

Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta
Klinika adiktologie

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Jabira Brejchová

Název

Postoje pacientů k zákazu kouření na odděleních ústavní léčby závislosti

Title

Patients' attitudes towards the smoking cessation in inpatient addiction treatment.

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

Praha, 2023

Prohlášení

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

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

V Praze

.....

Jabira BREJCHOVÁ

Identifikační záznam

BREJCHOVÁ, Jabira. Postoje pacientů k zákazu kouření na odděleních ústavní léčby závislosti. [Patients' attitudes towards the smoking cessation in inpatient addiction treatment.]. Praha, 2023. 55 strany, 4 přílohy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucímu bakalářské práce Mgr. Jaroslavu Vackovi Ph.D. za vedení bakalářské práce, odborné rady a čas, který mi věnoval. V neposlední řadě také děkuji vedení PL Bohnice a hlavně tajemníkovi etické komise Mgr. Janovi Pomykacz za pomoc při organizaci a provedení výzkumu.

Abstrakt:

Východiska: Kouření cigaret je jednou z hlavních příčin vysoké mortality a morbidity adiktologických pacientů. Prevalence kouření mezi pacienty v léčbě závislostí je mnohonásobně vyšší než v běžné populaci. Střediska léčby závislosti v České republice i v zahraničí nedisponují stejnou strategií v léčbě závislosti na tabáku. Prioritou pro odborníky pracující ve střediscích léčby závislosti je léčba primární závislosti. Léčba závislosti na tabáku v rámci léčby jiných závislostí je často považována za zatěžující.

Cíl: Cílem této bakalářské práce bylo popsat zkušenosti a postoje pacientů v ústavní léčbě závislosti k zákazu kouření na odděleních léčby závislosti.

Metodika: Výzkumná část je založená na dotazníkovém šetření provedeném na šesti odděleních Psychiatrické léčebny Bohnice. Jedná se o kvantitativní výzkum. Výzkumu se zúčastnilo 144 respondentů, kteří se léčili se závislostí na návykových látkách. K orientačnímu posouzení míry závislosti na tabáku byl využit Fargeströmův test nikotinové závislosti. Ke sběru dat byl použit dotazník pro účely bakalářské práce, který pacienti obdrželi v tištěné podobě. Data v této práci jsou analyzována pomocí metod deskriptivní statistiky.

Výsledky: Výsledky výzkumu potvrzují zvýšený výskyt závislosti na tabáku u adiktologických pacientů, podobně jako jiné studie provedené v ČR a v zahraničí. S dotázaných pacientů 87% jsou kuřáci. Ukázalo se, že adiktologičtí pacienti projevují zájem o léčbu závislosti na tabáku, stejně jako se běžná populace často snaží kouření omezit či s kouřením přestat. Z výsledků výzkumu vyplývá, že převažující většina pacientů absolvujících střednědobou ústavní léčbu závislosti a majících zkušenost se zákazem a omezením kouření na odděleních, nevnímají zákaz kouření jako negativum. 95% respondentů mají za sebou četné pokusy s kouřením přestat, někteří z nich jsou připraveni zahájit léčbu závislosti na tabáku v současné léčbě.

Závěr : Zákaz kouření na odděleních ovlivňuje preference pacientů při výběru zařízení ústavní péče. Ve většině případů ale není důvodem k ukončení léčby. Zavedení nekuřáckých oddělení by mohlo být velkým přínosem pro lidi léčící se se závislostí na návykových látkách. Důležitou roli při tom hraje spolupráce personálu, poskytování farmakoterapie, behaviorální a psychosociální intervence.

Klíčová slova: tabák, kouření, závislost, poradenství, intervence, ústavní léčba

Abstract:

Background: Cigarette smoking is one of the main causes of high mortality and morbidity rates in addiction patients. The prevalence of smoking among patients in addiction treatment is many times higher than in the general population. Addiction treatment centres in the Czech Republic and abroad do not have the same strategy in treating tobacco dependence. The priority for professionals working in addiction treatment centres is the treatment of primary addiction, therefore treating tobacco dependence in the context of treating other addictions is often considered burdensome.

Aim: The aim of this bachelor thesis was to describe the experiences and attitudes of patients in inpatient addiction treatment towards smoking prohibition in addiction treatment units.

Methods: The research is based on a questionnaire research conducted in six wards of 144 respondents within six wards of the Bohnice Psychiatric Hospital in Prague, Czech Republic. All of these participants were being treated for substance abuse disorder in the Hospital. It is a quantitative research. A questionnaire was used to collect data for the purpose of the bachelor thesis, which patients received in hard copy. The Fargeström nicotine dependence test was used to assess the degree of tobacco dependence. The data in this thesis are analyzed using descriptive statistics methods.

Results: The results of the study confirm an increased prevalence of tobacco dependence in addiction patients, similar to other studies conducted in the Czech Republic and abroad. In the same study, 87% of the patients surveyed are smokers. It has been shown that addiction patients show interest in tobacco dependence treatment, just as the general population often tries to reduce or quit smoking. The survey shows that the vast majority of patients undergoing medium-term inpatient treatment for addiction do not perceive smoking bans, restriction and prohibition as negative on wards. 95% of respondents have made numerous attempts to quit smoking, some of whom are ready to start tobacco dependence treatment in addition to their current treatment.

Conclusion: Smoking prohibition on wards influence patients' preferences for inpatient care settings. In most cases, however, it is not a reason to stop treatment. The introduction of smoke-free wards could be of great benefit to people being treated for substance dependence. Staff collaboration, provision of pharmacotherapy, behavioural and psychosocial interventions all play an important role in this.

Keywords: tobacco, smoking, addiction, counselling, intervention, inpatient treatment

Obsah

Úvod.....	10
1. Prevalence užívání tabáku v České republice.....	11
1.1. Prevalence užívání tabáku v běžné populaci.....	11
1.2. Prevalence kouření u adiktologických pacientů	12
2. Zdravotní rizika kouření	13
2.1. Pasivní kouření	13
3. Závislost na tabáku.....	15
4. Léčba závislosti na tabáku	17
4.1. Farmakoterapie závislosti na tabáku	17
4.1.1. Náhradní terapie nikotinem (NTN).....	18
4.1.2. Vareniklin	18
4.1.3. Bupropion.....	19
4.1.4. Cytisin (Defumoxan).....	19
4.1.5. Elektronické cigarety	20
4.2. Behaviorální a psychosociální intervence.....	20
4.2.1. Časná diagnostika.....	20
4.2.2. Krátká intervence	20
4.2.3. Psychobehaviorální intervence.....	21
4.2.4. Motivační rozhovory	21
5. Léčba závislosti na tabáku u pacientů psychiatrických oddělení	23
6. Výzkumná část	25
6.1. Výzkumný cíl a výzkumné otázky.....	25
6.2. Výběr výzkumného souboru	25
6.3. Metody tvorby a analýzy dat.....	26
6.4. Etická klauzule	26
7. Výsledky výzkumu	27
7.1. Základní informace o pacientech.....	27
7.1.1. Pohlaví a počet respondentů.....	27
7.1.2 . Věková struktura respondentů.....	27
7.1.3. Prevalence kouření	28
7.1.4. Dobrovolnost pobytu na oddělení	28
7.1.5. Primární závislost respondentů	28

7.2. Postoje respondentů ke kouření.....	29
7.2.1. Vztah respondentů k současnému kouření.....	30
7.2.2. Osobní názor respondentů na škodlivost kouření.....	30
7.2.3. Emoční prožívání pacientů při nemožnosti kouření.....	31
7.2.4. Zkušenosti respondentů s kouřením přestat či kouření omezit.....	31
7.2.5. Nejdelší doba abstinence od tabáku.....	31
7.2.6. Důvod k zanechání kouření.....	32
7.2.7. Pocity při porušení abstinence.....	32
7.3. Postoje a zkušenosti pacientů k léčbě závislosti na tabáku.....	34
7.3.1. Zájem pacientů o zahájení léčby závislosti na tabáku.....	34
7.3.2. Obavy a zkušenosti pacientů s abstinenčními příznaky při zanechání kouření.....	34
7.3.3. Projevy abstinenčních příznaků.....	35
7.3.4. Načasování léčby závislosti na tabáku.....	35
7.3.5. Odůvodnění načasování léčby.....	36
7.4. Podpora pacientů při odvykání kouření.....	38
7.4.1. Informovanost pacientů o možnosti farmakoterapie.....	38
7.4.2. Zájem o odbornou pomoc při zanechání kouření.....	38
7.4.3. Podpora v zanechání kouření a udržení změny.....	38
7.4.4. Podpora v udržování změny.....	39
7.4.5. Benefity života bez cigaret.....	39
7.4.6. Sebedůvěra pacientů.....	40
7.4.7. Vliv zanechání kouření na abstinence od primární návykové látky.....	41
7.5. Postoje pacientů k zákazu kouření.....	42
7.5.1. Výběr zařízení dle možnosti kouření v léčbě.....	42
7.5.2. Zákaz kouření na odděleních jako důvod k oddalování či odmítnutí.....	43
7.5.3. Osobní zkušenosti pacientů s oddalováním nástupu do léčby.....	43
7.5.4. Předčasné ukončení léčby.....	44
8. Výsledky Fagerströмова testu.....	45
8.1. Porovnání míry závislosti na tabáku dle FTND a odpovědi na otázku č. 17.....	45
Diskuze.....	47
Závěr.....	50
Seznam grafů:.....	51
Seznam tabulek:.....	52
Seznam obrázků:.....	

Seznam příloh:	52
Použitá literatura:.....	53
Přílohy:	56



Úvod

Prevalence kouření mezi pacienty v léčbě závislosti je mnohonásobně vyšší než v běžné populaci. Navzdory celosvětové tendenci snížení počtu kuřáků, prevalence kouření mezi adiktologickými pacienty zůstává konstantní (Apollonio et al., 2016).

V České republice zakazuje zákon kouření ve zdravotnických zařízeních, bohužel však s výjimkou uzavřených psychiatrických oddělení a oddělení pro léčbu závislosti, což je, v konečném důsledku, ke škodě pacientů i personálu. Ve studiích se ukazuje, že i když před uvažovaným zákazem kouření mělo toto opatření jen malou podporu mezi personálem i pacienty, brzy po jeho zavedení byla podpora naprosto většinová. Mezi adiktology v České republice je téma souběžné léčby závislosti na tabáku s jinými závislostmi vnímáno jako kontroverzní a v praxi nadále převládají mýty (Kulhánek, 2017; Štěpánková a Králíková, 2010) bránící systémovému zavádění intervencí vedoucích adiktologické pacienty k zanechání kouření.

V této práci se autorka věnuje problematice kouření u adiktologických pacientů, jejich postojům a názorům k léčbě závislosti na tabáku a k zákazu kouření na odděleních ústavní léčby závislosti. Hlavním cílem bylo popsat zkušenosti a postoje pacientů závislých na tabáku k zákazu kouření na odděleních ústavní léčby závislosti.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části se autorka věnuje závislosti na tabáku, zmiňuje také aspekty epidemiologické. Dále se zabývá léčbou závislosti na tabáku, možností farmakoterapie a psychobehaviorální intervence, zohledňuje specifika adiktologických a psychiatrických pacientů a problematiku odvykání kouření u těchto pacientů. Praktická část zahrnuje výzkum, který byl zaměřen na pacienty aktuálně podstupující ústavní léčbu pro závislost na návykových látkách, které jsou zároveň pravidelnými nebo příležitostnými kuřáky.

1. Prevalence užívání tabáku v České republice

1.1. Prevalence užívání tabáku v běžné populaci

Nejrozšířenějším tabákovým výrobkem užívaným v ČR jsou průmyslově vyráběné cigarety, následuje tabák určený k ručnímu balení cigaret (Chomynová, Grohmannová, Janíková et al., 2022).

Kouření cigaret, spojené se závislostí na nikotinu, je podle obou klasifikačních systémů duševních poruch a nemocí (MKN-10 a DSM-5) klasickým typem drogové závislosti a současně nejrozšířenější závislostí v ČR (Mravčík et al, 2017). Je-li v ČR kolem 2 250 000 kuřáků cigaret a kolem 80–85 % z nich je závislých, je to téměř 2 000 000 lidí závislých na tabáku (Králíková a Štěpanková, 2011).

Dle údajů uvedených Czemy, Dvořáková, Fialová et al., v roce 2021 bylo ve sledovaném souboru 24,4% kuřáků. Ve srovnání s rokem 2020, kdy bylo celkem 23,1% kuřáků, pozorujeme mírný nárůst. Denně kouří 22,0% mužů a 13,3% žen (Csémy, Dvořáková, Fialová et al., 2022).

Graf č.1 Prevalence kuřáctví v letech 2012-2021. Kuřáci tabákových výrobků celkem (denní a příležitostní)



Zdroj: Csémy, Dvořáková, Fialová et al. (2022). Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2021.

Česká populace kouří převážně klasické cigarety. Podíl jiných tabákových výrobků určených ke kouření je malý. Elektronické cigarety užívalo 7,4% osob. Přičemž více než polovina uživatelů elektronických cigaret kouří současně i klasické cigarety (Csémy, Dvořáková, Fialová et al., 2022).

Kromě tabákových výrobků ke kouření je v posledních letech na trhu celá řada alternativních výrobků pro užívání nikotinu, které nespalují tabák. Jde o výrobky na bázi čistého nikotinu (bez tabáku), které se nezahřívají (např. nikotinové sáčky), a zahříváné nikotinové výrobky, které umožňují nikotin přijímat formou aerosolu vzniklého zahříváním jednoduchých alkoholů (elektronické cigarety). Na bázi tabáku jsou nezahříváné orální formy (porcovaný tabák, snus, žvýkáč tabák) nebo tabák šňupací a dále zahříváné tabákové výrobky. K dispozici je také náhradní terapie nikotinem ve formě žvýkaček, pastilek a ústního spreje (Mravčík et al., 2021).

1.2. Prevalence kouření u adiktologických pacientů

Vysoké procento psychiatrických pacientů jsou kuřáci. U psychiatrických pacientů se stále traduje představa, že jim kouření pomáhá od jejich psychiatrických problémů, kouření jim snižuje úzkost, hladinu stresu a často chtějí kouřením snížit hladinu léků v rámci jejich interakce. Psychiatrickí pacienti kouřením trpí a kouření jim snižuje délku života (Provazníková, Kralíková, Stěpánková et al., 2021).

S léčbou závislosti na tabáku u pacientů v pobytových psychiatrických službách se setkáváme vzácně, častěji se léčba odkládá z důvodu nedostatku informací o možnostech odvykání kouření pro pacienty s psychiatrickou nemocí. I přesto, že zanechání kouření je náročné pro psychiatrické pacienty, pacienti mají stejný zájem přestat kouřit jako běžná populace a v některých případech vykazují pokusy přestat kouřit jako běžná populace (Kagabo, Gordon & Okuyemi, 2020).

Prevalence kouření mezi pacienty v léčbě závislostí je mnohonásobně vyšší než v běžné populaci. Navzdory celosvětové tendenci snížení počtu kuřáků, prevalence kouření mezi adiktologickými pacienty zůstává konstantní. (Apollonio et al., 2016).

Mozek kuřáka cigaret se stane snadněji závislým na jiné droze než mozek nekuřáka. Nejčastěji bývá první, tedy „vstupní“ drogou tabák. S tím souvisí i vysoká prevalence kouření mezi závislými: uvádí se čísla kolem 80-90% (Kralíková, 2015; In: Kalina et al.).

Mezi pacienty závislými na alkoholu kouří cca 80% a značná část z nich je na nikotinu závislá. Riziko vzniku závislosti na alkoholu je u kuřáků 2-3krát větší než u nekuřáků. Mezi pacienty závislými na návykových látkách kouří cca 90%. Mezi gamblery kouří 41,6% pravidelně, 30,1% příležitostně a 21,3% jsou nekuřáci (Popov, 2013; In: Kralíková).

Prevalence kouření mezi osobami závislými na heroinu je cca 92% a mezi účastníky výměnných programů 95%. Prevalence kouření u osob s chronickou bolestí, které užívají opioidní analgetika, aniž by je zneužívaly, je téměř dvakrát vyšší, než u osob, kterým opioidy nepředepisují (Vlad, C., Arnsten, J.H., 2020).

2. Zdravotní rizika kouření

Celosvětově umírají ročně 4 miliony lidí a v ČR 23 000 osob každý rok v důsledku nemoci způsobených tabákem. Z tohoto pohledu patří tabák mezi drogy s nejvyšší mírou rizika a má ze všech závislostí nejvýznamnější podíl na mortalitě (Králíková, 2015; In: Kalina et al.).

Škodlivost tabáku spočívá zejména v jeho kouření. Tabákový kouř obsahuje na 7 000 chemických látek, 70 z nich jsou prokázanými karcinogeny. Mechanismy účinku těchto látek jsou různé a navzájem interagují a potencují se. Nikotin způsobuje závislost na kouření, není však karcinogenní a jeho škodlivost je mnohem nižší ve srovnání s jinými složkami tabákového kouře (Mravčík et al., 2021).

Úmrtnost kuřáků v dospělosti je vyšší než u nekuřáků, úmrtnost stoupá s počtem vykouřených cigaret a s délkou kuřáctví. Příčinou úmrtí je nejčastěji ischemická choroba srdeční, rakovina plic, hrtanu, pankreatu, chronický zánět průdušek a onemocnění cév (Tóthová, Chloubová, Prokešová et al., 2019). Nejčastější příčinou smrti v důsledku kouření jsou nemoci srdce a cév (především infarkty, mrtvice a uzavírání cév na nohou). Rakovina plic je sice z 90 % způsobena kouřením, ale většina kuřáků ji nedostane - celkově má kouření na vzniku všech nádorů asi třetinový podíl. Třetí významnou skupinou jsou chronická plicní onemocnění, asi ze tří čtvrtin způsobená kouřením. Kouření zvyšuje riziko vzniku dalších nemocí jako je šedý zákal (katarakta), zdvojnásobuje riziko cukrovky, zvyšuje srážlivost krve, zhoršuje krevní lipidy (cholesterol), zpomaluje hojení ran po operaci, zvyšuje výskyt pooperačních komplikací (kuřáci si poleží po operaci v nemocnici v průměru o 3 dny déle), urychluje tvorbu vrásek, způsobuje mužskou impotenci (zhoršení erektilní schopnosti i horší kvalita a menší počet spermií) atd. (Patočka, J., 2007).

Kouření má vliv na celkovou míru nemocnosti a tím i na střední délku života. Na zdraví člověka má škodlivý vliv nejen samotná spotřeba tabáku, ale i expozice tabákovému kouři (Csémy, Dvoráková, Fialová, Kodl, Malý, Skývová, 2020).

2.1. Pasivní kouření

Termín „pasivní“ nebo také „nedobrovolné“ kouření je používán pro expozici nekuřících i kouřících osob vzduchu kontaminovanému tabákovým kouřem. Emise ze zapálených konců cigaret, doutníků, nebo z dýmek či vodních dýmek (tzv. „side stream“) se uvolňují z volně hořících tabákových výrobků při nedokonalém spalování za nízké teploty a zanedbatelném přívodu kyslíku. Koncentrace chemických látek jsou ve směsi side stream mnohonásobně (až stokrát) vyšší než ty, které vdechuje aktivní kuřák. Koncentrace různých škodlivin v menších interiérech s více kuřáky (např. v osobních autech, v pohostinských zařízeních, hernách a barech) dosahují hodnot, které jsou biologicky významné a vysvětlují epidemiologicky zjišťovaná poškození zdraví pasivních kuřáků (Hrubá, Šikolová & Peřina, 2014).

V domácím prostředí je tabákovému kouři vystaveno celkem 17 % populace (14 % v r. 2019), většinou jde o nekuřáky. Na pracovišti je tabákovému kouři vystaveno 20 % populace (16 % v r. 2019). Míra pasivního kouření se tedy meziročně zvýšila (NAUTA). (Mravčík et al., 2021).

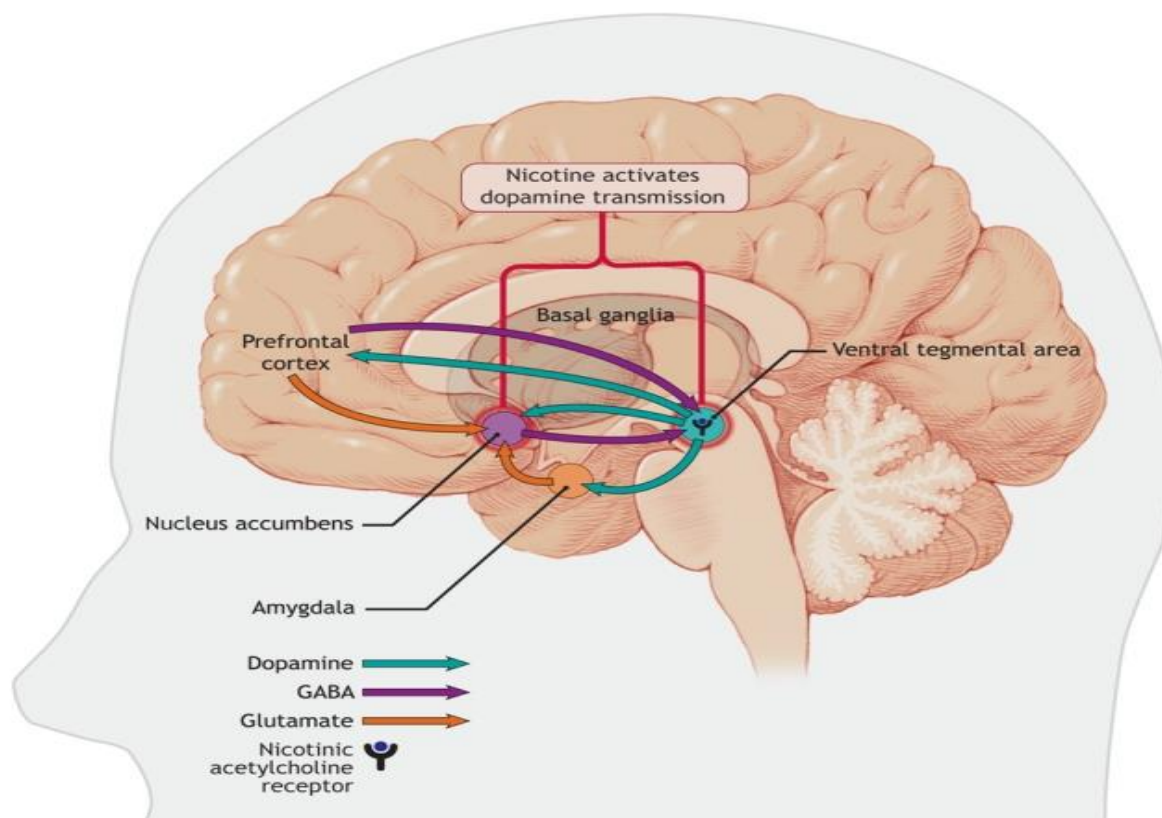
Riziko pasivního kouření bylo popsáno v roce 1981, když Hyrayama popsal více než 10% rakoviny plic nekuřáků a ukázalo se, že jde většinou o partnery, partnerky silných kuřáků. Dnes je vliv pasivního kouření na vznik rakoviny plic zcela jasně prokázán (Králiková a kolektiv, 2013).

Dosavadní poznatky nasvědčují, že riziko pro nekuřáky nepředstavuje jen bezprostřední přítomnost v blízkosti kouřící osoby, ale i pobývání v prostředí, kde se dříve kuřáci zdržovali. (Hrubá, Šikolová & Peřina, 2014). Jde o kouř ze třetí ruky. Zbytkový nikotin z tabákového kouře navázaný na povrchy v místnosti reaguje s kyselinou dusitou, běžnou komponentou znečištěného prostředí, a tvoří tak silné karcinogenní tabákové specifické nitrosaminy (TSNA). Všechny vnitřní prostory by měly být nekuřácké, a to vždy – nejen po určitou dobu. (Kraliková, 2013) V zahraničí se již rozvíjejí aktivní požadavky na bydlení v nekuřáckých domech, hotelech, propagují se nekuřácké byty a automobily v rodinách s dětmi, kuřácké chování se stává společensky neakceptovatelné (Hrubá, Šikolová & Peřina, 2014).

3. Závislost na tabáku

Závislost na tabáku má složku psychosociální a fyzickou. Obě složky se prolínají. Psychosociální závislost znamená potřebu v určitých situacích mít v ruce cigaretu, pohrávat si s ní. Je to závislost na předmětu „cigareta“, bez ohledu na její složení. Na obrázku níže jsou zobrazené oblasti v mozku, které se podílejí na vzniku závislosti na nikotinu. Závislost na nikotinu vzniká v mozku zmnožením receptorů citlivých na nikotin zejména ve ventrální tegmentální oblasti. Jedná se o acetylcholinové receptory. Nikotin stimuluje tyto receptory, což vede k uvolňování dopaminu v nucleus accumbens, ovlivňuje vznik závislosti na nikotinu (Le Foll & George, 2007). Další složky tabákového kouře zvyšují syntézu inhibitorů MAO a tak dalším mechanismem přispívají k vyšší hladině dopaminu v synapsích (Králíková et al., 2013).

Obrázek 1: Oblasti v mozku, které se podílejí na vzniku závislosti na nikotinu.



Zdroj: Le Foll, B., & George, T. P. (2007).

Nejvýznamnějším alkaloidem tabákového kouře je nikotin, kterého je v cigaretě 1 až 4 mg. Již během několika sekund po vtáhnutí kouře do plic se nikotin dostává krevním řečištěm do mozku, kde obsazuje specifické nikotinové receptory. Váže se i na receptory v periferním, vegetativním nervovém systému, který řídí vnitřní orgány. Zde vyvolává zvýšenou aktivitu trávicího traktu: vzestup produkce slin a trávicích šťáv a vzestup aktivity hladké svaloviny. V

první fázi působí nikotin stimulačně a pak přechází do fáze mírného útlumu. Nikotin dále zvyšuje krevní tlak, zrychluje činnost srdce, stahuje cévy, zvyšuje obsah mastných kyselin v krvi, inhibuje syntézu estrogenu, stoupá produkce potu a může dojít ke stažení zornic. Při dlouhodobějším užívání dochází k posílení syntézy endorfinů. Nikotin je vysoce návyková psychoaktivní látka. Farmakologický a behaviorální proces determinující vznik závislosti je u tabáku podobný jako u heroinu či kokainu. Závislost na nikotinu je stav, který nutí člověka kouřit i přes znalosti zdravotních následků a úsilí přestat, nejde o nedostatek vůle nebo o poruchu osobnosti, ale o progresivní, chronické a recidivující onemocnění (diagnóza F 17). Při dlouhodobém užívání vzniká na nikotin i fyzická závislost (Patočka, 2007).

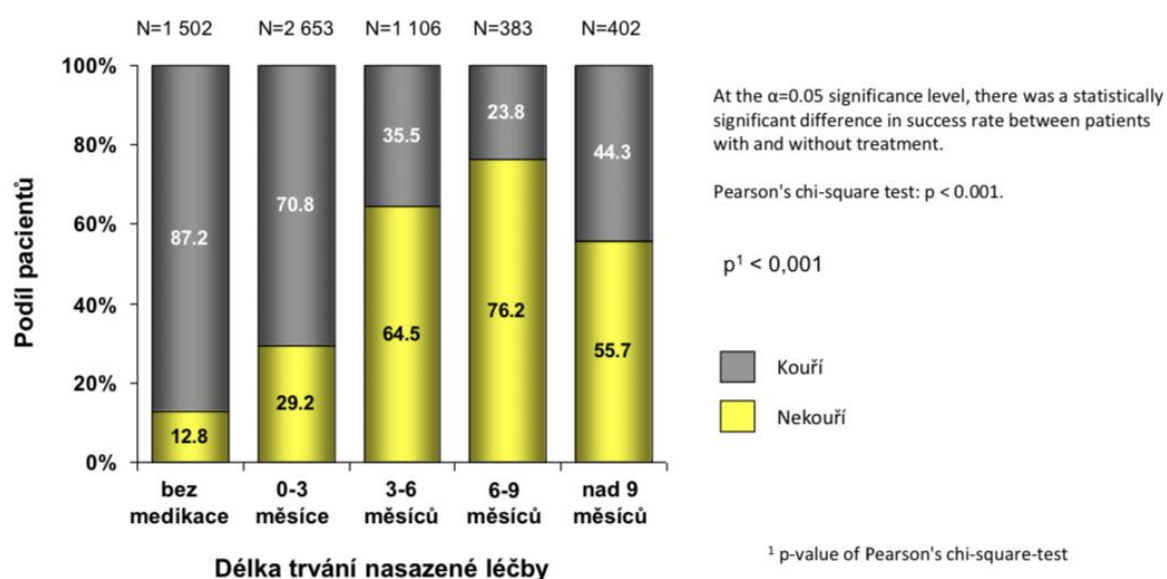
Abstinenční příznaky se objevují řádově po hodinách od poslední cigarety. Mezi hlavní patří touha, bažení po cigaretě, zvýšená chuť k jídlu, zvyšování hmotnosti, špatná nálada až deprese, nervozita, podrážděnost, neschopnost odpočívat, poruchy spánku. (Králíková et al., 2013). Většina abstinčních příznaků dosahuje vrcholu za 48 hodin po zahájení abstinence a zcela vymizí do 6 měsíců (Le Foll & George, 2007).

4. Léčba závislosti na tabáku

Intervence odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku zohledňují závislost psychosociální i fyzickou, kombinují tedy psychosociální a kognitivně-behaviorální poradenské a terapeutické intervence, jež obnášejí především hledání nekuřáckých řešení pro obvyklé kuřácké situace, a farmakoterapii podávanou k potlačení abstinenčních příznaků (Mravčík, 2021).

Graf č.2 Roční abstinence dle délky farmakoterapie. Centrum pro závislé na tabáku III. IK 1. LF UK a VFN

N = 6 043*



Dle studie Centra pro závislé na tabáku jen 12.8 % pacientů vydrží roční abstinenci bez medikace. S využitím farmakoterapie tyto čísla rostou až na 76 % dle délky léčby. Léčba závislosti na tabáku zahrnuje psychosociální a behaviorální intervenci a farmakologickou léčbu, přičemž lékem první volby jsou vareniklin, náhradní terapie nikotinem a bupropion (Králíková et al., 2021).

4.1. Farmakoterapie závislosti na tabáku

Farmakologická léčba je vhodná pro kuřáky závislé na nikotinu, tedy ty, kdo kouří 10 a více cigaret denně a po probuzení si do hodiny zapalují první cigaretu, či pro ty, kteří nedokázali přestat bez léčby (Králíková, E. et al., 2015).

Většina kuřáků, kteří se pokouší přestat kouřit, se o to pokouší svépomocí bez odborné podpory. Nasvědčuje tomu i vyšší spotřeba léků určených k léčbě závislosti na tabáku (náhradní nikotinové terapie nebo vareniklinu), než by odpovídalo údajům o formální léčbě (Mravčík et al., 2021).

Pokud jde o farmakoterapii, mezi léky první volby patří 3 léky: náhradní terapie nikotinem (NTN), bupropion a vareniklin. Od července 2020 je v ČR k dispozici také cytisin. 130 NTN a cytisin jsou volně prodejné v lékárně, bupropion a vareniklin jsou vázané na recept. Tyto léky nejsou standardně hrazeny ze zdravotního pojištění ani částečně, většina zdravotních pojišťoven na ně však přispívá z fondu prevence (Mravčík et al., 2021).

Od roku 2021 je na seznamu základních léků Světové zdravotnické organizace kromě nikotinu přidán také vareniklin a bupropion, bohužel zatím nikoli cytisin (Králíková, Zvolská, Štěpánková, Panková, 2022).

4.1.1. Náhradní terapie nikotinem (NTN)

Náhradní terapie nikotinem je nejdéle používaným lékem závislosti na tabáku již od osmdesátých let 20. století a její dvě formy (náplast a žvýkačka) byly v roce 2009 zařazeny na seznam základních léků WHO (Králíková, 2015; In: Kalina et al.).

Tyto prostředky jsou schválenými léčivými přípravky pro odvykání kouření a jsou volně prodejné v lékárně bez receptu. Jsou to nikotinové žvýkačky, ústní sprej, inhalátor, náplast, pastilky a rozpustný ústní film (Mravčík et al., 2021).

Principem NTN je nahrazení nikotinu z jiného zdroje než z tabáku a minimalizování abstinčních příznaků. To umožní na počátku odvykání lépe se soustředit na změnu denních stereotypů a nekuřácké prožívání dne. Úspěšnost této léčby je dvojnásobná v porovnání s léčbou bez použití farmakoterapie (Králíková et al., 2015).

V ČR je na trhu žvýkačka (2 mg a 4 mg), ústní sprej (150krát 1 mg), náplast (Nicorette 10 mg/16 hod, 15 mg/16 hod a 25 mg/16 hod a Niquitin 7 mg/24 hod a 21 mg/24 hod), pastilky (Nicorette 4 mg, Niquitin 1,5 mg a 4 mg) a orodispergovatelny (rozpustný) film (Niquitin 2,5 mg), variace forem se ale mění a je třeba sledovat současnou situaci. Existují např. také váčky (pouch) či inhalátor.

Čistý nikotin ve formě náhradní léčby je vždy menším rizikem než nikotin z cigaret, kde se spolu s ním vdechují tisíce chemikálií. Proto je nikotin lékem první volby u mladistvých či u těhotných nebo v jiných sporných případech vždy, pokud je alternativou cigaret (Králíková, 2015).

4.1.2. Vareniklin

Vareniklin je prvním lékem vyvinutým pro léčbu závislosti na tabáku, který neobsahuje nikotin. (Kraliková et al 2008). Vareniklin (Champix, 0,5 a 1 mg) je parciálním agonistou nikotinových acetylcholinových receptorů, subtypu $\alpha 4 \beta 2$, který je typický pro snadný vznik závislosti a její intenzivnější formu. (Králíková et al., 2015). Vareniklin je selektivním ligandem nikotinových receptorů. Nikotinové neuronální receptory zprostředkovávají rychlou synaptickou transmissi, v níž neuromediátorem je acetylcholin. Fungují jak na periférii, tak v CNS (Patočka & Plucar, 2009).

Agonistický vliv varenekinu spočívá v tom, že varenekin se naváže na receptory stejně jako nikotin, také nastupuje vyplavení dopaminu, ale nedochází ke krátkodobému peaku jako po potažení z cigarety, ale k několikahodinovému dosažení zhruba 60% maxima v porovnání s kouřením. Varenekin působí také jako antagonist. Receptory, obsazené varenekinem nemůžou navázat nikotin z tabákového kouře, nevyplavuje se dopamin a nedostavuje se odměna (Králíková, 2013).

Vareniklin v odvykací terapii kouření pomáhá snížit abstinenci příznaky tím, že do jisté míry nahrazuje vliv nikotinu na nikotinové receptory v CNS. Jeho účinnost se udává kolem 21–45 %. I když se nejedná o žádný zázračný lék a jeho účinnost nepřekračuje 50 %, je zatím nejúspěšnějším pomocným nástrojem odvykací terapie. Od ostatních léků proti kouření se liší tím, že není náhražkou, ale působí na specifické nikotinové receptory, které v kuřákovu vyvolávají intenzivní potřebu si zapálit. Vareniklin způsobuje dopaminovou stimulaci, která snižuje abstinenci příznaky. Antagonistický vliv varenekinu navíc blokuje bažení po nikotinu, a tím potlačuje nebezpečí návratu k cigaretám (Patočka & Plucar, 2009).

Vareniklin ztrojnásobuje úspěšnost v závislosti na míře intervence. Nemá žádné lékové interakce, vylučuje se nemetabolizován močí (cave! pouze těžké selhání ledvin). Není doporučeno podávat jej v těhotenství. Je vázaný na recept bez preskripčního omezení (Králíková et al., 2015).

4.1.3. Bupropion

Bupropion působí v mozku podobně jako kouření – je inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu v synapsích. Efektivita (cca dvojnásobná abstinence ve srovnání s placebem) se příliš neliší podle míry závislosti, historie deprese nebo alkoholismu. Léčba trvá rovněž nejméně 8, raději 12 či více týdnů, den D bývá během druhého týdne léčby. Bupropion je u silných kuřáků vhodné kombinovat s některou z forem NTN (Králíková, Býma & Konštacký, 2008).

Bupropion se původně používal jen jako antidepresivum, inhibice reuptaku noradrenalinu a dopaminu však nevysvětluje zcela sníženou potřebu kouřit – přesný mechanismus není znám. Je však jako jediné antidepresivum indikován pro léčbu závislosti na tabáku u pacientů bez deprese. Bupropion je vázán na recept, ale bez omezení odbornosti, s příspěvkem zdravotní pojišťovny v indikaci deprese však předepisuje pouze psychiatr, neurolog nebo sexuolog (Králíková et al, 2015).

4.1.4. Cytisin (Defumoxan)

Cytisin je nejstarší a i v současnosti užívaný lék pro léčbu závislosti na tabáku známý od roku 1950, derivovaný z rostliny (štědřenec odvislý – *Cytisus laburnum*). Ačkoliv byl původně zkoušen jako respirační stimulant v průběhu anestezie a posléze diuretikum, od roku 1964 byl prodáván jako lék zmírňující abstinenci příznaky odvykajících kuřáků pod názvem Tabex (výrobce Sopharma, Bulharsko). (Králíková et al., 2015). Jeho účinek je podobný účinku varenekinu, je ale krátkodobější, a proto se toto léčivo užívá po několika hodinách (Králíková, 2015).

Od roku 2020 je u nás opět dostupný ve výše uvedeném přípravku. Váže se na acetylcholin-nikotinové receptory ($\alpha 4\beta 2$ a $\alpha 7$) podobně jako vareniklin, pro jehož vývoj byl cytisin inspirací, je tedy také jejich parciálním agonistou. Působí však krátkodoběji (eliminační poločas 4,8 hodin) a užívá se proto v intervalech od 2 do 12 hodin. V klinické praxi však doporučujeme užívání jak častější, zejména u významně závislých, tak i dlouhodobější, 3–6 měsíců alespoň v udržovací dávce 1 až 2 tablety denně. Také zanechání kouření nemusí být do 5. dne, jak uvádí příbalový leták – je to optimální, ne vždy možné a je škoda, když kuřák kvůli nedodržení tohoto data přerušuje užívání a svůj pokus ukončí. Blíže příbalový leták. Cytisin (Defumoxan) je volně prodejný v lékárnách (Králíková, Zvolská, Štěpánková Panková, 2022).

4.1.5. Elektronické cigarety

Výsledky studií z poslední doby ukazují, že účinné mohou být i některé typy elektronických cigaret – nejsou však zatím doporučovaným lékem, zejména pro absenci regulace, jistě však představují méně rizikový způsob substituce nikotinu než kouření (Kralíková, 2015).

Dostupné výzkumy ukazují, že užívání alternativních výrobků nevede k renormalizaci kouření tabáku, ale je kompetitivním substitutem kouření tabáku a že nárůst užívání alternativních výrobků je jednou z příčin poklesu kouření mezi dětmi i dospělými (Mravčík et al., 2021).

4.2. Behaviorální a psychosociální intervence

4.2.1. Časná diagnostika

Podle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) je závislost Nataška kódována diagnózami F17.0-F17.9 (skupina F17): Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku. Prvním krokem k léčbě je zjištění, že pacient užívá či užíval tabák (Kralíková et al., 2013).

Časná diagnostika znamená možnost zachytit ohroženého člověka ještě v úvodním stadiu problémů spojených s užíváním návykových látek, mít možnost efektivně zabránit další progresi stavu se ukazuje jako stále naléhavější. Klíčová je zde možnost zapojení všech zdravotnických odborností, ke kterým přicházejí pacienti v raných stádiích problémů, a to obvykle kvůli souvisejícím potížím ((Miovský, Čablová & Jurystová, 2015 In: Kalina et al.).

4.2.2. Krátká intervence

Krátká intervence (brief intervention) je časově velmi ohraničená intervence v řádu minut až desítek minut zaměřená na zvýšení motivace přestat kouřit a poradenství směrem k odvykání kouření (Mravčík et al., 2021).

Základní schéma krátké intervence zahrnuje 5 kroků (Kralíková et al., 2015):

1. Ask – Ptát se. Ptát se na kuřáctví a zaznamenat do dokumentace, záznam aktualizovat:
 1. od kolika, případně do kolika let věku kouří/kouřil
 2. co kouří, případně jiná forma tabáku
 3. kolik cigaret denně, případně týdně.

2. Advise – Poradit. Poradit, jasně doporučit kuřákům přestat.

3. Assess – Posoudit. Posoudit ochotu přestat; nechce-li, je možná jen motivace: vysvětlit adekvátním způsobem výhody nekuřáctví v jejich konkrétním případě (např. vzhledem k jejich klinickému nález, diagnóze, obtížím, prognóze) pokud nechce přestat, motivovat (5R), jinak intervence končí, při další návštěvě opakujeme (empaticky!).

4. Assist – Pomoci. Pomoci těm kuřákům, kteří chtějí přestat, v rámci svých časových možností, což může znamenat nabídku podpory (předem si připravit náhradní činnost pro kuřácké situace), doporučení farmakoterapie (vareniklin, NTN a/nebo bupropion) a správnou informaci o jejich použití a účinku, eventuálně doporučení do specializovaného centra pro závislé na tabáku.

5. Arrange follow up – Plánovat kontrolní návštěvy.

Podstatné je, aby se tato krátká intervence týkala všech pacientů při každém klinickém kontaktu – pak bude díky tomu, že se může týkat velkého počtu kuřáků, mít i při menší účinnosti mnohem větší význam než intenzivní léčba (Králíková, 2015).

4.2.3. Psychobehaviorální intervence

Intenzivní psychobehaviorální terapii by měl poskytovat specialista na léčbu závislosti na tabáku – vyškolený lékař, dentista, sestra, farmaceut, adiktolog, psycholog či jiný klinický pracovník. Je to dlouhodobý program, čím delší a intenzivnější, tím účinnější. U nás je standardně dostupná v Centrech pro závislé na tabáku. (Králíková, Zvolská, Štěpánková Panková, 2022).

Psychobehaviorální intervence pomáhá kuřákovi vyhnout se krizovým situacím nebo mu umožňuje zvládat je tak, aby se ke kouření nevrátil. Okolností, kdy se obvykle kouří, se v některých případech lze vyvarovat (např. nechodit do kuřácké společnosti, nepít kávu a alkohol), jindy však taková strategie možná není (cigareta po jídle, ve stresu, při odpočinku) – pro podobné situace je třeba si předem připravit nekuřácká řešení. V ideálním případě se pacienta zeptáme, kdy typicky kouří, a snažíme se mu pomoci najít způsob, jak tyto okamžiky prožít bez cigarety. Nekuřácká řešení si ale musí každý najít sám podle svého zaměření, okolí atd. – pacienta můžeme jen inspirovat. Náhlá silná chuť většinou trvá jen krátce, několik desítek sekund, a proto je vhodné odstranit z okolí kuřáka cigarety a vše, co s kouřením souviselo. Než by si je opatřil, uvědomí si, že kouřit vlastně nechce (Kralíková, 2015).

4.2.4. Motivační rozhovory

Motivace klienta je dalším klíčovým fenoménem práce s adiktologickým pacientem/ klientem. Ovlivňuje prakticky vše a závisí na ní výsledek jak samotného prvního kontaktu, průběhu komunikace, tak celého dalšího směřování pacienta/klienta, ať již v rámci preventivního, nebo léčebného procesu (Miovský, Čablová & Jurystová, 2015 In: Kalina et

al.). Ke zvýšení motivace klienta nám mohou pomoci motivační rozhovory, jejichž využití v oblasti odvykání kouření je plně indikováno z hlediska teoretického i s ohledem na klinické zkušenosti (Štěpanková & Kmetová, 2020 In: Soukup). Motivační rozhovory jsou komunikačním přístupem zaměřeným na hledání a rozvíjení vnitřní motivace klientů ke změně chování (Soukup, 2020).

Motivační rozhovor je jedním z nejrozšířenějších typů intervencí používaných k léčbě závislosti na tabáku. Je to poradenský styl, který pomáhá lidem prozkoumat a vyřešit jejich nejistoty ohledně změny svého chování (Lindson-Hawley, Thompson & Begh, 2015).

Motivační rozhovory respektují právo na sebeurčení a právo na svobodné rozhodování. Je to uživatel služby komu je předávána odpovědnost za volbu, chování i případnou změnu. Pracovník prostřednictvím způsobu „bytí s klientem“, který zahrnuje atmosféru vzájemné rovnosti, projevu lidského soucitu, nekonfrontační přístup a empatické přijetí. S použitím specifických dovedností a principů podporuje jeho vlastní zdroje. Snaží se zvýšit klientovo vnímání vlastních schopností a dovedností a pomáhá mu s orientací v prioritách (Čtvrtečková & Nepustil, 2020).

Cílem motivačních rozhovorů je hledání a rozvíjení vnitřní motivace klienta ke změně chování. Vychází z toho, že skutečná a dlouhodobá změna chování je spojena i se změnou postojů a prožívání. Změna chování je založena na celkové změně vnitřního nastavení (vnitřní motivace), nikoli jen na vnějším přizpůsobení požadavkům tlaku z okolí (vnější motivace), což mohou být například prosby, výhrůžky, manipulace, ale i motivace odměny a další (Soukup, 2014).

Podpora motivace klientů pomocí 5 R:

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

Úspěšné využití motivačních rozhovorů při odvykání kouření je založeno na empatickém přístupu, podpoře sebedůvěry a kompetenci klienta. Specificky je vhodné sledovat proces odvykání, informovat, připravit konkrétní a podrobné plány a všimnout si i malých úspěchů (Štěpanková & Kmetová, 2020 In: Soukup).

5. Léčba závislosti na tabáku u pacientů psychiatrických oddělení

Mnoho kuřáků závislých na nikotinu má současně diagnostikovanou některou psychickou poruchu (kolem 30 %) a mnoho psychiatrických pacientů kouří (60–80 %). Kouření poskytuje krátkodobou odměnu, pocit uvolnění (vyplavení dopaminu), na které se kuřáci s psychickými problémy stávají snadněji závislí. (Králíková, Pánková, Štěpánková & Zvolská, 2015). U psychiatrických pacientů stále traduje představa, že jim kouření pomáhá od jejich psychiatrických problémů, kouření jim snižuje úzkost, hladinu stresu a často chtějí kouřením snížit hladinu léků v rámci jejich interakce. Psychiatři pacienti kouřením trpí a kouření jim snižuje délku života (Provazníková, Kralíková, Štěpánková et al., 2021).

Kouření negativním způsobem ovlivňuje nejen somatické, ale v rozporu s rozšířenými mýty i psychické zdraví. (Štěpánková & Kmetová, 2020 In: Soukup). I když potažení z cigarety znamená krátkodobý pocit zlepšení nálady, kouření psychiatrická onemocnění dlouhodobě zhoršuje, a to včetně deprese, bipolární afektivní poruchy, úzkostných poruch či schizofrenie. (Králíková et al., 2015) Proto se v posledních letech čím dál více kuřáků obrací na své lékaře, stomatology, psychology, či psychoterapeuty s žádostí o pomoc při odvykání kouření (Štěpánková & Kmetová, 2020 In: Soukup).

Zanechání kouření znamená pro osoby odvykající ze závislosti (lehčích i těžších forem) získání mnoha benefitů. Jednak zdravotních (významnou podporu často komplikovaného zdravotního stavu, zlepšení fyzické kondice, zmírnění příznaků psychiatrické komorbidity, lepší prognózu stávajících onemocnění), ekonomických (významnou finanční úsporu, a to až 3 000 Kč měsíčně) či dalších (zlepšení kvality chrupu, pleti a vlasů apod.) (Kulhánek, 2017).

V České republice zakazuje zákon kouření ve zdravotnických zařízeních, bohužel však s výjimkou uzavřených psychiatrických oddělení a oddělení pro léčbu závislosti, což je, v konečném důsledku, ke škodě pacientů i personálu. Mezi adiktology v České republice je téma souběžné léčby závislosti na tabáku s jinými závislostmi vnímáno jako kontroverzní a v praxi nadále převládají mýty bránící systémovému zavádění intervencí vedoucích adiktologické pacienty k zanechání kouření (Kulhánek & Mašlaniová, 2020).

Průkopníkem léčby závislosti na tabáku v rámci léčby jiných závislostí, zejména na alkoholu byl u nás doc. MUDr. Jaroslav Skála. Empirický poznatek doc. J. Skály z pražského Protialkoholního oddělení U Apolináře, že více úspěšně léčených, abstinujících alkoholiků umírá na onemocnění způsobená kouřením než na následky alkoholismu vedl k zavedení nekuřáckého režimu v průběhu protialkoholní léčby v Apolináři. Skála se o to pokusil dvakrát, ani jednou však neuspěl, a to nikoliv pro nespoleupráci pacientů, ale kvůli nespoleupráci kouřícího zdravotnického personálu. Tento neúspěch byl pak nesprávně hodnocen a generalizován jako nemožnost souběžného léčení závislosti na tabáku spolu s léčbou závislosti na primární droze (Popov, 2013; In: Kráčíková).

V zahraničních studiích se setkáváme s kontroverzními názory ohledně načasování léčby závislosti na tabáku v rámci léčby jiné závislosti. Dle doporučení randomizované studie provedené Josephem et al., léčba závislosti na tabáku by měla být zahájena až pacient bude stabilizovaný. Toto doporučení nespoleupřekuje konkrétní čas; spíše naznačuje, že existují určité referenční hodnoty pro uzdravení, kterých by pacienti měli dosáhnout, než začnou řešit svoji závislost na tabáku. Tato studie se zabývala souběžnou léčbou závislosti na alkoholu a tabáku. Pacienti, kteří absolvovali léčbu závislosti na tabáku souběžně s léčbou závislosti na

alkoholu, častěji porušovali abstinenci od alkoholu, než pacienti absolvující intenzivní protialkoholovou léčbu. Jak se uvádí ve studii léčba závislosti na tabáku by měla být zahájena až pacient bude stabilizovaný (Joseph, Willenbring, Nugent, & Nelson, 2004). Další studie uvádí, že poznatky neurochemického mechanismu závislosti, který je společný pro nikotin a ostatní drogy, potvrzuje, že léčba závislosti na všech návykových látkách by se měla provádět současně, považuje předchozí tvrzení o léčbě nikotinové závislosti po stabilizaci pacienta mýtem. (Lemon, Friedman & Stein 2003).

Další studie ukazují, že i když před uvažovaným zákazem kouření mělo toto opatření jen malou podporu mezi personálem i pacienty, brzy po jeho zavedení byla podpora naprosto většinová. (Kralíková et al., 2015). Vzhledem k průměrně vyšší míře závislosti je vhodná intenzivní psychobehaviorální podpora po celou dobu odvykání, ať již v individuálním či skupinovém programu, dle možnosti pracoviště a preference pacienta (Kralíková, 2015).

Adiktologickým pacientům by měla být léčba závislosti na tabáku nabízena současně s léčbou jiné závislosti (v nekuřáckém prostředí, nekuřáckým personálem). Zvýší se tak úspěšnost léčby jiných závislostí (Kralíková, 2015).

6. Výzkumná část

6.1. Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Výzkumným cílem této bakalářské práce bylo popsat zkušenosti a postoje pacientů závislých na tabáku k zákazu kouření na odděleních ústavní léčby závislosti v České republice. Z výzkumů provedených v České republice a v zahraničí máme data o tom, že výskyt kouření mezi adiktologickými pacienty je až 4x vyšší než ve všeobecné populaci.

Výzkumné otázky. K naplnění cíle byly definovány následující výzkumné otázky:

1. Jakou roli hrají pravidla pro kouření na oddělení při výběru zařízení, zahájení a ukončení ústavní léčby?
2. Mají pacienti motivaci nekouřit? Když ano, co je v tom podpoří?
3. Jaká fáze léčby závislosti je z pohledu pacientů přijatelnější pro odvykání kouření?
4. Jak souvisí míra závislosti na tabáku s ochotou se léčit na nekuřáckém oddělení?

Na základě těchto výzkumných otázek byl sestaven dotazník pro pacienty absolvující ústavní léčbu závislosti.

6.2. Výběr výzkumného souboru

Rezidenční péči poskytují v ČR detoxifikační a lůžková oddělení léčebných zdravotnických zařízení, zejména psychiatrických nemocnic, terapeutické komunity, zařízení speciálního školství a programy chráněného bydlení. Ročně je pro závislost na návykových látkách hospitalizováno v psychiatrických lůžkových zařízeních 11–12 tis. osob, z toho 7 tis. (58 %) v souvislosti s konzumací alkoholu a 5 tis. (42 %) v souvislosti s užíváním nelegálních drog (Chomynová, Grohmannová, Janíková et al., 2022). Cílovou populací pro tento výzkum jsou osoby závislé na návykových látkách, které se aktuálně nachází ve střednědobé ústavní léčbě závislosti.

Při výběru zařízení střednědobé ústavní léčby autorka použila záměrný účelový výběr. Z časových a logistických důvodů byla vybrána PL Bohnice, která je zároveň největším poskytovatelem psychiatrické péče v České republice. V PL Bohnice se nachází 6 oddělení léčby závislosti, v kterých jsou pacienti umístěni dle pohlaví, délky léčby, psychického stavu. Celková kapacitní možnost zařízení pro léčbu drogové závislosti je 209 míst. Na všech odděleních léčby závislosti se muži a ženy léčí zvlášť. Výjimkou jsou pacienti z oddělení duálních diagnóz, kde jsou muži a ženy léčeni společně. V zařízení funguje ambulance pro metabolická onemocnění a léčbu závislosti na tabáku, kam pacienti a personál mohou docházet pro podporu při odvykání kouření.

V PL Bohnice funguje etická komise PL Bohnice. Pro provedení výzkumu autorka musela získat souhlasné stanovisko etické komise PL Bohnice pro provedení výzkumu na odděleních. Za podpory tajemníka etické komise bylo osloveno každé oddělení zvlášť a domluvilo se na vhodném čase pro provedení výzkumu.

Ve vybraném zařízení autorka oslovila všechny pacienty léčící se se závislostí a byli přítomni v době provedení výzkumu. V období zahájení výzkumu na odděleních se léčilo 197 pacientů. Na odděleních jsem oslovila všechny pacienty, kteří byli přítomni v době provedení

výzkumu. Výzkumu se zúčastnilo 144 pacientů. Kompletně vyplněné dotazníky odevzdalo 102 pacientů.

6.3. Metody tvorby a analýzy dat

Tento výzkum je kvantitativní a podklady pro něj byly získané pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky v tištěné podobě výzkumnice rozdávala pacientům osobně společně s informací o výzkumu. Na každém oddělení autorka strávila od 3 do 6 hodin. Vyplnění dotazníků předcházelo představení výzkumníka pacientům a povídání o účelu výzkumu, zdůraznění dobrovolnosti účasti ve výzkumu, poučení o zachování anonymity účastníků výzkumu. Sběr dat a jejich následné zpracování probíhalo od února 2023 do června 2023. V období zahájení výzkumu na odděleních PL Bohnice se léčilo 197 pacientů. Bylo distribuováno 144 dotazníků pacientům, kteří projeví zájem o účast ve výzkumu. Vzorek byl redukován na 117 kompletně vyplněných dotazníků. Výsledky výzkumu autorka zpracovala pomocí metody deskriptivní statistiky. Pro lepší přehlednost jsou výsledky prezentované v grafech a tabulkách.

Pacienti, kteří se zúčastnili výzkumu dostali 2 dotazníky:

1. Fragestromův test nikotinové závislosti, hodnotící míru závislosti na tabáku.
2. Dotazník pro pacienty sestavený pro účely bakalářské práce. Dotazník obsahuje 32 otázek, které při zpracování výsledků byly rozdělené do čtyř bloků. V první bloku byly otázky, které zjišťovaly základní údaje o pacientech. V druhém bloku následovaly otázky zjišťující postoje respondentů ke kouření a léčbě závislosti na tabáku. V třetím bloku byly dotazy věnující se podporným faktorům pacientů při odvykání kouření. Poslední blok obsahuje dotazy věnující se postojům pacientů k zákazu kouření. Plnění znění otázek je v dotazníku, který je přílohou k této práci viz. příloha č.2.

6.4. Etická klauzule

Respondenti byli před vyplněním dotazníku informováni o anonymitě a dobrovolnosti vyplnění dotazníků. Informace ohledně účelu výzkumu partisipanti získali jak v tištěné tak i v ústní formě, jelikož na přečtení informovaného souhlasu před zahájením výzkumu nebylo moc času. Všichni respondenti byli informováni o cíli a účelu této bakalářské práce. Výzkumnice byla přítomná při sběru dat, respondenti měli možnost se ptát na otázky, kterým nerozuměli. Dotazník získal souhlasné stanovisko etické komise Kliniky adiktologie. Provedení výzkumu a obsah dotazníku byly schválené etickou komisí PL Bohnice.

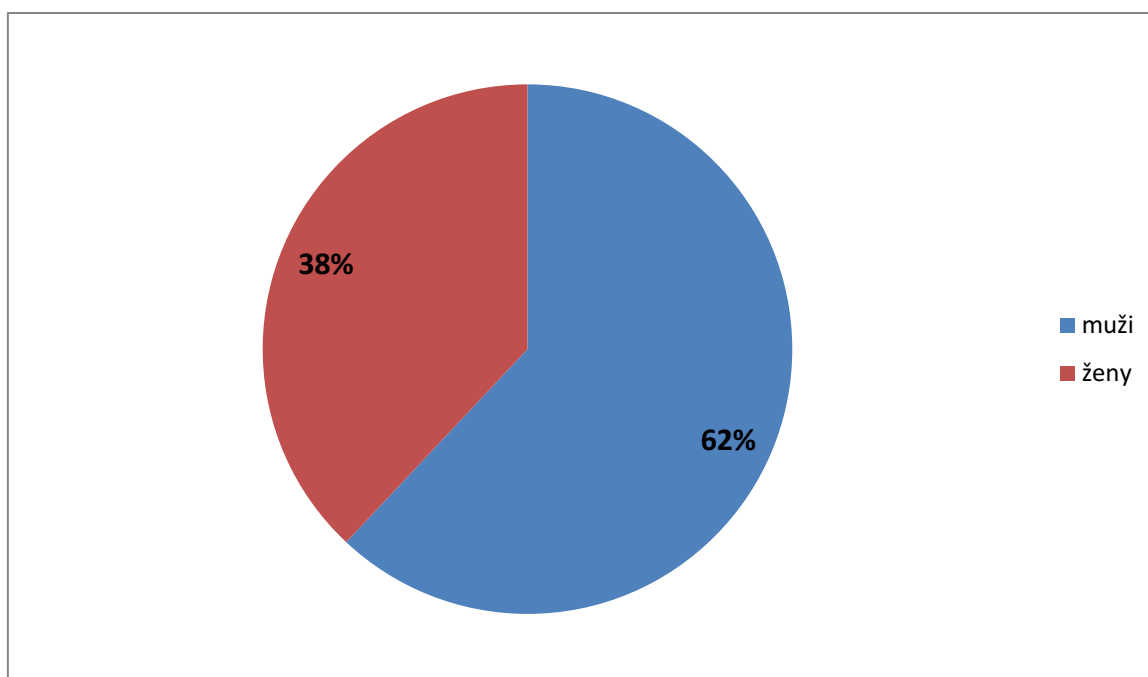
7. Výsledky výzkumu

7.1. Základní informace o pacientech

7.1.1. Pohlaví a počet respondentů

Celkem se výzkumu zúčastnilo 144 pacientů. 27 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu nekompletnosti vyplnění. 10 dotazníků se nevrátilo. Konečný počet respondentů je 117, z nich je 44 žen a 73 mužů.

graf č.3 . Procentuální znázornění poměru žen a mužů z celkového počtu respondentů



7.1.2 . Věková struktura respondentů

Průměrný věk respondentů byl 41 let, nejmladší z nich byl ve věku 19 let a nejstarší ve věku 68 let. Z hlediska věkových kategorií největší skupinu tvořily osoby ve věku 36 – 45 let. Další početnou skupinu tvořili respondenti ve věku 26-35 let a respondenti ve věku 45-56 let. Nejméně respondentů odpovídalo ve věku 56 a více let.

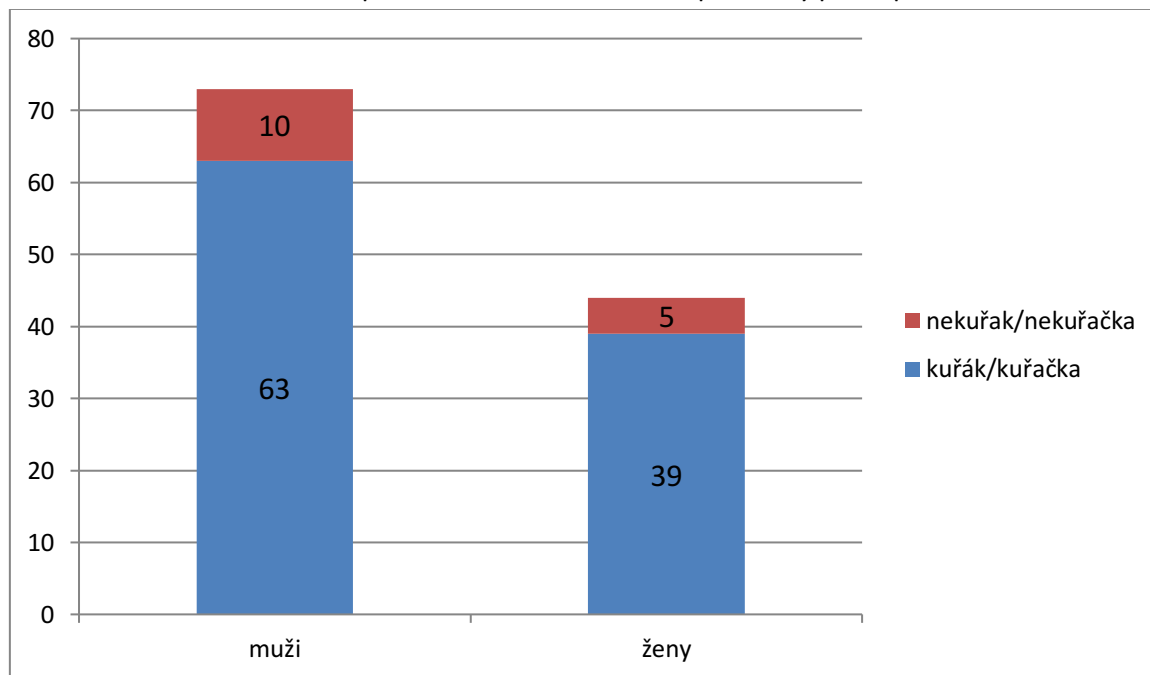
Tabulka č. 1: Věková struktura respondentů

Věk respondentů	Počet respondentů
15-25	14
26-35	23
36-45	36
45-56	19
56 a více	10

7. 1. 3. Prevalence kouření

Z celkového počtu dotazovaných bylo 87% kuřáků. Potvrzuje to tvrzení, že výskyt kouření mezi adiktologickými pacienty je násobně vyšší než v obecné populaci. Rozdíl v počtu kuřáků mezi muži a ženami, kteří se zúčastnili výzkumu, není nijak významný. Z celkového počtu žen bylo 89% kuřáček, mezi muži 86% kuřáků. Žen nekuřáček bylo o cca 3 % méně než mužů.

Graf č. 4: Grafické znázornění prevalence kouření mezi respondenty podle pohlaví



7.1.4. Dobrovolnost pobytu na oddělení

Výzkum byl proveden v Psychiatrické léčebně Bohnice na 6-ti odděleních léčby závislosti. V PL Bohnice se většina pacientů léčí se závislostí dobrovolně, některým pacientům je však léčba nařízena soudem. Dle odpovědí uvedených v dotazníku 95% pacientů do léčby nastoupili a pokračují v léčbě dobrovolně.

7.1.5. Primární závislost respondentů

Otázka č. 5 se zaměřuje na závislosti se kterými se pacienti v současnosti léčí. Dle odpovědí pacientů se léčí se závislostí na alkoholu 50% respondentů, dalších 30% se léčí s kombinovanou závislostí, 7% respondentů má závislost na pervitinu, 9% respondentů se léčilo se závislostí na hypnotikách. Ostatní závislosti byly zastoupeny 2% až 3% respondentů viz tabulka. Z kombinovaných závislostí se nejčastěji objevovalo alkohol+THC, alkohol+pervitin, alkohol + hypnotika, alkohol+hazardní hry.

Tabulka č. 2 Závislost, se kterou se respondenti léčí

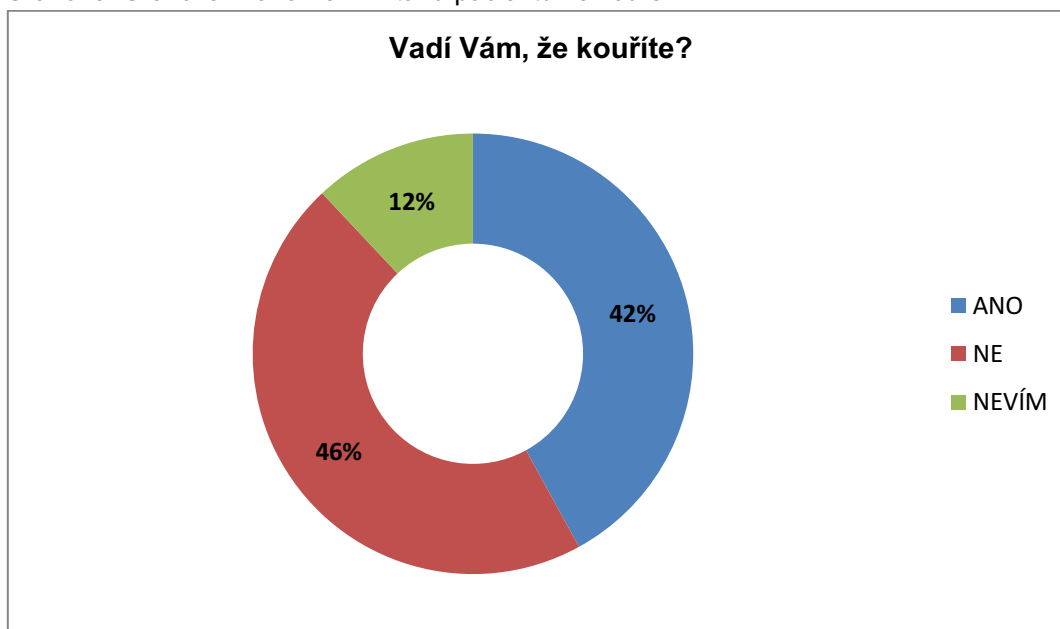
Závislost, se kterou se pacient léčí	Počet respondentů
Alkohol	58
THC	2
Pervitin	8
Opioidy	4
Hypnotika	10
Kombinace návykových látek	35

7.2. Postoje respondentů ke kouření

7.2.1. Vztah respondentů k současnému kouření

Na dotaz č.7, který mapuje vztah pacientů ke kouření 42% respondentů se vyjádřilo že jim vadí, že kouří, 46% respondentů se vyjádřilo negativně, 12% respondentů vybralo odpověď „nevím“.

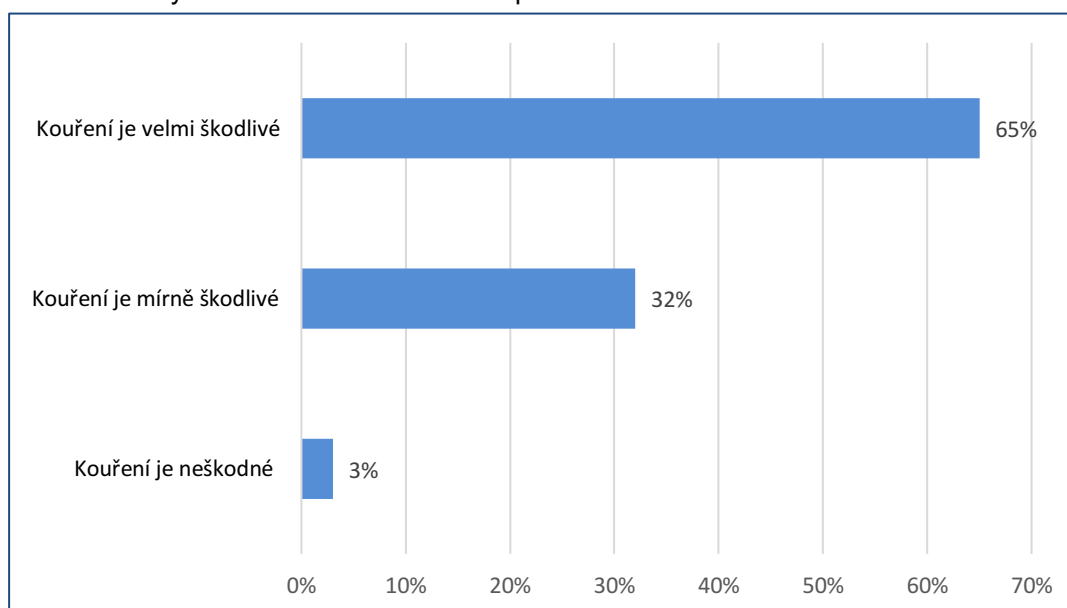
Graf č. 5: Grafické znázornění vztahu pacientů ke kouření



7.2.2. Osobní názor respondentů na škodlivost kouření

Dotaz č.8 zjišťuje názor pacientů na škodlivost kouření. Většina respondentů souhlasilo s tvrzením, že kouření je škodlivé, z nich 65% považuje kouření za velmi škodlivé, 32% za mírně škodlivé. Jen 3% respondentů má názor, že kouření je neškodné.

Graf č. 6: Jaký máte názor na zdravotní dopad kouření?



7.2.3. Emoční prožívání pacientů při nemožnosti kouření

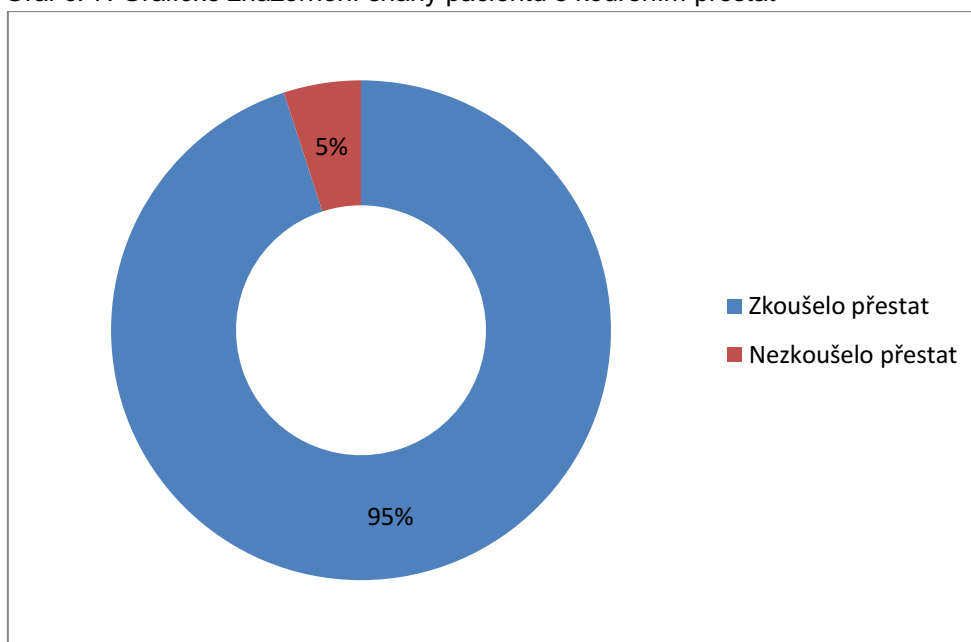
Otázka č. 9 je zaměřená na emoční prožívání pacientů v situacích kde je kouření z nějakých důvodů zakázáno. Z prožívaných emocí respondenti nejčastěji uváděli neklid - 56%, 21% - se cítí ve stresové situaci, 13% - rozčilení, 5% má paniku, zbytek respondentů 5% neprožívá žádné emoce.

7.2.4. Zkušenosti respondentů s kouřením přestat či kouření omezit

Otázky č.10 až č.13 se věnují pokusům pacientů kouření omezit či s kouřením přestat. Na dotaz č.10 odpovědělo 92% respondentů, že se pokoušelo kouření omezit. Jen 8% respondentů nemá vlastní zkušenost s omezením kouření.

Dotaz č.11 zjišťuje, zda se pacientům podařilo omezit počet vykouřených cigaret. 55% respondentů se podařilo omezit počet vykouřených cigaret o polovinu, 25% omezilo počet cigaret o čtvrtinu, 20% pacientů se nepodařilo kouření omezit i přesto, že se o to pokoušeli. V otázce č.12 respondenti odpovídali na otázku, zda se s kouřením pokoušeli přestat či nikoliv. 95% pacientů již zkoušelo s kouřením přestat. 5% respondentů se nikdy nesnažili s kouřením přestat.

Graf č. 7: Grafické znázornění snahy pacientů s kouřením přestat



7.2.5. Nejdelší doba abstinence od tabáku.

Otázka č. 13 je zaměřena na období, které respondenti vydrželi bez cigaret. Nejdelší doba abstinence, kterou respondenti uváděli, byla 7 let. Nejkratší doba abstinence - jeden den. Největší procento respondentů 27% nevydrželo v abstinenci déle než 1 týden. 13% respondentů vydrželo nekouřit do 1 měsíce, 21% respondentů – 1 až 6 měsíce, 16% abstinovalo 7 měsíců až rok, 10% respondentů jeden až tři roky, 13% respondentů vydrželo v abstinenci více jak 3 roky.

Tabulka č. 3: Procentuální zastoupení pacientů dle nejdelšího období abstinence

Doba abstinence	Počet respondentů
1 den až 1 týden	27%
2 týdny až měsíc	13%
1 až 6 měsíců	21%
7 měsíců až rok	16%
1 až 3 roky	10%
Více než tři roky	13%

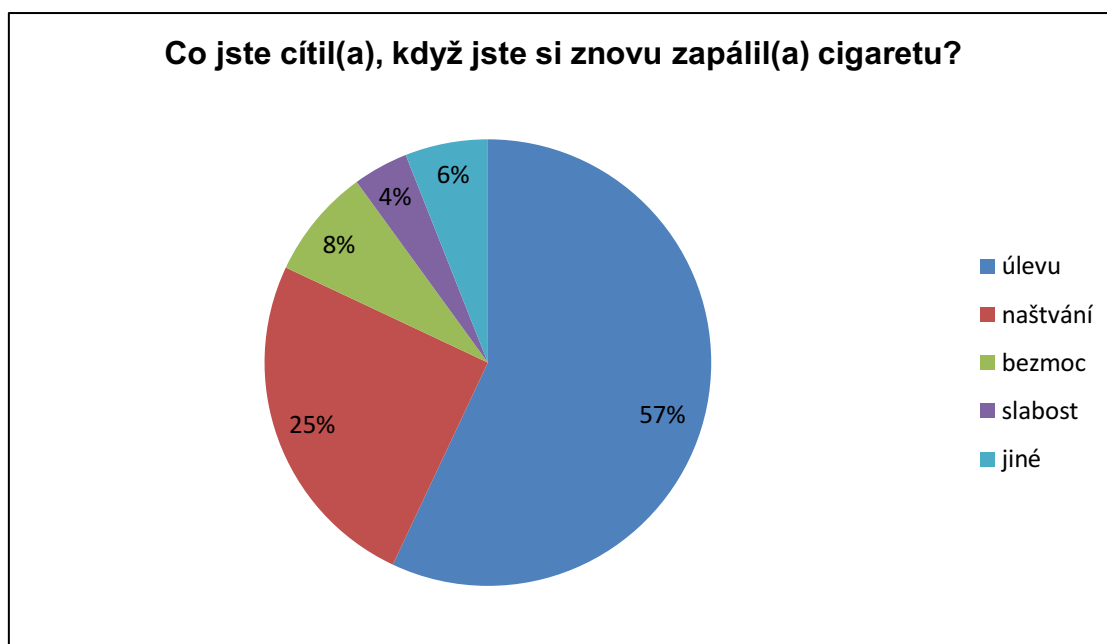
7.2.6. Důvod k zanechání kouření.

Otázka č.14 je zaměřená na důvody, které z pohledu pacientů ovlivnily jejich rozhodnutí s kouřením přestat. Nejčastější odpověď na dotaz „Co Vás vedlo k zanechání kouření?“ bylo vlastní motivace (vlastní přání) respondentů 47%. U žen bylo častým důvodem k zanechání kouření těhotenství a kojení. 19% žen uvedlo těhotenství jako důvod abstinence. Pro 12% respondentů byl důvodem k zanechání kouření pobyt v nemocnici, pro 10% respondentů – zhoršující se zdravotní stav, pro 9% - přání blízkých. 3% uvádělo jako důvod nemoc svojí nebo blízkého.

7.2.7. Pocity při porušení abstinence.

V otázce č.15 respondenti uváděli pocity při porušení abstinence, při zapálení první cigarety. 57% pacientů cítilo úlevu, 25% respondentů na sebe bylo naštváných, 8% cítilo bezmoc a 4% slabost. 6% odpovědělo jiné s popisem „nevolnost“, „nechutnalo mi to“, „nic“.

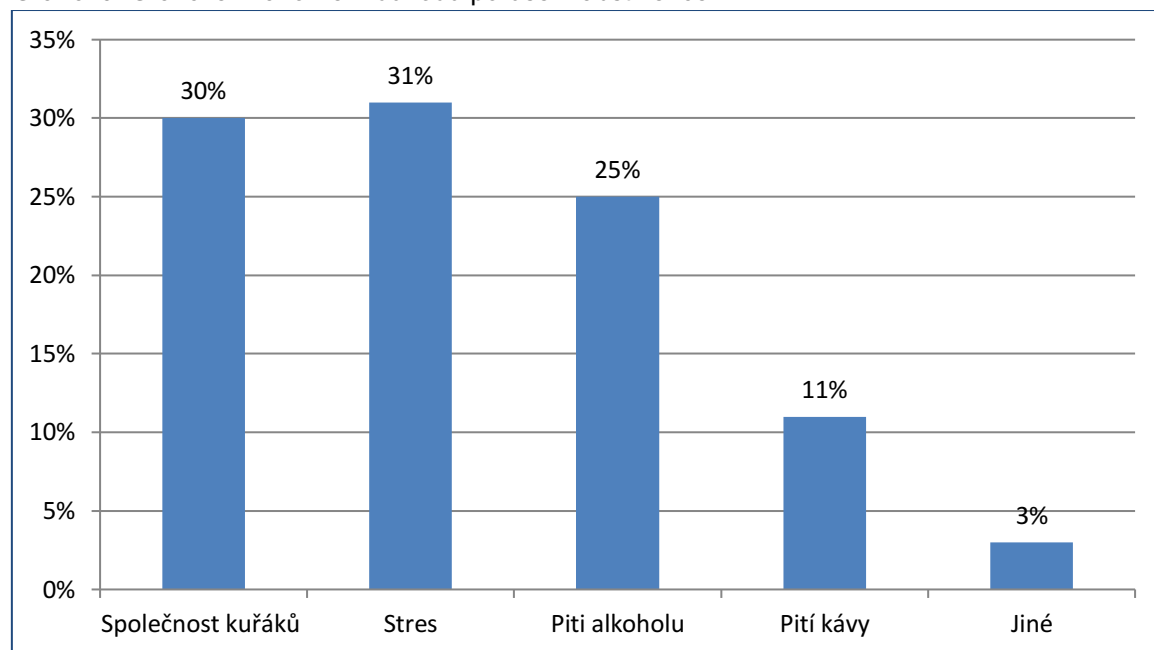
Graf č. 8: Grafické znázornění pocitů pacientů při porušení abstinence



7.2.8. Důvody k opětovnému kouření.

Otázka č.16 sloužila pro zjištění důvodů pro které respondenti abstinenci porušili. 31% respondentů uvádí jako hlavní důvod porušení abstinence stresové situace. 30% - společnost kuřáků, 25 % respondentů uvedlo nutkání si zapálit při pití alkoholu, 11% - při pití kávy, 3% respondentů odpovědělo jiné.

Graf č. 9: Grafické znázornění důvodů porušení abstinence

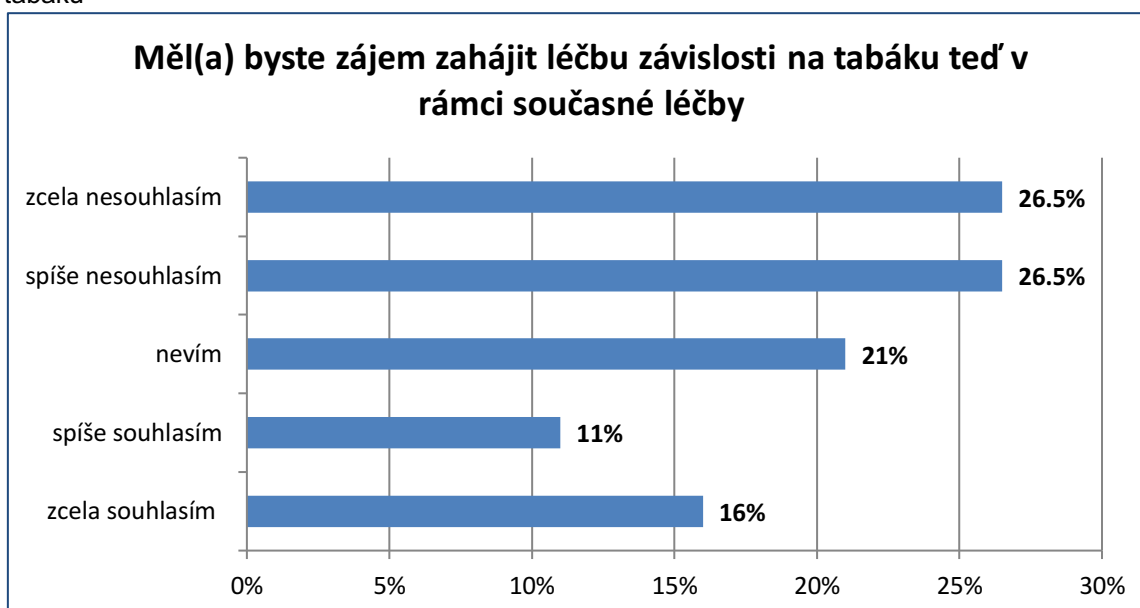


7.3. Postoje a zkušenosti pacientů k léčbě závislosti na tabáku

7.3.1. Zájem pacientů o zahájení léčby závislosti na tabáku.

Otázka č. 17 je zaměřená na ochotu pacientů zahájit léčbu závislosti na tabáku. Na dotaz, zda mají pacienti zájem zahájit léčbu závislosti na tabáku v rámci současné léčby, 16 (16 %) respondentů odpovědělo zcela souhlasím. Spíše souhlasilo 11 (11%) respondentů. Odpověď nevím využilo 21 (21 %) respondentů. Se zahájením léčby spíše nesouhlasilo 27 (26,5%) účastníků výzkumu. Zcela nesouhlasilo celkem 27 (26,5 %) respondentů. Celkem 52% respondentů se vyjádřilo, že nesouhlasí se zahájením léčby závislosti na tabáku v rámci současné léčby.

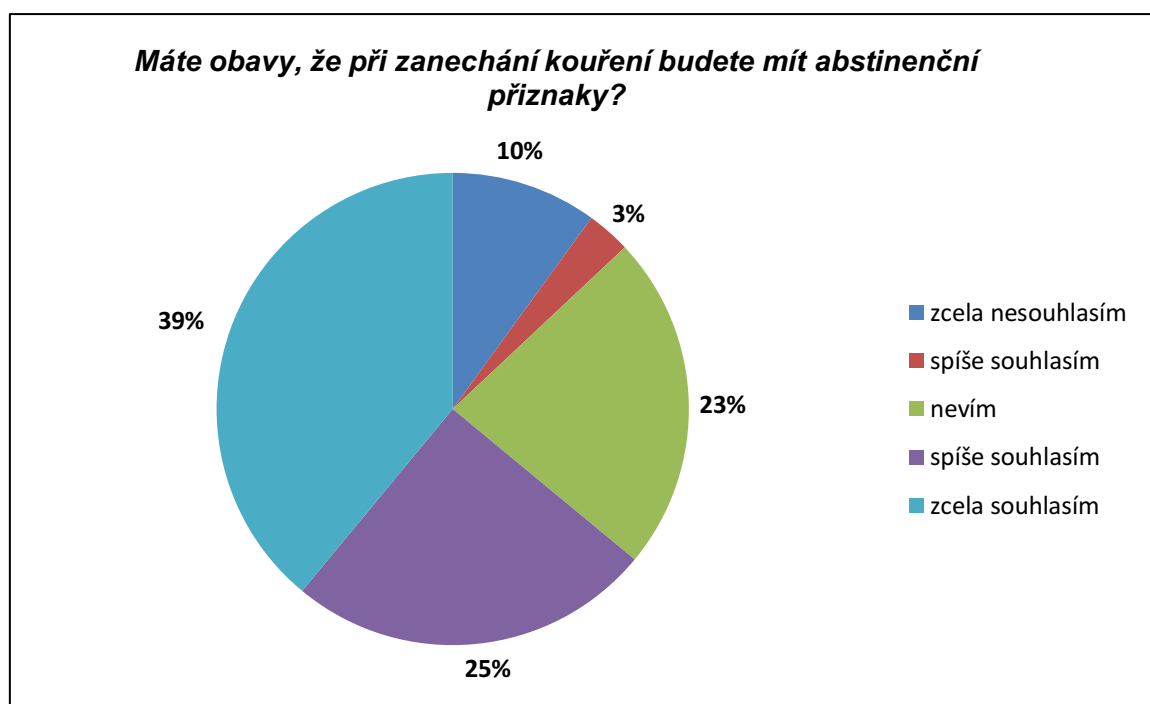
Graf č. 10: Procentuální zastoupení respondentů, kteří chtějí nebo nechťejí zahájit léčbu závislosti na tabáku



7.3.2. Obavy a zkušenosti pacientů s abstinenčními příznaky při zanechání kouření.

Otázka č.18 se věnuje obavám pacientů z abstinenčních příznaků při zahájení léčby závislosti na tabáku. Výsledky odpovědí u otázky č.18 byly následující. Zcela souhlasilo 40 (39%) respondentů. Spíše souhlasilo 26 (25%) respondentů. Odpověď nevím využilo 23 (23%) respondentů. Spíše nesouhlasili 3 (3%) účastníci výzkumu. Zcela nesouhlasilo celkem 10 (10 %) respondentů.

Graf č. 11: Obavy respondentů z abstinčních příznaků



7.3.3. Projevy abstinčních příznaků

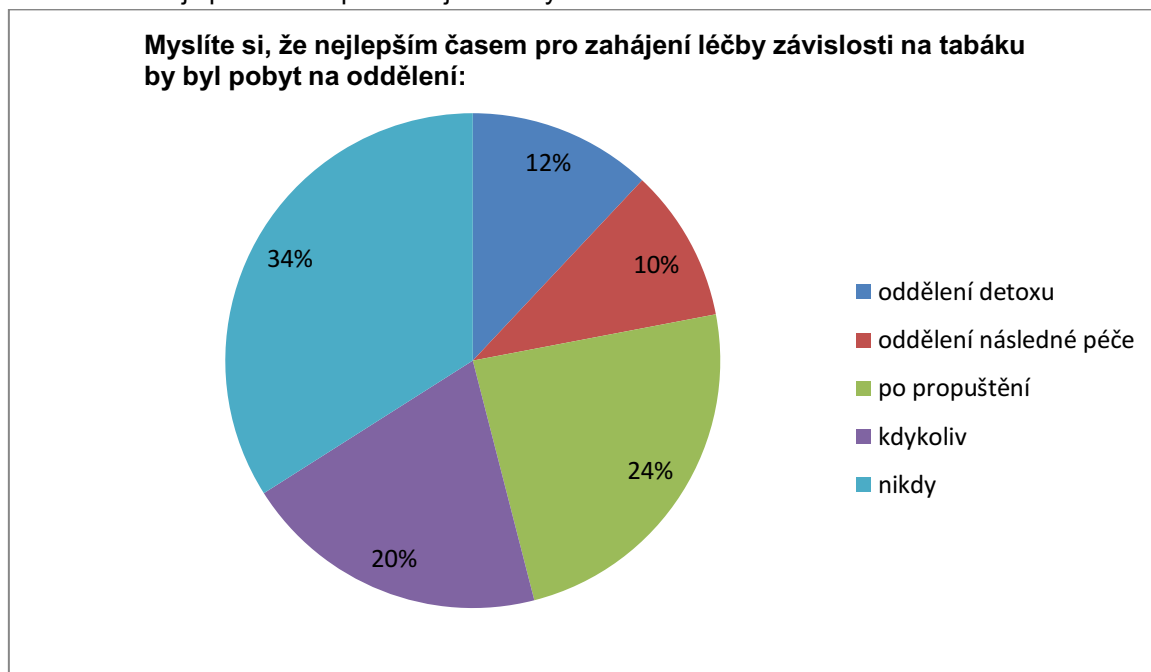
Otázka č.19 zjišťuje zda obavy pacientů potvrzují nějaké zkušenosti z předchozích pokusů. Dle odpovědí na otázku č.19 zkušenosti s abstinčními příznaky při zanechání kouření má 56% respondentů. Respondenti, kteří abstinční příznaky již někdy zažili, byli vyzváni k tomu, aby svoje pocity z abstinčních příznaků popsali. Jako abstinční příznaky pacienti uváděli úzkost, podrážděnost, zvýšenou chuť k jídlu, neadekvátní chování vůči okolí, projevy agrese, nutkavé myšlenky. Výjimečně pacienti uváděli i vážnější psychické komplikace jako stáhnutí hrudníku, sluchové a zrakové halucinace.

Nejčastější odpovědi: „Musela jsem pořad jíst“, „Bála jsem se nabrání hmotnosti“, „Úzkost, podrážděnost“, „Nervozita, stres“, „Stres, nervozita, agrese, úzkost“, „Hlasy, úzkost, halucinace“, „Podráždění, neadekvátní reakce na okolí“, „Stres, neklid, nutkavé myšlenky“. Další odpovědi nejsou uvedené, jelikož jsou stejné nebo podobné již uvedeným.

7.3.4. Načasování léčby závislosti na tabáku

Otázka č. 20 se zaměřuje na načasování odvykání kouření dle preference pacientů. Na dotaz o načasování léčby závislosti na tabáku 34% pacientů odpovědělo nikdy. 12% respondentů uvádí, že nejlepším časem pro zahájení léčby je pobyt na detoxifikačním oddělení. Pro dalších 10% respondentů nejlepším časem pro léčbu závislosti na tabáku je pobyt na oddělení následné péče. 20% respondentů by zahájilo léčbu kdykoliv. 24 účastníků výzkumu uvádí, že nejlepším časem pro zahájení léčby je období po propuštění z nemocnice.

Graf č. 12: Nejlepší období pro zahájení léčby závislosti na tabáku



7.3.5. Odůvodnění načasování léčby

V otázce č.21 byli respondenti vyzváni k tomu, aby zdůvodnili svoji odpověď na předchozí otázku, zaměřenou na načasování léčby. Předchozí otázka byla uzavřená a měla 5 možných odpovědí. Procentuální znázornění odpovědi je zobrazeno na grafu č.12. Ráda bych uvedla nejčastěji opakované odpovědi.

Pacienti, kteří při odpovědi na otázku č.25 volili odpověď „oddělení detoxu“, nejčastěji svoji odpověď zdůvodňovali takto:

Pacient č.1 „Na detoxu, izolovanost“

Pacient č.2 „Na detoxu, tam to není povoleno, takže je větší šance, že to vydržím“

Pacient č.3 „Na detoxu, tam nemám chuť na cigaretu“

Pacient č.4 „Na detoxu, nevím na detoxu je zakázáno vše.“

Pacient č.5. „Detox, protože úplná detoxifikace“

Pacient č.6 „Detox, byl jsem nejvíc motivovaný přestat kouřit“

Pacient č.7 „Těžší dostupnost cigaret, možnosti kouření“

Pacient č.8 „Nedá se tam kouřit“

Pacienti, kteří preferovali zahájit léčbu závislosti na tabáku v následné péči to nejčastěji vysvětlovali následovně:

Pacient č.1 „Hned na začátku by to byl moc šok, závislosti na kouření bych se pak nebyl schopen zbavit“

Pacient č.2 „Tady se občas člověk cítí pod tlakem a cigareta funguje jako úleva“

Pacient č.3 "Odvykání až v stabilizovaném stavu“

Pacient č.4 „Stěžovalo by to abstinenci od jiných látek“

Pacient č.5 „Nelze z donucení přestat“

Pacient č.6 „Detox – nedobrovolné omezení, moc stresu“

Pacient č.7 „Kvůli abstinenčním příznakům od užívání drog až po detox“

Pacienti, kteří odpovídali „po propouštění“:

Pacient č.1 „Po propouštění. Nebudu ve stresu z každodenního programu.“

Pacient č.2 Po propouštění „až po stabilizaci stavu v běžném životě.“

Pacient č.3 „Jsem na nemocenské, proto doma bez stresu“

Pacient č.4 „Bylo by toho moc najednou“

Pacient č.5 „Po propouštění, ale až po závažném rozhodnutí“

Pacient č.6 „Nesouhlasím řešit dvě závislosti najednou“

Pacient č.7 „Umím přestat sama“

Pacient č.8 „Na oddělení člověk cigarety potřebuje, aby se nezbláznil“

Pacient č.9 „Je to tady i tak náročné“

Pacienti, kteří odpovídali „kdykoliv“:

Pacient č. 1 „Kdykoliv, když člověk chce tak to jde kdykoliv“

Pacient č.2 „Chci přestat kouřit“

Pacient č.3 „Čím dřív tím líp“

Pacient č.4 „Kdykoliv můžeme s tímto zlovykem skoncovat“

Pacient č.5 „Myslím si, že když se rozhodnu, zvládnou přestat hned“

Pacient č.6 „Protože kdykoliv můžu skončit s kouřením“

Pacient č.7 „Kdo chce a má vůli, přestane sám“

Pacient č.8 „Přestat je vhodné co nejdříve“

Pacienti odpovídající „nikdy“:

Pacient č.1 „Nikdy, prostě se léčím s něčím jiným“

Pacient č.2 „Nikdy, jsem příležitostný kuřák“

Pacient č.3 „Je to každého věc“

Pacient č.4 „Nezvládnou přestat“

Pacient č.5 „Zvládnou to sám“

Pacient č.6 „Nechtěl bych léčit dvě závislosti najednou“

Pacient č.7 „Potřebuji chodit do práce“

7.4. Podpora pacientů při odvykání kouření

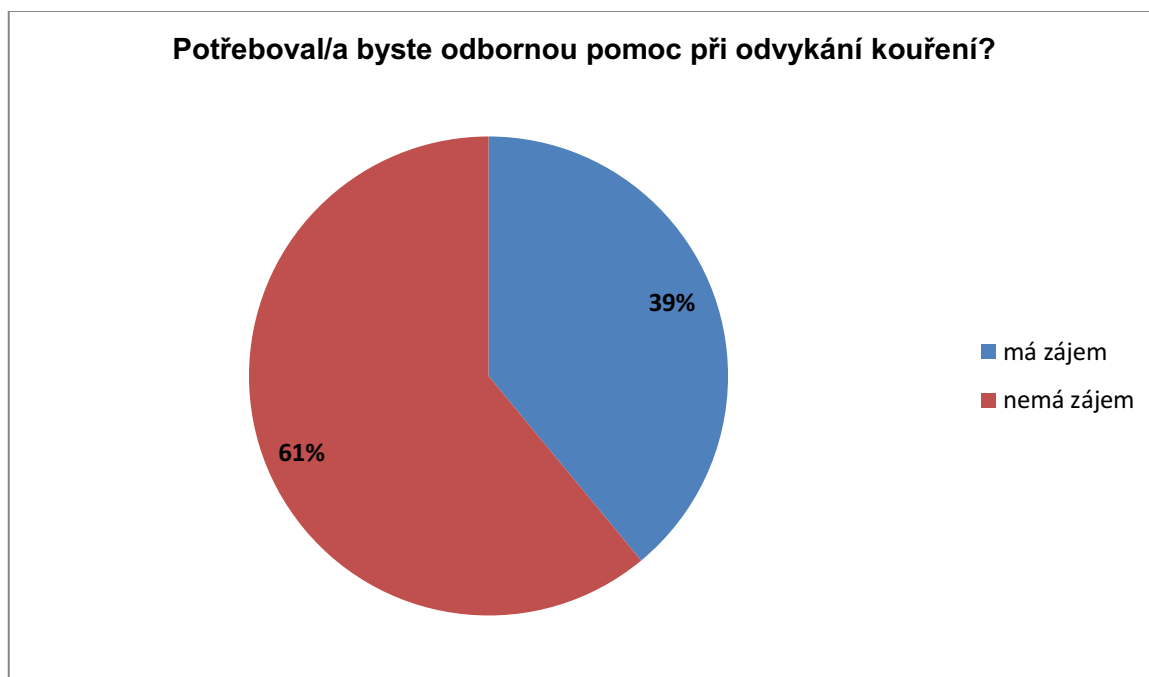
7.4.1. Informovanost pacientů o možnosti farmakoterapie.

Otázka č. 22 sloužila pro zjištění informovanosti pacientů o existenci přípravků snižujících abstinenční příznaky. Ukázalo se, že 95% respondentů mají informace o možnosti farmakoterapie. Jen 5% respondentů nebyla seznámena s možností zmírnění abstinenčních příznaků při léčbě závislosti na tabáku.

7.4.2. Zájem o odbornou pomoc při zanechání kouření.

Otázka č.23 zjišťovala zda mají pacienti zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření či nikoliv. 39% respondentů potvrdilo zájem o odbornou pomoc. Více než polovina respondentů nemá zájem o odbornou pomoc. Bylo to 61% respondentů.

Graf č. 13: Procentuální zastoupení respondentů, kteří mají nebo nemají zájem o odbornou pomoc



7.4.3. Podpora v zanechání kouření a udržení změny

Otázka č.24 je zaměřená na podpůrné faktory, které by pacienty podpořily při zanechání kouření. Respondenti mohli u této otázky vybrat více možných odpovědí. 52% respondentů by si vybralo náhradní terapie nikotinem jako podporu při zanechání kouření. O motivační rozhovory by mělo zájem 19% respondentů. Dalších 25% respondentů uvádí podporu blízkých lidí. Zbytek pacientů odpovědělo jiné.

Tabulka č. 4: Podpora v zanechání kouření

Podpora v zanechání kouření	Počet respondentů
Náhradní terapie nikotinem	53
Motivační rozhovory	19
Podpora od blízkých lidí	25
Jiné	5

7.4.4. Podpora v udržování změny

Otázka č.25 se věnuje faktorům, které by z pohledu respondentů pomohly v udržení změny. V otázce č.25 si mohli respondenti vybrat jednu nebo více odpovědí. Nekuřácké prostředí pro udržení změny by potřebovalo 40% respondentů. Dostupnost nikotinových náplastí uvedlo 19% respondentů. Pomoc při zvládnání chutě uvedlo 28% respondentů. 5% pro udržení změny potřebuje návštěvu terapeuta. Pro 6% respondentů je důležitá podpora blízkých lidí. Zbytek pacientů odpovědělo jiné.

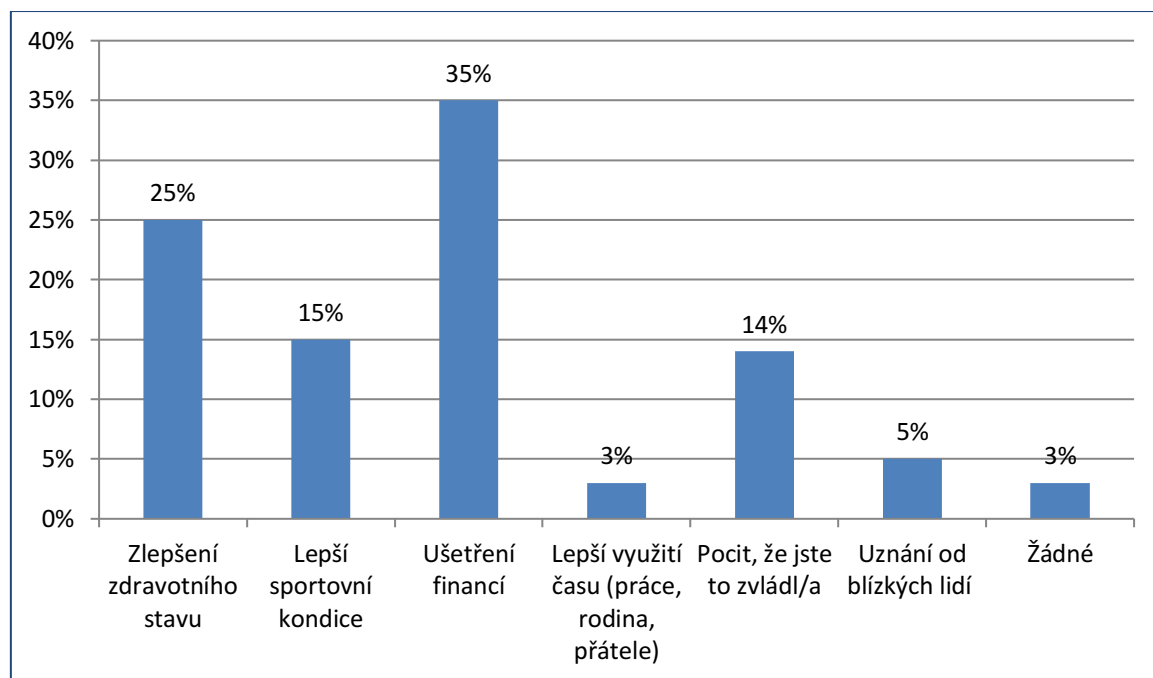
Tabulka č. 5: Podpora v udržování změny

Podpora v udržování změny	Počet respondentů
Nekuřácké prostředí	58
Dostupnost nikotinových náplastí	28
Pomoc při zvládnání chutě	40
Návštěva terapeuta	7
Podpora rodiny, kamarádů	9
Jiné	3

7.4.5. Benefity života bez cigaret

Otázka č.26 mapuje jaká pozitiva nekuřáckého života považují respondenti za důležité. Největší procento respondentů 35% považuje ušetření financí jako hlavní výhodu nekuřáckého života. Dalších 25% respondentů uvádí zlepšení zdravotního stavu. 15% respondentů vidí výhodu v lepší sportovní kondici. Pro 14% respondentů je důležitý pocit, že to zvládli. 5% respondentů považuje za důležité uznání od blízkých lidí. 3% respondentů uvádí jako benefit lepší trávení volného času. Další 3% respondentů nevidí v zanechání kouření žádná pozitiva.

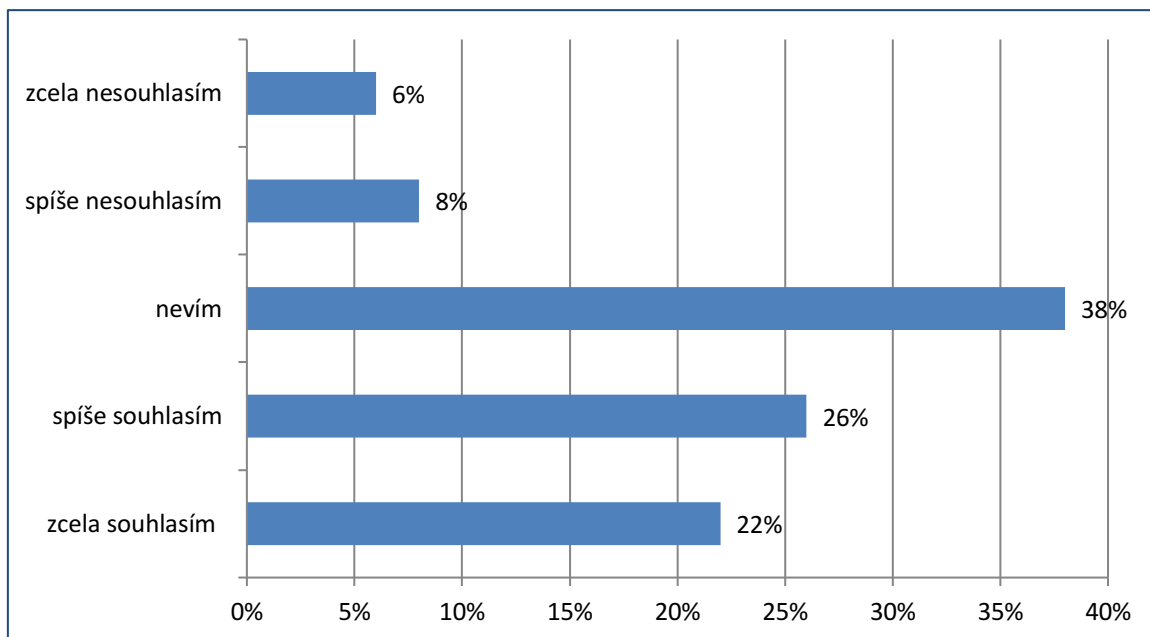
Graf č. 14: Benefity života bez cigaret.



7.4.6. Sebedůvěra pacientů.

Otázka č. 27 sloužila pro zjištění, zda si pacienti věří, že po absolvování léčby závislosti na tabáku dokážou nadále nekouřit. Ukázalo se, že 22 (22%) účastníků výzkumu zcela souhlasilo s tvrzením. Spíše souhlasilo 27 (26%) respondentů. Odpověď nevím využilo 39 (38%) respondentů. Spíše nesouhlasí 8 (8%) účastníků výzkumu. Zcela nesouhlasilo celkem 6 (6 %) respondentů.

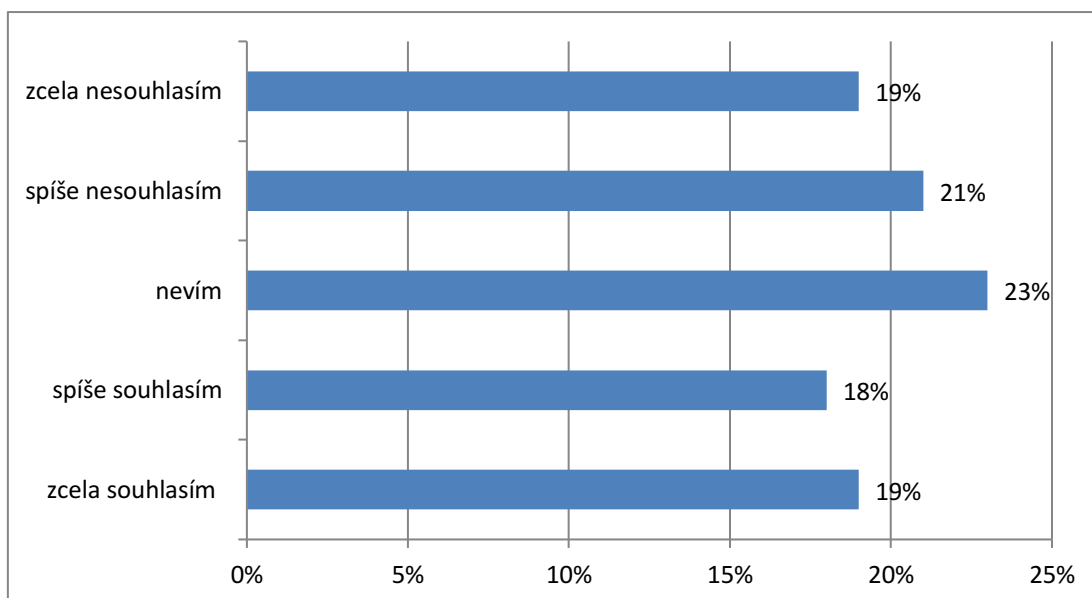
Graf č. 15: Po absolvování léčby závislosti na tabáku dokážu nekouřit



7.4.7. Vliv zanechání kouření na abstinenci od primární návykové látky.

Otázka č.28 se zaměřuje na obavy pacientů spojené se zanecháním kouření. 19% respondentů zcela souhlasilo s tvrzením, že přestat kouřit pro ně znamená ohrožení abstinence. S tvrzením spíše souhlasilo 18% respondentů. 24% účastníků výzkumu odpovědělo nevím. Spíše souhlasilo s tvrzením 22% respondentů. 19% respondentů zcela souhlasilo s tvrzením.

Graf č. 16: Máte obavy, že přestat kouřit by pro Vás mohlo znamenat ohrožení Vaší abstinence

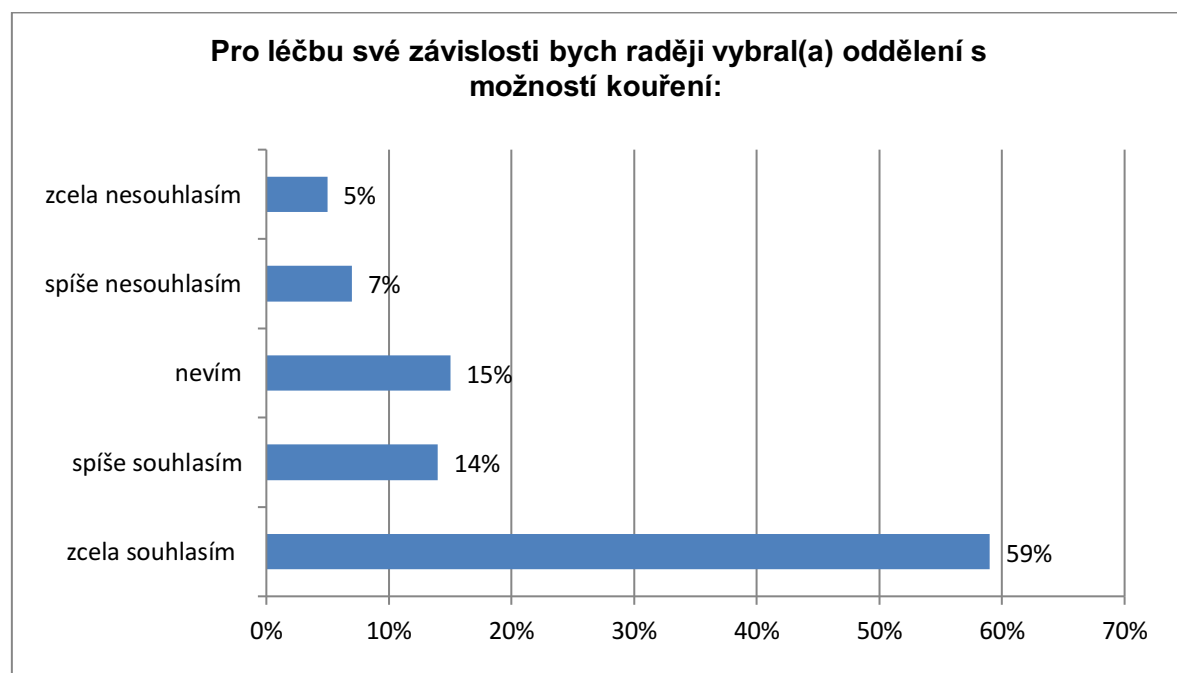


7.5. Postoje pacientů k zákazu kouření

7.5.1. Výběr zařízení dle možnosti kouření v léčbě

Otázka č. 29 se věnuje tomu, zda možnost kouření v nemocnicích ovlivňuje výběr zařízení pacientem či nikoliv. Dle odpovědí pacientů 59% respondentů zcela souhlasilo s tvrzením, že pro léčbu své závislosti by vybrali oddělení s možností kouřit. Spíše souhlasí s tvrzením 14% respondentů. Nevím odpovědělo 15% respondentů. Spíše nesouhlasí s tvrzením 7% respondentů. 5% zcela nesouhlasilo s tvrzením.

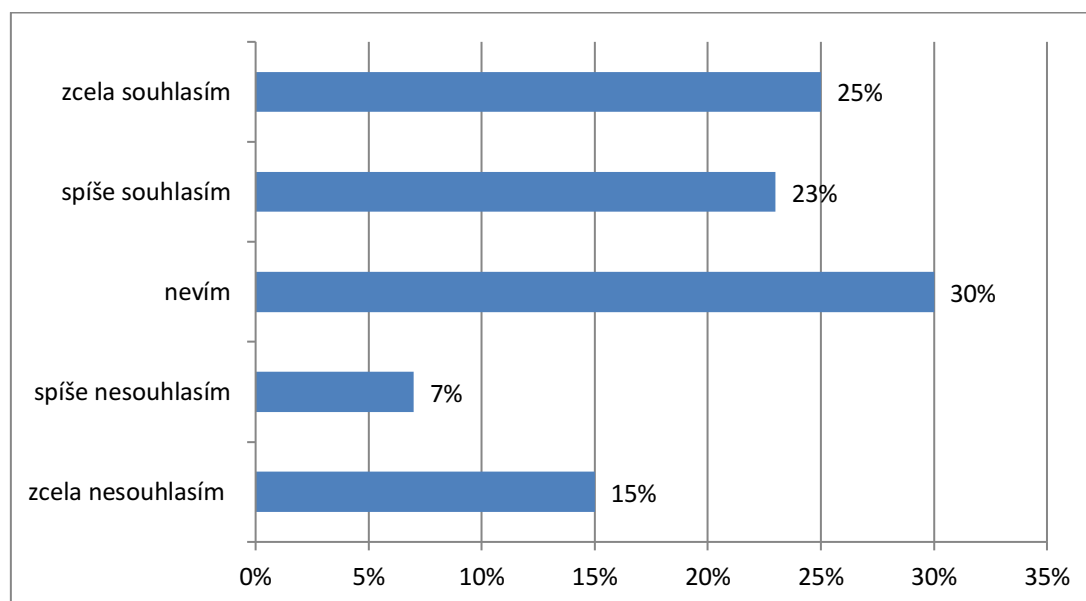
Graf č. 17: Pro léčbu své závislosti byste raději vybral(a) oddělení s možností kouření



7.5.2. Zákaz kouření na odděleních jako důvod k oddalování či odmítnutí

Otázka č.30 se zaměřuje na ochotu pacientů se léčit se závislostí na nekuřáckém oddělení. S tvrzením zcela souhlasilo 25% respondentů. Odpověď spíše souhlasím zvolilo 23% respondentů. Dle odpovědi pacientů 48% respondentů souhlasí s tvrzením, že zákaz kouření je pro něj důvodem k oddalování či odmítnutí léčby. K odpovědi nevím se přiklonilo 30% respondentů. K tvrzení se vyjádřilo spíše nesouhlasím celkem 7% respondentů. Zcela nesouhlasilo 15% respondentů.

Graf č. 18: Pro léčbu své závislosti byste raději vybral(a) oddělení s možností kouření:

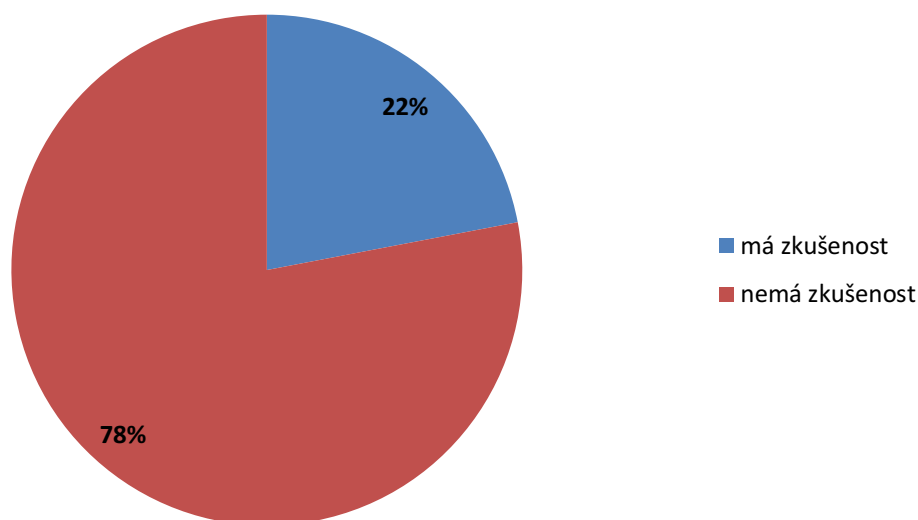


7.5.3. Osobní zkušenosti pacientů s oddalováním nástupu do léčby

Otázka č. 31 se věnuje osobním zkušenostem pacientů s oddalováním léčby kvůli obavám ze zákazu kouření na oddělení. Většinové procento respondentů odpovědělo, že nemá osobní zkušenost s oddalováním léčby. Bylo to 78%. Zbytek respondentů odpovědělo negativně.

Graf č. 19: Znázornění zkušenosti respondentů s oddalováním či odmítnutím léčby

Máte osobní zkušenost s oddalováním nástupu do léčby kvůli obavám ze zákazu kouření na oddělení:

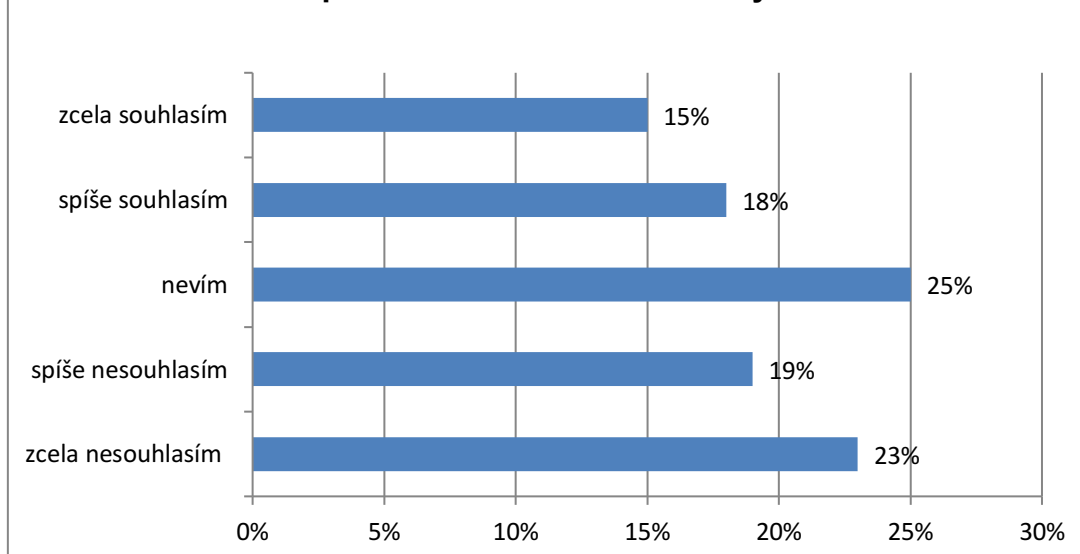


7.5.4. Předčasné ukončení léčby.

Otázka č.32 mapuje, zda může zákaz kouření na oddělení být pro pacienty důvodem k předčasnému ukončení léčby. Odpověď zcela souhlasím zvolilo 15% respondentů. Spíše souhlasilo 18% respondentů. Možnosti odpovědět nevím využilo 25% respondentů. S tím, že zákaz kouření na oddělení je důvodem pro předčasné ukončení léčby spíše nesouhlasilo 19% respondentů a zcela nesouhlasilo 23% respondentů.

Graf č.20 Zákaz kouření na odděleních je důvodem k předčasnému ukončení léčby

Myslíte si, že zákaz kouření na oddělení je důvodem k předčasnému ukončení léčby:

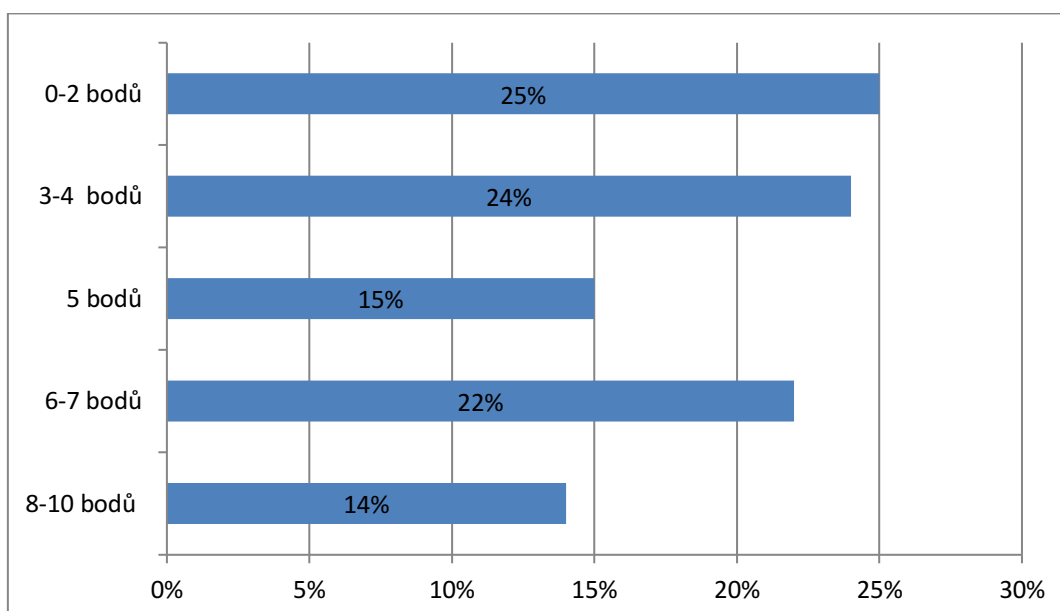


8. Výsledky Fagerströмова testu.

Fagerströmův test závislosti na nikotinu (FTND) FTND je krátká dotazníková metoda obsahující 6 položek. Maximum je 10 bodů, čím vyšší je skóre, tím lze předpokládat silnější závislost na nikotinu. Již jeden bod však znamená určitou míru fyzické závislosti. Fagerströmův test byl použit v této studii pro upřesnění míry závislosti na cigaretách. Dle výsledků testů:

1. velmi nízkou nebo žádnou závislost s výsledkem 0-2 body má 26 respondentů.
2. nízkou závislost s výsledkem 3-4 body má 25 respondentů.
3. střední závislost s výsledkem 5 bodů má 15 respondentů.
4. vysokou závislost 6-7 bodů má 23 respondentů.
5. velmi vysokou závislost má 14 respondentů.

Graf č. 21: Vyhodnocení výsledků Fagerströмова testu



8.1. Porovnání míry závislosti na tabáku dle FTND a odpovědi na otázku č. 17.

Otázka č.17 se zaměřuje na ochotu pacientů zahájit léčbu závislosti na tabáku v rámci současné léčby.

0-2 body dle FTND. Při odpovědi na dotaz č. 17 pacienti, kteří měli velmi nízkou míru závislosti na tabáku zvolili odpověď zcela souhlasím. Bylo to 4 (15%) pacientů. Odpověď nevím zvolilo 10 (38%) pacientů. Spíše nesouhlasilo 9 (35%) respondentů. Zcela nesouhlasilo s tvrzením 3 (12%) účastníci výzkumu.

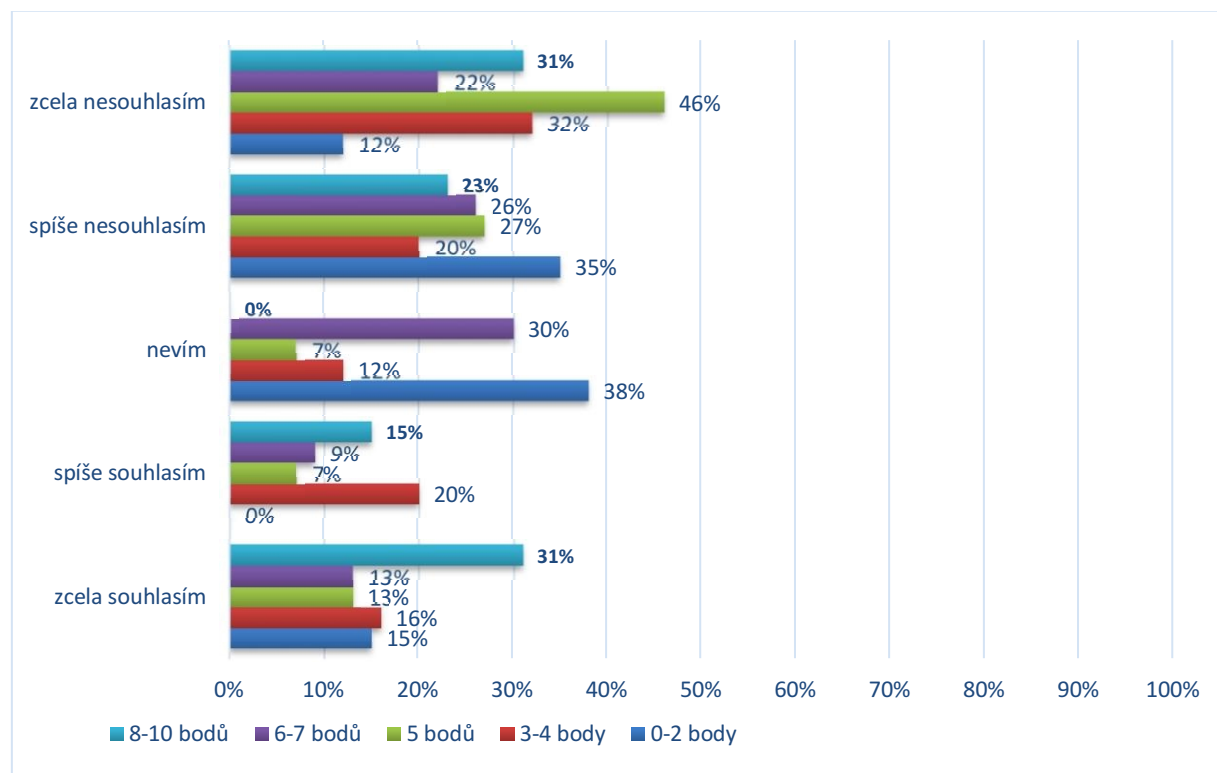
3-4 body dle FTND vs otázka č.17. Zcela souhlasilo s tvrzením 4 respondenti (16%). odpověď spíše souhlasím zvolilo 5 (20%) respondentů. Možnosti odpovědět nevím využilo 3 (12%) pacientů. Spíše nesouhlasilo 5 (20%) respondentů a zcela nesouhlasilo s tvrzením 8 (32%) respondentů.

5 bodů FTND vs otázka č.17. Zcela souhlasilo s tvrzením 2 (13%) respondenti. Odpověď spíše souhlasím zvolil 1 (7%) respondentů. Možnosti odpovědět nevím využilo 1 (7%) pacientů. Spíše nesouhlasilo 4 (27 respondentů a zcela nesouhlasilo s tvrzením 7 (46%) respondentů.

6-7 bodů FTND vs otázka č.17. Zcela souhlasilo s tvrzením 3 (13%) respondenti. odpověď spíše souhlasím zvolilo 2 (9%) respondentů. Možnosti odpovědět nevím využilo 7 (30%) pacientů. Spíše nesouhlasilo 6 (26%) respondentů a zcela nesouhlasilo s tvrzením 5 (22%) respondentů. 22 ano 48 ne

8-10 bodů FTND vs otázka č.17. Zcela souhlasilo s tvrzením 4(31%) respondenti. odpověď spíše souhlasím zvolilo 2 (15%) respondentů. Možnosti odpovědět nevím využilo 0 (0%) pacientů. Spíše nesouhlasilo 3 (23%) respondentů a zcela nesouhlasilo s tvrzením 4 (31%) respondentů.

Graf č. 22: Porovnání výsledků FTND a otázky č.17



Diskuze

Cílem mé práce bylo popsat zkušenosti a postoje pacientů závislých na tabáku k zákazu kouření na odděleních ústavní léčby závislosti.

Výzkum byl proveden v Psychiatrické léčebně Bohnice, kde se pacienti setkávají se zákazem kouření při pobytu na detoxifikačním oddělení, na jiných odděleních léčby závislosti je kouření časově omezeno dle programu oddělení a rozhodnutí sester. Pobyt na detoxifikačním oddělení trvá 2 až 4 týdny. Pacienti po absolvování pobytu na detoxifikačním oddělení přestupují dle zdravotního stavu na oddělení následné péče či oddělení duálních diagnóz, kde se kouření toleruje a většina pacientů na odděleních kouří.

V období zahájení výzkumu na odděleních se léčilo 197 pacientů. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 144 respondentů. Vzorek byl redukován na 117 kompletně vyplněných dotazníků. Neúplně vyplněné dotazníky byly vyřazeny z výzkumu. Celkem 11 dotazníků se nevrátilo.

Znění 1. výzkumné otázky: **Jakou roli hrají pravidla pro kouření na oddělení při výběru zařízení, zahájení a ukončení ústavní léčby?**

Práce ukázala, že při výběru zařízení a zahájení léčby závislosti je pro adiktologické pacienty významná možnost kouření na odděleních. Při možnosti výběru největší procento respondentů by vybrala oddělení s možností kouření.

Studie ukázala, že při zavedení nekuřáckého provozu na odděleních léčby závislosti část pacientů, uvažujících o zahájení léčby by se snažila nástup do léčby oddálit či léčbu odmítnout. Většina respondentů však nemá osobní zkušenosti s oddalováním léčby kvůli obavám ze zákazu kouření i přesto, že většina pacientů absolvovala pobyt na nekuřáckém detoxifikačním oddělení. Co se týče ukončení léčby z důvodu zákazu kouření, většina respondentů zastává názor, že nekuřácký provoz není pro něj důvodem k předčasnému ukončení léčby.

Odpověď na tuto výzkumnou otázku znázorňuje, že pro pacienty závislé na nikotinu je náročné pomyšlení, že při nástupu do léčby primární závislosti by se měli zároveň léčit se závislostí na nikotinu. Jak bylo uvedeno v teoretické části práce před zavedením zákazu kouření mělo toto opatření jen malou podporu, brzy po jeho zavedení byla podpora naprosto většinová. (Kraliková et al., 2015). Při zavedení nekuřáckého provozu bychom sice pozorovali nespokojenost části pacientů, nemělo by to ale negativně ovlivnit průběh a dokončení léčby.

Znění 2. výzkumné otázky: **Mají pacienti motivaci nekouřit? Když ano, co je v tom podpoří?**

Dle výsledků výzkumu adiktologičtí pacienti stejně jako běžná populace se snaží s kouřením přestat či kouření omezit. Jen 19 respondentů nikdy nezkoušelo s kouřením přestat. Jako hlavní příčinu, proč respondenti měli zájem s kouřením přestat pacienti uváděli vlastní motivace, druhým nejčastějším důvodem byl zdravotní stav pacientů a období těhotenství u žen. Nejčastějším benefitem ze zanechání kouření, který pacienti uváděli bylo ušetření financí a zlepšení zdravotního stavu. Většina pacientů souhlasilo s tvrzením, že kouření je škodlivé, pouze 3 pacienti pokládají kouření za neškodné.

Dle Soukupa subjektivně vnímaná důležitost změny a důvěra ve své schopnosti ji uskutečnit jsou dvě odlišné charakteristiky, přičemž pro úspěch změny je nezbytné, aby byly obě přítomné v dostatečné míře. Většina lidí, kterým jejich chování přináší nějaké ztráty a omezení, by určitou změnu k lepšímu uvítala. (Soukup, 2020). Tato studie potvrzuje, že pacientům na odděleních léčby závislosti vadí, že kouří. Chybí jim rozhodnutí a sebedůvěra, že to zvládnou (abstinenční příznaky). Skoro polovina respondentů má obavy z toho, že zanechání kouření může nepříznivě ovlivnit léčbu primární závislosti. Jako podporu při odvykání kouření většina respondentů upřednostňuje farmakoterapie. Jako další podpůrné faktory pacienti uváděli motivační rozhovory a podporu od blízkých lidí. Dle názoru respondentů, v udržení změny by pacientům nejvíc pomohlo nekuřácké prostředí a pomoc při zvládnání cravingu. Dle uvedeného v teoretické části práce jsou motivační rozhovory plně indikované pacientům léčícím se ze závislosti a mohou pomoci ke zvýšení motivace pacientů k léčbě závislosti na tabáku (Štěpanková & Kmetová, 2020 In: Soukup).

Znění 3. výzkumné otázky: **Jaká fáze léčby závislosti je z pohledu pacientů přijatelnější pro odvykání kouření?**

Ukázalo se, že 27% respondentů zcela souhlasila či spíše souhlasila se zahájením léčby závislosti na tabáku souběžně s léčbou jiné závislosti. 52% respondentů by v současné době s léčbou nesouhlasilo. 21% odpovědělo nevim.

Na dotaz o načasování léčby závislosti na tabáku 34% pacientů uvedlo, že by nikdy nemělo zájem o léčbu. Pacienti nemající zájem o léčbu často uváděli, že jsou příležitostní kuřáci nebo že nejsou závislí na tabáku a kdyby chtěli tak dokážou přestat. Několik pacientů se přiznalo, že kouří jenom v léčbě. Kouření pro ně je možností utéct od povinností souvisejících s programem na oddělení. Ze zbylých 66% respondentů většina 24% respondentů by upřednostnila zahájení léčby po propuštění. Načasování léčby si pacienti zdůvodnili odpovědí, že by raději podstoupili léčbu závislosti na tabáku ve stabilizovaném stavu. Dle výsledku studie uvedené v teoretické části práce léčba závislosti na tabáku by měla být zahájena až pacient bude stabilizovaný. Další studia oponují výsledkům zmíněné studie s doporučením souběžné léčby všech závislostí.

Dalších 20% respondentů by zahájilo léčbu závislosti na tabáku při léčbě primární závislosti, z nich 12% na detoxifikačním oddělení, 10% při pobytu na oddělení následné péče. Zájem pacientů o léčbu souvisí s větší informovaností pacientů o škodlivosti kouření a o možnostech podpory při odvykání kouření a to včetně farmakoterapie a psychobehaviorální intervence. Odpovědi pacientů pravděpodobně ovlivňuje i pobyt na nekuřáckém detoxifikačním oddělení, a to jak negativně tak i pozitivně.

Znění 4. výzkumné otázky: **Jak souvisí míra závislosti na tabáku s ochotou se léčit na nekuřáckém oddělení?**

Pro posouzení míry závislosti na tabáku byl použit Fagerströmův test nikotinové závislosti. Při zkoumání vztahu mezi mírou závislosti na tabáku a ochotou pacientů se léčit na nekuřáckém oddělení práce ukázala, že pacienti mající nejvyšší míru závislosti na tabáku častěji souhlasili se zahájením léčby závislosti na tabáku současně s probíhající léčbou než pacienti s nižší mírou závislosti na tabáku dle FTND. Žádný z těchto pacientů neodpověděl nevim.

Respondenti s velmi nízkou mírou závislosti na tabáku častěji nesouhlasili se zahájením léčby závislosti na tabáku v současné léčbě. Jen 15% pacientů s nižší závislostí na tabáku souhlasilo s případným zahájením léčby. To je nejméně ze všech respondentů. 47% pacientů, kteří měli 0-2 bodů dle FTND, nesouhlasilo se zahájením léčby závislosti na tabáku. Pacienti s nižší mírou závislosti jsou pravděpodobně příležitostní kuřáci. Menší množství denně vykouřených cigaret nebo příležitostné kouření jim dává pocit, že mají kouření pod kontrolou, podceňují škodlivost občasného kouření. Často si myslí, že můžou přestat kdykoliv chtějí. Dá se říct, že pacienti mající největší počet bodů FTND jsou víc motivováni zahájit léčbu závislosti na tabáku.

Dle výsledku výzkumu neexistuje přímá souvislost míry závislosti na tabáku se snížením či zvýšením motivace pacientů zahájit léčbu závislosti na tabáku. Je pravděpodobné, že podobnou souvislost bude možné prokázat zvýšením počtu respondentů.

Výsledky výzkumu nebude možné zobecnit z důvodu použití záměrného účelového výběru a provedení výzkumu v jedné záměrně vybrané instituci. Záměrnost výběru a velikost výzkumného souboru mohou snižovat reprezentativitu výzkumu. Vyplnění dotazníků pacienty v prostředí ústavní léčby může pravděpodobně ovlivňovat odpovědi pacientů.

Pro další výzkumy by autorka doporučila zajištění většího výzkumného souboru. Přínosná by byla možnost zpracování dotazníku online na nějaké skupině prostřednictvím mobilních telefonů. Ušetřilo by to čas pacientům a následně zpracování dat výzkumníkem. Náročnost zpracování tištěných dotazníků může mít vliv na odpovědi pacientů. Při manuálním zpracování dotazníků bylo očividně, že pacienty měly problém udržet pozornost a odevzdat kompletně vyplněný dotazník. 27 dotazníků byla vyřazeno z důvodů nekompletnosti vyplnění dotazníků. Vyplnění dotazníků online formou by mohlo v nějaké interaktivní formě pomoci předejit únavě respondentů a tím zvýšit kvalitu odpovědí a reprezentativitu výzkumu.

Závěr

Dotazníkové šetření provedené v tomto výzkumu přináší očekávatelné a někdy i překvapivé výsledky. Výsledky výzkumu potvrzují zvýšený výskyt závislosti na tabáku u adiktologických pacientů, podobně jako jiné studie provedené v ČR a v zahraničí. Ukázalo se, že adiktologičtí pacienti projevují zájem o léčbu závislosti na tabáku, stejně jako se běžná populace často snaží kouření omezit či s kouřením přestat. Mnozí z nich si uvědomují potřebu odborné pomoci při odvykání kouření. Relativně málo pacientů neprojevovalo zájem o zahájení léčby závislosti na tabáku.

Respondenti uváděli jako nejvhodnější období pro léčbu závislosti na tabáku pobyt na oddělení detoxu, na oddělení následné péče, či kdykoliv. Přesahující většina pacientů absolvujících léčbu závislosti v PL Bohnicích se setkala se zákazem kouření na detoxifikačním oddělení či s omezením kouření na ostatních odděleních léčebny. Preferované období pro léčbu závislosti na tabáku vychází z vlastních zkušeností pacientů. Vysvětluje to dost často se objevující odpověď respondentů uvažujících o tom, že nejlepším obdobím pro léčbu závislosti na tabáku je pobyt na detoxifikačním oddělení či v následné péči.

Celkově výzkum ukázal, že hlavním faktorem pro podporu v odvykání kouření je pro pacienty nekuřácké prostředí, druhým neméně důležitým faktorem je možnost podpory ze strany personálu při zvládnání chuti na cigarety. Pacienti zvládají léčbu odvykání kouření v rámci léčby primární závislosti. Zákaz kouření na odděleních má pro pacienty význam při výběru pobytového zařízení pro léčbu závislosti, ale ve většině případů není důvodem k ukončení léčby. Zavádění nekuřáckých oddělení léčby závislosti by mohlo být přínosem pro adiktologické pacienty. Výsledky výzkumu potvrzují slova paní profesorky Králíkové, že adiktologickým pacientům by měla být léčba závislosti na tabáku nabízena současně s léčbou jiné závislosti (v nekuřáckém prostředí, nekuřáckým personálem). Zvýší se tak úspěšnost léčby jiných závislostí (Králíková, 2015).

Poslední dobou sledujeme snahu odborné veřejnosti o zavádění nekuřáckých oddělení: nekuřácké detoxifikační oddělení Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, nekuřácké psychiatrické oddělení ve Všeobecné vojenské nemocnici. Pevně doufám, že se budou otevírat další nekuřácké oddělení. Předpokládám, že výsledky této práce poslouží k dalším výzkumům a podpoří iniciativu o zavádění léčby odvykání kouření při léčbě jiných závislostí.

Seznam grafů:

Graf č.1 Prevalence kuřáctví v letech 2012-2021. Kuřáci tabákových výrobků celkem (denní a příležitostní). Csémy, Dvořáková, Fialová et al. (2022). Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2021.

Graf č.2 Roční abstinence dle délky farmakoterapie. Centrum pro závislé na tabáku III. IK 1. LF UK a VFN. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/akce/20221012-klasifikon/18-klasifikon2022-kralikova.pdf>

Graf č.3 Procentuální znázornění poměru žen a mužů z celkového počtu respondentů

Graf č.4 Grafické znázornění prevalence kouření mezi respondenty podle pohlaví

Graf č.5 Grafické znázornění vztahu pacientů ke kouření

Graf č. 6 Jaký máte názor na zdravotní dopad kouření?

Graf č.7 Grafické znázornění snahy pacientů s kouřením přestat

Graf č. 8 Grafické znázornění pocitů pacientů při porušení abstinence

Graf č.9 Grafické znázornění důvodů porušení abstinence

Graf č. 10 Procentuální zastoupení respondentů, kteří chtějí nebo nechtějí zahájit léčbu závislosti na tabáku.

Graf č.11 Obavy respondentů z abstenenčních příznaků

Graf č. 12 Nejlepší období pro zahájení léčby závislosti na tabáku

Graf č. 13 Procentuální zastoupení respondentů, kteří mají nebo nemají zájem o odbornou pomoc

Graf č. 14 Benefity života bez cigaret.

Graf č. 15 Po absolvování léčby závislosti na tabáku dokážu nekouřit

Graf č. 16 Máte obavy, že přestat kouřit by pro Vás mohlo znamenat ohrožení Vaší abstinence

Graf č. 17 Pro léčbu své závislosti byste raději vybral(a) oddělení s možností kouření

Graf č. 18 Zákaz kouření na odděleních je důvodem k oddalování či odmítnutí léčby

Graf č. 19 Znázornění zkušenosti respondentů s oddalováním či odmítnutím léčby

Graf č.20 Zákaz kouření na odděleních je důvodem k předčasnému ukončení léčby

Graf č 21 Vyhodnocení výsledků Fagerströмова testu

Graf č. 22 Porovnání výsledků FTND a otázky č.17

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1: Věková struktura respondentů

Tabulka č. 2 Závislost, se kterou se respondenti léčí

Tabulka č. 3: Procentuální zastoupení pacientů dle nejdelšího období abstinence

Tabulka č. 4: Podpora v zanechání kouření

Tabulka č.5: Podpora v udržování změny

Seznam obrázků:

Obr.č.1 Oblasti v mozku, které se podílejí na vzniku závislosti na nikotinu. Zdroj: Le Foll, B., & George, T. P. (2007). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072983/>

Seznam příloh:

Příloha č. 1 Fageströmův test nikotinové závislosti pro dospělé

Příloha č. 2 Výzkumný dotazník

Příloha č. 3 Informace o výzkumu

Příloha č. 4 Informovaný souhlas

Použitá literatura:

Apollonio, D., Philipps, R., & Bero, L. (2016). Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).

Csémy, L., Dvoráková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M., Skývová, M. (2020).

Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019. Statní zdravotní ústav (2020). Dostupné z: https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/02/zprava_tabak_alkohol_cr_2019.pdf

Čtvrtečková, M., & Nepustil, P. (2020). Psychosociální poradenství. Bez podmínek: Metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy, 92.

Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J., Mravčík, V. (2022). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky.

Hrubá, D., Šikolová, V., Peřina, A. (2014). Aktuality z toxikologie kouření tabáku: Third hand smoking. Dostupné z: <https://hygienu.szu.cz/pdfs/hyg/2014/04/10.pdf>.

Joseph, A.M., Willenbring, M.L., Nugent, S.M. & Nelson, D.B. (2004). A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 65 (6): 681-91.

Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kagabo, R., Gordon, A. J., & Okuyemi, K. (2020). Smoking cessation in inpatient psychiatry treatment facilities: A review. *Addictive behaviors reports*. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7244912/>

Králíková, E., Štěpánková, L. (2011). Kouření tabáku, základní fakta a sociální souvislosti. *Adiktologie*, (11)3, 180–185.

Králíková E. (2015). Farmakologická léčba závislosti na tabáku. *Remedia*. Dostupné z: <https://www.remédia.cz/rubriky/prehledy-nazory-diskuse/farmakologicka-lecba-zavislosti-na-tabaku-7093/>

Kulhánek, A. (2017). Odvykání kouření jako (ne)adiktologické téma? Editorial. Dostupné z: https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/editorial_kulhanek-1.pdf

Kulhánek A., & Mašlaniová M. (2020). Pilotní spuštění nekuřáckého detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. *Adikt. prevent. léčeb. praxi*, (2), 106-111. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2020/07/Kulhanek-1.pdf>

Lemon, S.C., Friedmann, P. O. & Stein, M.D. (2003). The impact of smoking cessation on drug abuse treatment outcome. *Addictive Behaviors* 28 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460302002599>

Le Foll, B., George, T.P. (2007). Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ*. 2007 Nov 20;177(11):1373-80. doi: 10.1503/cmaj.070627. . Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072983/>

Lindson-Hawley, N., Thompson, T. P., & Begh, R. (2015). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).

Mravčík V., Chomynová P., Grohmannová K. et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017. Úřad vlády České republiky 2018. Dostupné z <https://bit.ly/35cd7 VU>.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Franková, E., Nechanská, B., FIDESOVÁ, H. (2021). Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021.

Králíková, E., Býma S., Konštický S. (2008). Závislost na tabáku: prevence, diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře. *Praktický lékař*. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2008-5/zavislost-na-tabaku-prevence-diagnostika-a-lecba-v-ordinaci-praktickeho-lekare-88>

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

Králíková, E., Provazníková, Z., Štěpánková, L., Ryšávka, P., Bobovská, I., Křenková, K., Hartinger, J. (2021). Online konference Léčba závislosti na tabáku 2021. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/video/online-konference-lecba-zavislosti-na-tabaku-2021-126776>

Králíková, E., Pánková, A., Štěpánková, L., Zvolská, K. (2015). Co nového ve výzkumu nikotinu a tabáku: elektronické cigarety, psychiatrie, genetika a cytisin. *Časopis lékařů českých*. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2015-1/co-noveho-ve-vyzkumu-nikotinu-a-tabaku-elektronicke-cigarety-psychiatrie-genetika-a-cytisin-51381>

Králíková, E., Zvolská, K., Štěpánková, L., Pánková, A. (2022). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis lékařů českých*. Dostupné z: <https://www.slzt.cz/media/document/79bee9694f97b9bdf14eafaf8f20b392.pdf>

Patočka, J., Plucar, B. Vareniklin a odvykáč léčba kouření.(2009). Dostupné z:
<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20120410090745655252>

Patočka, J. (2007). Jedy tabákového kouře. Dostupné z:
<http://www.toxicology.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=99>

Pavlovská, A. (2011). Fagerströmův test nikotinové závislosti (Fagerström Test of Nicotine Dependence, FTND) [Online]. In Adiktologie.cz. Praha: Klinika adiktologie. Retrieved from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2734/Fagerstromuv-testnikotinove-zavislosti-Fagerstrom-Test-of-Nicotine-Dependence-FTND>

Tóthová Valérie, Chloubová Ivana, Prokešová Radka, a kolektiv (2019). Význam ošetřovatelství v preventivní kardiologii.

Vlad, C., Arnsten, J.H. & Nahvi, S. Achieving Smoking Cessation Among Persons with Opioid Use Disorder. *CNS Drugs* **34**, 367–387 (2020).
<https://doi.org/10.1007/s40263-020-00701-z>

Přílohy:

Příloha č. 1 Fagerströmův test závislosti na nikotinu

Fagerström Test of Nicotine Dependence = FTND (Heatheron et al., 1991; Králíková, 2004):

Odpovězte na otázky a spočítejte si body uvedené v závorce za odpověďmi.

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

- a) Do 5 minut (3 body)
- b) Za 6-30 minut (2 body)
- c) Za 31-60 minut (1 bod)
- d) Po 60 minutách (0 bodů)

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

- a) Ano (1 bod)
- b) Ne (0 bodů)

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

- a) První ráno (1 bod)
- b) Kteroukoli jinou (0 bodů)

4. Kolik cigaret denně kouříte?

- a) 0-10 (0 bodů)
- b) 11-20 (1 bod)
- c) 21-30 (2 body)
- d) 31 a více (3 body)

5. Kouříte častěji během dopoledne?

- a) Ano (1 bod)
- b) Ne (0 bodů)

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

- a) Ano (1 bod)
- b) Ne (0 bodů)

Zdroj: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2734/Fagerstromuv-testnikotinove-zavislosti-Fagerstrom-Test-of-Nicotine-Dependence-FTND>

Příloha č. 2: Dotazník pro účely bakalářské práce

Dotazník pro pacienty, pacientky procházející ústavní léčbou závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách, které jsou současně závislé na nikotinu.

1. Jste:

Vyberte jednu odpověď

- MUŽ ŽENA

2. Váš věk:

Napište odpověď

3. Jste kuřák/kuřačka?

Vyberte jednu odpověď

- ANO NE jiné (popište)

4. Do léčby jste nastoupil(a) dobrovolně:

Vyberte jednu odpověď

- ANO NE

5. Kdy jste nastoupil(a) do této léčebny (aktuální léčba)?

Napište odpověď

6. Léčíte se se závislostí na:

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Alkohol
 Marihuana
 Pervitin
 Opioidy
 Jiná...

7. Vadí Vám, že kouříte?

Vyberte jednu odpověď

- ANO NE NEVÍM

8. Jaký máte názor na zdravotní dopad kouření?

Vyberte jednu odpověď

- Kouření je neškodné
 Kouření je mírně škodlivé
 Kouření je velmi škodlivé

9. Co cítíte ve chvíli, když potřebujete kouřit, ale víte, že jste v situaci, kdy si to nemůžete dovolit?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Paniku
 Strach
 Neklid
 Rozčilení
 Stres

Jiné (popište)

10. Pokoušel(a) jste se někdy kouření omezit?

Vyberte jednu odpověď

ANO NE

11. Podařilo se Vám někdy snížit počet vykouřených cigaret?

Vyberte jednu odpověď

ANO o polovinu ANO o čtvrt NE jiné

12. Zkoušel(a) jste někdy s kouřením přestat?

Vyberte jednu odpověď. V případě záporné odpovědi přeskočte otázky 13-16.

ANO NE

13. Jak dlouho trvalo Vaše nekuřáctví (nejdelší doba abstinenci)?

Vyberte jednu odpověď

1 den 1 týden 1 měsíc jiné (popište)

14. Co Vás vedlo k tomu, abyste s kouřením přestal/a?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Nemoc Vaše nebo blízkého - krátce popište
- Zhoršující se zdravotní stav
- Pobyt v nemocnici
- Vlastní přání
- Přání blízkých
- Rada odborného lékaře, adiktologa
- Jiné

15. Co jste cítil(a), když jste si znovu zapálil(a) cigaretu?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

úlevu byl/a jsem na sebe naštvaný/á bezmoc slabost jiné (popište)

16. Co pro Vás bylo důvodem k zapálení cigarety?

Vyberte jednu odpověď

- Společnost kuřáků
- Stresová situace
- Významná událost (narození dítěte, svatba)
- Nutkání si zapálit při pití alkoholu
- Nutkání si zapálit při pití kávy
- Jiné (popište)

17. Měl(a) byste zájem zahájit léčbu závislosti na tabáku teď v rámci současné léčby:

Vyberte jednu odpověď

zcela souhlasím spíše souhlasím nevím zcela nesouhlasím

spíše nesouhlasím

18. Máte obavy, že při zanechání kouření budete mít abstinenční příznaky (špatná nálada, úzkost, podrážděnost, zvýšená chuť k jídlu atd.)?

Vyberte jednu odpověď

zcela souhlasím spíše souhlasím nevím zcela nesouhlasím
 spíše nesouhlasím

19. Už jste se tak někdy cítil(a)? Když ano, popište krátce jak se to projevvalo.

Vyberte jednu odpověď

ANO

NE

20. Myslíte si, že nejlepším časem pro zahájení léčby závislosti na tabáku by byl pobyt na oddělení:

Vyberte jednu odpověď

detoxu následné péče po propuštění kdykoliv nikdy

21. Zdůvodněte předchozí odpověď:

22. Máte informace o tom, že existují přípravky snižující abstinenční příznaky a chuť na nikotin?

Vyberte jednu odpověď

ANO NE

23. Potřeboval/a byste odbornou pomoc při zanechání kouření?

Vyberte jednu odpověď

ANO NE

24. Víte co by Vás podpořilo v zanechání kouření ?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

Náhradní terapie nikotinem motivační rozhovory podpora od blízkých lidí
 jiné (popište)

25. Co by Vám pomohlo v udržování změny?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

nekuřácké prostředí

- dostupnost nikotinových náplastí
- pomoc při zvládnání chutě si zapálit
- návštěva terapeuta
- rozhovor s kamarádem

26. Jaká pozitiva (výhody) pro Vás přináší život bez cigaret? Vyberte jednu odpověď, se kterou se co nejvíce ztotožňujete.

- Zlepšení zdravotního stavu
- Lepší sportovní kondice
- Ušetření financí
- Lepší využití času (práce), rodina, přátele
- Pocit, že jste to zvládl/a
- Uznání od blízkých lidí (rodiny, přátel)
- Žádné
- Jiné

27. Můžete si představit, že po absolvování léčby závislosti na tabáku dokážete nadále nekouřit ?

Vyberte jednu odpověď

- zcela souhlasím spíše souhlasím nevím zcela nesouhlasím spíše nesouhlasím

28. Máte obavy, že přestat kouřit by pro Vás mohlo znamenat ohrožení Vaší abstinence:

Vyberte jednu odpověď

- zcela souhlasím spíše souhlasím nevím zcela nesouhlasím spíše nesouhlasím

29. Pro léčbu své závislosti byste raději vybral(a) oddělení s možností kouření:

Vyberte jednu odpověď

- zcela souhlasím spíše souhlasím nevím zcela nesouhlasím spíše nesouhlasím

30. Myslíte si, že zákaz kouření na oddělení je důvodem k oddalování či odmítnutí ústavní léčby:

Vyberte jednu odpověď

- zcela souhlasím spíše souhlasím nevím zcela nesouhlasím spíše nesouhlasím

31. Máte osobní zkušenost s oddalováním nástupu do léčby kvůli obavám ze zákazu kouření na oddělení:

Vyberte jednu odpověď

- ANO NE

32. Myslíte si, že zákaz kouření na oddělení je důvodem k předčasnému ukončení léčby:

Vyberte jednu odpověď

- zcela souhlasím spíše souhlasím nevím zcela nesouhlasím spíše nesouhlasím

Příloha č.3

Informace o výzkumu

Vážení,

ráda bych Vás poprosila o Vaši účast ve výzkumu za účelem dokončení bakalářské práce. Jsem studentkou 3. ročníku oboru Adiktologie na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Cílem mé práce je popsat zkušenosti a postoje pacientů závislých na tabáku k zákazu kouření na odděleních ústavní léčby závislosti. Účast v tomto výzkumu předpokládá vyplnění dvou dotazníků. Prvním dotazníkem je Fragestromův test nikotinové závislosti, který posuzuje závažnosti nikotinové závislosti. Druhý dotazník zkoumá Vaše postoje a zkušenosti v léčbě závislosti na tabáku.

Celková doba Vaší účasti ve výzkumu bude trvat přibližně 30 minut.

S účastí na projektu pro Vás nejsou spojena žádná rizika. Vyplnění dotazníků je anonymní a všechny získané informace budou využity pouze pro akademické účely.

Děkuji Vám za Vaši účast.

Jabira Brejchová

Příloha č.4

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Vyplněním dotazníků souhlasím s účastí ve výzkumu prováděném studentkou oboru adiktologie 1. LF Univerzity Karlovy Jabirou Brejchovou pro účely bakalářské práce na téma „Postoje a zkušenosti pacientů k zákazu kouření na odděleních ústavní léčby závislosti.“

Byl/a jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem výzkumného projektu.

Moje spolupráce na projektu je dobrovolná.

Jsem seznámen/a s možností kdykoliv bez udání důvodu svoji účast ve výzkumu ukončit.

Souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím. Vaše jméno a žádné údaje, které by Vás mohly identifikovat nebudou nikde zveřejněné.

Pro získání dalších podrobností o výzkumné studii se můžete obrátit na vedoucího diplomové práce Mgr. Jaroslava Vacka Ph.D. na e-mail jaroslav.vacek@f1.cuni.cz nebo na autorku práce Jabiru Brejchovou na e-mail: jabira.brejchova@seznam.cz.