

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. et Bc. Radek Němec

**Limity v práci s pacienty s adiktologickým problémem
v ordinaci praktických lékařů v Praze**

Limits in working with patients with an addiction problem in the practice of general
practitioners in Prague

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Anna Volfová

Praha 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedených pramenů a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím se zveřejněním své práce a jejím půjčováním v rámci databáze systému meziuniverzitního projektu These.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 23.4.2023

Radek Němec

.....

Radek Němec

Identifikační záznam:

NĚMEC, Radek. *Limity v práci s pacienty s adiktologickým problémem v ordinacích praktických lékařů v Praze. [Limits in working with patients with an addiction problem in the practice of general practitioners in Prague]*. Praha, 2023. 78 stran, 3 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Anna Volfová.

Poděkování

Zde bych chtěl poděkovat Mgr. Anně Volfové za její odborné vedení, cenné rady, a především velkou trpělivost, se kterou se mi věnovala, po celou dobu výzkumu. Mé poděkování patří také lékařům, kteří se účastnili výzkumu. V neposlední řadě bych chtěl poděkovat mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali do konce mého studia.

Abstrakt

Východiska: Praktičtí lékaři, kteří nemají hlubší znalosti v oblasti adiktologie, ve své praxi přichází do kontaktu s pacienty, kteří mohou mít či již mají adiktologický problém. Tento pacient bývá provázen stigmatem a tabuizací, a i na odborné profesionální úrovni je často těžké adiktologický problém oslovit. Lékaři jsou povinni zmapovat tento problém a poskytnout pomoc v podobě krátké intervence a mohou tak svého pacienta motivovat k vyhledání odborné pomoci. Existují jak překážky, tak podpůrné faktory v situaci zahájení a vedení rozhovoru o závislosti s pacientem.

Cíl: Cílem je zmapovat z pohledu praktického lékaře limity v práci s pacienty s adiktologickým problémem. Popsat a porozumět limitům v práci s pacienty s adiktologickým problémem v ordinacích praktických lékařů v Praze. Dílčími cíli jsou zaměření se na kvalitativní charakteristiky kontaktu lékaře s adiktologickým pacientem a zjistit potřeby lékařů pro zkvalitnění spolupráce s touto cílovou skupinou.

Metody: Diplomová práce je kvalitativního charakteru s volbou sběru dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor čítá 12 respondentů, kteří splňují daná kritéria. Data jsou následně zpracována a interpretována dle dostupné odborné literatury.

Výsledky: Hlavním limitem v práci s adiktologickými pacienty v ordinacích praktických lékařů se ukazuje být nedostatek času na adekvátní posouzení potíží, obtížná spolupráce s těmito pacienty. Limitem je také nedostatek klinických znalostí, nedostatečné vzdělání nebo vlastní tolerance k adiktologickému problému. Z kvalitativních charakteristik bylo zjištěno, že kontakt lékaře s pacientem je vnímán negativně, v nedostatku důvěry a porozumění u pacienta s adiktologickým problémem. Hlavními potřebami praktických lékařů jsou větší časové a finanční dotace na intervenci s těmito pacienty, efektivní přesměrování do specializovaných služeb nebo větší rozsah vzdělání a edukace v adiktologii.

Závěr: Diplomová práce mapuje a popisuje limity v práci s adiktologickými pacienty v ordinacích praktických lékařů z pohledu samotného lékaře. Výsledky zdůrazňují tento kontakt s pacientem jako velmi náročný a těžký pro praktické lékaře. A přináší doporučení a potřeby, které mají praktičtí lékaři pro zlepšení kontaktu s pacienty s adiktologickým problémem, jako je větší rozsah a kvalita vzdělání či zaměření na zlepšení časových a finančních dotací. Doporučuje také rozšířit výzkum zaměřený na celkové zvládnutí adiktologické problematiky u praktických lékařů.

Klíčová slova: limity – praktické lékařství – závislost – adiktologický pacient – lékař

Abstract

Background: Practitioners who do not have in-depth knowledge in the field of addictionology come into contact with patients in their practice who may have or already have an addiction problem. This patient is often accompanied by stigma and taboo, and even at a professional level it is often difficult to address the addiction problem. Doctors are obliged to map the problem and provide help in the form of a brief intervention and can thus motivate their patient to seek professional help. There are both barriers and supportive factors in the situation of initiating and conducting a conversation about addiction with a patient.

Aims: The aim is to map the limits in working with patients with addiction problems from the perspective of a general practitioner. To describe and understand the limits of working with patients with addiction problems in GP practices in Prague. The sub-objectives are to focus on the qualitative characteristics of the physician's contact with the addictological patient and to identify the physicians' needs for improving the quality of cooperation with this target group.

Methods: The thesis is qualitative in nature with the choice of data collection using semi-structured interviews. The research sample consists of 12 respondents who meet the given criteria. The data is then processed and interpreted according to the available literature.

Results: The main limitation in working with addiction patients in general practitioners' offices appears to be the lack of time for an adequate assessment of the problems and the difficulty of working with these patients. Lack of clinical knowledge, insufficient education or own tolerance to the addictological problem is also a limitation. From the qualitative characteristics, it was found that the doctor-patient contact is perceived negatively, in the lack of trust and understanding in the patient with an addiction problem. The main needs of GPs are more time and financial resources to intervene with these patients, effective referral to specialist services or more education and training in addictionology.

Conclusion: The thesis maps and describes the limits in the work with addiction patients in general practitioners' offices from the perspective of the doctor himself. The results highlight this patient contact as very challenging and difficult for GPs. And it presents recommendations and needs that GPs have for improving the contact with patients with addiction problems, such as more and better education or focus on improving time and

financial resources. It also recommends expanding research on GPs' overall management of addiction.

Key words: limits – general medicine – addiction – addiction patient – doctor

OBSAH

I. ÚVOD.....	12
II. TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1. Pacient s adiktologickým problémem	13
1.1 Adiktologický problém	13
1.2 Závislostní chování	14
1.3 Vznik a vývoj závislosti.....	17
1.4 Prolínání adiktologických problémů.....	18
1.5 Současná situace adiktologické problematiky v ČR.....	18
2. Role praktického lékaře v adiktologii	20
2.1 Praktický lékař v adiktologii.....	21
2.2 Vzdělávání praktických lékařů v ČR	22
2.3 Rizikové faktory v práci praktického lékaře.....	24
3. Klinické kompetence lékaře v interakci s pacientem.....	24
3.1 Vztah mezi lékařem a pacientem	25
3.2 Lékařská komunikace.....	26
3.3 Dopady empatie ve vztahu lékaře a pacienta	28
3.4 Kompetence praktického lékaře v adiktologii	29
3.5 Krátká intervence v ordinaci praktických lékařů	30
4. Limity v práci s pacienty s adiktologickým problémem.....	31
4.1 Současná situace limitů v ordinacích praktických lékařů	31
III. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	35
5. Cíle výzkumu.....	35

6. Výzkumný soubor a jeho výběr.....	35
7. Metody a sběr dat	37
8. Analýza dat.....	38
9. Etika.....	39
10. Výsledky	39
10.1 Adiktologický pacient v ordinacích praktických lékařů	39
10.2 Intervence praktického lékaře	41
10.3 Limity	43
10.4 Prožívání praktického lékaře v kontaktu s adiktologickým pacientem.....	45
10.5 Kompetence.....	46
10.6 Spolupráce pacienta a praktického lékaře.....	48
10.7 Neatraktivita spolupráce s pacientem s adiktologickým problémem	49
10.8 Adiktologický problém jako stigma.....	50
10.9 Podpůrné faktory praktického lékaře	52
10.10 Potřeby praktických lékařů	54
11. Diskuze	56
11.1 Diskuze výsledků výzkumu	56
11.2 Limity výzkumu	61
11.3 Možnosti dalšího zkoumání	62
12. Závěr	63
Seznam použité literatury	65

Seznam příloh	74
Přílohy.....	75

I. ÚVOD

Praktičtí lékaři, kteří nemají hlubší znalosti v oblasti adiktologie, ve své každodenní praxi přichází do kontaktu s pacienty, kteří mohou mít či již mají zdravotní potíže způsobené užíváním návykových látek nebo přímo trpí závislostí. Adiktologie problémy mohou být provázené stigmatem a tabuizací, a i na odborné profesionální úrovni je často těžké tento problém oslovit. Samotný pacient může cítit stud o problému mluvit nebo si tento problém nemusí uvědomovat. Právě lékaři jsou jednak povinni zmapovat tento problém a poskytnout pomoc v podobě krátké intervence a často takto mohou svého pacienta motivovat k vyhledání pomoci odborné. Existují jak překážky, tak podpůrné faktory v situaci zahájení a vedení rozhovoru o adiktologickém problému s pacientem. Právě tato problematika, popis bariér a limitů v práci s adiktologickými pacienty v ordinacích praktických lékařů, je v této studii zkoumána. Zabývá se tématem limitů, respektive kvalitativního zkoumání subjektivního vnímání praktických lékařů k adiktologické problematice u jejich pacientů. Výzkum sleduje kvalitativní popis a porozumění limitům, obavám či například vnitřnímu prožívání při práci s pacienty s adiktologickým problémem. Dílčím cílem je zmapovat potřeby a formulovat možná doporučení pro podporu praktických lékařů v adiktologických intervencích.

Teoretická část popisuje nejdříve úvodu do problematiky závislostí jako adiktologického problému, který není jen o látkové závislosti na nelegálních látkách, jak mnohdy bývá vnímáno veřejností. Pozornost je zaměřena na epidemiologii závislostního chování v populaci. Následně je popsána role praktického lékaře v oblasti adiktologie. Kromě definování základních pojmů je část věnována roli praktického lékaře v intervenci v oblasti adiktologie u pacientů a část vzdělávání praktických lékařů v ČR. Následují kompetence praktického lékaře a p poslední části jsou předestřeny dosavadní poznatky týkající se limitů v práci s adiktologickými pacienty, zejména se jedná o zahraniční kvalitativní studie.

Výzkumná část pak popisuje zjištěné limity, obavy a subjektivní vnitřní prožívání praktických lékařů v kontaktu s adiktologickým pacientem, který bývá sám o sobě velmi specifický. Zvolený design nám dává možnost nahlédnout do subjektivního prožívání praktických lékařů.

II. TEORETICKÁ ČÁST

Kalina (2015) popisuje obor Adiktologie jako multidisciplinární vědní obor, který se zaměřuje na prevenci, léčbu či výzkum v oblasti návykových látek či jiných forem závislostního chování a adiktologických problémů. Zahrnuje tradiční formy návykových látek, jako jsou alkohol, tabák nebo nelegální návykové látky, ale také zahrnuje nelátkové závislosti, jako je gambling či internetové závislostní poruchy a další. Klíčová role praktického lékaře vzniká možností brzkého záchytu ohroženého jedince ještě v úvodním stádiu problémů, které jsou spojené se závislostním chováním. V první linii praktický lékař se může setkat s pacientem, který přišel se somatickým problémem. I tento první kontakt může skrývat pozadí adiktologického problému a s ním spojených negativních důsledků, proto je časný zásah a intervence na místě (Kalina, 2015).

1. Pacient s adiktologickým problémem

1.1 Adiktologický problém

Pacient s adiktologickým problémem je označení, popisující osobu s rizikovým způsobem užívání návykové látky nebo chování ve vztahu k behaviorálním závislostem a také osoba, u níž se již manifestují problémy. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10, 2022) můžeme hovořit o diagnóze F1X.1 – škodlivé užívání nebo F1X.2 – syndrom závislosti. V zahraničních výzkumech se můžeme setkat s označením *at-risk users* a *substance use disorders*.

Rizikové užívání návykové látky přináší řadu důsledků, zejména zdravotních. S těmito obtížemi pacienti často přichází do ordinací praktických lékařů nebo mohou být identifikováni například v rámci preventivních prohlídek. V této oblasti jsou však značné rezervy a v kontaktu lékaře s pacientem jsou popsány mnohé limity a bariéry, které vedou k neposkytnutí adekvátní péče nebo prohloubení stigmatizace.

Kalina et al. (2015) považuje za velmi důležité uvědomění, v případném nedorozumění, že ne každý, kdo užívá návykovou látku se stává závislým, nebo spadající do F1X.1 škodlivé užívání a F1X.2 syndrom závislosti, dle definice MKN-10 v kategoriích F.10.2 až F.19.2. Tyto kategorie jsou v tomto pojetí jedním z mnoha důsledků, často ne tím nejvíce destruktivní či nejzávažnější, z toho důvodů lze mluvit o adiktologických problémech či adiktologickém problému.

V současné době je spektrum závislostního chování velmi rozmanité a bohaté. Proto je důležité, aby praktičtí lékaři dokázali reagovat na tyto změny a pestrou paletu závislostí v ordinacích.

Jak uvádí Kalina et al. (2015) samotná problematika závislostí, tedy adiktologického problému, má mnoho rovin, které jsou velmi různorodé. Je velmi důležité uvědomit si, že závislosti nelze uchopit z jednoho pohledu. Adiktologie se dnes zaměřuje nejen na látkové závislosti, kterými jsou alkohol, drogy a nezákonné drogy, ale také na závislosti farmakologické a nefarmakologického charakteru, jako jsou například závislosti na tabáku, hazardní hry, internetové závislosti, pornografie, nakupování, cvičení a podobně. V této oblasti působí česká adiktologická obec, která je transdisciplinární a prolíná se s více obory. Jejím záměrem je prevence, léčba a výzkum závislostí a potenciálně závislostního chování. Jádrem adiktologie je bio-psycho-sociální model závislosti, který někdy zahrnuje i spirituální složku. Diskuze o mezioborové integraci v léčbě pacientů je velmi důležitá, neboť je zapotřebí zaměřením na různé složky pacientova života, aby byla zachycena jádra a ohniska jeho problému (Kalina et al., 2015).

1.2 Závislostní chování

Závislosti jsou zařazeny do Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, konkrétně v kategorii F10-F19 označující poruchy duševního zdraví a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek, které působí na biochemické úrovni a mohou vést k vytváření zvyklostí a návykového chování (Raboch, 2001).

Nešpor (2011) vnímá závislostní chování jako stav charakterizovaný opakujícím se kompulzivním, destruktivním a impulzivním chováním, u kterého nutkání neustává a vyžaduje jeho opakování, ať už jde o užívání látky či určitého chování. V oboru adiktologie se rozlišuje mezi psychickou a fyzickou závislostí. Psychická závislost se vyznačuje absencí tělesných příznaků při odnětí, zatímco fyzická závislost se projevuje fyziologickými příznaky potřeby užití látky nebo opakování škodlivého chování. Důležitým pojmem v této oblasti je syndrom závislosti, který zahrnuje celou řadu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, jež jedinec preferuje před jinými činnostmi, jednáním nebo aktivitami. Klíčovou rolí v této problematice hraje touha, respektive nutkání po užití látky či chování (Nešpor, 2011).

Jak uvádí Kalina et al. (2015) v diagnostice a screeningu závislostního chování je důležité znát základní znaky závislosti, kterých je celkem šest. Pokud se vyskytují alespoň tři z těchto znaků v průběhu jednoho roku, je to indikací pro zpozornění u jedince.

Prvním znakem je velká touha a pocit nutkání užít látku či chování, který je znám také pod pojmy craving či bažení. Druhým znakem je problém jedince s kontrolou užívání látky či závislostního chování, což se projevuje zejména na začátku a konci užívání látky či chování. Třetím znakem je somatický odvykací stav, což zahrnuje fyzické příznaky při odnětí látky či přerušení chování, které mohou být i život ohrožující, nebo méně závažné neurotické projevy. Čtvrtým znakem je zvětšení tolerance, což znamená zvyšování množství látky či prodlužování závislostního chování, zvyšování impulzů a podnětů pro uspokojení jedince, aby dosáhl požadovaného efektu. Pátým znakem je zanedbávání potěšení, které jedinec dříve zažíval v životě před závislostním chováním a které hrálo stěžejní roli, ale nyní jsou méně podstatné. Posledním znakem je konstantní užívání látky a nepřerušení závislostního chování, i přes jasné známky škodlivosti tohoto chování a jeho provozování (Kalina et al., 2015).

V oblasti adiktologického problému rozlišujeme dvě základní skupiny, ačkoli samotné závislosti mohou být rozděleny do více kategorií. Pro účely této diplomové práce je však dostačující rozlišení mezi látkovými závislostmi a nelátkovými závislostmi. Tento rozdíl je velmi významný pro pochopení toho, že adiktologický problém nemusí být vždy spojena s užíváním látek, jak to mnohdy vnímá širší veřejnost. Studie se zabývá adiktologickým problémem, který není specifikován dle kritérii MKN-10, z důvodů objevování těchto pacientů v ordinacích jako prvozáchyt, proto není možné brát tyto pacienty jako diagnostikované syndromem závislosti.

Látkové závislosti

Alkohol, spolu s nikotinem, jsou jedni z nejtýpějších zástupců této skupiny a jsou legální. Historie alkoholu sahá velmi daleko do minulosti, kdy bylo objeveno kvašení cukrů, které mění vědomí jedince. Závislost zde vzniká jak psychická, tak fyzická (Nešpor, 1997).

Opioidy a opiáty jsou tlumivé látky, které mohou být syntetické nebo polysyntetické. Tyto látky se běžně nacházejí ve formě prášků, tablet nebo roztoků. Mezi nejznámější opiáty patří heroin, braun, metadon, buprenorfin a další farmaka, která mohou působit i analgeticky (Kotulán, 2012).

Konopné drogy jsou známé svým halucinogenním účinkem, známé jsou látky jako marihuana, hašiš či oleje (Kalina et al., 2015).

Halucinogeny jsou přírodní či syntetické. Přírodní jsou psilocybin, meskalin, atropin či skopolamin. Syntetické látky, které nahrazují přírodní jsou známé jako LSD, PCP či ketamin. Halucinogeny mohou změnit vnímání od zaostření až po halucinace (Kalina et al., 2015).

Známou skupinou látkových závislostí jsou psychomotorická stimulantia, ty jsou nabuzující. Často zvyšují výkon jedince, v oblastech psychických i fyzických. Působí na

zvýšení serotoninu, dopaminu a noradrenalinu. Znamé jsou především amfetamin, metamfetamin, MDMA nebo kokain (Kalina et al., 2015).

Další skupinou jsou tĕkavé látky, s účinkem narkotickým, známé zastoupení je v toulenu, acetonu či chloroformu. Často jsou to drogy experimentální (Kalina et al., 2015).

Tabák, vytváří závislost jak psychickou, tak fyzickou. Fyzická závislost je mířena na nikotinové acetylcholinové receptory v mozku. Psychosociální závislost je často o samotných situacích, které má jedinec spojené s cigaretou či kouřením (Králíková, 2013).

Nelátkové závislosti

Nelátkové závislosti jsou významným problémem současnosti, který si vyžaduje pozornost. Nelátková závislost není spojena s konkrétní látkou, ale může zahrnovat chování, internet, sociální sítě, nakupování, pornografii, a dokonce i zdravý životní styl, včetně ortorexie. Nelátkové závislosti je třeba chápat v širším kontextu a z pohledu jednotlivce. V současném světě, kde technologie ovlivňují každodenní život, je nutné se s tímto fenoménem vypořádat s velkou vážností (Lečbych, 2013).

Nelátkové závislosti jsou charakterizovány neschopností jedince kontrolovat své chování, které je kompulzivní a trvá i přes prokazatelné škodlivé důsledky. Tyto mechanismy ovlivňují chemické prostředí v těle, zejména směrem k pozitivním konotacím a příjemným prožitkům, které následně vedou k adiktologickému problému. Pokud je jedinec méně odolný, ztrácí kontrolu a vykazuje sebedestruktivní chování (Nestler, 2005).

V odborné veřejnosti je stále více uznáváno, že nelátkové závislosti jsou vážným problémem v oblasti adiktologie a je třeba je brát stejně vážně jako látkové závislosti. Mezi problematické nelátkové závislosti patří závislost na internetu, počítačové hry, nakupování, sexuální chování, závislostní vztahy a závislost na lásce (Grant, 2010).

Griffiths (2005) uvádí, že prvků z nelátkových závislostí spadá do impulzivních poruch, nicméně typicky známými nelátkovými závislostmi jsou patologické hráčství, gamblerství, které je uvedeno v Poruchách osobnosti a chování dospělých pod kódem F63.0 jako Patologické hráčství. To pomohlo k lepší orientaci v diagnostice nelátkové závislosti pomocí šesti položek – salience, změny nálady, tolerance, syndrom odnětí, konflikt a relaps. Odborná veřejnost již začíná shodně identifikovat nelátkové závislosti jako závažný problém v oblasti závislosti, které je stejně důležité brát na zřetel jako látkové závislosti. Zde mohou být vyjmenovány problematické nelátkové závislosti jako závislost na internetu, počítačové hry, nakupování, sexuální chování, závislostní vztahy a závislost na lásce (Griffiths, 2005).

Společné znaky látkových a nelátkových adiktologických problémů jsou identifikovány prostřednictvím pozorování a experimentů a jsou uvedeny ve čtyřech základních oblastech.

Tyto oblasti jsou genetické charakteristiky, neurobiologické charakteristiky, osobnostní charakteristiky a klinické charakteristiky (Vacek & Vondráčková, 2015).

1.3 Vznik a vývoj závislosti

V oblasti adiktologie nelze přesně identifikovat příčinu vzniku závislosti či adiktologického problému. Připisování vzniku pouze jednomu faktoru v životě jedince by bylo velmi riskantní. Proto je nutné pohlížet na vznik a celkovou problematiku adiktologického problému jako na komplexní záležitost, kde se vyskytuje mnoho faktorů a proměnných. Tyto faktory mohou zahrnovat jak vrozené dispozice, tak i psychologické problémy, sociální faktory a vývoj jedince (Kudrle, 2003).

Velmi rizikovou skupinou jedinců jsou ti, kteří v životě jsou nevyrovnaní, neuspokojeni, nešťastní či nemohou v životě udělat změnu pomocí svého úsilí (Skála, 1987).

V oblasti vzniku adiktologického problému existuje mnoho pohledů a teorií. Nicméně lze shrnout oblasti faktorů, které přispívají k vzniku problému u jedince. Mezi ně patří biologické faktory, které kladou důraz na genetické predispozice, zejména na sníženou citlivost na přirozené zdroje odměny (Kalina, 2019).

Psychologické faktory mohou ovlivnit vznik adiktologického problému už v prenatálním období vývoje dítěte a v období raného dětství. Je velmi důležité, aby byly uspokojovány primární potřeby dítěte pro přirozeně zdravý vývoj jedince. Pokud je tato potřeba narušena, může to vést k rizikovému období v dospívání (Kudrle, 2003).

Sociální faktory, sahají také ve vývoji jedince do oblasti raných let, kde bere určité chování za normu. Mohou zde být další faktory jako etnická příslušnost, společenský status, rodina, školní prostředí. To je podmíněno také společností vrstevníků a trávením volného času (Kudrle, 2003).

Faktory psychologické, vývojové a rodinné patří mezi poslední a zároveň velmi důležité faktory, které vznik a vývoj podmiňují. Rodina sama o sobě může být jedním z nejdůležitějších faktorů vzniku, a to díky roli, kterou hrají jednotliví členové rodiny a celý rodinný systém, který se může měnit či vyměnit. Emoční zátěž je pak velká na dospívajícího jedince. V rodinách se může vytvářet spoluzávislost, což znamená určité postoje a chování členů rodiny, a to následně udržuje adiktologický problém jedince. Dalšími faktory rodinného prostředí mohou být přebírání zodpovědnosti za druhé, napětí mezi generacemi, absence hranic jedinců, vytváření falešného Já, tedy hraní role jedince a zapomenutí na své vlastní potřeby, a také hyperprotektivní matka, která může být závislá na dítěti. Mezi další faktory, které mohou

podmiňovat vznik patří psychologické faktory, které mohou být přítomné již v prenatálním období vývoje dítěte a během raného vývoje, jako například primární uspokojování dětských potřeb. Pokud je toto narušeno, může to vést k rizikovému období v dospívání (Hajný, 2015).

Psychologické faktory jsou různorodé a zahrnují vytvoření křehkého já jedince, kterému brání prožívat své emoce a stanovovat si zdravé hranice. Dalším faktorem je hledání identity, které se setkává s budováním vlastního já. Zde se využívá konceptu hraniční struktury osobnosti, která má tendence k patologickému chování a psychickým obtížím. Mezi další faktory patří černobílé myšlení, nesprávné obranné mechanismy a nezvládnutí odmítnutí (Hajný, 2015).

1.4 Prolínání adiktologických problémů

Jestliže jedinec trpí adiktologickým problémem či závislostí, je velmi pravděpodobné, že bude mít sklony k dalšímu závislostnímu chování, což je běžné u téměř třetiny jedinců. Závislosti se mohou navzájem podporovat a prolínat, bez ohledu na to, zda se jedná o závislost látkovou či nelátkovou. Tyto vzájemné vztahy jsou často přehlíženy, avšak jsou velmi významné a je třeba je brát v úvahu při léčbě více závislostních chování v rámci celého syndromu závislosti (Vacek & Vondráčková, 2015).

Při existenci více závislostních chování v rámci celého syndromu závislosti mohou být typickými příklady zkřížené závislosti jako je například případ jedince, který je závislý na heroinu a po absolvování léčby se začne potýkat se závislostí na alkoholu. Dalším příkladem může být situace, kdy se po skončení závislosti na opioidech objeví závislost na přejídání a poruchy příjmu potravy (Nešpor, 2011).

1.5 Současná situace adiktologické problematiky v ČR

Problém škodlivého užívání návykových látek a závislosti na nich je globálním problémem přinášejícím závažné zdravotní, sociální a psychické důsledky. Podle dat z Národního monitorovacího střediska (Chomynová et al., 2022) se v České republice nachází přibližně 2 miliony osob se závislostí na nikotinu, ročně na tuto nemoc zemře přibližně 18 tisíc osob. Denně užívá alkohol 10 % dospělé populace s narůstajícím trendem. Rizikovým pitím alkoholu je ohroženo 1,7 milionů dospělých, z toho zhruba 900 tisíc patří do kategorie škodlivého pití. V oblasti užívání psychoaktivních léků je odhadováno přibližně 1,45 milionu osob, kteří nadužívají léky nebo získávají léky bez lékařského předpisu. Sedativa a hypnotika užívá problémově zhruba 1,1 milionu osob, u opioidních analgetik je to přibližně 550 tisíc osob.

Pro nelegální návykové látky platí, že nejčastější návykovou látkou jsou konopné látky, zde zkušenost uvádí až čtvrtina z dospělé populace, 900 tisíc lidí uvádí zkušenost z posledního roku. Rizikovou skupinou je přibližně polovina z tohoto počtu. Další užívanou nelegální návykovou látkou je metamfetamin, který užívá rizikově zhruba 33 tisíc lidí, opioidy přibližně 11 tisíc lidí. 42 tisíc lidí užívá nelegální návykové látky injekčně. V oblasti hazardního hraní či sázení je odhad rizikových osob přibližně 200 tisíc, v oblasti vysokého rizika je až 100 tisíc lidí, kdy největší podíl tvoří technické hry a online kurzové sázení.

Dospělá populace internet používá denně 75 % dospělé české populace. Mobilní telefon používá 99 % populace, internet v mobilním telefonu 72 %. K nejčastějším aktivitám na internetu patří čtení zpráv a vyhledávání informací (71 %), používání sociálních sítí (60 %), prohlížení a nákup zboží (52 %). Digitální hry hraje 23 % populace. V běžný pracovní den tráví respondenti na internetu (mimo práci a studium) v průměru 130–150 minut, o víkendu 160–180 minut denně. Muži tráví na internetu denně o 20–30 minut více než ženy. Hraním digitálních her tráví hráči podle různých studií 80–100 minut v běžný pracovní den a 110–130 minut o víkendu, na sociálních sítích tráví 70–90 minut v běžný pracovní den a 90–110 minut o víkendu. Muži častěji, než ženy tráví čas na internetu hraním digitálních her a sledováním pornografie, ženy naopak častěji tráví čas na sociálních sítích a nakupováním. Na populaci ČR starší 15 let lze odhadnout, že v ČR je v riziku digitální závislosti odhadem 445 tis. osob (95 % CI: 375–510 tis. osob), v tom přibližně 253 tis. mužů a 192 tis. žen. Do kategorie vysokého rizika vzniku závislosti spadá odhadem 125 tis. osob (95 % CI: 90–160 tis. osob).

Jak uvádí Kalina et al. (2003) závislost je multifaktoriální problém, a jako takový nemůže být léčen pouze jednou odborností nebo specialistou, ale aby se takto mohlo stát, stojí praktický lékař v první linii záchytu těchto pacientů. Praktický lékař se stává jedním z nejdůležitějších prvků v kontinuu pacienta se závislostí. V praktické lékařské ambulantní péči jsou cílovou populací všechny osoby, v odlišném věku, odlišného pohlaví, vzdělání nebo zaměstnání. Do ordinace tak mohou přijít nejen závislí, kteří by spadali do diagnostiky MKN-10, ale i experimentátoři, občasní uživatelé bez závislosti a problémoví uživatelé. Nový pacient je vyšetřen lékařem, zjišťuje se jeho somatický i psychický stav a odebírá se anamnéza. Tak to lze zachytit různorodou paletu adiktologických problémů v ordinacích praktických lékařů.

2. Role praktického lékaře v adiktologii

Praktické lékařství neboli obecné lékařství, je definováno zákonem o zdravotních službách, konkrétně zákon č. 372/2011 Sb. Tento zákon stanovuje, že praktický lékař je zdravotnický pracovník, který poskytuje primární péči pacientům v rámci své praxe. Mezi jeho hlavní povinnosti patří prevence, diagnostika a léčba nemocí, sledování zdravotního stavu pacientů, vedení zdravotnické dokumentace a spolupráce s dalšími zdravotnickými pracovníky při poskytování komplexní zdravotní péče.

Téma praktického lékařství se v medicíně považuje za klinickou a existenciální disciplínu, která klade důraz na život a bytí, a následně na spojení zdraví a lidského bytí. Centrálním prvem je uvážení celkové existence pacienta, nikoli pouze jeho nemoci (Mc Whitney, 1989).

Seifert et al. (2004) popisuje praktické lékařství jako základní kámen zdravotnického světa, který se dělí na praktické lékařství pro dospělé jedince a praktické lékařství pro děti a dorost. Tyto dva směry jsou základem pro každého jedince a zabývají se prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací a posudky zdravotní způsobilosti, k pracovním výkonům či sportovním. Praktické lékařství je velmi rozsáhlé a zahrnuje vlivy všech faktorů, které ovlivňují zdraví jedince v jeho prostředí. Jeho posláním je poskytnout zdravotnickou službu, která by měla být pro každého jednoduše dostupná a nevynášet vysoké nároky na fyzickou přítomnost pacienta. Pro úspěšné praktikování praktického lékařství je nezbytné mít základní znalosti v každém oboru lékařství. Zaměření praktického lékařství zahrnuje kromě klinického a existenciálního lékařství, také oblast vědy a akademického světa. Je důležité, aby byl podporován výzkumem a zkoumáním, aby byla zajištěna kontinuita vývoje a zabránění stagnaci v primární péči. Systém primární péče poskytuje efektivnější péči, ať už z ekonomického nebo klinického hlediska. Základní charakteristiky praktického lékařství zahrnují spolupráci, komplexnost, kontinuitu, koordinaci, dostupnost, všeobecnost a orientaci na rodinu. Je důležité, aby byla zahrnuta celá věková skupina populace, všechny etnika, sociální postavení, náboženské vyznání a jakýkoliv zdravotní problém. Dostupnost je stěžejním faktorem v závislosti na geografických podmínkách a rychlosti přístupu k lékaři, přičemž finanční bariéry jsou minimální. Kontinuita je zaměřena hlavně na daného jedince než na jeho patologii, a je důležité se zaměřit na vztah mezi pacientem a lékařem. Orientace na komunitu je jedním z důležitých specifických faktorů, přičemž lékařství vnímá celkový kontext jedince v oblasti sociální, zdravotní a laické, včetně sociálních, mezilidských a sousedských vztahů a problematiky závislostí (Seifert et al., 2004).

2.1 Praktický lékař v adiktologii

Praktický lékař pracuje v oblasti primární péče u svých pacientů. V oblasti adiktologie je praktický lékař velmi stěžejní, byť jeho specializace není primárně zaměřena na adiktologickou problematiku. Díky získaným schopnostem by měli rozeznat nastupující adiktologický problém u jedinců v jejich ordinaci. Jeho následná role může být klíčovou v dalším vývoji léčby pacienta v oblasti adiktologického problému. Pacienti se dostávají do kontaktu s lékařem minimálně jednou do roka, a často dbají a věří informacím, které praktický lékař poskytuje. Zvyšuje se tedy šance, že při respektování rad a doporučení od praktického lékaře, mohou pacienti změnit již v počátku nastupující problém či závislost (Babor, Higgins-Biddle, 2010).

Seifert et al. (2004) uvádí, že praktické lékařství je oborem lékařské praxe, jehož klíčovou roli plní praktičtí lékaři. Tito lékaři jsou prvním kontaktem pacienta se zdravotnickým systémem a poskytují kontinuální péči v rámci svých ordinací, kde se buduje důvěrný vztah mezi lékařem a pacientem, přičemž lékař působí jako posluchač a rádce. Cílem praktického lékaře je především včasná diagnóza a rozpoznání somatických, psychických a sociálních problémů, zejména u pacientů s chronickými onemocněními. Dále je zde kladen důraz na poskytování trvalé a dlouhodobé péče, poskytování prevence a podporu správného životního stylu. V rámci interdisciplinární spolupráce s dalšími specialisty v oblasti zdravotnictví i sociálních odvětví se snaží praktický lékař poskytnout nejlepší možnou péči pacientům.

V adiktologické problematice u samotného pacienta je praktický lékař v první linii při kontaktu s ním, a může tak časným rozpoznáním a zachycením rozvíjející se či již manifestující adiktologický problém dále intervenovat do léčby (Kalina et al., 2015).

Do ordinace praktického lékaře tak může dorazit kdokoliv, v jakékoliv věkové kategorii, pohlaví či vzdělání. Experimentátor, víkendový uživatel, lidé bez závislosti, ale i problémoví uživatelé. Tento pacient je následně vyšetřen lékařem, ten zjišťuje jeho somatický a psychický stav a odebírá anamnézu, tím se stává velmi stěžejní postavou v adiktologické péči (Kalina et al., 2003).

Seifert et al. (2004) rozděluje kompetence praktického lékaře do čtyř sektorů, z nichž každý zahrnuje tři typy znalostí: teoretické, praktické a situační. Lékařská kompetence se v prvním sektoru opírá o teoretické znalosti týkající se příčin, symptomů, prevence, diagnostiky, léčby a prognózy nemoci. Praktická znalost zahrnuje schopnosti v oblasti vyšetřování a léčebných postupů. Situační znalosti se zaměřují na dobrou znalost anamnézy

pacienta, klinických stavů a schopnost řešit situace. Manažerský sektor se věnuje organizačním, administrativním a právním znalostem. Praktická znalost zahrnuje dovednosti v řízení a vedení administrativy. Situační znalosti jsou zaměřeny na spolupracovníky, tedy personál a místní systém. Ve třetím sektoru, tedy sektoru sociálním, jsou teoretické znalosti zaměřeny na psychologii jednotlivce a skupiny, základy principů komunikace a další sociální dovednosti. Praktické dovednosti zahrnují komunikaci a hraní rolí. Situační sociální znalosti zahrnují znalosti o pacientech a jejich životní situaci a také nezbytnou spolupráci s ostatními odborníky. Poslední, tedy čtvrtý, sektor kompetence zahrnuje osobní sféru a teoretické znalosti v etice, politice a hodnotovém systému. Praktické znalosti se týkají etických schopností, empatie, flexibility a důvěry. Situační znalosti zahrnují etické chování, hodnotový systém a znalost pacientů a prostředí, ve kterém žijí (Seifert et al., 2004).

Je třeba poznamenat, že kompetence jsou chápány jako schopnost vykonávat určitou pracovní pozici v oblasti zdravotnictví, a proto vyžadují odpovídající kvalifikaci. Kompetence mohou být rozděleny do tří skupin: výkonových, vzdělávacích a předepisování léků. Tyto skupiny zahrnují prakticky stejné dovednosti a znalosti, které byly zmíněny výše. Dále se mohou doplnit o kompetence v oblasti celoživotního vzdělávání v dané oblasti (Čeledová & Holčík, 2017).

2.2 Vzdělávání praktických lékařů v ČR

V oblasti lékařského vzdělání v České republice se obor praktického lékařství vyučuje na všech lékařských fakultách a je ukončen atestační zkouškou. K získání specializace v tomto oboru je nutné absolvovat tříletou specializační přípravu, během které se studenti setkávají s různými obory, jako jsou psychiatrie, neurologie, gynekologie a další. Celoživotní vzdělávání je povinné dle zákona č. 95/2004 Sb. který upravuje podmínky dalšího vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, kteří pracují v zdravotnických povoláních, a je zároveň profesní a morální povinností. Důležitou informací je, že praktické lékařství není považováno za atraktivní obor kvůli jeho monotónní a nízké kompetentní náplni práce, což platí zejména pro mladé absolventy medicíny. Nicméně nedávné studie ukazují, že praktické lékařství je na třetím místě v žádanosti mladých lékařů, což vyvrací představu o jeho neatraktivitě (Seifert, 2015).

Pregraduální studium

Pregraduální studium studentů všeobecného lékařství zajišťuje základní vstup do problematiky adiktologie, která se studenti setkávají v bloku psychiatrie v průběhu vyšších ročníků studia. Pro rozšíření vzdělání studentů v této oblasti je snaha integrovat další model

výuky, který by se opíral o projekt Substance Abuse Medical Education (MedEd). Ten představuje blokovou povinnou výuku trvající 40 hodin a zahrnující jak teoretickou, tak praktickou část. Tento blok výuky by měl být umístěn až po bloku výuky psychiatrie (Miovský, 2014b).

Postgraduální studium

Zákon č. 95/2004 Sb. upravuje podmínky dalšího vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, kteří pracují v zdravotnických povoláních. Tito odborníci jsou povinni se celoživotně vzdělávat, což znamená průběžně obnovovat své vědomosti, dovednosti a způsobilosti, aby odpovídaly nejnovějším poznatkům a vývoji v oboru. Účast na celoživotním vzdělávání je povinná a považuje se za prohlubování kvalifikace dle zvláštního právního předpisu.

Formy celoživotního vzdělávání jsou různé, například studium odborné literatury, účast na kurzech, školeních, seminářích, odborných a vědeckých konferencích a kongresech v České republice i v zahraničí, absolvování klinické praxe v akreditovaných zařízeních, účast na odborných a vědeckých aktivitách, publikování odborných článků a pedagogická činnost. Těmito aktivitami si odborníci udržují své kvalifikace a jsou tak schopni poskytovat nejlepší péči svým pacientům.

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (2020b) uvádí, že základní kmen celkem 30 měsíců. Prvních 6 měsíců je pro všechny lékaře stejných. Zbýlých 24 měsíců je rozděleno na stáže na různých odděleních v samotném oboru. Kmen je zakončen kmenovou zkouškou. Při splnění kmenové zkoušky nastává specializační vzdělávání. Délka tohoto vzdělávání se liší. Nejkratší obor je všeobecné praktické lékařství – 6 měsíců a nejdelší je neurochirurgie 54 měsíců. V případě specializace oboru psychiatrie se jedná o 24 měsíců. Specializace je zakončena atestační zkouškou. Dalším stupněm vzdělání tvoří nástavbové obory, kterých je celkem 21. Jejich cílem je získání zvláštní odborné způsobilosti a osvojení si potřebných teoretických znalostí a praktických dovedností, které bude lékař v praxi potřebovat. Současný systém specializační přípravy lékařů má v sobě integrován program Prevence škodlivého užívání návykových látek (NL) a léčba závislostí. Tento program má rozsah 8 hodin a je povinný pro všechny klinické obory (Miovský, 2014b). Základní tematický rámec, který má 8 hodin se skládá z položek *Škodlivého užívání NL a závislostí v České republice, Přehled NL užívaných v ČR a jejich vlastnosti, Zdravotní aspekty škodlivého užívání NL a závislostí na NL, Problematika škodlivého užívání NL a závislostí na NL ve specifických podmínkách jednotlivých medicínských oborů, možnosti prevence, Přehled specifických léčebných modalit*

pro osoby škodlivě užívající NL a závislé, Právní aspekty související se zneužíváním NL a závislostmi na NL, Závěr kurzu, diskuze.

Velmi důležitou zprávou je, že pro pregraduální studium všeobecného lékařství neexistuje žádný podobný program (Miovský, 2014a).

2.3 Rizikové faktory v práci praktického lékaře

Téma náročnosti vykonávání pozice praktického lékaře je velmi komplexní, jak již bylo zmíněno dříve v textu. Je nutné si uvědomit, že praktický lékař se denně potýká s vysokým stupněm zátěže a stresu, které jsou spojeny s jeho povoláním. Kvalita práce praktických lékařů ovlivňuje životy ostatních lidí, což je částečně způsobeno také určitou úrovní zodpovědnosti, kterou mají na svých bedrech (Hoskovcová, 2009).

Rizikové faktory ovlivňující lékaře jsou velmi rozmanité. Mezi časté faktory patří setkávání s tématem smrti, které je v dnešní společnosti částečně tabu. Dalšími faktory jsou velmi těžké emoční stavy pacientů, jako je hněv, smutek, agrese, zlost, trauma a další. Zodpovědnost je dalším faktorem, který ovlivňuje lékaře. Vysoké pracovní tempo může eliminovat uspokojení vlastních potřeb. Akademické nároky na vzdělání a kompetenci jsou dalšími faktory, které se dotýkají lékařů (Nešpor, 2001; Kopecká, 2015; Humpl, 2013).

3. Klinické kompetence lékaře v interakci s pacientem

Autoři Vymětal (2003) a Tate (2005) se shodují, že vztah mezi praktickým lékařem a jeho pacientem představuje úzkou interpersonální jednotku, kde kontinuální interakce dvou lidí vytváří dlouhodobý vztah. Lékař s pacientem má k dispozici relativně malou časovou dotaci, proto musí efektivně využívat každou vteřinu spolupráce. Největším a nejdůležitějším faktorem je forma vztahu, protože právě v rámci vztahu dochází k interpersonální komunikaci, což je jedna z neklíčovějších kompetencí lékaře. Asymetrie vztahu vychází z pozice pacientovy žádosti o pomoc, na kterou lékař reaguje. Tento vztah je podmíněn vzájemným očekáváním z obou stran. Pacient očekává, že lékař bude zachovávat lékařské tajemství a bude mu poskytovat podporu, vcítění, porozumění, empatii a sdílnost. To je začátek vytváření důvěry a naděje, se kterou pacient přichází. Velká očekávání jsou samozřejmě v oblasti úzdravy. Lékař zase očekává upřímnost pacienta, spolupráci a úspěšnou léčbu. Tyto očekávání mohou být v praxi velmi naivní a pokud nejsou splněna, mohou se projevit ve formě smutku, strachu, vzteku, hněvu nebo rezignace z obou stran (Vymětal, 2003; Tate, 2005).

Charakterové rysy hrají významnou roli v interakci mezi praktickým lékařem a pacientem, a to jak na straně pacienta, tak na straně lékaře. Tyto faktory mohou výrazně ovlivnit průběh léčby a vztahu mezi nimi. Avšak pokud se nekongruují, mohou také vést ke konfliktu vztahu, kdy empatie a antipatie mezi oběma stranami mohou vyvážit pomyslné misky vah (Vymětal, 2003).

3.1 Vztah mezi lékařem a pacientem

Vztah mezi lékařem a pacientem může být chápán dvěma způsoby – paternalistickým a partnerským přístupem. Paternalistický přístup je tradičním způsobem, kde lékař přebírá roli experta a rozhoduje o průběhu léčby a dalších krocích. Tento přístup je direktivní a neposkytuje prostor pro dialog, pacient je očekáván jako poslušný. Komunikace je jednosměrná, směrem od lékaře k pacientovi. Tento přístup se soustředí pouze na somatický stav pacienta a nebere v úvahu jeho prožívání nemoci, které je vyjádřeno pojmem illness. Partnerský přístup vychází z rovnocenného partnerství mezi lékařem a pacientem a klade důraz na vzájemnou komunikaci a respektování osobní roviny pacienta. Tento přístup umožňuje diskusi a spolupráci na plánu léčby, který odpovídá potřebám pacienta (Beran, 2010; Raudenská, 2011; Ptáček, 2015).

Vztah mezi lékařem a pacientem může být buď paternalistický nebo partnerský. Paternalistický přístup, považovaný za tradiční, zahrnuje autoritativní roli lékaře, který se považuje za odborníka, schopného přesně určit, co pacientovi chybí. V tomto přístupu lékaři často chybí zájem o dialog s pacientem a převažuje direktivní styl komunikace. Pacient je očekáván, aby byl poslušný a v tomto přístupu není prostor pro sdílení pocitů a prožívání. Partnerský přístup se snaží o vyvážení moci mezi lékařem a pacientem a zahrnuje celostní přístup, zvědavost o pacientově prožívání a vnímání vztahu s rodinou. V tomto přístupu je důležitý dialog a nedirektivní styl komunikace, který umožňuje sdílení informací a společné rozhodování o léčebném postupu. Partnerský přístup se ukazuje jako výhodnější pro pacienta i pro ministerstvo zdravotnictví, a to z důvodu většího zapojení pacienta a většího důrazu na empatii a vysvětlování (Beran, 2010; Raudenská, 2011; Ptáček, 2011).

Je důležité si uvědomit, že i přesto, že je partnerský přístup v lékařské péči efektivnější, v naší současné společnosti stále převládá paternalistický přístup. To by mohlo být způsobeno lidskou touhou po moci, která je stále významnou součástí lidského bytí (Tate, 2005).

V partnerském přístupu se lékař zaměřuje na zájmy pacienta, zatímco v paternalistickém přístupu se více soustředí na své vlastní zájmy. Je třeba si uvědomit, že i když byl partnerský přístup vědecky ověřen jako výhodný, není vhodné přihlížet pouze k zájmům pacienta. Ideální

přístup se pohybuje mezi oběma směry. Navzdory tomu zůstává lékař autoritou a pacient v nouzi hledá autoritu. Autorita lékaře je především stanovena klasickými třemi faktory – moudrostí, morálkou a charismatem. Moudrost je daná akademickou minulostí lékaře, morální autorita vychází z Hippokratova slibu a poslední faktor charismatu je nejkomplikovanějším pojmem (Tate, 2005).

3.2 Lékařská komunikace

Mnozí lékaři jsou přesvědčeni, že není nutné učit se nebo rozvíjet své komunikační schopnosti. Nicméně je známo, že komunikace není vrozeným osobním rysem, a tudíž je možné ji rozvíjet a zdokonalovat. Lékaři často zůstávají v stereotypu během svých konzultací s pacienty, což vede k tomu, že faktor zkušenosti není vždy užitečný, a lékař tak stagnuje a opakuje stejné chyby (Honzák, 1997; Beran, 2010).

Lékař by se měl ve svém vlastní zájmu, i zájmu svých pacientů toto komunikační řemeslo snažit rozvíjet. Komunikační dovednost je oblast, která jde cíleně se naučit a kultivovat (Hartl & Hartlová, 2004).

Výzkumy zaměřené na komunikaci lékařů s pacienty identifikují nejčastější chyby, kterých se lékaři dopouštějí. V oblasti neverbální komunikace jsou to nedostatečný oční kontakt, nemístné výrazy v obličeji a nevhodné paraverbální projevy. Při verbální komunikaci jsou to uzavřené otázky, které pacientům neumožňují aktivně naslouchat a často vyvolávají negativní reakce. Slabý respekt k pacientovi a absence empatie jsou stěžejními faktory těchto problémů. Je třeba zdůraznit, že komunikace není vrozená osobnostní charakteristika, a tudíž ji lze rozvíjet a zdokonalovat. Lékaři by se měli učit a trénovat své komunikační dovednosti, aby mohli zlepšit své chování vůči pacientům a lépe jim porozumět (Kee, Khoo & Lim, 2018).

Z českých učebnic je známo, že pojem empatie se vyskytuje v každé z nich. Nicméně není snadné tento pojem uchopit a přesně definovat, jelikož slovo popisující sociální vztahy a subjektivní emoce se často nezachycuje přesně (Beran, 1997). Výzkumy ukazují, že empatie je stěžejním pojmem a faktorem ve vztahu lékaře a pacienta, a proto jí bude věnována zvláštní pozornost a upřednostněna před ostatními pojmy.

Derksen (2013) člení empatii na více úrovní. Na první úrovni je empatický přístup ke druhému na emoční úrovni. Tento přístup se může opírat o autoritu morálky lékaře a zahrnuje respekt k druhé bytosti, vnímání jeho autenticity, zájem o druhého, neodsouzení či všímavost. Na druhé úrovni se empatie chápe jako kompetence kognitivní. V této úrovni jsou rozlišovány tři oblasti, ve kterých lékař využívá empatické dovednosti a citlivě pokládá otázky, které jsou

efektivní. Druhá oblast se týká komunikačních dovedností, které lékaři pomáhají kontrolovat, objasňovat, podporovat a porozumět emocím pacienta. K této oblasti patří aktivní naslouchání. Třetí oblast se týká schopnosti vybudovat důvěrný a dlouhodobý vztah mezi lékařem a pacientem, a tuto interakci podporuje emoční rovina. Na třetí úrovni se empatie projevuje v chování a komunikaci, tedy verbální i neverbální. Tuto úroveň rozdělujeme na kognitivní a afektivní části. Afektivní část zahrnuje pochopení a uznání pacientova stavu, který může být emoční, trpící, zklamaný či smutný (Derksen, 2013).

Lékařská kompetence týkající se empatie a empatického jednání zahrnuje čtyři dovednosti. První z nich je schopnost porozumět pacientovi a jeho životní situaci a úhlu pohledu. Dále patří k této kompetenci sdělení pacientovi, že lékař porozuměl jeho situaci a problémům na úrovni léčby, což pro pacienta znamená lékařovo emoční napojení. V poslední řadě jde o respektování odlišností v názorech a úhlech pohledu pacienta na jeho nemoc, prožívání a možnosti léčby. Tyto dovednosti tvoří základy vztahu mezi lékařem a pacientem a přispívají k budování vzájemné důvěry (Derksen, 2013; Neumann, 2012).

V teoretickém konceptu Carla Rogerse je empatie jednou z klíčových osobnostních charakteristik v terapeutickém procesu. Lékař by neměl zaujímat odsuzující a hodnotící postoj, projekce svých osobních problémů do klienta a upřednostňování svých osobních zájmů v léčbě je zakázáno a mělo by být potlačeno ve prospěch pacienta. To je samozřejmě obtížné a vyžaduje zkušenosti a oddanost. Projev empatie vyžaduje, aby jedinec byl schopen nalézt vnitřní klid, pevnost a sebedůvěru. Pokud tyto vlastnosti chybí nebo jsou křehké, jedinec je velmi opatrný a zdrženlivý v navazování hlubšího vztahu s druhými. I když lékaři nejsou požadovány stejné úrovně empatie jako terapeuti, je důležité, aby tuto vlastnost měli a aby se snažili udržovat při léčbě pacienta. Faktem zůstává, že míra empatie studentů medicíny klesá během studia a atestační přípravy (Neumann, 2011; Nunes, 2011).

Vysvětlení tohoto poklesu u studentů je směřováno na pojem distress, kam spadá i vyhoření, nízký pocit pohody, špatná kvalita života nebo úzkosti a deprese. Tento distress medicíci pociťují v následujících oblastech (Neumann, 2011).

Newton (2008) popisuje oblast špatného chování nadřízených nebo mentorů, které mohou zahrnovat obtěžování, ponižování, degradaci, diskriminaci nebo sexuální obtěžování studentů. Druhá oblast se týká zranitelnosti studentů ve zdravotnickém vzdělávání. Studenti se do této oblasti často dostávají s nadšením a představami, které v průběhu studia mohou být otupovány, zejména během stáží, kdy se setkávají s realitou nemoci, lidského utrpení a smrti (Chen, 2007; Hojat, 2004). Třetí oblastí je nedostatek sociální podpory, který se může objevit kvůli náročnosti studia medicíny a vést ke snížení kontaktů s rodinou, přáteli a izolaci studenta.

Čtvrtá oblast zahrnuje vysokou a náročnou pracovní zátěž, která může být v průběhu studia a následné praxe velmi časově náročná a tvrdá, což může mít negativní dopad na duševní a spánkovou hygienu a schopnost relaxace a regenerace (Stratton, 2008; Belini, 2002).

Dalším vysvětlením může být, že lékař je často v kontaktu se smrtí a nemocemi, to následně může zapříčinit uvědomění své vlastní zranitelnosti. To vyvolává strach o sebe, a jedinec tak vytváří obranné mechanismy. Často si pak lékař drží pacienty spíše od těla a vytváří tak depersonalizaci pacientů (West, 2006).

Vědecké studie ukazují na stav mozku lékařů, kdy lékařská odbornost omezuje sensorické zpracování podnětů vyvolávajících vnímání bolesti u ostatních. Pokud chybí regulace emocí, může opakované vystavování utrpení druhých u lékařů vést k vlastní úzkosti, vyčerpání a únavě z pomáhání, což má neblahý vliv na interakci lékaře s pacientem v ordinaci. Zde se opět objevuje slovní spojení "depersonalizace pacientů", kdy lékař záměrně brání pacientům v přiblížení se k němu a tím se chrání proti negativním dopadům. Toto chování umožňuje lékařům vykonávat profesionální výkony, ale brání vytvoření vztahu mezi nimi a pacienty (Decety, 2010).

3.3 Dopady empatie ve vztahu lékaře a pacienta

Empatie a empatické chování mají široké dopady, které ovlivňují nejen lékaře a pacienty, ale i celý zdravotnický systém. Dopady na pacienta jsou patrné v jeho spokojenosti a lepším prožívání léčby. Empatický přístup lékaře podporuje pacientovo spojení s léčbou, což je klíčové pro dodržování lékařských postupů, včetně užívání léků a dalších podpůrných faktorů, a při změně životního stylu, jako například v oblasti adiktologie, výživy nebo pohybu. Empatické vystupování lékařů také pomáhá přesnější diagnostice a vytváří bezpečné a přijímající prostředí pro upřímnost a důvěru. V neposlední řadě vede k lepším výsledkům léčby (Varhuel, 2010; Honzák, 1997; Kim, 2004; Zolnierek, 2009; Buszewicz, 2006; Rakel, 2011).

Dopady empatie na lékaře jsou úzce spjaty s jejich životním prospíváním a spokojeností. Empatické chování lékaře je významné zejména v souvislosti s prevencí syndromu vyhoření, který byl zmíněn výše. Vyhoření může vzniknout při střetu očekávání s realitou a vede k depersonalizaci pacientů, odcizení, nevědomí svého těla a brání pacientům při vnímání jako jednotlivců. Empatické vystupování lékařů může pomoci předcházet těmto nástrahám a zvyšovat uznání a poděkování, což může dále podpořit preventivní opatření proti vyhoření (Gleichgerrcht, 2013).

Všechny pozitivní dopady jak na straně pacienta, tak i na straně lékaře zároveň působí na celý zdravotnický systém. Díky lepšímu vztahu s pacienty se uzdravují rychleji a navštěvují tak lékaře méně často. Nízká úroveň empatie a empatického chování u lékařů má za následek více diagnostických chyb ze strany lékařů, což pak vede ke častějšímu navštěvování lékaře. Dalším dopadem nízké empatie a empatického chování je zvýšená frekvence používání lékařských testových metod a častější posílání pacientů k specialistům (Hojat, 2011; Raket, 2011; West, 2006).

3.4 Kompetence praktického lékaře v adiktologii

Podle studie Kaliny et al. (2015) je důležité, aby před provedením krátké intervence proběhlo screeningové zhodnocení, které slouží k rychlé a jednoduché identifikaci problému s užíváním návykových látek a také k určení, zda je potřeba další diagnostické vyšetření. Screeningové nástroje jsou vhodné pro široké spektrum profesí, včetně sociálních a pedagogických oblastí, a jejich využití není časově náročné. S ohledem na vytíženost lékařů je však žádoucí, aby byl použitý screeningový dotazník stručný, rychlý a účinný, ale současně neměl vysokou míru falešných pozitivních nebo negativních diagnóz. Mezi stručné screeningové nástroje patří například AUDIT (The Alcohol Use Disorder Test), který slouží k diagnostice užívání alkoholu u dospělých a dospívajících. CRAFFT je další dotazník, který je určen pro věkovou skupinu 12-17 let a slouží k identifikaci dětí a dospívajících s vysokou mírou rizikového chování při intoxikaci a k zachycení časných známek onemocnění souvisejících s užíváním návykových látek.

Poradenství spočívá v provedení strukturovaného rozhovoru s pacientem, při kterém se používá krátký screeningový dotazník (viz výše), který orientačně vyhodnocuje riziko a závažnost užívání návykových látek. Na dotazník navazuje motivační rozhovor, během kterého jsou pacientovi poskytnuty informace, které jsou rozhodující jak pro léčbu nemoci, tak i pro její předcházení. Vzhledem k tomu, že většina populace je alespoň jednou do roka v kontaktu s lékařem nebo jiným zdravotníkem, mohou právě oni zachytit počínající či rozvinutou závislost a tím hrát důležitou roli v systému prevence a léčby návykových látek (Kabíček et al., 2019).

V rámci primární péče jsou lékaři schopni identifikovat pacienty s potenciálními problémy týkajícími se návykových látek a v případě nutnosti podniknout adekvátní opatření. Provedení screeningu a časné intervence, jak bylo zmíněno výše, mohou být následovány krátkými poradenskými sezeními či krátkými intervencemi (Fleming, 2004). Na základě

ustanovení §26 zákona č. 65/2017 Sb. je zdravotnický pracovník povinen poskytnout krátkou intervenci bez ohledu na svou specializaci.

Krátká intervence při rizikovém užívání návykových látek se obvykle skládá ze tří kroků: rozpoznání problému pacienta, informování ho o výsledcích a motivování ho k pozitivní změně chování. Cílem této intervence je zvýšení povědomí o faktorech, které přinášejí riziko a faktorech, které chrání zdraví. Lékaři v různých oblastech, jako jsou praktičtí lékaři, gynekologové a zubaři, mají povinnost detekovat začínající závislost u svých pacientů a krátká intervence je uznávanou formou léčby osob s rizikovým užíváním návykových látek. Metoda 5A, která se skládá z pěti částí, se používá především pro kuřáky, ale může být snadno upravena i pro jiné návykové látky. Praktičtí lékaři by měli zhodnotit chování svých pacientů na základě vyplněného dotazníku a pomoci jim uvědomit si rizika a výhody změny chování. Lékař by měl vést nekonfliktní rozhovor a spolupracovat s pacientem na hledání řešení, aniž by je káral za stávající chování. Sledování a opakování intervence v ambulanci lékaře může být užitečné pro úspěšnou změnu chování pacienta. Ordinace praktického lékaře je pro krátkou intervenci ideálním místem, avšak tu praktičtí lékaři nemusí provádět z důvodů nedostatku času, malého proškolení ve vědomostech o adiktologii či obava z nepřátelení pacienta (Babor, Higgins-Biddle, 2010).

3.5 Krátká intervence v ordinaci praktických lékařů

Nešpor (2011) uvádí, že v naší zemi existuje potřeba poskytovat krátké intervence pro miliony ohrožených jedinců trpících závislostmi nebo závislostním chováním. Vzhledem k nedostatku odborníků v této oblasti jsou tyto intervence realizovány praktickými lékaři, kteří nejsou specializováni na léčbu závislostí. Posouzení míry užívání alkoholu a kouření patří k běžnému vyšetření praktického lékaře, ale otázky týkající se jiných látkových či nelátkových závislostí nejsou běžnou praxí. Metoda intervence 4A je známá pro zjištění závislosti na alkoholu, ale lze ji použít i na jiná závislostní chování. Tato metoda zahrnuje dotazy na závislostní chování, doplňkové otázky, použití screeningové metody, radu, a poskytnutí další intervence nebo odkázání na odborné služby. Důležité je také poskytnutí edukačních a svépomocných materiálů, které mohou pomoci v prevenci vzniku závislostí, a tak eliminovat následnou léčbu a zachytit problém v počáteční fázi (Nešpor, 2011).

4. Limity v práci s pacienty s adiktologickým problémem

V každodenní praxi se praktičtí lékaři často setkávají s pacienty, kteří mohou mít zdravotní problémy způsobené užíváním návykových látek (NL), trpí přímo závislostí, a nebo disponují adiktologickým problémem. Avšak tato oblast se v medicíně setkává se stigmatem a tabuizací, což může být překážkou pro lékaře při oslovování tohoto tématu. Samotní pacienti se mohou stydět hovořit o svém problému, nebo si tohoto problému nemusí být vědomi. Proto je důležité, aby lékaři měli dostatečné znalosti v této oblasti a byli schopni poskytnout pomoc v podobě krátké intervence, která by pacienta motivovala k vyhledání odborné pomoci. V této studii se zkoumají překážky a podpůrné faktory v práci s adiktologickými pacienty v ordinacích praktických lékařů.

4.1 Současná situace limitů v ordinacích praktických lékařů

Rizikové užívání nelegálních návykových látek má značné zdravotní důsledky, což často vede pacienty k vyhledání lékařské péče u praktických lékařů nebo jsou tyto problémy identifikovány během preventivních prohlídek. Nicméně, v této oblasti existují významné nedostatky a bariéry v komunikaci mezi lékaři a pacienty, které mohou vést k nedostatečné péči nebo prohloubení stigmatizace.

Studie McNeelyho a spol. (2018) provedla kvalitativní výzkum, který se zabývá riziky spojenými s užíváním návykových látek (NL) a jejich vlivem na zdraví pacienta a na poskytování lékařské péče. Studie ukázala, že v současné době není užívání NL v lékařském prostředí dostatečně identifikováno a doporučuje se využívat screeningové metody pro odhalení užívání těchto látek. V rámci studie byly identifikovány limity a bariéry, které brání poskytnutí adekvátní péče ze strany lékařů i pacientů. Pacienti projevují obavy z důsledků zveřejnění užívání NL, nedůvěru vůči ošetřujícímu lékaři a neochotu přiznat si problém s užíváním látky. Zdravotníci pocítují překážky na individuální rovině, jako je nedostatek klinických znalostí a nedostatečné vzdělání v adiktologických tématech, a na systémové úrovni, jako je nedostatek času pro vyšetření, nedostatek zdrojů a celkově nedostatečný přístup k specializované léčbě závislostí. S ohledem na tyto zjištění autoři doporučují zvýšit dostupnost screeningu pro užívání NL v zařízeních primární péče a zlepšit srozumitelnost této metody pro samotné pacienty, aby se snížila míra stigmatizace. Taktéž navrhují zvýšit zdroje pro prodloužení délky samotného vyšetření a posílení role poskytovatele primární péče při screeningu a časných intervencích.

Vliv odborného zdravotnického personálu na možnost řešení adiktologického problému je neoddiskutovatelné. Například autoři van Boekl et al. (2013) popisují častější negativní

postoje (jako je nedostatek respektu, porozumění a negativní emoční vnímání) vůči pacientům s adiktologickým problémem u praktických lékařů a pracovníků v oblasti všeobecné psychiatrie oproti specialistům v adiktologických službách. Lze říct, že nedostatečná důvěra v léčbu adiktologických pacientů a nedostatek kompetencí zdravotníků snižuje dostupnost této péče a její kvalitu.

Kromě limitů v postojích samotných zdravotníků, jsou další bariérou v dostupnosti adekvátní péče důsledky, kterým mohou pacienti čelit při zveřejnění užívání NL. Wakeman & Friedman (2017) zdůrazňují, že i dnes tito pacienti stále čelí negativním následkům spojených s odhalením adiktologického problému ve vztahu k nedostatečné anonymitě, včetně možného rizika ztráty zaměstnání, ztráty bydlení, ztráty péče o dítě, sociálních dávek, diskriminace ze strany lékařů, a dokonce zatčení či stíhání. V českém prostředí je například v platnosti zák. č.361/2000, o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů, který jako zdravotní nezpůsobilost k řízení motorového vozidla uvádí závislost na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách a dále udává lékaři povinnost tuto skutečnost oznámit.

Další zákonnou povinností lékaře, v tomto případě vhodnou a efektivní, je provedení orientační diagnostiky adiktologických obtíží a následné poskytnutí krátké intervence (zák. č. 65/2017, o ochraně zdraví). Význam a efektivitu využití tohoto postupu dokazují mnohé studie zejména u problematiky užívání alkoholu a tabáku (Fleming (2004); SAMHSA (2011); Harris et al. (2014)). Screening (orientační diagnostika), krátká intervence a doporučení do léčby je univerzální postup doporučovaný Světovou zdravotnickou organizací (WHO, 2022). Tato metoda není časově náročná a může být integrována do obecného lékařského prostředí například jako součást každoročních preventivních lékařských prohlídek, čímž je možné odhalit užívání NL dříve, než se stane vážným problémem (NIDA, 2020). Konkrétně je doporučeno, aby se lékař zaměřil na edukaci pacienta v oblasti důsledků užívání NL a dále, aby monitoroval rizikovost ve vztahu k užívání léků se závislostním potenciálem (včetně zvýšeného sledování, poskytování menších balení, častější kontroly atd.) (NIDA, 2020).

Kolektiv autorů Achaba et al. (2014) nebo například Tolchard et al. (2007) poukazují na problematiku patologického hráčství a jeho identifikaci v zařízeních primární péče. Zdravotní problémy jako jsou bolesti hlavy, úzkost, deprese nebo nekvalitní spánek mohou souviset s nekontrolovaným hraním, které je díky screeningu možné odhalit v ordinaci lékaře.

Z hlediska přístupu k různým návykovým látkám si jsou lékaři nejjistější v oblasti závislosti na nikotinu, následované problematikou alkoholu a zneužíváním návykových léků (benzodiazepinů) (Abouyanni et al., 2000). Nejméně jistí jsou si lékaři v postupu u pacientů s problémem s nelegálními návykovými látkami, a to z důvodu obav z náročnosti řešení

takového problému, pocitů nedostatečné kompetentnosti, dále obava z agresivity pacientů, odpudivosti ve vnějším vzezření či dopadů na jejich reputaci (Abouyanni et al, 2000; Roche et al., 1991).

V oblasti mapování limitů lze zmínit také práci Roche et al. (1991), která s použitím metody ohniskové skupiny mapovala názory a zkušenosti lékařů s adiktologickými pacienty. Jako hlavní bariéry byly identifikovány: pocit nedostatečné přípravy na roli praktického lékaře, nedostatečná důvěra ve vlastní intervenční schopnosti a potřeba odolnosti (resilience) v lékařské praxi. Většina lékařů dále uvedla, že zvládání závislosti na nelegálních návykových látkách je nad rámec jejich kompetence. Závěrem tato studie doporučuje zvýšení pocitu vlastní sebedůvěry v intervencích, a to tréninkem dovedností, zajištěním mechanismů zpětné vazby a vytváření realističtějších očekávání od výsledku intervence. Respondenti této studie vyjádřili potřebu opřít se o evidence-based postupy a mít k nim přístup.

V České republice byl proveden výzkum mapující dostupnost poskytování intervencí ze strany lékařů pro identifikaci a doporučení k řešení adiktologických problémů (Chomynová et al., 2022). Tato zpráva uvádí, že doporučení přestat kouřit dostane od lékaře pouze třetina kuřáků, a to i přes fakt, že provádění krátkých intervencí k odvykání kouření je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky. Odhady z roku 2020 (Chomynová et al., 2022) uvádějí, že tyto intervence dělá pouze 50 % lékařů. U alkoholu, kdy je situace s povinností provedení krátkých intervencí totožná, je naprosto stejná hodnota prováděných intervencí, tedy pouze 50 % lékařů. V oblasti užívání psychoaktivních látek je zdůrazněna dostupnost vzdělávacích programů pro lékaře, kteří mají zodpovědnost za správnou indikaci, dávkování a délku léčby. Chomynová et al. (2022) doporučují zařazení adiktologické tematiky do základního předatestačního vzdělávání lékařů.

V českém prostředí se dále na problematiku role praktického lékaře v léčbě závislosti se zaměřila i Králíková et al. (2007), která se zaměřila na roli praktického lékaře v léčbě závislosti na tabáku. Uvádí, že by lékař měl jít pacientovi příkladem a nekouřit, identifikovat problémy spojené s užíváním tabáku a využívat krátké intervence.

Kabíček et al. (2019) se zaměřují na screening a krátkou intervenci v oblasti návykových látek u praktických lékařů pro děti a dorost a podtrhují význam preventivních intervencí u mladistvých.

Takto rozsáhlá problematika, kterou adiktologické problémy jsou, potřebuje včasnou detekci, rozpoznání a poskytnutí adekvátní intervence s odkazem na specializovanou léčbu. Klíčovou roli zde hrají praktičtí lékaři, kam převážná většina lidí dochází při začínajících

problémech či prevenci. Mohou svým postavením a interakcí velmi ovlivnit následný vývoj či směr problémů u pacientů.

Diplomová práce bude mapovat, jaké limity vnímají lékaři při práci s pacienty s adiktologickým problémem. Výzkum je zaměřen na kvalitativní popis a porozumění limitům, obavám či vnitřnímu prožívání při práci s pacienty s adiktologickým problémem. Dílčím cílem je zmapovat potřeby pro podporu praktických lékařů v adiktologických intervencích.

III. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkum byl proveden s cílem popsat limity v práci s pacienty s adiktologickým problémem v ordinacích praktických lékařů v Praze. Pro získání dat byla použita metoda polostrukturovaných interview s celkovým počtem 12 respondentů. Rozhovory byly následně analyzovány a výsledky rozřazeny do 10 identifikovaných kategorií.

5. Cíle výzkumu

Hlavním cílem této diplomové práce je popsat limity v práci vybraných praktických lékařů s pacienty s adiktologickým problémem.

Výzkum se zaměřuje na zmapování zkušeností praktických lékařů s pacienty trpícími adiktologickými problémy s fokusem na jejich přístup k pacientům, postup v intervencích s touto cílovou skupinou, prožívání při konfrontaci a intervenování a s tím spojené potřeby.

Dílními cíli jsou:

- Zjistit, jaké adiktologické problémy praktický lékař ve své ordinaci pozoruje.
- Zjistit, jak postupuje lékař v práci s adiktologickým pacientem.
- Zmapovat připravenost, pocity a pohled na spolupráci s pacientem s adiktologickým problémem z pohledu praktického lékaře
- Zjistit, jaké jsou potřeby lékařů pro zkvalitnění spolupráce s adiktologickou klientelou
- Zmapovat, jak praktický lékař vnímá atraktivitu a stigmatizaci závislostí spojených s pacientem s adiktologickým problémem
- Zjistit jaké podpůrné faktory má praktický lékař v kontaktu s pacientem s adiktologickým problémem

6. Výzkumný soubor a jeho výběr

Základní soubor

Základní soubor tvoří praktičtí lékaři vykonávající lékařskou praxi ve svém oboru na území hlavního města Praha v době sbírání dat. Praktickým lékařem rozumíme lékaře dle paragrafu 4 zák. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti

a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a dle vyhlášky č. 187/2009 Sb., o minimálních požadavcích na studijní programy všeobecné lékařství, zubní lékařství, farmacie a na vzdělávací program všeobecné praktické lékařství.

V České republice je registrováno zhruba 5000 praktických lékařů (dále také PL) (ÚZIS (2014) uvádí 5121 PL v roce 2013; data Sdružení praktických lékařů ČR (2019) uvádí 4800 členů, což je 90 % všech PL v ČR). V Praze je nejvyšší počet PL v přepočtu na obyvatele (Peckelová, 2019). Přesné počty nejsou známy, uváděny jsou počty ordinací PL, tj. 568 vykazujících ordinací PL v roce 2017 (Statistická ročenky Prahy, 2018).

Průměrný věk praktických lékařů v ČR je 55 let (ÚZIS, 2014), data pro Prahu nejsou dostupná. Délka praxe PL v základním souboru je omezena na minimálně 5 let a v době výzkumu musí vykonávat činnost praktického lékaře. Vzhledem k délce přípravy pro výkon povolání praktického lékaře a podmínce délky praxe je věkový profil základního souboru minimálně 34 let. Horní hranice je omezena na průměrný věk odchodu do starobního důchodu, tedy 65 let. Ve větších městech je poměr žen a mužů v oboru praktické lékařství ve prospěch žen, zhruba 2:1 (Sedláčková, 2022).

Kritérii tedy jsou body délka praxe, profese PL provozující v Praze, přímý kontakt s pacienty. Věkový profil respondenta není stanoven, kvůli specifikaci výzkumu a saturaci dat.

Výběrový soubor

Výzkumný soubor byl vybrán kvalitativní metodou sněhové koule, tzv. snowball sampling, kdy jsou respondenti získáváni na základě procesu postupného nominování dalších osob již známými případy (Hartnoll, 2013). První respondenti jsou záměrně vybráni při splnění charakteristik základního souboru (Miovský, 2006).

Respondenti byli osloveni ústně či přes emailovou komunikaci. Následovalo domlouvání rozhovorů při osobním setkání.

Kritéria výběru respondentů:

- Respondent musí mít délku praxe vyšší než pět let;
- Respondent musí v době výzkumu pracovat s pacienty;
- Respondent musí vykonávat činnost praktického lékaře;
- Respondent musí splňovat minimální věkový limit 34 let;

První tři respondenti byli vybráni záměrně (Hendl, 2016), na základě zájmu se výzkumu účastnit. Tito následně nominovali další praktické lékaře, které se shodovaly s kritérii. Takto se nabalilo 12 respondentů, kteří se stali součástí výzkumné části diplomové práce.

12 respondentů:

Respondent č. 1 (R1) je praktická lékařka 61 let, pracující individuálně v soukromé ordinaci.

Respondent č. 2 (R2) je praktická lékařka 49 let, pracující ve veřejné ordinaci se sdílenými prostory s dalšími lékaři.

Respondent č. 3 (R3) je praktická lékařka 50 let, pracující ve veřejné ordinaci se sdílenými prostory s dalšími lékaři.

Respondent č. 4 (R4) je praktická lékařka 36 let, pracující ve veřejné ordinaci se sdílenými prostory s dalšími lékaři.

Respondent č. 5 (R5) je praktická lékařka 51 let, pracující individuálně v soukromé ordinaci.

Respondent č. 6 (R6) je praktická lékařka 39 let, pracující ve veřejné ordinaci se sdílenými prostory s dalšími lékaři.

Respondent č. 7 (R7) je praktická lékařka 43 let, pracující individuálně v soukromé ordinaci.

Respondent č. 8 (R8) je praktická lékařka 58 let, pracující individuálně v soukromé ordinaci.

Respondent č. 9 (R9) je praktická lékařka 40 let, pracující ve veřejné ordinaci se sdílenými prostory s dalšími lékaři.

Respondent č. 10 (R10) je praktický lékař 35 let, pracující ve veřejné ordinaci se sdílenými prostory s dalšími lékaři.

Respondent č. 11 (R11) je praktická lékařka 38 let, pracující ve veřejné ordinaci se sdílenými prostory s dalšími lékaři.

Respondent č. 12 (R12) je praktický lékař 62 let, pracující individuálně v soukromé ordinaci.

7. Metody a sběr dat

V kvalitativním výzkumu byla data získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Osnova polostrukturovaného rozhovoru viz příloha č. 1.

Tento základní rámec rozhovoru, kdy klade důraz na otevřenost otázek a prostor pro respondenta, aby reagoval přirozeně a bylo možné objevit témata, která původně nebyla

identifikována, je proveden osobně, případně, při nepříznivé epidemiologické situaci prostřednictvím on-line platformy (Skype, Zoom). Před rozhovorem byl respondent seznámen s výzkumem, jeho cíli, také potvrdil ústně informovaný souhlas. Bylo avizováno, že rozhovor je anonymní, a bude nahráván na diktafon, následně celý přepsán do digitální formy výhradně pro účely výzkumu. Následně bude nahrávka po přepsání smazána. Tento způsob nám pomůže sledovat i neverbální aspekty, které mohou být důležité (Miovský, 2006).

Sběr dat proběhl v průběhů kalendářních měsíců listopadu, prosince 2022 a ledna a února 2023. Rozhovory byly domluvené ve stanovený čas a na stanoveném místě. Devět rozhovorů proběhlo v ústraní na pracovištích respondentů, jeden probíhal online formou přes platformu Zoom, a dva probíhaly na předem stanovených místech, které vybrali respondenti. Tím tak bylo vytvořeno bezpečné a intimní prostředí pro respondenty. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a částečně zapisovány do záznamového archu, následně pro pozdější analýzu. Rozhovory byly po ukončení výzkumu přepsány a podrobeny analýze. Pomocí těchto zjištěných a analyzovaných dat byly sestaveny výsledky. Po zapsání do archů byly nahrávky smazány a po přepsání do výzkumné části diplomové práce byly archy smazány.

8. Analýza dat

Rozhovory byly přepsány do textové podoby. Ty byly po přepsání smazány. K nahraným rozhovorům byla použita metoda doslovné transkripce, která umožňuje zachytit obsahové a tematické aspekty dat. Výroky respondentů byly přepsány přesně tak, jak byly v rozhovoru vysloveny v hovorové formě jazyka, aby byla zachována autenticita projevu. Byly zaznamenány také výrazné neverbální projevy, jako je smích nebo dlouhé pauzy. Datový korpus byl vytvořen v programu Microsoft Word a jednotlivé rozhovory byly anonymizovány (Braun & Clarke, 2006).

S ohledem na cíle výzkumu a výzkumné otázky byla zvolena tematická analýza, což je metoda sloužící k identifikaci, analýze, organizování a reportování témat a významů, které se v datech objevují. Tato metoda umožňuje přinést zprávu o zkušenostech s realitou a významech, které v ní respondenti spatřují, a umožňuje výzkumníkovi velkou volnost a flexibilitu při zpracovávání dat. Výhodou této metody je, že není svázána s žádnou apriorní teorií. Tematické rozkrývání textu, všímání témat a přiřazování kódů. Zde je možné kódovat slova, věty či odstavce (Hendl, 2006). Opakující se jevy, objevená společná témata, jsou označené a seřazené v kategoriích, které jsou vloženy pod jednotlivé příslušné výzkumné otázky či cíle.

Na základě této analýzy bylo identifikováno 10 kategorií.

9. Etika

Diplomová práce deklaruje čestně, že výzkum diplomové práce podléhá přísným kritériím pro ochranu osobních údajů respondentů. Ti byli seznámeni se záměrem výzkumu diplomové práce. Byli seznámeni se skutečností, že veškeré získané informace a poznatky slouží k účelům této diplomové práce, a ihned po jejím dopracování budou smazány. Veškerá data respondentů jsou vedena anonymně, bez žádných dohledatelných osobních údajů, které by mohli respondenty odhalit. Souhlasy byly sjednány osobně a respondenti mohli kdykoliv ze spolupráce na výzkumné části diplomové práce odstoupit a dobrovolně ukončit, přesto tak nikdo z respondentů neučinil, a poskytli tak své poznatky a zkušenosti v celkové míře. Tento závazek je potvrzen podpisem Informovaného souhlasu (příloha č. 2).

Eticky citlivé téma vyvstává zákonná povinnost zdravotnických pracovníků provádět orientační diagnostiku a krátkou intervenci v oblasti návykových látek, z výzkumu však vyplývá, že ta není vždy poskytnuta. Výzkum v tomto případě klade silný důraz na dodržení etických zásad, zejména anonymity respondentů a likvidaci nahrávky. Ve výzkumné části není důležité identifikovat chybovost, ale zmapování bariér, které například vedou k nevyužívání krátké intervence.

Výzkumný design podléhá kontrole Etické komise pro posuzování studentských závěrečných prací Kliniky Adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze. Etická komise vyslovila souhlasné stanovisko k provedení této diplomové práce (viz příloha 3).

10. Výsledky

Po analýze rozhovorů bylo vytvořeno 10 kategorií. Těmi jsou *Adiktologický pacient v ordinacích praktických lékařů*, *Intervence praktického lékaře*, *Limity*, *Prožívání praktického lékaře v kontaktu s adiktologickým pacientem*, *Kompetence*, *Spolupráce pacienta a praktického lékaře*, *Neatraktivita spolupráce s pacientem s adiktologickým problémem*, *Adiktologický problém jako stigma*, *Protektivní faktory praktického lékaře*, *Potřeby praktických lékařů*.

10.1 Adiktologický pacient v ordinacích praktických lékařů

První kategorie byla zaměřena na identifikaci povědomí a vnímání závislostního chování respondentů v ordinacích praktických lékařů. Respondenti se často opírají o své zkušenosti ze vzdělávacího procesu nebo ze svého osobního života při posuzování závislostního chování u pacientů. Respondenti jmenovali u svých pacientů užívání či přímo závislost na

alkoholu, tabáku, metamfetaminu, THC. Až při dalším doptávání jmenovali také závislost na psychoaktivních lécích. Gambling či jiné druhy závislostního chování nezaznamenal žádný respondent. V oblasti kouření tabáku respondenti oznamují, že závislost na kouření je prakticky běžnou záležitostí a že nejsou podniknuty žádné významné intervence v této oblasti. Respondenti intervenují a doporučují ukončení závislosti na alkoholu a kouření na základě prokazatelných somatických změn v krvi či jiných ukazatelů somatických změn.

R4: *„Určitě alkohol je tady nejčastější, ale pervitin nebo tak? To asi ne, to tady nemáme.“*

R5: *„Nemám tady nikoho závislého, z těch 2 tisíc pacientů, možná pár jedinců, ale to je řádově v jednotkách.“*

R8: *„Vidám tady nejčastěji kouření, to je jasný, pak alkohol, marihuanu, a i ten pervitin se objeví.“*

R10: *„Tady převažuje alkohol, tabák, cigarety, taky ten heroin se objeví.“*

R11: *„Nejčastěji máme to kouření, jinak asi nic, možná pak ta tráva.“*

Zjištění věku pacienta se ukázalo jako velmi důležité pro rozhodování a vnímání adiktologického problému u respondentů. Specificky u této starší populace se léková závislost ukazovala jako téma. Objevila se však tendence neintervenovat a rezignovat na řešení lékové závislosti.

R7: *„Ta medikace, ten systém je nějak provázaný, ale ne na tolik, a oni si to stejně seženou bokem, a u těch starších už to neintervenují.“*

R6: *„S léky se setkávám, dávám si pozor, nepíšu SSRI, ale třeba babičkám už ano.“*

R5: *„Když vám přijde starý člověk se závislostí na lécích, tak to neberete jako závislost. Tam to necháte, neberete jim to, u těch mladých se snažíte to kontrolovat a podívat se co píšete. Beru to tak jak to je, záleží na nastavení toho praktika.“*

Výzkumné šetření ukázalo, že respondenti mají omezenou představu o široké škále adiktologických problémů a často se zaměřují pouze na alkohol, tabák. Tři praktičtí lékaři z dvanácti dotázaných mají i povědomí o jiných formách závislosti, které nejsou obvykle spojovány s alkoholem, tabákem nebo nelegálními látkami. Objevenými adiktologickými problémy byly léky, nelátkové závislosti ve formě Minecraftu či pornografie. Dále se pomocí doptávání odhalila závislost na procesech, nakupování či závislostním vztahu.

R3: *„Benzodiazepiny, ty jsou častý u těch lidí, hned za něma Zolpidem, a taky ten hazard, ten občas tady slyším.“*

R9: „Mladší ročníky, tam bych zařadila u nich i ty jejich hry, Minecraft, ten slyším často, pak jsem měla i někoho s pornografií, a sexuální věci se občas taky objeví.“

R1: „Z tohoto pohledu se objeví nějaký ty závislosti na činnostech, na nakupování, cvičení, rozpoznám i závislostní vztah, tam bývají namočení rodiče. Porno, sebeuspokojování, tam to míří na starší muže z mého pohledu. U těch mladších si všímám sociálních sítí, hlavně z toho důvodu, že jim klesá IQ.“

Výzkumné šetření naznačuje, že respondenti mají omezené povědomí o široké škále adiktologických problémů, což by mohlo ovlivňovat jejich intervenci u pacientů. Respondenti se převážně soustředí na závislost na alkoholu, tabáku, zatímco jiné formy závislosti, jako např. sázení, hazard nebo nelátkové závislosti, jsou často opomíjeny. Část respondentů se sice o těchto dalších formách závislosti zmiňuje, ale pro mnohé z nich se tato oblast zdá být neuchopitelná. To může být způsobeno tím, že lékaři se více zaměřují na biologické testy, jako jsou krevní testy, které jsou relevantní při intervenci u látkových adiktologických problémů, ale ne tak u ostatních forem adiktologických problémů. Primární roli v ordinaci hraje alkohol, ale i tady jsou lékaři rozporuplní v intervenci. Většina lékařů se při ordinaci zeptá na užívání alkoholu, ale ne vždy se dostatečně doptají na související faktory a nevidí smysl v rozsáhlejší ptaní se. Je tedy nutné posílit povědomí lékařů o různých typech adiktologických problémů závislostí a zlepšit jejich schopnost intervence v této oblasti.

10.2 Intervence praktického lékaře

Se souvisejícím objevováním adiktologických problémů v ordinacích následuje daná intervence pro závislosti. Pokud lékař zaznamená adiktologický problém u svého pacienta, je důležité, jak následně vede svou intervenci. Výzkum ukazuje, že postup intervence u respondentů s pacienty trpícími závislostí či závislostním chováním se liší v závislosti na konkrétní situaci a potřebách pacienta, avšak obecně postupují dle svých vlastních zažitých postupů u všech jedinců stejně, tedy nedělají rozdíl mezi pacientem s adiktologickým problémem a dalšími pacienty, kteří přišli s jinými obtížemi. Respondenti nepoužívají žádné speciálně zaměřené dotazníky či screeningové nástroje, které by se dotýkaly adiktologie, jako mohou být AUDIT, DUST, CAGE a jiné. Vědí, že existují, nicméně je nepoužívají ve své intervenci či stanovení diagnostiky. Neliší se tedy vůbec svou specifikací v kontaktu s pacientem.

R1: „*To není nějak rozlišeno, tak jak jsme, nebo každý je zvyklý, tak postupuje. Jestli se bavíme o nějaké speciální intervenci, tak ta neprobíhá.*“

Respondenti u pacienta provádí důkladné fyzické vyšetření v rámci například preventivních prohlídek, včetně rozboru krve, aby identifikoval možné příčiny zhoršení zdravotního stavu, zde berou v potaz potenciálně objevující se adiktologický problém. Primárním a prakticky jediným nástrojem pro identifikaci pacientů s podezřením na adiktologický problém je rozhovor. Respondenti nevyužívají žádné speciální adiktologické screeningové nástroje. Následně stanovuje cíle léčby a plán, který může zahrnovat farmakoterapii a další metody, jako například změnu životního stylu. Respondenti poskytují pacientům podporu a motivaci ke zlepšení jejich zdraví. Pro komplexní péči o pacienta spolupracují s dalšími odborníky, jako jsou psychologové, psychiatři, specialisté na léčbu závislostí, adiktologové nebo odborníci na sociální práci. I když někteří respondenti si uvědomují, že by někteří pacienti mohli potřebovat více času v intervenci, dodržování stanovených krátkých intervencí je zákonně povinné, které většina z dotazovaných vzhledem k časové tísní nestíhá. Závěry výzkumu ukazují, že třetina respondentů je schopna provést rozsáhlé doptávání a intervenci u pacientů s adiktologickým problémem, zatímco jiní se drží stanovených postupů.

R2: „*Jako profesionál se musíte vždycky rychle zorientovat, jestli to je prvozáchyt, nebo je to už dlouhodobý problém, co se týče té závislosti, jestli tam je hodně relapsů. Podle toho dál se rozhodnu, znám ten příběh, nebo ho musím poznat, v závislosti hrají roli ty příběhy a osudy lidí, zlomové okamžiky v tom životě. Pak už dám na zkušenost.*“

R3: „*S pacienty, kteří disponují závislostí se snažím zacházet individuálně, to znamená, poskytnout možná větší specifickou péči než u ostatních pacientů.*“

R4: „*Tak máme povinnost dělat intervenci, kterou jsme zvyklí s nimi dělat, nebo alespoň já ji tak dělám a snažím se u každého.*“

R6: „*Doptávání, doptávání, z jedné otázky často nic nezjistím, nebo jak se říká, podle sebe, soudím tebe, tak já mám ve zvyku se doptávat, tak abych věděla přesně množství nebo o co vlastně jde. Ale nemyslím si, že to je klasický standardní postup u praktika.*“

U respondentů se vyskytují významné rozdíly v intervencích s pacienty trpícími adiktologickými problémy. Rozdílné postupy v komunikaci s pacienty s adiktologickými problémy jsou zřetelné. Jako klíčový nástroj se ukazuje být intervence, která zahrnuje komunikaci a rozsáhlejší časově náročnější rozhovor s pacienty s adiktologickými problémy.

Tuto metodu volí třetina respondentů, zatímco zbytek poskytuje méně rozsáhlou intervenci, která není časově náročná pro praktického lékaře.

10.3 Limity

Respondenti mluvili o limitech jak na straně lékařů, tak na straně pacientů. Jako důležitý limit a bariéra na straně lékařů byl označen vlastní problém s návykovou látkou na straně lékaře, například vlastní nadměrná konzumace alkoholu, která vede k ignoraci takového problému u pacienta. Druhým limitem byl označen vyšší věk lékařů a s ním spojený syndrom vyhoření, a tudíž tendence k ignoraci adiktologického problému, u mladších lékařů pak zaznívala tendence k frustraci. Třetí významný limit byla časová dotace pro intervenci, tedy málo času pro efektivní intervenci u takového pacienta. Dalším limitem byla označena povinnost hlášení zdravotní způsobilosti řidiče, která negativně ovlivňuje komunikaci a důvěryhodnost.

R8: *„Časový limit s těmito lidmi je limitem samotným. Já jako lékař nemůžu být hodinu s někým kdo je závislej, od toho máme psychology a psychiatry.“*

R8: *„Těch pacientů mám, nebo máme tolik, že to nejde se věnovat absolutně všem speciálně a individuálně, to je prakticky nesmysl.“*

Limitem je nedostatek času pro efektivní intervenci u těchto pacientů. Kromě toho mohou být limitem i věk lékařů a jejich zkušenosti, které mohou vést k podcenění péče o tyto pacienty.

R2: *„Víte, v tomhle odvětví Vás postupem času ochraňuje a pomáhá Váš věk a zkušenosti, který nabydete po té cestě. Ti méně zkušení to můžou mít těžký, ale pak i když jste zkušeněj, hraje velkou roli věk i pacientů, geografická poloha toho, kde bydlí, a další faktory, které mohou určovat stav toho pacienta. Pak zjistíte, že máte v registraci x tisíc pacientů, a to prakticky nestíháte, i když moc chcete. Nebo takhle, závislostní pacienti nejsou limitem, limitem je výběr mezi kvalitou a kvantitou ohledně intervencí. Vybírat mezi časem a penězi.“*

Respondenti v kontextu léčby adiktologických pacientů uvádějí jako limitující faktory komplikovanost osob těchto pacientů, hlavně v anamnestické stránce a lži. Tato komunikace založená na neupřímnosti, lžích a manipulaci také představuje významný faktor, který může ztěžovat léčbu adiktologických pacientů. Obtíže s přesným zjištěním informací o zdravotním stavu pacientů kvůli jejich neochotě sdělit informace kvůli obavám z hodnocení nebo odsouzení. Dále respondenti popisovali obtížnou spolupráci pacientů, jelikož nejsou ochotni

uznat svůj problém a přijmout pomoc. Respondenti také označili adiktologické pacienty jako neupřímné, manipulativní, nepravdivě vypovídající a nespolehlivé. Kontakt s těmito pacienty je považován za náročný a s nejistými výsledky a představuje významný limit v léčebném procesu. Obecně je vnímání práce s adiktologickými pacienty jako náročné a „nevítané“ a vyžadující větší úsilí.

R6: *„Velkým písmem napsané tři slova -> komplikovanost, lži, nemotivovanost.“*

R7: *„Už ten kontakt s tím pacientem, to je náročný, obtížná práce s nejasným výsledkem, nebo vy tušíte, co bude, spojený hlavně s tou nespolehlivostí, a to je velkej limit v léčebném procesu.“*

R10: *„V obecné rovině, asi tak to vnímání je hodně náročný, skrz celkovou práci s nima. Řekl bych, že se můžeme bavit o nevítanosti.“*

R11: *„Úkony typu hlášení zdravotní způsobilosti, to je nepříjemné řešit, tam už skáče určitá bariéra v té komunikaci s pacientem. To znamená více práce s jedinci, kteří mají závislost, ten přístup je specifickej. Vynaložení většího úsilí v rámci upřímnosti, doptávání, hledání pravdy. A pak to všechno podlívá proměnné, kterou je zdravotní stav toho pacienta.“*

Zásadním limitem respondentů se ukazuje být v myšlení o závislosti jako nevléčitelné nemoci. Kdy lékař není schopen ustoupit ze svého přesvědčení a smýšlení o adiktologických problémech u svých pacientů. Figurující závislost, adiktologický problém, benevolentní postoj či vyšší konzumace u respondenta může být zkreslující a nemá tak dobrou výchozí pozici pro správné posouzení adiktologického problému či závislosti u svého pacienta. Zde dochází k podhodnocení závažnosti stavu. Typickým příkladem se ukazuje být alkohol, který je vnímán jako méně rizikový, když samotný lékař užívá alkohol na denní bázi v kvantitě jedné či dvou skleniček červeného vína.

R1: *„Hodně velké, na první dobrou, co mě napadne, je to, že sami lékaři mají problémy s určitou závislostí, například problémy s alkoholem. Pak to ani sami nevidí u svých pacientů. Ale je to různý, převažuje ten alkohol, ale když budu jako lékař brát prášky, budu hodně podceňovat lékovou závislost, a tak to pak máte se vším dalším.“*

R5: *„Moc mě nenapadá, jaké by mohlo být limity při práci s pacientem se závislostí? Protože v určitých dávkách neškodí nic, třeba já piji dvě deci červeného denně, tak to je zdravotní.“*

10.4 Prožívání praktického lékaře v kontaktu s adiktologickým pacientem

Respondenti vyjadřují negativní postoj vůči kontaktu s pacienty trpícími závislostí, zejména v případech, kdy se s nimi setkávají opakovaně a mají špatné zkušenosti s neúspěšnou léčbou. Mají obavy z manipulativního chování pacientů a obavu, že budou využiti, zejména při výpisu lékových receptů, kdy pacienti padělají razítka na receptech. Dva respondenti se setkali s Policií ČR kvůli falšování receptů jejich pacientů. Respondenti v přímém kontaktu s pacienty s adiktologickými problémy prožívají frustraci nebo beznaděj vůči jedincům se závislostí, protože pacienti mohou mít rezistenci, která brání jejich léčbě a zlepšení stavu. Lékaři jsou citliví na návrat pacientů k užívání drog nebo alkoholu, což pro ně představuje zklamání. Respondenti směřují své myšlenky k závislosti jako k nevyléčitelné nemoci, což vede k frustraci a pocitu bezmocnosti. S věkem však přichází větší odolnost k takovým myšlenkám a pocitům

R1: *„Stud a vina. Chcete pomoci, ale často ani nemůžete, nebo víte, jak to dopadlo, takže je vám za ně stydno, a ta vina, ta s věkem přechází.“*

R4: *„Nastupující pocit skepse.“*

R4: *„Všichni praktičtí lékaři to vnímají stejně jak já, naštvou se víc, když mají pacienta se závislostí, ne hned, ale dřív nebo později k tomu dojde, ale čím víc bude ten doktor zkušenější, tím líp to zvládne.“*

R8: *„Když vidím někoho v mladším věku. To si říkám „škoda mladého života“.*

R12: *„Člověk cítí rozhodně bezmoc, hněv, vtek, a pak přichází soucit.“*

Pocity jsou zesíleny, pokud respondentovi chybí informace nebo zkušenosti s léčbou pacientů s adiktologickými problémy. Jako důležité se ukazuje, aby se lékaři snažili své předsudky a negativní myšlenky překonat a přistupovali k pacientům s adiktologickým problémem s pochopením a empatií. Pokud má respondent pocit, že by potřeboval podporu v péči o pacienty se závislostí, obrací se na odborníky, kteří se specializují na adiktologickou léčbu.

Časté vystavování tlaku v kontaktu s pacienty s adiktologickým problémem u respondentů vede k demotivaci a skepsi. To nemusí podporovat léčebnou intervenci a snadno se tak stane již na začátku léčby odsouzené k neúspěchu. Objevují se i myšlenky spojené se strachem.

R6: *„Někdy je to o život, tedy když vám do ordinace přijde narkoman, máte strach, musíte s tím pracovat. Celkově je to komplikovaný a specifický.“*

Respondenti v myšlenkách mohou mít i velmi silné pocity ohledně myšlení nad důsledky, které pacienti s adiktologickým problémem mohou přinášet. Tou myšlenkou se stává pocit bezmoci a následné vyhoření, které ohrozí jejich profesní životy a budoucnost jak lékařskou, tak osobní.

R1: *„Závislej pacient se stane zátěží, ta vás může vzít s sebou dolů.“*

V intervenci s pacienty s adiktologií praktičtí lékaři nevnímají vždy závislost jako nevyлéčitelnou nemoc, ale jako osobní selhání jedince, což znamená cílenou činnost, která není rovna nemoci. Lékaři také pociťují uspokojení, když vidí, že pacienti se zlepšují a léčba je úspěšná. Empatie a soucit k pacientům s adiktologií jsou silně přítomny u respondentů, kteří se snaží poskytnout co nejlepší péči a podporu. S tímto postupem se ve výzkumu setkává třetina dotazovaných.

R12: *„Většinově závislost není vnímána jako vážné onemocnění, ale jako vlastní selhání. Praktický lékař, by měl postupovat empaticky a s porozuměním.“*

10.5 Kompetence

Nejčastější první reakcí na otázku kompetentnosti pracovat s adiktologickou klientelou, bylo, že se lékaři cítí být kompetentní (7 z 12 respondentů). Při bližším doptávání mluvili lékaři o pocitu jistoty, dostatku informací o daném adiktologickém problému.

5 z 12 respondentů o své kompetentnosti pochybovali. Vnímali nedostatek zkušeností s touto klientelou a problém bagatelizovali.

Výzkumnou otázku je dále rozvíjena a lékaři jsou dotazováni na krátkou intervenci a její využití. Zde většina respondentů (10 z 12) uvedla, že ví, o co se jedná, ale nástroj plně nevyužívají, jelikož není mnoho prostoru.

Respondenti diskutovali ohledně stěžejního tématu schopnosti vést rozhovor a důvěryhodnosti vztahu mezi lékařem a pacientem. Čtyři respondenti zmínili svou neochotu oslovit tuto problematiku, protože se obávali negativní reakce a konfliktu ze strany pacienta. Mezi respondenty byli i ti, kteří absolvovali psychoterapeutický výcvik a popisovali ho jako zdroj jistoty a kompetence při vedení rozhovorů s pacienty. Výcvik se jeví jako velmi důležitý faktor pro zvyšování kompetence a připravenosti lékařů v této oblasti, a respondenti ho vnímají jako podpůrný prvek pro svou praxi.

R1: *„Praktický lékař není připraven na práci se závislostí. Bavíme se o pomáhající profesi, práci s lidmi, s pacienty, to je za rohem syndrom vyhoření, ten na vás číhá, a ten si*

musíte pohlídat. Závislej pacient se stane zátěží, ta vás může vzít s sebou dolů.“ ... „Vybavenost by u mě byla, jako MUDr. je určitá výbava, velkou další přednost vidím ve svém psychoterapeutickém výcviku.“

R2: „Jako praktický lékař jsem velmi dobře vybavená, myslím si tedy. Intervence, které dělám mi pomáhají, to se ale musí člověku chtít, takže pokud mi řeknete, že někdo si myslí, že není, tak budu pochybovat. A jako absolventka psychoterapeutického výcviku jsem velmi dobře nachystána.“

R3: „Já mám za sebou sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik, ale z vlastní iniciativy, jinak bych se necítila tolik erudovaná. V téhle době jsou mladší generace doktorů lépe přepravená a lépe to zvládají, starší generace, mám pocit, už není tak připravená.“

R9: „Celkově bych řekla, že ne, fakt na to není čas. Na druhou stranu, já mám výcvik, rodinný, trauma výcvik nebo celkově psychoterapeutický výcvik. Pro mě to je vlastně v pohodě.“

Výzkum ukázal, že respondenti, kteří měli pochybnosti o své kompetenci, často předávají pacienty do dalších služeb. Toto rozhodnutí je založeno na informacích, které si respondenti sami získávají z vlastní iniciativy. Respondenti shodně tvrdí, že praktičtí lékaři nejsou dostatečně připraveni na práci s pacienty s adiktologickým problémem. Respondenti se snaží přistupovat k těmto pacientům stejně jako k ostatním, ale v dalším dotazování se ukazuje, že postgraduální i pregraduální vzdělání v této oblasti je velmi nedostatečné a respondentům poskytuje pouze minimální základy, na kterých nelze dále stavět při důkladnější intervenci. Respondenti si na tuto přípravu vzpomenu, ale není to něco, co by jim poskytovalo výraznou kompetenci. V dalším hloubkovém dotazování se ukázalo, že z dvanácti respondentů bylo připraveno zhruba pouze třetina, a to převážně díky již zmíněnému psychoterapeutickému výcviku.

R4: „Půl, takových 50 na 50, cítím se, že něco vím, ale když můžu tak vždycky odkazuju a přeposílám dál.“

R11: „Já jsem samouk, vzdělávám se, zjišťuji, kam mohu pacienty odkázat. Ale nechtějte to po ostatních, ti jsou zaprděný, stagnují, ne všichni, ale velká část ano, nebudou chtít dělat práci s adiktologickými pacienty.“

R12: „Závislost dle mého názoru nevnímají jako nemoc, na závislost pohlížejí jako na selhání, slabou vůli. Většinou jsou nekompetentní.“

R5: „Pokud bereme klasický vzdělání medicíny, tak tahle bych na to byla nachystaná, ale nemám prostor, čas, celkovou časovou kapacitu, a to nemluvím o té psychologické, abych takhle intervenovala. Dělán krátké intervence, ale moc ani nemusím, z 2 tisíc pacientů, mám

tak 5-6 třeba co by měli závislostní problematiku, možná 10, ale víc ne. Mluvíme spolu upřímně na rovinu.“

R6: „V téhle době jsem zkušená, díky zkušenostem, taky pamatuji na stáže, kterými jsem si prošla, ty mi pomohly, ale vlastně třeba škola, mě nevybavila ničím pro tyhle případy. Vnímám, že jsem taková záchytná síť pro tyhle lidi, pak ta delegace, ta je stěžejní.“

Vyšší věk respondentů se jeví jako jeden z klíčových kompetentních faktorů, kdy respondent je ve své praxi vybaven také svou neoddiskutovatelnou životní zkušeností, která má na jeho klinickou práci velký vliv, který poskytuje respondentům určitý klid a rozvahu v krocích, které podnikají s pacienty či vliv na ně samotné v oblasti sebepečce.

R8: Je mi 58 let, určité životní moudro a životní zkušenosti mám, za mnoho letité profesní kariéry, viděla jsem lidi se závislostí umírat, například sebevraždou. Celkově asi bude připraven každý praktik, ale v čekárně jsou i akutní stavy, takže chod ordinace nedovoluje se plně věnovat adiktologickým pacientům.“

10.6 Spolupráce pacienta a praktického lékaře

Názor respondentů na spolupráci s adiktologickým pacientem se velmi různí v závislosti na jeho zkušenostech a postoji k této problematice. Někteří respondenti jsou více ochotni se závislými pacienty pracovat a vnímat to jako výzvu, dávat jim více šancí v léčbě, zatímco jiní mohou být více skeptičtí a vnímat to jako obtížné a neuspokojivé. Většina respondentů se shodne na tom, že je důležité se snažit pomoci závislým pacientům a nabídnout jim odpovídající péči a podporu. To se ale liší v následujícím přístupu. V této oblasti se neshodnou na tom, zda je důležité pracovat s celou škálou problémů, které mohou být se závislostí spojeny, včetně duševního zdraví, sociálních faktorů a dalších zdravotních potíží.

Třetina respondentů je schopna v určitém kontaktu s pacientem s adiktologickým problémem uvažovat i více specificky a klinicky, směrem k závislosti.

R2: „Ta intervence, nebo léčba je specifická, má to všechno spojitost, je to provázaný, příčiny důvody. Vím, že mají deficit, neví, o čem to je, a pak to hledají v závislosti. Závislost je na konci toho řetězce, tak to vnímám, jako příběh těch lidí, každý je jedinečný.“

Zbývá část respondentů vnímá spolupráci s pacientem jako velmi obtížnou a demotivující, převážně se snaží nepodlehnout negativním emocím či pocitům, tak aby sám sebe ochránil. Vnímání kontaktu jako složitého procesu, kdy je třeba vyjednávat kontrakty

s pacienty, ale ty následně postrádají díky nespolehlivosti pacientů smysl. Respondenti tak vnímají závislosti jako nevyléčitelnou nemoc, která přináší frustraci, předsudky. Časté nezvedání telefonu a nemožnost komunikace je pro ně přirozená součást kontaktu s těmito pacienty. Při osobním kontaktu se setkávají s manipulací a nepravdami, které vnímají jako jejich osobnostní charakteristiky. Velká konfrontace a náročnost nutí respondenty tyto pacienty delegovat jinam, pro ochranu své vlastní integrity, aby se nedostavilo vyhoření.

R9: *„Spolupráce s pacienty se závislostí je často o konfrontaci a přímé komunikaci, a to není pro každého. Radši to praktik deleguje jinam. Ta spolupráce je vlastně jeden velký stres.“*

R10: *„Nechcete vyhořet, to tam hrozí při té spolupráci a kontaktu. Nespolehlivost, lhaní, to jsou velké překážky v tom, co dělá člověk.“*

10.7 Neatraktivita spolupráce s pacientem s adiktologickým problémem

Většina respondentů vnímá spolupráci se závislými pacienty jako obtížnou a časově náročnou, protože pacienti mají často složité zdravotní anamnézy, což vyžaduje větší množství času na diagnostiku a konzultace s pacienty. Lékaři se mohou cítit frustrací, pokud pacient neprojevuje zájem o léčbu nebo nesplňuje doporučení lékaře, což může vést k opakovaným návštěvám a náročnější intervenci pacienta.

Mnoho dotazovaných lékařů odmítá práci s pacienty s adiktologickým problémem z důvodu nedostatečné odborné přípravy v této oblasti. Celková péče o adiktologické pacienty může být obtížná a velmi časově náročná, což vede k obavám o nedostatek času nebo zdrojů pro poskytování adekvátní péče. Faktory, jako je ekonomická situace, časové omezení nebo absence plnění ze strany pojišťoven, jsou také důležité.

Lékaři také pocítí nedostatek podpory od zdravotnických zařízení a pojišťoven, aby mohli poskytovat kvalitní péči pro pacienty s adiktologickým problémem.

R6: *„Lékař na tohle nemá čas, malá, nulová motivace, lhaní, vytáčky, habadůry. To fakt není pro člověka terno.“*

R9: *„Lékař se tomu nechce věnovat, není na to čas.“*

R7: *„Nemáte na tyhle pacienty speciální kódy, to je velký kámen úrazu. Pak je nemotivovanost na straně lékaře, ale hlavně na straně pacienta. Je to fakt těžká práce s nima, spousta energie vynaložené, ale k čemu? Často k ničemu.“*

Respondenti uvádějí negativní zkušenosti s pacienty s adiktologickým problémem, jako jsou nedobré chování, nerespektování plánů léčby nebo opakované návraty k návykovým

látkám či závislostnímu chování. Tyto zkušenosti vedou k pocitu, že péče o tyto pacienty je neúspěšná nebo beznadějná. Velké téma neatraktivy v kontaktu s těmito pacienty je spojena i s dalšími zdravotními a psychickými problémy, jako jsou deprese, úzkostné poruchy, nebo poruchy spánku. To způsobuje, že péče o adiktologické pacienty je složitější a náročnější než u pacientů s jinými problémy. Respondenti mluví o neatraktivitě ve frustraci, kdy se objevuje tendence vracení ke své návykové látce či závislostnímu chování i po úspěšné léčbě. Pacienti jsou neochotní spolupracovat s lékařem a odmítání jejich doporučení týkající se jejich závislosti vede k již zmíněné frustraci a pocitu bezmocnosti u lékaře.

R1: *„Jsmo ve specifickém kulturním klimatu, ty zvyky a obyčejy, až někdy obdivování závislosti, ve smyslu alkoholu, benevolence kouření. To pak nemáte sílu intervenovat proti takovému kolosu.“*

R2: *„Ten dlouhodobý efekt v léčbě je taky nulový, to vede k vyhoření. Pacienti Vám lžou, nejsou upřímní.“*

R3: *„Mluvíme o bezmocnosti, trpělivost naprosto schází, musíte být osobnostně zralejší, abyste to vydržel s těmi pacienty, a to není lákavý. Celková léčba nemá konce, a uzdravení v nedohlednu. Nutnost obezřetnosti, celoživotní kolísání důvěry, to jednoho pak nebaví“*

R4: *„V pojetí lékařské péče, děláte to pro něco, ale určitě ne pro nemotivované lidi.“*

R8: *„Tohle není neatraktivita, spíš jde o to, že tihle pacienti dřív nebo později spadnou do stejného nebo podobného problému.“*

R10: *„Úspěšnost léčby je nulová, možná minimální, práce nemá výsledek, to pak zavání vyhořením.“*

R11: *„Špatně se komunikuje, ta domluva bývá otřesná, nespolehlivost na straně pacientů je vysoká. Nerespektují pokyny, tak pak proč to děláme? Jen zbytečný stres.“*

V lepší uchopitelnosti osobnosti lékaře následně vyplývá, že i jediný respondent uvádí, že nemusí mít negativní postoj vůči adiktologickému pacientovi.

R5: *„Nevšímám si, že by to pro někoho bylo neatraktivní nebo nevím, proč pak ti lékaři dělají svoji práci.“*

10.8 Adiktologický problém jako stigma

Respondenti uvádí, že v České republice existuje stále poměrně silné stigma spojené s pacienty s adiktologickým problémem, to vede ke stigmatizaci a diskriminaci těchto pacientů v různých oblastech jejich života, tato stigmatizace se děje i jejich ordinacích. U respondentů

zahrnuje stigma přesvědčení, kdy se často věří, že adiktologický problém je způsobena slabostí vůle nebo morální poruchou, což může vést k odsuzování adiktologických pacientů a jejich problémům. To může vést k nesprávnému zacházení a vztahu lékařů k těmto pacientům. Pacienti s adiktologickým problémem se jeví respondentům jako nezodpovědní nebo neschopní řídit své životy. Ti jsou tak skeptičtí vůči jejich schopnosti dodržovat plán léčby a pravidelně se účastnit domluvených kontaktů v ordinaci. Dále tito pacienti s problémy se závislostí jsou viděni jako jedinci, kteří si sami způsobili své problémy a nemají nárok na soucit nebo podporu

Z výzkumné části je znatelné stigma, které celkovou adiktologickou oblast doprovází. Dotazovaní respondenti nejsou výjimkou v tomto přemýšlení a smýšlení o adiktologickém problému. Důležitý faktor je geografická poloha České republiky, která je svým postojem k závislosti specifická, tak jak respondent vnímá tuto skutečnost.

R1: *„Paradox v Česku, vemte si, že kdo nepije je divnej, kdo pije, je cool. Kdo má peníze utrácí, sází, celkově se vnímá všechno pozitivně, a pak je ten extrém, když s tím má někdo problém, tak ruce pryč od něj. A to se nebavíme jen u lidí, ale i u praktických lékařů.“*

R3: *„Přemýšlím o závislostní problematice jako vrstvicím se problému, kde v těch jednotlivých vrstvách populace je ten problém jinej. Celkově si myslím, že stigma v té společnosti je, i v těch ordinacích. Člověk musí být obezřetný, snažit se důvěřovat, ale to mnohdy ani nejde.“*

R4: *„Cítím tam to stigma, té zátěže, která na vás padne, boj s větrnými mlýny.“*

R7: *„V těch případech se někdy mažou i informace z anamnéz, ty citlivý údaje, lidi s vámi diskutují a chtějí mazat věci, který by jim pak mohly uškodit. To je nádech nemorálnosti, rozumím tomu, ale pak s tím počítáte, že nelze jim věřit, jsou nemocní, a těžko vyléčitelní.“*

R11: *„Já nevím, jsme v Česku ne? Tady to je normální věc, měli bychom to tak začít brát.“*

Destigmatizační postoj se vyskytuje i mezi některými respondenty vůči adiktologické problematice, kteří se snaží tuto problematiku vnímat z jiných úhlů pohledu. Respondenti si všimnou také druhé strany mince, že závislost je nemoc a pacienti s touto diagnózou potřebují kvalitní péči a podporu stejně jako každý jiný pacient. Respondenti v této studii se snaží přistupovat k tématu adiktologického problému z různých perspektiv a uvádějí, že je to někdy obtížné, ale snaží se být porozumějící. Je zdůrazněno, že pro mnohé lidi je závislost únikem a nasycením, a pochopení tohoto fenoménu je důležité. Lékaři, kteří pracují s adiktologickými pacienty, mohou pociťovat stud a vinu, pokud se necítí schopni pomoci svým pacientům, zejména v případech mladých lidí. Respondenti vyjadřují úctu k těm, kteří se snaží bojovat se

svou závislostí. Jeden z diskutujících naznačuje, že alkoholická kultura je v Česku běžnou věcí, ale toto tvrzení není univerzální. Jedním z doporučení respondentů této studie je zajištění rovnoměrné distribuce příjmů, aby lidé měli dostatek financí na základní potřeby, ale také na radosti a výchovu dětí. To může pomoci snížit počet lidí, kteří se uchylují k alkoholu jako úniku z tíživé situace.

R9: „*Musím to brát z jiných úhlů, někdy to je těžké, ale snažím se. Pochopení je vždycky na místě, protože pro ty lidi je to únik, nasycení, je jim nakonec dobře, ty příběhy jsou silný.*“

R6: „*Já fandím těm lidem, co se s tím snaží bojovat.*“

R12: „*Vyžádá si to čas, společnost k tomu dřív nebo později dospěje. Jestli u toho budeme, to nevím. Uvědomění si toho, že to je onemocnění, a ne nějaká lehkomyšlnost jedince.*“

10.9 Podpůrné faktory praktického lékaře

Výzkumné šetření zjišťuje, že existuje několik faktorů, které mohou pomoci v práci s pacienty s adiktologickými problémy a jsou vnímány respondenty jako protektivní, směřující k ochraně vlastního duševního zdraví a prevenci proti vyhořením. Mezi tyto faktory patří podpora ze strany rodiny a blízkých osob, kterou respondenti oceňují jako klíčovou při motivaci pacientů ke změně chování a ke zlepšení svého zdravotního stavu. Spolupráce s psychiatrem, psychologem nebo adiktologem se ukazuje jako užitečná při léčbě závislosti, protože umožňuje pacientům vidět cestu a možnosti v léčbě.

Dalším důležitým faktorem je vzdělávání a odborná edukace, které umožňují lékařům získávat další znalosti a dovednosti v oblasti adiktologie pomocí odborné přípravy, průběžného vzdělávání nebo supervize s dalšími kolegy. Empatie a porozumění lékaře k pacientům s adiktologickým problémem se ukazují jako další podpůrný faktor, který pomáhá budovat důvěru a vztah, což může být klíčové při motivaci k léčbě a změně chování.

Respondenti výzkumného šetření také zmiňují, že účast v psychoterapeutickém výcviku je velmi podpůrná a efektivní pro lékaře. Skoro polovina z 12 respondentů, kteří se zúčastnili šetření, jsou praktičtí lékaři v psychoterapeutickém výcviku nebo jsou absolventy psychoterapeutického výcviku. Dále se ukazuje, že práce v týmu je velmi důležitá pro dlouhodobou udržitelnost práce s adiktologickými pacienty, protože umožňuje lékařům probrat nezdary a situace, na které samotný jedinec nestačí.

R2: „*Mám své vlastní terapie, v rámci sebezkušenostního výcviku. To mi dává pevnou půdu pod nohama. Snažím se vymezovat hranice, nemíchat práci a soukromí, někdy je to lehčí*

a někdy těžší, ale naučila jsem se vypínat pracovní mobil vždy jak přijdu domů. Tak abych hlavou i doma byla.“

R4: „Já si ty problémy, které slyším v práci od pacientů nikdy neberu domů.“

R10: „Jednou to zopakuju, podruhé, potřetí, a tak dále, je to prakticky ale věc toho pacienta, já si to osobně brát nebudu, pokud neposlechne.“

Vymezení hranic je jednou z nejdůležitějších lidských vlastností nebo naučených technik. Respondenti, kteří mají tuto dovednost, mohou velmi účinně využívat podpůrná opatření pro udržení své dlouhodobé psychohygieny. Mezi klíčové protektivní faktory patří osobnost lékaře, jeho charakter a osobnostní rysy, které mohou být pro jedince přínosné při zvládnání často náročné práce. Respondenti umějí dávat více šancí svým pacientům, díky velké odolnosti dopadů této neúspěšné intervence, kdy se respondenti naučili nezapojovat své vlastní emoce. Velký entuziasmus respondenti udržuje nadšení a motivaci pro pokračování v intervencích i když jsou neúspěšné. Samotní respondenti zmiňují, jak moc je důležitá stránka osobnosti praktického lékaře, mluví o konkrétních vlohách, které lékař má pro lepší komunikaci a intervenci. Respondenti uvádí jako velmi důležitou složku humoru, který je někdy v ordinaci potřeba, tak aby pacient mohl poznat, že život je o radostech a nemusí být jen o strastech.

R7: „Myslím, že osobnost lékaře je velmi důležitá, to je jak v každém zaměstnání, někdo pro to má větší vlohy a někdo menší, tohle je práce s lidma, oni musí cítit nadšení, že to děláte s láskou a, že mohou za vámi přijít a dostanou jakoby přijetí a ne odsouzení. Víc takové psychologie, povídání si s nimi.“

R8: „Často je to o mně, vlastně vždy, povídám si s nimi, snažím se i vtipkovat, vysvětlovat o čem život může být. Že nemusí být o fetu, ale o radostech a ty mohou být pouze v případě, pokud je člověk zdrav.“

R11: „Vytvořím vztah mezi mnou a pacientem, to chce nějaký čas, tam je pak motivace a já můžu pak víc na přímo intervenovat ohledně toho, jak ten dotyčný může dopadnout.“

Jeden z nejvýznamnějších obranných mechanismů spočívá v bezesporu věku respondenta, který s sebou často nese zkušenosti, jež mohou lékaře ochránit před silným tlakem, který může vzniknout v důsledku intervencí s těmito jedinci. To může být na druhé straně vnímání jako možné podcenění v intervenci s pacienty s adiktologickým problémem.

R6: „Čím víc jsem zkušená, tím víc vím, jak s nimi pracovat a co říkat. Pak co udělám, že si to z ordinace neberu nikam jinam, tam to nechám. Pokud by něco přišlo, tak já si osobně nebudu brát.“

10.10 Potřeby praktických lékařů

Pro zkvalitnění spolupráce se závislým pacientem mají respondenti několik potřeb. Jsou jimi například vzdělání a edukace. Potřebují přístup k vzdělávacím zdrojům, školením a kurzům, které jim pomohou lépe rozumět adiktologickým problémům, identifikovat rizikové faktory a rozpoznat příznaky závislosti, které se rozvíjejí do větší perspektivy než jen látkové závislosti. Respondenti by chtěli získat odborné rady a mít podporu od specialistů na léčbu adiktologických pacientů. Velkými potřebami v celkové oblasti interakce adiktologického pacienta a respondenta se ukazuje empatie a pochopení, kdy lékaři by měli být empatičtí k pacientům s adiktologickým problémem, aby s nimi snáze vytvořili vztah, a zjistili jejich potřeby a poskytli jim potřebnou podporu a pomoc. Je důležité, aby pacienti cítili, že jsou slyšeni a že se o něj lékaři zajímají. Potřeba dostupnosti jak časové, tak geografické, u praktických lékařů, znamená, že lékaři by měli být co nejvíce dostupní pro pacienty se adiktologickým problémem, aby jim mohli poskytnout rychlou a efektivní péči.

Velmi zásadní a důležitou potřebou je spolupráce respondentů s dalšími odborníky. Respondenti by měli být schopni spolupracovat s dalšími odborníky, jako jsou psychiatři, psychologové, adiktologové, terapeuti, sociální pracovníci. Vyplývá určitá potřeba multidisciplinárního přístupu u adiktologické léčby, a ta zahrnuje různé odborníky jako jsou již výše zmínění odborníci.

Je důležité si uvědomit, že každý pacient s adiktologickým problémem je jedinečný a může vyžadovat individuální přístup. Což se u respondentů objevuje, ale jen z části, toto přemýšlení není samozřejmé a vykazuje ho jen část dotazovaných respondentů.

Respondenti si jsou vědomi, že je potřeba při intervenci použít i jiné nástroje než ty, které má k dispozici. Jako velmi zajímavé se jeví doptávání v podobě tolerance k adiktologickému problému, které tam může cílenou otázkou rozvinout pacientovo povídání a zjistit velmi dostatečné anamnestické údaje o závislostním chování.

R1: *„To bychom se bavili hlavně o supervizích pro lékaře. O velké osvětě ve světě závislosti. Naučit lékaře se cíleně doptávat, nenechat se odbýt. Naučit se možná neptat na závislost jako na takovou, ale na toleranci, tam by přišlo chlubení ze strany pacientů, a lékař by hned věděl, jak na tom je ten pacient.“*

Respondenti přemýšlí také o zodpovědnosti svého pacienta, jak samotný jedinec může ovlivnit a zlepšit zdravotní prostředí díky vlastní vůli. V opačném případě by uvítali například stratifikaci zdravotního pojištění či zvýšení financí v jejich oboru.

R2: „Dostupnost primární péče, no ale to se bavíme o čase a penězích, to jsou otázky možná ne pro nás. Myslím, že máme málo tvrdé nástroje, něco v ruce, karty, se kterými se dá hrát. Stratifikace zdravotního pojištění, to by bylo super. Kouří někdo? Je někdo obézní a nemusí být? Tak by si nesl zodpovědnost za důsledky těchto rozhodnutí.“

R8: „Já jsem s psychology a psychiatry na telefonu, pokud potřebuji poradit, tak zavolám. Ostatní je na pacientech, jsou přece dospělí a svéprávní. Takže když budu mluvit za všechny, pomohlo by, kdyby tito pacienti spolupracovali, nelhali a z poloviny pochopili, co jim říkáme!“

Respondenti by uvítali více rozšíření adiktologických služeb, které by byly více propojeny s praktickým lékařstvím se ukazuje jako žádoucí jev. Přestavují si velmi dostupnou a okamžitou pomoc při delegování těchto pacientů do služeb, které jsou zaměřeny na závislosti.

R3: „Představa kontaktního týmu, telefonicky okamžitě, kde budou adiktologické služby, něco jako multidisciplinární tým, externí pracovník, adiktologové, psychoterapeuti, celková spolupráce, nebo víc letáků a informací pro nás.“

R6: „Pomohlo by víc adiktologických míst, co tak vím, je všude plno, nemám pak kam delegovat pacienty.“

R7: „Jestli teď není všude plno, vím, že jsou čekačky často na adiktologii. Nepříjemnosti typu posudků a provozních věcí s problematikou závislosti, řidičáky atd, to by mohlo být jinde. Jako bonus celostátní systém pacientů, kde kouknu a uvidím všechno.“

R10: „Spolupráce, když můžu přenechat pacienta, nemám na to vzdělání. Nebo pak větší vzdělání.“

Rozšíření edukace a akademických vědomostí ve vzdělání mediků či postgraduálního vzdělávání pro lékaře. Respondenti poukazují na nedostatečné akademické základy, které nabyly ve vzdělávání, zde cítí potřebu rozšířit vzdělání o lepší dovednosti ve formě komunikace a přístupu k pacientům.

R4: „Možná by se mi líbily přednášky, jak se chovat, jak intervenovat, návod, podpůrné věci.“

R9: „Myslím, že v naší odborné obci praktických lékařů, by bylo ku pomoci více času, víc edukace, víc praktických lékařů. Taky aby se kolegové naučili větší sympatii, empatické dovednosti, pochopení každého jedince, aby je zajímala příčina, proč jsou tam kde jsou.“

R11: „*Já bych si přála manuál, krok po kroku, co dělat, něco jako kuchařka. Pak kódy na pojišťovny, ty by zlepšili práci s nimi, lepší intervence na ten alkohol české, nebo screeningové metody, údernější.*“

R12: „*Edukace, edukace, edukace, edukace, horem spodem.*“

11. Diskuze

Tato kapitola obsahuje přehled a následnou diskuzi hlavních zjištění, ke kterým se pomocí kvalitativní studie dospělo. Cílem této studie bylo zmapovat fenomén porozumění limitů v práci s pacienty trpícími adiktologickými problémy a navštěvujícími ordinace praktických lékařů v Praze. Motivací pro provedení této studie bylo nahlédnout do toho, jak praktičtí lékaři vnímají kontakt s těmito pacienty.

Studie se zaměřila na zkušenosti praktických lékařů s pacienty trpícími adiktologickými problémy v jejich ordinacích. Dále se soustředila na to, jak lékaři přistupují k těmto pacientům, jak vnímají adiktologický problém u svých pacientů, jak postupují a jak vnitřně prožívají tento kontakt. Důraz byl kladen i na ochranu lékařů a jejich následné vnímání postupu a prožívání v léčbě. Studie také zahrnuje potřeby praktických lékařů v kontaktu s pacienty trpícími adiktologickými problémy. Hlubší porozumění této problematice může být inspirací pro lékaře, adiktology a celkovou odbornou obec, která se zabývá adiktologickou problematikou.

11.1 Diskuze výsledků výzkumu

Hlavním záměrem bylo zjistit, jaká je zkušenost praktických lékařů s pacienty s adiktologickým problémem v jejich ordinacích hlavního města Prahy. Pro potřeby studie jsme toto obsáhlé téma, zaměřené na limity a vnitřní prožívání konkretizovali pomocí sedmi dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit **jaký adiktologický problém praktický lékař ve své ordinaci pozoruje**. Bylo zjištěno, že lékaři mají tendenci ve své ordinaci pozorovat a vnímat alkoholovou závislost či tabákovou závislost. Které dle dostupných statistik a dat z Národního monitorovacího střediska (Chomýnová et al., 2022) převažují, a v nynější době se například u alkoholu objevuje 900 tisíc jedinců ohrožených škodlivým užíváním alkoholu, a zhruba 1,7 milionů lidí je potenciálními problémovými uživateli. To ve výzkumu vyplývá, že alkoholu v rozpoznání adiktologického problému figuruje. Přesto, že je paleta adiktologických problémů velmi pestrá, pouze třetina respondentů odpověděla širším záběrem závislosti. Pomocí následného doptávání respondenti zjistili, že se v ordinacích objevuje také fenomén závislosti

na léčích, tu potvrdili všichni respondenti. Tento adiktologický problém vnímají lékaři velmi málo v kontextu věkově starších pacientů, u kterých tuto problematiku neřeší či jsou k ní velmi benevolentní. Ze studie Abouvanni et al. (2000) vyplývá, že z hlediska přístupu k různým adiktologickým problémům si jsou lékaři nejjistější v oblasti závislosti na alkoholu, následované problematikou nikotinu a zneužíváním návykových léků. V dalších oblastech adiktologie si jsou praktičtí lékaři nejistí. Tyto výsledky studie vybraní respondenti potvrzují, a při doptávání oslovují již také výše zmíněnou lékovou adiktologickou problematiku. Respondenti, kteří uvádějí, že sami jsou konzumenti alkoholu, sami nevidí u svých pacientů možné závažné signály v rizikovém užívání alkoholu. Dalším velmi důležitým signálem je nevědomí respondentů o existenci dalších adiktologických problémů, které se mohou objevovat v podobě nelátkových závislostí. Ukazuje se tedy, že i když dle Kaliny et al. (2015) má adiktologický problém mnoho rovin, které jsou různorodé a nejsou orientované jen na diagnostické kritéria v kategoriích F.10.2 až F.19.2, praktičtí lékaři nemají kapacitu na objevování těchto různorodých adiktologických problémů u svých pacientů.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit **jaké vnímají lékaři limity v práci s adiktologickým pacientem**. Limity se ukazují jak na straně lékařů, tak na straně pacientů. Jako primárně a viz výše zmíněný limit a bariéra se jeví na straně lékařů vlastní problém s návykovou látkou, například vlastní nadměrná konzumace alkoholu, která vede k ignoraci takového problému u pacienta. Dalším limitem byl označen vyšší věk lékařů a s ním spojený syndrom vyhoření, a tudíž tendence k ignoraci adiktologického problému, u mladších lékařů pak zaznívala tendence k frustraci. Studie McNeelyho a spol. (2018) identifikovala limity v podobě důvěry ze strany pacienta k lékaři, nedostatek času pro vyšetření. To třetí limit tohoto výzkumu potvrzuje, malá časová dotace pro intervenci, tedy málo času pro efektivní intervenci u takového pacienta, faktor času je tak důležitý, že více než polovina respondentů nepraktikuje krátké intervence, které jsou ze zákona povinnou součástí. Výzkum potvrzuje také již výše zmíněný limit ze studie (McNeelyho a spol., 2018) označení povinnosti hlášení zdravotní způsobilosti řidiče, která negativně ovlivňuje komunikaci a důvěryhodnost, zde se ukazuje, že pacienti mají tendenci lhát, manipulovat a pohybovat se ve velké neupřímnosti. Limitem se ukazuje také celkové chápání respondentů adiktologického problému jako takového, mnozí ho považují za nevléčitelnou nemoc, která je prakticky beznadějná. Výsledné limity se shodují s poznatky studie (McNeelyho a spol., 2018), která uvádí, že zdravotníci pocítují překážky na individuální rovině, jako je nedostatek klinických znalostí a nedostatečné vzdělání

v adiktologických tématech, a potvrzují, že například malé klinické zkušenosti mohou být limitem u praktického lékaře, nedostatečně vzdělání.

Dále bylo cílem zjistit, **jak postupuje lékař v práci s adiktologickým pacientem**. Jak uvádí Nešpor (2011) v naší zemi je povinnost poskytnutí krátké intervence pro jedince ohrožených adiktologickým problémem, a to na základě ustanovení §26 zákona č. 65/2017 Sb. Vybraní respondenti uvádí, že postupují s těmito pacienty prakticky stejně, jako s každým jiným pacientem, který přichází do jejich ordinace, nicméně čtyři respondenti z dvanácti uvádí, že v oblasti adiktologického problému praktikují hlubší doptávání a neberou závislostní chování jako běžnou věc. Vnímají ji jako problém, který je třeba řešit hlubším zásahem. Z výsledků tedy je zřejmé, že postup se pohybuje ve dvou extrémech, kdy dvě třetiny lékařů postupuje stejně u všech pacientů s minimálním rozsahem intervence, a jedna třetina respondentů provádí rozsáhlejší rozhovor a intervenci. Výzkum ukazuje, že respondenti využívají jediný nástroj v oblasti adiktologického problému a tím je rozhovor. Dalším potenciálním nástrojem v oblasti adiktologie je odkázání do specializovaných služeb. Dle Kaliny et al. (2015) je důležité, aby byla provedena krátká intervence a proběhlo screeningové zhodnocení, to slouží k identifikaci adiktologického problému. Tyto nástroje nejsou časově náročné, patří mezi ně AUDIT či DAST. Dle studií (Fleming (2004); SAMHSA (2011); Harris et al. (2014)) se ukazuje, že význam a efektivita těchto postupů je vysoká. Respondenti však nevyužívají žádný z těchto diagnostických nástrojů, které jsou k dispozici, jako jsou screeningové a adiktologické diagnostické nástroje. Jeden z výzkum mapující dostupnost poskytování intervencí ze strany lékařů pro identifikaci a doporučení k řešení adiktologických problémů (Chomynová et al., 2022) uvádí, že například doporučení přestat kouřit dostane od lékaře pouze třetina kuřáků. Tuto skutečnost výzkum potvrzuje.

Zmapovat připravenost, pocity a pohled na spolupráci s pacientem s adiktologickým problémem z pohledu praktického lékaře bylo čtvrtým dílčím cílem. Ze studie McNeelyho a spol. (2018), která je zmíněna v teoretické části vyplývá, že se lékaři necítí být připraveni na kontakt s těmito pacienty, to tento výzkum potvrzuje. Byť častou první reakcí na svou kompetentnost s adiktologickou klientelou, bylo, že se lékaři cítí být kompetentní, toto tvrzení uvedla větší polovina respondentů. Při bližším doptávání mluvili lékaři o pocitu jistoty, dostatku informací o dané adiktologické problematice, tato skutečnost je především tvořena vlastní iniciativou o větší porozumění v problematice adiktologie. Respondenti se cítí být ve většině kompetentní pro adiktologické pacienty, ale při hlubším

doptávání se ukazuje, že minimálně, vybaveni pouze základy, které pro jednoduchou intervenci nabyli v postgraduálním vzdělání, následně se dostávají k faktu, že i přes tuto skutečnost, svoji vybavenost a kompetentnost vnímají jako nedostatečnou. Tyto výsledky potvrzují také studii Roche et al. (1991), která s použitím metody ohniskové skupiny mapovala názory a zkušenosti lékařů s adiktologickými pacienty. Jako hlavní limity identifikovala pocit nedostatečné přípravy na roli praktického lékaře, nedostatečná důvěra ve vlastní intervenční schopnosti a potřeba odolnosti (resilience) v lékařské praxi. Většina lékařů dále uvedla, že zvládání adiktologických problémů je nad rámec jejich kompetence. Respondenti se snaží tyto pacienty delegovat do specializovaných služeb. V rozvíjeném rozhovoru byli respondenti dotazováni na krátkou intervenci a její využití. Zde většina respondentů (10 z 12) uvedla, že ví, o co se jedná, ale nástroj plně nevyužívají, jelikož není mnoho prostoru.

Studie autorů van Boekl et al. (2013) popisuje častější negativní prožívání (jako je nedostatek respektu, porozumění a negativní emoční vnímání) vůči pacientům s adiktologickým problémem u praktických lékařů, než je tomu například u specialistů v adiktologických službách. Vnímají tak, že jejich nedostatečná důvěra v léčbu adiktologických pacientů a nedostatek kompetencí praktických lékařů snižuje dostupnost této péče a její kvalitu. To výzkum z pohledu myšlenek a pocitů, tedy prožívání praktického lékaře potvrzuje. U respondentů v kontaktu s těmito pacienty vyplývá, že často dominuje negativní postoj vůči spolupráci s pacienty trpícími adiktologickým problémem, zejména v častých počtech neúspěšné léčby. Vyskytují se u respondentů obavy z manipulativního chování pacientů a strach, že budou využiti, zejména při výpisu lékových receptů, kdy pacienti padělají razítka na receptech. S touto zkušeností se setkali dva respondenti. Lékaři mluví především o pocitech a myšlenkách směřujících k frustraci nebo beznaději, vůči jedincům s adiktologickým problémem. Vyplývá, že respondenti směřují své myšlenky k adiktologickému problému jako k nevléčitelné nemoci, což vede k frustraci a pocitu bezmocnosti. S věkem však přichází větší odolnost k takovým myšlenkám a pocitům, tato skutečnost paradoxně může v léčbě uškodit pacientovi, ale uchránit psychický stav lékaře.

Celkový pohled na spolupráci se jeví respondentům jako velmi těžká a obtížná práce, která si žádá velmi vynaložené energie, často setkávající se s rezistencí či odporem.

Jaké jsou potřeby lékařů pro zkvalitnění spolupráce s adiktologickou klientelou byl následující dílčí cíl. Roche et al. (1991) uvádí, že doporučuje zvýšení pocitu vlastní sebedůvěry v intervencích, a to tréninkem dovedností, zajištění mechanismů zpětné vazby a vytváření realističtějších očekávání od výsledku intervence. Tato studie vyjádřila potřebu

opřít se o evidence-based postupy a mít k nim přístup. Chomynová et al. (2022) doporučují zařazení adiktologické tematiky do základního před atestačního vzdělávání lékařů. Studie McNeelyho a spol. (2018) poukazuje na zvýšení dostupnosti screeningu pro adiktologické pacienty v ordinacích praktických lékařů, tím avizuje, že by se snížila míra stigmatizace. Taktéž navrhuje zvýšit zdroje pro prodloužení délky samotného vyšetření a posílení role praktického lékaře při screeningu a časných intervencích. Tyto studie vybraní respondenti potvrzují. A jako potřeby respondenti uvádí, že by uvítali větší rozsah ve vzdělání v problematice adiktologie, ať už jako doporučení pro atestační vzdělání mediků či postgraduální vzdělávání lékařů, více edukace či seminářů na téma adiktologie. Také ale větší potřeba komunikačních dovedností v práci s pacienty, jako je rozšíření dovedností rozhovoru či empatie. Další vítanou potřebou by bylo zajištění okamžitého přesměrování pacienta do specializovaných služeb či rozšíření služeb v podobě multidisciplinárního týmu. Respondenti by uvítali větší časovou dotaci na tyto pacienty, která by byla zajištěna finanční dotací, tak aby mohli tuto intervenci vykazovat jako kód na pojišťovnu. Ukazuje se, že by respondenti uvítali i stratifikaci pojištění, tedy rozlišené finanční nároky na pacienty, kteří jsou rizikovějšími ve svém životním stylu. Potvrzují se výsledky potřeb praktických lékařů, které zahraniční studie avizují, a to v potřebě větší časové dotace či finančního rozšíření například v kódování výkonů.

Zmapovat, jak praktický lékař vnímá atraktivitu a stigmatizaci závislosti spojených s pacientem s adiktologickým problémem bylo šestým dílčím cílem. Tyto dva fenomény respondenti vnímají velmi silně. Jak uvádí Hoskovcová (2009) samotné povolání praktického lékaře je velmi zatíženo stresem a velkou zátěží, které hrají roli v každodenním působení lékaře v ordinaci, kdy ovlivňuje životy ostatních a přebírá určitou zodpovědnost. Ve výzkumu pouze jeden respondent z dvanácti uvádí, že nerozlišuje oblíbenost či stigmatizaci pacientů, a bere tuto problematiku jakou součást povolání, které si vybral. Ostatní respondenti se shodují, že nelze mluvit o atraktivitě, ale o neatraktivitě a vyšší náročnosti, která je spojená s těmito pacienty ve spojitosti s již výše zmíněnou nespolehlivostí či neupřímností, těžkou a mnohdy beznadějnou spoluprací v léčbě. Tímto výzkum potvrzuje stigmatizaci adiktologických pacientů i ze stran praktických lékařů, kteří by jako takový měli usilovat o destigmatizaci adiktologických pacientů. Tato neatraktivita pro lékaře vyplývá i z nemožnosti často pacienty odeslat do specializovaných služeb, tudíž s nimi intervenují oni, což je pro něj velmi frustrující a obávané. S tématem stigmatizace respondenti souhlasí, často odkazující se ke geografickému umístění České republiky. Kdy je společnost velmi otevřena například

konzumaci alkoholu, ale již méně k problematice adiktologických potíží ve spojitosti s alkoholem. Stigmatizace u respondentů obsahuje přesvědčení, kdy panuje názor, že je adiktologický problém způsoben slabostí vůle nebo morální poruchou. To může vést k nesprávnému zacházení a vztahu lékařů k těmto pacientům. Třetina respondentů se snaží na pacienty s adiktologickým problémem nahlížet z jiných úhlů, nicméně ani to jim nezabrání v pejorativním vnímání těchto pacientů.

Posledním dílčím cílem bylo **zjistit jaké podpůrné faktory má praktický lékař v kontaktu s pacientem s adiktologickým problémem** tedy nástroje, kterými samotný lékař disponuje, aby ochránil svou psychickou pohodu a prevenci proti možnému vyhoření. Od autorů Nešpor (2001) nebo Kopecká (2015) víme, že praktický lékař se potýká velmi často s tématem smrti, čelí negativním psychickým stavům pacientů, jako je hněv, smutek, agrese, zloba či trauma. Společně s vysokými nároky na vysoké pracovní tempo a vzdělání či kompetence, je praktický lékař rizikovou skupinou, pro již výše zmíněné vyhoření či zanedbání svých potřeb. Tento výzkum ukazuje, že jako jedním z nejdůležitějších protektivních faktorů se ukazuje účast na psychoterapeutickém výcviku, který má skoro polovina respondentů, tito lékaři sebe vnímají jako velmi odolné jedince v kontaktu s pacienty s adiktologickým problémem. Následujícím faktorem je věk lékaře, kdy je schopen sebe uchránit a odosobnit svoji roli v příběhu pacienta. Dále je velmi důležitým faktorem osobnostní charakteristiky respondentů, kteří umí zvládat komunikaci, že empatické dovednosti u pacientů, ale zároveň jsou schopni vymezovat hranice pacientům, a tím ochránit sebe. Tímto výsledky potvrzují, jak moc velkou roli hraje celková osobnost lékaře v léčbě adiktologických pacientů. Velkým plusem pro lékaře jsou edukace či možnosti rozšíření vzdělání v této problematice, tím nabývají na jistotě v kontaktu s těmito pacienty. Dalšími faktory mohou být účasti na vlastních terapeutických sezeních, práce v týmu či možnosti supervizních setkání.

11.2 Limity výzkumu

Tento výzkum se zabývá výhradně pohledem vybraných praktických lékařů. Pro tak rozsáhlou a velmi specifickou problematiku nemohou tyto informace být dostačující. Velmi cenným by byl pohled samotných pacientů, kteří adiktologickou problematikou disponují. Srovnání obou pohledů by mohlo přinést zajímavé výsledky, případně potvrdit či vyvrátit vnímání praktických lékařů spolupráci s těmito pacienty.

Limity této práce mohou být v otevřenosti a upřímnosti respondentů, kdy samotní respondenti jsou ze zákona povinni dělat krátké intervence ohledně rizikového užívání. Sami respondenti jsou časově vytíženi, a tedy časový limit v poskytnutí svého času pro tuto diplomovou práci mohl být pro některé stresující, a to mohlo ovlivnit výsledné odpovědi. Otázky zasahující do intimní sféry života respondentů mohly být citlivé a vytvořit nekomfortní pocity, které následně mohly ovlivnit upřímnost výpovědí.

Nerovnováha v genderovém zastoupení respondentů by mohla být určitým limitem, kdy z 12 respondentů bylo v zastoupení 10 žen a pouze dva muži. Ve větším vzorku respondentů by mohlo být zastoupeno více respondent z mužského pohlaví a rozšířit tak pohled i o tuto sféru.

Limitem v této diplomové práci mohou být i samotné polostrukturované rozhovory. Pružnost a flexibilita v rámci polostrukturovaných rozhovorů může být výhodou, ale také nevýhodou v subjektivním pojetí daného jedince, který provádí výzkum. Každý rozhovor ve výzkumu byl jedinečný i díky odlišným zkušenostem respondenta, ale také samotného výzkumníka se zkušenostmi kladením otázek a provedení výzkumné části. Důležitá oblast sebereflexe a otevřenosti u respondentů může být limitující či prospěšná pro výzkumnou část.

Limit v časovém ohraničení provedení rozhovoru je limitující, jelikož respondenti si na rozhovor stanovili určitý čas, který mohl být limitující. V tomto nedostatku mohlo být narušeno prohloubení dotazů, a tedy nemožnost se dostat k jádrovým přesvědčením jedinců. To si následně výzkumní mohl vyložit a interpretovat jinak, než byly míněny.

Dalším limitem výzkumu může být způsobem zpracováním dat. Tematická analýza může poskytnout poskytuje určitou flexibilitu, která umožní zaměření na komplexnost informací obsažených v datech (Braun & Clarke, 2006). Důležité je, ale vnímat, že má malou interpretační sílu (Hendl, 2016) a neposkytuje tak hluboký vhled do zkušeností dotazovaných jako například interpretativní fenomenologická analýza (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013).

11.3 Možnosti dalšího zkoumání

Možnosti komplexnějšího zmapování této problematiky by bylo možné oslovit i samotné pacienty v rámci jejich pohledu na spolupráci s praktickými lékaři ohledně jejich problematiky. Tyto dva pohledy by následně mohly být postaveny vedle sebe a porovnány.

Další z možností by mohlo být zaměření pouze na jednu jedinou adiktologickou problematiku, jakou může být například alkohol nebo tabák či jiný adiktologický problém.

Pokud by se podařilo prakticky získat velký soubor respondentů z řad praktických lékařů, bylo by vhodně zkoumat jejich osobní vztah k adiktologickým problémům, zda mohou být ohrožení závislostí či závislostním chováním v oblasti například alkoholu či lékové závislosti. To by mohlo posunout tuto problematiku a podpořit zlepšení péče jak pro praktické lékaře, tak pro pacienty s adiktologickým problémem. Velkým přínosem by mohla být myšlenka profesora Miovského (2014b) o rozšíření výuky mediků o praktickou část praxe v zařízení nebo pečlivý nácvik dovedností krátké intervence mezi studenty v rámci samotné výuky.

Důležitým přínosem v oblasti zlepšení a dalšího posunu by mohla být možnost supervize, jak se objevuje ve výsledcích od vybraných respondentů. Tuto skutečnost také považují za důležitou například autoři (Ellis et al. 2019) a potvrzují, že supervize napomáhá tomu, aby lékař nebrzdil či neovlivňoval negativně pacienta. Supervize samotná napomáhá ke zlepšení praxe a udržuje bezpečnostní standardy, jak pro daného lékaře, tak pro pacienta a brání nežádoucím účinkům.

12. Závěr

Zaměření se na kvalitativní charakteristiky kontaktu lékaře s adiktologickým pacientem a zjistit potřeby lékařů pro zkvalitnění spolupráce s touto cílovou skupinou, bylo cílem této diplomové práce. Kvalitativní negativní charakteristiky jako nepředvídatelnost chování pacienta či nestabilní náladu a chování mohou být pro lékaře náročné. Stagnace či odpor k léčbě, odmítání spolupráce, kdy někteří pacienti se mohou bránit spolupráci s lékařem, protože nechtějí řešit svou závislost nebo se stydí. Absence, narušení nebo ztráta důvěry. Pacienti se závislostí mohou být podezřívaví vůči lékaři a jeho záměrům, nebo naopak, což může vést ke ztrátě důvěry. Péče o adiktologické pacienty se ukazuje být těžká pro praktické lékaře a vyžaduje specifické znalosti a dovednosti, což může být pro lékaře stresující a frustrující.

Dopad na lékaře může mít tato práce s pacienty velmi silný. Práce s pacienty se závislostí je mnohdy emocionálně náročná a může mít negativní dopad na pracovní výkon a celkovou pohodu lékaře. Velkým limitem se následně ukazuje samo posouzení závislostního chování v oblasti jakékoliv látky či chování, například alkoholu. Lékař bez vlastního uvědomění či potlačení problému, může následně podcenit a nevidět problematiku u pacienta.

Praktičtí lékaři mají několik potřeb, které by jim pomohly v práci se závislými pacienty a zkvalitnily by spolupráci s nimi. Vzdělání a edukace se ukazují jako zásadní. Potřebují přístup

k relevantnímu vzdělání, které by jim poskytlo větší znalost o problematice závislostí a o tom, jak pracovat s pacienty se závislostí., formou určitých postupů, či efektivních kontaktů a komunikace s vnějšími zdroji. To znamená větší dostupnost specializovaných služeb. Potřebují možnost odkazovat pacienty na specializované služby, jako jsou psychiatři, psychologové, adiktologové, adiktologické ambulance či odborníci na závislosti, kteří mohou poskytnout pacientům příslušnou péči. Potřeba empatického přístupu. Potřebují se naučit komunikovat s pacienty se závislostí empatií a respektem, aby mohli rozumět jejich potřebám a motivacím. Podporu od vlády a zdravotnických institucí, jako jsou zdravotní pojišťovny, aby mohli poskytovat přiměřenou péči pacientům se závislostí. Následně podporu pro své vlastní potřeby jako supervizi či jinou péči o své vlastní duševní zdraví.

Respondenti tedy disponují velmi odlišnou úrovní připravenosti a kompetentnosti při kontaktu s pacienty se závislostí, v závislosti na svém vzdělání, které se ukazuje jako nedostatečné, ale také jako minimum pro práci s těmito pacienty. Hlavní faktor kompetentností tedy respondenti získávají pomocí zkušenostem a osobnímu přístupu.

Jeden z největších podpůrných faktorů se ukazuje účast a absolvování psychoterapeutického výcviku.

Tento výzkum je jedním z prvních, který se věnuje zmapování limitů v práci s pacienty, kteří disponují adiktologickým problémem z pohledu praktického lékaře. Tato studie může sloužit jako start či začátek pro další výzkumy a šetření v této oblasti, tak aby bylo možné zefektivnit nebo pomoci v práci praktickým lékařům a samotným pacientům, kteří jsou ohrožení závislostí. V budoucnu může přispět k rozšíření péče o praktické lékaře a jejich duševní prospívání a vylepšení vzdělání v této adiktologické problematice. Také může přinést efektivní objevování samotných závislostí u praktických lékařů, kterou jsou ohroženi.

Seznam použité literatury

1. Abouyanni, G., Stevens, L.J., Harris, M.F., Wickes, W.A., Ramakrishna, S.S., Ta, E., Knowlden, S.M. (2000). GP attitudes to managing drug – and alcohol-dependent patients: a reluctant role. *Drug Alcohol Rev.* 19.
2. Achab, S., Chatton, A., Khan, R., Thorens, G., Penzenstadler, L., Zullino, D., & Khazaal, Y. (2014). Early Detection of Pathological Gambling: Betting on GPs' Beliefs and Attitudes.
3. Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C. (2010). *Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití, manuál pro použití v primární péči*. Praha: Státní zdravotní ústav (SZÚ).
Dostupné z:
http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/kratke_intervence_publicace_1_.pdf.
4. Bellini LM, Beime M, Shea JA. (2002). *Variation of mood and empathy during internship*. JAMA.
5. Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada.
6. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2).
7. Buszewicz, M., Pistrang, N., Barker, C., Cape, J., & Martin, J. (2006). Patients experiences of GP consultations for psychological problems: Qualitative study. *Br J Gen Pract*, 56(528).

8. Čeledová, L., & Holčík, J. (2017). *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví [online]*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum.
9. Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: systematic review. *Br J Gen Pract*, 63(606).
10. Ellis, A. E., Gold, S. N., Courtois, C., Araujo, K., & Quinones, M. (2019). Supervising trauma treatment: The contextual trauma treatment model applied to supervision. *Practice Innovations*, 4(3).
11. Fleming M. F. (2004). Screening and brief intervention in primary care settings. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 28(2).
12. Gleichgerrcht, E. (2013) Low Levels of Empathic Concern Predict Utilitarian Moral Judgment. *PLoS ONE* 8(4): e60418. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.006041>.
13. Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*.
14. Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4). <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>.
15. Hajný M. (2015). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In Kalina, K., Adamček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnácta, Š., Dvoráček, J. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
16. Harris SK, Louis-Jacques J, Knight JR., (2014). Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolescent Medicine: State of the art Reviews*. 2014 Apr;25(1):126-156. PMID: 25022191.
17. Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.

18. Hartnoll, R. (2003), *Výběr vzorku metodou sněhové koule: Snowball sampling*. Praha: Úřad vlády ČR.
19. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál.
20. Hojat, M., Lousi, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3).
21. Honzák, R., & Gregor, O. (1997). Kde se stala chyba? *Kazuistiky I*. Galén.
22. Hoskovcová, S. (2009). *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum.
23. Humpl, L, Prokop, J. & Tobiášová, A. (2013). *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
24. Chomýnová, 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] CHOMYNOVÁ, P. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
25. Institut postgraduálního vzdělávání lékařů (2020a). *Základní kmen psychiatrický*. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/6382-psychiatricky-kmen-2020.pdf>.
26. Kabíček, P., Vacek, J., Csémy, L. (2019). Skřínink a krátká intervence v oblasti návykových látek v praxi praktického lékaře pro děti a dorost. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*.
27. Kalina, K. (c2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (Vol. 2). Úřad vlády České republiky.

28. Kalina, K. (2019). Vztahy mezi poruchami osobnosti, závislostními poruchami a poruchami příjmu potravy. In *Poruchy osobnosti ve 21. století: teorie, diagnostika, terapie*. Praha, Portál. Nепublikováno.
29. Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
30. Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2018). Communication skills in patient-doctor interactions: learning from patient complaints. *Health Professions Education*, 4(2).
31. Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the health professions*.
32. Kopecká, I. (2015). *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. 3. díl. Praha: Grada publishing.
33. Kotulán, J. (2012). *Zdravotní nauky pro pedagogy (3. vyd)*. Masarykova univerzita.
34. Králíková, E. (2013). Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku – klíčová role ambulantních lékařů. In Csémy et al. *Prevence rizikového a škodlivého užívání návykových látek a péče o závislé*. CEPROS.
35. Králíková, E., Pohlová, L., Štěpánková, L. (2007). Role praktického lékaře v léčbě závislosti na tabáku. *Medicína pro praxi*. 2007(2).
36. Kudrle, S. (2003) Úvod do bio – psycho – socio spirituálního modelu závislosti. In *Drogy a drogové závislosti*. I. Vydání Praha. Úřad vlády České republiky.
37. Lečbych, M. (2013). Kritická úvaha o závislosti na internetu. *Adiktologie*, 13, 6.

38. Mc Whitney, I. (1989). *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press.
39. McNeely, J., Kumar, P.C., Rieckmann, T. et al. (2018). Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. *Addict Sci Clin Pract* 13, 8. <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0110-8>.
40. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
41. Miovský, M. (2014a). *Koncepce věd a výzkumu v oboru adiktologie pro období 2014-2020*. Dostupné z: <https://docplayer.cz/17710288-Koncepce-vedy-a-vyzkumu-v-oboru-adiktologie-pro-obdobi-2014-2020.html>.
42. Miovský, M. (2014b). *Koncepce vzdělávání v oboru adiktologie pro období 2014-2020*. Dostupné z: <https://adoc.pub/koncepce-vzdelavani-v-oboru-adiktologie-pro-obdobi.html>.
43. MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2022.
44. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, INRES-SONES. Lékaři České republiky 2020 - Substituční léčba, krátké intervence, problémové užívání návykových látek a patologické hráčství mezi pacienty. Nepublikováno, 2021.
45. Nestler, E. J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature neuroscience*. 8 (11).
46. Nešpor, K. (1997). Krátká intervence pro problémy s alkoholem v ordinaci všeobecného lékaře a na oddělení všeobecných nemocnic. *Medicína*, 4(3).

47. Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy* (Vydání 4., aktualizované). Portál. <http://sfx.is.cuni.cz/sfxlcl3?sid=shorturl&isbn=80-7367-908-6>.
48. Nešpor, K. & Csémy, L. (2001). *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí*. Praha: Sportpropag.
49. Neumann, M., Edelhauser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, Woopen, C., & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic medicine*. 86(8).
50. Neumann, M., Edelhauser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, Woopen, C., & Scheffer, C. (2012). Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 29(1).
51. Newton, B., Barber, L., Clardy, J., Cleveland, E., & Sullivan, P. (2008). Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med*.
52. NIDA. 2020, May 25. What role can medical professionals play in addressing substance abuse (including abuse of prescription drugs) among adolescents? Retrieved from <https://nida.nih.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/frequently-asked-questions/what-role-can-medical-professionals-play-in-addressing-substance-abuse-including-abuse-prescription> on 2022, July 18.
53. Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, K. (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *Int J Med Educ*.
54. Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada.
55. Raboch, J. & Zvolský P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.

56. Rakel, D., Barrett, B., Zhang, Z., Hoeft, T., Chewing, B., Marchand, L. & Scheder, J. (2011). Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient education and counseling*.
57. Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha. Grada Publishing.
58. Roche, A. M., Guray C., & Saunders, B. J., (1991). General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. New South Wales Medical Education Project on Alcohol and Other Drugs, Centre for Drug and Alcohol Studies, Royal Prince Alfred Hospital, Camperdown, Sydney, N.S. W. 2050, Australia.
59. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
60. Sedláčková, H. (2022, 13. dubna). Počet mladých praktiků roste, ale ordinují na kratší úvazky a nechce se jim na venkov. Jsou to především mladé ženy. *Zdravotnický deník*. <https://www.zdravotnickydenik.cz/2022/04/pocet-mladych-praktiku-roste-ale-ordinuji-na-kratsi-uvazky-a-nechce-se-jim-na-venkov-jsou-to-predevsim-mlade-zeny/>.
61. Seifert, B. (2004). *Primární péče: Praktické lékařství*. Praha: Karolinum.
62. Seifert, B. (2015). *Výuka ve všeobecném praktickém lékařství ovlivňuje všechny budoucí lékaře. Practicus [online]*. Dostupné z: doi:1213–8711.
63. Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, Praha: Avicenum.
64. Statistická ročenka Prahy 2018. ČSÚ, 2018.
65. Stratton TD, Saunders JA, Elam CL. (2008) Changes in medical students emotional intelligence: An exploratory study. *Teach Learn Med*.

66. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Leading Change: A Plan for SAMHSA's Roles and Actions 2011-2014*.
67. Tate, P. (2005). *Příručka komunikace pro lékaře – jak získat důvěru pacienta*. 1. vyd. Praha: Grada.
68. Tolchard, B., Thomas, L., & Battersby, M. (2007). GPs and Problem Gambling: Can they Help with Identification and Early Intervention? *Journal of Gambling Studies*, 23(4), 499–506. <https://doi.org/10.1007/s10899-007-9062-8>.
69. ÚZIS ČR. 2001-2014. Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti v roce (2000-2013). *Zdravotnická statistika. ÚZIS ČR*.
70. Vacek, J., & Vondráčková, P., Závislosti na procesech. In Kalina, K., Adamček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnácta, Š., Dvoráček, J. et al. (2015). *Klinická adiktologie* (513-527). Praha: Grada.
71. van Boekel, Leonieke & Brouwers, Evelien & van Weeghel, Jaap & Garretsen, Henk. (2013). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and alcohol dependence*. 134. 92-98. 10.1016/j.drugalcdep.2013.09.012.
72. Verheul, W., Sanders, A., & Bensing, J. (2010). The effects of physicians affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients anxiety, affect and expectancies. *Patient education and counseling*.
73. Vyhláška č. 187/2009 Sb. Vyhláška o minimálních požadavcích na studijní programy všeobecné lékařství, zubní lékařství, farmacie a na vzdělávací program všeobecné praktické lékařství.
74. Vyhláška č. 397/2020 Sb., vyhláška o vzdělávání v základních kmenech lékařů.

75. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Portál.
76. West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). *Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study*. *Jama*.
77. World Health Organisation. (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: ÚZIS ČR.
78. Zák. č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů § 26.
79. Zák. č. 95/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.
80. Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů.
81. Zákon č. 361/2000 Sb., o silničním provozu, ve znění zákona č. 297/2011 Sb., vyhláška MZ č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k řízení motorového vozidla, ve znění vyhlášky 72/2011 Sb.
82. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
83. Zolnierak, K. B. H., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Osnova rozhovoru

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas s poskytnutím a zpracováním výzkumného rozhovoru

Příloha č. 3 – Souhlasné stanovisko etické komise

Přílohy

Příloha č. 1 – Osnova rozhovoru

1. Setkáváte se ve své praxi s pacienty, kteří jsou ohroženi závislostí? Pokud ano, jak s touto skutečností dále nakládáte, lze charakterizovat z hlediska dynamiky, projevů a důsledků?
2. Jak vnímáte svoji vybavenost pro práci s těmito pacienty?
3. Jaké závislostní chování nejčastěji ve své praxi vidáte?
4. Jaký vliv má závislostní chování na Vaše léčebné metody/plány/ léčebný průběh?
5. Uvítali byste (pro sebe) určitý druh speciální intervence či služby pro pacienty ohrožené závislostí? Pokud ano, tak jaký?
6. Je možné identifikovat nějaká Vaše protektivní opatření či faktory při intervenci k závislosti?
7. Vnímáte určité překážky při intervenci u pacientů se závislostní problematikou? Pokud ano, tak jaké? Případně zda a jestli, se dotýkají morálních či etických témat?
8. Vnímáte svoji praxi jako bezpečné prostředí pro pacienty ohrožené závislostí?
9. Je problematika závislosti pro Vaši osobu stigma? Pokud ano, proč tomu tak je?
10. Co by se muselo změnit dle Vás, aby problematika závislosti nebyla v České republice tak velkým stigmatem?

Doplňující otázky:

10. Jaké vnímáte limity v práci s adiktologickým pacientem?
11. Jak postupujete v práci s adiktologickým pacientem?
12. Jaké máte pocity a myšlenky v kontaktu s adiktologickým pacientem?
13. Jak vnímáte svou připravenost a kompetentnost při kontaktu s pacientem s adiktologickou problematikou?
14. Jaké jsou potřeby pro zkvalitnění spolupráce s adiktologickou klientelou?
15. Jaký je názor na spolupráci adiktologického pacienta a Vámi?
16. Jak si vysvětlujete neatraktivitu spolupráce spojenou s pacientem s adiktologickým problémem?

Doptávání a závěr

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas s poskytnutím a zpracováním výzkumného rozhovoru

Informovaný souhlas s poskytnutím a zpracováním výzkumného rozhovoru

Pro účely výzkumné části diplomové práce

Limity v práci s pacienty s adiktologickým problémem v ordinacích praktických lékařů v Praze

Výzkum probíhá pro účely zpracování diplomové práce vedené na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze – obor adiktologie.

Cílem je zmapovat a porozumět limitům v práci s pacienty s adiktologickým problémem v ordinacích praktických lékařů v Praze. Zmapovat prožívání praktického lékaře a popsat potřeby ke zlepšení kontaktu s pacienty s adiktologickým problémem.

Pro výzkum nejsou důležité osobní údaje respondentů – jméno, bydliště či organizace kde je respondent zaměstnán. Rozhovor bude ihned pořízení anonymizován. Všechny veřejné výstupy z výzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na Vaši osobu.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru pro účely výše popsaného výzkumného projektu.

V Praze dne.....

Podpis dotazovaného:

Podpis výzkumníka:

Příloha č. 3 – Souhlasné stanovisko etické komise



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE



I. LÉKARSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova

ETICKÁ KOMISE PRO POSUZOVÁNÍ STUDENTSKÝCH ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ KLINIKY ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE

Stanovisko etické komise č.j. EKSKAD-010/2022

Název práce: **Limity v práci s pacienty s adiktologickým problémem v ordinaci praktických lékařů v Praze**

Druh práce: diplomová

Student: **Bc. Radek Němec**

Vedoucí práce: Mgr. Anna Volfová

Předložená dokumentace:

- formulář žádosti EKS KAD
- informace pro účastníka
- informovaný souhlas
- osnova polostrukturovaného rozhovoru
- souhlas vedoucího práce se sběrem dat

Rozhodnutí etické komise: **SOUHLASNÉ STANOVISKO**

Odůvodnění: Komise při posuzování předložené žádosti neshledala rozpor s etickými principy při realizaci adiktologického výzkumu pro účely výše specifikované závěrečné práce v oboru adiktologie.

Datum jednání EKS KAD: 12. prosince 2022

Členové EKS KAD přítomní při jednání: Hana Fidesová, Lenka Šťastná, Jaroslav Vacek

EKS KAD byla zřízena přednostou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze se souhlasem kolegia děkana 1. LF UK jako pilotní projekt za účelem zvýšení kvality závěrečných bakalářských a magisterských prací studentů adiktologie z hlediska výzkumné etiky.

Datum písemného vyhotovení stanoviska: 21. prosince 2022

Podpis vedoucího nebo pověřeného člena komise: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Klinika adiktologie
1. LF UK a VFN v Praze
Apolinářská 4, 128 00 Praha 2
E-mail: info.adiktologie@lf1.cuni.cz
Tel.: 224 968 270
www.adiktologie.cz / www.lf1.cuni.cz / www.vfn.cz



Klinika adiktologie

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis