

Univerzita Karlova

1.lékařská fakulta

Klinika adiktologie

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Jan Krejčí

Možnosti a meze poradenství a léčby odvykání kouření u pacientů
ve střednědobé ústavní léčbě závislosti na alkoholu

Possibilities and limits of tobacco dependence counseling and smoking
cessation among patients in the medium-term alcohol addiction residential
treatment

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Adam Kulhánek Ph.D.

Praha, 2021

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně, a že jsem řádně uvedl a citoval 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,

Jan KREJČÍ

Podpis:

Identifikační záznam:

Krejčí, Jan. *Možnosti a meze poradenství a léčby odvykání kouření u pacientů ve střednědobé ústavní léčbě závislosti na alkoholu. (Possibilities and limits of tobacco dependence counseling and smoking cessation among patients in the medium-term alcohol addiction residential treatment)*. Praha, 2021. 89 stran, 4 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Adam Kulhánek Ph.D.

Poděkování:

V první řadě děkuji vedoucímu práce Mgr. Adamu Kulhánkovi Ph.D. za trpělivost a neutuchající motivaci. Děkuji ženě a dětem, že to vydrželi a podporovali mě.

Abstrakt:

Východiska: Studie dlouhodobě a opakovaně potvrzují, že prevalence kouření mezi jedinci, kteří se léčí s jinou primární závislostí, dosahuje dvojnásobných až čtyřnásobných počtů, než je tomu v běžné populaci. Přesto větší část služeb pro tyto jedince neposkytuje nějakou formu léčby odvykání kouření a tato tematika není v těchto službách jednoznačně ukotvena. Důležitým aspektem pro integraci a implementaci programů odvykání kouření ve službách pro léčbu závislosti jsou názory a postoje pracovníků, které bývají velmi často k tomuto tématu ambivalentní a tematika je vnímána jako kontroverzní. Postoje a názory pracovníků mohou určovat možnosti a meze práce s problematikou odvykání kouření během léčby jiné primární závislosti.

Cíle práce: Tato studie měla čtyři základní výzkumné cíle, které reflektují výsledky teoreticko-kritické analýzy. Zmapovat názory a postoje pracovníků střednědobé ústavní léčby závislosti k léčbě odvykání kouření v rámci jiné primární závislosti. Zjistit, zdali pracovníci střednědobé ústavní léčby závislosti vnímají kouření jako méně škodlivé než užívání jiných návykových látek. Zjistit, zdali pracovníci střednědobé ústavní léčby závislosti vnímají odvykání kouření jako součást léčby jiné primární závislosti. Zjistit, zdali pracovníci střednědobé ústavní léčby závislosti vnímají odvykání kouření v rámci léčby jiné primární závislosti jako možné negativum pro celkový výsledek léčby.

Metody: Studie byla smíšená. V kvantitativní části byl využit standardizovaný dotazník, který byl upraven pro potřeby této práce. V první části byly mapovány základní sociodemografické údaje. Druhou část tvořilo třináct otázek ve třech doménách, které zjišťovaly postoje a názory pracovníků k odvykání kouření v rámci léčby jiné primární závislosti. Data z dotazníku byla hodnocena pomocí metod deskriptivní statistiky. V kvalitativní části byla využita metoda semistrukturovaných rozhovorů. Data byla analyzována metodou prostého výčtu.

Soubor: Do kvantitativní části bylo zapojeno celkem 60 respondentů. V kvalitativní části studie bylo provedeno celkem 11 semistrukturovaných rozhovorů. V obou částech výzkumu byly respondenty pracovníci střednědobé ústavní péče závislosti z vybrané instituce.

Výsledky: Z výsledků kvantitativní a kvalitativní části výzkumu vyplývá, že postoje a názory k odvykání kouření v rámci léčby jiné primární závislosti byly u respondentů ambivalentní. Tematika není považována za kontroverzní, ale je vnímána spíše okrajově, neboť kvůli odvykání kouření pacienti do léčby nepřicházejí. Kouření je vnímáno jako škodlivější převážně v souvislosti s poškozením zdraví. Celkově je kouření respondenty chápáno jako problematika, která pacienty zásadně neovlivňuje a nepáchá tak zásadní škody ve všech oblastech života jako primární návyková látka, kvůli které jsou v pobytové léčbě. Respondenti ve velké míře souhlasili s tím, že odvykání kouření patří do léčby jiných závislostí, mělo by se řešit v rámci jiné primární závislosti a pacienti jsou v léčbě také proto, aby se věnovali práci s tímto tématem, avšak zároveň je tato tematika vnímána jako téma

marginalizované. Výsledky také ukazují, že respondenti nevnímají zařazení odvykání kouření do léčby primární závislosti jako negativum pro následné výsledky léčby, avšak ve větší míře podporovali názor, že pacientům kouření pomáhá zvládat i tak těžkou situaci a raději by jim kouření nebrali.

Závěr: Výzkum ukázal, že ve vybrané instituci není téma odvykání kouření na straně zaměstnanců tabuizovaným tématem a proaktivně se s ním pracuje, což ukazuje na příležitosti v budoucnosti implementovat a integrovat jednotný program odvykání kouření na všechna oddělení. Mezi zásadní meze patřily ambivalentní názory a postoje respondentů k tomuto tématu. Ve vybrané instituci tato studie napomohla k otevření diskuse nad tématem, jakým způsobem implementovat a integrovat program odvykání kouření v rámci léčby jiné primární závislosti.

Klíčová slova:

kouření – tabák – poradenství – léčba - pobytová léčba - závislost na alkoholu

Abstract:

Background: Despite most studies have long term and repeatedly confirmed that the prevalence of smoking among individuals treated with other primary addiction is two to four times higher than in the general population, most services do not provide some form of smoking cessation. Smoking cessation is not clearly grounded in these services. An important aspect for the integration and implementation of smoking cessation programs in addiction treatment services are opinions and attitudes of the workers themselves. These opinions and attitudes are very often ambivalent and perceived as controversial. Attitudes and opinions can determine the possibilities and limits of working with the smoking cessation during the treatment of other primary addictions.

Aims: The study has four research objectives that reflect the results of theoretical-critical analysis. To map the opinions and attitudes of employees of medium-term institutional treatment of addiction to the smoking cessation within the issue of other primary addiction. To find out whether workers in medium-term institutional treatment for addiction perceive smoking as less harmful than the use of other addictive substances. To determine whether workers in medium-term institutional treatment for addiction perceive smoking cessation as part of the treatment of another primary addiction. To find out whether the workers of medium-term institutional treatment of addiction perceive smoking cessation within the treatment of another primary addiction as a possible negative for the overall outcome of treatment.

Methods: The study was conducted as mix-method research design. In the quantitative part a standardized questionnaire is used. Standardized questionnaire was modified for the needs of this study. The first part maps the basic sociodemographic data. The second part consists of thirteen questions in three domains which examine the attitudes and opinions of workers on smoking cessation in the treatment of other primary addictions. The data from the questionnaire were analysed using descriptive statistics. In the qualitative part the method of semi-structured interviews was used. Interviews were analyzed by simple enumeration.

Sample: A total of 60 respondents were involved in the quantitative part. A total of 11 semi-structured interviews were conducted in the qualitative part of the study. In both parts of the research, the respondents were employees of medium-term institutional care of addiction from a selected institution.

Results: The results of the mix-method research design showed that attitudes and opinions towards smoking cessation were ambivalent. Smoking cessation is not perceived as a controversial topic. It is understood as a marginal topic due to which patients do not come for treatment. Smoking is perceived as more harmful in connection with damage to health.

Overall, smoking is understood as an issue that does not affect patients as essential as the primary addictive substance. To a greater extent, respondents agreed that smoking cessation is part of addiction treatment and patients should work with it. Respondents do not perceive smoking cessation negatively in relation to the overall outcome of treatment. researchers supported the view that it is better to let patients smoke.

Conclusions: On the part of employees the research showed that in the selected institution the smoking cessation is not a taboo topic and it is proactively worked with. The study shows great possibilities to implement and integrate a single smoking cessation program for all departments in the future. Among the fundamental limits are the ambivalent attitudes and opinions to smoking cessation of the respondents. In a selected institution, the study helped to discuss the implementation and integration of a smoking cessation program in the treatment of other primary addictions.

Keywords:

smoking – tobacco – counseling - treatment - residential treatment - alcohol addiction

Obsah

Úvod.....	13
1. Stručná historie tabáku od rituálů šamanů po pandemii 21.století.....	15
1.1 Od šamanských rituálů ke Kolumbovým výpravám	15
1.2 Tabák a jeho vnímání v období mezi 16. stoletím a počátky 20. století	16
1.3 Závislost na tabáku jako epidemie 20. století. Pandemie 21. století	16
2. Důležité globální instituce a úmluvy v kontrole tabáku.....	17
2.1 První rezoluce WHO z roku 1970 fokusovaná přímo na tabák	17
2.2 Rámcová úmluva o kontrole tabáku z roku 2003.....	17
2.3 WHO MPOWER	18
2.3.1 M (Monitorování užívání tabáku a preventivní opatření).....	19
2.3.2 P (Ochrana obyvatel před tabákovým kouřem)	19
2.3.3 O (Dostupná pomoc pro všechny, kteří chtějí přestat kouřit).....	20
2.3.4 W (Varování před nebezpečím tabáku).....	20
2.3.5 E (Prosazovat zákazy tabákové reklamy, propagace a sponzorství)	20
2.3.6 R (Zvýšení daní z tabákových výrobků)	20
3. Epidemiologie užívání tabáku	21
3.1 Epidemiologické studie Sira Richarda Dolla	21
3.2 Aktuální epidemiologická data v ČR a ve světě.....	23
3.2.1 Prevalence kuřáctví v dospělé populaci v ČR.....	23
3.2.2 Prevalence kuřáctví ve světě	24
3.3 Výsledky NRLUD 2018 kouření, alkohol	25
3.4 Pasivní kouření	25
3.4.1 Pasivní kouření v ČR	26
3.4.2 Pasivní kouření ve světě	27
3.5 Účinky nikotinu a negativní dopady na lidský organismus	27
4. Systém léčebné péče při odvykání kouření. Diagnostika, farmakoterapie, intervence ...	28
4.1 Závislost na tabáku.....	28
4.1.1 Psychosociální závislost.....	28
4.1.2 Závislost na nikotinu	28
4.2 Diagnostika a screening závislosti na tabáku	29
4.2.1 Fageströmův test nikotinové závislosti	29
4.2.2 Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10	29
4.2.3 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-5.....	30
4.2.4 Základní screening v rámci střednědobé ústavní péče	31

4.3 Léčba závislosti na tabáku	32
4.3.1 Psychosociální/behaviorální intervence	32
4.3.1.1 Motivační rozhovory a intervence 5R	32
4.3.1.2 Krátká intervence ABC.....	33
4.3.1.3 Krátká intervence 5A.....	33
4.3.2 Farmakoterapie	34
4.3.2.1 Champix (Vareniclin)	34
4.3.2.2 Defumoxan (Cytisin).....	35
4.3.2.3 Elontril, Wellbutrin, Zyban (Bupropion).....	35
4.3.3 Náhradní terapie nikotinem.....	36
4.3.3.1 Nikotinové náplasti	37
4.3.3.2 Nikotinové žvýkačky	37
4.3.3.3 Sprej s obsahem nikotinu.....	37
4.3.3.4 Elektronické cigarety	38
5. Názory, postoje a limity při práci s odvykáním kouření během léčby jiné primární závislosti	39
5.1 Úhrada a finanční podpora při odvykání kouření	39
5.2 Vzdělávání a dovednosti pracovníků v odvykání kouření.....	41
5.3 Prostor a čas, postoje a víra v odvykání kouření.....	42
5.4 Kouření samotných pracovníků v drogových službách	43
5.5 Odvykání kouření negativně ovlivňuje léčbu primární závislosti	43
5.6 Přístup k odvykání kouření v rámci vybrané instituce zapojené do výzkumu	44
6. Praktická část výzkumu	46
6.1 Základní výzkumné cíle	46
6.2 Výzkumné otázky	46
6.3 Metody tvorby a analýzy dat	47
6.3.1 Výzkumný soubor.....	47
6.4 Metody zpracování a analýzy dat.....	48
6.4.1 Dotazník	48
6.4.2 Analýza dat z dotazníku	49
6.4.3 Semistrukturované rozhovory.....	50
6.4.4 Analýza dat ze semistrukturovaného interview.....	51
6.5 Etické aspekty studie.....	51
7. Popis výsledků sociodemografických charakteristik souboru.....	53
7.1 Charakteristika výzkumného souboru	53
7.2 Pracovní zařazení respondentů výzkumu v rámci instituce	53

7.3 Absolvované vzdělávání respondentů v oblasti odvykání kouření	54
7.4 Zkušenosti respondentů s kouřením.....	55
8. Zhodnocení výsledků dotazníku: Škála postojů k léčbě závislosti na tabáku pro personál zabývající se primárně léčbou jiných závislostí.....	56
8.1 Tabák je méně škodlivý než jiné návykové látky.	56
8.1.1 Tabák poškozuje zdraví méně než užívání jiných návykových látek.....	56
8.1.2 Kouření neovlivňuje naše pacienty tak bezprostředně jako jiné návykové látky.....	57
8.1.3 Závislost na tabáku působí našim pacientům jen malé problémy, pokud vůbec nějaké.....	57
8.1.4 Pro naše pacienty je lepší kouřit než užívat jiné návykové látky	58
8.1.5 Kouření neovlivňuje fungování našich pacientů/klientů ve společnosti	59
8.1.6 Zhodnocení výsledků otázek okruhu č. 1: Tabák je méně škodlivý než jiné návykové látky.....	59
8.2 Odvykání kouření není naše primární práce	60
8.2.1 Léčba závislosti na tabáku není součástí programu léčby jiných závislostí.....	60
8.2.2 Neměli bychom léčit závislost na tabáku, protože proto zde naši pacienti nejsou	61
8.2.3 Závislost na tabáku bychom neměli léčit zároveň s jinými závislostmi.....	62
8.2.4 Zhodnocení výsledků otázek okruhu č. 2: Odvykání kouření není naše primární práce	62
8.3 Léčba závislosti na tabáku může naše pacienty poškozovat.....	63
8.3.1 Odvykání kouření by zhoršilo úzkosti a deprese našich pacientů.....	63
8.3.2 Kouření pomáhá našim pacientům překonávat každodenní stres.....	63
8.3.3 Léčba závislosti na tabáku by zpomalila zotavování našich pacientů	64
8.3.4 Není fér brát našim pacientům tabák	65
8.3.5 Přestat užívat všechny návykové látky najednou by pro naše pacienty bylo příliš náročné	65
8.3.6 Zhodnocení okruhu č. 3: Léčba závislosti na tabáku může naše pacienty poškozovat	66
9. Výsledky kvalitativní části výzkumu	68
9.1 Postoje a názory k odvykání kouření.....	68
9.1.1 Ideální léčba	69
9.1.2 Motivace zaměstnanců k odvykání kouření.....	69
9.1.3 Princip dobrovolnosti.....	70
9.2 Odvykání kouření jako základní princip práce.....	70
9.2.1 Odvykání kouření jako okrajová tematika.....	71
9.3 Léčba více závislostí současně.....	71

9.3.1 Možnost volby pacienta	72
9.3.2 Odvykání kouření jako součást léčby	72
9.4 Tolerance kouření v rámci léčby jiné primární závislosti.....	72
9.4.1 Kouření jako menší zlo	72
10. Diskuze	73
11. Závěr.....	77
Seznam obrázků:	78
Seznam tabulek:.....	78
Seznam grafů:	78
Seznam Příloh:	79
Použitá literatura:.....	80

Úvod

V rámci odbornosti adiktologa autora již delší dobu provází výrok Geri Millerové (2011), který vysvětluje, že ukončit samotné návykové chování není až tak složité, ale vydržet abstinovat dlouhodobě je úkol mnohem těžší. To bezesporu platí i pro návyk na nikotinu, který patří mezi diagnózy duševní poruchy a poruchy chování způsobené návykovými látkami. Může se však zdát, že se této problematice v rámci samotných léčeb nevěnuje taková pozornost jako problematice primární návykové látky, kvůli které klienti/pacienti¹ léčbu vyhledávají.

Opakovaně a dlouhodobě je větším počtem studií prokazováno, že prevalence kouření mezi klienty/pacienty, kteří se léčí s jinou primární závislostí jak látkovou, tak nelátkovou, se pohybuje v rozmezí od 60 % do 95 %, což jsou oproti běžné populaci dvojnásobně až čtyřnásobně vyšší počty (Best, Lehmann, Gossop et al., 1998; Gyuish, Passalacqua, Pagano et al., 2016; Králíková, 2015; Lorains, Cowlshaw, Thomas et al., 2011; Poirier, Canceil, Bayle et al., 2002; Richter, Ahluwalia, 2000). Přesto jen menší část služeb poskytuje nějakou formu léčby této závislosti nebo tuto problematiku nemá jasně ukotvenou v rámci léčby jiné primární závislosti (Hunt, Cupertino, Gajewski et al., 2014). Na poli léčby závislosti patří mezi nejzásadnější dilema názor, že přestat kouřit nebo se o to pokoušet během léčby jiné primární závislosti této snaze škodí, což bylo opakovaně vyvráceno mnoha studiemi, které naopak jasně potvrzují, že přestat kouřit nebo se o to pokoušet během léčby jiné primární závislosti abstinenci podporuje a ukončení tohoto kuřáckého návyku je protektivní faktor pro celkové pozitivní výsledky léčby závislosti (Prochaska, Delucchi, Hall, 2004; Tsoh, Chi, Martens et al., 2011).

Tato diplomová práce se věnuje tématu odvykání kouření v rámci střednědobé ústavní léčby. Jejím možností a mezím v rámci poradenství a samotné léčbě závislosti na tabáku během pobytové péče. Práce se primárně fokusuje na názory a postoje samotných pracovníků tomuto tématu věnovat čas během léčby jiné primární závislosti. Tato problematika je velice důležitá, neboť pracovníci by měli být „nekuřáckým příkladem jak svým pacientům, tak svému sociálnímu okolí“, a měli by si uvědomovat, že „nekuřáctví personálu je základním předpokladem pro důvěryhodnou léčbu závislosti na tabáku“ (Králíková, 2013a, In: Králíková et al., p. 63). I proto se autor studie rozhodl zaměřit svůj zájem k tématu odvykání kouření v rámci střednědobé ústavní léčby. Autora inspirovala také bakalářská práce Terezy Králové, která se zabývá poskytováním poradenství při odvykání kouření u uživatelů návykových látek ve vybraných terapeutických komunitách v ČR, ve které je konstatováno, že „samotné odvykání kouření v pobytové léčbě uživatelů návykových látek je tématem diskutabilním, s nejednotným názorem odborníků, možná dokonce kontroverzním“ (Králová, 2018, p. 12).

1 Pro přehlednost a zjednodušení je využíváno během celého textu slovo pacient bez ohledu na pohlaví, tedy rozumí se jím pacient/pacientka. Stejně tak i při užívání pojmů pracovník, adiktolog, lékař atd.

V Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027 (Úřad vlády České republiky, 2019, p. 8) je zhodnoceno, že „užívání tabáku je jednou z hlavních příčin nemocnosti a úmrtnosti v ČR, téměř 20 % celkové úmrtnosti jde na vrub kouření. Největší zdravotní zátěž v souvislosti s tabákem se projevuje u osob ve středním a starším věku“, a popis dále pokračuje slovy, že „přetrvává nízká míra provádění krátkých intervencí mezi kuřáky ze strany zdravotnických pracovníků“. Primárně bylo cílem této práce zmapovat postoje a názory pracovníků k odvykání kouření využitím standardizovaného dotazníku: Škála postojů k léčbě závislosti na tabáku pro personál zabývající se primárně léčbou jiných závislostí (upraveného pro potřeby této diplomové práce, zdroj z: Hunt J., J., Cupertino A., P., Gajewski B., J. et al., 2014). V další části výzkumné práce proběhly semistrukturované rozhovory s vybranými pracovníky, ve kterých došlo k prohloubení daných výsledků z dotazníku. V tomto ohledu se autor držel názoru Miovského (2006, p. 33), který hovoří o tom, že „kvalitativní přístup nabízí v kombinaci s kvantitativními metodami poměrně široké spektrum možností, díky nimž je možné zvýšit srozumitelnost prezentovaných výsledků, „oživit“ výsledky pro prezentaci a připomenout existenci konkrétních lidských příběhů skrytých za číselnými údaji (tzv. „vidění za čísla““).

Z výše uvedeného vyplývá, že v rámci střednědobé ústavní péče netrpí diagnózou závislosti na nikotinu pouze samotný pacient, ale i samotní pracovníci. Je však zřejmé, kdo by pro koho měl být průvodcem v odvykání. Pracovník si tedy pravděpodobně více uvědomuje, jak těžké je zbavit se návyku a možná tuto závislost více toleruje, přehlíží, méně intervenuje, neboť nezdary při odvykání, nemotivovanost odvykat brání práci s pacienty. Na druhou stranu existuje zcela určitě velká část pracovníků, kteří nekouří, snaží se intervenovat a pacienty motivují k odvykání kouření. Jaké jsou tedy názory a postoje ohledně odvykání kouření u pracovníků v rámci střednědobé ústavní léčby? I na toto by se měla snažit odpovědět výzkumná práce.

1. Stručná historie tabáku od rituálů šamanů po pandemii 21.století

Tato kapitola je zacílena na historii tabáku od využití během rituálů šamanů až po pandemii 21. století. Autor si neklade za cíl podrobně popisovat historii užívání tabáku. Není to v jeho silách a není to ani cíl této práce. Je však důležité uvědomit si, že i užívání tabáku a chápání jeho dopadů na všechny oblasti lidského života má svůj vývoj a historický kontext. Závislost na nikotinu patří od 20. století mezi duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním návykové látky. Má svou diagnózu F17 v Mezinárodní klasifikaci nemocí (Psychiatrické centrum Praha, 2006). V dobách Kolumbových výprav si asi nikdo z tehdejších objevitelů tabáku nedokázal představit, že za více než 500 let bude tabák rozšířen globálně a problematika jeho celosvětového užívání bude považována za pandemii 21. století (Králíková, 2015).

1.1 Od šamanských rituálů ke Kolumbovým výpravám

Gilman, Xun (2006) předpokládají, dle archeologických nálezů, že tabák se užíval pro rituální praktiky v oblastech Severní a Jižní Ameriky již v období 5000-3000 let př. n. l. Kolem roku 2500 př. n. l. vzniká Mayská civilizace, která tabák a jeho produkty dlouhodobě využívala k rituálům, ale i k jiným účelům. „Určitou formu tabáku kouřili Mayové, Aztékové a Karibové, stejně jako nespočet národů na celé západní polokouli“ od Mexika po Kanadu (Gilman, Xun, 2006, p. 6). Již dlouhá staletí bylo zvykem kouření tabáku ve formě doutníků, ale i cigaret, jeho žvýkání, šňupání, pití čajů a mnoho dalších různých způsobů užívání. Escotado (2003, pp 12-13) vysvětluje, že v Americe byl dostupný „především tabák“, což je „lilkovitá psychoaktivní rostlina“, která „doslova vévodí celému kontinentu“. Využití je mnohé, „od odpočinku, přes náboženství až po léčitelství a iniciační obřady“ (Escotado, 2003, p. 13). Z tohoto velmi stručného popisu je zřejmé, že po dlouhá staletí, možná tisíciletí byl tabák a jeho produkty součástí kultury mnoha národů Severní a Jižní Ameriky a nebyl pravděpodobně ani vážným problémem, který známe ze současnosti.

„6. listopadu 1492 se dva členové Kolumbovy posádky vrátili z výpravy do vnitrozemí Kuby. Hlásili, že se setkali s domorodci, kteří kouřili sušené listy podobné těm, jaké byly darovány Kolumbovi o měsíc dříve, 15. října 1492. Byli to Luis de Torres a Rodrigo de Jerez, kteří kouř z těchto hořících listů vdechovali, čímž se stali prvními Evropany, kteří kouřili tabák. Zde se datuje samotný počátek mnoha střetů mezi oběma kulturami kouření“ (Gilman, Xun, 2006, p. 7).

1.2 Tabák a jeho vnímání v období mezi 16. stoletím a počátky 20. století

Během 16. století se kouření považovalo za lék, ale postupně se z něj stávala všudypřítomná vášeň. V polovině 16. století představil tabák a kouření jako lék francouzskému dvoru Jean Nicote, podle nějž je účinná látka pojmenována nikotin. V 17. století se tabák začal pomalu šířit celým světem. Jak popisují Gilman, Xun (2006, p. 11) mezi lety 1613 až 1663 „se už rostliny tabáku pěstovaly téměř ve všech částech světa, od Sibiře přes Jávu a západní Afriku až po Tibet – a od té doby je celý svět kouzelným kouřem očarován“. V průběhu 18. a 19. století se postupně kouření posunulo od zábavy pro vyvolené k běžnému užívání skrze všechny socioekonomické vrstvy. Z módního trendu se postupem času ustálila norma, která se rozšířila globálně a tabák se zařadil mezi nejvýnosnější komodity. Je však nutno dodat, že existovali také vládci, kteří kouření zakazovali. Mezi tyto vládce patřili turecký sultán Murad IV (1623-1640), císař Čchung-č' (1627-1644), Moskevský patriarcha, papež Urban VII. (1642) a mnoho dalších, kteří nejenže zakazovali kouření, ale za porušení hrozily vysoké tresty. Často hrdelní.

„Na konci 19. století se kouření stalo velkým byznysem. James Buchanan „Buck“ Duke utratil v roce 1889 za celosvětovou reklamu na své cigarety 800 000 dolarů“ a využil též technologického vývoje, když „výrobu cigaret zmechanizoval díky automatické baličce značky Bonsack, která během deseti hodin dokázala vyrobit 120 000 cigaret“ (Gilman, Xun, 2006, p. 22).

1.3 Závislost na tabáku jako epidemie 20. století. Pandemie 21. století

Velmi podobně jako u jiných návykových látek musely až opakované výzkumy tohoto fenoménu přesvědčit odbornou veřejnost o škodlivosti kouření na lidské zdraví. „Tabákový kouř byl podezříván už od roku 1898, vážněji od dvacátých let 20. století. V první polovině 20. století se ale kouření nezdálo být nějakým zvláštním zdravotním problémem a nikoho nenapadlo, že tabáková epidemie bude největší epidemií století s větším počtem obětí během těchto 100 let než obě světové války dohromady“ (Králíková, 2013b, In: Kráčíková et al., p. 22). V současnosti Drope, Schluger, Cahn et al. (2018) odhadují, že celosvětově kouří přibližně 942 milionů mužů a 175 milionů žen. V roce 2016 zemřelo na důsledky kouření a vdechování kouře cca 7,1 milionů lidí a v tomto století může na důsledky kouření a vdechování kouře zemřít až miliarda lidí (Drope, Schluger, Cahn et al., 2018). Trvalo celé století než si nejen odborná veřejnost, ale i ostatní lidé po celém světě začali uvědomovat, že tabák má velký vliv na morbiditu a mortalitu. Jak popisuje Kráčíková (2015, p. 11) ve světě již neprobíhá klasická tabáková epidemie, nýbrž pandemie, která má „klasické vlastnosti: původcem je cigareta, zdrojem tabákový průmysl, vektorem marketing a vnímavým organismem v naprosté většině dítě či adolescent - dospělí začínají kouřit vyjímečně“.

2. Důležité globální instituce a úmluvy v kontrole tabáku

V této kapitole autor velmi stručně představí globální instituce a úmluvy, které úzce souvisí s tematikou tabáku. V rámci této kapitoly není cílem popsat všechny instituce a úmluvy, není to v silách autora. Pro lepší přehled autor doporučuje podrobnější informace v knize: Králíková et al.: Závislost na tabáku. Epidemiologie, prevence a léčba.

2.1 První rezoluce WHO z roku 1970 fokusovaná přímo na tabák

Jako vůbec první rezoluci, která se zaměřuje přímo na tabák a jeho dopady na všechny oblasti lidského života přijalo Světové zdravotnické shromáždění (World Health Assembly, dále jen WHA) jako nejvyšší orgán pro rozhodování Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, dále jen WHO) na jednání, které se konalo v Ženevě od 5.5. do 22.5. již v roce 1970 pod názvem Důsledky kouření pro zdraví (Health Consequences of Smoking).

V následujícím textu vycházím z rezoluce Světové zdravotnické organizace (WHO, 1970), ve které se shromážděním oznamuje:

- 1/ uvědomujeme si, že kouření je zodpovědné za etiopatogenezi plicních a srdečních nemocí, včetně bronchopulmonální rakoviny, chronické bronchitidy, emfyzému a ischemické choroby srdeční
- 2/ uvědomujeme si, že kouření během setkávání může velmi zásadně omezovat a poškozovat nekuřáky
- 3/ tímto všechny účastníky zasedání Shromáždění žádáme, aby se zdrželi kouření ve všech prostorách, ve kterých probíhají jednání
- 4/ zvažme svolání skupiny odborníků, kteří by doporučili další opatření, která by mohla být přijata v souvislosti s odvykáním kouření
- 5/ zkoumejme, do jaké míry a jakými výchovnými metodami lze mladé lidi přesvědčit, aby nezačali kouřit
- 6/ upozorňujeme na potřebu výzkumu, který se zaměří na zemědělství a jeho změnu v zemích produkujících tabák (WHO, 1970).

2.2 Rámcová úmluva o kontrole tabáku z roku 2003

Rámcová úmluva o kontrole tabáku (Framework Convention on Tobacco Control, dále jen FCTC) byla přijata WHO prostřednictvím WHA během setkání, které probíhalo v Ženevě od 19.5. do 28.5. 2003. Jak vysvětluje Neubauerová (2013, In: Králíková et al., pp 447-448) „WHA v dokumentu vyjadřuje přesvědčení, že FCTC je průkopnickým krokem v prosazování národní, regionální a mezinárodní akce a globální spolupráce v oblasti ochrany lidského zdraví před škodlivými dopady spotřeby tabáku a expozice tabákovému kouři. Světové zdravotnické shromáždění rezolucí zdůrazňuje, že je nutné tuto úmluvu bez prodlení uvést

v platnost a efektivně ji implementovat na národních úrovních“. Česká republika tento dokument ratifikovala až v červnu roku 2012. K zásadním ustanovením této úmluvy patří:

1/ snižovat globálně poptávku po tabáku skrze daňová a cenová opatření; chránit všechny před expozicí kouře; regulovat reklamu, lobbying, sponzorství; podporovat jednotné balení cigaret; edukovat o negativních důsledcích kouření, pasivního kouření

2/ snižovat globálně poptávku, dostupnost tabáku skrze kontrolu a restriktce vztahující se k nezákonnému obchodu s tabákem; omezit prodej tabáku pouze zletilým osobám; podporovat alternativní zemědělské komodity v oblastech pěstování tabáku (Neubauerová, (2013, In: Králíková et al.). V souvislosti s FCTC postupem času WHO vytvořila implementační rámcový program, který usnadňuje zemím, které úmluvu ratifikovaly, snadněji integrovat FCTC do běžné praxe. WHO tento program představuje jako opatření MPOWER, které obsahuje šest základních okruhů, jež je nutno řešit v rámci snižování negativních dopadů tabákových výrobků ve všech oblastech lidské činnosti.

2.3 WHO MPOWER

Kontrola tabáku v rámci globální implementace WHO FCTC je dokonalým příkladem ochoty dosahovat zlepšování zdraví po celém světě integrací daných úmluv do běžného života, kdy od roku 2003 vnímáme velké pokroky při provádění kontroly tabáku na národních úrovních (WHO, 2019). Na obrázku č. 1 je znázorněno šest základních okruhů MPOWER.

Obr. č. 1 Okruhy WHO MPOWER



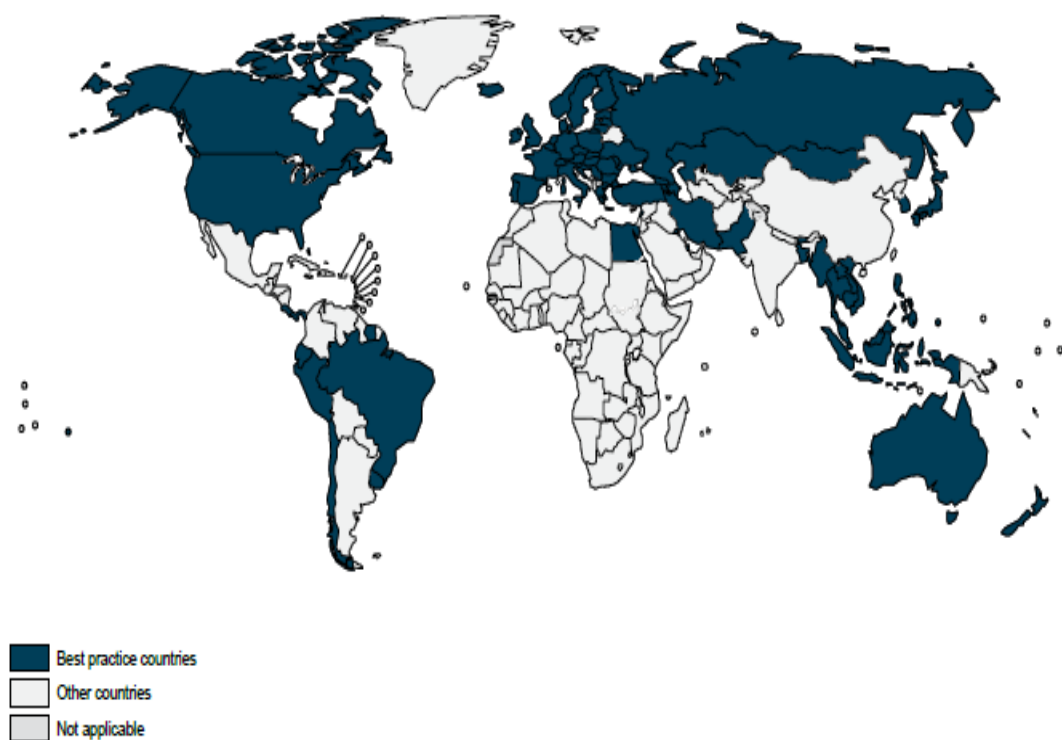
Monitor	Monitor tobacco use and prevention policies
Protect	Protect people from tobacco smoke
Offer	Offer help to quit tobacco use
Warn	Warn about the dangers of tobacco
Enforce	Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship
Raise	Raise taxes on tobacco

Zdroj: WHO (2019). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019.

2.3.1 M (Monitorování užívání tabáku a preventivní opatření)

Monitorování užívání tabáku a programy kontroly tabáku patří mezi zásadní úkoly v efektivitě zastavení negativních dopadů tabákové epidemie a hodnotí efekty ve všech zemích WHO FCTC. Monitoring by se měl zaměřit na základní ukazatele užívání tabáku zahrnující kouření cigaret a dalších forem tabáku (doutníky, dýmky, vodní dýmky, beedies), bezdýmného tabáku (snus) a dalších tabákových výrobků jako jsou vaporizéry a zahřívané tabákové výrobky, ale i netabákové formy užívání nikotinu (např. e-cigarety). Díky monitoringu klesla celosvětově míra kouření mezi lety 2007-2017 v populaci z 22.5 % na 19.2 %, což ukazuje globální relativní snížení o 15 % za 10 let (WHO, 2019). Níže uvedený obrázek ukazuje nejúspěšnější země v monitoringu prevalence užívání tabáku, mezi něž patří i Česká republika (viz. obr. č. 2).

Obr. č. 2 Monitorování prevalence užívání tabáku, úspěšnost v globálním měřítku



Countries with the highest level of achievement: Armenia, Austrálie, Austrálie, Azerbájdž, *Bahamy, Bangladéš, Belgie, Bhútán, Brazílie, Brunej Darussalam, Bulharsko, Kambodža, Kanada, Chile, Cookovy ostrovy, Kostarika, Chorvatsko, Česko, Dánsko, Ekvádor, Egypt, Estonsko, Finsko, Francie, Gruzie, Německo, Řecko, Maďarsko, Island, Indonésie, Írán (Islámská republika), Irsko, Itálie, Japonsko, Kazachstán, Kuvajtsko, Lao People's Democratic Republic, Lotyšsko, Libanon, Litva, Lucembursko, Malajsie, Malta, Mongolsko, Myanmar, Nizozemsko, Nový Zéland, Norsko, Pákistán, Palau, Panama, Peru, Filipíny, Polsko, Portugalsko, Katar, Republika Koreje, Republika Moldova, Rumunsko, Ruská federace, Srbsko, Singapur, Slovensko, Slovinsko, Španělsko, *Surinam, Švédsko, Švýcarsko, Thajsko, Turecko, Ukrajina, Spojené království, Spojené státy americké, Uruguaye, a Vietnam.

Zdroj: WHO (2019). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019.

2.3.2 P (Ochrana obyvatel před tabákovým kouřem)

Pokyny zahrnující ochranu před tabákovým kouřem pomáhají všem zúčastněným v rámci WHO FCTC plnit povinnosti a harmonogram, který stanovuje, že vědecké důkazy

jednoznačně prokazují, že expozice tabákovému kouři způsobuje smrt, onemocnění a znevýhodnění a je primárně důležité zajistit ochranu před tabákovým kouřem v rámci vnitřních prostor pracovišť a veřejných prostor, dopravy a dalších vybraných míst (WHO, 2019).

2.3.3 O (Dostupná pomoc pro všechny, kteří chtějí přestat kouřit)

Každý kuřák, který chce ukončit svůj návyk, by měl mít dostupnou péči, která v minimální míře odráží ucelený přístup v rámci jednotlivých členů WHO FCTC a zahrnuje krátkou intervenci, možnost využít národní linky odvykání kouření a též podpory farmakoterapie během odvykání kouření (WHO, 2019).

2.3.4 W (Varování před nebezpečím tabáku)

Je nutností provést účinná opatření, zavést konkrétní varování na obaly cigaret zobrazující možné negativní dopady kouření na jedince. Obaly cigaret nesmí obsahovat nepravdivé informace, které by vytvářely klamný dojem o vlastnostech cigaret a účincích na zdraví kuřáků (WHO, 2019).

2.3.5 E (Prosazovat zákazy tabákové reklamy, propagace a sponzorství)

Cílem je antitabáková mediální kampaň, která podporuje úplný zákaz reklamy na tabák, omezuje propagaci tabákových výrobků, což zcela jednoznačně podpoří snížení spotřeby tabáku a tabákových výrobků (WHO, 2019).

2.3.6 R (Zvýšení daní z tabákových výrobků)

Postupné zvyšování daní z tabákových výrobků je efektivním řešením, které sníží počty uživatelů tabáku. Daně z tabákových výrobků je potřeba zvyšovat opakovaně a výrazně, a tím docílit snížení cenové dostupnosti (WHO, 2019).

3. Epidemiologie užívání tabáku

Z většiny epidemiologických studií, které se zabývají dopadem užívání tabáku na lidský organismus, lze vyvodit obecný závěr, že časová prodleva v mortalitě na nemoci, které způsobuje kouření, je několik desítek let za samotnou prevalencí kouření (Doll, Peto, Boreham et al., 2004; Lopez, Collishaw, Piha, 1994; Peto, Lopez, Boreham et al., 2006). „Ve většině vyspělých států je užívání tabáku pokládáno za jednu z nejzávažnějších, avšak preventabilních příčin úmrtí a chronických neinfekčních nemocí. Jedná se o celou řadu onemocnění, zejména kardiovaskulárních, nádorových a respiračních, jejichž léčba představuje významnou ekonomickou zátěž pro systém zdravotní péče“ (Csémy, Dvořáková, Fialová et al., 2019, p. 1; Váňová, Skývová, Csémy, 2017, p. 1; Váňová, Skývová, Malý, 2018, p. 1). V kontextu této práce lze též konstatovat, že opakované studie potvrzují, že „s rostoucí konzumací alkoholu vzrůstá prevalence kuřáků“ (Sovinová, Csémy, Kernová, 2014, p. 63). A s tímto tvrzením úzce souvisí i názory Csémyho, Dvořákové, Fialové et al. (2019, p. 36), kteří ve své práci doplňují, že „těsná korelace kuřáctví s pitím alkoholu znamená, že rizika vyplývající z nadměrného pití jsou ještě znásobena riziky s kouřením“. Z hlediska historického lze souhlasit se zjištěním nestora léčby závislostí panem doc. MUDr. Skálou, který si v průběhu 60. let 20. století povšiml, „že jeho pacienti vyléčení ze závislosti na alkoholu umírají na následky kouření, a také toho, že přestat kouřit je obtížnější než přestat pít“ (Králíková, 2013c, In: Kráčíková et al., p.17). Z dostupných výzkumů lze doložit, že prevalence kouření mezi klienty/pacienty, kteří se léčí s problematikou závislosti na návykových látkách v některých případech činí až 95 % (Best, Lehmann, Gossop et al., 1998; Guydish, Passalacqua, Pagano et al., 2016; Poirier, Canceil, Bayle et al., 2002; Richter, Ahluwalia, 2000). U nelátkově závislých bylo zjištěno, že pravidelně, tedy každý den, kouří 60 % z nich (Lorains, Cowlishaw, Thomas et al., 2011). V současnosti již nikdo nezpochybňuje negativní dopady tabáku na všechny oblasti lidského zdraví a společenského života, avšak trvalo dlouhou dobu, než byla tato výzkumná zjištění přijata a integrována do systémů zdravotní péče. Mezi prvními výzkumníky, kteří upozornili na negativní dopady tabáku patřil Sir Richard Doll, který vypracoval první epidemiologické studie věnující se tabáku a jeho negativním vlivům na lidské zdraví.

3.1 Epidemiologické studie Sira Richarda Dolla

V roce 1950 dokončil a vydal Sir Richard Doll svou první studii, která se věnovala zvyšujícímu se počtu případů karcinomu plic. Při tomto výzkumu samotný autor primárně nepředpokládal úzkou souvislost s kouřením, i když kouření patřilo mezi dvě možné hlavní příčiny tohoto onemocnění. Autor se domníval, že zásadní vliv na toto onemocnění mají výfukové plyny aut, silnice s dehtovým povrchem, zplodiny plynáren a zplodiny uhlí.

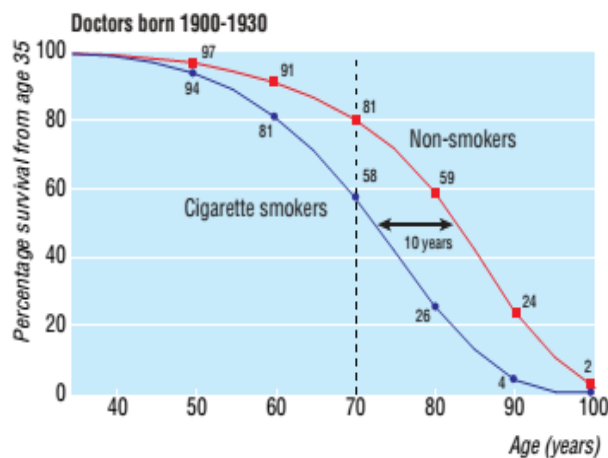
Doll, Hill (1950) popisují, že v posledních dvaceti pěti letech se výrazně zvyšuje počet osob (mužů i žen) s karcinomem plic, což je obecně připisováno zhoršujícím se vlivům

prostředí souvisejících s průmyslem. V kontextu toho byla provedena studie, která tyto faktory zkoumá. Z našeho výzkumu vyplývá, že nebyla prokázána souvislost mezi kouřením a respiračními onemocněními a mezi kouřením a jinými druhy rakoviny (žaludku, tlustého střeva). Ovšem specifická se zdá souvislost mezi kouřením a rakovinou plic, což neznamená, že kouření je jedinou příčinou tohoto onemocnění. Docházíme k závěru, že kouření je jeden z hlavních faktorů, který ovlivňuje rakovinu plic (Doll, Hill, 1950).

Reakce na tuto výzkumnou práci však nepřišly. Jak vysvětluje Králíková (2013b, In: Králíková et al., p. 22) „téměř nikdo totiž nevěřil, že cigarety by opravdu mohly mít tak devastující vliv na zdraví“ a pokračuje popisem události, která nastala až po sedmi letech od tohoto výzkumu, když ministr zdravotnictví Velké Británie veřejnosti oznamoval, „že kouření cigaret bylo opravdu příčinou vzestupu rakoviny plic, držel v ruce zapálenou cigaretu“.

Mezi zásadní studie, které Sir Richard Doll provedl patří prospektivní výzkum na cca 24000 lékařích Velké Británie. Tato studie probíhala mezi lety 1951-2001. Zásadním výstupem tohoto výzkumu bylo, že přestat kouřit přináší dlouhodobě pozitivní efekt v kterémkoli věku. Osoby, které svůj návyk neukončí se dožívají v průměru o deset let méně než nekuřáci (Graf.1).

Graf.1 Porovnání věku dožití kuřáků a nekuřáků mezi lékaři Velké Británie narozenými mezi lety 1900-1930 od věku 35 ti let.



Zdroj: Doll, Peto, Boreham et al. (2004). Mortality in Relation to Smoking: 50 years' Observation on Male British Doctors.

Osoba, která přestane kouřit ve třiceti letech, má šanci žít o 10 let déle. Přestane-li ve čtyřiceti, má šanci žít o 9 let déle. Návyk přerušeny ve věku padesáti let prodlouží život o 6 let. Kuřák, který opustí svůj návyk v šedesáti letech, může žít o 3 roky déle (Doll, Peto, Boreham et al., 2004).

Prizmatem epidemiologie lze tento prospektivní výzkum považovat za jasný důkaz škodlivosti dlouhodobého užívání tabáku, i když byl proveden na specifické populaci.

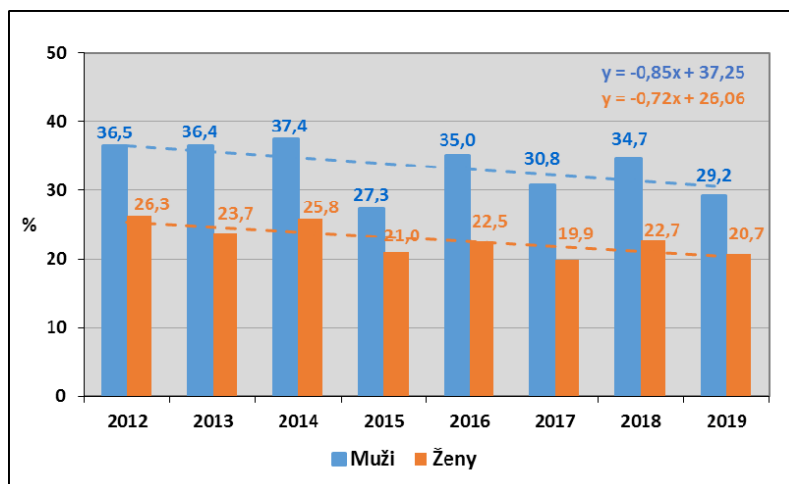
3.2 Aktuální epidemiologická data v ČR a ve světě

Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027 popisuje, že „kouření tabáku má setrvale klesající trend, výskyt v populaci je v evropském kontextu průměrný“ (Úřad vlády ČR, 2019, p. 5). „Užívání tabáku je jednou z hlavních příčin nemocnosti a úmrtnosti v ČR, téměř 20 % celkové úmrtnosti jde na vrub kouření. Největší zdravotní zátěž v souvislosti s tabákem se projevuje u osob ve středním a starším věku“ (Úřad vlády ČR, 2019, p. 8), což obecně potvrzuje výše uvedené zjištění, které je v souvislosti se závislostí na tabáku celosvětově vědecky potvrzené mnoha studiemi, že časová prodleva v mortalitě na nemoci, které způsobuje kouření, je několik desítek let za samotnou prevalencí kouření (Lopez, Collishaw, Piha, 1994; Doll, Peto, Boreham et al., 2004; Peto, Lopez, Boreham, 2006). Z těchto výsledků lze signifikantně vyvodit, že kuřáci si rizika neuvědomují do doby, než propukne skutečná nemoc způsobená dlouhodobým návykem.

3.2.1 Prevalence kuřáctví v dospělé populaci v ČR

Z údajů, které uvádějí Csémy, Dvořáková, Fialová et al. (2020, p. 51) vyplývá, „že v roce 2019 bylo v populaci České republiky celkem 24,9 % kuřáků starších 15 let“. Porovnávali tato čísla s rokem 2018 (28,5 %), jedná se o pokles, který činí 3,6 %. „Mezi každodenní kuřáky lze zařadit „21,1 % mužů a 15,2 % žen“.

Graf č. 2 Prevalence kuřáctví mezi muži a ženami v letech 2012-2019



Zdroj: Csémy, Dvořáková, Fialová et al. (2020). Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019.

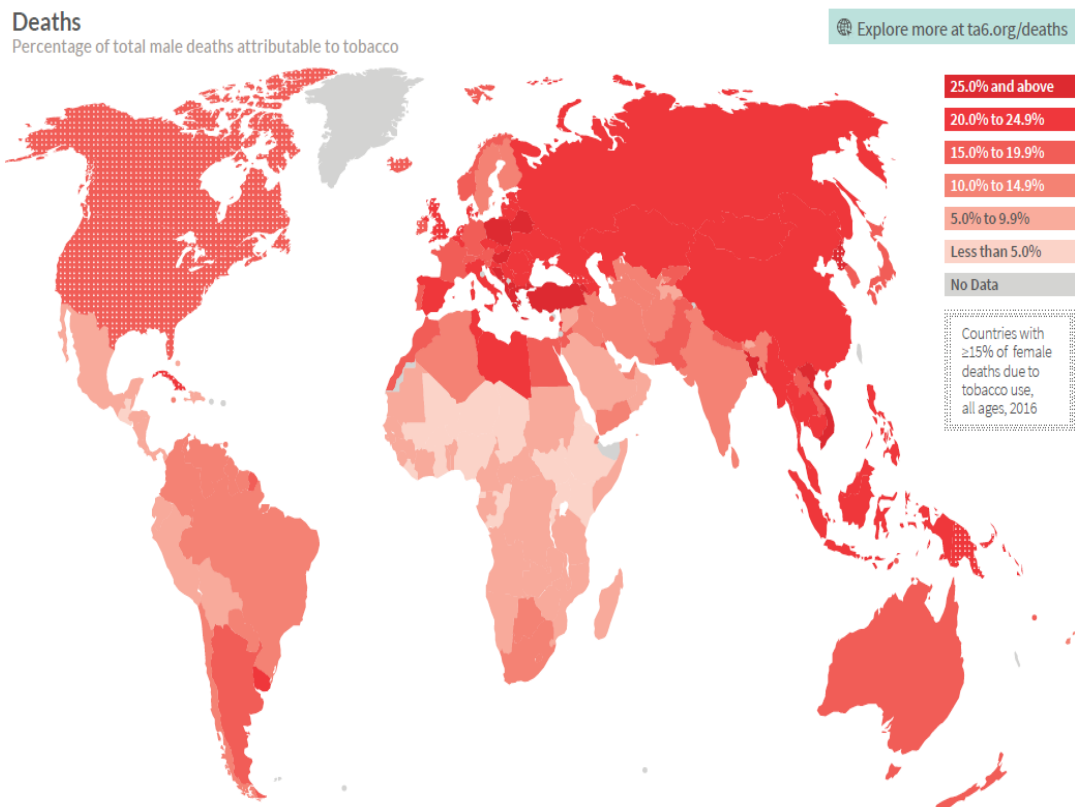
Z dlouhodobého hlediska lze tedy hovořit o tom, že ve sledovaných letech 2012-2019 lze pozorovat „snížení prevalence kuřáctví“ (viz. graf č. 2). V české populaci se kouří převážně „klasické cigarety“. Jiné tabákové výrobky, které jsou určené ke kouření, nejsou příliš využívány. Muži i ženy kouří v průměru 10-14 cigaret za den (Csémy, Dvořáková, Fialová et al., 2020, p. 51).

V kontextu této diplomové práce je také nutno reflektovat zjištění, že konzumace alkoholických nápojů má zásadní vliv na kouření a naopak „Mezi umírněnými konzumenty alkoholu je 26 % kuřáků, tedy přibližně jako v celé populaci, avšak mezi rizikově a škodlivě pijícími je kuřáků více než 50 %. Je tedy zřejmé, že u excesivních konzumentů alkoholu se zdravotní rizika násobí díky rizikovým faktorům souvisejícím s kouřením“ (Csémy, Dvořáková, Fialová et al., 2020, p. 51).

3.2.2 Prevalence kuřáctví ve světě

V současnosti Drope, Schluger, Cahn et al. (2018) odhadují, že celosvětově kouří přibližně 942 milionů mužů a 175 milionů žen. V roce 2016 zemřelo na důsledky kouření a vdechování kouře cca 7,1 milionů lidí (5,1 milionu mužů, 2 miliony žen) a v tomto století může na důsledky kouření a vdechování kouře zemřít až miliarda lidí (Drope, Schluger, Cahn et al., 2018). Jak dále tito autoři popisují, během jednoho roku zemře v důsledku kouření, ale i v důsledku pasivního kouření přibližně šest milionů lidí po celém světě. Kuřáci ztrácí průměrně 10-11 let života (Drope, Schluger, Cahn et al., 2018). Na níže uvedeném obrázku je pro orientaci znázorněno, kolik průměrně procent mužů umírá v důsledku kouření v rámci celého světa v jednotlivých regionech. Česká republika v tomto ohledu patří do skupiny, ve které ročně umírá přibližně 20 % až 24,9 % kuřáků mužů.

Obr. č. 3 Úmrtí v důsledku kouření globálně (muži)



Zdroj: Drope, Schluger, Cahn et al. (2018). *The Tobacco Atlas*. Sixth Edition.

3.3 Výsledky NRLUD 2018 kouření, alkohol

Do Národního registru léčby uživatelů drog v roce 2018 zadalo informace o klientech/pacientech informace ohledně užívání drog jak legálních, tak nelegálních celkem 169 organizací od nízkoprahových služeb po doléčovací centra.

Jak popisuje Nechanská (2019) během roku 2018 bylo nahlášeno do registru 14 167 klientů/pacientů.

„V roce 2018 bylo v registru celkem 5704 (40 %) léčených uživatelů alkoholu, 517 (4 %) uživatelů tabáku“, kteří měli problematiku tabáku jako primární návykový problém. Jako sekundární návykový problém uvedlo tabák z celkového počtu 14167 klientů/pacientů celkem 5,4 % nahlášených, což je cca 748 klientů/pacientů (Nechanská, pp 2-6). Viz. tab. č. 1.

Tab. č. 1 Počty klientů/pacientů podle primární a sekundární návykové látky

Základní droga	Počet klientů celkem	Bez další drogy (%)	Další droga (%)						
			alkohol	tabák	ostatní stimulancia	opioidy	kanabinoidy	sedativa, hypnotika	gambling
Alkohol	5704	79,3	7,4	6,2	6,6	0,7	5,7	1,4	0,8
Tabák	517	7,7	64,6	0,0	27,3	3,3	31,9	3,5	4,1
Ostatní stimulancia	3703	65,4	8,8	3,9	2,3	6,8	26,0	1,2	1,5
Opioidy	1360	67,4	2,9	2,4	18,2	11,5	7,4	3,0	0,1
Kanabinoidy	1827	31,7	17,5	10,1	55,1	5,3	0,2	1,3	1,3
Sedativa, hypnotika	310	57,7	24,8	2,9	11,9	11,0	4,8	4,5	1,3
Gambling	437	76,0	11,9	5,5	12,8	0,5	8,0	0,0	0,0
Celkem	13 858	64,9	11,3	5,4	14,1	4,3	11,6	1,6	1,1

Zdroj: Nechanská (2019). Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2018.

Obecně lze konstatovat, že tato čísla, zaměříme-li se na problematiku kouření, neodpovídají doloženým výzkumným zjištěním, která hovoří o vysoké prevalenci kouření mezi osobami, které trpí problematikou užívání drog jak legálních, tak nelegálních.

3.4 Pasivní kouření

Jak popisují Králíková, Češka, Pánková et al. (2015) v klasifikaci MKN-10 nalezneme kód Z58 problémy spojené s přírodním prostředím, ke kterému náleží specifický kód Z58.7 vystavení tabákovému kouři. Někdy také second hand smoke nebo kouř z druhé ruky. Tomuto kouři jsou vystaveni nejen samotní nekuřáci, ale i kuřáci, kteří takto trpí dvojnásobně.

Mezi prvními výzkumníky, kteří se zajímali hlouběji o dopady pasivního kouření, patřil japonský epidemiolog a protikuřácký aktivista Takeshi Hirayama.

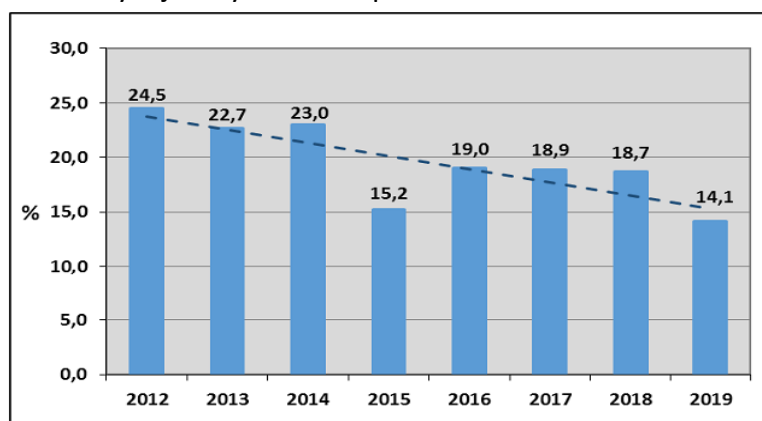
Do studie bylo zapojeno 29 zdravotnických center z celého Japonska. Výzkumu se účastnilo 91450 žen ve věku 40 let, které byly nekuřačky. Během výzkumu se porovnávala úmrtnost na rakovinu plic podle kuřáckých návyků manželů účastnic výzkumu. U žen těžkých kuřáček byl prokázán zásadní vliv pasivního kouření na vznik karcinomu plic. Čím větší dávky pasivního kouření, tím větší pravděpodobnost propuknutí nemoci. Výsledky tohoto výzkumu signifikantně ukazují, že vystavování pasivnímu kouření zásadně ovlivňuje vznik karcinomu plic u nekuřaček (Hirayama, 1981).

Od dob této studie uplynulo již 39 let a nikdo nepochybuje o negativním vlivu pasivního kouření na lidské zdraví. Od roku 2008 se implikuje v rámci WHO technický dokument MPOWER, který zahrnuje bod P (Protect), jež jasně hovoří o potřebě chránit osoby, které nekouří před tabákovým kouřem jako jejich právu na zdraví (WHO, 2008).

3.4.1 Pasivní kouření v ČR

Jak popisují Csémy, Dvořáková, Fialová et al. (2020) v porovnání s rokem 2018, kdy bylo tabákovému kouři doma vystavováno 18,7 % osob, došlo v roce 2019 k poklesu množství osob, které jsou ve svých domovech vystaveny tabákovému kouři (celkem 14,1 % osob).

Graf. 4: Vývoj ve vystavování pasivnímu kouři v domácnosti mezi lety 2012-2019.



Zdroj: Csémy, Dvořáková, Fialová et al. (2020). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019*.

U nekuřáků je to přibližně polovina (7,7 % osob). „Nadále přetrvává skutečnost, že nejvyšší podíl na těchto počtech má nejmladší věková skupina 15-24 let, do které spadá i mládež ve věku 15-18 let. Poměrně vysoké procento respondentů je vystaveno tabákovému kouři na pracovišti, a to i přes zákonem stanovenou ochranu. Celkem se to týká 16,2 % zaměstnanců, mezi nekuřáky je to 13,5 %. V porovnání s rokem 2018 došlo k zvýšení podílu nekuřáků exponovaných tabákovému kouři na pracovišti (12,1 % vs. 13,5 %)“ (Csémy, Dvořáková, Fialová et al. ,2020, p. 51). Graf č. 4 ukazuje vývoj ve vystavování pasivnímu kouři v domácnostech v posledních 30 dnech mezi lety 2012-2019. Z tohoto grafu je patrné, že situace se zlepšuje.

3.4.2 Pasivní kouření ve světě

Jak popisují Drope, Schluger, Cahn et al. (2018) odhaduje se, že během roku 2016 byla opakovaně vystavena pasivnímu kouření přibližně 1/3 žen a 1/5 mužů po celém světě. Expozice pasivnímu kouření má mnoho nepříznivých účinků na lidské zdraví. Celosvětově velmi podstatně ovlivňuje nemocnost a úmrtnost a samotné pasivní kouření zdravotně ovlivňuje děti, i ty nenarozené. U dětí se můžeme nejčastěji setkat s onemocněními jako astma, onemocnění dolních cest dýchacích, respiračními příznaky (dušnost, kašel), akutními nebo opakujícími se onemocněními středního ucha. U dospělých je to nejčastěji chronická obstrukční nemoc plic, akutní respirační příznaky (kašel, sípání, potíže s dýcháním), astma, zhoršená funkce plic, rakovina plic, onemocnění koronárního systému srdce.

U novorozenců dětí se často objevuje nízká porodní váha. Též se hovoří o možné souvislosti mezi pasivním kouřením a syndromem náhlého úmrtí dítěte. Jen během roku 2016 se odhaduje globální mortalita v důsledku pasivního kouření na 884 000 obyvatel. Pasivnímu kouření jsou vystavováni obyvatelé celé planety, avšak velkým problémem v této oblasti je aktuálně Asie a její země. Například v Indonésii a Pákistánu je více než 80 % obyvatelstva vystavena pasivnímu kouření během návštěvy restaurace (Drope, Schluger, Cahn et al., 2018).

3.5 Účinky nikotinu a negativní dopady na lidský organismus

Psychoaktivní látka nikotin pozitivně ovlivňuje soustředění, paměť, bdělost, tlumí agresivitu a podrážděnost, snižuje chuť k jídlu, čímž potlačuje zvyšování hmotnosti, avšak v rámci odvykacích stavů během odvykání kouření se velmi často projevují opačné efekty jako je podrážděnost, nesoustředěnost, netrpělivost, úzkostné ladění, neklidné chování a projevy symptomatologie velmi podobné depresím (Minařík, Kmoč, 2015; In: Kalina et al.), což může velmi zásadně ovlivňovat samotnou léčbu. Z dlouhodobého zdravotního hlediska dochází v důsledku kouření nejčastěji k poruchám, které zahrnují: 1/ chronickou obstrukční plicní nemoc; 2/ postižení koronárních tepen; 3/ nádory plic a jiná onkologická onemocnění; 4/ poruchy soustředění; 5/ poruchy spánku; 6/ poruchy potence u mužů a mnohé další poruchy, které negativně ovlivňují všechny orgány lidského organismu (Králíková, 2015; Minařík, Kmoč, 2015; In: Kalina et al.). V současnosti lze z dostupných výzkumů vyvozovat, že mimo dlouhodobě známé nemoci v důsledku kouření se díky novým studiím objevují souvislosti, které ukazují na další možná onemocnění, jež jsou způsobena tabákovými výrobky (Carter, Abnet, Feskanich et al., 2015). Podle různých zdrojů zemře v České republice v důsledku kouření během jednoho roku 15 500 až 23 000 osob, což bývá v průměru dvakrát až třikrát více než v běžné populaci osob, které nikdy nekouřili (Carter, Abnet, Feskanich et al., 2015; Minařík, Kmoč, 2015; Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, dále jen SLZT, 2010).

4. Systém léčebné péče při odvykání kouření. Diagnostika, farmakoterapie, intervence

4.1 Závislost na tabáku

Závislost na tabáku a tabákových výrobcích patří mezi duševní poruchy a poruchy chování způsobené návykovou látkou, jejíž diagnóza je dle Mezinárodní klasifikace nemocí F17 (WHO, 1992). Závislost na tabáku je považována za chronické, letální a recidivující onemocnění (SLZT, 2010; Úřad vlády České republiky, 2019; Csémy, Dvořáková, Fialová, 2020). Obecně lze závislost na tabáku dělit na psychosociální/behaviorální a závislost na samotné psychoaktivní látce nikotinu.

4.1.1 Psychosociální závislost

Psychosociální závislostí trpí „téměř každý kuřák“, což znamená, že potřebuje cigaretu „v určitých situacích“ držet, hrát si s ní, vnímat linoucí se kouř. Pro každého kuřáka jsou tyto situace jedinečné, ritualizované a opakují se při každé cigaretě. Jsou to například situace, kdy kuřák kouří u kávy, zvládá kouřením stresové situace, během kouření odpočívá, kouří před a po jídle, kouří během interakcí s ostatními. Toto chování je považováno za naučené a je potřeba tyto situace zvládat jiným, adaptivnějším způsobem (Králíková, 2013d; In: Kráčíková et al., p. 367; SLZT, 2010).

4.1.2 Závislost na nikotinu

Jak popisuje Kráčíková (2013d; In: Kráčíková et al, p.367), hlavním neurotransmiterem, který je zodpovědný za rozvoj závislosti na tabáku, je dopamin. Samotná nikotinová závislost se rozvíjí postupným zvyšujícím se počtem nikotinových receptorů (jedná se o acetylcholinové receptory), které se vyskytují především v části mozku zvané ventrální tegmentální area. Po navázání nikotinu dochází k uvolňování působku dopaminu. Některé „další složky tabákového kouře“ jsou zodpovědné za zvyšující se „syntézu inhibitorů MAO“, což způsobuje další nárůst hladiny „dopaminu v synapsích“ a tím se postupně rozvíjí závislost na nikotinu.

4.2 Diagnostika a screening závislosti na tabáku

4.2.1 Fageströmův test nikotinové závislosti

Původní Fageströmův dotazník tolerance tabáku (Fageström Tolerance Questionnaire, dále jen FTQ) byl vytvořen před čtyřiceti třemi lety, v roce 1978. V roce 1991 byl tento původní dotazník revidován a vznikl Fageströmův test nikotinové závislosti (Fageström Test for Nicotine Dependence, dále jen FTND) (Courvoisier, Etter, 2008). Samotný FTND je spolehlivější než FTQ, avšak jeho vnitřní konzistence je pod doporučenou hodnotou spolehlivosti 0,7 (Nunnally, Bernstein, 1994). FTND lze využívat spíše jako screeningový nástroj, který by neměl nahrazovat klasická diagnostická měřítka pro určení závislosti. V klinické praxi by měl sloužit jako zhodnocení míry psychické závislosti kuřáků. Některé studie však potvrzují, že ač je dotazník vytvořen jednodimenzionálně, výsledky výzkumů na samotných kuřácích potvrzují jeho multifaktoriální strukturu (Chabrol, Niezborala, Chastan et al., 2003; Radzius, Epstein, Gorelick et al., 2003; Richardson, Ratner, 2005). FTND je díky dostupnosti na internetu a velmi snadnému vyplnění, které nepotřebuje hlubší vysvětlení, nejdostupnějším dotazníkem, který se ptá na šest základních otázek:

- 1/ Jak brzy po probuzení kouříte svou první cigaretu?
- 2/ Je pro vás obtížné zdržet se kouření na místech, kde je to zakázáno?
- 3/ Které cigarety byste se nejraději vzdali?
- 4/ Kolik cigaret denně kouříte?
- 5/ Kouříte častěji během prvních několika hodin po probuzení než po zbytek dne?
- 6/ Kouříte, i pokud jste tak nemocní?

Jednotlivé otázky jsou hodnoceny rozmezím bodů 0-3 (Davies, Ross, Sudbery, 2008). Podle Králíkové, Češky, Pánkové et al. (2015, p. 158) lze dle FTND vyvozovat, že „na nikotinu je závislý ten kuřák, který kouří nejméně 10-15 cigaret denně a první cigaretu si potřebuje zapálit do hodiny po probuzení“. FTND a míru závislosti na tabáku lze hodnotit dle výsledků různě (viz. příloha 4, FTND pro dospělé, Zdroj: MUDr. Eva Králíková www.stop-koureni.cz).

4.2.2 Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10

Závislost na nikotinu „je klasickou drogovou závislostí“, která musí splňovat kritéria pro závislost (Králíková, Češka, Pánková et al., 2015, p. 158). Syndrom závislosti je skupinou fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, během nichž dostává užívání návykové látky přednost před všemi ostatními záležitostmi běžného života. Základním rysem syndromu závislosti je silná touha užívat návykové látky i přes jasné známky škodlivosti. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze v případě, že z šesti základních znaků závislosti jsou v posledním roce přítomny tři a více z popisovaných jevů (WHO, 1992). V následujícím popisu projevů, které určují syndrom závislosti, vycházím

z textu Psychiatrického centra Praha (2006). Mezi znaky, které určují syndrom závislosti, patří:

- 1/ neodolatelné puzení, touha užít návykovou látku
- 2/ opakované potíže v kontrole užívání návykové látky (množství, začátek a ukončení, nevhodná doba, místo...atd.)
- 3/ přítomnost tělesného odvykacího stavu (v rámci závislosti na nikotinu je vhodné při odvykání využít např. Minnesotskou škálu odvykacích stavů, viz. obr. č 4).
- 4/ zvyšování tolerance
- 5/ zanedbávání běžných činností reálného dne na úkor užívání návykové látky
- 6/ pokračování v užívání návykové látky i přes viditelné negativní důsledky na všechny oblasti běžného života (Psychiatrické centrum Praha, 2006).

Obr. č. 4 Minnesotská škála odvykacích stavů

Tab. 3. Minnesotská škála abstinenčních příznaků. Upraveno podle [36]	
Prosíme, přečtěte si návod na webu < http://www.uvm.edu/~hbpl/?Page=minnesota/default.html > Pacienti vyplňují tuto škálu sami. Existuje i verze vyplňovaná terapeutem, viz uvedený odkaz. V nadpisu části pro pacienty se neuvádí výraz abstinenční příznaky cíleně, aby respondenti nebyli ovlivněni. Následuje vlastní text pro pacienty.	
Prosíme, ohodnoťte, co jste pociťovali během posledních 24 hod 0 = vůbec ne 1 = nepatrně 2 = středně 3 = celkem dost 4 = velmi	
1. zlost, podrážděnost, nespokojenost	0 1 2 3 4
2. úzkost, nervozita	0 1 2 3 4
3. špatná nálada, smutek	0 1 2 3 4
4. touha kouřit	0 1 2 3 4
5. obtížné soustředění	0 1 2 3 4
6. zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti	0 1 2 3 4
7. nespavost, obtížné usínání, buzení v noci	0 1 2 3 4
8. neschopnost odpočívat	0 1 2 3 4
9. netrpělivost	0 1 2 3 4
10. zácpa	0 1 2 3 4
11. závratě	0 1 2 3 4
12. kašel	0 1 2 3 4
13. neobvyklé sny, noční můry	0 1 2 3 4
14. nevolnost	0 1 2 3 4
15. bolení v krku	0 1 2 3 4

Zdroj: Králíková, Češka, Pánková (2015). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku.

4.2.3 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-5

V diagnostických kritériích DSM-5-poruchy spojené s užíváním tabáku, musí být v posledním roce splněny minimálně dva popisované jevy, aby mohl být určen problémový vzorec užívání tabáku (Králíková, Češka, Pánková et al., 2015). Mezi znaky závislosti dle DSM-5 patří:

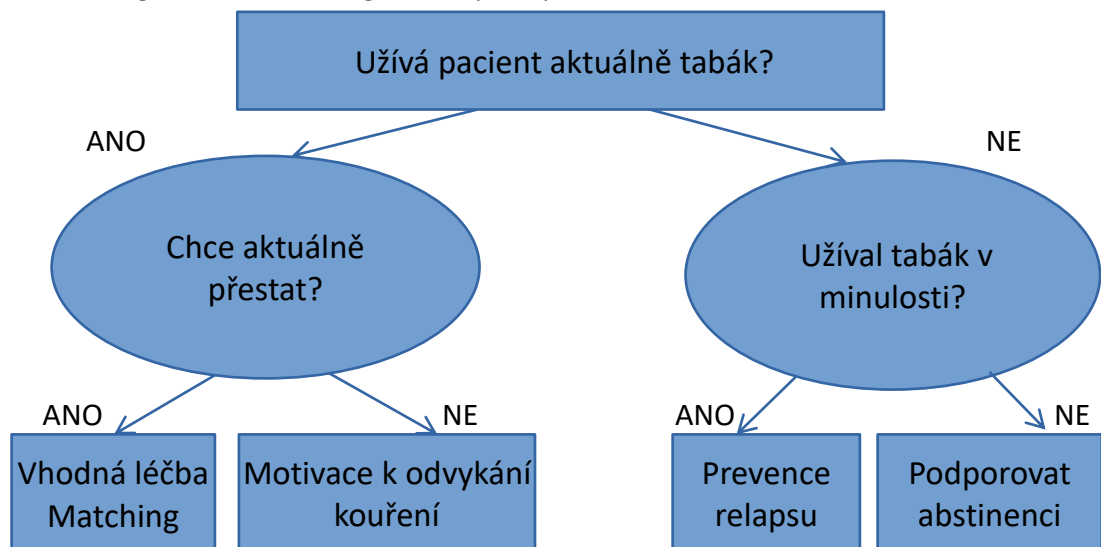
- 1/ tabák je užíván ve velkých dávkách, delší dobu
- 2/ opakovaně dochází k neúspěchům během odvykání nebo kontroly užívání
- 3/ získávání tabákových výrobků zabere velkou část dne
- 4/ objevuje se silná touha užít tabák
- 5/ užívání narušuje fungování ve všech oblastech života
- 6/ užívání i přes viditelné negativní dopady na všechny oblasti života
- 7/ redukce, opuštění, upozadění aktivit běžného dne na úkor tabáku
- 8/ užívání tabáku v nebezpečných situacích, kdy je ohroženo zdraví
- 9/ pokračování v užívání přes zřetelné fyzické, psychické strádání
- 10/ zvyšující se tolerance
- 11/ přítomnost odvykacího stavu (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015).

Jak popisují (Raboch, Hrdlička, Mohr et al. (2015) jsou-li přítomny 2-3 znaky, diagnostikuje se mírná závažnost závislosti na tabáku; jsou-li přítomny 4-5 znaků, jedná se o středně těžkou závažnost závislosti na tabáku; těžká závažnost závislosti na tabáku je diagnostikována při 6 a více projevených znacích.

4.2.4 Základní screening v rámci střednědobé ústavní péče

Jak vysvětluje Králíková (2015a, p. 536; In: Kalina et al.), „prvním krokem“ k odvykání kouření, který je velmi důležitý pro matching následujících intervencí, musí být zmapování historie kouření u jedince a jeho motivace tuto tematiku řešit. V následujícím schématu (viz. obr. č. 5) je popsán vhodný způsob screeningu pacientů pro zhodnocení motivace odvykat od kouření během léčby jiné primární závislosti.

Obr. č. 5 Screening užívání tabáku, algoritmus postupu



Zdroj: Upraveno podle Králíková (2013 d; In: Králíková et al.). Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba.

4.3 Léčba závislosti na tabáku

Přístup k léčbě závislosti na tabáku musí být komplexní a měl by zahrnovat jak behaviorální a psychosociální intervence, tak podpůrnou farmakoterapii (Fiore et al., 2009; Králíková, Češka, Pánková et al., 2015; SAMHSA, 2018).

4.3.1 Psychosociální/behaviorální intervence

Lékaři by měli u každého pacienta zaznamenat, zdali je kuřák nebo nekuřák. Kuřákovi by měli doporučit přestat kouřit. „Terapii by měl poskytovat specialista na léčbu závislosti na tabáku-vyškolení lékař, dentista, sestra, farmaceut, adiktolog, psycholog či jiný klinický pracovník“ (Králíková, Češka, Pánková et al., 2015, p. 1S10).

4.3.1.1 Motivační rozhovory a intervence 5R

V rámci motivačních rozhovorů je zásadní empatický přístup. Klíčovým postojem je přijetí pacienta tam, kde se právě nachází v rozhodnutí odvykat od návykové látky a je nutné akceptovat, že postoje pacientů bývají ambivalentní. Odborník je spíše průvodcem na cestě změny pacienta. Velmi často se pracuje s odporem pacienta a jeho různou motivací. Pacient je vnímán jako nositel změny a je v tom podporován, motivován (Fiore et al., 2009; SAMHSA, 2018; Soukup, 2014). Králíková, Češka, Pánková et al. (2015) navrhují možný přístup pro vedení motivačních rozhovorů s kuřákem (viz. obr. č. 6).

Obr. č. 6 Motivační rozhovor s kuřákem

vyjadřování empatie	<ul style="list-style-type: none">používat otevřené otázky, tj. takové, na které nelze odpovědět pouze ano/ne nebo jednoslovně (jak důležité je pro vás přestat kouřit, co by se muselo stát, abyste přestal kouřit?)používat reflektivní naslouchání, sdílet porozumění; akceptovat právo pacienta odmítnout léčbu
rozvíjení rozporů	<ul style="list-style-type: none">zdůraznit rozpory mezi pacientovým současným chováním (kouření) a hodnotami, které zastává, cíli, kterých chce dosáhnout (rodina je pro vás hodně důležitá, jak myslíte, že může působit to, že kouříte, na vaše děti?)podporovat řeč změny (je skvělé, že se chystáte přestat kouřit, jakmile skončí náročné období v práci)podporovat, pobízet ke změně (existuje léčba, která by měla pomoci zmírnit abstinenční příznaky)
zmírňování odporu	<ul style="list-style-type: none">poskytovat reflexe, když pacient vyjadřuje odpor (vypadá to, že se cítíte pod tlakem, pokud jde o kouření)vyjadřovat empatii (obáváte se abstinenčních příznaků)zeptat se na souhlas s poskytnutím informací (zajímalo by vás, co by vám mohlo během odvykání pomoci?)
podpora vlastní kompetence	<ul style="list-style-type: none">podpořit pacienta – minulé pokusy jsou zkušeností, ze kterých lze čerpatnabídnout volbu malých kroků směřujících k zanechání kouření (odkaz na informace, první krok přestat kouřit jen v domácnosti apod)

Zdroj: Králíková, Češka, Pánková et al. (2015). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku.

Z východisek motivačních rozhovorů byla vyvinuta intervence 5R (relevance, risks, rewards, readblocks, repetition), které by měla být věnována pozornost během konzultací fokusovaných na téma tabák (Fiore et al., 2009). Jak popisují Králíková, Češka, Pánková et al.

(2015, p. 1S10) v rámci relevance podporujeme pacienta „v hledání důvodů“, které podporují jeho rozhodnutí přestat kouřit; bod risks se věnuje zvědomování negativních dopadů kouření na pacienta ve všech oblastech života; rewards cílí na identifikaci přínosů zanechání kouření; readblocks velmi podrobně mapuje možné překážky v odvykání jako jsou odvykáací stavy, úzkostnost, podrážděnost; repetition popisuje, že je důležité intervenci opakovat a podporovat pacienta v dalších pokusech odvykat, i když došlo k relapsu, neboť „většinou je potřeba více pokusů, než se podaří přestat kouřit“.

4.3.1.2 Krátká intervence ABC

Tato intervence vznikla na Novém Zélandu v rámci programu, který pomáhá lidem přestat kouřit. Intervence obsahuje tři základní okruhy:

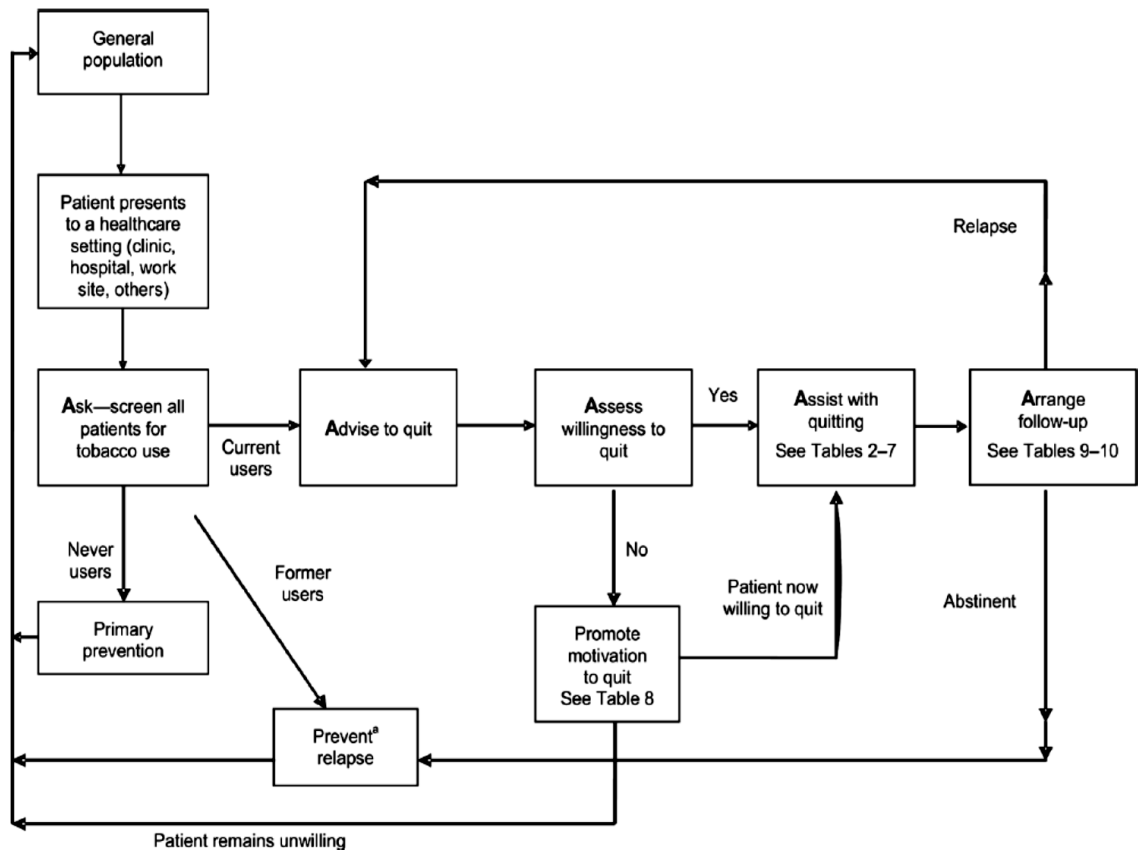
- 1/ Ask-Ptát se (mapuje u jedinců jejich zkušenosti s kouřením)
- 2/ Brief Advice-Krátké doporučení (jasné doporučení přestat kouřit všem kuřákům)
- 3/ Cessation Support-Podpora v odvykání (poskytnout pomoc každému, kdo je ochoten přestat kouřit; doporučit komprehensivní léčbu za pomoci psychosociálních/behaviorálních intervencí a farmakoterapie (Ministry of Health New Zealand, 2014). Tuto krátkou intervenci „by měli jako samozřejmou součást své klinické práce“ využívat všichni zdravotníci (Králíková, Češka, Pánková et al., 2015, p. 1S12).

4.3.1.3 Krátká intervence 5A

Fiore et al. (2009) vysvětlují, že krátká intervence 5A je navržena tak, aby byla co nejvíce stručná a zabrala klinickému pracovníkovi nejvíce tři minuty pracovního času. Tato intervence zahrnuje těchto pět kroků:

- 1/ důsledně zmapovat historii kuřákového návyku
 - 2/ doporučit kuřákovi okamžitě tento návyk ukončit
 - 3/ posoudit ochotu kuřáka tento návyk ukončit
 - 4/ u osob ochotných přestat kouřit podporovat toto rozhodnutí a provázet je léčbou
 - 5/ naplánovat další kontakt v co nejkratším termínu, aby se zabránilo případnému relapsu návykového chování v souvislosti s kouřením (Fiore et al., 2009).
- Model léčby závislosti na tabáku dle Fiore et al. viz. obr. č 7.

Obr. č. 7 Model léčby závislosti na tabáku



Zdroj: Fiore et al. (2009). A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.

4.3.2 Farmakoterapie

Králíková (2015, p. 68) upozorňuje, že „léky nejsou proti kouření, ale proti abstinenčním příznakům“ a jejich pravidelné užívání by mělo trvat 3-6 měsíců společně s intenzivní intervencí pomocí terapie.

4.3.2.1 Champix (Vareniclin)

Vareniclin je parciálním agonistou $\alpha 4\beta 2$ acetylcholin-nikotinových receptorů (dále jen nAChR), který je určen jako lék 1. volby pro odvykání kouření. Zmírňuje odvykací stavy agonismem k nAChR, a zároveň ovlivňuje míru bažení. V léčbě závislosti na nikotinu patří k nejužívanějšímu farmaku (Coe, Brooks, Vetelino et al., 2005; Baker, Piper, Stein et al., 2016; Mohr, Kopeček, Brunovský et al., 2017). V několika studiích bylo jednoznačně prokázáno, že vareniclin je při léčbě závislosti na nikotinu účinnější než všechny ostatní intervence (Anthenelli, Benowitz, West et al., 2016; Cahill, Stevens, Peresa et al., 2013). U vareniclinu nejsou popisovány žádné lékové interakce, přesto se nedoporučuje u těhotných žen

(Králíková, 2015). Toto farmakum je vázáno na preskribci lékařem. U Champixu existují dvě balení. Startovací je na první dva týdny a kuřácký návyk by měl být ukončen na konci prvního týdne farmakoterapie. V prvním týdnu se užívá 1krát denně tableta (0.5mg). Od druhého týdne již 2krát denně 1 tableta (1mg). Pokračovací balení je již na 28 dní a užívají se 2tablety denně (1mg) (Králíková, Češka, Pánková et al., 2015).

4.3.2.2 Defumoxan (Cytisin)

Cytisin je látkou, která se získává z rostliny Cytisus Laburnum (zlatý děšť), je částečným agonistou $\alpha 4\beta 2$ acetylcholin-nikotinových receptorů, a z historického hlediska inspiroval k vývoji vareniclinu (Karnieg, Wang, 2018). Cytisin se používá v léčbě závislosti na nikotinu od roku 1964 a v současné době je dostupný ve více než osmnácti zemích. Cytisin je z hlediska cenové dostupnosti výhodnější variantou než ostatní léky pro odvykání kouření a bylo zjištěno, že zvyšuje pravděpodobnost úspěchu v léčbě závislosti na nikotinu (Tutka, Vinnikov, Courtney et al., 2019). V České republice je volně dostupný lék Defumoxan od roku 2017 bez nutnosti preskribce lékařem. Na obr. č. 7 je popsáno, jakým způsobem je Cytisin užíván. Délka léčby je maximálně dvacet pět dní. Poté je léčba považována za ukončenou.

Obr. č. 7 Užívání Cytisinu

Box 1: Cytisine dosing regimen	
Days	Dosing regimen
1–3	1 capsule every 2 h (maximum: 6 capsules/d)
4–12	1 capsule every 2.5 h (maximum: 5 capsules/d)
13–16	1 capsule every 3 h (maximum: 4 capsules/d)
17–20	1 capsule every 5 h (maximum: 3 capsules/d)
21–25	1–2 capsules/d

Zdroj: Karnieg, Wang (2018). Cytisine for smoking cessation.

Mezi kontraindikace pro podávání tohoto léku patří onemocnění arteriální hypertenzí, pokročilou aterosklerózou, nedoporučuje se v průběhu těhotenství a během kojení (Walker, Howe, Glower et al., 2014).

4.3.2.3 Elontril, Wellbutrin, Zyban (Bupropion)

Bupropion patří mezi antidepresiva skupiny „inhibitorů zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu (NDRI)“, inhibuje selektivně reuptake katecholaminů, též je

nekompetitivním antagonistou $\alpha 4\beta 2$ acetylcholin-nikotinových receptorů, což ho řadí mezi farmaka využívaná v léčbě závislosti na tabáku (Mohr, Kopeček, Brunovský et al., 2017, p. 244). Jak dále popisují Mohr, Kopeček, Brunovský et al. (2017, p. 245), tak bylo metaanalýzou „65 kontrolovaných studií s bupropionem“ potvrzeno, že monoterapie tímto léčivem dosahuje dlouhodobého efektu v odvykání kouření. Obvykle se začíná užívat Bupropion přibližně jeden až dva týdny před samotným ukončením kouření v denní dávce 150 mg (1tbl/den); v následujícím týdnu se zvyšuje dávka až na 300mg/den; léčby by měla trvat 8-12 týdnů (Králíková, Češka, Pánková et al., 2015). Preskribce Bupropionu je kontraindikována u epilepsie, při užívání inhibitorů MAO (monoaminoxidáz), během těhotenství (Králíková, 2015).

Kuřákům, u kterých je prokázána těžká závislost na nikotinu a opakovaně dochází k relapsu návykového chování, se doporučuje léčba kombinací léků Bupropion a Vareniclin, což pozitivně působí na udržení dlouhodobější abstinence (Rose, Behm, 2016). Zhong, Zhao, Zhao et al. (2019) vysvětlují, že u silných kuřáků a kuřáků s těžkou závislostí kombinovaná léčba Bupropion/Vareniclin signifikantně zvyšuje dosažení abstinence v následujících šesti měsících od ukončení léčby, avšak i přes tato zjištění je kombinace těchto farmak v léčbě závislosti na nikotinu kontroverzní.

4.3.3 Náhradní terapie nikotinem

Ačkoli je v dnešní době dostupná účinná farmakoterapie pro odvykání kouření, tak patří náhradní terapie nikotinem (dále jen NTN) mezi nejužívanější intervence. Na trhu jsou dostupné různé výrobky, které primárně snižují craving po nikotinu, i proto je velmi důležité zorientovat se v jejich účinnosti a využití pro následné intervence u osob, které odvykají kouření (Rajkumari, Barman, Sinka et al., 2020). Pro velkou část osob, které se snaží s touto závislostí pracovat, je v mnoha případech standardní dávka NTN neefektivní a neúčinná, neboť bývá mnohem nižší, než kuřák získal z tabákového výrobku, když kouřil (Zawertailo, Hendershot, Tyndale et al. (2020). Králíková (2015, p. 71) vysvětluje, že dávkování NTN by mělo být „individuální“ a dále pokračuje, že „princip je jednoduchý“, když se u osoby, která užívá NTN objevují odvykací stavy, „je dávka nikotinu příliš nízká“. V rámci České republiky lze na trhu získat náplasti, žvýkačky, ústní sprej, pastilky a další výrobky s obsahem nikotinu, které se doporučují jako NTN během odvykání kouření; je však nutné znát rychlost vstřebávání, množství uvolňovaného nikotinu a dobu účinnosti. Všechny přípravky jsou dostupné bez preskribce lékařem (Králíková, Češka, Pánková, 2015). Rajkumi, Barman, Sinka (2020) řadí do náhradní nikotinové terapie také elektronické cigarety. Například studie, která porovnávala účinnost elektronických cigaret a běžně dostupné NTN, zjistila, že elektronické cigarety jsou v odvykání kouření účinnější než NTN (Hajek, Phillips-Waller, Przulj et al., 2019).

4.3.3.1 Nikotinové náplasti

V současnosti jsou na trhu dostupné, bez preskribce odborníkem, například transdermální náplasti s obsahem nikotinu 25mg, 15mg, 10mg, které působí depotně 16 hodin po aplikaci na tělo. Z transdermální náplasti se nikotin uvolňuje a „vstřebává pomalu“, avšak po celou dobu účinnosti, což implikuje, že náplasti nejsou vhodné při zvládání akutního cravingu, „ale poskytují po dobu nalepení stálou hladinu nikotinu“ (Králíková, 2015, p. 70). Tyto přípravky jsou určeny pro léčbu závislosti na nikotinu, utlumují craving a zmírňují projevy odvykacích stavů. Doba užívání transdermálních náplastí bývá obvykle po dobu 12 týdnů, kdy se obvykle začíná s náplastmi s vyšším obsahem nikotinu a postupně se dávka snižuje (Státní ústav pro kontrolu léčiv, dále jen SÚKL, 2018). Například u kuřáků, kteří mají vysoké skóre Fagerströмова testu nikotinové závislosti (6 nebo vyšší než 6; kouří více než 20 cigaret/24hodin), se „doporučuje začít léčbu s náplastmi Nicorette invisipatch 25 mg/16 h (jedna náplast denně) v kombinaci buď s přípravkem Nicorette Classic/Freshfruit/Icemint Gum 2 mg nebo s přípravkem Nicorette Spray 1 mg/dávka“ (SÚKL, 2018, p. 4). Takto by se mělo postupovat během prvních 8 týdnů. Po osmém týdnu by se měla výše dávky nikotinu „postupně snižovat“. Proto by se měly po dobu dalších dvou týdnů aplikovat „náplasti Nicorette invisipatch 15 mg/16 h (jedna náplast denně) a následně také po další 2 týdny náplasti Nicorette invisipatch 10 mg/16 h (jedna náplast denně)“ (SÚKL, 2018, p. 4).

4.3.3.2 Nikotinové žvýkačky

Na českém trhu lze aktuálně zakoupit bez preskribce lékařem léčivé žvýkací gumy s obsahem nikotinu 2mg, 4mg, nejčastěji s příchutěmi Classic Gum, FreshFruit Gum, Icemint Gum. „Léčivé žvýkací gumy se mají používat namísto kouření cigarety nebo v případě touhy si zapálit. Je nutné každodenní používání dostatečného počtu léčivých žvýkacích gum. Pro co nejvyšší úspěšnost je důležité přípravek nepoddávkovat. Dávkování má být stanoveno dle míry nikotinové závislosti kuřáka“ (SÚKL, 2017, p. 1). Králíková (2013; In: Králíková et al., p. 389) upozorňuje, že u žvýkacích gum s obsahem nikotinu je důležitý „způsob aplikace“, kdy je vhodné „nežvýkat jako obyčejnou žvýkačku, ale přestat poté, co žvýkačka začne pálit“. Toto je nutné opakovat a dávat si pozor na polykání v souvislosti s podrážděním žaludku. Nikotin z těchto přípravků by se měl vstřebávat „bukální sliznicí“. Z nikotinových žvýkaček se uvolní a vstřebá „necelá polovina množství nikotinu uvedeného na obalu“, což je nutné reflektovat při nastavování léčby (Králíková, 2013e; In: Králíková et al., p. 389).

4.3.3.3 Sprej s obsahem nikotinu

Pro léčbu závislosti na nikotinu je na trhu dostupný orální sprej s obsahem 1mg nikotinu v jedné dávce, který slouží primárně k okamžitému ukončení závislosti na nikotinu a „ke zmírnění neodolatelné touhy si zakouřit“ (SÚKL, 2019, p. 1). Hlavním cílem užívání

nikotinového spreje je „postupně nahrazovat několik“ (SÚKL, 2019, p. 4). cigaret během běžného dne tímto přípravkem. „Když pocítíte neodolatelnou potřebu kouřit, užíjte místo cigarety 1-2 dávky, které pomohou tuto potřebu překonat. Sprej má nahradit cigaretu, krátce po užití spreje nekuřte. Užívání spreje bez snížení počtu cigaret způsobí, že budete pociťovat nevolnost“ (SÚKL, 2019, p. 4).

4.3.3.4 Elektronické cigarety

Elektronické cigarety jsou „systémy, které zahřívají tekutinu (nejčastěji propylenglykol nebo glycerin) s nikotinem“ nebo bez nikotinu, velmi často s příchutí (Králíková, 2015, p. 28). V odborných kruzích se tento způsob užívání nikotinu řadí mezi harm reduction metody odvykání kouření (Králíková, 2015) a dostupné výzkumy ukazují, že elektronické cigarety „mohou pomoci přestat kouřit“ (Králíková, 2015, p. 28). I přes tato zjištění je nutno věnovat pozornost tomu, že se zvyšují obavy ze stále rostoucího počtu různých příchutí e-kapalin, jejichž charakteristiky jsou málo prozkoumané a je nutné velmi přesně zmapovat výrobky dostupné na trhu a důkladně analyzovat složení e-tekutin a vyhodnotit toxicitu pro lidský organismus, neboť tyto výsledky jsou klíčem k posouzení míry rizika pro uživatele a povedou k nastavení vhodných opatření, která podpoří veřejné zdraví (Kulhánek, Baptistová, 2020).

5. Názory, postoje a limity při práci s odvykáním kouření během léčby jiné primární závislosti

Jak popisují Guydish, Passalacqua, Pagano et al. (2016) bylo z mnoha různých studií, které se fokusují na zjišťování prevalence kouření mezi osobami v léčbě jiné primární závislosti zjištěno, že touto problematikou trpí dvakrát až čtyřikrát více těchto jedinců, než je tomu v běžné populaci. Globálně je kouření mezi jedinci v adiktologických službách významným příspěvkem do epidemie tabáku se souvisejícími ekonomickými náklady, nemocností a úmrtností (Guydish, Passalacqua, Pagano et al., 2016). Přesto existuje jen menší počet služeb, které mají implementován jasný přístup k léčbě tabáku během léčby jiné primární závislosti (Hunt, Cupertino, Gajewski et al., 2014). Některé služby i přes existující efektivní, evidence-based potvrzený přístup k léčbě tabáku, tuto zásadní problematiku ve svých programech ignorují (Ziedonis, Guydish, Williams et al., 2006). V této kapitole se autor pokusí stručně popsat názory, postoje a možné limity při práci s odvykáním kouření během léčby jiné primární závislosti, mezi které patří nedostatečná podpora spolufinancování pro pacienty/klienty, úhrady poskytovatelům, nedostatečně proškolený personál, nedostatek prostoru a času se tomuto tématu během léčby jiné primární závislosti věnovat, postoje a víra personálu tuto problematiku řešit, nedostatek motivovaných klientů/pacientů toto téma otevřít a samozřejmě problematika kouření u samotných pracovníků v adiktologických službách (Guydish, Passalacqua, Pagano et al., 2016; Guydish, Passalacqua, Tajima et al., 2007). Na poli léčby závislosti patří mezi nejzásadnější tematiku názor, že přestat kouřit nebo se o to pokoušet během léčby může negativně ovlivnit průběh léčby jiné primární závislosti (Prochaska, Delucchi, Hall, 2004; Tsoh, Chi, Martens et al., 2011).

5.1 Úhrada a finanční podpora při odvykání kouření

Například Benson, Nagelhout, Nierkens et al. (2016) popisují, že během roku 2011 se v Nizozemí vláda rozhodla podporovat odvykání kouření v základním balíčku zdravotního pojištění využitím evidence-based přístupu pomocí podpory úhrady psychofarmakoterapie a behaviorální terapie. Během následujícího roku bylo potvrzeno, že se začal zvyšovat počet kuřáků, kteří se proaktivně začali snažit odvykat od kouření. Tato politika se ukázala jako účinná, avšak zároveň se ukázalo i to, že více léčbu využívají jedinci z vyšších socioekonomických skupin, které by financování farmakoterapie a behaviorální terapie až tak nezatěžovalo (Benson, Nagelhout, Nierkens et al., 2016). McCool, Richter, Choi (2005) uvádějí, že z jejich výzkumu vyplynulo zjištění, že až 12 % služeb zapojených do jejich výzkumu, považuje za zásadní bariéru v poskytování pomoci při odvykání kouření nedostatečné úhrady za poskytování této péče. Velmi podobně toto téma reflektují Gollust, Schroeder, Warner (2008), když hovoří o tom, že většina zdravotníků velmi dobře chápe, že poskytování péče při odvykání kouření je z dlouhodobého hlediska finančně výhodnou

intervencí přinášející především zdravotní pozitiva, avšak zdravotníci vnímají nedostatečnou finanční pobídku, zřídka proplácenou adekvátně. Pohledem samotných klientů adiktologických služeb bývá velmi opomíjený fakt, že velká část z nich kouří nadměrně a při odvykání je vhodná podpůrná farmakoterapie, kterou si však v rámci léčby hradí odvykající sám, což může být zásadní bariéra, neboť „farmakoterapii si klienti museli ve všech případech hradit sami a vzhledem k tomu, že právě finance byly hlavním důvodem, proč klienti chtějí přestat kouřit, nemusí být pro ně snadné jednorázově vynaložit finance na farmakoterapii“ (Králová, 2018, p. 44). V tomto ohledu je velmi inspirující zavedení pilotního provozu nekuřáckého detoxifikačního oddělení na Klinice adiktologie (Kulhánek, Mašlaninová, 2020, p. 109), kdy „veškeré prostředky náhradní nikotinové substituce“ jsou pacientům poskytovány „po dobu pobytu na uzavřeném detoxifikačním oddělení poskytovány ad libitum a zcela zdarma“. V České republice je možnost v rámci různých programů čerpat podpůrné finanční prostředky na odvykání kouření u následujících pojišťoven (viz. tab. č. 2).

Tab. č. 2 Podpora v odvykání kouření pacientům/klientům pojišťovnami v roce 2020

Pojišťovna	Kód pojišťovny	Příspěvek na klasickou léčbu závislosti na tabáku
Všeobecná zdravotní pojišťovna	111	2500 Kč/1x za 3 roky
Vojenská zdravotní pojišťovna	201	400 Kč
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	205	2000 Kč
Oborová zdravotní pojišťovna	207	4000 Kč
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	209	2x 500 Kč
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	211	500 Kč
Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna	213	500 Kč

Zdroj: <https://www.slzt.cz/prehled-zdravotnich-pojistoven-prispivajicich-na-k>

V současnosti, roce 2021, jsou ceny cigaret nad 100Kč/balení, což pro kuřáka cca 20 ti cigaret za den znamená, že například podpůrná léčba Vareniclinem (Champix) se stává levnější variantou, než je samotné kouření a je důležité vědět, že ceny mohou u tohoto farmaka být velmi rozdílná v různých lékárnách. Rozdíl v cenách může být až několik set korun jak za startovací balení, tak měsíční balení. V rámci této práce autor mapoval ceny v různých lékárnách a zjistil, že nejlevnější měsíční balení (28 dní) lze pořídit za cca 2100Kč a nejdražší se pohybuje v relaci okolo cca 2900Kč. Velmi podobné rozdíly v cenách se pohybují též u startovacího balení.

5.2 Vzdělávání a dovednosti pracovníků v odvykání kouření

Vzdělávání zaměstnanců a průběžné proškolení v oblasti odvykání kouření v léčbě jiné primární závislosti a nastavení nekuřáckého prostředí jsou zcela zásadní úkoly. Průběžné vzdělávání může velmi pozitivně ovlivnit postoje a názory, jako je například ten, že odvykání kouření během léčby jiné primární závislosti tuto léčbu nijak neohrožuje, ale může naopak podpořit celkovou úzdravu a dobré výsledky léčby primární závislosti (SAMHSA, 2018).

Zaměstnanci pracující ve službách pro lidi trpící závislostí se věnují průběžnému vzdělávání v oblasti odvykání kouření velmi málo nebo vůbec, avšak znalosti v léčbě jiných závislostí umožňují rychlejší zapojení v léčbě odvykání kouření, rychleji se orientují a učí, vnímají tuto práci jako obohacující. Nedostatek znalostí, dovedností a tréninku reflektují jako výzvu ke změně (Ziedonis, Guldish, Williams et al., 2006). V rámci České republiky probíhají různé semináře, vzdělávací akce podporující odvykání kouření. Mezi velmi zajímavé lze zařadit například snahy sester se touto tematikou proaktivně zabývat v rámci projektu Sestry pomáhají přestat kouřit, v jehož rámci je dostupný dvoudílný webinář (viz. obr. č. 3).

Obr. č. 9 Sestry pomáhají přestat kouřit



Zdroj: <https://www.slzt.cz/e-learning-sestry>

Jak zjistili ve svém výzkumu Richter, Choi, McCool et al. (2004), služby, které mají proškolené pracovníky v oblasti odvykání kouření, jsou mnohem aktivnější a efektivnější v poskytování této pomoci.

5.3 Prostor a čas, postoje a víra v odvykání kouření

Jak popisují Richter, Hunt, Cupertino et al. (2017), patří čas a prostor pro odvykání kouření mezi významné prediktory ovlivňující kvalitu péče v rámci této tematiky. Prostor a čas se této problematice věnovat se zařadil hned za téma nutnosti získávat vzdělání v oblasti odvykání kouření. Z výzkumu též vyplynulo, že velká část služeb má jasně vyhrazený prostor a čas, aby se klienti mohli na téma odvykání kouření zaměřit (Richter, Hunt, Cupertino et al., 2017).

V národní studii zabývající se implementací programů odvykání kouření do australských drogových služeb autoři zjistili, že větší část poskytovatelů léčby v oblasti alkoholových a drogových služeb tuto oblast zanedbává a existují zásadní překážky při zavádění systematického přístupu k odvykání kouření, přičemž mezi tyto bariéry patří postoje zaměstnanců těchto služeb, které jsou velmi často ambivalentní a nekonzistentní v kontextu tematiky odvykání kouření v rámci léčby jiné primární závislosti (Walsh, Bowman, Tzelepis et al., 2005). Jak uvádí ve své studii Knudsen (2017), je zavádění a implementace odvykání kouření do drogových služeb na velmi nízké úrovni a zároveň udává, že zásadní vliv je na straně vedení těchto služeb, jejichž postoje a názory k tomuto tématu bývají zásadní. Velmi důležitým faktorem jsou též dovednosti, znalosti a postoje samotných poradců. A v neposlední řadě je důležitým faktorem politické klima a rozhodnutí politicky podporovat programy odvykání kouření. Mezi zásadní zjištění této studie patřilo, že větší část služeb nepovažuje tematiku odvykání kouření za základní poslání (Knudsen, 2017). Guydish, Passalacqua, Tajima et al. (2007) vyjmenovávají postoje a názory, které ovlivňují implementaci odvykání kouření do léčby závislosti, mezi něž patří nedostatek klientů/pacientů motivovaných odvykat kouření, kouření samotných pracovníků a předpoklad, že přestat kouřit může zásadně negativně ovlivnit výsledky léčby primární závislosti. V protikladu k těmto zjištěním může být pozitivně vnímáno například zavádění nekuřáckého detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. „V první řadě byla popsána koncepce nového provozu sestávající z kritérií a podmínek chodu nekuřáckého oddělení, rolí a kompetencí jednotlivých členů týmu, popisu procesů a jednotlivých aktivit a časového rámce pro implementaci. Následně byla vytvořena pracovní verze interních pokynů pro pilotní spuštění provozu, jejíž součástí byl popis třípilířového modelu podpory odvykání kouření, instrukce pro jednotlivé členy týmu, inovovaný harmonogram aktivit a doporučení pro řešení krizových situací. Všichni členové týmu byli s novou koncepcí před zahájením nekuřáckého provozu důkladně seznámeni a proškoleni v postupech a intervencích léčby závislosti na tabáku“ (Kulhánek, Mašlaninová, 2020, p. 108), což implikuje zcela zásadní postoj tvůrců tohoto projektu měnit postoje k odvykání kouření u samotných pracovníků zaváděním programu do běžné praxe skrze jasný rámec, jak tuto tematiku uchopit a ukotvit.

5.4 Kouření samotných pracovníků v drogových službách

Lze konstatovat, že celosvětově zdravotničtí pracovníci i nadále kouří ve větší míře než běžná populace, i když by měli v kontrole tabáku hrát zásadní roli (WHO, 2005). Králíková (2013a, In: Králíková a kol., p.63) jasně popisuje, že „lékaři, zdravotní sestry i další zdravotníci by měli být nekuřáckým příkladem“ a pokračuje slovy, která vysvětlují, že „nekuřácký personál, nekuřácké pracoviště - to jsou základní předpoklady pro léčbu závislosti na tabáku. Lékař, z něhož je cítit kouř, nemůže důvěryhodně pacientům doporučovat, aby přestali kouřit“. Pracovníci v drogových službách, kteří kouří, mají s největší pravděpodobností menší motivaci pomáhat a podporovat klienty/pacienty v odvykání kouření, neboť sami touto problematikou trpí. Velmi často dokonce se samotnými pacienty/klienty společně kouří během kuřáckých pauz, aby podpořili terapeutický vztah (Kulhánek, 2017; Ziedonis, Guydish, Williams et al., 2006). Z tohoto pohledu je kouření členů týmu s pacienty/klienty nevhodné, podporující návykové chování a nepomáhá ke změně a uzdravě; jako první krok je nutné v tomto ohledu zavést jasné restriktce, které kouření pacientů/klientů společně s členy týmu zakazují (Ziedonis, Guydish, Williams et al., 2006). Podle SAMHSA (2018) je zásadním cílem při práci s odvykáním kouření v rámci léčby jiné primární závislosti postupné zavádění pracovního prostředí bez tabáku, což znamená, že:

1/ veškeré tabákové výrobky (cigarety, doutníky, bezdýmny tabák, žvýkací tabák, e-cigarety) jsou zakázány

2/ kouření je zakázáno ve všech prostorách pracoviště (vnitřních i vnějších)

3/ toto nastavení je jasně podporováno vedením organizace a pomáhá těm, kteří chtějí přestat kouřit; pravidla se vztahují jak na zaměstnance, tak na samotné pacienty/klienty, ale i návštěvníky a další osoby.

Pro toto nastavení jsou nutné primárně dva kroky:

A/ jasně ukotvit zásady a postupy pro pracoviště bez tabáku, které musí být jasné a stručné a vysvětlují důvody a restriktce při prosazování tohoto přístupu

B/ toto nastavení je nutné komunikovat se všemi, kterých se týká (všichni zaměstnanci, pacienti/klienti, návštěvníci...) (SAMHSA, 2018).

5.5 Odvykání kouření negativně ovlivňuje léčbu primární závislosti

Jak zjistili metaanalýzou devatenácti randomizovaných kontrolních studií Prochaska, Delucchi, Hall (2004), je pro klienty, kteří procházejí léčbou závislosti a zároveň přestanou kouřit pravděpodobné, že se zvýší o 25 % šance abstinovat od alkoholu a drog v následujících 6 až 12 měsících po ukončení léčby. Tsoh, Chi, Mertens et al. (2011) zjistili prospektivní studií u 1185 jedinců s problematikou závislosti na drogách, že přestanou-li kouřit během prvního roku po přijetí do léčby, tak tím predikují dlouhodobé zotavení z drogové závislosti, které přetrvává i po devíti letech od vstupu do léčby. V posledních letech je rostoucím počtem výzkumů potvrzováno, že přestat kouřit zvyšuje

pravděpodobnost dlouhodobého zotavení, kdežto pokračování v kouření i po léčbě zvyšuje hrozbu relapsu v souvislosti s primární návykovou látkou (Knudsen, Studts, Studts, 2012; Weinberger, Platt, Esan et al., 2017). Velká část epidemiologických dat dokazuje, že u jedinců s anamnézou závislosti na alkoholu je ukončení návyku kouření dlouhodobou ochranou před opakujícími se nebo přetrvávajícími problémy s alkoholem (Cavazos-Regh, Breslau, Hatsukami et al., 2014). Přestat kouřit přináší benefity pro psychické i fyzické zdraví. Po překonání prvotních starostí spojených s odvykacími stavy je ukončení tohoto návyku spojeno s menšími úzkostmi, depresemi a stresem. Zlepšuje se nálada a celkově kvalita života, což přetrvává i v následujícím období po ukončení kouření (SAMHSA, 2018; Taylor, McNeill, Girling et al., 2014). Pro klienty v léčbě závislosti na návykových látkách působí odvykání kouření synergicky s celkovým pozitivním životním stylem. Z výzkumů lze vyvodit dvě základní premisy: 1/ odvykání kouření během léčby jiné primární závislosti tuto léčbu neohrožuje; 2/ odvykání kouření během léčby jiné primární závislosti zvyšuje úspěch této léčby (Baca, Yahne, 2008).

5.6 Přístup k odvykání kouření v rámci vybrané instituce zapojené do výzkumu

V rámci vybrané instituce střednědobé ústavní péče zabývající se léčbou závislostí na návykových látkách je tematika odvykání kouření součástí práce s pacienty. Po přijetí na oddělení probíhá sesterská anamnéza, jejíž součástí je též vyplnění Fagerströмова screeningového dotazníku, kterým se určuje míra závislosti na tabáku. U každého pacienta je na dekurzu označeno, zdali je kuřák nebo nekuřák. Kuřáci jsou zapojeni do protikuřáckých osvět, které probíhají v rámci komplexního programu jedenkrát týdně. Pacientům je nabídnuto tuto problematiku řešit během úzdravného pobytu. V rámci lékařské anamnézy je pacient tázán na kuřácké návyky, počet vykouřených cigaret za den, jak dlouho pacient kouří, je-li motivován odvykat kouření během léčby jiné primární závislosti. Do anamnézy je zaznamenána závislost na tabáku jako sekundární diagnóza. Je-li pacient během úzdravného pobytu ochoten odvykat od kouření, je mu nabídnuta farmakoterapie. V rámci instituce neexistuje jednotný přístup k tomuto tématu. V nedávné době vznikl rámcový text k odvykání kouření. Tento dokument by měl být v nejbližší době konzultován mezi pracovníky, a mohl by vést k následné integraci a implementaci jednotného přístupu k léčbě závislosti na tabáku pro všechna oddělení fokusující se na léčbu jiné primární závislosti (Sloповská, Houdková, nepublikováno). Dokument obsahuje následující:

Úvodní konzultace v oblasti odvykání kouření:

Motivace pacienta (vnější, vnitřní), zhodnocení motivace k odvykání od tabáku.

Mapování kuřácké kariéry.

Představení fyzické (vazba na receptory v mozku) a psychosociální (naučené rituály) závislosti.

Zhodnocení míry těchto dvou závislostí u pacienta:

a/ fyzická – Fagerströmův test nikotinové závislosti

b/ psychosociální – v jakých situacích pacient typicky kouří

Nastavení léčby dle míry závislosti a preference pacienta – primárně doporučujeme léčbu svépomocí (zaměření na psychosociální závislost, pomocí KBT), pokud se nedaří, nebo je míra fyzické závislosti vysoká, doporučujeme Champix (účinná látka Vareniklin) jako lék první linie při odvykání, který neobsahuje nikotin. Je pouze na předpis. Přestává se kouřit ve druhém týdnu po nasazení léku. Délka léčby je 3–6 měsíců). Defumoxan (účinná látka Cytisin, lék na podobném principu, jako Champix, ale volně prodejný, levnější a na kratší dobu – 25 dní), NNT – náhradní nikotinová terapie (pozor na správné užívání a dávkování, u silné fyz. závislosti – nikotinová náplast + orální forma NNT, u slabé fyzické závislosti – orální forma NNT, léčba cca 3 měsíce), poslední volbou je Bupropion (antidepressivum na předpis, po konzultaci s psychiatrem pacienta, lék není primárně určen na odvykání kouření, léčba cca na 7 – 12 týdnů poté zdvojnásobuje šanci na odvyknutí, ale NE pro osoby závislé, skrze možné zneužívání léku a kontraindikace u užívání alkoholu, poruch funkce jater, ledvin, epilepsie atd.) Na všechny tyto přípravky přispívají zdravotní pojišťovny v rámci různých programů.

Plánování dne D; den kdy bude odvykání nejsnazší, pacienta tedy nečeká nic náročného, do tohoto dne se musí zbavit všech cigaret, zapalovačů, popelníků atd.

Shrnutí konzultace, prostor na dotazy.

6. Praktická část výzkumu

6.1 Základní výzkumné cíle

Diplomová práce má čtyři základní výzkumné cíle, které reflektují výsledky teoreticko-kritické analýzy. Z mnoha různých výzkumných studií, které se fokusují na zjišťování prevalence kouření mezi osobami v léčbě jiné primární závislosti, bylo zjištěno, že touto problematikou trpí dvakrát až čtyřikrát více těchto jedinců, než je tomu v běžné populaci (Guydish, Passalacqua, Pagano et al. 2016; Králíková, 2015). Třebaže větší část osob v léčbě závislosti na návykových látkách zároveň kouří, existuje jen málo zařízení, která by poskytovala nějakou formu léčby závislosti na tabáku jako je individuální poradenství, skupinové poradenství nebo farmakoterapii, což může být spojeno s různými postoji, názory samotných pracovníků k tomuto tématu v rámci léčby jiné primární závislosti (Currie, Nesbit, Lawson et al., 2003; Friedmann, Jiang, Richter, 2008; Hunt, Cupertino, Gajewski et al., 2014; Walsh, Bowman, Tzelepis et al., 2005). Králová (2018, p. 46) ve svém výzkumu hovoří o tom, že „odvykání kouření v pobytové léčbě uživatelů návykových látek je kontroverzním tématem mezi odborníky adiktologie“, proto se autor rozhodl provést výzkum mezi pracovníky vybrané instituce střednědobé ústavní péče, která se zabývá léčbou jedinců s jinou primární závislostí, než je tabák. Teoreticko-kritická východiska mě vedla k určení těchto cílů práce:

- 1/ Zmapovat názory a postoje pracovníků střednědobé ústavní léčby závislosti k léčbě odvykání kouření v rámci jiné primární závislosti.
- 2/ Zjistit, zdali pracovníci střednědobé ústavní léčby závislosti vnímají kouření jako méně škodlivé než užívání jiných návykových látek.
- 3/ Zjistit, zdali pracovníci střednědobé ústavní léčby závislosti vnímají odvykání kouření jako součást léčby jiné primární závislosti.
- 4/ Zjistit, zdali pracovníci střednědobé ústavní léčby závislosti vnímají odvykání kouření v rámci léčby jiné primární závislosti jako možné negativum pro celkový výsledek léčby.

6.2 Výzkumné otázky

Pro naplnění výzkumných cílů byly zvoleny následující výzkumné otázky:

- 1/ Jaké jsou postoje a názory pracovníků ve střednědobé ústavní léčbě závislosti k odvykání kouření v rámci léčby jiné primární návykové látky?

2/ Vnímají pracovníci střednědobé ústavní léčby závislostí kouření jako méně škodlivé než užívání jiných návykových látek? Pokud ano, proč?

3/ Vnímají pracovníci střednědobé ústavní léčby závislosti téma odvykání kouření jako součást léčby jiné primární závislosti? Pokud ano, z jakého důvodu?

4/ Vnímají pracovníci střednědobé ústavní léčby závislosti odvykání kouření jako možnou hrozbu pro výsledky léčby problematiky primární návykové látky? Pokud ano, proč?

6.3 Metody tvorby a analýzy dat

Diplomová práce se primárně zaměřuje na mapování postojů a názorů pracovníků k odvykání kouření v rámci léčby jiné primární závislosti.

Výzkum je smíšený (tzn. mix-method research design). V kvantitativní části výzkumu byl použit standardizovaný dotazník: Škála postojů k léčbě závislosti na tabáku pro personál zabývající se primárně léčbou jiné závislosti (Hunt, Cupertino, Gajewski et al., 2014). Dotazník byl vybrán, neboť koresponduje se základním cílem práce a zároveň je standardizovaný. Dotazník byl též využit pro pochopení situace, jakou roli hrají postoje samotných pracovníků k odvykání kouření pro integraci této problematiky do léčby jiné primární závislosti (Hunt, Cupertino, Gajewski, 2013). Kvalitativní část výzkumu slouží primárně ke zvýšení srozumitelnosti „prezentovaných výsledků“ a měla by „připomenout existenci konkrétních lidských příběhů skrytých za číselnými údaji“ (Miovský, 2006, p. 33). Pro kvalitativní část výzkumu byla využita metoda semistrukturovaných rozhovorů.

6.3.1 Výzkumný soubor

Pro tento výzkumný záměr bylo vybráno zdravotnické zařízení zabývající se střednědobou ústavní léčbou závislosti na návykových látkách (z důvodu anonymizace není uveden název instituce, více viz. kapitola Etické aspekty studie). Ve vybrané instituci je autor studie zaměstnán jako adiktolog, a proto si ji vybral, neboť částečně zodpovídá za tematiku odvykání kouření v rámci jiné primární závislosti. V rámci instituce fungují celkem čtyři oddělení pro léčbu závislosti na návykových látkách. Nejčastější diagnózou je zde závislost na alkoholu (F10.2). Jedno z oddělení se specificky zaměřuje na léčbu drogových závislostí, kde není nejčastější primární závislostí alkohol. Tato diagnóza bývá na tomto oddělení nejčastěji přidruženou sekundární diagnózou spolu s abúzem konopných látek. Pro kvantitativní část výzkumu byl zvolen totální výběr výzkumného souboru. Tento postup byl vybrán, neboť to v případě dané instituce bylo „možné“ a pro získání množství dat

„výhodné“ (Miovský, 2006, p. 131). Se souhlasem vedení instituce byl osloven veškerý personál všech čtyř oddělení, který je v přímé péči s pacienty. Před oslovením samotných pracovníků bylo nejprve kontaktováno vedení instituce s žádostí provést v daném zařízení výzkum a informacemi o zamýšleném výzkumu (viz. příloha č. 1). Před rozhodnutím zapojit se do výzkumu musel každý pracovník podepsat informovaný souhlas, ve kterém byly také základní informace o základních cílech výzkumu (viz. příloha č. 2). Podepsané informované souhlasy byly uloženy do zabezpečené schránky společně s vyplněnými dotazníky. Během představování výzkumu byl autor opakovaně informován o nutnosti velmi citlivě informovat o výzkumu samotné pracovníky, neboť by mohli vnímat prováděný výzkum jako evaluaci jejich práce při odvykání kouření. Tomuto tématu byl věnován čas představením záměru výzkumu zaměstnancům. Průběh výzkumu opakovaně narušila epidemie SARS-Covid-19. Celkem bylo distribuováno 80 dotazníků na všechna oddělení zabývající se léčbou závislosti. Návratnost činila 60 dotazníků, které bylo možné použít pro analýzu dat. Pět dotazníků se vrátilo bez podepsaného informovaného souhlasu, proto byly vyřazeny z výzkumu. Pět dotazníků bylo vyřazeno pro neúplné vyplnění zadaných otázek. Deset dotazníků se zpět již nevrátilo. Do kvantitativní části studie bylo zapojeno 60 respondentů. Podpis informovaného souhlasu znamenal též souhlas se zapojením do kvalitativní části výzkumu. V kvalitativní části výzkumu proběhlo 11 semistrukturovaných rozhovorů.

6.4 Metody zpracování a analýzy dat

Provedený výzkum není reprezentativní, tj. není zobecnitelný pro všechny instituce střednědobé ústavní péče zabývající se léčbou závislosti na návykových látkách, nelátkovými závislostmi. Výsledky výzkumu jsou relevantní pro prostředí instituce, ve které výzkum proběhl

6.4.1 Dotazník

Použitý standardizovaný dotazník (Hunt, Cupertino, Gajewski et al., 2014), upravený pro potřeby výzkumu, je rozdělen do dvou částí. První část se zaměřuje na základní sociodemografické údaje. U účastníků výzkumu mapuje jejich pohlaví, pracovní zařazení, dosažené vzdělání v souvislosti s odvykáním kouření a zjišťuje zkušenosti s kouřením. Druhá část dotazníku byla přizpůsobena pro potřeby výzkumu a je rozdělena do tří základních domén: A/ kouření je méně škodlivé než jiné drogy; B/ odvykání kouření není naše práce; C/ odvykání kouření může naše pacienty poškozovat.

V první doméně se odpovídá na tato tvrzení:

- 1/ Tabák poškozují zdraví méně než jiné návykové látky
- 2/ Kouření neovlivňuje naše pacienty tak bezprostředně jako jiné návykové látky
- 3/ Závislost na tabáku našim pacientům způsobuje malé, pokud vůbec nějaké, problémy
- 4/ Pro naše pacienty je lepší kouřit tabák než užívat jiné drogy

5/ Závislost na tabáku neovlivňuje schopnost našich pacientů fungovat ve společnosti
Součástí druhé domény jsou tato tvrzení:

- 1/ Léčba závislosti na tabáku není součástí programu léčby jiných závislostí
- 2/ Neměli bychom léčit závislost na tabáku, protože proto zde naši pacienti nejsou
- 3/ Závislost na tabáku bychom neměli léčit zároveň s jinými závislostmi

Třetí doména se vztahuje k tvrzením:

- 1/ Odvykání kouření by zhoršilo úzkosti a deprese našich pacientů
- 2/ Kouření pomáhá našim pacientům překonávat každodenní stres
- 3/ Léčba závislosti na tabáku by zpomalila zotavování našich pacientů
- 4/ Není fér brát pacientům tabák
- 5/ Přestat užívat všechny drogy najednou by pro naše pacienty bylo příliš náročné

Na otázky lze odpovídat v rámci pěti možností dle Likertovy škály 1 silně souhlasím; 2 souhlasím; 3 nevím; 4 nesouhlasím; 5 silně nesouhlasím. V ideálním případě se předpokládá, že odpovědi se přibližují k silně nesouhlasím (Hunt, Cupertino, Gajewski et al., 2014).

Za účelem pilotního ověření byl dotazník distribuován deseti pracovníkům ve vybraných adiktologických službách. Z výsledků a následných rozhovorů vyplynulo, že u standardizovaného dotazníku se v doméně číslo dvě objevila otázka, na kterou devět z deseti pracovníků neodpovědělo žádnou z nabízených možností. Otázka zněla: Programy zabývající se léčbou závislostí by se měly zaměřit na soudně nařízené léčby, ne na odvykání kouření. V následných krátkých rozhovorech pracovníci popisovali, že to je otázka, které nerozumí. Z tohoto důvodu nebyla tato otázka ve výzkumu použita.

6.4.2 Analýza dat z dotazníku

Data z dotazníků byla po vyplnění účastníky výzkumu transkribována do tabulkového procesoru Microsoft Excel 365. Dotazník využívá pro odpovědi Likertovu škálu, což je technika pro měření postojů v dotaznících. V dotazníku je využit „vícedimenzionální charakter“ odpovědí (Hendl, 2012, p.28), který se pohybuje od silně souhlasím k silně nesouhlasím. Jednotlivé odpovědi na otázky byly pomocí vzorců v Microsoft Excel operacionalizovány pro potřeby analýzy. Data v tabulkovém procesoru byla kontrolována nezávislou osobou, která provedla opravy. Celkové hodnocení u jednotlivých otázek bude provedeno jako „součet hodnot všech položek“ (Hendl, 2012, p.28). Výsledky jednotlivých otázek byly zpracovány pomocí kontingenčních tabulek a grafů v programu Microsoft Excel 365. Pro celkové hodnocení byly využity metody deskriptivní statistiky. Deskriptivní statistika nebo popisná statistika „představuje organizaci dat a popis dat užitím grafů, numerických souhrnů a dalších matematicky propracovaných prostředků“ (Hendl, 2012, p. 21). Deskriptivní statistika byla pro analýzu dat vybrána pro jednoduchost a přehlednost

získaných dat z dotazníku, ve kterém se předpokládá, že odpovědi se blíží na Likertově škále k silně nesouhlasím (Hunt, Cupertino, Gajewski, 2014).

6.4.3 Semistrukturované rozhovory

Jak popisuje Miovský (2006, pp 159-162), jedná se o „zřejmě vůbec nejrozšířenější“ metodu interview, „neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview“. Pro tento rozhovor je potřeba si vytvořit „určité schéma“, které je během rozhovoru „pro tazatele závazné“. Dané schéma jasně určuje, „specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát“. Během tohoto typu interview je důležité využívat též „následné inquiry“, což je vlastně „upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka“, když si nejsme jisti, zdali jsme my správně rozuměli odpovědi nebo účastník správně otázce (Miovský, 2006, pp 159-162). V rámci studie se autor rozhodl též pro semistrukturované rozhovory, neboť jsou chápány jako doplnění statistických údajů dotazníkového šetření. Samotná kvalitativní část je pro účely výzkumu nadstavbou umožňující zkoumat daný fenomén do větší hloubky. Neklade si za cíl získat nová data. Kvalitativní část slouží k „podbarvení“ analyzovaných statistických výsledků dotazníku (Miovský, 2006, p. 33).

Pro rozhovor byla vybrána metoda samovýběru, která je založena „na principu dobrovolnosti, respektive projevení zájmu zapojit se do výzkumné studie“ (Miovský, 2006, p. 133). Autor si je vědom, že tato metoda výběru vzorku se sebou nese metodologické problémy, neboť jak popisuje Hendl (2012, p. 57) na tuto metodu pravděpodobně „reagují pouze vysoce motivovaní“ jedinci, kteří chtějí být do výzkumu zapojeni a může dojít ke zkreslení získaných dat. Po vyplnění dotazníku byli účastníci osobně osloveni s možností zúčastnit se semistrukturovaného rozhovoru v rámci diplomové práce. Bylo zamýšleno zrealizovat celkem deset semistrukturovaných interview. Byla vytvořena následující struktura interview, ve které je jádrem následující čtyři otázky:

1/ Jaké jsou Vaše osobní postoje a názory k odvykání kouření v rámci léčby jiné primární závislosti?

2/ Patří podle Vás téma odvykání kouření mezi základní principy práce během léčby jiné primární závislosti? Pokud ano, proč? Pokud ne, proč?

3/ Jaký je Váš osobní názor na to, že nelze léčit více závislostí najednou?

4/ Je kouření v léčbě jiné primární závislosti více tolerováno? Pokud ano, proč? Pokud ne, proč?

Pro účely kvalitativních interview byly respondentům přiřazovány numerické kódy (např. R1).

6.4.4 Analýza dat ze semistrukturovaného interview

Jednotlivé rozhovory byly pořízeny a zaznamenány pomocí audio techniky (mobilního telefonu), a poté byly doslovně přepsány. Přepsaná data byla zkontrolována nezávislou osobou, která provedla korekce a úpravy autorova přepisu. Pro následnou analýzu dat byl využit software Atlas. Pro samotnou analýzu rozhovorů byla použita metoda prostého výčtu, jejímž prostřednictvím lze vyjadřovat vlastnosti určitých jevů, např. „jak často se daný jev vyskytl či v jakém poměru výskytu byl k jinému jevu“ (Miovský, 2006, pp 222-223). Pro kvalitativní část byla tato metoda vhodná v kontextu kvantitativní části, neboť „při analýze kvalitativních dat musíme vždy vážit, kdy vhodně využít také kvantitativní ukazatele a podpořit jimi například význam určitého vztahu, který jsme našli“ (Miovský, 2006, p. 223).

Semistrukturované rozhovory byly vloženy do softwaru Atlas, ve kterém autor v rámci analýzy identifikoval opakující se témata u jednotlivých otázek. Po zpracování autor nejčastěji se objevující témata přiřadil jako podkapitoly k jednotlivým otázkám. Podkapitolám byly dávány názvy (kódy), které se nejvíce blížily výpovědím respondentů. V rámci získání validity interpretace dat autor též využil metodu zachytávání vzorců pro porovnání analyzovaných dat a došel k podobným závěrům jako metodou prostého výčtu.

Autor se též v několika krocích zabíral dosažením validity získaných dat a jejich povahou v souvislosti s hustotou dat a saturací. Po zpracování výsledků rozhovorů autor tyto výstupy konzultoval se samotnými účastníky výzkumu a zapojil je do diskuse nad jednotlivými tématy, čímž chtěl autor „pomoci hodnotit plauzibilitu“ získaných dat (Miovský, 2006, p. 271). Další použitou metodou kontroly validity byla technika opakovaného poslechu audionahrávek.

6.5 Etické aspekty studie

Výzkum byl proveden v rámci zařízení, ve kterém je autor studie zaměstnán jako adiktolog, který je za odvykání kouření v rámci léčby jiné primární závislosti zodpovědný. V rámci výzkumu mohlo dojít ke konfliktu zájmů, neboť autor studie byl v roli adiktologa i výzkumníka současně. Do studie nebyl autor zapojen jako respondent. V rámci výzkumu mohlo dojít k distorzi získaných dat, neboť všichni účastníci nemuseli být ochotni odpovídat zcela podle pravdy, protože tuto práci mohli vnímat jako evaluaci jejich přístupu k odvykání kouření. Záměr provést tento výzkum byl diskutován v rámci zařízení, které se ho zúčastnilo. Vedením bylo doporučeno celý záměr diskutovat na úrovni osob, které by chtěl autor do výzkumu zahrnout, což se uskutečnilo. Z pohledu vedení organizace nebyl s výzkumem žádný problém.

V rámci výzkumu nebyla přesně jmenována instituce, ve které výzkum proběhl. Údaje o účastnících výzkumu jsou anonymní ve smyslu udávání jména, oddělení, na kterém jsou zaměstnáni. Studie neupřesňuje názory, postoje k odvykání kouření podle pracovního zařazení nebo podle toho, zdali je respondent kuřák či nekuřák. S údaji je nakládáno podle

zákona 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů. Pro potřeby výzkumu byl vytvořen dokument (Informovaný souhlas, základní informace o studii, viz příloha č. 2) pro pracovníky v dané instituci, který popisuje cíle a význam výzkumu. Pro zapojení do samotného výzkumu bylo potřeba podepsaného informovaného souhlasu účastníka. Dokument byl ve dvou kopiích. Jednu si nechal účastník výzkumu, jedna kopie byla přiložena k dokumentaci.

Každý z respondentů studie mohl během průběhu účast na výzkumu ukončit. Výsledky výzkumu budou všem účastníkům po jeho ukončení a zpracování dostupné v anonymizované podobě. Každý z účastníků měl právo i během výzkumu a jeho zpracovávání konzultovat průběžné výsledky práce, které se ho mohou týkat.

Výzkumná data, získaná během studie (dotazníky, informované souhlasy) byla uložena na bezpečném místě (v uzamykatelném trezoru), dostupném pouze pro autora studie. Data zpracovaná pomocí softwaru Microsoft Excel 365 z dotazníku a audionahrávky semistrukturovaných interview byla bezpečně uložena na ESET Šifrovaný disk, ke kterému zná přístupové heslo pouze autor výzkumu.

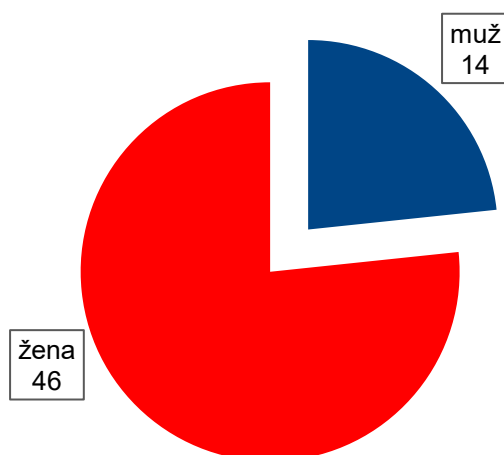
7. Popis výsledků sociodemografických charakteristik souboru

V této části jsou prezentována data z první části dotazníku, která byla zaměřena na sociodemografické údaje týkající se počtu zúčastněných respondentů podle pohlaví; pracovního zařazení; vzdělání v rámci tematicky odvykání kouření; zkušeností s kouřením.

7.1 Charakteristika výzkumného souboru

Do kvantitativní části výzkumu (standardizovaného dotazníku) bylo zapojeno celkem 60 respondentů. Z toho bylo 46 žen, což činilo 77 % respondentů. Mužů bylo do výzkumu zapojeno 14, což bylo 23 % respondentů (viz. graf č. 5).

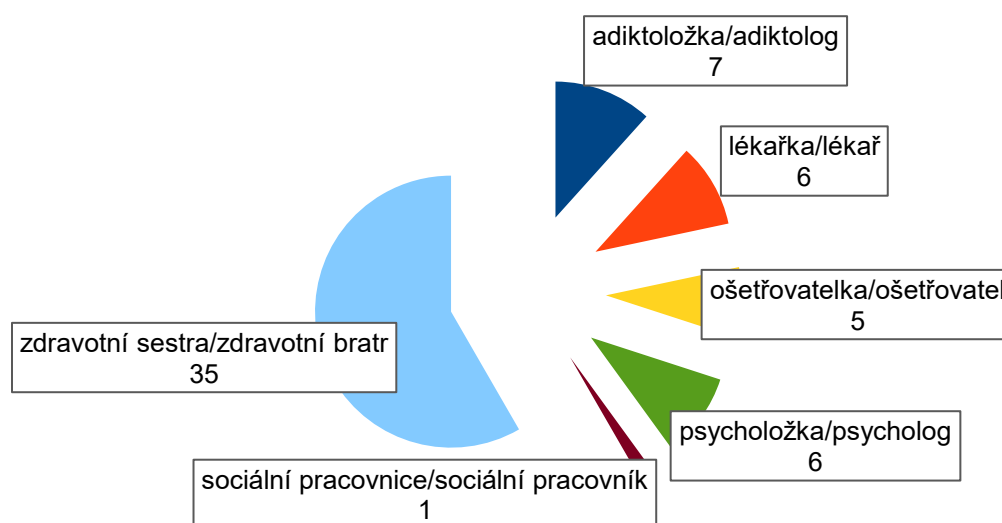
Graf č. 5 Poměr počtu respondentů ve výzkumu podle pohlaví



7.2 Pracovní zařazení respondentů výzkumu v rámci instituce

Standardizovaný dotazník vyplňovalo celkem 35 zdravotních sester, zdravotních bratrů, což bylo 58 % respondentů. Adiktoložek, adiktologů se zapojilo celkem 7, což činilo 12 % respondentů. Lékařek, lékařů bylo zapojeno celkem 6, což činilo 10 % respondentů. Psycholožek, psychologů se výzkumu zúčastnilo celkem 6, což bylo 10 % respondentů. Ošetřovatelek, ošetřovatelů bylo do výzkumu zapojeno 5, což bylo 8 % respondentů. Sociální pracovnice, sociální pracovník byl do výzkumu zapojen 1, což byla 2 % respondentů (viz. graf č. 6).

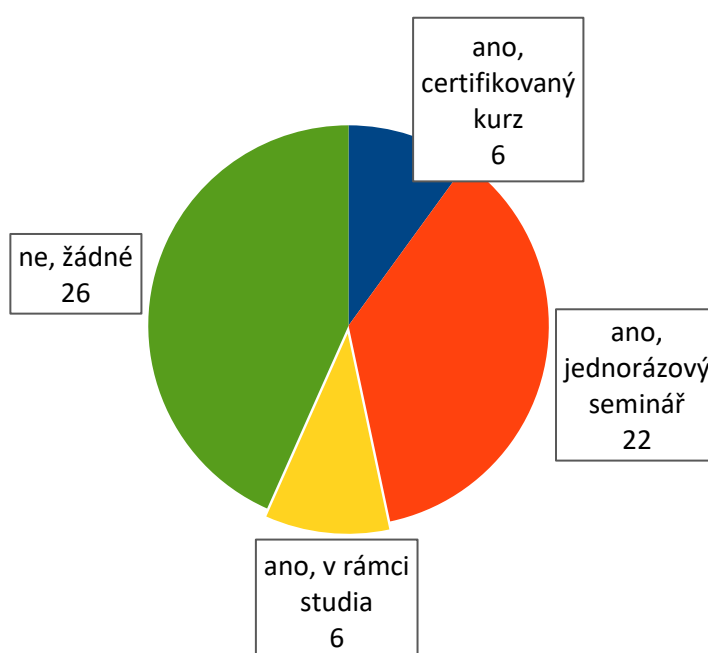
Graf č. 6 Pracovní zařazení respondentů výzkumu v rámci instituce



7.3 Absolvované vzdělávání respondentů v oblasti odvykání kouření

V rámci vzdělávání v oblasti odvykání kouření se účastnilo celkem 22 (37 %) respondentů jednorázového semináře. Celkem 6 (10 %) respondentů prošlo certifikovaným kurzem v oblasti odvykání kouření. Respondentů, kteří se věnovali problematice odvykání kouření v rámci studia, bylo 6 (10 %). Žádné vzdělávání, kurzy, semináře nemělo dle výsledků dotazníků celkem 26 respondentů, což bylo 43 % účastníků výzkumu (viz. graf č. 7).

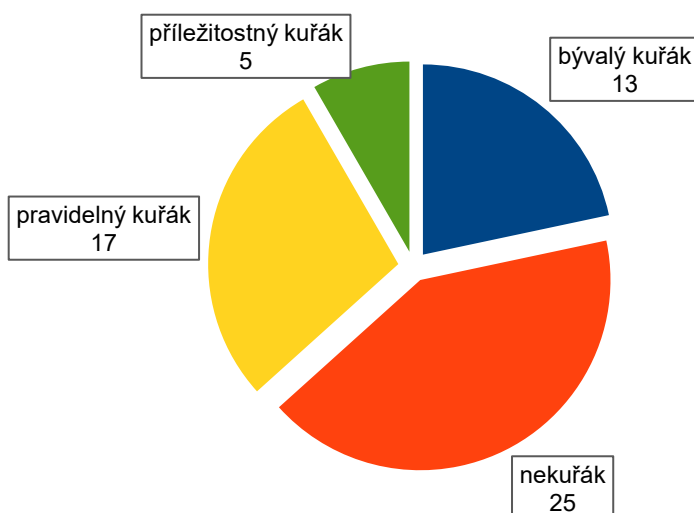
Graf č. 7 Absolvované vzdělávání respondentů v oblasti odvykání kouření



7.4 Zkušenosti respondentů s kouřením

V souvislosti s otázkou ohledně zkušeností s kouřením u samotných respondentů odpovědělo 17 z nich, že jsou pravidelnými kuřáky (kouří nejméně jednu cigaretu denně), což bylo 28 % respondentů. Ve výzkumu bylo zapojeno celkem 5 respondentů, kteří byli příležitostnými kuřáky (kouří méně než jednu cigaretu denně), což činilo 8 % respondentů. Celkem 13 respondentů se zařadilo mezi bývalé kuřáky (aktuálně nekouří, během života vykouřil více než 100 cigaret), což bylo 22 % z nich. V rámci výzkumu bylo zapojeno celkem 25 nekuřáků (nikdy nekouřili 100 a více cigaret), což bylo 42 % respondentů. Z výsledků vyplývá, že v rámci výzkumu můžeme hovořit o tom, že přibližně celé dvě třetiny ze všech respondentů (64 %) aktuálně neužívá tabákové výrobky (viz. graf č. 8).

Graf č. 8 Zkušenosti respondentů s kouřením



8. Zhodnocení výsledků dotazníku: Škála postojů k léčbě závislosti na tabáku pro personál zabývající se primárně léčbou jiných závislostí

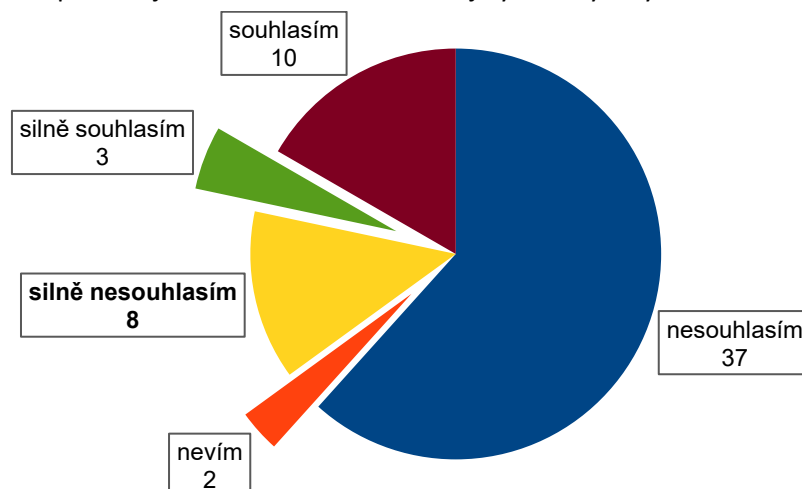
Následující zhodnocení odpovědí respondentů je rozděleno do tří kapitol (dle tematických okruhů), které reflektují kontext samotného dotazníku: Škála postojů k léčbě závislosti na tabáku pro personál zabývající se primárně léčbou jiných závislostí (Hunt, Cupertino, Gajewski et al., 2014). Okruh 1 se zaměřuje na téma: Tabák je méně škodlivý než jiné návykové látky. V tomto okruhu se odpovídá na pět tvrzení. Okruh 2 se fokusuje na téma: Léčba závislosti na tabáku není naše primární práce. Tento okruh obsahuje tři tvrzení. Poslední okruh otázek cílí na téma: Léčba závislosti na tabáku poškozuje naše pacienty/klienty. Okruh obsahuje celkem pět tvrzení. Pro výběr odpovědí je použita Likertova škála od silně souhlasím k silně nesouhlasím (od 1 do 5). U odpovědí se obecně předpokládá, že by se měly blížit k silně nesouhlasím.

8.1 Tabák je méně škodlivý než jiné návykové látky.

8.1.1 Tabák poškozuje zdraví méně než užívání jiných návykových látek

S výrokem číslo jedna silně souhlasili 3 (5 %) účastníci výzkumu. Na dané tvrzení odpovědělo souhlasím celkem 10 (17 %) respondentů. Odpověď nevím využili 2 (3 %) dotazovaní. K tvrzení se vyjádřilo nesouhlasím celkem 37 (62 %) účastníků výzkumu. Silně nesouhlasilo celkem 8 (13 %) respondentů. S výrokem, zdali kouření poškozuje zdraví méně než užívání jiných návykových látek lze konstatovat, že větší část respondentů, celkem tři čtvrtiny (75 %) nesouhlasí nebo silně nesouhlasí. Celkem 13 (22 %) respondentů využilo odpověď silně souhlasím nebo souhlasím (viz. graf č. 9).

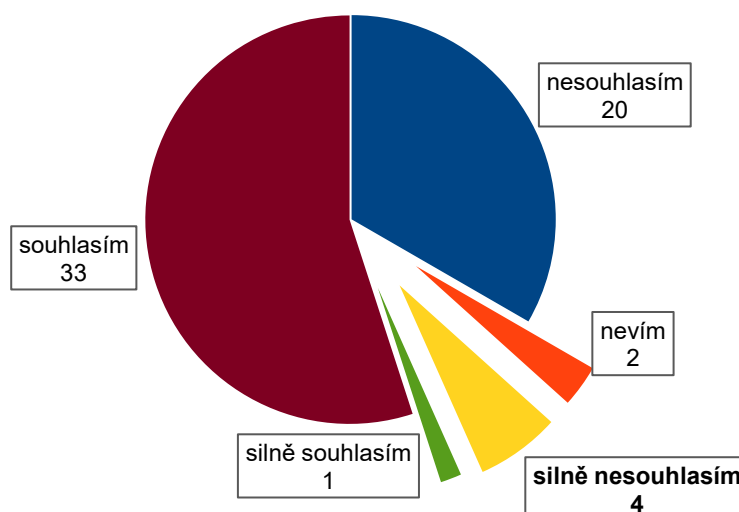
Graf č. 9 Tabák poškozuje zdraví méně než užívání jiných návykových látek



8.1.2 Kouření neovlivňuje naše pacienty tak bezprostředně jako jiné návykové látky

V rámci druhého výroku se vyjádřil silně souhlasím 1 (2 %) respondent. Odpověď souhlasím zvolila více než polovina ze všech účastníků výzkumu. Bylo to celkem 33 (55 %) dotazovaných. K odpovědi nevím se přiklonili pouze 2 (3 %) respondenti. S tím, že kouření neovlivňuje naše pacienty/klienty tak bezprostředně jako jiné návykové látky, nesouhlasilo celkem 20 (33 %) účastníků výzkumu. Silně nesouhlasili s tímto tvrzením 4 (7 %) respondenti. U této otázky nedosáhly výsledky nesouhlasím a silně nesouhlasím ani celých padesáti procent. Celkem to bylo 24 (40 %) z celkového počtu šedesáti účastníků výzkumu. 34 respondentů (57 %) souhlasilo či silně souhlasilo s názorem, že kouření neovlivňuje tak bezprostředně pacienty/klienty (viz. graf č. 10).

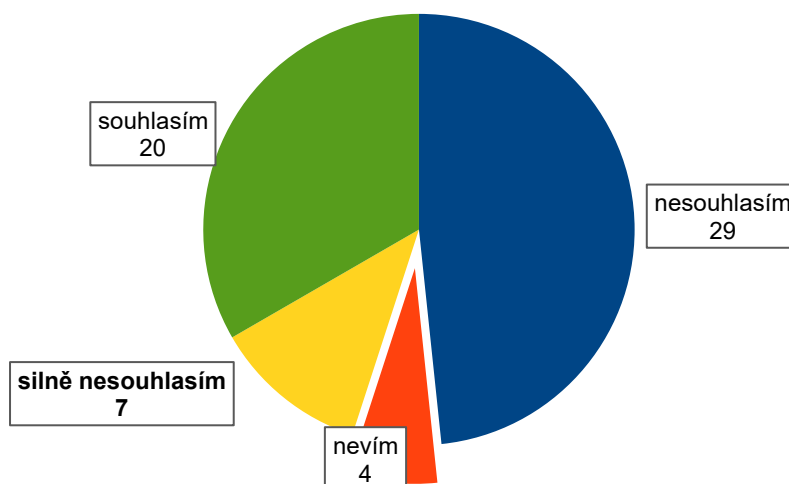
Graf č. 10 Kouření neovlivňuje naše pacienty tak bezprostředně jako jiné návykové látky



8.1.3 Závislost na tabáku působí našim pacientům jen malé problémy, pokud vůbec nějaké

Na třetí tvrzení neodpověděl žádný z respondentů silně souhlasím. S tímto výrokem souhlasila více než jedna třetina účastníků výzkumu. Celkem 20 (33 %) dotazovaných. Odpověď nevím udali 4 (7 %) respondenti. K odpovědi nesouhlasím se přiklonila téměř polovina účastníků výzkumu. Celkem 29 (48 %). Silně nesouhlasilo s tímto tvrzením 7 (12 %) respondentů. Z výsledků vyplývá, že téměř dvě třetiny účastníků výzkumu 36 (60 %) nesouhlasilo nebo silně nesouhlasilo s tvrzením, že závislost na tabáku nepůsobí klientům/pacientům nějaké problémy (viz. graf č. 11).

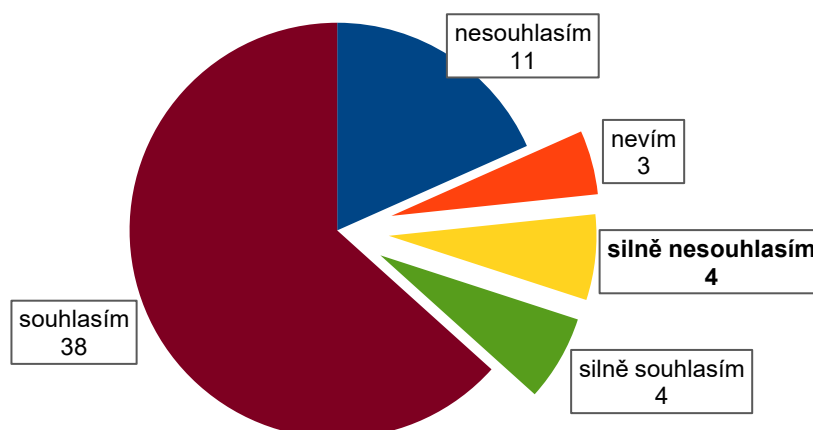
Graf. č. 11 Závislost na tabáku působí našim pacientům jen malé problémy, pokud vůbec nějaké



8.1.4 Pro naše pacienty je lepší kouřit než užívat jiné návykové látky

S výrokem číslo čtyři silně souhlasili 4 (7 %) účastníci výzkumu. Zásadní část respondentů 38 (63 %) souhlasila z výše uvedeným tvrzením z dotazníku. Možnosti odpovědět nevím využili celkem 3 (5 %) účastníci výzkumu. Nesouhlasilo 11 (18 %) respondentů. Silně nesouhlasili pouze 4 (7 %) respondenti. U tohoto tvrzení lze hodnotit, že zásadní část účastníků výzkumu, celkem 42 (70 %), souhlasí nebo silně souhlasí s tvrzením, že pro naše pacienty/klienty je lepší kouřit než užívat jiné návykové látky (viz. graf č. 12).

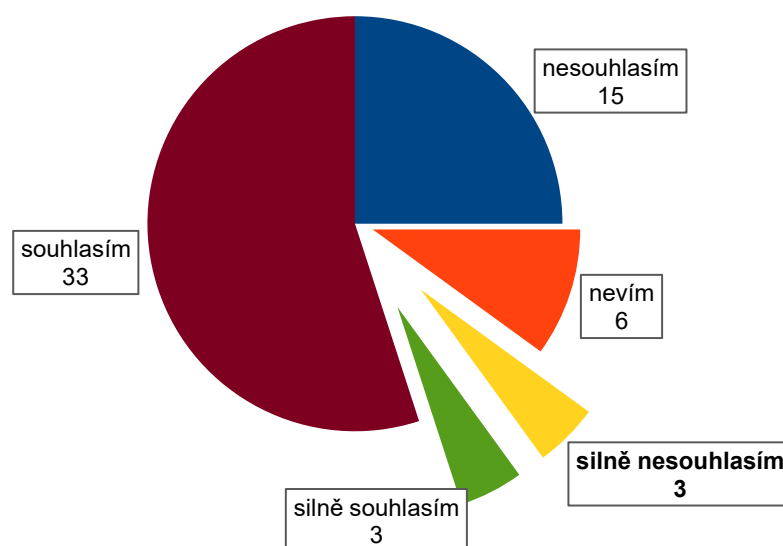
Graf č. 12 Pro naše pacienty/klienty je lepší kouřit než užívat jiné návykové látky



8.1.5 Kouření neovlivňuje fungování našich pacientů/klientů ve společnosti

Výsledky odpovědí u tvrzení číslo pět byly následující. Silně souhlasili 3 (5 %) účastníci výzkumu. S tímto výrokem souhlasila více než polovina respondentů. Bylo to 33 (55 %) dotazovaných. Pro odpověď nevím se rozhodlo 6 (10 %) účastníků výzkumu. Pro dané tvrzení vybralo 15 (25 %) účastníků výzkumu odpověď nesouhlasím. Silně nesouhlasili pouze 3 (5 %) respondenti. Lze konstatovat, že téměř dvě třetiny účastníků výzkumu (60 %) souhlasilo nebo silně souhlasilo s tím, že je pro naše pacienty/klienty lepší kouřit než užívat jiné návykové látky, kdežto méně než jedna třetina respondentů (30 %) nesouhlasí nebo silně nesouhlasí s výše uvedeným tvrzením (viz. graf č. 13).

Graf č. 13 Kouření neovlivňuje fungování našich pacientů/klientů ve společnosti



8.1.6 Zhodnocení výsledků otázek okruhu č. 1: Tabák je méně škodlivý než jiné návykové látky

Z výsledků vyplývá, že u tvrzení, zdali kouření poškozuje naše pacienty/klienty méně než jiné návykové látky se velká část respondentů (45, 75 %) zcela jasně přiklonila k názoru, že tabák nepoškozuje pacienty/klienty méně než jiné návykové látky. V rámci výroku: Kouření neovlivňuje naše pacienty/klienty tak bezprostředně jako jiné návykové látky se výsledky víceméně kloní k tomu, že kouření bezprostředně neovlivňuje naše pacienty/klienty jako jiné návykové látky, neboť s tímto souhlasilo či silně souhlasilo celkem 57 % (34 respondentů). S tím, že kouření bezprostředně neovlivňuje pacienty/klienty nesouhlasilo či silně nesouhlasilo celkem 24 účastníků výzkumu, což bylo 40 %. U tvrzení: Závislost na tabáku působí našim pacientům/klientům jen malé problémy, pokud vůbec nějaké, nebyly výsledky směrem k nesouhlasím, silně nesouhlasím tak jednoznačné jako v první otázce. Přesto lze konstatovat, že i u této tematiky byly téměř dvě třetiny účastníků

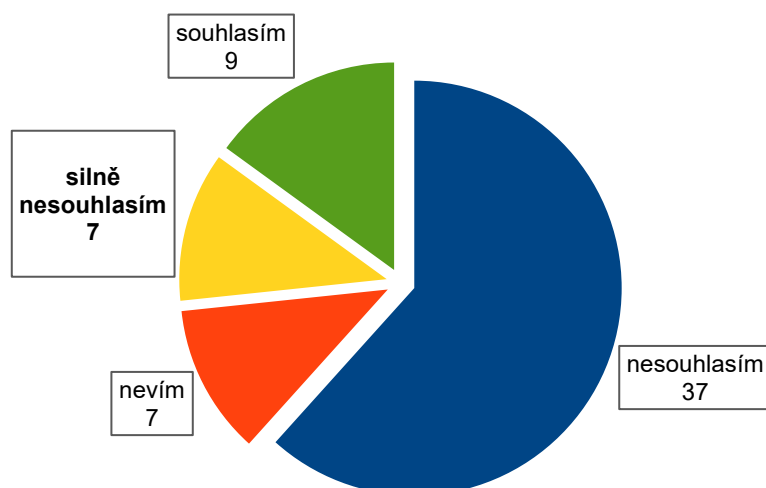
výzkumu (60 %, 36 respondentů) toho názoru, že kouření působí pacientům/klientům nějaké problémy. Je však důležité hodnotit též výsledky, které ukazují, že více než jedna třetina respondentů (33 %), tedy dvacet z nich souhlasí s tím, že kouření nepůsobí pacientům/klientům nějaké problémy. Zásadní výsledky byly zaznamenány u tvrzení: Pro naše pacienty/ klienty je lepší kouřit než užívat jiné návykové látky, neboť 42 (70 %) účastníků výzkumu s touto otázkou souhlasilo nebo silně souhlasilo. Na druhou stranu pouze 15 (25 %) respondentů se k této otázce vyjádřila nesouhlasem nebo silným nesouhlasem. Velmi podobné výsledky pak byly i u tvrzení: Kouření neovlivňuje naše pacienty/klienty v jejich fungování, ve které se 36 (60 %) respondentů přiklonili k názoru, že kouření naše pacienty/klienty neovlivňuje ve fungování, kdežto pouze 30 % (18 respondentů) si myslelo, že kouření ovlivňuje fungování pacientů/klientů. Celkově lze zhodnotit, že účastníci výzkumu obecně chápou, že kouření je škodlivé a má zásadní dopad na zdraví pacientů/klientů jako jiné návykové látky. V otázce bezprostředního ohrožení je však vnímání o něco více nakloněno k názoru, že kouření pacienty zásadně neohrožuje. 36 respondentů si ve větší míře uvědomuje, že kuřácký návyk může pacientům způsobovat problémy. V rámci vnímání kouřit versus užívat jiné návykové látky se zcela zásadní část respondentů kloní k názoru, že je lepší kouřit. Velmi podobně je to s tvrzením kouření versus fungování ve společnosti, což téměř dvě třetiny účastníků výzkumu nepovažují za zásadní problém pro fungování v reálném životě. V rámci okruhu č. 1: Tabák je méně škodlivý, než jiné návykové látky byl celkový průměr odpovědí 3.03, dle Likertovy škály v rozmezí odpovědí od 1 do 5, což se blíží odpovědi nevím. Výsledky by se měli blížit průměru 5 (silně nesouhlasím). Z výsledků okruhu, zdali je tabák méně škodlivý než jiné návykové látky lze konstatovat, že názory a postoje k tematice tohoto okruhu jsou ambivalentní a v rámci porovnávání jednotlivých tvrzení nejednotné. Neblíží se ideálnímu výsledku silně nesouhlasím.

8.2 Odvykání kouření není naše primární práce

8.2.1 Léčba závislosti na tabáku není součástí programu léčby jiných závislostí

U tvrzení šestého se neobjevila ani jedna odpověď, která by s tímto tvrzením silně souhlasila. S výrokem souhlasilo 9 (15 %) účastníků výzkumu. Pro nevím se vyjádřilo celkem 7 (12 %) respondentů. Téměř dvě třetiny (61 %) účastníků výzkumu, celkem 37, nesouhlasilo s výrokem, že léčba závislosti na tabáku není součástí programu léčby jiných závislostí. Silně nesouhlasilo 7 (12 %) respondentů. V rámci tohoto výroku lze konstatovat, že téměř tři čtvrtiny dotazovaných (74 %, 44 respondentů) nesouhlasilo nebo silně nesouhlasilo s tím, že by léčba odvykání tabáku neměla patřit do programu, který se fokusuje na jinou primární závislost (viz. graf č. 14).

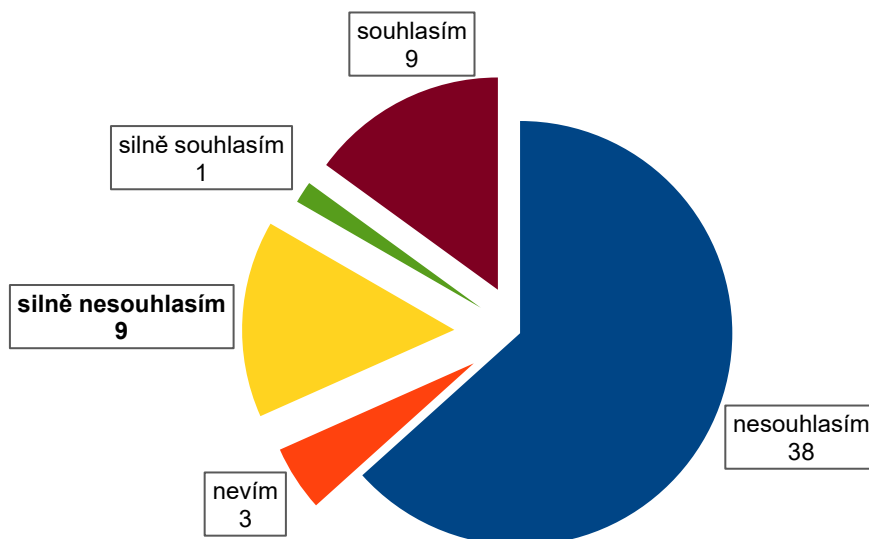
Graf č. 14 Léčba závislosti na tabáku není součástí programu léčby jiných závislostí



8.2.2 Neměli bychom léčit závislost na tabáku, protože proto zde naši pacienti nejsou

V rámci otázky číslo sedm silně souhlasil 1 (2 %) účastník výzkumu. K otázce se vyjádřilo souhlasně celkem 9 (15 %) respondentů. Odpověď nevím vybrali 3 (5 %) účastníci výzkumu. Na toto tvrzení odpovědělo 38 (63 %) respondentů, že nesouhlasí s tím, že by se neměla léčit závislost na tabáku, protože proto nejsou pacienti/klienti v léčbě. Silně nesouhlasil 9 (15 %) účastníků výzkumu (viz. graf č. 15). S tímto výrokem nesouhlasilo nebo silně nesouhlasilo celkem 47 (78 %) respondentů.

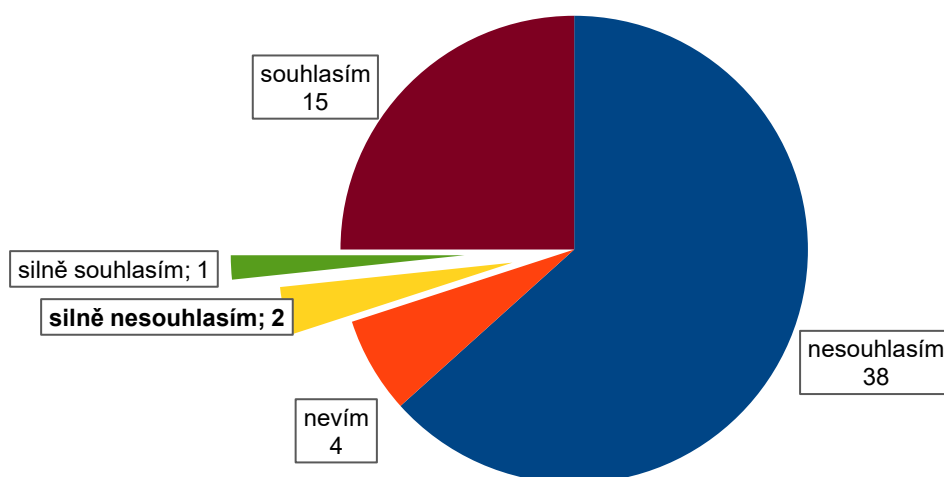
Graf č. 15 Neměli bychom léčit závislost na tabáku, protože proto zde naši pacienti/klienti nejsou



8.2.3 Závislost na tabáku bychom neměli léčit zároveň s jinými závislostmi

K tvrzení číslo osm se silně souhlasím vyjádřil 1 (2 %) respondent. S tímto výrokem souhlasilo celkem 15 (25 %) účastníků výzkumu, což byla jedna čtvrtina. Nevím vybrali jako odpověď 4 (7 %) respondenti. Nesouhlasilo 38 (63 %) účastníků výzkumu. Silně nesouhlasili 2 (3 %) respondenti. Celkem tedy nesouhlasili nebo silně nesouhlasili s výrokem, že by léčba závislosti na tabáku neměla být součástí léčby jiných závislostí dvě třetiny (66 %, 40 dotazovaných) (viz. graf č. 16).

Graf. č. 16 Závislost na tabáku bychom neměli léčit zároveň s jinými závislostmi



8.2.4 Zhodnocení výsledků otázek okruhu č. 2: Odvykání kouření není naše primární práce

Z výsledků okruhu, který je zaměřen na téma, zdali je nebo není odvykání kouření součástí práce s pacienty/klienty, se ve větší míře výsledky přiklánějí k odpovědím nesouhlasím nebo silně nesouhlasím. V prvním výroku: Léčba závislosti na tabáku není součástí programu léčby jiných závislostí, se vyjádřilo tímto směrem celkem 44 (74 %) respondentů. Ve druhém tvrzení: Neměli bychom léčit závislost na tabáku, protože proto zde naši pacienti/klienti nejsou, to bylo dokonce 47 (78 %) účastníků výzkumu. Ve třetím výroku: Závislost na tabáku bychom neměli léčit zároveň s jinými závislostmi nesouhlasilo nebo silně nesouhlasilo 40 (66 %) dotazovaných. Lze konstatovat, že celkový průměr všech otázek směřoval k nesouhlasím, silně nesouhlasím (72.66 %), což bylo celkem 43.33 respondentů. Celkový průměr odpovědí blížil průměru 4 (přesně 3.62), tedy odpovědi nesouhlasím. Výsledky by se měli blížit průměru 5 (silně nesouhlasím). Z výsledků tohoto okruhu lze vyvozovat, že větší část účastníků výzkumu vnímá, že odvykání kouření je součástí léčby jiné primární závislosti. Pacienti jsou v léčbě také proto, aby se tomuto

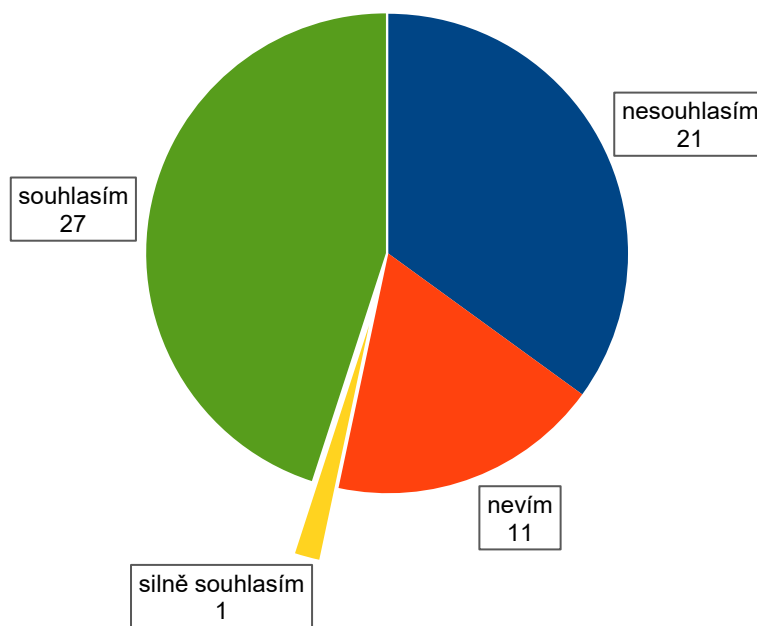
tématu věnovali a závislost na tabáku lze léčit zároveň s problematikou jiných návykových látek.

8.3 Léčba závislosti na tabáku může naše pacienty poškodovat

8.3.1 Odvykání kouření by zhoršilo úzkosti a deprese našich pacientů

V rámci tvrzení číslo devět silně souhlasil 1 (2 %) respondent. S tímto výrokem souhlasilo 27 (45 %) účastníků výzkumu. Pro neví se rozhodlo 11 (18 %) respondentů. S daným výrokem nesouhlasilo 21 (35 %) dotazovaných. K tvrzení se nevyjádřil odpovědí silně nesouhlasím ani jeden účastník výzkumu (viz. graf č. 17).

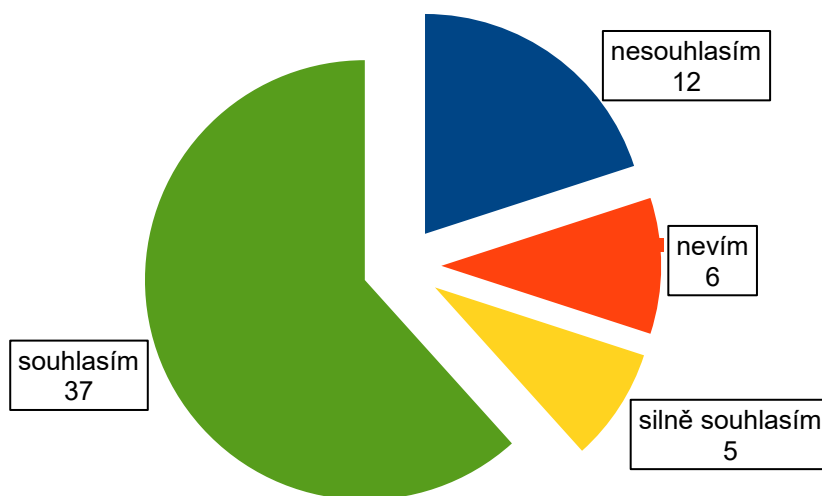
Graf č. 17 Odvykání kouření zhoršuje úzkosti/deprese našich pacientů



8.3.2 Kouření pomáhá našim pacientům překonávat každodenní stres

U výroku desátého vyjádřilo názor silně souhlasím 5 (8 %) účastníků výzkumu. S daným tvrzením souhlasilo 37 respondentů (62 %). Odpověď neví vybralo celkem 6 (10 %) účastníků výzkumu. S tímto výrokem nesouhlasilo 12 (20 %) respondentů. Odpověď, která silně nesouhlasí s výše danou otázkou, nikdo v rámci dotazování nevybral (viz. graf č. 18).

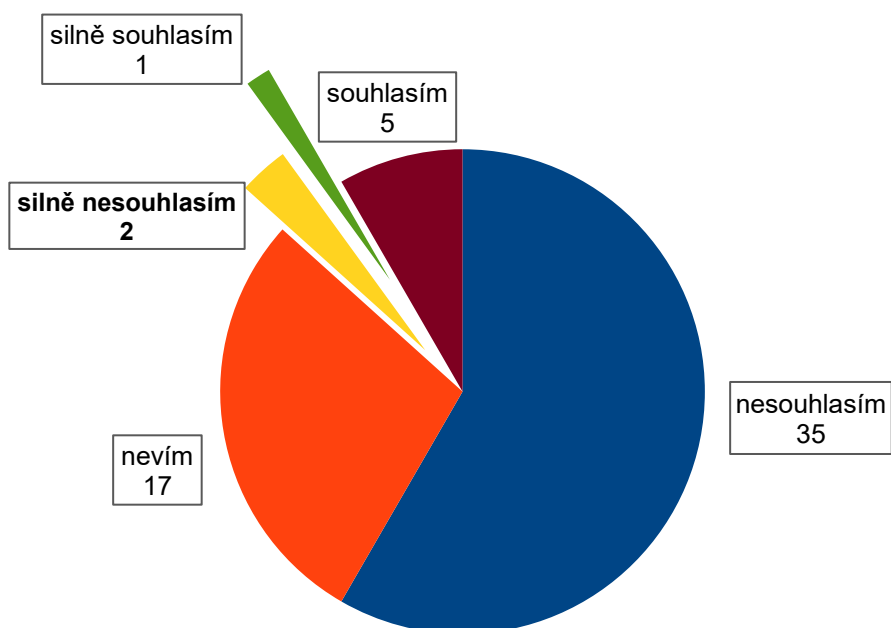
Graf č. 18 Kouření pomáhá našim pacientům překonávat každodenní stres



8.3.3 Léčba závislosti na tabáku by zpomalila zotavování našich pacientů

K tvrzení jedenáctému se vyjádřil odpovědí silně souhlasím 1 (2 %) respondent. Se zadaným výrokem souhlasilo 5 (8 %) účastníků výzkumu. V rámci tohoto tématu bylo celkem 17 (28 %) respondentů pro odpověď nevím. Celkem s výše uvedeným tvrzením nesouhlasilo 35 (59 %) účastníků výzkumu. Odpověď silně nesouhlasím vybrali 2 (3 %) respondenti (viz. graf č. 19).

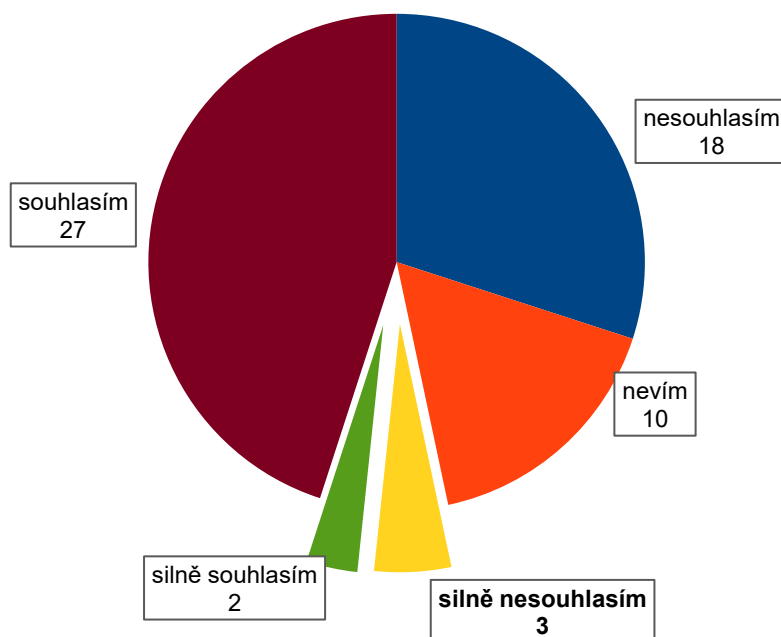
Graf č. 19 Léčba závislosti na tabáku by zpomalila zotavování našich pacientů



8.3.4 Není fér brát našim pacientům tabák

Výsledky výroku dvanáct byly následující. Celkem 2 (3 %) respondenti silně souhlasili. S danou otázkou souhlasilo 27 (45 %) účastníků výzkumu. K tématu se vyjádřilo nevím 10 (17 %) respondentů. Nesouhlasilo 18 (30 %) účastníků výzkumu. Silně nesouhlasili 3 (5 %) respondenti (viz. graf č. 20).

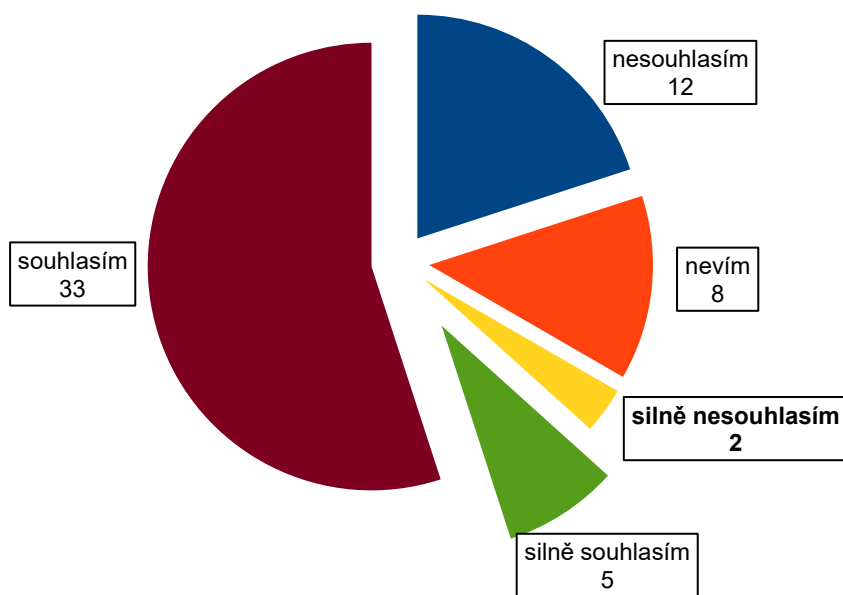
Graf č. 20 Není fér brát našim pacientům tabák



8.3.5 Přestat užívat všechny návykové látky najednou by pro naše pacienty bylo příliš náročné

K poslednímu výroku dotazníku: Přestat užívat všechny návykové látky najednou by pro naše pacienty bylo příliš náročné se kodpovědi silně souhlasím přiklonilo 5 (8 %) dotazovaných. S výše uvedenou otázkou souhlasilo 33 (55 %) respondentů. Odpověď nevím zadalo 8 (14 %) účastníků výzkumu. V rámci dotazování nesouhlasilo 12 (20 %) dotazovaných. Silně nesouhlasili pouze 2 (3 %) ze všech účastníků výzkumu (viz graf č. 21).

Graf č. 21 Přestat užívat všechny návykové látky najednou by pro naše pacienty bylo příliš náročné



8.3.6 Zhodnocení okruhu č. 3: Léčba závislosti na tabáku může naše pacienty poškozovat

V rámci výsledků lze hovořit o tom, že jako v jediném ze tří okruhů se ve dvou z pěti výroků neobjevují odpovědi silně nesouhlasím, a to v prvních dvou otázkách. Celkově se v tomto okruhu odpovědi silně nesouhlasím objevují jen zřídka. Z celkových tří set možností v pěti tvrzeních pouze devětkrát, což činí 2.33% z možných odpovědí. U výroku: Odvykání kouření zhoršuje úzkosti, deprese našich pacientů/klientů se téměř jedna polovina (48 %), 28 respondentů přiklonilo k názoru souhlasím nebo silně souhlasím. 21 dotazovaných s tímto tvrzením nesouhlasilo. K výroku: Kouření pomáhá našim pacientům/klientům překonávat každodenní stres se vyjádřilo souhlasem nebo silným souhlasem celkem 70 % účastníků výzkumu, což bylo 42 dotazovaných. U této otázky se opět neobjevila odpověď silně nesouhlasím. Ke třetímu tvrzení: Léčba závislosti na tabáku by zpomalila zotavování našich pacientů/klientů se ve větší míře objevují odpovědi nesouhlasím, silně nesouhlasím. Celkem tuto volbu vybrali téměř dvě třetiny (62%) ze všech účastníků výzkumu, což činilo 37 respondentů. U výroku: Není fér brát našim pacientům/klientům tabák se výsledky spíše přiklánějí k odpovědím souhlasím, silně souhlasím, neboť pro tyto odpovědi se rozhodlo celkem 29 (48 %) respondentů, i když výsledky nesouhlasím, silně nesouhlasím nejsou také nízké. Nesouhlasilo nebo silně nesouhlasilo 21 (35 %) účastníků výzkumu. U posledního tvrzení dotazníku: Přestat užívat všechny návykové látky najednou by pro naše pacienty/klienty bylo příliš náročné, převažují odpovědi souhlasím, silně souhlasím. Celkem tyto odpovědi v dotazníku zvolilo 38 (63 %) dotazovaných. V kontextu výsledků všech tří tematických okruhů lze hovořit též o tom, že v tomto okruhu se také nejčastěji, oproti

prvním dvěma okruhům, objevují odpovědi nevím. Odpovědi k výroku, že, cigarety zhoršují u našich pacientů/klientů úzkosti a deprese, nejsou zcela jednoznačné, jak směrem k souhlasím, silně souhlasím, tak směrem k nesouhlasím, silně nesouhlasím. Větší část respondentů souhlasí, silně souhlasí s tím, že cigarety pomáhají našim pacientům/klientům překonávat každodenní stres. K otázce, zdali odvykání kouření zpomaluje zotavování klientů, se zcela jednoznačně dotazovaní přiklonili k odpovědím nesouhlasím, silně nesouhlasím, avšak u této otázky se objevují nejčastěji z celého dotazníku také odpovědi nevím (celkem 17). U tvrzení, že není fér brát našim pacientům/klientům cigarety nejsou výsledky ani jedním směrem zcela jednoznačné. Avšak u otázky, zdali je těžké přestat užívat všechny návykové látky najednou se zcela zásadní část účastníků výzkumu přiklonila k odpovědi souhlasím, silně souhlasím, celkem 38 (63 %). Nesouhlasila méně než jedna třetina dotazovaných (23 %). Celkové výsledky okruhu č. 3: Léčba závislosti na tabáku může naše pacienty/klienty poškozovat dosáhly celkově nejnižšího průměru odpovědí dle Likertovy škály, a to 2.85, což se blíží odpovědi nevím. Výsledky by se měli blížit průměru 5 (silně nesouhlasím).

9. Výsledky kvalitativní části výzkumu

Do kvalitativní části výzkumu bylo zapojeno celkem 11 respondentů, kteří se zúčastnili též kvantitativní části studie. Pro výběr respondentů byla využita metoda samovýběru. V následující tabulce č. 3 je udán přehled účastníků výzkumu v kvalitativní části studie podle kódu respondenta, pohlaví a pracovního zařazení. V kvalitativní části výzkumu byl zapojen jeden muž (lékař) a deset žen (lékařka, 1; psychologka, 1; adiktoložka, 1; zdravotní sestry, 7).

Tab. č. 3 Přehled účastníků kvalitativní části studie

Kód respondenta	Pohlaví	Pracovní zařazení
R1	žena	zdravotní sestra
R2	žena	zdravotní sestra
R3	muž	lékař
R4	žena	zdravotní sestra
R5	žena	zdravotní sestra
R6	žena	zdravotní sestra
R7	žena	psycholožka
R8	žena	adiktoložka
R9	žena	lékařka
R10	žena	zdravotní sestra
R11	žena	zdravotní sestra

Výsledky kvalitativní analýzy rozhovorů jsou prezentovány podle 4 určených okruhů semistrukturovaného interview metodou prostého výčtu za pomoci kódů (podkapitoly jednotlivých otázek), které byly přiřazeny podle nejčastěji se vyskytujících odpovědí.

9.1 Postoje a názory k odvykání kouření

U této otázky měli účastníci výzkumu možnost hovořit o postojích a názorech, které považují za důležitá pro jejich osobu v rámci odvykání kouření během léčby jiné primární závislosti. Odpovědi byly různorodé, avšak během rozhovorů se vynořovala některá opakující se témata související s nastavením ideální léčby v rámci střednědobého ústavního pobytu, motivováním samotných zaměstnanců k odvykání kouření a principem dobrovolnosti tuto tematiku řešit během léčby jiné primární závislosti. Z výsledků bylo zřejmé, že se jednotliví účastníci výzkumu o průběhu rozhovorů s největší pravděpodobností informují a témata diskutují.

9.1.1 Ideální léčba

Jak vysvětloval respondent č. 11 „*no samozřejmě, co se týče léčby závislosti na tabáku, tak nejlepší by bylo absolutně nekuřácký prostředí jak na straně pacientů, tak zaměstnanců...to by byl ideál*“. Velmi podobně o problému uvažoval respondent č. 9, když hovořil o tom, že se mu „*velice líbí princip nekuřáckých nemocnic, nastavení nekuřáckého prostředí pro všechny, je nutno v odvykání podporovat i zaměstnance...a umím si představit i situaci, že je bude zaměstnavatel v léčbě finančně podporovat*“ nebo účastník výzkumu č. 1, který hodnotil, že „*bylo by fajn nekuřácké prostředí, měli by se v odvykání podporovat nejen pacienti, ale i zaměstnanci*“. V souvislosti s problematikou odvykání kouření pacient versus zaměstnanec, se opakovaně rozhovory prokazovalo, že to není kontroverzní téma, ale instituce zapojená do výzkumu nad touto problematikou začíná proaktivněji uvažovat, neboť vnímá, že samotné odvykání kouření pouze na straně pacientů, bez zásadních změn na straně zaměstnanců, může být neefektivní, kontraproduktivní, což podporuje názor Králíkové, Češky, Pánkové (2015, p. 1514), že „*zdravotnická zařízení mají nepochybně zdraví podporovat, ne poškozovat, měla by být zcela nekuřácká*“ a dále pokračují konstatováním, že právě zdravotničtí pracovníci jsou „*sami skupinou těch, kterým je třeba pomoci přestat kouřit*“.

Mezi zásadní téma, které se prolínalo rozhovory, patřila otázka jasného ukotvení léčby závislosti na tabáku v rámci instituce. Většina respondentů vnímala, že se s tematikou skutečně pracuje, ale neexistuje jednoznačný koncept, který by byl použitelný pro všechna oddělení, která pracují se závislostí. Respondenti též hovořili o principech, jak to dělat, co má být součástí, kdy začít se skutečným odvykáním u pacientů během pobytové léčby atd. Respondent č. 3 považuje za důležité „*nabízet zcela určitě základní informace a edukaci ohledně závislosti na tabáku...forma musí být zajímavá, nesmí to trvat déle než 30 minut*“. Účastník výzkumu č. 11 hovořil o tom, že „*je nutný jasný rámeček, koncept, multidisciplinarita, jasnej postup od nástupu do léčby, možná už v rámci objednávek pacienty na tohle téma upozornit...prostě, když se to dozví dnem nástupu, tak jsou v odporu*“. Respondent č. 1 navrhoval, že by bylo vhodné nastavit pacienta tak, „*že první a druhý měsíc bude průběžně motivován a třetí měsíc, bude-li skutečně ochotný odvykat, nastavíme denD...není nutný to dělat hned...důležitá je udržitelnost po léčbě*“.

9.1.2 Motivace zaměstnanců k odvykání kouření

V kontextu výše uvedených skutečností bylo ve větší části rozhovorů zcela jednoznačně potvrzováno, že by bylo vhodné motivovat k odvykání kouření nejen pacienty, ale i zaměstnance, neboť jejich nekuřáctví je vnímáno jako prediktor celkově úspěšnějších výsledků odvykání kouření u pacientů. Respondent č. 3 konstatoval zcela jednoznačně, že „*zaměstnanci by měli jít příkladem, tím motivují...nelze dělat skupiny odvykání kouření a zároveň být kuřák...to je kontraproduktivní*“. Účastník výzkumu č. 7 hovořil o tom, že „*určitě by měli být zaměstnanci motivováni, když motivujeme pacienty...stávají se pro*

pacienty pozitivní figurou“. Respondent č. 10 v tomto kontextu odpověděl, že *„zaměstnanci jsou součástí režimové léčby a měli by být pro pacienty vzorem a nemůžou kázat vodu a pít víno, to se pak míjí účinkem*“. Je však důležité zmínit, že ve třech případech nebyl názor o motivování zaměstnanců příliš podporován. Respondent č. 2 se vyjadřoval s rozpaky *„no nevím no...moc s tím nesouhlasím*“ a účastník výzkumu č. 5 hovořil o tom, *„jestli by to vůbec k něčemu bylo...je to téma na tenkém ledě...no určitě nesmí zaměstnanci kouřit společně s pacienty*“. Respondent č. 6 téma reflektoval sdělením, že *„nechápu, proč by měli být zaměstnanci motivováni k odvykání kouření, je to jejich věc, nejsou v léčbě*“. Rozhovory však ve větší míře zrcadlí názor Králíkové (2013a, p.63), že *„nekuřáctví personálu je základním předpokladem pro důvěryhodnou léčbu závislosti na tabáku*“. Nelze však s jistotou konstatovat, že by tento názor byl v rámci dané instituce sdílen jednoznačně všemi zaměstnanci.

9.1.3 Princip dobrovolnosti

Z výsledků provedených rozhovorů lze vyvodit, že většinovým názorem v souvislosti s léčbou závislosti na nikotinu je podpora dobrovolnosti odvykat kouření jak na straně pacientů, tak personálu. Respondent č. 7 popisuje, že *„odvykání kouření musí být dobrovolné, nikdo do toho nesmí být nucen*“. Účastník výzkumu č. 8 hovořil o tom, že *„ten člověk se na to musí cítit, nesmí se nutit, musí být vnitřně motivován*“ a respondent č. 11 vysvětluje, že *„na odvykání musí být člověk nastavený, nesmí se do toho tlačit...musí to být nenásilnou formou*“. Účastník výzkumu č. 6 zcela jednoznačně téma reflektoval slovy, že *„odvykání kouření je každého věc...jak zaměstnanců, tak pacientů...nikoho k tomu namůžeme nutit*“. Pouze respondent č. 9 nesouhlasil s dobrovolností a hovořil o tom, že *„je to závislost jako kterákoli jiná a její důsledky na zdraví jsou zásadní, minimálně polovina kuřáků umírá na důsledky kouření...musí být maximálně motivováni k odvykání...všichni*“.

9.2 Odvykání kouření jako základní princip práce

Z výsledků dotazníku, jehož doména se fokusovala na otázky související s problematikou, zdali je odvykání kouření naše primární práce, bylo zjištěno, že větší část účastníků výzkumu souhlasila s tím, že odvykání kouření patří do léčby jiných závislostí. Taktéž se přikláněli k názoru, že odvykání kouření by se mělo řešit v rámci jiné primární závislosti a pacienti jsou v léčbě také proto, aby se věnovali práci s tímto tématem.

9.2.1 Odvykání kouření jako okrajová tematika

V rámci jedenácti semistrukturovaných rozhovorů se celkem desetkrát objevila odpověď, že tematika odvykání kouření nepatří mezi základní principy práce během léčby jiné primární závislosti, avšak zároveň si účastníci výzkumu mysleli, že kouření není více tolerováno. Respondent č. 11 odpověděl, že odvykání kouření „*rozhodně není základním principem práce, na prvním místě jsou vždy primární závislosti, ty jsou v popředí, kouření je upozaděný*“. V několika rozhovorech se autor setkal se zcela striktní odpovědí, která tematiku odvykání kouření považovala za marginální a při následném inquiry se tazatel již nedočkal odpovědí. V části rozhovorů bylo možno identifikovat důvody, které tuto problematiku marginalizují. Například respondent č. 9 hovořil o tom, že „*je to opravdu okrajové téma, pracuje se s tím, ale nikomu se do toho moc nechce*“, a respondent č. 1 popisoval, že „*základní téma to není...pracuje se s tím okrajově...prostě mi přijde, že v rámci personálu je příliš mnoho závislých...takže velká část personálu má pro kouření pochopení, tolerují ho...prostě se s tím pracuje formálně*“. Pouze jeden respondent uvedl, že léčba závislosti na tabáku patří mezi zásadní principy práce, neboť „*je to závislost jako jakákoli jiná a nelze ji upozadovat vůči primární problematice, kvůli níž pacienti přišli do léčby*“ (respondent 9). Většina účastníků rozhovorů udala, že ač odvykání kouření není téma zásadní, tak zcela určitě patří do léčby jiné primární závislosti, jak např. konstatoval respondent č. 8 „*mezi základní témata to nepatří, spíše druhotný, ale patří to do toho komplexu...no prostě by se na to během léčby kašlat nemělo*“. Toto přesvědčení, že léčba závislosti na nikotinu patří do léčby závislosti, koreluje s výsledky standardizovaného dotazníku a zároveň reflektuje názor, že je podporována integrace a implementace programů odvykání kouření do léčby jiné primární závislosti (Fiore et al., 2008; Knudsen, 2017). Z rozhovorů se též vynořily opakující se faktory, které toto téma mohou marginalizovat, jako je kouření samotných pracovníků a problematika primární závislosti, kvůli které pacienti do léčby skutečně přicházejí.

9.3 Léčba více závislostí současně

Na poli léčby závislosti patří mezi nejzásadnější tematiku názor, že přestat kouřit nebo se o to pokoušet během léčby může negativně ovlivnit průběh léčby jiné primární závislosti, z čehož vyplývá, že nelze léčit více závislostí najednou, což bylo opakovaně různými studiemi vyvráceno (Prochaska, Delucchi, Hall, 2004; Tsoh, Chi, Martens et al., 2011). Výsledky dotazníku ukázaly, že 40 (66 %) respondentů nesouhlasilo nebo silně nesouhlasilo s tím, že nelze léčit více závislostí najednou, avšak 16 (27 %) účastníků výzkumu se spíše přiklápělo k názoru, že je to příliš náročné.

Z jedenácti provedených rozhovorů lze vyvodit, že k názoru ohledně léčby více závislostí najednou, se staví zcela jednoznačně pozitivně 7 respondentů, avšak u 4 účastníků rozhovoru se objevily možné faktory, které mohou tuto tematiku ovlivňovat.

9.3.1 Možnost volby pacienta

U čtyř respondentů se objevovaly názory, že odvykání kouření může být pro pacienty příliš náročné a mohlo by ovlivnit průběh léčby, jejich nálady a výsledky. Například respondent č. 2 popisoval, že „*to musí být pro pacienty strašný přestat se vším...to nedaj*“ nebo účastník výzkumu č. 5 hovořil o tom, že „*pro pacienty je přece těžký přestat se všema závislostma najednou...tuhle jim nechme...to nejde opustit najednou...byli by nervózní, hůř by se s nima pracovalo...stejně by odešli*“. Účastník výzkumu č. 7 o tématu řekl, „*myslím si, že by to pro pacienty bylo příliš náročné...nenutil bych je do toho*“.

9.3.2 Odvykání kouření jako součást léčby

Sedm účastníků výzkumu se zcela jednoznačně přiklonilo k názoru, že pracovat se během léčby jiné primární závislosti musí se všemi závislostmi. „*Zastávám názor, že to jde, ale je to na tom člověku, když už přestat, tak se vším*“ (respondent č. 4). Účastník výzkumu č. 1 hovořil o tom, že „*pracovat se má se vším...má to podobné principy*“.

9.4 Tolerance kouření v rámci léčby jiné primární závislosti

V rámci dotazníkového šetření byla položena otázka, zdali je pro naše pacienty lepší kouřit než užívat návykové látky. Výsledek ukázal, že s tím souhlasilo nebo silně souhlasilo celkem 42 respondentů (70 %), což reflektovaly i semistrukturované rozhovory.

9.4.1 Kouření jako menší zlo

Z provedených rozhovorů vyplývá, že se velmi často objevovali podobné odpovědi, které respondenti dávali u otázky odvykání kouření jako základní princip práce ve smyslu okrajového, marginálního tématu. Všeobecně účastníci výzkumu uváděli, že kouření zásadním způsobem neovlivňuje reálný život oproti užívání jiných návykových látek, nepůsobí takové škody jako jiné drogy. Například respondent č. 8 uvedl, „*určitě je více tolerováno...pacienti tu nejsou kvůli kouření...jsou tu kvůli tomu, že chlastaj, nechoděj do práce, pod vlivem jsou agresivní...a ne, že vyhulej 40 cigaret za den*“. Účastník výzkumu č. 6 uvedl, „*je to víc tolerovaný...prostě okrajový téma...prvořadý je tu alkohol*“. Respondent č. 9 hovořil o tom, „*no tolerovaný, je to prostě úplně normální věc, kterou dělají jak pacienti, tak pracovníci...nezasahuje to tolik do života...jsou sice pravidla, ale nikdo je nedodrhuje, nesankcionuje...je to nereálný...v léčbě kouří 90 % pacientů*“. Respondent č. 4 popisoval, že „*je to okrajový téma...přehlíží se to, je to jediná věc, kterou pacienti mají...vzít jim to, tak jim vemem všechno*“.

10. Diskuze

Tato výzkumná studie byla smíšená (mix-method research design). V kvantitativní části výzkumu byl použit standardizovaný dotazník: Škála postojů k léčbě závislosti na tabáku pro personál zabývající se primárně léčbou jiné závislosti (Hunt, Cupertino, Gajewski et al., 2014), který byl upraven pro potřeby diplomové práce. Dotazník je rozdělen do dvou částí.

První část dotazníku, která se fokusuje na zjišťování základních sociodemografických údajů, není součástí původního standardizovaného dotazníku. Byla doplněna autorem.

Hunt, Cupertino, Gajewski et al. (2014) popisují, že původní dotazník obsahoval 38 položek, které byly kriticky reflektovány s odborníky na odvykání kouření. Postupně byl počet otázek redukován na 29 ve 4 základních doménách. Následovala iniciální konfirmační faktorová analýza (CFA), která určila 21 otázek ve třech základních doménách. V dalším sledu byly provedeny tři konfirmační faktorové analýzy, které určily finální podobu standardizovaného dotazníku s 14 otázkami ve třech doménách. Dále se hodnotily indexy fitu CFI (Comparative Fit Index), RMSEA koeficient (Root Mean Square Error Approximation) a mezipoložková reliabilita vyjádřena hodnotou Cronbachova alfa (Hunt, Cupertino, Gajewski et al., 2014). Zásadním zásahem do standardizovaného dotazníku bylo vyjmutí jednoho z výroků v doméně druhé - mapující tematiku: odvykání kouření není naše práce. Výrok zněl: Programy zabývající se léčbou závislostí by se měly zaměřit na soudně nařízené léčby, ne na odvykání kouření. Za účelem pilotního ověření byl dotazník distribuován deseti pracovníkům ve vybraných adiktologických službách. Z výsledků a následných rozhovorů vyplynulo, že devět z deseti pracovníků neodpovědělo žádnou z nabízených možností. V následných krátkých rozhovorech pracovníci popisovali, že jde o tvrzení, na které neumí odpovědět. Během pilotního ověřování si autor neuvědomil, že pracovníci ve vybraných službách nepracují s klienty, kteří mají soudně nařízenou léčbu v takovém měřítku, jako ve vybrané instituci střednědobé ústavní péče a z obav z narušení vnitřní konzistence dotazníku výrok vyřadil. Zásadním problémem bylo, že autor situaci s vyjmutím daného tvrzení nekonzultoval s vedoucím diplomové práce a zasáhl do standardizovaného dotazníku. Takto mohlo dojít k narušení validity a reliability kvantitativní části výzkumu. Z hlediska výsledků dotazníku autor usuzuje, že vyjmutí výroku nezpůsobilo zásadní distorzi získaných dat. Minimálně výsledky dotazníku nereflektují odpovědi na otázku v dané doméně, což mohlo celkový pohled na tematiku v rámci vybrané instituce ochudit.

Hodnocení jednotlivých tvrzení pomocí Likertovy škály od 1 (silně souhlasím) až 5 (silně nesouhlasím) předpokládá, že odpovědi se v ideálním případě blíží k 5 (silně nesouhlasím). V rámci výsledků se autor spíše zaměřil na sjednocení výsledků v rámci 1 (silně souhlasím) + 2 (souhlasím) a 4 (nesouhlasím) + 5 (silně nesouhlasím), neboť ideální odpovědi silně nesouhlasím se ve výsledcích neobjevovaly, ve většině případů, příliš často.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 60 respondentů z vybrané instituce, kteří pracují v přímé péči s lidmi trpícími závislostí. Bylo to 46 žen a 14 mužů, což obecně odráží celkově vyšší počet žen, které jsou zaměstnány v pomáhajících profesích.

Z výsledků otázky mapující pracovní zařazení účastníků výzkumu lze konstatovat, že největší částí probandů byli středně zdravotničtí pracovníci (celkem 35). Dále bylo do dotazníkového šetření zapojeno 7 adiktologů, 6 lékařů, 5 ošetřovatelů, 6 psychologů, 1 sociální pracovník. V tomto ohledu lze hovořit o multidisciplinárních týmech, které mohou závislost na nikotinu a její léčbu uchopit komprehenzivně (Fiore et al., 2009; SAMHSA, 2018), což podporuje bio-psycho-sociální koncept práce se závislostí.

K otázce, která zjišťovala vzdělávání v oblasti odvykání kouření, odpovědělo pouze 6 respondentů, že prošli certifikovaným kurzem. Celkem 22 účastníků výzkumu se zúčastnilo jednorázového semináře, 6 probandů se setkala s tematikou odvykání kouření během studia. Z výsledků vyplynulo, že celkem 26 respondentů v minulosti neabsolvovalo žádný certifikovaný kurz, jednorázový seminář ani se s tematikou nesetkali během studia, což implikuje vynořující se otázku: Zdali by bylo možné v rámci vybrané instituce zaměstnance podpořit ve vzdělávání v oblasti věnující se závislosti na nikotinu, neboť jak vysvětlují Richter, Choi, McCool (2014), služby, které mají proškolené pracovníky v oblasti odvykání kouření, jsou mnohem aktivnější a efektivnější v poskytování této pomoci. V rámci zjištěných dat v souvislosti se vzděláváním pracovníků na poli závislosti na tabáku lze též přemýšlet o opakovaném vzdělávání v této oblasti, neboť všichni respondenti se setkali s touto tematikou v rámci vzdělávání pouze jednou. SAMHSA (2018) doporučuje opakované a dlouhodobé vzdělávání v oblasti odvykání kouření, neboť proškolení dokáže korigovat mylné představy o léčbě závislosti na nikotinu v rámci problematiky jiné primární závislosti. Například, že odvykání kouření neovlivňuje léčbu primární závislosti, ale ve skutečnosti celkové výsledky zlepšuje (SAMHSA, 2018).

Jak ukázaly odpovědi na otázku ohledně zkušeností účastníku výzkumu s kouřením, do studie bylo zapojeno 17 pravidelných kuřáků, 5 příležitostných kuřáků a větší část probandů, celkem 38, tvořili bývalí kuřáci a nekuřáci. V rámci výzkumu autor nevnímal, že by téma odvykání kouření jak u pacientů, tak zaměstnanců, bylo „kontroverzním“ (Králová, 2018, p. 12) tématem, avšak v jednom z rozhovorů zaznělo, že jako primariát závislosti jsme schopni s touto problematikou pracovat, ale jako instituce nejsme připraveni. Jak konstatuje SAMHSA (2018), pomozme zaměstnancům, kteří chtějí přestat kouřit, oceňujte je za to, a jako vedení instituce podporujte zavádění programů odvykání kouření.

Z výsledků jednotlivých tvrzení první domény lze zhodnotit, že účastníci výzkumu obecně vnímají, že kouření je škodlivé a má zásadní dopad na zdraví pacientů a není méně škodlivé, než užívání návykových látek. V otázce bezprostředního ohrožení je však vnímání o něco více nakloněno k názoru, že samotné kouření pacienty tolik neohrožuje, což může vyvolávat otázku, zdali toto nastavení neovlivní aktuální ochotu věnovat se tématu odvykání kouření během léčby jiné primární návykové látky. U tematiky kouřit versus užívat jiné návykové látky se zcela zásadní část respondentů kloní k názoru, že je lepší kouřit, což může opět vyvolávat otázku, jakým způsobem tento postoj ovlivňuje snahu pracovat s tímto tématem během léčby jiné primární závislosti. Velmi podobně je to s vnímáním kouření versus fungování ve společnosti, což téměř dvě třetiny účastníků výzkumu nepovažují za zásadní problém pro fungování v reálném životě, což opět může vyvolávat otázku, jakým

způsobem tento postoj může ovlivňovat práci s pacienty/klienty při odvykání kouření. V rámci okruhu č. 1: Tabák je méně škodlivý, než jiné návykové látky byl celkový průměr odpovědí 3.03, dle Likertovy škály v rozmezí odpovědí od 1 do 5, což se blíží odpovědi nevím. Výsledky by se měly blížit průměru 5 (silně nesouhlasím). Tento okruh otázek prokazuje ambivalentní postoje u respondentů mezi vnímáním dlouhodobé škodlivosti versus bezprostředním ohrožením, což opět podporuje doporučení SAMHSA (2018), ve kterém je doporučováno opakované a dlouhodobé vzdělávání v oblasti odvykání kouření, neboť proškolení dokáže korigovat mylné představy o léčbě závislosti na nikotinu.

V rámci výsledků odpovědí na výroky druhé domény lze hovořit o tom, že větší část účastníků výzkumu souhlasí s tím, že odvykání kouření patří do léčby jiných závislostí a mělo by se řešit v rámci jiné primární závislosti a pacienti jsou v léčbě také proto, aby se věnovali práci s tímto tématem. Celkový průměr odpovědí u okruhu 2 se blížil průměru 4 (přesně 3.62), tedy odpovědi nesouhlasím. Výsledky by se měli blížit průměru 5 (silně nesouhlasím).

Výsledky otázek třetí domény ukázaly, že se účastníci výzkumu ve větší míře přikláněli k názoru, že cigarety pomáhají pacientům překonávat každodenní stres, není fér jim cigarety brát a přestat užívat všechny návykové látky najednou by bylo pro pacienty náročné, což se odráželo i v samotných semistrukturovaných rozhovorech kvalitativní části studie. Naopak v otázce, zdali odvykání kouření ovlivňuje léčbu primární závislosti, se větší část respondentů přikláněla k názoru, že tomu tak není. Celkové výsledky okruhu č. 3: Léčba závislosti na tabáku může naše pacienty/klienty poškozovat, dosáhly nejnižšího průměru odpovědí dle Likertovy škály, a to 2.85, což se blíží odpovědi nevím. Výsledky by se měly blížit průměru 5 (silně nesouhlasím).

Celkově dotazník ukázal, že postoje a názory respondentů k odvykání kouření jsou ambivalentní. Účastníci výzkumu si uvědomovali, že kouření vážně škodí lidskému zdraví, mělo by se s touto tematikou pracovat, patří do léčby jiné primární závislosti, ale přesto je kouření mnohem přijatelnější než užívání jiných návykových látek a pacienty bezprostředně neohrožuje a pomáhá jim zvládat i tak těžkou situaci během léčby jiné primární závislosti.

V kvalitativní části studie byly provedeny semistrukturované rozhovory s vybranými zástupci personálu instituce, kteří se účastnili také kvantitativní části studie.

V odpovědích u otázky číslo jedna se opakovaně objevovala stejná témata zaměřená na implementaci a integraci ideálního modelu léčby závislosti na nikotinu, problematiku motivace samotných pracovníků k odvykání kouření a principu dobrovolnosti odvykat kouření jak na straně pacientů, tak zaměstnanců. Rozhovory ve větší míře zrcadlily názor Králíkové (2013a, p. 63), že „nekuřáctví personálu je základním předpokladem pro důvěryhodnou léčbu závislosti na tabáku“. Z výsledků otázky číslo dvě bylo zřetelné, že většina respondentů nevnímá odvykání kouření jako základní princip práce během léčby jiné primární závislosti. Tematika byla popisována jako okrajová, což nepodpořilo výsledky dotazníkového šetření, ve kterém účastníci výzkumu hodnotilo, že odvykání kouření patří do léčby jiné primární závislosti. V rámci výsledků celého výzkumu lze hovořit o tom, že tato problematika skutečně do léčby patří, ale je marginalizována. U třetí otázky byly odpovědi celkově rozděleny na dvě varianty. Část respondentů zcela jednoznačně uvedla, že lze léčit

více závislostí najednou. Čtyři účastníci výzkumu měli k otázce ambivalentní postoje, když uváděli, že by to snad šlo, ale je to příliš náročné. U otázky číslo čtyři se respondenti zcela jednoznačně stavěli k názoru, že kouření neovlivňuje pacienty ve všech oblastech života jako jiné návykové látky. Kouření je vnímáno jako menší zlo.

V kontextu výsledků kvalitativní části výzkumu musí autor konstatovat, že výsledky mohly být interpretovány hlouběji. Autor se snažil zaměřit na identifikaci nejčastěji se opakujících odpovědí, což mohlo celkovou interpretaci semistrukturovaných rozhovorů ochudit o hlubší kontext.

V rámci výběru souboru pro semistrukturované rozhovory musí autor zmínit též tematiku samovýběru a selekční bias, kdy se do rozhovorů mohli zapojit pouze jedinci s určitým názorem a ochotou tento názor sdílet, což mohlo ovlivnit výsledky a interpretaci jednotlivých otázek.

V této části je dále nutné diskutovat roli výzkumníka a zaměstnance instituce zároveň, kdy se mohl dostat do střetu zájmů. Tuto problematiku se autor snažil řešit za pomoci dlouhodobé komunikace v souvislosti s provedením tohoto výzkumu, jak s užším vedením, tak se samotnými zaměstnanci. Téma střetu rolí dále autor konzultoval s vedoucím práce a přizpůsobil tomu také použité metody kontroly validity.

Do průběhu výzkumu dlouhodobě zasahovala striktní omezení v souvislosti s epidemií koronaviru SARS-CoV-2, což celý výzkum zásadně prodloužilo a mohlo též ovlivnit výsledky.

11. Závěr

Názory a postoje respondentů k odvykání kouření lze celkově hodnotit z výsledků smíšené studie jako ambivalentní. Problematika odvykání kouření v rámci jiné primární závislosti není vnímána jako téma kontroverzní, ale téma, které není jasně ukotvené. Je považováno za okrajové téma, kvůli kterému pacienti do léčby nepřicházejí.

Účastníci výzkumu vnímají kouření jako škodlivější převážně v souvislosti s poškozením zdraví. Celkově je kouření vnímáno jako problematika, která pacienty zásadně neovlivňuje a nepáchá tak zásadní škody ve všech oblastech života, jako primární návyková látka, kvůli které jsou v pobytové léčbě.

Respondenti výzkumu ve velké míře souhlasili s tím, že odvykání kouření patří do léčby jiných závislostí, mělo by se řešit v rámci jiné primární závislosti a pacienti jsou v léčbě také proto, aby se věnovali práci s tímto tématem, avšak zároveň je tato tematika vnímána jako marginální.

Z výsledků výzkumu bylo zřejmé, že respondenti nevnímají zařazení odvykání kouření do léčby primární závislosti jako negativum pro následné výsledky léčby, avšak ve větší míře podporovali názor, že pacientům kouření pomáhá zvládat už tak těžkou situaci a raději by jim kouření nebrali.

Celkově výzkum ukázal, že ve vybrané instituci není téma odvykání kouření na straně zaměstnanců tabuizovaným tématem a proaktivně se s ním pracuje, což nabízí velké možnosti v budoucnosti implementovat a integrovat jednotný program odvykání kouření na všechna oddělení. Mezi zásadní meze patří ambivalentní názory a postoje respondentů k tomuto tématu.

Ve vybrané instituci tato studie napomohla k otevření diskuse nad tématem, jakým způsobem implementovat a integrovat program odvykání kouření v rámci léčby jiné primární závislosti.

Seznam obrázků:

Obr. č. 1 Okruhy WHO MPOWER. Zdroj: WHO (2019). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic.

Obr. č. 2 Monitorování prevalence užívání tabáku, úspěšnost v globálním měřítku. Zdroj: WHO (2019). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic.

Obr. č. 3 Úmrtí v důsledku kouření globálně (muži). Zdroj: Drope, Schluger, Cahn et al. (2018). *The Tobacco Atlas*. Sixth Edition.

Obr. č. 4 Minnesotská škála odvykacích stavů. Zdroj: Králíková, Češka, Pánková (2015). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku.

Obr. č. 5 Screening užívání tabáku, algoritmus postupu. Zdroj: Upraveno podle Králíková (2013; In: Králíková et al.). Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba.

Obr. č. 6 Motivační rozhovor s kuřákem. Zdroj: Upraveno podle Králíková (2013; In: Králíková et al.). Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba.

Obr. č. 7 Model léčby závislosti na tabáku. Zdroj: Fiore et al. (2009). A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.

Obr. č. 8 Užívání Cytisinu. Zdroj: Karnieg, Wang (2018). Cytisine for smoking cessation.

Obr. č. 9 Sestry pomáhají přestat kouřit. Zdroj: <https://www.slzt.cz/e-learning-sestry>.

Seznam tabulek:

Tab. č. 1 Počty klientů/pacientů podle primární a sekundární návykové látky. Zdroj: Nechanská, B. (2019). Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2018. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Aktuální informace č.3/2019.

Tab. č. 2 Podpora v odvykání kouření pacientům/klientům pojišťovny v roce 2020. Zdroj: <https://www.slzt.cz/prehled-zdravotnich-pojistoven-prispivajicich-na-k>.

Tab. č. 3 Přehled účastníků kvalitativní části studie

Seznam grafů:

Graf č. 1 Porovnání věku dožití kuřáků a nekuřáků mezi lékaři Velké Británie narozenými mezi lety 1900-1930 od věku 35 ti let. Zdroj: Doll, R., Peto, R., Boreham, J., Sutherland, I. (2004). *Mortality in Relation to Smoking: 50 years' Observation on Male British Doctors*. British Medical Journals, doi: 10.1136/bmj.38142.54479.AE (published 22 June 2004).

Graf č. 2 Prevalence kuřáctví mezi muži a ženami v letech 2012-2019. Zdroj: Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M., Skývová, M. (2020). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019*. Státní zdravotní ústav v Praze.

Graf č. 3 Vývoj ve vystavování pasivnímu kouři v domácnosti mezi lety 2012-2019. Zdroj: Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M., Skývová, M. (2020). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019*. Státní zdravotní ústav v Praze.

Graf č. 4 Počty respondentů ve výzkumu podle pohlaví

Graf č. 5 Pracovní zařazení respondentů výzkumu v rámci instituce

- Graf č. 6** Absolvované vzdělávání respondentů v oblasti odvykání kouření
- Graf č. 7** Zkušenosti respondentů s kouřením
- Graf č. 8** Tabák poškozuje zdraví méně než užívání jiných návykových látek
- Graf č. 9** Kouření neovlivňuje naše pacienty/klienty tak bezprostředně jako jiné návykové látky
- Graf č. 10** Závislost na tabáku působí našim pacientům/klientům jen malé problémy, pokud vůbec nějaké
- Graf č. 11** Pro naše pacienty/klienty je lepší kouřit než užívat jiné návykové látky
- Graf č. 12** Kouření neovlivňuje fungování našich pacientů/klientů ve společnosti
- Graf č. 13** Léčba závislosti na tabáku není součástí programu léčby jiných závislostí
- Graf č. 14** Neměli bychom léčit závislost na tabáku, protože proto zde naši pacienti/klienti nejsou
- Graf č. 15** Závislost na tabáku bychom neměli léčit zároveň s jinými závislostmi
- Graf č. 16** Odvykání kouření zhoršuje úzkosti/deprese našich pacientů/klientů
- Graf č. 17** Kouření pomáhá našim pacientům/klientům překonávat každodenní stres
- Graf č. 18** Léčba závislosti na tabáku by zpomalila zotavování našich pacientů/klientů
- Graf č. 19** Není fér brát našim pacientům/klientům tabák
- Graf č. 20** Přestat užívat všechny návykové látky najednou by pro naše pacienty/klienty bylo příliš náročné

Seznam Příloh:

Příloha č. 1 Průvodní dopis.

Příloha č. 2 Informovaný souhlas, základní informace o studii

Příloha č. 3 Výzkumný dotazník

Příloha č. 4 Fageströmův test nikotinové závislosti pro dospělé

Použitá literatura:

Anthenelli, R., M., Benowitz, N., L., West, R., St Aubin, L., McRae, T., Lawrence, D. et al. (2016). *Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial*. The Lancet, Vol. 387(10037), pp. 2507-2520. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30272-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30272-0).

Baca, C. T., Yahne, C. E. (2009). *Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know*. Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 36(2), pp. 205–219. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.06.003>.

Baker, T., B., Piper, M., E., Stein, J., H., Smith, S., S., Bolt, D., M., Fraser, D., L. et al. (2016). *Effects of Nicotine Patch vs Varenicline vs Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks: A Randomized Clinical Trial*. JAMA, 2016, Vol. 315(4), pp. 371-379. DOI:10.1001/jama.2015.19284. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=c15eb975-61be-4a1b-a331-5e1f5ca93c5e%40sdc-v-sessmgr01>.

Benson, F., E., Nagelhout, G., E., Nierkens, V., Willemsen, M., C., Stronks, K. (2016). *Inequalities in the Impact of National Reimbursement of Smoking Cessation Pharmacotherapy and the Influence of Injunctive Norms: An Explorative Study*. Substance Abuse: Research and Treatment, 2016, vol.10, pp.45–53. DOI: 10.4137/SART.S32225. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=3a5e97c0-c8f1-4823-a48c-2a9d8a602fec%40pdc-v-sessmgr03>.

Best, D., Lehmann, P., Gossop, M., Harris, J., Noble, A., Strang, J. (1998). *Eating too little, smoking and drinking too much: Wilder lifestyle problems among methadone maintenance patients*. Addiction Research. Vol.6(6), pp.489-498. Doi: 10.3109/16066359809004367. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=44fc93ca-a7f3-489a-b1b0-cf6cfd2378e5%40sdc-v-sessmgr01>.

Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., Lancaster, T. (2013). *Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 31 May 2013, 2013(5). DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009329.pub2>.

Carter, B., D., Abnet, C. CH., Feskanich, D., Freedman, N., D., Hartge, P., Lewis, C., E. et al. (2015). *Smoking and Mortality — Beyond Established Causes*. The New England Journal of Medicine, Vol. 372(7), pp.631-640. DOI: 10.1056/NEJMsa1407211. Dostupné z: <https://www-nejm-org.ezproxy.is.cuni.cz/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1407211?articleTools=true>.

Cavazos-Regh, P., A., Breslau, N., Hatsukami, D., Krauss, M., J., Spitznagel, E., L., Gruzca, R., A. et al. (2014). *Smoking cessation is associated with lower rates of mood/anxiety and alcohol use disorders*. *Psychological Medicine*, Vol. 44(12), pp. 2523-2535. DOI: 10.1017/S0033291713003206. Published online by Cambridge University Press: 12 February, 2014.

Coe, J., W., Brooks, P., R., Vetelino, M., G., Wirtz, M., C., Arnold, E., P., Huang, J. et al. (2005). *Varenicline: an alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation*. *Journal of medicinal chemistry*, Vol. 48 (10), pp. 3474-3477. Dostupné z: <https://pubs-acrs-org.ezproxy.is.cuni.cz/doi/pdf/10.1021/jm050069n>.

Courvoisier, D., Etter, J., F. (2008). *Using Item Response Theory to Study the Convergent and Discriminant Validity of Three Questionnaires Measuring Cigarette Dependence*. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 22(3), pp. 391–401. DOI: 10.1037/0893-164X.22.3.391. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=2eea84da-548d-4b41-9627-602631dd6c65%40sdc-v-sessmgr03>.

Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Skývová, M. (2019). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018*. Státní zdravotní ústav v Praze. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_alkoholu_cr_2018.pdf

Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M., Skývová, M. (2020). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019*. Státní zdravotní ústav v Praze. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/Zprava_o_uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_Ceske_republice.pdf.

Currie, S. R., Nesbitt, K., Wood, C., Lawson, A. (2003). *Survey of smoking cessation services in Canadian addiction programs*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, (24)59–65, doi:10.1016/S0740-5472(02)00344-6. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00344-6](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00344-6).

Davies, J., B., Ross, A., J., Sudbery, M., V. (2008). *The Fagerstrom test for nicotine dependence and its relationship to NRT use and readiness-to-quit*. *Journal of Substance Use*, Vol. 13(5), pp. 340–348. DOI: 10.1080/14659890802183961. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=2eea84da-548d-4b41-9627-602631dd6c65%40sdc-v-sessmgr03>.

Doll, R., Hill, A., B. (1950). *Smoking And Carcinoma of The Lung. Preliminary Report*. *British Medical Report*, September 30, 1950. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557577/pdf/10063665.pdf>.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., Sutherland, I. (2004). *Mortality in Relation to Smoking: 50 years' Observation on Male British Doctors*. *British Medical Journals*, doi: 10.1136/bmj.38142.54479.AE (published 22 June 2004). Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2362086/>.

Drope, J., Schluger, N., Cahn, Z., Hamill, S., Islami, F., Liber, A. et al. (2018). *The Tobacco Atlas*. Sixth Edition. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/323734563_The_Tobacco_Atlas_Sixth_Edition/link/5b604df1458515c4b25535b7/download.

Escotado, A. (2003). *Stručné dějiny drog*. Praha: Volvox Globator.

Fiore et al. (2009). *A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. American Journal of Preventive Medicine, Vol. 35(2), pp.158-176. DOI: 10.1016/j.amepre.2008.04.009. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.04.009>.

Friedmann, P. D., Jiang, L., Richter, K. P. (2008). Cigarette smoking cessation services in outpatient substance abuse treatment programs in the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*, (34)165–172.

Gilman, S., L., Xun, Z. (2006). *Příběh kouře: Člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*. Praha: Dybbuk.

Gollust, E., S., Schroeder, S., A., Warner, K., E. (2008). *Helping Smokers Quit: Understanding the Barriers to Utilization of Smoking Cessation Services*. *Milbank Quarterly*, Dec2008, Vol. 86 (4), pp.601-627, 27p; DOI: 10.1111/j.1468-0009.2008.00536.x. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=7b65c6d8-1c2e-4c32-a0d0-86bf98ba4aae%40sessionmgr4007>.

Guydish, J., Passalacqua, E., Pagano, A., Martínez, C., Thao, L., Chun, JS et al. (2016). *An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment*. *Addiction*, Feb2016, Vol. 111(2), p220-230. DOI: 10.1111/add.13099. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=85f46364-92bf-4230-815e-78385b454fed%40pdc-v-sessmgr01>.

Guydish, J., Passalacqua, E., Tajima, B., Manser, S., T. (2007). *Staff Smoking and Other Barriers to Nicotine Dependence Intervention in Addiction Treatment Setting: A Review*. *Journal of psychoactive drugs*, 2007 Dec; Vol. 39 (4), pp. 423-33. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=6a7f1a61-db82-4d26-9009-a85d55b4b511%40sdc-v-sessmgr02>.

Hajek, P., Phillips-Waller, B., Przulj, D., Pesola, F., Myers, K., S., Bisal, N. et al (2019). *E-Cigarettes Versus Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation*. *New England Journal of Medicine*, Vol. 380(7), pp. 629-637. DOI: 10.1056/NEJMoa1808779. Dostupné z: <https://www-nejmorg.ezproxy.is.cuni.cz/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1808779?articleTools=true>.

Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod. Analýza a metaanalýza dat*. Čtvrté, rozšířené vydání. Praha: Portál.

Hirayama, T. (1981). *Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan*. *British Medical Journal*, vol.282, pp.183-185. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1503989/pdf/bmjcred00641-0019.pdf>.

Hunt, J., J., Cupertino, A., P., Gajewski, B., J., Jiang, Y., Ronzani, T., M., Richter, K., P. (2014). *Staff commitment to providing tobacco dependence in drug treatment: Reliability, validity, and results of national survey*. *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol.24(2), pp.389-395. DOI:10.1037/a0034389. Dostupné z:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=adfc8eb7-da12-464f-a782-f2a20668414f%40sdc-v-sessmgr03>.

Chabrol, H., Niezborala, M., Chastan, E., Montastruc, J., L., Mullet, E. (2003). *A study of the psychometric properties of the Fagestrom Test for Nicotine Dependence*. *Addictive Behaviors*, Vol. 28(8), pp. 1441-1445. Dostupné z:

[https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00236-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00236-8).

Chromynová, P., Csémy, L., Mravčík, V. (2020). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019*. Zaostřeno 6(5). Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z:

https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33292/1057/Zaostreno%202020-05_ESPAD%202019.pdf.

Kalina, K. et al. (2015.) *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalman, D. (1998). *Smoking cessation treatment for substance misusers in early recovery: A review of the literature and recommendations for practise*. *Substance Use and Misuse*. Vol.33(10), pp.2021-2047. DOI:10.3109/10826089809069815. Dostupné z:

<https://www.tandfonline.com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/pdf/10.3109/10826089809069815?needAccess=true>.

Karnieg, T., Wang, X. (2018). *Cytisine for smoking cessation*. *CMAJ*, 2018 May 14, 190:E596. DOI: 10.1503/cmaj.171371. Dostupné z:

<https://www.cmaj.ca/content/cmaj/190/19/E596.full.pdf>.

Knudsen, H., Studts, CH., Studts, J. (2012). *The Implementation of Smoking Cessation Counseling in Substance Abuse Treatment*. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. Jan2012, Vol. 39(1), pp.28-41. DOI: 10.1007/s11414-011-9246-y. Dostupné z:

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=878c8b39-ad55-4659-83e3-fae0c15709ce%40pdc-v-sessmgr02>.

Knudsen, H., K. (2017). *Implementation of smoking cessation treatment in substance use disorder treatment setting: a review*. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Vol.43(2), pp.215-225. Dostupné z:

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=85d43736-9cda-4460-8603-7f441897d404%40pdc-v-sessmgr01>.

Králíková, E. et al. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira.

Králíková, E. (2013a). *Kouření zdravotníků*. In: Králíková et al.: *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Kap.2.11. Břeclav: Adamira.

- Králíková, E. (2013b). *Historie tabákové pandemie*. In: Králíková et al.: Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Kap.2.1. Břeclav: Adamira.
- Králíková, E. (2013c). *Osobnosti v české historii léčby závislosti na tabáku*. In: Králíková et al.: Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Kapitola 1.2. Břeclav: Adamira.
- Králíková, E. (2013d). *Diagnostika, screening užívání tabáku*. In: Králíková et al.: Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Kapitola 7.1. Břeclav: Adamira.
- Králíková, E. (2013e). *Farmakoterapie-léky první linie*. In: Králíková et al.: Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Kapitola 8.3. Břeclav: Adamira.
- Králíková, E. (2015). *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta a.s.
- Králíková, E. (2015a). *Závislost na tabáku*. In: Kalina et al.: Klinická adiktologie. Kapitola 30. Praha: Grada Publishing.
- Králíková, E., Češka, R., Pánková, A., Štěpánková, L., Volská, K., Felbrová, V. et al. (2015). *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Vnitřní Lékařství, 2015, 61(5, Suppl 1): 1S4-1S15.
- Králíková, T. (2018). *Poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v pobytové léčbě uživatelů návykových látek: studie ve vybraných terapeutických komunitách v ČR*. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Praha, 2018.
- Kulhánek, A. (2017). *Odvykání kouření jako (ne)adiktologické téma?* Adiktologie, September, 17(3), pp.180-181. Dostupné z: https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/editorial_kulhanek-1.pdf.
- Kulhánek, A., Baptistová, A. (2020). *Chemical Composition of Electronic Cigarette E-Liquids: Overview of Current Evidence of Toxicity*. Adiktologie, 20(3-4), pp 137-144; DOI: 10.35198/01-2020-002-0007.
- Kulhánek, A., Mašlaninová, M. (2020). *Pilotní spuštění nekuřáckého detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze*. Adikt. prevent. léčeb. praxi. 2020; 3(2), 106-111.
- Lopez, A., D., Collishaw, N., E., Piha, T. (1994). *A Descriptive Model of the Cigarette Epidemic in Developed Countries*. Tobacco Control (3)242-247. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1759359/pdf/v003p00242.pdf>.
- Lorains, K., F., Cowlshaw, S., Thomas, S., a. (2011). *Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys*. Addiction. Vol.106(3), pp.490-498.DOI:10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=098f199c-82da-4dbf-96e4-d24a15ca2a00%40sdc-v-sessmgr01>.

Minařík, J., Kmoch, V. (2015). *Přehled psychotropních látek a jejich účinků*. In: Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie*. Kap. 2.10. Praha: Grada Publishing.

McCool, R., M., Richter, P., K., Choi, W., S. (2005). *Benefits of and Barriers to Providing Smoking Treatment in Methadone Clinics: Findings from a National Study*. *The American Journal on Addictions*, Vol.14, pp.358–366. DOI: 10.1080/10550490591003693. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=7b65c6d8-1c2e-4c32-a0d0-86bf98ba4aae%40sessionmgr4007>.

Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.

Ministry of Health New Zealand (2014). *The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking*. Published online: 06 June 2014. Dostupné z: <https://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-guidelines-helping-people-stop-smoking>.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Mohr, P., Kopeček, M., Brunovský, M., Páleníček, T. (2017). *Klinická psychofarmakologie*. Praha: Maxdorf-Jessenius.

Nechanská, B. (2019). *Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2018*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Aktuální informace č.3/2019. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008270/ai-2019-03-nrlud.pdf>.

Neubauerová, B. (2013). *Kouření a WHO-přehled rezolucí týkajících se tabáku*. In: Králíková a kol.: *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Kapitola 9.1. Břeclav: Adamira.

Nunnally, J., C., Bernstein, I., H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Peto, R., Lopez, A., D., Boreham, J., Thun, M. (2006). *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*. 2nd edition, revised June 2006. Dostupné z: [https://www.deathsfromsmoking.net/downloadfiles/originalresearch/mortalityfrom-smoking-in-developed-countries-1950-2000-\(2nd-ed.\).pdf](https://www.deathsfromsmoking.net/downloadfiles/originalresearch/mortalityfrom-smoking-in-developed-countries-1950-2000-(2nd-ed.).pdf).

Poirier, M., Canceil, O., Bayle, F., Millet, B., Bourdel, M., C., Moatti, C. Et al. (2002). *Prevalence of smoking in psychiatric patients*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. Vol.26(3), pp.529-537. DOI:10.1016/S0278-5846(01)00304-9. Dostupné z: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/piiS0278584601003049>.

Prochaska, J., J., Delucchi, K., Hall, S., M. (2004). *A Meta-Analysis of Smoking Cessation Interventions With Individuals in Substance Abuse Treatment or Recovery*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2004, Vol. 72(6), pp.1144–1156. DOI: 10.1037/0022-006X.72.6.1144. Dostupné z:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=a752f5ec-cafb-4a26-bda9-ac4e75a71a57%40sessionmgr4007>.

Psychiatrické centrum Praha (2006). *Mezinárodní klasifikace nemocí-10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 3. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R. (2015). *DSM-5. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. První české vydání. Praha: Hogrefe-Testcentrum.

Radzius, A., Epstein, D., H., Gorelick, D., A., Cadet, J., L., Uhl, G., E., Moolchan, E., T. et al. (2003). *A factor analysis of the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)*. Nicotine and Tobacco Research, Vol. 5(2), pp. 141–144. Dostupné z:

<https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1080/1462220031000073289>.

Rajkumari, E., D., Barman, D., Sinka, S., Suranjana, J., Z., Sreeparna, D. (2020). *Nicotine replacement therapy: A friend or foe*. Journal of Family Medicine & Primary Care, Vol. 9(6), pp. 2615-2620. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_313_20. Dostupné z:

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=d47fd9ba-d6a5-4748-8396-c620121bf365%40sessionmgr102>.

Richardson, C., G., Ratner, P. A. (2005). *A confirmatory factor analysis of the Fagerström Test for Nicotine Dependence*. Addictive Behaviors, Vol. 30, pp. 697–709. Dostupné z:

<https://sfx.is.cuni.cz/sfxlcl3?ID=doi:10.1016/j.adbeh.2004.08.015>.

Richter, P., K., Ahluwalia, J., S. (2000). *A case for addressing cigarette use in methadone and other opioid treatment programs*. Journal of Addictive Diseases. Vol (19)4, pp.35-52. DOI: 10.1300/J069v19n04_04. Dostupné z:

https://www.tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/pdf/10.1300/J069v19n04_04?needAccess=true.

Richter, P., K., Hunt, J., J., Cupertino, A., P., Gajewski, B., J., Jiang Yu, Marquis, J. et al. (2017). *Commitment and capacity for providing evidence-based tobacco treatment in US drug treatment facilities*. Substance Abuse, 2 January 2017, Vol.38(1), pp.35-39. DOI: 10.1080/08897077.2016.1265039. Dostupné z:

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=e59204cd-cb74-4d02-b9cc-7fd6f3b4f8a3%40pdc-v-sessmgr04>.

Richter, P., K., Choi, W., S., McCool, R., M., Harris, K., J., Ahluwalia, J., S. (2004). *Smoking Cessation Services in U.S. Methadone Maintenance Facilities*. Psychiatric Services, Nov2004 Vol. 55(11), pp. 1258-1264. DOI: 10.1176/appi.ps.55.11.1258. Dostupné z:

<https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.55.11.1258>.

Rose, J., E., Behm, M., F. (2016). *Combination Varenicline/Bupropion Treatment Benefits Highly Dependent Smokers in an Adaptive Smoking Cessation Paradigm*. *Nicotine & Tobacco Research*, Vol. 19(8), pp. 999–1002. DOI: 10.1093/ntr/ntw283. Dostupné z: <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1093/ntr/ntw283>.

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018). *Implementing Tobacco Cessation Programs in Substance Use Disorder Treatment Settings: A Quick Guide for Program Directors and Clinicians*. HHS Publication No. SMA18-5069QG. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018. Dostupné z: <https://www.quantumunitsed.com/get-material.php?id=770>.

SLZT (Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 2010). *Pracovní postup pro léčbu závislosti na tabáku*. Praha: 2010.

Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál.

Sovinová, H., Csémy, L., Kernová, V. (2014). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let*. Státní zdravotní ústav v Praze. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/TabakAlko2004_2013.pdf.

SÚKL (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2017). *Souhrn údajů o přípravku*. Sp.zn. sukls264050/2017. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0147592&tab=texts>.

SÚKL (2018). *Příbalová informace: informace pro uživatele Nicorette invisipatch 25 mg/16h; transdermální náplast Nicorette invisipatch 15 mg/16h; transdermální náplast Nicorette invisipatch 10 mg/16h*. Sp.zn.sukls420456/2018. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0136132&tab=texts>.

SÚKL (2019). *Příbalová informace: informace pro uživatele Nicorette Spray 1 mg/dávka orální sprej, roztok*. Sp. zn. sukls202113/2019. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0188195&tab=texts>.

Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Hawley, L., N., Aveyard, P. (2014). *Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis*. *British Medical Journal*, Vol. 348. DOI: 10.1136/bmj.g1151. Dostupné z: https://www-jstor-org.ezproxy.is.cuni.cz/stable/pdf/26513852.pdf?ab_segments=0%2Fbasic_search_gsv2%2Fcontrol&refreqid=fastly-default%3A4f7e150890c30d8bd6317dc550a7ca5a.

Tsoh, J., Y., Chi, F., W., Martens, J., R., Weisner, C., M. (2011). *Stopping smoking during first year of substance use treatment predicted 9year alcohol and drug treatment outcomes*. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol.114(2-3), pp.110-118. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2010.09.008. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.09.008>.

Tutka, P., Vinnikov, D., Courtney, J., R., Benowitz, N., L. (2019). *Cytisine for nicotine addiction treatment: a review of pharmacology, therapeutics and an update of clinical trial evidence for smoking cessation*. *Addiction*, Vol. 114 (11), pp. 1951-1969. DOI: 10.1111/add.14721. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=8b81727a-3b2f-4a4b-9231-b147f5914e6d%40pdc-v-sessmgr01>.

Úřad vlády České republiky (2019). *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027*. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Praha, 2019.

Váňová, A., Skývová, M., Csémy, L. (2017). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2016*. Státní zdravotní ústav v Praze. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani tabaku 2016 konecny 17 7. pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_2016_konecny_17_7.pdf).

Váňová, A., Skývová, M., Malý, M. (2018). *Užívání tabáku v České republice 2017*. Státní zdravotní ústav v Praze. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani tabaku 2017.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_2017.pdf).

Walker, N., Howe, C., Glower, M., McRobbie, H., Barnes, J., Nosa, V. (2014). *Cytisine Versus Nicotine for Smoking Cessation*. *Obstetrical and Gynecological Survey*, Vol. 70(4), pp. 255-256. DOI: 10.1097/01.ogx.0000464934.19513.05. Dostupné z: <https://oce-ovid-com.ezproxy.is.cuni.cz/article/00006254-201504000-00014/HTML>.

Walsh, R., A., Bowman, J., A., Tzelepis, F., Lecathelinais, Ch. (2005). *Smoking cessation interventions in Australian drug treatment agencies: a national survey of attitudes and practices*. *Drug & Alcohol Review*. May2005, Vol. 24(3), pp.235-244. DOI:10.1080/09595230500170282. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=e59204cd-cb74-4d02-b9cc-7fd6f3b4f8a3%40pdc-v-sessmgr04>.

Weinberger, A., H., Platt, J., Esan, H., Galea, S., Erlich, D., Goodwin, R., D. (2017). *Cigarette smoking is associated with increased risk of substance use disorder relapse: A nationally representative, prospective longitudinal investigation*. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 78(2), pp.152–160. DOI: 10.4088/JCP.15m10062. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5800400/>.

WHO (World Health Organization, 1970). *WHA23.32 Health Consequences of Smoking*. *Handb. Res.*, 10th ed., 1.7. Fourteenth plenary meeting, 19 May 1970 (Committee A, second report). Dostupné z: https://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha23_32/en/.

WHO (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revision, Geneva, Switzerland.

WHO (2005). *The role of health professionals in tobacco control*. Switzerland: Geneva. Dostupné z: https://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/bookletfinal_20april.pdf.

WHO (2008). *WHO Report on The Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package*. Geneva, World Health Organization, 2008. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789241596282_eng.pdf;jsessionid=0270F9371179728255DC14BD2BA14B31?sequence=1.

WHO (2019). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019*. Geneva: World Health Organization; 2019. Dostupné z: <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/who-report-on-the-global-tobacco-epidemic-2019>.

Zawertailo, L., Hendershot, Ch., S., Tyndale, R., F., Le Foll, B., Samokhvalov, A., V., Thorpe, K., E. et al. (2020). *Personalized dosing of nicotine replacement therapy versus standard dosing for the treatment of individuals with tobacco dependence: study protocol for a randomized placebo-controlled trial*. *Trials*, Vol. 21(1), pp. 1-11. DOI: 10.1186/s13063-020-04532-7. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04532-7>.

Zhong, Z., Zhao, S., Zhao, Y., Xia, S. (2019). *Combination therapy of varenicline and bupropion in smoking cessation: A meta-analysis of the randomized controlled trials*. *Comprehensive Psychiatry*. Vol. 95. DOI: 10.1016/j.comppsy.2019.152125. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152125>.

Ziedonis, M., D., Guydish, J., Williams, J., Steinberg, M., Foulds, J. (2006). *Barriers and Solutions to Addressing Tobacco Dependence in Addiction Treatment Programs*. *Alcohol Research & Health*. 2006, Vol. 29(3), pp. 228-235. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=8d7c79d6-76e5-4e33-80aa-0f8c2578584b%40sessionmgr4006>.

Přílohy:

Příloha č.1

Průvodní dopis

Věc: Žádost o možnost realizace výzkumu za účelem dokončení diplomové práce v rámci studia adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy

Vážená paní,

rád bych Vás tímto požádal o možnost realizovat výzkum na za účelem dokončení diplomové práce v rámci studia adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Práce nese název: **Možnosti a meze poradenství a léčby odvykání kouření u pacientů ve střednědobé ústavní léčbě závislosti na alkoholu.**

Základním cílem je zmapovat postoje a názory pracovníků/pracovnic na všech v otázce odvykání kouření během ústavního pobytu u léčících se pacientů/pacientek. Pro první část výzkumu bude využit standardizovaný dotazník (upravený pro potřeby diplomové práce, zdroj dotazníku z Hunt J., J., Cupertino, A., P., Gajewski, B., J. et al., Staff commitment to providing tobacco dependence in drug treatment: Reliability, validity, and results of a national survey. Psychol Addict Behav 2014; 28(2): 389–395.): **Škála postojů k léčbě závislosti na tabáku pro personál zabývající se primárně léčbou jiné závislosti.** Pro vyplnění tohoto dotazníku bych rád využil metody totálního výběru, tedy dotazník by vyplnili všichni pracovníci, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty/pacientkami, budou-li ochotni. V další části výzkumu bych rád s vybranými pracovníky/pracovnicemi vedl semistrukturované rozhovory, které budou podbarvovat získaná statistická data.

Účast všech participantů ve studii bude dobrovolná. Před zahájením studie budou všichni respondenti informováni o cílech tohoto výzkumu a zapojení do výzkumu bude vázáno informovaným souhlasem, který bude přiložen k základním informacím týkajícím se samotného výzkumu. Součástí bude i dotazník, který je po podepsání informovaného souhlasu možno vyplnit a odevzdat. Vyplnění dotazníku zabere několik minut. Během výzkumu může kdokoli požádat o ukončení spolupráce na výzkumu.

Dotazník bude anonymní, ve smyslu neudání jména, názvu pracoviště, avšak bude nutno zadat pozici v rámci zařízení, pohlaví. Název instituce, pracovišť, ve kterých probíhala studie, nebude v žádných výstupech studie uveden.

V případě jakýchkoli dotazů, které se mohou týkat tohoto výzkumu, se můžete obrátit na jejího řešitele (e-mail: jktlbcolmik@seznam.cz, tel.: 736 413 172) nebo na jeho odborného vedoucího, Mgr. Adama Kulhánka Ph.D. (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2, email: adam.kulhanek@lf1.cuni.cz, tel.: 224 968 273). Na odborného vedoucího se můžete obracet i s případnými stížnostmi nebo připomínkami ohledně výzkumu.

Předem Vám děkuji za posouzení této žádosti.

S pozdravem,

Jan Krejčí

Příloha č.2

Informovaný souhlas, základní informace o studii

Studie „Možnosti a meze poradenství a léčby odvykání kouření u pacientů/pacientek ve střednědobé ústavní léčbě závislosti na alkoholu“

Informace pro respondenty a informovaný souhlas s vyplněním dotazníku a následným možným zapojením do polostrukturovaných individuálních rozhovorů v rámci zpracování diplomové práce:

MOŽNOSTI A MEZE PORADENSTVÍ A LÉČBY ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ U PACIENTŮ/TEK VE STŘEDNĚDOBÉ ÚSTAVNÍ LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovoluji si Vás oslovit s prosbou o vyplnění dotazníku, který mapuje postoje k léčbě závislosti na tabáku u pracovníků/nic, jenž se zabývají primárně léčbou jiných závislostí. Dále si Vás dovoluji požádat o možnost zapojení do následných individuálních polostrukturovaných rozhovorů s vybranými pracovníky/cemi, které budou prohlubovat data získaná z dotazníků. Tento výzkum realizuji v rámci studia adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy pro dokončení diplomové práce.

Cílem tohoto výzkumu není hodnocení kvality práce při odvykání kouření, nýbrž mapování postojů, názorů na odvykání kouření v rámci střednědobého ústavního pobytu pohledem samotných pracovníků/nic. Výsledky by mohly přispět k posílení léčby závislosti na tabáku na vašem pracovišti a ke zvýšení kvality těchto intervencí.

V první části výzkumu je vyplňován dotazník, který je rozdělen do dvou částí. První část obsahuje čtyři otázky. První dvě otázky jsou sociodemografické (pohlaví, pracovní zařazení). Třetí otázka se zaměřuje na absolvování vzdělávání v oblasti odvykání kouření. Poslední otázka mapuje zkušenosti s kouřením u samotných respondentů studie. Druhá část dotazníku obsahuje celkem třináct otázek, které se specificky zaměřují na postoje k odvykání kouření u pracovníků, kteří se zabývají primárně léčbou jiné primární závislosti.

Dotazník bude anonymní, ve smyslu neudání jména, názvu pracoviště, avšak bude nutno zadat pozici v rámci zařízení, pohlaví. Název instituce, pracovišť, ve kterých probíhala studie, nebude v žádných výstupech studie uveden. Po vyplnění a odevzdání budou dotazníky zpracovány pro účely diplomové práce. Během celého procesu budou dotazníky pečlivě uschovány v zamykatelné skříňce, ke které nebude mít přístup nikdo mimo mě (řešitele studie). V druhé části studie budou probíhat polostrukturované rozhovory. Jednotlivé vybrané respondenty budu kontaktovat telefonicky na jejich oddělení. Rozhovor bude nahráván na přenosné zařízení. Veškeré rozhovory budou uloženy v jedné složce, která bude chráněna heslem. Informace získané z dotazníků, rozhovorů budou použity pouze pro účely mé diplomové práce.

Během výzkumu může kdokoli požádat o ukončení spolupráce na výzkumu, aniž by mu to způsobilo jakoukoliv újmu.

Prohlášení účastníka/ce výzkumné studie

Chápu a rozumím výše poskytnutým informacím týkajících se podmínek zapojení do výzkumu.

Souhlasím s:

- 1/ účasti ve výzkumné studii,
- 2/ vyplněním standardizovaného dotazníku,
- 3/ možným zapojením do individuálního polostrukturovaného rozhovoru,
- 4/ využitím získaných dat v anonymizované podobě pro potřeby této výzkumné práce.

Do výzkumné studie se zapojuji dobrovolně. V průběhu výzkumné studie mohu kdykoli bez udání důvodů od zapojení do studie odstoupit bez jakýchkoli důsledků. Veškeré informace, které v rámci výzkumné studie sdělím, budou podléhat anonymitě. Nikdo nebude jmenován. Pro potřeby práce nebude jmenována ani instituce, ve které výzkum proběhl. S údaji bude nakládáno podle zákona 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů.

Pro získání dalších podrobností o výzkumné studii se můžete obrátit na vedoucího diplomové práce Mgr. Adama Kulhánka Ph.D. na e-mail adam.kulhanek@lf1.cuni.cz nebo na autora práce Bc. Jana Krejčího na e-mail jktlbcolmik@seznam.cz. Diplomová práce bude

po jejím přijetí volně dostupná na stránkách 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy,
<https://is.cuni.cz>.

V _____ dne _____ 2020

Podpis účastníka výzkumu

Výzkumný dotazník

Dotazník:

Škála postojů k léčbě závislosti na tabáku pro personál zabývající se primárně léčbou jiných závislostí

Tento dotazník je rozdělen do dvou částí. V úvodní části (A) jsou celkem čtyři otázky zaměřené na sociodemografické charakteristiky, absolvování odborného nebo jiného vzdělávání v oblasti odvykání kouření a Vaše osobní zkušenosti s kouřením. U každé otázky lze zaškrtnout (vyčernit) pouze jednu odpověď. Pouze u otázky zaměřené na absolvování odborného nebo jiného vzdělávání je možno zaškrtnout (vyčernit) více odpovědí.

V druhé části dotazníku (B) je celkem 13 otázek, které mapují postoje k odvykání kouření u pracovníků, kteří se zaměřují na léčbu jiné primární závislosti (Hunt, Cupertino, Gajewski et al., 2014). U každé otázky lze zaškrtnout (vyčernit) pouze jednu odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu postoji.

A/ Základní údaje týkající se respondentky/a

Pohlaví:

- 1 muž
2 žena

Pracovní zařazení:

- 1 lékařka/lékař
2 zdravotní sestra/zdravotní bratr
3 psychologka/psycholog
4 sociální pracovníce/sociální pracovník
5 adiktoložka/adiktolog
6 ošetřovatelka/ošetřovatel

7 jiné zařazení, prosím, vypište:

Absolvovali jste během své praxe odborné nebo jiné vzdělávání v oblasti odvykání kouření?

1 ano, certifikovaný kurz

2 ano, jednorázový seminář

3 ano, přednášky v rámci studia

4 ne, žádné vzdělávání v odvykání kouření jsem neabsolvoval/a

5 jiné, prosím, vypište:

Vyberte, prosím, do které z následujících kategorií byste se zařadil/a:

1 pravidelný kuřák (kouří nejméně jednu cigaretu denně)

2 příležitostný kuřák (kouří méně než jednu cigaretu denně)

3 bývalý kuřák (aktuálně nekouří, během života vykouřil více než 100 cigaret)

4 nekuřák (nikdy nevykouřil 100 a více cigaret)

B/ Škála postojů k léčbě závislosti na tabáku (*Hunt, Cupertino, Gajewski et al., 2014)

U následujících otázek zaškrtněte jednu odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu postoji.

1/ Tabák poškozují zdraví méně než jiné návykové látky:

1 silně souhlasím 2 souhlasím 3 nevím 4 nesouhlasím 5 silně nesouhlasím

2/ Kouření neovlivňuje naše pacienty tak bezprostředně jako jiné návykové látky:

1 silně souhlasím 2 souhlasím 3 nevím 4 nesouhlasím 5 silně nesouhlasím

3/ Závislost na tabáku působí našim pacientům jen malé problémy, pokud vůbec nějaké:

1 silně souhlasím 2 souhlasím 3 nevím 4 nesouhlasím 5 silně nesouhlasím

4/ Pro naše pacienty je lepší kouřit tabák než užívat jiné drogy:

1 silně souhlasím 2 souhlasím 3 nevím 4 nesouhlasím 5 silně nesouhlasím

5/ Závislost na tabáku neovlivňuje schopnost našich pacientů fungovat ve společnosti:

1 silně souhlasím 2 souhlasím 3 nevím 4 nesouhlasím 5 silně nesouhlasím

6/ Léčba závislosti na tabáku není součástí programu léčby jiných závislostí:

1 silně souhlasím 2 souhlasím 3 nevím 4 nesouhlasím 5 silně nesouhlasím

7/ Neměli bychom léčit závislost na tabáku, protože proto zde naši pacienti nejsou:

1 silně souhlasím 2 souhlasím 3 nevím 4 nesouhlasím 5 silně nesouhlasím

8/ Závislost na tabáku bychom neměli léčit zároveň s jinými závislostmi:

1 silně souhlasím 2 souhlasím 3 nevím 4 nesouhlasím 5 silně nesouhlasím

9/ Odvykání kouření by zhoršilo úzkosti a deprese našich pacientů:

1 silně souhlasím 2 souhlasím 3 nevím 4 nesouhlasím 5 silně nesouhlasím

10/ Kouření pomáhá našim pacientům překonávat každodenní stres:

1 silně souhlasím 2 souhlasím 3 nevím 4 nesouhlasím 5 silně nesouhlasím

11/ Léčba závislosti na tabáku by zpomalila zotavování našich pacientů:

1 silně souhlasím 2 souhlasím 3 nevím 4 nesouhlasím 5 silně nesouhlasím

12/ Není fér brát pacientům tabák:

1 silně souhlasím 2 souhlasím 3 nevím 4 nesouhlasím 5 silně nesouhlasím

13/ Přestat užívat všechny drogy najednou by pro naše pacienty bylo příliš náročné:

1 silně souhlasím 2 souhlasím 3 nevím 4 nesouhlasím 5 silně nesouhlasím

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

*Hunt, J., J., Cupertino, A., P., Gajewski, B., J., Jiang, Y., Ronzani, T., M., Richter, K., P. (2014). *Staff commitment to providing tobacco dependence in drug treatment: Reliability, validity, and results of national survey.* Psychol Addict Behav. 2014 Jun; 28(2): 389–395. Published online 2013 Oct 14. doi: 10.1037/a0034389.

Příloha č. 4

Fageströmův test nikotinové závislosti pro dospělé

Odpovězte na následující otázky a spočítejte si body uvedené v závorce. Čím vyšší bodové skóre, tím závažnější je Vaše závislost.

1) Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

- do 5 minut (3 body)
- za 6–30 minut (2 body)
- za 31–60 minut (1 bod)
- po 60 minutách (0 bodů)

2) Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

3) Které cigarety byste se nejméně rád vzdal?

- první ráno (1 bod)
- kterékoli jiné (0 bodů)

4) Kolik cigaret denně kouříte?

- 0–10 (0 bodů)
- 11–20 (1 bod)
- 21–30 (2 body)
- 31 a více (3 body)

5) Kouříte víc během dopoledne?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

6) Kouříte i během nemoci, když musíte ležet v posteli?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

Výsledek testu:

Velmi nízká nebo žádná závislost (0 – 2 body) - Vaše závislost na nikotinu je buď žádná nebo velmi nízká. Abstinenční příznaky jsou zatím velmi slabé a vyskytují se zřídka. K odvykání kouření nepotřebujete žádnou pomoc ani náhradní nikotinovou léčbu. Přestaňte kouřit, dokud se vaše závislost nezvýší.

Nízká závislost (3 – 4 body) - Vaše závislost na nikotinu je stále ještě poměrně nízká, avšak začínáte již čelit některým abstinenčním příznakům. Tento stupeň závislosti je hraniční pro relativní snadnost odvykání. Začněte tedy odvykat, neboť později to již bude jen těžší. Prozatím byste měli vystačit se slabou náhradní nikotinovou léčbou.

Střední závislost (5 bodů) - Jste závislí na nikotinu. Běžně se u vás objevují abstinenční příznaky. Začněte ihned s odvykací kúrou, neboť na tomto stupni již reálně hrozí vznik

zdravotních problémů způsobených kouřením. Pro odvykání vám poslouží silnější náhradní nikotinová léčba.

Vysoká závislost (6 – 7 bodů) – Vaše závislost na nikotinu je vysoká. Kouření přestáváte mít pod vlastní kontrolou. Kromě častých abstinčních příznaků máte vysoké riziko vzniku onemocnění souvisejících s kouřením. Pravděpodobnost úspěšného odvykání je bohužel poměrně nízká. Budete k němu s nejvyšší pravděpodobností potřebovat silnou náhradní nikotinovou léčbu a odbornou pomoc.

Velmi vysoká závislost (8 – 10 bodů) – Jste velmi vysoce závislí na nikotinu. Nad kouřením nemáte kontrolu, ono má pod kontrolou Vás. Čelíte velmi vysokému riziku vzniku onemocnění souvisejících s kouřením. Pravděpodobnost úspěšného odvykání je velmi nízká, neboť máte nepříjemné abstinční příznaky. Hrozí Vám úzkosti, deprese a sklony k alkoholu. K odvykání proto potřebujete nejsilnější nikotinovou léčbu a odbornou pomoc.