

Univerzita Karlova

1.lékařská fakulta

Klinika adiktologie

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Kateřina Benešová Štědrá

Zhodnocení pilotního nekuřáckého provozu detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie
z pohledu zdravotnického personálu: kvalitativní studie

An Assessment of the Pilot Implementation of the Skome-free Detoxification Unit at the
Department of Addictology: a qualitative study

Bakalářská práce

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

Praha, 2022

Prohlášení:

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

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

V Praze, 21.4.2022

Kateřina Benešová Štědrá

.....

Identifikační záznam:

BENEŠOVÁ ŠTĚDRÁ, Kateřina. *Zhodnocení pilotního nekuřáckého provozu detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie z pohledu zdravotnického personálu: kvalitativní studie. [An Assessment of the Pilot Implementation of the Smoke-free Detoxification Unit at the Department of Addictology: a qualitative study]*. Praha, 2022, 59 s., 5 příloh, 1 obrázek, 2 grafy, 4 tabulky. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Adam Kulhánek, Ph.D.

Poděkování:

Mé poděkování patří především Mgr. Adamu Kulhánkovi Ph.D. za profesionální vedení této bakalářské práce, zejména za cenné rady a motivační doping. Děkuji spolužákům, přátelům a blízkým za jejich podporu. V neposlední řadě děkuji respondentům za účast na výzkumu.

Kateřina Benešová Štědrá

Abstrakt

VÝCHODISKA: Kouření tabáku se v České republice týká 2,2 mil. osob a pojí se s vysokou morbiditou i mortalitou. Prevalence kouření tabáku je u adiktologických pacientů 4x vyšší než v obecné populaci. Navzdory důkazům o pozitivním efektu zanechání kouření adiktologických pacientů, kontroverzní postoj odborníků k léčbě závislosti na tabáku a na jiných drogách zároveň, přetrvává. Komplexní přístup ke zdraví pacientů a zvyšování kvality jejich života je v klinické praxi českých detoxifikačních oddělení i nemocnic bohužel výjimečné.

CÍLE: Cílem práce bylo zhodnotit dosavadní pilotní nekuřácký provoz na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie VFN perspektivou členů léčebného týmu tohoto oddělení. K jeho naplnění byly formulovány výzkumné otázky fokusované na oblast pozitivních a negativních aspektů plynoucích z nekuřáckého provozu oddělení pro pacienty a personál, na zefektivnění chodu nekuřáckého oddělení a na možnosti zvyšování motivace hospitalizovaných kuřáků k léčbě závislosti na tabáku.

METODY: Pro sběr a zpracování dat byla zvolena kvalitativní výzkumná metodika, aplikován strukturovaný rozhovor. Výběrový soubor tvořilo 10 respondentů z řad personálu výše uvedeného zařízení. Soubor byl vytvořen metodou kvótového záměrného výběru. Data byla fixována mobilním telefonem, manuálně transkribována a podrobena kvalitativní analýze klasifikací, tříděním a deskripcí.

HLAVNÍ VÝSLEDKY: Nekuřácký provoz oddělení má na roli členů detoxifikačního týmu pozitivní vliv přinášející vyšší komfort jejich práce. Personál si cenní nynější možnosti koncentrace výhradně na léčbu pacienta, časového profitu a toho, že z pacientů není cítit kouř. Dominantním pozitivem vzešlým zavedením nekuřáckého chodu oddělení jsou změna obsahu komunikace s pacientem, mírnější abstinenční symptomy u pacientů a prezentace racionálního přístupu zdravotníků ke kouření. Hlavními benefity pro pacienty jsou snazší zvládnání a dokončení léčebného programu, motivační stimul k zanechání kouření, bezplatná nikotinová substituce, vyzkoušení zdravějšího životního stylu a korektnější přístup k hospitalizovaným nekuřákům. Nekuřácký provoz neovlivnil zájem pacientů o detoxifikaci. Za negativní aspekt je personálem považováno zvýšení finančních nákladů oddělení na substituční přípravky, craving pacientů po cigaretě a počáteční negativní nastavení pacientů k léčbě. Personál navrhuje zvyšovat motivaci pacientů aplikací motivačních rozhovorů, zvyšováním zdravotní gramotnosti pacientů a dostatečnou saturací pacientů náhradním nikotinem. K zefektivnění nekuřáckého provozu je navrhováno především navýšení skupinové a individuální terapie.

ZÁVĚR: Hlavním zjištěním práce bylo, že personál hodnotí zavedený nekuřácký provoz oddělení většinou pozitivně s jednoznačně převažujícími přínosy pro sebe samé i pro hospitalizované pacienty – kuřáky i nekuřáky. Vzhledem k uvedenému autorka doporučuje v pokračování plně nekuřáckého provozu a v implementaci plně nekuřáckého provozu v dalších detoxifikačních jednotkách.

Klíčová slova:

Detoxifikace – Odvykání kouření – Tabák – Nikotin – Ústavní léčba

Abstract

BACKGROUND: Tobacco smoking affects 2,2 million people in the Czech Republic and is associated with high morbidity and mortality. The prevalence of tobacco smoking in addicted patients is 4 times higher than in the general population. Despite the promising evidence of smoking cessation in addicted patients, controversy in tobacco treatment and other drug addictions persists. Unfortunately, a comprehensive approach to improving patients' health and quality of life is rare in clinical practice of Czech detoxification units and hospitals.

AIMS: The aim of the theses was to evaluate the current pilot non-smoking operation at the Detoxification Department of the Addictology Clinic of the General Faculty Hospital through the perspective of the Department's treatment team members. To fulfill this aim, research questions focused on the positive and negative perceptions of non-smoking strategies of the patients and staff in the inpatient ward, optimizing the operations of the non-smoking inpatient ward and assessing motivation levels of hospitalized smokers to seek treatment for tobacco dependence.

METHODS: Qualitative research methodology was used for data collection and processing, and structured interviews were applied. The sample consisted of 10 respondents from the health care staff of the above facility. The sample was created using the quota intentional selection method. The data were fixed by mobile phone, manually transcribed and subjected to qualitative analysis of classifications, sorting and descriptions.

MAIN RESULTS: The non-smoking operation of the Department had a positive effect on the role of members of the detoxification team, bringing greater comfort to their work. The staff valued the current possibility of exclusively focusing on patient's treatment, time profit and avoiding the smell of smoke. The dominant positive outcome through the introduction of this non-smoking operation is changing the communication style with the patient, yielding milder withdrawal symptoms and presenting a rational approach towards smoking that health professionals can follow. Easier way to manage and complete the treatment program, motivational incentive to quit smoking, free nicotine replacement therapy, trying a healthier lifestyle and a more correct approach to hospitalized non-smokers were the main observed benefits for patients. Patients' interest in detoxification was not affected by the non-smoking operation. Increased financial cost due to use of substitution therapy, measures used for patients' craving, The staff reported negative attitudes towards the increase in financial costs of substitution products, the craving and the initial inpatient setting. The medical staff proposes motivational interviews, increasing health literacy and sufficient saturation of patients with substitution drugs as ways to improve motivation and attitudes. Increasing group and individual therapy has also been proposed to make the non-smoking operation more efficient.

CONCLUSION: This thesis aimed to evaluate the current non-smoking pilot operation at the General Faculty Hospital Detoxification Department Addiction Clinic. Overall, the medical staff viewed the implemented non-smoking operation positively. There are clear benefits for the staff and inpatients, both smokers and non-smokers alike. Based on these

conclusions, the author recommends full continuation with the non-smoking operation and its implementation into other detoxification units.

Key words:

Detoxification – Smoking cessation – Tobacco – Nicotin – Inpatient treatment

Obsah

Seznam zkratk	3
1. Úvod	4
2. Závislost na tabáku	5
2.1. Definice syndromu závislosti	5
2.2. Diagnostika syndromu závislosti	5
3. Prevalence kouření tabáku v ČR	8
3.1. Prevalence kouření a vzorce užívání tabáku v dospělé populaci	8
3.2. Kouření tabáku u adiktologických a psychiatrických pacientů	10
4. Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku	12
4.1. Intervence pro řešení psychobehaviorální závislosti	12
4.1.1. Motivační rozhovory v léčbě závislosti na tabáku a intervence	14
4.2. Intervence pro řešení fyzické závislosti	16
4.2.1. Substituční terapie nikotinem (NTN)	17
4.2.2. NTN v praxi detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie	18
5. Detoxifikace	19
5.1. Účel detoxifikace	19
5.2. Detoxifikační jednotky	19
5.2.1. Detoxifikační oddělení Kliniky adiktologie VFN	20
5.3. Metody a přístupy detoxifikace	21
6. Výzkumná metodika	22
6.1. Výzkumný cíl	22
6.2. Výzkumné otázky	22
6.3. Výzkumný soubor	23
6.4. Metoda tvorby dat	24
6.5. Metody analýzy dat	26
6.6. Etické aspekty studie	26
7. Výsledky výzkumu	27
7.1. Vliv nekuřáckého provozu oddělení na roli zdravotníka	27
7.2. Hlavní přínosy nekuřáckého provozu pro oddělení a personál	29
7.3. Přínosy plynoucí pacientovi z nekuřáckého chodu detoxifikačního oddělení	31

7.4. Negativa nekuřáckého provozu pro detoxifikační oddělení.....	33
7.5. Možná negativa u pacienta plynoucí z nekuřáckého chodu oddělení	35
7.6. Vnímání podmínky nekouření pacientem	36
7.7. Hlavní změna při srovnání kuřáckého a nekuřáckého provozu.....	38
7.8. Ovlivnění zájmu o detoxifikaci	41
7.9. Možnosti zvyšování motivace pacientů k odvykání kouření	42
7.10. Příležitosti k vylepšení nekuřáckého chodu oddělení	45
8. Diskuze a závěry.....	48
Seznam použité literatury.....	52
Přílohy	56

Seznam zkratk

APA	American Psychological Association
ČR	Česká republika
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. revize
FTND	Fageström Test of Nicotine Dependence
MTWS	Minnesota Tobacco Withdrawal Scale
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize
NAUTA	Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu
NTN	Náhradní terapie nikotinem, substituční terapie nikotinem
NL	návyková látka/návykové látky
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
WHO	World Health Organisation

1. Úvod

Kouření tabáku se v České republice týká 2,2 mil osob, prevalence kouření tabáku adiktologických pacientů je dokonce 4x vyšší než v obecné populaci, vyšší je jejich spotřeba cigaret i intenzita kouření s dopady na socioekonomický status, morbiditu a mortalitu. Navzdory existenci komplexní léčby i důkazům o pozitivním efektu zanechání kouření adiktologických pacientů přetrvává kontroverzní postoj k odvykání kouření souběžně s odvykáním od všech jiných návykových látek. Léčba a odvykání kouření dosud není sounáležitostí rutinní praxe všech klinických oborů, a to přes všechna zcela jednoznačná mezinárodní doporučení (Králíková et al., 2020; Kulhánek & Mašlaniová, 2020; Mravčík et al., 2020).

V reakci na výše uvedené skutečnosti byl na podzim roku 2019 pilotně zaveden nekuřácký provoz detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie. Bakalářská práce s tématem: „Zhodnocení pilotního nekuřáckého provozu detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie z pohledu zdravotnického personálu“ si předsevzala zhodnotit chod tohoto plně nekuřáckého detoxifikačního zařízení a vznést doporučení k implementaci komplexní nekuřácké politiky v dalších adiktologických zařízeních. Byla zaměřena na identifikaci pozitivních a negativních aspektů chodu nekuřáckého oddělení, zachycení návrhů ke zefektivnění inovovaného provozu oddělení a možností dalšího rozvíjení motivace hospitalizovaných pacientů v postoji nekuřáckého životního stylu.

Práce se skládá ze dvou částí, první část práce (kapitoly 2-5) poskytuje odborný výklad závislosti na tabáku a její diagnostiky. Uvádí prevalenci kouření tabáku v dospělé populaci ČR včetně specifík adiktologických a psychiatrických pacientů, zabývá se odvykáním kouření, léčbou a detoxifikací.

Ve druhé části práce (kapitoly 6-8) je prezentován realizovaný kvalitativně designovaný výzkum s využitím strukturovaných rozhovorů se členy léčebného týmu detoxifikačního oddělení.

2. Závislost na tabáku

Závislost na tabáku je „klasickou drogovou závislostí“ (Popov, 2013, s. 296), chronickým, recidivujícím a letálním onemocněním (Králíková, 2015b) ukotveným od roku 1992 v Mezinárodní klasifikaci nemocí (Králíková et al., 2020). Tato úvodní kapitola definuje syndrom závislosti na tabáku a její diagnostiku dle obou aktuálních klasifikačních systémů.

2.1. Definice syndromu závislosti

Syndrom závislosti je Světovou zdravotnickou organizací (dále jen WHO) v desáté revizi Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10) definován jako sdružení fyziologických, behaviorálních a kognitivních příznaků či fenoménů, v nichž má pro jedince mnohem vyšší atraktivitu užívání nějaké látky či třídy látek před jinými dříve preferovanými aktivitami. Syndrom závislosti je centrálně charakteristický silnou přemáhající touhou (tzv. craving) užívat psychoaktivní látku. Craving definovali odborníci WHO již v roce 1955 jako „touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenosti“ (WHO, 1992; Nešpor, 2018, s. 18). Podle Králikové a kol. (2013) je craving jedním z hlavních příznaků abstinčního syndromu. MKN-10 vznikla v roce 1994 a je používána především Evropany včetně České republiky (dále jen ČR) k diagnostice somatických i duševních onemocnění (Křížová, 2021).

2.2. Diagnostika syndromu závislosti

Králíková a kol. (2013, s. 370) upozorňuje na nízkou míru diagnostikování a vykazování závislosti na tabáku prostřednictvím MKN-10, třebaže závislost na tabáku „není zlovyk, ale nemoc“ s přímým vlivem na závažné a fatální civilizační choroby.

Aktuálně platná MKN-10 řadí syndrom závislosti na tabáku do oddílu Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek, do kategorie s kódem F17: Poruchy způsobené užíváním tabáku. Jeho další specifikace za tečkou číslem 2, tedy F17.2, kóduje diagnózu syndromu závislosti na tabáku. Závislost dle MKN-10 lze diagnostikovat na základě výskytu minimálně třech z šesti markerů, respektive znaků

závislosti za uplynulé období jednoho roku (WHO, 1992; Králíková et al., 2013). Těmito markery závislosti jsou:

1. Nutkání k užití tabáku (craving).
2. Změněná sebekontrola v užívání tabáku, zejména v množství cigaret.
3. Nástup fyzických odvykacích stavů.
4. Změněná tolerance k účinku látky, respektive její růst.
5. Ztráta zájmu o jiné aktivity s výjimkou těch spjatých s kouřením tabáku.
6. Užívání tabáku i s vědomím škodlivých následků (WHO, 1992; Nešpor, 2018).

K zjištění míry závislosti na tabáku slouží screeningový nástroj: Fageströmův test nikotinové závislosti (dále jen FTND). Skládá se ze šesti bodově hodnocených otázek pokládaných kuřákovi, který volí ze 2 či 4 výroků ten nejpravdivější. Součet bodů je vyhodnocen v příložené tabulce výsledků. Výsledkem FTND je závislost žádná nebo mírná, středně těžká či těžká (Klinika adiktologie, 2019). K rychlému orientačnímu posouzení fyzické závislosti obvykle poslouží i kuřákem verbalizovaná potřeba zapálit si do 60 minut od probuzení (Králíková, 2015b).

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch s 5. revizí (dále jen DSM-5) byl vytvořen Americkou psychiatrickou asociací (dále jen APA) v roce 2013 (Křížová, 2021). Syndrom závislosti na tabáku (v terminologii MKN-10) je v DSM-5 začleněn v oddíle Poruchy se závislostí, do pododdílu Poruchy vyvolané užíváním látek, kde se nalézá Užívání tabáku. Porucha je dále členěna na lehkou, středně těžkou nebo těžkou (Králíková et al., 2015; Křížová, 2021). Markery syndromu závislosti na tabáku (v názvosloví DSM-5 poruchy užívání látky) jsou:

1. Užívání tabáku po delší než zamýšlenou dobu, nebo užívání většího množství.
2. Opakované nezdary v zanechání či omezení kouření.
3. Vysoká koncentrace na konzumaci tabáku, jeho obstarání či zotavení se z jeho účinků.
4. Craving, nutkání kouřit.
5. Selhávání při plnění povinností v rodině, ve škole, v práci.

6. Konzumace navzdory zjevným negativním dopadům sociálního a interpersonálního charakteru, způsobeným užíváním tabáku.

7. Redukce zájmu o aktivity profesní, sociální či rekreační, preference aktivity kouření.

8. Opakovaná konzumace tabáku i situací ohrožujících fyzické zdraví.

9. Konzumace navzdory zřetelné psychické a somatické poruše či nemoci vyvolané kouřením tabáku.

10. Zvyšování kuřákem tolerovaného množství nikotinu.

11. Výskyt abstinčního syndromu.

Splněním dvou kritérií z výše uvedených lze dle DSM-5 diagnostikovat syndrom závislosti. Pro stanovení míry závislosti slouží rovněž 11 výše uvedených kritérií: naplněním dvou až tří znaků uživatel tabáku vykazuje mírnou poruchu užívání, splněním 4–5 kuřák trpí středně těžkou poruchou užívání, při šesti a více splněných znacích jde o těžkou poruchu užívání tabáku (Raboch et al., 2015; Králíková et al., 2015).

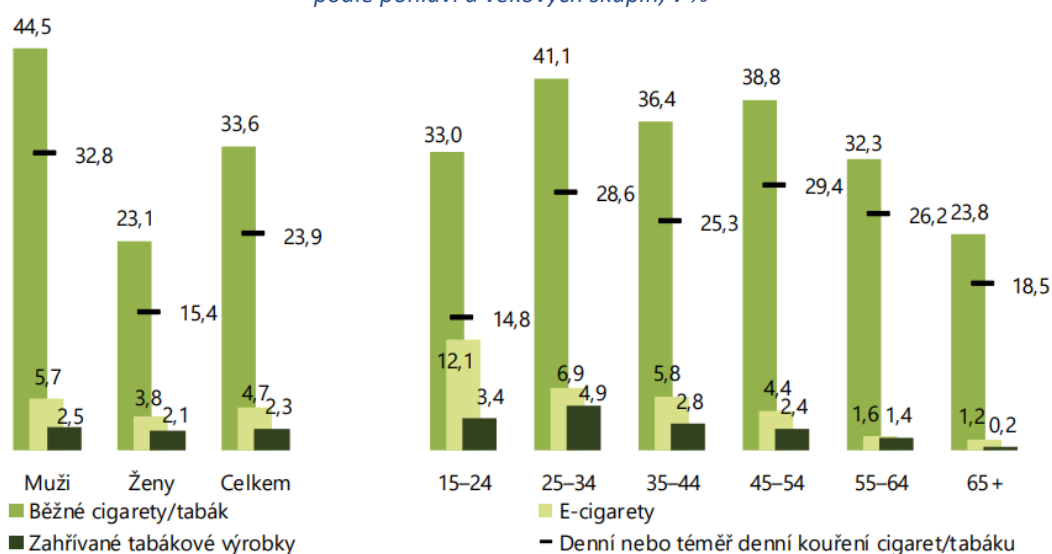
3. Prevalence kouření tabáku v ČR

Závislost na tabáku globálně dosahuje pandemických rozměrů se zásadním dopadem na veřejné zdraví, v ČR je jednou z hlavních příčin morbidity a mortality společně s nízkou pohybovou aktivitou (Mravčík et al., 2021). Tato kapitola podává přehled o prevalenci kouření tabáku v dospělé populaci perspektivou 2 klíčových výzkumných studií. Dále je pojednáno o prevalenci u adiktologických a psychiatrických pacientů.

3.1. Prevalence kouření a vzorce užívání tabáku v dospělé populaci

Z celopopulační studie uskutečněné na reprezentativním vzorku populace o velikosti 6542 osob ve věku 15 a více let s titulem Národní výzkum užívání návykových látek 2020 vyplývá, že současnými kuřáky cigaret (užití tabáku v posledních 30 dnech) je 33,6 % obyvatelstva ČR, 44,5 % mužů a 23,1 % žen. Denní kuřáctví pak potvrdilo 22,3 % dotázaných s množstvím 11–20 vykouřených cigaret, 30,6 % mužů a 14,3 % žen. Nejsilnějšími kuřáky jsou muži s více než 30 cigaretami ve věku 45-54 let. Konzumaci zahříváného tabáku v posledních 30 dnech uvedlo 2,3 % dotázaných, denní konzumaci necelé 1 % (Mravčík et al., 2021).

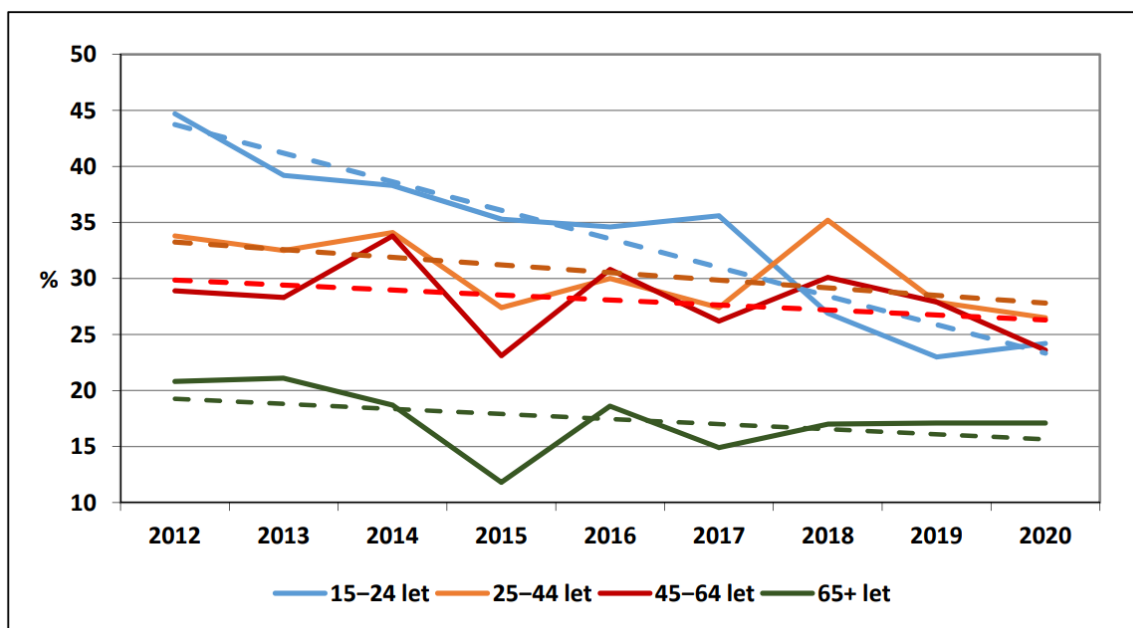
Graf 1: Užívání tabákových výrobků, e-cigaret a zahříváných tabákových výrobků v posledních 30 dnech podle pohlaví a věkových skupin, v %



Zdroj: Chomynová, P. & Mravčík, V. (2021).

Na základě omnibusového šetření výzkumu názorů a postojů občanů ČR k tématům zdravotnictví a zdraví byl závěrem roku 2020 zrealizován Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu (NAUTA) na reprezentativním vzorku 1541 respondentů starších 15 let. Tato studie Státního zdravotního ústavu dochází k prevalenci současného kuřáctví 23,1 % a denního kuřáctví 16,6 % při nejčastější průměrné spotřebě 12,7 cigaret. Csémy et al. (2021) uvádí, že muži vykouří o 2 cigarety více v porovnání s ženami. U obou pohlaví je patrný dlouhodobý mírný růst denní spotřeby cigaret. Mezi kuřáky jsou v obou kategoriích více zastoupeni muži. 6,5% obecné populace tvoří příležitostní kuřáci. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byli kuřáci cigaret ve věku 25-44 let, po ní následuje kategorie 45–64letých.

Graf 2: Kuřáci jakéhokoliv tabákového výrobku podle věkových skupin



Zdroj: Csémy et al., 2021

Mravčík et al. (2021) na základě výzkumů provedených v roce 2020 shrnuje, že současní kuřáci tvoří 30–34 % dospělé populace ČR zastoupené 38–45 % muži a 18–23 % ženami. Denní či téměř denní kouření se týká 17–23 % jedinců s 21–31 % převahou mužů a 12–14 % ženami. Nejčastější denní spotřeba současných kuřáků činí 15-24 cigaret. Stále

převazují průmyslově vyráběné cigarety z tabáku představující nejvyšší zdravotní rizika. ČR vykazuje v posledních 15 letech spíše stabilní úroveň kouření tabáku.

3.2. Kouření tabáku u adiktologických a psychiatrických pacientů

Uživatelé tabáku velmi často současně trpí abúzem jiné návykové látky či syndromem závislosti na ní. Prevalence užívání tabáku těchto adiktologických pacientů je v porovnání s běžnou populací kuřáků tabáku čtyřnásobná (Apollonio et. al., 2016; Baca & Yahne, 2009; Kulhánek & Mašlaniová, 2020).

Podle Králíkové et al. (2015) psychiatričtí pacienti kouří zhruba 2x častěji než obecná populace, prevalence pacientů podstupujících léčbu závislosti na jiné návykové látce je 2 - 3x vyšší, tzn. 70–90 % z nich jsou uživateli tabáku. Taktéž jejich vzorec užívání návykové látky je specifický, a to vyšší intenzitou kouření a vyšším množstvím vykouřených cigaret. Kouření cigaret psychiatrické nemoci dlouhodobě zhoršuje a je zodpovědné za sníženou účinnost mnohých psychofarmak. Tito kuřáci umírají předčasně (např. kuřák trpící schizofrenií o 25 let dříve), nejčastější příčinou mortality psychiatrických pacientů jsou choroby způsobené užíváním tabáku.

Dřívější mýtus přínosnosti kouření tabáku při léčbě jiné závislosti byl jasně potvrzen „četnými studiemi a zahraniční klinickou praxí díky prokázání nesporných benefitů zanechání kouření při současné léčbě závislostí“ (Kulhánek & Mašlaniová, 2020, s. 108). Léčba závislosti na tabáku a jiných návykových látkách zároveň přináší adiktologickým i psychiatrickým pacientům rychlejší fyzické zotavení, působí stabilizačně na komorbidní poruchy duševního zdraví, pevněji kotví výsledky dosažené v léčbě závislosti a snižuje mortalitu. Neméně podstatným pozitivem je vliv na socioekonomickou stránku života psychiatrických kuřáků.

Většina lidí s duševní poruchou si přeje s kouřením tabáku skončit. Léčba závislosti této cílové skupiny je specifická zejména potřebou zvýšené intenzity intervencí a prodlouženou dobou léčení. Také Králíková et al. (2015, s. 1512) jednoznačně preferuje nekuřácká lůžková zařízení pro psychiatrické pacienty: „Nekuřácká psychiatrická oddělení jsou benefitem jak pro personál, tak pro pacienty“. Chod psychiatrických nekuřáckých

oddělení podmiňuje zajištěním komfortu odvykajících pacientů krytím jejich abstinčních symptomů náhradní terapií nikotinem (NTN). Upřednostňuje náplasti pro snadnost aplikace a absenci kontraindikací. Pokud je možným náhradním řešením jen kouření, ať už ve smyslu substituce či harm reduction (snižování rizik), jasně doporučuje kouření čistého nikotinu, nikoliv nikotinu ze spalovaného tabáku.

4. Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku

Odvykání kouření je pojmem zastřešujícím nejen léčbu, ale i jakékoliv postupy k zanechání kouření, jako je poradenství prostřednictvím mobilních aplikací či krátká intervence, letáky a další. Léčba závislosti na tabáku by měla být poskytována erudovaným odborníkem například ve zdravotnické či jiné klinické službě, kde je poskytována ve své komplexnosti a ve vyšší intenzitě. Komplexností je míněno psychobehaviorální poradenství a farmakoterapie, korelující s psychobehaviorální a fyzickou komponentou závislosti na tabáku (Králíková et al., 2020). V této kapitole budou vysvětleny obě komponenty závislosti na tabáku, popsány metody psychobehaviorální intervence, vyložena substituční terapie nikotinem a zmíněna farmakoterapie.

4.1. Intervence pro řešení psychobehaviorální závislosti

Psychobehaviorální závislost vzniká vždy, v různé míře se s ní potýká každý kuřák (bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost závislosti fyzické, na nikotinu). Vzniká již v momentě kouření první cigarety, neboť etiopatogeneze psychobehaviorální závislosti pramení z naučeného vzorce chování, které se opakovaným potažením z cigarety stále pevněji fixuje. Projevy psychobehaviorální závislosti představují nutkání zapálit si cigaretu v určitých situacích jako je pití kávy, s pauzou, při zvýšené nervozitě, stresu, radosti, ve společnosti jiných lidí. Závislý jedinec je koncentrován na předmět cigareta. Jedná se o fixované, ritualizované a zacyklené jednání kuřáka (Králíková et al., 2013; SLZT, 2010). Perspektivou výlučně prokázaných klinických dat je v rámci psychobehaviorálních intervencí odvykání kouření nejúčinnější složkou zejména kognitivně-behaviorální psychoterapie (s podporou farmakoterapie). Účinné jsou rovněž motivační rozhovory a rozhovory o objektivních i subjektivních těžkostech vyvstávajících při odvykání kouření a rozhovory o benefitech zanechání kouření. Vhodná je psychosociální podpora, nácvik chybějících dovedností a nácvik předvídání a zvládání rizikových situací. (Fiore et al., 2008; Štěpánková et al., 2020).

Základní intervencí je dotaz na kuřácký status pacienta, jednoznačné doporučení kouření zanechat (včetně vysvětlení principu léčby) a podpora odvykání předáním kontaktu

na telefonní linku odvykání kouření či odborné centrum léčby závislosti na tabáku. Tato tříkroková krátká intervence ABC (Ask – Brief advice – Cessation support) nezabere více než 10 minut. Měla by být aplikována při každém klinickém kontaktu s pacientem, v ČR je ze zákona (č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek) povinná pro všechny zdravotníky (Králíková et al., 2020). Krátká intervence je v primární péči efektivní (2 x zvyšuje šanci na zanechání kouření) a otevírá možnost referovat kuřáka tabáku k intenzivní léčbě závislosti na tabáku (Wray et al., 2018). Její účinnost je asi 10 % (oproti účinnosti odvykání bez asistence, která se odhaduje na 3–5 %), ale má potenciál širokého populačního krytí (Králíková et al., 2020). Krátce intervenovat lze i dle schématu 5A (Ask – Advise – Assess – Assist – Arrange follow up) viz Tabulka 1.

Tabulka 1: Schéma krátké intervence 5A

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, eventuelně doporučení do specializovaného centra pro závislé na tabáku
5. Arrange follow up – Plánovat	Plánovat kontrolní návštěvy

Zdroj: Kráčíková et al., 2015

Účinné intervenční prvky pro ambivalentní kuřáky (zejména v prekontemplační fázi procesu změny) soustředí intervence 5R (Relevance – Risks – Rewards – Readblocks – Repetition) vycházející z filozofie motivačních rozhovorů (Fiore et al., 2008; Králíková et al., 2020) viz Tabulka 2.

Tabulka 2: Intervence 5R

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 et al., 2015

Intenzivní léčba závislosti na tabáku je předmětem činnosti specialisty vyškoleného na léčbu závislosti na tabáku. Typicky trvá asi 2 hodiny (Králíková et al., 2020).

4.1.1. Motivační rozhovory v léčbě závislosti na tabáku a intervence

Motivace znamená usilování o různé množství uspokojujících cílů a způsobů k jejich dosažení. Zjednodušeně jde o aktivizaci činitelů, která zajistí kladný emoční prožitek, absenci negativních emocí (Helus, 2018). Vhodným nástrojem ke zvyšování motivace jsou motivační rozhovory. Vznikly na podkladě poznatků procesu změny, jako alternativa neefektivní konfrontační léčby závislosti na alkoholu a jiných drogách (Miller, 1983). K jejich využití při léčbě syndromu závislosti na tabáku Štěpánková a kol. (2020) uvádí, že je plně

indikováno pro stránce teoretické i z pohledu klinické praxe včetně zahraniční. Například v Centru pro nikotinovou závislost v Rochesteru (Nicotine Dependence Center of Mayo Clinic) jsou motivační rozhovory integrovány do certifikovaného výukového programu personálu se specializací na léčbu závislosti na tabáku a široce aplikovány. Indikovány jsou rovněž pro pacienty s duální diagnózou, jak uvádí Handmaker et al. (2009). Motivační rozhovory jsou se svou vztahovou a technickou komponentou uceleným komunikačním stylem s potenciálem měnit myšlení, postoje a jednání pacientů prostřednictvím rozvíjení jejich vnitřní motivace. Podporují dobrý pracovní vztah, zvyšují zájem a koncentraci na společnou práci na změně. Motivace ke změně je interpersonálně ovlivnitelná, proto jsou základem motivačních rozhovorů úcta a respekt k hodnotě člověka, k jeho rozhodnutí, autonomii. Na člověka zaměřený přístup je spjat se čtyřmi principy motivačních rozhovorů (viz Tabulka 3): srozumitelné vyjadřování empatického vhledu, autokonfrontace kuřáka rozvíjením rozporů, trvalá deaktivace terapeutova napravovacího reflexu a zvyšování důvěry pacienta ve vlastní schopnosti.

Tabulka 3. Principy motivačního rozhovoru s kuřákem

vyjadřování empatie	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	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 abstinční příznaky)
zmírňování odporu	poskytovat reflexe, když pacient vyjadřuje odpor (vypadá to, že se cítíte pod tlakem, pokud jde o kouření)
	vyjadřovat empatii (obáváte se abstinčních příznaků)
	zeptat se na souhlas s poskytnutím informací (zajímalo by vás, co by vám mohlo během odvykání pomoci?)
podpora vlastní kompetence	podpořit pacienta – minulé pokusy jsou zkušeností, ze kterých lze čerpat
	nabídnout volbu malých kroků směřujících k zanechání kouření (odkaz na informace, první krok přestat kouřit jen v domácnosti apod)

Zdroj: Králíková et al., 2015

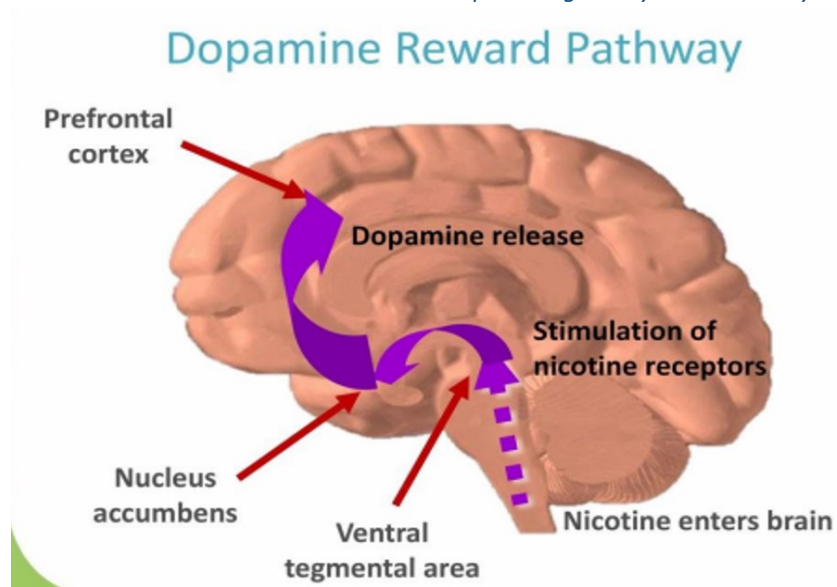
Styl motivačních rozhovorů lze aplikovat jak individuálně, tak přizpůsobit skupinové terapii, současně jej lze užít samostatně či jako doplněk komplexních intenzivních léčebných přístupů (Miller & Rollnick, 2013; Soukup, 2020).

4.2. Intervence pro řešení fyzické závislosti

Již bylo uvedeno, že závislost na tabáku je dvoukomponentní. Dle Králíkové a kol. (2013, s. 387) se obě komponenty „prolínají“. Fyzickou závislostí trpí zhruba 80 % kuřáků. Genetický vliv (daný typem acetylcholinových receptorů) může představovat i více než 50 % (Králíková, 2015b). Fyzická závislost je výslednou reakcí organismu na opakovaný dlouhodobý přísun psychoaktivní látky, v případě kouření tabáku, nikotinu.

Nikotin nejprve působí agonisticky – navazuje se na acetylcholinové receptory shodně jako acetylcholin a aktivuje uvolnění zejména dopaminu. Ve vazbě nikotin setrvává podstatně déle ve srovnání s acetylcholinem (blokace, účinek antagonistický), mozek odpovídá upregulací, tedy zmnožením počtu acetylcholinových receptorů především ve své ventrální tegmentální oblasti, čímž dochází k rozvoji fyzické závislosti (Králíková, 2020). Aktivace mezolimbického dopaminergního systému odměny je typická nejen pro nikotin, ale je společná všem drogám (Vinař, 2013).

Obrázek 1: Aktivace mezolimbického dopaminergního systému odměny



Zdroj: University of Colorado, Behavioral Health & Wellness Program, 2016

Dopaminový efekt je v případě kuřáka klasických cigaret dále umocňován některými látkami tabákového kouře snižujícími sérovou koncentraci enzymů monoaminoxidázy (až o 40 %). Dopamin je tak kuřáky spalovaného tabáku méně odbouráván, fyzická závislost je

posilována. Při absenci či redukci pravidelné dávky nikotinu jsou zmnožené receptory příčinou projevů odvykacího stavu. K minimalizaci abstinenčních symptomů fyzické závislosti na nikotinu je určena farmakoterapie a substituční terapie nikotinem. (Králíková et al., 2020).

V prostředí ústavní detoxifikace, které je vždy registrováno jako zdravotní služba, provádí farmakoterapii výhradně lékař s respektem k příslušným předpisům a zásadám správné léčebné praxe (Adameček et al., 2021). Primárními léky závislosti na tabáku jsou NTN, vareniklin a bupropion. Znovu je na trhu ČR fytofarmakum cytisin.

Vareniklin způsobuje částečné uvolnění dopaminu a současně brání obsazení receptorů nikotinem – je parciální agonista acetylcholinových nikotinových receptorů. Je distribuován pod obchodním názvem Champix (0,5 a 1 mg), podmíněn preskripcí lékaře.

Cytisin má mechanismus účinku podobný vareniklinu, liší se krátkodobým působením, které podmiňuje užívání tablet po několika hodinách. Jde o přírodní produkt – extrakt ze štědřence odvislého. Je volně dostupný v lékárnách od července 2020 pod komerčním názvem Defumoxan.

Bupropion spadá do skupiny antidepressiv inhibitorů zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu (Králíková, 2015a). K mechanismu jeho působení na odvykání kouření Králíková et al. (2015) uvádí, že není plně vysvětlen. Bupropion je vázán na lékařský předpis.

4.2.1. Substituční terapie nikotinem (NTN)

Substituční léčba je jednou ze zásadních a „plnohodnotných modalit léčby závislosti na návykových látkách“. Substitute je latinského původu a do Českého jazyka je překládána jako náhrada či záměna, v adiktologickém kontextu znamená nahrazení konzumované látky nebo její formy za látku s bezpečnějším profilem. Náhradní terapie nikotinem zaujímá své místo v MKN-10 pod kódem F17.22: Syndrom závislosti na tabáku, jedinec aktuálně „abstinuje v klinicky kontrolovaném udržovacím nebo náhražkovém režimu“ (Pavlovská & Minařík, 2015, s. 378). Substitute nikotinu změněnou formou jejího podávání je nejdéle a nejvíce užívanou farmakoterapií diagnózy F17.2., formy náplast a žvýkačku definovala WHO

již v roce 2009 jako léky primární. Princip léčby NTN spočívá v pozvolném redukování účinné látky v substitučním přípravku, čímž dochází k pozvolnému odvykání s komfortem vylučujícím vznik abstinenčního syndromu (Pavlovská & Minařík, 2015).

Produkty NTN jsou v tuzemských lékárnách volně dostupné (bez preskripce lékařem), ve formě náplasti, žvýkačky, pastilek a orálního spreje. Přípravky se liší rychlostí vstřebávání, množstvím vstřebeného nikotinu a dobou saturace kuřáka nikotinem (Králíková et al., 2015).

4.2.2. NTN v praxi detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie

V plně nekuřáckém prostředí uzavřeného detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie jsou všechny náhradní nikotinové přípravky po dobu hospitalizace pacienta „poskytovány ad libitum a zcela zdarma“ (Kulhánek & Mašlaniová, 2020, s. 109). Dávkování a forma NTN je v gesci lékaře, který vychází z FTND a počtu dříve běžně pacientem vykouřených cigaret. Nejčastěji indikovanou formou NTN je 15 a 25mg náplast na 16 hodin, která zohledňuje častou komorbiditu (psychofarmaka, odvykacími stavy) cílové skupiny detoxifikačního oddělení. Nikotin se z náplasti vstřebává transdermálně, ve stabilní dávce po celých 16 hodin. Lepení náplastí obstarávají zdravotní sestry dle ordinace lékaře každé ráno. Kuřákům s vyšší mírou závislosti a nedostatečným pokrytím nikotinem v náplasti jsou tyto navyšovány (např. způsobem 1 + 0/5), nebo je transdermální forma NTN kombinována s formou orální – žvýkačkou a sprejem (Kulhánek & Mašlaniová, 2020).

5. Detoxifikace

Detoxifikace je často prvním, nezbytným krokem pro zahájení střednědobé či dlouhodobé rezidenční léčby závislosti. Bez odborné intervence většina závislých není schopna dospět k abstinenci (Röhr, 2015). Tato kapitola definuje detoxifikaci, uvádí její účel, detoxifikační jednotky a metody detoxifikace.

5.1. Účel detoxifikace

Detoxifikace představuje léčebnou metodu, která redukuje symptomy odvykacího syndromu i rizika poškození pacienta, cílí na zastavení užívání drog závislou osobou (Kalina et al., 2001).

Dvořáček (2015, s. 347) definuje detoxifikaci jako „proces zvládnání odvykacího stavu“. Dále uvádí, že eliminací nepříjemných pocitů odvykacího stavu lze předejít návratu užívání návykové látky a současně jsou vytvářeny předpoklady pro setrvání pacienta v detoxifikační terapii i předpoklady pro přechod do následné léčby.

Pojem detoxifikace je třeba odlišovat od detoxikace, procesu fokusovaného na kompletní eliminaci návykové látky z organismu člověka (Kalina et al., 2001).

5.2. Detoxifikační jednotky

Detoxifikační jednotky či centra slouží k bezpečnějšímu zvládnání časných fází odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou. Cílovou skupinou jsou intoxikovaní pacienti s různě závažným odvykacím stavem, avšak nevyžadující hospitalizaci se speciální intenzivní péčí typu jednotky intenzivní péče či anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Z pohledu začlenění do sítě adiktologických služeb jsou detoxifikační jednotky součástí zařízení střednědobé či dlouhodobé léčby závislosti nebo autonomní jednotkou v rámci nemocničního komplexu. Méně často zastává funkci detoxifikační jednotky v ČR ambulantní zařízení nabízející detoxifikaci v domácím prostředí (Nešpor, 2003). Ambulantní forma detoxifikace je naopak častá pro pacienty substitučních programů (Kalina, 2008).

Detoxifikace ve zdravotnických zařízeních na detoxikačních jednotkách je zejména vhodná pro jedince, u nichž nejsou předpoklady pro bezpečnou detoxifikaci v domácím

prostředí. Důvodem je absence stabilní sociální situace a dobrého zdravotního stavu, v závislosti na typu užívané látky také riziko život ohrožujícího odvykacího syndromu (Nešpor, 2003).

Standardy odborné způsobilosti v části Speciální standardy definují detoxifikační zařízení jako adiktologickou, zdravotní službu krátkodobé stabilizace rezidenčního charakteru s nepřetržitým provozem. Služba je primárně zaměřená na detoxifikaci v počáteční abstinenci a po relapsu. Lékařskými a terapeutickými postupy napomáhá k odeznění intoxikace a odvykacího stavu, využívá sociální práce. Podstatným cílem je obnova tělesného i duševního zdraví pacientů, stabilizace závislostního chování a vzbuzení či posílení motivace ke spolupráci v návazné léčbě. Cílovou skupinou jsou uživatelé návykových látek se syndromem závislosti tak uživatelé závislostí ohrožení a jedinci s potřebou zajištění bezpečného odvykacího stavu. Detoxifikace je kontraindikována v případě primárního ohrožení základních životních funkcí pacienta (Adameček et al., 2021).

5.2.1. Detoxifikační oddělení Kliniky adiktologie VFN

Detoxifikační jednotka Kliniky adiktologie je samostatným uzavřeným lůžkovým oddělením o kapacitě 12 lůžek. Jejím účelem je zajišťovat detoxifikaci pacientů pro jejich následnou léčbu závislosti v pobytové či ambulantní formě. Cílová skupina je definována dospělými uživateli alkoholu, nelegálních návykových látek, léků s návykovým potenciálem i osobami s behaviorálními závislostmi. Většina hospitalizovaných pacientů je současně uživateli tabáku. Chod koedukovaného oddělení je zajišťován multioborovým týmem složeným z lékařů se specializací z oboru psychiatrie a léčby návykových nemocí, adiktologů, arteterapeuta, všeobecných a psychiatrických sester a ošetřovatelů. Léčebný program oddělení, inovovaný v závěru prosince 2019 v souladu s mezinárodními standardy, je plně nekuřácký s integrovanou intenzivní podporou odvykání kouření a zacílený na zvýšení kvality zdraví a well-beingu pacientů. Všichni členové detoxifikačního týmu jsou proškoleni v postupech a intervencích léčby závislosti na tabáku. Plně nekuřácký provoz detoxifikačního oddělení je postaven na třech pilířích zajišťujících komplexnost přístupu

k odvykání kouření: nikotinové substituční terapii, edukačně-motivačních skupinových terapiích a individuálním poradenství (Kulhánek & Mašlaniová, 2020).

5.3. Metody a přístupy detoxifikace

Bez ohledu na základní uspořádání zařízení jsou medicínský, psychoterapeutický a přístup sociální práce v různém poměru různě kombinovány.

Současný medicínský, nebo také lékařsko-ošetrovatelský přístup se zaměřuje především na mírnění symptomů odvykacího stavu podáváním návykové látky se stejným či podobným receptorovým působením a na zamezení rozvoje komplikací odvykacího stavu.

Psychoterapeutický přístup usiluje o navázání kvalitního terapeutického vztahu umožňujícího nacházet a posilovat motivaci pacientů k odvykání od návykových látek a k následné adiktologické péči. K těmto postupům lze zařadit i některé režimové aktivity pomáhající pacientovi strukturovat den a mobilizovat jej k činnosti. Efekt režimových aktivit spočívá také v odvedení pozornosti od koncentrace na vlastní obtíže a drogová témata s pozitivním vlivem na množství medikace a délky detoxifikačního pobytu.

Přístup sociální práce podporuje řešení nejakutnějších sociálních potíží pacienta vzniklých životním stylem závislého a společně s ním pracuje na zajištění následné adiktologické péče (Dvořáček, 2015).

6. Výzkumná metodika

Tato druhá část práce je založena na kvalitativním výzkumu a aplikovaných strukturovaných rozhovorech s personálem detoxifikačního oddělení Kliniky Adiktologie tvořících výzkumný vzorek. V této kapitole bude podrobněji popsána použitá výzkumná metodika.

6.1. Výzkumný cíl

Cílem této bakalářské práce bylo zhodnotit dosavadní pilotní nekuřácký provoz na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie VFN z pohledu zapojeného zdravotnického personálu.

Hlavním cílem studie bylo zmapovat pozitivní a negativní aspekty plynoucí z pilotního nekuřáckého provozu detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie tak, jak jej vnímají členové detoxifikačního týmu účastníci se přímé péče o detoxifikované pacienty.

Dílčím cílem bylo shromáždit podněty pro další zefektivnění provozu nekuřáckého oddělení, náměty k dalšímu zvyšování motivace pacientů k odvykání kouření shledávané členy týmu detoxifikačního oddělení.

6.2. Výzkumné otázky

K naplnění výzkumných cílů této práce byly definovány výzkumné otázky inspirované SWOT analýzou: silné stránky, slabé stránky, příležitosti a hrozby. Hlavní výzkumné otázky jsou tři:

1. Zda, a jaké přínosy či pozitiva vnímá personál detoxifikačního oddělení v souvislosti s provozem nekuřáckého detoxifikačního pracoviště?
2. Zda, a jaká negativa vnímá personál detoxifikačního oddělení v důsledku nekuřáckého provozu oddělení?
3. Jaké příležitosti vidí respondenti k vylepšení chodu nekuřáckého provozu oddělení, ke zvýšení motivace pacientů odvykat od kouření tabáku na tomto oddělení?

6.3. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vytvořen metodou kvótového záměrného výběru. Užití této formy výběru je dle Miovského (2006) podmíněno definováním podskupin základního souboru a stanovením počtu zástupců jednotlivých identifikovaných podskupin na základě znalosti velikosti podsouborů. Základní soubor tvořili členové terapeutického týmu detoxifikačního oddělení v přímé práci s pacientem. Se záměrem získat ze základního souboru všechny v něm se vyskytující pracovní pozice, bylo identifikováno a definováno 5 podskupin souboru: lékař, adiktolog, arteterapeut, zdravotní sestra/bratr, ošetřovatel/sanitář. Velikost vzorku byla předem stanovena na 10 respondentů s ohledem na související množství dat a zkušenost výzkumnice. Počty zástupců jednotlivých podskupin souboru byly stanoveny proporcionálně blízké k počtu zástupců podsouborů základního souboru následovně viz níže Tabulka 4.

Tabulka 4: Množstevní kvóty zástupců podskupin výzkumného vzorku

Podskupina	Počet zástupců
Lékař	2
Adiktolog	1
Arteterapeut	1
Zdravotní sestra	4
Ošetřovatel/sanitář	2

Potenciální účastník výzkumu tedy musel splňovat 4 kritéria:

1. Přímou pracuje s pacientem detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie.
2. Je zástupcem jedné z definovaných podskupin výzkumného souboru.
3. Nepřevyšuje množstevní kvótu podskupiny souboru, jehož je zástupcem.
4. Souhlasí s účastí na výzkumu.

Pro možný střet zájmů byl z výzkumného vzorku dále vyloučen vedoucí bakalářské práce, neboť na detoxifikačním oddělení působí jako adiktolog. Pro výběr respondentů byly

předem stanoveny 4 termíny vyhovující výzkumníci, a to v listopadu a prosinci 2021. V těchto termínech bylo postupováno tak, že k účasti ve výzkumu byli oslovení členové detoxifikačního týmu sloužící daný den. K evidenci respondentů byl využíván Záznamový list (viz Příloha 3), kam byly současně zaznamenávány datum a čas rozhovoru, pohlaví, kuřácký status, profesní role a poznámky k průběhu interview. K vizuální orientaci v naplnění množstevní kvóty definovaných podskupin výzkumného souboru sloužil výzkumníci Checklist naplnění týmových pozic, který je součástí záznamového listu (viz Příloha 3). Jakmile byla některá z podskupin respondenty naplněná, bylo pokračováno v oslovování účastníků výzkumu z řad nenaplněných podskupin, až do úplného naplnění všech podskupin Checklistu.

Výzkumný vzorek vytvořilo 10 oslovených respondentů, 8 žen a 2 muži. Dle samotných respondentů není žádný z nich kuřákem cigaret, 9 respondentů jsou nekuřáci, 1 respondent užívá elektronickou cigaretu. V zájmu zachování anonymity respondentů není uveden jejich přehled dle pohlaví, pracovní pozice v týmu a jiných dat vedoucích k jejich identifikaci.

6.4. Metoda tvorby dat

Pro tento výzkum bylo zvoleno strukturované interview, metoda stojící „na pomezí mezi dotazníkovými metodami a interview“ (Miovský, 2006, s. 162) Výhodou této metody oproti dotazníku může být dosažení vyšší validity plynoucí z osobního kontaktu a motivační práce s respondentem. Strukturované rozhovory jsou charakteristické pevně daným schéma závazným pro tazatele a fixovaným pořadím i zněním otázek (Miovský, 2006).

V zájmu vytvoření vnějších podmínek pro interview bylo třeba místně a časově naplánovat oslovení potenciálního respondenta. Tato komunikace probíhala e-mailem. Účastník výzkumu z řad vyššího zdravotnického personálu navrhoval čas a místo realizace rozhovoru v rámci 4 předem stanovených termínů výzkumníka. Časový prostor pro rozhovor se středním a nižším zdravotnickým personálem v rámci 4 fixních termínů byl stanoven ve spolupráci se staniční sestrou oddělení na jeden časový prostor v době denní služby zdravotníků a jeden v době noční služby. Interview probíhala za standardizovaných

podmínek v přirozeném prostředí a čase respondentů, jak doporučuje Miovský (2006), tedy na detoxifikačním oddělení.

Cílová skupina byla poměrně snadno kontaktovatelná a pro účast na výzkumu motivovaná. Z 10 realizovaných rozhovorů se jich 8 uskutečnilo během denní směny v prostorách Kliniky adiktologie, 2 rozhovory proběhly během směny noční.

V rámci přípravné části interview byla vytvořena osnova strukturovaného rozhovoru. Jádrem interview jsou následující otázky spjaté s cíli studie a výzkumnými otázkami pokládané respondentům:

1. Jak nekuřácký provoz oddělení ovlivňuje Vaši roli zde na oddělení?
2. Jaké jsou podle Vás hlavní přínosy nekuřáckého provozu na oddělení?
3. Co pozitivního podle Vás přináší nekuřácký provoz pacientovi?
4. Vnímáte nějaká negativa vzniklá zavedením nekuřáckého provozu na Vašem oddělení? Pokud ano, jaká?
5. Přináší nekuřácký provoz pacientovi něco negativního? Pokud ano, co to je?
6. Jak podle Vás vnímají pacienti podmínku nekouření?
7. Když byste měli srovnat tehdejší kuřácký a současný nekuřácký režim oddělení, co hlavního se změnilo?
8. Ovlivnilo podle Vás zavedení nekuřáckého provozu zájem o detoxifikaci? Pokud ano, jak?
9. Co by podle Vás pomohlo pacienty více motivovat k odvykání kouření?
10. Je něco, co by bylo dobré zlepšit v nastaveném nekuřáckém provozu oddělení?

K fixaci zdrojových dat byla u většiny respondentů použita audiotechnika, jejich odpovědi byly nahrávány duplicitně, a to záznamníkem mobilního telefonu a diktafonem. Fixace dat dvou respondentů souhlasících s účastí na výzkumu za podmínky nepoživování zvukového záznamu rozhovoru, byla provedena pomocí metody tužka-papír.

Participace respondentů na výzkumu byla v zájmu zachování anonymity evidována pod předdefinovanými alfa-numerickými kódy R1 – R10 v záznamovém listu (viz Příloha 3 Záznamový list). Po dokončení interview byl do záznamového listu doplněn název pořízeného audio souboru a poznámky výzkumnice k proběhlému interview

6.5. Metody analýzy dat

Nejprve byla zdrojová data manuálně transkribována do elektronické textové podoby softwarem Microsoft Word 365. Poté byl transkribovaný záznam upravován redukcí prvního řádu. Přepsaná data byla kontrolována opakovaným poslechem audiozáznamu v zájmu zajištění validity získaných dat. Dále proběhla kontrola validity formou triangulace analyzantem (vedoucím práce, který supervidoval proces analýzy dat). V analýze dat bylo započato jejich tříděním dle jednotlivých otázek interview. Následně byla veškerá data klasifikována, data se shodnou klasifikací seskupována. Název klasifikace autorka zvolila přiléhavě k výrokům respondentů. Je vyznačen tučným písmem v textu. Takto značené a klasifikované postoje respondentů jsou prezentovány v samostatných odstavcích. Výsledkem kvalitativní analýzy dat ze strukturovaného interview je výčet klasifikovaných dat opatřený autorčinou deskripcí.

6.6. Etické aspekty studie

Zapojení autorky do výzkumu bylo podmíněno souhlasem náměstkyně VFN pro nelékařské studijní obory, primáře Kliniky adiktologie a vedoucí lékařky detoxifikačního oddělení. Potenciální účastník výzkumu byl obeznámen s řešitelem a vedoucím výzkumu, s cíli a účelem studie, a spolu s vysvětlením obdržel Informace pro účastníky výzkumu (viz Příloha 4). Zdůrazněna byla informace o dobrovolnosti účasti na výzkumu, formě fixace dat a zajištění anonymity respondenta. Anonymita respondentů byla zabezpečena alfa-numericými kódy R1 – R10. S audio nahrávkami bylo zacházeno jako s citlivými informacemi, po jejich transkripci do elektronické podoby byly audionahrávky smazány. Data fixovaná metodou tužka-papír byla po jejich převodu do elektronické podoby skartována. Respondenti byli ujištěni o využití výstupů z rozhovoru výlučně pro účely této bakalářské práce. Všichni respondenti poskytli ústní souhlas s účastí na výzkumu.

7. Výsledky výzkumu

Níže jsou popsána zjištění získaná strukturovanými rozhovory. Jsou prezentována chronologicky podle otázek interview a postoje respondentů k tématu.

7.1. Vliv nekuřáckého provozu oddělení na roli zdravotníka

Respondenti zodpovídali otázku, jak nekuřácký provoz oddělení ovlivňuje jejich roli na detoxifikačním oddělení. Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že část respondentů v zavedeném nekuřáckém provozu nevnímá žádnou, nebo jen minimální změnu své profesní role. Jiná část respondentů vnímá změnu své role pozitivně a další část respondentů negativně. Otázku zodpovědělo všech 10 respondentů.



Žádnou změnu ve své roli nezaznamenali tři respondenti (R6, R8, R9). Jsou názoru, že nekuřácký provoz jejich roli nijak neovlivnil. Vybraná mínění respondentů jsou ilustrována vždy níže vybranými pasážemi ze strukturovaných rozhovorů.

„Nijak, neovlivňuje“ (R6).

„Vůbec nijak“ (R8).

„Normálně, to neovlivňuje vůbec“ (R9).

Respondenti R1 a R7 hodnotí změnu své profesní role jako **minimální** a uvádějí, že při příjmu pacienta na oddělení změna role spočívá v seznámení pacienta s léčebným řádem nekuřáckého oddělení, ve zhodnocení dotazníku míry závislosti na cigaretě, v nabídce substituce a vysvětlení principu jejího fungování. V průběhu léčby jde dle respondentů o poradenství zvládnutí cravingu poskytované při vizitách případně v

individuálních pohovorech a dále je nutné objednávat substituční léčivo – náplasti a žvýkačky.

„...abych ty pacienty poučila, že se tady nekouří..., musím zajišťovat substituci, objednávám náplasti, žvýkačky. Ještě probíráme na vizitách ty způsoby, jak zvládnout bažení, když se vyskytne, na druhou stranu není to tak často“ (R1).

„...jim vysvětlím, že místo kouření dostanou substituci, udělám s nimi dotazník. Vysvětlím jim to, že mají nabídnuto aspoň to vyzkoušet, když nechtějí přestat kouřit. Takže jenom při příjmu, jenom drobná změna“ (R7).

Jiní respondenti (R2, R4, R5, R10) hodnotí změnu své role **pozitivně** jako komfortnější díky vyšší míře dodržování léčebného řádu a vyšší adherenci pacienta, snazší komunikaci s pacientem a mírnějším odvykacím symptomům, bezplatné substituci a také díky profitu času navíc na odbornou práci.

„Dřív se chodilo po jídle kouřit, takže jsme tam s nimi venku mrzli, byl to nějaký čas. Také si při tom vajgly schovávali, pak nám to tady kouřili...ubýlo to hlídání, vznikla časová úspora“ (R2).

„Přibýlo daleko více času na odbornou práci, můžeme se více věnovat pacientům“ (R4).

„Lepší ty náplasti, než když jsme s nimi chodili kouřit ven“ (R5).

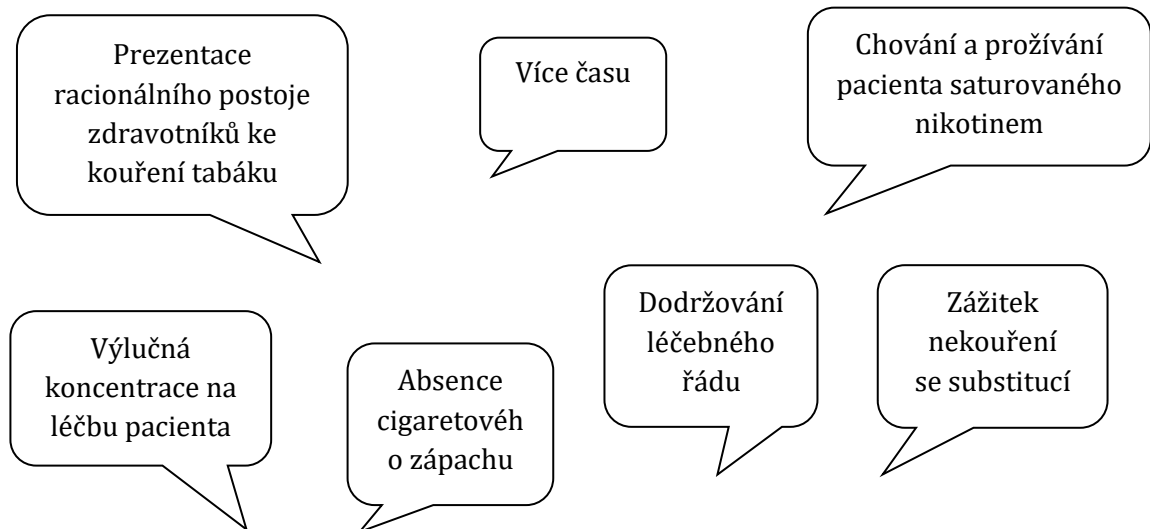
„...podstatně míň řeším aktuálně nějaký excesy, co se týče vlastně užívání tabáku. A myslím si, že tady nejsou takový abstinenční příznaky od odvykání, protože je tady hrazená substituce. O to lépe to tady lidí snáší“ (R10).

Negativně svou změnu profesní role vlivem nekuřáckého provozu oddělení vnímá respondent R3. Část jeho pracovní náplně v nekuřáckém provozu ho obtěžuje. Je v odporu k substituční léčbě nikotinem ve formě žvýkaček, samotný výdej žvýkaček dle respondentova mínění vzdělaného zdravotníka devaluje.

„...přibýlo do pracovních povinností lepení náplastí. A dávání žvejků, což je strašnej opruz...žvejkačka, která obsahuje nikotin, není to žádné léčivo. Musíte zapsat každou žvejkačku, to mě nebaví. Kdyby se vydávaly žvejkačky bez administrativy tak je to o něčem jiným. Já si nemyslím, že bysme my zdravotníci měli vydávat žvejkačky. Na to

nemusím mít vyšší odbornou školu, abych vydával žvejkačky. V tý žvejkačce je navíc jen nikotin, to není žádná léčivá látka. To je jenom nějaká substituce v uvozovkách něco za něco. To mě nepříjde uživatelsky přívětivý na tý práci. Obtěžuje mě to“ (R3).

7.2. Hlavní přínosy nekuřáckého provozu pro oddělení a personál



Mezi hlavní přednosti nekuřáckého provozu dle respondentů patří zvýšení prestiže oddělení a **prezentace racionálního postoje zdravotníků ke kouření**.

„...nepodporujeme tu nezdravou návykovou aktivitu, oddělení není pro pacienty zdravotně závadné, úroveň oddělení to nějakým způsobem v tomto smyslu zvedá“ (R1).

„Nekuřácká atmosféra – to má vliv i na sestřičky, pokud sestra kouří tak to omezují...to je může taky ovlivnit“ (R7).

Respondenti rovněž oceňují benefity nesoucí komfortnější práci zdravotníků nebo možnost **koncentrace výlučně na léčbu pacienta**.

„...rozhodně to, že není potřeba přizpůsobovat program, ani vůbec nic tomu, aby pacienti chodili kouřit“ (R1).

„nemusíme 3 x za den ven na cigáro, vzhledem k tomu, že jsme oblečeni, jak jsme oblečení“ (R3).

„Už se neřeší během programu, že už by si šli zakouřit, to je komfortní“ (R8).

Více času na zdraví prospěšnou péči o pacienta jako podstatného profitu plynoucího z nekuřáckého provozu oddělení uvádějí tři respondenti (R1, R2, R4).

„...na všechno je trošku více času“ (R1).

„...časová úspora“ (R2).

„Je více času na zdravotnickou práci“ (R4).

Ceněným profitem nekuřáckého provozu oddělení, rovněž s bonusem času, je pro některé respondenty **dodržování léčebného řádu** pacienty.

„Nemají tendence pronášet cigarety“ (R2).

„...kuřácké excesy jen výjimečně“ (R7).

Absenci cigaretového zápachu v podmínkách nekuřáckého provozu vyzdvihují tři respondenti.

„Nesmrdí tam ten kouř“ (R1).

„Netáhne to z pacientů, my sestry to vítáme“ (R5).

„...čistější ovzduší, prostředí“ (R6).

Plynulou saturaci nikotinem mající vliv na **chování a prožívání pacienta** si vysoce cení následující respondenti.

„...odvykání funguje mnohem lépe, dříve jim nikotin lítal nahoru dolu, teď jsou pokrytí, klidnější, spokojenější“ (R2).

„Jsou spokojený a pro mě to je docela dobrý“ (R9).

Zážitek nekouření jako odrazový můstek pro rozhodnutí k postoji ke kouření tabáku vidí jako zásadní přínos nekuřáckého provozu pro oddělení respondent R10.

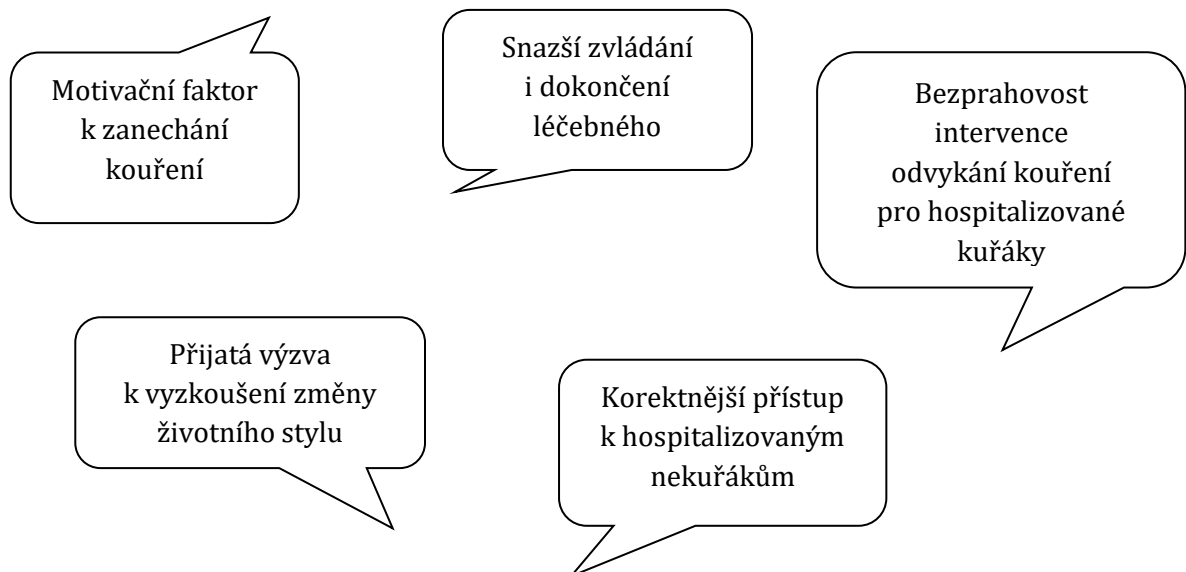
„...že si vyzkoušej, že to jde, s tou substitucí překonat craving téměř bez problémů, když kuřák není tak silnej... zážitek zkušenosti a uvědomění si toho, zda to chci, nebo vlastně“

nechci. Hodně kuřáků odtud odchází tím, že by už nechtěli vůbec kouřit, anebo že to rozhodně radikálně sníží. Samozřejmě je tady část, která říká, já už se těším domů, až si zapálím. Ale hodně z nich si to pochvaluje“ (R10).

Respondent R8 uvádí jako pozitivum **adekvátní prostředí pro hospitalizované nekuřáky**.

„Pro nekuřáka je fajn a příjemné nekuřácké prostředí“ (R8).

7.3. Přínosy plynoucí pacientovi z nekuřáckého chodu detoxifikačního oddělení



Na otázku benefitů plynoucích pacientovi v nekuřáckém provozu detoxifikačního oddělení respondenti zmiňovali zejména přínosy zdravotní a finanční nebo korektnější přístup k nekuřákům. Ve zdravotní oblasti dominovalo vnímání pozitivního efektu dočasného nekouření s podporou substituce jako **motivačního faktoru k odvykání kouření**. Pozitivní efekt se dle respondentů netýká výhradně pacientů ve fázi kontemplace.

„Pacienti, kteří o tom uvažovali, že by přestali kouřit, tak je to si myslím může nakopnout. A někdy se to stane, někdy to pak zpětně říkají, když se vrátějí, že přestali aspoň na nějakou dobu nebo, že to omezili, to kouření...Je to hrozně důležitá příležitost, vůbec pár dní nekouřit a vyzkoušet, jak funguje substituce. Zážitek nikdo tu nekouří, jde to i bez cigaret“ (R7).

„Dostane možnost vyzkoušet si nekouřit, s tím, že dostane nikotin, netrpí“ (R4).

„Pozitivní zkušenost, že to jde přestat, a že když už mají tu substituci, nechybí jim cigarety, mohli by to zkusit později i bez toho. Ta zkušenost je pro ně cenná, a stává se, že se pacienti potom rozhodnou, že substituci zkusí vysnižovat a přestanou kouřit úplně“ (R1).

„...najdou se někteří, kteří v odvykání kouření chtějí pokračovat. V tom je ten přínos, že někdo vezme to odvykání i s těmi cigaretami, odvykne od všeho. Je pozitivní, že někdo přestane“ (R2).

„Může s pomocí nás odvyknout...spousta jich jsou kuřáky a nemůžou jako sami od sebe přestat, i když by chtěli“ (R9).

„Pochvalují si to, po propuštění pokračují v náplastí“ (R5).

Respondent R6 (sám zde odvyknul od tabáku) poukazuje na pozitivní skutečnost, že již samotný nástup kuřáka k detoxifikaci na oddělení s plně nekuřáckým provozem deklaruje existenci jeho motivace ke změně. Dle respondenta je přínosem **přijatá výzva k vyzkoušení změny životního stylu.**

„Když jde kuřák na odvykání s jinou návykovou látkou s tím, že se tu nebude kouřit, vyzkouší sám sebe, svoji sílu, kam jeho hranice sahají“ (R6).

Další přínos se zdravotním efektem spatřují respondenti **ve snazším zvládnutí léčebného programu a v setrvání pacienta v léčbě** vlivem mírnějších abstinčních symptomů a kvalitnější komunikace mezi pacientem a zdravotníkem.

„... pacient není tolik komplikovaný tím, že nemá takové abstinční příznaky. Jelikož se ty abstáky nekombinují, mohou být mírnější. Podstatně častěji se řešily v uvozovkách neshody mezi pacienty a týmem, tolerovanou cigaretu 3x denně pacienti rychle vykouřili, potom byli nervózní, agresivní sem tam, protože nikotin rychle vyprchal“ (R10).

„...většinou nemají žádný velký bažení po cigaretě, náplasti stačí, ta substitute funguje“ (R8).

„...mi přijde mi, že je miň reverzů“ (R10).

„Nemá tu cigaretu. Nejsou negativní důsledky těch inhalovaných chemikálií s tím, že se mu zlepšil zdravotní stav, bude na tom líp fyzicky, nemá tolik oběhových a dýchacích komplikací, problémů“ (R3).

Jiní respondenti oceňují **bezprahovost intervence** odvykání kouření pro hospitalizované nekuřáky. Substitute je dle respondentů kuřákům tabáku nabízena bezplatně po celou dobu jejich hospitalizace na detoxifikačním oddělení.

„...nemusí to platit sami“ (R10).

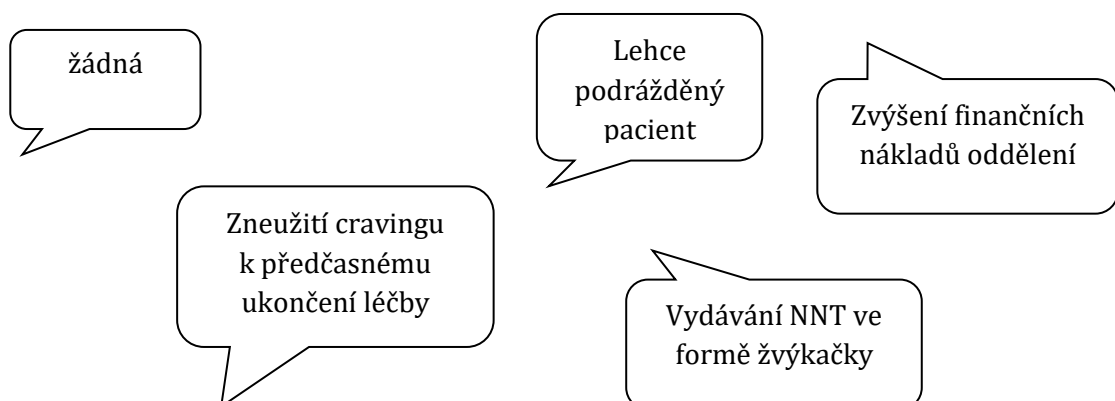
„...benefit je, že ušetří, tu substituci dostanou“ (R3).

„...pacienti říkali, že si chtěli koupit náplastě, ale bylo to drahý a neměli odvahu“ (R5).

Respondent R10 ve své odpovědi v poslední řadě oceňuje **korektnější přístup k hospitalizovaným nekuřákům**. Uvádí, že dříve museli nekuřáci několikrát denně chodit společně s kuřáky do zahrady, kde kuřáci v blízkosti nekuřáků kouřili.

„Pacient nekuřák není omezován kuřáky“ (R10).

7.4. Negativa nekuřáckého provozu pro detoxifikační oddělení



Na otázku, vnímáte nějaká negativa vzniklá zavedením nekuřáckého provozu na Vašem oddělení, pokud ano, jaká to jsou, odpovídala většina respondentů primárně negativně, tedy nevnímala **žádná**.

„Nic negativního to nepřineslo, spíš jenom pozitiva“ (R1).

„Za personál nevnímám žádná“ (R2).

„Žádná nevidím“ (R4).

„Ne“ (R7).

„Nevnímám vůbec“ (R8).

Jeden z výše uvedených respondentů současně připouští, že negativním důsledkem může být **zneužití cravingu po cigaretě jako zástupného důvodu pacienta k předčasnému ukončení léčby**.

„Někdy si pacienti si stěžují, že je to těžké zvládnout, není to tak často, ale někdy jim ta substituce nestačí, a to bažení po kouření mají velké...některým to kouření vyloženě chybí. Ale nestalo si mi tady, že by kvůli tomu dávali reverz. Když to říkali, že to je kvůli tomu, tak to je spíše takový zástupný důvod“ (R1).

Jiný respondent vnímá jako negativum nekuřáckého provozu pro personál **pacientovu lehkou podrážděnost** související s bažením po cigaretě, vyskytující se zřídka.

„Málokterý pacient je trošku podrážděný, že nekouří“ (R9).

Pro jednoho respondenta je negativním aspektem nekuřáckého provozu detoxifikačního oddělení s podporou odvykání kouření **vydávání NNT ve formě žvýkačky**. Respondent je v silném odporu vůči substituční léčbě nikotinovými žvýkačkami, také ho obtěžuje administrativní spojená s výdejem tohoto léčiva.

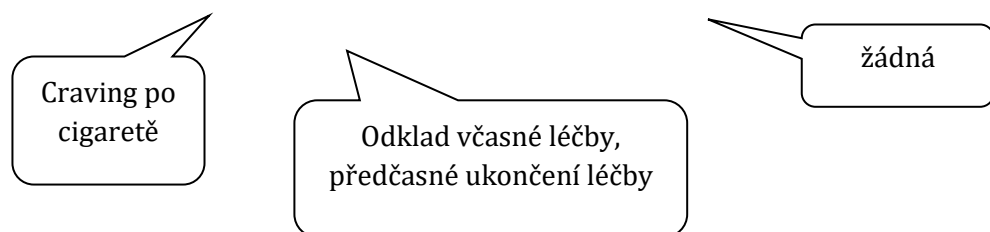
„...vydávat ty žvejkáčky je opravdu voprůz... tady nejsem ztotožněnej, že to je nějaký léčivo. Kdyby se vydávaly žvejkáčky bez administrativy, tak je to o něčem jiným.“ (R3).

Zvýšení finančních nákladů oddělení jako vnímaného negativa nekuřáckého provozu uvádí dva respondenti.

„Financování tady toho programu“ (R10).

„...je to pro to oddělení, ta kuřácká substituce, ekonomická zátěž. Protože, jestli jsme měli pacienty, kteří si přinesli vlastní cigarety, vlastní zapalovače a my jsme to v podstatě nehradili, tak tohle musíme hradit. Je to x tisíc za měsíc...v našem zdravotnictví nemáme na rozhazování a to, že někomu dáváte substituci nikotinem, není z mého pohledu a etického správný“ (R3).

7.5. Možná negativa u pacienta plynoucí z nekuřáckého chodu oddělení



Jako možné negativum týkající se pacienta na nekuřáckém oddělení respondenti nejčastěji označovali **craving po cigaretě** související s pacientovou ztrátou jeho kuřáckých rituálů nebo nepostačující dávkou substituce. Jeden respondent vnímá negativně současné odvykání více návykových látek.

„Bažení. Práci na tom zvládání tady děláme, někdy se bažení vyskytuje u pacientů až příliš intenzivně a je ho hodně nepříjemné“ (R1).

„To bažení, ale není to nic strašného. Jsou to jenom jednotky pacientů, kteří s tím měli větší problém“ (R2).

„...jak chodíme na procházky, tak jim to něco připomíná, tam mají větší chuť dát si cigaretu...Začínají mít chuť, ale ne všichni“ (R9).

„...má tu podrážděnost, to bažení, ten stres“ (R6).

„Pro ně to byl nějaký rituál, mohli si venku sednout, udělat si nějakou příjemnou polohu a tam si zabafat, to si myslím, že je něco, o co přišli“ (R3).

„Pro někoho to může být velká změna, že si nemůžou dát tu pauzičku, kterou si normálně dávají, ale většinou říkají, že ta substituce je taková, že jim to stačí“ (R8).

„...zpočátku, to jsme zaznamenali poměrně velkou část kuřáků, kteří tady byli opakovaně, že byli nemile překvapeni, že se tady nemůže kouřit...možná jako šok“ (R10).

„...někteří, že toho odvykání je moc najednou...jsou nervóznější, že kdyby měli to kouření, že by to možná dávali lépe si mysleť...je to možný, že toho odvykání mají hodně od alkoholu, od léků třeba, a ještě od kouření“ (R5).

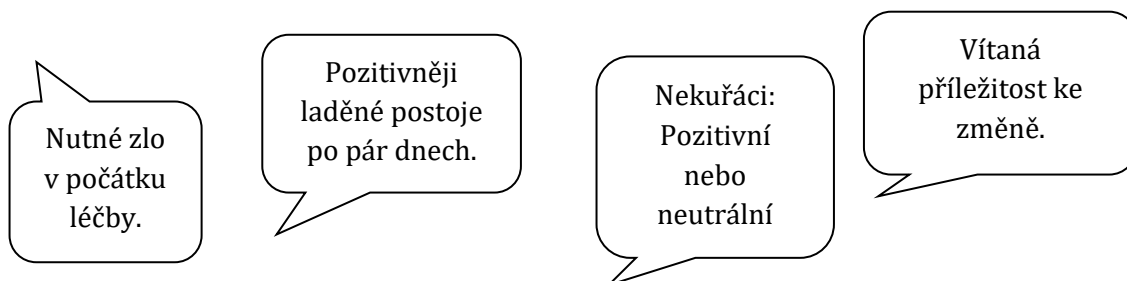
Respondent R7 jmenuje pro pacienta negativní **odklad včasné léčby nebo předčasné ukončení léčby**. Odklad léčby může být dle respondenta způsoben obavami kuřáka nastoupit detoxifikaci v nekuřáckém provozu. U předčasného ukončení léčby hospitalizovaného pacienta respondent zmiňuje ojedinělost tohoto jevu a domněnku použití nekuřáckého provozu jako zástupného důvodu k ukončení léčby.

„...obavy předem mohou někoho odradit, aby k nám nastoupil. Z hospitalizovaných pacientů ti, kteří by odešli na reverz kvůli tomu, to byly úplně výjimečné případy. Spíš si myslím, že to byl zástupný problém“ (R7).

Respondent R8 neshledává na nekuřáckém provozu oddělení **žádná** negativa. Zmiňuje občasnou nespokojenost verbalizovanou pacienty, tu však za absolutně negativní pro pacienta nepovažuje.

„Sem tam si někdo na nekuřácky provoz stěžuje, ale netroufnu si říci, že je to pro ně negativní“ (R8).

7.6. Vnímání podmínky nekouření pacientem



Podmínku nekouření vnímají pacienti dle názoru respondentů různě. Odlišnost je podle nich spjatá především s mírou obav pacientů z abstinčních symptomů a mírou

motivace k odvykání kouření. Dále respondenti uvádějí, že se postoj pacientů k podmínce nekouření také často změní po pár dnech hospitalizace.

Někteří pacienti dle respondentů berou podmínku zejména **v počátku léčby jako nutné zlo**, s nekuřáckým provozem na oddělení se smiřují s nevolí. Odložení cigaret neměli v plánu, nepovažují jej za problém, podstupují detoxifikaci z nutnosti řešit problém s jinou NL. K jejich rozhodnutí na nelibou podmínku přistoupit, přispívá i vysoká obsazenost jiných detoxifikačních oddělení.

„Detox potřebuju, jinde není volno“ (R3).

„Kouření není můj primární problém, nechci se s tím zabývat, je to nutné zlo“ (R7).

„...že se nedá nic dělat“ (R4).

„Na začátku, že to zkusí, s negativním postojem“ (R6).

„...je to těžké, muset přestat úplně se vším“ (R1).

„Bude to těžký, ale zkusím to“ (R5).

„...se smutkem silný kuřák“ (R9).

„...musím to nějak přetrpět, přežít“ (R3).

„...jinak nejde, tak to musí zvládnout, tolik se nebojí, ví, že něco dostanou“ (R2).

„Já to nějak přežiju, dejte mi ty nejsilnější dávky, a potom jako budu hulit dál“ (R10).

Respondenti dále uvádějí **pozitivněji laděné postoje** pacientů k podmínce nekouření, které se u nich vyskytují po **několika dnech** hospitalizace.

„...tři, čtyři dny, než si to všechno sedne, než jsou spokojenější“ (R3).

„...když to zkusí, zjistí, že to jde“ (R6).

„Jsou mile překvapeni, že to funguje, ta substituce, jde to“ (R2).

Příležitost ke změně životního stylu, ať už krátkodobé či dlouhodobé, je pro některé pacienty **vítanou výzvou**. Dle respondentů jde především o pacienty v kontemplační fázi procesu změny či fázi rozhodnutí, případně akce.

„...šance stát se nekuřákem... pacienti, kteří o tom již dříve uvažovali“ (R5).

„...příležitost přestat kouřit“ (R7).

„Super, tak já si to tady vyzkouším a s kouřením končím“ (R10).

„...Někdo to bere radostně, protože by chtěl přestat, nemůže a chce to zkusit“ (R9).

„...jsou rádi, že chvíličku přestanou, dají si pauzu, a těší se, až se k tomu vrátí“ (R8).

„...já to zkusím a uvidím, jestli potom budu kouřit, nekouřit“ (R10).

„...prostě to zkusí, a že uvidí, jak jim to půjde“ (R1).

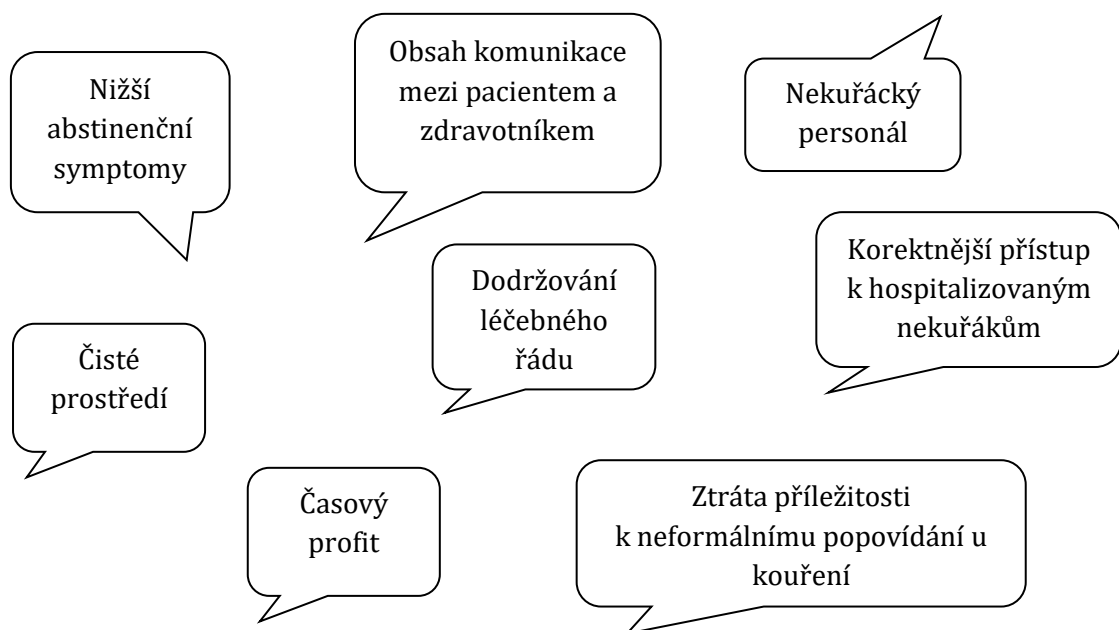
Další skupina pacientů dle respondentů zaujímá k podmínce nekouření na oddělení **pozitivní nebo neutrální postoj** a představují ji hospitalizovaní **nekuřáci**.

„...nekuřáci pozitivně, že ostatní nekouří, neřeší se tu cigarety“ (R1).

„...berou to, neřeší to“ (R2).

„Jako prosté přijetí, nereagují na to“ (R9).

7.7. Hlavní změna při srovnání kuřáckého a nekuřáckého provozu



Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že většina respondentů při srovnávání kuřáckého a nekuřáckého provozu preferuje především změny přinášející vyšší komfort práce zdravotníků. Patří k nim nižší abstinенční symptomy pacientů a snadnější komunikace s nimi, časový profit, čistější ovzduší a dodržování léčebného řádu. Jiní respondenti si

nejvíce cení, že sami zanechali kouření cigaret nebo korektnějšího přístupu k hospitalizovaným nekuřákům. Jeden respondent vnímá hlavní změnu negativně, jako ztrátu role terapeuta v neformální skupině. Dva respondenti se necítili kompetentní k zodpovězení otázky, nastoupili, do již nekuřáckého provozu oddělení.

Nižší abstinenci symptomy vlivem NNT uvádějí jako zásadní změnu při srovnání kuřáckého a nekuřáckého provozu oddělení dva z respondentů.

„...změna ohledně těch abstinenci příznaků, to je znát“ (R10).

„...předtím bylo to bažení pacientů opravu horší“ (R2).

Jiní respondenti si cení především změněného **obsahu komunikace s pacienty**.

„...handrkování s personálem a pacienty o ty cigarety, jestli přece jenom si nestihnou zapálit dvě, dohadování tam bylo hodně a bralo to tomu personálu energii“ (R1).

„Odpadly ty diskuse, jestli ještě povolit pacientům cigaretu navíc, když šli kdykoliv ven i během dne. Jim ty tři cigarety, co měly povolený, stejně nestačily a řešilo se, jestli si budou moct dát cigaretu navíc, jestli by si mohli dát pak večer ještě jednu cigaretu před spaním, protože všichni byli zvyklí kouřit ještě před spaním. Teď je to takový celý jednodušší“ (R7).

„...je to velmi ta komunikace s pacienty“ (R10).

Hlavní změnou je pro část respondentů **časový profit ve prospěch pacienta i personálu**.

„...odpadla organizovaná výprava za kouřením...to znamenalo čas, uzpůsobení programu, účast personálu“ (R8).

„...sestry musely od pacientů vybírat ty cigarety a zapalovače, dávat jim je před tím jídlem“ (R7).

„Přibyl čas na něco jiného“ (R2).

Čisté prostředí jako zásadní změnu vycházející respondentům z porovnání kuřáckého a nekuřáckého provozu uvádějí další respondenti.

„...čisté ovzduší v pracovním prostředí, když kouřili, tak to tady bylo cítit“ (R6).

„...je příjemnější chodit do nekuřáckého provozu“ (R8).

Pro respondenta R4 je zásadní změnou při srovnání kuřáckého a nekuřáckého chodu oddělení **snazší dodržování léčebného řádu** pacienty. Respondent také sděluje, že pacienti jsou s podmínkami hospitalizace předem seznámeni, cigarety si s sebou nepřinášejí. V tomto ohledu je pro pacienty dle mínění respondenta dodržování léčebného řádu snazší.

„Vědí, že se jedná o nekuřácký detox, je pozitivní, že u sebe nemají cigarety“ (R4).

*Jiný respondent, bývalý kuřák, uvedl jako hlavní změnu **nekuřácký personál**.*

„To, že jsme nekuřáci“ (R6).

Respondent R7 při srovnání kuřáckého a nekuřáckého provozu uvedl jako hlavní změnu **korektnější přístup k hospitalizovaným nekuřákům**. Dle respondenta odpadlo stranění kuřákům kuřáckým personálem, neboť personál je nyní nekuřácký.

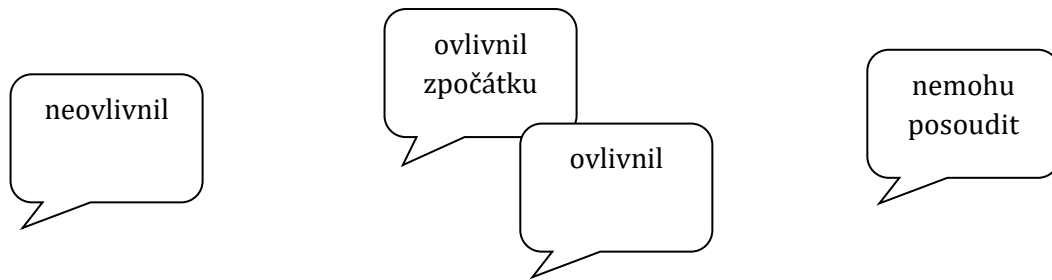
„...Některé sestřičky byly kuřáky, byly spíš na straně těch pacientů kuřáků, měly s nimi soucit“ (R7).

Respondent R3 při srovnání kuřáckého a nekuřáckého provozu vnímá hlavní změnu negativně, jako **ztrátu příležitosti k neformálnímu setkávání a popovídání při kouření** cigaret, jako ztrátu své role terapeuta v neformální skupině.

„Hlavního se změnilo, že se s nimi nechodí 3x denně kouřit cigarety. My jsme si to dokázali udělat hezký, i na půl hodiny, i před jídlem, pacienti na to měli čas. Tam chybí to neformální setkání a to povídání. Že ty lidi nahoře toho moc nepustili, nebo tenkrát, tak dole se trošku víc otevřeli. Byla to neformální skupina, byli jsme dva, dva zdravotníci v bílém, mezitím byla tlupa 12 lidí, tak jsme jako zapadli a oni pouštěli věci, který normálně nepouštěj. Takže jsme se tam dozvěděli, byť ne pro potřeby toho oddělení spoustu věcí vedle, okolo těch lidí“ (R3).

Dva respondenti uvádí, že nejsou kompetentní se k tématu vyjádřit, chybí jim zkušenost s kuřáckým provozem oddělení vůbec, nebo je jen minimální (R9, R5).

7.8. Ovlivnění zájmu o detoxifikaci



Na otázku, zda, a jakým způsobem ovlivnil nekuřácký provoz detoxifikačního oddělení zájem o detoxifikaci, odpovídali respondenti **převážně negací** s odůvodněním dlouhodobé, plné obsazenosti detoxifikačních lůžek.

„...my máme strašně plno a pořád máme plný pořadník, já to nepocítuji, že by zájem klesal“ (R1).

„Míst na detox je málo v Praze, v ČR, tohle to mít vliv nebude. Je stále nabyto“ (R2).

„...počet hospitalizovaných lidí neovlivňuje to, jestli ten detox je plně nekuřácký nebo kuřácký“ (R3).

„Neovlivnilo. Zájem je stejný“ (R4).

„...je pořád stejně nabyto“ (R6).

„Je plno, furt plný stav, volají nám neustále lidi, máme stále pořadník“ (R10).

Někteří respondenti vnímali změnu zájmu o detoxifikaci **zpočátku** při zavedení nekuřáckého provozu.

„Možná při zavedení nekuřáckého provozu to částečně ovlivnilo, ale spíš ne“ (R7).

„Na začátku si myslím ano, netroufám si říct, jestli teď“ (R8).

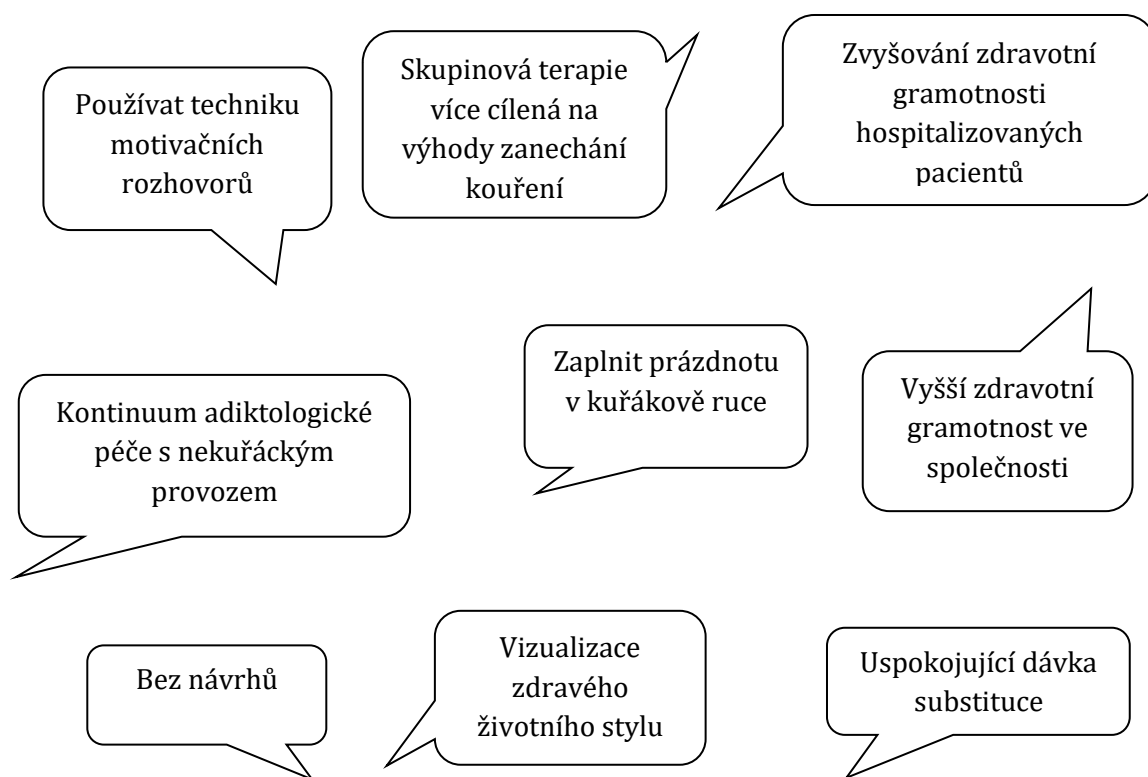
Jeden z respondentů si myslí, že zájem o detoxifikaci nekuřácký provoz **ovlivnil**.

„Určitě to někoho odradilo, že se tu nekouří“ (R5).

Jeden respondent se **odpovědi zdržel**. Nastoupil, do již nekuřáckého provozu, neměl možnost srovnání.

„Nemůžu to porovnat“ (R9).

7.9. Možnosti zvyšování motivace pacientů k odvykání kouření



Na otázku, co by pomohlo pacienty více motivovat k odvykání kouření, někteří respondenti odpovídají, že program podpory odvykání kouření je dostatečně pestrý a sami **nemají žádný podnět k dalšímu zkvalitnění** odvykacího programu.

„...všechno k tomu, aby nekouřili tady mají“ (R1).

„...mě nenapadá, co by se dalo dělat dál“ (R2).

Respondent R1 vidí potenciál zvyšování motivace pacientů **ve vyšší míře orientace na zanechání kouření v rámci programu motivačně edukační skupiny**, aktuálně probíhající jednou týdně. Motivačně edukační skupina je dle respondenta pro pacienta velmi přínosná, neboť je zde probíráno zvládání pobytu na detoxu, techniky zvládání bažení, princip fungování substituce a nejrůznější aspekty kouření nejen tabáku. Prostor pro zdůraznění výhod nekouření vidí respondent ze své pozice i během vizit a individuálních pohovorů.

„Skupina, to si myslím, že funguje velmi dobře a ti pacienti z toho velmi čerpají... jestli by se tady ta skupina, která je motivačně edukační, víc orientovala na ty výhody nekouření“ (R1).

Respondent R5 reaguje na otázku podpory pacientovy motivace k odvykání kouření postřehem, že by bylo přínosné, něčím **zaplnit prázdnotu v kuřákově ruce** vzniklé při odvykání kouření.

„Na začátku říkají, že je to psychický, že potřebují něco držet v tý ruce“ (R5).

Účinněji motivovat pacienty k odvykání kouření dle respondentů napomůže **zvyšování zdravotní gramotnosti hospitalizovaných**. Typ intervenčního programu či techniky však respondenti dále nespécifikují.

„Určitě více o tom s nimi mluvit. Probírat s nimi ty důsledky kouření“ (R1).

„...dát fakta o důsledcích kouření“ (R3).

„...nedémonizovat, říkat fakta a to, co je zajímavá, co dělat pro nekouření, nějaká prevence relapsu, nějaká motivace v tom, co nám to dává, co nám to bere, klasická, plusy mínusy“ (R10).

„...hodně o tom mluvit, těžší dvojí závislost, vysvětlovat“ (R4).

„...určitě osvěta...je velmi důležitý, že tady poslední tři roky probíhá program pro pacienty pro vyplnění času a zamýšlení se nad sebou, individuální terapie a nekuřácká skupina. Je důležitý s nima o tom mluvit“ (R10).

Respondent R6 vidí možnost zvýšení motivace k odvykání kouření hospitalizovaných pacientů již ve **vyšší informovanosti** o škodlivosti kouření tabáku a o existenci její účinné léčby **ve společnosti**.

„... větší osvěta venku“ (R6).

Někteří respondenti jsou mínění, že účinnější intervence cílené na odvykání kouření je možné dosahovat zohledňováním **principů motivačních rozhovorů** v komunikaci s pacientem. Respondent R1 považuje za efektivní oceňovat pacientovy pokroky v léčbě a podporovat tak jeho důvěru ve vlastní schopnosti. Další respondenti doporučují vyloučení

tlaku na změnu pacientova postoje ke kouření, či respektovat pacientovu individuální fázi procesu změny.

„...poukazovat na zvládnání abstinence od NL i bez kouření cigaret s podporou substituce“. (R1)

„...pacient se k tomu musí rozhodnout sám, nemanipulovat“ (R3).

„...rozhodnutí o zanechání kouření ponechat na pacientovi“ (R7).

„To je těžký, každý to má jinak postavený“ (R6).

Respondent R7 a R3 se v oblasti motivace navrhuje fokusovat na **adekvátně nastavené substituční léčivo**. Zdůrazňují jeho výši a frekvenci, která dostatečně kryje abstinenci symptomy pacienta a přináší mu pocit uspokojení.

„Funkční substituce je velkým nakopnutím“ (R7).

„...aby substituce byla natolik dostatečná, aby neměli pocit, že jim to nestačí“ (R3).

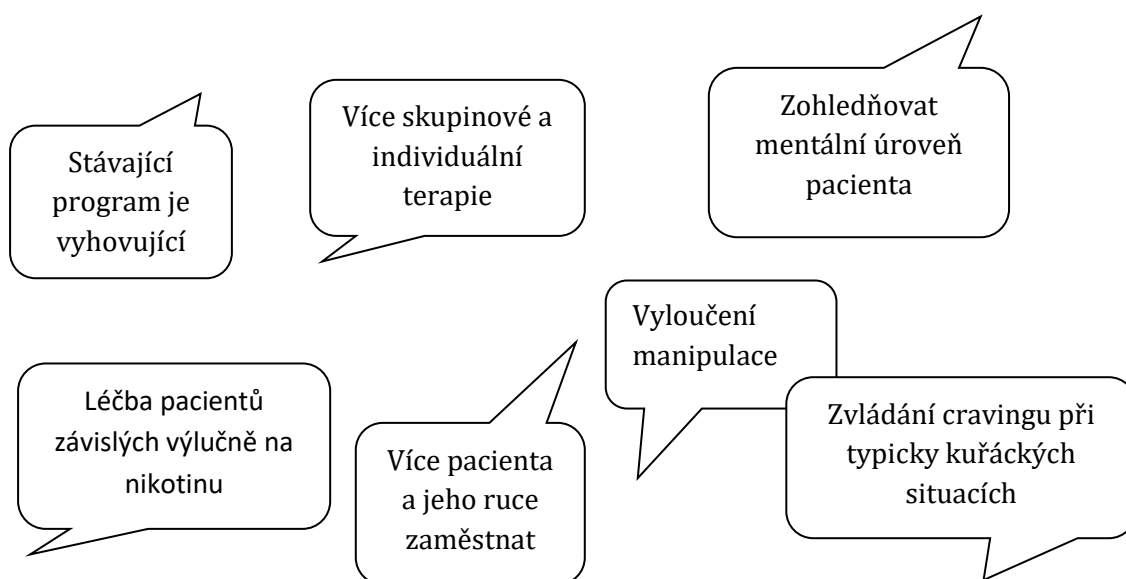
Také **vizualizace zdravého životního stylu** by podle respondenta R1 mohla pacienty více orientovat k odvykání kouření a zdravému životnímu stylu vůbec.

„...postery nebo pamflety, které by si mohli číst“ (R1).

Poslední motivační návrh přichází od respondenta, který postrádá **kontinuum adiktologické péče s nekuřáckým provozem**. Svým podnětem k vyšší motivovanosti pacientů k odvykání kouření respondent míří na obě lůžková oddělení Kliniky adiktologie, ve kterých mnozí pacienti návaznou léčbu čerpají, a která jsou aktuálně obě programově prokuřácky nastavená.

„...chybí následná péče s nekuřáckým provozem“ (R8).

7.10. Příležitosti k vylepšení nekuřáckého chodu oddělení



Většina respondentů **nevidí důvod k vylepšování** nekuřáckého provozu oddělení a vyjmenovává stávající funkční prvky a aspekty nekuřáckého chodu oddělení: nekuřácký personál, nabídka dvou forem substitučního léčiva ad libitum, monitoring adekvátní saturace pacientů substitucí, volitelný program postupného snižování substituce do jejího vysazení, skupinová a individuální terapie, motivace k následné péči a letáky.

„Oddělení je nekuřácké, personál také nekouří, pacienti zvládají substituci dobře“ (R1).

„...máme pohovory, letáky, konzultace, skupiny, substituci dle potřeby zvyšujeme, motivujeme do další léčby, na přání naplánujeme vysnižování náplastí do vysazení“ (R2).

„Vše je nastaveno velmi dobře“ (R4).

„...tak jak je to nastavené, tak je to v pořádku, dobře udělané, není důvod to měnit, pokrytí náplastí i možnost žvýkačky“ (R6).

Jeden z respondentů zmiňuje již zrealizované **ulehčení evidence podaného léčiva**, a to razítkem s konkrétním substitučním léčivem.

„Ze začátku to zapisování, to jste musela každou žvýkačku vypsat, to byla taková dlouhá věta. Pak jsme vymysleli razítko a vypisujem jen datum čas... To už pak šlo“ (R5).

Respondent R10 je se stávajícím obsahem programu detoxifikačního oddělení rovněž spokojen, zejména pak s volitelnou substitucí, přesto navrhuje zaměřit se na vyšší informovanost pacientů ohledně užívání tabáku, existující efektivní léčbu a prevenci jejího předčasného ukončení **navýšením skupinové i individuální terapie.**

„...je to nastavený velmi dobře v tom, že pacient si sám může říct, jestli tu náplast chce nebo nechce, jestli si pro žvýkačku přijde nebo nepřijde... Možná jedině, že bych přidala ještě jednu skupinu, co se týče osvěty, víc se o tom bavít... a sem tam přidat individuální sezení s některými, protože craving po tabáku může způsobit chuť dát reverz, a i to jsme tady zažili... samozřejmě mluví se mnou, s doktorkama, ale častější prevence by byla vhodná“ (R10).

Další možné vylepšení popisuje jeden respondent jako **vyloučení manipulace** s pacientem při jeho motivování k pokračování odvykání kouření v následné léčbě závislosti na jiných návykových látkách (dále jen NL).

„Nemanipulovat jimi. Dát jim možnost, aby se svobodně rozhodli. Když při odchodu řeknou, že budou dál kouřit, tak je v tom nechat. Nechat to rozhodnutí na nich, ne na nás. Dáte jim fakta a oni se podle toho mohou rozhodnout“ (R3).

Respondent R7 se domnívá, že vylepšení nekuřáckého provozu je možné také nabídkou **hospitalizace pacientů silně závislých výlučně na nikotinu.** Navrhuje tuto intervenci odvykání kouření v podmínkách ústavní péče pro jedince silně závislé na nikotinu, kteří si současně přejí přestat kouřit a nikotin je jejich jedinou užívanou NL.

„...že by bylo i možný, když je někdo silný kuřák a chce přestat kouřit, aby měl možnost jít jenom kvůli tomu kouření na detox. Myslím si, že by jim to mohlo pomoci“ (R7).

Přínosnou inovací ku prospěchu odvykajících kuřáků na detoxifikačním oddělení s plně nekuřáckým provozem by dle respondentů mohlo být **více pacienta a jeho ruce zaměstnat.**

„... aby se jim někdo věnoval, zaměstnával jejich ruce něčím tvůrčím, co lze přenést do návazné léčby, domů“ (R8).

„Něco kuřákovi do ruky by to chtělo, balónky antistresový, protože oni fakt potřebují něco držet v tý ruce, jak jsou zvyklí“ (R5).

Respondent R9 navrhuje zaměřit se na **snižování cravingu během typicky kuřáckých situací** jako je příprava a pití kávy.

„...je toho tady pro ně dost, programy i náplasti. Oni nejsou až takoví, že by pořád mysleli na kouření. Myslím, že jim to vyhovuje. Horší jim dělá, když si dělají kafičko, že u toho byli zvyklí kouřit, měli svoje rituály“ (R9).

K otázce vylepšení nekuřáckého provozu jeden z respondentů sděluje své mínění, že efekt skupinové terapie či edukace je limitovaný **mentální úrovní pacienta**.

„Taky nemůžete dělat s každým protikuřáckou skupinu, protože určitá část populace na to prostě mentálně nemá“ (R3).

8. Diskuze a závěry

Cílem práce bylo zhodnotit nekuřácký provoz na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie perspektivou personálu. Z výsledků práce vyplývá, že nekuřácký provoz oddělení má na roli členů detoxifikačního týmu nejčastěji pozitivní vliv přinášející vyšší komfort jejich práce. Dalšími přínosy pro personál jsou koncentrace výhradně na léčbu pacienta, časový profit, absence cigaretového zápachu, prezentace racionálního postoje zdravotníků ke kouření, změna obsahu komunikace s pacientem a nižší abstinenci symptomy pacienta. Benefity pro pacienty jsou snazší zvládnutí a dokončení léčebného programu, motivační faktor k zanechání kouření, bezplatná NTN, vyzkoušení zdravějšího životního stylu a korektnější přístup k hospitalizovaným nekuřákům. Pozitivní pro zdraví pacienta i personálu, přínosné pro nemocnici i společnost je, že zájem pacientů o detoxifikaci nekuřácký provoz neovlivnil.

Negativa nekuřáckého provozu s dopadem na personál vnímala polovina respondentů, nejčastěji se obávali zvýšených nákladů oddělení na substituční přípravky. Negativem pro pacienta nekuřáckého provozu oddělení je craving. Také podmínku nekouření vnímá zpočátku negativně většina hospitalizovaných kuřáků.

Cestou ke zvyšování motivace pacientů k odvykání kouření je dle většiny respondentů praktikování principů motivačních rozhovorů, zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů a jejich dostatečná saturace nikotinovou substitucí. Ke zefektivnění nekuřáckého provozu je navrhováno navýšení skupinové a individuální terapie, více pacienta a jeho ruce zaměstnat, práce s cravingem a nabídka ústavní detoxifikace pacientům silně závislých výlučně na nikotinu.

Výsledky výzkumu byly konfrontovány s prací Petra a Kasala (2020), kteří hodnotili implementaci plně nekuřáckého chodu uzavřeného akutního psychiatrického oddělení v Ústřední vojenské nemocnici (ÚVN). Z tohoto dotazníkového šetření vyplývá, že 80 % zdravotníků je pro pokračování nekuřáckého chodu oddělení a zájem o hospitalizaci nekuřácký provoz oddělení taktéž neovlivnil. Personálem jmenovanými benefity jsou zejména zdravější prostředí a pozitivní reakce některých pacientů s kouřením přestat či jej omezit. Za negativa část respondentů označila náklady na substituční přípravky a tendenci hospitalizovaných kuřáků léčbu zkracovat. I zde se výstupy prací shodují s výjimkou

posledně uvedeného – na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie dochází k předčasnému ukončení léčby z důvodu nekuřáckého režimu zřídka, přičemž důvod je dle personálu zástupný.

Dále se autorka v diskusi více zaměří na oblast výzkumem zmapovaných negativ. Jako významná se ukázala obava personálu o zvýšení nákladů NTN. Jeden z respondentů míní dokonce zátěž zdravotnictví obecně. Přestože je personál vyškolený, opomíjí fakt, léčba závislosti na tabáku je jednou z ekonomicky nejvýhodnějších intervencí v medicíně (Králíková et al., 2013). Náklady přímo na substituční přípravky si v souvislosti s implementací plně nekuřáckého provozu nechalo nemocniční lékárnou vyčíslit akutní psychiatrické oddělení ÚVN. Došlo k závěru, že finanční náročnost NTN je pro oddělení „zanedbatelná“ (Petr & Kasal, 2020, s 181). Povědomí personálu o ekonomické výhodnosti léčby závislosti na tabáku a marginalitě podílu NTN na nákladech oddělení, by mohly odstranit obavy a bariéry v poskytování kvalitní léčby závislosti na tabáku, zejména pak ve vztahové rovině zdravotník – pacient, která jak autorka uvádí v první části práce, je neoddělitelnou komponentou motivační práce a motivačních rozhovorů vůbec.

Častý výskyt cravingu (dle 8 z 10 respondentů) je výsledkem očekávaným, neboť jak autorka uvádí v první části práce, craving je jedním z šesti markerů syndromu závislosti a výrazným symptomem abstinenciho syndromu (Kalina et al., 2015; Nešpor, 2018; WHO, 1992). Potvrzuje se také uváděná 4násobně vyšší prevalence kouření tabáku adiktologických pacientů ve zmiňovaných studiích (Apollonio et al., 2016; Baca & Yahne, 2009; Kulhánek & Mašlaniová, 2020). K podobnému výsledku ohledně cravingu došla také Štočková (2021) ve svém dotazníkovém výzkumu perspektivou pacientů na Klinice adiktologie – craving pociťovalo 85 % pacientů, přičemž dokládá celkově mírné abstinenci příznaky (měřeno MNWS), které se v průběhu hospitalizace ještě snižují. Za možný důvod nízkých abstinenci symptomů pokládá kvalitní a intenzivní péči spočívající v substituci, individuální a skupinové terapii. I v tomto směru se výsledky Štočkové a této práce shodují, členové léčebného týmu si cenní nyní nižších abstinenci příznaku, kontinuální saturace nikotinem. Dále, za předpokladu dostatečné saturace nikotinem substitucí může výskyt cravingu potvrzovat dvousložkovost závislosti na tabáku, a tedy v tomto případě závislost psychobehaviorální. Také se autorka domnívá, že může být diskutabilní předmět cravingu – pacienti odvykající od několika NL současně, vlivem odvykácího stavu a

osobnostních charakteristik závislých jedinců – impulzivita, nízká frustrační tolerance (Soukup, 2020) - pravděpodobně neodliší potřebu té či oné látky.

Výzkumné zjištění negativně vnímané podmínky nekouření většinou pacientů na počátku léčby vypovídá o nejčastější výchozí fázi pacienta v procesu změny na detoxifikačním oddělení. Mnozí pacienti při vstupu na oddělení vnímají podmínku nekouření jako „nutné zlo“, jejich míra motivace ke změně je nízká či nezřetelná, jsou ambivalentní, shodně s výkladem autorky v první části práce podle Millera a Rollnicka (2013) a Soukupa (2020). Ambivalence je stav přirozeně vznikající v procesu změny, změna je záměrem zdravotníka i pacienta (byť v případě těchto pacientů záměrem málo uvědomovaným), tudíž vnímání ambivalentního postoje pacienta autorka, jako budoucí adiktoložka, nepovažuje za negativní aspekt v procesu léčby závislého jedince. Ambivalence či nezřetelná míra motivace odůvodňuje užití motivačních rozhovorů vycházejících mimo jiné z poznatků procesu změny. Vhodně zvolenými intervencemi se kuřák přesouvá do další fáze, a jak ukazují výsledky zrealizovaného výzkumu, postoj abstinujícího kuřáka se ladí pozitivněji. Za důležité autorka považuje zmínit fakt, že kuřáci často přestanou kouřit bez ohledu na fázi procesu změny, spontánně (Králiková, 2015b), což znamená intervenovat i přes negativně vnímanou podmínku nekouření pacientem.

Výzkumná práce přinesla (jako jedna z prvních v ČR tohoto zaměření) jedinečné výsledky pro klinickou praxi plně nekuřáckého detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie, které mohou reálně přispět ke zvýšení kvality poskytované péče. Výsledky kvalitativního šetření nelze zobecnit na populaci zdravotníků (výsledky nejsou reprezentativní). S pomocí kvótového záměrného výběru účastníků výzkumu se autorka snažila zasáhnout všechny typy zastoupených profesí na detoxifikačním oddělení a výsledky lze využít jako inspiraci pro další adiktologická rezidenční zařízení pojímající zdraví pacienta komplexně ve smyslu definice zdraví WHO. Úskalím studie by mohla být validita dat zapříčiněná účelovostí odpovědí respondentů. Aby autorka předešla těmto případným zkreslením, byla součástí analýzy dat kontrola validity, konkrétně triangulace analyzantem (vedoucím práce, který proces analýzy dat supervidoval). Autorka se domnívá, že i přes ujištění o zajištění anonymity se mohli někteří z respondentů tohoto nevelkého pracovním kolektivu obávat případné kritiky kolegů či naopak cílit na prospěch obsahem svých odpovědí. Tento faktor

se autorka snažila minimalizovat vstupními informacemi pro respondenty a striktním dodržováním anonymit účastníků s pomocí alfa-numerických kódů.

Výsledným zjištěním výzkumné práce jsou zřetelně převažující přínosy nekuřáckého chodu oddělení pro samotný personál i pro hospitalizované pacienty, kuřáky i nekuřáky, poukazující na relevanci tohoto inovačního kroku směrem k mezinárodním doporučením, který je důvodem k autorčině doporučení v pokračování plně nekuřáckého provozu oddělení. Autorka se domnívá, že cíl práce byl naplněn. Další výzkum rozvíjející téma nekuřáckého adiktologického zařízení, komplexní podpory zdraví a well-beingu pacienta by se mohl zaměřit na bariéry zamezující implementaci plně nekuřáckých oddělení v návazné střednědobé péči. Přínosná by rovněž mohla být studie mapující možnost intenzivní rezidenční léčby jedinců silně závislých výhradně na tabáku, kupříkladu na detoxifikačním oddělení.

Seznam použité literatury

Adameček, D., Černý, M., Dolák, J., Dvořáček, J., Hrouzek, P., Krutilová, D., Mašková, L., Karpíšková, K., Radimecký, J. & Skácelová, L. (2021). *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb*. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Apollonio, D., Philipps, R., & Bero, L. (2016). Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders [Online]. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2016(11), CD010274-CD010274. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010274.pub2>

Baca, C. T., & Yahne, C. E. (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know [Online]. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 205-219. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.06.003>

Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M. & Skývová, M., (2021). *Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020 [NAUTA]*. Praha: Státní zdravotní ústav.

Dvořáček, J. (2015). Emergentní adiktologie 2 - odvykáací stavy a jiné náhlé stavy v adiktologii. In Kalina, K. et al., *Klinická adiktologie*, Praha: Grada.

Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Bennett, G., Benowitz, N. L., et al. (2008). A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. A U.S. Public Health Service Report [Online]. *American Journal Of Preventive Medicine*, 35(2), 158-176. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.04.009>

Handmaker, N., Packard, M. & Conforti, K. (2002). Motivational interviewing in the treatment of dual disorders. In Miller et al., *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.

Helus, Z. (2018). *Úvod do psychologie* (2., přepracované a doplněné vydání). Praha: Grada.

Kalina, K. et al., (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: FILIA NOVA.

Kalina, K. et al., (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

Klinika adiktologie. *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. et al., (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA.

Králíková, E. (2015). *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta.

Králíková, E., Češka, R., Pánková, A., Štěpánková, L., Zvolská, K., Felbrová, V., Kulovaná, S., & Zvolský, M. (2015). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitřní Lékařství*, 61(Suppl. 1), 4-15. <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2015-suppl-1/doporuzeni-pro-lecbu-zavislosti-na-tabaku-52291>

Králíková, E. (2015a). Farmakologická léčba závislosti na tabáku. *Remedia*, 25(2), 135-138. Retrieved from <http://www.remmedia.cz/Archiv-rocniku/e.folder.aspx>

Králíková, E. (2015b). Závislost na tabáku. In Kalina, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Králíková, E., Zvolská, K., Štěpánková, L., Pánková, A., Felbrová, V., & Kulovaná, S. (2020). Léčba závislosti na tabáku v ČR: historie, současnost, budoucnost. *Časopis Lékařů Českých*, 159(3-4), 147-152. Retrieved from <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2020-3-4-1/lecbu-zavislosti-na-tabaku-v-cr-historie-soucasnost-budoucnost-123300>

Králíková, E. (2020). Závislost na tabáku a e-cigarety – čemu věřit? *Remedia*, 30(3), 330-332. Retrieved from <http://www.remmedia.cz/Archiv-rocniku/e.folder.aspx>

Křížová, I. (2021). *Závislosti pro psychologické obory*. Praha: Grada.

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. Retrieved from <https://www.aplp.cz/>

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

Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problém drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 147–172.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York: Guilford Press.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmanová, M., Janíková, B., Černíková, B., Rous, Z., Cibulka, J., Franková, E., Nechanská, B. & Fidesová, H. (2021). *Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2003). Detoxifikační jednotky. In Kalina, K. et al., *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby* (5., rozšířené vydání). Praha: Portál.

Pavlovská, A. & Minařík, J. (2015). Substituční léčba závislosti. In Kalina, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Petr, T., & Kasal, M. (2020). Zkušenosti se zaváděním nekuřácké politiky na oddělení akutní psychiatrické péče v ÚVN. *Česká a slovenská psychiatrie*, 116(4), 177-182. <http://www.cspsychiatr.cz/archiv.php>

Popov, P. (2013). Závislost na tabáku mezi jinými závislostmi. In Králíková, E. et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*.

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Röhr, H. P. (2015). *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál.

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

Soukup, J. (2020). *Motivační rozhovory v praxi* (Vydání druhé). Praha: Portál.

Štěpánková, L., Kmeťová, A. & Centrum léčby závislosti na tabáku III. Interní kliniky VFN a LF UK v Praze. (2020). Motivační rozhovory v odvykání kouření. V Soukup, J., *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál.

Štočková, K. (2021). *Zhodnocení pilotního nekuřáckého provozu na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie: dotazníkový výzkum mezi pacienty*. Bakalářská práce (Bc.)--Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta, 2021.

Vinař, O. (2013). Kouření a mozek. In Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira.

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

Wray, J. M., Funderburk, J. S., Acker, J. D., Wray, L. O., & Maisto, S. A. (2018). A Meta-Analysis of Brief Tobacco Interventions for Use in Integrated Primary Care [Online]. *Nicotine & Tobacco Research*, 20(12), 1418-1426. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx212>

Přílohy

Příloha 1: Seznam obrázků

Obrázek 1: Aktivace mezolimbického dopaminergního systému odměny / str.19

Příloha 2: Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Schéma krátké intervence 5A / str. 13

Tabulka 2: Intervence 5R / str. 14

Tabulka 3: Principy motivačního rozhovoru s kuřákem / str. 15

Tabulka 4: Stanovené kvóty zástupců podskupin výzkumného vzorku / str. 23

Graf 1: Užívání tabákových výrobků, e-cigaret a zahřívaných tabákových výrobků v posledních 30 dnech podle pohlaví a věkových skupin, v % / str. 8

Graf 2: Kuřáci jakéhokoliv tabákového výrobku podle věkových skupin / str. 9

Příloha 3: Záznamový list a Checklist

Záznamový list

Kód respondenta/ datum	čas	Pohlaví M/Ž	Kuřák/ nekuřák /jiné	Pozice v týmu Le/Se/Sa/ Ad/Ar	Poznámky	Název audio souboru
R1/						
R2/						
R3/						
R4/						
R5/						
R6/						
R7/						
R8/						
R9/						
R10/						

Checklist naplnění týmových pozic

Pozice v týmu	kód	Plný počet				
Lékař/ka	Le	2			X	X
Sestra/bratr	Se	4				
Ošetřovatel/ka	Os	2			X	X
Adiktolog/žka	Ad	1		X	X	X
Arteterapeut/ka	Ar	1		X	X	X

Příloha 4: Informace pro účastníky výzkumu

Informace pro účastníky výzkumu

Vážený zdravotníku,

dovoluji si Vás oslovit s účastí ve výzkumu s názvem **Zhodnocení pilotního nekuřáckého provozu detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie z pohledu zdravotnického personálu: kvalitativní studie**. Tento výzkum je součástí mé bakalářské práce v rámci studia oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Cílem této práce je zmapovat případná pozitiva a negativa vyplývající ze zavedení plně nekuřáckého provozu detoxifikačního oddělení.

Vaše účast ve výzkumu spočívá v realizaci rozhovoru zaměřeného na Vaše zhodnocení nekuřáckého provozu detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie VFN v Praze. Rozhovor bude nahráván v podobě audiozáznamu s pomocí diktafonu a následně elektronicky přepisován do textové podoby a analyzován. Výstupy z rozhovoru jsou určeny výhradně pro výzkum v rámci této bakalářské práce. Veškerá data budou zpracována anonymně, respondenti budou evidováni pod anonymizovanými kódy (tj. nebudou uvedena jména respondentů ani jejich kontaktní údaje).

Výstupy této práce mohou napomoci ke zkvalitnění podpory odvykání kouření na oddělení.

S případnými stížnostmi a dotazy se můžete obracet na řešitelku výzkumu a vedoucího práce.

Řešitel výzkumu: Kateřina Benešová Štědrá
Email: benesovastedra@seznam.cz

Vedoucí práce: Mgr. Adam Kulhánek, PhD.,
Email: adam.kulhanek@lf1.cuni.cz
Tel. 224 968 273

Děkuji za Vaše zapojení do studie

Kateřina Benešová Štědrá

