

Univerzita Karlova v Praze

1. Lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Žaneta Adamíková

Léčba závislosti na tabáku u pacientů v ústavní léčbě pro závislost na alkoholu

Smoking cessation among patients in residential treatment for alcohol dependence

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Lenka Štěpánková, Ph.D.

Praha, 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem 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, 19. 7. 2016

Jméno:

Podpis:

Identifikační záznam

ADAMÍKOVÁ, Žaneta. *Léčba závislosti na tabáku u pacientů v ústavní léčbě pro závislost na alkoholu*. [Smoking cessation among patients in residential treatment for alcohol dependence]. Praha, 2016. 67 stran, 5 příloh. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Lenka Štěpánková, Ph.D.

Poděkování

Mé poděkování patří v první řadě MUDr. Lence Štěpánkové za její cenné rady a doporučení, které mi poskytla, za odborné vedení mé bakalářské práce a především za její ochotu a trpělivost. Také bych ráda poděkovala Mgr. Jaroslavovi Vackovi za jeho rady a pomoc při zpracovávání praktické části bakalářské práce.

Dále děkuji rodině a svým nejbližším za jejich podporu při celém mém studiu i při psaní této práce a všem, kteří mi pomohli s realizací výzkumu, včetně pacientů, kteří byli ochotní vyplnit dotazníky.

Abstrakt

Východiska: Alkohol a tabák jsou v České republice nejužívanějšími návykovými látkami. Ačkoliv pro osoby starší 18 let je užívání těchto látek legální, může vést k závažným zdravotním následkům. Zvláště u osob, které se nachází v léčbě pro závislost na alkoholu, ale i jiných návykových látkách, je prevalence pravidelného kouření oproti obecné populaci několikanásobně vyšší. Přesto je v České republice v těchto zařízeních kouření tabákových výrobků spíše přehlíženo a neexistuje jednotný přístup personálu k zavedení systematických programů pro odvykání kouření. Často vychází z přesvědčení, že tito pacienti nemají motivaci a zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření.

Cíl: Hlavním cílem výzkumu bylo posoudit motivaci pacientů, kteří jsou závislí na alkoholu a současně na tabáku, aktuálně se nacházejících v ústavní střednědobé léčbě přestat kouřit. Dílčím cílem bylo poukázat na problematiku kouření mezi těmito pacienty a zjistit, jaký je jejich pohled na možnosti léčby závislosti na tabáku v daném zařízení a zda by měli zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření.

Metodika: Bylo provedeno dotazníkové šetření mezi pacienty v 5 zařízeních ústavní léčby závislostí napříč celou Českou republikou. Výzkumu se zúčastnilo 128 osob, které byly závislé na alkoholu. Dotazník byl vytvořen v souladu s etickými zásadami zařízení a všechny zúčastněné osoby byly informovány o účelu a anonymitě vyplnění dotazníku. Jedná se o kvantitativní výzkum a analýza dat byla provedena v tabulkovém procesoru MS Excel, kam byla data z dotazníků zanesena.

Výsledky: Prevalence pravidelného kouření mezi respondenty byla 84 %, průměrný počet vykouřených cigaret byl 18,07 a průměrný výsledek Fagerströмова testu nikotinové závislosti byl 4,07 bodů. 43 % respondentů uvedlo, že by chtělo v nejbližší době přestat kouřit. Na škále subjektivně vnímané důležitosti zanechání kouření, tedy v otázce, na kolik procent chtějí respondenti přestat kouřit, pacienti označili v průměru hodnotu 46,5 % a na škále důvěry ve vlastní schopnosti tuto změnu uskutečnit průměrně 34,4 %. 66 % kuřáků uvedlo, že se v rámci programu setkali s přednáškou týkající se kouření nebo odvykání kouření a 44 % respondentů uvedlo, že jim v daném zařízení byla nabídnuta pomoc při odvykání kouření. Z hlediska jednotlivých zařízení se odpovědi pacientů výrazně lišily. Dalším důležitým výsledkem výzkumu bylo, že 57 % respondentů uvedlo, že při nabídce odborné pomoci by zvažovali zanechání kouření a 52 % uvedlo, že má zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření.

Závěr: V práci se podařilo zmapovat problematiku kouření mezi pacienty závislími na alkoholu v uvedených zařízeních a z výsledků vyplynulo, že více než polovina kouřících pacientů léčících se se závislostí na alkoholu měla zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření. Toto zjištění by mohlo do budoucna zmírnit obavy z nabízení pomoci při zanechání kouření pacientům v ústavní léčbě pro alkoholovou závislost a mohlo by vést k zařazení více intervencí pro kuřáky v rámci léčebného programu.

Klíčová slova: závislost na tabáku, závislost na alkoholu, léčba, nemocniční péče, duální závislost

Abstract

Background: In the Czech Republic, alcohol and tobacco are the most widely used addictive substances. Although use of these substances is legal for those 18 years or older, they can lead to serious health consequences. Especially among alcohol (or other drugs) dependent persons in recovery, the prevalence of regular smoking compared to the general population is much higher. Nevertheless, in these settings within the Czech Republic, tobacco smoking is often overlooked and for the staff there is no standard approach for introducing the systematic programs for quitting smoking. It is often based on theory that these patients have no motivation or interest in professional assistance with quitting smoking.

Objective: The primary objective of the research was to assess the motivation of patients dependent on alcohol and tobacco, currently undergoing the residential medium-term treatment to quit smoking. A secondary objective was to highlight the issue of smoking among these patients and find out what their view is on the possibilities of tobacco dependence treatment in the setting and whether they would be interested in professional assistance with quitting smoking.

Methodology: Questionnaire-based research was conducted among patients in the 5 health care services for the addiction treatment throughout the Czech Republic. The research involved 128 people who were dependent on alcohol. Questionnaires were developed in accordance with the ethical principles of the facility and all interested parties were informed of the purpose and the anonymity of questionnaire. This is a quantitative research based on data generated via MS Excel.

Results: The prevalence of daily smoking among respondents was 84%. The average number of daily smoked cigarettes was 18,07 and the average result of Fagerström Test of Nicotine Dependence was 4,07 points. Within that percentage, 43% of respondents mentioned they would like to quit smoking soon. On a scale of subjective importance of smoking cessation, patients recorded an average value of 46,5% and in the scale of confidence in their own abilities to realize this change, an average was of 34,4%. 66 % of respondents mentioned that they attended a lecture about smoking or quitting smoking during their treatment and 44 % of respondents mentioned that they got an offer of assistance with quitting smoking. Looking at individual settings the patients' responses varied greatly. 57% of respondents mentioned that when offering professional assistance they would consider smoking cessation, and 52% are interested in professional assistance in quitting smoking.

Conclusion: The study analysed the willingness of smoking cessation among alcohol dependent people in recovery. The results obtained showed that more than a half of smokers who are undergoing the treatment of alcohol dependence were interested in professional assistance regarding quitting smoking. This finding could alleviate fears from offering treatment for tobacco dependence among patients in recovery. These findings provide insight into further, potential treatment methods for smoking addiction amongst recovering alcohol dependent individuals.

Keywords: tobacco dependence, alcohol dependence, treatment, hospital care, dual addiction

Obsah

I. ÚVOD	3
II. TEORETICKÁ ČÁST	4
1. Závislost	4
1.1. Syndrom závislosti	4
1.2. Odvykací stav	4
2. Tabák	5
2.1. Složení tabákového kouře	5
2.1.1. Nikotin	6
2.2. Účinky nikotinu	6
2.3. Epidemiologie užívání tabáku	7
2.3.1. Prevalence užívání tabáku v České republice	7
2.3.2. Zdravotní důsledky užívání	7
2.3.3. Mortalita	8
2.4. Závislost na tabáku	9
2.4.1. Klasifikace kuřáků	9
2.4.2. Odvykací stav	10
2.5. Možnosti léčby závislosti na tabáku	10
2.5.1. Farmakoterapie	11
2.5.2. Psychobehaviorální intervence	11
2.5.3. Další metody	12
3. Alkohol	13
3.1. Metabolismus a účinky alkoholu	13
3.1.1. Negativní účinky alkoholu	14
3.2. Prevalence užívání alkoholu v České republice a jeho důsledky	16
3.3. Závislost na alkoholu	16
3.3.1. Klasifikace	17
3.3.2. Odvykací stav	17
3.4. Možnosti léčby závislosti na alkoholu	17
3.4.1. Ústavní léčba	18
4. Vztah závislosti na tabáku a závislosti na alkoholu	20
4.1. Vzájemné interakce alkoholu a tabáku	20
4.2. Zdravotní důsledky při současném užívání	21
4.3. Souběžná léčba závislosti na tabáku a na alkoholu	21

5.	Právní rámec	24
6.	Motivace.....	25
6.1.	Motivační rozhovor.....	26
III.	PRAKTICKÁ ČÁST	27
7.	Metodologie výzkumu.....	27
7.1.	Cíl výzkumu.....	27
7.2.	Výzkumné otázky	27
7.3.	Výzkumný soubor.....	27
7.4.	Metody tvorby dat.....	28
7.5.	Metody analýzy dat.....	28
7.6.	Etika	28
7.7.	Základní charakteristika výzkumného souboru	29
7.7.1.	Zařízení, ve kterých proběhlo dotazníkové šetření.....	29
7.7.2.	Rozdíly v přístupu ke kouření mezi jednotlivými zařízeními	29
7.7.3.	Charakteristika respondentů.....	30
8.	Výsledky výzkumu.....	34
8.1.	Prevalence kouření a síla závislosti na tabáku mezi respondenty.....	34
8.2.	Motivace přestat kouřit.....	37
8.3.	Pohled pacientů na možnosti léčby závislosti na tabáku v daném zařízení.....	40
8.4.	Zájem o odbornou pomoc	45
IV.	DISKUZE.....	47
V.	ZÁVĚR.....	50
	Referenční seznam.....	51
	Seznam příloh.....	56

I. ÚVOD

Kouření tabákových výrobků podmiňuje zhoršení zdravotního stavu jejich uživatele. Nejčastějšími jsou onemocnění dýchacího systému, kardiovaskulárního aparátu, gastrointestinálního traktu, krve a psychické či psychosomatické obtíže. Požívání alkoholu může s sebou přinášet rozsáhlé zdravotní a sociální problémy, což vede mimo jiné i k celospolečenským ekonomickým důsledkům (Sobotková a kol., 2014). Je zřejmé, že současné užívání tabáku a alkoholu ještě více zvyšuje výskyt některých onemocnění a také souvisí s vyšším výskytem psychiatrických komorbidit. Současné užívání těchto návykových látek není výjimečné a někteří lidé si konzumaci alkoholu bez cigarety nedokáží přestat.

Téma léčby dvojí závislosti na tabáku a na alkoholu je v poslední době čím dál častěji diskutované téma. Nicméně v České republice neexistuje jednotný systém v zavádění léčby závislosti na tabáku do ústavní střednědobé léčby pro závislé.

Teoretická část práce se zabývá nikotinem i alkoholem, jejich základní charakteristikou, účinky, epidemiologií užívání a závislostí na těchto látkách. Dále se zabývá vztahem mezi alkoholem a nikotinem při vzájemném užívání a jsou diskutovány možnosti dvojí léčby těchto dvou závislostí. Praktická část zahrnuje výzkum, který byl zaměřen na osoby aktuálně podstupující ústavní léčbu pro závislost na alkoholu, které jsou pravidelnými nebo příležitostnými kuřáky, a hlavním cílem bylo posoudit motivaci těchto pacientů přestat kouřit.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. ZÁVISLOST

Závislosti na návykových látkách jsou řazeny mezi multifaktoriální chronická relabující onemocnění centrálního nervového systému. Chronické užívání návykových látek způsobuje progresivní změny v mozku i v chování jedince (Šustková in Kalina a kol., 2015). Závislost je nekontrolované nutkání opakovat své chování bez ohledu na jeho důsledky (Králíková in Tuček a kol., 2012).

1.1. SYNDROM ZÁVISLOSTI

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace je syndrom závislosti soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance. Závislost může být přítomna pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí (WHO, 2008).

Syndrom závislosti zahrnuje následující diagnostická kritéria (WHO, 2008):

- silná touha užívat látku (bažení = craving);
- nekontrolovatelné užívání (začátek, konec nebo množství užívané látky);
- tělesný odvykací stav při absenci látky, užívání látky pro zamezení abstinenčním příznakům;
- zvyšování tolerance – potřeba zvyšovat dávku pro dosažení účinky;
- přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím;
- zanedbávání jiných zájmů kvůli užívání látky.

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií (WHO, 2008).

1.2. ODVYKACÍ STAV

Skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání. Nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být komplikován křečemi (WHO, 2008).

2. TABÁK

Tabákem nazýváme upravené sušené listy lilkovité rostliny tabák viržinský (*Nicotiana Tabacum*), což je jednoletá, 1-2 m vysoká bylina. Domovem tabáku je americký kontinent a původně byl kouřen Indiány v rámci jejich rituálů. Do Evropy byl přivezen v roce 1492 Kolumbovou lodí. Kouření se rozšířilo, a to zejména po uvedení cigaret na trh v polovině 19. století. Zlom nastal s vynálezem Američana Bonsacka, který si v roce 1880 nechal patentovat stroj na výrobu cigaret (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015; Králíková a kol., 2013). První hotové cigarety byly v prodeji v Londýně, avšak stále ještě nešlo o sériovou výrobu. Kolem roku 1900 se začaly šířit masově. První klasická cigareta značky Camel byla představena roku 1914 (Králíková, 2015a).

Dnes je užívání tabáku rozšířeno prakticky po celé planetě. V České republice jsou běžné především dva způsoby aplikace, nejčastěji je to kouření. „Hořící“ tabák známe především ve formě cigarety, doutníku nebo dýmky. „Bezdýmý“ tabák můžeme rozdělit na šňupací (aplikace vdechtem do nosních dutin) a orální (aplikace do úst), který se užívá jako žvýkací tabák, nebo ve formě „moist snuff“ (Králíková in Kalina a kol., 2003). Užívání tzv. nehořícího tabáku je v ČR málo rozšířeno, neboť užívání orálního tabáku ve formě moist snuff nebo snus (máčený tabák, vlhčený tabákový prášek) je v ČR v souladu s Evropskou legislativou zakázáno (Müllerová a kol., 2014). Ačkoliv při užívání bezdýmého tabáku chybí produkty pyrolýzy a znamená nepochybně menší riziko než kouření, není neškodný (Králíková, 2015a).

Jedinou návykovou látkou ze 4-5 tisíc složek tabákového kouře či v tabáku jako takovém je toxický rostlinný alkaloid nikotin. Jedná se o bezbarvou tekutinu bez zápachu (Králíková in Kalina a kol., 2003). Letální dávka pro člověka je 50 – 100 mg a při předávkování dochází k rychlé dechové paralýze, avšak vzhledem k relativně nízké biologické dostupnosti nikotinu (což je 20-40 %) k akutní intoxikaci prakticky nedochází (Krtíl & Zima in Králíková, 2013). Mechanismus účinku nikotinu spočívá ve vazbě na specifické nikotinové receptory v centrální nervové soustavě (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015).

2.1. SLOŽENÍ TABÁKOVÉHO KOUŘE

Tabákový kouř je komplexem více než 4 – 5 tisíc plynných a pevných látek. Mezi nimi je kolem 100 kancerogenních látek, kokancerogenů či promotorů tumorů a mnohé další jsou toxické. Tabák určený k aplikaci kouřením je uměle upravován a doplňován o několik set aditiv a tato aditiva se z něj během hoření uvolňují (Krtíl & Zima in Králíková, 2013). Velká část látek vzniká při hoření cigarety - pyrolýzou látek obsažených v cigaretě, které se vysokou teplotou mění na jiné chemické substance.

Kouř se rozděluje na část plynnou a pevnou. Plynná fáze tvoří více než 90% hmotnosti proudu kouře. Obsahuje četné kancerogeny, prokancerogeny, kokancerogeny, ciliotoxické či jinak toxické látky. Do plynné složky patří například oxid uhelnatý, oxid uhličitý, oxidy dusíku, amoniak, těkavé N-nitrosaminy, kyanovodík (toxická látka mimo jiné pro ciliární buňky dýchacího traktu), těkavé sloučeniny síry, těkavé uhlovodíky, alkoholy, aldehydy, ketony. Pevná fáze se skládá z nikotinu a dalších alkaloidů tabáku, netěkavých N-nitrosaminů, jejichž kancerogenní účinek je potencován současnou konzumací alkoholu, dále jsou zde obsaženy aromatické aminy, alkany a alkeny usnadňující resorpci kancerogenů,

izoprenoidy tabáku, benzeny a naftaleny, polycyklické aromatické uhlovodíky, radioaktivní sloučeniny, kovy, pesticidy a další látky (Krtíl & Zima in Králíková a kol., 2013).

2.1.1. NIKOTIN

Důležitost nikotinu je dána tím, že jako psychoaktivní látka je předním neurobiologickým důvodem vzniku závislosti na tabáku (Králíková in Tuček a kol., 2012). Nikotin je toxický, ale v mezinárodním seznamu lidských kancerogenů uveden není. Je tam uveden pouze tabákový kouř, včetně second hand smoke - pasivního kouření a smokeless tobacco – bezdýmého tabáku (IARC, 2016; Krtíl & Zima in Králíková, 2013).

Absorpce nikotinu je závislá na pH, vstřebává se pouze v mírně alkalickém prostředí. Kouř doutníku a dýmek je alkalický již v dutině ústní a nikotin obsažený v tomto kouři se zde absorbuje. Kouř cigaret je lehce kyselý, alkalizuje se až v plicích, proto musí kuřák cigaretu vtáhnout až do plic (Krtíl & Zima in Králíková a kol., 2013).

Nikotin snadno přestupuje přes hematoencefalickou bariéru a ve středním mozku se váže na postsynaptické acetylcholinové receptory. Přestože vazební látkou je acetylcholin, nikotin jako další ligand má afinitu vyšší. Nikotinem indukovaná elektrická aktivita v ncl. acumbens je přenesena do ventrální tegmentální oblasti, kde se tyto elektrické vzruchy podílejí na uvolňování dopaminu. Dostavuje se krátkodobý pocit pohody, dobré nálady a zklidnění. Po dokouření cigarety je však nikotin rychle z těla vylučován a stejně tak rychle klesá hladina dopaminu v mozku (Müllerová a kol., 2014).

Nikotin po vstřebání podléhá rychlé biotransformaci, v játrech lidského organismu se metabolizuje ze 70-80% na biologicky inaktivní kotinin. Ten se používá jako specifický biomarker pro objektivní průkaz expozice tabákovému kouři, což lze prokázat z moči (ale i z krve, séra či slin) minimálně 36 hodin po posledním kouření (Kurcová in Králíková a kol., 2013).

2.2. ÚČINKY NIKOTINU

Účinek je vyvolán vazbou nikotinu na nikotinové cholinergní receptory v mozku s ovlivněním vegetativních ganglií. Jedná se o rychle účinkující cholinmimetikum stimulující sympatické i parasympatické gangliové buňky a buňky neuromuskulární ploténky kosterních svalů (Krtíl & Zima in Králíková, 2013). Nikotin zvyšuje bdělost, soustředivost a paměť, potlačuje podrážděnost a agresivitu. Snižuje chuť k jídlu a brání přírůstkům tělesné hmotnosti (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015). Účinky nikotinu můžeme rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé.

Mezi krátkodobé patří: zvýšení sekrece slin, žaludečních šťáv a potu, zesílení peristaltiky a napětí hladkého svalstva, překrvení oblasti vnitřních orgánů, dilatace cév ve svalech, pokles prokrvení v periférii (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015). Dle Králíkové (in Kalina a kol., 2003) může nauzea, bolesti hlavy a průjem někoho od kouření odradit, ale většinou pod sociálním tlakem začínající kuřák tyto problémy rychle překoná. Později se už tyto příznaky neobjevují - rychle vzniká tolerance.

Dlouhodobými účinky mohou být poruchy soustředění, spánku a neklid (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015).

2.3. EPIDEMIOLOGIE UŽÍVÁNÍ TABÁKU

Dle Králíkové (in Tuček a kol., 2012) je tabáková epidemie klasickou pandemií. Původcem epidemie jsou tabákové výrobky, zdrojem tabákový průmysl, vektorem jejich marketing, vnímavým organismem v cca 90% dítě či dospívající mladší než 18 let. Dříve se epidemiologie zabývala jen infekčními nemocemi. V případě rakoviny a jiných nepřenositelných nemocí zavedl jiný přístup Richard Doll, první člověk, kterému se podařilo s jistotou exaktně prokázat, že kouření je podstatnou příčinou rakoviny plic (Králíková, 2015a).

Dlouho se nevědělo, jaká zdravotní rizika kouření představuje. Ta byla popisována nejprve v Německu ve 40. letech 20. století, ale především roku 1950 byly publikovány první dvě práce jasně prokazující, že kouření je podstatnou příčinou rakoviny plic (Králíková, 2015a). Prvními autory těchto publikací byli Ernest Wynder a již zmiňovaný Richard Doll. Pozdní zjištění a především prokázání negativních důsledků kouření pro lidské zdraví bylo dáno především faktem, že úmrtí v důsledku kouření následují v průměru několik desítek let po jeho zahájení (Králíková in Tuček a kol., 2012).

Tabák zabíjí celosvětově ročně přes 6 milionů lidí včetně 600 000 nekuřáků vinou pasivního kouření. Předpokládá se, že v následujících letech bude počet předčasných úmrtí jako následek kouření navyšovat (Králíková, 2015a).

2.3.1. PREVALENCE UŽÍVÁNÍ TABÁKU V ČESKÉ REPUBLICE

V roce 2014 bylo dle studie Státního zdravotního ústavu v České republice vzhledem k populaci 31,4 % současných kuřáků (37,4 % mužů a 25,8 % žen). Z toho 23,5 % byli denní kuřáci. Naprostá většina kouří tabák ve formě cigaret. Z hlediska věku je prevalence kuřáctví tabákových výrobků nejvyšší ve skupině 15 – 24 letých (38,3 %), se stoupajícím věkem prevalence kuřáctví klesá (Sovinová & Csémy, 2015). Dle výroční zprávy o stavu ve věcech drog (2015) je kouření velmi rozšířené mezi českými dospívajícími. V r. 2014 uvedlo kouření cigaret v posledních 30 dnech 22 % osob ve věku 14–15 let, z nichž 12 % kouřilo denně. Denní kouření uváděly častěji dívky, chlapci však byli silnějšími kuřáky. Pravidelné kouření (alespoň jednou týdně nebo častěji) uvedla 2 % 11letých, 5 % 13letých a 16 % 15letých.

V porovnání s předchozími lety byla v roce 2014 prevalence kuřáctví v České republice stabilní (Sovinová & Csémy, 2015).

2.3.2. ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ

Ze složek tabákové kouře je jen málo z nich pro organismus indiferentních, většina zasahuje do látkových přeměn buněk a organismu nepříznivě, působí zánětlivě a podporuje v tkáních spíše degenerativní procesy. V tabákovém kouři lze identifikovat látky s účinky induktorů nádorové transformace, dále látky působící jako promotory již indukovaných nádorových změn nádorových změn pomáhajících nádorové progresi a potom látky s účinky ko-kancerogenními, které usnadňují pronikání nebo transformační změny kancerogenů v buňkách (Žaloudík in Králíková a kol., 2013).

Za nejzávažnější přímý následek kouření lze u kuřáka považovat vznik nádoru kdekoli v oblasti dýchacích cest, ale také v jiných orgánech. Velmi častá jsou i nenádorová respirační onemocnění. Kouření je spojeno se vznikem volných radikálů poškozujících tkáň lidského organismu bez rozdílu typu. Následkem kouření jsou tedy také choroby, kde je podíl volných radikálů prokázán, tj. především kardiovaskulární a onkologická onemocnění. Uvádí se, že vykouření jedné cigarety představuje vstup 10^{17} volných radikálů, které jsou rovněž rizikovým faktorem vzniku nepřenositelných chorob hromadného výskytu a nádorových onemocnění (Müllerová a kol., 2014).

Kouření je příčinou asi 15 % kardiovaskulárních onemocnění, kolem 80 % chronických plicních onemocnění - především chronické plicní obstrukční nemoci (CHOPN), způsobuje cca 80 % karcinomů plic. Celkově je kouření tabákových výrobků zodpovědné za přibližně 25-30 % všech nádorových onemocnění, například močového měchýře, ledvin, ústní dutiny, sinonazálních dutin, nazofaryngeální oblasti, jícnu, hrtanu a hltanu, pankreatu, žaludku, děložního čípku, prostaty a dalších orgánů (Králíková in Kalina a kol., 2015).

Vliv kouření na kardiovaskulární aparát závisí na mnoha faktorech. Uplatňují se genetická predispozice, strukturální a funkční změny endotelu, změny poddajnosti cévní stěny, zhoršení metabolismu krevních lipidů, zvýšená agregabilita krevních destiček a trombofilie, dále dochází ke snížení hladiny antioxidantů, dochází k zánětlivým změnám a infekcím v cévní stěně. Kouření cigaret se podílí na iniciaci a progresi aterosklerózy a následné manifestaci různých onemocnění kardiovaskulárního aparátu včetně ischemické choroby srdeční (Aschermann & Linhart in Kráčíková a kol., 2013).

Podle Rosolové (in Kráčíková a kol., 2013) vede kouření k narušení glukózového metabolismu, k rozvoji inzulínové rezistence a přispívá k rozvoji (2x častěji) diabetes mellitus 2. typu. Také diabetici, kteří kouří, mají horší prognózu vývoje onemocnění. Diabetes je považován za prokoagulační stav a ten je kouřením ještě zhoršován. Dalším nepříznivým účinkem kouření je blokáce hemoglobinu oxidem uhelnatým, čímž se snižuje schopnost erytrocytů přenášet kyslík a tím přispívá k hypoxii cévních stěn i tkání (Müllerová a kol., 2014).

Kouření ovlivňuje různými mechanismy koncentrace řady neurotransmiterů (dopamin, serotonin, noradrenalin) v mozku a také způsobuje asi o 40 % nižší koncentraci enzymu monoaminoxidázy = MAO (Štěpánková & Anders in Kráčíková a kol., 2013). I když potažení z cigarety znamená krátkodobý pocit zlepšení nálady, kouření dlouhodobě psychický stav zhoršuje. Nejčastěji se u kuřáků vyskytují deprese, bipolární afektivní poruchy, úzkostné poruchy či schizofrenie (Kráčíková, 2015a).

2.3.3. MORTALITA

Zdravotní následky kouření jsou závažné. Na následky aktivního či pasivního kouření umírá v České republice každý pátý člověk (Sobotková a kol., 2014). Kuřáci se průměrně dožívají o 15 let méně než nekuřáci (Müllerová a kol., 2014). Nemoci způsobené tabákem mají v České republice na svědomí kolem 16 000 úmrtí ročně, což je 40-50 lidí denně (Kráčíková a kol., 2015b). Celosvětově je tabák příčinou více než 6 milionů úmrtí ročně, tedy

každého desátého úmrtí. V tomto století bude mít více než miliardu obětí (Králíková in Kalina a kol., 2015).

2.4. ZÁVISLOST NA TABÁKU

Je to chronické, recidivující a letální onemocnění (Králíková in Tuček a kol., 2012). Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí WHO (2008) je závislost na tabáku řazena mezi duševní poruchy a poruchy chování, způsobené účinkem psychoaktivních látek. Diagnosticky se označuje kódem F17.2.

Králíková (2015a) uvádí, že v naší populaci je asi 2 200 000 kuřáků závislých přinejmenším psychosociálně a kolem 80 % z nich je závislých i fyzicky. Přestože je nikotin látka s velmi silným návykovým potenciálem, existují pravidelní kuřáci tabáku (cca 15%), kteří nejsou závislí na nikotinu (Králíková in Tuček a kol., 2012).

Závislost na nikotinu vzniká zmnožením acetylcholin-nikotinových receptorů v mozku, zejména ve ventrální tegmentální oblasti. Další složky tabákového kouře zvyšují syntézu inhibitorů MAO a tak dalším mechanismem přispívají k vyšší hladině dopaminu v synapsích (Králíková in Kalina a kol., 2015). Při dlouhodobém užívání tabáku prodělávají cílové struktury a receptory nikotinu obvyklé hyperstimulační změny, jež vedou ke snížení citlivosti na nikotin. Výsledkem je častější a vyšší potřeba nikotinu (Müllerová a kol., 2014).

Pokud člověk začne kouřit, postupně se jeho závislost rozvíjí na dvou frontách: fyzické a psychosociální. Postupem času kuřák kouří hlavně proto, aby mu nebylo špatně a aby zahnal abstinenci syndrom. Fyzická závislost se vyvíjí po individuálně dlouhé době, většinou se objevuje do dvou let po začátku kouření. Psychosociální závislost se vyvíjí u všech návykových látek. Jednotlivé situace, které má kuřák spojené s kouřením a tím i s vyplavením dopaminu, se postupně fixují a vyvolávají na vědomé i nevědomé úrovni chuť na cigaretu. Tyto chutě mohou být velmi neodbytné a mohou vést k nutkavému chování si cigaretu obstarat a vykouřit ji. Odborně se tomuto stavu říká bažení (craving) a může to být velmi nepříjemný pocit i po několika letech abstinence od kouření (Pešek & Nečesaná, 2008). Dle Králikové (in Kalina a kol., 2015) psychosociální závislost znamená potřebu v určitých situacích mít cigaretu v ruce. Je to závislost na cigaretě jako předmětu bez ohledu na její složení. Tyto situace jsou zcela individuální, nejčastěji se opakují například: cigareta u kávy, ve stresu, při odpočinku, po jídle, v určité společnosti. Při léčbě tohoto typu závislosti je potřeba psychobehaviorální intervence.

2.4.1. KLASIFIKACE KUŘÁKŮ

Podle WHO (2008) můžeme populaci podle vztahu k užívání tabáku dělit na:

- 1) Nekuřáky – v době zjišťování nekouří a nekouřil ani v minulosti.
- 2) Bývalé příležitostní kuřáky – nikdy nekouřil denně, ale během svého života vykouřil více než 100 cigaret.
- 3) Příležitostní kuřáky – kouří, ale ne denně.
- 4) Pravidelné kuřáky – kouří denně.

Nejčastěji používaný test pro zhodnocení závažnosti závislosti na nikotinu je Fagerströmův test závislosti na cigaretách – viz příloha č. 1. Tento dotazník je zaměřen na frekvenci kouření, množství vykouřených cigaret, potřebu kouřit ráno po probuzení a na další okolnosti související s kouřením a je možné ho použít i pro posouzení nikotinové závislosti u adolescentů (Pavlovská, 2011).

2.4.2. ODVYKACÍ STAV

Poločas nikotinu v krvi je zhruba 2 hodiny, tedy fyzická závislost se projeví výskytem abstinčních příznaků po vynechání cigaret u silně závislých již po několika hodinách. Tzv. preabstinční tabákový syndrom nazýváme stavem u extrémně závislých kuřáků, kteří se budí kolem 3. - 4. hodiny ráno a teprve po vykouření cigarety mohou opět usnout. Většina abstinčních příznaků odezní do měsíce. Některé příznaky, jako touha kouřit, zvýšená chuť k jídlu a poruchy spánku, mohou trvat déle (Králíková, 2015a). Touha po kouření může být doprovázena podrážděností, netrpělivostí, poruchou soustředění, depresivní symptomatologií, úzkostí a neklidem (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015).

V různých institucích pro odvykání kouření bylo vyvinuto velké množství dotazníků zabývajících se hodnocením výskytu a intenzity jednotlivých abstinčních příznaků. Nejpoužívanější je Minnesotská škála abstinčních příznaků – viz příloha č. 2 (Hughes, 2007 cit. podle Kráčíková, 2015a).

2.5. MOŽNOSTI LÉČBY ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Léčba závislosti na tabáku je léčbou chronického recidivujícího onemocnění, tedy je třeba si z neúspěchů vzít ponaučení a nevzdávat to. Průměrně je úspěšný pátý pokus (Kráčíková, 2015a).

Negativní zdravotní dopady kouření se značně sníží, jestliže kuřák přestane kouřit. Bylo zjištěno, že v průběhu 5 let po zanechání kouření klesá riziko rakoviny plic na úroveň rizika srovnatelné s nekuřáky. Riziko vzniku nemocí krevního oběhu a srdce se mohou snížit až o 50 % v průběhu jednoho až dvou let od zanechání kouření (Pešek & Nečesaná, 2008).

Podle Kráčíkové (in Kalina a kol., 2015) jsou v podstatě čtyři možné situace ohledně kouření pacienta, podle nichž budeme cílit intervenci:

1. pacient užívá tabák a nyní se chce pokusit přestat;
2. pacient užívá tabák a nechce se nyní pokusit přestat;
3. pacient užíval tabák dříve a přestal;
4. pacient nikdy tabák neužíval.

Základní léčba založená na principech EBM (evidence-based medicine) zahrnuje především psychobehaviorální intervenci (změnu denních stereotypů) a farmakoterapii k potlačení abstinčních příznaků.

2.5.1. FARMAKOTERAPIE

Substituční terapie nikotinem

Jako první typ farmakoterapie indikované k léčbě závislosti na tabáku se objevila nikotinová žvýkačka začátkem 80. let. Impulsem k jejímu vzniku byly abstinенční příznaky švédských námořníků, kteří v ponorce nemohli kouřit. Tak vznikla náhradní nikotinová terapie. Dnes existuje substituční léčba ve formě náplastí, žvýkaček, inhalátorů, ústního či nosního spreje, mikrotablet, pastilek, orodispergovatelného (v ústech rozpustného) filmu a dalších. Principem náhradní nikotinové terapie je dodání čistého nikotinu z jiného zdroje než z cigarety představující menší zdravotní riziko a současně možnost věnovat se bez fyzických abstinенčních příznaků změně stereotypů spojených s kouřením. Účinnost různých forem je při odpovídajícím dávkování srovnatelná. Úspěšnost zanechání kouření zhruba zdvojnásobují. Jedna cigareta obsahuje kolem 15 mg nikotinu, většina ale shoří. Typicky se z jedné cigarety vstřebává kolem 1 miligramu nikotinu, ale při intenzivním kouření to mohou být i 2 až 3 mg. To je třeba si uvědomit při stanovování dávky náhradní terapie nikotinem (Králíková, 2015a).

Vareniklin

Dalším lékem je vareniklin (Champix). Je to lék přímo určený k léčbě závislosti na tabáku a v současnosti je ze všech nejúčinnější. Neobsahuje nikotin, je parciálním agonistou alfa4beta2 acetylcholin - nikotinových receptorů. Působí jako agonista i antagonist. Naváže se na receptory, takže způsobí vyplavení dopaminu v nucleus accumbens podobně, jako po potažení z cigarety, avšak na rozdíl od potažení z cigarety nedochází ke krátkému peaku, ale k několikahodinovému dosažení zhruba 60% maxima, což potlačuje abstinенční příznaky a nutkavou potřebu dávky nikotinu. Antagonistický vliv způsobí, že pokud si pacient zapálí s vareniklinem, nikotin z cigarety se na receptory nenaváže, protože ty jsou obsazeny vareniklinem. Další dopamin se proto nevyplaví a nedostaví se typický pocit odměny. Proto se doporučuje začít tento lék užívat 8 a více dní před odložením cigaret. (Králíková a kol., 2013).

Bupropion

Bupropion byl původně uveden na trh jako antidepresivum typu NDRI, které blokuje zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu. Princip účinku u závislosti na tabáku není úplně objasněn a byl objeven náhodně (Králíková, 2015a). Jedna lékařka, která tímto lékem léčila své pacienty s depresí, si všimla, že hromadně přestávají kouřit, což u je u těchto pacientů velice neobvyklé. Její zjištění se potvrdilo a bupropion byl registrován pod názvem Zyban jako lék závislosti na tabáku (Králíková & Kozák, 2003). V České republice momentálně Zyban není k dispozici na trhu, je možné použít lék Welbutrin či Elontril se stejnou účinnou látkou. Lék se začíná užívat deset dní před zanecháním kouření a může se kombinovat s jakoukoli jinou formou nikotinových náhražek (Pešek & Nečesaná, 2008).

2.5.2. PSYCHOBEHAVIORÁLNÍ INTERVENCE

Psychoterapie je neoddělitelnou součástí léčby závislosti na tabáku. V první řadě je důležité uvědomit si, jestli je kuřák dostatečně motivovaný kouření zanechat. Pokud pacient

přestat nechce, měli bychom se pokusit jej motivovat. Pokud pacient přestat chce, je dobré jeho motivaci podpořit. Důležité je předem rozpoznávat rizikové situace a místa spojené s kouřením a pokud možno se jim vyhýbat anebo si dopředu připravit náhradní řešení. Psychobehaviorální terapie je dlouhodobý program a čím je delší a intenzivnější, tím je účinnější. Měl by ji poskytovat specialista na léčbu závislosti na tabáku (Králíková, 2015a; Pešek & Nečesaná, 2008).

2.5.3. DALŠÍ METODY

Kuřákům mohou pomoci také nefarmakologické pomůcky, které zabaví jejich ruce nebo ústa. Mohou to být pomůcky typu inteligentní plastelíny či inhalátorů typu paipo, což je trubička podobná cigaretě, která při vdechování uvolňuje v malých dávkách látky z různých rostlinných extraktů (Müllerová a kol., 2014).

Králíková a kol. (2013) zmiňuje akupunkturu a hypnózu jako alternativní metody léčby, které však nejsou dostatečně vědecky ověřené. Pešek & Nečesaná (2008) doporučují pacientům snažícím se nekouřit se odměňovat v podobě materiální, v podobě příjemných aktivit nebo sebepochvalných konfirmací. Dále doporučují pěstování zdravé životosprávy, cvičení, relaxaci a jógu.

Elektronická cigareta je zařízení, ve kterém nedochází ke spalování tabáku, pouze se zahřívá tekutina s nikotinem za tvorby páry. Typicky obsahuje glycerin či propylenglykol, nikotin a příchutě. Toxické látky se našly výjimečně a ve stopových množstvích. Elektronická cigareta není v současnosti ověřeným prostředkem k odvykání kouření, a proto nemůže být odborníky pro léčbu závislosti na tabáku doporučována. Pravděpodobně může být použita jako metoda harm reduction, ale rizikem je snadné vstřebávání nikotinu – kuřáci, kteří se po E-cigaretách vracejí ke kouření, kouří někdy více než předtím. Další výzkum ohledně elektronických cigaret stále pokračuje (Králíková a kol., 2015b; Müllerová a kol., 2014).

3. ALKOHOL

Alkohol, chemicky etylalkohol, etanol vzniká kvašením ze sacharidů - buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci, nebo z polysacharidů z obilných zrn či brambor. Byl ve formě alkoholických nápojů vyráběn a používán v dobách historických civilizací, jako látka zvláštního významu při náboženských obřadech, později stále častěji jako nápoj. Také existují staré zprávy o léčebném využití alkoholu. I v současnosti se používá alkohol poměrně široce jak v oficiální (farmakologie), tak i v alternativní medicíně. Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity. Patří s nikotinem mezi legální drogy (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015; Popov in Kalina a kol., 2003).

Pití alkoholických nápojů je v současné kultuře velmi oblíbené pro navození pocitu euforie, uvolnění, zvýšeného sebevědomí, ztráty ostychu a zábran. Je spojeno s gastronomickými požitky a podporuje sociální komunikaci a družnost. Nicméně při častém užívání má negativní dopady na tělo. Vyvíjí se alkoholismus, s nežádoucími dopady jak pro samotného konzumenta, tak pro jeho okolí a celou společnost (Müllerová a kol., 2014).

Termín „alkoholismus“ je dle Popova (in Kalina a kol., 2003) připisován švédskému lékaři Magnusu Hussovi, který jej poprvé použil v r. 1849. Teprve o sto let později (v roce 1951, díky WHO) však začal být alkoholismus oficiálně považován za medicínský problém. Přitom první definice pijáctví jako nemoci pochází již z roku 1784, jejímž autorem byl americký lékař Benjamin Rush.

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu jsou v Mezinárodní klasifikaci nemocí Světové zdravotnické organizace uvedeny pod diagnózou F10 (WHO, 2008).

3.1. METABOLISMUS A ÚČINKY ALKOHOLU

Alkohol má po podání už lokální účinky na sliznici dutiny ústní, hltanu, jícnu, žaludku a části tenkého střeva. Dobře prochází biologickými membránami, vstřebává se ze žaludku a střeva a rychle se dostává do všech tkání a tekutin těla, prochází hematoencefalickou bariérou do mozku. Maximální alkoholémie bývá po 30 – 90 minutách od požití per os (Bečková & Višňovský, 1999; Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015).

Většina vstřebeného alkoholu se metabolizuje v játrech oxidací pomocí enzymu alkoholdehydrogenázy a při vyšších dávkách také pomocí mikrozomálního etanolového oxidačního systému (MEOS). Oxidací alkoholu vzniká acetaldehyd, který se dále oxiduje na acetyl koenzym A a ten vstupuje do cyklu kyseliny citrónové, nebo se využívá při tvorbě cholesterolu, mastných kyselin či jiných látek (Kunda a kol., 1988).

Vliv alkoholu na psychické funkce je dán změnami, ke kterým dochází v metabolismu neurotransmiterů (zejména dopaminu a noradrenalinu) v CNS. Dochází k útlumu dopaminergní, serotoninergní a taurinergní aktivity. Dochází rovněž k potlačení inhibičního účinku kyseliny gama aminomáselné (GABA). Naopak zvýrazněna je aktivita glutamátu, zvyšuje se aktivita kalciových kanálů v neuronech a počet NMDA receptorů, dochází k hyperstimulaci cholinergního, noradrenergního a opioidového systému (Popov in Kalina a kol., 2003).

Účinek alkoholu závisí na dávce a dalších faktorech - vnějších a vnitřních. Stav po požití alkoholu se nejčastěji projevuje jako prostá opilost (ebrieta). Malé dávky působí stimulačně, vyšší tlumivě. Na počátku se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, později dochází ke ztrátě zábran a kritičnosti. Postupně se dostavuje únava, útlum a spánek.

Akutní intoxikace má čtyři stádia v závislosti na hladině alkoholu v krvi (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015):

1. lehká opilost = excitační stadium (alkoholemie do 1,50 ‰)
2. opilost středního stupně = hypnotické stadium (alkoholemie 1,51 ‰ – 1,99 ‰)
3. těžká opilost = narkotické stadium (alkoholemie více než 2 ‰)
4. těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu = asfyktické stadium (alkoholemie nad 3 ‰). Stav může být výrazně modifikován vznikem tolerance u chronických uživatelů.

3.1.1. NEGATIVNÍ ÚČINKY ALKOHOLU

Škodlivé užívání je způsob užívání alkoholu, který vede k somatickému poškození zdraví, může se postupně vyvinout v závislost. Somatická poškození, zapříčiněná nadměrnou konzumací alkoholu se mohou týkat prakticky všech systémů lidského organismu (Popov in Kalina a kol., 2003).

Škodlivé, rizikové užívání je definováno jako týdenní příjem u mužů vyšší než 350 g čistého alkoholu (35 jednotek) a u žen 210 g (21 jednotek). Konzumace je vyjadřována v jednotkách, kdy 1 jednotka = 10 g alkoholu. Toto množství je obsaženo v 1 dcl vína, jedné malé sklenice destilátu a 0,3 l piva. Kromě somatických projevů vede alkoholismus k závažným psychickým a sociálním dopadům (Müllerová a kol., 2014).

Účinky můžeme obecně rozdělit na akutní a chronické (dlouhodobé). Krátkodobé nežádoucí účinky mohou být (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015):

- Somatické příznaky v závislosti na množství požitého alkoholu. Typická je porucha rovnováhy, svalového napětí, zpomalení reakčního času, nevolnost, zvracení.
- Poruchy chování s agresivitou, snížená sebekritičnost.
- Při těžších intoxikacích může dojít ke kvantitativním poruchám vědomí až smrti.
- Patická opilost – relativně málo častá komplikace, která vzniká po vypití malého množství alkoholu, které by u většiny lidí intoxikaci nezpůsobilo. Dochází k poruše vědomí s bludy a halucinacemi, poruchám chování. Stav odeznívá po minutách až hodinách a končí terminálním spánkem. Na tento stav bývá amnézie.

Při chronickém užívání alkoholu jsou významná poškození gastrointestinálního traktu (dysfagie, průjmy, gastritidy, jícnové varixy, hepatopatie). Zvyšuje se riziko vzniku karcinomu jater, jícnu, žaludku a tenkého střeva, u pijáků piva je uváděn vyšší výskyt rakoviny rekta. Může dojít k poškození pankreatu a ke vzniku diabetu (Popov in Kalina a kol., 2003). Alkoholové poškození jater se může projevit chronickým onemocněním (steatózou, steatohepatitidou, fibrózou a jaterní cirhózou) nebo akutním poškozením (akutní alkoholová hepatitida). Zatímco steatóza je relativně benigní onemocnění, přítomnost jaterní cirhózy znamená výrazné zkrácení života. U pokročilé jaterní cirhózy bývají přítomny komplikace

jako portální hypertenze, krvácení z jícnových varixů, ascites či jaterní encefalopatie (Brůha a kol., 2009).

Závažným následkem je podvýživa. Dle Bečková & Višňovský (1999) alkoholici trpí nechutí k jídlu, jejíž příčinou je chronický zánět sliznice trávicí trubice. Nebezpečný je zejména nedostatek bílkovin, vitamínů a minerálů, což může vést až k život ohrožujícím stavům.

Hypertenze a další kardiovaskulární onemocnění jako srdeční arytmie, srdeční selhání a další komplikace, jsou negativně ovlivňovány alkoholem (Gutjahr et al., 2001). Při vyšší konzumaci se zvyšuje kardiovaskulární mortalita a rovněž úmrtnost na cévní mozkové krvácení z důvodu zvýšené krvácivosti (Müllerová a kol., 2014). Dále dochází často k poruchám krvetvorby, hemokoagulace a k anémiím (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015).

Poškození nervového systému je spojeno s neurotoxickým účinkem alkoholu. Mohou vznikat polyneuropatie, organické poškození mozku, epilepsie (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015). Chronický nedostatek vitamínu B1 (thiaminu) u alkoholiků může vyústit v akutní, život ohrožující neurologický syndrom (Wernickeova encefalopatie), projevující se obrnou okohybných svalů, poruchami rovnováhy, ataxií, zmateností, apatií, event. delirantním stavem (Popov in Kalina a kol., 2003).

Alkohol přispívá k poruchám reprodukčních funkcí, vede k poškození plodu a projevům fetálního alkoholového syndromu v důsledku pití alkoholu těhotnou ženou (Müllerová a kol., 2014). Ten se projevuje růstovou retardací, postižením CNS a kraniofaciální dysmorfii (mikrocefalie, oční anomálie, krátké palpebrální štěrby, plochý kořen nosu, vymizelé filtrum, tenký horní ret, nízko položené uši). Jsou-li přítomny pouze poruchy chování a intelektu bez jiných známek postižení, používá se termín fetální alkoholový efekt (Popov in Kalina a kol., 2003).

Psychické dopady se projevují poruchou mentálního zdraví, depresí a rozvratem integrity osobnosti (Müllerová a kol., 2014). Dle Kundy a kol. (1988) chronická intoxikace alkoholem zvyšuje depresi, úzkost a dysforii. Retrospektivně se však pijanům často zdá, že alkohol jim negativní psychické stavy zmírňuje. Tento efekt se objevuje po odstranění abstinenčních příznaků opětovným napitím. Jako následek chronického abúzu může vzniknout psychotická porucha, která je způsobena poškozením mozku. Stav se projevuje přítomností halucinací, paranoidních bludů, mohou být přítomny i změny afektivity a kognitivních funkcí (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015). Zmíněn by měl být také alkoholový Korsakovův syndrom, který se vyznačuje triádou příznaků: poruchy paměti, dezorientace místem a časem a konfabulace (Raboch & Pavlovský, 2012).

Alkoholismus s sebou nese sociální důsledky v podobě zvýšené násilné činnosti, jež se podílí na polovině domácího násilí. Vede k rozvratu rodiny, týrání dětí, ztrátě zaměstnání, sebevraždám a k dalšímu agresivnímu chování až kriminální činnosti. K nezanedbatelným, společensky závažným dopadům ve spojitosti s konzumací alkoholu patří dopravní nehodovost a zvýšená úmrtnost zapříčiněná úrazy (Müllerová a kol., 2014).

3.2. PREVALENCE UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU V ČESKÉ REPUBLICE A JEHO DŮSLEDKY

Spotřeba alkoholu v České republice stále narůstá – podle zprávy Světové zdravotnické organizace byla u nás v roce 2010 průměrná roční spotřeba stoprocentního alkoholu 16,45 l na osobu, což řadí Českou republiku na 2. místo v žebříčku celosvětové spotřeby alkoholu (Sobotková a kol., 2014).

Sovinová & Csémy (2015) ve svém výzkumu z roku 2014 zjistili, že pravidelné a časté pití (denně nebo obden) udává 12,5 % dospělé populace – 18,9 % mužů a 6,4 % žen. Téměř polovina mužů a čtvrtina žen uvedlo pití alkoholických nápojů alespoň jednou týdně. Z hlediska formy užívání¹ je nejčastější umírněné pití. Kritéria pro rizikové pití splňuje v tomto výzkumu 7 % respondentů a 6 % splňuje kritéria pro škodlivé užívání alkoholu. Výskyt celoživotní abstinence je v České populaci nižší než v jiných evropských zemích.

Alkohol je příčinou více než 200 onemocnění. Podle Světové zdravotnické organizace způsobí ročně 3,3 milionu úmrtí, což je asi 6 % všech úmrtí na světě, tedy každý 20. člověk umírá v souvislosti s alkoholem. Většina z 3,3 milionu úmrtí na následky alkoholu nastává v důsledku kardiovaskulárních problémů z užívání alkoholu (cca 1/3), 17 % potom v důsledku onemocnění trávicího traktu a 13 % v důsledku rakoviny způsobené užíváním alkoholu. 17 % úmrtí je na následek nezamýšlených úrazů (dopravní nehody aj.) a 9 % v souvislosti s násilím a dalšími "zamýšlenými" úrazy (Global status report on alcohol and health, 2014).

3.3. ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Závislost na alkoholu se dle WHO (2008) v Mezinárodní klasifikaci nemocí označuje kódem F10.2. V ČR nadměrně konzumuje alkohol asi čtvrtina všech mužů a desetina žen. Počet osob s vyjádřeným syndromem závislosti na alkoholu v České republice převyšuje pravděpodobně 300 000 (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015).

Dle Popova (in Kalina a kol., 2003) probíhá přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu většinou poměrně nenápadně, typické pro vývoj závislosti jsou „postupné“ změny, jako postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu, postupná ztráta kontroly užívání a zanedbávání jiných potěšení a zájmů. Současně dochází ke změnám v myšlení a chování, které mohou způsobit změny osobnosti. Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu, následovaná výskytem odvykacích příznaků.

Pro posouzení problémů spojených se závislostí na alkoholu se využívá například Škála závislosti na alkoholu (Alcohol Dependence Scale, ADS) již od roku 1982. Její autor je Harvey Skinner – viz příloha č. 3. Dotazník obsahuje 25 položek mapujících spektrum alkoholového odvykacího syndromu, narušenou kontrolu nad pitím, uvědomování si nutkání pít, zvýšenou toleranci alkoholu a chování zaměřené na vyhledávání příležitostí napít se (Jurystová, 2011). Dalším příkladem testů pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu je krátký screeningový dotazník AUDIT. Hlavním cílem dotazníku je rychlé rozpoznání osob s nebezpečnou a škodlivou konzumací alkoholu, nebo se závislostí na alkoholu. Dotazník

¹ Formy (kategorie) pití dle OECD: Umírněné pití je definováno jako průměrný denní příjem alkoholu do 40 g u mužů a do 20 g u žen. Za rizikové pití se považuje denní příjem 40 – 60 g pro muže a 20 – 40 g pro ženy a za škodlivé pití je považována spotřeba více než 60 g alkoholu u mužů a více než 40 g u žen (Sovinová & Csémy, 2014)

obsahuje 10 otázek týkajících se rizikového pití alkoholu, výskytu možného škodlivého pití nebo závislosti (Mladá, 2011) – viz příloha č. 4.

3.3.1. KLASIFIKACE

Vývoj závislosti popisuje Jellinekovo rozdělení do čtyř stádií: 1. počáteční (symptomatické); 2. varovné (prodromální); 3. rozhodné (krucální); 4. konečné (terminální). K rozdělení typu závislosti se využívá taktéž Jellinekova klasifikace, která je platná od roku 1940. Rozlišuje 5 typů závislosti na alkoholu (Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015):

1. typ alfa: problémové pití, užívání alkoholu jako forma „sebemedikace“ sloužící k odstranění dysforie, uvolnění tenze a zlepšení psychického stavu.
2. typ beta: příležitostný abúzus, podmíněný sociokulturně. Časté pití ve společnosti, typickým následkem je somatické poškození.
3. typ gama: závislost na alkoholu charakterizovaná poruchami kontroly pití, postupným nárůstem tolerance s progresí konzumace, následovanou somatickým i psychickým postižením. Výrazněji je vyjádřena psychická závislost.
4. typ delta: chronická (denní) konzumace alkoholu, trvalé udržování tzv. „hladinky“ bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly. Výraznější je somatická závislost.
5. typ epsilon: epizodické pití s obdobími delší abstinence.

3.3.2. ODVYKACÍ STAV

Abstinenční syndrom se objevuje již za 6 – 8 hodin po přerušení pití a maxima dosahuje během druhého dne. Projevuje se především třesem, poruchami spánku, pocením, vnitřním nepokojem, úzkostí, nechutenstvím, zvracením. Dále se objevuje tachykardie, hypertenze a slabost. Halucinace, iluze, křeče a epiparoxysmy jsou již příznaky vážnějšího průběhu. Nejtěžší formou odvykacího stavu je delirium tremens s relativně vysokou mortalitou. Dochází k poruchám vědomí, dezorientaci, halucinacím, bludům s paranoidním obsahem, doprovázené tachykardií, pocením, hrubým třesem a záchvaty křečí (Kunda a kol., 1988; Minařík & Kmoch in Kalina a kol., 2015).

3.4. MOŽNOSTI LÉČBY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Klíčovou roli v terapii závislosti na alkoholu hraje psychoterapie. Jedním z hlavních terapeutických cílů pacienta v odvykací léčbě je získání náhledu, kdy je pacient schopen začít realizovat důležité změny životního stylu a s tím související rozhodnutí pro abstinenci. U ostatních klinických stavů vyvolaných užíváním alkoholu je důležitá také farmakoterapie (Popov in Kalina a kol., 2003). Při terapii alkoholové závislosti se podle Minařík & Kmoch (in Kalina a kol., 2015) osvědčily kognitivně-behaviorální psychoterapeutické přístupy, motivační rozhovory, arteterapie, gestalt terapie, jóga, účast na svépomocných skupinách nebo rodinná terapie.

Z hlediska organizační formy se rozlišuje léčba ambulantní a ústavní. Z hlediska právního můžeme odlišovat léčbu dobrovolnou od nařízené (Kunda a kol., 1988). Ambulantní léčba je prováděna v zařízeních zdravotnického či nezdravotnického charakteru. Jedná se o službu, kdy pacient dochází v pravidelných intervalech do zařízení. Předpokladem úspěšné

ambulantní léčby je sociální stabilita klienta s podporou jeho nejbližšího okolí a aktivní participací rodinných příslušníků na léčebném procesu. Denní stacionář je zařízení „na půl cesty“ mezi běžnou ambulancí a rezidenční léčbou s intenzivním denním strukturovaným programem (Richterová Těmínová in Kalina a kol., 2008).

Pacient, který se rozhodne léčit ze závislosti na alkoholu, většinou začíná na detoxifikační jednotce. Detoxifikace znamená léčbu odvykacího stavu, spočívá v korekci poruch elektrolytové rovnováhy, dostatečné hydrataci a farmakoterapii, při které se provádí substituční léčba na principu zkřížené tolerance užívaných farmak s alkoholem (Popov in Kalina a kol., 2003). V lehčích stádiích se podávají benzodiazepiny, v těžších spíše klomethiazol (Heminevrin) a při výskytu psychózy neuroleptikum tiaprid. Pomoc při abstinenci přináší disulfiram (Antabus), který blokuje degradaci alkoholu tím, že inaktivuje acetaldehyd dehydrogenázu. Požití alkoholu tedy vede k prudké reakci, která může pacienta i ohrozit na životě. Craving pomáhá zvládat acamprosat, jehož přesný mechanismus účinku není znám, avšak za hlavní mechanismus se předpokládá, že působí agonisticky na GABA receptory a inhibuje aktivitu excitační aminokyseliny glutamátu, čímž obnovuje homeostázu porušenou při abstinenci po chronickém abúzu alkoholu, kdy dojde k dysbalanci mezi excitačním a inhibičním neurotransmiterovým systémem. Další látkou využívanou pro dlouhodobější terapii je naltrexon, který blokuje opioidní receptory a uvolňování dopaminu v mozku, takže člověk necítí požitek z alkoholu (Láznička, 2011; Minařík & Kmoč in Kalina a kol., 2015; SPC: Campral EC, 2015).

3.4.1. ÚSTAVNÍ LÉČBA

Ústavní léčba obecně znamená léčbu v lůžkovém zařízení a v užším smyslu léčbu na specializovaném oddělení nemocnice nebo psychiatrické nemocnice. Podmínkou je vždy lékařské vedení a strukturovaný program. Podle délky můžeme ústavní léčbu dělit na léčbu krátkodobou nebo střednědobou. Dlouhodobá léčba obvykle probíhá jako pobyt v terapeutické komunitě a hovoříme spíše než o ústavní o rezidenční léčbě. Pro ústavní léčbu v nemocnici či léčebně jsou indikováni klienti s vysokým potenciálem pro relaps, rizikovým sociálním okolím a psychickými či somatickými komplikacemi (Kalina a kol., 2001).

Terapeutický program lůžkových oddělení často používá principy terapeutické komunity (Popov in Kalina a kol., 2003). Základní model střednědobé léčby v našich podmínkách vychází z modelu zavedeného Jaroslavem Skálou – tzv. Skálův či Apolinářský model. Strukturovaný je:

1. průběh léčby - do několika fází různě výrazně od sebe oddělených,
2. týden - struktura týdne zajišťuje vyváženou skladbu programu, během týdne se vystřídají všechny části komplexního programu s požadovaným minimem 20 strukturovaných hodin týdně,
3. den - v podobě přesného časového rozvrhu jednotlivých aktivit.

Strukturovaný program obsahuje ve vyvážené podobě aktivity psychoterapeutické, pracovní, volnočasové atd. Struktura kromě zajištění vyváženosti a stálosti komplexního programu umožňuje zpřehlednění činnosti pacienta během dne a zpřehlednění postupu léčby. Se strukturou léčby úzce souvisí soubor pravidel – režim. Kromě definování zmíněné

struktury a pravidel nutných k udržení optimálního terapeutického prostředí, specifikuje režim i výhody a sankce podle kvality dodržování režimu (Dvořáček in Kalina a kol., 2003).

4. VZTAH ZÁVISLOSTI NA TABÁKU A ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Alkohol a tabák jsou nejčastěji užívanými návykovými látkami v České republice i jinde ve světě. Užívání obou látek je legální a v naší zemi je k nim relativně jednoduchá dostupnost. Užívání tabáku je jednoznačně asociováno s vyšším rizikem problémového pití alkoholu. Dle Harrison & McKee (2011) je tento vztah nejvýraznější zejména u dospívajících a mladých dospělých. Tento fakt potvrzuje také výzkum Státního zdravotního ústavu z roku 2014 (Sovinová & Csémy, 2015), kde byla zjištěna souvislost užívání alkoholu s užíváním tabáku nejvýrazněji ve skupině 15 – 24letých, kde mezi rizikovými konzumenty alkoholu je 55 % kuřáků a 53 % mezi těmi, kdo pijí škodlivě.

80 % pacientů závislých na alkoholu kouří tabák a velká část z nich je na nikotinu závislá (Hughes, 1996). To je oproti kouření v běžné populaci 2–3x vyšší procento. Stejně tak riziko vzniku závislosti na alkoholu u kuřáků je 2-3x větší než u nekuřáků (Breslau, 1995). Kuřáci závislí na alkoholu v porovnání s kuřáky, kteří nepijí rizikově, jsou v průměru více závislí na tabáku, kouří cigarety s vyšším obsahem nikotinu, kouří více cigaret za den a v jejich krvi můžeme najít vyšší obsah oxidu uhelnatého (CO), nikotinu a kontininu v krvi (Martin et al., 2006). Dle Sussman (2003) uživatelé návykových látek, kteří kouří, na rozdíl od kuřáků bez jiné drogové závislosti vykouří v průměru o 10 cigaret denně více, mají více psychických problémů zahrnujících deprese, úzkosti a poruchy osobnosti a také mají více zdravotních problémů. Kromě toho vykazují nižší sebedůvěru ve vlastní schopnost přestat kouřit.

Hughes (1995) udává, že někteří pacienti psychiatrických nemocnic začínají s kouřením až při své první léčbě, když vidí kouřit ostatní. Navzdory tomu jiní autoři tvrdí, že většina alkoholiků začíná kouřit ve velmi nízkém věku a že tabák je prognostický faktor pro vznik závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách (Degenhardt et al., 2001 cit. podle Torrens et al., 2015; DiFranza and Guerrera, 1990).

4.1. VZÁJEMNÉ INTERAKCE ALKOHOLU A TABÁKU

Interakce alkoholu a nikotinu můžeme sledovat na mnoha úrovních. Zcela jistě dochází k interakcím jak na úrovni psychologické, behaviorální a sociální, tak na úrovni somatické – můžeme sledovat například oblast farmakologickou, neurochemickou, elektrofyziologickou, molekulární a genetickou (McKee & Weinberger, 2013). Perkins et al. (2005, cit. podle McKee & Weinberger, 2013) na základě laboratorního vyšetření zjistil, že nikotin snižuje subjektivní pocit intoxikace a zeslabuje sedativní účinek alkoholu, což potencionálně umožňuje konzumaci většího množství alkoholu.

Z neurofarmakologického hlediska nikotin i alkohol zvyšují hladinu dopaminu v mezolimbickém systému. Opakovaný příjem alkoholu zvyšuje hladinu GABA a snižuje hladinu glutamátu. Nikotin hladinu glutamátu zvyšuje. Při odnětí nikotinu hladina glutamátu v těle klesá, při odnětí alkoholu naopak stoupá. Vysoká koncentrace glutamátu posiluje depresivní naladěnost, což se právě společným příjmem obou drog zároveň vyrovnává (Koprudová & Ištvanová, 2004). To může být jeden z důvodů, proč je komorbidita tabákové a alkoholové závislosti tak častá.

4.2. ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY PŘI SOUČASNÉM UŽÍVÁNÍ

Hurt et al. (1996) ve své studii zjistil, že onemocnění vzniklá v souvislosti s užíváním tabáku jsou hlavní příčinou smrti u pacientů dříve léčených ze závislosti na alkoholu a jiných nenikotinových návykových látkách. To znamená, že více alkoholiků umírá na důsledky kouření tabáku, než na důsledky užívání alkoholu.

Současné užívání tabáku a alkoholu výrazně zvyšuje riziko vzniku karcinomu laryngu, trávicího traktu a dýchacího systému. Konzumace alkoholu je spojena s výrazným poklesem kapacity plic (Talamini et al., 2002; Quraishi et al., 2014). Významná jsou také onemocnění slinivky břišní, která mají mnohdy závažné následky. Dle Maisonneuve et al. (2005) je alkohol hlavní příčinou chronické pankreatitidy a kouření je považováno za další rizikový faktor. Taktéž se mohou podílet na vzniku karcinomu a dalších poruchách funkce pankreatu.

Konzumace alkoholu a tabáku jsou spojeny s různými kardiovaskulárními onemocněními. Vyšší dávky alkoholu (3 a více sklenic za den) a kouření cigaret mají podobné a pravděpodobně kumulující negativní účinky na kardiovaskulární systém. Příkladem je zvýšení krevního tlaku, což zvyšuje riziko infarktu myokardu, zvýšení hladiny triglyceridů v krvi a vyšší riziko mozkové mrtvice či městnavého selhání srdce (Kenneth & Mukamal, 2006).

Rostoucí množství důkazů naznačuje, že chronické kouření způsobuje neurokognitivní dysfunkce, podobně jako u alkoholiků. Chronické užívání alkoholu je spojováno s poruchami kognitivních funkcí, exekutivních dovedností, učení a paměti, rychlosti provádění úkolů, chůze a posturální stability. Přestože akutní účinek nikotinu může kognitivní funkce přechodně zlepšovat, dlouhodobé účinky kouření jsou jednoznačně negativní. Chronické kouření způsobuje dysfunkce učení a paměti, exekutivních funkcí, psychomotorických schopností, obecně intelektuálních schopností a posturální stability. Z toho vyplývá, že užívání alkoholu a kouření současně může mít ještě závažnější dopady na kognitivní funkce mozku. Také u abstinujících alkoholiků může pokračování v kouření zpomalovat obnovení kognitivních funkcí, které byly narušeny alkoholem (Durazzo et al., 2007; Glass et al., 2006).

4.3. SOUBĚŽNÁ LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU A NA ALKOHOLU

Léčba závislosti na tabáku není v České republice běžně součástí léčebných programů v zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu, a to především z důvodu obav, že řešení obou závislostí souběžně by mohlo být pro pacienty příliš obtížné a mohlo by to nepříznivě ovlivnit zotavení z alkoholismu. Dle mnoha publikací (Gulliver et al. 2006; Prochaska 2005 aj.) však výzkum ukazuje, že odvykání kouření abstinenci od alkoholu neohrožuje a ve skutečnosti může zvýšit pravděpodobnost dlouhodobé střízlivosti. Na základě těchto informací byl v posledních letech v mnoha rozvinutých státech zaveden úplný zákaz kouření ve všech vnitřních i vnějších částech zdravotnických zařízení včetně psychiatrických léčeben i oddělení pro léčbu závislostí.

Pacienti bývají od souběžné léčby závislosti na alkoholu a tabáku často personálem léčebných zařízení odrazováni. I když jsou léčebná zařízení zaměřena především na léčbu

závislosti na primární droze, klienti se mohou chtít zbavit všech svých nezdravých návyků, včetně kouření (Lemon et al., 2003).

Docent Jaroslav Skála již v roce 1964 zavedl na pražském Protialkoholním oddělení u Apolináře nekuřácký režim, o což se pokusil dvakrát, avšak ani jednou neuspěl. Dle Popova (in Králíková, 2013) to však nebylo kvůli nespolupráci pacientů, ale kvůli nespolupráci kouřícího zdravotnického personálu. Tento neúspěch byl pak nesprávně vyhodnocen jako nemožnost souběžného léčení závislosti na tabáku spolu s léčbou závislosti na primární droze.

Výzkumy podporující léčbu závislosti na tabáku současně s abstinováním od alkoholu v ústavní léčbě stále narůstají. Nicméně čas, kdy je pro tyto osoby nejvhodnější s kouřením skončit, je stále předmětem diskuze. Zastánci souběžné léčby poukazují na studie, které ukazují, že odvyknutí kouření během pobytu v léčebném zařízení podporuje dlouhodobou střízlivost. Jiní odborníci však strategie současné léčby zpochybňují a tvrdí, že je lepší přestat kouřit až po delší době abstinence (Carmody et al., 2012). Není ani jasné, zda léčba závislosti na tabáku zahrnutá v léčbě primární návykové látky zaručí udržení abstinence od nikotinu i po propuštění z léčebného zařízení. Fonseca et al. (2015) ve svém výzkumu zjistili, že z 18 klientů pouze 2 vydrželi nekouřit déle než 3 měsíce po opuštění léčebny. Nicméně zjistili, že průměrně klienti kouřili méně cigaret a ve Fagerströmově testu vycházela mírnější závažnost závislosti než dříve.

Dle Rohsenow et al. (2014) existují dvě základní bariéry v pravidelném začleňování intervencí pro odvykání kouření u alkoholiků v léčbě. Jednou z nich je představa pacientů, že úsilí přestat kouřit by mělo negativní vliv na udržení abstinence od alkoholu. Dalším problémem je, že spousta kuřáků závislých na alkoholu v léčebném zařízení nemá motivaci přestat kouřit. Existují výzkumy, které říkají, že tito pacienti často nad skončením s cigaretami uvažují a možnost přestat kouřit vítají (Baca and Yahne, 2009; Seidner et al., 1996).

Tito pacienti potřebují vyšší motivaci, aby se rozhodli zkusit s kouřením přestat. Léčebné metody pro zvýšení motivace mohou být pro tuto populaci obzvláště důležité a nedostatečná předléčebná motivace pacienta předpovídá nízkou úspěšnost při pokusu přestat kouřit. (Rohsenow et al., 2014). Dle Fonseca et al. (2015) má však motivace klientů přestat kouřit tendenci se snižovat s propuštěním z léčby pro závislost na primární droze.

Hodně programů určených pro kuřáky směřujících k léčbě je nastaveno tak, aby pomohly pacientům, kteří jsou připraveni s léčbou začít, avšak tyto programy mohou být nevhodné pro ty, kteří nejsou motivováni přestat kouřit, nebo pro ty, kteří jsou ještě ambivalentní, a to může mít za následek jejich odpor k léčbě závislosti na tabáku. Je proto důležitý ke každému přistupovat individuálně podle toho, ve které fázi motivace se právě nachází (Kalman et al., 2010).

Ačkoliv výzkumy většinou směřují ke snižování obav z negativního vlivu odvykání kouření na udržení abstinence, podle Sharp et al. (2003) mohou existovat obavy ze strany zařízení ohledně vysokých ekonomických nákladů, které by intervence proti kouření mohly přinést. Potenciální problémy mohou být:

- Snížení počtu žádostí o léčbu;
- Snížení počtu pacientů s dokončenou léčbou;
- Náklady na náhradní nikotinovou terapii;
- Zvýšená fluktuace (pokud jsou sami zaměstnanci kuřáci).

Pro ověření těchto obav provedli výzkum, ve kterém sledovali 3 newyorská zařízení ústavní léčby závislostí, která se stala nekuřácká. Ohledně počtu žádajících klientů došli ke zjištění, že ne více než 5% klientů odmítlo nastoupit do zařízení, kde by nemohli kouřit, a naprostá většina klientů uvedla, že nekuřácké prostředí bylo při rozhodování plusem. Ohledně počtu dokončených léceb došlo zezáčátku po zavedení nekuřáckého prostředí ve všech zařízeních ke zhoršení. Ukázalo se však, že tento pokles byl krátkodobý a později se procento dokončených léceb v průměru vrátil k původnímu, nebo se zvýšil. Náklady na farmakoterapii byly předtím, než se sledovaná zařízení změnila na úplně nekuřácká, téměř o polovinu menší. Tyto výdaje byly předtím využity jen pro část pacientů, kteří měli zájem přestat kouřit, avšak tyto pokusy byly většinou neúspěšné. Náklady pro zavedení plně nekuřáckého programu nečiní více než 2 % z rozpočtu zařízení, což je s ohledem ke zlepšení zdraví pacientů, kteří s více než 95% úspěšností vydrží nekouřit, výhodné. Co se týče kouřících zaměstnanců, ve sledovaných 3 zařízeních bylo kuřáků jen pár a ani jeden z nich své místo neopustil, naopak se rozhodli také přestat kouřit. V případě většího počtu kouřících zaměstnanců by bylo vhodné je na nekuřácký program důkladně připravit a podpořit je (Sharp et al., 2003).

Zaměstnanci v zařízeních pro léčbu závislostí jsou často velmi málo, nebo nejsou vůbec vzděláváni v léčbě závislosti na tabáku. Dalším problémem je, že zaměstnanci sami bývají často kuřáci. Tito se příliš nesnaží pomoci pacientům přestat kouřit, což je někdy výsledek jejich vlastní viny a studu, že sami kouří. Pro řešení problému užívání tabáku mezi pacienty závislými na alkoholu i jiných návykových látkách, je doporučeno zavést specifické klinické programy a změny na úrovni celého systému zařízení (Ziedonis et al., 2006).

5. PRÁVNÍ RÁMEC

Přesto, že kromě jiného má léčba závislosti na tabáku významný vliv na zlepšení zdravotního stavu kuřáka, je v léčebných zařízeních pro pacienty s diagnózou závislosti kouření povoleno na základě zákona 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Dle paragrafu 8 je zakázáno kouřit ve vnitřních prostorech zdravotnických zařízení všech typů, s výjimkou uzavřených psychiatrických oddělení nebo jiných zařízení pro léčbu závislostí, ve kterých je dovoleno kouřit pouze v prostorech stavebně oddělených, ke kouření vyhrazených a při pobytu osob trvale větraných do prostor mimo budovu (Zákon č. 379/2005 Sb., 2014).

Nová zákonná úprava je ve stadiu schvalování, zákon byl mnohokrát přepracován a ještě bude dále připomínkován v jednotlivých kolech schvalování, takže budoucí právní úpravu nelze přesně předvídat.

6. MOTIVACE

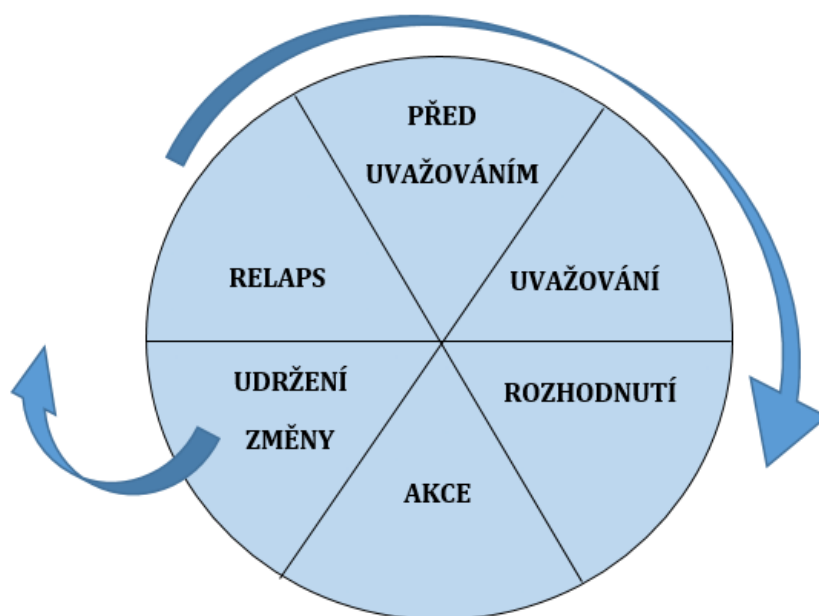
Motivace je proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění, jednak základním poklesem zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k vývojovému růstu a prosperitě. Motivace je jeden z hlavních faktorů rozhodujících o úspěšnosti léčby (Kalina a kol., 2001).

K průkopníkům moderního pojetí motivace patří W. Miller, J. O. Prochaska a C. C. DiClemente, jejichž práce o motivaci jako dynamickém fenoménu se objevily až v 80. letech (Nešpor, 2011).

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

Změna chování není jednorázová záležitost, ale proces. Popis jednotlivých fází změny začíná obdobím, kdy pacient o změně z různých důvodů neuvažuje. V následující fázi si uvědomuje, že má problém, a analyzuje rizika a možné zisky případné změny. Prožívá silnou ambivalenci², ale ještě není rozhodnutý změnu uskutečnit. Teprve v další fázi je pacient rozhodnutý a plánuje jednotlivé kroky ke změně. Další fází je fáze uskutečnění připraveného plánu – akce. Následuje fáze udržení dosažené změny, kdy může dojít k relapsu, nebo se změna stane trvalou součástí života pacienta (Soukup in Králíková a kol., 2013).

Obrázek č. 1: Kolo změny dle konceptu J. O. Prochasky a C. C. DiClemente (1982).



² Dle Soukupa (2014) je ambivalence prožitek při rozhodování. Je to prožívání rozporu mezi současným stavem a představou stavu změněného a je přirozenou a nutnou součástí procesu změny.

K posílení motivace u kuřáků, kteří nejsou rozhodnutí s kouřením přestat, se používá schéma motivace „5R“ (Fiore et al., 2008; Králíková in Kalina a kol., 2015):

1. Relevance: mluvit s pacientem relevantně vzhledem k jeho věku, vzdělání, životní situaci atd.
2. Risks: upozornit pacienta na konkrétní rizika vzhledem k jeho diagnóze, prognóze.
3. Rewards: odměny – zdůraznit výhody, které pacientovi ukončení kouření přinese.
4. Roadbloks: bariéry – ptát se, proč pacient nechce přestat.
5. Repetition – empaticky opakovat při další návštěvě dotaz na kuřáctví.

6.1. MOTIVAČNÍ ROZHOVOR

Motivační rozhovor je na klienta orientovaným poradenským přístupem, zaměřeným na pomoc klientům řešit jejich ambivalenci a podpořit jejich vnitřní motivaci ke změně chování. Pro tento rozhovor existují základní principy, kterých se při práci držíme (Miller & Rollnick, 2013; Soukup in Kalina a kol., 2015):

- Navázání a udržení kvalitního terapeutického vztahu – nejúčinnější strategií je vyjadřování empatie. Důležité je pozorně naslouchat a snažit se přesně porozumět tomu, co klient sděluje, ověřováním a vyjadřováním, čemu a jak rozumím.
- Rozvíjení rozporů – prozkoumání ambivalence. Naší snahou je pomoci klientovi uvědomit si rozpory mezi tím, co říká, že chce, a co ve skutečnosti dělá. Cílem je, aby klient byl tím, kdo sám sebe se situací konfrontuje.
- Podpora důvěry klienta ve vlastní schopnosti – pomáháme klientovi vidět své předchozí úspěchy, hledat poučení z neúspěchů, najít vhodné způsoby, kterými je možné změnu uskutečnit, plánovat dosažitelné cíle a odstraňovat překážky.
- Snaha vyhnout se napravovacímu reflexu – napravování, argumentování ve prospěch změny vyvolává reflex obhajování opačné strany argumentu, což snižuje pravděpodobnost, že klient změnu uskuteční.

Miller a Rollnick popisují aktivní složky motivačního pohovoru pomocí zkratky FRAMES, kde F (feedback) znamená poskytování zpětné vazby vzhledem k pacientovu stavu, R (responsibility) představuje odpovědnost samotného pacienta za rozhodnutí o změně, A (advice) je poskytování jasných a objektivních rad, M znamená nabídku (menu) možností změn a různých strategií, písmeno E (empathy) znamená empaticky poskytované informace a S (self-efficacy) představuje podporu pacientovy naděje a sebedůvěry (Miller & Rollnick, 2013; Morgan in Rotgers a kol., 1999).

Dle Soukupa (2014) patří k základním technikám vedení motivačního rozhovoru reflektivní naslouchání, používání otevřených otázek, oceňování, shrnování a poskytování informací. Stejně jako v jiných terapeutických přístupech je jedním ze základních účinných faktorů kvalita vztahu mezi terapeutem a klientem. Toho můžeme dle Millera a Rollnicka (2013, cit. podle Soukup, 2014) docílit kladením důrazu na vzájemnou spolupráci a partnerský přístup, kladením důrazu na přijetí a respektování klienta, soucítěním a konečně evokací - tedy zaměřením na klientovy vlastní zdroje a důvěrou v ně. Pokud klient toto vše při rozhovoru cítí, zvyšuje se pravděpodobnost změny.

III. PRAKTICKÁ ČÁST

Na teoretickou část práce navazuje výzkumná část, ve které jsou popsány metody a cíle výzkumu, výzkumný soubor a jeho charakteristika, metody tvorby a analýzy dat a etické aspekty výzkumné práce. V další kapitole jsou prezentovány výsledky získaných dat.

Vlastní výzkum je zaměřen na osoby aktuálně se nacházející v rezidenční léčbě pro závislost na alkoholu, na kouření těchto pacientů a na programy pro odvykání kouření.

7. METODOLOGIE VÝZKUMU

7.1. CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem práce bylo pomocí dotazníkového šetření posoudit motivaci pacientů závislých na alkoholu a současně na nikotinu přestat s kouřením.

Na základě odpovědí pacientů by měly být zodpovězeny výzkumné otázky. Práce by mohla být užitečná pro zařízení, ve kterých se léčí pacienti se závislostí na alkoholu, ale také pro všechny odborníky zabývající se tematikou závislosti.

7.2. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaká je prevalence kouření mezi pacienty léčícími se ze závislosti na alkoholu v ústavní léčbě a jaká je síla jejich závislosti na nikotinu?
2. Jak se liší míra závislosti na nikotinu před a po nástupu do zařízení?
3. Jaká je motivace pacientů závislých na alkoholu přestat kouřit?
4. Jaká je souvislost mezi motivovaností pacientů přestat kouřit, počtem denně vykouřených cigaret a intervencemi poskytovanými v nemocnici?
5. Jaký je pohled pacientů na intervence pro kuřáky ze strany personálu?
6. Jaký zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření mají pacienti?

Na základě těchto výzkumných otázek jsem sestavila dotazník pro pacienty.

7.3. VÝZKUMNÝ SOUBOR

Cílovou populací pro tento výzkum jsou osoby závislé na alkoholu, které se aktuálně nachází ve střednědobé ústavní léčbě. Výběr respondentů byl omezen na 5 zařízení, kde mi bylo umožněno zrealizovat tento výzkum. Oslovila jsem zástupce většiny psychiatrických nemocnic v České republice, kde probíhá střednědobá léčba závislosti na alkoholu, a z těch, kteří souhlasili s účastí v mém výzkumu, jsem si vybrala ta zařízení, jejichž nároky pro realizaci mého výzkumu byly časově nejvýhodnější.

V daných 5 nemocnicích jsem oslovila všechny pacienty, kteří se léčí se závislostí na alkoholu, nebo s kombinovanou závislostí včetně alkoholu - kuřáky i nekuřáky, detailně se však zaměřuji pouze na pacienty, kteří kouří, a ti se dotazníkového šetření účastnili na základě dobrovolnosti. Response rate (neboli návratnost dotazníků) byla 93 %. Ve své práci se zaměřuji na muže i ženy bez věkového omezení, nicméně nejmladší z respondentů

má 22 let a nejstarší 67 let. Bylo sesbíráno celkem 145 dotazníků, z toho bylo 17 dotazníků vyřazeno z důvodu nesprávně vyplněného dotazníku nebo z důvodu, že respondent nebyl závislý na alkoholu, ale na jiné návykové látce.

7.4. METODY TVORBY DAT

Tento výzkum je kvantitativní a podklady pro něj jsem získala pomocí dotazníkového šetření. Sběr dat probíhal od května do června 2016 a to buď při osobním setkání s respondenty, nebo pomocí pověřené osoby.

Dotazník určený pro pacienty sestává z 16 otázek, z nichž některé obsahují podotázky. Dotazník je pomyslně rozdělen na 3 části. První část je zaměřena na sociodemografické údaje a údaje ohledně kouření a závislosti, která bylo zjišťována pomocí Fagerströмова dotazníku. V druhé části je posuzována motivace kouřících respondentů přestat a poslední část dotazníku se týká kouření ve vztahu k instituci a léčebnému programu – celý dotazník viz příloha č. 5. Kromě Fagerströмова dotazníku byly vytvořené otázky vlastní určené pouze pro potřeby této práce.

V úvodu dotazníku byli respondenti informováni o účelu dotazníku, o anonymitě a dobrovolnosti vyplnění dotazníku.

7.5. METODY ANALÝZY DAT

Data z dotazníků byly přepsány do tabulkového procesoru Microsoft Excel, kde byly všechny údaje také zpracovány pomocí matematických a statistických funkcí a kontingenčních tabulek a dále převedeny do programu Microsoft Word. Většina výsledků je zde prezentována v grafech, které byly vytvořeny taktéž pomocí MS Excel.

7.6. ETIKA

Respondenti byli před vyplněním dotazníku informováni o naprosté anonymitě v tomto průzkumném šetření a jeho vyplnění bylo zcela dobrovolné. Všem účastníkům byl sdělen účel sběru dat a cíl mé výzkumné práce. Z osobních údajů byla v dotazníku pouze otázka na pohlaví a věk respondenta. Zaměstnanec, který mi poskytl informace ohledně opatření pro omezování kouření pacientů, která jsou nebo nejsou v léčebném zařízení poskytována, je také anonymní.

Dotazníkové šetření bylo provedeno v zařízeních, jejichž zástupci souhlasili se zpracováním údajů získaných od pacientů i zaměstnanců zařízení do bakalářské práce. Taktéž byli informováni o anonymitě respondentů a účelu výzkumu. Dotazník byl vždy schválen zástupcem, tedy primářem oddělení nebo nemocnice a byl vytvořen v souladu s etickými zásadami zařízení.

7.7. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

7.7.1. ZAŘÍZENÍ, VE KTERÝCH PROBĚHLO DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Bylo umožněno provést dotazníkové šetření v 5 zařízeních ústavní střednědobé léčby závislostí. Výzkum byl zrealizován v těchto psychiatrických nemocnicích:

1. **Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod** (dále PN HB) - na primariátu závislostí, kde se léčí muži i ženy závislí na návykových látkách včetně alkoholu.
2. **Psychiatrická nemocnice Kroměříž** (dále PN KM) - na oddělení léčby závislosti na alkoholu určeném pro muže i ženy.
3. **Psychiatrická nemocnice Červený Dvůr** (dále PN ČD) – na dvou mužských odděleních a jednom ženském oddělení pro léčbu závislostí.
4. **Psychiatrická nemocnice Brno** (dále PN Brno) – na smíšeném oddělení pro léčbu závislostí na návykových látkách.
5. **Psychiatrická nemocnice Opava** (dále PN Opava) – na mužském otevřeném oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu.

7.7.2. ROZDÍLY V PŘÍSTUPU KE KOUŘENÍ MEZI JEDNOTLIVÝMI ZAŘÍZENÍMI

Pro vzájemné porovnání jednotlivých zařízení v jejich přístupu k léčbě závislosti na tabáku bylo v každé nemocnici zjišťováno:

- 1) jak důsledné je zapisování informací o kouření do zdravotní dokumentace,
- 2) zda existuje v zařízení časové omezení, kdy mohou pacienti kouřit,
- 3) zda poskytují nějaké intervence pro kuřáky.

Tyto informace byly získány vždy od jednoho ze zaměstnanců zařízení, který má přehled o léčebném programu a byl ochoten pomocí dotazníku nebo semi-strukturovaného rozhovoru popsat, jaké programy či opatření k omezení kouření jsou v daném zařízení realizovány. Tyto informace jsou orientační a v následujících odstavcích je čerpáno pouze z toho, co poskytl daný zaměstnanec zařízení.

PN HB

Při příjmu pacienta se ho zde zaměstnanci ptají, zda je kuřák, a informaci zapisují do dokumentace. Zapisují také věk, kdy začal kouřit a aktuální množství vykouřených cigaret. Sílu závislosti nezjišťují.

Pacienti mohou kouřit pouze mimo budovu a mají na to vyhrazený čas – za den mohou kouřit 8-9x po 10 minutách. První cigareta je možná v 7:55 a poslední v 21:30. V případě porušení pravidel dostávají minusové body za kouření mimo určený čas a prostor, nebo podmíněčné propuštění za kouření uvnitř budovy.

V rámci programu se pacienti mohou setkat s přednáškou o závislosti na tabáku, pacienti mluví o kouření při svém představení, když nastupují do léčby. V případě, že má pacient zájem přestat kouřit, jsou zaměstnanci ochotní s ním na tom individuálně pracovat.

PN KM

V Kroměříži při příjmu pacientů zapisují do dokumentace, zda kouří a pomocí Fagerströмова dotazníku zjišťují, jaká je míra jejich závislosti a kolik cigaret denně kouří.

Pacienti mají vymezenou dobu, kdy mohou kouřit, a také vymezené místo. Mohou kouřit celkem 17x za den po deseti minutách (vždy za 10 minut celá) – první cigareta je možná v 5:50 a poslední v 21:50. Za porušení těchto pravidel dostává pacient mínusový bod a za 4 mínusové body je pacient z disciplinárních důvodů propuštěn z léčby.

V rámci programu se pořádá každý týden přednáška o kouření a v případě, že má pacient zájem přestat kouřit, má možnost užívat Welbutrin jako součást léčby.

PN ČD

V této nemocnici se do dokumentace zapisuje při vstupním vyšetření, zda pacient kouří. Ohledně počtu vykouřených cigaret se ptají nedůsledně a pouze orientačně, sílu závislosti na nikotinu nezjišťují.

Pacienti nesmí kouřit během noci a během programů. Během dopoledních a odpoledních bloků programů mají přestávky, kdy mohou kouřit. Kouřit mohou od 5.55 do 21:30 vyjma nástupů, programů a jiných povinností v rámci strukturovaného programu. Za porušení pravidel se hlásí sankce.

V rámci programu jsou pravidelné přednášky na téma Škodlivost kouření a kapitola věnovaná tomuto tématu ve skriptech pro samostudium, ze kterých pacienti dělají zkoušky.

PN Brno

Do dokumentace se zapisuje, zda pacienti kouří a kolik cigaret kouří, sílu psychické/fyzické závislosti na nikotinu zaměstnanci nezjišťují.

Pacienti mohou kouřit od 8 do 21 hodin mimo program a za porušení pravidel jsou sankciováni.

V tomto zařízení dosud není žádný program pro kuřáky.

PN Opava

V tomto zařízení zaměstnanci zapisují do dokumentace pacientů, zda kouří a kolik cigaret kouří, sílu závislosti však nezjišťují.

Oddělení v Opavě je otevřené, to znamená, že pacienti se mimo program mohou pohybovat volně po areálu a mohou kouřit kdykoliv ve svém volnu.

V rámci programu zde pacienti nemají žádné programy pro odvykání kouření, ale podle slov zaměstnance se o tom začíná uvažovat. V případě, že by pacient měl zájem přestat kouřit, jsou ochotní ho podpořit a individuálně s ním pracovat.

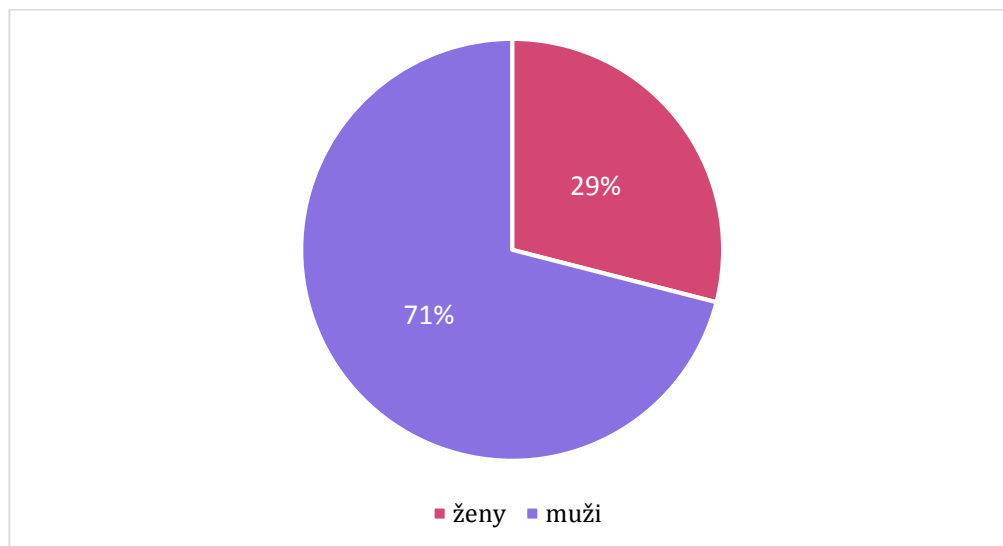
7.7.3. CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ

Otázky v první části dotazníku se týkaly osobních údajů respondentů – pohlaví a věk, závislostí, se kterými se respondent léčí a délky současné léčby.

Počet a pohlaví respondentů

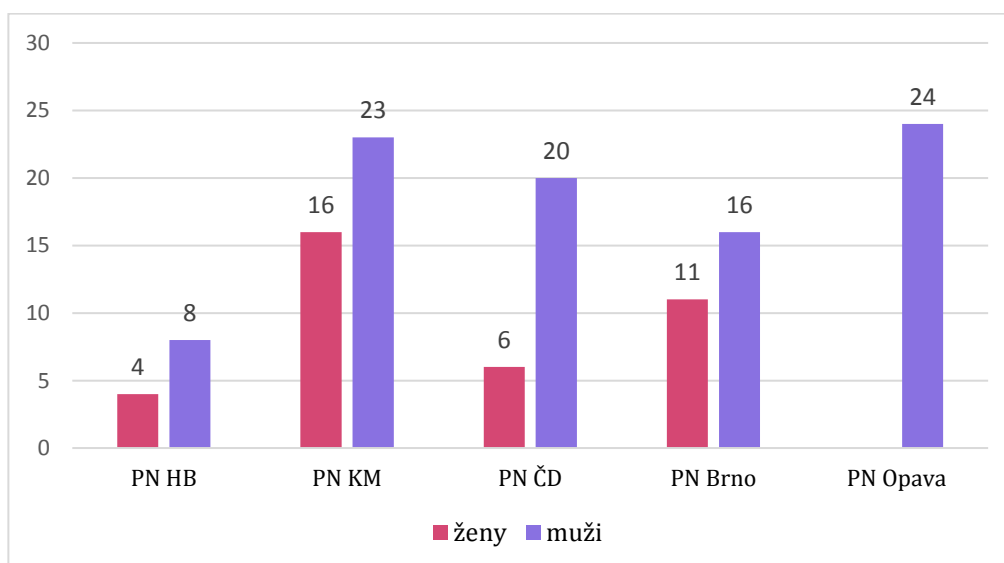
Konečný počet respondentů byl 128, z toho 91 (71 %) mužů a 37 (29 %) žen – viz graf č. 1.

Graf č. 1: Procentuální zastoupení žen a mužů z celkového počtu respondentů



Počet respondentů v jednotlivých zařízeních rozdělen podle pohlaví je zobrazen v grafu č. 2. V PN HB se zúčastnilo dotazníkového šetření celkem 12 pacientů (4 ženy a 8 mužů), v PN KM 39 pacientů (16 žen, 23 mužů), v PN ČD vyplnilo dotazník 26 pacientů (6 žen a 20 mužů), v PN Brno se podařilo získat 27 respondentů (11 žen a 16 mužů) a v PN Opava 24 respondentů. Kromě PN Opava, kde výzkum proběhl pouze na mužském oddělení, byli ve všech zařízeních muži i ženy.

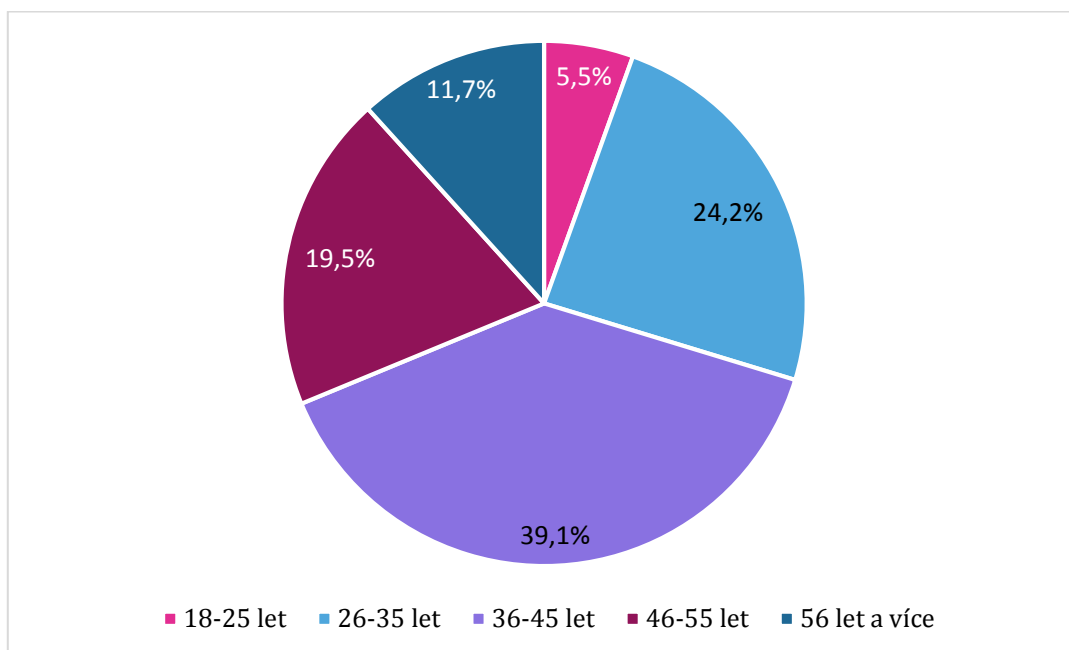
Graf č. 2: Zastoupení mužů a žen v jednotlivých zařízeních



Věk respondentů

Průměrný věk respondentů byl 41 let, nejmladší z nich byl ve věku 22 let a nejstarší ve věku 67 let. Z hlediska věkových kategorií největší skupinu tvořily osoby ve věku 36 – 45 let a nejméně odpovídalo respondentů ve věku 18 – 25 let - viz graf č. 3.

Graf č. 3: Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle věkových skupin.



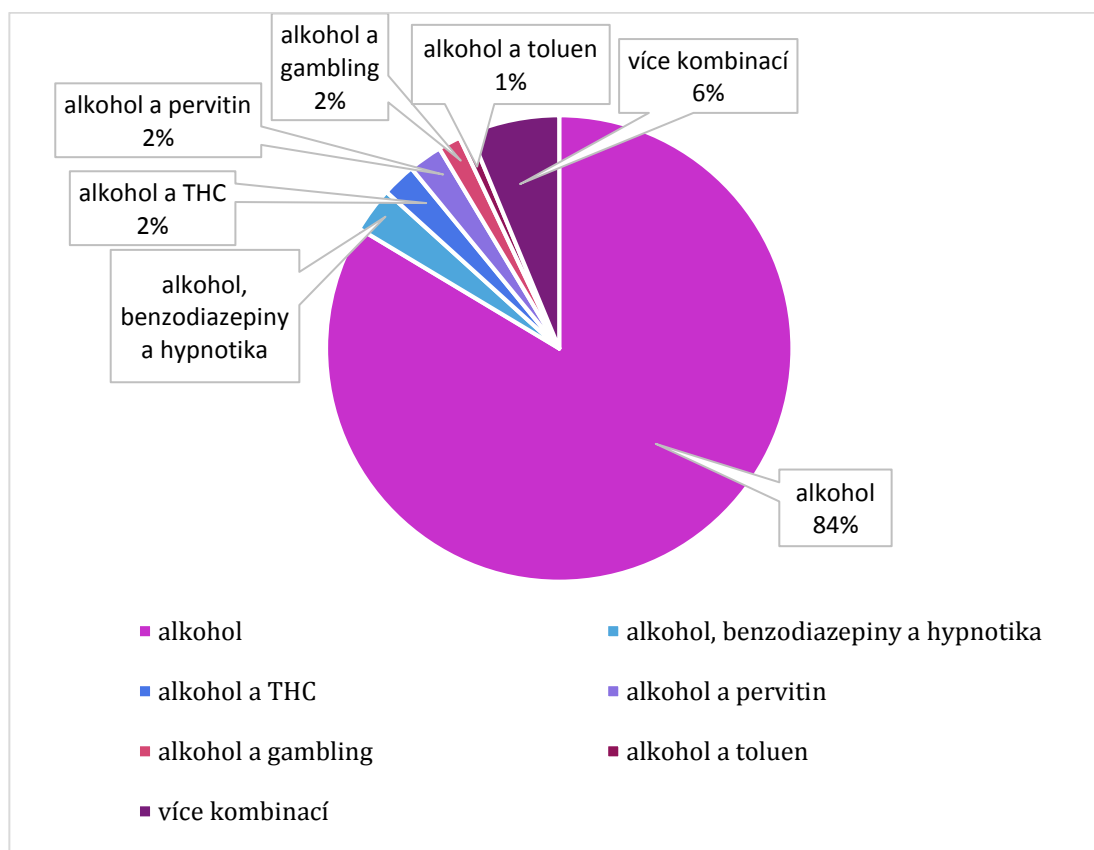
Tabulka č. 1: Počet respondentů dle věkové kategorie

Věková kategorie	Počet respondentů
18-25 let	7
26-35 let	31
36-45 let	50
46-55 let	25
56 let a více	15

Závislost, se kterou se respondenti léčí

Jak již bylo zmíněno, pro tento výzkum byly osloveny osoby nacházející se v ústavní léčbě pro závislost na alkoholu, nebo pro kombinovanou závislost včetně alkoholu. V otázce č. 1 respondenti odpovídali, s jakou závislostí se v současnosti léčí. Závislost pouze na alkoholu uvedlo 107 respondentů (76 mužů a 31 žen) a kombinovanou závislost uvedlo 21 respondentů (15 mužů a 6 žen). 4 respondenti uvedli léčbu závislosti na alkoholu a léčích (benzodiazepiny, hypnotika), 3 uvedli závislost na alkoholu a marihuaně, 3 kombinovanou závislost na alkoholu a pervitinu, 2 respondenti uvedli závislost na alkoholu a patologické hráčství, 1 respondent se léčí se závislostí na alkoholu a toluenu. Zbývajících 8 respondentů se léčí pro závislost na více látkách včetně alkoholu - viz graf č. 4.

Graf č. 4: Procentuální zastoupení pacientů podle závislosti, se kterou se léčí.



Doba léčby respondentů

2. otázka zjišťovala datum, kdy respondent nastoupil do léčby, a podle data sběru dat bylo vypočítáno, kolik dní již je v současné léčbě. Průměrná doba od nastoupení pacientů všech zařízení do léčby byla ke dni sběru dat 54 dní, tedy necelé 2 měsíce.

8. VÝSLEDKY VÝZKUMU

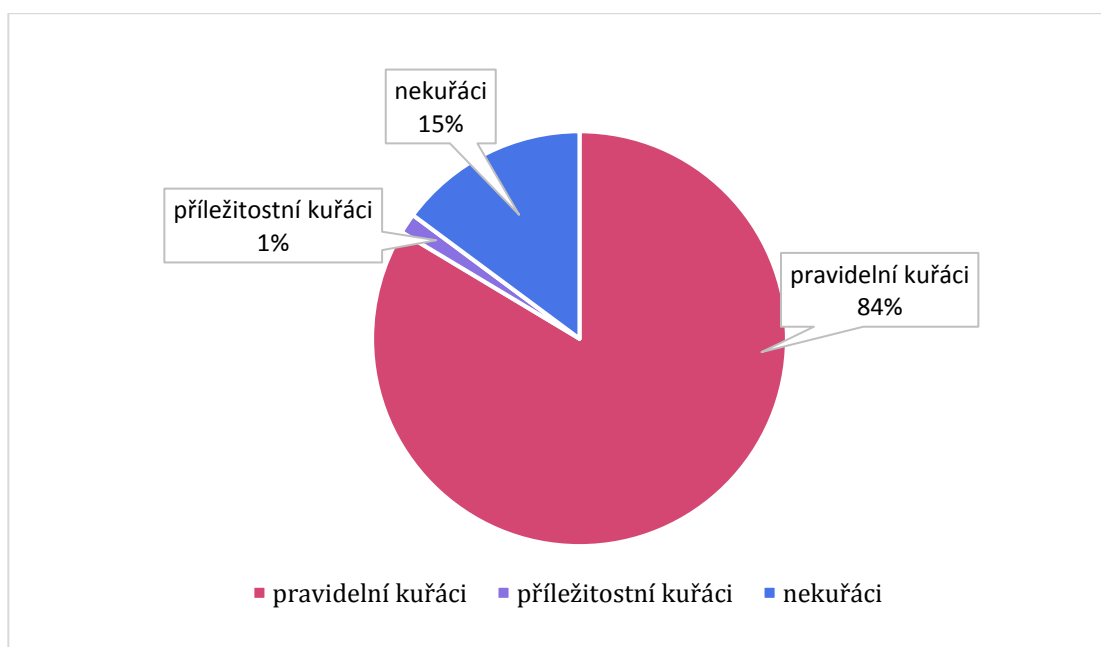
V této kapitole jsou prezentovány výsledky, které vyšly z dotazníkového šetření, a jejichž cílem bylo zodpovědět především výzkumné otázky. Výsledky jsou zaměřeny již jen na respondenty, kteří kouří.

8.1. PREVALENCE KOUŘENÍ A SÍLA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU MEZI RESPONDENTY

Kouření

3. otázka v dotazníku zjišťovala, zda a jak často respondenti kouří. Ve výzkumném souboru je celkem 107 současných kuřáků (těch, co kouří minimálně 1 cigaretu denně), 2 příležitostní kuřáci (kouří méně než 1 cigaretu denně) a 19 nekuřáků – viz graf č. 5. Z tohoto počtu vyplývá, že prevalence pravidelného kouření mezi respondenty je 84 %. Mezi muži je pravidelných kuřáků 84,6 % a mezi ženami 81,1 %.

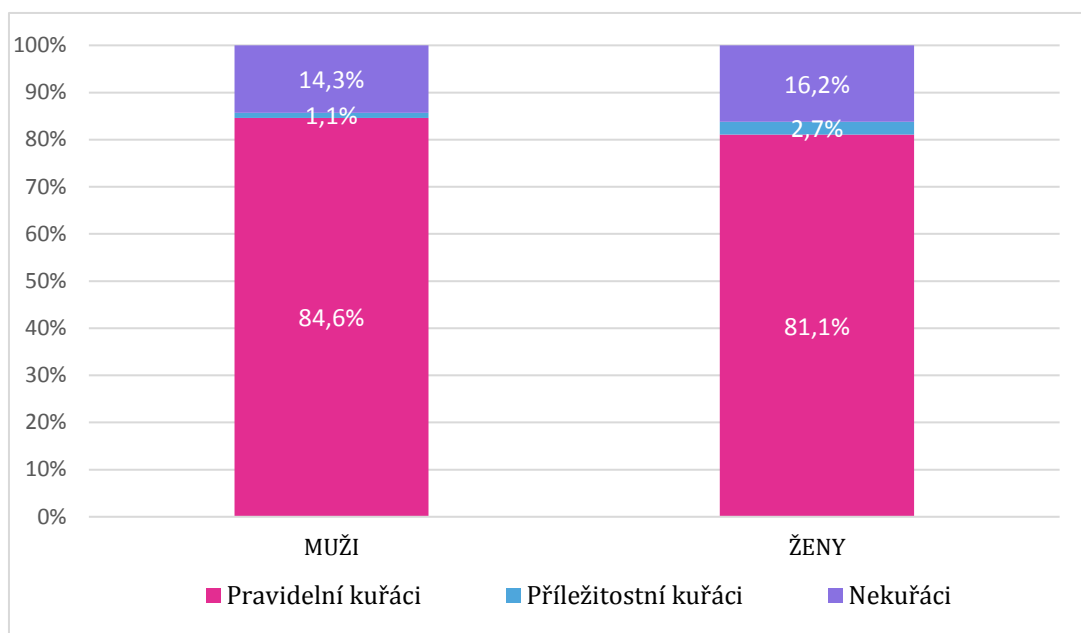
Graf č. 5: Prevalence kouření mezi respondenty



Jeden z nekuřáků přestal kouřit až v průběhu ústavního léčení (PN KM). 13 z 19 současných nekuřáků uvedlo, že nikdy nekouřilo, 2 ze současných nekuřáků byli dříve pravidelní kuřáci a 4 byli příležitostnými kuřáky.

Tak, jak je zmiňováno v teoretické části bakalářské práce, i z těchto výsledků vyplývá, že prevalence kouření mezi pacienty závislími na alkoholu je v porovnání s prevalencí kouření v obecné populaci několikanásobně vyšší.

Graf č. 6: Grafické znázornění prevalence kouření mezi respondenty podle pohlaví.



Rozdíl v pravidelném kouření mezi muži a ženami, kteří se zúčastnili výzkumu, není signifikantní, nicméně žen nekuřaček je o cca 2 % více.

4. otázka sloužila pro zjištění, v jakém věku respondenti vykouřili první cigaretu, a otázka č. 5 zjišťovala, od kolika let kouří pravidelně. Dle odpovědí respondentů byl jejich průměrný věk při vykouření první cigarety 14,4 let – dle pohlaví byl věk mužů 14,1 let a věk žen 15 let. Nejnižší věk, ve kterém jeden z respondentů vykouřil první cigaretu, byl 5 let. Nejvyšší věk první cigarety mezi respondenty byl 24 let. Průměrně respondenti začali pravidelně kouřit ve věku 18,8 let – muži ve věku 17,5 a ženy ve věku 22,2 let. Více než polovina (53.2 %) respondentů začala kouřit před 18. rokem. Nejnižší věk, ve kterém jeden z respondentů začal pravidelně kouřit, byl 11 let a nejvyšší věk byl 50 let.

Tabulka č. 2: Průměrný věk při první zkušenosti s cigaretou a průměrný věk začátku pravidelného kouření udávaný respondenty.

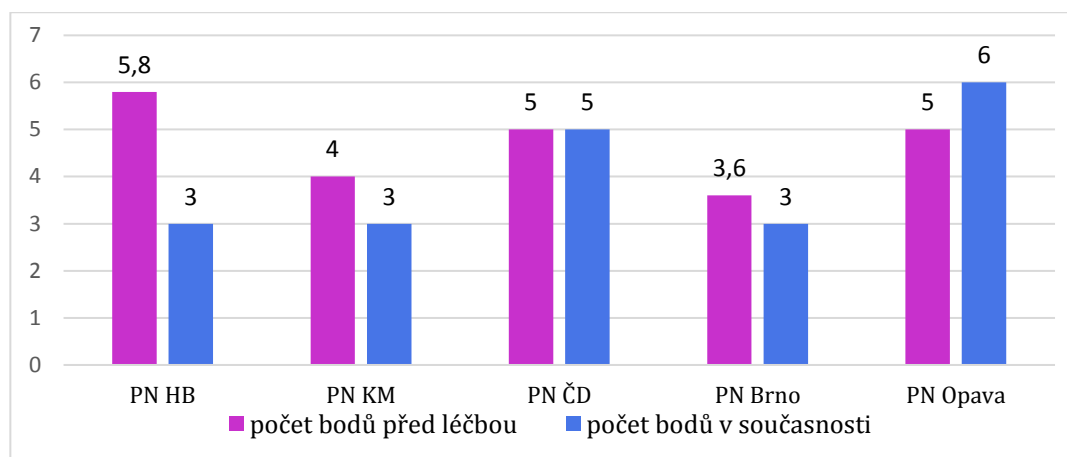
	CELKEM	MUŽI	ŽENY	NEJNIŽŠÍ	NEJVYŠŠÍ
VĚK PRVNÍ CIGARETY	14,4	14,1	15	5	24
VĚK ZAČÁTKU PRAVIDELNÉHO KOUŘENÍ	18,8	17,5	22,2	11	50

Síla závislosti respondentů

Další část dotazníku, respektive otázka č. 6 je určena pro zjištění míry závislosti pomocí Fagerströмова testu (FTCD). V dotazníku jsem nechala pacienty tento test vyplnit dvakrát. V prvním měli popsat stav před nástupem do zařízení, a v druhém popsat současný stav v době dotazníkového šetření. Cílem bylo zjistit, zda a jak se změnil počet bodů ve Fagerströmově testu na základě odpovědí pacientů mezi jednotlivými zařízeními.

Výsledky Fagerströмова testu všech respondentů vyšly průměrně před nastoupením do zařízení na 4,64 bodů a v rámci současné léčby na 4,07 bodů. Tedy došlo ke snížení, ale ne statisticky významnému.

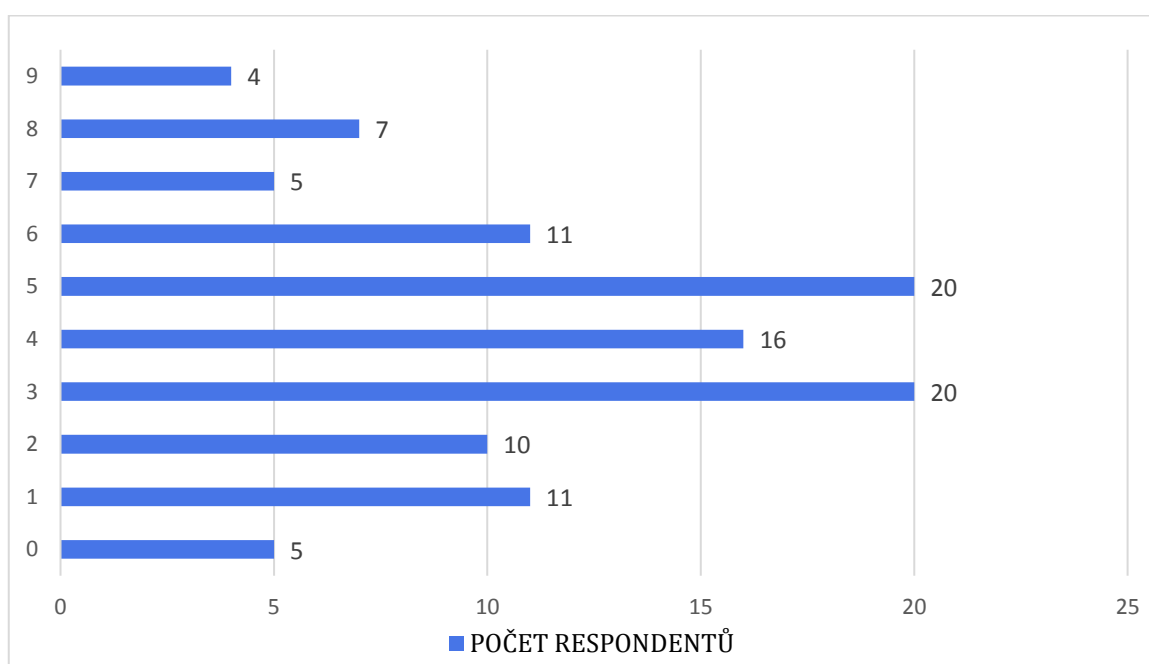
Graf č. 7: Průměrné výsledky Fagerströмова testu před nástupem do léčby a v současnosti uvedené v bodech – porovnání jednotlivých zařízení.



Jak můžeme vidět v grafu č. 7, pacienti ve většině zařízení subjektivně udávali menší počet bodů ve FTCD po nastoupení do zařízení. Největší rozdíl je v PN HB, kde došlo k poklesu bodů průměrně z 5,8 na 3 body. Dále v PN KM a PN Brno, kde došlo taktéž ke snížení počtu bodů. Ve všech těchto zařízeních existuje vymezená doba, kdy mohou pacienti kouřit. Toto omezení je i v PN ČD, nicméně zde vychází body Fagerströмова testu před a po nástupu do zařízení v průměru stejně. Naopak subjektivní zvýšení míry závislosti udávali pacienti v PN Opava. Jedná se o otevřené oddělení a pacienti mohou kouřit kdykoliv mimo program.

V následujícím grafu lze vidět jednotlivé počty pacientů podle výsledků Fagertröмова testu.

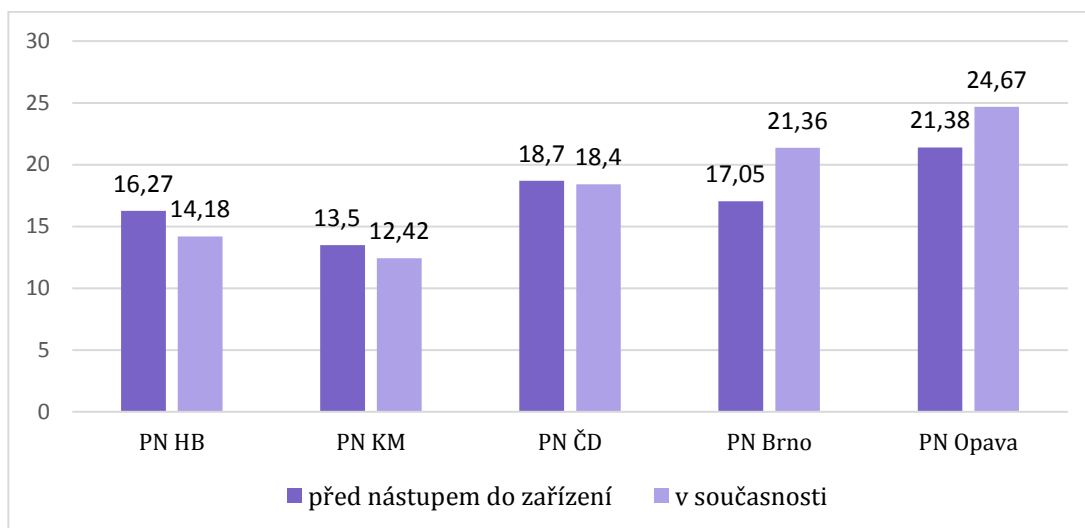
Graf č. 8: Počet respondentů podle počtu bodů vycházejících z Fagerströмова dotazníku.



Počet vykouřených cigaret za den

Jedna z otázek ve Fagerströmově dotazníku se zaměřuje na počet cigaret, které v průměru denně respondent vykouří. Počet vykouřených cigaret se liší od výsledků, které vychází z celkového počtu bodů ve Fagerströmově dotazníku.

Graf č. 9: Průměrný počet vykouřených cigaret za den před a po nástupu do zařízení udávaný pacienty jednotlivých nemocnic.

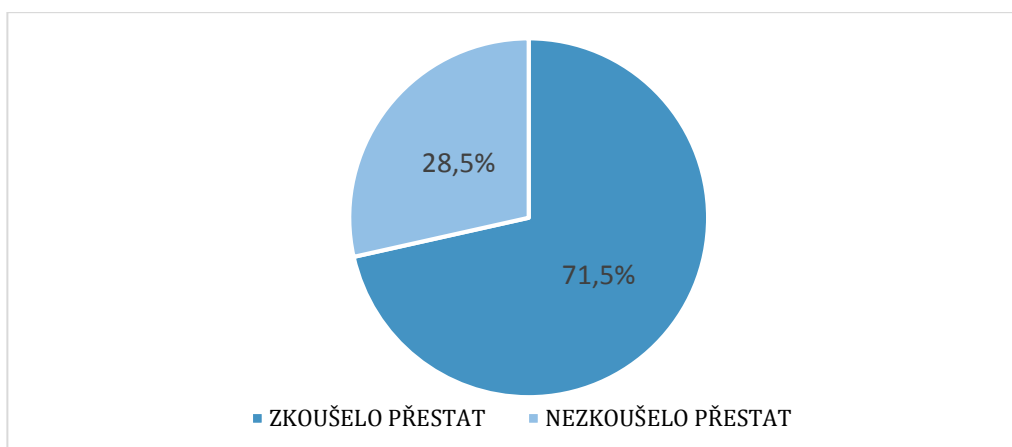


V PN HB, PN KM a PN ČD a v PN Opava změna v počtu vykouřených cigaret odpovídá změně celkového počtu bodů, která vyšla ve Fagerströmově dotazníku. V PN Brno se však počet vykouřených cigaret po nástupu do léčebného zařízení zvýšil oproti počtu vykouřených cigaret před nástupem do zařízení dokonce o více než v PN Opava.

8.2. MOTIVACE PŘESTAT KOUŘIT

V otázce č. 7 respondenti odpovídali, zda se již v minulosti pokoušeli přestat kouřit. Kladně odpovědělo 78 (71,5 %) kuřáků. 31 (28,5 %) nikdy nezkoušelo přestat kouřit nebo nevydrželo nekouřit déle než 24 hodin – viz graf č. 10.

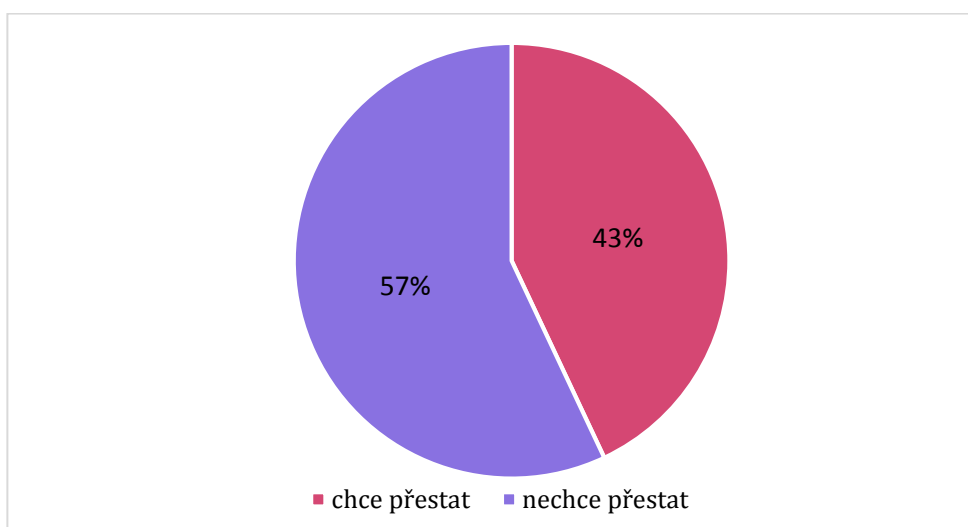
Graf č. 10: Grafické znázornění relativní četnosti respondentů, kteří zkoušeli a kteří nezkoušeli v minulosti přestat kouřit.



V další části dotazníku – otázkách č. 8 až 10 jsem se ptala na motivaci respondentů zanechat kouření.

Na dotaz, zda by v nejbližší době respondenti chtěli přestat kouřit, 47 (43 %) z nich odpovědělo, že ano, a zbylých 62 (57 %) respondentů odpovědělo, že přestat nechce. Na tuto otázku v případě kladné odpovědi navazovaly 2 podotázky, které byly zaměřené na kroky, které pro to již podnikli – zda mají vymyšlený konkrétní plán, jak to udělají, a zda mají stanoven určitý čas, kdy kouřit přestanou. Z těchto 47 kuřáků, kteří touží v blízké době přestat kouřit, mělo 20 (42,5 %) již konkrétní plán, jak to udělá. Pouze 13 (27,7%) mělo stanovený i určitý čas, kdy chtěli přestat kouřit – viz graf č. 11. Z hlediska jednotlivých zařízení je motivace pacientů přestat v nejbližší době kouřit zobrazena v tabulce č. 3.

Graf č. 11: Procentuální zastoupení respondentů, kteří chtějí nebo nechtějí v blízké době přestat kouřit.

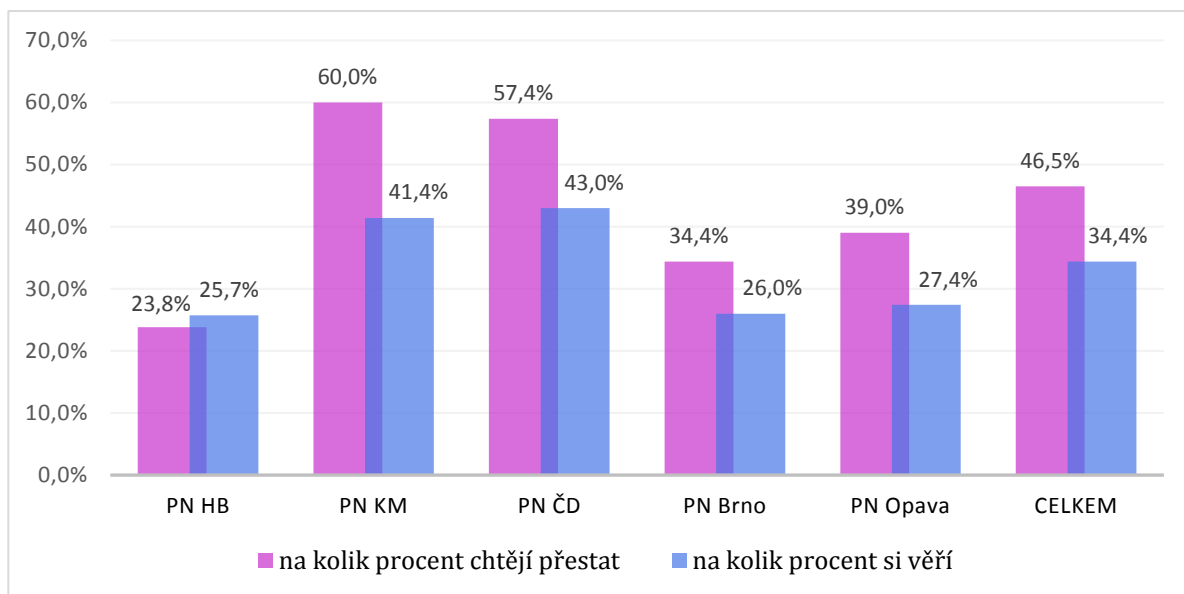


Tabulka č. 3: Procentuální zastoupení pacientů, kteří chtějí přestat v blízké době kouřit, a kroky, které již podnikli.

Zařízení	Chce přestat	Má plán	Má stanovený čas
PN HB	18 % (2 z 11)	0 %	0 %
PN KM	57 % (17 z 29)	59 % (10)	29 % (5)
PN ČD	48 % (12 z 25)	33 % (4)	17 % (2)
PN Brno	27 % (6 z 21)	17 % (1)	17 % (1)
PN Opava	48 % (10 z 21)	50 % (5)	40 % (4)

9. a 10. otázka zahrnovaly sebesuzovací škály a zjišťovaly, na kolik procent chce respondent přestat kouřit (důležitost zanechání kouření) a na kolik procent věří, že to dokáže (důvěra v úspěch). V celém výzkumném souboru je průměrná míra důležitosti, „jak intenzivně“ chtějí pacienti přestat kouřit, 46,5 % a procento, na kolik si věří, že to dokáží, je 34,4 %. Výsledky se výrazně liší v jednotlivých zařízeních – viz graf č. 12.

Graf č. 12: Průměrné výsledky sebesupuzovacích otázek mezi respondenty jednotlivých zařízení.

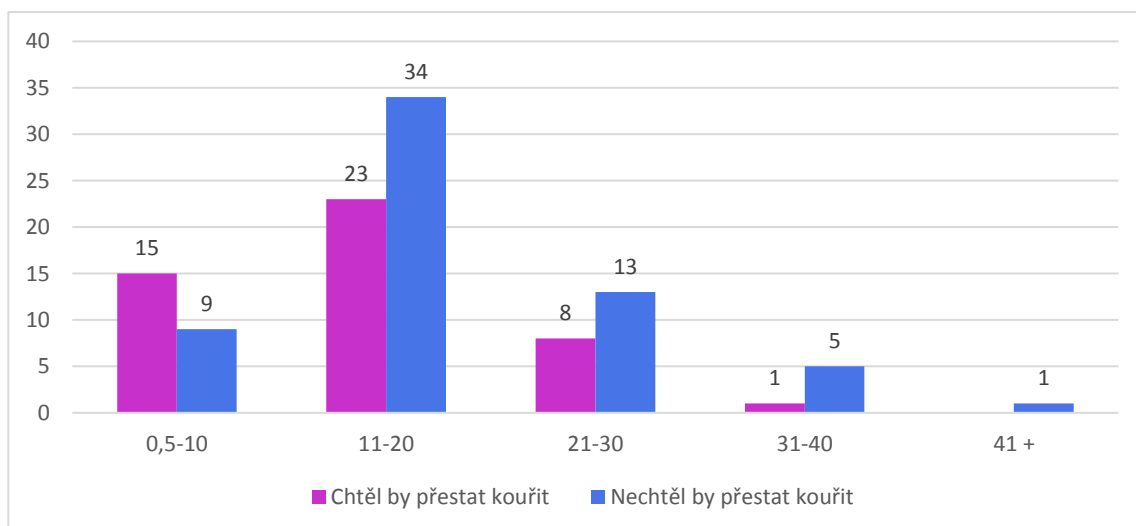


Ve většině zařízení pacienti udávali větší míru v důležitosti, jak moc chtějí přestat kouřit, a menší míru v důvěře ve vlastní úspěch. Opačně to bylo v zařízení PN HB, avšak rozdíl není výrazný.

Vztah mezi počtem vykouřených cigaret a motivací přestat kouřit

Byl porovnán vztah mezi dvěma proměnnými – počtem vykouřených cigaret a motivací respondentů, tedy odpovědí, zda by chtěli v nejbližší době přestat kouřit.

Graf č. 13: Grafické znázornění vztahu mezi počtem vykouřených cigaret a motivací přestat kouřit



Nejvíce motivovanou skupinou přestat kouřit byli respondenti, kteří kouřili 0,5-10 cigaret denně. 15 (62,5 %) chtělo v nejbližší době přestat kouřit, 9 (37,5 %) přestat nechtělo. U ostatních skupin, tedy kuřáků, kteří vykouřili 11 a více cigaret denně, převládala odpověď, že nechtějí přestat kouřit. Ve skupině respondentů, kteří kouřili 11 – 20 cigaret denně, chtělo

přestat kouřit 23 (40,4 %) a nechtělo přestat kouřit 34 (59,6 %) respondentů. Ve skupině kouřících denně 21 – 30 cigaret, bylo motivovaných zanechat kouření 8 (38 %) respondentů a 13 (62 %) přestat v nejbližší době kouřit nechtělo. Z odpovídajících, kteří kouří 31 – 40 cigaret denně chtěl přestat pouze 1 (20 %) a 5 (80 %) uvedlo, že přestat kouřit nechce. Ve skupině, která kouří více než 41 cigaret, byl pouze jeden respondent a ten odpověděl, že nechce v nejbližší době přestat kouřit.

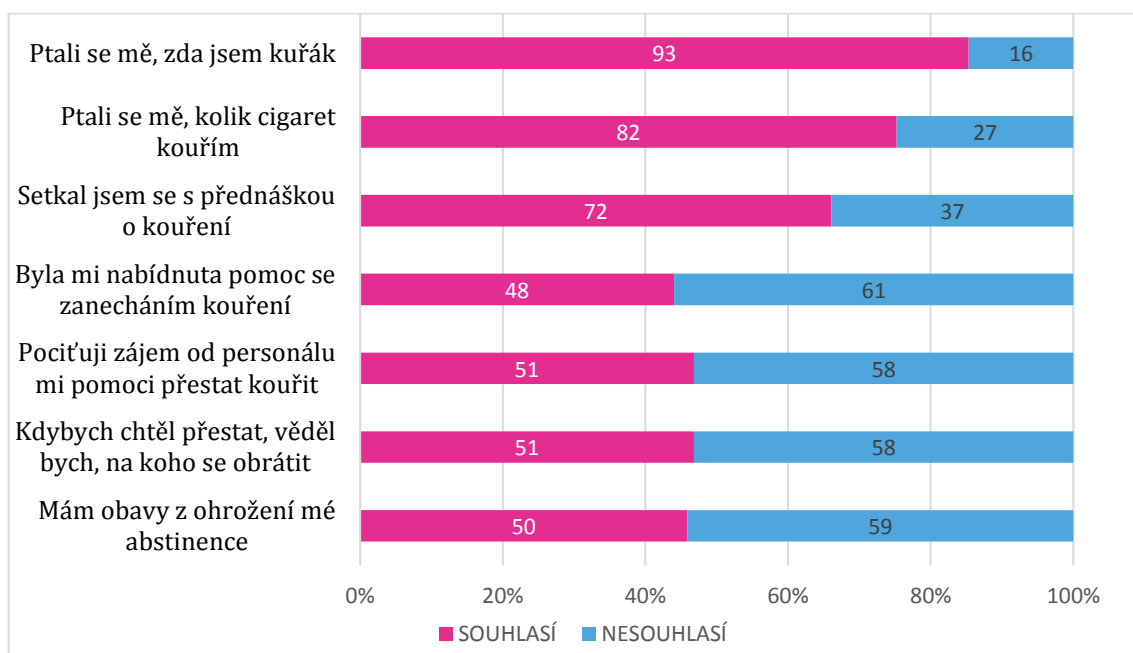
Z výsledků vyplývá, že se zvyšujícím se počtem vykouřených cigaret se snižuje motivace pacientů přestat kouřit.

8.3. POHLED PACIENTŮ NA MOŽNOSTI LÉČBY ZÁVISLOSTI NA TABÁKU V DANÉM ZAŘÍZENÍ

Otázka č. 11 byla zaškrťovací a byla zaměřena především na zdravotnický personál. Byla sestavena z několika podotázek tak, aby respondenti v případě, že s daným tvrzením souhlasí, zaškrtnli příslušné políčko. Tato část dotazníku byla zaměřena na pohled pacientů na zájem personálu pacienty vést k tomu, aby přestali kouřit.

93 (85,3 %) ze 109 kuřáků souhlasí s tvrzením, že při nástupu do zařízení se zaměstnanci ptali, zda respondent kouří. 82 (75,2 %) souhlasí s tvrzením, že se zaměstnanci ptali, kolik cigaret kouří. 72 ze 109 (66 %) kuřáků se v rámci programu setkala s přednáškou o kouření. 48 (44 %) respondentů udává, že jim byla v nemocnici nabídnuta pomoc při odvykání kouření. Při dotazu, zda respondenti pocítují od personálu zájem jim pomoci přestat kouřit, 51 (46,8 %) z nich odpovědělo kladně, stejný počet respondentů odpovědělo kladně na dotaz, zda by věděli, na koho se v zařízení obrátit v případě, že by se rozhodli přestat kouřit. 50 (45,9 %) respondentů má obavy, že přestat kouřit by mohlo znamenat ohrožení jejich abstinence – viz graf č. 14.

Graf č. 14: Počet respondentů ze všech zařízení, kteří souhlasí či nesouhlasí s daným tvrzením.



PN HB

V PN Havlíčkův Brod 11 (100%) z 11 kuřáků uvádí, že bylo při přijímání do zařízení dotazováno, zda kouří a kolik cigaret kouří. 2 (18 %) z 11 respondentů tvrdí, že se v rámci programu setkali s přednáškou o kouření. 8 (72,7 %) respondentů dostalo nabídku pomoci přestat kouřit. 7 (63,6 %) respondentů pociťuje zájem od personálu jim pomoci přestat kouřit a 8 (72,2 %) by vědělo, na koho se obrátit v případě, že by se rozhodli přestat kouřit. 6 (54,5 %) pacientů z 11 se obává, že přestat kouřit by mohlo znamenat ohrožení jejich abstinence.

PN KM

30 (100 %) respondentů při přijímacím rozhovoru odpovídalo na otázku, zda kouří a 28 (93,3 %) z nich i na otázku, kolik cigaret kouří. 28 (93,3 %) z 30 respondentů se setkalo v průběhu své léčby s přednáškou o kouření a 27 (90 %) dostalo od personálu nabídku pomoci přestat kouřit. 28 (93,3 %) respondentů potvrdilo, že pociťují od zaměstnanců zájem jim pomoci přestat kouřit a 27 (90 %) by vědělo, na koho se obrátit, kdyby chtěli přestat kouřit. V otázce, zda mají pacienti obavu, že by zanechání kouření mohlo ohrozit jejich abstinenci, odpověděla přesně polovina (15 respondentů) kladně a druhá polovina záporně.

PN ČD

16 (64 %) z 25 respondentů souhlasí s tvrzením, že se jich při nástupu do zařízení zaměstnanci ptali, zda kouří a 13 (52 %) z nich tvrdí, že byli také dotazováni, kolik cigaret kouří. Většina respondentů (18 z 25), tedy 72 % se v rámci léčebného programu setkala s přednáškou o kouření. Pouze 4 (16 %) z 25 uvedli, že jim v současné léčbě byla nabídnuta pomoc při odvykání kouření. 6 (24 %) z 25 kuřáků pociťuje zájem ze strany personálu jim pomoci přestat kouřit a 5 (20 %) respondentů by vědělo, za kým by mohli přijít, kdyby se rozhodli s kouřením skončit. 12 (48 %) z 25 respondentů souhlasí s tvrzením, že má obavy z ohrožení abstinence od alkoholu při zanechání kouření.

PN Brno

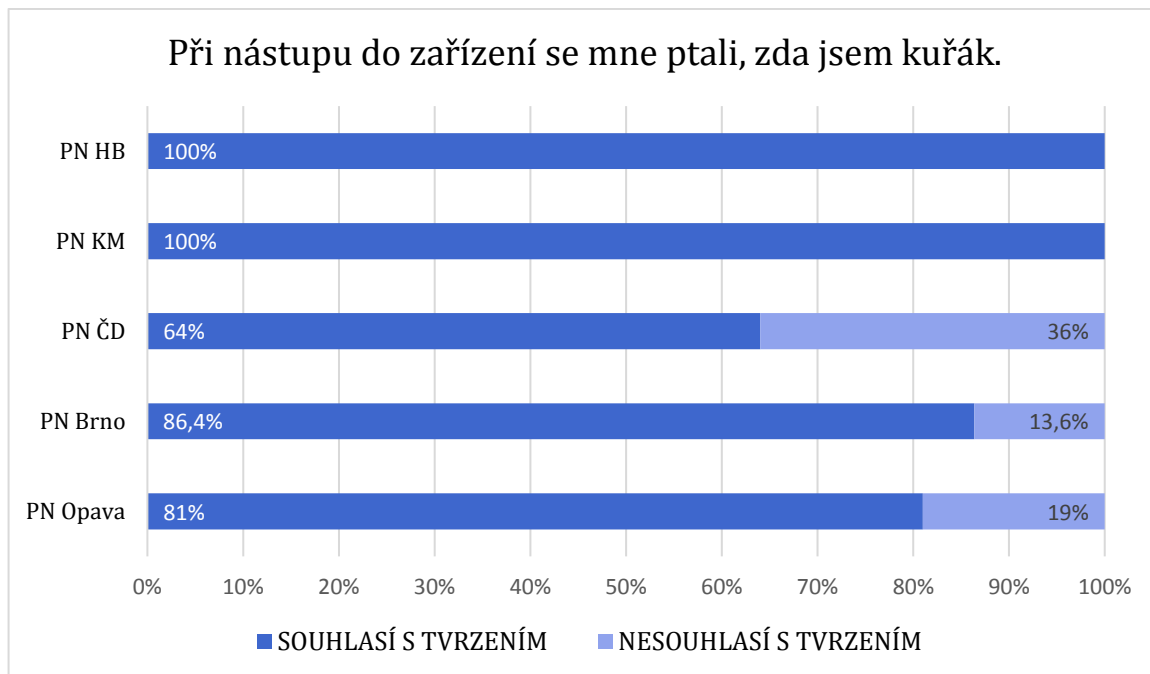
V Psychiatrické nemocnici Brno odpovědělo 19 (86,4 %) z 22 respondentů, že byli při nástupu do zařízení dotazováni, zda jsou kuřáci, a 16 (72,7 %) respondentů uvádí, že bylo dotazováno, kolik cigaret kouří. S přednáškou o kouření se setkalo 15 (68,2 %) kuřáků a s nabídkou pomoci při odvykání kouření se setkal 1 (4,5 %) respondent z 22. S tvrzením, že pociťují zájem od personálu jim pomoci přestat kouřit, nesouhlasí nikdo, tedy 100% pacientů necítí zájem od zaměstnanců je nějak motivovat k zanechání kouření. 5 (22,7 %) respondentů by vědělo, na koho se obrátit v případě rozhodnutí přestat kouřit. 8 (36,4 %) z 22 respondentů má obavy, že přestat kouřit by mohlo znamenat ohrožení jejich abstinence od alkoholu.

PN Opava

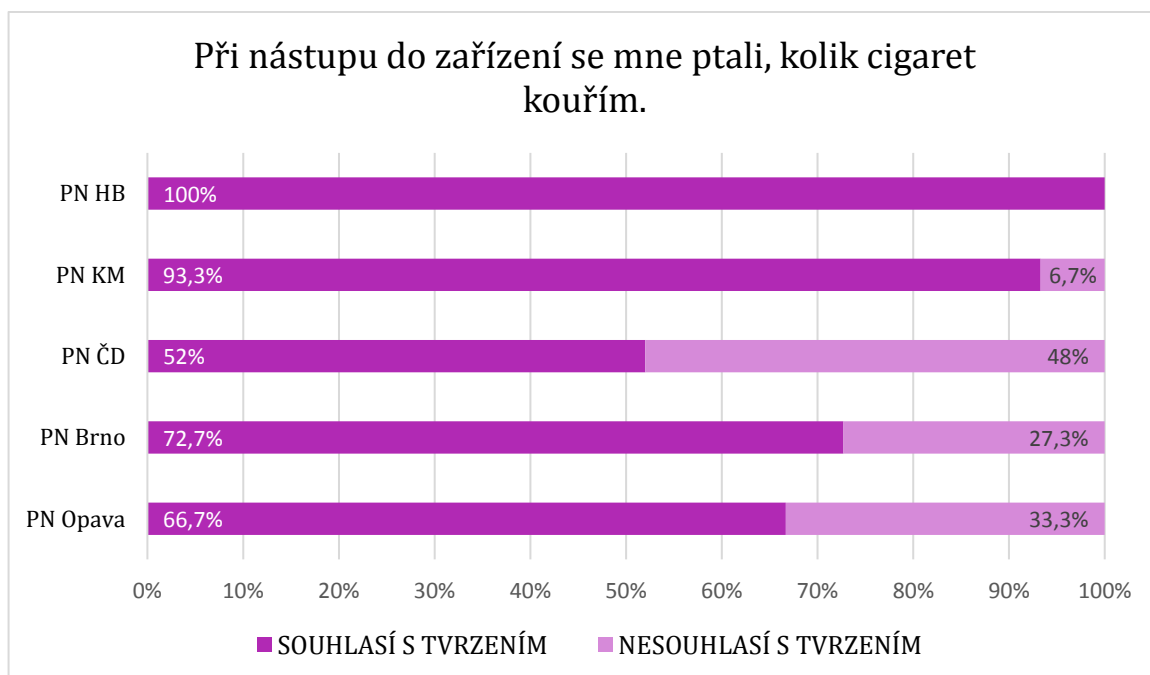
Dle odpovědí respondentů bylo 17 (81 %) z 21 dotazováno, zda kouří, a 14 (66,7 %) z nich bylo dotazováno, kolik cigaret kouří. 9 (42,9 %) pacientů se v léčbě setkalo s přednáškou o kouření, 8 (38,1 %) s nabídkou pomoci při odvykání kouření. 10 (47,6 %) z 21 respondentů pociťuje od personálu zájem jim pomoci přestat kouřit. 6 (28,6 %) pacientů by vědělo, na

koho se obrátit v případě rozhodnutí přestat kouřit. 9 (42,9 %) pacientů má obavy, že by zanechání kouření mohlo znamenat ohrožení abstinence od alkoholu.

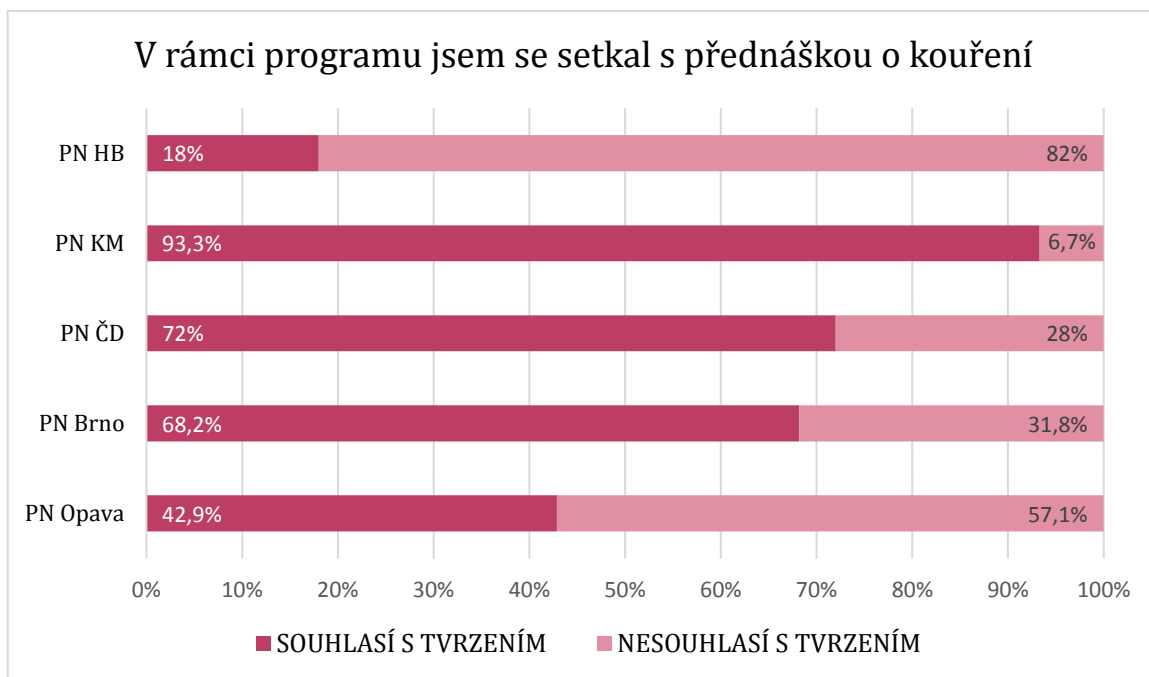
Graf č. 15: Procentuální zastoupení pacientů jednotlivých zařízení, kteří souhlasí či nesouhlasí s uvedeným tvrzením.



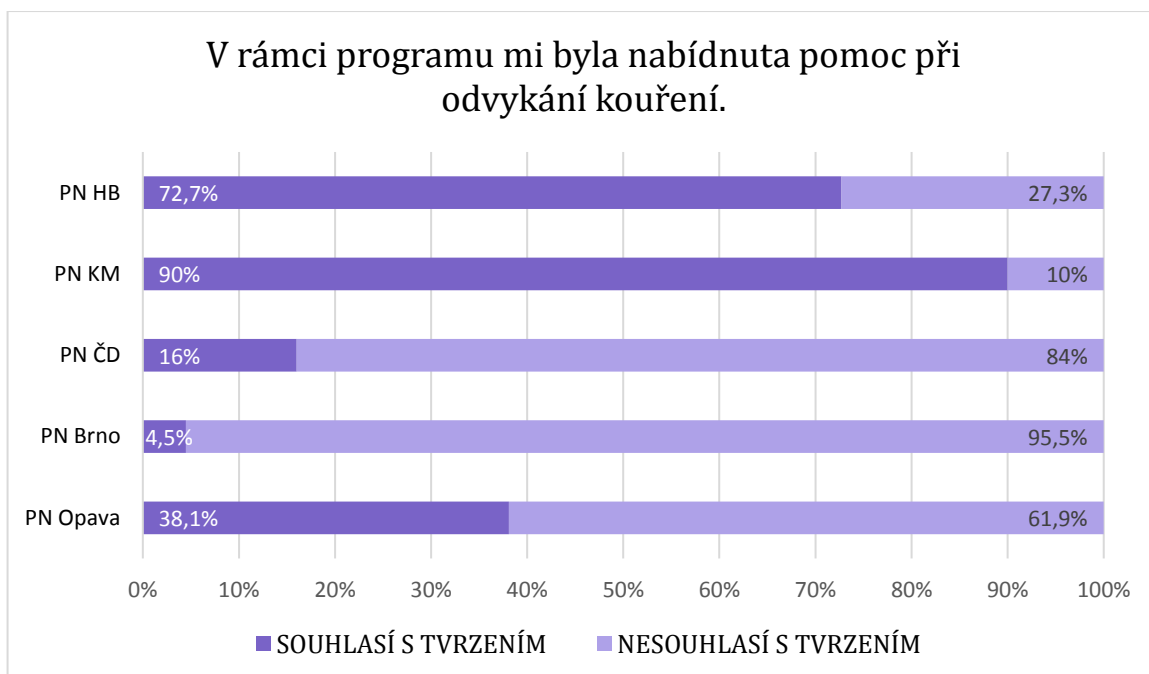
Graf č. 16: Procentuální zastoupení pacientů jednotlivých zařízení, kteří souhlasí či nesouhlasí s daným tvrzením.



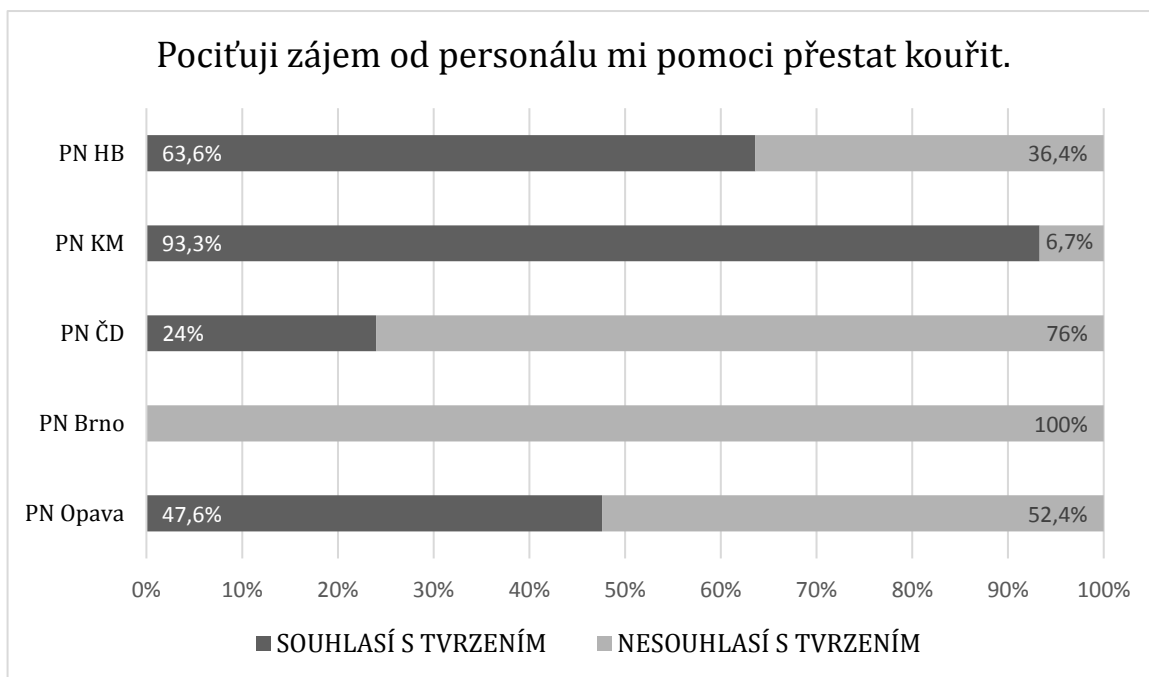
Graf č. 17: Procentuální zastoupení pacientů jednotlivých zařízení, kteří souhlasí či nesouhlasí s daným tvrzením.



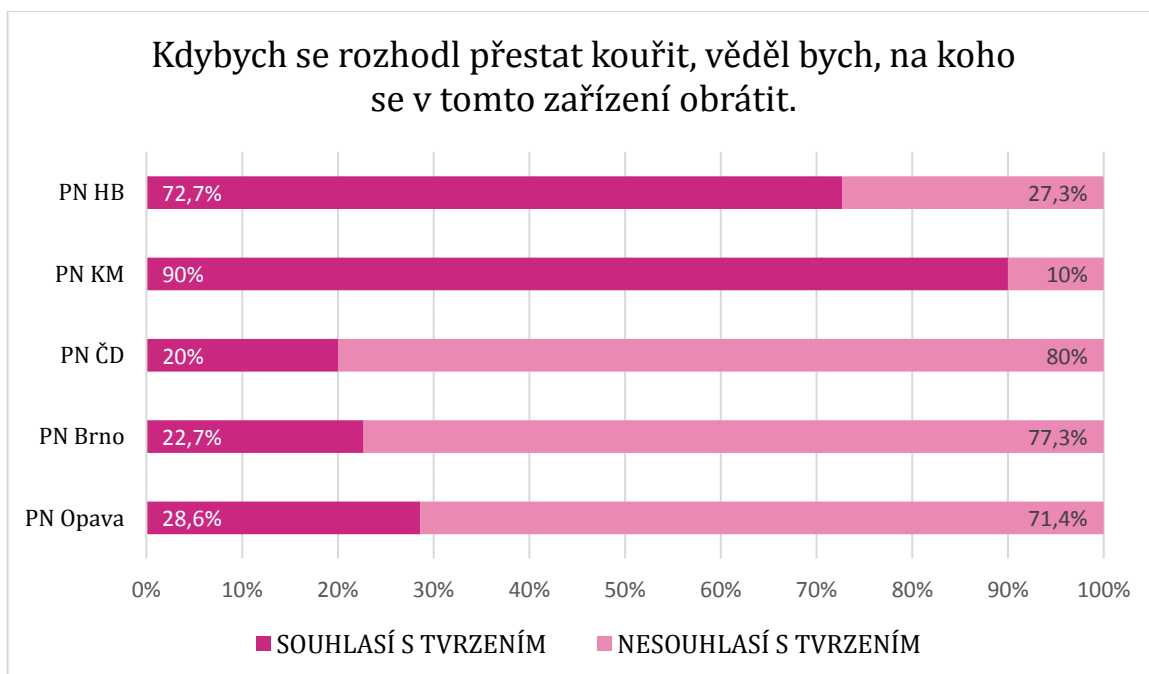
Graf č. 18: Procentuální zastoupení pacientů jednotlivých zařízení, kteří souhlasí či nesouhlasí s daným tvrzením.



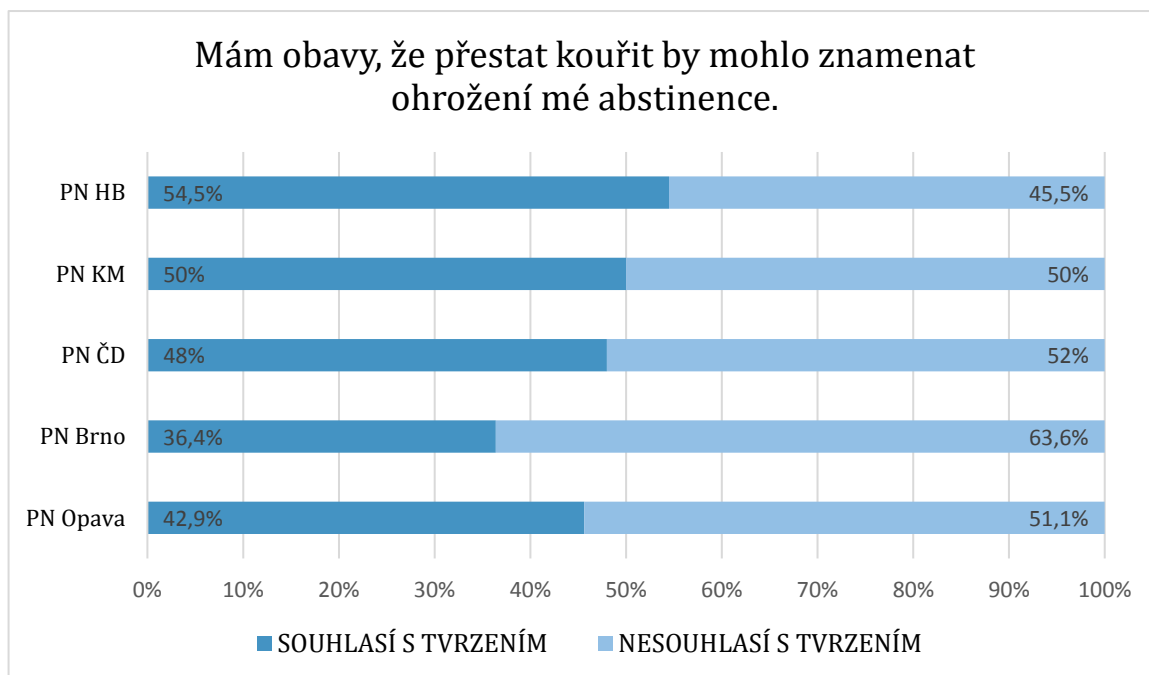
Graf č. 19: Procentuální zastoupení pacientů jednotlivých zařízení, kteří souhlasí či nesouhlasí s uvedeným tvrzením.



Graf č. 20: Procentuální zastoupení pacientů jednotlivých zařízení, kteří souhlasí či nesouhlasí s daným tvrzením



Graf č. 21: Procentuální zastoupení pacientů jednotlivých zařízení, kteří souhlasí či nesouhlasí s uvedeným tvrzením.



Otázka s číslem 12 zjišťovala, zda si pacienti vzpomenou na další program týkající se možností léčby závislosti na cigaretách a v případě kladné odpovědi následovala podotázka, zda považují tyto programy za užitečné. Na jiný program týkající se kouření si vzpomnělo pouze 13 (11,9 %) ze 109 respondentů (kuřáků) a 11 (84,6 %) z nich považuje tyto programy za přínosné. 2 (15,4 %) odpovídající tyto programy za užitečné nepovažují.

Ačkoliv otázka, zda programy považují respondenti za užitečné, se měla vyplnit pouze v případě kladné odpovědi u předchozí otázky, 14 lidí, kteří si nevzpomínají na další intervence proti kouření v dotazníku, zaškrtno, že tyto programy považují za užitečné.

8.4. ZÁJEM O ODBORNOU POMOC

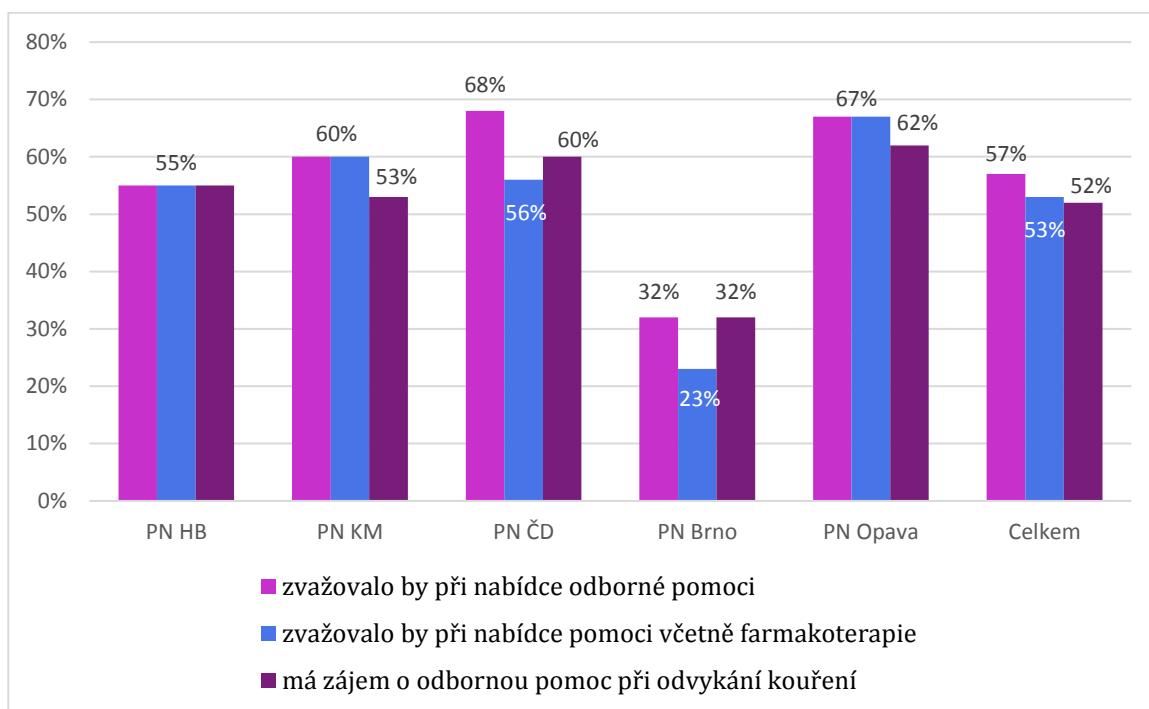
Poslední tři otázky (14. – 16.) byly zaměřené na zjištění, zda mají respondenti zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření v rámci léčebného programu.

Otázka č. 14 zněla: „Kdyby byla ve Vaší léčbě nabízená odborná pomoc pro odvykání na kouření, uvažoval/a byste o zanechání kouření?“ Zde odpovědělo v průměru 57 % respondentů kladně, tedy více než polovina.

Otázka č. 15 se respondentů tázala, zda by uvažovali přestat kouřit při nabídce odborné pomoci včetně farmakoterapie. Na tuto otázku odpovědělo, že by zanechání kouření zvažovalo 53% respondentů.

Otázka č. 16 zněla: „Měl/a byste zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření?“ Dle odpovědí má 52 % respondentů zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření v rámci léčebného programu.

Graf č. 22: Grafické znázornění zájmu o odbornou pomoc pacientů jednotlivých zařízení



Odpovědi ohledně zájmu o odbornou pomoc při odvykání kouření mezi pacienty jednotlivých zařízení se statisticky významně neliší, kromě odpovědí pacientů z PN Brno.

IV. DISKUZE

Problematika léčby závislosti na tabáku v rezidenční léčbě pro závislé na alkoholu je stále velkou otázkou a zároveň vážným problémem. Jak je široce rozepsáno v teoretické části práce, většina pacientů závislých na alkoholu umírá na důsledky kouření, ne na důsledky užívání alkoholu. Bylo by tedy vhodné, aby se zařízení určená pro léčbu závislosti touto tematikou zabývala a nepřehlížela ji. Kdy jindy by byla vhodnější příležitost motivovat pacienty, než právě v léčbě? Je méně pravděpodobné, že po odchodu z léčby by pacienti byli ochotní docházet pro pomoc při léčbě závislosti na tabáku. Stále kolují mýty, že léčba dvojí závislosti není možná, že pacienti, kteří se léčí se závislostí na alkoholu nebo jiné návykové látce, nemají motivaci přestat kouřit a že je nebezpečné se kromě závislosti na primární droze (i když je otázkou, která droga je primární) zbavit současně závislosti na tabáku (Pisinger, 2007).

Na téma léčby závislosti na tabáku současně se závislostí na alkoholu v ústavní léčbě v poslední době přibývá výzkumů, avšak většina z nich je zahraničních a u nás jich bylo zrealizováno velmi málo.

Výzkum byl zrealizován pomocí dotazníkového šetření, což samo o sobě vykazuje několik možných nedostatků. Ačkoliv se výzkumu zúčastnili pacienti z pěti zařízení, zdaleka tento výzkum nepokrývá celou cílovou populaci. Dotazník nevyplnili všichni oslovení pacienti (konkrétně 93 % z nich), tedy odpovídali pouze ti, kteří byli ochotní se výzkumu zúčastnit. Příští výzkum by bylo vhodné provádět mezi větším počtem respondentů. Některé otázky se po provedení dotazníkové průzkumu ukázaly být nesprávně položené. Například otázka s č. 12 mohla být položena jinak, aby svůj názor ohledně užitečnosti programů pro odvykání kouření mohli vyjádřit všichni respondenti, ne jen ti, kteří si vzpomínají na další program pro kuřáky mimo přednášku o kouření. V příštích výzkumech by bylo vhodné zeptat se všech respondentů.

V praktické části práce byly popsány podrobné výsledky kvantitativního výzkumu a jejich cílem bylo zodpovědět výzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku výzkumu.

Znění 1. výzkumné otázky: Jaká je prevalence kouření mezi pacienty léčícími se ze závislosti na alkoholu v ústavní léčbě a jaká je síla jejich závislosti na nikotinu?

Co se týče prevalence denního kouření mezi pacienty s duální závislostí včetně závislosti na tabáku, jak bylo zmíněno v teoretické části práce, Hughes již v roce 1996 zjistil, že 80% lidí závislých na alkoholu jsou kuřáci a že většina z nich je na nikotinu závislá. V tomto výzkumu se toto tvrzení potvrdilo. Mezi respondenty bylo 84 % pravidelných kuřáků. Oproti obecné populaci, kde byla dle Sovinové & Csémy (2016) v roce 2015 prevalence pravidelného kouření 18,2 %, to vychází na více než 4x vyšší počet denních kuřáků.

Pro posouzení závislosti na tabáku byl použit Fagerströmův test nikotinové závislosti. Výsledek byl průměrně mezi všemi respondenty 4,07 bodů. Nejvíce respondentů (20) získalo 3 body a stejný počet respondentů získalo 5 bodů. Dá se tedy říct, že většina respondentů závislých na nikotinu opravdu je a síla závislosti je relativně vysoká.

Znění 2. výzkumné otázky: Jak se liší míra závislosti na nikotinu před a po nástupu do zařízení?

Při posouzení závislosti před a po nástupu respondentů do zařízení bylo zjištěno, že většinou se počet bodů ve Fagerströmově testu snížil, avšak je třeba brát v potaz, že první dotazník pacienti vyplňovali retrospektivně, tedy že snížení počtu bodů je pouze subjektivní. Dále byl výzkum zaměřen pouze na malý vzorek cílové populace. Při srovnání odpovědí pacientů s odpověďmi zaměstnance daného zařízení, se dá říct, že snížení či zvýšení počtu bodů FTCD odpovídá tomu, do jaké míry je v zařízení redukováno kouření pacientů z hlediska časového a místního omezování.

Ohledně počtu vykouřených cigaret jsme mohli vidět také rozdíl, který se liší mezi jednotlivými zařízeními. I zde musíme brát v potaz, že pacienti si přesný počet vykouřených cigaret nezaznamenávají, takže výsledky jsou opět subjektivní a mohou být zkreslené.

Znění 3. výzkumné otázky: Jaká je motivace pacientů závislých na alkoholu přestat kouřit?

Dle Soukupa (2014) téměř každý kuřák ví, že kouření škodí zdraví a stojí peníze, a říká, že tzv. nemotivovaných klientů, kteří jsou ve fázi, kdy vůbec neuvažují o změně, je úplně minimum. Většina z nich se nachází ve fázi uvažování o změně. Tento výzkum ukázal, že někteří ze 43 % respondentů, kteří by rádi v nejbližší době přestali kouřit, jsou stále ve fázi rozhodování, jelikož zatím nemají vymyšlený ani plán, jak změnu provedou, ani čas, kdy přestanou kouřit, což jsou jistě důležité kroky, které pacienta posouvají dál směrem k akci kouření opravdu zanechat.

Předpokladem změny není jen chtít, ale důležitý je také faktor, zda si člověk, který chce přestat kouřit, myslí, že to dokáže a že je tato změna v jeho silách. Subjektivně vnímaná důležitost změny a důvěra ve své schopnosti ji uskutečnit jsou dvě odlišné charakteristiky, přičemž pro úspěch změny je nezbytné, aby byly obě přítomny v dostatečné míře (Soukup, 2014). Co se týče rozdílu těchto dvou faktorů, v tomto výzkumu se ukázalo, že naprostá většina pacientů více „chce“ než „si věří“. Bylo by tedy vhodné se při programech pro kuřáky zkusit zaměřit také na téma sebedůvěry.

Znění 4. výzkumné otázky: Jaká je souvislost mezi motivovaností pacientů přestat kouřit, počtem denně vykouřených cigaret a intervencemi poskytovanými v nemocnici?

Při zkoumání vztahu mezi počtem vykouřených cigaret udávaným pacienty a jejich motivací přestat v blízké době kouřit práce ukázala, že s rostoucím počtem denně vykouřených cigaret se snižovala motivace sledovaných pacientů přestat kouřit.

Největší procento respondentů, kteří chtějí přestat kouřit, je z léčebného zařízení PN KM. To je jediné z 5 zkoumaných zařízení, kde jsou poskytovány programy pro kuřáky každý týden a je zde nabízena léčba pomocí léku Welbutrin. Na dalším místě v motivaci pacientů přestat kouřit byla PN ČD a PN Opava. Dle výsledků výzkumu se nedá prokázat souvislost mezi motivací a intervencemi poskytovanými ze strany zařízení, jelikož v PN Opava žádné programy pro kuřáky realizovány nejsou a přesto počet respondentů, kteří by rádi v blízké době zanechali kouření, je oproti dalším 2 zařízením vyšší. Nejméně motivovanými se ukázali být pacienti v PN HB, důvodem může být, že v poznámce v dotazníku někteří pacienti napsali, že jim zaměstnanci říkají, že není dobré léčit dvě závislosti souběžně. Je ale nutné

konstatovat, že z tohoto výzkumu není možné prokázat souvislost mezi motivovaností pacientů a intervencemi poskytovanými v zařízení.

Znění 5. výzkumné otázky: Jaký je pohled pacientů na intervence pro kuřáky ze strany personálu?

Cílem výzkumné otázky bylo především zjistit, jak pacienti vnímají zájem personálu jim pomoci přestat kouřit. Výsledky ohledně této výzkumné otázky se v jednotlivých zařízeních výrazně liší. Dá se tedy říct, že velice záleží na typu zařízení, ve kterém se pacienti nachází. V některých zařízeních jen velmi málo respondentů souhlasilo s tvrzením, že jim byla nabídnuta pomoc při odvykání kouření, nebo že pocítí/ují zájem od personálu jim pomoci přestat kouřit.

Mnoho zaměstnanců v zařízeních uvádí, že v případě, že pacient by chtěl přestat kouřit, jsou ochotní k němu přistupovat individuálně. Důležité však je, aby si pacienti věděli, že taková možnost existuje.

Znění 6. výzkumné otázky: Jaký zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření mají pacienti?

Je zajímavé, že někteří pacienti by odmítli zvážít zanechání kouření při nabídce pomoci včetně farmakoterapie, ale při nabídce pomoci bez farmakoterapie by zanechání kouření zvažovali. Ohledně zájmu o odbornou pomoc při odvykání kouření, 52 % ze všech pacientů uvedlo, že by zájem mělo. Tedy více než polovina kuřáků léčících se se závislostí na alkoholu by měla zájem, aby jim v léčbě nabídli odbornou pomoc. Toto zjištění je jistě užitečné a mohlo by vyvrátit některé mýty, které jsou zakořeněné i mezi zaměstnanci zařízení pro léčbu závislostí.

V příštích výzkumech by byl vhodný větší výzkumný soubor. Také by na tento výzkum mohl navazovat výzkum zaměřený kvalitativně, nebo by se dalo zaměřit více na stranu zařízení a zjišťovat, jaké intervence podporující motivaci kuřáků s kouřením přestat fungují. Většina zařízení má opatření směřující k redukci kouření, avšak tato jsou často nedostačující. Dokud není k dispozici hrazená léčba závislosti na tabáku (která je dostupná v zahraničních zařízeních s plošným zákazem kouření), je vhodné s každým pacientem pracovat individuálně podle toho, v jaké fázi motivace se právě nachází.

V. ZÁVĚR

Tak jako ve výzkumech jiných států se v práci potvrdilo, že i v České republice pacienti absolvující ústavní léčbu pro závislost na alkoholu častěji kouří, spotřebují vysoké množství cigaret a často jsou na nikotinu závislí. Mezi respondenty v tomto dotazníkovém šetření bylo 84 % pravidelných kuřáků, průměrný počet jimi vykouřených cigaret byl 18,07 za den a ve Fagerströmově testu závislosti na nikotinu vyšlo průměrné skóre 4,07.

Vzhledem ke skutečnosti, že kouření je jedním z hlavních důvodů vysoké morbidity a mortality těchto pacientů, měl by být již v průběhu léčby kladen důraz na jejich motivaci přestat kouřit a měly by být nabízeny účinné možnosti léčby závislosti na tabáku.

Většinu výzkumných otázek, které byly stanoveny před začátkem vlastního výzkumu, se podařilo zodpovědět a cíl práce byl splněn. Naopak se nepodařilo v uvedených zařízeních prokázat přímou souvislost motivace pacientů přestat kouřit s nabízenými intervencemi zaměřenými na kouření.

Zajímavým výsledkem je, že více než polovina respondentů uvedla, že má zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření. Naopak většina zařízení, ve kterých probíhalo dotazníkové šetření, svým pacientům nenabízí specifickou léčbu závislosti na tabáku v průběhu léčby alkoholové závislosti. Vzhledem k těmto výsledkům by bylo vhodné navázat podrobnějším výzkumem a zjistit, jaké v České republice existují bariéry zavedení intervencí vedoucích ke zvýšení motivace pacientů přestat kouřit a k zavedení standardizovaných postupů k podpoře odvykání kouření v těchto zařízeních.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. Baca, C. T., & Yahne, C. E. (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know [Online]. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 205-219. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.06.003>
2. Běláčková, V. (2014). Alkohol jako jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro předčasné úmrtí [Online]. In *Adiktologie.cz*. Praha: Klinika adiktologie. Retrieved from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/4895/Alkohol-jako-jeden-z-nejvyznamnejsich-rizikovych-faktoru-pro-predcasne-umrti>
3. Breslau, N. (1995). Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence [Online]. *Behavior Genetics*, 25, 95-101. <http://doi.org/10.1007/BF02196920>
4. Brůha, R., Dvořák, K., Petrtyl, J., & Švestka, T. (2009). Alkoholové poškození jater [Online]. *Medicína Pro Praxi*, 6(3), 144-146. Retrieved from <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/03/06.pdf>
5. Carmody, T. P., Delucchi, K., Duncan, C. L., Banys, P., Simon, J. A., Solkowitz, S. N., et al. (2012). Intensive intervention for alcohol-dependent smokers in early recovery: A randomized trial [Online]. *Drug And Alcohol Dependence*, 122(3), 186-194. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09.026>
6. Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2001). The relationship between cannabis use and other substance use in the general population [Online]. *Drug Alcohol Dependence*, 64(3), 319-327. [http://doi.org/10.1016/S0376-8716\(01\)00130-2](http://doi.org/10.1016/S0376-8716(01)00130-2)
7. DiFranza, J. R., & Guerrera, M. P. (1990). Alcoholism and smoking [Online]. *Journal Of Studies On Alcohol*, 51(2), 130-135. <http://doi.org/10.15288/jsa.1990.51.130>
8. Durazzo, T. C., Rothlind, J. C., Gazdzinski, S., Banys, P., & Meyerhoff, D. J. (2007). Chronic Smoking Is Associated With Differential Neurocognitive Recovery in Abstinent Alcoholic Patients: A Preliminary Investigation [Online]. *Alcoholism: Clinical And Experimental Research*, 31(7), 1114-1127. <http://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00398.x>
9. Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (p. 196). Praha: Úřad vlády České republiky.
10. Fiore, M. C., Jaén, C. R., Barker, T. B., Bayley, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., & Dorfman, S. F. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: Clinical Practice Guideline [Online]. Rockville, MD: U.S. Public Health service. Retrieved from <http://bphc.hrsa.gov/buckets/treatingtobacco.pdf>
11. Glass, J. M., Adams, K. M., Nigg, J. T., Wong, M. M., Puttler, L. I., Buu, A., et al. (2006). Smoking is associated with neurocognitive deficits in alcoholism ☆ [Online]. *Drug And Alcohol Dependence*, 82(2), 119-126. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.08.013>
12. Gulliver, S. B., Kamholz, B. W., & Helstrom, A. W. (2006). Smoking Cessation and Alcohol Abstinence: What Do the Data Tell Us? [Online]. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 208-212. Retrieved from <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh293/208-212.pdf>
13. Gutjahr, E., Gmel, G., & Rehm, J. (2001). Relation between Average Alcohol Consumption and Disease: An Overview [Online]. *European Addiction Research*, 7(3), 117-127. <http://doi.org/10.1159/000050729>
14. Harrison, E. L. R., & McKee, S. A. (2011). Non-daily smoking predicts hazardous drinking and alcohol use disorders in young adults in a longitudinal U.S. sample [Online]. *Drug And Alcohol Dependence*, 118(1), 78-82. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.02.022>

15. Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test of Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of addiction*, 86, 1119-1127.
16. Hughes, J. R. (1996). Treating smokers with current or past alcohol dependence [Online]. *American Journal Of Health Behavior*, 20, 286-290. Retrieved from <http://www.encognitive.com/node/7133>
17. Hughes, J. R. (1995). How to help psychiatric patients stop smoking [Online]. *Psychiatric Services*, 46(5), 435-436. <http://doi.org/10.1176/ps.46.5.435>
18. Hurt, R. D., Offord, K. P., Croghan, I. T., Kottke, T. E., Morse, L., & Joseph Melton, L. (1996). Mortality Following Inpatient Addictions Treatment. Role of Tobacco-Use in a Community-Based Cohort [Online]. *Jama The Journal Of The American Medical Association*, 275(14), 1097-1103. <http://doi.org/10.1001/jama.1996.03530380039029>
19. IARC. (2016). Agents Classified by the IARC Monographs, Volumes 1–116 [Online]. In *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to humans*. Lyon. Retrieved from http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/List_of_Classifications.pdf
20. Jurystová, L. (2011). Škála závislosti na alkoholu (Alcohol Dependence Scale, ADS) [Online]. In *Adiktologie.cz*. Praha: Klinika adiktologie. Retrieved from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2971/Skala-zavislosti-na-alkoholu-Alcohol-Dependence-Scale-ADS->
21. Kalina, K. a kol. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí [Online]. Praha: Filia nova. Retrieved from <http://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/>
22. Kalman, D., Kim, S., DiGirolamo, G., Smelson, D., & Ziedonis, D. (2010). Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: The case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs [Online]. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 12-24. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.009>
23. Kenneth, J., & Mukamal, M. D. (2006). The effects of smoking and drinking on cardiovascular disease and risk factors [Online]. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 199-202. Retrieved from <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh293/199-202.pdf>
24. Koprudová, E., & Ištvanová, E. (2004). Fajčenie - Nikotinizmus a jeho liečba u závislých pacientov v OLÚP Predná Hora [Online]. *Psychiatrie Pro Praxi*, 3, 142-145. Retrieved from <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/03/08.pdf>
25. Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. *Čes. a slov. psychiatrie*, 100(1), 13-18.
26. Králíková, E. a kol. (2013). Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Břeclav: Adamira.
27. Králíková, E. (2015a). Diagnóza F17: závislost na tabáku. Praha: Mladá fronta.
28. Králíková, E. (2015). Závislost na tabáku. In K. Kalina a kol., *Klinická adiktologie* (pp. 528-543). Praha: Grada Publishing.
29. Králíková, E. (2012). Epidemiologie závislostí. In M. Tuček a kol., *Hygiena a epidemiologie* (pp. 319-325). Praha: Karolinum.
30. Králíková, E. (2003). Rozdělení a účinky návykových látek: Tabák a závislost na tabáku. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (pp. 205-207). Praha: Úřad vlády České republiky.
31. Králíková, E., Češka, R., Pánková, A., Štěpánková, L., Zvolská, K., Felbrová, V., et al. (2015b). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku [Online]. *Vnitřní Lékařství*, 61(5), 1S4-1S15. Retrieved from <http://www.vnitrnilekarstvi.eu/pdf?id=52291>

32. Králíková, E., & Kozák, J. T. (2003). Jak přestat kouřit (2. přeprac. a dopl. vyd.). Praha: Maxdorf.
33. Krtíl, J., & Zima, T. (2013). Nikotin a tabákový kouř: Vybrané biochemické aspekty. In E. Králíková a kol., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba* (pp. 117-121). Břeclav: Adamira.
34. Kunda, S. a kol. (1988). *Klinika alkoholizmu: klinický priebeh, diagnostika a terapia*. Martin: Osveta.
35. Kurcová, I. (2013). Nikotin a tabákový kouř: Metabolismus nikotinu, kontinuin. In E. Králíková a kol., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba* (pp. 132-133). Břeclav: Adamira.
36. Lázníčková, L. (2011). Farmakoterapeutické možnosti léčby závislosti na alkoholu [Online]. *Praktické Lékárenství*, 7(6), 262-264. Retrieved from <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2011/06/05.pdf>
37. Lemon, S. C., Friedmann, P. D., & Stein, M. D. (2003). The impact of smoking cessation on drug abuse treatment outcome [Online]. *Addictive Behaviors*, 28(7), 1323-1331. [http://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00259-9](http://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00259-9)
38. Maisonneuve, P., Lowenfels, A. B., Müllhaupt, B., Cavallini, G., Lankisch, P. G., Andersen, J. R., et al. (2005). Cigarette smoking accelerates progression of alcoholic chronic pancreatitis [Online]. *Gut*, 54(4), 510-514. <http://doi.org/10.1136/gut.2004.039263>
39. Martin, R. A., Rohsenow, D. J., MacKinnon, S. V., Abrams, D. B., & Monti, P. M. (2006). Correlates of motivation to quit smoking among alcohol dependent patients in residential treatment [Online]. *Drug Alcohol Depend*, 83(1), 73-78. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.10.013>
40. McKee, S. A., & Weinberger, A. H. (2013). How Can We Use Our Knowledge of Alcohol-Tobacco Interactions to Reduce Alcohol Use? [Online]. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 9(1), 649-674. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185549>
41. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change* (3rd ed.). London: Guilford Press.
42. Minařík, J., & Kmoč, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina a kol., *Klinická adiktologie* (pp. 51-81). Praha: Grada Publishing.
43. Mladá, K. (2011). Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT) [Online]. Retrieved July 16, 2016, from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2693/Test-pro-identifikaci-poruch-pusobenych-uzivanim-alkoholu-AUDIT->
44. Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z., et al. (2015). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014. Praha: Úřad vlády České republiky.
45. Müllerová, D. a kol. (2014). *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum.
46. Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby* (Vyd. 4., aktualiz.). Praha: Portál.
47. Pavlovská, A. (2011). Fagerströmův test nikotinové závislosti (Fagerström Test of Nicotine Dependence, FTND) [Online]. In *Adiktologie.cz*. Praha: Klinika adiktologie. Retrieved from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2734/Fagerstromuv-test-nikotinove-zavislosti-Fagerstrom-Test-of-Nicotine-Dependence-FTND->
48. Pešek, R., & Nečesaná, K. (2008). *Kouření, aneb, Závislost na tabáku: rizika, projevy, motivace, léčba : informační poradenská příručka*. Písek: Arkáda - sociálně psychologické centrum.

49. Popov, P. (2003). Rozdělení a účinky návykových látek: Alkohol. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (pp. 151-156). Praha: Úřad vlády České republiky.
50. Prochaska, J. J., Delucchi, K., & Hall, S. M. (2004). A Meta-Analysis of Smoking Cessation Interventions With Individuals in Substance Abuse Treatment or Recovery [Online]. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 72(6), 1144-1156. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1144>
51. Quraishi, R., Jain, R., & Balhara, Y. P. S. (2014). Profile of nicotine use among alcohol dependent patients visiting a tertiary care center in north India [Online]. *Indian Journal Of Psychological Medicine*, 36(2), 174-178. <http://doi.org/10.4103/0253-7176.130987>
52. Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). Psychiatrie. Praha: Karolinum.
53. Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In K. Kalina a kol., *Základy klinické adiktologie* (pp. 369-385). Praha: Grada.
54. Rohsenow, D. J., Martin, R. A., Monti, P. M., Colby, S. M., Day, A. M., Abrams, D. B., et al. (2014). Motivational interviewing versus brief advice for cigarette smokers in residential alcohol treatment [Online]. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 46(3), 346-355. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.002>
55. Seidner, A. L., Burling, T. A., Gaither, D. E., & Thomas, R. G. (1996). Substance-dependent inpatients who accept smoking treatment [Online]. *Journal Of Substance Abuse*, 8(1), 33-44. [http://doi.org/10.1016/S0899-3289\(96\)90067-X](http://doi.org/10.1016/S0899-3289(96)90067-X)
56. Sharp, J. R., Schwartz, S., Nightingale, T., & Novak, S. (2003). Targeting Nicotine Addiction in a Substance Abuse Program [Online]. *Science & Practice Perspectives*, 2(1), 33-39. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851041>
57. Sobotková, V. a kol. (2014). Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Praha: Grada.
58. Soukup, J. (2014). Motivační rozhovory v praxi. Praha: Portál.
59. Soukup, J. (2013). Léčba: Motivační rozhovory: Jak pomáhat pacientům při změně chování. In E. Králíková a kol., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba* (pp. 384-385). Břeclav: Adamira.
60. Soukup, J. (2015). Motivační rozhovory. In K. Kalina a kol., *Klinická adiktologie* (pp. 318-319). Praha: Grada Publishing.
61. Sovinová, H., & Csémy, L. (2015). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014, Výzkumná zpráva*. Státní zdravotní ústav, Praha.
62. Sovinová, H., & Csémy, L. (2016). *Užívání tabáku v České republice 2015*. Státní zdravotní ústav.
63. Sussman, S. (2009). Smoking cessation among persons in recovery [Online]. *Substance Use*, 37(8-10), 1275-1298. <http://doi.org/10.1081/JA-120004185>
64. Štěpánková, L., & Anders, M. (2013). Klinické souvislosti užívání tabáku: Kouření a psychiatrie. In E. Králíková a kol., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba* (p. 293). Břeclav: Adamira.
65. Šustková, M. (2015). Neurobiologie závislostí. In K. Kalina a kol., *Klinická adiktologie* (p. 140). Praha: Grada Publishing.
66. Talamini, R., Bosetti, C., La Vecchia, C., Dal Maso, L., Levi, F., Bidoli, E., et al. (2002). Combined effect of tobacco and alcohol on laryngeal cancer risk: a case-control study [Online]. *Cancer Causes And Control*, 13(10), 957-964. <http://doi.org/10.1023/A:1021944123914>
67. Torrens, M., Perez, V., & Fonseca, F. (2015). Concomitant Treatment of Tobacco Dependence during the Admission for Detoxification of Other Drug of Abuse:

- Evaluation at 6 Months Follow-Up after Discharge [Online]. *Austin Journal Of Drug Abuse And Addiction*, 2(1), 1006. Retrieved from <http://austinpublishinggroup.com/drug-abuse-addiction/download.php?file=fulltext/ajdaa-v2-id1006.pdf>
68. Ziedonis, D. M., Guaydish, J., Williams, J. M., Steinberg, M., & Foulds, J. (2006). Barriers and Solutions to Addressing Tobacco Dependence in Addiction Treatment Programs [Online]. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 228-235. Retrieved from http://escholarship.umassmed.edu/psych_pp/215/?utm_source=escholarship.umassmed.edu%2Fpsych_pp%2F215&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
69. International statistical classification of diseases and related health problems. (2008). International statistical classification of diseases and related health problems (10th revision, 2nd edition.). Geneva: World Health Organization.
70. Zákon č. 379/2005 Sb. (2014). Zákon č. 379/2005 Sb. [Online]. Retrieved July 12, 2016, from <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-379>
71. SPC: Campral EC. (2015). SPC: Campral EC [Online]. Retrieved July 15, 2016, from <https://www.medicines.org.uk/emc/medicine/1042/SPC/Campral+EC/>
72. Global status report on alcohol and health. (2014). Global status report on alcohol and health [Online]. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf
73. Žaloudík, J. (2013). Nikotin a tabákový kouř: Kancerogenita tabákového kouře. In E. Králíková a kol., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba* (pp. 124-125). Břeclav: Adamira.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Fagerströmův test závislosti na nikotinu

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

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

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

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

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

- a) Ano (1 bod)
- b) Ne (0 bodů)

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

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

4. Kolik cigaret denně kouříte?

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

5. Kouříte častěji během dopoledne?

- a) Ano (1 bod)
- b) Ne (0 bodů)

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

- a) Ano (1 bod)
- b) Ne (0 bodů)

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

Příloha č. 2: Minnesotská škála abstinenčních příznaků

Prosíme, přečtěte si návod na uvedeném webu. Pacienti vyplňují tuto škálu sami. Existuje i verze vyplňovaná terapeutem, viz uvedený odkaz. V nadpisu části pro pacienty se neuvádí výraz abstinenční příznaky cíleně, aby respondenti nabyli ovlivněni. Následuje vlastní text pro pacienty.

Prosíme, ohodnoťte, co jste pocíťovali během posledních 24 hodin

0=vůbec ne; 1=nepatrně; 2=středně; 3=celkem dost; 4=velmi

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

Zdroj: <http://www.slzt.cz/minnesotska-skala-abstinencnich-priznaku>

Příloha č. 3: Škála závislosti na alkoholu

Alcohol Dependence Scale (ADS)

Instrukce:

1. Pečlivě/pozorně si přečtěte každou otázku a možné/navrhované odpovědi. Odpovězte pravdivě na každou otázku. U každé otázky zakroužkujte pouze
2. JEDNU odpověď – vyberte tu, která je vám nejbližší/která podle vás nejvíce odpovídá pravdě.
3. Slovo „pití“ v otázce se týká „pití alkoholických nápojů“.
4. Čas pro vyplnění dotazníku je neomezený. Pracujte pečlivě a pokuste se dotazník vyplnit co nejdříve. Prosíme, odpovězte na všechny otázky.

Otázky se týkají posledních 12 měsíců.

1. Kolik alkoholu jste vypil/a, když jste naposledy pil/a?

- a. takové množství, že jsem byl v náladě, nebo méně
- b. takové množství, že jsem se opil/a
- c. takové množství, že jsem byl/a v bezvědomí/že jsem omdlel/a

2. Máte často kocovinu v neděli nebo v pondělí ráno?

- a. ne
- b. ano

3. Třásl/a jste se při střízlivění (třes, chvění rukou, vnitřní třes)?

- a. ne
- b. někdy
- c. často

4. Cítíte se následkem pití fyzicky špatně (např. zvracení, žaludeční křeče)?

- a. ne
- b. někdy
- c. většinou pokaždé, když piji

5. Měl/a jste někdy delirium tremens – tzn. cítil/a jste, viděl/a nebo slyšel/a nereálné věci, byl/a jste velice úzkostný/á, neklidný/á a příliš rozrušený/á (vybuzený/á)?

- a. ne
- b. někdy
- c. několikrát

6. Ztrácíte rovnováhu (tzn. potácíte se, vrážíte do věcí kolem sebe), když pijete?

- a. ne
- b. někdy
- c. často

7. Cítil/a jste se jako v horečce, poté co jste se napil/a?

- a. ne
- b. jednou
- c. několikrát

8. Viděl/a jste nereálné věci, poté co jste se napil/a?

- a. ne
- b. jednou
- c. několikrát

9. Propadáte panice ze strachu, že se nebudete moci napít, když to budete potřebovat?

- a. ne
- b. ano

10. Měl/a jste někdy „okénko“ (ztrátu paměti bez omdlení)?

- a. ne, nikdy
- b. někdy
- c. často
- d. většinou pokaždé, když piji

11. Nosíte si s sebou láhev alkoholu nebo máte alespoň vždy nějakou při ruce?

- a. ne
- b. někdy
- c. většinou

12. Stává se vám, že po určitém období abstinence (období bez pití alkoholu) propadáte opět těžkému pití?

- a. ne
- b. někdy
- c. většinou pokaždé, když piji

13. Omdlel/a jste následkem pití v posledních 12 měsících?

- a. ne
- b. jednou
- c. více než jednou

14. Měl/a jste záchvat s křečemi, který následoval za určitým obdobím pití?

- a. ne
- b. ano
- c. několikrát

15. Pijete v průběhu celého dne?

- a. ne
- b. ano

16. Bylo Vaše myšlení po těžkém pití nejasné a mlhavé?

- a. ne
- b. ano, ale pouze několik hodin
- c. ano, po dobu jednoho nebo dvou dnů
- d. ano, po dobu mnoho dnů

17. Cítil/a jste, že Vaše srdce bije následkem pití mnohem rychleji?

- a. ne
- b. ano
- c. několikrát

18. Přemýšlíte téměř neustále o pití a o alkoholu?

- a. ne
- b. ano

19. Slyšel/a jste někdy nereálné věci, když jste se napil/a?

- a. ne
- b. ano
- c. několikrát

20. Měl/a jste někdy nadpřirozené a děsivé pocity, když jste se napil/a?

- a. ne
- b. jednou nebo dvakrát
- c. často

21. Měl/a jste někdy pocit, jako by se po vás něco plazilo, lezlo (hmyz, pavouci), i když to nebyla pravda?

- a. ne
- b. ano
- c. několikrát

22. S ohledem na „okénka“ (ztrátu paměti):

- a. nikdy jsem neměl/a okénko
- b. měl/a jsem okénka, která trvala méně než hodinu
- c. měl/a jsem okénka, která trvala několik hodin
- d. měl/a jsem okénka, která trvala den nebo i déle

23. Pokusil/a jste se někdy omezit pití?

- a. ne
- b. jednou
- c. několikrát

24. Pijete rychle, velké doušky alkoholu?

- a. ne
- b. ano

25. Můžete přestat pít poté, co jste vypil/a jednu nebo dvě sklenky?

- a. ano
- b. ne

Vyhodnocení

Dichotomní položky jsou skórovány 0, 1; položky o třech možnostech jsou skórovány 0, 1, 2; položky o čtyřech možnostech 0, 1, 2, 3. V každém případě, čím vyšší hodnota, tím vyšší závislost. Celkové skóre se může pohybovat od 0 do 47.

Interpretace

0 Nebyla prokázána závislost na alkoholu, to ovšem nutně neznamená, že jedinec nevykazuje nějaké příznaky závislosti; je nutné posoudit validitu odpovědí.

1-13 Nízká úroveň závislosti na alkoholu, příznaky jsou pravděpodobně spíše psychického charakteru než fyzického, doporučujeme vyhledat radu lékaře. Skóre 9 a více je vysoce příznačné pro současnou diagnózu zneužívání alkoholu nebo závislost na alkoholu (DSM-IV).

14-21 Střední úroveň závislosti na alkoholu, jsou přítomny psychické problémy, psychická závislost může být typická, ale je nutné pátrat po příznacích fyzické závislosti a odvykacích symptomech, doporučujeme ambulantní léčbu.

22-30 Závažná úroveň závislosti na alkoholu, intenzivní fyzická závislost, pravděpodobně jsou přítomny jiné psychické problémy, poruchy a narušení sociálního fungování, doporučena by měla být abstinенčně orientovaná léčba – ambulantní či lůžková, klienti jsou pravděpodobně více schopni rozpoznat, že abstinence je jedinou cestou ke zlepšení jejich stavu.

31-47 Těžká závislost na alkoholu, intenzivní fyzická závislost je vysoce pravděpodobná, přítomny mohou být také závažné psychiatrické symptomy a další zdravotní problémy spojené s pitím, např. onemocnění jater, doporučena je úplná abstinence a intenzivní léčba, kdy je nutné opakovaně kontrolovat důležitost cílů a zvoleného postupu kvůli úspěšnému průběhu léčby.

Skinner, H. A. & Horn, J. L. (1984). Alcohol Dependence Scale: Users Guide. Toronto: Addiction Research Foundation.

Zdroj: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2971/Skala-zavislosti-na-alkoholu-Alcohol-Dependence-Scale-ADS->

Příloha č. 4: Dotazník AUDIT

Dotazník AUDIT:						
<p>Užívání alkoholu může mít vliv na Vaše zdraví a může také ovlivňovat účinky některých léků, proto považujeme za důležité zeptat se Vás na Vaše zvyklosti pokud jde o pití alkoholu. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné informace, prosíme Vás proto o upřímné odpovědi. U každé otázky zaškrtněte možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.</p> <p>Demografické informace (neuvádějte, prosím, jméno).</p> <p>Pohlaví: muž / žena Věk: let Dokončené vzdělání:</p> <p>Současné zaměstnání:</p>						
Otázky	0	1	2	3	4	Score
1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	Dva- až čtyřikrát měsíčně	Dva- až třikrát týdně	Čtyřikrát nebo vícekrát týdně	
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic alkoholického nápoje)	1 nebo 2	3 nebo 4	5 nebo 6	7 nebo 8	10 nebo více	
3. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
4. Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
5. Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
6. Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostal do formy po nadměrném pití předešlý den?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
7. Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
8. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
					Celkem	

Zdroj: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2693/Test-pro-identifikaci-poruch-pusobenych-uzivanim-alkoholu-AUDIT->

Příloha č. 5: Dotazník vytvořený pro účely tohoto výzkumu

Dobrý den, věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku, který slouží jako podklad pro mou bakalářskou práci. Jsem studentka 3. ročníku oboru Adiktologie na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy a má práce se zabývá tematikou kouření v psychiatrických nemocnicích pro léčbu závislostí. Vyplnění dotazníku je anonymní a všechny získané informace budou využity pouze pro akademické účely. V případě jakéhokoliv dotazu se na mne neváhejte obrátit.

Pohlaví:

muž

žena

Věk:

1. S jakou závislostí se v současnosti léčíte? *

2. Jaké je datum Vašeho nástupu do zařízení? *

3. Jste v současnosti kuřák? (alespoň 1 cigareta v posledním půl roce) *

- A. pravidelný (alespoň 1 cigareta denně)
B. příležitostný (méně než 1 cigareta denně)
C. nejsem kuřák

➔ **pokud ne:** Byl/a jste v minulosti kuřák?

- pravidelný
 příležitostný
 nikdy jsem nekouřil



Pokud jste nekuřák, otázky ohledně současného kouření, které se Vás netýkají, prosím, vynechte nebo proškrtněte. Otázky označené hvězdičkou (*) můžete také zodpovědět. Budu ráda za jakoukoliv Vaši poznámku či názor.

4. V kolika letech jste vykouřil/a první cigaretu?

5. Od kolika let kouříte pravidelně?

6. Zkuste se zamyslet, jak jste to měl/a před nástupem do léčebného zařízení a jak to máte teď a odpovězte na následující otázky:

PŘED NÁSTUPEM	V SOUČASNÉ LÉČBĚ
<p>1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?</p> <p><input type="checkbox"/> Do 5 minut</p> <p><input type="checkbox"/> Za 6-30 minut</p> <p><input type="checkbox"/> Za 31-60 minut</p> <p><input type="checkbox"/> Po 60 minutách</p>	<p>1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?</p> <p><input type="checkbox"/> Do 5 minut</p> <p><input type="checkbox"/> Za 6-30 minut</p> <p><input type="checkbox"/> Za 31-60 minut</p> <p><input type="checkbox"/> Po 60 minutách</p>
<p>2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p>	<p>2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p>
<p>3. Kterou cigaretu byste nerad/a postrádal/a?</p> <p><input type="checkbox"/> První ráno</p> <p><input type="checkbox"/> Kteroukoli jinou</p>	<p>3. Kterou cigaretu byste nerad/a postrádal/a?</p> <p><input type="checkbox"/> První ráno</p> <p><input type="checkbox"/> Kteroukoli jinou</p>
<p>4. Kolik cigaret denně v průměru kouříte?</p> <p><input type="text"/></p>	<p>4. Kolik cigaret denně v průměru kouříte?</p> <p><input type="text"/></p>
<p>5. Kouříte častěji během dopoledne?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p>	<p>5. Kouříte častěji během dopoledne?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p>
<p>6. Kouříte, i když jste nemocen/na a upoután na lůžko?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p>	<p>6. Kouříte, i když jste nemocen/na a upoután na lůžko?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p>

7. Zkoušel/a jste už někdy v minulosti přestat kouřit? (Počítá se pokus nad 24 hodin.)

A. Ano

B. Ne

8. Chtěl/a byste v nejbližší době přestat kouřit?

A. Ano **→ Pokud ano:**

B. Ne

I. Máte už konkrétní plán, jak to uděláte?

Ano

Ne

II. Máte stanovený určitý čas, kdy přestanete?

Ano

Ne

9. Na stupnici od 0 do 100 zkuste zhodnotit, na kolik procent chcete přestat kouřit.

%

10. Jako v předchozí otázce zkuste na stupnici od 0 do 100 zhodnotit, na kolik procent věříte, že to zvládnete.

%

11. Zaškrtněte prosím všechna tvrzení, která se Vás týkají:

Při nástupu do zařízení se mne ptali, zda jsem kuřák.

Při nástupu do zařízení se mne ptali, kolik cigaret kouřím.

V rámci programu jsem se setkal/a s přednáškou o kouření.

V rámci léčby mi byla nabídnuta pomoc přestat kouřit.

Pociťuji od personálu zájem mi pomoci přestat kouřit.

Kdybych se rozhodl/a přestat kouřit, věděl/a bych, na koho se v tomto zařízení obrátit.

Mám obavy, že přestat kouřit by mohlo znamenat ohrožení mé abstinence.

12. Vzpomenete si na nějaký jiný program týkající se možností léčby závislosti na cigaretách, který Vám byl v léčbě nabídnut? *

A. Ano

B. Ne

Jaký:

→ 13. Pokud ano, považujete tyto programy za přínosné? *

A. Ano

B. Ne

14. Kdyby byla ve Vaší léčbě nabízena odborná pomoc pro odvykání na kouření, uvažoval/a byste o zanechání kouření?

- A. Ano
B. Ne

15. Kdyby byla ve Vaší léčbě nabízena odborná pomoc pro odvykání na kouření, včetně farmakoterapie (léků), uvažoval/a byste o zanechání kouření?

- A. Ano
B. Ne

16. Měl/a byste zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření?

- C. Ano
D. Ne