

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie prezenční



## **Bakalářská práce**

Autor: **Eva Příbylová**

**LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU – INFORMOVANOST LÉKAŘŮ  
NEMOCNICE PŘÍBRAM O MOŽNOSTECH LÉČBY A ZPŮSOBU INTERVENCE**

**Treatment of tobacco dependence - Hospital Pribram  
physicians' information about treatment and intervention  
possibilities**

Vedoucí práce: MUDr. Eva Králíková, CSc.

Konzultant: MUDr. Lenka Štěpánková

Praha 2011

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 8. 8. 2011

Eva Příbylová

**Identifikační záznam:**

PŘIBYLOVÁ, Eva. Léčba závislosti na tabáku – informovanost lékařů nemocnice Příbram o možnostech léčby a způsobu intervence. [*Treatment of tobacco dependence – Hospital Pribram physicians information about treatment and intervention possibilities*]. Praha. 2011. 65 s., 2 příl., 40 tab., 2 obr. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie. Vedoucí práce MUDr. Eva Králíková, CSc. Konzultant práce MUDr. Lenka Štěpánková.

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí práce, MUDr. Evě Králíkové, CSc. za vedení bakalářské práce a také za její podporu a cenné rady.

Mé poděkování dále patří také rodině a přátelům, za jejich podporu a pomoc nejen při psaní této práce, ale také během studia.

## **Abstrakt**

Tato práce se zabývá možnostmi léčby závislosti na tabáku a způsoby intervence, což bylo předmětem výzkumu mezi lékaři v Oblastní nemocnici v Příbrami.

Cílem práce je zmapovat, postoj lékařů příbramské nemocnice k závislosti na tabáku a také to, zda znají možnosti léčby závislosti na tabáku. Dále bylo cílem práce zmapovat jaké způsoby intervence lékaři u svých pacientů využívají. Tato problematika byla zkoumána pomocí kvantitativního výzkumu, formou dotazníkové studie.

Teoretická část této práce se zabývá především závislostí na tabáku, její diagnostikou, neurobiologií a léčbou závislosti na tabáku. Jedná se o shrnutí dané problematiky, přičemž bylo čerpáno z odborné literatury příslušného druhu.

V praktické části je vyhodnocen dotazník pomocí sloupcových a výsečových grafů.

*Klíčová slova:* TABÁKOVÝ KOUŘ, NIKOTIN, ZÁVISLOST NA TABÁKU, INTERVENCE, MOŽNOSTI LÉČBY ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

## **Abstract**

This work deals with possibilities of tobacco addiction treatment and ways of intervention which was subject of research in local hospital in Příbram.

The main objective of this work is to map attitude of doctors in hospital of Příbram to tobacco addiction and also if they know all the possibilities of tobacco addiction treatment and which ways of intervention they are using for their patients. These issues were examined by quantitative research, questionnaire study form

Theoretical part of this work deals mainly with tobacco addiction, diagnosis, neurobiology and treatment of tobacco addiction. It's a summary of this issues and information are coming from professional literature of this kind.

In practical part is evaluated questionnaire with the help of bar graph and pie chart graph.

*Keywords:* TOBACCO SMOKE, NICOTINE, TOBACCO ADDICTION, INTERVENTION, TOBACCO ADDICTION TREATMENT POSSIBILITIES

1. Úvod .....	8
2. Tabák .....	9
2.1 Historie .....	9
2.2 Formy tabáku .....	10
2.2.1 Nehořící formy tabáku .....	10
2.2.2 Hořící formy tabáku .....	11
2.3 Složení tabákového kouře .....	12
2.4 Účinky .....	12
2.4.1 Krátkodobé nežádoucí účinky: .....	12
2.5. Způsoby aplikace .....	13
3. Závislost na tabáku .....	14
3.1 Diagnostika dle MKN – 10 .....	14
3.2 Neurobiologie závislosti na nikotinu .....	15
3.3 Psychosociální závislost .....	16
3.4 Fyzická závislost .....	16
4 Léčba závislosti na tabáku v ČR .....	17
4.1 Historie léčby závislosti na tabáku v ČR .....	17
4.2 Centra pro závislé na tabáku .....	17
4.2.1 Zaměstnanci .....	17
4.3 Léčba zaměřená na psychosociální závislost .....	17
4.4 Léčba zaměřená na fyzickou závislost .....	18
4.4.1 Náhradní terapie nikotinem (NTN) .....	18
4.4.2 Bupropion .....	19
4.4.3 Vareniklin .....	20
4.5 Lékaři a kouření .....	22
5 Prevalence kouření lékařů - výzkum .....	24
6 Zdravotní potíže způsobené užíváním tabáku .....	25
6.1 Dýchací systém .....	25

6.1.1 Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN).....	25
6.2 Kardiovaskulární systém .....	26
6.2.1 Ateroskleróza .....	26
6.3 Gastrointestinální trakt .....	26
6.4 Nádory .....	27
7 Cíl práce a hypotézy .....	28
8 Popis metodologického rámce a metod.....	29
8.1 Teoretická část .....	29
8.2 Praktická část .....	29
8.2.1 Metody výzkumu.....	29
8.2.2 Cílová populace.....	29
8.2.3 Popis výzkumného vzorku .....	29
8.2.4 Metody analýzy a zpracování dat .....	30
9. Výsledky.....	32
10. Srovnání s totožným výzkumem .....	54
11 Diskuse a závěr .....	56
12 Použitá literatura.....	59
13 Přílohy.....	62
13.1 Příloha č. 1 – Dotazník .....	62
13.2 Příloha č. 2 –Seznam tabulek a grafů .....	64

## 1. Úvod

Farmakoterapie závislosti na tabáku, je běžným léčebným postupem, který není vyhrazen jen specializovaným centrům léčby závislosti na tabáku, ale který by měl mít naopak v rukou i lékař v každodenní praxi – praktický lékař, internista, kardiolog, onkolog, pneumolog, onkolog a další. (Češka, 2007)

Z tohoto důvodu se domnívám, že zvolené téma, je téma aktuální a zajímavé. A také, že získané výsledky mohou být přínosné. Tato práce by mohla sloužit jako jakási zpětná vazba pro lékaře, kteří se do výzkumu zapojili a také pro všechny, kteří se danou problematikou zabývají.

Dané téma se jeví jako aktuální také z toho hlediska, že v České republice je velké množství kuřáků. Dle výzkumu z roku 2010 lze v České republice označit 25,2 % občanů za pravidelné kuřáky, kteří kouří v současné době nejméně 1 cigaretu denně. Dalších 4,1% občanů uvedlo, že kouří méně, než jednu cigaretu denně, jedná se tedy o příležitostné (nepravidelné) kuřáky. Dle vlastní výpovědi kouří tedy 29,3% občanů České republiky ve věku 15 – 64 let a lze je označit za kuřáky. (Sovinová, et al., 2011)

Pro realizaci tohoto výzkumu mne inspiroval výzkum, který provedla v roce 2007 mezi pražskými lékaři MUDr. Eva Králíková, CSc. a z části také zkušenosti mých blízkých s přístupem lékařů k problematice kouření.

Cílem této práce je zmapovat postoj lékařů Oblastní nemocnice v Příbrami k závislosti na tabáku, zda znají lékaři příbramské nemocnice možnosti, které se nabízí v léčbě závislosti na tabáku a jaké intervence využívají u svých pacientů.

Pro tento výzkum jsem zvolila kvantitativní přístup, který byl realizovaný formou dotazníku. Dotazník byl použit v již zmíněném výzkumu MUDr. Králíkové.

Celkový počet respondentů je 115. Dotazník však odevzdalo pouze 77 lékařů, z toho 45 mužů a 32 žen.

V teoretické části této bakalářské práce jsem se zaměřila krom jiného na historii kouření, na složení a účinky tabákového kouře, ale především na problematiku závislosti na tabáku, na její diagnostiku a také léčbu.



## 2. Tabák

### 2.1 *Historie*

Jako první začali tabák pěstovat američtí Indiáni kmene Huronů, kteří kouřili tabákové listy při svých náboženských obřadech. Tabák byl Indiány považován za jednu z nejdůležitějších plodin. Svědčí o tom pověst o jeho vzniku. Tato pověst říká, že v období, kdy se jejich potrava skládala jen z masa divokých zvířat se nahé Huronské dívky posadily na zem a obě dlaně položily na půdu. Pod levou dlaní dívek vyrostlo obilí, pod pravou dlaní brambory, a v místě, kde dívky seděly, vyrostl tabák. Indiáni tabáku připisovali neobyčejné účinky, používali listy tabáku k nejrůznějším léčeným účelům. Listy tabáku využívali převážně ve formě obkladů, či k výrobě pasty, která následně sloužila k léčbě vředů na kůži. Tabákovému kouři byly také připisovány účinky na lidskou psychiku. Údajně v Indiánech vyvolával představy o budoucnosti, ale také jim pomáhal proti bolesti, vyčerpání a hladu.

Do Evropy se tabák dostal díky dvěma námořníkům Kolumbovy posádky v roce 1492. Byl to Luis de Torres a Rodrigo de Jeres. Tito námořníci se jako první Evropané setkali s tabákem. V roce 1559 byla rostlina tabáku poskytnuta francouzskému vyslanci Jeanu Nicotovi k důkladnějšímu prozkoumání. Ten rostlinu popsal a vyzdvihl její zázračné léčivé schopnosti. Alkaloid, vyskytující se v listech tabáku byl také později podle Jeana Nicota nazván – tedy nikotin. (Kozák et al., 1993)

Gilman & Xun (2006, str. 8) píší: „Přestože tabák je možno také žvýkat, pít jako čaj, šňupat jako prášek, vpravovat do těla v podobě klystýru nebo konzumovat jako želé, bylo to právě kouření – spalování listů, jímž vznikl požadovaný kouř, které se zakrátko stalo součástí kněžského léčebného rituálu sloužícího k diagnostice i léčení nemoci, ale také k vyhánění zlých duchů, kteří ji údajně způsobovali.“

Kouření bylo chápáno jako nový nápad a nová zkušenost, proto bylo vyhrazeno především těm, kteří si ho mohli dovolit, což v té době byli například kněží. Brzy si ovšem tento „luxus“ mohl dovolit i zbytek populace. (Gilman & Xun, 2006)

Do českých zemí byl tabák dovezen koncem 16. století v době vlády Rudolfa II. Jedním z prvních kuřáků v českých zemích byl s největší pravděpodobností Mikuláš Dačický z Heslova. Zprávy o tom, jaké má tabák léčivé účinky se stále množily.

Název tabáku tehdy měl různé podoby, jako například: Květina vyslancova (po J. Nicotovi), Svatý květ, Květ Svatého kříže, Herba panacea aj.

Tabák využívalo ke kouření a šňupání mnoho osobností tehdejšího světa, které prohlašovaly, že jim pomáhá v jejich činnosti. Jednalo se například o Kateřinu Velikou, Petra Velikého, Napoleona, Moliéra, Voltaira, Bismarka a další.

V roce 1605 se v Oxfordu konala první veřejná debata o vlivu tabáku, kterou uspořádal Jakub I. Během této debaty bylo zdůrazněno, že tabák nemá léčivé účinky. Tabák byl dokonce srovnáván s „černými páchnoucími výpary, unikajícími z pekla“. Byly zde také ukázány černé vnitřnosti získané z těl „nenapravitelných kuřáků“.

V roce 1640 vydal papež Urban VIII. bulu, která odsuzovala tabák v jakékoli podobě a zakazovala kouřit v kostele.

V Rusku byli kuřáci trestáni uříznutím nosu, kastrací, bičováním, či rozseknutím horního rtu tak, aby už nikdy nesrostl a jeho majitel tedy nemohl již nikdy pohodlně kouřit. Tyto tresty zrušil Petr Veliký, který byl kuřákem dýmky.

K velkému rozvoji tabákového průmyslu došlo v době, kdy byla zavedena strojová výroba cigaret. James Buck Duke využil vynález Jamese Bonsacka z Virginie, který v roce 1880 zrekonstruoval stroj na výrobu cigaret. Tento stroj umožnil výrobu 120 000 cigaret denně. (Kozák et al., 1993)

Cigarety se začaly masově šířit kolem roku 1900. (Gilman et al., 2006 in Králíková, 2011)

## ***2.2 Formy tabáku***

V České republice jsou běžné dvě formy tabáku a to bezdýmý tabák a tabák, který hoří.

### **2.2.1 Nehořící formy tabáku**

Tabák se používá jako bezdýmý (smokeless). Do této skupiny patří **šňupací tabák**, který se aplikuje vdechem do nosních dutin, nebo **orální tabák**, který se aplikuje do úst.

Orální tabák může být žvýkací, což jsou listy tabáku, které se vkládají do úst a následně žvýkají. Právě žvýkací tabák je velmi oblíbený u horníků, kteří jsou závislí na nikotinu, ale během práce v dolech nemohou kouřit (aby nedošlo k zapálení třaskavých

plynů). Orální tabák je také moist snuff, což doslova znamená „vlhký šňupec“, Moist snuff jsou papírové pytlíčky, které obsahují tabákovou drť a vkládají se do úst, kde se uvolňuje spolu s dalšími chemikáliemi nikotin. (Drogy-info, 2011)

Při užívání bezdýmého tabáku chybí produkty pyrolýzy, což znamená pro lidský organizmus menší riziko než kouření. Přesto však není bezdýmý tabák neškodný, protože obsahuje kancerogenní a toxické látky.

### **2.2.2 Hořící formy tabáku**

**Dýmka/doutník** – kouř z dýmky, nebo z doutníku, je více alkalický než- li normální cigaretový kouř, což znamená, že při kouření dýmky, nebo doutníku se může nikotin vstřebávat již v dutině ústní.

**Vodní dýmka** – je velmi oblíbená především u mladých lidí. Vodní dýmka je laickou veřejností vnímána, jako méně škodlivá varianta užívání tabáku, než je kouření cigaret. Ve vodní dýmce dochází k hoření tabáku díky doutnajícímu uhlíku. Kvůli tomuto nepřímému hoření, dochází k nedokonalé a nekvalitní pyrolýze za nízké teploty. Kouř se poté dále ochlazuje a chladný kouř je šlukován hluboko do plic. Aby dýmka dobře hořela, je zapotřebí silně potahovat. Ve srovnání s potažením z cigarety je objem potažení z vodní dýmky více než dvojnásobný. Rizikovým faktorem při kouření vodní dýmky je také možnost šíření infekcí. (Králíková, 2011)

**Cigarety** – jsou nejvíce častou formou spalování tabáku v České republice. Mnoho lidí se domnívá, že pokud kouří lehké cigarety (tzv. lightky), není jejich kouření tolik škodlivé a nebezpečné. Přitom člověk, který je závislý na nikotinu a kouří lehké cigarety, inhaluje mnohem hlouběji, déle a také častěji. Ve výsledku má tento člověk v krvi přibližně stejnou hladinu nikotinu, jako kdyby kouřil cigarety s průměrným obsahem nikotinu.

Obsah dehtů a nikotinu u lehkých cigaret se stanovuje na základě hodnot z několika set cigaret, které „vykouří“ stroj. Stroj ovšem cigarety „vykouří“ za standardních podmínek (frekvence a počet tahů, stupeň podtlaku). Nižší obsah nikotinu, je také dán perforacemi, které jsou nad filtrem. Tyto perforace přibírají falešný vzduch. Ve stroji, který testuje cigarety, jsou tyto perforace volné, ale kuřák většinou drží cigaretu právě v těchto místech a perforace tak ucpe. Cigaretu, kterou kouří, už potom není „light“. (Králíková & Kozák, 1997)

### **2.3 Složení tabákového kouře**

Tabákový kouř obsahuje více než 4000 látek, které jsou ve formě tuhých částic, nebo plynu. Z nichž je přibližně 100 karcinogenních (43 látek jsou prokázány karcinogeny a 60 látek je kokarcinogenních). Další látky jsou mutageny, alergeny a toxické látky. V tabákovém kouři, je také přibližně 700 aditiv. (Králíková, in Bencko, 2006)

Ve hmotné části kouře je obsažen nikotin, benzen a dehet, plynná část obsahuje oxid uhelnatý, amoniak, formaldehyd a další látky. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007)

Složení tabákového kouře je závislé na mnoha faktorech. Například na fermentaci tabáku, na jeho druhu, na způsobu hnojení apod. (Pradáčová, 2003)

### **2.4 Účinky**

Nikotin zvyšuje bdělost, soustředění a paměť. Naopak podrážděnost a agresivitu snižuje. Nikotin také snižuje chuť k jídlu a brání zvyšování tělesné hmotnosti.

#### **2.4.1 Krátkodobé nežádoucí účinky:**

- zvýšení sekrece slin, žaludečních šťáv a potu, zesílení peristaltiky a napětí hladkého svalstva,
- překrvení vnitřních orgánů, dilatace cév ve svalech, pokles prokrvení periférií, nepříznivý vliv na prokrvení srdečního svalu,
- blokace hemoglobinu oxidem uhelnatým,
- zkrácení doby srážení krve,
- předávkování se projeví bolestí hlavy, studeným potem, bledostí, nevolností a zvracením, je patrná celková skleslost, porucha koordinace pohybů,
- při kouření dráždění dýchacích cest.

#### **2.4.2 Dlouhodobé nežádoucí účinky jsou :**

- chronický zánět dýchacích cest,
- poruchy trávicího traktu (nechutenství, průjemy),

- u mužů poruchy potence,
- poruchy soustředění, spánku, neklid.

### ***2.5. Způsoby aplikace***

Tabák se aplikuje povětšinou kouřením, méně se vyskytuje aplikace per os (žvýkání), nebo intranazální aplikace (šňupání). Mezi tradiční způsoby aplikace žvýkání tabáku a pití odvarů. Orální způsoby aplikace vedou snáze k smrtelnému předávkování.

Kouř se při kouření vstřebává buď z dutiny ústní – zásaditý kouř (dýmky a doutníky), nebo z plic – kyselý kouř (cigarety). Pokud se nikotin vstřebává v plicích, bývá nástup účinku velmi rychlý (10 sekund). Vstřebávání nikotinu z dutiny ústní či dutiny nosní je pomalejší. (Minařík, in Kalina, 2008)

### **3. Závislost na tabáku**

#### ***3.1 Diagnostika dle MKN – 10***

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, patří závislost na tabáku do V. kapitoly mezi Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.

Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním tabáku se podle MKN – 10 klasifikují jako diagnóza F 17.

#### **F 17.0 Akutní intoxikace vyvolaná užitím tabáku**

Takto označujeme stav po užití tabáku, který vede k poruchám na úrovni vědomí, vnímání, emotivity, nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí či reakcí.

#### **F 17.1 Škodlivé užívání tabáku**

Musí být prokazatelné, že užívání tabáku vede k tělesnému, nebo psychickému poškození.

#### **F 17.2 Syndrom závislosti na tabáku**

Jedná se o soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití tabáku. Typicky zahrnuje následující projevy:

- silná touha nebo nutkání užít tabák (craving),
  - potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení, nebo o množství tabáku,
  - somatický odvykací stav, pokud je látka užívána s úmyslem zmenšit příznaky odvykacího stavu, případně se těmito příznaky úplně vyhnout,
  - průkaz tolerance k účinku tabáku, potřeba vyšších dávek, aby se dosáhlo žádoucího účinku,
  - postupné zanedbávání zájmů a koníčků ve prospěch užívání tabáku,
  - pokračování v užívání tabáku i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.
- (Ministerstvo zdravotnictví, 2009)

Aby mohla být diagnostikována závislost na tabáku, je potřeba, aby byly splněny minimálně 3 z výše uvedených kritérií během posledního roku. (Drogy-info, 2003)

### **F 17.3 Odvykací stav po odnětí tabáku**

Je to skupina příznaků vyskytující se, při skončení užívání tabáku, po jeho dlouhodobém užívání. (Ministerstvo zdravotnictví, 2009)

Abstinenční příznaky se projevují již po hodinách abstinence. Mezi tyto příznaky patří především touha po kouření (craving), deprese, špatná nálada, podrážděnost, nervozita, poruchy spánku, neschopnost soustředění, úzkost a také zvýšená chuť k jídlu. (Králíková, in Bencko, 2006)

Při odnětí či snížení dávek nikotinu může také dojít ke zhoršení kašle, zhoršení výkonu v testech pozornosti, ale také ke zpomalení EEG záznamu. Dále může nastat snížení koncentrace kortizolu a katecholaminů. (Pilařová, 2003)

### **3.2 Neurobiologie závislosti na nikotinu**

Nikotin se v mozku váže na acetylcholinové nikotinové receptory. Z tohoto důvodu působí jako sympatomimetikum a parasympatomimetikum. Díky vazbě nikotinu na acetylcholinové receptory, se tyto receptory otevřou pro ionty a následně dochází k vyplavování dopaminu, což způsobuje pocit odměny a slasti. (Králíková, in Bencko, 2006)

Dopaminová dráha začíná v dopaminových neuronech centrálního tegmenta středního mozku a dále vede k nukleus accumbens do prefrontální oblasti mozkové kůry. V nukleus accumbens nikotin stimuluje vzestup dopaminu. Dosud není znám přesný význam zvýšení hladiny dopaminu, je však popsán jako systém odměny. V případě, že dojde farmakologickým zásahem ke zvýšení koncentrace dopaminu v synapsi, dojde k potlačení pocitu nasycení, ale přetrvávající aktivita nervových drah způsobí touhu po znovuužití drogy. V případě chronického užívání dochází ke změnám v expresi genů, čímž dojde k funkční změně receptorů v centrálním nervovém systému, které regulují chování. Tyto změny zůstávají aktivní i v okamžiku, kdy není do organismu droga dodávána. Abstinence vede k poklesu dopaminergního přenosu v limbické oblasti mozku v důsledku těchto změn. Znormalizovat hladinu dopaminu v těchto oblastech

centrálního nervového systému může pouze opětovná dávka drogy. Z tohoto důvodu dochází k tomu, že jedinec začne dávat přednost droze před jinými formami odměny. (Pilařová, 2003)

V případě nekouření jsou acetylcholin-nikotinové receptory v klidové fázi. Receptor je tedy uzavřen, ale připraven na setkání s nikotinem či acetylcholinem. Při zahájení pravidelného kouření dojde vlivem nikotinu k aktivaci receptorů, jejichž iontový kanálek se otevře a ionty natria přenesou vzruch díky aktivaci dopaminových neuronů, které končí v již zmíněném nukleus accumbens.

Pravidelné kouření způsobuje zmnožení dopaminových receptorů v mozku a zvýšení dopaminové odpovědi na nikotin, což vede ke vzniku závislosti na tabáku. (Perná & Vašáková, 2009)

### ***3.3 Psychosociální závislost***

Sociální závislostí kouření začíná. Ve většině případů dochází k zapálení první cigarety ve věku 12 – 14 let ve skupině vrstevníků. Brzy vzniká tolerance na akutní negativní účinky kouření, jako je nauzea, či žaludeční obtíže. Také později kuřák většinou vyhledává společnost určitých lidí se kterými kouří.

Později, po stále se opakujících situacích, kdy si kuřák zapaluje cigaretu se vyvíjí psychická závislost. Mezi nejčastější situace, kdy kuřák sahá po cigaretě patří například cigareta u kávy, po jídle, při čekání na autobus apod. Psychická závislost je závislost na cigaretě, přičemž nezáleží na jejím složení. Je to potřeba s cigaretou nějakým způsobem manipulovat, držet ji, nebo pozorovat její ladně vinoucí se kouř.

### ***3.4 Fyzická závislost***

Fyzická (drogová) závislost se u většiny kuřáků vyvine po určité době. Tato doba je dána typem nikotinových receptorů v určitých částech mozku. Dochází ke zmnožení těchto receptorů, které je trvalé. Z tohoto důvodu, se kuřák závislý na nikotinu i po letech abstinence může po jedné cigaretě ke kouření vrátit. Diagnostika závislosti na nikotinu spočívá v položení dvou klíčových otázek. Kuřáka se ptáme kolik cigaret denně kouří a jak brzy po probuzení si musí zapálit. K diagnostice závislosti na nikotinu, se také používá Fagerstromův test nikotinové závislosti. (Králíková, in Bencko, 2006)



## 4 Léčba závislosti na tabáku v ČR

### 4.1 Historie léčby závislosti na tabáku v ČR

Na konci padesátých let 20. století, byla v České republice založena první poradna pro odvykání kouření. Tuto poradnu založil profesor Antonín Fingerland v Hradci Králové. Další pracoviště vznikala od 80. let 20. století například v Praze, v Kutné Hoře a v dalších městech ČR.

V roce 2005 bylo otevřeno první centrum pro pacienty závislé na tabáku, při III. Interní klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Toto pracoviště je jediné v České republice, které pečuje pouze o kuřáky a zároveň je také Referenčním centrem pro ČR.

Centra pro závislé na tabáku vždy vznikají při nemocnicích, nebo při lůžkových zařízeních. V současné době těchto center v ČR funguje přes 30. Garantem je Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT), která spolupracuje s Pracovní skupinou pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

### 4.2 Centra pro závislé na tabáku

Většina center vzniká při pneumologických klinikách, ale také při interních či kardiologických odděleních.

#### 4.2.1 Zaměstnanci

V Centru pro závislé na tabáku pracuje lékař, který je absolventem speciálního kurzu, který je garantován certifikátem České lékařské komory. Dle doporučení by v centru měla pracovat i nejméně jedna vyškolená zdravotní sestra. Uplatnění v Centru pro závislé na tabáku mají i ostatní zdravotničtí pracovníci, například adiktolog, nebo psycholog, kteří zde mohou provádět intervenci. (Králíková, 2011)

### 4.3 Léčba zaměřená na psychosociální závislost

Tato léčba je postavena především na **psychobehaviorální intervenci**. V rámci této intervence se kuřáka ptáme na nejčastější kuřácké situace. Je snaha kuřáka „přimět“ aby si pro situace, kdy kouřil, našel nějaké náhradní činnosti. Pokud bude kuřák dopředu vědět, co vezme místo cigarety do ruky, nebo co udělá v situaci, ve které si obvykle zapaluje cigaretu, bude pro něj mnohem snazší překonat tyto těžké chvíle. Například pokud je kuřák zvyklý kouřit po jídle, může místo toho vypít sklenici vody,

nebo si jít vyčistit zuby. Tato náhradní řešení nelze někomu určit, protože situace ve kterých lidé kouří jsou různé, ale je žádoucí doporučit kuřákovi, aby si náhradní řešení předem připravil. Může jim také pomoci, když si uvědomí, že se jedná o závislost na cigaretě, jako takové a nezáleží při tom na tom, jaké má složení. V tomto spočívá podstata léčby psychosociální závislosti. (Králíková et al, 2008)

Psychoterapeutická podpora má své opodstatnění ve všech fázích procesu odvykání. V úvodní fázi, je důležité pacienta motivovat a přitom brát v potaz jeho vlastní priority a hodnoty. Ve fázi akce by měla být pacientovi poskytnuta podpora a pomoc při hledání náhradních řešení pro jeho obvyklé kuřácké situace. Psychoterapeutická podpora má ovšem své místo i ve fázi udržovací, po vysazení farmakoterapie.

Při odvykání kouření jsou z mnoha psychoterapeutických směrů nejčastěji využívané metody kognitivně- behaviorální psychoterapie (KBT). Tyto metody působí:

- a) na rozumovou stránku osobnosti – zdravotní, finanční, společenské argumenty,
- b) na přeučení nežádoucího chování – vyhýbání se rizikovým situacím, nalézání náhradních řešení v situacích, kdy pacient dříve kouřil atd. (Králíková et al., 2007)

#### ***4.4 Léčba zaměřená na fyzickou závislost***

V léčbě fyzické závislosti na nikotinu, je vhodné k psychobehaviorální intervenci doporučit také **farmakologickou léčbu**. V současné době jsou k dispozici tři druhy léků: náhradní terapie nikotinem, bupropion a vareniklin.

##### **4.4.1 Náhradní terapie nikotinem (NTN)**

Náhradní nikotinová terapie spočívá v tom, že dochází k potlačení abstinčních příznaků nikotinem, který je dodán do těla z jiného zdroje, než-li z cigarety. Tato léčba by měla ideálně trvat 12 týdnů. Kuřák má tedy 3 měsíce na to, aby se naučil prožívat den a jednotlivé kuřácké situace bez kouření a aby změnil své naučené chování a návyky. (Králíková, 2007a)

Nikotin není úplně neškodný, ale jeho negativní účinky, jsou minimální oproti toxicitě tabákového kouře, který obsahuje několik tisíc chemikálií. V současné době je v České republice náhradní terapie nikotinem prodávána v lékárnách a není vázaná na lékařský předpis. NTN zdvojnásobuje úspěšnost, ve srovnání s placebem a je k dispozici ve formě náplastí, žvýkaček, pastilek, mikrotablet a inhalátoru.

Náplast uvolňuje nikotin kontinuálně a pomaleji, u ostatních forem NTN se nikotin do těla vstřebává rychle a krátkodobě. Z tohoto důvodu se silným kuřákům často doporučuje kombinace náplasti a některé z ostatních forem náhradní terapie nikotinem. (Králíková et al., 2008)

#### **4.4.2 Bupropion**

Tento lék je vázán na lékařský předpis a může ho předepsat lékař jakékoli odbornosti.

##### Historie

Bupropion byl od konce osmdesátých let minulého století předepisován jako antidepressivum především ve Spojených státech pod názvem Wellbutrin.

Profesorka Linda Ferry na Loma Linda University v polovině devadesátých let zaznamenala, že pacienti, kteří byli léčeni s depresí právě Wellbutrinem říkají, že jim cigarety již nechutnají. Na tomto základě byly provedeny rozsáhlé studie, které prokázaly, že je to skutečně pravda. Proto byla zaregistrována stejná látka (Bupropion SR), jako lék závislosti na tabáku i pro pacienty u kterých se nevyskytovaly příznaky deprese, tentokrát pod názvem Zyban. (Králíková, 2006)

##### Mechanismus účinku

Králíková (2006, str. 34) uvádí, že: „Bupropion je selektivní inhibitor zpětného vychytávání katecholaminů (noradrenalinu a dopaminu) s minimálním účinkem na zpětné vychytávání indolaminů (serotonin).“

Bupropion tedy zvyšuje koncentraci dopaminu a noradrenalinu v CNS, které nikotin vyplavil a díky tomu, potlačuje craving (prostřednictvím dopaminu) a abstinční příznaky (ovlivněním noradrenalinu). Metabolit bupropionu je hydroxybupropion, který je antagonistou nikotinových receptorů  $\alpha_4\beta_2$ . (Žourková, 2007)

##### Dávkování

Užívat se začíná bupropion v dávce 150 mg denně, užívá se ráno. U většiny pacientů se tato dávka po týdnu zvýší na 300 mg. Léčba by měla trvat nejméně 7 týdnů, ale může být i dlouhodobá – například jeden rok i déle, jako ochrana, proti relapsu. Bupropion je možné kombinovat s náhradní terapií nikotinem.

##### Kontraindikace

Zyban nesmí užívat nemocní s přecitlivělostí na bupropion, dále pacienti trpící epilepsií a pacienti kteří jsou léčeni ze závislosti na alkoholu. Kontraindikací je také prodělaná, či probíhající anorexie, nebo bulimie. Kontraindikováno je také užívání inhibitorů MAO (monoaminoxidázy). Se zvýšenou opatrností by měl být Zyban předepisován u pacientů s nádorovým onemocněním CNS a také u pacientů, kteří jsou léčeni perorálními antidiabetiky či inzulínem. V případě, že je u pacienta zjištěna porucha jaterních, nebo ledvinových funkcí, doporučuje se snížit frekvenci dávkování a zaznamenávat možné nežádoucí účinky (nespavost, sucho v ústech, konvulze). Také je nezbytné konzultovat zda je vhodné předepsat Zyban psychicky nemocným pacientům s ošetřujícím psychiatrem. Zyban by neměl být předepisován ani těhotným ženám, pouze v případě, že je žena velmi silná kuřačka, která chce přestat s kouřením, ale s pomocí psychobehaviorální intervence a náhradní terapie nikotinem to nedokázala.

#### Bezpečnost bupropionu (Zybanu)

Pokud je Zyban předepisován pacientům bez kontraindikací a v doporučené dávce, je léčba závislosti na tabáku jeho prostřednictvím bezpečná a účinná. V případě, že je spolu s užíváním bupropionu prováděna také intenzivní behaviorální podpora, je jeho účinnost srovnatelná s náhradní terapií nikotinem. Stejně jako NTN zdvojnásobuje úspěšnost. (Králíková, 2006)

#### **4.4.3 Vareniklin**

Vareniklin je prvním lékem, který neobsahuje nikotin a byl cíleně vyvinutý k léčbě závislosti na tabáku. Je parciálním agonistou  $\alpha_4\beta_2$  acetylcholin -nikotinových receptorů. Právě tento typ receptorů, je typický, pro silně závislé kuřáky.

Dle dosavadních studií, může vareniklin až ztrojnásobit úspěšnost léčby, zejména pokud je současně poskytována intenzivní psychobehaviorální podpora.

#### Mechanismus účinku

Vareniklin působí dvojitým způsobem:

a) jako agonista – váže se na  $\alpha_4\beta_2$  nikotinové receptory, a zabraňuje tím vzniku abstinčních příznaků (dojde k vyplavení dopaminu v nukleus accumbens, jen v menší míře, než kdyby se na acetylcholin – nikotinové receptory navázal nikotin).

b) jako antagonist – pokud si pacient, který se léčí vareniklinem zapálí, nedostaví se po potažení z cigarety obvyklý pocit slasti, protože receptory jsou již obsazeny vareniklinem, a tak nedojde k intenzivnímu vyplavení dopaminu. (Králíková, 2007b)

### Farmakokinetika

Vareniklin dosahuje maximální plazmatické koncentrace během 3 – 4 hodin po perorálním podání. Jen malá část vareniklinu je metabolizována. V 92% se v nezměněné formě vylučuje močí a méně než 10% je vylučováno ve formě metabolitů. Eliminační poločas vareniklinu je 24 hodin.

### Farmakodynamika

Vareniklin se váže na  $\alpha_4\beta_2$  nikotinové acetylcholinové receptory a stimuluje aktivitu, kterou tyto receptory zprostředkovávají, ale na nižší úrovni, než-li nikotin. Nikotin o tato vazebná místa na  $\alpha_4\beta_2$  acetylcholinových receptorech soutěží, ovšem Vareniklin k nim má vyšší afinitu. Z tohoto důvodu může vareniklin blokovat schopnost nikotinu plně aktivovat receptory  $\alpha_4\beta_2$  a dopaminergní systém. Právě na základě tohoto mechanismu dochází k pocitu odměny, který je prožívaný při kouření. Vareniklin je vysoce selektivní, a proto se váže na  $\alpha_4\beta_2$  receptory silněji, než na ostatní běžné nikotinové či nenikotinové receptory. (Králíková, 2007b)

### Dávkování

Králíková (2007, str. 19) uvádí, že: „Vareniklin je určený pro perorálnímu podání. Doporučená dávka je 1 mg vareniklinu 2x denně v návaznosti na jednotýdenní titraci:

1.-3. den: 0,5 mg 1x denně

4.-7. den: 0,5 mg 2x denně

8.den – konec léčby: 1mg 2x denně. “

Užívání vareniklinu by mělo začít 1 – 2 týdny, před stanoveným dnem, od kterého pacient chce přestat kouřit. Celková doba léčby je přibližně 3 – 6 měsíců.

### Kontraindikace

Kontraindikací pro léčbu vareniklinem je přecitlivělost na některou ze složek, které jsou uvedené v příbalovém letáku. Zvýšené opatrnosti je třeba při podávání vareniklinu psychicky nemocným lidem. Vareniklin není doporučován k užívání těhotným ženám a mladým lidem do 18 let.

#### **4.5 Lékaři a kouření**

Během roku navštíví většina kuřáků nějakého lékaře. Je proto důležité, aby byla nabídnuta léčba těm pacientům, kteří chtějí s kouřením přestat, a aby pacienti, kteří zatím přestat nechtějí, byli motivováni přestat.

Každý lékař by měl proto u svých pacientů, kteří aktuálně kouří provést krátkou intervenci, která by měla trvat 3-5 minut. V češtině je nazývána jako metoda 5P (podle počátečních písmen) a v angličtině „5A method“ :

**1) Ask about tobacco use (Ptát se).** Zaznamenat a dokumentovat u **každého** pacienta, při **každé** návštěvě užívání tabáku.

**2) Advise to quit (Poradit přestat).** Jednoznačně a jasně doporučit přestat s užíváním tabáku.

**3) Assess willingness to make a quit attempt (Posoudit ochotu přestat).** Pokud pacient nechce přestat, je třeba ho motivovat. V případě, že pacient nechce přestat, již se v intervenci nepokračuje, ale při další návštěvě je třeba opět zopakovat dotaz a doporučení přestat.

**4) Assist in quit attempt (Pomoci přestat).** Pacientům, kteří chtějí s kouřením přestat by měla být nabídnuta farmakoterapie a intervence dle časových možností lékaře, případně by měl být pacient odeslán do specializovaného centra pro léčbu závislosti na tabáku. Pacienti, kteří nechtějí přestat by měli být motivováni.

**5) Arrange follow-up (Plánovat kontroly).** S pacienty, kteří chtějí plánovat přestat, by měla být domluvena kontrolní návštěva, ideálně týden ode dne D. S pacienty, kteří přestat nechtějí, se vrátit k tématu kouření při další návštěvě. (Králíková, 2008)

Dle Králikové (2008, str. 121) je: „Krátká intervence (3-5 minut) jednou z možností léčby, která je všude reálná. Její úspěšnost je sice relativně malá (5 až 8 % dlouhodobé validizované abstinence, tj.6- 12 měsíců), ale tím, že bude aplikována vždy opakovaně u každého kuřáka, se stává nejefektivnější metodou léčby závislosti na tabáku.“

Každý lékař by se měl také řídit podle metody „**5 R**“ (zvyšování motivace) :

- **Relevance (relevance)**. Intervence je účinnější, pokud je osobně relevantní, přímo cílená na pacientův konkrétní stav a zohledňující nález, rizika i rodinnou nebo sociální situaci.
- **Risks (rizika)**. Lékař by se měl zeptat pacienta na možné zdravotní dopady jeho kouření a zároveň identifikovat ty dopady, které pacient podceňuje.
- **Rewards (odměny)**. Lékař by měl identifikovat potenciální prospěch z toho, že pacient přestane užívat tabák.
- **Roadblocks (bariéry)**. Lékař by se měl pokusit identifikovat, jaké překážky brání pacientovi přestat, nebo jakých se obává problémů a následně by se měl lékař vrátit k řešení těchto problémů při intervenci.
- **Repetition (opakování)**. Motivační intervenci by měl lékař opakovat při každé návštěvě nemotivovaného pacienta. A pacientům, kteří selhali, by měl říct, že většina kuřáků zkouší přestat opakovaně, než se jim to podaří. (Králíková, 2008)

Lékař by tedy měl obecně:

- podporovat komplexní přísnou legislativu na kontrolu tabáku,
- být sám nekuřáckým vzorem svým pacientům i sociálnímu okolí,
- upozorňovat při každé příležitosti na to, jak je kouření škodlivé (jako lékař ví nejlépe, jak je kouření pro lidské zdraví škodlivé),
- každému kuřákovi by měl důrazně doporučit přestat,
- každému kuřákovi, který přestat chce, by měl poskytnout léčbu. (Králíková, 2008)

Jak píše Kráčíková (1999, str. 47) : „Kouření se týká lékařů v podstatě všech oborů – souvisí s naprostou většinou z nich, ať se jedná o oftalmologii, dermatovenerologii, osteologii, endokrinologii, diabetologii, ORL, kardiologii, lipidologii, pediatrii, alergologii, pneumologii a další.“

## **5 Prevalence kouření lékařů - výzkum**

V roce 2010 realizovala agentura INRES – SORES výzkum, který se zaměřoval na prevalenci kouření u lékařů.

Výběrový soubor tvořilo 1178 lékařů. V tomto roce bylo mezi lékaři 16 % kuřáků. Jedná se o skupinu, pravidelných kuřáků, kteří kouří v současné době nejméně jednu cigaretu denně a o skupinu příležitostných kuřáků, kouřících méně, než jednu cigaretu denně.

V roce 1999 byl podíl kuřáků mezi lékaři 24 %, takže můžeme říci, že prevalence kouření u lékařů tedy dlouhodobě klesá.

Tento výzkum byl dále také zaměřen na otázku týkající se zjišťování kouření u pacientů. V České republice 51,4 % lékařů v rámci vyšetření vždy u svých pacientů zjišťuje zda kouří a 2/5 lékařů se na kouření ptají pouze pokud to má přímý vztah ke zdravotním potížím daného pacienta. Zbýlých 8 % lékařů se na kouření neptá nikdy.

Další otázkou, kterou se výše uvedený výzkum zabýval je doporučení lékaře ohledně kouření. V roce 2010 vzrostl počet lékařů, kteří pokud zjistí, že jejich pacient kouří, vždy doporučí přestat. Podíl lékařů, kteří tak činí pouze pokud má kouření přímou souvislost se zdravotním stavem pacienta klesl. (szu, n. d.)



## **6 Zdravotní potíže způsobené užíváním tabáku**

Kouření patří mezi nejvýznamnější preventabilní příčinu smrti na světě. V důsledku nemoci, vzniklých díky kouření zemře polovina kuřáků v průměru o 15 let dříve, než – li nekuřáci. V ČR se jedná o 18 000 osob ročně.

Kouření způsobuje 20-25 % kardiovaskulárních onemocnění, dále je příčinou 30 % nádorových onemocnění a 80 % chronických plicních onemocnění. (Králíková, in Bencko, 2006)

### **6.1 Dýchací systém**

Mezi nejnebezpečnější důsledky kouření, které se týkají respiračního traktu patří zánětlivé reakce, proliferace buněk, karcinomatózní buňky, emfyzém a chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN).

Kouření je velkým zdrojem volných radikálů. Díky jedné cigaretě přijme člověk do těla  $10^{17}$  volných radikálů. Mezi volné radikály z cigaretového kouře patří především superoxid, alkoxylové a alkylové radikály a volný hydroxylový radikál.

Odstraňování volných radikálů z těla probíhá krom jiného pomocí antioxidantů, které výrazně zpomalují radikálové reakce. Mezi nejdůležitější antioxidanty patří v plicích glutathion, vitaminy C a E, beta-karoten, kyselina močová, kataláza a další.

Poruchy oxidoredukční rovnováhy, mohou podporovat vznik různých plicních onemocnění. Například jak již bylo zmíněno chronickou obstrukční plicní nemoc (CHOPN) a dále také astma, či idiopatickou plicní fibrózu. (Holeček & Rokyta, 2008)

#### **6.1.1 Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN)**

Pro vývoj CHOPN je kouření tabáku hlavním rizikovým faktorem. Podstatou této nemoci je abnormální zánětlivá odpověď v malých dýchacích cestách a alveolech, což má za následek ireverzibilní omezení proudění vzduchu do plic. Zánět v plicích zprostředkovávají T- lymfocyty. (Kmeťová & Kráčíková, 2010)

Základem CHOPN je chronická bronchitida. Sekret, který při bronchitidě vzniká, může být tak hustý, že ucpává bronchy. Je ztížen pasivní výdech, nevydechnutý vzduch se za hlenovou zátkou vstřebává a vzniká tak nevzdušné ložisko – atelektáza. Toto ložisko ovšem může sousedit s ložiskem nadměrně vzdušným, kde nedošlo ke vstřebání vzduchu za překážkou, nebo je průchodnost příslušné průdušky zachována a vdechtem

tedy vzduchu přibývá. V těchto ložiscích může naopak vznikat plicní rozedma-  
emfyzém. (Bártová, 2007)

## **6.2 Kardiovaskulární systém**

Golář (2007, str. 386) uvádí, že: „Kouření je hlavním modifikovatelným rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění. Významným způsobem ovlivňuje morfologii i funkci kardiovaskulárního aparátu. Dochází k endoteliální dysfunkci, poruše hemostázy na podkladě aktivace destiček a snížení funkce endogenního fibrinolytického systému, aktivaci zánětu, hemodynamickým změnám a zvýšené spotřebě kyslíku. Kuřáci vykazují rysy inzulinové rezistence a trpí poruchami metabolismu lipidů. Výsledkem komplexních změn je akcelerace aterosklerózy se všemi negativními důsledky.“

Kouření dále zvyšuje tepovou frekvenci, vaskulární koronární rezistenci, srdeční kontraktilitu a spotřebu kyslíku srdcem. Také zvyšuje zánětlivou reakci se zvýšením počtu leukocytů a zvýšením CRP. A v neposlední řadě kouření porušuje rovnováhu mezi antitrombotickými a protrombotickými faktory a působí snížení fibrinolytické aktivity. (Holeček & Rokyta, 2008)

### **6.2.1 Ateroskleróza**

Ateroskleróza patří mezi nejčastější onemocnění krevních cév. U normálních artérií je jejich vnitřní stěna tenká a neporušená. V důsledku ukládání lipidů v intimně vzniká nepravidelné ztlustění cévní stěny. Příčina aterosklerózy není zatím zcela jasná. Souvisí však zcela určitě s poruchou metabolismu lipidů. Důležitý je zejména poměr HDL cholesterolu (high density lipoproteins), který chrání cévy před poškozením k LDL cholesterolu (low density lipoproteins). (Bártová, 2007)

U kuřáků dochází ke zvýšené hladině a oxidaci LDL cholesterolu a naopak ke snížené hladině HDL cholesterolu. (Golář, 2007)

## **6.3 Gastrointestinální trakt**

V důsledku kouření se mění orální bakteriální flora a jakožto zdroj volných radikálů ovlivňuje kouření i tvorbu zubního kazu. Kouř z cigaret poškozuje také dásně.

U kuřáků dále dochází ke zvýšení refluxu žlučových solí a reflux zvyšuje riziko žaludečního vředu u kuřáků. Kouření a nikotin také stimulují sekreci pepsinogenu a bazální výdej kyselých iontů a s kouřením bývá spojena i Crohnova choroba. (Holeček & Rokyta, 2008)

#### ***6.4 Nádory***

Kouření může mít vliv na vznik mnoha nádorů. Z oblasti respiračního traktu se jedná především o karcinom plic, karcinom laryngu, karcinom dutiny ústní a karcinom jícnu. Mezi další malignity, na jejichž vzniku se může podílet kouření patří například karcinom močového měchýře, ledvin, pankreatu a žaludku. (Kozák et al., 1993)

## **7 Cíl práce a hypotézy**

Cílem mé práce bylo, pokusit se zjistit, jaké mají lékaři příbramské nemocnice informace o možnostech léčby závislosti na tabáku, zda vůbec se svými pacienty o této problematice mluví a jaký způsob intervence případně u svých pacientů využívají.

### **Hypotézy**

Domnívám se, že:

**Hypotéza č. 1 :** Znat adresu nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku bude 75% lékařů příbramské nemocnice.

**Hypotéza č. 2 :** V rámci anamnézy se všech svých pacientů ptá, zda kouří 95% lékařů příbramské nemocnice.

**Hypotéza č. 3 :** Kouření pokládá za nemoc 90% lékařů příbramské nemocnice.

**Hypotéza č.4:** Svým pacientům, kteří kouří, doporučuje přestat 97% lékařů příbramské nemocnice.

## **8 Popis metodologického rámce a metod**

### **8.1 Teoretická část**

V teoretické části této práce jsem čerpala informace týkající se dané problematiky z odborných knih a článků v odborných lékařských časopisech.

### **8.2 Praktická část**

V praktické části práce, jsou uvedeny použité metody výzkumu, metody zpracování a analýzy dat, je zde charakterizována cílová populace a výzkumný soubor a jsou zde zpracované výsledky celého šetření pomocí výsečových a sloupcových grafů.

Celý výzkum byl schválen Etickou komisí Oblastní nemocnice v Příbrami. Na základě tohoto souhlasu jsem mohla dotazníkové šetření v příbramské nemocnici provést.

V praktické části práce je také porovnán tento výzkum s totožným výzkumem, který byl proveden v roce 2008 MUDr. Evou Králíkovou, CSc.

#### **8.2.1 Metody výzkumu**

Pro realizaci tohoto šetření jsem zvolila formu kvantitativního výzkumu. Data byla sbírána pomocí dotazníku. Výzkum byl realizován během měsíce dubna – června 2011 v Oblastní nemocnici Příbram.

#### **8.2.2 Cílová populace**

Cílovou populací pro tento výzkum byli lékaři Oblastní nemocnice v Příbrami.

#### **8.2.3 Popis výzkumného vzorku**

Základní soubor byl v tomto výzkumu roven výběrovému souboru z toho důvodu, že počet lékařů v příbramské nemocnici je poměrně nízký. Do výzkumu bylo zapojeno celkem 115 respondentů. Dotazník byl distribuován osobně s tím, že na případné nejasnosti, které se mohly vyskytnout během vyplňování dotazníků se mohli respondenti zeptat přímo mě, nebo primáře daného oddělení, který byl mnou informován.

Vyplněný dotazník odevzdalo 77 lékařů. Z toho 45 mužů a 32 žen. Zbylých 38 lékařů dotazník z časových či jiných důvodů neodevzdalo.

Za hlavní důvod, který způsobil poměrně nízkou návratnost dotazníků považuji časovou tíseň, která je u cílové skupiny, kterou jsem si zvolila pro tento výzkum

všudypřítomná. V několika případech jsem se setkala s neochotou k vyplňování dotazníků obecně (často se opakující dotazníkové studie v příbramské nemocnici – lékaři mají pocit, že jen vyplňují dotazníky, místo toho, aby léčili pacienty).

#### **8.2.4 Metody analýzy a zpracování dat**

Data byla získávána pomocí dotazníku. Ferjenčík (2000, str. 183) uvádí, že: „Dotazník je vhodné použít tam, kde potřebujeme jednu a tutéž sadu otázek zadat velkému počtu lidí, je totiž výhodnější, když jim ji zadáme najednou - simultánně. Dotazník v jeho základní podobě není nic jiného, než standardizované interview předložené v písemné podobě“.

Ferjenčík se také zmiňuje o výhodách i nevýhodách dotazníku.

##### **Výhody dotazníku:**

- úspora času a finančních prostředků,
- data lze obvykle lépe kvantifikovat.

##### **Nevýhody dotazníku**

- menší pružnost (např. nelze klást doplňující otázky),
- formulace otázky nemusí být dostatečně jasná všem,
- obvykle nižší věrohodnost dat,
- příprava dotazníku si vyžaduje větší pečlivost, než příprava interview.

( Ferjenčík, 2000)

##### Struktura dotazníku

Dotazník, který jsem použila, tvoří celkem 21 otázek. Většinu otázek, které jsou v dotazníku patří mezi uzavřené otázky (19). Dále obsahuje dotazník pouze jednu otázku polouzavřenou a jednu otázku otevřenou.

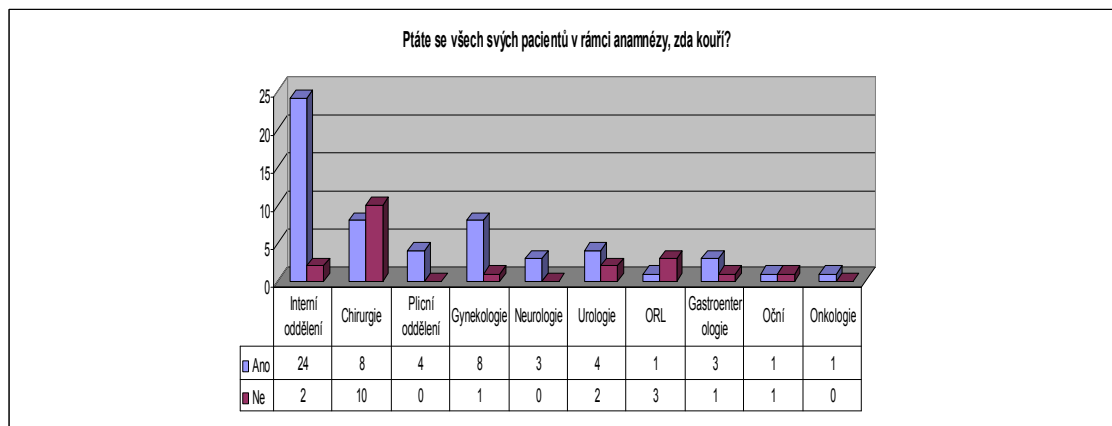
Výše zmíněný dotazník, byl již použit v obdobném výzkumu, který v roce 2008 realizovala paní MUDr. Eva Králíková, CSc.

Získaná data byla následně zpracována v Excelu a vyhodnocena pomocí sloupcových a výsečových grafů.

## 9. Výsledky

### Graf č. 1 -Rozhovor s pacientem – dotaz na kouření v rámci anamnézy

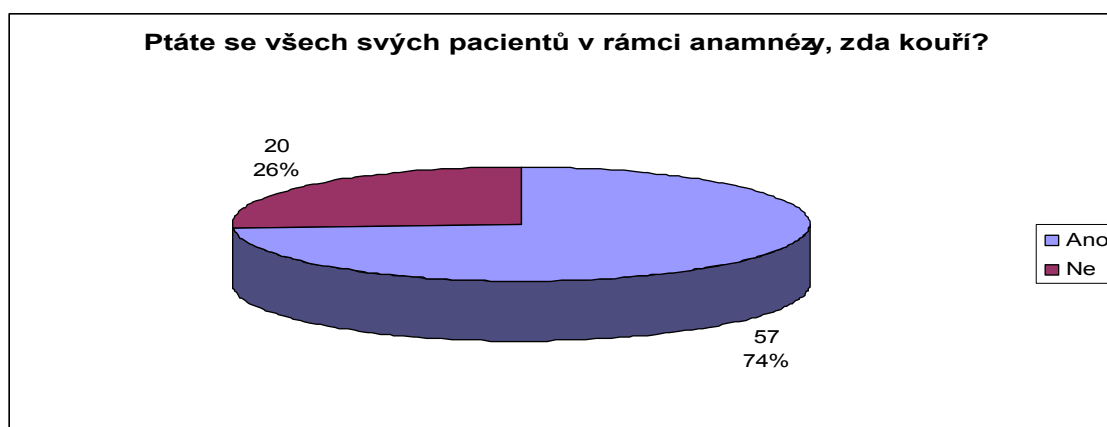
**Otázka č. 1:** Ptáte se všech svých pacientů v rámci anamnézy, zda kouří?



Z této tabulky je patrné, že na chirurgickém a ORL oddělení, převažuje počet lékařů, kteří se svých pacientů v rámci anamnézy neptají, zda kouří. Na ostatních odděleních je buď počet lékařů, kteří se na tuto otázku ptají a neptají vyrovnaný (oční odd.), nebo převažuje počet lékařů, kteří se v rámci anamnézy na kouření ptají.

Je překvapující, že většina lékařů na oddělení ORL se neptá všech svých pacientů, zda kouří. Přínejmenším z důvodu, že mnoho nemocí spadajících do této lékařské odbornosti může mít s kouřením souvislost.

### Graf č. 2 -Rozhovor s pacientem - dotaz na kouření v rámci anamnézy (celý soubor)



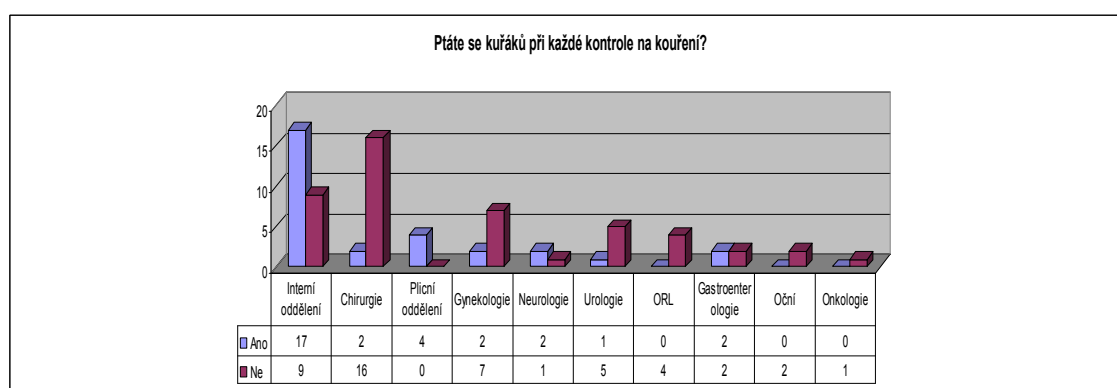
Všech svých pacientů se v rámci anamnézy, ptá zda kouří 74 % lékařů (57) a 26 % lékařů (20) se na tento problém neptá.



Překvapilo mne, že se více než ¼ lékařů otázkou kouření v rámci anamnézy vůbec nezabývá. Myslím si, že by to mělo být samozřejmostí u lékařů všech oborů a odborností.

### Graf č. 3 -Rozhovor s pacientem – dotaz na kouření při každé kontrole

**Otázka č.2 :** Ptáte se kuřáků při každé kontrole na kouření?



Počet lékařů, kteří se při každé kontrole ptají kuřáků na kouření převažuje na interním a plicním oddělení. Na gastroenterologickém oddělení je poměr lékařů, kteří se na kouření ptají a neptají vyrovnaný. Na všech ostatních odděleních převažuje počet lékařů, kteří se na kouření neptají.

Zde mě opět udivují výsledky na oddělení ORL. Z výše zmíněných důvodů, které jsem již uvedla u grafu č. 1 u ORL jsem očekávala, že se bude většina lékařů při každé kontrole kuřáků na kouření ptát.

### Graf č. 4 - Rozhovor s pacientem – dotaz na kouření při každé kontrole (celý soubor)

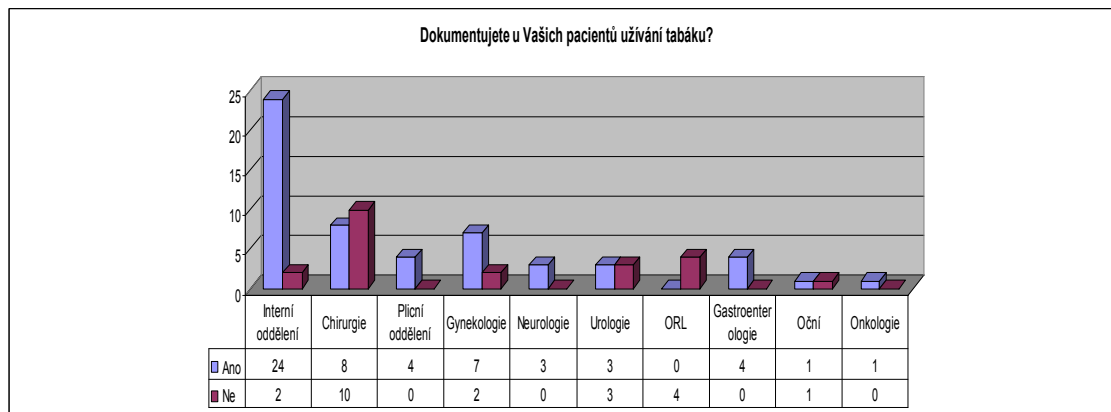


Při každé kontrole se ptá kuřáků na kouření 39% (30) lékařů. Celých 61% (47) se

neptá.

### Graf č. 5 - Dokumentace užívání tabáku

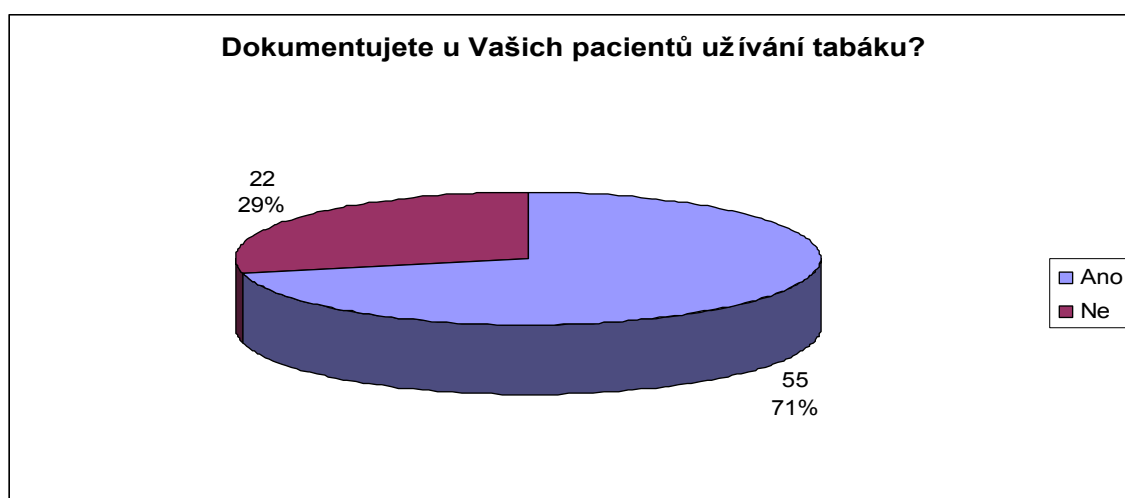
Otázka č.3: Dokumentujete u Vašich pacientů užívání tabáku?



Nejméně lékařů dokumentuje u svých pacientů užívání tabáku na chirurgickém oddělení a ORL oddělení. Na urologii a očním oddělení, je počet lékařů, kteří dokumentují u svých pacientů užívání tabáku i počet lékařů, kteří toto nedokumentují vyrovnaný. Na všech ostatních odděleních počet lékařů, kteří užívání u svých pacientů dokumentují převažuje.

Opět je překvapující, že žádný z lékařů na ORL nedokumentuje u pacientů užívání tabáku. Přičemž je dle mého názoru důležité dokumentovat užívání tabáku u těchto pacientů ( např. možné souvislosti kouření s nemocemi krku či dutiny ústní ).

### Graf č. 6 - Dokumentace užívání tabáku (celý soubor)

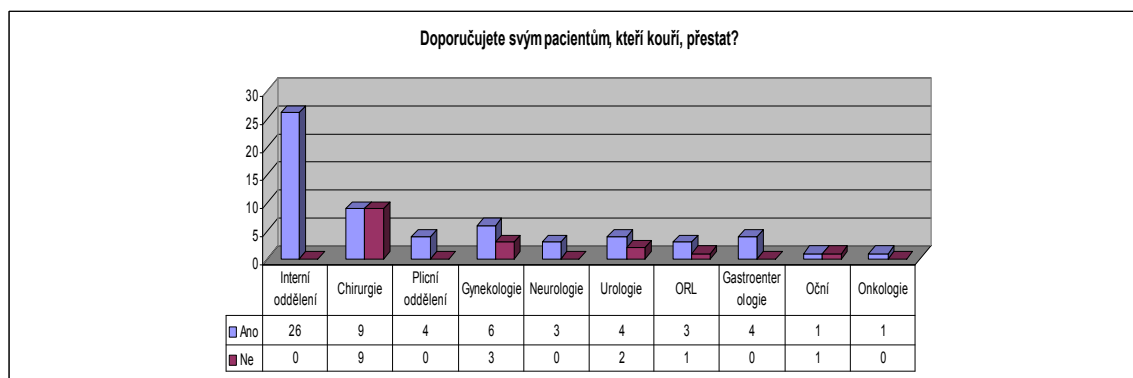


Užívání tabáku u svých pacientů dokumentuje 71% (55) lékařů a 29% (22) lékařů nedokumentuje.

Je dobré, že nadměrná většina lékařů dokumentuje u svých pacientů užívání tabáku.

### Graf č. 7 - Doporučení přestat kouřit

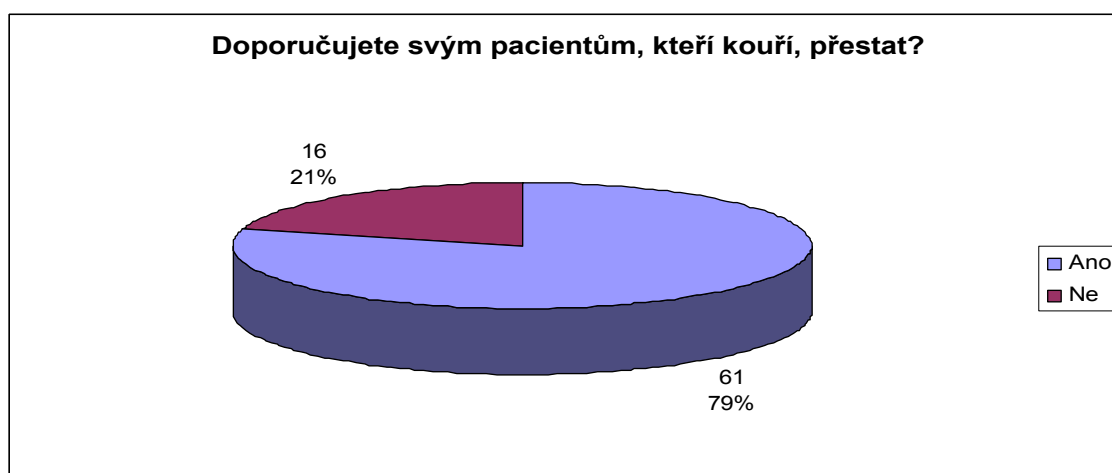
Otázka č. 4 Doporučujete svým pacientům, kteří kouří, přestat?



Na většině oddělení převažuje počet lékařů, kteří doporučují svým pacientům - kuřákům, aby kouřit přestali. Vyrovnaný poměr vidíme na oddělení chirurgie a na očním oddělení.

U tohoto grafu, je překvapující, že na již zmíněném ORL většina lékařů doporučuje svým pacientům přestat, ačkoli jak ukazují předchozí grafy v rámci anamnézy se na kouření většina lékařů neptá.

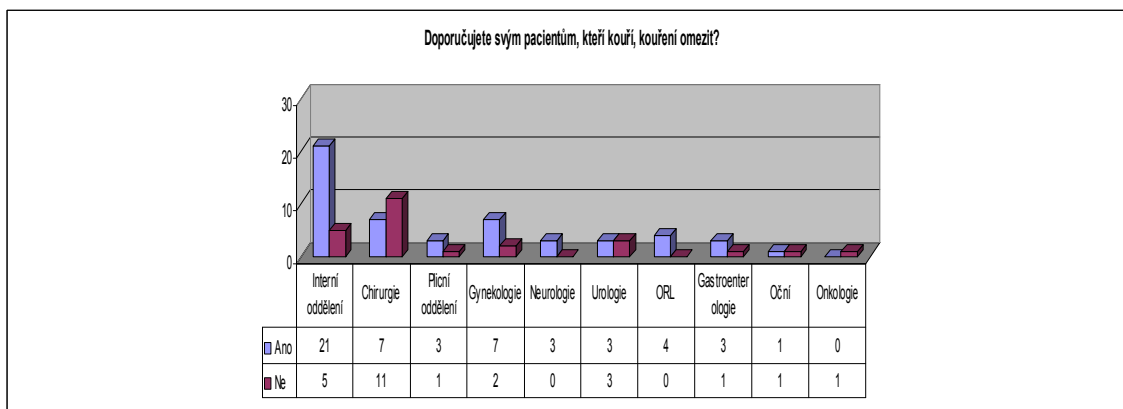
### Graf č. 8 - Doporučení přestat kouřit (celý soubor)



Pacientům, kteří kouří doporučuje přestat 79% (61) lékařů a 21% (16) to svým pacientům nedoporučuje.

## Graf č. 9 - Doporučení omezit kouření

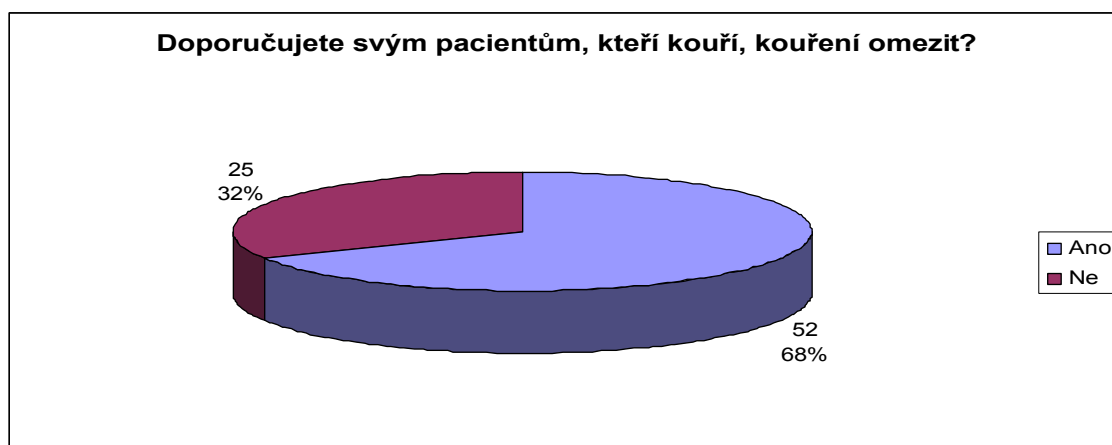
Otázka č. 5: Doporučujete svým pacientům, kteří kouří, kouření omezit?



Počet lékařů, kteří svým pacientům nedoporučují omezit kouření převažuje na chirurgickém oddělení, vyrovnaný poměr mezi lékaři, kteří doporučují kouření omezit a mezi lékaři, kteří toto nedoporučují je vidět na urologickém oddělení. Na ostatních odděleních převažuje počet lékařů, kteří omezení kouření svým pacientům doporučují.

Pro lékaře na chirurgickém oddělení není pravděpodobně problematika kouření stěžejní vzhledem k problematice, kterou se zabývají. I když doporučit omezit kouření, by měl každý lékař bez rozdílu.

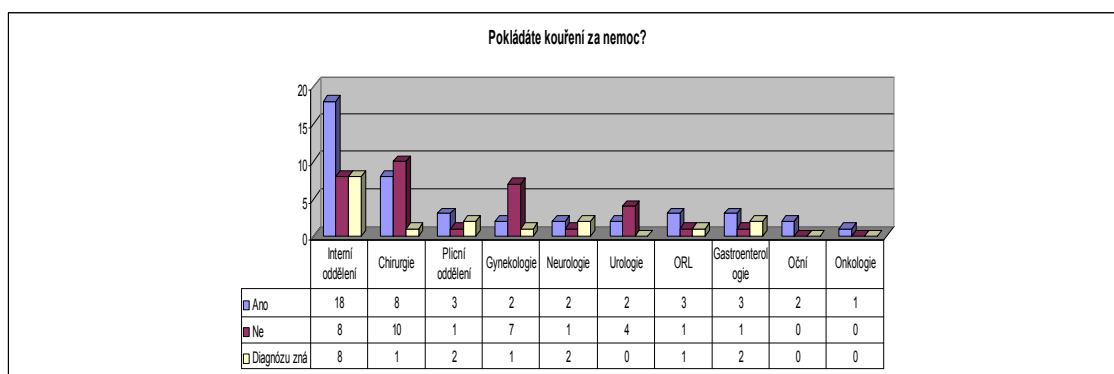
## Graf č. 10 - Doporučení omezit kouření (celý soubor)



Omezit kouření svým pacientům doporučuje 68% (52) lékařů a 32% (25) lékařů to svým pacientům nedoporučuje.

### Graf č. 11 - Postoj lékařů ke kouření, jako k nemoci

Otázka č. 6: Pokládáte kouření za nemoc?



Počet lékařů, kteří nepokládají kouření za nemoc převažuje na chirurgickém, gynekologickém a urologickém oddělení. U zbývajících oddělení můžeme vidět, že převažuje počet lékařů, kteří kouření za nemoc pokládají.

### Graf č. 12 - Postoj lékařů ke kouření, jako k nemoci (celý soubor)

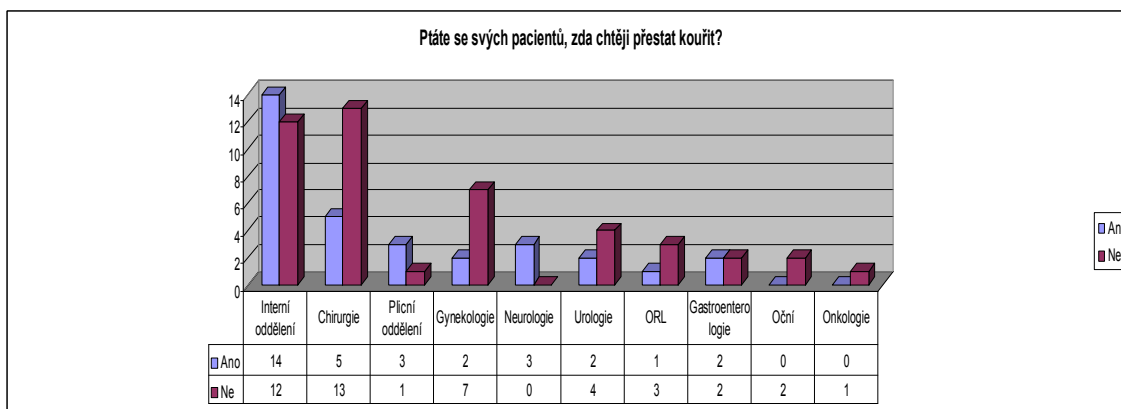


Kouření pokládá za nemoc 57% (44) lékařů a 43% (33) lékařů nikoliv.

Je nasnadě otázka z jakého důvodu nepovažuje celých 43 % lékařů kouření za nemoc, přestože je závislost na tabáku uvedena v MKN – 10. Je možné, že je to z důvodu, že sami kouří a nemyslí si proto, že by byli nemocní. Kdo jiný by měl však považovat kouření za nemoc, než – li právě lékař.

### Graf č.13 - Rozhovor s pacientem – dotaz zda chce přestat kouřit

Otázka č. 7: Ptáte se svých pacientů, zda chtějí přestat kouřit?



Počet lékařů, kteří se svých pacientů ptají, zda chtějí přestat kouřit, převažuje pouze na interním a neurologickém oddělení, na gastroenterologickém oddělení je počet lékařů, kteří se na tuto otázku ptají a neptají vyrovnaný. Na všech ostatních odděleních převažuje počet lékařů, kteří se svých pacientů zda chtějí přestat kouřit neptají.

### Graf č. 14 - Rozhovor s pacientem – dotaz zda chce přestat kouřit (celý soubor)

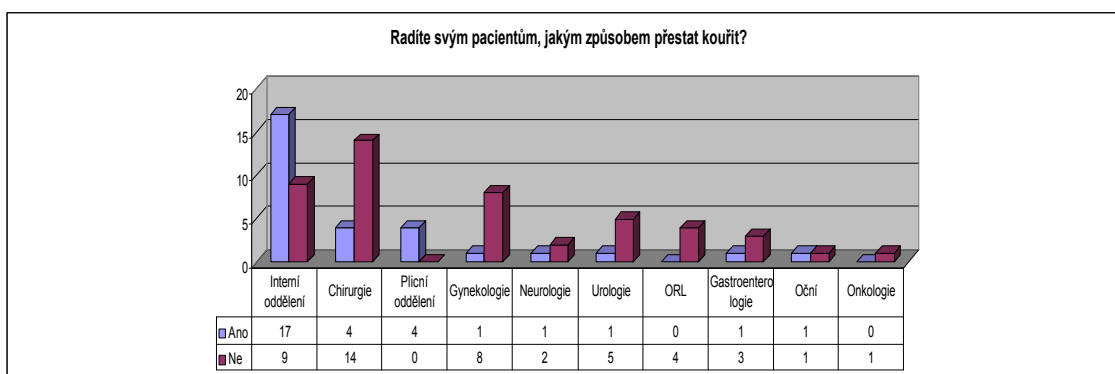


Svých pacientů se ptá, zda chtějí přestat kouřit 42% (32) lékařů, 58% (45) lékařů se tímto problémem nezabývá.

Počet lékařů, kteří se svých pacientů neptají, zda chtějí přestat kouřit považují za velmi vysoké číslo. Pokud se lékař dozví na základě anamnézy, že pacient kouří, měla by to být první otázka na kterou se ho poté zeptá.

### Graf č. 15 - Poskytnutí rady pacientům

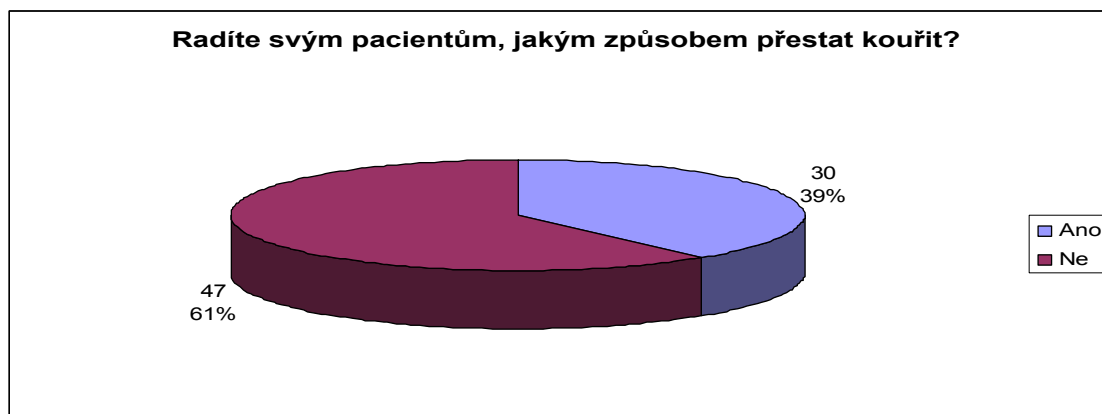
Otázka č. 8 : Radíte svým pacientům, jakým způsobem přestat kouřit?



Počet lékařů, kteří svým pacientům radí, jakým způsobem přestat kouřit převažuje pouze na interním a plicním oddělení. Na očním oddělení je poměr lékařů, kteří toto doporučují vyrovnaný stejně, jako počet lékařů, kteří nedoporučují svým pacientům, jakým způsobem přestat kouřit. Graf dále ukazuje, že u lékařů na všech ostatních odděleních převažuje počet těch lékařů, kteří svým pacientům v této problematice neradí.

U této otázky, jsem předpokládala, že nejvíce lékařů bude radit jakým způsobem přestat kouřit na interním a plicním oddělení, protože mnoho onemocnění dýchacího systému i interních souvisí právě s kouřením. Dále jsem ovšem předpokládala, že tomu tak bude i v případě oddělení ORL.

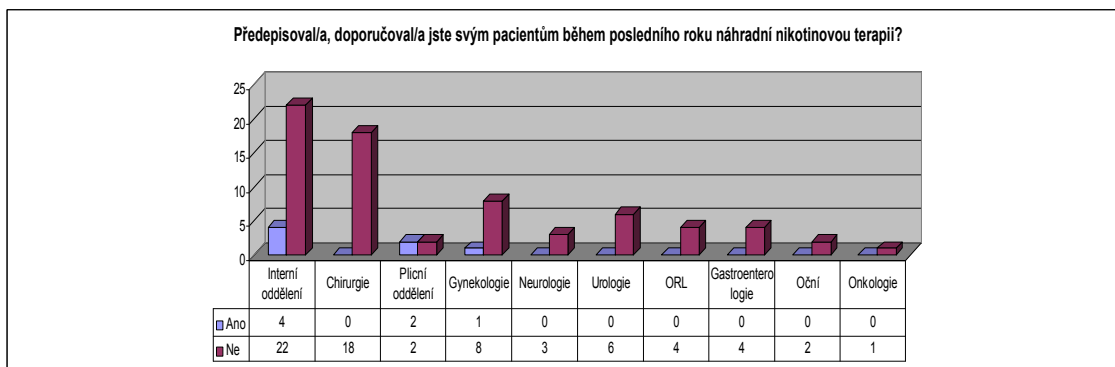
### Graf č. 16 - Poskytnutí rady pacientům (celý soubor)



Jakým způsobem přestat kouřit radí svým pacientům pouze 39% (30) lékařů, 61% (47) lékařů svým pacientům neradí.

### Graf č. 17 - Předepisování náhradní nikotinové terapie během posledního roku

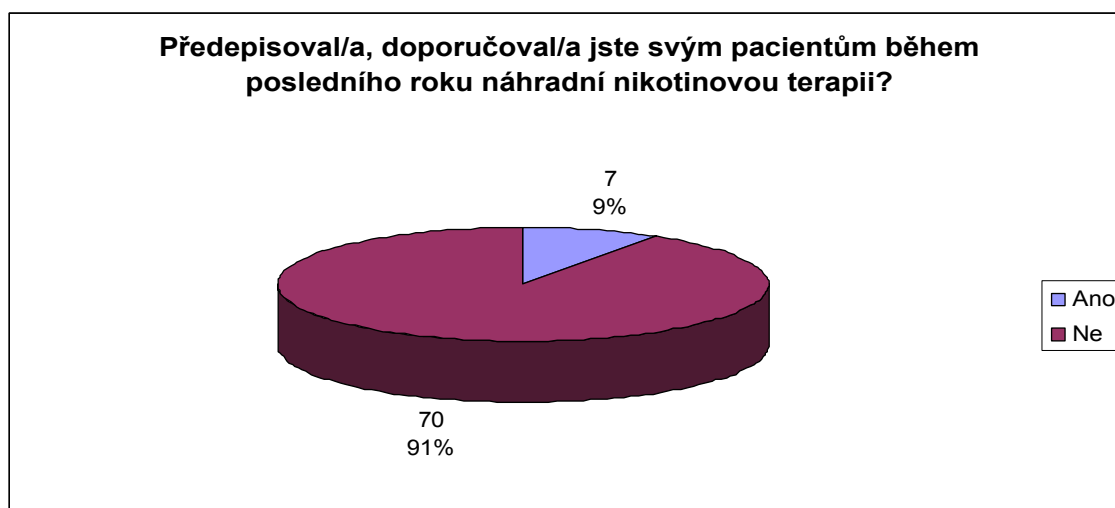
Otázka č. 9: Předepisoval/Doporučoval/a jste svým pacientům během posledního roku náhradní nikotinovou léčbu?



Náhradní nikotinovou terapii předepisovali pouze 4 lékaři na interním oddělení, 2 lékaři na plicním a 1 lékař na gynekologickém oddělení.

Z tohoto grafu a stejně tak ze dvou následujících vyplývá, že se léčbou závislosti na tabáku zabývá velmi málo lékařů.

### Graf č. 18 - Předepisování náhradní nikotinové terapie během posledního roku (celý soubor)

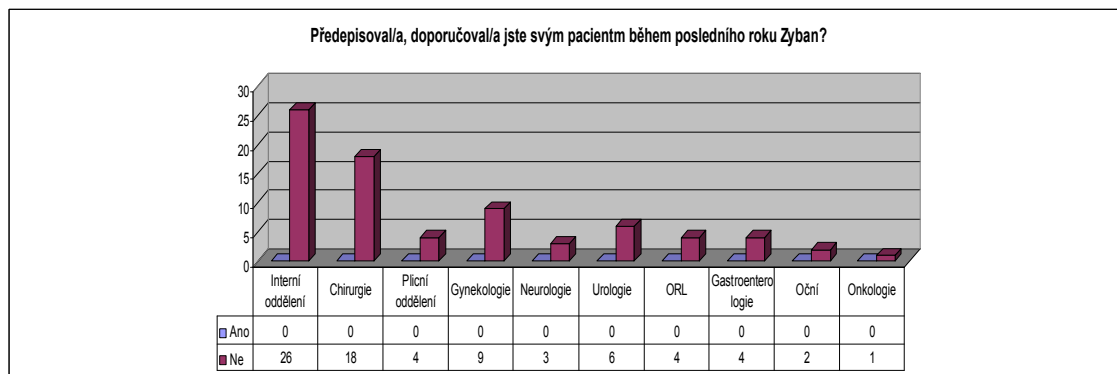


Náhradní nikotinovou terapii, během posledního roku předepisovalo pouze 9% (7) lékařů a 91% (70) lékařů se s tímto nesetkalo.



### Graf č. 19 - Předepisování Zybanu během posledního roku

Otázka č. 10: Předepisoval/a jste svým pacientům během posledního roku Zyban?



Z grafu vyplývá, že během posledního roku nepředepisoval ani nedoporučoval žádný z dotazovaných lékařů během posledního roku Zyban.

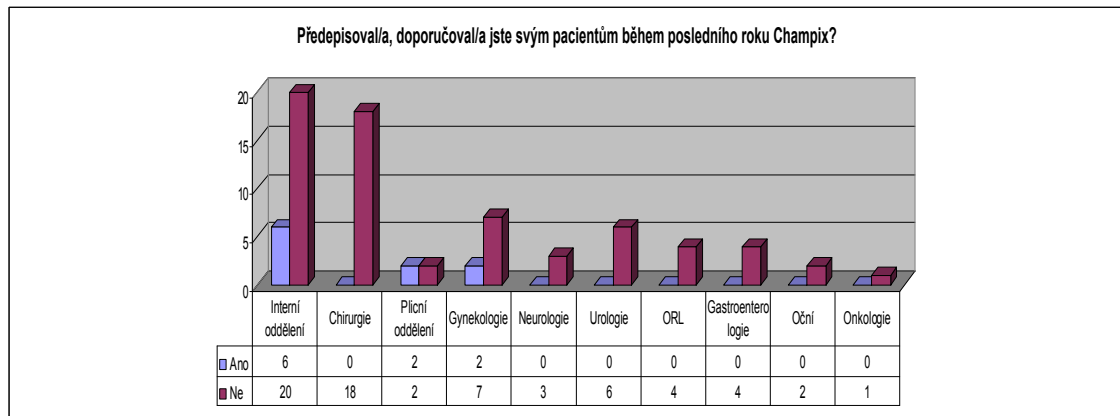
### Graf č. 20 - Předepisování Zybanu během posledního roku (celý soubor)



Během posledního roku doporučovalo, či předepisovalo svým pacientům Zyban 0% (0) lékařů a tedy 100% (77) lékařů Zyban nedoporučovalo ani nepředepisovalo.

### Graf č. 21 - Předepisování Champixu během posledního roku

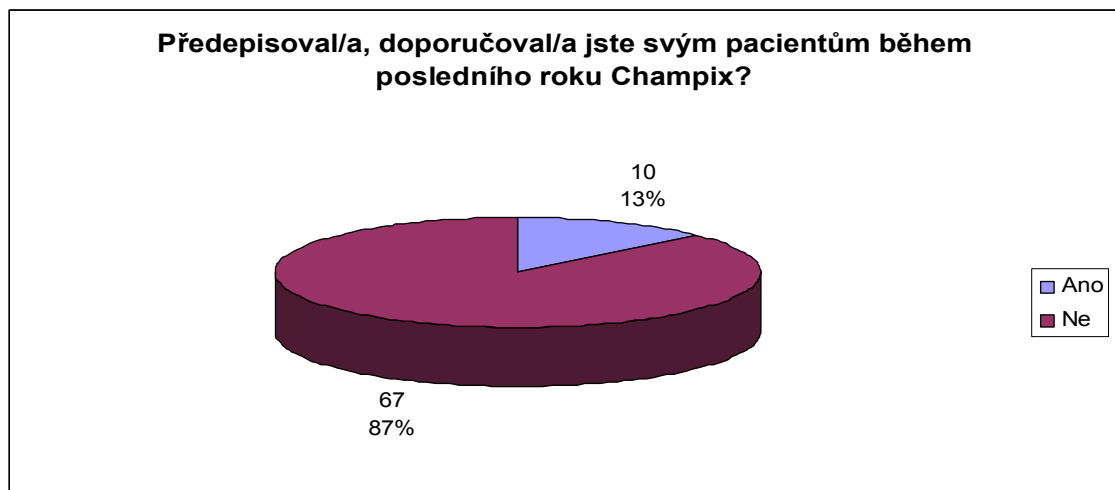
Otázka č. 11: Předepisoval/a jste svým pacientům během posledního roku Champix?



Champix během posledního roku svým pacientům předepisovalo 6 lékařů na interním oddělení a 2 lékaři na plicním oddělení a na gynekologickém oddělení.

Myslím si, že více lékařů předepisovalo právě Champix nikoli Zyban z důvodu, že Champix byl vyroben právě proto, aby sloužil jako lék pro pacienty závislé na tabáku, kdežto Zyban je původně antidepressivum.

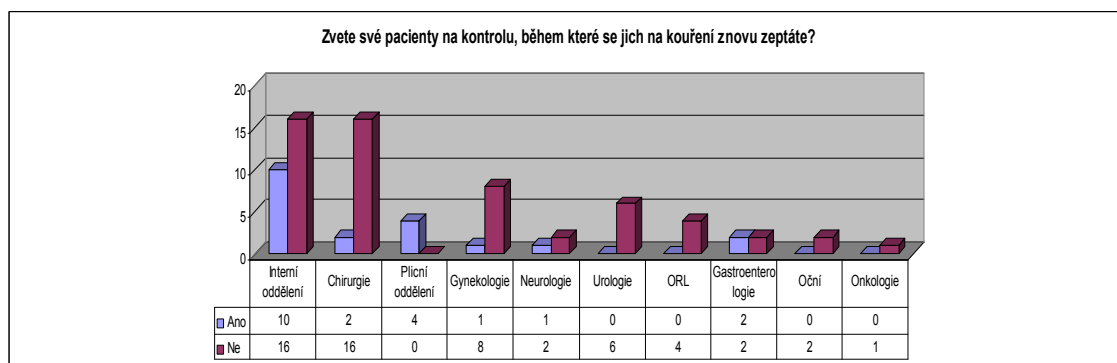
**Graf č. 22 - Předepisování Champixu během posledního roku (celý soubor)**



Během posledního roku předepisovalo, nebo doporučovalo svým pacientům Champix 13% (10) lékařů a 87% (67) lékařů nikoliv.

**Graf č. 23 - Zvaní pacientů na kontrolu – opětovný dotaz na kouření**

Otázka č. 12: Zvete své pacienty na kontrolu, během které se jich na kouření znovu zeptáte?



Počet lékařů, kteří zvu své pacienty na kontrolu, během které se jich na kouření znovu zeptají převažuje pouze na plicním oddělení. Na gastroenterologickém oddělení je počet lékařů, kteří se ptají s počtem lékařů, kteří se neptají vyrovnaný. Na ostatních odděleních převažuje počet lékařů, kteří se svých pacientů na kouření znovu neptají.

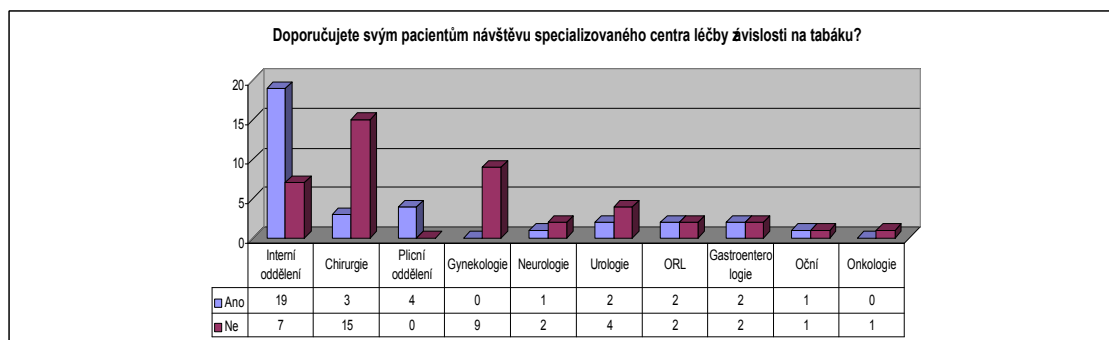
**Graf č. 24 - Zvaní pacientů na kontrolu – opětovný dotaz na kouření (celý soubor)**



Své pacienty zve na kontrolu, během které se jich na kouření znovu zeptá 26%(20) lékařů a 74% (57) lékařů se svými pacienty při další kontrole již nemluví.

**Graf č. 25 - Doporučení návštěvy specializovaného centra léčby závislosti na tabáku**

Otázka č. 13 Doporučujete svým pacientům návštěvu specializovaného centra léčby závislosti na tabáku?



Počet lékařů, kteří doporučují svým pacientům návštěvu specializovaného centra léčby závislosti na tabáku převažuje pouze na interním a plicním oddělení. Na oddělení ORL, gastroenterologickém a očním je počet lékařů, kteří návštěvu specializovaného centra léčby závislosti na tabáku doporučují vyrovnaný jako počet lékařů, kteří toto nedoporučují. Jak vyplývá z grafu, tak na ostatních odděleních převažuje počet lékařů, kteří svým pacientům návštěvu specializovaného centra léčby závislosti na tabáku nedoporučují.

**Graf č. 26 - Doporučení návštěvy specializovaného centra léčby závislosti na tabáku (celý soubor)**



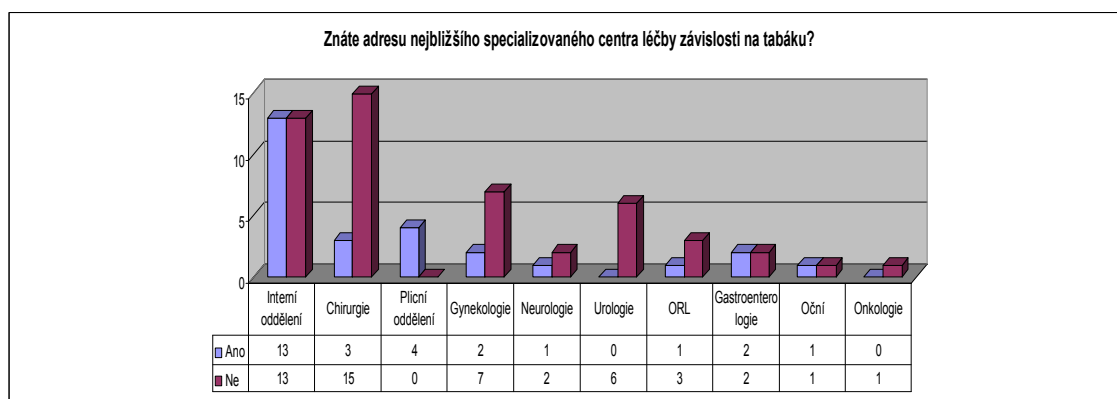
Návštěvu specializovaného centra léčby závislosti na tabáku svým pacientům doporučuje 44% (34) lékařů a 56% (43) lékařů návštěvu specializovaného centra nedoporučuje.

Návštěvu specializovaného centra doporučuje svým pacientům méně než polovina lékařů, což je z mého pohledu málo. Bylo by to v pořádku, pokud by se touto problematikou lékaři sami zabývali, ale vzhledem k tomu, že jak vyplývá z předchozích grafů, je situace spíše opačná je toto číslo dle mého názoru velmi malé. Pacient, který kouří by měl dostat od každého lékaře informaci, kam se obrátit v případě, že by chtěl

přestat a kde může hledat pomoc. Pokud se tímto problémem nechce lékař zabývat, není přece nic snazšího, než pacientovi doporučit návštěvu specializovaného pracoviště. Myslím si, že je to minimum, které by měl udělat každý lékař, který se z nějakého důvodu nechce zaobírat kouřením svého pacienta.

### Graf č. 27 - Znalost adresy nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku

Otázka č. 14: Znáte adresu nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku?



Adresu nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku znají všichni lékaři na plicním oddělení. Poměr lékařů, kteří adresu znají a těch, kteří ji neznají je vyrovnaný na interním oddělení, na gastroenterologickém oddělení a na očním oddělení. U všech zbývajících oddělení převažuje počet lékařů, kteří adresu nejbližšího specializovaného centra neznají.

Myslím si, že ačkoli na interním oddělení 50% lékařů tuto adresu zná, je to zrovna na tomto oddělení velmi málo.

**Graf č. 28 - Znalost adresy nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku (celý soubor)**

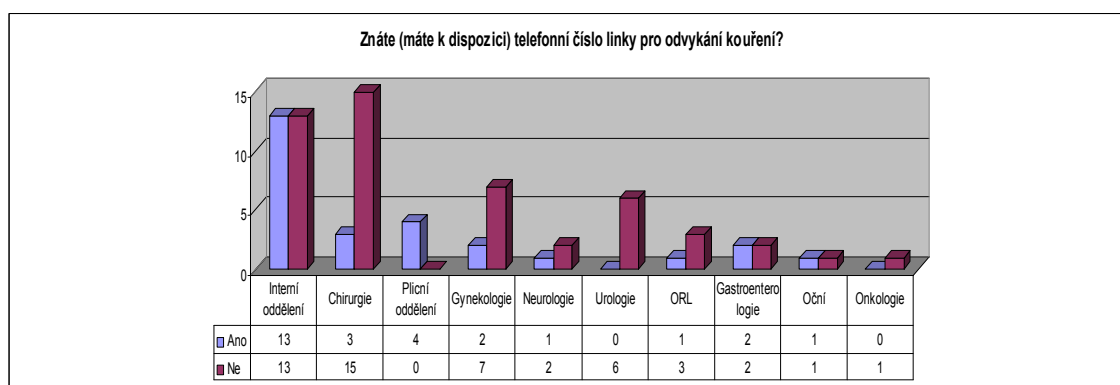


Adresu nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku zná 35% (27) lékařů, 65% (50) lékařů tuto adresu nezná.

Fakt, že 65% lékařů nezná adresu nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku se mi jeví jako alarmující. Obzvláště v případě lékařů příbramské nemocnice, kde je specializované centrum léčby závislosti na tabáku přímo v areálu Oblastní nemocnice Příbram. Marně si kladu otázku, jak je možné, aby o tom téměř  $\frac{3}{4}$  lékařů nevědělo.

**Graf č. 29 - Znalost telefonního čísla linky pro odvykání kouření**

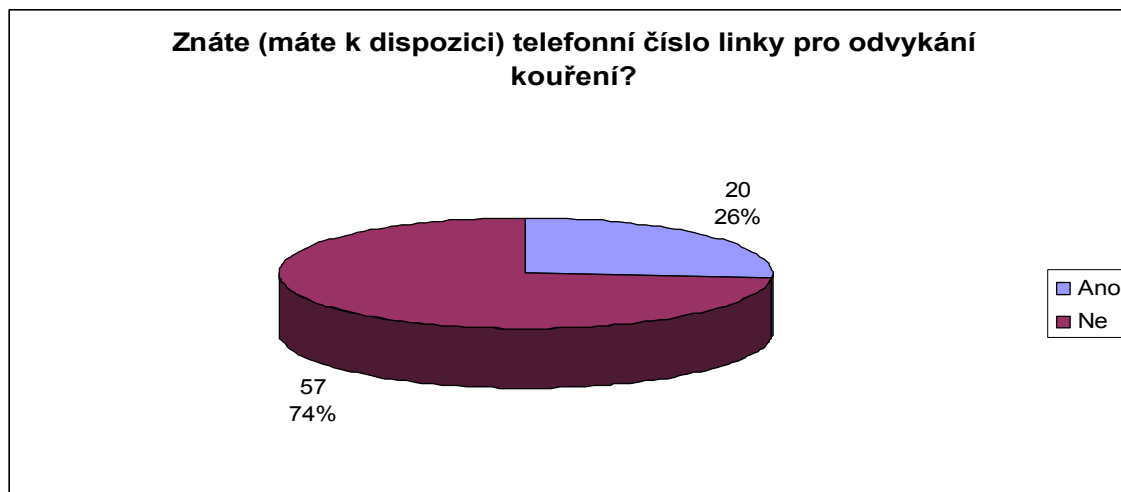
Otázka č. 15: Znáte (máte k dispozici) telefonní číslo linky pro odvykání kouření?



Počet lékařů, kteří znají, nebo mají k dispozici telefonní číslo linky pro odvykání kouření převažuje pouze na plicním oddělení. Na interním, gastroenterologickém a očním oddělení je počet lékařů, kteří telefonní číslo znají a lékařů, kteří ho neznají

vyrovnaný. Na všech ostatních odděleních převažuje počet lékařů, kteří toto číslo neznají (nemají k dispozici).

**Graf č. 30 - Znalost telefonního čísla linky pro odvykání kouření (celý soubor)**

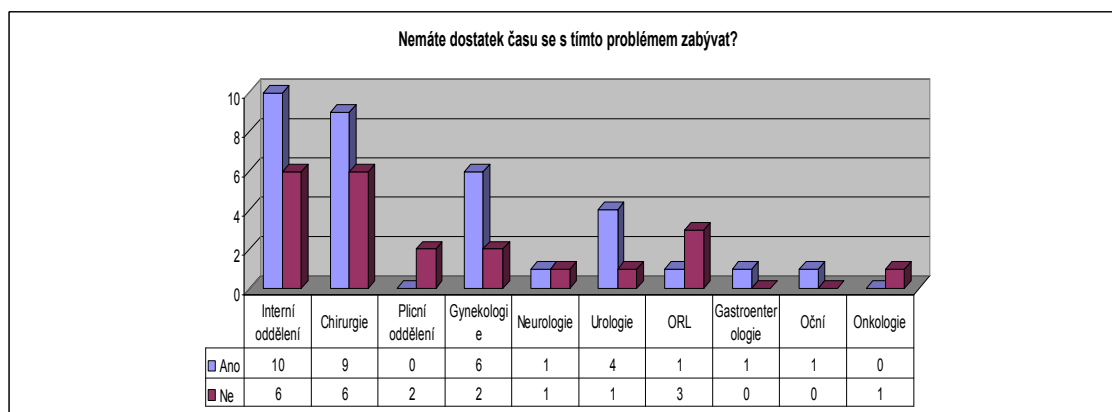


Telefonní číslo linky pro odvykání kouření zná, nebo má k dispozici 26% (20) lékařů. Většina lékařů, tedy 74% (57) telefonní číslo linky pro odvykání kouření nezná ani ho nemá k dispozici.

Opět se domnívám, že by měl každý lékař být schopen poskytnout v případě potřeby pacientovi číslo linky pro odvykání kouření. Fakt, že  $\frac{3}{4}$  lékařů toto číslo neznají ani nemají k dispozici pravděpodobně plyne z toho, že o problematiku kouření se jak jsme viděli v předchozích grafech nezabývá příliš mnoho lékařů.

**Graf č. 31 - Důvod proč lékaři nemluví s pacienty o kouření – nedostatek času**

Otázka č. 16: Pokud se svými pacienty o kouření nemluvíte, je to proto, že: Nemáte dostatek času se tímto problémem zabývat?



Počet lékařů, kteří se svými pacienty nemluví, protože nemají dostatek času, aby se tímto problémem zabývali převažuje na interním, chirurgickém, gynekologickém, urologickém, gastroenterologickém a očním oddělení. Vyrovnaný počet lékařů, dle grafu vidíme na neurologickém oddělení.

**Graf č. 32 - Důvod proč lékaři nemluví s pacienty o kouření – nedostatek času (celý soubor)**

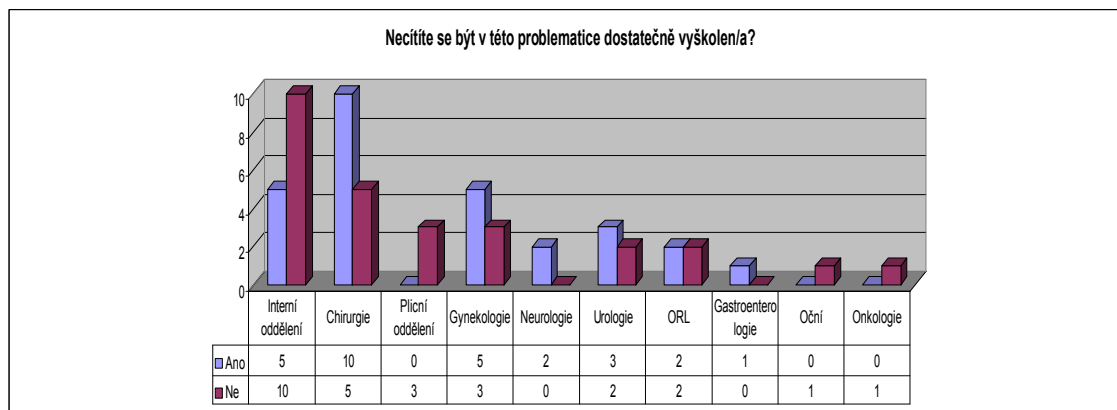


Se svými pacienty o kouření z důvodu nedostatku času se tímto problémem zabývat nemluví 60% (33) lékařů. Pro zbývajících 40% (22) lékařů není otázka času problémem.

Pokud je pro lékaře čas tím důvodem, proč se svými pacienty o kouření nemluví, měl by být schopný je odkázat na specializované pracoviště. Myslím si, že předání adresy či telefonního čísla není nijak časově náročné.

**Graf č. 33 - Důvod proč lékaři nemluví s pacienty o kouření – pocit nedostatečného vyškolení**

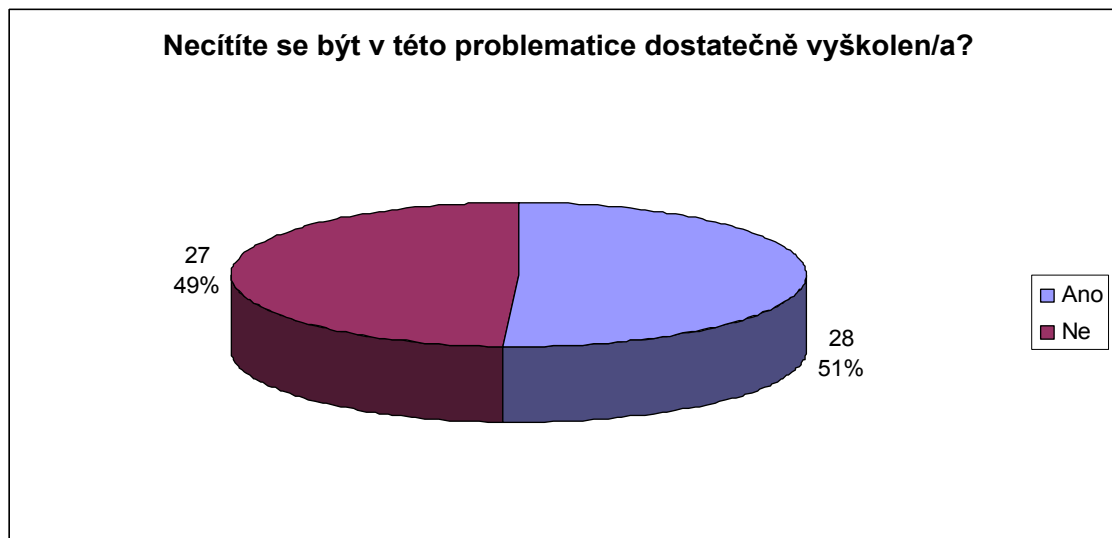
Otázka č. 17: Pokud se svými pacienty o kouření nemluvíte, je to proto, že: Necítíte se být v této problematice dostatečně vyškolen/a?





Počet lékařů, kteří se svými pacienty o kouření nemluví z důvodu, že se necítí být v této problematice dostatečně vyškoleni převažuje na chirurgickém, neurologickém a gastroenterologickém oddělení. Na ORL je počet lékařů, kteří se cítí být v této problematice vyškolení totožný s počtem lékařů, kteří se necítí být dostatečně vyškolení. Na všech zbývajících odděleních, jak nám ukazuje graf převažuje počet lékařů, na které výše uvedené tvrzení neplatí.

**Graf č. 34 - Důvod proč lékaři nemluví s pacienty o kouření – pocit nedostatečného vyškolení (celý soubor)**

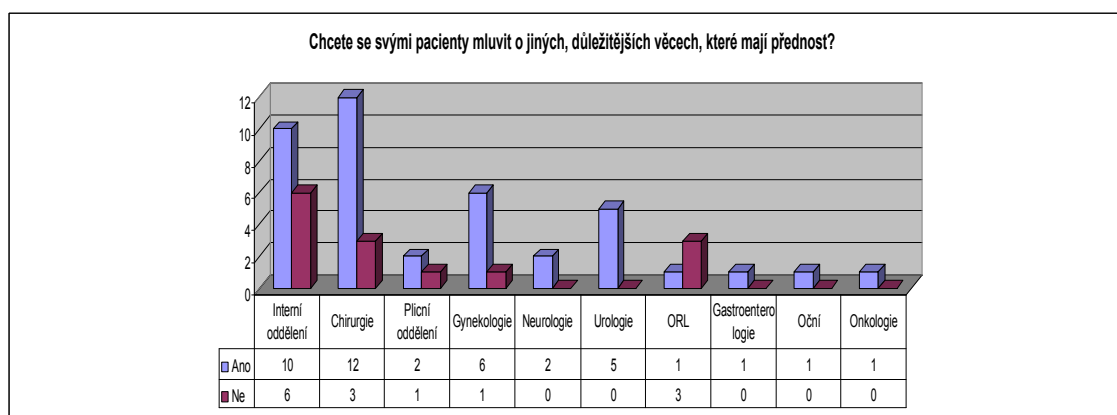


Se svými pacienty o kouření nemluví z důvodu, že se necítí být dostatečně vyškoleni 51% (28) lékařů. Pro zbývajících 49% (27) lékařů toto není problém, kvůli kterému se svými pacienty o kouření nemluví.

Více než polovina lékařů se svými pacienty o kouření nemluví, protože se necítí být v této problematice dostatečně vyškoleni. To je z mého pohledu velmi vysoké číslo, vzhledem k tomu, že na lékařských fakultách se během studia problematika závislosti na tabáku probírá. Možná by nebylo od věci např. v rámci nemocnice pořádat nějaké pravidelné školení či semináře týkající se problematiky závislosti na tabáku. Otázkou zůstává nakolik je to doopravdy realizovatelné a kolik lékařů by o toto školení mělo opravdu zájem.

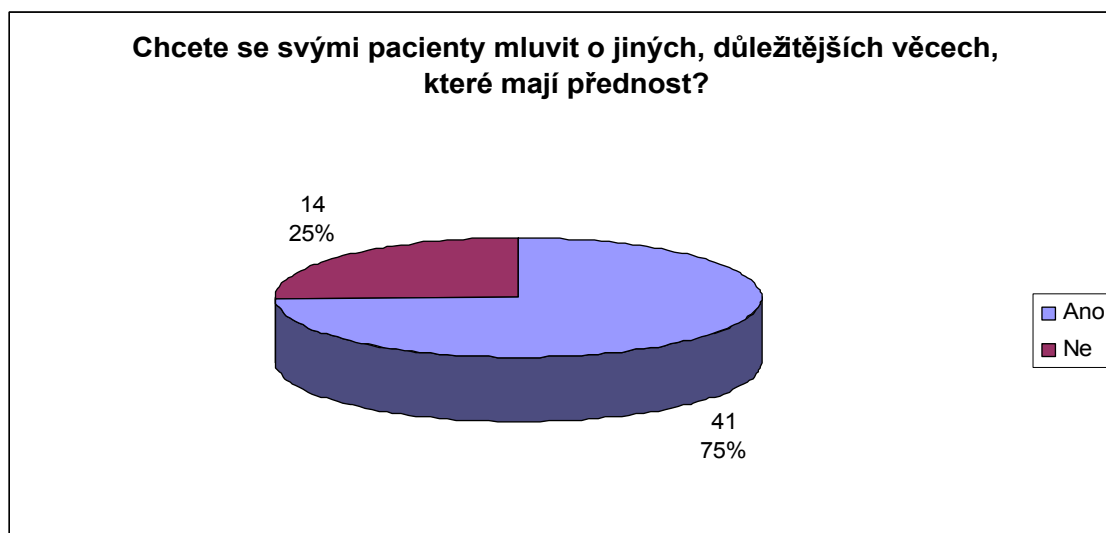
**Graf č. 35 - Důvod proč lékaři nemluví s pacienty o kouření – potřeba mluvit o jiných, důležitých věcech**

Otázka č. 18: Pokud se svými pacienty o kouření nemluvíte, je to proto, že: Chcete se svými pacienty mluvit o jiných důležitých věcech, které mají přednost?



Počet lékařů, kteří se svými pacienty o kouření nemluví, protože s nimi chtějí mluvit o jiných, důležitějších věcech převažuje na všech odděleních vyjma ORL .

**Graf č. 36 - Důvod proč lékaři nemluví s pacienty o kouření – potřeba mluvit o jiných, důležitých věcech (celý soubor)**

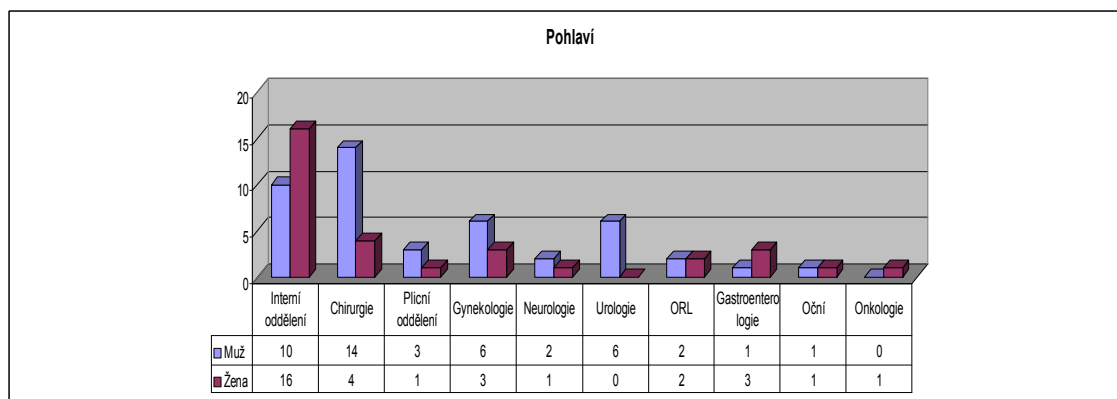


Se svými pacienty o kouření nemluví z důvodu toho, že s nimi chtějí mluvit o jiných ,důležitějších věcech, které mají přednost 75% (41) lékařů. Zbýlých 25% (14) lékařů tento důvod, jako důvod proč se svými pacienty o kouření nemluví neuvádí.

I přesto, že  $\frac{3}{4}$  lékařů chce mluvit se svými pacienty o důležitějších věcech, než o problematice kouření, měli by být tito lékaři, schopni odkázat pacienta na příslušné specializované pracoviště, na kterém by se jeho problému s kuřáctvím odborníci dostatečně věnovali.

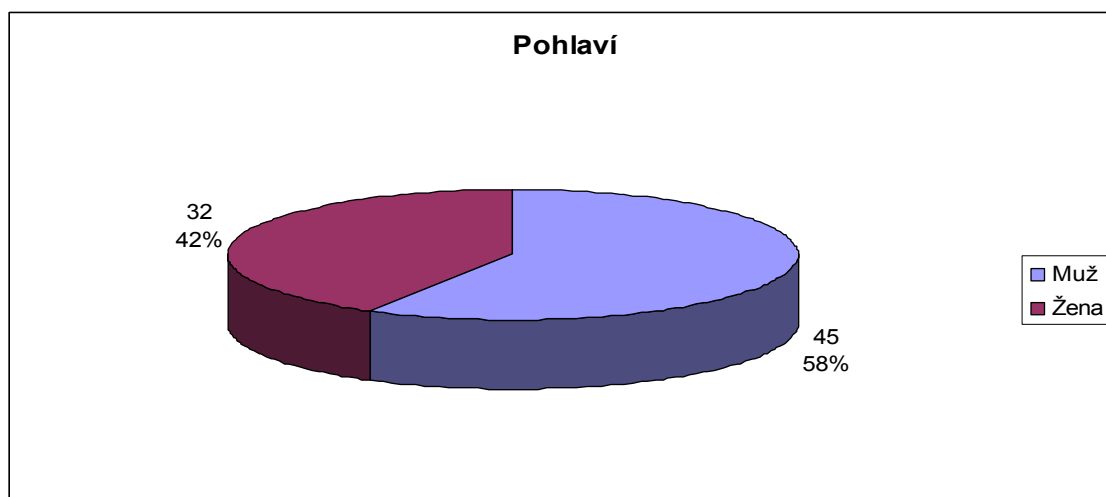
### Graf č. 37 - Pohlaví

Otázka č. 19: Jste ?



Z grafu vyplývá, že na chirurgickém, plicním, gynekologickém, neurologickém a urologickém oddělení převažují muži. Na ORL a očním oddělení je poměr mužů i žen vyrovnaný. Na interním a gastroenterologickém oddělení převažují ženy.

### Graf č. 38 - Pohlaví (celý soubor)



Výzkumu se zúčastnilo 58% (45) mužů a 42% (32) žen.

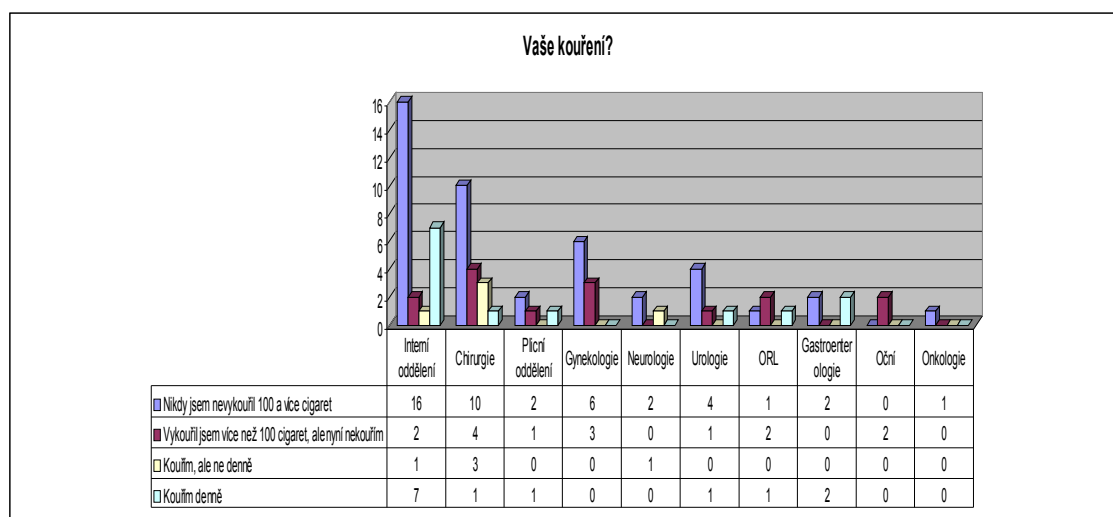
**Tabulka č. 1 - Věkový průměr**

	Průměrný věk
Interní oddělení	41,2
Chirurgie	43,2
Plicní oddělení	53
Gynekologie	36,6
Neurologie	57
Urologie	47,5
ORL	37,8
Gastroenterologie	51,3
Oční	51
Onkologie	46
<b>Průměrný věk celkem</b>	<b>46,5</b>

V tabulce vidíme, že nejnižší věkový průměr je na gynekologickém oddělení (36,6 let) a nejvyššího věkového průměru dosahují lékaři na gastroenterologickém oddělení (51,3 let). Celkový průměrný věk činí 46,5 let.

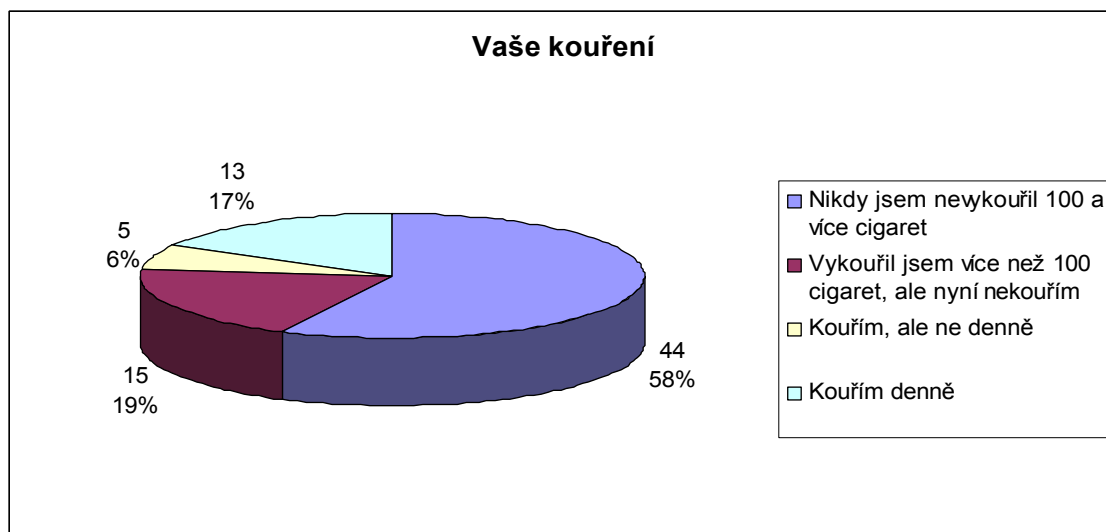
**Graf č. 39 - Prevalence kouření mezi lékaři**

Otázka č. 20: Vaše kouření:



Nejvíce lékařů, kteří kouří denně je na interním oddělení (7). Na chirurgickém, plicním, urologickém a ORL oddělení kouří vždy 1 lékař. Na gastroenterologickém kouří lékaři 2. Nejvíce lékařů, kteří vykouřili více než 100 cigaret, ale nyní nekouří je na chirurgickém oddělení (4). Na všech odděleních je převažující počet lékařů, kteří nikdy nevykouřili 100 a více cigaret.

**Graf č. 40 - Prevalence kouření mezi lékaři (celý soubor)**



Z dotazovaných lékařů nikdy nevykouřilo 100 a více cigaret 58% (44). Lékařů, kteří vykouřili více než 100 cigaret, ale nyní nekouří je 19% (15). Lékařů, kteří odpověděli, že kouří, ale ne denně je 6% (5). Zbývajících 17% (13) kouří cigarety denně.

## 10. Srovnání s totožným výzkumem

Výzkum, který byl proveden v roce 2007 paní doktorkou Králíkovou za použití totožného dotazníku, jako výzkum, který jsem provedla letos v Příbramské nemocnici měl celkem 38 respondentů z toho bylo 21 mužů a 17 žen.

Cílovou skupinou tohoto výzkumu byli lékaři z pražských nemocnic.

**Tabulka č. 2 - Celkové výsledky obou realizovaných výzkumů v %**

Možnosti léčby závislosti na tabáku, způsob intervence u pacientů	Praha 2007		Nemocnice Příbram 2011	
	ANO (v %)	NE (v%)	ANO (v%)	NE (v%)
Ptáte se všech svých pacientů v rámci anamnézy, zda kouří?	86,8	13,2	74	26
Ptáte se kuřáků při každé kontrole na kouření?	42,1	57,9	39	61
Dokumentujete u Vašich pacientů užívání tabáku?	81,6	18,4	71	29
Doporučujete svým pacientům, kteří kouří, přestat?	92,1	7,9	79	21
Doporučujete svým pacientům, kteří kouří, kouření omezit?	81,6	18,4	68	32
Pokládáte kouření za nemoc?	52,6	42,1	57	43
Ptáte se svých pacientů, zda chtějí přestat kouřit?	39,5	57,9	42	58
Radíte svým pacientům, jakým způsobem přestat kouřit?	44,7	55,3	39	61
Předepisoval/a jste svým pacientům během posledního roku náhradní nikotinovou terapii?	23,7	76,3	9	91
Předepisoval/a jste svým pacientům během posledního roku Zyban?	2,6	97,4	0	100
Předepisoval/a jste svým pacientům během posledního roku Champix?	13,2	86,8	13	87
Zvete své pacienty na kontrolu, během které se jich na kouření znovu zeptáte?	21,1	76,3	26	74
Doporučujete svým pacientům návštěvu specializovaného centra léčby závislosti na tabáku?	42,1	57,9	44	56
Znáte adresu nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku?	31,6	63,2	35	65
Znáte (mate k dispozici) telefonní číslo linky pro odvykání kouření?	28,9	68,4	26	74

Z této tabulky lze vyčíst, že v některých odpovědích jsou výsledky obou výzkumů velmi podobné, naopak v několika odpovědích, můžeme vidět diametrální rozdíly.

Překvapilo mne, že velmi podobné výsledky se objevují u obou výzkumů například u otázky zda lékaři pokládají kouření za nemoc. Výzkum z roku 2007 ukázal, že kouření

pokládá za nemoc 52,6 % lékařů a dle výzkumu provedeného letos v příbramské nemocnici zde považuje za kouření za nemoc 57% lékařů.

Na otázku zda chtějí přestat kouřit se svých pacientů ptá 39,5% pražských lékařů a 42% lékařů příbramské nemocnice. Opět vidíme velmi podobné výsledky.

U otázky zda lékaři doporučují návštěvu specializovaného centra léčby závislosti na tabáku došlo také k takřka shodným výsledkům. Výzkum z roku 2007 ukazuje, že toto doporučuje 42,1 % lékařů a výzkum provedený letos v nemocnici Příbram ukázal výsledek, že 44% lékařů doporučuje návštěvu specializovaného centra.

Adresu nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku zná 31,6 % lékařů v Praze a 35% lékařů v příbramské nemocnici.

Velký rozdíl můžeme vidět u otázky, zda lékaři doporučují svým pacientům, kteří kouří, přestat. Zatímco výzkum z r. 2007 poukazuje na to, přestat s kouřením doporučuje 92,1% lékařů, z výzkumu provedeném v příbramské nemocnici plyne, že přestat kouřit zde doporučuje svým pacientům pouze 79% lékařů.

Svých pacientů se v rámci anamnézy ptá 86,8% lékařů v Praze, což je dle mého názoru poměrně málo, ačkoli je to o takřka 13% lékařů více než v příbramské nemocnici, kde se svých pacientů v rámci anamnézy ptá na kouření jen 74% lékařů.

V celkovém výsledku se domnívám, že výsledky obou výzkumů jsou si velmi podobné, jen v některých otázkách se výsledky více liší.

## 11 Diskuse a závěr

Domnívám se, že tato práce dostala svému cílu a zmapovala postoj lékařů příbramské nemocnice k problematice léčby závislosti na tabáku. Výsledky výzkumu mne spíše nemile překvapily. O čemž svědčí i hypotézy, které jsem si zpočátku stanovila na základě svých vlastních domněnek a předpokladů. Z výzkumu vyplývá, že velmi málo lékařů se o problematiku kouření u svých pacientů opravdu aktivně zajímá. Na což poukazuje mimo jiné fakt, že pouze 39% lékařů v nemocnici Příbram radí svým pacientům, jakým způsobem přestat kouřit. Zarážející je ovšem, že většina lékařů své pacienty ani neposílá do specializovaného centra léčby závislosti na tabáku, kde by se pacientům, kteří kouří, dostalo odpovídajících informací o tom jak přestat kouřit a jaké jsou možnosti léčby závislosti na tabáku.

Návštěvu specializovaného centra doporučuje jen 44% lékařů v příbramské nemocnici. Možná to je důsledkem toho, že kouření považuje za nemoc jen 57% lékařů. Je možné, že pokud lékař nepovažuje kouření za nemoc, nepovažuje tedy za nutné pacienta s tímto problémem nějak léčit, nebo ho odeslat do již zmíněného specializovaného centra pro léčbu závislosti na tabáku.

Také bych se ráda zamyslela nad tím, jak je možné, že výzkum ukázal, že adresu nejbližšího specializovaného centra pro léčbu závislosti na tabáku zná pouze 35% lékařů příbramské nemocnice, přičemž se toto centrum nachází přímo v areálu Oblastní nemocnice Příbram. Domnívám se, že lékaři jsou o tomto faktu nedostatečně informováni. Nabízí se otázka, jestliže by v případě, kdy by byli lékaři lépe informováni o existenci specializovaného centra pro léčbu závislosti na tabáku, doporučovali svým pacientům jeho návštěvu, či nikoli.

Dle mého názoru by bylo vhodné udělat větší dotazníkové šetření týkající se této problematiky jak v pražských nemocnicích, tak například v okresních nemocnicích po celé České republice, což by bylo náročné, ale věřím, že velmi přínosné.

Vzhledem k tomu, že 28 lékařů uvedlo, že se svými pacienty o kouření nemluví, protože se cítí být nedostatečně vyškoleni v této problematice, mohlo by být přínosné dotazníkové šetření, které by zmapovalo, jestli by měli lékaři zájem se formou přednášek či seminářů dozvědět o problematice léčby závislosti na tabáku více a zda by



to mělo vliv na to, že se budou následně u svých pacientů více zabývat touto problematikou.

Z tohoto výzkumu samozřejmě rozhodně nelze generalizovat, z důvodu toho, že se jednalo o dotazníkové šetření pouze v jedné konkrétní nemocnici a protože návratnost dotazníků nebyla stoprocentní. Nicméně lékaři mají na pacienty velký vliv a lidé často nevědí na koho se s problémem kouření obrátit. Lékaři by tedy měli být v tomto směru vzdělaní a měli by umět pomoci, či pacienta odkázat tam, kde odbornou pomoc najde.

Největší překážkou, se kterou jsem se během svého výzkumu setkala, byla neochota lékařů k vyplňování dotazníku, převážně z časových důvodů. Tuto překážku jsem se snažila minimalizovat tak, že jsem se co nejvíce to šlo, snažila přizpůsobit časovým možnostem lékařů a vycházet jim v tomto vstříc. Dále jsem se setkala s nedůvěrou ve smysl tohoto výzkumu. Což jsem se snažila minimalizovat vysvětlením o čem přesně tento výzkum je, k čemu bude sloužit, případně jsem nabídla možnost zaslání zpracovaných konečných výsledků.

V závěru této práce bych ráda stručně shrnula a zhodnotila své hypotézy:

**Hypotéza č. 1 :** Domnívám se, že znát adresu nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku bude 75% lékařů příbramské nemocnice.

Adresu nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku zná 35% lékařů nemocnice v Příbrami. Tato hypotéza byla tedy vyvrácena.

**Hypotéza č. 2 :** Domnívám se, že v rámci anamnézy se všech svých pacientů ptá, zda kouří 95% lékařů příbramské nemocnice.

Všech svých pacientů se v rámci anamnézy ptá na kouření 74% lékařů v příbramské nemocnici. Tímto je i tato hypotéza vyvrácena.

**Hypotéza č. 3 :** Domnívám se, že kouření pokládá za nemoc 90% lékařů příbramské nemocnice.

Kouření pokládá za nemoc 53% lékařů příbramské nemocnice. Tato hypotéza, je také stejně, jako přechozí vyvrácena.

**Hypotéza č.4** : Domnívám se, že svým pacientům, kteří kouří, doporučuje přestat 97% lékařů příbramské nemocnice.

Pacientům, kteří kouří, doporučuje přestat 79% lékařů příbramské nemocnice. I poslední hypotéza byla vyvrácena.

## 12 Použitá literatura

- Češka, R. (2007). Vareniclin: nová šance v léčbě tabákové závislosti? Farmakoterapie, 3 (1): 5-7
- Bártová, J. (2004). Patologie pro bakaláře. 4. vydání. Praha : Karolinum.
- Gilman, S., Xun, Z. (2006). Příběh kouře. 1. vydání. Praha : Dybbuk.
- Goláň, L. (2007). Vliv kouření na morfologii a funkci kardiovaskulárního aparátu. Interní medicína pro praxi, 9 (9): 386-388
- Holeček, V., Rokyta, R. (2008). Vliv kouření a volných radikálů na antioxidační ochranu a na patogenezi některých nemocí. Praktický lékař, 88 (1): 2-30
- Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007). Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese. 1. vydání. Praha: Portál.
- Kozák, J., Pfeifer, I., Richter, J. (1993). Rizikový faktor kouření. 1. vydání. Praha : KPK.
- Králíková, E., Kozák, J. (1997). Jak přestat kouřit. 1. vydání. Praha: Maxdorf.
- Králíková, E. (1999). Lékař a kouření na konci 20. Století. Medica revue, 6 (1): 47-50
- Králíková, E. (2006). Kouření – Epidemiologie, prevence a léčba. In: Bencko, V., Holcátová, I., Kouřilová, J. at al.. Hygiena a epidemiologie. 1.vydání. Praha : Karolinum.
- Králíková, E. (2006). Bupropion a léčba závislosti na tabáku. Kazuistiky v pneumologii, 3 (1): 34-35
- Králíková, E., Štěpánková, L., Pohlová, L., Pafko, P., Zajak, J., Felbrová, V., Malá, K., Čtvrtková, M. (2007). Závislost na tabáku – souvislosti, současná léčba a situace v ČR. Alergie, Supplementum, 9 (2): 22-25
- Králíková, E. (2007a). Závislost na tabáku je třeba léčit stejně jako jiné nemoci. Alergie, 9 (3): 245-249
- Králíková, E. (2007b). Vareniklin – nová možnost léčby závislosti na tabáku. Remedia, 17 (1): 108-113
- Králíková, E., Býma, S., Konštický, S. (2008). Závislost na tabáku: prevence, diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře. Praktický lékař, 88 (5): 258-261
- Králíková, E. (2008). Nové možnosti v léčbě závislosti na tabáku. Interní medicína pro praxi, 10 (10): 9-13

- Králíková, E.: Závislost na tabáku - epidemiologie, prevence a léčba, habilitační práce, 1. LF UK, 2010
- Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: Kalina, K., Adámec, D., Broža, J., Dvořáček, J., Dobiášová, D., Frouzová, M. at al.. Základy klinické adiktologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s..
- Perná, Z., Vašáková, M. (2009) Kouření, závislost na tabáku a současné možnosti léčby. Praktický lékař, 89 (12): 679-683
- Pilařová, L. (2003). Problematika závislosti na nikotinu. Psychiatrie pro praxi, 4 (5): 205-208
- Pradáčková, J. (2003). Kouření a zdraví. 1.vydání. Praha: Liga proti rakovině.
- Žourková, A. (2007). Bupropion – více než antidepressivum. Remedia, 17 (6): 592-594

### **Internetové zdroje**

- Drogy-info (31. 3. 2003). Tabák – podrobně. Drogy – info. Staženo 25. 4. 2011. Internetová stránka: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni\\_drogy/tabak/tabak\\_podrobne](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/tabak/tabak_podrobne)
- Drogy-info (23. 4. 2003). Závislost, syndrom závislosti. Drogy – info. Staženo 25. 4. 2011. Internetová stránka: [http://http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/z/zavislost\\_syndrom\\_zavislosti](http://http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/z/zavislost_syndrom_zavislosti)
- Sovinová, H., Sadílek, P., Csémy, L. : Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření ( období 1997 – 2010), SZU, 2011. Staženo: 14.6. 2011. Internetová stránka: <http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/Zprava2010.pdf>
- Světová zdravotnická organizace ( 2009). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize. MZCR. Staženo: 2. 6. 2011. Internetová stránka: [http://www.mzcr.cz/obsah/mkn-10mezinarodni-klasifikace-nemoci\\_1644\\_3.html](http://www.mzcr.cz/obsah/mkn-10mezinarodni-klasifikace-nemoci_1644_3.html)

- Szu (n. d.). Lékaři ČR a kouření. SZU. Staženo: 6. 8. 2011. Internetová stránka:  
[Http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/lekari\\_a\\_koreni.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/lekari_a_koreni.pdf)

## 13 Přílohy

### 13.1 Příloha č. 1 – Dotazník

#### Dotazník pro lékaře

##### Možnosti léčby závislosti na tabáku, způsob intervence u Vašich pacientů

<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Ptáte se všech svých pacientů v rámci anamnézy zda kouří?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Ptáte se kuřáků při každé kontrole na kouření?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Dokumentujete u Vašich pacientů užívání tabáku?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Doporučujete svým pacientům, kteří kouří, přestat?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Doporučujete svým pacientům, kteří kouří, kouření omezit?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Pokládáte kouření za nemoc? Dg. Číslo:.....
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Ptáte se svých pacientů, zda chtějí přestat kouřit?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Radíte svým pacientům jakým způsobem přestat kouřit?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Předepisoval/Doporučoval/a jste svým pacientům během posledního roku náhradní nikotinovou léčbu?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Předepisoval/a jste svým pacientům během posledního roku Zyban?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Předepisoval/a jste svým pacientům během posledního roku Champix?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Zvete své pacienty na kontrolu, během které se jich na kouření znovu zeptáte?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Doporučujete svým pacientům návštěvu specializovaného centra léčby závislosti na tabáku?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Znáte adresu nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku? ..... .....
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Znáte (máte k dispozici) telefonní číslo linky pro odvykání kouření?
		<b>Pokud se svými pacienty o kouření nemluvíte, je to proto, že :</b>
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Nemáte dostatek času se tímto problémem zabývat?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Necítíte se být v této problematice dostatečně vyškolen/a?
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Chcete se svými pacienty mluvit o jiných důležitých věcech, které mají přednost?
		Jiný důvod:

**Pokud jde o Vás:**

1. Jste	<input type="checkbox"/> Muž?	<input type="checkbox"/> Žena?	
2. Kolik je Vám let?			
3. Vaše kouření :			
	<input type="checkbox"/> Nikdy jsem nevykouřil 100 a více cigaret.		
	<input type="checkbox"/> Vykouřil jsem více než 100 cigaret, ale nyní nekouřím.		
	<input type="checkbox"/> Kouřím, ale ne denně.		
	<input type="checkbox"/> Kouřím denně ..... cigaret.		

## **13.2 Příloha č. 2 –Seznam tabulek a grafů**

Graf č. 1 -Rozhovor s pacientem – dotaz na kouření v rámci anamnézy.....	32
Graf č. 2 -Rozhovor s pacientem - dotaz na kouření v rámci anamnézy (celý soubor) .....	32
Graf č. 3 -Rozhovor s pacientem – dotaz na kouření při každé kontrole.....	33
Graf č. 4 - Rozhovor s pacientem – dotaz na kouření při každé kontrole (celý soubor).....	33
Graf č. 5 - Dokumentace užívání tabáku.....	34
Graf č. 6 - Dokumentace užívání tabáku (celý soubor) .....	34
Graf č. 7 - Doporučení přestat kouřit.....	35
Graf č. 8 - Doporučení přestat kouřit (celý soubor).....	35
Graf č. 9 - Doporučení omezit kouření .....	36
Graf č. 10 - Doporučení omezit kouření (celý soubor).....	36
Graf č. 11 - Postoj lékařů ke kouření, jako k nemoci .....	37
Graf č. 12 - Postoj lékařů ke kouření, jako k nemoci (celý soubor) .....	37
Graf č.13 - Rozhovor s pacientem – dotaz zda chce přestat kouřit.....	38
Graf č. 14 - Rozhovor s pacientem – dotaz zda chce přestat kouřit (celý soubor) .....	38
Graf č. 15 - Poskytnutí rady pacientům .....	39
Graf č. 16 - Poskytnutí rady pacientům (celý soubor).....	39
Graf č. 17 - Předepisování náhradní nikotinové terapie během posledního roku.....	40
Graf č. 18 - Předepisování náhradní nikotinové terapie během posledního roku (celý soubor).....	40
Graf č. 19 - Předepisování Zybanu během posledního roku .....	41
Graf č. 20 - Předepisování Zybanu během posledního roku (celý soubor).....	41
Graf č. 21 - Předepisování Champixu během posledního roku .....	41
Graf č. 22 - Předepisování Champixu během posledního roku (celý soubor).....	42
Graf č. 23 - Zvaní pacientů na kontrolu – opětovný dotaz na kouření.....	42
Graf č. 24 - Zvaní pacientů na kontrolu – opětovný dotaz na kouření (celý soubor) .....	43
Graf č. 25 - Doporučení návštěvy specializovaného centra léčby závislosti na tabáku.....	43
Graf č. 26 - Doporučení návštěvy specializovaného centra léčby závislosti na tabáku (celý soubor) .....	44



Graf č. 27 - Znalost adresy nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku .....	45
Graf č. 28 - Znalost adresy nejbližšího specializovaného centra léčby závislosti na tabáku (celý soubor).....	46
Graf č. 29 - Znalost telefonního čísla linky pro odvykání kouření.....	46
Graf č. 30 - Znalost telefonního čísla linky pro odvykání kouření (celý soubor).....	47
Graf č. 31 - Důvod proč lékaři nemluví s pacienty o kouření – nedostatek času .....	47
Graf č. 33 - Důvod proč lékaři nemluví s pacienty o kouření – pocit nedostatečného vyškolení ..	48
Graf č. 34 - Důvod proč lékaři nemluví s pacienty o kouření – pocit nedostatečného vyškolení (celý soubor).....	49
Graf č. 35 - Důvod proč lékaři nemluví s pacienty o kouření – potřeba mluvit o jiných, důležitých věcech.....	50
Graf č. 36 - Důvod proč lékaři nemluví s pacienty o kouření – potřeba mluvit o jiných, důležitých věcech (celý soubor) .....	50
Graf č. 37 - Pohlaví.....	51
Graf č. 38 - Pohlaví (celý soubor) .....	51
Tabulka č. 1 - Věkový průměr.....	52
Graf č. 39 - Prevalence kouření mezi lékaři.....	52
Graf č. 40 - Prevalence kouření mezi lékaři (celý soubor).....	53
Tabulka č. 2 - Celkové výsledky obou realizovaných výzkumů v % .....	54