

PALENIE TYTONIU WŚRÓD PACJENTÓW Z CHOROBYMI UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO

Tobacco smoking among patients with diseases of the cardiovascular system



Elżbieta Walewska¹, Lucyna Ścisła¹, Antoni M. Szczepanik², Anna Nowak³, Małgorzata Gądek², Katarzyna Machnik¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Późnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

²Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

³Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2015; 3: 170–175

Praca wpłynęła: 18.07.2015; przyjęto do druku: 25.07.2015

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Elżbieta Walewska**, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Późnictwa WNZ UJ CM w Krakowie, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, e-mail: elzbieta.walewska@uj.edu.pl

Streszczenie

Wstęp: Palenie tytoniu jest uznawane za trzecią najczęściej występującą przyczynę schorzeń układu sercowo-naczyniowego. Celem pracy była ocena poziomu uzależnienia od nikotyny, stopnia motywacji do zaprzestania palenia tytoniu i poziomu stresu wśród pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

Materiał i metody: Badaniem objęto 100 pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Klinicznym Chorób Serca i Naczyń w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując *Test uzależnienia od nikotyny Fagerströma (Fagerström Test for Nicotine Dependence – FTND)*, *Test oceny motywacji do zaprzestania palenia tytoniu* wg Niny Schneider, a także *Skalę oceny stresu* Cohena i autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki: Średni wynik uzyskany w teście Fagerströma wynosił 5,80, w teście Schneider 7,84, natomiast w *Skali oceny stresu* 20,35. Wśród badanych 20% odznaczało się niskim stopniem uzależnienia od nikotyny, 40% badanych było uzależnionych w stopniu umiarkowanym i 40% w stopniu silnym. Wysoki poziom stresu występował u 85% badanych. Motywację do zaprzestania palenia tytoniu wykazano u 85% pacjentów. Stwierdzono, że wraz ze wzrostem uzależnienia od nikotyny zmniejszała się poziom motywacji do zaprzestania palenia. Według 43% ankietowanych powodem, dla którego palą tytoń, jest zmniejszenie stresu. W badaniu wykazano, że im wyższy był poziom uzależnienia, tym wyższy był poziom stresu.

Wnioski: Mimo wysokiego poziomu motywacji do zaprzestania palenia tytoniu, przeważająca część pacjentów może mieć trudności z wytrwaniem w abstynencji, gdyż jest uzależniona od nikotyny w stopniu umiarkowanym i silnym. Dlatego

Summary

Introduction: Tobacco smoking is considered to be the third most common cause of diseases of the cardiovascular system. The aim of the study was to evaluate the level of tobacco dependence, the degree of motivation to quit smoking, and stress among patients with diseases of the cardiovascular system.

Material and methods: Surveys were conducted among 100 patients hospitalised in the Clinical Department of Cardiac and Vascular Diseases in John Paul II Specialist Hospital in Kraków. The methods used in this study were as follows: The Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), the N. Schneider motivation test, the Cohen Perceived Stress Scale (PSS-10), and a self-constructed questionnaire.

Results: The average score in the Fagerström test was 5.80, the average score in the Schneider motivation test was 7.84, and the average score in PSS was 20.35. A low degree of nicotine dependence was recognised in 20% of patients, moderate dependence in 40% of patients, and high dependence in 40% of them. A high level of stress was recognised in 85% of patients. High motivation to quit smoking was identified in 85% of patients. The research showed that with the increase of tobacco dependence, the level of motivation to quit smoking reduced. For 43% of the respondents the reason for smoking tobacco was to reduce stress. The research showed that the patients with higher degree of nicotine dependence had higher levels of stress.

Conclusions: The majority of patients may have difficulty in persevering in abstinence, despite the high level of motivation to stop smoking. It is caused by moderate or strong tobacco dependence. Therefore, medical personnel should strengthen the incentive and educate patients about the harmful effects of smoking.

personel medyczny powinien wzmacniać motywację pacjentów i edukować na temat szkodliwego wpływu palenia na zdrowie.

Słowa kluczowe: uzależnienie od tytoniu, motywacja, stres, choroby sercowo-naczyniowe.

Wstęp

Do czynników ryzyka pierwszego rzędu chorób układu sercowo-naczyniowego zalicza się: palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki cholesterolowej, hiperfibrinogemnię, cukrzycę i hiperurykemię [1, 2]. Polska należy do krajów o wysokim ryzyku chorób sercowo-naczyniowych [1, 3]. Ogólnoświatowe badania epidemiologiczne INTERHEART udowodniły, że za epidemię choroby wieńcowej odpowiedzialne są w 90% klasyczne czynniki ryzyka podlegające modyfikacji. Badanie to obejmowało grupę prawie 30 tys. pacjentów po niedawno przeżytym zawałe mięśnia sercowego w 52 krajach i wykazało, że czynniki ryzyka we wszystkich krajach są takie same, niezależnie od rasy, wieku, płci, religii i rejonu świata [1]. Badanie INTERHEART, które miało na celu określenie zależności pomiędzy różnymi czynnikami ryzyka a wystąpieniem zawału serca, dowiodło, że najsilniejszy związek występuje pomiędzy paleniem tytoniu a ryzykiem wystąpienia zawału serca. W 1975 r. Wilhelmsen i wsp. [4] stwierdzili, że u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą wieńcową, którzy zaprzestali palenia tytoniu, ryzyko zgonu i niepożądanych zdarzeń sercowych zmniejsza się o 50%. W związku z tym zaprzestanie palenia tytoniu stanowi istotny element niefarmakologicznych metod redukcji ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych.

„Często pierwszym wskazaniem w zakresie prewencji chorób sercowo-naczyniowych jest zaprzestanie palenia papierosów. Oszacowano, że ryzyko choroby wieńcowej zmniejsza się o 1/3 w ciągu dwóch lat od zaprzestania palenia. Zwiększenie oczekiwanej długości życia jest tym większe, im wcześniej nastąpi zerwanie z nałogiem” [5, s. 31]. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) palenie tytoniu jest uznawane za trzecią najczęstszą przyczynę schorzeń układu sercowo-naczyniowego [6]. Polska znajduje się w pierwszej dziesiątce krajów Unii Europejskiej, w których występuje największe natężenie palenia tytoniu [7, 8].

Stres stanowi naturalną i nieuniknioną część życia. Jest reakcją na codzienne wydarzenia i życiowe zmiany – zarówno negatywne, jak i pozytywne [9]. Nadmiernie podwyższony poziom stresu i przewlekłe jego odczuwanie prowadzi do zwiększonego napięcia, przygnębienia, zaburzenia snu, lęku, zmęczenia i trudności z koncentracją. Pomimo tego nie sam stres jest niebezpieczny dla człowieka, ale to, jak człowiek na niego reaguje, i to,

Key words: tobacco addiction, motivation, stress, diseases of the cardiovascular system.

w jaki sposób sobie z nim radzi [9]. Sytuacje stresowe powodują także nasilenie niekorzystnego działania innych czynników ryzyka schorzeń sercowo-naczyniowych. Z powodu zwiększonego napięcia nerwowego wzrasta skurczowe i rozkurczowe ciśnienie tętnicze, a więc wiele osób sięga po dodatkowego papierosa [10]. Długoletnie palenie papierosów prowadzi do zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) [11]. Podstawową zasadą w skutecznym zaprzestaniu palenia jest zmiana nieprawidłowych zachowań związanych z paleniem tytoniu i budowanie silnej motywacji do zaprzestania palenia wspieranej dodatkowo w razie potrzeby farmakoterapią [11, 12]. Niezwykle skuteczna w leczeniu ZUT jest motywacja, która powinna być wzmacniana w prawidłowy sposób. Wyniki badań statystycznych przeprowadzonych w ostatnich latach podają, że intensywne poradnictwo indywidualne praktykowane przez lekarza zwiększa prawdopodobieństwo trwałego zaprzestania palenia o 84%, przez pielęgniarkę o 28%, a przez innego pracownika ochrony zdrowia o 39% [11]. Budowa motywacji jest uznawana za proces, który pozwala palaczowi, zgodnie z etapami gotowości do rzucenia palenia wg Prochaski, przejść od fazy prekontemplacji do pozostałych etapów: kontemplacji, etapu decyzyjnego i działania [13].

Celem pracy była ocena poziomu uzależnienia od nikotyny, stopnia motywacji do zaprzestania palenia i poziomu stresu wśród pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

Materiał i metody

Do badania włączono 100 pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Klinicznym Chorób Serca i Naczyń. Grupa badana została dobrana w sposób celowy, a kryterium włączenia obejmowało zdiagnozowaną chorobę sercowo-naczyniową i palenie tytoniu.

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, składający się z 22 pytań, uwzględniający dane socjodemograficzne, a także pytania dotyczące rodzaju przebitego zabiegu inwazyjnego i historii palenia papierosów. W celu zbadania stopnia uzależnienia ankietowanych od nikotyny zastosowano *Test uzależnienia od nikotyny Fagerströma (Fagerström Test for Nicotine Dependence – FTND)*. Wynik od 0 do 3 pkt oznacza niski stopień uzależnienia, wynik od 4 do 6 umiarkowany

stopień uzależnienia, z kolei 7 pkt i powyżej oznacza wysoki poziom uzależnienia od nikotyny [5, 14]. *Test oceny motywacji do zaprzestania palenia tytoniu* Niny Schneider zawiera 12 równoważnych pytań, na które można odpowiedzieć przecząco lub twierdząco. Według tego testu poziom motywacji dzieli się na wysoki i niski. Wysoki poziom motywacji oznacza uzyskanie 6 i więcej odpowiedzi twierdzących [14–17].

Skala stresu Cohena służy do badania osób dorosłych – zdrowych i chorych. Jest skalą odczuwanego napięcia, pozwalającą na pomiar stopnia, w jakim doświadczane sytuacje były odczuwane jako stresujące. Zawiera 10 pytań. Wyniki w kwestionariuszu wynoszą od 0 do 40 punktów – im wyższy wynik, tym wyższy poziom odczuwanego stresu na przestrzeni ostatniego miesiąca [9].

W pracy dokonano analizy statystycznej. Wykorzystano korelację liniową Spearmana i test *U* Manna-Whitneya. Zależności badanych zmiennych weryfikowano na poziomie istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki

W grupie 100 osób 71% stanowili mężczyźni, 29% kobiety. Średnia wieku badanych wynosiła $57,07 \pm 11,10$ roku; najmłodsza osoba miała 21 lat, a najstarsza 79 lat. Wśród ankietowanych przeważały osoby z wykształceniem zawodowym (45%), następnie z wykształceniem średnim (35%) i wyższym (18%), najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym – 2%. Połowa badanych (55%) była aktywna zawodowo, 34% osób jako źródło utrzymania podawało emeryturę. Kolejno 9% wskazywało rentę, natomiast 2% respondentów deklarowało brak zatrudnienia. Najczęściej występującym schorzeniem układu sercowo-naczyniowego było nadciśnienie tętnicze (72 osoby), następnie hiperlipidemia (38 osób) i cukrzyca (17 osób). Przebyte zawału mięśnia sercowego wskazało 24% badanych, a 60% przebyte kardiologicznego zabiegu inwazyjnego. Wszystkie osoby objęte badaniem paliły papierosy, wśród nich 88% paliło regularnie, a 12% okazjonalnie. Średnia wieku inicjacji ni-

kotynowej w badanej grupie to $20,80 \pm 7,18$ roku. Czas trwania uzależnienia od nikotyny wśród prawie połowy badanych (43%) wynosił powyżej 40 lat, u 12% osób poniżej 20 lat. Najczęściej wskazywanym powodem palenia papierosów było przyzwyczajenie (69 osób), przyjemność (47 osób), zmniejszenie stresu (43 osoby). Ponad połowa ankietowanych (63%) uważała, że palenie papierosów wpływa niekorzystnie na stan ich zdrowia, pozostali (37%) nie dostrzegali związku pomiędzy ich obecnym stanem zdrowia a paleniem papierosów. Próbę zaprzestania palenia tytoniu podejmowało 69% osób, przy czym 25 osób tylko raz, a 44 osoby kolejną. Badani pytani o motyw zaprzestania palenia, który kierował bądź kieruje nimi obecnie, najczęściej wskazywali osobiste postanowienia – 45 osób. Drugim motywem było nasilenie choroby – 43 osoby, następnym finanse – 27 osób, natomiast wykonany zabieg inwazyjny motywował jedynie 15 badanych. Najczęściej wskazywaną przez badanych przyczyną powrotu do nałogu palenia było wystąpienie zespołu abstynencyjnego – 49 osób, 22 osoby wskazywały na stres, 21 na spotkania towarzyskie, a 8 osób podało sytuację kryzysową.

Zgodnie z wynikami testu Fagerströma w stopniu słabym uzależnionych od nikotyny było 20%, a w stopniu umiarkowanym i silnym po 40% osób. W teście oceny motywacji Schneider 82% badanych deklarowało chęć rzucenia palenia tytoniu, 18% nie czuło takiej potrzeby. Spośród 100 badanych 85% posiadało wysoki poziom motywacji do zaprzestania palenia. Według skali odczuwanego stresu Cohena 85% osób prezentowało wysoki poziom stresu. W celu weryfikacji stopnia uzależnienia od nikotyny, motywacji do zaprzestania palenia i poziomu stresu wyliczono statystyki opisowe. Średni poziom uzależnienia od nikotyny wynosił $M = 5,8 \pm 2,45$, wartość mediany – 6, najniższy wynik – 0, najwyższy – 10. Średni poziom motywacji do zaprzestania palenia wynosił $M = 7,84 \pm 2,08$, wartość mediany – 8, najniższy wynik – 3, najwyższy – 12. Natomiast średni poziom odczuwanego stresu wynosił $M = 20,35 \pm 6,04$, wartość mediany – 21, najniższy wynik – 8, a najwyższy – 35 (tab. 1).

Analiza korelacji Spearmana wykazała, że: 1) wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia malał poziom uzależnienia od nikotyny, $rHO = -0,41$, $p < 0,001$, i wzrastały wyniki motywacji do zaprzestania palenia, $rHO = 0,31$, $p = 0,001$; 2) wraz ze wzrostem uzależnienia od nikotyny malał poziom motywacji do rzucenia palenia, $rHO = -0,26$, $p = 0,01$; 3) wraz ze wzrostem uzależnienia od nikotyny wzrastał poziom napięcia stresowego, $rHO = 0,29$, $p = 0,003$, i wraz ze wzrostem napięcia stresowego malał poziom motywacji do rzucenia palenia, $rHO = -0,19$, $p = 0,055$. W celu weryfikacji związku między przebytym zabiegiem inwazyjnym a poziomem motywacji do zaprzestania palenia przeprowadzono analizę testem *U* Manna-Whitneya. Zabieg nie różnicował wyników w teście motywacji do rzucenia palenia,

Tabela 1. Statystyki opisowe – uzależnienie od nikotyny, motywacja i stres

	Uzależnienie od nikotyny	Motywacja do zaprzestania palenia	Napięcie stresowe
Średnia	5,80	7,84	20,35
Mediana	6,00	8,00	21,00
Odchylenie standardowe	2,454	2,078	6,041
Minimum	0	3	8
Maximum	10	12	35

$p = 0,69$. Badani po przebytych zabiegach i bez przebytego zabiegu mieli podobny poziom motywacji. Podobnie kształtowała się sytuacja chorych z przebyłym zawałem mięśnia sercowego i bez zawału $p = 0,21$.

Omówienie wyników

Ważnym elementem leczenia zespołu uzależnienia od nikotyny jest ocena stopnia uzależnienia i motywacji do zaprzestania palenia.

Odpowiednia motywacja to najistotniejszy czynnik wpływający na osiągnięcie sukcesu w zerwaniu z nałogiem palenia tytoniu. Osoby mające wysoką motywację są w stanie zaprzestać palenia tytoniu i wytrwać w abstynencji nikotynowej [18]. Dane wykorzystane w badaniu własnym uzyskano od pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi, którzy palili tytoń i w 82% chcieli zerwać z nałogiem. Średni wynik uzyskany w teście wg Schneider wynosił 7,84. Większość badanych, czyli 85%, miało wysoki stopień motywacji. Ze względu na umiarkowany (40%) i silny (40%) stopień uzależnienia ankietowanych od nikotyny zerwanie z nałogiem palenia tytoniu może się okazać bardzo trudne. Średni wynik uzyskany w teście Fagerströma to 5,80. W badaniu prowadzonym przez Stokłosę i wsp. [15] poziom motywacji wśród 111 osób zgłaszających się do poradni antynikotynowej wynosił średnio $6,92 \pm 2,7$. Średni stopień uzależnienia od tytoniu wg testu Fagerströma wyniósł $5,49 \pm 2,6$. Według Szwed [18] spośród 62 badanych 55 osób odznaczało się wysoką motywacją do zaprzestania palenia, średnia wartość motywacji wynosiła $7,76 \pm 1,56$, stopień uzależnienia wśród badanych – $5,92 \pm 1,84$.

Na podstawie analizy wyników badań własnych wykazano, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia istotnie wzrasta poziom motywacji do zaprzestania palenia. Według badań Ponczek i Zamiar [17] osoby z wyższym wykształceniem mają większą motywację do porzucenia nałogu. Targowski i wsp. [19] podają, że niski poziom edukacji i ubóstwo należą do czynników zmniejszających szansę na zaprzestanie palenia tytoniu. W porównaniu z osobami z niskim wykształceniem, osoby z wyższym wykazują większe zainteresowanie problemami zdrowotnymi i są w większym stopniu skłonne do wyboru zachowań prozdrowotnych. W badaniu Ponczek i wsp. [20] brak motywacji był najczęstszą przyczyną niepowodzenia rzucenia palenia papierosów.

W badaniach własnych zaobserwowano, że najczęstszym motywem skłaniającym badanych do zaprzestania palenia było osobiste postanowienie, drugim co do częstości – nasilenie choroby, trzecim – finanse, a na czwartym miejscu – przebyty zabieg inwazyjny. Niewielu badanych wskazywało jako motyw zaprzestania palenia niechęć do bycia uzależnionym,

troskę o rodzinę, względy estetyczne, a także poczucie wstydu przed innymi. Według Stokłosy i wsp. [15] najważniejszym czynnikiem skłaniającym osoby palące do zaprzestania palenia były względy zdrowotne, na drugim miejscu koszty związane z zakupem papierosów, na trzecim miejscu niechęć do bycia uzależnionym, a na czwartym miejscu względy estetyczne. Podobne spostrzeżenia w swej pracy zamieściła Szwed [18] – według tych badań najczęściej wymienianym przez ankietowanych motywem podjęcia próby zaprzestania palenia jest zdrowie, na kolejnym miejscu są względy finansowe i estetyczne. W badaniu przeprowadzonym przez Gromadecką-Sutkiewicz i wsp. [21] wśród pacjentów lekarzy rodzinnych jako główną przyczynę zerwania z nałogiem respondenci wymieniali najczęściej własne zdrowie (90,1%), chęć zaoszczędzenia pieniędzy (51,7%), naciski ze strony innych osób (37,5%), zdrowie dzieci (26,1%) i planowaną ciążę (18,7%), natomiast wskazania dotyczące mody, ograniczeń prawnych i przykrego zapachu nikotyny z ust pojawiały się bardzo rzadko. Badania innych autorów również wskazują na to, że istotnym czynnikiem skłaniającym do zaprzestania palenia jest dbałość o własne zdrowie, powiązane ze świadomością szkodliwego działania nikotyny, czy wręcz samo wystąpienie choroby [22, 23].

Na podstawie badań własnych zaobserwowano związek pomiędzy wynikami testu Schneider a wynikami testu Fagerströma, $p = 0,010$. Im uzależnienie od nikotyny było większe, tym motywacja do zaprzestania palenia była mniejsza. Podobnych spostrzeżeń dokonali w badaniu przeprowadzonym wśród pacjentów z miażdżycą Ponczek i Zamiar [17]. Wyniki analizy wykazały istotną statystycznie korelację pomiędzy wynikami testu Schneider a wynikami testu Fagerströma, $p = 0,02$. Badani charakteryzujący się wysokim poziomem uzależnienia od nikotyny odznaczali się niską motywacją do zaprzestania palenia tytoniu.

Badania własne wykazały, że wysoki poziom stresu występuje wśród 85% badanych. Stres jest również przyczyną palenia 43 pacjentów, natomiast wśród osób, które w przeszłości podejmowały próbę zaprzestania palenia, 22 wróciły do nałogu z powodu stresu i 8 z powodu sytuacji kryzysowej. Według Malinowskiej-Lipień i wsp. [9] 78% badanych miało wysoki poziom stresu. Ponadto badani podejmujący próbę zaprzestania palenia nie potrafili sobie radzić ze stresem i dla 13 osób palenie było formą radzenia sobie ze stresem i sytuacją kryzysową, ich odczuwanie było powodem powrotu do nałogu. Rząca i wsp. [24] wykazali, że aż 47,1% osób, u których występuje ryzyko sercowo-naczyniowe, oraz 46,7% respondentów z niskim poziomem świadomości zdrowotnej zapala papierosa, aby się odstresować. W badaniach własnych wykazano związek pomiędzy uzależnieniem od nikotyny a napięciem stresowym, $p = 0,003$, oraz

pomiędzy motywacją do zaprzestania palenia a napięciem stresowym, $p = 0,055$. Ankietowani uzależnieni od nikotyny w większym stopniu wykazywali wyższy poziom stresu. Osoby z wyższym poziomem stresu charakteryzowały się niższą motywacją do zaprzestania palenia.

Długotrwałe obserwacje epidemiologiczne podają, że wśród pacjentów z chorobą wieńcową palących tytoń znacznie częściej dochodzi do zawału mięśnia sercowego, który jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonu. Mężczyźni w średnim wieku palący powyżej 20 papierosów na dobę są trzykrotnie bardziej narażeni na ryzyko wystąpienia zawału niż osoby niepalące. W badaniach własnych 24 osoby przebyły zawał mięśnia sercowego, jednak nie wykazano związku pomiędzy przebyłym zawałem a motywacją do zaprzestania palenia. Badani po przebyłym zawałe mięśnia sercowego nie odznaczali się większą motywacją do porzucenia nałogu. Badania przeprowadzone przez Klimberg i wsp. [22] wśród pacjentów po zawałe mięśnia sercowego wykazały, że pomimo tego, że zawał mięśnia sercowego jest ciężką chorobą somatyczną, nie stanowi wystarczającego czynnika, który skłania do zaprzestania palenia. Jedynie ciężki stan kliniczny obserwowany w pierwszych dniach hospitalizacji motywuje do zmiany zachowania. W kolejnych dniach, gdy stan pacjentów poprawia się i są oni uruchamiani, wracają do nałogu. Osoby uzależnione od nikotyny po świeżym zawałe z wszczepionym stentem, u których w pozostałych naczyniach nie wykazano zmian, cechowały się niskim poziomem motywacji. Ponadto wyniki wyżej wymienionych autorów wykazały, że 66,7% kobiet i 60% mężczyzn pomimo dość małej motywacji do zaprzestania palenia utrzymywały abstynencję nikotynową w 1. dobie hospitalizacji. Niestety w 7. dobie hospitalizacji wartości te uległy znacznemu zmniejszeniu, wśród kobiet jedynie 14,7%, natomiast wśród mężczyzn jedynie 20% w dalszym ciągu deklarowało abstynencję nikotynową.

Na podstawie wyników własnych i wniosków innych autorów można stwierdzić, że pomimo powszechnej wiedzy na temat szkodliwego działania tytoniu, problem palenia jest nadal aktualny. Własne wyniki badań wykazały, że większość pacjentów odznacza się wysokim poziomem motywacji do zaprzestania palenia, jednak ze względu na to, że przeważająca część pacjentów jest uzależniona od nikotyny w stopniu umiarkowanym i silnym, mogą mieć trudności z wytrwaniem w abstynencji. Dlatego też personel medyczny, zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, powinien wzmacniać motywację pacjentów, edukować na temat szkodliwego wpływu palenia na zdrowie i oferować pomoc w wyborze metod, które mogą pomóc w utrzymaniu abstynencji.

Wnioski

1. Mimo dużej motywacji do zaprzestania palenia tytoniu, przeważająca część pacjentów może mieć problem z wytrwaniem w abstynencji, gdyż jest uzależniona od nikotyny w stopniu umiarkowanym i silnym.

2. Wzrost uzależnienia od nikotyny powoduje wzrost poziomu napięcia stresowego, co wiąże się z sięgnięciem po papierosa i ze zmniejszeniem poziomu motywacji do rzucenia palenia.

3. Mimo że palenie papierosów należy do czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, zarówno pacjenci z przebyłym zawałem mięśnia sercowego oraz po zabiegu inwazyjnym, jak i pacjenci bez przebytego zawału i niepoddani zabiegom mieli podobny poziom motywacji do zaprzestania palenia tytoniu.

4. Personel medyczny powinien wzmacniać motywację pacjentów i nieustannie edukować na temat szkodliwego wpływu palenia na zdrowie.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Modrzejewski W, Musiał WJ. Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego – jak zahamować epidemię miażdżycy? Część I. Klasyczne czynniki ryzyka. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010; 1, 2: 106-114.
2. Grabowska H, Grabowski W, Flis A i wsp. Wpływ palenia tytoniu na ciśnienie krwi a działania pielęgniarstwa. Probl Pielęg 2012; 20: 519-523.
3. Kobus G, Małkińska E, Bachórzewska-Gajewska H. Czynniki ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Prz Kardiodiabetol 2010; 5: 87-92.
4. Korzeniowska K, Jankowski J, Jabłeczka A. Postawy pacjentów kardiologicznych wobec palenia tytoniu. Prz Lek 2011; 68: 901-903.
5. Talarska D. Prewencja chorób sercowo-naczyniowych. W: Pielęgniarstwo kardiologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Kaszuba D, Nowicka A (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 27-43.
6. Jaciubek M, Krupienicz A. Palenie tytoniu a wynik planowanej koronarografii. Pielęg Chir Angiol 2011; 3: 165-170.
7. Maciejewski J, Bednarek M, Korzybski D i wsp. Palenie tytoniu wśród podopiecznych lekarza rodzinnego. Pneumonol Alergol Pol 2009; 77: 248-255.
8. Szczęch B, Dyzmann-Sroka A, Kubiak A i wsp. Analiza świadomości zdrowotnych skutków palenia tytoniu wśród wybranych grup społecznych. Probl Hig Epidemiol 2014; 95: 871-879.
9. Malinowska-Lipień I, Brzostek T. Czynniki psychospołeczne a problem palenia tytoniu wśród pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wstępne. Probl Hig Epidemiol 2007; 88: 92-97.
10. Guzik P. Wpływ stresu na układ krążenia. Pomorski Magazyn Lekarski 2003; 126: 2.
11. Zatoński W, Jankowski P, Banasiak W. Wspólne stanowisko dotyczące rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Uzupełnienie „Konsensusu dotyczącego rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu”. Kard Pol 2011; 69: 96-100.
12. Bierut LJ, Madden PW, Breslau N. Novel genes identified in a high density genome wide association study for nicotine dependence. Hum Mol Genet 2007; 16: 24-35.

13. Broszkiewicz M, Drygas W. Skuteczność zaprzestania palenia w grupowej interwencji behawioralnej w zależności od stanu zdrowia i motywacji uczestników wyniki badań własnych. *Prz Lek* 2009; 66: 830-835.
14. Górecka D, Puścińska E. Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonol Alergol Pol* 2011; 79: 239-245.
15. Stokłosa A, Skoczylas A, Rudnicka A i wsp. Ocena motywacji do rzucenia palenia u pacjentów poradni antynikotynowej. *Pneumonol Alergol Pol* 2010; 78: 211-215.
16. Sztuczka E, Szewczyk MT. Ocena motywacji chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu na podstawie testu Niny Schneider. *Piel Chir Angiol* 2008; 1: 5-11.
17. Ponczek D., Zamiar K. Ocena motywacji chorych z miażdżycą kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu. *Pielęg Chir Angiol* 2012; 3: 123-128.
18. Szwed A. Ocena stopnia motywacji i uzależnienia od nikotyny u palaczy podejmujących próbę zerwania z nałogiem. *Pneumonol Alergol Pol* 2012; 80: 516-522.
19. Targowski T, From S, Rożyńska R i wsp. Wpływ niektórych czynników demograficznych i socjalnych na stopień uzależnienia od nikotyny oraz motywację do rzucenia palenia tytoniu u zdrowych. *Pneumonol Alergol Pol* 2004; 72: 198-200.
20. Ponczek D, Szajkowska L. Ocena przystosowania się do życia chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2015; 2: 124-129.
21. Gromadecka-Sutkiewicz M, Kłos J, Adamek R i wsp. Próby zerwania z nałogiem tytoniu. *Przegl Lek* 2011; 68: 933-938.
22. Klimberg A, Żarnowska I, Marcinkowski JT. Możliwości wyjścia z uzależnienia od nikotyny na przykładzie chorych z zawałami mięśnia sercowego. *Probl Hig Epidemiol* 2007; 88: 188-191.
23. Kwapisz U, Głowacka M. Postawy prozdrowotne osób w starszym wieku wobec nałogu palenia w obecnej transformacji społecznej. *Przegl Lek* 2009; 66: 786.
24. Rząca M, Charzyńska-Gula M, Stanisławek A. Wiadomość zagrożenia chorobą niedokrwienną serca u osób z grup ryzyka a zachowania zdrowotne. *Probl Pielęg* 2011; 19: 348-352.