

Rozpowszechnienie używania tytoniu w Polsce i jego skutki

Grudzień 1992

Daria Andrejew-Frączek

Raport

Nr 30

Stan konsumpcji tytoniu w Polsce można określić jako niekontrolowaną epidemię nikotynową. Od kilku lat państwo utraciło kontrolę nad rynkiem tytoniowym, co w konsekwencji doprowadziło do utraty możliwości sterowania konsumpcją. Sytuacja ta jest niekorzystna także dla stanu zdrowotności społeczeństwa. W Polsce pali relatywnie dużo osób i więcej papierosów niż w innych krajach. Dodatkowo, papierosy, jakie najczęściej się pali należą do najbardziej szkodliwych. Sytuacja taka trwa już od kilku lat, co pogarsza stan zdrowia społeczeństwa: obniżając średnią długość życia i podnosząc wskaźnik zachorowalności i umieralności na choroby odytoniowe. Dramatyzmu sytuacji dopełnia pogłębianie się tych tendencji: w przeciwieństwie do większości krajów europejskich średnia przewidywana długość życia w Polsce maleje, rosną wskaźniki zachorowalności, a inicjacja do nałogu następuje w coraz młodszym wieku.

Tytoń jest drugim, obok alkoholu, środkiem uzależniającym, którego używanie jest akceptowane społecznie. O ile jednak szkodliwość zdrowotna alkoholu jest uzależniona od spożywanego jego ilości, o tyle tytoń i dym tytoniowy jest dla organizmu toksyczny w każdej dawce (por. m.in. Gniazdowski 1990).

Toksyczności tej nie można wyeliminować, choć możliwe jest jej ograniczanie poprzez kontrolę i redukcję szkodliwych substancji zawartych w tytoniu czy - w niektórych przypadkach - zmianę charakterystyki palenia (ilość wypalanych papierosów, długość czasu palenia, głębokość zaciągania się dymem). Jak wskazują doświadczenia innych krajów możliwe jest w skali społecznej kontrolowanie tego zjawiska i ograniczanie jego negatywnych skutków. Rejestracja i kontrola używania tytoniu uważana jest współcześnie za jedno z zadań polityki społecznej, a zdrowotnej w szczególności.

1. Źródła i wiarygodność danych

Można wyróżnić dwa rodzaje danych o poziomie i kierunkach zmian spożycia tytoniu. Pierwszym są dane statystyczne dotyczące produkcji, importu oraz obrotu i zbytu produktów tytoniowych. Drugim rodzajem informacji są wyniki reprezentatywnych badań zachowań i postaw wobec palenia tytoniu, konsumpcji. Sytuacja ta jest niekorzystna także dla stanu zdrowotności społeczeństwa. W Polsce pali relatywnie dużo osób, które palą średnio więcej papierosów niż w innych krajach. Dodatkowo papierosy, jakie najczęściej pali się należą do najbardziej szkodliwych. Sytuacja taka trwa już od kilku lat, co przyczynia się do tego bardzo złego stanu zdrowia społeczeństwa: bardzo niskiej średniej długości życia oraz wysokiego wskaźnika zachorowalności i umieralności na choroby odtytoniowe. Dramatyzmu sytuacji dopełnia pogłębianie się tych tendencji: w przeciwieństwie do większości krajów europejskich średnia przewidywana długość życia w Polsce maleje, rosną wskaźniki zachorowalności, a inicjacja w zakresie palenia następuje w coraz młodszym wieku.

Rzetelność szacunków spożycia dokonanych na podstawie tego rodzaju danych jest wątpliwa począwszy od roku 1988, gdy wyroby tytoniowe trafiły do agencyjnych punktów sprzedaży.

Obecne dane GUS charakteryzujące podaż towarów, a w tym papierosów, nie uwzględniają przywozu towarów z zagranicy realizowanego przez spółki prawa handlowego, spółki z udziałem handlu zagranicznego, zagraniczne przedsiębiorstwa drobnej wytwórczości, fundacje i osoby fizyczne prowadzące działalność w zakresie handlu zagranicznego (GUS 1991).

Biorąc pod uwagę dominujący udział wyżej wymienionych w imporcie papierosów, charakterystyki ilościowe podaży papierosów podawane przez GUS są w stopniu niekontrolowanym niedoszacowane.

Jest tak tym bardziej, że Główny Urząd Cel i Ministerstwo Finansów rejestrują odpowiednio wartość cła i podatków, która - przy powszechnej praktyce zaniżania cen zakupu - jest informacją nieprzydatną dla określenia wielkości importu.

I tak, od pięciu lat wiarygodność informacji statystycznej dotyczącej rynku tytoniowego oraz jej wartość informacyjna maleje. Dziś nie można rzetelnie szacować kierując się tymi danymi, a tym bardziej tym spożyciem sterować. Obecnie nie ma

danych mogących stanowić podstawę rzetelnego opisu rynku tytoniowego, a przez to nie istnieje możliwość jego kontrolowania.

1.2. Dane o spożyciu z badań postaw potencjalnych konsumentów

Badania zachowań i postaw wobec palenia tytoniu były podstawowym źródłem informacji dla określenia rozmiarów i struktury spożycia. Pierwsze z takich badań przeprowadzono w Polsce w roku 1974, następne w latach 1980 i 1982. Począwszy od roku 1985 były one prowadzone systematycznie do roku 1989. Każdorazowo realizował te badania Ośrodek Badania Opinii Publicznej przy Komitecie ds. Radia i Telewizji.

Od 1982 roku projektodawcą był Zakład Organizacji Walki z Rakiem i Epidemiologii Nowotworów Centrum Onkologii w Warszawie. Ze względu na spełnianie standardów porównywalności, wyniki tych badań dawały możliwość analizy zachowań zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu także w wieloletniej perspektywie oraz umożliwiały badanie wpływu stanu rynku na zachowania zdrowotne społeczeństwa.

W roku 1990 zaprzestano dokonywać takich analiz z braku środków. W roku 1991 Centrum Badania Opinii Społecznej przeprowadziło badanie na temat postaw wobec palenia tytoniu, jednak na podstawie innego kwestionariusza, a więc badanie to można zestawiać z prowadzonymi w latach osiemdziesiątych tylko w ograniczonym stopniu.

Badania, o których mowa są podstawowym instrumentem kontroli epidemiologii zjawiska. Szczególnie w sytuacji braku kontroli rynku, chcąc racjonalnie projektować działania profilaktyczne, niezbędną jest wiedza pochodząca z takich źródeł.

2. Rozpowszechnienie zjawiska

2.1. Statystyki sprzedaży wyrobów tytoniowych

Z danych GUS wynika, że w okresie powojennym nastąpił szybki wzrost spożycia papierosów liczony ilością sprzedanych papierosów na 1 mieszkańca. Rys. 1 przedstawia linię tego wzrostu w latach 1960 - 1990. Wynika z niego, że konsumpcja papierosów konsekwentnie wzrastała do roku 1980. Na początku lat osiemdziesiątych załamanie rynku wszystkich towarów spowodowało także spadek sprzedaży papierosów.

Badacze z Centrum Onkologii w Warszawie przypuszczają, że gdyby nie kryzys ekonomiczny i wynikające z niego ograniczenie produkcji papierosów, to - przy utrzymaniu się poprzedniego tempa wzrostu sprzedaży papierosów z lat 1950 - 1979 - ich spożycie wynosiłoby pod koniec lat osiemdziesiątych 4000 - 4500 sztuk na dorosłego mieszkańca.

Jak już powiedziano, statystyki GUS utraciły w ostatnich latach wiarygodność w tym zakresie. Niektóre źródła szacują, że konsumpcja papierosów w roku 1989 wynosiła 2359 szt. na 1 mieszkańca, a w roku 1990 wzrosła do 2648 szt., tj. o 12,3% (Rządowa Komisja Ludnościowa 1991). Tak więc trudno stwierdzić, czy obniżenie się krzywej spożycia na rys. 1 w latach 1988-89 nie jest spowodowane przyjęciem innej metody szacowania. Ewidentny jest bowiem dalszy wzrost spożycia notowany w roku 1990.

Należy dodać, że Polska od połowy lat siedemdziesiątych należy do tych krajów świata, które mają najwyższe spożycie papierosów na głowę dorosłego mieszkańca. Spożycie papierosów na jednego mieszkańca w wieku powyżej 15 lat ilustruje tabela nr 1. Dla przeprowadzenia porównań przyjęto rok 1985.

Warto zwrócić uwagę, że stan obecny prawdopodobnie przedstawia się jeszcze mniej korzystnie. Jak wiadomo bowiem w krajach europejskich podjęto działania zmierzające do ograniczenia epidemii nikotynowej. W Polsce natomiast utracono kontrolę nad rynkiem, a wszystkie możliwe szacunki są w znacznym stopniu niepełne.

2.2. Badania nad rozmiarami spożycia tytoniu

Z sondażu przeprowadzonego przez CBOS w marcu 1991 r. na 1000 osobowej próbie losowej dorosłej ludności Polski wynika, że 56,9% Polaków nie pali tytoniu. Z 43% palących tytoń, 35,4% przyznaje się do codziennego palenia, pozostali od czasu do czasu (CBOS 1991).

W roku bieżącym w badaniu OBOP uzyskano dane, z których wynika, że pali papierosy 39% Polaków (przy możliwym błędzie 2,7%). Na tę grupę składa się 36% badanych palących codziennie i 3% palących okazjonalnie (OBOP 1992).

Z wyników obu sondaży można wnioskować, że w ciągu ostatniego roku ilość osób palących regularnie papierosy nie zmienia się. Prawdopodobnie zmniejsza się ilość osób palących okazjonalnie, co spowodowane być może względami ekonomicznymi. Należy dodać, że porównanie wyników obu badań jest ograniczone innymi założeniami przyjętymi przy ich realizacji.

Większe możliwości wnioskowania o ewentualnych zmianach w obrazie nikotynizmu w Polsce daje porównanie wyników badania OBOP z roku bieżącego i lat poprzednich. Tabela nr 2 pokazuje brak zasadniczych zmian w ilościowych charakterystykach poszczególnych grup badanych. Nadal w grupie palących dominują mężczyźni (53% ogólnej liczby mężczyzn).

Najczęściej palą osoby w wieku produkcyjnym. Dominują osoby w wieku 40 - 49 lat (51%) i 30 - 39 lat (45%). Regularne palenie częściej występuje w miastach (40%) niż na wsi (29%). Mężczyźni mieszkający na wsi palą prawie równie często (48%) jak mieszkający w mieście (56%). Natomiast wśród kobiet regularne palenie papierosów jest zjawiskiem występującym dwukrotnie częściej u kobiet mieszkających w mieście (28%) niż wśród kobiet mieszkających na wsi (14%).

Przynależność do grup społeczno-zawodowych wśród palaczy ilustruje tabela 3. W grupie mężczyzn palących regularnie zdecydowanie dominują robotnicy (niewykwalifikowani - 57%, wykwalifikowani - 69%).

W porównaniu z wynikami badania przeprowadzonego w roku 1987 odsetek mężczyzn - pracowników umysłowych bez wyższego wykształcenia palących regularnie papierosy zmniejszył się o 11 punktów procentowych. Także wśród robotników niewykwalifikowanych odsetek regularnie palących zmniejszył się w porównaniu z danymi z roku 1987 (o 10 punktów procentowych). Natomiast odsetek mężczyzn pracowników umysłowych z wyższym wykształceniem palących codziennie wzrósł w porównaniu z danymi z roku 1987 o 10 punktów procentowych. Wśród kobiet - pracowników umysłowych z wyższym wykształceniem odsetek palących zmniejszył się

w porównaniu z rokiem 1987 o 10 punktów. W pozostałych kategoriach nie zmienił się.

Odsetki regularnie palących kobiet w poszczególnych kategoriach społeczno-zawodowych są obecnie zbliżone. Wyjątek stanowią kobiety pracujące w rolnictwie, lecz interpretowanie tej różnicy jest ryzykowne, ze względu na zbyt małą liczebność tej grupy osób w próbie (OBOP 1992).

2.3. Bierne palenie

Podczas palenia papierosów można wyróżnić dwa strumienie dymu: główny (wdychany przez palącego) i boczny (ulatniający się z tłącego się końca papierosa. Strumień boczny charakteryzuje się następującymi cechami:

- z tego strumienia wydziela się dwukrotnie więcej dymu, niż z tzw. strumienia głównego; dym boczny wydziela się przez cały czas palenia ok. 10 min.), dym główny wdychany jest w kilku dawkach 20-30 sekundowych,
- dym boczny nie jest filtrowany, podczas gdy dym główny najpierw przechodzi przez filtr papierosa, a następnie przez płuca palacza,
- w dymie bocznym wykryto więcej niektórych substancji toksycznych (nitrozaminy, benzopirenu, 3/4 uwalnianej nikotyny, 50 mg z całych 70 mg tlenu węgla).

Bierne palenie, czyli wdychanie dymu tytoniowego znajdującego się w powietrzu otaczającym jest zjawiskiem, które doceniono stosunkowo niedawno. Ocenia się, że ok. 60% populacji niepalących jest narażona na bierne palenie. Upośledzenie funkcji układu oddechowego osób niepalących narażonych na bierne palenie, wedle wyników badań dwutysięcznej grupy niepalących, porównywalne jest w skutkach z czynnością palaczy palących do 10 papierosów dziennie. W innych badaniach uzyskano wyniki świadczące o istotnie większym narażeniu żon nałogowych palaczy na raka płuc czy zgonów z powodu choroby wieńcowej (Grzonkowski, Rywik 1992).

Zdrowotne skutki biernego palenia są także problemem dotyczącym dzieci rodziców palących. Dotychczas przeprowadzone badania nad zależnością pomiędzy paleniem tytoniu przez rodziców a występowaniem objawów i chorób płuc u ich dzieci ujawniły, że dzieci rodziców palących:

- narażone są w większym stopniu na infekcje płuc (szczególnie dolnych dróg oddechowych u niemowląt),
- częściej występuje świszczący oddech utrudniający oddychanie,
- występuje zmniejszenie objętości płuc (badania spirometryczne u dzieci starszych),
- częściej występują objawy astmatyczne lub objawy związane z nadreaktywnością oskrzeli. Wymienione objawy chorobowe płuc są silniej związane z paleniem tytoniu przez matki niż przez ojców (Jędrychowski W. 1992).

3. Problemy związane z użyciem tytoniu

3.1. Konsekwencje zdrowotne

Jednym z ważnych powodów trudności w zrozumieniu związku między paleniem tytoniu a jego zdrowotnymi następstwami jest długi okres czasu, jaki musi upłynąć między rozpoczęciem palenia, a wystąpieniem objawów choroby. Z tego powodu po-

trzeba było ponad 30 lat badań, licząc od pierwszych badań naukowych prowadzonych w latach dwudziestych, aby rozpoznać ten związek.

3.1.1. Nałóg palenia tytoniu

Przez długi okres czasu nie doceniano siły nałogu tytoniowego. Dopiero w 1974 roku WHO wciągnęła tytoń na listę substancji powodujących uzależnienie. Uzależnienie od tytoniu APA (Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne) sklasyfikowało jako jednostkę chorobową ("choroba z nadużycia substancji") po raz pierwszy w roku 1980.

Z badań wynika, że trzech na czterech palaczy próbowało już, bez powodzenia, rzucić palenie. Tylko 2% jest w stanie ograniczyć się do palenia okazjonalnego. Dziś wiadomo, że zależność tytoniowa ma charakter nałogu, choroby wymagającej leczenia (Przewoźniak 1991). Osoby uzależnione od nikotyny wymagają pomocy medycznej, tak jak osoby uzależnione od alkoholu czy środków odurzających.

Badania nad leczeniem nikotynizmu pokazują podobne cechy przebiegu abstynencji jak w wypadku innych środków uzależniających. Rysunek 2 ilustruje jedno z podobieństw: przedstawia krzywe nawrotów do nałogu w czasie.

Z punktu widzenia społecznego nałóg tytoniowy charakteryzuje się jednak znaczną odmiennością. Z jednej strony - każdy palący powoduje emisję toksyn wywołujących ujemne skutki zdrowotne dla otoczenia. Z drugiej jednak strony - palenie tytoniu jest nałogiem bardziej społecznie akceptowanym niż alkoholizm czy narkomania.

3.1.2. Epidemie chorób związanych z paleniem tytoniu

Lista chorób, o których wiadomo, że do ich powstawania i rozwoju przyczynia się używanie tytoniu, jest długa. Należą do nich w pierwszym rzędzie nowotwory, choroby układu krążenia, oddechowego i pokarmowego.

Palenie tytoniu osłabiając mechanizm obrony immunologicznej prowadzi nie tylko do powstania nowotworów w narządach, które mają bezpośredni kontakt z dymem tytoniowym. W roku 1986 Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem w Lyonie ustaliła następującą lokalizację nowotworów złośliwych, co do których stwierdzono przyczynowy związek z paleniem tytoniu: nowotwory złośliwe płuca, jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, pęcherza moczowego i nerki oraz trzustki. Ryzyko zachorowania jest różne w zależności od lokalizacji. Do najwyższych, bo ok. 90%, należy ryzyko zachorowalności na raka płuc.

Szacuje się, że dym tytoniowy był w Polsce, pod koniec lat osiemdziesiątych, przyczyną ponad 40% wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn i 10% takich zachorowań u kobiet (Zatoński, Tyczyński 1992).

W 1990 odnotowano niepokojący wzrost zachorowalności na choroby układu krążenia, o czym świadczy wysoka dynamika wzrostu liczby osób hospitalizowanych z powodu tych schorzeń (wzrost o 10% w porównaniu do roku poprzedniego). Również w roku 1990, w porównaniu z rokiem poprzednim, na tendencję wzrostową wskazują statystyki zachorowalności i chorobowości na choroby nowotworowe (Rządowa Komisja Ludnościowa 1991).

3.1.3. Umieralność oraz oczekiwana długość życia

Polska należy do krajów o najwyższej dynamice umieralności na choroby wywołane paleniem tytoniu. Jeszcze w połowie lat sześćdziesiątych oczekiwana długość życia w Polsce była na dobrym europejskim poziomie, jak np. w Austrii czy Finlandii (por. tab. 4). Uważa się, że był to okres postępu wynikający z ograniczenia umieralności na choroby zakaźne. Począwszy od tego czasu w Polsce doszło do wzrostu umieralności i skrócenia oczekiwanej długości życia. Zjawisko to dotyczy w szczególności mężczyzn w średnim wieku - od początku lat siedemdziesiątych naszego wieku, i kobiet w wieku średnim - w latach osiemdziesiątych (Zatoński 1992). Jak wynika z tabeli w tym samym czasie w innych krajach Europy, poza radziecką strefą wpływów, przeciętne dalsze trwanie życia, mniej lub bardziej konsekwentnie, wzrastało.

Obecnie przeciętna długość życia w Polsce wynosi 66,5 lat dla mężczyzn i 75,5 lat dla kobiet i systematycznie obniża się. Jest to proces najbardziej wyrazisty u mężczyzn w wieku produkcyjnym. Znaczy to, że dzisiejszy piętnastolatek czy trzydziestolatek będzie żył o ponad 2,5 roku krócej niż jego rówieśnik z lat 1965-66 (Rządowa Komisja Ludnościowa 1991).

Główną przyczyną zgonów w Polsce są choroby układu krążenia, które od lat wykazują stałą tendencję wzrostu. W 1990 ich udział w ogólnej strukturze zgonów wyniósł 52,4%.

Drugą w kolejności przyczyną umieralności w Polsce są choroby nowotworowe. Ich udział wyniósł 19,0% w ogólnej liczbie zgonów (Rządowa Komisja Ludnościowa 1991). Wykazują one również stałą tendencję wzrostową.

Na podstawie statystyk z lat 1963-85, wykonano prognozę umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce na rok 2010. Zakłada ona zachowanie tych tendencji i w tym nasileniu, jak miało to miejsce w okresie będącym podstawą prognozowania. Wynika z niej, że w roku 2010 liczba zgonów mężczyzn na nowotwory złośliwe wyniesie 69 559 i wzrośnie w porównaniu do roku 1985 o 83%, zaś liczba zgonów kobiet z tej samej przyczyny wyniesie 40 848 i będzie wyższa od liczby zgonów w roku 1985 o ok. 41% (Zatoński, Tyczyński 1989).

Syntetyczną prognozę umieralności na choroby odtytoniowe w poszczególnych krajach Europy na rok 1995, przy zachowaniu tendencji zaobserwowanych w ostatnich latach, przedstawia rysunek 3. Z prognozy tej wynika, że w Polsce bezwzględna liczba zgonów będzie największa spośród wszystkich krajów europejskich.

3.2. Użycie tytoniu przez dzieci i młodzież

Już w wieku między 11 a 12 rokiem życia około 30% chłopców ma za sobą inicjację w zakresie palenia tytoniu, a przed ukończeniem szkoły średniej raczej systematycznie pali około 80% dorastających. Dziewczęta, generalnie rzecz biorąc, zaczynają palenie nieco później i palą nieco mniej. A mimo to już w wieku między 14 a 15 rokiem życia po inicjacji jest około 40%, a najbardziej dynamiczny przyrost ilości palących dziewcząt rejestruje się w przedziale między 15 a 16 rokiem życia (Frączek 1990).

Te i inne badania nad paleniem wśród dzieci i młodzieży wskazują, że nie jest to fenomen ograniczający się do wyselekcjonowanej grupy, stanowiący jakieś marginalne czy dotyczące tzw. patologicznych środowisk zjawisko. Mówiąc inaczej pro-

blem palenia dotyczy w zasadzie wszystkich dorastających i, prędzej czy później, będzie stanowił zadanie, z jakim będzie sobie musiało poradzić społeczeństwo.

Natomiast problemem pedagogicznym jest przygotowanie dorastającej młodzieży do poradzenia sobie z tym problemem, tak aby nie dopuścić do formowania się nawykowego używania tytoniu. Tak sformułowane zadanie wychowawcze jest w istocie niezwykle trudne ze względu na powszechność palenia i jego społeczną akceptację oraz rolę, jaką pełni palenie w społecznym dorastaniu młodych. Palenie tytoniu jest bowiem elementem obowiązującego wzorca dorosłości i częścią zachowań antykonformistycznych.

Spis tabel i rysunków:

Rysunek 1. Spożycie papierosów w Polsce na jednego mieszkańca w latach 1960-1990

Rysunek 2. Czas powstrzymywania się od powrotu do nałogu przez osoby uzależnione od heroiny, tytoniu i alkoholu

Rysunek 3. Prognoza zgonów spowodowanych używaniem tytoniu dla Europy w roku 1985

Tabela 1. Spożycie papierosów na dorosłego mieszkańca (powyżej 15 roku życia) na świecie w 1985 r.

Tabela 2. Częstość palenia tytoniu w świetle wyników badań w latach 1987 i 1992

Tabela 3. Przynależność społeczno-zawodowa osób palących regularnie w świetle wyników badań w latach 1987 i 1992

Tabela 4. Przeciętne dalsze trwanie życia (dla osób w wieku 0 lat) w krajach Europy

Opracowano na podstawie:

CBOS (Centrum Badania Opinii Społecznej) - *Opinia publiczna o paleniu tytoniu i jego skutkach, Komunikat z badań*, Warszawa, maj 1991.

A. Frączek - *Rozwój w okresie dorastania a nawykowe palenie i picie*, "Nowiny Psychologiczne", nr 5-6, 1990.

A. Gniazdowski (red.) - *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne. Próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990.

S. Grzonkowski, S. Rywik - *Palenie tytoniu a choroby układu krążenia*, w: W. Zatoński, K. Przewoźniak (red.) - *Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce*, Ariel Sp. z o.o., Warszawa 1992.

W. Jędrychowski - *Rola palenia tytoniu w powstawaniu nienowotworowych chorób płuc*, w: W. Zatoński, K. Przewoźniak - *Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce*, Ariel Sp. z o.o., Warszawa 1992.

Palenie tytoniu, Komunikat OBOP, Warszawa, listopad 1992.

K. Przewoźniak - *Dlaczego ludzie palą*, "Świat Medycyny", nr. 3 (39), 1991.

Rocznik statystyczny 1991, GUS, Warszawa 1991.

Rządowa Komisja Ludnościowa - *Sytuacja demograficzna Polski*, CUP, Warszawa 1991.

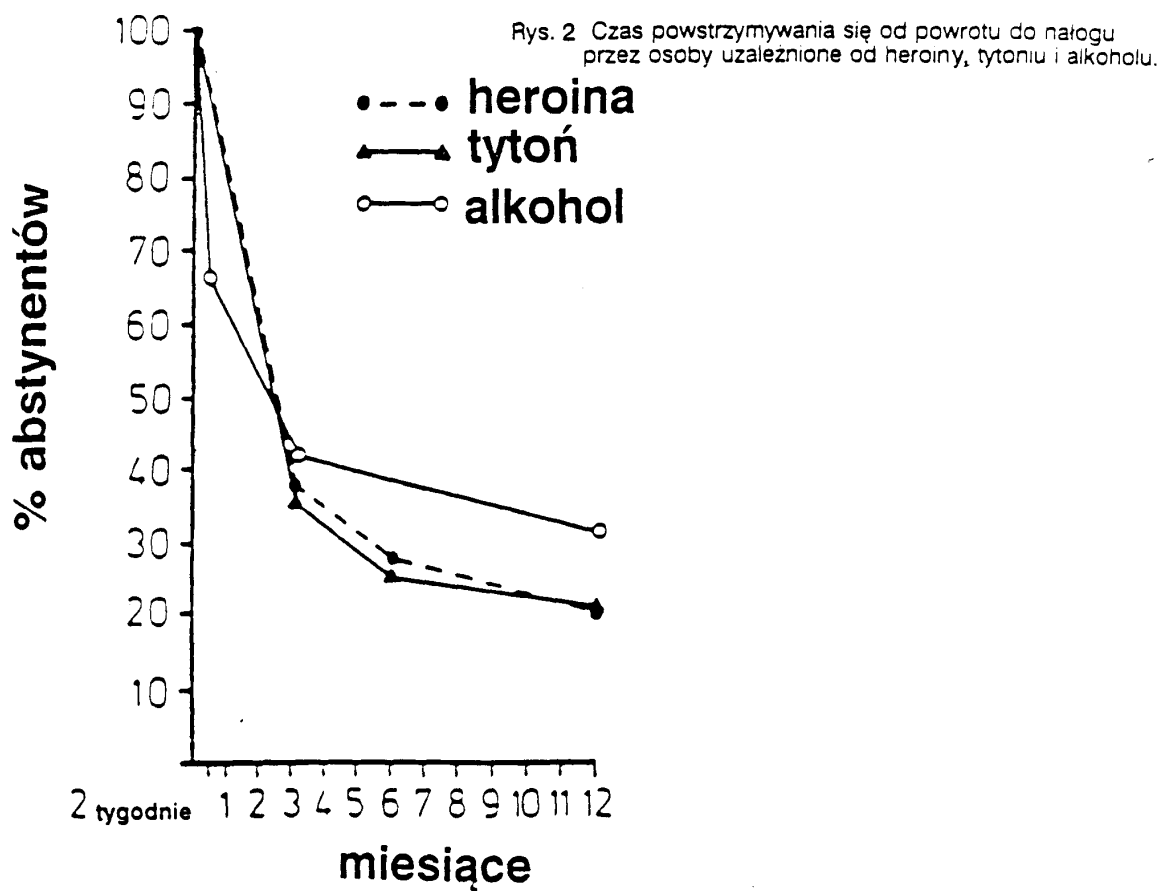
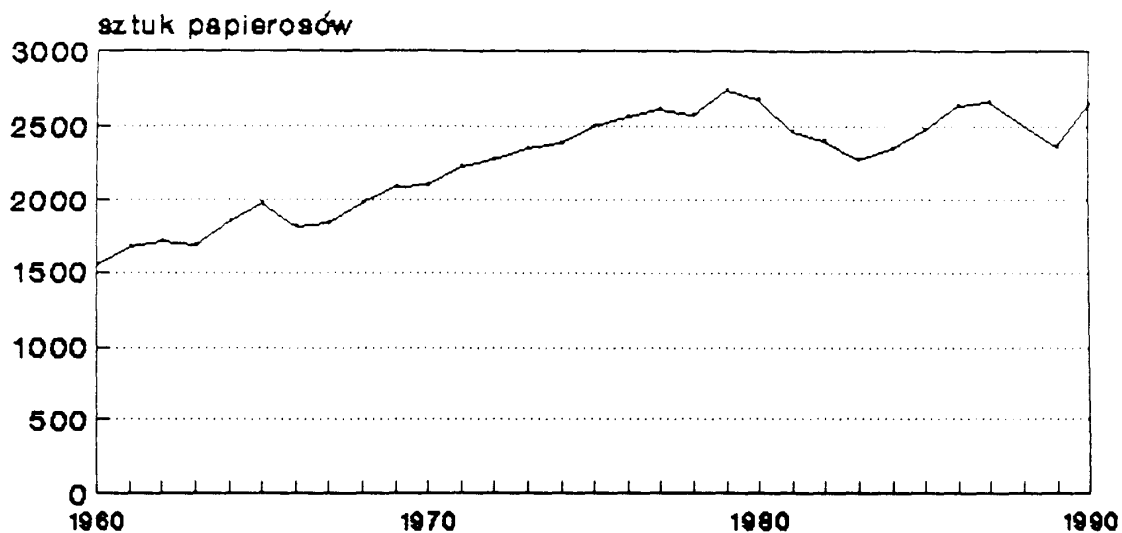
W. Zatoński - *Palenie tytoniu a zdrowie ludności w Polsce*, w: W. Zatoński, K. Przewoźniak (red.) - *Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce*, Ariel Sp. z o.o., Warszawa 1992.

W. Zatoński, K. Przewoźniak - *Palenie tytoniu w Polsce*, w: W. Zatoński, K. Przewoźniak (red.), *Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce*, Ariel Sp. z o.o., Warszawa 1992.

W. Zatoński, J. Tyczyński - *Prognoza umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce na rok 2010*, Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, 1989, maszynopis.

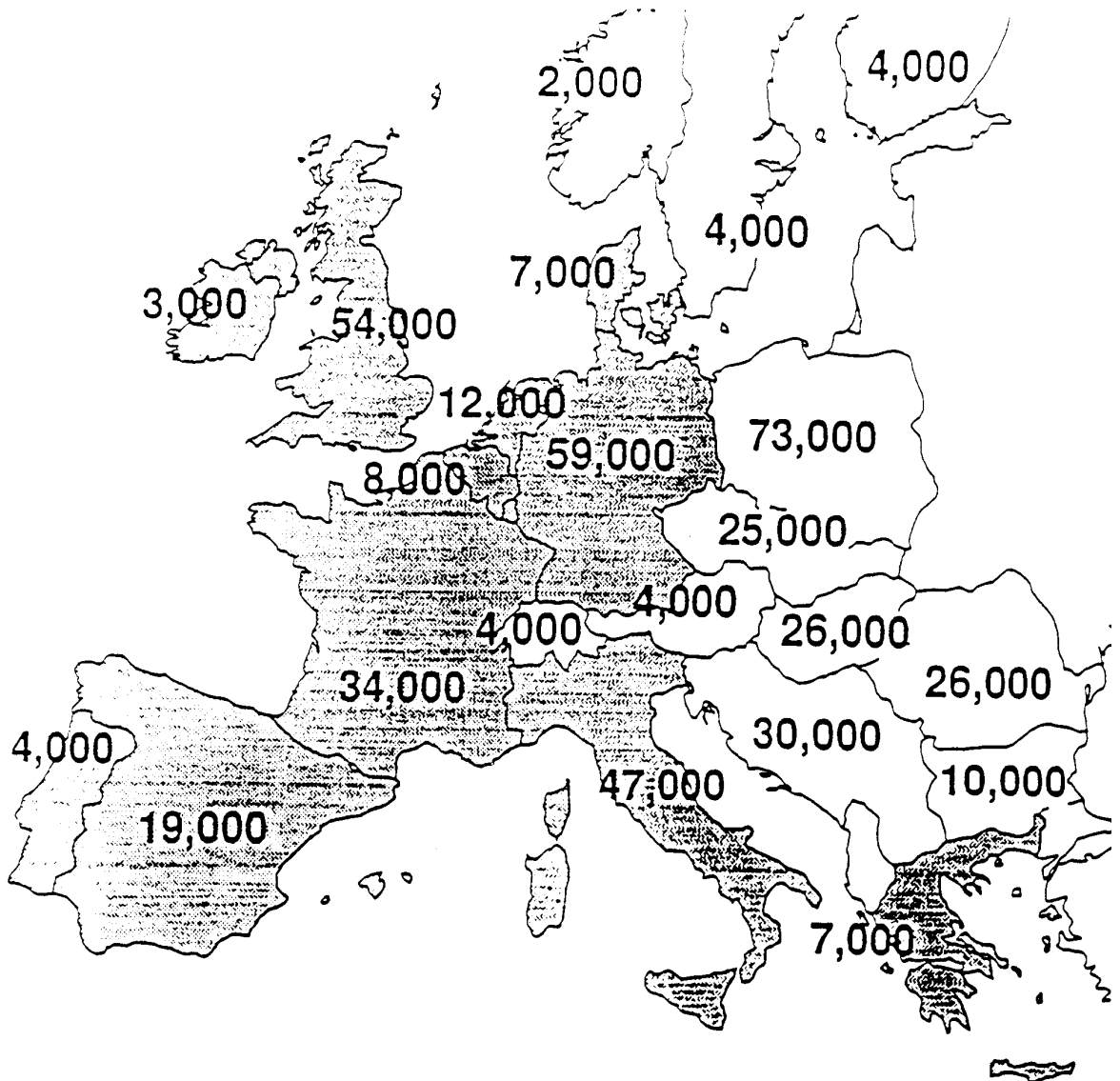
W. Zatoński, J. Tyczyński - *Nowotwory tytoniozależne w Polsce*, w: W. Zatoński, K. Przewoźniak (red.), *Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce*, Ariel Sp. z o.o., Warszawa 1992.

Rys. 1 Spożycie papierosów w Polsce
na jednego mieszkańca w latach
1960-1990



Źródło: Hunt W.A., Barnett L.W. i Branch L.G., Journal of Clinical Psychology, October 1971.

Rys. 3 Prognoza zgonów spowodowanych używaniem tytoniu dla Europy w roku 1995.



Źródło: Peto R., Lopez A.D. i in., Lancet 1992; 339: 1268-78.

Tabela 1. Spożycie papierosów na dorosłego mieszkańca (powyżej 15 roku życia) na świecie w 1985 r.

Państwo	Liczba papierosów	Państwo	Liczba papierosów
Cypr	4050	Fidzi	1320
Kuba	3920	Meksyk	1190
Grecja	3640	K.R.L.D	1180
Polska	3330	Gwadelupa	1080
USA	3270	Maroko	1070
Japonia	3270	Indonezja	1050
Węgry	3260	Honduras	1010
Kanada	3180	Chile	1000
Islandia	3100	Paragwaj	1000
Jugosławia	3000	Gujana	1000
Szwajcaria	2960	Irak	980
Liban	2880	Dominikana	980
Libia	2850	Irak	980
Kuwejt	2760	Reunion	940
Hiszpania	2740	Kongo	920
Australia	2720	Tajlandia	900
Korea Południowa	2660	Ekwador	880
Austria	2560	Panama	850
Irlandia	2560	Sierra Leone	830
Czechosłowacja	2550	Jamajka	820
Nowa Zelandia	2510	Salwador	750
Włochy	2460	Benin	740
Bulgaria	2410	Wybrzeże Kości Słon.	710
Francja	2400	Wietnam	670
RFN	2380	Pakistan	660
NRD	2340	Iran	620
Israel	2310	Senegal	610
Singapur	2280	Kamerun	610
ZSRR	2170	Gwatemala	550
Wlk. Brytania	2120	Kenia	550
Dania	2110	Angola	530
Arabia Saudyjska	2110	Zimbabwe	500
Rumunia	2110	Sri Lanka	500
Syria	2050	Laos	490
Belgia	1990	Togo	460
Turcja	1970	Madagaskar	450
Norwegia	1920	Liberia	450
Kolumbia	1920	Mozambik	430
Filipiny	1910	Zambia	400
Wenezuela	1890	Malawi	390
Egipt	1860	Ghana	380
Malezja	1840	Nigeria	370
Argentyna	1780	Peru	350
Urugwaj	1760	Boliwia	330
Portugalia	1730	Tanzania	330
Finlandia	1720	Rep. Środk. Afryki	280
Jordania	1700	Bangladesz	270
Brazylia	1700	Uganda	260
Mauritius	1700	Haiti	240
Holandia	1690	Przylądek Verde	210
Szwecja	1660	Zair	210
Surinam	1660	Indie	160
Trynidad i Tobago	1600	Czad	150
Algeria	1590	Birma	150
Chiny	1590	Nepal	150
Hong Kong	1580	Sudan	130
RPA	1550	Niger	100
Tunezja	1470	Etiopia	60
Barbados	1380	Afganistan	50
Nikaragua	1380	Papua Nowa Gwinea	30
Kostaryka	1340	Gwinea	30

Źródło: Tobacco or Health 1988, za: Zatoński, Przewoźniak 1992.

Tabela 2. Czestotliwość palenia tytoniu w świetle wyników badań w latach 1987 i 1992 (dane w %)

	mężczyźni		kobiety	
	1987	1992	1987	1992
* palący regularnie	53	53	22	23
* palący nieregularnie	4	3	4	3
* byli regularni palacze	15	16	7	5
* nigdy niepalący	28	28	67	69

Źródło: Ośrodek Badania Opinii Publicznej, październik 1992 r.

Tabela 3 Przynależność społeczno-zawodowa osób palących regularnie
w świetle wyników badań w latach 1987 i 1992.
(dane w %)

	mężczyźni		kobiety	
	1987	1992	1987	1992
* rolnicy	41	44	9	5
* robotnicy niewykwalifikowani	67	57	19	27
* robotnicy wykwalifikowani	60	60	26	28
* pracownicy umysłowi bez wyższego wykształcenia	25	27	54	43
* pracownicy umysłowi z wyższym wykształceniem	29	39	33	23

Źródło: Ośrodek Badania Opinii Publicznej, październik 1992 r.

Tabela 4. Przeciętne dalsze trwanie życia (dla osób w wieku 0 lat)
w krajach Europy.

Państwo	Lata:			
	1955-1959	1965-1969	1975	1988
Austria	64.8	66.6	67.6	72.1
Belgia	66.8	67.6	68.8	71.4 c)
Bułgaria	64.8	68.9	68.6	68.3 d)
Czechosłowacja	66.6	67.0	66.9	67.7
Dania	70.5	70.6	71.5	71.9 d)
Finlandia	64.6	65.7	67.4	70.7 d)
Francja	66.4	68.2	69.5	72.6 d)
Grecja	69.7	70.7	72.2	74.1 c)
Hiszpania	—	—	70.3	73.1 b)
Holandia	71.4	71.1	71.5	73.6 d)
Islandia	71.1	71.1	72.3	74.5
Irlandia	67.3	68.5	69.0	71.6 d)
Jugosławia	60.3	65.1	67.1	68.5 d)
Malta	—	68.1	68.2	73.4
NRD	66.2	68.1	68.6	69.7
NRF (RFN)	66.3	67.5	68.1	72.3
Norwegia	71.4	71.2	71.7	72.8 d)
Polska	62.1	66.7	67.3	67.1
Portugalia	59.3	63.1	65.1	70.5
Rumunia	—	—	67.4	67.1 a)
Szwajcaria	68.1	69.7	71.6	74.0
Szwecja	71.2	71.8	72.2	74.2 d)
Wlk. Brytania	67.9	68.6	69.7	72.7
Węgry	64.5	66.9	66.4	66.1
Włochy	66.2	67.8	69.8	72.7 c)
ZSRR	—	—	—	65.1 d)

a) Dane za rok 1984; b) dane za rok 1985; c) dane za rok 1986; d) dane za rok 1987

Źródło: World Health Statistics Annual 1989, WHO, Geneve 1989,
za: Zatoński, Przewoźniak 1992.