

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Adiktologie**



Bc. Adéla Hrabovská

**Mapování potřeb klientů v oblasti léčby závislosti na tabáku na  
Oddělení léčby závislostí Denního psychoterapeutického  
sanatoria Ondřejov: dotazníkový výzkum**

Tobacco treatment needs analysis among clients and their priority of  
tobacco cessation intervention in Addiction Treatment Department  
at Day Care Centre Ondřejov: a questionnaire survey

Diplomová práce

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

PRAHA  
2023

## ČESTNÉ 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.

Obsah práce vychází z vlastního dotazníkového výzkumu, který probíhal s informovaným souhlasem zúčastněných participantů, a dle etických zásad studenta adiktologie. Před zahájením výzkumu bylo vysloveno souhlasné stanovisko Etické komise Kliniky adiktologie s plánovaným výzkumem.

V Praze, 8.4.2023

Bc. Adéla Hrabovská

## **IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM**

Hrabovská, Adéla. *Mapování potřeb klientů v oblasti léčby závislosti na tabáku na oddělení léčby závislostí Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov: dotazníkový výzkum.* [Tobacco treatment needs analysis among clients and their priority of tobacco cessation intervention in Addiction Treatment Department at Day Care Centre Ondřejov: a questionnaire survey]. *Praha 2023. XX str. Diplomová práce. (Mgr.) Universita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2023. Vedoucí závěrečné práce: Kulhánek, Adam.*

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedení Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov za vstřícnost při plánování výzkumu a jeho umožnění. Dále děkuji svým kolegům z AT oddělení za podporu a umožnění administrace dotazníků. V neposlední řadě děkuji klientům, kteří byli ochotni se do výzkumu zapojit – bez jejich ochoty by tato práce nemohla vzniknout.

Velké poděkování patří mému vedoucímu práce Mgr. Adamu Kulhánkovi, Ph.D., MBA za jeho pečlivou, systematickou a profesionální práci při vedení této diplomové práce a jeho lidský přístup. I když plánování výzkumu, jeho realizace a pak samotné psaní práce se neobejdou bez komplikací a stresu, měla jsem vždy pocit, že za mnou stojí člověk, na kterého se mohu vždy bez obav obrátit a tato zkušenost mi pomohla v dalším růstu.

V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům, pro které jsem mnohdy nebyla přítomna, především svému manželovi Vincentovi Hrabovskému, který mě podporoval v průběhu celého studia, byl mi nekonečnou láskyplnou oporou a mým prvním čtenářem.

## **ABSTRAKT**

**ÚVOD** - Prevalence užívání tabákových a nikotinových produktů je v klinické populaci adiktologických služeb vyšší než v běžné populaci, intervence zaměřené na zanechání kouření nejsou všude nabízeny.

**CÍL** - Cílem výzkumu je mapovat potřeby klientů Oddělení léčby závislostí v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov (dále "DPS Ondřejov") v oblasti jejich závislosti na tabáku a její léčby.

**METODY** - Z hlediska základního výzkumného plánu je tento výzkum evaluační studií, specificky analýzou potřeb klientů v DPS Ondřejov. Jednalo se o dotazníkový výzkum. Data byla získána pomocí dotazníku, který se skládal z nestandardizované části a Fagerströмова testu nikotinové závislosti. Data byla z tištěného dotazníku přepsána do elektronické podoby. Byla zpracována a vyhodnocena pomocí deskriptivní statistiky.

**SOUBOR** - Soubor byl vybrán záměrným výběrem, do souboru byli zařazeni ti, kteří v současné době užívali tabákové a nikotinové výrobky, souhlasili s účastí ve výzkumu, bylo jim nejméně 18 let. Celkový soubor činil 38 respondentů (n=38), v souboru byli zastoupeni muži (57,9 %) a ženy (42,1 %). Průměrný věk respondenta byl 40,8 let, většina (68,4 %) respondentů měla střední vzdělání s maturitou a vyšší, a většina (86,8%) docházela do DPS Ondřejov pro závislost na alkoholu.

**VÝSLEDKY** - V DPS Ondřejov bylo 31 % nekuřáků, 61 % většina klientů užívá klasické zápalné cigarety. Většina klientů (78,9 %) vykazuje určitou míru závislosti na nikotinu. 42,1 % by mělo zájem program léčby závislosti na tabáku využít, 21,1 % o využití programu léčby závislosti na tabáku zájem nejeví a 36,8 % klientů neví, jestli by takový program využila. Podle výsledků Likertových škál (na škále od 1 do 10) byla průměrná připravenost odvykat od tabákových a nikotinových produktů v následující 6 měsících 4 a v následujících 30 dnech 2.

**ZÁVĚR** - Na základě výsledků výzkumu byl sestaven profil průměrného klienta – uživatele tabákových a nikotinových produktů DPS Ondřejov a navrženy dva modely pro podporu odvykání od tabáku založených na diagnostice a kole změny motivace.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Tabák, závislost na tabáku, mapování potřeb, léčba závislosti, odvykání od tabáku

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION** - The prevalence of the use of tobacco and nicotine products is higher in the clinical population of dependence treatment services than in the general population, Interventions for tobacco and nicotine use cessation are hardly ever available for the patients.

**AIM** - The aim of the research is to map the needs of the clients of the Addiction Treatment Department in the Day care Psychotherapeutic Sanatorium Ondřejov (hereinafter “DPS Ondřejov”) in the area of their tobacco and nicotine use disorder and its treatment.

**METHODS** – This research is an evaluation study, specifically an analysis of the needs among the clients in DPS Ondřejov. It is a questionnaire survey. Data were obtained using a questionnaire consisting of a non-standardized part and the Fagerström Nicotine Dependence Test. The data were transcribed from the printed questionnaire into electronic form. The descriptive statistic method was used to evaluate the data.

**SAMPLE** – The sample was selected by purposive sampling. The participants were those who were currently using tobacco and nicotine products, agreed to participate in the research, and were at least 18 years old. The total group consisted of 38 respondents (n=38), men (57.9%) and women (42.1%). The average age was 40.8 years, the majority (68.4%) of the respondents had a secondary education with a high school diploma or higher, and the majority (86.8%) attend DPS Ondřejov for alcohol addiction.

**RESULTS** – There were 31% non-smokers, 61% smokers among the clients in DPS Ondřejov, most clients use classic lit cigarettes. Most clients (78.9%) had tobacco use disorder. 42.1% would be interested in using a tobacco and nicotine use disorder treatment program, 21.1% are not interested in using a tobacco and nicotine use disorder treatment program, and 36.8% of clients do not know if they would use such a program. According to the results of the Likert scales (range from 1 to 10), the average readiness to quit tobacco and nicotine products in the next 6 months was 4 and in the next 30 days was 2.

**CONCLUSION** – A profile of the average client - a user of tobacco and nicotine products of DPS Ondřejov was compiled, and two models of the tobacco and nicotine use disorder treatment were design. The models are based on diagnosis and the cycle of motivation change.

## **KEY WORDS**

Tobacco, tobacco dependence, needs analysis, dependence treatment, tobacco cessation

## Obsah

<b>I</b>	<b>Úvod</b> .....	<b>8</b>
<b>II</b>	<b>Teoretická část</b> .....	<b>9</b>
1.	<i>Kulturně společenský kontext užívání tabáku a nikotinových výrobků</i> .....	9
2.	<i>Následky užívání tabáku a nikotinu</i> .....	10
3.	<i>Tabák, nikotin a tabákové a nikotinové produkty dostupné v České republice</i> .....	11
3.1	Tabákové a nikotinové produkty: druhy výrobků.....	11
3.2	Komerční a spotřební výrobky.....	12
4.	<i>Epidemiologie užívání tabáku, tabákových a nikotinových výrobků v České republice</i> .....	14
5.	<i>Závislost na tabáku</i> .....	16
6.	<i>Diagnostika závislosti na tabáku</i> .....	17
7.	<i>Odvykání od kouření a léčba závislosti na tabáku</i> .....	18
8.	<i>Postupy při léčbě závislosti na tabáku a nikotinu</i> .....	20
8.1	Farmakologická léčba závislosti na tabáku.....	20
9.	<i>Tabákové produkty a harm reduction</i> .....	22
10.	<i>Zařízení poskytující intervence zaměřené na léčbu závislosti na tabáku</i> .....	22
11.	<i>Populace uživatelů návykových látek a léčba závislosti na tabáku v klinickém prostředí</i> .....	23
12.	<i>Evaluační potřeby klientů</i> .....	24
13.	<i>Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov</i> .....	25
<b>III</b>	<b>Praktická část</b> .....	<b>29</b>
1.	<i>Cíl a design výzkumu</i> .....	29
2.	<i>Výzkumné otázky</i> .....	29
3.	<i>Soubor</i> .....	30
3.1	Základní soubor.....	30
3.2	Metody výběru respondentů.....	30
3.3	Výběrový soubor.....	31
4.	<i>Metody sběru dat</i> .....	33
5.	<i>Nástroje sběru dat</i> .....	34
6.	<i>Metody zpracování a analýzy dat</i> .....	35
7.	<i>Praktický průběh realizace</i> .....	36
8.	<i>Etika výzkumu</i> .....	37
9.	<i>Výsledky</i> .....	39
9.1	Sociodemografický profil klienta DPS Ondřejov.....	39
9.2	Početní zastoupení uživatelů tabáku, tabákových a nikotinových výrobků mezi klienty Oddělení léčby závislostí v DPS Ondřejov.....	40
9.3	Typy používaných tabákových a nikotinových produktů mezi klienty DPS Ondřejov.....	42
9.4	Míra závislosti na nikotinu mezi klienty DPS Ondřejov užívajícími tabákové a nikotinové výrobky, zkušenost s odvykáním a léčbou závislosti na nikotinu, abstinence od tabákových výrobků a nikotinu.....	44
9.5	Zájem o intervenci zaměřenou na odvykání od tabáku.....	46

9.6	Rozdíly v zájmu o podporu odvykání kouření mezi klienty DPS Ondřejov napříč jednotlivými typy léčebných programů .....	48
9.7	Profil klienta - uživatele tabákových a dalších nikotinových produktů v DPS Ondřejov.....	50
9.8	Navržení modelu podpory pro odvykání od tabáku .....	51
9.9	Program léčby pro připravené/motivované zanechat kouření/užívání tabáku a dalších produktů	51
<b>IV</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>53</b>
1.	<i>Souhrn nejvýznamnějších výsledků.....</i>	53
2.	<i>Kontext: srovnání výsledků s jinými studii a daty.....</i>	54
3.	<i>Silné a slabé stránky výzkumu .....</i>	55
4.	<i>Doporučení do praxe .....</i>	57
<b>V</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>58</b>
<b>VI</b>	<b>Literatura .....</b>	<b>59</b>
<b>VII</b>	<b>Přílohy.....</b>	<b>69</b>
1.	<i>Dotazník.....</i>	69
2.	<i>Informace pro účastníka .....</i>	72
3.	<i>Informovaný souhlas.....</i>	73



# I Úvod

Od návratu dvou prvních evropských kuřáků z Nového světa uběhne letos 530 let. Luis de Torres a Rodrigo de Jerez jsou označováni za první Evropany užívající tabák (Gilman & Xun, 2006). Tehdy neexistovala ani tabáková lobby ani zákony pro ochranu zdraví obyvatel. Ale existovala Španělská inkvizice, která označila Jerezův návyk za dílo ďáblů a uvrhla ho do vězení na sedm let (Gilman & Xun, 2006). Ačkoliv pro toto tvrzení nemám žádné zdroje, ve vězení patrně nefungovaly programy léčby závislosti na tabáku a Jerez se prý po návratu z vězení ke svému návyku vrátil. Bylo by to dopadlo jinak, kdyby mu byla poskytnuta včasná intervence? Měl by ale o ni zájem?

Za oněch víc jak pět století se mnohé změnilo – z rostliny sloužící obyvatelům amerického kontinentu k posvátným rituálům se stal obchodovatelný artikl, předmět celého průmyslového odvětví, obchodu, prodeje, reklamy a lobby; předmět zkoumání dopadů na lidské zdraví, produkt se smrtícími účinky na své konzumenty, celosvětově rozšířený výrobek, který má mnoho podob.

Na počátku mé bakalářské práce stály dvě pacientky, toho času v léčbě na Lůžkovém oddělení ženy u Apolináře, které svou zkušenost s odvykáním od tabáku použily jako posílení motivace při léčbě závislosti na lécích a alkoholu. Položila jsem si otázku, zdali je toto universální mechanismus. Mým výzkumem tohoto fenoménu mezi klienty terapeutických komunit se toto nepotvrdilo (Sovová, 2016). Od té doby jsem se setkala dalšími pacienty a klienty odborných služeb, kteří vyhledali adiktologickou pomoc pro závislost na alkoholu, drogách nebo gamblingu. A kladu si jinou otázku: je léčba závislosti na tabáku v klinických provozech na okraji proto, že klienti nemají zájem a nebo proto, že toto téma není důsledně oslovováno odborným personálem?

V teoretické části této práce se budu zabývat tabákem, dopady jeho užívání, diagnostikou závislosti, možnostmi léčby závislosti na tabáku a její dostupnosti, praktická výzkumná část práce si klade za cíl zjistit zájem o intervence zaměřené na léčbu závislosti na tabáku mezi klienty zařízení, ve kterém pracuji. Patrně si ani zde neodpovím uspokojivě na otázku, kterou si kladu v předchozím odstavci, neboť výsledky této práce vzhledem k zaměření a rozsahu nebude možné zobecnit a aplikovat v jiných službách.

## II Teoretická část

### 1. Kulturně společenský kontext užívání tabáku a nikotinových výrobků

Tabák je příkladem drogy, která je pevně zakořeněna v kulturně-společenském kontextu. Přestože se jedná o legální drogu, její užívání může mít velmi vážné zdravotní dopady, které budou popsány v další kapitole. Tabák je tradiční návykovou látkou pro euroamerický kontinent (Gilman & Xun, 2006), společně s alkoholem, i když v dnešní době tabáková lobby velmi těžší z asijského kontinentu a tamních uživatelů. Tak jako tak zde má jeho užívání dlouhou historii a je spjat s kulturou a společností.

Tabák je často považován za iniciační „gateway“ drogu (Torabi et al., 2010; Vodička, 2016; Kandel & Kandel, 2014; Rajabi et al., 2021), to znamená předpoklad, že lidé, kteří začnou užívat tabák, mají vyšší pravděpodobnost, že budou v budoucnu užívat i další návykové látky. Stejně tak se objevují i studie, které tvrdí, že užívání bezdýmých forem tabáku může vést k užívání tabáku (Haddock et al., 2001). Zároveň někteří autoři udávají, že společné užívání nikotinu a jiných drog zvyšuje příjem obou těchto drog (Kohut, 2017). Výzkumy ukazují, že mladí lidé, kteří začnou kouřit, mají vyšší pravděpodobnost, že budou užívat i další drogy, a stejně tak výzkumy mezi klinickou populací často zmiňují, že klienti adiktologických služeb jsou současně uživateli tabáku (Guydish et al. 2016; Khara, M., & Okoli, 2011; McClure et al. 2014; McFall et al., 2010; Taylor et al., 2021). Tabák je také často spojován s řadou sociálních problémů, jako jsou například kriminalita, nezaměstnanost a chudoba. I proto je důležitá prevence rizikového chování, včetně užívání tabáku a dalších tabákových produktů (Králiková, 2013; Miovský et al., 2015). Zaměření se na prevenci a osvětu hraje důležitou roli v tom, jak lidé vnímají užívání tabáku a jaké jsou jeho dopady na zdraví a společnost. Vzhledem k zaměření této práce převážně na klinickou populaci nebude věnován preventivním aktivitám zaměřeným na školní populaci věnován další prostor.

Výraznou roli v kulturně společenském kontextu tabáku má také jeho vztah k sociálním rituálům, zvyklostem a kuřácké identitě. Užívání tabákových produktů může být silně zakořeněno v životním stylu a každodenních rituálech jednotlivce. Typické jsou ritualizované cigarety užívané například po jídle nebo během pauzy na pracovišti tyto cigarety mohou mít pro kuřáka hlubší význam. Tyto zvyky mohou být spojeny s pozitivními emocemi, jako je pocit uvolnění nebo odpočinku, a může být těžké je změnit (Králiková & Kozák, 1997). Všechny tyto faktory mohou přispět k tomu, že někteří lidé vnímají tabákovou závislost jako poslední slast (Kulhánek, 2017), která jim zbyla, nebo posledního kamaráda, který je provází v jinak šedivém světě nově objevené abstinence. V terapii závislosti na tabáku je proto důležité brát v úvahu i tuto psychologickou složku a pomoci klientovi porozumět, jakým způsobem je tabáková závislost zakořeněna v jeho životě a jak se s ní nejlépe vypořádat.

## 2. Následky užívání tabáku a nikotinu

Škodlivé účinky užívání tabáku byly popsány v každém oboru medicíny (Elmarsy et al., 2015). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice uvádí, že mnohé zdravotní obtíže, jako kardiovaskulární onemocnění, onemocnění dýchací soustavy a nádorová onemocnění jsou zapříčiněna užíváním tabáku a tabákových výrobků, ruku v ruce s nízkou tělesnou aktivitou. Užívání tabáku zapříčiňuje vyšší nemocnost a může vést k úmrtí (Chomynová et al., 2022). Užívání tabáku může negativně působit na většinu tělních systémů (Králíková et al., 2013). Existují studie přinášející závěry, že užívání běžných zápalných cigaret může mít vliv na zkrácení spánku, a užívání e-cigaret může působit pocit ospalosti během dne a vést k vyšší konzumaci dalších stimulancií jako je káva a energetické nápoje (So et al., 2021). Mimo již uvedená onemocnění existují studie zabývající se také negativním dopadem nikotinu pohybový aparát, konkrétně na degeneraci plotének a bolestí zad (Elmarsy et al., 2015). Kromě zdravotních následků užívání tabáku, může mít jeho užívání dopad na celospolečenské náklady související se snížením produktivity práce uživatelů tabáku, jako je zvýšená pracovní neschopnost, kuřácké pauzy, invalidní důchody (Csémy et al., 2021).

Na následky užívání tabáku ročně celosvětově zemře 7 milionů osob (WHO, 2017). Světová zdravotnická organizace dále odhaduje, že pokud se vzorec užívání tabáku v následujících letech výrazně nezmění, bude úmrtnost spojená s užíváním tabáku v roce 2030 až 8 milionů ročně (WHO, 2011). Podle výzkumu amerického Ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb užívání tabáku negativně ovlivňuje téměř každý orgán a je příčinou vzniku nemocí jako rakovina, kardiovaskulární onemocnění, onemocnění plic, chronické obstrukční nemoci plic (CHOPN), včetně emfyzému a chronické bronchitidy. Kouření může dále zvýšit riziko výskytu očních chorob (zeleného zákalu), poruch imunitního systému a artritidy. Kouření může rovněž zapříčinit erektilní dysfunkce u mužů. Podle studie o rizicích kouření a výhodách zanechání kouření ve Spojených státech (Jha et al., 2018) žijí kuřáci v průměru o 10 let méně než nekuřáci. Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021 uvádí, že odhadovaná ztráta délky života na jednoho kuřáka 15 let (Mravčík et al., 2021). Na nemoci způsobené kouřením jako jsou kardiovaskulární onemocnění, zhoubná nádorová onemocnění a nemoci plic zemře v České republice ročně 16-18 tisíc osob. Kromě zdravotních následků má užívání tabáku i sociálně ekonomické důsledky – odhaduje se, že škody spojené s výdaji na léčbu nemocí, větší nemocnost a předčasná úmrtí mohou být až 80-100 mld. Kč ročně. Nelze zpochybnit, že užívání tabáku a dalších forem nikotinových produktů, má negativní dopad nejen na zdraví, ale i na finanční situaci jednotlivců i rodin. Podle již citované zprávy (Mravčík et al., 2021) je mezi obyvateli sociálně vyloučených lokalit až 70 % kuřáků, kteří udávají užívání tabáku v posledních 30 dnech. Další následky užívání tabákových, nikotinových a dalších produktů nebudou v této práci dále rozvedeny.

Látky obsažené v tabákovém kouři výrazně ovlivňují farmakokinetiky a farmakodynamiku léčiv, zejména benzodiazepinů, beta-blokátorů, opioidů a dalších léků užívaných v psychiatrii. Může být ovlivněna vstřebatelnost léku a jeho zamýšlený účinek. U psychiatricky léčených pacientů, kteří současně kouří je ovlivněna hladiny léků v krvi, často potřebují vyšší dávky léku. To má potencionálně klinický význam u přípravků s úzkým terapeutickým oknem, jako jsou např. theofylin, takrin, klozapin a ropinirol, imipramin, olanzapin, klomipramin a fluvoxamin (Perlík in Králíková et al., 2013, str. 338-342).

### 3. Tabák, nikotin a tabákové a nikotinové produkty dostupné v České republice

Tabák je rostlina z čeledi lilkovitých. Pochází z Jižní Ameriky, ale od 15. století, kdy byl objeven pro Starý kontinent se jeho produkce rozšířila po celém světě, a dnes je pěstován v mnoha zemích světa a v různých podnebních pásmech (Gilman & Xun, 2006). Od 18. století do dnešní doby je tabák zpracováván i v továrnách v České republice (Bárta, 2017). Nikotin je alkaloid obsažený v listech tabáku. Při kouření se uvolňuje z tabákového listu a přechází do kouře. Vstřebává se ústní sliznicí, sliznicí trávicího a dýchacího traktu, je odbouráván játry a částečně vylučován močí. (Králíková et al., 2013; Vondráček et al., 1958, str. 144-145)

Nikotin se v mozku váže na acetylcholinové receptory, stimuluje sympatická a parasympatická ganglia, působí stimulačně na centrální nervovou soustavu. (National Center for Biotechnology Information, 2023; Králíková, 2013). Psychoaktivní účinek se projevuje stimulací myšlení a pozornosti, a způsobuje silnou závislost. V těle dále působí na trávicí soustavu – zvyšuje produkci slin, trávicích šťáv, aktivuje hladkou svalovinu. Dále působí na Nikotin zvyšuje krevní tlak, zrychluje činnost srdce, stahuje cévy, zvyšuje obsah mastných kyselin v krvi, blokuje syntézu estrogenu, stoupá produkce potu a může dojít ke stažení zornic (Fagerströme, 2014).

#### 3.1 Tabákové a nikotinové produkty: druhy výrobků

Nikotin je obsažený v tabákových produktech, produktech obsahujících nikotin a v nikotinové terapii. V České republice jsou dostupné tyto formy tabáku: klasické zápalné cigarety, balený tabák, dýmka, vodní dýmka, šňupací tabák, elektronické cigarety (Králíková in Kalina 2015; Králíková et al., 2013). Kromě „tradičních“ forem užívání nikotinu se v posledních letech vyskytly v České republice nové formy užívání tabáku a nikotinu, a to ve formě zahřívání tabáku (IQOS, atp.) a nikotinových sáčků. Dostupný je také nikotin ve formě náhradní nikotinové terapie (náplasti, pastilky, žvýkačky, sprej), který se používá při léčbě závislosti na nikotinu. O formách nikotinové substituce bude dále pojednáno v kapitole o farmakoterapii závislosti na tabáku.

### 3.2 Komerční a spotřební výrobky

Tabákovým výrobkem je podle zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích, takový výrobek, který může být užíván a obsahuje neupravený nebo zcela či zčásti geneticky upravený tabák. Vyhláškou č. 261/2016 Sb., o tabákových výrobcích, jsou v ČR definovány druhy tabákových výrobků a jejich členění na skupiny a podskupiny ((Mravčík et al. 2021, str. 18). Mezi tyto výrobky patří cigarety, doutníky a doutníčky, tabák určený k ručnímu balení cigarety, tabák dýmkový, tabák určený do vodní dýmky, tabák šňupací, žvýkací a určený k orálnímu užití).

Cigarety jsou nejrozšířenějším typem tabákového produktu. Jsou vyráběny z tabákových listů, které jsou sušeny, fermentovány a následně baleny do papírových obalů s filtrací. V České republice se cigarety prodávají v různých baleních, od menších krabiček s deseti cigaretami až po krabičky obsahující 20 cigaret. Obsahují kouř, který vzniká při hoření tabáku. Užívání cigaret probíhá inhalací tabákového kouře zapálené cigarety. Cigarety mohou mít různé obsahy nikotinu a dalších látek, jako jsou těkavé organické sloučeniny nebo karcinogenní látky, které se uvolňují při kouření, udává se, že jedna cigareta obsahuje až 4000 druhů chemických sloučenin. (Králíková et al, 2013). V České republice je prodej cigaret omezen na osoby starší 18 let a jsou zahrnuty do zákona o ochraně veřejného zdraví, který mimo jiné reguluje způsob balení a označování (Mravčík et al. 2021).

Doutníky a doutníčky jsou dražším typem tabákového produktu, který se vyrábí z celých listů tabáku a je balen do dřevěných nebo kovových krabiček. Doutníky obsahují většinou mezi 1,3-2,5 g tabáku, některé velké až 17 g tabáku. Podléhají stejné legislativě jako cigarety. Uživatelé doutníků tabákový kouř zpravidla neinhaliují, ale Kráčíková (et al, 2013) varuje nad situací, kdy uživatelé cigaret přecházejí k užívání doutníků a tabákový kouř inhaliují.

Podle zprávy o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích (Mravčík et al. 2021) je většina současných kuřáků tabáku kuřáky cigaret a i když meziročně tento podíl klesl, jedná se o 94 % v r. 2020. Míra kouření ostatních tabákových výrobků v ČR (dýmky, doutníky, doutníčky, vodní dýmky) je na nižší úrovni – v souboru současných kuřáků uvedlo 3,4 % kouření dýmky, 4,6 % kouření doutníků nebo doutníčků bez příchuti, 4,4 % kouření doutníků nebo doutníčků s příchutí a 9,3 % užívání vodní dýmky (Csémy et al., 2019; Csémy et al., 2021).

obrázek 1-1: Schematické rozdělení alternativních nikotinových výrobků, které nespalují tabák

	Na bázi čistého nikotinu	Na bázi tabáku
Nezahřívané	<p><b>náhradní terapie nikotinem</b> (náplasti, žvýkačky, pastilky, ústní/nosní sprej), nikotinové sáčky</p>	<p><b>bezdýmny tabák</b> porcovaný tabák, snus</p>
Zahřívané	<p><b>elektronické cigarety</b> (vapování liquidů na bázi vody/alkoholu)</p>	<p><b>zahříváný tabák</b> HTP - Heated Tobacco Products (IQOS, GLO)</p>

Zdroj: poskytnuto Společností pro léčbu závislosti na tabáku

Zdroj: Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích (Mravčík et al., 2021)

Kromě klasických cigaret a tabáku jsou nyní dostupné tzv. alternativní nikotinové výrobky. Pro přehlednost uvádím schématické rozložení ze zmíněné zprávy. Pro zjednodušení budou blíže uvedeny pouze produkty relevantní pro tuto práci a její praktickou část: elektronické cigarety, zahříváný tabák a nikotinové sáčky.

Elektronické cigarety jsou relativně novým typem produktu, který se stává stále populárnějším. Elektronická cigareta (e-cigareta) je zařízení, které nepoužívá tabák, ale zahřívá tekutou náplň s obsahem nikotinu i bez (tzv. e-liquid), čímž vytváří aerosol (páru), která připomíná klasický cigaretový kouř. Hlavními složkami náplně jsou glycerol, propylenglykol, dále tyto náplně obsahují nikotin (Mravčík et al., 2021). Při použití e-cigaret se e-liquid ohřívá a produkuje se pára, kterou uživatel inhaluje. E-cigarety jsou regulovány vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 37/2017 Sb., o elektronických cigaretách, náhradních náplních do nich a bylinných výrobcích určených ke kouření (Mravčík et al., 2021, str.20-21). E-cigarety jsou využívány i jako prostředek při odvykání kouření a jako prostředek harm-reduction u dlouholetých uživatelů tabáku (Králiková et al., 2013; Králiková, 2021). Problematické může být užívání e-cigaret mezi nezletilými, některé výzkumy tvrdí, že užívání bezdýmých forem tabáku může vést k užívání tabáku (Haddock et al., 2001). Přístupy k e-cigaretám jsou odlišné mezi politikami jednotlivých zemí – ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska jsou e-cigarety více vnímané jako možný prostředek harm-reduction, oproti tomu v Austrálii, která propaguje přístup k tabáku ve smyslu end game jsou e-cigarety a vapovací systémy spíše zakazované (Berridge et al., 2021).

Zahříváné tabákové výrobky (heated tobacco products), dále jako „zahříváný tabák“, rovněž vytváří aerosol zahříváním směsi na bázi glycerolu nebo propylenglykolu, ale tato směs obsahuje tabák a další příměsi a nachází se v krátké tyčince připomínající cigaretu. Zařízení na zahříváný tabák jsou nabízena především velkými tabákovými společnostmi, které financovaly technologický vývoj v této oblasti. V ČR jsou v současnosti k dispozici 3 značky těchto výrobků – IQOS, Glo a Pulze. Jedna náplň obsahuje 0,3 mg, 0,5 mg, 0,7 mg nikotinu (podle typu výrobce), což je přibližně stejné až poloviční množství nikotinu, které se do těla dostane při vykouření jedné klasické cigarety (Mravčík et al., 2021, str. 21-22). Existují studie, které srovnávají rizikovitost zahříváného tabáku v porovnání s klasickým tabákem a jeho produkty, tyto studie předkládají, že celková rizikovitost a škodlivost v porovnání s cigaretami je nižší. Některé z těchto výzkumů může financovat tabákový průmysl. Tabáková lobby je dále aktivní v propagaci těchto produktů, které pro jednotlivé společnosti představovali nemalé investice do vývoje technologie (tamtéž).

Nikotinové sáčky jsou poměrně novou kategorií výrobků, které obsahují nikotin bez tabáku. Jsou to malé porcované sáčky (podobně jako u porcovaného orálního nebo žvýkacího tabáku), ale místo mletého nebo řezaného tabáku jsou naplněny směsí obsahujícím nikotin. Neobsahují tabákově specifické nitrosaminy. Jsou dostupné v různých příchutích s různým obsahem nikotinu. Běžně dostupné nikotinové sáčky obsahují v 1 ks cca 5–50 mg nikotinu (Mravčík et al. 2021, str. 24).

Vzhledem k tomu, že jsou nikotinové sáčky poměrně novým výrobkem, je jejich regulace problematická a v současné době zavedena novelou zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích, podle zákona by Ministerstvo zdravotnictví mělo vyhláškou dále upravit požadavky na jejich složení, vzhled, jakost a vlastnosti a na jejich označování a způsob, lhůty a rozsah oznamovací povinnosti, k čemuž zatím nedošlo (tamtéž).

#### 4. Epidemiologie užívání tabáku, tabákových a nikotinových výrobků v České republice

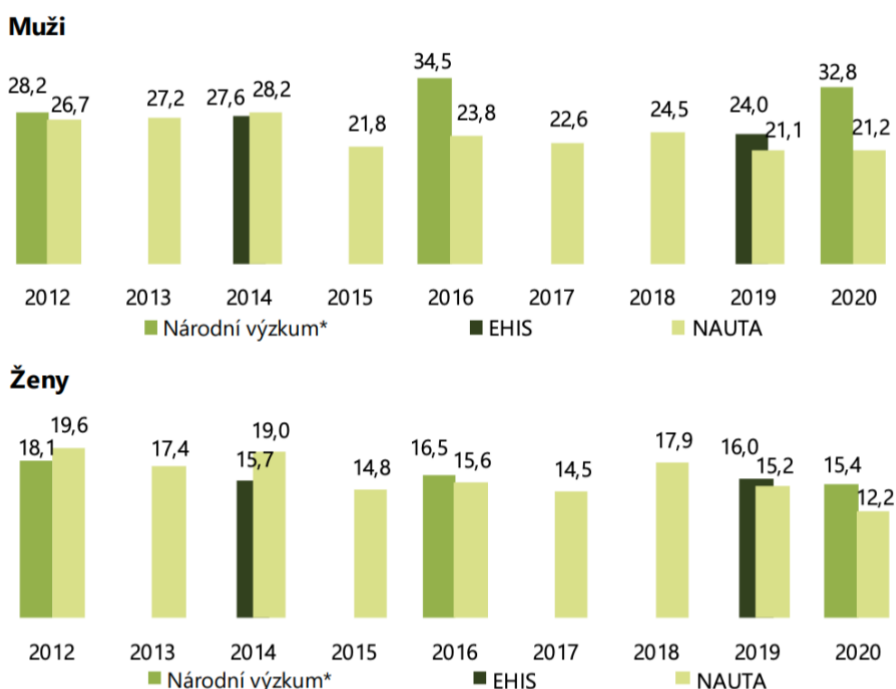
Užívání tabákových výrobků, je v České republice rozšířeným fenoménem – zastoupení kuřáků v dospělé populaci je mezi 30-40 %, což odpovídá třetině celkové populace. Denních kuřáků je 20 % (Chomynová et al., 2022). Přestože Csémy (et al., 2021), pozorují od roku 2012 trend snižování prevalence výskytu kuřáctví (graf níže), současných kuřáků je podle jejich výzkumu v české populaci 23,1 %. Současně s poklesem kouření klasických cigaret dochází v posledních letech k nárůstu míry užívání e-cigaret a zahříváných tabákových výrobků. Nárůst míry současného i denního užívání e-cigaret byl zaznamenán mezi muži i ženami a ve všech věkových skupinách, přičemž k největšímu nárůstu došlo mezi osobami ve věku 15–24 let a 25–34 let. Zkušenost s e-cigaretami v životě uvádí cca 18 % lidí (mírně více mužů než žen). Užívání e-cigaret v posledních 30 dnech uvádí kolem 5 % dospělé populace (mírně více mužů než žen), nejvíce

ve věkové skupině 15–24 let (10 %). Denní užívání e-cigaret uvádí cca 2 % populace starší 15 let (6 % ve věku 15–24 let) (Mravčík et al. 2021, str. 10.).

Podle Csémyho a Fialové učinila v roce 2016 třetina všech kuřáků pokus přestat kouřit (Csémy & Fialová, 2016), v roce 2020 to byla více než čtvrtina kuřáků (26,2 %) (Csémy et al., 2021). V roce 2016 bylo pouze 30,6 % lékařem doporučeno přestat (Csémy & Fialová, 2016) - oproti tomu v letech 2019 a 2020 se množství osob, kterým bylo doporučeno přestat kouřit zvýšilo a pohybuje se okolo 35 % (35,6 % v roce 2019, a 34,8 % v roce 2020) (Csémy et al., 2021).

Necelá třetina bývalých kuřáků uvádí, že nekouří po dobu 5 a méně let (28,8 %), jsou to tedy nekuřáci, kteří mohli být ovlivněni protikuřáckými opatřeními v posledních letech. V porovnání s rokem 2019 (35,6 %) je množství osob, kterým lékař doporučil přestat kouřit, téměř shodné (34,8 %) (Csémy et al., 2021). Podle Králikové (et al., 2013), je předpokladem úspěšné léčby rozhodnutí nebo přání přestat. Dále doporučuje motivaci těch, kteří nemají zájem o zanechání kouření, a jasné doporučení přestat každým zdravotníkem, který zjistí kuřáckou anamnézu.

graf 5-2: Trendy v prevalenci denního kouření v dospělé populaci (starší 15 let) podle pohlaví – srovnání studií z l. 2012–2020, v %



Pozn.: \*Výsledky Národního výzkumu 2012 se vztahují k populaci ve věku 15–64 let; otázka zahrnuje pouze denní kuřáky (kouření 7krát týdně). V l. 2016 a 2020 je do srovnání použita kategorie „denní nebo téměř denní“ kouření (tj. kouření 5–7krát v týdnu), a to z důvodu srovnatelnosti výsledků studií, neboť ve studii NAUTA je sledováno právě denní nebo téměř denní kouření.

Zdroje: Chomynová (2013), Chomynová a Mravčík (2018), Chomynová a Mravčík (2021), Daňková (2016), Český statistický úřad (2021a), Csémy a kol. (2020), Csémy a kol. (2021)

Zdroj: Zpráva o tabákových a nikotinových výrobcích v ČR (Mravčík et al., 2021).



## 5. Závislost na tabáku

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí - 3. vydání 10. revize se syndrom závislosti na tabáku se řadí mezi duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Diagnóza F17.2 - syndrom závislosti na tabáku je definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance. (MKN – 10, 1993). Aby bylo možné určit diagnózu syndromu závislosti, musí uživatel splňovat alespoň tři z těchto znaků, které se vyskytly v posledním roce (WHO, 1992). Mezi tyto stavy patří touha užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, upřednostňování drogy před jinými aktivitami a závazky, zvýšená tolerance a odvykací stav (MKN - 10., 1993).

Definici závislosti na tabáku můžeme nalézt rovněž v 5. revizi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace. DSM-V definuje závislost na tabáku (tobacco use disorder) podle 11 symptomů ve třech skupinách (A, B, C): Skupina A: Tabák je užíván ve větším množství a déle, než bylo plánováno: neúspěšná snaha přestat užívat nebo redukovat užívání tabáku, nadměrné množství času věnované získávání nebo užívání tabákových výrobků, nutková potřeba užívat tabák, nesplnění povinností nebo závazků kvůli užívání tabáku, další užívání tabáku i přes nepříznivé sociální nebo společenské dopady, vynechání sociálních, pracovních nebo rekreačních aktivit ve prospěch užívání tabáku, užívání tabáku v rizikových situacích, další užívání tabáku i přes vědomí fyzických nebo psychických problémů přímo tím způsobených. Skupina B: Tolerance nikotinu, což se projevuje: potřebou stále vyšších dávek nikotinu k dosažení žádoucího účinku. A skupina C: Abstinenční příznaky po vysazení tabáku, což se projeví: objevením abstinenčních příznaků typických pro nikotin, vyšší potřebou nikotinu nebo jiného substitučního léku k potlačení abstinenčních příznaků (APA, 2013; Králíková et al., 2022). Přehledněji je seznam příznaků zobrazen v následující tabulce.

<p><b>A: Tabák je užíván ve větším množství a déle, než bylo plánováno.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Neúspěšná snaha přestat užívat nebo redukovat užívání tabáku.</li> <li>2. Nadměrné množství času věnované získávání nebo užívání tabákových výrobků.</li> <li>3. Nutková potřeba užívat tabák.</li> <li>4. Nesplnění povinností nebo závazků kvůli užívání tabáku.</li> <li>5. Další užívání tabáku i přes nepříznivé sociální nebo společenské dopady.</li> <li>6. Vynechání sociálních, pracovních nebo rekreačních aktivit ve prospěch užívání tabáku.</li> <li>7. Užívání tabáku v rizikových situacích.</li> <li>8. Další užívání tabáku i přes vědomí fyzických nebo psychických problémů přímo tím způsobených.</li> </ol>
<p><b>B: Tolerance nikotinu, což se projevuje:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Potřebou stále vyšších dávek nikotinu k dosažení žádoucího účinku.</li> </ol>
<p><b>C: Abstinenční příznaky po vysazení tabáku, což se projeví:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Objevením abstinenčních příznaků typických pro nikotin.</li> <li>11. Vyšší potřebou nikotinu nebo jiného substitučního léku k potlačení abstinenčních příznaků.</li> </ol>

Zdroj: Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku (Králíková et al., 2022).

Závislost na tabáku obsahuje dvě složky – složku fyzické závislosti na nikotinu a složku psychosociální/behaviorální (Králíková in Kalina, 2015). Ačkoliv 75-85 % kuřáků si přeje přestat, a jedna třetina během svého života učiní alespoň 3 významné pokusy, méně než polovina kuřáků skutečně uspěje a přestane kouřit před dovršením 60 let, což může být způsobeno komplikacemi provázející odvykání o tabáku a zátěží v podobě stresu (Cosci et al., 2011). Jednou z těchto komplikací může být odvykací stav po vysazení nikotinu. Ten se může rozvíjet již po dvou hodinách od posledního užití tabákového nebo nikotinového výrobku. Příznaky odvykacího stavu popsal Hughes (1992) v Minnesotské škále nikotinových abstinenčních příznaků, a jsou následující: nutkání kouřit, depresivní nálada, podrážděnost, frustrace nebo zlost, úzkost, obtížné soustředění, neklid, zvýšená chuť k jídlu, obtížné usínání, potíže s časným probouzením.

## 6. Diagnostika závislosti na tabáku

Kromě diagnostických kritérií závislosti zmíněných výše lze použít při diagnostice závislosti například testovou metodu Škálu závislosti na cigaretách (Cigarette Dependence Scale, Etter et al., 2023) a dále Fagerströmův test závislosti na cigaretách. Byl vyvinut z Fagerströмова dotazníku tolerance tabáku (Fagerströme Tolerance Questionnaire), který má své kořeny v roce 1978. Tehdy nebylo užívání tabáku vnímáno jako závislost. To se změnilo až v roce 1988 vydáním publikace Závislost na nikotinu (Nicotine Addiction). V roce 1991 byl dotazník přejmenován na Fagerströmův test nikotinové závislosti a rozšířen. V roce 2012 byl dotazník přejmenován na Fagerströmův test cigaretové závislosti (Fagerströme Test for Cigarette Dependence). Karl Fagerströme pro toto přejmenování uvádí několik důvodů – zejména argumentuje tím, že závislost na tabáku je komplexní problém – nejde pouze o závislost na nikotinu, ale tato závislost má více faktorů a složek (Fagerströme, 2012). Používány jsou nyní oba dva názvy, otázky v testu zůstaly nezměněny. V této práci budu používat pojem Fagerströmův test nikotinové závislosti (FTNZ). Ačkoliv tento test má své

kritiky a limity, je podle Krejčího (2021) nejjednodušším a nejdostupnějším nástrojem pro rychlý screening. Podle Králíkové (et al., 2015) jsou pro posouzení míry závislosti nejdůležitější otázky zjišťující počet cigaret a čas první ranní cigarety – hodnotí, že podle testu je na cigaretách závislý člověk, který užívá 11-15 cigaret denně, a první cigaretu si zapálí do hodiny po probuzení.

Otázky Fagerströмова testu cigaretové/nikotinové závislosti jsou následující (Králíková in Kalina, 2015):

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

Maximální skóre testu je 10 bodů. Podle výsledného skóre je míra závislosti odstupňována do pěti následujících kategorií. Pacient skórující 0-2 body vykazuje velmi nízkou nebo žádnou závislost na nikotinu. Z klinické zkušenosti sem spadají uživatelé, u kterých převažuje psychosociální složka závislosti, a tento člověk bude mít slabé nebo žádné abstinční příznaky. Pacient s 3-4 body bude mít nízkou závislost a zde začíná hranice, kdy je již možné pacientovi doporučit náhradní nikotinovou terapii jako vhodnou léčbu. 5 bodů značí střední závislost, pacient s bodovým ziskem 6-7 bodů bude mít vysokou závislost a 8-10 bodů znamená pro pacienta velmi vysokou závislost. Doporučená intenzita náhradní nikotinové terapie se zvyšuje se skórem v testu. Pacient s více jak 8 body bude patrně vykazovat silné abstinční příznaky, které mu odvykací pokus budou výrazně komplikovat a patrně se neobejde bez vhodné farmakoterapie a podpory. (Heatherton et al., 1991; Králíková, 2004) Fagerströmův test nikotinové závislosti zde uvádím nejen pro celkový kontext diagnostiky závislosti, ale také proto, že byl využit v praktické části této práce a byl jako testová metoda použit v rámci dotazníku. Více o tom kapitole „Výzkumné nástroje“.

## 7. Odvykání od kouření a léčba závislosti na tabáku

Rozlišujeme zde dva pojmy – odvykání od kouření je širší pojem, který zahrnuje jakýkoliv postup vedoucí k zanechání kouření. Do těchto postupů spadá poradenství prostřednictvím telefonických linek, mobilních aplikací, informační letáky, příručky určené k odvykání svépomocí nebo krátké intervence. Léčba závislosti na tabáku probíhá ve formálním léčebném kontextu a je rozšířena o farmakoterapii zaměřenou na potlačení abstinčních příznaků a také o psycho-socio-behaviorální poradenství. Úspěšnost pokusů

zanechat kouření se liší podle podpory, kterou si daný kuřák vyžádá, podle Zprávy o tabáku má odvykání kouření bez asistence odhadovanou úspěšnost 3-5 %, léčba závislosti na tabáku formou psycho-socio-behaviorálního poradenství má odhadovanou úspěšnost přibližně 10 %, a pokud je doprovázena farmakoterapií, dokonce 30-35 %. (Mravčík et al., 2021; Králíková et al., 2015).

Zpráva o tabáku dále informuje, že pro intenzivní léčbu závislosti na tabáku jsou v ČR k dispozici 2 zdravotní výkony, jejichž úhradu si poskytovatel zdravotních služeb může nasmlouvat se zdravotními pojišťovnami (25501 - vstupní intervence, 25503 - kontrolní návštěva) (Mravčík et al., 2021). Podle vyhlášky č. 138/1998 Sb. náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta se specializovanou způsobilostí, se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou (Vyhláška č.138/1998 Sb, 1998).

Krátká intervence trvá do 10 minut a má tříbodové schéma – dotaz na kouření, intervenci (doporučení přestat a vysvětlení principu léčby) a předání kontaktů na telefonní linku nebo odborné centrum. Výhodou krátkých intervencí je jejich potenciálně široké populační pokrytí. Tato intervence vychází z Krátké intervence 5 A – Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange – ptát se, poradit, posoudit ochotu přestat, pomoci, plánovat kontroly (Fiore, 2000). Podle zákona má každý zdravotník povinnost krátkou intervenci při setkání s uživatelem tabákových nebo nikotinových produktů provést, nicméně Csémy et al. (2021), že doporučení přestat dostane asi jen každý třetí kuřák. Krátké intervence k odvykání kouření provádí podle odhadu z r. 2020 pouze polovina lékařů. Dlouhodobě se situace nelepší (Mravčík, et al. 2021; Králíková, 2022).

Podle Národního výzkumu (NAUTA) čtvrtina až třetina současných kuřáků se v posledních 12 měsících pokusila přestat kouřit. Většina pokusů je neúspěšných. Největší procentuální zastoupení těch, kteří se pokusili přestat, bylo ve skupině nejmladších kuřáků (15-24 let) a mezi respondenty s vysokoškolským vzděláním. S kouřením se častěji podařilo přestat respondentům ve věku 25-34 let, nejvyšší podíl neúspěšných pokusů je ve věkové skupině 45-54 let (Csémy et al., 2021). Jak již bylo uvedeno, podle jiných zahraničních výzkumů si až 75-85 % kuřáků přeje přestat, a jedna třetina během svého života učiní alespoň 3 významné pokusy, méně než polovina kuřáků skutečně uspěje a přestane kouřit před dovršením 60 let (Cosci et al., 2011). Nejčastěji se kuřáci pokouší přestat bez pomoci (76,0 % kuřáků nebo exkuřáků, kteří se pokoušeli přestat kouřit), 25,9 % použilo nikotinové náhražky z lékárny, 8,9 % přešlo na e-cigaretu a 3,8 % na zahřívání tabákové výrobky. Využití odborné pomoci při je při léčbě závislosti na tabáku stále okrajové – léčebný program odvykání kouření využilo pouze 1,8 % těch, kteří zkusili s kouřením přestat (Csémy et al., 2021).

## 8. Postupy při léčbě závislosti na tabáku a nikotinu

Jak bylo uvedeno výše, závislosti na tabáku zahrnuje psychosociální nebo psychobehaviorální závislost a fyzickou závislost na nikotinu – při léčbě je potřeba se věnovat oběma těmito složkám (Králíková in Kalina, 2015; Kráčíková et al., 2022). Při léčbě psychosociální/behaviorální závislosti je důležitá psychobehaviorální intervence jejímž cílem je pomoci pacientovi s plánem odvykání, stanovení dne D (den kdy uživatel tabákových/nikotinových výrobků zanechá užívání), nekuřáckého prostředí, zajištění sociální podpory okolí, jak se vyrovnat s abstinenčními příznaky v začátcích odvykání, edukace a doporučení farmakoterapie, hledání nekuřáckých řešení pro kuřácké situace, nabídka podpory a návazných intervencí (Kráčíková, 2013, str. 381). Lindson-Hawley et al., (2016) provedli randomizovanou kontrolovanou studii, z které vyplývá, že úspěšnější v zanechání jsou ti kuřáci, kteří přestanou naráz, oproti těm, kteří přestávají postupně, což potvrzují i další autoři (Klemperer et al., 2016). Je vhodné zařadit motivační rozhovory (Lindson et al., 2019; Soukup, 2014), pracovat s motivací podle kola změny (Prochaska et al., 1992; 1992; Prochaska & Norcross, 2001; 2007; Prochaska & DiClemente, 1982; 2003; Kráčíková et al., 2022). Důležitá je při léčbě závislosti na tabáku také farmakoterapie – podle Kráčíkové (et al., 2013) jsou léky první linie náhradní nikotinová terapie (NNT), vareniklin a bupropion. Podle nedávné studie Tondsada (et al., 2020) je užívání vareniklinu jako prostředku k zanechání kouření bezpečné pro všechny dospělé. Někteří autoři (Hájek, et al., 2013; Prochaska et al., 2013) informují také o možnosti využití cytisinu, jako farmaka pomáhajícímu k zanechání kouření, v doporučeních se k nim přidává i Kráčíková (et al., 2022), neboť je cytisin nyní dostupný i České republice.

### 8.1 Farmakologická léčba závislosti na tabáku

Farmakologická léčba závislosti na tabáku je trojího typu – substituční, léčba farmaky blokující acetylcholinové receptory a léčba antidepressivy. Léčba substituční je léčba prostředky náhradní nikotinové terapie. Při této léčbě je potřeba správně stanovit dávku substituovaného nikotinu, která je odvislá od dávek nikotinu přijímaného v tabákových nebo jiných produktech. Na základě výpočtu denní dávky se nastavuje denní dávka nikotinu obsažená v náhradní nikotinové terapii (Pavlovská & Minařík in Kalina, 2015, Kráčíková et al., 2022). Náhradní nikotinová terapie nebo také nikotinová substituční terapie se aplikuje několikerým způsobem – jeden ze způsobů aplikace je transdermální, odvykající používá náplasti obsahující nikotin. Náplasti se lepí na suché, neochlupené místo, a místa je potřeba střídat, aby se předcházelo rozvoji kožních problémů. Nikotin se postupně uvolňuje do těla po dobu 16 h nebo 24 h podle typu náplasti a výrobce. Dále se náhradní nikotinová terapie užívá orálně, zde má odvykající více možností – v této formě je nikotin dostupný ve formě spreje, žvýkaček, orodispergovatelých filmů. Poslední jmenovaná forma není aktuálně v České republice dostupná. U tohoto typu terapie, je klíčové, aby byla nastavena vyhovující

dávka nikotinu, která pokryje potřebu odvykacího, a následně je potřeba, aby odvykací substituci začal postupně snižovat. Byly popsány případy, kdy nedošlo k vysazení NNT, a závislý pokračoval v užívání nikotinu ve formě žvýkaček nebo spreje (hledej: případy závislosti na NNT). Výhoda tohoto typu terapie je, že není vázaná na lékařský předpis a je volně dostupná. Nevýhodou může být subjektivně vnímaná vyšší cena léčby, a problém s nastavením dávky a vysazením, pokud odvykací tak činí bez odborné konzultace (Králíková et al., 2013; Kráčíková et al., 2022) Podle zprávy o tabáku byly v r. 2020 do lékáren distribuovány přípravky náhradní terapie nikotinem v množství odpovídajícím 2,9 mil. doporučených denních dávek, což při 12týdenní léčbě odpovídá cca 239 tis. epizodám odvykání. (Mravčík et al., 2021).

Kromě substituce nikotinem lze závislost na nikotinu léčit vareniklinem nebo cytisinem. Vareniklin je první parciální antagonist acetylcholinových (nikotinových) receptorů, což znamená, že má afinitu ke stejným místům v mozku jako nikotin. Při užívání tohoto léčiva jsou receptory kuřáka obsazeny vareniklinem a dochází k tomu, že u kuřáka/uživatele nikotinu klesá touha užívat tabák/nikotin, spojená s tím, že užívání tabáku nadále nepředstavuje užitek. Odvykací začne užívat lék, po sedmi dnech užívání je nastolena hladina léku a kuřák přestává spontánně kouřit (užívat nikotin). Stejně jako u nikotinové substituce, i zde se doporučuje užívat prostředek 3-6 měsíců a následně lék vysadit. (Kráčíková et al., 2013; Kráčíková et al., 2022) V r. 2020 byl do lékáren v ČR distribuován vareniklin (pod komerčním názvem Champix) v množství odpovídajícím cca 197 tis. doporučených denních dávek vareniklinu, což při doporučené léčbě v délce 12 týdnů odpovídá cca 2,3 tis. epizodám odvykání kouření. NTN ani vareniklin nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění (Mravčík et al., 2021).

Další z používaných léků je zmiňovaný cytisin. Prochaska (et al., 2013) přináší informace, že byl známý a používaný ve střední a východní Evropě dávno před tím, než začala být léčba závislosti v západních zemích téma. Cytisin je látka obsažená v rostlině *Cytisum laburnum* – štědrince odvislého, v středoevropských reáliích lépe známého jako zlatý dešť. Účinky jsou obdobné jako účinky vareniklinu, cytisin se rovněž váže na alfa4beta2 acetylcholinové nikotinové receptory, a při dalším užívání nikotinu zabraňuje vyplavení dopaminu, tudíž pro uživatele nikotinu nedochází k zamýšlenému požitku. V České republice je dostupný pod názvem Defumoxan od roku 2020 (Kráčíková et al. 2022), nicméně data o užívání tohoto prostředku v rámci léčby závislosti na tabáku neuvádí ani souhrnná zpráva o tabáku. Na rozdíl od vareniklinu (Champixu) je v lékárnách volně dostupný. Cena Defumoxanu je oproti ceně Champixu nižší. Cena za 100 tablet defumoxanu (dávka na 25 dní) se pohybuje mezi 749–839,-, oproti tomu startovací balení 28 tablet Champixu na 28 dní stojí okolo na 1500,-. Další balení na dva měsíce (56 tablet) stojí okolo 3000,-. O tom, že cytisin je finančně dostupná léčba a z ekonomického hlediska výhodnější se shodují i zahraniční autoři (Cahill, 2013; Leaviss et al., 2014 (Prochaska et al., 2013).

Posledním léčivem využívaným při léčbě závislosti na tabáku je antidepresivum bupropion. Mechanismus účinku tohoto léku na zanechání kouření není zcela znám (Mravčík et al., 2021). Lék je vázán na lékařský předpis.

## 9. Tabákové produkty a harm reduction

Harm reduction v oblasti tabákové problematiky může být kontroverzní téma, a přístupy k němu se mohou lišit, jak již bylo uvedeno na příkladu Austrálie a Velké Británie. Podle Národního výzkumu 2020 (Csémy et al., 2021) je pro uživatele klasického tabáku a cigaret možným řešením snížení škod způsobených tímto užíváním přechod na alternativní nikotinové a tabákové výrobky. Tato varianta snížení zdravotních rizik a celkové škodlivosti na zdraví je doporučovaná těm kuřákům, kteří mají v anamnéze opakované neúspěšné pokusy přestat tabák užívat, a to ani svépomocí a ani s odbornou pomocí. Právě menší škodlivost pro zdraví a omezení spotřeby klasických cigaret patří k hlavním důvodům, proč lidé užívají e-cigarety. Kromě e-cigaret však používání alternativních výrobků při odvykání kouření dosud není v ČR součástí formálních doporučených postupů. (Csémy et al., 2021; Králíková et al., 2013; Králíková et al., 2022).

## 10. Zařízení poskytující intervence zaměřené na léčbu závislosti na tabáku

Jak bylo zmíněno výše, třetina kuřáků se snaží každoročně zanechat kouření – z toho tři čtvrtiny bez odborné pomoci, čtvrtina k tomu využila volně dostupné prostředky NNT z lékáren (Csémy et al., 2021). Míra úspěšnosti léčby závislosti na tabáku se podle Králíkové, Česky, Pánkové et al (2015) odvíjí od míry odborné pomoci – odvykání kouření bez odborné asistence má úspěšnost pouze 3–5 %, léčba formou poradenství má přibližně 10 %, pokud je doprovázena farmakoterapií, tak 30–35 %.

Podle souhrnné zprávy o závislostech je léčba závislosti na tabáku v České republice převážně v rukou Center pro léčbu závislosti na tabáku. Celkový počet je 43 center. Tato centra jsou v rámci nemocnic, jsou to také ambulantní lékaři (200), specializované lékárny (300) a některé adiktologické programy. Síť center a lékařů garantuje Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT) (Chomynová et al., 2022; Rous et al., 2020).

Dále zpráva o závislostech (Csémy et al., 2021) uvádí, že zde, od roku 2016 funguje Národní linka pro odvykání 800 350 000 a související on-line poradna na webu [chciodvykat.cz](http://chciodvykat.cz), poskytují strukturovanou telefonickou a e-mailovou intervenci. Podporu v odvykání kouření poskytuje i řada dalších webů, Společnost pro léčbu závislosti na tabáku provozuje stránky [slzt.cz](http://slzt.cz) a Úřad vlády ČR stránky [koureni-zabiji.cz](http://koureni-zabiji.cz), na které odkazují povinná varování na krabičkách cigaret. Existuje také několik aplikací pro mobilní telefony.

Kuhlánek (2017) zmiňuje, že ačkoliv odvykání od kouření je adiktologické téma, a adiktologové mají plnou kompetenci, teoretickou i praktickou výbavu poradenství v oblasti tabáku poskytovat, jsou jen dvě adiktologické ambulance, které toto oficiálně nabízejí. Podle studie Sčítání adiktologických služeb 2020 (Janíková & Nechanská, 2021) třetina adiktologických služeb provádí orientační diagnostiku užívání tabáku, a 17 % poskytuje služby uživatelům tabáku.

## 11. Populace uživatelů návykových látek a léčba závislosti na tabáku v klinickém prostředí

Podle Národního výzkumu užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020 bylo v běžné populaci v České republice 23,1% kuřáků ve věku 15 let a více (Csémy et al., 2021, Mravčík et al., 2021). Mnozí další autoři uvádějí, že v adiktologických službách, je prevalence kuřáctví mezi klienty těchto služeb vyšší, než v běžné populaci (Guydish et al., 2016; Bao, 2009; Popov in Králíková, 2013; Csémy et al., 2021, Králíková et al., 2020).

Specifickou klientelou, která může čerpat intervence zaměřené na odvykání od tabáku jsou lidé závislí na jiných psychoaktivních látkách, kteří využívají některou z jiných adiktologických služeb. Populace závislých se oproti běžné populaci liší v prevalenci výskytu kuřáctví oproti běžné populaci. Jak bylo popsáno výše, zastoupení kuřáků v běžné populaci je třetina. Podle Guydishe (et al., 2016) je to mezi klienty programů léčby závislosti dvakrát až čtyřikrát více než je tomu v běžné populaci. Také Bao (2009) ve své studii mezi klienty adiktologických služeb, kteří vykazovali syndrom závislosti na opiu, udává, že 99,4 % z nich má nějakou historii užívání tabáku a 67,2 % vykazuje podle Fagerströмова testu nikotinové závislosti vysokou závislost. Dále například Popov (in Králíková, 2013) uvádí, že počet kuřáků mezi klienty programů pro léčbu závislosti na alkoholu je 80-90 %. Králíková (et al., 2020) v přehledovém článku uvádějí, že zastoupení kuřáků v adiktologických službách je více než 90 %.

Přestože například Prochaska (2004) uvádí, že intervence zaměřená na zanechání kouření během léčby závislosti je spojována až s o 25 % větší pravděpodobností dlouhodobé abstinence od primární drogy a Apollonio (et al., 2016) potvrzují výše uvedené a dodávají, že zanechání kouření společně s abstinencí od primární drogy může také zlepšit psychické zdraví, není společné odvykání natolik rozšířené. Podle studie v terapeutických komunitách 64 % komunit v ČR intervenci zaměřenou na odvykání od tabáku neposkytuje, neboť ji nepovažuje za zásadní ve vztahu k primární závislosti (Králová, 2020). Jak bylo uvedeno výše podle studie Sčítání adiktologických služeb 2020 (Janíková & Nechanská, 2021) třetina adiktologických služeb provádí orientační diagnostiku užívání tabáku a 17 % poskytuje služby uživatelům tabáku. Králíková (2020), Krejčí (2021) i Králová (2020) se shodují na



tom, že za tím může být neochota nebo nevíra adiktologických a zdravotnických pracovníků v důležitost takové intervence. Kulháněk (2017) uvádí, že do programu odvykání od tabáku jsou zapojené pouze dvě adiktologické ambulance a adiktologové často užívání tabáku svých klientů bagatelizují, neoslovují je a nechávají klientům jako “poslední slast”.

V zahraničních případech dobré praxe i v odborných publikacích se můžeme setkat s přístupem, který je odvykání od tabáku více nakloněný. Americká plicní asociace nabízí programy léčby závislosti obyvatelům využívající ubytování pro znevýhodněné občany (American Lung Association, 2017). Velmi progresivní jsou programy Mayo Clinic Nicotine Dependence Centre, kde jsou nabízeny individuální i skupinové programy léčby závislosti, konzultace poskytované online i osobně v zařízení, také nabízejí až osmidenní rezidenční léčbu v nekuřáckém prostředí kliniky (Hurt et al., 2017). Prochaska (2004) uvádí, že intervence zaměřená na zanechání kouření během léčby závislosti je spojována až s o 25 % větší pravděpodobností dlouhodobé abstinence od primární drogy a Apollonio (et al., 2016) potvrzují výše uvedené a dodávají, že zanechání kouření společně s abstinencí od primární drogy může také zlepšit psychické zdraví, není společné odvykání natolik rozšířené. Rezidenční pobyt zaměřený na odvykání od tabáku není v České republice dostupný. Bahnam & Gilboddy (2010) provedli výzkum zaměřený na léčbu závislosti psychiatrických pacientů, a jejich zjištění bylo, že i pro psychiatricky nemocné pacienty je efektivní stejný druh léčby závislosti na tabáku, který funguje na běžnou populaci a léčba závislosti přinejmenším nezhoršila jejich psychický stav. Také Cooney (et al., 2015) realizoval analýzu ambulantně docházejících klientů se závislostí na alkoholu, kterým byla současně poskytnuta léčba závislosti na tabáku a souběžnou léčbu označuje za efektivní. Randomizovaná studie zaměřená na odvykání od tabáku a léčbu syndromu závislosti mezi ambulantními pacienty potvrzuje, že společná léčba nezhoršuje vyhlídky na abstinenci, která naopak může být podpořena (Winhusen et al., 2014).

## 12. Evaluace potřeb klientů

Podle Světové zdravotnické organizace (2000) se někteří činitelé zodpovědní za tvorbu a plánování příslušných koncepcí spíše spoléhají na osobní zkušenost, názory a reference než na data z výzkumů nebo publikované studie. To má za následek nepoměr ve vývoji a řízení léčebných služeb a podporu intervencí s problematickou efektivitou a účinností (WHO, 2000, str. 8).

Potřebu lze podle Witkin & Altshuld (1995) popsat jako rozpor mezi současným stavem toho, co je, a toho, co bychom si přáli, nebo co bychom chtěli. Potřeba není ani v současnosti, ani v budoucnosti – je to ta mezera mezi těmito stavy. Pojem evaluace Světová zdravotnická organizace (2000) definuje jako prostředek pro získání zpětné vazby ohledně

programu/intervence. Cílem evaluace tedy vytvořit a udržet efektivní a účinné programy/intervence (WHO, 2000). Informace získané evaluací mohou být využity při rozhodování o tom, jak program/intervenci vylepšit, zda ji rozšířit či naopak zcela opustit a zavrhnout (EMCDDA, 1998). Analýza potřeb tedy zjišťuje, co by si klienti mohli přát, nebo co by chtěli jinak ve vztahu k danému zařízení.

V evaluační studii lze použít Likertovy škály. Likertovy škály nebo také stupnice, pojmenované po svém autorovi jsou technikou nekomparativního škálování a jsou jednorozměrné (zkoumají kvalitu pouze jednoho znaku), používají se v dotaznících k získání údajů o míře shody s výrokem. Respondent na škále od 1 do 5 nebo od 1 do 10 posuzuje, nakolik souhlasí s daným tvrzením (Bertram, 2007). Přestože Likertovy škály a jejich používání ve výzkumu má svá úskalí (Jamieson, 2004; Kuzor et al., 1996), je možné najít i autory, kteří jejich použitím provázejí (Harpe, 2015). Podle Bertrama (2007) jsou přednostmi Likertových škál jejich jednoduché sestavení, vysoká pravděpodobnost spolehlivosti této škály, a jednoduchost pro participanty – je snadné je pochopit a vyplnit. Jako nevýhody tohoto systému udává možné zkreslení odpovědní účastníky, kteří se mohou snažit vyhnout extrémním hodnotám v odpovědi, dále může být zkreslený souhlas s výrokem – účastníci mohou souhlasit s výrokem za účelem „potěšit“ výzkumníka a stejně tak může dojít ke zkreslení odpovědí ve snaze vyličít se ve více žádoucím světle. Problematická může být také nedostatečná reprodukovatelnost, a může být obtížné prokázat platnost – zůstává otázkou, zdali je skutečně měřeno to, co bylo zamýšleno měřit.

### 13. Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov

Na základně výše uvedených dat lze předpokládat, že i Denním psychoterapeutickým sanatoriu Ondřejov je mezi klienty Oddělení pro léčbu závislostí odhadem 80-90% zastoupení uživatelů tabáku a dalších tabákových výrobků, přestože výzkum na toto téma zde nebyl realizován. Stejně tak nebylo realizováno mapování potřeb klientů. Během programu Denního stacionáře je klientům poskytnut edukační program o tabáku, v rámci kterého probíhá diagnostika závislosti na tabáku, a kuřákům je doporučeno přestat kouřit, dále dostávají informace ohledně možností léčby. Je jim mimo jiné nabídnuta intervence zaměřená na odvykání od tabáku prováděná adiktologem přímo v tomto zařízení. Nicméně toto není oficiální program, který by byl inzerován na webových stránkách, je určen pro již stávající klienty Oddělení pro léčbu závislostí a jeho zařazení do programu je nepravděelné. Klientům doléčovacích skupin, motivační skupiny nebo klientům v individuální terapii není tato intervence systematicky nabízena

Denní psychoterapeutické sanatorium „Ondřejov“, s.r.o. je zařízení věnující se klientům v oblasti duševního zdraví. Zařízení vzniklo v roce 1986, zakládal jej MUDr.

Martin Jarolímek, který byl po léta jeho vedoucím a majitelem. V roce 2010 se provoz přestěhoval do vily v Hodkovičkách. Počátkem roku 2020 sanatorium získalo nové majitele a primářem se stal MUDr. Michal Risler. Během minulého podzimu zařízení opět změnilo majitele a DPS Ondřejov nyní patří pod holding AKESO.

V sanatoriu fungují dvě klinická oddělení – Centrum pro komplexní léčbu psychóz a Oddělení léčby závislosti. Kromě klinických provozů v zařízení funguje Sociální oddělení a své místo zde mají i ambulance psychiatrů, sesterna, provozní oddělení a vedení a v neposlední řadě arteateliér. Počet zaměstnanců je mezi 30-35 lidmi.

Centrum pro komplexní léčbu psychóz nabízí program denního stacionáře, podpůrné, růstové, psychoterapeutické skupiny a nabízí i individuální psychoterapii a poradenství. Sociální oddělení pomáhá klientům v praktických záležitostech, vyjíždí s nimi do terénu, provozuje byty chráněného bydlení pro klienty s psychotickým onemocněním a také zajišťuje chráněná pracovní místa pro klienty. Ambulance psychiatrů zajišťuje psychiatrickou léčbu, mnoho klientů v jejich péči dochází na aplikaci depotních injekcí. Vedení a provoz zajišťuje chod zařízení z praktického hlediska, zodpovídá také za propagaci a web. Arteateliér pracuje s klienty arteterapeutickými prostředky.

Oddělení pro léčbu závislosti poskytuje léčbu klientům závislým na alkoholu, lécích nebo gamblingu (klienty s problematikou užívání jiných drog doporučuje do jiných zařízení) a nabízí jim program denního stacionáře, doléčovací program, motivační skupinu a individuální poradenství a psychoterapii. Na oddělení závislosti pracují 4 zaměstnanci – vedoucí oddělení – adiktolog, adiktoložka, psychožka a psycholog. Těžiště práce je ve skupinové a individuální psychoterapii. Na Oddělení léčby závislostí v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov docházejí klienti, u kterých převažují diagnózy syndromu závislosti na alkoholu, lécích a patologickém hráčství. V tuto chvíli nejsou známa data o zastoupení kuřáků mezi těmito klienty, ale patrně budou korelovat s poznatky autorů výše – kuřáků je mezi klienty převážná většina. Přestože je zde velké zastoupení populace kuřáků, není jim systematicky poskytována pomoc, nejsou ani dostupné informace ohledně souvislosti s mírou závislosti na tabáku/nikotinu a ochotě či zájmu přestat kouřit, nebo čerpat nějakou intervenci zaměřenou na odvykání od tabáku v době léčby jiného závislostního problému nebo poté. Ukazuje se potřebnost evaluace potřeb klientů (WHO, 2000) v této oblasti s cílem zlepšení intervence, matchingu potřeb a doporučení vhodné léčby.

Denní stacionář je program komplexní léčby závislosti v celkové délce 6 týdnů. Před začátkem léčby musí klient absolvovat vstupní pohovor, kde je zhodnocen jeho současný stav a vhodnost tohoto typu léčby. Před začátkem programu dochází klient po dobu týdne každý den v 8:00 na dechovou zkoušku, aby byla prověřena jeho schopnost abstinovat a zároveň motivace do služby docházet. Před začátkem léčby musí klient přinést indikaci do léčby od psychiatra, sepsaný životopis v rozsahu 6 stran, individuální plán léčby, základní údaje o osobě a podepisuje terapeutický kontrakt.

Program denního stacionáře začíná v 8:30 příchodem na oddělení, klienti odevzdávají deníky, které mají povinnost psát během léčby. V 9:00 začíná ranní komunita, kde se schází klienti a terapeutická dvojice, která vede skupinu. Během komunity klienti sdílejí zážitky z minulého dne, aktuální náladu, mohou říct, zdali mají téma do skupiny. V závěru komunity jeden z klientů „přednese nástěnku“, což je pětiminutové představení nějakého zájmu, koníčku, kterým může inspirovat ostatní klienty a terapeutický tým. V 10:00 pokračuje program terapeutickou skupinou v rozsahu 90 minut. Obsah skupiny je ponechán na aktuální potřebě klientů. Mezi 11:30-12:30 je pauza na oběd. Ve 12:30 začíná odpolední program, který vede zpravidla jiný terapeut nebo terapeutka než dopolední program. V pondělí to jsou neverbální techniky, v úterý osa života, ve středu edukace, ve čtvrtek tematická skupina. Program „neverbální techniky“ využívá různé techniky pro skupinovou práci k seznámení členů skupiny, stmelení, zmapování míry závislosti a motivace do léčby, ale i arteterapeutické techniky. Při programu osa života je pracováno s osobním a životním příběhem konkrétního klienta. Edukace pokrývají oblasti rozvoje a vzniku závislosti, diagnostiky závislosti, prevence relapsu, emoční gramotnosti, asertivity, závislosti na tabáku, stresu, meditace a relaxace. Ve čtvrtek mají klienti v dopoledních hodinách arteterapii, kde například zpracovávají svůj autoportrét, sebe jako zvíře, vytváří skupinová díla zaměřená na spolupráci ve skupině, zobrazují svou rodinu, nebo prostřednictvím kreslení a malování meditují a relaxují. Ve čtvrtek odpoledne jsou tematické skupiny, kde klienti probírají postupně témata jako „co mi závislost/abstinence dala/vzala“, poskytují si posouvající a oceňující zpětné vazby, píšou terapeutické dopisy, atd. Po každém odpoledním programu následuje odpolední komunita, která je kratší než ranní komunita, kde klienti sdílí dojmy z prožitého dne a plány do zbytku dne. V pátek je program kratší a jeho součástí je rekapitulace uplynulého týdne. Víkendy tráví klienti v domácím prostředí. Jednou během šesti týdnů léčby ve stacionáři je realizován jednodenní společný výlet klientů a terapeutického týmu.

V rámci komunity klientů denního stacionáře mohou klienti zastávat několik rolí: role vedoucího komunity (vybírá ráno deníky, odevzdává je terapeutickému týmu, hlásí, kdo chybí, svolává klienty na dechové zkoušky, zavírá dveře, zhasíná, odpovídá za prostor stacionáře), nástěnkář (na ranních komunitách prezentuje 5 minut o svých zájmech), květinář, knihař (na rekapitulaci týdne prezentuje skupině knihu, kterou přečetl a která pro něj byla zajímavá).

V léčbě jsou dána základní pravidla. Pro jejich porušení může být klient z léčby vyloučen. Nejčastěji je to nenahlášené porušení abstinence anebo opakované porušení docházky. V léčbě je aktivně pracováno s relapsem, pokud klient dle pravidel relaps nahlásí. Klient je následně vyzván, aby o okolnostech relapsu pohovořil na skupině, má možnost téma otevřít ve chvíli, kdy je aktuální, zpracovat své spouštěče, vylepšit strategie zvládnání rizikových situací a zažít si, že relaps není selhání, ale lze ho zvládnout.

Na denní stacionář navazuje roční doléčovací program formou večerní doléčovací skupiny. Doléčovací skupiny jsou celkem čtyři, každý všední den v týdnu jedna, s výjimkou

pátku. Skupina začíná v 17:00 a trvá 90 minut. Kapacita skupiny je 12 klientů. Klienti ze stacionáře jsou doporučeni do jedné ze skupiny, podle volné kapacity, přetrvává snaha klientům z jednoho stacionáře nabídnout stejnou skupinu. Do skupiny může klient docházet jeden rok, je ale možnost prodloužení. Klienti často z doléčování vypadávají ještě v průběhu prvního roku po dokončení léčby, někteří dokončí jeden rok a skončí, někdo pokračuje dál. Nejdéle docházející klientka chodí 6. rokem. Doléčovací skupiny jsou otevřené i klientům, kteří absolvovali řádnou léčbu v jiných zařízeních.

Dalším programem je motivační skupina, ta se schází každé úterý od 17:00 a trvá 90 minut. Kapacita skupiny je 12 klientů. V době přípravy diplomové práce byla skupina plně naplněna, pro zájemce do skupiny existuje pořadník. Nejedná se o typickou motivační skupinu jak o ní uvažuje Kalina (2015), kde se scházejí pouze klienti v předléčebné fázi své závislosti, ale setkávají se zde klienti, kteří mají různé potřeby, různá očekávání, potýkají se se závislostí (potažmo s léčbou) různě dlouho a mají různý náhled na své užívání. Docházejí do ní klienti, kteří jsou vysoce funkční, absolvovali léčbu, jejíž délka ale neodpovídala parametrům nastavených pro doléčovací skupinu, ale chtějí docházet do skupiny. Další skupinou jsou klienti, kteří léčbu absolvovali v minulosti, a mají problém se pro své specifické osobnosti rysy v jiné skupině udržet, ale zde se jim z nějakého důvodu v celku daří. Někteří klienti si teprve nedávno uvědomili, že mají s užíváním návykových látek potíže a zjišťují, co je to závislost, jestli je to jejich problém, a co dál. Někteří klienti mají zájem o denní stacionář (nebo i jiný typ léčby) a dochází do skupiny v rámci přípravné fáze. Občas je skupina nabídnuta i klientům, kteří z nějakého důvodu z léčby ve stacionáři vypadnou, ale je snaha zachovat klientův kontakt s nějakou odbornou službou. V neposlední řadě se také vyskytují klienti, kteří mají blízké, kteří vnímají jejich problém se závislostí jako o poznání palčivější, a tak se jednou za týden ukáží. Před začátkem každé skupiny se provádí dechová zkouška. Prvním pravidlem pro vstup do skupiny je přijít střízlivý. Pokud má klient dechovou zkoušku pozitivní, není mu dovoleno setrvat, ale je ujistěn, že může přijít příští týden.

Účast na jednotlivých programech se liší. Maximální kapacita klientů denního stacionáře je 15 klientů, ale takto početné stacionární běhy jsou vzácné. Nejčastěji je počet klientů ve stacionáři 10-12 klientů. Tito klienti po dobu 6 týdnů docházejí pravidelně každý den, mají možnost využít existenčního volna (při nutnosti návštěvy lékaře, úřadů, atp.). Kapacita motivační skupiny je 12 klientů, pravidelně se skupiny účastní 8-10 klientů. Kapacita na doléčovacích skupinách je rovněž 12, pravidelná účast je nižší, v průměru se skupiny účastní 4-8 klientů.

Kromě skupinové terapie je poskytována také individuální adiktologickou terapií nebo poradenství. Doba trvání terapie je různá, od krátkodobé po dlouhodobou, dle potřeb klienta.

V posledním roce byly obnoveny výjezdy do hor. V začátcích sanatoria terapeutický tým a klienti jezdili do Krkonoš. Na podzim 2022 byly tyto výjezdy obnoveny a proběhl pobyt v Jizerských horách, který se opakoval v dubnu 2023.

## III Praktická část

### 1. Cíl a design výzkumu

Cílem této diplomové práce je mapovat potřeby klientů Oddělení léčby závislostí v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov (dále DPS Ondřejov) v oblasti jejich závislosti na tabáku a její léčby. Hlavním cílem je zjistit, zdali klienti mají zájem o rozšíření nabídky služeb o ucelenou intervenci zaměřenou na léčbu závislosti na tabáku. Dílčími cíli je shromáždit přesnější údaje o kuřácké populaci DPS Ondřejov, a zjistit, zdali má míra závislosti na tabáku vliv na připravenost nebo ochotu přestat kouřit, případně zdali má vliv na ochotou a připravenost přestat kouřit typ služby, kterou zrovna klienti využívají – například zdali klienti doléčovací skupiny mají obecně vyšší zájem přestat kouřit, než klienti motivační skupiny a podobně.

Z hlediska základního výzkumného plánu je tento výzkum evaluační studií, specificky analýzou potřeb klientů v daném zařízení. Výběr vzorku z populace klientů Oddělení léčby závislostí DPS Ondřejov byl proveden prostým záměrným výběrem (Miovský, 2006). Tento výzkum se zabývá analýzou potřeb klientů (WHO, 2000) v oblasti závislosti na tabáku a léčby závislosti na tabáku. A vyhodnocení této analýzy bude sloužit k implementaci potřebné intervence do portfolia nabízených služeb, pokud analýza ukáže, že je taková intervence potřebná.

### 2. Výzkumné otázky

1. Jaký je podíl uživatelů tabáku, tabákových a nikotinových výrobků mezi klienty Oddělení léčby závislostí v DPS Ondřejov?
2. Jaký druh tabákového/nikotinového produktu klienti převážně užívají?
3. Jaká je průměrná míra závislosti na nikotinu mezi klienty DPS Ondřejov užívajícími tabákové a nikotinové výrobky na základě posouzení FTNZ?
4. Jaký je zájem klientů DPS Ondřejov o intervenci zaměřenou na léčbu závislosti na tabáku?
5. Jak se liší zájem o podporu odvykání kouření mezi klienty DPS Ondřejov, kteří využívají denní stacionář, doléčovací program, motivační skupinu?

### 3. Soubor

#### 3.1 Základní soubor

Základní soubor tvoří klienti ambulantního zařízení Oddělení léčby závislostí DPS Ondřejov. Základní diagnózy těchto klientů jsou převážně syndrom závislosti na alkoholu, lécích a patologické hráčství.

Jedná se o klienty několika typů služeb/programů, které se mohou prolínat. Početnou skupinou jsou klienti denního stacionáře, který přijímá na každých 6-7 týdnů mezi 8-15 klienty. Odhadovaný počet klientů z této skupiny byl 50. Reálný počet klientů v této skupině během sběru dat byl 34. Pouze část klientů splňovala kritéria pro vstup do výzkumu, viz část výběrový soubor. Dalším programem jsou doléčovací skupiny, které jsou celkem 4. Maximální kapacita je 12 klientů/skupina, maximální počet klientů je 48 klientů z doléčovacích skupin. Je nutné se odkázat na informace v teoretické části této práce – úskalí večerních pro výzkumníka je nestabilní účast na těchto programech, která se pohybuje mezi 4-8 klienty na skupinu. Poslední kohortu klientů tvoří klienti motivační skupiny, jejíž kapacita je 12 klientů, nicméně je to skupina s největší fluktuací klientů, do které stále přibývají noví členové.

Kromě skupinových programů docházejí do DPS Ondřejov klienti do individuální psychoterapie. Počet klientů jednotlivých terapeutů se liší, odhadovaný maximální počet klientů v individuální terapii je 40-50 klientů. Odhad objemu základního souboru je při hrubém součtu je přibližně 140 klientů. Tento součet je nicméně nadsazený, neboť klienti z programu denního stacionáře přecházejí po léčbě do doléčovacích skupin – to znamená, že dvě třetiny z 34 budou započítány dvakrát, neboť jim jsou vyhrazeny i kapacity v doléčovacích skupinách. Někteří klienti kombinují individuální psychoterapii a doléčovací nebo motivační skupinu, někteří klienti přecházejí z motivační skupiny do léčebného programu. S přihlédnutím k této možnosti, že jeden klient využívá více programů je reálný odhad klientů mezi 80-100 klienty.

#### 3.2 Metody výběru respondentů

Klienti docházející do denního stacionáře byli osloveni při programu ranní komunity. Byly jim podány informace o účelu výzkumu, byla jim nabídnuta účast ve výzkumu a stejně tak jim byl ponechán prostor se výzkumu nezúčastnit. Ve skupině denního stacionáře, která se scházela od 9.1.2023 do 17.2.2023 bylo k 31.1.2023 bylo osloveno celkem 11 klientů. Z toho byli 4 nekuřáci nebo bývalí kuřáci, tudíž nebyli kvalifikováni do výzkumu. Bylo distribuováno celkem 7 dotazníků, jeden klient účast ve výzkumu odmítl, do výzkumu bylo zapojeno 6 klientů/respondentů. V další skupině denního stacionáře, která začínala

20.2.2023 a končila 31.3.2023 k 7.3.2023 bylo celkem 12 klientů, kteří byli všichni osloveni se žádostí o účast ve výzkumu. Mezi těmi bylo 6 nekuřáků a bývalých kuřáků nekvalifikovaných pro zapojení do výzkumu. Celkem bylo distribuováno 6 dotazníků a 6 dotazníků se vrátilo vyplněných. Poslední z oslovených běhů stacionáře začínal 3.4.2023 a jeho předpokládaný konec byl 12.5.2023. Klienti byli osloveni k 4.4.2023, toho času jich bylo ve skupině 10. 4 klienti byli nekuřáci nebo bývalí kuřáci a nesplňovali tím kritérium pro vstup do výzkumu. Bylo rozdáno celkem 6 dotazníků a 6 dotazníků se vrátilo zpět.

Doléčovací skupiny jsou celkem čtyři a postupně byly osloveni s žádostí o zapojení do výzkumu všichni přítomní klienti na jednotlivých skupinách. Klienti byli vždy osloveni před začátkem skupiny, kdy jsem vstupovala do místnosti, kde skupina probíhá s kolegou – terapeutem, který skupinu vedl nebo vedla. K pondělí 13.2. docházelo do této doléčovací skupiny 8 klientů. Z toho byli tři omluveni. Z přítomných 5 klientů byla jedna klientka nekvalifikovaná pro účast na výzkumu. Celkem byly distribuovány 4 dotazníky. Jeden klient dotazník nepřinesl nazpět, vrátily se celkem 3 dotazníky. Do úterní doléčovací skupiny dochází 9 klientů. 7.2. bylo přítomných 8 klientů. Dva klienti jsou celoživotní nekuřáci a do výzkumu se nezapojili. Ostatním šesti klientům byl distribuován dotazník a v následujícím týdnu projevil zájem se do výzkumu zapojit klient, který nebyl přítomen. Celkem bylo tedy rozdáno 7 dotazníků. Celkem se vrátilo 5 dotazníků. Středeční doléčovací skupina má 8 stálých členů. 8.2.2023, v den, kdy jsem skupinu přišla oslovit s žádostí o zapojení do výzkumu bylo přítomno 6 klientů. Z toho byly 3 nekuřačky. Toho dne byly rozdány tři dotazníky, jedna z nepřítomných klientek vyjádřila zájem o zapojení o výzkumu následující týden, z této skupiny se vrátily celkem 4 dotazníky. Čtvrteční doléčovací skupina má 8 klientů. Dne 2.3.2023 byli dva klienti v účasti na skupině omluveni a bylo přítomných 6 klientů. Z toho byly dvě nekuřačky. Celkem byly rozdány 4 dotazníky a celkem 4 dotazníky se vrátily.

Motivační skupina má celkem 12 členů, z toho jsou dva nekuřáci nebo bývalí kuřáci. Celkem bylo distribuováno 10 dotazníků – jedna klientka dotazník vrátila s tím, že se nechce výzkumu účastnit. Další dva klienti přestali do motivační skupiny chodit a dotazníky tudíž také nepřinesli. Celkem se vrátilo 7 dotazníků.

### 3.3 Výběrový soubor

Výběrový soubor byl sestaven z klientů Oddělení léčby závislostí DPS Ondřejov prostým záměrným výběrem (Ferjenčík, 2000; Miovský, 2006). Kritériem výběru do výzkumu byla podmínka, aby klient v současné době užíval tabák, nebo jinou formu tabákového výrobku či jiných nikotinových výrobků, všichni respondenti výběrového souboru souhlasili s účastí ve výzkumu a současně jim bylo nejméně 18 let. Počet všech



vybraných dotazníků je 41. Dotazníky byly pro usnadnění dalšího zpracování dat očíslovány od 1 do 41. Ze souboru byly potom vyloučeny celkem tři dotazníky, které nebyly zcela vyplněné, nebo ty, kde byly odpovědi nejasně označené. Dotazník číslo 26 neobsahoval odpovědi na otázky číslo 8, 9, 11, 12 a 15. Dále dotazník číslo 37 ve kterém nebyly uvedeny odpovědi na 8, 9, 14 a 18. Do souboru nebyl zařazen dotazník číslo 13, ve kterém nebyl uveden věk respondentky, a nebyly uvedeny odpovědi na otázky 12, 15 a 20. Do souboru pro vyhodnocení dat bylo zařazeno celkem 38 dotazníků, které tvoří celkový výzkumný soubor (n=38).

Při plánování výzkumu jsem vycházela z dostupných dat o adiktologických službách, kde se podíl kuřáků podle některých výzkumů odhaduje až na 90 %. Očekávaný rozsah výběrového souboru byl tedy mezi 70-90 respondenty. Tento odhad byl nereálný. Nepodařilo se oslovit všechny klienty v individuální psychoterapii ostatních kolegů. Dvě klientky které docházejí do individuální adiktologické psychoterapie k mé osobě a zároveň by splňovaly kritéria pro vstup do výzkumu byly osloveny v motivační skupině, kam rovněž docházejí. Ostatní klienti v současné době neužívají žádnou formu tabáku či nikotinu.

V první stacionární skupině bylo osloveno celkem 11 klientů. S žádostí o účast byli osloveni všichni. Nicméně 4 z celkového počtu byli nekuřáci nebo bývalí kuřáci, tudíž nebyli kvalifikováni do výzkumu. Bylo distribuováno celkem 7 dotazníků, jeden klient účast ve výzkumu odmítl, zapojeno do výzkumu bylo 6 klientů/respondentů. V druhé skupině denního stacionáře bylo 12 klientů, kteří byli osloveni. Mezi těmi bylo 6 nekuřáků a bývalých kuřáků nekvalifikovaných pro zapojení do výzkumu. Celkem bylo distribuováno 6 dotazníků a 6 dotazníků se vrátilo vyplněných. Do posledního z oslovených běhů docházelo celkem 10. 4 klienti byli nekuřáci nebo bývalí kuřáci a nesplňovali tím kritérium pro vstup do výzkumu. Bylo rozdáno celkem 6 dotazníků a 6 dotazníků se vrátilo zpět.

Pondělní doléčovací skupina měla v době realizace výzkumu celkem 8 klientů. Z toho byli tři omluveni. Z přítomných 5 klientů byla jedna klientka nekvalifikovaná pro účast na výzkumu. Celkem byly distribuovány 4 dotazníky. Jeden klient dotazník nepřinesl nazpět, vrátil se celkem 3 dotazníky. Do úterní doléčovací skupiny dochází 9 klientů. Osloveno jich bylo 8, ale zájem se zapojit projevila i klientka, která nebyla přítomna. 2 klienti byli celoživotní nekuřáci a do výzkumu se nezapojili. Z celkem 7 distribuovaných dotazníků se vrátilo 5. Středeční doléčovací skupina má 8 stálých členů. V den, kdy jsem skupinu přišla oslovit s žádostí o zapojení do výzkumu bylo přítomno 6 klientů. Z toho byly 3 nekuřačky. Toho dne byly rozdány tři dotazníky, jedna z nepřítomných klientek vyjádřila zájem o zapojení do výzkumu následující týden, z této skupiny se vrátilo celkem 4 dotazníky. Čtvrteční doléčovací skupina má 8 klientů. Celkem bylo osloveno 6 klientů. Z toho byly dvě nekuřačky. Celkem byly rozdány 4 dotazníky a celkem 4 dotazníky se vrátily.

Motivační skupina má celkem 12 členů, osloveni byli postupně všichni. Z celé skupiny jsou dva nekuřáci nebo bývalí kuřáci. Celkem bylo distribuováno 10 dotazníků – jedna klientka dotazník vrátila s tím, že se nechce výzkumu účastnit. Další dva klienti přestali do motivační skupiny chodit a dotazníky tudíž také nepřinesli. Celkem se vrátilo 7 dotazníků.

V období od 31.1. do 4.4. byl celkový počet klientů docházejících do zařízení 78. Z toho je 33 klientů stacionární a nejedná se o jednu skupinu, ale o tři po sobě jdoucí uzavřené skupiny klientů, které se naplní a uzavrou každých 6 týdnů. 45 klientů dochází do večerních skupin.

Ze všech klientů se podařilo oslovit 92,3 %, kteří se do výzkumu zapojili, a nebo účast odmítli. Odmítnutí účasti bylo možné několika způsoby – klient nevrátil distribuovaný dotazník vůbec, nebo ho vrátil nevyplněný. Další možnost byla říci během oslovování s žádostí o zapojení se do výzkumu, že se zúčastnit nechce. Tato možnost se při distribuci dotazníků nevyskytla ani jednou, klienti se ve všech případech vyjádřili k tomu, zda jsou kuřáci/uživatelé nikotinu a nebo nekuřáci/bývalí kuřáci. Celkem 6 klientů se nepodařilo oslovit, což je 7,7 % všech klientů. Při výpočtech vycházím z toho, že i klienti, kteří účast ve výzkumu odmítli jsou kuřáci nebo uživatelé nikotinu je jejich celkový počet v daném období 48, což odpovídá 61,4 % zastoupení kuřáků či uživatelů nikotinu mezi klienty DPS Ondřejov. Klientů, kteří nebyli do výzkumu zapojeni z důvodu, že v době realizace výzkumu neužívali tabákové nebo nikotinové produkty bylo celkem 24, což odpovídá 30,8 % klientů.

#### 4. Metody sběru dat

Empirická fáze výzkumu ve smyslu jak o ní uvažuje Punch (2015) pokračovala po sepsání designu sběrem dat. Data byla získána dotazníkovým šetřením mezi výše popsáním výběrovým souborem. Dotazník byl administrován respondentům společně s písemnými informacemi pro účastníka výzkumu a písemným informovaným souhlasem (více v kapitole 8. Limity a etika). Dotazník byl tištěný, obsahoval celkem 21 otázek (více v následující kapitole Nástroje sběru dat).

Dotazník byl respondentům zadáván v prostorech Oddělení léčby závislosti DPS Ondřejov, potenciaální respondenti tohoto kvantitativního výzkumu byli osloveni přímo mou osobou na začátku večerních skupin (doléčovací a motivační) a během ranní komunity denního stacionáře. Dotazník byl zadáván převážně mou osobou, jakožto studentkou magisterského programu, výzkumníci a zaměstnankyní DPS Ondřejov (více o limitech tohoto nastavení v kapitole Limity a etika). Se svolením kolegy nebo kolegyně jsem společně s nimi vstoupila na začátku večerních doléčovacích skupin, které obvykle nevedu.

Stejně jsem oslovovala jako potencionální respondenty výzkumu klienty docházející do denního stacionáře.

Scénář oslovení klientů byl obdobný, pro klienty, se kterými jsem se neznala jsem se představila, a dále jsem pak všechny informovala o svém současně probíhajícím magisterském studiu oboru adiktologie. Vysvětlila jsem klientům, na co se ve výzkumu zaměřuji, a že účast ve výzkumu spočívá ve vyplnění dotazníku v rozsahu přibližně 10 minut, včetně podepsání informovaného souhlasu. Klienti měli možnost klást doplňující otázky. Nejčastější otázka byla, zdali se mohou zapojit i nekuřáci, druhá nejčastější, zdali je výzkum i pro ty, kteří nekouří, ale užívají nějakou jinou formu tabákového nebo nikotinového produktu. Respondenti byli tedy do výzkumu nominováni prostým záměrným výběrem a ve dvou případech projevíli o zapojení do výzkumu zájem na základně reference od jiných klientů, což je obecně popisováno jako princip sněhové koule, ale nejsem si jistá, zdali v tomto rozsahu lze tento termín použít.

Každý respondent dostal do ruky výzkumnou baterii – kancelářskou fólii obsahující jeden výtisk Informací pro respondenta/ku, tři kopie Informovaného souhlasu podepsaného výzkumníci a jednu kopii samotného dotazníku. Respondent dostal instrukci si ponechat Informace pro respondenta a jeden výtisk informovaného souhlasu, a dvě kopie podepsaného informovaného souhlasu a vyplněného dotazníku vrátit (pokud se rozhodne tak učinit a výzkumu se zúčastnit). Dokumenty informovaný souhlas a informace pro účastníka byly vytvořeny podle vzoru dr. Fidesové (Fidesová, 2014) a uzpůsobeny podle potřeb tohoto výzkumu.

## 5. Nástroje sběru dat

Hlavním a jediným nástrojem pro sběr dat byl dotazník, jakožto jednou z nejčastěji používaných metod (Kohoutek, 2001). Podle Hendla & Remra (2017) je dotazník metodou využívanou s cílem získat informace o myšlenkách, pocitech, postojích a hodnotách zkoumané populace. Obsah a organizace dotazníku odráží oblasti zájmu výzkumníka, jde o univerzální nástroj k získání dat, a je vyplňován respondentem.

Vzhledem k určení typu výzkumu jakožto analýzy potřeb klientů daného zařízení, byl dotazník anonymní (respondent neudával své jméno, příjmení) a nebylo možné dotazník po jeho odevzdání spárovat s údaji o klientovi v elektronické databázi klientů. Dotazník byl sebeposuzovací. Samotný dotazník byl vytvořen pod vedením vedoucího práce Dr. Kulhánka. Dotazník se zprvu skládal z Fagerströмова testu nikotinové závislosti, otázek zjišťujících demografický profil participanta, a otázek mapujících ochotu a motivaci přestat kouřit. Následně byly zařazeny otázky zjišťující předchozí odvykací pokusy a detaily o

těchto pokusech. Dotazníkové otázky byly operacionalizovány a indexovány pro usnadnění další fáze přepisu dat do elektronické podoby. Proběhla úprava typu odpovědi u otázek týkajících se motivace – byly převedeny na Likertovy škály.

Obsahově vycházely otázky dotazníku z výzkumných otázek. Obsahoval převážně otázky a výčet možných odpovědí (multiple choice), aby byl pro respondenty snadný k vyplnění. 4 otázky byly otevřené a respondent měl zaznamenat číslo. Celkem dotazník obsahoval 21 otázek. Otázky 1-3 byly zaměřeny na sociodemografické údaje (pohlaví, věk a vzdělání). Otázka na příjem a bydliště byly z dotazníku vynechány, aby nebyl respondent nepřiměřeně zatěžován. Otázky 4-5 se vztahovaly k respondentovu vztahu k DPS Ondřejov – ptaly se na jeho primární závislost pro kterou zařízení vyhledal a do jakého programu v současné době dochází. Otázky 6 a 7 zjišťovaly respondentův preferovaný a potažmo sekundární tabákový, nikotinový nebo jiný příbuzný produkt, který v současné době užívá. Otázky 8 a 9 byly položeny jako sebezposuzovací škála zkoumající připravenost respondenta přestat v následujících 6 měsících a v následujících 30 dnech. Otázky 10-12 zjišťovaly respondentův zájem odvykat s pomocí DPS Ondřejov a oblasti, ve kterých by potřeboval pomoci a nasměřovat, a zjišťovaly potřeby intervence v duchu komunitní analýzy potřeb zaměřených na klienta (KAZAP) (WHO, 2000) . Otázky 13-15 rozvíjely respondentovu kuřáckou anamnézu a zjišťovaly zkušenost s odvykáním od tabáku a nikotinu. Posledních 6 otázek byl Fagerströmův test nikotinové závislosti. Ten obsahuje 6 otázek s výběrem 2 možností (otázka 2., 3., 5. a 6.) a 4 možností (otázka 1. a 4.). Celý dotazník je k nahlédnutí v přílohách této diplomové práce.

## 6. Metody zpracování a analýzy dat

Data získaná dotazníkovým šetřením byla elektronizována a přepsána z papírových dotazníků do programu Microsoft Excel. Jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, dotazníkové otázky byly operacionalizovány a indexovány pro usnadnění fáze přepisu dat do elektronické podoby. Dále byla data analyzována pomocí deskriptivní statistiky (Punch, 2015). Data byla převedena tabulek ukazující výsledky jednotlivých otázek pro lepší orientaci v získaných datech. U některých výsledků byly vytvořeny grafy pro snazší vizualizaci. Výsledky byly dále popsány a interpretovány.

Odpovědi na otázky Q16 – Q21, které kopírují Fagerströmův test nikotinové závislosti, byly vyhodnoceny podle manuálu tohoto testu dle následujícího klíče: Q16: index 1 = 3 body, index 2 = 2 body, index 3 = 1 bod, index 4 = 0. Q17: index 1 = 1 bod, index 2 = 0 bodů. Q18: index 1 = 1 bod, index 2 = 0 bodů. Q19: index 1 = 0 bodů, index 2 = 1 bod, index 3 = 2 body, index 4 = 3 body. Q20: index 1 = 1 bod, index 2 = 0 bodů, Q21 index 1 = 1 bod, index 2 = 0 bodů. Skóre z FTNZ bylo přidáno k datům. Každý respondent mohl získat

skóre od 0 do 10 bodů. Při vyhodnocování otázek týkajících se epidemiologických dat (otázky 1, 2, 3), otázek týkajících se typů služby a primární závislosti (4, 5), otázek zkoumajících profil uživatele tabákových a nikotinových produktů (otázky 6,7, 11, 12, 13, 14, 15) byl využit popisný a matematicko-analytický přístup deskriptivní statistiky. U otázek zkoumající vztahy proměnných, což byl vztah mezi ochotou odvykat od tabáku a mírou závislosti (otázky 8, 9 a výsledný skór z vyhodnoceného Fagerströмова testu nikotinové závislosti, postup popsáný výše), a dále ochotou odvykat od tabáku a fází léčby, ve které respondent je (otázky 8, 9, 4) byla data roztríděna do klastrů a následně analyzována. Při zkoumání vztahu mezi ochotou přestat užívat tabákové produkty a využívaného programu v DPS Ondřejov (fáze léčby) byla data roztríděna do následujících skupin podle kritéria do kterého programu respondent dochází: denní stacionář a večerní skupiny – rozdělené na doléčovací skupinu a motivační skupinu. Samostatná kategorie pro individuální terapii nebyla stanovena, neboť individuální psychoterapie byla v obou případech, kdy byla zvolena jako odpověď na otázku Q4 zvolena současně s možností jedné z večerních skupin. V rámci jednotlivých třech podskupin bylo analyzováno jaký skór byl zvolen v rámci podskupin, byl vypočítán aritmetický průměr uvedených skórů. Vztah ochoty přestat kouřit a míry závislosti byl zkoumán obdobně – bylo stanoveno pět klastrů na základě pěti stupňů závažnosti závislosti na cigaretě/nikotinu podle Fagerströмова testu nikotinové závislosti: nízká nebo žádná závislost, slabá závislost, střední závislost, vysoká závislost a velmi vysoká závislost. V rámci těchto určených kategorií byly porovnány výsledky otázek Q8 a Q9 zkoumající ochotu přestat. Byl vypočítán aritmetický průměr těchto skórů a byla provedena analýza.

## 7. Praktický průběh realizace

Příprava a rozmyšlení výzkumného plánu k této diplomové práci probíhala na jaře roku 2022. Následovalo sepsání designu diplomové práce během měsíců července a srpna, který byl následně schválen prof. PhDr. Michalem Miovským, PhD v rámci předmětu diplomový proseminář. Na podzim byl s žádostí o vedení práce osloven Mgr. Adam Kulhánek PhD., MBA, který tuto žádost přijal a práci vedl. Rovněž bylo osloveno vedení DPS Ondřejov s žádostí o povolení provedení výzkumu mezi klienty zařízení. Byl jim představen plán výzkumu. Vedení s výzkumem souhlasilo s podmínkou kladného vyjádření etické komise a dokumentace výzkumu.

Pro sepsání teoretické části práce sloužil jako základ design diplomové práce, dále byl během podzimu 2022 vytvořen dotazník, a podle vzorů (Fidesová, 2014; Fidesová, 2014) byly vytvořeny dokumenty „Informace pro účastníka/ici výzkumu“ a „Informovaný souhlas“. Během prosince byl výzkumný plán společně s dotazníkem a příslušnými dokumenty předložen etické komisi Kliniky adiktologie. Dne 12.ledna 2023 jsem obdržela

souhlasné stanovisko od Etické komise pro posuzování studentských závěrečných prací Kliniky adiktologie a 1. LF UK a VFN v Praze.

Následovaly praktické přípravy baterií k výzkumu a porady v týmu kolegů v který čas jednotlivých programů klientům účast ve výzkumu nabídnout a oslovit je. 31. ledna 2023 byl zahájen sběr dat a distribuovány první dotazníky. Přesné údaje o administraci dotazníků v jednotlivých programech uvádím v podkapitole „Výběrový soubor“. O zapojení do výzkumu byli klienti požádáni vždy na začátku večerního programu a v případě denního stacionáře na ranní komunitě. Sběr dat byl ukončen 5. dubna 2023 výběrem posledních dotazníků.

Během měsíce dubna 2023 byla data z tištěných dotazníků překlopena do elektronické podoby a dále zpracována, vyhodnocena, analyzována a interpretována. Byla sepsána diskuse a závěr, a diplomová práce byla finálně uspořádána.

## 8. Etika výzkumu

Při všech fázích výzkumu – jeho plánování, realizaci i zpracování a prezentaci dat byl respektován etický kodex oboru adiktologie jako takového a také etický kodex studenta adiktologie. Stejně tak byl respektován etický kodex pracovníka DPS Ondřejov. Vedení DPS Ondřejov a vedoucí Oddělení pro léčbu závislosti byli seznámeni s plánem výzkumu a s jeho provedením souhlasili. Byla stanovena podmínka, aby byla vedena dokumentace k výzkumu, ze které bude patrné, kteří klienti se výzkumu účastnili. Tato dokumentace bude následně uložena ve složkách v provozním oddělení. Další podmínka byla, aby byl výzkumný plán prověřen etickou komisí a bylo vysloveno souhlasné stanovisko s jeho provedením. Etika výzkumu byla prozkoumána etickou komisí Kliniky adiktologie (dále jen “KAD”), které byly předloženy podklady o plánovaném výzkumu. Etická komise KAD vyjádřila souhlasné stanovisko s plánovaným výzkumem, které jsem obdržela 12.ledna 2023. Tím byla splněna jak podmínka pro studenty píšící závěrečné práce, tak podmínka nastavená vedením zařízení.

Etika výzkumu zahrnující ochranu klientů – respondentů byla ošetřena informovaným souhlasem. Informovaný souhlas v písemné formě byl součástí každé výzkumné baterie ve třech vyhotoveních. Jedna kopie byla ponechána účastníkovi/účastnici výzkumu, druhá kopie byla založena klientovi do jeho složky s dokumentací, třetí kopie byla uložena do složky dokumentace k výzkumu. Klienti ve zmíněné baterii dostali také písemně informace o výzkumu, zároveň byli ústně informováni o účelu výzkumu a jeho průběhu a měli možnost klást doplňující otázky. Také měli možnost se výzkumu nezúčastnit, pokud o to neměli zájem. Vzhledem k tomu, že byl výzkum analýzy potřeb klientů v oblasti léčby

závislosti na tabáku, nepředpokládala jsem, že by při vyplňování dotazníku došlo například k retraumatizaci klienta, přesto jsem byla připravena poskytnout v takovém případě krizovou intervenci. K situaci, kdy by klient po účasti ve výzkumu vykazoval nějakou formu distressu, který by vyžadoval větší pozornost, nedošlo. Klientům nebyla za účast ve výzkumu nabízena žádná forma peněžité odměny ani kompenzace v jiné formě. Tento etický aspekt jsem zvažovala již při vybírání celkového zaměření výzkumu – oblast tabákové problematiky a evaluace potřeb jsem shledala vcelku bezpečnou a pro klienty nepříliš zatěžující.

Zacházení s dokumentací k výzkumu částečně popisují již v předchozích odstavcích, především nakládání s listinným informovaným souhlasem. Rovněž byla vedena dokumentace k výzkumu, jejíž součástí jsou již zmíněné informované souhlasy účastníků/účastnic, od každého zúčastněného/é jeden, a dále jmenný seznam všech respondentů/respondentek. Tato dokumentace bude uložena v DPS Ondřejov v provozním oddělení zařízení. Dokumentace výzkumnice zároveň obsahovala údaje o dnech, kdy a v které skupině byl dotazník distribuován, kolik bylo rozdaných dotazníků a byla zaznamenávána návratnost dotazníků. Jak bylo zmíněno, výzkum byl realizován pomocí tištěných dotazníků. Data z dotazníků byla elektronizována, tištěné dotazníky budou po sepsání závěrečné práce skartovány a ekologicky zničeny. Anonymizovaná elektronická data budou bezpečně uložena v cloudovém úložišti pro případ dalšího výzkumného šetření v DPS Ondřejov a možného porovnání dat.

Možné etické úskalí tohoto výzkumu, kterému bylo zapotřebí věnovat pozornost, byla moje vlastní dvojité role. Můj vztah k DPS Ondřejov, kde jsem výzkum provedla je, zaměstnanecký. Klienti – respondenti výzkumu mě znají jako adiktoložku-terapeutku. Do tohoto jsem vstupovala s novou rolí – studentky magisterského oboru adiktologie, která provádí v zařízení výzkum. Preexistující terapeutický vztah s klienty/respondenty mohl ovlivňovat. Mohl ovlivnit jejich ochotu nebo neochotu se do výzkumu zapojit na základě předchozích zkušeností, sympatií nebo antipatií. Stejně tak mohl tento vztah ovlivnit přístup k vyplňování dotazníku, klienti se například mohli z různých důvodů nevyplňovat dotazník podle pravdivých skutečností, ale například tak, aby mi dle svých představ udělali radost, aby jejich užívání vypadalo „hůře“ nebo „lépe“, atp. Byla jsem si vědoma této dichotomie v rolích a snažila jsem se myslet na to, který čas je věnovaný výzkumu, jasně ho ohraničit, aby například nevstupoval do terapeutických skupin, které jsou pro klienty. Proto byl prostor pro oslovení s výzkumem a následné vybírání dotazníků omezen na programy ranní komunity (u denního stacionáře) nebo na začátek večerních programů, kdy skupiny začínají technickými záležitostmi.

V závěru kapitoly o etice je potřeba zmínit, že intervence zaměřené na odvykání od tabáku (které zároveň navrhuji jako jeden z modelů pro podporu odvykání, více k tomu

tématu ve výsledcích studie) jsou klientům okrajově nabízeny v rámci edukačních programů zaměřených na informace o tabáku, závislosti na tabáku a možnostech odvykání a léčby závislosti na tabáku. Tyto intervence klientům, pokud je mi známo, nabízím z celého týmu pouze já – je to oblast adiktologie, ke které mám kladný vztah. Tyto edukační programy během sběru dat nicméně neprobíhaly. Domnívám se ale, že toto není a nebylo v rozporu s cílem výzkumu jako takového, neboť ten je širší, ve smyslu popsání celkové kuřácké populace a zjištění, zdali klienti mají zájem o samostatný program léčby závislosti na tabáku.

## 9. Výsledky

### 9.1 Sociodemografický profil klienta DPS Ondřejov

Mezi respondenty převládají muži (22) nad ženami (16). Možnost „jiné“ u otázky pohlaví nevolil nikdo. Průměrný věk respondenta je 41 let (zaokrouhlo z 40,84). Nejmladšímu respondentovi bylo 20 let a nejvyšší věk respondenta byl 67 let. V prezentovaném vzorku má střední vzdělání s maturitou a vyšší celkem 68,4 % (26). Bez jakéhokoliv dokončeného vzdělání nebyl ve vzorku nikdo. 5 respondentů má základní vzdělání, 7 střední (s nebo bez vyučení). Středoškolského vzdělání s maturitou dosáhlo 11 respondentů, vyšší odborné má 5 respondentů, vysokoškolské na bakalářské úrovni 2 respondenti, na magisterské 6 a na doktorské 2.

Většina respondentů (86,8%) dochází do DPS Ondřejov pro závislost na alkoholu. 3 respondenti uvedli kombinovanou závislost. Jeden a jeden respondent uvedl lékovou závislost a gambling. V otázce zjišťující jaký typ služby respondent v současné době využívá bylo možné zvolit více než jednu možnost. Z respondentů zařazených do výsledného vzorku zvolili možnost vybrat více než jednu možnost dva respondenti. Jeden z nich dochází do individuální psychoterapie a do motivační skupiny, druhý dochází do individuální psychoterapie společně s doléčovací skupinou. Ve výběrovém souboru převažují klienti docházející do programu denního stacionáře, těch je celkem 17 a tvoří tak 44,7 % vzorku. Klientů docházejících do večerních skupin je v souhrnu 21 a tvoří tak většinu celkového souboru – 55,3 %. 17 klientů (39,5 %) dochází do doléčovací skupiny a 6 klientů (15,8 %) dochází do motivační skupiny. Z prezentovaného výběrového souboru nikdo nedochází do arteterapeutického ateliéru.

Pohlaví	
1: Muž	22
2: Žena	16
3: Jiné	0

Tabulka 1: Odpověď na otázku, s jakým genderem se respondent/ka identifikuje.



Věk	
Nejnižší	20
Nejvyšší	67
Průměrný věk	40,8

Tabulka 2: Věkové zastoupení klientů DPS Ondřejov.

Vzdělání	
Bez vzdělání nebo neúplné základní vzdělání	0
Základní	5
Střední (s vyučením, bez vyučením, bez maturity)	7
Středoškolské s maturitou	11
Vyšší odborné	5
Vysokoškolské – Bc.	2
Vysokoškolské – Mgr.	6
Vysokoškolské – Dr.	2

Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání klientů DPS Ondřejov.

Primární závislost	
Alkohol	3
Léky	1
Gambling	1
Kombinovaná	3

Tabulka 4: Pro který typ závislostního problému vyhledal klient/ka zařízení DPS Ondřejov.

Využívaná služba v DPS Ondřejov	
Motivační skupina	6
Individuální psychoterapie	2
Denní stacionář	17
Doléčovací skupina	15
Arteterapie	0

Tabulka 5: Který typ léčby klient/ka DPS Ondřejov v současné době využívá.

## 9.2 Početní zastoupení uživatelů tabáku, tabákových a nikotinových výrobků mezi klienty Oddělení léčby závislostí v DPS Ondřejov

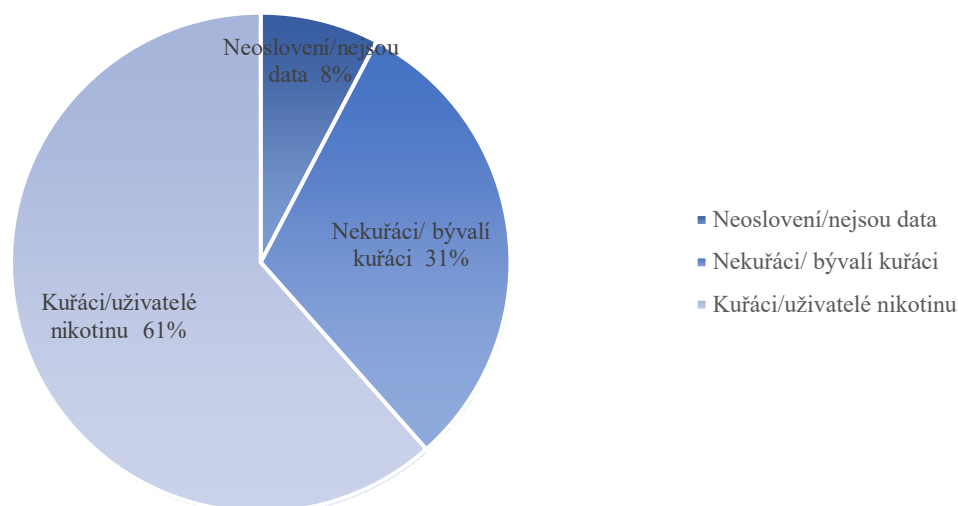
První z cílů této práce byl zjistit, jaký je podíl uživatelů tabákových a nikotinových produktů mezi klienty DPS Ondřejov. Mezi klienty DPS Ondřejov převažují kuřáci/uživatelé tabákových a nikotinových produktů celkovými 61 % nad nekuřáky nebo

bývalými kuřáky s 31 % (graf 1.). Početní zastoupení uživatelů tabákových a nikotinových výrobků bylo potřeba určit na základě dokumentace k proběhnuvšímu výzkumu. Toto zastoupení bylo vypočítáno z počtu všech klientů DPS Ondřejov docházejících v daném období do některého z léčebných programů, klientů nekvalifikovaných pro účast ve výzkumu na základě svého nekuřáctví, klientů, kteří účast ve výzkumu odmítli, klientů, kteří se výzkumu zúčastnili a těch, které se nepodařilo oslovit. Přesná data jsou uvedena v tabulce 6. V období od 31.1. do 4.4. byl celkový počet klientů docházejících do zařízení 78. Ze všech klientů se podařilo oslovit 92,3 %, kteří se do výzkumu zapojili, a nebo účast odmítli. Odmítnutí účasti bylo možné několika způsoby – klient nevrátil distribuovaný dotazník vůbec, nebo ho vrátil nevyplněný. Další možnost byla říci během oslovování s žádostí o zapojení se do výzkumu, že se zúčastnit nechce. Tato možnost se při distribuci dotazníků nevyskytla ani jednou, klienti se ve všech případech vyjádřili k tomu, zda jsou kuřáci/uživatelé nikotinu anebo nekuřáci/bývalí kuřáci. Celkem 6 klientů se nepodařilo oslovit, což je 7,7 % všech klientů. Při výpočtech vycházím z toho, že i klienti, kteří účast ve výzkumu odmítli jsou kuřáci nebo uživatelé nikotinu je jejich celkový počet v daném období 48, což odpovídá 61,4 % zastoupení kuřáků či uživatelů nikotinu mezi klienty DPS Ondřejov. Klientů, kteří nebyli do výzkumu zapojeni z důvodu, že v době realizace výzkumu neužívali tabákové nebo nikotinové produkty bylo celkem 24, což odpovídá 30,8 % klientů.

	Celkem klientů	Oslovených	Nekuřáci/bývalí kuřáci	Odmítli účast	Zúčastnili se výzkumu	Neosloveni
<b>1. stacionární skupina</b>	11	11	4	1	6	0
<b>2. stacionární skupina</b>	12	12	6	0	6	0
<b>3. stacionární skupina</b>	10	10	4	0	6	0
<b>Pondělní doléčovací skupina</b>	8	5	1	1	3	3
<b>Úterní DS</b>	9	9	2	2	5	0
<b>Středeční DS</b>	8	7	3	0	4	1
<b>Čtvrteční DS</b>	8	6	2	0	4	2
<b>Motivační skupina</b>	12	12	2	3	7	0
<b>Celkem</b>	78	72	24	7	41	6

Tabulka 6: Přehled klientů DPS Ondřejov v jednotlivých typech léčebných programů a jejich vztah k výzkumu z hlediska zapojení se do něj.

## Procentuální zastoupení uživatelů tabáku/nikotinu a nekuřáků mezi klienty DPS Ondřejov.



Graf 1. Procentuální zastoupení uživatel tabákových a nikotinových produktů v DPS Ondřejov za období 31.1.-4.4.2023.

### 9.3 Typy používaných tabákových a nikotinových produktů mezi klienty DPS Ondřejov

Jedním z parciálních cílů výzkumu bylo zjistit, který typ tabákových výrobků klienti užívají (klasický zápalný tabák (cigarety, balený tabák), zahříváný tabák, nikotinové polštářky, elektronické cigarety). V dotazníku byly dvě otázky (č. 6 a 7), první z nich se dotazovala na preferovaný typ tabákového nebo nikotinového produktu, druhá z nich, zdali klient užívá další typy tabákových a nikotinových produktů (tabulky 6 a 7). Bylo možné označit jeden preferovaný produkt. Z celkového počtu 38 respondentů ( $n=38$ ) 44,7 % (17 celkem) z nich užívá pouze jeden preferovaný tabákový nebo nikotinový produkt, a žádný další. Z toho je 9 kuřáků klasických cigaret, 3 uživatelé zahříváného tabáku, 1 kuřák doutníků a 4 uživatelé elektronické cigarety. Dále okomentují výsledky preference jednotlivých produktů dle četnosti výskytu. Nicméně v preferovaných produktech převažují cigarety (19), elektronické cigarety (8) a zahříváný tabák (7).

Klasické zapálené cigarety jako preferovaný i sekundární produkt převažují. V celkovém souhrnu je užívá většina klientů: 28 klientů což odpovídá 73,7 %. Celá polovina klientů 50 % (19) je užívá jako preferovaný produkt a 23,7 % (9) jako produkt, který užívají v kombinaci s jinými. 23,7 % (9) klientů kouří výhradně cigarety. Nejčastěji kuřáci cigaret

kombinují svůj preferovaný produkt s elektronickou cigaretou (5), dále se zahříváním tabákem (4), a okrajově s vodní dýmku (2), doutníky (1) a nikotinovými sáčky (1).

Elektronickou cigaretu v souhrnu užívá až 39,5 % klientů (15). Výhradně elektronickou cigaretu užívají 4 klienti (10,5 %), ostatní ji kombinují s jiným typem tabákového nebo nikotinového produktu. 4 klienti, kteří primárně používají elektronickou cigaretu, zároveň kouří klasické cigarety, 1 klasické doutníky a 1 ji kombinuje s baleným tabákem.

Zahřívání tabák (produkty typu IQOS, apod.) užívá až 11 (28,9 %) klientů. 4 klienti (10,5 %) užívají pouze zahřívání tabák bez toho, aby ho kombinovali s jiným typem tabákového nebo nikotinového produktu. Z těch, kteří kromě zahřívání tabáku užívají i jiný produkt, převažují cigarety (4), jeden klient zároveň užívá elektronickou cigaretu a jeden nikotinové sáčky.

Balený tabák užívají z celého vzorku 3 klienti. Jeden z nich ho kombinuje s cigaretami, druhý s dýmku a doutníky. Jako sekundární typ užívaného tabákového výrobku jej uvedl jeden klient, který primárně používá elektronickou cigaretu.

Nikotinové sáčky podle dat z výzkumu trend užívání nikotinových sáčků mezi klienty DPS Ondřejov příliš nepronikl. Jako preferovaný produkt jejich užívání uvádí jeden klient, který je kombinuje s elektronickou cigaretou. Dva klienti uvádí užívání nikotinových sáčků jako další typ produktu, který používají, prvním je u těchto klientů zahřívání tabák a klasické cigarety.

Užívání doutníků, dýmek a vodní dýmky klienty zařízení je obdobně okrajové jako užívání nikotinových sáčků a baleného tabáku. Jeden klient kouří výhradně doutníky, další typ tabákových produktů neuvádí. Další tři klienti uvádí užívání doutníků jako doprovodné k cigaretám, elektronické cigaretě a balenému tabáku. Vodní dýmku uvádějí dva klienti jako doplněk ke kouření klasických cigaret. A dýmku uvedl jeden klient jako vedlejší typ produktu k balenému tabáku.

Typ preferovaného výrobku	
Cigarety	19
Balený tabák	2
Zahříváný tabák	7
Dýmka	0
Doutník	1
Elektronická cigareta	8
Nikotinové sáčky	1
Vodní dýmka	0
Jiné	0

Tabulka 7: Odpovědi na otázku „Jaký typ tabákového/nikotinového výrobku nejvíce užíváte v současné době?“ Respondent mohl vybrat pouze jednu možnost.

Další výrobky	
Cigarety	9
Balený tabák	1
Zahříváný tabák	4
Dýmka	1
Doutník	3
Elektronická cigareta	7
Nikotinové sáčky	2
Vodní dýmka	2
Jiné	0
Žádné další	17

Tabulka 8: Odpovědi na otázku, jaké další typy tabákových/nikotinových produktů klient užívá. Respondent mohl vybrat více než jednu možnost.

#### 9.4 Míra závislosti na nikotinu mezi klienty DPS Ondřejov užívajícími tabákové a nikotinové výrobky, zkušenost s odvykáním a léčbou závislosti na nikotinu, abstinence od tabákových výrobků a nikotinu

Data o míře závislosti byla opět určována z celkového vzorku (n=38). Posledních 6 otázek dotazníků bylo vyhodnoceno standardně podle bodového ohodnocení Fagerströмова testu nikotinové závislosti, jak jsem již uvedla výše. Většina uživatelů tabáku a nikotinu (78,9 %) vykazuje nějakou míru závislosti na nikotinu. 8 uživatelů tabáku nebo nikotinu nevykazuje žádnou nebo nízkou závislost, což odpovídá 21,1 % z nich. Z 78,9 % kuřáků, kteří vykazují nějakou míru závislosti na tabáku, je 18,4 % s nízkou závislostí, 18,4 % se střední závislostí, 26,3 % s vysokou závislostí a 15,8 % s velmi vysokou závislostí.

<b>FTNZ</b>	<b>Počet klientů</b>
<b>0-2 Žádná nebo nízká závislost</b>	8
<b>3-4 Nízká závislost</b>	7
<b>5 Střední závislost</b>	7
<b>6-7 Vysoká závislost</b>	10
<b>8-10 Velmi vysoká závislost</b>	6

Tabulka 9: Početní zastoupení klientů DPS Ondřejov v jednotlivých kategoriích míry závislosti na nikotinu podle Fagerströмова testu nikotinové závislosti.

Respondenti byli dále dotazováni, zdali někdy v minulosti zkoušeli s užíváním tabáku přestat. 23 respondentů (60,5 %) uvádí, že takovou zkušenost mají. 15 respondentů (39,5 %) tuto zkušenost postrádá. Většina klientů (56,5 %), kteří se pokusili odvykat (n=23), neužili při tomto pokusu žádný lék, nebo substituci a odvykali bez pomoci. 7 klientů (30,4 %) využilo při odvykání náhradní nikotinovou terapii. 3 klienti použili při svém odvykacím pokusu léky typu Champix.

Zkušenost těch, kteří mají za sebou nějaké období bez cigaret se velmi liší. Z těch, kteří tuto zkušenost uvedli (n=23) jeden neuvedl/a nejdelší časový úsek. Délka časového úseku, po který klient zanechal užívání tabáku je z celkového vzorku 22 respondentů. Nejkratší uvedený úsek je 24 h, nejdelší 15 let. Veškeré časové údaje byly převedeny do jednotky měsíce a následně sečteny a byl vypočítán průměr. Průměr období bez cigaret je 28 měsíců/2,33 roku. Nejvýraznějším determinantem při zvažování zanechání kouření bylo pro většinu respondentů zdraví a to pro celkových 68,4 % (26). Pro 18,4 % (7) vzorku by byly rozhodující finance, pro 7,9 % vztahy a rodina a pro 5,3 % (2) by byl hlavní motivací vzhled. Tato data jsou důležitá pro sestavení profilu uživatele tabákových a dalších nikotinových produktů v DPS Ondřejov.

<b>Metody využité při odvykacím pokusu</b>	
<b>NNT</b>	7
<b>Léky</b>	3
<b>Paipo</b>	0
<b>Alternativní metody</b>	0
<b>Akupunktura</b>	0
<b>Bez pomoci</b>	13
<b>Jiné</b>	0

Tabulka 10: Odpovědi na otázku, jaké metody klient využil při svých odvykacích pokusech.

Délka odvykacího pokusu	
Nejdelší	15 let
Nekratší	24 hodin
1 den - 1 měsíc	9
1 měsíc- 6 měsíců	3
6 měsíců - 1 rok	2
1-5 let	4
5 a více let	3
Nevedl	1
Průměr	28 měsíců/2,33 roku

Tabulka 11: Časové údaje o délce odvykacích pokusů klientů DPS Ondřejov.

Typ programu / zdroj motivace	Zdraví	Finance	Vztahy a rodina	Vzhled
Motivační skupina	6	0	0	0
Doléčovací skupina	10	3	2	0
Denní stacionář	10	4	1	2
<b>Celkem</b>	26	7	3	2

Tabulka 16. Zdroje motivace při zvažovaném pokusu přestat užívat tabákové a nikotinové produkty.

### 9.5 Zájem o intervenci zaměřenou na odvykání od tabáku

Z hlavního cíle tohoto výzkumu a vycházela 4. z výzkumných otázek – jaký je zájem klientů DPS Ondřejov o intervenci zaměřenou na léčbu závislosti. V dotazníku byly na zkoumání této problematiky zařazeny otázky č. 11 a 12. Otázka č. 11 byla formulována následovně: „Využil/a byste program podpory odvykání v rámci léčby DPS Ondřejov?“ Možnosti odpovědí byly: “ano, po ukončení léčby během následujícího roku; ano, ale nikoliv v dohledné budoucnosti; ano, během léčby; ne a nevím”. Otázka číslo 12 zněla takto: “Co konkrétního byste od léčby závislosti na tabáku potřeboval/a? (můžete vybrat více možností)”. Možnosti: “informace nebo edukaci o možnostech náhradního nikotinu (žvýkačky, náplasti, etc.); léky na odvykání kouření; jak rozpoznat a reagovat na spouštěče; jak se naučit pracovat s touhou po cigaretě/cravingem; jak se naučit pracovat s jinými abstinenčními příznaky po odnětí nikotinu; jak postupovat v případě relapsu/recidivy kouření/užití nikotinu; jak pracovat s tlakem okolí (lidi, kteří sami užívají nikotin/tabákové produkty)”. V souhrnu 16 respondentů by program podpory pro odvykání od kouření v rámci zařízení využilo, z toho ale většina (11) ne v dohledné budoucnosti. 3 respondenti by se zapojili do programu po ukončené léčbě v DPS Ondřejov a pouze 2 respondenti by této možnosti využili již během léčby. 8 respondentů zvolilo možnost “ne – nemají zájem o využití programu v DPS Ondřejov”. Třetina (36,8 %) respondentů (14) volila možnost „nevím“.

U otázky 12 bylo možné zvolit více než jednu možnost odpovědi. Žádnou odpověď neuvedl právě jeden respondent, ten v předchozí otázce odpověděl „nevím“. Což mě upozornilo na nedostatek otázky 12, kde by mělo být umožněno respondentovi, který odpoví v předchozí otázce, že o intervenci nemá zájem a nebo neví, na otázku 12 neodpovídat. Nicméně všichni ostatní respondenti odpovídající v předchozí otázce “ne” nebo “nevím” na otázku 12 odpověděli. Celkem 13 respondentů zvolilo právě jednu odpověď, většina (24) respondentů vybrala více než jednu odpověď. 10 respondentů zvolilo dvě možnosti, 7 respondentů zvolilo tři možnosti, čtyři možnosti vybralo 5 respondentů. Pět možností zvolil jeden respondent, v souhrnu 6 možností nevybral nikdo a sedm možností vybral opět 1 respondent.

Z těchto dat vyvozují, že většina respondentů by o program odvykání/léčby měla zájem a nebo ještě není zcela rozhodnuta. I na nerozhodnuté klienty je možné působit a podpořit jejich motivaci. Co se programu jako takového a obsahu intervence týče, kromě jednoho respondenta každý zvolil alespoň jednu možnost, co by od takového programu mohl chtít. Největší zájem by byl o návody, jak se naučit pracovat s touhou po cigaretě (28). Největší zájem byl o zmírnění abstinčních příznaků – naučit se pracovat s touhou po cigaretě a dalšími abstinčními příznaky (n=41), dále o prevenci relapsu (jak pracovat se spouštěči, tlakem okolí, jak postupovat při relapsu) (n=31), a nejméně o možnosti farmakologické léčby (n=14).

<b>Zájem o program odvykání</b>	
<b>Ano, po ukočení léčby během následujícího roku</b>	3
<b>Ano, ale ne v dohledné budoucnosti</b>	11
<b>Ano, během léčby</b>	2
<b>Ne</b>	8
<b>Nevím</b>	14

Tabulka 12: Odpovědi na otázku, zdali by klienti DPS Ondřejov využili program zaměřený na odvykání od tabáku v zařízení DPS Ondřejov.

<b>Obsah intervence</b>	
<b>Informace o možnostech náhradního nikotinu (žvýkačky, náplasti etc.)</b>	6
<b>Léky na odvykání kouření</b>	8
<b>Jak rozpoznat a reagovat na spouštěče</b>	13
<b>Jak se naučit pracovat s touhou po cigaretě</b>	28
<b>Jak se naučit pracovat s jinými abstinčními příznaky po odnětí nikotinu</b>	13
<b>Jak postupovat v případě relapsu</b>	8
<b>Jak pracovat s tlakem okolí</b>	10

Tabulka 13: Odpovědi na otázku, co konkrétního byste od léčby závislosti na tabáku potřeboval/a.



Ochota zanechat kouření byla ve výzkumu zjišťována pomocí Likertovy škály. Na škále od 1 do 10 měl respondent zhodnotit, nakolik je v následujících 6 měsících (otázka 8) nebo následujících 30 dnech (otázka 9) připraven přestat kouřit. 1 zde znamená vůbec není připraven, 10 je velmi připraven.

	Motivace 6 měsíců	Motivace 30 dní	6 měsíců Nejvyšší hodnota	6 Měsíců Nejnižší hodnota	30 dní Nejvyšší hodnota	30 dní Nejnižší hodnota
Průměr celkem	4	2	10	1	9	1
Motivační skupina	3	2	5	1	5	1
Doléčovací skupina	4	3	8	1	8	1
Večerní skupiny celkem	3	2	8	1	8	1
Denní stacionář	4	2	10	1	9	1

Tabulka 14: Zobrazení průměru Likertových škál podle jednotlivých typů programů.

Ve snaze zjistit, zdali jsou respondenti připraveni začít odvykat a zdali se tato připravenost liší v rámci jednotlivých programů byla data roztržena podle jednotlivých skupin. Celkový průměr motivačního skóru připravenosti zanechat kouření v následujících 6 měsících byl 4 (zaokrouheno z 3,5). U motivačního skóru připravenosti v následujících 30 dnech byla průměrná hodnota 2 (zaokrouheno z 2,3). Z celkového průměrného skóru vyplývá, že většina respondentů není příliš připravena odvykat v následujících 30 dnech ani v následujícím půl roce.

#### 9.6 Rozdíly v zájmu o podporu odvykání kouření mezi klienty DPS Ondřejov napříč jednotlivými typy léčebných programů

Posledním dílčím cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, zdali má míra závislosti na tabáku vliv na připravenost nebo ochotu přestat kouřit, případně zdali má vliv na ochotu a připravenost přestat kouřit typ služby, kterou zrovna klienti využívají – například zdali klienti doléčovací skupiny mají obecně vyšší zájem přestat kouřit, než klienti motivační skupiny a podobně.

Celkový průměr motivačního skóru připravenosti zanechat kouření v následujících 6 měsících byl 4 (zaokrouhлено z 3,5). U motivačního skóru připravenosti v následujících 30 dnech byla průměrná hodnota 2 (zaokrouhлено z 2,3). Stejného skóru dosáhli respondenti, kteří docházeli do denního stacionáře, půl roční skór připravenosti představoval rovněž 4 (zaokrouhлено z 3,8), měsíční připravenost byla shodná s celkovým průměrem: činila 2 (zaokrouhлено z 2,3). Klienti z doléčovací skupiny vykazovali stejnou míru připravenosti jako klienti denního stacionáře, skór byl 4 (zaokrouhлено z 3,5), zároveň vykazovali vyšší připravenost v následujících 30 dnech, která byla 3 (zaokrouhлено z 2,5). Nejnížší připravenost odvykat vykazovali respondenti z motivační skupiny – v následujícím půl roce je skór připravenosti 3 (zaokrouhлено z 2,7) a v následujícím měsíci 2,0. V denním stacionáři a doléčovací skupině se vyskytli jednotlivci, kteří podle tohoto skóru byli připraveni odvykat v následujícím půl roce – nejvyšší zvolená hodnota v denním stacionáři byla 10 a v doléčovací skupině 9 pro půl roční horizont, a 9 a 8 pro měsíční výhled. V motivační skupině byl nejvyšší skór 5 v obou kategoriích. Vysoké skóry značící připravenost odvykat ale byly v celém vzorku spíše výjimkou, v celém vzorku se vyskytlo celkem 5 respondentů, kteří udali vyšší skór než 5 v půlročním i měsíčním horizontu. Zároveň ve třech případech respondent uvedl vyšší skór v 30denním horizontu než v následujícím půl roce. Pokud se nejedná o chybu nebo nepochopení otázky, je možné, že takový respondent uvažuje o zanechání užívání tabáku a tabákových výrobků. Nicméně z celkového průměrného skóru vyplývá, že většina respondentů není příliš připravena odvykat v následujících 30 dnech ani v následujícím půl roce a výše skóre Likertovy škály napříč jednotlivými typy léčebných programů se výrazně neliší.

Při zodpovězení otázky, zdali se liší motivace klientů podle míry závislosti na tabáku bylo potřeba nejprve rozřídít data podle výsledků respondentů ve Fagerströmově testu nikotinové závislosti. Byly vytvořeny skupiny podle míry závislosti: nízká nebo žádná závislost, slabá závislost, střední závislost, vysoká závislost a velmi vysoká závislost. Nejvyšší skór při posouzení připravenosti přestat kouřit vykazovali respondenti s nízkou nebo žádnou závislostí (v FTNZ mají 0-2 body) a ti, kteří mají vysokou závislosti na nikotinu (v FTZN mají 6-7 bodů). Obě skupiny měly v průměru shodně 4 jako skór pro připravenost odvykat v následujících 6 měsících (ve skupině nízké nebo žádné závislosti zaokrouhlený z 4,3, ve skupině vysoké závislosti zaokrouhlený z 4,1). V skupině nízké závislosti byl celkový skór připravenosti odvykat v následujících 30 dnech 3 (zaokrouhлено z 2,9) a u skupiny s vysokou závislostí byl tento skór 4 (zaokrouhлено z 3,5). V těchto skupinách byli jednotliví respondenti zmiňovaní výše – jednotlivci, kteří volili vyšší skóry než 5, a sice 8-10, v půlročním horizontu a 6-9 v horizontu příštích 30 dní. O bod až dva nižší skóry byly zaznamenány v ostatních skupinách podle míry závislosti – ve skupině respondentů se slabou závislostí na nikotinu byl skór připravenosti odvykat v dalších 6 měsících 2 (zaokrouhлено z 2,3), a v dalších 30 dnech byl skór 1,0. Ve skupině se střední závislostí byl

skór pro připravenost v následujících 6 měsících 3 (zaokrouhleno z 3,3), v 30 dnech byl skór 2 (zaokrouhleno z 1,7). Pro skupinu s velmi vysokou závislostí byly skóry následující: 3 (zaokrouhleno z 2,5) pro nadcházejících 6 měsíců a 1 (zaokrouhleno z 1,3) v nadcházejících 30 dnech. Souhrnem lze konstatovat, že na základě Likertovy škály, nejsou klienti aktuálně připraveni zanechat kouření/užívání tabákového nebo nikotinového produktu

FTNZ	Q8: Motivace 6 měsíců	Q9: Motivace 30 dní	Q8: Nejvyšší hodnota Nejvyšší hodnota	Q8: Nejnižší hodnota Q9: Nejnižší hodnota	Q9	
Nízká/žádná závislost	4	3	9	1	9	1
Slabá závislost	2	1	3	1	1	1
Střední závislost	3	2	6	1	3	1
Vysoká závislost	4	4	10	1	8	1
Velmi vysoká závislost	3	1	5	1	3	1

Tabulka 15: Zobrazení průměru Likertových škál podle míry závislosti dle FTNZ.

#### 9.7 Profil klienta - uživatele tabákových a dalších nikotinových produktů v DPS Ondřejov

Na základě výše uvedených dat byl sestaven profil klienta - uživatele tabáku v DPS Ondřejov. Tento klient je muž, je mu okolo 40 let, jeho vzdělání je středoškolské s maturitou (nebo vyšší) a DPS Ondřejov vyhledal pro svou závislost na alkoholu. Pravděpodobně bude kouřit cigarety v možné kombinaci s elektronickou cigaretou nebo zahříváním tabákem. Míra závislosti na nikotinu podle Fagerströмова testu nikotinové závislosti je u tohoto klienta vysoká a v testu bude skórovat 7-8 bodů. Jeho připravenost začít odvykat bude na

škále od 1 do 10 dosahovat maximálně 4 bodů, to znamená, že není zcela připraven, ale ani zcela nemotivován. Během svého docházení do DPS Ondřejov nebude mít vyjasněný postoj k tomu, zdali by měl zájem odvykat s pomocí Ondřejov a tato představa bude spíš spadat do úvah do budoucnosti. Nicméně pravděpodobně již zkušenost se zanecháním kouření za sebou má, přestat kouřit zvládl bez pomoci, vydržel bez cigaret přes dva roky, nejdůležitějším zdrojem jeho motivace v odvykání bude jeho zdraví.

## 9.8 Navržení modelu podpory pro odvykání od tabáku

Základem modelu pro podporu v odvykání by byla funkční diagnostika. Tato diagnostika by byla prováděna během vstupního pohovoru, obsahovala by otázky týkající se kuřácké anamnézy, zkušenosti s odvykáním, sebesposuzovací škály ochoty přestat, posouzením fáze motivace podle kola změny (Prochaska et al., 1992; 1992; Prochaska & Norcross, 2001; 2007; Prochaska & DiClemente, 1982; 2003; Králíková et al., 2022) a Fagerströmovým testem závislosti na nikotinu.

Na základě výsledků diagnostiky by byl klientovi nabídnut jeden z následujících programů. Pro klienty ve fázi prekontemplace (nad zanecháním by v tuto chvíli vůbec neuvažoval) byla by provedena krátká intervence 5 A. Cílem této intervence je klientovi zprostředkovat fakt, že jeho užívání tabáku a tabákových produktů lze v budoucnosti řešit, pokud se jeho postoj změní a nabídnout podporu a kontakty. Bylo by možné klientovi představit formy harm reduction (e-cigarety). Tuto intervenci by mohl poskytnout adiktolog, psycholog, zdravotní sestra, trvala by do 10 minut.

Pro klienty ve fázi kontemplace (uvažuje o změně svého chování, ale ještě není zcela rozhodnut) by byla rovněž provedena krátká intervence 5 A, s možností zařazení motivačního rozhovoru zaměřeného na ambivalentní postoj k užívání tabáku, podpoře zvědomování výhod a nevýhod kuřáckého stylu života. U obou typů intervencí by bylo zároveň vhodné zařadit edukaci o tabáku a následcích možnostech léčby. Zároveň by bylo možné klientovi nabídnout termín další následné konzultace v rozmezí nadcházejících 3-6 měsíců, kdy by bylo možné navázat, sledovat s klientem jak se změnila jeho motivace, tyto intervence by se mohly opakovat v průběhu jednoho roku a provázet klienta přípravou na odvykání/léčbu závislosti. Intervence by mohl realizovat adiktolog (ale také psycholog nebo psychiatr), rozsah intervence by byl 30-50 minut.

## 9.9 Program léčby pro připravené/motivované zanechat kouření/užívání tabáku a dalších produktů

Za předpokladu, že by se klienti zařazení do výše popsaného programu posunuli ve své motivaci do fáze rozhodování nebo akce, byl by pro ně připraven program léčby

závislosti. Zároveň vycházím z předpokladu, že takto motivovaní klienti se v zařízení objevují, neboť ve výzkumném vzorku se vyskytli jedinci, kteří podle Likertovy škály byli připraveni odvykat v následujícím půl roce – nejvyšší zvolená hodnota v denním stacionáři byla 10 a v doléčovací skupině 9 pro půl roční horizont, a 9 a 8 pro měsíční výhled, a i v dalších otázkách k programu léčby závislosti na tabáku se vyjadřovali kladně. Pro tento typ klientů by byl komplexní program podpory odvykání/léčby závislosti. Po základní diagnostice by byla navržena léčba závislosti a zmírnění abstinenčních příznaků (pokud by to bylo potřebné). Podle výsledků FTNZ by jim byla doporučena NNT nebo léky (zde by bylo vhodné navázat spolupráci s psychiatry DPS Ondřejov, kteří by mohli klientovi v případě potřeby vystavit recept). Dále by byl zpracován plán na odvykání, stanovení dne, kdy klient přestane kouřit/ užívat tabákové/nikotinové produkty, byl by věnován prostor tomu, jak řešit kuřácké situace a další problémy spojené s psychosociální složkou závislosti (situace, rituály, tlak okolí, atp.), a v neposlední řadě by byly plánovány další kontroly. Tyto kontroly by v prvních dnech a týdnech byly častější, následně by se rozestupy mezi kontrolami prodlužovaly. Vhodné schéma kontrol by bylo například: 1 den po zanechání kouření, poté za 1 týden, následně za 14 dní, po 1 měsíci od zanechání kouření, opět po jednom měsíci a následně dvakrát po dvou měsících až po období 6 měsíců. První sezení a plánování odvykání by mělo časovou dotaci 50 minut, následné kontroly 10-30 minut. Bylo by možné se s klientem domluvit i na telefonických kontrolách. Tyto intervence by mohl provádět adiktolog (a rovněž psycholog nebo psychiatr).

Zároveň by doplněním tohoto léčebného kontinua byla motivační/podpůrná skupinová terapie. Podpůrná skupina by byla otevřena všem klientům, které téma odvykání/léčby závislosti na tabákových/nikotinových produktech jakkoliv oslovuje. Skupina by byla časově dotována v rozmezí 60 – 90 minut podle velikosti a složení skupiny. Skupinu by vedl adiktolog nebo psycholog.

V rámci navrhovaných programů by bylo vhodné pro DPS Ondřejov navázat spolupráci s pojišťovnami a se Společností pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT) a nechat se zapsat na seznam adiktologických ambulancí, které nabízí komplexní léčbu závislosti na tabáku a mohou vystavit potvrzení o docházení do takového programu, které potom klienta opravňuje nárokovat příspěvek na prostředky pro podporu odvykání kouření (NNT, vareniklin, cytisin), zároveň by bylo vhodné splnit požadavky pro umožnění vykazování péče hrazené pojišťovnami (výkony 25501 – Specializovaná intervence léčby závislosti na tabáku – vstupní, 25503 – Specializovaná intervence léčby závislosti na tabáku – kontrolní).

## IV Diskuze

### 1. Souhrn nejvýznamnějších výsledků

Cílem této diplomové práce bylo mapovat potřeby klientů Oddělení léčby závislosti v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov v oblasti jejich závislosti na tabáku a její léčby. Hlavním cílem bylo zjistit, zdali klienti mají zájem o rozšíření nabídky služeb o ucelenou intervenci zaměřenou na léčbu závislosti na tabáku. Dílčími cíli bylo shromáždit přesnější údaje o kuřácké populaci DPS Ondřejov a zjistit, zdali existuje souvislost mezi mírou závislosti na tabáku a ochotě přestat kouřit, případně zdali je nějaká souvislost mezi ochotou a připraveností přestat kouřit a typem služby, kterou zrovna využívají – například zdali klienti doléčovací skupiny mají obecně vyšší zájem přestat kouřit, než klienti motivační skupiny.

Realizací výzkumu byl zjištěn počet aktivně docházejících klientů na Oddělení léčby závislosti v DPS Ondřejov v daném období, kdy probíhal sběr dat. V období od 31.1. do 4.4. byl celkový počet klientů docházejících do zařízení 78. Podařilo se zjistit, že za dané období bylo celkem 61,4 % klientů uživatelů tabákových a dalších nikotinových produktu, 30,8 % klientů bylo nekuřáků nebo bývalých kuřáků a 7,7 % klientů se nepodařilo oslovit. Tato data mohou naznačovat, že v klinické populaci klientů DPS Ondřejov je více kuřáků než v běžné populaci, kde je zastoupení kuřáků 23 %. Zároveň se ale nepotvrdil předpoklad, že zastoupení uživatelů tabákových a nikotinových výrobků je až 90 %.

Podle výsledků v oblasti nejvyššího dosaženého vzdělání klientské populace převyšuje celostátní průměr. Profil vzdělanosti převyšuje celostátní průměr. Při Sčítání 2021 mělo z obyvatel 15letých a starších, u nichž bylo dosažené vzdělání zjištěno, alespoň střední vzdělání s maturitou nebo vyšší již 53,1 %. Lidé se středním vzděláním nebo vyučením bez maturity tvořili asi třetinu populace, stejně jako ti se středním vzděláním s maturitou (ČSÚ, 2022) V prezentovaném vzorku klientů DPS Ondřejov má střední vzdělání s maturitou a vyšší celkem 68,4 %

Na základě získaných dat se podařilo sestavit profil klienta – uživatele tabákových výrobků. Profilové charakteristiky jsou následující: muž, 40 let, nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou (nebo vyšší), DPS Ondřejov vyhledal pro svou závislost na alkoholu. Tento klient kouří cigarety v možné kombinaci s elektronickou cigaretou nebo zahříváním tabákem. Míra závislosti na nikotinu podle Fagerströмова testu nikotinové závislosti je u tohoto klienta vysoká a v testu bude skórovat 7-8 bodů. Jeho připravenost začít odvykat bude na škále od 1 do 10 dosahovat maximálně 4 bodů, to znamená, že není zcela připraven, ale ani zcela nemotivován. Během svého docházení do DPS Ondřejov nebude mít vyjasněný postoj k tomu, zdali by měl zájem odvykat s pomocí Ondřejov a tato

představa bude spíš spadat do úvah do budoucnosti. Nicméně pravděpodobně již zkušenost se zanecháním kouření za sebou má, přestat kouřit zvládl bez pomoci, a vydržel bez cigaret přes dva roky, hlavním zdrojem jeho motivace pro zanechání kouření je jeho zdraví. Analýza potřeby zařazení programu podpory odvykání měla výsledek, že většina klientů by o takový program zájem měla, nicméně ve vzorku se vyskytla i nezanedbatelná část klientů, kteří nevěděli, zdali by o takový program měli zájem. Toto vnímám jako výzvu pro odborníky, aby povědomí o možnosti odvykat mezi klienty bylo zvyšováno, společně s prestiží léčby závislosti na tabáku. Na nerozhodnuté klienty je možné působit a podpořit jejich motivaci. Obsahově by mezi klienty byl největší zájem o intervence zaměřené na zvládání abstinčních příznaků, konkrétně chuti na cigaretu. Podle průměrů motivačních skóru, které jak v půlročním, tak měsíčním horizontu nepřekročily hodnotu 4 se nejeví, že by většina klientů byla v současnosti připravena odvykat. Což může opět nechávat volný prostor v působení odborníků na motivaci klientů v zanechání kouření. Většina klientů s odvykáním od tabáku a delší abstinencí má již svou zkušenost, jak již zmiňuji v profilu klienta.

## 2. Kontext: srovnání výsledků s jinými studii a daty

Mnohé zahraniční studie (Ainscough et al., 2021; Gyuish et al., 2016; Khara & Okoli, 2011; Mcclure et al., 2014; McFall et al., 2010; Taylor et al., 2021) začínají podobnou premisou jako tato a konstatují, že prevalence kuřáctví je v klinické populaci vyšší než v běžné populaci a že intervence zaměřené na zanechání kouření není příliš nabízena. Vyšší prevalence v klinické populaci klientů Oddělení závislosti v DPS Ondřejov než v běžné populaci se potvrdila – v běžné populaci je zastoupení kuřáků 23 % (Csémy et al., 2021; Chomynová et al., 2022) v této specifické klinické populaci téměř třikrát tolik – 61 %.

Většina uživatelů tabáku a nikotinu (78,9 %) vykazuje nějakou míru závislosti na nikotinu. 8 uživatelů tabáku nebo nikotinu nevykazuje žádnou nebo nízkou závislost, což odpovídá 21,1 % z nich. Tento výsledek není v rozporu s tím, co uvádí Králíková (et al., 2013), a sice že závislost na tabáku má složku psychosociální, kterou má víceméně každý kuřák a také fyzickou, tedy závislost na nikotinu, kterou má 80 % kuřáků. V tomto ohledu výsledky výzkumu odpovídají těmto datům – nízkou nebo žádnou závislost na nikotinu podle výsledků ve Fagerströmově testu nikotinové závislosti vykazovalo 21 % vzorku a nějakou míru závislosti vykazovalo zbylých 79 % klientů. Bylo by záhodno dále zkoumat, zdali se jedná o nahodilost typickou pro tento vzorek, anebo by se potvrdilo procentuální zastoupení o kterém informuje Králíková.

Nepříliš vysoká připravenost klientů DPS Ondřejov o program odvykání od tabáku (na Likerotově stupnici se pohybovala mezi 2-4 (z ranku 1-10)) může souviset s tím, že navzdory zákonné povinnosti každého zdravotníka provést krátkou intervenci (Csémy et al., 2021) doporučení přestat dostane asi jen každý třetí kuřák. Krátké intervence k odvykání kouření provádí podle odhadu z r. 2020 pouze polovina lékařů. Dlouhodobě se situace nelepší (Mravčík et al., 2021; Králíková, 2022).

Podle srovnávací studie provedenou Lee (2017) je přitom nabízení odvykacích programů cenově efektivní jak pro zařízení, tak pro pacienty. Využití stádií kola změny (Prochaska et al., 1992; 1992; Prochaska & Norcross, 2001; 2007; Prochaska & DiClemente, 1982; 2003; Králíková et al., 2022) při plánování a přípravě vhodné intervence prezentovaných v předchozích odstavcích může podpořit dlouhodobý výzkum mezi ambulantními pacienty dlouhodobě nemocných, kterým byla poskytnuta léčba závislosti na tabáku. Většina kuřáků zde byla ve fázi kontemplace (77,5 %) než ve fázi prekontemplace (11,1 %), fázi akce (7,8 %) nebo přípravné fázi (3,6 %). Mezi těmi, kteří se účastnili sledování 42,5 % účastníků postoupilo do udržovací fáze (přestali kouřit na více než 6 měsíců). Kromě toho byli kuřáci v udržovací fázi v menším pokušení kouřit, a měli méně překážek v odvykání ve srovnání s kuřáky v jiných fázích (tj. prekontemplace, kontemplace, příprava nebo akce). Výzkum prezentoval výsledky, které předpokládají použitelnost modelu kola změny pro zdravotně nemocné kuřáky, kterým byla poskytnuta služba pro odvykání kouření, v závěru doporučuje poskytovatelům zdravotní péče zvážení zahrnutí modelu kola změny do intervencí zaměřených na odvykání kouření (Shi et al., 2017). Další z výzkumů, který předvádí data z klinického prostředí ambulantně se léčících klientů ze závislosti, kteří zároveň dokončili program zaměřený na odvykání kouření přináší Khana & Okoli (2011). Uzavírají, že klienti léčící se se závislostí mohou úspěšně přestat kouřit v míře podobné běžné populaci, pokud mají přístup k intenzivní léčbě závislosti na tabáku. V tomto programu odvykání byly klientům poskytovány opakované konzultace a také medikamenty a NNT. Výzkumy souhrnně ukazují, že je možné klienty v odvykání podpořit, nicméně je potřeba také dodat, že tato podpora není možná bez systémové podpory (od zaměstnavatele, kolegů, pojišťoven).

### 3. Silné a slabé stránky výzkumu

Silnou stránkou realizovaného výzkumu je jeho originalita v kontextu zkoumání potřeb klientů daného zařízení a z toho pramenící možná aplikace poznatků v léčebné praxi. Výzkum je ekologicky validní, přináší data o dříve nepopsané populaci a potvrzuje nebo vyvrací dosud předjímané domněnky o klientech, jejich kuřáckých návycích a postoji k možným intervencím. Na základě výsledků výzkumu lze lépe navrhnout modely pro podporu odvykání/léčby závislosti klientů.



Na pomezí silných a slabých stránek je výzkumný nástroj dotazník – nebyl standardizovaný a byl sestaven podle specifických výzkumných potřeb a stanoveného cíle výzkumu a byl jakousi fúzí diagnostických testových metod, sociodemografických otázek a nově vytvořených otázek. Nejednalo se tedy o standardizovaný dotazník, ke kterému by byl k dispozici vyhodnocovací manuál a bylo potřeba jej vyhodnotit pomocí popisné statistiky. Dotazník byl zároveň typově sebesposuzovací, což mohlo mít za následek, že respondent může uvést nepravdivé nebo nepřesné informace a není zde žádný způsob, jak toto poznat. Problematické bylo nesprávné nebo nedostatečně vyplnění dotazníků, a otázka, jak s takovými daty naložit. U několika dotazníků chyběly některé odpovědi zcela, v některých otázkách, kde bylo možné zvolit pouze jednu variantu volili respondenti vícero variant. Dotazníky neobsahovaly identifikační údaje klientů a nebylo tedy možné se jich doptat, jak kterou odpověď zamýšleli, a jaká je jejich žitá zkušenost. Proto byly tři dotazníky zcela ze souboru vyloučeny, u výsledků je uváděno, z jakého počtu respondentů jsou data odebírána a dále vyhodnocována a interpretována. Zároveň byli z výzkumného souboru vyloučeni klienti, kteří v současné době nekouří, což nepovažuji za chybné, ale zapojení i těchto klientů mohlo vzorek obohatit. Mohl být například sestaven druhý typ dotazníku, který by zapojil do výzkumu i tyto klienty. Bylo by možné zkoumat například jaký je podíl bývalých kuřáků a celoživotních nekuřáků mezi klientskou populací, a u bývalých kuřáků zjistit například jak dlouho jsou v remisi, co jim pomáhá nekuřácký styl života udržovat, jaká je jejich motivace, zdali jsou ohrožení relapsem a následně by bylo možné zvýšit povědomí o možnostech podpory v DPS Ondřejov.

Slabou stránkou dotazníku bylo, že z dat získaných dotazníkem nebylo možné určit početní zastoupení uživatelů tabákových a nikotinových výrobků. Aby bylo možné toto zastoupení určit, bylo by potřeba rozšířit šetření i mezi nekuřáckou populaci klientů zařízení, kde by bylo možné například zjistit, zdali jsou celoživotní nekuřáci a pokud mají zkušenost s odvykáním nebo léčbou závislosti na nikotinu, jaký zvolili typ léčby a tak podobně. Početní zastoupení kuřácké populace lze pouze odvodit z informací, které byly získány o výběrovém souboru během realizace výzkumu.

Ačkoliv získaná data o populaci klientů DPS Ondřejov nelze zobecnit a vyvodit z nich závěry validní pro obecnou populaci, mají tato data ekologickou validitu, neboť jsou důležitá pro další zlepšování a zkvalitňování poskytovaných služeb a je možné je aplikovat v klinické praxi.

Dalším limitem výzkumu byla moje očekávání velikosti výběrového souboru – při plánování výzkumu jsem odhadovala, že celkový počet docházejících do zařízení bude mezi 150–200 klienty, a tento odhad se ukázal být velmi nadsazený. Celkový počet klientů docházejících v době realizace výzkumu na Oddělení léčby závislosti byl 78 klientů. Tento

počet mohl být ještě o několik klientů vyšší, neboť se do souboru nepodařilo oslovit klienty, kteří dochází do individuální terapie k ostatním členům týmu a do vzorku se podařilo zapojit klienty, kteří dochází do některé z forem skupinové terapie.

Nejzásadnější úskalí tohoto výzkumu však vnímám v oblasti své vlastní trojitě role, kterou jsem popsala v kapitole o etice výzkumu. Ve výzkumu vystupuji jako studentka magisterského oboru adiktologie, jako výzkumnice a také jako zaměstnankyně DPS Ondřejov na pozici adiktolog – terapeut. Preexistující terapeutický vztah s klienty/respondenty mohl ovlivňovat jejich přístup k zapojení do výzkumu i k samotnému vyplňování dotazníku.

#### 4. Doporučení do praxe

Pro ověření výsledků výzkumu, získání dalších dat a porovnání změny motivace (v případě, že by byly plošně zaváděny nové intervence) by bylo vhodné další dotazníkové šetření. To by bylo možné rozšířit i mezi populaci nekuřáků. Kromě opakování výzkumu, by bylo možné zkoumat například změnu postojů klientů k užívání tabáku nebo připravenosti odvykávat v delším časovém horizontu, bylo by možné výzkum opakovat v daných časových úsecích. Bylo by vhodné sledovat změny po zavedené intervenci, bylo by tedy funkční provést šetření před intervencí a po ní.

Na základě realizovaného výzkumu by bylo vhodné zařadit do léčebného kontinua modely pro podporu odvykání od tabáku/léčbu závislosti. Modely byly podrobněji popsány v závěru kapitoly výsledky. Modely podpory odvykání by vycházely z klientova současného stavu motivace a připravenosti odvykat. Základem obou modelů by byla vstupní diagnostika a sběr anamnestických dat a zhodnocení motivace podle kola změny. Pro klienty s nižší mírou připravenosti odvykat (prekontemplace, kontemplace) by byl vhodný model, který by zvyšoval tuto připravenost, pracoval s klientovou motivací, a nebo například nabízel vhodné způsoby harm reduction v užívání tabákových produktů. Druhý model by byl pro klienty, kteří v současné době vykazují vyšší připravenost odvykat (přípravná fáze změny, akce) a s těmi by byl sestaven podrobný léčebný plán, doporučena vhodná medikace, ošetřena prevence relapsu, atd, ve smyslu jak o těchto intervencích uvažuje například Kulhánek (2017). Intervence zaměřené na zanechání kouření jsou opakovaně označovány jako cost-effective (Lee, 2017, Králíková, 2013).

V rámci těchto programů by bylo vhodné uvést v součinnost lékaře DPS Ondřejov jako nositele zdravotnických výkonů, vedení DPS Ondřejov pro nutné vyjednávání se zdravotními pojišťovnami při rozšíření portfolia používaných výkonů o specifické výkony léčby závislosti na tabáku (25501 – vstupní intervence, 25503 – kontrolní návštěva).

## V Závěr

Cílem tohoto výzkumu bylo mapovat potřeby klientů v DPS Ondřejov v oblasti odvykání od tabáku a léčby závislosti na tabáku, získat data o kuřácké populaci této služby, popsat tuto populaci a definovat základní charakteristiky, jako je míra závislosti, zkušenost s odvykáním a možné vztahy mezi typem léčby, mírou závislosti a ochotou odvykat. Z tohoto cíle vycházelo celkem pět výzkumných otázek, které zjišťovaly jaký je podíl uživatelů tabáku, tabákových a nikotinových výrobků mezi klienty Oddělení léčby závislosti v DPS Ondřejov, jaký druh tabákového/nikotinového produktu tyto klienti užívají. Za předpokladu, že se u nich vyskytuje závislost na nikotinu, jaká je průměrná míra této závislosti a v neposlední řadě byly výzkumné otázky zaměřené na zájem o intervenci zaměřenou na léčbu závislosti na tabáku, a zdali se tento zájem liší mezi jednotlivými typy léčebných programů a míry závislosti daného klienta. Mezi klienty bylo provedeno dotazníkové šetření.

Rozložení klientů DPS Ondřejov bylo 31 % nekuřáků, 61 % kuřáků a u 8 % klientů se nepodařilo zjistit. Převážně klienti užívají klasické zápalné cigarety. Většina klientů (78,9 %) vykazuje určitou míru závislosti na nikotinu. 21,1 % klientů nevykazuje žádnou nebo nízkou závislost, 18,4 % s nízkou závislostí, 18,4 % se střední závislostí, 26,3 % s vysokou závislostí a 15,8 % s velmi vysokou závislostí. 42,1 % by mělo zájem program léčby závislosti na tabáku využít, 21,1 % o využití programu léčby závislosti na tabáku zájem nejeví a 36,8 % klientů neví, jestli by takový program využila. Podle výsledků Likertových škál byla průměrná připravenost odvykat od tabákových a nikotinových produktů v následující 6 měsících 4 a v následujících 30 dnech 2. Pohyb na Likertových škálách napříč skupinami podle typu léčby nebo míry závislosti na nikotinu nebyl výrazný a mezi jednotlivými hodnotami nebyly velké změny.

Na základě výsledků výzkumu byl sestaven profil průměrného klienta – uživatele tabákových a nikotinových produktů DPS Ondřejov a navrženy dva modely pro podporu odvykání od tabáku založených na diagnostice a kole změny motivace (Prochaska et al., 1992; 1992; Prochaska & Norcross, 2001; 2007; Prochaska & DiClemente, 1982; 2003; Králíková et al., 2022). První model navrhuje přístup ke klientovi, který není zcela připraven odvykat a na kole změny se pohybuje v hodnotách prekontemplace a kontemplace, druhý model je pro klienty, kteří by o podporu v odvykání od tabáku měli zájem a pohybují se v oblasti uvažování o změně, přípravě nebo akci). Bylo by vhodné zavést do praxe navrhované modely a dále výzkumně sledovat jejich výsledky. Následně by bylo možné sledovat, zdali se mění připravenost klientů absolvovat program pro léčbu závislosti na tabáku. Rovněž by bylo vhodné sledovat postoje nejen klientů, ale také zaměstnanců DPS Ondřejov.

## VI Literatura

Ainscough, T. S., Brose, L. S., Strang, J., & McNeill, A. (2021). Contingency management for tobacco smoking during opioid addiction treatment: Implementation challenges. *Drug and alcohol review*, 40(4), 658-661. <https://doi.org/10.1111/dar.13216>

American Lung Association. (2017). Lung Association to Offer Quit-Smoking Programs for Residents of Public Housing with Support from Anthem Foundation. *Health and Medicine Week*, 3149.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *American Psychiatric Association*. (5th Edition). Washington, DC.

Apollonio, D., Philipps, R., & Bero, L. (2016). Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. Art. No.: CD010274. doi:10.1002/14651858. CD010274.pub2

Bao, Y., Lian, Z., & Liu, Z. (2009). An investigation of cigarette smoking behavior and nicotine dependence among Chinese opiate addicts. *Addictive Behaviors*, 34(11), 955–958. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.06.003>

Bárta, P. (2017). *Tabáková továrna v Hodoníně: bakalářská práce*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra historie, s. 61. Vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. František Čapka, CSc.

Bertram, D. (2007). Likert scales. *Science and Education*. Retrieved November, 2(10), 1-10.

Berridge, V., Hall, W., Taylor, S., Gartner, C., & Morphet, K. (2021). A first pass, using pre-history and contemporary history, at understanding why Australia and England have such different policies towards electronic nicotine delivery systems, 1970s–c. 2018. *Addiction* (Abingdon, England), 116(9), 2577-2585. <https://doi.org/10.1111/add.15391>

Cahill, K., Stevens, S., Petera, R. & Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.

Cleverley, K., Bartha, C., Strudwick, G., Chakraborty, R. & Srivastava, R. (2018). The Development of a Client Care Needs Assessment Tool for Mental Health and Addictions

Settings Using a Modified Delphi Approach. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 31. 52-65. 10.12927/cjnl.2018.25603.

Cosci, F., Pistelli, F., Lazzarini, N. & Carrozzi, L. (2011). Nicotine dependence and psychological distress: outcomes and clinical implications in smoking cessation. *Psychol Res Behav Manag*. 2011;4:119-28. doi: 10.2147/PRBM.S14243. Epub 2011 Sep 12. PMID: 22114542; PMCID: PMC3218785.

Csémy, L., Dvořáková, Z., Alena Fialová, A., Miloslav Kodl, M., Marek Malý, M. & Skývová, M., (2021). Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020 (NAUTA). *Státní zdravotní ústav*. 1. vydání. ISBN 978-80-7071-405-8  
Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/nauta\\_2020.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/nauta_2020.pdf)

Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M. & Skývová, M. 2020. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019. Praha: *Státní zdravotní ústav*. 158

Csémy, L., Fialová, A., Kodl, M. & Skývová, M. 2019. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018. Praha: *Státní zdravotní ústav*.

Český statistický úřad. (2022). Sčítání 2021: Vzdělání. *Český statistický úřad*. Dostupné online: <https://www.czso.cz/csu/scitani2021/vzdelani>

Elmasry, S., Asfour, S., de Rivero Vaccari, J. P. & Travascio, F. (2015). Effects of Tobacco Smoking on the Degeneration of the Intervertebral Disc: A Finite Element Study. *PLoS ONE*, 10(8), 1–22. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1371/journal.pone.0136137>

EMCDDA (1998). Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for programme-planners and evaluators. Luxembourg: *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*.

Etter, J.F., LeHouezec, J., & Perneger, T.V. (2023). A self-administered questionnaire to measure addiction to cigarettes: The Cigarette Dependence Scale. *Neuropsychopharmacology*. Dostupné online <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/measures-guide/cigarette-dependence-scale-12>

Fagerström, K., (2012). Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 14, Number 1 (January 2012) 75–78

Fagerström, K. (2014). Nicotine: Pharmacology, Toxicity and Therapeutic use. *Journal of Smoking Cessation*, 9(2), 53-59. doi:10.1017/jsc.2014.27

Fidesová, H. (2014). Vzor informovaného souhlasu pro účastníka výzkumu. *Klinika adiktologie ILF UK a VFN v Praze*. Praha.

Fidesová, H. (2014). Vzor informace pro účastníka výzkumu. *Klinika adiktologie ILF UK a VFN v Praze*. Praha.

Fiore, M. et al. (2000). Treating Tobacco Use and Dependence. U.S. Department of Health and Human Services. *Public Health Service*. www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm.

Gilman, S. L. & Xun, Z. (2006). *Příběh kouře člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*. Dybbuk. Praha. ISBN 80-86862-23-2

Guydish, J., Passalacqua, E., Pagano, A., Martínez, C., Le, T., Chun, J., Tajima, B., Docto, L., Garina, D., & Delucchi, K. (2016). An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addiction*, 111(2), 220–230. <https://doi.org/10.1111/add.13099>

Haddock, C. K., Weg, M. V., Debon, M., Klesges, R. C., Talcott, G. W., Lando, H., & Peterson, A. (2001). Evidence That Smokeless Tobacco Use Is a Gateway for Smoking Initiation in Young Adult Males. *Preventive medicine*, 32(3), 262-267. <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0802>

Hajek, P., McRobbie, H. & Myers, K., (2013). Efficacy of cytisine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis. *Thorax*; 68:1037–1042. doi:10.1136/thoraxjnl-2012-203035

Harpe, S. E. (2015). How to analyze Likert and other rating scale data. *Currents in pharmacy teaching and learning*, 7(6), 836-850. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2015.08.001>

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

Hendl, J. & Remr, J. (2017). *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN –978-80-262-1192-1

Horáčková, K., Mihalová, I., Cibulka, J., Jarošíková, H., Černíková, T. & Chomynová, P. (2022). Česká politika v oblasti závislostí a priority předsednictví České republiky v Radě EU v r. 2022. *Zaostřeno* 8 (1), 1–16.

Hughes, J. R., et al. (1992). Smoking Cessation Among Self-Quitters. *Health Psychology*;11(5), 331-334

Hurt, R. D., Hays, T. J., & Croghan, I. T. (2017). The Mayo Clinic Nicotine Dependence Center. *Časopis lékařů českých*, 156(1), 17-18.

Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J. & Mravčík, V. (2022). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021 [Summary Report on Addictions in the Czech Republic in 2021]. Praha: Úřad vlády České republiky.

Jakub I. (1604). A Counterblast to Tobacco. Dostupné online: <https://www.laits.utexas.edu/poltheory/james/blaste/index.html>

Jamieson, S. (2004). Likert scales: how to (ab)use them. *Medical education*, 38(12), 1217-1218. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.02012.x>

Janíková, B. & Nechanská, B. (2021). Sčítání adiktologických služeb 2020. *Zaostřeno* 7 (3), 1-20.

Jha, P., Ramasundarahettige C. & Landsman, V., et al. (2018). 21st Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *New England Journal of Medicine* 2018;379:341–50 [accessed 2018 Feb 22].

Kandel, E. R., & Kandel, D. B. (2014). Shattuck Lecture. A molecular basis for nicotine as a gateway drug. *The New England journal of medicine*, 371(10), 932. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1405092>

Kalina, K., et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada. Praha. ISBN 978-80-247-4331-8

Khara, M., & Okoli, C. T. C. (2011). The Tobacco-Dependence Clinic: Intensive Tobacco-Dependence Treatment in an Addiction Services Outpatient Setting. *The American journal on addictions*, 20(1), 45-55. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00096.x>

Klemperer, E., Fagerstrom, K. & Hughes, J. (2016). Abrupt versus gradual smoking cessation with pre-cessation nicotine replacement therapy for cigarette smokers motivated

to quit. *Ann Transl Med.* 2016 Oct;4(19):384. doi: 10.21037/atm.2016.08.16. PMID: 27826586; PMCID: PMC5075863.

Kohoutek, R. (2001). *Poznávání a utváření osobnosti*. Brno. Akademická nakladatelství CERM.

Kohut, S. J. (2017). Interactions between nicotine and drugs of abuse: a review of preclinical findings. *Early Childhood Research Quarterly*, 43(2), 155-170. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1209513>

Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. *Čes. a slov. psychiatrie*, 100, 1, 13-18.

Králíková, E., et al. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5

Králíková, E. (2015). Závislost na tabáku. In Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie*. Kapitola 30. Grada. Praha. ISBN 978-80-247-4331-8

Králíková, E., Češka, R., Pánková, A., Štěpánková, L., Volská, K. & Felbrová, V.(2015). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitřní Lékařství*, 2015, 61(5, Suppl 1): 1S4-1S15

Králíková, E. & Kozák, J. T. (1997). *Jak přestat kouřit*. Maxdorf s.r.o. Brno. ISBN 80-85800-62-4

Králíková, E., Zvolská, K., Štěpánková, L., & Pánková, A. (2022). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis lékařů českých*, 161(1), 33-43.

Králíková, E., Zvolská, K., Štěpánková, L., Pánková, A., Felbrová, V. & Kulovaná, S. (2020). Tobacco dependence treatment in the Czech Republic: History, presence, and future. *Časopis lékařů českých*. 159(3-4), 147-152.

Králíková, T. (2018). *Poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v pobytové léčbě uživatelů návykových látek: studie ve vybraných terapeutických komunitách v ČR*. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Praha.



Krejčí, J. (2021). *Možnosti a meze poradenství a léčby odvykání kouření u pacientů ve střednědobé ústavní léčbě závislosti na alkoholu*. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie Praha.

Kulhánek, A. (2017). Odvykání kouření jako (ne)adiktologické téma? *Adiktologie*, September, 17(3), pp.180-181. Dostupné z: [https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/editorial\\_kulhanek-1.pdf](https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/editorial_kulhanek-1.pdf)

Kuzon, W. M., Urbanek, M. G., & McCabe, S. (1996). The seven deadly sins of statistical analysis. *Annals of plastic surgery*, 37(3), 265-272. <https://doi.org/10.1097/00000637-199609000-00006>

Leaviss, J., Sullivan, W., REN, S., Everson-Hook, E., Stevenson, M., Stevens, J. W., Strong, M. & Cantrell, A. (2014). What is the clinical effectiveness and cost-effectiveness of cytisine compared with varenicline for smoking cessation? A systematic review and economic evaluation. *Health*.

Lee, D., Lee, Y., & Oh, I. (2019). Cost-effectiveness of smoking cessation programs for hospitalized patients. *The European journal of health economics*, 20(9), 1409-1424. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01105-7>

Lindson-Hawley, N., Banting, M., West, R., Michie, S., Shinkins, B. & Aveyard, P. (2016) Gradual Versus Abrupt Smoking Cessation: A Randomized, Controlled Noninferiority Trial. *Ann Intern Med*. 2016 May 3;164(9):585-92. doi: 10.7326/M14-2805. Epub 2016 Mar 15. PMID: 26975007.<https://doi.org/10.7326/M14-2805>

Lindson, N., Thompson, T. P., Ferrey, A., Lambert, J. D., & Aveyard, P. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD006936. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub4>

McClure, E. A., Acquavita, S. P., Dunn, K. E., Stoller, K. B., & Stitzer, M. L. (2014). Characterizing smoking, cessation services, and quit interest across outpatient substance abuse treatment modalities. *Journal of substance abuse treatment*, 46(2), 194-201. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.07.009>

McFall, M., Saxon, A. J., Malte, C. A., Chow, B., Bailey, S., Baker, D. G., Beckham, J. C., Boardman, K. D., Carmody, T. P., Joseph, A. M., Smith, M. W., Shih, M. C., Lu, Y., Holodniy, M., Lavori, P. W., & CSP 519 Study Team (2010). Integrating tobacco cessation into mental health care for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled

trial. *JAMA*, 304(22), 2485–2493. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1769>

Mezinárodní klasifikace nemocí: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10*. (1992). Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 3. Vydání. Praha. Dostupné na: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F17.2>

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada. Praha. ISBN 80-247-1362-4

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 [Report on Tobacco, Nicotine and Related Products in the Czech Republic 2021]. Praha: *Úřad vlády České republiky*.

National Center for Biotechnology Information. (2023). PubChem Compound Summary for CID 89594, *Nicotine*. Retrieved April 8, 2023 from <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Nicotine>.

Pavlovská, A. & Minařík, J. (2015). Substituční léčba závislosti. In Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie*. Kapitola 20. Grada. Praha. ISBN 978-80-247-4331-8

Perlík, F. (2013). Lékové interakce a kouření. In Králíková, E. et al. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Kap. 6.30. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5

Popov, P. (2013). Závislost na tabáku mezi jinými závislostmi. In Králíková, E. et al. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Kap. 6.20. Adamira, s.r.o. Břeclav. ISBN 978-80-904217-4-5

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*, 19, 276 – 287.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2003). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 147–171). New York: *Oxford University Press*.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Rossi, J. S. (1993). Standardized, individualized, interactive and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology, 12*, 399 – 405.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy, 38*, 443– 448.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2007). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (6th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. New York: William Morrow & Company.

Prochaska, J. J., Das, S., Benowitz, N.L., (2013). Cytisine the world's oldest smoking cessation aid. *British Medical Journal. 347*:f5198 doi: 10.1136/bmj.f519

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

Punch, K., F. (2015). *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0980-5

Rajabi, A., Shojaei, A., Janani, L., Farjam, M., Baradaran, H. R., Khosravi, P., & Motevalian, S. A. (2021). Cigarette Smoking Behavior a Gateway to Opium Use Disorder: A Mendelian Randomization Analysis. *Behavior genetics, 51*(4), 385-393. <https://doi.org/10.1007/s10519-021-10052-0>

Rous, Z., Chomynová, P. & Mravčík, V. (2020). Návykové látky v České republice v roce 2019. *Zaostřeno 6* (6), 1-20.

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

Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. (2021). Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Praha: Úřad vlády České republiky.

So, C. J., Meers, J. M., Alfano, C. A., Garey, L., & Zvolensky, M. J. (2021). Main and Interactive Effects of Nicotine Product Type on Sleep Health Among Dual Combustible and E-Cigarette Users. *The American Journal on Addictions*, 30(2), 147–155. <https://doi.org/10.1111/ajad.13130>

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

Sovová, A. (2016) *Vnímání vlastní zkušenosti se zanecháním kouření ve vztahu k léčbě primární závislosti: kvalitativní výzkum mezi klienty terapeutických komunit*. Bakalářská práce. Universita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2016.

Shi, M., Loo, C. M. & Tian, P. O. (2017). The stages of change (SOC) and the long-term outcome of an outpatient smoking-cessation programme with medically ill smokers. *Respirology* (Carlton, Vic.), 22(S3), 23-23. [https://doi.org/10.1111/resp.13206\\_46](https://doi.org/10.1111/resp.13206_46)

Světová zdravotnická organizace. (2000). Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek. Geneva: *World Health Organisation*

Summers, J., Ouakrim, D., Wilson, N. & Blakely, T. (2022). Updated Health and Cost Impacts of Electronic Nicotine Delivery Systems, Using Recent Estimates of Relative Harm for Vaping Compared to Smoking, *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 24, Issue 3, Pages 408–412, <https://doi.org/10.1093/ntr/ntab178>

Státní zdravotní úřad. (2022). Počet obyvatel v obcích, Počet obyvatel v regionech soudržnosti, krajích a okresech ČR k 1. 1. 2022 Population of Municipalities, Population of NUTS 2, NUTS 3 and districts of the Czech Rep., 1 January 2022 online z <https://www.czso.cz/csu/czso/pocet-obyvatel-v-obcich-k-112022> Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Praha: *Úřad vlády České republiky*.

Taylor, G. M. J., Sawyer, K., Kessler, D., Munafò, M. R., Aveyard, P., & Shaw, A. (2021). Views about integrating smoking cessation treatment within psychological services for patients with common mental illness: A multi-perspective qualitative study. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 24(2), 411-420. <https://doi.org/10.1111/hex.13182>

Tonstad, S., Arons, C., Rollema, H., Berlin, I., Hajek, P., Fagerström, K., Els, C., McRae, T., & Russ, C. (2020). Varenicline: mode of action, efficacy, safety and accumulated

experience salient for clinical populations. *Current Medical Research and Opinion*, 36(5), 713–730. <https://doi.org/10.1080/03007995.2020.1729708>

Torabi, M. R., Jun, M. K., Nowicke, C., Seitz de Martinez, B., & Gassman, R. (2010). Tobacco, the Common Enemy and a Gateway Drug. *American journal of health education*, 41(1), 4-13. <https://doi.org/10.1080/19325037.2010.10599120>

U.S. Department of Health and Human Services. (2014) The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Printed with corrections, January 2014.

Vaňová, A., Skývová, M. & Malý M., (2018). Užívání tabáku v České republice 2017. *Státní zdravotnický ústav*.

Vodička, R. (2016). *Sledování prevalence a mapování vzorců užívání drog v období adolescence u současných problémových uživatelů: pilotní ověření retrospektivní metody dotazování*. Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta.

Vondráček, V. et al. (1958). *Klinická toxikologie: Toxikologie léků, potravin, jedovatých rostlin a zvířat*. Praha. Státní zdravotnické nakladatelství. 3. rozšířené vydání.

*Vyhláška č. 134/1998 Sb. (1998). Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*. In *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134?citace=1#Sum>

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

World Health Organization. (2017). WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255874>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic (2011). Geneva: *World Health Organization*, 2011 [accessed 2018 Feb 22].

Witkin B. R. & Altschuld J. W. (1995). Planning and conducting needs assessments : a practical guide. *Sage Publications*.

## VII Přílohy

### 1. Dotazník

# Analýza potřeb klientů DPS Ondřejov v oblasti léčby závislosti na tabáku: dotazníkové šetření

Milá respondentko, milý respondente,

Jsem studentka magisterského programu adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy a tímto děkuji za ochotu účastnit se tohoto výzkumu. Výzkum se zaměřuje na klienty, kteří užívají tabák nebo jeho jiné formy, a zkoumá jejich potřeby v oblasti léčby závislosti na tabáku.

Před vyplněním samotného dotazníku je potřeba udělit informovaný souhlas s výzkumem na separátním listu.

Všechny odpovědi jsou anonymní a data budou použita ve výzkumu k diplomové práci Analýza potřeb klientů DPS Ondřejov v oblasti léčby závislosti na tabáku. Výsledky výzkumného šetření mohou napomoci lépe porozumět potřebám klientů, rozšířit možnosti léčby a zkvalitnit poskytované služby.

Vyplnění dotazníku zabere přibližně 10-15 minut, dotazník prosím nepodepisujte a u každé otázky zřetelně označte právě jednu odpověď (pokud není v zadání otázky uvedeno jinak).

Děkuji Vám za Váš čas a účast.

Bc. Adéla Hrabovská

1. Jsem:

- a. Muž
- b. Žena
- c. Jiné

2. Která z níže uvedených kategorií zahrnuje váš věk:

- a. 18 – 20 let
- b. 21 – 29 let c.
- 30 – 39 let d.
- 40 – 49 let e.
- 50 – 59 let f.
- 60 a více let

3. Uveďte prosím svou aktuální úroveň vzdělání:

- a. Bez vzdělání nebo neúplné základní vzdělání
- b. Základní
- c. Střední (s vyučením/bez vyučení, bez maturity)
- d. Středoškolské s maturitou
- e. Vyšší odborné
- f. Vysokoškolské – bakalářské
- g. Vysokoškolské – magisterské
- h. Vysokoškolské – doktorské

4. V DPS Ondřejov v současné době využívám následující službu:

- a. Motivační skupinu
- b. Individuální psychoterapii
- c. Denní stacionář
- d. Doléčovací skupinu
- e. Arteterapii

5. Moje závislost, kvůli které do DPS Ondřejov docházím je:

- a. Na alkoholu
- b. Na lécích
- c. Gambling
- d. Kombinovaná

6. Jaký typ tabákového nikotinového výrobku převážně nebo nejvíce užíváte v současné době? (vyberte pouze jeden)

- a. Klasické zápalné cigarety
- b. Balený tabák
- c. Zahříváný tabák (IQOS apod.)
- d. Dýmku
- e. Doutníky
- f. Elektronickou cigaretu
- g. Nikotinové sáčky
- h. Vodní dýmku
- i. Jiné (uved'te):

7. Jaké další typy tabákového/nikotinového výrobku užíváte? (můžete vybrat více možností)

- a. Klasické zápalné cigarety
- b. Balený tabák
- c. Zahříváný tabák (IQOS apod.)
- d. Dýmku

- e. Doutníky
- f. Elektronickou cigaretu
- g. Nikotinové sáčky
- h. Vodní dýmku
- i. Jiné (uved'te):
- j. Žádné další výrobky neužívám

8. Zhodno'te, nakolik jste připraven/a přestat kouřit v následujících 6 měsících.

- a. Vůbec nejsem připraven/a
- b. Spíše nejsem připraven/a
- c. Nejsem si jistý/á zdali jsem připraven/a
- d. Spíše jsem připraven/a
- e. Jsem plně/naprosto připraven/a

9. Zhodno'te, nakolik jste připraven/a přestat kouřit v následujících 30 dnech.

- a. Vůbec nejsem připraven/a
- b. Spíše nejsem připraven/a
- c. Nejsem si jistý/á zdali jsem připraven/a
- d. Spíše jsem připraven/a
- e. Jsem plně/naprosto připraven/a

10. Využil/a byste program podpory odvykání kouření v rámci léčby v DPS Ondřejov?

- a. Ano, ale až po ukončení léčby
- b. Ano, po ukončení léčby během následujícího roku
- c. Ano, ale nikoliv v dohledné budoucnosti
- d. Ano, během léčby
- e. Ne
- f. Nevím

11. Co konkrétního byste od léčby potřeboval/a? (můžete vybrat více možností)

- a. Informace nebo edukaci o možnostech náhradního nikotinu
- b. Léky
- c. Jak rozpoznat a reagovat na spouštěče
- d. Jak se naučit pracovat s touhou po cigaretě/cravingem
- e. Jak se naučit pracovat s jinými abstinenciími příznaky
- f. Jak postupovat v případě relapsu/recidivy
- g. Jak pracovat s tlakem okolí

12. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?

- a. Do 5 minut



- b. Za 6-30 minut
- c. Za 31-60 minut
- d. Po 60 minutách

13. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- a. Ano
- b. Ne

14. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

- a. První ráno
- b. Kteroukoli jinou

15. Kolik cigaret denně kouříte?

- a. 0-10
- b. 11-20
- c. 21-30
- d. 31 a více

16. Kouříte častěji během dopoledne?

- a. Ano
- b. Ne

17. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?

- a. Ano
- b. Ne

## 2. Informace pro účastníka

Informace pro účastníka/ účastnici výzkumu

**Název projektu:** Analýza potřeb klientů DPS Ondřejov v oblasti léčby závislosti na tabáku: dotazníkové šetření

**Hlavní řešitel:** Bc. Adéla Hrabovská

**Vedoucí výzkumu:** Mgr. Adam Kulhánek, PhD.

Vážená paní, vážený pane,

byl/a jste vyzván/a k účasti ve výzkumu Analýza potřeb klientů DPS Ondřejov v oblasti léčby závislosti na tabáku: dotazníkové šetření. Přečtěte si prosím následující informace, které Vás seznámí s cíli a metodami výzkumu a Vaším případným zapojením ve výzkumu.

Výzkum se zaměřuje na klienty, kteří užívají tabák nebo jeho jiné formy, a zkoumá jejich potřeby v oblasti léčby závislosti na tabáku. Výsledky výzkumného šetření mohou napomoci lépe porozumět potřebám klientů, rozšířit možnosti léčby a zkvalitnit poskytované služby.

Výzkum je praktickou součástí diplomové práce a tudíž bude použit ke studijním účelům.

Výzkum probíhá formou dotazníkového šetření – stačí vyplnit dotazník. Před tím je potřeba se seznámit s informacemi a podepsat informovaný souhlas. Pokud je něco nesrozumitelné, je možné klást otázky. Celé zapojení do výzkumu od přečtení informací o výzkumu, podepsání informovaného souhlasu a vyplnění dotazníku by nemělo přesáhnout více než 30 minut Vašeho času.

Vyplněním dotazníku, od Vás získám informace o tom, jak jste na tom se závislostí na tabáku, zdali jste ochotní přestat užívat tabák a základní sociodemografické údaje. Tato data budu dále zpracovávat a vyhodnocovat a měla by mi pomoci v lepším porozumění potřeb klientů.

Všechny odpovědi jsou anonymní. Informace získané z dotazníku budou převedeny do elektronické podoby, a dále zpracovány. Po ukončení výzkumu budou papírové dotazníky ekologicky zlikvidovány.

Vaše účast na tomto výzkumu je zcela dobrovolná. Můžete odmítnout účast nebo můžete účast kdykoliv přerušit bez udání důvodu.

Další informace o studii můžete získat od Bc. Adély Hrabovské e-mailem [adela.hrabovska@ondrejov.cz](mailto:adela.hrabovska@ondrejov.cz).

V Praze dne 9.12.2022

### 3. Informovaný souhlas

Informovaný souhlas účastníka/ účastnice výzkumu

**Název projektu:** Analýza potřeb klientů DPS Ondřejov v oblasti léčby závislosti na tabáku: dotazníkové šetření

**Hlavní řešitel:** Bc. Adéla Hrabovská

**Vedoucí výzkumu:** Mgr. Adam Kulháněk, PhD.

Souhlasím se svou účastí ve výzkumu Analýza potřeb klientů DPS Ondřejov v oblasti léčby závislosti na tabáku: dotazníkové šetření, který realizuje shora uvedený řešitel.

Byl/a jsem informován/a o studii, dobře jí rozumím a souhlasím s účastí ve výzkumu.

Obdržel/a jsem písemnou informaci pro účastníka výzkumu. Tazatel mi dále mi odpověděl na všechny moje otázky ohledně realizace výzkumu a zapojení mé osoby srozumitelně a dostatečně podrobně.

Svůj souhlas s účastí ve studii dávám dobrovolně. Víím, že svůj souhlas mohu kdykoli zrušit bez udání důvodů a, že mi z toho nevznikne žádná újma.

Beru na vědomí, že informace, které *sdělím* tazateli budoucnu uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Byl/a jsem informován/a, že se žádostí o získání dalších podrobností o studii se mohou obrátit na vedoucího projektu Mgr. Adama Kulhánka, PhD. na adresu Apolinářská 447/4A, 128 00 Nové Město nebo e-mail adam.kulhanek@1lf.cuni.cz. Na vedoucího projektu mohu směřovat i veškeré stížnosti. Pokud nebudou s vyřízením stížnosti souhlasit, mohu se obrátit na Etické kolegium Kliniky adiktologie, e-mail: hana.fidesova@1lf.cuni.cz Beru na vědomí, že Etické kolegium se nezabývá anonymními podněty.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve 3 stejnopisech, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu a jeden tazatel jako součást dokumentace projektu vedené hlavním řešitelem, a jeden bude součástí dokumentace DPS Ondřejov.

V Praze dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis účastníka výzkumu

Prohlášení tazatele

Já, Bc. Adéla Hrabovská, jsem popsala výzkumný projekt a povahu a důsledky postupů, které zahrnuje. Mám za to, že účastník /účastnice tomuto vysvětlení porozuměl/a a dává svůj souhlas dobrovolně.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis tazatele: \_\_\_\_\_