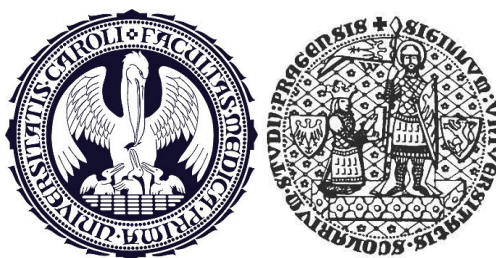


Univerzita Karlova v Praze

1.lékařská fakulta

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky



**Souvislost výskytu depresivní symptomatiky
a závislosti na nikotinu u prezenčních
bakalářských studentů adiktologie**

Autor: Eliška Křepelková

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Štěpánková

Datum předložení: 27. 5. 2011

Na vypracování a hodnocení této práce se podíleli:

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Štěpánková

Oponent: doc. MUDr. Karel Dohnal, CSc.

2

Obhajoba bakalářské práce proběhne 23. 6. 2011

Hodnocení:

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

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

V Praze 27. dubna 2011

Jméno: Eliška Křepelková

Obsah

Abstrakt	7
Abstract	8
1 Úvod do problematiky:	9
2 Vymezení pojmu závislosti	10
3 Deprese a depresivní symptomatika	12
3.1 Závažnost a tíže depresivní symptomatiky	13
3.2 Teoretické přístupy	14
3.3 Příznaky (symptomy) deprese:	14
3.4 Projevy na tělesné úrovni:	16
3.5 Depresivní projevy na myšlenkové úrovni:	16
3.6 Depresivní projevy na úrovni psychomotoriky a mimiky:	17
3.7 Riziko sebevraždy:	17
3.8 Rozšíření:	18
3.9 Okruhy prožívání dotčené při depresi:	18
3.10 Schematické rozdělení depresivních stavů:	19
3.11 Co vede ke vzniku deprese?	20
3.12 Význam a prevence	22
4 Závislost na nikotinu:	23
4.1 Převaha kouření ve společnosti	24
4.2 Historie a formy tabáku:	24
4.3 Působení nikotinu v lidském organismu:	25
4.4 Účinky nikotinu:	27
4.5 Akutní intoxikace nikotinem:	27
4.6 Odvykací stav:	27

4.7	Závislost na tabáku:.....	28
4.8	Stupeň závislosti:.....	30
4.9	Léčba závislosti na tabáku:.....	31
4.10	Substituční léčba závislosti na nikotinu:.....	32
4.10.1	Náhradní nikotinová terapie.....	32
4.10.2	Bupropion.....	32
4.10.3	Vareniklin.....	32
5	Deprese a závislost na nikotinu:.....	34
6	Výsledky:	36
6.1	Cíl výzkumu:	36
6.2	Výzkumné otázky:.....	36
6.3	Materiál a metodika:.....	36
6.4	Shrnutí výsledků.....	38
7	Závěry:	44
8	Diskuse:.....	46
9	Seznam použité literatury.....	48
10	Přílohy:.....	52
10.1	Příloha č. 1	52
10.2	Příloha č. 2	53
10.3	Příloha č. 3 (dotazníky použité při výzkumu).....	55
10.3.1	Příloha č. 4	59

Abstrakt

Statistická souvislost mezi depresivní symptomatikou a kouřením byla opakovaně prokázána. Není však jasné, zda kouření a potažmo závislost na nikotinu, může vést k rozvoji depresivní symptomatiky nebo zda deprese může zapříčinit vznik kuřáckého návyku.

Ve své práci se zabývám prevalencí depresivní symptomatiky ve skupině kuřáků a nekuřáků bakalářských prezenčních studentů adiktologie.

Nejprve shrnuji poznatky z odborné literatury, které se týkají depresivní symptomatiky, závislosti na nikotinu a závislosti na nikotinu v souvislosti s psychiatrickou komorbiditou.

Poté jsem pomocí dotazníkového výzkumu zjišťovala prevalenci depresivní symptomatiky ve skupině kuřáků a nekuřáků bakalářských prezenčních studentů adiktologie a tyto dvě skupiny vzájemně porovnávala.

Z mého výzkumu vyplývá, že výskyt depresivní symptomatiky je větší u kuřáků v porovnání s nekuřáky, protože 45,7 % respondentů, kteří kouří, nejeví známky deprese a 54,3 % respondentů, kteří kouří, mají nějaké projevy depresivní symptomatiky.

Oproti tomu 63% respondentů, kteří nekouří, nejeví známky deprese a 37% respondentů, kteří nekouří, má nějaké projevy depresivní symptomatiky.

Klíčová slova:

nikotin, závislost na tabáku, student, deprese, tabák

Abstract

The statistical relationship between depressive symptomatology and smoking has been repeatedly demonstrated. It is not clear whether smoking and nicotine dependence in turn, may lead to the development of depressive symptoms or whether depression can give rise to smoking habit.

In my work I deal with the prevalence of depressive symptoms in a group of smokers and nonsmokers addictology undergraduate full-time students.

First I summarize the findings from the literature related to depressive symptoms, nicotine dependence and nicotine dependence in relation to psychiatric comorbidity.

Then I'm using questionnaire survey examined the prevalence of depressive symptoms in a group of smokers and nonsmokers addictology undergraduate full-time students. Then I have these two groups compared with each other.

My research shows that the incidence of depressive symptoms was greater in smokers compared with non-smokers, because 45.7% of respondents who smoke, do not have signs of depression and 54.3% of respondents who smoke, have some depressive symptoms. In contrast, 63% of respondents who do not smoke, do not have signs of depression and 37% of respondents who do not smoke, has some depressive symptoms.

Key words:

nicotine, tobacco dependence, student, depression, tobacco

1 Úvod do problematiky:

Statistická souvislost mezi depresivní symptomatikou a kouřením byla opakovaně prokázána. Není však jasné, zda kouření a potažmo závislost na nikotinu, může vést k rozvoji depresivní symptomatiky nebo zda deprese může zapříčinit vznik kuřáckého návyku.

Podle studií psychiatričtí pacienti kouří více, než běžná populace. V dospělé populaci ČR kouří kolem 26%, mezi psychiatricky nemocnými je jich však mnohem víc, pacientů s depresí kouří cca 60%. Kuřáci mají vysokou psychiatrickou komorbiditu, cca kolem 30%. Psychicky nemocní kuřáci bývají silněji závislí na nikotinu a kouří v průměru více cigaret než kuřák bez tohoto onemocnění. U psychiatricky nemocných kouření zhoršuje prognózu jejich nemoci. Kouření zvyšuje také riziko psychiatrických onemocnění, například deprese, sebevraždy, agorafobie, bipolární poruchy a další (Raboch, 2010).

Navíc odvykání kouření může depresivní symptomatiku vyvolat. Odvykání od nikotinu doprovázejí mírnější fyzické symptomy, ale psychické útrapy mohou být velice silné – včetně depresivní nálady, popudlivosti, pocitů zoufalství, úzkosti, frustrace a neschopnosti se soustředit (Gilman, 2006)

Na základě těchto faktů jsem odvodila svůj výzkumný cíl, a to zjistit, jaká je prevalence depresivní symptomatiky ve skupině kuřáků a nekuřáků bakalářských prezenčních studentů adiktologie.

Následně tyto dvě skupiny vzájemně porovnat.

Dále jsem formulovala následující výzkumné otázky:

Je výskyt depresivní symptomatiky ve sledované skupině vyšší u kuřáků v porovnání s nekuřáky?

Je výskyt depresivní symptomatiky vyšší u respondentů závislých na nikotinu v porovnání s respondenty bez závislosti na nikotinu?

Je výskyt depresivní symptomatiky vyšší u pravidelných kuřáků v porovnání s příležitostnými kuřáky?

2 Vymezení pojmu závislosti

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), je novou revizí, jejíž přípravu řídila Světová zdravotnická organizace (WHO) a na které se podílela řada odborníků. Definovala též závislost na nikotinu, pod označením F17:2 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 2009). "

Syndrom závislosti na tabáku - kód F17. 2.(Sovinová, n.d.)

Jak uvádí Nešpor (2000), definice závislosti vycházející z 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO) zahrnuje definici syndromu závislosti, což je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních stavů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.

Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák (Nešpor, 2000).

„Definitivní diagnóza se obvykle stanovuje pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.
- Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky.
- Tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.
- Průkaz tolerance k účinku látky, jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami.

- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejích účinků.
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků – poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení (Nešpor, 2000)“.

3 Deprese a depresivní symptomatika

Podle Vymětala (2003) slovo deprese vychází z latinského depressus, což znamená „stlačený, nízký“.

„Depresivní porucha se obvykle definuje jako patologická porucha nálady neodpovídající okolnostem. Základní charakteristika zahrnuje skleslou náladu, sníženou energii a snížení aktivity (Roth, 1999, Str. 5)“.

Deprese je psychická porucha Honzák (1999).

Deprese není podle Kurzové (2003) jen změna nálady (a to navíc chorobná změna), ale celkový proces, který postihuje pacienta od základních biologických pochodů (imunita, vegetativní systém, cirkadiánní rytmy) až po psychické funkce a sociální vztahy.

Depresivní problematika je MKN 10 definována kódem F32 až F34. Depresivní epizoda je Mezinárodní klasifikací nemocí definována kódem F32 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 2009).

Afektivní onemocnění zahrnuje manické a depresivní epizody, bipolární afektivní poruchu, periodické depresivní poruchy a trvalé afektivní poruchy, cyklotymie a dystymie (Rahn, 2000).

Jak uvádí Vymětal, Mezinárodní klasifikace nemocí řadí deprese mezi poruchy nálady (tzv. afektivní poruchy). Uvádí je zejména v rámci:

Bipolární afektivní poruchy (přítomny jsou epizody manické a depresivní)

Depresivní epizody (podle množství příznaků a jejich intenzity se dělí na mírné, střední a těžké)

Rekurentní depresivní poruchy (opakující se depresivní epizody)

Trvalé poruchy nálad (dystymie)

Jiné poruchy nálad (např. rekurentní krátká depresivní porucha.

Podle charakteru a časového průběhu pak stanovujeme probíhající konkrétní fázi, která představuje aktuální stav, nebo ji v dlouhodobějším sledování považujeme za jednu z epizod při opakujícím se výskytu.

Jedná-li se o chronickou poruchu nálady, která pacienta provází prakticky celý život, nebo alespoň jeho podstatnou část, mluvíme o dystymii, pokud se chronicky střídá depresivní nálada se stavy hyperaktivity a nálady nápadně zlepšené, je stav hodnocen jako cyklotymie.

Část depresí má bipolární (dvoufázový) průběh. Kdy se s větší či menší pravidelností střídají epizody depresivní s epizodami manickými projevujícími se zvýšením aktivity, povznesením nálady, zrychlením psychomotorického tempa a řadou dalších projevů, které působí na nepoučené dojmem „nadměrného zdraví“, které však přináší pacientům nemenší problémy než epizody depresivní (Honzák, 1999).

3.1 Závažnost a tíže depresivní symptomatiky

Roth (1999) říká, že tíže depresivní symptomatiky se obvykle posuzuje jako mírná, středně těžká a těžká.

Důležitý je rozsah a hloubka příznaků, které pacienta obtěžují, a dále dlouhodobý vývoj obtíží v průběhu života nemocného.

Raboch (2001) uvádí, že podle intenzity a počtu přítomných příznaků se rozlišuje: lehká depresivní epizoda, středně těžká depresivní epizoda, těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků, a těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky.

Dále uvádí Roth (1999), že závažnost deprese je odvozena od počtu přítomných symptomů.

Pro orientační odlišení závažnosti se používá posouzení zachovaných sociálních schopností. V mírné fázi je postižená osoba obvykle schopná s určitými těžkostmi plného pracovního výkonu, sociálních a domácích aktivit. Ve středně těžké fázi tyto

aktivity pacient zvládá jen s velkými obtížemi a v těžké fázi obvykle není schopen podávat jakýkoliv výkon.

Vymětal (2003) říká, že k opravdu hlubší depresi patří nezáměr o sebe i okolí (pacient nedbá na vzhled) a neschopnost vykonávat dosavadní činnosti (například úklid domácnosti) a zaměstnání.

Také podle Kurzové (2003) Stupeň neodklonitelnosti depresivní nálady ke standardní náladě odpovídá stupni deprese. Vymětal (2003) říká, že u těžších depresivních stavů jsou projevy smutku neodklonitelné

3.2 Teoretické přístupy

Sociologická teorie rolí říká, že postižený se stává depresivním, když se mění jeho navyklý vzorec rolí a postižený byl se svou rolí natolik spjat, že ztrácí kus sebe sama a není schopen přijmout novou roli, či se jejímu přijetí brání.

Pozdní deprese jsou především podmíněny psychosociálně. Převaha depresivních žen se vysvětluje jejich méně uspokojivou a méně oceňovanou rolí. Ve skutečnosti je nejčastějším typem deprese „deprese žen v domácnosti“.

Podle kognitivně-behaviorální terapie popisuje teorie učení vznik deprese jako to, že určitý dosud odměňovaný vzorec chování přestane být odměňován.

Psychoanalýza uvádí, že každá část přítomnosti je ovlivňována patoplastickým působením v dětství (Dörner, 1999).

3.3 Příznaky (symptomy) deprese:

„Deprese jako by byla nakažlivá, navíc vyvolává v okolí pocity bezmoci a někdy také viny, takže jedinci trpící závažnější depresí se mohou dostat do sociální izolace (Kurzová, 2003, Str. 31)“.

Podle Rabocha (2001) k symptomatologii deprese patří minimální trvání obtíží po dobu dvou týdnů a pesimistická nálada. Ke dvěma dalším klíčovými příznakům patří ztráta zájmu a prožitku radosti, pokles energie a zvýšená únavnost. Časté jsou také hypochondrické a sebevražedné myšlenky.

Podle Vymětala (2003) je deprese syndromem, který zahrnuje symptomy z oblasti: nálady, myšlení a psychomotoriky (včetně mimiky). Dále, jak uvádí Roth (1999) k depresivnímu syndromu patří i celá řada dalších symptomů, jako jsou:

- Zhoršení schopnosti radovat se.
- Pokles zájmů.
- Zhoršení koncentrace, paměti.
- Pocity viny, méněcennosti.
- Smutný a pesimistický výhled do budoucna.
- Myšlenky na sebepoškození, sebevraždu.
- Ztráta náhledu.
- Úzkost.
- Poruchy spánku.
- Porucha příjmu potravy (jiného charakteru než anorexie, bulimie).
- Somatické příznaky.
- Únavový syndrom, neklid, hypochondrie.

Vymětal (2003) také dále uvádí, že k depresi, na rozdíl od truchlení, patří pocit ztráty času a někdy i pocit ztráty prožívání jako takového.

Deprese bývá mnohdy provázena pocity viny a úzkostí, jež dokáží energetizovat, a jejichž klinický obraz proto může být značně pestrý (agitovanost-neklid apod.)

Často se vyskytuje i nespavost (méně často nadměrná spavost), nechutenství a rychlý váhový úbytek (nebo vzácněji zvýšená konzumace potravy) atd.

Postiženého přestává těšit, co mu dříve přinášelo potěšení, včetně sexuálního života

Deprese jako syndrom duševního onemocnění či poruchy se nedá zvládnout vůlí a vyžaduje léčbu. Apel na pacientovu vůli jeho depresi zhoršuje.

Průměrná doba trvání depresivní fáze se dříve pohybovala kolem šesti měsíců, dnes se udává kratší. Počátek častěji na jaře a na podzim (Dörner, 1999).

3.4 Projevy na tělesné úrovni:

Jak uvádí Raboch (2001), na depresi se dnes pohlíží jako na chronickou poruchu, která vede k takovému funkčnímu narušení a morbiditě jako somatické chronické nemoci, např. hypertenze a diabetes.

Podle Kurzové (2003) jsou časté vegetativní a somatické obtíže, zejména v oblasti trávicí (poruchy apetitu, zácpa) a kardiovaskulární (atypické bolesti na hrudi, tzv. vitalizovaná deprese) doprovázené často hypochondrickými stesky.

Dále jak uvádí Honzák (1999), na úrovni psychofyziologické a vegetativní se při depresi objevuje řada symptomů od ztráty sexuální touhy, přes pokles chuti k jídlu, až po poruchy spánku.

Podkladem uvedených příznaků je narušení řídicích mechanismů těchto fyziologických funkcí.

Deprese pro své nositele představuje psychologický stres. Jedním z podstatných projevů deprese je i změna imunity, která zvyšuje náchylnost k ostatním onemocněním.

3.5 Depresivní projevy na myšlenkové úrovni:

Vymětal (2003) říká, že depresivní myšlení se projevuje celkovým názorovým pesimismem a negativním sebepojetím (sebepodceňování, sebeobviňování,

sebeodsuzování, ztrátou sebeúcty atd.). Pacienti si také někdy stěžují, že ztratili schopnost se soustředit, myslet, pamatovat si a činit rozhodnutí.

Depresivní myšlenky mohou být neopodstatněné, až absurdní, v tom případě se jedná o depresivní bludné domněnky a bludy (například nemocný se nesprávně a nevývratně domnívá, že zavinil nějaké velké neštěstí). Kurzová (2003) též uvádí, že deprese může dokonce nabývat až psychotické intenzity při jinak nedotčené osobnosti.

3.6 Depresivní projevy na úrovni psychomotoriky a mimiky:

Podle Vymětala (2003) se depresivní psychomotorika a mimika projevuje zpomaleností v gestech, pohybech, tempu řeči.

Mimika bývá maskovitá, méně diferencovaná, člověk působí unaveným dojmem, jako by postrádal energii. Vlastní tělo mu připadá těžké, říká, že má „na prsou kámen“ apod.

3.7 Riziko sebevraždy:

Kurzová (2003) označuje depresivní poruchu jako onemocnění zákeřné, protože v 15% končí sebevraždou.

Podle Vymětala jsou pro vážnější depresivní stav příznačné sebevražedné představy, myšlenky a tendence, jež mohou mít i podobu přání „už se neprobudit“ nebo brzy zemřít na nějakou nemoc

Objevuje se ztráta zájmů až dokonce ztráta zájmu o život s různě silně vyjádřenými sebevražednými tendencemi (Kurzová, 2003).

A proto tedy musíme, jak uvádí Vymětal (2003) u depresivně se projevujícího člověka vždy myslet na možnost sebevražedného jednání.

3.8 Rozšíření:

Depresivní porucha má 17% celoživotní prevalenci, ale v 90 % není diagnostikováno, a tedy ani odpovídajícím způsobem léčeno (Kurzová, 2003).

Rahn (2000) udává, že s věkem ubývá pravděpodobnost onemocnění depresí. Mezi léčenými depresivními nemocnými je více než dvojnásobek žen než mužů.

Raboch (2001) též uvádí, že životní prevalence je 17% a je vyšší u žen než u mužů

Podle Kurzové (2003), ale deprese postihuje populaci každého věku, její průběh může být cyklický, depresivní epizody se mohou objevovat nepravidelně, může směřovat do chronicity, ale může se také objevit jen jednou v životě.

Jak uvádí Dörner (1999), cyklothymní (fyzické, afektivní, maniodepresivní) psychózy se v Evropě vyskytují zhruba u 0,4 až u 1 % populace, v USA u 0,3 až 4% obyvatelstva. Rozdíly závisí ve zvyklostech ve vnímání u psychiatrických výzkumných pracovníků.

Deprese se vyskytují u žen a u mužů v poměru 7:3, manie 1:1. V sociální příslušnosti nejsou žádné významné rozdíly. S přibývajícím rokem se nejdříve stáváme schizofrenními, potom manickými, teprve počínaje třetím desetiletím našeho života jsme „zralí na depresi“ (se projevuje většinou deprese). Proto se v dětství výrazné deprese skoro nevyskytují.

3.9 Okruhy prožívání dotčené při depresi:

Podle Kurzové (2003) existují čtyři základní okruhy, které jsou při depresi dotčeny, a těmi jsou: forie (nálad), hernie (schopnost radovat se), dynamogenie (psychomotorické tempo) a vegetativní, imunitní a somatické funkce.

- Forie (nálad): bývá u deprese pokleslá, smutná, lítostivá, s příměsí úzkosti, mrzutá, otrávená (dysforie), zoufalá, beznadějná, nebo nijaká (bez nálady).
- Hedonie (schopnost radovat se nebo se těšit na něco): je výrazně snížena

- Dynamogenie (psychomotorické tempo) je u většiny nemocných výrazně snižena, jen malé procento signifikantně úzkostných může projevat zrychlení až agitovanost, ve svém výsledku však stejně neefektivní jako patologický útlum. Zpomalení je patrné objektivně, pacient je si ho však velmi dobře vědom a tato skutečnost podrývá jeho sebevědomí.
- Alterace dalších řídicích i řízených systémů: může být někdy vedoucím příznakem, nebo alespoň hlavní stížností, pro kterou pacient lékaře - nepsychiatra vyhledá. Dominantní je porucha cirkadiálního rytmu, je zásadním způsobem narušen spánkový cyklus a jeho vnitřní architektura. Dochází k oslabení imunity, což se jeví jako podstatný etiopatogenetický prvek v řetězci dalších onemocnění.

3.10 Schematické rozdělení depresivních stavů:

Depresivní stavy mají rozličný původ a schematicky je lze podle Vymětala (2003) rozdělit na:

- Deprese symptomatické: Předcházejí, doprovázejí či následují převážně somatická onemocnění (např. virózy, srdeční insuficience, syndrom signalizující mozkový tumor).
- Deprese endogenní: Jedná se o psychotická onemocnění, jejichž příčina není dosud zcela objasněna. Patří mezi ně například endogenní deprese s monopólním a bipolárním průběhem (manidepresivní psychóza).
- Deprese psychogenní: Sem řadíme reaktivní depresivní stavy, deprese neurotické a deprese mající pravděpodobnou příčinu v osobnosti pacienta.
- Deprese larvované: Neprojevují se výrazněji v psychice pacienta, který trpí různými somatickými obtížemi (např. zácpa, bolesti zad) a „zabírá“

na antidepresivní farmakoterapii. Bývají řazeny i do skupiny endogenních depresí

Honzák (1999) dělí deprese zase podle předpokládané etiopatogeneze na primárně psychogenní:

- Endogenní: (přesný překlad říká: „v tomto domě vzniklé“), u nichž se soudilo na biologicky zadané příčiny
- Reaktivní: jejichž charakteristikou bylo, že představovaly nepřiměřeně velkou, nepřiměřeně hlubokou a/nebo nepřiměřeně dlouhou reakci na utrpenou ztrátu nebo trauma
- Neurotické: u nichž byly nejčastěji obviňovány různé nepříznivé vlivy ve vývoji jedince.
- Symptomatické: objevující se jako druhotný důsledek postižení mozku buď organickou nemocí (např. ateroskleróza, atrofie CNS), nebo celkovou poruchou metabolickou (např. urémií, jaterním selháním atd.)

Podle Honzáka (1999) však klinická praxe dokazuje, že endogenní deprese mohou propuknout po traumatu nebo psychické zátěži, že reaktivní deprese mohou mít od počátku charakter depresí endogenních, nebo se v takové mohou plynule měnit, a že kategorie depresí neurotických je velmi nepřesná a proto nejasná, proto pokládá zařazení do kategorií za nepružné.

3.11 Co vede ke vzniku deprese?

Podle Kurzové (2003), nejsou přesně známy příčiny a mechanismy vzniku deprese a předpokládá se, že se jich může několik kombinovat: vrozená dispozice (slabost především serotoninového neurotransmitterového systému), traumatizace v dětství, stresové vlivy, labilita osy hypofýza-hypotalamus-nadledviny a další.

Jak uvádí Honzák (1999), neznáme přesnou etiopatogenezi deprese, protože jde o onemocnění multikauzální.

Vymětal (2003) uvádí, že z hlediska dědičnosti byla dosud potvrzena výraznější vloha pouze u bipolární deprese (maniodepresivní psychóza)

Spouštěčem může být jak životní zátěž, tak somatické onemocnění, navíc významně nepříznivým obdobím je doba okolo rovnodennosti, kdy nejistota o tom, zda bude dlouhý den, či naopak může rozkolísat vnitřní oscilátor, a tím i celý cirkadiánní rytmus (Kurzová, 2003).

Dörner (1999) uvádí podmínky vzniku depresivní symptomatiky:

- Dědičnost: Pravděpodobnost maniodepresivního onemocnění v průměrné populaci se pohybuje mezi 0,3 – 1%. Není jasné, zda se jedná o dědičnost v pravém slova smyslu, a není jasné, zda jde o dědičnost dispozice či nemoci. Každá rodina může „zdědit“ vzorec jednání geneticky nebo psychosociálně.
- Konstituce: zahrnuje všechny zděděné tělesné i duševní vlastnosti, obzvláště tělesná stavba a temperament, v jednotlivém případě těžko odlišitelné od podmíněnosti prostředím.
- Biochemie: u deprese se popisuje vztah k serotoninu a ke snížení obratu noradrenalinu, k jeho zvýšení dochází u mánií. Tímto znakem se má též odlišovat neurotická deprese od psychotické, což by bylo vysvětlitelné různě těsnou vazbou obou nemocí na tělesné podmínky.
- Tělesné podmínky: Deprese se objevuje v 10 – 25%, mánie v 7% případů během tělesného onemocnění a především krátce po něm, obzvláště po cévních onemocněních mozku, encefalitidě, virových onemocněních, mononukleóze, infekční hepatitidě, hormonálních poruchách, pooperačních stavech, po delší hormonální nebo neuroleptické terapii nebo po dystrofii z hladu. V šestinedělí jsou psychózy (především periodické deprese) desetkrát častější než v těhotenství.
- Psychosociální podmínky: Před depresí se v 10-40% případů vyskytují typické, většinou zatěžující psychosociální situace nebo události, před mánií v 7-30% častěji u žen se zvyšujícím se věkem. Pod povrchem

často nacházíme léta trvající rozporuplné mezilidské vztahy, nakupení lidských a profesionálních zklamání, ztrátu partnera, možností, šancí a snů. Například pro patologie vznikající z nutnosti opustit staré způsoby jednání a vytvořit si nové, existují diagnózy jako deprese z vykořenění, přestěhování, odlehčení (odchod do důchodu). Dlouhodobá období extrémního zoufalství (pobyt v koncentračním táboře, válečné zajetí), mohou mít za následek těžké doživotní a těžko ovlivnitelné deprese .

3.12 Význam a prevence

Deprese souvisí s konflikty mezi závislostí a nezávislostí, ztrátou a ziskem, výkonem a selháním, sebeúctou a sebeponižováním, mocí a bezmocí, povýšením a ponížením, omezujícím řádem a odpoutávajícím osvobozením, smutkem a štěstím, bezmocí a pomocí.

Možnost být depresivní nebo manický se nedá odstranit. Na co je tedy prevence? Může se pokusit o to, aby se depresivní symptomatika objevovala co nejméně často. A to ve společnosti obecně a rovněž u ohrožených jednotlivců (Dörner, 1999).

4 Závislost na nikotinu:

„Rahn (2000) říká, že nikotin má jeden z největších potencionalů závislosti.

Králíková (2011) uvádí, že závislost na tabáku je prakticky nejčastější diagnóza. Po celém světě kouří kolem 1,2 miliardy lidí.

Sovinová (n.d) dále uvádí, kuřáci tvoří asi jednu třetinu dospělé populace, zvyšuje se prevalence kouření v mladších věkových skupinách u obou pohlaví. A významně také roste počet kuřaček v mladších věkových skupinách.

Podle Vrány (2006), si během 20. století závislost na tabáku vyžádala přes 100 miliónů obětí, pro zajímavost je to více než bylo obětí obou světových válek dohromady. Podle odhadů v příštím století zabije tabák pravděpodobně více než miliardu lidí.

V ČR kouří asi 30% lidí ve věku nad 15 let, v původních zemích EU je podíl kuřáků podobný nebo nižší (Kalina, 2008).

Riziko kuřáctví spočívá především ve skutečnosti, že konzumace tabáku nepředstavuje pro člověka akutně nebezpečnou změnu psychického stavu. Cigareta je psychicky bezpečná, legální, dostupná a tolerovaná droga (Vrána, 2006).

Vrána (2006) dále uvádí, že závislost na tabáku je chronické, recidivující a smrtelné onemocnění, které má také svou diagnózu. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a příčin smrti, kterou vydává Světová zdravotnická organizace (WHO) řadí závislost na tabáku pod číslem diagnózy F17.2 mezi poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek.

Proto se podle Králíkové (2011) stalo podstatným milníkem toto vydání 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace v roce 1992, kde je závislost na tabáku poprvé uznána jako samostatná nemoc – F17 (poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku).

4.1 Převaha kouření ve společnosti

Muži jsou častěji kuřáky než ženy, ale také kouří v průměru víc cigaret. Muži významně kouří více než 1 cigaretu denně a jsou častěji bývalými kuřáky. Ženy oproti tomu významně častěji uvádějí, že nikdy nekouřily.

Nejvyšší podíl kuřáku, kteří kouří více jak jednu cigaretu denně, je ve věkové skupině, 25 – 54 let. Z hlediska vztahu věku a kouření platí, že s přibývajícím věkem podíl kuřáků roste a vrcholí v době kolem 50 let.

Z hlediska rodinného stavu, byl identifikován vyšší podíl pravidelných kuřáků, kouřících více jak jednu cigaretu denně u rozvedených, zatímco u ženatých (vdaných) a ovdovělých byl zjištěn významnější podíl bývalých kuřáků. Svobodní zase častěji uvádějí, že nikdy nekouřili – zde se jedná pravděpodobně o zprostředkovanou souvislost s věkem.

V případě vazby kouření na stupeň dosaženého vzdělání, platí dlouhodobý trend, sočivající v tom, že vyšší podíl pravidelných kuřáků je mezi respondenty, kteří uvedli, že jsou vyučeni, zatímco mezi respondenty s maturitou a VŠ vzděláním bylo pravidelných kuřáků méně.

Kouření mezi dospělou populací mírně klesá, je to dáno především poklesem kouření mezi dospělými muži. S určitostí však můžeme konstatovat nárůst kuřáctví u dospívající mládeže. Experimentování s kouřením začíná v dětství a dospívání, a to nejčastěji ve věku 10 až 14 let.

Denní kuřáci jsou častěji konzumenty vyšších dávek alkoholu a podobně tomu je tomu i u užívání drog. Problém kuřáctví mezi adolescenty mladými dospělými je velmi znepokojující. (Sovinová, n.d.).

4.2 Historie a formy tabáku:

Raboch (2001) uvádí, že původně byl tabák využíván Indiány při náboženských obřadech jako oběť a také klíčebným účelům. Účinnou psychoaktivní látkou,

vyvolávající závislost je alkaloid nikotin, pojmenovaný po Francouzi Jeanu Nicotovi, který přivezl tabák ze Španělska do Paříže a začal jej pěstovat.

Podle Kaliny (2008) je domovem tabáku americký kontinent, tamní obyvatelé tabák rituálně užívali. Do Evropy byl přivezen v roce 1492.

Jak uvádí Raboch (2001), od té doby se kouření tabáku rozšířilo po celém světě a lze konstatovat, že se jedná pravděpodobně o nejrozšířenější a nejčastěji užívanou psychoaktivní látku.

V České republice jsou podle Kaliny (2003), běžné následující formy tabáku – bezdýmý tabák nebo tabák, který hoří.

Bezdýmý tabák můžeme rozdělit na šňupací (aplikace vdechnutím do nosní dutiny) a orální (aplikace do úst). Tabák, který hoří, je především ve formě dýmky, vodní dýmky, doutníku nebo cigarety.

4.3 Působení nikotinu v lidském organismu:

Podle Kaliny (2008) je tabák jednoletá, 1-2 metry vysoká bylina. Psychotropní složkou tabáku je alkaloid nikotin.

Nikotin, vázaný v tabáku na organické kyseliny, se při kouření teplem hořící cigarety uvolňuje a přechází do tabákového kouře (Raboch, 2001).

Do organismu se tak vdechováním z cigarety dostává nikotin, který stimuluje specifické receptory v CNS. Ačkoli je nikotin vysoce toxický, vyvíjí se na něj rychle tolerance s následnou fyzickou závislostí (Raboch, 2001). Rodu (2008) uvádí, že nikotin v mozku stimuluje specializované receptory, které vyvolávají jak euforické, tak sedativní účinky.

Sananim (2007) uvádí, že nikotin se váže na nikotinové receptory (normálně se na ně v těle váže acetylcholin) a dráždí je. Váže se na ně v centrálním, periferním i vegetativním nervovém systému (vegetativní nervový systém řídí vnitřní orgány) Nikotin je považován za příčinu závislosti na tabáku.

Drogová závislost na nikotinu vzniká zmnožením receptorů, citlivých na nikotin, v mozku (Kalina, 2003).

Kalina (2003) uvádí, že smrtelná dávka nikotinu je pro člověka kolem 80 mg nikotinu, rychle ale vzniká tolerance.

Dávky nikotinu, které kuřák obdrží při kouření, mají převážně stimulující účinek. Vždy se ale projevují i částečně sedativně, odstraněním abstinčních příznaků.

Vzájemný poměr mezi pozitivními, stimulujícími projevy a negativními, závislostními faktory znamená, že byla podána přiměřená dávka nikotinu, že byla poskytnuta vhodná úroveň povzbuzení a současně, že byly potlačeny vznikající abstinční příznaky (Kozák, 1993).

Kouření může způsobit snížení účinku řady léků, důsledkem je např. nutnost vyššího dávkování většiny běžných psychofarmak a některých analgetik, což s sebou nese jednak vyšší riziko projevu negativních vedlejších účinků těchto léků a následně též riziko vzniku závislosti na některé z těchto látek (Raboch, 2001).

Sovinová (n.d.) uvádí, že hlavním nutkáním, proč kouřit, je snaha o udržení hladiny nikotinu v krvi. Když tato hladina klesne pod určitou hranici, je nutkání si zapálit velmi intenzivní (podrážděnost, nervozita).

U pravidelného závislého kuřáka, s pravidelným přísunem nikotinu se zmnožují nikotinové receptory v mozku. Účinky nikotinu na organismus jsou okamžité, po prvním potažení se droga nikotin dostává do organismu během 10 sekund.

Nikotin má vliv na zvýšení srdeční činnosti, na zvýšení krevního tlaku, zvýší se výdej krve ze srdce a dojde ke zúžení cév. Se stoupající hladinou nikotinu v krvi se v mozku uvolňují hormony endorfiny, které pozitivně ovlivňují náladu, ale také mohou mít vliv na krátkodobé zlepšení koncentrace

4.4 Účinky nikotinu:

Nikotin v koncentracích, ve kterých se vyskytuje v cigaretách působí jako mírné stimulant, zvyšuje krevní tlak a srdeční tep (Sananin, 2007).

Kalina (2008) uvádí, že nikotin zvyšuje bdělost, soustředivost a paměť. Potlačuje podrážděnost a agresivitu. Snižuje chuť k jídlu a brání přírůstkem tělesné hmotnosti (Kalina, 2008).

Nikotin vyvolává zvýšenou aktivitu trávicího traktu (vzestup produkce slin, trávicích šťáv a vzestup aktivity hladké svaloviny). Stoupá také produkce potu a může dojít ke stažení zornic (Sananim, 2007).

4.5 Akutní intoxikace nikotinem:

Akutní intoxikace nikotinem vyvolává nauzeu nebo zvracení, pocení, tachykardii a srdeční arytmii.

Dochází k poruchám spánku (nejčastěji nespavost, eventuálně bizarní sny), objevuje se labilní nálada, pocity derealizace, neschopnost koncentrace na běžnou činnost (Raboch, 2001)

Kalina (2003) uvádí, že akutní účinky nikotinu zahrnují lokální podráždění sliznic, nauzeu, bolest hlavy, průjem.

4.6 Odvykací stav:

Odvykací stav se podle Rabocha (2001) projevuje výrazným bažením po tabáku, malátností, slabostí, dysforií provázenou podrážděností a neklidem. Vyskytují se poruchy spánku a koncentrace. Odvykací stav nepředstavuje vážné zdravotní riziko, ale může trvat řadu týdnů.

Abstinenční příznaky se objevují řádově za několik hodin po poslední dávce (Kalina, 2003).

Odvykací stav zahrnuje podrážděnost, netrpělivost, poruchy soustředění, depresivní symptomatologie, úzkost a neklid. (Kalina, 2008).

Mezi abstinenci příznaky doprovázející odvykání kouření patří nezvladatelná touha po cigaretě (craving), deprese, špatná nálada, nespavost, podrážděnost, frustrace, zlost, úzkost, neschopnost soustředění nebo zvýšená chuť k jídlu (Vrána, 2006).

Dále podle Kaliny (2008), dlouhodobé nežádoucí účinky užívání nikotinu zahrnují poruchy soustředění, poruchy spánku a neklid.

Jak říká Gilman (2006) nikotin je silně návykovou drogou. Odvykání od nikotinu doprovázejí mírnější fyzické syndromy, ale psychické projevy jsou velice silné, zahrnují například depresivní nálady, popudlivosti, pocitů zoufalství, úzkosti, frustrace a neschopnosti se soustředit.

4.7 Závislost na tabáku:

Nikotin je vysoce návyková droga, většina uživatelů (přibližně 80%) se na něm v průběhu času stane závislými a splňuje kritéria pro diagnózu F17.X - poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku. Závislost na tabáku však nelze zredukovat pouze na fyzickou, drogovou závislost na nikotinu. Je potřeba vzít v úvahu i individuální zvyklosti, psychické charakteristiky a sociální prostředí kuřáka, které jsou podkladem závislosti psychosociální. Psychosociální složka závislosti se vyvíjí postupně, tím jak si kuřák zvyká žít s cigaretou. Odtud pochází označení kouření jako návykové chování. Je zvyklý zapalovat si v pro něj typických situacích: ve společnosti, při relaxaci, ve stresu. Důležité jsou i vnitřní spouštěče, například stres, nuda, rozčilení (Štěpánková, 2010).

Raboch (2001) uvádí, že chronické užívání vyvolá závislost až u 85% konzumentů, většinou nejpozději do dvou let od začátku kouření. Syndrom závislosti na nikotinu se vyvíjí velmi rychle, jeho vznik je výrazně ovlivněn prostředím (kouření v rodině, 28

skupině vrstevníků, ve škole, v zaměstnání) a často se vyskytuje v kombinaci se závislostí na jiných drogách.

Podle Králíkové (2001), čím více a čím rychleji se nikotin či obecně droga vstřebá a čím těsnější je vazba „dávka – účinek“, tím silnější závislost vzniká. V případě nikotinu je klíčové mohutné vyplavení dopaminu v nucleus accumbens. Nucleus accumbens je mozkové centrum pro pocity libosti, slasti, blaha, radosti, potěšení, „odměny“, euforie a to např. z jídla, eroticko-sexuální aktivity, z pohybu, z úspěchu v práci a životě, z nakupování (Kohoutek, n.d.).

Tabák, respektive nikotin vyvolává silnou psychosociální závislost, která souvisí se stylem užívání a zvyklostmi uživatelů. Při dlouhodobém užívání vzniká na nikotin i fyzická závislost (Sananim, 2007).

Závislost na tabáku podle Kaliny (2003) začíná závislostí psychosociální, po určité době (ta je individuální, záleží na geneticky získané podobě receptorů v mozku), vzniká také fyzická závislost na nikotinu (asi u 60 – 70% kuřáků)

Závislost na tabáku představuje pro jedince riziko psychického i fyzického charakteru. Ve většině případů se u kuřáka nejdříve vyvine psychická závislost na cigaretách. Po určité době se kuřákovi neustále opakované rituály spojené s cigaretou natolik zažijí, až se stanou normální a nepostradatelnou součástí každodenních aktivit. Kouřením cigaret lze spojit se zvládnutím stresových situací, i naopak s příjemnými okamžiky při odpočinku, s posezením s přáteli nebo u ranního kafe (Vrána, 2006).

Podle Kozáka (1993), teorie sociálního učení pojednává o kouření jako o návyku získaném v podmínkách určitého sociálního prostředí a sociálních tlaků, z nichž nejtypičtější je tlak skupiny a vrstevníků. Kouření je z tohoto pohledu naučeným chováním od samého počátku. V průběhu praxe dochází k dalšímu ovlivnění kuřáka vnitřními a vnějšími tlaky. Kouření zde slouží jako osvobození od emocionálních tlaků a pomáhá při různých averzivních situacích

Dalším hlediskem, jak uvádí Vrána (2006), ovlivňujícím potřebu kouřit je fyzická závislost na tabáku. Somatickou závislost způsobuje jediná návyková látka mezi přibližně dalšími 5 000 složkami cigaretového kouře, a tou je rostlinný alkaloid nikotin.

Chemická reakce v mozku a tvorba receptorů je podobná reakcím u jiných návykových látek, jakou je například heroin (Vrána, 2006).

Užívání tabáku je charakterizováno pravidelností a nutkavostí a abstinence tabáku je obvykle provázena syndromem z odnětí. Farmakologické, psychologické a behaviorální procesy, určující závislost na tabáku, jsou podobné jako u drogové závislosti. Jde o naučené chování, které dříve či později u většiny kuřáků komplikuje fyzická závislost.

Fyzická (drogová) závislost na nikotinu se vyvíjí po určité době a může být u různých osob značně odlišná. Většinou se objevuje závislost po dvou letech od zahájení kouření. U velmi malé skupiny kuřáků nemusí fyzická závislost vzniknout nikdy. Jsou to ti, kteří kouří celý život jen příležitostně, epizodicky a málo a to jak z hlediska časové frekvence, tak počtu vykouřených cigaret (Sovinová, n.d.).

Šimon (2002) uvádí definici kuřáctví podle Světové zdravotnické organizace:

- Kuřák – ten kdo v době vyšetření kouří.
- Pravidelný kuřák – kouří denně.
- Příležitostný kuřák – kouří, ale ne denně.
- Nekuřák – nekouří vůbec nebo vykouřil během svého života méně než 100 cigaret.
- Bývalý kuřák – dříve kouřil, nyní nekouří alespoň 1/2 roku.

4.8 Stupeň závislosti:

K určení míry závislosti na tabáku se lékaři řídí podobnými kritérii jako u závislosti na jiných drogách, včetně alkoholu (Vrána, 2006).

K základnímu stanovení fyzické závislosti lze využít dotazník Fagerströмова testu.

Obecně je možné říci, že na nikotinu je závislý ten kuřák, který kouří nejméně 10-15 cigaret denně a první si zapaluje do hodiny po probuzení (Vrána, 2006).

Kalina (2003) uvádí, že závislost na tabáku se dá rozpoznat podle dvou věcí – kolik cigaret kuřák denně kouří a jak brzy po probuzení si musí zapálit svou první cigaretu.

Patnáct a více vykouřených cigaret denně znamená závislost a kuřák závislý na nikotinu si obvykle zapaluje do 60 ti minut po probuzení.

4.9 Léčba závislosti na tabáku:

Léčba odvykacího stavu a závislosti na nikotinu probíhá ambulantně, je zásadně orientována k úplné abstinenci a většinou je kombinací behaviorální psychoterapie a (se zvláštním důrazem na motivační trénink) a substituční léčby (Raboch, 2001)

Podle Štěpánkové (2010) je v průběhu léčby závislosti na nikotinu nutné zacílit všechny její aspekty co nejdůsledněji:

- Fyzickou stránku závislosti, způsobenou zmnožením a senzitivací nikotinových receptorů a dalšími biologickými mechanismy prostřednictvím farmakoterapie.
- Psychosociální stránku závislosti prostřednictvím psychobehaviorální intervence.

Současně je nutná co nejlepší kompenzace případně přítomných psychických problémů a onemocnění. Duální diagnózy (souběžná onemocnění závislostí na tabáku či jiných drogách a psychických onemocnění), jsou totiž velmi časté.

Pro kuřáky závislé na nikotinu, či obecně pro všechny, kdo mají problém přestat, je ideální kombinace psychobehaviorální intervence a farmakologické léčby.

4.10 Substituční léčba závislosti na nikotinu:

4.10.1 Náhradní nikotinová terapie

První lék se objevil koncem 70. let, šlo o nikotinovou žvýkačku. Podnětem k jejímu vzniku byly abstinenční příznaky švédských námořníků, kteří nemohli kouřit v ponorce.

V současné době náhradní nikotinová terapie existuje ve formě náplastí, žvýkaček, inhalátorů, mikrotablet, pastilek či nosního spreje. V České republice jsou na trhu dostupné první tři jmenované formy.

Principem náhradní nikotinové terapie je dodání čistého nikotinu z jiného zdroje než z cigarety, což představuje vždy menší riziko než cigareta. Účinnost všech forem je srovnatelná a zhruba zdvojnásobují úspěšnost odvykání. (Králíková, 2011).

4.10.2 Bupropion

V 90. letech 20. století psychiatři v USA náhodně zaznamenali, že pacienti léčení pro depresi bupropionem (Wellbutrin) přestávají kouřit, což je u depresivních nemocných neobvyklé (kouří jich kolem 60 %).

Ve studiích se pak ukázalo, že bupropion (blokátor zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu) opravdu prakticky zdvojnásobuje úspěšnost abstinence od cigaret. Stejná tableta, 150 mg bupropionu, tedy byla registrována jako lék pro terapii závislosti na tabáku i u pacientů bez deprese (Zyban) (Králíková, 2011).

4.10.3 Vareniklin

V roce 2006 byl na trh uveden vareniklin (Champix), částečný agonista alfa-4/beta-2 acetylcholin nikotinových receptorů. To je jeden z mnoha typů receptorů, na něž se nikotin váže. Jde o variantu typickou pro silnější závislost, tedy právě pro ty, kdo mají problém odložit cigarety.

Má agonistické i antagonistické účinky. Naváže se na receptory, takže se otevře iontový kanálek, ionty vstoupí do neuronu a signál způsobí vyplavení dopaminu v nucleus accumbens podobně jako po potažení z cigarety, ale bez peaku (vrcholu) – hladina dopaminu dosahuje kolem 60 % stavu po potažení z cigarety, nikoli však v řádu vteřin, ale hodin.

Antagonistický vliv spočívá v tom, že pokud si pacient zapálí, nikotin z cigarety se na příslušný receptor nenaváže, protože ten je obsazen vareniklinem. Další dopamin se tedy nevyplaví a pocit odměny po potažení se nedostaví (Králíková, 2011).

5 Deprese a závislost na nikotinu:

„Existuje vysoká míra komorbidit mezi řadou duševních poruch a kouřením , respektive závislostí na nikotinu“ (Raboch, 2001. Str. 220)

Pacienti s psychiatrickým onemocněním kouří dvakrát až třikrát více než běžná populace. Kouří v průměru více cigaret denně, inhalují hlouběji a déle, mají v krvi vyšší hladiny metabolitů tabákového kouře a jsou závislejší na nikotinu. Z toho lze odvodit, že mentálně nemocní mají i vysokou prevalenci nemocí způsobených kouřením a vysokou mortalitu z těchto příčin (Štěpánková, 2010).

Štěpánková (2010) uvádí, že pacienti s depresí mají vyšší riziko vzniku závislosti na nikotinu, naopak kuřáci mají vyšší pravděpodobnost vzniku manifestní deprese a dále kouření i deprese mohou mít částečně společný genetický základ. Mezi depresivními pacienty je cca 60% kuřáků.

Podle Rabocha (2010), v dospělé populaci ČR kouří kolem 26%, mezi psychiatricky nemocnými však mnohem víc, psychiatrických pacientů s depresí kouří cca 60%.

Kuřáci mají také vysokou psychiatrickou komorbiditu, cca kolem 30%.

Maršálek (2008), uvádí, že ve zdravé populaci kouří přibližně 28% - 30% osob.

Jak uvádí Štěpánková (2010), psychiatricky nemocní kuřáci mají statisticky více psychiatrických symptomů i větší riziko závislosti na alkoholu a jiných drogách než nekuřáci se stejnou psychiatrickou diagnózou.

„Mezi pacienty našeho centra (Referenční centrum léčby závislosti na tabáku III. interní kliniky LF UK a VFN, pozn. autora) je kolem 25 % těch, kteří mají nějakou psychiatrickou diagnózu“ říká Králíková (2011).

Dále Králíková (2011) uvádí, že nejčastější mezi pacienty již uvedeného centra je deprese – cigareta je její sebemedikací (vyplaví se dopamin), ale také příčinou (pokles dopaminu po „peaku“ - vrcholu - depresi vyvolává). Kouření dále zhruba dvakrát až třikrát více koreluje s rizikem sebevraždy.

Samo kouření má podle Štěpánkové (2010) negativní vliv i na psychické zdraví – obecně mají kuřáci až čtyřnásobně vyšší riziko suicidia ve srovnání s nekuřáky, ti

psychiatricky nemocní mají více psychiatrických symptomů a v průměru častější hospitalizace pro relaps jejich základního onemocnění.

Také Raboch (2010) uvádí, že psychicky nemocní kuřáci bývají silněji závislí na nikotinu a kouří v průměru více cigaret než kuřák bez tohoto onemocnění. U psychiatricky nemocných kouření zhoršuje prognózu jejich nemoci. Kouření zvyšuje také riziko psychiatrických onemocnění, například deprese, sebevraždy, agorafobie, bipolární poruchy a dalších.

Podle Štěpánkové (2010) má kouření cigaret a ostatních tabákových výrobků také řadu farmakologických interakcí, zejména s psychoaktivními látkami.

Tento vliv je dán především zvýšením a zrychlením metabolismu psychofarmak (nikoli přímo vlivem nikotinu), a proto je u kuřáků často nutná jejich vyšší dávka, někdy až dvojnásobná v porovnání s nekuřáky. Naopak při odvykání kouření je možné (a někdy i nutné) dávku psychofarmak snížit.

Pacienti s depresí odvykají obtížně a u některých psychiatrických diagnóz se dokonce bude zvažovat doporučení přestat kouřit (Kalina, 2003).

S rozšířením tabáku koreluje frekvence duševních poruch a somatických poškození, způsobených kouřením tabáku (Raboch, 2001).

6 Výsledky:

6.1 Cíl výzkumu:

Zjistit, jaká je prevalence depresivní symptomatiky ve skupině kuřáků a nekuřáků bakalářských prezenčních studentů adiktologie.

Následně tyto dvě skupiny vzájemně porovnat.

6.2 Výzkumné otázky:

Je výskyt depresivní symptomatiky ve sledované skupině vyšší u kuřáků v porovnání s nekuřáky?

Je výskyt depresivní symptomatiky vyšší u respondentů závislých na nikotinu v porovnání s respondenty bez závislosti na nikotinu ?

Je výskyt depresivní symptomatiky vyšší u pravidelných kuřáků v porovnání s příležitostným i kuřáky?

6.3 Materiál a metodika:

Tento výzkum realizuji formou kvantitativního výzkumu.

Podle SIS (studijní informační systém 1 LF UK) je prezenčních bakalářských studentů adiktologie 26 v prvním ročníku, 27 ve druhém ročníku a 21 ve třetím ročníku. Dohromady tedy 74 studentů.

Návratnost rozdaných dotazníků byla 21 v prvním ročníku, 25 ve druhém ročníku a 20 ve třetím ročníku. Dohromady tedy 66 vyplněných dotazníků a 8 (12,1%) nevyplněných dotazníků. Důvodem nevyplnění byla dlouhodobá absence studentů.

Dále jsem byla nucena vyřadit 4 dotazníky, protože byly nesprávně vyplněny a tedy nepoužitelné pro mou práci. Šlo o „nedovyplnění“ celého dotazníku či nepoužití číselné škály hodnocení (SDS). Celkově tedy pracuji se 62 dotazníky.

Celkový počet 62 respondentů zahrnuje 59 (95,20%) žen a 3 (4,80%) mužů.

Věkové rozpětí respondentů je mezi 19 až 25 lety.

Sběr dat jsem prováděla v období od 11. 1. 2011 do 18. 1. 2011.

Výzkum jsem realizovala formou anonymních dotazníků, které jsem osobně rozdávala a vybírala v jednotlivých třídách.

Dotazník sestává ze tří stránek (připojen v příloze č.3). První strana obsahuje obecný dotazník (věk, třída, pohlaví, první cigareta, psychické problémy), druhá strana zahrnuje Zungovu sebesposuzovací stupnici deprese (Zung, 1965), kdy respondenti na dané otázky odpovídali číselnou škálou 0-3 (nikdy nebo zřídka, někdy, dosti často, velmi často nebo stále). Sečetla jsem výsledné bodové skóre a následně tento hrubý skór konvertovala na SDS index.

Pokud je SDS index menší než 50 – normální, nejeví známky deprese. 50 – 59, přítomny známky minimální nebo lehké deprese. 60 – 69, přítomna středně silná, až zcela zřetelně vyjádřená deprese. 70 a více – přítomna těžká, až extrémně těžká deprese.

Třetí strana obsahuje Fagerströmův test závislosti na nikotinu (Fagerström, 1989). Fagerströmův test je strukturovaný rozhovor určený pro posouzení závažnosti nikotinové závislosti. Dotazník je zaměřen na frekvenci kouření, množství vykouřených cigaret a na zvyklosti spojené s kouřením (Drogy info, 2010)

Dotazníky jsem vyhodnocovala osobně (sčítání bodů u dotazníků) a výsledky poté dále zpracovávala v programu Microsoft Office Excel.

6.4 Shrnutí výsledků

Tabulka č. 1

Stupeň depresivní symptomatiky	Kuřáci (35 respondentů; 56,5%)		Nekuřáci (27 respondentů; 43,50%)	
	Počet responden tů	Procentuální vyjádření	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Normální, nejví známky deprese	16/35	45,70%	17/27	63%
Minimální nebo lehká deprese	13/35	37,20%	7/27	25,90%
Středně silná, až zcela zřetelně vyjádřená deprese	2/35	5,70%	2/27	7,40%
Těžká, až extrémně těžká deprese	4/35	11,40%	1/27	3,70%

V tabulce č. 1 je číselně a procentuálně znázorněn stupeň projevů depresivní symptomatiky ve skupině kuřáků a ve skupině nekuřáků.

Skupina kuřáků zahrnuje respondenty, kteří sami sebe v dotazníku (viz. příloha č. 3) označili jako pravidelné nebo příležitostné kuřáky, skupina nekuřáků zahrnuje respondenty, kteří sami sebe v dotazníku označili jako bývalé kuřáky či nekuřáky. Jako uživatel jiných tabákových výrobků se nikdo neoznačil.

Pravidelný kuřák kouří nejméně jednu cigaretu denně. Příležitostný kuřák kouří, ale ne denně. Bývalý kuřák dříve kouřil, nyní již šest měsíců nekouří. Nekuřák nekouřil vůbec

nebo vykouřil méně než 100 cigaret za život. Uživatelem jiných tabákových výrobků než cigaret se rozumí uživatel doutníku, dýmky, bezdýmého tabáku (žvýkací, šňupací).

Pokud vyšly hodnoty v Zungově sebesuzovací stupnici deprese (Zung, 1965), menší než 50 – normální, nejeví známky deprese. 50 – 59, přítomny známky minimální nebo lehké deprese. 60 – 69, přítomna středně silná, až zcela zřetelně vyjádřená deprese. 70 a více – přítomna těžká, až extrémně těžká deprese.

Ve skupině kuřáků (dohromady 35 respondentů, tedy 56,5% z celkového počtu 62 respondentů) je bez známek deprese 16 (45,70%) respondentů. U 13 (37,20%) respondentů jsou přítomny známky minimální nebo lehké deprese. U 2 (5,70%) respondentů je přítomna středně silná, až zcela zřetelně vyjádřená deprese a u 4 (11,40%) respondentů je přítomna těžká až extrémně těžká deprese.

Ve skupině nekuřáků (dohromady 27 respondentů, tedy 43,5% z celkového počtu 62 respondentů) je bez známek deprese 17 (63%) respondentů. U 7 (25,90%) respondentů jsou přítomny známky minimální nebo lehké deprese. U 2 (7,40%) respondentů je přítomna středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese a u 1 (3,70%) respondentů je přítomna těžká až extrémně těžká deprese.

Tabulka č. 2

Stupeň depresivní symptomatiky	Závislí na nikotinu (17 respondentů; 27,40%)		Bez závislosti na nikotinu (45 respondentů; 72,60%)	
	Počet respondentů	Procentuální vyjádření	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Normální, nejeví známky deprese	9/17	52,9%	25/45	55,6%
Minimální nebo lehká deprese	6/17	35,3%	13/45	28,9%
Středně silná, až zcela zřetelně vyjádřená deprese	1/17	5,9%	3/45	6,7%
Těžká, až extrémně těžká deprese	1/17	5,9%	4/45	8,9%

V tabulce č. 2 je číselně a procentuálně znázorněn stupeň projevů depresivní symptomatiky ve skupině závislých na nikotinu a ve skupině bez závislosti na nikotinu.

Hodnocení závislosti na nikotinu jsem prováděla pomocí Fagerströмова testu závislosti na nikotinu (Fagerström, 1989).

Kategorie závislých na nikotinu dosáhla v hodnocení závislosti na nikotinu podle Fagerströma velmi malé (1 bod), střední (2-4 body) a vysoké závislosti (5-10 bodů).

Kategorie bez závislosti na nikotinu dosáhla ve Fagerströmově testu hodnocení žádná závislost na nikotinu (0 bodů) nebo Fagerströmův test závislosti vůbec nevyplňovali (nekuřáci, bývalí kuřáci).

Ve skupině závislých na nikotinu (dohromady 17 respondentů, tedy 27,4% z celkového počtu 62 respondentů) nejeví známky deprese 9 respondentů (52,9%), minimální nebo

lehká deprese se objevuje u 6 respondentů (35,3%), středně silná, až zcela zřetelně vyjádřená deprese se objevuje u 1 respondenta (5,9%) a těžká, až extrémně těžká deprese se objevuje u 1 respondenta (5,9%).

Ve skupině bez závislosti na nikotinu (45 respondentů, tedy 72,6 % z celkového počtu 62 respondentů) nejeví známky deprese 25 respondentů (55,6%), minimální nebo lehká deprese se projevuje u 13 respondentů (28,9%), středně silná, až zcela zřetelně vyjádřená deprese se objevuje u 3 respondentů (6,7%) a těžká, až extrémně těžká deprese se objevuje u 4 respondentů (8,9%).

Tabulka č. 3

Stupeň depresivní symptomatiky	Pravidelní kuřáci (20 respondentů; 57,1%)		Příležitostní kuřáci (15 respondentů; 42,9%)	
	počet respondentů	procentuální vyjádření	počet respondentů	procentuální vyjádření
Normální, nejví známky deprese	10/20	50%	7/15	46,7%
Minimální nebo lehká deprese	9/20	45%	3/15	20%
Středně silná, až zcela zřetelně vyjádřená deprese	1/20	5%	1/15	6,7%
Těžká, až extrémně těžká deprese	0/20	0%	4/15	26,7%

V tabulce č. 3 je číselně a procentuálně znázorněn stupeň projevů depresivní symptomatiky ve skupině pravidelných a příležitostných kuřáků.

Pravidelní kuřáci kouří nejméně jednu cigaretu denně. Příležitostní kuřáci kouří, ale ne denně.

Ve skupině pravidelných kuřáků (20 respondentů, tedy 57,1% z celkového počtu 35 kuřáků), 10 respondentů (50%) nejví známky deprese. 9 respondentů (45%) jeví známky minimální nebo lehké deprese. 1 respondent (5%) jeví známky středně silné, až zcela zřetelně vyjádřené deprese.

Ve skupině příležitostných kuřáků (15 respondentů, tedy 42,9% z celkového počtu 35 kuřáků), 7 respondentů (46,7%) nejví známky deprese. 3 respondenti (20%) jeví známky minimální nebo lehké deprese. 1 respondent (6,7%) jeví známky středně silné,

až zcela zřetelně vyjádřené deprese. 4 respondenti (26,7%) jeví známky těžké, až extrémně těžké deprese.

7 Závěry:

Mým výzkumným cílem bylo zjistit, jaká je prevalence depresivní symptomatiky ve skupině kuřáků a nekuřáků bakalářských prezenčních studentů adiktologie?

Prevalence depresivní symptomatiky ve skupině kuřáků je 54,3% a ve skupině nekuřáků je 37%.

Při následném vzájemném porovnání těchto dvou skupin, projevy depresivní symptomatiky tedy převažovaly ve skupině kuřáků.

Dále jsem si kladla výzkumnou otázku, zda je výskyt depresivní symptomatiky ve sledované skupině vyšší u kuřáků v porovnání s nekuřáky?

Z mého výzkumu následně vyplývá, že výskyt depresivní symptomatiky je opravdu větší u kuřáků v porovnání s nekuřáky, protože 45,7 % respondentů, kteří kouří, nejeví známky deprese a 54,3 % respondentů, kteří kouří, mají nějaké projevy depresivní symptomatiky. Oproti tomu 63% respondentů, kteří nekouří, nejeví známky deprese a 37% respondentů, kteří nekouří, má nějaké projevy depresivní symptomatiky.

Mou druhou výzkumnou otázkou bylo, zda je výskyt depresivní symptomatiky vyšší u respondentů závislých na nikotinu v porovnání s respondenty bez závislosti na nikotinu? Podle mých výsledků, je výskyt depresivní symptomatiky vyšší u závislých na nikotinu v porovnání s respondenty bez závislosti na nikotinu, protože 47,1% respondentů, kteří jsou závislí na nikotinu mají nějaké projevy depresivní symptomatiky a 44,5% respondentů bez závislosti na nikotinu má nějaké projevy depresivní symptomatiky.

Dále z mých výsledků vyplývá, že 52,9% respondentů, kteří jsou závislí na nikotinu, nejeví známky deprese a 47,1% respondentů, kteří jsou závislí na nikotinu mají nějaké projevy depresivní symptomatiky.

Oproti tomu 55,6% respondentů bez závislosti na nikotinu nejeví známky deprese a 44,5% respondentů bez závislosti na nikotinu má nějaké projevy depresivní symptomatiky.

Skupina respondentů bez závislosti na nikotinu v sobě také kromě nekuřáků a bývalého kuřáka zahrnuje respondenty, kteří jsou příležitostnými (konkrétně 12 respondentů) či dokonce i pravidelnými kuřáky (konkrétně 6 respondentů).

Mou třetí výzkumnou otázkou bylo, zda je výskyt depresivní symptomatiky vyšší u pravidelných kuřáků v porovnání s příležitostnými kuřáky?

Podle mých zjištění je výskyt depresivní symptomatiky naopak vyšší u respondentů, kteří jsou příležitostnými kuřáky v porovnání s respondenty, kteří jsou pravidelnými kuřáky, protože 53,4% respondentů, kteří jsou příležitostnými kuřáky mají nějaké projevy depresivní symptomatiky a 50% respondentů, kteří jsou pravidelnými kuřáky, má nějaké projevy depresivní symptomatiky.

Z výzkumu dále vyplývá, že 50 % respondentů, kteří jsou pravidelnými kuřáky, nejeví známky deprese a 50% respondentů, kteří jsou pravidelnými kuřáky, mají nějaké projevy depresivní symptomatiky.

Oproti tomu 46,7% respondentů, kteří jsou příležitostnými kuřáky nejeví známky deprese a 53,4% respondentů, kteří jsou příležitostnými kuřáky má nějaké projevy depresivní symptomatiky.

V rámci svého výzkumu jsem zjistila další informace o výzkumném souboru. Jde o rozdělení celkového počtu 62 respondentů podle kuřáckého návyku a rozdělení celkového počtu 62 respondentů podle stupně depresivní symptomatiky. Tyto dvě tabulky pro názornost přikládám do přílohy č. 2.

8 Diskuse:

Myslím si, že problematika závislosti na nikotinu v dnešní době vyvolává stále více zájmu, ale pořád zůstává jednou z nejvíce rozšířených (a legálních drog). Zvolila jsem si následující téma své práce, protože je podle mého názoru psychické zdraví a kouření méně spojované, než například kouření a fyzické zdraví

Ve své bakalářské práci se zabývám souvislostí závislosti na nikotinu a depresivní symptomatiky u bakalářských prezenčních studentů adiktologie. Výzkumný vzorek zahrnuje dohromady 62 respondentů, což je 59 (95,20%) žen a 3 (4,80%) mužů. Věkové rozpětí respondentů je mezi 19 až 25 lety.

Při vzájemném porovnání skupin kuřáků a nekuřáků, projevy depresivní symptomatiky převažovaly ve skupině kuřáků, což koresponduje s odbornou literaturou, která říká, že u kuřáků je vyšší psychiatrická komorbidita, například Štěpánková (2010) uvádí, že pacienti s psychiatrickým onemocněním kouří dvakrát až třikrát více než běžná populace. Dále uvádí, že mezi depresivními pacienty je cca 60% kuřáků.

Podle mých výsledků je také výskyt depresivní symptomatiky vyšší u závislých na nikotinu v porovnání s respondenty bez závislosti na nikotinu. Odborná literatura uvádí, že pacienti s psychiatrickým onemocněním kouří v průměru více cigaret denně, inhalují hlouběji a déle, mají v krvi vyšší hladiny metabolitů tabákového kouře a jsou tedy i závislejší na nikotinu (Štěpánková, 2010). Jsem si však vědoma toho, že v mém výzkumu se jedná o malý procentuální rozdíl mezi výskytem depresivní symptomatiky u respondentů se závislostí na nikotinu a u respondentů bez závislosti na nikotinu.

Dále podle mých zjištění je výskyt depresivní symptomatiky naopak vyšší u respondentů, kteří jsou příležitostnými kuřáky v porovnání s respondenty, kteří jsou pravidelnými kuřáky. Zde mne napadá, že u pravidelného kuřáka se již předpokládá vytvořená fyzická závislost na nikotinu, oproti tomu u příležitostného kuřáka většinou

není fyzická závislost ještě vytvořena, převládá závislost psychosociální, která by však již sama o sobě mohla být kompenzací depresivní symptomatiky.

Další roli může podle mého názoru hrát věk respondentů, který se pohybuje od 19 do 25 let, takže je možné, že si ještě nestačili „vypěstovat“ fyzickou závislost.

Chtěla bych také zmínit složení výzkumného vzorku, protože celkový počet 62 respondentů zahrnuje 59 (95,20%) žen a 3 (4,80%) mužů a například Raboch (2001) uvádí, že prevalence depresivní symptomatiky je vyšší u žen než u mužů, takže se to podle mého názoru mohlo odrazit na výsledku výzkumu. A podle Sovinové (n.d.) významně roste počet kuřáček v mladších věkových skupinách.

Svou roli ale jistě hraje i velikost výzkumného vzorku, ve kterém všechny výsledky nemusely být ve shodě se stavem v populaci.

Také mne zaujala podobnost depresivní symptomatiky a nikotinových abstinčních příznaků. Samotný nikotinový odvykací stav může kromě jiného vyvolat například depresivní symptomatologii popudlivost, netrpělivost, pocity zoufalství, úzkosti, frustraci, podrážděnost, poruchy soustředění, a neklid. Napadá mne tedy otázka, zda samotné odvykání kouření, předpokládejme u silného kuřáka, může být příčinou rozvoje psychiatrické komorbidity?

Myslím si, že jakékoliv mapování stavu je přínosné a může pomoci v argumentaci, proč či jak přestat kouřit.

Například faktorem, který motivuje praktického lékaře zařadit téma kouření do péče o své pacienty je jeho vlastní kuřácký status - tj. zdali je sám kuřák či nekuřák (Léčba závislosti na tabáku v evropských ordinacích: motivace lékařů, ekonomický přínos a častější intervenování. n.d., Pdf.).

A jak vyplývá z tabulky č. 1, 56,5% bakalářských prezenčních studentů adiktologie je kuřáky, což se může odrazit v četnosti jimi poskytovaných budoucích protikuřáckých intervencí a ty by podle mého názoru adiktology neměly být opomíjeny.

9 Seznam použité literatury

Dörner, K. & Plog, U. (1999). Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie. Praha: Grada. Přeloženo z německého originálu: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1996.

Drogy info (2010). Fagerströmův test nikotinové závislosti. Aktualizováno 4.5.2010.

<http://www.drogy->

[info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/fagerstroemuv_test_nikotinove_zavislosti_ftnd](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/fagerstroemuv_test_nikotinove_zavislosti_ftnd)

Fagerström, K., O. & Schneider, N. G. (1989). *Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire*. Journal of Behavioral Medicine. 12.

Gilman, S. L. & Zhou, X. (2006). Příběh kouře – Člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost. Praha: Dybbuk

Smoking: A Cultural History, překlad Martin König

Honzák, R. (1999). Deprese, Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci. Praha: Galén.

Kalina, K., & Radimecký, J. (Eds.). (2003). Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR.

Králíková, E. Závislost na tabáku. Kapitola 3/10.

Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

Kohoutek, R. (n.d.). Slovník-cizích–slov-abz. Internetová forma.

<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/nucleus-accumbens>

Kolektiv autorů Sananim (2007) *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál

Kozák J. T. a kol. (1993). *Rizikový faktor kouření*. Praha: KPK .

Králíková, E. (2011). *Farmakoterapie závislosti na tabáku*. Zdravotnické noviny, 2/2011, internetový zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/farmakoterapie-zavislosti-na-tabaku-457736>

Kurzová, H., Honzák, R., Krombholz J. (2003). *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum.

Léčba závislosti na tabáku v evropských ordinacích: motivace lékařů, ekonomický přínos a častější intervenování. Elektronická verze ke stažení. Pdf. http://www.mhw.cz/media/archiv/doc/lecba_zavislosti_na_tabaku_je_nejefektivnejsi_v_e_vsech_urovnich_zdravotnickych_zarizeni/tabac_et_Liberte_sum_pro_tiskovku.pdf

Maršálek, M., (2008). *Schizofrenie a drogové závislosti* Psychiatrie pro praxi. 9 (6) <http://www.solen.cz/artkey/psy-200806-0005.php>. Pdf.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. (2009). Geneva: World Health Organization. 10 revize, aktualizovaná druhá verze k 1.1. 2009. Pdf. <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.

Raboch, J., Anders, M., Hellerová P. & Uhlíková P. (Eds.) (2010). *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III*. Brno: Tribun EU. Králíková E., Štěpánková L., Hellerová P., 6. *Syndrom závislosti na tabáku*

Rahn, E., Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie, učebnice pro studium i praxi*. Praha: Grada. Přeloženo z německého originálu *Lehrbuch Für Studium und Beruf*, Bonn: Psychiatrie – Verlag, 1999.

Raboch, J. & Zvolský, P. et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén. Popov, P. *Návykové poruchy. Poruchy vyvolané užíváním tabáku*. Kapitola 5.8. Čěšková, E., *Afektivní poruchy. Depresivní epizody*. Kapitola 3.3.

Rodu, B. & Godshall, W. T. (2008). Minimalizace rizik spojených s užíváním tabáku: alternativní strategie pro odvykání kouření pro zapřísažlé kuřáky. *Adiktologie* 8 (2)

Roth, J., Preiss, M. & Uhrová, T. (1999) *Deprese v neurologické praxi*. Praha: Galén. Elektronická verze.
http://cz.lundbeck.com/cz/Professionals/what_we_do/depression/documents/neurologie01.pdf.

Sovinová, H. & Csémy, L. (n.d.). *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav. Kapitoly: Sovinová, H., Csémy, L. & Sadílek, P. Kouření v České republice. Str. 4. Kernová, V. & Kebza, V. Str.19.). Elektronická verze.
http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/edice/plne_znani/brozury/Koureni_20a_20Alkohol.pdf

Šimon, J. (2002). *Tabakismus*. ČLS JEP. Projekt MZ ČR. Elektronická podoba. www.cls.cz/dokumenty2/os/t250.rtf

Štěpánková, L. & Králíková, E. (2010). *Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbiditou*. *Psychiatrie pro praxi*. 11 (1).

Vrána, K. (2006). *Analýza: závislost na tabáku se léčit vyplatí*. Demografický informační portál. On-line článek. 29.1.2006. http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=261

Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.

Zung, W.W.K. (1965). *A Self-Rating Depression Scale*. *Archives of General Psychiatry*. 16.

10 Přílohy:

10.1 Příloha č. 1

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat MUDr. Lence Štěpánkové za vedení a pomoc při vypracování této bakalářské práce.

10.2 Příloha č. 2

Tabulka č. 1

	Počet respondentů	Procentuelní vyjádření
Pravidelný kuřák	20	32,30%
Příležitostný kuřák	15	24,20%
Bývalý kuřák	1	1,60%
Nekuřák	26	41,90%
Uživatel jiných tabákových výrobků	0	0%

Tabulka č. 1 ukazuje rozdělení celkového počtu 62 respondentů (bakalářští prezenční studenti adiktologie) podle možností u otázky č. 4 ve všeobecném dotazníku (viz. dále).

Respondenti sami sebe zařadili podle možností ve všeobecném dotazníku, které definovali kuřácké návyky následovně:

- Pravidelný kuřák (kouří nejméně jednu cigaretu denně)
- Příležitostný kuřák (kouří, ale ne denně)
- Bývalý kuřák (dříve kouřil denně, nyní již šest měsíců nekouří)
- Nekuřák (nekouřil vůbec nebo vykouřil méně než 100 cigaret za život)
- Uživatel jiných tabákových výrobků než cigaret: doutník, dýmka, bezdýmý tabák (žvýkací, šňupací)

Nejvíce respondentů se tedy zařadilo do kategorie nekuřák (41,90%), druhou největší kategorií je pravidelný kuřák (32,30%), dále následuje kategorie příležitostný kuřák (24,20%). Do kategorie bývalý kuřák se zařadil pouze jeden respondent (1,60%) a do kategorie uživatel jiných tabákových výrobků se nezařadil žádný z respondentů.

Tabulka č. 2

Stupeň depresivní symptomatiky	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Nejeví známky deprese	33	53,2%
Minimální nebo lehká deprese	20	32,3%
Středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese	4	6,5%
Těžká až extrémně těžká deprese	5	8,1%

Tabulka č. 2 znázorňuje vyjádření stupně depresivní symptomatiky u celkového počtu 62 respondentů.

33 respondentů (53,20%) nejeví známky deprese, 20 respondentů (32,30%) jeví známky minimální nebo lehké deprese, u 4 respondentů (6,50%) je vyjádřena středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese a u 5 respondentů (8,10%) je přítomna těžká až extrémně těžká deprese.

53,2% respondentů nejeví známky depresivní symptomatiky, 46,9% respondentů tedy má nějaké projevy depresivní symptomatiky.

10.3 Příloha č. 3 (dotazníky použité při výzkumu)

Obecný dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Eliška Křepelková a jsem studentkou 3. ročníku prezenčního studia adiktologie. Nyní se věnuji psaní své bakalářské práce, jejímž tématem je: *Souvislost výskytu depresivní symptomatiky a závislosti na nikotinu u prezenčních bakalářských studentů adiktologie*. Proto bych Vás chtěla požádat o spolupráci a tedy vyplnění následujících dotazníků. Všechny dotazníky jsou zcela anonymní. Předem Vám děkuji za spolupráci.

Eliška Křepelková

Kolik je Vám let?

Vaše pohlaví? MUŽ/ŽENA

Který ročník prezenční adiktologie studujete? 1. ročník 2. ročník 3. Ročník

Hodnotím se jako (vyberte jednu z následujících možností)

Pravidelný kuřák – kouříte nejméně jednu cigaretu denně

Příležitostný kuřák – kouříte, ale ne denně

Bývalý kuřák - dříve kouřil denně, nyní již šest měsíců nekouří

Nekuřák - nekouřil vůbec, nebo vykouřil méně než 100 cigaret za život

Uživatel jiných tabákových výrobků než cigaret – doutník, dýmka, bezdýmý tabák (žvýkací, šňupací)

Kolik vám bylo let, když jste si zapálil/a první cigaretu?

.....

Kolik Vám bylo let, když jste začal/a pravidelně kouřit (nejméně jedna cigareta denně)?

Pokoušel/a jste se někdy s kouřením přestat? ANO/NE

Kolikrát? 1 pokus 2pokusy 3pokusy více pokusů

Pokud jste přestali kouřit, jak dlouho již nekouříte? (Uveďte kolik týdnů, měsíců, let).....

Jsou Vaši rodiče kuřáci? OTEC/ MATKA/ OBA KOUŘÍ/ OBA NEKOUŘÁCI

Trpěla/a jste někdy psychickými problémy? ANO/NE

Pokud ano, jakého rázu? Deprese, Úzkosti, Schizofrenie, Jiné

Pokud ano, stále u Vás přetrvávají? ANO/NE

Objevily se ve Vaší rodině psychické problémy? ANO/NE

Pokud ano, u jakého člena rodiny? Sourozenci, Rodiče, Prarodiče

Pokud ano, jakého rázu? Deprese, Úzkosti, Schizofrenie, Jiné

Ještě jednou Vám děkuji za vyplnění☺

Zungova sebesuzovací stupnice deprese


SDS Zungova sebesuzovací stupnice deprese

Stupnice hodnocení:
0 - nikdy nebo zřídka; 1 - někdy; 2 - dosti často; 3 - velmi často nebo stále

01.	Jsem skleslý a zkroušený.	<input type="checkbox"/>
02.	Ráno se cítím nejlépe.	<input type="checkbox"/>
03.	Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	<input type="checkbox"/>
04.	Mám potíže se spaním.	<input type="checkbox"/>
05.	Sním stejně jídla jako dříve.	<input type="checkbox"/>
06.	Sexuální život mi stále činí potěšení.	<input type="checkbox"/>
07.	Všiml jsem si, že ubývám na váze.	<input type="checkbox"/>
08.	Mám potíže se zácpou	<input type="checkbox"/>
09.	Srdce mi buší rychleji než obvykle.	<input type="checkbox"/>
10.	Unavím se a nevím proč.	<input type="checkbox"/>
11.	Mám v hlavě jasno jako vždycky.	<input type="checkbox"/>
12.	Snadno zvládnou totéž co dříve.	<input type="checkbox"/>
13.	Cítím nepokoj, nedovedu se udržet v klidu.	<input type="checkbox"/>
14.	Jsem optimistický do budoucna.	<input type="checkbox"/>
15.	Jsem dráždivější než obvykle.	<input type="checkbox"/>
16.	Snadno se rozhoduji.	<input type="checkbox"/>
17.	Cítím, že jsem užitečný a potřebný.	<input type="checkbox"/>
18.	Žiji plným životem.	<input type="checkbox"/>
19.	Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel.	<input type="checkbox"/>
20.	Těší mne tytéž věci co dříve.	<input type="checkbox"/>

Zungova sebesuzovací stupnice deprese

Fagerströmův test závislosti na nikotinu

 **CENTRUM LÉČBY ZÁVISLOSTI NA TABÁKU** Referenční centrum léčby závislosti na tabáku
III. interní klinika 1.LF UK a VFN, Praha 2

FAGERSTRÖMŮV TEST ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU č:
(FAGERSTRÖM TEST OF NICOTINE DEPENDENCE FTND)

Pacient: _____

U každé otázky prosím vyberte jednu z možností a označte ji křížkem před zvolenou odpovědí.

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

<input type="checkbox"/> do 5 minut	HODNOCENÍ
<input type="checkbox"/> do půl hodiny	3 body
<input type="checkbox"/> do hodiny	2 body
<input type="checkbox"/> za více než hodinu	1 bod
	0 bodů

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

<input type="checkbox"/> ano	HODNOCENÍ
<input type="checkbox"/> ne	1 bod
	0 bodů

3. Kterou cigaretu byste nejvíce postrádal?

<input type="checkbox"/> první ráno	HODNOCENÍ
<input type="checkbox"/> některou jinou	1 bod
	0 bodů

4. Kolik cigaret denně průměrně kouříte?

<input type="checkbox"/> do 10 cigaret	HODNOCENÍ
<input type="checkbox"/> 11-20 cigaret	0 bodů
<input type="checkbox"/> 21-30 cigaret	1 bod
<input type="checkbox"/> více než 30 cigaret	2 body
	3 body

5. Kouříte častěji, intenzivněji, během dopoledne?

<input type="checkbox"/> ano	HODNOCENÍ
<input type="checkbox"/> ne	1 bod
	0 bodů

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

<input type="checkbox"/> ano	HODNOCENÍ
<input type="checkbox"/> ne	1 bod
	0 bodů

Součet bodů:

Hodnocení závislosti na nikotinu:

0-1 bod	žádná nebo velmi malá
2-4 body	střední
5-10 bodů	vysoká

10.3.1 Příloha č. 4

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 strana 38

Tabulka č. 2 strana 40

Tabulka č. 3 strana 42