

UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie – navazující magisterské studium



Bc. Kateřina Štočková

Užívání nikotinové substituce při odvykání kouření u pacientů mužského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie: prospektivní dotazníková studie

Use of nicotine replacement therapy at the male ward of the Department of Addictology: a prospective questionnaire study

Diplomová práce

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

Praha 2024

Čestné prohlášení:

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

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

V Praze, 11.7.2024

Bc. Kateřina Štočková

.....

Poděkování

V první řadě děkuji lůžkovému oddělení muži Kliniky adiktologie za možnost realizování výzkumu a hlavně Mgr. Lucii Schlosserové a doktorce MUDr. Tereze Hynkové za pomoc se sběrem dat. Mé díky patří i pacientům, kteří dotazníky vyplnili a ostatním členů terapeutického týmu, kteří si našli čas na to, odpovědět mi na otázky do výzkumu.

Největší díky patří mému vedoucímu práce Mgr. Adamu Kulhánkovi, Ph.D., MBA za cenné rady při psaní práce a podporu v celém procesu.

V neposlední řadě děkuji svému příteli, kamarádům a rodině za jejich podporu při mém magisterském studiu.

Identifikační záznam

ŠTOČKOVÁ, Kateřina. *Užívání nikotinové substituce při odvykání kouření u pacientů mužského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie: prospektivní dotazníková studie. [Use of nicotine replacement therapy at the male ward of the Department of Addictology: a prospective questionnaire study]* Praha, 2024. 90 s., 7 příl. Diplomová práce (Mgr). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Mgr. Adam Kulháněk, Ph.D., MBA

Abstrakt

Východiska: Prevalence užívání nikotinu je mezi pacienty závislími na jiné návykové látce vyšší než v obecné populaci. Odvykání kouření tabáku snižuje riziko rozvinutí nemocí spojených s kouřením, zároveň může být prospěšné pro pacienta v primární léčbě závislosti.

Cíl: Cílem práce bylo prostřednictvím dotazníkového šetření prospektivně sledovat vývoj užívání nikotinu a odvykání kouření u pacientů na lůžkovém oddělení muži (LOM) Kliniky adiktologie. Dílčím cílem bylo na základě rozhovoru s terapeutickým týmem identifikovat podpůrné a rizikové faktory odvykání kouření u pacientů.

Metodika: Byla zvolena metoda kriteriálního záměrného výběru. Výzkum zahrnoval pacienty LOM (kuřáky tabáku) hospitalizované ve sledovaném období 6 měsíců. Sběr dat probíhal od září 2023 do března 2024 ve třech vlnách: na začátku hospitalizace, po měsíci a na konci hospitalizace. Použity byly dva standardizované dotazníky (Fageströmův test nikotinové závislosti a Minnesotská škála abstinenčních příznaků) a třetí dotazník o nikotinové substituci. Data byla analyzována v MS Excel. Výzkum zahrnoval také rozhovory s pracovníky LOM.

Výsledky: Dotazník vyplnilo 16 respondentů, z toho 7 vyplnilo všechny 3 vlny sběru dat. 6 respondentů po přestupu z detoxifikačního oddělení na LOM odvykalo od kouření. Většina vykazovala nízkou míru závislosti na nikotinu. 5 respondentů využilo nikotinovou substituci ve formě náplastí, ale po šesti týdnech začali všichni znovu kouřit. Abstinenční příznaky u respondentů byly nízké, nejintenzivněji byl pocíťován craving. Respondenti byli silně motivovaní k odvykání kouření, jejich motivace se během výzkumu zvyšovala. Podpůrné faktory nekouření zahrnovaly fyzickou aktivitu a koníčky. Pracovníci LOM považují léčbu závislosti na tabáku za prospěšnou v primární léčbě závislosti.

Závěr: Pacienti lůžkového oddělení muži jsou velmi motivovaní k odvykání kouření a často používají nikotinovou substituci. Na základě výsledků studie a odborné literatury je doporučeno poskytování více druhů nikotinové substituce po celou dobu léčby.

Klíčová slova: nikotin, odvykání kouření, nikotinová substituční léčba, ústavní léčba

Abstract

Background: The prevalence of nicotine use is higher among patients with substance use disorder than in the general population. Smoking cessation reduces the risk of developing smoking-related diseases and can be beneficial for patients in primary addiction treatment.

Aim: The aim of this study was to prospectively monitor the development of nicotine use and smoking cessation among patients in the men inpatient unit (LOM) at the Department of Addictology through a questionnaire survey. A secondary aim was to identify supportive and risk factors for smoking cessation based on interviews with the therapeutic team.

Methodology: A criterion-based intentional selection method was chosen. The research included LOM patients (tobacco smokers) hospitalized during the study period of six months. Data collection took place from September 2023 to March 2024 in three waves: at the beginning of hospitalization, after one month, and at the end of hospitalization. Two standardized questionnaires were used (the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Minnesota Nicotine Withdrawal Scale) and a third questionnaire on nicotine substitution. Data were analyzed in MS Excel. The research also included interviews with staff from the male inpatient unit.

Results: Sixteen respondents completed the questionnaire, seven of whom completed all three waves of data collection. Six respondents quit smoking after transferring from the detoxification department to LOM. Most showed low nicotine dependence. Five respondents used nicotine patches for substitution, but all resumed smoking after six weeks. Withdrawal symptoms were low, with craving being the most intense symptom. Respondents were highly motivated to quit smoking, and their motivation increased during the study. Supportive factors for not smoking included physical activity and hobbies. Staff at the male inpatient unit consider tobacco dependence treatment beneficial in primary addiction treatment.

Conclusion: Respondents are highly motivated to quit smoking and frequently use nicotine substitution. Based on the study results and a review of the literature, it is recommended to provide multiple forms of nicotine substitution throughout the treatment.

Keywords: nicotine, smoking cessation, nicotine replacement therapy, residential treatment

Obsah

1	Úvod	10
2	Tabák	12
3	Zdravotní důsledky kouření tabáku a nikotinu	13
3.1	<i>Respirační onemocnění</i>	14
3.2	<i>Kardiovaskulární onemocnění</i>	14
3.3	<i>Onkologická onemocnění</i>	15
3.4	<i>Metabolické a další poruchy</i>	16
3.5	<i>Úmrtnost v důsledku kouření tabáku</i>	17
3.6	<i>Pasivní kouření</i>	18
3.7	<i>Zdravotní rizika jiných forem užívání tabáku</i>	18
4	Prevalence užívání nikotinu a tabáku v ČR	21
5	Závislost na tabáku	23
6	Faktory motivace k odvykání kouření	26
7	Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku	28
7.1	<i>Farmakoterapie</i>	29
7.1.1	<i>Náhradní terapie nikotinem</i>	29
7.1.2	<i>Vareniclin</i>	31
7.1.3	<i>Cytisin</i>	32
7.1.4	<i>Bupropion</i>	33
7.2	<i>Psychobehaviorální péče</i>	33
7.2.1	<i>Motivační rozhovory</i>	35
7.2.2	<i>Další podpora</i>	36
8	Odvykání kouření při primární léčbě závislosti	37
9	Lůžkové oddělení muži – Klinika adiktologie	38
10	Praktická část	39
10.1	<i>Cíl výzkumu</i>	39
10.2	<i>Výzkumné otázky</i>	39
10.3	<i>Metody výběru</i>	39
10.4	<i>Metody sběru dat</i>	40
10.4.1	<i>Praktický průběh realizace výzkumu</i>	41
10.4.2	<i>Dotazníkové nástroje</i>	41
10.5	<i>Metody analýzy dat</i>	42
10.6	<i>Etika výzkumu</i>	43
11	Výsledky	46
11.1	<i>Kvantitativní dotazníková studie</i>	46
11.1.1	<i>Sociodemografické a jiné charakteristiky souboru</i>	46
11.1.2	<i>Abstinenční příznaky v důsledku odnětí tabáku</i>	47
11.1.3	<i>Odvykání kouření a nikotinová substituce</i>	49
11.1.4	<i>Podpůrné faktory odvykání kouření</i>	51

11.1.5	Subjektivní motivace pacientů k abstinenci od nikotinu	52
11.2	<i>Kvalitativní strukturovaný rozhovor s terapeutickým týmem LOM</i>	54
12	Diskuze	62
12.1	<i>Souhrn hlavních zjištění</i>	62
12.2	<i>Srovnání s jinými výzkumy</i>	65
12.3	<i>Přínosy a limity práce</i>	67
13	Závěr	70
14	Zdroje	72
14.1	<i>Seznam obrázků</i>	78
14.2	<i>Seznam tabulek</i>	78
14.3	<i>Seznam grafů</i>	78
15	Přílohy	79

Seznam zkratk

ČR – Česká republika

FTND – Fageströmův test nikotinové závislosti

HTP - Heated Tobacco products - zahříváný tabák

CHOPN - chronická obstrukční plicní nemocí

KBT – kognitivně behaviorální terapie

LOM – Lůžkové oddělení muži

MNWS - Minnesotská škála abstinčních příznaků

MR – motivační rozhovory

NL – návykové látky

NTN – náhradní terapie nikotinem

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

WHO – světová zdravotnická organizace

1 Úvod

Prevalence užívání nikotinu u pacientů léčících se se závislostí na jiné návykové látce nebo na patologickém hráčství je vyšší než u obecné populace (Shu & Cook, 2015). Kouření cigaret je prokazatelnou příčinou rakoviny a jiných závažných onemocnění (Omara et al., 2022). Rizika spojená s kouřením cigaret jsou v poslední době v odborných kruzích častěji oslovována. Přesto převládá mezi některými odborníky názor, že souběžná léčba závislosti na nikotinu při léčbě primární závislosti může klienta zatěžovat. Výzkumy opakovaně ukázaly, že odvykání kouření během léčby primární závislosti může být pro klienta přínosné. Některé služby se snaží o podporu klienta v odvykání kouření v průběhu jeho léčby primární závislosti jako například lůžkové oddělení mužů (LOM) na Klinice adiktologie Veřejné fakultní nemocnice.

Tato práce navazuje na bakalářskou práci autorky, ve které byl zkoumán pilotní nekuřácký provoz na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie. Dle výsledků výzkumu na detoxifikačním oddělení byl pro pacienty nejvíce intenzivně prožívaný abstinenci syndrom craving. U pacientů byly zaznamenány nízké abstinenci příznaky v důsledku odnětí tabáku a u některých abstinenci příznaků došlo dokonce v průběhu hospitalizace ke snížení (Štočková, 2021).

Lůžkové oddělení mužů na Klinice adiktologie nabízí klientům možnost odvykání od kouření za podpory substituční nikotinové terapie a psychobehaviorálních intervencí. Cílem této práce je prospektivně sledovat vývoj užívání tabáku a odvykání kouření u pacientů lůžkového oddělení mužů Kliniky adiktologie v průběhu jejich hospitalizace. Dílčími cíli je sledovat motivaci k odvykání kouření a subjektivně prožívané abstinenci příznaky při odnětí tabáku. Výzkum byl realizován pomocí dotazníkového šetření na mužském lůžkovém oddělení Kliniky adiktologie v délce šesti měsíců. Výzkum byl doplněn o rozhovor s terapeutickým týmem LOM zabývajícím se fungováním podpory odvykání na oddělení a identifikováním podpůrných a rizikových faktorů odvykání kouření u pacientů. Studie byla finančně podpořena z programu institucionální podpory Cooperatio.

Diplomová práce se dělí na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou popsány informace o nikotinu, kouření tabáku a jejich škodlivost na lidský organismus. Velká část práce se věnuje problematice závislosti na tabáku a formách léčby. V posledních kapitolách

je popsáno mužské lůžkové oddělení Kliniky adiktologie a systém práce s pacienty, kouřící tabák, na tomto oddělení.

Praktická část zahrnuje popis cílů, metod a analýzy dotazníkového výzkumu prováděného mezi pacienty LOM Kliniky adiktologie a kvalitativní složky výzkumu sestávající z polostrukturovaného rozhovoru se třemi pracovníky z mužského lůžkového oddělení.

2 Tabák

V minulosti nebylo užívání tabáku příliš rozšířené, tabák byl využíván pouze při různých ceremoniích a zvláštních příležitostech. Až s nástupem automatizovaných metod výroby cigaret na počátku 20. století se konzumace tabáku výrazně zvýšila. V minulém století bylo kouření tabáku normalizované a vysoká míra užívání vedla k podstatnému zvýšení prevalence onemocnění způsobených tabákem. Dalších pár desítek let trvalo objevit závislostní potenciál nikotinu a poučit populaci o jeho negativním efektu (Le Foll et al., 2022).

Nikotin je návyková složka tabáku, která je zodpovědná za rozvinutí závislosti u jedince. Nejškodlivější látkou v tabáku však není nikotin, ale další příměsi, z nichž některé jsou prokazatelně karcinogenní (Le Foll et al., 2022). Nikotin se v mozku váže na nikotinové acetylcholinové receptory, které mají za důsledek vyplavení dopaminu a pocitu odměny. Opakované užívání nikotinu vede k zvyšování tolerance a fyzické závislosti (Rigotti et al., 2022).

Chemicky je nikotin pyridinový alkaloid, který má vzorec $C_{10}H_{14}N_2$. V kapalném skupenství má čirou až nažloutlou barvu. Je toxický při inhalaci nebo transdermálním užití. Je to agonista nikotinových cholinergních receptorů, kde stimuluje neurony a nakonec blokuje synaptický přenos (National Center for Biotechnology Information, 2024).

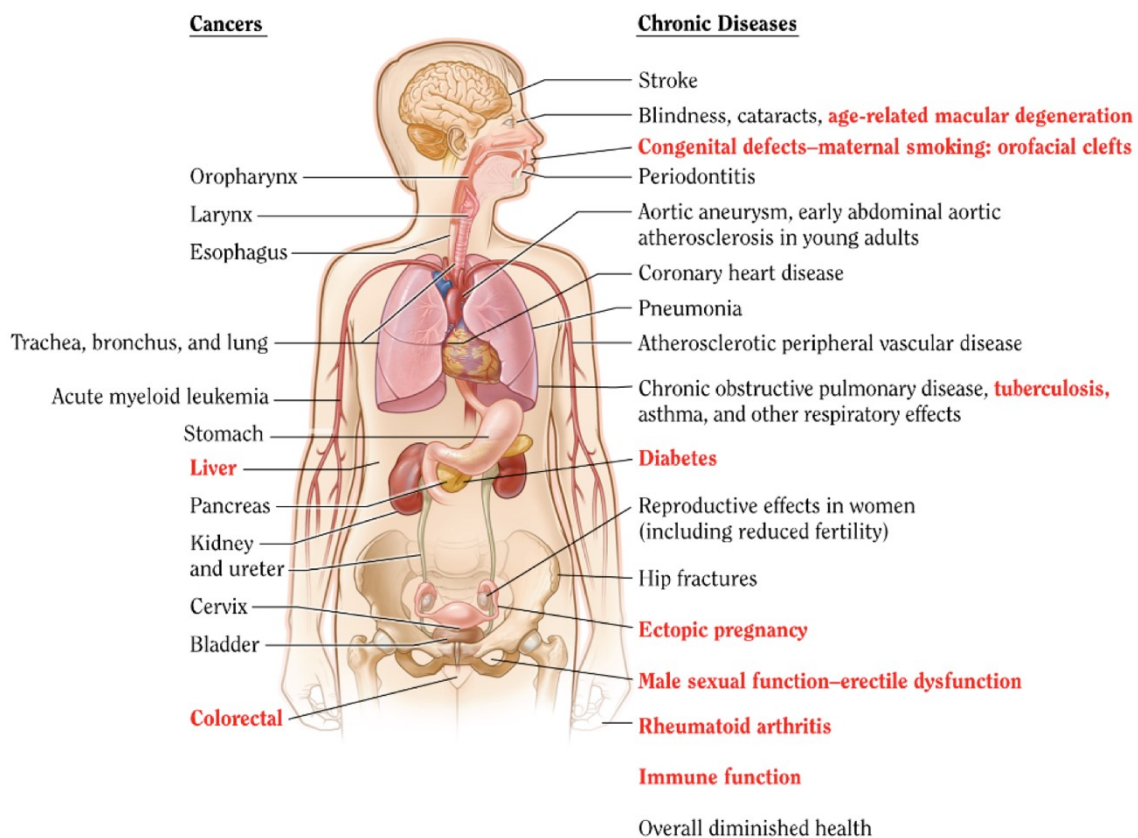
Nikotin má odměňující účinky, tak averzivní, jako je nevolnost či závrať. Rozvinutí závislosti u jedince ovlivňuje množství užívané dávky, individuální senzitivita a tolerance (Le Foll et al., 2022).

Cigaretový kouř obsahuje přes 7 tisíc chemikálií. Z toho například dusík, kyslík, oxid uhličitý, oxid uhelnatý, vodu, argon, vodík, aceton, oxidy dusíku a těkavé sloučeniny síry. Tyto chemické látky jsou vázány na aerosolové částice nebo jsou volně v plynné fázi. Chemické sloučeniny v tabáku se mohou odpařovat do kouře nebo mohou reagovat za vzniku jiných chemických látek (Soleimani, et al., 2021). Další toxické látky jsou například kyanovodík, acetaldehyd, oxid uhelnatý, metan, sirovodík, atd. Při kouření tabákových výrobků se nikotin vstřebává především sliznicí trávicího traktu, dutinou ústní a dýchacím traktem. Resorpce nikotinu je individuální podle rychlosti a rytmu kouření daného jedince (Pilařová, 2003).

3 Zdravotní důsledky kouření tabáku a nikotinu

Nemoci spojené s kouřením se nejčastěji objevují u kuřáků již po několika desítkách let užívání nikotinu (Selby & Zawertailo, 2022). Kouření tabákových výrobků hraje hlavní roli při rozvoji nemocí a úmrtí způsobených různými kardiovaskulárními, respiračními a nádorovými onemocněními a výrazně zvyšuje pravděpodobnost vzniku dalších zdravotních potíží. Nejčastější příčiny úmrtí v roce 2019 byly ischemická choroba srdeční, chronická obstrukční plicní nemoc, rakovina průdušnice, průdušek, plic a cévní mozková příhoda (Chomynová et al., 2024). Obrázek č. 1 popisuje orgány a orgánové soustavy, které jsou postižené kouřením.

Obrázek 1 Orgánové soustavy, které jsou postižené kouřením



(The Cancer Council, 2019)

3.1 Respirační onemocnění

Dle Králíkové (2022) je 80-90 % pacientů diagnostikovaných s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN) zároveň kuřáky (Králíková et al., 2022). CHOPN je označována jako nemoc prokazatelně způsobená kouřením. CHOPN je charakterizováno neúplně reverzibilní a progresivní obstrukcí (zablokováním) dýchacích cest. Nemoc se nejčastěji projevuje u osob ve věku 40-50 let, ale může se rozvinout i u mladších jedinců (Postma et al., 2015). Kouření se podílí i na rozvoji intersticiálních plicních onemocnění, idiopatické plicní fibrózy, plicní fibrózy s emfyzémem a akutní eozinofilní pneumonii. Vystavení tabákovému kouři oslabuje respirační trakt a jeho schopnost obrany před infekcemi bakteriálního či virového původu. Kuřáci jsou proto více ohroženi proděláním a horším průběhem akutní bronchitidy, zápalu plic, chřipky a dalších viróz. Stejně tak u onemocnění COVID-19 dochází u kuřáků k těžšímu průběhu nemoci a vyšší úmrtnosti. Dvakrát větší riziko onemocnění je pak u kuřáků i v případě tuberkulózy (Králíková et al., 2022).

3.2 Kardiovaskulární onemocnění

Kouření významně zvyšuje riziko výskytu všech fází aterosklerózy, onemocnění, které vede k zúžení vnitřního průměru tepny. Vystavování tabákovému kouři přispívá k rozvoji kardiovaskulárních onemocnění prostřednictvím zvýšení srdeční frekvence a kontraktility myokardu, zánětu, tvorby trombů a snížení sérových hladin. Expozice tabákovému kouři také zvyšuje riziko ruptury koronárního plátu, čímž podporuje tvorbu trombu v lézi a vede k náhlému nástupu akutního koronárního syndromu, včetně náhlé srdeční smrti (Kondo et. al., 2019).

Bulava (2017) uvádí, že kouření je jedním z hlavních činitelů poškození endotelu v cévách a vzniku ischemické choroby srdeční. Vykouření již pouze jedné cigarety zvyšuje akutně a přechodně krevní tlak prostřednictvím sympatické nervové aktivace. Poločas nikotinu po kouření je přibližně 2 hodiny, při pokračování kouření krevní tlak zůstává zvýšený. Současní kuřáci tabáku s normálními či vyššími hodnotami krevního tlaku mají zvýšené riziko rozvoje kardiovaskulárních chorob v porovnání s nekuřáky. Kromě toho kouření tabáku zvyšuje arteriální ztuhlost, která přetrvává až deset let po ukončení kouření. Tato přetrvávající ztuhlost tepen také souvisí se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních příhod (Kondo et. al., 2019).

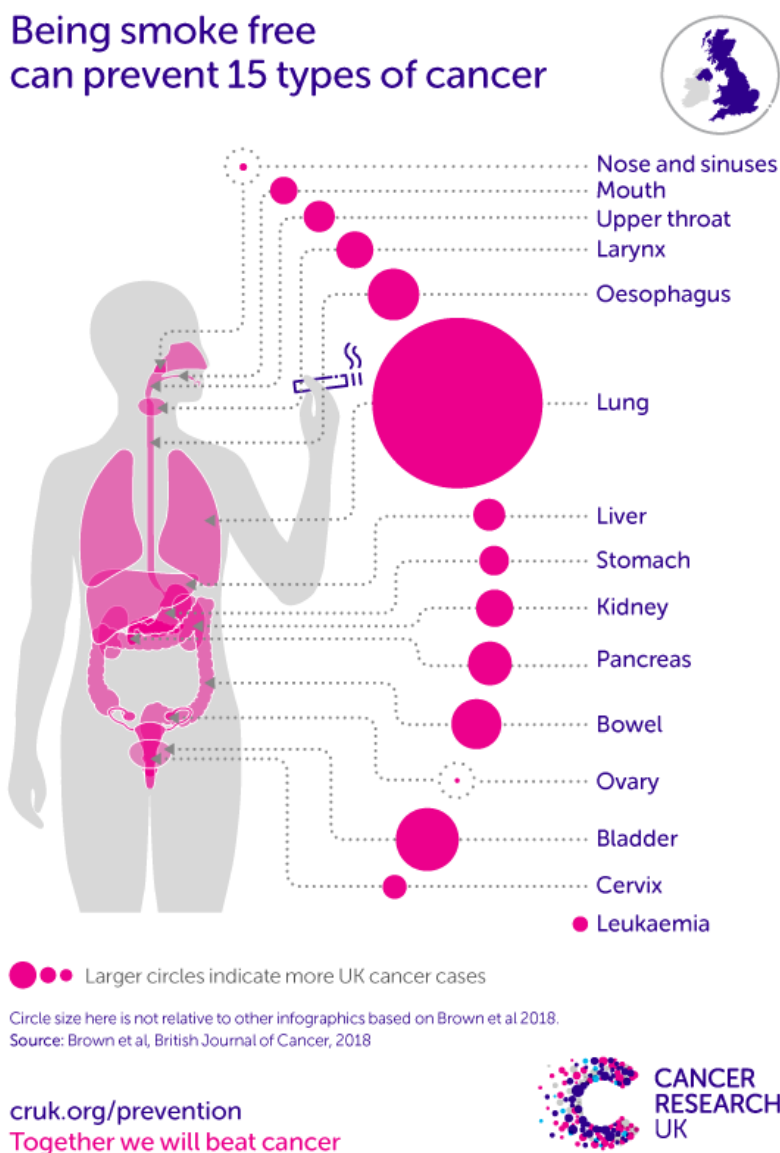
U kuřáka je zvýšená hladina oxidu uhelnatého, což může vést k ischemii, nebo-li místní nedokrevnosti, v srdci i dalších orgánech. Oxid uhelnatý brání hemoglobinu přenášet kyslík do tkání a tím, dochází k nedokrvení. Kouření cigaret je silným rizikovým faktorem mrtvice u mužů i žen, zároveň také zvyšuje riziko rozvoje mozkových aneurysmat, subarachnoidálního krvácení a mozkového infarktu (Kondo et. al., 2019).

3.3 Onkologická onemocnění

Kouření je celosvětově hlavním preventabilním rizikovým faktorem vzniku rakoviny (Yoo et al., 2022). Tabákový kouř obsahuje signifikantní koncentrace známých karcinogenů a dalších toxických látek. Kouřením cigaret vzniká minimálně 15 druhů rakoviny. Látky obsažené v kouři poškozují DNA buněk a tím přispívají k rakovinotvornému procesu. Obrázek č. 2 zobrazuje druhy rakoviny, které jsou spojené s kouřením tabáku. Protože je tabákový kouř vdechován, největší riziko vzniku rakoviny je v dýchacích cestách, zejména v plicích. K tomu patří různé typy plicní rakoviny jako je spinocelulární karcinom, malobuněčný karcinom, adenokarcinom a velkobuněčný karcinom. Dále je známo, že cigaretový kouř zvyšuje riziko rakoviny v nosní dutině, a to sinonasální a nasofaryngeální karcinom (Omare et al., 2022).

Mimo dýchací cesty ale kouření ohrožuje i jiné orgánové soustavy, ve velké míře například močový měchýř. Poprach (2021) popisuje, že kuřáci mají až čtyřikrát větší riziko vzniku karcinomu močového měchýře oproti nekuřákům. Kouření je prekurzorem přechodných buněčných karcinomů močového měchýře, močovodu a ledvinové pánvičky. Hltan je dalším orgánem ohroženým rakovinou u kuřáků. Kromě toho může být kouřením cigaret vyvolána rakovina jater. U kuřáků tabáku se také často vyskytuje adenokarcinom, rakovina slinivky, tlustého střeva nebo žaludku (Omare et al., 2022).

Obrázek 2 Rakoviny související s kouřením tabáku



(Brown et al., 2018)

3.4 Metabolické a další poruchy

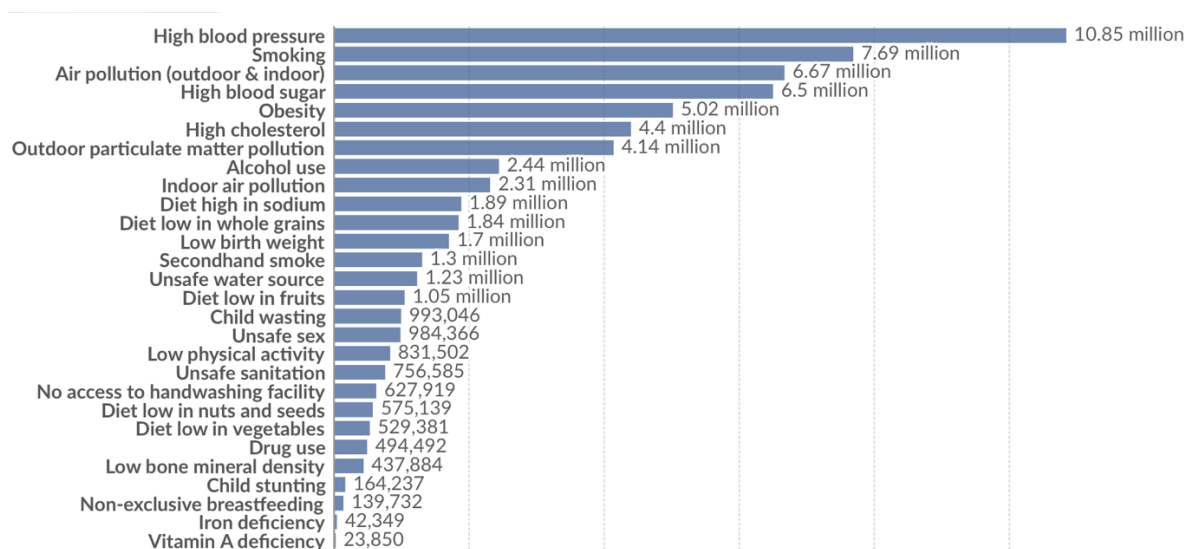
Díky svým stimulačním účinkům zvyšuje nikotin krátkodobě energii a také snižuje chuť k jídlu. Tyto dva důvody zapříčiňují, že kuřáci mohou mít nižší hmotnost než nekuřáci. Snaha o udržení nízké hmotnosti může být pro kuřáky překážkou k zanechání kouření. Postupem času však kouření zvyšuje inzulínovou rezistenci, která je spojena s centrální akumulací tuku. Centrální akumulace tuku, pak může vést k rozvoji metabolického syndromu a autoimunitní nemoci

diabetes mellitus (Kondo et al., 2019). Mimo vyjmenované nemoci kouření negativně ovlivňuje plodnost jak u mužů, tak u žen, a zvyšuje riziko slepoty, hluchoty, bolesti zad a osteoporózy (West, 2017). Kouření negativně ovlivňuje také imunitní systém. Snižuje schopnost obrany imunitního systému proti infekcím a nádorům. Dlouhodobé vystavování tabákovému kouři může vést ke zvýšené reaktivitě na neškodné podněty z vnitřního i vnějšího prostředí, která může napomáhat rozvinutí autoimunitních chorob (Králíková et al., 2022).

3.5 Úmrtnost v důsledku kouření tabáku

Dle WHO (2023) zemře ročně přes 8 milionů lidí na celém světě v důsledku užívání tabáku. Z toho smrt 1,3 milionů lidí je důsledkem pasivního kouření tabáku (WHO, 2024). Graf č. 1 ukazuje celosvětové úmrtí seřazené podle rizikového faktoru. Na grafu z roku 2019 je patrné, že kouření je druhou největší celosvětovou příčinou úmrtí hned po vysokém krevním tlaku (Ritchie & Roser, 2023).

Graf 1 Úmrtí v důsledku rizikového faktoru (2019)



(Ritchie & Roser, 2023)

Pětina celkové úmrtnosti v České republice je způsobena kouřením tabáku. Závislost na tabáku prokazatelně zkracuje věk dožití kuřáka až o 15 let. V roce 2015 zemřelo v důsledku kouření v ČR odhadem 17 tisíc osob (Chomynová et al., 2024).

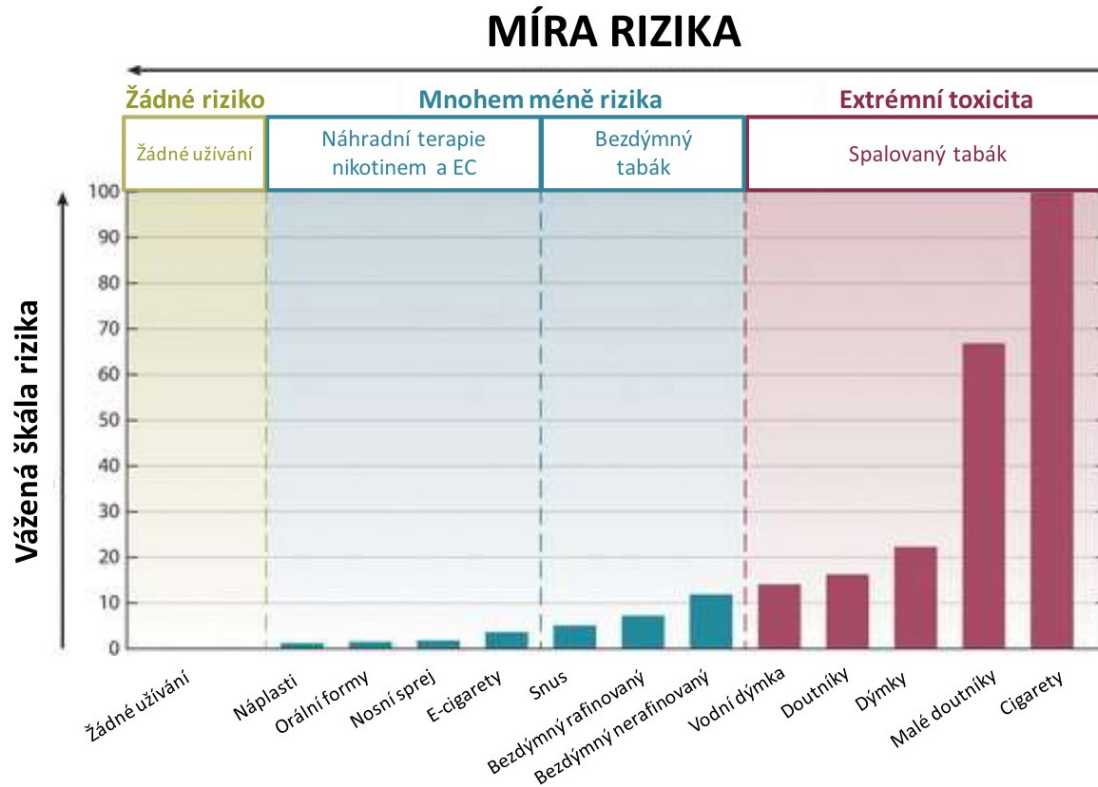
3.6 Pasivní kouření

Během spalování cigaret dochází k rozdělení nashromážděných chemikálií na hlavní kouř, vedlejší kouř, pasivní kouření a third-hand smoke (kouř z třetí ruky). Hlavní kouř je vdechován do plic kuřáka. O vedlejším kouři hovoříme v případě kouře, který je uvolňován ze špičky zapálené cigarety. Pasivní kouření (second hand smoke) je proces při kterém člověk vdechuje směs vedlejšího kouře a vydechovaného hlavního kouře z cigarety. Third-hand smoke jsou tzv. rezidua cigaretového kouře nacházející se na površích v uzavřených prostorách. Hlavní kouř a kouř ze špičky cigarety mají kvalitativně podobné složení, ale příslušné jednotlivé složky kouře se mohou lišit. Expozice vedlejšímu kouři závisí na vzdálenosti osob a odvětrávání místnosti (Soleimani, et al., 2021). Pasivní kouření je spojeno s vyšším výskytem karcinomu plic a ischemické choroby srdeční. Přibližně 13 % zdravotní zátěže způsobené kouřením je důsledkem právě pasivního kouření. Nejhorší dopady má působení tabákového kouře na dětský organismus, které může u dítěte vést mimo jiné k zánětu středního ucha, dýchacích poruch a náhlého úmrtí dítěte (Chomynová et al., 2024).

3.7 Zdravotní rizika jiných forem užívání tabáku

Elektronické cigarety a další alternativní způsoby užívání nikotinu jsou dle výzkumů méně škodlivé než kouření klasických cigaret. I přesto je však užívání nikotinových produktů nezdravé. Dlouhodobé důsledky alternativních nikotinových produktů zatím nejsou dostatečně probádány. Mezi krátkodobé akutní příznaky užívání elektronických cigaret patří intoxikace nikotinem, projevující se bolestmi hlavy a břicha, nevolností, zvracením, bušením srdce, třesem rukou nebo potížemi s koncentrací (Chomynová et al., 2024). Výzkumy ukazují, že e-cigarety mohou způsobit otravy, okamžitou inhalační toxicitu a poškození plic. Nejohroženější skupinou jsou děti a dospívající. Vadné zařízení e-cigarety může u kuřáka způsobit zranění a popáleniny. Nikotinové e-cigarety mohou způsobit závislost na nikotinu i u nekuřáků. Naopak u závislých jedinců mohou být e-cigarety přínosné k odvykání kouření (Banks et al., 2023). Obrázek č. 3 zobrazuje rizikové kontinuum různých tabákových a nikotinových výrobků.

Obrázek 3 Rizikové kontinuum různých tabákových a nikotinových výrobků



(Chomynová et al., 2024)

Bezdyšmné formy tabáku jako je šňupací tabák, snus či nikotinové sáčky jsou méně rizikové než klasické cigarety (Chomynová et al., 2024). I přes to ale uživatelé ohrožují zdravotní rizika spojená s užíváním bezdyšmného tabáku. Mezi hlavní nemoci způsobené užíváním těchto produktů patří rakovina dutiny ústní, hlavy a krku, pankreatu a jícnu. Dále užívání bezdyšmného tabáku zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, jako je infarkt myokardu a cévní mozková příhoda. Užívání bezdyšmného tabáku je také spojeno s vyšším rizikem hypertenze a dalšími zdravotní problémy (Siddiqi et al., 2020).

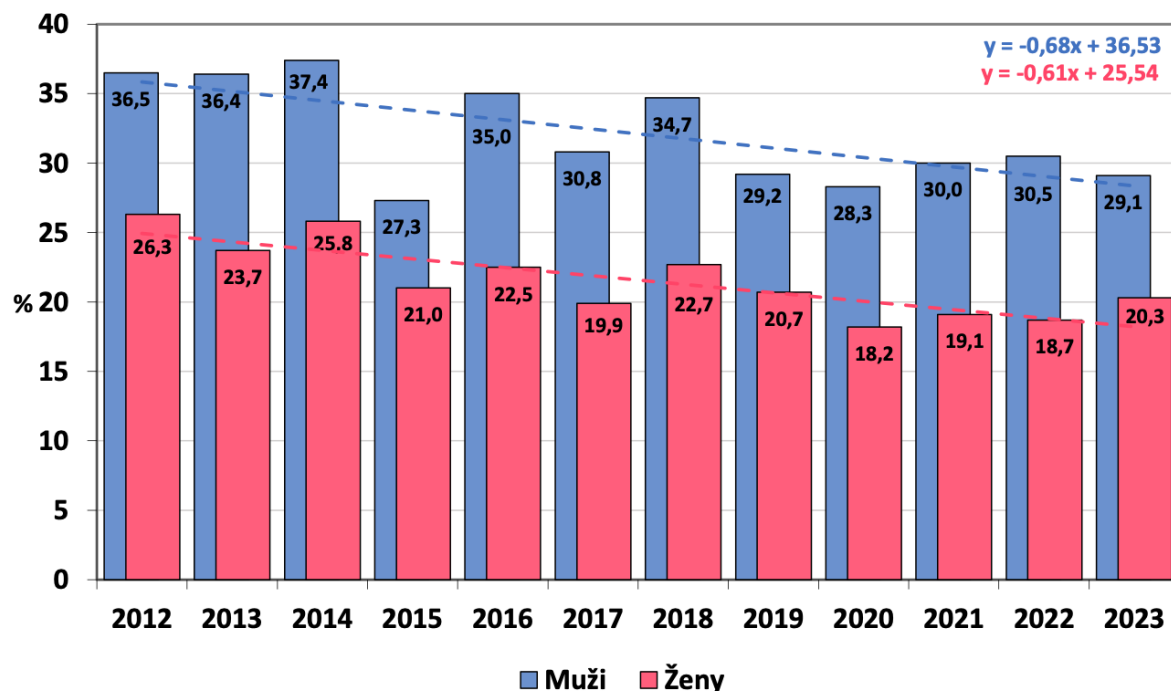
Užívání zahřívávaného tabáku (Heated Tobacco products, HTP) může představovat menší riziko rozvinutí chorob než tradiční cigarety. Stejně jako elektronické cigarety, ale ani užívání zahřívávaného tabáku není plně bez rizika. Užívání zahřívávaného tabáku může vést k zánětu dýchacích cest a poškození plic. Mimo to mohou HTP zvyšovat oxidační stres, náchylnost k zánětlivým reakcím nebo přispívat k rozvoji kardiovaskulárních a onkologických onemocnění. Stejně jako předchozí produkty jsou HTP kvůli obsahu nikotinu vysoce návykové, hrozí zde tedy rozvoj závislosti na nikotinu. V případě kuřákovy přechodu z klasických cigaret

na zahřívání tabák, se může u daného kuřáka snížit riziko chronických onemocnění (Znyk et al., 2021). Zahřívání tabák se však nedoporučuje jako prostředek k odvykání kouření (Králíková et al., 2022).

4 Prevalence užívání nikotinu a tabáku v ČR

Podle nejnovějších zjištění Státního zdravotního ústavu má užívání cigaret u dospělé populace v ČR v posledních letech klesající tendenci (Csémy, et al., 2024). Prevalenci současných kuřáků tabáku u osob starších 15 let a jejich rozdělení dle pohlaví ukazuje graf č. 2.

Graf 2 Prevalence kuřáctví v ČR v letech 2012-2023 podle pohlaví



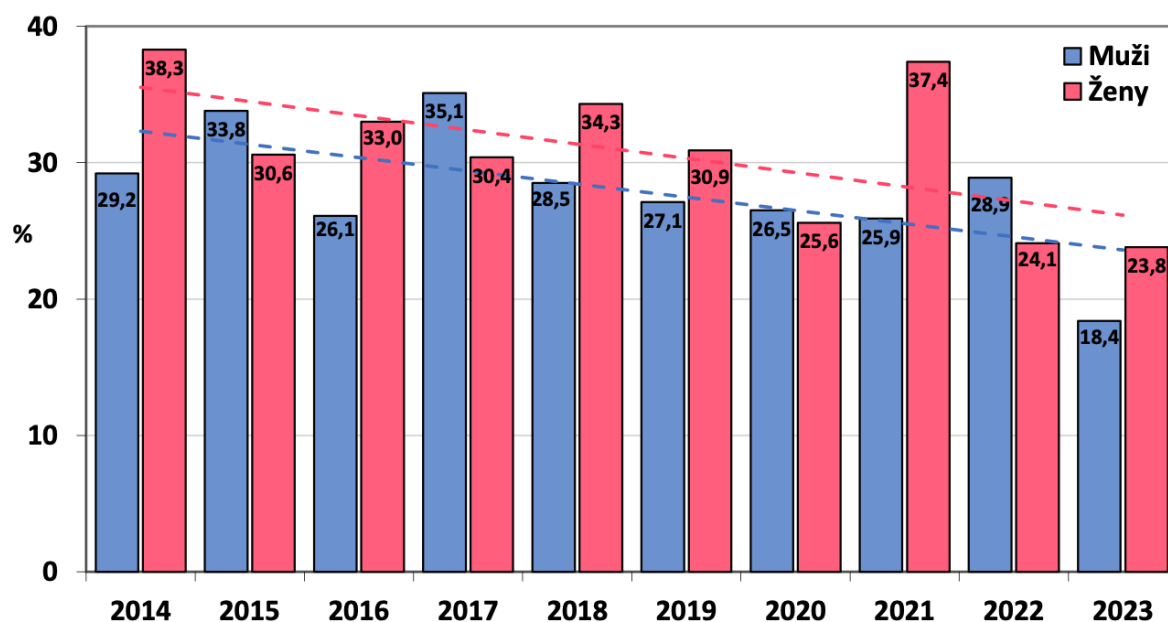
(Csémy, et al., 2024)

Dle Národního výzkumu užívání tabáku a alkoholu (NAUTA) bylo v roce 2023 v ČR 24,6 % kuřáků. Z toho 29,1 % mužů a 20,3 % žen. Dvě třetiny kuřáků kouří denně, zbylí jednou týdně nebo jednou měsíčně. Mezi lety 2022 a 2023 nedošlo k výrazné změně denních kuřáků. Většina české populace kouří klasické průmyslově vyráběné cigarety (84 %), 12,4 % kuřáků si balí vlastní cigarety. Pouze pětina kuřáků užívá pouze jiné druhy tabákových výrobků (vodní dýmky, dýmky, doutníky, doutníčky). Velmi časté je však současné užívání cigaret a jiných tabákových výrobků. Nejvíce kuřáků bylo v roce 2023 ve věkové skupině 15 – 24 let, což přináší jiné výsledky oproti předchozím čtyřem rokům. Co se týče počtu cigaret vykouřených za den, denní kuřáci kouřili nejčastěji 15-34 cigaret, přičemž průměrně vykouřili 11,9 kusů cigaret denně. Ženy denně vykouří v průměru o 3 cigarety méně než muži (Csémy, et al., 2024).

V posledních 10 letech došlo k výraznému zvýšení užívání elektronických cigaret v populaci. E-cigarety užívá denně 6,1 % osob a nejvíce se užívání elektronických cigaret objevuje ve věkové skupině 15-24 let. Bezdýmné formy tabákových výrobků užívá 3 % osob, denně pouze 1,1 %. Nikotinové sáčky užívá denně 2,9 % osob. Zahříváné tabákové výrobky užívá méně osob než v minulém roce, a to 4,4 % osob. Přes 50 % osob užívá zahříváné tabákové výrobky současně spolu s klasickými cigaretami. Výzkum NAUTA se zabýval i vnímání škodlivosti klasických cigaret a elektronických cigaret. Dle výsledku výzkumu 56,3 % osob nespátňuje rozdíl ve škodlivosti cigaret a e-cigaret. Většina osob (29,6 %) vnímá jako nejškodlivější přípravek klasické cigarety (Csémy, et al., 2024).

Snaha přestat kouřit je více zastoupená u žen (23,8 %) než u mužů (18,4 %). V posledních letech se snižuje počet kuřáků, kteří se snaží kouření zanechat. Graf č. 3 zobrazuje kuřáky, kteří se v posledních 12 měsících pokusili kouřit, dle pohlaví (Csémy, et al., 2024).

Graf 3 Kuřáci, kteří se pokusili přestat kouřit, dle pohlaví (2023)



(Csémy, et al., 2024).

5 Závislost na tabáku

Závislost na tabáku je chronické recidivující onemocnění, které se projevuje kompulsivním užíváním a cravingem, nebo-li silnou touhou užívat nikotin. Vdechováním cigaretového kouře se nikotin dostává do krevního oběhu a následně do mozku za 7-30 sekund. Nikotin v mozku aktivuje nikotinové receptory, které uvolní dopamin a spustí reakci dopaminergního nervového systému. Beta karboliny obsažené v tabákovém kouři působí jako silné inhibitory monoaminoxidázy, které zvyšují hladinu dopaminu, noradrenalinu a serotoninu v mozku (Selby & Zawertailo, 2022).

Důvody k počátku kouření jsou ovlivněné genetikou a prostředím. Genetika ovlivňuje míru abstinčních příznaků z nedostatku nikotinu, způsoby kouření a zvládnutí odvykání při léčbě závislosti na tabáku (Králíková et al., 2022). Rodiče užívající nikotin nebo vrstevníci mohou jedince velmi ovlivnit v jeho vztahu k nikotinu (Selby & Zawertailo, 2022).

Závislost na tabáku je definovaná v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize (MKN-10) pod kódem F17.x Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku. Čtvrtý znak specifikuje klinický stav. V tabulce č. 1 jsou popsány specifické klinické stavy dle MKN-10 platné pro užívání tabáku.

Tabulka 1 Členění specifických klinických stavů dle MKN 10 souvisejících s užíváním tabáku

F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním nikotinu	
	.1 Škodlivé použití
	.2 Syndrom závislosti
	.3 Odvykací stav

(Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR., n.d.)

Syndrom závislosti je soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických jevů, které se vyvíjí po opakovaném užívání návykové látky. Pro diagnostikování syndromu závislosti na nikotinu musí být přítomné minimálně 3 symptomy v průběhu 12 měsíců (Kalina et al., 2015).

Kritéria závislosti jsou:

1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving)
2. Potíže v kontrole užívání látky
3. Psychosomatický odvykací stav

4. Tolerance (vyžadování vyšších dávek NL, pro dosažení stejných účinků)
5. Zanedbávání jiných zájmů
6. Užívání NL i přes jasný důkaz škodlivých následků

(Kalina et al., 2015).

MKN-11, nová verze mezinárodní klasifikace nemocí ještě nepřeložená do češtiny, stejně jako u jiných návykových látek, rozšiřuje popis stavů souvisejících s užíváním tabáku. Celkově lze v anglické verzi MKN-11 nalézt 14 diagnóz týkajících se užívání tabáku, například epizody škodlivého užívání nikotinu, závislost na nikotinu, současné užívání a intoxikace nikotinem. Velkou část věnuje MKN-11 také diagnostice zdravotních problémů spojených s užíváním tabáku (Králíková et al., 2022).

Diagnostický statistický manuál duševních poruch, páté vydání (DSM-5) popisuje kritéria závislosti následovně:

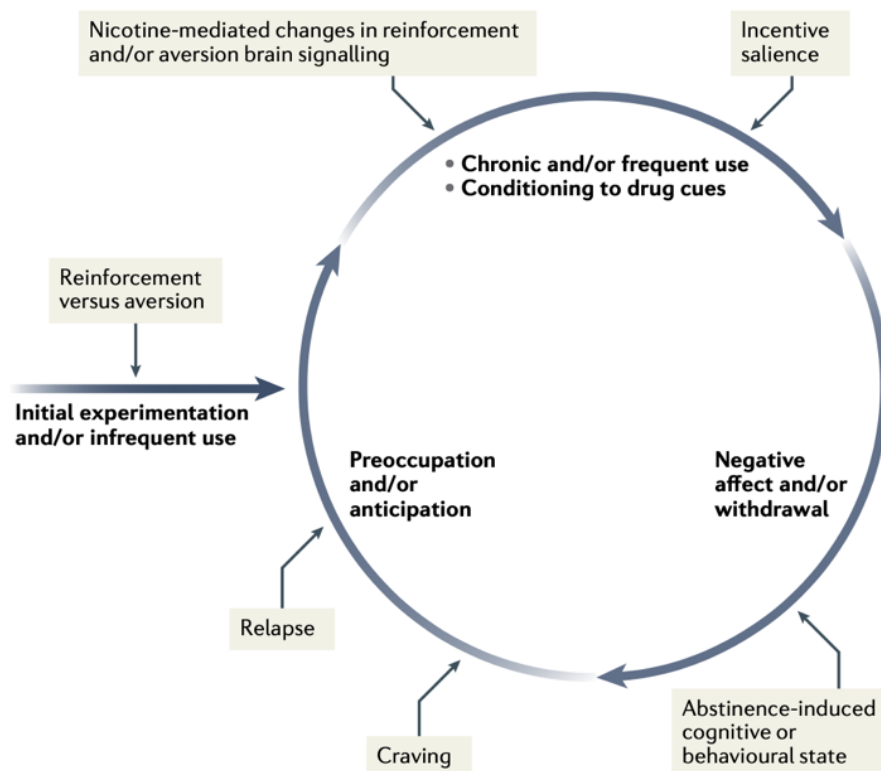
1. Ztráta kontroly (neschopnost přestat užívat)
2. Přetrvávající touha/neúspěšné pokusy přestat užívat
3. Craving (silná touha užít látku)
4. Selhání v plnění hlavních rolí v životě kvůli užívání
5. Velké množství času je stráveno opatřováním, užíváním a zotavováním se z užívání návykové látky
6. Pokračování v užívání navzdory sociálním nebo mezilidským problémům
7. Důležité aktivity jsou omezeny nebo opuštěny kvůli užívání
8. Užívání látky v situacích, kdy je to fyzicky nebezpečné
9. Pokračování užívání látek navzdory fyzickým nebo psychologickým problémům způsobených nebo zhoršených užíváním
10. Tolerance
11. Abstinenční příznaky

(American Psychiatric Association, 2013).

Pro zařazení diagnózy závislosti na tabáku se musí u jedince vyskytovat nejméně 2 kritéria, a to za posledních 12 měsíců. DSM-5 rozlišuje četnost výskytu symptomů závislosti na tabáku do tří kategorií: mírné závažnosti (2-3 symptomy), střední (4-5) a velmi závažné (6 a více symptomů) (American Psychiatric Association, 2013).

Na obrázku č. 4 je zobrazený cyklus užívání tabáku/nikotinu podle kterého Le Foll (2022) popisuje závislost na tabáku. Vstup do kruhu začíná prvotním experimentováním s kouřením nebo nepravidelným užíváním cigaret (Initial experimentation and/or infrequent use). Počáteční užívání má jak pozitivní, tak i averzivní (odpudivé) účinky. V další fázi jedinec přechází na častější nebo chronické užívání (Chronic and/or frequent use). Častější přísun nikotinu vyvolává farmakodynamické změny v mozkových okruzích, které snižují citlivost na averzivní vlastnosti tabáku. Nikotin se stává silným posilovačem, což vede k úpravě sekundárních podnětů spojených s užíváním tabáku (například sensorické vlastnosti cigaretového kouře a pocit cigarety v ruce nebo ústech). To podněcuje další užívání nikotinu. Když se kuřák dostane do stavu abstinence (během nočního spánku nebo při pokusech o odvykání), objeví se u něj abstinenční příznaky. To je znak fáze negativních důsledků nebo odvykacího syndromu (negative affect and/or withdrawal). Tyto negativní afektivní a kognitivní příznaky vedou k zesílení zájmu kuřáka o získání a užívání tabákového/nikotinového výrobku (craving), což může vést k relapsu (Le Foll et al., 2022).

Obrázek 4 Cyklus užívání tabáku/nikotinu



(Le Foll et al., 2022)

6 Faktory motivace k odvykání kouření

Motivace je složitý psychologický komplex s různými definicemi. Hartl (2004) uvádí definici: „motivace je proces řídicí síly odpovědné za zahájení, usměrňování, udržování a energetizaci zacíleného chování; síly mohou být fyziologické, jako je hlad, žízeň, sex, sebezáchova, nebo psychologické, jako je touha uspět a potřeba někam patřit“ (Hartl, 2004, s. 141).

Motivaci můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. Vnější motivace je určena působením vnějších podnětů, jako je například nátlak rodiny. Vnitřní motivace vychází ze zájmů, vnitřních pohnutek a potřeb jedince (Maslow, 2021). Thomson et al. (2010) uvádí některé příklady motivace k odvykání kouření. Mezi ně patří vzhled, finanční stránka či neblahý vliv cigaretového kouře na děti. Kuřáci si často uvědomují, že pasivní kouření způsobuje nemoci u malých dětí a že primárním zdrojem pasivního kouření jsou rodiče kuřáci. Zanechání kouření může být snahou rodiče zamezit negativnímu vlivu na jeho děti. Dalším důvodem může být snaha dávat vhodný příklad svým potomkům. Adolescenti, jejichž rodiče kouří, jsou ve výrazně vyšším riziku, že toto chování budou opakovat. Rodiče, kteří přestanou kouřit, mohou pomoci odradit své děti od kouření tím, že budou představovat zdravější chování, sníží vystavení dětí kouření alepší zdraví svých dětí i své vlastní.

Velkou motivací pro kuřáky může být nějaká zlomová životní událost, jako je narození dítěte, nová práce nebo zjištění diagnózy nemoci způsobené kouřením. Pacienti s chronickým onemocněním, jako je diabetes nebo infarkt myokardu, cítí větší potřebu zanechání kouření než kuřáci bez těchto obtíží. Také se ukazuje, že pacienti s diagnostikovanou plicní rakovinou častěji zanechávají kouření po zjištění této diagnózy. Je nutno uvést, že motivace je individuální, a tak pro některého kuřáka může být zjištění nepříznivé zdravotní diagnózy, například nádor plic, motivující k zanechání kouření, zatímco pro jiného nikoliv (Thomson et al., 2010).

Jako pozitivní přínos kouření udávají kuřáci často redukování stresu. Kouření jedinci pomáhá vyrovnat se se stresem, často však kuřáci nevyužívají jiné copingové strategie pro jeho zvládnání. Obava z nezvládnání stresu může být pro kuřáka překážka k odvykání od nikotinu. Dle výzkumu však odvykání kouření může napomoci se snížením stresu (Gill et al., 2021). Někteří jedinci udávají, že jim kouření napomáhá k uklidnění, což ale odporuje fyziologickým vlastnostem nikotinu, který je stimulant (National Center for Biotechnology Information, 2024). To, co mohou kuřáci pociťovat při údajném zklidnění je úleva od pociťovaných abstinčních

příznaků z nedostatku nikotinu. Jako lepší strategie zvládnání stresu je doporučováno pracovat s primární příčinou stresu v životě kuřáka (př. stresové pracovní prostředí, škola, finanční situace). Jako další benefit kouření popisují jedinci socializaci. Někteří kuřáci se mohou obávat toho, že při zanechání kouření budou vyčleněni ze skupiny nebo budou mít problémy s navazováním kontaktů (Gill et al., 2021).

7 Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku

Léčba závislosti na tabáku je ekonomicky i klinicky výhodná (Králíková et al., 2022). Zanechání kouření před 40 lety života kuřáka snižuje jeho riziko úmrtí v důsledku nemocí spojených s kouřením až o 90 %. Odvykání kouření je však doporučeno kuřákům v jakémkoliv věku (Selby & Zawertailo, 2022). Výzkumy ukázaly, že již omezení kouření může snížit riziko vzniku všech druhů rakoviny způsobených kouřením (Chang et al., 2021). Kromě úplného zanechání kouření je tedy pro kuřáka přínosné i omezení počtu vykouřených cigaret za den. Snížení počtu cigaret může být vhodné pro kuřáky, kteří ještě nejsou přesvědčeni přestat (Yoo et al., 2022).

Závislost na tabáku je velmi relabující onemocnění. Většina kuřáků za život zkusí abstinovat až 30 krát před dlouhodobou či doživotní abstinencí. Nejvíce relapsů se uskuteční již 8 dnů po dni D (začátku abstinence). Velký vliv na to má odvykací syndrom (Králíková et al., 2022).

Dle DSM-5 se mohou u kuřáka po odnětí tabáku vyskytovat tyto odvykací příznaky:

1. Podrážděnost, frustrace, hněv
2. Úzkost
3. Obtížné soustředění
4. Zvýšená chuť k jídlu
5. Neschopnost odpočívat
6. Špatná nálada
7. Nespavost

(American Psychiatric Association, 2013).

Další odvykací příznaky popisuje například známý dotazník Minnesotské škály odvykacích příznaků. Mimo abstinenci příznaky v DSM-5 lze přidat touhu kouřit (craving), hlad, zvýšenou hmotnost, obtížné usínání, buzení v noci, netrpělivost, zácpu, závratě, kašel, neobvyklé sny, noční můry, nevolnost a bolení v krku (Hughes, 2007).

Odvykací symptomy jsou nejvíce intenzivní 2 dny po odnětí tabáku a odezní většinou do jednoho týdne. Některé odvykací příznaky, hlavně touha kouřit (craving), můžou však přetrvávat mnohem déle (Selby & Zawertailo, 2022). Větší úspěšnost abstinence od nikotinu mají kuřáci, kteří vyhledají odbornou pomoc (Králíková et al., 2022).

Odvykání kouření může být pro jedince náročné, protože musí zvládnout fyzickou ale i psychickou stránku odvykání. Proto můžeme léčbu závislosti na tabáku rozdělit na farmakologickou a behaviorální složku. Farmakoterapie pomáhá kuřákovi překonat fyzické odvykací příznaky a minimalizovat příjemné pocity po užití nikotinu. Behaviorální forma léčby se snaží změnit naučené chování spojené s kouřením. Nejlepších výsledků je dosaženo při kombinaci obou forem léčby (Rigotti et al., 2022).

7.1 Farmakoterapie

V případě farmakologické léčby rozeznáváme 4 typy léčivých přípravků: náhradní terapie nikotinem (NTN), vareniclin, cytisin a bupropion. Výzkumy ukazují, že využití různých forem NTN nebo léku vareniclin ztrojnásobují pravděpodobnost abstinence od nikotinu po 6 měsících (Králíková et al., 2022).

7.1.1 Náhradní terapie nikotinem

Účelem náhradní terapie nikotinem je substituovat kuřákovi nikotin v průběhu odvykání kouření. To napomáhá ke snižování cravingu a abstinenčních příznaků u jedince. V případě NTN dochází k pomalejšímu dodání nikotinu než u cigaret a absenci škodlivých důsledků z vdechování cigaretového kouře (Králíková et al., 2022).

Produkty NTN jsou dostupné v několika formách. Podle způsobu uvolňování je můžeme rozlišit na orální a transdermální formy. Orální formy NTN můžeme nalézt ve formě žvýkaček, pastilek nebo sprejů. Orální forma NTN je výhodná v rychlém uvolňování nikotinu a tím i rychlému tlumení cravingu. Transdermální forma NTN je dostupná ve formě náplastí, ze kterých se uvolňuje menší množství nikotinu po delší čas. Dávkování je individuální a mělo by být dobře nastaveno lékařem či jiným odborníkem. Tabulka č. 2 ukazuje formy NTN a dávky ve kterých jsou dostupné na trhu (Theodoulou, et al., 2023).

Tabulka 2 Dostupné formy a dávky NTN v ČR

PRODUKT	DÁVKA NIKOTINU
Náplasti	7, 10, 14, 15, 21, 25 mg / 16h nebo 24h
Žvýkačky	2, 4 mg
Pastilky	4 mg
Orální sprej	1 mg /dávka

(Theodoulou, et al., 2023, JNTL Consumer Health s.r.o., 2023).

Žvýkačky

U užívání pouze jedné formy NTN (monoterapie) by měla být u kuřáka vhodně nastavena denní dávka přípravku. Pro dostatečnou léčbu je doporučeno užívat 8-12 nikotinových žvýkaček denně, s vhodně zvolenou silou po dobu 3 měsíců. Silně závislí kuřáci (výsledek větší než 6 ve Fageströmově testu nikotinové závislosti, nebo kouření 20 a více cigaret denně) by měli začít s užíváním 4 mg žvýkaček. Žvýkačky s vyšším obsahem nikotinu se také doporučují u kuřáků, pro které byla forma s 2 mg nikotinu nedostatečná. U ostatních kuřáků je vhodné začínat dávkou 2 mg nikotinu. Maximální bezpečné množství žvýkacích gum na den je 24 (SÚKL, 2022). Králíková et al. (2022) popisuje, že nikotinové žvýkačky s obsahem 4 mg jsou účinnější než žvýkací gummy s nižším obsahem nikotinu (2 mg). Na trhu jsou dostupné žvýkací gummy s různými ovocnými nebo mentolovými příchutěmi. Žvýkačky jsou určeny pro dospělé pacienty, ale výzkumy ukázaly, že po konzultaci s lékařem mohou být indikovány i u mladistvých (Králíková et al., 2022).

Náplasti

Transdermální nikotinová náplast má podobu béžové, poloprůhledné, obdélníkové náplasti s kulatými rohy. Kuřáci s velkou mírou závislosti by měli začínat léčbu s náplastmi 25 mg s uvolňováním 16 h jednou denně po dobu 8 týdnů a následující dva týdny pak jednou denně náplast s 10 mg nikotinu s 16 hodinovým uvolňováním. Pro kuřáky s nižším stupněm závislosti postačí náplast s 10 mg nikotinu / 16 h denně. Předepsaná doba užívání náplastí je 6 měsíců, ale někteří kuřáci mohou v případě potřeby užívat NTN i delší dobu (SÚKL, 2022).

Doporučuje se střídat místa aplikace nikotinové náplasti tak, aby na stejné místo nebyla další náplast přilepena dříve než po 3-4 dnech. Mezi nežádoucí účinky patří podráždění pokožky, zarudnutí, svědění a vyrážka (Králíková et al., 2022).

Velmi účinná je kombinace různých forem NTN, například současné užívání náplastí a žvýkaček (či jiné orální formy) zvyšuje abstinenci od půl do jednoho roku o 5 % oproti využívání pouze jednoho typu NTN (Králíková et al., 2022).

Náhradní terapie nikotinem by měla být využívána pouze kuřákem, který se snaží odvykat od užívání nikotinu. Obecně se doporučuje užívání NTN max 24 týdnů, neboť po této době již nebyly zjištěny důkazy o vyšší účinnosti. U některých abstinujících kuřáků však delší doba užívání může být přínosná. Naopak dlouhodobým užíváním NTN off-label (užívání způsobem, který není v souladu doporučením v příbalovém letáku) může dojít k závislosti. Rizika NTN jsou ale v porovnání s ostatními způsoby užívání nikotinu velmi nízká a přínosy NTN zmíněná rizika převyšují (Chomynová et al., 2024).

Kontraindikace NTN

Osoby s nedávným infarktem myokardu, nestabilní anginou pectoris, těžkou arytmií a cerebrovaskulárními příhodami by měli NTN využívat s obezřetností. Pro pacienty s kardiovaskulárním onemocněním jsou více vhodné léky pro odvykání kouření než samotná NTN. Pokud se ale u člověka s kardiovaskulárním onemocněním vyskytnou obtíže v odvykání kouření, lze NTN využít, protože přináší výrazně nižší rizika než pokračování v kouření cigaret (Králíková et al., 2022).

NTN lze užívat již před zanecháním kouření, což označujeme jako pre-treatment. Jedním z přístupů může být užívání 21 mg/ 24 hodinové náplastí nebo 25 mg/16 hodinové náplastí dva týdny před zanecháním kouření. Možnou léčbou závislosti na tabáku tedy není jen úplné vysazení ale i postupná redukce cigaret za současného užívání NTN. Tento přístup je vhodný pro kuřáky, kteří nechtějí přestat kouřit naráz. Díky NTN se eliminuje kompenzační kouření, při kterém kuřák s menším počtem cigaret denně vdechuje kouř intenzivněji ve snaze získat svoji obvyklou dávku nikotinu. Zanechání kouření je ale v tomto případě doporučováno nejdéle do půl roku (Králíková et al., 2022).

7.1.2 Vareniclin

Vareniclin je lék primárně určený k léčbě závislosti na tabáku. Je to parciální agonista nikotinového receptoru a zmírňuje craving a další abstinenci příznaky. V centru mozku se s vysokou afinitou váže na alfa-4 beta-2 nikotin-acetylcholinové receptory. Při současném kouření tabáku vareniclin brání agonistické aktivity u zmíněných receptorů a tím blokuje

odezvu potěšení a odměny (Králíková et al., 2022). Začátek užívání vareniclinu může být například dva týdny před dnem zanechání kouření. Kombinace NTN a vareniclinu se ukázala jako velmi účinná pro odvykání kouření. Užívání vareniclinu může šanci na dlouhodobou abstinenci od nikotinu až zdvojnásobit (Le Foll et al., 2022). Mimo pozitivní účinky při odvykání od nikotinu snižuje vareniclin chuť na alkohol, takže může pomáhat i pacientům v léčbě závislosti na alkoholu. Lék je bezpečný pro osoby s duševním onemocněním, mohou se u nich však častěji vyskytovat neuropsychiatrické nežádoucí účinky. Mezi popsané nežádoucí účinky patří nauzea, poruchy spánku, abnormální sny, ospalost, bolest hlavy, zácpa, závratě a plynatost. Kontraindikací k předepsání vareniclinu je onemocnění a selhání ledvin (Králíková et al., 2022). Vareniclin je nákladově efektivní jako pomůcka při odvykání kouření ve srovnání s bupropionem, NTN a behaviorální léčbou. Přestože je pořizovací cena vareniclinu celkem vysoká, jeho pozitiva převyšují a v porovnání s léčbou vede dlouhodobá abstinence k významným úsporám (Chaisai et al., 2024).

V Česku bylo možné vareniclin pořídit pod obchodním názvem Champix, v červnu roku 2021 byl však na trhu nedostupný. Důvodem bylo nalezení většího než přijatelného množství nitrosamidů v některých šaržích z USA. Nitrosaminy, které vznikají reakcí sekundárních aminových látek, mohou být karcinogenní. Proto se výrobce rozhodl lék celosvětově stáhnout. V květnu roku 2022 FDA (Food and drug administration) oznámila, že je přesvědčena o schopnosti výrobců léků dodávat vareniclin bez nadměrné hladiny nitrosaminů. Nově vyrobené léky s vareniclinem v USA by měly mít maximální množství 37 ng nitrosaminů na denní dávku (FDA, 2022).

7.1.3 Cytisin

Cytisin je parciální agonista nikotin-acetylcholinových receptorů, chemicky je to prekurzor vareniclinu (Le Foll et al., 2022). Oproti vareniclinu má kratší dobu působení a jeho poločas v krvi je přibližně 4 hodiny. Cytisin zmírňuje abstinenci příznaky a je tak účinný v pomoci k zanechání kouření. V kombinaci s psycho-behaviorální podporou může být účinnější než NTN (Králíková et al., 2022).

Cytisin lze volně pořídit pod obchodním názvem defumoxan. Jedno balení léku obsahuje 100 tablet a minimální délka léčby je 25 dní. Kuřák může kouřit ještě prvních 5 dní začátku léčby. Současné kouření a užívání defumoxanu však může zhoršit jeho nežádoucí účinky. Mezi některé nežádoucí účinky patří zvýšená chuť k jídlu, přibírání na váze, nauzea, změny nálad, úzkost, hypertenze, průjem, vyrážka, únava, nespavost, bolest hlavy, zvracení, boleti břicha

a svalů. Defumoxan by neměli užívat osoby mladší 18 let a starší 65 let a těhotné ženy. Lék by měl být užíván s opatrností u osob s kardiovaskulárním onemocněním, diabetem mellitus, žaludečním vředem, selháním ledvin a jater, hypertyreózy, hypertenze a schizofrenie (SÚKL, 2024).

7.1.4 Bupropion

Bupropion byl původně vyvinutý jako antidepresivum, později se ale přišlo na jeho pozitivní účinky při odnětí nikotinu. Lék je agonistou nikotinu a blokuje v mozku zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu v synapsích (Le Foll et al., 2022). Bupropion zvyšuje šance abstinence od nikotinu, ale je méně účinný než vareniclin. Nedoporučuje se u osob s anamnézou křečových záchvatů, poruch příjmu potravy a osob užívajících antidepresiva typu MAOI (inhibitory monoaminoxidázy). S obezřetností by měl být bupropion podáván u osob užívajících antidepresiva, antipsychotika, antimalarika a perorální antidiabetika, neboť tyto léky mohou snižovat práh pro rozvoj křečových záchvatů. Kontraindikované je pití alkoholu, neboť může vést k rozvoji záchvatů. Běžně se vyskytujícími vedlejšími účinky jsou nespavost, bolest hlavy, pocit sucha v ústech, nevolnost, závratě a pocit úzkosti. Nejvýznamnějším nežádoucím účinkem jsou křečové záchvaty a dříve byla nahlášena i úmrtí (Králíková et al., 2022).

7.2 Psychobehaviorální péče

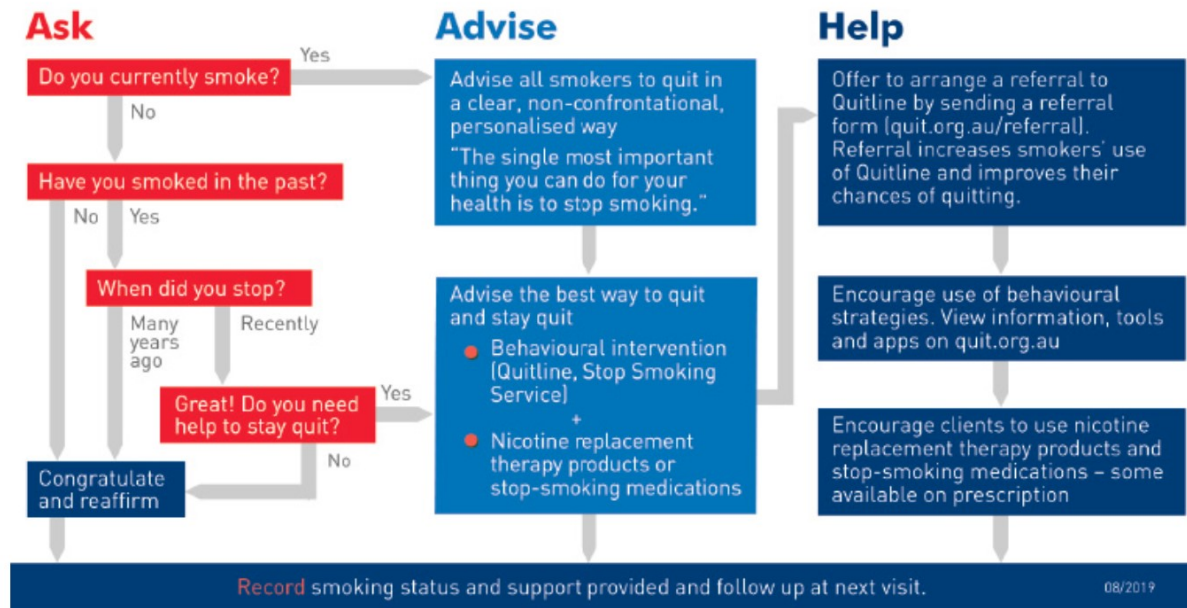
Důležitou složkou léčby závislosti na tabáku je psychobehaviorální péče. Závislost je dvojího typu a to, fyzická, která může být pokryta dostatečnou farmakoterapií a psychická, která zahrnuje naučené kuřácké situace. S psychickou závislostí je potřeba pracovat, aby se snížilo riziko relapsu (Králíková, 2022).

Psychobehaviorální intervence můžeme dělit na krátké intervence a dlouhodobější poradenství. Krátká intervence je známá, často opakovaná forma rozhovoru s kuřákem, která má za cíl zjistit jeho kuřácký stav, motivaci k zanechání kouření a předat kontakty na další odborné služby v této oblasti. Jedním z modelů pomáhajících vést krátkou intervenci je 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange), což lze přeložit jako: zeptat se pacienta na jeho kuřácký status; poradit kuřákovi aby zanechal kouření; posoudit připravenost k odvykání; pomoci s pokusem o odvykání; domluvit další kontrolu/péči (ENSP, 2020).

Kratší verze intervencí pro odvykání kouření je schéma: Ask (zeptat se), Advise (doporučit), Help (pomoci). Odborník se zeptá na to, zda osoba kouří, pokud ano, zmíní škodlivost kouření

a poradí zanechat kouření i s konkrétními kroky, jako je využití psychobehaviorální intervence (linka pro odvykání, odborná pomoc) a využití náhradní nikotinové terapie či léků pro odvykání kouření. V poslední fázi může kuřákovi pomoci v naplánování odvykání kouření a léčby závislosti na tabáku. Schéma v angličtině ukazuje obrázek č. 6. (Zwar, 2020).

Obrázek 5 Schéma krátké intervence Ask, Advise, Help



(Zwar, 2020)

Dalším modelem je 5R (Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, Repetition), zaměřující se na důvody k zanechání kouření a případné překážky v cestě za abstinencí. Jednotlivé kroky by se daly popsat jako: zeptat se jak je pro kuřáka relevantní zanechat kouření; jaká krátkodobá a dlouhodobá rizika kuřákovi hrozí při pokračování v závislostním chování (př. zdravotní), popsat kuřákovi osobní výhody, které přináší odvykání kouření; identifikovat s kuřákem překážky na jeho cestě k odvykání; intervence toho typu pravidelně opakovat (ENSP, 2020).

Pokud se kuřák rozhodne k odvykání měla by mu být poskytnuta specializovaná péče. Jako velmi vhodný nástrojem v léčbě závislosti na tabáku se ukázala kognitivně behaviorální terapie (KBT). KBT pracuje s technikami: psychoedukace, trénink asertivity, vyrovnávací strategie, contingency management (terapeutický přístup založený na odměňování pozitivního chování), rozpoznávání či regulace nálady a prevence relapsu. KBT může kuřákovi napomoci nejenom se zvládnutím odvykacích příznaků po odnětí nikotinu ale i pracovat se stresem vyskytujícím se

v jeho životě (Çelik & Mortan Sevi, 2020). Výzkumy opakovaně ukázaly, že KBT přístup je pro odvykání kouření efektivnější než obecné zdravotní doporučení, a to hlavně KBT v kombinaci s farmakologickou léčbou (Webb, et al., 2024; Farooq, 2020; Çelik & Mortan Sevi, 2020). KBT pomáhá kuřákovi naučit se praktické způsoby pracování s cravingem a zvládání rizikových situací. Pro dlouhodobou abstinenci je nutné aby kuřák změnil i svůj životní styl, naučil se nové zdravější způsoby chování a v terapii adresoval svou osobní, rodinnou a socio-ekonomickou situaci (ENSP, 2020).

Léčba může být prováděna individuálně nebo skupinově. Individuální poradenství je efektivnější pro dlouhodobou abstinenci než například krátká intervence. V odvykání kouření se tak ukazuje jako účinná dlouhodobá práce s kuřákem, kde jedinec navazuje vztah s terapeutem. Setkávání je zpravidla jednou týdně nebo jednou za dva týdny (ENSP, 2020). V sezeních se terapeut s kuřákem zaměřuje na zjištění anamnézy, motivaci k odvykání, pomoci při cravingu a identifikaci a objevení strategií zvládání rizikových situací. Setkávání je nejvhodnější na dobu minimálně 4 týdnů, může být ale i delší podle potřeby kuřáka (Králiková et al., 2022).

7.2.1 Motivační rozhovory

Dalším velmi vhodným přístupem jsou motivační rozhovory. Motivační rozhovory (MR) jsou založeny na přístupech zaměřených na klienta, kognitivně behaviorální terapie a dalších poznatcích z psychologických směrů. Pomocí MR se snažíme v klientovi objevit jeho vnitřní motivaci, která může napomoci k dlouhodobé změně chování (Soukup, 2020).

Hlavním cílem motivačních rozhovorů je řeč změny. Změna o které je hovořeno může být pozorovatelná z vnější (užívání návykových látek, péče o zdraví, agresivita a jiné) nebo může jít o změnu na venek nepozorovatelnou, jako jsou například hodnoty či vnímání vlastních schopností. MR pracují s tématem ambivalence, nebo-li vnitřní rozpolceností. Jedinec může prožívat rozpolcenost mezi současným stavem svého chování a představou ideálního stavu. Ve chvíli, kdy je jedinec přesvědčován o výhodách jednoho stanoviska (př. měl byste přestat kouřit) začne se přiklánět k opačnému stanovisku. MR tak často pracují spíše s popisováním rozporu (př. chcete zlepšit svůj životní styl, ale zároveň stále kouříte cigarety). Důležitou součástí je také připravenost jedince změnu vykonat, ne jenom si ji přát. Ukazuje se, pokud člověk sám pozitivně hovoří o změně, je větší pravděpodobnost, že ji uskuteční. Motivace ke změně je komplexní složitý interpersonálně podmíněný proces (Soukup, 2020).

Změna je často dlouhodobý proces charakterizovaný různými fázemi. Tento proces popsal Prochaska a DiClemente v cyklickém modelu změny (obrázek č. 7). V první fázi cyklu

(prekontemplační) je jedinec před rozhodováním, kdy ještě neuvažuje o změně. V druhé fázi (kontemplační) jedinec uvažuje o změně, rozvíjí se jeho ambivalence a nespokojenost se současným stavem chování. Třetí fáze cyklu je rozhodnutí, kdy jedinec přemýšlí o konkrétních krocích změny. Ve čtvrté fázi (akce) dochází ke konkrétním kroků změny. Na fázi akce navazuje pátá fáze, kde se jedná o udržování změny. Pokud jedinec změnu udržuje může z kruhu „vystoupit“ a například dlouhodobě abstinovat. Pokud dojde k relapsu cyklus se znovu opakuje. Fáze mohou ale nemusí postupovat chronologicky za sebou. Intervence zaměřené na jedince by měly být adekvátní podle toho, v jaké fázi cyklu se jedinec nachází (Soukup, 2020).

Obrázek 6 Cyklický model změny Prochaska a DiClemente



(Di Clemente, et al. 1991; ENSP, 2020).

7.2.2 Další podpora

Mezi další specializovanou podporu odvykání kouření patří například telefonní linka. U nás v ČR funguje národní linka pro odvykání, která byla zřízená Úřadem vlády ČR. Vyškolený pracovník může volajícímu poskytnout behaviorální intervenci, v návazných telefonátech projít postupné odvykání nebo doporučit jinou specializovanou službu. Mnoho kuřáků také může využívat mobilní aplikace pro odvykání kouření, jejich výhodou je snadná dostupnost, návaznost a zaměření na cílené potřeby kuřáka (Králíková et al., 2022).

8 Odvykání kouření při primární léčbě závislosti

Prevalence kouření je vyšší u pacientů s psychickým onemocněním a s závislostní diagnózou v porovnání s obecnou populací. Osoby se závislostí na jiné návykové látce častěji umírají na nemoci spojené s kouřením než na důsledky užívání jiné návykové látky (Shu & Cook, 2015). Dle výzkumů mají osoby se závislostí na návykových látkách a uživatelé alkoholu často velký zájem o zanechání kouření, ale nedaří se jim nebo nezvládají odvykat (Fine et al., 2019). Závislost na tabáku je stále některými profesionály v oblasti léčby závislostí přehlížena. Překážky lze nalézt mezi pracovníky i pacienty, neboť toto téma je stále opřeno mnoha mýty. Dříve bylo užívání tabáku v léčbě závislosti bráno jako nedůležité a kouření cigaret jako méně škodlivá alternativa oproti užívání jiné návykové látky. Obavou bylo, že pacient při větší psychické zátěži začne znovu kouřit a zrelapsuje (McKelvey et al., 2017).

Pacienti se často potýkají s překážkami odvykání kouření, které jsou pro tuto skupinu specifické. Jednou z překážek je přesvědčení, že odvykání kouření zhorší či ohrozí průběh jejich léčby primární závislosti (Fine et al., 2019). Pro osoby se závislostí či psychickým onemocněním může být odvykání kouření náročné, neboť mohou mít menší frustrační toleranci, chybějící strategie ke zvládnutí obtížných situací nebo mohou postrádat kvalitní sociální kontakty (Lima, et al., 2020). Více výzkumů ale ukázalo, že pacienti se závislostí či psychickým onemocněním zvládají léčbu závislosti na tabáku stejně dobře, jako osoby bez těchto onemocnění (Castaldelli-Maia et al., 2018). Léčba závislosti na tabáku může dokonce zlepšit abstinenci od alkoholu a může být spojena se sníženým užíváním drog (Fine et al., 2019). Castaldelli-Maia et al. (2018) doporučuje začlenění osob užívajících návykové látky a osob s psychickým onemocněním do stejné léčby pro odvykání kouření jako osoby bez těchto obtíží. Tento přístup by mohl napomoci ke snížení stigmatizace a mýtů ohledně léčby závislosti na tabáku u osob se závislostí na jiných návykových látkách (Castaldelli-Maia et al., 2018). Naopak autoři Shu & Cook (2015) udávají, že pacienti, kteří prošli léčbou závislosti mají nižší pravděpodobnost zanechání kouření než osoby, které léčbou neprošly. Další odlišností je to, že někteří pacienti drogových služeb mohou používat tabák ke zvládnutí psychologických a fyziologických obtíží spojených s odvykáním od primární návykové látky. Z výzkumu vyplynuly také rozdíly v primární návykové látce u kuřáků. Nejmenší úspěšnost odvykání kouření měli uživatelé heroinu, poměrově nejvíce úspěšní byli uživatelé alkoholu (Shu & Cook, 2015).

9 Lůžkové oddělení muži – Klinika adiktologie

Klinika adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze poskytuje klinické služby pro pacienty ve dvou formách - lůžkové a ambulantní. Lůžková oddělení jsou celkově tři a to, detoxifikační oddělení, lůžkové oddělení pro muže a lůžkové oddělení pro ženy.

Mužské lůžkové oddělení (LOM) poskytuje střednědobou ústavní léčbu závislosti v období třech měsíců. Maximální kapacita lůžek je 25. Zařízení je pro osoby s problémovým užíváním alkoholu a jiných návykových látek, či hazardním hraním. Léčba vychází ze zkušeností režimové léčby v Apolináři od roku 1948 vedeného doktorem Jaroslavem Skálou. Léčebnými faktory je vytvoření bezpečného prostředí pro zdravotní, psychickou a sociální stabilizaci osob během abstinence od návykových látek a hazardního hraní. LOM splňuje Standardy odborné způsobilosti pro zařízení poskytující služby pro uživatele drog (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky). Na oddělení funguje multidisciplinární terapeutický tým ve kterém jsou zastoupeni psychoterapeuti, psychologové, adiktologové, zdravotně sociální pracovníci, všeobecné a psychiatrické sestry, pracovní terapeut, arteterapeut a externí spolupracovníci. Léčba je založena na principech terapeutické komunity a zahrnuje skupinovou a komunitní psychoterapii, sociální a právní poradenství, ergoterapii, edukativní přednášky, programy prevence relapsu, aktivity zahrnující účast blízké osoby a další. Nedílnou součástí léčby jsou pak programy následné péče, a to doléčovací skupina, pobyt v přírodě dvakrát do roka (zátěžové programy) a opakovací léčba 3-4x ročně na oddělení (Debnárová & Schlosserová, 2023).

Na lůžkovém oddělení muži je dovoleno kouřit ve vyhrazených časech programu. Pro pacienty, kteří se rozhodnou nekouřit, je zajištěna farmakologická substituční a psychoterapeutická podpora. Léčbě předchází pobyt na detoxifikačním oddělení, které je od roku 2019 nekuřácké. Na detoxifikačním oddělení je pacientům poskytnuta nikotinová substituce a terapeutická podpora v odvykání kouření (Kulhánek & Mašlaniová, 2020).

V roce 2021 byl na LOM zaveden pilotní nekuřácký provoz. Nekuřácký provoz probíhal na oddělení celkově čtyři měsíce. V pilotní studii byla zjišťována míra abstinčních příznaků u pacientů a proběhla analýza proměnných, které mohly mít vliv na průběh nekuřáckého oddělení, a to ze strany pacientů i personálu (Schlosserová, et al., 2022).

10 Praktická část

10.1 Cíl výzkumu

Primárním cílem výzkumu je prospektivně sledovat trajektorii pacientů léčících se s závislostí po přechodu z detoxifikačního oddělení na lůžkové oddělení muži Kliniky adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) se zaměřením na vývoj užívání tabáku a odvykání kouření ve sledovaném období 6 měsíců.

Dílními cíli je zmapovat v čase motivaci pacientů (kuřáků tabáku) k odvykání kouření, míru užívání tabáku a nikotinu (frekvenci a formu) a subjektivně prožívané abstinenci příznaky v důsledku odnětí tabáku.

Praktickou implikací studie je na základě rozhovoru s terapeutickým týmem oddělení identifikovat podpůrné a rizikové faktory pro rozvoj intenzivnějšího programu podpory nekouření v rámci hospitalizace na lůžkovém oddělení na Klinice adiktologie.

10.2 Výzkumné otázky

1. Jaký podíl pacientů (kuřáků tabáku) z výzkumného souboru pokračuje v abstinenci od nikotinu po přechodu z detoxifikačního oddělení na lůžkové oddělení Kliniky adiktologie za sledované období?
2. Do jaké míry využívají pacienti (kuřáci tabáku) možnosti nikotinové substituce v průběhu léčby?
3. Jaké jsou nejčastěji popisované abstinenci příznaky v důsledku vysazení nikotinu a jak se vyvíjí jejich intenzita v průběhu sledovaného období?
4. Jak se v čase vyvíjí subjektivní motivace pacientů k abstinenci od nikotinu? Co pacienti vnímají jako náročné a naopak podpůrné v odvykání kouření?

10.3 Metody výběru

Respondenti byli rekrutováni s pomocí metody kriteriálního záměrného výběru. Kriteriální záměrný výběr zahrnuje do výzkumu všechny osoby splňující určité znaky (Ferjenčík, 2000). Cílová populace byla vytvořena z pacientů hospitalizovaných na lůžkovém oddělení muži. Sběr dat probíhal v období 6 měsíců, a to konkrétně od září 2023 do konce března 2024. Respondenti zařazení do studie museli splňovat následující kritéria:

- Osoba udělující dobrovolný souhlas se studií

- Starší 18 let
- Současný uživatel nikotinu (kuřák)
- Osoba hospitalizovaná na Lůžkovém oddělení muži Kliniky adiktologie VFN ve sledovaném období
- Osoba s primární diagnózou látkové či nelátkové závislosti

Výzkum byl soustředěn pouze na pacienty mužského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie. Pro kvalitativní část dat byli vybráni členové terapeutického týmu dle odbornosti a časových kapacit jednotlivých odborníků. Do finálního souboru byla vybrána adiktoložka, psychologka a zdravotní sestra.

10.4 Metody sběru dat

Studie byla realizována ve dvou výzkumných fázích (kvantitativní a kvalitativní). Kvantitativní část se skládala z tištěných dotazníků mezi pacienty lůžkového oddělení muži, kvalitativní část ve formě polostrukturovaného rozhovoru s terapeutickým týmem tohoto oddělení. V kvalitativním výzkumu je rozhovor jednou z nejvíce využívaných metod. Rozeznáváme nejčastěji dvě formy, a to polostrukturovaný a nestrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu otázek, které jsou doplňovány podle potřeby tazatelem. Rozhovor nepředstavuje jenom danou pasáž dotazování otázek, ale zahrnuje i přípravu na rozhovor, vymyšlení otázek a jejich logické seřazení a následnou práci s výsledkem po ukončení rozhovoru (Hendl, 2023). Hendl (2023) udává, že neexistují fixní pravidla pro řazení otázek v rozhovoru. Klasické řazení je ale přistupování od obecnějších otázek, například zaměřených na neproblémové skutečnosti či současné aktivity ke specifitějším otázkám, zaměřující se na názory, pocity a specifickou problematiku. Z časového hlediska nejprve klademe otázky zaměřující se na přítomnost a až poté na minulost či budoucnost. Běžná praxe udává, že otázky by měly být otevřené a neutrální (Hendl, 2023). Pro účely práce bylo vytvořeno 17 otázek zaměřujících se na pravidla kouření na oddělení a informace a zkušenosti s nikotinovou substituční terapií u pacientů.

Kvantitativní data byla sbírána prospektivně pomocí tištěných dotazníků od pacientů (kuřáků) tabáku hospitalizovaných na lůžkovém oddělení Kliniky adiktologie. Data byla sbírána ve 3 vlnách, a to po dobu 6 měsíců. U každého respondenta na začátku léčby, tj. v prvních třech dnech po přechodu na lůžkové oddělení, následně po jednom měsíci léčby a poslední na konci léčby před odchodem z oddělení (tj. poslední tři dny před řádným ukončením léčby). Ve

výzkumu byla použita dotazníková matice, která se skládala ze 2 standardizovaných dotazníků: Fagerströmův test nikotinové závislosti (Heatherton et al., 1991) a Minnesotská škála abstinčních příznaků (Hughes, 2007), a vlastního dotazníku o využívání nikotinové substituce a motivace k odvykání kouření vytvořeného autorkou práce. Z důvodu zjednodušení sbírání dat a zajištění anonymity nebyly od respondentů zjišťovány sociodemografické údaje kromě věku narození a primární užívané návykové látky. Dotazník o využívání nikotinové substituce vytvořený autorkou práce však široce mapuje užívání nikotinu u respondenta a jeho motivaci k zanechání kouření.

10.4.1 Praktický průběh realizace výzkumu

Vedoucí práce byl osloven s žádostí o vedení diplomové práce v prosinci 2022. Na začátku roku 2023 probíhala odborná rešerše a příprava výzkumného designu. V červenci 2023 byl zpracován design do předmětu diplomový proseminář, který byl později prof. PhDr. Michalem Miovským, Ph.D. schválen. První fáze realizace výzkumu zahrnovala domluvu s personálem lůžkového oddělení muži, schválení výzkumu vedením oddělení a vedením Kliniky adiktologie, schválení výzkumu etickou komisí VFN, etickou komisí 1. LF UK Kliniky adiktologie a tisk dotazníkové matice.

Druhá fáze, sběr dat, probíhal ve spolupráci s personálem lůžkového oddělení muži. Data byla sbírána výhradně od personálu lůžkového oddělení muži, a to psychologkou Mgr. Lucií Schlosserovou a MUDr. Terezou Hynkovou. Sběr dotazníků oficiálně začal 26.9.2023. Plánování sběru dat zahrnovalo několik schůzek s vedením lůžkového oddělení a zapojeným personálem. Domluva a vytvoření dotazníků probíhalo pod supervizí vedoucího práce Mgr. Adama Kulhánka, Ph.D., MBA. Respondenti byli poučeni o účelu výzkumu a jejich povinnostech v případě zapojení do studie. Respondentům byly předány informace o studii, informovaný souhlas, souhlas se zpracováním osobních údajů a matice 3 dotazníků, které respondenti sami vyplňovali. Poslední administrace dotazníku proběhla 31.3.2024.

Studie byla finančně podpořena z programu institucionální podpory Cooperatio. Pracovnice LOM, psychologka Mgr. Lucie Schlosserová a doktorka MUDr. Tereza Hynková, byly za pomoc ve sběru dat patřičně ohodnocené. Respondentům nebyla poskytnuta žádná odměna.

10.4.2 Dotazníkové nástroje

Jedním z využitých standardizovaných dotazníků byl Fageströmův test nikotinové závislosti (Fageström Test of Nicotine Dependence - FTND) později přejmenovaný na FTCD - Fageström Test of Cigarette Dependence (Fagerström, 2012). Dotazník se skládá z 6 otázek týkajících se

užívání cigaret. Každá otázka má 2 nebo 4 možnosti odpovědi, z nichž musí pacient jednu zvolit. Dotazník je většinou distribuován lékařem nebo adiktologem pro zhodnocení míry závislosti na nikotinu. Dotazník obsahuje i tabulku s vyhodnocením, která uvádí bodové škály od velmi nízké nebo žádné závislosti až po velmi vysokou závislost (Heatherton et al., 1991).

Minnesotská škála abstinenčních příznaků (Minnesota nicotine withdrawal scale - MNWS) je dotazník zaměřující se na hodnocení výskytu a intenzity abstinenčních příznaků. Dotazník obsahuje 15 otázek nejčastějších abstinenčních příznaků při odvykání kouření. U každé položky musí pacient vyplnit, zda abstinenční příznak pociťoval v posledních 24 hodinách. Odpovědi zaškrťává na Likertově bodové škále od 0 (vůbec ne) až 4 (velmi silně) (Hughes, 2007).

Dotazník, zaměřující se na mapování užívání nikotinové substituční terapie a motivace k odvykání kouření, vytvořený autorkou práce, obsahuje 18 otázek. Skládá se ze 3 částí. První část se zaměřuje na formy a frekvenci užívání tabákových výrobků, druhá část se zaměřuje na nikotinovou substituci. Otázky se dotazují na zkušenosti s nikotinovou substitucí, formy substituce a frekvenci užívání. Poslední, třetí část dotazníku se doptává na motivaci k odvykání kouření, kterou může respondent vyjádřit na škále od 1 (vůbec) až 5 (velmi). Dvě otázky z poslední části jsou otevřené, kde může respondent slovně popsat, co mu subjektivně pomáhá v abstinenci od nikotinu, a nebo naopak, co mu připadá na abstinenci od nikotinu nejvíce náročné. Tento dotazník byl respondentům, stejně jako ostatní dotazníky, distribuován ve 3 vlnách v průběhu hospitalizace na lůžkovém oddělení, aby bylo možné pozorovat, jak se vyvíjí motivace pacientů v souvislosti s kouřením.

10.5 Metody analýzy dat

Odpovědi z jednotlivých dotazníků byly přepsány do tabulkového editoru Microsoft Excel společně s kódy jednotlivých respondentů. Po transkripci dat do elektronické podoby byly papírové dotazníky skartovány. Statistická analýza dat byla zpracována v programu MS Excel. V programu byly využity funkce deskriptivní statistiky, zobrazení četnosti a aritmetického průměru. Hendl (2022) uvádí, že popisná statistika zprostředkovává informace obsažené v získaných jevech. Díky ní máme možnost zobrazovat výsledky výzkumů ve formě grafů či tabulek (Hendl, 2022).

Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrány na záznamové zařízení autorky práce a následně doslovně přepsány do textové podoby v program Microsoft Word. Dle Hendla

(2023) existují čtyři způsoby transkripce textového materiálu, a to doslovná transkripce, komentovaná transkripce, shrnující protokol a selektivní protokol. Doslovná transkripce vyjadřuje proces přepisu mluveného projevu do textové podoby. Pro další práci s rozhovorem je transkripce velmi důležitá, i když může být časově náročná (Hendl, 2023). Pro rozbor textu byla využita tematická analýza. Díky této metodě lze identifikovat a interpretovat témata vyskytující se v rozhovoru a následně je porovnat s dalšími odpověďmi (Hendl, 2023). Data z rozhovoru byla rozdělena do analytických jednotek a následně manuálně nakódována. Kódy jsou pomocným nástrojem při popisování dat, které daný úsek dat klasifikují nebo kategorizují (Hendl, 2023). Výsledná témata byla selektována do segmentů podle výzkumných otázek. Výsledné segmenty byly následující: Pravidla kouření na LOM, Odvykání kouření, Nikotinová substituce, Podpůrné kuřácké skupiny, Co by mohlo zvýšit zájem pacientů o odvykání, Benefity nekouření, Bariéry nekouření, Úspěšný příklad odvykání, Neúspěšný příklad odvykání. Ve výsledcích pak byly jednotlivé výpovědi respondentů popsány a rozdělené podle výpovědí. Respondenti byli označeni podle pracovní odbornosti ve zkratkách: adiktolog- ADI, psycholog – PSY a zdravotní sestra – SES.

10.6 Etika výzkumu

Výzkum probíhal za souhlasu vedoucí lůžkového oddělení muži Kliniky adiktologie paní Mgr. Jitkou Debnárovou a primářem kliniky panem Petrem Popovem. Dne 15.6.2023 byl výzkum schválen etickou komisí VFN pod jednacím číslem 103/23 S-IV a 6.9.2023 etickou komisí pro posuzování studentských závěrečných prací Kliniky adiktologie a 1.LF UK v Praze. Původní návrh etické komise byl navržen do konce roku 2024 a následně prodloužen do konce března 2024. Před koncem roku 2024 byla o tomto prodloužení informována telefonicky a písemně etická komise VFN.

Dotazníky byly pacientům distribuovány proškoleným zdravotnickým personálem (psychologem a lékařem) po dobu jejich hospitalizace. Tento způsob byl zvolen pro zajištění bezpečí pacientů hospitalizovaných na LOM a pro dodržení etických pravidel na uzavřeném lůžkovém oddělení. Na LOM tak nevstupovala žádná externí osoba, která by mohla ohrozit léčbu pacientů a vynesení citlivých informací.

Součástí dotazníkové baterie byly informace o studii, ve kterém byl popsán účel studie, jak studie probíhá a jak budou chráněny respondentovy osobní údaje. Dokument obsahoval také kontakt na autorku práce a vedoucího diplomové práce Mgr. Adama Kulhánka, Ph.D., MBA.

Pacienti byly zároveň seznámeni s účelem výzkumu i od pracovníka LOM, který dotazník respondentovi zadával a mohli se ho v případě potřeby na další informace doptat. Každý respondent dostal k vyplnění informovaný souhlas s účastí ve výzkumu dle řádu VFN. Respondentovi bylo sděleno, že účast ve výzkumu je dobrovolná a respondent má právo výzkum kdykoliv opustit. Dále byl respondentovi předložen souhlas se shromažďováním a zpracováním osobních údajů při provádění studie, dokument vytvořený VFN pro účely ochrany osobních údajů pacientů. Na dotazník daný pracovník zapojený do studie uvedl unikátní kód respondenta skládající se z prvních dvou písmen příjmení, prvních dvou písmen křestního jména a posledních dvou číslic roku narození respondenta (například Petr Novák, r.1989 - NOPE89). Kód byl zvolen pro pseudoanonymizování respondentů za dodržení pravidel, že údaje umožňující zjistit totožnost respondenta neopustili pracovníci zdravotnického personálu LOM. Kód byl takto vytvořen pro snazší sběr dat zdravotnického personálu LOM a také, proto že se tento způsob osvědčil v předchozích výzkumech prováděných na Klinice adiktologie, například ve výzkumu pilotního nekuřáckého provozu na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie (Štočková, 2021).

Papírové dotazníky byly bezpečně uloženy v kartotéce na lůžkovém oddělení muži podle pravidel nakládání s cennými informacemi pacientů VFN. S dotazníky nemohli manipulovat žádné cizí osoby, pouze pověřené členové výzkumného týmu a autorka práce po dokončení sběru dat. Pod přiděleným kódem byly výsledky dotazníku přepsány do MS Excel na stolním počítači Kliniky adiktologie autorkou práce. Excelový soubor byl posléze uložen v notebooku autorky práce zabezpečený heslem. Po přepsání dat do elektronické podoby byly dotazníky skartovány. Pro snížení rizika pro respondenty byly dotazníky distribuovány členy terapeutického týmu LOM, kteří mohli v případě potřeby respondentovi poskytnout krizovou intervenci. Pro tyto případy také zajišťovala doktorka Tereza Hynková lékařskou supervizi.

Rozhovory s členy terapeutického týmu LOM byly realizovány po souhlasu vedoucí oddělení Mgr. Jitky Debnárové. Jednotliví účastníci rozhovoru byli seznámeni s účelem studie. Respondenti měli možnost výzkum kdykoliv opustit. Souhlas byl udělen ústně a zaznamenán v audiozáznamu na začátku každého rozhovoru. Otázky v polostrukturovaném rozhovoru byly zaměřené na fungování lůžkového oddělení muži (se zaměřením na kouření) a otázky ke zkušenostem a názorům ohledně nikotinové substituce a motivaci k odvykání kouření u pacientů. Výzkum byl anonymní a u každého respondenta byla uvedena pouze pracovní pozice pod kterou působí na LOM. Vzhledem k nízkému počtu pracovníků na LOM se stejnou

odborností lze spatřit riziko v identifikování zúčastněných osob zapojených do studie. V rozhovoru ale nejsou pokládány osobní otázky, které by mohly respondenty i v případě prolomení anonymity poškodit.

11 Výsledky

Výzkum byl rozdělen na kvantitativní část, ve které byly pacientům lůžkového oddělení muži distribuované dotazníky a kvalitativní část, která zahrnovala rozhovor s terapeutickým týmem LOM. Následující kapitola seznamuje s výsledky z těchto studií.

11.1 Kvantitativní dotazníková studie

11.1.1 Sociodemografické a jiné charakteristiky souboru

Do výzkumu bylo zapojeno 16 respondentů. Jednalo se o pacienty lůžkového oddělení muži na Klinice adiktologie, kteří zde byli hospitalizováni ve sledovaném období 6 měsíců. Podmínkou účasti ve studii bylo současné kouření či užívání nikotinové substituce pacientem a dobrovolný souhlas s účastí ve výzkumu. 7 respondentů vyplnilo všechny 3 vlny sběru dat, tj. dotazníky na začátku léčby, v polovině léčby a na konci. Dva respondenti vyplnili 2 vlny sběru dat a zbytek respondentů pouze první vlnu.

Průměrný věk všech respondentů byl 41 let. Věk respondentů se pohyboval mezi 21 – 56 lety. Nejvíce respondentů se pohybovalo ve věkové kategorii 30-40 let. Na LOM se mohou léčit pacienti se závislostí na alkoholu, jiných návykových látkách nebo s problematikou gamblingu. U pacientů zařazených do studie převládala jako primární návyková látka alkohol (n=9), na druhém místě pak diagnóza F19 Poruchy způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek. Z toho 2 respondenti udávali kombinaci užívání alkoholu a sedativ, zbylí respondenti, s touto diagnózou, udávali kombinaci alkoholu a jiných návykových látek. Jeden respondent se léčil se závislostí na kokainu a poslední s gamblingem.

Respondenti udávali, že před nástupem na oddělení kouřili převážně klasické cigarety či elektronické cigarety. V menší míře udávali užívání doutníků a nikotinových sáčků. V posledních 30 dnech před nástupem na oddělení 14 respondentů uvedlo denní užívání, jeden respondent kouření 2-3 týdně a jeden respondent kouření jednou za měsíc.

Prvním z dotazníků, které respondenti vyplňovali, byl Fageströmův test nikotinové závislosti (FTND). Dle něj lze určit míru závislosti na nikotinu. Průměrná míra závislosti na nikotinu všech respondentů (n=16) byla 4,3. Skóre 3-4 bodů odpovídá nízké závislosti. Tabulka č. 3 zobrazuje četnost a procentuální zastoupení míry závislosti na nikotinu mezi respondenty.

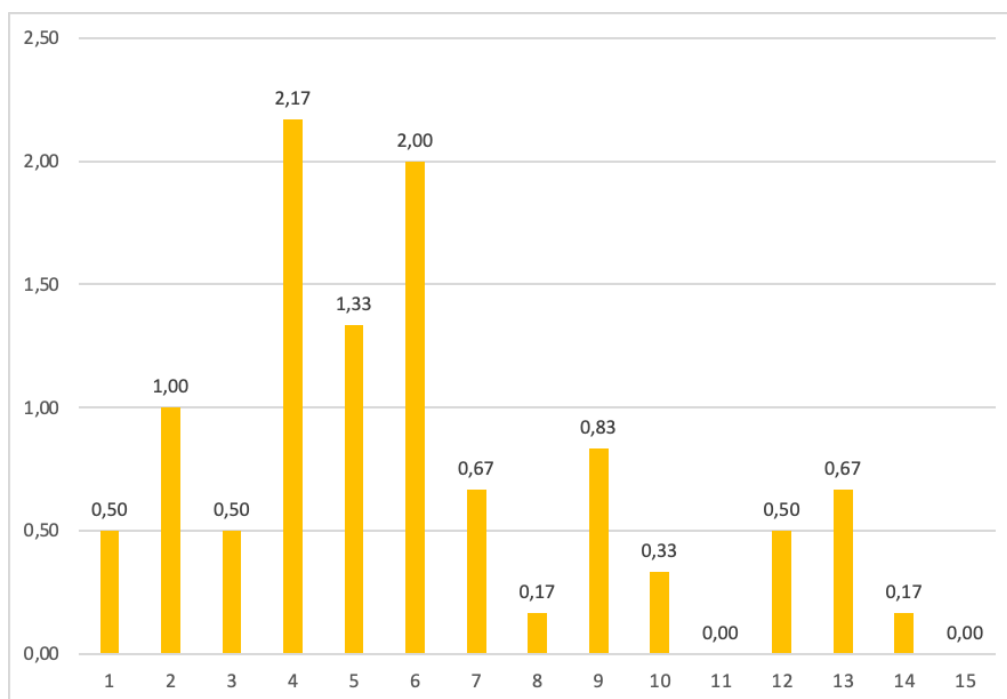
Tabulka 3 Míra závislosti na nikotinu dle FTND (N=16)

Míra závislosti	Četnost	% zastoupení
Velmi nízká nebo žádná závislost	3	18,8 %
Nízká závislost	8	50 %
Střední závislost	1	6,3 %
Vysoká závislost	2	12,5 %
Velmi vysoká závislost	2	12,5 %

11.1.2 Abstinenci příznaky v důsledku odnětí tabáku

Z 16 respondentů, kteří vyplnili 1. vlnu sběru dat 6 nekouřilo. Výsledky z dotazníků Minnesotské škály abstinenci příznaků ukazují míru abstinenci příznaků u 6 respondentů, kteří nekouřili a vyplnili 1.vlnu sběru dat (n=6). Graf č. 5 zobrazuje nejčastěji udávané abstinenci příznaky uváděné respondenty po odnětí nikotinu. Graf doplňuje tabulka č. 4 ve které jsou popsány jednotlivé abstinenci příznaky z dotazníku MNWS.

Graf 4 Zastoupení abstinenci příznaků MNWT u nekuřáků v 1.vlně (n=6)



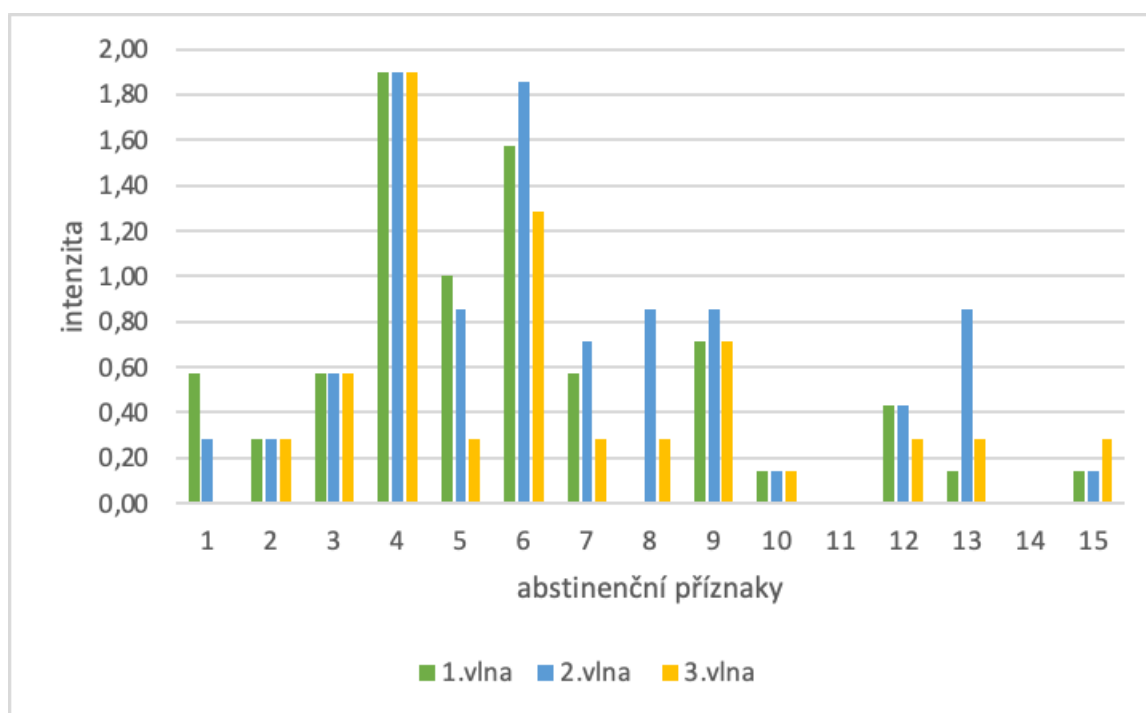
Tabulka 4 Jednotlivé položky v dotazníku MNWS

Otázky	
O1	Zlost, podrážděnost, nespokojenost
O2	Úzkost, nervozita
O3	Špatná nálada, smutek
O4	Touha kouřit
O5	Obtížné soustředění
O6	Zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti
O7	Nespavost, obtížné usínání, buzení v noci
O8	Neschopnost odpočívat
O9	Netrpělivost
O10	Zácpa
O11	Závratě
O12	Kašel
O13	Neobvyklé sny, noční můry
O14	Nevolnost
O15	Bolení v krku

Nejvíce intenzivně prožívaným abstinenčním příznakem byl craving, nebo-li chuť na cigaretu a na druhém místě zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti. Všichni respondenti označili craving ohodnocením více než 1 na Likertově bodové škále (0-4). Třetím nejčastěji udávaných abstinenčním příznakem bylo obtížné soustředění. Jako nejméně projevovaný odvykací symptom respondenti hodnotili bolení v krku a závratě.

Vývoj abstinenčních příznaků u 7 respondentů, kteří vyplnili všechny 3 vlny sběru dat, zobrazuje graf č. 6. Na grafu je patrné, že craving byl respondenty pocíťovaný po celou dobu stejně intenzivně. Rozdíl můžeme vidět například u otázky č. 6 zvýšená chuť k jídlu, u které došlo v druhé vlně ke zvýšení intenzity, ale ve 3 vlně opět k snížení. Stejně tak tomu bylo v otázce č. 9 – netrpělivost. U otázky č. 13 neobvyklé sny noční můry došlo v druhé vlně ke zvýšení prožívané intenzity u respondentů. Neschopnost odpočívat, otázka č. 8 nebyla respondenty výrazně hodnocena v první vlně, ve druhé vlně ale došlo k jejímu zvýšení. Některé abstinenční příznaky respondenti vůbec nezaznamenali jako například závratě a nevolnost.

Graf 5 Abstinenční příznaky dle MNWS v 1-3 vlně (n=7)

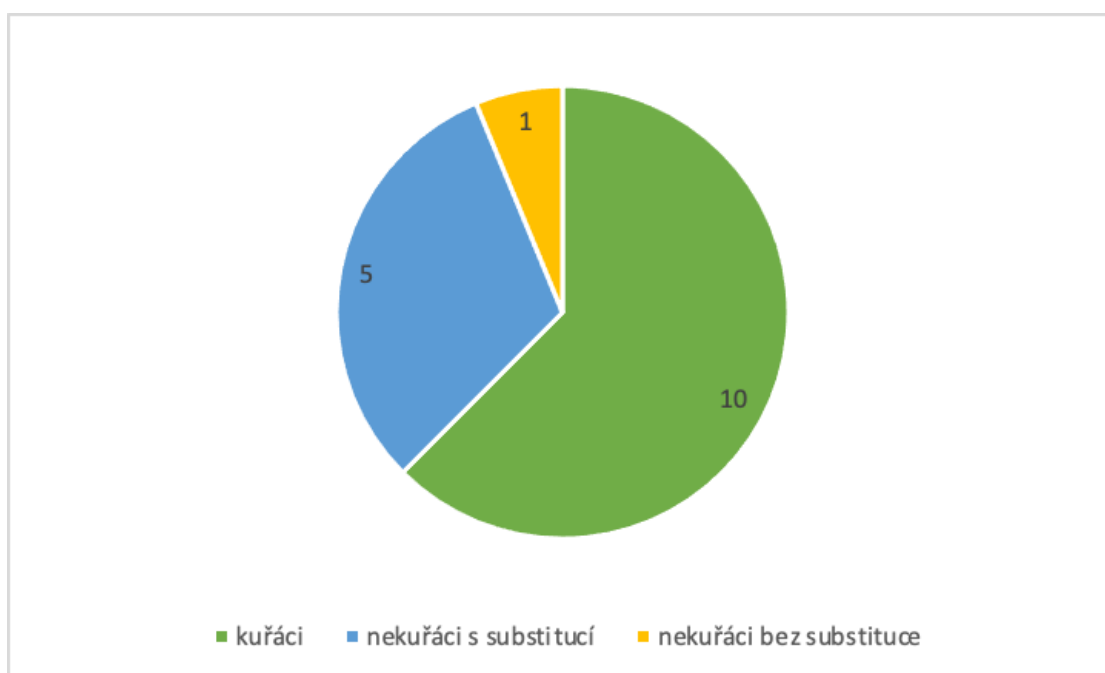


11.1.3 Odvykání kouření a nikotinová substitute

Dotazníkovou matici vyplňovanou respondenty v každé vlně doplňoval dotazník zaměřující se na kouření, nikotinovou substituci a motivaci k odvykání kouření. Dotazník se skládal celkem z 18 otázek. První série otázek se zaměřovala na kouření. Do výzkumu byli zařazeni pouze uživatelé nikotinu. Z celkového souboru 16 respondentů 6 z nich uvedlo, že po přestupu z detoxifikačního oddělení na LOM nekouří. Z toho, 5 respondentů využívá nikotinovou substituci a jeden odvyká bez farmakologické podpory. Výsledky graficky znázorňuje graf č. 7. Průměrný počet vykouřených cigaret respondentů (n=16) před nástupem na detoxifikační oddělení byl 13,8.

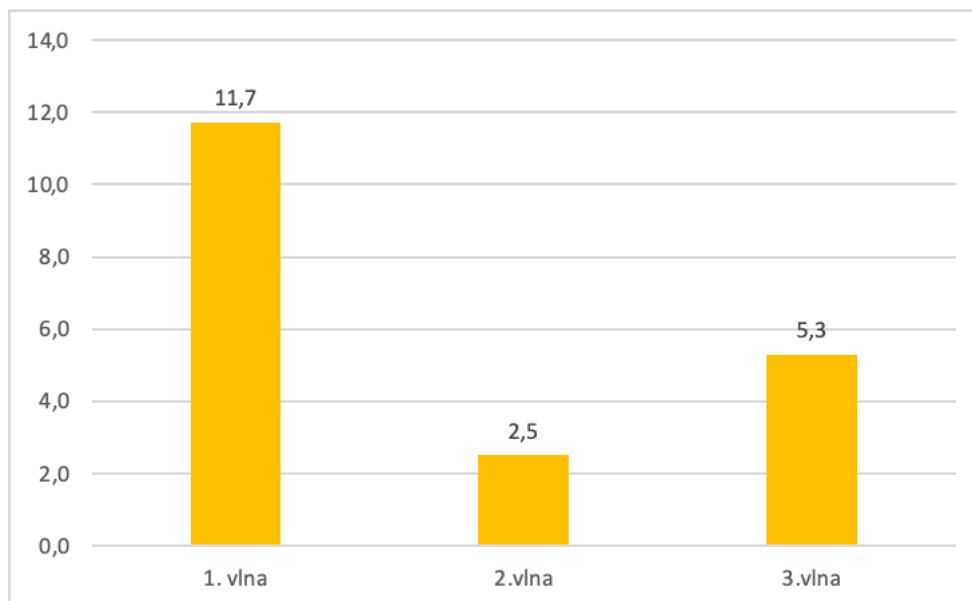
7 respondentů vyplnilo všechny 3 vlny sběru dat, z toho 5 respondentů abstinovalo od nikotinu v první a druhé vlně sběru dat. Ve třetí vlně všichni respondenti začali opět kouřit.

Graf 6 Rozdělení respondentů užívajících nikotin a abstinujících od kouření v 1. vlně (n=16)



Dotazníky v první vlně se zabývaly počtem cigaret, které pacienti vykouřili před nástupem na detoxifikační oddělení Kliniky adiktologie, které předchází hospitalizaci na LOM. Průměrný počet vykouřených cigaret u respondentů, kteří vyplnili všechny tři vlny (n=7) zobrazuje graf č. 8. Na grafu je patrné, že před nástupem na oddělení pacienti průměrně vykouřili 11,7 cigaret denně. Nejvíce udávané množství bylo 30 cigaret, nejmenší 5 cigaret denně. V druhé vlně se průměrný počet vykouřených cigaret snížil na 2,5 cigaret. 5 respondentů v druhé vlně vydrželo plně abstinovat od cigaret. Ve třetí vlně začali všichni respondenti znovu kouřit, a proto došlo ke snížení průměrné hodnoty vykouřených cigaret za den na 5,3. V porovnání začátku a konce hospitalizace pacientů došlo k snížení průměrného počtu cigaret vykouřených za den o polovinu.

Graf 7 Průměrný počet vykouřených cigaret za den u respondentů v jednotlivých vlnách
(n=7)



Další sada otázek v dotazníku se zaměřovala na nikotinovou substituci. Celkem 5 respondentů z celkového souboru (n=16) využilo nikotinovou substituci. Formou nikotinové substituční terapie byly výhradně náplasti. Z toho 4 respondenti využívali nikotinové náplasti silné intenzity s obsahem 21-25mg nikotinu. Pouze jeden respondent používal nikotinové náplasti s obsahem 14-15mg. Druh náplastí zůstal u 2 pacientů stejný v 1. i 2. vlně sběru dat. 4 respondenti přešli v druhé vlně z náplastí silné intenzity na střední. Všichni respondenti zapojení do nikotinové substituční terapie si aplikovali 1 náplast denně. Nikotinové náplasti si respondenti obstarávali výhradně od lékaře na oddělení (hrazení ze zdravotního pojištění). Dle odpovědí v dotazníku se 3 respondenti nesetkali s žádnými nežádoucími účinky. U 2 respondentů se jednorázově po aplikování náplasti vyskytla vyrážka, zvýšená chuť k jídlu a zvýšené pocení.

11.1.4 Podpůrné faktory odvykání kouření

Poslední část dotazníku se zaměřovala na podpůrné a omezující faktory odvykání kouření. Tabulka č. 5 popisuje nejčastější podpůrné a omezující faktory popisované respondenty. Jako jeden z největších pomocníků při odvykání kouření hodnotili respondenti sport a fyzickou aktivitu, při které mohou odvést myšlenky od chutě na cigaretu. Dle vyplněného dotazníku také respondentům velmi pomáhá jídlo a sladké potraviny. Neodmyslitelnou roli hraje i chráněné prostředí mužského lůžkového oddělení a poskytování náhradní nikotinové terapie. Mezi bariéry odvykání kouření respondenti popisovali chuť na cigaretu a stres. Velmi náročný přišel

respondentům pohyb mezi ostatními kuřáky, kteří se pro odvykání od nikotinu nerozhodli nebo se jim to nedařilo. Někteří respondenti udávali i strach z vnějšího prostředí mimo oddělení, například na vycházkách, kde by byli exponováni s místy prodávající nikotinové produkty nebo dalšími kuřáky.

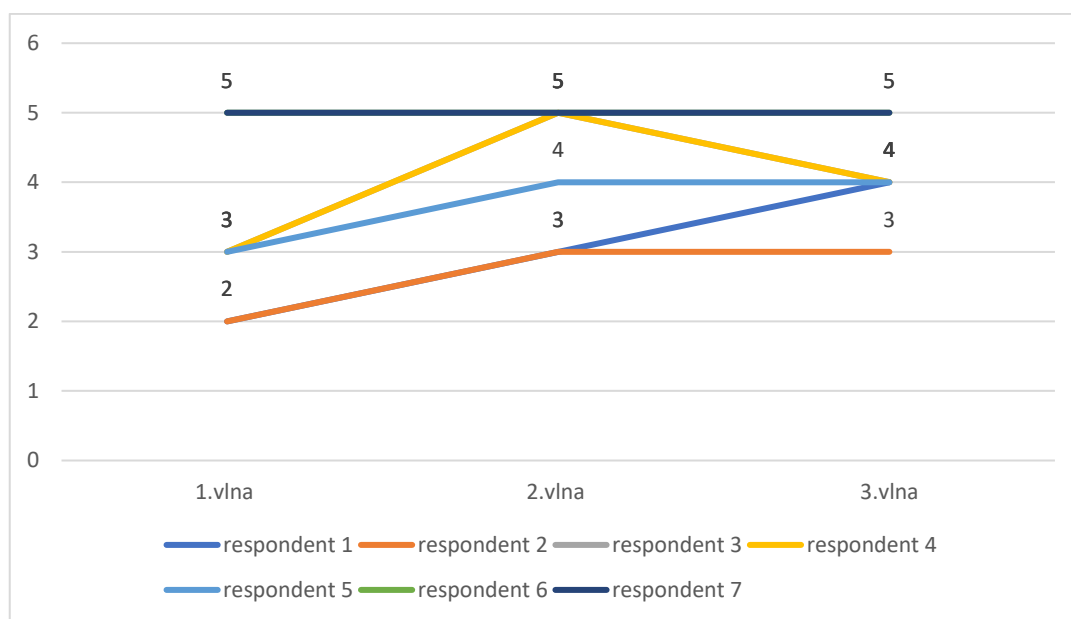
Tabulka 5 Nejčastější podpůrné a omezující faktory dle respondentů (n=16)

Podpůrné faktory	Omezující faktory
Sporty, fyzická aktivita	Chuť na cigaretu
Záliby, koníčky	Stres
Manuální práce	Pohyb mezi kuřáky
Chráněné prostředí – hospitalizace na LOM	Nedostatek nikotinu
Jídlo, sladké potraviny	Expozice vnějšímu prostředí mimo oddělení
Náhradní nikotinová terapie	
Hluboké dýchání	
Spiritualita	

11.1.5 Subjektivní motivace pacientů k abstinenci od nikotinu

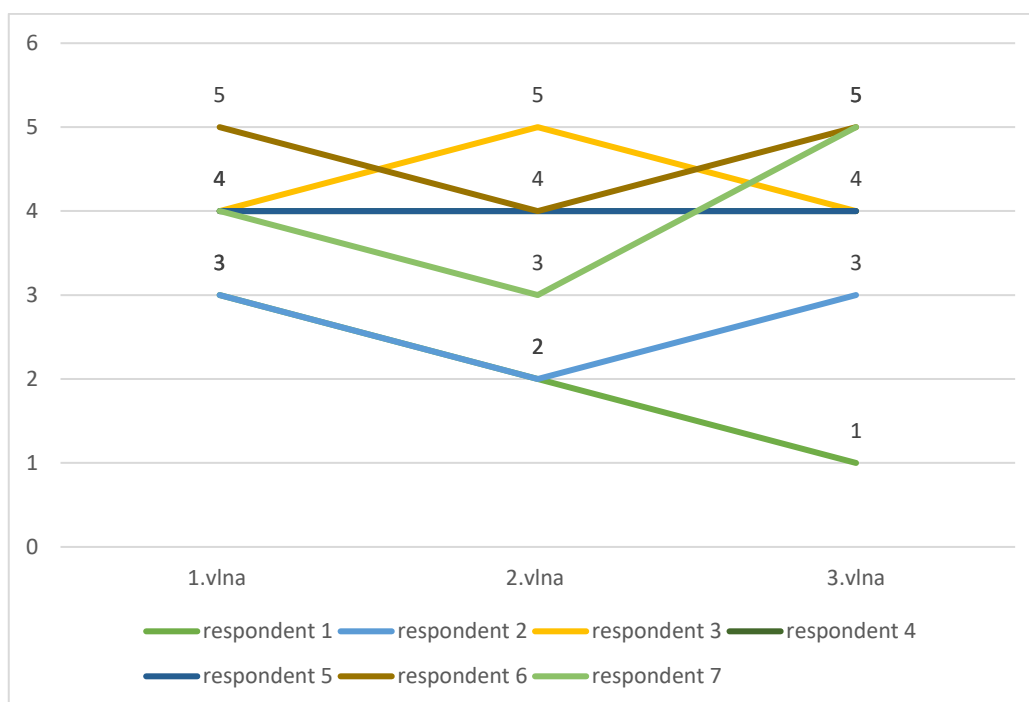
V průběhu sběru dat měli respondenti vyjádřit, jak moc chtějí přestat v danou chvíli kouřit na stupnici od 1 (nejméně) do 5 (nejvíce). Průměrné skóre všech respondentů, kteří vyplnili první vlnu sběru dat (n=16) bylo 3,2. Poslední otázka testu se dotazovala na, to jak si daný člověk dokáže představit, že bude nekuřákem i po dokončení léčby na LOM. V poslední otázce měli respondenti (n=16) velmi podobné výsledky jako v předchozí otázce s průměrnou hodnotou 3,1. U respondentů, kteří vyplnili všechny 3 vlny (n=7) lze pozorovat vývoj motivace v průběhu 3 měsíců hospitalizace na LOM. Graf č. 9 zobrazuje bodové hodnocení udávané u otázky „Jak moc chcete přestat kouřit?“, a to jak se motivace měnila v průběhu sběru dat u jednotlivých respondentů. U respondenta č. 1 došlo ke zvýšení motivace. V 1. vlně ji hodnotil bodem 2, v druhé vlně bodem 3 a ve třetí vlně bodem 4. Respondent č. 2 hodnotil na začátku motivaci bodem 1 ve dalších dvou fázích bodem 3. Zvýšení motivace došlo i u respondentů č. 3 a 4, kteří oba hodnotili motivaci v druhé vlně o 2 body větší. Respondenti 6 a 7 hodnotili motivaci celé tři vlny nejvyšším možným bodem 5.

Graf 8 Jak moc chcete přestat kouřit (n=7)



Poslední otázka testu se dotazovala: „Do jaké míry si dokážete představit, že budete nekuřákem po dokončení léčby na Klinice adiktologie?“ U respondentů se odpovědi na tuto a předchozí otázku lišily. U respondenta č. 1 došlo ke snížení motivace na konci léčby, a to z původních 3 bodů na 1 bod. Za to u respondentů č. 2, 6 došlo v druhé vlně ke snížení subjektivně prožívané motivace o 1 bod ale v třetí vlně se motivace dostala opět na původní hodnotu jako při začátku hospitalizace. U respondenta č. 3 došlo ve druhé vlně ke zvýšení motivace o jeden bod, jinak byla stabilní na hodnotě 4. Respondenti č. 4 a 5 udávali celou dobu sběru dat stejnou hodnotu 4. U respondenta č. 7 motivace v průběhu hospitalizace kolísala, ale na konci léčby měla nejvyšší hodnotu 5. Výsledky zobrazuje graf č. 10.

Graf 9 Do jaké míry si dokážete představit být nekuřákem (n=7)



11.2 Kvalitativní strukturovaný rozhovor s terapeutickým týmem LOM

Výsledky kvalitativní fáze výzkumu jsou seřazené dle přidělených segmentů, které vycházely z výzkumných otázek a témat v rozhovoru. Text je doplněn o přímé citace pracovníků LOM zapojených do studie.

Pravidla kouření na LOM

Oslovení členové terapeutického týmu popisovali pravidla pro užívání tabáku následovně. Pacienti hospitalizovaní na LOM mají možnost kouřit klasické průmyslově vyráběné cigarety, elektronické cigarety a zahřívání tabák. Všechny ostatní formy tabáku včetně ručně balených cigaret jsou pro pacienty zakázány. Sypaný tabák a balení vlastních cigaret není dovoleno z důvodu obavy o přidávání příměsí jiných návykových látek do tabáku. Kuřáci mají povolené 4 kuřácké pauzy denně ve vyhrazených časech programu. Kouřit mohou chodit výhradně na kuřárnu, která se nachází na zahradě Kliniky adiktologie. Porušení těchto pravidel může vést k vyloučení pacienta z léčby. Členové terapeutického týmu LOM uvedli, že nyní zkouší zavedení nových pravidel na oddělení, kdy mohou pacienti kouřit kdykoliv mimo program do 8 hodiny večer.

„A nyní děláme takový experiment, že jsme jim povolili vlastně kouřit mimo program do 8 hodiny. Takže mají v podstatě kouření ve své režii a zatím se všichni tváří, že jim to vyhovuje a kouří ještě méně“. (PSY)

„A teď od té doby, co jsme z původních 4 kouřících přestávek rozšířili na čas, kdy mají volno a mohou kouřit ve všech svých volných chvílích, kdy nemají program, tak svorně všichni tvrdí, že kouří daleko méně, protože měli jsme čtyři kouřící přestávky za den a každý vykouřil minimálně čtyři cigarety, což je šestnáct. A teď vlastně, když můžou o přestávce jít na cigáro, tak leckdy říkají, že vlastně to dokážou odložit a řeknou si, no teď nejdu a půjdu až po obědě, i když před tím obědem můžu jít“. (SES)

Odvykání kouření

Podle psycholožky odvyká od kouření tabáku velmi málo pacientů, podle jejího odhadu přibližně jedno procento. Většinou se pacienti snaží abstinovat na začátku nebo sníží spotřebu cigaret či přejdou na elektronickou cigaretu, ale postupem času začnou znovu kouřit klasické cigarety. Někteří začnou kouřit v třetí části léčby, kdy mají propustky a u některých se terapeuti dozvídají, že začali kouřit znovu po odchodu z LOM. Dle adiktoložky odvyká přibližně procento pacientů, ale může se to lišit v závislosti na složení komunity. Například je-li je na oddělení více pacientů snažících se o odvykání kouření, ostatní se spíše přidají. Sestra, pracující na oddělení vidí pokusy o odvykání kouření u pacientů pozitivněji, dle jejího odhadu pětina pacientů zkouší o odvykání kouření a 5 % zvládne po dobu hospitalizace nekouřit. Někdy jsou pacienti na začátku léčby motivovaní, ale pak v průběhu začnou vlivem stresu nebo jiných událostí znovu kouřit.

„Řekla bych, že třeba v průměru tak tři maximálně na skupinu, nebo dalo by se říct 3 pacienti, co přijdou za ten měsíc, se třeba rozhodnou v tom nekouřit. A jako málo z nich to vydrží až úplně do konce. Často si pak zakouří, když jdou právě na tu první propustku nebo vnímají a mluví o tom, že postrádají ten sociální efekt kouření. Například, že všichni pacienti jdou na kuřárnu a nekuřák zůstává na pokoji.“ (ADI)

Nikotinová substituce

Pacienti dostávají nikotinovou substituci již při hospitalizaci na detoxifikačním oddělení. Při přestupu na LOM se mohou rozhodnout, jestli v tom chtějí pokračovat nebo náplast sundají a vrátí se ke kouření. Pro ty, kteří se rozhodnou nekouřit je na oddělení poskytována substituční nikotinová terapie v délce 6 týdnů, plně hrazená. Dle zdravotní sestry je délka šesti týdnů z důvodu první propustky na které si pacient nikotinovou substituci už může obstarat sám. V průběhu užívání nikotinové substituce jsou pacienti edukováni o tom, že by měly nikotinové náplasti postupně snižovat z nejvyšší možné dávky (25 mg nikotinu) na nejnižší (10 mg nikotinu).

„Šest týdnů, to je limitované tím, že jdou na první propustku, tak tam už si ty nikotinové náplasti můžou koupit a prostě na vlastní náklady v tom pokračovat. A nebo se taky hodně z nich vlastně rozhoduje, že v průběhu těch 6 týdnů snižují náplasti až do té doby, než je vysadí a nekouří potom už bez pomoci.“ (ADI)

„Ale teorie je taková, že chceme, aby to postupně vysazovali, protože nikotinové náplasti jsou drahé a někteří to zneužívali. Taky nebyla úplně pointa, aby tady byly na té nejvyšší dávce celých 13 týdnů.“ (PSY)

Adiktoložka uváděla, že lůžkové oddělení muži získává nikotinové substituční přípravky stejně jako jinou medikaci pro pacienty z veřejného zdravotního pojištění, proto je pro pacienty poskytována zdarma. Formu a dávkování substitučních nikotinových přípravků konzultuje pacient vždy s lékařem. Pacienti dostávají pouze nikotinové náplasti, protože s nimi má personál LOM dobrou zkušenost a pacienti, dle adiktoložky, o jiné formy nikotinové substituce nežádají. Dle zdravotní sestry si však někdy pacienti opatřují své vlastní například nikotinové žvýkačky. Pokud mají zájem mohou si pacienti požádat o léky na podporu odvykání kouření (př. defumoxan) ale dělají to pouze výjimečně. Důvodem může být neblahý vztah pacientů k lékům.

Dle psychologičky a adiktoložky většina pacientů, která je rozhodnuta pro odvykání kouření využívá nikotinovou substituci. Hlavně proto, že s ní již mají zkušenosti z detoxu. 3 pracovníci lůžkového oddělení muži také uvedly, že se pacienti výjimečně potýkají s nežádoucími účinky nikotinových náplastí, a to vyrážkou nebo bolestí místa, na které byla náplast aplikována. Adiktoložka hovořila i o tom, jestli nežádoucí účinky nejsou jenom zástupný důvod toho, aby

pacienti mohli znovu začít kouřit. Zdravotní sestra naopak sama nemá příliš dobrý názor na substituci, ale pacientům její užívání nevymlouvá.

„Jako objevuje se to (nežádoucí účinky nikotinových náplastí), ale nevím zase, jestli to není takový ten zástupný důvod, že kvůli těm nežádoucím účinkům nemůžou mít náplasti, a proto se pak rozhodnou zase kouřit. Jako jestli to taky není efekt toho, že vlastně hledají nějakou záminku k tomu, aby mohli s odvykáním kouření skončit.“ (ADI)

„Jo a já zase teda musím říct, že nemám úplně dobrý názor na tu substituci, protože pacienti se pak vlastně chválí za to, že nekouří, ale mají substituci. Takže to vždycky říkáme, no ale to vaše nekouření teďka není úplně jako z vaší vůle. Dost vám k tomu pomáhá ta náplast.“ (SES)

Podpůrné kuřácké skupiny

Psycholožka v rozhovoru uvedla, že na oddělení probíhaly v minulých měsících kuřácké skupiny. Pacienti se skupiny mohli dobrovolně účastnit a probrat jakékoliv témata ohledně kouření, například jestli chtějí přestat kouřit, snižovat nebo třeba mluvit o tom, jak jim vyhovují kuřácké pauzy v programu na oddělení. Skupina se však sešla pouze několikrát, protože pak někteří pacienti navštěvující skupinu z léčby odešli a ostatní pacienti už o skupinu neměli zájem. Dle zdravotní sestry probíhala skupina až do nedávna jednou týdně, v čase, kdy mají pacienti pracovní terapii. Pacienti si mohli dobrovolně vybrat, zda se skupiny zúčastní či nikoliv. Jiné skupiny zaměřené na odvykání kouření na LOM neprobíhají.

„A většinou jsme to dělali tak, že každý řekl jaký je jeho cíl v souvislosti s kouřením, čeho by chtěl dosáhnout další týden. Pak jsme se bavili jak se jim dařil cíl splnit a pokud se jim podaří splnit, tak čím by se mohli odměnit a tak. Myslím, že takhle skupina probíhala v kuse asi jeden měsíc vždy jednou týdně.“ (PSY)

Mimo to však mají pacienti možnost oslovovat téma kouření na skupinách nebo individuálních terapiích s terapeutem. Krátkou intervencí zaměřenou na odvykání kouření provádí většinou lékař při příjmu pacienta na oddělení, kde se případně i nastavuje substituční nikotinová terapie u těch, kteří se rozhodnou nekouřit.

„A pokud má někdo zájem hovořit o kouření, tak to může přinést do obyčejné skupiny, nemusí to být jenom ta kuřácká skupina. Takže prostor tam je, ale popravdě to pacienti moc nepřinášejí.“ (PSY)

Zdravotní sestra zájemci o kouření poskytuje k pročtení publikaci „Sbohem cigáro“ (asi 50 stránkový text o kouření). A o kouření s pacienty hovoří v rámci individuálního plánování. Dle personálu LOM se motivaci k odvykání kouření věnují hlavně na začátku léčby.

Co by mohlo zvýšit zájem pacientů o odvykání

Zvýšit zájem pacientů o odvykání kouření by mohlo, dle adiktoložky, více skupin a intenzivnější program ve kterém by se o kouření hovořilo. Nebo také zvýhodnit ty pacienty, kteří se rozhodnout pro nekouření, například víkendovou propustku navíc. Psycholožka by také navrhovala více hovořit o kouření u pacientů, zavést skupiny pravidelně v programu. S odměňováním pacientů je ale zdrženlivá, neboť hovoří o tom, že se abstinence od nikotinu u pacientů těžko prokazuje.

„Ještě jsme u nekuřáků uvažovali nad nějakým systémem odměn, že pokud by někdo nekouřil třeba měsíc, tak bychom mu dali bonusovou propustku. Ale trošku jsme narazili na tom, že vlastně nemáme jak ověřit, že nekouřili. Ale přišlo by mi dobré nějak je odměňovat, protože i v těch kuřáckých skupinách jsem se snažila aby si pacienti sami vymysleli pro sebe nějakou maličkost za odměnu, pokud se jim podaří nekouřit.“ (PSY)

Dle sestry a adiktoložky pacientům v odvykání kouření velmi pomáhá poskytování bezplatné nikotinové substituce a to, že přicházejí již z nekuřáckého detoxu. Adiktoložka uvádí, že pro pacienty může být velmi podporující to, že jim personál na oddělení dává pozitivní zpětnou vazbu. Také to, že se pacienti vzájemně podporují a mohou zaznamenat pozitivní zdravotní důsledky nekouření (například zlepšení fyzické zdatnosti, zlepšení problémů s dýcháním).

Benefity nekouření

Jako benefity nekouření v léčbě vnímá psycholožka hlavně, to že si pacienti vyzkouší být nějakou dobu bez nikotinu. Zároveň si pacienti můžou zkusit pracovat s cravingem a zkušenosti pak využít ve své léčbě primární závislosti (například na alkoholu). Adiktoložka udává, že pacientům pomáhá sdílení ve skupině, když je v komunitě více pacientů, kteří odvykají. Pomáhá také pozitivní zpětná vazba od týmu nebo ostatních pacientů. Často s pacienty probírají

i kolik peněz ušetří, když nebudou kouřit. Někteří pacienti se také rozhodnou pro využívání nikotinové substituce, protože nemají v době léčby dostatek financí na nákup cigaret. V neposlední řadě udává, že pacientům může odvykání od kouření pomáhat i v primární léčbě závislosti.

„Já myslím, že když se jim daří nekouřit, tak z toho mají radost. A taky jim často zmiňujeme, že je nejlepší přestat se vším, že ta úspěšnost je potom větší. Protože někteří mají třeba spojené rituály - kouří cigarety a u toho pijí alkohol.“ (ADI)

Psycholožka hodnotí jako pozitivní pro pacienty úsporu peněz, ale naopak zdravotní sestra nevidí finanční stránku jako dostatečnou motivaci pro pacienty. Vysvětluje to tím, že i když pacienti disponují málo financemi, stejně si na cigarety peníze vždy najdou. Také u pacientů funguje velká solidarita, takže když jeden kuřák nemá cigarety, ostatní mu půjčí. Dle zdravotní sestry je velkým benefitem zdravotní stav pacienta, například, že se pacientům daří více ve sportu, mají větší fyzickou výdrž, tolik se nezadýchávají. Pacienta tak může motivovat to, že již v průběhu léčby může vidět zlepšení svého fyzického zdraví.

Bariéry nekouření

Mezi bariéry v odvykání kouření u pacientů dle adiktoložky patří to, že vidí ostatní pacienty, kteří kouří. Nebo také hospitalizace na uzavřeném lůžkovém oddělení bez přístupu návykové látky a s tím spojený stres a negativní rozpoložení.

„Jako když jsme zkoušeli mít úplně nekuřácké oddělení, tak někteří pacienti mluvili o tom, že z někoho z personálu cítí cigarety. Tak toto taky může být podobná situace, že cítí z ostatních pacientů na oddělení cigaretový kouř.“ (ADI)

Psycholožka hrozby u pacientů odvykajících od kouření nevnímá, hovoří o tom, že pacienti mají někdy obavu z toho vysadit všechny návykové látky najednou. Psycholožka ale zastává názor, že když se člověk zbaví všech látek najednou, tak má větší šanci celkově abstinovat. Adiktoložka vnímá jako hrozbu to, že někteří pacienti mohou být velmi motivovaní abstinovat od všech látek najednou ale potom, když například znovu začnou kouřit pojmou přesvědčení, že ani abstinenci od jiné návykové látky kvůli tomu nezvládnou. Také vidí hrozbu v případě situace, kdy by pacient i přes zákaz měl nikotinové náplasti a současně kouřil. Velká dávka

nikotinu by pro něj v tu chvíli mohla přinášet značná zdravotní rizika. Dle adiktoložky se však toto na oddělení neděje.

Zdravotní sestra vidí jako bariéry nekuřácký detox, kde se stává, že někteří pacienti se hned po detoxu velmi těší na cigaretu a odvykat déle již nezkusí. Pro některé pacienty je také odrazující představa pouze 6 týdnů hrazení substituce. Také stres je velkým důvodem k navrácení kouření.

„Ale ve směs vlastně, když se dozvedí, že po tom 6. týdnu už by si museli náplasti sami platit, tak se třeba přestanou snažit nekouřit už třeba v 3. týdnu. A řeknou si, že vlastně si ty náplasti vysadí a budou znovu kouřit.“ (SES)

Úspěšný příklad odvykání

Psycholožce přijde, že aby pacienti přestali kouřit musí mít sami vnitřní motivaci. Proto psycholožka vnímá, že v případě úspěšných abstinentů od kouření byli členové terapeutického týmu pouze průvodci ne iniciátoři změny.

„Například jeden pacient, který chodil na kuřácké skupiny už předtím nekouřil pár týdnů a chodil na tu skupinu jenom proto, že chtěl vědět o čem se tam baví. A byl spíš vzor pro ty ostatní. Já jsem měla pocit, že ta abstinence vzešla z něho a ty skupiny mu asi v něčem pomáhali. Bohužel ale u tohoto konkrétního pacienta nevím jestli nadále nekouří i po odchodu z léčby“. (PSY)

„Měli jsme tady pána, který měl nikotinové náplasti na detoxu, kouřil 25 cigaret denně, přišel k nám na oddělení a postupně snižoval tu sílu nikotinových náplastí. To bylo ještě v době, kdy tady probíhaly ty kuřácké skupiny, kde o tom nekouření mohl mluvit. No a pak přestal úplně a nekouřil a do dnešní doby chodí na doléčovák, kde mluví o tom, že stále abstinuje od nikotinu. Ale byl to člověk, který měl kouření hodně spojené s užíváním.“ (ADI)

Zdravotní sestra popisuje příklad pacienta, který měl od začátku léčby nasazené nikotinové náplasti a asi do 3 týdnů léčby je úplně vysnižoval. Pak se mu dařilo abstinovat od nikotinu, až do rodinné terapie s jeho manželkou, kde mu manželka sdělila, že se chce rozvádět. Pacienta to v té době velmi zasáhlo, a proto si znovu zakouřil. Snahu o nekouření ale nevzdal a nyní po odchodu z LOM již opět nekouří.

Neúspěšný příklad odvykání

Členové terapeutického týmu LOM popisují, že neúspěšných příkladů pacientů, kteří se snažili odvykat je mnoho.

„A těch neúspěšných příkladů je hodně. Například jeden abstinoval úspěšně tady na oddělení 6 týdnů ale pak přišla první propustka a on se pak přiznal, že venku si zakouřil. Ale nebyla jsem s ním na skupině, tak nevím jestli to pak nějak řešil.“ (PSY)

„Nyní tady máme muže, 33 let, který má za sebou několik výkonů trestů a hodně tady bojuje, protože se soudí o děti. A tady v léčbě se snažil nekouřit, ale řekl, že si zapálil, když šel k soudu, dal si tři cigára. Vrátil se a zase pokračuje v nekouření. Ale ten s tím tak jako bojuje, že nechce kouřit ale ten stres kolem soudu pro něj byl tak velký, že si potřeboval zapálit. Potom ale mluvil o tom, že mu to cigáro nic nepřineslo, byl to pro něj jenom takový rituál. Ale říkal, že byl rád, že si jenom zakouřil a nešel někam na panáka.“ (ADI)

12 Diskuze

Cílem této práce bylo popsat chování pacientů LOM Kliniky adiktologie za sledované období 6 měsíců ohledně jejich užívání nikotinu, náhradní nikotinové terapie a motivace k odvykání kouření.

12.1 Souhrn hlavních zjištění

Tato podkapitola seznamuje s nejdůležitějšími výsledky chronologicky seřazenými dle výzkumných otázek. První výzkumná otázka se dotazovala na podíl pacientů, kteří po přestupu z nekuřáckého detoxifikačního oddělení na oddělení lůžkové pokračují v abstinenci od nikotinu. Výzkumu se zúčastnilo celkem 16 respondentů, z toho 7 respondentů ve sledovaném období dokončilo celou tříměsíční léčbu na LOM. 6 respondentů (37,5 %) se rozhodlo po přestupu z detoxifikačního oddělení na oddělení lůžkové abstinovat od nikotinu. Před nástupem na detoxifikační oddělení respondenti užívali převážně klasické cigarety a v menší míře elektronické cigarety, nikotinové sáčky a doutníky. Většina respondentů užívala nikotinové produkty denně. Personál LOM udával, že pacienti mají možnost užívat klasické průmyslově vyráběné cigarety, elektronické cigarety a zahřívaný tabák. V programu jsou zařazeny 4 kuřácké pauzy denně, ve vyhrazených částech programu. Nyní je na oddělení zaváděn nový systém, kdy mohou pacienti kouřit kdykoliv mimo program do 8. hodiny večerní. Kolik cigaret pacienti denně vykouří personál LOM nesleduje.

Většina respondentů vykazovala dle Fageströмова testu nikotinové závislosti znaky nízké závislosti. Před nástupem na oddělení vykouřili pacienti průměrně 13,8 cigaret denně. Ze 7 respondentů, kteří vyplnili všechny 3 vlny sběru dat, 5 z nich odvykalo od tabáku. V poslední fázi, tj. třetí vlně dat se všichni navrátili ke kouření. Došlo u nich však ke snížení průměrné hodnoty vykouřených cigaret na 5,3 cigarety denně. Dle odhadů personálu LOM (adiktoložky, psychologičky a zdravotní sestry) odvyká od tabáku 1-5 % pacientů, v závislosti na složení pacientů v komunitě.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na využívání nikotinové substituce pacienty. Z 6 respondentů, kteří při přestupu na LOM abstinovali, využilo 5 z nich nikotinovou substituci ve formě nikotinových náplastí. Z toho většina respondentů až na jednoho využívala nikotinové náplasti silné intenzity s obsahem nikotinu 21-25mg/1x denně. Z 7 respondentů, kteří vyplnili všechny 3 vlny sběru dat 4 respondenti v průběhu 1. a 2. vlny sběru dat snížili sílu nikotinových náplastí z nejsilnějších (21- 25 mg) na střední intenzitu (14-15 mg). Náplasti si respondenti

obstarávali výhradně od lékaře na oddělení. Jiné produkty náhradní nikotinové terapie respondenti nevyužívali. Z rozhovoru s terapeutickými pracovníky LOM vyšlo, že většina pacientů, kteří se pokusí o odvykání kouření, využívá nikotinovou substituci. Nikotinová substituce je poskytována výhradně ve formě nikotinových náplastí, jiné formy (žvýkačky, pastilky) nebo léky na podporu odvykání kouření si mohou pacienti sehnat na vlastní náklady. Substituční nikotinové náplasti jsou pacientům poskytovány v době 6 týdnů zdarma a pacienti jsou edukováni o tom, aby postupně snižovali sílu nikotinových náplastí. U pacientů se výjimečně vyskytovaly nežádoucí účinky, u dvou pacientů se vyskytla vyrážka, zvýšená chuť k jídlu a zvýšené pocení. Dle personálu LOM se u pacientů vyrážka po aplikování náplasti vyskytuje velmi výjimečně.

Ve třetí výzkumné otázce se jednalo o nejčastěji pociťované abstinенční příznaky. Dle výsledků z dotazníku Minnesotské škály abstinенčních příznaků u pacientů, kteří abstinovali od nikotinu na začátku hospitalizace, byl nejvíce pociťovaný abstinенční příznak craving, na druhém místě pak zvýšená chuť k jídlu. Dalšími pociťovanými příznaky bylo obtížné soustředění a úzkost, nervozita. Subjektivně pociťované abstinенční příznaky respondentů byly však celkově nízké intenzity. U sedmi respondentů, kteří vyplnili všechny 3 vlny sběru dat, byly sledovány subjektivně prožívané abstinенční příznaky v průběhu hospitalizace. Z výsledků vyplynulo, že craving pociťovali respondenti v průběhu celého sběru dat stejně intenzivně. Další intenzivně pociťovaný symptom byla chuť k jídlu, u které došlo v druhé vlně ke zvýšení, ale ve třetí vlně k opětovnému snížení na menší hodnotu než na začátku hospitalizace. V druhé vlně se naopak u respondentů více objevily neobvyklé sny a noční můry. Opět lze ale poznamenat, že odvykací abstinенční příznaky byly u respondentů po dobu hospitalizace nízké.

Poslední otázka se dotazovala na vývoj motivace k odvykání kouření v průběhu sběru dat. Pacienti vyplňovali dvě otázky zaměřující se na motivaci k odvykání kouření, kterou měli ohodnotit na škále (nejméně) 1-5 (nejvíce). Respondenti udávali silnou motivaci k odvykání kouření. Dva respondenti po všechny 3 vlny sběru dat ohodnotili motivaci nejvyšším možným stupněm. U ostatních respondentů došlo ve třetí vlně ke zvýšení motivace oproti první vlně. Otázka zabývající se představou být nekuřákem po odchodu z LOM přinášela různorodé výsledky. U třech respondentů došlo v druhé vlně sběru dat ke snížení motivace, ale ve třetí vlně se motivace dostala opět na původní hodnotu. U většiny respondentů došlo ke zvýšení subjektivní motivace nebo motivace dosahovala stejné hodnoty jako na začátku léčby. Respondenti mohli do dotazníku vyjádřit podpůrné a omezující faktory v rámci jejich odvykání

od nikotinu. Nejčastěji respondenti udávali jako jedním z největších pomocníků odvykání kouření sport, fyzickou aktivitu a koníčky. Dále respondentům pomáhá jídlo či sladké potraviny. V neposlední řadě také chráněné prostředí lůžkového oddělení a poskytování substituční nikotinové terapie. Mezi omezující faktory respondenti popisovali chuť na cigaretu, stres a pohyb mezi kuřáky. Personál LOM zastává názor, že pacientům pomáhá v odvykání nikotinová substituce, pozitivní zpětná vazba od personálu či ostatních pacientů a pozitivní zdravotní důsledky. Naopak jako bariéry v nekouření hodnotí vyskytování nekuřáků mezi ostatními kuřáky, stres, negativní rozpoložení a obavu vysadit nikotin i primární návykovou látku najednou.

Pracovníci LOM hovořili o tom, že motivace ke kouření je pacienty oslovována na kuřáckých skupinách, které probíhali pod vedením psychologičky na oddělení. Frekvence a probíhání skupiny se mezi personálem lišilo. Psycholožka popisovala, že skupina probíhala nepravidelně, za to adiktoložka a zdravotní sestra uvedly, že byla skupina pravidelnou součástí programu. Na kuřáckou skupinu mohli pacienti dobrovolně docházet a řešit své užívání tabáku a snižování spotřeby cigaret nebo úplné odvykání. Psycholožka uvedla, že mimo to mají pacienti možnost mluvit o kouření na skupinách či individuálních terapiích. Také ze začátku hospitalizace provádí lékař s pacienty edukaci ohledně kouření. Zdravotní sestra poskytuje pacientům k přečtení publikaci o nekouření, krátkou intervenci s pacienty neprovádí.

Kvalitativní část výzkumu se zabývala identifikováním podpůrných a rizikových faktorů u pacientů odvykajících od kouření. Kromě nejdůležitějších výsledků popsanych v předchozích odstavcích hovořili pracovníci LOM o tom, že by zvýšení zájmu pacientů o nekouření mohl pomoci intenzivnější program odvykání kouření, pravidelné kuřácké skupiny. Také přemýšleli o odměňování pacientů, kterého se však personál obává z důvodu nemožnosti kontrolovat abstinenci od nikotinu u pacientů. Personál LOM se k odvykání kouření u pacientů staví pozitivně, dle nich mohou pacienti zažívat benefity odvykání, jako je zkušenost s abstinencí (návlek na abstinenci od primární návykové látky), práce s cravingem a zlepšení zdravotního stavu.

Během rozhovoru popisovali pracovníci několik případů úspěšných pacientů, kteří odvykali od kouření. Ve většině případů byli pacienti motivovaní k odvykání již na začátku léčby. Dle odpovědí od personálu LOM, ale většina pacientů začne v průběhu hospitalizace opět kouřit, což odpovídá i výsledkům dotazníkového šetření v této práci.

12.2 Srovnání s jinými výzkumy

Hrabovská (2023) ve své diplomové práci zaměřené na potřeby klientů v oblasti léčby na tabáku v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov navrhuje úpravy programu nekouření v léčbě. V doporučení navrhuje na začátku hospitalizace s pacienty dělat funkční diagnostiku a provést krátkou intervenci 5A. Pokud kuřák nemá zájem o odvykání měly by mu být představeny formy harm-reduction, například e-cigarety. U pacientů by také bylo vhodné průměrně mapovat motivaci k odvykání kouření, formou sebeposuzovací škály ochoty přestat s kouřením. Pro pacienty, kteří se rozhodnou odvykat by byla doporučena NTN a léky pro podporu odvykání kouření (Hrabovská, 2023). Dle výsledků rozhovorů s personálem LOM poskytuje lékař na oddělení základní diagnostiku s pacienty ohledně jejich kuřácké kariéry, také jsou předávány informace z detoxifikačního oddělení, kde má pacient nastavené dávkování nikotinových náplastí podle míry závislosti. Zdravotní sestra však neposkytuje krátkou strukturovanou intervenci dle modelu 5A, i když s pacienty o tématu hovoří. Pacientům sestra na oddělení poskytuje k přečtení publikaci o nekouření, která je však zdlouhavá a pacienty může čtení dlouhého textu odrazovat. Téma kouření je ale oslovováno personálem LOM při individuálních a skupinových terapiích. Z rozhovorů s pracovníky LOM se však zdá, že téma nekouření musí pacienti přinášet sami, není zde tak tendence hovořit o kouření s nemotivovanými pacienty.

Na LOM je pacientům poskytována náhradní nikotinová terapie, ale pouze ve formě nikotinových náplastí. Odborné publikace doporučují pro léčbu závislosti na tabáku kombinací více různých forem náhradní nikotinové terapie, například současné používání náplastí a výkaček (Králiková et al., 2022; ENSP, 2020). Pacienti LOM mají možnost si orální formy NTN pořizovat z vlastních zdrojů, ale pro většinu pacientů to může být překážka z důvodu nedostatku financí.

Délka poskytování substituční terapie je na LOM pro kuřáka ohraničena na 6 týdnů, poté má možnost si nikotinovou substituci pořizovat z vlastních zdrojů. Pracovníci z LOM uvedli, že je toto zavedeno částečně z finančních důvodů ale také proto, že někteří pacienti nikotinové náplasti zneužívali a nechtěli je snižovat. Zároveň se však u pacientů stává, že začnou znovu kouřit přesně v 6 týdnu léčby po odebrání NTN. Také sestra na oddělení uvedla, že omezení doby poskytování náplastí je pro některé pacienty důvodem k zanechání snahy o abstinenci od nikotinu. Podobné výsledky potvrdil i výzkum v této publikované práci, ve které všech sedm pacientů, kteří vyplnili 3 vlny sběru dat začali v poslední fázi léčby kouřit.

SÚKL (2022) v příbalovém letáku nikotinových náplastí doporučuje u silných kuřáků užívání náplastí (25 mg) denně po dobu 8 týdnů, pro kuřáky s nižší vstupní závislosti 10 mg denně. Předepsaná doba užívání nikotinových náplastí je 6 měsíců (SÚKL, 2022). ENSP (2020) navrhuje používání těchto náplastí u kuřáků po dobu 8-12 týdnů a udává, že při používání nikotinových náplastí po dobu 3-6 měsíců se zvyšuje jejich účinnost.

ENSP (2020) doporučuje u kuřáků poskytovat skupinovou behaviorální terapii, která zahrnuje skupiny nejlépe jedenkrát týdně. Na LOM fungovala do nedávna kuřácká skupina pod vedením psychologů na oddělení, ve které se probírala motivace pacientů k odvykání kouření a jejich úspěchy či neúspěchy v odvykání. Zdá se však, že její probíhání bylo nepravidelné, od členů týmů byly zaznamenány různorodé odpovědi týkající se trvání skupiny. Dle Králíkové et al. (2022) by psychobehaviorální individuální péče měla probíhat v období minimálně 4 týdnů.

Tato práce navazuje na bakalářskou práci autorky s tématem Zhodnocení nekuřáckého provozu na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie (Štočková, 2021). Z výzkumu bakalářské práce bylo patrné, že pacienti hospitalizovaní na detoxifikačním oddělení pociťovali celkově nízké odvykací příznaky a nejvíce pociťovaný odvykací příznak byl craving (Štočková, 2021). Z pohledu výskytu abstinčních příznaků u pacientů přináší i výzkum realizovaný na LOM obdobné výsledky.

V publikované diplomové práci Krejčí (2021) zkoumal postoje zdravotnického personálu ke kouření u pacientů. Dle výsledků zmiňované práce vnímají zdravotníci, že je kouření škodlivé, ale pacienty bezprostředně neohrožuje. U pracovníků převládá názor, že cigarety pomáhají pacientům v překonávání stresu a současná abstinence od nikotinu a primární návykové látky by pro ně mohla být zatěžující (Krejčí, 2021). Výzkum realizovaný na LOM naopak ukazuje, že zaměstnanci LOM zastávají názor, že odvykání tabáku může pacientovi pomoci v jeho léčbě primární závislosti.

Z 7 respondentů, kteří vyplnili všechny 3 vlny sběru dat, se 5 z nich pokusilo o zanechání kouření v druhé části sběru dat. Kromě jednoho všichni respondenti užívali nikotinovou substituci, což odpovídá výsledkům odpovědí od personálu LOM. Po šesti týdnech, spolu s odnětím nikotinových náplastí, začali všichni respondenti znovu kouřit. Dle výpovědí personálu LOM, tento jev není vzácný. Důvodem k opětovnému začátku kouření může být stres

a odnětí nikotinových náplastí. U těchto respondentů však došlo ke snížení počtu vykouřených cigaret za den o polovinu. To může být hodnoceno jako úspěch, neboť výzkumy ukázaly, že již omezení počtu vykouřených cigaret snižuje riziko vzniku rakoviny a dalších onemocnění (Yoo et al., 2022, Chang et al., 2021).

Psycholožka působící na LOM v rozhovoru uvedla, že na oddělení přemýšleli nad odměňováním pacientů za jejich dobu nekouření. Sama se ale obávala, že by kontrolování nekouření bylo obtížné, a proto odměňování pacientů nevyužívají. Aonso Diego & Kulhánek (2022), popisují výhody contingency management (CM) u odvykání kouření. Contingency management sestává v odměňování klientů za žádoucí chování. Odměna může být ve formě losování o ceny, finanční hotovosti, vouchery, dárkové karty, nabídka zaměstnání či různá privilegia mezi ostatními. CM se ukázal jako velmi účinný při snaze kuřáka o abstinenci, snížení užívání tabáku nebo jeho návštěvnosti sezení s profesionálem a dokončení léčby. CM byla také implementována u kuřáků se závislostí na jiných návykových látkách. Pro odvykání kouření u pacientů lze contingency management a odměňování pacientů za nekouření jen doporučit (Aonso Diego & Kulhánek, 2022).

12.3 Přínosy a limity práce

Výzkum reaguje na velmi aktuální téma kouření u adiktologických pacientů. Práce je pokračováním publikované bakalářské práce autorky, která se zabývala zhodnocením pilotního nekuřáckého provozu na detoxifikačním oddělení Kliniky adiktologie (Štočková, 2021). Benefitem práce je dlouhodobé sledování respondentů, a to v délce 6 měsíců. Díky tomu bylo možné identifikovat zájem pacientů o odvykání, podpůrné a rizikové faktory nekouření. Výzkum má velkou ekologickou validitu, neboť popisuje výsledky z prostředí uzavřeného lůžkového oddělení. Tento výzkum celkově přispívá k lepšímu pochopení procesu odvykání kouření u pacientů závislých na jiných návykových látkách, což může vést k účinnějším léčebným strategiím a lepším výsledkům léčby.

Úskalím výzkumu je nedostatečné naplnění výzkumného souboru. K tomu došlo z vícero důvodů, prvním důvodem byly předčasné odchody z léčby respondenty zařazenými do studie. Předčasné ukončení léčby, tzv. drop out je u adiktologických pacientů velmi častým jevem. V největší míře odcházejí pacienti v první fázi léčby (Kalina et al., 2015). Dalším důvodem odchodu pacienta z oddělení může být vyhození za porušení pravidel nebo tzv. „vybodování“. Významnou roli může hrát i obsazenost lůžek LOM, která byla v některých obdobích nízká.

Všechny tyto okolnosti však není možné ovlivnit z pozice zadavatele výzkumu. Dalším důvodem nenaplnění dat mohla být chyba v komunikaci autorky práce a zdravotnického personálu distribuujícího dotazníky respondentům. V začátku sběru dat došlo k omylu a rozdílným představám výběrového souboru. Tato chyba byla však napravena již měsíc po zahájení sběru dat, neboť během výzkumu proběhlo několik osobních schůzek mezi autorkou práce a personálem LOM distribuující dotazníky pacientům. Výsledný výzkumný soubor, proto není veliký a nemůže být zobecnitelný na celou populaci, také některé výsledky mohou být díky tomuto jevu zkreslené. I tak ale výzkum přináší hodnotné výsledky, neboť respondenti byli sledováni 6 měsíců a u některých respondentů v celé délce jejich léčby závislosti (3 měsíce). Takto dlouhodobé sledování pacientů v léčbě v souvislosti s kouřením či užíváním nikotinové substituce není ve výzkumné oblasti závislostí časté.

Data byla sbírána od členů personálu LOM, pro zajištění bezpečí pro pacienty na oddělení a větší efektivity. Nevýhodou však byla nemožnost kontroly nad sběrem dat přímo autorkou práce, a to i přes to, že probíhala častá komunikace mezi autorkou práce a personálem na oddělení.

Do výzkumu bylo zahrnuto pouze mužské lůžkovém oddělení, neboť léčebný program i omezení kouření a užívání nikotinové substituce se na mužském a ženském oddělení Kliniky adiktologie liší. Pro naplnění parametrů diplomové práce bylo proto vybráno pouze jedno z nich. Druhým důvodem je také vyšší prevalence kouření u osob mužského pohlaví. Dle Národního výzkumu užívání tabáku a alkoholu bylo v roce 2023 v ČR 24,6 % kuřáků. Z toho 29,1 % mužů a 20,3 % žen (Csémy, et al., 2024). Výsledky výzkumu tak nejsou aplikovatelné na populaci žen, proto by byla potřeba další zkoumání v této oblasti.

Pro výzkum byly využity 2 standardizované dotazníky, které jsou jednoduché na vyplnění a bývají běžně využívány u pacientů se závislostí na nikotinu. Používání standardizovaných dotazníků přispívá k vyšší kvalitě výzkumu a klinické praxe, také díky tomu, že standardizované dotazníky jsou často podrobeny rozsáhlému testování a jsou proto validní a spolehlivé. Jelikož jsou standardizované dotazníky opakovaně využívány umožňuje jejich aplikování srovnávání s jinými výzkumy. Třetí dotazník byl vytvořen autorkou práce pro získání informací využívání nikotinové substituce a motivace k odvykání kouření. Pro pacienta mohlo vyplňování dotazníku sloužit k zamyšlení nad kouřením tabáku, motivovat ho k abstinenci od kouření či otevřít téma odvykání od kouření pro diskuzi s personálem. Data přinesla zajímavé výsledky v oblasti užívání tabáku, nikotinové substituce a motivace

k odvykání kouření. Vzhledem k malému počtu respondentů ve výzkumu však nebyl plně naplněn potenciál využití standardizovaného dotazníku Minnesotské škály abstinenčních příznaků a dotazníku substituce, na kterém by mohlo být ve větším souboru patrné například důvody k navrácení kouření v průběhu léčby. Zpětně může být negativně hodnocen fakt, že dotazník Minnesotské škály abstinenčních příznaků vyplňovali všichni respondenti i ti, kteří v průběhu sběru dat kouřili. Větší výzkumný soubor by tedy mohl přinést jiné a přesnější výsledky. S ohledem na malý výzkumný soubor by možná bylo vhodnější do dotazníku vytvořeného autorkou práce zahrnout více otevřených otázek dotazujících se na motivaci k odvykání, podpůrné faktory či bariéry odvykání a celkové potřeby pacientů v tomto tématu. Větší výsledky by mohly přinést také polostrukturované rozhovory mezi pacienty.

Rozhovory s terapeutickým týmem oddělení umožnili identifikovat podpůrné a rizikové faktory pro intenzivnější programy podpory nekouření. Tyto výsledky mohou vést k efektivnějším intervencím a programům zaměřených na podporu pacientů během hospitalizace. Z časového hlediska autorky práce a členů terapeutického týmu byly zrealizovány pouze 3 rozhovory, pro přesnější a rozsáhlejší výsledky by bylo vhodné udělat rozhovor s více odborníky pracujícími na lůžkovém oddělení muži.

13 Závěr

Diplomová práce se věnuje důležitému tématu užívání tabáku u adiktologických pacientů v ústavní léčbě závislosti. V teoretické části byly popsány informace o nikotinu, jeho účincích na zdraví, závislost na tabáku a její léčba. Hlavním cíle práce bylo popsat vývoj užívání tabáku, odvykání kouření a využívání nikotinové substituce u pacientů LOM za období 6 měsíců. Dílčím cílem bylo zmapovat motivaci pacientů k odvykání kouření a pomocí rozhovorů s terapeutickým týmem identifikovat podpůrné a rizikové faktory odvykání kouření na oddělení.

Z 16 respondentů po přechodu z detoxifikačního oddělení na LOM abstinovalo od nikotinu 6 respondentů. 5 z nich využívalo nikotinovou substituci ve formě náplastí. Polovina respondentů splňovala kritéria pro nízkou závislost dle dotazníku FTND. Abstinenční příznaky na začátku hospitalizace byly u respondentů nízké. Nejvíce intenzivně hodnocený abstinenční příznak byl craving, na druhém místě pak zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti. U všech 7 respondentů, kteří vyplnili všechny 3 vlny sběru dat, byl patrný vývoj abstinenčních příznaků. Craving byl respondenty pocíťovaný po celou dobu hospitalizace stejně. Zvýšenou chuť k jídlu a neobvyklé sny pocíťovali respondenti v druhé vlně více intenzivně, ale na konci hospitalizace byla intenzita opět nízká. Ve třetí vlně sběru dat, tj. na konci léčby začali všichni respondenti znovu kouřit (n=7). Došlo u nich však ke snížení počtu vykouřených cigaret z původních udávaných 11,7 cigaret denně na průměrných 5,3 cigaret denně. Tento jev mohl mít souvislost s podpůrnými a omezujícími faktory nekouření. Jako podpůrné faktory respondenti identifikovali sport, fyzickou aktivitu, jídlo, chráněné prostředí oddělení a NTN. Mezi bariéry respondenti nejčastěji popisovali stres, craving a pohyb mezi kuřáky. Průměrná hodnota motivace k odvykání kouření, na škále od 1 do 5 byla u respondentů na začátku léčby 3,2. V průběhu hospitalizace dosahovala motivace k odvykání kouření u respondentů vysokých hodnot, u třech respondentů dokonce došlo během hospitalizace ke zvýšení motivace.

Výzkum byl doplněn o rozhovor se třemi pracovníky lůžkového oddělení muži. Kvalitativní část výzkumu identifikovala podpůrné a rizikové faktory při odvykání kouření. Zaměstnanci LOM by pro zvýšení zájmu pacientů o odvykání doporučili intenzivnější programy nekouření a pravidelné kuřácké skupiny. Zaměstnanci uvedli, že pacienti často zažívají výhody odvykání, jako je lepší zvládnutí abstinence, cravingu a zlepšení zdravotního stavu. Většina pacientů byla motivována k odvykání kouření již na začátku léčby. Někteří pacienti však během hospitalizace znovu začali kouřit, což potvrzují i výsledky dotazníkového šetření.

Pro efektivní léčbu závislosti na tabáku na oddělení LOM lze dle výsledků a srovnání s jinými výzkumy doporučit provádět s kuřáky funkční diagnostiku a krátkou intervenci 5A na začátku hospitalizace. Kuřákům, kteří momentálně nemají zájem odvykat od tabáku, je vhodné představit formy harm-reduction, jako například elektronické cigarety. Motivace k odvykání by měla být průběžně mapována pomocí sebesposuzovacích škál, a pro pacienty rozhodnuté odvykat by měla být poskytnuta kombinace náhradní nikotinové terapie a léků pro podporu odvykání. Z důvodu zvýšení účinnosti léčby by měla být NTN poskytována ve více formách (např. náplasti, žvýkačky) a po delší dobu, optimálně na celou dobu hospitalizace. Podpora by měla zahrnovat pravidelnou skupinovou behaviorální terapii a personál by měl být aktivní v motivování pacientů, například formou pozitivního odměňování.

Provedený výzkum může sloužit jako inspirace pro další adiktologické zařízení, které doposud nepracují se závislostí na tabáku u pacientů. Výzkum by mohl být replikován na větší výzkumný soubor případně po dobu delší než 6 měsíců, aby jeho výsledky mohly být zobecnitelné. Předmětem dalšího zkoumání může být hodnocení vlivu kuřáckých skupin, krátkých intervencí a odměňování na motivaci pacientů k odvykání kouření.

14 Zdroje

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* DSM-5. 5th ed. Washington. <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

Aonso Diego, G. & Kulhánek, A. (2022). General principles of contingency management for smoking cessation. *Adiktologie*, 22 (2), 126-131. https://adiktologie-journal.eu/wp-content/uploads/2022/08/22_008_Aonso_Diego_FINAL.pdf

Banks, E., Yazidjoglou, A., Brown, S., Nguyen, M., Martin, M., Beckwith, K., Daluwatta, A., Campbell, S., & Joshy, G. (2023). Electronic cigarettes and health outcomes: Umbrella and systematic review of the global evidence. *Medical Journal of Australia*, 218(6), 267–275. <https://doi.org/10.5694/mja2.51890>

Brown, K. F., Rungay, H., Dunlop, C., Ryan, M., Quartly, F., Cox, A., Deas, A., Elliss-Brookes, L., Gavin, A., Hounsome, L., Huws, D., Ormiston-Smith, N., Shelton, J., White, C., & Parkin, D. M. (2018). The fraction of cancer attributable to modifiable risk factors in England, Wales, Scotland, Northern Ireland, and the United Kingdom in 2015. *British journal of cancer*, 118(8), 1130–1141. https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/styles/cruk_wide_resp_breakpoint_one/public/infographic_tobacco-related_cancers_uk_screen_0.png?itok=PEO9IikK

Bulava, A. (2017). *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Grada.

Castaldelli-Maia, J. M., Loreto, A. R., Guimarães-Pereira, B. B. S., Carvalho, C. F. C., Gil, F., Frallonardo, F. P., Ismael, F., Andrade, A. G. D., Ventriglio, A., Richter, K. P., & Bhugra, D. (2018). Smoking cessation treatment outcomes among people with and without mental and substance use disorders: An observational real-world study. *European Psychiatry*, 52, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.02.005>

ÇeliK, Z. H., & Mortan Sevi, O. (2020). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Smoking Cessation: A Systematic Review. *Current Approaches in Psychiatry*. 12(1), 54–71. <https://doi.org/10.18863/pgy.534638>

Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Malý, M., Skývová, M. (2024). *Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2023*. (Nauta) Státní zdravotní ústav. <https://szu.cz/wp-content/uploads/2024/06/Narodni-vyzkum-uzivani-tabaku-a-alkoholu-v-Ceske-republice-2023-3.pdf>

Debnárová, J. & Schlosserová, L. (2023). *Léčebný řád-lůžkové oddělení muži*. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Klinika adiktologie. Verze 4.

DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(2), 295–304. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.2.295>

Soukup, P. (2020). *Motivační rozhovory v praxi*. Portál.

- ENSP (2020). *Guidelines for treating tobacco dependence*. https://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf
- Fagerström, K. (2012). Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine & Tobacco Research, 14*(1), 75–78. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntr137>
- Farooq, M., U., Puranik, M., P., Uma, S. R. (2020). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Compared with Basic Health Education for Tobacco Cessation among Smokers: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry 18*(1):p 25-30
- FDA (2022). Drug Safety and Availability. *FDA Updates and Press Announcements on Nitrosamine in Varenicline (Chantix)*. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-updates-and-press-announcements-nitrosamine-varenicline-chantix>
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Portál.
- Fine, D. R., Bearnot, B. I., Rigotti, N. A., & Baggett, T. P. (2019). Smoking status and quit behaviors among health center patients with substance use disorders: A national study. *Drug and Alcohol Dependence, 202*, 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.05.004>
- Gill, K. K., Van Der Moolen, S., & Bilal, S. (2021). Phenomenological insight into the motivation to quit smoking. *Journal of Substance Abuse Treatment, 131*, 108583. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108583>
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction, 86*(9), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Hendl, J. (2023). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Portál.
- Hrabovská, A. (2023). *Mapování potřeb klientů v oblasti léčby závislosti na tabáku na oddělení léčby závislostí Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov: Dotazníkový výzkum* [Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK]. Digitální repozitář UK. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/182544/120443629.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chaisai, C., Patikorn, C., Thavorn, K., Lee, S. W. H., Chaiyakunapruk, N., & Veettil, S. K. (2024). Incremental net monetary benefit of using varenicline for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of economic evaluation studies. *Addiction, add.16464*. <https://doi.org/10.1111/add.16464>

Chang, J. T., Anic, G. M., Rostron, B. L., Tanwar, M., & Chang, C. M. (2021). Cigarette Smoking Reduction and Health Risks: A Systematic Review and Meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, 23(4), 635–642. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa156>

Chomynová, P., Dvořáková, Z., Grohmannová, K., Orliková, B., Galandák, D., Černíková, T., Děkány, L., Franková, E., & Lucký, M. (2024). Zpráva o tabákových a nikotinových výrobcích v České republice 2023. *Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti*. Úřad vlády České republiky.

Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnáctá, Š., Dvořáček, J., Gabrhelík, R., Gabrhelíková, P., Hajný, M., Janíková, B., Jeřábek, P., Jurystová, L., Koranda, M., Kmoch, V., Králíková, E., Kuchař, M., Libra, J., Makovská Dolanská, P., Minařík, J., Miovský, M.,... Zima, T. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing.

Kondo, T., Nakano, Y., Adachi, S., & Murohara, T. (2019). Effects of Tobacco Smoking on Cardiovascular Disease. *Circulation Journal*, 83(10), 1980–1985. DOI: [10.1253/circj.CJ-19-0323](https://doi.org/10.1253/circj.CJ-19-0323)

Králíková, E., Aschermann, M., Dvořák, V., Jirkovská, J., Hartinger, M., J., Kališová, L., Losse, S., Pánková, A., Petanová, J., Popov, P., Šťastný, B., Štěpánková, L., Vokurka, S., Zvolská, K. (2022). *Léčba závislosti na tabáku*. Adaptovaný doporučený postup. Národní portál klinických doporučených postupů. <https://kdp.uzis.cz/index.php?pg=kdp&id=56>

Krejčí, J. (2021). *Možnosti a meze poradenství a léčby odvykání kouření u pacientů ve střednědobé ústavní léčbě závislosti na alkoholu* [Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK]. Digitální repozitář UK. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/127296/120386112.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kulhánek, A., & Mašlaniová, M. (2020). Pilotní spuštění nekuřáckého detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. *Adiktologie v Preventivní a Léčebné Praxi*. 3(2), 106–111.

Le Foll, B., Piper, M. E., Fowler, C. D., Tonstad, S., Bierut, L., Lu, L., Jha, P., & Hall, W. D. (2022). Tobacco and nicotine use. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 19. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00346-w>

Lima, D., R., Carvalhob, C., F., C., Guimarães-Pereirac, B., B., S., Loretoc, A., R., Frallonardo, F., P., Ismael, F., Guerra de Andrade, A., Castaldelli-Maia, J., M. (2020). Abstinence and retention outcomes in a smoking cessation program among individuals with co-morbid substance use and mental disorders. *Journal of Psychiatric Research*. 125, 121–128. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.03.014>

Maslow, A., H. (2021). *Motivace a osobnost*. Portál.

McKelvey, K., Thrul, J., & Ramo, D. (2017). Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review. *Addictive Behaviors*, 65, 161–170. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.10.012>

National Center for Biotechnology Information (2024). PubChem Compound Summary for CID 89594, Nicotine. Retrieved April 25, 2024 from <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Nicotine>.

Omare, M. O., Kibet, J. K., Cherutoi, J. K., & Kengara, F. O. (2022). A review of tobacco abuse and its epidemiological consequences. *Journal of Public Health, 30*(6), 1485–1500. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01443-4>

Pilařová, L. (2003). Problematika závislosti na nikotinu. *Psychiatrie pro praxi, 5*, 205-208. https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200305-0004_Problematika_zavislosti_na_nikotinu.php

Poprach, A., Brisuda, A., Büchler, T., Čapoun, T., Dušek, O., Foretová, L., Juráček, J., Katolická, J., Král, M., Krejčí, D., Krupa, P., Křísek, J., Lakomý, R., Navrátil, J., Pehalová, L., Pivovarovčiková, L., Rozsypalová, A., Slabý, O., Standara, M.,... Veselá, P. (2021). Zhoubné nádory močového měchýře. Grada Publishing.

Postma, D. S., Bush, A., & Van Den Berge, M. (2015). Risk factors and early origins of chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet, 385*(9971), 899–909. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60446-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60446-3)

Rigotti, N. A., Kruse, G. R., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2022). Treatment of Tobacco Smoking: A Review. *JAMA, 327*(6), 566-577. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.0395>

Ritchie, H., & Roser, M. (2023, November). Smoking. *Our World In Data*. <https://ourworldindata.org/smoking>

Selby, P., & Zawertailo, L. (2022). Tobacco Addiction. *The New England journal of medicine, 387*(4), 345–354. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp2032393>

Shu, Ch. & Cook, B. (2015). Examining the association between substance use disorder treatment and smoking cessation. *Addiction, 110*(6) 1015-21. doi: 10.1111/add.12879.

Schlosserová, L., Riegel, D., K. & Kulhánek, A. (2022). Implementace nekuřáckého provozu na mužském lůžkovém oddělení kliniky adiktologie: pilotní studie. *Čes a slov Psychiatrie, 118*(5):198-203

Siddiqi, K., Husain, S., Vidyasagan, A., Readshaw, A., Mishu, M. P., & Sheikh, A. (2020). Global burden of disease due to smokeless tobacco consumption in adults: an updated analysis of data from 127 countries. *BMC medicine, 18*(1), 222. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01677-9>

Soleimani, F., Dobaradan, S., De-la-Torre, G., E., Schmidt, T. C. (2021). Content of toxic components of cigarette, cigarette smoke vs cigarette butts. A comprehensive systematic review. *Science of the Total Environment, 813*, 152667. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2021.152667>

- SÚKL (2022). *Příbalová informace: informace pro pacienta. Nicorette Classic Gum 2mg/4mg léčivá žvýkáčková guma*. https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/detail-reg/0150125
- SÚKL (2022). *Příbalová informace: informace pro pacienta. Nicorette invisipatch 25 mg/16 h transdermální náplast*. https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/detail-reg/0232062
- SÚKL (2024). *Příbalová informace: informace pro uživatele. Defumoxan 1,5 mg tablety*. https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/detail-reg/0232285
- The Cancer Council. (2019, June). *Tobacco in Australia. Facts & Issues. Introduction*. <https://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-3-health-effects/3-0-background>
- Hughes, J., R. (2007). Effects of Abstinence From Tobacco: Valid Symptoms and Time Course, *Nicotine & Tobacco Research*, 9(3), 315-327. <https://doi.org/10.1080/14622200701188919>
- Theodoulou, A., Chepkin, S., C., Ye, W., Fanshawe, T., R., Bullen, Ch., Hartmann-Boyce, J., & Livingstone-Banks, J. (2023). Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013308.pub2>
- Thomson, G., Wilson, N., Weerasekera, D., & Edwards, R. (2011). Strong smoker interest in 'setting an example to children' by quitting: national survey data. *Australian and New Zealand journal of public health*, 35(1), 81–84. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2010.00638.x>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (n.d.). *10.revize Mezinárodní klasifikace nemocí*. <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F17>
- Webb Hooper, M., Lee, D. J., Simmons, V. N., Brandon, K. O., Antoni, M. H., Asfar, T., Koru-Sengul, T., & Brandon, T. H. (2024). Cognitive behavioral therapy versus general health education for smoking cessation: A randomized controlled trial among diverse treatment seekers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 38(1), 124–133. <https://doi.org/10.1037/adb0000928>
- West R. (2017). Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & health*, 32(8), 1018–1036. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1325890>
- WHO (2024). World Health Organization. *Tobacco*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Yoo, J. E., Han, K., Shin, D. W., Jung, W., Kim, D., Lee, C. M., Kwon, H., Jung, K., & Song, Y. (2022). Effect of smoking reduction, cessation, and resumption on cancer risk: A nationwide cohort study. *Cancer*, 128(11), 2126–2137. <https://doi.org/10.1002/cncr.34172>
- Znyk, M., Jurewicz, J., Kaleta, D. (2021). Exposure to Heated Tobacco Products and Adverse Health Effects, a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(12):6651. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126651>

Zwar N. A. (2020). Smoking cessation. *Australian journal of general practice*, 49(8), 474–481. <https://doi.org/10.31128/AJGP-03-20-5287>

14.1 Seznam obrázků

Obrázek 1 Orgánové soustavy, které jsou postižené kouřením	13
Obrázek 2 Rakoviny související s kouřením tabáku.....	16
Obrázek 3 Rizikové kontinuum různých tabákových a nikotinových výrobků.....	19
Obrázek 4 Cyklus užívání tabáku/nikotinu.....	25
Obrázek 6 Schéma krátké intervence Ask, Advise, Help	34
Obrázek 7 Cyklický model změny Prochaska a DiClemente	36

14.2 Seznam tabulek

Tabulka 1 Členění specifických klinických stavů dle MKN 10 souvisejících s užíváním tabáku	23
Tabulka 2 Dostupné formy a dávky NTN v ČR	30
Tabulka 3 Míra závislosti na nikotinu dle FTND (N=16)	47
Tabulka 4 Jednotlivé položky v dotazníku MNWS	48
Tabulka 5 Nejčastější podpůrné a omezující faktory dle respondentů (n=16)	52

14.3 Seznam grafů

Graf 1 Úmrtí v důsledku rizikového faktoru (2019)	17
Graf 2 Prevalence kuřáctví v ČR v letech 2012-2023 podle pohlaví	21
Graf 3 Kuřáci, kteří se pokusili přestat kouřit, dle pohlaví (2023)	22
Graf 5 Zastoupení abstinčních příznaků MNWT u nekuřáků v 1.vlně (n=6).....	47
Graf 6 Abstinční příznaky dle MNWS v 1-3 vlně (n=7).....	49
Graf 7 Rozdělení respondentů užívajících nikotin a abstinujících od kouření v 1. vlně (n=16)	50
Graf 8 Průměrný počet vykouřených cigaret za den u respondentů v jednotlivých vlnách (n=7)	51
Graf 9 Jak moc chcete přestat kouřit (n=7)	53
Graf 10 Do jaké míry si dokážete představit být nekuřákem (n=7)	54

15 Přílohy

Příloha č. 1 Fagerströmův test nikotinové závislosti

Fagerströmův test nikotinové závislosti

Jméno pacienta _____ Datum _____

1. Jak brzy po probuzení si obvykle zapalujete svou první cigaretu?

- Do 5 minut (3 body) Do 1 hodiny (1 bod)
 Do půl hodiny (2 body) Za více než hodinu (0 bodů)

2. Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno (např. ve veřejné dopravě, v knihovně, v kině)?

- Ano (1 bod) Ne (0 bodů)

3. Která cigareta by Vám nejvíce chyběla?

- První ráno (1 bod) Kterákoliv jiná (0 bodů)

4. Kolik cigaret denně průměrně vykouříte?

- Do 10 cigaret (0 bodů) 21–30 cigaret (2 body)
 11–20 cigaret (1 bod) Více než 30 cigaret (3 body)

5. Kouříte častěji ráno a dopoledne než ve zbytku dne?

- Ano (1 bod) Ne (0 bodů)

6. Kouříte i během nemoci, když musíte většinu dle ležet v posteli?

- Ano (1 bod) Ne (0 bodů)

Součet bodů

Vyhodnocení Fagerströмова testu nikotinové závislosti

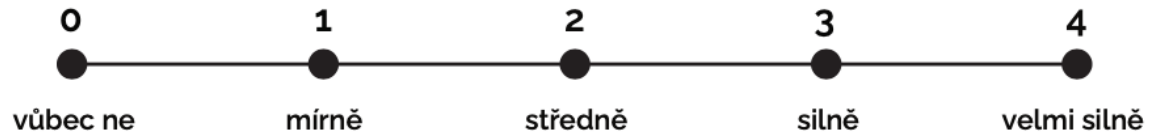
Míra závislosti	Počet bodů*
Velmi nízká nebo žádná závislost	0–2 body
Nízká závislost	3–4 body
Střední závislost	5 bodů
Vysoká závislost	6–7 bodů
Velmi vysoká závislost	8–10 bodů

*maximální skóre 10 bodů

Minnesotská škála abstinenčních příznaků

Jméno pacienta _____ Datum _____

U každé z položek ohodnoťte, co jste pociťoval/a v důsledku odvykání kouření v posledních 24 hodinách.



	0	1	2	3	4
1. Zlost, podrážděnost, nespokojenost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Úzkost, nervozita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Špatná nálada, smutek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Touha kouřit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Obtížné soustředění	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Nespavost, obtížné usínání, buzení v noci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Neschopnost odpočívat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Netrpělivost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Zácpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Závratě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Kašel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Neobvyklé sny, noční můry	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Nevolnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Bolení v krku	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Příloha č. 3 Dotazník zaměřující se na mapování užívání nikotinové substituční terapie a motivace k odvykání kouření

Kód respondenta _____

Datum _____

U každé otázky zaškrtněte nebo vypište odpověď slovy či číslicí podle instrukcí v dané otázce.

1. Kouříte v současné době cigarety či užíváte jiné tabákové výrobky?

- Ano
- Ne

2. V jaké formě jste nikotin užil v posledních 30 dnech? (nepočítá se nikotinová substitute)

- Cigarety
- Elektronické cigarety
- Doutník
- Dýmka
- Vodní dýmka
- Zahřívaný tabák
- Žvýkací tabák
- Snus
- Šňupací tabák
- Nikotinové sáčky
- Neužívám žádné nikotinové ani tabákové přípravky

3. Jak často jste kouřil v posledních 30 dnech?

- Každý den
- Jednou za týden
- 2-3x za týden
- Jednou za měsíc
- Nekouřil jsem

4. Kolik cigaret jste denně průměrně vykouřil za posledních 30 dní? (napište číslicí)

5. Využíváte v současné době nikotinovou substituci? (žvýkačky, náplasti, sprej, pastilky s obsahem nikotinu)

- Ano
- Ne

6. Jakou formu nikotinové substituční terapie v současné době využíváte? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- Náplasti
- Žvýkačky
- Sprej
- Pastilky
- Neužívám nikotinovou substituci

7. Pokud využíváte nikotinové náplasti, jaký mají obsah nikotinu?

- 7mg - 10mg (nejslabší)
- 14mg – 15mg (střední)
- 21mg – 25mg (nejsilnější)
- nevím, o jakou dávku se jedná
- v současné době náplasti neužívám

8. Kolik náplasti si za den v současné době průměrně aplikujete? (napište číslicí)

9. Pokud využíváte nikotinové žvýkačky: jaký mají obsah nikotinu?

- 2mg
- 4mg
- nevím, o jakou dávku se jedná
- v současné době žvýkačky neužívám

10. Kolik nikotinových žvýkaček průměrně za den užijete? (napište číslicí)

11. Kolik nikotinových pastilek průměrně za den užijete? (napište číslicí)

12. Kolikrát za den si aplikujete nikotinový sprej? (napište číslicí)

13. Jak si v současné době obstaráváte přípravky náhradní nikotinové terapie?

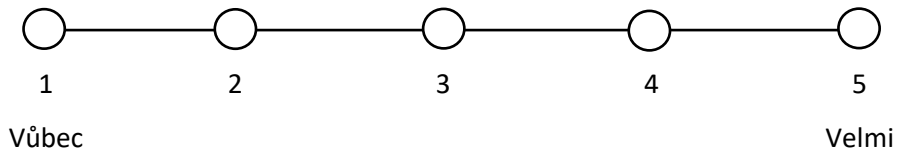
- Od lékaře na oddělení (hradí nemocnice)
- Přípravky si platím sám
- Od zaměstnavatele (příspěvek na podporu odvykání kouření)
- Využívám příspěvek zdravotní pojišťovny
- Jiné (napište):
- Neužívám přípravky náhradní nikotinové terapie

14. Setkal jste se v současné době s nějakými nežádoucími účinky v důsledku užívání substituční nikotinové terapie? Pokud ano, zaškrtněte se kterými

- Nespavost
- Úzkost
- Podrážděnost
- Zvýšená chuť k jídlu
- Vzteky
- Abnormální sny
- Zvracení

- Vyrážka
- Zvýšené pocení
- Zácpa
- Průjem
- Jiné:
- Nesetkal jsem se s žádnými nežádoucími účinky

15. **Jak moc chcete v současné době přestat kouřit?** (vybarvěte příslušné kolečko na škále)



16. **Pokud aktuálně nekouříte, co vám v současné době nejvíce pomáhá vydržet nekouřit?**
Zaškrtněte jednu variantu a vypište stručně v bodech.

- Ne Kouřím a pomáhá mi:

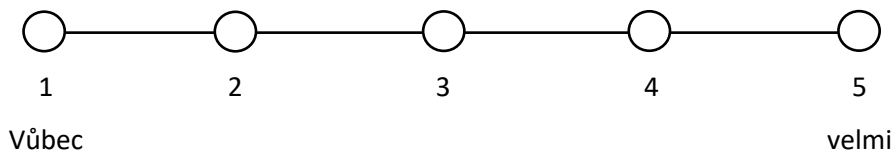
- V současné době kouřím.

17. **Co současně vnímáte jako nejvíce náročné na nekouření?**

- Ne Kouřím a jako náročné vnímám:

- V současné době kouřím

18. **Do jaké míry si dokážete představit, že budete nekuřákem po dokončení léčby na Klinice adiktologie?**



Příloha č. 4

Informace pro respondenty

Název studie: Užívání nikotinové substituce při odvykání kouření u pacientů mužského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie: prospektivní dotazníková studie

Vážený pane,

byl jste požádán o účast ve výzkumné studii zabývající se kouřením a využíváním nikotinové substituce v průběhu hospitalizace na lůžkovém oddělení muži Kliniky adiktologie. Dovolte nám, abychom Vám prostřednictvím tohoto dokumentu poskytli bližší informace o účelu studie, průběhu Vašeho zapojení a potenciálních rizicích vyplývajících z účasti ve studii.

Kdo studii provádí?

Studie probíhá na lůžkovém oddělení muži Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, a to v období července až prosince 2023. Hlavním řešitelem je studie je Bc. Kateřina Štočková, studentka 1. ročníku navazující magisterského studia adiktologie 1. LF UK pod vedením Dr. Adama Kulhánka. Výzkum je součástí diplomové práce na 1. LF UK. Sběr dat budou realizovat Mgr. Lucie Schlosserová a MUDr. Tereza Hynková a další proškolení pracovníci lůžkového oddělení muži.

Co je účelem této studie?

Cílem studie je prospektivně sledovat trajektorii pacientů léčících se se závislostí po přechodu z detoxifikačního oddělení na lůžkové oddělení muži Kliniky adiktologie VFN se zaměřením na vývoj užívání tabáku a odvykání kouření.

Jak bude studie prakticky probíhat a jaké bude Vaše zapojení v ní?

V průběhu studie Vás požádáme o vyplnění tří dotazníků – 1) Fageströmův test nikotinové závislosti, 2) Minnesotská škála abstinčních příznaků a 3) Dotazník zaměřující se na mapování nikotinové substituční terapie a motivace k odvykání kouření.

Vyplnění každého dotazníku zabere přibližně 10 minut, celkem tedy asi 30 minut. Dotazníky budou vyplňovány anonymně s využitím jedinečného identifikačního kódu.

Po celou dobu studie bude lékař a další zdravotnický personál monitorovat Váš zdravotní stav a případné nežádoucí účinky.

Jak budou chráněny Vaše osobní údaje?

Vaše zapojení do studie je zcela dobrovolné a anonymní. Veškeré zásady shromažďování a nakládání s údaji účastníků ve studii jsou uvedené v dokumentu Souhlas se shromažďováním a zpracováním osobních údajů při provádění studie ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, který jste obdrželi společně s tímto dokumentem z rukou zdravotnického personálu. Realizace studie byla schválena Etickou komisí VFN dne 15.6.2023 č. rozhodnutí 103/23 S-IV a etickou komisí 1. LF UK Kliniky adiktologie.

Máte ještě nějaké nejasnosti?

Pokud pro své rozhodnutí potřebujete více informací, obraťte se, prosím, na Mgr. Lucii Schlosserovou, hlavního řešitele výzkumného projektu Bc. Kateřinu Štočkovou (tel. 724 041 555, e-mail katerina.stockova@email.cz) nebo vedoucího diplomové práce Dr. Adama Kulhánka (adam.kulhanek@lfl.cuni.cz).

Děkuji Vám

Bc. Kateřina Štočková

Příloha č. 5

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení respondenta:

Datum narození:

Já, níže podepsaný/podepsaná souhlasím s účastí ve výzkumu. Je mi více než 18 let.

Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli výzkumu, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Zkoušející mi vysvětlil případné problémy, které by se mohly vyskytnout během mé účasti ve studii a vysvětlil mi způsoby, jakými budou případná rizika řešena.

Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast v klinické zkoušce mohu kdykoliv přerušit, nebo odstoupit, aniž by tím byla ovlivněna další zdravotní péče.

Při zařazení do výzkumu budou moje osobní údaje zpracovány podle platné právní úpravy. Do mé původní zdravotní dokumentace budou moci na základě mého uděleného souhlasu nahlédnout za účelem ověření získaných údajů zástupci zadavatele, nezávislých etických komisí a zahraničních nebo místních kompetentních úřadů (v ČR Státní ústav pro kontrolu léčiv). Uvedené osoby jsou vázány mlčenlivostí o všech informacích, které se dozví z mé zdravotnické dokumentace. Osobní údaje jsou tzv. pseudonymizovány. Tímto postupem dochází ke skrytí identity subjektu u výzkumu.

Beru na vědomí, že zpracované údaje z této studie mohou být publikovány. V publikacích se však neobjeví informace, které by mě mohly identifikovat.

Od zkoušejícího obdržím stejnopis tohoto podepsaného informovaného souhlasu s účastí v klinické zkoušce.

Vlastnoruční podpis a datum napsané pacientem:

Datum, čas:

Příloha č. 6

Souhlas se shromažďováním osobních údajů

Název studie: *Užívání nikotinové substituce při odvykání kouření u pacientů mužského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie: prospektivní dotazníková studie*

Řešitel studie: **Bc. Kateřina Štočková**

Vážený pane,

Váš lékař Vám nabídl účast ve studii a popis studie byl uveden v informacích pro pacienta. Pokud budete souhlasit a účastníte se studie, je třeba Vás informovat i o zpracování osobních údajů, které je nezbytné k tomu, aby studie mohla být provedena.

Studie se můžete zúčastnit pouze tehdy, pokud budete souhlasit se shromažďováním a zpracováním osobních údajů tak, jak je popsáno v tomto formuláři. Váš výslovný souhlas se zpracováním těchto údajů by měl být udělen po sdělení, pro jaký účel zpracování a k jakým osobním údajům je souhlas dáván, jakému správci a na jaké období. Vaše osobní údaje budou zpracovávány Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze, U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2, která je správcem těchto dat. Tyto informace jsou sepsány v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, vycházejícím z Nařízení Evropského Parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).

Studijní centrum bude zaznamenávat Vaše osobní údaje včetně jména a kontaktních údajů, data narození, pohlaví, stejně tak údaje z Vaší anamnézy a klinická data shromážděná v souvislosti s Vaší účastí ve studii. Veškeré údaje budou uchovávané pouze pro účely studie a v souladu s platnou právní úpravou. Bez zpracování osobních údajů by nebylo možné provést a ani vyhodnotit prováděnou studii. Do Vašich osobních záznamů ve zdravotnické dokumentaci má přístup pouze lékař provádějící studii a osoby s ním spolupracující na studii a dále osoby pověřené dohledem nad průběhem studie. Pokud by se jednalo o studii s léčivem, dohled mohou vykonávat pracovníci Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). U všech studií mohou dohled vykonávat členové Etické komise Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Tyto osoby jsou vázány povinnou mlčenlivostí a kontrolují, zda je studie řádně prováděna, zda je zajištěna bezpečnost účastníků studie a také zda jsou shromážděné osobní údaje a další informace správné.

Aby byla zajištěna ochrana soukromí, všechny údaje a odebrané vzorky získané ve studii budou zpracovány pouze v pseudonymizované podobě. To znamená, že k údajům a vzorkům budou přiřazeny kódy. Údaje umožňující zjistit Vaši totožnost tak neopustí pracoviště lékaře. Pouze lékař a oprávněné osoby budou mít možnost spojit tento kód s Vaším jménem, a to na seznamu, který bude bezpečně uložen ve studijním centru po dobu nezbytně nutnou k naplnění účelu celé studie.

Prostřednictvím svého lékaře máte právo na přístup k informacím, které byly o Vás shromážděny a případně požádat i o jejich opravu. Máte navíc nárok stěžovat si na to, jakým způsobem bylo s Vašimi osobními údaji zacházeno. Stížnost můžete vznést k Úřadu na ochranu osobních údajů, se sídlem Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7. Tento Úřad je odpovědný za prosazování práva na ochranu osobních údajů.

Za určitých okolností při splnění podmínek daných platnou právní úpravou máte právo požádat o jejich vymazání/odstranění, omezit zpracování těchto údajů nebo požádat o to, aby byly tyto údaje poskytnuty Vám či třetí straně ve strukturovaném, běžně používaném a strojově čitelném formátu. Máte rovněž právo na soupis zpracovávaných osobních údajů.

Po ukončení studie nebo po ukončení Vaší účasti ve studii zůstávají údaje správci, aby nebyla narušena validita dat získaných ve studii, a to po dobu nezbytnou k dosažení účelu prováděné studie. Pokud byste odstoupili ze studie předčasně, údaje shromážděné před odstoupením mohou být zpracovány společně s dalšími údaji shromážděnými v rámci této studie. Ve studijní databázi se však již nebudou shromažďovat žádné další informace, pokud k tomu výslovně nedáte souhlas.

Tento souhlas se zpracováním osobních údajů vyjadřujete na dobu nezbytně nutnou pro řádné vyhodnocení této studie.

Výsledky této studie mohou být publikovány v odborném tisku, mohou sloužit k výukovým a vědeckým účelům. Chtěli bychom zdůraznit, že se vždy bude jednat o souhrnné výsledky studie, ze kterých nebude možné Vás identifikovat. A také se nikde ve vyhodnocení studie neobjeví Vaše jméno či jiná informace, která by mohla vést k odhalení Vaší totožnosti.

V Praze dne

Jméno a příjmení účastníka studie:

Podpis účastníka studie:

Příloha 7 Otázky rozhovoru se zaměstnanci LOM

Otázky na pravidla

1. Mohou pacienti na LOM užívat jiné nikotinové produkty kromě cigaret a elektronických cigaret? (př. nikotinové sáčky)
2. Jaké pravidla platí pro pacienty, kteří jsou hospitalizováni na LOM:
 - a. Kouří cigarety
 - b. Odvykají od kouření
3. Jaké mají pacienti možnosti nikotinové substituce? Pouze náplasti nebo i orální formu (žvýkačky, sprej)?
4. Jak funguje systém a podmínky hrazení nikotinové substituce? (v jaké frekvenci a za jakých podmínek je jim substituce hrazena, na jak dlouho)
5. Poskytujete pacientům podpůrnou medikaci k odvykání kouření (defumoxan, bupropion) ?
6. Máte specifické skupiny/edukace zaměřené na podporu odvykání kouření pro pacienty co využívají nikotinovou substituci?
7. Jakou jinou terapeutickou podporu při odvykání kouření hospitalizovaným pacientům nabízíte?
8. Poskytujete pacientům, kteří během hospitalizace kouří jiné intervence na podporu odvykání kouření? Pokud ano, jaké, kdo a v jaké fázi léčby je provádí? (př. motivační rozhovory)

Další otázky

9. Kolik pacientů z vašeho pohledu úspěšně odvyká? Například za poslední rok v procentech?
10. Přibližně kolik pacientů využívá dle vašeho názoru nikotinovou substituci (můžete vyjádřit například v procentech)?
11. Setkáváte se s negativními reakcemi nebo vedlejšími účinky nikotinové substituce u pacientů? Pokud ano, jak je řešíte?
12. Co by podle Vás pomohlo zvýšit zájem o zapojení do programu nekouření během léčby?
13. Jaké jsou z Vašeho pohledu pro hospitalizované pacienty podpůrné faktory při odvykání kouření v léčbě?
14. A jaké jsou bariéry nebo faktory, které zhoršují proces odvykání kouření při hospitalizaci?
15. Jaké benefity/pozitiva může dočasné nekouření při hospitalizaci na LOM pacientům přinést (přínosy na tělesné zdraví, spánek, na psychiku na úspěšnost léčby závislosti jako takové)?
16. Vnímáte nějaká rizika či hrozby u pacientů, kteří odvykají od tabáku?

17. Můžete se podělit o nějaký konkrétní příklad z vaší praxe, který by ilustroval úspěšný nebo neúspěšný průběh odvykání kouření pomocí nikotinové substituce u vás na LOM?