

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Program „Stop kouření“ u vojáků z povolání

Dita Brezováková

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dita Brezováková**
Osobní číslo: **Z10051**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Program "Stop kouření" u vojáků z povolání**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

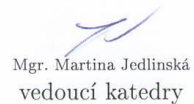
1. BÁRTLOVÁ, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
2. Kol. autorů sdružení SANANIM. Drogy, otázky a odpovědi. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.
3. KRÁLÍKOVÁ, E.; KOZÁK, J. T. Jak přestat kouřit. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. ISBN 80-85912-68-6.
4. LÜLLMANN, H. a kol. Farmakologie a toxikologie. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0836-1.
5. MASTILIAKOVÁ, D. Holistické přístupy v péči o zdraví. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-277-9.
6. ŠTEJFA, M. a kol. Kardiologie. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1385-4.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci použila, jsou uvedeny v seznamu bibliografických citací.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. 4. 2013

Dita Brezováková

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D., za věnovaný čas, odborné vedení, laskavý přístup a cenné rady, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Stanislavu Konštickému, CSc., který mi poskytl informace a data z programu „Stop kouření“.

Anotace

Bakalářská práce je věnována problematice kouření cigaret u vojáků z povolání v Armádě České republiky.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou.

V teoretické části jsou uvedeny informace o tabáku, důsledcích kouření, výživě kuřáků a BMI, statistická data výskytu kuřáků v České republice a v Armádě České republiky, diagnostika a léčba závislosti na tabáku.

Výzkumná část je zaměřena na vojáky z povolání, kteří se dobrovolně přihlásili a úspěšně absolvovali program „Stop kouření“. Výzkum sleduje a analyzuje úspěšnost programu po jeho ukončení.

Klíčová slova

Tabák, kouření, zdraví, závislost.

Annotation

This bachelor's work is dedicated to the issues of smoking cigarettes by professional soldiers in the Army of the Czech Republic.

The work is divided into a theoretical and an experimental part.

In the theoretical part there are stated the information about a tobacco, smoking consequences, smoker's nutrition and BMI, statistical data of the smoker's presence in the Czech Republic and the Army of the Czech Republic, diagnostics and treatment of a tobacco addiction.

The experimental part is concentrated on the professional soldiers who voluntarily entered and successfully completed the Stop smoking programme. The research oversees and analyzes the programme's success after its completion.

Key words

Tabacco, smoking, health, dependence.

Obsah

ÚVOD.....	8
CÍL PRÁCE.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Důsledky kouření.....	11
1.1 Složení tabákového kouře a jeho působení na organismus.....	11
1.2 Negativní následky kouření	12
1.3 Závislost.....	13
1.4 Výživa kuřáků.....	14
1.5 Kuřáci a BMI	15
1.6 Pasivní kouření	16
1.7 Děti a kouření.....	16
2 Statistika.....	19
2.1 Výskyt kuřáků v ČR	19
2.2 Výskyt kuřáků v AČR.....	20
3 Diagnostika závislosti na tabáku.....	21
4 Léčba závislosti na tabáku	23
4.1 Nefarmakologická.....	23
4.2 Farmakologická	24
4.3 Elektronické cigarety	28

5	Další pomoc pro kuřáky.....	30
5.1	Centra pro závislé na tabáku.....	30
5.2	Linka pro odvykání kouření.....	31
5.3	Armáda, program „Stop kouření“	32
	VÝZKUMNÁ ČÁST	34
	Výzkumné otázky	34
6	Metodika výzkumu	35
7	Prezentace výsledků.....	37
8	Diskuze	57
	ZÁVĚR	64
	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	66
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	69
	SEZNAM TABULEK	70
	SEZNAM ZKRATEK	71
	SEZNAM PŘÍLOH.....	72

ÚVOD

Dnes, v 21. století máme mnoho možností. Dovolená v zahraničí, návštěva divadel, kin, přátel, výlety. Každá domácnost vlastní automobil, televizi, počítač, internet. Jsou na nás kladeny větší a větší nároky. Vše se snažíme stihnout a zvládnout.

Mnoho možností, ale sebou provází i mnoho stresorů. Mezi stresory lze zařadit nemoc vlastní i někoho blízkého, změna školy, zaměstnání, změna bydliště a osobních návyků, změna finančních podmínek, úvěry a splátky, změna odpovědnosti, úmrtí blízkého člena rodiny, rozvod, ale i vlastní svatba, dovolená, prázdniny, Vánoce. Organismus při adaptaci na změny vyžaduje energii, dochází k přetížení a vzniku stresu (Mastiliaková, 1999).

Každý člověk je schopen určitým způsobem stres zvládnout. Nekuřák zkusí svou první cigaretu a záhy zjistí, že stres zvládá lépe. Z nekuřáka se stává kuřák, cigareta tak řeší jeho psychosociální problémy. Je zařazen do určité společnosti, lépe navazuje kontakt, v práci si může na chvíli odpočinout, přestávka na cigaretu je tolerována. Nikotin podpoří sekreci endorfinů a tělo vnímá příjemný pocit. Kuřák kouří pro kuřácký rituál. Vychutnává si vůni cigarety, která příznivě ovlivní stres a úzkost, zlepší pozornost a koncentraci a snižuje chuť k jídlu. Později kouří i pro úlevu, k zahnání abstinčních příznaků (Králiková, Kozák, 2003).

Kouření se řadí mezi naučená chování, zvyk, který si kuřák zafixoval a nutí ho sahat po cigaretě při určitých standardních situacích, ve společnosti, při pití kávy, při pocitech hladu nebo únavy a umožňuje překlenutí některých stresových situací (Štejfa, 2007).

Jednotlivé komunity, společnost považuje kouření cigaret za zlozvyk (Mlčochová, Papežová, 2001).

Subjektivní psychické změny po užití tabáku, vnímá jen konzument a ne okolí. Kouření a užívání tabáku je podstatně více tolerováno společností než alkohol a ilegální drogy (Hrubá, 2012).

Každý den potkáváme kuřáky, na autobusových zastávkách, na vlakovém nádraží, na svých pracovištích, před školou, v restauracích, před obchody, v parcích. Cigarety lze koupit v obchodě spolu s potravinami, v novinových stáncích, na čerpacích stanicích. Když se podíváme okolo sebe, nestane se nám, abychom na zemi nenašli oharky cigaret nebo vedle nás nestál kuřák s cigaretou v ruce. Závislost na tabáku nás provází celý život. Kdo může říci, že nezná žádného kuřáka, že žádný jeho kamarád nebo kolega nekouří!

Lékařská věda, ale užívání tabáku řadí mezi nemoci a tabák mezi návykové látky. Nemoc, kterou lze vykázat podle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů pod základní diagnózou F 17 (Nešpor, 2000; Zvolský, Nechanská, Králíková, 2012).

Závislost na tabáku je nejčastější diagnózou v ČR (Langrová, Králíková, Vojta, 2008).

Cílem vyspělých zemí je snižování předčasné úmrtnosti obyvatel a k nim patří i ovlivnění rizikových faktorů. Jedním z nich je kouření cigaret.

Přitom kuřáctví patří mezi nejsnáze ovlivnitelné příčiny nemocnosti a předčasné úmrtnosti (Mlčochová, Papežová, 2011).

Kuřák negativní následky kouření často podceňuje. Uplyne 20 až 30 let od začátku kouření a projevem prvních negativních následků. Kdyby tito lidé nekouřili, nemuseli onemocnět a zemřít tak brzy (Mlčochová, Papežová, 2011).

Ale na druhou stranu jsou lidé, kteří zjistí během svého života, že udělali chybu. Po ránu kašlou, zadýchávají se, začínají mít po dvaceti letech s cigaretou zdravotní problémy. Cigareta jim pomáhala v těžkých chvílích, ve stresu. Když si zapálili, vždy se vedle objevil další kuřák a mohli spolu sdílet tu chvíli klidu a krátké relaxace. Ale někde ve svém nitru si říkají: „Proč táta umřel tak brzo?“ „Neměl bych přestat kouřit, když mám rodinu?“ A teď nastala ta chvíle, rozhodnutí změny, hledání pomoci.

Jako téma mé bakalářské práce jsem si vybrala program „Stop kouření“ u vojáků z povolání, abych podpořila programy odvykání závislosti na tabáku. Toto téma je mi blízké. Pracuji jako zdravotní sestra v AČR a podílela jsem se na zmiňovaném programu.

Tento program byl zahájen v roce 2011. Nebyl pozitivně přijat veřejností ani praktickými lékaři jednotlivých posádek. Chtěla jsem zjistit, zda vynaložené finanční prostředky splnily svůj účel. Nedílnou součástí mé bakalářské práce je lépe pochopit kuřáky, shrnout možnosti léčby a pomoci.

CÍL PRÁCE

V bakalářské práci jsem si stanovila cíle v teoretické a empirické rovině.

v teoretické rovině:

- 1) Zaměřit se na problematiku kouření a vzniku závislosti na tabáku v České republice a v Armádě České republiky.
- 2) Popsat možnosti léčby kouření a pomoci při odvykání kouření.

v empirické rovině:

- 1) Zjistit u sledovaného vzorku respondentů, vojáků z povolání okolnosti kouření a stupeň závislosti na tabáku.
- 2) Popsat účinnost programu na sledovaném vzorku respondentů, vojáků z povolání účastnících se programu „Stop kouření“.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Důsledky kouření

1.1 Složení tabákového kouře a jeho působení na organismus

Jedna cigareta obsahuje více než 4 000 látek, z toho až 1 000 aditiv (přidaných látek). K nim patří zplodiny pyrolýzy, dehty a kancerogeny. Tyto látky mění a zabíjejí buňky, mohou vyvolávat i rakovinné bujení. V cigaretě je jedinou návykovou látkou nikotin, který je podstatou drogové závislosti (Kolektiv autorů SANANIM, 2007; Perná, Vašáková, 2009).

Po vdechnutí cigaretového kouře se nikotin dostává přibližně za 8 sekund do mozku (Perná, Vašáková, 2009). Proniká hematoencefalickou bariérou a po rychlém zvýšení hladiny nikotinu jsou aktivovány specifické „nikotinové“ acetylcholinové receptory (Hrubá, 2012). Bezprostředně poté dojde k vyplavení neurotransmiterů, jako je acetylcholin, norepinefrin, dopamin, serotonin, vasopresin (Hrubá, Soška, Fiala, Nebeská, 2009).

Kuřák je „odměněn“ příjemně vnímanou změnou nálady, zvýšenou pozorností a bdělostí. K maximálnímu subjektivnímu efektu nikotinu dochází během prvních několika minut po inhalaci. Kuřák po odeznění nebo snížení příjemných pocitů dávkování nikotinu opakuje. Po určité době pravidelného kouření, dochází k postupnému zvyšování počtu nikotinových receptorů a současně ke snižování jejich citlivosti. Pravidelný kuřák se snaží a je i schopen téměř kompletně saturovat nikotinové receptory, a tak předcházet abstinčním příznakům (Hrubá, 2012).

Vykouřením jedné krabičky cigaret denně kuřák uskuteční přibližně 73 vdechů cigaretového kouře. Váha nasrádaného dehtu v plicích u dlouholetého, chronického kuřáka je až 3,5 kg (Perná, Vašáková, 2009).

Současně si pravidelný kuřák spojuje kouření s určitými sociálními situacemi, při nichž si zapaluje automaticky cigaretu. A to i tehdy, když z té předcházející má ještě dostatečnou hladinu nikotinu (Hrubá, 2012).

1.2 Negativní následky kouření

Negativní následky kouření se opírají o závěry mnohaletých studií zahraničních i českých, rešerší Světové zdravotnické organizace.

Kouření se negativně odráží v mnoha oblastech zdraví. Dle statistik přispívá asi v 30% k úmrtnosti na zhoubné nádory (plic a dýchacích cest, jícnu, hrtanu, ústní dutiny, žaludku, ledvin, močového měchýře, střev a děložního čípku), v 25% k úmrtnosti na kardiovaskulární nemoci (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, aneurysma), v 70% k úmrtnosti na chronickou obstrukční nemoc plic (Mlčochová, Papežová, 2011).

Cigaretový kouř obsahuje 2 až 6% oxidu uhelnatého. Oxid uhelnatý se váže na hemoglobin a přerušuje transport kyslíku v těle. Kouř dráždí plíce, vede ke zvýšení hlenové sekrece a k poškození plic. Vlivem kouření dochází k poruchám štítné žlázy, má vliv na pohlavní hormony. Dochází ke zhoršení a zpomalení hojení ran, zrychlenému stárnutí kloubních chrupavek, bolesti kloubů a zad. Dále dochází ke změnám imunitního a nervového systému. Je popisováno vyšší riziko rozvoje Alzheimerovy choroby, schizofrenie, úzkosti a deprese. V porovnání s nekuřáky, je u kuřáků častější výskyt vředového onemocnění žaludku a duodena, častěji se vyskytují žlučové kameny. Kouření urychluje stárnutí kůže, zvýšenou tvorbu vrásek, zhoršení pleti a kvality vlasů. Následkem kouření dochází k rezistenci na inzulín. Inzulín nepůsobí tak, jak by měl, a dochází ke zvyšování hladiny krevního cukru a vzniku diabetu mellitu 2. typu. Objevují se změny tuků v krvi, které mají přímý vztah ke vzniku aterosklerózy (Kolektiv autorů SANANIM, 2007; Mlčochová, Papežová, 2011; Lang, Konštacký, 2011).

Kouření během těhotenství znamená značné riziko pro samotnou matku i vývoj plodu. U kuřáček dochází k předčasnému odlučování placenty (Mlčochová, Papežová, 2011; Sucharda, 2010).

Sucharda (2010) tvrdí, že u plodu kuřáček dochází k poruchám růstu a snížení porodní hmotnosti o 150-300g.

Dle Mlčochové a Papežové (2011) jde o tzv. fetální tabákový syndrom.

Kouření matek v těhotenství, ale i kuřácké prostředí v rodinách je spojeno se zvýšeným rizikem nadváhy a obezity dětí (Sucharda, 2010).

Menopauza u kuřáček přichází podstatně dříve než u nekuřáček a tím se zvyšuje riziko vzniku osteoporózy (Mlčochová, Papežová, 2011).

1.3 Závislost

Tabák patří mezi celosvětově nejrozšířenější a nejčastěji užívané psychoaktivní látky.

Důvodem kouření jsou psychoaktivní účinky nikotinu. Mezi ně patří pocity uspokojení, snížení strachu a obav, zlepšení soustředění a reakcí, v některých případech dochází i ke zlepšení výkonnosti. Odnětí nikotinu má účinky opačné. Kuřáci mají snahu získat každý den stejnou dávku nikotinu a přizpůsobují tomu své kuřácké chování. Nikotin sám o sobě nemá škodlivé účinky, ale nedovolí kuřákovi, zvláště závislému, opustit návyk (Sucharda, 2010).

Kuřák pociťuje silnou touhu užívání látky, tomuto stavu se říká bažení „craving“. Bažení pro kuřáka znamená, že látku nekontrolovatelně užívá, nedokáže ovlivnit začátek, konec nebo množství užívané látky. Při absenci látky pociťuje tělesný odvykací stav a užívá látku z důvodu zamezení abstinenčních příznaků. U kuřáka vzniká na tabák tolerance tzn., že je potřeba zvyšovat dávku pro dosažení stejného účinku. Kuřák zanedbává jiná potěšení kvůli užívání látky a užívá látku i přes jasný negativní účinek na zdraví (Malá, Králíková, Felbrová, 2010).

Bažení je vyvoláno spouštěči, je provázáno stresem a dalšími subjektivními a objektivními příznaky (neklidem, napětím). Má motivační efekt – zhoršuje sebeovládání ve vztahu k návykovému chování. V průběhu bažení dochází k zhoršení kognitivních funkcí a schopnosti rozhodování. Bažení slouží jako forma úniku z vnitřní nebo vnější reality. To je nebezpečné, protože se tak bažení posiluje a navíc se ztíží zvládnutí reálného vnitřního nebo vnějšího problému (Nešpor, 2011).

Podle Malé, Králíkové a Felbrové (2010), lze závislost rozdělit na psychosociální a závislost na nikotinu.

Psychosociální závislost je typem naučeného chování. To znamená, že kuřák kouří v určitých opakujících se situacích, v určité společnosti, za určitých okolností.

Závislost na nikotinu vzniká nejčastěji u kuřáků kouřících denně, většinou 10 a více cigaret a majících potřebu zapálit si do hodiny po probuzení. Závislost na nikotinu může být přibližně z 50% podmíněna geneticky. Převážná většina kuřáků, přibližně 80%, je na nikotinu závislých. Den bez kouření je problém. Po několika hodinách abstinence se objevují abstinenční příznaky (Malá, Králíková, Felbrová, 2010).

Nešpor (2011) rozděluje typy závislosti na biologickou a psychickou.

Při biologické závislosti se zvyšuje tolerance k dosažení stejného efektu, je zapotřebí větší a větší dávka. Při tělesné závislosti tělo potřebuje návykovou látku ke svému fungování. Když látku nemá, dochází k abstinenčním příznakům. Abstinenční příznaky mizí po podání další dávky návykové látky.

Psychická závislost se vyznačuje potřebou opakovaně a trvale užívat drogu k vyvolání příjemných a odstranění nepříjemných prožitků. (Nešpor, 2011).

Touhu lze vyjádřit i slovem žádostivost nebo chtíč. Touhu užívání drogy si jedinec uvědomuje, snaží se často užívání kontrolovat, nebo zastavit, ale často neúspěšně. Touha je tak silná, že jí nejde vůlí překonat. Veškeré jednání a chování tohoto člověka se zaměřuje jen na získání návykové látky. Závislý člověk je touhou získat a vzít si návykovou látku ovládaný natolik, že se dostává mimo jeho kontrolu a nedovede se vzepřít. Podmínkou vzniku závislosti je užívání návykové látky po nějakou dobu, dle stáří a látky, kterou užívá. Čím mladší, tím se závislost vytvoří rychleji. Motivem závislosti je potřeba vyřešit problémy, potřeba dosáhnout uspokojení, potřeba uniknout stereotypu, potřeba sociálního zapojení se do skupiny (Nešpor, 2000, 2011).

1.4 Výživa kuřáků

Styl kuřáckého chování ovlivňuje také životní styl a výživu samotných kuřáků.

Studie zabývající se hmotností nebo BMI nekuřáků a kuřáků, se při použití stejné metodiky shodují v závěru, že po zanechání kouření dochází k mírnému fyziologickému nárůstu tělesné hmotnosti, který je však přechodný (Mlčochová, Papežová, 2011).

Riziko kouření není způsobené jen vdechováním samotného tabákového kouře, ale ovlivňuje v negativním slova smyslu i výživové návyky. Důvodem odlišných stravovacích návyků je oslabený chuťový smysl u kuřáků a pozměněný smysl čichu. Kuřáci preferují méně sladkosti a vybírají pokrmy chuťově výrazné - kořeněné, solené, smažené. Velmi často jídlo nahrazují cigaretou. Kouření zpomaluje vyprazdňování žaludku a naopak zrychlená pasáž v tračníku zmírňuje zácpu. Na nižší hmotnosti kuřáků se podílejí rozdíly v energetickém metabolismu. Účinkem nikotinu se zvyšuje výdej energie v průměru o 5-10%. Výsledky meta-analýzy uvádějí, že kuřáci konzumují ve vyšší míře vejce, maso, uzeniny, brambory, hranolky, obecně jedí více smažená jídla a živočišné potraviny s viditelným tukem. U kuřáků byla pozorována

nízká spotřeba mléka, jogurtů, sýrů, ryb, ovoce, zeleniny, pitné vody a džusů. Kuřáci ve srovnání s nekuřáky mají vyšší příjem kofeinu z kávy, čaje a colových nápojů. Právě stravovací rozdíly mohou u kuřáků prohlubovat škodlivé účinky kouření a podílet se na vzniku nádorových onemocnění a ischemické choroby srdeční. U kuřáků je významně zvýšena konzumace alkoholu. Mají nižší příjem vlákniny, vitamínů, omega-3 a omega-6 mastných kyselin. Ve stravě kuřáků je nižší příjem mikronutrientů (vit. C, E, vitaminy skupiny B, beta-karoten, stopové prvky). Kuřáci mají přibližně o 25% nižší koncentraci cirkulujícího vit. C v séru. Příjem beta-karotenu je v průměru o 17% nižší. Ovšem podle výsledků meta-analýzy z roku 2008 se u kuřáků nedoporučuje suplementace beta-karotem. V kombinaci s kouřením má beta-karoten prooxidativní účinky a zvyšuje riziko incidence rakoviny plic. U kuřáků je nacházena vyšší koncentrace mědi v krvi a u těžkých kuřáků je snížena hladina zinku (Mlčochová, Papežová, 2011).

1.5 Kuřáci a BMI

I přes horší stravovací návyky a nižší tělesnou aktivitu, což jsou faktory vedoucí k nadváze, mívají kuřáci nižší tělesnou hmotnost a BMI než nekuřáci. Při stejné výšce mívají ženy kuřačky o 2 kg méně než nekuřačky, u mužů je tento rozdíl až 5 kg. Výsledky BMI nejsou ve všech studiích jednoznačné. BMI ovlivňuje i počet vykouřených cigaret. Některé ženy uvádějí, že kouření považují za způsob kontroly nad váhou a přibrání na váze po zanechání kouření je pro ně důvodem opětného kouření. Po zanechání kouření se všechny změny v organismu, dříve navozené kouřením, vracejí k normě. Po zanechání kouření může dojít ke zvýšení váhy o 2-3 kg. Většina bývalých kuřáků začíná jíst i dopolední a odpolední svačiny, jelikož mají po jídle dříve hlad. Když kuřáci přestanou kouřit, zvýší se často jejich příjem sladkostí. Zanechání kouření má také vliv na zpomalení střevní peristaltiky a zvyšuje se riziko zácpy. Energetická nerovnováha může vést k váhovému přírůstku, který je úměrný počtu denně vykouřených cigaret, závažnosti obezity a nedostatečné fyzické aktivitě. Energetická dysbalance obvykle nastává během prvních měsíců po zanechání kouření, s počtem narůstajících let opět mizí. Společně se zanecháním kouření by bývalí kuřáci měli zvýšit tělesnou aktivitu a upravit jídelníček s omezením denního příjmu energie o 880 kJ (Mlčochová, Papežová, 2011).

Na druhé straně Sucharda (2010) popisuje, že některé studie prokázaly u kuřáků s větší spotřebou cigaret vyšší hmotnost. Možným vysvětlením je souběh obezitogenních

stravovacích a pohybových zvyklostí u těžkých kuřáků. Málo pohybu, málo ovoce a zeleniny, vysoký příjem alkoholu. Zvýšení hmotnosti po zanechání kouření vede mnohé kuřáky ke ztrátě motivace k zanechání kouření. Mechanizmy nárůstu hmotnosti nejsou zcela objasněné (Sucharda, 2010).

1.6 Pasivní kouření

Škodlivý vliv na zdraví má také pasivní kouření, pobývání v zakouřeném prostředí. U nekuřáků dochází k nepříjemným čichovým vjemům, ale i k vyvolání zánětů dýchacích cest, zvyšuje se relativní riziko rakoviny plic, k snížení plicních funkcí (Štejfa, 2007).

Pasivní kouření významným způsobem zvyšuje výskyt mnoha onemocnění. Problematice zdravotních následků expozice pasivnímu kouření se věnuje zvýšená pozornost od 60. let minulého století. Výzkum tabákových koncernů byl zveřejněn v 70. letech, prokázal iritační účinky, obsah toxických látek včetně karcinogenních N-nitrosaminů, což podnítilo snahy o různé nápravy cigaret (Samara, Plch, Hrubá, 2011).

Přesto aktivita tabákových společností v popírání škodlivého vlivu pasivního kouření na zdraví přetrvává až dodnes a je v některých zemích akceptována mnoha politiky, kteří pak brzdí přijímání účinných opatření na ochranu nekuřáků, včetně České republiky. Ve většině zemí jsou postupně přijímána opatření na ochranu nekuřáků před jejich nedobrovolnou expozicí pasivnímu kouření. Komplexní řešení přináší Rámcová úmluva o kontrole tabáku. Ta zahrnuje nejnutnější opatření k zastavení tabákové epidemie. Česká republika zatím Rámcovou úmluvu neratifikovala. Přesto se u nás nesmí kouřit v prostředcích veřejné dopravy, ve zdravotnických a školských zařízeních (Langrová, Králíková, Vojta, 2008; Samara, Plch, Hrubá, 2011).

1.7 Děti a kouření

Výrazným rizikovým faktorem pro vznik závislosti je nízký věk kouřící osoby (Bártlová, 2005).

Odborníci stále hledají příčiny kouření dětí a adolescentů i mechanismy, které vedou ke vzniku závislosti. Shodují se v tom, že vedle vlivů genetických se významně uplatňují i vlivy prostředí.

Ty je možné rozdělit do tří skupin determinantů:

individuální - znalosti a postoje,

sociální - kuřáctví rodičů, ostatních příbuzných a vrstevníků, socioekonomický stav rodiny a samotného kuřáka,

společenské - legislativa, reklama a propagace, prezentace hromadnými sdělovacími prostředky, tolerance společnosti k sebepoškozujícímu chování (Hrubá, Okrajek, Kukla, 2012; Hrubá, 2012).

Kouření u mládeže je mnohdy spojeno s reklamou na výrobky se stejnou značkou jako cigarety (oblečení, batohy), dívky kouří ze strachu z nadváhy. U dětí a dospívajících je závislost na kouření tabáku považována za epidemii. Je to dětská nemoc, kdy hraje velkou roli psychosociální a fyzická forma drogové závislosti (Perná, Vašáková, 2009).

Iniciace kouření je ovlivněna především prostředím, ale postupná progresse k pravidelnému kuřáctví, rozvoj a síla závislosti významně souvisí s genetickými faktory, včetně pohlaví, etnika a osobnostních charakteristik. Ovlivnitelné faktory prostředí, které podporují vývoj kuřáckého chování od experimentů k pravidelnému kuřáctví a závislosti, jsou první pokusy v časném dětství, kuřáctví rodičů, sourozenců a dalších vrstevníků, horší socioekonomické podmínky rodiny, malé sebevědomí a sebeuspokojení, slabý školní prospěch, absence regulace kouření v restauracích.

Progresi kuřáckého chování a rozvoj závislosti významně ovlivňují také subjektivní pocity kuřáka – sensorické a emocionální – při jeho expozici nikotinu a ostatním látkám v cigaretovém kouří, zejména při prvních pokusech s kouřením, ale i při pobytu v zakouřeném prostředí. Subjektivně vnímané dojmy z prvních pokusů mají fyziologický základ: stimulující účinky nikotinu na respirační a trávicí ústrojí vyvolávají nauzeu, kašel, podráždění nervových zakončení vedou ke svalové relaxaci a významný je především euforický účinek nikotinu. Kuřák, který se stane závislým, musí projít procesem od opakujících se pokusů k přechodu k pravidelnému kouření a pak ke vzniku závislosti. Podle nejnovějších prací se abstinenci příznaky projevují během 11 měsíců od prvního pokusu u 25% adolescentů, plná závislost je zjišťována během 40,6 měsíců. Výsledky potvrzují, že časně začátky kouření ovlivňuje především rodinné prostředí, v němž kouřící rodiče, prarodiče a další příbuzní, s nimiž jsou děti v častém kontaktu, pozitivně přispívají k větší toleranci kuřáckého chování. Děti kuřáků rovněž pozorují účinky, které kouření poskytuje kuřákům (zvládnání stresu, příjemné rozpoložení) a uvádějí je jako důvod jejich případného vlastního kuřáckého chování. Ukazuje

se, že čím silnější jsou pocity po prvních pokusech s kouřením, tím vyšší je pravděpodobnost, že experimentátor bude pokusy opakovat, stane se pravidelným, případně závislým kuřákem. Mnoho rodičů se domnívá, že nepříjemné problémy provázející začátky kouření od tohoto chování odradí a s tímto cílem vybízí své potomky k prvním pokusům s cigaretou už dokonce v předškolním věku. Kouřící rodiče jsou často přesvědčení, že děti si jejich chování nevšímají, že postoje dětí ke kouření zůstávají neutrální a že se o svém případném kuřáckém chování budou svobodně rozhodovat až po dosažení dospělosti (Hrubá, Žaloudková, 2011).

Závislost na nikotinu je u dospívajících silnější než závislost na heroinu (Perná, Vašáková, 2009).

2 Statistika

2.1 Výskyt kuřáků v ČR

Kouření celosvětově stoupá o 3%, přibližně 90% kuřáků začalo kouřit před 18 rokem života. V ČR kouří pravidelně 30% populace (2,3 miliónu lidí), z toho 60-70% by chtělo přestat kouřit. V ČR začínají kouřit děti v 9,5 letech, mezi 13-ti letými má za sebou první cigaretu 68% dětí, mezi 16-ti letými kouří 30% chlapců a 25% dívek (Perná, Vašáková, 2009).

Základní diagnóza F17 je vykazována v rámci oboru psychiatrie. Podle ročního výkazu zdravotnických zařízení v oboru psychiatrie se počet ambulantně léčených uživatelů tabáku v letech 1999-2008 se pohyboval přibližně mezi 1 000-2 000 pacientů ročně. K významnému poklesu došlo v roce 2009, kdy se počet snížil na 870 pacientů. Údaje o osobách hospitalizovaných v souvislosti s užíváním tabáku pocházejí z dat Národního registru hospitalizovaných (NRHOSP) – shromažďuje na celostátní úrovni informace o jednotlivých případech hospitalizace. V roce 2002 byl v 6 389 případech hospitalizace uveden jako základní nebo některá z vedlejších diagnóz kód diagnóz související s kouřením, což představovalo 0,28% všech případů hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních České republiky. V roce 2011 při zhruba stejném celkovém objemu všech hospitalizací bylo evidováno již 35 769 hospitalizací s vykázanou diagnózou související s kouřením, což představovalo 1,54%. Na některých oddělení a pracovištích se mezi roky 2002 a 2011 zvýšila vykazovanost některého z kódů indikujících kuřáctví. Mezi tato oddělení patří psychiatrie z 0,57% na 2,94%, interní oddělení 0,49% ze všech hospitalizací na 2,13% v roce 2011. (Zvolský, Nechanská, Králíková, 2012)

Lůžková ani ambulantní psychiatrická zdravotnická zařízení nevykazují dostatečně diagnózy spojené s užíváním tabáku. Informace o užívání tabáku mezi vedlejšími diagnózami ve výkaznictví je výrazně podhodnocena. Přestože se jedná o jedno z nejčastějších onemocnění v populaci s přímým vztahem k vážným a fatálním civilizačním chorobám, informace o něm je při popisu zdravotního stavu pacienta zcela minimální (Zvolský, Nechanská, Králíková, 2012).

2.2 Výskyt kuřáků v AČR

Dle studie v Centru ambulantní zdravotní péče Ústřední vojenské nemocnice Praha, byl v roce 2001, zkoumán soubor 681 důstojníků ve věku 21-59 let v rámci rozšířené roční lékařské prohlídky. Z toho bylo 635 mužů a 46 žen. Mezi muži bylo 21,6% kuřáků a 9% bývalých kuřáků, mezi ženami bylo 21,7% kuřáček a 4,3% bývalých kuřáček (Hříbek, Krajčí, Klein, Novosad, Štěpánová, 2003).

Dle posledních statistik v Armádě ČR kouří zhruba třicet procent vojáků a vojáků z povolání (Konštacký, 2011).

3 Diagnostika závislosti na tabáku

Závislý na tabáku je každý kuřák, který má problém přestat. Pro posouzení míry závislosti na nikotinu můžeme použít Fagerströmův test (viz. příloha F) a to jak pro dospělé, tak modifikovaný pro děti a adolescenty. Test bodově hodnotí odpovědi na šest otázek. V zásadě jsou na nikotinu závislí ti kuřáci, kteří kouří denně, většinou 10 a více cigaret a do hodiny po probuzení si potřebují zapálit (Langrová, Králíková, Vojta, 2008).

Nedostatek nikotinu, na který vznikla závislost, vede ke vzniku abstinenčních příznaků. U kuřáka závislého na nikotinu dojde po výrazném omezení počtu cigaret k neovladatelné a nutkové touze po nikotinu (Králíková, Kozák, 2003).

Tomuto stavu se říká abstinenční tabákový syndrom. Abstinenční příznaky jsou souborem fyzických a mentálních změn v důsledku nedostatku drogy.

Mezi tyto příznaky patří:

Craving – lačnění, bažení, touha po cigaretě;

Špatná nálada, deprese;

Podrážděnost, zlost, nespokojenost, neschopnost odpočívat;

Úzkost, nervozita, strach až sklon k depresím;

Neschopnost soustředění, neklid, netrpělivost;

Nespavost, obtížné usínání, buzení v noci;

Zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti.

Doba trvání těchto obtíží je různá, individuální a nedá se předem předpovědět. Nejhorší bývají první 3 týdny, průměrná doba obtíží se pohybuje až do 3 měsíců. Dříve či později všechny obtíže přestanou. Míra a trvání problémů záleží z velké části na závažnosti rozhodnutí nekouřit (Králíková, Kozák, 2003).

Dlouhodobá abstinence se definuje jako doba nejméně 6, raději však 12 měsíců od poslední cigarety, s biochemicky valorizovanou abstinencí. Ke kouření se však kuřák může vrátit kdykoli, k léčbě závislosti na tabáku je třeba přistupovat jako k léčbě chronického onemocnění (Malá, Králíková, Felbrová, 2010).

Expozice tabákového kouře je možná stanovením kotininu, což je metabolit nikotinu. Stanovuje se v moči, krvi nebo slinách (průkaz možný nejméně 48 hodin zpětně). Tento test

může být pozitivní i u pasivních kuřáků. Kotinin lze prokázat u novorozenců, jestliže matka kouří. (Štejfa 2007; Malá, Králíková, Felbrová 2010)

Ve vydechovaném vzduchu lze zjistit koncentraci oxidu uhelnatého (průkaz možný 12 hodin zpětně). Měření CO ve výdechu je možné s jednoduchým monitorem Smokerlyzerem. Přístroj po maximálním výdechu ukáže obsah CO v ppm. Kuřáci mívají hodnoty běžně vyšší než 20 ppm. Analýza vydechovaného oxidu uhelnatého umožňuje poznat intenzitu kouření. To znamená jaké množství nikotinu a dalších látek se vstřebá do organismu u konkrétního kuřáka. Množství vydechovaného oxidu uhelnatého úzce koreluje s množstvím karboxyhemoglobinu v těle kuřáka (Štejfa, 2007; Malá, Králíková, Felbrová, 2010).

4 Léčba závislosti na tabáku

Závislost na tabáku je velmi časté onemocnění, které souvisí s nemocemi všech klinických oborů. Každý zdravotník by se měl při klinickém kontaktu, zeptat pacienta na kouření, zjištěný údaj zaznamenat do dokumentace a kuřákovi jasně doporučit přestat kouřit. Pokud nechce, motivovat ho. Kuřákovi, který si přeje přestat, pomoci nebo jej doporučit do některého z center pro závislé na tabáku (Zvolský, Nechanská, Králíková, 2012).

Strategie a možnosti léčby závislosti na tabáku lze rozčlenit do několika stupňů, na nefarmakologickou a farmakologickou.

Podstatné je vždy rozhodnutí přestat kouřit. Na způsobu odvykání, tolik nezáleží. Nutnost vlastního rozhodnutí je také důvodem, proč nelze nikoho druhého donutit násilím k tomu, aby přestal kouřit (Králíková, Kozák, 2003).

4.1 Nefarmakologická

Nefarmakologická léčba představuje základní intervenci zdravotníka a je součástí komplexního programu odvykání závislosti na tabáku.

Při běžném kontaktu s pacientem – kuřákem uplatňujeme pravidlo 5 P: ptát se, poradit, posoudit ochotu přestat, pomoci přestat, plánovat kontroly. Tato intervence trvá 1 až 5 minut (Perná, Vašáková, 2009).

Zdravotník se snaží v minimálním čase dosáhnout maximálního efektu. Důležitý prvek krátké intervence jsou svépomocné materiály. V případě počínajících problémů může být jejich užití velmi efektivní, dokonce účinnější než důkladnější léčba poskytnutá později (Nešpor, 2011).

Postupy při krátké intervenci, není potřeba používat všechny najednou. Z uvedených postupů, stačí vybrat jeden nebo dva:

Posouzení stavu, informování pacienta o výsledku zahrnující přímé nebo nepřímé doporučení-
Vyšší hodnoty mohou souviset s.....

Jasná a přímočará rada – *Vyhněte se ... Už tím se váš zdravotní stav podstatnělepší.*

Motivační rozhovor – nekonfrontačně a s pochopením. Nejdůležitější v situaci, kdy pacient ještě není ke změně rozhodnut, nebo váhá. Efektivita motivačního rozhovoru roste, jestliže se pracuje s motivacemi, které jsou pro pacienta důležité.

Sebemonitorování – zaznamenávání si, za jakých okolností se objevuje craving nebo recidiva závislosti. Zaznamenávat co pomáhá a co se neosvědčilo. Pacient se učí identifikovat spouštěče, vyhýbat se jim, lépe se na ně připravit a zvládat je.

Předání svépomocného materiálu – příručky zdarma na webových stránkách.

Poskytnutí kontaktu na služby telefonické pomoci – informace, kam se lze obrátit v případě náhlé krize (linky důvěry, centra krizové intervence).

Práce s rodinou – rodina často disponuje silnými motivačními nástroji.

Uzavřené léčebné dohody – tzv. terapeutický kontrakt (přijetí léčby...).

Doporučení týkající se životního stylu, volnočasových aktivit – různé možnosti.

Nácvik relevantních dovedností – dovednosti, které pomohou nahradit návykové chování.

Např. způsoby, jak zvládat úzkost. Je třeba nabízet podle individuálních potřeb.

Na počátku léčby je dobré nabízet jednoduché a přímočaré materiály než důkladnější, ty odrazují. Jestliže krátká intervence byla efektivní, následuje sledování stavu.

Praktické pomůcky pro ty, kdo překonávají návykový problém: spouštěče jsou podněty, vyvolávající bažení nebo zhoršují sebeovládání. Dělíme je na zevní (rizikové prostředí nebo lidé, neúspěch, konflikt) a vnitřní (únava, ale i radost, spánková deprivace, nuda, bolest atd.). Dále je můžeme dělit na zcela odvratitelné – lze se jim úplně vyhnout (např. hospodě) a neodvratitelné a částečně odvratitelné (vyhýbat se rizikové společnosti). Většinou se dá na neodvratitelné spouštěče připravit, dopředu vybrat postup, který bude nejúčinnější a nejvhodnější. Kombinování více postupů je vysoce účinné (Nešpor, 2011).

4.2 Farmakologická

Současná farmakologická terapie je založena na podávání léků, jednak klasické nebo nikotinové terapie v různých formách (Perná, Vašáková, 2009).

Náhradní léčba nikotinem:

Kouření tabáku je naučené chování, životní styl. Přestat kouřit znamená toto chování změnit, změnit svůj dosavadní způsob života. Je dobré si uvědomit, že většina kuřáků, kteří chtějí přestat, kouří nejméně deset let a že za tuto dobu je jejich kuřácké chování pevně zakódováno a změnit ho bude trvat delší dobu, alespoň několik měsíců. Kromě sociálních

a psychologických vazeb je většina kuřáků závislá také drogově – fyzicky na nikotinu. Projevuje se to vznikem nepříjemných abstinčních příznaků, kterých se lze ale zbavit poměrně snadno – zapálit si cigaretu. Tady přichází na pomoc náhradní léčba nikotinem. Nedostatek nikotinu lze předejít tak, že poté, co přestane kuřák kouřit, se tato látka do těla dostane jinou cestou než z cigaretového kouře. Abstinční příznaky se neobjeví nebo se objeví v malé intenzitě. Období „převýchovy“ trvá delší dobu, a když si kuřák osvojí jiné stereotypy chování – asi po třech měsících léčby- je přísun nikotinu snižován až k nule. Mozek si tak navyká na stále menší přísun drogy a vzhledem k tomu, že se kuřák již naučil nové formě svého chování, velmi snadno zvládá postupný pokles hladiny nikotinu. Zvítězil sám nad sebou. Každý kdo dospěje do tohoto stádia, si musí uvědomit, že již nikdy, do konce života, za žádných okolností nesmí a nemůže si vzít cigaretu, dát jí do úst, zapálit jí a kouř inhalovat. V naprosté většině takových případů se „probudí“ v mozku touha po droze, závislost se obnoví a ten, kdo měsíce či léta nekouřil, se stává opět kuřákem (Králíková, Kozák, 2003).

Náhradní léčba nikotinem je u nás možná žvýkačkami, náplastmi nebo inhalátorem.

Všechny formy jsou volně prodejné v lékárnách a každý si je plně hradí sám – pojišťovna nepřispívá. Jejich vysokou cenu musíme porovnat s cenou cigaret. Nejsou, ale lékem proti kouření (Králíková, Kozák, 2003).

Žvýkačky obsahují 2 nebo 4 miligramy nikotinu. Vstřebává se však vždy jen asi polovina tohoto množství a účinkuje stejně jako nikotin z tabákového kouře – poskytuje stejné žádoucí pocity. Žvýkačka se nežvýká jako klasická žvýkačka, ale zvláštním způsobem, spíše se nakusuje jako karamela. Kuřák jí takto žvýká přibližně půl hodiny – je to doba, kdy se z ní vyplavuje nikotin. Kuřák si zapisuje množství denně spotřebovaných žvýkaček do kalendáře po dobu třech měsíců, denně může kuřák vyžvýkat nejvíce 15 žvýkaček. Asi po třech měsících si postupně snižuje denní dávku žvýkaček, až je asi tak během 6 až 8 týdnů přestane používat úplně. Vedlejší příznaky u žvýkačky s nikotinem – nepříjemná chuť, pálení na kořeni jazyka (Králíková, Kozák, 2003).

Náplasti jsou buď k aplikaci na 16 nebo 24 hodin. V obou případech se dodávají ve třech velikostech, jejich účinek nastupuje pomaleji než ze žvýkaček, ale je stálý po celou dobu nalepení náplasti. Je vhodná pro ty, kteří ze společenských nebo jiných důvodů nechtějí nebo nemohou žvýkat či inhalovat. Náplast se nalepuje ráno hned po probuzení, poprvé v den D. Léčba náplastmi znamená každodenní aplikaci na suchou, nemastnou a neochlupenou

pokožku tak, že nalepenou náplast kuřák přitlačí dlaní asi na 20 sekund. Aplikace ihned po probuzení je velmi důležitá z důvodu předcházení abstinenčních příznaků. Kuřák si určí 4 až 6 míst, kam se bude náplast střídavě lepit. Nejvhodnější jsou – vnitřní strana paže, vnitřní strana předloktí, krajina ledvin, hýždě, kůže pod klíčními kostmi, na prsou. Náplast není vhodná pro osoby s kožním onemocněním, např. lupénkou. Vedlejším příznakem pro náplast s nikotinem může být v místě aplikace lehké svědění a teplo, které zmizí během půl až jedné hodiny. Po odlepení náplasti zůstává po dobu 12 až 24 hodin na kůži lehké zarudnutí kůže. V případě alergie na některou ze složek náplasti je třeba léčbu okamžitě přerušit (Králíková, Kozák, 2003)

Inhalátor je plastová špička, do které se vkládá náplně s 10 mg nikotinu, z nichž se při správném potahování vstřebají asi 4-5 mg. Inhalátor se skládá z plastového náustku ve formě cigaretové špičky, do něhož se vkládají náplně s nikotinem. Náplně se uzavřením do náustku z obou stran otevřou a kuřák nasává vzduch s nikotinem podobně jako z cigarety. 10 potažení z inhalátoru znamená přibližně jedno potažení z cigarety. Náplň je po otevření aktivní nejméně 20 minut. Denní dávka by měla představovat 6-12 náplní a léčba by měla trvat nejméně 3 měsíce (Králíková, Kozák, 2003).

Kontraindikace náhradní léčby nikotinem je bezprostředně po srdečním infarktu, mozkové příhodě, v těhotenství, při kojení (Králíková, Kozák, 2003).

Léky:

Bupropion neobsahuje nikotin a může jej předepsat jen lékař. Je to antidepresivum. Jedna lékařka, léčila tímto lékem své pacienty s depresí, ti přestávali hromadně kouřit. Přestaly jim cigarety chutnat. Není hrazen pojišťovnou. Není vhodný pro pacienty s epilepsií, s křečovým onemocněním, po úrazech hlavy, nebo v kombinaci s některými léky jako jsou jiná antidepresiva. Lék se užívá 2-3 měsíce (Králíková, Kozák, 2003).

Champix - vareniklin je určen pro perorální podání. Doporučená dávka 1.-3. den 0,5 mg 1x denně, 4.-7. den 0,5 mg 2x denně, 8. den–konec léčby 1mg 2x denně.

Pacient po edukaci s lékařem si stanoví datum, kdy chce přestat kouřit. Dávkování přípravku by mělo začít 1-2 týdny před tímto datem. Pacienti, kteří netolerují nežádoucí účinky přípravku Champix, je možné dávku dočasně nebo trvale dávku snížit na 0.5 mg 2x denně. Tablety se polykají celé a zapíjejí se vodou. Přípravek se užívá s jídlem i bez jídla. Pacienti by měli být přípravkem Champix léčeni po dobu 12 týdnů.

Nežádoucí účinky: nauzea, bolest hlavy, nespavost, neobvyklé sny.

Zvláštní upozornění: odvykání kouření, s léčbou nebo bez ní je spojeno s různými příznaky. Případné nežádoucí účinky při léčbě s přípravkem Champix se objevily během prvního týdne léčby, jejich závažnost byla obvykle mírná až střední a v incidenci nežádoucích účinků nebyl žádný rozdíl vzhledem k věku, rase ani pohlaví.

U pacientů podstupující odvykací léčbu kouření pomocí přípravku Champix byly hlášeny změny v chování nebo myšlení, úzkost, psychóza, změny nálady, agresivní chování, deprese, sebevražedné myšlenky a chování a sebevražedné pokusy. Pacienti musí být náležitě poučeni. Přípravek Champix je třeba vysadit ihned, objeví-li se agitovanost, depresivní nálada nebo změny chování či myšlení, které znepokojují lékaře, pacienta, jeho rodinu, nebo pokud se u pacienta rozvinou sebevražedné myšlenky nebo chování. Bezpečnost a účinnost přípravku Champix u pacientů se závažným psychiatrickým onemocněním jako je schizofrenie, bipolární porucha a velká depresivní porucha nebyla zkoumána. U pacientů s anamnézou psychiatrického onemocnění je třeba postupovat s opatrností. Nejsou žádné klinické zkušenosti s přípravkem Champix u pacientů s epilepsií. Na konci léčby bylo vysazení přípravku Champix spojeno se zvýšenou podrážděností, touhou po kouření, depresí nebo nespavostí až u 3% pacientů. Lékař by měl zvážit potřebu postupného snižování dávky. U pacientů léčených přípravkem Champix byly hlášeny případy reakcí z přecitlivělosti včetně angioedému. Klinické příznaky zahrnovaly otok obličeje, úst, krku a končetin. Vzácně byly hlášeny případy ohrožujícího angioedému vyžadujícího akutní lékařské ošetření z důvodu dýchacích obtíží. Pacienti, kteří zaznamenají tyto příznaky, musí vareniklin vysadit a neprodleně kontaktovat lékaře.

Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce. S ohledem na vlastnosti vareniklinu a dosavadní klinické zkušenosti, nemá přípravek Champix žádné klinicky významné interakce. Údaje o případných interakcích mezi alkoholem a vareniklinem jsou omezené.

Použití s jinými léčivými přípravky pro odvykání kouření: Bezpečnost a účinnost přípravku Champix v kombinaci s dalšími přípravky pro odvykání kouření nebyla zjišťována.

Těhotenství a kojení: údaje o podávání přípravku Champix v těhotenství jsou nedostatečné. Podávání se v těhotenství nedoporučuje.

Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje: přípravek Champix může mít mírný nebo střední vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. Může způsobovat závratě a somnolenci

a tím ovlivňovat schopnost řídit a obsluhovat stroje. Pacientům se nedoporučuje řídit (lékopis z PC Doctor).

Nikotinová vakcinace:

Novou formu terapie přinesla myšlenka nikotinové vakcinace, jejímž principem je vytvoření protilátek, na něž se naváže podstatná část nikotinu. Dosavadní výsledky klinického testování imunizace nejsou příliš optimistické. Po vakcinaci se nevytvoří dostatečné množství protilátek, není zatím stanovená optimální dávka k vytvoření dostatečného titru protilátek u osob s různou imunologickou odpovědí. První výsledky klinických studií vykazují nižší účinnost, než jaká byla očekávána (Hrubá, 2012).

4.3 Elektronické cigarety

V posledních letech vzrostla popularita elektronických cigaret. Páry nikotinu a dalších přidávaných látek jsou vdechovány podobně jako při kouření klasických cigaret. E-cigarety byly vynalezeny v roce 1993, patentovány a do výroby zavedeny v Číně. Jejich popularita stoupá v posledních dvou letech. V plastové trubičce podobné cigaretě se pomocí zahřívání lithiovou baterií zplyňuje kapalná směs nikotinu a propylen glykolu umístěná v patroně. Některé e-cigarety obsahují diodu emitující světlo a napodobující hořící konec běžné cigarety. Objem náplně je přibližně srovnatelný s obsahem jedné krabičky cigaret (16-18 mg nikotinu). V České republice sada obsahující e-cigaretu, 2 dobíjecí baterie a jeden dobíjecí adaptér stojí kolem 3 000 Kč, 5 náhradních nikotinových patron stojí kolem 230 Kč. Přes omezený výzkum bylo zatím doloženo, že dým z e-cigaret neobsahuje dehet, ani mnoho dalších toxických a karcinogenních látek, přítomných v kouři z klasických cigaret. Veřejností jsou proto pokládány za bezpečnou náhradu klasického kouření. Terapeutické užívání e-cigaret nebylo doposud podpořeno v žádné zemi oficiálním doporučením odborníků, neboť zcela chybí studie, které by podle klasického protokolu hodnotily bezpečnost a účinnost této nové metody.

Kouření e-cigaret provází u některých osob sucho v ústech, projevy podráždění v dutině ústní nebo v dýchacích cestách, suchý kašel, nauzea, bolesti hlavy, závratě. Další riziko je spojeno s možností předávkování. Z jedné běžné cigarety kuřák získá 1 mg nikotinu, náplně e-cigarety obsahují kolem 18 mg nikotinu. Fatální dávka pro dospělého člověka je 30-60 mg, pro dítě 10 mg nikotinu. Nikotin je silnou psychoaktivní drogou. Jakékoliv užívání nikotinu, lze tedy

očekávat, že i kouření e-cigarety, vyvolává u většiny uživatelů fyzickou i behaviorální závislost. Příměsi zlepšují chuť a vůni a informace o bezpečném používání v přítomnosti nekuřáků mohou být atraktivní pro dosud nekuřící mládež. E-cigarety nejsou zařazeny mezi přípravky farmakologické podpory odvykání kouření. WHO žádá všechny výrobní a distribuční společnosti, aby se zdržely jakékoliv propagace terapeutického účinku. E-cigarety jsou zařazeny mezi ostatní tabákové výrobky, další druh tabákových výrobků. V současné době není dost poznatků o chemickém složení e-cigaret, ani o jejich dlouhodobých účincích na zdravotní stav a o úspěšnosti při odvykání kouření. Doporučuje se podrobit užívání e-cigaret serióznímu výzkumu a zvýšit standard při jejich výrobě (Hrubá, 2012).

5 Další pomoc pro kuřáky

5.1 Centra pro závislé na tabáku

Hlavní strategii v léčbě závislosti na tabáku zajišťují v ČR centra pro závislé na tabáku. V září 2009 je uváděno na území ČR 28 center. Činnost těchto center je v zásadě obdobná. Léčebný program na Pneumologické klinice FTN Praha je složen z několika programovaných návštěv, po roce v případě úspěšného ukončení kouření je pacient vyřazen.

První návštěva je screeningová – pacient během 1-1,5 hodiny vyplní testy závislosti na nikotinu, dotazník pacienta, souhlas pacienta se zařazením do ambulance léčby závislých, kde je přesně uveden program intervencí a návštěv. Při první návštěvě se provádí spirometrické vyšetření, měření výšky, váhy, tepové frekvence, krevního tlaku, vypočítání body mass indexu, měření objemu pasu, měření koncentrace oxidu uhelnatého ve vydechovaném vzduchu přístrojem Smokerlyser. Údaje se zapisují do karty klienta a pacient je připraven k návštěvě u lékaře v ambulanci. Zde je provedena krátká intervence a pacient je objednan ke vstupní lékařské návštěvě. Při této návštěvě lékař stanoví stupeň závislosti na nikotinu, zhodnotí dotazník a doplní kartu klienta. Údaje v kartě klienta zahrnují pohybovou aktivitu, hodnoty ventilačních parametrů, počet vykouřených cigaret za den, věk první cigarety a věk zahájení pravidelného kouření, počet pokusů přestat kouřit, důvod neúspěchu a další údaje. Je doplněna osobní a rodinná anamnéza, pravidelná léčba, alergie, další drogy, hormonální antikoncepce. Pacientovi je podána informace o tabáku, kouření, následcích kouření, možnostech léčby a nežádoucích účincích léčby. Klient s lékařem zvolí způsob léčby odvykání kouření. Léčba náhradní nikotinovou terapií může být kombinovaná.

Léčba NNT probíhá ve 3 stupních s klesajícími dávkami nikotinu. Léčba vareniclinem je plánována zpravidla na 3 měsíce, může se prodloužit podle potřeby na dobu delší. Pacient si zvolí den D, kdy si již nezapálí. Pacient nejdříve prochází titrovacím obdobím jednoho týdne (může ještě kouřit), den D se určí v druhém týdnu a to při plné dávce vareniclinu, nejlépe osmý den od začátku užívání léku. Další kontrolní návštěva se doporučuje do týdne po dni D, pak za dva týdny, za měsíc, po třech měsících, po půl roce, po roce a samozřejmě dle potřeby. Při každé návštěvě se s klientem vyplňuje dotazník abstinenčních příznaků: touha po kouření, spánek, usínání, soustředěnost, chuť k jídlu, zlost, nespokojenost, podrážděnost. Návštěvy zahrnují komplexní přístup zahrnující i psychologickou podporu. Při kontrolních

návštěvách se opakují základní vyšetření: měření TK, měření oxidu uhelnatého ve vydechaném vzduchu, hmotnost. Úspěšnost léčby se pohybuje mezi 50-60%. V mizivém procentu musí být léčba ukončena z důvodu nežádoucích účinků (Perná, Vašáková, 2009)

5.2 Linka pro odvykání kouření

Linka pro odvykání kouření je důležitá součást nabídky služeb léčby závislosti na tabáku. V ČR funguje tato linka od roku 2005 v pracovní dny od 12 do 20 hodin na telefonním čísle 844 600 500. Jako konzultanti zde pracují medicí tři pražských lékařských fakult po speciálním vyškolení. Tímto způsobem linka přispívá ke vzdělávání budoucích lékařů v oblasti léčby závislosti na tabáku.

Národní linka pro odvykání kouření byla založena na začátku roku 2005 jako součást projektu Centra léčby závislosti na tabáku. Cílem bylo napomoci začlenění léčby závislosti na tabáku do zdravotnického systému a zpřístupnit tuto službu všem, kdo jí potřebují a mají zájem využít jejich služeb. Linka je anonymní, telefonní služba je zpoplatněna pro volající místním hovorným z celé České republiky. Provozovatelem Linky pro odvykání kouření je Česká koalice proti tabáku. Při III. Interní klinice VFN funguje Referenční Centrum léčby závislosti na tabáku. Cílovou skupinou jsou kuřáci, kteří se rozhodli kouření zanechat, ale nemají dostatek informací, nevědí jak postupovat, jaká léčba je k dispozici, ti kteří o zanechání kouření teprve uvažují, hledají motivační podporu. Druhou cílovou skupinou jsou pak lidé, které zajímají odpovědi na konkrétní dotazy, spojené s jednotlivými problémy při odvykání kouření, jako jsou abstinenční příznaky. Konzultanti odpovídají také na dotazy týkající se pasivního kouření a možnosti ochrany před ním.

Linka od 4. 1. 2005 za dva a půl roku poskytla téměř 4 500 telefonických konzultací a 1 000 dotazů prostřednictvím internetové poradny.

Během rozhovoru je s klientem vyplňován dotazník, zkoumají se důvody, proč se dotyčný rozhodl pro zanechání kouření. K nejčastějším patří zdravotní důvody, pak finanční důvody a přání zbavit se zlovyku (Langrová, Králíková, Vojta, 2008).

5.3 Armáda, program „Stop kouření“

Protikuřácké kampaně nabírají na intenzitě. Řada evropských států zakázala kouření ve veřejných budovách, na prostranství i v restauracích (Velká Británie, Francie, Švýcarsko). Armáda České republiky nechtěla stát bokem, a proto spustila cílený projekt „Stop kouření“ v souladu s programem Dlouhodobé strategie zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století. Jejich cílem je zlepšení zdravotního stavu příslušníků AČR, zvýšení fyzické zdatnosti a posílení odolnosti proti takzvaným civilizačním nemocem. Projekt byl komplexem postupů vedoucí ke změně životního stylu. Základním faktorem k omezení kouření byla motivace vojáků z povolání, u kterých byla realizována cílená intervence. Odborným garantem a vedoucím projektu „Stop kouření“ byl Hlavní odborník VZdrSl pro všeobecné lékařství, MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc. FVZ UO v Hradci Králové. V roce 2011 byly nakoupeny speciální přístroje a léčebný preparát Champix. Řízením projektu byla pověřena královéhradecká Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany. Vlastní realizace probíhala v kompetenci Spádových vojenských zařízení AČR. Z každého SVZdrZ byl vybrán jeden lékař a jedna zdravotní sestra. Prvotně došlo k edukaci a proškolení lékařského a zdravotnického personálu, poté pro VZP proběhly přednášky o škodlivosti kouření, z důvodu maximální motivace ke kuřácké abstinenci.

První kroky vedly kuřáka k praktickému lékaři, byl proveden vstupního pohovoru, základní vyšetření dle stanoveného schématu a pozitivní motivace. Na základě toho lékař rozhodl, zda dotyčného zařadí či nezařadí do programu „Stop kouření“. Ne každý dobrovolník se mohl zúčastnit programu, důležité byly možné kontraindikace. Vybraní dobrovolníci dostali tzv. startovací dávku léku obsahující vareniclin (účinný preparát, který umožňuje se zbavovat závislosti na nikotinu). Dále po dobu 11 týdnů pobíral dobrovolník tzv. udržovací dávku léku. V měsíčních intervalech probíhaly pravidelné kontroly. Po dobrání léku bylo za měsíc provedeno výstupní vyšetření. Lékaři léčeným pravidelně kontrolovali jejich zdravotní stav, abstinenci pomocí speciálního přístroje. Tento přístroj dovede z vydechnutého vzduchu analyzovat, zda jedinec v posledním období kouřil, nebo ne. Zjišťuje se procento oxidu uhelnatého ve výdechu. V případě, že byl výsledek pozitivní, dotyčná osoba se z programu vyloučila z důvodu nedodržování zásady léčby (Lang, Konšťacký, 2011).

Vojáci z povolání vstupující do programu „Stop kouření“ podepisovali informovaný souhlas se zařazením do projektu. Při té příležitosti byli informováni o vedlejších účincích léku Champix. Byli poučeni o způsobu léčby a dodržování komplexního léčebného režimu.

Následně vojáci z povolání vyplnili dotazník obsahující 5 otázek týkající se závislosti kouření a Frageströmův test nikotinové závislosti. Lékař, zdravotní sestra a klient založili protokol „Stop kouření“. Protokol obsahoval vstupní vyšetření, 1. Anamnéza, 2. Klinické vstupní vyšetření, 3. Farmakoterapie; Průběžná kontrola a výstupní vyšetření, zaměřené na klinické výstupní vyšetření.

Samotný projekt probíhal od října 2011 do října 2012, zúčastnilo se 227 vojáků z povolání.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Pro výzkum jsem si stanovila níže uvedené výzkumné otázky.

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka číslo 1

Co bylo nejčastější motivací u sledovaného vzorku vojáků z povolání účastnících se programu „Stop kouření“?

Výzkumná otázka číslo 2

V jakých oblastech došlo vlivem léčby ke změnám u sledovaného vzorku vojáků z povolání (BMI, návrat ke kouření, nežádoucí účinky léčby)?

Výzkumná otázka číslo 3

Jaké faktory mohou souviset s mírou úspěšnosti léčby kouření?

6 Metodika výzkumu

Metodika práce vychází z programu „Stop kouření“ Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové. Výzkumnou metodou je retrospektivní studie. Po vyjádření souhlasu garantem programu s provedením studie jsem provedla sběr dat, který probíhal v měsíci listopadu 2012.

Výzkumný nástroj

Základním výzkumným nástrojem byl doporučený dotazník převzatý z programu „Stop kouření“ (viz. příloha D), protokol „Stop kouření“ (viz. příloha E), informovaný souhlas se zařazením do projektu „Omezení kouření u VZP AČR – Stop kouření“ s farmakoterapií (viz. příloha C) a Frageströmův test nikotinové závislosti (viz. příloha F). Na základě výzkumných otázek jsem sestavila položky (viz. příloha A) pro analýzu dat, které mi pomohly v potvrzení či vyvrácení tvrzení, z odborné literatury, o závislosti na tabáku. Položky jsem rozdělila na dvanáct před zahájením léčby, jednu týkající se léčby a tři se týkaly ukončení léčby.

Charakteristika souboru

Cílovou skupinou byli vojáci z povolání z České republiky, kteří se zapojili do programu „Stop kouření“.

Kritériem pro výběr bylo datum vstupu do programu (říjen až listopad 2011), podstoupená stejná léčba (7 dní tzv. startovací dávka léku Champix 0,5mg a následná 11 týdenní udržovací dávka léku Champix 1 mg) a řádné ukončení programu (po měsíci dobrání léků následná kontrola). Byla použita kvantitativní metoda.

Na základě splnění dvou stanovených kritérií se do sledovaného vzorku dostalo 57 vojáků z povolání, z toho 12 žen a 45 mužů.

Abych splnila všechna stanovená kritéria, musela jsem vyřadit 5 vojáků z povolání (3 muže a 2 ženy). Důvodem vyřazení bylo nedokončení léčby.

Po splnění všech stanovených kritérií se dostalo do sledovaného vzorku 52 vojáků z povolání.

Nejstarší muž byl narozen v roce 1964, nejmladší v roce 1982. Nejstarší žena byla narozena v roce 1967, nejmladší v roce 1985.

Všechna data byla zpracována pomocí tabulkového editoru Microsoft Excel 2007.

Dle Bártlové, Sadílka a Tóthové (2005) jsem zpracovala empirická data do tabulek a grafů.

Pro lepší orientaci a přehlednost zkoumaného vzorku VZP jsem v otázkách č. 1 a č. 2 rozdělila zkoumaný vzorek vojáků z povolání podle pohlaví a věku. Ostatní otázky byly vyhodnocovány jako celek, bez rozdílu pohlaví a věku vojáků z povolání.

7 Prezentace výsledků

Zpracování a znázornění získaných dat před nasazením léčby

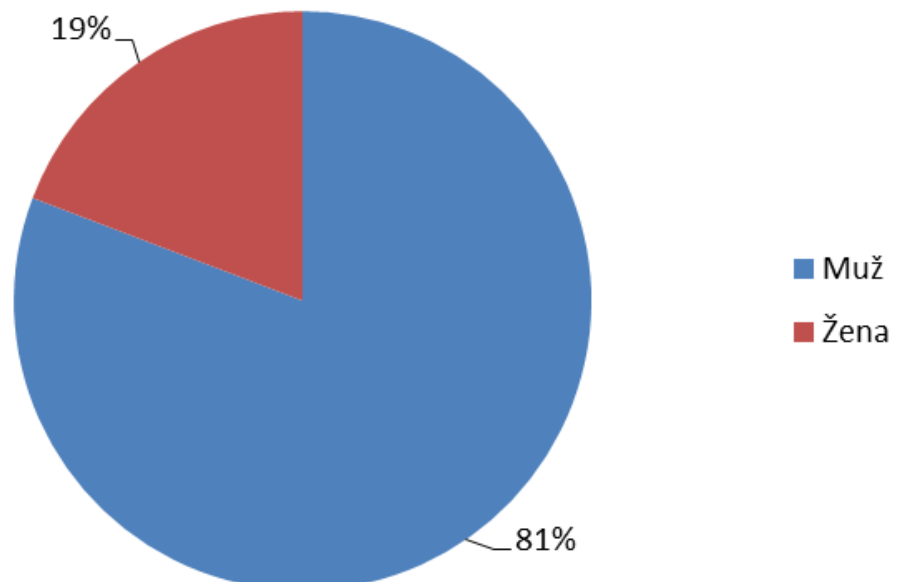
Analýza položky č. 1 - Pohlaví vojáků z povolání

V této položce jsem zjišťovala, procentuální zastoupení pohlaví ve sledovaném vzorku VZP.

Ve sledovaném vzorku vojáků z povolání bylo 42 mužů a 10 žen.

V Armádě České republiky v roce 2011 statistika dokládá 19 237 mužů a 3 024 žen, což činí z celkového počtu 86 % mužů a 14% žen (MO, 2011).

Na obrázku 1 je patrné, že sledovaný vzorek vojáků z povolání se závažně neliší a odpovídá procentuálnímu zastoupení pohlaví VZP vstupujících do programu s procentuálním zastoupením pohlaví VZP v AČR.



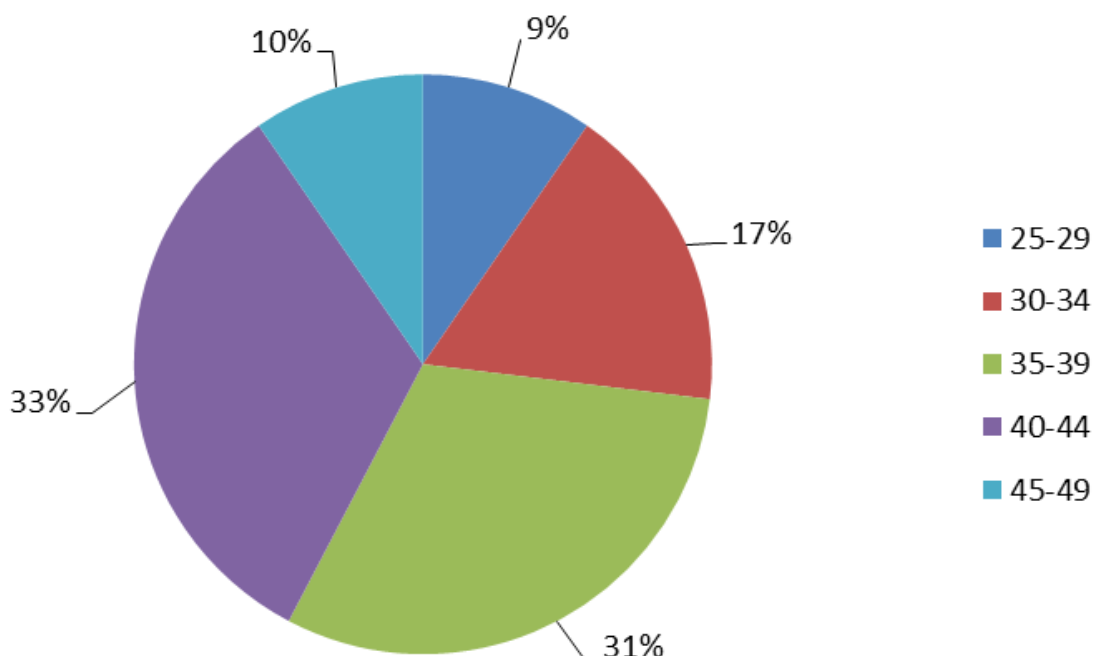
Obr. 1 Graf Pohlaví vojáků z povolání

Analýza položky č. 2 - Věk vojáků z povolání

V položce 2 byl celkový počet vojáků z povolání rozdělen podle věku do 5 kategorií.

Ve věkové kategorii 25-29 let bylo v době programu u sledovaného vzorku vojáků z povolání 5 VZP, ve věkové kategorii 30-34 let bylo 9 VZP, ve věkové kategorii 35-39 let bylo 16 VZP, ve věkové kategorii 40-44 let bylo 17 VZP a ve věkové kategorii 45-49 let bylo 5 VZP.

Na obrázku 2 je možné sledovat věkové rozdělení sledovaných respondentů bez rozdílu pohlaví v procentech.

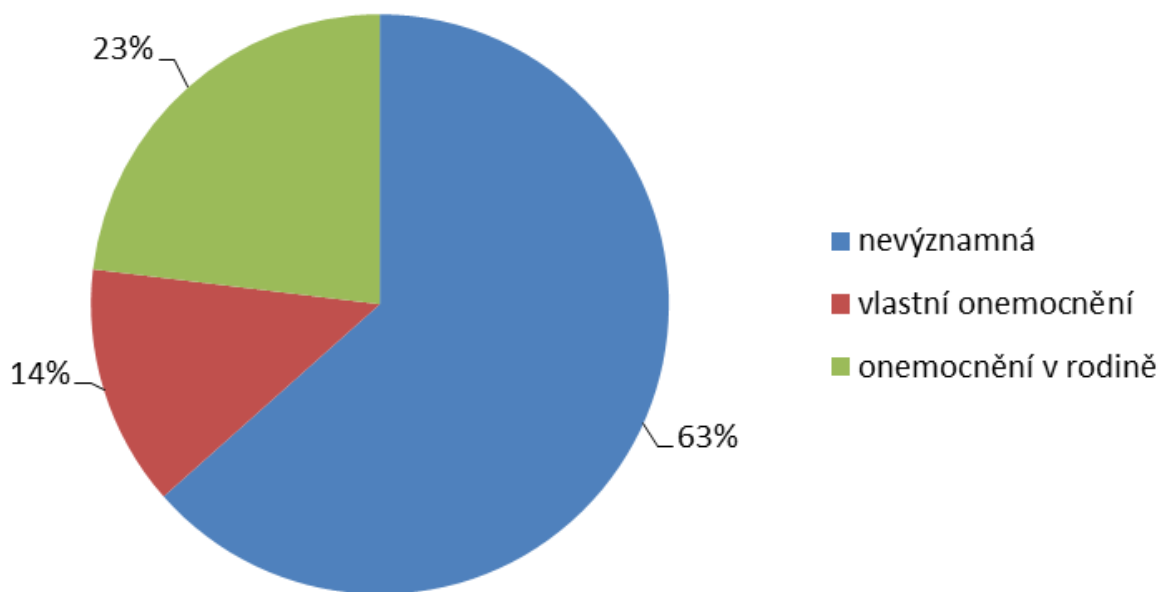


Obr. 2 Graf Věkové kategorie vojáků z povolání

Analýza položky č. 3 - Anamnéza vojáků z povolání

Položka 3 zjišťovala, zda nemohou být důvodem pro vstup do programu odvykání kouření zdravotní problémy VZP. Data byla získávána z anamnézy protokolu „Stop kouření“. Byla rozdělena na 3 skupiny – nevýznamná anamnéza, vlastní onemocnění a onemocnění v rodině.

Na obrázku č. 3 je patrné, že u zkoumaného vzorku vojáků z povolání udávali nejčastěji lékaři nevýznamnou anamnézu (u 33 vojáků z povolání). U 12 VZP bylo zaznamenáno v anamnéze závažné onemocnění v rodině (DM 2. typu, IM, maligní nádor), u 7 VZP bylo v anamnéze zaznamenáno vlastní onemocnění VZP (zvýšená hladina tuků, hypertenze, v jednom případě i CHOPN).

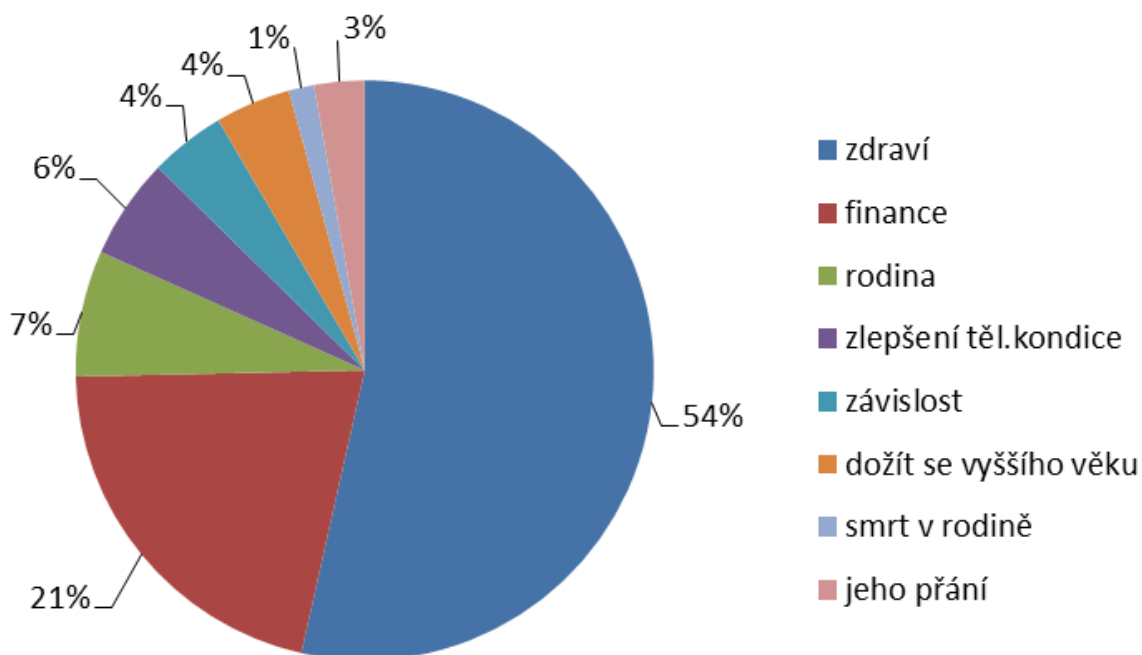


Obr. 3 Graf Rodinná a osobní anamnéza VZP

Analýza položky č. 4 - Motivace vojáků z povolání ke vstupu do programu

V položce 4 byla hodnocena motivace VZP při vstupu do programu. Vojáci z povolání na tuto otázku udávali více odpovědí. Každá odpověď byla zpracována a zvlášť zaznamenána. Odpovědi byly rozděleny do skupin znázorněných na obrázku č. 4.

Nejčastější motivací vojáků z povolání bylo zdraví, poté následovali finance a důvodem pro odvykání kouření cigaret byla i rodina, ovšem v nesrovnatelně menším množství. Jen 4 vojáci z povolání uvedli, že motivací k odvykání kouření je zlepšení tělesné kondice.

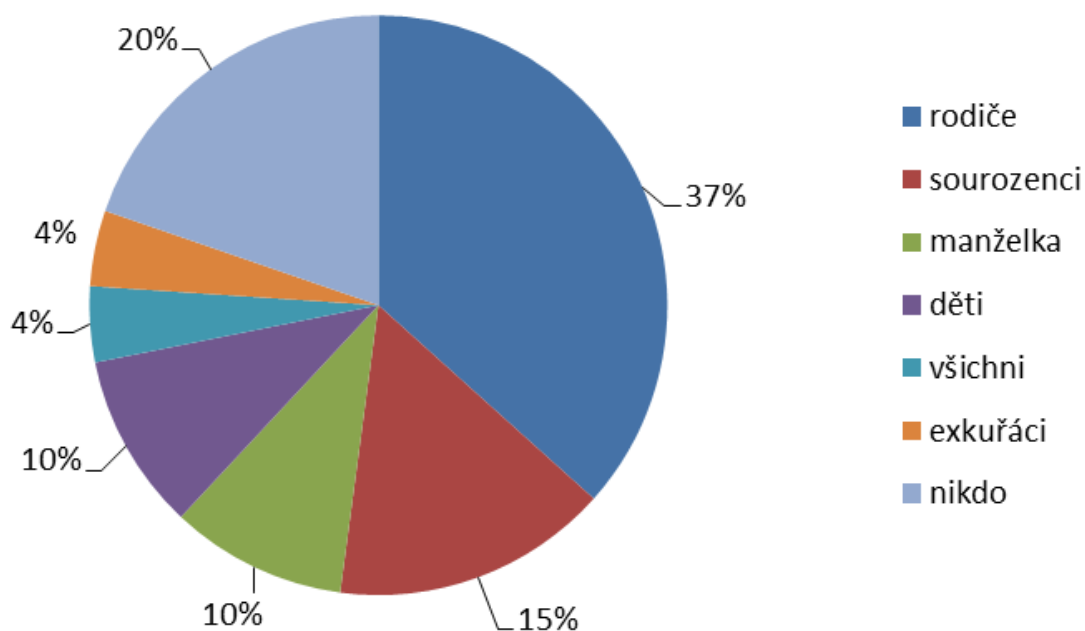


Obr. 4 Graf Motivace VZP při vstupu do programu

Analýza položky č. 5 - Kdo z rodiny kouří kromě vojáka z povolání

Položka 5 zjišťovala, zda bude mít kuřák, zapojený do programu odvykání kouření, podporu rodiny. Položka sledovala, kdo z rodiny kouří kromě vojáka z povolání zapojeného do programu.

Na obrázku 5 jsou znázorněny odpovědi vojáků z povolání, přičemž 14 VZP odpovědělo, že voják z povolání je sám, kdo v rodině kouří, 3 VZP mají ve své rodině exkuřáka. Ve 26 případech VZP kouří rodiče, v 11 sourozenci a dokonce v 7 případech VZP kouří jejich děti.

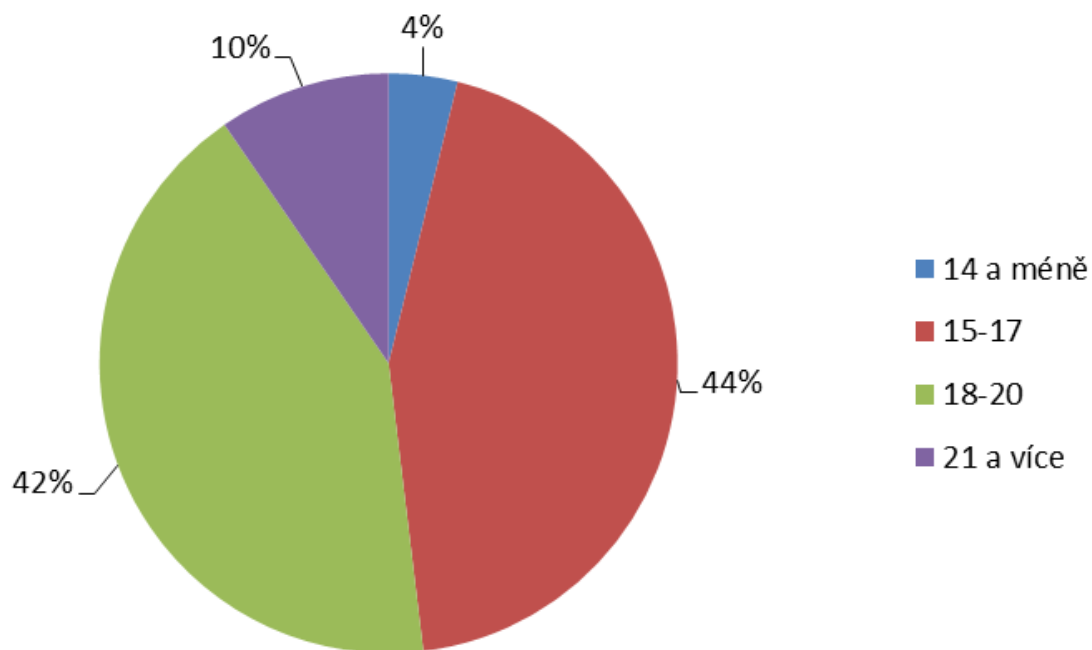


Obr. 5 Graf Kuřácké zázemí VZP

Analýza položky č. 6 - Od kolika let vojáci z povolání kouří

V položce 6 bylo analyzováno, od kolika let vojáci z povolání, účastníci se programu, kouří cigarety. Tento údaj je důležitý pro stupeň závislosti kuřáka a ovlivňuje úspěšnost léčby odvykání kouření. Data byla rozdělena do kategorií: od 14 let a méně (2 VZP), 15–17 let (23 VZP), 18–20 let (22 VZP), 21 let a více (5 VZP). Je zřejmé, že nejčastěji VZP účastníci se programu začali s kouřením cigaret v rozmezí 5 let (15–20).

Na obrázku 6 je analýza vyjádřena procentuálně.



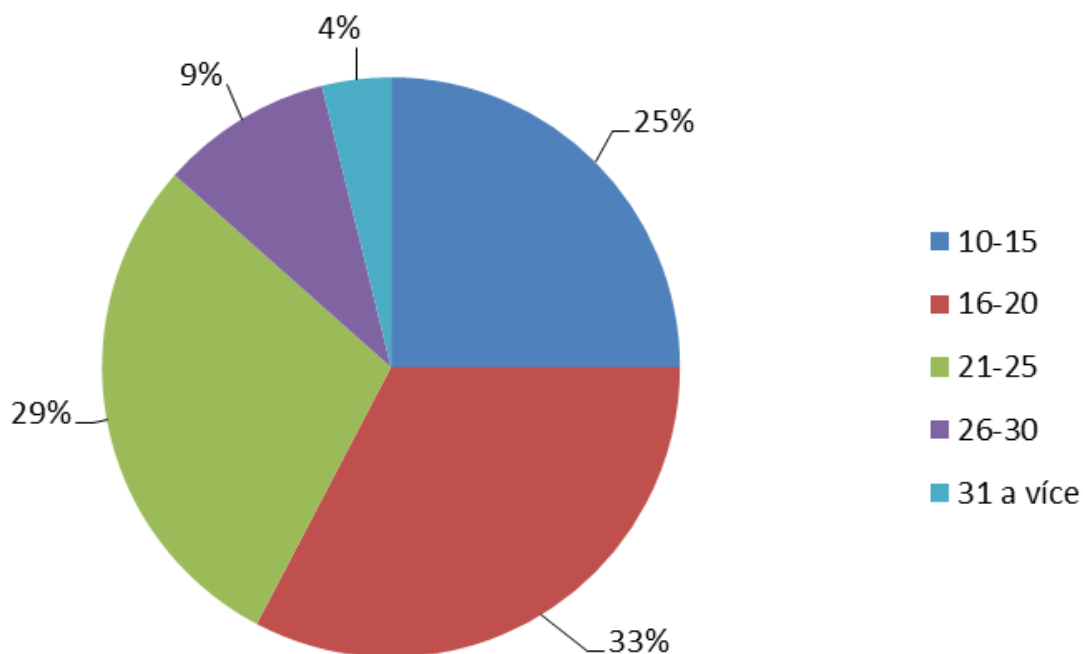
Obr. 6 Graf Věk VZP při první cigaretě

S touto otázkou úzce souvisí položka, jak dlouho sledovaný vzorek VZP kouří.

Analýza položky č. 7 - Jak dlouho voják z povolání kouří cigarety

Důležitou položkou je i doba kouření cigaret. Je jasné, že čím starší voják z povolání, tím delší doba kouření cigaret. Na druhou stranu je prokazatelné, že čím delší doba kouření, tím vyšší závislost na tabáku.

Na obrázku 7 jsou znázorněny výsledky týkající se doby kouření VZP. Odpovědi VZP byly rozděleny po 5 letech délky kouření. Nejvíce VZP odpovědělo, že kouří 16–20 let (17 VZP), 21–25 let kouří 15 VZP.



Obr. 7 Graf Doba kouření cigaret VZP

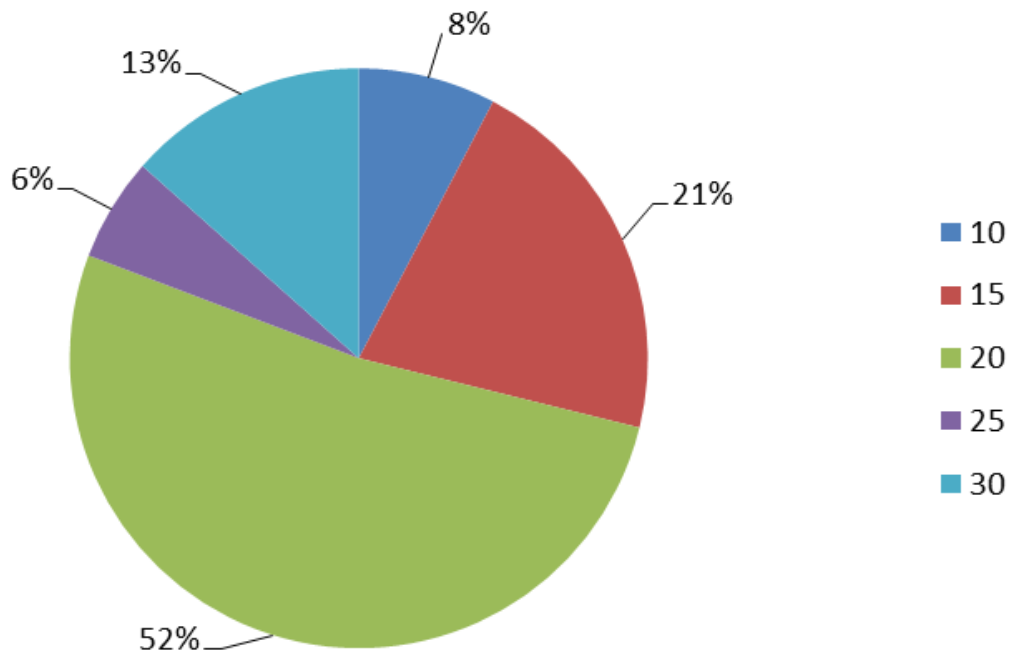
Analýza položky č. 8 - Kolik vykouří voják z povolání cigaret denně

Na položce 8 byla zpracována data, kde vojáci z povolání udávali počet vykouřených cigaret za den.

Vojáci z povolání uváděli často denní vykouřené cigarety v určitém rozmezí. U těchto VZP jsem se z důvodu zpracování získaných dat, rozhodla použít k analýze maximálně vykouřených cigaret denně.

20 vykouřených cigaret denně uvádělo 27 VZP, což znamená jednu krabičku denně.

Na obrázku 8 lze porovnat procentuální zastoupení VZP ze zkoumaného vzorku podle nejvyššího počtu vykouřených cigaret denně.

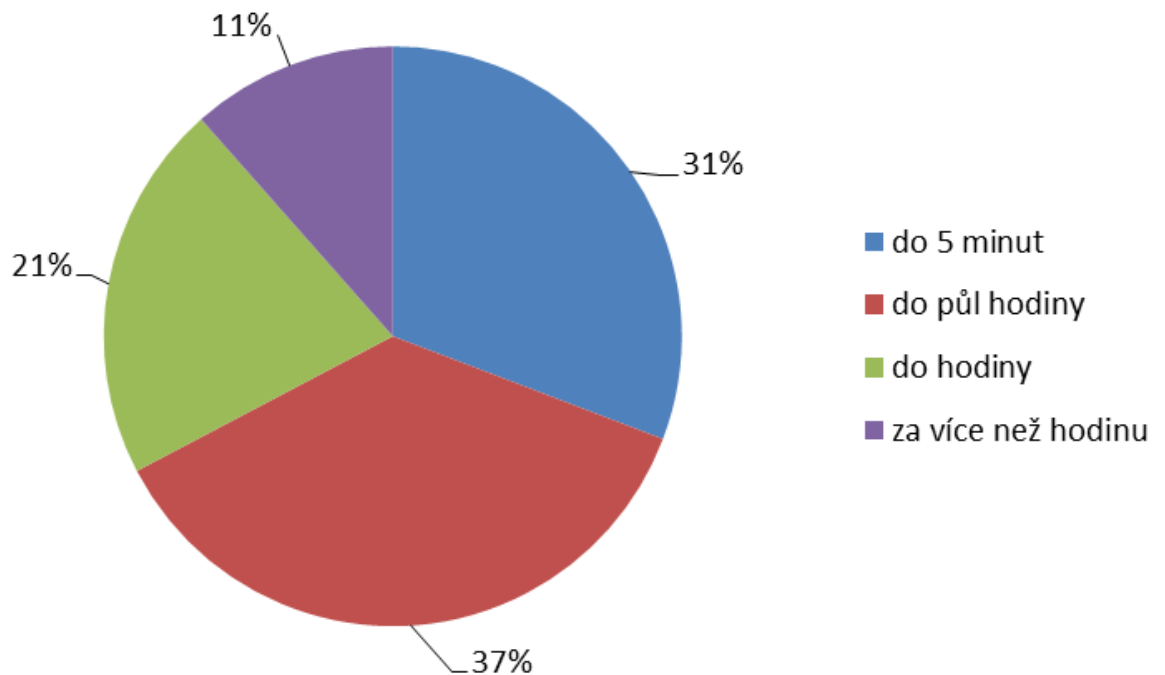


Obr. 8 Graf Počet vykouřených cigaret za den

Analýza položky č. 9 - Jak dlouho trvá, než si voják z povolání zapálí svou první ranní cigaretu?

Jednou z položek Frageströмова testu nikotinové závislosti (viz. příloha F) je doba zapálení první ranní cigarety. Položka 9 se zabývala analýzou, jak rychle si kuřák nekouřící přes noc zapálí svou první ranní cigaretu. Na tomto podkladě lze určit sílu závislosti a pomoci kuřákovi v odvykání kouření.

Na obrázku 9 je zpracována analýza, kde největší počet VZP ve zkoumaném vzorku si zapaluje svou první cigaretu do 30 minut po probuzení, na druhém místě zůstali VZP zapalující si svou první ranní cigaretu do 5 minut. To znamená, že 68% VZP si zapaluje svou první ranní cigaretu ještě doma nebo při cestě do práce.

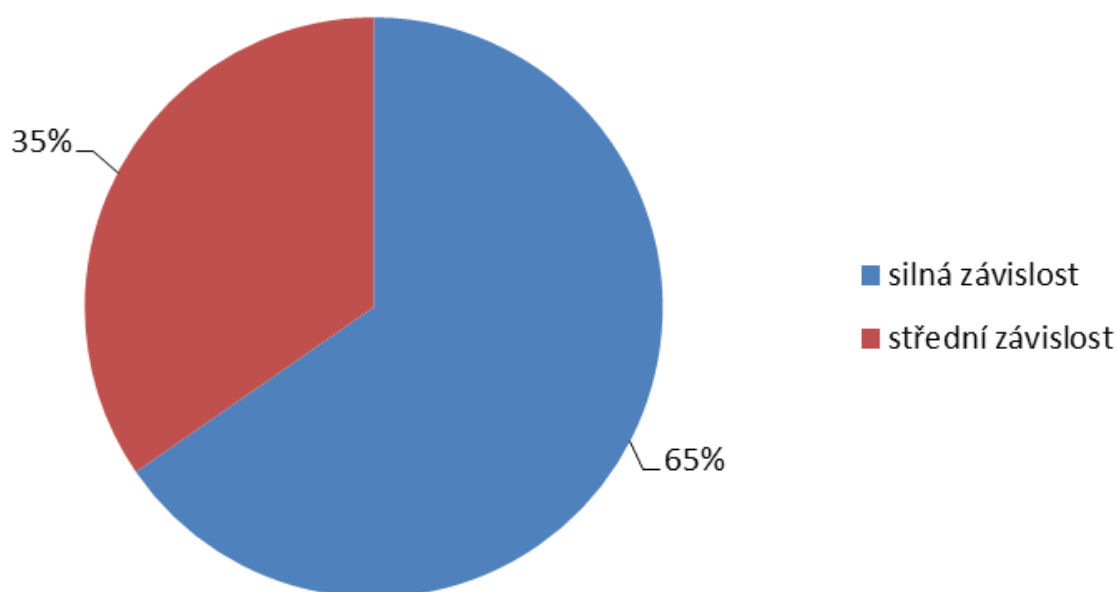


Obr. 9 Graf Doba zapálení první ranní cigarety

Analýza položky č. 10 - Shrnutí vyhodnocené testy závislosti u vojáků z povolání

V položce 10 jsem rozdělila VZP vstupující do programu „Stop kouření“ do skupin podle typu závislosti. Podle Frageströмова testu nikotinové závislosti (viz. příloha F) se závislost dělí na mírnou 0-1 bod, středně silnou závislost 2-4 body a silnou závislost 5-10 bodů.

U sledovaného vzorku VZP nebyl žádný voják z povolání mírně závislý. 34 vojáků z povolání z 52 ze sledovaného vzorku byla silně závislá, toto dokládá obrázek 10.

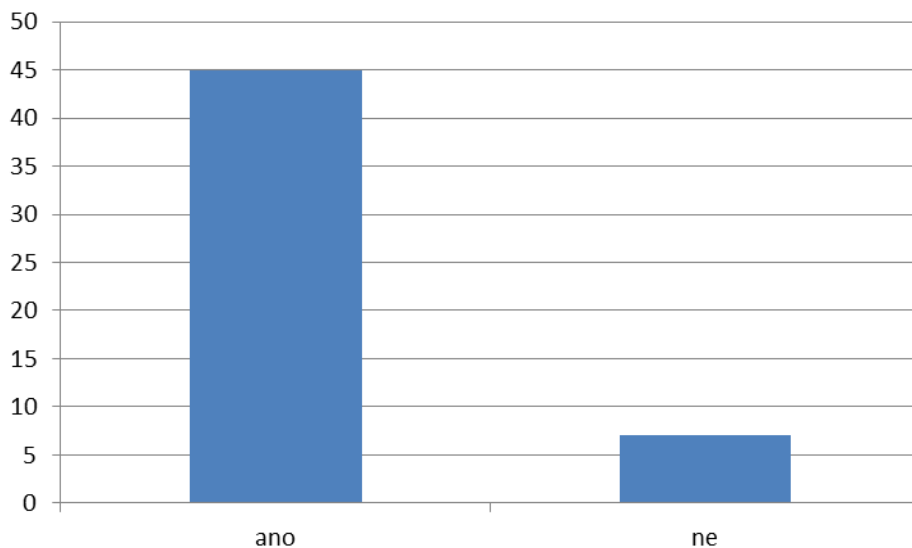


Obr. 10 Graf Typ závislosti u VZP

Analýza položky č. 11 – Zjistit, zda se již někdy vojáci z povolání snažili přestat kouřit

Součástí programu byl doporučený dotazník (viz. příloha D), který měl zjistit, zda vojáci z povolání se již v minulosti snažili přestat kouřit a kolikrát. Položka 11 analyzuje ve zkoumaném vzorku vojáků z povolání počet VZP snažících se o odvykání kouření v minulosti. Sedm vojáků z povolání uvedlo, že se nikdy nepokoušeli přestat kouřit

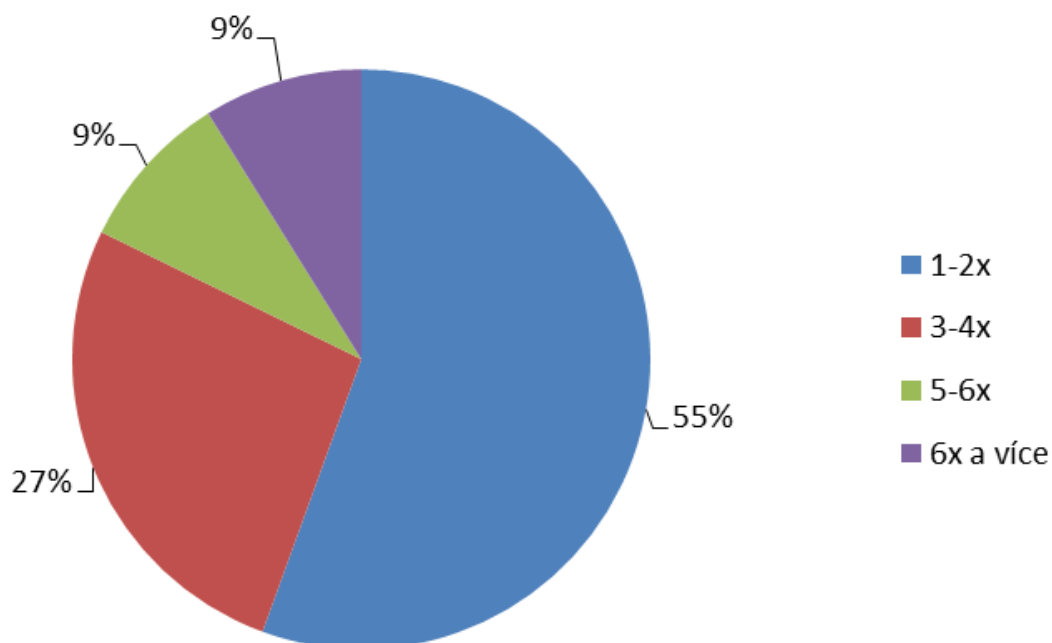
Na obrázku 11 je znázorněno z celkového množství zkoumaného vzorku VZP počet vojáků z povolání snažících se v minulosti o odvykání kouření.



Obr. 11 Graf Počet VZP snažících se v minulosti odvykat kouření cigaret

- a) Sledovaný vzorek vojáků z povolání je 45, jsou to VZP, kteří se již v minulosti snažili přestat kouřit.

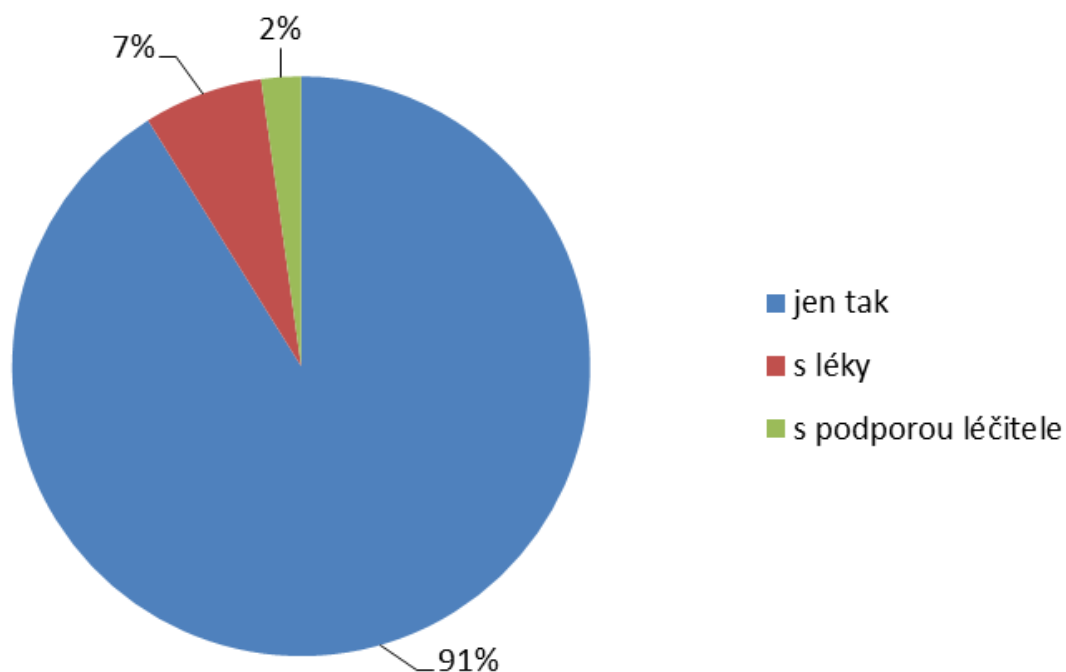
Více jak polovina vojáků z povolání odpovědělo, že se snažili v minulosti přestat kouřit jedenkrát nebo dvakrát. Toto tvrzení dokazuje obrázek 12.



Obr. 12 Graf Počet pokusů odvykání závislosti

b) Dále v položce 11 bylo zjišťováno u 45 vojáků z povolání snažících se v minulosti přestat kouřit způsob odvykání.

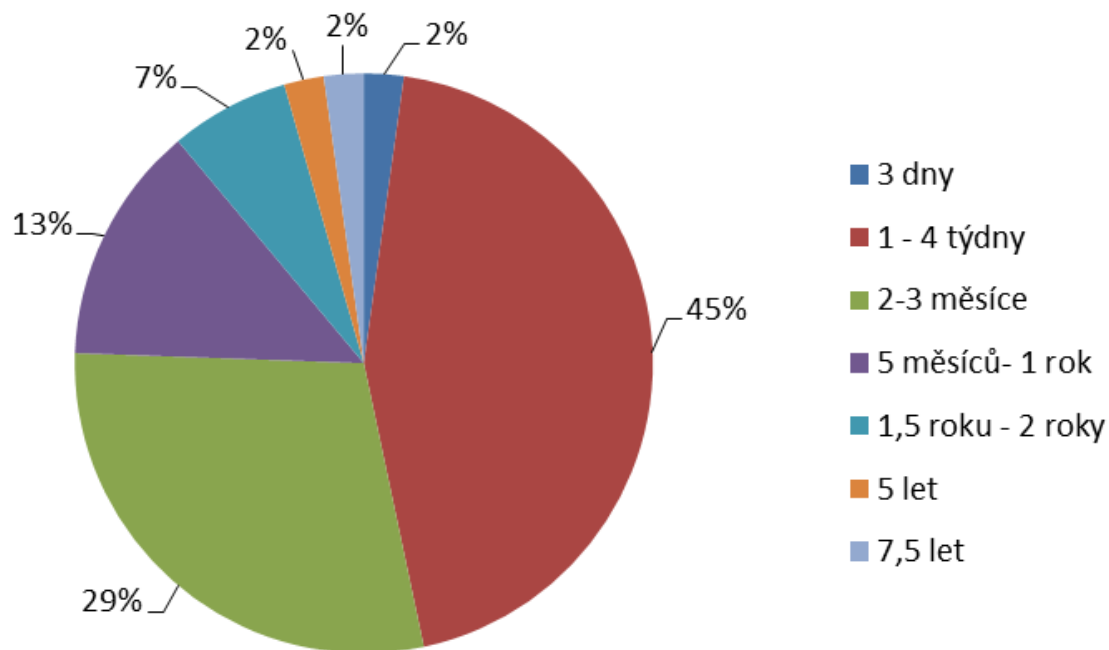
Obrázek 13 dokládá, že 41 vojáků z povolání se snažilo přestat kouřit „jen tak“, tedy bez odborné pomoci, bez farmakologické a nefarmakologické léčby.



Obr. 13 Graf Způsob odvykání VZP

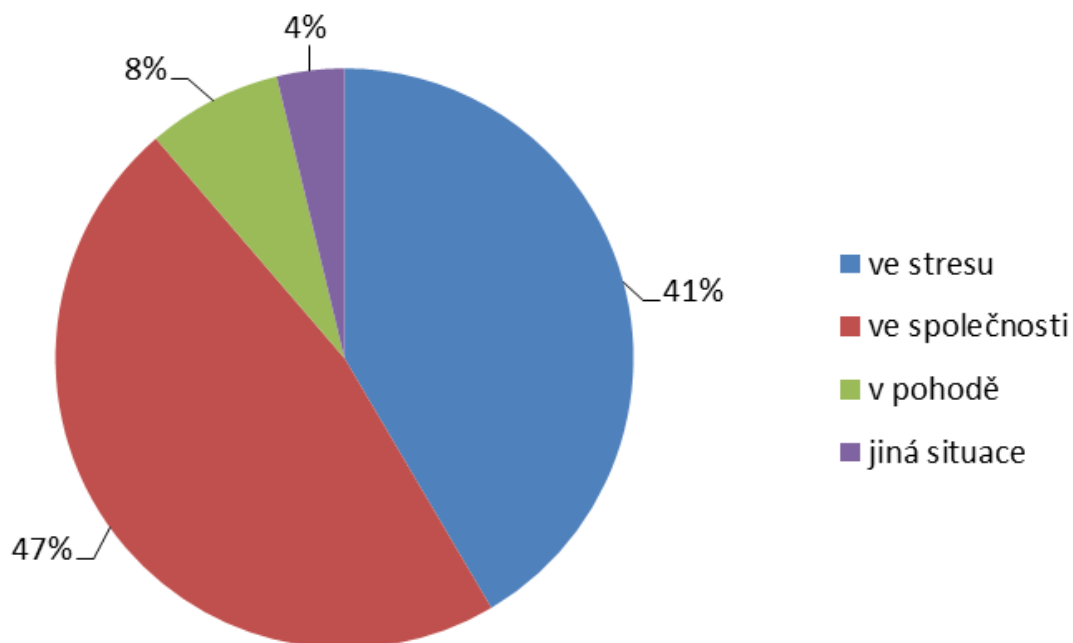
c) Další částí položky 11 bylo, jak dlouho 45 vojáků z povolání vydrželo nekouřit a důvod návratu ke kouření cigaret.

Graf 14 dokládá, jak dlouho dokázali vojáci z povolání nekouřit. Dvacet vojáků z povolání nekouřilo pouhý týden až měsíc, poté se vrátili k závislosti.



Obr. 14 Graf Doba nekuřáctví u VZP

Na grafu 15 jsou znázorněny nejčastější důvody k opětovnému návratu kouření cigaret u zkoumaného vzorku vojáků z povolání. Ze 45 vojáků z povolání, kteří se v minulosti snažili přestat kouřit, sedm uvedlo více důvodů pro opětovný návrat k závislosti. Všechna data byla analyzována a nejčastěji vojáci z povolání udávají, jako důvod k návratu závislosti stres a možnost kouření ve společnosti.



Obr. 15 Graf Důvod návratu ke kouření u VZP

Analýza položky č. 12 - Zhodnotit souhrnné vstupní objektivní ukazatelé (váha, BMI, krevní tlak, pulz)

V položce 12 byla analyzována vstupní vyšetření vojáků z povolání před vstupem do programu „Stop kouření“. Mezi objektivní ukazatelé vstupních vyšetření patřila antropometrická měření (výška, váha a BMI), dále se sledoval krevní tlak a pulz.

V tabulce 1 je vyjádřena střední, minimální a maximální hodnota sledovaných vyšetření u vzorku 52 vojáků z povolání vstupujících do programu.

Tab. 1 Analýza vstupních vyšetření u VZP

	BMI	VÁHA	TK	PULZ
MEDIÁN	25,95	80,3	125/80	70
MIN	18,60	50,5	x	64
MAX	31,40	103,0	x	80

Zpracování a znázornění získaných dat během léčby.

Každý voják z povolání ve zkoumaném vzorku během léčby absolvoval krátké intervence. Zde probíhala kontrola abstinence dotazem, u rizikových jedinců byla možnost provedení kontroly pomocí přístroje Smokerlyser. Proběhla kontrola farmakoterapie a dotaz na možné nežádoucí účinky léku Champix.

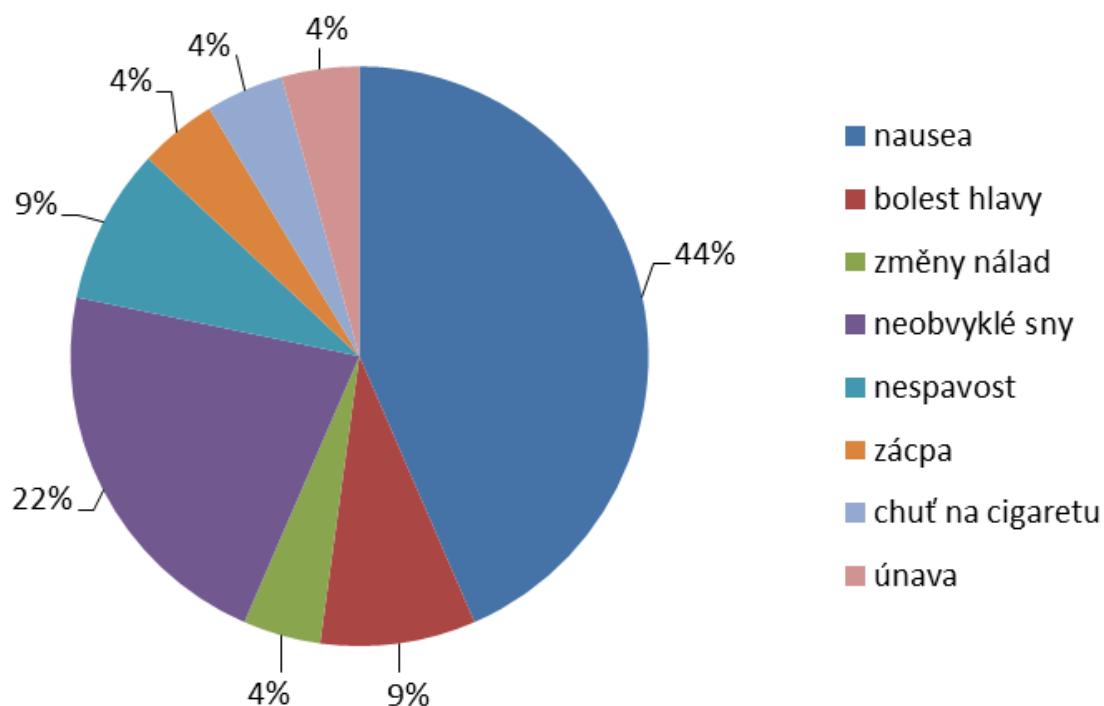
Voják z povolání, který abstinenci kouření nedodržel, byl z programu „Stop kouření“ vyřazen.

Analýza položky č. 1 - Porovnat nežádoucí účinky, které nastaly během léčby

Důležitým aspektem při léčbě odvykání kouření byly možné nežádoucí účinky léku Champix (viz. teoretická část, str. 27).

V položce 1 byly sledovány nežádoucí účinky při léčbě odvykání kouření. Z celkového počtu sledovaného vzorku vojáků z povolání, 33 po celou dobu léčby nepocíťovali žádné nežádoucí účinky léku Champix. Naopak 19 vojáků z povolání ze začátku léčby nežádoucí účinky měli. Ale všichni ze sledovaného vzorku VZP léčbu dokončili.

Obrázek 16 dokládá analýzu nežádoucích účinků u VZP. Někteří vojáci z povolání uvedli více nežádoucích účinků. Všechna data byla zpracována a seřazena. Nejvíce VZP, deset uvedlo, jako obtěžující vedlejší účinek léku Champix nauzeu, pět vojáků z povolání uvedlo neobvyklé sny.



Obr. 16 Graf Nežádoucí účinky při léčbě odvykání kouření

Zpracování a znázornění získaných dat po ukončení léčby

Voják z povolání za měsíc po ukončení léčby lékem Champix absolvoval výstupní vyšetření.

U každého jedince byla zhodnocena úspěšnost léčby.

Analýza položky č. 1 - Zhodnotit souhrnné výstupní objektivní ukazatelé (váha, BMI, krevní tlak, pulz)

V položce 1 byla analyzována výstupní vyšetření vojáků z povolání před výstupem z programu „Stop kouření“. Mezi objektivní ukazatelé výstupních vyšetření patřila antropometrická měření (váha a BMI), dále se sledoval krevní tlak a pulz.

V tabulce 2 je vyjádřena střední minimální a maximální hodnota sledovaných vyšetření u 52 vojáků z povolání vystupujících z programu.

Tab. 2 Analýza výstupních vyšetření u VZP

	BMI	VÁHA	TK	PULZ
MEDIÁN	26,36	83,0	125/80	70
MIN	19,90	55,5	x	64
MAX	33,50	106,0	x	78

Při porovnání tabulky č. 1 v položce 12 můžeme zjistit, že u sledovaného vzorku VZP se zvýšila střední, minimální i maximální hodnota BMI a váhy. U krevního tlaku střední hodnota zůstala stejná. Střední a minimální hodnota pulzů zůstala stejná, u maximální hodnoty pulzů došlo ke snížení.

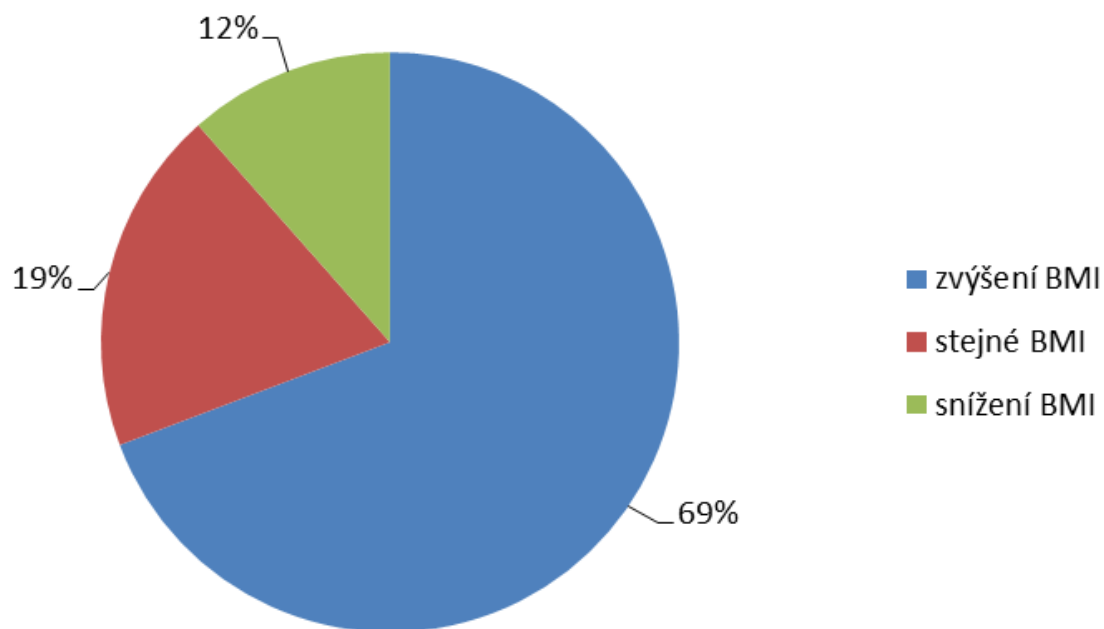
Analýza položky č. 2 - Porovnání vstupních a výstupních dat

V položce 2 byla zaznamenána souhrnně data objektivních ukazatelů před vstupem a po výstupu programu „Stop kouření“ (viz příloha B).

V příloze B můžeme porovnat u sledovaného vzorku vojáků z povolání rozdíly mezi váhou, BMI, krevním tlakem a pulzem.

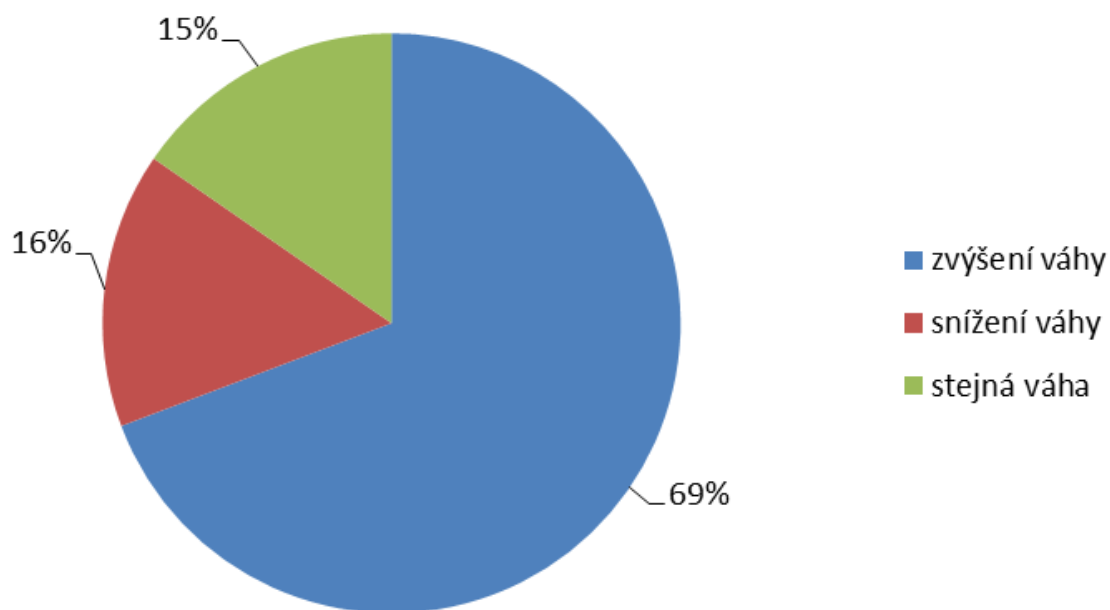
Na konci přílohy B je pro lepší orientaci označen průměr měřených hodnot.

Graf 17 znázorňuje ve zkoumaném vzorku vojáků z povolání BMI po léčbě odvykání kouření. U 36 VZP došlo ke zvýšení BMI, stejný BMI mělo před a po léčbě 10 vojáků z povolání, u 6 vojáků z povolání došlo ke snížení BMI.



Obr. 17 Graf Změna BMI u VZP po léčbě závislosti

Graf 18 znázorňuje u sledovaného vzorku vojáků z povolání, zda došlo po léčbě ke změně váhy VZP. U 36 VZP došlo ke zvýšení váhy, u 8 VZP došlo ke snížení váhy, u 8 VZP váha zůstala stejná.

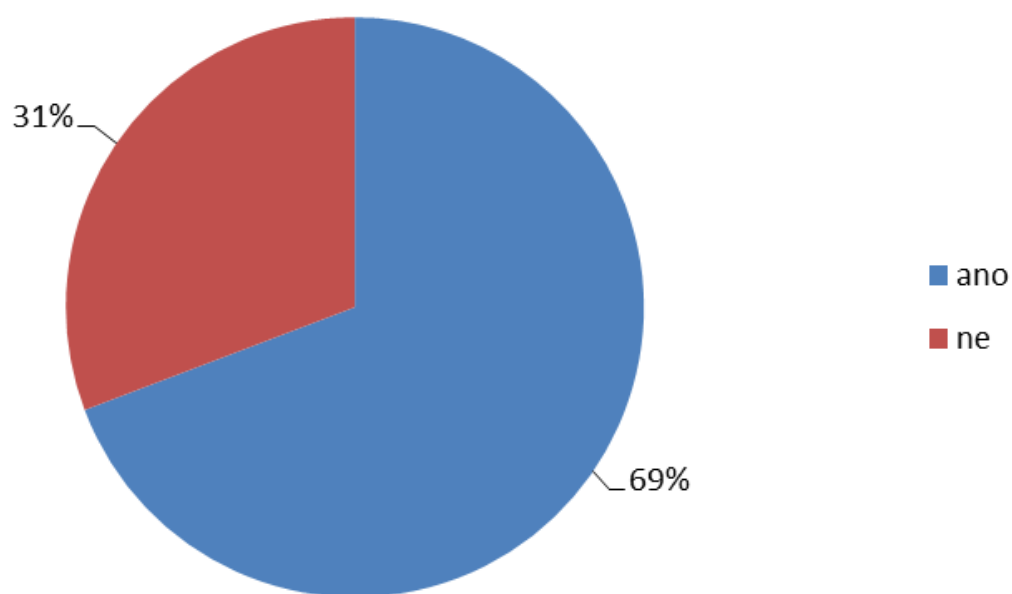


Obr. 18 Graf Změna váhy u VZP po léčbě závislosti

Analýza položky č. 3 - Vyhodnotit úspěšnost léčby

V položce 3 bylo analyzováno, zda léčba odvykání kouření byla úspěšná.

U sledovaného vzorku vojáků z povolání řádně ukončilo léčbu 52. Za měsíc po ukončení léčby udává 36 vojáků z povolání, že nekouří. 16 vojáků z povolání kouří dále, někteří z nich udávali snížení počtu cigaret. Výše uvedené údaje jsou znázorněny na obrázku 19.



Obr. 19 Graf Úspěšnost léčby u VZP

8 Diskuze

Smyslem mé bakalářské práce bylo shrnutí poznatků o závislosti na tabáku a ukázat možnosti pomoci a léčby. Teoretická fakta jsem chtěla potvrdit či vyvrátit pomocí retrospektivní studie.

V mé práci jsem se zabývala programem „Stop kouření“ u vojáků z povolání. Zaměřila jsem se na průběh programu, motivaci a úspěšnosti léčby odvykání kouření.

Do studie jsem zařadila 52 kuřáků (10 žen, 42 mužů), vojáků z povolání účastnících se programu, ve stejném období, za použití stejné léčby a s řádným ukončením léčby.

Sestavila jsem položky (viz. příloha A) pro analýzu dat, které mi pomohly v potvrzení či vyvrácení tvrzení o závislosti na tabáku. Celkem 16 položek se zabývalo fakty před zahájením, během a po ukončení léčby.

Zajímalo mě, zda sledovaný vzorek vojáků z povolání odpovídá procentuálnímu zastoupení pohlaví v AČR.

V Armádě České republiky v roce 2011 statistika dokládá 19 237 mužů a 3 024 žen, což činí z celkového počtu 86% mužů a 14% žen (MO, 2011).

Závěry z ročních lékařských prohlídek dokládají 30% závislost VZP na tabáku (Lang, Konštacký, 2011).

To znamená z celkového počtu vojáků z povolání 5 771 mužů a 907 žen, 6 678 celkem. Z tohoto počtu se do projektu přihlásilo 227 vojáků z povolání, kterým byla léčba hrazena. Procentuální zastoupení žen ve sledovaném vzorku bylo 19% a mužů 81%. Zjistila jsem, že sledovaný vzorek vojáků z povolání se závažně nelišil a odpovídá procentuálnímu zastoupení pohlaví VZP vstupujících do programu s procentuálním zastoupením pohlaví VZP v AČR.

Položka 8 zjišťovala, počet vykouřených cigaret. Vojáci z povolání uváděli často denní vykouřené cigarety v určitém rozmezí. U těchto VZP jsem se z důvodu zpracování získaných dat, rozhodla použít k analýze maximálně vykouřených cigaret denně. 20 vykouřených cigaret denně uvádělo 27 VZP, což znamená jednu krabičku denně. Při průměrné ceně cigaret kolem 70 Kč, měsíční náklady na cigarety činí 2 000 Kč. V tomto rozmezí se pohybuje i samotná léčba odvykání kouření.

Položka 11 analyzuje ve zkoumaném vzorku vojáků z povolání počet VZP snažících se o odvykání kouření v minulosti. Sedm vojáků z povolání uvedlo, že se nikdy nepokoušeli

přestat kouřit. U těchto vojáků z povolání byla motivací pro vstup do programu odvykání kouření zdraví a zlepšení tělesné kondice. Zajímavé bylo, že v anamnéza VZP byla nevýznamná a čtyři z nich měli přes 40 let.

Dále mě zajímalo u zkoumaného vzorku vojáků z povolání, kteří se již v minulosti snažili přestat kouřit (45 VZP) počet pokusů jejich snahy. Více jak polovina vojáků z povolání odpovědělo, že se snažili v minulosti přestat kouřit jedenkrát nebo dvakrát, bez jakékoli pomoci a ke kouření se vrátili během týdnů až měsíce.

Zajímavé je, že mezi vojáky z povolání byli i ti, kteří dokázali nekouřit 5 let a 7,5 let. Jednalo se o ženu 42 let, kuřačka od 17 let, 15 cigaret denně, test závislosti 4 body, nekouřila 7,5 let bez pomoci odborníků, znovu začala kouřit z důvodu stresu, v rodině kouří vlastní děti, motivací do programu bylo zdraví. Druhý případ byl muž 42 let, kuřák od 17 let, 20 cigaret denně, test závislosti 6 bodů, nekouřil 5 let bez pomoci odborníků, znovu začal kouřit ve společnosti, v rodině kouří matka a sourozenci, motivací pro vstup do programu byla smrt otce. Na těchto příkladech je zřejmé, že exkuřák nikdy není úplně vyléčen ze své závislosti. Důvodem pro opětovné kouření mohou být stresové situace, tlak okolí, kde voják z povolání tráví svůj volný čas.

V bakalářské práci jsem se snažila najít odpovědi na tyto výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1:

Co bylo nejčastější motivací u sledovaného vzorku vojáků z povolání účastnících se programu „Stop kouření“?

Touto problematikou jsem se zabývala v položce 3, 4 a 5.

V položce 4 byla hodnocena motivace VZP při vstupu do programu. Stop kouření“

Při odvykání kouření cigaret hraje motivace velmi důležitou roli, záleží na síle motivace a pevném rozhodnutí osoby závislé na tabáku (Králíková, Kozák, 2003).

Vojáci z povolání na tuto otázku udávali více odpovědí. Každá odpověď byla zpracována a zvlášť zaznamenána.

Ze studie vyplynulo, že u jedinců motiv pro odvykání závislosti na tabáku není jen jeden. Často dochází ke kombinaci více důvodů k odvykání kouření. Nejčastěji lze pozorovat kombinace: zdraví a finance, zdraví a rodina, zdraví a zvýšení tělesné kondice, zdraví a zbavení se zlovyku.

Langrová, Králíková a Vojta (2008) udávají, že k nejčastější motivaci kuřáků k odvykání kouření patří zdravotní důvody, pak finanční a přání zbavit se zlovyku.

V mé studii 54% vojáků z povolání uvedlo, jako motivaci, zdraví.

Položka 3 se zabývala úvahou, zda nemohou být důvodem pro vstup do programu odvykání kouření zdravotní problémy VZP. Data byla získávána z anamnézy protokolu „Stop kouření“. Byla rozdělena na 3 skupiny – nevýznamná anamnéza, vlastní onemocnění a onemocnění v rodině (možné rodinné dispozice). V položce 3 jsem zjistila, že u 33 vojáků z povolání, lékaři jejich anamnézu označili jako nevýznamnou. Tento fakt nebyl překvapující. Jedním kritériem pro práci v AČR je i zdravotní způsobilost vojáků z povolání. Nebo právě tento fakt, ovlivnil vojáky z povolání k uvedení důvodu odvykání závislosti?

Na druhou stranu u 12 VZP bylo zaznamenáno v anamnéze závažné onemocnění v rodině (DM 2. typu, IM, maligní nádor), u 7 VZP bylo v anamnéze zaznamenáno vlastní onemocnění VZP (zvýšená hladina tuků, hypertenze, v jednom případě i CHOPN).

21% vojáků z povolání ve zkoumaném vzorku uvedlo jako důvod vstupu do programu odvykání kouření finance. Je pravda, že kouření cigaret je velmi finančně náročné.

Ovšem motivací do vstupu programu „Stop kouření“ mohlo být i to, že program byl hrazen z prostředků MO AČR. Vojáci z povolání nemuseli do programu investovat žádné finanční prostředky.

Dalším důvodem odvykání byla rodina, u 7% vojáků z povolání.

Zde se potvrdila fakta, kde nezastupitelným důvodem pro odvykání kouření se stává rodina (Nešpor, 2011).

6% vojáků z povolání uvedlo jako důvod odvykání kouření, zlepšení tělesné kondice. Tato motivace je u VZP velmi aktuální. Vojáci z povolání jsou každý rok přezkušováni z fyzické zdatnosti a při nesplnění daných požadavků mohou být propuštěni ze služebního poměru.

4% VZP dokonce uvedli jako důvod odvykání, uvědomění si své závislosti.

4% VZP uvedli důvodem dožití vyššího věku a 1% smrt v rodině. Tyto důvody jsem zařadila do motivace zdraví.

Zvláštním důvodem odvykání, bylo přání přestat kouřit u 3% VZP. Tato motivace mohla být ovlivněna dobou, ve které projekt probíhal. V novém roce si jedinci dávají různá přání a předsevzetí.

Králíková a Kozák (2003) tvrdí, že nezáleží na způsobu odvykání kouření, ale podstatné je vždy rozhodnutí přestat kouřit. Kuřáka nelze nutit, když není pevně přesvědčen a nechce sám ovlivnit svou závislost na tabáku.

Výzkumná otázka č. 2:

V jakých oblastech došlo vlivem léčby ke změnám u sledovaného vzorku vojáků z povolání (BMI, návrat ke kouření, nežádoucí účinky léčby)?

Touto problematikou jsem se zabývala v položce 12 před zahájením léčby, během léčby v položce 1, po léčbě v položce 1 a 2. Výsledky jsem vyhodnotila dohromady.

Podle Mlčochové a Papežové (2011) se váha u jedinců po zanechání kouření zvyšuje o 2-3 kg.

U sledovaného vzorku VZP jsem zjistila, že došlo po léčbě ke změně váhy i BMI. Váha a BMI se zvýšily u 36 VZP. V celkovém počtu VZP se zvýšila střední, minimální i maximální hodnota BMI a váhy.

Naproti tomu u 8 VZP došlo dokonce ke snížení váhy a u 8 VZP váha zůstala stejná.

BMI zůstal stejný před a po léčbě u 10 VZP a u 6 VZP došlo ke snížení BMI.

Sucharda (2010) uvádí, že mnohé kuřáky zvýšení hmotnosti po zanechání kouření, vede ke ztrátě motivace.

V mé studii se toto tvrzení nepotvrdilo, protože i když VZP zvýšili svoji váhu, nedošlo k přerušení léčby závislosti na tabáku. U třech vojáků z povolání dokonce došlo k zvýšení hmotnosti o 7-8 kg, u 4 VZP došlo ke zvýšení hmotnosti o 6 kg, u 7 VZP došlo ke zvýšení váhy o 4-5 kg, u 9 VZP došlo k zvýšení váhy o 2-3 kg, u 13 VZP bylo zvýšení váhy okolo 1 kg. Na druhou stranu 4 VZP snížili svoji váhu o 3-4 kg.

Ve studii jsem se dále zaměřila na nežádoucí účinky při léčbě odvykání kouření. Z celkového počtu sledovaného vzorku vojáků z povolání, 33 po celou dobu léčby nepocítovali žádné nežádoucí účinky léku Champix. Naopak 19 vojáků z povolání ze začátku léčby nežádoucí účinky měli. Ale všichni ze sledovaného vzorku VZP léčbu dokončili.

6 VZP uvedlo více nežádoucích účinků. Kombinovala se bolest hlavy a nespavost, neobvyklé sny a chuť na cigaretu, nauzea a neobvyklé sny

Dle lékopisu z programu PC Doctor u léku Champix je uvedeno, že během prvních týdnů léčby může dojít k nežádoucím účinkům. Mezi ně patří nejčastěji nauzea, bolesti hlavy, nespavost, neobvyklé sny. Může se objevit depresivní nálada, podrážděnost, hněv, frustrace, potíže s koncentrací, neklid, úzkost, pokles srdeční frekvence, zvýšená chuť k jídlu, přírůstek hmotnosti.

Ve studii deset VZP uvedlo, jako obtěžující vedlejší účinek léku Champix nauzeu, pět vojáků z povolání uvedlo neobvyklé sny, dva bolesti hlavy a nespavost, po jednom VZP změnu nálad, zácpu, únavu, chuť na cigaretu. Z toho vyplývá, že u sledovaných VZP bylo nejvíce obtěžující nauzea, neobvyklé sny.

Po ukončené léčbě jsem sledovala, zda došlo u VZP ke změně v oblasti kouření cigaret.

Z výzkumu vyplynulo, že z vojáků z povolání ve sledovaném vzorku řádně ukončilo léčbu 52. Za měsíc po ukončení léčby udává 36 vojáků z povolání, že nekouří. 16 vojáků z povolání kouří dále, někteří z nich udávali snížení počtu cigaret. Nejčastěji omezili počet cigaret na 5 denně, ale kuřáky zůstali.

Bylo by zajímavé zjistit, jestli s odstupem času u VZP nedošlo k dalším změnám nebo k návratu závislosti.

Výzkumná otázka č. 3:

Jaké faktory mohou souviset s mírou úspěšnosti léčby kouření?

Předpokládala jsem, že najdu mnoho faktorů, které mohou souviset s mírou úspěšnosti léčby kouření.

Patří k nim pozitivní motivace (viz. výzkumná otázka č. 1), rodinné zázemí a podpora ze strany rodiny, okolí a přátel.

Ve studii jsem zjišťovala, zda bude mít kuřák, zapojený do programu odvykání kouření, podporu rodiny. Je pravděpodobné, že kuřák bez podpory okolí čelí každodenním nástrahám závislosti a možnost recidivy je vysoká. Dá se odhadnout, že v rodině, kde je pouze jeden kuřák, se lépe bude odvykat závislosti.

Z výsledků studie mohu shrnout, že 14 VZP kouřících v rodině sami, 10 kouřit přestalo. Ovšem ve 26 případech vojáků z povolání v rodině kouří cigarety více členů, ale i přesto se jim podařilo úspěšně ukončit léčbu.

S mírou úspěšnosti léčby kouření souvisí věk, od kolika let kuřák začal kouřit.

Čím mladší jedinec, tím se závislost vytvoří rychleji, nízký věk je výrazným rizikovým faktorem. (Nešpor, 2011). Podílejí se na tom vedle vlivů genetických i vlivy prostředí.

(Hrubá, Okrajek, Kukla, 2012).

U mého sledovaného vzorku VZP se nepotvrdila fakta, týkající se věku jako rizikového faktoru odvykání.

Z výsledků studie mohu říci, že VZP kouřící od 14 let úspěšně absolvovali léčbu závislosti.

Z 9 VZP kouřících od 15 let, 2 znovu začali kouřit, ostatní úspěšně absolvovali léčbu.

Je zřejmé, že by se musely dále zkoumat vztahy mezi úspěšností léčby a věkem první cigarety.

Dalším faktorem, který by mohl souviset s mírou úspěšnosti léčby odvykání kouření, je denní počet vykouřených cigaret a typ závislosti.

Podle Frageströмова testu nikotinové závislosti (viz. příloha F) se závislost dělí na mírnou, středně silnou a silnou.

U sledovaného vzorku VZP nebyl žádný voják z povolání mírně závislý.

34 vojáků z povolání ve sledovaném vzorku bylo silně závislých, z nich úspěšně absolvovali léčbu 24 VZP (3 ženy, 21 mužů). Z 18 vojáků z povolání se středně silnou závislostí, úspěšně ukončilo léčbu 12.

Ze 45 vojáků z povolání, kteří se v minulosti snažili přestat kouřit, sedm uvedlo více důvodů pro opětovný návrat k závislosti. Nejčastěji vojáci z povolání udávají, jako důvod k návratu závislosti stres a možnost kouření ve společnosti.

S mírou úspěšnosti léčby odvykání kouření určitě souvisí pomoc zdravotníků, psychologů, odborné pomoci

V otázce 11 bylo zjišťováno u vojáků z povolání snažících se v minulosti přestat kouřit způsob odvykání. 42 vojáků z povolání se snažilo přestat kouřit „jen tak“, tedy bez odborné pomoci, bez farmakologické a nefarmakologické léčby. Výsledky studie, ale potvrzují, nutnost odborné pomoci.

Další sledování a pomoc po absolvované léčbě závislosti by měla být samozřejmostí (Králíková, Kozák, 2003).

U programu „Stop kouření“ záleží, jak se k tomuto problému postaví sami kuřáci. Výraznou úlohu zde hraje praktický lékař a zdravotní sestra.

Při běžném kontaktu s pacientem – kuřákem uplatňujeme pravidlo 5 P: ptát se, poradit, posoudit ochotu přestat, pomoci přestat, plánovat kontroly. (Perná, Vašáková, 2009).

I exkuřák potřebuje naší pomoc.

Po úspěšné léčbě zanechání kouření by měl kuřák mít na paměti

“ Už nikdy, do konce života, ani jednu cigaretu. “ (Králíková, Kozák, 2003).

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na aktuální téma, které se týká preventivních programů předcházení civilizačních chorob, k nim patří program „ Stop kouření“, zabývající se odvykáním kouření v Armádě České republiky.

Cílem mé práce bylo shrnout problematiku kouření a vznik závislosti na tabáku v České republice a v Armádě České republiky. Popsat možnosti léčby a pomoci kuřákům při odvykání kouření. U sledovaného vzorku vojáků z povolání zjistit okolnosti kouření, stupeň závislosti a účinnost programu „Stop kouření“.

Výzkumné otázky sledovaly motivaci u vojáků z povolání ke vstupu do programu, změny, které nastaly vlivem léčby a faktory ovlivňující úspěšnost programu.

Z 52 vojáků z povolání, kteří splnili kritéria a byli zařazeni do mé studie, úspěšně ukončilo léčbu 36. Znamená to, že přestali kouřit a stali se exkuřáky.

Mezi základní motivační faktory vedoucí k úspěšnému překonání závislosti na tabáku patřily zdraví, finance a rodina.

Vlivem léčby došlo ke zvýšení souhrnných objektivních ukazatelů u váhy a BMI. U krevního tlaku a pulzu k výrazné změně nedošlo.

U vojáků z povolání byly nejčastější nežádoucí účinky léku Champix nauzea a neobvyklé sny.

Mezi faktory ovlivňující úspěšnost programu lze zařadit pozitivní motivaci vojáků z povolání, rodinné zázemí a podporu ze strany rodiny, okolí a přátel.

Častým důvodem k návratu závislosti se jeví stres a možnost kouření ve společnosti.

S mírou úspěšnosti léčby odvykání kouření určitě souvisí odborná pomoc od zdravotníků a psychologů.

Z mé studie vyplývá, že při správném využití nefarmakologické a farmakologické léčby se zvyšují procenta úspěšnosti léčby závislostí na nikotinu.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů ve sledovaném vzorku nemohu potvrdit ani vyvrátit, zda věk, délka kouření, počet vykouřených denních cigaret a stupeň závislosti určuje úspěšnost léčby.

Vzhledem k výsledkům programu mohu potvrdit, že program byl relativně úspěšný.

Bylo by vhodné sledovat exkuřáky delší dobu a najít rizikové období k návratu kouření.

Tato studie by se mohla rozvíjet v oblasti počtu respondentů a zajímavé by bylo zjistit ekonomickou náročnost programu spolu s náročností následné léčby pacientů kuřáků.

Data získaná retrospektivní studií mohou zdánlivě spolu souviset, ale z důvodu nezpracování dat statisticky nemohu potvrdit, že data jsou statisticky významná.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

Bártlová, S.; Sadílek, P.; Tóthová, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7012-416-X.

Hrubá, D. Budeme se očkovat proti kouření. *Praktický lékař*. 2012, roč. 92, č. 7, s. 390-392. ISSN 0032-6739.

Hrubá, D. K čemu slouží elektronické cigarety. *Praktický lékař*. 2012, roč. 92, č. 8, s. 449-451. ISSN 0032-6739.

Hrubá, D.; Okrajek, P.; Kukla, L. Faktory ovlivňující experimentování s kouřením: výsledky studie ELSPAC. *Časopis Lékařů českých*. 2012, roč. 151, č. 3, s. 141-148. ISSN 0008-7335.

Hrubá, D.; Soška, V.; Fiala, J.; Nebeská, K. Kouření a kardiovaskulární nemoci. *Praktický lékař*. 2009, roč. 89, č. 2, s. 70-75. ISSN 0032-6739.

Hrubá, D.; Žaloudíková, I. Chuť první cigarety: ovlivňuje vývoj kuřáckého chování? *Česko-slovenská pediatrie*. 2011, roč. 66, č. 1, s. 12-18. ISSN 0069-2328.

Hříbek, M.; Krajčí, L.; Klein, J.; Novosad, T.; Štěpánová, Ch. Výskyt rizikových faktorů aterosogeneze u důstojníků Ministerstva obrany a Generálního štábu. *Vojenské zdravotnické listy*. 2003, roč. LXXII, č. 5, s. 213-215. ISSN 0372-7025.

Kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.

Králíková, E. Závislost na tabáku a možnosti léčby. *Čes. a slov. psychiatrie*, 2004, roč. 100, č. 1, s. 13-18, ISSN 1212-0383

Králíková, E.; Kozák, J. T. *Jak přestat kouřit*. 2. rozš. vyd. Praha : Maxdorf, 2003. ISBN 80-85912-68-6.

Lang, P.; Konštický, S. Vojáci, stop kouření! *A report*. 2011, č. 5, s. 36-37. ISSN 1211-801X.

Langrová, K.; Králíková, E.; Vojta, M. Linka pro odvykání kouření – významná součást nabídky léčby závislosti na tabáku. *Praktický lékař*. 2008, roč. 88, č. 1, s. 47-49. ISSN 0032-6739.

Malá, K.; Králíková, E.; Felbrová, V.; *Pracovní postup pro léčbu závislosti na tabáku*. Česká asociace sester – Prezidium, 2010. ČAS/PP/2010/0001.

Mastiliaková, D.; *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-277-9.

Mlčochová, V.; Papežová, K.; Kouření a výživa. *Praktický lékař*. 2011, roč. 91, č. 3, s. 131-133. ISSN 0032-6739.

Nešpor K. Krátká intervence a první pomoc pro lidi s návykovými nemocemi. *Praktický lékař*. 2011, roč. 91, č. 8, s. 489-493. ISSN 0032-6739.

Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.

Nešpor, K.; Matanelli, O.; Pekárková, G.; Gregor, P. Jak rozdělit postupy, které mírní bažení (craving). *Praktický lékař*. 2011, roč. 91, č. 12, s. 703-706, ISSN 0032-6739.

Perná, Z.; Vašáková, M. Kouření, závislost na tabáku a současné možnosti léčby. *Praktický lékař*. 2009, roč. 89, č. 12, s. 679-683. ISSN 0032-6739.

Samara, I.; Plch, J.; Hrubá, D. Pasivní kouření a otitis media. *Praktický lékař*. 2011, roč. 91, č. 2, s. 68-72. ISSN 0032-6739.

Sucharda, P. Kouření a obezita. *Vnitřní lékařství*. 2010, roč. 56, č. 10, s. 1053-1057. ISSN 0042-773X.

Štejfa, M. a kol. *Kardiologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1385-4.

Zvolský, M.; Nechanská, B.; Králíková, E. Využívání diagnóz souvisejících s užíváním tabáku v České republice. *Časopis Lékařů českých*. 2012, č. 151, s. 573-578. ISSN 0008-7335.

Ministerstvo obrany a Armáda České republiky [Online]. Ministerstvo obrany, © 2004-2012 [cit.12.4. 2013.] Dostupné z: <http://www.army.cz/>

Smích, relaxace, střídavost. [Online]. Prim. MUDr. Karel NEŠPOR, CSc., [cit.3.1. 2013.] Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Graf Pohlaví vojáků z povolání	37
Obr. 2 Graf Věkové kategorie vojáků z povolání	38
Obr. 3 Graf Rodinná a osobní anamnéza VZP	39
Obr. 4 Graf Motivace VZP při vstupu do programu.....	40
Obr. 5 Graf Kuřácké zázemí VZP	41
Obr. 6 Graf Věk VZP při první cigaretě	42
Obr. 7 Graf Doba kouření cigaret VZP.....	43
Obr. 8 Graf Počet vykouřených cigaret za den	44
Obr. 9 Graf Doba zapálení první ranní cigarety	45
Obr. 10 Graf Typ závislosti u VZP	46
Obr. 11 Graf Počet VZP snažících se v minulosti odvykat kouření cigaret	47
Obr. 12 Graf Počet pokusů odvykání závislosti	47
Obr. 13 Graf Způsob odvykání VZP	48
Obr. 14 Graf Doba nekuřáctví u VZP.....	49
Obr. 15 Graf Důvod návratu ke kouření u VZP	50
Obr. 16 Graf Nežádoucí účinky při léčbě odvykání kouření	52
Obr. 17 Graf Změna BMI u VZP po léčbě závislosti	54
Obr. 18 Graf Změna váhy u VZP po léčbě závislosti.....	55
Obr. 19 Graf Úspěšnost léčby u VZP	56

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Analýza vstupních vyšetření u VZP	50
Tab. 2 Analýza výstupních vyšetření u VZP	53

SEZNAM ZKRATEK

AČR	Armáda České republiky
BMI	Body Mass Index
CO	oxid uhelnatý
ČR	Česká republika
DM 2. typu	Diabetes mellitus 2 .typu
ELSPAC	Evropská longitudinální studie těhotenství a dětství
FTN	Fakultní Thomayerova nemocnice
FVZ UO	Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany
CHOPN	Chronická plicní nemoc
IM	Infarkt myokardu
MO AČR	Ministerstvo obrany Armády České republiky
NNT	náhradní nikotinová terapie
NRHOP	Národní registr hospitalizovaných
SVZdrZ	Spádové vojenské zdravotnické zařízení
TK	krevní tlak
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
VZdrSl	Vojenská zdravotnická služba
VZP	voják z povolání
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Seznam položek.....	73
Příloha B – Tab. 3 Porovnání vstupních a výstupních vyšetření u VZP	74
Příloha C – Informovaný souhlas	76
Příloha D - Dotazník programu „Stop kouření“	77
Příloha E – Protokol programu „Stop kouření“	78
Příloha F – Frageströmův test nikotinové závislosti.....	80

Příloha A – Seznam položek

Dle dokumentace programu „Stop kouření“ jsem sestavila položky, na které se soustředím, podle mne souvisí s úspěšností programu.

Před zahájení léčby

1. Pohlaví vojáků z povolání.
2. Věk vojáků z povolání.
3. Anamnéza vojáků z povolání.
4. Motivace vojáků z povolání ke vstupu do programu.
5. Kdo z rodiny kouří kromě vojáka z povolání.
6. Od kolika let vojáci z povolání kouří.
7. Jak dlouho voják z povolání kouří cigarety.
8. Kolik vykouří voják z povolání cigaret denně.
9. Jak dlouho trvá, než si voják z povolání zapálí svou první ranní cigaretu?
10. Shrnout vyhodnocené testy závislosti. U vojáků z povolání.
11. Zjistit, zda se již někdy vojáci z povolání snažili přestat kouřit.
 - a) Pokud ano, kolikrát.
 - b) Pokud ano, jakým způsobem.
 - c) Pokud ano, jak dlouho nekouřili a důvod návratu ke kouření.
12. Zhodnotit souhrnné vstupní objektivní ukazatelé (váha, BMI, krevní tlak, pulz).

Během léčby

1. Porovnat nežádoucí účinky, které nastaly během léčby.

Po ukončení léčby

1. Zhodnotit souhrnné výstupní objektivní ukazatelé (váha, BMI, krevní tlak, pulz).
2. Porovnání vstupních a výstupních dat.
 - a) Porovnání váhy před a po léčbě.
 - b) Porovnání BMI před a po léčbě.
3. Vyhodnotit úspěšnost léčby.

Získala jsem souhlas garanta projektu AČR k získání dat z programu „Stop kouření“ a provedení retrospektivní studie.

Příloha B – Tab. 3 Porovnání vstupních a výstupních vyšetření u VZP

ident.	výška	Váha		BMI		TK		Pulz	
		před	po	před	po	před	po	před	po
1	180	92	96	28,66	30,20	120/80	120/85	74	72
2	185	103,0	104,0	30,31	30,50	130/80	130/80	76	76
3	176	61,0	61,0	20,05	20,05	125/75	125/80	68	68
4	178	62,0	66,0	20,31	21,01	125/80	125/80	70	70
5	165	60,0	62,0	23,60	23,60	115/70	120/70	78	78
6	170	60,0	56,0	20,32	19,90	120/70	125/70	66	70
7	190	85,0	94,0	24,00	26,57	125/80	120/80	74	76
8	187	81,5	87,0	23,89	25,08	120/75	125/75	76	76
9	184	95,0	97,0	28,50	29,00	120/80	120/80	64	66
10	177	77,0	83,0	26,70	27,00	120/70	120/70	74	74
11	174	68,0	65,0	22,96	22,90	110/80	120/80	70	70
12	178	87,0	87,0	27,60	28,00	125/70	125/70	74	74
13	180	96,0	95,0	30,00	29,60	130/80	130/80	68	70
14	167	62,0	64,0	23,00	23,50	120/80	120/75	74	72
15	183	75,0	83,0	23,00	25,00	115/70	115/75	78	74
16	178	66,0	79,0	23,63	25,40	130/80	125/80	70	70
17	181	92,0	95,0	28,58	29,00	135/85	130/80	78	78
18	179	92,0	92,0	29,00	29,00	125/75	125/75	72	72
19	167	50,5	55,5	18,60	20,40	120/70	120/70	74	70
20	177	73,0	80,0	24,00	26,00	120/75	120/80	68	68
21	165	66,0	69,0	25,00	26,00	115/70	115/70	70	70
22	174	91,0	96,0	31,17	32,20	130/80	130/80	76	72
23	185	94,5	90,0	27,99	26,60	125/80	120/80	64	66
24	176	80,0	81,0	26,20	26,60	130/75	125/70	70	70
25	177	77,0	76,5	25,00	24,80	120/80	120/75	68	68
26	167	66,0	65,0	24,11	24,11	120/80	120/80	70	72
27	185	87,0	87,5	25,60	26,37	125/75	120/70	72	70
28	184	91,0	87,0	27,00	26,54	125/80	125/75	68	66
29	175	72,0	75,0	24,00	24,90	120/80	120/80	66	66
30	176	91,0	91,0	29,70	29,70	125/75	125/80	74	70
31	167	69,0	71,0	25,31	26,32	120/80	125/75	68	64
32	179	80,5	84,0	25,75	26,86	120/80	120/80	70	70
33	190	94,0	93,5	26,15	26,34	115/75	120/75	64	68
34	178	96,0	102,0	30,72	32,64	130/80	130/80	74	70
35	169	74,0	77,0	26,23	27,47	125/80	120/80	68	64
36	180	66,0	67,0	20,70	21,05	120/80	125/80	70	68
37	178	79,0	80,5	25,50	25,91	125/80	120/75	70	70

ident.	výška	Váha		BMI		TK		Pulz	
		před	po	před	po	před	po	před	po
38	168	76,0	78,0	27,27	28,28	125/80	125/75	72	70
39	174	91,0	90,5	30,30	30,30	130/80	125/80	74	72
40	179	70,0	74,0	22,31	23,42	115/70	120/70	70	68
41	184	93,0	96,5	27,97	28,72	115/70	125/70	68	68
42	175	74,0	74,0	23,70	24,57	120/80	120/80	70	70
43	182	83,0	83,0	25,47	25,47	125/85	125/80	68	68
44	181	92,0	89,0	28,41	27,76	125/80	120/75	68	64
45	179	77,0	80,0	24,76	25,36	130/90	135/85	78	70
46	176	90,0	90,5	29,03	29,96	130/80	130/80	76	74
47	183	96,0	98,0	29,10	29,41	120/85	120/80	70	70
48	179	99,0	106,0	31,40	33,50	130/85	130/80	78	78
49	166	71,0	71,5	26,30	26,30	125/75	125/80	64	66
50	184	95,0	99,0	28,34	29,41	125/80	120/75	68	68
51	179	67,0	67,0	21,41	21,60	135/90	130/85	80	76
52	192	96,0	96,0	26,26	26,26	120/80	120/75	68	68
Průměr	x	80,4	82,5	25,86	26,47	123/78	123/77	71	70

Informovaný souhlas se zařazením do projektu „Cílené intervence, prevence a záchytu nadváhy a obezity“ s farmakoterapií/ „Omezení kouření u VZP AČR – „Stop kouření“ s farmakoterapií*:

Vzhledem k informacím o svém zdravotním stavu, jsem se dobrovolně dostavil k účasti na nepovinném projektu „Cílené intervence, prevence a záchytu nadváhy a obezity“/„Omezení kouření u VZP AČR – „Stop kouření“*.

Prohlašuji, že nevím o žádném důvodu, který by mi bránil v aplikaci přípravku Xenical/Adipex Retard/Champix*.

Podpisem tohoto informovaného souhlasu potvrzuji, že jsem byl seznámen s možnými vedlejšími účinky a přečetl jsem si informace o léčivém přípravku uvedené v příbalovém letáčku k přípravku. Těmto informacím rozumím a nemám žádné otázky ani nejasnosti.

Byl jsem poučen o způsobu léčby a dodržování komplexního léčebného režimu.

Rovněž jsem byl seznámen s cílem tohoto preventivního projektu a mám zájem a chci se aktivně podílet na zlepšení svého zdraví.

Nevím o tom, že bych měl v minulosti alergickou reakci na jakékoliv léky.

Pokud ano, uvádím zde na které léky jsem alergickou reakci měl:

.....

(Zůstává-li řádka shora nevyplněna, platí věta, že nevím o tom, že bych měl v minulosti alergickou reakci na jakékoliv léky).

Po přečtení informací o léčivém přípravku v příbalovém letáčku a seznámení s jeho možnými vedlejšími účinky, souhlasím s aplikací uvedeného přípravku.

Šarže přípravku:

Dne

Podpis:

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jste-li kuřák/kuřačka, prosím o vyplnění tohoto dotazníku. Údaje, o které se se mnou podělíte, nám umožní společně se zamyslet nad Vaší závislostí a pokusíme se nalézt optimální a účinné řešení.

Váš lékař

✓ Kouřím pravidelně od let cigaret/ denně.

✓ Při probouzení mám potřebu zapálit si:

do 5 minut

do půl hodiny

do hodiny

za více než hodinu

✓ Zkoušel jste přestat kouřit? ANO NE

Kolikrát? Nejdéle jste nekouřil/a jak dlouho:

✓ Pokud jste zkoušel/a přestat, bylo to :

jen tak (bez léků, bez lékaře)

s léky, jakými:

s podporou lékaře, kterého (praktický, či jiný):

✓ Pokud jste zkoušel/a přestat kouřit a ke kouření jste se vrátil/a, bylo to:

ve stresu

v pohodě

ve společnosti

jiná situace, která:

PROTOKOL „STOP KOUŘENÍ“

Příjmení, jméno: **Datum narození:**/...../.....

Bydliště:
.....

Ošetřující lékař:
.....

Vstupní vyšetření	datum:
1. Anamnéza	
Rodinná anamnéza:	
Osobní anamnéza:	
Kdo v rodině kouří?	
Kolik cigaret denně vykouříte?	
Co kouříte?	
Jak dlouho kouříte?	
Motivace k odvykání kouření:	
Fagerströmův test závislosti na nikotinu:	

2. Klinické vyšetření vstupní			
Antropometrie:	Váha (kg):	Výška (cm):	BMI (kg/m ²):
Objektivní nález:	Krevní tlak:	Pulz:	

3. Farmakoterapie:
CHAMPIX 1. MĚSÍC - 2 BALENÍ (STARTOVACÍ + 14 DNÍ PRŮBĚŽNÁ)

Termíny dalších schůzek:		

Průběžná kontrola **datum:**

Pohovor s klientem:

Kontrola abstinence – dotazem:

Kontrola abstinence Smokerlyserem – výsledek:

Kontrola farmakoterapie:

Plán na příští období, kontrola:

Jak se vyhnout nástrahám:

Vydání CHAMPIXU – balení	Podpis, datum

Výstupní vyšetření	Datum
Úspěšnost:	

4. Klinické vyšetření výstupní			
Antropometrie:	Váha (kg):	Výška (cm):	BMI (kg/m ²):
Objektivní nález:	Krevní tlak:	Pulz:	

Příloha F – Fagerströmův test nikotinové závislosti

Fagerströmův test nikotinové závislosti

Fagerström Test of Nicotine Dependence (FTND)

Heatheron, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test of Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of addiction*, 86, 1119-1127.

Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. *Čes. a slov. psychiatrie*, 100, 1, 13-18.

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?

- a) Do 5 minut 3 body
- b) Za 6-30 minut 2 body
- c) Za 31-60 minut 1 bod
- d) Po 60 minutách 0 bodů

2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- a) Ano 1 bod
- b) Ne 0 bodů

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

- a) První ráno 1 bod
- b) Kteroukoli jinou 0 bodů

4. Kolik cigaret denně kouříte?

- a) 0-10 0 bodů
- b) 11-20 1 bod
- c) 21-30 2 body
- d) 31 a více 3 body

5. Kouříte častěji během dopoledne?

- a) Ano 1 bod
- b) Ne 0 bodů

6. Kouříte i když jste nemocen a upoután na lůžko?

- a) Ano 1 bod
- b) Ne 0 bodů

Součet bodů:

0-1 žádná nebo velmi malá závislost

2-4 střední závislost

5-10 silná závislost na nikotinu