach ogólnodostępnych.

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Światowej Organizacji Zdrowia ICD-10, palenie tytoniu zostało uznane za chorobę wywołaną uzależnieniem od nikotyny (F17.2). Choroba ma charakter przewlekły i nawracający. Co ciekawe, potencjał uzależniający nikotyny jest podobny do potencjału uzależniającego heroiny lub kokainy. Z tego powodu zaprzestanie palenia jest bardzo trudne i wymaga kompleksowego leczenia obejmującego zarówno farmakoterapię, jak i psychoterapię [9, 10].

Palenie tytoniu jest jednym z głównych i najbardziej rozpowszechnionych czynników ryzyka wielu chorób, które prowadzą do przedwczesnej śmierci [11, 12]. Ponadto wiadomo, że leczenie takich chorób, jak choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, choroba Buergera czy przewlekła obturacyjna choroba płuc, nie będzie skuteczne bez zaprzestania palenia tytoniu [9, 13].

Należy podkreślić, że zarówno czynne, jak i bierne palenie papierosów, cygar, fajek jest szkodliwe dla zdrowia. W dymie papierosowym, wg danych WHO, obecnych jest ok. 4 tys. różnych związków chemicznych, z czego setki są toksyczne, a 40 z nich to związki rakotwórcze. Dlatego wiele uwagi poświęca się także szkodliwości, jakie niesie tzw. dym z 3 ręki, o czym wiele osób nie wie. Jest to dym tytoniowy, który wypalany przez palacza osadza się na kanapach, podłogach, dywanach, tapicerce samochodowej stanowiąc zdrowotne (np. kancerogenne) zagrożenie dla innych osób, np. dzieci, kobiet w ciąży i zwierząt, pomimo nie wdychania przez nich dymu bezpośrednio, ale przebywania w tych pomieszczeniach [14, 15].

Zwalczanie palenia i pomoc osobom palącym chcącym porzucić nałóg jest obowiązkiem wszystkich zawodów medycznych, a zatem nie tylko lekarzy, pielęgniarek, ale także farmaceutów. Wraz ze wzrostem roli farmaceutów w kontekście ochrony zdrowia publicznego, w ostatnich latach pojawiło się nowe pojęcie *Pharmaceutical Public Health*, które podkreśla zaangażowanie farmaceuty w dbałość o zdrowie społeczeństwa i stanowi nowy element opieki farmaceutycznej. Do kompetencji farmaceuty można by było zaliczyć udział w akcjach z zakresu promocji zdrowia, m.in. popularyzacja aktywności fizycznej, właściwej diety, edukacja w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii czy wspieranie pacjentów w rezygnacji z palenia [16–19].

Farmaceuta pracujący w aptece ogólnodostępnej posiada w sprzedaży duży asortyment leków pomagających w zaprzestaniu palenia, zarówno preparatów OTC, jak i na receptę (tabela 1 i 2). Wydanie leku bądź sprzedaż przez farmaceutę leku dostępnego w sprzedaży odręcznej zdecydowanie nie wykorzystuje jego potencjału jako przedstawiciela zawodu medycznego. Farmaceuta korzystając z zasobów, które posiada (dostępność preparatów, wiedzę, bezpośredni kontakt z pacjentem) powinien brać czynny udział we wspieraniu pacjenta chcącego zrezygnować z palenia wyrobów tytoniowych. Oczywiście zrozumiałe jest, że pomoc ta nie mogłaby się odbyć przy pierwszym stole, z przyczyn czasowych oraz komfortu pacjenta. Jednak w przypadku, gdy pacjent pyta o leki wspomagające przy rzucaniu palenia lub prosi o konkretny preparat bądź wykupuje leki

Tabela 1. Dawkowanie leków OTC stosowanych w leczeniu uzależnienia od tytoniu [www.mp.pl na dzień 1.07.2018]

Dawkowanie leków OTC stosowanych w leczeniu uzależnienia od tytoniu			
Lek (dostępne preparaty)	Postać, dawka i wielkość opakowania	Dawkowanie	Uwagi
Cytizyna			
Desmoxan	Kapsułki twarde, 1,5 mg po 100 tabl.	Wielkość dawki	Tabletki do połykania. Jeśli rezultat terapii jest niezadowolający, należy przerwać leczenie, rozpocząć ponownie po upływie 2 do 3 miesięcy.
Tabex	Tabletki powlekane, 1,5 mg po 100 tabl.	Długość terapii	
		Leczenie rozpocząć 1–5 dni przed zaplanowaną datą zaprzestania palenia tytoniu	
		Krok 1 1 tabl. (1,5 mg) co 2 h (6 × dz.) 1–3 dni	
		Krok 2 1 tabl. co 2,5 h (5 × dz.) 4–12 dni	
		Krok 3 1 tabl. co 3 h (4 × dz.) 13–16 dni	
		Krok 4 1 tabl. co 5 h (3 × dz.) 17–20 dni	
		Krok 5 1–2 tabl. na dobę 20–25 dni	
Nikotyna			
NiQuitin Przezroczysty	system transdermalny, 7 mg/24 h, 14 mg/24 h, 21 mg/24 h; po 7 plastrów	Wielkość dawki	Stosować na nieowłosioną, czystą, suchą, zdrową skórę. Przed rozpoczęciem leczenia należy zaprzestać palenia tytoniu. Plaster naklejać 1 ×/d, zawsze o tej samej porze, najlepiej zaraz po przebudzeniu. Nie stosować dłużej niż 6 miesięcy, zwykle 3 miesiące.
Nicorette Invisipatch	system transdermalny, 10 mg/16 h, 15 mg/16 h, 25 mg/16 h po 7 plastrów	Długość terapii	
		Silny i średni stopień uzależnienia	
		Krok 1 25 mg/16 h lub 21 mg/24h Pierwsze 8 lub 6 tyg.	
		Krok 2 15 mg/16 h lub 14 mg/24 h Kolejne 2 tyg.	
		Krok 3 10 mg/16 h lub 7 mg/24 h Ostatnie 2 tyg.	
		Niski stopień uzależnienia (< 10 papierosów/dobę)	
		Krok 1 15 mg/16 h lub 14 mg/24 h Pierwsze 8 lub 6 tyg.	
		Krok 2 10 mg/16 h lub 7 mg/24 h Ostatnie 4 lub 2 tyg.	
Nicorette Classic	guma do żucia, 2 mg i 4 mg po 105 szt.	Wielkość dawki	Można stosować regularnie (np. 1 kawałek co 1–2 h) lub w momencie pojawienia się chęci zapalenia papierosa. Gumę żuć powoli, aż do pojawienia się smaku oraz uczucia mrowienia lub drętwienia w jamie ustnej, następnie umieścić gumę między policzkiem a dziąsłami. Te czynności powtarzać przez 30 min lub do zaniknięcia smaku. W czasie żucia gumy nie jeść ani nie pić niczego poza wodą. Dawkowanie indywidulane. Max. 24 gumy/dobę. Nie stosować dłużej niż 6 miesięcy, zwykle 3 miesiące.
Nicorette Freshmint Gum		Długość terapii	
Nicorette Freshfruit Gum		Silny stopień uzależnienia (FTND ≥7 lub >20 papierosów/dobę lub dawka 2 mg była nieskuteczna)	
Nicorette Icy White Gum		Krok 1 4 mg (max. 64 mg/dobę → 16 gum) 3 m–ce	
Niko–Lek Lemon	guma do żucia, 2 mg i 4 mg po 24 szt.	Krok 2 2 mg (16–24 mg/dobę → 8–12 gum) Stopniowe odstawianie, leczenie zakończyć, gdy dawka zostanie zmniejszona do 1–2 gum na dobę	
Niko–Lek Mint			
Niquitin Extra Fresh	guma do żucia, 2 mg i 4 mg po 100 szt.	Średni stopień uzależnienia (≤ 20 papierosów/dobę)	
		Krok 1 2 mg (max. 48 mg/dobę → 24 gum) 3 m–ce	
		Krok 2 2 mg (16–24 mg/dobę → 8–12 gum) Stopniowe odstawianie, leczenie zakończyć, gdy dawka zostanie zmniejszona do 1–2 gum na dobę.	
Nicopass	pastylki do ssania, 1,5 mg i 2,5 mg po 12 i 96 szt.	Wielkość dawki	Pastylkę umieścić w jamie ustnej i od czasu do czasu ją przesuwac aż do rozpuszczenia (20–30 min), nie połykać w całości, rozgryzać ani żuć. Podczas ssania pastylki nie jeść i nie pić. Nie stosować dłużej niż 6 miesięcy. Pastylka jest bardziej efektywna w działaniu niż guma z nikotyną, ponieważ ze równoważnej dawki pastylki uwalnia się 25–27% więcej nikotyny niż z gumy.
NiQuitin	pastylki do ssania, 2 mg i 4 mg po 72 szt.	Długość terapii	
		Silny stopień uzależnienia (FTND ≥7 lub >20 papierosów/dobę, dla zapalających pierwszego papierosa ≤30 min po przebudzeniu się)	
		Krok 1 4 mg lub 2,5 mg (maks. 15–20 pastylek/dobę) 3 miesiące	
		Krok 2 1,5 mg lub 2 mg (zwykle 8–12 pastylek) Stopniowe odstawianie, leczenie zakończyć, gdy dawka zostanie zmniejszona do 1–2 pastylek na dobę.	
		Średni stopień uzależnienia (FTND ≤6 lub ≤20 papierosów/dobę)	
		Krok 1 1,5 mg lub 2 mg (max. 20 pastylek/dobę) 3 miesiące	
		Krok 2 1,5 mg lub 2 mg (zwykle 8–12 pastylek) Stopniowe odstawianie, leczenie zakończyć, gdy dawka zostanie zmniejszona do 1–2 pastylek na dobę.	

Tabela 1. Dawkowanie leków OTC stosowanych w leczeniu uzależnienia od tytoniu [www.mp.pl na dzień 1.07.2018] (cd.)

Dawkowanie leków OTC stosowanych w leczeniu uzależnienia od tytoniu					
Lek (dostępne preparaty)	Postać, dawka i wielkość opakowania	Dawkowanie		Uwagi	
Nicorette Coolmint	tabletki do ssania, 2 mg i 4 mg po 20 szt.	Wielkość dawki		Długość terapii	
		Silny stopień uzależnienia (FTND ≥ 7 lub >20 papierosów/dobę, dla zapalających pierwszego papierosa ≤ 30 min po przebudzeniu się)			
		Krok 1	4 mg lub 2 mg (max. 15 pastylek/dobę)	2–3 miesiące	jw.
		Krok 2	1,5 mg lub 2 mg (zwykle 8–12 pastylek)	Stopniowe odstawianie, leczenie zakończyć, gdy dawka zostanie zmniejszona do 1–2 tabletek na dobę.	
		Średni stopień uzależnienia (FTND ≤ 6 lub ≤ 20 papierosów/dobę lub zapalających pierwszego papierosa > 30 min po przebudzeniu się)			
		Krok 1	1,5 mg lub 2 mg (max. 15 tabletek/dobę)	2–3 miesiące	
NiQuitin MINI	tabletki do ssania, 1,5 mg i 4 mg po 20 i 60 szt.	Krok 2	1,5 mg lub 2 mg (zwykle 8–12 tabletek)	Stopniowe odstawianie, leczenie zakończyć, gdy dawka zostanie zmniejszona do 1–2 tabletek na dobę.	
		Średni stopień uzależnienia (FTND ≤ 6 lub ≤ 20 papierosów/dobę lub zapalających pierwszego papierosa > 30 min po przebudzeniu się)			
		Krok 1	1,5 mg lub 2 mg (max. 15 tabletek/dobę)	2–3 miesiące	
		Krok 2	1,5 mg lub 2 mg (zwykle 8–12 tabletek)	Stopniowe odstawianie, leczenie zakończyć, gdy dawka zostanie zmniejszona do 1–2 tabletek na dobę.	
		Średni stopień uzależnienia (FTND ≤ 6 lub ≤ 20 papierosów/dobę lub zapalających pierwszego papierosa > 30 min po przebudzeniu się)			
		Krok 1	1,5 mg lub 2 mg (max. 15 tabletek/dobę)	2–3 miesiące	
Nicorette Spray	aerozol do stosowania w jamie ustnej 1 mg/dawkę, 150 dawek (13,2 ml)	Wielkość dawki		Długość terapii	
		Krok 1	1–2 dawek w momencie potrzeby zapalenia papierosa co 30 minut do 1 godziny (maks. 4 dawki/h)	1–6 tydzień	
		Krok 2	↓ częstotliwość dawek do POŁOWY średniej liczby dawek stosowanych w I etapie	7–9 tydzień	
		Krok 3	↓ częstotliwość dawek do 4 dawek/dobę	10–12 tydzień	
		Krok 4	<4 dawki/dobę leczenie zakończyć	13–15 tydzień	
		Nacisnąć górną część dozownika z aerozolem i rozpylić jedną dawkę do jamy ustnej, omijając wargi. Podczas rozpylania należy przez kilka sekund wstrzymać oddech i nie przełykać. Podczas podawania aerozolu pacjenci nie powinni jeść ani pić. Nie stosować dłużej niż 6 miesięcy.			
Dopuszczalne jest łączne stosowanie niektórych preparatów NTZ (regularnie plaster + inhalator, regularnie plaster + dowolnie guma) oraz NTZ i bupropionu/warenikliny po konsultacji lekarskiej.					

tego typu na receptę, farmaceuta powinien zareagować i zaoferować swoją pomoc. Może to być około półgodzinne spotkanie, w czasie którego farmaceuta wraz z pacjentem ustali plan pomocy w zaprzestaniu palenia. Rozmowa powinna odbyć się w aptece w specjalnie wydzielonym do tego miejscu, dającym pacjentowi poczucie komfortu. Termin spotkania musi być dogodny dla pacjenta, jak i nie powinien zaburzać pracy apteki. **Rycina 1** przedstawia potencjalny algorytm postępowania farmaceuty z pacjentem uzależnionym od tytoniu, w ramach prowadzonej opieki farmaceutycznej w aptekach ogólnodostępnych, opracowany na podstawie polskich zaleceń lekarskich, jak i międzynarodowych standardów opieki farmaceutycznej [9, 20–22].

W czasie spotkania farmaceuta, w pierwszej kolejności, powinien ocenić stopień motywacji pacjenta do zaprzestania palenia. Do tego celu służy powszechnie dostępny test Schneidera składający się z 12 prostych pytań, na które pacjent

odpowiada twierdząco bądź przecząco (**tabela 3**) [13, 23]. Jeśli suma udzielonych odpowiedzi „nie” wynosi ≥ 7 oznacza to, że osoba paląca nie jest gotowa do zerwania z nałogiem w danej chwili. W tej sytuacji farmaceuta mógłby sprawdzić wspólnie z pacjentem, na które pytania pacjent udzielił odpowiedzi przeczącej i doradzić mu jak powinien rozwiązać swoje problemy. Możliwe, że nie jest to dla pacjenta dobry moment do rezygnacji z palenia. Rozmowa farmaceuty powinna być nakierowana na pomoc pacjentowi w znalezieniu motywacji do rzucenia palenia. Dla jednych dobrym powodem do zaprzestania palenia będzie motywacja zdrowotna – strach przed rakiem, dla innych ekonomiczna – zaoszczędzone pieniądze, dla jeszcze innych moralna – dzieci. Jest to sprawa bardzo indywidualna, a obowiązkiem farmaceuty powinno być omówienie każdego z tych powodów [24, 25]. Po interwencji motywującej farmaceuta powinien dać pacjentowi czas na zastanowienie się, zachęcić do ponownego spotkania w celu

Tabela 2. Charakterystyka leków stosowanych w leczeniu uzależnienia od tytoniu.

Leki stosowane w leczeniu uzależnienia od tytoniu		
Leki OTC		
Cytyzyna	Charakterystyka	Alkaloid występujący m.in. w nasionach złotokapu (<i>Laburnum anagyroides</i>) pobudzający autonomiczny układ nerwowy w sposób podobny jak nikotyna
	Działania niepożądane	Lek jest najczęściej dobrze tolerowany. Działania niepożądane występują głównie na początku leczenia, mają zwykle nasilenie łagodne do umiarkowanego i ustępują wraz z jego trwaniem. Mogą one być również spowodowane zaprzestaniem palenia tytoniu, a nie przyjmowaniem leku. Najczęściej są to dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (suchość w jamie ustnej, bóle brzucha, nudności, wymioty, zmiany odczuwania smaku, zaparcie, biegunka, wzdęcia, pieczenie języka, zgaga, nadmierne ślinienie), zwiększenie apetytu, zwiększenie masy ciała, zmiany nastroju i rozdrażnienie. Lek nie wpływa na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn.
	Przeciwwskazania	Nie stosować u pacjentów z nadwrażliwością na składniki preparatu, z niestabilną dławicą piersiową, z klinicznie istotnymi zaburzeniami rytmu serca, po niedawno przeżytym zawałe mięśnia sercowego lub udarze mózgu, w ciąży i podczas karmienia piersią.
Nikotyna	Charakterystyka	Alkaloid występujący w dużych ilościach w tytoniu. Łączy się z receptorami acetylocholinowymi połączeń nerwowych zwojów autonomicznego układu nerwowego, rdzenia nadnerczy oraz OUN, wykazując działanie pobudzające zarówno wobec części współczulnej, jak i przywspółczulnej układu nerwowego. Pobudza OUN (szczególnie „punkt nagrody” w układzie limbicznym), ↑ częstotliwość rytmu serca, ↑ ciśnienie tętnicze, ↑ perystaltykę i ↑ wydzielanie gruczołów przewodu pokarmowego.
	Działania niepożądane	Plastry podrażnienie skóry w miejscu zastosowania preparatu, rumień, wysypka, świąd, pokrzywka
		Guma do żucia podrażnienia jamy ustnej i gardła, ból mięśni żuchwy, czkawka, uszkodzenie protezy dentystycznej
		Pastyłki/Tabletki do ssania/Aerozol podrażnienie jamy ustnej i gardła, uczucie pieczenia w ustach
		Działania ogólnoustrojowe: dysforia, bezsenność, niepokój, problemy z koncentracją, nerwowość, bóle i zawroty głowy, uczucie dyskomfortu w obrębie przewodu pokarmowego, nudności, wymioty, ↑ częstotliwości rytmu serca, ↑ łaknienie, ↑ masy ciała, kaszel, zaparcia. Brak wpływu na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn.
	Przeciwwskazania	Nie stosować u osób z nadwrażliwością na składniki preparatu, niestabilną dławicą piersiową, po zawałe serca (do 3 mies.), ostrą fazą udaru mózgu, z zaburzeniami rytmu serca. Stosować ostrożnie u chorych ze stabilną dławicą piersiową, chorobami tętnic obwodowych, niestabilnym lub wysokim nadciśnieniem tętniczym, czynną chorobą wrzodową, zapaleniem błony śluzowej żołądka, niewydolnością nerek, umiarkowanym lub ciężkim upośledzeniem czynności wątroby. Ponieważ nikotyna powoduje zwiększenie wydzielania amin katecholowych, należy zachować szczególną ostrożność, stosując ją u chorych z nadczynnością tarczycy, guzem chromochłonnym i cukrzycą typu 1.
Leki na receptę (po te leki farmaceuta kieruje pacjenta do lekarza)		
Bupropion	Charakterystyka	Wybiórczy inhibitor zwrotnego wychwytu neuronalnego katecholamin (noradrenaliny i dopaminy) [33]
	Działania niepożądane	Bezsenna (aby zmniejszyć częstość występowania bezsenności, należy unikać podawania leku wieczorem), ból głowy, suchość w jamie ustnej, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, w tym nudności i wymioty, reakcje nadwrażliwości (pokrzywka), utrata apetytu, pobudzenie, drażliwość, drżenia, zawroty głowy, zaburzenia smaku, zaburzenia widzenia, szum w uszach, wzrost ciśnienia tętniczego (w niektórych przypadkach znaczny), zaczerwienienie skóry, ból brzucha, zaparcia, wysypka, świąd, pocenie się, gorączka, ból w klatce piersiowej, osłabienie. Lek może negatywnie wpływać na sprawność psychofizyczną.
	Przeciwwskazania	Napady drgawkowe, jadłowstręt psychiczny, żarłoczność psychiczna, stosowanie inhibitorów MAO, uzależnienie od substancji psychoaktywnych
Wareniklina	Charakterystyka	Syntetyczny częściowy agonista receptora nikotynowego o dobrze udokumentowanej skuteczności [33, 34]. Jest bezpieczna i skuteczna w leczeniu uzależnienia od tytoniu szczególnie osób z wysokim ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych i neuropsychiatrycznych [35].
	Działania niepożądane	Niezwykłe marzenia sennie, bezsenność, ból głowy, nudności, wzmożone łaknienie, senność, zawroty głowy, zaburzenia smaku, wymioty, zaparcie, biegunka, wzdęcia, dyskomfort w obrębie jamy brzusznej, niestrawność, suchość w jamie ustnej, zmęczenie, zawroty głowy i senność, wpływając na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu.
	Przeciwwskazania	Ciąża, schyłkowa niewydolność nerek

podjęcia kolejnej próby zerwania z nałogiem, udostępnić materiały edukacyjne. Jeżeli suma udzielonych odpowiedzi „tak” wynosi ≥ 7 , osoba paląca ma silną motywację do zerwania z nałogiem palenia tytoniu i większą szansę na porzucenie nałogu. W tej sytuacji kolejnym krokiem farmaceuty

mogłoby być przeprowadzenie z pacjentem testu, również powszechnie stosowanego przez lekarzy, oceniającego stopień uzależnienia od nikotyny (tabela 4) [26, 27].

Test ten składa się z 6 pytań dotyczących historii palenia pacjenta i na podstawie wyników testu

Rycina 1. Algorytm postępowania farmaceuty z osobą palącą tytoń. Szczegóły omówione w tekście

Tabela 3. Test motywacyjny do zaprzestania palenia wg Schneider [13, 23].

Pytanie	Odpowiedź	
1. Czy chcesz zaprzestać palenia tytoniu?	tak ☐	nie ☐
2. Czy decydujesz się na to ze względu na siebie, czy na inne osoby? (tak – dla siebie, nie – dla innych)?	tak ☐	nie ☐
3. Czy podejmowałeś/podejmowałaś wcześniej próby zaprzestania palenia?	tak ☐	nie ☐
4. Czy orientujesz się, w jakich sytuacjach palisz najczęściej i dlaczego to robisz?	tak ☐	nie ☐
5. Czy wiesz, dlaczego palisz tytoń?	tak ☐	nie ☐
6. Czy możesz liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół, partnera, gdybyś chciał/chciała zaprzestać palenia?	tak ☐	nie ☐
7. Czy członkowie Twojej rodziny są osobami niepalącymi?	tak ☐	nie ☐
8. Czy w miejscu, w którym pracujesz, nie pali się tytoniu?	tak ☐	nie ☐
9. Czy jesteś zadowolony/zadowolona ze swojej pracy i trybu życia, jaki prowadzisz?	tak ☐	nie ☐
10. Czy wiesz, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy w razie trudności z utrzymaniem abstynencji?	tak ☐	nie ☐
11. Czy wiesz, na jakie trudności będziesz narażony/narażona w czasie abstynencji (pokusy, zachcianki, słabości)?	tak ☐	nie ☐
12. Czy wiesz, w jaki sposób radzić sobie w sytuacjach kryzysowych?	tak ☐	nie ☐
Wynik testu	liczba odpowiedzi: tak nie	

Tabela 4. Test uzależnienia od nikotyny wg. Fagerströma [26, 27].

Pytanie	Odpowiedź	Punkty
Jak szybko po przebudzeniu zapala Pan/Pani pierwszego papierosa?	do 5 minut	3
	6–30 minut	2
	31–60 minut	1
	po 60 minutach	0
Czy ma Pan/Pani trudności z powstrzymaniem się od palenia w miejscach, gdzie jest ono niedozwolone, np. w kościele, w bibliotece, w kinie itp.?	tak	1
	nie	0
Z którego papierosa jest Panu/Pani najtrudniej zrezygnować?	z pierwszego rano	1
	z każdego innego	0
Ile papierosów wypala Pan/Pani w ciągu dnia?	10 lub mniej	0
	11–20	1
	21–30	2
	31 i więcej	3
Czy częściej pali Pan/Pani papierosy w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu niż w pozostałej części dnia?	tak	1
	nie	0
Czy pali Pan/Pani papierosy nawet wtedy, gdy jest Pan/Pani tak chory/a, że musi leżeć w łóżku?	tak	1
	nie	0
Wynik testu	Liczba punktów:	

farmaceuta mógłby zaproponować pacjentowi odpowiedni plan postępowania, na który zastosowanie pacjent powinien wyrazić pisemną zgodę. Im niższy wynik testu (0–3 pkt – uzależnienie słabe) tym większe prawdopodobieństwo uzależnienia behawioralnego. W tym przypadku środki farmakologiczne nie są konieczne, raczej najbardziej skuteczne są metody psychologiczne, polegające na nauce właściwych/nowych zachowań. Postępowanie farmaceuty powinno obejmować poradę w zakresie metod niefarmakologicznych rzucania palenia, rozmowę motywacyjną oraz umówienie kolejnego spotkania w celu sprawdzenia realizacji planu zaprzestania palenia. Natomiast im wyższy wynik testu (4–6 pkt. – uzależnienie średnie, 7–10 pkt – uzależnienie silne) tym silniejsza komponenta fizycznego uzależnienia, a więc wymagana jest farmakoterapia w celu uniknięcia nieprzyjemnych objawów abstynencyjnych wynikających z nagłego braku nikotyny. **Tabele 1 i 2** przedstawiają wszystkie preparaty stosowane w leczeniu uzależnienia od tytoniu dostępne na polskim rynku farmaceutycznym. Farmaceuta, po przeprowadzonym z pacjentem wywiadzie dotyczącym historii palenia i przyjmowanych na stałe leków, może zaproponować w ramach swoich uprawnień leki OTC np. cytyzynę w tabletkach do połykania bądź preparat nikotynowej terapii zastępczej (NTZ) w postaci plastrów, gum do żucia, tabletek/pastylek do ssania czy aerozolu. Farmaceuta powinien zalecić odpowiednie dawkowanie danego preparatu, jak również poinformować pacjenta o właściwym stosowaniu wybranej postaci leku. Jeżeli u pacjenta nie można zastosować danego preparatu (np. pacjentowi po niedawno przeżytym zawale serca,

z nieunormowanym ciśnieniem tętniczym), farmaceuta powinien skierować pacjenta do lekarza i zaproponować kolejne spotkanie już po wizycie lekarskiej. Zarówno test oceniający stopień motywacji pacjenta do zaprzestania palenia, jak i ocena uzależnienia od nikotyny powinny być w każdej przychodni lekarskiej i, tym bardziej, w aptece ogólnodostępnej.

Końcowym etapem spotkania powinno być ustalenie harmonogramu dalszych spotkań. Pierwsze tygodnie są bardzo trudne dla pacjenta, ze względu na objawy abstynencyjne (takie jak natrętne myśli o paleniu, niepokój, napięcie, nadmierna nerwowość, depresja lub obniżony nastrój, trudności w koncentracji uwagi, zaburzenia snu, zwiększony apetyt), dlatego częstotliwość spotkań powinna być większa, co tydzień lub dwa tygodnie. Farmaceuta powinien także udzielić porady pacjentowi jak radzić sobie w momencie wystąpienia objawów abstynencyjnych. Wydaje się zasadne uzyskanie informacji od pacjenta o osobach wspierających, które pomogą mu wyjść z nałogu. Jeżeli pacjent nie potrafi wskazać takiej osoby, to farmaceuta w aptece mógłby spełniać taką rolę. Ewentualnie, gdyby zaistniała taka potrzeba, można skierować pacjenta do poradni antynikotynowej działającej na danym obszarze kraju, udzielić informacji o innych metodach wspierających palaczy, np. aplikacjach na telefon, stronach internetowych, całodobowych numerach telefonów kontaktowych [28].

Podczas kolejnych spotkań zadaniem farmaceuty powinna być kontrola realizacji planu zaprzestania palenia. Jeśli pacjentowi próba rzucenia palenia powiodła się, należałoby pogratulować

sukcesu i podkreślić konieczność całkowitej abstynencji nikotynowej. Jeżeli próba by się nie udała, rolą farmaceuty powinno być przeprowadzenie z pacjentem odpowiedniej rozmowy motywacyjnej. Dobrym pomysłem wydaje się próba przekonania pacjenta, że nawet krótka przerwa w paleniu jest dobrym doświadczeniem. Następnie farmaceuta powinien omówić przyczyny niepowodzenia i rozważyć zwiększenie pacjentowi dawki leków OTC lub zmienić preparat. Niewielu palaczom udaje się przestać palić przy pierwszej próbie. Badania statystyczne pokazują, że najczęściej skuteczną jest siódma lub dalsze próby zaprzestania palenia [9].

Palenie tytoniu stanowi istotne wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Nie może zatem dziwić chęć włączenia farmaceutów w opiekę nad pacjentem uzależnionym od tytoniu [29, 30]. Opieka, przede wszystkim, opiera się na udzieleniu pomocy przy wyborze konkretnego preparatu OTC, pomagającego w walce z nałogiem danemu pacjentowi, poinstruowaniu o właściwym dawkowaniu i stosowaniu leku, jak również kontroli realizacji planu zaprzestania palenia. Za proponowany schemat postępowania farmaceuty z pacjentem uzależnionym od nikotyny to autorska propozycja usługi farmaceutycznej możliwa do wdrożenia w polskim systemie ochrony zdrowia, stanowiąca koncepcję zastosowania *Pharmaceutical Public Health* w praktyce. W żadnym przypadku nie ma ona na celu zastępowania lekarza przez farmaceutę. Ma jedynie za zadanie odciążyć personel medyczny (w tym lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej), poprawić stan zdrowia polskiego społeczeństwa, jak również przyczynić się do znaczących oszczędności w budżecie [8].

Zarówno opieka farmaceutyczna, jak i usługi z zakresu *Pharmaceutical Public Health* powinny stanowić integralny element systemu ochrony zdrowia i podlegać refundacji ze środków publicznych czy ubezpieczeń prywatnych [31, 32]. W takim przypadku należałoby określić zakres konkretnych działań, jakich mogą podejmować się farmaceuci w ramach swojej działalności z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, tak jak jest w innych krajach na świecie, np. by skutecznie prowadzić pacjentów rzucających palenie.

Podziękowania

Autorzy dziękują za współpracę firmie Cosmedica sp. z o.o. świadczącej w wybranych placówkach opiekę farmaceutyczną (m.in. pomiary ciśnienia tętniczego, instruktaże obsługi urządzeń diagnostycznych, np. penów insulinowych czy inhalatorów, przeglądy apteczek domowych).

Otrzymano: 2018.07.22 • Zaakceptowano: 2018.08.20

Piśmiennictwo

1. Ulatowska-Szostak E.: Udział aptek w działaniach z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w opiniach wybranej grupy pacjentów. *Probl Hig Epidemiol.* 2008, 89: 269–274.
2. Mdege N.D., Chindove S.: Effectiveness of tobacco use cessation interventions delivered by pharmacy personnel: a systematic review. *Res Social Adm Pharm.* 2014, 10: 21–44.
3. Jorgenson D., Penn J., MacKinnon N., Smith J.: A needs assessment of community pharmacists for pharmacist specialization in Canada. *Int J Pharm Pract.* 2017, 25: 159–167.
4. Panas M., Brandys J.: Przygotowanie programu „Udział farmaceutów w prowadzeniu pacjentów uzależnionych od tytoniu w aptekach ogólnodostępnych”. *Przegląd Lekarski* 2008, 65: 719–723.
5. Bogdan M., Świeczkowski D., Religioni U.: Rola farmaceuty w polskim systemie ochrony zdrowia w kontekście ochrony zdrowia publicznego. *Farmacja Współczesna* 2017, 10: 260–266.
6. Steele K.M., Ruisinger J.F., Bates J. et al.: Home-Based Comprehensive Medication Reviews: Pharmacist's Impact on Drug Therapy Problems in Geriatric Patients. *Consult Pharm.* 2016, 31: 598–605.
7. Rhalimi F., Rhalimi M., Rauss A.: Pharmacist's Comprehensive Geriatric Assessment: Introduction and Evaluation at Elderly Patient Admission. *Drugs – Real World Outcomes.* 2017, 4: 43–51.
8. Tsuyuki R.T., Al Hamarneh Y.N., Jones C.A. et al.: The Effectiveness of Pharmacist Interventions on Cardiovascular Risk. *J Am Coll Cardiol.* 2016, 67: 2846–2854.
9. Górecka D., Bała M.: Leczenie uzależnienia od tytoniu. *Interna Szczeklika – Podręcznik chorób wewnętrznych. Medycyna Praktyczna, Kraków,* 2013.
10. Cosci F., Pistelli F., Lazzarini N., Carrozzi L.: Nicotine dependence and psychological distress: outcomes and clinical implications in smoking cessation. *Psychology research and behavior management* 2011, 4: 119–128.
11. Benowitz N.L., Burbank A.D.: Cardiovascular toxicity of nicotine: Implications for electronic cigarette use. *Trends in Cardiovascular Medicine* 2016, 26: 515–523.
12. Natori T., Sata M., Washida M., Hirata Y., Nagai R., Makuuchi M.: Nicotine enhances neovascularization and promotes tumor growth. 2003; *Mol. Cells.* 16: 143–146.
13. Zagdańska R., Grzelewska-Rzymowska I.: Zespół uzależnienia od nikotyny-leczenie. *Terapia* 2008; 10: 54–60.
14. Holbrook, B.D.: The effects of nicotine on human fetal development. *Birth Defects Research Part C: Embryo Today: Reviews.* 2016, 1, 108: 181–192.
15. Rodgman A., Perfetti T.: The chemical components of tobacco and tobacco smoke. Boca Raton, 2009, FL: CRC Press. ISBN-1-4200-7883-6.
16. Walker R.: Pharmaceutical public health: the end of pharmaceutical care? *The Pharmaceutical Journal.* 2000, 264: 340–41.
17. Kamińska M., Panas M.: Udział farmaceutów w walce z nałogiem palenia tytoniu. *Przegl. Lek.* 2007, 64: 915.
18. Afzal Z., Pogge E., Boomers V.: Evaluation of a Pharmacist and Nurse Practitioner Smoking Cessation Program. *J Pharm Pract.* 2017, 30: 406–411.
19. Okularczyk M., Gamrat M.: Promocja zdrowia w aptekach ogólnodostępnych: zwalczanie nałogu palenia. *Farm. Pol.* 2002, 58: 744.
20. El Hajj M.S., Kheir N., Al Mulla A.M. et al.: Effectiveness of a pharmacist-delivered smoking cessation program in the State of Qatar: a randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2017, 17: 215.
21. Farley A., Tearne S., Taskila T. et al.: A mixed methods feasibility study of nicotine-assisted smoking reduction programmes delivered by community pharmacists – The RedPharm study. *BMC Public Health.* 2017, 17: 210.
22. Sohanpal R., Rivas C., Steed L. et al.: Understanding recruitment and retention in the NHS community pharmacy stop smoking service: perceptions of smoking cessation advisers. *BMJ Open.* 2016, 6.
23. Szwed A.: Ocena stopnia motywacji i uzależnienia od nikotyny u palaczy podejmujących próbę zerwania z nałogiem. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012, 80: 516–522.
24. Andruszkiewicz A., Basińska M., Kubica A.: Czynniki wpływające na poziom motywacji do zaprzestania palenia tytoniu w grupie osób uzależnionych od nikotyny. *Folia Cardiologica Excerpta* 2010; 5: 49–53.
25. Cerasoli C.P., Nicklin J.M., Ford M.T.: Intrinsic motivation and extrinsic incentives jointly predict performance: a 40-year meta-analysis. *Psychol Bull.* 2014, 140: 980–1008.
26. Fagerstrom K.O.: Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J. Behav. Med.* 1989, 12: 159–81.
27. Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O.: The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 199, 86: 1119–1127.

28. Zatoński W.: Jak rzucić palenie. Copyright by Witold Zatoński 1995, 2003, 2005, 2007 ISBN Wydanie XVI, Wydawca: Fundacja „Promocja Zdrowia”.
29. Patwardhan P.D., Chewning B.A.: Effectiveness of intervention to implement tobacco cessation counseling in community chain pharmacies. *J Am Pharm Assoc.* 2012, 52: 507–514.
30. Corelli R.L., Fenlon C.M., Kroon L.A., Prokhorov A.V., Hudmon K.S.: Evaluation of a train-the-trainer program for tobacco cessation. *Am J Pharm Educ.* 2007, 71: 109.
31. Casserlie L.M., Di Pietro Mager N.A.: Pharmacists' perceptions of advancing public health priorities through medication therapy management. *Pharm Pract (Granada).* 2016, 14: 792.
32. Mińko M.: Propozycje reform polskiego systemu ochrony zdrowia na przykładzie dobrych praktyk zaczerpniętych z najlepszych światowym systemów zdrowotnych, *Studenckie Zeszyty Naukowe* 2014, 24: 69–72.
33. Mills E.J., Wu P., Lockhart I., Thorlund K., Puhan M., Ebbert J.O.: Comparisons of high-dose and combination nicotine replacement therapy, varenicline, and bupropion for smoking cessation: a systematic review and multiple treatment meta-analysis. *Ann Med.* 2012, 6: 588–597.
34. Chang P.H., Chiang C.H., Ho W.C., Wu P.Z., Tsai J.S., Guo F.R.: Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health.* 2015, 15: 689.
35. Kotz D., Viechtbauer W., Simpson C., van Schayck O.C., West R., Sheikh A.: Cardiovascular and neuropsychiatric risks of varenicline: a retrospective cohort study. *Lancet Respir Med.* 2015, 10: 761–768.