

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**

Studijní obor: **Adiktologie – kombinovaná forma**



Petra Havlíková

**Hodnocení prevalence kouření u pacientů se schizofrenií a depresí a využití
ambulance pro léčbu závislosti na tabáku v Psychiatrické nemocnici
Bohnice**

Evaluation of smoking prevalence in patients with Schizophrenia and Depression and the use of
ambulance for treatment of tobacco addiction in Bohnice psychiatric hospital

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Štěpánková, Ph.D.

Praha, 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem 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 dne 25.4.2018

Jméno: Petra Havlíková

Podpis:

Identifikační záznam

HAVLÍKOVÁ, Petra. *Hodnocení prevalence kouření u pacientů se schizofrenií a depresí a využití ambulance pro léčbu závislosti na tabáku v Psychiatrické nemocnici Bohnice*. [Evaluation of smoking prevalence in patients with Schizophrenia and Depression and use of ambulance for treatment of tobacco addiction in psychiatric hospital Bohnice]. Praha, 2018. 53 stran, 2 přílohy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Lenka Štěpánková, Ph.D.

Poděkování

Mé poděkování patří především MUDr. Lence Štěpánkové, Ph.D. za její cenné rady a doporučení, které mi poskytla, za její ochotu, trpělivost a odborné vedení mé bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala Mgr. Jaroslavovi Vackovi za jeho rady a pomoc při zpracovávání praktické části bakalářské práce.

Dále děkuji mé rodině a svým nejbližším přátelům za jejich vytrvalou podporu při celém mém studiu i při psaní této práce a všem, kteří mi pomohli s realizací výzkumu, především zaměstnancům Psychiatrické nemocnice Bohnice, kteří mi poskytli dostatečnou součinnost při práci.

Abstrakt

Východiska: Souvislost psychických poruch a kouření je téma, o které se odborníci začali zajímat teprve v průběhu posledních několika let. V mnoha studiích byla prokázána vysoká prevalence kuřáků mezi pacienty s psychickými poruchami, kdy se jedná o zhruba dvojnásobně či trojnásobně vyšší počet, než je tomu u běžné populace. I přes tento jev je v České republice, především pak v ústavní péči, kouření pacientů s touto diagnózou spíše přehlíženo a mnohdy dokonce podporováno. Doposud neexistuje jednotný přístup personálu k zavedení potřebných, systematických programů, intervencí a edukací pro odvykání kouření. Personál v těchto institucích často vychází z přesvědčení, že tito pacienti nemají zájem o odbornou pomoc.

Cíl: Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit prevalenci kouření v Psychiatrické nemocnici Bohnice u pacientů se schizofrenií a depresí. Dílčím cílem bylo zjistit, zda, a jaká intervence je poskytována ze strany personálu a jaký je zájem pacientů o zanechání kouření. Dalším cílem práce bylo zjistit přístup zdravotníků a pacientů k intervenci pro odvykání kouření v nemocnici a následně prověřit současné využití ambulance pro pomoc při odvykání kouření v Psychiatrické nemocnici Bohnice.

Metodika: Bylo provedeno dotazníkové šetření mezi pacienty se schizofrenií a depresí. Dále byly provedeny strukturované rozhovory se zdravotníky a pacienty na příjmových odděleních a odděleních následné péče. Dotazníky v anamnestických listech se vyplnily se všemi 538 přijatými pacienty za období od září 2017 do ledna 2018. Rozhovory byly provedeny na 3 odděleních akutní péče a 4 odděleních následné péče s 12 zdravotníky a 8 pacienty. Před rozhovory byli všichni informováni o anonymitě a účelu dotazování. V prvním případě se jedná o kvantitativní výzkum a analýza dat byla provedena v tabulkovém procesoru MS Excel. V druhém případě se jedná o kvalitativní výzkum formou strukturovaných rozhovorů, kdy výsledky byly prezentovány jako text.

Výsledky: Prevalence pravidelného a příležitostného kouření mezi respondenty byla 44,79 %. Zájemců o zanechání kouření bylo 15 %. Intervence ze strany zdravotníků nebyla z 29,64 % žádána, v 5,3 % byl pacientům předán leták s informacemi o škodlivosti kouření, v 2,6 % byla nabídnuta náhradní terapie nikotinem. Ve 43 % nebyl zdravotníky zadán žádný typ provedené intervence, je možné se tedy pouze domnívat, zda intervence proběhla nebo nikoli a pokud ano, tak jaký typ, protože u této otázky nebylo zdravotníky zaškrtnuto žádné pole. U 18 % pacientů byla provedena krátká edukace a 0,4 % pacientům bylo doporučeno navštívit ambulanci Ameta. Provedenými rozhovory měly být zjištěny informace o postoji zdravotníků a pacientů k intervenci kouření v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Byly zjištěny skutečnosti, které zde komplikují intervenci. Jedná se o překlady pacientů z příjmových oddělení na oddělení následné péče. Vysoká benevolence ze strany nemocnice a vedoucích pracovníků. Velké množství volného času, který pacienti vyplňují kouřením namísto toho, aby se věnovali plnohodnotnějším terapeutickým aktivitám. Malé povědomí o existenci a zaměření ambulance Ameta.

Závěr: V práci se podařilo zmapovat prevalenci kouření mezi pacienty se schizofrenií a depresí za dané období a aktuální vytíženost a využití ambulance Ameta. Vzhledem ke zjištěným informacím, byly navrženy možné změny především v přístupu osob, které se podílejí na intervenci kouření. Vzhledem k prokázanému vysokému počtu kuřáků mezi těmito pacienty bylo zřejmé, že reálná dostupnost péče neodpovídá její vysoké potřebnosti. Do budoucna by bylo vhodné se zamyslet nad změnami pro lepší proveditelnost intervence s následným snižováním počtu kuřáků s psychiatrickými diagnózami.

Klíčová slova: závislost na tabáku, schizofrenie, deprese, intervence kouření, léčba

Abstract

Background: The link between psychiatric disorders and smoking is a topic that has only begun the past few years ago. Many studies have shown a high prevalence of smokers among patients with psychiatric disorders which is roughly two or three times higher than in the general population. Despite this phenomenon, the smoking of patients with this diagnosis in the Czech Republic, especially in institutional care, is rather overlooked and often even encouraged. So far, there has been no uniform approach by staff to introduce the necessary, systematic programs, interventions, and smoking cessation training. Staff in these institutions often rely on the belief that these patients are not interested in professional help.

Objective: The main objective of the research was to determine the prevalence of smoking in Bohnice Psychiatric Hospital in patients with schizophrenia and depression. The partial objective was to find out whether, and what intervention is provided by staff and what is the interest of patients in quitting smoking. Another aim of the work was to find access of healthcare professionals and patients to smoking cessation intervention in the hospital and then to check the current use of smoking cessation help at Bohnice Psychiatric Hospital.

Methodology: A questionnaire survey was conducted between patients with schizophrenia and depression. In addition, structured interviews with healthcare professionals and patients in income and after-care departments were conducted. Questionnaires in the anamnesis sheets were completed with all 538 admitted patients for the period from September 2017 to January 2018. The interviews were conducted in 3 acute care departments and 4 aftercare departments with 12 healthcare professionals and 8 patients. Before the interviews, everyone was informed of the anonymity and purpose of the poll. In the first case, this is quantitative research and data analysis was carried out in the MS Excel spreadsheet. In the latter case, this is a qualitative research in the form of structured interviews where the results were presented as text.

Results: The prevalence of regular and occasional smoking among respondents was 44.79 %. Those interested in quitting smoking were 15 %. Interventions from healthcare professionals were not at 29.64 % none; 5.3 % of patients were given a leaflet with information on smoking hazards, and nicotine replacement therapy was offered in 2.6 %. In 43 %, no type of intervention was entered into by the medical staff, so it is only possible to consider whether or not the intervention took place and, if so, what type, because no field was ticked by the medical staff. In 18 % of patients, short education was performed and 0.4 % of patients were advised to visit the Ameta ambulance. The interviews were to provide information on the attitude of health professionals and patients to the smoking intervention at Bohnice Psychiatric Hospital. Facts that complicate intervention here have been identified. These are translations of patients from the Revenue Department to the aftercare department. High benevolence from hospitals and executives. The large amount of leisure time that patients fill in smoking instead of paying for more complete therapeutic activities. Little awareness of the existence and focus of Amet's ambulance.

Conclusion: The work has been able to map the prevalence of smoking among patients with schizophrenia and depression during the given period and the current occupation and use of the Amet ambulance. In view of the information found, possible changes were proposed, especially in the approach of persons involved in smoking intervention. Given the proven high number of smokers among these patients, it was clear that the real availability of care does not meet its high need. In the future, it would be advisable to reflect on the changes for better feasibility of the intervention, with the consequent reduction in the number of smokers with psychiatric diagnoses.

Keywords: tobacco dependence, schizophrenia, depression, smoking intervention, treatment

Obsah

1	ÚVOD.....	10
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	11
2.1	Duševní zdraví	11
2.2	Závislost a psychiatrická onemocnění „duální diagnózy“	11
2.3	Diagnostika závislosti na tabáku	12
2.4	Závislost na tabáku.....	12
2.5	Schizofrenie	12
2.5.1	Farmakologická léčba schizofrenie	13
2.5.2	Kouření a farmakologická léčba schizofrenie.....	13
2.5.3	Kouření a schizofrenie.....	13
2.5.4	Možné teorie zvýšené prevalence kuřáků u pacientů se schizofrenií.....	14
2.6	Deprese	14
2.6.1	Znaky deprese	14
2.6.2	Periodická depresivní porucha.....	14
2.6.3	Kouření a deprese	14
2.6.4	Farmakologická léčba deprese.....	15
2.6.5	Farmakodynamické interakce kouření s benzodiazepiny a antidepresivy.....	15
2.7	Tabák.....	15
2.7.1	Jednotlivé složky tabákového kouře	15
2.7.2	Nikotin	16
2.7.3	Metabolismus nikotinu	16
2.7.4	Hodnoty „cut of“	17
2.7.5	Léčba závislosti na tabáku.....	17
2.7.6	Farmakoterapie závislosti na tabáku	17
2.8	Psychiatrická nemocnice Bohnice a kouření.....	18

2.8.1	Mýty, které provází snahu o odvykání kouření u psychiatrických pacientů v PN Bohnice.....	18
2.8.2	Ameta – ambulance pro metabolické nemoci a léčbu závislosti na tabáku v PN Bohnice.....	19
2.8.3	Specifika hospitalizovaných psychiatrických pacientů při odvykání kouření.....	20
3	PRAKTICKÁ ČÁST.....	21
3.1	Metodika výzkumu.....	21
3.1.1	Cíl výzkumu	21
3.1.2	Výzkumné otázky	21
3.1.3	Výzkumný soubor	21
3.1.4	Metody tvorby dat	22
3.1.5	Metody analýzy dat.....	23
3.1.6	Etika.....	23
3.1.7	Základní charakteristika výzkumného souboru.....	23
3.1.8	Rozdíly v přístupu ke kouření mezi odděleními akutní péče a následné péče	24
3.1.9	Charakteristika respondentů.....	26
3.2	Výsledky výzkumu	28
3.2.1	Prevalence kouření, zájem o zanechání kouření a intervence ze strany zdravotníka.....	28
3.2.2	Počet a procento přijatých pacientů se schizofrenií v souvislosti se sledovanými parametry.....	29
3.2.3	Počet a procento přijatých pacientů s depresí v souvislosti se sledovanými parametry.....	30
3.2.4	Zájem o zanechání kouření	31
3.2.5	Přijatí pacienti se schizofrenií, kteří o sobě uvedli, že jsou pravidelnými kuřáky a jejich tvrzení, zda by chtěli přestat kouřit	32
3.2.6	Přijatí pacienti s depresí, kteří o sobě uvedli, že jsou pravidelnými kuřáky a jejich tvrzení, zda by chtěli přestat kouřit.....	33
3.2.7	Intervence ze strany zdravotníka	34
3.2.8	Přijatí pacienti se schizofrenií, kteří o sobě uvedli, že jsou pravidelnými, nebo příležitostnými kuřáky a poskytnutá intervence od zdravotníka	34

3.2.9	Přijetí pacienti s depresí, kteří o sobě uvedli, že jsou pravidelnými nebo příležitostnými kuřáky a poskytnutá intervence od zdravotníka	35
3.3	Výsledky a vyhodnocení rozhovorů s jednotlivci na konkrétních odděleních	36
3.3.1	Pohled zdravotníků na odděleních.....	36
3.3.2	Pohled pacientů na odděleních.....	37
3.4	Skutečnosti, které mohou být komplikací při provádění intervence a edukace kuřáků s onemocněním schizofrenie a deprese v Psychiatrické nemocnici Bohnice.....	38
4	DISKUZE	40
5	ZÁVĚR	42
6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	43
7	SEZNAM PŘÍLOH:.....	46
7.1	Nově formulované otázky v ošetřovatelské anamnéze	46
7.2	Rozhovory	46
8	POJMENOVÁNÍ GRAFŮ:.....	53

1 ÚVOD

Mezi pacienty s psychiatrickým onemocněním je prevalence kouření 2–3x vyšší než v běžné populaci. Navíc kouří dennodenně více cigaret v průměru, inhalují hlouběji a déle, mají v krvi vyšší hladiny metabolitů tabákového kouře a jsou závislejší na nikotinu. Z toho plyne, že duševně nemocní mají vysokou prevalenci nemocí způsobených kouřením a vysokou mortalitu z těchto příčin. (Štěpánková in Králíková, 2010). Mezi důvody, které dle dostupných studií vedou k takto vysokému počtu kuřáků mezi psychiatrickými pacienty, patří zejména změněný metabolismus některých přenašečů v mozku. Často si také pacienti vytvářejí pomocí kouření sociální vazby s ostatními, a to zejména v psychiatrických nemocnicích a zařízeních, ve kterých se se svým onemocněním léčí. Vytvářejí společně stráveným časem při kouření iluzi blízkosti s ostatními (Grant, et al., 2004).

Nedávné výsledky Národního epidemiologického průzkumu o alkoholismu a podobných stavech /NESARC/, provedeného ve Spojených státech amerických ukázaly, že jedinci s aktuální psychickou poruchou tvořili celkem 30,3 % populace. Zahrnuty jsou úzkostné a depresivní poruchy i poruchy osobnosti a závislost na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách. Tato skupina obyvatelstva také spotřebovala dohromady 46,3 % všech cigaret vykouřených v USA, což opět potvrzuje vzájemnou souvislost těchto dvou oblastí (Grant, et al., 2004).

Bylo opakovaně prokázáno, že mezi pacienty s psychickými poruchami kouří vysoké procento pacientů, dle typu diagnózy 50–80 % (s výjimkou obsedantně-kompulzivní poruchy), tj. v průměru více než dvojnásobné množství osob oproti zdravé populaci (Lasser, 2000; Kalman, 2005). Navíc jsou tito pacienti v průměru více závislí a kouří průměrně více cigaret denně než osoby bez řádných psychických obtíží. Celková prevalence kouření v ČR byla v roce 2015 24,1 % (Sovinová a Csémy, 2016).

Kouření cigaret a jiných tabákových výrobků má také řadu farmakologických interakcí, zejména s psychoaktivními látkami. Mnoho psychiatrických léků kuřáci rychleji metabolizují, proto u nich mají menší účinky a potřebují v průměru vyšší a pravidelnou dávku. O dopadech užívání tabáku na psychiku a propojení kouření a psychických poruch se však odborníci začali zajímat až v posledních desetiletích. Pohled na nikotin jako návykovou drogu byl dlouhou dobu zpochybňován a důležitost odvykání kouření u pacientů s psychickými onemocněními nebo se závislostí na jiných drogách, je klinickými pracovníky přehlížena prakticky dosud. V České republice je možné dohledat první práce o kouření a odvykání kouření u této skupiny pacientů dokonce až v posledních letech. Původních českých prací s touto problematikou je ale stále minimum. Přitom se jedná o téma, které je aktuální a potenciálně přínosné pro velký podíl české populace (Štěpánková, 2013).

Včasný záchyt a léčba psychických obtíží jsou důležité pro prevenci vzniku závislosti na tabáku a stabilizace psychického stavu zvyšuje šanci na úspěšnou abstinenci od tabákových výrobků. Dle posledních studií se po úspěšném zanechání kouření výrazně snižuje počet a intenzita příznaků deprese (Štěpánková, 2015).

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Duševní zdraví

Dle zdůraznění Světové deklarace zdraví z roku 1978 je zdraví jedním ze základních práv každého člověka a zároveň podmínkou dobré fyzické a psychické pohody a uspokojivé kvality života. Za těchto podmínek je zdravý člověk schopen seberealizace, tedy starosti sám o sebe. Je schopen přizpůsobovat se prostředí, plnit některou ze sociálních rolí a vykonávat svou práci. Vzhledem k tomuto je zdraví populace základem stabilního ekonomického růstu.

Pojem „zdraví“ je využíván jako základní kategorie medicíny a ošetrovatelství. Definice WHO z roku 1948 formulovala zdraví jako „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady“. Z této definice vyplývá, že jsou tři základní charakteristiky pozitivní koncepce zdraví, a tedy: 1. zájem o jednotlivce, jako o celistvou osobu, nikoli tedy pouze o její jednotlivé části, 2. vztah zdraví a produktivního, tvořivého života, 3. zdraví ve vzájemném vztahu s prostředím (WHO, 1978).

Podle epidemiologických studií je prokázáno, že zdraví člověka je ovlivněno především životním stylem, a to dokonce až z 50–60 %. Kouření v tomto případě hraje velkou roli společně s vyváženou stravou, dostatečnou pohybovou aktivitou, vlivem stresových situací vedoucích k vysoké psychické zátěži a užíváním alkoholu, či jiných návykových látek. Dalším faktorem ovlivňujícím zdraví člověka je z 10–20 % životní prostředí, genetické faktory z 20 % a zdravotní péče v daném státě, která hraje nejmenší roli zhruba 1–10 % (Štěpánková, 2013).

2.2 Závislost a psychiatrická onemocnění „duální diagnózy“

Pojem „duální diagnóza“ je užíván v adiktologii a psychiatrii jako označení pro souběh poruch z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. Jedná se tedy o specifický typ psychiatrické komorbidity, kdy se obecně rozumí současný výskyt dvou a více psychických poruch u jedné osoby (Kalina, 2015).

Předpoklad pro přijetí pojmu „duální diagnóza“ je uznání, že užívání psychoaktivních látek a zejména závislost, je také duševní poruchou. V případě užívání a závislosti na dvou a více psychoaktivních látkách bez přítomnosti jiné psychické poruchy, nelze užívat pojem „duální diagnóza“ (Kalina, 2015).

Závažným diagnostickým problémem je rozhraní mezi duální diagnózou a psychopatologickou komplikací abúzu či závislosti. Právě tyto komplikace mohou napodobovat téměř jakoukoli psychickou poruchu a často vyžadují psychofarmakologickou intervenci. Nutno podotknout, že pouze potřeba užívání a aplikace psychofarmak sama o sobě, nezakládá důvod ke stanovení druhé diagnózy. Mnozí z autorů citované literatury upozorňují na to, že z důvodu stigmatizace je pro mnoho pacientů daleko přijatelnější psychiatrická diagnóza než diagnóza závislosti. Dalším z důvodů, proč je pro mnohé klienty/osoby komfortnější a přínosnější svou závislost tajit, je možnost získání léků, které by mohly být zneužity či prodány. Prevalence klientů s duální diagnózou je v dnešní době dle přehledů EMCDDA 30–50 %. V posledních letech toto procento stoupá, ale nabízí se otázka, zda skutečně počet osob s duální diagnózou roste, nebo zda si jich zdravotníci pouze více všímají a kladou na ní větší důraz (Kalina, 2015).

2.3 Diagnostika závislosti na tabáku

Závislost na tabáku F17.2. má složku psychosociální i fyzickou. Složka psychosociální a behaviorální, která u nás začíná nejčastěji zhruba mezi 12–14 lety, je naučené chování, které se následně během několika let pevně fixuje. Pevné fixování znamená prožívání jednotlivých konkrétních situací společně s cigaretou. Jedná se tedy o tzv. kuřácké stereotypy. Druhou složkou závislosti na tabáku je složka fyzická. Jedná se o klasickou drogovou závislost, která ve všech složkách splňuje definici podle MKN – 10 a DSM – V. Mechanismus rozvoje závislosti je komplexní a velkou roli v něm hraje zvýšení počtu acetylcholin-nikotinových receptorů v mozku (Králíková, 2015).

Z obecného hlediska lze vyslovit diagnózu závislosti na tabáku u osoby, která vykouří denně alespoň 10 cigaret a potřebuje si svou první cigaretu zapálit do jedné hodiny po probuzení (Králíková, 2015). Pro přesnější určení míry a závažnosti závislosti na tabáku je celosvětově nejčastěji používán Fageströmův test závislosti na cigaretách (FTCD) (Pavlovská, 2011).

2.4 Závislost na tabáku

Závislost na tabáku F17.2. je charakterizována jako aktivita nikotinu v centrální nervové soustavě a neurobiologické a fyziologické účinky závislosti na tabáku. Platí zde 3 nebo více následujících příznaků během jednoho roku: 1. tolerance k nikotinu se sníženým účinkem a zvýšení dávky pro dosažení stejného účinku, 2. abstinční příznaky, které jsou spojené ukončením léčby, 3. trvalá touha kouřit i navzdory snahám o snížení počtu cigaret, 4. velké množství stráveného času kouřením nebo nákupem tabáku, 5. odkládání svých pracovních nebo volnočasových aktivit kvůli kouření, 6. pokračování v kouření i navzdory ohrožení zdraví (Ministerstvo zdravotnictví, 2018).

2.5 Schizofrenie

- **Diagnostické znaky schizofrenie**

Příznaky, které charakterizují schizofrenii, zahrnují širokou škálu kognitivních, behaviorálních a emočních dysfunkcí, ale žádný příznak není pro schizofrenii přímo charakteristický. Správná diagnóza schizofrenie zahrnuje rozpoznání komplexu příznaků, které souvisí s funkčním narušením v pracovní nebo sociální oblasti. Každý průběh schizofrenie je jiný, a proto se jedinci s touto poruchou značně liší v mnoha znacích. Diagnostická kritéria schizofrenie jsou: 1. bludy, 2. halucinace, 3. dezorganizovaná řeč (např. časté vykolejení nebo inkoherece), 4. hrubě dezorganizované nebo katatoní chování, 5. negativní příznaky (např. snížená exprese emocí nebo snížená vůle a motivace) (Raboch a kol., 2015). K tomu, aby byla schizofrenie diagnostikována, musí být přítomny alespoň dvě z těchto kritérií podstatnou část období během jednoho měsíce. Zároveň musí být současně přítomny bludy, halucinace nebo dezorganizovaná řeč. Dalším kritériem je stav podúrovně jednoho z kritérií, které dosahovaly před nástupem onemocnění standardní úrovně. Jedná se o pracovní výkon, interpersonální vztahy, nebo péče o sebe. Příznaky poruchy musí trvat minimálně šest měsíců a musí být splněno první pravidlo, tedy dva současně trvající příznaky po dobu jednoho měsíce (Raboch a kol., 2015).

V případě Schizoafektivní poruchy se jedná o souběžné příznaky poruchy schizofrenního okruhu a poruchy nálady. Schizoafektivní porucha je vyloučena, jestliže se současně s příznaky aktivní fáze nevyskytuje velká depresivní nebo manická epizoda, nebo pokud se epizody poruchy nálady vyskytují současně s příznaky aktivní fáze a jejich celkové trvání je relativně kratší oproti aktivnímu a reziduálnímu období. Schizofrenní porucha není přímým fyziologickým důsledkem

užívání návykové látky nebo somatického onemocnění. Pokud se v anamnéze vyskytuje porucha autistického spektra nebo porucha komunikace, která začala již v dětství, je stanovena schizofrenie pouze v případě, pokud jsou přítomny také zřetelné bludy nebo halucinace trvající minimálně jeden měsíc (Raboch a kol., 2015).

2.5.1 Farmakologická léčba schizofrenie

Hlavní roli ve farmakologické léčbě schizofrenie hrají antipsychotika. Hlavní úlohou antipsychotik je léčba psychóz, což je závažný duševní stav, kdy člověk ztrácí kontakt s realitou. Psychózy jsou nejčastěji způsobeny vlivem tzv. pozitivních schizofrenních příznaků, jako jsou halucinace a bludy. Využití antipsychotik je ale samozřejmě daleko pestřejší. Využívají se také k potlačení neklidu, agitovanosti a agresivity, způsobené nejen schizofrenními, schizoafektivními nebo afektivními psychózami, ale i u organických psychických poruch. Nejčastějšími zástupci antipsychotik v léčbě schizofrenie jsou klozapin, olanzapin, quetiapin nebo zotepin. Tyto léky patří do skupiny multireceptorových antagonistů a působí na celou řadu neurotransmitterových receptorů. Dalším zástupcem v léčbě schizofrenie je dualista dopaminových receptorů a antagonist serotoninových receptorů, aripiprazol. Ten je pacienty velmi dobře snášen pro minimum nežádoucích účinků. Dále patří do antipsychotik například sulfid, amisulprid, tiaprid, perferazin, chlopromazin, levopromazin, chloprothixen, zuklopenthixon, perfenazin, prochloperazin, haloperidol, melperon a mnoho dalších (Petr a kol., 2014).

2.5.2 Kouření a farmakologická léčba schizofrenie

Kouření obecně ovlivňuje koncentraci mnoha léčiv tím, že polycyklické aromatické uhlovodíky působí metabolickou indukci a u kuřáků je tedy nutné mnohem vyšší dávkování některých léčiv, zvláště tedy z oblasti psychiatrie. Po přerušení kouření je tedy často třeba dávky předepsaných léků zase naopak redukovat. I u nekuřáků se vyskytuje skoro 50% interindividuální variabilita koncentrací a indukce se vyskytuje již při vykouření 10 cigaret/den. Tento počet cigaret je kuřáky, kteří trpí schizofrenií, dost často překročen. Koncentrace léčiv se snižují téměř na polovinu a hrozí tedy vysoké nebezpečí nežádoucích účinků při přerušení kouření a nezredukování množství léku. Hlavním nebezpečím nežádoucích účinků jsou extrapyramidové účinky, křeče (Perlík, 2014, Tsuda et al., 2014). Snižování dávkování o 1/3 je tedy klinicky významné, a to především u clozapinu a olanzapinu (Perlík, 2014).

2.5.3 Kouření a schizofrenie

Je prokázáno, že více než polovina jedinců, kteří trpí schizofrenií, kouří cigarety a je závislá na nikotinu. I další výskyt současného užívání návykových látek je vysoký a společná komorbidita s úzkostnými poruchami je diagnostikována stále častěji. Rozvoji schizofrenie také mnohdy předchází schizotypní nebo paranoidní porucha osobnosti (Raboch a kol., 2015).

U mnohých jedinců se schizofrenií je předpokládána i kratší doba života. Tito jedinci mají, vzhledem k zanedbávání tělesného zdraví, také sklony k přírůstku hmotnosti, kardiovaskulárním a pulmonálním onemocněním, diabetu a metabolickému syndromu. Příčiny jsou spatřovány v nedostatečném dodržování zdravého životního stylu, malé fyzické aktivitě a nedodržování zdravého jídelníčku (Raboch a kol., 2015).

U duševně nemocných jedinců je tedy nejvyšší prevalence kouření právě u pacientů se schizofrenií, a to celých 70–90 %. Pokud bychom se zaměřili na srovnání vůči celé populaci, je stav kuřáků až trojnásobný (Weinebrger et al., 2006).

2.5.4 Možné teorie zvýšené prevalence kuřáků u pacientů se schizofrenií

Vzhledem k patofyziologickému základu je při onemocnění schizofrenií snížena dopaminergní aktivita v prefrontální kůře. Nikotin může snižovat negativní symptomy schizofrenie tím, že v nefrontální kůře zvyšuje uvolňování dopaminu. Pacienti se schizofrenií tedy mnohdy kouří právě proto, aby obnovili tyto blokované dopaminové účinky. Z psychosociálních faktorů často hraje roli nuda, nedostatek jiné činnosti a mezilidských kontaktů. Sami pacienti vnímají svůj stav jako velmi limitující a obtížný a kouření jim částečně ulevuje od psychiatrických symptomů a krátkodobě zlepšuje kognitivní fungování (Eltayb et al., 2007).

2.6 Deprese

Depresivní porucha (F32) již není poruchou myšlení, ale poruchou emotivity, a sice se jedná o poruchu nálady. Pojem „deprese“ v odborném slova smyslu je závažná porucha, která má sílu dosahovat až psychotické hloubky (Kučerová, 2013).

2.6.1 Znaky deprese

Mezi nejčastěji se vyskytující známky deprese patří obecný pokles nálady, kdy je člověk smutnější až vysloveně hluboce smutný. Takového člověka nic nebaví, nic se mu nechce dělat a vůbec nic ho nezajímá (Raboch a kol., 2012). Další známkou deprese bývá často psychomotorické zpomalení (bradypsychismus a bradymotorismus). Člověk s tímto stavem se vyznačuje celkovým útlumem, zpomaleností a vypadá jako bez energie a motivace. Toto celkové zpomalení se může týkat i viscerálních funkcí. Často bývá přítomna zácpa, několikadenní půst a mnohdy jedinec viditelně zhubne. Další významnou známkou může být takzvaný mutismus, což je útlum myšlení a člověk v takovém stavu není schopen mluvit a mlčí. Somatizovaná neboli larvovaná forma deprese je stavem jedince, který nemá typické příznaky deprese, jako je viditelný pokles nálady. Jedince s tímto typem deprese si významně stěžuje na somatické bolesti, nejčastěji zácpu, nechutenství a nespavost či únavu. U těchto typů jsou ale následná somatická vyšetření pacienta negativní (Kučerová, 2013).

2.6.2 Periodická depresivní porucha

Jedná se o typ deprese, která obvykle začíná ve třetím desetiletí častěji u žen. Její celoživotní prevalence se pohybuje okolo 4–19 %. Neléčená forma tohoto typu deprese trvá asi šest měsíců. Asi polovina postižených má během svého života pouze jednu epizodu. Bylo zjištěno, že asi 15 % těchto osob spáchá sebevraždu, a právě proto je třeba pátrat u pacienta po suicidálních myšlenkách (Raboch a kol., 2012).

2.6.3 Kouření a deprese

Obecně lze říci, že vztah mezi kuřáky a depresivní poruchou je obousměrný. Mezi kuřáky je obecně více pacientů, kteří trpí depresivní poruchou než mezi nekuřáky, a naopak mezi pacienty, kteří trpí depresivní poruchou je více kuřáků, než nekuřáků (Štěpánková, 2013).

U netrpělivých dospívajících bylo současné kouření nejsilnějším prediktorem vývoje vysoce depresivních příznaků. Kouření ve velké míře ovlivňuje psychomotorickou výkonnost. U depresivních pacientů je kouření velmi rozšířené, protože se stává, že kouří z důvodu zmírnění depresivních příznaků. Je u nich tedy daleko menší pravděpodobnost, že kouření zanechají (Goodman & Capitman, 2000).

2.6.4 Farmakologická léčba deprese

Hlavním cílem je odstranění všech psychopatologických symptomů. Vedle systematické psychoterapie, elektrovulzní terapie a dalších biologických postupů, máme dnes k dispozici velkou řadu antidepresiv. Výhodou farmakoterapie je její snadná aplikace, která prakticky nezabírá žádný čas (Raboch & kol., 2012). Antidepresiva mají rozdílné spektrum účinku. Některá antidepresiva jsou více zklidňující, některá stimulační či zaměřená současně na úzkost, některá přispívají k úbytku váhy a některá naopak způsobují její přírůstek. Skupina antidepresiv zahrnuje několik desítek různých látek, které jsou rozdělené do skupin podle mechanismu účinku. Při jejich správném podávání, dochází během několika týdnů k dobrému efektu u přibližně poloviny léčených (Raboch & kol., 2012).

V současné době patří mezi nejvíce používané látky typu SSRI, což jsou specifické inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, mezi které řadíme například citalopram a escitalopram. Dalším typem je látka tianeptin, která zvyšuje zpětné vychytávání serotoninu. Další využívanou látku v léčbě deprese je reboxetin, která blokuje zpětné vychytávání noradrenalinu. V dnešní době velmi zřídka předepisovanými léky jsou tricyklická antidepresiva, která mají poměrně intenzivní vedlejší účinky a využívají se u pacientů s hlubší depresí. Máme k dispozici i další moderní preparáty s komplexními mechanismy účinku, například venlafaxin, duloxetin a milnacipran, což jsou všechno blokátory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Látka bupropion typu NDRI, která blokuje zpětné vychytávání serotoninu, je navíc používána též při léčbě závislosti na nikotinu (Raboch & kol., 2012).

2.6.5 Farmakodynamické interakce kouření s benzodiazepiny a antidepresivy

Nikotin způsobuje snížení sedativního působení benzodiazepinů. Pokud pacient dlouhodobě užívá benzodiazepiny a přerušuje kouření, mohou se u něho objevit příznaky deprese. V případě užívání antidepresiv, především potom imipraminu a fluvoxaminu, je nutné, pokud pacient často kouří, dávku zvýšit (Perlík, 2014).

2.7 *Tabák*

2.7.1 Jednotlivé složky tabákového kouře

Tabákový kouř je dynamickým komplexem více než 4000–5000 plyných a pevných látek. Z těchto látek je potom asi 100 kancerogenů a to 43 prokázaných a 60 kokancerogenů. Mezi prokázané kancerogeny řadíme například dibenzatracen, benzo-a-pyren, dimetylnitrosamin, dietylnitrosamin, vinylchlorid, hydrazin a arzén. Dalšími složkami kouře jsou mutageny, alergeny, toxické látky a oxid uhelnatý. U kuřáků je běžně měřitelná hodnota karboxylhemoglobinu, tj. oxidu uhelnatého vázaného na hemoglobin, až 5–10 % (Bencko et al., 2002).

Kouř se dělí na plynnou a pevnou část. Plynná část tvoří více než 90 % hmotnosti hlavního proudu kouře a vyskytuje se v ní primárně oxid uhelnatý a uhličitý. Kouř jedné cigarety obsahuje 1,8–17,0 mg CO a asi 10–60 mg CO₂. Další důležitou složkou jsou oxidy dusíku, hlavně oxid dusičný a menší množství oxidu dusného a dusičitého. Amoniak, jako další součást tabákového kouře, je primárně tvořen z alkalických dusičnanů a bílkoviny. V tabáku je prokázano celkem osm různých typů těkavých nitrosaminů, kdy nejčastějšími a nejvíce zastoupenými jsou dymetylnitrosamin, dyetylnitrosamin a nitrosopyrolidin. V cigaretovém kouři se vyskytuje také kyanovodík, což je látka vysoce toxická pro ciliární buňky dýchacího traktu. Dále je v kouři zastoupen sirovodík. Další součástí jsou těkavé nitrily, u nichž jsou hlavními zdroji aminokyseliny a bílkoviny. V případě těkavých nitrilů jde o suspektní kancerogeny pro člověka. Nejvíce prověřovaným nitrilem je acetonitril, kterého se v tabákovém kouři vyskytuje 100–250 ug. Mezi další plyné složky vyskytující se v tabákovém kouři patří těkavé sloučeniny obsahující dusík. Těchto sloučenin je cca

600. Dále těkavé uhlovodíky, a to zejména metan, etan, propan, alifatické uhlovodíky, těkavé alkoholy jako metanol a n-propanol a asi 15 těkavých aldehydů a 10 těkavých ketonů. Nejčastějšími zástupci jsou formaldehyd, acetaldehyd a akrolein (Králíková a kol., 2013).

Mezi jednotlivé složky pevné fáze patří nikotin a další alkaloidy. Množství nikotinu v kouři je závislé na druhu tabáku, způsobu sklizně a fermentace. Další složkou pevné fáze jsou netěkavé N – nistrosaminy, což jsou významné kancerogeny a jejich účinek je potencionován současnou konzumací alkoholu. Aromatické aminy, jejichž přítomnost je možným důvodem vzniku karcinomu močového měchýře. Alkany a alkeny nejsou kancerogeny, ale významně usnadňují resorpci vlastních kancerogenů a jsou částečně vychytávány ve filtru cigarety. Pevnou složkou, která ovlivňuje chuť a vůni tabáku, jsou izoprenoidy tabáku. Doposud byly zjištěny čtyři druhy izoprenoidů (karotenoidy a necyklické izoprenoidy, cytoplazmatické tritenpenoidy a fytosteroly, diterpenoidy, cyklické sesquiterpenoidy). Další složkou pevné fáze jsou benzeny a naftaleny, kdy kouř jedné cigarety obsahuje cca 20–150 ug sloučenin s toluenem a 10–100 ug sloučenin s benzenem (Králíková a kol., 2013).

Jako další součásti pevné fáze jsou v dehtu obsaženy polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU), které působí jako kancerogeny. Další zástupci, kteří mají kancerogenní působení, jsou N – heterocyklické uhlovodíky. V kondenzátu kouře jsou také obsaženy fenoly, které působí primárně jako prokancerogeny a kokancerogeny a lze je eliminovat selektivním filtrem. Karboxylové kyseliny tvoří asi 5–7 % pevné části a je jich zhruba 50. Tyto kyseliny do značné míry ovlivňují chuť tabáku. Příkladem takových kyselin je např. kyselina octová, benzoová nebo mastné kyseliny. Z půdy, hnoje a zemědělských postřiků jsou přítomny v kouři minerály a kovy. Nejrizikovější je přítomnost arzenu, který se ale v dnešní době vzhledem k méně častému užívání pesticidů bez arzenu, v kouři vyskytuje v daleko menší míře. Dalším zástupcem kovů je nikl, který se nejvíce podílí na vzniku karcinomu dutiny ústní a plic. Ke vzniku karcinomu prostaty přispívá v hojné míře i kadmium, které v kouři vyskytuje také. Radioaktivní sloučeniny, které mohou být zdrojem Alfa a Beta záření se v kouři také vyskytují. Jedná se především K, Ra, Pb a největší koncentrace radioaktivity je pak lokalizována v místě odstupu bronchů. Poslední významnou složkou obsaženou v pevné fázi jsou pesticidy a insekticidy, kdy jejich výskyt postupně klesá společně omezením jejich používání v běžné praxi (Králíková a kol., 2013).

2.7.2 Nikotin

Nikotin je vysoce návyková látka obsažená v rostlině tabáku (*Nicotiana tabacum* aj.). Jedná se o hlavního představitele tabákových alkaloidů. Skládá se z pyridinového cyklu syntetizovaného z kyseliny nikotinové a pyrolidinového cyklu syntetizovaného z ornitinu. Je obsažen v celé rostlině tabáku, tedy ve všech jeho částech, kdy nejvíce syntetizován je v kořeni a následně je transportován do jejich nadzemních částí. Obsah v jedné rostlině je cca 0,05–10 % a cigaretový tabák obsahuje 1,5 % nikotinu, což znamená 10–15 mg nikotinu v jedné cigaretě.

Nikotinová absorpce probíhá pouze v alkalickém prostředí, kdy z celkového množství nikotinu je absorbováno cca 30 % a z toho je 90 % absorbováno v plicích. V arteriální krvi je biologický poločas rozpadu cca 40 minut a u kuřáků je plazmatická koncentrace nikotinu 5–50 ng/ml (Králíková, 2015).

2.7.3 Metabolismus nikotinu

Téměř ze 70–80 % je nikotin v lidském těle metabolizován na biologicky inaktivní kotinin. Kromě kotininu je identifikováno ještě pět dalších primárních metabolitů nikotinu a mnoho sekundárních. Tato přeměna probíhá především prostřednictvím cytochromu CYP2A6 v játrech. V biologickém materiálu se ve vyšších koncentracích, než nikotin vyskytuje právě kotinin a vykazuje menší kolísání hladin během dne. Eliminační poločas kotininu je individuálně variabilní,

obvykle 9–20 hodin, což je ale výrazně delší než u nikotinu, který má eliminační poločas 0,5–2 hodiny. Nikotin a jeho metabolity jsou vylučovány především močí, kdy v dávce moči je zhruba 9% zastoupení nikotinu, kdežto kotininu asi 55–92% a jeho prokazatelnost je možná i po několika dnech. K průkazu kotininu se v laboratorní praxi využívá například tradiční kolorimetrické metody (vychází z klasické Konigovy reakce s barbituráty), chromatografické metody, imunochemické metody a další (Kurcová, 2013).

2.7.4 Hodnoty „cut off“

Hodnoty „Cut off“ jsou využívány pro odlišení kuřáků a nekuřáků nebo pasivních kuřáků. Jedná se o kvalifikovaně odhadnuté hraniční hodnoty koncentrace kotininu, které rozdělují vyšetřovaný soubor na pozitivní a negativní. Různé hodnoty jsou stanoveny pro různé kategorie sledovaných osob nebo pro různý biologický materiál, ze kterého se vyšetření provádí. Pro příklad uvedu doporučené hodnoty „cut off“ v krvi, kde je rozmezí 10–15 ng/ml, v moči 80–200 ng/ml a ve slinách 5–20 ng/ml (Králíková, 2013).

2.7.5 Léčba závislosti na tabáku

Léčba závislosti na tabáku zahrnuje psychosociální a behaviorální intervenci a farmakologickou léčbu. Tato léčba by měla být hrazena v rámci zdravotních systémů stejně jako léčba jiných onemocnění. Za úspěšnou lze považovat pouze dlouhodobou abstinenci, a to minimálně 6–12 měsíců, kdy je možné ji biochemicky verifikovat. Biochemická verifikace zahrnuje stanovení CO ve vydechovaném vzduchu nebo stanovení kotininu v krevním séru, moči nebo v plazmě (Králíková a kol., 2015). Podle Rusellova standardu je maximální tolerance pěti vykouřených cigaret během ročního období abstinence. (West et al., 2005).

2.7.6 Farmakoterapie závislosti na tabáku

Při využití farmakoterapie v léčbě závislosti na tabáku se výrazně zvyšuje počet abstinujících (Fiore et al., 2008). Primárně je vhodná pro kuřáky závislé na nikotinu, tedy pro ty, kteří kouří 10 a více cigaret denně a svou první cigaretu si zapalují do jedné hodiny po probuzení (Králíková et al., 2015). Dříve byla farmakoterapie doporučována výhradně fyzicky závislým kuřákům. Pokud je ale v dnešní době využita vhodná psychosociální intervence, je možné doporučit ji a dalším kuřákům, kteří mají problém se zanecháním kouření (Fiore et al., 2008).

- **Vareniklin**

Vareniklin (Champix, 0,5 a 1 mg) je parciálním agonistou nikotinových acetylcholinových receptorů. Pro silnou závislost je typická přítomnost $\alpha 4\beta 2$ Ach-N receptorů, které jsou typické pro snadný vznik závislosti a její intenzivnější formu. Když se vareniklin naváže na receptory, začne se vyplavovat dopamin a pacienti mnohdy uvádějí, že nepotřebují nutně kouřit. Současně vareniklin tento receptor blokuje, aby se na něj nemohl nikotin z cigaret navázat. Kouření tedy potom nemá na kuřáky obvyklý účinek a „nechutná mu“. Champix má úvodní balení na dva týdny, po jehož využívání kontroluje odpovědný pracovník, jak se pacient cítí, jestli potřebuje méně kouřit a zda mu cigareta chutná jinak. Po druhém týdnu pacient začíná užívat dávku 1 mg dvakrát denně a již nekouří (Králíková a kol., 2015).

- **Náhradní terapie nikotinem**

Léčba NTN spočívá v náhradě nikotinu z jiného zdroje než z tabáku primárně k minimalizování abstinčních příznaků. Na počátku léčby to ulehčí pacientovi zvykání si na jiné stereotypy a návyky. Dostupná NTN je v ČR žvýkačka, ústní sprej, náplast a pastilky, a to volně prodejné v lékárnách bez nutnosti receptu. Jako kontraindikace se dříve uváděly akutní kardiovaskulární onemocnění, těhotenství nebo dětský věk. V současné době je indikace možná vždy, pokud je

další alternativou kouření. Náhradní terapie nikotinem je vždy nesrovnatelně méně škodlivá nežli pokračování v kouření (Králíková a kol., 2015).

- **Bupropion**

Obecně se jedná o antidepresivum, které blokuje zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu a má psychiatrickou indikaci. Má také přímou indikaci k léčbě závislosti na tabáku, ale princip účinku u závislosti na tabáku není úplně objasněn a byl objeven náhodně. Užívání bupropionu zdvojnásobuje úspěšnost odvykání v souvislosti s mírou intervence (Králíková, 2015).

- **Cytisin**

Mezi lidmi je tento alkaloid z rostliny *Cytisus laburnum* nazýván „Zlatý déšť“. Jedná se o parciálního agonistu alfa4beta2 nikotin-acetylcholinových receptorů. Účinek této rostliny je podobný, jako při užívání vareniklinu a je třeba ho užívat několikrát denně. U nás jako lék není registrován, ale z dostupných zdrojů se zdá být stejně účinný jako právě vareniklin (Králíková, 2015).

- **Kombinace léků**

Pokud selhává u některého z pacientů monoterapie, přetrvávají u něho abstinční příznaky a prošel několika neúspěšnými pokusy o zanechání kouření, doporučuje se léky kombinovat. Nejčastější kombinací je nikotinová náplast s některou z orálních forem, například sprejem, žvýkačkami nebo pastilkami. Navíc je možné, k této kombinaci, přidat k nikotinu bupropion. Není doporučeno obecně kombinovat vareniklin s nikotinem, protože kompetují o stejné receptory, ale v počátku léčby je možné orální formy NTN použít. Dále je možná také kombinace vareniklinu s bupropionem (Králíková, 2015).

2.8 Psychiatrická nemocnice Bohnice a kouření

Podle dostupných zdrojů ze statistik nemocnice se nemoci, které jsou způsobené kouřením, stávají nejčastější příčinou úmrtí mezi pacienty v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Život pacientů nemocnice závislých na tabáku, je zkrácen zhruba o 15–20 let (Příbyl, 2013). Podle Hollého (2017), ředitele PN Bohnice je procento kuřáků mezi psychiatrickými pacienty dvojnásobný oproti běžné populaci, tedy 60–70 %. Naopak mezi kuřáky je velký počet psychiatricky nemocných (Hollý, 2017).

2.8.1 Mýty, které provází snahu o odvykání kouření u psychiatrických pacientů v PN Bohnice

Možnosti a důsledky odvykání kouření u pacientů s psychiatrickou poruchou obklopuje, a to i mezi zdravotníky, mnoho mýtů (Tedeschi et al., 2016). Jedním z takových mýtů je tvrzení, že kouření zlepšuje depresi. Zlepšení nálady je ale pouze chvilkové a z dlouhodobého hlediska kouření naopak zvyšuje pravděpodobnost manifestace deprese a zhoršuje její prognózu. Zanechání kouření má někdy na depresi lepší vliv než antidepresiva (Štěpánková, 2013). Dalším z často a mylně užívaným tvrzením je, že kouření pomáhá od úzkosti. V tomto případě je to pravda pouze tehdy, jedná-li se o úzkost, která je abstinčním příznakem z nedostatku nikotinu. Třetím zažitým mýtem je tvrzení, že psychiatricky nemocní kuřáci vlastně nemohou přestat kouřit. U psychiatrických pacientů bývá mnohdy léčba obtížnější, ale rozhodně není nemožná. Pokud je léčba intenzivnější a dlouhodobější, bývá úspěšnost odvykání mezi těmito pacienty srovnatelná. Hodně užívaným tvrzením je, že abstinence od cigaret zhoršuje celkově psychiatrické onemocnění. Je pravdou, že v prvních dnech abstinence se psychický stav může rozkolísat. Během tohoto období je třeba pacienta více sledovat, protože mezi abstinčními příznaky patří špatná

nálada, smutek a úzkost. V tomto případě je vhodné začít s odvykáním v době, kdy je pacient ve stabilizovaném psychickém stavu a použít léčbu na snížení abstinčních příznaků. Celkový vliv zanechání kouření je ale jednoznačně pozitivní (Hollý a Králíková, 2016).

Vzhledem k těmto uvedeným skutečnostem, se vedení Psychiatrické nemocnice Bohnice rozhodlo, věnovat kouření mnohem více pozornosti. Postupně probíhá a nadále bude probíhat proškolení zdravotnického personálu v krátké intervenci kouření, kdy je nově zaveden ve zdravotnické dokumentaci záznam o této krátké intervenci (Hollý, 2017). Zlepšuje se také informovanost zdravotníků i pacientů, protože je průběžně zajišťován dostatek edukačních materiálů na jednotlivá oddělení nemocnice. Data, která jsou získávána z anamnestických ošetřovatelských listů, budou nadále sloužit pro získávání relevantních statistik (Králíková a kol., 2016). Nejdůležitějším krokem v pomoci s odvykáním kouření nejen u pacientů, ale i u zaměstnanců, je vznik a postupný rozvoj ambulance pro metabolické nemoci a léčbu závislosti na tabáku v nemocnici, s názvem Ameta (Hollý, 2017).

2.8.2 Ameta – ambulance pro metabolické nemoci a léčbu závislosti na tabáku v PN Bohnice

- **Vznik ambulance Ameta**

V rámci projektu SOMA, vznikla v roce 2016 ambulance Ameta pro metabolické nemoci a léčbu závislosti na tabáku v nemocnici. SOMA je projektem péče o tělesné zdraví a náviku schopností samostatného života. Hlavním cílem projektu je vytvoření systému screeningu kardiovaskulárních a metabolických rizik u všech nemocných Psychiatrické nemocnice Bohnice. K projektu byly vytvořeny dva standardy. Prvním z těchto standardů je metodika ucelené rehabilitační péče o tělesné zdraví pacientů s duševním onemocněním. Druhým je metodika (fyzioterapie, kinezioterapie, ergoterapie, nutriční péče) ucelené rehabilitační péče a náviku samostatného života v přechodné fázi (od ukončení léčby po přechod do domácího prostředí) (Králíková, 2017).

Tato ambulance se stala součástí komplexní nemocniční péče a vznikla ve spolupráci s Centrem pro závislé na tabáku 3. Interní kliniky VFN. Je zaměřena na motivované pacienty a zaměstnance, kteří dobrovolně vyhledají pomoc pracovníků v ambulanci. Primárně je určena pro hospitalizované pacienty, které doporučí ošetřující psychiatr. Personál ambulance aktuálně tvoří tři lékařky, které ordinují jeden den v týdnu. Lékařky úzce spolupracují s klinickou farmaceutkou ohledně vhodné úpravy terapie podle aktuálního zdravotního stavu pacienta (Králíková a kol., 2016).

- **Rozvoj a stav vytíženosti ambulance Ameta v roce 2016**

Ambulance je v provozu od února roku 2016 a pacientům jsou k dispozici tři lékařky. Do února roku 2018 měla omezený provoz, protože sdílela prostory společně s gynekologickou a kožní ambulancí v nemocnici. Ambulance je k dispozici zaměstnancům, ale především pacientům, které doporučí jejich ošetřující psychiatr. Díky tomu, že lékařky v ambulanci úzce spolupracují s klinickou farmakoložkou, je možné vhodně upravovat medikaci pacientům, kteří přestávají kouřit a mají nasazenou jinou farmakologickou léčbu. Další výhodou ambulance v rámci nemocnice je úzká spolupráce s oddělením fyzioterapie, nutričními pracovníci a nemocniční lékárnou, kde mají pacienti možnost obstarat si lék Champix za zvýhodněnou cenu. Dle dostupných zdrojů ze statistik nemocnice, se počet pacientů ošetřených v ambulanci postupně zvyšuje. Nejlepší výsledky jsou prokázány v léčbě u pacientů bez psychiatrické diagnózy.

Na začátku roku 2016 nemocnice zažádala o příspěvek z IGLC grantu organizovaného firmou Pfizer. Účelem žádosti bylo získání finančních prostředků na zajištění proškolení středního

zdravotnického personálu v úvodní intervenci a podpoře v odvykání kouření. Dále zaměstnanci pracují na navazování a zlepšení spolupráce s lékaři nemocnice. Spolupráce je zlepšována mimo jiné i tím, že jsou vytvářeny informační materiály o poskytované péči v rámci podpory odvykání kouření. Tímto je zlepšována informovanost pacientů a vytvářeno prostředí, ve kterém je péče pro pacienty dobře dostupná. Od února roku 2018 jsou pro ambulanci v nemocnici vyhrazeny zcela nové prostory na oddělení 26, kde mají zdravotníci i pacienti větší komfort pro léčbu a intervenci (Hollý a kol., 2016).

2.8.3 Specifika hospitalizovaných psychiatrických pacientů při odvykání kouření

Práce s hospitalizovanými psychiatrickými pacienty má svá konkrétní specifika. Za nejdůležitější specifikum je považován především dočasně zhoršený průběh léčby způsobený abstinencií příznaky. Je tedy nutné, aby tito pacienti častěji navštěvovali ambulanci během odvykání. Je jim zpravidla vyhrazeno více času na vstupní intervenci při první návštěvě. Velmi často se stává, že tito pacienti se nacházejí v obtížné finanční situaci, a tudíž je pro ně velmi komplikované získat finance pro hrazení léků. Mnohdy mají i soudně omezené nakládání s finančními prostředky, případně jejich opatrovník nesouhlasí s jednorázovým vydáním většího obnosu peněz. Léčbu závislosti, kterou pacienti započali během hospitalizace, často po propuštění ukončují, nebo se už nedostavují na další kontroly v ambulanci (Hollý a Králíková, 2017).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Na teoretickou část je navázáno částí praktickou. Tato praktická část je zaměřena na popsání metod a cílů výzkumu, výzkumného souboru a jeho charakteristik. Dále popisuje metody tvorby a analýzy dat a etické aspekty výzkumné práce.

Vlastní výzkum praktické části je zaměřen na analýzu prevalence kuřáků, kteří se během zvoleného období od září roku 2017 do února roku 2018, nacházeli v rezidenční léčbě Psychiatrické nemocnice Bohnice s diagnózou schizofrenie a deprese. Zároveň je tato praktická část zaměřena na zjištění využití rozvíjející se ambulance pro metabolické nemoci a léčbu závislosti na tabáku s názvem Ameta.

3.1 Metodika výzkumu

3.1.1 Cíl výzkumu

Prvním cílem práce bylo zjistit pomocí dotazníkového šetření, jaký je aktuální deklarovaný výskyt kuřáků na odděleních, které jsou zaměřené na léčbu schizofrenie a deprese v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Zároveň byla dalším cílem snaha o zmapování, pomocí strukturovaných rozhovorů s několika vybranými pacienty a zdravotníky, jak pacienti reagují na dotazník zařazený nově v ošetřovatelském anamnestickém listu. Primárně to, jak vnímají vstupní intervenci zdravotníci a jak pacienti a zda jsou pacienti následně zdravotníky doporučováni do ambulance léčby závislosti na tabáku v nemocnici.

Na základě zjištěných dat by měly být zodpovězeny výzkumné otázky. Práce by mohla sloužit především jako podklad pro další rozvoj vznikající ambulance Ameta v nemocnici, pro podchycení nedostatků a využití subjektivních dojmů ze strany pacientů a zaměstnanců.

3.1.2 Výzkumné otázky

1. Jaká byla prevalence kouření mezi pacienty s diagnózou schizofrenie a deprese v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích za sledované období?

2. Jak pacienti vnímají vstupní intervenci k zanechání kouření s ohledem na vhodnost použitého nástroje a přístupu personálu nemocnice?

3. Jak zdravotníci přistupují k vstupní intervenci? Jsou v jejich přístupu nějaké rozdíly? Pokud ano, jaké, a čím mohou být způsobeny?

4. Existuje nějaká souvislost mezi vlastním kouřením zdravotníků a jejich přístupem ke kouření pacientů? Pokud ano, jaká?

3.1.3 Výzkumný soubor

Cílovou populací výzkumu pro tento soubor byli pacienti, kteří se nacházeli během zvoleného období ve střednědobé nebo dlouhodobé ústavní léčbě v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Zahrnuti byli jak pacienti při první hospitalizaci, tak i rehospitalizovaní pacienti. Výběr respondentů byl omezen na oddělení, která se zaměřují na léčbu schizofrenie a deprese. O součinnost byli požádáni vedoucí zaměstnanci na 7 odděleních nemocnice. Jedná se o 3 oddělení akutní péče a 4 oddělení následné péče. Oslovení a požádání o realizaci rozhovorů byli zaměstnanci, kteří vyplňují s pacienty vstupní ošetřovatelské anamnestické listy. Dále byli osloveni pacienti, kteří se na zmíněných odděleních léčí.

Na každém ze sedmi oddělení byli pacienti doporučeni vzhledem k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu a zdravotníci vzhledem k jejich pracovnímu vytížení. Záměrně však byla k rozhovorům vybrána skupina zaměstnanců, ve které byli nekuřáci i kuřáci, aby bylo možné zhodnotit rozdíl v přístupu k vstupní intervenci. Z pacientů byli vybráni ti, kteří jsou aktivními kuřáky. Rozhovoru se všichni zúčastnili na základě dobrovolnosti. Vstupní ošetřovatelské anamnestické listy jsou vyplňovány u každého pacienta při přijetí na konkrétní oddělení, takže návratnost dotazníků je v tomto případě 100 %. Do výzkumu jsou zahrnuti bez rozdílu muži i ženy ve věkové škále od 17 do 67 let. Celkový počet vyplněných anamnestických listů pacientů se schizofrenií a depresí byl 538. Rozhovory byly provedeny s 12 zaměstnanci a 8 pacienty, a to se 4 zaměstnanci, kteří se nacházejí na akutních odděleních 27, 26 a 1 a s 8 zaměstnanci na odděleních následné péče 21, 15, 11 a 12. Rozhovory s pacienty byly provedeny na každém z těchto oddělení, na každém oddělení byl osloven jeden pacient, pouze na oddělení 26 se rozhovoru účastnili 2 pacienti.

3.1.4 Metody tvorby dat

Tento výzkum je kvantitativní v části týkající se zjišťování prevalence kuřáků z anamnestických ošetřovatelských listů (výzkumná otázka číslo 1) a částečně kvalitativní (výzkumné otázky číslo 2–4), vzhledem k rozhovorům se zaměstnanci a pacienty nemocnice. Období sběru dat z anamnestických listů bylo určeno od září 2017 do ledna 2018. Rozhovory byly prováděny kontinuálně od prosince 2017, kdy poslední byl proveden v lednu 2018.

Anamnestický ošetřovatelský dotazník pro pacienty sestává celkem z 3 otázek. Z dotazníku je tedy možné určit počet pravidelných kuřáků, bývalých kuřáků, příležitostných kuřáků a nekuřáků. Pro pravidelného kuřáka je zadán parametr, že alespoň jednou denně kouří. Pro nekuřáka jsou zadány parametry, že taková osoba nekouří a za svůj život nevykouřila více než 100 cigaret. Příležitostný kuřák je klasifikován, pokud kouří méně než jedenkrát denně. Druhá otázka dotazníku je zaměřena na pacientovu motivaci k zanechání kouření, a to stručnou otázkou, zda pacient chce přestat kouřit. Odpovědi u této otázky jsou jednoznačné ano, ne a nevím. Poslední otázka v dotazníku se věnuje intervenci ze strany ošetřovatele, který s pacientem dotazník vyplňuje. Zda vůbec intervence proběhla, jestli byl pacientovi předán letáček s možnostmi pomoci, zda byla provedena krátká edukace, doporučení náhradní terapie nikotinem nebo zda byl pacient doporučen k péči do ambulance Ameta pro léčbu závislosti na tabáku v nemocnici. U poslední otázky mají zdravotníci možnost zadat více variant intervence. Celý dotazník viz příloha č. 1.

Přibližná struktura rozhovorů, které byly vedeny s jednotlivci, byla vytvořena pouze pro účely této práce. Byla tvořena dotazy na zaměstnance, zda vědí, kolik času jim samotný dotazník na kouření zabere, a jestli je to nějak omezuje v jejich práci. Dalším dotazem na zaměstnance bylo, jak podle nich pacienti reagují, jestli je otázky obtěžují a jestli dokážou rozdělit pacienty, podle toho, jak reagují. Důležitým bodem rozhovoru byl dotaz na to, jak postupují, když jim některý z pacientů sdělí, že by rád s kouřením přestal a zda sdělují, že je v nemocnici k dispozici ambulance Ameta. Další skupina otázek na zaměstnance se týkala jich samotných. Jednalo se o dotazy, zda jsou kuřáci, jestli někdy přemýšleli o zanechání kouření, zda někdy vyhledali oni sami odbornou pomoc a jestli v případě projevení zájmu ze strany pacienta nabízejí řádnou odpovídající pomoc a případně jakou. Otázky na pacienty byly směřovány k intervenci. Tedy, jak se cítili během rozhovoru, zda jim byl rozhovor o kouření nepříjemný. Zda jim zdravotník sdělil rizika spojená s kouřením a zda jim doporučil nebo nabídl nějakou odbornou pomoc, kterou by mohli případně využít. Poslední dotaz byl směřován k ambulanci Ameta, zda o ní pacienti vědí, nebo zda jim personál sdělil, že je možné využít jejich služeb při odvykání kouření. V úvodu rozhovoru byli respondenti informováni o účelu rozhovoru, o jeho anonymitě a o dobrovolnosti. Popis rozhovorů viz příloha č. 2.

3.1.5 Metody analýzy dat

Data z ošetrovatelských anamnestických listů jsou průběžně vyhodnocována programem, který byl vytvořen dodavatelem nemocničního systému. Selektování a vyhodnocování dat probíhá na oddělení informatiky v nemocnici. Většina informací je v této práci prezentována v grafech, které jsou vytvořeny v programu Microsoft Excel a následně převedeny do programu Microsoft Word. Výsledky ze strukturovaných rozhovorů jsou vytvořeny metodou kódování a prezentovány jako text.

3.1.6 Etika

Vzhledem k tomu, že všichni respondenti jsou pacienti Psychiatrické nemocnice Bohnice, vztahuje se na ně povinná mlčenlivost. Veškeré údaje, které jsou selektovány systémem pro zpracování údajů z dotazníku o kouření, zavedeném v anamnestickém ošetrovatelském listu, jsou anonymní. Z údajů o pacientovi je možné z nich zjistit pouze diagnózu.

Rozhovory byly prováděny na odděleních, jejichž zástupci, tedy pacienti i zaměstnanci, souhlasili se zpracováním údajů a zařazením do mé bakalářské práce. Všichni byli informováni o anonymitě respondentů a účelu mého výzkumu. Rozhovor byl vždy schválen vedoucím oddělení a staniční sestrou a byl v souladu s etickými zásadami zařízení.

3.1.7 Základní charakteristika výzkumného souboru

ZAŘÍZENÍ, VE KTERÉM VÝZKUM PROBÍHAL A JEDNOTIVÁ ODDĚLENÍ

Bylo umožněno provést výzkum v Psychiatrické nemocnici Bohnice, celkem na 7 odděleních. Informace získané z anamnestických dotazníků byly získány se statistiky v rámci celé nemocnice ze všech oddělení, které se zaměřují mimo jiné na léčbu schizofrenie a deprese. Strukturované rozhovory byly prováděny na odděleních:

1. Oddělení následné péče pro muže a ženy do 65 let – oddělení 21 - uzavřené oddělení, na kterém je poskytována dlouhodobější péče, doléčování, rehabilitace a resocializace pacientům trpícím duševní poruchou ve věku od 18–65 let.

2. Oddělení následné péče pro muže do 65 let – oddělení 15 - otevřené oddělení, které se zaměřuje na dlouhodobou resocializaci nemocných, které se uzavírá pouze na noc. Jsou zde léčeni pacienti se širokým spektrem psychiatrických diagnóz, kteří zvládnou volnější režim oddělení a připravují se na možnost samostatného života.

3. Resocializační oddělení pro muže do 65 let – oddělení 11 - oddělení následné psychiatrické péče, kam jsou pacienti překládáni z akutních oddělení. Je zde pečováno o muže se širokým spektrem psychiatrických diagnóz.

4. resocializační oddělení pro ženy do 65 let – oddělení 12 - uzavřené oddělení pro pacientky se širokým spektrem psychiatrických diagnóz, které mají většinou přidružené sociální problémy.

5. Příjmové oddělení pro léčbu afektivních poruch – oddělení 27 – oddělení zaměřené na léčbu afektivních poruch. Vyskytují se zde ale také depresivní pacienti, u kterých hrozí riziko sebevraždy. Oddělení je určeno pro muže i ženy.

6. Příjmové oddělení pro muže a ženy – oddělení 26 - příjmové uzavřené akutní oddělení určené pro muže. Nejčastěji se vyskytujícím onemocněním na tomto oddělení je schizofrenie a deprese, jsou zde ale i pacienti s poruchami osobnosti.

7. Příjmové oddělení pro muže a ženy – oddělení 1 - oddělení pro pacienty v těžších stavech psychické nemoci, které již nejsou zvladatelné ambulantní formou. Pacienti se zde léčí s těžkými neurotickými stavy, kolísáním nálady, schizofrenií a dalšími psychózami.

3.1.8 Rozdíly v přístupu ke kouření mezi odděleními akutní péče a následné péče

Pro vzájemné porovnání jednotlivých oddělení v nemocnici v jejich přístupu ke kouření, bylo na každém oddělení blíže zjišťováno:

1. jakými způsoby získávají pacienti cigarety
2. kdy a kde mohou pacienti kouřit

Tyto informace byly získávány postupně během pracovních aktivit v nemocnici. Podrobnější informace potom během rozhovorů se staničnými sestrami. Informace jsou pouze orientační a v textu je čerpáno pouze z toho, jak se o problematice vyjádřila staniční sestra, a ze subjektivního dojmu na každém oddělení.

- **Oddělení následné péče pro muže a ženy do 65 let – oddělení 21**

Pacienti na tomto oddělení mají volný přístup k tabákovým výrobkům, které si mohou běžně zakoupit v obchodech na vycházkách, nebo bývá přinášěn návštěvami, které za pacienty docházejí. Cigarety, zapalovače nebo zápalky by dle denního řádu sice pacienti mít u sebe neměli, ale bývá pravidlem, že mají. Od 7. hodiny ráno kdykoli během dne, pokud zrovna neprobíhá jiný program, by jim měl zdravotnický personál vydat cigarety a zapalovače na vyžádání.

Na tomto oddělení mají pacienti k dispozici dvě kuřárny, které se nacházejí přímo v budově oddělení. Kuřárny se zamykají pouze v době medikace od 7:30–7:55, takže pacienti mají do kuřárny zcela volný vstup ve dne i v noci. Limit maximálního počtu cigaret vykouřených za den jedním pacientem není stanoven a ani není nikterak hlídán.

- **Oddělení následné péče pro muže do 65 let – oddělení 15**

Jedná se o otevřené oddělení. Pacienti mají možnost kdykoli budovu opustit a kdykoli si cigarety opatřit. Zapalovače i cigarety pacienti na tomto oddělení mohou mít neustále u sebe.

Kuřárna na tomto oddělení není k dispozici, ale pacienti mají možnost kouřit venku před budovou oddělení. Pokud zrovna neprobíhá žádný program na oddělení, tráví většinu času pacienti venku. Během léta zde probíhají i některá individuální venkovní sezení.

- **Resocializační oddělení pro muže do 65 let – oddělení 11**

Pacienti mají možnost si cigarety obstarat buďto samostatně na vycházkách, požádat personál o zakoupení, nebo si je nechat přinést návštěvou. Na tomto oddělení u sebe nemohou mít pacienti cigarety, zapalovače ani zápalky a ve stanovené časy mají možnost si personál požádat o vydání. Praxe je ovšem taková, že většina si cigarety bez svolení personálu nechává u sebe a kouří mimo vyhrazené prostory i na oddělení.

Toto oddělení má jednu kuřárnu, která se pro pacienty odemyká ráno v 6:30 hod a následně během dne se odemyká po vydání léků, po jídle, po vydání kávy, a to vždy na dobu 30 minut. Před večerním klidem je kuřárna odemčena naposledy od 21:30 do 22:00.

- **Resocializační oddělení pro ženy do 65 let – oddělení 12**

Obstarávání cigaret je zajišťováno stejně jako na dalších odděleních následné péče – buďto na vycházkách, přes žádost k personálu nebo požádání návštěvy. Pacientky na tomto oddělení cigarety ani zapalovače či zápalky u sebe mít nemohou, ale ve většině případů je mají a často kouří mimo vyhrazené prostory, nejčastěji však na toaletách. Pokud je toto nedovolené kouření zjištěno personálem, jsou jim většinou cigarety zabaveny.

Kuřárna se nachází přímo na oddělení a je odemčena od 7:30 během celého dne. Zamyká se pouze na noc od 22:00 a na dobu výdeje léků a stravy.

- **Příjmové oddělení pro léčbu afektivních poruch – oddělení 27**

Vzhledem k tomu, že se jedná o příjmové oddělení neklidných pacientů, je obstarávání cigaret pro tyto pacienty obtížnější. Praxe bývá taková, že cigarety pacientům nosí jejich návštěvy. Pacienti mají všechny potřeby ke kouření u sebe, pouze více neklidným a problémovým pacientům se odebírají a jsou jim vydávány vždy pouze na vyžádání.

Kuřárna se nachází přímo na oddělení v patře oddělení. Je odemčena nepřetržitě, vyjma časů určených pro terapeutické aktivity, od 6:00 do večerního klidu, tedy do 22:00.

- **Příjmové oddělení pro muže a ženy – oddělení 26**

Na tomto oddělení mají cigarety i zapalovače pacienti neustále u sebe. Pacienti se nedostávají ve většině případů na vycházky, a proto jim cigarety nosí návštěvy, nebo nastoupí už s dostatečným množstvím při příjmu.

Vzhledem k tomu, že se jedná o zcela nově zrekonstruované oddělení, byla kuřárna vybudována přímo na chodbě oddělená pouze prosklenými stěnami. Pacienti mají přístup na kuřárnu během celého dne od 7:30 po vydání léků do večerního klidu, tedy do 22:00. Na tomto oddělení je otevřená kuřárna i během aktivit, proto se často stává, že pacienti na kuřárně na tyto aktivity zapomínají.

- **Příjmové oddělení pro muže a ženy – oddělení 1**

Cigarety a tabákové výrobky jsou pacientům na tomto oddělení obstarávány primárně rodinnými příslušníky, návštěvami a personálem.

Kuřárnu mají pacienti k dispozici přímo v budově oddělení a během dne je neustále odemčena. Zamyká se pouze v době nočního klidu od 22:00 do 6:50. Zde mají všichni u sebe cigarety i zapalovače a mohou téměř kdykoli na kuřárně pobývat.

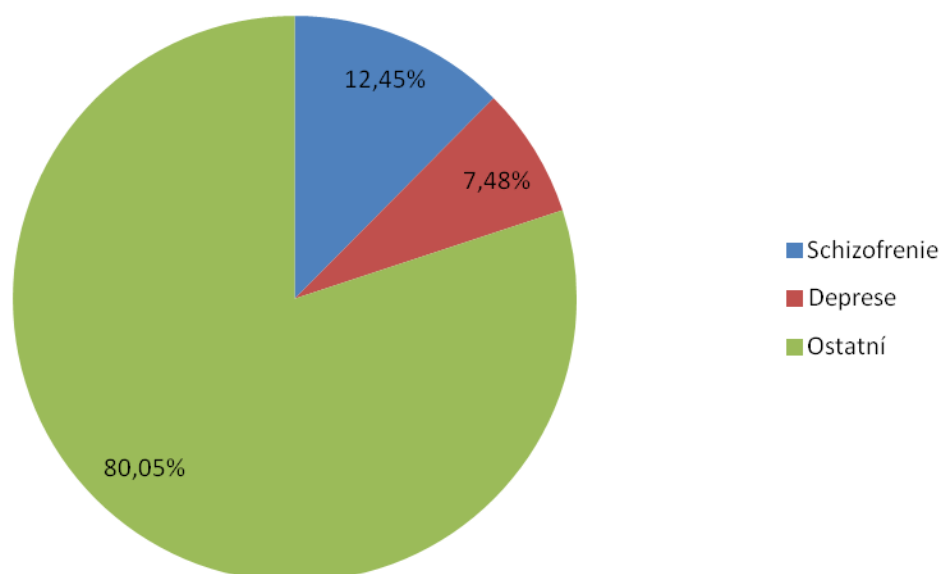
3.1.9 Charakteristika respondentů

Vzhledem k systému evidence pacientů v nemocnici a díky vytvořenému programu dodavatelem nemocničního systému, byly získány informace o celkových stavech jednotlivých onemocnění v souvislosti s kouřením. V případě tohoto výzkumu se jedná o onemocnění schizofrenie a deprese.

- **Počet a procento přijatých pacientů za sledované období**

Konečný počet pacientů, který byl za sledované období přijat k hospitalizaci do Psychiatrické nemocnice Bohnice, se všemi diagnózami byl dohromady 2697, z toho 336 (12,45 %) pacientů se schizofrenií a 202 (7,48 %) pacientů s depresí, viz Graf č. 1.

Graf č. 1: Procentuální zastoupení pacientů se schizofrenií a depresí z celkového počtu všech přijatých pacientů za sledované období

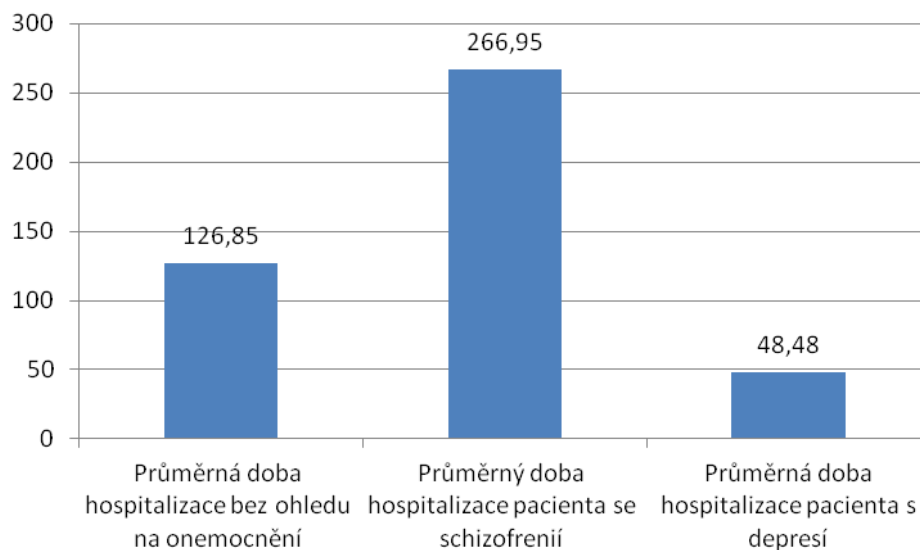


Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice

- **Průměrná doba hospitalizace znázorněná v grafu ve dnech**

Průměrná doba hospitalizace pacientů s jednotlivým onemocněním v PN Bohnice, která je znázorněná ve dnech. Průměrná doba hospitalizace bez ohledu na onemocnění je 126,85 dnů. Průměrná doba hospitalizace pacienta se schizofrenií je 266,95 dnů a průměrná doba hospitalizace pacienta s depresí je 48,48 dnů, viz Graf č. 2.

Graf č. 2: Znázornění průměrné doby hospitalizace pacientů s jednotlivými onemocněními a průměrný počet dnů hospitalizace obecně



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice

3.2 Výsledky výzkumu

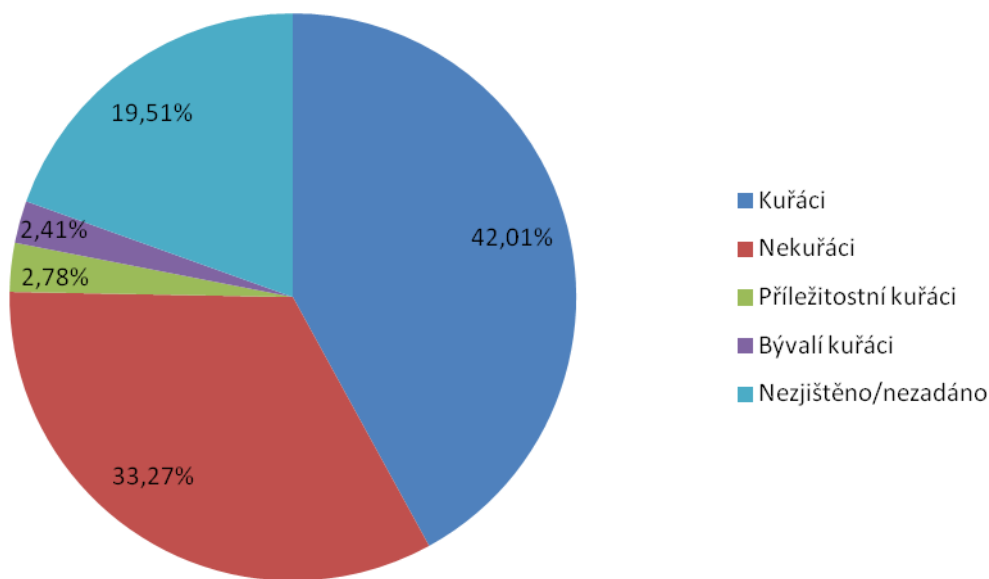
Do této kapitoly jsou zařazeny výsledky, které vycházejí z programu na zpracování dat dotazníku o kouření, z ošetřovatelských anamnestických listů. Výsledky jsou zaměřené na pacienty se schizofrenií a depresí.

3.2.1 Prevalence kouření, zájem o zanechání kouření a intervence ze strany zdravotníka

- **Kouření**

První otázkou v dotazníku je zjišťováno, zda pacient kouří, nekouří, zda je příležitostný kuřák, bývalý kuřák nebo zda z nějakého důvodu není možné informaci zaznamenat. Tyto informace jsou zadávány na základě sdělení pacienta. Z uvedených odpovědí je zřejmé, že v daném časovém období bylo přijato celkem 538 pacientů s diagnózou schizofrenie a deprese, z nichž 226 (42,007 %) udávalo, že jsou kuřáci, 179 (33,27 %) nekuřáci, 15 (2,78 %) příležitostní kuřáci, 13 (2,41 %) bývalí kuřáci, u 105 (19,51 %) pacientů nebylo možné tuto informaci zjistit, nebo nebyla zadána, viz Graf č. 3.

Graf č. 3: Znárodnuje otázku č. 1 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů s diagnózou schizofrenie a deprese

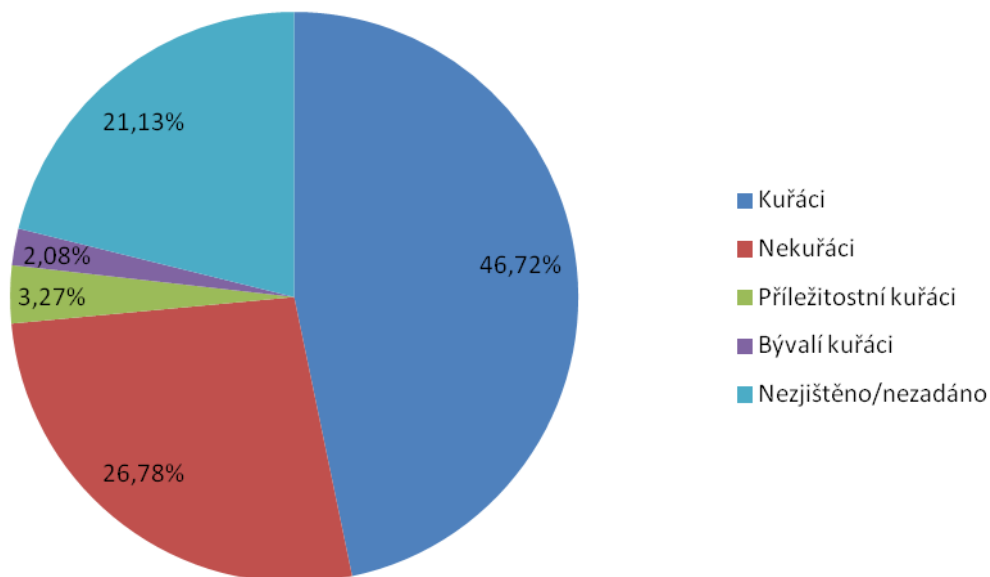


Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice

3.2.2 Počet a procento přijatých pacientů se schizofrenií v souvislosti se sledovanými parametry

Z celkového počtu přijatých pacientů se schizofrenií (336) se v 157 (46,72 %) případech jedná dle jejich sdělení o pravidelné kuřáky. V 90 (26,78 %) případech o nekuřáky, v 11 (3,27 %) případech o příležitostné kuřáky, v 7 (2,08%) případech o bývalé kuřáky a v 71 (21,13 %) případech nebylo možné tuto informaci při přijetí pacienta zjistit, viz Graf č. 4.

Graf č. 4: Znárodnuje rozdění otázky č. 1 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů se schizofrenií

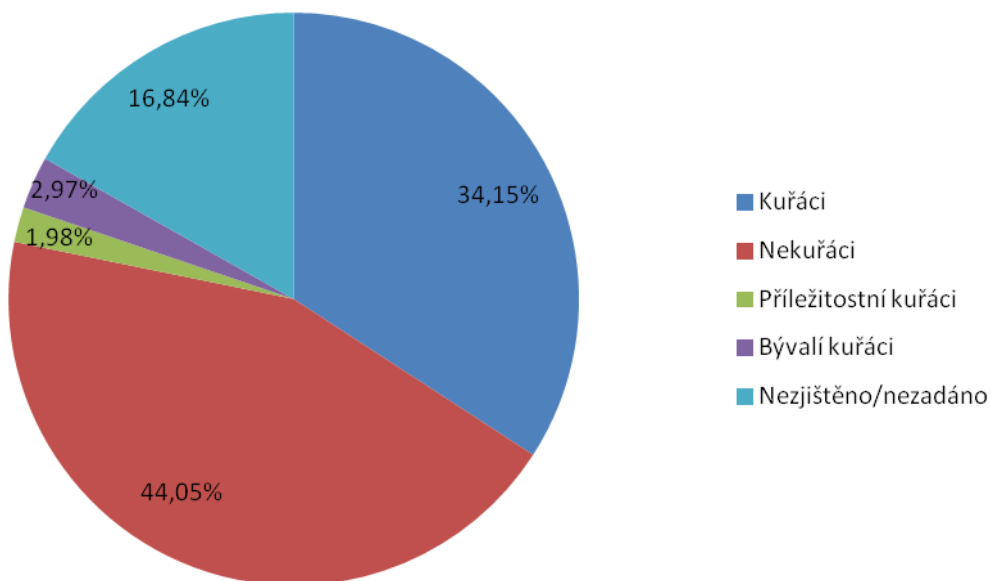


Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice

3.2.3 Počet a procento přijatých pacientů s depresí v souvislosti se sledovanými parametry

Z celkového počtu přijatých pacientů s depresí (202) se v 69 (34,15 %) případech jedná dle jejich sdělení o pravidelné kuřáky, v 89 (44,05 %) případech o nekuřáky, v 4 (1,98 %) případech o příležitostné kuřáky, v 6 (2,97 %) případech o bývalé kuřáky, v 34 (16,84 %) případech nebylo možné tuto informaci zjistit nebo nebyla zadána, viz graf č. 5.

Graf č. 5: Znázorňuje rozdělení otázky č. 1 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů s depresí



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice

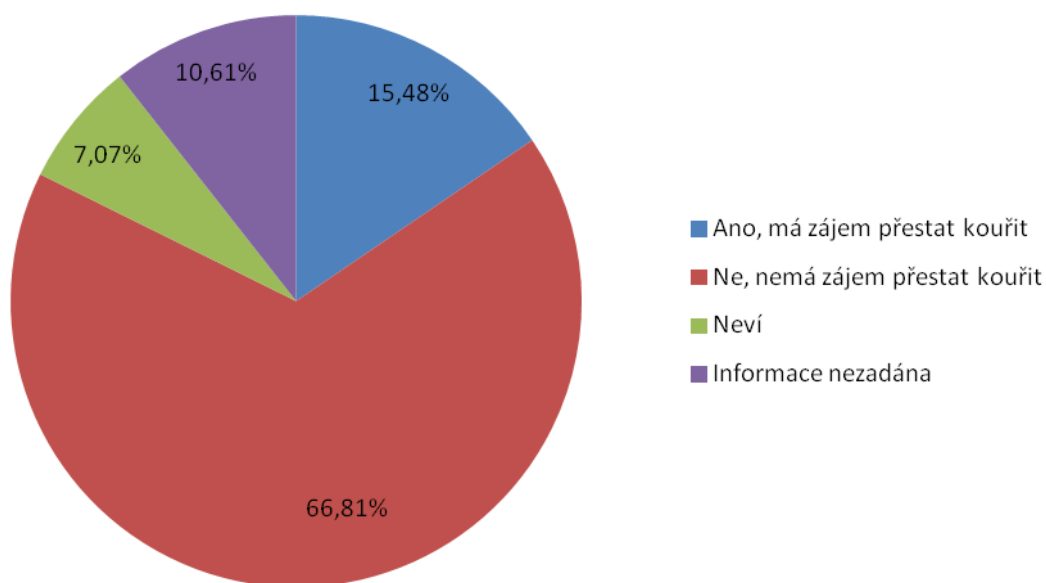
Z uvedeného je zřejmé, že se potvrzuje tvrzení uvedené v teoretické části práce, že prevalence kouření u psychiatrických pacientů je až dvojnásobně oproti běžné populaci.

3.2.4 Zájem o zanechání kouření

Druhým dotazem zdravotníka v rámci vyplňování dotazníku je otázka, zda pacient má zájem o zanechání kouření. Uvedené výsledky jsou sledovány u pacientů, kteří uvedli, že jsou pravidelnými kuřáky. Možnosti odpovědí jsou ano, ne a nevím.

Z celkového počtu 226 přijatých pacientů s diagnózou schizofrenie a deprese, kteří sdělili, že jsou pravidelnými kuřáky, za sledované období uvedlo, že by rádo zanechalo kouření celkem 35 (15,48 %) pacientů, 151 (66,81 %) nemá zájem přestat kouřit a 16 (7,07 %) neví, zda chce přestat kouřit. Celkem u 24 (10,61 %) pacientů nebyla odpověď zadána, viz graf č. 6.

Graf č. 6: Znázorňuje otázku č. 2 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů s oběma diagnózami dohromady

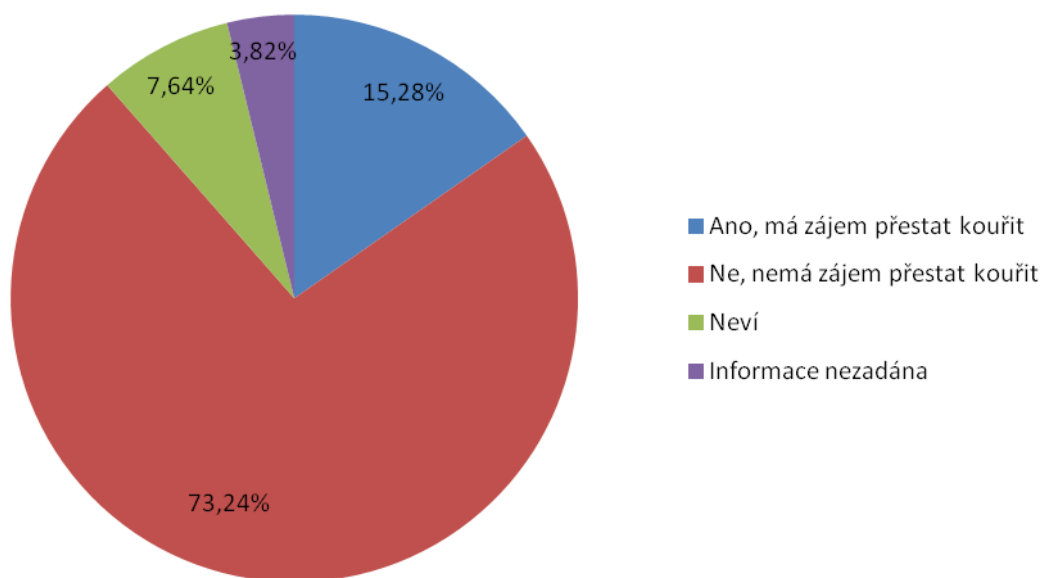


Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice

3.2.5 Přijatí pacienti se schizofrenií, kteří o sobě uvedli, že jsou pravidelnými kuřáky a jejich tvrzení, zda by chtěli přestat kouřit

Z celkového počtu 157 pacientů se schizofrenií, kteří o sobě uvedli, že jsou pravidelnými kuřáky, má 24 (15,28 %) z nich zájem o zanechání kouření, 115 (73,24 %) neuvažuje o zanechání kouření, 12 (7,64 %) uvedlo, že neví a v 6 (3,82 %) případech nebyla odpověď zadána, viz graf č. 7.

Graf č. 7: Znáznorňuje otázku č. 2 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů se schizofrenií

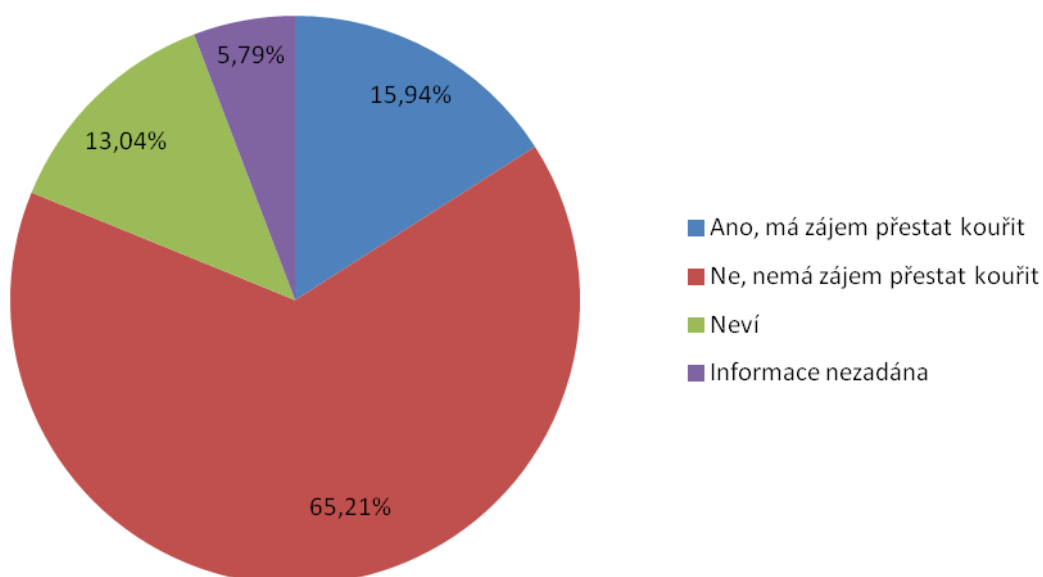


Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice

3.2.6 Přijatí pacienti s depresí, kteří o sobě uvedli, že jsou pravidelnými kuřáky a jejich tvrzení, zda by chtěli přestat kouřit

Z celkového počtu 69 pacientů s depresí, kteří o sobě uvedli, že jsou pravidelnými kuřáky, má 11 (15,94 %) z nich zájem o zanechání kouření, 45 (65,21 %) neuvažuje o zanechání kouření, 9 (13,04 %) uvedlo, že neví a u 4 (5,79 %) pacientů nebyla odpověď zaznamenána, viz graf č. 8.

Graf č. 8: Znázorňuje otázku č. 2 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů s depresí



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice

Otázkou číslo dvě byla zjišťována motivace a postoj k zanechání kouření pacientů v Psychiatrické nemocnici Bohnice. U sledovaných onemocnění se v obou případech jedná o nadpoloviční většinu pacientů, kteří uvádějí, že neuvažují o abstinenci.

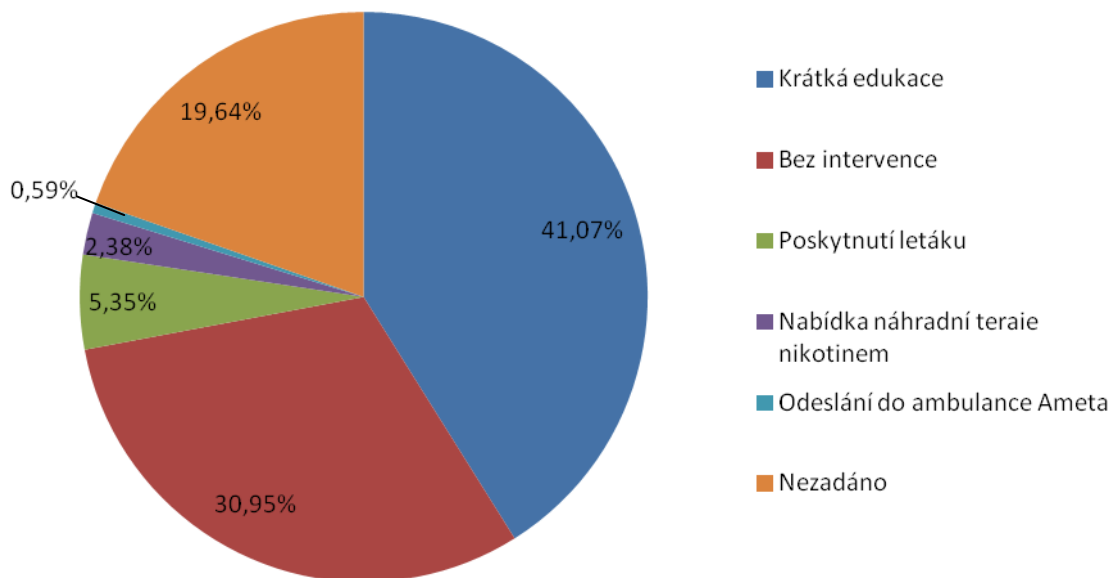
3.2.7 Intervence ze strany zdravotníka

Pokud pacient uvede při přijetí, že je pravidelným nebo příležitostným kuřákem, měla by proběhnout ze strany zdravotníka alespoň minimální intervence. Na tento dotaz je zaměřena otázka č. 3 v dotazníku, kdy jsou uvedeny možnosti intervence: leták, krátká edukace, doporučení náhradní terapie nikotinem, doporučení do ambulance pro léčbu závislosti na tabáku v nemocnici, žádná nebo nezadáno.

3.2.8 Přijatí pacienti se schizofrenií, kteří o sobě uvedli, že jsou pravidelnými, nebo příležitostnými kuřáky a poskytnutá intervence od zdravotníka

U celkového počtu 168 pacientů se schizofrenií, kteří o sobě uvedli, že jsou pravidelnými, nebo příležitostnými kuřáky, byla v 69 (41,07 %) případech využita krátká edukace, v 52 (30,95 %) případech u nich nebyla praktikována žádná intervence, v 9 (5,35 %) případech jim byl poskytnutý leták, ve 4 (2,385 %) případech jim byla nabídnuta náhradní terapie nikotinem, v 33 (19,64 %) případech nebylo u této otázky zadáno nic a 1 (0,59 %) pacient byl odeslán do ambulance Ameta, viz graf č. 9.

Graf č. 9: Znáznorňuje vyhodnocení otázky č. 3 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů se schizofrenií

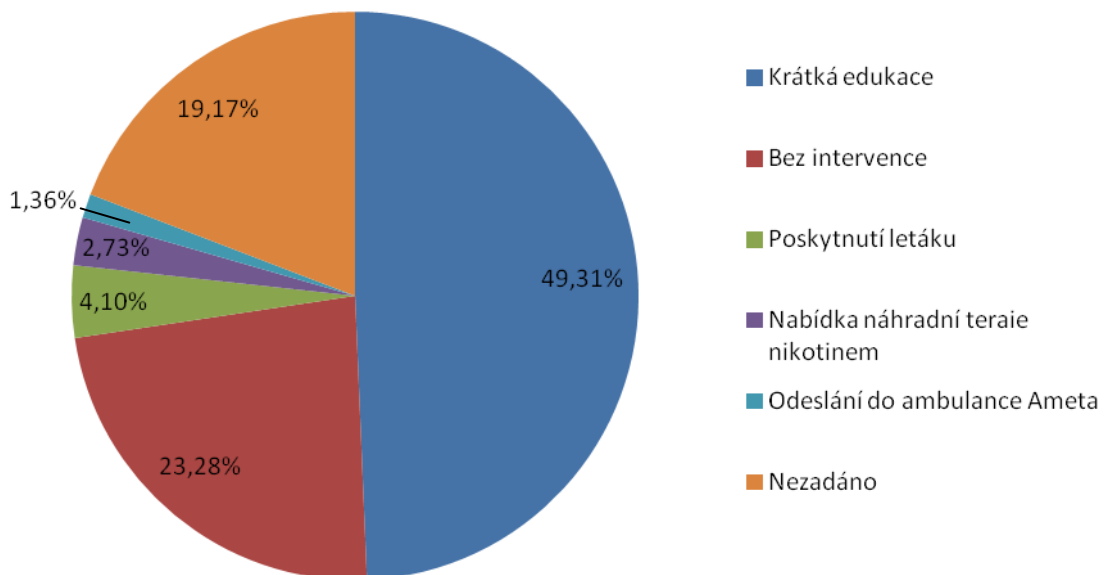


Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice

3.2.9 Přijatí pacienti s depresí, kteří o sobě uvedli, že jsou pravidelnými nebo příležitostnými kuřáky a poskytnutá intervence od zdravotníka

U celkového počtu 73 pacientů s depresí, kteří o sobě uvedli, že jsou pravidelnými, nebo příležitostnými kuřáky, byla v 36 (49,31 %) případech využita krátká edukace, v 17 (23,28 %) případech u nich nebyla praktikována žádná intervence, ve 3 (4,10 %) případech jim byl poskytnutý leták, ve 2 (2,73 %) případech jim byla nabídnuta náhradní terapie nikotinem, 1 (1,36 %) pacient byl doporučen do ambulance Ameta a ve 14 (19,17 %) případech nebylo u této otázky zadáno nic, viz graf č. 10.

Graf č. 10: Znáznorňuje vyhodnocení otázky č. 3 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů s depresí



Zdroj: Psychiatrická nemocnice Bohnice

3.3 Výsledky a vyhodnocení rozhovorů s jednotlivci na konkrétních odděleních

3.3.1 Pohled zdravotníků na odděleních

- **Obecný přístup k intervenci**

Na základě získaných informací od zdravotníků z jednotlivých příjmových oddělení lze říci, že se samotným dotazníkem na kouření se nezabývali déle než pár minut. Za daleko podstatnější považují stabilizovat pacienta do stavu, aby mohl být hospitalizován a ošetřen s aktuálním problémem. Shodují se na tom, že ve velké většině případů, nejsou pacienti ve stavu, kdy by mohli intervenci vnímat, natož si z ní něco odnést. Často zmiňovali sdělení pacientů, že kouření je ta jediná věc, která jim přináší v době hospitalizace potěšení. Dotazy na kouření pacienti většinou vnímají jako rutinní záležitost, nad kterou se nijak nepozastavují. Jedinou skupinou pacientů jsou dle sdělení ti, kteří mají diagnostikovanou i další závislost, a to především na THC. Takoví pacienti reagují na otázky citlivěji, občas i podrážděně.

- **Rozdíly v přístupu zdravotníků**

Rozdílem v pohledu zdravotníka kuřáka a nekuřáka je především to, že nekuřáci vidí jako velký problém společné kouření zdravotníků kuřáků na kuřárnách společně s pacienty. Kuřáci se na toto téma vyjádřili, že je na kuřárně možné, se od pacientů dozvědět daleko více informací. Především informace o tom, jak se skutečně cítí, jakou mají aktuální potíže a co zrovna prožívají. Podobně se vyjádřili zdravotníci i ohledně podpory od vedoucích zaměstnanců oddělení. Tedy, že ti, kteří kouří, se staví ke kouření pacientů s větší benevolencí, pacientům kouření nevymlouvají a vzhledem k intervenci jsou méně důrazní než nekuřáci.

- **Komplikace spojené s kouřením v Psychiatrické nemocnici Bohnice**

Obecně se zdravotníci na příjmových odděleních shodli na neefektivním vyplňování volného času vhodnými aktivitami, kdy tak pacienti získávají velký prostor pro čas strávený na kuřárnách a kouření se tak skutečně stává jejich hlavní náplní dne. Často se zmiňovali o naprosto nekomfortním prostředí na odděleních vzhledem k zápachu z cigaret. Na většině těchto oddělení se nachází kuřárna přímo na oddělení a až na výjimku na oddělení 26, jsou naprosto nedostatečně odvětrávané a při náporu většího počtu pacientů, se zápach začne okamžitě šířit po celém oddělení.

Další zásadní komplikaci vnímají zdravotníci v překládání pacientů na oddělení následné péče. Pokud se jedná o pacienty, kteří nastoupí do nemocnice na příjmová oddělení, kde je s nimi dotazník vyplňován v nestabilizovaném stavu, nemají možnost efektivní intervence. Následně při přeložení pacienta na oddělení následné péče se s nimi již dotazník nevyplňuje. Zdravotníci mohou tak poskytovat intervenci a edukaci pouze ve volných chvílích naprosto nestrukturovaně. Dle sdělení většiny zdravotníků, kteří na jednotlivých odděleních provádějí vstupní intervenci kouření lze konstatovat, že mají velmi málo informací o fungování a zaměření ambulance Ameta a pacienti sem tudíž nemají tendenci směřovat.

3.3.2 Pohled pacientů na odděleních

Obecně na příjmových odděleních nemocnice je obtížné, vzhledem ke zdravotnímu stavu, vybrat pacienta, se kterým by bylo možné provést rozhovor. Na odděleních následné péče jsou podmínky pro realizaci rozhovorů příznivější.

- **Postoj pacienta k intervenci**

Většina pacientů má tendenci ihned po první otázce na kouření sdělit, že s kouřením přestávat nehodlá. Naopak mnozí z nich sdělili, že když se o nutné hospitalizaci dozvěděli, obstarali si krabičky cigaret, aby kouřit mohli. Pacienti, kteří zde byli hospitalizováni již v minulosti, prý vědí, že je na odděleních velké množství volného času a kouření je tak hlavní náplní jejich dne. Mnozí z nich ve svém sdělení uvedli, že když nejsou hospitalizováni, tak vykouří daleko méně cigaret. Jeden z nich dokonce uváděl rozdíl i jedné celé krabičky navíc, tedy dvaceti cigaret.

Častým argumentem, proč kouřit nepřestanou a nebudou se snažit o odvykání kouření, je finanční náročnost léčby. Sice nebudou hradit každý den krabičku cigaret, ale budou muset jednorázově zaplatit větší obnos peněz na léky, které je možné předepsat. Když už se některému z pacientů podařilo získat informace o náhradní terapii nikotinem, tak se ve většině případů této varianty vzdali, protože nemají dostatečnou motivaci a raději dle sdělení utratí peníze za cigarety.

- **Pohled pacienta na intervenci od zdravotníka**

Dle sdělení většiny pacientů se jich zdravotník pouze zeptal na jednotlivé otázky, které se v dotazníku vyskytují, a žádnou intervenci s nimi neprováděl. Je pravdou, že pacienti ihned na začátku vyplňování uvedli jasně, že s kouřením přestávat nechtějí, ale zároveň uvedli, že jim nikdo nesdělil jejich možnosti při postupu k zanechání kouření. Někteří pacienti dokonce uvádějí, že při nástupu se jich zdravotník zeptal, zda je kuřák a zda si má jak v průběhu hospitalizace obstarat cigarety.

Někteří z pacientů, především na odděleních následné péče uváděli, že by měli zájem s kouřením přestat, ale že jim zdravotníci nenavrhli možné postupy a nenabídli jim pomoc v odvykání. Téměř jedinou variantu, kterou jim nabídli, je náhradní terapie nikotinem. O ambulanci Ameta se prý dozvěděli v souvislosti se svým metabolickým onemocněním, na které se ambulance zaměřuje také. Velmi často se vyjádřili, že čas strávený na kuřárně, je pro ně jediným pozitivním okamžikem během dne a nehodlají se ho proto vzdát. Navíc uvádějí, že v případě, kdy se necítí dobře, mají úzkosti, tak jim cigareta pomáhá se s těmito stavu vyrovnat.

3.4 Skutečnosti, které mohou být komplikací při provádění intervence a edukace kuřáků s onemocněním schizofrenie a deprese v Psychiatrické nemocnici Bohnice

V návaznosti na skutečnosti, které byly zjištěny během provádění rozhovorů na jednotlivých odděleních, se vyskytlo několik shodných bodů, které komplikují nebo zcela znemožňují provádět krátkou intervenci nebo edukaci u pacientů, kteří kouří a jsou na těchto odděleních hospitalizováni.

1. Překlady pacientů z příjmových oddělení na oddělení následné péče

Zdravotníci na odděleních následné péče, které jsou určeny pacientům se schizofrenií, depresí a dalšími afektivními poruchami, uvedli, že při takovém překlady již s pacienty není vyplňován znovu ošetřovatelský anamnestický dotazník. Dle jejich sdělení je zřejmé, že jejich stav se v průběhu pobytu na příjmových odděleních značně stabilizoval a byla by tedy případná intervence a edukace možná spíše, než při jejich příjmu. Vzhledem k velkému počtu pacientů, nemají možnost s každým z nich provést tyto činnosti v průběhu jejich pobytu na odděleních následné péče. Jedná se o pacienty, kteří jsou přeloženi v rámci nemocnice. Nejedná se tedy o pacienty, kteří jsou přijati odjinud, a je s nimi na následných odděleních ošetřovatelský anamnestický dotazník vyplněn.

2. Benevolence ze strany nemocnice a vedoucích pracovníků na odděleních

Další skutečnost, na které se shodnou zdravotníci na sledovaných odděleních, je značná benevolence ze strany nemocnice a zaměstnanců. Jedná se o benevolenci vzhledem k prostoru, kde mohou pacienti kouřit, a tedy přímo na odděleních ve společných prostorách, kde mají většinou vyčleněnou jednu místnost. Dalším projevem benevolence je určený čas ke kouření. Pacienti mohou kouřit během celého dne, až na krátké výjimky během vydávání léků a stravy. V neposlední řadě se jedná o obstarávání (nákupu) cigaret a tabákových výrobků pro pacienty personálem. Je zde zastáván názor, že s pacienty, kteří nemají pravidelný přísun cigaret, je pak mnohem horší spolupráce. Nejen, že je tímto vytvářen nepříjemný a zdraví poškozující prostor pro personál, ale zároveň mohou pacienti nabývat dojmu, že je kouření naprosto normální a nechtějí a především nemusejí tento stav vůbec nijak řešit.

3. Velké množství volného času při pobytu v nemocnici

Ať už se jedná o příjmová oddělení, nebo oddělení následné péče, všude se zaměstnanci i pacienti shodují na tom, že je zde hodně volného času. Tento čas je ve většině případů vyplňován kouřením na kuřárnách. Především na příjmových odděleních nemají pacienti předepsané téměř žádné terapeutické aktivity, takže na kuřárně tráví téměř celé dny. Opouští jí pouze na spaní, výdej léků a jídlo, což snižuje motivaci pacientů, a tedy i jejich potřebu přestat kouřit.

4. Malá informovanost o ambulanci pro metabolická onemocnění a pro pomoc s odvykáním kouření Ameta v Psychiatrické nemocnici Bohnice

Během rozhovorů se několikrát potvrdila skutečnost, že personál není dostatečně informován o tom, že v nemocnici funguje ambulance Ameta, která by byla vhodnou variantou pro pacienty, kteří by rádi zanechali kouření. Zdravotníci o Ametě často vůbec nevědí, a-nebo jí mají spojenou pouze s ambulancí zaměřující se na léčbu metabolických onemocnění.

5. Nedostatečná podpora vedoucích zaměstnanců jednotlivých oddělení

Zdravotníci, kteří celodenně pečují o pacienty na jednotlivých odděleních, se shodují na tom, že podpora vedoucích zaměstnanců, vedoucích lékařů a primářů vzhledem k intervenci pro odvykání kouření je minimální, nebo je postoj přímo negativní. Většina z nich zastává názor, že u pacientů s psychiatrickým onemocněním je velmi složité provádět kroky v intervenci a je méně náročné, vytvořit jim prostředí, aby mohli kouřit a nebyli tak vystavováni stresu spojenému s odvykáním kouření.

4 DISKUZE

Celková problematika závislosti na tabáku u psychiatrických pacientů je opakovaně probírané téma na konferencích a setkáních psychiatrických pracovníků a zdravotníků, kteří se zabývají léčbou závislosti na tabáku, protože se jedná o velký problém, který je nutné řešit. Jak je rozepsáno v teoretické části práce, psychiatřiční pacienti kouří několikanásobně více a dopady na jejich zdraví jsou horší, vzhledem ke způsobu kouření a množství vykouřených cigaret. V neposlední řadě zde hrají velkou roli farmakokinetické i farmakodynamické interakce kouření s léky, které se při psychiatrických onemocněních užívají. Tato situace byla potvrzena i v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Nabízí se otázka, kdy jindy provádět strukturovanou a propracovanou intervenci a edukaci, když ne v ústavní léčbě psychiatrické nemocnice? V tomto prostředí jsou pacienti pod neustálým lékařským dohledem, lze jim upravovat medikaci a hlídat jejich aktuální psychický stav a v případě nutnosti okamžitě jednat. Neustále kolují mýty, že kouření na psychiatrii patří a odvykání kouření u psychiatrických pacientů je nebezpečné. Tyto mýty byly již opakovaně vyvráceny (Tedeschi et al., 2016) a v mnoha psychiatrických zařízeních (v USA zpravidla ve všech) je již zaveden úplný zákaz kouření. Tento je však podpořen i plným hrazením farmakoterapie pro snížení abstinčních příznaků během hospitalizace.

Během několika posledních let bylo provedeno několik výzkumů na toto téma, kdy byla vždy prokázána vysoká prevalence kuřáků s psychiatrickým onemocněním, hlavně osob se schizofrenií a depresí. Málo který výzkum se ale zabýval důvody, které mohou způsobit nízkou motivovanost a zájem o zanechání kouření u pacientů s tímto typem onemocnění v ústavní léčbě v psychiatrických nemocnicích.

Tento výzkum byl zrealizován dvěma způsoby. Nejdříve byl realizován pomocí dotazníkového šetření, kdy byl dotazník o kouření nově zařazen do ošetřovatelského anamnestického listu, což ale vykazuje několik možných nedostatků. Jedním z těchto nedostatků je přístup personálu k pacientovi během vyplňování dotazníku, kdy může hrát jeho postoj velkou roli. Priorita v této části byla tedy zjistit data ohledně prevalence kouření a případné motivovanosti k zanechání kouření. Vzhledem k tomu, že prevalence kouření je ve většině publikací udávána vyšší, nežli udávali dotazovaní pacienti v PN Bohnice (většinou 2–3x vyšší nežli v obecné populaci, viz úvod), je možné, že skutečná prevalence kouření je ještě mírně vyšší. Údaje o kouření nebyly totiž pro účely této práce validizovány pomocí CO ve vydechaném vzduchu, ani měřením kotininu. Druhou částí praktického výzkumu byly strukturované rozhovory, kdy bylo snahou zjistit přístup pracovníků k dotazníku, intervenci a edukaci. Zároveň bylo záměrem práce se dozvědět, v čem spatřují zdravotníci největší obtíž při práci na intervenci a edukaci kouření u těchto pacientů. V tomto ohledu jsou brány v potaz subjektivní názory jednotlivých zdravotníků. V práci jsou zohledněna pouze ta sdělení, která se několikrát opakují, a stejný názor byl zaevidován u několika z oslovených.

V praktické části byly popsány podrobné výsledky kvantitativního i kvalitativního výzkumu. Jejich cílem bylo odpovědět na výzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku výzkumu.

Znění 1. Výzkumné otázky: Jaká byla prevalence kouření mezi pacienty s diagnózou schizofrenie a deprese v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích za sledované období?

Vysoká prevalence kuřáků s psychickým onemocněním byla několikrát prokázána v různých průzkumech ve světě. Dle (Lasser 2000, Kalman 2005) je prokázána prevalence u těchto pacientů 50–80 % dle typu diagnózy (s výjimkou obsedantně-kompulzivní poruchy). Mezi respondenty v tomto výzkumu jsou zařazeni pacienti se schizofrenií a depresí v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde byla za sledované období prokázána prevalence pravidelných – denních kuřáků se schizofrenií 46,72 % a prevalence pravidelných kuřáků s depresí 34,16 %. Oproti prevalenci

v obecné populaci, která je dle Sovinové & Csémy (2016) 18,2 %, je prevalence našich respondentů několikanásobná.

Znění 2. Výzkumné otázky: Jak pacienti vnímají vstupní intervenci k zanechání kouření z hlediska použitého nástroje a přístupu personálu nemocnice?

K posouzení vnímání vstupní intervence a přístupu k ní byly využity strukturované rozhovory s pacienty, které byly provedeny na jednotlivých příjmových odděleních a odděleních následné péče. Bohužel v návaznosti na sdělené informace je zřejmé, že přístup k intervenci a edukaci není propracovaný a často chybí zdravotníkům odpovídající vhodné odpovědi. Nabídka pomoci z jejich strany je zde zcela výjimečným jevem. Často pacienti oponují tím, že by jim na světě nic nezbylo, když by přestali kouřit a zdravotníci toto tvrzení přecházejí, místo vysvětlení negativního vlivu kouření na psychické zdraví, a naopak jim tedy v kouření vycházejí vstříc. Dotazník včleněný do ošetřovatelské anamnézy je brán ze strany pacientů pouze jako sdělení informací a neberou ho jako něco, čím by jim chtěl zdravotník pomoci. Velmi zřídka se na sledovaných odděleních při příjmu stává, že by se zdravotník snažil provést i minimální intervenci nebo edukaci.

Znění 3. Výzkumné otázky: Jak zdravotníci přistupují ke vstupní intervenci? Jsou v jejich přístupu nějaké rozdíly? Pokud ano, jaké a čím mohou být způsobeny?

Prvním sledovaným hlediskem v přístupu zdravotníků ke vstupní intervenci je oddělení, na kterém pracují. Rozdíl v přístupu byl zaznamenán na příjmových odděleních, kde mnohokrát ani není možné dotazník s pacientem vyplnit. Když už se podaří od pacientů informace získat, tak ve většině případů nejsou ve stavu, kdy by mohla být prováděna jakákoli intervence. Zdravotníci na těchto odděleních se zaměřují spíše na stabilizaci zdravotního stavu pacienta. Přístup zdravotníků na odděleních následné péče by měl již zahrnovat veškeré náležitosti intervence na kouření. Ve většině případů se ale k intervenci staví obdobně, jako na příjmových odděleních. Nenabízí pomoc v odvykání kouření s tím, že většina pacientů nechce přestat kouřit. Když má některý z pacientů zájem o abstinenci kouření, většinou je mu doporučena maximálně náhradní terapie nikotinem. Z rozhovorů vyplývá, že ani jeden ze zdravotníků během svého působení na těchto odděleních neodeslal ani nedoporučil žádného pacienta do ambulance Ameta v nemocnici. Tento jev může být způsoben nezájmem ze strany zaměstnanců, ale především, dle jejich sdělení je způsoben malým povědomím o ambulanci v nemocnici, což se z rozhovorů několikrát potvrdilo. Rozdíly v přístupu žen a mužů zdravotníků se z rozhovorů nepotvrdily.

Znění 4. Výzkumné otázky: Existuje nějaká souvislost mezi vlastním kouřením zdravotníků a jejich přístupem ke kouření pacientů? Pokud ano, jaká?

Dalším možným rozdílem v přístupu ke kouření pacientů se zdá být varianta zdravotníka kuřáka a nekuřáka. Zatímco nekuřákům výrazně vadí celkové prostředí na odděleních, přístup pacientů k léčbě a neúčast na terapiích, nekuřákům tyto jevy, dle sdělení, tolik nevadí. Nekuřáci mají mnohokrát tendenci pacienty poučit o rizicích kouření. Nejedná se však o strukturovanou intervenci ani edukaci, ale spíše jsou jim informace sdělovány v průběhu jejich léčby v závislosti na aktuální příležitosti. Zdravotníci kuřáci naopak často potvrzovali skutečnost, že nejvíce informací se od pacientů dozvědí na kuřárnách, kde s nimi tráví nějaký čas. Z logiky věci na kuřárnách edukaci ani inetrvenci neprovádějí.

V příštích výzkumech, které se budou v nemocnici v souvislosti s inetrvencí a edukací pacientů kuřáků dělat, by bylo vhodné se zaměřit na možné změny a úpravy v přístupu zdravotníků a nemocnice. V návaznosti na změny v postojích zdravotníků a nemocnice a změny v přístupech by bylo možné porovnat postupně se měnící poměr kuřáků a nekuřáků. Zároveň by bylo možné hodnotit počty zájemců o zanechání kouření mezi pacienty.

5 ZÁVĚR

V této práci byla zkoumána prevalence kouření psychiatrických pacientů, konkrétně pacientů s diagnózou schizofrenie a deprese v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Výsledek vysokého počtu kuřáků bylo možné očekávat vzhledem k mnoha studiím, které se na tuto problematiku zaměřovaly a potvrzovaly celkově vysokou prevalenci kouření u psychiatrických pacientů obecně. Mezi respondenty byli zařazeni pacienti, kteří byli přijati do nemocnice během sledované období od září 2017 do února 2018 s diagnózou schizofrenie a deprese. Celkový počet byl 538 přijatých pacientů. Z tohoto počtu se označilo 241 pacientů za pravidelné a příležitostné kuřáky, což tvoří 44,79 % ze sledovaného vzorku. Vzhledem k zadanému dotazníku na kouření v ošetřovatelské anamnéze, bylo možné vyhodnotit, kolik pacientů by rádo s kouřením přestalo a jaké intervence probíhají ze strany zdravotníků. Z celkového počtu pacientů, kteří se označili za pravidelné kuřáky, jich 35 (15,48 %) potvrdilo zájem o zanechání kouření. Dotazník je vyplňován s každým pacientem při jeho příjmu do nemocnice.

Další ze sledovaných oblastí v této práci byl přístup zdravotníků a pacientů k intervenci na kouření při příjmu a během celého pobytu v léčbě. Bylo snahou odpovědět alespoň z části na možné rezervy a komplikace, které se vyskytují z obou zúčastněných stran. Tento výzkum probíhal formou strukturovaných rozhovorů, kdy byli osloveni jak zdravotníci příjmových a následných oddělení, tak i pacienti na těchto odděleních. Dotazovaní se shodli na několika zásadních bodech. Velké benevolentnosti ze strany nemocnice ke kouření. Na velkém množství nevyužitého času během dne na odděleních a na nízké informovanosti o možnostech využití ambulance Ameta. Další shoda v názoru zdravotníků se týkala nedostatečné podpory ze strany vedoucích zaměstnanců v oblasti odvykání kouření. V neposlední řadě se zdravotníci několikrát zmínili o komplikaci v zaznamenávání informací do anamnestického listu při překlada pacienta na oddělení následné péče. V případě přeložení se s pacientem již dotazník znovu nevyplňuje.

Většinu výzkumných otázek se podařilo zodpovědět a cíl práce byl splněn. Je pravdou, že práce skýtá mnoho nedostatků ohledně relevantnosti jednotlivých bodů, protože není možné vysledovat přístup všech zdravotníků během vyplňování dotazníků. Zároveň je nutné vzít v potaz subjektivní postoje a názory zdravotníků a pacientů, kteří byli dotazováni.

Zajímavým výsledkem a přínosem pro Psychiatrickou nemocnici Bohnice by mohly být určité změny v pravidlech týkajících se kouření na odděleních. Jedním z doporučení by mohla být edukace personálu a pacientů ohledně možností léčby a souvislostí kouření a psychických poruch, sebevražd a jiných. Poukázat na to, že nervozita při odvykání je dána abstinenčním syndromem, který časem vymizí a že kouření je z dlouhodobého hlediska naopak stresogenní faktor. Nepředpokládá se, že bude možné okamžitě změnit přístup a postoj ke kouření jednotlivců. Pozitivní skutečností by ale bylo, zajištění větší informovanosti a lepších podmínek pro potřebnou intervenci a edukaci. Motivované pacienty by následně bylo možné odeslat k odbornému vyšetření, a ještě lépe do vznikajícího specializovaného centra – Ameta v nemocnici. Pro všechny strany je důležité vědět důležitou informaci, že pokud budou pacienti chodit do těchto specializovaných center, tak jim pojišťovna na hrazení léků proti abstinenčním příznakům výrazně přidá. Pojišťovna OZP až 4 000 Kč a pojišťovna VZP 2 500 Kč.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. American Psychiatric Association. (2007). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000. Dostupné z: <http://www.intox.org/databank/documents/supplem/supp/sup2.htm>.
2. Bencko, V., et al. (2002). *Hygiena – učební texty k seminářům a praktickým cvičením*. Praha: Univerzita Karlova
3. Eltayb, A., Wadenberg, M.L., Schilström, B., Svensson, T.H. (2007). Antipsychotic-like effect by combined treatment with citalopram and WAY 100635: involvement of the 5-HT_{2C} receptor. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, (10)3, 405-410. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ijnp/article/10/3/405/904271>
4. Fiore, M., Jaén, C., Baker, T., et al. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Dostupné z: www.surgeongeneral.gov/tobacco
5. Goodman, E., Capitman, J. (2000). Depressive Symptoms and Cigarette Smoking Among Teens. *Pediatrics* 2000, (4)106, 748-755. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.487.6840&rep=rep1&type=pdf>
6. Grant, BF., Hasin, DS., Chou, PS., et al. (2004). Nicotine Dependence and Psychiatric Disorders in the United States Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61(11), 1107-1115. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15520358>
7. Hollý, M. (2017). PN Bohnice a kouření. *Bohnice*, 17(11), 12-13. Dostupné z: http://intranet.bohnice.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=876:zpravodaj-2017&catid=34:zpravodaj-plb&Itemid=253
8. Hollý, M., Sadílková, K., Provazníková Z., Kalinová, E. a kol. (září, 2016). *Place of Tobacco Dependence Treatment in Psychiatric Healthcare System*. Příspěvek přednesený na konferenci SRNT, Praha
9. Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády České republiky
10. Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
11. Kalman, D., Morissette, S., George, T. (2005). Co-morbidity of smoking with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005, (14)29, 106-123
12. Králíková, E. (2015). *Diagnóza F17: Závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta a.s.
13. Králíková, E. (2017). Budíček pro psychiatry. *Bohnice*, 17(6), 26-30. Dostupné z: http://intranet.bohnice.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=876:zpravodaj-2017&catid=34:zpravodaj-plb&Itemid=253
14. Králíková, E. a kol. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA
15. Králíková, E., Češka, R., Pánková, A., Štěpánková, L., Zvolská, K. a kol. (2015). *Vnitřní lékařství*. (s. 157-158). Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, o.s.
16. Králíková, E., Češka, R., Pánková, A., Štěpánková, L., Zvolská, K. a kol. (2015). *Vnitřní lékařství*. (s. 1511-1512). Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, o.s.
17. Králíková, E., Štěpánková, L., Kalinová, E. a kol. (2016). Nejčastější příčina úmrtí psychiatrických pacientů. *Psychiatrie pro praxi*, 17(3), 88-91. Dostupné z:

- https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201603-0002_Nejcastejsi_pricina_umrti_psychiatrickych_pacientu_nebojme_se_ji_lecit.php
18. Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing, a.s.
 19. Kučerová, H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing, a.s.
 20. Kurcová, I. (2013). Nikotin a tabákový kouř: Vybrané biochemické aspekty. In E. Králíková a kol., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba* (pp. 117-121). Břeclav: Admira
 21. Lasser, K., Boyd, JW., Woolhandler, S. et al. (2000). Smoking and mental illness, a population based prevalence study. *JAMA* 2000, (284), 2606-2610. Dostupné z: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/284/20/2606>
 22. Pavlovská, A. (2011). Fagerstromův test nikotinové závislosti (Fagerstrom Test of Nicotine Dependence, FTND) [Online] In *Adiktologie.cz*. Praha: Klinika adiktologie. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2734/Fagerstromuv-test-nikotinove-zavislosti-Fagerstromuv-Test-of-Nicotine-Dependence-FTND->
 23. Perlík, F., Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (2015). PPT Presentace – Lékové interakce cigaret – prof. Perlík. *Farmakologické interakce cigaret*. Dostupné z <http://www.slzt.cz/ppt-prezentace>
 24. Petr, T., Marková, E. a kol. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s.
 25. Příbyl, P. (2013). *Závislost na tabáku u vybraných pacientů psychiatrické léčebny Bohnice a intervence směřující k léčbě závislosti na tabáku* (Bakalářská práce). Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/120060/>
 26. Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P. a kol. (2015). *DSM–5*. Praha: Hogrefe - Testcentrum
 27. Raboch, J., Pavlovský, P. a kol. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum
 28. Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál
 29. Sovinová, H., Csémy, L. (2016). *Užívání tabáku v České republice 2015*. Státní zdravotní ústav
 30. Sovinová, H., Csémy, L. (2016). *Užívání tabáku v České republice 2015, Výzkumná zpráva*. Státní zdravotnický ústav, Praha
 31. Světová zdravotnická organizace. (2018). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených problémů: desátá revize – 2. aktualizované vydání. MZCR. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
 32. Štěpánková, L., (2013). *Léčba závislosti na tabáku a depresivní porucha. Úspěšnost léčby pacientů s anamnézou depresivní poruchy* (Disertační práce). Dostupné z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/133388>
 33. Tedeschi, GJ., Cummins, SE., Anderson, CM., Anthenelli, RM. et al. (2016). Smokers with Self-Reported Mental Health Conditions: A Case for Screening in the Context of Tobacco Cessation Services. *PLoS One*. 2016, (7)11. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27391334>
 34. Tsuda, I., Saruwatari, J., Furukori, NY. (2014). Meta-analysis: the effects of smoking on the disposition of two commonly used antipsychotic agents, olanzapine and clozapine. *BMJ Open* 2014, (4)3, e004216. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3948577/>
 35. Všeobecná fakultní nemocnice Praha. (2015). *Duševní zdraví a kouření*. Praha: Centrum pro závislé na tabáku. 1. Leták. Složený list
 36. Všeobecná fakultní nemocnice Praha. (2015). *Kouření a psychické problémy*. Praha: Centrum pro závislé na tabáku. 1. Leták. Složený list

37. Weinebrger, AH., George, TP. (2006). Comorbid Tobacco Dependence and Psychiatric Disorders. *Psychiatric Times*. Vol. 25. Dostupné z: <http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/comorbid-tobacco-dependence-and-psychiatric-disorders/>
38. West, R. et al. (2005). Assessing smoking cessation performance in NHS Stop Smoking Services. *The Russell Standard (Clinical)[Online]*. Dostupné z: <http://www.ncsct.co.uk/usr/pub/assessing-smoking-cessation-performance-in-nhs-stop-smoking-services-the-russell-standard-clinical.pdf>
39. World Health Organization. (1978). *International classification of diseases and related health problems*. Geneva: WHO

7 SEZNAM PŘÍLOH:

7.1 Nově formulované otázky v ošetřovatelské anamnéze

The screenshot shows a digital form for recording smoking habits. On the left is a vertical navigation menu with buttons labeled '> 1 <', '2', '3', '4', '5,6', '6', '6,7', '8,9', '10,11', and '12,7'. The main form area contains the following fields and options:

- návyky: kouření: nelze zjistit
- nekuřák
- bývalý kuřák od [] do [] let
- příležitostný kuřák od [] let
- pravidelný kuřák od [] let
- [] cigaret aktuálně denně
- chce přestat kouřit: ano ne neví
- intervence sestrou: žádná
- leták
- krátká edukace
- doporučena náhradní terapie nikotinem
- doporučen do ambulance pro léčbu závislosti na tabáku

7.2 Rozhovory

Příjmové oddělení pro léčbu afektivních poruch – oddělení 27 – patro

- **Pohled zdravotníka**

Podle sdělení zdravotníků oddělení, se samotným dotazníkem o kouření moc nezajímají a v zásadě jim nezabere více než 3 minuty času. Berou to tedy jako rutinní činnost, kterou po nich vyžaduje nemocnice. Jeden ze zdravotníků uvedl, cituji „u 99 % pacientů, které přijímáme, nemá smysl dělat žádné kroky v intervenci, protože kouření je jediná věc, která je drží, navíc kolikrát nejsou ve stavu, kdy by mohli něco takového vnímat“.

Ptala jsem se zdravotníků, jakým způsobem by postupovali za předpokladu, kdyby některý z pacientů při příjmu projevil alespoň minimální zájem o zanechání kouření, nebo by jim sdělil, že už se snažil přestat a nepodařilo se mu to. Jeden z dotazovaných by pacientovi nabídl možnost náhradní terapie nikotinem a druhý by ho doporučil k lékaři, který by s ním jeho možnosti podrobně probral. Krátkou intervencí by neprovedl ani jeden z nich. Oba dva se vyjádřili, že vědí o tom, že kouření snižuje účinnost farmakologické léčby, ale že se doposud neseťkali s žádným pacientem na tomto oddělení, kterému by musela být medikace upravována kvůli omezování

kouření. Naopak pociťují, že pacienti jsou výrazně klidnější, když jsou na kuřárně, a proto že jim vstup umožňují i nad rámec.

- **Pohled pacienta**

Na tomto oddělení je velmi obtížné vybrat pacienta, který by byl schopen strukturovaného rozhovoru. Nakonec byl rozhovor proveden s 34letou ženou, která byla hospitalizována se schizofrenií. Dle jejich slov si na vyplňování dotazníku pamatovala pouze matně s tím, že pro ní je toto téma nezajímavé, vzhledem k tomu, že s kouřením přestávat nehodlá. Zdravotník s ní jednotlivé otázky prošel, ale nijak se u žádné z nich nepozastavil. Vzhledem k tomu, že svůj postoj sdělila ihned na začátku rozhovoru, nedostala od zdravotníka žádné doporučení, a to ani k možnostem pomoci ze strany oddělení a nemocnice a ani ji nikdo nesdělil, že v nemocnici funguje ambulance pro pomoc s odvykáním kouření.

Příjmové oddělení pro muže a ženy – oddělení 26

- **Pohled zdravotníka**

Jedním z oslovených zdravotníků byla sestra, která nikdy nekouřila. Na celý dotazník dle jejího názoru pacienti reagují spíše neutrálně. Nijak je to nezatěžuje a berou to, jako rutinní záležitost. Jedinou výjimkou, kterou zaznamenaly obě sestry, se kterými jsem hovořila, byli pacienti, kteří byli mimo tabáku závislí ještě na jiné návykové látce, a to především THC. Takoví pacienti většinou reagují na dotazník o kouření spíše negativně až rozzlobeně. Jí samotné zabere vyplňování dotazníku pouze pár minut. Téměř nikdy se nestává, že by pacient projevil i malý zájem o to, že by s kouřením přestal a celkově bere problematiku kouření na tomto oddělení, jako zásadní. Pacientům se i přes jejich nezájem snaží ukázat různé druhy pomoci a podpory, kdyby o zanechání kouření začali přemýšlet, ale téměř vždy bez úspěchu. Jako hlavní problém zde vidí, citují: „Vzhledem k tomu, že jsem nekuřák, tak si nemyslím, že je vhodné, aby zdravotníci kouřili s pacienty společně na kuřárně. Měli by kouřit na jiných místech k tomu určených, hůře se mi potom provádí edukace s pacienty na toto téma“.

Druhá zdravotní sestra, se kterou jsem hovořila, byla kuřačka. Na toto téma společného kouření s pacienty na kuřárně se vyjádřila dost jednoznačně. Dle jejich slov je možné, právě na kuřárně, s pacienty hovořit daleko více otevřeně a dostanou tak od nich informace, které by jim na vyšetřovnách neřekli, a to i informace, které se týkaly jejich zdravotního stavu. Edukaci téměř nikdy neprovádí, protože dle jejích slov, není nikdo, komu by informace předávala, nikdo o ně nestojí. Obě sestry se shodly na tom, že je velkým problémem to, že pacienti zanedbávají kvůli kouření denní aktivity, zapomínají na ně chodit, nebo z nich v průběhu odcházejí, s tím že jdou na toaletu a jdou si zakouřit. Vedoucí programu má samozřejmě možnost určité formy trestu za toto chování, ale většinou se to mívá účinkem. Když se snaží hovořit o těchto problémech se svými nadřízenými, tedy s vedoucím lékařem nebo primářem, většinou dostávají zamítavé odpovědi s tím, že je lepší, když jsou pacienti v klidu, než aby se vyvolávaly zbytečné konflikty.

- **Pohled pacienta**

Hovořila jsem zde se dvěma muži, z nichž jeden byl přijat s diagnózou deprese a druhý schizofrenie. Pacient s diagnózou deprese sdělil, že v běžném životě venku je nekuřák, ale když se

dozvěděl, že bude hospitalizovaný zde v nemocnici, nakoupil si hodně krabiček. Bylo to prý z důvodů dlouhých dnů a nudy, která je tady na oddělení častá. Krátí kouřením volné chvíle. Tyto informace sestřám řekl a dle jeho slov se nikdo nesnažil provést edukaci a navést ho k variantě jiného vyplňování volného času. Samotný dotazník se mu nejevil nějak zvlášť obtěžující, zkrátka odpovídal na dotazy, které mu byly pokládány.

Druhý pacient se schizofrenií sdělil, že je pravidelný kuřák a vykouří minimálně 20 cigaret denně za normálních okolností a tady na oddělení se dostává až k počtu 35 cigaret za den. Na můj dotaz, zda někdo z personálu s ním pracuje na snížení počtu cigaret za den, tedy na jeho obvyklý počet 20 cigaret denně odpověděl, že ne. Jedná se u něho také pouze o vyplňování volného času, který na oddělení je.

Příjmové oddělení pro muže a ženy – oddělení 1

- **Pohled zdravotníka**

Na toto oddělení jsou podle sdělení dvou zdravotnic nekuřáček přijímáni pacienti, kteří jsou minimálně z 90 % kuřáci. Celý dotazník je s nimi vyplněn během maximálně dvou minut, protože ve většině případů se k edukaci nebo intervenci nemají šanci dostat. Mnoho pacientů jim sdělí ihned, že jsou pravidelnými kuřáky od mládí, tento stav jim vyhovuje a nehodlají na něm nic měnit, takže se personál o intervenci ani nepokouší. Během rozhovoru s pacientem, u kterého to situace alespoň trochu dovolí, zdravotníci sdělují, že je v nemocnici možnost pomoci s odvykáním kouření, ale dle jejich slov se jim dostává odpovědi typu „Co by mi tady ještě zůstalo, kdybych nekouřil?“ Zdravotníci v kouření spatřují skutečně jedinou jejich činnost během dne, když nepočítají terapeutické aktivity, které pacienti kvůli kouření opouštějí v průběhu, za což jim ale nehrozí žádný postih. Rozdíly mezi přístupem žen a mužů prý nejsou žádné. Dalším problémem, který zdravotníci na tomto oddělení zmiňují je obstarávání cigaret a tabáku. V momentě, kdy pacienti nemají nikoho, kdo by se jim o přísun cigaret staral, nosí jim je personál. Donáška personálem je hlavně z toho důvodu, aby se vyhnuli případným komplikacím spojeným s abstinčním syndromem, když by některý silný kuřák cigarety neměl.

Nejen na tomto oddělení si zdravotníci výrazně stěžují na umístění kuřárny přímo na chodbě oddělení. Zápach, který kouř způsobuje je dle nich nesnesitelný. Ve značné míře jim to znepříjemňuje pracovní prostředí a snaží se společným místům vyhýbat. Mají možnost ovlivnit časy, kdy by se eventuelně kužárna odemykala, ale dostávali by se denně do konfliktu s pacienty, kteří by se domáhali otevření kužárny i v mimo vyhrazené hodiny. Výrazným problémem na oddělení je kouření mimo kužárnu. Jedná se hlavně o prostory toalet, kde se během dne vystřídá několik kuřáků, kteří z nějakého důvodu nemohou nebo nechtějí kouřit na kužárnách. Za toto jednání jim ale v podstatě, dle slov zaměstnanců, stejně nehrozí žádný postih.

- **Pohled pacienta**

Hovořila jsem s pacientem hospitalizovaným na tomto oddělení kvůli své diagnóze deprese. Je mu 43 let a kouří pravidelně 20 cigaret denně od svých 14 let. Nikdy neuvažoval, že s kouřením přestane a sdělil to i zdravotníkům, kteří se ho na to během příjmu ptali. Ze strany sester při příjmu, dle jeho slov, neproběhla žádná edukace ani krátká intervence. Nikdo ze zdravotníků mu

nepředal žádné stručné informace, jaká rizika kouření obnáší, naopak se ho ptali, zda mu má kdo cigarety během hospitalizace obstarat. O ambulanci Ameta se dozvěděl v návaznosti na své metabolické obtíže, ale doposud nevěděl, že slouží i jako ambulance pro pomoc při odvykání kouření.

Oddělení následné péče pro muže a ženy do 65 let – oddělení 21

- **Pohled zdravotníka**

Rozhovor se zdravotníkem na tomto oddělení byl proveden se zdravotní sestrou, která na psychiatrii pracovala krátce, pouze šest měsíců a je nekuřačka. Podle ní, se nachází na tomto oddělení zhruba 90 % kuřáků. Sdělila, že se nikde za celou svou praxi nesečkala s tak velkým počtem kuřáků, ale zároveň potvrzuje, že pro tyto pacienty je kouření celkem nutností vzhledem k jejich psychickému stavu. Vzhledem k dotazníku o kouření, který byl zařazen do anamnestického listu, sděluje, že jí nezabere nikdy více než 3 minuty času. Jde podle ní skutečně pouze o zaznamenání informací, protože se zatím nesečkala s nikým, kdo by projevil alespoň minimální zájem o zanechání kouření. Vyjádřila se ke společnému kouření personálu a pacientů na kuřárně, která je umístěná, stejně jako na většině oddělení, přímo na chodbě. Podle jejich slov se při takto společně stráveném čase s pacienty má možnost personál dozvědět mnohem více informací než při běžných aktivitách. Když by měla porovnat postoj mužů a žen zde na oddělení, tak jsou ženy podle ní daleko více naléhavé na kouření. Kuřárna se zde zamyká během dne pouze na výdej léků a stravy a už tento krátký čas je pro mnohé pacienty hodně náročné zvládnout.

Jako hlavní sdělení od pacientů uvádí, citují: „Co by mi zbylo, když bych přestal/a kouřit?“ Po tomto sdělení neprovádí edukaci ani intervenci, protože podle ní je obtížné přimět pacienta, aby alespoň prozatím přestal kouřit trávu. „Není to pro ně prioritou“ uvádí. Často je při příjmu svědkem toho, že jí pacient sdělí, že za normálních okolností nekouří, ale při hospitalizaci v nemocnici opět začal. Párkrát v těchto situacích se prý pokusila navázat na jejich sdělení s nabídkou pomoci, ale nikdy se nesečkala s pozitivní reakcí. Platí zde to, co na ostatních odděleních, které mají kuřárnu umístěnou na chodbách oddělení. Tedy, že je zde kouř cítit po celém oddělení, protože nejsou prostory dostatečně odvětrávané.

- **Pohled pacienta**

Rozhovor proveden se ženou, 26 let, která kouří od svých 13 let. Sestra se jí zeptala v rámci příjmu na pro ni standardní otázky o kouření, které jsou uvedeny v dotazníku. Sdělila jí, že nemá zájem přestávat s kouřením a už vůbec ne v její aktuální situaci. Dotazník jí ale nijak neobtěžoval a spíše ho brala, jako běžný postup při příjmu na oddělení. Vzhledem k tomu, že se hned ze začátku vyjádřila ke kouření dost jednoznačně, neměla sestra tendenci nabízet prý žádnou pomoc s odvykáním. I ona potvrzuje sdělení sestry, kdy říká „Co by mi zbylo, kdybych nemohla kouřit a pít kávu?“ Ptala jsem se, zda má informaci o tom, že v nemocnici funguje ambulance pro pomoc při odvykání kouření. Sdělila mi, že nemá, ale stejně by její služby nevyužila, vzhledem k tomu, že nemá zájem v budoucnosti s kouřením přestávat.

Oddělení následné péče pro muže do 65 let – oddělení 15

- **Pohled zdravotníka**

Zde jsem hovořila se dvěma zdravotníky, jedním z nich byla kuřačka a zdravotník nekuřák. Sdělili mi, že samotným dotazníkem se moc nezabývají a je to pro ně pouze rutinní činnost, kterou jsou zvyklí provádět. Na jednotlivé otázky pacienti reagují spíše bez emocí a berou ho jako rutinu, kterou musejí podstoupit. Pouze jednomu z nich se jednou stalo, že by jim pacient řekl, že by možná v budoucnosti uvažoval o zanechání kouření, ale rozhodně s tím nehodlá začínat teď při nástupu do nemocnice, není to pro něj prioritou. Když jsem se zeptala, jak postupoval, řekl, že se pokusil o krátkou edukaci a sdělil pacientovi rizika spojená s kouřením, ten mu odpověděl, že o nich ví, ale stejně se pokusí přestat kouřit až po jeho propuštění. Pokus o odeslání do Amety z tohoto důvodu neproběhl. Vzhledem k tomu, že se jedná o otevřené oddělení, nemají pacienti kuřárnu na oddělení a chodí kouřit ven před budovu. Díky této skutečnosti se podle zdravotníka vyhnuli tomu, že by jim byl cítit kouř na chodbách oddělení. Čemu se ale dle jejich slov vyhnuli je to, že jim pacienti často ruší účast na aktivitách a terapiích, případně z nich odcházejí předčasně, protože jim za to nehrozí žádný postih. Sdělili, že by prý klidně dělali krátkou intervenci, ale nikdo z pacientů o ní prý nemá zájem.

- **Pohled pacienta**

Rozhovor byl proveden s 54letým mužem, který kouří od svých patnácti let minimálně 20 cigaret denně. Dotazník, který s ním byl při příjmu vyplňován, bere jako klasický postup nemocnic a nijak se nad ním nepozastavil. Sdělil hned na začátku, že s kouřením nehodlá přestávat a ani o tom nikdy během svého života neuvažoval. Vzhledem k tomu, že je v nemocnici hospitalizován již delší dobu a byl přeložen z příjmového oddělení, je pro něj prý těžké, obzvláště v chladnějších měsících chodit kouřit ven před oddělení. Byl zvyklý, že je kuřárna umístěna přímo na oddělení a pro něho to bylo pohodlnější. Ptala jsem se, zda ví o tom, že v nemocnici funguje ambulance pro pomoc s odvykáním kouření. Sdělil, že o tom nic neví a stejně by její pomoc ani nevyužil.

Resocializační oddělení pro muže do 65 let – oddělení 11

- **Pohled zdravotníka**

U zdravotníků na tomto oddělení bylo vidět značné rozladění během rozhovoru. I když je samotný dotazník nijak nezdržuje a vyplňováním nestráví více než pár minut času, tak samotná edukace nebo intervence prakticky neprobíhá. Uvedli, že pacientů, kteří zde kouří, je více než 90 % a nikdo z nich neuvažuje o zanechání kouření. Na otázky z dotazníku odpovídají bez problémů a moc se nad tím nezamýšlí. Zdravotníci uvedli velký nezájem ze strany pacientů o jejich celkový zdravotní stav, vzhledem k jejich nemoci, s čímž souvisí i jejich nezájem o zanechání kouření. O ambulanci v nemocnici vědí a klidně by prý někoho doporučili, ale podle jejich sdělení prý není možnost. Hlavním problémem podle nich je velká benevolence ze strany nemocnice. Pacienti mají téměř neustále přístup na kuřárnu a cigarety jim jsou obstarávány návštěvami. Pokud pacienti nemají nikoho, kdo by je navštěvoval, nosí jim je personál na vyžádání. Sdělili mi, že v momentě,

kdy by pacient cigarety neměl, byl by velmi podrážděný a byla by v jeho případě velká pravděpodobnost, že by se u něho začaly rozvíjet psychózy.

Vzhledem k velkému počtu kuřáků na oddělení je pracovní prostředí pro personál a pro pacienty nekuřáky celkové prostředí dost znepríjemňováno kouřem, který je neustále na oddělení cítit z kuřárny. Personál uvedl, že je tato situace nesnesitelná a oni nemají možnost žádného řešení. Nehledě na to, že i na tomto oddělení se najde několik málo nekuřáků, kteří ale musejí celý den trávit ve velmi zakouřeném prostředí.

- **Pohled pacienta**

Hovořila jsem s pacientem, léčícím se zde se schizofrenií. Sdělil mi, že kouří od svých dvaceti let minimálně dvacet cigaret denně. Dle jeho sdělení v první fázi své nemoci vykouřil i osmdesát cigaret denně. Při příjmu do nemocnice sdělil zdravotníkovi, který s ním dotazník vyplňoval, že by rád s kouřením přestal. Zdravotník, který tuto informaci obdržel, mu sdělil, že v jeho aktuální situaci, není dobré s kouřením přestávat, a že pokud na tom skutečně trvá, tak že by mu doporučil náhradní terapii nikotinem ve formě, kterou si zvolí. Na svém rozhodnutí si trval a vyžádal si pohovor s vedoucím lékařem oddělení. Lékař ho doporučil do Amety a on prošel vyšetřením pod vedením lékařky v ambulanci. V zápětí na to začal s užíváním Champixu a několik měsíců nekouřil. Dle jeho slov je to ale na oddělení ještě těžší než za normálních okolností. Nejen, že téměř všichni pacienti zde kouří, ale náplň dne je značně omezená. Pro tyto skutečnosti prý s kouřením znovu začal a nyní s ním nikdo jeho závislost nerozebírá.

Resocializační oddělení pro ženy do 65 let – oddělení 12

- **Pohled zdravotníka**

Pro oba oslovené zdravotníky na tomto oddělení je kouření pacientů velkou komplikací nejen v jejich léčbě, ale také vzhledem k prostředí, které je na oddělení. Dotazník, který je vyplňován v ošetřovatelské anamnéze pro ně nepředstavuje žádnou pracovní ani časovou přítěž, ale jedná se dle jejich slov, pouze o sdělení informací. U velké části pacientů se tento dotazník ani na tomto oddělení nevyplňuje, protože jsou přeloženy z jiného příjmového oddělení, kde s nimi již tento dotazník vyplnili. Většina pacientů se nad dotazy nijak nepozastavuje. Zdravotníci neposkytují žádnou edukaci ani intervenci, protože, jak uvádějí, k tomu nemají potřebné nástroje a nemohou jim nabídnout žádná náhradní řešení. Téměř všichni pacienti neuvažují o zanechání kouření, což je patrné i výsledků krátkého dotazníku o kouření. Dotázala jsem se, zda mají tušení, že v nemocnici funguje ambulance pro léčbu metabolických onemocnění, kdy se zároveň jedná i o ambulanci pro pomoc s odvykáním kouření. Jedna ze sester sdělila „O Ametě víme, odesíláme tam pacienty, kteří vzhledem ke stravovacím návykům na oddělení mají metabolické obtíže a onemocnění, ale že tato ambulance funguje i jako ambulance pro pomoc s odvykáním kouření, to jsme nevěděli“

Jako hlavní problém zdravotníci na oddělení spatřují dostupnost cigaret a tabáku, kdy jim je pravidelně donášen rodinou, návštěvami, ale hlavně u pacientů, kteří nemají návštěvy, jsou jim cigarety pravidelně donášeny personálem. Po mém dotazu, kdo vydal nařízení o tom, že je třeba, aby personál obstarával cigarety pacientům, mi bylo sděleno, že je to jediná možnost, jak pacienty udržet alespoň v rámci možností v klidu a tento pokyn obdrželi od vedení oddělení. Většina

pacientů tráví na kuřárně, která je umístěna přímo na oddělení na chodbě, většinu svého času. Ihned po probuzení, kdy podle personálu ještě nemají za sebou ani ranní hygienu, míří jejich první kroky na kuřárnu. Celé oddělení je tak během celého dne značně cítit kouřem a personál nemá možnost s tím cokoli udělat.

- **Pohled pacienta**

Hovořila jsem se čtyřicetiletou pacientkou, která se zde léčí se schizofrenií. Dle jejích slov je pro ni kouření jedinou náplní dne na oddělení. Aktivity, které zde terapeuti s pacienty provádí, pro ni prý nejsou nijak podstatné. Neumí si představit den bez cigarety. Na můj dotaz, zda s ní někdo z personálu hovořil o možnostech, které nemocnice nabízí v rámci pomoci se zanecháním kouření, sdělila, že o tyto informace nemá zájem. Tuto informaci sdělila již při příjmu do nemocnice, kdy s ní byl dotazník vyplňován. Žádné nabídky v pomoci prý tedy od zdravotníka nebyly a o ambulanci se dozvěděla až nyní ode mě.

8 POJMENOVÁNÍ GRAFŮ:

Graf č. 1: Procentuální zastoupení pacientů se schizofrenií a depresí z celkového počtu všech přijatých pacientů za sledované období	26
Graf č. 2: Znázornění průměrné doby hospitalizace pacientů s jednotlivými onemocněními a průměrný počet dnů hospitalizace obecně.....	27
Graf č. 3: Znázorňuje otázku č. 1 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů s diagnózou schizofrenie a deprese	28
Graf č. 4: Znázorňuje rozdělení otázky č. 1 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů se schizofrenií.....	29
Graf č. 5: Znázorňuje rozdělení otázky č. 1 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů s depresí	30
Graf č. 6: Znázorňuje otázku č. 2 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů s oběma diagnózami dohromady	31
Graf č. 7: Znázorňuje otázku č. 2 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů se schizofrenií	32
Graf č. 8: Znázorňuje otázku č. 2 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů s depresí	33
Graf č. 9: Znázorňuje vyhodnocení otázky č. 3 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů se schizofrenií.....	34
Graf č. 10: Znázorňuje vyhodnocení otázky č. 3 v anamnestickém ošetřovatelském dotazníku u pacientů s depresí	35