

Palenie tytoniu przez licealistów – w opinii młodzieży i ich rodziców

Tobacco smoking by high school students – in opinions of youth and their parents

PAULINA WOJTYŁA-BUCIORA^{1/}, JERZY T. MARCINKOWSKI^{2/}, ANDRZEJ WOJTYŁA^{3/}

^{1/} Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Poznaniu

^{2/} Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^{3/} Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

Wprowadzenie. Z danych epidemiologicznych wynika, że rozpowszechnienie palenia tytoniu w społeczeństwie polskim obejmuje 9 mln ludzi, zaś na świecie ponad miliard, co stanowi jedną czwartą dorosłych osób. Niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że próby palenia ma za sobą 90% młodzieży przed 18 rokiem życia, zaś 60% czyni to przed 14 rokiem życia.

Cele pracy. Poznanie zależności pomiędzy paleniem papierosów, a wiedzą uczniów dotyczącą stosowania środków uzależniających. Porównanie informacji kwestionariuszowych na temat palenia papierosów w ocenie dzieci i ich rodziców.

Materiał i metoda. Ankietyzację przeprowadzono w maju i czerwcu 2009 r. w losowo wybranej, reprezentatywnej grupie 1100 uczniów i uczennic szkół liceów publicznych z przedziału wiekowego 16-19 lat oraz ich rodziców z: 1) powiatu miasta Kalisza i 2) powiatu Kaliskiego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany przez Główny Inspektorat Sanitarny.

Wyniki. Do palenia tytoniu przyznało się 14% ogółu licealistów (w tym: 10% dziewcząt i 22% chłopców), podczas gdy tylko 2% badanych rodziców przyznało, że ich dziecko pali papierosy. Spośród palących licealistów aż 31% podało, że robi to również w szkole. Połowa palaczy paliła codziennie. Chociaż niemalże wszyscy licealiści (96%) byli świadomi szkodliwości palenia papierosów, to pomimo tej wiedzy chętnie eksperymentowali w tym zakresie.

Wnioski. Przeciwdziałanie paleniu tytoniu przez młodzież utrudnione jest przez niską wiedzę rodziców odnośnie ilości i częstości wypalanych papierosów przez ich dzieci jak też przez fakt, że 25% badanych rodziców pali tytoń, dając dzieciom negatywny wzorzec. Konieczne jest systematyczne monitorowanie i analizowanie zachowań zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu, które powinno stanowić podstawę do planowania programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Słowa kluczowe: palenie papierosów, nikotynizm, młodzież, szkoła

Introduction. Tobacco smoking is one of the most important health-threatening and premature death risk factors in the developing countries. It is not only a medical, but also a socio-cultural and economic problem. The epidemiological data show over 9 million of the Polish population to be tobacco smokers, and over a billion people worldwide, which constitutes one fourth of the world adult population. The fact that 90% of adolescents under 18, and 60% under 14 years of age have tried smoking is an alarming phenomenon.

Aim. Recognition of the correlation between cigarette smoking and the students' knowledge concerning the use of addictive agents. Comparison of survey information concerning cigarette smoking in opinions of students and their parents.

Material and method. The survey was conducted during the period of May-June 2009 among a randomly selected representative group of 1.100 boys and girls attending public secondary schools, aged 16-19 years, and their parents from: 1) the urban and 2) rural districts of Kalisz. The research tool was a questionnaire prepared by the Central Sanitary Inspectorate.

Results. 14% of the polled students admitted to smoking (10% of girls and 22% of boys), while only 2% of the parents claimed that their child smoked cigarettes. 31% of the student smokers also admitted to smoking at school. 50% smoked daily. The majority of secondary school students (96%) were aware of the harmful effects of smoking. Nevertheless, they were willing to try.

Conclusion. Prevention of smoking by youth is hampered by parents' poor knowledge about the number and frequency of cigarettes their children smoke as well as by the fact that 25% of the parents also smoke, setting a bad example. Therefore, there is a necessity for a systematic monitoring and analysis of health behaviors related to tobacco smoking, which should constitute a basis for the planning of health education and health promotion programs.

Key words: cigarette smoking, nicotineism, youth, school

© Probl Hig Epidemiol 2011, 92(2): 319-326

www.phie.pl

Nadesłano: 28.03.2011

Zakwalifikowano do druku: 10.05.2011

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Mgr Paulina Wojtyła-Buciora

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

ul. Noskowskiego 21, 61-705 Poznań

tel. 61 8544- 830, fax 61 8525-829, e-mail: paulinawojtyla@gmail.com

Wstęp

Palenie tytoniu należy do jednych z najważniejszych czynników zagrażających zdrowiu i przedwczesnej śmierci w krajach rozwiniętych. Stanowi nie tylko

problem medyczny, ale również społeczny, obyczajowy i ekonomiczny. Z danych epidemiologicznych wynika, że rozpowszechnienie palenia tytoniu w społeczeństwie polskim obejmuje 9 mln ludzi, zaś na świecie po-

nad miliard, co stanowi jedną czwartą dorosłych osób. Palenie zabija rocznie około 5,2 milionów ludzi w skali całego globu. Szacuje się, że liczba ta może wzrosnąć nawet do 8 milionów w roku 2030 [1,2,3]. Analizując dane dotyczące postawy ludności wobec konsumpcji wyrobów tytoniowych należy stwierdzić, że ilość jego spożycia zmienia się w różnych przedziałach czasowych. Dzięki temu możemy poznać mechanizmy zdrowotne i warunki społeczno-ekonomiczne danej populacji. Według GUS pierwsze dane dotyczące konsumpcji papierosów w Polsce pochodzą z 1923 roku. Wtedy to sprzedaż papierosów na jednego mieszkańca wynosiła około 500 sztuk. Ilość wypalanych papierosów stopniowo rosła od okresu tuż po II wojnie światowej aż do lat 70. i 80. XX w., kiedy to odnotowano najwyższy poziom ich spożycia, wynoszący 3600 sztuk rocznie na dorosłego mieszkańca [4]. W latach tych stwierdzono również najwyższą śmiertelność na raka płuc [5,6]. Spadek konsumpcji papierosów zaobserwowano w połowie lat 90 XX w.; wówczas ich sprzedaż utrzymywała się na poziomie 90-100 miliardów sztuk rocznie. Między rokiem 1995 a 2004 ilość wypalanych papierosów oscylowała w granicach 2724 sztuk rocznie [4]. Zmiany w postawach Polaków były wynikiem wprowadzenia ustawodawstwa i rządowego programu ograniczającego palenie oraz różnorodnych działań edukacyjnych dotyczących zdrowotnych następstw palenia tytoniu [7]. Najnowsze dane przemysłu tytoniowego dotyczące sprzedaży papierosów wskazują, że obecnie proces ten ma charakter malejący [3], choć w młodszych grupach wiekowych nawyk regularnego palenia w Polsce inicjuje codziennie około 500 dzieci sięgając po swojego pierwszego papierosa [8].

W skład dymu tytoniowego wchodzi 6 tysięcy substancji chemicznych, z których wiele zostało zidentyfikowanych, jako związki toksyczne zaś 40 z nich ma udowodnione działanie rakotwórcze [9]. Do najważniejszych związków dymu tytoniowego pod względem toksykologicznym i kancerogennym zalicza się: nikotynę, tlenek węgla, tlenek azotu, amoniak, formaldehyd, aldehyd octowy, cyjanowodor, pirydynę i lotne N-nitrozoaminy [10].

Następstwem w zażywaniu wyrobów tytoniowych są stale rosnące problemy zdrowotne ludności. Z paleniem papierosów związane są choroby tytoniozależne, które według kolejności dotyczą: płuc, serca, żołądka, jelit. Badania epidemiologiczne wskazują, że osoby palące w przeciwieństwie do niepalących cechują się 30-krotnie większym ryzykiem zachorowania na raka płuc oraz 20-krotnie zwiększonym ryzykiem na pozostałe choroby nowotworowe [11]. Należy również zauważyć, że w populacji niepalących nie odnotowano wzrostu zachorowalności na tego typu nowotwór, co

zaobserwowano chociażby w USA w przeciągu ostatnich 100 lat [12]. Palenie tytoniu prowadzi zarówno do zwiększenia czynników ryzyka wystąpienia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, rozstrzenia oskrzeli oraz astmy oskrzelowej. Zwiększeniu podlega również podatność na zakażenia bakteryjne i wirusowe układu oddechowego zaś wszelkie infekcje mają cięższy przebieg. Do chorób odtyniowych zalicza się również nowotwory złośliwe: gardła, jamy ustnej, ślinianek, krtani, jamy nosowej, pęcherza moczowego i nerek [13]. Poza działaniem mutagennym i kancerogennym palenie tytoniu wpływa na płodność, zdolność rozrodczą oraz potomstwo. Zmniejszenie płodności wzrasta wraz z liczbą wypalanych papierosów [14]. Narażenie płodu na dym tytoniowy w okresie prenatalnym zwiększa ryzyko: obniżenia urodzeniowej masy ciała [15,16], zahamowania wzrostu wewnątrzmacicznego, wcześniactwa, chorób układu sercowo-naczyniowego oddechowego i nerwowego [17]. Badania eksperymentalne wykazują bezpośredni związek między paleniem w ciąży a opóźnieniem rozwoju płuc potomstwa, a także ostrej niewydolności oddechowej [18].

Kolejnym, istotnym problemem jest powszechne zjawisko biernego palenia, określane paleniem wymuszonym bądź mimowolnym [19,20]. Na dym ten narażone są osoby palące lub niepalące przebywające w środowisku palacza, które inhalują dym wydychany przez palącego do otaczającego powietrza oraz powstały w przerwach w wyniku tlenia się papierosa. Jest to tzw. dym tytoniowy w środowisku (ETS – *Environmental Tobacco Smoke*). Bierna ekspozycja jest zjawiskiem powszechnym i dotyczy znacznej części populacji w domu jak i w środowisku pracy [21,22]. Z badań GTSS (*Global Tobacco Surveillance System*) przeprowadzonych w latach 1999-2006 w 132 krajach wynika, że na szkodliwe działanie dymu tytoniowego w domu jest narażonych 44% dzieci do 15 lat [23] i 42% młodzieży w wieku 16-19 [21]. Badania GYTS (*Global Youth Tobacco Survey*) wykazały, że stopień narażenia na ETS może wynosić nawet do 90% [24]. W ostatnich latach ukazało się wiele prac dotyczących negatywnych skutków zdrowotnych narażenia na dym tytoniowy wśród dzieci i młodzieży [25,26]. *American Heart Association* (AHA) wydało pierwsze udokumentowane oświadczenie na temat wpływu biernego palenia na stan zdrowia młodych ludzi [17]. Biernie palenie może być przyczyną wywołującą choroby układu oddechowego i krążenia zarówno w dzieciństwie jak i w późniejszych latach dorosłości [23,27]. Osoby narażone na dym tytoniowy skarżą się często na kaszel, duszności bądź łzawienie [28]. Odznaczają się mniejszą koncentracją uwagi, odczuwają przygnębienie oraz bóle głowy [25,27].

Cele pracy

1. Poznanie zależności pomiędzy paleniem papierosów a wiedzą uczniów dotyczącą następstw konsumowania środków uzależniających.
2. Porównanie informacji kwestionariuszowych na temat palenia papierosów w ocenie dzieci i ich rodziców.

Materiał i metodyka badań

Ankietyzację przeprowadzono w maju i czerwcu 2009 roku w losowo wybranej, reprezentatywnej grupie 1100 uczniów i uczennic szkół liceów publicznych z przedziału wiekowego 16-19 lat oraz ich rodziców z: 1) powiatu miasta Kalisza i 2) powiatu Kaliskiego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany przez Główny Inspektorat Sanitarny. W wyniku badań zebrano następującą liczbę poprawnie wypełnionych ankiet: a) 999 spośród licealistów (co stanowiło 91% spośród 1100 uczniów wylosowanych do badań) oraz b) 667 spośród rodziców (co stanowiło 60% spośród 1100 rodziców uczniów wylosowanych do badań). Ogółem uzyskano 1666 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy: a) od dzieci i b) ich rodziców. Wśród tych ogółu 1666 kwestionariuszy: 1) z powiatu miasta Kalisza 799 zebrano od młodzieży i 620 od ich rodziców, 2) powiatu Kaliskiego 200 zebrano od młodzieży i 47 od ich rodziców. Wśród kwestionariuszy zebranych od licealistów 679 było od dziewcząt i 320 od chłopców, natomiast wśród kwestionariuszy zebranych od rodziców 560 było od kobiet i 107 od mężczyzn.

Przy doborze jednostek (klas) do badań wzięto pod uwagę następujące kryteria: powiat, rodzaj szkoły, klasa. Szkoły wylosowano w sposób prosty, zależny – i następnie (po uzyskaniu zgody odpowiednich władz lokalnych) badania, w których udział miał charakter dobrowolny i anonimowy, przeprowadzono na lekcjach wychowawczych. Ankiety, które były przeznaczone do wypełnienia przez rodziców, uczniowie zabierali w zalakowanych kopertach do domu – i po ich wypełnieniu przez rodziców w wyznaczonym dniu składali u wychowawcy danej klasy. Dane z ankiet w wersji papierowej zostały wprowadzone do elektronicznej centralnej bazy danych. Do tego celu wykorzystano zintegrowany system wprowadzenia i gromadzenia danych ankietowych. Następnie dane z elektronicznej centralnej bazy danych zostały opracowane statystycznie (program: STATISTICA). Do badań różnic statystycznych stosowano test χ^2 Pearsona i współczynnik zbieżności V Cramera. Za różnice istotne statystycznie uznano te, dla których poziom istotności $p=0,05$.

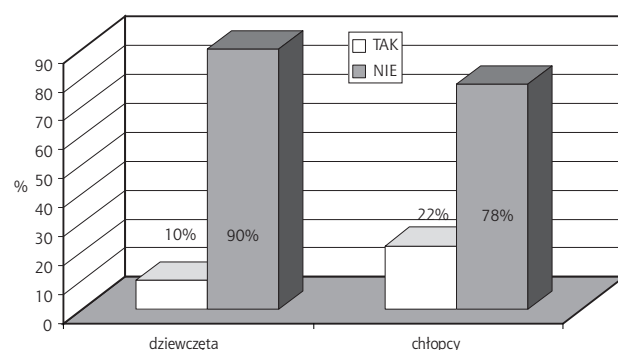
Wyniki badań

Palenie papierosów przez licealistów – w ich odpowiedziach

Do palenia papierosów przyznało się 14% ogółu licealistów, przy czym aż 31% spośród palaczy podało, że robi to także w szkole. Spośród objętych badaniami licealistów (679 dziewcząt i 320 chłopców) palących było: 1) 69 licealistek (10%) i 2) 70 licealistów (22%) (ryc. 1).

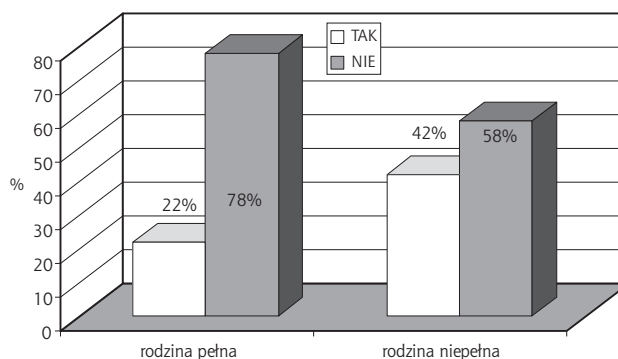
Okazało się, że licealiści z rodzin niepełnych częściej wskazywali palenie tytoniu (ryc. 2).

Z analizy częstotliwości palenia papierosów wynika, że połowa palaczy paliła codziennie (ryc. 3).



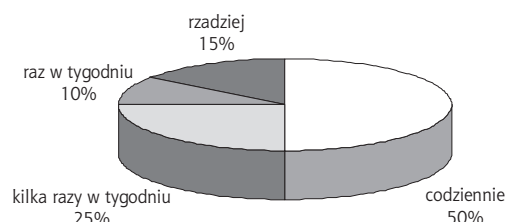
Ryc. 1. Odsetki palących i niepalących licealistów – wg płci

Fig. 1. Percentage of smokers and nonsmokers in high school students – according to gender



Ryc. 2. Odsetki licealistów przyznających się do palenia tytoniu – wg podziału na rodziny pełne i niepełne

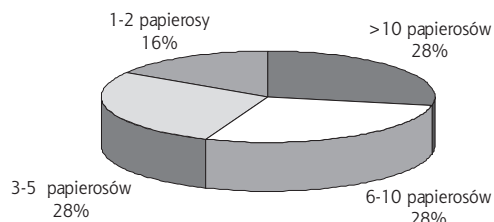
Fig. 2. Percentage high school students admitting to smoking – according to division into complete and incomplete family



Ryc. 3. Częstotliwość palenia papierosów przez licealistów, którzy się do tego przyznali

Fig. 3. Frequency of cigarette smoking by high school students who admitted it

Szczegóły dotyczące liczby wypalanych dziennie papierosów przez licealistów, którzy się do tego przyznali, przedstawiono na ryc. 4. Oceniając te wyniki trzeba mieć na uwadze, że niemalże wszyscy licealiści (96%) byli świadomi szkodliwości palenia papierosów.

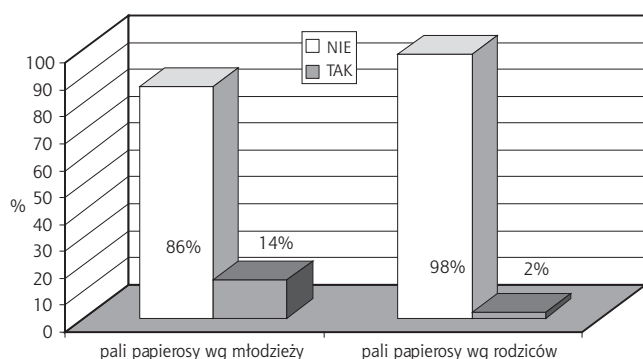


Ryc. 4. Liczba wypalanych dziennie papierosów przez licealistów, którzy się do tego przyznali

Fig. 4. Number of cigarettes smoked daily by high school students who admitted it

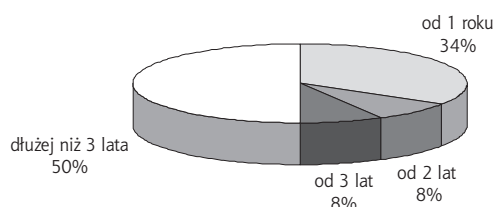
Palenie papierosów przez licealistów – w odpowiedziach ich rodziców

Wprawdzie 2% badanych rodziców przyznało, że ich dziecko pali papierosa, to jednak odsetek palących licealistów jest wielokrotnie większy (14%), albowiem nie o każdym przypadku palenia tytoniu przez własne dzieci rodzice wiedzą (ryc. 5). Skoro w opinii rodziców połowa palących licealistów kontynuuje ten nałóg dłużej niż 3 lata, to można przyjąć, że są już oni uzależnieni od tytoniu (ryc. 6).



Ryc. 5. Porównanie odpowiedzi dotyczących palenia papierosów przez licealistów – w odpowiedziach: 1) licealistów i 2) ich rodziców

Fig. 5. Comparison of responses regarding cigarette smoking by high school students – in responses of: 1) high school students and 2) their parents



Ryc. 6. Czasokres palenia tytoniu przez licealistów – w opinii ich rodziców

Fig. 6. Duration of tobacco smoking by high school students – in parental opinions

W przypadkach, gdzie licealiści podawali, że nie palą, zgodność z odpowiedziami rodziców, którzy tak-że twierdzili, że ich dzieci nie palą, była na poziomie 99%. Ale z kolei aż 80% rodziców licealistów, którzy to licealiści przyznali się do palenia tytoniu, było przekonanych, że ich dziecko nie pali, co okazywało się nieprawdą (tab. I). Tak więc może potwierdzać się fakt, że wiedza rodziców, odnosząca się do tego co ich dziecko robi, jest często niepełna. Ale można też interpretować te wyniki inaczej – iż pytania dotyczące palenia papierosów przez własne dzieci zaliczyć należy do kategorii pytań drażliwych i dlatego w trakcie interpretacji wyników badań trzeba mieć świadomość, że część informacji mogła zostać nieujawniona.

Tabela I. Udział zgodnych odpowiedzi dziecko-rodzic w porównaniu dwóch zmiennych „pali papierosy wg licealistów” oraz „pali papierosy wg rodziców”
Table I. Percentage of consistent child-parent responses, in comparison of two variables: “cigarette smoking according to adolescents” and “cigarette smoking according to parents”

Pali papierosy – wg licealistów	Pali papierosy – wg rodziców		Razem
	TAK	NIE	
Tak	20,37%	79,63%	100,00%
Nie	0,85%	99,15%	100,00%
Razem	2,49%	97,51%	100,00%

Palenie tytoniu przez rodziców badanych licealistów

Do palenia tytoniu przyznało się 25% ankietowanych rodziców licealistów – przy czym po papierosa najrzadziej sięgali specjaliści i pracownicy usług osobistych (tab. II).

Tabela II. Zależność między zmienną „zawód” a „pali papierosy” z ankiety dla rodziców uczniów szkół licealnych
Table II. Correlation between the “occupation” and “cigarette smoking” variables in the survey designed for parents of secondary school adolescents

Zawód	Pali rodzic		Razem
	TAK	NIE	
specjaliści	18,75%	81,25%	100,00%
technicy	34,29%	65,71%	100,00%
biurowi	32,73%	67,27%	100,00%
usługi	20,90%	79,10%	100,00%
rolnicy, leśnicy	43,75%	56,25%	100,00%
robotnicy	42,86%	57,14%	100,00%
operatorzy maszyn	66,67%	33,33%	100,00%
prace proste	47,62%	52,38%	100,00%
ogół	28,86%	71,14%	100,00%

Dyskusja

Każdego dnia 100 000 młodych ludzi na świecie staje się uzależnionych od nikotyny [29]. Niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że próby palenia ma za sobą 90% młodzieży przed 18 rokiem życia, zaś 60% czyni to przed 14 rokiem życia. Z najnowszych danych wy-

ka, iż młodzi mężczyźni rozpoczęli codzienne palenie przeciętnie w wieku 18,2 lat, podczas gdy dziewczęta z tej samej grupy wiekowej zaczęły palić prawie dwa lata później (20,1 lat) [30]. Z badań własnych wynika, że do palenia papierosów przyznało się ogółem 14% licealistów, przy czym wśród chłopców wskazania te wynosiły 22% a wśród dziewcząt ponad dwukrotnie mniej (10%). Nieco niższy odsetek palących (11,5%) odnotowano wśród 15-19-letnich respondentów, którzy uczestniczyli w globalnym sondażu GATS (*Global Adult Tobacco Survey*) w latach 2009-2010 [30]. Z kolei z badań przeprowadzonych w województwie wielkopolskim przez Krauss i wsp. [31] wynika, że do regularnego palenia przyznaje się więcej, bo 18% młodzieży. Badania HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children*) przeprowadzone przez Woynarowską wykazały, że po 16 roku życia w liceach ogólnokształcących pali 14% chłopców i aż 27% dziewcząt [32]. Z wcześniej przeprowadzonych tychże samych międzynarodowych badań wynika, że w Polsce regularnie paliło 14% dziewcząt [33]. Tak więc problem palenia tytoniu przez dziewczęta (w świetle szeregu publikacji) narasta, przy czym zwraca się uwagę na to, że powodem sięgnięcia po pierwszego papierosa przez dziewczęta jest często istniejące przekonanie, że to pozwoli im utrzymać szczupłą sylwetkę bądź pomoże w procesie odchudzania [34]. Dowiodły tego także badania amerykańskie, z których wynika, że zwyczaj palenia papierosów wśród dziewcząt był sposobem kontroli masy ciała [35]. Z kolei z badań Piotrowskiej i wsp. [36] przeprowadzonych w grupie nastolatków z przedziału wiekowego 16-18 lat wynika, że częściej paliły licealistki z niedowagą oraz otyłością i nadwagą niż dziewczęta o prawidłowej masie ciała. Bywa, że nastolatki palą nawet do 20 papierosów dziennie [37]. Istnieje, zatem ryzyko, że połowa młodocianych palaczy, która rozpoczyna regularne palenie w wieku kilkunastu lat, pozostanie w nałogu do późnych lat życia, umierając z powodu chorób odtytoniowych [5,38]. Należy tym samym mieć na uwadze, że wzrost palenia tytoniu wśród młodzieży może w przyszłości zahamować dotychczasowy spadek tego uzależnienia wśród dorosłych [39].

Z badań własnych wynika, że pomimo posiadanej wiedzy na temat ujemnych skutków zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu aż 96% licealistów chętnie eksperymentują w tym zakresie. Podobne wyniki badań podali: Grochowska i Zawadzka (92%) [40], Krauss (96%) [31] i Woynarowska (92%) [33] – przyznając zgodnie, że chociaż młodzież jest przekonana o szkodliwych następstwach palenia tytoniu, to jednak kontynuuje ten nałóg.

Środowisko rodzinne oraz rówieśnicze ma istotny wpływ na eksperymentowanie z paleniem tytoniu. Psychiczna potrzeba inicjacji konsumpcji substancji

psychoaktywnych jest częstsza wśród nastolatków przynależących do grupy rówieśników, w której czynności te są zwyczajem. Sprzyja to silniejszej przynależności i identyfikacji z daną grupą wiekową. Nastolatki poprzez takie zachowania chcą zwrócić na siebie uwagę i aprobatę środowiska rówieśniczego – co wzmacnia w nich chęć do owego działania szczególnie, gdy swym zachowaniem mogą sprzeciwić się rodzicom.

Młodociani palacze – podobnie jak dorośli – przechodzą przez kolejne etapy zachowań związanych z paleniem tytoniu, począwszy od stadium przygotowania, poprzez eksperymentowanie, regularne palenie, aż do uzależnienia od tytoniu [41]. Do najważniejszych cech charakteryzujących intensywność nałogu palenia należą: liczba wypalanych dziennie papierosów, wiek rozpoczęcia regularnego palenia tytoniu, czas trwania nałogu, typ palonych papierosów, poziom uzależnienia od nikotyny [42].

Chociaż w wielu doniesieniach wskazuje się konieczność przeciwdziałania paleniu tytoniu, w szczególności inicjacji tytoniowej [43], to – niestety – tylko w niewielu jest poruszany problem jak konkretnie należy odzwyczajać uzależnionych od palenia tytoniu [44,45]. Wyjście z nałogu nie jest łatwe, co przykładowo potwierdzają badania, gdzie spośród 25% palącej młodzieży z przedziału wiekowego 17-18 lat, która pragnęła porzucić ten nałóg, udało się to zaledwie 5% z tejże grupy [46]. Choć istnieje wiele środków pomocniczych ułatwiających wyjście z nałogu palenia tytoniu, to ich skuteczność jest ciągle niezadowalająca. Należą do nich: środki farmakologiczne, nikotynowa guma do żucia, plastry nikotynowe, produkty ziołowe. Niewątpliwie w wyjściu z nałogu najważniejszą rolę ogrywa motywacja i silna wola palącego. Osoby pozbawione takiej silnej motywacji i woli rzucenia palenia często wracają do nałogu. Odnotowuje się – na przykładzie wielu milionów palaczy z całego świata, którzy byli silnie zmotywowani do wyjścia z nałogu – iż aż 90% spośród nich porzuciło ten nałóg samodzielnie, nie korzystając z pomocy innych środków bądź organizacji. Przy tym wzmacniać motywację do zaprzestania palenia mogą: względy zdrowotne, finansowe, wpływ bliskich osób, zakazy prawne [47]. Dużą rolę odgrywa również zmieniająca się moda. Jak wiadomo obecnie papierosy nie cieszą się tak dużą popularnością jak przed kilkunastoma latami. Działania społeczne mogą wzmacniać motywację do rzucenia palenia; możemy do nich zaliczyć wszelkiego rodzaju: akcje oświatowe, dni bez papierosa czy konkursy z nagrodami dla osób rzucających palenie. Ogromny wpływ mają również środki masowego przekazu – poprzez które osoby o dużym autorytecie społecznym mogą nawoływać do licznych działań związanych z rzuceniem nałogu palenia tytoniu [48].

Z najnowszych badań wynika, że metodą wspomagającą proces rzucenia palenia są ćwiczenia fizyczne, które łagodzą symptomy wynikające z odstawienia papierosów [49]. Są one traktowane jako pozytywny „stresor” [50], niwelują psychologiczne i socjalne objawy związane z odstawieniem tytoniu. Postrzegane są również jako czynnik wspomagający proces pokonywania trudności [51] – zaś przez takie wykształcone cechy, jak: wyższa samoocena [52], zaradność życiowa [51] czy zdolność do samodzielnego myślenia [53], zapobiegają wznowieniu nałogu. Zależność tą potwierdzają badania amerykańskie, z których wnioskuje się, że uczniowie szkół licealnych uczęszczających na lekcje wychowania fizycznego rzadziej i później o 3-4 lata zaczynali swą inicjację tytoniową [54]. Z badań fińskich przeprowadzonych w 1980 roku i powtórzonych 12 lat później w grupie wiekowej 9-18 lat wynika, że wcześniej rozpoczęta aktywność fizyczna ma wpływ na społeczne funkcjonowanie aktywnych nastolatków, których prawidłowe zachowania zdrowotne stanowią korzystny wyznacznik w późniejszych latach dorosłości. Te prawidłowe zachowania zdrowotne są pozytywnym prognostykiem związanym ze zmniejszeniem częstości palenia jak i z opóźnieniem tego procesu [55]. Młodzież uczestnicząca w ćwiczeniach ruchowych rzadziej i mniej pali; jest to zależność wprost proporcjonalna do częstości wykonywanych ćwiczeń, intensywności oraz czasu ich trwania [56,57].

Zachowania ryzykowne młodzieży licealnej związane z paleniem tytoniu wymagają skonstruowania bardziej skutecznych programów, zajęć i form oddziaływania sprzyjających zachowaniom prozdrowotnym. Hasło „lepiej zapobiegać niż leczyć” jest słuszne w kwestii naszego zdrowia, jak i również w przypadku wychowywania i kształtowania młodego pokolenia. W odniesieniu do palenia tytoniu promotorzy zdrowia, rodzice i nauczyciele powinni uświadamiać, że jest ono przyczyną: gorszych wyników w nauce i sporcie, zahamowania wzrostu, zażółcenia zębów i paznokci, czy szarzenia cery. Trafność tych argumentów winna być kierowana szczególnie do dziewcząt, bo to one wykazują większą trudność w wyjściu z nałogu palenia [58,59] i częściej powracając do tego nałogu [60]. Ta trudność potęgowana jest obawą przybrania na wadze po wyjściu z nikotynizmu, a także przekonaniem, że palenie redukuje stres. Tym samym należy przeciwdziałać przejmowaniu przez młodzież powszechnie funkcjonujących wśród dorosłych palaczy stereotypów o rzekomych „korzyściach” wynikających z palenia tytoniu. Podstawową zasadą jest własny, pedagogiczny przykład, ale – niestety – do palenia papierosów przyznało się aż 25% badanych licealistów.

W Polsce w ciągu 20 lat dokonało się wiele pozytywnych przemian ograniczających palenie tytoniu. Chcąc przestrzec przed zagrożeniami zdrowotnymi

związanymi z paleniem papierosów wprowadzono ustawę o „Ochronie Zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych” w 1995 roku z późniejszymi kilkakrotnymi zmianami (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.). Ostatnie zmiany w prawodawstwie z dnia 15 listopada 2010 r. mające na celu ograniczenie narażenia na bierne palenie społeczeństwa polskiego dotyczą zakazu palenia w miejscach publicznych i miejscach pracy. Polska przystąpiła również do Ramowej Konwencji WHO o „Ograniczeniu Użycia Tytoniu” w 2006 roku. Ma to zasadnicze znaczenie dla wzmocnienia polityki zdrowotnej państwa celem ograniczenia następstw palenia tytoniu w najbliższych latach, obejmując przede wszystkim: palenie wśród osób o trudnej sytuacji materialnej, ochronę zdrowia dzieci i kobiet przed dymem tytoniowym, usuwanie palenia z miejsc publicznych. Wprowadzono również programy – interwencje, które określają profilaktykę zdrowotną państwa w ramach Narodowego Programu Zdrowia oraz wynikającego z niego „Krajowego Programu Ograniczenia Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu”, mającego swą ewaluację do roku 2011. W zasięgu tego programu realizowano liczne kampanie edukacyjne kierowane do poszczególnych grup wiekowych – podnosząc świadomość ryzykownych zachowań związanych z epidemią nikotynizmu. Chcąc utrzymać obecny, spadkowy trend w paleniu tytoniu należy prowadzić jeszcze bardziej skuteczne działania na rzecz poprawy zdrowia publicznego w Polsce. Pozostaje więc zwiększyć efektywność polityki zdrowotnej chociażby poprzez: nakłanianie pracowników służby zdrowia do świadczenia pomocy osobom chcącym zerwać z nałogiem, egzekwowanie przepisów związanych z zakazem palenia w miejscach publicznych celem jego wyeliminowania, doskonalenie przepisów zakazujących całkowitej reklamy wyrobów tytoniowych, wyrównanie cen w odniesieniu do średniego ich poziomu w krajach Unii Europejskiej.

Wnioski

1. Wiedza licealistów na temat ujemnych skutków zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu nie koresponduje z ich postawami względem tego nałogu – pomimo tej wiedzy chętnie eksperymentują z paleniem tytoniu.
2. Wielu rodziców nie miało rozeznania w tym, że ich dzieci palą papierosy.
3. Przeciwdziałanie paleniu tytoniu przez młodzież jest utrudnione przez częstą obecność tego nałogu wśród rodziców.
4. Konieczne jest systematyczne monitorowanie i analizowanie zachowań zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu, które powinno stanowić podstawę do planowania programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Piśmiennictwo / References

1. Jha P, Chaloupka FJ, Moore J, et al. Tobacco Addiction. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition. World Bank, Washington 2006, 46.
2. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. 1997, 24, 349(9064): 1498-1504.
3. Raport Światowej Organizacji Zdrowia na temat globalnej epidemii tytoniu 2008, MPOWER, Genewa. WHO.
4. Roczniki Statystyczne GUS 1928-2005. GUS, Warszawa 2005.
5. Peto R, Lopez A, Bereham J, et al. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000. Oxford University Press, Oxford 1994, updated in 2006.
6. Zatoński W. Democracy and Health: Tobacco Control in Poland [in:] Tobacco Control Policy: Strategies, Successes and Setbacks. de Beyer J, Brigden W (ed) World Bank and RITC, Washington 2003.
7. Jaworski JM, Linke D, Przewoźniak K, Zatoński W. Profilaktyka chorób odtytoniowych – ogólnopolskie kampanie zdrowotne. [w:] Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka. Zatoński W, Przewoźniak K (red). Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa 1999: 127-63.
8. Marmon G, Flak E. Postawy i zachowania związane z paleniem papierosów u uczniów szkół podstawowych i gimnazjów. Prz Lek 2004, 61 (10):1156-60.
9. Wojtczak A. Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. PZWL, Warszawa 2009.
10. Fraga CG, Motchnik PA, Wyrobek AJ, et al. Smoking and low antioxidant levels increase oxidative damage to sperm DNA. Mutation Research 1996, 351: 199-203.
11. Glover ED, Payne TJ. Treating nicotine dependence. Am J Med 2003, 327: 183-6.
12. Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet 1992, 339: 1268-78.
13. Klein LC, Corvin EJ, Stine MM. Smoking abstinence impairs time estimation accuracy in cigarette smokers. Psychopharmacol Bull 2003: 90-95.
14. Florek E. Palenie tytoniu a płodność kobiet. Ginekol Prakt 1996, 3: 25-26.
15. Brzeziński ZJ, Szamotulska K, Sawińska I i wsp. Umieralność niemowląt, umieralność okołoporodowa i niska masa urodzeniowa noworodków w Polsce. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1993.
16. Evans JA, Golding J. Parental smoking and respiratory problems in childhood. [in:] Effects of smoking on the fetus, neonate and child. Poswillo D, Alberman E (ed). Oxford University Press, Oxford 1992: 121-37.
17. Skolnick AA. First AHA statement on tobacco and children. JAMA 1994, 272: 841.
18. Wąsowicz M, Żurawski P, Florek E, Seńczuk W, Biczysko W. Retardation of lung development after maternal cigarette smoking and low protein diet in animal model. Pat Pol 1994, 45: 155-62.
19. American Health Association, Council on Cardiovascular Disease in the Young. Active and passive tobacco exposure: a serious pediatric health problem. A statement from the Committee on Atherosclerosis and Hypertension in Children. Circulation 1994, 90: 2581-90.
20. Di-Benedetto G. Passive smoking in childhood. J Roy Soc Health, 115: 13-16.
21. Przewoźniak K. Trendy palenia tytoniu w Polsce w latach 1974-1994. [w:] Palenie tytoniu a zdrowie. Malinowski J, Błędowski J (red). IMW, Lublin 1995.
22. Zatoński W, Brzeziński Z, Didkowska J i wsp. Ekspozycja populacji Polski na tytoń: palenie tytoniu, substancje toksyczne, następstwa zdrowotne. Mag Med 1996, 7: I-XII.
23. The GTSS collaborative group. A cross-country comparison of exposure to second-hand smoke among youth. Tobacco Control 2006, 15 (Supl. II).
24. Warren CW, Jones NR, Eriksen MP, et al. Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. Lancet 2006, 367: 749-53.
25. Carlsen K, Lodrup-Carlsen KC. Parental smoking and childhood asthma: clinical implications. Treat Respir Med 2005, 4, 337.
26. Dziuda-Gorzowska M, Grzybowski A, Nowacka E. Ocena stanu zdrowia młodzieży narażonej na działanie dymu tytoniowego z wykorzystaniem kotoniny jako biomarkera narażenia. Ann Acad Med Stetin 2005, 51, 35.
27. Mathers M, Toumbourou W, Catalano RF, et al. Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies. Addiction 2005, 101, 948.
28. Maziak W, Ward KD, Rastam S, et al. Extent of exposure to environmental tobacco Smoke (ETS) and its dose-response relation to respiratory health among adults. Respiratory Research 2005, 6:13.
29. The World Bank, Curbing the Epidemic, Governments and the Economics of Tobacco Control. World Bank Publications 1999.
30. Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS). Polska 2009-2010.
31. Krauss H, Sosnowski P, Balcer N, et al. The assessment of exposure to tobacco addiction in children and youth of the selected school in the Wielkopolska Province. Probl Hig Epidemiol 2009, 90(2): 212-217.
32. Oblacińska A, Woynarowska B, Kołło H (red). Raport z badań: Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce. Zachowania zdrowotne – sposób żywienia, Warszawa 2006: 51-56.
33. Woynarowska B, Mazur J. Przekonania dotyczące palenia tytoniu wśród młodzieży 15-letniej w różnych krajach. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego 2001.
34. Saarni SE, Silventoinen K, Rissanen A, Sarlin-Lähteenkorva S, Kaprio J. Intentional weight loss and smoking in young adults. Int J Ob Relat Metab Disord 2004, 28: 796-02.
35. Stice E, Martinez E. Cigarette smoking prospectively predicts retarded physical growth among female adolescents. Journal of Adolescent Health 2005, 37, 363-370.
36. Piotrowska E, Żechałko-Czajkowska A, Biernat J, Mikołajczak J. Ocena wybranych cech stylu życia kształtujących stan zdrowia 16-18-letnich dziewcząt. Cz. I. Stosowanie różnych diet, aktywność fizyczna, palenie papierosów i picie alkoholu. Rocz PZH 2009, 60, 1: 51-57.

37. Strychowska A. Postawy młodzieży wobec nikotyny. *Wychowawca* 2008, 10: 25-29.
38. Mazur J, Woynarowska B. Palenie tytoniu wśród młodzieży szkolnej w Polsce i w innych krajach w latach 1990-1998. *Zdrowie Publiczne* 1999, 9: 312-19.
39. Curie C. Comparing national policies on smoking in eight European countries. CAS Fact Sheet 1. November 2000.
40. Grochowska A, Schlegel-Zawadzka M. Palenie tytoniu jako przykład antyzdrowotnych zachowań wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. *Stud Med* 2008, 11:29-32.
41. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses-United States, 1997-2001. *MMWR* 2005, 54: 625-28.
42. Zatoński W, Przewoźniak K. Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka. Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1996: 148.
43. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Social Behaviour* 1983, 24: 385-96.
44. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003,35: 1381-95.
45. Daniel J, Cropley M, Fife-Schow C. The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptoms is not caused by distraction. *Addiction* 2006, 101: 1187-92.
46. Boudreaux ED, Francis JL, Carmack Taylor CL, Scarinci IC, Brantley PJ. Changing multiple health behaviors: Smoking and exercise. *Prev Med* 2003, 36: 471-8.
47. Zatoński W. Demokracja jest zdrowsza. Cud zdrowotny nad Wisłą. Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1999: 7-17.
48. Percival J, Bialous SA, Chan S, Sarna L. International efforts in tobacco control. *Sem Oncol Nurs* 2003, 19: 301-8.
49. LeUnes A. Updated bibliography on the Profile of Mood States in sport and exercise psychology research. *J Appl Sport Psychol* 2000, 12: 110-3.
50. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983, 24: 385-96.
51. Steptoe A, Edwards S, Moses J, Matthews A. The effects of exercise training on mood and perceived coping ability in anxious adults from the general population. *J Psychosomatic Res* 1989, 33: 537-47.
52. Fox KR. The influence of physical activity on mental well-being. *Publ Health Nutr* 1999, 2: 411-18.
53. Rodriguez D, Audrain-MacGovern J. Physical activity, global self-concept, and adolescent smoking. *Ann Behavior Med* 2005, 3: 251-59.
54. Kaczynski AT, Manske SR, Mannell RC, Grewal K. Smoking and physical activity: a systematic review. *Am J Health Behavior* 2008, 32: 93-110.
55. Yang X, Telama R, Leino M. Factors explaining the physical activity of young adults: the importance of early socialization. *Scand J Med Sci Sports* 1999, 9: 120-7.
56. Peretti-Watel P, Beck F, Legleye S. Beyond the U-curve: the relationship between sport and alcohol, cigarette and cannabis use in adolescents. *Addiction* 2002, 97: 707-16.
57. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Moss HB. Smoking progression and physical activity. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 2003, 12: 1121-9.
58. Epstein JA, Griffin KW, Botvin GJ. A model of smoking among inner-city adolescents: the role of personal competence and perceived social benefits of smoking. *Prev Med* 2000, 31: 107-14.
59. Everett SA, Warren CW, Sharp D, Kann L, Husten CG, Crossett LS. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U. S. high school students. *Prev Med* 1999, 29: 327-33.
60. Escobedo LG, Peddicord JP. Smoking prevalence in US birth cohorts: the influence of gender and education. *Am J Publ Health* 1996, 86: 231-36.