

# OCENA MOTYWACJI CHORYCH Z MIAŻDŻYCĄ TĘTNIC KOŃCZYN DOLNYCH DO ZAPRZESTANIA PALENIA TYTONIU NA PODSTAWIE TESTU NINY SCHNEIDER



## Assessment of motivation of patients with peripheral arterial disease to stop smoking based on Nina Schneider's test

Ewa Sztuczka<sup>1</sup>, Maria T. Szewczyk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Chirurgii Gastroenterologii i Onkologii, Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu

<sup>2</sup>Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Klinika Chirurgii Ogólnej, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2008; 1: 5–11

Adres do korespondencji:

dr hab. med. **Maria T. Szewczyk**, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz, tel. +48 52 365 52 56, e-mail: mszewczyk@cm.umk.pl

### Streszczenie

**Wstęp:** Miażdżycę jako chorobę przewlekłą i uogólnioną spowodowaną jest działaniem wielu mechanizmów. Wykazano, że znaczący wpływ na powstawanie i progresję choroby mają czynniki subiektywne, w tym m.in. palenie tytoniu, zaliczane do czynników ryzyka I rzędu. Ponieważ zaprzestanie palenia może ograniczyć rozwój miażdżycy, a u chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych wpłynąć też na zwiększenie dystansu chowania, zasadnym wydaje się podejmowanie działań edukacyjnych i motywujących chorych do zaprzestania palenia.

**Cel pracy:** Celem badań była ocena motywacji chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu.

**Materiał i metody:** Badania prowadzono w latach 2005–2006 wśród 128 chorych, w tym 64 chorych leczonych zachowawczo z powodu niedokrwienia kończyn dolnych I/II stopnia wg klasyfikacji Fontaine'a (średnia wieku 61,8 roku) i 64 chorych leczonych operacyjnie z powodu niedokrwienia III/IV stopnia (średnia wieku chorych 60,8 roku). Narzędzia badawcze stanowiły kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji i *Test motywacji do zaprzestania palenia tytoniu wg Niny Schneider*. Wyniki opracowano z użyciem metod statystycznych, na poziomie istotności  $p < 0,05$ .

**Wyniki:** Wykazano, że chorzy w zaawansowanych stadiach choroby charakteryzują się znacząco mniejszym poziomem motywacji do zaprzestania palenia ( $p < 0,002$ ) niż chorzy w początkowych stadiach niedokrwienia. Silny poziom motywacji charakteryzował aż 59,4% chorych w I i II stopniu niedokrwienia i 32,8% chorych z III i IV stopniem niedokrwienia kończyn ( $p < 0,001$ ).

**Wnioski:** Poziom świadomości zdrowotnej chorych oraz wiedza na temat możliwości podejmowania walki z nałogiem

### Summary

**Background:** Atherosclerosis is a chronic and disseminated disease caused by many mechanisms. It has been shown that subjective factors including tobacco smoking, known as a major risk factor, have a significant influence on initiation and progression of disease. It is justified to implement educational and motivational activities because smoking cessation can stop the progression of atherosclerosis and in patients with lower limb ischaemia can influence claudication.

**Aim of the study:** The aim of the study was to assess the motivation of patients with chronic lower limb ischaemia for smoking cessation.

**Material and methods:** The study was conducted in 2005 and 2006 among 128 patients including 64 treated due to I/II degree lower limb ischaemia (Fontaine classification). Mean age was 61.8 years. Sixty-four other patients were surgically treated due to III/IV degree lower limb ischaemia. Mean age of patients from this group was 60.8 years. Self-constructed questionnaire and Nina Schneider motivation test were the study tools. Results were analyzed on the basis of statistical methods,  $p < 0.05$ .

**Results:** It was shown that patients in a serious stage of disease are characterized by lower motivation for smoking cessation ( $p < 0.002$ ) than patients in the initial phase of disease. Strong motivation was shown by 59.4% of patients with I and II degree of ischaemia and 32.8% of patients with III and IV degree of disease ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** The level of health knowledge of patients about smoking cessation significantly increased motivation. The level of motivation was more dependent on factors such as professional environment or coping with crisis situations than on clinical stage of disease.

znacząco zwiększały motywację chorych do zaprzestania palenia. Poziom motywacji chorych do zaprzestania palenia w większym stopniu zależała od obecności tzw. czynników sprzyjających paleniu (m.in. wpływu środowiska pracy, radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych) niż od stopnia klinicznego zaawansowania choroby.

**Słowa kluczowe:** miażdżyca, palenie papierosów, motywacja

## Wstęp

Miażdżyca jako choroba przewlekła i uogólniona jest spowodowana działaniem różnych mechanizmów, opisywanych m.in. z wykorzystaniem teorii lipidowej, teorii reakcji zapalnej i teorii reakcji na uraz. Mimo iż pierwsze doniesienia o występowaniu chorób naczyniowych sięgają 1550 r. p.n.e., wiąże się je raczej z opisem krwawienia tętniczego i prostymi sposobami jego tamowania. Wprowadzenie i rozwój pojęć związanych z miażdżycą tętnic datuje się dopiero na XIX i XX wiek n.e., kiedy po raz pierwszy opisano pojęcie zatoru i martwicę stopy powstałą na skutek zmian zarostowych w tętnicy kończyny dolnej [1]. Zrozumienie istoty choroby miażdżycowej i towarzyszących jej procesów pozwoliło zmienić strategię postępowania terapeutycznego – zamiast rutynowo wykonywanych zabiegów amputacji niedokrwionej kończyny u niektórych chorych wprowadzono leczenie rewaskularyzacyjne i zabiegi przywracające lub poprawiające krążenie krwi tętniczej, np. endarektomię, sympatektomię okołotętniczną, zespolenia omijające niedrożne odcinki tętnic, zabiegi polegające na zastosowaniu protez z tworzywa sztucznego i inne. Obecnie leczenie chirurgiczne stosowane jest głównie w zaawansowanych stadiach choroby – najczęściej w przebiegu niedokrwienia III i IV stopnia w klasyfikacji Fontaine'a, tj. u chorych ze zmianami troficznymi tkanek, martwicą i towarzyszącym bólem spoczynkowym. W początkowych stadiach choroby, niezależnie od lokalizacji zaburzeń stosuje się raczej terapię zachowawczą, farmakoterapię oraz działania ukierunkowane na eliminację tzw. subiektywnych, a zatem zależnych od chorego czynników ryzyka miażdżycy [1–5].

Wielu autorów podkreśla, że znaczący wpływ na rozwój i progresję miażdżycy mają czynniki związane ze stylem życia. Do najważniejszych, określonych mianem czynników ryzyka I rzędu, zaliczono m.in. zaburzenia gospodarki lipidowej (wzrost stężenia cholesterolu całkowitego, triglicerydów i frakcji LDL-cholesterolu, spadek stężenia frakcji HDL-cholesterolu), nadciśnienie tętnicze, obecność cukrzycy, zespół metaboliczny typu X (tj. otyłość brzuszna, insulinooporność, hiperinsulinemia oraz ww. choroby towarzyszące) i palenie tytoniu [6–8]. Ten ostatni z czynników zwiększa ryzyko wystąpienia zarówno chorób układu krążenia, układu oddechowego, jak i chorób nowotworowych. W prospektywnych badaniach epidemiologicznych wykazano, że osoby palące zapadają na chorobę wieńcową, ze-

**Key words:** atherosclerosis, smoking, motivation.

spół płucno-sercowy, tętniaka aorty i schorzenia obwodowego układu naczyniowego 2,2 razy częściej niż osoby niepalące. Ponadto żyją krócej – w analizowanym badaniu średnio o 21 lat [9, 10]. W innym badaniu wykazano, że zwężenie tętnic nerkowych i występowanie w nich zmian miażdżycowych – obserwowane w populacji potencjalnie zdrowych mężczyzn – wykazywało związek z nałogowym paleniem tytoniu [11].

Negatywny wpływ palenia tytoniu na układ krążenia jest wielokierunkowy i spowodowany działaniem substancji zawartych w dymie tytoniowym. Krajowe papierosy mają szczególnie wysoką zawartość ciał smolistych, tlenku węgla, cyjanowodoru, węglowodorów aromatycznych i jednego z ważniejszych składników uwalnianych podczas palenia tytoniu – nikotyny. Jej negatywny wpływ na układ krążenia można zaobserwować już w ok. 20 min od momentu zapalenia papierosa. Wykazano, że ściany naczyń tętnicznych stają się wówczas mniej podatne, wzrasta natomiast ich sztywność. Prawdopodobnie na skutek wzrostu ciśnienia tętniczego dochodzi do spadku rozszerzalności i zwężenia światła tętnic. Amina, jaką jest nikotyna, wpływa bowiem na pobudzenie układu sympatycznego i wytwarza stan hiperadrenergiczny – powoduje przyspieszenie akcji serca, wzrost kurczliwości mięśnia sercowego i naczyń krwionośnych, wtórnie zwiększa też zapotrzebowanie myocardium na tlen. Wdychany z dymem tytoniowym tlenek węgla, charakteryzujący się ponad 200 razy większym powinowactwem do hemoglobiny niż tlen, zwiększa stężenie karboksyhemoglobiny i nasila niedotlenienie. Oznacza to, że palenie papierosów redukuje stężenie tlenu i ilość jego dowozu do organizmu. Zarówno niedotlenienie, jak i wpływ wolnych rodników tlenowych powoduje uszkodzenie śródbłonna naczyń, inicjując w nich proces zapalny i zmiany zwyrodnieniowe. Nałóg palenia tytoniu wpływa ponadto na aktywność trombocytów, zwiększając ich adhezję i agregację. Dochodzi do zaburzeń w układzie krzepnięcia i związanych z jego aktywnością czynników, m.in. fibrynogenu, czynnika VII i plazminogenu. Zwiększa się ryzyko powstania zmian zakrzepowych i niedokrwienia [7, 8, 12, 13].

Pozanaczyniowy wpływ dymu nikotynowego obejmuje m.in. zwiększenie wolnorodnikowych modyfikacji lipoprotein powodujących uszkodzenie DNA i przyczyniających się do zużycia składników tzw. antyoksydacyjnej bariery ochronnej. Stymuluje to procesy nowotworzenia

– uważa się, że zjawisko to jest proporcjonalne do stopnia narażenia na dym tytoniowy, a więc do liczby wypalanych papierosów i czasu trwania nałogu [14]. Wspomniane frakcje lipoprotein nasilają również wątrobową produkcję niektórych białek fazy ostrej, np. ceruloplazminy i prawdopodobnie RBP, powodując spadek stężenia jednego z najsilniejszych antyoksydantów –  $\alpha$ -tokoferolu [15]. Zwiększa się zatem ogólnoustrojowe działanie wolnych rodników tlenowych.

Negatywny wpływ palenia tytoniu i jego znaczący udział w rozwoju chorób układu krążenia jest dzisiaj oczywisty, zasadne wydaje się prowadzenie edukacji, kształtowanie postaw prozdrowotnych i motywowanie osób palących do podejmowania walki z nałogiem. W badaniu chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych wykazano, że zaprzestanie palenia tytoniu może zahamować lub opóźnić postęp choroby i w znacznym stopniu wpłynąć na poprawę dystansu chromania [2]. W bardziej zaawansowanych stadiach choroby zaprzestanie palenia zmniejsza napięcie układu sympatycznego, a zmniejszając skurcz obwodowych naczyń tętniczych, przyczynia się do poprawy ukrwienia kończyn, wzrostu efektywności leków naczyniorozszerzających i zmniejszenia dolegliwości bólowych. Poprawia również wyniki leczenia operacyjnego.

W przygotowywaniu chorych do walki z nałogiem palenia tytoniu istotną rolę odgrywają działania motywujące. Przygotowując programy antynikotynowe, uwagę zwraca się na rozpoznawanie przyczyn palenia tytoniu, zrozumienie przez chorych mechanizmów i konsekwencji uzależnienia. Korzystanie ze środków nikotynozastępczych i zapewnienie edukacji ukierunkowanej na przekaz informacji może okazać się niewystarczające, jeśli chory sam nie wykaże się wolą walki.

## Cel pracy

Celem badań była ocena poziomu motywacji chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu. W badaniu porównywano dwie grupy chorych – we wczesnym stadium niedokrwienia, tj. w I i II stopniu wg klasyfikacji Fontaine'a, oraz w zaawansowanym stadium, tj. w III i IV stopniu niedokrwienia wg klasyfikacji Fontaine'a.

## Materiał i metody

Badania prowadzono od 2005 do 2006 r. wśród 128 chorych palących papierosy, hospitalizowanych w Klinice Chirurgii, Gastroenterologii i Onkologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu, w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej POMED w Czernikowie i wśród chorych znajdujących się pod opieką Poradni Chorób Naczyń przy Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Toruniu.

Kryterium włączenia chorych do badania była obecność objawów klinicznych przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych i palenie tytoniu w wywiadzie. Zakwalifikowanych do badania podzielono na dwie grupy – pierwsza obejmowała 64 pacjentów leczonych ambulatoryjnie z powodu niedokrwienia I i II stopnia wg klasyfikacji Fontaine'a. W drugiej grupie znajdowało się 64 chorych w III lub IV stopniu niedokrwienia wg klasyfikacji Fontaine'a, poddanych zabiegowi operacyjnemu wytworzenia zespołu omijających.

Ponadto w obu grupach znajdowało się po 6 chorych niepalących, których wyłączono z oceny testem Niny Schneider. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzia badawcze stanowiły – *Test motywacji do zaprzestania palenia tytoniu wg Niny Schneider* i kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, przygotowany do celów niniejszego badania [5]. Analizowano dane socjodemograficzne chorych, w tym wiek, płeć, miejsce zamieszkania, warunki mieszkaniowe, wykształcenie, aktywność zawodową, rodzaj i charakter wykonywanej pracy, formy wypoczynku, stosowanie używek, liczbę wypalanych papierosów oraz obecność chorób współistniejących. Wszystkich chorych proszono o dokonanie samooceny stanu zdrowia i określenie stopnia, w jakim czują się obciążeni, wykonując obowiązki zawodowe i rodzinne. Celem wykorzystanego w badaniu testu było m.in. uzyskanie informacji o:

- źródłach motywacji chorych do zaprzestania palenia,
- podejmowanych w przeszłości próbach walki z nałogiem,
- funkcjonowaniu chorego w środowisku domowym,
- funkcjonowaniu chorego w środowisku pracy,
- tzw. historii palenia i okolicznościach, w jakich chory sięga po papierosa,
- wiedzy chorych na temat objawów abstynencji,
- wiedzy chorych na temat sposobu radzenia sobie z objawami abstynencji,
- wiedzy chorych na temat instytucjonalnych form wsparcia osób uzależnionych.

Wyniki badań opracowano z użyciem metod statystycznych, wykorzystując następujące testy:

- nieparametryczny test  $\gamma$  Kołgomorowa-Smirnowa w celu weryfikacji hipotezy o równości dystrybucji rozkładów badanych cech w porównywalnych grupach,
- test dla dwóch frakcji (nazywany też testem dla dwóch wskaźników struktury) w celu porównania częstości (procentów) występowania wyróżnionych przypadków w porównywalnych grupach,
- nieparametryczny test niezależności  $\chi^2$  w celu weryfikacji hipotezy o zależności korelacyjnej między cechami niemierzalnymi; w przypadkach, gdy liczebności klas nie były dostatecznie liczebne, zastosowano dokładny test Fishera,

- wartości średnie w porównywanych grupach obliczono na podstawie szeregu rozdzielczego ( $\chi^2_p, n_j$ ).

Hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności  $p < 0,05$ .

## Wyniki

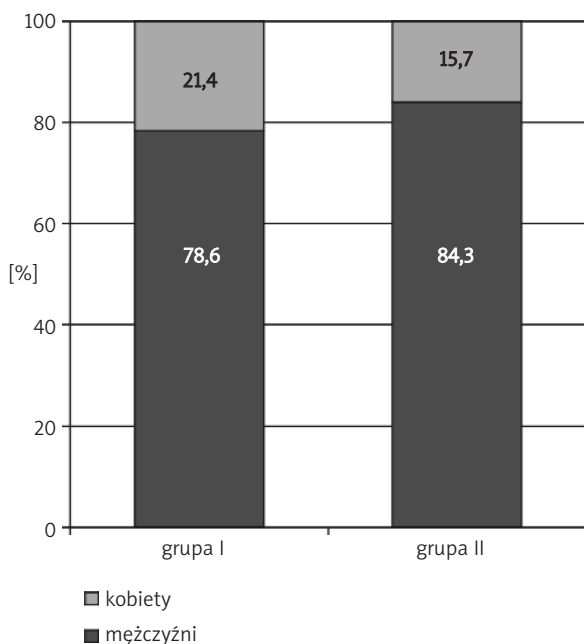
Pierwotnie do badania zakwalifikowano 140 chorych, w tym 70 leczonych ambulatoryjnie z powodu I lub II stopnia niedokrwienia kończyn dolnych i 70 poddanych zabiegowi operacyjnemu w przebiegu III lub IV stopnia niedokrwienia kończyn. W każdej z grup po 64 (91,4%) chorych paliło papierosy, łącznie w obydwu grupach 128 badanych nałogowo paliło papierosy i tych poddano ocenie testem N. Schneider. W grupie I znajdowało się 64 chorych w I lub II stopniu niedokrwienia wg klasyfikacji Fontaine'a, w tym 9 (21,4%) kobiet i 55 (78,6%) mężczyzn. Średnia wieku wynosiła 61,8 roku. W grupie II znajdowało się 64 chorych w III lub IV stopniu niedokrwienia wg klasyfikacji Fontaine'a, w tym 5 (15,7%) kobiet i 59 (84,3%) mężczyzn – średnia wieku 60,8 roku. Analizowane grupy chorych były jednorodnie pod względem płci i wieku (ryc. 1).

W obu grupach większość chorych wypalała więcej niż 20 papierosów dziennie (w grupie I – 70,3% chorych, w grupie II – 73,4% chorych). Mężczyźni częściej wypalali duże liczby papierosów, tj. >20 sztuk dziennie – w grupie I 67,3% mężczyzn vs 53,3% kobiet i w grupie II 72,9% mężczyzn vs 36,4% kobiet. Różnice były znamienne statystycznie ( $p < 0,05$ ). Również mieszkańcy wsi częściej wypalali dużo papierosów, tj. >20 sztuk dziennie niż miesz-

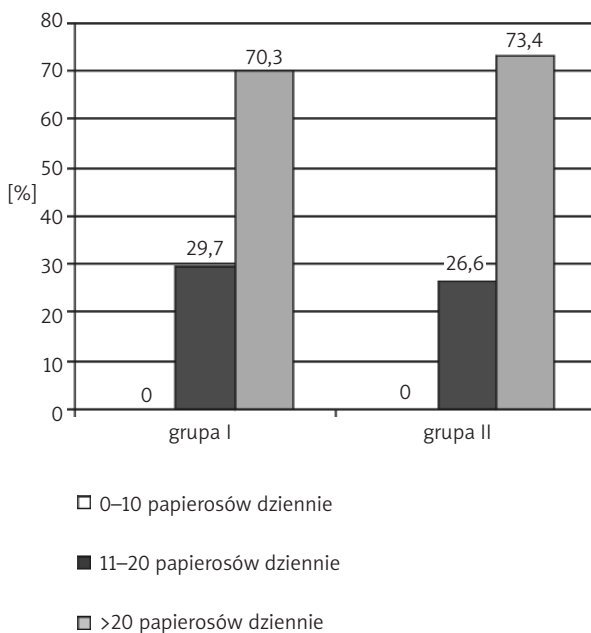
kańcy miasta – odpowiednio 57,8% i 42,2% ( $p < 0,05$ ). Większe liczby papierosów wypalały osoby czynne zawodowo niż osoby niepracujące – odpowiednio 51,7% i 30,3% chorych. Nie stwierdzono znaczącej statystycznie zależności pomiędzy liczbą wypalanych papierosów a wykształceniem respondentów ( $p > 0,05$ ) (ryc. 2).

Lepszą samooceną stanu zdrowia charakteryzowali się chorzy w I i II stopniu niedokrwienia kończyn dolnych. Większość z nich, tj. 51,6%, deklarowała *dobrą ocenę stanu zdrowia*. Taką samą ocenę deklaroowało 29,7% z III i IV stopniem niedokrwienia wg klasyfikacji Fontaine'a. Część chorych z grupy II, tj. 26,6%, opisywała też stan swojego zdrowia jako bardzo zły. Nie stwierdzono znaczących statystycznie różnic międzygrupowych w częstości występowania chorób współistniejących, takich jak np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienia serca i inne.

Analiza danych uzyskanych na podstawie *Testu motywacji do zaprzestania palenia wg Niny Schneider* wykazała, że chorzy z I i II stopniem niedokrwienia kończyn znacząco częściej podejmowali decyzję o zaprzestaniu palenia – zarówno w przeszłości ( $p < 0,02$ ), jak i w momencie prowadzenia badań ( $p < 0,01$ ). Znacząco mniejsza grupa pracowała w miejscu, gdzie pali się tytoń (42,2% w grupie I vs 84,4% chorych w grupie II,  $p < 0,0001$ ). Znacznie częściej byli oni jednak zadowoleni ze swojej pracy ( $p < 0,001$ ). Większa grupa chorych z niedokrwieniem I i II stopnia miała wiedzę na temat pokus i trudności towarzyszących okresom abstynencji ( $p < 0,001$ ) i możliwości radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych ( $p < 0,01$ ). Większa grupa tych chorych miała wiedzę o możliwo-



Ryc. 1. Porównanie badanych grup chorych pod względem płci ( $p > 0,05$ , NS)



Ryc. 2. Porównanie badanych grup chorych pod względem liczby papierosów wypalanych w ciągu dnia ( $p > 0,05$ , NS)

**Tab. 1.** Analiza wyników Testu motywacji do zaprzestania palenia wg Niny Schneider – porównanie grup I i II – testu dla dwóch frakcji

Pytania Testu motywacji do zaprzestania palenia wg Niny Schneider	I grupa	II grupa	u	p
1. Czy decydujesz się rzucić palenie?	49 (76,6%)	32 (50,0%)	<b>3,18</b>	<b>&lt;0,01</b>
2. Czy decydujesz się na to tylko dla samego siebie (tak), czy dla kogoś innego (nie)?	52 (81,3%)	58 (90,6%)	1,54	0,123
3. Czy próbowałeś rzucić palenie?	50 (71,8%)	37 (57,8%)	<b>2,49</b>	<b>&lt;0,02</b>
4. Czy orientujesz się, w jakich sytuacjach palisz najczęściej?	27 (42,2%)	19 (29,7%)	1,48	0,139
5. Czy wiesz dlaczego palisz?	15 (23,4%)	8 (12,5%)	1,62	0,105
6. Czy możesz liczyć na pomoc kogoś bliskiego, gdybyś chciał rzucić palenie?	40 (62,5%)	39 (60,9%)	0,18	0,857
7. Czy członkowie twojej rodziny są osobami palącymi?	30 (46,9%)	38 (59,4%)	1,42	0,156
8. Czy w miejscu, w którym pracujesz, pali się tytoń?	27 (42,2%)	54 (84,4%)	<b>5,17</b>	<b>&lt;0,0001</b>
9. Czy jesteś zadowolony ze swojej pracy i trybu życia?	44 (68,8%)	23 (35,9%)	<b>3,79</b>	<b>&lt;0,001</b>
10. Czy orientujesz się, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy, gdybyś miał problemy z utrzymaniem abstynencji?	32 (50,0%)	19 (27,9%)	<b>2,37</b>	<b>&lt;0,02</b>
11. Czy wiesz, na jakie pokusy i trudności będziesz narażony w okresie abstynencji?	43 (67,2%)	22 (34,4%)	<b>3,78</b>	<b>&lt;0,001</b>
12. Czy wiesz, w jaki sposób radzić sobie w sytuacjach kryzysowych?	36 (56,3%)	21 (32,8%)	<b>2,69</b>	<b>&lt;0,01</b>

**Tab. 2.** Poziom motywacji chorych do zaprzestania palenia tytoniu – porównanie chorych z I/II stopniem niedokrwienia i chorych z III/IV stopniem niedokrwienia

Poziom motywacji	Rozkład procentowy		u	p
	I grupa	II grupa		
słaba (tak<nie)	20 (31,2%)	36 (56,3%)	<b>-2,88</b>	<b>&lt;0,0020</b>
obojętna (tak=nie)	6 (9,4%)	7 (10,9%)	-0,29	0,38 (NS)
silna (tak>nie)	38 (59,4%)	21 (32,8%)	<b>3,05</b>	<b>&lt;0,0015</b>
liczebność grupy	64 (100%)	64 (100%)	-	-

ściach uzyskania profesjonalnej pomocy w walce z nałogiem palenia ( $p<0,02$ ) (tab. 2.). Analiza poziomu motywacji do zaprzestania palenia, oceniana w oparciu o parametry testu Niny Schneider wykazała, że chorzy z grupy I charakteryzowali się znacząco wyższym poziomem motywacji ( $p<0,001$ ), z kolei z grupy II słabą motywacją do zaprzestania palenia tytoniu ( $p<0,002$ ) (tab. 2.).

## Omówienie wyników

Palenie tytoniu jest niewątpliwie jednym z najważniejszych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym miażdżycy naczyń obwodowych i przewlekłego niedokrwienia kończyn. Uważa się, że uzależnienie od palenia tytoniu dotyczy znacznej części społeczeństwa,



można wręcz powiedzieć, że w ostatnich kilkudziesięciu latach palenie tytoniu stało się elementem stylu życia Polaków w różnym wieku. Szacuje się, że w Polsce problem ten dotyczy ok. 8 mln mężczyzn i ponad 4 mln kobiet, którzy średnio wypalają po 19 (mężczyźni) i 15 (kobiety) papierosów dziennie [7]. Ponad 17-letnia obserwacja tendencji w rozpowszechnieniu palenia tytoniu u mieszkańców Warszawy w wieku 35–64 lat wykazała, że odsetek osób palących utrzymuje się na względnie stałym poziomie – wynosi odpowiednio 47% wśród mężczyzn i 33% wśród kobiet. Średnia liczba wypalanych w tej grupie papierosów, wynosząca ok. 19 sztuk dziennie, nie uległa zmianie, mimo podejmowanych akcji edukacyjnych i działań promujących zdrowy styl życia [9]. Wyniki badań własnych potwierdzają, że chorzy palący nałogowo wypalają dużo papierosów – większość z nich 11–20 (29,7% chorych w grupie I i 26,6% w grupie II) i ponad 20 sztuk dziennie (w grupie I – 70,3% chorych, w grupie II – 73,4% chorych). Jeśli podobny stan trwa kilka i kilkanaście lat, można spodziewać się, że u osób predysponowanych palenie tytoniu jest jednym z ważniejszych czynników przyczyniających się do rozwoju zmian miażdżycowych i przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych. W grupie 140 chorych pierwotnie zakwalifikowanych do badania, nałogowe palenie tytoniu zgłaszało aż 91,4% respondentów. Połowa z nich znajdowała się w początkowych stadiach przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych, u pozostałych występowały objawy wskazujące na niedokrwienie III i IV stopnia wg klasyfikacji Fontaine'a. W obu grupach chorych korzystne byłoby podejmowanie działań zmierzających do zaprzestania palenia tytoniu. Mając na uwadze mechanizm działania amin, przede wszystkim nikotyny i innych szkodliwych substancji zawartych w dymie nikotynowym, zaprzestanie palenia powinno stanowić jeden z priorytetowych celów zachowawczego leczenia chorych z niedokrwieniem kończyn. Możliwość zmniejszenia napięcia ściany tętnic, ich względny rozkurcz i poprawa ukrwienia tkanek pozwoliłaby zmniejszyć subiektywne dolegliwości związane z niedokrwieniem – ból spoczynkowy i ból wysiłkowy, prowadząc jednocześnie do zwiększenia dystansu chodzenia. Zmniejszenie stężenia substancji uszkadzających śródbłonek naczyń i zmieniających skład krwi może też zahamować postęp zmian miażdżycowych i ograniczyć rozwój choroby, przynosząc korzyści zarówno chorym w początkowych, jak i zaawansowanych stadiach niedokrwienia [2].

Analiza porównawcza motywacji do zaprzestania palenia tytoniu, przeprowadzona przez Targowskiego i wsp. [16] wśród chorych z astmą oskrzelową i przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, wykazała, że chorzy z silnie zaznaczonymi klinicznymi objawami choroby częściej szukają pomocy w walce z uzależnieniem od nikotyny aniżeli chorzy bez lub z niewielką ekspresją objawów. Chorzy z POChP charakteryzowali się zatem wyższym poziomem motywacji do zaprzestania palenia aniżeli chorzy z astmą oskrzelową, co – jak sugerują autorzy – mogło być spowodowane większym natężeniem dolegliwości.

W badaniu własnym obserwowano odwrotne zależności – chorzy z niedokrwieniem kończyn dolnych w zaawansowanych stadiach choroby wykazywali znacząco mniejszy poziom motywacji do zaprzestania palenia tytoniu aniżeli chorzy w początkowych stadiach choroby. Oznacza to, że osoby palące poddane zabiegowi operacyjnemu wszczęcia pomostów aortalno-biodrowych i aortalno-udowych z powodu III lub IV stopnia niedokrwienia kończyn dolnych są mniej skłonne do poszukiwania profesjonalnej pomocy i zaprzestania palenia. Czynnikiem warunkującym taką postawę mogła być poprawa stanu fizykalnego obserwowana w tej grupie chorych po zabiegu operacyjnym. Poprawa ukrwienia obwodowego kończyn dolnych zmniejszyła przynajmniej częściowo nasilenie objawów niedokrwienia i dała chorym poczucie stanu *wyleczenia*. Zastanawiający jest jednak fakt, że tylko 29,7% chorych z III i IV stopniem niedokrwienia opisywało swoje samopoczucie jako *dobrze* i aż 26,6% określało stan swojego zdrowia jako *bardzo zły*. W grupie I, mimo znacząco lepszej samooceny stanu zdrowia i mniejszej klinicznej ekspresji choroby, pacjenci charakteryzowali się wyższym poziomem motywacji do zaprzestania palenia i w przeszłości częściej podejmowali próby walki z nałogiem. Być może czynnikiem warunkującym taką postawę była większa świadomość zdrowotna – znajomość mechanizmów i warunkowań nałogu palenia tytoniu, wiedza na temat możliwości radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych i pokonywania trudności występujących w okresach abstynencji. Choć badanie nie analizowało wszystkich czynników i sytuacji sprzyjających paleniu, wydaje się, że znaczący wpływ na trudności w walce z nałogiem miały czynniki psychospołeczne – obserwowany wśród grupy II wpływ środowiska pracy i mniejszy stopień zadowolenia z niej. Pająk i wsp. [10] wskazują na występowanie zależności pomiędzy stanem psychoemocjonalnym osób palących a obniżeniem nastroju, czy nawet występowaniem objawów depresji. Podają, że czynnikiem decydującym i wpływającym na *przymus* palenia tytoniu nierzadko jest brak poczucia kontroli osoby palącej nad własną sytuacją życiową – rodzinną, zawodową, zewnętrzny nacisk osób z najbliższego otoczenia (głównie w środowisku pracy) oraz brak wsparcia ze strony najbliższych.

## Wnioski

1. Poziom motywacji do zaprzestania palenia w większym stopniu zależał od obecności tzw. czynników *sprzyjających paleniu* (m.in. wpływ środowiska pracy, radzenie sobie w sytuacjach kryzysowych) niż od stopnia klinicznego zaawansowania choroby.
2. Poziom świadomości zdrowotnej oraz wiedza na temat możliwości podejmowania walki z nałogiem znacząco zwiększały motywację chorych do zaprzestania palenia.

3. Poziom świadomości zdrowotnej i wiedza na temat szkodliwości palenia tytoniu są tylko jednym z czynników wpływających na postawę chorych wobec nałogu palenia. Poza edukacją i działaniami informacyjnymi, ważne miejsce powinna zająć opieka i wsparcie psychologiczne chorych – celem opieki profesjonalnej jest bowiem poznanie przyczyn uzależnienia, nauka radzenia sobie w sytuacjach problemowych i zwiększenie poczucia kontroli nad własnym życiem oraz podtrzymywanie woli walki.

### Piśmiennictwo

- Noszczyk W (red.). Chirurgia tętnic i żył obwodowych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- Rosental D. Femoropopliteal occlusive disease. In: Current Surgical Therapy. Cameron JL (eds). Mosby, St Louise 2001.
- Jawień A, Grzela T. Krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych – leczenie. *Przew Lek* 1999; 7: 79-81.
- Krzanowski M. Wytyczne TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). Diagnostyka i leczenie niedokrwienia kończyn dolnych. *Med Prakt* 2003; 7-8.
- Górecka D. Nowe perspektywy leczenia uzależnienia od nikotyny. *Medi-press Med* 2000; supl. 7: 18-24.
- Kurowska K, Zając M. Sylwetka socjodemograficzna chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia Sectio D* 2005; Vol. LX, Suppl. XVI, 269: 198-202
- Dłużniewska M. Choroby układu krążenia a palenie tytoniu. *Epidemiologia, mechanizmy patogenne. Kardiol Pol* 1997; 47: 149-54.
- Lu JT, Creager MA. The Relationship of cigarette smoking to peripheral arterial disease. *Rev Cardiovasc Med* 2004; 5: 189-93.
- Misiuna M. Palenie tytoniu przez populację Warszawy w średnim wieku, w latach 1984–2001. *Czynniki Ryzyka* 2003; 2-4: 76.
- Pająk A, Kawalec E. Psychospołeczne determinanty nałogu palenia papierosów. *Przegl Lek* 2003; 60: 557-61.
- Lubicz A, Wierzbicki P, Kade G, Wańkowicz Z. Ultrasonografia dopplerowska, ocena tętnic nerkowych a czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u młodych mężczyzn – doniesienia wstępne. *Pol Arch Med Wew* 2001; 5: 1011.
- Cwynar M, Wojciechowska W, Kawecka-Jaszcz K, Grodzicki T. Mechanizmy przebudowy dużych naczyń tętniczych. *Przegl Lek* 2002; 59 (Suppl 3).
- Sobczak A, Wardas W, Zielińska-Danch W, Nowak J. Wpływ czynnego palenia papierosów na stężenie homocysteiny w osoczu krwi. *Czynniki Ryzyka* 2000; 3-4: 55.
- Sobczak A, Wardas W, Zielińska-Danch W. Wpływ dymu tytoniowego na stężenie retinolu oraz alfa i gamma tokoferolu w osoczu krwi biernych i czynnych palaczy. *Czynniki Ryzyka* 2002; 2-3: 37.
- Wielkoszyński T, Bodzek D, Świętochowska E. Stężenie retinolu, tokoferoli i białka wiążącego retinol w surowicy krwi czynnych palaczy. VIII Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań nad Miażdżycą, 23–26 października 2000; *Czynniki Ryzyka* 2000; Supl. 8: 37.
- Targowski T, Grabowska P, Różyńska R i wsp. Analiza porównawcza uzależnienia od nikotyny i motywacji do rzucenia palenia tytoniu u chorych na astmę oskrzelową lub POChP. *Przegl Lek* 2004; 61: 1046-8.