

Krzysztof Buczkowski, Magdalena Dachtera-Frąckiewicz, Katarzyna Klucz

Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

# Postrzeganie kontynuacji palenia papierosów po rozpoznaniu choroby nowotworowej — wyniki badania jakościowego przeprowadzonego wśród pacjentów chorych na raka płuca

The perception of smoking continuation after cancer diagnosis — results from qualitative study among patients with lung cancer

## Streszczenie

**Wstęp.** Kontynuacja palenia tytoniu przez osoby z chorobą nowotworową jest ważnym czynnikiem negatywnie wpływającym na przebieg leczenia i rokowanie. Dlatego istotna jest pomoc palaczom w zaprzestaniu palenia również po rozpoznaniu choroby nowotworowej. Celem badania była analiza procesu kontynuacji palenia przez osoby z rozpoznana chorobą nowotworową płuca.

**Materiał i metody.** W badaniu zastosowano metodę jakościową — indywidualne wywiady pogłębione. Przeprowadzono wywiady z trzema pacjentami w terminalnej fazie choroby nowotworowej płuca. Wywiady były nagrywane, następnie przygotowano transkrypty. Do analizy zebranych danych zastosowano technikę analizy treści.

**Wyniki.** Na podstawie analizy transkryptów odkryto dwie kategorie: przyczyny palenia i wpływ rozpoznania choroby nowotworowej płuca na palenie. Jako główny powód palenia badani wskazywali stres i jego złagodzenie po zapaleniu papierosa. Po rozpoznaniu choroby nowotworowej wszyscy byli silnie zmotywowani do zaprzestania palenia. Podjęli taką próbę w sposób spontaniczny, licząc, że silna wola wystarczy do poradzenia sobie z uzależnieniem od nikotyny. Wszyscy powrócili do palenia, upatrując przyczyny niepowodzenia w braku silnej woli i stresie.

**Wnioski.** Pacjenci po rozpoznaniu choroby nowotworowej wymagają profesjonalnego wsparcia w celu skuteczniejszego zaprzestania palenia.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 4: 129–133*

**Słowa kluczowe:** palenie papierosów, zaprzestanie palenia, rak płuca

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Krzysztof Buczkowski  
Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego *Collegium Medicum*  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu  
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85–094 Bydgoszcz  
e-mail: buczkowskik@cm.umk.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 4, 129–133  
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

## Abstract

**Introduction.** Continuation of smoking by people with cancer is an important factor that influences the course of treatment and prognosis. Therefore, it is important to help smokers to stop smoking even after cancer diagnosis. The aim of the study was to analyze the process of smoking continuation by patients with lung cancer.

**Materials and methods:** The study used a qualitative method — individual in-depth interviews. Interviews were conducted with three patients in the terminal phase of lung cancer. Interviews were recorded, followed by preparation of transcripts. Content analysis technique was used for the data analysis.

**Results:** Based on the analysis of transcripts two categories were found: reasons of smoking and the impact of the diagnosis of lung cancer on smoking. Respondents indicated stress and its reduction after lighting a cigarette as the main reason of smoking. All participants were highly motivated to stop smoking after the diagnosis of cancer. They made such an attempt in a spontaneous manner, hoping that a strong will suffice to deal with addiction to nicotine. They all went back to smoking seeing reasons for failure in the absence of strong will and stress.

**Conclusions:** Smokers with a diagnosis of cancer require professional support for more effective smoking cessation.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 4: 129–133*

**Key words:** smoking, smoking cessation, lung cancer

## Wstęp

Palenie tytoniu jest najważniejszą, możliwą do wyeliminowania przyczyną chorób i zgonów [1, 2]. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na całym świecie pali papierosy ponad miliard ludzi, 21% nowotworów jest spowodowanych paleniem, a w roku 2015 palenie tytoniu będzie przyczyną 10% wszystkich zgonów [3, 4]. Ponadto szacuje się, że obecnie roczna liczba zgonów związanych z paleniem wynosi 6 milionów i prawdopodobnie wzrośnie do 10 milionów w roku 2030 [5]. W Polsce palacze stanowią 29% populacji osób dorosłych i ich liczba systematycznie się zmniejsza [6], chociaż w przeszłości, szczególnie w latach 70. i 80., odsetek osób palących w polskiej populacji należał do jednego z większych na świecie [7]. Palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka rozwoju wielu chorób, w tym chorób nowotworowych. Do chorób nowotworowych najsilniej związanych z paleniem należy rak płuca — w przypadku tej choroby palenie odpowiada za 87% zgonów [8].

Dotychczas działania antynikotynowe były zwykle podejmowane w ramach prewencji pierwotnej nowotworów. Jednak w związku z coraz częstszym i wcześniejszym rozpoznawaniem chorób nowotworowych ważnym aspektem ich leczenia staje się zaprzestanie palenia. Pacjenci, którzy kontynuują palenie po rozpoznaniu choroby, niezależnie czy chorują na nowotwór tytoniozależny, czy też nie, poprzez takie postępowanie zmniejszają skuteczność leczenia przeciwnowotworowego, doświadczają większej ilości powikłań leczenia, mają mniejszy wskaźnik przeżycia i obniżoną jakość życia w porównaniu z osobami, które zaprzęstały palenia krótko przed lub w momencie rozpoznania choroby [9–12].

Celem tego pilotażowego badania była analiza procesu kontynuacji palenia przez osoby z rozpoznana chorobą nowotworową płuca.

## Materiał i metody

W badaniu wykorzystano metodę jakościową — indywidualne wywiady pogłębione. Taka metoda wydawała się najwłaściwsza do głębokiej analizy zjawiska palenia papierosów przez osoby z rozpoznana chorobą nowotworową tytoniozależną. Uczestnicy mogli swobodnie wypowiadać się podczas rozmowy prowadzonej według przygotowanego scenariusza. Scenariusz wywiadów, przedstawiony w tabeli 1, opracowano w oparciu o przegląd piśmiennictwa i stanowił on tylko ogólny schemat rozmowy. Badanie było realizowane w domach pacjentów w 2014 roku. Uczestnikami badania były trzy osoby palące papierosy w terminalnej fazie choroby nowotworowej płuca. Udział w badaniu chorym zaproponował i wywiady

**Tabela 1. Schemat wywiadu**

Dlaczego palisz papierosy?
Czy kiedyś próbowałeś zaprzestać palenia?
W jaki sposób to robiłeś?
Czy rozpoznanie obecnej choroby miało wpływ na twoje palenie — próbowałeś rzucić, zredukować liczbę papierosów?
Dlaczego nie zaprzęstałeś palenia?
Czy myślisz, że jest związek pomiędzy paleniem a twoją chorobą?
Czy jest coś, o czym chciałbyś powiedzieć?

Tabela 2. Charakterystyka badanych

<b>Pacjent nr 1 (P1)</b>
Płeć męska
Wiek 64 lata
Palenie od > 45 lat
Wykształcenie zawodowe
Stan cywilny: żonaty
<b>Pacjent nr 2 (P2)</b>
Płeć męska
Wiek 74 lata
Palenie od > 45 lat
Wykształcenie zawodowe
Stan cywilny: żonaty
<b>Pacjent nr 3 (P3)</b>
Płeć żeńska
Wiek 73 lata
Palenie od 50 lat
Wykształcenie zawodowe
Stan cywilny: wdowa

przeprowadził lekarz rodzinny (MDF). Wywiady trwały od 30 do 60 minut, były nagrywane, a następnie przygotowane zostały transkrypty. Charakterystykę badanych przedstawiono w tabeli 2.

Do analizy zebranych danych zastosowano technikę analizy treści opisaną przez Graneheima i Lundmana [13] oraz Sandelowski [14]. Analiza treści rozumiana jest tutaj jako technika służąca do uporządkowania i opisu zebranych danych.

## Wyniki

W wyniku analizy transkryptów wywiadów odkryto następujące kategorie: (1) przyczyny palenia i (2) wpływ rozpoznania choroby nowotworowej płuc na palenie.

### Przyczyny palenia

W trakcie rozmowy badani chętnie opowiadali o początkach i przyczynach palenia. Wszyscy byli długoletnimi palaczami sięgającymi po papierosy codziennie. Do inicjacji nikotynowej najczęściej dochodziło we wczesnej młodości pod wpływem namowy rówieśników. Później palenie kontynuowali przez długie lata. Obrazują to następujące wypowiedzi.

*Od młodych lat koleżanki paliły, to i ja nie chciałam być gorsza. Zmniejszałam, ale potem paliłam coraz więcej. Palę od 16 roku życia.* (P3)

*Palę już 40 lat, od czasu jak szedłem do wojska. To jest głupie, bezmyślne, człowiek nie zastanawia się, jak zaczyna.* (P2)

Inny chory, poza podkreśleniem, że pali od wielu lat, wskazał na stres jako główną przyczynę palenia.

*W młodości każdy palił, potem każdy głupi jak ja też zaczął, teraz trudno się z tego wycofać. Nie sprawia mi to raczej przyjemności, ale to mnie uspokaja. Daje taką ulgę, coś jak tabletki.* (P1)

Podobne doświadczenia przedstawiali pozostali badani, którzy wskazywali na stres jako główną przyczynę kontynuacji palenia. Palenie powodowało u nich odprężenie, sięgali po papierosy w trudnych sytuacjach, traktując je jak pomoc. Dobrze opisuje to przykład kobiety, która przez wiele lat opiekowała się chorym mężem.

*Ja może bym i rzuciła, ale ja miałam takie życie stresowe, mąż miał dwa wylewy, padaczkę, ja go 20 lat na wózku woziliłam. Te nerwy, sama na siebie jestem zła, ale te papierosy mi też pomogły, ...ale te papierosy dawały takie uspokojenie.* (P3)

### Wpływ rozpoznania choroby nowotworowej płuc na palenie

Wszyscy badani chorowali na raka płuca, którego przyczyną jest palenie. Uczestnicy przedstawili swoją wiedzę na temat wpływu palenia na ich chorobę, jak również opowiadali o próbach zaprzestania palenia po usłyszeniu diagnozy. Wszyscy byli świadomi związku palenia papierosów z nowotworem płuc. Z przeprowadzonych wywiadów wynikało, że było to dla nich oczywiste. Wiedzę taką uzyskali od lekarza, najczęściej w momencie rozpoznania choroby lub wcześniej z innych źródeł, na przykład ostrzeżeń na opakowaniach papierosów. Opisują to następujące wypowiedzi.

*Słyszałem od lekarzy, że rak płuca jest spowodowany paleniem. Na pewno ma to związek.* (P2)

*Na pewno jest związek między paleniem a rakiem płuc, w końcu nawet na pudełkach to piszą.* (P1)

Wiedza na temat tego związku i lęk w momencie rozpoznania choroby miały wpływ na podjęcie próby zaprzestania palenia lub zredukowania liczby wypalanych papierosów. Chorzy chcieli w ten sposób poprawić swój stan zdrowia. Sytuacje takie dobrze opisują poniższe wypowiedzi.

*No próbowałem [rzucić palenie], zredukować próbowałem. No i popalałem, ale ograniczyłem liczbę, teraz palę 7–8 dziennie, kiedyś 20–30. Nie palę tyle, co kiedyś paliłem. Mogę cały czas nie palić. Czasami wyjdę sobie tylko na klatkę schodową i tylko powącham.* (P1)

*Chciałbym rzucić i będę myśleć, jak tu zadziałać. Nie chcę kłamać, ale jak się dowiedziałem, nie myślałem wtedy o tym... w szpitalu nie paliłem... Gdybym miał gotową receptę na to, na pewno bym rzucił palenie.* (P2)

Podjęmowane próby zaprzestania palenia miały charakter spontaniczny i wynikały z silnego lęku przed dalszym pogorszeniem stanu zdrowia przez kontynuację palenia. W takiej sytuacji badani, podejmując decyzję o zaprzestaniu palenia, nie korzystali z żadnych leków ani z pomocy profesjonalistów. Metoda zaprzestania palenia stosowana przez badanych oparta była na silnej woli. Oprócz tego pacjenci nie wierzyli w skuteczność farmakoterapii. Opisują to następujące przykłady.

*Za pomocą silnej woli, nie bo nie... Nie wysłałam córki czy syna do sklepu po papierosy i przestawałam palić... (P3)*

*Farmakologicznych sposobów nie używałam. To kolega używał plastry nie plastry, różne cuda i mówił nie ma siły... tylko silna wola. (P1)*

Badani bardzo chcieli zaprzestać palenia, posiadali silną motywację w postaci choroby, ale nie udało im się rzucić nałogu. Przyczyny tego upatrywali w braku silnej woli, która pomogłaby im wytrwać w niepaleniu, na co w poniższej wypowiedzi zwrócił uwagę pacjent.

*Ja silnej woli takiej nie mam... (P3)*

Inny pacjent nie był przekonany do korzyści wynikających z niepalenia po rozpoznaniu raka płuca. Wskazywał, że motywacją do zaprzestania palenia może być dla niego nasilenie objawów raka płuca, ale na obecnym etapie silny stres skłaniał go do sięgania po papierosy.

*Co to mi da? Jakbym miał mocną zadyszkę, kaszlał... czy mocno by dusiło, na pewno bym rzucił. Na razie bez siekiery to ciężka sprawa. Jak mnie mocno przygniecie, to może w ogóle rzuć. Człowiek nieraz ma takie stresy i odruchowo sięga po papierosa. (P1)*

## Dyskusja

Wyniki naszego badania wskazują na to, że palacze mimo zachorowania na raka płuca często kontynuują palenie tytoniu. Przeprowadzone badanie potwierdziło, że palacze posiadają świadomość związku palenia z nowotworem płuca, podejmują próby zaprzestania palenia, ale często kończy się to niepowodzeniem.

Podobne obserwacje wynikają z innych badań, które wykazały, że 50–83% pacjentów kontynuuje palenie po rozpoznaniu choroby nowotworowej [15–17]. Niestety nie jest to obojętne dla dalszego przebiegu choroby i skuteczności leczenia. Kontynuacja palenia prowadzi do częstszych powikłań leczenia chirurgicznego, gorszej odpowiedzi na radio- i chemioterapię oraz częstszego występowania infekcji [11, 16, 18]. Tak więc istotne jest to, aby zachęcać palaczy do zaprzestania palenia po rozpoznaniu choroby nowotworowej, ponieważ ma to znaczenie w procesie leczenia.

Szereg badań wskazuje na to, że motywacja jest podstawowym warunkiem podjęcia próby zaprze-

stania palenia. Motywacja do zaprzestania palenia bardzo mocno wzrasta po rozpoznaniu choroby nowotworowej, szczególnie tej tytoniozależnej. Niestety u większości palaczy nie powoduje to trwałego zaprzestania palenia [19, 20]. Tak było u pacjentów w niniejszym badaniu, którzy w różny sposób tłumaczyli, dlaczego nie rzucili nałogu i kontynuowali palenie. Jako przyczynę podawali stres i brak silnej woli do walki z uzależnieniem. Jednak tak naprawdę to biologiczne uzależnienie od nikotyny i potrzeba dostarczania jej kolejnych dawek jest najważniejszym czynnikiem odpowiedzialnym za kontynuację palenia [21, 22]. Co bardzo istotne, pacjenci głębiej uzależnieni od nikotyny odczuwają szybciej i intensywniej objawy głodu nikotynowego, do pokonania którego może nie wystarczyć silna wola. Również stres może nasilić potrzebę zapalenia papierosa i zakończyć okres abstynencji. Badania nad głębokością uzależnienia potwierdzają fakt, że pacjenci chorujący na nowotwory tytoniozależne najczęściej prezentują głęboki poziom uzależnienia, co znacznie utrudnia zaprzestanie palenia [23].

Istotny wpływ na nieskuteczność prób zaprzestania palenia ma również sposób, w jaki się takie próby podejmuje. Etap rozpoznania choroby nowotworowej to moment, w którym palacze są skłonni rozpocząć proces rzucania palenia, ale dla skuteczności takich działań ma znaczenie, w jaki sposób to czynią [10]. Nasi badani rzucali palenie na własną rękę i nie korzystali z pomocy profesjonalistów. Najczęściej były to spontaniczne, nieprzygotowane próby wynikające z silnego lęku o dalszy przebieg choroby. Taki sposób postępowania istotnie obniża skuteczność prób rzucenia palenia [24]. Do powrotu do palenia dochodzi aż u 85% pacjentów, którzy rzucają nałóg samodzielnie, podczas gdy dodatkowe zastosowanie farmakoterapii istotnie zwiększa skuteczność takich prób [25]. Z problemem rzucania palenia na własną rękę mieliśmy do czynienia w niniejszym badaniu — u pacjentów, którzy przyznawali, że nie korzystali z żadnej pomocy podczas zaprzestania palenia.

## Wnioski

Opisane badanie wydaje się wskazywać na istotny problem kontynuacji palenia po rozpoznaniu choroby nowotworowej płuc. Bezpośrednie doświadczenie skutków palenia w postaci śmiertelnej choroby zwykle nie prowadzi do zaprzestania palenia, które korzystnie wpływałoby na proces leczenia. Sama motywacja, bardzo duża po rozpoznaniu choroby, nie wystarcza do rzucenia palenia. Problemem, z którym muszą zmierzyć się palacze jest głębokie uzależnienie od nikotyny, dlatego ważne jest korzystanie przez nich

z dostępnej farmakoterapii, jak i pomocy ze strony lekarzy i innych profesjonalistów. Dalsze badania warto byłoby przeprowadzić wśród palaczy z rozpoznaną chorobą nowotworową, którzy od momentu rozpoznania choroby otrzymali profesjonalną pomoc w pozbyciu się nałogu. Być może korzystne wyniki takiego badania pokazałyby, jak wykorzystać dużą motywację do rzucenia palenia i dostępne metody pomocy palaczom.

### Piśmiennictwo

- Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M., Heath C. Jr. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*. 1992; 339 (8804): 1268–1278.
- Danaei G., Ding E.L., Mozaffarian D. i wsp. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med*. 2009; 6 (4): e1000058.
- Danaei G., Vander Hoorn S., Lopez A.D., Murray C.J., Ezzati M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*. 2005; 366 (9499): 1784–1793.
- Mathers C.D., Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006; 3 (11): e442.
- Organization WHO. WHO Report on the global tobacco epidemic 2011. Geneva: WHO 2011.
- [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/68064/E92470.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/68064/E92470.pdf)
- Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Spożycie tytoniu w Polsce w latach 1923–1995. W: Zatoński W., Przewoźniak K. (red.). Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka. Cz. I, Rozdz. 3. Wydanie drugie. Warszawa, Centrum Onkologii — Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, 1999: 111–112.
- American Cancer Society. Cancer facts and figures 2010. Atlanta: GA 2010.
- Gritz E.R., Demark-Wahnefried W. Health behaviors influence cancer survival. *J. Clin. Oncol*. 2009; 27 (12): 1930–1932.
- Gritz E.R., Fingeret M.C., Vidrine D.J., Lazev A.B., Mehta N.V., Reece G.P. Successes and failures of the teachable moment: smoking cessation in cancer patients. *Cancer*. 2006; 106(1): 17–27.
- Gritz E.R., Dresler C., Sarna L. Smoking, the missing drug interaction in clinical trials: ignoring the obvious. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005; 14(10): 2287–2293.
- Jensen K., Jensen A.B., Grau C. Smoking has a negative impact upon health related quality of life after treatment for head and neck cancer. *Oral Oncol*. 2007; 43 (2): 187–192.
- Graneheim U.H., Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ. Today*. 2004; 24 (2): 105–112.
- Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res. Nurs. Health*. 2000; 23 (4): 334–340.
- Sardari Nia P., Weyler J., Colpaert C., Vermeulen P., Van Marck E., Van Schil P. Prognostic value of smoking status in operated non-small cell lung cancer. *Lung Cancer* 2005; 47 (3): 351–359.
- Cataldo J.K., Dubey S., Prochaska J.J. Smoking cessation: an integral part of lung cancer treatment. *Oncology* 2010; 78 (5–6): 289–301.
- Duffy S.A., Khan M.J., Ronis D.L. i wsp. Health behaviors of head and neck cancer patients the first year after diagnosis. *Head Neck* 2008; 30 (1): 93–102.
- Siana J.E., Rex S., Gottrup F. The effect of cigarette smoking on wound healing. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand Surg*. 1989; 23 (3): 207–209.
- Gritz E.R., Carr C.R., Rapkin D. i wsp. Predictors of long-term smoking cessation in head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1993; 2 (3): 261–270.
- Ostroff J.S., Jacobsen P.B., Moadel A.B. i wsp. Prevalence and predictors of continued tobacco use after treatment of patients with head and neck cancer. *Cancer* 1995; 75 (2): 569–576.
- Breslau N., Johnson E.O., Hiripi E., Kessler R. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. *Arch. Gen. Psychiatry* 2001; 58 (9): 810–816.
- Johnson E.O., Chase G.A., Breslau N. Persistence of cigarette smoking: familial liability and the role of nicotine dependence. *Addiction* 2002; 97 (8): 1063–1070.
- McBride C.M., Ostroff J.S. Teachable moments for promoting smoking cessation: the context of cancer care and survivorship. *Cancer Control* 2003; 10 (4): 325–333.
- Schnoll R.A., Rothman R.L., Lerman C. i wsp. Comparing cancer patients who enroll in a smoking cessation program at a comprehensive cancer center with those who decline enrollment. *Head Neck* 2004; 26 (3): 278–286.
- Kasza K.A., Hyland A.J., Borland R. i wsp. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction* 2013; 108 (1): 193–202.