

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Ludmila Vodičková

Léčba závislosti na tabáku: znalosti a zájem kuřáků na Kolínsku
Treatment of tobacco dependence: knowledge and interest among smokers in
Kolín area

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: doc. MUDr. Eva Králíková, Ph.D.

Praha 2014

Prohlášení

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

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

V Praze 21. července 2014

Ludmila Vodičková

.....
(podpis)

Identifikační záznam

VODIČKOVÁ, Ludmila. *Léčba závislosti na tabáku: znalosti a zájem kuřáků na Kolínsku.* [Treatment of tobacco dependence: knowledge and interest among smokers in Kolín area]. Praha 2014. 47 s., 2 příl., 10 grafů. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2014. Vedoucí závěrečné práce doc. MUDr. Eva Králíková, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat doc. MUDr. Evě Králíkové, Ph.D. za vedení této práce a cenné rady v průběhu jejího vzniku. Dále bych ráda vyjádřila své díky všem, kteří mě během psaní této práce podporovali.

Abstrakt

Dle výzkumné zprávy vydané Státním zdravotním ústavem v roce 2012, lze v České republice přes 24 % populace označit za pravidelné kuřáky, kteří vykouří více než jednu cigaretu denně. Není tedy pochyb o tom, že se kouření řadí mezi aktuální celospolečenský problém, který na zdraví ohrožuje zhruba 2 a půl milionu lidí v České republice. Z tohoto důvodu se v této bakalářské práci zabývám tématem léčby závislosti na tabáku se snahou zjistit, jak velké znalosti o možnostech léčby jsou mezi kuřáky na Kolínsku a je-li mezi nimi o tuto léčbu zájem.

Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Cílem teoretické části práce je popsat způsoby diagnostiky závislosti na tabáku a možnosti její léčby.

První kapitola této práce popisuje a vysvětluje co je to nikotin, tabák a nastiňuje jeho stručnou historii a věnuje se zde i pojmu pasivního kouření. Druhá kapitola pojednává o tom, co je to závislost na tabáku, popisuje její princip a neurobiologii. Třetí kapitola se zabývá způsoby, jakými lze závislost na tabáku diagnostikovat a poslední čtvrtá kapitola teoretické části informuje o možnostech léčby.

Praktická část práce si kladla za cíl zmapovat informovanost o možnostech léčby závislosti na tabáku mezi kuřáky na Kolínsku, a jaký je mezi nimi o tuto léčbu zájem.

Byly stanoveny tyto tři výzkumné otázky.

1. Jaká je informovanost o možnostech léčby závislosti na tabáku mezi kuřáky na Kolínsku?
2. Jaká je poptávka po léčbě závislosti na tabáku mezi kuřáky na Kolínsku?
3. Uvítali a využívali by kuřáci na Kolínsku ambulantní zařízení zabývající se léčbou závislosti na tabáku?

Data pro praktickou část této práce byla získávána pomocí kvantitativního dotazníku, který se skládal z 11 uzavřených a otevřených otázek. Výběr vzorku respondentů probíhal prostřednictvím příležitostného výběru (N = 147). Získané výsledky byly vyhodnoceny metodou základní deskriptivní statistiky excel.

Ačkoliv by si 58,5 % kuřáků přálo zanechat kouření a 54,4 % z nich to již alespoň jednou zkusilo, tak krátká intervence je zdravotnickými pracovníky poskytovaná minimálně a kuřákům prakticky chybí informace o účinné léčbě. 58,5 % kuřáků uvedlo, že by na Kolínsku uvítali zařízení, které by se specializovalo na léčbu závislosti na tabáku.

Výsledky dále naznačují, že pokud by se zdravotníci více zajímali o kouření svých pacientů, pravděpodobně by si přálo přestat ještě více kuřáků. Je třeba zaměřit pozornost na vzdělávání zdravotnických pracovníků v této oblasti a na šíření informací o možnostech léčby závislosti na tabáku mezi kuřáky.

Klíčová slova

Tabák – nikotin – kouření – závislost – léčba – abstinční příznaky

Abstract

According to a research report made by National Institute of Health in 2012, in the Czech Republic can be over 24 % of the population classified as regular smokers who smokes more than one cigarette a day. There is no doubt that smoking ranks among current societal problems that threatens the health of about two and a half million people in the Czech Republic. For this reason, in this thesis I concerned myself with subject of treatment of tobacco dependence and I'm trying to determine the level of knowledge about treatment options among the smokers in the Kolín area and if they are interested in treatment.

This thesis is divided in two parts - theoretical and practical. Goal of the theoretical part is to describe methods of diagnosis of tobacco addiction and treatment options.

The first chapter of this thesis describes and explains what is nicotine, tobacco with its brief history and the concept of passive smoking. The second chapter deals with what is addiction to tobacco, describes the principle and neurobiology. The third chapter deals with the different ways to diagnose tobacco dependence and the last, the fourth chapter of the theoretical part provides information about treatment options.

Practical work aimed to investigate awareness about treatment options for tobacco dependence among smokers in the Kolín area, and their interest in treatment options.

Have been set three research questions:

1. What is the level of knowledge about treatment options among the smokers in the Kolín area?
2. What is the demand for treatment of tobacco dependence among smokers in the Kolín area?
3. Would be the ambulatory institution in the treatment of tobacco dependence welcomed and used by smokers in Kolín area?

Data for the practical part of this work was obtained using a quantitative questionnaire, which consisted of 11 closed and opened questions. Sampling of respondents was conducted through occasional choice. The results were analyzed using basic descriptive statistics in excel.

Although 58,5 % of smokers would like to stop smoking and 54,4 % of them already tried to stop smoking at least once, short medical intervention by medical professionals is provided rarely and smokers are actually missing any informations about effective treatment. More than 58 % of smokers said they would welcome an institution specialized in the treatment of tobacco dependence.

The results further suggest that if health professionals were more interested in their smoking patients, there would be probably smokers who wants to quit smoking. It's important to focus on the education of health professionals in this field and the

dissemination of information about treatment options for tobacco dependence among smokers.

Key words

Tobacco – nicotine – smoking – dependence – treatment – withdrawal symptoms

Obsah

Úvod	10
I. Teoretická část	11
1. Základní pojmy	11
1.1 Tabák a jeho stručná historie	11
1.2 Nikotin	11
1.3 Pasivní kouření	12
2. Závislost na tabáku	14
2.2 Princip závislosti na tabáku	14
2.3 Neurobiologie závislosti na tabáku	14
3. Diagnostika závislosti na tabáku	17
3.1 Diagnostika poruch způsobených tabákem dle MKN10	17
3.1.1 F17.0 Akutní intoxikace vyvolaná užitím tabáku	17
3.1.2 F17.1 Škodlivé užívání tabáku	17
3.1.3 F17.2 Syndrom závislosti	17
3.1.4 F17.3 Odvykací stav	18
3.2 Fargeströmův test nikotinové závislosti	19
4. Léčba závislosti na tabáku	20
4.1 Behaviorální a psychosociální intervence	20
4.1.1 Motivační rozhovory v odvykání kouření	20
4.1.2 Posilování motivace k abstinenci – „5 R“	22
4.2 Náhradní terapie nikotinem (NTN)	22
4.2.1 Náplast	22
4.2.2 Žvýkačka	22
4.2.3 Inhalátor	23
4.2.4 Pastilka	23
4.3 Bupropion	23
4.4 Vareniklin (Champix)	24
4.5 Kombinace léků první linie	25
III. Praktická část	26
5. Cíle výzkumu	26
6. Výzkumné otázky	26

7. Metodika výzkumu.....	26
7.1 Metody sběru dat.....	26
7.2 Výzkumný soubor.....	27
7.3 Metody analýzy dat.....	27
7.4 Etika.....	27
8. Výsledky výzkumu	28
8.1 Popis výzkumného souboru	28
Graf č. 1: Věk respondentů	28
Graf č. 2: Vzdělání respondentů.....	29
Graf č. 3: Kuřácký status.....	30
Graf č. 4: Pokusy o zanechání kouření	31
Graf č. 5: Zájem o zanechání kouření.....	32
Graf č. 6: Postoj k vlastní závislosti na tabáku	33
Graf č. 7: Krátká intervence v odvykání kouření od zdravotnického personálu	34
Graf č. 8: Informovanost o možnostech léčby závislosti na tabáku.....	35
Graf č. 9: Znalost možností léčby závislosti na tabáku v regionu.....	36
Graf č. 10: Zájem o možnostech léčby závislosti na tabáku v regionu.....	37
IV. Diskuze a závěr.....	38
V. Použitá literatura a informační zdroje	41
VI. Přílohy	44
Příloha č. 1 – dotazník.....	44
Příloha č. 2 – Fagerströmův test nikotinové závislosti.....	46

Úvod

Popov (2001) uvádí, že v tabákovém kouři se nachází cca 4000 látek, z nichž je u minimálně jedné stovky z nich prokázán jejich kancerogenní efekt. U kuřáka, který vykouří 40 cigaret denně je riziko vzniku bronchogenního karcinomu 20krát vyšší než u nekuřáka. Kouření dále dvojnásobně zvyšuje riziko infarktu myokardu, je příčinou imunitních onemocnění, působí také na reprodukční systém a řadí se mezi nejčastější příčiny impotence u mužů středního věku. Kouření se také podílí na vzniku 75 % všech plicních onemocnění, 30 % nádorových onemocnění a 20 % kardiovaskulárních onemocnění. V České republice ročně na následky kouření zemře 22 000 lidí.

Díky vysokému podílu kuřáků v České republice, nízkému věku zahájení kouření a zvyšujícímu se počtu kuřáků, zejména mezi dětmi a dospívajícími, je Česká republika statisticky řazena mezi rozvojové země. (Popov, 2001)

Na internetových stránkách champix.cz se lze dočíst informaci, která uvádí, že téměř 80 % kuřáků si přeje zanechat kouření. Kolem 40 % z nich to každý rok zkusí, ale bez odborné pomoci jsou úspěšná pouze 2 % z nich.

Předchozí věta, která v podstatě říká, že velká většina kuřáků by se ráda zařadila do kolony bývalých kuřáků, objeví se otázka, proč je i přesto počet kuřáků nejen v české populaci stále tak vysoký?

Lze se domnívat, že velkou roli zde hraje především velmi malá informovanost. Kuřáci si často neuvědomují a možná ani netuší, že jejich kouření je regulérní nemoc, ještě ke všemu návyková, což s sebou nese to, že schopnost zvládnout závislost na tabáku vlastními silami je těžké už jen z povahy této nemoci. Svou úlohu zde patrně bude mít i nastavení společnosti, jejíž velká část kouření stále považuje za normální a běžný jev a spíše než jako nemoc se všemi prvky ho vnímá jako obyčejný zlovyk.

Na tomto základě jsem se rozhodla svou bakalářskou práci zaměřit na téma závislosti na tabáku a zmapovat, jak velké mají kuřáci žijící na Kolínsku znalosti o léčbě této závislosti a zdali tuší, kam se v případě zájmu o léčbu v místě svého bydliště obrátit. Vzhledem k tomu, že v Kolíně se nenachází žádné zařízení typu centra pro léčbu závislosti na tabáku, bylo také dalším cílem zjistit to, zda by takovéto specializované pracoviště bylo kolínskými kuřáky vítáno a především využíváno.

I. Teoretická část

1. Základní pojmy

1.1 Tabák a jeho stručná historie

„6. listopadu 1492 se dva členové Kolumbovy posádky vrátili z výpravy do vnitrozemí Kuby. Hlásili, že se setkali s domorodci, kteří kouřili sušené listy podobné těm, jaké byly darovány Kolumbovi o měsíc dříve, 15. října 1492. Luis de Torres a Rodrigo de Jerez kouř z těchto hořících listů vdechovali, čímž se stali prvními Evropany, kteří kouřili tabák.“ (Gilman, Xun, 2006, str. 7)

V roce 1514 vydal kněz Bartolomeo de Las Casas ztracený rukopis z Kolumbových cest, kde uvádí, že tamní obyvatelé sbírali jisté byliny, které na jednom konci zapalovali a druhý konec žvýkali či cucali a současně nasávali kouř, který je opájel a oni tvrdili, že díky tomuto nepociťují únavu. Jednalo se o sušené listy pocházející z rostliny *Nicotiana tabacum*. Už v této době byla rostlina široce pěstována od severního Mexika po jižní Kanadu v podobě odrůdy *Nicotiana rustica*. Rostlina se kouřila v rámci nejrůznějších rituálních obřadů v Severní i Jižní Americe dlouhou dobu předtím nežli se kolem období 5000 – 3000 let př. n. l. začalo s její kultivací. (Gilman, Xun, 2006)

Během 19. století se tabák kouřil především v dýmkách či jako doutníky. Kouření cigaret bylo rozšířené jen velmi zřídka. Avšak během několika prvních desetiletí 20. století se spotřeba vyráběných cigaret výrazně zvýšila. Toto nakonec vedlo k rapidnímu zvýšení počtu rakoviny plic u mužů a to zejména ve Velké Británii. Po celou první polovinu 20. století se o rizicích spojených s kouřením převážně netušilo. Na přelomu poloviny století však byli v západní Evropě a v Severní Americe publikovány studie, které došli k závěru, že kouření je významnou příčinou vzniku rakoviny plic. (Doll et al., 2004)

Tabák je v současné době rozšířen po celé planetě. V ČR kouří zhruba třetina lidí starších patnácti let. V dalších zemích Evropské Unie je podíl kuřáků podobný případně nižší. (Minařík, 2008)

S negativními účinky tabáku se setkávají lékaři prakticky všech klinických oborů. Tabák je považován za nejzávažnější příčinu smrti, které lze předcházet. (Nešpor, Csémy, 1996)

1.2 Nikotin

Nikotin je hlavním představitelem alkaloidů tabáku a je obsažen ve všech částech rostliny. Je syntetizován v kořeni rostliny a následně je transportován do jejích nadzemních částí. Skládá se z pyridinového a pyrolidinového cyklu. (Králíková et al., 2013)

Jak uvádí Kráčíková (2002) nikotin je jedinou návykovou látkou ze 4-5 tisíc složek tabákového kouře či v tabáku jako takovém. Nikotin je toxický rostlinný alkaloid. Jedná se

o tekutinu bez barvy a bez zápachu. Smrtelná dávka pro člověka je kolem 80 mg., poměrně rychle však vzniká tolerance.

Stimulační efekt nikotinu vede ke zlepšení pozornosti, zlepšení schopnosti učení, reakčního času a schopnosti řešit problémy. (Svoboda M, Češková E., Kučerová H., 2006)

Toto potvrzují také Králíková a Kozák (2003), kteří zmiňují, že vliv nikotinu je patrný na činnosti mozku, tak i v ostatních částech těla. Dále uvádějí, že malá dávka nikotinu povzbuzuje soustředění, ale velké dávky vedou naopak k tlumivému efektu.

Nikotin ovlivňuje také endokrinní systém. Zvyšuje především uvolňování kortikosteroidů, katecholaminů, pituitárních hormonů i betaendorfinů. Toto vše ovlivňuje chování a náladu kuřáka a podporuje jeho motivaci k dalšímu kouření. Nikotin působí také na srdce a cévy a urychluje peristaltiku zažívacího traktu. (Králíková, Kozák, 2003)

Nikotin je absorbován pouze v alkalickém prostředí. Z celkového množství nikotinu, který je obsažen v tabáku cigarety, se ho absorbuje asi 30 %, z toho 90 % v plicích. Nikotin je absorbován také z kožního povrchu. Biologický poločas rozpadu nikotinu v arteriální krvi je zhruba 40 minut a plazmatická koncentrace nikotinu u kuřáků se pohybuje v rozmezí 5-50 ng/ml. Převážná část nikotinu se metabolizuje v játrech na jeho hlavní metabolit kotinin a na další metabolity, kterými jsou například nikotin-N-oxid a nornikotin. Nikotin je vylučován ledvinami, jeho vylučování do moči je závislé na pH, přičemž nízké pH moči podporuje jeho vylučování. (Králíková et al., 2013)

1.3 Pasivní kouření

Na webu kurakovaplice.cz je pasivní kouření definováno jako děj, kdy je cigaretový kouř vdechován osobou, která sama v dané chvíli aktivně nekouří.

Tabákový kouř v místnosti se skládá z hlavního a vedlejšího proudu kouře. Hlavní proud kouře je ten, který kuřák vdechne a vydechne. Vedlejší proud vzniká od volně hořící cigarety. (Králíková, et al., 2013) „Při potažení hoří oharek při teplotě zhruba 900° C, zatímco volně hořící cigareta při teplotě kolem 600° C. Pyrolýza je při nižší teplotě méně kvalitní, a proto je vedlejší proud koncentrovanější. Tvoří zhruba 80 % kouře v prostředí. Ovšem dávka kouře pro aktivního kuřáka (který je zároveň i kuřákem pasivním) je vždy větší.“ (Králíková et al., 2013, str. 142)

Lze říci, že pasivní kouření prokazatelně způsobuje stejná onemocnění jako aktivní kouření, pouze však v menší míře, jelikož dávka kouře, kterou vdechne pasivní kuřák je v porovnání s aktivním kuřákem vždy menší. Výjimku zde však tvoří cévy. I pouhé několikaminutové vystavení tabákovému kouři stačí k jejich poškození. Jako následek pasivního kouření na světě každoročně zemře okolo 600 000 lidí. V České republice se jedná zhruba o 1500 – 3000 lidí za rok. (Králíková et al., 2013)

Podle americké instituce Centers for disease control and prevention (2014) je eliminování kouření ve vnitřních prostorách jediný způsob, jak ochránit nekuřáky před

expozicí tabákovému kouři. Oddělení kuřáků od nekuřáků v rámci stejné budovy prostřednictvím odděleného prostoru či větrání nezabrání expozici tabákovému kouři z druhé ruky.

S pojmem pasivní kouření je v posledních letech nově spojován i termín third-hand smoke neboli kouř ze třetí ruky. Tento termín znamená kontaminaci prostředí tabákovým kouřem, která vzniká poté, co byla cigareta vykouřena. Velký počet lidí, zejména pak tedy kuřáků, netuší, že i po vykouření cigarety zůstává v kobercích, oblečení, sedacích soupravách a na dalších místech celá řada toxinů a to po dobu několika hodin a dokonce i dní. (Ballantyne, 2009)

Králíková (2013) uvádí, že zbytkový nikotin z tabákového kouře, který se naváže na povrchy v místnosti, reaguje s kyselinou dusitou. Kyselina dusitá je běžná součást znečištěného prostředí a tvoří silně kancerogenní tabákově specifické nitrosaminy (TSNA). Dále zmiňuje, že odstranění těchto tabákově specifických nitrosaminů z povrchů, které jsou tabákovému kouři dlouhodobě vystavované není vůbec snadné, například z toho důvodu, že většina čistících prostředků je zásadité povahy a nikotin by bylo možné rozpustit pouze v prostředcích kyselého charakteru. Nicméně v prostorách, kde se kouřilo celé roky je odstranění nikotinu z některých povrchů prakticky nemožné.

2. Závislost na tabáku

„Závislost na tabáku je chronické, recidivující a letální onemocnění, které zkracuje život polovině kuřáků v ČR v průměru o 15 let. V Evropě i v ČR je příčinou každého pátého úmrtí, a to především na kardiovaskulární nemoci, dále způsobuje asi třetinu onkologických onemocnění, přes 80 % chronických plicních onemocnění a další nemoci ve všech klinických oborech. V ČR je každoročně 18 000 úmrtí, tedy 50 denně, způsobeno kouřením.“ (Králíková et al., 2005, str. 327)

2.2 Princip závislosti na tabáku

Jak zmiňuje Kráčíková (2013) závislost na tabáku má dvě složky. Psychosociální složku, která postihuje víceméně každého kuřáka a fyzickou složku neboli závislost na nikotinu, která postihuje okolo 80 % všech kuřáků. Obě tyto složky se prolínají.

Nejprve se rozvíjí psychosociální závislost. Psychosociální závislost představuje potřebu užívat tabákový výrobek v určitých situacích. Jedná se o vazbu na rituály a naučené situace ve společnosti tabákového výrobku. U většiny kuřáků se poté na podkladě nikotinu rozvíjí i fyzická závislost. Ta se projevuje přítomností odvykacího stavu, pokud dojde k přerušování užívání nikotinu. (Kmeťová, Kráčíková, 2013)

2.3 Neurobiologie závislosti na tabáku

Závislost je neurobiologicky zprostředkovaná mozková porucha. Mozek závislého je kvalitativně odlišný od mozku člověka, který není závislý. (Pilařová, 2003)

K této problematice se vyjadřuje také Dvořáček (2008), který tvrdí, že předmětem zájmu neurobiologického pojetí závislosti je, jak působením biologického agens, což je v tomto případě nikotin, na biologický substrát, kterým je myšlen mozek člověka, dochází k behaviorálním změnám v podobě závislostního chování.

Do sedmi sekund po vdechnutí tabákového kouře dochází u kuřáka ke stimulaci acetylcholin-nikotinových receptorů. (Pilařová, 2003)

Zmnožením těchto acetylcholin-nikotinových receptorů v mozku, a to zejména ve ventrální tegmentální oblasti, vzniká závislost na nikotinu. Známý jsou dva typy acetylcholin-nikotinových receptorů. Jedná se o receptory, které mají buďto pentametrickou, nebo dimetrickou strukturu. Tyto receptory jsou umístěny na plazmatických membránách vegetativních postgangliových buněk a motoricky inervovaných svalů. Vazebné centrum se nachází na každé alfa podjednotce. (Kráčíková, 2013)

„Neurobiologickým podkladem abstinenčních příznaků je noradrenalinová dráha. Tato dráha je mediována noradrenalinem a je soustředěna v neuronech locus coeruleus. Kouření znamená podráždění nikotinových receptorů v locus coeruleus. Pokud se aktivita kouření opakuje, dochází k neuroadaptaci na opakovanou stimulaci acetylcholinové

neurotransmise. To má za následek, že při odvykání kouření nastává řada příznaků svědčících pro jejich snížení (např. zácpa, palpitace, poruchy koncentrace pozornosti, zvýšená chuť k jídlu obezita, dysforie). (Pilařová, 2003, s. 206)

Další mechanismus, na jehož podkladě dochází k rozvoji závislosti na nikotinu, a nejen na něm, se nazývá dopaminová dráha odměny. Začátek této dráhy je v dopaminových neuronech ventrálního tegmenta středního mozku a běží vzhůru k nucleus accumbens do prefrontální oblasti kůry mozkové. Nikotin a další látky, mezi které patří amfetaminy, kokain, opiáty, kofein a alkohol stimuluje vzestup hladiny dopaminu v nucleus accumbens. Tento mechanismus je popsán jako systém odměny. (Pilařová, 2003)

Dvořáček (2008) uvádí, že systém odměny byl objeven v 50. letech 20. století a v 70. letech začalo být užívání drog spojováno se zvyšováním hladiny dopaminu ve striatu. Dále připomíná, že systém odměny je ve své původní podstatě připraven pro přirozené zdroje odměny, ale návykové látky neboli umělé zdroje, mají ve srovnání s nimi několik odlišností. *„Dosažení odměny je rychlejší a jednodušší (ve smyslu: méně náročné strategie), odměna po užití drogy je nepřiměřeně silná a z hlediska výdeje dopaminu bohužel účinnější, organismus nemá vytvořené zpětně vazebné mechanismy k zastavení přijímání umělé odměny.“* (Dvořáček, 2008, s. 29)

Nikotin působí na systém odměny následovně. Nikotin stimuluje uvolňování dopaminu, čímž vytváří „neurobiologický punc“ návykových látek. Tato dopaminergní aktivace je kuřákem prožívána jako velmi příjemná. Za normálních okolností spouští dopamin chování, které je důležité pro přežití druhu. Mezi toto chování patří například přijímání potravy a sexuální aktivita. Toto chování musí být spojeno s pocitem libosti, které se stávají jakýmsi hnacím motorem pro pozitivní posilování tohoto chování. Jakmile dojde k uspokojení některé této potřeby, následuje pocit sytosti, který tento proces zastaví. Jestliže se však zvýší koncentrace dopaminu v synapsi farmakologickým zásahem, dojde k potlačení pocitu sytosti a přetrvává aktivita nervových drah, která způsobuje nutkání znovu danou látku užít. V tomto konkrétním případě způsobuje nutkání znovu si zapálit cigaretu. Po opakovaném a dlouhodobém užívání drogy dochází k rozvoji adaptačních mechanismů až na úrovni genové exprese. Chronická expozice droze vede ke změnám v expresi genů a toto vyvolá změny ve funkcích receptorů v CNS, které regulují chování. Tyto změny zůstávají aktivní i ve chvíli, kdy dojde k zastavení užívání drogy. (Pilařová, 2003)

Pilařová dále uvádí, že v důsledku neuroadaptačních změn, vede abstinence k poklesu dopaminergní transmise v limbické oblasti mozku. *„Žádný jiný stimul tak nedokáže znormlizovat hladinu dopaminu v těch oblastech CNS, pouze opětovná dávka drogy. Tímto mechanismem dochází ke změnám v motivačních systémech, tzn. jedinec*

začne dávat prednosť droze pred jinými formami odměny. To ústí ve ztrátu kontroly v užívání, což je jeden ze příznaků závislosti obecně.“ (Pilařová, 2003, str. 207)

3. Diagnostika závislosti na tabáku

Kritéria pro diagnostiku závislosti na tabáku jsou stejná, jako kritéria pro diagnostiku závislosti na jiných psychoaktivních látkách. Řídí se dle MKN 10. K diagnostice se také používá Fargeströmův dotazník. (Čupka, Nešpor, Králíková, 2005)

3.1 Diagnostika poruch způsobených tabákem dle MKN10

3.1.1 F17.0 Akutní intoxikace vyvolaná užitím tabáku

Dle MKN 10 je akutní intoxikace „stav po aplikaci psychoaktivní látky vedoucí k poruchám úrovně vědomí, poznávání vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Poruchy jsou vyvolány přímým akutním farmakologickým působením a časem mizí, s úplným návratem, pokud nedojde k poškození tkání, nebo se neobjeví jiné komplikace.“

U akutní intoxikace vyvolané užitím tabáku musí být přítomny poruchy vnímání nebo chování prokázané alespoň jedním z těchto znaků: nespavost, bizarní sny, labilita nálady, derealizace, narušení osobních činností. Dále musí být přítomen alespoň jeden ze znaků, mezi které patří nauzea nebo zvracení, pocení, tachykardie a srdeční arytmie. (Čupka, Nešpor, Králíková, 2005)

3.1.2 F17.1 Škodlivé užívání tabáku

MKN 10 charakterizuje škodlivé užívání jako „příklad užití psychoaktivní látky, vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické nebo psychické. Abúzus psychoaktivní látky.“

U škodlivého užívání tabáku musí být jasně prokázáno, že za tělesné nebo duševní poškození je zodpovědné užívání tabáku. Druh poškození by měl být jasně specifikován a měl by být i zcela jasně prokazatelný. Užívání tabáku by zde mělo trvat minimálně po dobu jednoho měsíce nebo vyskytovat opakovaně během posledních dvanácti měsíců a daná porucha nesmí splňovat kritéria pro žádnou jinou duševní a behaviorální poruchu či poruchu chování, která je spojena s užitím stejné látky ve stejném časovém období s výjimkou akutní intoxikace. (Čupka, Nešpor, Králíková, 2005)

Škodlivé užívání se v různé intenzitě vyskytuje v podstatě u každého kuřáka a díky vlivu pasivního kouření také u řady osob v jeho blízkosti.

3.1.3 F17.2 Syndrom závislosti

MKN 10 definuje syndrom závislosti jako „soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti

může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák), pro skupinu látek nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“

Pro diagnostiku syndromu závislosti na tabáku by se po dobu alespoň jednoho měsíce či opakovaně v kratších obdobích během posledních dvanácti měsíců měly vyskytovat společně tři nebo více z těchto znaků: přítomna je silná touha či silné nutkání užít tabák; jedinec má zhoršenou schopnost kontrolovat své chování, které je spojené s užíváním tabáku, v tom smyslu, že jedinec tabák užívá ve větším množství nebo po delší dobu než měl v úmyslu, nebo si soustavně přeje či se bezúspěšně snaží eliminovat nebo kontrolovat užívání tabáku; pokud dojde k omezení či úplnému ukončení užívání tabáku jsou přítomny projevy odvykacího stavu; je prokázána tolerance k účinku tabáku, jako je potřeba užívání značně zvýšených dávek tabáku, aby se dosáhlo jeho žádoucího účinku, anebo dosahuje znatelně zmenšeného účinku při trvalém užívání stejného množství tabáku; jedinec je zaujat užíváním tabáku, což se projevuje postupným zanedbáváním jiných zájmů a povinnostem ve prospěch užívání tabáku a věnování většího množství času činnostem, které jsou nezbytné k získání nebo užívání tabáku, nebo k zotavování se z jeho účinků; je přítomno trvalé užívání tabáku, i přestože je jasný důkaz o škodlivosti následků, kdy jedinec pokračuje v užívání i za situace, kdy si je vědom povahy a rozsahu škodlivosti. (Čupka, Nešpor, Králíková, 2005)

Syndrom závislosti na nikotinu se obvykle vyvíjí velmi rychle a je výrazně ovlivněn prostředím, jako je například kouření v zaměstnání, v rodině, ve škole, ve skupině vrstevníků aj. Závislost na tabáku se často vyskytuje i v kombinaci se závislostí na jiných drogách. Kouření také může způsobovat snižování účinku u celé řady léků, důsledkem tohoto je například potřeba vyššího dávkování u některých analgetik a většiny běžných psychofarmak, což s sebou nese vyšší riziko manifestace negativních vedlejších účinků těchto léků a také riziko vzniku závislosti na některém z těchto léků. (Popov, 2001)

3.1.4 F17.3 Odvykací stav

Odvykací stav charakterizovaný podle MKN 10 je „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 dávky a k dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být komplikován křečemi.“

Pro diagnostiku závislosti na tabáku musí být přítomny alespoň dva z těchto znaků: silná touha po tabáku či jiných výrobcích, které obsahují nikotin, úzkost, slabost nebo malátnost, neklid nebo podrážděnost, dysforická nálada, nespavost, silný kašel, zvýšená chuť k jídlu, poruchy soustředění nebo vředy v ústní dutině. Prokázalo se, že během odvykacího stavu po tabáku jsou přechodně zhoršené kognitivní funkce. Je zde tedy

přítomno větší riziko chyb a úrazů. Na počátku odvykání kouření je proto vhodné pacientům doporučit jejich zvýšenou opatrnost. (Čupka, Nešpor, Králíková, 2005)

3.2 Fargeströmův test nikotinové závislosti

Fargeströmův test závislosti na nikotinu (viz příloha č. 2) je standardní nástroj pro posouzení intenzity fyzické závislosti na nikotinu. Čím vyšší je získaný počet bodů, tím intenzivnější je pacientova fyzická závislost. (Rustin, 2000)

4. Léčba závislosti na tabáku

Králíková et al. (2005) uvádí, že současná léčba závislosti na tabáku zahrnuje behaviorální a psychosociální intervenci a farmakologickou léčbu. Dále podle Popova (2001) léčba probíhá ambulantně a je zásadně orientována k úplné abstinenci.

Farmakologická léčba je vhodná pro ty, kteří denně vykouří deset a více cigaret a první cigaretu si zapalují hodinu po probuzení. Tato léčba zabraňuje především odvykacím příznakům, je třeba, aby klient neočekával, že mu zabrání v kouření. K tomuto je nutné jeho vlastní rozhodnutí a změna životního stylu. Za úspěšnou léčbu závislosti na tabáku lze považovat jen dlouhodobou abstinenci. Tou se rozumí nejméně šest, ale raději dvanáct měsíců. (Čubka, Nešpor, Králíková, 2005)

Každý zdravotník by měl jako neoddílnou součást své práce poskytovat krátkou intervenci neboli z angličtiny tzv. „5 A“. (Králíková et al., 2005)

- Ask – ptát se svých pacientů na kouření, toto zaznamenávat do dokumentace a záznam aktualizovat.
- Advise – poradit a jasně doporučit kuřákům přestat kouřit.
- Assess – posoudit kuřákovu ochotu přestat. Vysvětlit mu výhody abstinence v jeho konkrétním případě. Pokud i přesto nebude chtít přestat kouřit, tak tímto bodem intervence končí. Při pacientově další návštěvě se však ptát znovu.
- Assist – jedná se o pomoc kuřákům, kteří chtějí přestat, v rámci zdravotnických časových možností. Zde je možné pomoci kuřákovi připravit náhradní činnosti pro jeho kuřácké situace, doporučit mu náhradní terapii nikotinem či jiné léky, podat informace o jejich použití a účinku, případně odkázat kuřáka do specializovaného centra léčby závislosti na tabáku.
- Arrange follow up – plánovat s kuřákem kontrolní návštěvy. (Králíková et al., 2005)

4.1 Behaviorální a psychosociální intervence

Podle Pilařové (2003) tvoří nefarmakologické postupy základní komponentu léčby závislosti na tabáku.

4.1.1 Motivační rozhovory v odvykání kouření

Dostatečná motivace klienta k zanechání kouření se považuje za základní a zcela nezbytnou podmínku úspěšné léčby. Motivační rozhovory mohou přispět ke zvýšení této motivace, jejichž využití, je plně indikováno z teoretického hlediska i s ohledem na klinické zkušenosti. V rozhovorech s pacienty se využívají obecné principy motivačních rozhovorů, mezi které patří podpora sebevědomí, vyjádření empatie, apod. Vlastní intervence může vypadat například tak, že se v úvodní části rozhovoru s klientem použijí tři hodnotící otázky. První otázka zjišťuje to, jak moc je pro klienta důležité, aby zanechal kouření, druhá se zaměřuje na to, nakolik si klient myslí, že je schopen přestat kouřit a poslední otázka se snaží zjistit, jak je klient připraven na zanechání kouření v dané chvíli. Podle

klientových odpovědí na tyto otázky se dospěje ke zjištění, zda je potřeba se nejprve zaměřit na zkoumání důvodů pro změnu či způsobů jak změny dosáhnout. Po celou dobu je nezbytné vycházet z prožitkového rámce daného klienta. Po zhodnocení jeho motivace přijde na řadu sestavení individuálního plánu léčby či zařazení do skupiny klientů, která je vhodná z hlediska dynamiky i časových dispozic. (Štěpánková, Kmeťová, 2014)

Jak zmiňuje Štěpánková a Kmeťová (2014) terapie při léčbě závislosti na tabáku může probíhat individuálně i skupinově. Výhodou individuální terapie je možnost individuální práce s jedním klientem a časová flexibilita sezení dle potřeb klienta. Mezi výhody skupinové terapie patří možnost vzájemného učení, možnost vidět problémy z jiného úhlu pohledu, porovnávání strategií zvládání náročných situací s ostatními členy skupiny a výhodou je také to, že skupinové uspořádání je pro terapeuta výhodnější z časového hlediska.

Štěpánková a Kmeťová (2014) dále uvádějí, že ve svých intervencích vycházejí z mezinárodních doporučení a ze zkušeností získaných na klinice Mayo. Mezi v praxi osvědčené postupy patří tyto:

„Při odkrývání ambivalence a obav, které má pacient z odvykání, pomáháme odlišit reálné obavy od nereálných. Nereálné obavy se snažíme vyvrátit, v případě reálných obav zdůrazníme, že konkrétní příznaky lze vždy vyřešit jinak než kouřením.

Konkrétní plánování: Je vhodné promítnout si běžný den a situace, kdy pacient obvykle kouří a připravit se na ně. Rizikovým situacím je možné se vyhnout, změnit jejich kontext nebo si připravit náhradní řešení.

Hledání vnitřních i vnějších zdrojů, které mohou pomoci udržet abstinenci.

Povzbuzení při zavádění dohodnutých změn do denního režimu, vyjádření ocenění a podpory, nabídka možnosti telefonické konzultace mezi návštěvami.

Zkoumání procesu odvykání: Je vhodné zeptat se pacienta, co se již zlepšilo ze somatického i psychického pohledu, nakolik se splnila jeho očekávání, co ho překvapilo atd.

Empatický přístup, podpora sebedůvěry a kompetencí pacienta jsou základem dlouhodobého úspěchu.“ (Štěpánková, Kmeťová, 2014, str. 115)

Co se týče případného relapsu, je důležité klientovi vysvětlit, že každý člověk, který se zbavil své závislosti na tabáku je z biologického hlediska ohrožený relapsem. To i v tom případě pokud dojde k užití i minimální dávky nikotinu například i ve formě doutníku či vodní dýmky. (Štěpánková, Kmeťová, 2014)

Při léčbě závislosti na tabáku jsou zde však i věci, které naopak při podpoře odvykání nefungují. Štěpánková a Kmeťová (2014) sem zařazují poučování, bagatelizování pacientových obav, zamlčování možných abstinčních příznaků, násilné přesvědčování z pozice odborníka, konfrontační způsob komunikace a slibování nemožného.

4.1.2 Posilování motivace k abstinenci – „5 R“

Techniku „5 R“ je možné použít jak při kontrolách v průběhu odvykání kouření, tak i u doposud nemotivovaného klienta. (Čupka, Nešpor, Králíková, 2005)

- Relevance (důležitost) – informace poskytované pacientovi mají největší hodnotu, jsou-li cíleně zaměřené na jeho osobu.
- Risks (rizika) – je třeba zdůraznit, že všechny způsoby kouření jsou riziková. Z daných rizik je dobré vyzdvihnout především ta, která jsou relevantní pro daného pacienta.
- Rewards (odměny) – je dobré se pacienta ptát na to, jaké výhody mu jeho odvykání přinese a opět vyzdvihnout ty nejvíce důležité pro jeho konkrétní osobu.
- Roadblocks (překážky) – pacient by měl být požádán, aby zmínil bariéry, které mu brání v odvykání a zdravotník by mu zde měl nabídnout řešení.
- Repetition (opakování) – výše uvedené motivační schéma by mělo být opakováno při každé návštěvě nemotivovaného pacienta. (Králíková, et al., 2013)

4.2 Náhradní terapie nikotinem (NTN)

Náhradní nikotinová terapie se používá při léčbě závislosti na tabáku již od 80. let 20. století a je tak nejdéle používaným lékem. Její dvě základní formy, mezi které patří náplast a žvýkačka, byly v roce 2009 zapsány na seznam základních léků Světové zdravotnické organizace. V České republice je náhradní terapie nikotinem volně prodejná v lékárnách ve formách náplastí, žvýkaček, pastilek a inhalátorů. Existují i další varianty NTN, ty však nejsou v České republice dosud registrovány. (Králíková et al., 2013)

4.2.1 Náplast

Z náplasti se nikotin vstřebává transdermálně, po celou dobu její aplikace, je zde však pomalý nástup účinku. K dispozici jsou náplasti, jejichž doba aplikace je 16 nebo 24 hodin. Na trhu jsou 16 hodinové náplasti Nicorette, které obsahují 15 nebo 25 mg nikotinu a 24 hodinové náplasti NiQuitin, které se prodávají s obsahem 14 či 21 mg nikotinu. Je doporučeno náplasti užívat nejméně 8-12 týdnů a z toho minimálně první 4 týdny v plné dávce, což je 15-25 mg. Náplast se aplikuje vždy ráno po probuzení na nemastné, neochlupené místo na těle, tam, kde je slabá pokožka. Místo aplikace je nutné střídat. Mezi nejčastější nežádoucí účinky náplastí patří lokální podráždění, které obvykle samo odezní. (Králíková et al., 2013)

4.2.2 Žvýkačka

Na trhu jsou k dispozici žvýkačky Nicorette o síle 2 nebo 4 mg. U žvýkaček je podstatný způsob jejich aplikace. Oproti obyčejné žvýkačce se žvýká odlišně, a to tak, že se žvýkačka několikrát nakousne a poté, co začne zejména v krku lehce pálit, se žvýkat přestane a odloží se v ústech pod jazyk nebo za tvář. Zhruba po půl minutě se žvýkačka

opět několikrát nakousne a po začátku pálení se znovu odloží v ústech. Takto se pokračuje zhruba půl hodiny, poté se může buďto žvýkat jako obyčejná žvýkačka, případně se vyhodí, neboť v této chvíli neobsahuje žádný nikotin. Tímto způsobem se uvolněný nikotin vstřebá bukální sliznicí a předejde se podráždění žaludku, které nastává při příliš rychlém žvýkání a jedinec může pocítit škytání či nauzeu. Navíc v žaludečním prostředí, které je kyselé, prakticky nedochází k jeho vstřebávání. Vstřebávání nikotinu by narušilo i kyselé prostředí v ústech, z toho důvodu je důležité během aplikace žvýkačky nejíst a nepít. (Králíková et al., 2013)

4.2.3 Inhalátor

Jak se lze dočíst na internetových stránkách nicorette.cz, tak v České republice je dostupný inhalátor značky Nicorette obsahující 15 mg nikotinu. Inhalací se uvolňující nikotin z inhalátoru vstřebává ve sliznici v ústech a do plic se dostane jen jeho malé množství. Maximální dávky nikotinu je dosaženo přibližně po 20 minutách intenzivního vdechování

Pacienti bývají ze všech forem náhradní nikotinové terapie velmi často poddávkování, a to zejména z používání inhalátoru. Maximální množství nikotinu, které lze z jedné náplně vstřebat jsou 4 mg. Během aplikace inhalátoru je důležité nejíst a nepít a to především kyselé potraviny, protože kyselým prostředím v ústech by bylo narušeno jeho vstřebávání. Užívání inhalátoru je doporučováno po dobu 6 měsíců. Používání inhalátoru může lokálně podráždit sliznici. (Králíková et al., 2013)

4.2.4 Pastilka

Na trhu jsou dostupné 4 mg pastilky Nicorette a 1,5 nebo 4 mg pastilky NiQuitin. Používají se tak, že se nechají rozpustit v ústech. Nepolykají se ani se nežvýkají. (Králíková, et al.) Na internetových stránkách nicorette.cz se lze dozvědět, že s pastilkou v ústech by pacienti neměli pít ani jíst. Potraviny a nápoje snižující pH v ústech, snižují absorpci nikotinu. Kyselým potravinám je nutné se vyhybat i 15 minut před užitím pastilky.

Je doporučováno užívat nejméně 6 pastilek denně po dobu 6 týdnů. Poté je možné jejich dávkování postupně snižovat. Celková doba užívání pastilek je 12 týdnů. (Králíková, et al., 2013)

4.3 Bupropion

Bupropion je duální antidepresivum. V současné době se používá při léčbě odvykání kouření a depresivní poruchy. Svým působením ovlivňuje dopaminergní a noradrenergní systém v CNS. Jedná se o selektivní inhibitor neuronálního zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu. Zvyšuje koncentraci dopaminu a noradrenalinu v CNS, které vyplavil nikotin a tímto mechanismem prostřednictvím dopaminu potlačuje craving a ovlivněním noradrenalinu abstinenční příznaky. Bupropion se odbourává

v játrech na tři hlavní metabolity. Metabolit hydroxybupropion je antagonistou $\alpha 4\beta 2$ nikotinových receptorů. (Žourková, 2007)

„Začíná se užívat 1-2 týdny před dnem D, týden 150 mg denně, pak se dávka může zvýšit ne více než na 300 mg 2krát denně 3-6 měsíců.“ (Králíková et al., 2013, str. 390)

Mezi nejčastější nežádoucí účinky bupropionu patří sucho v ústech a nespavost. Příležitostně může také dojít ke zvýšení krevního tlaku. U pacientů trpících křečovými stavy typu epilepsie, u pacientů s bulimií, anorexií a u těch, kteří užívali blokátory monoaminoxidázy během posledních dvou týdnů a léky obsahující bupropion, je užívání bupropionu kontraindikováno. (Králíková et al., 2013)

4.4 Vareniklin (Champix)

Vareniklin je parciální agonista $\alpha 4\beta 2$ acetylcholin-nikotinových receptorů, což znamená, že působí jako agonista i antagonist. (Králíková et al., 2013)

„Agonistický vliv: Navazuje se na tyto receptory stejně jako nikotin, také následuje vyplavení dopaminu, ale nedochází ke krátkému peaku jako po potažení z cigarety, ale k několikahodinovému dosažení zhruba 60 % maxima v porovnání s kouřením – potlačuje tak abstinenci příznaky a nutkavou potřebu dávky drogy.“ (Králíková et al., 2013, str. 388)

„Antagonistický vliv: Protože receptory jsou obsazeny vareniklinem, po potažení se nikotin z tabákového kouře na ně nemůže navázat, dopamin se nevyplaví a odměna se nedostaví.“ (Králíková et al., 2013, str. 388)

Doporučená doba užívání je nejméně 3 měsíce, lépe však 6 měsíců a déle. Účinnost vareniklinu se zvyšuje s délkou jeho užívání. Mezi jeho nejčastější nežádoucí účinky patří lehká nevolnost po spolknutí tablety, která postihuje zhruba 30 % uživatelů. Tato nauzea obvykle trvá do 30 minut a do několika týdnů zcela odezní. Je tedy doporučeno užívat tablety po jídle či mezi jídly, nikoli na lačno a dostatečně je zapít.

„U všech tří léků první linie se ukazuje zvýšení úspěšnosti, pokud jsou užívány 6 namísto 3 běžně doporučovaných měsíců. Je tedy vhodné doporučit dlouhodobé užívání pacientům zejména více závislým či těm, kteří mají za sebou neúspěšné pokusy.“ (Králíková et al., 2013, str. 392)

4.5 Kombinace léků první linie

Především u více závislých kuřáků zvyšuje kombinace léků úspěšnost jejich léčby a vede k výraznějšímu potlačení abstinčních příznaků. Mezi typickou kombinací patří náplast s některou z rychle působících forem náhradní nikotinové terapie. Dále lze zkombinovat náhradní nikotinovou terapii s bupropionem a vareniklin s bupropionem. (Králíková et al., 2013)

III. Praktická část

5. Cíle výzkumu

Cílem praktické části této práce bylo zmapovat základní znalosti o léčbě závislosti na tabáku mezi kuřáky na Kolínsku a získat informace o tom, jaké mají k léčbě této závislosti sami postoje.

6. Výzkumné otázky

1. Jaká je informovanost o možnostech léčby závislosti na tabáku mezi kuřáky na Kolínsku?
2. Jaká je poptávka po léčbě závislosti na tabáku mezi kuřáky na Kolínsku?
3. Uvítali a využívali by kuřáci na Kolínsku ambulantní zařízení zabývající se léčbou závislosti na tabáku?

7. Metodika výzkumu

7.1 Metody sběru dat

Data byla sbírána metodou kvantitativního dotazníku (viz příloha č. 1), který byl složen z 11 uzavřených a otevřených otázek. Dotazník byl sestaven tak, aby stručně a jasně zachytil odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky. Celkem odpovědělo 148 respondentů. Z oslovených kuřáků odmítlo dotazník vyplnit 71 lidí, kteří jako nejčastější důvod zmiňovali nedostatek času.

První tři otázky byly zaměřené na zjištění základních sociodemografických údajů a to pohlaví, věku a dosaženého vzdělání. Druhá trojice otázek zjišťovala kuřácký status respondentů, zdali se někdy pokoušeli přestat kouřit a zda mají zájem zanechat kouření do budoucna. Další otázky byly zaměřeny na zjištění informovanosti o možnostech léčby, a kým byly tyto informace poskytnuty. Poslední dvě otázky zjišťovaly, mají-li dotazovaní povědomí, kam se v Kolíně obrátit v případě zájmu o léčbu a zda by uvítali zařízení, které by na léčbu závislosti na tabáku bylo zaměřené.

Realizace sběru dat probíhala v průběhu května 2014. Vzorek respondentů byl vybírán pomocí metody příležitostného výběru. Kritériem pro účast ve výzkumu bylo, aby potenciální respondent byl aktivní kuřák. Dále zde byla snaha o získání vzorku respondentů, kde by výrazně nepřevažovali respondenti jednoho nebo druhého pohlaví. Na základě tohoto byli potenciální respondenti oslovováni v obchodním centru Futurum Kolín a po dohodě s praktickými lékaři i ve dvou čekárnách jejich soukromých praxí. Potencionálním respondentům jsem se nejprve představila a vysvětlila jim, z jakého důvodu je oslovuji, následně jim byla položena otázka, zda jsou kuřáci a pokud byla jejich odpověď kladná, nabídla jsem jim účast ve výzkumu a dotazník k vyplnění. Celkem bylo

sesbíráno 148 vyplněných dotazníků. 106 dotazníků bylo získáno od návštěvníků obchodního centra a zbývajících 42 od pacientů lékařských ordinací.

7.2 Výzkumný soubor

Cílovou populací tohoto výzkumu byli aktivní kuřáci žijící v Kolíně a v okolí. Dotazník vyplnilo celkem 148 respondentů. Z celkového počtu vyplněných dotazníků jich k dalšímu zpracování bylo použito 147. Jeden dotazník byl vyřazen z toho důvodu, že respondent, ač při oslovení uvedl, že je kuřák, tak do dotazníku vepsal poznámku, že již nekouří.

7.3 Metody analýzy dat

Data získaná z vyplněných dotazníků byla dále analyzovaná pomocí deskriptivní statistické metody.

Získané výsledky byly převedeny na procenta a v programech MS Word a Excel zaneseny do grafů.

7.4 Etika

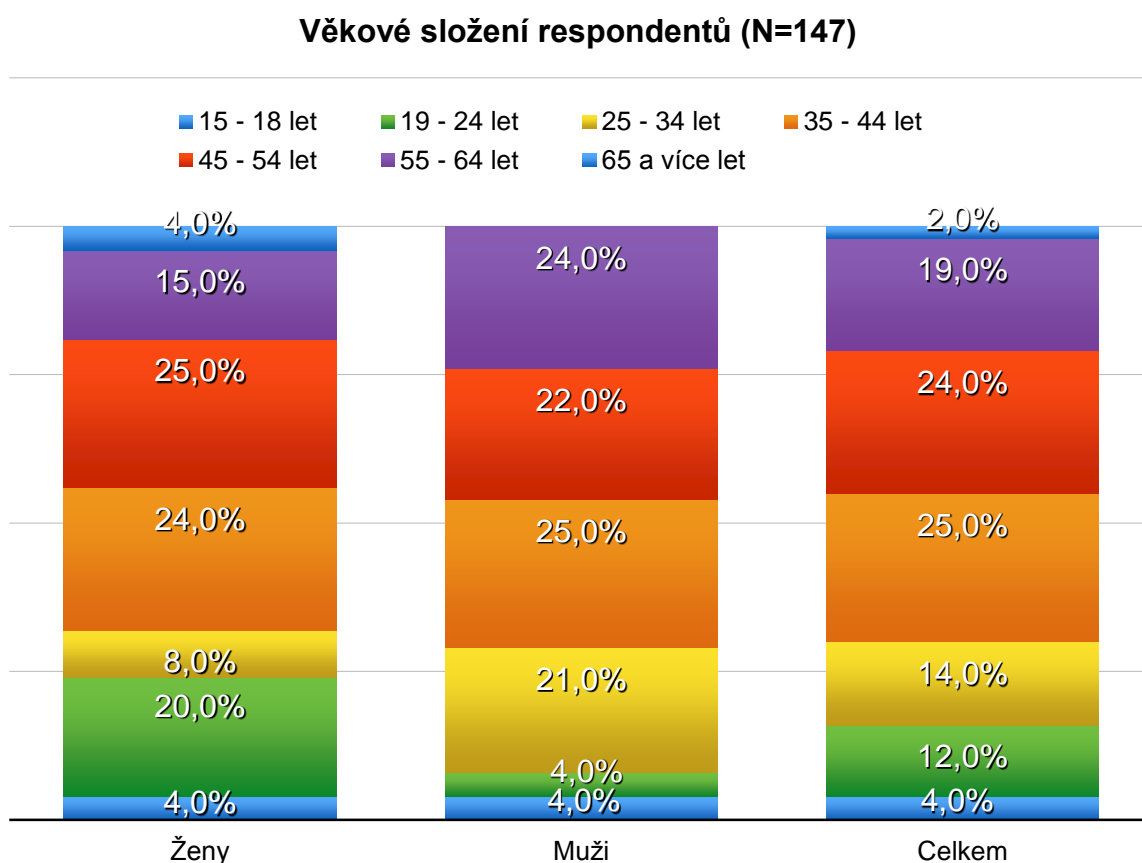
V úvodní části dotazníku byli respondenti informováni o skutečnosti, že údaje získané z dotazníkového šetření budou použity pouze pro účel této práce. Dále zde byli poučeni o tom, že dotazník je zcela anonymní a byli požádáni, aby z tohoto důvodu nikde neuváděli svá jména ani jiné kontaktní údaje. Zdůrazněna byla také dobrovolnost jejich účasti ve výzkumu.

8. Výsledky výzkumu

8.1 Popis výzkumného souboru

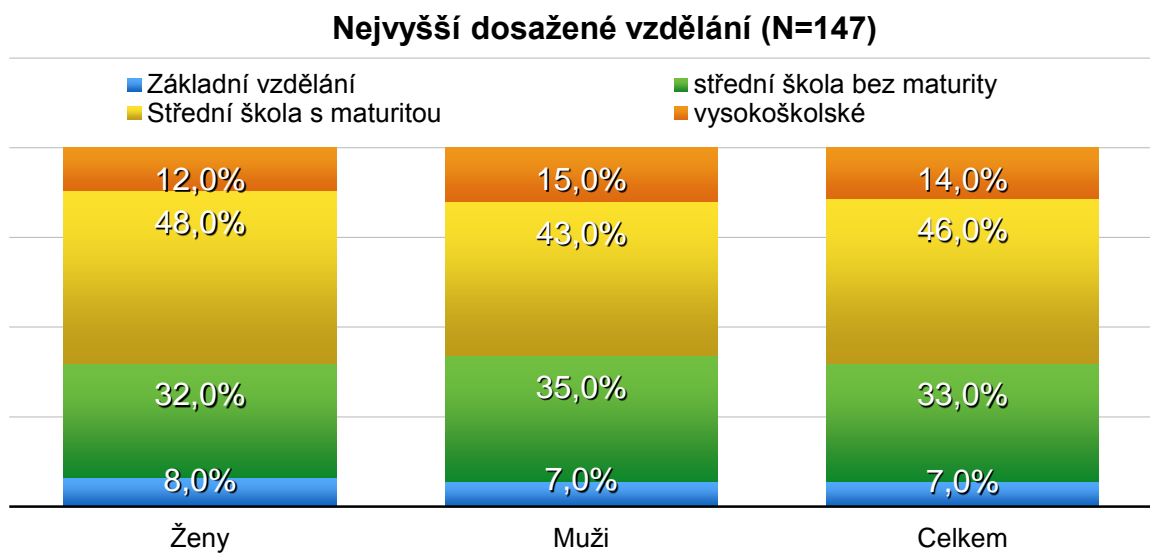
Výzkumný soubor byl tvořen celkem 147 respondenty. Z tohoto vzorku bylo zastoupeno 75 žen (51 %) a 72 mužů (49 %). Nejmladšímu účastníkovi výzkumu bylo 17 a nejstaršímu 84 let. Popis výzkumného souboru dále podrobněji zobrazují grafy číslo 1 a 2.

Na grafu č. 1 je vyjádřeno rozložení respondentů do věkových skupin. Procentuálně se výrazně neliší zastoupení žen a mužů v jednotlivých věkových skupinách. Pouze ve věkové skupině 19 – 24 let dominují ženy a ve věkové skupině 25 – 34 let naopak muži. Dalším výraznějším rozdílem je ten, že ve věkové skupině nad 65 let nebyl zastoupen ani jeden muž.



Graf č. 1: Věk respondentů

Graf č. 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce jsou zde zastoupeni respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou, druhý největší počet respondentů tvoří lidé se středoškolským vzděláním bez maturity, na třetím místě jsou respondenti s vysokoškolským vzděláním a nejmenší počet dotazovaných patří do skupiny se základním vzděláním.

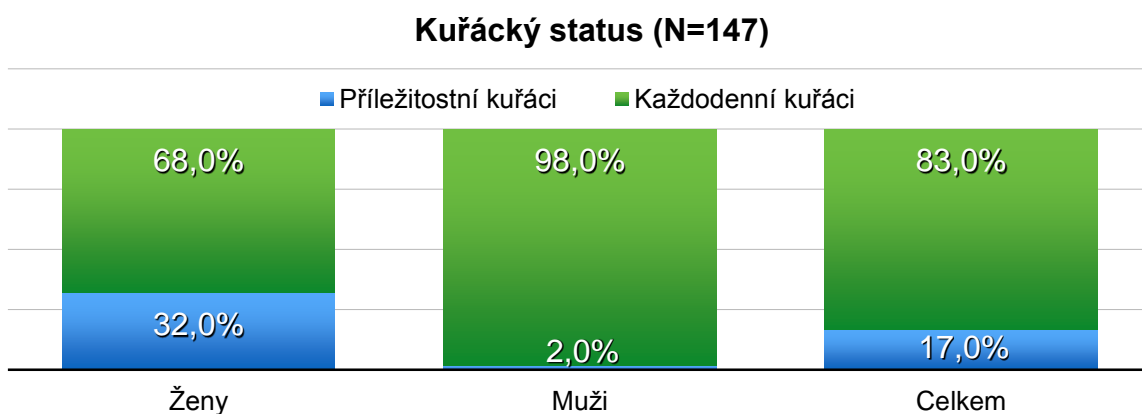


Graf č. 2: Vzdělání respondentů

Graf č. 3 je zaměřen na upřesnění kuřáckého statusu respondentů. Jak již bylo zmíněno, dotazník byl určen výhradně pro kuřáky, tudíž i okruh odpovědí byl zúžen pouze na to, zda se jedná o pravidelné či příležitostné kuřáky. 83 % respondentů uvedlo, že jsou pravidelní kuřáci a zbývajících 17 % se označilo za kuřáky příležitostné. V odpovědích na tuto otázku můžeme pozorovat velký rozdíl mezi ženami a muži. Zatímco denně kouří 68 % oslovených žen a příležitostně 32 % respondentek, tak co se týče mužů, pouze jeden muž ze 72 dotazovaných respondentů uvedl, že je příležitostný kuřák. Podle výzkumné zprávy Státního zdravotního ústavu (2012) je v České republice 4,9 % nepravidelných, příležitostných kuřáků. V odpovědích na tuto otázku tedy lze pozorovat významnou odchylku od reálného stavu.

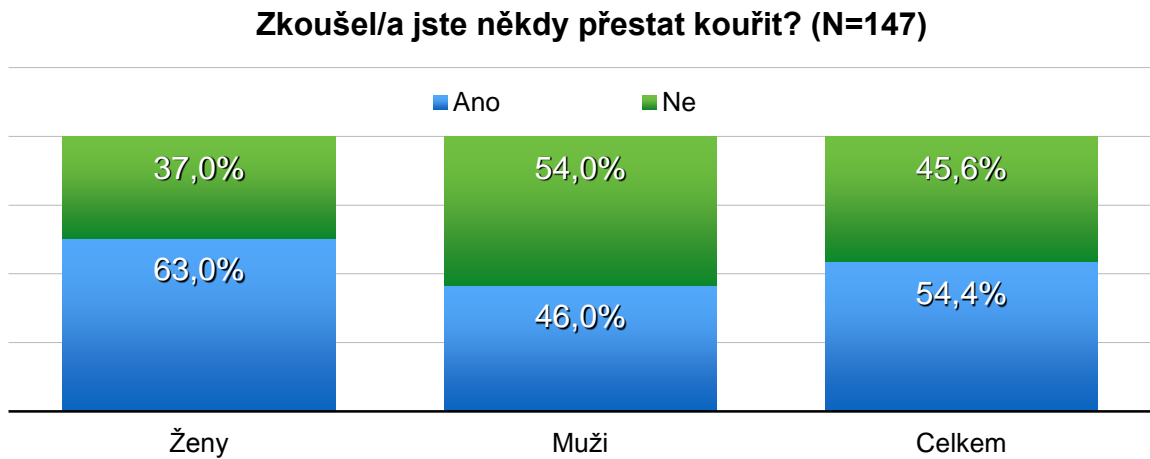
Respondenti, kteří uvedli, že jsou každodenní kuřáci, uváděli i počet vykouřených cigaret za den. I zde je patrný větší rozdíl mezi ženami a muži. Dotazované ženy průměrně denně vykouří 8,6 cigarety. Respondentka s nejmenším počtem kusů vykouřených za den uvedla 5 cigaret a na opačném pólu byla respondentka s 35 vykouřenými cigaretami. Dotazovaní muži denně vykouří průměrně 19 cigaret, což znamená, že jsou více než dvojnásobně silnější kuřáci než ženy. Nejvíce uvedených cigaret u muže bylo 60 a nejmenší počet byl 8.

Výpočet směrodatné odchylky signalizuje velké vzájemné odlišnosti mezi jednotlivými respondenty. U mužů dosahuje směrodatná odchylka hodnoty 13,2 cigaret, jednotlivé odpovědi se tedy ve většině případů velmi liší od celkového průměru. U žen činí směrodatná odchylka 4,89 cigaret. Počet cigaret, které jednotlivé respondentky vykouří, se tedy blíží průměru více než u mužů.



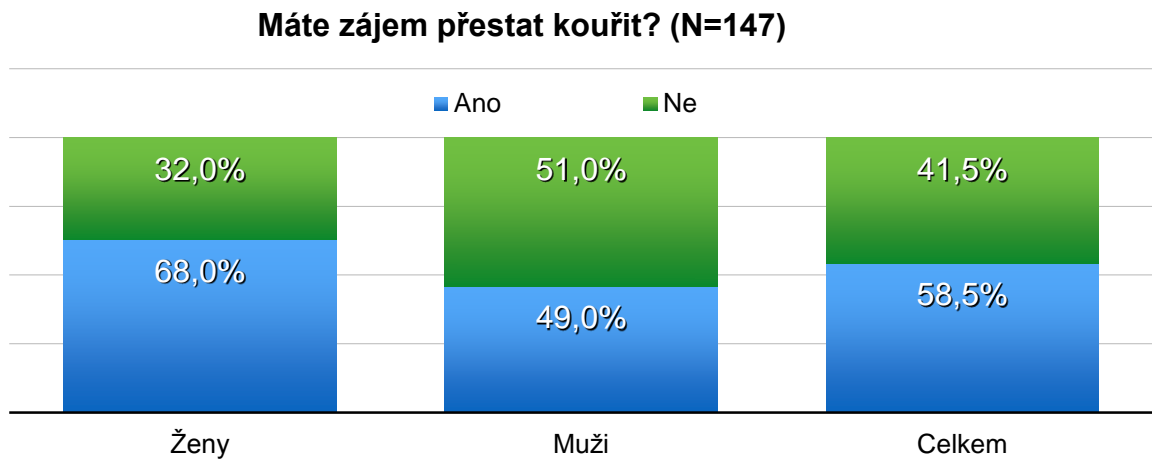
Graf č. 3: Kuřácký status

Graf číslo 4 znázorňuje výsledky otázky, která u výzkumného vzorku zjišťovala, zda respondenti někdy v životě zkusili abstinovat od kouření cigaret. Celkem takový pokus absolvovalo 54,4 % dotázaných. 45,6 % respondentů uvedlo, že se o pokus přestat s kouřením nikdy nepokusili. S kouřením se pokoušelo přestat o 17 % více žen ve srovnání s muži.



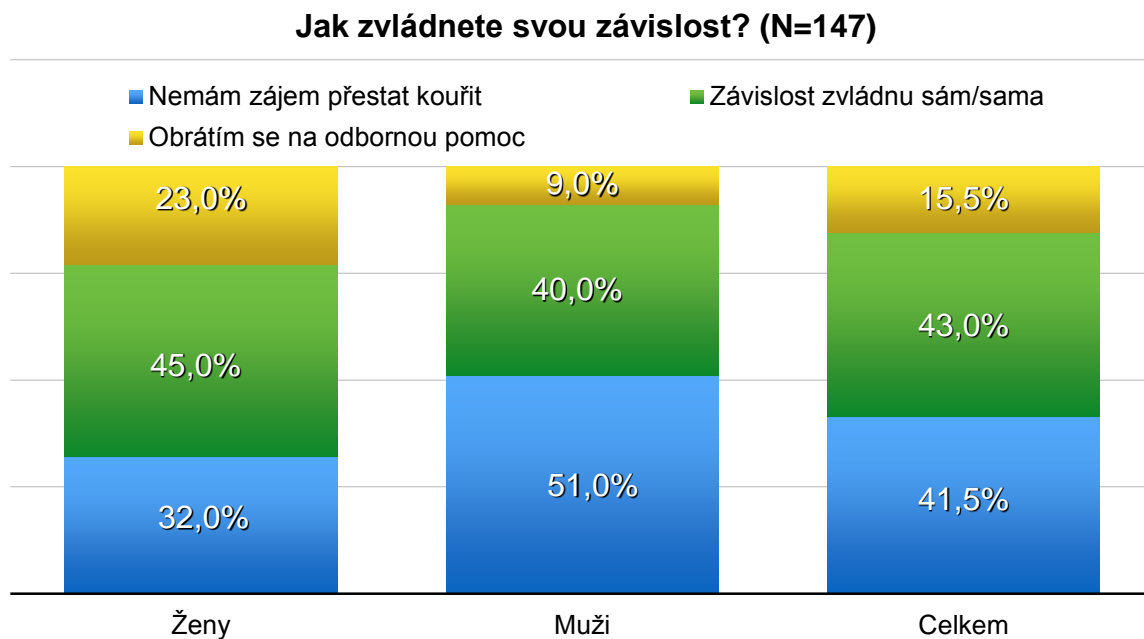
Graf č. 4: Pokusy o zanechání kouření

Graf číslo 5 zobrazuje, kolik respondentů by si přálo zanechat kouření. Přestat kouřit by rádo celkem 58,5 % dotázaných. 41,5 % dotazovaných uvedlo, že zájem nemají. I v této otázce převažují ženy nad muži o celých 19 %.



Graf č. 5: Zájem o zanechání kouření

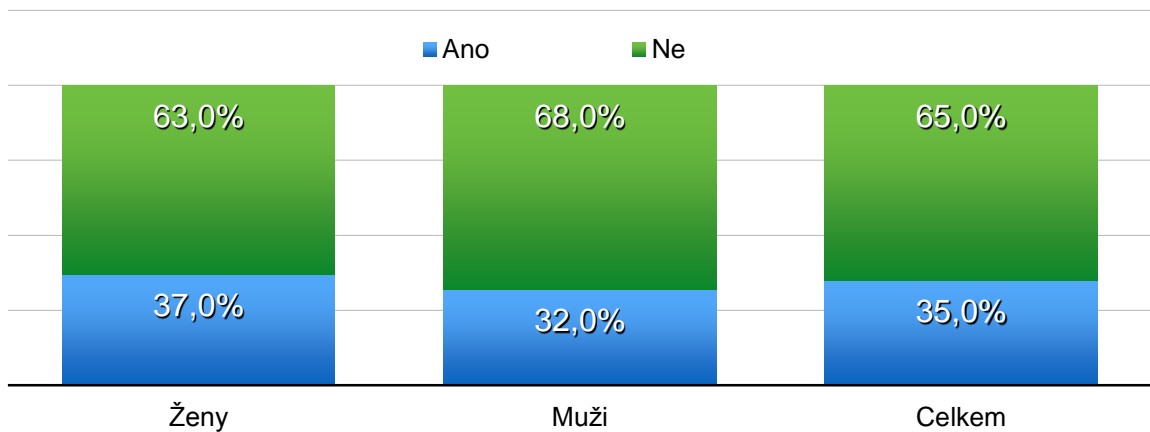
Graf číslo 6 zobrazuje otázku, která zjišťovala, zda by kuřáci, kteří mají zájem přestat kouřit, při své snaze o abstinenci využili odborné pomoci, či se snažili zvládnout abstinovat vlastními silami. Odbornou pomoc by využilo celkem 15,5 % dotázaných. Ženy jsou odborné pomoci více než dvojnásobně více nakloněné než muži. Srovnatelný počet respondentů obou pohlaví by se pak pokusil se závislostí na tabáku poradit vlastními silami.



Graf č. 6: Postoj k vlastní závislosti na tabáku

Další otázka byla zaměřena na zjištění, zda respondenti byli podrobeni krátké intervenci. Tj. zda se jich někdy jejich lékař, lékárník či jiný zdravotník zeptal, zda kouří, zda jim doporučil přestat a informoval je o možnostech léčby. Výsledky jsou znázorněny na grafu číslo 7. Takovéto intervenci bylo vystaveno pouhých 35 % lidí z celkového počtu respondentů. Ti dále ve svých odpovědích uváděli, že této intervence se jim dostalo od jejich praktických lékařů a v několika málo případech od lékárníků.

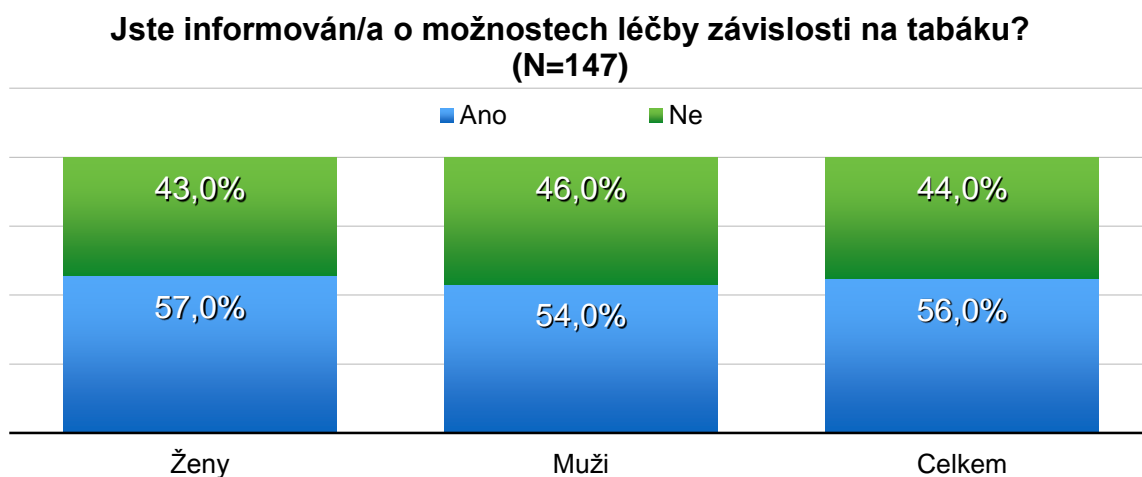
Byla vám někdy poskytnuta krátká intervence? (N=147)



Graf č. 7: Krátká intervence v odvykání kouření od zdravotnického personálu

O možnostech léčby závislosti na tabáku je informováno, či si myslí, že je informováno 56 % dotázaných, jak lze vidět na grafu číslo 8. Rozdíly mezi ženami a muži zde nejsou nikterak vysoké. Ženy jsou oproti mužům informovanější o pouhých tři procenta. Ti, kteří na tuto otázku odpověděli „ano“ uváděli jako nejčastější možnost léčby závislosti na tabáku žvýkačky a náplasti. Tyto dvě odpovědi, se vyskytovali u naprosté většiny dotázaných.

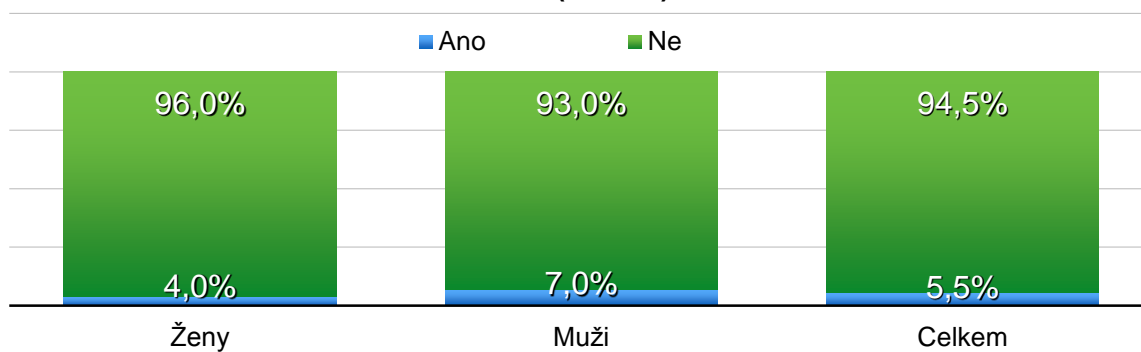
Několik respondentů v odpovědi na tuto otázku uvedlo také bonbóny, akupunkturu a praktického lékaře. Sporadicky se ve výčtu možností léčby závislosti na tabáku objevila také biorezonance a elektronická cigareta. Pouze 2 respondenti do svých odpovědí zmínili psychoterapii a léky. Nicméně ani jeden respondent neuvedl konkrétní název léčebného preparátu.



Graf č. 8: Informovanost o možnostech léčby závislosti na tabáku

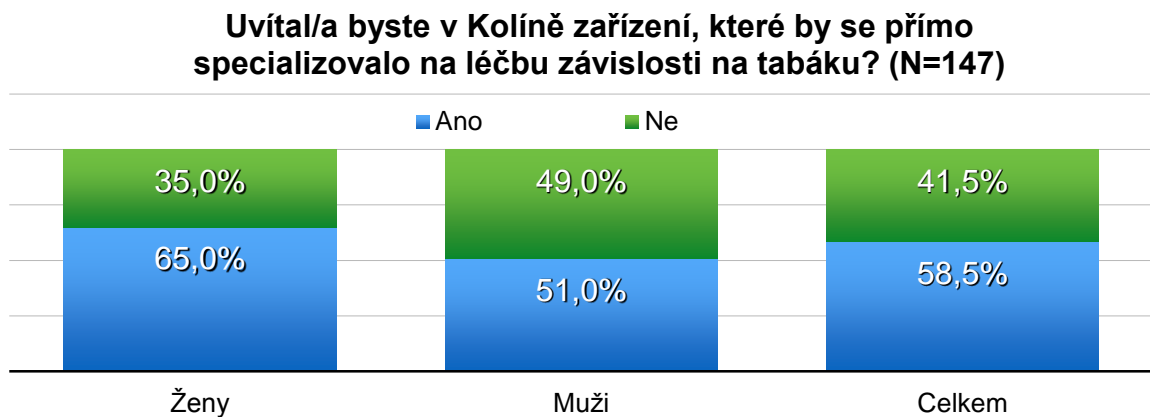
Další otázka zjišťovala, zdali mají respondenti povědomí o tom, kam se v případě zájmu o ambulantní léčbu závislosti na tabáku obrátit. Naprostá většina dotazovaných na tuto otázku odpověděla záporně. Zbývajících 5,5 % dotazovaných ve svých odpovědích uvedlo, že by se obrátili na svého praktického lékaře.

Víte, kam se v Kolíně obrátit v případě zájmu o ambulantní léčbu? (N=147)



Graf č. 9: Znalost možností léčby závislosti na tabáku v regionu

Poslední otázka si kladla za cíl zjistit, byl-li by mezi kuřáky na Kolínsku zájem o specializované pracoviště, či specializované oddělení nemocnice, které by bylo přímo zaměřené na léčbu závislosti na tabáku a zda by jej někdy v budoucnu využili. Z celkového počtu respondentů jich na tuto otázku kladně odpovědělo 58,8 %. Ženy by o takové pracoviště měly opět větší zájem než muži a to o celých 14 %.



Graf č. 10: Zájem o možnostech léčby závislosti na tabáku v regionu

IV. Diskuze a závěr

Téma, které jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila, mělo stanoveno dva základní cíle. Cílem teoretické části práce bylo stručně popsat základní pojmy, jako jsou tabák a nikotin, nastínit princip závislosti na tabáku a její neurobiologii, dále popsat metody diagnostiky závislosti na tabáku a možnosti její léčby. Cílem praktické části této práce bylo provést úvodní mapování znalostí týkajících se možností léčby závislosti na tabáku a také postojů k této léčbě mezi kolínskými kuřáky.

K 1. 1. 2014 mělo město Kolín dle Českého statistického úřadu 31 026 obyvatel. Z údajů získaných od vzorku 147 respondentů, který díky své velikosti nelze považovat za reprezentativní, není možné vyvozovat obecné závěry. Výsledek tohoto výzkumu však lze považovat za úvodní sondu do problematiky zabývající se znalostmi a zájmem o léčbu závislosti na tabáku mezi kuřáky na Kolínsku.

Praktická část výzkumu byla realizována prostřednictvím kvantitativní metody, konkrétně dotazníkovým šetřením. Ferjenčík (2000) uvádí, že dotazník ve své základní podobě není nic jiného než standardizovaný rozhovor. Mezi výhody dotazníku dle něj patří úspora času a finančních prostředků a to, že data lze obvykle lépe kvantifikovat.

Jako většina metod má i dotazník své nevýhody. Ferjenčík (2000) zmiňuje tyto: menší pružnost (např. nelze klást doplňující otázky), formulace otázek nemusí být dostatečně srozumitelná všem respondentům, nižší věrohodnost dat a v neposlední řadě to, že příprava dotazníku si vyžaduje větší pečlivost než příprava rozhovoru.

Výběr respondentů byl realizován prostřednictvím příležitostného výběru. Ferjenčík (2000) uvádí, že příležitostný výběr je přijatelnou první sondou do problematiky, kterou potom právě na základě pilotáže získaných informací přezkoumáme důkladněji na reprezentativních vzorcích. Příležitostný výběr tedy nezaručuje reprezentativnost vzorku, jelikož je konstituován z nejdostupnějších členů populace.

První výzkumná otázka zkoumala informovanost o možnostech léčby závislosti na tabáku mezi kuřáky na Kolínsku. 57 % dotázaných žen a 54 % dotázaných mužů v dotazníku uvedlo, že jsou o možnostech léčby závislosti na tabáku informováni. Nicméně výsledky další části otázky, která měla jejich znalost ověřit, ukázaly, že většina respondentů má povědomí pouze o náhradní terapii nikotinem. Toto může být zapříčiněno i tím, že pouze 35 % respondentům se dostalo alespoň krátké intervence. Je na místě se domnívat, že pokud by se nejen lékaři, ale i další zdravotníci svých pacientů více dotazovali, zda kouří a opakovaně by jim nabízeli pomoc, tak je zde velká pravděpodobnost, že by si kouření přálo zanechat více kuřáků.

Cílem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, jaká je mezi kuřáky na Kolínsku poptávka po léčbě závislosti na tabáku, zda je o léčbu mezi kuřáky zájem. Celkem 15,5 % dotazovaných uvedlo, že by při odvykání rádo využilo odborné pomoci. Avšak pouze 5,5 % respondentů dokázalo uvést nějaké konkrétní místo, kam by se v případě zájmu o

ambulantní léčbu obrátili. Všichni z těchto respondentů uvedli, že by kontaktovali svého praktického lékaře. Každý lékař se však svým přístupem liší a zcela jistě se liší i postoje praktických lékařů ke kouření. V této chvíli tedy lze jen spekulovat, jaké informace by se ke kuřákovi dostali a jakou formou. Neboť stejně jako je možné svým empatickým a citlivým přístupem kuřáka k léčbě motivovat, tak stejně tak rychle ho je možné od abstinence odradit. Přístup a postoje praktických lékařů k problematice závislosti na tabáku, a to nejen na Kolínsku, považuji za zajímavé téma, které by mohlo být rozpracováno například v diplomové práci.

Co se týče zařízení, která mají kuřáci na Kolínsku k dispozici, jsou zde tyto možnosti. Jak se již bylo zmíněno, kuřáci mohou navštívit svého praktického lékaře a požádat ho o informace, rady či pomoc. Dále se mohou obrátit na plicní oddělení Oblastní nemocnice Kolín, či se zde nabízí možnost nově otevřeného proti nikotinového centra na kolínské poliklinice, které nabízí léčbu závislosti na tabáku pomocí biorezonance.

Vzhledem k nízké informovanosti o možnostech léčby lze tvrdit, že na služby plicního oddělení bude kuřák odkázán až tehdy, bude-li mít výraznější potíže dýchacího ústrojí.

Ráda bych zde trochu více rozvedla možnost léčby pomocí biorezonance, kterou nabízí místní proti nikotinové centrum. Na internetových stránkách tohoto centra se lze dočíst následující informace: *„Biorezonanční metoda je bezbolestná a nemá negativní účinky na organismus. Tělo není nikdy vystaveno jakémukoliv druhu proudu. Při zákrocích vedených proti nikotinovým závislostem je úspěšnost až 80 %.“* (www.nekourit.cz)

Biorezonance je zde dále prezentována jako z praxe vysoce úspěšná metoda, v rámci které bude kuřákovi aplikován čip, který zajistí, prodloužení účinků léčby.

Po zhlédnutí internetových stránek, jsem došla k tomu závěru, že je zde určitá pravděpodobnost, pokud by neinformovaný či jen několika málo informacemi vybavený kuřák, který by měl zájem o odbornou pomoc při léčbě odvykání kouření, narazil za těchto okolností na takovouto nabídku, že by se mu tato metoda jevila jako velmi atraktivní a to už jen z toho důvodu, že léčba pomocí biorezonance je zde prezentována jako metoda, která má velmi vysokou prokázanou účinnost a pacient nebude muset do osvobození se od svého návyku investovat téměř nic kromě určitého finančního obnosu. Za optimistické považuji, že ze vzorku respondentů, kteří uvedli, že jsou informováni o možnostech léčby, pouze jeden dotazovaný zmínil biorezonanci, jako léčebnou metodu. Bohužel však nelze tvrdit, že je to zapříčiněno tím, že se mezi kuřáky ví, že tato metoda nepatří mezi standardní a už vůbec ne mezi metody s takto prokázanou procentuální účinností, ale spíše je to vzhledem k výsledkům výzkumu způsobeno nízkou informovaností ohledně možností léčby, z čehož vyplývá, že většina oslovených kuřáků o biorezonanci pravděpodobně nikdy neslyšela, stejně jako neslyšela například o Bupropionu.

Poslední výzkumná otázka se pokoušela zjistit, zdali by kuřáci na Kolínsku uvítali zařízení, které by se zabývalo léčbou závislosti na tabáku a pokud by takové pracoviště bylo k dispozici, zdali by jeho služeb využili. Téměř 59 % dotazovaných na tuto otázku odpovědělo kladně. Za předpokladu, že by na Kolínsku v budoucnu takové zařízení vzniklo asi nelze očekávat, že by jeho služeb okamžitě využilo takové množství lidí. Za dobré však považují, že se nadpoloviční většina dotázaných kuřáků případné odborné pomoci nebrání.

Shrnutím výsledků praktické části lze říci, že ačkoliv téměř 60 % kuřáků by si přálo s kouřením přestat a téměř polovina to alespoň jednou již zkusila, tak krátká intervence je poskytovaná minimálně a informace o účinné léčbě prakticky chybí. Pokud by se zdravotníci více zajímali o kouření svých pacientů, je pravděpodobné, že by si přálo s kouřením přestat ještě více kuřáků.

Z celé praktické části práce se potvrzuje poznatek, že je třeba zvyšovat informovanost o rizicích spojených s kouřením a o jeho léčbě. Jako dobrý zdroj těchto informací, který se dostane k co největšímu počtu lidí, se mi jeví kampaň probíhající formou reklamních spotů v televizi či alespoň formou informativních sloupků v novinách, časopisech a podobně, která by kuřáky minimálně odkazovala na praktické lékaře, lékárníky a jiný zdravotnický personál, který by byl v této problematice řádně vzděláván, jelikož je škoda, že tento velký potenciaální zdroj informací není kuřáky dostatečně využíván.

Větší a lepší informovanost o léčbě a její případná dostupnost by tak mohla pomoci přestat významnému počtu kuřáků.

Na závěr mohu říci, že práce splnila předem vytyčené cíle a zodpověděla všechny výzkumné otázky.

V. Použitá literatura a informační zdroje

1. Champix.cz (2014). *Jak kuřáka motivovat*. Dostupné z <http://www.champix.cz/jak-kuraka-motivovat>
2. Centers for disease control and prevention. *Secondhand Smoke (SHS) Facts*. Staženo 15. července 2014 z http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/general_facts/
3. Ballantine, C. (2009). *What is third-hand smoke? Is it hazardous?* Staženo 15. července z <http://www.scientificamerican.com/article/what-is-third-hand-smoke/>
4. Český statistický úřad (2014). *Počet obyvatel v obcích střeďočekského kraje*. Staženo 21. června 2014 z http://www.czso.cz/xs/redakce.nsf/i/pocet_obyvatel_v_obcich_stredoceskeho_kraje_k_1_1_2014
5. Čupka, J., Dohnal, K., Konštacký, S., Králíková, E., Mucha, C., Nešpor, K. (2005). *Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro praktické lékaře*. Staženo 15. června z http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/ke_stazeni/Lecba-zavislosti-na-tabaku-farmakoterapie.pdf
6. Doll, R., Peto, R., Boreham, J., Sutherland, I. (2004). *Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors*. Staženo 14. Června 2014 z <http://www.ctsu.ox.ac.uk/deathsfromsmoking/publications.html>
7. Dvořáček, J. (2008). *Neurobiologie závislosti*. In Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha; GRADA Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1411-0
8. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha; Portál, s.r.o. ISBN 80-7178-367-6
9. Gilman, S. L., Xun, Z. (2006). *Příběh kouře. Člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*. Praha; Dybbuk. ISBN 80-86862-23-2
10. Kmeťová, A., Králíková E. (2013). *Novinky v léčbě závislosti na tabáku*. Med. praxi 2013; Staženo 23. května z <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/08/08.pdf>
11. Králíková, E., Kozák, J. T. (2003). *Jak přestat kouřit*. Praha; MAXDORF s.r.o. ISBN 80-85912-68-6

12. Králíková, E. (2003). *Tabák a závislost na tabáku. Kapitola 3/10*. In Kalina K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Praha; Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6
13. Králíková, E. et al. (2013). *Závislost na tabáku – epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav; ADAMIRA, s.r.o. ISBN 978-80-904217-4-5
14. Králíková, E., Býma S., Cífková R., Češka, R., Dvořák, V., Hamanová, J., Horký, K. et al. (2005). *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Časopis lékařů českých, 144, č. 5, Staženo 12. května z http://www.kardioccz.cz/resources/upload/data/27_34_zavislost_tabak.pdf
15. Kurakovaplice.cz (2014). *Co je to pasivní kouření – definice*. Staženo 16. července z http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/pasivni-koureni-a-obrana/2-co-je-to-pasivni-koureni-definice.html
16. Minařík, J. (2008). *Tabák, Přílohy, kapitola 9*. In Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha; GRADA Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1411-0
17. Nešpor, K., Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí*. Psychiatrické centrum Praha; Marcom spol. s.r.o. ISBN 80-85121-52-2
18. Nekourit.cz (2014). *Proti nikotinové centrum*. Staženo 16. července 2014 z http://www.nekourit.cz/?clanek=prubeh_odvykani
19. Nicorette.cz (2014). *Inhalátor Nicorette*. Staženo 2. července 2014 z <http://www.nicorette.cz/nicorette-inhalator>
20. Nicorette.cz (2014). *Pastilky Nicorette*. Staženo 2. července 2014 z <http://www.nicorette.cz/nicorette-mint-lisovane-pastilky>
21. Pilařová, L. (2003). *Problematika závislosti na nikotinu*. Psychiatrie pro praxi 2003/5. Staženo 15. května 2014 z <http://solen.cz/pdfs/psy/2003/05/04.pdf>
22. Popov, P. (2001). *Návykové poruchy*. In Raboch, J., Zvolský, P. et al. *Psychiatrie*. Praha; Galén. ISBN 80-72-62-140-8
23. Rustin, T. (2000). *Assesing nicotine dependence*. Staženo 10. července 2014 z <http://www.aafp.org/afp/2000/0801/p579.html>

24. Státní zdravotní ústav (2011). Sovinová, H., Sadílek, P., Csémy L. *Tabák*. Staženo 10. července 2014 z <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/2013/ZpravaKuractvi2011.pdf>
25. Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha; Portál. ISBN 80-7367-154-9
26. Štěpánková, L., Kmeťová, A. (2014). *Využití motivačních rozhovorů při odvykání kouření, v práci s mladistvými a v primární zdravotnické péči*. In Soukup, J. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha; Portál s.r.o. ISBN 978-80-262-0607-1
27. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2014). *Mezinárodní klasifikace nemocí desátá revize*. Staženo 19. června 2014 z http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014.pdf
28. Žourková, A. (2007). *Bupropion – více než antidepressivum*. Staženo 3. června 2014 z <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2007/6-2007/Bupropion-vice-nez-antidepressivum/e-9p-a0-iL.magarticle.aspx>

VI. Přílohy

Příloha č. 1 – dotazník

Dotazník

Tento dotazník je určen pro aktivní kuřáky. Získané informace budou použity pouze pro účely tvorby bakalářské práce. Dotazník je vyplňován anonymně, nikde tedy prosím neuvádějte své jméno. Vámi zvolenou odpověď označte zaškrtnutím příslušného políčka. Tam, kde je možné, odpověď stručně dopište. Děkuji za Váš čas.

1. Pohlaví

- Muž
- Žena

2. Věk

3. Dosažené vzdělání

- Základní
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vysokoškolské

4. Kuřácký status

- Kouřím denně (uvedte počet cigaret)
- Kouřím příležitostně

5. Zkoušel/a jste někdy přestat kouřit?

- Ne
- Ano

6. Máte zájem přestat kouřit?

- Ne
- Ano

7. Máte-li zájem přestat kouřit, pokusíte se vaši závislost zvládnout vlastními silami, tj. bez jakékoliv odborné pomoci, nebo se obrátíte na nějaké specializované pracoviště?

- Nemám zájem přestat kouřit
- Svou závislost zvládnou sám/sama
- Obrátím se na odbornou pomoc (pokud víte na jaké místo, uveďte ho)

.....
.....

.....
.....

8. Poskytl vám někdy váš lékař, lékárník či jiný zdravotník krátkou intervenci o kouření? (tj. zeptal se vás na kouření, zda chcete přestat, doporučil vám přestat, informoval vás o možnostech léčby?)

- Ne
- Ano (Uveďte kdo)

.....
.....
.....
.....

9. Jste informován/a o možnostech léčby závislosti na tabáku?

- Ne
- Ano (uveďte, jaké možnosti znáte)

.....
.....
.....
.....

10. Víte na jaké místo se v Kolíně obrátit, pokud byste měl/a zájem o ambulantní léčbu závislosti na tabáku?

- Ne
- Ano (uveďte zařízení)

.....
.....
.....
.....

11. Uvítal/a byste na Kolínsku zařízení, které by se přímo specializovalo na léčbu tabákové závislosti a využíval/a byste jeho služeb?

- Ne
- Ano

Příloha č. 2 – Fagerströmův test nikotinové závislosti

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?
 - Během 5 minut (3 body)
 - Za 6-30 minut (2 body)
 - Po 60 minutách (0 bodů)

2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?
 - Ano (1 bod)
 - Ne (0 bodů)

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?
 - První ráno (1 bod)
 - Kteroukoliv jinou (0 bodů)

4. Kolik cigaret denně kouříte?
 - 31 a víc (3 body)
 - 21-30 (2 body)
 - 11-20 (1 bod)
 - 0-10 (0 bodů)

5. Kouříte častěji, intenzivněji během dopoledne než v jiné části dne?
 - Ano (1 bod)
 - Ne (0 bodů)

6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?
 - Ano (1 bod)
 - Ne (0 bodů)

Hodnocení součtu bodů:

- 0 – 2 žádná nebo velmi slabá závislost
- 3 – 4 slabá závislost
- 5 střední závislost
- 6 – 7 silná závislost
- 8 – 10 velmi silná závislost

