

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Lenka Jonáková

Závislost na tabáku a psychiatrická komorbidita

Tobacco dependence and psychiatric comorbidity

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce: doc. MUDr. Eva Králíková, CSc.

Praha, 2014



PDF Complete

*Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Prohlá-ení:

Prohla-uji, že jsem záv re nou práci na téma: Závislost na tabáku a psychiatrická komorbidita zpracovala samostatn a že jsem ádn uvedla a citovala v-echny poufité prameny a literaturu. Sou asn prohlá-uji, že práce nebyla vyuffita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým ulofením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za ú elem soustavné kontroly podobnosti kvalifika ních prací.

V Praze 14. 7. 2014

í ...í í í í .í í í í í í í í

Lenka Jonáková



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Identifika ní záznam:

Jonaková, Lenka. *Závislost na tabáku a psychiatrická komorbidita [Tobaccodependence and psychiatric comorbidity]*. Praha, 2014. 70 s., 10 p íl. Bakalá ská práce (Bc).
Univerzita Karlova v Praze, 1. léka ská fakulta, Klinika adiktologie 1. léka ské fakulty
Univerzity Karlovy a V–eobecné fakultní nemocnice v Praze. Vedoucí záv re né práce doc.
MUDr. Eva Králíková, CSc.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Podkování:

Chtěl bych zde na tomto místě především velice podkovat paní doc. MUDr. Evu Králíkové, CSc. za odborné vedení mé bakalářské práce, za vstřícnost a za trpělivé poskytování informací na mé dotazy. Velké podkování patří také mým nejbližším a rodině za podporu a povzbuzování při studiu.

Abstrakt: Zavislost na tabaku a psychiatrická komorbidita

Východiska: Jelikož je kouření celospolečenský problém a prevalence kouření u psychiatrických pacientů je 2-3x vyšší než v běžné populaci, bylo účelem bakalářské práce zmapovat tuto problematiku i u pacientů v Psychiatrické nemocnici v Havlíčkově Brodě.

Cíle: V bakalářské práci byly stanoveny 4 cíle: zjistit prevalenci kouření, u pacientů -ku také zjistit nejčastější diagnózy spojené s kouřením v etnoprofesionálním prostředí personálu, zmapovat znalosti pacientů o možnostech léčby závislosti na tabáku a nabídnout jim základní poradenství a informační materiál o kouření.

Metody: Zdrojem dat byla evidence pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici Havlíčkově Brodě k 3. 2. 2014. Vlastní výzkum proběhl u pacientů s diagnózou F10 a F20 v období do 3. 2. do 15. 6. 2014. Jednalo se o výzkum převážně kvantitativní povahy. Výzkumný soubor tvořilo celkem 200 pacientů s diagnózami F10 a F20 a dále bylo osloveno 55 lékařů pracujících s psychiatrickými nemocnými pacienty-kučky. Data byla získávána dotazníkovým šetřením a lékaři byli osloveni pomocí interní e-mailové pošty.

Výsledky: U zkoumaného vzorku pacientů byla zjištěna vyšší prevalence kouření u mužů 54,6 % a u žen 31,6 % v porovnání s běžnou populací. Výzkum též poukázal na nízkou informovanost pacientů ohledně způsobů odvykání od kouření (50 % nevědělo a 50 % vědělo) a dále bylo zjištěno, že lékaři kouření psychiatrickými nemocnými často tolerují a nepokládají u nich intervenci za důležitou (1 %). I když 90 % oslovených respondentů by raději nekouřilo a 65,5 % má problém s kouřením v estetice, málokdo toho dosáhne.

Závěry: Výzkum přinesl podrobnější pohled na psychicky nemocné pacienty, kteří v rámci svého volného času tráví kouřením a poukázal na nízkou informovanost pacientů o možnostech léčby závislosti na nikotinu. Z výzkumu též vyplynulo, že zdravotnický personál přikládá této problematice malou váhu.

Clíčová slova: tabák, kouření, psychiatrické diagnózy, intervence

Abstract: Tobacco dependence and psychiatric comorbidity

Introduction: Because the smoking is a societal problem and the prevalence of smoking of psychiatric patients is 2 to 3 times higher than in the general population, the purpose of the bachelor thesis was to map these issues for patients in a psychiatric hospital in Havlík v Brod.

Objectives: There were four objectives defined in the thesis: to determine the prevalence of smoking, to find the most common diagnoses for patients-smokers and to chart the aspects associated with smoking including health personnel attitudes, to assess their knowledge about smoking cessation possibilities and to offer basic advice and information material about smoking cessation to the patients.

Methods: The data source was the records of patients hospitalized in the psychiatric hospital Havlík v Brod till the 3rd of February 2014. Actual research was carried out on patients with a diagnosis of F 10 and F 20 in the period from 3rd of February to 15th of June 2014. The research sample of the predominantly quantitative research included 200 patients with diagnoses F 10 and F 20 and 55 physicians working with psychiatric ill patients-smokers. Data were collected by questionnaire survey and doctors were contacted by an internal e-mail.

Results: Compared to the general population, higher prevalence of smoking was found in our sample of patients. Research also refers to a low patients awareness of smoking cessation possibilities. Smoking in psychiatric ill patients is often tolerated by the physicians who do not consider such interventions as important. While 90% of respondents would prefer not to smoke and 65.5% would like to quit, just a few will be able to achieve it.

Conclusions: We brought more detailed view on psychiatric ill patients who spend most of their free time on smoking and pointed to the low patients awareness about smoking cessation options. The health care staff does not pay enough attention to this issue.

Key words: tobacco, smoking, psychiatric diagnosis, intervention

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Historie tabáku a kouření.....	11
2. Způsoby užívání tabáku	13
3. Nikotin a jeho účinky na organismus.....	16
4. Zdravotní rizika a důsledky kouření:.....	17
4. 1 Statistiky, které se týkají úmrtí na nemoci z kouření cigaret nejen v České republice (ČR):.....	18
5. Diagnostika závislosti na nikotinu:	19
6. Označení diagnózy v dokumentaci	20
7. Léčba závislosti na tabáku	21
7. 1 Linka pro odvykání kouření, protikuřácké poradny a centra.....	22
8. Psychiatričtí pacienti a kouření.....	23
8.1 Schizofrenie a kouření.....	23
8. 2 Terapie nikotinismu u pacientů se schizofrenií	24
8.3 Depresivní porucha a úspěšnost léčby závislosti na tabáku.....	25
8.4 Závislost na psychoaktivních látkách a kouření.....	25
8. 5 Terapie nikotinismu u psychicky nemocných pacientů	26
9. Stanovení výzkumných cílů a hypotéz.....	27
9. 1 Výzkumné cíle	27
9. 2 Hypotézy.....	28
10. Desing daného výzkumu	28
10. 1 Popis a zdůvodnění případu.....	28
10. 2 Etické hledisko	29
11. Použité metody tvorby dat	29



PDF Complete

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

11. 1 Dotazníky.....	30
12. Stanovení výzkumného souboru	30
13. Metody analýzy dat.....	38
14. Předpokládané výstupy.....	38
15. Praktický průběh realizace.....	38
16. Výsledky výzkumu.....	39
16. 1 Výsledky výzkumu pacientů (dg. F10 a dg. F20).....	39
16. 2 Výsledky - dotazník od ošetřujících lékařů v PN HB.....	50
ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	54
18. Seznam literatury:	55
19. Seznam příloh	58

ÚVOD

Špatná kouř je nejsnadnější vycoustat. Já to mohu potvrdit, zkusil jsem to už nejméně tisíckrát. Mark Twain

Je za pět minut 8 hodin, pacienti nervózně přelapují u dveří na terasu, v jedné ruce fňmoulaří krabičky cigaret a ve druhé zapalovač. První cigareta po probuzení. Osm hodin, otevírám dveře vedoucí na terasu, pacienti se tlačí do dveří, jistě se nemohou dostat, zapalují cigaretu - na tvářích je vidět úleva.

Proč si cigaretu neodpustí, proč kouří, co je k tomu vede? Dělají to ze zvyku, nebo jim to prostě chutná? Mají ke kouření nějaký racionální důvod? To je jen několik otázek, které si stále pokládám.

Pracuji jako zdravotní sestra v Psychiatrické nemocnici Havlíkův Brod na detoxifikačním oddělení pro mufler a fleny léčící se ze závislosti na alkoholu, gamblingu a jiných nealkoholových drogách (viz potvrzení o zamětnání, příloha str. 60). Jelikož se v práci s kuřáky setkávám denně, rozhodla jsem se, fler i téma mé bakalářské práce se bude týkat kouření. Mezi pacienty závislými na alkoholu kouří cca 80 % (DiFranza & Guerrero, 1990) a značná část z nich je na nikotinu závislá, mezi pacienty závislými na jiných psychoaktivních látkách kouří cca 90 % (Richter et al., 2001) a mezi gamblery 41,6 % kouří pravidelně (denně) 30,1 % přileflitostně (rekreačně) a pouze 21,3 % jsou nekuřáci (Petry et al., 2005). Je tedy zřejmé, fler tabáková závislost představuje u psychiatrických pacientů značný problém a přesto, fler flkodlivost kouření je všeobecně známá, dosahuje tento problém i v současné době celospolečenského charakteru a je tudíž neustále aktuálním tématem.

V celé Psychiatrické nemocnici v Havlíkově Brodě jsou vyhrazená místa pro kuřáky, zákon psychiatrickým pacientům uzavřených oddělení uděluje výjimku. Ostatní zdravotnická zařízení v České republice by měla být striktně nekuřácká. Zákon kouření se vztahuje jak na pacienty, tak na personál, s výjimkou vyhrazených míst. Zákaz vychází se zákona č. 379/2005 § 8 e: "Zakazuje se kouřit

ve vnitřních prostorách zdravotnických zařízení všech typů, s výjimkou uzavřených psychiatrických oddělení nebo jiných zařízení pro léčbu závislostí, a to v prostorách, které

jsou stavebně oddělené a při pobytu osob s možností vstoupit do prostor mimo budovu¹. Pacienti na oddělení závislostí v Havlíkově Brodě nemají kůrnu, proto kouří na terase před oddělením.

Dle Sarna et al. (In Králíková et al., 2013) by zdravotní sestry v České republice mohly významně ovlivnit epidemii užívaní tabáku. I když by byla ráda, kdybych nějakým způsobem mohla ovlivnit naše psychiatrické pacienty svým nekuřáckým příkladem a proto jsem se rozhodla, že je oslovím a budu je krátce intervenovat. Sarna et al. (In Králíková et al., 2013) uvádí, kdyby každá ze 100 000 zdravotních sester v České republice pomohla přestat s kouřením čtyřem pacientům za rok, znamenalo by to pomoc pro 400 000 kuřáků ročně. Zdravotní sestry, lékaři a další zdravotní pracovníci by mohli být nekuřáckým příkladem svým pacientům - uvádí Králíková (2013).

Závislost na tabáku je nemoc. V Mezinárodní klasifikaci nemocí nese označení F 17. V České republice touto nemocí trpí přibližně 2,3 milionu lidí. Ročně zaviní předčasná úmrtí osmnácti tisíc obyvatel naší země (Králíková & Těpánková, 2007).

Závislost na tabáku je nemoc. V Mezinárodní klasifikaci nemocí nese označení F 17. V České republice touto nemocí trpí přibližně 2,3 milionu lidí. Ročně zaviní předčasná úmrtí osmnácti tisíc obyvatel naší země (Králíková & Těpánková, 2007).

I lidé, kteří zrovna drží cigaretu v ruce v dlaních, že si nekouří a v tichu by ji i ráda chtěla zahodit, ale v dlaních jak na to? V ČR plánuje kolem 20 % kuřáků přestat kouřit v následujících měsících, dalších 40 % "ne kdy později" (Sovinová et al., 2012). Podle výzkumného zprávy z roku 2011 bylo možné v České republice 24,2 % obyvatel označit za pravidelné kuřáky (kouříli nejméně jednu cigaretu denně). Dalšími 4,9 % tvořili přelíčitostní kuřáci, (kouřili méně než jednu cigaretu denně). Znamená to, že dle vlastní výpovědi 29,1 % obyvatel České republiky ve věku 15-64 let v roce 2011 kouřilo a bylo je možné označit jako kuřáky (Sovinová et al., 2012).

Cíl práce

Tato bakalářská práce pojednává o závislosti na tabáku u pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici Havlík v Brodě. Cílem bakalářské práce je pomocí dotazníků, rozdáných a vyplněných individuálně, zmapovat abúzus nikotinu v populaci duševně

¹Zákon o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změnách souvisejících zákonů



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

nemocných a pomocí podrobných otázek zjistit další aspekty týkající se kouření. Cílem tohoto převážně kvantitativního výzkumu je také zjistit, do jaké míry zdravotnický personál intervenuje a informuje pacienty o možnostech léčby závislosti na tabáku.

V neposlední řadě bych byla velice ráda, kdybych při dotazníkovém šetření mohla klientům poskytnout další informace o škodlivosti kouření a tím, kteří by chtěli s kouřením přestat, nabídla základní poradenství a informační materiály.

Šťastný zázrak nemůže udlat zkušáka bez ohledu na jeho vlastní práci
(Králíková & Kozák, 1997).

TEORETICKÁ ČÁST

1. Historie tabáku a kouření

Kouření různých dýmů a kouření sahá až do středověku. První lidé, kteří zavedli kouření tabákových listů, byli domorodci v Americe. Byli to američtí Indiáni kmene Huron. Tito domorodci si pěstovali tabákové rostliny a kouřili jejich listy z obřadných a z léčebných účelů. Listy tabáku pouštěli ve formě obkladů, a také aplikovali jako pastu na různé rány. Tabák považovali za jednu z nejdůležitějších plodin. Pro indiány měl tabák velký význam a připisovali mu neobyčejné účinky. Kouření tabáku jim napomáhal v boji proti bolesti, únavě i hladu. Evropanem, který se poprvé setkal s tabákem, byl jeden z námořníků Kolumbovy výpravy Luis de Torres nebo Rodrigo de Jeses, bylo to v roce 1492.

Tabák lidé začali kouřit v dýmce, jako doutník a postupem času si začínali odvarovat i tabákový prach – upali. Tabák se postupně rozšířil do Evropy, Asie, Afriky a Austrálie. V roce 1559 pan Damien de Goes poskytl tabák francouzskému velvyslanci Jeanu Nicotovi, aby rostlinu prozkoumal. Ten rostlinu popsal a poukázal na její léčebné účinky. Alkaloid obsažený v tabákových listech byl později nazván i jeho jménem (Kozák, 1993).

Ve Francii se tabák objevil roku 1556, v Portugalsku roku 1558, ve Španělsku roku 1559 a v Anglii to bylo v roce 1565. První komerční úspornou odrůdu tabáku vypěstoval Američan John Rolfe ve Virginii. Bylo to v roce 1612. Další více než dvě stě let podporovalo pěstování tabáku na polích v Severní Americe potřeby otročké práce. Ke konci devatenáctého století se stal tabák v Severní Americe hlavním vývozním artiklem, v té době se tabák šířil rychle. S příchodem novin a časopisů se rozšířila reklama na tabákové produkty, cigarety byly propagovány jako produkty pro mužné a silné povahy. V reklamě na cigarety se objevovali pouze muži, kouření u žen se považovalo za neslušnost. Ve dvacátých letech 20. století tabákové společnosti začaly provádět kampaně, které nabádaly ke kouření i ženské pohlaví, bylo to s nástupem hnutí za volební právo žen v Anglii (Shapiro, 2005).

V dějinách jsou první zmínky o tabáku datovány koncem 16. století, díky podpoře Rudolfa II, bylo to v době, kdy se do Uher vpadli Turci.

Pravděpodobně jedním z prvních kouřáků v českých zemích byl Mikuláš Dačický z Hesova. Tabák také proslulými pojmenováními: Květinová velvyslancova (po J. Nicotovi), Květinová svatého kříže, Catarina Medicia (podle Kateřiny Medicejské) a další. Na jedné straně některé osobnosti tehdejšího světa prohlásily, že jim tabák pomáhá v jejich činnosti: Napoleon, Petr Veliký, Bismarck, Kateřina Medicejská, aj. A na straně druhé někteří lékaři,

jako Van der Meer z Delftu, vyjad ovali skepticismus a doporu ovali používání tabáku omezit. Po roce 1601 se také začali objevovat první zákazy a tresty za užívání tabáku. Tabák se začal srovnávat s šerňými páchnoucími výparry, unikajícími z pekla.

Těfl stojí za zmínění, že například ve středověkém Rusku byli kvůli trestání uříznutím nosu, rozříznutím rtu, kastrací a bičováním, to aby se jim ke kouření nevraceli. Afl Petr Veliký uřadil tímto trestem konec, jelikofl i on byl vášnivý kouřák a rád kouřil dýmku. Ke značnému rozvoji tabákového průmyslu došlo, na popud stále zvyšující se poptávky po ručně vyráběných cigaretách, ve Spojených státech amerických. Zavedla se strojová výroba cigaret. Vynálezcem, který zkonstruoval stroj na výrobu cigaret byl James Bonsack z Virginie, v té době tento stroj vyráběl 120 000 cigaret denně (Kozák, 1993).

K historii tabákového průmyslu nutno zmínit i pokusy, které se dělaly na zvířatech. V té době se jednalo o opice a kohouty. Tímto zvířetem se vpravoval kouř do dýchacích cest a poté se prováděla rešeršní, která byla nutná pro získání údajů k povolení prodeje a výroby tabákových výrobků a cigaret (Perná & Vařáková, 2009).

V České republice máme nyní jedinou továrnu na výrobu cigaret. Firma, která ji provozuje, se jmenuje Philip Morris ČR a sídlí v Kutné Hoře. Historie výroby tabákových výrobků v této továrně sahá afl do roku 1812. Tato firma zaměstnává okolo 1100 zaměstnanců a nabízí devět cigaretových značek a 68 variant cigaret. K jedné z devíti cigaretových značek patří Marlboro, nejprodávanější a nejvýznamnější značka cigaret na světě.

2. Zpoby uflívání tabáku

Cigareta je tabákový výrobek, kterou vyhlá-ka eského ministerstva zem d lství² defínuje jako tabákový smotek, který lze kou it jako takový a který není doutníkem nebo cigarillem³. Jednoduchou nepr myslovou manipulací se vloflí do dutinky z cigaretového papíru nebo se do tohoto cigaretového papíru zabalí.

Cigarety, které jsou vyráb né strojov , obsahují na ezaný i jinak upravený tabák, který je zpracovaný stovkami chemických látek. Vyráb jí se ve výrobních linkách. Zp sob uflívání tabáku cigaretou, je nejroz-í en j-ím zp sobem uflívání tabáku po celém sv t (Shapiro, 2005).

Doutník je tabákový smotek, který obsahuje výlu n p írodní tabák a má také krycí list z p írodního tabáku.⁴

Králíková (2013) uvádí, fe doutníky nejsou bezpe nou variantou cigaret. U doutník není t eba potahovat kou p ímo do plic, jelikofl nikotin se vst ebává bukální sliznicí díky vy-ímu pH. Ku áci si tento fakt ásto neuv domují, a kdyfl p ejdou z kou ení cigaret na doutníky ásto potahují afl do plic.

³ Cigarillos ó krátký doutník o hmotnosti nejvíce 3 g.

^{2,4} Vyhlá-ka MZe . 344/2003 Sb.

Dýmka je nástroj, který je vyráběn z různých materiálů (bambus, porcelán, hlína, aj.), ale nejast ji ze dřeva. Skládá se z hlavičky a troubele⁵ zakončené náustkem. Tabák se nacpe do hlavičky a vtahuje náustkem (Shapiro, 2005).

Vodní dýmka se stala oblíbenou u mladých lidí. Skládá se z hlavy, kovového těla, skleněné nádoby a ohebné dlouhé hadičky s náustkem. Vlhký smotek tabáku se pokládá na misku hlavy společně s hořícím uhlíkem. Kouř prochází vodou, kde se ochlazuje. Dlouhou hadičkou pak kuřák inhaluje. Aby kuřák udržel oheň, je třeba aby i intenzivně inhaloval. Při kouření je tedy objem vdechovaného vzduchu při potažení u vodní dýmky větší než u cigarety. Tabákové směsi, které jsou určeny pro vodní dýmky obsahují různé příchutě a aroma. Zpravidla obsahují 30% tabáku a 70% ovocné melasy. Tabák pro vodní dýmky obsahuje kolem 2-4% nikotinu oproti cigaretám, kde obsah nikotinu je okolo 1-3%. Kvalita tabáku je zde velmi proměnlivá a navíc kuřák vdechuje zplodiny hořícího uhlíku. Jelikož se často vodní dýmka sdílí s více kuřáky, dochází zde k zvýšenému riziku infekcí, a to i v případě, že se náustek myje (Králíková, 2013).

Bezdyňový tabák se v České republice užívá zriedka. Jedná se o – upací a orální tabák. TMupání tabáku je úkon, kdy člověk vdechuje –petku práškového – upacího tabáku nosem. Orální tabák je tabák, který se vkládá do dutiny ústní, kde se nikotin samovolně rozpustí a uvolní. Orální tabák může být porcovaný (vlhký prášek balený jako porcovaný čaj v malých sáčkích) i flýkácí (rozpuštěný v ústech pomocí flýkání). Flýkání tabáku je považováno za čistě americký zvyk (Králíková, 2013), (Shapiro, 2005).

Elektronická cigareta neboli e-cigareta je zařízení, které vytváří páru podobnou kouři. Jedná se o plastickou tyčinku podobnou cigaretě, kterou lze rozrůbovat a umístit do ní patronu s různými koncentracemi nikotinu a s různými příchutěmi.

Ovocné i sladké příchutě mohou vzbuzovat dojem šzdravého kouření, ale je třeba mít na paměti, že závislost na nikotinu může i vzniknout s těmito cigaretami. Tato e-cigareta obsahuje náplň s různým množstvím nikotinu. Zdravotní riziko je zde v porovnání s klasickým kouřením minimální, ale u tohoto kouření je nutné v neposlední řadě myslet na možnost snadného předávkování (Králíková E. & Jefek M., in Králíková et kol., 2013).

⁵Troubel- část dýmky mezi hlavičkou a náustkem

Pasivní kouení

Novák et kol. (1980) uvádí, že tabákový kouení kódí více kuák m, kte í ho inhalují p ímo, neffli t m kdo jsou vystaveni zakou enému ovzdu í. P í modelových pokusech, kdy se zji ovalo, které slofkky tabákového kou e p sobí na organismus neku áka a které zamoují ovzdu í, bylo nap . zji t no, že kuák který vykou í jednu cigaretu, zanechá v ovzdu í 70-80mg pevných ástic. Z toho asi 60mg jde do atmosféry p ímo a zbytek, tedy okolo 20mg, vniká do kuákova organismu. P íblífn polovina (10mg) se zachytí v jeho plicích. P í inhalování hluboko do plic se zachycuje v organismu afl 99 % tuhých ástic a 54% oxidu uhelnatého. U kuák , kte í kou í bez inhalování je to asi 16% tuhých ástic a pouhé 3 % oxidu uhelnatého. Tabákový kou e a jeho zápach se v ovzdu í drflí houflevnat . Neku áci, kte í jsou vystaveni tabákovému kou í mohou mít potíffe nejen alergického p vodu (pálení o í, bolest hlavy, dráfld ní v nose.). U d tí, které vyr staly v kuákém prost edí byl pozorován v t í výskyt onemocn ní horních cest dýchacích a téfl u nich byl prokázán nikotin v mo í. P sobením oxidu uhelnatého dochází ke sníffení vnímavosti zraku i sluchu a také ke zpomalení reakcí, ímfl se zvy uje riziko úraz .

Vedlej í proud tabákového kou e obsahuje etné karcinogenní, mutagenní, dráfldivé i toxické látky. N které z nich se objevují ve vedlej ím proudu více neffl v proudu hlavním. K t mto látkám pat í nap íklad aromatické uhlovodíky a nitrosaminy, cofl jsou látky s výrazným kancerogenním p sobením. Nej ast ji u pasivního kou ení je udáváno zvý ené riziko nádor plic, mozku, orofaciální oblasti, ale i nádor gynekologických, prsu a mo ového m chý e (Kozák et kol., 1993).

Dle Králíkové (2013) pasivní kou ení zp sobuje stejné nemoci jako aktivní, ale v men í mí e, jelikofl p í pasivním kou ení se do organismu dostává vffdy men í množství látek neffl p í aktivním. K výjimce pat í cévy, zde posta í minimální expozice kou e (ádov v minutách) a dochází k jejich po kození.

Záv rem m flme shrnout, že neexistuje bezpečná dávka kou e, kaflde vdechování v jakémkoli množství m fl být nebezpečné. Tudífl ne kódí jenom aktivní, ale i pasivní kou ení. Zvlá t nebezpečný pobyt v zakou ené místnosti je pro osoby trpící ischemickou chorobou srde ní, pro osoby náchylné k onemocn ní pr du ek a po d tí. D tí jsou na zne í t né ovzdu í mnohonásobn citliv j í neffl dosp lí a novorozenci, kte í pobývají v zakou ené místnosti jsou afl 50krát více ohroffeni neffl dosp lí (Novák et kol., 1980).

3. Nikotin a jeho účinky na organismus

Nikotin je alkaloid⁶ obsažený v tabáku, v malých dávkách má stimulační účinek, zvyšuje krevní tlak, zlepšuje soustředění, zrychluje srdeční frekvenci, snižuje chuť k jídlu, zasahuje do činnosti nervového systému a do činnosti slázných vnitřních sekretů. Při kouření se účinek nikotinu dostavuje v podstatě okamžitě, dochází ke stimulaci cholinergního a dopaminergního přenosu, což vede k zlepšení kognitivní funkce a iniciativy. Při dlouhodobém užívání, dochází k posílení syntézy endorfinů, ale to vše za cenu vzniku závislosti (Vokurka, Hugo, et kol., 2008).

Nikotin působí na nikotinové receptory. Tyto receptory jsou umístěny na periferních (volně ovladatelných) svalech a tak nejen ukuřáka způsobuje třes rukou. Nikotinové receptory jsou též ve vegetativních nervech a jejich stimulace zvyšuje aktivitu nervů sympatických, což ukuřáka vede také ke zvýšení krevního tlaku. Když pronikne nikotin do mozku, začne stimulat nikotinové receptory i tam, což způsobí vyvolání stimulaci, tedy stav bdělosti, snížení agresivity a dráždivosti, ale i snížení úzkosti. Po vyšších dávkách se nikotinové receptory nasatí a to vyvolá útlum mozku. Při pravidelném kouření tabáku se nikotinové receptory i svalové buňky na nikotin stanou méně citlivými a tímto způsobem ztrácejí schopnost nikotin rychleji rozkládat, takže účinek na svaly postupně mizí. Mozkové receptory se však od svalových poněkud liší. Mozkové receptory jsou na nikotin citlivější. Časem se u pravidelného kuřáka vyvine tolerance, takže i mozkové receptory se stanou méně citlivými. Množství nikotinu, které je potřeba k dosažení stejné úrovně duševního povzbuzení se tedy postupně navyšuje (Ston & Darlington, 2003).

⁶ Alkaloidy jsou přírodní látky zásadité povahy s heterocyklicky vázanými atomy dusíku, v tuzemské rostlinného původu. Jsou krystalické, ve vodě málo rozpustné, ve vyšších dávkách působí jako prudké jedy, v malých dávkách se používají jako léčiva (Vokurka, Hugo, et kol., 2008).

U kuřáka se nikotin vstřebává sliznicí dutiny ústní nebo plícemi a za několik sekund se dostává přímo do mozku. Aby se nikotin dobře vstřebával ústní sliznicí, je dleflitě slab zásaditě prostředí, kdy není nikotin ionizován a tedy rychle přechází do krve. Kouř dýmky a doutníku je zásaditý, proto se z nich nikotin začne vstřebávat přímo sliznicí ústní dutiny, bez toho aniž by bylo třeba dluovat. Kuřáci cigaret vdechují kouř slab kyselý, kdy je veřerý nikotin ionizován, a proto kuřáci, aby se nikotin vstřebal, musí kouř cigaret vdechnout až do plic (Králíková & Kozák, 2003). Absorbce nikotinu tedy probíhá pouze v alkalickém prostředí (Krtíl J. & Zima T., in Králíková et kol., 2013).

Nikotin je rychle působící droga a hladina nikotinu v krvi klesne v krvi v průběhu ticteti minut asi o 50% a po ddesáti minutách asi na jednu dtrtinu. Tento fakt vysv tluje, proč v tina kuřáku denně vykouří okolo dvaceti cigaret (Carr, 2003).

Nikotin tedy ovlivuje téměř celý endokrinní systém, především zvyšuje uvolnění katecholaminů, hypofyzárních hormonů, kortikosteroidů a betaendorfinů. To vše ovlivuje chování a náladu kuřáka. Nikotin dále také působí na cévy a srdce. Těži například urychluje peristaltiku zařívacího traktu (Králíková, Kozák, 2003). U žen, kuřák se mohou dostavovat poruchy menstruačního cyklu a u těhotných může nikotin, který proniká přes placentu, způsobit až potracení plodu (Illes, 2002).

Illes (2002) dále uvádí, že i přes dostatečně známá zdravotní rizika uřívá tuto zdánlivě nevinou drogu stále více mladých lidí. Bez pochyby jisté je, že kouření má degenerativní vliv na populaci.

4. Zdravotní rizika a d sledky kouření:

Dle Nováka et kol. (1980) s kouřením souvisí závažné choroby dýchacího ústrojí (chronický zánět průdušek, rozedma plic, rakovina plic a hrtanu), srdce a cév (ischemická choroba srdeční, poruchy prokrvení mozku a cév periferních, trávicího ústrojí (rakovina rtu, dutiny ústní jícnu, slinivky břišní, vedová choroba žaludku a dvanáctníku) a ústrojí vylučovacího (nádory močového měchýře).

Meš (1989) uvádí, že ze všeho nejvíce nebezpečné je u kuřáka stahování průsvitu cév a působení karcinogenních látek, které jsou obsažené v kouři.

Čím více člověk kouří, tím je pravděpodobnější, že bude trpět různými poruchami organismu. Kouření způsobuje poruchy krevního oběhu, srdeční onemocnění, infekce plic, infarkty, mozkové mrtvice, rakovinu plic, dutiny ústní aj. Málokdo prodělá tyto všechny choroby, ale kdybyl bude kouřit, bude k těmto chorobám náchylnější. Chorobu, kterou si

nejast ji spojujeme s kou ením je rakovina plic. Riziko nevratného poškození plic se zvyšuje s denním počtem vykouřených cigaret, počtem kuřáckých let a riziko rakoviny plic je také vyšší, čím je nižší v klovka, který se svým zlovykem začal (Shapiro, 2005).

Rakovina plic není ale ve skutečnosti nejvyšším ze smrtelných příčin vyplývajících z kouření. Například ve Velké Británii umírá na následky kouření 114 000 lidí a 30 000 z nich postihnou choroby cév a srdce (Shapiro, 2005). A dle Aschermanna et Linharta (in Králíková et kol., 2013) v celé Evropě v roce 2006 zemřelo na kardiovaskulární onemocnění 20 % mužů a 3 % žen.

fialoudík (in Králíková et kol., 2013) uvádí, že tabákový kou obsahuje okolo 100 karcinogenních látek, kokarcinogenů i promotorů tumorů. A k dalším zhoubným nádorům, které jsou dokladovány, vlivem zplodin kouření tabáku, patří nádory: dutiny ústní, hrtanu, jícnu, žaludku, slinivky břišní, ledvin, močového měchýře, a dále i nádory gynekologické a leukémie.

Tabák organismus oslabuje a podporuje výskyt všech mentálních a fyzických nemocí (Comby, 2007).

Karcinogenní potenciál má také vystavování se tabákovému kou i v prostředí, kdy je onkologickému riziku vystaven nejen samotný kuřák, ale i osoby, které jsou ve stejných prostorách s ním (fialoudík, in Králíková et kol., 2013).

4.1 Statistiky, které se týkají úmrtí na nemoci z kouření cigaret nejen v České republice (ČR):

- Dle Králíkové (2013) na kouření umírá 30 % mužů a 4 % žen
- Na následky aktivního kouření zemře každoročně 8 000 lidí a na pasivní kouření každým rokem 18 000 osob (Langová et kol., 2008)
- Každoročně je v ČR registrováno kolem 6 000 nových případů rakoviny plic a okolo 5 500 lidí na toto onemocnění umírá (fialoudík, in Králíková et kol., 2013)
- Kouření v ČR je příčinou každého pátého úmrtí, to jsou tedy přibližně dvě úmrtí za 1 hodinu (Aschermann & Linhart, in Králíková et kol., 2013)
- Kuřáci, kteří vykouří denně více než 20 cigaret, jsou z jedné čtvrtiny vystaveny úmrtí způsobené tabákem, smrtťochů kuřáků je někdy rychlá – infarkt, ale často bývá pomalá a krutá a je předcházena hrozným utrpením – rozedma plic, bronchitida aj. (Comby, 2007)

5. Diagnostika závislosti na nikotinu:

Jak popisuje Králíková a Těpánková (2007), závislost na nikotinu lze orientačně diagnostikovat jednou otázkou: Jak brzy po probuzení máte potřebu si zapálit? Pokud pacient odpoví, že do hodiny, je závislý na nikotinu. Také jistě bude kouřit minimálně 10 a více cigaret denně. Pokud chceme dále kladně posoudit závislost u klienta můžeme použít Fagerströmův test nikotinové závislosti (viz níže).

Fagerströmův test nikotinové závislosti (Straka, 2014):

Jak brzy po probuzení vykouříte první cigaretu?	
a) po více než 1 hodině	0
b) za 31-60 minut	1
c) za 6-30 minut	2
d) do 5 minut	3
Je pro vás kouření někde zakázáno?	
a) ne	0
b) ano	1
Které cigarety jste nejméně ochotni se vzdát?	
a) první ránní	1
b) jiné	0
Kolik cigaret kouříte denně?	
a) méně než 10	0
b) 11-20	1
c) 21-30	2
d) více než 30	3
Kouříte během první hodiny po probuzení alespoň jednu cigaretu?	
a) ne	0
b) ano	1
Kouříte, i když jste nemocní tak, že ležíte v posteli?	
a) ne	0
b) ano	1

Do 5 bod - slabá závislost, 5 až 7 bod - silná závislost, nad 7 bod - extrémně silná závislost.

6. Označení diagnózy v dokumentaci

Závislost na tabáku není zlovyk, ale nemoc (Králíková, 2013).

Od 1. 1. 1994 v České republice je platná 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která toto onemocnění označuje písmenem F a číslicí 17, tedy: F 17. Jsou to poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku.

Dále bychom se v dokumentaci u pacientů mohli setkat s diagnózou: Z 72.0- šProblémy spojené se životním stylem- užívání tabáku, kam ale nepatří: závislost na tabáku (F17.2). V MKN-10 bychom dále mohli najít označení: Z 71.6- Osoby, které se setkaly se zdravotnickými službami pro jinou poradu nebo lékařskou radu, nikde jinde nezaženy- šPorada při abúzu tabáku (nepatří sem rehabilitace zaměřená na abúzus tabáku- Z50.8). I diagnóza s označením: P 04.2 se týká tabáku- Postižení plodu a novorozence -kodlivými vlivy přenesenými placentární cestou nebo mateřským mlékem- šPostižení plodu a novorozence užíváním tabáku matkou. Tabák a nikotin mají za násobit tělu toxický účinek na organismus, označení pro tento případ je: T 65.2. (MKN-10, 2008).

Nejčastěji lékaři v dokumentaci zaznamenávají diagnózu s označením: F 17.2 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku- syndrom závislosti)⁷.

Syndrom závislosti je definován jako: soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických jevů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který zahrnuje následující projevy. Pro splnění diagnózy závislosti je zapotřebí alespoň tři z následujících -estí atributů:

- silné přání užití drogy, nutková potřeba o tzv. bažení (craving)
- porušené ovládnutí při jejím užívání, ztráta volní kontroly
- pokračující užívání i přes -kodlivé následky, neschopnost odprostit se od užívání i přes tělesné i duševní komplikace

⁷ více viz praktická část str. 50

- zvýšená/snížená tolerance
- p ednost drogy p ed v-emi ostatními aktivitami, p evaflující orientace na flivotní styl s drogou, její shán ní a zotavování se z jejího ú inku
- odvykáci stav p i nedostatku i vysazení drogy (www.drogy-info.cz)

7. Lé ba závislosti na tabáku

P edpokladem úsp -né lé by je rozhodnutí i p ání p estat. Kdyfl pacient s kou ením p estat nechce, m li bychom ho alespo namotivovat (Králíková, 2013).

Kou ení se povafluje za nau ené chování, které si ku ák upev uje n kdy afl roky, proto i odvykání od kou ení trvá ádov m síce. Nej ast ji se p i odvykání kou ení postupuje krok za krokem (Stone & Darlington, 2003).

Na závislost na nikotinu se m fleme podívat ze dvou pohled -jako na závislost fyzickou a psychosociální. Fyzicky je ku ák závislý, obecn lze íci, kdyfl vykou í více jak 20 cigaret denn a ranní cigaretu si zapaluje do hodiny po probuzení. Fagerström v test nikotinové závislosti (viz vý-e), m fle ur it p esn j-í hodnocení fyzické závislosti. Psychosociální závislosti se ku ák m fle zbavit sám, v tomto p ípad se nej ast ji vyuffívají n které techniky kognitivn -behaviorální terapie (KBT). Ku ák m ní své návyky, automatické innosti a zm ní i sv j flivotní styl. Doporu uje se nau it r zné dechové cvi ení, vypít sklenici vody apod. Pro ku áky, kte í jsou na nikotinu závislý, je vhodná substitu ní lé ba, která pomáhá zabránit abstinení m p íznak m (nezvladatelná touha po cigaret , nervozita, hlad, zácpa, deprese, nesoust ed nost aj.), které se mohou p i odn tí nikotinu dostavit. Tyto abstinení p íznaky se mohou objevit 4-6 hodin po odn tí nikotinu (Du-ek, Ve e ová-Procházková, 2010).

P i lé b závislosti na nikotinu je zapot ebí myslet nejenom na fyzickou a drogovou závislost, ale je t eba mít na pam ti individuální zvyklosti, psychické charakteristiky a sociální prost edí ku áka. Každý léka který zjistí, fle pacient kou í, by m l alespo provést minimální intervenci., tzv. š5Aõ (Králíková et kol., 2013):

- Ask about tobacco use (ptejte se na uffívání tabáku)

- Advise to quit (jasn doporu te p estat)
- Assess willingness to make a quit attempt (posu te ochotu p estat)
- Assist in Quit attempt (pomozte p estat)
- Arrange follow-up (plánujte kontroly)

K n kterým zp sob m jak odvyknout kou ením m fle dále dle Ne-pora a kol. (1999) pat it: uv dom ní si výhod nekou ení, rozpoznat a vyhnout se nebezpe ným situacím, prost p estat, nau it se relaxaci nebo jógu, p eladit se, více cvi it, zvý-it p íjem zdravých nápoj , jíst více zeleniny, ovoce, mén tu něho i sladkého.

Závislost na nikotinu se m fle lé it nejen psychobehaviorální intervencí, ale i farmaky. V eské republice jsou k dispozici 3 skupiny lék : nikotin, bupropion a vareniklin (Králíková & T M pánková, 2007).

Jako substituí ní lé ba se pouívají nap íklad nikotinové náplasti, inhalátory, pastilky, flv ýka ky, aj., kdy se nikotin postupn uvol uje a vst ebává. Tato terapie pomáhá ku ákovy snííit abstinení p íznaky z odn tí nikotinu a postupn ho zbavuje nau ených, rituálních stránek kou ení (Stone & Darlington, 2003). Vst ebávání nikotinu z náplasti je pomalé, proto je možné r zné druhy substituí ní terapie kombinovat, vhodná je nap íklad kombinace náplasti a flv ýka ky, i jiné orální formy. Nikotin v tomto p ípad zhruba zdvojnásobuje pravd podobnost abstinence.

Bupropion je selektivní inhibitor zp tného vst ebávání dopaminu a noradrenalinu a je vázaný na recept. Tento lék sniíuje pot ebu kou it a je vhodný u pacient , kte í mají sklon k depresi.

Vareniklin je prvním lékem, bez obsahu nikotinu. Navazuje se na acetylcholin-nikotinové receptory namísto nikotinu. Je vhodný pro ty, kte í opakovan zkou-eli p estat, ale nepoda ilo se jim to. Tento lék se uíívá po dobu 6 m síc a ro ní úsp nost byla dokonce 44 % (Králíková & T M pánková, 2007).

7. 1 Linka pro odvykání kou ení, protiku ácké poradny a centra

D leíitou sou ástí spektra nabídky lé by závislosti na tabáku m fle být i Linka pro odvykání kou ení. Tato telefonní linka funguje v R od roku 2005. Zájemci mohou tuto linku vyuffít kaídný v-ední den v odpoledních hodinách. Linka je ur ena pro íroké spektrum klient ,

v etn t ch, kte í necht jí prozatím vyhledat odbornou pomoc nebo cht jí zodpov d t pouze konkrétní otázku. Odbornými konzultanty jsou medici vy—ích ro ník léka ských fakult, kte í jsou odborní pro—kolení a mají praxi v Referen ním centru lé by závislosti na tabáku (Langrová et kol., 2008). Také návody k postupnému i náhlému ukon ení kou ení mají propracované protiku ácké poradny, které pracují s klientem podle individuálních vlastností osobnosti a téfl podle charakteru jejich kou ení (Me í , 1989).

P i n kterých nemocnicích existují také centra pro závislé na tabáku, tam je možné doporu it ku áky, kte í cht jí s kou ením p estat a zároveň pot ebují intenzivní lé bu (Králíková, 2013).

8. Psychiatri tí pacienti a kou ení

Vysoká prevalence kou ení mezi pacienty, kte í trpí prakticky v—emi typy psychických onemocnění je nepochybným a také dobře dokumentovaný faktem (Tř pánková et kol., 2013). U pacient s psychiatrickou komorbiditou je d vodem toho, pro títo pacienti umírají d íve, vysoká prevalence kou ení. Na celkové spot eb cigaret se psychiatri tí pacienti údajn podílejí afl 44 % (Lasser et al., 2000).

Mezi pacienty s psychiatrickým onemocněním je prevalence kou ení 2-3x vy—í nefl v b fné populaci. Tito pacienti kou í v pr m ru více cigaret denn , inhalují intenzivn jí a déle, a jsou na nikotinu závislej—í (Tř pánková & Kráíková, 2010).

8.1 Schizofrenie a kou ení

Schizofrenie je t flké du—evní onemocnění, které je charakteristické rozkladem osobnosti, t flkou poruchou my—lení, vnímání, jednání a cít ní (Vokurka, Hugo, et kol., 2008). Malone et al. (2003) uvádí, fl r zné epidemiologické studie zaznamenaly silné vztahy kou ení k závažným psychiatrickým onemocněním, kdy jedním z onemocnění je i schizofrenie. Tabáková závislost u schizofrenních pacient p edstavuje velký problém, který byl doposud zna n opomíjen celou společností. Tito pacienti jsou více závislí na tabáku a i jejich hladina metabolit nikotinu v krvi je vy—í nefl u ostatních (Sigmundová & Látalová, 2008). Dle Kráíkové (2013) v populaci kou í okolo 80% schizofrenik .

Toto onemocnění zkracuje délku flivota asi o 20 % (Goff, 2005) a ku áci s touto diagnózou ze svých invalidních d chod utratí afl jednu t etinu pen z za cigarety (Steinberg et al., 2004).

Dle Benwella et al. (1990) se zde uplatuje vazba nikotinu na acetylcholinové receptory. A v dal—ích experimentech bylo zji—eno, fl akutní podání nikotinu zvy—uje vylu ování serotoninu a dopaminu, zatímco chronické vystavování nikotinu vede ke snížení

koncentrace a biosyntézy serotoninu. Jak uvádí Malone et al. (2003), serotoninová hypofunkce je popisována nejen u pacient se schizofrenií, ale i u pacient , kte í trpí depresemi a u sebevrah .

Podle r zných epidemiologických studií zneuffívání kou ení u pacient se schizofrenií kolísá u 58-90 %, na rozdíl od zdravé populace, kde kou í p iblifn 28-30%. Nikotin zvy-uje riziko manifestace schizofrenie nebo naopak osoby s abnormitami vedoucími v budoucnu k rozvoji schizofrenie mají v t-í p edpoklad ke kou ení (Mar-álek, 2008). U t chto pacient je nutné brát v potaz také to, fle kou ení snižuje hladinu antipsychotik, zejména klozapinu a olanzapinu, proto ku áci se schizofrenní vyfladují i v t-í dávky farmak, aby dosáhli stejného terapeutického efektu (Sigmundová & Látalová, 2008).

8.2 Terapie nikotinismu u pacient se schizofrenií

Nejefektn j-í je za ít slé bou v za átcích nemoci p ed rozvojem silné závislosti na nikotinu (Sigmundová & Látalová, 2008).

I kdyfl pro tyto pacienty cigareta p edstavuje selfmedikaci, rozhodn to neznamená, fle by nem li p estat kou it. Naopak, kdyfl p estanou, jejich psychické onemocn ní bude mít lep-í prognózu (Králíková, Tř pánková, 2007). Mezi populací je obecn roz-í ena p edstava, fle kou ení je jedno z mála pot -ení, které tito pacienti mají. Myslí si, fle snaha p estat je zde beznad jná a vede sekundárn také ke zhor-ení pacientova stavu (Sigmundová & Látalová, 2008).

U této subpopulace je lé ba nikotinismu komplikovaná nízkým stupn m motivace skoncovat s kou ením, men-ím celkovým po et pokus a uplat uje se zde také vy-í síla závislosti. Tito pacienti jsou schopni p estat kou it, ale úsp -nost jejich pokus je oproti zdravým koleg m o 50 % niš-í. Terapie u t chto pacient by m la být kombinací konzultace a medikace.

Medikace by m la zahrnovat náhradní nikotinovou substituci (flv ýka ky, náplasti, inhalátor atd.) a bupropion⁸. U této skupiny ku ák by m l být také odli-ný p ístup u stanovování cíl odvykání, lé ba by nem la mít stanoveno datum ukon ení. Pouhá redukce vykou ených cigaret u t chto pacient , kte í nechť jí i nejsou schopni p estat, zde m fle být optimální alternativou (Dreslerová & Dresler, 2010).

⁸Bupropion-snižuje úzkost a tlumí zm ny aktivity mozkových bun k p i odn tí nikotinu (Stone & Darlington, 2003).

Při terapii by m lo být dle Dreslerové et. Dresler (2010), primárním cílem schizofrenních ku ák zvý-ení motivace a poté následné podávání farmakoterapie. Pacienti, kte í kou í a zároveň mají schizofrenii jsou kandidáti intenzivní a dlouhodobé lé by závislosti na tabáku (Králíková & Tř pánková, 2007).

8.3 Depresivní porucha a úsp -nost lé by závislosti na tabáku

Dle Králíkové (2013) v populaci kou í 60% pacient s depresí. Deprese je du-ovní stav, který se projevuje nadm mým smutkem, ztrátou zájm , poklesem energie, vý itkami v í vlastní osob , sníženou sebed v rou a také nap íklad poruchami chuti. T ílké deprese mohou být provázené bludy⁹, které mohou vést afl k sebevrafd (Vokurka, Hugo, et kol., 2008). Tř pánkové & Anders, in Králíková et kol. (2013), uvádí, že existují názory, že kou ení má sebelé ebné vlastnosti depresivní poruchy, ale na druhou stranu rychlé vzestupy dopaminu, p í potažení z cigarety, depresivní stavy vyvolávají. Kdyfl ku áci, kte í zároveň trpí depresivním onemocn ním p estanou kou it, mají v t-í -anci na úzdravu afektivní poruchy a v budoucnu mají niř-í pot ebu psychofarmak.

8.4 Závislost na psychoaktivních látkách a kou ení

Tabák a alkohol pat í k drogám, které jsou nevíce favorizováni, co se tý e dostupnosti drogy a její společenské p íjatelnosti (Skála, 1986). Dle Stone & Darlington (2003) 80% alkoholik kou í a dokonce kou í také kolem 90% závislých na heroinu. Ku áci, kte í jsou závislí na alkoholu umírají ast ji na následky kou ení, neř na nemoci spojené s naduffívání alkoholu. P í této kombinované závislosti, kdyfl ku ák abstinuje od alkoholu a naopak, asto zintenzivní uffívání látky u které z stává.

Ku áci alkoholici p í abstinenci nejen že zvý-í kou ení, ale zvý-í i p íjem pokrm a zvý-í innost. Neku áci alkoholici, kte í p estanou pít alkohol, asto p echázejí na sedativa, hypnotika, halucinogeny, budivé aminy (Me í , 1989).

Proto se v poslední dob doporu uje nabídnout pacient m lé bu obou závislostí nejednou (Tř pánková & Anders, in Králíková et kol., 2013).

⁹Blud-porucha my-lení, kdy základem je chorobný a fale-ný výchozí p edpoklad, o kterém je lov k nevývratn p esv d en.

8. 5 Terapie nikotinismu u psychicky nemocných pacient

Léba závislosti na tabáku u psychicky nemocných pacientů by měla být prokazatelně standardní součástí péče o tyto pacienty (Těpánková et kol., 2013). U těchto nemocných pacientů je předpokladem úspěchu v léčbě nikotinismu dostatečná motivace. Ke zvýšení úspěšnosti léčby se doporučují účast jít návštěvy u lékaře, který může u pacienta sledovat průběh psychického stavu. Vzhledem k průběhu vyvíjené závislosti je u těchto pacientů vhodná intenzivní psychobehaviorální podpora po celou dobu, kdy pacient odvyká. Dlefité je také pacienta při odvykání kouření ujistit, že jeho prognóza, jak psychického, tak fyzického stavu, bude po zanechání kouření znatelně lepší. Nezbytným minimem by měla být vždy krátká intervence (Těpánková & Anders, in Králíková et kol., 2013).

N která specifika farmakologické léčby u psychicky nemocných:

(Těpánková & Anders, in Králíková et kol., 2013)

Náhradní terapie nikotinem (náplasti Nicorette i NiQuitin, flvyka ky Nicorette, inhalátory Nicorette, pastilky NiQuitin). U pacientů, kteří trpí psychickými obtížemi není potřeba zvláštního dávkování, nejsou zde žádné specifické kontraindikace.

Bupropion (Wellbutrin SR, Elontril 150/ 300mg). Tyto tablety lze použít u pacientů s anamnézou depresivní poruchy včetně schizofrenie. U pacientů, kteří užívají antidepresivní medikaci typu SSRI¹⁰ je třeba obvyklé dávkování snížit. Zcela je kontraindikováno užívat bupropion u pacientů léčených a anamnézou bipolární afektivní porucha, poruchy příjmu potravy a u epilepsie.

Vareniklin (Champix). Tento lék svým působením snižuje abstinenci příznaky, které se mohou při odvykání vyskytnout a také blokuje uspokojení z cigarety (i jiného tabákového výrobku). Vareniklin je v současnosti nejúčinnější typ farmakoterapie v léčbě závislosti na tabáku. Obavy spojené s možným zhoršením psychických, depresivních, i jiných příznaků se nepotvrdily. Přesto je vhodné tyto pacienty v průběhu odvykání nutno pečlivě sledovat.

I když některé studie ukázaly, že úspěšnost léčby kouření bez psychických poruch je vyšší, jedna třetina pokusů o abstinenci je stále úspěšná (Těpánková & Anders, in Králíková et kol., 2013).

¹⁰ SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor), antidepresiva III. generace, která prodlužují účinek serotoninu na synapsích v mozku (např. citalopram, sertralín, fluoxetine).

PRAKTICKÁ ÁST

Praktická ást bakalá ské práce se týká pacient hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici Havlí k v Brod v období od 3. 2. 2014 do 15. 6. 2014. V tomto období bylo v Psychiatrické nemocnici hospitalizováno 156 mužů s diagnózou F10 a 324 s diagnózou F20. žen s diagnózou F10 bylo lé ených 82 a s diagnózou F20 156. Detailn se ve svém výzkumu v nuji pouze t m pacient m, kte í kou í. Oslovila jsem 50 mužů a 50 žen s diagnózou F10 a 50 mužů a 50 žen s diagnózou F20 a zam íla jsem se na jejich vztah ke kou ení.

9. Stanovení výzkumných cíl a hypotéz

V této kapitole si stanovím cíle výzkumu a zformuluji hypotézy, které ve své práci potvrdím, í vyvrátím.

9.1 Výzkumné cíle

Cíl 1: Zjistit prevalenci kou ení u psychiatrických pacient v Psychiatrické nemocnici Havlí k v Brod a porovnat získaná data s obecnou populací v R.

Cíl 2: U pacient -ku ák zjistit nej ást j-í diagnózy, se kterými jsou v Psychiatrické nemocnici hospitalizováni a u vybraných pacient detailn zmapovat jejich úhel pohledu na kou ení a dal-í aspekty s kou ením spjaté (k zji- ovaným aspekt m pat í například: pohlavní rozdíly, v k, vzd lanost, po et vykou ených cigaret, množství oxidu uhelnatého ve výdechu, d vody kou ení, intervence ze strany personálu).

Cíl 3: Ohledn kou ení zmapovat edukaci pacient ze strany zdravotnického personálu a dále zjistit, zda léka i pacient m nabízejí substituí terapii.

Cíl 4: Edukovat hospitalizované pacienty o zdravotních souvislostech kou ení, zejména ve vztahu k jejich psychiatrickému onemocn ní, nabídnout informa ní materiál a zájemc m o lé bu závislosti na tabáku poskytnout základní poradenství.

9. 2 Hypotézy

Hypotéza 1: Vzhledem k publikovaným studiím zmíněným v teoretické části této práce předpokládám, že pacienti s psychiatrickou diagnózou kouří více než běžná populace (vyšší prevalence, intenzivnější kouření).

Hypotéza 2: Předpokládám, že prevalence závislosti na tabáku u pacientů závislých na jiných návykových látkách bude v Psychiatrické nemocnici Havlík v Brodce vyšší než u jiných diagnóz.

Hypotéza 3: Předpokládám, že nejastjiším důvodem kouření u zkoumaného vzorku pacientů bude, že jim kouření chutná.

Hypotéza 4: Předpokládám, že pacienti, kteří v domácím prostředí vykouří ili okolo 25 cigaret, během hospitalizace v PNHB vykouří cigaret méně, důvodem bude působení reflexu na odděleních.

Hypotéza 5: Předpokládám, že informovanost pacientů o NNT bude nízká..

Hypotéza 6: Předpokládám, že většina oslovených kuřáků nebude chtít s kouřením přestat.

Pro testování hypotéz jsem si stanovila hladinu významnosti p (5%).

10. Design daného výzkumu

10. 1 Popis a zdůvodnění případu

Jelikož od roku 1999 pracuji v Psychiatrické nemocnici Havlík v Brodce jako zdravotní sestra, nedalo se nevědomout, že většina hospitalizovaných pacientů tráví volný čas kouřením. Zajímalo mě, jaký mají k této činnosti důvod i vztah a zda souvisí jejich psychiatrické onemocnění s kladným přístupem k cigaretám.

Protože dle Třápankové et Anders (in Králíková, 2013), je prevalence kouření u duševně nemocných pacientů 2-3x vyšší než u běžné populace, rozhodla jsem se, že oslovím některé pacienty, promluví s nimi o jejich vztahu ke kouření a případně nabídnu základní poradenství těm, kteří si budou přát s kouřením přestat.

Dle Třápankové & Králíkové (2010) bývá často u pacientů, kteří mají problém s kouřením přestat, v rámci psychobehaviorální intervence nedostačující a je nutné zahajovat i farmakologickou léčbu. Proto jsem se rozhodla i v mém výzkumu oslovit i ošetřující lékaře, aby se k této problematice vyjádřili (viz dotazník příloha . 7, strana . 66).

10. 2 Etické hledisko

Prohlá-uji, že jsem v celé bakalářské práci dodržovala anonymitu pacientů. V-ichni respondenti se výzkumu účastnili zcela dobrovolně a obsah interview tvořila pouze témata, která byla uvedena v dotazníku. Před každým rozhovorem s pacientem jsem si na daném oddělení domluvila s vedoucím lékařem schůzku, na které jsem lékaře obeznámila s výzkumem. Každý pacient byl před začátkem interview seznámen a informován o účelu dotazníku a o využití získaných dat. Každý pacient byl požádán o podepsání informovaného souhlasu s výzkumem a také byl poučen o svých právech, včetně práva odstoupit od společného vyplnění dotazníku.

K realizaci výzkumné studie se také vyjádřila etická komise Nemocnice Havlíkův Brod (viz příloha 3, str. 61) a Psychiatrická nemocnice Havlíkův Brod (viz příloha 8, str. 67). Všechny oslovené strany s výzkumem v Psychiatrické nemocnici Havlíkův Brod souhlasily.

11. Použití metody tvorby dat

V praktické části jsem se specializovala na výzkum výše uvedených cílů pomocí dotazníkového šetření. Jedná se tedy o výzkum orientovaný převážně kvantitativně. K výsledkům budou zahrnuta i data kvalitativní povahy, které jsem získávala při mém pozorování pacientů na oddělení.

Jelikož pracuji s těmito klienty už delší dobu a vím jak s nimi komunikovat, nezaznamenala jsem mezi pacienty odpor či nechuť při vyplnění dotazníku. Většina pacientů mě respektovala a bez jakýchkoli negací zodpovídala na tázané otázky. Na klienty těhlejší jsem zapůsobila má bílá uniforma, pociťovala jsem, že mají ke mně důvěru a cítí se neohroženi.

Ve sledovaném období bylo hospitalizováno s diagnózou F10 a F20 celkem 718 pacientů. Pro svůj výzkum jsem oslovila 200 pacientů, což je 27,8 % hospitalizovaných. Pro získávání dat jsem vytvořila dva dotazníky. Jeden pro pacienty a jeden pro ošetřující lékaře. Dotazníky s pacienty byly vyplněny metodou řízeného pohovoru, návratnost zde byla 100%.

Dotazníkové šetření pro pacienty bylo semistrukturované, kde byly pokládány pacientům dané otázky a případně zodpovězeny další, dle potřeb pacientů. Toto semistrukturované interview jsem si vybrala z důvodu nutného individuálního přístupu k psychiatricky nemocným pacientům.

Dále jsem také oslovila lékaře, kteří s psychicky nemocnými pacienty pracují. Z důvodu časové náročnosti oslovit všechny lékaře v Psychiatrické nemocnici osobně, jsem

využila k rozeslání dotazníků interní e-mailovou poštou. Rozeslala jsem je na 55 e-mailových adres, obdržela jsem pouze 11 odpovědí, návratnost zde byla 20%.

11. 1 Dotazníky

1. dotazník (pro pacienty)

Tento dotazník obsahoval 20 otázek. Základní údaje dotazníku zahrnoval sociodemografické údaje (pohlaví, věk, vzdělání), dále pacient vztah a postoj ke kouření, otázky na počet vykouřených cigaret a další aspekty týkající se kouření. Na kolik otázek se soustředilo na zdravotnický personál, například zda se lékař a sestra pacienta zeptali na kouření, zda mu byla i nebyla nabídnuta pomoc při odvykání.

Součástí dotazníkového šetření bylo také měření oxidu uhelnatého ve výdechu, pomocí manuálního přístroje Senko, model: BMC-2000, zapůjčeného od docentky Evy Králíkové z Centra pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Poslední otázka v dotazníku se týkala diagnózy pacienta. Při vyplňování tohoto údaje jsem vždy spolupracovala s ošetřujícím lékařem daného oddělení.

Všem respondentům byly po ukončení rozhovoru poskytnuty informační materiály (z Centra pro závislé na tabáku) a těm jim v této oblasti bylo nabídnuto poradenství.

2. dotazník (pro lékaře)

Tento dotazník obsahoval 2 uzavřené otázky. První otázka se týkala nabídky pomoci při odvykání kouření a druhá zaznamenávání diagnózy F 17, dle MKN 10 do chorobopisu pacienta.

Vzory těchto dvou dotazníků jsou v příloze (viz str. 63, 64 a 66)

12. Stanovení výzkumného souboru

Pro účel mého výzkumného šetření jsem si vybrala Psychiatrickou nemocnici v Havlíčkově Brodě, jelikož zde pracuji a je zde hospitalizováno dostatečné množství pacientů vhodných pro tento výzkum (v roce 2013 disponovala léčebna se 7101 lůžky¹¹).

¹¹ www.plhb.cz

Na počátku výzkumného období jsem oslovila správce počítačových sítí v Psychiatrické nemocnici Havlíkův Brod, aby mi shromáždili data pacientů hospitalizovaných dne 3. 2. 2014. Jelikož dle Zvolského et kol., (in Králíková et kol., 2013) se nemusí uvádět údaje o kouření podle MKN-10 jako samostatné položky v chorobopise a stačí, aby tento záznam o kouření byl uveden jako volný text rámci osobní anamnézy, požádala jsem správce sítí, aby mi tyto anamnestické údaje opatřil. Jednalo se tedy o pacienty, kteří mi li vyplněný vstupní dotazník, který při vstupu na oddělení společně s přijímací sestrou vyplnili a který obsahoval informace: zda pacient kouří, kolik mu je let a s jakou diagnózou je hospitalizovaný. Tyto data slouží pro rychlé shrnutí pacientova stavu při přijetí.

Jelikož docházelo často v nemocnici k novelizaci nemocničního informačního systému (NIS), měly tyto údaje vyplněno ke dni 3. 2. 2014 537 pacientů z 653 hospitalizovaných (253 žen a 284 mužů), tedy 82 %. Z 284 mužů (viz tabulka .1) bylo 155 kuřáků -54, 39 % (viz. tabulka .2) a z 253 žen (viz tabulka .3) bylo 80 žen kuřáček-31, 62 % (viz tabulka .4).

Po shromáždění dat pacientů v Psychiatrické nemocnici, jsem ze vzorku 235 kuřáků zjistila, že nejvíce kouří pacienti s diagnózami: F10, F19, F20, F65, F70 u mužů a F10, F20, F23, F33 a F60 u žen (viz graf .2 a .3).

Tabulka . 1-Hospitalizovaní mufi (celkem) v Psychiatrické nemocnici k 3. 2. 2014

Diagnóza	V k			Celkem
	18-40	40-60	>=60	
F01	0	3	5	8
F03	0	1	4	5
F05	0	1	12	13
F06	1	1	2	4
F07	1	2	2	5
F10	5	22	7	34
F15	1	0	0	1
F19	14	2	1	17
F20	38	17	16	71
F22	0	0	1	1
F23	11	1	0	12
F25	3	7	1	11
F30	1	0	0	1
F31	1	7	2	10
F32	1	3	2	6
F41	0	0	1	1
F42	0	1	0	1
F43	4	4	0	8
F60	2	1	0	3
F61	4	1	1	6
F63	2	1	0	3
F65	12	4	2	18
F70	6	5	1	12
F71	3	1	0	4
F73	0	1	0	1
F84	4	0	0	4
F90	7	0	0	7
F91	2	0	0	2
F92	4	0	0	4
F93	1	0	0	1
F94	1	0	0	1
G10	0	0	1	1
G30	1	0	5	6
G40	0	1	1	2
Celkem	101	87	67	284

Tabulka .2-Hospitalizovaní mufi (ku áci) v Psychiatrické nemocnici k 3. 2. 2014

Diagnóza	V k			Celkem
	18-40	40-60	>=60	
F01	0	1	0	1
F05	0	1	0	1
F06	1	0	0	1
F07	1	0	0	1
F10	5	15	3	23
F15	1	0	0	1
F19	14	2	1	17
F20	32	12	7	51
F23	8	0	0	8
F25	2	5	0	7
F30	1	0	0	1
F31	1	3	1	5
F32	0	2	0	2
F43	2	3	0	5
F60	1	1	0	2
F61	3	0	0	3
F63	1	1	0	2
F65	9	2	0	11
F70	4	5	1	10
G10	0	0	1	1
G30	0	0	2	2
Celkem	78	53	16	155

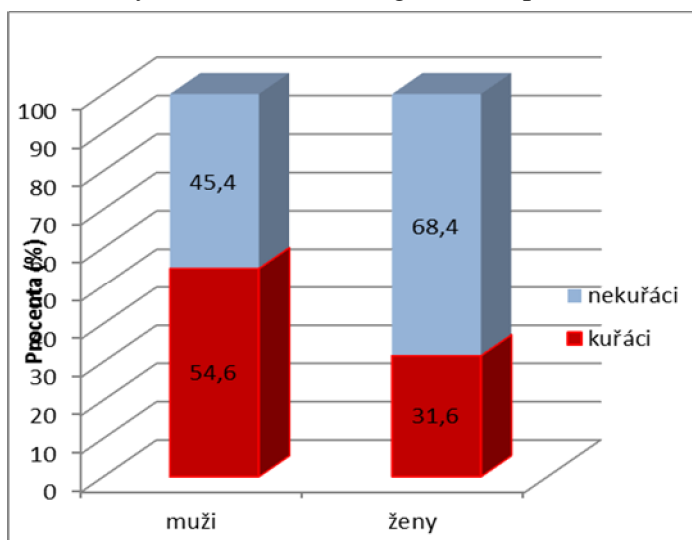
Tabulka . 3-Hospitalizované feny (celkem) v Psychiatrické nemocnici k 3. 2. 2014

Diagnóza	V k			Celkem
	18-40	40-60	>=60	
F01	0	0	10	10
F03	1	0	5	6
F05	0	0	5	5
F06	1	2	11	14
F07	0	1	2	3
F10	8	6	2	16
F13	0	0	1	1
F15	1	0	0	1
F19	1	0	0	1
F20	15	15	17	47
F22	0	0	4	4
F23	5	2	0	7
F25	1	4	8	13
F31	1	4	6	11
F32	1	1	0	2
F33	3	2	6	11
F39	0	1	0	1
F40	0	1	0	1
F41	2	3	4	9
F43	2	3	2	7
F48	0	0	1	1
F50	4	0	0	4
F60	5	3	3	11
F61	1	1	0	2
F70	3	1	1	5
F84	1	0	0	1
F91	2	0	0	2
F92	3	0	0	3
F99	1	0	0	1
G10	1	2	0	3
G30	0	0	50	50
Celkem	63	52	138	253

Tabulka .4-Hospitalizované fleny (ku a ky) v Psychiatrické nemocnici k 3. 2. 2014

Diagnóza	V k			Celkem
	18-40	40-60	>=60	
F03	0	0	1	1
F06	0	0	1	1
F10	6	2	0	8
F15	1	0	0	1
F19	1	0	0	1
F20	10	5	5	20
F23	4	1	0	5
F25	1	1	2	4
F31	1	1	1	3
F32	0	1	0	1
F33	2	1	2	5
F39	0	1	0	1
F41	1	1	2	4
F43	2	1	1	4
F50	1	0	0	1
F60	5	2	0	7
F61	1	1	0	2
F70	3	0	0	3
F92	2	0	0	2
G10	1	2	0	3
G30	0	0	3	3
Celkem	42	20	18	80

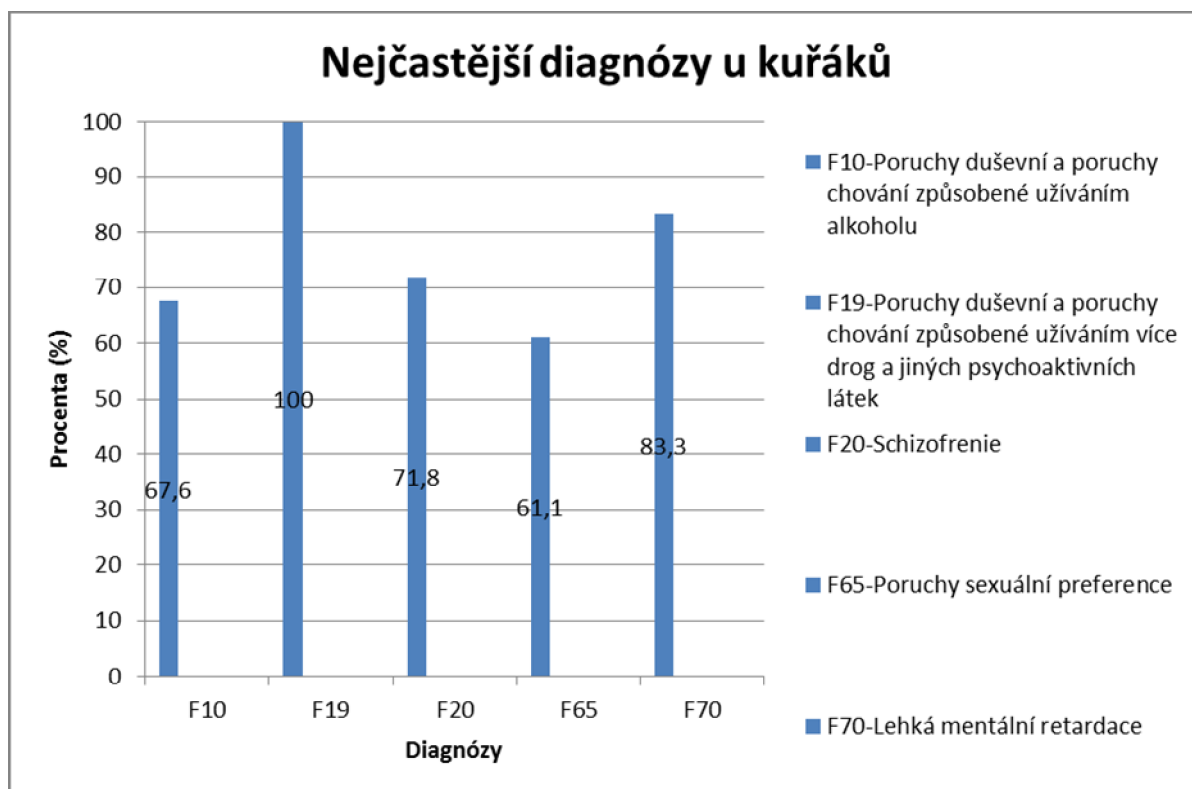
(ve které vysvětlení zkratk diagnóz viz příloha str. 65)



Graf .1 - Grafické rozložení pacientů v Psychiatrické nemocnici (kuřáci/nekuřáci)

Z tohoto grafu vyplývá, že více kouří v Psychiatrické nemocnici muži a to 54,6 %. Ženy kouří 31,6 %. Tyto hodnoty vycházejí ze vstupních anamnestických údajů, které pacienti vyplňují při přijetí na léčení. Údaje jsou nevypovídající, jelikož záleží na každém pacientovi, zda se ke své závislosti přizná.

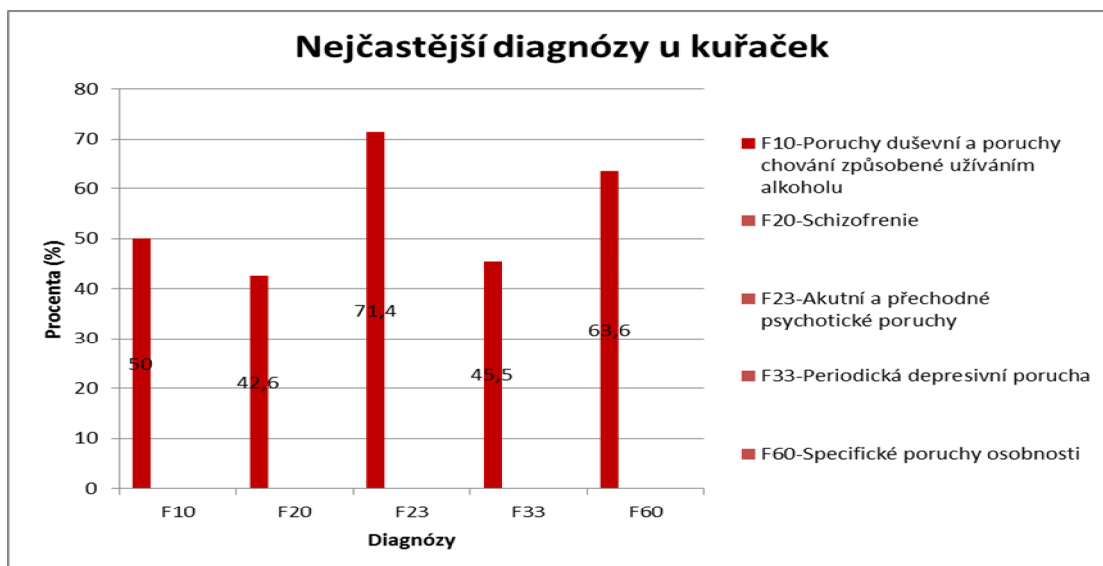
Dle Sovinové et kol. (2012), se kouření v posledních letech v české populaci pohybuje kolem 30 % u mužů a 20 % u žen. Hypotéza 1 se tedy potvrdila a pacienti s psychiatrickou diagnózou kouří více než kuřáci z české populace. Statisticky významný rozdíl je v případě mužů.



Graf . 2 - Grafické znázornění nej častějších diagnóz u hospitalizovaných kuřáků -muži v Psychiatrické nemocnici

Z grafu . 2 je zřejmé, že mezi hospitalizovanými, kouřícími pacienty k danému dni, se nachází nejvíce pacient s diagnózami: poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek, lehká mentální retardace, schizofrenie, poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu a také poruchy sexuální preference. Nejvíce kuřáků bylo s diagnózou F 19, v našem případě se jednalo o všechny

hospitalizované muflé (N=17), tedy 100 %. Jelikož pracuji na oddělení závislostí, domnívala jsem se, že pacienti s touto diagnózou budou patřit k pacientům, kteří budou kouřit nejvíce. Má 2. stanovená hypotéza se také potvrdila.



Graf . 3 - Grafické znázornění nejčastějších diagnóz u hospitalizovaných kuřáček -fien v Psychiatrické nemocnici

Jak uvádí graf . 3 k nejčastějším diagnózám u kuřáček patří: akutní a přechodné psychotické poruchy, specifické poruchy osobnosti, poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, periodické depresivní poruchy a schizofrenie. Můžeme tedy konstatovat, že v Psychiatrické nemocnici kouří nejvíce ženy s diagnózou F 23 (71,4%).

Diagnóza F10 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu) a diagnóza F20 (Schizofrenie) se objevila u obou pohlaví, proto jsem se rozhodla, že se mi výzkum bude podrobněji koncentrovat na tyto dvě diagnózy. Stanovila jsem si, že výzkum zrealizuji u 100 pacientů s diagnózou schizofrenie (50 mužů, 50 žen) a u 100 pacientů se závislostí na alkoholu. I zde jsem oslovila 50 mužů a 50 žen.

V období od 3. 2. 2014 do 15. 6. 2014 jsem cíleně chodila na různé oddělení, kde jsou tyto pacienti hospitalizováni. Oslovila jsem:

32 pacientů z oddělení 2A,

22 pacientů z oddělení 7A,

20 pacientů z oddělení 9,

12 pacientů z oddělení 9A,

14 pacientů z oddělení 11, (s diagnózou F20)

62 pacientů z oddělení 1 a

38 pacientů z oddělení 1A (s diagnózou F10).

13. Metody analýzy dat

Analýzu dat jsem zpracovávala pomocí tabulkového procesoru Microsoft Excel. Data jsem pro lepší ilustraci převáděla do tabulek a grafů. Některé hodnoty v tabulkách jsem udávala jak v absolutních, tak v relativních číslích.

V bakalářské práci jsem použila explanační a interpretační typy metod. U explanačních se jednalo o empirické druhy metod (pozorování, měření) a o obecně teoretické druhy metod (analýza, dedukce, srovnání). U interpretačních typů metod o narativní druhy metod (vyprávění).

14. Předpokládané výstupy

Předpokládám, že v této bakalářské práci zmapuji abúzus nikotinu u duševně nemocných pacientů v Psychiatrické nemocnici v Havlíčkově Brodě, zrealizuji výzkumné cíle, které jsem si stanovila viz kapitola 9 a k tomu nabídnu léčbu na tabáku.

15. Praktický průběh realizace

Mé dotazníkové měření mezi pacienty probíhalo od 3. 2. 2014 do 15. 6. 2014, vždy po domluvě s ošetřujícími lékaři daného oddělení. Každému pacientovi jsem poskytovala individuální a každému kuřákovi jsem doporučila s kouřením přestat, má intervence trvala v rozmezí několika minut. Při každé návštěvě jsem na oddělení zanechala informační letáky a brožury s kontakty na Centra pro závislé na tabáku.

Z nashromážděných dat jsem vytvořila pro lepší přehlednost tabulky a grafy.

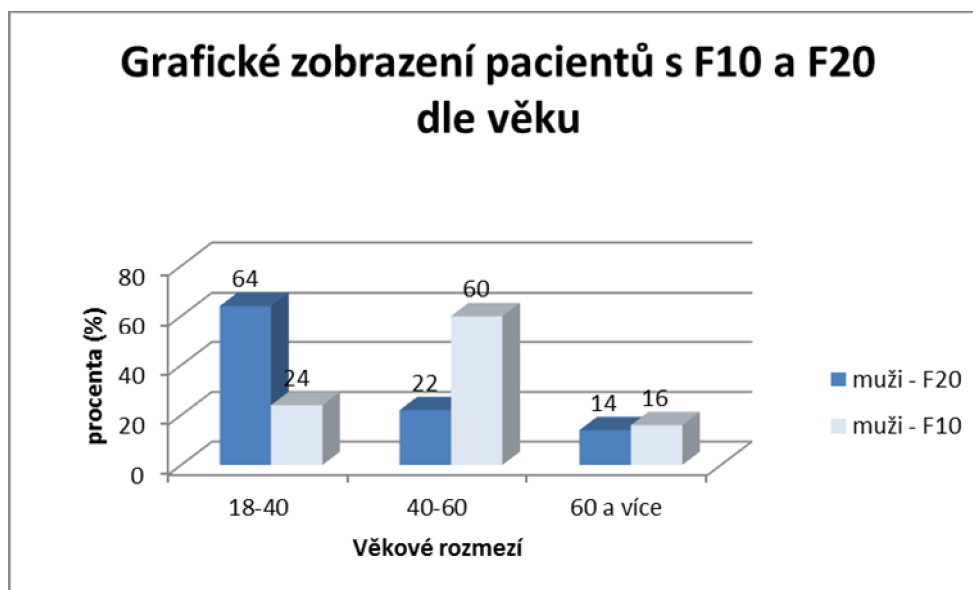
16. Výsledky výzkumu

Prezentuji výsledky dotazníkového šetření pro pacienty (N=200 oslovených respondentů, 100 pacientů s diagnózou F10 a 100 pacientů s diagnózou F20) a dotazníkového šetření pro lékaře (N= 55).

16.1 Výsledky výzkumu pacientů (dg. F10 a dg. F20)

Tabulka .5:

Charakteristika souboru dle věku respondentů						
	18-40		40-60		60 a více	
	Abs. etnost	Rel. etnost	Abs. etnost	Rel. etnost	Abs. etnost	Rel. etnost
muži - F20	32	64%	11	22%	7	14%
muži - F10	12	24%	30	60%	8	16%

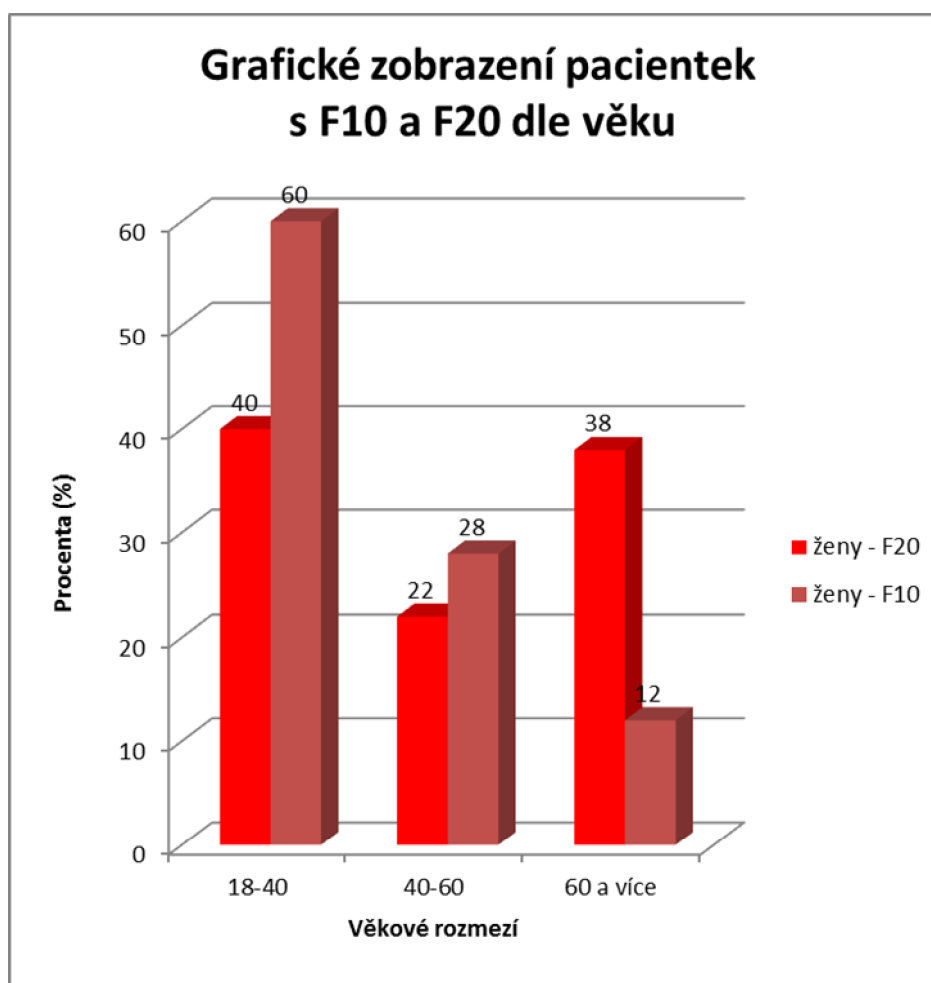


Graf .4 - Grafické rozložení pacientů - mužů s diagnózou F10 a F20 dle věku

Z tabulky .5 a z grafického znázornění grafu .4 vyplývá, že ze 100 mužů s diagnózou F10 a F20 nejvíce krouží muži s diagnózou schizofrenie (64 %) ve věkovém rozmezí 18-40 let. Nejméně je kuřáků po šedesátém roce věku.

Tabulka . 6:

Charakteristika souboru dle věku respondentek						
	18-40		40-60		60 a více	
	Abs. etnost	Rel. etnost	Abs. etnost	Rel. etnost	Abs. etnost	Rel. etnost
Ženy - F20	20	40%	11	22%	19	38%
Ženy - F10	30	60%	14	28%	6	12%

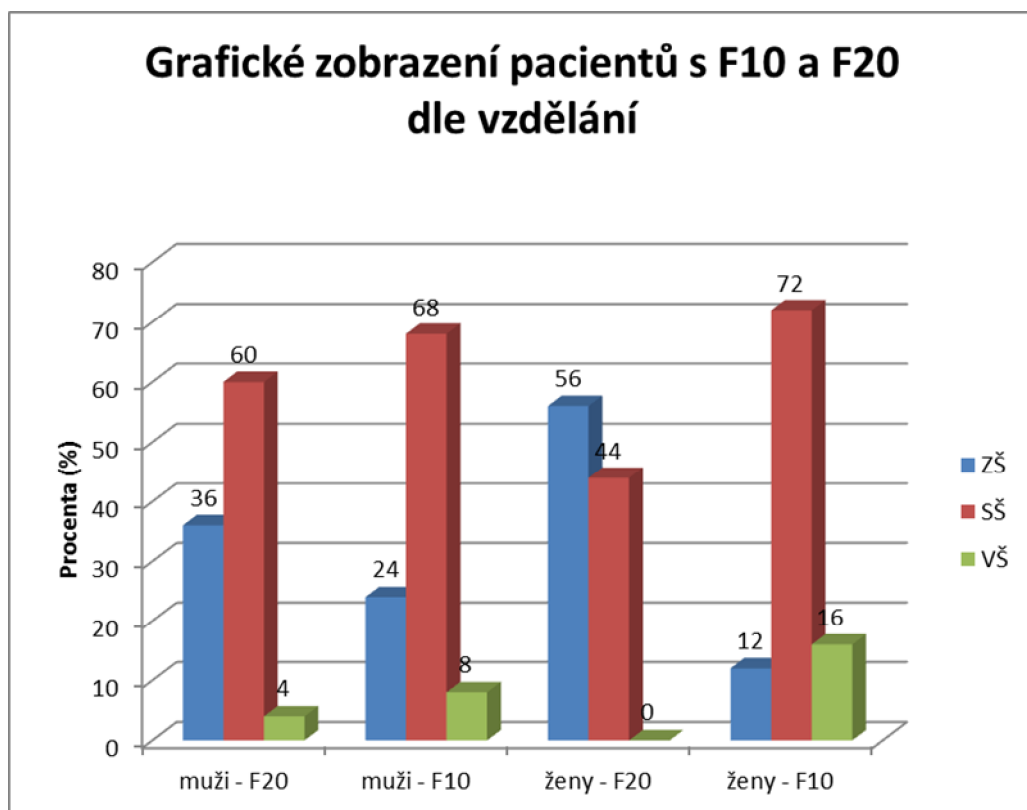


Graf . 5 - Grafické rozložení pacientek s diagnózou F 10 a F 20 dle věku

Z tabulky . 6 a z grafického znázornění grafu . 5 je patrné, že ze 100 žen s diagnózou F10 a F20 nejvíce jsou ženy s diagnózou závislosti na alkoholu (60 %), ve věkovém rozmezí 18-40 let. Nejméně jsou ženy alkoholičky po šedesátém roce věku.

Tabulka .7:

Charakteristika souboru dle vzdělání respondent						
	ZŠ		SŠ		VŠ	
	abs. etnost	rel. etnost	abs. etnost	rel. etnost	abs. etnost	rel. etnost
muži - F20	18	36%	30	60%	2	4%
muži - F10	12	24%	34	68%	4	8%
ženy - F20	28	56%	22	44%	0	0%
ženy - F10	6	12%	36	72%	8	16%



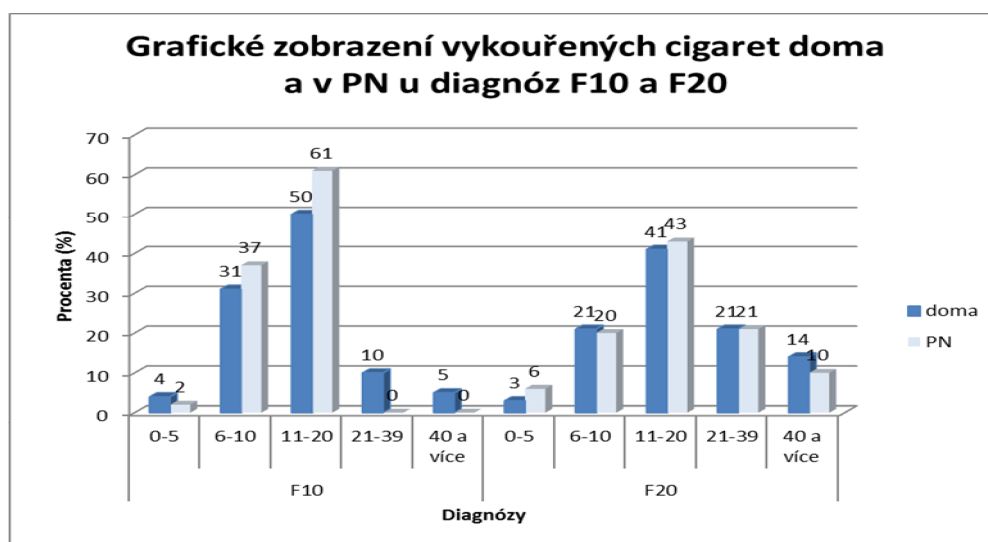
Graf .6 - Grafické rozložení pacientů s diagnózou F10 a F20 dle vzdělání

V tabulce .7 a na grafu .6 jsou na základě odpovědí dotázaných osob znázorněny rozdíly v dosaženém vzdělání u těchto dvou diagnóz.

Nejvíce pacientů je hospitalizováno se středně-kolejovým vzděláním 61%. Poté 32% dosáhlo základního vzdělání a nejméně bylo hospitalizováno vysoko-kolejových vzdělaných pacientů s těmito diagnózami a to pouhých 7%.

Tabulka . 8

Charakteristika souboru dle po tu vykou ených cigaret doma a v PN u pacient s diagnózou F10 a F20										
	F10 (po et vykou ených cigaret)					F20 (po et vykou ených cigaret)				
	0-5	6-10	11-20	21-39	40 a více	0-5	6-10	11-20	21-39	40 a více
doma	4%	31%	50%	10%	5%	3%	21%	41%	21%	14%
PN	2%	37%	61%	0%	0%	6%	20%	43%	21%	10%



Graf . 7 - Grafické roz len ní pacient s diagnózou F 10 a F 20 dle po tu vykou ených cigaret doma a v PN

Z tabulky . 8 a z grafu . 7 vyplývá, že rozdíly po tu vykou ených cigaret doma a v Psychiatrické nemocnici nejsou u zkoumaných pacient nijak markantní. N kte í pacienti sv j po et vykou ených cigaret snížili, jednalo se o silné ku áky s dg. F 10, kte í doma vykou ili p es 20 cigaret. Z grafu je patrné, že v-ichni pacienti s dg. F10 kou í na psychiatrii maximáln 20 cigaret denn . Toto snížení by mohlo být zp sobeno ádem odd lení, kdy pacienti mohou kou it pouze v omezený as a dobu.

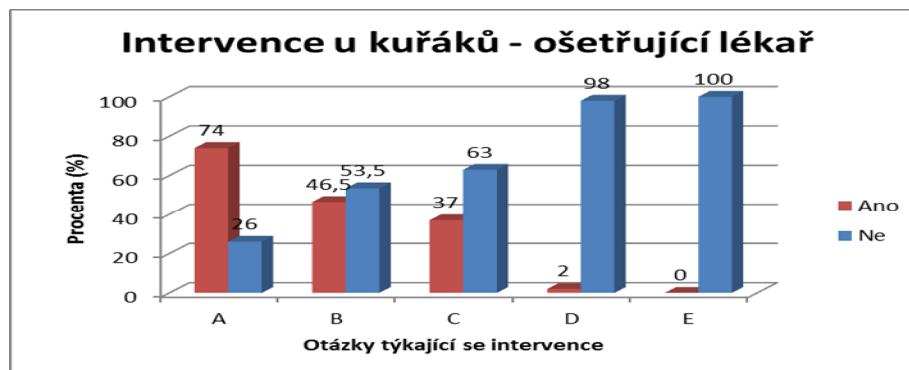
I u pacient schizofrenik je vid t, že pacienti, kte í doma kou ili p es 40 cigaret, na psychiatrii své kou ení omezili, toto snížení by mohlo být dáno umíst ním n kterých pacient na odd lení s omezenou mofností kou it b hem celého dne.

Z tabulky . 8 a z grafu . 7 vyplývá, že nejastji pacienti s dg. F10 a F20 vykou í od 11 do 20 cigaret denn .

Hypotéza . 4: (P edpokládám, že pacienti, kte í v domácím prost edí vykou ili okolo 25 cigaret, b hem hospitalizace v PNHB vykou í cigaret mén) se u v t-iny pacient potvrdila, mimo pacient (mufl) se schizofrenií. Zde u pacient , kte í doma kou ili cigarety v rozmezí od 21-39 kus denn (26 %), do- lo k navý-ení o 6 %. Z t chto výsledk nemohu potvrdit ani vyvrátit, zda d vod omezení po tu vykou ených cigaret byl zp soben p ísn j-ím režimem na odd lení i ne, jelikofl sbíraná data byla z r zných odd lení, kde se pravidla a mofnosti vykou ených cigaret r znily.

Tabulka . 9

Intervence u kuák - ozet ující léka										
	A		B		C		D		E	
	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
Abs. .	148	52	93	107	74	126	4	196	0	200
Rel. .	74%	26%	46,5%	53,5%	37%	63%	2%	98%	0%	100%

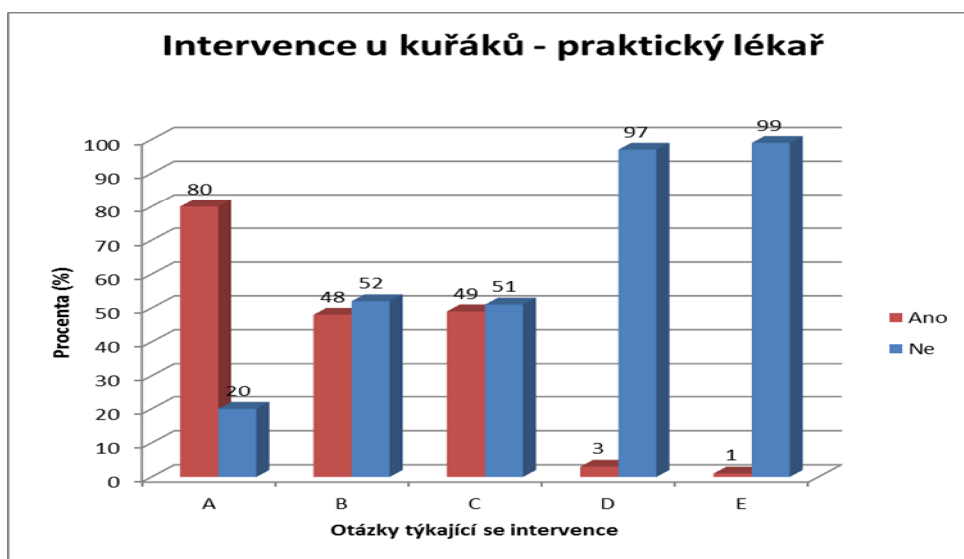


LEGENDY ODPOV DÍ: A) Zeptal se Vás Vá-o-et ující léka , zda kou íte? B) Doporu il Vám s kou ením p estat? C) Doporu il Vám ko ení omezit? D) Doporu il Vám náhradní nikotinovou lé bu i léky? E) Doporu il Vám kontakt/adresu na specializované centrum pro závislé na tabáku?

Graf . 8 - Grafické roz len ní pacient s dg. F10 a F 20 dle intervence o-et ujících léka .

Tabulka .10:

Intervence u kuřáků - praktický lékař										
	A		B		C		D		E	
	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
Abs. .	160	40	96	104	98	102	6	194	2	198
Rel. .	80%	20%	48%	52%	49%	51%	3%	97%	1%	99%

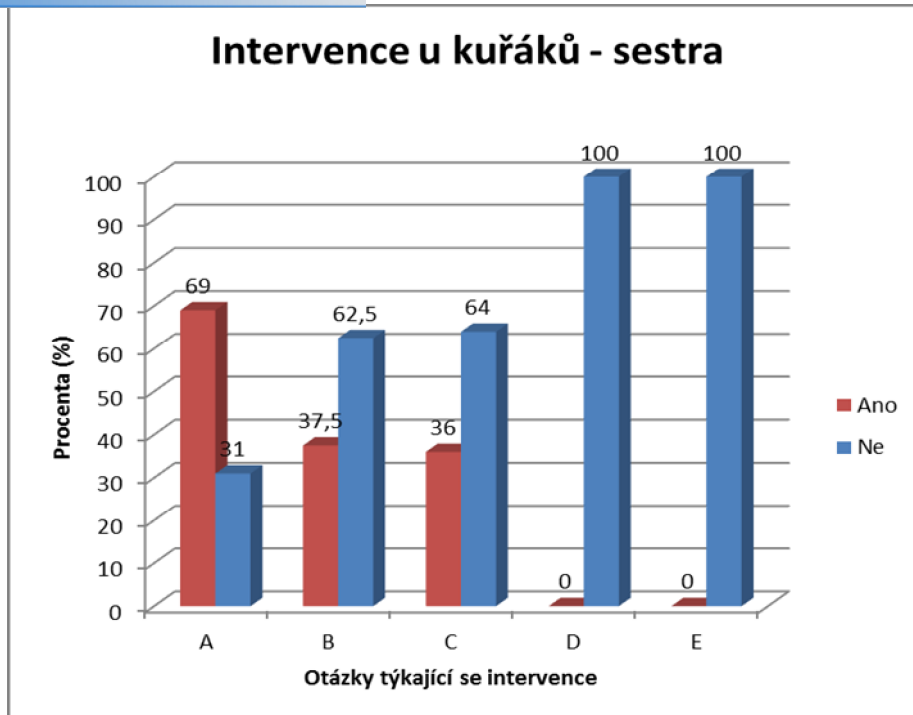


LEGENDY ODPOVĚDÍ: A) Zeptal se Vás Váš ošetřující lékař, zda kouříte? B) Doporučil Vám s kouřením přestat? C) Doporučil Vám kouření omezit? D) Doporučil Vám náhradní nikotinovou léčbu či léky? E) Doporučil Vám kontakt/adresu na specializované centrum pro závislé na tabáku?

Graf . 9 - Grafické rozložení pacientů s dg. F10 a F20 dle intervence praktických lékařů.

Tabulka .11:

Intervence u kuřáků - sestra										
	A		B		C		D		E	
	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
Abs. .	138	62	75	125	72	128	0	200	0	200
Rel. .	69%	31%	37,5%	62,5%	36%	64%	0%	100%	0%	100%



LEGENDY ODPOVĚDÍ: A) Zeptal se Vás váš ošetřující lékař, zda kouříte? B) Doporučil Vám s kouřením přestat? C) Doporučil Vám kouření omezit? D) Doporučil Vám náhradní nikotinovou léčbu či léky? E) Doporučil Vám kontakt/adresu na specializované centrum pro závislé na tabáku?

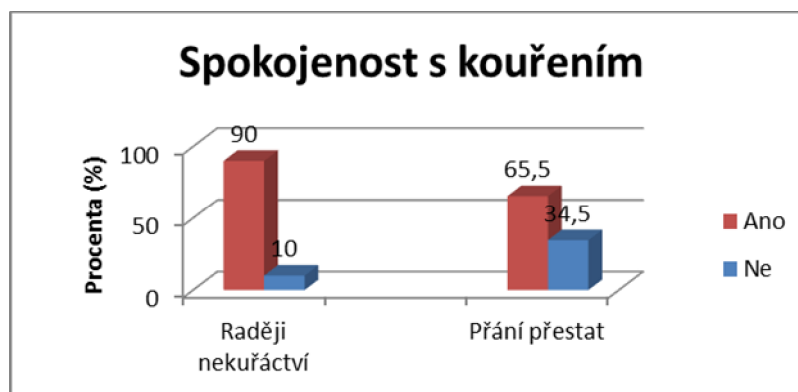
Graf . 10 - Grafické rozložení pacientů s dg. F10 a F20 dle intervence zdravotních sester.

Z tabulek . 12, 13, 14 a z graf . 11, 12, 13 výše uvedených vyplývá, že z 200 oslovených pacientů, přičemž 74 % odpovědělo ANO na otázku, zda se jejich praktický ošetřující lékař či sestra zeptali, zda kouří. Dále z těchto grafů a tabulek vyplývá, že pacienti s dg. F10 a F20 jsou minimálně informováni o náhradní nikotinové léčbě. A pouze 2 pacienti z 200 oslovených odpověděli, že jim jejich praktický lékař poskytl kontakt i adresu na specializované centrum pro závislé na tabáku.

K hypotéze . 5: (Předpokládám, že informovanost pacientů o NNT bude nízká). Z předchozích tabulek a grafů je zřejmé, že pacienti jsou minimálně informováni o možnostech substituční léčby, pouze 5 % dotázaných odpovědělo, že jim lékař nabídl NNT.

Tabulka .12:

Spokojenost s kouřením				
	Raději nekuřáctví		Přání přestat	
	Ano	Ne	Ano	Ne
Abs. .	180	20	131	69
Rel. .	90%	10%	65,5%	34,5%



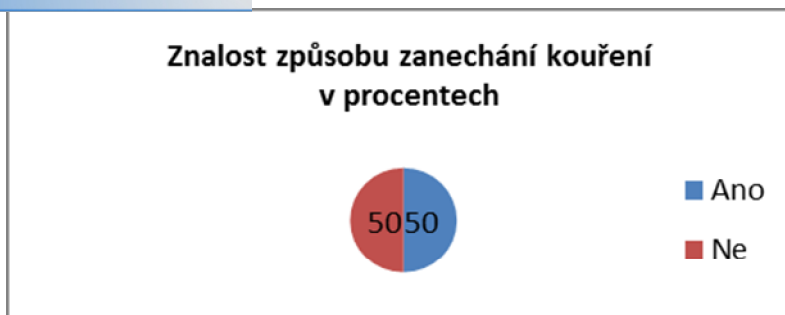
Graf .11 - Grafické rozložení pacientů s dg. F10 a F20 dle spokojenosti s kouřením.

Na otázku, zda by pacienti raději nekuřili, 90 % (N=180) odpovědělo ANO a pouze 10 % NE. Přání přestat má 65,5 % oslovených (N=131) a 34,5 % pacientů (N=69) je se svým kouřením spokojeno.

Na základě hypotézy .6 jsem predikovala, že v t-ina oslovených kuřáků nebude chtít s kouřením přestat. Z celkového počtu oslovených (N=200) má přání přestat v t-ina pacientů (65,5 %), tedy má hypotéza se nepotvrdila.

Tabulka .13:

Víte si rady, jakým způsobem přestat kouřit?		
	Ano	Ne
Abs. .	100	100
Rel. .	50%	50%

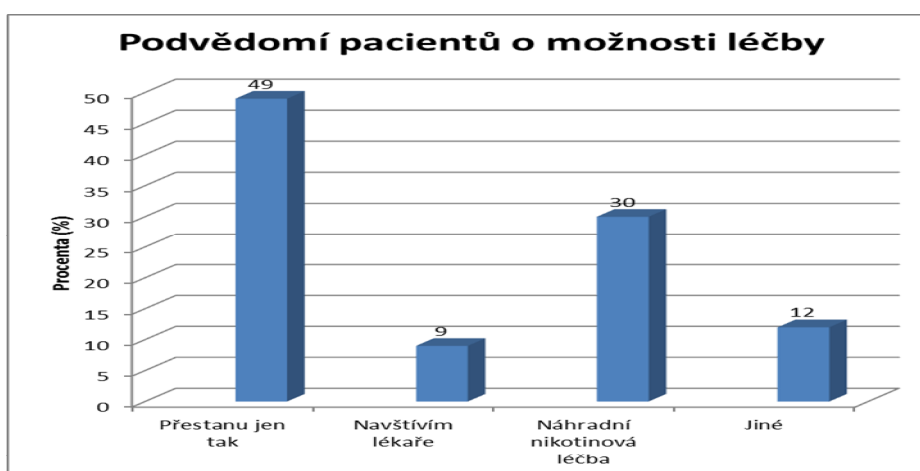


Graf . 12 - Grafické roz len ní pacient s dg. F10 a F 20 dle znalosti způsobu zanechání kouření.

Polovina oslovených pacientů, tedy 50 % (N=100), si ví rady jakým způsobem se dá odvykat od kouření, druhá polovina kuřáků vůbec netuší, jak by se své závislosti zbavilo.

Tabulka . 14:

Podvědomí o možnosti léčby				
	Přestanu jen tak	Navštívím lékaře	Náhradní nikotinová léčba	Jiné
Abs. .	49	9	30	12
Rel. .	49 %	9 %	30 %	12 %

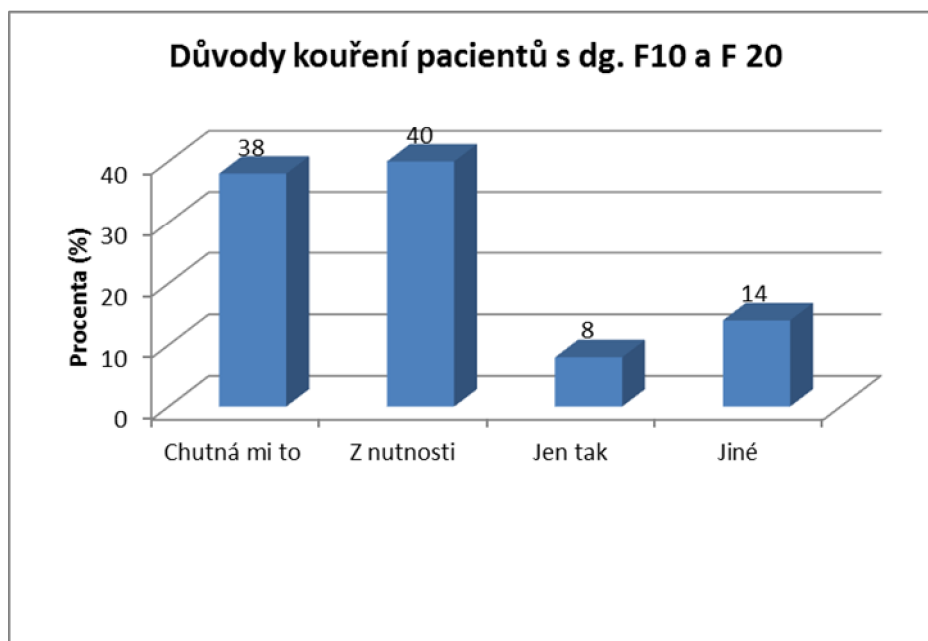


Graf . 13 - Grafické roz len ní pacient s dg. F10 a F 20 dle znalostí o možnostech léčby závislosti na nikotinu.

Z celkového počtu (N=100) pacientů, kteří měli podvodní možnosti léčby závislosti na nikotinu 49 % (N=49) odpovědělo, že by se stalo jen tak, dalších 30 % (N=30) si myslí, že by jim odvykání pomohla náhradní nikotinová léčba, 9 % (N=9) by navrátilo léky a 12 % (N=12) by odvykalo jiným způsobem (např.: zabavili by se prací, nejprve by postupně kouření omezili a poté by kouřit přestali úplně, jiní by přešli ke e-cigaretám a dokonce jeden pacient mi odpověděl, že by přestal tím způsobem, že by přestal kouřit marihuany).

Tabulka . 15:

Důvod kouření				
	Chutná mi to	Z nutnosti	Jen tak	Jiné
Abs. .	76	80	16	28
Rel. .	38%	40%	8%	14%



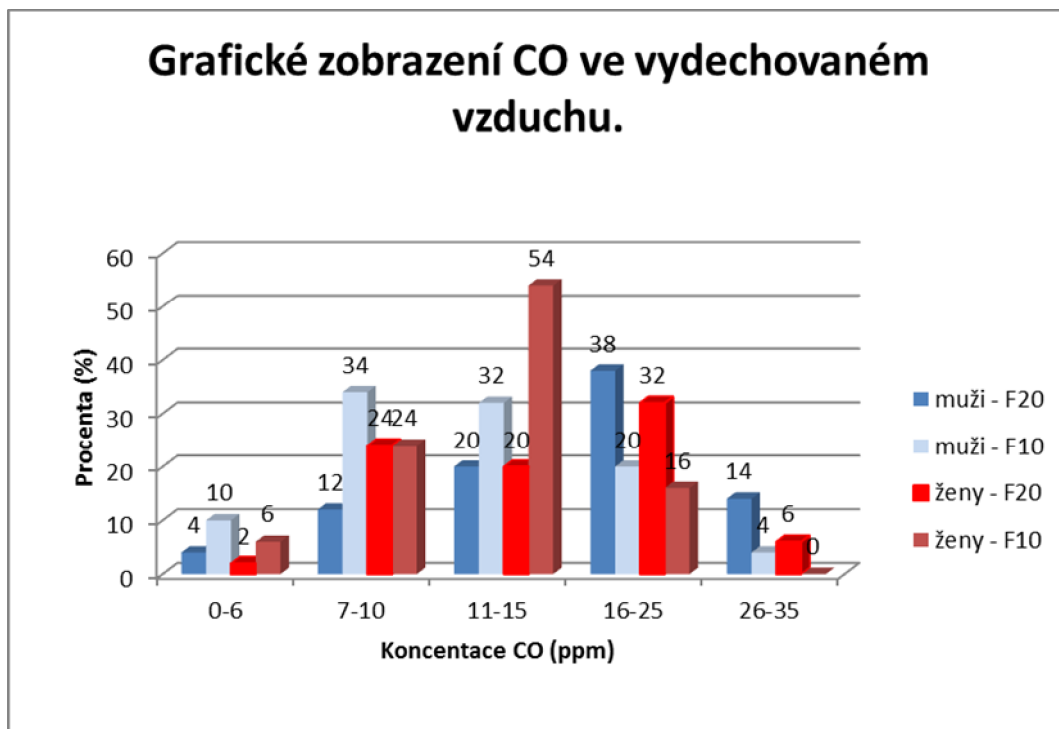
Graf . 14 - Grafické zobrazení důvodů kouření u pacientů s dg. F10 a F 20.

Nejvíce dotazovaných kuřáků (N=80, p=40%) odpovědělo, že důvodem pro kouření je nutnost. Další nejčastější odpověď, která zaznamenaná byla, že jim kouření chutná (N=76, p=38 %) a 16 pacientů (N=16, p=8%) odpovědělo, že kouří jen tak. Ostatní sdělili, že kouří z jiných důvodů (např.: ze stresu, ze zvyku, z nudy, z důvodu předvést se, aj.).

Stanovená hypotéza .3: (P edpokládám, že nejast j-ím d vodem kou ení u zkoumaného vzorku pacientů bude, že jim kou ení chutná) se nepotvrdila. ast j-í odpov dí dotazovaných pacientů bylo, že kou í z nutnosti.

Tabulka .16:

Koncentrace CO ve vydechovaném vzduchu (ppm)											
	0-6		7-10		11-15		16-25		26-35		Celkem
	Abs. .	Rel. .	Abs. .	Rel. .	Abs. .	Rel. .	Abs. .	Rel. .	Abs. .	rel. .	Rel. .
muži - F20	2	4%	6	12%	10	20%	19	38%	7	14%	88%
muži - F10	5	10%	17	34%	16	32%	10	20%	2	4%	100%
ženy - F20	1	2%	12	24%	10	20%	16	32%	3	6%	84%
ženy - F10	3	6%	12	24%	27	54%	8	16%	0	0%	100%



LEGENDY: 0-6 neku ák, 7-10 nebezpe ná zóna, 11-15 ku ák, 16-25 astý ku ák, 26-35 závislý ku ák

Graf .15 - Grafické roz len ní pacientů dle množství oxidu uhelnatého vydechovaného z plic.

Měření oxidu uhelnatého probíhalo za pomoci přístroje SENKO, model: BMC-2000. Pacienti s diagnózou F10 se bez výjimky podrobili měření, u pacientů s dg. F 20 bylo změřeno pouze 84 % (N=42) řekne a mužů s dg. F 20 88 % (N=44). Někteří pacienti měření odmítli, nebo nebyli schopni z důvodu nedostatečného výdechu, vdech do přístroje uskutečnit.

Z tabulky a grafu výše uvedeného vyplývá, že převládá v těle pacientů měření ve výdechu 11-15 ppm CO. Z celkového počtu oslovených řekne (N=50) s dg. F 10, mělo tuto hodnotu 54 %.

Při získávání hodnot CO ve vydechaném vzduchu, jsem navštívila pacienty pro výzkum nepravidelně. Doba od vykouření poslední cigarety byla různá, což jistě ovlivnilo hodnoty měření.

16.2 Výsledky - dotazník o potřebě léčby v PN HB

Pomocí e-mailové interní pošty jsem vyzvala řekne (N=55) v PN HB, rozeslala dotazník týkající se kouření pacientů (viz příloha str. 66). První otázku jsem položila od pana Píbyla (Píbyl, 2013), který obdobný výzkum aplikoval u řekne v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Řekne mi zodpovědět 2 otázky:

- 1) Nabízíte svým pacientům, kteří kouří, pomoc při odvykání například jakou?
- 2) Zapisujete pacientům (kuřákům) do chorobopisu diagnózu F17?

Návratnost odpovědí byla pouze 20%, tedy 11 řekne mi zaslalo odpověď zpět.

K otázce .1):

Nejvíce z nich (N=5) odpovědělo odpověď, pacienti nabízejí pomoc a zároveň je intervenují do 10 minut. Další 2 řekne (N=2) napsali odpověď, tedy že svým pacientům pouze doporučí s kouřením přestat. Jeden řekne (N=1) uvedl odpověď a g), tedy že pacienty intervenuje a zároveň, že jim doporučí náhradní terapii nikotinem. Ti řekne uvedli, že svým pacientům nenabízejí pomoc žádnou.

K otázce .2):

Nejvíce řekne (N= 9), odpovědělo že dg. do chorobopisu nezapisují, 2 uvedli, že ano. Při porovnání s výzkumem pana Píbyla (Píbyl, 2013), jsem došla k závěru, že odpovědi řekne v PNHB a v PNB se různí. A zároveň i výpovědi pacientů často nekorespondují s výpověďmi řekne. Myslím si, že v těle řekne nezaznamenává do lékařské dokumentace dg. F 17 z důvodu toho, že tento údaj nepovažuje za významný.

Tato oblast by tedy jistě byla vhodná pro další samostatný výzkum, dále je tedy

nebudu analyzovat.

17. Diskuze

Jak uvádí Pánková & Králíková (2010), mezi pacienty s psychiatrickým onemocněním je prevalence kouření 2-3x vyšší než v běžné populaci. Například u schizofreniků jsou kouření zastoupení ve více než 80 %, mezi pacienty se závislostí na alkoholu 70-80 % a mezi depresivními pacienty se kouření pohybuje okolo 60 %. I když se procentuální zastoupení kouření mezi pacienty hospitalizovanými v PN HB může jevit jako poměrně malé (kouření 54,6 % mužů, 31,6 % žen), například ve srovnání s výše zmíněnými schizofreniky, je nutné vzít v úvahu, že někteří pacienti kouření přijetí do PN (kdy absolvují vstupní pohovor s příjmovou sestrou) přiznají. Toto snížení by mohlo být také dáno možným zahrnutím pacientů, kteří byli přijeti v takovém stavu, že nebyli schopni tento vstupní pohovor absolvovat a tudíž mohli být považováni za nekuřáky.

Z mého výzkumu mimo jiné vyplynulo, že mezi pacienty diagnostikovanými dle MKN 10 jako F10 a F20 nejvíce kouření muži schizofrenici. Domnívám se, že to je zejména proto, že tyto lidé často postrádají sebekontrolu, trpí halucinacemi, poruchami myšlení a jednání a často si ani neuvědomují, jak kouření poškozuje jejich zdraví a jaká negativa jim přináší.

Při sledování rozdílu kouření cigaret doma a v PN bylo patrné, že pacienti s diagnózou F10 své kouření na psychiatrii snížili a kouří maximálně 20 cigaret denně. Toto snížení by mohlo být dáno specifickým režimem oddělení, kde jsou závislí pacienti hospitalizováni s časovým omezením, kdy pacienti mohou na svém oddělení kouřit pouze v určené hodině a po určité době. Pacienti na oddělení závislostí nemají kúru, mohou kouřit pouze na terase venku a to vždy pod dohledem zdravotnického personálu. Jejich kouření je omezené, mohou kouřit jenom cca 8x denně a to maximálně po dobu 10 minut. Kdyby někteří pacienti chtěli vykouřit stejný počet cigaret jako doma (40 a více), museli by být schopni vykouřit okolo 5 cigaret v době kouření, tedy během 10 minut. Jelikož na tomto oddělení jsou stanovena pevná pravidla a pacienti musejí dodržovat řád, tedy smějí kouřit pouze na místech vyhrazených, často se stává, že silní kouření toto omezení nezvládají a kouří v noci na toaletách. Za toto jednání bývají často propuštěni.

Při získávání dat jsem si také všimla, že každé oddělení je specifické. Ačasto záleží na primárním oddělení, jakým způsobem se ke kouření přistupuje a jak kouření vnímá. Byla jsem na oddělení, kde bylo kouření povoleno pouze 3x denně a také jsem se setkala s kouřáky, kteří na svém oddělení mohli kouřit na vyhrazených místech nepřetržitě. Na některých odděleních měli kouření vyhrazená místa ke kouření, tzv. kouření a na kde pacienti mohli kouřit pouze na WC. Setkala jsem se i s oddělením nekuřáckým, kde kouření mohli kouřit pouze na terase mimo budovu a pouze pod dohledem zdravotnického personálu. Když jsem se ptala, jak často pacienti tedy na tomto oddělení kouří, zdravotní sestra mi odpověděla, že záleží na personálu, zda je ochoten s pacienty ven chodit a zda si na pacienty udělá čas. Na těchto odděleních bylo z celkového počtu hospitalizovaných nízké procento kouřáků, na kterých pacienti se mi svěřovali, že občas pravidlo, nekouřit v budově poruší a kouří potají na toaletách.

Co se týče intervence ze strany zdravotnického personálu zaměřené na odvykání kouření, pak z mého dotazníkového šetření vyplynulo, že z celkového počtu respondentů (N=200), bylo pouze 74 % pacientů během svého flivota osloveno, zda kouří. Z mého pohledu je toto procento nedostačující, myslím si, že by mělo být osloveno celých 100 %, jelikož kouření je ze zdravotního hlediska závažný problém, měli by nejenom lékaři toto brát jako danou povinnost při základním vyšetření. Této oblasti by měla být věnována větší pozornost a pacienti by měli od zdravotnického personálu dostat dostatečné množství informací týkajících se odvykání kouření a následné nikotinové léčby. Ačkoliv 90 % pacientů by raději nekouřilo, odpověď na otázku, jakým způsobem se dá s kouřením přestat, zná pouze 50 % dotázaných. Informovanost pacientů je značně nedostačující, rovněž přístup personálu - pouze 5 % pacientů byla nabídnuta náhradní nikotinová terapie (také toto číslo je značně nízké).

Svou přítomností na oddělení jsem jistě zaujala nejenom pacienty, kteří se mnou, jako se zdravotní sestrou bez problémů spolupracovali (byli evidentně rádi, že si s nimi někdo popovídá), ale budila jsem zájem i u lékařů a ostatních zdravotních pracovníků. Na kterých vyuffili možnosti bezplatného změření CO ve výdechu a vyslechli si mou krátkou intervenci ohledně škodlivosti kouření. Na každém oddělení jsem po své návštěvě zanechala informační materiály a přítomným, kteří měli zájem, jsem podala informace o náhradní nikotinové léčbě, včetně farmakoterapie.

Výzkum dále poukázal na nechu lékařů zabývat se tímto výzkumem, pouze 11 lékařů z oslovených (N=55, tedy 20 %) bylo ochotno odpovědět na mé dotazy. Několik lékařů mi napsalo i slovní vyjádření ke kouření pacientů v PNHB. Jedno z těchto slovních vyjádření mě zaujalo (myslím, že názor ilustruje obecné stanovisko lékařů s letitými zkušenostmi s kouřáky v PN) a proto jej zde zveřejňuji.

Š Dobrý den,
na Váš dotaz se pokusím odpovědět na základě svých celoživotních zkušeností:

1) Nabízíte svým pacientům, kteří kouří, pomoc při odvykání, například jakou?
(možná kombinace více odpovědí)

1) NE - nemá to jakýkoli smysl v žádné podobě. Představa o stručných i podrobných doporučeních i o letácích nebo dokonce docházce o do speciálního centra je v tomto případě zábavná, v též pacient sama nedokáže docházet v bec nikam, ani do psychiatrických ambulancí... a zpravidla sami nikdy neúčinně ani psychiatrické, ani somatické léky... odpovědné účinnosti je jen iluze léka ...

Účinek uvedených chemických látek na subjektivní stav je zcela odlišný u zdravých jedinců a u pacientů s receptorovými poruchami, navíc účinně-li díky dobrodiní dohledu příbuzných i zdravotník psychofarmaka - protože obsazení nikotinových receptorů jim přináší úlevu, kterou dle svých vlastních zkušeností nelze s nimi porovnat (kouření by nevyměnilo ani za orgasmus...)

2) Zapisujete do chorobopisu u každého F17?

2) NE - je to ztráta času, navíc pro hrátky zdravotním pojištěním, aby u nich pokračovaly v hradit rakovinu plic, což jistě časem nastane..

Ale když o tom přemýšlím, bylo by vhodné (spíše pro statistiku, ne pro ZP) nějakou kódovanou diagnózou upozorovat na raritní abstinenty nikotinu mezi nimi.. Ti se vyskytují jistě u prvopříjemců, ale na uzavřených psychiatrických odděleních se kouřit tabák naučí dříve i později prakticky všichni.

Závěrem diskuze si myslím, že bychom jako zdravotní personál, neměli před tímto problémem zavírat oči a myslím bychom ho společně se svými klienty začít řešit.

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jelikož je závislost na tabáku uvedena jako diagnóza v MKN-10 a jedná se tedy o poruchu duševní a poruchu chování, měla by být tedy poskytnuta adekvátní terapie. Myslím si, že by stálo za uvažování zřízení lokálních oddělení pro tyto závislé pacienty. Mohlo by se jednat o oddělení v nemocnicích i v psychiatrických ústavech. Důležitým by byl kladen na kombinaci rešimové léčby, individuální i skupinové psychoterapie, ošetřovatelského procesu, farmakoterapie a psychiatrické rehabilitace (včetně ergoterapie, arteterapie, tréninku asertivity atd.) podobně jako u jiné závislosti. Financování by bylo zajištěno pomocí grantů, případně platbou samotných klientů.

Z mého výzkumu jsem zjistila, že intervence ze strany zdravotnického personálu je nízká, je nutné tuto problematiku dostat do podvědomí pacientů formou seminářů, skupinových sezení, brožur a relevantní literatury. Bylo by i vhodné, kdyby zdravotní pracovníci poskytl na relevantní preventivní programy, týkající se této problematiky a v případě zájmu klientů poskytl na léčbu závislosti na tabáku.

Také je z mého výzkumu patrné, že lékaři o problematiku svých pacientů nejevili zájem, například pouze 4 pacienty (2%), z 200 oslovených, ošetřující lékař nabídl náhradní nikotinovou terapii. Domnívám se, že jednou z možností je umožnění získávání specializací v tomto oboru. Díky této specializaci by mohli být lépe finančně ohodnoceni u svých zaměstnavatelů a to by mohla být motivace pro jejich edukační činnost v rámci řešení této problematiky.

18. Seznam literatury:

- Benwell, M., Balfour, D., Anderson, J.(1990) Smoking-associated changes in the serotonergic systems of discrete regions of human brain. *Psychopharmacology*.102, s. 68672.
- Carr, A., (2003). *Jak p estat kou it. Earth Save.*
- Comby, B., (1960). *Jak se zbavit závislosti na tabáku: praktický a ú inný rádce, jak kone n p estat s kou ením [z francouzského originálu p elofil Vladimír adský]. 1.vyd. Hodovi ky: Pragma c2007*
- DiFranza, J.R., Guerrero, M.P. (1990). Alcoholism and smoking. *Journal of Studies on Alcohol*, 1990, 51 (2), s. 130-135.
- Dreslerová, V., Dresler, J. (2010). Pilotní –et ení závislosti na tabáku mezi schizofrenními pacienty. *Adiktologie*, (10)1, s. 16-25.
- Du–ek, K. & Ve e ová-Procházková, A. 2010). *Diagnostika a terapie du–evních poruch. 1.vyd. Praha: Grada Publishing.*
- Goff, D.C. (2005). Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry*. 66, s.183694.
- Illes, T. (2002) *D ti a drogy: fakta, informace, prevence. Praha: ISV, 2. upr. vydání.*
- Králíková, E., a kol.(2013). *Závislost na tabáku - epidemiologie, prevence a lé ba. B eclav: ADAMIRA, s. r. o.*
- Králíková, E. (2013) *Kou ení, psychika a mofnosti lé by závislosti na tabáku. Léka ské listy., ro . 2013 (7), s. 26-28.*
- Králíková, E., Kozák, J.T. (1997). *Jak p estat kou it. Maxdorf, 2. vydání.*
- Králíková, E., Tř pánková, L. (2007), *Závislost na tabáku. Referátový výb r z psychiatrie. 2007, ro . 6, (2) Speciál, s. 24-27.*
- Kozák, J. a kol. (1993): *Rizikový faktor kou ení, 1. vyd. Praha: KPK.*
- Langrová K., Králíková E., & Vojta M., (2008). *Linka pro odvykání kou ení- významná sou ást nabídky lé by závislosti na tabáku. Praktický léka 88/1, s.47-49.*
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., Mc Cormick, D. Et Bor, D.H. (2000). Smoking and mental illness. A population-based prevalence study. *Jama*, 284, s. 2606-2610.

Malone KM, Waternaux Ch, Haas GL, et al. (2003). Cigarette Smoking, Suicidal Behavior, and Serotonin Function in Major Psychiatric Disorders. *Am J Psychiatry* 2003,169, s. 773-779

Mar-álek, M. (2008). Schizofrenie a drogové závislosti. *Psychiatrie pro praxi*. **9(6): s.2696272**

Me í, J. (1989). Zneuffívání alkoholu a nealkoholových drog u mládefe. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.

Ne-por, K., Pernicová, H., Csémy, L. (1999). Jak z stat fit a p edejít závislostem. 1. Vyd. Praha: Portál.

Novák, M. a kol. (1980). O kou ení. 1. Vyd. Praha: Avicenum

Perná, Z., Va-áková, M. (2009) Kou ení, závislost na tabáku a sou asné mofnosti lé by. *Praktický léka*, 89 (12): s. 679-683

Petry, N., Stinson, M., Frederik, S.G., Bridget, F. (2005). Comorbidity of DSM - IV Pathological Gambling and Other Psychiatric Disorders. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005, 66 (5), s. 564-574.

P ibyl, P.(2013). Závislost na tabáku u vybraných pacient Psychiatrické lé ebny Bohnice a intervence sm ující k lé b závislosti na tabáku. Bakalá ská práce. Praha, R. Univerzita Karlova v Praze, 1. léka ská fakulta, Klinika adiktologie.

Philip Morris International. P evzato 19.3.2014 z http://www.pmi.com/cs_cz/about_us/philip_morris_cr_overview/pages/history.aspx

Richter, K.P., Gibbon, C.A., Ahluwalia, J.S., Schmelzle K.H. (2001), Tobacco use and quit attempts among methadone maintenance clients. *Am J Public Health*, 2001, 91(2), s. 296-299.

Shapiro, H. (2005). Drogy obrazový pr vodce. Praha: Svojtka & Co.,s.r.o.

Sigmundová, Z. & Látalová, K. (2008). Rizikové faktory flivotního stylu schizofrenních pacient . *Psychiatrie pro praxi*, ro . 9, . 1, s. 20-23.

Sovinová, H., Sadílek, P., & Csémy,L. (2012). Vývoj prevalence ku áctví v dosp lé populaci 'CR. Názory a postoje ob an R k problematice kou ení (období 1997-2011): výzkumná zpráva. Praha: Státní zdravotní ústav. P evzato 5. 3. 2014 z <http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/koureni/zprava-kuractvi-2011.pdf>

Sovinová, H., Csémy, L., Procházka, B. Et Kottnauerová, B. (2007). Smoking attributable hospital treatment, treatment costs and smoking attributable mortality in the Czech Republic in 2002. *Cent. Eur. J. Public Health*, 15, s. 79-83.

Steinberg, M.L., J.M. Williams, D.M. Ziedonis. (2004). Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tobacco Control*, 13, s. 206-208.

Stone, T., Darlington, G. (2003). *Léky, drogy, jedy*. (z anglického originálu p e loffil Vratislav Schreiber). Vyd. 1. Praha : Academia

Straka, M. (2014). Fagerström v test-nikotinová závislost. Exnico-Centrum odvykání kou ení [online]. P ístup dne 12. 7. 2014 z <http://www.exnico.com/fagerstromuv-test-nikotinova-zavislost/>

™ pánková, L. & Králíková, E. (2010). Lé ba závislosti na tabáku u pacient s psychiatrickou komorbiditou. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, ro . 11, . 2, s. 66-69.

™ pánková, L., Králíková E., Zvolská, K. et al. (2013). Depresivní porucha a úsp –nost lé by závislosti na tabáku. *eská a slovenská psychiatrie*. 2013, ro . 109, . 2, s. 55-63.

™ pánková, L., Králíková E., Kme ová, A. et al. (2013). Úsp –nost odvykání kou ení u pacient s diagnózou deprese: výsledky intenzivní lé by. *Psychiatrie*. 2013, ro . 17, Suppl. 1), s. 39.

Vokurka, M., Hugo, J. a kol.(2008). *Velký léka ský slovník*, 8. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius.

Vyhlá-ka Mze . 344/2003 Sb. P evzato 27.3. 2014 z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-344>

World Health Organisation. (2008). *Du- evní poruchy a poruchy chování. Mezinárodní klasifikace nemocí a p idružených problém : MKN-10: desátá revize*. Praha: Bomton Agency.

Zákon o opat eních k ochran p ed –kodami p sobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o zm n souvisejících zákon [citace 18. 6. 2014], dostupné z : <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-379>

Závislost, syndrom závislosti, [citace 18. 5. 2014], dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/z/zavislost_syndrom_zavislosti

19. Seznam příloh

Příloha 1: Seznam používaných zkratk

Příloha 2: Potvrzení o zaměření (oskenovaná kopie)

Příloha 3: Souhlas Etické komise Nemocnice Havlíkův Brod (oskenovaná kopie)

Příloha 4: Seznam přítomných členů Etické komise Nemocnice Havlíkův Brod (oskenovaná kopie)

Příloha 5: Dotazník pro pacienty PNHB

Příloha 6: Tabulka diagnóz- vysvětlení zkratk

Příloha 7: Dotazník pro lékaře PNHB

Příloha 8: Souhlas ředitele nemocnice MUDr. Jaromíra Maška s prováděným výzkumným úkolem v PNHB (oskenovaná kopie)

Příloha 9: Přílohy n kterých pacient (kuška) v PNHB

Příloha 10: Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Příloha 1: Seznam používaných zkratk

CO	oxid uhelnatý
dg.	diagnóza
1. LF UK	1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
NNT	náhradní nikotinová terapie
PNB	Psychiatrická nemocnice Bohnice
PNHB	Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod
ppm (parts per milion)	počet částic na 1 milion

Příloha 2: Potvrzení o zaměstnání (oskenovaná kopie)



**Psychiatrická nemocnice
Havlíčkův Brod**

Rozkošská 2322, 580 23 Havlíčkův Brod
<http://www.plhb.cz>

Paní
Lenka Jonáková
Skála 13
580 01 Havl. Brod

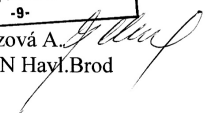
Naše značka: PaM/2014 Vyřizuje/telefon: Schwarzová/569478152 v Havlíčkově Brodě
dne 24.4.2014

Věc: **potvrzení o době zaměstnání v Psychiatrické nemocnici v Havlíčkově Brodě.**

Potvrzujeme tímto, že p. Lenka Jonáková, nar. 24.2.1980, je zaměstnána v naší nemocnici jako všeobecná sestra a to od 1.9.1999 – dosud, na plný pracovní úvazek. Z toho od 1.12.2010 - dosud na odd. 1 – léčba závislostí.

Toto potvrzení se vydává na žádost výše jmenované(ho).

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod
Rozkošská 2322, 580 23 Havlíčkův Brod
-9-

Schwarzová A. 
odd. PaM PN Havl. Brod

Příloha 4: Seznam přítomných členů Etické komise Nemocnice Havlíčkův Brod
(oskenovaná kopie)



Seznam členů Etické komise Nemocnice Havlíčkův Brod p.o.

Příjmení, jméno, titul	Pohlaví	Odbornost	Zaměstnanec NHB	Přítomen		Hlasoval	
				ANO	NE	ANO	NE
Konrád Jiří MUDr.	muž	primář PLHB	NE		X		X
Cyranyová Gabriela MUDr.	žena	lékařka	ANO	✓		✓	
Mrkvíčková Lucie	žena	sekretářka ředitele	ANO	✓		✓	
Pekařová Erika	žena	staniční sestra	ANO	✓		✓	
Schusterová Lenka	žena	zdravotní sestra	ANO	✓		✓	
Mikolaj Michal MUDr.	muž	primář PLHB	NE		X		X
Stejskalová Jitka	žena	sekretářka	NE		X		X
Štěpánová Marie MUDr.	žena	lékařka	ANO	✓		✓	
Lehanka František MUDr.	muž	primář	ANO	✓		✓	
Doležal Pavel Ing.	muž	důchodce	NE	✓		✓	
Hlaváč Jan Ing.	muž	důchodce	ANO		X		X
Kubát Jiří MUDr.	muž	primář	ANO		X		X
Miláček Václav MUDr.	muž	lékař	ANO	✓		✓	
Rezničenko David Mgr.	muž	ředitel	ANO		X		X

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy.

NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD
příspěvková organizace
ETICKÁ KOMISE

MUDr. František Lehanka
předseda LEK
Nemocnice Havlíčkův Brod p.o.

Příloha 5: Dotazník pro pacienty PNHB

Anonymní dotazník pro pacienty (kuřáky) v Psychiatrické nemocnici Havlíkův Brod			
(Pacient byl edukován o výzkumném –et –ení, které se týká bakalářské práce studentky o Jonákové a se za –azením do studie souhlasí).			
Datum a podpis studentky:			
1.	Pohlaví:	<input type="radio"/> Muž <input type="radio"/> Žena	
2.	Věk (let):		
3.	Dokončené vzdělání:	<input type="radio"/> ZŠ <input type="radio"/> SŠ <input type="radio"/> VŠ	
4.	Zažili jste kouření v psychiatrické nemocnici?	<input type="radio"/> ANO	
5.	Kouření od jak dlouho?		
6.	Počet cigaret vykouřených denně na psychiatrii:		
7.	Počet cigaret vykouřených denně doma:		
8.	Zeptal se Vás lékař či sestra, zda kouříte?	<input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	
		<input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	
9.	Doporučil Vám lékař či sestra přestat kouřit?	<input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	
		<input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	
10.	Doporučil Vám lékař či sestra omezit kouření?	<input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	
		<input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	
11.	Poradil Vám lékař či sestra, jakým způsobem přestat kouřit?	<input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	
		<input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	
12.	Doporučil/Předepsal Vám lékař či sestra náhradní nikotinovou léčbu?	<input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	
		<input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	
Jestliže ANO, jakou: <input type="radio"/> BUPROPION <input type="radio"/> VARENIKLIN(CHAMPIX) <input type="radio"/> NIKOTIN <input type="radio"/> KOMBINACI <input type="radio"/> JINÉ			

13.	Doporučil/Poskytl Vám Vá- lékař i sestra kontakt/adresu na specializované centrum pro závislé na tabáku?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
14.	Kdyby to bylo možné, rádi byste nekouřili?	<input type="radio"/> ANO			
15.	Chcete přestat kouřit?	<input type="radio"/> ANO			

16.	Z jakého důvodu kouříte?	<input type="radio"/> jen tak
		<input type="radio"/> chutná mi to
		<input type="radio"/> z nutnosti
		<input type="radio"/> jiné <input type="radio"/> ..
17.	Jaký by musel být důvod, aby jste přestal(a) kouřit?	
18.	Víte si rady, jakým způsobem přestat kouřit?	<input type="radio"/> ANO
19.	V případě, že ano, jakým?	<input type="radio"/> jen tak
		<input type="radio"/> navštívim lékaře
		<input type="radio"/> koupím si léky. Jaké <input type="radio"/> ..
		<input type="radio"/> jiné
20.	Počet vykouřených cigaret v posledních 12ti hodinách:	
21.	Hodnota CO v dechu:	ppm
22.	Diagnóza klienta-dle dokumentace:	

P íloha 6: Tabulka diagnóz- vysv tlení zkratek (WHO, 2008)

F01	Vaskulární demence
F03	Neur ená demence
F05	DeliriumŠkteré není vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami
F06	Jiné du- evní poruchyŠzp sobené po-kozením mozkuŠjeho dysfunkcí a somatickou nemocí
F07	Poruchy osobnosti a chování zp sobené onemocn nímŠpo-kozením a dysfunkcí mozku
F10	Poruchy du- evní a poruchy chování zp sobené uflíváním alkoholu
F15	Poruchy du- evní a poruchy chování zp sobené uflíváním jiných stimulanciíŠv etn kofeinu
F19	Poruchy du- evní a poruchy chování zp sobené uflíváním více drog a jiných psychoaktivních látek
F20	Schizofrenie
F22	Poruchy s trvalými bludy
F23	Akutní a p echodné psychotické poruchy
F25	Schizoafektivní poruchy
F30	Manická fáze
F31	Bipolární afektivní porucha
F32	Depresivní fáze
F41	Jiné anxiózní poruchy
F42	Obsedantn -nutkavá porucha
F43	Reakce na t flký stres a poruchy p izp sobení
F60	Specifické poruchy osobnosti
F61	Smí- ené a jiné poruchy osobnosti
F63	Nutkavé a impulzivní poruchy
F65	Poruchy sexuální preference
F70	Lehká mentální retardace
F71	St ední mentální retardace
F73	Hluboká mentální retardace
F84	Pervazivní vývojové poruchy
F90	Hyperkinetické poruchy
F91	Poruchy chování
F92	Smí- ené poruchy chování a emocí
F93	Emo ní poruchy se za átkem specifickým pro d tství
F94	Poruchy sociálních funkcí se za átkem v d tství a dospívání
G10	Huntingtonova nemoc
G30	Alzheimerova nemoc
G40	Epilepsie ó padoucnice

Příloha 7: Dotazník pro lékaře PNHB

DOTAZNÍK PRO LÉKAŘE PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE HAVLÍČK V BROD

1) Nabízíte svým pacientům, kteří kouří, pomoc při odvykání, například jakou?
(možná kombinace více odpovědí)

- a) Ne
- b) Ano, jen doporučíme
- c) Ano, doporučíme a dáme leták
- d) Ano, v rozsahu intervence do 10 minut
- e) Ano, v rozsahu intervence nad 10 minut
- f) Doporučíme specializované centrum
- g) Doporučíme farmakoterapii: nikotin, bupropion, vareniklin, kombinaci
- h) jinou: _____

2) Zapisujete pacientům (kuřákům) do chorobopisu diagnózu F17?
(Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku)

- a) Ano
- b) Ne

Příloha 8: Souhlas editel nemocnice MUDr. Jaromíra Maška s prováděným výzkumným
šetřením v PNHB (oskenovaná kopie)

Psychiatrická nemocnice
Rozkošská 2322
Havlíčkův Brod
58001
(MUDr. Mašek Jaromír)

**Věc: Žádost o vyjádření k realizaci výzkumu v Psychiatrické nemocnici
Havlíčkův Brod**

Dobrý den,
pracuji jako zdravotní sestra v psychiatrické nemocnici na oddělení závislostí
a nyní dále studuji bakalářský obor ADIKTOLOGIE v Praze.

Pod vedením Doc. MUDr. Evy Králíkové, CSc. (Ústav hygieny
a epidemiologie 1. LF UK a VFN, Studničkova 7, 128 00 Praha 2, Tel./fax: 224
968 529, mobilní telefon: 737 009 870) bych ráda v této nemocnici zrealizovala
výzkumnou studii v rámci bakalářské práce s názvem: Závislost na nikotinu
a psychiatrická komorbidita.

K žádosti přikládám 2 dotazníky, které bych vyplňovala s pacienty a lékaři
v psychiatrické nemocnici (dotazníky budou anonymní).
Též Vás žádám o případné nahlédnutí do zdravotní dokumentace pacientů, pro
ověření diagnózy, se kterou jsou pacienti v nemocnici hospitalizováni.

Předem děkuji za kladné vyřízení žádosti.

S pozdravem

Jonáková Lenka

studentka 3. ročníku adiktologie 1. LF UK, Praha

tel.: 723 257 615

Doporučuji: žádosti vyhovět. M

24 -01- 2014

Souhlasím



Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod
Rozkošská 2322, 580 23 Havlíčkův Brod
-24-

Příloha 9: Příběhy některých pacientů (kuřáků) v PNHB

Marie 62 let

Za mladá jsem kouřila v 17ti letech, bylo to na internátě, kde kouřili snad všichni. Během druhého týdne jsem nekouřila vůbec. Nyní kouřím na psychiatrii asi 6 cigaret denně. Ráda bych s kouřením přestala ze zdravotních a finančních důvodů.

Miloš 48 let

Od 17ti let jsem kouřil jen asi 2 cigarety denně, od 40ti let kouřím 5-10cigaret za den, ale nikdy jsem neměl cigaretu fládnou a tak nekouřím vůbec. Kouřím hlavně z jara do podzimu, když jezdím závodně na kole. Kouření mi před každým závodem dodává energii, je to takový rituál.

Romana 42 let

Za mladá jsem kouřila asi po 16. roku mého věku, jelikož jsem se seznámila s mým nastávajícím manželem a ten také kouřil. Kouřila jsem jen potajmu, aby to nevěděli rodiče, ve škole se spoluflákala. Když jsem otěhotněla, tak jsem nekouřila a za mladá jsem, když byly synovy asi 3 měsíce, lákala mě to, cítila jsem v ní (bařnění), tak jsem za mladá kouřila znovu. Nyní kouřím doma asi tak 20 cigaret denně a zde v nemocnici okolo 10. Kouření mi dává dobrý pocit, klid a na druhou stranu mi bere zdraví a peníze. Kouření bych chtěla ještě více omezit, ale nevím..., zatím je pro mě nejlepší jít, abych odvykla alkoholu.

Petr 62 let

Kouřil jsem začal na studiích v 15ti letech. Jako studenti jsme si balili cigarety ze smolné tabáku Taras Bulba a Kapitán. Denní spotřeba byla 10-20 cigaret. Na vojně jsem kouřil cigarety Lípa. Po odchodu do civilu se pokračovalo dál a to různé druhy cigaret, v té době jsem kouřil okolo 30ti cigaret denně. Po nástupu k policii se množství vykouřených cigaret zvýšovalo. Když jsem míval 24 hodinové služby, kouřil jsem i 80cigaret za den. Cigarety byly pro mě jedinou uklidňující látkou. Po odchodu do invalidního důchodu počet cigaret klesl na 20/denně. Nyní kouřím okolo 10ti cigaret denně. Někdy jsem se snažil přestat, ale vždy jsem to začal.

Josef 43 let

Za mladá jsem kouřila ve 14ti letech, bylo to ze zvědavosti. Mí rodiče také kouřili. Za mladá jsem kouřila se svými spolufláky a kamarády, kteří s kouřením již měli zkušenosti. Také jsem kouřila z frajeřiny před holkama a před klukama jsem nechtěla vypadat jako blbec. Ze začátku to byly tak 3 cigarety za den a postupem času se dávky zvyšovaly. Nyní s tím už nic nejde dělat, vykouřím za den doma 30cigaret i více a nejde s tím už přestat. Cigarety mě uklidňují, když mě něco rozhodí nebo rozlíčí. Je to totiž fůka, nemám pevnou vůli. Určitě bych chtěla přestat, ale šel bych to.

Příloha 10: prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si v domě, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být poufity k výtulným úelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčíinnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu požítovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hárkovým písmem)	íslo dokladu totožnosti vypítitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závřerčné práce	Datum	Podpis



*Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)