

UNIVERZITA KARLOVA

1. lékařská fakulta

Studijní obor: Adiktologie

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví



Kateřina Ťtočková

**Zhodnocení pilotního nekuřáckého provozu na detoxifikačním oddělení
Kliniky adiktologie: dotazníkový výzkum mezi pacienty**

Evaluation of pilot implementation of a Smoke-free Detoxification unit at the
Department of Addictology: questionnaire research among patients

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Adam Kulháněk, Ph.D.

Praha 2021

Prohlášení:

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

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

V Praze dne

Kateřina Štočková

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Adamu Kulhánkovi, Ph.D. za odborné vedení, dále také paní Mgr. Kateřině Lukavské, Ph.D. za cenné rady ke statistické analýze.

Mé díky patří i rodině a přítelovi Bc. Janu Novotnému za podporu a rady v průběhu psaní bakalářské práce.

Identifikační záznam:

ŠTOČKOVÁ, Kateřina. *Zhodnocení pilotního nekuřáckého provozu na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie: dotazníkový výzkum mezi pacienty. [Evaluation of pilot implementation of a Smoke-free Detoxification unit at the Department of Addictology: questionnaire research among patients]*. Praha, 2021. 58 s., 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Mgr. Adam Kulháněk, Ph.D.

Abstrakt

Východiska: Užívání tabáku v ČR je velice rozšířené, prevalence kouření u pacientů adiktologických služeb je mnohem vyšší než v běžné populaci. Kouření tabáku je jednou z hlavních příčin nemocnosti v ČR. Užívání a závislost na tabáku je mezi adiktologickými pacienty stále vnímaná jako minoritní problém. I proto byl v roce 2019 zaveden pilotní nekuřácký provoz na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie.

Cíle: Primárním cílem práce bylo zhodnotit pilotní provoz nekuřáckého detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie mezi hospitalizovanými pacienty. Sekundárním cílem bylo zjistit charakteristiky pacientů (kuřáků) hospitalizovaných na detoxifikačním oddělení a průběh nekouření.

Metodika: Pro výzkum byla použita kvantitativní dotazníková studie. Výzkum probíhal v období od prosince 2019 až do prosince 2020 na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie. Respondenti byli vybíráni kriteriálním záměrným výběrem. Data byla sbírána pomocí tištěných standardizovaných dotazníků. Sesbíraná data byla transkribována do tabulkového editoru MS Excel a byla provedena statistická analýza.

Výsledky: Z výsledků vyplývá, že průměrná míra závislosti respondentů dle FTND dosahuje střední závislosti (5,67). Respondenti častěji a ve větší míře prožívali během odvykání kouření emoční odvykací symptomy oproti fyzickým odvykacím příznakům. Touha kouřit, neboli craving, byla respondenty hodnocena jako nejvíce intenzivní odvykací symptom. Na konci hospitalizace respondenti vykazovali nižší intenzitu abstinčních příznaků než na začátku hospitalizace na detoxifikačním oddělení. Ženy v průběhu hospitalizace uváděly znatelnější zmírnění abstinčních příznaků než muži. Respondenti s žádnou nebo mírnou závislostí dosahovali velmi mírného zmírnění abstinčních příznaků, naopak respondenti se střední závislostí měli až čtyřikrát větší pokles abstinčních příznaků mezi 1. a 2. vlnou oproti první skupině. Ženy se silnou závislostí měli znatelné snížení abstinčních příznaků mezi 1. a 2. vlnou. Muži se silnou závislostí pocítovali v 2. vlně mírně silnější abstinční příznaky než v 1. vlně.

Závěr: Výsledky studie ukazují, že respondenti vykazují střední míru závislosti na nikotinu. Respondenti v průběhu odvykání pocítovali nízké abstinční příznaky a postupem

hospitalizace dochází k jejich snižování. Princip nekuřáckého detoxifikačního oddělení na Klinice adiktologie může sloužit jako inspirace pro další adiktologická zařízení.

Klíčová slova: Detoxifikace – Odvykání kouření – Kouření tabáku – Závislost na tabáku – Ústavní léčba

Abstract

Background: The use of Tobacco is very common among the population of the Czech Republic. It seems, that among patients in addictology treatment, smoking tobacco is more frequent than in the rest of the Czech population. The use of Tobacco and its dependency are still not taken so seriously as other addictions. Therefore in 2019 a pilot operation was implemented of a smoke-free detoxification unit at the Department of Addictology.

Objectives: The primary aim of this work was to assess pilot implementation of smoke-free detoxification unit at the Department of Addictology. The second aim was to find out smoking characteristics of patients (smokers) hospitalized and progress of patients' smoking cessation in detoxification unit.

Methods: For the research a quantitative questionnaire method was used. The research was running from December 2019 to December 2020 at detoxification unit at the Department of Addictology. Responders were chosen by criterion intentional selection. For the research, printed standardized questionnaires were used. Data was transcribed to spreadsheet program MS Excel for statistical analysis.

Results: Research shows that most of the respondents are suffering from medium category of nicotine addiction according to FTND (5,67). Most common withdrawal symptoms among respondents are emotional symptoms unlike physical symptoms. Craving for cigarettes was the most intensely experienced symptom. Respondents had less intense withdrawal symptoms at the end of hospitalization compared to beginning. Women had bigger decrease of withdrawal symptoms during hospitalization than men. Respondents with none or slight tobacco dependence had a very mild decrease of withdrawal symptoms. By contrast respondents with medium tobacco addiction had four times larger decrease during hospitalization. Women with severe tobacco dependence had significant decrease of withdrawal symptoms during hospitalization. Compared to that with severe tobacco dependence had increase of withdrawal symptoms during hospitalization.

Conclusion: Research revealed, that respondents have mostly medium tobacco dependence according to FTND. Withdrawal symptoms among respondents are low and during hospitalization they even decrease. Pilot implementation of a Smoke-free Detoxification unit

at the Department of Addictology could be used as inspiration for another addictology residential treatment.

Key words: Detoxification – Smoking cessation – Tobacco smoking – Tobacco dependence – Residential treatment

Obsah

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Úvod..... | 11 |
| Teoretická část..... | 12 |
| 1 Užívání tabáku..... | 12 |
| 1.1 <i>Formy užívání</i> | 12 |
| 1.2 <i>Zdravotní důsledky užívání tabáku</i> | 18 |
| 1.3 <i>Prevalence užívání tabáku</i> | 19 |
| 2 Závislost na tabáku | 22 |
| 2.1 <i>Dotazníkové nástroje závislosti na tabáku</i> | 22 |
| 3 Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku..... | 24 |
| 3.1 <i>Farmakologická léčba</i> | 24 |
| 3.2 <i>Psychobehaviorální intervence</i> | 27 |
| 4 Duální závislost..... | 31 |
| 4.1 <i>Odvykání od tabáku a jiných návykových látek zároveň</i> | 31 |
| 5 Detoxifikační oddělení Kliniky adiktologie..... | 33 |
| 6 Design výzkumu | 35 |
| 6.1 <i>Cíl</i> | 35 |
| 6.2 <i>Výzkumné otázky</i> | 35 |
| 6.3 <i>Metody výběru</i> | 35 |
| 6.4 <i>Metody sběru dat</i> | 36 |
| 6.5 <i>Metody analýzy dat</i> | 36 |
| 6.6 <i>Etika výzkumu</i> | 37 |
| 7 Výsledky | 38 |
| 7.1 <i>Sociodemografické a jiné charakteristiky souboru</i> | 38 |
| 7.2 <i>Hodnoty abstinčních příznaků v důsledku odnětí tabáku</i> | 40 |
| 7.3 <i>Srovnání abstinčních příznaků u 1. a 2. vlny sběru dat</i> | 42 |
| 7.4 <i>Srovnání míry odvykacích příznaků a míry závislosti na nikotinu</i> | 43 |
| 7.5 <i>Srovnání míry odvykacích příznaků a genderu</i> | 45 |
| 7.6 <i>Srovnání míry odvykacích příznaků, míry závislosti na nikotinu a genderu</i> 46 | |
| 7.7 <i>Souhrn hlavních zjištění</i> | 47 |
| 8 Diskuze a závěr | 49 |
| 8.1 <i>Diskuze</i> | 49 |
| 8.2 <i>Závěr</i> | 52 |
| Použitá literatura a citace..... | 54 |
| Přílohy | 57 |

Seznam zkratk

ČR – Česká republika

ENDS – Electronic nicotine delivery systems

FTND – Fagerström Test of Nicotine Dependence (Fagerströmův test nikotinové závislosti)

CHOPN – Chronická obstrukční plicní nemoc

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MNWS – Minnesota Tobacco Withdrawal Scale (Minnesotská škála abstinenčních příznaků)

NTN – Náhradní terapie nikotinem

SZÚ – Státní zdravotní ústav

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

Kouření tabáku je celospolečenský problém procházející všemi sociálními vrstvami společnosti. V posledních letech můžeme pozorovat změnu trendu v užívání tabáku. Z klasických spalovacích cigaret se přechází na elektronické cigarety či zahřívání tabák s nižší rizikovostí. Kroky protidrogové politiky se snaží zamezit velkému užívání tabáku zvyšováním ceny cigaret, zavedením odrazujícího a varujícího obalu krabičky cigaret nebo zákazem kouření ve veřejných prostorách. Zdá se ale, že v adiktologických službách se takto rychlý posun nekoná. Stále je tabák vnímán odlišně než jiné návykové látky a jeho užívání je tolerováno. Kouření tabáku je stále vnímáno jako menší ohrožení pacienta než alkohol a nealkoholové návykové látky. Výzkumy však ukazují, že užívání tabáku u adiktologických pacientů je častější než u normální populace a přináší uživateli stejná nebo i větší rizika než ostatní návykové látky (Gulliver, 2006). I v návaznosti na výše uvedené byl v rámci pilotního projektu zaveden plně nekuřácký režim na detoxikačním oddělení Kliniky adiktologie. Bakalářská práce na téma „Zhodnocení pilotního nekuřáckého provozu na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie: dotazníkový výzkum mezi pacienty“ má za úkol zmíněný provoz zhodnotit a vznést doporučení k další aplikaci či postupu souvisejícího s omezením tabáku v adiktologických službách. Cílem práce je mimo jiné zodpovědět výzkumné otázky, které se dotazují na míru závislosti na nikotinu u pacientů, nejčastější abstinенční příznaky spojené s odvykáním kouření mezi pacienty, rozdíl v pociťování abstinенčních příznaků u pacientů na začátku a na konci hospitalizace a v neposlední řadě rozdíly pociťování abstinенčních příznaků v důsledku kouření mezi ženami a muži.

Teoretická část popisuje odborné informace ohledně užívání a závislosti na tabáku. Zmiňuje různé možnosti odvykání a léčby závislosti na tabáku zahrnující farmakologickou i psychobehaviorální léčbu. Praktická část je založena především na kvantitativním výzkumu realizovaného formou dotazníkového šetření s pacienty detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie. V této části je představena metodika, průběh a výsledky výzkumu. Závěrem jsou pak výsledky uvedeny do širšího kontextuálního rámce.

Teoretická část

1 Užívání tabáku

První kapitola se věnuje problematice užívání tabáku. Tabák je v České republice velmi rozšířená návyková látka a její užívání je často bagatelizováno. Podle SZÚ se tendence užívání tabáku v ČR oproti předchozím letům snižuje. Z celkového počtu obyvatel v ČR je nyní 24,9 % dospělých kuřáků tabáku a z toho 18,1 % osob užívá tabák denně (Mravčík et al., 2020).

1.1 Formy užívání

Nejčastější formou užívání tabáku je kouření. Konkrétně 19,2 % kuřáků dává přednost klasickým cigaretám. Primárně jiné tabákové výrobky kouří 5,8 % mužů kuřáků a 1 % kuřacek (Csémy et al., 2020). Vdechováním tabákového kouře se nikotin dostává do krve mnohem rychleji než při jiných formách užívání tabáku. Definice kuřáctví se odvíjí od počtu vykouřených cigaret za život. Za nekuřáka označujeme člověka, který nikdy nekouřil nebo vykouřil méně jak 100 cigaret za život. Bývalý kuřák je ten, který během života vykouřil 100 a více cigaret, ale nyní již nekouří. Příležitostný kuřák je označení pro člověka, jež nekouří cigarety denně. Pravidelného (denního) kuřáka klasifikujeme tím, že vykouří minimálně jednu cigaretu denně (Králíková, 2008).

Tabákových výrobků určených ke kouření můžeme najít velké množství, neznámější a nejrozšířenější formou jsou cigarety. Mezi další výrobky patří doutníky, dýmky, vodní dýmky, elektronické cigarety a další, které najdeme rozepsané níže (Králíková in Kalina et al., 2015).

Cigareta

Klasické cigarety obsahují nařezaný nebo jinak upravený tabák, ve kterém nalezneme až 700 tisíc aditiv. Je prokázáno, že některé přidané látky v tabákovém kouři jsou nebezpečné a mohou způsobovat rakovinu (Králíková in Kalina et al., 2015). Aditiva se do cigaret přidávají pro rychlejší a sinější vstřebávání nikotinu, pro typické cigaretové vinutí kouře, překrytí nepříjemného zápachu nebo inhibici dráždění dýchacích cest. Jedna cigareta obsahuje 1-3 mg nikotinu, v otázce jeho vstřebávání však záleží na tom, jak rychle a hluboce kuřák kouř potahuje. Na trhu se nachází nepřeberné množství značek prodávajících cigarety. V obchodech můžeme vidět i cigarety s příchutí, například mentolové cigarety, které jsou v ČR již zakázané (Králíková et al., 2013).

Obrázek 1 *Strojově balená cigareta*



Zdroj: Wikipedia, 2021

Doutník

Doutník je vyráběn ze sušeného a fermentovaného tabáku, který je svinut do tabákového listu (Vavrinčíková, 2012). Oproti cigaretám obsahuje kouř z doutníků více toxických látek. Stejně jako u cigaret jsou ale přidané látky v doutníku kancerogenní. Kouř z doutníků není potřeba vdechovat do plic z důvodu jiného pH než mají cigarety, i tak ale někteří kuřáci kouř do plic špatně potahují. V malých doutnících je v rozmezí 1,3 – 2,5 mg tabáku, v klasických doutnících může být až 17 mg tabáku. V porovnání s cigaretami nedochází k tak rychlému peaku nikotinu, hlavně z důvodu vstřebávání primárně přes ústní dutinu (Králíková et al., 2013).

Obrázek 2 *Doutník*



Zdroj: 3F Prague s.r.o., 2021

Dýmka

Klasická dýmka je nástroj vyrobený ze dřeva nebo jiného materiálu, jehož hlavička se naplňuje tabákem a kouř se vtažuje náustkem (Vavrinčíková, 2012).

Obrázek 3 *Dýmka*



Zdroj: Gairaca s.r.o., 2021

Vodní dýmka

V případě filtrování přes vodu mluvíme o vodní dýmce, kde se kouř přes vodu ochlazuje (Králíková et al., 2013). Vodní dýmka bývá často mylně považovaná za méně rizikovou než klasická cigarety, ale toxicita kouře je skoro totožná. Chladnější kouř umožňuje kuřákovi potahovat větší objem kouře do plic než u výrobků na bázi spalování, tak dochází k většímu vstřebávání nikotinu. Negativní vliv na organismus má i vdechování zplodin, které jsou produkovány při spalování uhlíku. Kvůli hoření uhlíku za nízké teploty je kouř navíc velmi koncentrovaný (Králíková in Kalina et al., 2015). Do vodní dýmky se vkládá silný či slabý tabák s různými příchutěmi, které mohou být velmi atraktivní pro adolescenty. Tabák do dýmky většinou obsahuje 2 – 4 % nikotinu. V případě sdílení jedné vodní dýmky s jinými osobami hrozí uživatelům riziko přenášení infekcí.

Vodní dýmka se skládá z hlavy, těla a skleněné nádoby. Do hlavy se umísťuje vlhký tabák, přikrývá se kovovou korunkou nebo alobalem a na vršek se pokládá zapálený uhlík. Kovové tělo má otvory pro připojení jedné či více hadiček, kterými se kouř inhaluje. K udržení hoření tabáku je poté potřeba intenzivního vdechování kouře. Poslední částí je skleněná nádoba, která se plní vodou nebo v některých případech však i jinou tekutinou (př. mléko, alkohol) (Králíková et al., 2013).

Obrázek 4 *Vodní dýmka*



Zdroj: Shishastyle.cz, 2021

Elektronické cigarety

Elektronické cigarety, neboli e-cigarety patří mezi skupinu ENDS - Electronic Nicotine Delivery Systems (Králíková et al., 2013). Elektronická cigareta funguje na principu vaporizace (neboli odpařování), a to zahříváním k tomu určené tekutiny (e-liquidu) pomocí topného tělesa. Do plic uživatel neinhuluje kouř ze spalování ale aerosol. Aerosol obsahuje méně toxických látek než cigarety, oproti nim nejsou látky v aerosolu kancerogenní, i přes to se nedá hovořit o úplné absenci negativních účinků. E-liquidy, náplně do elektronické cigarety, obsahují propylenglykol, glycerin, aromata, vodu a nikotin. K dostání jsou i nenikotinové formy. Další látky nalezené v náplních jsou aldehydy, stopové prvky, těkavé organické sloučeniny, fenoly, polycyklické aromatické uhlovodíky a těžké kovy, které mohou ovlivňovat tvorbu kouře nebo chuť (Kulhánek & Baptisová, 2020). E-liquidy se na trhu prodávají s velkou škálou příchutí. (Kulhánek & Gabrhelík, 2019).

Obrázek 5 *Elektronická cigareta*



Zdroj: VapeCig, 2021

Zahříváný tabák

Zahříváný tabák má stejně jako elektronická cigareta topné těleso, které zahřívá speciální tabákové náplně. Zmíněná náplň obsahuje nasekané listy tabáku zvlhčené propylenglykolem, glycerinem a vodou. Na trhu se dají sehnat náplně s různým sladkým nebo ovocným dochucením. Z hlediska rizikovosti je zahříváný tabák méně rizikový než klasické cigarety, ale škodlivější než e-cigarety (Kulhánek & Gabrhelík, 2019).

Obrázek 6 Zahříváný tabák- IQOS



Zdroj: Philip Morris ČR a.s., 2021

Bezdýmý tabák (smokeless)

Nelze opomenout ani bezdýmé formy tabáku, a to tabák šňupací a orální. Orální tabák je k dostání ve dvou formách běžný žvýkací tabák a moist snuff. Porcovaný tabák známý jako moist snuff, neboli švédský snus, se prodává ve formě sáčku připomínající čajový pytlík, který se vkládá do úst mezi tvář a dásně (Králíková in Kalina et al., 2003). Užívání porcovaného tabáku je bezpečnější z hlediska rizika rakoviny plic a dalších plicních onemocnění, na která má prokazatelný vliv kouření klasických cigaret. Kvůli užívání přes dutinu ústní hrozí riziko rakoviny, paradontózy či dalších problémů (Králíková et al., 2013). Bylo prokázáno, že užívání snusu zvyšuje riziko rakoviny žaludku, jícnu, slinivky břišní a konečníku. Užívání této formy tabáku se může podílet i na kardiovaskulárních onemocnění jako je zvýšení krevního tlaku, infarkt myokardu nebo mozková mrtvice (Vist et al., 2020). Šňupací tabák se aplikuje vdechem do nosních dutin. Tabák má většinou podobu jemně drceného práškového tabáku, který může být různě aromatizovaný (Vavrinčíková, 2012).

Zdravotní důsledky kouření a užívání tabáku jsou podrobněji rozepsány v následující kapitole.

Obrázek 7 *Moist snuff – porcovaný tabák*



Zdroj: Wikipedia, 2021

Obrázek 8 *Šňupací tabák*



Zdroj: Tabaky.com, 2021

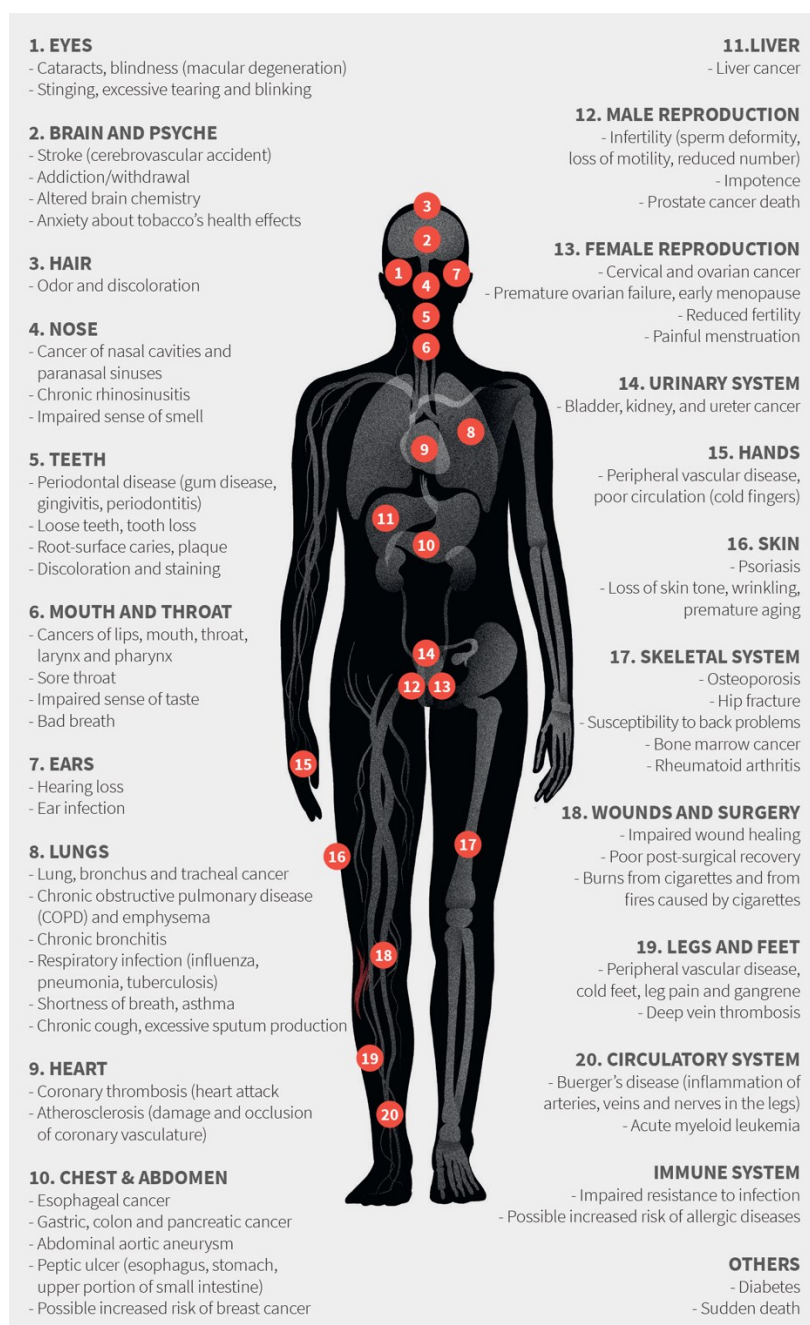
1.2 Zdravotní důsledky užívání tabáku

Hlavní psychotropní složkou tabáku je alkaloid nikotin, který zvyšuje bdělost, možnost soustředění a paměť (Králíková in Kalina et al., 2015). Jak už bylo uvedeno v přechozí kapitole, nejvíce rizikovou formou užívání tabáku je kouření (West, 2017). Mezi krátkodobé účinky užívání tabáku, které pacient shledává jako nepříjemné, patří: zvýšená sekrece slin a žaludečních šťáv, zvýšené pocení, zesílení peristaltiky tlustého střeva, pokles prokrvení periferních cév, podráždění dýchacích cest a další. Při předávkování nikotinem se může objevit bledost, bolest hlavy, pocení, nevolnost nebo zvracení (Kalina et al., 2015).

Uživatelům nikotinu se zvyšuje riziko kardiovaskulárních a rakovinových onemocnění. Samotný nikotin však tyto problémy nezpůsobuje, na vině jsou hlavně přidané látky v tabákovém kouři (West, 2017). Kouření tabáku prokazatelně zvyšuje riziko velkého počtu nemocí, které mohou být fatální. Dle WHO má kouření tabáku každoročně za důsledek předčasné úmrtí přibližně 6 milionů lidí z celé populace. Vdechování tabákového kouře je přímo spojováno s rozvinutím kardiovaskulárních, respiračních a nádorových onemocnění. Mezi nejčastější příčiny předčasného úmrtí kuřáků tabáku patří ischemická choroba srdeční, mrtvice, nádory plic a horních cest dýchacích nebo chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN). Kouření tabáku zvyšuje riziko ztráty zraku a sluchu, osteoporózy nebo onemocnění periferních cév. Kouření negativně ovlivňuje plodnost, a to jak u mužů tak u žen. Samotné kouření v těhotenství je velice závažné, neboť může způsobit nedovyvinutí plodu a zvyšuje riziko samovolného potratu, novorozeneckého úmrtí nebo vyvinutí respiračních onemocnění u dítěte. Vystavení se pasivnímu kouření přináší zvýšení rizika rakoviny, srdečních chorob nebo respiračních problémů (West, 2017). Další zdravotní rizika ukazuje níže obrázek č. 9.

Většina zdravotních problémů souvisejících s kouřením tabáku, pojmenovaných výše, se vyskytuje častěji u starších osob populace (Csémy et al., 2020).

Obrázek 9 Zdravotní důsledky užívání tabáku



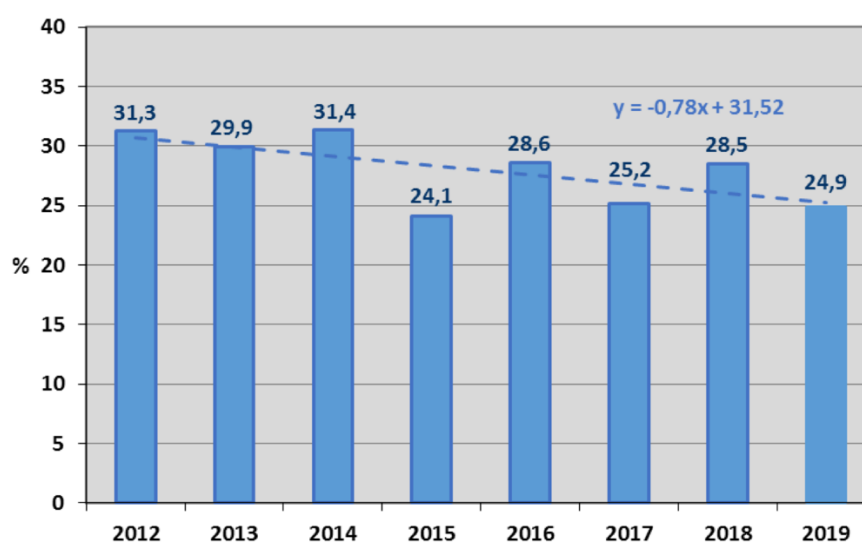
Zdroj: Tobacco atlas, n.d.

1.3 Prevalence užívání tabáku

Přestože byl jasně prokázáný negativní vliv kouření na zdraví člověka, kouření tabáku je v ČR velmi rozšířené. Kouření tabáku je spolu s užíváním alkoholu jednou z hlavních příčin nemocnosti a úmrtnosti v ČR. Svým rozsahem dosáhlo užívání tabáku označení celosvětové pandemie (Csémy et al., 2020). Csémy (2020) uvádí, že z celkového počtu mrtvých v ČR za rok 2019 je připisováno 20 % úmrtí jako důsledek kouření tabáku.

Dle údajů SZÚ z roku 2019, které byly získány reprezentativním výzkumem, je současných kuřáků celkem 24,9 % v populaci ČR. Tři čtvrtiny současných kuřáků užívá tabák denně. Z genderového pohledu je více kuřáků mužů, konkrétně 29 % mužů a 20 % žen. Ze současných kuřáků příležitostně kouří 6,8 %, 8,2 % mužů a 5,5 % žen. Od roku 2018 došlo k mírnému poklesu kuřáků, který ale může být zapříčiněn jen meziročním kolísáním hodnot. Celkově se tendence v kouření od roku 2012 snižuje, což ukazuje níže obrázek č. 10 (Csémy et al., 2020).

Obrázek 10 Prevalence kuřáctví v ČR v letech 2012 – 2019



Zdroj: Csémy et al., 2020

Csémy (2020) uvádí, že největší procento (61 %) kuřáků začalo s pravidelným kouřením tabáku v rozmezí 15 – 19 let věku. Muži začínají kouřit dříve než ženy. Vliv má také věk osob, s vyšším věkem klesá počet kuřáků začínajících pravidelně kouřit. Alarmující je nízký věk začátku pravidelného kouření, 14 a méně let uvádí 6,7 % kuřáků. Z hlediska formy užívání můžeme pozorovat, že v české republice jsou nejvíce užívány cigarety. Jiné výrobky (dýmka, vodní dýmka, doutníky) zabírají v celkovém součtu užívaných forem pouze pětinu (19, 2 %). Většina kuřáků dává přednost průmyslově vyráběným cigaretám, pouze 14 % kuřáků si cigarety balí samostatně. Z uváděné pětiny respondentů užívajících jiné tabákové výrobky, respondenti kouří nejčastěji vodní dýmky. A to především nejmladší věková skupina 15 – 24 let (Csémy et al., 2020).

Do roku 2017 byla největší skupina kuřáků ve věku 15 – 24 let, od roku 2018 je větší prevalence u osob 25 – 44 let. V roce 2019 dokonce můžeme vidět shodnou prevalenci kouření u skupiny osob 25 – 44 a 45 – 64 let (27,9 %). Lze tedy pozorovat, že kuřácká populace stárne a pokračuje pokles kouření u nejmladší populace 15 – 24 let. Z dat vychází, že není patrný rozdíl mezi užíváním tabáku osob žijících na vesnici a ve městě. Zpozorovat můžeme mírné snížení procenta užívání tabáku u respondentů s vysokoškolským vzděláním oproti respondentům s základním či středním vzděláním (Csémy et al., 2020).

2 Závislost na tabáku

Králíková (2015) popisuje závislost jako chronické, recidivující a letální onemocnění. Závislost a užívání tabáku se týká osob různého věku, genderu či sociálních poměrů. Nenalézáme zde tak jednu konkrétně vyhraněnou skupinu pacientů, jak tomu je například u jiných návykových látek. Závislost na tabáku je definována v Mezinárodní klasifikaci nemocí v 10. revizi (MKN-10) pod kódy F17.0 – F17.9. F17 kóduje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku. Specifikující čísla popisují dovětek: škodlivé použití (F17.1), syndrom závislosti (F17.2), odvykací stav (F17.3) nebo neurčené duševní poruchy a poruchy chování (F17.9) (Králíková et al., 2013).

Závislost na tabáku má fyzickou a psychosociální složku. Psychosociální závislost můžeme chápat jako naučené rituály kouření, kdy má kuřák při odvykání potřebu v určitých situacích si zapálit cigaretu (pokud je toto zvolený typ užívání tabáku kuřáka). Příkladem může být zapálení cigarety u kávy, po jídle, kouření při stresu nebo při odpočinku (Králíková et al., 2013). Druhou složkou je fyzická závislost na nikotinu. Fyzická závislost vzniká zmnožením receptorů v mozku, konkrétně ve ventrální tegmentové oblasti, která je zapojena mimo jiné do procesů kognice nebo motivace. Při závislosti zde dochází k zmožení acetylcholinových (acetylcholin - nikotinových) receptorů. Tabákový kouř (některé jeho složky) zvyšuje syntézu inhibitorů MAO, což vede k vyšší hladině dopaminu v synapsích. Dopamin u kuřáka vyvolává pocit odměny po vykouřené cigaretě (Králíková et al., 2013).

2.1 Dotazníkové nástroje závislosti na tabáku

Pro zjištění míry závislosti na tabáku se v praxi využívá mnoho testů. Níže jsou z nich vybrány a popsány dva dotazníky, které byly využity ve výzkumu této bakalářské práce.

Fageströmův test

Fageström Test of Nicotine Dependence (FTND) byl publikován v roce 1991. Jeho účelem je provádění krátkých a orientačních vyšetření závislosti na nikotinu. Probíhá většinou ve vedení lékaře. Dotazník sestává z 6 otázek zaměřujících se například na počet vykouřených cigaret za den, frekvenci užívání, kouření v určité části dne a další (Heatherton et al., 1991). Otázky jsou uzavřené a nabízejí 2 nebo 4 možnosti odpovědi. Podle odpovědi je u každé otázky přidělen počet bodů 0-4, které se na konci dotazníků sčítají. Součástí dotazníku je tabulka vyhodnocení, která umožňuje lékaři (popřípadě kuřákovi) hned zjistit

orientační míru závislosti na kouření. Míra závislosti se vyhodnocuje v pěti kategoriích na škále velmi nízká nebo žádná závislost až velmi vysoká závislost. Maximální počet získaných bodů je 10, minimum je 0. Dotazník lze využít pro dospělé i adolescentní kuřáky. Vyplnění zabere 5 - 10 minut (Klinika adiktologie, 2019).

Minnesotská škála abstinenčních příznaků

Minnesota nicotine withdrawal scale (MNWS) je dotazník, který se využívá k hodnocení výskytu a intenzity abstinenčních příznaků v průběhu odvykání. Kuřáci jej mohou vyplňovat sami nebo s pomocí lékaře. Dotazník obsahuje 15 otázek popisujících abstinenční příznaky odvykání kouření jako: zlost, úzkost, touha kouřit (craving), zvýšená chuť k jídlu, kašel, nevolnost, bolení v krku a další (Hughes, 2009). Respondenti mají za úkol u každé otázky zhodnotit, v jaké míře daný abstinenční příznak pociťovali v důsledku odvykání kouření za posledních 24 hodin. Využívána je škála bodů 0 – 4. Maximum získaných bodů je 60, minimum 0. Výhoda zmíněného dotazníku je jeho stručnost a výstižnost. V průběhu odvykání kouření lze poskytnout MNWS kuřákům i vícekrát (Štěpánková, n.d.).

3 Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku

Zanechání kouření má na lidský organismus příznivé účinky, přestane-li kuřák v jakémkoliv věku. Některých pozitivních změn, jako snížení hladiny oxidu uhelnatého, si můžeme všimnout již několik hodin po poslední cigaretě. Dalších zlepšení, kterých si kuřák může všimnout sám, přichází v průběhu několika měsíců, a to zmírnění kašle nebo zlepšení vnímání chuti. V dalších letech od zanechání kouření se prokazatelně snižuje riziko kardiovaskulárních a onkologických onemocnění (Piha, n.d.).

Abstinenční příznaky po vysazení nikotinu mohou kuřáci začít pociťovat již po jednotkách hodin od vykouření poslední cigarety. Nepříjemné stavy zahrnují velmi silnou chuť na cigaretu (craving), podrážděnost, netrpělivost, špatnou náladu, poruchy soustředění, úzkost nebo neklid (Kalina et al., 2015). Odvykací příznaky mohou kuřáci vnímat od třech týdnů až po tři měsíce. Délka pociťování abstinčních příznaků je velmi individuální. Nejsilnější odvykací příznaky kuřáci obvykle pociťují první týden odvykání (Česká koalice proti tabáku, 2017).

Léčba závislosti na tabáku se osvědčuje napříč různými populacemi. Pacientům by měl pracovník vždy doporučovat úplnou abstinenci, k dosažení cíle je však efektivní i redukce užívání (například snížení vykouřených cigaret za den na polovinu). Předpokladem úspěšné léčby je motivace pacienta a chuť přestat s kouřením, pracujeme však i s pacienty, kteří nechtějí začít odvykat. V rámci léčby je důležité nabídnout každému kuřákovi konzultaci, alespoň formou krátké intervence a farmakologie (pokud k ní nejsou kontraindikace). Výzkumy ukazují, že správná kombinace farmakoterapie a intervencí zvyšuje pravděpodobnost trvalé abstinence. Léčba závislosti na tabáku je velmi ekonomicky výhodná oproti léčení nemocí kuřáků způsobených kouřením (Králíková, 2008).

3.1 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba je důležitou součástí léčby závislosti na tabáku a měla by být plně hrazena ze zdravotního pojištění (Králíková et al., 2013). Vhodná je pro všechny pacienty, kteří chtějí odvykat od kouření. Účinná je zvláště pro pacienty, kteří kouří 10 a více cigaret denně, první cigaretu si zapalují do hodiny po probuzení nebo často recidivují. Farmakologická léčba pacientovi nezabraňuje kouřit, ale zabraňuje abstinčním příznakům, které často vedou k relapsu. K trvalé abstinenci a změně životního stylu je potřeba kombinace farmakoterapie a psychobehaviorální intervence (Králíková, 2015). Mezi takzvané léky první linie, popsané níže, patří: vareniklin, bupropion, náhradní

nikotinová léčba - nikotinová žvýkačka a pastilka, nikotinový inhalátor a nosní sprej (Králíková, 2008).

Vareniklin

Vareniklin neboli Champix je parciálním agonistou nikotinových acetylcholinových receptorů a agonistou nikotinu. Po užití se vareniklin naváže na receptory pro nikotin a do nukleus accumbens se vyplaví dopamin jako při kouření. Nedochozí k tak rychlému vrcholu dopaminu jako po vykouření cigarety, ale dopamin se vyplavuje postupně v období několika hodin. Pacienti užívající vareniklin nepocítují odvykací příznaky ani nutkavou potřebu zapálit si cigaretu. Vareniklin působí také jako antagonist a to znamená, že při užívání léku a současném kouření jsou receptory v mozku již obsazené vareniklinem. Po potažení z cigarety se nikotin nemá kam navázat, a tak nedochází k vyplavování dopaminu a klasického pocitu „odměny“ (Králíková et al., 2013). První balení pro pacienta obsahuje tablety na 2 týdny. Den zanechání kouření (den D) by měl být naplánován po 8 dnech od nasazení vareniklinu. Celková doba užívání se doporučuje nejméně 3 měsíce, ideálně 6 a více měsíců (Králíková et al., 2013). Mezi nežádoucími účinky užívání vareniklinu patří nauzea (často ihned po spolknutí tablety), poruchy spánku a neobvyklé sny. Ve velmi výjimečných případech může dojít k zhoršení nebo vzplanutí psychiatrických onemocnění pacienta jako schizofrenie nebo bipolární porucha. Kontraindikací vareniklinu je těhotenství (West, 2017; Kráčíková et al., 2013; Kráčíková, 2015).

Bupropion

Bupropion byl původně používán jako antidepresivum, nyní je indikován i pro pacienty se závislostí na tabáku, kteří nemají deprese. Lék je vhodný pro kuřáky, neboť snižuje chuť kouřit a intenzitu abstinčních příznaků. Funguje díky blokování neurálního zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu, a současného blokování nikotinových receptorů (Kráčíková et al., 2013). Bupropion se musí začít užívat jeden až dva týdny před zanecháním kouření. Lék by se měl podávat nejméně osm týdnů (Kráčíková, 2015). Bupropion dle výzkumů zdvojnásobuje úspěšnost trvalé abstinence kouření. Mezi vedlejší účinky patří nespavost, sucho v ústech, bolest hlavy, zácpa nebo nauzea. Ve velmi výjimečných případech se u pacientů objevují křečové stavy (Piha, n.d.). Kontraindikací užívání bupropionu je diagnóza epilepsie, bulimie, anorexie, bipolární afektivní poruchy, jaterní onemocnění nebo těhotenství (Kráčíková, 2015).

Náhradní terapie nikotinem (NTN)

NTN představuje nahrazení nikotinu jinou formou, než jakou pacient užíval nikotin. Principem je minimalizace abstinčních příznaků a rizik, které s sebou nese kouření tabáku. Na trhu je mnoho přípravků: žvýkačky, pastilky, náplasti, ústní spreje, inhalátory a další. Přípravky NTN jsou volně dostupné ke koupi v lékárně a účinnost jednotlivých forem je podobná (Králíková, 2015). Kuřák si sám může vybrat jakou formu bude užívat nebo mu odborník může zvolit nejvhodnější typ. U silných kuřáků se doporučuje kombinace náplastí, které uvolňují nikotin pomalu v delší době, a ústní formy NTN, u které je uvolňování nikotinu rychlé a zažene tak kuřákovu momentální chuť na cigaretu. Z nikotinových žvýkaček se nikotin vstřebává rychleji než z náplastí za podmínky, že se dodrží správný způsob užívání. Vedlejší příznaky užívání nikotinových žvýkaček mohou zahrnovat gastrointestinální potíže nebo škytavku. Nedoporučuje se současně s žvýkačkou užívat kávu nebo kyselé nápoje. Další ústní formou NTN jsou nikotinové pastilky a podjazykové tablety. V průběhu 30 minut pastilky uvolňují 2 mg až 4 mg nikotinu. Jako vedlejší účinky popisují kuřáci pocit pálení v ústech, suché rty, bolest v krku nebo kašel. Nosní nikotinový sprej nejvíce napodobuje kinetiku nikotinu v těle kuřáka (ze všech forem NTN). Vedlejší účinky nosního spreje zahrnují pálení v ústech, kašel nebo podráždění nosu. Nikotinové náplasti mají oproti žvýkačkám dlouhodobější uvolňování nikotinu. Náplasti určené na 16 nebo 24 hodin za tuto dobu uvolní přibližně 7 až 22 mg nikotinu. Vedlejším účinkem náplastí může být zarudnutí a podráždění kůže (Piha, n.d.). Kontraindikací přípravků NTN jsou kardiovaskulární onemocnění nebo těhotenství (Králíková, 2015).

Defumoxan

Defumoxan (účinná látka cytisin) je nový lék na českém trhu. Pomáhá s odvykáním kouření, zmírňuje abstinční příznaky a snižuje chuť na nikotin. Léčba trvá 25 dní, lék se může užívat 5 dnů před dnem D (zanecháním kouření). Jedno balení obsahuje 100 tablet a stačí na celých 25 dní léčby. Pořízení je možné volně v lékárně bez lékařského předpisu (Aflofarm Czech Republic s.r.o., n.d.).

Kombinace různých forem farmakologie prokazatelně zvyšuje úspěšnost léčby. Současně lze užívat různé formy NTN (například pastilky a náplasti) nebo NTN s bupropionem. Vždy je důležité posoudit stav pacientových odvykacích příznaků, výskytu negativních účinků nebo jeho preference (Králíková et al., 2013).

3.2 Psychobehaviorální intervence

Společně s farmakoterapií jsou důležitou složkou léčby intervence, v případě intenzivních intervencí dosahuje až 35 % kuřáků úspěšné abstinence. Krátké intervence do 10 minut by měl provádět každý lékař, jehož pacient je kuřák tabáku. Rozhovor by se měl skládat z pokusu pacienta motivovat a vysvětlení souvislostí kouření s nepříznivým zdravotním stavem. V případě, že je pacient motivovaný k zanechání kouření, je důležité hovořit s ním o jeho nejčastějších kuřáckých situacích a vymyslet s ním společně náhradní řešení nebo doporučit farmakologickou léčbu (Králíková, 2008). Schéma intervence dle Králikové (2013) by se mělo skládat z přípravy pacienta na odvykání, stanovení dne D (ideálně do 14 dnů) a rady kuřákovi k odstranění všech tabákových výrobků a příslušenství ke kouření ze svého domova. Dalším bodem intervence je správné nastavení farmakoterapie, které snižuje abstinenci příznaky a zvyšuje úspěšnost léčby. Důležitým krokem je hovořit s kuřákem o jeho naučených kuřáckých situacích a společně vymyslet, jak v nich cigaretu nahradit. K předchozímu bodu patří i příprava kuřáka na velmi rizikové situace, například negativní náladu (stres, nuda), kuřáckou společnost, pití alkoholu nebo craving (Králíková et al., 2013).

Obecná rada k vedení krátké intervence u kuřáka se označuje jako 5P (původně v angličtině 5A). Zahrnuje 5 bodů: ptát se, poradit, posoudit, pomoci a plánovat. Více rozepsané body k vedení krátké intervence jsou v tabulce č. 1. V případě časové nutnosti lze použít i krátkou intervenci o třech bodech zvanou ABC z anglického ask – zeptat se na kouření, bief advice – doporučit kuřákovi přestat a podpořit ho v abstinenci, cessation support – nabídnou kuřákovi léčbu a předat kontakty na další zařízení (Králíková, 2015).

Tabulka 1 Krátká intervence při odvykání kouření – 5P

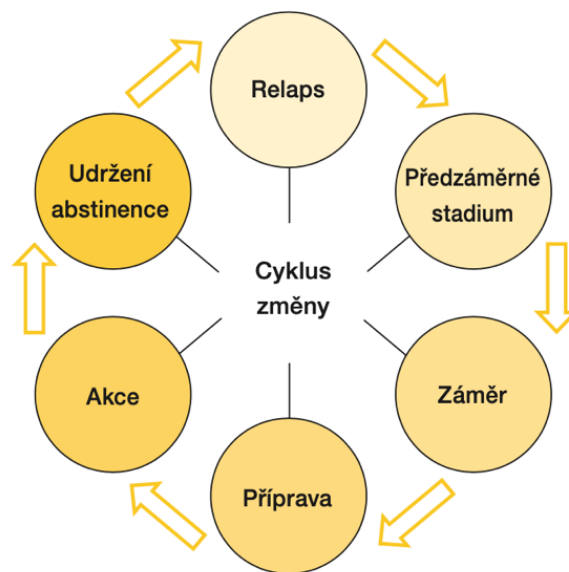
| Barevně zvýrazněné jsou podstatné 3 body ve zkrácené formě. | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Ask – Ptát se | Ptát se na kuřáctví a zaznamenat do dokumentace, záznam aktualizovat: 1. od kolika, případně do kolika let věku kouří/kouřil 2. co kouří, případně jiná forma tabáku 3. kolik cigaret denně, případně týdně |
| 2. Advise – Poradit | Poradit, jasně doporučit kuřákům přestat |
| 3. Assess – Posoudit | Posoudit ochotu přestat; nechce-li, je možná jen motivace: vysvětlit adekvátním způsobem výhody nekuřáctví v jejich konkrétním případě (např. vzhledem k jejich klinickému nálezu, diagnóze, obtížím, prognóze) pokud nechce přestat, motivovat (5R), jinak intervence končí, při další návštěvě opakujeme (empaticky!) |
| 4. Assist – Pomoci | Pomoci těm kuřákům, kteří chtějí přestat, v rámci svých časových možností, což může znamenat nabídku podpory (předem si připravit náhradní činnost pro kuřácké situace), doporučení farmakoterapie (vareniklin, NTN a/nebo bupropion) a správnou informaci o jejich použití a účinku, eventuálně doporučení do specializovaného centra pro závislé na tabáku |
| 5. Arrange follow up – Plánovat | Plánovat kontrolní návštěvy |

Zdroj: Králíková, 2008

Profesionální pracovník zabývající se léčbou tabáku (adiktolog, vyškolený lékař, psycholog nebo jiný klinický pracovník) by měl s pacientem provádět delší intenzivní psychobehaviorální terapii (Králíková, 2015). Pro správnou intervenci je nutné zjistit v jakém stádiu cyklu změny se pacient nachází. Cyklus změny vytvořený Prochaskou a DiClementinem zahrnuje šest fází, které jsou zobrazené na obrázku č. 11. Předzáměrné stadium ukazuje, že kuřák ještě neuvažuje přestat kouřit. Cílem intervence je v tomto případě upozornit kuřáka na negativa kouření tabáku a nabídnou pomoc či kontakty, kdyby se v budoucnosti rozhodl zanechat kouření. Ambivalence postojů ke kouření značí u kuřáka druhé stadium záměru. Během rozhovoru je důležité poskytnout podporu odvykání a nabídnout kontakty, kam se může klient obrátit. Třetí stadium se nazývá přípravné, kuřák je připraven zanechat kouření, potřebuje od pracovníka podpořit a pomoci naplánovat další kroky k abstinenci. Akce, jak už název napovídá, je stadium, ve kterém klient přestává

kouřit, cílem intervence je klienta ocenit a sledovat sestavený plán. Předposlední stadium, udržení abstinence, vyžaduje velkou disciplínu a trpělivost. Pracovník by měl kuřáka podporovat a poukazovat na pozitivní zdravotní efekty, které abstinence od kouření přináší. Poslední fází je relaps, který je neodmyslitelnou součástí cyklu změny. V kuřákovi by relaps neměl vyvolat nechuť a pocity zklamání, ale naopak zážitek či zkušenost, ze které se může poučit. Pracovník by měl poukázat na úspěch alespoň krátkodobé abstinence a motivovat pacienta k opětovnému zanechání kouření a poučení se z minulých chyb (Piha, n.d.).

Obrázek 11 *Cyklus změn, Prochaska a DiClemente*



Zdroj: Piha, n.d.

V případě, že pacient nechce přestat s kouřením, ze strany pracovníka je snaha zvýšit pacientovu vlastní motivaci. Metoda z 5R, sloužící k zvyšování motivace u pacienta, zahrnuje pět bodů: relevance – najít důvody zanechání kouření relevantní k pacientu samotnému, risk – pojmenovat negativní účinky kouření, které pacient pocítuje nebo by mohly zhoršit jeho zdravotní stav, rewards – sdílet s kuřákem pozitiva, která zanechání kouření přináší, roadblocks – pojmenovat překážky v odvykání kouření a poskytnout poradenství a poslední repetition – opakovat motivační intervence při dalším kontaktu (Králíková, 2015). Všechny popsané kroky jsou zobrazeny v tabulce 2.

Tabulka 2 Metoda 5R - Podpora motivace odvykání kouření

| | |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| relevance | podpořit pacienta v hledání důvodů proč přestat kouřit specifických pro něj (zdravotní stav, rodinná situace apod), relevantně vzhledem k věku či vzdělání |
| risks | identifikace potenciálních negativních dopadů kouření v souvislosti s pacientovou diagnózou, prognózou, zdůraznění relevantních zdravotních rizik |
| rewards | identifikace potenciálních přínosů zanechání kouření relevantně k danému pacientovi (zlepšení zdraví, chuti, čichu, úspora apod) |
| roadbloks | identifikace možných překážek v odvykání (abstinenční příznaky, obava ze selhání, přírůstku hmotnosti, deprese, nedostatku podpory, nedostatek informací o možnostech léčby apod) a poskytnout cílené poradenství |
| repetition | motivační intervenci opakovat při každém klinickém kontaktu s nemotivovaným pacientem sdělit pacientům, kteří mají za sebou neúspěšné pokusy, že je většinou potřeba více pokusů, než se podaří přestat kouřit |

Zdroj: Králíková, 2008

4 Duální závislost

Duální závislost je v adiktologických kruzích často zmiňovaný termín závislosti na dvou látkách současně. Velmi častá je závislost na tabáku a jiné návykové látce. Dle Králíkové (2015) je mozek kuřáka náchylnější k vytvoření závislosti než mozek nekuřáka, tomu odpovídá i prevalence kuřáků mezi závislými klienty (Králíková in Kalina et al., 2015). Gulliver (2006) uvádí, že až 80 % alkoholiků kouří cigarety. Kuřáci tabáku mají oproti nekuřákům běžné populaci třikrát větší riziko vytvoření závislosti na alkoholu.

Dříve bylo léčení závislosti na tabáku společně s primární závislostí považováno za neefektivní a zatěžující pacienta. Mnohočetné zahraniční výzkumy naopak poukázaly na benefity zanechání kouření například zlepšením somatického stavu pacienta nebo i zvýšením účinnosti léčení primární závislosti (Kulháněk & Mašlaniová, 2020). S nápadem léčení duální závislosti v ČR přišel již v 60. letech 20. století docent Jaroslav Skála, který chtěl zlepšit zdravotní stav svých pacientů, a snažil se tak řešit závislost na kouření i alkoholu současně (Králíková in Kalina et al., 2015).

4.1 Odvykání od tabáku a jiných návykových látek zároveň

U pacientů závislých na alkoholu je velmi častá komorbidita kouření tabáku. Kuřáci tabáku mají oproti nekuřákům v běžné populaci třikrát větší riziko vytvoření závislosti na alkoholu. Léčba závislosti na tabáku v prostředí určenému k léčení alkoholové závislosti není bohužel v ČR běžná. Mezi nejčastější překážky z pohledu odborných pracovníků patří rozsáhlé mýty ohledně tohoto tématu (Gulliver, Kamholz, & Helstrom, 2006).

Gulliver (2006) popisuje data kde 60 – 75 % pacientů v alkoholové léčbě kouří tabák, okolo 50 % pacientů je zároveň těžkými kuřáky, přesto léčba závislosti na tabáku v mnoha zařízeních chybí. Jednou z obav personálu a vedení léčebného zařízení je přesvědčení, že kuřáci léčící se v zařízení nemají zájem o léčbu závislosti na tabáku ani schopnosti jí zvládnout. Často však můžeme vidět odvykání nebo léčbu závislosti dvou látek najednou například alkoholu a marihuany zároveň. Dle Gullivera (2006) až 80 % kuřáků léčící se ze závislosti na alkoholu má zájem o zanechání kouření. Některé výzkumy dokonce ukazují, že současné kouření při léčbě jiné závislosti snižuje pacientovu motivaci. Zanechání kouření během léčby naopak může zvýšit pacientovu motivaci k léčbě primární závislosti. Druhým mýtem se zdá být přesvědčení menší škodlivosti závislosti na alkoholu oproti závislosti na tabáku. Statistiky mortality ukazují, že více alkoholiků umírá častěji na nemoci spojené s kouřením než na nemoci spojené s alkoholismem. Někteří pracovníci nebo i pacienti se

obávají toho, že si musí vybrat, jestli budou odvykat od alkoholu nebo cigaret. Stojí za tím přesvědčení, že odvykání od kouření bude zbrzdovat pokrok v abstinenci alkoholu. Data ukazují, že odvykání kouření nemá žádný vliv na léčbu závislosti na alkoholu (Gulliver, Kamholz, & Helstrom, 2006).

I přes rozsáhlé mýty a obavy zakořeněné v adiktologických službách je prokázáno, že odvykání a léčba závislosti na tabáku nemá vliv na efektivitu léčby závislosti na alkoholu. Odvykání kouření může dokonce podpořit pacientovu motivaci v dlouhodobé abstinenci od primární návykové látky. Vzhledem k podstatným negativním dopadům kouření cigaret na zdraví pacienta, je pravděpodobné, že snaha o odvykání kouření v kontextu léčby přinese pacientovi významné výhody i v ostatních oblastech života (Gulliver, Kamholz, & Helstrom, 2006).

5 Detoxifikační oddělení Kliniky adiktologie

Detoxifikační jednotka je koedukované lůžkové zařízení poskytující detoxifikaci či odeznění působení návykových látek na organismus pacienta. Cílem je připravit pacienta na přestup do další pobytové nebo ambulantní léčby. Pobyt je vhodný pro dospělé uživatele alkoholových i nealkoholových návykových látek i osoby trpícími nelátkovými závislostmi. Koedukované oddělení poskytuje 12 lůžek pro muže i ženy. V závislosti na stavu pacienta se délka pobytu pohybuje mezi 7 až 30 dny. Na oddělení pracuje multioborový tým skládající se z lékařů, adiktologů, všeobecných sester, psychiatrických sester a ošetřovatelů (Kulhánek & Mašlaniová, 2020).

Od prosince 2019 je detoxifikační oddělení nekuřácké. Klienti, kteří mají zájem o detoxifikaci jsou o této skutečnosti informováni předem od personálu. Na oddělení je zakázáno užívat jakékoliv formy tabáku, a to ve vnějších i vnitřních prostorech. Při opakovaném porušení kouření může být klient vyloučen. Již při vstupním vyšetření je zhodnocena pacientova míra závislosti vyplněním Fagerströмова testu nikotinové závislosti. V průběhu hospitalizace mohou pacienti využívat zdarma náhradní nikotinovou substituci. K zhodnocení abstinčních příznaků jsou pacientům rozdávány dotazníky Minnesotské škály abstinčních příznaků. Ten pacienti na rozdíl od Fagerströмова testu vyplňují samostatně třetí den od příjmu na oddělení a poté dva dny před ukončením pobytu. Pro podporu odvykání od kouření se využívá tři pilířový model odvykání kouření. Skládá se z substituční terapie nikotinem, edukačně-motivačních skupin a individuálního poradenství (Kulhánek & Mašlaniová, 2020).

Pro substituční terapii lékař nasazuje pacientovi vhodnou formu a dávkování náhradního nikotinu. Nejčastěji jsou využívány nikotinové náplasti v dávkování 15 mg/16 hod nebo 25 mg/ 16 hod, množství je podmíněné intenzitou pacientovi závislosti na nikotinu (konfirmované FTND). Náplasti a další nikotinové přípravky vydávají sestry každé ráno. V případě potřeby vyšších dávek nikotinu lze individuálně navýšit náplasti o 0,5 mg nebo přidat orální formu nikotinu. Jednou týdně jsou na detoxifikačním oddělení organizovány edukačně - motivační skupiny pro pacienty. Skupiny jsou vedeny adiktologem a slouží k podpoře motivace odvykání kouření pacientů a poskytnutí základních informací. Dané skupiny trvají většinou 60 minut a účastní se jich v průměru 5 pacientů. Typická skupina začíná úvodním kolečkem pro sdílení pocitů pacientů. V druhé části skupiny se hovoří o vybraných tématech skupinového poradenství, například jak zvládat nutkavou chuť si zapálit, jak řešit kuřácké situace a rituály nebo jak předcházet relapsu.

Poslední pilířem je individuální adiktologické poradenství, které mohou pacienti vyhledat v průběhu celé detoxifikace, tj. odvykání kouření. Konzultace mohou dle domluvy probíhat 1. – 2. týdně s jedním pacientem. Častými tématy jsou aktuální potřeby pacienta v hospitalizaci jako je zvládání cravingu, dávkování substituce či mírnění abstinčních příznaků. Dalším tématem může být příprava na odvykání kouření v navazující léčbě nebo v domácím prostředí, to zahrnuje plán stanovení dne D a zvládání rizikových kuřáckých situací.

Praktická část

6 Design výzkumu

V této kapitole navazují na poznatky z teoretické části. Kapitola seznamuje s cíli, výzkumnými otázkami, metodikou, etikou a výsledky výzkumu.

6.1 Cíl

Pro realizaci výzkumu byla použita kvantitativní dotazníková studie. Cílem výzkumu bylo s pomocí dotazníkových nástrojů zhodnotit pilotní provoz nekuřáckého detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie mezi hospitalizovanými pacienty (kuřáky). Dílčími cíli bylo zjistit charakteristiky pacientů (kuřáků) hospitalizovaných na detoxifikačním oddělení. Na základě výsledků byly zodpovězeny výzkumné otázky.

6.2 Výzkumné otázky

Stanovené výzkumné otázky:

1. Jaká je průměrná míra fyzické závislosti na nikotinu u pacientů (kuřáků) na detoxifikačním oddělení na základě Fegerströмова testu nikotinové závislosti?
2. Jaké jsou nejčastější abstinenci příznaky u pacientů (kuřáků) na detoxifikačním oddělení v důsledku odnětí tabáku?
3. Jaký je rozdíl v pocíťování abstinenci příznaků v důsledku odnětí tabáku u pacientů (kuřáků) na začátku a na konci hospitalizace na detoxifikačním oddělení?
4. Jsou nějaké rozdíly v pocíťování abstinenci příznaků v důsledku odnětí tabáku podle pohlaví pacientů? Pokud ano, jaké?

6.3 Metody výběru

V této studii byla zvolena metoda kriteriálního záměrného výběru. Kriteriální záměrný výběr selektuje uchazeče podle určitých nutných podmínek. Výzkum probíhal od začátku pilotního spuštění nekuřáckého provozu na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie v prosinci 2019. Prvním kritériem zařazení do studie bylo hospitalizování na detoxifikačním oddělení ve sledovaném období, tj. prosinec 2019 až konec roku 2020. Všichni respondenti museli být starší 18 let a současní uživatelé tabáku (včetně nových

tabákových výrobků jako např. zahříváný tabák). Poslední podmínkou bylo uvedení souhlasu s vyplněním dotazníků.

6.4 Metody sběru dat

Data byla sbírána pomocí tištěných dotazníků od pacientů (kuřáků) hospitalizovaných na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie. Jednalo se o standardizované dotazníky: Fageströmův test nikotinové závislosti (Heatherton et al., 1991) a Minnesotská škála abstinenčních příznaků (Hughes, 2009). Fageströmův test nikotinové závislosti byl vyplňován při příjmu pacienta na oddělení a administrovaný lékařem oddělení. Tištěné dotazníky Minnesotské škály abstinenčních příznaků byly distribuovány zdravotními sestrami detoxifikačního oddělení v průběhu hospitalizace. Dané dotazníky vyplňovali pacienti samostatně, a to celkem ve dvou vlnách. První vlna dotazníku byla pacientům distribuována v první polovině pobytu na detoxifikačním oddělení (2. až 3. den po příjmu na oddělení). Druhá vlna byla rozdávána pacientům 1 - 2 dny před ukončením hospitalizace. Za účelem anonymizace dat byly z dotazníků vytvořeny fotokopie (na kterých byly zaslepeny veškeré identifikátory pacientů), které byly použity pro statistické zpracování.

6.5 Metody analýzy dat

Sesbíraná data z kvantitativního výzkumu byla transkribována do tabulkového editoru Microsoft Excel (a to v zaslepené podobě). Data byla přepisována autorkou práce v prostorách Kliniky adiktologie za účasti vedoucího práce (koordinátora sběru dat). Každému respondentovi byl vytvořen unikátní kód skládající se z prvních dvou písmen příjmení, prvních dvou písmen křestního jména a posledních dvou číslic roku narození. Pod tímto unikátním kódem byly skladovány fotokopie anonymizovaných dotazníků (veškeré identifikátory pacienta jako je jméno, rodné číslo a diagnóza byly předem zaslepeny vedoucím práce). Výsledky byly zpracovány s pomocí metod deskriptivní statistiky – četnosti a aritmetického průměru a s pomocí korelačních analýz. Statistická analýza byla provedena v programu Jamovi (The jamovi project, 2019). Analytické postupy byly konzultovány se statističkou.

6.6 Etika výzkumu

Mé zapojení do výzkumu bylo podmíněno souhlasem vedoucího práce (výzkumného koordinátora sběru dat na detoxifikačním oddělení). Dotazníky byly pacientům distribuovány pouze proškoleným zdravotnickým personálem po dobu jejich hospitalizace. Pacienti byli po dobu sběru dat evidováni s pomocí anonymizovaných kódů. Souhlas pacientů s vyplněním dotazníků byl zajištěn ústně ze strany zdravotnického personálu. Cizí osoby nemohly jakkoliv manipulovat s dotazníky ani s datovými soubory. Papírové dotazníky byly pečlivě uschovány v zamčené kartotéce v pracovně vedoucího práce v prostorách Kliniky adiktologie. Po zaslepení citlivých údajů pacientů a vytvoření unikátního kódu pacienta byly odpovědi z dotazníků přepisovány do tabulkového editoru MS Excel a uloženy v notebooku opatřeného heslovým zabezpečením.

7 Výsledky

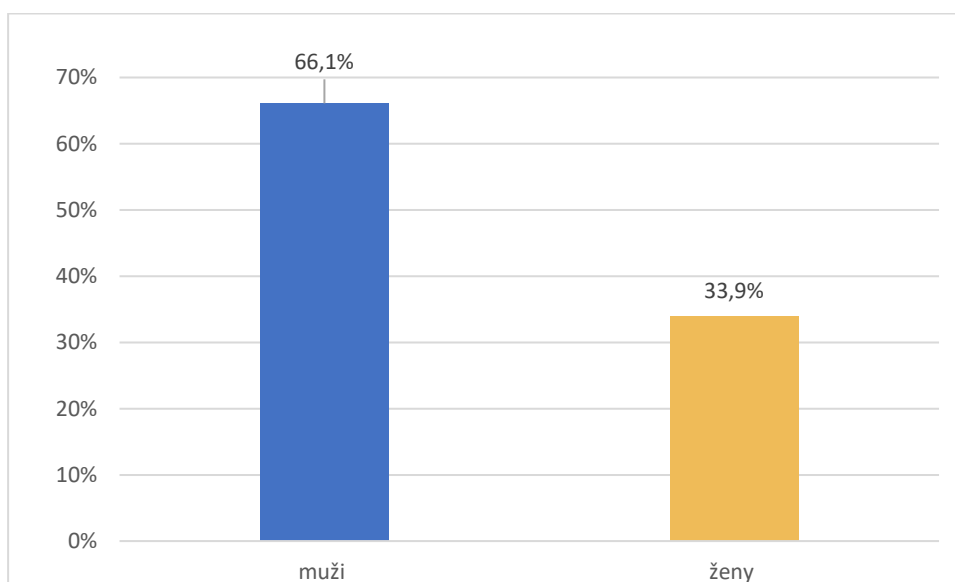
Základní výzkumný soubor sestával z 124 pacientů detoxifikačního oddělení. Z výzkumného souboru byli vyřazeni respondenti, kteří neměli kompletně vyplněný Fageströmův test nikotinové závislosti a dva dotazníky Minnesotského škály abstinčních příznaků. Dalším důvodem nezařazení do finálního souboru byly více jak tři chybějící odpovědi na otázky v jednom dotazníku. Finální výběr tvořilo 79 respondentů.

7.1 Sociodemografické a jiné charakteristiky souboru

První podkapitola seznamuje s sociodemografickými a jinými charakteristikami výběrového souboru respondentů (věk, pohlaví, dominantní užívaná látka, míra závislosti). Díky těmto údajům lze porovnat různé charakteristiky respondentů s pocíťováním odvykacích příznaků. Věk respondentů se pohybuje mezi 20 až 65 lety. Nejvíce respondentů je ve věkové kategorii 40 – 50 let. Průměrný věk je 42 let.

Graf č. 1 ukazuje genderové rozložení respondentů. Ve výzkumu je větší převaha mužů z 79 osob je 53 mužů a 26 žen.

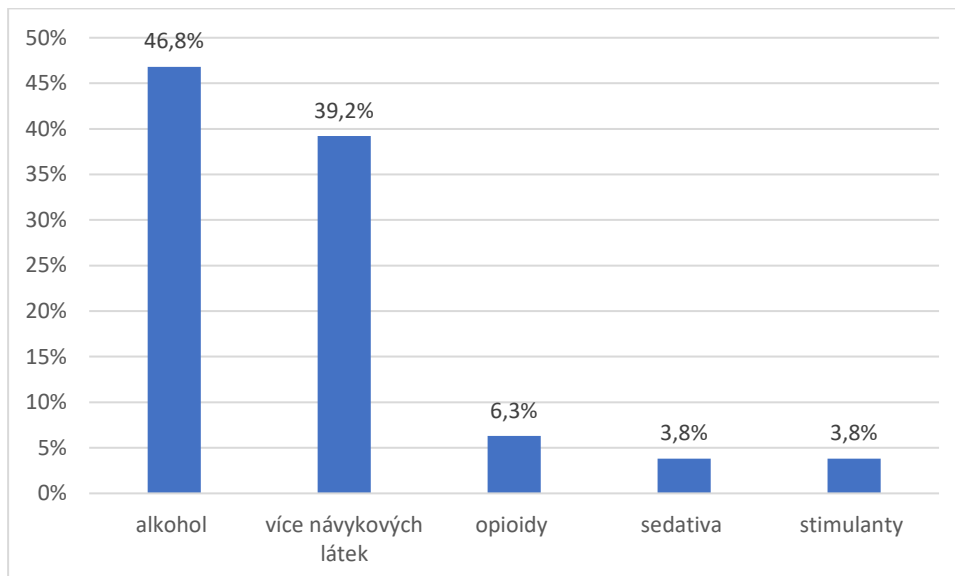
Graf 1 Genderové rozložení (v%) respondentů ve výzkumu (n=79)



Dalším parametrem byla primární užívaná látka, se kterou pacient přicházel na detoxifikační oddělení. Z grafu 2 lze vidět, že nejvíce respondentů uvádí jako primární návykovou látku alkohol, konkrétně 46,8 %, velká skupina respondentů uvádí užívání více

látek zároveň (39,2 %). 5 respondentů uvedlo jako primární návykovou látku opioidy. 3 respondenti uvedli jako primární látku sedativa, stejně tak 3 respondenti uvedli stimulanty.

Graf 2 Dominantní užívaná látka u respondentů (v%)



Další charakteristikou souboru je míra závislosti na nikotinu. Ta se hodnotila pomocí standardizovaného dotazníku Fageströмова testu nikotinové závislosti (FTND).

FTND rozděluje míru závislosti do 5 kategorií, pro větší přehlednost výsledků výzkumu byly dané kategorie sloučené do 3 kategorií: žádná nebo mírná závislost (0-4 body), střední závislost (5-7 bodů) a vysoká a velmi vysoká závislost (8-10 bodů). Výsledky souboru ukazuje tabulka 3. Nejvyšší podíl pacientů měl po vyplnění FTND testu výsledek odpovídající střední závislosti, konkrétně 40 respondentů. Do kategorie mírné závislosti spadalo 22 respondentů a nejméně respondentů mělo výsledek vysoké a velmi vysoké závislosti. Průměrné skóre závislosti dle FTND činilo 5,67 bodu.

Tabulka 3: Rozložení respondentů dle míry závislosti na nikotinu

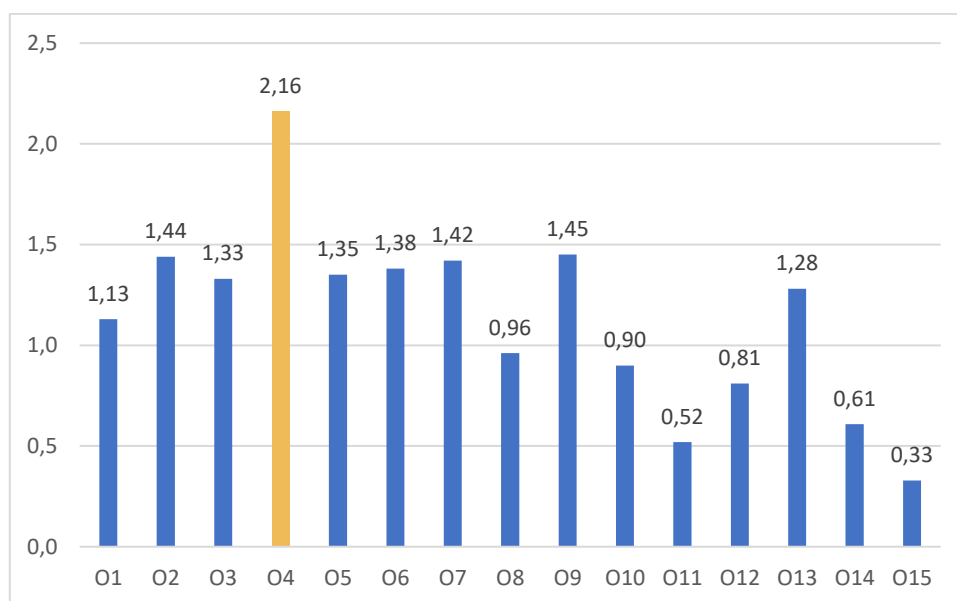
| Míra závislosti | Četnost | % zastoupení |
|---------------------------------|---------|--------------|
| Žádná nebo mírná závislost | 22 | 27.8 % |
| Střední závislost | 40 | 50.6 % |
| Vysoká a velmi vysoká závislost | 17 | 21.5 % |

7.2 Hodnoty abstinčních příznaků v důsledku odnětí tabáku

Tato podkapitola se věnuje výsledkům z dotazníků Minnesotské škály abstinčních příznaků (MNWS), které byly respondentům rozdávány ve dvou vlnách. První vlna byla respondentům rozdávána do 3 dne od přijetí na detoxifikační oddělení, druhá vlna před odchodem z oddělení (1 – 2 dny).

Graf č. 3 ukazuje průměrné bodové skóre u jednotlivých otázek v první vlně MNWS. Otázky ve standardizovaném dotazníku jsou sestaveny do dvou skupin. První skupina jsou emoční symptomy (otázka 1 až 9), poté následují fyzické symptomy (otázka 10 až 15). Je patrné, že pacienti prožívali hůře emoční symptomy než symptomy fyzické. U otázek popisujících emoční symptomy (O1 - O7) byl průměrný počet bodů v rozmezí 1,13 až 1,45. Druhá skupina somatických symptomů dosahovala menšího skóre, a to konkrétně u otázek zabývajících se fyzickými symptomy (O10 – O15), průměrné bodové ohodnocení se pohybovalo v rozmezí 0,90 až 0,33. Výjimku tvoří otázka 13, popisující neobvyklé sny a noční můry, kde byl průměrný počet bodů 1,28. Konkrétně 11,5 % respondentů zaškrtnulo u otázky č. 13 nejvíce možných bodů. V grafu dominuje výsledek z otázky č. 4 popisující touhu kouřit, neboli craving, dosahující průměrné hodnoty 2,16 bodů. Podrobně ukazuje výsledky z této otázky tabulka č. 5. Velmi silně pocíťovalo craving 27,3 % respondentů. Graf č. 3 doplňuje tabulka č. 4 se seznamem otázek v dotazníku MNWS.

Graf 3 Průměrné zastoupení abstinenčních příznaků u respondentů v 1. vlně MNWS



Tabulka 4 Seznam otázek v dotazníku MNWS

Otázky

-
- | | |
|-----|-------------------------------------------------|
| O1 | Zlost, podrážděnost, nespokojenost |
| O2 | Úzkost, nervozita |
| O3 | Špatná nálada, smutek |
| O4 | Touha kouřit |
| O5 | Obtížné soustředění |
| O6 | Zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti |
| O7 | Nespavost, obtížné usínání, buzení v noci |
| O8 | Neschopnost odpočívat |
| O9 | Netrpělivost |
| O10 | Zácpa |
| O11 | Závratě |
| O12 | Kašel |
| O13 | Neobvyklé sny, noční můry |
| O14 | Nevolnost |
| O15 | Bolení v krku |
-

Tabulka 5 Početní a procentuální zastoupení odpovědí u otázky č. 4 v 1. vlně MNWS

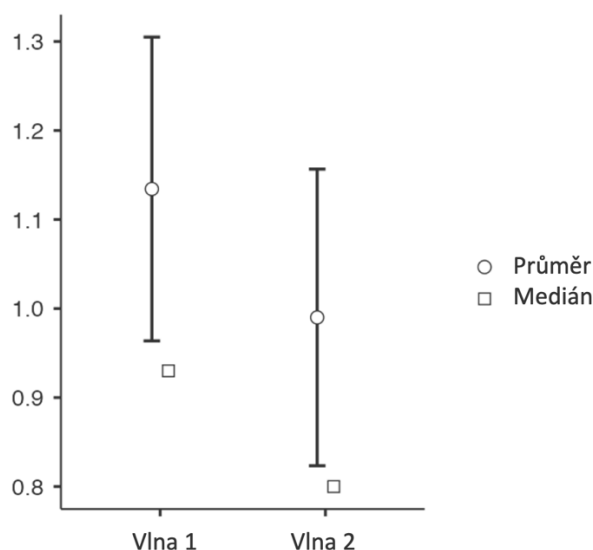
Otázka č. 4 Touha kouřit (craving)

| Body | Četnost | % zastoupení |
|------|---------|--------------|
| 0 | 11 | 14.3 % |
| 1 | 18 | 23.4 % |
| 2 | 17 | 22.1 % |
| 3 | 10 | 13.0 % |
| 4 | 21 | 27.3 % |

7.3 Srovnání abstinčních příznaků u 1. a 2. vlny sběru dat

Graf č. 4 znázorňuje srovnání abstinčních příznaků u 1. a 2. vlny dotazníků Minnesotské škály abstinčních příznaků. V první vlně MNWS bylo průměrné bodové ohodnocení abstinčních příznaků 1,13 ve druhé vlně 0,99. Zaznamenali jsme statisticky významný pokles ($p=0,03$) v průměrné hodnotě odvykacích příznaků mezi 1. a 2. vlnou MNWS.

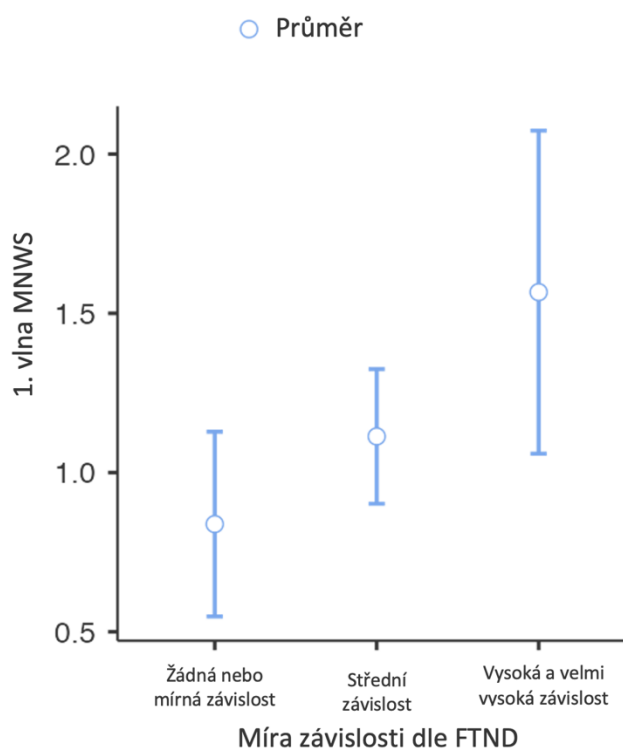
Graf 4 Srovnání průměrných abstinčních příznaků v 1. a 2. vlně



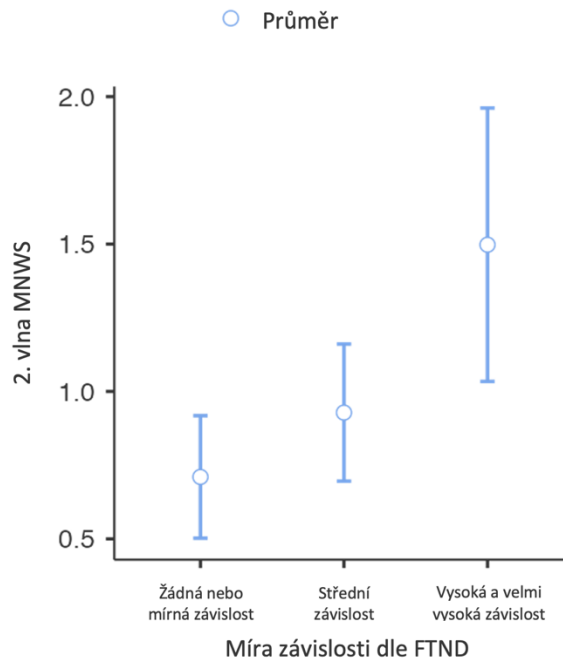
7.4 Srovnání míry odvykacích příznaků a míry závislosti na nikotinu

Graf č. 5 zobrazuje srovnání míry odvykacích příznaků v 1. vlně MNWS s mírou závislosti dle FTND. Mezi jednotlivými skupinami dle FTND byly zaznamenány významné rozdíly v pocíťování odvykacích příznaků. Jak popisuje graf č. 5, nejvíce odvykacích příznaků zaznamenávají respondenti s největší mírou závislosti na tabáku. Ve skupině čítající 17 respondentů je průměrná hodnota abstinencních příznaků 1,57. Nejmenší průměrná hodnota abstinencních příznaků (0,84) je pocíťována respondenty s žádnou nebo mírnou závislostí.

Graf 5 Míra odvykacích příznaků v 1. vlně MNWS v porovnání s mírou závislosti



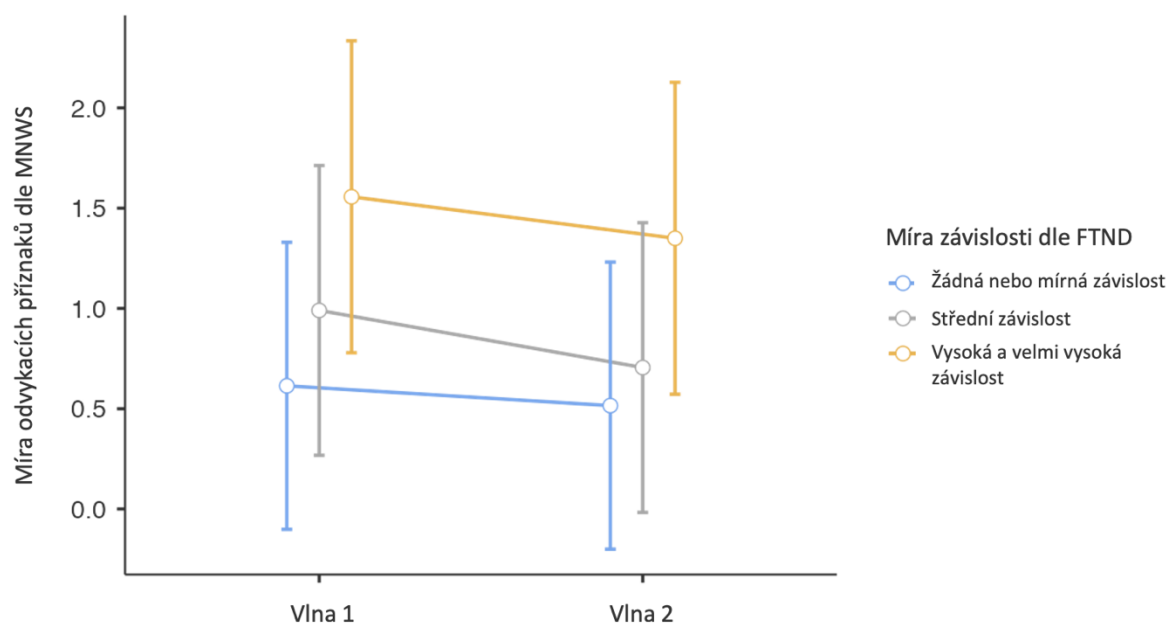
Graf 6 Míra odvykacích příznaků v 2. vlně MNWS v porovnání s mírou závislosti



Statisticky významný rozdíl pociťování abstinenčních příznaků nalezneme i u 2. vlny MNWS, který zobrazuje graf č. 6. Respondenti v první skupině (žádná nebo mírná závislost) pociťovali odvykací příznaky v průměrné hodnotě 0,71. Respondenti s vysokou a velmi vysokou závislostí měli průměrnou hodnotu abstinenčních příznaků 1,49, což je o 0,07 méně než v první vlně. Významnější rozdíl porovnání abstinenčních příznaků v 1. a 2. vlně, který můžeme pozorovat při spojení více charakteristik respondentů, je prezentován níže.

Graf č. 7 ukazuje vliv míry závislosti na poklesu odvykacích příznaků v 1. a 2. vlně MNWS. Nejznatelnější rozdíl najdeme u 2. skupiny respondentů se střední závislosti. U 3. skupiny (velmi vysoká a vysoká závislost) dosahovala průměrná intenzita odvykacích příznaků v první vlně 1,56, v druhé vlně pak o 0,21 menší hodnotu. U druhé skupiny respondentů (se střední závislosti) je rozdíl mezi 1. a 2. vlnou MNWS 0,29, a u první skupiny (žádné nebo mírné závislosti) je rozdíl pouze 0,10.

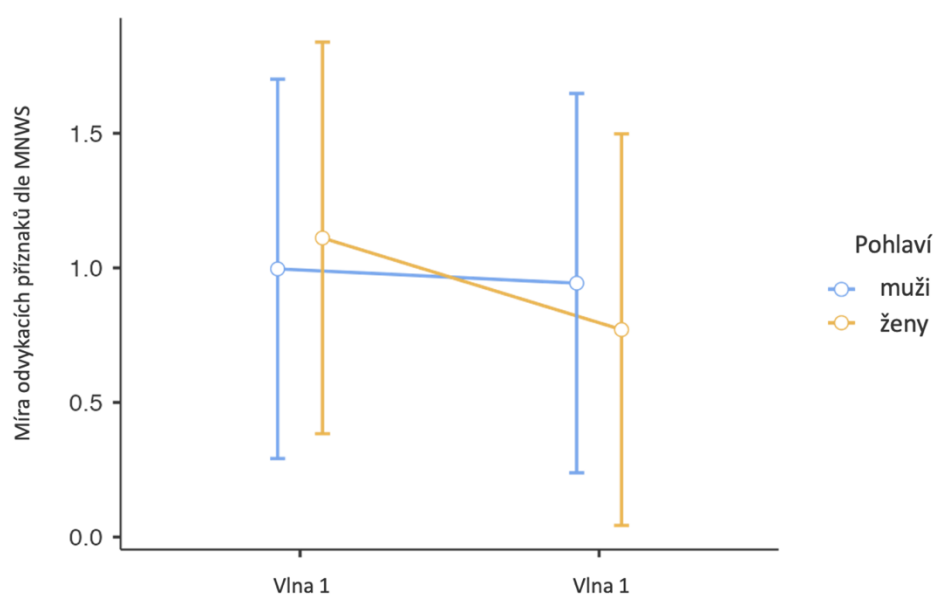
Graf 7 Porovnání míry odvykacích příznaků v 1. a 2. vlně MNWS dle míry závislosti



7.5 Srovnání míry odvykacích příznaků a genderu

V případě srovnání genderového zastoupení v grafu č. 8 můžeme pozorovat velké rozlišení mezi 1. a 2. vlnou MNWS u mužů a u žen. U mužů se průměrná hodnota abstinčních příznaků mezi 1. a 2. vlnou téměř nemění, diferencovanost je pouze 0,05. U žen dosahoval pokles mezi odvykacími příznaky 1. a 2. vlny hodnoty 0,34.

Graf 8 Porovnání míry odvykacích příznaků v 1. a 2. vlně MNWS dle pohlaví



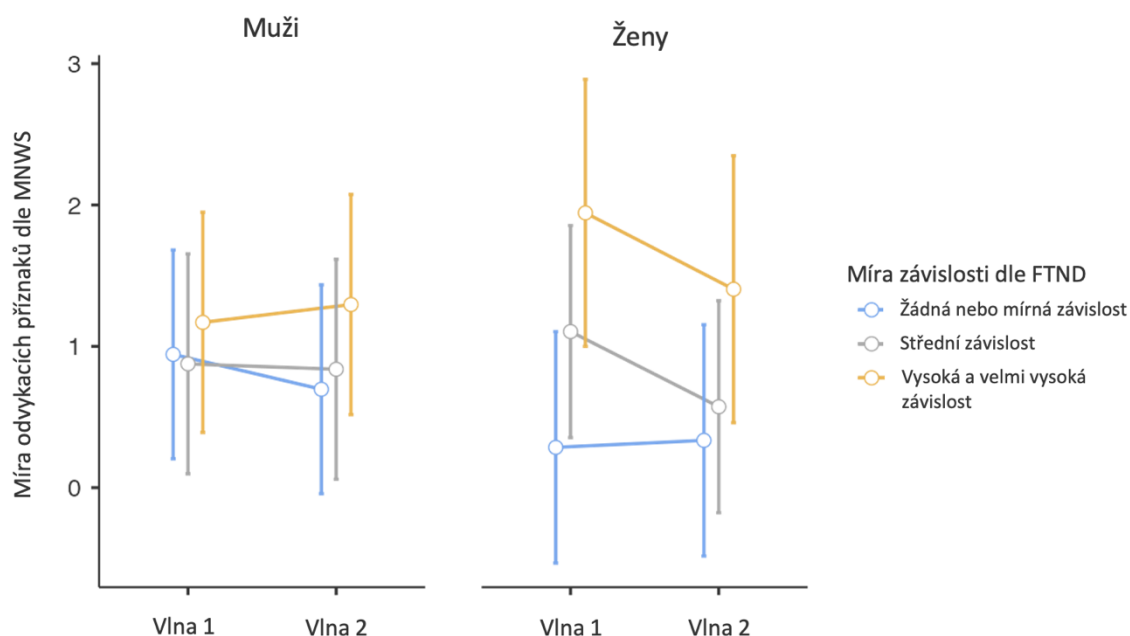
7.6 Srovnání míry odvykacích příznaků, míry závislosti na nikotinu a genderu

Nejznatelnější rozdíl byl pozorován u skupin charakterizovaných pohlavím a mírou závislosti na tabáku. Graf č. 9 vyobrazuje rozdíly v odvykacích příznacích mužů a žen porovnané s mírou závislosti na tabáku. Levá část grafu č. 9, popisující muže s mírnou nebo nízkou závislostí na tabáku, ukazuje mírný pokles abstinencních příznaků ve 2. vlně, a to z průměrné hodnoty 0,94 na 0,70. Muži se střední závislostí vykazovali skoro totožné hodnoty abstinencních příznaků, rozdíl v průměrech je pouze 0,04. U třetí skupiny mužů s největší mírou závislosti můžeme postřehnout zajímavý výsledek. Dle průměrných hodnot u nich došlo ve 2. vlně k mírnému zvýšení abstinencních příznaku než ve vlně první, rozdíl průměrů činil 0,13. Pravá část grafu č. 9 popisuje abstinencní příznaky u žen v 1. a 2. vlně a rozdělení dle FTND. Ženy s mírnou nebo žádnou závislostí pociťovaly velmi mírné nebo žádné abstinencní příznaky. V porovnání 1. a 2. vlny je patrný mírný nárůst abstinencních příznaků z průměrné hodnoty 0,29 na 0,34. U druhé skupiny žen, majících střední závislost na tabáku, můžeme vidět největší pokles průměrné hodnoty abstinencních příznaků o více než 50 %, konkrétně z hodnoty 1,10 na 0,57. U žen s největší závislostí na tabáku je vidět snížení odvykacích příznaků mezi 1. a 2. vlnou MNWS o 0,54.

Tabulka 6 Rozdělení respondentů dle pohlaví a míry závislosti (n=79)

| Pohlaví | Míra závislosti | Četnost | % zastoupení |
|---------|---------------------------------|---------|--------------|
| Muži | Žádná nebo mírná závislost | 13 | 24,5% |
| | Střední závislost | 28 | 52,8% |
| | Vysoká a velmi vysoká závislost | 12 | 22,6% |
| Ženy | Žádná nebo mírná závislost | 9 | 34,6% |
| | Střední závislost | 12 | 46,2% |
| | Vysoká a velmi vysoká závislost | 5 | 19,2% |

Graf 9 Porovnání míry odvykacích příznaků v 1 a 2 vlně MNWS dle pohlaví a míry závislosti



7.7 Souhrn hlavních zjištění

V tomto souhrnu jsou představena hlavní zjištění realizovaného výzkumu prezentována chronologicky podle stanovených výzkumných otázek. První výzkumná otázka se zabývala mírou závislosti na nikotinu pacientů hospitalizovaných na detoxifikačním oddělení na základě FTND. Z výsledků vyplývá, že průměrná míra závislosti respondentů dle FTND dosahuje střední závislosti (průměrné bodové ohodnocení 5,67). Nejvíce respondentů z řad mužů i žen se řadilo do kategorie střední závislosti, jednalo se o necelou polovinu výzkumného souboru. Překvapivým zjištěním bylo, že počet respondentů se střední závislostí byl oproti skupině respondentů s vysokou a velmi vysokou závislostí více než dvojnásobný. Méně žen oproti mužům spadalo do kategorie vysoké a velmi vysoké závislosti. V rámci výzkumu měli respondenti uvést mimo jiné věk, pohlaví a dominantní užívanou látku. Dle výsledků můžeme respondenty rozdělit na 2 velké skupiny dle dominantní látky: alkohol, více látek (polymorfni užívání) a 3 menší skupinky - opioidy, sedativa a stimulanty. Ve výzkumu nebyla zjištěna přímá spojitost dominantní užívané látky s mírou abstinčních symptomů při odvykání od kouření.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na pocíťování abstinčních příznaků v důsledku odvykání kouření. Respondenti častěji a ve větší míře prožívali emoční odvykací symptomy (například zlost, podrážděnost) oproti fyzickým odvykacím příznakům (například zácpa, kašel, závratě). Touha kouřit (craving) byla respondenty hodnocena jako nejvíce

intenzivní odvykací symptom. Daný abstinencií syndrom ve výsledcích převyšoval ostatní emoční příznaky až dvojnásobně. V malé nebo velké míře pociťovalo craving 85 % respondentů.

Porovnání výsledků 1. a 2. vlny poslouží jako jeden z aspektů zkoumání, na který se zaměřovala třetí výzkumná otázka. Na konci hospitalizace respondenti vykazovali menší intenzitu abstinenciích příznaků než na začátku hospitalizace na detoxifikačním oddělení. Průměrné bodové ohodnocení v 1. vlně MNWS (na začátku hospitalizace) činilo 1,13, v 2. vlně (na konci hospitalizace) se snížilo na 0,99.

Poslední výzkumná otázka hledala rozdíly v pociťování abstinenciích příznaků u žen a mužů. Ukázalo se, že gender je jedním z důležitých faktorů pociťování intenzity abstinenciích příznaků v průběhu hospitalizace na detoxifikačním oddělení. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi prožíváním abstinenciích příznaků mužů a žen v 1. vlně (na začátku hospitalizace). Diferenciaci však lze pozorovat v míře abstinenciích příznaků v průběhu hospitalizace. Ženy v průběhu hospitalizace uváděly znatelnější zmírnění abstinenciích příznaků než muži. U mužů byl zaznamenán až šestkrát menší propad abstinenciích příznaků mezi 1. a 2. vlnou než u žen.

Jak již bylo referováno, výzkum nabízel i další charakteristiky jako gender a míru závislosti. A právě tyto dva parametry poskytují při srovnání 1. a 2. vlny MNWS překvapivé výsledky. Respondenti s žádnou nebo mírnou závislostí dosahují velmi mírného zmírnění abstinenciích příznaků, naopak respondenti se střední závislostí mají až čtyřikrát větší snížení abstinenciích příznaků oproti první skupině. Ženy ve výzkumu vykazovaly nižší míru závislosti dle FTND, a tak i menší abstinencií příznaky po odvykání kouření. V případě žen se silnou závislostí je znatelné pozitivní snížení odvykacích příznaků mezi 1. a 2. vlnou. Oproti tomu muži s vysokou nebo velmi vysokou závislostí (22,6 % zkoumaných mužů) ukazují výsledek opačný a to, že pociťovali horší abstinencií příznaky ve 2. vlně než v 1. vlně. Další kategorie mužů s mírnou závislostí pociťovala v 2. vlně MNWS méně odvykacích příznaků než v 1. vlně. Oproti tomu ženy s mírnou závislostí měly v 2. vlně stejné nebo mírně vyšší abstinencií příznaky.

8 Diskuze a závěr

8.1 Diskuze

Tato kapitola rozebírá získané výsledky výzkumu v širším kontextu a zasazuje je do odborných východisek z teoretické části této práce.

Jak je uvedeno v teoretické části, zanechání kouření během léčby může mít pozitivní vliv na léčbu primární závislosti. Gulliver (2006) uvádí, že i přes rozsáhlé mýty, je odvykání kouření pro pacienta přínosné, a to nejen z hlediska prevence zdravotních rizik spojených s kouřením, ale i z hlediska pacientovi motivace.

Výzkum, sledování dopadu zavedení plně nekuřáckého oddělení v procesu detoxifikace v rámci léčby závislostí, byl jedním z prvních svého zaměření v ČR. Silnou stránkou výzkumu je jeho realizování v prostředí Kliniky adiktologie, které bylo umožněno hlavně díky svolení vedoucího oddělení a spolupráci zdravotnického personálu. Realizování výzkumu za běžného provozu detoxifikačního oddělení v průběhu jednoho roku však mohlo vést i ke stíženým podmínkám. Prvně nešel ovlivnit počet pacientů na detoxifikačním oddělení, a tak i respondentů výzkumu. Je možné, že by výzkum na větším vzorku souboru přinášel odlišné výsledky. Přestože nebyl výzkum realizován na reprezentativní části populace, stále je validní díky reálné populaci pacientů na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie. Studie tak přináší především ekologickou validitu pro klinické prostředí, resp. ústavní detoxifikaci.

Pro výzkum byly zvoleny standardizované dotazníky, které jsou výhodné z hlediska ověřených otázek a jednoduchého vyhodnocení. Dotazníkové šetření navíc přináší řadu pozitiv, jako je krátká doba vyplnění, možnost vyplnění více respondenty najednou, rychlé vyhodnocení výsledků a další. První dotazník (FTND) měl velmi dobrou návratnost a úplnost odpovědí hlavně proto, že lékař přítomný na oddělení respondentům s vyplněním pomáhal. Je však nutné zmínit, že FTND vyhodnocuje pouze orientační míru fyzické závislosti na nikotinu, nikoliv definitivní (včetně vlivu tzv. psycho-sociální závislosti). Pro definitivní stanovení míry závislosti kuřáka je nutné zhodnotit jiné charakteristiky, jako je například počet neúspěšných pokusů zanechání kouření či délka kuřácké historie.

Na rozdíl od FTND dotazník MNWS distribuoval zdravotnický personál a respondenti jej vyplňovali samostatně. U MNWS byla velká návratnost 1. vlny dotazníků pouze s minimem chybějících odpovědí. Nejvíce respondentů nebylo zařazeno do finálního souboru kvůli chybějícímu dotazníku 2. vlny MNWS. Příčinou by mohlo být předčasné

ukončení hospitalizace pacienta, nedbalost zdravotnického personálu nebo ztráta již vyplněného dotazníku.

Limitem výzkumu je nerovnoměrné genderové rozložení, jak bylo prezentováno v předchozí kapitole, žen bylo ve výzkumu o 27 méně než mužů. Z prostého odhadu lze říci, že na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie je většinou hospitalizováno více mužů než žen, to může být jedním z důvodů genderové nevyváženosti. Druhým důvodem může být menší četnost žen kouřících cigarety než mužů, tento výsledek koreluje s daty uvedenými Státním zdravotním ústavem. Dle SZÚ se k české kuřácké populaci v roce 2019 řadilo celkově 20 % všech žen a 29 % všech mužů (Csémy et al., 2020).

Odlišné výsledky mužů a žen v případě snížení abstinenčních příznaků nabízí různé vysvětlení. Jednou z možností je, že muži méně projevují své pocity a nezabývají se tolik svým emočním prožíváním. Ženy oproti tomu mohou mít větší míru sebereflexe nebo se v průběhu hospitalizace více zamýšlejí nad impaktem v léčbě odvykání kouření. Ze strany mužských respondentů lze předpokládat i menší důslednost při vyplňování. Z pozorování vyplněných dotazníků se lze domnívat, že někteří respondenti bezmyšlenkovitě dávali u většiny otázek nejvyšší možný počet bodů, to mohlo způsobit mírné zkreslení výsledků. V souboru se navíc nacházel jeden respondent, který během sledovaného období prošel detoxifikačním oddělením rovnou dvakrát s odstupem několika měsíců. U tohoto respondenta se sešly 4 vyplněné dotazníky MNWS. Zapadal do kategorie vysoká a velmi vysoká závislost a jeho výsledky dotazující se na abstinenční syndromy byly také vysoké. Bylo patrné, že po odchodu z detoxifikačního oddělení začal znovu kouřit tabák. Dva zmíněné dotazníky MNWS nebyly zařazeny do výsledného souboru kvůli nemožnosti porovnání s ostatními respondenty (kteří neměli 2 a více dotazníků MNWS). I tak jde ale o zajímavý příklad cesty respondenta po odchodu z detoxifikačního oddělení. Důvodů k porušení abstinence respondenta mohlo být mnoho. Jedním z nich byla možná i krátká doba odvykání kouření v rámci detoxifikačního oddělení.

Dle tvrzení Kaliny (2015) popisovaného v teorii patří craving mezi jeden z nejsilnějších abstinenčních příznaků při odvykání kouření stejně tak, jak se potvrdilo v prezentovaném výzkumu. Česká koalice proti tabáku (2017) udává, že nejvíce abstinenčních příznaků pociťují kuřáci v prvním týdnu odvykání. Z tohoto důvodu autorka považuje za překvapivý výsledek nízké skóre abstinenčních příznaků u respondentů v 1. vlně MNWS (na začátku hospitalizace), které dosahovalo průměrné hodnoty 1,13. Celkově nízké abstinenční příznaky respondentů mohly být docíleny správnou terapií při odvykání kouření. Pacientům je totiž hned od začátku nabízena substituční terapie na zmírnění fyzických

odvykacích symptomů, edukačně motivační skupiny a individuální poradenství odvykání kouření. Nelze odlišit, jestli některé emoční příznaky pociťovali respondenti opravdu v důsledku odvykání kouření nebo kvůli odvykání od primární návykové látky.

Při porovnávání abstinenčních příznaků v průběhu hospitalizace musíme přihlídnout k faktu, že časový rozdíl mezi 1. a 2. vlnou činil v případě respondentů pouze několik dní (3-5 dní). Lze předpokládat, že by bylo dosaženo jiných výsledků při opakovaném vyplnění další vlny dotazníku MNWS (v rámci pokračující léčby). Limitem výzkumu je tak krátká doba mezi zmíněnými dotazníky. Zároveň u všech respondentů nebyla dodržena přesná doba odstupu 2 dotazníků MNWS, a to z důvodu dlouhodobého sběru dat, který probíhal v průběhu celého roku za plného provozu oddělení. Mohlo docházet k různým odchylkám způsobeným chybami ze strany zdravotnického personálu, ať už pozdější či dřívější předložení dotazníku nebo i možné vynechání.

Williams (2005) ve svém výzkumu popsal, že závislost na tabáku lze úspěšně integrovat do léčby závislosti na jiných návykových látkách. Respondenti v daném výzkumu tvrdili, že odvykání tabáku pro ně mělo pozitivní dopad na léčbu primární závislosti. Při srovnání s prezentovaným výzkumem na detoxifikačním oddělení se zle domnívat, že léčba závislosti na tabáku byla pro pacienty přínosná. S určitostí víme, že abstinenční příznaky odnětí tabáku pacientů byly během hospitalizace nízké. S největší pravděpodobností tak nekuřácký provoz pro pacienty nebyl přítěží v jejich odvykání od primární látky, léčbu naopak takový provoz mohl v některých případech podpořit.

Poslední otázkou tak zůstává jestli se pacient při přestupu z detoxifikačního oddělení na pobytovou léčbu nenavrátil zpátky ke kouření, protože v navazující pobytové léčbě nemusí mít možnost substituce nikotinem. Lůžkové oddělení na Klinice adiktologie, kam často pacienti z detoxifikačního oddělení přestupují na tříměsíční léčbu, nabízí kuřákům možnost pokračovat v substituční terapii, a tak i v odvykání kouření. Je to dobrovolné rozhodnutí, které mohou pacienti učinit na začátku hospitalizace. Tuto možnost však neposkytují všechny pobytové služby. Zatím neexistuje výzkum monitorující pokračování respondentů v odvykání kouření po odchodu z detoxifikačního oddělení do jiné léčby a jeho realizaci tak lze jen doporučit. V ideálním případě by měl mít pacient možnost pokračovat v odvykání kouření i v následující léčbě. V některých pobytových zařízeních se pracovníci odvykáním kouření nezabývají a jediná možnost pro pacienta je vyžádat si pomoc individuálně v jiných službách. Králová (2018) udává, že 64 % terapeutických komunit neposkytuje proaktivně poradenství v oblasti odvykání kouření. Pro pacienta přestupujícího

z detoxifikačního oddělení může být taková situace demotivující, zvláště když většina pacientů ve zmíněné léčbě kouří tabák.

8.2 Závěr

V teoretické části této bakalářské byly popsány odborné informace o užívání tabáku a závislosti na tabáku. Zmíněny byly možnosti odvykání a léčby závislosti na tabáku. Popsané poznatky z teoretické části byly spojeny s výsledky v praktické části práce a diskutované v předposlední kapitole.

V praktické části autorka představila výzkum realizovaný na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie. Autorka se domnívá, že cíl práce a výzkumné otázky byly naplněny. Hlavním cílem práce bylo zhodnotit nekuřácký provoz na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie. Z hlediska míry závislosti a zaznamenaných abstinčních příznaků pacientů lze považovat pilotní nekuřácký provoz na Klinice adiktologie pro léčbu sledovaných pacientů za přínosný.

Práce zmapovala reakce a účinky nekuřáckého režimu na Klinice adiktologie na pacienty. Dle prezentovaných výsledků respondenti hospitalizovaní na oddělení vykazovali nejčastěji střední míru závislosti na tabáku. Při začátku odvykání a nasazení dostupné podpory (substituční léčba nikotinem, edukačně-motivační skupiny a individuální poradenství) respondenti pociťovali mírné abstinční příznaky související s odnětím tabáku. V průběhu hospitalizace se jejich abstinční příznaky dokonce snížily.

Průměrná míra závislosti dle Fagerströмова testu nikotinové závislosti u respondentů byla 5,67, což odpovídá střední závislosti. Nejčastějším abstinční příznakem respondentů v průběhu hospitalizace byla touha kouřit (craving). Za další časté abstinční příznaky lze považovat úzkost, nervozitu a netrpělivost. Na konci hospitalizace respondenti vykazovali menší abstinční příznaky než na začátku. Průměrné skóre abstinčních příznaků se v obou případech pohybovalo velmi nízko. Na začátku odvykání kouření projevovali ženy i muži abstinční příznaky stejně. V porovnání začátku a konce hospitalizace dosahovaly ženy většího poklesu abstinčních příznaků v průběhu než muži.

Zhodnocení nekuřáckého detoxifikačního oddělení na Klinice adiktologie může sloužit jako inspirace pro další adiktologická zařízení. Z výsledků práce lze vyvodit doporučení pro pokračování v nekuřáckém provozu a jeho zavedení i do dalších adiktologických služeb, s čímž autorka práce plně souhlasí. Předmětem dalšího zkoumání

by mohlo být zjištění počtu pacientů, kteří opouštějí detoxifikační oddělení Kliniky adiktologie a pokračují v abstinenci od kouření i v navazující léčbě.

Použitá literatura a citace

Aflofarm Czech Republic s.r.o. (n.d.). Defumoxan...pokud jste připraveni přestat.

Defumoxan. Praha. Retrieved from: <https://defumoxan.cz>

Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M. & Skývová, M. (2020). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019*. Státní zdravotní ústav.

Česká koalice proti tabáku, z.s. (2017). BezCigaret.cz. Jak dlouho budou trvat odvykací příznaky. Retrieved from. <https://www.bezcigaret.cz/chci-odvykat>

Gulliver, S. B., Kamholz, B. W., & Helstrom, A. W. (2006). Smoking Cessation and Alcohol Abstinence: What Do the Data Tell Us? [Online]. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 208-212. Retrieved from <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh293/208-212.pdf>.

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

Hughes, J. R. (2007). The effects of abstinence from tobacco: Valid symptoms and time course. *Nicotine Tob Res* 2007; 9(3): 315–27.

Kalina, K., Adamček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnácta, Š., Dvoráček, J. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Klinika adiktologie (2019). *Fagerströmův test nikotinové závislosti (Fagerström Test of Nicotine Dependence, FTND)*. Retrieved from: <https://www.adiktologie.cz/fagerstromuv-test-nikotinove-zavislosti-fagerstrom-test-of-nicotine-dependence-ftnd>

Králíková, E. (2008). Nové možnosti v léčbě závislosti na tabáku. *Interní Med.* 10(10): 444 – 448

Králíková, E. (2015). Závislost na tabáku. In Kalina, K., Adamček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnácta, Š., Dvoráček, J. et al. *Klinická adiktologie* (528-544). Praha: Grada.

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

Králíková, E. et al. (2015). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitřní Lékařství*, 61(5, Suppl 1): 154-1515.

Králíková, E. in Kalina, K. et al.(2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.

Králová, T. (2018). *Poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v pobytové léčbě uživatelů návykových látek: studie ve vybraných terapeutických komunitách ČR*. [Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. Retrieved from:
<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/98950/130227139.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kulhánek A. & Gabrhelík, R. (2019). Nové formy užívání tabáku: Elektronické cigarety a zahříváný tabák. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*.

Kulhánek, A., & Mašlaniová, M. (2020). Pilotní spuštění nekuřáckého detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. *Adiktologie v Preventivní a Léčebné Praxi*. 3(2), 106–111.

Kulhánek, A., Baptistová, A. (2020). Chemical Composition of Electronic Cigarette E-Liquids: Overview of Current Evidence of Toxicity. *Adiktologie*, 20(3–4), 137–144; doi 10.35198/01-2020-002-0007

Mravčík, V. et al. (2020). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 Praha: Úřad vlády České republiky.

Piha, T. (n.d.). Mezinárodní doporučení pro odvykání kouření v primární péči. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. Retrieved from:
http://www.slzt.cz/dokumenty/doporuceni_odvykani.pdf

Štěpánková, L. (n.d.). Hodnocení abstinčních příznaků v průběhu odvykání kouření. *Společnost pro léčbu závislosti na tabáku*. Retrieved from:
<https://www.slzt.cz/novinky/hodnoceni-abstinencnich-priznaku-v-prubehu-odvykani-koureni-102>

The jamovi project. (2019). jamovi. (Version 1.0) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

Vavrinčíková, L. (2012) Harm reduction a užívání tabáku. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF a VFN v Praze, TOGGA

Vist, G. E., Grimsrud, T. K., Valen, H., Becher, R., Brinchmann, B. C., Elvsaa, I.-K. Ø., & Alexander, J. (2020). Are the health risks of moist oral snuff (snus) underestimated? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0746>

West, R. (2017). Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions, *Psychology & Health*, 32:8, 1018-1036, doi: 10.1080/08870446.2017.1325890

Williams, J. M., Foulds, J., Dwyer, M., Order-Connors, B., Springer, M., Gadde, P., & Ziedonis, D. M. (2005). The integration of tobacco dependence treatment and tobacco-free standards into residential addictions treatment in New Jersey. *J Subst Abuse Treat*, 28(4), 331-340. doi:10.1016/j.jsat.2005.02.010

Přílohy

Příloha č. 1 Fagerströmův test nikotinové závislosti

Fagerströmův test nikotinové závislosti

Jméno pacienta _____ Datum _____

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

- Do 5 minut (3 body) Do 1 hodiny (1 bod)
 Do půl hodiny (2 body) Za více než hodinu (0 bodů)

2. Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno (např. ve veřejné dopravě, v knihovně, v kině)?

- Ano (1 bod) Ne (0 bodů)

3. Která cigareta by Vám nejvíce chyběla?

- První ráno (1 bod) Kterákoliv jiná (0 bodů)

4. Kolik cigaret denně průměrně vykouříte?

- Do 10 cigaret (0 bodů) 21–30 cigaret (2 body)
 11–20 cigaret (1 bod) Více než 30 cigaret (3 body)

5. Kouříte častěji ráno a dopoledne než ve zbytku dne?

- Ano (1 bod) Ne (0 bodů)

6. Kouříte i během nemoci, když musíte většinu dle ležet v posteli?

- Ano (1 bod) Ne (0 bodů)

Součet bodů

Vyhodnocení Fagerströмова testu nikotinové závislosti

| Míra závislosti | Počet bodů* |
|----------------------------------|-------------|
| Velmi nízká nebo žádná závislost | 0–2 body |
| Nízká závislost | 3–4 body |
| Střední závislost | 5 bodů |
| Vysoká závislost | 6–7 bodů |
| Velmi vysoká závislost | 8–10 bodů |

*maximální skóre 10 bodů

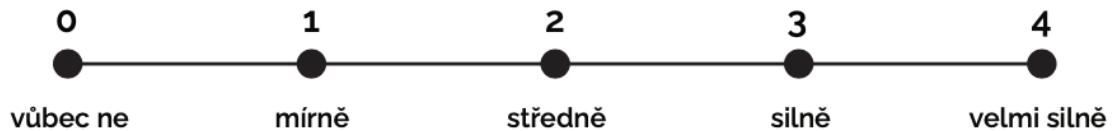
Upraveno podle českého překladu (Králková et al., 2015)
Centrem pro výzkum a prevenci užívání tabáku Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

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

Minnesotská škála abstinenčních příznaků

Jméno pacienta _____ Datum _____

U každé z položek ohodnoťte, co jste pociťoval/a v důsledku odvykání kouření v posledních 24 hodinách.



| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Zlost, podrážděnost, nespokojenost | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Úzkost, nervozita | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Špatná nálada, smutek | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Touha kouřit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Obtížné soustředění | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Nespavost, obtížné usínání, buzení v noci | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Neschopnost odpočívat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Netrpělivost | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Zácpa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Závratě | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Kašel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Neobvyklé sny, noční můry | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Nevolnost | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Bolení v krku | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |