

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Bc. Karolína Landová

Zkušenost dlouhodobých uživatelů tabáku s užíváním nikotinové substitute: dotazníkový výzkum

Experience of regular tobacco users with usage of nicotine replacement therapy: a questionnaire survey

Diplomová práce

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

Praha, 2023

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, dne 27. 04. 2023

BC. KAROLÍNA LANDOVÁ

Identifikační záznam:

LANDOVÁ, Karolína. Zkušenost dlouhodobých uživatelů tabáku s užíváním nikotinové substituce: dotazníkový výzkum. [*Experience of regular tobacco users with usage of nicotine replacement therapy: a questionnaire survey*]. Praha, 2023. 59 s., 4 příl.
Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Adam Kulhánek, Ph.D., MBA

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Adamu Kulhánkovi, Ph.D., MBA za vedení mé diplomové práce, za jeho čas, cenné rady a připomínky, bez kterých by tato práce nebyla v takové podobě, v jaké je dnes. Dále bych chtěla poděkovat mému příteli, rodině, spolužákům, kolegům a kamarádům za jejich trpělivost a podporu. V neposlední řadě patří mé velké díky také respondentům, bez kterých by výzkum nemohl být realizován.

Abstrakt

Východiska: Dle aktuálních dat o prevalenci užívání tabáku v České republice kouří necelých 25 % osob starších 15 let. V posledních letech má sice kouření klesající tendenci, nicméně kvůli dopadům na lidský organismus, ale i na celou společnost je vhodné, aby došlo ke snížení užívání tabákových výrobků. Vzhledem k vysokým rizikům spojených s užíváním tabáku je třeba provádět výzkumná šetření a následná preventivní opatření, která omezí jeho spotřebu, a tedy i morbiditu a mortalitu obyvatelstva. Náhradní nikotinová terapie je jednou z terapeutických modalit, která může při odvykání kouření pomoci.

Cíl: Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat a popsat zkušenosti uživatelů nikotinové substituční terapie, kteří jí v současné chvíli užívají či ji užívali v posledním měsíci. V práci se tedy zabýváme nejčastěji užívanou formou nikotinové terapie v našem výzkumném souboru, jejími negativními účinky, cenou a zdrojem úhrady za substituční terapii a také důvodem jejího zahájení.

Metody: V diplomové práci je využita kvantitativní metoda, konkrétně dotazník v online podobě, který byl umístěn na sociální síť Národní linky pro odvykání kouření a jiné sociální síť cílící na kuřáky a odvykající kuřáky. V dotazníku byly pokládány uzavřené či otevřené otázky, ale i hodnotící škála. U některých otázek mohli respondenti vybrat více variant. K analýze byla využita deskriptivní statistika. Odpovědi jsme analyzovali v tabulkovém procesoru Microsoft Excel, ze kterého rovněž vznikali tabulky a grafy v diplomové práci.

Výsledky: Nejčastěji užívanou formou nikotinové terapie v našem výzkumném souboru (n=118) jsou nikotinové náplasti (46,6 %), dále pak v tomto pořadí: inhalační ústní sprej, žvýkačky a pastilky. 53 % respondentů nepocítuje žádné abstinenci příznaky. Následně mezi ty častěji zmiňované patří: bolest v krku, poruchy spánku či únava. Většinu osob zapojených do výzkumu se zdá náhradní nikotinová terapie příliš drahá (81,4 %), zbytek uvedl, že cena odpovídá produktu (18,6 %). V případě financování si náhradní nikotinovou terapii 82,4 % respondentů hradí pouze z vlastních zdrojů, 17,6 % tázaných uvádí i zdravotní pojišťovnu. Nejčastějšími důvody, proč respondenti zahajovali nikotinovou substituční terapii, jsou: zdraví, finance a abstinence od kouření. Ostatní důvody jsou zastoupeny v menších množstvích.

Závěr a doporučení: Doporučením vyplývajícím z této studie je zvýšit zájem o odbornou léčbu, zvýšení poskytování krátkých intervencí, zabývat se externím financováním nikotinové terapie a zvýšení povědomosti o možnosti příspěvku zdravotní pojišťovnou. Další studie by bylo vhodné zaměřit na detailnější poznání nežádoucích účinků.

Klíčová slova: nikotin – cigarety – nikotinová substituční terapie – závislostní chování

Abstract

Background: According to current data on the prevalence of tobacco use in the Czech Republic, less than 25% of people over the age of 15 smoke. Although smoking has been on the decline in recent years, due to the effects on the human body and society as a whole, it is advisable to reduce the use of tobacco products. Due to the high risks associated with the use of tobacco, it is necessary to carry out research investigations and subsequent preventive measures that will limit its consumption, and therefore also the morbidity and mortality of the population. Nicotine replacement therapy is one therapeutic modality that can help with smoking cessation.

Aim: The main aim of the thesis was to map and describe the experiences of users of nicotine replacement therapy who are currently using it or have used it in the last month. In this work, we deal with the most frequently used form of nicotine therapy in our research group, its negative effects, the price and source of reimbursement for substitution therapy, as well as the reason for its initiation.

Methods: The thesis uses a quantitative method, specifically a questionnaire in online form, which was placed on the social networks of the National Smoking Cessation Line and other social networks targeting smokers and those who quit smoking. Closed or open questions were asked in the questionnaire, as well as an evaluation scale. For some questions, respondents could choose more than one option. Descriptive statistics were used for the analysis. We analyzed the answers in the Microsoft Excel spreadsheet, from which the tables and graphs in the diploma thesis were also created.

Results: The most frequently used form of nicotine therapy in our research group (n=118) is nicotine patches (46.6%), followed in this order by inhalation oral spray, chewing gum and lozenges. 53% of respondents do not experience any withdrawal symptoms. Subsequently, the most frequently mentioned include: sore throat, sleep disorders or fatigue. The majority of people involved in the research think that nicotine replacement therapy is too expensive (81.4%), the rest said that the price corresponds to the product (18.6%). In the case of financing, 82.4% of respondents pay for nicotine replacement therapy only from their own resources, 17.6% of respondents also mention a health insurance company. The most common reasons why respondents started nicotine replacement therapy are: health, finances and abstinence from smoking. Other reasons are represented in smaller quantities.

Conclusion and recommendation: The recommendation resulting from this study is to increase interest in professional treatment, increase the provision of short interventions, deal with external financing of nicotine therapy and increase awareness of the possibility of a contribution from the health insurance company. Further studies would be appropriate to focus on more detailed knowledge of adverse effects.

Key words: nicotine – cigarettes – nicotine replacement therapy – addictive behavior

Obsah

1. Úvod	9
2. Teoretická část	11
2.1 Tabák	11
2.1.1 Prevalence užívání tabáku v České republice	11
2.1.2 Prevalence užívání tabáku ve světě.....	12
2.1.3 Formy tabáku a jeho užívání.....	13
2.1.4 Složení tabákového kouře	14
2.1.5 Účinky nikotinu	15
2.2 Závislost na tabáku	16
2.2.1 Klasifikace	17
2.2.2 Neurobiologie závislosti na tabáku	18
2.2.3 Fyzická závislost.....	19
2.2.4 Psychosociální závislost.....	19
2.2.5 Diagnostické metody	20
2.3 Léčba závislosti na tabáku	21
2.3.1 Specializované služby pro léčbu závislosti na tabáku v České republice	21
2.3.2 Farmakoterapie	22
2.3.3 Náhradní nikotinová terapie.....	24
2.3.4 Psychobehaviorální intervence.....	25
2.4 Harm reduction	26
3. Praktická část	29
3.1 Cíl výzkumu.....	29
3.2 Výzkumné otázky	29
3.3 Výzkumný soubor.....	29
3.4 Metody tvorby dat.....	30
3.5 Metody analýzy dat.....	31
3.6 Etika výzkumu	32
3.7 Praktický průběh realizace	32
3.8 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
3.9 Výsledky	35
3.9.1 Jaké jsou nejčastěji využívané formy nikotinové substituční terapie ve výzkumném souboru?.....	35
3.9.2 S jakými negativními účinky se respondenti nejčastěji setkávají v důsledku užívání náhradní nikotinové terapie?	38
3.9.3 Jakou roli hraje cena nikotinových substitučních preparátů při rozhodování o jejich užívání?.....	39
3.9.4 Jakou formou uživatelé z výzkumného souboru hradí nikotinové substituční preparáty?	40
3.9.5 Jaký byl důvod zahájení užívání nikotinové substituční terapie?	41
4. Diskuse	43

5. Závěr.....	48
6. Použitá literatura	49
7. Přílohy	57
7.1 Seznam tabulek	57
7.2 Seznam grafů	57
7.3 Seznam obrázků.....	57
7.4 Dotazník k výzkumné části diplomové práce	58

1. Úvod

Užívání tabáku, respektive jeho důsledky celosvětově zapříčiňují největší počet úmrtí. Většina kuřáků si je plně vědoma nepříznivých účinků kouření na zdraví, ale díky závislostnímu potenciálu je pro ně obtížné přestat (Wadgave & Nagesh, 2016).

Údaj, že největší podíl na úmrtnosti má závislost a užívání tabákových výrobků uvádí též Králíková (2015a). Podle jejích informací na důsledky užívání tabáku v České republice zemře až 18 tisíc osob ročně. Nejčastěji se jedná o úmrtí spojená s nádorovými onemocněními, dále onemocnění kardiovaskulárního systému, dýchacího systému a mnohá další v menším zastoupení.

V roce 2018 bylo zjištěno, že v populaci České republiky je celkem 28,5 % kuřáků starších 15 let. Převážnou většinu představují uživatelé cigaret, oproti tomu uživatelé ostatních tabákových výrobků byly zastoupeny v daleko menším množství (Csémy, Fialová, Kodl & Skývová, 2019). O dva roky později tedy v roce 2020 mluvíme dle Mravčíka et al. (2021) o 17-23 % dospělé populace, která vykazuje denní kouření. Sledujeme tedy znatelně klesající tendenci, nicméně v druhém výzkumu absentujeme věkovou kategorii 15-18 let. Dle nejaktuálnějšího výzkumu Csémyho, Dvořákové, Fialové, Kodla, Malého a Skývové (2022) je v populaci České republiky v roce 2021 24,4 % kuřáků starších 15 let. Jejich data klesající tendence potvrzují.

Králíková (2015a) uvádí, že nejrozšířenější formou tabákového výrobku jsou v České republice cigarety. Doutníky a dýmky jsou daleko méně obvyklé, ale vstřebávání nikotinu je u nich rychlejší kvůli zásaditějšímu kouři oproti cigaretám.

Nikotin představuje návykovou složku tabákového kouře, který způsobuje závislostní chování užívajících jedinců, kteří pak nejsou schopni s užíváním přestat (Balfour, 2004). Nikotin je složkou tabákového kouře, která způsobuje závislost a sám o sobě zvyšuje krevní tlak a srdeční frekvenci. Sám o sobě nezpůsobuje vážné zdravotní problémy vzniklé z užívání, na kterém se ovšem podílejí ostatní složky kouře, kterých je až několik tisíc (Mravčík et al., 2021).

Nikotinová substituční terapie je schopna nahradit nikotin, a dopomoci tak k abstinenci od tabákových výrobků, ale také zamezit nebo zmírnit abstinenci příznaky (Wadgave & Nagesh, 2016). V České republice je možné v rámci nikotinové substituční terapie aplikovat žvýkačky, ústní sprej, náplasti a pastilky. Neustále však dochází ke změnám na trhu a v zahraničních státech se můžeme setkat i s jejími jinými formami (Králíková et al., 2015). Příkladem je orodispergovaný film, který od roku 2016 není na českém trhu k dispozici (Státní ústav pro kontrolu léčiv, n.d.). Jednou z výzkumných otázek naší práce je nejčastěji užívaná forma nikotinové terapie v našem výzkumném souboru. Touto otázkou bychom chtěli zjistit, která z výše uvedených forem je momentálně nejčastěji aplikována.

Ve své diplomové práci Kršková (2021) uvádí, že zhruba jedna pětina jejích respondentů vykazovala negativní účinky z užívání náhradní nikotinové substituce.

Negativní účinky se lišily dle formy substituce, nicméně nejčastěji jsou spojeny s užíváním orálních preparátů. Obecně se nejčastěji vyskytovalo pálení v ústech, škytání, pálení žáhy, škrábání v krku či vyrážka a otoky. V naší práci taktéž sledujeme negativní účinky náhradní nikotinové substituce u respondentů z důvodu toho, že negativní účinky mohou negativně ovlivnit zahájení či pokračování v náhradní nikotinové terapii. Zároveň je porovnáváme jak s prací Krškové (2021), tak i s jinými.

Cena nikotinové substituce může hrát značnou roli při zahájení jejího užívání. Mnohým uživatelům nikotinu se může zdát, že cena spolu s úsilím vložené do abstinence, představují nepřekonatelnou hranici. Mnoho z nich možná ani neví o možnosti příspěvků zdravotních pojišťoven na odvykání kouření. Například Všeobecná zdravotní pojišťovna (n.d.) nabízí příspěvek na odvykání kouření ve výši 1000 Kč jednou za 3 kalendářní roky. Cenou a úhradou se zabývají další dvě z výzkumných otázek této práce. Je možné, že vyšší povědomost o tomto příspěvku, by mohla vést k vyššímu nárůstu odvykajících kuřáků. Z tohoto důvodu se nám zdá přínosné zjistit, jaká část uživatelů náhradní nikotinové terapie příspěvek využívá.

Hammond et al. (2008) uvádí, že celkově jedna třetina kuřáků užívající náhradní nikotinovou terapii s terapií začala z jiného důvodu, než je abstinence. 8,3 % respondentů uvedlo, že s terapií začali kvůli snížení užívání nikotinu, 8,4 % uvedlo, že ji užívají v případech, kdy nemohou kouřit, a 18,2 % uvedlo jiný důvod. Důvody pro zahájení terapie mohou být různé, od chůtice plné abstinence, snížení užívání, zdravotní důvody, vnější tlak či důvody finanční. Až už je motivace jakákoli, pořád se jedná o motivaci, se kterou je třeba pracovat a zvnitřňovat ji. I proto se tímto tématem v práci zabýváme.

Mimo nikotinovou substituční terapii existuje také léčba s absencí nikotinu. V takovém případě se nejčastěji využívají dva typy léčiv. Jedním z nich je Vareniklin neboli Champix, který je částečným agonistou nikotinových receptorů. A dále pak Bupropion, který představuje antidepresivum, které blokuje zpětně vychytávání dopaminu a noradrenalinu a zároveň blokuje nikotinové receptory (Králíková, 2015a). Nelze opomenout ani dnes hojně využívaný Defumoxan (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2021a).

Farmakoterapii je vhodné kombinovat s psychoterapeutickými intervencemi: behaviorální a psychosociální. V rámci nich se provádí krátké intervence a intenzivní terapie. Existují odborná centra pro závislé na tabáku, na která je vhodné odkazovat (Králíková et al., 2015).

Kvůli dopadům na lidský organismus, ale i na celou společnost je vhodné, aby došlo ke snížení užívání tabákových výrobků. Tato práce má přinést postoj uživatelů nikotinové substituční terapie proto, aby mohlo dojít k odstranění nežádoucích vlivů, které mohou negativně ovlivnit rozhodnutí jejich nových uživatelů. Vzhledem k vysokým rizikům spojených s užíváním tabáku je třeba provádět výzkumná šetření a následná preventivní opatření, která omezí jeho spotřebu, a tedy i morbiditu a mortalitu obyvatelstva.

2. Teoretická část

Teoretická část této práce má přinést vzhled do problematiky tabákových výrobků a do prevalence užívání tabáku nejen v České republice, ale i ve světě. Dále se tato část mimo jiné zabývá klasifikací nemocí spojených s užíváním tabáku, neurobiologií vzniku závislosti, diagnostickými metodami, léčbou či harm reduction.

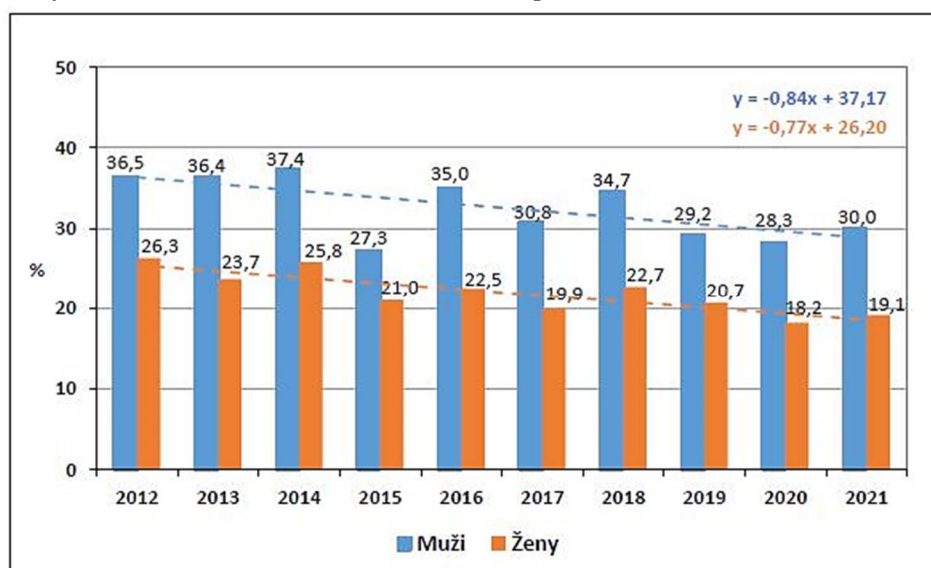
2.1 Tabák

Rostlina tabáku je s největší pravděpodobností zodpovědná za více úmrtí než jakákoli jiná rostlina. Tabák je nepochybně jednou z nejčastějších příčin úmrtí a nemocí na celém světě, kterým lze předejít. Pokud budou současné trendy pokračovat, je pravděpodobné, že v roce 2030 bude celosvětová roční mortalita dosahovat více než 10 milionů. Rostlin druhu *Nicotiana* existuje více než 60 druhů a většinou je jejich původcem americký kontinent. Výjimkou je pár druhů pocházejících z Austrálie (Charlton, 2004).

2.1.1 Prevalence užívání tabáku v České republice

Před osmi lety se mělo za to, že v České republice je přibližně 30 % uživatelů tabáku ve věku vyšším patnácti let (Minařík & Kmoch, 2015). Dle Csémyho et al. (2022) má prevalence užívání tabáku od roku 2012 do roku 2021 s drobnými výkyvy klesající tendenci. V roce 2012 bylo evidováno 31,3 % uživatelů tabáku, oproti tomu v roce 2021 o téměř 7 % méně, tzn. 24,4 %. Výraznější klesající tendenci můžeme sledovat u žen, oproti mužům (viz graf č. 1). Minaříkův a Kmochův (2015) údaj ze zhruba poloviny tohoto monitorovaného období je tedy odpovídající, pravděpodobně až spíše nadnesený.

Graf č. 1: Prevalence kuřáctví v České republice v letech 2012-2021 dle pohlaví



Zdroj: Csémy, Dvořáková, Fialová, Kodl, Malý & Skývová (2022)

Mravčík et al. (2021) ve své publikaci uvádějí několik údajů vztahujících se k užívání tabáku dospělé populace v České republice. Obecně u populace mladší 24 let a starší 65 let jsou trendy v užívání nižší. Dle jejich informací evidujeme v naší Republice 17 - 23 %

denních kuřáků (21 – 31 % v populaci mužské a 12 – 14 % v populaci ženské). Kouření v posledních 30 dnech je ovšem vyšší, a to 30 – 34 % populace starší osmnácti let. Vyšší procentuální údaj navyšují příležitostní uživatelé či experimentátoři. Z nejnovějších průzkumů vyplývá, že nejčastější počet vykouřených cigaret je 15 – 24 kusů denně. Dle Csémyho et al. (2020) byl průměrný počet vykouřených cigaret v roce 2019 11,2 kusů u obou pohlaví, což je počet o poznání nižší, než uvádí Mravčík et al. (2021) o rok později.

Vyšší užívání tabákových výrobků můžeme sledovat u populace s nižším vzděláním než u vysokoškolsky vzdělaných. Nižší užívání zároveň u mladších věkových kategorií, kde je momentálním trendem užívání e-cigaret a zahřívaných tabáků, které klesající fenomén objasňují (Mravčík et al., 2021).

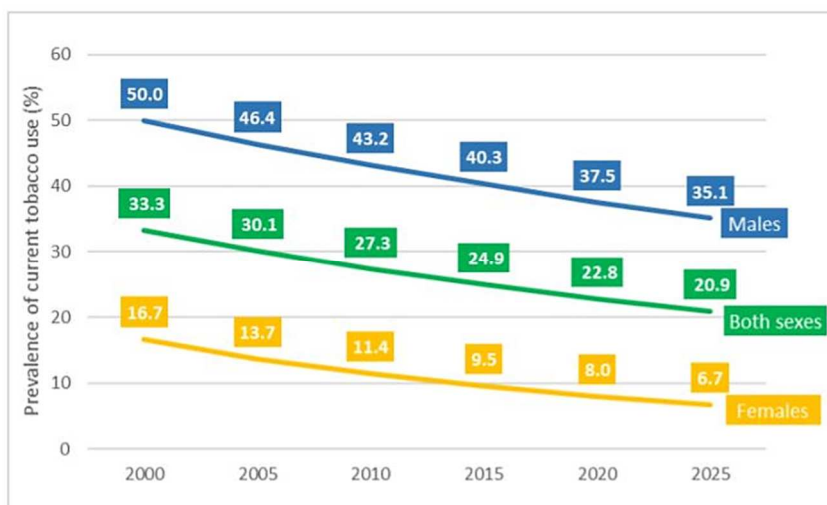
2.1.2 Prevalence užívání tabáku ve světě

Statistické informace jsou takové, že tabák užívá 22,3 % celosvětové populace. To je nižší údaj, než je vztažený na Českou republiku. 22,3 % představuje 1,3 miliardy lidí a muži stejně jako v České republice užívají tabák častěji (36,7 % všech mužů) než ženy (7,8 % všech žen) (World Health Organization, 2022).

I Minařík a Kmoch (2015) uvádějí, že počet uživatelů v Evropské unii je stejný či nižší (rozdíly v jednotlivých členských státech) než v České republice.

Dle World Health Organization (2019) sledujeme celosvětově klesající trend v užívání tabáku (viz graf č. 2). V roce 2000 užívalo tabák 33,3 % populace (50 % mužů a 16,7 % žen), v roce 2020 došlo ke snížení užívání u žen téměř o polovinu na 8 % a u mužů na 37,5 % (celkem na 22,8 %). WHO předpokládá, že ke klesání bude docházet i v následujících letech. V roce 2025 je celosvětový předpoklad 20,9 % uživatelů tabákových výrobků na světě. K poklesu užívání dochází ve všech věkových kategoriích přibližně o stejnou hodnotu, znatelnější pokles zaznamenáváme ve věkových skupinách 30 - 55 let.

Graf č. 2: Globální trendy v prevalenci užívání tabáku podle pohlaví



Zdroj: World Health Organization (2019)

2.1.3 Formy tabáku a jeho užívání

Králíková (2015a) uvádí, že nejčastější formou aplikace tabáku je užití kouřením, tzn. spalování tabáku za vzniku vedlejších látek. Tento způsob aplikace můžeme tedy označit za tzv. hořící formy. Existují i tzv. bezdýmné druhy tabáku, kdy je nikotin do oběhu vstřebáván jiným mechanismem než inhalací zplodin hoření.

- a) *Hořící formy* – Nikotin je vstřebáván inhalací, tzn. plicními sklípky velmi rychle. Již po několika sekundách od aplikace může uživatel pocítit příjemné pocity z abúzu (Králíková, 2015a). Hoření probíhá za teploty kolem 400 °C za vzniku tisíce látek, které mají rozmanité vlastnosti (Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, n.d.a).

Cigarety – Jedná se o nejčastější formu užívání tabáku v České republice, ale i ve světě. Klasická průmyslově vyrobená cigareta je směsí několika různých druhů tabáku a aditiv (aroma, silice apod.), která mají vliv na chuť, chování a vlastnosti kouře či zajišťují zachování vlastností tabáku v cigaretě (Tyler, 2000). K rozšíření přispěla zajisté jejich sériová výroba již v 19. století. Původní cigarety neobsahovali filtr, který začal být přidáván až po potvrzení vlivu cigaretového kouře na vznik rakoviny plic (Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, n.d.a).

Doutníky a dýmky – Oproti cigaretovému kouři je kouř při kouření doutníků a klasických dýmek zásaditější, tudíž se vstřebává i sliznicí úst. Ke vstřebávání tedy dochází i přes absenci šlukování kouře do plic (Králíková, 2015a). Kouř z doutníků a dýmek obsahuje méně aditiv, ale taktéž tisíce látek vznikajících při spalování. Na celkový organismus má nižší vliv, ale za to vliv vyšší v lokální rovině, a to ve zmíněné ústní dutině (Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, n.d.a).

Vodní dýmky – Jsou oblíbené zejména u mladé populace, které je kouří zejména ve skupinách. Mnoho lidí má za to, že se jedná o méně škodlivou formu kouření oproti cigaretám, ale je to právě naopak. Kouř z vodních dýmek je až dvakrát škodlivější, a to zejména kvůli vyššímu objemu jednoho potahu. Rizikem je také to, že voda ve vodní dýmce nepředstavuje filtr, ale pouze ochlazovací médium, což má vliv na absorpci látek v plicích (Králíková, 2015b).

- b) *Bez dýmné formy* – U těchto forem nedochází k hoření a můžeme je tedy považovat za méně škodlivé, ale nikoli za neškodné. I bezdýmné formy tabáku představují zdravotní riziko pro jejich uživatele, a to především onemocněním dutiny nosní a ústní, ale i svým karcinogenním potenciálem (Králíková, 2015a)

Šňupací tabák – Jedná se o rozdrcený tabák, který obsahuje přídavek aromatu (Tyler, 2000). Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (n.d.a) uvádí, že se

jedná o tabákový prach, který je aplikován per nasum a v České republice není příliš rozšířený.

Orální tabák – Králíková (2015a) ho dělí na dva druhy, a to žvýkácí tabák, který je aplikován orální cestou prostřednictvím žvýkání, odtud i jeho název, a dále moist snuff, tzn. porcovaný tabák jako je například švédský snus. Snus se obvykle umísťuje za horní ret a to buď ve volné formě či v porcovaných sáčkích. Snus se od ostatních orálních výrobků odlišuje svým jedinečným výrobním procesem, tzn. absentujícím fermentací (Clarke, Thompson, Weaver, Thompson & O'Connell, 2019).

Nikotinové sáčky – Nikotinové sáčky jsou novou kategorií produktů, u kterých dochází k rychlému rozvoji a prodeji. Prozatím mají malý regulační dohled. Sáčky se vkládají mezi horní ret a dásně, obdobně jako snus. Na rozdíl od snus není v nikotinových sáčkích listový tabák (Patwardhan & Fagerström, 2022).

Speciální skupinou jsou dnes velmi populární a rozšířené elektronické cigarety a zahřívání tabák.

E-cigarety se objevily poprvé na americkém trhu v roce 2007. Jedná se o elektronická zařízení, která obsahují rozpouštědla, příchutě a mohou obsahovat i nikotin, což není podmínkou. Při kouření elektronických cigaret není vdechován kouř, ale vodní pára. Existuje názor, že by elektronické cigarety mohly být prostředkem při odvykání kouření (NIDA, 2023).

Zahřívání tabák má být alternativním způsobem aplikace nikotinu oproti tradičně užívaným cigaretám. Stejně jako u e-cigaret by mělo jít o méně škodlivou alternativu, a to jak pro uživatele, tak i pro pasivní kuřáky. Prozatím nejsou s jistotou známy dopady na lidské zdraví, přesto je známo, že vznikající aerosol škodlivé látky obsahuje, i když v nižším množství než v kouři. Tabák se v těchto elektronických zařízeních ohřívá pouze na 240 – 350 °C, oproti klasickému kouření, kdy vzniká teplota větší než 400 °C (Znyk, Jurewicz & Kaleta, 2021).

Pasivní kouření představuje riziko pro osoby, které nekouří a nezáměrně vdechují tabákový kouř. Pasivní kouření nepředstavuje riziko onemocnění v takové míře jako kouření aktivní, nicméně způsobuje obdobné choroby. Výjimkou jsou cévy, které jsou obdobně náchylné u obou způsobů inhalace tabákového kouře (Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, n.d.a).

2.1.4 Složení tabákového kouře

Cigaretový kouř je směsí chemických sloučenin, které jsou vázány na aerosolové částice nebo jsou přítomné volně v plynné fázi (Rodgeman & Perfetti, 2009).

Novější studie ukazují, že počet chemických sloučenin v tabáku a jeho kouři dosahuje až 9 500 sloučenin, z nich mnohé byly uznány jako škodlivé pro lidské zdraví, a mluvíme tak až o 79 karcinogenních látkách. Tento počet se v průběhu let zvyšuje.

Zvyšující se fenomén chemických sloučenin a karcinogenů je vysvětlen tím, že za posledních 10 let došlo díky moderním metodám analýzy k zjištění a publikování značného množství nových údajů (Li & Hecht, 2022).

Engstrom, Clapper a Schnoll (2003) uvádějí, že polovina z těchto látek se přirozeně vyskytuje v listech tabáku a zbytek vzniká při jeho spalování. Chemické sloučeniny, které můžeme v kouři nalézt, jsou především oxid uhelnatý, kyanovodík, benzen, formaldehyd, nikotin, fenol, polycyklické aromatické uhlovodíky a nitrosaminy.

Vznik oxidu uhelnatého je spjatý s nedokonalým spalováním jak tabáku, tak cigaretového papírku. Obsah je vázán na teplotu spalování, poměru kyslíku, propustnosti papírku a nahuštění cigarety tabákem (Novák, 1980). Oxid uhelnatý se váže na hemoglobin v krvi a vzniká tak karboxyhemoglobin, který brání vázání kyslíku. Pokud tento proces trvá dlouhodobě a pravidelně, dochází k poruše nervového systému a ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Svobodová & Kozák, 1986).

Benzen je přirozenou součástí ropy a benzínu, ale i cigaretového kouře. Jedná se o bezbarvou kapalinu se sladkou vůní, která je vysoce hořlavá. V cigaretovém kouři představuje jednu z karcinogenních složek, spojenou s rizikem vzniku lymfatických či leukemických druhů rakovin (National Center for Biotechnology Information, 2023a).

Toxickou látkou je rovněž kyanovodík, který způsobuje podráždění očí, dýchacích cest a má celkové toxické účinky na organismus. Dlouhodobé vystavení účinku slabších kyanidů může mít vliv především na centrální nervový systém (National Center for Biotechnology Information, 2023b).

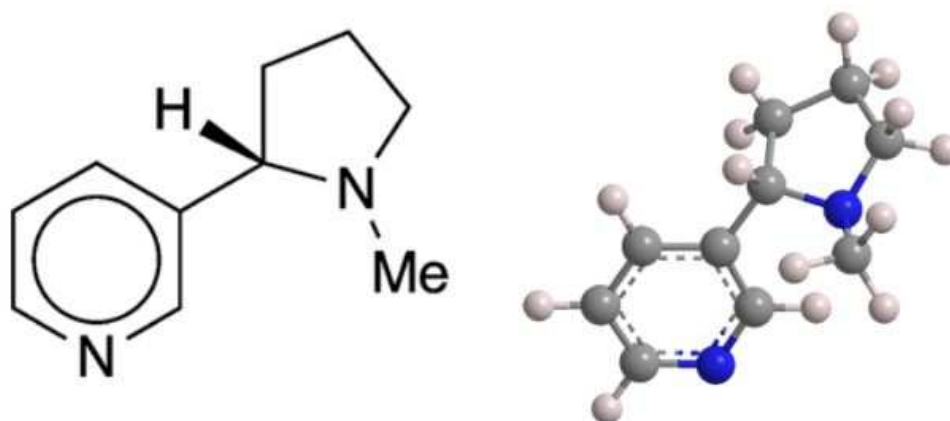
Polycyklické aromatické uhlovodíky či nitrosaminy řadíme do skupiny dehtů (Svobodová & Kozák, 1986). Tyler (2000) popisuje, že dehet vzniká během chladnutí a kondenzace kouře a je vysoce karcinogenní. Dehet způsobuje specifickou chuť a vůni cigaret.

Nikotin a jeho účinky jsou popsány v následující podkapitole.

2.1.5 Účinky nikotinu

Nikotin je základním prvkem vzniku závislosti na tabáku a používá se taktéž při farmakologické léčbě při odvykání kouření. Je to zcela přírodní složka tabáku, která se nachází v tabákových listech a přirozeně působí jako insekticid. Cigaretový tabák ho obsahuje v 1,5 % své hmotnosti, což je přibližně 10 mg v jedné cigaretě (Kozłowski et al., 1998). Srovnatelné množství (ve stejné hmotnostní jednotce) nikotinu najdeme v cigaretách, orálním tabáku a v tabáku používaných do dýmek. Oproti tomu v doutnicích a žvýkacích tabácích ho je zhruba o polovinu méně. (Benowitz, Hukkanen & Jacob, 2009). Nikotin je sám o sobě jako alkaloid vysoce jedovatý. Smrtelná dávka pro dospělého zdravého člověka je kolem 50 mg (Minařík & Kmoch, 2015). Nikotin je v čisté formě čirá kapalina s charakteristickým zápachem, která na vzduchu mění barvu na hnědou (Mishra, Chaturvedi, Datta, Sinukumar, Joshi & Garg, 2015).

Obrázek č. 1: Chemická struktura nikotinu



Zdroj: ACS Chemistry for Life (2018)

Pokud bychom se zaměřili na samotné účinky nikotinu na lidský organismus, můžeme se rozdělit do dvou skupin, a to na negativní, ale i pozitivní.

Mishra et al. (2015) uvádějí, že nikotin představuje několik zdravotních rizik. Zvýšené riziko je značné u kardiovaskulárního, respiračního či gastrointestinálního systému. Zmínit můžeme podráždění úst a krku, zvýšené slinění, nevolnost, bolest břicha, průjem, hyperglykémie, zvýšení katecholaminů v krvi, snížení průtoku krve v koronárních cévách, zvýšení průtoku krve v kosterním svalstvu, tachypnoe atd. Dále nepříznivě ovlivňuje imunitní systém a reprodukci. Jeho ovlivnění je již na bázi buněk, které mohou mutovat a způsobovat tak rakovinové bujení, rozvoj metastáz a způsobovat rezistenci vůči léčbě. Méně známá je tzv. zelená tabáková nemoc (Weizenecker & Deal, 1970), která je typická u pracovníků v tabákovém průmyslu, kdy se objevují symptomy jako je bolest hlavy, nevolnost, zvracení, závratě, únava, tachykardie aj. Příznaky odeznívají do 12 až 24 hodin.

Jak již bylo zmíněno, účinky nikotinu nejsou skrze negativní. Za ty pozitivní Jarvik (1991) považuje: pozitivní či negativní posílení jedince, snížení tělesné hmotnosti, která je zapříčiněna sníženou chutí k jídlu či zvýšení výkonu. Nikotin působí preventivně proti vzniku Parkinsonovy choroby, Touretteova syndromu, Alzheimerovy choroby, ulcerózní kolitidy či spánkové apnoe. Minařík a Kmoch (2015) zmiňují dále zvýšení bdělosti, soustředěnosti či paměti nebo potlačení podráždění a agrese.

2.2 Závislost na tabáku

Nejen závislost na tabáku, ale jakákoli závislost má dle dnešního pojetí původ v bio-psycho-sociálním modelu. Tento model předpokládá, že závislost není zapříčiněna pouze jedním faktorem, ale hned několika. Někdy je k tomuto modelu přidána i složka spirituální. Jedná se tedy o příčiny biologického charakteru, psychogenních faktorů, vnějšího prostředí a kontextu, ale také příčiny jakéhosi přesahu, smyslu života a smysluplnosti (Kudrle, 2003).

2.2.1 Klasifikace

Dle MKN-10 (World Health Organization, 2018) jsou v kapitole V., kódem F17.x označeny Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku. Písmeno “x” je standardně nahrazeno číslem, podle daného typu poruchy, kterou dotyčný jedinec trpí. U užívání tabáku můžeme evidovat zejména následující typy poruch (Nešpor, 2005):

F17.1 Škodlivé užívání tabáku: U této poruchy existují 4 kritéria, která musí být splněna pro její diagnostiku. Jedná se o prokázání somatického či psychického poškození z užívání návykové látky, povaha poškození by měla být jasně prokázána, užívání návykové látky po dobu minimálně jednoho měsíce či opakované užívání v posledním roce a porucha nesmí splňovat podmínky pro jinou poruchu, tzn. škodlivé užívání nelze diagnostikovat u jedince, jenž vykazuje syndrom závislosti (Nešpor, 2005).

F17.2 Syndrom závislosti na tabáku: Pro stanovení diagnózy v podobě syndromu závislosti je zapotřebí, aby se v posledním roce vyskytlo 3 a více následujících symptomů: craving, problémy v kontrole užívání látky, somatický odvykací stav, zvyšující se tolerance k návykové látce, zanedbávání zájmů a pokračování v užívání i přes průkazné škodlivé následky (World Health Organization, 2018).

F17.3 Odvykací stav po odnětí tabáku: Diagnostikujeme v případě, že jedinec vykazuje příznaky vyskytující se při odvykání návykové látky. Nástup i průběh tohoto stavu jsou časově ohraničeny a souvisejí s vysazením návykové látky (World Health Organization, 2018). Nešpor (2005) uvádí výčet symptomů, kdy je zapotřebí k diagnostice toho stavu, aby se vyskytli minimálně dva z nich: touha po tabáku, slabost, úzkost, špatná nálada, nervozita, insomnie, zvýšená chuť k jídlu, kašel, poruchy soustředěnosti a abscesy v dutině ústní.

V MKN-10 (World Health Organization, 2018) můžeme nalézt i jiné položky v různých kapitolách spojené s tabákem a jeho kouřem, které jsou uvedeny v přehledové tabulce č. 1 na konci kapitoly.

V DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) je F17 rovněž samostatnou jednotkou. K diagnostice se využívá celkem 11 kritérií. Pokud jedinec vykazuje střední syndrom závislosti, je u něj patrných 4 – 5 těchto kritérií. Pokud je jedinec silně závislý, vykazuje 6 a více těchto znaků. Jedná se o nepovedené pokusy o abstinenci, značné množství času tráveného užíváním návykové látky, nutkání užít návykovou látku, zanedbávání povinností, pokračování v užívání i přes sociální následky, absence společenských aktivit na úkor užívání, užívání v rizikových situacích, užívání i přes vědomí škodlivých následků na zdraví, zvyšující se tolerance, přítomnost abstinčních symptomů a vyšší potřeba návykové látky k utišení abstinčních symptomů.

Tabulka č. 1: Jiné diagnózy spojené s tabákem a jeho kouřem dle MKN-10

Číslo diagnózy	Název diagnózy
P04.2	Postižení plodu a novorozence škodlivými vlivy přenesenými placentární cestou nebo mateřským mlékem - Postižení plodu a novorozence užíváním tabáku matkou
T65.2	Toxický účinek jiných a neurčených látek – Tabák a nikotin
Z50.8	Péče s použitím rehabilitačních výkonů – Péče s použitím jiných rehabilitačních výkonů: Rehabilitace je zaměřená na tabák.
Z58.7	Problémy spojené s přírodním prostředím - Vystavení tabákovému kouři: Zde můžeme uvažovat o pasivním kouření, nikoli o rizikovém faktoru v zaměstnání.
Z71.6	Osoby, které se setkaly se zdravotnickými službami pro jinou poradu nebo lékařskou radu nezařazenou jinde – Porada při abúzu tabáku
Z72.0	Problémy spojené se životním stylem - Užívání tabáku: Nejedná se ovšem o závislost na tabáku.
Z81.2	Duševní poruchy a poruchy chování v rodinné anamnéze – Zneužívání (abúzus) tabáku v rodinné anamnéze: Řadíme se stavy, které se dají zařadit i do skupiny F17.

2.2.2 Neurobiologie závislosti na tabáku

Nikotin se prostřednictvím cigaretového kouře dostává do těla a velmi rychle proniká hematoencefalickou bariérou do mozku, kde se váže na acetylcholinové receptory (Dani & Heinemann, 1996). Nikotin působí jako agonista těchto nikotinových acetylcholinových receptorů, jenž jsou cholinergní receptory široce rozšířené v celém nervovém systému (Dani, 2015).

Nikotinové receptory mají glutamatergní nebo GABAergní interakce s prakticky všemi ostatními neurotransmiterovými systémy, čímž urychlují účinky nikotinu v mozku (Chawla & Garrison, 2018). Aktivace acetylcholinových receptorů stimuluje kortikální a limbické oblasti mozku, především mezokortikolimbický dopaminový systém, který představuje systém odměny (Di Chiara, 2000).

Mezokortikolimbická dráha je důležitou dopaminergní dráhou, která spojuje ventrální tegmentální oblast středního mozku s prefrontálním kortexem a limbickými a striatálními oblastmi včetně nucleus accumbens. Nikotin, který působí typicky prostřednictvím $\alpha 4\beta 2$ receptorů, stimuluje uvolňování glutamátu a zvyšuje aktivitu dopaminových neuronů středního mozku, což vede ke zvýšenému dopaminu v nukleus accumbens, který je primárně odpovědný za odměnu a příjemné účinky nikotinu. Dopamin je také zvýšen v prefrontálním kortexu a hipokampu, kde ovlivňuje učení, pozornost a paměť (Picciotto & Kenny, 2013).

Zvýšení dopaminu na synapsích zapříčiní potlačení pocitu nasycení a aktivita nervových drah způsobí touhu po užití nikotinu. Chronické užívání nikotinu způsobí

změny v expresi genů, jenž způsobí změny v receptorech centrálního nervového systému, které ovlivňují chování. Změny na receptorech jsou viditelné i v případě, že není návyková látka tělu podávána. Díky těmto změnám na receptorech, vede abstinence od návykové látky (tzn. nikotinu) k poklesu dopaminergního přenosu v limbickém systému mozku. Až znovu dodáním nikotinu do organismu, dojde k vyrovnání hladiny dopaminu na uspokojivou úroveň (Pilařová, 2003).

Celý tento proces zapříčiní, že jedinci již nestačí adekvátní formy odměny, ale upřednostní odměnu z užití návykové látky (Pilařová, 2003). Při chronickém užívání nikotinu a závislosti na nikotinu dochází k adaptaci glutamátového přenosu, který pravděpodobně zprostředkovává abstinenci příznaky (Kenny, Gasparini & Markou, 2003). Princip vzniku závislosti je takový, že pravidelné vystavování těla nikotinem vede ke zmožení dopaminových receptorů v mozku a zvýšení dopaminové odpovědi na nikotin (Perná & Vašáková, 2009).

Dle výzkumů je dopamin klíčovou chemickou látkou, která se podílí na potřebě užít návykovou látku (Schmitt, Rothman & Reith, 2013). Tento systém je odpovědný za vznik závislosti na tabáku. Nikotin vykazuje obdobné účinky na mozek jako jiné návykové látky (Deutch & Roth, 1990).

2.2.3 Fyzická závislost

Fyzická závislost vzniká v návaznosti na neurobiologické procesy v mozku, které jsou popsány výše (Králíková, Pohlová & Štěpánková, 2007).

S fyzickou závislostí jsou spojené abstinenci příznaky, které se projeví po vysazení návykové látky, tedy nikotinu. Pokud dojde k projevu abstinenci příznaků, je vhodné zahájit farmakoterapii. Příznaky obvykle odeznívají do jednoho měsíce od odnětí látky, některé přetrvávají i déle (Kmeťová & Kráčíková, 2013).

Typické abstinenci symptomy u odnětí nikotinu jsou (Kráčíková et al., 2007): potřeba zapálit si cigaretu, nepokoj, insomnie, roztěkanost, neschopnost odpočinku, rozladěnost až depresivní stavy, zvýšená chuť k jídlu a s tím související zvyšování hmotnosti, ale i další.

2.2.4 Psychosociální závislost

Psychosociální závislost je závislost na cigaretě, respektive na cigaretě jako na předmětu, nikoli na nikotinu. Psychosociální závislost je stav, kdy má jedinec potřebu v určitých stavech či situacích držet cigaretu a dělat veškeré rituály s ní spojené (Kráčíková, 2015a).

Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (n.d.b) uvádí, že závislost na tabáku je v první fázi naučené chování, ze kterého se postupem času stává závislost fyzická. Obdobně i Kmeťová s Kráčíkovou (2013) zmiňují, že před fyzickou závislostí vzniká závislost psychosociální, tedy osvojené chování související s cigaretou.

Mezi rituály spojené s cigaretou můžeme zařadit pohrávání si s ní v ruce, držení cigarety samotné (Králíková et al., 2007), ale i vyfukování a sledování kouře (Kmeťová & Kráčíková, 2013).

Vhodné je od jedince zjistit při jakých příležitostech nejčastěji užívá cigaretu a doporučíme náhradní alternativy namísto cigarety a kouření. Příležitosti, kdy k tomu dochází, jsou do značné míry individuální záležitosti (Kráčíková, 2015a).

2.2.5 Diagnostické metody

Za nekuřáka můžeme považovat jedince, jenž během svého života vykouřil méně než 100 cigaret. Jedinci, kteří za svůj život vykouřili cigaret více, spadají do jedné z následujících kategorií (World Health Organization, 2008):

- a) Bývalý kuřák: momentálně abstinující, během života vykouřil více než 100 cigaret
- b) Příležitostný kuřák: vykouří méně než jednu cigaretu za den
- c) Kuřák: vykouří minimálně jednu cigaretu za den

Kritéria pro diagnostikování závislosti na tabáku jsou stanovena v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) (World Health Organization, 2018) a v Diagnostickém a statickém manuálu duševních poruch (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013), které jsou zmíněny v předchozí kapitole.

Primární metodou užívanou k diagnostice je psychiatrický rozhovor (Camenga & Klein, 2016). Dle Kráčíkové et al. (2007) lze zhodnotit samotnou závislost dvěma otázkami, které pacientovi položíme: „Kolik cigaret denně vykouříte?“ a „Jak brzy po probuzení si zapalujete první cigaretu?“. Pokud jedinec vykouří více než 10 cigaret za den a pokud si první cigaretu zapálí do jedné hodiny po probuzení, je velmi pravděpodobné, že se jedná o jedince závislého na tabáku.

Nejčastěji používaným nástrojem k diagnostice závislosti na tabáku je Fagerströmův test na závislost na nikotinu (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991). Test se skládá z 6 otázek: „Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?“, „Je pro Vás obtížné zdržet se kouření na místech, kde je to zakázáno?“, „Kterou cigaretu byste nejvíce postrádal?“, „Kolik cigaret denně vykouříte?“, „Kouříte častěji během prvních hodin po probuzení než po zbytek dne?“ a „Kouříte, když jste nemocen a upoután na lůžku?“. Otázky slouží k posouzení závažnosti závislosti na celkové škále 0 až 10. Odpovědi jsou hodnoceny body, jejichž součtem získáme výsledné skóre. Vysoké skóre odpovídá výskytu abstinčních příznaků a nižší pravděpodobnosti dlouhodobé abstinence. Test vede k rychlé orientaci v závažnosti závislosti na nikotinu. Fagerströmovu testu předcházela Fagerströmův toleranční dotazník (Fagerström & Schneider, 1989).

U adolescentů je také možno použít Hooked on Nicotine Checklist (DiFranza et al., 2002), 10-položkový nástroj používaný k určení počátku a síly závislosti na tabáku. Pozitivní odpověď na jakoukoli položku signalizuje ztrátu autonomie a nástup závislosti. Počet kladných odpovědí je navržen tak, aby odrážel stupeň závislosti. Test se v praxi, ale

téměř nepoužívá (Batra, 2011). Stejně tak Questionnaire on Smoking Urges (Tiffany & Drobes, 1991) hodnotící touhu po cigaretě pomocí dotazníku s 32 položkami.

Pokud bychom si v praxi chtěli ověřit, zda pacient během 24 hodin nekouřil, můžeme použít přístroj na měření oxidu uhelnatého z dechu. V praxi se ale tato metoda užívá jen zřídka mimo intenzivní léčby odvykání kouření. Dále lze metabolity zjistit i z moči, krve a slin, a to až po dobu 7 dnů (Camenga & Klein, 2016).

2.3 Léčba závislosti na tabáku

Po pojem léčba závislosti na tabáku lze zahrnout psycho-socio-behaviorální intervence, ale také farmakoterapii. Pouze 3 – 5 % pokusů o odvykání kouření bez odborné pomoci je úspěšná. V případě, že je do odvykání zapojena psychobehaviorální intervence její úspěšnost stoupá na 10 %, a pokud je zapojena i farmakoterapie, tak můžeme sledovat až 35 % úspěšných abstinencí. Nejčastěji se pokoušejí přestat s kouřením mladší kuřáci (15 – 24 let), ale nejúspěšnější pokusy o abstinenci evidujeme ve věkové skupině 24 – 35 let. Naopak nejvíce neúspěšná je v abstinenci věková kategorie 45 – 54 let. Nejčastěji se kuřáci snaží přestat bez odborné pomoci (až 76 %), oproti tomu pouze 1,8 % vyhledá odbornou léčbu (Mravčík et al., 2021).

Odvykající kuřáci mají možnost využít příspěvků zdravotních pojišťoven. Příspěvek není synchronizován a každá pojišťovna má své vlastní podmínky pro jeho udělení. V základu je od pojištěnců vyžadováno lékařské či lékárenské potvrzení o léčbě. Níže jsou uvedeny příklady největších zdravotních pojišťoven a jejich možnost příspěvku na odvykání kouření. Všeobecná zdravotní pojišťovna (n.d.) přispívá 1 000 Kč jednou za 3 kalendářní roky na léčivý přípravek Champix či na volně prodejné léčivé přípravky v lékárnách, tzn. Defumoxan a náhradní nikotinové produkty. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (2023) poskytuje 2 000 Kč ročně na prostředky: vareniklin, žvýkačky, náplasti, pastilky, sprej a cytisin. Oborová zdravotní pojišťovna (n.d.) poskytuje pouze jednorázový příspěvek ve výši 2 000 Kč na prostředky určené k odvykání kouření. Vojenská zdravotní pojišťovna (n.d.) přispívá maximální částku 400 Kč jednou za rok pojištěncům od 16 let věku. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (n.d.) poskytuje příspěvek na volně dostupné léčivé přípravky zakoupených v lékárnách (náhradní nikotinová terapie) a jiná léčiva na odvykání kouření. Jedná se o částku až 2 000 Kč.

2.3.1 Specializované služby pro léčbu závislosti na tabáku v České republice

V České republice jsou intervence zaměřené na léčbu závislosti na tabáku poskytovány více než dvacet let, tudíž zde nemají hluboké historické kořeny. V České republice jsou lékaři, sestry, farmaceuti a jiný zdravotnický personál evidováni v databázi Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku, která rovněž zpočátku spolupracovala na jejich edukaci (Králíková, Zvolská, Štěpánková, Pánková, Felbrová & Kulovaná, 2020). Společnost pro léčbu závislosti na tabáku poskytuje záruku za ambulantní pracovníky zabývající se závislostí na tabáku i za centra pro léčbu závislostí na tabáku, která se

nacházejí zvláště při pneumologických a interních odděleních nemocnic (Mravčík et al., 2021).

V roce 2020 byla v České republice léčba poskytována ve 43 centrech pro léčbu závislosti na tabáku v rámci ambulantních nemocnic, dále ve 200 samostatných ambulancích, ve 300 lékárnách a také v několika adiktologických programech (Mravčík et al., 2021).

Veškerý lékařský a zdravotnický personál i pracovníci ve zdravotnictví by měli preventivně poskytovat krátké intervence v rámci své profese (Králíková et al., 2020). Ty jsou dle zákona dokonce povinné, v praxi se však ukazuje, že pouze třetině kuřáků v České republice jsou reálně poskytnuty (Mravčík et al., 2021).

Na zdravotní pojišťovny je možné vykazovat dva zdravotnické výkony, které jsou jimi hrazeny. Jedná se o vstupní intervence a kontrolní návštěvy (Mravčík et al., 2021). Léčba je dlouhodobý proces, kdy jsou pacienti léčeni přibližně po dobu jednoho roku (Kmeťová & Kráčíková, 2013).

V České republice existuje také Národní linka pro odvykání, která poskytuje telefonické intervence. Dříve se specializovala pouze na odvykání kouření, od roku 2018 se zaměřuje i na odvykání alkoholu a odvykání hraní. V následujících letech došlo k rozšíření služeb ještě o drogy, farmaka a internet se sociálními sítěmi. V roce 2021 převažovali právě klienti z řad uživatelů tabáku (AdiPoint, z.ú., 2021). Služba je určena pro klienty starší 15 let a poskytuje telefonické poradenství v podobě jednorázových či dlouhodobých konzultací, porozumění závislosti na tabáku, varianty odvykání či poradenství osobám blízkým uživatelům. Linka může být i v roli prostředníka mezi klientem a specializovanou službou na odvykání kouření a sloužit tak jako doprovodná služba (Národní linka pro odvykání, n.d.).

V online prostoru se také můžeme shledat s poradnami na odvykání kouření. Příkladem je koncimshulenim.cz. V dnešní moderní době jsou k dispozici také množství mobilních aplikací, na které lze najít odkaz rovněž na stránkách Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku (Mravčík et al., 2021). [Koncimshulenim.cz](http://koncimshulenim.cz) je internetová poradna poskytovaná organizací SANANIM a je rovněž dostupná skrze mobilní telefony. Jedná se o převzatý koncept z Nizozemska, který se zaměřuje na užívání konopných látek, ale i cigaret (Končím s hulením, n.d.).

2.3.2 Farmakoterapie

Batra (2011) uvádí, že v rámci terapie by měl být kladen hlavní důraz na změnu pacientova chování. Abstinенční příznaky často vedou k tomu, že jedinec začne znovu kouřit, proto je důležité jejich potlačení, které usnadňuje udržení abstinence v prvních několika týdnech. Díky podpůrné farmakoterapii udrží abstinenci až 22 % jedinců, pokud je spojena s psychoterapií, pak mluvíme až o 30 %.

Abstinenční symptomy jsou potlačeny právě farmakoterapií, ta nicméně neznemožní užití cigarety. Nejen z tohoto důvodu je důležité spojit farmakologickou léčbu s léčbou psychobehaviorální (Králíková et al., 2015).

V rámci farmakologické léčby závislosti na tabáku se využívá především dvou preparátů, které jsou na lékařský předpis. Jedná se o bupropion a vareniklin, u kterých se zahajuje užívání týden před plánovanou abstinencí, aby došlo k nastavení hladiny účinné látky v organismu (Kmeťová & Králíková, 2013). Neopomenutelnou látkou je dnes často využívaný cytisin, který se prodává pod názvem Defumoxan (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2021a). Existuje i léčba samotnou látkou nikotin a je tedy označována jako náhradní nikotinová terapie, které je věnována následující samostatná kapitola.

Champix, jehož účinná látka je vareniklin, je agonistou acetylcholinových nikotinových receptorů, který vede k nasycení touhy po nikotinu vyplavením dopaminu. Zároveň je také antagonistou, jelikož se nikotin z cigaret nemůže navázat na receptory, kde je navázaný vareniklin (Králíková et al., 2015). Kouření následně neposkytuje takový pozitivní účinek. Vedlejší účinky jsou často spojené s abnormálními sny, poruchami spánku, bolestmi hlavy, závratěmi, únavou, nevolností a gastrointestinálními obtížemi (Batra, 2011). Přesto se jedná o neúčinnější farmakologickou léčbu závislosti na nikotinu (Kmeťová & Králíková, 2013). Těhotenství, mladší věk či duševní onemocnění jsou kontraindikací k jeho nasazení. Doporučená délka užívání je 12 týdnů (Batra, 2011). V současnosti je pozastavena jeho distribuce v celé Evropské unii z důvodu záchytu šarží obsahující dusičnanové nečistoty nad stanoveným limitem. Přípravek bude nedostupný až do vyhodnocení jeho dalšího testování. Do té doby by nemělo dojít k zahájení léčby tímto lékem u nových pacientů a u stávajících je doporučeno přejít na jiný typ farmakoterapie (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2021b).

Bupropion je antidepresivum, které bylo v minulosti užíváno výhradně ke svým primárním účelům (Králíková et al., 2015). Svou strukturou připomíná amfetamin a jeho mechanismus účinku se pouze předpokládá. Má se za to, že inhibuje zpětné vychytávání noradrenalinu a dopaminu a tím snižuje abstinenční příznaky. Vedlejšími účinky jsou poruchy spánku, třes, bolest hlavy, nesoustředěnost, závratě, sucho v ústech a gastrointestinální obtíže. Doporučená léčba bupropionem je 8 týdnů. Kontraindikován je u epileptiků a je třeba dbát na možnou interakci s jinými antidepresivy či antipsychotiky (Batra, 2011). Možnou kontraindikací je rovněž anorexie či bulimie (Králíková et al., 2015).

Defumoxan je název přípravku, jehož účinnou látku je cytisin. Během léčby je třeba ukončit kouření do pátého dne od jejího zahájení a je třeba v průběhu dále nekouřit. Kouření během užívání může vést k výraznějším vedlejším účinkům, kterými mohou být gastrointestinální obtíže, změna chuti k jídlu, zvyšující se hmotnost, závratě, podrážděnost, bolest hlavy, poruchy spánku, úzkosti, zvýšená srdeční činnost, zvýšený tlak, sucho v ústech, vyrážka, únava a další. Kontraindikacemi jsou zvýšená citlivost na veškeré látky obsažené v přípravku, ischemická choroba srdeční, arytmie, infarkt myokardu, cévní

mozková příhoda a těhotenství či kojení. Léčba trvá 25 dní a po vysazení je ji možné zahájit po dvou až třech měsících (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2021a).

Nešpor (2005) zmiňuje rovněž nortriptylin, který je ale využíván minimálně s ohledem na jeho nežádoucí účinky a jeho kontraindikaci s užíváním alkoholu.

2.3.3 Náhradní nikotinová terapie

Podle Mravčíka et al. (2021) využilo náhradní terapii nikotinem z lékáren 25,9 % kuřáků, kteří se snažili o abstinenci bez pomoci. Zároveň bylo v roce 2020 do lékáren distribuováno 2,9 milionu doporučených denních dávek náhradní nikotinové terapie, což odpovídá 239 tisícům odvykacích kúr. Kmeťová a Králíková (2013) zmiňují, že náhradní terapie nikotinem má dvakrát vyšší úspěšnost léčby oproti jejímu nenasazení.

Základem náhradní nikotinové terapie je aplikace nikotinu jiného původu než je tabák a eliminovat odvykací symptomy (Králíková et al., 2015). Přípravky jsou volně dostupné v lékárnách, tzn., že nevyžadují lékařský předpis. Je vhodná pro jedince neschopné abstinence bez nikotinu. Jelikož se jedná o zdravější způsob aplikace nikotinu oproti kouření, je vhodné ji indikovat u vážně nemocných, těhotných žen či nezletilých. (Králíková et al., 2007). Nešpor (2005) uvádí, že neexistují téměř žádné kontraindikace k jejímu užití. Náhradní terapie nikotinem je nasazena první den po vysazení původní formy nikotinu (Králíková et al., 2007).

První den abstinence je zpravidla nasazena dávka 1 mg za každou vykouřenou cigaretu za den a případně se dávka zvyšuje při projevu abstinčních příznaků. U orálních forem nedochází k plnému vstřebání uváděné dávky, proto je třeba s tím počítat. Od čtvrtého týdne můžeme začít s pomalým snižováním podávané dávky a v přibližně dvanáctém týdnu ji vysadit zcela (Kmeťová & Králíková, 2013). Podle Králíkové et al. (2015) je i dlouhodobá léčba náhradní nikotinovou terapií, tzn. delší než výše uvedená zdravější variantou, tudíž vhodnější než kouření cigaret.

Podle Králíkové et al. (2015) jsou v České republice k dostání následující přípravky:

Nikotinové žvýkačky – Jedná se o první náhradní nikotinovou terapii, která byla uvedena na trh v rámci celého světa. Důležitá je její správná aplikace, tj. přerušované žvýkání a podržení v ústech přibližně 30 minut. Její užití se tedy liší od klasické žvýkačky, která se žvýká kontinuálně. Žvýkačky jsou k dostání ve dvou dávkových formách 2 mg a 4 mg (Wadgave & Nagesh, 2016).

Nikotinový ústní sprej – Sprej se aplikuje do dutiny ústní a to tak, že se přikládá co nejbližší k ní, s vyvarováním se inhalace a aplikace na rty. Jedno stisknutí představuje 1 mg nikotinu. (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2020).

Nikotinové náplasti – Náplasti se aplikují nalepením na pokožku. Výhodné jsou nejen v kontinuálním uvolňování nikotinu po delší čas, ale také v dostupnosti variant (Wadgave & Nagesh, 2016). Na českém trhu jsou k dostání s následujícími

obsahem nikotinu: 10 mg/16 hodin, 15 mg/16 hodin, 25 mg/16 hodin, 7 mg/24 hodin a 21 mg/24 hodin (Králíková et al., 2015).

Nikotinové pastilky – Její užití je obdobné jako u žvýkaček, ale bez žvýkání. Pastilka se nechá volně rozpustit v ústech po dobu přibližně 30 minut (Wadgave & Nagesh, 2016). V České republice jsou dostupné ve variantě 1,5 mg a 4 mg nikotinu (Králíková et al., 2015).

U orodispergovatelného nikotinového filmu došlo ke konci roku 2016 k ukončení jeho distribuce nejen na českém trhu. Jeho uživatelé tedy museli plynule přejít na léčivý přípravek v jiné formě (Státní ústav pro kontrolu léčiv, n.d.). Nikotinový film, který se vyrábí s obsahem nikotinu 2,5 mg, se vloží na jazyk a přitiskne se na patro na dobu, než se film rozpustí (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2016).

Na trhu však dochází k značným změnám v dostupnosti produktů (Králíková et al.). Příkladem je například nikotinový nosní sprej, inhalátor, sublinguální tablety (Wadgave & Nagesh, 2016) či různé váčky (Králíková et al., 2015), které jsou dostupné v jiných státech.

Dle Králikové, Býmeho a Konštackého (2008) můžeme nikotinové náplasti považovat za nejvhodnější variantu, jelikož je z ní nikotin uvolňován pomalu a kontinuálně. Vhodné je náplasti kombinovat ještě s jinou formou k plné spokojenosti pacienta. Nikotinové náplasti zajišťují postupné dlouhodobé uvolňování, oproti orálním formám náhradní nikotinové terapie, které působí krátkodobě, ale za to s rychlejším nástupem účinku (Králíková et al., 2007). Formy se tedy liší kinetikou uvolňování nikotinu, proto je vhodná jejich kombinace (Batra, 2011).

2.3.4 Psychobehaviorální intervence

Motivace je důležitým předpokladem pro odvykání kouření. Každý uživatel nikotinu by měl být poučen o vhodnosti abstinence, a pokud jí není schopen sám, pak by měl vyhledat odbornou pomoc. V rámci psychoterapie jsou doporučovány techniky z řad behaviorální terapie, jelikož neexistují dostatečné důkazy o účinnosti psychodynamických směrů. Odvykací programy kombinují psychoedukační a motivační techniky s behaviorálními intervencemi. Psychoterapie může být poskytována individuálně či v rámci skupinové terapie (Batra, 2011).

Krátké intervence by měly být poskytovány veškerým zdravotnickým personálem. Již z názvu je patrné, že se jedná o krátký zásah, který by měl trvat okolo 10 minut a mělo by během něj dojít k odhalení kuřáka a poskytnutí edukace. Krátká intervence se skládá ze tří hlavních bodů – tříbodové schéma ABC: dotaz, zda pacient kouří (Ask), poskytnutí intervence, tedy doporučení abstinence a edukace o léčbě (Brief advice) a následné odkázání na specializované pracoviště (Cessation support) (Králíková et al., 2015).

V rámci krátké intervence se využívá také modelu 5A (Fiore et al., 2008), jehož složky jsou zaneseny do tabulky č. 2.

Tabulka č. 2: Model 5A (Fiore et al., 2008)

Složky modelu	Popis
Ask	ptát se, zda jedinec kouří
Advice	poradit mu abstinenci
Assess	posoudit jeho vůli abstinovat
Assist	pomoc s abstinencí
Arrange follow-up	plánování kontrol

K posílení motivace by měla sloužit podpora 5R (Fiore et al., 2008), jejíž body jsou uvedeny v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3: Podpora 5R (Fiore et al., 2008)

Složky modelu	Popis
Relevance	vyhledávání důvodů, proč abstinovat
Risks	odhalení rizik souvisejících s užíváním tabáku
Rewards	odhalení přínosů z abstinence
Roadbloks	odhalení překážek při odvykání a pomoc s nimi
Repetition	opakování motivační techniky

Podle Králíkové et al. (2015) by měla být intenzivní psychoterapie prováděna odborníky na léčbu závislosti na tabáku, především v centrech pro závislé na tabáku. Intenzivní psychobehaviorální terapie představuje dlouhodobou léčbu, s tím, že délka je hlavním prvkem účinnosti. Před zahájením plnohodnotné terapie je vhodné, aby pacient sám sebe ohodnotil na škále v otázkách, jak je pro něj důležité přestat kouřit, jak si věří a zda je připraven.

V rámci motivačních rozhovorů je vhodné, aby terapeut projevoval empatii k pacientovi, zdůrazňoval konflikt mezi jeho chováním a jeho přesvědčením, zmírňoval rezistenci a podporoval klienta v jeho schopnostech (Králíková et al., 2015).

Důležitým prvkem je odhalení okolností, za jakých dochází k užívání tabáku. Následně by mělo dojít k vytvoření plánu náhradního řešení, tzn. náhradních alternativ za tabák (Kmeťová & Králíková, 2013).

2.4 Harm reduction

Cílem veřejné politiky vůči cigaretám a tabákovým výrobkům je snížit jejich dopad na zdraví. Pro závislého kuřáka je však obtížné přestat a díky experimentům mezi mladistvými, vznikají nové závislosti i u nich. Mimo preventivní programy a samotnou léčbu je tedy vhodné uvažovat i o intervencích, které budou minimalizovat škody, což je principem harm reduction obecně (Institute of Medicine (US) Committee to Assess the Science Base for Tobacco Harm Reduction, 2001).

V 60. a 70. letech minulého století bylo kuřákům lékaři doporučováno, aby začali užívat cigarety s nižším obsahem dehtu a nikotinu. Průzkumy naznačovaly, že u kuřáků,

kteří skutečně začali užívat „slabší“ cigarety, nedocházelo ke kompenzaci zvyšováním počtu vykouřených cigaret. Vědcům bránilo ve vyhodnocení této strategie tehdejší chápání závislosti (dříve byla závislost považována za nemoc sociální a psychologickou, nikoli biologickou) (Parascandola, 2011). Hatsukami & Carroll (2020) zmiňují, že v 60. letech byla snaha snížit obsah dehtu v cigaretách tak, aby došlo ke snížení jejich škodlivosti. Takovéto cigarety začali být hojně uváděny na trh. Následně ovšem došlo ke zjištění, že „light“ cigarety nevedou k významnému snížení nikotinu a toxických látek ve srovnání s klasickými cigaretami, což je ovlivněno konstrukčními prvky cigaret jako je například filtr.

V současnosti se ke snižování škod způsobených tabákem využívají produkty, které obsahují nikotin, ale které jsou méně škodlivé pro lidské zdraví. Tyto produkty jsou určeny pro kuřáky, kteří nechtějí či nejsou schopni abstinence. Abstinence je sice ideálním výsledkem, ale v dnešní době jsou přijímány i alternativní způsoby snižování škod na zdraví, i když by měli hrát spíše doplňkovou roli. (Hatsukami & Carroll, 2020).

Je prokázáno, že nehořlavé tabákové výrobky jsou méně škodlivé než ty hořlavé. I když ani ty nejsou bez rizika (Chan et al., 2021). Dle Jhanjeeho (2016) se v dnešní době využívá 3 typy výrobků pro redukci škod. Jedná se o modifikované cigarety, bezdýmnné tabákové výrobky a farmaceutické nikotinové výrobky.

Upravenými cigaretami jsou myšlené cigarety „light“ se sníženým obsahem dehtu, se sníženým obsahem nikotinu či filtrační cigarety, které se začaly objevovat od 50. let 20. století a byly zmíněny výše (Pollay & Dewhirst, 2002). Jhanjee (2016) uvádí, že díky této staré a dlouhodobě zkušenosti existuje odpor vůči této formě snižování škod tabákem. Zároveň však mají kuřáci o tyto výrobky vysoký zájem a domnívají se, že tyto výrobky opravdu riziko snižují.

V roce 2003 byly v Číně vynalezeny elektronické cigarety, které jsou od té doby hojně rozšířeny. Nikotin je uvolňován prostřednictvím bateriově poháněného odpařování roztoku nikotinu s propylen-glykolem. Nedochází ke spalování, tudíž uživatel nevede kouř, ale páru. Přesto, že jsou elektronické cigarety považovány za méně škodlivé, se v jejich tekutinách a výparech nacházejí toxiny, i když v nižším množství (Jhanjee, 2016).

Bezdýmnné tabákové výrobky obsahují karcinogeny, u kterých je dokázána spojitost s rozvojem rakoviny ústní dutiny a slinivky. Jedná se například o švédský snus a podobné produkty, které byly navrženy jako pomoc při odvykání kouření (Lee & Hamling, 2009). Další výzkumy dokazují, že bezdýmnné tabákové výrobky, včetně snusu způsobují centrální mozkovou příhodu (Lee, 2007) nebo poruchy reprodukčního systému (Wikström Stephansson & Cnattingius, 2010). Rodu a Godshall (2006) zjistili, že v posledních 20 letech došlo ve Švédsku k výraznému snížení prevalence denního kouření a úmrtnosti na nemoc související s kouřením, což je přikládáno náhradou cigaret za snus. Ayo-Yusuf a Burns (2012) upozorňují, že i přes nižší zdravotní rizika spojená s užíváním bezdýmnného tabáku, může vést jeho propagace k dvojímu užívání, a to klasických cigaret v kombinaci s bezdýmnnou formou, a tím méně kuřáků bude striktně abstinovat. Dále zmiňují, že je

prozatím nedostatečný počet studií, které by prokazovali účinnost bezdýmného tabáku při odvykání.

Farmaceutický nikotin se zdá být nejbezpečnější alternativou ze všech zmiňovaných. Jedná se o produkty nikotinové substituční terapie, u kterých není prokázána spojitost se vznikem rakoviny (Jhanjee, 2016). V předchozí kapitole byly sice zmíněny i negativní účinky nikotinu, které jsou ale zanedbatelné oproti rizikům z kouření. Podle Jhanjeeho (2016) se jedná o nejschůdnější variantu používanou při harm reduction, nicméně k tomu, aby byla hojněji využívána, by bylo vhodné tyto produkty zlevnit a zajistit jejich širší dostupnost.

3. Praktická část

V praktické části je popsán cíl výzkumu, jeho výzkumné otázky, výzkumný soubor i s jeho charakteristikami, metody tvorby a analýzy dat, etické aspekty a také praktický průběh realizace výzkumu. Poslední část této kapitoly je zaměřena na samotné výsledky výzkumu. Diskuse související s výsledky je vedena v kapitole následující.

3.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat zkušenosti uživatelů nikotinové substituční terapie, kteří jí v současné chvíli užívají či jí užívali v posledním měsíci. Zabýváme se nejčastěji užívanou formou nikotinové terapie v našem výzkumném souboru, jejími negativními účinky, subjektivním vnímáním ceny a zdrojem úhrady za substituční terapii a také důvody zahájení jejího užívání.

3.2 Výzkumné otázky

Stanovení výzkumných otázek se odráželo od výzkumného cíle. Pro jeho naplnění bylo určeno následujících pět výzkumných otázek:

- 1) Jaké jsou nejčastěji využívané formy nikotinové substituční terapie ve výzkumném souboru?
- 2) S jakými negativními účinky se respondenti nejčastěji setkávají v důsledku užívání náhradní nikotinové terapie?
- 3) Jakou roli hraje cena nikotinových substitučních preparátů při rozhodování o jejich užívání?
- 4) Jakou formou uživatelé z výzkumného souboru hradí nikotinové substituční preparáty?
- 5) Jaký byl důvod zahájení užívání nikotinové substituční terapie?

3.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je tvořen dospělými občany České republiky. Dolní věkovou hranicí pro účast ve výzkumu je tedy věk 18 let. Horní věková hranice stanovena nebyla. Dále by se mělo jednat o jedince, kteří v současné době užívají nikotinové substituční preparáty nebo ukončili jejich užívání v posledním měsíci. Nikotinovými substitučními preparáty je míněna náhradní terapie nikotinem ve formě žvýkaček, náplastí, pastilek či inhalačních sprejů. Dalším kritériem pro zařazení do výzkumného souboru bylo předchozí dlouhodobé užívání nikotinu ve formě cigaret. Dlouhodobým užíváním se rozumí užívání cigaret nepřetržitě po dobu alespoň jednoho roku. Dlouhodobé užívání není vázáno na konkrétní dobu, ale je nutné, aby alespoň jednou v životě proběhlo.

Ve výzkumném souboru jsou zahrnuti respondenti, kteří splňují podmínky pro jejich zařazení do výzkumu. Odkaz na online podobu dotazníku, byl distribuován prostřednictvím internetu a respondenti se tak do výzkumu mohli sami přihlásit. Kritéria, která jsou zanesena do tabulky č. 4, tvořili první čtyři otázky v dotazníku. Metodou, jíž se respondenti nominovali do výzkumného souboru, je metoda samovýběru. Pokud respondenti v dotazníku splňovali zadaná kritéria a dotazník byl plnohodnotně vyplněn, bylo přistoupeno k jeho vyhodnocování.

V našem sběru dat byli respondenti nominováni samovýběrem, kdy byla jejich účast podložena na základě jejich vlastního rozhodnutí. Limitem této metody může být zkreslení výsledného výzkumného souboru, který nemusí představovat reprezentativní vzorek populace. Dalším limitem může být nedostatečně velký výzkumný soubor, tzn. nedostatečný počet respondentů.

Tabulka č. 4: Kritéria zařazení do výzkumného souboru

Kritéria pro účastníky výzkumu:
1. Občanství České republiky
2. Plnoletost tzn. věk vyšší než 18 let
3. Současný uživatel nikotinové substituční terapie či uživatel, který ukončil její užívání v posledním měsíci
4. Dlouhodobé kouření cigaret – uživatel cigaret, který někdy v životě nepřetržitě kouřil minimálně po dobu 1 roku

3.4 Metody tvorby dat

Před samotným sběrem dat byly osloveny organizace, jako je Národní linka pro odvykání kouření s žádostí o umístění online dotazníku na jejich internetové stránky. Dotazník byl umístěn na sociální síť Národní linky pro odvykání kouření s tím, že se jednalo o příspěvek podporující výzkum. Dále byl dotazník umístěn na sociální síť, respektive na jejich skupiny, které jsou určeny kuřákům a odvykajícím. Příkladem jsou: Odvykání kouření či Ex/kuřáci – skupina pro odvykající. Také došlo k zapojení některých adiktologických zařízení, od kterých přišla nabídka na sdílení dotazníku mezi odvykající klienty.

V diplomové práci bylo využito metody kvantitativního výzkumu, kdy v rámci sběru dat byl využit metodologický nástroj v podobě online dotazníku platformy Survio, který byl umístěn na internetové stránky oslovených organizací a do skupin na sociálních sítích, které cílí na uživatele cigaret či abstinující kuřáky. Dále byly zapojeny i zmíněná adiktologická zařízení, u kterých došlo ke sdílení mezi abstinující klienty. Výhodou tohoto typu získávání dat je snadný sběr a administrace, kdy koncový produkt určený k analýze získáme již v tabulkovém procesoru Microsoft Excel.

Dotazníková platforma Survio, která je v základní verzi bezplatná služba, slouží k vytvoření, získávání a analýze výsledků z dotazníkového šetření. V základní verzi lze však

výsledky získat pouze v podobě pdf souboru, který není dostačující pro analýzu výsledků vzhledem k našim výzkumným otázkám. Survio poskytuje i několik placených verzí, kdy lze výsledky obdržet i v jiných typech souborů, mimo jiné i v Microsoft Excel, který je vyhovující pro analýzu výsledků v naší diplomové práci.

Dotazníky obecně využíváme v případech, kdy je třeba položit stejné otázky většímu počtu respondentů (Ferjenčík, 2000). Otázky byly formulovány tak, aby byly pro respondenty srozumitelné, tedy bez použití odborné terminologie, případně s jejím vysvětlením. Co se týče typu otázek, byly pokládány uzavřené i otevřené otázky, abychom dostali co nejpřesnější odpověď, a docílili tak co možná nejpřesnějších odpovědí na výzkumné otázky. U některých otázek byly taktéž využity hodnotící škály.

Otázky první části dotazníku byly položeny tak, aby do následujícího vyplňování nominovaly pouze respondenty, kteří odpovídají našemu výzkumnému souboru. Druhá část otázek byla zaměřena na sociodemografické údaje, které nám poskytnou základní informace o výběrovém souboru a jeho případné vlastnosti. Ve třetí a hlavní části dotazníku jsme pokládali otázky, po jejichž vyhodnocení dostaneme odpovědi na výzkumné otázky, tedy jaké formy nikotinové substituce respondenti nejčastěji využívají, s jakými negativními účinky mají zkušenost, jakou roli hraje cena nikotinové substituce při rozhodování o jejím užívání, jakou formou respondenti hradí substituci či důvody, proč s jejím užíváním začali.

Podoba dotazníku, která byla následně aplikována do online platformy, se odvíjela od předchozích rešerší literatury a jeho výsledná podoba je připojena na konci práce v příloze č. 7.4.

3.5 Metody analýzy dat

V následné analýze získaných dat bylo využito popisné neboli deskriptivní statistiky, díky které dochází k popisu zkoumaných jevů. Díky ní došlo k získání dat z výsledků tak, abychom dostali odpovědi na výzkumné otázky, a tedy i naplnili cíl práce. Dle Hendla (2012) přispívá popisná statistika k lepší orientaci v získaných datech, která bývá mnohdy složitá. Popisná statistika slouží k simplifikaci hodnot pro jejich snadnější další zpracování a uvažování o nich.

Data z platformy Survio jsme získávali již v souhrnné tabulce tabulkového procesoru Microsoft Excel, a to díky placenému prémiovému nastavení účtu „Mini plán“. V tabulkovém procesoru došlo k analýze tak, abychom dostali odpovědi na výzkumné otázky. Využity k tomu byly filtry a funkce, které tabulkový procesor umožňuje. Tabulky a grafy v diplomové práci byly vygenerovány taktéž za pomoci Microsoft Excel a rovněž z online platformy Survio. Následně došlo k porovnání našich výsledků s dříve realizovanými pracemi a studii, popřípadě s již známými teoriemi. Tato část je prezentována v kapitole Diskuze.

3.6 Etika výzkumu

V rámci sběru dat jsme využili online dotazník, který byl plně anonymní. V dotazníku nebyly položeny otázky, které by mohly vést k odhalení identity respondenta, tzn. například jméno, datum narození, trvalá adresa apod. Jelikož byla v práci použita metoda samovýběru, je účast respondentů založená čistě na bázi jejich rozhodnutí, tedy i dobrovolnosti. V rámci analýzy a zpracování již nebylo třeba data anonymizovat, jelikož nedošlo k získání osobních údajů o identitě jedince.

V úvodu dotazníku byli respondenti informováni o účelu výzkumného šetření a jeho využití pouze pro sepsání této diplomové práce. Dále byli obeznámeni s počtem otázek a přibližného času trvání vyplnění s tím, že vyplňování mohou kdykoli přerušit. V úvodní části bylo též uvedeno, že jsou data důvěrná a bude tedy s nimi tak nakládáno a také, že zahájením a odesláním vyplněného dotazníku souhlasí s využitím jimi poskytnutých informací. Respondenti dostali k dispozici kontakty na autora i na vedoucího diplomové práce pro případné dotazy a stížnosti.

Návrh diplomové práce byl před samotným zahájením výzkumu předložen etické komisi pro posuzování studentských závěrečných prací Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Etická komise byla složena z následujících členů: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D, Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D. a Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D. Etická komise dne 10. ledna 2023 při posuzování žádosti neshledala rozpor s etickými principy při realizaci adiktologického výzkumu pro účely sepsání této diplomové práce. Souhlasné stanovisko bylo vydáno pod číslem jednacím: EKSKAD-019/2023.

3.7 Praktický průběh realizace

Sběr dat probíhal po dobu necelých tří měsíců, tzn. od 20. ledna do 7. dubna 2023. Před samotným sběrem dat byl stanoven cíl získat co možná největší množství dotazníků, které mohly být podrobeny následné analýze. Celkem byl odkaz na dotazník 143x navštíven, z toho vzniklo 118 plně vyplněných dotazníků a 25 nedokončených či vyplněných tak, že dotazník nesplňoval podmínky pro jeho vyhodnocení. Úspěšnost vyplnění tedy dosahuje 82,5 %.

Dostatečný počet respondentů byl zajištěn uveřejňováním na internetové stránky oslovených organizací (viz kapitola metody získávání dat) a ostatní online platformy, ale také odkazování pracovníků na probíhající šetření a žádost klientů o vyplnění.

3.8 Charakteristika výzkumného souboru

Celkový počet vyplněných dotazníků tzn. počet respondentů, jejichž výsledky mohly být dále zkoumány a podrobeny detailnější analýze, byl tedy 118. Většinové zastoupení bylo pohlaví ženského, a to 60,2 % (71 žen) a zbytek, tedy 39,8 % pohlaví mužského (47 mužů) (viz tabulka č. 5).

V tabulce č. 5 můžeme vidět počet respondentů v jednotlivých věkových kategoriích. Nejvyšší zastoupení měli jedinci ve věku 31 – 38 let (43,2 %) a ve věku 39 – 48 let (24,6 %). Průměrný věk 38,2 je tedy převážně ovlivněn těmito dvěma věkovými kategoriemi. V menším zastoupení dále byly věkové kategorie 21 – 30 let (18,6 %), 49 – 58 let (10,2 %) a 59 – 70 let (3,4 %).

Nejvíce respondentů uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je střední s maturitou (55,9 %). Dále pak bylo hojně zastoupeno vysokoškolské vzdělání (29,7 %), vyšší odborné vzdělání (7,6 %) a střední vzdělání bez maturity (6,8 %). Žádný respondent neodpověděl, že by jeho nejvyšší dokončené vzdělání bylo základní (viz tabulka č. 5).

Tabulka č. 5: Charakteristika výzkumného souboru (n=118) dle pohlaví, věku, vzdělání

Charakteristika	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Pohlaví	118	100 %
Muži	47	39,8 %
Ženy	71	60,2 %
Věk	118	100 %
21 – 30 let	22	18,6 %
31 – 38 let	51	43,2 %
39 – 48 let	29	24,6 %
49 – 58 let	12	10,2 %
59 – 70 let	4	3,4 %
Nejvyšší dosažené vzdělání	118	100 %
Základní	0	0 %
Střední bez maturity	8	6,8 %
Střední s maturitou	66	55,9 %
Vyšší odborné	9	7,6 %
Vysokoškolské	35	29,7 %

Místo bydliště bylo charakterizováno konkrétním krajem, ve kterém uživatel žije. Nejvíce respondentů odpovědělo, že žije v hlavním městě Praze (65,3 %). Druhý nejzastoupenější kraj byl kraj Středočeský s 23,7 %. Ostatní kraje byly zastoupeny jen s minimálním počtem 1 – 3 respondentů. Jedná se o kraje Vysočinu (3 respondenti), Jihomoravský (2 respondenti), Pardubický (2 respondenti), Jihočeský (2 respondenti), Moravskoslezský (1 respondent), Liberecký (1 respondent), Ústecký (1 respondent) a Karlovarský (1 respondent). Úplně absentující jsou kraje Olomoucký, Zlínský, Královéhradecký a Plzeňský. Seřazené kraje, od nejvíce zastoupeného po nejméně, jsou zaneseny do tabulky č. 6.

Tabulka č. 6: Charakteristika výzkumného souboru (n=118) dle místa bydliště

Místo bydliště (kraj)	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Hlavní město Praha	77	65,3 %
Středočeský	28	23,7 %
Vysočina	3	2,5 %
Jihomoravský	2	1,7 %
Pardubický	2	1,7 %
Jihočeský	2	1,7 %
Moravskoslezský	1	0,8 %
Liberecký	1	0,8 %
Ústecký	1	0,8 %
Karlovarský	1	0,8 %
Olomoucký	0	0 %
Zlínský	0	0 %
Královéhradecký	0	0 %
Plzeňský	0	0 %

Výzkumný soubor je také charakterizován délkou užívání náhradní nikotinové terapie. Nejvíce respondentů užívalo přípravky v rozmezí od 2 týdnů do 3 měsíců. Konkrétně variantu 2 – 3 týdny uvedlo 21,2 % jedinců, měsíční užívání 18,6 % jedinců a 2 - 3 měsíce pak 19,5 %. Užívání kratší než jeden týden uvedlo 7,6 % respondentů, týdenní užívání 9,3 %, obdobně jako 3 – 5 měsíční užívání (10,2 %). Méně se pak vyskytovali odpovědi půl roku (4,2 %), déle než půl roku (2,5 %) a déle než rok (1,7 %). V posledním měsíci ji užívalo 5,1 % osob, s tím, že momentálně žádné přípravky neužívají (viz tabulka č. 7).

Tabulka č. 7: Charakteristika výzkumného souboru (n=118) dle délky užívání náhradní nikotinové terapie

Délka užívání	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Méně než týden	9	7,6 %
Týden	11	9,3 %
2 – 3 týdny	25	21,2 %
Měsíc	22	18,6 %
2 – 3 měsíce	23	19,5 %
3 – 5 měsíců	12	10,2 %
Půl roku	5	4,2 %
Déle než půl roku	3	2,5 %
Rok	0	0 %
Déle než rok	2	1,7 %
Momentálně ji neužívám / užil/a jsem ji v posledním měsíci	6	5,1 %

Ve výzkumném souboru jsme dále hodnotili, jak náhradní nikotinová terapie pomohla respondentům mírnit chuť na cigaretu. Respondenti měli na číselné škále od 1 (vůbec) do 10 (velmi) ohodnotit jejich subjektivní pocit z výše uvedeného. Průměrně z výsledků vychází hodnota 7,6, z čehož vyplývá, že náhradní nikotinová terapie pomáhá z přibližně ¾ mírnit chuť na cigaretu.

Rovněž jsme zjišťovali, odkud se respondenti o nikotinové substituci dozvěděli. Zde mohli respondenti uvést více možností. 61 odpovědí se ztotožňovalo s internetem (51,7 % respondentů), což představuje nejčastěji uváděný zdroj. Dále byly sestupně uváděny zdroje: lékař (18,6 % respondentů), přátelé (16,9 % respondentů), reklama (16,1 % respondentů), adiktolog (11 % respondentů), lékárník (10,2 % respondentů) a rodina (10,2 % respondentů).

3.9 Výsledky

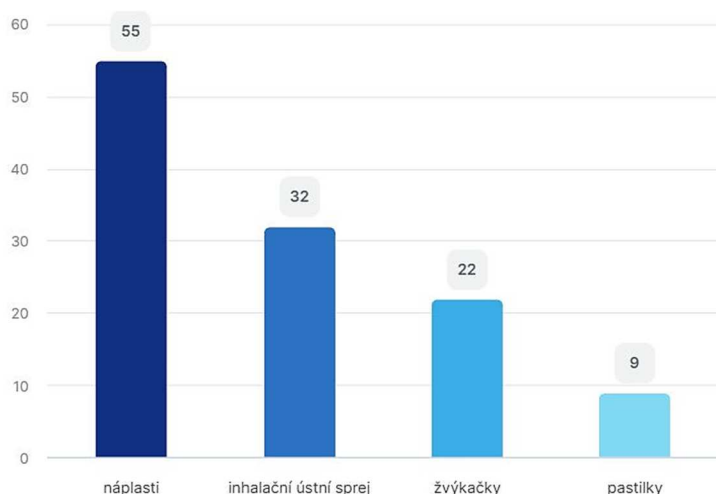
Výsledky výzkumu jsou níže rozděleny do podkapitol dle jednotlivých výzkumných otázek, a to z důvodu jejich větší přehlednosti.

3.9.1 Jaké jsou nejčastěji využívané formy nikotinové substituční terapie ve výzkumném souboru?

V první výzkumné otázce jsme analyzovali nejen nejčastěji využívanou formu nikotinové substituční terapie, ale také četnost její aplikace za jeden den, obsah nikotinu v jedné aplikované dávce výrobku a také zdroj informací o formě a dávce užívaného přípravku.

Nejčastěji využívanou formou nikotinové substituční terapie v našem výzkumném souboru jsou jednoznačně nikotinové náplasti s 55 odpověďmi, tzn. 46,6 % respondentů. 27,1 % respondentů (32 jedinců) uvedlo, že užívá nikotinový inhalační ústní sprej, dále 18,6 % uvedlo nikotinové žvýkačky (22 respondentů) a nakonec 7,6 % nikotinové pastilky (9 respondentů). Respondenti mohli uvést pouze jednu odpověď a grafické znázornění jejich odpovědí je patrné na grafu č. 3. Pokud bychom rozdělili náhradní nikotinovou terapii na formu transdermální a orální, pak 46,6 % respondentů užívá formu transdermální a 53,4 % formu orální.

Graf č. 3: Nejčastěji využívaná forma nikotinové substituční terapie (počet responzí)



V rámci této výzkumné otázky jsme dále zkoumali četnost, s jakou si účastníci výzkumu přípravky aplikují. Množství jednotlivých denních aplikací je vneseno do tabulky č. 8. Nejčastější aplikací byla vyhodnocena aplikace 1x za den s 44,1 % responzí. Následné výsledky se pohybovaly velmi obdobně mezi 8,5 % a 13,6 % responzí a patří mezi ně: 4x – 6x za den (13,6 %), 7x – 9x za den (11,9 %), 2x – 3x za den (11 %) a 10x - 12x za den (8,5 %). Nejméně se vyskytovaly odpovědi 13x a více krát za den se 7,6 % a méně než 1x za den s 3,4 %.

Tabulka č. 8: Četnost aplikací za den

Četnost	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Méně než 1x za den	4	3,4 %
1x za den	52	44,1 %
2x – 3x za den	13	11 %
4x – 6x za den	16	13,6 %
7x – 9x za den	14	11,9 %
10x – 12x za den	10	8,5 %
13x a více krát za den	9	7,6 %

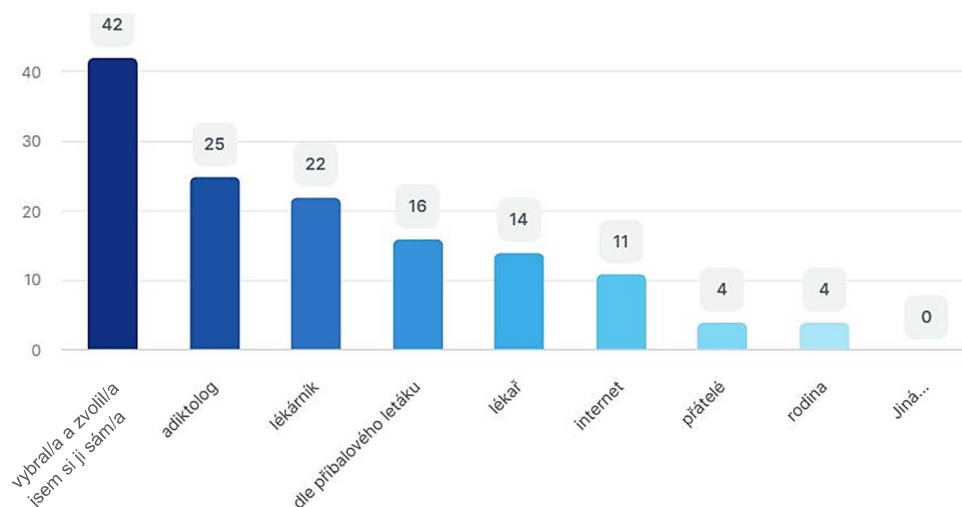
Následně nás zajímalo, jaký obsah nikotinu obsahuje jedna dávka respondenty aplikovaného přípravku. Nejčastěji jsme se setkali s odpovědí 1 mg, kterou uvedlo 22 % jedinců. Následně jsou v sestupném pořadí zastoupeny obsahy nikotinu: 21 mg (17,8 %), 4 mg (13,6 %), 2 mg (8,5 %) shodně s 25 mg (8,5 %) a 15 mg (8,5 %), 10 mg (5,9 %), 7 mg (3,4 %) a 1,5 mg (1,7 %). Někteří respondenti uvedli, že neví, jaký je obsah nikotinu v jedné aplikační dávce, jednalo se o 9,3 % jedinců. Jedna osoba uvedla dávku 20 mg, která je pravděpodobně chybná (viz tabulka č. 9).

Tabulka č. 9: Obsah nikotinu v jedné dávce výrobku

Obsah nikotinu	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
1 mg	26	22 %
1,5 mg	2	1,7 %
2 mg	10	8,5 %
4 mg	16	13,6 %
7 mg	4	3,4 %
10 mg	7	5,9 %
15 mg	10	8,5 %
21 mg	21	17,8 %
25 mg	10	8,5 %
nevím	11	9,3 %
Pravděpodobná chyba (20 mg)	1	0,8 %

Doporučení formy a dávky, ať pochází z jakýchkoli zdrojů (tzn. osoba či komunikační prostředek) je důležitý k úspěšnému zahájení a průběhu nikotinové substituční terapie. Respondenti mohli vybrat více možností. Celkem jsme dostali 138 responzí od 118 respondentů. V našem výzkumném souboru si nejvíce účastníků výzkumu dávku a formu zvolilo a vybralo samo. Uvedlo tak 35,6 % respondentů tzn. 42 odpovědí. Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí je adiktolog s 21,2 % (25 odpovědí), a dále pak lékárník v 18,6 % případů (22 odpovědí). Respondenti také využívají k určování dávky příbalový leták, který je součástí balení. Tuto variantu uvedlo 13,6 % respondentů (16 odpovědí). Dále jsou zdrojem informací lékař (11,9 %, tzn. 14 odpovědí), internet (9,3 %, tzn. 11 odpovědí), přátelé (3,4 %, tzn. 4 odpovědi) a rodina (3,4 %, tzn. 4 odpovědi). Graf s odpověďmi a jejich klesající tendencí je umístěn pod odstavcem (viz graf č. 4).

Graf č. 4: Zdroj doporučení na formu a dávku užívaného přípravku (počet responzí)



3.9.2 S jakými negativními účinky se respondenti nejčastěji setkávají v důsledku užívání náhradní nikotinové terapie?

Druhá výzkumná otázka se zabývá negativními účinky spojenými s aplikací nikotinové substituční terapie, ať už je způsobena jakýmikoli důvody a okolnostmi. Respondenti mohli vybrat více symptomů z již vyjmenovaných variant nebo připsat své vlastní příznaky, které se u nich projevují či projevovali. V tabulce č. 10 jsou sestupně uvedené symptomy dle jejich četnosti v našem výzkumném souboru. Respondentů, kteří nevykazovali žádné nežádoucí účinky, bylo 55,1 %, z toho vyplývá, že 44,9 % respondentů nějaké nežádoucí účinky uvedlo. Jelikož někteří respondenti uvedli více symptomů, dostali jsme celkem 149 jednotlivých odpovědí. Procenta v tabulce č. 10 představují zastoupení jednotlivých symptomů v našem výzkumném souboru, tzn. v počtu 118 respondentů.

Nejčastěji bylo respondenty odpovězeno, a to s nadpoloviční většinou (55,1 %), že nepocítí uží žádné abstinční příznaky. Dále byly mezi početnějšími symptomy nejčastěji uváděny: bolest v krku (12,7 %), poruchy spánku (11 %), únava (8,5 %), vyrážka (5,9 %), zvýšená chuť k jídlu (5,9 %), podrážděnost (5,9 %), špatná nálada (4,2 %) a napětí (3,4 %). Tři a méně respondentů uvedlo, že se u nich vyskytlo podráždění úst a jazyka (2,5 %), plynatost (2,5 %), nesoustředěnost (2,5 %), nevolnost (1,7 %), průjem (0,8 %) nebo naopak zácpa (0,8 %), úzkosti (0,8 %) či deprese (0,8 %).

Jiný, než předem vypsany příznak uvedl pouze jeden respondent (0,8 %). Zmínil, že se u něj při požití nikotinové substituční terapie objevují bolesti hlavy a břicha.

Tabulka č. 10: Přehled vedlejších negativních účinků (počet responzí)

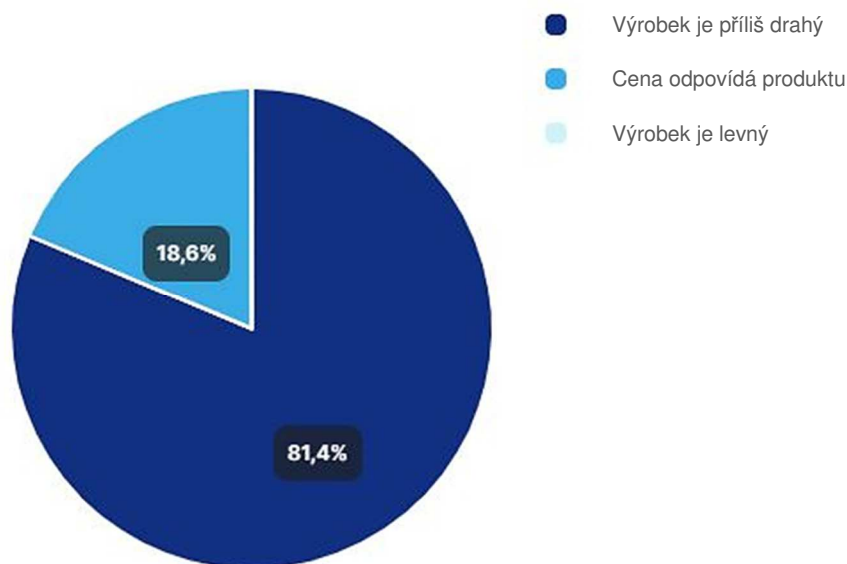
Negativní symptomy	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Žádné	65	55,1 %
Bolest v krku	15	12,7 %
Poruchy spánku	13	11 %
Únava	10	8,5 %
Vyrážka	7	5,9 %
Zvýšená chuť k jídlu	7	5,9 %
Podrážděnost	7	5,9 %
Špatná nálada	5	4,2 %
Napětí	4	3,4 %
Podráždění úst a jazyka	3	2,5 %
Plynatost	3	2,5 %
Nesoustředěnost	3	2,5 %
Nevolnost	2	1,7 %
Průjem	1	0,8 %
Zácpa	1	0,8 %
Úzkosti	1	0,8 %
Deprese	1	0,8 %
Jiné – bolest hlavy a břicha	1	0,8 %

3.9.3 Jakou roli hraje cena nikotinových substitučních preparátů při rozhodování o jejich užívání?

V této výzkumné otázce jsme se jednak zabývali subjektivním hodnocení ceny nikotinové substituční terapie respondenty. A dále potenciální otázkou, zda by v případě plné úhrady substitučních přípravků například zdravotní pojišťovnou, respondenti začali dříve s jejím užíváním.

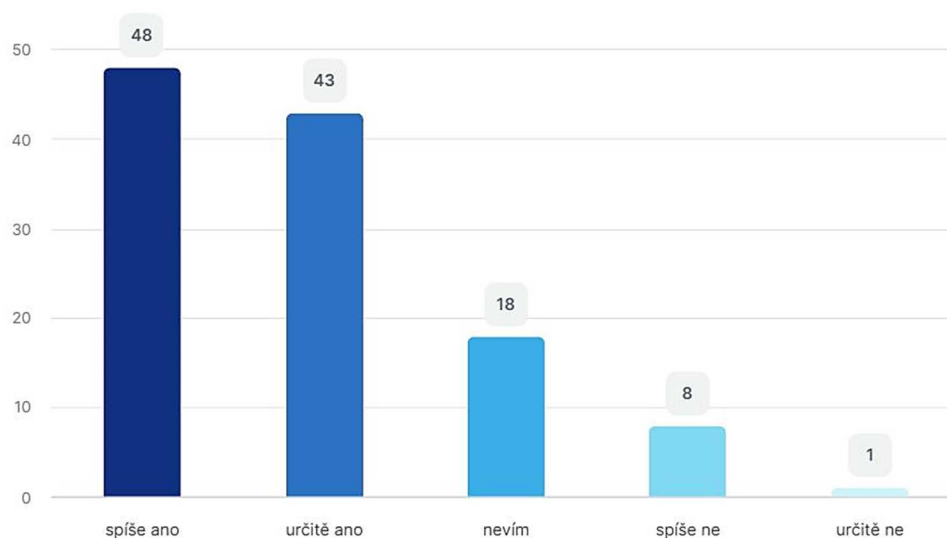
Na grafu č. 5 je znázorněn jasně převažující výsledek (81,4 %), že se respondentům zdají přípravky nikotinové substitute příliš drahé. Uvedlo tak 96 počet jedinců. Možnost, že cena odpovídá produktu, pak uvedlo 22 respondentů, což procentuálně zaujímá zbylých 18,6 % z plných 100 %. Variantu, že je výrobek levný nevedl totiž žádný respondent.

Graf č. 5: Hodnocení ceny náhradní nikotinové substitute (v procentech)



Pokud by byl náhradní nikotinový preparát plně hrazený například zdravotní pojišťovnou, tak by s jeho dřívějším zahájením s jistotou začalo 36,4 % tázaných. Spíše by s ním dříve začalo 40,7 % jedinců z dotazovaných. 15,3 % uvedlo, že neví, zda by začali s užíváním výrobku dříve a 6,8 % zmínilo, že by s ním spíše dříve nezačalo. Pouze jeden respondent, což představuje 0,8 % z výzkumného souboru, uvedl, že by určitě nezačal s užíváním náhradní nikotinové terapie dříve v případě plné úhrady z jiných zdrojů (viz graf č. 6).

Graf č. 6: Hodnocení, zda by plně hrazené výrobky zdravotní pojišťovnou měly vliv na dřívější zahájení jejich užívání (počet responzí)

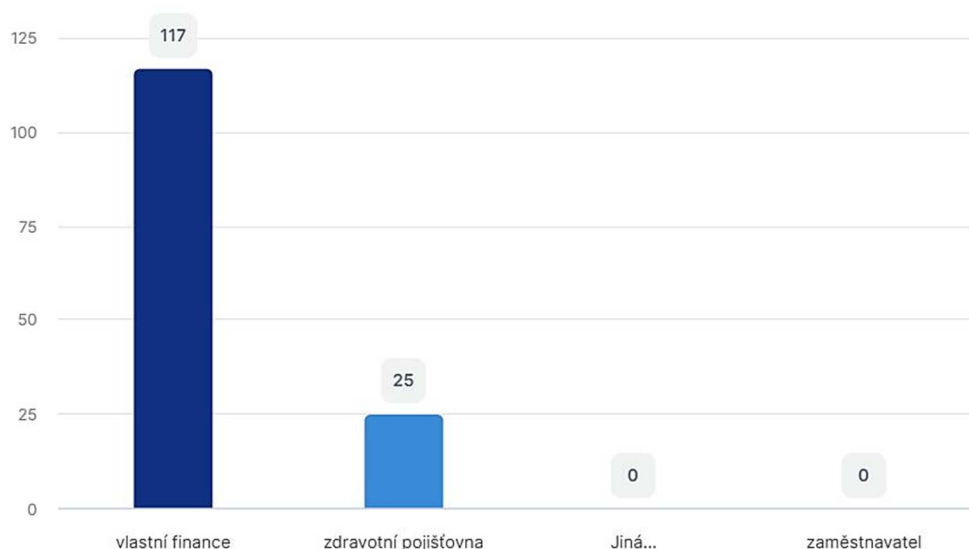


3.9.4 Jakou formou uživatelé z výzkumného souboru hradí nikotinové substituční preparáty?

Důležitou otázkou jsou i formy úhrady nikotinové substituce, kde mohli účastníci výzkumu zvolit jednu či více variant odpovědí. Jednu odpověď mohli pak následně vybrat u otázky na povědomost o možnosti využití příspěvku zdravotních pojišťoven na náhradní nikotinovou terapii.

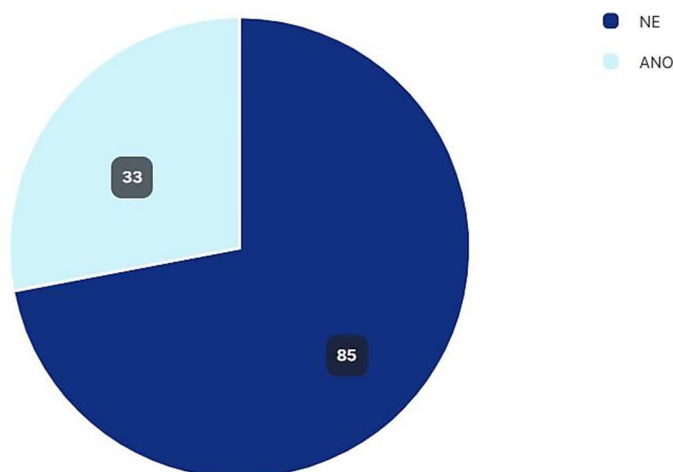
U otázky na zdroj úhrady jsme obdrželi 142 odpovědí. V analýze jsme došli k tomu, že v 82,4 % responzích (u 99,2 % respondentů) byla zahrnuta odpověď, že si respondent hradí náhradní nikotinovou terapii z vlastních zdrojů. Zodpovědělo tak 117 jedinců. 21,2 % jedinců (tzn. 25 odpovědí) uvedlo, že využívají příspěvky zdravotní pojišťovny. Z počtu je patrné, že někteří jedinci využívají kombinaci těchto dvou možností úhrady. Jedinců, jenž využívají kombinaci vlastních zdrojů a příspěvků zdravotní pojišťovny, je tedy 20,3 % (24 respondentů). 78,8 % respondentů příspěvky zdravotních pojišťoven nevyužívají vůbec. Jeden respondent (0,8 %) uvedl pouze úhradu z prostředků zdravotní pojišťovny. Variantu příspěvku od zaměstnavatele či jinou alternativu financování neuvedl žádný respondent.

Graf č. 7: Zdroj úhrady za nikotinové přípravky (počet responzí)



Povědomost o možnosti využití příspěvku poskytnutého zdravotní pojišťovnou není příliš velká. Pouze 33 jedinců, tedy ani ne třetina (28 %) respondentů uvedlo, že ví o příspěvku zdravotních pojišťoven. 72 % jedinců (85 osob) o příspěvku neví. Z výsledků předchozího grafu je patrné, že ne všichni, co o příspěvku vědí, ho zároveň čerpají.

Graf č. 8: Povědomost o možnosti využití příspěvku zdravotních pojišťoven na náhradní nikotinovou terapii (počet responzí)



3.9.5 Jaký byl důvod zahájení užívání nikotinové substituční terapie?

Poslední výzkumnou otázkou jsme se snažili zodpovědět, jaký je nejčastější důvod zahajování náhradní nikotinové terapie. Jednalo se o otevřenou otázku a respondenti do ní

mohli libovolně vpisovat. Celkem bylo od 118 respondentů získáno 128 odpovědí, jelikož někteří uvedli důvodů více. V tabulce č. 11 jsou shrnuty a sestupně uvedeny všechny uvedené důvody. Procenta se opět vztahují k počtu respondentů, je tedy znázorněno zastoupení důvodu ve výzkumném souboru 118 respondentů.

Nejčastějším důvodem zanechání kouření byly důvody zdravotní (23,7 % respondentů) s nevelkým náskokem na finanční stránku (18,6 % respondentů) a samotnou abstinencí od kouření (16,9 % respondentů). V menším zastoupení se pak vyskytovaly odpovědi, jako je onemocnění (8,5 % respondentů), popud partnera (7,6 % respondentů), životní styl a jeho změna (5,9 % respondentů), děti (5,1 % respondentů), omezení kouření (4,2 % respondentů), smrad z cigaretového kouře (4,2 % respondentů), plánované či aktuální těhotenství (3,4 % respondentů) a osobní důvody (3,4 % respondentů). Tři a méně respondentů uvádělo ojedinělé důvody jako je rodina obecně (2,5 % respondentů), rodiče (0,8 % respondentů), chození do venkovních prostor (0,8 % respondentů), závislost na nikotinu (0,8 % respondentů), vlastní přesvědčení (0,8 % respondentů) nebo pocit, že už kouření bylo moc (0,8 % respondentů).

Tabulka č. 11: Přehled důvodů zahájení náhradní nikotinové terapie (počet responzí)

Důvod zahájení náhradní nikotinové terapie	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Zdraví	28	23,7 %
Finanční stránka	22	18,6 %
Odvykání kouření	20	16,9 %
Onemocnění	10	8,5 %
Manžel/ka nebo partner/ka	9	7,6 %
Životní styl a jeho změna	7	5,9 %
Děti	6	5,1 %
Omezení kouření	5	4,2 %
Smrad	5	4,2 %
Těhotenství	4	3,4 %
Osobní důvody	4	3,4 %
Rodina	3	2,5 %
Rodiče	1	0,8 %
Chození ven	1	0,8 %
Závislost	1	0,8 %
Vlastní přesvědčení	1	0,8 %
Pocit, že už toho bylo moc	1	0,8 %

4. Diskuse

V této části se budeme zabývat diskutováním metodologických aspektů práce, souhrnem hlavních zjištění a jejich zarámováním v kontextu jiných studií a odborných zdrojů. Diskusní část je rozdělena na tři oblasti dle Vacka a Miovského (2013). První část je zaměřená na otázky metodologické, kde jsou zmíněny mimo jiné limity práce či důvody ovlivnění a zkreslení výsledků. Ve druhé části se zabýváme samotnými již zmíněnými výsledky, jejich interpretací a srovnáním s obdobnými pracemi a výzkumy. Třetí a rovněž poslední část je věnována doporučením a závěrům pro praxi, případně návrhy pro další zkoumání.

Jelikož je v práci využit metodologický nástroj v podobě dotazníku, který byl umístěn do online prostředí, nelze s jistotou ověřit, zda jedinci zcela odpovídají zadaným kritériím pro vybrání do výzkumného souboru. Virtuální online prostor není samozřejmě tak spolehlivým zdrojem výzkumných dat, zejména od živých pacientů, jako je osobní kontakt. V tomto ohledu se musíme spolehnout na jejich autentičnost a pravdivost jimi poskytnutých informací. Obdobně je tomu i v otázkách zaměřující se na sociodemografické údaje a otázky související s jádrem výzkumu, díky nimž získáme odpovědi na výzkumné otázky. Kdybychom chtěli zajistit vyšší validitu výsledků, respektive mít jistotu, zda se opravdu jedná o účastníky výzkumu splňující zadané výběrové podmínky a zároveň odpovídají, alespoň s určitou pravděpodobností pravdivě, bylo by vhodnějším způsobem oslovit respondenty osobně prostřednictvím adiktologických zařízení, jako jsou adiktologické ambulance či střednědobé či dlouhodobé ústavní či rezidenční léčby nebo v našem případě např.: ambulantní Centra pro závislé na tabáku.

Díky této formě dotazníku mohlo dojít k vyloučení určitých typů sociálních skupin z výzkumného souboru, což mohlo zapříčinit jeho ovlivnění. Může se jednat například o vyloučení jedinců vyššího věku, kteří internet nemají či ho neumí plnohodnotně využívat. Dále můžeme uvažovat o vyloučených sociálních skupinách či právě o osobách v ústavní léčbě bez přístupu k internetu.

Výzkum mohl být ovlivněn rovněž počtem dotazníků, které byly následně podrobeny analýze. Počet 118 ks plnohodnotně vyplněných dotazníků se může zdát jako relativně nízký. Je však důležité brát v potaz, že se jedná o velmi úzce definovanou skupinu. Mělo by se jednat o jedince, jež v současné době užívají nikotinovou substituci či ji užívali během posledního měsíce. Toto kritérium je samo o sobě limitující, když k tomu ještě vezmeme v potaz, že ne každý vyhovující respondent přijde do kontaktu s naším výzkumným nástrojem, a ne každý takový jedinec je ochotný ho vyplnit. Na vědomí musíme mít i fakt, že osoby, které jsou ochotné ho vyplnit, ho však nemusí vyplnit správným způsobem a dojde tedy k jejich vyřazení. Z těchto důvodů považujeme počet analyzovaných dotazníků za adekvátní. Přispívá k tomu i fakt, že personální stránku obstarala jedna osoba v podobě autora práce a nebyly vynaložené žádné finanční prostředky mimo ty v internetové aplikaci Survio. Mimo jiné i doba, tzn. přibližně dva a

půl měsíce, po kterou sběr dat probíhal, mohla přinést značné výkyvy ve studii, nicméně sběr dat musel být ukončen z důvodu krátkého se času na analýzu a popis výsledků.

Online prostředí nepředstavuje pro odborný výzkum jen komplikace, ale může do něj vnést i značná pozitiva. Pro značný počet potenciálních respondentů může být naopak vyšší anonymita, zajištěná tímto prostředkem, přívětivější a daleko raději a s větší pravděpodobností využijí tento nástroj, čímž se zapojí do výzkumu. Další výhodou je jeho flexibilita, kdy si respondenti, kteří se chtějí zapojit do výzkumu, mohou zvolit místo a čas vyplnění a nejsou tedy nuceni k vyplnění pod tlakem a časovým presem. Vyšší anonymita může vyhovovat jak respondentům, ale i pro autora studie a analytika výsledků může být přívětivá, v podobě simplifikace vynaložené práce. Díky anonymnímu prostředí, nemusí být prakticky data dále anonymizována, tedy jen v případě, že se vyhneme otázkám, které by mohly vést k odhalení identity jedince. Tak tomu bylo učiněno v této diplomové práci.

Metoda samovýběru je vhodným prostředkem k zajištění dobrovolnosti účastníků. Respondenti se tak na základě svého vlastního rozhodnutí mohou nominovat do výzkumného souboru. Dobrovolnost je jednou z položek etického přístupu k účastníkům výzkumu (Vacek & Miovský, 2013) a díky použitým metodám je v této závěrečné práci ošetřena. Další výhodou použití online dotazníků je jeho rychlejší šíření a šíření na delší vzdálenost. Výsledkem tedy je získání vyššího počtu výzkumných dat za kratší časový úsek a z různých míst České republiky, ale i světa.

V předchozích odstavcích jsme se zamýšleli nad metodologickými úskalími a otázkami, v následujících odstavcích se zaměříme již na samotné výsledky, jejich interpretaci a případná srovnání s podobnými studiemi, pracemi a již známou teorií.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zmapovat zkušenosti uživatelů náhradní nikotinové terapie. Konkrétně jsme se zaměřili na nejčastěji užívanou formu nikotinové terapie v našem výzkumném souboru a s jakými negativními účinky nikotinové terapie se respondenti setkávají. Dále jsme se zabývali subjektivním hodnocením ceny nikotinové substituce jejími uživateli, a jaký zdroj úhrady využívají. Rovněž jsme zkoumali důvody, kvůli kterým je nejčastěji zahajována.

Ve studii bylo zjištěno, že mezi našimi respondenty jsou nejčastěji užívaným nikotinovým substitučním výrobkem nikotinové náplasti (46,6 %). Pokud bychom sečetli veškeré formy orální nikotinové terapie, byl by jejich součet vyšší (53,4 %) než forma transdermální (46,6 %). Obě dvě již zmiňované formy se ovšem významně neodchylují od středu, a v případě rozdělení na všechny typy dostupných produktů jsou náplasti využívány nejhojněji. Každopádně tento výsledek je v souladu s tvrzením Králíkové et al. (2008), že nikotinové náplasti jsou nejvhodnější variantou, kterou lze při léčbě prostřednictvím náhradní nikotinové terapie využít.

Výsledek, že nejčastěji je náhradní nikotinová terapie aplikována 1x za den (44,1 %) souvisí s nejčastěji užívanou formou nikotinové terapie. Z tohoto jevu, můžeme vyvodit, že minimálně uživatelé nikotinových náplastí je užívají převážně správně, respektive si je aplikují na doporučenou dobu, což je ověřeno i samotnou kontrolou našich

výsledků. Vyšší počty aplikací, tzn. 7x – 9x z den, 10x – 12 x za den a 13x a více krát za den, se ve většině případů vyskytují u uživatelů inhalačního ústního spreje, z čehož opět můžeme vydedukovat, že náš výzkumný vzorek ve většině případů užívá náhradní nikotinovou terapii v doporučených dávkách. To, že se tak děje v našem výzkumném souboru, ale neznamena, že se tak děje mezi všemi uživateli náhradní nikotinové terapie. Povědomost o obsahu nikotinu v jedné dávce, je rovněž vysoká. Téměř 90 % respondentů jí uvedlo a minimálně je odpovídající obsahu v jejich užívaném výrobku. Zda obsah nikotinu uvedli opravdu pravdivě, bychom zjistili pouze vlastní kontrolou jejich výrobku, tudíž musíme pracovat s teorií, že respondenti opravdu znají výrobky, které užívají.

Dávku a formu si dle našeho výzkumu nejčastěji volí repondenti sami (35,6 %). Tento údaj může být důležitým ukazatel pro další výzkumnou otázku, a to negativní vedlejší účinky spojené s užíváním nikotinové terapie. I z tohoto důvodu byla tato otázka do dotazníku zapracována. Podle Mravčíka et al. (2021) má úspěšnost odvykání kouření bez pomoci odborníka úspěšnost pouze 3 – 5 %. Mravčík et al. (2021) rovněž uvádějí, že nejčastější snahy (až 76 %) odvykání kouření probíhají právě bez asistence a téměř 30 % je prostřednictvím nikotinových přípravků. Pokud spojíme veškeré neodborné zdroje informací (samoléčba, internet, přátelé a rodina) o dávce a formě v našem výzkumu, dostaneme výsledek, že 51,7 % účastníků výzkumu užívalo přípravek bez odborné rady. Jedná se o číslo nižší, než uvádí Mravčík et al. (2021), nicméně pořád poměrně vysoké. Doporučení lékaře a adiktologa (bez lékárníka a příbalového letáku), ale přesto využilo pouze 33,1 % tázaných a zde se již k výše zmíněnému výzkumu blížíme více. Výsledek tedy můžeme považovat za vypovídající. S tím souvisí i zjištění, odkud se respondenti o náhradní nikotinové terapii dozvěděli. Adiktologové, lékaři či lékárníci představují 39,8 % zdrojů informací. Jelikož by krátké intervence měl provádět každý lékař, tak se jedná o procento poměrně malé. Nejvyšším zdrojem informací je v dnešní době samozřejmě internet, který je k dispozici prakticky všem a jelikož jsme v této diplomové práci využili online formu dotazníku, tak tím spíš, se tato odpověď vyskytovala v nejhojnějším počtu a otázka tím mohla být ovlivněna.

Jak již bylo zmíněno výše, nikotinové náplasti si naši respondenti aplikují převážně na doporučenou dobu, pravděpodobně i z tohoto důvodu je výskyt nežádoucích účinků v našem výzkumném souboru u těchto jedinců nejnižší. I zde můžeme sledovat shodu s tvrzením Králíkové et al. (2008). V našem výzkumu se u transdermální formy vyskytovali následující příznaky: poruchy spánku, únava a vyrážka. U orálních forem se pak jednalo o všechny ostatní nežádoucí symptomy uvedené v tabulce č. 10. Mezi ty nejčastější patří: bolest v krku, zvýšená chuť k jídlu, podrážděnost či špatná nálada. Obdobné symptomy ve svém výzkumu zmiňuje i Kršková (2021). Uvádí, že se v jejím výzkumném souboru nejčastěji vyskytovali u orálních forem následující vedlejší účinky: pálení v ústech, škrábání v krku či škytání. U transdermálních forem nejčastěji zmiňuje vyrážku a alergickou reakci. Dle Motooky et al. (2018) byly nejčastějšími nežádoucími symptomy nevolnost a závratě. U transdermální formy nikotinové terapie pak byly prokázány nauzea, závratě, erytém v místě aplikace, bolest hlavy a dušnost (Motooka et al., 2018). Většina nežádoucích účinků v našem výzkumném souboru bude pravděpodobně

způsobena nesprávně zvoleným výrobkem, respektive neodpovídajícím obsahem nikotinu pro daného jedince či špatným způsobem aplikace u orálních forem nikotinové terapie.

81,4 % respondentů uvedlo, že považují nikotinovou substituci za příliš drahou. Jedná se o velmi subjektivní otázku, jelikož každý respondent má k dispozici jiný objem finančních prostředků, a i jeho smýšlení je rozdílné. Každopádně jen 18,6 % respondentů uvedlo, že cena odpovídá produktu a žádný z nich neuvedl, že by byly přípravky levné. Z těchto údajů je tedy patrné, že cena bude mít značný vliv při rozhodování o užívání nikotinové terapie. Tento výrok potvrzuje i fakt, že 36,4 % respondentů by začalo nikotinovou terapii určitě dříve, pokud by byl výrobek plně hrazený z jiných zdrojů (např.: zdravotní pojišťovna) a dalších 40,7 % by s ní spíše začalo dříve. Tzn., že 77,1 % respondentů se přiklonilo v takovém případě k variantě dřívějšího zahájení, dalších 15,3 % na tuto otázku nedokázalo odpovědět. Pouze 6,8 % respondentů by s dřívějším užíváním spíše nezačalo nebo 0,8 % nezačalo určitě. Data vyplývající z výzkumu jen potvrzují výrok Jhanjeeho (2016), který míní, že by nikotinová substituční terapie byla užívána častěji, v případě snížení její ceny.

99,2 % respondentů (117 osob) uvedlo, že si hradí nikotinovou substituci z vlastních zdrojů a 24 z nich, pak využívá zároveň příspěvky zdravotních pojišťoven. Jeden respondent (0,8 %) odpověděl, že hradí nikotinovou substituci pouze z těchto příspěvků. Důvodem může být, že respondent užívá substituci poměrně krátkou dobu nebo se jedná o nepochopení otázky. Nicméně 78,8 % výzkumného souboru nevyužívá příspěvek zdravotních pojišťoven a využívá výhradně zdroje vlastní, s čímž může následně souviset jejich dojem z ceny výrobků, kterou považují za příliš drahou. 20,3 % respondentů uvedlo, že využívá kombinaci zdrojů vlastních a příspěvku pojišťoven a 0,8 % využívá pouze příspěvků zdravotní pojišťovny. Tento poměr není rozhodně uspokojujícím a je třeba se povědomostí veřejnosti, respektive kuřáků zabývat. Potvrzením toho jest, samotná otázka ve výzkumném nástroji, tj. zda respondenti vědí o možnosti využití příspěvku na nikotinovou substituční terapii zdravotní pojišťovnou. Pouze 28 % respondentů odpovědělo, že si je ho vědomo, na druhou stranu ho využívá jen 21,2 %. Otázkou je, co je důvodem nevyužití příspěvku, když o něm respondenti vědí. Důvodů může být několik, ale přiklááme se k pravděpodobné nechuti administrace se zdravotní pojišťovnou.

Nejčastějším důvodem, proč respondenti chtějí přestat kouřit, jsou důvody zdravotní, ať už zdraví samotné (23,7 %) či již probíhající onemocnění (8,5 %). Toto zjištění potvrzuje, že lékaři a zdravotníci mohou mít značný vliv na zahájení odvykacího procesu. Dalším důvodem jsou finance (18,6 %) či samotná abstinence (16,9 %) a omezení kouření (4,2 %). S opakovaností se vyskytuje i vliv manžela/ky a partnera/ky (7,6 %). Další důvody jsou patrné v tabulce č. 11. Ať je důvod jakýkoli, je důležité, aby odvykající nějaký důvod měli. Motivace, ať je jakákoli, je hnací silou abstinence (Laudet & Stanick, 2010). Hammond et al. (2008) uvádějí, že v jejich výzkumu přibližně třetina respondentů užívala náhradní nikotinovou terapii z jiného důvodu než je samotná abstinence. V našem výzkumném souboru je to podíl o poznání vyšší (83,1 %). Pokud bychom k tomu připočetli i omezení cigaret, pak mluvíme o 78,9 % respondentů, kteří uvedli jiný důvod.

Důkazem, že náhradní nikotinová terapie má svůj význam a funkci je i hodnocení respondentů na škále od 1 (vůbec) do 10 (velmi), v souvislosti s tím, jak jim nikotinová substituce pomohla mírnit chuť na cigaretu. Průměrná hodnota, která z hodnocení vychází je 7,6. Výsledek je dle našeho názoru uspokojivý, jelikož bylo jen výjimkou hodnocení respondentů pod bod 6. Ze sesbíraných dat je patrné, že nejvyšší hodnocení dávali především jedinci, jejichž forma a dávka jim byla doporučena lékařem či adiktologem, popř. lékárníkem.

Závěrečná část diskuse je orientovaná na implikaci a implementaci poznatků do praxe a doporučeními či návrhy na další výzkumy a studie.

Obdobných studií je nejen v České republice velký nedostatek, právě z tohoto důvodu považujeme za přínosné se zaměřit na výzkum tohoto tématu. Rovněž v tomto aspektu spatřujeme silné stránky naší práce. Další výzkumy by bylo vhodné zaměřit výhradně na negativní vedlejší účinky náhradní nikotinové terapie, tzn., s čím souvisí jejich výskyt. Jejich detailnějším zmapováním bychom získali zdroj informací, který by posloužil k jejich odstranění, a tedy i k vyššímu setrvání odvykajících u tohoto druhu terapie, s čímž samozřejmě souvisí i vyšší úspěšnost léčby.

Za nejdůležitější úkol považujeme zvýšit zájem o léčbu pod dohledem odborníků, jelikož úspěšnost léčby je tím velmi ovlivněna. Je pravděpodobné, že odvykající, kteří nevyužívají odbornou péči, nejsou s touto prokázanou informací seznámeni. Je vhodné, aby byli lékaři a veškerý zdravotnický personál i pracovníci ve zdravotnictví proškoleni a pravidelně prováděli krátké intervence a poskytovali informace především kuřákům, a to z důvodu jejich neodmyslitelného vlivu na pacienty.

Pokud se zaměříme na cenu náhradní nikotinové substituce, je vhodné uvažovat o možnostech jejich financování. Rozhodně se jedná o složitou záležitost. Nejprístupnější možností se zdá motivovat zaměstnavatele, aby poskytovali příspěvky na tuto léčbu svým zaměstnancům nebo naopak poskytovali výhody nekouřícím osobám. Na první pohled se tato investice může zdát vysoká, nicméně čas zaměstnance strávený kouřením bude nahrazen časem ve výkonu samotné pracovní činnosti a tím i navýšením odvedené práce. Uvažovat by se dalo i o vyšším příspěvku zdravotních pojišťoven, čehož zřejmě nebude snadné docílit. V praxi by mělo vejít do povědomosti veřejnosti a nejvíce do povědomosti odvykajících kuřáků, že je možnost žádat o příspěvek na náhradní nikotinovou terapii zdravotní pojišťovny. Je možné, že tato informace by zvýšila počet kuřáků, kteří by o abstinenci měli zájem a byla by tak častěji zahajována.

5. Závěr

V rámci našeho výzkumu bylo zjištěno, že nejčastěji užívanou nikotinovou substituční terapií jsou nikotinové náplasti, které jsou i nejčastěji správně aplikovány a vykazují nejméně nežádoucích vedlejších účinků. Dále jsou v tomto pořadí užívány nikotinové inhalační ústní spreje, nikotinové žvýkačky a následně nikotinové pastilky. 33,1 % jejich uživatelů je užívá dle rad lékaře či adiktologa. Negativní účinky se nevyskytují až u 55,1 % uživatelů nikotinové terapie, ti, u kterých se objevují, nejčastěji uvádějí bolest v krku, poruchy spánku, únavu, vyrážku, zvýšenou chuť k jídlu, podrážděnost, špatnou náladu či napětí. Z našich výsledků je patrné, že cena náhradní nikotinové substituce hraje významnou roli při rozhodování o jejich užívání. Pro 81,4 % uživatelů náhradní nikotinové substituce jsou substituční výrobky v lékárnách příliš drahé a 77,1 % by s jejím užíváním začalo dříve, pokud by byly výrobky plně hrazeny z jiných zdrojů než vlastních zákazníkovi. Nejčastější formou úhrady nikotinové terapie jsou vlastní zdroje. Necelých 80 % jejich uživatelů si je hradí výhradně z vlastních zdrojů. 20,3 % využívá kombinaci vlastních financí s příspěvkem zdravotní pojišťovny, což značí nevědomost o této možnosti. To se následně i potvrdilo, jelikož pouze 28 % respondentů si je tohoto příspěvku vědomo. V neposlední řadě bylo zjištěno, že nejčastějším důvodem zahájení užívání nikotinové substituční terapie jsou zdraví, finance, samotná abstinence a omezení kouření, ale i onemocnění, vliv partnera či změna životního stylu. Není překvapením, že nejčastěji se respondenti o náhradní nikotinové terapii dozvídají z internetu (až 51,7 %), prostřednictvím lékařů či adiktologů jen necelých 30 %.

6. Použitá literatura

ACS Chemistry for Life (2018, August 20). *Nicotine*. Dostupné z: <https://www.acs.org/molecule-of-the-week/archive/n/nicotine.html>

AdiPoint, z.ú. (2021). *Výroční zpráva 2021*. Dostupné z: https://drive.google.com/drive/folders/1orgGqztK_39EtQ_EQOcr3D_tbymU2cwj

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc..

Ayo-Yusuf, O. A. & Burns, D. M. (2012). The complexity of 'harm reduction' with smokeless tobacco as an approach to tobacco control in low-income and middle-income countries. *Tobacco control*, 21(2), 245–251. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050367>

Balfour, D. J. K. (2004). *The neurobiology of tobacco dependence: A preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus*, *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 6, Issue 6, 899–912, doi: 10.1080/14622200412331324965

Batra, A. (2011). Treatment of tobacco dependence. *Deutsches Arzteblatt international*, 108(33), 555–564. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0555>

Benowitz, N. L., Hukkanen, J. & Jacob, P., 3rd (2009). Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. *Handbook of experimental pharmacology*, (192), 29–60. https://doi.org/10.1007/978-3-540-69248-5_2

Camenga, D. R. & Klein, J. D. (2016). Tobacco Use Disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 25(3), 445–460. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.02.003>

Clarke, E., Thompson, K., Weaver, S., Thompson, J., & O'Connell, G. (2019). Snus: a compelling harm reduction alternative to cigarettes. *Harm reduction journal*, 16(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0335-1>

Csémy, L., Fialová, A., Kodl, M. & Skývová, M. (2019). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice*. Praha: SZÚ

Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M., & Skývová, M. (2020). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019*. Výzkumná zpráva. Praha: SZÚ.

Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M. & Skývová, M. (2022). *Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2021*. Praha: SZÚ

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (n.d.). *Odvykání kouření*. [vid. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/preventivni-program/35>

- Dani, J. A. & Heinemann, S. (1996). Molecular and cellular aspects of nicotine abuse. *Neuron*, 16(5), 905–908. [https://doi.org/10.1016/s0896-6273\(00\)80112-9](https://doi.org/10.1016/s0896-6273(00)80112-9)
- Dani, J. A. (2015). Neuronal Nicotinic Acetylcholine Receptor Structure and Function and Response to Nicotine. *International review of neurobiology*, 124, 3–19. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2015.07.001>
- Deutch, A. Y. & Roth, R. H. (1990). The determinants of stress-induced activation of the prefrontal cortical dopamine system. *Progress in brain research*, 85, 367–403. [https://doi.org/10.1016/s0079-6123\(08\)62691-6](https://doi.org/10.1016/s0079-6123(08)62691-6)
- DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., Rigotti, N. A., McNeill, A. D., Coleman, M. & Wood, C. (2002). Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156(4), 397–403. <https://doi.org/10.1001/archpedi.156.4.397>
- Di Chiara, G. (2000). Role of dopamine in the behavioural actions of nicotine related to addiction. *European journal of pharmacology*, 393(1-3), 295–314. [https://doi.org/10.1016/s0014-2999\(00\)00122-9](https://doi.org/10.1016/s0014-2999(00)00122-9)
- Engstrom, P. F., Clapper, M. L. & Schnoll, R. A. (2003). Physiochemical Composition of Tobacco Smoke. In Kufe, D. W., Pollock, R. E., Weichselbaum, R. R. et al., editors. *Holland-Frei Cancer Medicine*. 6th edition. Hamilton (ON): BC Decker.
- Fagerström, K. O. & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of behavioral medicine*, 12(2), 159–182. <https://doi.org/10.1007/BF00846549>
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B. et al. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services: Rockville (MD). Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
- Hammond, D., Reid, J. L., Driezen, P., Cummings, K. M., Borland, R., Fong, G. T., & McNeill, A. (2008). *Smokers' use of nicotine replacement therapy for reasons other than stopping smoking: findings from the ITC Four Country Survey*. *Addiction (Abingdon, England)*, 103(10), 1696–1703. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02320.x
- Hatsukami, D. K. & Carroll, D. M. (2020). Tobacco harm reduction: Past history, current controversies and a proposed approach for the future. *Preventive medicine*, 140, 106099. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106099>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance

Questionnaire. *British journal of addiction*, 86(9), 1119–1127.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>

Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod: Analýza a metaanalýza dat*. 4. vydání Praha: Portál

Chan, G. C. K., Stjepanović, D., Lim, C., Sun, T., Shanmuga Anandan, A., Connor, J. P., Gartner, C., Hall, W. D., & Leung, J. (2021). A systematic review of randomized controlled trials and network meta-analysis of e-cigarettes for smoking cessation. *Addictive behaviors*, 119, 106912. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106912>

Charlton A. (2004). Medicinal uses of tobacco in history. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(6), 292–296. <https://doi.org/10.1177/014107680409700614>

Chawla, M. & Garrison, K. A. (2018). Neurobiological Considerations for Tobacco Use Disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, 5(4), 238–248. <https://doi.org/10.1007/s40473-018-0168-3>

Institute of Medicine (US) Committee to Assess the Science Base for Tobacco Harm Reduction (2001). *Clearing the Smoke: Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction*. Washington (DC): National Academies Press (US).

Jarvik, M. E. (1991). Beneficial effects of nicotine. *British journal of addiction*, 86(5), 571–575. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01810.x>

Jhanjee S. (2016). Putting tobacco harm reduction in perspective: is it a viable alternative?. *The Indian journal of medical research*, 143(1), 25–29. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.178583>

Kenny, P. J., Gasparini, F. & Markou, A. (2003). Group II metabotropic and alpha-amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazole propionate (AMPA)/kainate glutamate receptors regulate the deficit in brain reward function associated with nicotine withdrawal in rats. *The Journal of pharmacology and experimental therapeutics*, 306(3), 1068–1076. <https://doi.org/10.1124/jpet.103.052027>

Kmeťová, A. & Králíková, E. (2013). Novinky v léčbě závislosti na tabáku. *Med. praxi*; 10 (8-9); 294-296. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/08/08.pdf>

Končím s hulením (n.d.). *O projektu*. [vid. 2023-03-23]. Dostupné z: <https://koncimshulenim.cz/o-projektu/>

Kozłowski, L. T., Mehta, N. Y., Sweeney, C. T., Schwartz, S. S., Vogler, G. P., Jarvis, M. J. & West, R. J. (1998). Filter ventilation and nicotine content of tobacco in cigarettes from Canada, the United Kingdom, and the United States. *Tobacco control*, 7(4), 369–375. <https://doi.org/10.1136/tc.7.4.369>

Králíková, E. & Kozák, J. (2003). *Jak přestat kouřit*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf

Králíková, E., Pohlová, L. & Štěpánková, L. (2007). Novinky v léčbě závislosti na tabáku. *Interní Med.*; 2: 63-66. Dostupné z:

<https://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2007/02/02.pdf>

Králíková, E., Býma, S. & Konštacký, S. (2008). Závislost na tabáku: prevence, diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře. *Praktický lékař*, 88 (5): 258-261

Králíková, E. (2015a). Závislost na tabáku. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. (528-544). Praha: Grada Publishing, a.s.

Králíková, E. (2015b). *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. *Vnitř Lék 2015*; 61(5, Suppl 1): 1S4–1S15, Dostupné z:

<https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2015/88/01.pdf>

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

Kršková, L. (2021). *Analýza zkušeností klientů Národní linky pro odvykání kouření s užíváním náhradní nikotinové terapie*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z:

<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/148797/120396249.pdf?sequence=1>

Kurdle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Laudet, A. B. & Stanick, V. (2010). Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 38(4), 317–327. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.01.007>

Lee P. N. (2007). Circulatory disease and smokeless tobacco in Western populations: a review of the evidence. *International journal of epidemiology*, 36(4), 789–804. <https://doi.org/10.1093/ije/dym039>

Lee, P. N. & Hamling, J. (2009). Systematic review of the relation between smokeless tobacco and cancer in Europe and North America. *BMC medicine*, 7, 36. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-36>

Li, Y. & Hecht, S. S. (2022). Carcinogenic components of tobacco and tobacco smoke: A 2022 update. *Food and chemical toxicology : an international journal published for the British Industrial Biological Research Association*, 165, 113179. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2022.113179>

- Minařík, J. & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. (49-83). Praha: Grada Publishing, a.s.
- Mishra, A., Chaturvedi, P., Datta, S., Sinukumar, S., Joshi, P. & Garg, A. (2015). Harmful effects of nicotine. *Indian journal of medical and paediatric oncology : official journal of Indian Society of Medical & Paediatric Oncology*, 36(1), 24–31.
<https://doi.org/10.4103/0971-5851.151771>
- Motooka, Y., Matsui, T., Slaton, R. M., Umetsu, R., Fukuda, A., Naganuma, M., Hasegawa, S., Sasaoka, S., Hatahira, H., Iguchi, K. & Nakamura, M. (2018). Adverse events of smoking cessation treatments (nicotine replacement therapy and non-nicotine prescription medication) and electronic cigarettes in the Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System, 2004-2016. *SAGE open medicine*, 6, 2050312118777953. <https://doi.org/10.1177/2050312118777953>
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., 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.
- Národní linka pro odvykání (n.d.). *Odvykání kouření*. [vid. 2023-03-23]. Dostupné z: <https://chciodvykat.cz/odvykani-koureni/>
- National Center for Biotechnology Information (2023a). Benzene. *PubChem Compound Summary for CID 241*. [vid. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Benzene>.
- National Center for Biotechnology Information (2023b). Hydrogen Cyanide. *PubChem Compound Summary for CID 768*. [vid. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Hydrogen-Cyanide>.
- Nešpor, K. (2005). Léčba závislosti na tabáku v praxi. *Medicína pro praxi* č. 4, s. 155-157. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2005/04/05.pdf>
- NIDA (2023, January 12). *What are electronic cigarettes?*. [vid. 2023-03-14]. Dostupné z: <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/what-are-electronic-cigarettes>
- Novák, M. (1980). *O kouření*. Praha: Avicenum
- Oborová zdravotní pojišťovna (n.d.). *STOP kouření*. [vid. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.ozp.cz/benefit/stop-koureni>
- Parascandola, M. (2011). Tobacco harm reduction and the evolution of nicotine dependence. *American journal of public health*, 101(4), 632–641.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.189274>

- Patwardhan, S. & Fagerström, K. (2022). The New Nicotine Pouch Category: A Tobacco Harm Reduction Tool?. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 24(4), 623–625. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntab198>
- Perná, Z. & Vašáková, M. (2009) Kouření, závislost na tabáku a současné možnosti léčby. *Prakt. Léč.* 2009; 89(12): 679-683. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2009-12/koureni-zavislost-na-tabaku-a-soucasne-moznosti-lecby-30744>
- Picciotto, M. R. & Kenny, P. J. (2013). Molecular mechanisms underlying behaviors related to nicotine addiction. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 3(1), a012112. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a012112>
- Pilařová, L. (2003). Problematika závislosti na nikotinu. *Psychiatrie pro praxi*, 4 (5): 205-208. Dostupné z : <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/05/04.pdf>
- Pollay, R. W., & Dewhirst, T. (2002). The dark side of marketing seemingly "Light" cigarettes: successful images and failed fact. *Tobacco control*, 11 Suppl 1(Suppl 1), I18–I31. https://doi.org/10.1136/tc.11.suppl_1.i18
- Rodgeman, A. & Perfetti, T. A. (2009). *The Chemical Components of Tobacco and Tobacco Smoke*. Boca Raton (FL): CRC Press, Taylor & Francis Group
- Rodu, B. & Godshall, W. T. (2006). Tobacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers. *Harm reduction journal*, 3, 37. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-3-37>
- Schmitt, K. C., Rothman, R. B. & Reith, M. E. (2013). Nonclassical pharmacology of the dopamine transporter: atypical inhibitors, allosteric modulators, and partial substrates. *The Journal of pharmacology and experimental therapeutics*, 346(1), 2–10. <https://doi.org/10.1124/jpet.111.191056>
- Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (n.d.a). *Užívání tabáku – základní pojmy*. [vid. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/431-uzivani-tabaku-zakladni-pojmy>
- Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (n.d.b). *Závislost na tabáku: úvod*. [vid. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/432-zavislost-na-tabaku-uvod>
- Státní ústav pro kontrolu léčiv (n.d.). *Přehled léčiv*. Dostupné z: https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciva.html#/leciva/0165159
- Státní ústav pro kontrolu léčiv (2016). *Souhrn údajů o přípravku*. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/modules/medication/download.php?file=SPC55338.pdf&type=spc&as=niquitin-mint-2-5-mg-orodispergovatelny-film-spc>
- Státní ústav pro kontrolu léčiv (2020). *Souhrn údajů o přípravku*. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0188195&tab=texts>

- Státní ústav pro kontrolu léčiv (2021a). *Souhrn údajů o přípravku*. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?kod=0232285>
- Státní ústav pro kontrolu léčiv (2021b, červenec 8). *EMA informuje o pozastavení distribuce léčivého přípravku s léčivou látkou vareniklin*. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/ema-informuje-o-pozastaveni-distribuce-leciveho-pripravku-s>
- Svobodová, A. & Kozák, J. T. (1986). *Mládež a kouření*. Praha: Ústav zdravotní výchovy
- Tiffany, S. T. & Drobes, D. J. (1991). The development and initial validation of a questionnaire on smoking urges. *British journal of addiction*, 86(11), 1467–1476. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01732.x>
- Tyler, A. (2000). *Drogy v ulicích*. Praha: Ivo Železný
- Vacek, J. & Miovský, M. (2013). *Manuál pro vytvoření závěrečných kvalifikačních prací: Závazné normy pro vypracování*. Praha: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
- Vojenská zdravotní pojišťovna (n.d.). *Odvykání kouření*. [vid. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.vozp.cz/prispevek/odvykani-koureni>
- Všeobecná zdravotní pojišťovna (n.d.). *Odvykání kouření*. [vid. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky/dospeli/odvykani-koureni>
- Wadgave, U. & Nagesh, L. (2016). Nicotine Replacement Therapy: An Overview. *International journal of health sciences*, 10(3), 425–435. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5003586/>
- Weizenecker, R., & Deal, W. B. (1970). Tobacco cropper's sickness. *The Journal of the Florida Medical Association*, 57(12), 13–14.
- Wikström, A. K., Stephansson, O. & Cnattingius, S. (2010). Tobacco use during pregnancy and preeclampsia risk: effects of cigarette smoking and snuff. *Hypertension (Dallas, Tex. : 1979)*, 55(5), 1254–1259. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.147082>
- World Health Organization (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: the MPOWER package*. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43818>
- World Health Organization (2018). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize. ÚZIS*. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246208/9788074721687-V1-cze.pdf?sequence=20&isAllowed=y>
- World Health Organization (2019). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025*. Third edition. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>
- World Health Organization (2022, May 24). *Tobacco*. [vid. 2023-03-14]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (2023, leden 2). *Program podpory odvykání kouření*. [vid. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/bonusy-na-prevenci/program-podpory-odvykani-koureni>

Znyk, M., Jurewicz, J., & Kaleta, D. (2021). Exposure to Heated Tobacco Products and Adverse Health Effects, a Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(12), 6651. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126651>

7. Přílohy

7.1 Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Jiné diagnózy spojené s tabákem a jeho kouřem dle MKN-10.....	18
Tabulka č. 2: Model 5A (Fiore et al., 2008).....	26
Tabulka č. 3: Podpora 5R (Fiore et al., 2008).....	26
Tabulka č. 4: Kritéria zařazení do výzkumného souboru.....	30
Tabulka č. 5: Charakteristika výzkumného souboru (n=118) dle pohlaví, věku, vzdělání..	33
Tabulka č. 6: Charakteristika výzkumného souboru (n=118) dle místa bydliště.....	34
Tabulka č. 7: Charakteristika výzkumného souboru (n=118) dle délky užívání náhradní nikotinové terapie.....	34
Tabulka č. 8: Čestnost aplikací za den.....	36
Tabulka č. 9: Obsah nikotinu v jedné dávce výrobku.....	37
Tabulka č. 10: Přehled vedlejších negativních účinků (počet responzí).....	38
Tabulka č. 11: Přehled důvodů zahájení náhradní nikotinové terapie (počet responzí)....	42

7.2 Seznam grafů

Graf č. 1: Prevalence kuřáctví v České republice v letech 2012-2021 dle pohlaví.....	11
Graf č. 2: Globální trendy v prevalenci užívání tabáku podle pohlaví.....	12
Graf č. 3: Nejčastěji využívaná forma nikotinové substituční terapie (počet responzí)....	36
Graf č. 4: Zdroj doporučení na formu a dávku užívaného přípravku (počet responzí)....	37
Graf č. 5: Hodnocení ceny náhradní nikotinové substituce (v procentech).....	39
Graf č. 6: Hodnocení, zda by plně hrazené výrobky zdravotní pojišťovnou měly vliv na dřívější zahájení jejich užívání (počet responzí).....	40
Graf č. 7: Zdroj úhrady za nikotinové přípravky (počet responzí).....	41
Graf č. 8: Povědomost o možnosti využití příspěvku zdravotních pojišťoven na náhradní nikotinovou terapii (počet responzí).....	41

7.3 Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Chemická struktura nikotinu.....	16
--	----

7.4 Dotazník k výzkumné části diplomové práce

Vážený respondente, vážená respondentko,

tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění následujícího dotazníku, který obsahuje 21 otázek a zabere Vám 5-10 minut času. Dotazník je určený dospělým občanům České republiky, kteří v současné době užívají nikotinové substituční preparáty (např. žvýkačky, náplasti) nebo je užívali v posledním měsíci. Uživatel nikotinové substituce by měl zároveň mít životní zkušenost s dlouhodobým kouřením cigaret.

Data získaná dotazníkem jsou důvěrná a bude s nimi zacházeno podle zásad pro ochranu osobních údajů, v souladu s platnými právními předpisy České republiky. Data budou využita výhradně k účelům napsání diplomové práce autorky, v rámci jejího studia adiktologie na 1. Lékařské fakultě UK. Práce nese název „Zkušenost dlouhodobých uživatelů tabáku s užíváním nikotinové substituce“ a jejím cílem je zmapovat zkušenosti uživatelů nikotinové substituční terapie - nejčastěji užívanou formu nikotinové terapie, její negativní účinky, vnímání ceny a úhrady za terapii a také důvod jejího zahájení.. Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná a anonymní. Vyplňování dotazníku zároveň můžete kdykoli přerušit. Zahájením vyplňování tohoto dotazníku souhlasíte s použitím Vámi vyplněných údajů k sepsání této práce. Pro případné dotazy a stížnosti mě můžete kontaktovat na e-mailové adrese: landovakarolina@seznam.cz, případně můžete kontaktovat vedoucího diplomové práce: adam.kulhanek@lf1.cuni.cz.

Děkuji za Váš čas

První část – nominace respondentů

1. Jste občan České republiky (vyberte jednu odpověď?): ANO / NE
2. Je Vám 18 let a více (vyberte jednu odpověď?): ANO / NE
3. Užíváte v současné době či jste v posledním měsíci užíval/a nikotinovou substituční terapii?? Nikotinovou substituční terapií se rozumí náhradní nikotin ve formě žvýkaček, náplastí, pastilek či inhalačních ústních sprejů, které jsou dostupné v lékárně a slouží ke zmírnění abstinčních příznaků při odvykání kouření. (vyberte jednu odpověď): ANO / NE
4. Kouří/a jste někdy v životě dlouhodobě cigarety? Dlouhodobým užíváním se rozumí jeden rok a více. (vyberte jednu odpověď): ANO / NE

Druhá část – sociodemografické otázky

5. Uveďte Vaše pohlaví (vyberte jednu odpověď): žena / muž / jiné
6. Uveďte Váš věk (vypište číslici):
7. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je (vyberte jednu odpověď): základní / střední bez maturity / střední s maturitou / vyšší odborné / vysokoškolské
8. Uveďte Vaše místo bydliště, respektive kraj (vyberte jednu odpověď): Hlavní město Praha / Středočeský / Jihočeský / Plzeňský / Karlovarský / Ústecký / Liberecký /

Třetí část – výzkumná část

9. Jakou nejčastěji využíváte formu nikotinové substituční terapie? (vyberte jednu odpověď): žvýkačky / náplasti / pastilky / inhalační ústní sprej
10. Jak často si přípravek aplikujete? (vyberte jednu odpověď): méně než 1x za den/ 1x za den / 2x-3x za den / 4x-6x za den / 7x-9x za den / 10x-12x za den / 13x a více krát za den
11. Jaký je obsah nikotinu v jedné dávce Vámi užívaného výrobku? (vyberte jednu odpověď): 1 mg / 2 mg / 4 mg / 10 mg / 15 mg / 25 mg / jiná
12. Jak dlouho nikotinovou substituční terapii užíváte? (vyberte jednu odpověď): méně než týden / týden / 2-3 týdny / měsíc / 2-3 měsíce / 3-5 měsíců / půl roku / déle než půl roku / rok / déle než rok / momentálně ji neužívám/užil/a jsem ji v posledním měsíci
13. Kdo Vám doporučil formu a dávku užívaného přípravku? (vyberte jednu nebo více odpovědí): vybral/a a zvolil/a jsem si ji sám/a / lékař / lékárník / adiktolog / dle příbalového letáku / internet / rodina / přátelé / jiné
14. Jaké nežádoucí účinky pociťujete při užívání substituční terapie? (vyberte jednu nebo více odpovědí): žádné / špatná nálada / deprese / úzkosti / napětí / podrážděnost / poruchy spánku / únava / nesoustředěnost / zvýšená chuť k jídlu / zácpa / průjem / plynatost / podráždění úst a jazyka / nevolnost / bolest v krku / bušení srdce / zrychlený puls / bolest na hrudi / vyrážka / jiné
15. Jak hodnotíte cenu Vašich substitučních přípravků? (vyberte jednu odpověď): cena odpovídá produktu / výrobek je příliš drahý / výrobek je levný
16. Pokud by byl substituční preparát plně hrazený např.: zdravotní pojišťovnou, mělo by to vliv na Vaše dřívější zahájení jejího užívání? (vyberte jednu odpověď): určitě ano / spíše ano / nevím / spíše ne / určitě ne
17. Z jakých zdrojů je Vámi užívaná nikotinová substituční terapie hrazena? (vyberte jednu nebo více odpovědí): vlastní finance / zaměstnavatel / zdravotní pojišťovna / jiné
18. Víte o možnosti využití příspěvku na nikotinovou substituční terapii od zdravotních pojišťoven? (vyberte jednu odpověď): ANO / NE
19. Jaký byl Váš důvod zahájení užívání substituční terapie?: (otevřená otázka)
20. Do jaké míry Vám nikotinová substituční terapie pomohla mírnit chuť na cigaretu? (škála)
1 (vůbec) – 10 (velmi)
21. Odkud jste se o náhradní formě nikotinu dozvěděl/a (vyberte jednu nebo více odpovědí): lékař / lékárník / adiktolog / rodina / přátelé / reklama / internet / jiné

Děkuji za vyplnění dotazníku, díky kterému mohla být napsána má diplomová práce.

