

## Palenie tytoniu a jakość życia

### Tobacco smoking and quality of life

Patrycja Kuźmicka<sup>(a, b, c)</sup>, Maria Jasińska<sup>(d)</sup>, Maria Grzegorzczak<sup>(c)</sup>, Beata Karakiewicz<sup>(d)</sup>

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Zakład Zdrowia Publicznego.

Kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego PUM w Szczecinie: dr hab. n. med. B. Karakiewicz prof. PUM.

Rektor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie: prof. dr hab. n. med. A. Ciechanowicz

<sup>(a)</sup> opracowanie koncepcji i założeń pracy,

<sup>(b)</sup> przegląd literatury wraz z tłumaczeniem

<sup>(c)</sup> opracowanie treści artykułu

<sup>(d)</sup> konsultacja naukowa i merytoryczna

#### STRESZCZENIE

Praca dotyczy problematyki palenia tytoniu w kontekście jakości życia. Celem pracy było dokonanie syntetycznego przeglądu badań naukowych prowadzonych na całym świecie, w których oceniano potencjalny wpływ palenia tytoniu na jakość życia związaną ze zdrowiem. Dodatkowo, w pracy dokonano przeglądu polskiego piśmiennictwa dotyczącego pojmowania i definiowania „jakości życia”, szczególnie w naukach medycznych.

Metodą badawczą była metaanaliza. Opisy wyników badań rozdzielono na dwie części: z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36 oraz z wykorzystaniem innych kwestionariuszy.

Z dokonanego przeglądu badań naukowych wynika, że palenie tytoniu nie wpływa na jakość życia związaną ze zdrowiem w sposób jednoznaczny. W większości badań osoby niepalące wyżej oceniały swoją jakość życia od osób palących. Wśród osób, które rzuciły palenie obserwowano większą satysfakcję z życia w porównaniu z osobami kontynuującymi palenie, lecz nie wszyscy badacze wykazali taką zależność. Dotychczas nie prowadzono badań nt. wpływu biernego palenia tytoniu na jakość życia osób narażonych na wdychanie dymu tytoniowego np. w domu, miejscu pracy, lokalach gastronomicznych.

Istnieje potrzeba przeprowadzenia większej liczby badań longitudinalnych nad jakością życia osób palących tytoń, palących biernie i tych, którzy pomyślnie zerwali z nałogiem w celu większego zrozumienia roli, jaką odgrywa palenie tytoniu w subiektywnie postrzeganej jakości życia.

**Słowa kluczowe:** palenie tytoniu, jakość życia, przegląd

#### ABSTRACT

The study discusses the problem of tobacco smoking in the context of quality of life. The aim of the study was to make a synthetic review of scientific research conducted all over the world, which assessed the potential influence of tobacco smoking on health related quality of life. Additionally, the paper reviews the Polish literature concerning comprehending and defining “quality of life”, especially in medical sciences.

Meta-analysis was a research method. Descriptions of research findings were divided into two parts: using SF-36 questionnaire (the Short Form 36 Health Survey Questionnaire) and using other questionnaires.

From the review of scientific research results that tobacco smoking doesn't influence health related quality of life in an unequivocal manner. Most of the studies showed better assessment of quality of life in non-smokers than in smokers. Improved quality of life was observed among those, who gave up smoking compared to those who continued smoking, but not all researchers demonstrated such a relationship. Research concerning influence of passive smoking on quality of life in individuals inhaling tobacco smoke for example at home, work or in places to eat wasn't carried out so far.

There is a need to do more longitudinal research on quality of life in smokers, passive smokers and among those, who successfully broke the habit to better understand the role of smoking in subjective perceived quality of life.

**Key words:** tobacco smoking, quality of life, review

## WSTĘP

Palenie tytoniu należy do priorytetowych problemów zdrowia publicznego w Polsce i na świecie. Stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia dorosłych, którzy palą czynnie lub są narażeni w swoim środowisku życia, w domu, w pracy na mimowolne, bierne wdychanie dymu tytoniowego (ang. ETS – *Environmental Tobacco Smoke*) [1]. Dym tytoniowy stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia i życia dzieci, również tych nienarodzonych [2].

Globalnie palenie tytoniu uważane jest za czynnik ryzyka odpowiedzialne za sześć z ośmiu najczęstszych przyczyn zgonów na świecie, z powodu: choroby niedokrwiennej serca, choroby naczyń mózgowych, infekcji dolnych dróg oddechowych, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, raka tchawicy, oskrzeli i płuc oraz gruźlicy [3].

Biorąc pod uwagę statystyki krajowe, badanie GATS (*Global Adult Tobacco Survey*) z lat 2009 i 2010 przeprowadzone na reprezentatywnej próbie populacji Polaków powyżej 15 roku życia pokazało, że w kraju pali (codziennie lub okazjonalnie) 9,8 mln osób tj. 30,3% osób dorosłych [4]. Do tego dochodzi skala rozpowszechnienia biernego palenia tytoniu w Polsce:

- dorosłych 80,9% palaczy i 28% niepalących (palących biernie) w domu,
- 46,1% palaczy i 26,8% niepalących (palących biernie) w miejscu pracy,
- oraz 79,5% palaczy i 68,5% niepalących (palących biernie) w lokalach gastronomicznych [4].

Wymuszone, mimowolne narażenie na dym tytoniowy tzw. bierne palenie jest równie niebezpieczne dla zdrowia, co palenie aktywne. W dniu 21 marca 2006 r. Parlamentowi Europejskiemu przedstawiony został alarmujący raport nt. biernego palenia w krajach Unii Europejskiej. W raporcie tym czytamy, że w 2002 r. w krajach Unii Europejskiej bierne palenie w miejscu pracy było przyczyną ponad 7000 zgonów, w tym ponad 2800 zgonów osób niepalących [5]. W domu bierne palenie tytoniu było przyczyną 72.000 zgonów, w tym 16.600 zgonów osób niepalących. Ponadto, jak podaje raport, w 2002 r. bierne palenie wśród pracowników branży hotelarsko-gastronomicznej stało się przyczyną zgonu jednego człowieka w każdym dniu roboczym. Ogółem w 2002 r. zmarło z powodu biernego palenia prawie 80.000 obywateli z 25 krajów członkowskich Unii Europejskiej [5].

Jak podaje Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi, wiele chorób układu oddechowego (rak płuca, astma, POChP, pylice płucne), krążenia (niedokrwienność serca) i moczowego (choroby pęcherza i nerek) oraz wypadków (także śmiertelnych) wywołanych jest interakcją palenia (czynnego i bier-

nego) i ekspozycji zawodowej [6]. Dym tytoniowy może potęgować działanie kancerogenów pochodzących z procesów technologicznych i chemikaliów obecnych w środowisku pracy. Mowa tu o dwóch mechanizmach wzajemnego niekorzystnego oddziaływania szkodliwych substancji w środowisku pracy i dymu tytoniowego: sumowania się (addycji) i multiplikacji. Przykładowo współwystępowanie dwóch trucizn, jakimi są azbest (5-krotnie wyższe ryzyko raka płuca) i dym tytoniowy (10-krotnie wyższe ryzyko raka płuca) daje efekt zwielokrotniony, nawet 50-krotnie zwiększone ryzyko raka płuca [6].

Rząd fiński w 2000 roku, a niemiecki w 2001 zaliczyły dym tytoniowy w środowisku do kategorii czynników rakotwórczych w miejscu pracy [7]. Podobnych zapisów nie znajdujemy w polskim prawodawstwie.

Powszechnie wiadomo, że ekspozycja na dym tytoniowy należy do głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), niskiej masy urodzeniowej oraz zgonów noworodków i niemowląt. Ale czy palenie tytoniu wpływa na jakość życia? Czy jakość życia palaczy w porównaniu do osób niepalących jest gorsza/lepsza? I czy osoba paląca czerpie większą satysfakcję z życia, gdy rzuci palenie?

Odpowiedzi na powyższe pytania stara się udzielić niniejsza praca, stanowiąca przegląd badań naukowych przeprowadzonych w Polsce i na świecie dotyczących jakości życia w powiązaniu z paleniem tytoniu.

## CEL PRACY

Głównym celem pracy było dokonanie syntetycznego przeglądu badań naukowych prowadzonych na całym świecie dotyczących potencjalnego wpływu palenia tytoniu na jakość życia, zarówno u osób zdrowych, jak i chorych – cierpiących wskutek różnych jednostek chorobowych.

Dodatkowym celem pracy było dokonanie przeglądu polskiego piśmiennictwa dotyczącego problematyki jakości życia, w szczególności pojmowania i interpretowania jakości życia w naukach medycznych.

## METODA

Metodą badań była metaanaliza. Opis najważniejszych wyników badań rozdzielono na dwie części, o następujących tytułach: „Palenie tytoniu a jakość życia – badania z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36” oraz „Palenie tytoniu a jakość życia – badania z wykorzystaniem innych kwestionariuszy”. Kompilacja

rozważań polskich autorów nt. teoretycznej strony jakości życia przedstawiona została w części pt. „Co należy rozumieć przez jakość życia?” i potraktowana jako wprowadzenie do głównej tematyki pracy.

## OPIS STANU WIEDZY

### Co należy rozumieć przez „jakość życia”?

Jakość życia należy do jednych z najpopularniejszych pojęć w psychologii, medycynie, filozofii, ekonomii, socjologii, pedagogice i polityce (głównie społecznej), jednak w poszczególnych dziedzinach wiedzy odmiennie się ją interpretuje. Zarówno w dyscyplinach społecznych, jak i medycznych brakuje „uniwersalnej” definicji „jakości życia”, wskutek czego można ją analizować na różnych poziomach i w różnych kontekstach [8–11].

Termin „jakość życia” ma wieloznaczny, wielowymiarowy i interdyscyplinarny charakter [8–11]. Wieloznaczność „jakości życia” polega na możliwości rozpatrywania jej zarówno w ujęciu negatywnym i jest wtedy rozumiana jako brak obciążeń i utrudnień, jak i w ujęciu pozytywnym – wówczas jest rozumiana jako stan zaspokojenia potrzeb, zadowolenie z życia, bogactwo celów życiowych i form aktywności, zaangażowanie w różne sfery życia, silna wola życia [10]. Pojęcie „jakości życia” ma charakter wielowymiarowy np. w naukach medycznych jakość życia może być rozpatrywana w poszczególnych wymiarach zdrowia, głównie fizycznego, psychicznego i społecznego. Interdyscyplinarność „jakości życia” polega na jej odmiennej interpretacji w różnych dziedzinach nauki np. w psychologii komponentami jakości życia będą: postawa wobec życia, preferowane systemy wartości, jakość dorastania, posiadanie adaptacyjnych nawyków i schematów poznawczych, zdolność do samorealizacji, samoaktualizacji, światopogląd, moralność i in.; w socjologii natomiast: stopień satysfakcji z życia rodzinnego, zawodowego, stosunków międzysąsiedzkich, relacji towarzyskich, sposobu spędzania czasu wolnego, zdobytego wykształcenia, wykonywanej profesji (według Campbella), poziom konsumpcji rozmaitych dóbr, „minimalny poziom socjalny”, zadowolenie z warunków życiowych, możliwość zaspokajania najistotniejszych życiowych potrzeb, sposób postrzegania osiągniętego standardu życia i in. [8, 9, 11].

W syntetycznym ujęciu różnych dyscyplin wiedzy i nauki można wymienić następujące synonimy jakości życia: szczęście, satysfakcja i zadowolenie z życia, poziom (standard) życia, zadowolenie z warunków życia, dobre samopoczucie, poczucie dobrostanu, zdolność do realizacji planów, stopień zaspokojenia potrzeb materialnych i pozamaterialnych, konsumpcji

dóbr i usług, społeczno-ekonomiczne warunki życia, dobrobyt społeczny, zasobność finansowa, warunki bytu, warunki życia, styl życia; dobrostan i satysfakcja z tych dziedzin życia, które są dla jednostki ważne (według Ferrans i Powers, 1992) [8, 11, 12]. Bliski pojęciu „jakość życia” jest termin „wellness” (z j. ang.) tłumaczony na język polski jako „pełnia możliwości”, a rozumiany jako zdrowie w kategorii pozytywnej tj.: dobra jakość życia, energia życiowa, sprawność fizyczna, potencjał człowieka, rozwój, zdolność do aktywnego i twórczego życia, cieszenia się życiem, optymizm i szczęście [13].

Według Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia to: „postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście kultury, systemu wartości, w którym ona żyje w relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań” [14]. W definicji tej podkreśla się subiektywną ocenę jakości życia, dokonywaną przez samego zainteresowanego (pacjenta), który pomimo trudnych warunków może zdobyć się na pozytywną ocenę własnego życia np. tak jak ma to często miejsce w przypadku osób niepełnosprawnych, przełamujących swoje bariery i potrafiących czerpać z życia wiele satysfakcji [10].

Badania jakości życia w medycynie wykorzystuje się do bardzo różnych celów: oceny stanu zdrowia pacjenta, oceny skuteczności leczenia, oceny poziomu organizacji służby zdrowia, oceny wartości nowych środków farmakologicznych, oceny zapotrzebowania na świadczenia socjalne, planowania i realizacji opieki pielęgniarskiej, przygotowania chorego do samoopieki [15]. Badania nad jakością życia stanowią ważny krok w kierunku humanizacji medycyny, ponieważ uwzględniają subiektywny punkt widzenia samego pacjenta – nie pozbawiają go prawa do głosu np. na temat leczenia i jego skutków. Innymi słowy czynią pacjenta partnerem w wykonywanych czynnościach leczniczych (według Walden-Gałuszko, 1997) [16].

Jakość życia znajduje wyraz w głównym celu Narodowego Programu Zdrowia Polski na lata 2007–2015, który brzmi: „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu” [17].

W naukach medycznych rozróżnia się:

– **jakość życia związaną ze zdrowiem** (ang. *health related quality of life* – HRQoL), która dotyczy zadowolenia jednostki z tego, jak funkcjonuje w sensie fizycznym, psychicznym i emocjonalnym, w relacjach rodzinnych i społecznych – można ją zdefiniować jako wpływ, jaki ma stan zdrowia na zdolność jednostki do prowadzenia pełnego, „dobrego” życia [12];

– **jakość życia niezależną od stanu zdrowia** (ang. *nonhealth related quality of life* – NHRQoL), która jest

pojęciem szerszym od jakości życia związanej ze zdrowiem [15].

Jako instrumenty badawcze w badaniach nad jakością życia w naukach medycznych wykorzystuje się kwestionariusze ogólne i specyficzne. Kwestionariusze ogólne mogą być stosowane u osób w różnych jednostkach chorobowych. Kwestionariusze specyficzne uwzględniają warunki wynikające z przebiegu konkretnej choroby i mogą być stosowane tylko w danej grupie pacjentów [15]. Jednym z najpopularniejszych, najczęściej stosowanych kwestionariuszy ogólnych w pomiarze jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL) jest kwestionariusz SF-36.

### KWESTIONARIUSZ OCENY JAKOŚCI ŻYCIA SF-36

Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 (ang. *The Short Form 36 Health Survey Questionnaire*) należy do grupy kwestionariuszy ogólnych i może być wykorzystywany do subiektywnej oceny stanu zdrowia pacjenta w różnych jednostkach chorobowych. Standaryzowany kwestionariusz SF-36 zawiera 36 pytań umożliwiających ocenę 8 wskaźników jakości życia:

- funkcjonowania fizycznego (PF – *physical functioning*),
- funkcjonowania społecznego (SF – *social functioning*),
- ograniczenia aktywności (ról) spowodowanych przez problem fizyczny (RP – *role physical*),
- odczuwania bólu (BP – *bodily pain*),
- ograniczenia aktywności (ról) spowodowanych przez problem emocjonalny (RE – *role emotional*),
- zdrowia psychicznego (umysłowego) (MH – *mental health*),
- witalności (VT – *vitality*),
- ogólnego postrzegania zdrowia (GH – *general health*) [15, 16].

Wymienione wskaźniki można sumować na dwie skale – fizyczną i psychiczną, które w piśmiennictwie określa się jako:

- całkowite zdrowie fizyczne (PCS – *physical component summary*),
- całkowite zdrowie psychiczne (MCS – *mental component summary*).

Poniżej opisano najważniejsze wyniki badań prowadzonych w Polsce i na świecie nad wpływem palenia tytoniu na jakość życia. Podzielono je na dwie kategorie – badania, przy przeprowadzeniu których wykorzystano kwestionariusz SF-36 i badania, w przeprowadzeniu których korzystano z innych kwestionariuszy, głównie specyficznych ukierunkowanych na

konkretną jednostkę chorobową i stosowanych tylko w określonej grupie chorych (np. osób z chorobą wieńcową, astmą itd.).

### Palenie tytoniu a jakość życia – badania z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36

W badaniu prospektywnym, przeprowadzonym w latach 1974 i 2000 na zdrowych mężczyznach z Helsinek (z Finlandii), nigdy niepalący uzyskali najwyższe wyniki we wszystkich z ośmiu domen (obszarów) jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL), chociaż różnice w obszarze zdrowia psychicznego i społecznego nie były istotne statystycznie [18]. Ponadto ilość wypalanych dziennie papierosów była odwrotnie skorelowana z pogarszaniem się jakości życia; różnice istotne statystycznie były obserwowane jedynie wśród nigdy niepalących i palących powyżej 20 papierosów dziennie [18].

Podobnie badanie przekrojowe przeprowadzone w zachodniej Turcji wśród mężczyzn w wieku powyżej 40 lat pokazało, że palenie tytoniu miało negatywny wpływ na wszystkie z ośmiu domen jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL) ( $p < 0,05$ ) z wyjątkiem jednej – ograniczenia aktywności z powodu problemów emocjonalnych (RE – *role emotional*) ( $p > 0,05$ ) [19].

W badaniu Wiggers i wsp. pacjentów z miażdżycą, którzy wzięli udział w programie rzucania palenia, jakość życia w ciągu roku, mierzona kwestionariuszem SF-36 i dwoma specyficznymi kwestionariuszami dla chorych ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi (Aquarel, VascoQoL) znacząco poprawiła się, aczkolwiek nie była związana z rzuceniem palenia [20]. Pomimo zmniejszenia ryzyka chorób sercowo-naczyniowych wskutek rzucenia palenia, nie poprawiło się ogólne samopoczucie pacjentów – osoby, które rzuciły palenie nie oceniały swojej jakości życia lepiej od osób, które je kontynuowały. Niektórzy z badanych wręcz czuli się gorzej w związku z rzuceniem palenia [20].

Palące pielęgniarki z USA charakteryzowały się gorszym samopoczuciem fizycznym i psychicznym w porównaniu do nigdy niepalących i byłych palaczy – uzyskały niższe wyniki na skali SF-PCS (całkowitego zdrowia fizycznego) i SF-MCS (całkowitego zdrowia psychicznego) kwestionariusza SF-36 [21]. Rzucenie palenia po przeciętnie 21 latach trwania nałogu nie wpływało w znaczący sposób na poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL). Zaobserwowano jedynie poprawę zdrowia w wymiarze emocjonalnym, jednakże w minimalnym stopniu. Autorzy badań wnioskowali, że osoby, które rzuciły palenie z pewnością zaobserwują u siebie pewne korzyści zdrowotne, ale niekoniecznie będą się one odzwierciedlać w lepszych wynikach pomiaru jakości życia [21].

Palenie tytoniu miało znamienny wpływ na samoocenę zdrowia fizycznego i psychicznego (ocenianej kwestionariuszem SF-36) w grupie osób korzystających z opieki medycznej (medicare) w wieku powyżej 65 lat z USA [22]. Osoby bez nowotworu, aktualnie palące i osoby, które w ostatnim czasie rzuciły palenie ("recent quitters") charakteryzowały się gorszą jakością życia w domenie całkowitego zdrowia fizycznego (PCS) i psychicznego (MCS). Wyniki pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym wśród osób, które ostatnio rzuciły palenie były zbliżone do wyników pomiaru jakości życia aktualnie palących. Nigdy niepalący oceniali znacznie lepiej swoje zdrowie psychiczne w porównaniu do aktualnie palących i tych, którzy w ostatnim czasie rzucili palenie. Warto również zauważyć, że wzajemne powiązania pomiędzy paleniem tytoniu a jakością życia były podobne w grupie osób ze zdiagnozowanym nowotworem i wśród osób bez choroby nowotworowej [22].

W polskim badaniu Bąk-Drabik i Ziara nie wykazali różnicy w jakości życia pomiędzy chorymi z rozpoznaniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (PO-ChP) a osobami zdrowymi w zależności od statusu palenia oraz całkowitej ekspozycji na dym tytoniowy [23]. Jedynie w analizie regresji wielokrotnej całkowita ekspozycja na dym tytoniowy wyrażona w liczbie paczkolet (1 paczkolet = 20 papierosów/dzień wypalanych przez rok) była istotnym czynnikiem wpływającym na jakość życia w domenach ograniczenia aktywności z powodu braku zdrowia fizycznego (RP – *role physical*) oraz całkowitego zdrowia fizycznego (PCS – *physical component summary*). Nie zaobserwowano natomiast wpływu statusu palenia i liczby paczkolet na jakość życia w grupie kontrolnej [23].

W badaniu nad pacjentami poddawany mi dializie w Norwegii stwierdzono różnicę istotną statystycznie ( $p < 0,001$ ) w zakresie całkowitego zdrowia psychicznego (MCS) pomiędzy osobami palącymi a niepalącymi papierosów. W domenie całkowitego zdrowia fizycznego nie zaobserwowano podobnej, istotnej statystycznie różnicy [24].

### **Palenie tytoniu a jakość życia – badania z wykorzystaniem innych kwestionariuszy**

W polskim badaniu przeprowadzonym wśród mieszkańców Łodzi w ramach międzynarodowego projektu „Bridging the East-West Health Gap”, w grupie mężczyzn niepalących dominowali respondenci określający swój stan zdrowia jako dobry (64,4%), natomiast w grupie palących tylko co trzeci ankietowany mężczyzna ocenił swoje zdrowie pozytywnie ( $p < 0,05$ ) [25]. Ponadto osoby wolne od nałogu palenia tytoniu rzadziej odczuwały stres. Stałe poczucie stresu istotnie częściej dotyczyło mężczyzn aktualnie

palących i ex-palaczy w porównaniu do niepalących ( $p < 0,05$ ) [25].

Badanie fińskie nad dorosłymi kobietami i mężczyznami w wieku powyżej 30 lat, w którym wykorzystano kwestionariusz „15D” (Sintonen, 2001) pokazało, że codzienni palacze charakteryzowali się gorszą jakością życia związaną ze zdrowiem oraz gorszą całkowitą jakością życia (mierzoną własną percepcją) w porównaniu do nigdy niepalących [26]. Codzienni palacze gorzej oceniali od nigdy niepalących następujące wymiary zdrowia – mężczyźni: ruchliwość, sen, dolegliwości i objawy, przygnębienie, dystres i witalność ( $p < 0,05$ ), wzrok, oddychanie i codzienne czynności ( $p < 0,001$ ); kobiety: ruchliwość, codzienne czynności, przygnębienie i witalność ( $p < 0,05$ ), oddychanie i dystres ( $p < 0,001$ ). Jakość życia związana ze zdrowiem i ogólna jakość życia byłych palaczy była zbliżona do osób nigdy niepalących [26].

Jakość życia osób palących, w wieku powyżej 18 lat, które ograniczyły konsumpcję papierosów przynajmniej o 50% – w ciągu 2 lat poprawiła się [27]. Osoby te deklarowały lepszą jakość życia względem ogólnego stanu zdrowia (wynik istotny statystycznie  $p = 0,049$ ) i funkcjonowania fizycznego, chociaż ten ostatni wynik osiągnął graniczną istotność statystyczną ( $p = 0,07$ ). Zdrowie emocjonalne (emotional well-being) i energia życiowa (energy) również uległy poprawie, aczkolwiek różnica w dwóch grupach – osób, którym udało się ograniczyć palenie i osób z niepomyślną próbą rzucenia palenia, nie była istotna statystycznie ( $p = 0,23$  i  $p = 0,50$ ) [27].

Podobne wyniki w pomiarze jakości życia uzyskali Józwiak i Wysocki [28]. Odsetek zadowolonych ze swojego życia respondentów był wyższy w grupie osób, które zaprzestały palenia – 93,2% w porównaniu do osób palących – 69,6% ( $p < 0,0001$ ), a różnica między obiema grupami wynosiła blisko 24%. Według autorów dowodzi to, że osoby, którym udało się rzucić palenie są bardziej zadowolone z życia, co z pewnością koresponduje z poprawą ich stanu zdrowia [28].

Interesujące badanie przeprowadzili polscy badacze Mojs E. i wsp., z którego wynika, że u osób, które rzuciły palenie poziom szczęścia i świadomość własnych emocji jest najwyższy w porównaniu do osób nigdy niepalących i palących [29]. W badaniu wykorzystano dwa testy: test szczęścia Fordysea i skalę PANAS-a (SAPAN) emocji pozytywnych i negatywnych (afektywności). Najwyższe poczucie szczęśliwości wykazywała grupa byłych palaczy – 92,5%, co było wynikiem istotnie wyższym niż w grupie palących – 62,5% (niepalący – 67,3%). Ponadto u osób, które rzuciły palenie zaobserwowano istotnie wyższy wskaźnik emocjonalności, począwszy od większego poczucia szczęścia po świadomość afektywności zarówno pozytywnej, jak

i negatywnej. Stąd też autorzy badań zasugerowali, że emocjonalne „otwieranie się”, zamiast tłumienia emocji może pomóc palącym żyć zdrowiej – zarówno uruchomienie negatywnych emocji, takich jak: odraza, strach, wstręt związanych z paleniem, skutkami zdrowotnymi, wydanymi na papierosy pieniędzmi oraz ich zapachem, jak też wzbudzanie pozytywnych emocji może odgrywać ważną rolę w uporaniu się z nałogiem i zmniejszać prawdopodobieństwo powrotu do niego. Możliwe jest, że w walce z problemem palenia tytoniu skuteczny byłby trening świadomości, nazywania i przeżywania własnych emocji [29].

Z kolei w innym polskim badaniu nad 49-osobową grupą studentek pedagogiki w Puławach nie stwierdzono związku pomiędzy odczuwaną satysfakcją z życia (mierzoną Skalą Satysfakcji z Życia – SWLS wg Z. Juczyńskiego) a paleniem [30]. Ponadto nie stwierdzono zależności pomiędzy wyrażaniem emocji – gniewu, smutku, lęku (mierzonego Skalą Kontroli Emocjonalnej – CECS wg Z. Juczyńskiego) a paleniem. W związku z powyższym według Łukasik, niepowodzenia i sytuacje trudne niekoniecznie muszą popychać do szukania wzmocnienia poprzez palenie [30].

W badaniu prospektywnym nad chorymi, którzy kontynuowali palenie pomimo wcześniejszej hospitalizacji i którym pielęgniarki oferowały „poradę antytytoniową”, pogorszenie się jakości życia u palaczy z nastrojem depresyjnym, ocenianej przy pomocy kwestionariusza Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey (SF-12) (tylko w sferze funkcjonowania fizycznego w związku z chorobą) wiązało się z mniejszym prawdopodobieństwem rzucenia palenia w przyszłości [31]. Nastroj depresyjny w świetle gorszej jakości życia (w aspekcie funkcjonowania fizycznego) prawdopodobnie powstrzymywał palaczy od wzmacniających i przyjemnych czynności – aktywności innych niż palenie. Gdy jakość życia (w aspekcie funkcjonowania fizycznego) pogarszała się, odsetki rzucających palenie również malały, ale częściej wśród osób z wysokim stopniem depresyjnego nastroju w porównaniu do pacjentów z niskim stopniem depresyjnego nastroju. Z drugiej strony, gdy jakość życia (w aspekcie funkcjonowania fizycznego) polepszała się, wysoki stopień nastroju depresyjnego znacząco nie wpływał na rzucenie palenia [31]. Osoby z gorszą jakością życia, ale z niskim stopniem depresyjnego nastroju lub nieposiadające depresyjnego nastroju były bardziej skłonne do rzucenia palenia. Autorzy badań doszli do wniosku, że osoby chore, palące i nisko oceniające swoją jakość życia mogą wymagać intensywniejszych interwencji rzucania palenia, które zawierałyby elementy „zarządzania nastrojem” [31].

Wyniki badania Garces i wsp. pokazały, że kontynuowanie palenia tytoniu po diagnozie nowotworu płuca negatywnie wpływa na jakość życia, mierzoną kwestionariuszem specyficznym dla chorych z nowotworem płuca – *Lung Cancer Symptom Scale* (LCSS) [32]. Osoby nagminnie palące miały gorszy apetyt, wykazywały zmęczenie lub wyczerpanie, kaszel, duszności, symptomatyczny dystres, a palenie tytoniu miało wpływ na ich codzienną aktywność i całkowitą jakość życia, porównując do osób nigdy niepalących ( $p < 0,001$ ). Ex-palacze uzyskali pośrednie wyniki na skali kwestionariusza LCSS [32].

W polskim badaniu Nowak-Banasik i wsp. przeprowadzonym wśród chorych z rozpoznaną chorobą wieńcową, palących obecnie lub w przeszłości, aż 31,2% podało, że konsumpcja wyrobów tytoniowych ograniczała możliwość wykonywania przez nich czynności związanych z dużym wysiłkiem fizycznym (bieganie, podnoszenie ciężkich rzeczy, udział w grach sportowych), a u 12,5% z nich łączyło się to dodatkowo z trudnością wejścia na pierwsze piętro [33]. Żadna z badanych osób nie zaobserwowała wpływu palenia tytoniu na wykonywanie codziennych czynności takich jak: mycie się, ubieranie, noszenie zakupów. Wśród badanych, którzy zerwali z nałogiem palenia, blisko 95% uznało swoją satysfakcję z życia za znacznie wyższą (do oceny satysfakcji z życia aktualnej i w przeszłości użyto drabiny Cantrila), a 93,9% zgłaszało subiektywne wrażenie znacznej poprawy stanu zdrowia [33].

W badaniu prospektywnym Quist-Paulsen i wsp. nad pacjentami z chorobą niedokrwienną serca, jakością życia (całościowa ocena) mierzona specyficznym kwestionariuszem dla chorych z chorobą wieńcową – *Cardiac Arrhythmia Suppression Trial* (CAST) u osób, które rzuciły palenie w porównaniu do osób, które trwały przy nałogu nie różniła się istotnie, ani na początku badań, ani po upływie 12 miesięcy [34].

Niepalący dorośli z Francji, Niemiec i Wielkiej Brytanii, cierpiący na przewlekłą astmę, uzyskali znacznie lepsze wyniki pomiaru jakości życia mierzonej kwestionariuszem SF-8 Health Survey, w porównaniu do osób palących w wymiarze zdrowia psychicznego ( $p < 0,001$ ) [35]. Wyniki pomiaru domeny zdrowia fizycznego były zbliżone w obu grupach.

Palenie tytoniu nie wpływało na jakość życia w populacji Francuzów z alergicznym nieżytem nosa, mierzonej kwestionariuszem specyficznym Rhino-Conjunctivitis QOL Questionnaire RQLQ, aczkolwiek liczba osób badanych była zbyt mała do wyciągnięcia ostatecznych wniosków z badania, które miało charakter pilotażowy [36].

Palenie tytoniu wiązało się ze znacznie gorszą jakością życia, mierzoną kwestionariuszem Short-Form 12,

wśród badanych żyjących z HIV [37]. Podobne wyniki uzyskali Turner i wsp. [38]. Palący pacjenci z HIV charakteryzowali się gorszą jakością życia mierzoną specyficznym kwestionariuszem dla osób zakażonych HIV (MOS-HIV questionnaire), zarówno w wymiarze fizycznym, psychicznym jak i społecznym, w porównaniu do niepalących pacjentów z HIV [38].

## WNIOSKI

Wyniki badań prowadzonych w różnych częściach świata nt. wpływu palenia tytoniu na jakość życia są niejednoznaczne. W większości badań osoby niepalące lepiej oceniały swoją jakość życia od palaczy. U osób, które rzuciły palenie zaobserwowano większą satysfakcję z życia w porównaniu z osobami nadal używającymi papierosów, lecz nie wszyscy badacze wykazali taką zależność.

Istnieje potrzeba przeprowadzenia większej liczby badań longitudinalnych nad jakością życia osób palących tytoni, niepalących i tych, którzy pomyślnie zerwali z paleniem. Interesujący wydaje się potencjalny wpływ biernego palenia tytoniu na jakość życia np. osób żyjących pod jednym dachem z palaczem lub narażonych na wdychanie dymu tytoniowego w miejscu pracy, lokalach gastronomicznych i in. Z przeglądu dostępnej literatury wynika, że badań o tej tematyce dotychczas nie prowadzono.

Badania nad wpływem palenia tytoniu na jakość życia mogą nieść ze sobą pewne praktyczne implikacje dla edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia np. poprzez działania zmierzające do poprawy jakości życia osób rzucających palenie i łagodzenia skutków abstynencji od papierosów.

## WYKAZ PIŚMIENICTWA

- Zatoński W., Przewoźniak K. (red.): Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka. Wyd. 2 popr. 1999. ISBN 83-901083-9-9.
- Zatoński W.: Biernie palenie zagraża zdrowiu i życiu niepalących w Polsce. Lider Zarząd Główny Szkolnego Związku Sportowego i Instytut Kardiologii z Warszawy. Fundacja „Promocja Zdrowia” Warszawa 2009. ISSN 0867-7697.
- Światowa epidemia palenia tytoniu – raport WHO 2008 Pakiet MPOWER [online]. World Health Organization; 2009 [dostęp: 13 listopada 2012]. Dostępny w Internecie: <[http://www.pis.gov.pl/userfiles/file/Dep\\_%20Zdrowia%20Publicznego%20i%20Promocji%20Zdrowia/OZiPZ/mpower.pdf](http://www.pis.gov.pl/userfiles/file/Dep_%20Zdrowia%20Publicznego%20i%20Promocji%20Zdrowia/OZiPZ/mpower.pdf)>
- Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009-2010 [online]. Ministerstwo Zdrowia; 2010 [dostęp: 13 listopada 2012]. Dostępny w Internecie: <[http://www.kodekswalkizrakiem.pl/download/pdf/GATS/raport\\_pol.pdf](http://www.kodekswalkizrakiem.pl/download/pdf/GATS/raport_pol.pdf)>
- Lifting the smokescreen 10 reasons for a smoke free Europe [online]. Smoke Free Partnership; 2006 [dostęp: 11 maja 2011]. Dostępny w Internecie: <[http://www.european-lung-foundation.org/uploads/Document/WEB\\_CHEMIN\\_282\\_1142435\\_970.pdf](http://www.european-lung-foundation.org/uploads/Document/WEB_CHEMIN_282_1142435_970.pdf)>
- Jabłońska J.: Miejsce pracy wolne od dymu tytoniowego zasady polityki pracodawcy. 2009. ISBN 978-83-927719-2-0.
- Korzeniowska E., Puchalski K., Pyżalski J. i wsp.: Rozwiązania prawne (w Polsce i UE) w zakresie ograniczania palenia tytoniu w miejscu pracy. Metodyka realizacji programów rozwiązywania problemu palenia tytoniu w zakładach pracy. Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi; 2008 listopad 3-5; Łódź.
- Wnuk M., Marcinkowski J. T.: Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. Probl Hig Epidemiol 2012; 93: 21-26.
- Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. Hygeia Public Health 2011; 46: 25-31.
- Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. 2007. Rozdział 3.3.2., Zdrowie a jakość życia: 56-59.
- Papuć E.: Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. Curr Probl Psychiatri 2011; 12: 141-145.
- Wojnarowska B.: Edukacja zdrowotna. 2008. Rozdział 1.5., Jakość życia związana ze zdrowiem: 41-43.
- Wojnarowska B.: Edukacja zdrowotna. 2008. Rozdział 1.1.2., Zdrowie jako kategoria pozytywna: 24-25.
- WHOQOL Measuring Quality of Life [online]. World Health Organization; 1997 [dostęp: 13 listopada 2012]. Dostępny w Internecie: <[http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)>
- Trojanowska A.: Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. Zdr Publ 2011; 121: 99-103.
- Kochman D.: Jakość życia. Analiza teoretyczna. Zdr Publ 2007; 117: 242-248.
- Kuszeński K., Goryński P., Wojtyński B. i wsp. (red.): Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 Załącznik do Uchwały Rady Ministrów Nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007r. [online]. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; 2007 [dostęp: 19 listopada 2012]. Dostępny w Internecie: <[http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zal\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf)>
- Strandberg A., Strandberg T., Pitkala K. i wsp.: The effect of smoking in midlife on health-related quality of life in old age: a 26-year prospective study. Arch Intern Med 2008; 168: 1968-1974.
- Unsal A., Ayranci U., Tozun M.: Frequency of smoking among males and its impact on the quality of life. Pak J Med Sci 2010; 26: 163-167.
- Wiggers L., Oort F., Peters R. i wsp.: Smoking cessation may not improve quality of life in atherosclerotic patients. Nicotine & Tobacco Res 2006; 8: 581-589.
- Sarna L., Bialous S., Cooley M. i wsp.: Impact of smoking and smoking cessation on health-related quality of life in women in the Nurses' Health Study. Qual Life Res 2008; 17: 1217-1227.
- Hays R., Smith A., Reeve B. i wsp.: Cigarette smoking and health-related quality of life in medicare beneficiaries. Health Care Financing Rev 2008; 29: 57-67.
- Bąk-Drabik K., Ziara D.: Wpływ statusu socjoekonomicznego na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Pneumonol Alergol Pol 2010; 78: 3-13.

24. Osthus T, Dammen T, Sandvik L i wsp.: Health-related quality of life and depression in dialysis patients: Associations with current smoking. *Scand J Urol Nephrol* 2010; 44: 46-55.
25. Kwaśniewska M., Kaczmarczyk-Chałas K., Drygas W.: Zachowania zdrowotne związane z paleniem tytoniu i odżywianiem „ging the East-West Health Gap”. In: Naruszewicz M. (red.). *Czynniki Ryzyka*. 2001: 68-73.
26. Heikkinen H, Jallinoja P, Saarni S i wsp.: The impact of smoking on health-related and overall quality of life: A general population survey in Finland. *Nicotine & Tobacco Res* 2008; 10: 1199-1207.
27. Bolliger Ch., Zellweger J, Danielsson T i wsp.: Influence of long-term smoking reduction on health risk markers and quality of life. *Nicotine & Tobacco Res* 2002; 4: 433-439.
28. Jóźwiak P., Wysocki J.: Motywacje osób uzależnionych od nikotyny do zaprzestania palenia. *Prz Lek* 2009; 66: 777-782.
29. Mojs E, Stanisławska-Kubiak M., Skommer M. i wsp.: Palenie papierosów z perspektywy psychologii pozytywnej. *Prz Lek* 2009; 66: 765-767.
30. Łukasik I.: Zachowania antyzdrowotne a poczucie satysfakcji z życia i umiejętność panowania nad emocjami – na przykładzie grupy osób palących tytoń. In: Tuszyńska-Bogucka V, Bogucki J. (red.). *Styl życia a zdrowie wybrane zagadnienia*. 2005: 133-142.
31. Hayes R, Dunsiger S, Borrelli B.: The influence of quality of life and depressed mood on smoking cessation among medically ill smokers. *J Behav Med* 2010; 33: 209-218.
32. Garces Y, Yang P, Parkinson J i wsp.: The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer diagnosis. *Clin investigations* 2004; 126: 1733-1741.
33. Nowak-Banasik L, Sein Anand J, Chodorowski Z. i wsp.: Wpływ palenia tytoniu, ocenianego na podstawie oznaczenia kotyniny, na satysfakcję z życia chorych z chorobą wieńcową. *Prz Lek* 2007; 64: 260-262.
34. Quist-Paulsen P, Bakke P, Gallefoss F.: Does smoking cessation improve quality of life in patients with coronary heart disease? *Scand Cardiovasc J* 2006;40: 11-16.
35. Shavit O, Swern A., Dong Q i wsp.: Impact of smoking on asthma symptoms, healthcare resource use, and quality of life outcomes in adults with persistent asthma. *Qual Life Res* 2007; 16: 1555-1565.
36. Bousquet P, Fabbro-Peray P, Janin N. i wsp.: Pilot study assessing the impact of smoking on nasal-specific quality of life. *Allergy* 2004; 59: 1015-1016.
37. Crothers K, Griffith T, McGinnis K. i wsp.: The impact of cigarette smoking on mortality, quality of life and comorbid illness among HIV-positive veterans. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 1142-1145.
38. Turner J, Page-Shafer K, Chin D. i wsp.: Adverse impact of cigarette smoking on dimensions of health-related quality of life in persons with HIV infection. *AIDS Patient Care and STDs* 2001; 15: 615-624

*Adres do korespondencji:*

*Patrycja Kuźmicka  
ul. Wiosny Ludów 3/50  
71-471 Szczecin  
e-mail: pat.kuz@wp.pl  
tel. 726-067-002*