

OCENA MOTYWACJI CHORYCH Z MIAŻDŻYCĄ TĘTNIC KOŃCZYN DOLNYCH DO ZAPRZESTANIA PALENIA TYTONIU

Assessment of motivation of the patients with atherosclerosis of the lower limbs to stop smoking



Danuta Ponczek, Katarzyna Zamiar

Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2012; 3: 123-128

Praca wpłynęła: 4.01.2012; przyjęto do druku: 7.09.2012

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Danuta Ponczek**, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel. +48 52 585 58 05, e-mail: am.danuta@wp.pl

Streszczenie

Wstęp: Miażdżycza kończyn dolnych jest przewlekłą chorobą układu krążenia. W piśmiennictwie wymienia się liczne czynniki ryzyka, m.in. palenie tytoniu. Chorzy powinni podjąć walkę z nałogiem.

Cel pracy: Ocena stopnia motywacji chorych do porzucenia nałogu oraz poziomu uzależnienia od nikotyny. Podjęto również próbę określenia czynników wpływających na motywację pacjenta do zaprzestania palenia.

Materiał i metody: Zbadano 60 osób hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Kryterium włączenia chorych do badania była obecność objawów klinicznych i rozpoznanie przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych oraz palenie tytoniu. Do celów badawczych wykorzystano: test N. Schneider, kwestionariusz Fagerströma i ankietę własnego autorstwa.

Wyniki: W teście motywacji średni wynik wyniósł 6,83. Gotowość porzucenia nałogu wyrażało 58,3% badanych. Średnia – 6,55 – uzyskana na podstawie kwestionariusza uzależnienia od nikotyny Fagerströma wskazała na średni poziom uzależnienia wszystkich ankietowanych. Pacjenci silnie uzależnieni od nikotyny wykazali się brakiem gotowości do zerwania z nałogiem. Chorzy z wyższym i średnim wykształceniem oraz wyższym poziomem świadomości zdrowotnej charakteryzowali się większą motywacją do porzucenia nałogu.

Wnioski: Troska o własne zdrowie oraz nasilone objawy chorobowe wpływały na zwiększenie motywacji u palących. Do innych czynników korzystnie wpływających na motywację należały: wsparcie ze strony rodziny, deklarowanie chęci porzucenia nałogu, znajomość powodów, dla których pali się papierosy. Brak gotowości do podjęcia zmian spowodowany był głównie brakiem wiedzy badanych na temat możliwości walki z nałogiem, w tym gdzie i jak szukać pomocy.

Słowa kluczowe: motywacja, zaprzestanie palenia, miażdżycza tętnic kończyn dolnych, uzależnienie.

Summary

Introduction: Atherosclerosis of the lower limbs is a chronic disease of the circulatory system. It is caused by many factors including cigarette smoking. Patients should try to fight the addiction.

Aim of the study: For this purpose an assessment of the degree of the patients' motivation to give up the habit of smoking and the level of nicotine addiction was performed and an attempt to determine factors affecting the patient's motivation to stop smoking was made.

Material and methods: 60 patients hospitalized in the General and Vascular Surgery Department of the A. Jurasz University Hospital in Bydgoszcz were examined. The criteria of including patients into the study was the presence of clinical symptoms and the diagnosis of the chronic lower limb ischemia and cigarette smoking. For study purposes N. Schneider's test, Fagerström's questionnaire and a survey prepared by the authors were used.

Results: The average result of the motivation test was 6.83. Willingness to give up the addiction was shown by 58.3% of respondents. The average result – 6.55 – obtained by the Fagerström's questionnaire on nicotine addiction indicated the average level of addiction of all respondents. Patients who are heavily addicted to nicotine showed a lack of readiness to quit the smoking habit. Patients with the secondary and higher education and higher levels of health awareness had higher motivation to give up the habit.

Conclusions: Caring for one's own health and severe symptoms increased smokers' motivation. Other factors that improve the motivation included: support from family, declaring willingness to give up the habit, knowledge of the reasons why the patient smokes cigarettes. The lack of willingness to change was mainly caused by the lack of knowledge of respondents about the possibility of fighting the addiction including where and how to seek help.

Key words: motivation, smoking cessation, atherosclerosis of the lower limbs, addiction.

Wstęp

Miażdżyca jest chorobą przewlekłą i wieloczynnikową, spowodowaną działaniem różnych mechanizmów opisywanych m.in. z wykorzystaniem teorii lipidowej, teorii reakcji zapalnej i teorii reakcji na uraz. Postęp medycyny umożliwił lepsze zrozumienie istoty tej choroby. Obecnie zamiast rutynowych amputacji w przebiegu niedokrwienia kończyn dolnych, stosuje się zabiegi revascularizacyjne, przywracające lub poprawiające krążenie krwi tętniczej. Leczenie chirurgiczne stosuje się głównie w zaawansowanym stadium choroby [1].

Podkreśla się znaczący wpływ stylu życia na progresję i rozwój miażdżycy. Do czynników ryzyka I rzędu zaliczono m.in.: nadciśnienie tętnicze, zwiększenie stężenia cholesterolu całkowitego, otyłość i palenie tytoniu. Negatywny i znaczący wpływ palenia na rozwój chorób układu oddechowego i krążenia jest dzisiaj oczywisty. W latach 2002–2003 średnia częstość rozpowszechnienia palenia tytoniu w Unii Europejskiej była oceniana na 29% (35% mężczyzn i 22% kobiety). Polska należy do krajów o największej konsumpcji tytoniu na świecie – pali ok. 35% polskiej populacji, w tym ok. 40% mężczyzn i 25% kobiet. Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO), jeśli skala palenia tytoniu się nie zmniejszy, w 2030 r. coroczna liczba zgonów palaczy wyniesie 10 mln [za: 2]. Palenie tytoniu zwiększa 2–3-krotnie ryzyko rozwoju miażdżycy, chorzy palący są w większym stopniu zagrożeni postępowaniem choroby oraz wystąpieniem powikłań, w tym zawału serca, udaru mózgu, i zgonem. Dlatego zaprzestanie palenia stanowi podstawową składową w walce z chorobą [3]. Podjęcie walki z nałogiem jest trudne, w znacznym stopniu zależy ono od motywacji chorego do zaprzestania palenia. Motywacja przybiera różne formy, ale wszystkie one obejmują procesy umysłowe, które pobudzają, pozwalają na dokonanie wyboru i ukierunkowują nasze zachowanie. Bez motywacji człowiek nie jest w stanie osiągnąć pożądanego celu. W obliczu progresji chorób cywilizacyjnych znaczenia nabiera również problem uzależnienia od nikotyny oraz motywacji kierujące ludźmi w podejmowaniu zmian stylu życia.

Celem pracy było określenie gotowości chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu, czynników wpływających na motywację, a także ocena występującego u nich poziomu uzależnienia od nikotyny.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w grupie 60 osób (43 mężczyzn i 17 kobiet), hospitalizowanych z powodu miażdżycy tętnic kończyn dolnych w Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy na przełomie 2010 i 2011 r. (KB 350/210). Kryte-

rium doboru grupy było uzależnienie od nikotyny (z wywiadu) oraz zdiagnozowana miażdżyca tętnic kończyn dolnych. Średnia wieku mężczyzn wynosiła $60,6 \pm 10,1$ roku, a kobiet $56,2 \pm 9,9$ roku. Najliczniejszą grupę stanowili badani z wykształceniem zawodowym (40%), najmniej liczną – z wykształceniem wyższym (6,7%), w większości respondenci byli żonaci/zamężne (78,3%), mieszkali w mieście (76,7%), byli na emeryturze lub rencie (70%), określali swoje warunki mieszkaniowe jako dobre (56,7%). Najczęściej stosowaną formą wypoczynku ankietowanych było oglądanie programów telewizyjnych (41,7%) i spacer na świeżym powietrzu (36,6%), najrzadziej – odwiedzanie znajomych, rodziny (11,7%) i jazda na rowerze (10%).

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem standaryzowanych kwestionariuszy: N. Schneider w celu oceny motywacji do porzucenia nałogu i Fagerströma do określenia stopnia uzależnienia od nikotyny. Zastosowano również autorską ankietę oceniającą dane społeczno-demograficzne, tj.: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodową, warunki mieszkaniowe, formy wypoczynku, czas palenia papierosów, wiedzę chorego na temat jednostki chorobowej, samoocenę stanu zdrowia, okres chorowania na miażdżycę tętnic kończyn dolnych, obecność dolegliwości bólowych związanych z rozwojem choroby, okoliczności, w których pojawia się ból.

Test opracowany przez N. Schneider składa się z 12 równoważnych pytań, na które można odpowiedzieć twierdząco lub przecząco. W teście bada się deklarowaną chęć chorego do rzucenia palenia, jego doświadczenia w tym zakresie, motywacje tej decyzji, wiedzę o nawykach związanych z paleniem, metodach terapii odwykowej i objawach zespołu abstynencyjnego, a także możliwości wsparcia społecznego w okresie abstynencji. Uzyskanie w teście 7 i więcej odpowiedzi „tak” świadczy o tym, że badany jest gotowy do zmiany. Jeśli pacjent częściej określił odpowiedź „nie”, oznacza to, że jego gotowość do zerwania z nałogiem jest niska i być może w ogóle nie zdecydował się na podjęcie próby zaprzestania palenia lub też może ponieść porażkę już w pierwszych dniach abstynencji. Należy określić, na które pytania pacjent odpowiedział przecząco, ponieważ to one wpływają na niski poziom motywacji do porzucenia nałogu. W kwestionariuszu tolerancji nikotyny Fagerströma można uzyskać od 0 do 11 punktów. Wyższy wynik testu oznacza silniejsze uzależnienie od nikotyny [4].

Do opracowania wyników zastosowano analizę opisową, test nieparametryczny Spearmana oraz *U* Manna-Whitneya. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki

Większość badanych paliła papierosy powyżej 30 lat (65%), 16,7% ankietowanych 25–30 lat, 10% badanych 20–25 lat, 8,3% respondentów 5–20 lat, żaden z bada-

nych nie palił krócej niż 5 lat. Chorzy (63,3%) uważali, że palenie papierosów ma wpływ na ich obecny stan zdrowia (ryc. 1).

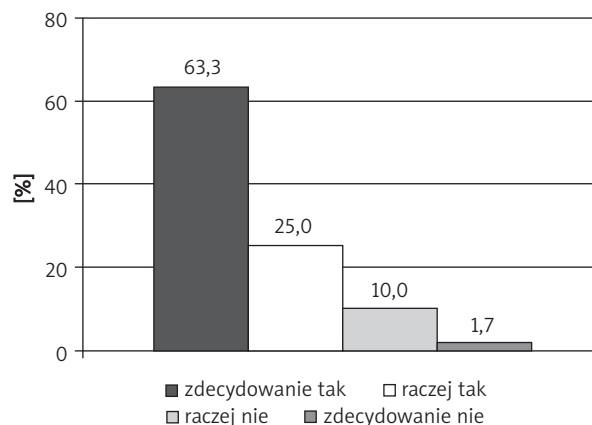
Niewiele osób uznało swój obecny stan zdrowia za dobry (16,7%). Żaden z badanych nie stwierdził, że jest on bardzo dobry. Większość oceniła go jako średni (45%). Pozostałe osoby uznały go za zły i bardzo zły. Najliczniejsza (45%) grupa chorowała na miażdżycę tętnic kończyn dolnych powyżej 6 lat (ryc. 2).

Tylko 15% ankietowanych stwierdziło, że nie występują u nich dolegliwości bólowe związane z chorobą. W grupie pozostałych osób najczęściej odczuwany (38,3%) był ból spoczynkowy (ryc. 3).

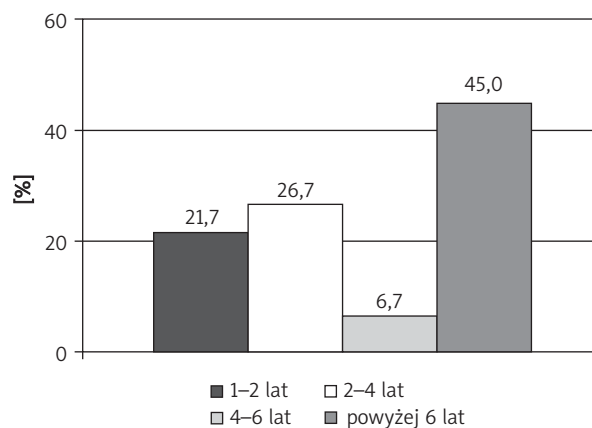
Nieco ponad połowa badanych (51,7%) stwierdziła, że zna zasadnicze czynniki predysponujące do rozwoju choroby. Spośród czynników wymienionych w kwestionariuszu ankiety 91,7% badanych wskazało, że największe znaczenie ma palenie tytoniu, a 76,7% – nadciśnienie tętnicze. Aż 45% badanych nie wiedziało, że znaczącym czynnikiem ryzyka jest również cukrzyca, a 31,7% badanych, że otyłość. Pośród badanych 56,7% uznało, że posiada wiedzę na temat choroby. Mając określić poziom swojej wiedzy, blisko połowa (48,3%) osób oceniła go jako przeciętny, 31,7% jako niski, 20% jako dobry. Odpowiedzi „bardzo dobry” nie zaznaczył żaden z respondentów.

Analizując wyniki testu N. Schneider, okazało się, że 86,7% badanych wyraziło chęć rzucenia palenia tytoniu. Większość badanych (96,7%) zdecydowałaby się zaprzestać palenia dla samych siebie, a nie dla kogoś z rodziny. Wcześniejsze próby rzucenia nałogu miało za sobą 78,3% osób. Około 1/3 ankietowanych przyznała się, że nie umie wskazać sytuacji, w których najczęściej sięgają po papierosa, a 40% stwierdziło, że nie zna powodów swojego palenia. Na pomoc w rzuceniu nałogu ze strony rodziny czy znajomych mogło liczyć 61,7% respondentów. Około połowa badanych przyznała, że członkowie ich rodzin również palą. Podobnie przedstawiała się sytuacja w miejscu pracy. Większość (68,7%) określiła się jako zadowolonych z pracy i trybu życia. Bardzo duży odsetek respondentów (81,7%) stwierdził, że nie orientuje się, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy w razie problemów z utrzymaniem abstynencji, a tylko 20% badanych mniej nie znało również pokus i trudności, na jakie są narażeni w tym okresie. Większość badanych (83,3%) nie wiedziało, w jaki sposób samemu poradzić sobie w sytuacjach kryzysowych.

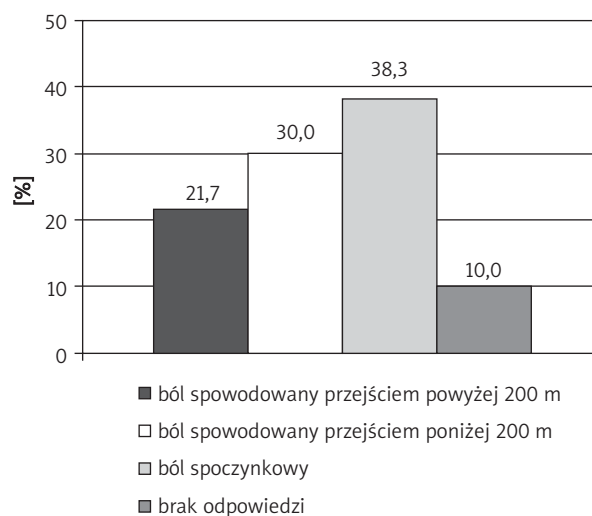
Wyliczając średnie testu N. Schneider, najniższe wyniki (obniżające poziom motywacji do zaprzestania palenia) uzyskali badani w kwestii radzenia sobie samemu w sytuacjach kryzysowych – średnia $0,17 \pm 0,3758$ oraz orientowania się, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy, gdy występują problemy z utrzymaniem abstynencji – średnia $0,18 \pm 0,3902$. Najwyższe wyniki (podnoszące poziom motywacji do porzucenia nałogu) uzyskali badani w kwestii, czy chcesz rzucić palenie – średnia $0,87 \pm 0,3428$, oraz czy decyzja o rzuceniu palenia podjęta jest dla siebie, czy dla rodziny. Zdecydowana większość podejmowała tę decy-



Ryc. 1. Rozkład wpływu palenia papierosów na zdrowie badanych
(Czy uważa Pani/Pan, że palenie papierosów ma negatywny wpływ na Pani/Pana zdrowie?)



Ryc. 2. Rozkład czasu trwania choroby (miażdżycy tętnic kończyn dolnych)

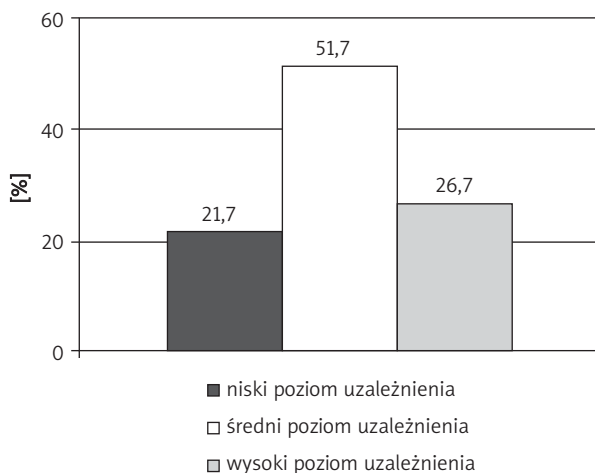


Ryc. 3. Rozkład okoliczności odczuwania bólu kończyn dolnych w przebiegu miażdżycy tętnic

zję dla siebie – średnia $0,97 \pm 0,1810$. Biorąc pod uwagę wszystkich badanych, średni wynik $6,83 \pm 2,1006$ świadczy o braku gotowości do zmian. Gotowość taką wykazało 58,3% badanych.

Podjęto również próbę ustalenia, czy istnieją zależności pomiędzy wynikami testu N. Schneider i zmiennymi, takimi jak: wiek, płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania, wiedza na temat choroby i samoocena stanu zdrowia. W odniesieniu do zmiennej „wykształcenie” dokonano łącznej analizy badanych o wykształceniu wyższym i średnim (z powodu małej liczby chorych z wykształceniem wyższym – 4 osoby), natomiast w odniesieniu do zmiennej „samoocena stanu zdrowia” analizowano łącznie chorych z bardzo złą i złą samooceną (mała liczba chorych z bardzo złą samooceną – 4 osoby). Nie wykazano znamienych statystycznie różnic w wynikach testu N. Schneider ze względu na płeć ($p > 0,05$). Odnotowano istotną statystycznie, na poziomie niskim, korelację pomiędzy wykształceniem a wynikami testu ($p = 0,032031$). Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, wzrastała również gotowość respondentów do rzucenia palenia papierosów. Miejsce zamieszkania i samoocena stanu zdrowia badanych nie wpływały znacząco na gotowość badanych do rzucenia palenia ($p > 0,05$). Samoocena poziomu własnej wiedzy miała znaczący ($p = 0,0082$), na poziomie średnim, wpływ. Wraz z jej wzrostem pojawiała się także większa gotowość do zmian.

Zgodnie z wynikami testu Fagerströma większość badanych sięgała po papierosa w ciągu 30 minut po przebudzeniu (70%). Podobna grupa badanych (78,3%) nie miała trudności w powstrzymaniu się od palenia w miejscach publicznych i objętych zakazem palenia. Z pierwszego „porannego” papierosa potrafiło zrezygnować 61,7% osób, pozostałe 38,3% nie musiało palić rano, za to trudno było im zrezygnować z wypalania papierosów w pozostałej części dnia. W odniesieniu do liczby wypalanych papierosów w ciągu dnia odnotowano brak wyraźnej, zdecydowanej przewagi którejkolwiek z grup. Większość paliła jednak 16–25 papierosów dziennie



Ryc. 4. Rozkład wyników testu Fagerströma

(38,3%), ale niewiele mniej, bo 35%, paliło ich ponad 25, pozostali mniej niż 15. Najwięcej badanych (55%) najczęściej paliło papierosy w pierwszych godzinach po przebudzeniu, a nie w godzinach późniejszych. Ponad połowa ankietowanych (68,3%) stwierdziła, że potrafią się powstrzymać od palenia podczas choroby, która zmusza ich do reżimu łóżkowego. Były jednak osoby, które paliły pomimo konieczności leżenia w łóżku (31,7%). Połowa badanych paliła papierosy o zawartości nikotyny powyżej 1,3 mg. Papierosy z zawartością nikotyny 1,0–1,2 mg paliło 21,7%. Najmniejszą zawartość nikotyny – 0,9 mg – preferowało 28,3% osób. Zdecydowana większość (85%) zawsze zaciągała się dymem tytoniowym. Żadna z osób nie zaznaczyła odpowiedzi „nigdy”, 15% czasami zaciągało się dymem tytoniowym. Analizując średnie testu Fagerströma, okazało się, że najniższe wyniki uzyskali badani w kwestii powstrzymywania się od palenia w miejscach publicznych, w których obowiązuje zakaz palenia – średnia $0,22 \pm 0,4155$, oraz powstrzymania się od palenia w czasie choroby – średnia $0,32 \pm 0,4691$. Niższe wyniki wpłynęły na niski poziom uzależnienia od nikotyny u ankietowanych. Najwyższe wyniki z kolei uzyskali w kwestiach: zawartość nikotyny w papierosach – średnia $1,22 \pm 0,8654$, oraz zaciąganie się dymem tytoniowym – średnia $1,85 \pm 0,3601$. Wysokie wyniki wpłynęły na podwyższenie poziomu uzależnienia u respondentów. Biorąc pod uwagę wszystkich ankietowanych, wynik świadczy o średnim poziomie uzależnienia – średnia $6,55 \pm 2,4106$, mediana 6,0. Rozkład procentowy poziomów uzależnienia badanej grupy przedstawiono na rycinie 4.

Podjęto również próbę ustalenia, czy istnieją różnice bądź istotne związki pomiędzy wynikami testu Fagerströma i ww. zmiennymi społeczno-demograficznymi. Płeć okazała się czynnikiem znamienym ($p = 0,0051$). Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet najczęściej było osób o średnim poziomie uzależnienia (ok. 52%). Ponadto w grupie mężczyzn dominowali chorzy o wysokim poziomie uzależnienia (34,9%), natomiast wśród kobiet o niskim poziomie uzależnienia (41,2%). Znamienny wpływ na poziom uzależnienia miało również wykształcenie badanych. Najwięcej osób o niskim poziomie uzależnienia było w grupie z wykształceniem średnim i wyższym (41,7%). W grupie z wykształceniem podstawowym takich osób nie odnotowano. Wysoki poziom uzależnienia w największym stopniu prezentowali badani z wykształceniem zawodowym (37,5%). Samoocena stanu zdrowia zaznaczyła się również znamienym ($p = 0,0465$), na poziomie średnim, wpływem na poziom uzależnienia. Najwięcej osób o wysokim poziomie uzależnienia oceniło swój stan zdrowia jako dobry (43,5%). Respondenci w średnim stopniu uzależnieni najczęściej określili swój stan zdrowia jako zły (80%), 39,1% jako dobry, 51,9% średni. Wśród badanych znalazły się osoby, które wykazały niski poziom uzależnienia od nikotyny. W tej grupie złe zdrowie w samoocenie respondentów zgłosiło 20%, średnie 25,9%, a dobre 17,4%. Odnotowano także istotną statystycznie korelację na poziomie śred-

nim pomiędzy samooceną poziomu wiedzy a wynikami testu Fagerströma ($p = 0,0047$). W grupie o wysokim poziomie uzależnienia najwięcej osób (42,1%) wykazało niski poziom wiedzy na temat swojej choroby, 24,1% przeciętny, tylko 8,3% dobry. Ankietowani, których uzależnienie kształtowało się na poziomie niskim, określili swoją wiedzę na temat miażdżycy tętnic kończyn dolnych jako dobrą – 41,7%, przeciętną – 24,1%, niską – 5,3%. W grupie uzależnionych w stopniu średnim za dobrze wyedukowanych w zakresie swojej jednostki chorobowej uważało się 50% osób, przeciętnie – 51,7%, nisko – 52,6%. Zauważono również istotną statystycznie korelację na poziomie średnim pomiędzy wynikami testu N. Schneidera a wynikami testu Fagerströma ($p = 0,027625$). Najwięcej osób (60%) wykazujących gotowość do zaprzestania palenia odnotowano wśród badanych o średnim poziomie uzależnienia. Respondenci o niskim poziomie uzależnienia również chcieliby rzucić nałóg palenia (25,7%), 4 osoby (16%) takiej gotowości nie wykazały. Brak motywacji do zaprzestania palenia odnotowano wśród respondentów o wysokim poziomie uzależnienia (44%), jednak znalazło się w tej grupie 5 osób (14,3%), które wyrażały chęć porzucenia nałogu. Nie wykazano znamienych statystycznie różnic w wynikach testu Fagerströma ze względu na wiek i miejsce zamieszkania.

Omówienie wyników

Motywacja jest ogólnym określeniem wszystkich procesów zaangażowanych w inicjowanie, ukierunkowanie i utrzymanie fizycznych i psychicznych aktywności. Wymaga pobudzenia i determinuje jedną z możliwych reakcji, którą uruchomi człowiek w danej sytuacji. Motywacja jest niezbędna do osiągnięcia pożądanego celu. W zależności od poziomu motywacji, jaką wykazuje człowiek, można mówić o sukcesie lub porażce. Zwiększona motywacja u badanego świadczy o jego gotowości do podejmowania zmian w swoim życiu, wyzwań i dążenia do wyznaczonego celu [5].

W pracy poruszono kwestię oceny motywacji chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu. Pomocny w tym celu okazał się test N. Schneidera. Otrzymane wyniki wskazały, które aspekty w dużej mierze wpływają na wzrost poziomu motywacji (zadowolenie z pracy i trybu życia, chęć rzucenia palenia, rzucenie palenia dla siebie samego, podejmowane próby rzucenia palenia, znajomość sytuacji, w których sięga się po papierosa, znajomość powodów, dla których się pali, możliwość otrzymania pomocy ze strony rodziny i znajomych w walce z porzuceniem nałogu), a które wręcz przeciwnie – obniżają poziom motywacji do porzucenia nałogu (brak orientacji, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy w razie problemów z rzuceniem palenia, brak świadomości trudności w okresie abstynencji, brak wiedzy, jak radzić sobie w sytuacjach kryzysowych). Poznanie czynników

motywujących palaczy do porzucenia nałogu wydaje się kluczowe w leczeniu uzależnienia od nikotyny, jak również w prowadzeniu działań profilaktycznych. Diagnoza gotowości pacjenta do zerwania z nałogiem stanowi pierwszy krok w postępowaniu w ramach poradnictwa antynikotynowego.

Palenie tytoniu przyczynia się do rozwoju poważnych chorób, głównie ze strony układu krążenia i oddechowego, jak też następstw ekonomicznych i społecznych. Ryzyko wystąpienia chorób tytoniozależnych istotnie maleje wraz z upływem czasu od zaprzestania palenia [4].

W piśmiennictwie analizowano poziom motywacji do rzucenia palenia tytoniu w różnych grupach chorych, m.in. z miażdżycą tętnic kończyn dolnych, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), astmą oskrzelową [1, 6]. Według Sztuczki i wsp. [1] osoby w zaawansowanym stadium choroby (III i IV stopień niedokrwienia kończyn dolnych wg klasyfikacji Fontaine'a) charakteryzowały się mniejszym poziomem motywacji do zaprzestania palenia w porównaniu z chorymi w stadium początkowym (I i II stopień niedokrwienia). Według autorek postawa tych pacjentów mogła wynikać z poprawy stanu fizycznego (zmniejszenia dolegliwości bólowych), będącego skutkiem zabiegu chirurgicznego, co dało im poczucie wyleczenia. W opisywanym badaniu 85% respondentów skarżyło się na dolegliwości bólowe, a prawie 40% na ból spoczynkowy, co również wskazuje na znaczny stopień zaawansowania choroby. Średni wynik testu N. Schneidera 6,83 świadczy o tym, że gotowość tych pacjentów do zerwania z nałogiem nie była zbyt wysoka. W badaniu przeprowadzonym przez Targowskiego i wsp. [6], oceniającym motywację do zaprzestania palenia tytoniu w przebiegu chorób układu oddechowego, wykazano, że większym poziomem motywacji charakteryzowali się pacjenci z POChP, czyli bardziej nasilonymi objawami chorobowymi, w porównaniu z chorymi na astmę oskrzelową.

W grupie opisywanej przez Sztuczki i wsp. [1] istotnie większa liczba chorych z niedokrwieniem I i II stopnia posiadała wiedzę na temat pokus i trudności pojawiających się w okresie abstynencji oraz możliwości radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych i uzyskania profesjonalnej pomocy w walce z nałogiem, niż chorych z III i IV stopniem niedokrwienia, którzy nie posiadali takiej wiedzy. Podobne wyniki przedstawili Targowski i wsp. [6], którzy podają, że osoby z cięższym przebiegiem choroby (POChP w porównaniu z astmą oskrzelową) częściej nie potrafiły poradzić sobie w przypadku trudności z utrzymaniem abstynencji i nie orientowały się, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy. W badaniach autorek ok. 80% respondentów nie posiadało wiedzy z zakresu możliwości walki z nałogiem i radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych.

Jednym z czynników motywujących do porzucenia nałogu jest większa świadomość zdrowotna [1]. Według Borzęckiego i wsp. [7] większość osób palących uczestniczących w badaniu była świadoma zagrożeń wynika-

jących z nałogu nikotynowego i chciałyby definitywnie rzucić palenie. Podobnie w opisywanym badaniu, ok. 92% respondentów zdawało sobie sprawę z negatywnego wpływu palenia papierosów na rozwój miażdżycy, a kilka procent mniej ankietowanych wyraziło chęć zerwania z nałogiem. Chęć i świadomość niebezpieczeństwa nie są wystarczającą składową sukcesu w walce z nałogiem. Według Targowskiego i wsp. [8] formą pobudzającą do porzucenia nałogu jest stosowanie tak zwanej zasady minimalnej interwencji, która w uproszczeniu polega na przypominaniu podczas każdej wizyty lekarskiej osobom uzależnionym od nikotyny o konieczności zaprzestania palenia. Autorzy przeprowadzili badania wśród 326 osób palących tytoń w celu określenia zakresu stosowania powyższej metody. W przypadku ponad połowy badanych lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie rozmawiał z nimi podczas wizyty o nałogu palenia. Materiały informacyjne na temat szkodliwości palenia otrzymywał tylko co 7. palący, a próbę leczenia farmakologicznego uzależnienia podejmowano jedynie u co 10. pacjenta. Według Noskiewicz-Bieronowej [9], aby program minimalnej interwencji antynikotynowej był skuteczny, powinien być na stałe wprowadzony do codziennej praktyki lekarzy, pielęgniarek i położnych we wszystkich ogólnie dostępnych placówkach służby zdrowia, szczególnie do praktyki lekarzy pierwszego kontaktu, rodzinnych, pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych. Wynika to z tego, że lekarze i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej stykają się z co najmniej 70% palących pacjentów w ciągu roku.

Na podstawie analizy wyników wykazano, że wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastał także poziom motywacji badanych do porzucenia nałogu. Według Targowskiego i wsp. [10] ubóstwo i niski poziom edukacji to czynniki zmniejszające szansę na porzucenie nałogu. Z kolei osoby z wyższym wykształceniem są bardziej zainteresowane problemami zdrowotnymi oraz bardziej skłonne do zmiany zachowań na prozdrowotne.

Pająk i Kawalec [11] podają, że czynnikiem wpływającym na przymus palenia tytoniu często jest brak poczucia kontroli własnej sytuacji życiowej oraz brak wsparcia ze strony najbliższych. W podjętej pracy również wykazano, że osoby mogące liczyć na wsparcie ze strony rodziny miały większą motywację do zaprzestania palenia. W badaniu niemal wszyscy chorzy zadeklarowali, że nałóg chcą rzucić dla siebie, nie dla rodziny. Chorzy zdają sobie sprawę, że rzucając palenie, poprawią swój stan zdrowia. W badaniach Stokłosa i wsp. [2] najwięcej (83%) ankietowanych wybrało „zdrowie” jako główny powód zgłaszania się do poradni antynikotynowej. Autorzy uznali, że dolegliwości związane z chorobą mogą mieć wpływ na wskazywanie „troski o zdrowie” jako najczęstszego czynnika motywującego do zaprzestania palenia.

Wnioski

1. Chorzy w zdecydowanej większości deklaruowali chęć porzucenia nałogu, ale nie wiedzieli, gdzie szukać pomocy w walce z nałogiem, jak radzić sobie w sytuacjach kryzysowych i nie znali sposobów umożliwiających skuteczne utrzymanie abstynencji. Sugeruje to potrzebę większego nacisku na edukację w tym zakresie.
2. Wraz ze wzrostem wykształcenia badanych i poziomu wiedzy na temat choroby wzrastała również ich gotowość do zerwania z nałogiem. Płeć, miejsce zamieszkania i samoocena zdrowia nie miały na nią wpływu.
3. Badani wykazali średni poziom uzależnienia od nikotyny. Czynnikiem mającym wpływ na silniejsze uzależnienie były: płeć męska, niskie wykształcenie, mała wiedza na temat choroby i dobra samoocena swojego zdrowia. Chorzy z wysokim poziomem uzależnienia od nikotyny wykazali niską motywację do zaprzestania palenia.

Piśmiennictwo

1. 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.
2. Stokłosa A, Skoczylas A, Rudnicka A i wsp. Ocena motywacji do rzucenia palenia u pacjentów poradni antynikotynowej. *Pneumonol Alergol Pol* 2010; 78: 211-215.
3. Kapała W (red.). *Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane problemy z praktyki pielęgniarskiej oddziałów chirurgii ogólnej*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006; 74-78.
4. Majda A. Minimalna interwencja antynikotynowa. W: *Promocja zdrowia. Tom II. Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej*. Andruszkiewicz A, Banaszekiewicz M (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010; 221-249.
5. Reykowski J. Emocje i motywacja. W: *Psychologia*. Tomaszewski T (red.). Wydawnictwo PWN, Warszawa 1985; 120-130.
6. Targowski T, Grabowska P, Rożyńska 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: 1046-1048.
7. Borzęcki A, Brzeski Z, Krakowska A i wsp. Aktywne i bierne palenie tytoniu wśród wybranej młodzieży akademickiej. *Przegl Lek* 2004; 61: 1213.
8. Targowski T, Rożyńska R, From S i wsp. Stosowanie zasad minimalnej interwencji przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ocenie pacjentów uzależnionych od nikotyny. *Przegl Lek* 2004; 61: 1177-1179.
9. Noskiewicz-Bieronowa H. *Chcesz rzucić palenie? Metody, sposoby, rady, informacje...* Wydawnictwo Emilia, Kraków 2001.
10. Targowski T, From S, Rożyńska R, Mierzejewska J. 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.
11. Pająk A, Kawalec E. Psychospołeczne determinanty nałogu palenia papierosów. *Przegl Lek* 2003; 60: 557-561.