

Skutki wprowadzenia całkowitego zakazu palenia w szpitalach o najwyższym standardzie bezpieczeństwa

Irene Cormac,¹ Sandra Creasey,¹ Ann McNeill,² Michael Ferriter,¹ Bernard Huckstep,¹ Karen D'Silva¹

The Psychiatrist (2010), 34, 413-417

Cele i metody: zbadanie wpływu wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu w szpitalach psychiatrycznych o wysokim stopniu zabezpieczenia. Personel medyczny i pacjenci byli badani przed wprowadzeniem zakazu i po nim. Zbierano dane dotyczące niekorzystnych incydentów, izolacji chorych, nikotynowej terapii zastępczej oraz zmian w stosowaniu leków psychotropowych.

Wyniki: Przed wprowadzeniem zakazu z grupy liczącej 298 osób 72,8% paliło tytoń. Nie wykazano istotnych różnic w liczbie stosowanych izolacji przed wprowadzeniem zakazu i po nim. Tylko w jednym porównaniu osiągnięto istotność statystyczną ($p=0,01$) i wykazano, że po wprowadzeniu zakazu palenia wzrosła liczba niekorzystnych incydentów w grupie osób, które wcześniej paliły tytoń. Nie stwierdzono, aby zakaz palenia skutkowało zwiększeniem stosowania leków psychotropowych.

Implikacje kliniczne: wprowadzenie całkowitego zakazu palenia w szpitalach psychiatrycznych o wysokim stopniu zabezpieczenia jest możliwe po odpowiednim przygotowaniu.

Palenie tytoniu jest przyczyną niemal 90% zgonów z powodu raka płuca, około 80% zgonów z powodu zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc oraz około 17% zgonów z powodu chorób serca. Zwiększa także ryzyko rozwoju raka jamy ustnej, gardła, pęcherzyka żółciowego, nerek, żołądka, wątroby oraz sztyki macicy.¹

Wprowadzenie zasady wolności od dymu w ośrodkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest dużym wyzwaniem.² Palenie tytoniu jest częstsze wśród osób z zaburzeniami psychicznymi niż w populacji ogólnej,³ szczególnie dotyczy to ciężko chorych.⁴ Zazwyczaj te osoby te wypalają także większą liczbę papierosów oraz wykazują oznaki cięższego uzależnienia od nikotyny.⁵

Główną przeszkodą w ograniczaniu palenia tytoniu w szpitalach psychiatrycznych jest obawa, że zakaz spowoduje pogorszenie stanu psychicznego i zachowania chorych. Wśród pracowników tych ośrodków duży jest odsetek osób palących, których część jest negatywnie nastawiona do stosowania zasady wolności od dymu tytoniowego, przy czym niewiele z tych osób wierzy, że pacjenci odnoszą korzyści terapeutyczne z palenia.⁷

Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego (Health Act) z 2006 roku mówi o tym, że od 1 lipca 2007 roku w pomieszczeniach zamkniętych i częściowo zamkniętych będących miejscami pracy oraz

w miejscach publicznych obowiązuje zakaz palenia. W stacjonarnych ośrodkach opieki psychiatrycznej wprowadzenie tego zakazu wyjątkowo opóźniono o rok.

Nottinghamshire Healthcare National Health Service (NHS) Trust wprowadziło od 31 marca 2007 r. całkowity zakaz palenia obejmujący wszystkie ośrodki opieki psychiatrycznej należące do zrzeszenia. Dotyczył on między innymi Rampton Hospital, szpitala psychiatrycznego o najwyższym standardzie bezpieczeństwa z długimi okresami pobytu, dla pacjentów ze złożonymi zaburzeniami psychicznymi, którzy zagrażają sobie bądź otoczeniu (większość z nich popełniła poważne przestępstwa). Rampton Hospital był pierwszym w Zjednoczonym Królestwie wolnym od dymu tytoniowego szpitalem psychiatrycznym o najwyższym standardzie bezpieczeństwa.

W poprzednich badaniach wykazano, że około 70% pacjentów Rampton Hospital paliło tytoń, w większości nałogowo.⁸ Trzy miesiące przed tym, zanim szpital stał się wolny od dymu tytoniowego, pacjenci zostali poinformowani o planach wprowadzenia zakazu, zaoferowano im także pomoc w zaprzestaniu palenia, łącznie z nikotynową terapią zastępczą. Przed wprowadzeniem zakazu poczyniono szeroko zakrojone przygotowania obejmujące szkolenie personelu medycznego oraz informowanie zarówno personelu, jak i pacjentów. Personel piel-

gniarski poszczególnym chorym udzielał wsparcia. Stało się jasne, że zakaz będzie powszechny i obowiązujący zarówno pacjentów, jak i personel. Był to jeden z czynników, które potem zastały przez Campiona i wsp.⁹ opisane jako kluczowe przy wprowadzaniu z sukcesem zasady wolności od dymu.

Gdy zakaz palenia zaczął obowiązywać, dla pacjentów, personelu oraz odwiedzających zakazane stały się tytoń oraz zapalki i zapalniczki, a zasada ta była w szpitalu ściśle przestrzegana. W weekend, podczas którego wprowadzono zakaz, zapewniono pełną obsadę personelu medycznego, przeprowadzono także dodatkowe zajęcia, mające odwrócić uwagę pacjentów od palenia tytoniu.

W artykule dokonano retrospektywnej oceny skutków zakazu palenia na podstawie kryteriów oceny jakości opieki zdefiniowanych przez National Patient Safety Agency.⁸ Obejmuje ona analizę danych oraz zastosowanie prostych kwestionariuszy. Celem była analiza wpływu wprowadzenia całkowitego zakazu palenia w budynkach oraz na terenie szpitali psychiatrycznych o najwyższym standardzie bezpieczeństwa.

Metoda

Całkowity zakaz palenia został wprowadzony w Rampton Hospital o północy 31 mar-

¹Rampton Hospital, Retford; ²City Hospital, Nottingham
Adres do korespondencji: Irene Cormac; e-mail: irene.cormac@nottshc.nhs.uk. Konflikt interesów: brak

ca 2007 roku. Autorzy zebrali dane z okresu przed wprowadzeniem zakazu oraz po nim, takie jak:

- wyniki badania kwestionariuszowego prowadzonego wśród personelu i pacjentów,
- informacje o niekorzystnych zajściach oraz izolacjach,
- zmiany w stosowaniu leków psychotropowych,
- stosowanie nikotynowej terapii zastępczej.

Badanie prowadzone wśród personelu i pacjentów

Wśród personelu i pacjentów w okresie przed (luty 2007 r.) oraz po wprowadzeniu zakazu palenia (czerwiec 2007 r.) przeprowadzono drogą pocztową badanie służące poznaniu opinii dotyczących tego zakazu. W badaniu zastosowano specjalnie do tego celu skonstruowany w Rampton Hospital kwestionariusz.

Niekorzystne zajścia oraz izolacje chorych

Z departamentu ds. ryzyka w szpitalach pozyskano dane dotyczące niekorzystnych zajść, takich jak akty autoagresji (groźby oraz podjęte zachowania autoagresywne), zniewagi, agresja słowna, wypowiedane groźby, agresja czynna (próby oraz dokonane akty agresji) oraz niszczenie przedmiotów. Dodatkowo uzyskano dane na temat niekorzystnych zajść, na tyle poważnych, że wymagały zastosowania izolacji. Izolacja definiowana jest przez Department of Health Code of Practice jako „umieszczenie pacjenta pod nadzorem w pomieszczeniu, które może być zamknięte, co ma na celu zabezpieczenie przed zachowaniami, które mogą być groźne dla innych” (str. 122).¹⁰

Porównano liczbę izolacji w miesiącu poprzedzającym wprowadzenie zakazu (marzec 2007 r.) z liczbą izolacji w pierwszych miesiącach po zakazaniu palenia (kwiecień 2007 r.), zarówno w grupie palących tytoń, jak i wśród niepalących. Takie samo porównanie przeprowadzono, analizując dane z grudnia 2006 oraz czerwca 2007 r. Sytuacje, które doprowadziły do umieszczenia w odosobnieniu, podzielono na zachowania zagrażające, ataki na personel oraz ataki na współpacjentów. W podobny sposób analizowano dane dotyczące wszystkich incydentów.

Zmiany w stosowaniu leków psychotropowych

Zmiany w stosowaniu leków psychotropowych oceniono przeglądając karty zleceń oraz bazy danych aptek szpitalnych. Jako wyjściowe potraktowano dane dotyczące regularnego oraz doraźnego podawania leków przeciwpsychotycznych oraz benzodiazepin w grudniu 2006 oraz marcu 2007 r. Analizu-

jąc dane po wprowadzeniu zakazu palenia, brano pod uwagę miesiące kwiecień i czerwiec 2007 r.

Średnią dobową dawkę każdego leku przeliczano jako odsetek maksymalnej dawki dobowej określonej przez British National Formulary (BNF). W przypadku wszystkich chorych odsetki maksymalnej dawki dobowej dla każdego leku były w każdym miesiącu sumowane, a następnie dzielone przez liczbę dni w danym miesiącu. Jeśli pacjent otrzymywał dwa lub więcej leków tego samego typu, uzyskane wartości były sumowane.

Porównywano stosowanie leków psychotropowych przez osoby niepalące i palące tytoń, biorąc pod uwagę regularnie stosowane leki przeciwpsychotyczne i benzodiazepiny oraz te same grupy leków podawane doraźnie. W tym celu, używając testu t-Studenta, porównano dane z marca z danymi z kwietnia oraz wyniki z grudnia z tymi uzyskanymi w czerwcu.

Nikotynowa terapia zastępcza

Z baz danych aptek szpitalnych uzyskano informacje o liczbie chorych stosujących nikotynową terapię zastępczą w okresie od grudnia 2006 r. do czerwca 2007 r., danych tych użyto potem w zestawieniu.

Wyniki

W ciągu 8 miesięcy, kiedy prowadzone było badanie, w szpitalu przebywało 340 pacjentów, z których 42 przeniesiono do innych ośrodków lub przyjęto już w trakcie badania. Przez całe 8 miesięcy badania w szpitalu przebywało w sumie 298 chorych, z których 217 (72,8%) przed wprowadzeniem zakazu paliło tytoń. Tylko siedmiu chorych zaprzestało palenia przed wprowadzeniem w życie zasady wolności od dymu tytoniowego. Część pacjentów przed wdrożeniem zakazu podejmowała nieudane próby zaprzestania palenia, inni nie podejmowali takich prób w ogóle.

Odsetek odpowiedzi

Kwestionariusz przed wprowadzeniem zakazu palenia przesłano 340 pacjentom przebywającym w szpitalu w lutym 2007 r., z których 175 udzieliło odpowiedzi (odsetek odpowiedzi 51%); 89% respondentów stanowili mężczyźni, a 70% potwierdziło palenie tytoniu. W czerwcu 2007 r. dostarczono drugi kwestionariusz 328 hospitalizowanym wówczas chorym, i uzyskano odpowiedzi od 115 osób (odsetek odpowiedzi 35%); mężczyźni stanowili 85%, 87% respondentów paliło tytoń przed wprowadzeniem zakazu.

Kwestionariusz przed wprowadzeniem zakazu przesłano 1862 osobom z personelu medycznego – odpowiedziało 1038 osób

(odsetek odpowiedzi 55,7%), 46% respondentów stanowili mężczyźni, 23% paliło tytoń, 61% stanowiły pielęgniarki/pielęgniarze. Po wprowadzeniu zakazu wśród personelu medycznego rozesłano 1946 kwestionariuszy, na które odpowiedziało 670 osób (odsetek odpowiedzi 34%), 38% stanowili mężczyźni, 22% paliło, a 54% wykonywało zawód pielęgniarki/pielęgniarsza.

Opinie personelu i pacjentów na temat zakazu

Przed ustanowieniem zakazu 40 z 175 pacjentów (22,9%) oraz 528 z 1038 osób z personelu (50,9%) popierało jego wprowadzenie. Po zakazaniu palenia tytoniu odsetek pacjentów opowiadających się za zakazem wzrósł do 25,2% (29 z 115 pacjentów), wśród personelu 60,3% (404 z 670 osób).

Przed wprowadzeniem zakazu 93 z 175 pacjentów (53,1%) było przekonanych, że zakaz palenia tytoniu niekorzystnie wpłynie na ich zdrowie psychiczne, a 47/175 chorych (26,9%) twierdziło, że także na zdrowie fizyczne. Po wprowadzeniu zakazu przekonania, że uniemożliwienie palenia spowodowało pogorszenie ich stanu psychicznego, potwierdzało 45/115 pacjentów (39,1%), a stanu fizycznego 29/115 osób (25,2%).

Przed wprowadzeniem zakazu 573 na 1038 członków całego personelu (55,2%), a 409 na 538 osób z personelu pielęgniarskiego (76%) było przekonanych, że jeśli zakaz się pacjentom palenia tytoniu, będą oni zachowywać się bardziej agresywnie. Po wprowadzeniu zakazu tylko 100 na 670 osób z personelu medycznego (14,9%), w tym 62 na 286 (24,1%) pielęgniarek uczestniczących w badaniu, nadal wyrażało to przekonanie.

Przed ustanowieniem zakazu palenia 491 z 1038 członków personelu medycznego (47,3%) oraz 359 z 538 pielęgniarek (66,7%) było przekonanych, że zakaz palenia tytoniu wpłynie na zwiększenie częstości aktów autoagresji. Po wprowadzeniu zakazu tylko 55 z 670 badanych członków personelu (8,2%) w tym jedynie 36 na 286 pielęgniarek (12,6%) twierdziło, że dokonane przez chorych samookalecenia wynikały z braku możliwości palenia tytoniu na oddziale. Opinii, że pacjenci wskutek zakazu palenia będą wymagali zwiększonego podawania leków, przed wprowadzeniem zakazu podzieliło 477 osób z 1038 członków personelu medycznego (46%), w tym 362 z 538 pielęgniarek (67,3%). Po wprowadzeniu zakazu z twierdzeniem tym zgadzało się natomiast tylko 85 na 670 członków personelu (12,7%) oraz 66 na 286 pielęgniarek (23,1%).

Niekorzystne zajścia

W tabeli 1 przedstawiono liczbę incydentów w czterech przedziałach czasowych, z rozróżnieniem, ile z nich dotyczyło pacjen-

tów palących, niepalących, a ile wszystkich pacjentów ogółem. Tabela 2 obrazuje, w ilu przypadkach poważne incydenty doprowadziły do konieczności izolacji chorych.

Przeprowadzono analizę współzależności wyników za pomocą testu χ^2 , porównując miesiące marzec i kwiecień 2007 r. oraz grudzień 2006 r. i czerwiec 2007 r., zarówno jeśli chodzi o pacjentów palących tytoń, jak i chorych niepalących. Istotny statystycznie okazał się jedynie wynik porównania liczby incydentów w grudniu i czerwcu. Wykazano, że w czerwcu miało miejsce istotnie więcej niekorzystnych zdarzeń z udziałem chorych, którzy przed wprowadzeniem zakazu byli uzależnieni od nikotyny, niż w grudniu ($p=0,01$, $df=1$). Nie wykazano natomiast w porównywanych przedziałach czasowych istotnych różnic między liczbą izolacji chorych niepalących i tych, którzy wcześniej palili tytoń.

W siedmiu przypadkach po wprowadzeniu zakazu znaleziono u chorych przemyczone papierosy oraz zapalniczki lub zapalniczki, jednak dane te nie są pełne, gdyż w momencie wprowadzenia zakazu nie dokonywano szczegółowych przeszukań pacjentów. Większość chorych była jedynie proszona o dobrowolne oddanie wyrobów tytoniowych.

Przeprowadzono również analizę odnotowanych alarmów przeciwpożarowych, która nie ujawniła incydentów, które można byłoby powiązać z nielegalnym paleniem w okresie między grudniem 2006 a czerwcem 2007 r. W ciągu 4 miesięcy od wprowadzenia zakazu palenia nie doszło także do poważnych aktów złamania dyscypliny, takich jak zamieszki, wzięcie zakładników czy akcje protestacyjne na dachu budynku. Trzech pacjentów wystąpiło do sądu z wnioskiem, o uznanie zakazu za nielegalny, jednakże został on odrzucony.

Zmiany w stosowaniu leków psychotropowych

Porównano stosowanie leków psychotropowych u osób niepalących oraz chorych, którzy palili tytoń przed wprowadzeniem zakazu. Uwzględniono cztery grupy leków: regularnie podawane leki przeciwpsychotyczne, regularnie stosowane benzodiazepiny oraz doraźnie stosowane leki przeciwpsychotyczne i benzodiazepiny. Porównano marzec z kwietniem oraz grudzień z czerwcem za pomocą testu t-Studenta. W tabeli 3 przedstawiono wyniki tej analizy w odniesieniu do średnich dawek leków stosowanych u chorych palących tytoń, a w tabeli 4 wyniki w grupie osób niepalących. Jak już opisano wcześniej, dobową dawkę każdego leku przedstawiono jako odsetek maksymalnej dawki dobowej określonej przez BNF. Jedynym istotnym statystycznie wyni-

kiem ($p=0,025$) było zmniejszenie średnich dawek regularnie stosowanych leków przeciwpsychotycznych w okresie od marca do kwietnia.

Nikotynowa terapia zastępcza

Od grudnia 2006 do marca 2007 nikotynową terapię zastępczą rozpoczęło 149 chorych, a po wprowadzeniu zakazu kolejnych 18 pacjentów.

Omówienie

Wprowadzenie w Rampton Hospital zasady wolności od dymu tytoniowego umożliwiło ocenę wpływu całkowitego zakazu palenia

na kontrolowane w dużej mierze środowisko. W przeciwieństwie do innych ośrodków opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii z powodu surowych zasad bezpieczeństwa pacjenci nie mieli tutaj możliwości wyjścia na zewnątrz budynku bądź na przyległy teren szpitala, aby zapalić. Jest to szpital o najwyższym standardzie bezpieczeństwa, w którym stosowane są zasady oraz standardy postępowania mające na celu efektywne przeszukiwanie, co zapobiega przemycaniu do szpitala niedozwolonych przedmiotów. Listę przedmiotów i środków zakazanych poszerzono o tytoń oraz materiały związane z jego paleniem.

Ze względu na wyjątkowy charakter tego badania dane, które podlegały ocenie, były

TABELA 1
Akty przemocy dokonywane przez osoby palące i niepalące przed wprowadzeniem zakazu palenia i po nim

	Grudzień 2006 r.	Marzec 2007 r.	Kwiecień 2007 r.	Czerwiec 2007 r.
Osoby palące tytoń przed wprowadzeniem zakazu				
Samouszkodzenia	48	61	61	60
Przemoc słowna	84	95	85	99
Agresja fizyczna	25	22	30	34
Niszczenie mienia	1	2	2	5
Ogółem	158	180	178	198
Osoby niepalące przed wprowadzeniem zakazu				
Samouszkodzenia	27	21	20	26
Przemoc słowna	46	32	32	33
Agresja fizyczna	38	56	58	22
Niszczenie mienia	1	1	2	2
Ogółem	112	110	112	83
Wszyscy pacjenci				
Samouszkodzenia	75	82	81	86
Przemoc słowna	130	127	117	132
Agresja fizyczna	63	78	88	56
Niszczenie mienia	2	3	4	7
Ogółem	270	290	290	281

TABELA 2
Izolacje chorych niepalących i palących przed wprowadzeniem zakazu i po nim

	Grudzień 2006 r.	Marzec 2007 r.	Kwiecień 2007 r.	Czerwiec 2007 r.
Osoby palące przed wprowadzeniem zakazu				
Zachowania zagrażające	20	17	26	40
Ataki na personel	4	6	7	8
Ataki na współpacjentów	2	4	5	6
Ogółem	26	27	38	54
Osoby niepalące przed wprowadzeniem zakazu				
Zachowania zagrażające	9	23	19	6
Ataki na personel	3	5	6	8
Ataki na współpacjentów	0	1	1	1
Ogółem	12	29	26	15
Wszyscy pacjenci				
Zachowania zagrażające	29	40	45	40
Ataki na personel	7	11	13	16
Ataki na współpacjentów	2	5	6	7
Ogółem	38	56	64	63

TABELA 3**Osoby palące przed wprowadzeniem zakazu: porównanie średnich dawek leków w dwóch okresach prowadzenia badania**

	Leczeni (n)	Średnia (SD)	SE	95% PU	Test t-Studenta	df	p ^a
Leki przeciwpsychotyczne regularnie							
Marzec	166	64,06 (39,38)	3,06	0,37 do 5,42	2,27	165	0,025
Kwiecień	166	61,16 (37,37)	2,90				
Benzodiazepiny regularnie							
Marzec	8	66,79 (80,37)	28,41	-12,57 do 16,08	0,29	7	0,78
Kwiecień	8	65,03 (89,62)	31,68				
Leki przeciwpsychotyczne doraźnie							
Marzec	27	2,76 (2,7)	0,52	-0,68 do 0,98	0,37	26	0,71
Kwiecień	27	2,61 (2,16)	0,41				
Benzodiazepiny doraźnie							
Marzec	21	8,55 (7,84)	1,71	-10,34 do 1,28	-1,63	20	0,12
Kwiecień	21	13,08 (16,77)	3,66				
Leki przeciwpsychotyczne regularnie							
Grudzień	158	64,96 (38,99)	3,10	-0,8 do 7,86	1,93	157	0,055
Czerwiec	158	61,07 (36,86)	2,93				
Benzodiazepiny regularnie							
Grudzień	8	51,38 (46,65)	16,49	-51,73 do 18,90	-1,10	7	0,31
Czerwiec	8	67,80 (84,94)	30,03				
Leki przeciwpsychotyczne doraźnie							
Grudzień	14	1,83 (1,26)	0,33	-1,74 do 0,81	-0,79	13	0,44
Czerwiec	14	2,29 (2,28)	0,61				
Benzodiazepiny doraźnie							
Grudzień	9	10,78 (7,43)	2,48	-14,70 do 8,64	-0,60	8	0,57
Czerwiec	9	13,81 (14,41)	4,80				

^atest dwustronny, df – liczba stopni swobody, PU – przedział ufności, SD – odchylenie standardowe, SE – błąd standardowy.

TABELA 4**Osoby niepalące przed wprowadzeniem zakazu: porównanie średnich dawek leków w dwóch okresach prowadzenia badania**

	Leczeni (n)	Średnia (SD)	SE	95% PU	Test t-Studenta	df	p ^a
Leki przeciwpsychotyczne regularnie							
Marzec	56	62,90 (40,21)	5,37	-0,81 do 0,72	-0,13	55	0,90
Kwiecień	56	62,95 (40,37)	5,39				
Benzodiazepiny regularnie							
Marzec	3	52,04 (41,87)	24,17	-3,32 do 5,34	1,00	2	0,42
Kwiecień	3	51,03 (42,94)	24,79				
Leki przeciwpsychotyczne doraźnie							
Marzec	4	1,18 (1,01)	0,50	-7,66 do 0,68	-2,66	3	0,08
Kwiecień	4	4,67 (2,78)	1,39				
Benzodiazepiny doraźnie							
Marzec	6	9,32 (8,08)	3,30	-7,57 do 0,56	-2,22	5	0,08
Kwiecień	6						
Leki przeciwpsychotyczne regularnie							
Grudzień	53	63,32 (38,57)	5,30	-5,07 do 1,16	-1,26	52	0,21
Czerwiec	53	65,28 (41,01)	5,63				
Benzodiazepiny regularnie							
Grudzień	3	56,06 (8,06)	21,97	-26,99 do 43,34	1,00	2	0,42
Czerwiec	3	47,88 (46,68)	26,89				
Leki przeciwpsychotyczne doraźnie							
Grudzień	3	3,40 (4,07)	2,35	-10,62 do 16,85	0,71	2	0,55
Czerwiec	3	1,2 (1,69)	0,98				
Benzodiazepiny doraźnie							
Grudzień	4	11,49 (9,73)	4,86	-9,69 do 23,40	1,32	3	0,28
Czerwiec	4	4,64 (1,37)	0,69				

^atest dwustronny, df – liczba stopni swobody, PU – przedział ufności, SD – odchylenie standardowe, SE – błąd standardowy.

ograniczone; dostępne były szczegółowe informacje dotyczące jedynie czterech przedziałów czasowych. Istotna statystycznie różnica pod względem liczby niekorzystnych zajęć między grudniem a czerwcem mogła być artefaktem wynikającym z okresowego wzrostu częstości incydentów przed świętami Bożego Narodzenia.

Autorzy nie są w stanie stwierdzić, czy przeniesienie pacjentów do innego szpitala bądź wypis w okresie prowadzenia badania miał związek z zakazem palenia, jednak jeśli już, mogły to być pojedyncze przypadki. Chęć palenia tytoniu bądź pogorszenie zachowania nie byłyby bowiem normalnie wystarczającym powodem do opuszczenia szpitala.

Po wprowadzeniu zakazu zmniejszyły się obawy personelu, że uniemożliwienie palenia spowoduje u pacjentów nasilenie agresji i autoagresji oraz większą potrzebę stosowania leków, przy czym przekonania te utrzymywały się głównie wśród pielęgniarek. Głównym problemem przy analizie danych było to, że kwestionariusze były anonimowe, co uniemożliwiało powiązanie odpowiedzi pacjentów i personelu udzielonych przed wprowadzeniem zakazu i po nim. Możliwe jest zatem, że chorzy i pracownicy, którzy odpowiadali na kwestionariusz przed wprowadzeniem zakazu, byli do niego uprzedzeni (tzn. byli to osoby negatywnie nastawione do zakazu palenia), natomiast grupa, która odpowiadała na pytania później, była przychylniej nastawiona do zakazu. Ta potencjalna stronniczość mogłaby odpowiadać za różnice przemawiające na korzyść zakazu.

Mimo różnych obaw przekształcenie środowiska, w którym wiele osób paliło tytoń w otoczenie wolne od dymu tytoniowego, poszło płynnie. W badaniu nie wykazano, aby zakaz palenia powodował zwiększenie stosowania leków psychotropowych, nasilał akty autoagresji czy zaburzenia zachowania. Potwierdza to tezy opublikowane przez Hampela i wsp.,¹¹ którzy opisywali podobną łagodną transformację szpitala o maksymalnym standardzie bezpieczeństwa w przestrzeń wolną od dymu, której dokonano w Stanach Zjednoczonych. W innym artykule¹² autorzy zwracają uwagę na jeden z potencjalnych problemów związanych z nagłym zaprzestaniem palenia, jakim jest wzrost stężenia klozapiny w surowicy.

Cormac i McNally¹³ opisali sposób wprowadzenia całkowitego zakazu palenia, jaki zastosowano w Rampton Hospital, który może znaleźć zastosowanie również w innych ośrodkach opieki psychiatrycznej. Obecnie należy

ocenić długoterminowe korzyści zdrowotne płynące z wprowadzenia polityki wolnej od dymu tytoniowego w Rampton Hospital oraz innych ośrodkach długoterminowego pobytu zrzeszonych w NHS.

W tym badaniu wykazano, że uporanie się z problemem palenia tytoniu w szpitalach psychiatrycznych jest możliwe oraz że zwolennicy całkowitego, a nie częściowego zakazu palenia w zakładach opieki psychiatrycznej mają rację.

From the *The Psychiatrist* (2010), 34, 413-417. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010, 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Action on Smoking and Health. Facts at a Glance: Smoking and Disease. ASH, 2007 (http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_94.pdf).
2. Campion J, Lawn S, Brownlie A, Hunter E, Gynther B, Pols R. Implementing smoke-free policies in mental health inpatient units: learning from unsuccessful experience. *Australas Psychiatry* 2008; 16:92-7.
3. Meltzer H, Gill B, Petticrew M, Hinds K. *OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 3: Economic Activity and Social Functioning of Adults with Psychiatric Disorders*. HMSO, 1995.
4. Coulthard M, Farrell M, Singleton N, Meltzer H. *Tobacco, Alcohol and Drug Use and Mental Health*. TSO (The Stationery Office), 2002.
5. Williams JM, Ziedonis DM, Abanyie F, Steinberg ML, Foulds J, Benowitz NL. Increased nicotine and cotinine levels in smokers with schizophrenia and schizoaffective disorders is not a metabolic effect. *Schizophr Res* 2005; 79:323-35.
6. Rowe K, Clark JM. The incidence of smoking amongst nurses: a review of the literature. *J Adv Nursing* 2000; 31:1046-53.
7. Dickens GL, Stubbs JH, Haw CM. Smoking and mental health nurses: a survey of clinical staff in a psychiatric hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11:445-51.
8. Cormac I, Ferriter M, Benning R, Saul C. Physical health and health risk factors in a population of long-stay psychiatric patients. *Psychiatr Bull* 2005; 29:18-20.
9. National Patient Safety Agency. Defining Research. NPSA, 2007 (http://www.red.mmu.ac.uk/documents/res_files/ethics/NRES_leaflet_Defining_Research-1.pdf).
10. Department of Health. *Code of Practice: Mental Health Act 1983 -Revised 2008*. TSO (The Stationery Office), 2008.
11. Hempel AG, Kownacki R, Malin DH, Ozone SJ, Cormack TS, Sandoval 3rd BG, et al. Effect of a total smoking ban in a maximum security psychiatric hospital. *Behav Sci Law* 2002;20: 507-22.
12. Cormac I, Brown A, Creasey S, Ferriter M, Huckstep B. A retrospective evaluation of the impact of total smoking cessation on psychiatric inpatients taking clozapine. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:393-7.
13. Cormac I, McNally L. How to implement a smoke-free policy. *Adv Psychiatr Treat* 2008;14: 198-207.