

# Czynniki psychospołeczne a problem palenia tytoniu wśród pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wstępne

## Psychosocial factors and the problem of smoking among patients suffering from cardio-circulatory system disorders. Preliminary results

IWONA MALINOWSKA-LIPIEŃ, TOMASZ BRZOSTEK, MARIA CISEK, MACIEJ GÓRKIEWICZ, TERESA GABRYŚ, EWA KAWALEC, AGATA RECZEK, AGNIESZKA GNIADZEK

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ Kraków

Choroby układu sercowo-naczyniowego są najpoważniejszym problemem zdrowotnym polskiego społeczeństwa. Zasadnicze znaczenie dla opanowania epidemii chorób układu krążenia ma modyfikacja czynników ryzyka rozwoju miażdżycy tętnic oraz jej powikłań. Wśród czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, jednym z najistotniejszych jest palenie tytoniu. W ostatnich latach w Polsce oprócz czynników klasycznych coraz większe znaczenie przywiązuje się do tzw. psychospołecznych czynników w patogenezie chorób układu krążenia. Spośród licznych czynników psychospołecznych najważniejszą rolę w patofizjologii chorób serca i naczyń odgrywają: przewlekły stres, depresja, niski poziom wsparcia społecznego, osobowość typu A, status socjoekonomiczny.

**Cel.** Celem pracy była ocena występowania wybranych psychospołecznych czynników ryzyka chorób układu krążenia: poziomu stresu, depresji, jakości życia, uzależnienia od alkoholu i motywacji do zaprzestania palenia wśród palących pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

**Metodyka i materiał.** W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego zawierającego pytania charakteryzujące badaną grupę pacjentów pod kątem socjodemograficznym, pytania dotyczące historii palenia, Kwestionariusz Tolerancji Nikotyny Fagerströma, test motywacji N. Schneider, test uzależnienia od alkoholu CAGE, Skalę Depresji Becka (BDI), Skalę Stresu Cohena, Kwestionariusz SF-36. Warunkiem włączenia pacjentów do badań było palenie tytoniu od co najmniej roku poprzedzającego badania. Badaniem objęto grupę 32 pacjentów (3 kobiety i 29 mężczyzn) hospitalizowanych z powodu choroby niedokrwiennej serca lub miażdżycy kończyn dolnych.

**Wyniki.** Dwadzieścia pięć osób (78%) prezentowało wysoki poziom stresu mieszczący się w przedziale 14-30 punktów Skali Stresu Cohena (średnio 20,9 punktów). Ponad trzy czwarte badanych tj. 25 osób podejmowało próby zaprzestania palenia, spośród których 13 pacjentów tj. 52% przyznało, że przyczyną powrotu do nałogu po próbie rzucenia palenia był kryzys i przewlekły stres. Na podstawie wyników skali BDI u 12 badanych (38%) stwierdzono łagodną, a u 3 (tj.9%) umiarkowaną lub ciężką depresję. Pacjenci posiadający problemy alkoholowe wypalali więcej papierosów w ciągu dnia (średnio 26 papierosów,  $p=0,005$ ). Średnia wartość wskaźnika jakości życia badanych pacjentów wyniosła zaledwie 47 punktów na 100 możliwych do uzyskania. Spośród komponentów jakości życia najlepiej wypadło emocjonalne pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych (66,65) i aktywność społeczna (65,52). Komponenty te korelowały z ilością wypalanych papierosów ( $p<0,05$ ). Palenie papierosów powyżej 10 paczkołat łączyło się z wyższym poziomem stresu i wyższą punktacją inwentarza depresji Becka. Jedna czwarta ankietowanych (11 osób), którzy przeżyli zawał mięśnia serca paliło mniej niż pozostali badani (12,8 vs 18,0).

**Wnioski:** 1. Zdecydowana większość palących pacjentów prezentuje wysoki poziom stresu. 2. Osoby palące dłużej i więcej papierosów wykazują wyższy poziom stresu i depresji niż osoby palące mniej i krócej. 3. Pacjenci posiadający problemy alkoholowe wypalają więcej papierosów. 4. Istnieje silna zależność pomiędzy ilością wypalanych papierosów a emocjonalnym pełnieniem dotychczasowych funkcji społecznych i aktywnością społeczną. 5. Pacjenci po przebytych zawałach ograniczyli ilość wypalanych papierosów. 6. Wyniki wstępne sugerują, że palenie łączy się z występowaniem psychospołecznych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego.

**Słowa kluczowe:** palenie tytoniu, stres, depresja, społeczne funkcjonowanie

Cardio-circulatory system disorders are the most serious health problem of Polish society. In order to bring the epidemics of circulatory system disorders under control, it is essential to modify the risk factor of developing artery sclerosis as well as its complications. Smoking is, undoubtedly, one of the most important risk factors for developing a cardio-circulatory disease. As far as the pathogenesis of circulatory system disorders is concerned, apart from typical factors, so called, psychosocial factors have been acquiring more and more importance in Poland recently. Among numerous psychosocial factors the most important ones in the pathophysiology of cardio-circulatory disorders are the following: chronic stress, low social support level, A-type personality, socioeconomic status and depression.

**Aim.** The research was aimed at evaluating the occurrence of selected psychosocial risk factors of circulatory system disorders: stress level, depression, quality of life, alcoholism and the motivation to give up smoking among smokers suffering from cardio-circulatory system disorders.

**Methods and materials.** The research was carried out applying the method of a diagnostic questionnaire including the questions typical from a sociodemographic perspective for a given group of patients, questions concerning the smoking history, Fagerström Nicotine Tolerance Questionnaire, N. Schneider motivation test, CAGE alcohol addiction test, Beck Depression Index (BDI), Cohen Stress Index, SF-36 Questionnaire. All the patients taking part in the research had been smoking for at least a month before the research. The questionnaire was carried out among 32 patients (3 women and 29 men) treated for coronary heart disease and lower limbs arteriosclerosis.

**Results.** Twenty-five patients (78%) scored between 14 and 30 points on Cohen Stress Index (average result 20.9), which indicated their high stress level. More than three quarters of the examined patients, that is 25 people had tried to give up smoking and 13 of them admitted that their reason for returning to the addiction was a crisis and chronic stress. On the basis of BDI index results 12 patients (38%) were diagnosed to suffer from slight depression and 3 patients (9%) - from moderate or severe depression. Patients with alcohol problems smoked more cigarettes a day (on average 26 cigarettes,  $p=0,005$ ). The average index of the quality of life among the examined patients was only 47 out of 100 points. The components with the highest scores were here: emotional attitude to the functions held in the society (66.65) and social activity (65.52). These components were correlated with the amount of cigarettes smoked ( $p<0,05$ ). Smoking more than 10 packets a day for 10 years was connected with a higher stress level and a higher score on Beck Depression Index. Eleven patients (34%) who had had a heart attack smoked far less than the others (12.8 vs. 18.0).

**Conclusions.** 1/Vast majority of patients presented a high stress level. 2. The patients smoking more and for a longer period of time had a higher stress level and a depression index than those who smoked less and shorter. 3. Patients suffering from alcohol addiction smoke more cigarettes. 4. There is a strong correlation between the amount of cigarettes and an emotional attitude to the social functions held so far and social activity. 5. Patients who had a heart attack cut down on the amount of cigarettes. 6. Preliminary results show that smoking is connected with the occurrence of psychosocial risk factors of cardio-circulatory system disorders.

**Key words:** smoking, stress, depression, social functions

## Wstęp

Choroby układu sercowo-naczyniowego są najpoważniejszym problemem zdrowotnym polskiego społeczeństwa. Zasadnicze znaczenie dla opanowania epidemii chorób układu krążenia ma modyfikacja czynników ryzyka rozwoju miażdżycy tętnic oraz jej powikłań. W okresie ostatnich kilkunastu lat zostało jednoznacznie udowodnione poprzez ogólnoświatowe badanie epidemiologiczne INTERHEART, że klasyczne czynniki ryzyka odpowiadają w 90% za epidemię choroby wieńcowej. Należą do nich: palenie tytoniu, hipercholesterolemia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość brzuszna, stres, brak owoców i warzyw w diecie, niska aktywność fizyczna [1].

Palenie tytoniu jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych [1]. Spośród ponad 4 tysięcy substancji powstających w wyniku niekompletnego spalania tytoniu nikotyna i tlenek węgla są głównymi związkami wpływającymi toksycznie na układ naczyniowy. Dym tytoniowy odpowiedzialny jest za zmiany fizjologiczne i morfologiczne śródbłonna naczyń krwionośnych, doprowadza do jego uszkodzenia, a tym samym do zmniejszenia wydzielania tlenu azotu i zwiększenia podatności tętnicy na skurcz. U palących dodatkowo obserwuje się wzmożenie produkcji karboksyhemoglobiny, nasiloną trombogenezę i agregację płytek krwi oraz zmiany w lipoproteidach osocza (oksydacyjna modyfikacja LDL, zmniejszenie stężenia cholesterolu frakcji HDL) [2].

Współczesna medycyna podchodząc do pacjenta w sposób holistyczny oprócz czynników klasycznych coraz większe znaczenie przywiązuje do tzw. psychospołecznych czynników w patogenezie chorób układu krążenia [3]. Wśród licznych czynników psychospołecznych najważniejszą rolę w patofizjologii chorób serca i naczyń odgrywają: przewlekły stres, depresja, niski poziom wsparcia społecznego, osobowość typu A, status socjoekonomiczny [4]. Dodatkowo sytuacje stresowe nasilają niekorzystne działanie innych czynników ryzyka miażdżycy. W związku z napięciem nerwowym wzrasta skurczowe i rozkurczowe ciśnienie tętnicze, wiele osób częściej pali papierosy, zjada dodatkowe posiłki, nierzadko o dużej zawartości węglowodanów, tłuszczów i soli. Ponadto podczas stresu pacjenci zapominają o zażywaniu przepisanych leków, ograniczeniach dietetycznych [5,6].

## Cel

Celem pracy była ocena występowania wybranych psychospołecznych czynników ryzyka chorób układu krążenia: poziomu stresu, depresji, jakości życia, uzależnienia od alkoholu i motywacji do zaprzestania palenia wśród palących pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

## Metodyka i materiał

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego zawierającego pytania charakteryzujące badaną grupę pacjentów pod kątem socjodemograficznym, pytania dotyczące historii palenia.

Kwestionariusz Tolerancji Nikotyny Fagerströma [7] składający się z 8 pytań, maksymalna liczba punktów wynosi 11, gdzie wynik od 0 do 4 pkt wskazuje na niski poziom uzależnienia od nikotyny, od 5 do 7 pkt na średni poziom uzależnienia od nikotyny, natomiast wartość 8 pkt i powyżej wskazuje na wysoki poziom uzależnienia od nikotyny.

Test motywacji dr N. Schneider [8] mierzy motywację pacjenta do zaprzestania palenia tytoniu. Jeśli suma udzielonych odpowiedzi twierdzących jest wyższa od sumy odpowiedzi przeczących oznacza to, że osoba badana posiada motywację do zerwania z nałogiem palenia tytoniu. Im więcej odpowiedzi twierdzących, tym większa jest gotowość do zaprzestania palenia.

Test uzależnienia od alkoholu CAGE [9] zawiera 4 pytania. Jego nazwa pochodzi od pierwszych słów kluczowych w poszczególnych pytaniach: C- cut down (ograniczenie), A- annoyed (poirytowanie), G- guilty (poczucie winy), E- eye opener („drink na kaca”). Jeśli chociaż na jedno pytanie odpowiedź jest twierdząca można podejrzewać u badanego problemy alkoholowe. Natomiast przy 2 lub więcej odpowiedzi twierdzących jest wielce prawdopodobne, że badana osoba ma poważne problemy alkoholowe. Dodatkowo test został uzupełniony pytaniami dotyczącymi ilości wypijanego alkoholu, problemów z kontrolowaniem ilości czy częstotliwości picia, zjawiska tolerancji oraz ewentualnego występowania objawów abstynencyjnych po odstawieniu alkoholu.

Skala Depresji Becka (BDI) [10] wykorzystuje inwentarz składający się z 21 pytań uwzględniających emocjonalne, poznawcze, motywacyjne i somatyczne objawy depresji. Każde z pytań posiada 4 warianty odpowiedzi uwzględniające zróżnicowane natężenie objawów. Wyniki uzyskiwane wahają się w przedziale 0-63 pkt, a wynik powyżej 10 pkt jest traktowany jako sygnał depresji. Wyniki w przedziale 10-18 pkt wskazują na łagodną depresję, w przedziale 19-29 na umiarkowaną depresję, a 30 i więcej pkt na ciężką depresję.

Skala Stresu Cohena [11] jest to skala odczuwanego napięcia, która pozwala na pomiar stopnia w jakim doświadczane sytuacje były odczuwane jako stresujące. Wyniki w kwestionariuszu wahają się w przedziale od 0 do 40 punktów. Im wyższy wynik tym wyższy poziom postrzeganego stresu w okresie ostatniego miesiąca życia.

Kwestionariusz SF-36 [12] służy do oceny wskaźników jakości życia. Składa się z 11 pytań zawierających 62 stwierdzenia, które tworzą 9 kategorii określających 9 wymiarów jakości życia i zdro-

wia: 1. Problemy zdrowotne ograniczające aktywność fizyczną (PF- Physical Function); 2. Problemy zdrowotne ograniczające fizyczne pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych (RLP – Role Limitation Physical); 3. Problemy emocjonalne ograniczające pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych (RLM – Role Limitation Mental); 4. Aktywność społeczna (SF – Social Functioning); 5. Zdrowie psychiczne (MH – Mental Health); 6. Witalność (energia/męczliwość) (V – Vitality); 7. Dolegliwości bólowe (P – Pain); 8. Ogólna ocena stanu zdrowia (GH – General Health); 9. Zmiany w zdrowiu (CIH-Change in Health). Każdemu ze stwierdzeń przypisana jest wartość punktowa, która jest transformowana do skali od 0-100. Wartość punktowa odpowiada indywidualnej wartości jakości życia.

Ankieta była anonimowa. Udział w badaniu był dobrowolny. W trakcie przeprowadzania ankiety pacjenci mieli możliwość skonsultowania się z osobą zbierającą wywiad (pielęgniarka nie zatrudniona w oddziale).

Kryterium włączenia do badań stanowiło palenie tytoniu od roku poprzedzającego badanie. Badaniem objęto grupę 32 pacjentów (3 kobiety i 29 mężczyzn) hospitalizowanych z powodu choroby niedokrwiennej serca lub miażdżycy kończyn dolnych.

## Wyniki badań

Wiek badanych wahał się od 44 do 69 lat (średnio 57 lat). Prawie wszyscy ankietowani (30 osób tj. 94%) byli w związkach małżeńskich. Przeważająca liczba respondentów (20 badanych tj. 63%) posiadała wykształcenie podstawowe lub zawodowe, 6 osób posiadało średnie, a 6 wyższe wykształcenie. Zdecydowaną większość badanych stanowili renciści (19 osób) i emeryci (2 osoby). Tylko siedmiu respondentów pracowało zawodowo. Pozostali, to osoby bezrobotne. Zdecydowana większość respondentów (27 osób) uprzednio wykonywała pracę fizyczną. Miejscem pracy tych osób było gospodarstwo rolne lub zakłady, najczęściej: budowlane, hutnicze, ślusarskie, hydrauliczne. Tylko pięciu badanych pracowało umysłowo w charakterze: kierownika, urzędnika i handlowca.

Jedna trzecia ankietowanych (11 osób) przeżyła zawał mięśnia sercowego (różnicę pomiędzy pacjentami bez przebytego zawału mięśnia sercowego przedstawia tabela 1), ponad połowa ankietowanych (20 osób) miała zdiagnozowaną dusznicę bolesną, zaś osiemnastu badanych miażdżycę kończyn dolnych. Dwudziestu sześciu badanych (81%) posiadało klasyczne czynniki ryzyka chorób układu krążenia, u osiemnastu (56%) występowało nadciśnienie tętnicze, u piętnastu (47%) nieprawidłowy poziom lipi-

Tabela 1. Porównanie grupy pacjentów po przebytych zawałach mięśnia sercowego z pacjentami bez zdiagnozowanego zawału.

Table 1. Comparison of patients who survived myocardial infarct with patients w/o such a diagnosis

	Osoby bez zawału /patients w/o infarct (n=21)			Osoby z zawałem / patients with infarct (n=11)			p ( t Studenta 1-str) / (Student' one-way t test)
	Średnia/mean	Odch.stand. /SD	Skośność /skewness	Średnia/mean	Odch.stand. /SD	Skośność /skewness	
Wiek/age	57,1	6,1	-0,39	55,9	3,8	-1,26	0,27
BMI	26,5	4,1	-0,02	24,4	3,8	0,93	0,09
Ilość wypalanych papierosów /number of cigarettes per day	18,0	11,4	2,59	12,8	6,8	-0,06	0,09
Wiek rozpoczęcia palenia /age of smoking initiation	17,9	4,2	-1,48	18,5	2,5	0,62	0,33
Lata regularnego palenia /years of regular smoking	37,7	9,0	0,32	37,0	5,3	-1,48	0,41
Ilość prób rzucenia palenia /number of attempts to quit smoking	2,4	3,2	1,68	1,8	1,3	0,79	0,27
PF*	39,1	23,3	0,95	36,8	26,5	0,08	0,40
RLP*	46,4	42,8	0,24	38,6	39,3	0,18	0,31
RLM*	73,0	30,9	-0,83	54,5	40,2	-0,39	0,08
SF*	61,9	25,5	0,06	72,7	26,0	-1,22	0,13
MH*	57,1	16,0	0,45	54,2	16,1	0,16	0,31
V*	49,3	16,9	0,13	50,7	16,4	0,67	0,41
P*	39,3	24,5	0,20	35,9	25,5	0,16	0,36
GH*	38,9	16,7	-0,33	37,9	20,4	-0,36	0,44
CIH*	27,4	19,2	-0,17	30,0	22,4	-0,37	0,37

\*PF (Physical Function)- Problemy zdrowotne ograniczające aktywność fizyczną,

RLP (Role Limitation Physical)- Problemy zdrowotne ograniczające fizyczne pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych,

RLM (Role Limitation Mental)-Problemy emocjonalne ograniczające pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych,

SF (Social Functioning) - Aktywność społeczna,

V (Vitality)-Witalność (energia/męczliwość),

GH (General Health)-Ogólna ocena stanu zdrowia,

MH (Mental Health)-Zdrowie psychiczne,

P (Pain); Dolegliwości bólowe,

CIH (Change in Health)-Zmiany w zdrowiu.

dów, pięciu respondentów (16%) miało zdiagnozowaną cukrzycę, dwunastu (38%) prowadziło siedzący tryb życia - nie podejmując aktywności fizycznej ani zawodowej ani rekreacyjnej. U ponad jednej trzeciej (11 osób) dodatkowo występowało obciążenie rodzinnymi chorobami układu sercowo-naczyniowego. Wartość wskaźnika BMI wskazującą niedowagę (BMI=17) posiadał jeden badany, BMI w granicach normy (od 18,5-24,9) stwierdzono u trzynastu badanych (tj. 41%); odpowiednio BMI w granicach 25,0-29,9 świadczące o nadwadze stwierdzono u czternastu (44%), natomiast BMI powyżej 30 wskazujące otyłość wykazywało czterech badanych (13%).

Jedenastu badanych (34%) mieszka wspólnie z osobami palącymi (współmałżonek i/lub dzieci). Ilość wypalanych papierosów w ciągu dnia wahała się od 3-60 sztuk (średnio 16 papierosów dziennie). Wiek inicjacji palenia wahał się między 7 a 23 rokiem życia (średnio 18 lat). Badani respondenci palili regularnie przez okres od 20 do 58 lat (średnio 37 lat). Przeliczając ilość wypalanych papierosów w ciągu lat trwania nałogu, okazuje się, że 3 pacjentów (9%) paliło mniej niż 10 paczkolet (1 paczkolet – wypalanie min. 20 sztuk papierosów dziennie przez okres jednego roku). Pozostali (29 osób, tj. 91%) palili od 10 do 75 paczkolet. Ponad trzy czwarte badanych (25 osób) podejmowało próby zaprzestania palenia (niektórzy nawet 10 prób, średnio dwie). Wśród tych 25 osób, którzy podejmowali próbę rzucenia palenia, dziesięciu (tj. 40%) wytrzymało od 1 do 7 dni bez papierosa, czterech respondentów (tj. 16%) wytrzymało do 14 dni, zaś od 1 do 4 miesięcy w abstinencji nikotynowej wytrzymało jedenastu ankietowanych. Przyczyną podjęcia decyzji o zaprzestaniu palenia dla dwudziestu jeden badanych (tj. 84%) było osobiste postanowienie, dwóch badanych skłoniło nasilenie choroby. Według respondentów podejmujących próbę zaprzestania palenia (25 osób), powody, które spowodowały powrót do nałogu to: u 13 osób (tj. 52%) sytuacja kryzysowa ostra i przewlekły stres, spotkanie towarzyskie (9 osób), natomiast u pozostałych 3 osób zespół abstinencji (występowanie silnej potrzeby zapalenia papierosa, podenerwowanie, niepokój, drażliwość, zmniejszona zdolność koncentracji, niewielki ból głowy lub brzucha).

Analizując wyniki testu Fagerströma, siedmiu badanych (22%) mieściło się w granicach 0-4 punktów, co oznacza zgodnie z kryteriami testu – że osoby te nie były uzależnione biologicznie. Palenie jest dla nich raczej nawykiem, którego nie chcą lub nie mogą się pozbyć. Powody dla których palą leżą w sferze ich psychiki lub presji otoczenia, w którym przebywają. Ponad połowa (17 osób) w teście Fagerströma uzyskała 5-7 punktów. Oznacza to, że osoby te nie mogą obejść się bez papierosa w trudnych, stresowych sytuacjach, a niewielka presja otoczenia daje im dodatkową okazję do zapalenia papierosa. U tych osób trudno jest roz-

graniczyć, kiedy zapalenie daje zadowolenie o charakterze psychicznym, a kiedy wynika z patofizjologicznej reakcji organizmu. Jedna czwarta (8 osób) uzyskała 8 punktów lub powyżej 8, co zgodnie z Testem Fagerströma oznacza, że pacjenci ci są w poważnym stopniu uzależnieni biologicznie od nikotyny i wymagają terapii z zastosowaniem substytutów nikotyny.

Obok stopnia uzależnienia ważnym elementem do zaprzestania palenia jest motywacja do rzucenia nałogu. Wyniki testu Schneider wskazują, że 29 badanych (tj. 91%) posiadało motywacje do zaprzestania palenia, a w konsekwencji duże szanse na zerwanie z nałogiem. Badani deklarowali, że byli świadomi czekających problemów i mogli liczyć na wsparcie innych i/lub wiedzieli gdzie go szukać. Jednak tylko jeden respondent uczestniczył w zorganizowanym programie antynikotynowym, inny poddał się akupunkturze. Jedna czwarta ankietowanych podejmujących próbę rzucenia nałogu palenia stosowała wspomagająco nikotynową terapię zastępczą w postaci gumy nikotynowej. Pozostali nie korzystali z żadnych zorganizowanych form wyjścia z nałogu.

Według Skali Stresu Cohena dwadzieścia pięć osób (tj. 78%) prezentowało wysoki poziom stresu mieszczący się w przedziale 14 -30 punktów (średnio 20,9 punktów).

Wyniki inwentarza depresji Becka wskazują, że siedemnastu badanych (53%) uzyskało wynik poniżej 10 pkt co wskazuje na brak objawów depresji. Dwunastu pacjentów (38%) uzyskało wyniki wskazujące na łagodną, dwóch na umiarkowaną depresję, a jeden badany uzyskał wyniki wskazujące na ciężką depresję.

Pacjenci palący powyżej 10 paczkolet (29 badanych) wykazywali nieznamiennie wyższy poziom stresu i znamiennie wyższą punktację w inwentarzu depresji Becka ( $p=0,03$ ) (tab. 2).

Wyniki Kwestionariusza CAGE wskazują, że u 4 badanych (13%) można podejrzewać problemy alkoholowe, zaś u jednego występowały prawdopodobnie poważne problemy alkoholowe. Osoby te miały problemy z kontrolowaniem ilości i częstotliwości spożycia alkoholu, dodatkowo występowały objawy abstinencji po odstawieniu alkoholu (silna potrzeba napicia się alkoholu). Średnia ilość spożywanego przez te osoby alkoholu w ciągu dnia wahała się między 7 a 9 standardowymi porcjami alkoholu. Pacjenci z problemami alkoholowymi wypalali więcej papierosów w ciągu dnia niż osoby bez tego nałogu (średnio 26 papierosów vs 16,  $p=0,005$ ).

Do oceny ogólnej jakości życia zastosowano kwestionariusz SF-36. Wśród badanych, wskaźnik jakości życia wyniósł średnio 47 punktów. Najbardziej niepokojące dla respondentów okazały się zmiany zdrowotne, w tym aspekcie badani uzyskali zaledwie 28,8 punktów. Równie nisko wypadły kategorie służące do oceny nasilenia objawów bólowych (38,12

Tabela 2. Rozkład punktacji poziomu odczuwanego napięcia i depresji u pacjentów zależny od liczby i czasu palenia/Level of tension and depression in patients as related to number of smoked cigarettes and duration of smoking.

Oceniana kategoria /Evaluated category	Pacjenci palący ≤10 paczkolet /Patients smoking ≤10 pack-years (n=3) 9%	Pacjenci palący >10 paczkolet Patients smoking > 10 pack-years (n=29) 91%	p
Poziom odczuwanego napięcia wg Skali Cohena /Level of perceived tension acc. to Cohen's scale	17,3 pkt/points	21,2 pkt/points	NS
Poziom depresji wg Skali Becka /Level of depression acc. to Beck's scale	8,6 pkt/points	11,5 pkt/points	p=0,03

\*1 paczkolet - wypalanie min. 20 sztuk papierosów dziennie przez okres jednego roku  
/1 pack-year: smoking at least 20 cigarettes a day for a period of 1 year

pkt), fizycznego funkcjonowania (38,31 pkt) i ogólnego stanu zdrowia (38,51 pkt). W zakresie fizycznych ograniczeń w pełnieniu funkcji społecznych respondenci uzyskali zaledwie 43,75 punktów na 100 punktów możliwych. Spośród komponentów jakości życia najlepiej wypadło emocjonalne pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych (66,65 pkt) i aktywność społeczna (65,52 pkt). Komponenty te korelowały z ilością wypalanych papierosów ( $p < 0,05$ ). Szczegółowo poszczególne komponenty jakości życia i uzyskane przez pacjentów wartości punktowe przedstawiono w tabeli 3.

## Dyskusja

Palenie tytoniu to udokumentowany czynnik ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego. Przeprowadzone badania wstępne są zgodne z literaturą, że czynniki psychospołeczne (stres, depresja, zaburzenia relacji społecznych) współistnieją z paleniem tytoniu a przez to nasilają ryzyko wystąpienia i progresję chorób sercowo-naczyniowych (jedna trzecia ankietowanych przebyła zawał mięśnia sercowego). W badaniu Copenhagen City He-

art (CCH) wykazano, że nawet niewielka liczba wypalanych papierosów (3-5 sztuk dziennie) wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zawału serca oraz ze wzrostem śmiertelności ogólnej [13]. W badaniach tych zwrócono także uwagę na znaczenie całkowitego zaprzestania palenia, czego efektem jest zmniejszenie ryzyka zgonu z powodu chorób tytonio-zależnych. Przebadani przez nas pacjenci, którzy przeżyli zawał serca nie uwolnili się z nałogu, ograniczyli jedynie liczbę wypalanych papierosów, co nie jest postępowaniem wystarczającym, bowiem badanie CCH wykazało także, że ograniczenie liczby wypalanych papierosów nie obniża śmiertelności [13].

Stres jest naturalną, nieuniknioną częścią życia. Jest reakcją na codzienne wyzwania i życiowe zmiany - nie tylko negatywne, ale i pozytywne. Pewien optymalny poziom stresu jest niezbędny dla efektywnego funkcjonowania człowieka, ponieważ działa mobilizująco. Zbyt wysoki poziom stresu i przewlekłe jego występowanie powoduje zwiększone napięcie, zaburzenia snu, przygnębienie, trudności z koncentracją, lęk i zmęczenie [14]. Jednak, to nie sam stres jest niebezpieczny dla człowieka, ale to jak na niego reaguje

Tabela 3. Kwestionariusz SF-36 - zestawienie wyników poszczególnych skal w badanej grupie pacjentów  
Table 3. SF-36 questionnaire - list of results in individual scale obtained in the studied group of patients

Jakość życia/Quality of life	Średnia wartość jakości życia pacjentów w danej sferze zdrowia (100 - wysoka jakość życia; 0 - niska jakość życia) /Mean value of life quality in a given health sphere (100: high life quality, 0: low life quality)
Problemy zdrowotne ograniczające aktywność fizyczną (PF - Physical Function)	38,31
Problemy zdrowotne ograniczające fizyczne pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych; (RPL - Role Limitation Physical)	43,75
Problemy emocjonalne ograniczające pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych (RLM - Role Limitation Mental)	66,65
Aktywność społeczna (SF - Social Functioning)	65,62
Zdrowie psychiczne (MH - Mental Health)	56,12
Witalność (V - Vitality)	49,78
Dolegliwości bólowe (P - Pain)	38,12
Ogólny stan zdrowia (GH - General Health)	38,51
Zmiany w zdrowiu (CIH - Change in Health)	28,28
Średnia wartość punktowa jakości życia we wszystkich sferach/Mean value of life quality in all spheres	47,24

Każdej odpowiedzi przydzielano odpowiednią punktację od 0 do 100 punktów, przy czym 100 oznaczało najlepsze z możliwych funkcjonowanie w danej sferze zdrowia (100 - wysoka jakość życia; 0 - niska jakość życia)

i sobie z nim radzi. Jak wykazały przeprowadzone badania wstępne, ankietowani nie potrafili radzić sobie ze stresem. Ponad połowa respondentów spośród 25 podejmujących próbę rzucenia palenia (13 osób), uznawała palenie za formę radzenia sobie w sytuacjach ostrego kryzysu i przewlekłego stresu, ich występowanie w opinii badanych było powodem powrotu do nałogu.

Choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe, nieuleczalne lub zagrażające życiu, są stresem psychologicznym, który może stać się przyczyną reakcji depresyjnej. Glassman i wsp. w swoich badaniach dowiódł, że chorzy z depresją w wywiadzie częściej niż chorzy bez zaburzeń nastroju nałogowo palą papierosy i rzadziej udaje im się zaprzestać palenia [15]. Nasze badania wykazały, że pacjenci palący powyżej 10 paczkolet (29 badanych) wykazywali znamienne wyższy poziom depresji.

Nasze badania wstępne potwierdzają tezę innych autorów [16], że spożywanie alkoholu jest skorelowane ze zwiększoną ilością wypalanych papierosów. Collins dowodzi, że ilość wypalanych papierosów przez osoby mające problemy alkoholowe przekracza 20 sztuk dziennie co jest zbieżne z wynikami naszych badań [17].

Dalsze badania powinny zmierzać do poszerzenia grupy badawczej, porównania poziomu czynników psychospołecznych ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego u niepalących pacjentów z miażdżycą, a także u osób zdrowych (bez zdiagnozowanej miażdżycy) zarówno u palących jak i niepalących w porównywalnych grupach pod względem wieku i płci.

## Wnioski

1. Zdecydowana większość palących pacjentów prezentuje wysoki poziom stresu.
2. Osoby palące więcej papierosów i dłużej wykazują wyższy poziom stresu i depresji niż osoby palące mniej i krócej.
3. Pacjenci posiadający problemy alkoholowe wypalają więcej papierosów.
4. Istnieje silna zależność pomiędzy ilością wypalanych papierosów a emocjonalnym pełnieniem dotychczasowych funkcji społecznych i aktywnością społeczną.
5. Pacjenci po przebytych zawałach ograniczyli ilość wypalanych papierosów.
6. Wyniki wstępne sugerują, że palenie łączy się z występowaniem psychospołecznych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego.

## Piśmiennictwo / References

1. Yusuf S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study. *Lancet*, 2004, 364, 937-952. <http://www.thelancet.com/extras/04art8001web.pdf>
2. Naruszewicz M. Wpływ palenia tytoniu na hemostatyczne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Regionalne Centrum Badań nad Miażdżycą, Pomorska Akademia Medyczna 2007. <http://www.pamietajosercu.pl>
3. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN Warszawa, 2004.
4. Piwoński J, Piotrowski R. Poziom wsparcia społecznego i stresu a choroba niedokrwienna serca. *Badanie POLMONICA* Warszawa. *Kardiologia* 1998; 48, 847-53.
5. Tofler GH. The role of psychosocial factors in atherosclerosis. *UpToDate*, version 9.1 2001, <http://www.uptodate.com>.
6. Guzik P. Wpływ stresu na układ krążenia. *Pomorski Magazyn Lekarski - Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku* 2003, 126(2), 29-33.
7. Heatherton TF et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991, 86, 1119-1127.
8. Zatoński W, Przewoźniak K. (red.) *Tytoń albo zdrowie - przestań palić*. Seria: Twoje serce w Twoich rękach. Narodowy Program Ochrony Serca. Instytut Kardiologii, Warszawa 1993.
9. Majda A. Udział pielęgniarzek podstawowej opieki zdrowotnej w diagnozowaniu uzależnienia od nikotyny oraz problemów alkoholowych. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 2005, 3(12), 195-201.
10. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psych* 1961, 4, 53-56.
11. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983, 24, 385-396.
12. Ware JE Jr, Kosinski M, Gandek, Aaronson NK, Apolone G, Bech P, Brazier J, Bullinger M, Kaasa S i wsp. The factor structure of the SF-36 health Survey In 10 countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998, 51, 1159-1165.
13. Prescott E, Scharling H, Osler M i wsp. Importance of light smoking and inhalation habits on risk of myocardial infarction and all cause mortality. A 22 year follow up of 12 149 men and women in The Copenhagen City Heart Study. *J Epidemiol Community Health* 2002, 56(9), 702-706.
14. Debbie S. Wpływ emocji na zdrowie, WDG Gdynia, 2007.
15. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS i wsp. Smoking, smoking cessation, and major depression. *J Am Med Ass* 1990, 264, 1546-1549.
16. Cooney NL, Litt MD, Cooney JL, Pilkey DT, Steinburg HR, Oncken CA. Alcohol and tobacco cessation in alcohol-dependent smokers: analysis of real-time reports. *Psychol Addict Behav* 2007 Sep;21(3):277-286.
17. Collins, AC, Marks MJ. Animal models of alcohol-nicotine interactions. In: Fertig JB, Allen JP. *Alcohol and Tobacco: From Basic Science to Clinical Practice*. NIAAA Research Monograph No. 30. NIH Pub. No. 95-3931. Washington DC: Supt of Docs 1995, 129-144.