

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Tereza Králová

Poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v pobytové léčbě
uživatelů návykových látek: studie ve vybraných terapeutických komunitách ČR

Providing addiction counseling for smoking cessation in residential treatment among
drug users: a study in selected therapeutic communities in the Czech Republic

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Adam Kulhánek

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Zároveň 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, dne: 25. 4. 2018

Tereza Králová

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala za odborné vedení panu Mgr. Adamu Kulhánkovi, děkuji také za veškerou jeho energii, vstřícnost a za každou profesionální radu. Mé poděkování patří také všem pracovníkům terapeutických komunit, kteří obětovali svůj čas a zúčastnili se mého výzkumu. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu během celého studia a svým přátelům za jejich trpělivost a energii.

Tereza Králová

Identifikační záznam:

KRÁLOVÁ, Tereza. *Poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v pobytové léčbě uživatelů návykových látek: studie ve vybraných terapeutických komunitách ČR. [Providing addiction counseling for smoking cessation in residential treatment among drug users: a study in selected therapeutic communities in the Czech Republic].* Praha, 2018. 62 s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Adam Kulhánek.

Abstrakt

Východiska: Poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v pobytové léčbě uživatelů návykových látek je kontroverzním tématem pro odborníky v celém oboru adiktologie. Odborníci ze zahraničí téma oslovují mnohem častěji než odborníci v České republice, o čemž svědčí i realizace mnohých studií potvrzujících výhody současné léčby závislosti na tabáku a závislosti na jiných návykových látkách.

Cíl: Hlavním cílem studie je zmapovat, zda je v terapeutických komunitách pro uživatele návykových látek v České republice poskytováno adiktologické poradenství při odvykání kouření a pokud ano, tak jakým způsobem. Dílčím cílem práce je zjistit bariéry a důvody, které poskytování zmíněného poradenství brání.

Metody: Výzkum kombinoval kvalitativní a kvantitativní přístup. Výzkumný soubor byl získán metodou záměrného výběru. V kvantitativní části byly pro sběr dat použity online dotazníky, v kvalitativní části polostrukturovaná interview. Celkově bylo osloveno 14 terapeutických komunit. Online dotazník vyplnilo 10 pracovníků komunit a byla realizována 2 polostrukturovaná interview.

Výsledky: Studie tohoto zaměření nebyla v České republice doposud realizována, a tak práce přináší unikátní výsledky a podklady pro diskuzi, která by v síti českých adiktologických služeb měla být otevřena. Studie ukázala, že 64 % z oslovených terapeutických komunit pro uživatele návykových látek poradenství při odvykání kouření neposkytuje. Nejčastěji udávaným důvodem bylo přesvědčení pracovníků, že se nejedná o prioritní zaměření léčby. Z výsledků dále vyplývá, že zařízení, která program pro odvykání kouření poskytují, dávají přednost individuální formě poradenství s možnou podporou farmakoterapie.

Závěr: Již během sběru dat se potvrzovala nejistota, s jakou pracovníci zmíněné téma oslovují, a právě tato práce pro ně může být inspirací do praxe, jak s tématem pracovat, vzhledem k vysokému zastoupení kuřáků mezi adiktologickými klienty a vysoké mortalitě způsobené právě kouřením.

Klíčová slova:

kouření - tabák - závislost – poradenství – intervence – pobytová léčba

Abstract

Background: Providing of addiction consulting for smoking cessation in inpatient services for substance users is a controversial topic for professionals in the whole field of addictology. Foreign professionals focus on this topic more, which can be proven by studies confirming the advantages of concurrent treatment of tobacco and another substance addiction.

Aim: The main aim of this study is to find out if addiction consulting for smoking cessation is being provided to substance users in therapeutic communities in the Czech Republic and if yes, how is it being done. A partial goal is to discover the obstacles and reasons that prevent providing addiction consulting for smoking cessation in therapeutic communities.

Methods: The research is based on a combination of qualitative and quantitative approach. The research sample was obtained through the method of selective sampling. Online questionnaires were used in the quantitative part and semi-structured interviews in the qualitative part. Altogether, 14 therapeutic communities were involved. The online questionnaires were filled by 10 employees and 2 semi-structured interviews were conducted.

Results: A study with this topic hasn't yet been done in the Czech Republic, so this work provides unique results and background for discussion, which should be opened in the network of the Czech addiction services. This study has shown that 9 out of the 14 approached therapeutic communities for substance users (64 %) do not provide addiction counselling for smoking cessation. The most common given reason was workers' belief it is not the priority focus of the treatment. It was found out that those services that provide a programme for smoking cessation prefer individual form of consulting with a possible pharmacological support.

Conclusion: A difficulty and uncertainty could be observed in the way how workers deal with this topic while collecting data so this work could be an inspiration for them in practice because of the high proportion of smokers among addictological clients and the high mortality caused by smoking.

Keywords:

smoking – tobacco – addiction – counseling – intervention – residential treatment

Obsah

Úvod	12
Teoretická část	14
1. Terapeutická komunita	14
1. 1. Definice terapeutické komunity.....	14
1. 2. Cíle a prostředky terapeutické komunity.....	15
2. Adiktologické poradenství	15
2. 1. Poradenství a krátká intervence	16
2. 2. Práce s motivací.....	16
3. Epidemiologie užívání tabáku	17
3. 1. Prevalence kouření v dospělé populaci ČR	17
3. 2. Prevalence kouření mezi psychiatrickými pacienty	18
3. 3. Prevalence kouření mezi zdravotníky	18
3. 5. Mortalita a kouření	18
4. Kouření tabáku u komorbidních pacientů	19
4. 1. Depresivní porucha a kouření	19
4. 2. Závislost na tabáku v kontextu jiných závislostí.....	20
4.3. Kouření a lékové interakce.....	21
5. Léčba závislosti na tabáku.....	21
5.1. Princip léčby	21
5. 2. Léčba závislosti na tabáku u psychiatrických pacientů	23
5. 3. Síť služeb pro odvykání kouření ČR	23
6. Souběžná léčba závislosti na primární droze a závislosti na tabáku	24
6.1. Léčba závislosti na tabáku v prostředí českých adiktologických služeb.....	24
6. 2. Zahraniční studie	25
Výzkumná část	28

7. Výzkumná metodika	28
7.1. Cíl výzkumu	28
7.2. Výzkumné otázky	28
7.3. Výběr výzkumného souboru	28
7. 4. Metody získávání dat	29
7.5. Metody analýzy dat.....	32
7.6. Charakteristika výzkumného souboru	33
7.7. Etické aspekty výzkumu	34
8. Výsledky výzkumu	34
8.1. Je v TK pro uživatele návykových látek poskytováno adiktologické poradenství při odvykání kouření?.....	35
8. 2. Jakým způsobem je adiktologické poradenství při odvykání kouření v TK pro uživatele návykových látek poskytováno?	36
8.3. Jaké jsou hlavní důvody toho, že terapeutické komunity poradenství při odvykání kouření neposkytují?	39
9. Diskuze a závěr.....	42
9.1. Diskuze	42
9.2. Závěr.....	46
Bibliografie:	48
Přílohy	55

Seznam použitých zkratk

ČLS JEP – České lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

NIDA – National institute on drug abuse

NL – návyková látka/návykové látky

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

NNT – Náhradní nikotinová terapie

SZÚ – Státní zdravotní ústav

TK – Terapeutická komunita

WHO – World Health Organisation

Úvod

Užívání návykových látek je dlouhou dobu považováno za problém v oblasti veřejného zdraví v České republice, kouření tabáku se svými negativními dopady je jedním z hlavních problémů zmíněné oblasti. Česká republika patří dlouhodobě mezi země s nejvyšší prevalencí užívání tabáku v Evropě. Po legislativních změnách a platnosti nového zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek téma rezonuje nejen v široké veřejnosti, ale také mezi samotnými odborníky. Zákon, krom jiného, totiž ukládá povinnosti zdravotnickým pracovníkům poskytovat krátkou intervenci zaměřenou na kouření, kterou se ale ne všichni zdravotníci řídí (Kulhánek, 2017). Samotné odvykání kouření v pobytové léčbě uživatelů návykových látek implikované do léčby závislosti na jiných, většinou nelegálních látkách, je tématem diskutabilním, s nejednotným názorem odborníků, možná dokonce kontroverzním, a to je hlavní důvod, proč jsem se tématem rozhodla zabývat a zmapovat současné poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v terapeutických komunitách pro uživatele návykových látek. Neméně důležitým faktem pro mě, jako budoucího adiktologa, bylo zjištění, že samotní adiktologové mnohdy kouření tabáku u svých klientů bagatelizují, nechávají jim cigarety jako poslední záchranu, nenabízejí proaktivně řešení problémů, někteří s nimi dokonce sami tráví čas kouřením (Kulhánek, 2017). Situace vypadá tak, že kouření není pro mnohé adiktology atraktivním tématem, na které je důležité nezapomínat, což zcela nereflektuje situaci v České republice, o které vypovídají epidemiologická data o užívání tabáku nejen v obecné populaci, ale také mezi pacienty psychiatrie, kam naši klienti nesporně patří. Odvykání kouření navíc může přinést klientům značné výhody, nejen zdravotní ale také finanční. A nejsou to právě tyto dvě oblasti, které jsou pro adiktologické klienty jedny z nejdůležitějších? Má práce je založena na přečtení několika zahraničních studií (Campbell et al., 2017; McKelvey, Ramo & Thrul, 2017; Baca a Yahne 2009; Prochaska et al.; Kalman et al., 2006; Lemon, Friedmann & Stein, 2003; Frosch et al., 2000), ve kterých dle odborníků neexistuje důvod, proč by se kouření klientů nemělo řešit během léčby jejich primární závislosti. Během studia adiktologie se učíme, že klienta musíme vnímat komplexně, zvažovat všechny aspekty

jeho života při volení intervence vhodné pro individuálního jedince. Z jakého důvodu ale kouření často opomíjíme? Protože kouření v porovnání s jinými drogami nemá tak viditelné dopady? Protože jsme sami kuřáci a je pro nás těžké překonat ambivalenci, kterou to v nás může vyvolat? I těmito tématy se v práci zabývám. Ambice mé práce nejsou takové, aby se radikálně měnily názory adiktologických pracovníků, během studie jsem respektovala všechny názory a zkušenosti odborníků. Záměrem této práce je, kromě zmapování současné situace, téma odvykání kouření v terapeutických komunitách oslovit a položit základy pro odbornou diskuzi, která v českých adiktologických službách, na rozdíl od zahraničních, chybí.

Práce je rozdělena na část teoretickou, kde se zabývám principem terapeutické komunity a adiktologického poradenství, přináším epidemiologická data užívání tabáku a stěžejní částí je shrnutí českých a zahraničních studií, které byly na dané téma publikovány. Ve druhé, výzkumné části, mapuji současnou situaci poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v terapeutických komunitách pro uživatele návykových látek, zjišťuji, zda se komunity daným tématem zabývají, jakou formou program provádí a jaké jsou hlavní bariéry bránící poskytování poradenství při odvykání kouření v pobytové léčbě závislosti. Sběr a analýza dat proběhly na základě kombinace kvalitativního a kvantitativního přístupu.

Teoretická část

V celé teoretické části jsem vycházela z dostupné české odborné literatury a z dostupných odborných článků ze zahraničí, k jejichž vyhledávání jsem využívala odborné databáze, nejčastěji PubMed a ScienceDirect. Odborná literatura byla vyhledávána zejména na základě těchto klíčových slov: terapeutická komunita, tabák, kouření, odvykání kouření, souběžná léčba závislosti, závislost na tabáku. Zmíněná klíčová slova jsem vyhledávala i v anglickém jazyce. Všechnu použitou literaturu jsem řádně citovala v textu i na konci práce v seznamu bibliografie dle citační normy APA 6th edition za využití citačního manažeru Zotero. V práci není ukotvené používání označení klient a pacient z toho důvodu, že v kapitolách o TK bylo vhodnější označení klient, zatímco v kapitolách ze zdravotnického prostředí označení pacient.

1. Terapeutická komunita

Úvodní kapitola se bude věnovat stručnému popisu filozofie a programu terapeutických komunit (dále jen TK), jejich cíli a prostředky k jejich dosažení.

1. 1. Definice terapeutické komunity

Definice terapeutické komunity se v odborné literatuře vyskytuje několik. Uvedu chápání komunity dle Kaliny, De Leona a Kratochvíla. Terapeutická komunita je specializované rezidenční zařízení s neformální a otevřenou atmosférou, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci (Kalina, 2008). Dle standardů odborné způsobilosti se v TK poskytuje střednědobá a dlouhodobá odborná péče v rozsahu 6-18 měsíců (RVKPP, 2015). Primárním cílem komunity je pomáhat klientům v úzdavě jejich adiktologických poruch. Jiné pojetí chápe terapeutickou komunitu jako program rezidenční léčby, který využívá skupinu vrstevníků k facilitaci sociální a psychosociální změny v chování jedince (De Leon, 2000). Za tradiční je považována definice od Kratochvíla, který chápe komunitu nejen jako léčebnou instituci, ale v užším pojetí i jako psychoterapeutickou metodu, která je založena na vytváření intenzivních vztahů a organizaci skupiny společně žijících osob (Kratochvíl, 1979).

1. 2. Cíle a prostředky terapeutické komunity

Léčba v terapeutické komunitě se označuje jako léčba orientovaná na abstinenci. Abstinence je však pouze podmínkou léčby a pro budoucnost doporučovaným prostředkem k tomu, aby se klient mohl zapojit do běžného života bez škodlivého užívání návykových látek. Úkolem léčby je, aby klient objevil možnosti i omezení abstinence a využil ji k dalšímu rozvoji sebe sama v běžném životě. Cílem léčby je změna životního stylu. Režim a program v komunitě a jejich dodržování je prostředkem k dosahování změn v postojích, sebepojetí a prožívání. Po absolvování pobytu by měl být klient schopen rozhodovat se zodpovědně a svobodně (Adameček & Radimecký, 2015).

Adameček a Radimecký (2015) také uvedli, že základním prostředkem k dosažení cílů je samotný život v komunitě, který zahrnuje svá specifika, jako společné rozhodování, otevřená komunikace a konfrontace. To vše se snaží přibližovat reálnému životu. Klíčovým nástrojem terapeutické komunity je skupinová terapie, která může mít různý charakter. V komunitě se klienti mohou setkat se skupinou psychoterapeutickou, genderovou, hodnotící, edukační či nácvikovou (Kalina, 2008). Skupina je pro jedince zdrojem sociální podpory, zpětné vazby a naděje na změnu. Ve skupině se klient může potkat s dalšími klienty, kteří řeší stejné či podobné problémy. Skupina je místem, kde klient může najít pocit vzájemnosti. Ve skupině se také může lépe projevit to, jak jedinec funguje ve skutečném světě, což mu umožní, aby na svých problémech pracoval (Millerová, 2011).

Tým komunit je dle Kaliny (2008) multidisciplinární. Pracovníci mají různé vzdělání a různou délku praxe. Mezi odbornosti, které se v týmu objevují, patří sociální pracovník, adiktolog, psychiatr, zdravotní sestra, pracovního terapeut, psycholog a další. Složení týmu je reakcí na multifaktoriální příčinu závislosti.

2. Adiktologické poradenství

V části věnované adiktologickému poradenství budou popsány základní formy práce s klientem, včetně práce s klíčovým prvkem léčby, a sice jeho motivací.

2. 1. Poradenství a krátká intervence

Adiktologické poradenství je proces, při kterém adiktolog poskytuje klientovi ve vztahu partnerské spolupráce informace, rady, vedení a podporu při řešení jeho závislostního chování či problémů s tím spojených. Poradenství je přiměřené jeho aktuální životní situaci a životním potřebám tak, aby se zlepšila jeho schopnost se v situaci orientovat a na základě využití vlastních sil ji řešil nebo přijal. Klíčovou složkou práce je rozhovor s klientem (Millerová, 2011).

Krátká intervence může mít rozsah od jedné do šesti intervencí trvajících pět až dvacet minut (Čablová, Jurystová & Miovský, 2015). Původní verze krátké intervence pro kuřáky se skládá z 5 kroků, tzv. „5A“. První A označuje krok *Ask about tobacco use*, tedy ptát se na užívání tabáku, druhé A znamená *Advise to quit*, jasné doporučení přestat, třetí A symbolizuje *Assess willingness to make a quit attempt*, posoudit ochotu přestat, čtvrtým krokem je *Assist in quit attempt*, což znamená pomoc přestat a posledním A je *Arrange to follow-up*, neboli plánovat kontrolu (Fiore et al., 2008). Krátkou intervencí na téma kouření a závislost na tabáku je však možné realizovat v její nejzkrácenější podobě během desítek vteřin. Uvádějí se tři nejdůležitější kroky: ASK, ADVISE, ACT (Králíková, 2014). Dle § 26 odst. 2 zákona č. 65/2017 Sb. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (ČR, 2017) má každý zdravotnický pracovník, tedy i adiktolog, povinnost tuto intervenci poskytnout.

Novější koncepci minimální intervence určené jedincům závislým na tabáku přinesli odborníci z ministerstva zdravotnictví Nového Zélandu, a sice ABC přístup. A znamená *Ask*, tedy zeptat se každého na kouření a zaznamenat získané informace, B představuje *Brief*, tedy poskytnout stručnou, jasnou radu o tom, že by jedinec měl přestat kouřit bez ohledu na jeho motivaci či ochotu přestat a poslední C znamená *Cessation*, ve smyslu nabídnout službu odborné léčby pro odvykání kouření (The New Zealand Ministry of Health, 2014).

2. 2. Práce s motivací

Dostatečná motivace je při odvykání kouření stejně tak důležitá jako při léčbě závislosti na jiných látkách. S ohledem na klinické zkušenosti je právě z tohoto důvodu doporučována práce s klientem formou motivačních rozhovorů. Ve zmíněné technice

se používají obecné principy motivačních rozhovorů, jako je vyjádření empatie, podpora sebevědomí nebo rozvíjení rozporů a vhodné komunikační strategie, jako jsou otevřené otázky, reflektivní naslouchání, oceňování nebo shrnutí. Pracovat se dá individuálně, ale i skupinově (například určení dne D pro celou skupinu). Práce s motivací u jedince závislého na tabáku se zaměřuje na celé spektrum témat podobně jako u léčby závislosti na jiných návykových látkách. Příkladem je hledání důvodů, proč přestat kouřit, zvládnutí bažení nebo budování nové, nekuřácké identity (Soukup, 2014).

Pro práci s klientem, kterému motivace chybí nebo není tak silná, se doporučuje metoda „5R“. *Relevance* znamená, že intervence mají největší dopad, jsou-li cílené co nejvíce na momentální situaci klienta a na oblasti jeho života, které vnímá jako nejdůležitější, například obavy o zdraví. *Risks* vyjadřuje důležitost toho, aby klient uvedl potenciální negativní souvislosti kouření a pracovníci by měli zdůraznit opět ta rizika, která jsou nejvíce relevantní pro daného klienta. *Rewards* zahrnuje naopak benefity, které by mu odvykání kouření přineslo. *Roadblocks* označuje bariéry odvykání, které by měl klient identifikovat a následně nabídnout řešení, jak je překonat. *Repetition* vyjadřuje důležitost jednotlivé kroky opakovat při každém setkání s klientem (Králíková, 2013).

3. Epidemiologie užívání tabáku

Předchozí kapitoly představily prostředí, do kterého je práce koncipována a techniky, se kterými lze pracovat. Třetí kapitola nabídne zejména epidemiologická data vztahovaná na téma užívání tabáku.

3. 1. Prevalence kouření v dospělé populaci ČR

Státní zdravotní ústav je jedním z hlavních zdrojů dat o užívání tabákových výrobků v ČR. Dle SZÚ bylo v roce 2016 v dospělé populaci ČR celkem 28,6 % kuřáků tabáku. Z toho téměř 2/3 tvořili kuřáci, kteří vykouří alespoň jednu cigaretu denně. V procentuálním zastoupení byl patrný rozdíl v počtu kuřáků mezi pohlavími, kdy v roce 2016 kouřilo 35 % mužů a 23 % žen. Rozdíl byl patrný také v počtu vykouřených cigaret, kdy muži vykouřili za den v průměru 15-24 cigaret, zatímco ženy 5-9 cigaret. Kouřily se tedy hlavně cigarety, užívání jiných tabákových výrobků určených ke kouření

bylo zanedbatelné. Demografické rozdíly neměly přílišný vliv na počty kuřáků na rozdíl od vzdělání, kdy mezi vysokoškoláky byla prevalence kouření nižší, než u jedinců se vzděláním základním či středním (Csémy, Skývová & Váňová, 2017).

3. 2. Prevalence kouření mezi psychiatrickými pacienty

Mezi pacienty s psychiatrickým onemocněním je prevalence kouření 2–3× vyšší než v běžné populaci (Králíková & Štěpánková, 2010). Ahluwalia, Gibson, Richter a Schmelzle (2001) uvádí, že mezi pacienty závislími na jiných psychoaktivních látkách kouří zhruba 90 % jedinců. Specifiky kouření a závislosti na tabáku bude věnovaná speciální kapitola.

3. 3. Prevalence kouření mezi zdravotníky

Pracovníci ve zdravotnictví mají klíčovou roli v kontrole tabáku. Jejich intervence mohou mít vliv jak individuální, kdy mohou informovat o vlivu kouření a pomáhat kuřákům přestat, či na úrovni komunitní, kdy mohou iniciovat a podporovat legislativní kroky kontroly tabáku. Měli by být nekuřáckým příkladem jak svým pacientům/klientům, tak svému sociálnímu okolí. Nekuřácký personál je základním předpokladem pro důvěryhodnou léčbu závislosti na tabáku. Přesto v České republice kouří kolem 16 % lékařů a 40 % zdravotních sester (Králíková, 2013). Prevalence kouření byla zjišťována také mezi studenty adiktologie v roce 2017. Ukázalo se, že míra užívání tabáku u budoucích profesionálů v oboru adiktologie je velmi vysoká, konkrétně hodnota 30denní prevalence dosahovala u pregraduálních studentů 53 %. (Kubičová, 2017). Výzkum mezi zdravotnickými pracovníky v adiktologických službách nebyl doposud realizován.

3. 5. Mortalita a kouření

Na následky kouření zemře v ČR ročně zhruba 17 000 lidí (American Cancer Society, 2018). Negativní vliv kouření na zdraví člověka je značný. Bývá zmiňován především v souvislosti s nemocemi kardiovaskulárního systému, dýchacích cest či s nemocemi nádorovými, nicméně výjimkou není například ani systém imunitní (Králíková, 2013). Cílem této práce není popsat všechny zdravotní dopady kouření, z toho důvodu nebudou detailně popsány klinické souvislosti užívání tabáku a jeho dopady na tělesné zdraví. Nicméně zdraví uživatelů drog je často zasaženo

infekčními chorobami, záněty nejrůznějšího druhu, či poškozením nervového systému, a proto některým klientům mohou připadat následky kouření v kontextu jejich dosavadního životního stylu banální. Přesto je kouření činnost, která zdravotní stav klientů výrazně zhorší a otázka zdravotního stavu je neméně důležitou součástí programu léčby závislosti na jakékoli návykové látce.

4. Kouření tabáku u komorbidních pacientů

Obsah čtvrté kapitoly tvoří téma kouření v kontextu psychiatrie, zejména se zaměřím na závislost na tabáku v souvislosti s jinými psychiatrickými diagnózami a na specifika kouření a závislosti na tabáku u psychiatrických pacientů. Vzhledem k tomu, že dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 2008) je závislost na návykových látkách psychiatrickou diagnózou, tak tu i tento širší pohled má své místo. Dle National Institute on Drug Abuse (2010) trpí duální diagnózou 60 % uživatelů návykových látek.

Jak již bylo zmíněno, závislost na tabáku patří mezi psychické poruchy (F17.x) (WHO, 2008). V předchozí kapitole jsme se dozvěděli, že mezi jedinci, kteří trpí psychickou poruchou je prevalence kouření 2-3x vyšší, než je tomu u běžné populace. Psychicky nemocní také kouří více cigaret, inhalují hlouběji a déle. Kvůli vysoké míře fyzické závislosti na nikotinu pak vynakládají nezanedbatelné finanční prostředky na kouření. Duševně nemocní jsou tedy ohroženi vysokým výskytem nemocí způsobených kouřením (Králíková, 2013).

Neméně podstatným faktem je to, že kouření má významný vliv na vznik řady farmakologických interakcí zejména s dalšími skupinami psychoaktivních látek. Indukováno je především zvýšení ale také zrychlení metabolismu psychofarmakologické léčby s nutností užívání vyšších dávek, které bývají až dvojnásobné v porovnání s nekuřáky (Králíková, 2013).

4. 1. Depresivní porucha a kouření

Deprese je častým přidruženým problémem uživatelů návykových látek, afektivní poruchou trpí 29 % závislých na nelegálních drogách (Kalina et al., 2015), a proto pro ilustraci vlivu kouření použiji právě tuto poruchu. Kouření

různými mechanismy ovlivňuje koncentraci neurotransmiterů v mozku, zejména dopaminu, serotoninu a noradrenalinu (Anders & Štěpánková, 2013).

Mezi pacienty/klienty i zdravotníky často převládá obava z prohloubení depresivních symptomů po zanechání kouření. Studie posledních let však ukazují jiné výsledky a to ty, že pacienti/klienti s psychickou poruchou mohou přestat kouřit bez prohloubení své nemoci, v dlouhodobém sledování se prognóza dokonce zlepšuje. Jedinci, kteří přestanou kouřit, mají vyšší šanci na stabilizaci svého psychického stavu, dokonce mají větší šanci, že budou úspěšně abstinovat od dalších návykových látek (Štěpánková et al., 2016).

4. 2. Závislost na tabáku v kontextu jiných závislostí

Závislost na tabáku je drogovou závislostí na psychoaktivní látce nikotinu s chronickým průběhem a recidivujícím charakterem (Králíková, 2013). National Institute on Drug Abuse řadí tabák mezi nejnávykovější psychoaktivní látky (NIDA, n.d.).

Současná léčba závislosti na tabáku během léčby závislosti na jiných návykových látkách je doporučeným postupem nejen z důvodu prevence relapsu, ale zároveň jako předcházení předčasnému úmrtí následkem kouření u osob, které jsou v léčbě závislosti na jiných návykových látkách úspěšné. Nekuřácká oddělení v prostorách léčby závislostí mohou být tedy benefitem nejen pro personál, ale i pro samotné klienty (Popov, 2013). Současné léčbě je věnovaná speciální kapitola.

Mezi závislostí na tabáku a závislostí na jiných drogách existuje souvislost. Závislost na tabáku je stejně tak, dle MKN 10 WHO, řazena mezi duševní poruchy a poruchy chování, způsobené účinkem psychoaktivních látek (WHO, 2008). Z biologického hlediska funguje vznik závislosti na tabáku i ostatních návykových látkách obdobným způsobem, včetně klíčové role uvolňování dopaminu v dopaminergním mezolimbickém systému (Benowitz, 2010).

Současná léčba závislosti na tabáku příznivě ovlivňuje léčbu závislosti na heroinu (Frosch, 2002), ale také léčbu závislosti na stimulantech (Schoffelmeer, 2002). Kouření také zasahuje do problematiky nelátkových závislostí. Například

gambleři, kteří jsou denními kuřáky, hrají častěji a s tím souvisí i to, že utrácejí za hraní více peněz než kuřáci nepravidelní (Mooney, Odlaug, Kim, & Grant, 2011). Současná léčba závislosti na tabáku je také vysoce efektivní při léčbě závislosti na alkoholu (Kalman, Kim, DiGirolamo, Smelson, & Ziedonis, 2010).

4.3. Kouření a lékové interakce

Kouření má různé biologické účinky, z nichž specifické nebezpečí představuje vliv kouření na lékové interakce. Předpokladem farmakodynamických interakcí s různými látkami je právě periferní i centrální působení nikotinu. Interakce se projevují například ovlivněním účinku benzodiazepinů, beta-blokátorů a opiodů, příkladem takového projevu je menší sedativní působení diazepamu nebo snížení analgetického účinku opiodních analgetik. Obecně lze říct, že negativní vliv kouření se může projevit nejen sníženým terapeutickým účinkem, ale i zvýšeným výskytem nežádoucích reakcí. Je tedy nutné myslet na to, že je u kuřáků někdy nutná úprava dávkování léků v průběhu léčby (Perlík, 2017).

5. Léčba závislosti na tabáku

V následující kapitole budete mít možnost získat informace o složkách a formách léčby závislosti na tabáku, obsaženo zde bude také stručné zmapování služeb, které nabízí léčebná síť České republiky.

5.1. Princip léčby

Mezi významná mezinárodní doporučení pro léčbu závislosti na tabáku patří americký panel, zejména jeho revize z roku 2008 (Králíková, 2013). Obsahem jsou doporučené postupy pro zmíněnou léčbu. Příkladem doporučení je implikace účinné krátké intervence nebo využívání obou složek léčby, tedy jak psychobehaviorální intervence, tak farmakoterapie (Fiore et al., 2008).

Výše bylo již zmíněno, že léčba závislosti na tabáku má dvě oblasti, což kopíruje dvě složky samotné závislosti. Tedy stránka psychosociální a fyzická. Psychobehaviorální intervence spočívá v pomoci pacientovi s plánem odvykání, stanovení dne D, pomoci najít nekuřácká řešení pro typické kuřácké

situace, zajištění sociální podpory okolí, případně v nabídce podpory a podpůrných zdrojů (Králíková, 2013).

Farmakoterapie nabízí několik možností, a sice náhradní nikotinovou terapii, lék bupropion a lék vareniklin (Champix). NNT je používána v různých formách. V ČR je volně prodejná v lékárnách. Na trhu je momentálně dostupná ve formě žvýkaček, náplastí, pastilek a orálního spreje. Žvýkačky nabízí Nicorette a NiQuitin, ve formě 2 mg nebo 4 mg, v různých příchutích. Důležitý je způsob aplikace, kdy se nežvýkají jako běžné žvýkačky, ale pro správné působení se musí odložit v ústech. Edukace je v případě využití nikotinových žvýkaček nezbytně nutná. Náplasti jsou dostupné opět v různých formách s odlišným obsahem nikotinu, působí buď 16 nebo 24 hodin. Pro náplasti je charakteristické kontinuální vstřebávání nikotinu, ale pomalý nástup účinku. Pastilky se rozpouští v ústech a jsou dostupné ve formě 1,5 mg nebo v silnější formě 4 mg. Orální sprej působí rychle po vstříku do úst a může být tak formou okamžité pomoci. NNT je účinná zejména při kombinaci různých forem (Králíková, 2013).

Vareniklin (Champix) je parciálním agonistou alfa4beta2 acetylcholin-nikotinových receptorů, což znamená, že stejně jako nikotin se váže na tyto receptory, což je následováno vyplavením dopaminu. Potlačuje tak nepříjemné abstinenční příznaky a craving. Jeho antagonistický vliv spočívá v tom, že vzhledem k tomu, že obsadí nikotinové receptory, tak po potažení z cigarety nemá nikotin šanci se na receptory navázat jako obvykle a potažení z cigarety tak nepřinese očekávaný efekt. Nemá žádné lékové interakce (Králíková, 2013). V závislosti na intenzitě další intervence ztrojnásobuje úspěšnost léčby (Raboch & Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2010).

Bupropion (Wellbutrin, Elontril, Zyban) je běžně užívaným antidepresivem. Nicméně je kontraindikován například u pacientů s křečovými stavy, bulimií nebo anorexií. Králíková (2013, p. 390) uvádí: „Možným mechanismem účinku může být blokování neuronálního reuptaku noradrenalinu a dopaminu a blokování nikotinových receptorů.“

5. 2. Léčba závislosti na tabáku u psychiatrických pacientů

Léčba závislosti na tabáku u pacientů/klientů s psychiatrickou komorbiditou je specifická, v roce 2009 představila doporučený postup léčby závislosti u psychicky nemocných také Česká psychiatrická společnost ČLS JEP (Králíková, Štěpánková, 2010).

Morbidita a mortalita způsobená kouřením je u psychiatrických pacientů/klientů vyšší než u jedinců bez takového onemocnění. Navíc kouření u lidí s duševním onemocněním snižuje kvalitu života v tom smyslu, že výrazně zhoršuje finanční situaci (Bilic, Civiľak & Milosevic, 2015).

Obecně lze říct, že u pacientů/klientů s psychickým onemocněním je vhodné delší sledování jedince a dlouhodobější a intenzivnější nejen farmakoterapie, ale také psychosociální podpora. Dle Králikové a Štěpánkové (2010) je přesvědčení, že psychiatrickí pacienti si nepřejí přestat kouřit, pouhý mýtus, který vede k rutinnímu smýšlení a tomu, že se takovým pacientům léčba závislosti na tabáku málo nabízí.

Léčba závislosti na tabáku či alespoň nabídka pomoci při odvykání kouření by měla být nedílnou součástí komplexní psychiatrické péče. Farmakoterapie může zahrnovat všechny léky první linie, pokud budou respektovány běžné kontraindikace. Z dlouhodobého pohledu bude prognóza, jak fyzického, tak psychického stavu po zanechání kouření výrazně lepší (Anders & Štěpánková, 2013).

5. 3. Síť služeb pro odvykání kouření ČR

Pokud se jedinec závislý na tabáku rozhodne s kouřením přestat, má několik možností, kde může v ČR najít pomoc. Dle Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku (2017) je možnost vyhledat specializované centrum pro závislé na tabáku (SLZT), navštívit ambulantně lékaře, vyškolených lékařů je dle NMS (2015) 202, nejčastěji na oddělení pneumologie (Mravčík et al., 2017) nebo vyhledat specializovanou lékárnou či adiktologickou ambulanci. SLZT zajišťuje komplexní a intenzivní léčbu závislosti na tabáku, včetně psychoterapie a farmakoterapie. Pacienti jsou sledováni zpravidla po dobu roku od poslední cigarety. Specializovaných lékáren, které poskytují odborné poradenství při odvykání kouření je v ČR 160 (NMS, 2015) a jsou označeny speciálním logem. Hospitalizační léčba v České republice

dostupná není. Volbou může ale také být léčba a poradenství prostřednictvím internetu a nových technologií. NMS v roce 2016 zřídilo webové stránky pro podporu při odvykání kouření www.koureni-zabiji.cz a také Národní linku pro odvykání kouření, která je bezplatná (Mravčík et al., 2017). Specializovaná linka vede ke zvýšení počtu pokusů o zanechání kouření i v obecné populaci. Jedná se o veřejně dostupnou službu určenou pro občany ČR starší 15 let, kteří hledají pomoc při odvykání kouření nebo jiné informace týkající se užívání tabáku a je mezinárodně uznávaným efektivním nástrojem pro podporu léčby závislosti na tabáku (Kulhánek, 2016).

6. Souběžná léčba závislosti na primární droze a závislosti na tabáku

V předchozích kapitolách měl čtenář možnost seznámit se s teoretickým základem práce. Šestá kapitola je stěžejní kapitolou práce, v jejíchž podkapitolách jsou obsaženy informace z českých a zahraničních studií, zabývajících se souběžným odvykáním na různých návykových látkách. Pro úvod do tématu jsem zařadila základní definice. Primární droga je taková, která uživateli způsobuje největší komplikace a ta droga, kvůli níž byla vyhledána léčba (EMCDDA, 2004). Pojem primární je překládán také jako hlavní nebo základní. Slovo nepoužíváme ve smyslu první. Polymorfni závislost je typická užíváním několika látek současně (Trefná, 2011).

6.1. Léčba závislosti na tabáku v prostředí českých adiktologických služeb

Studií, které by se zabývaly danou problematikou v českém prostředí, nebylo příliš realizováno. Nicméně jsem vybrala studii z detoxifikační jednotky, z ústavní léčby pro závislost na alkoholu a také výzkum v terapeutické komunitě z pohledu klienta.

Popov (2013) provedl výzkum ve 20 detoxifikačních zařízeních. Zjistil, že ve 13 zařízeních se neprováděla diagnostika závislosti na tabáku vůbec, což je alarmující číslo, léčba závislosti na tabáku se prováděla v 9 zařízeních a v 6 byla poskytována krátká intervence. Pojem léčba tu však není vysvětlen a není tak možné si představit strukturu léčby. Dle Popova není v pořádku to, že v takovém typu zařízení není závislost na tabáku léčená a ve většině případů ani diagnostikovaná. Ve studii je také kritizován přístup zdravotnických pracovníků, včetně jejich přístupu ke kouření a neschopnost se sebereflektovat. Studie na závěr potvrdila, že z dlouhodobého

hlediska neléčená závislost na tabáku významně snižuje efektivitu léčby závislosti na alkoholu či jiných drogách (Popov, 2013).

Léčbou závislosti na tabáku v ústavní léčbě pro závislost na alkoholu se zabývala Adamíková (2016). Zkoumala motivaci pacientů a jejich zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření v 5 zařízeních ústavní léčby napříč celou ČR. Zjistila, že pacienti měli zájem o odbornou pomoc při odvykání kouření v 52 % případů. 44 % z nich byla odborná pomoc při odvykání kouření během léčby nabídnuta a 66 % z nich se setkala během léčby s přednáškou na téma kouření. Její práce může být tak jednou z příčin zmírnění obav zdravotníků z toho, že pacienti o odbornou pomoc při odvykání kouření nemají zájem.

Náhled na vnímání vlastní zkušenosti se zanecháním kouření ve vztahu k léčbě primární závislosti přinesla Sovová (2016) prostřednictvím kvalitativního výzkumu mezi klienty terapeutických komunit. Dílčím cílem práce bylo zjistit, jak klienti vnímají užívání tabáku ve vztahu ke svému tělu a pojetí abstinence. Studie ukázala, že mnozí respondenti nevnímali kouření ve vztahu ke svému tělu problematicky. Z analýzy také vyplynulo, že většina respondentů měla zájem hlavně o udržení abstinence od drogy primární, čímž potvrdila jednu z teorií o překážkách léčby závislosti na tabáku v adiktologických službách podle Walsh et al. (2005). Většina klientů nevnímala odvykání kouření jako součást komplexní abstinence, pouze jedna z nich uvedla zanechání kouření jako motivační prvek v prevenci relapsu. Dvě klientky uvedly, že je pro ně těžší nekouřit v TK než venku a opakovaně se objevovala funkce kouření jako sociálního prostředku a nekuřáctví jako prostředek k vyloučení ze skupiny. Sovová (2016) však v závěru práce přikládá názor, ve kterém popisuje možnost vhodné intervence v kombinaci s farmakoterapií, která by mohla klientům nepříjemnosti odvykání kouření ulehčit.

6. 2. Zahraniční studie

V zahraničí bylo na téma odvykání kouření a léčby závislosti na tabáku během léčby závislosti na jiné návykové látce realizováno více studií, jejichž zásadní body přináší tato podkapitola.

Baca a Yahne (2009) přinesli výzkum, založený na analýze dosavadní literatury, který uvedl dvě klíčová zjištění, a sice že ukončení kouření během léčby nezhoršuje odvykání od jiné návykové látky, což potvrzuje i Lemon, Friedmann a Stein (2003), a že odvykání kouření skutečně může zvýšit úspěšnost výsledku abstinence od dalších drog. Poukázali znovu na to, že uživatelé jiných návykových látek jsou vůči účinkům kouření zranitelnější, a dokonce častěji umírají na následky kouření než na následky užívání jejich primární drogy. Výzkum ukázal, že většina důkazů podporuje souběžné odvykání. Ukončení kouření má téměř okamžité přínosy pro zdraví, například už 20 minut po poslední cigaretě se snižuje krevní tlak a periferní vazokonstrikce (Česká koalice proti tabáku, 2017). Přesto i v zahraničních zařízeních pro drogově závislé je téma tabáku podceňováno (Baca & Yahne, 2009).

Prochaska, Delucchi a Hall (2004) provedli metaanalýzu 19 randomizovaných kontrolovaných studií, které se zabývaly odvykáním kouření u jedinců v léčbě pro závislost jiné látky. Zjistili, že intervence při odvykání kouření poskytované během léčby závislostí byly spojeny s 25 % zvýšením pravděpodobnosti dlouhodobé abstinence od alkoholu a nelegálních drog. Potvrdili tak tvrzení, že ukončení kouření snižuje riziko relapsu.

Spojitosť mezi ukončením kouření a zvýšením úspěšnosti abstinence od primární látky byla dokázána jak u alkoholu (Kalman et al., 2006), tak i u jiných látek, což vyplývá ze studie mezi uživateli metadonového programu (Frosch et al., 2000). Jedna z dalších studií (Magee & Winhusen, 2016) přinesla zkušenost uživatelů, kteří po ukončení kouření popisovali menší bažení po stimulantech.

Dle Ziedonis et al. (2006) jsou jako hlavní bariéry implikace odvykání kouření do programu pro odvykání drogové závislosti uváděny postoje pracovníků a jejich užívání tabáku vedoucí k osobní ambivalenci, nedostatek odborné přípravy, neopodstatněné obavy pracovníků i klientů a omezené zdroje léčby. Výzkum také ukázal, že ženy a starší uživatelé mají větší obavu z překonání negativních emocí a zejména ženy pak ze zvýšení hmotnosti (Ziedonis et al., 2006). Ohrožení ze zhoršení psychického stavu či ohrožení primární léčbou již není dle Richtera et al. (2012) hlavní obavou. Služby léčebného systému také argumentovaly tím, že se nemusí tabákem

zabývat z toho důvodu, že kouření není tím, co způsobilo sociální problémy, kvůli nimž jedinci léčbu vyhledali. Implementaci i například pouze krátké intervence do léčby závislosti na jiných návykových látkách brání hlavně již zmíněné užívání tabáku jednotlivých pracovníků (Knudsen & Studts, 2010). Ziedonis (2006) nabídl doporučené kroky pro zvládnutí překonání bariér. Mezi doporučené kroky patří například označit konkrétní bariéry a integrovat jejich řešení, zorganizovat výcvik personálu, poskytovat farmakoterapii pro léčbu závislosti na tabáku, zařadit motivační rozhovory pro odvykání kouření do různých fází léčby, zlepšit komunikaci v síti služeb, ale také poskytnout pomoc všem pracovníkům se zájmem o abstinenci.

Aktuální verzi tématu přinesli McKelvey, Ramo a Thrul (2017), kteří označili neposkytnutí nabídky odvykání kouření během léčby závislosti jiné látky za zvýšení rizika pro další fungování jedince. Zahrnuto bylo 24 studií, z nichž 11 uvádělo pozitivní dopad a 8 uvádělo smíšený dopad, ve smyslu buď pozitivní nebo nulový. I tato aktuální metaanalýza tedy potvrzuje to, že odvykání kouření má pozitivní vliv i na odvykání užívání dalších látek a že pomoc s odvykáním by mělo být nabízeno každému uživateli návykových látek, v jehož anamnéze bude přítomno i užívání tabáku. Názor, že intervence pro odvykání kouření nijak nepoškozují abstinenci od dalších drog, potvrdili i Apollonio, Bero a Philipps (2016), kteří také znovu zdůraznili potřebu zařadit možnost farmakoterapie pro odvykání kouření do léčby jiných závislostí. Hlavním důvodem, proč se uživatelé rozhodli i pro odvykání kouření během léčby závislosti na primární droze, byly zdravotní následky kouření (Campbell et al., 2017). Campbell et al. (2017) také uvedli důležitost rozvoje nákladově efektivních, snadno realizovatelných a individualizovaných postupů pro odvykání kouření. Neméně důležité je implikovat intervence, které by byly pomohly překonat obavy uživatelů, například z ohrožení střízlivosti při nepříjemných emocích nebo zvýšení hmotnosti (Martin, Cassidy, Murphy, & Rohsenow, 2016).

Výzkumná část

7. Výzkumná metodika

7.1. Cíl výzkumu

Cílem této studie bylo zmapovat poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v terapeutických komunitách pro uživatele návykových látek v České republice.

Hlavním cílem bylo zjistit, zda je adiktologické poradenství při odvykání kouření v terapeutických komunitách pro uživatele návykových látek v České republice poskytováno a pokud ano, tak jakým způsobem.

Dílčím cílem práce bylo zjistit, jaké jsou bariéry poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v terapeutických komunitách pro uživatele návykových látek.

7.2. Výzkumné otázky

K naplnění daných cílů byly definovány následující výzkumné otázky:

1. Je v terapeutických komunitách České republiky pro uživatele návykových látek poskytováno adiktologické poradenství při odvykání kouření?
2. Jakým způsobem je adiktologické poradenství při odvykání kouření v terapeutických komunitách pro uživatele návykových látek ČR poskytováno?
3. Jaké jsou hlavní důvody toho, že adiktologické poradenství při odvykání kouření v terapeutických komunitách ČR pro uživatele návykových látek poskytované není?

7.3. Výběr výzkumného souboru

Cílovou skupinou výzkumu byli pracovníci týmu terapeutických komunit pro uživatele návykových látek v ČR, vykonávající přímou práci s klientem. Kritériem výběru komunit byla cílová skupina zařízení, a sice klienti s látkovou i nelátkovou závislostí s věkovou hranicí nad 18 let. Původním kritériem bylo držení certifikátu odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby, ale vzorek respondentů by nebyl dostatečně velký, a tak byly vybrány

TK, které splňovaly výše zmíněná kritéria dle seznamu na mapě pomoci webové stránky www.drogy-info.cz, které spravuje Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti Úřadu vlády ČR. Pro výběr zařízení tedy byla použita metoda záměrného výběru, která spočívá ve vyhledávání účastníků studie dle stanovených vlastností (Miovský, 2006). V konečném výsledku bylo osloveno celkem 14 terapeutických komunit České republiky, s nimiž byla realizována první část sběru dat v podobě úvodního telefonického rozhovoru, na němž pracovala všechna oslovená zařízení. K výběru konkrétního pracovníka, který se zúčastnil výzkumu, byla použita metoda samovýběru, jejímž principem je dobrovolnost neboli aktivní projevení zájmu se do studie zapojit (Miovský, 2006).

7. 4. Metody získávání dat

Výzkum vychází z kombinace kvantitativního a kvalitativního přístupu. Při získávání dat jsem postupovala dle schématu, který je ilustrován na obrázku 1. Každá z vybraných terapeutických komunit byla oslovena nejprve telefonickým hovorem, během kterého byly pracovníkovi představeny cíle studie a etické podmínky práce, byla vyslovena žádost o spolupráci na výzkumu a zdůrazněn princip dobrovolnosti o účasti ve studii. V případě, že pracovník souhlasil se spoluprací, dotázala jsem se, zda je v programu daného zařízení poskytované adiktologické poradenství při odvykání kouření. Pokud pracovník odpověděl ano, byla vyslovena žádost o osobní polostrukturované interview v konkrétním zařízení, případně žádost o vyplnění online dotazníku určeného pro zařízení, která poradenství poskytují (dále jen dotazník ve verzi ANO), pokud pracovník odpověděl ne, zeptala jsem se, zda by byl pracovník ochoten vyplnit online dotazník určený pro ty komunity, ve kterých poradenství při odvykání kouření neposkytují (dále jen dotazník ve verzi NE). První vlna telefonátů probíhala v prosinci 2017 a druhá v lednu 2018. K telefonickým hovorům byl připraven záznamový arch (viz příloha 1), kam byly zaneseny všechny důležité informace zjištěné během rozhovoru. Pracovníka, se kterým jsem telefonický rozhovor vedla, jsem také požádala o to, zda by dotazník mohl vyplnit více než 1 člen terapeutického týmu.

Pro následující část sběru dat byly v prosinci 2017 připraveny dva online dotazníky, a sice ve verzi ANO (příloha 2), tedy pro ty TK, které dané poradenství

poskytují a ve verzi NE (příloha 3), pro ty TK, které poradenství neposkytují. Dotazník je metodou získávání dat, která představuje standardizované interview předložené v písemné podobě (Ferjenčík, 2010). Odkaz na online dotazník byl poslán, po předchozí telefonické domluvě, e-mailem danému pracovníkovi terapeutické komunity, který souhlasil s účastí ve studii. V e-mailu byl také komunitě udělen unikátní kód, který zaručil její anonymitu během studie. Kód byl vygenerován dle následujícího klíče: zkratka pro komunitu TK a její přidělené číslo a zkratka pro pracovníka PR a jeho číslo. Vypadal například takto: TK01PR02. Číslo 01 by znamenalo, že se jednalo o první zařízení v záznamovém archu a číslo 02 by vyjadřovalo, že se jedná o druhého pracovníka dané komunity, který se rozhodl zúčastnit studie.

Dotazníky byly vytvořeny v online formě skrze webové rozhraní Google formuláře. V úvodu obou dotazníků byl znovu představen cíl práce a etické zásady a v jejich závěru bylo vyjádřeno poděkování za spolupráci na výzkumu. V úvodu byl také respondent vyzván k tomu, aby vepsal unikátní kód, který mu byl přidělen v emailu. Otázky byly sestavovány tak, aby byly srozumitelné a aby čas, který respondent musel do vyplňování vložit, nebyl výrazně narušující jeho práci. Před rozesláním dotazníků byla zrealizována malá pilotní studie za účelem ověření srozumitelnosti a uživatelské přijatelnosti dotazníkového nástroje, kdy online dotazník vyplnilo 5 dobrovolníků, od kterých byla následně zjišťována zpětná vazba.

Dotazník ve verzi NE obsahoval 11 otázek a byl sestaven tak, aby respondentům nezabral příliš času a zvýšila se tak pravděpodobnost návratu. V první části byly zjišťovány informace o pracovníkovi, jeho pozici v terapeutickém týmu a délce práce a obecné informace o TK, její primární cílová skupina a počet klientů. V druhé části dotazníku byly otázky směřované na téma poskytování poradenství pro kuřáky tabáku. Zjišťovány byly zkušenosti z minulosti s poskytováním poradenství při odvykání kouření a aktuální informace o počtu kuřáků v daném zařízení a hlavní důvody pro neposkytování daného poradenství. Většinu tvořily uzavřené otázky s více možnými odpověďmi, pouze poslední dvě otázky byly otevřené, zaměřené na názor a přístup pracovníka. Klíčovou otázkou v tomto dotazníku byla otázka č. 8: „Jaký je hlavní důvod toho, že v současnosti neposkytujete adiktologické poradenství při odvykání kouření pro klienty ve Vaší TK?“ Respondenti mohli vybrat více odpovědí

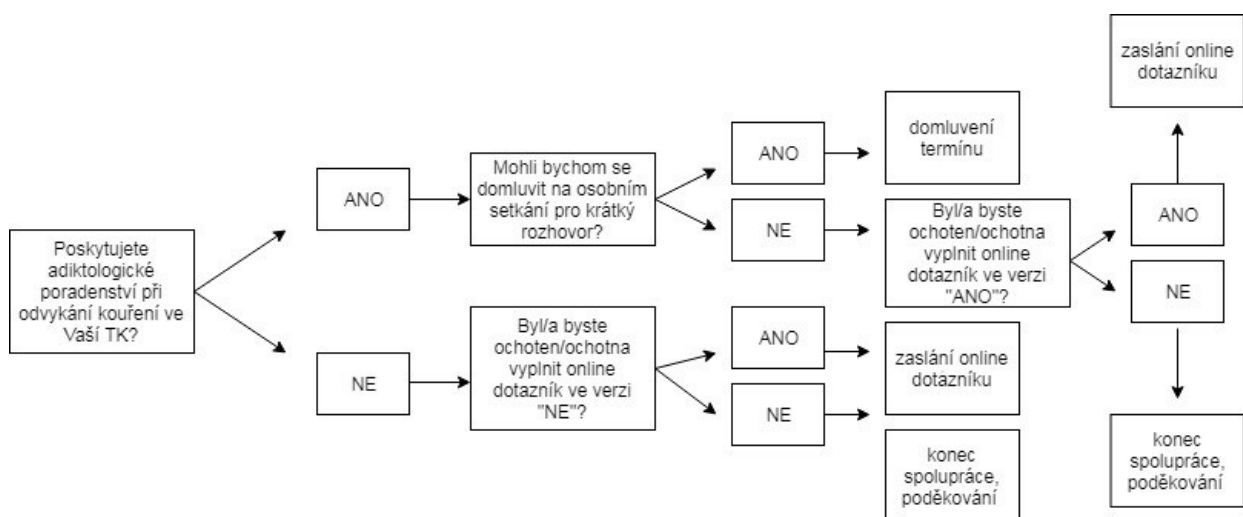
z následujících možností: nedostatek časového prostoru, nedostatek pracovníků, nezájem klientů, nejedná se o prioritní zaměření naší léčby, případně mohli zvolit možnosti jiné a dopsat vlastní důvod.

Dotazník ANO obsahoval 16 otázek jak uzavřených, tak otevřených. Otevřené otázky byly formulovány tak, aby nelimitovaly možnosti odpovědi respondenta, naopak u uzavřených otázek mohl respondent vybírat odpověď z předem předložených alternativ (Ferjenčík, 2010). Úvodní část vypadala stejně jako u předchozí verze. Otázky v další části se zaměřily na užívání tabáku v daném zařízení, tedy zjišťovaly, kolik klientů kouří a jak je kouření v TK regulované, zda jsou pro kouření vymezeny prostory či čas v programu a zda je kouření klienta mapováno při úvodním sběru anamnézy. Ve třetí části se otázky zaměřovaly na samotné poradenství, jakou formou je poskytované, jakým způsobem je nabízené, z jaké části je klienty využíváno. Na otázku, jakou formou je poradenství při odvykání kouření v dané TK poskytované, mohli respondenti vybrat více možností z následujících: jednorázová skupina pro všechny klienty, jednorázová skupina pro klienty, kteří o to mají zájem, pravidelná skupina pro všechny klienty, pravidelná skupina pro klienty, kteří o to mají zájem, přednášky a vzdělávání pro klienty, individuální poradenství pro všechny klienty, individuální poradenství pro klienty, kteří o to mají zájem a krátká intervence. V dotazníku jsem také zjišťovala, jaké jsou osobní názory pracovníků na to, proč klienti poradenství využívají či nikoli a jakou formu odvykání kouření považují oni sami za nejúčinnější. V těchto otázkách měli respondenti možnost odpovědi na otevřené otázky. V dotazníku jsem také zjišťovala, zda je v TK dostupná NNT či farmakoterapie pro odvykání kouření. Sběr obou dotazníků byl ukončen v březnu 2018.

Třetí možností sběru dat bylo osobní polostrukturované interview, pro které bylo sestaveno schéma, ve kterém byly specifikovány okruhy otázek, na které jsem se tázala (Miovský, 2006). Připravené schéma v podstatě kopírovalo dotazník ve verzi ANO, ale bylo založeno na podstatě polostrukturovaného rozhovoru, a sice té, že interview umožnilo obsáhnout všechny oblasti výzkumných otázek a zároveň nabízelo prostor pro dovysvětlení odpovědí respondenta či zahrnutí jeho osobního názoru. Osobní setkání bylo domluveno po souhlasu s pracovníkem

na datum, které bylo pro dané zařízení co nejpříjemnější. Před zahájením rozhovoru byl účastník znovu seznámen s povahou studie, ujištěn o zachování anonymity a byl získán ústní souhlas se zpracováním získaných dat. Samotný rozhovor trval v průměru 30 minut a pro fixaci kvalitativních dat byl pořizován audiozáznam, jehož výhodou je autentičnost (Miovský, 2006). Zvukový záznam byl pořízen na mobilní telefon, který byl pro tyto účely opatřen číselným heslem. Celkově byla zrealizována dvě semistrukturovaná interview. První proběhlo v únoru 2018 přímo v terapeutické komunitě a druhé v dubnu 2018 skrz telefonický rozhovor.

Obrázek 1: Schéma pro úvodní telefonický rozhovor



7.5. Metody analýzy dat

Kvantitativní část:

K telefonickým rozhovorům byl připraven záznamový arch v programu Microsoft Word 2010. Záznamový arch sloužil jako pomocný nástroj pro výzkum určený pro zaznamenání základních dat a rychlou orientaci v nich (Miovský, 2006). Do archu jsem zaznamenala datum hovoru, název TK, pozici osoby v terapeutickém týmu, informaci o tom, zda byl pracovník ochoten spolupracovat na telefonickém rozhovoru, informaci o tom, zda je v dané TK poskytováno výše zmíněné poradenství a informaci o následné spolupráci, buď ve formě online dotazníku, nebo osobního setkání.

Data z online dotazníků byla extrahována z webového prostředí Google formuláře a následně byla zpracována pomocí programu MS Excel 2010. Zpracování spočívalo ve statistickém vyhodnocení sesbíraných dat. Statistické analýzy byly provedeny s pomocí základních induktivních a deskriptivních metod. Presentace výsledků je doplněna grafy.

Kvalitativní část:

Fixovaná kvalitativní data byla z podoby zvukového záznamu převedena do textové podoby, aby mohla začít jejich analýza a to prostřednictvím transkripce. Transkribované rozhovory byly zkontrolovány opakovaným poslechem zvukového záznamu. Pro úpravu dat byla také využita redukce I. řádu, jejímž cílem je usnadnit analytickou práci s daným textem (Miovský, 2006). Text byl transkribován do MS Word 2010 a měl pravidelnou osnovu, kdy byly odděleny otázky tazatele a odpovědi respondenta. Pro další úpravu dat byla použita metoda barvení textu, která spočívá v barevném označování jednotlivých tematických celků a orientace v textu se tak stává snadnější (Miovský, 2006). Pro samotnou analýzu upravených dat byla využita metoda zachycení vzorců, kdy byly v získaných údajích vyhledány určité opakující se vzorce a ty byly zaznamenány (Miovský, 2006).

7.6. Charakteristika výzkumného souboru

Z celkového počtu 14 oslovených terapeutických komunit spolupracovaly všechny na úvodním telefonickém rozhovoru. Během prvního rozhovoru byla zjištěna informace o tom, zda je v dané TK adiktologické poradenství při odvykání kouření poskytováno, či nikoli, a dále jsem postupovala dle schématu pro telefonický rozhovor (obrázek 1). Dotazník ve verzi NE vyplnilo celkem 9 pracovníků, dotazník ve verzi ANO vyplnil 1 pracovník a uskutečnila se 2 polostrukturovaná interview. Odpovědi na základní výzkumnou otázku byly získány od všech 14 zařízení. V konečném výsledku byla další data získána od 12 pracovníků terapeutických komunit z původních 14 vybraných. Žádná z komunit nevyužila možnost toho, aby se studie zúčastnilo více pracovníků než 1, a tak jsou výsledky z každé TK unicitní.

Co se týče odbornosti, tak odpovídalo nejvíce adiktologů a sice 5 (tj. 42 %), dále 4 sociální pracovníci (tj. 33 %), 1 psycholog, 1 terapeut a 1 adiktolog, který byl také

sociálním pracovníkem. Na otázku o délce praxe v oboru adiktologie se nejvíce, tedy 5, pracovníků zařadilo do skupiny více než 10 let, 4 pracovníci uvedli svoji délku praxe v rozmezí 2 až 5 let a 3 respondenti nepracovali v oboru déle než 1 rok. Na otázku primární cílové skupiny mohli respondenti odpovídat více možnostmi. 11 zařízení označilo jako alespoň 1 odpověď možnost uživatele nelegálních návykových látek a 1 komunita označila za svou primární cílovou skupinu jedince s duální diagnózou.

7.7. Etické aspekty výzkumu

Všichni respondenti byli při prvním telefonickém rozhovoru informováni o cíli a účelu této studie. Byli ujištěni, že během výzkumu bude zachována anonymita jejich zařízení a že práce nemá být nijak hodnotící, ale pouze mapující situaci odvykání kouření v terapeutické komunitě pro uživatele návykových látek. Účastníci byli také ujištěni o tom, že získané informace budou použity pouze ke zpracování mé studie. Tyto veškeré informace účastníci výzkumu obdrželi znovu při zasílání odkazu na online dotazník, kde mohli najít také veškeré údaje o řešiteli výzkumu a jeho vedoucím.

Evidence účastníků byla vedena pod unikátními kódy, které jim byly přiděleny náhodně v záznamovém archu. Z osobních informací byly o respondentovi zjišťovány pouze odbornost a délka praxe v oboru adiktologie. Každý respondent byl upozorněn na to, že svým ústním vyjádřením dává souhlas ke zpracování dat pro účely této studie a že rozumí všem podmínkám tohoto výzkumu, včetně dobrovolné účasti. Zvukové záznamy byly po transkripci z mobilního telefonu smazány.

8. Výsledky výzkumu

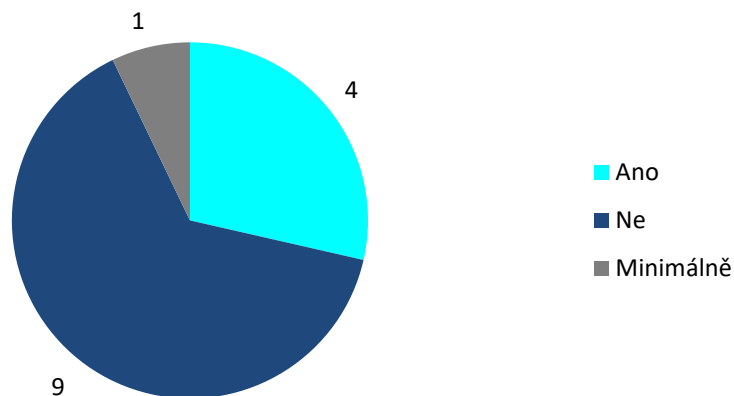
V předchozích kapitolách jsem popsala design výzkumu a dostávám se do části práce, ve které budou prezentovány zjištěné výsledky, se zaměřením na výzkumné otázky, a to jak ve slovní podobě, tak ve formě grafů, které budou použity pro obrazovou ilustraci.

8.1. Je v TK pro uživatele návykových látek poskytováno adiktologické poradenství při odvykání kouření?

K zodpovězení hlavní výzkumné otázky byla každému respondentovi položena tato otázka již při prvním telefonickém rozhovoru. Na tuto otázku odpovědělo 14 pracovníků různých komunit. Odpovědi jsou znázorněny v grafu 1.

Graf 1: Poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v TK pro uživatele NL

Poskytujete ve Vaší TK pro uživatele návykových látek adiktologické poradenství při odvykání kouření?

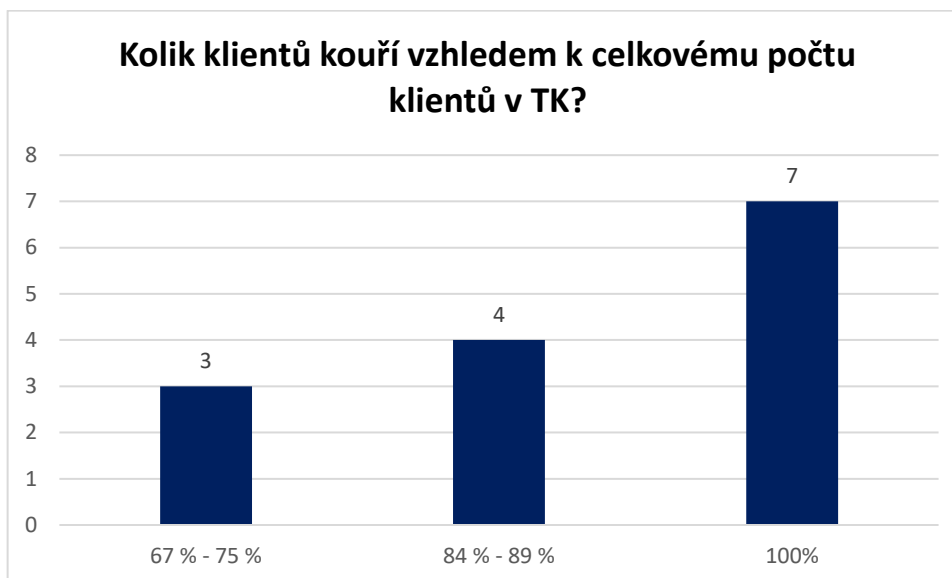


Z grafu na první pohled vyplývá, že více než polovina, konkrétně 9 ze 14 oslovených zařízení, (tj. 64 %) se tématem poradenství při odvykání kouření během svého terapeutického programu nezabývá. 1 respondent uvedl, že se poradenstvím zabývají ale pouze minimálně a pouze pokud si to klient sám vyžádá. Pouze ve 4 z oslovených TK (tj. zhruba 29 %) je téma odvykání kouření během léčby na jiných návykových látkách zařazeno do běžného programu.

U všech respondentů bylo také zjišťováno, kolik aktivních kuřáků mají momentálně mezi svými klienty. Výsledky ukázaly, že v oslovených TK kouřila většina klientů. Nejnižší procentuální zastoupení klientů kuřáků mezi všemi klienty bylo

67 % v jedné z komunit. V rozmezí 70 -75 % kouřili klienti ve 2 zařízeních, 84-89 % z celkového počtu klientů bylo tvořeno kuřáky celkem ve 4 komunitách a v polovině komunit, tedy v 7, kouřili všichni klienti. Graficky jsou výsledky znázorněny v grafu 2.

Graf 2: Zastoupení kuřáků vzhledem k celkovému počtu klientů TK



8. 2. Jakým způsobem je adiktologické poradenství při odvykání kouření v TK pro uživatele návykových látek poskytováno?

K analýze dat pro tuto výzkumnou otázku byly získány odpovědi od 3 respondentů, z nichž 1 vyplnil online dotazník ve verzi ANO a se 2 byla zrealizována polostrukturovaná interview. Všichni 3 respondenti byli adiktologové s praxí v oboru minimálně 5 let. Ve 2 z těchto 3 komunit kouřili všichni klienti, v 1 kouřilo 89 % klientů.

Na otázku, zda v komunitě sledují při sběru anamnézy také užívání tabáku, odpověděli 2 pracovníci ano vždy a 1 pracovník uvedl, že kouření sledují pouze u vybraných případů. 1 z pracovníků také uvedl, že ne vždy na to každý v týmu klade stejný důraz a vzhledem k množství informací, se kterými klient do komunity přichází, občas informace o užívání tabáku evidovaná není, přesto důležitost informace reflektoval.

R1: „Do vstupní anamnézy to patří. Součástí závislostní kariéry je i tabák, já ho dávám na první místo, protože nikotin je většinou první látka, se kterou klienti experimentují.“

Ale pro někoho je to okrajové téma. Vzhledem k tomu, že léčba v komunitě je komplexní, tak bereme ohled na tolik oblastí, že to opravdu někdy může vypadnout.“

R2: „Zapsané to u klienta při vstupu vždycky máme a postupně to nejvíce sleduje garant, a to hlavně kvůli financím.“

V oblasti, která se věnovala samotnému užívání tabáku v zařízení a jeho regulaci, se všichni 3 respondenti shodovali v tom, že pro kouření je vyhrazený speciální prostor a jasně vymezený čas tak, aby kouření nenarušovalo psychoterapii či pracovní terapii. 1 z respondentů také uvedl, že klienti si musí naplánovat finanční rozpočet, ve smyslu za kolik peněz si nakoupí tabák a v rámci pravidelného měsíčního individuálního plánu si klienti také plánují spotřebu tabáku. Sankce za porušování pravidel spojené s užíváním tabáku mělo každé zařízení nastaveno dle svých vnitřních pravidel.

Jedna z klíčových otázek výzkumu byla: „Jakou formou poskytujete adiktologické poradenství při odvykání kouření ve Vaší TK?“. Respondent vyplňující online dotazník zvolil následující možnosti: individuální poradenství pro klienty, kteří o to mají zájem a krátká intervence. Zmínil také to, že poradenství při odvykání kouření je nabízeno každému kuřákovi. Oba respondenti, se kterými bylo realizováno polostrukturované interview, uvedli, že klientům poskytují přednášky a vzdělávání s daným tématem, ale program pro kuřáky měly obě zařízení koncipovaný jinak, nicméně oba respondenti uvedli, že vycházejí z praxe prof. MUDr. Evy Králíkové, CSc. a MUDr. Lenky Štěpánkové. První respondent uvedl, že vzhledem k tomu, že zájem o odvykání kouření mají vždy třeba 2 nebo 3 klienti, tak podpora probíhá formou individuálního poradenství. Téma se řeší také v průběhu programu prevence relapsu. Pro odvykání kouření mají stanovený program, kdy probíhá nejprve přípravná fáze, která spočívá ve snižování cigaret na polovinu, poté plánování dne D, v případě zájmu nasazení farmakoterapie a vyžadován je fokus na kouření v podobě pravidelného mluvení o tématu na skupinách. Pokud chce klient v této komunitě začít s odvykáním kouření, musí si program vyžádat. Druhý respondent uvedl, že má klient při odvykání kouření dvě možnosti, a sice klasické individuální sezení, většinou 6, kde se pracuje s postupy jako výhody vs. nevýhody kouření nebo vypočítání financí, anebo

skupinu pro kuřáky, kteří chtějí odvykat, která se sestaví v případě, že jsou v programu alespoň 3 zájemci, ale bývá nepravidelná. Klientovi je odvykání kouření doporučováno v pozdější fázi léčby z důvodu častého relapsu u kuřáků. Stejně jako v komunitě u předchozího respondenta si i zde musí klient v případě zájmu program vyžádat. Ve všech zmíněných komunitách klienti tedy o možnosti programu ví, ale jen 1 respondent uvedl, že odvykání kouření je nabízeno proaktivně. 1 z respondentů také uvedl, že jediný případ, ve kterém aktivně zdůrazňují nutnost odvykání kouření, je u těhotných klientek. Všechny 3 komunity uvedly, že pracují s relapsem stejným způsobem jako u jiných NL, vyřazení z programu pro odvykání kouření nenastane.

R2: *„Program pro kuřáky je zcela dobrovolný. Ne, že bychom klienty nutili nekouřit, takové ambice nemáme. Ale kdo chce nebo je okolnostmi donucen, většinou finančními, tak může požádat o to, aby byl zařazen do protikuřáckého programu, nikoho, samozřejmě, neodmítneme.“*

Ve všech 3 komunitách je možné využít podporu při odvykání kouření ve formě NNT nebo farmakoterapie. Všechny 3 zařízení se také shodly na tom, že ve spolupráci s psychiatrem zařízení je možnost předepsání farmakoterapie, ale klient si ji musí uhradit na vlastní náklady. 1 ze 3 zařízení uvedlo, že svým klientům zprostředkovává nikotinové náplasti na své náklady.

Zjišťován byl také počet klientů, který v době sběru dat poradenství při odvykání kouření využíval. Všichni 3 respondenti uvedli, že žádný klient poradenství nevyužíval.

R1: *„Většinou se musí něco stát. Jeden začne a ostatní vidí, že to jde, tak se pak udělá lavina, ale teď to zrovna není téma. V komunitě máme za sebou teď těžké období s porušováním pravidel, tak to může být i tím.“*

Jako hlavní důvod, který klienty vede k odvykání kouření během léčby v terapeutické komunitě, je dle všech 3 respondentů finanční situace. 1 respondent také uvedl, že důvodem u některých klientů je zdravotní stav a celkové bilance dosavadního životního stylu.

Zjišťován byl také názor pracovníků na to, proč klienti poradenství při odvykání kouření v TK nevyužívají. Dva respondenti uvedli důvod, že to klientům nepřijde důležité a chtějí kouřit dál a také se shodli na tom, že to klientům nepřijde zvládnutelné během odvykání od nelegálních látek. Jeden z respondentů také uvedl vliv společenského aspektu, tedy trávení času v prostoru vyhrazeném kouření se zbytkem skupiny, dále zdůraznil to, že průměrný věk klientů komunity se zvyšuje a tím pádem chodí klienti do léčby v horším stavu a jako další bod zmínil nekonzistenci názoru v týmu na téma kouření.

R1: *„Ne každý v týmu téma kouření oslovuje. Myslím, že to souvisí i s tím, jak kouříme my. Pokud je terapeut silný kuřák, tak je hlídání péče o to, jak klient odvyká od nikotinu těžší.“*

R2: *„Většina klientů chce kouřit. Chtějí si něco nechat. Mám i zkušenost, že ti, co přestali kouřit během pobytu u nás, venku zase začali.“*

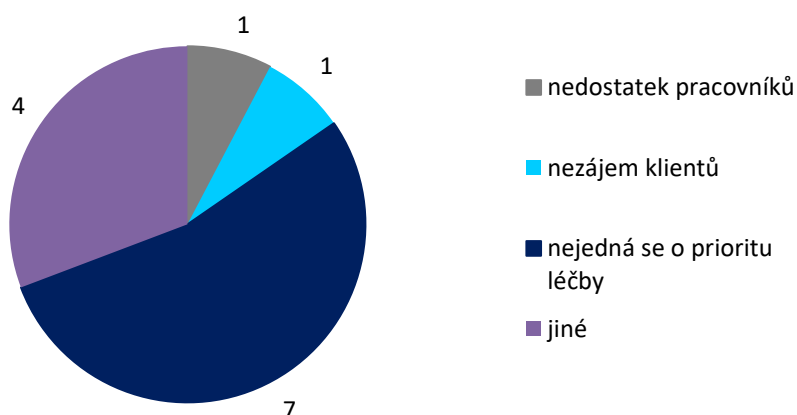
Všichni 3 respondenti uvedli jako efektivní způsob při odvykání kouření psychoterapii v kombinaci s podporou ve formě NNT či farmakoterapie.

8.3. Jaké jsou hlavní důvody toho, že terapeutické komunity poradenství při odvykání kouření neposkytují?

Na tuto otázku odpovědělo prostřednictvím online dotazníku ve verzi NE celkem 9 pracovníků různých TK. Vzhledem k tomu, že respondenti mohli zvolit více odpovědí, přiložila jsem graf 3, který znázorňuje procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí vzhledem ke všem zvoleným možnostem. Celkem v 9 dotaznících bylo zvoleno 13 možností na tuto otázku.

Graf 3: Důvody neposkytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v TK pro uživatele NL

Jaký je hlavní důvod toho, proč poradenství při odvykání kouření ve Vaší TK neposkytujete?



Z grafu vyplývá, že možností s nejvyšším počtem zvolení, a sice 7x (tj. v 54 %), byla varianta, že se nejedná o prioritu léčby. Druhou nejčastější zvolenou odpovědí byla možnost jiné. Konkrétní odpovědi byly: „Rozumíme tomu, že kouření je pro klienty poslední záchrana.“, „Jednáme vždy podle individuální zakázky klienta.“, „Nepatří to ani mezi naše dílčí cíle.“, „Klientům to vůbec nedoporučujeme, dokonce jim to někdy rozmlouváme, aby jim to nezpůsobovalo další stres.“ Možnost nedostatek časového prostoru nebyla zvolena ani 1x. Možnost nezájem klientů byla zvolena 1x. 1x byla označena také možnost nedostatek pracovníků.

V této verzi dotazníku bylo také zjišťováno, zda komunity, které v současné době poradenství neposkytují, se tématem zabývaly v minulosti. Odpovědi na tuto otázku byly vyrovnané. Ano uvedlo 5 TK a odpověď ne 4 TK. Respondenti, kteří uvedli, že se tématem v minulosti zabývali, byli také vyzváni k tomu, aby uvedli jakou formou. Mohli opět zvolit více možností. Odpovědi byly následující: krátká intervence (4x), individuální poradenství pro klienta, který o to má zájem (3x), přednášky, vzdělávání (1x), pravidelná skupina pro všechny klienty (1x). Nejčastější formou, jakou se komunity odvykáním kouření zabývaly, byla tedy krátká intervence, kterou zvolily 4 z 5 zařízení (viz tabulka 1).

Tabulka 1: Způsoby poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v TK v minulosti

Jakým způsobem jste adiktologické poradenství při odvykání kouření poskytovali ve Vaší TK v minulosti?					
možnost	TK1	TK2	TK3	TK4	TK5
jednorázová skupina pro všechny klienty	X				
jednorázová skupina pro klienty, kteří o to měli zájem					
pravidelná skupina pro všechny klienty		X			
pravidelná skupina pro klienty, kteří o to měli zájem					
přednášky, vzdělávání pro klienty				X	
individuální poradenství pro všechny klienty					
individuální poradenství pro klienty, kteří o to mají zájem	X	X		X	
krátká intervence	X		X	X	X

Na otázku, zda dané zařízení plánuje v nejbližší době poradenství při odvykání kouření poskytovat, odpovědělo 8 respondentů ne a 1 respondent ano.

Respondenti byli také vyzváni k tomu, aby svoji odpověď na tuto otázku zdůvodnili. Jediný respondent, který uvedl, že se v dané TK v nejbližší době plánují poradenstvím zabývat, uvedl jako důvod, že by rád vytvořil alespoň minimální program pro zájemce o odvykání kouření. Respondenti, kteří uvedli, že ani do budoucna se neplánují tématem zabývat, uváděli následující důvody: odvykání kouření během léčby může být kontraproduktivní (2x), nejedná se o primární zaměření léčby (1x), tabákové výrobky jsou legální (1x), téma se v TK zatím neřešilo (1x), nesnadná

situace souběžného odvykání u klientů s duální diagnózou (1x). Zbylé 3 TK svou odpověď nezdůvodnili. Nicméně 2 z 9 komunit, které vyplňovaly dotazník ve verzi „NE“, doplnily fakt, že v případě, že by klient o téma vyjádřil zájem, pracovníci by ho podpořili individuální formou. K ilustraci odpovědí slouží tabulka 2.

Tabulka 2: Důvody nezařazení adiktologického poradenství při odvykání kouření do budoucího programu TK

Z jakého důvodu neplánujete do budoucna poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření zařadit do programu své TK?								
odpověď	TK1	TK2	TK3	TK4	TK5	TK6	TK7	TK8
kontraproduktivita odvykání kouření během léčby	X	X						
nejedná se o primární zaměření léčby			X					
tabákové výrobky jsou legální								X
nesnadné odvykání u duálních diagnóz					X			
téma se doposud v TK neřešilo								
bez důvodu				X		X	X	

9. Diskuze a závěr

9.1. Diskuze

Cílem mé práce bylo zmapovat poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v terapeutické komunitě pro uživatele návykových látek. Ukázalo se, že terapeutické komunity se poradenstvím během svého programu ve většině

případů (64 %) nezabývají, čímž se potvrdila fakta z teoretické části práce, kde uvádím, že mezi odborníky se objevuje řada obav a přesvědčení, která vedou k tomu, že téma odvykání kouření během pobytové léčby není atraktivní (Popov, 2013; Baca & Yahne, 2009; Ziedonis, 2006). Tento zjištěný fakt nereflektuje situaci v terapeutických komunitách, ve kterých je většina klientů aktivními kuřáky (nejnižší zastoupení kuřáků bylo 67 %, v 7 komunitách kouřili všichni klienti), a tak se otevření tématu nabízí. Práce neměla být nijak hodnotící, přesto byla realizována také proto, aby poukázala na důležitost a nebezpečí tématu kouření v životě klientů adiktologických služeb, které bylo několikrát zmíněno v teoretické části.

Velmi zajímavá byla již prvotní reakce pracovníků na otázku, zda poradenství při odvykání kouření do svého programu zařazují, která se velmi lišila. Na jedné straně zaznívala reakce typu: *„To je skvělé, že toto téma někdo řeší. Často se v týmu na přístupu neshodneme.“* a na druhé straně se objevila reakce: *„Tohle téma někdo řeší? A proč prosím Vás?“*. Přesto že jsem se respondentům vždy snažila vysvětlit, že práce nemá být nijak hodnotící, ale pouze mapující danou situaci a má sloužit k otevření diskuze na toto téma, tak jsem se v několika případech setkala s odmítavým přístupem. Nicméně je nezbytné dodat, že převládala pozitivní reakce a spolupracující přístup pracovníků.

Názory pracovníků byly různé nezávisle na délce jejich praxe či odbornosti. Na argumentu, že odvykání kouření během léčby závislosti na jiné NL by mohlo být kontraproduktivní, se shodli adiktologové se sociálními pracovníky, stejně tak se tyto profese shodly na důvodu, že se nejedná o prioritní zaměření léčby. Psycholog uvedl, že kouření klientů chápe jako poslední záchranu na těžké cestě z drogové závislosti. Jeden ze sociálních pracovníků uvedl, že tato studie a dotazník byly pro jejich TK inspirací k prodiskutování tématu, což byla nejpozitivnější reakce na studii a účel poukázání na důležitost tématu byl v tomto případě naplněn již v této fázi výzkumu. Vzhledem k tomu, že ani u jedné z oslovených terapeutických komunit se mi nepodařilo získat data od více než jednoho pracovníka, tak respondenti dotazníku, případně účastníci interview odpovídali podle filozofie a postavení celé TK. Kdyby se tedy studie zúčastnilo více členů týmu, mohly by být výsledky pestřejší.

Výzkum také potvrdil tvrzení (Ziedonis et al., 2006), že na zabývání se tématem odvykání kouření má vliv fakt, zda sám pracovník je kuřákem či nikoli.

Předtím než zhodnotím výzkumnou otázku, jakým způsobem je adiktologické poradenství při odvykání kouření v terapeutických komunitách pro uživatele návykových látek poskytováno, okomentuji průběh polostrukturovaných interview. Jeden z rozhovorů byl realizován přímo v prostředí terapeutické komunity, u druhého byl zvolen z důvodu horší dostupnosti zařízení jiný postup. Původně jsem navrhovala videohovor, aby výzkum nebyl ochuzen o kontakt s pracovníkem, který sám o sobě může být vypovídající, nicméně daná TK nebyla dostatečně technicky vybavena pro tento způsob zrealizování hovoru, a nakonec jsem tedy zvolila cestu hovoru telefonického. V terapeutických komunitách, ve kterých je poradenství při odvykání kouření poskytováno se opakovaly jisté vzorce. Jedním z nich byl důraz na individuální poradenství využívající doporučené postupy při odvykání kouření. Skupinová terapie by mohla být vzhledem k tomu, že se jedná o závislost jako každou jinou a vzhledem k typu zařízení, které jsem zkoumala, také přínosná. Poskytovaná byla ale pouze v jednom zařízení a hlavním důvodem byl nedostatek klientů, kteří by chtěli přestat kouřit. Ve všech komunitách, které uvedly, že se odvykáním kouření zabývají, bylo možné využít podpory odvykání v podobě NNT či farmakoterapie. Pouze jedna komunita však nabízela NNT ve formě nikotinových náplastí na náklady komunity, farmakoterapii si klienti museli ve všech případech hradit sami a vzhledem k tomu, že právě finance byly hlavním důvodem, proč klienti chtějí přestat kouřit, nemusí být pro ně snadné jednorázově vynaložit finance na farmakoterapii. Důležitost dostupnosti farmakoterapie zdůrazňuje opatření MPOWER Světové zdravotnické organizace (WHO, 2017).

Jako hlavní důvod, proč klienti měli zájem přestat kouřit, byla finanční náročnost užívání tabáku a ne zdravotní stav, což potvrzuje studii uvedenou v teoretické části (Sovová, 2016), která ukázala, že klienti nevnímají kouření v komplexní souvislosti vzhledem ke svému tělu a zdraví, ale nepotvrzuje to studii Campbella et al. (2017), který za hlavní důvod označuje právě zdraví. Zjištěný fakt, že v době sběru dat nevyužíval program pro odvykání kouření v zařízení, která ho nabízejí, ani jeden klient naopak podporuje argumenty pracovníků, kteří se

tématem nezabývají, a sice že se nejedná o prioritní zaměření léčebného programu. Pro doplnění tématu by jistě stálo za to realizovat studii, která by mapovala zájem klientů o odvykání kouření během pobytové léčby závislosti na návykových látkách. Na druhou stranu je nutné říct, že kdyby bylo odvykání kouření nabízeno proaktivně v každé terapeutické komunitě, tak by bylo zhodnocení zájmu klientů o tento program jistě průkaznější. Právě přístup pracovníků k oslovování tématu odvykání kouření se jeví jako problematický, což potvrdilo i studii Ziedonise et al. (2006), který kladl význam vlivu ambivalence pracovníků – kuřáku na přístup k tématu. Výsledek, že odvykání kouření není klientům proaktivně nabízeno je velmi zásadním ne však pozitivním zjištěním, a sice z důvodu legislativní povinnosti zdravotníků intervenovat na téma kouření a odvykání vždy a u každého kuřáka a také z toho důvodu, že 7 z 10 dospělých kuřáků by raději nekouřilo (Králíková, 2011).

Dílčím cílem práce bylo zjistit hlavní bariéry poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v TK pro uživatele návykových látek. Jako hlavní důvod neposkytování poradenství se ukázalo to, že se nejedná o prioritní zaměření léčby. Tvrzení může být diskutabilní vzhledem k tomu, že terapeutická komunita je definována jako služba nabízející komplexní zaměření na všechny aspekty klientova života. Studie potvrdila zjištění, která přinesli Sovová (2016), Baca a Yahne (2009), Ziedonis et al. (2006), a sice že ani pracovníci ani klienti nepovažují za součást abstinence od návykových látek abstinenci od užívání nikotinu. Problém nedostatku časového prostoru či nedostatečného vzdělání pracovníků se neukázal jako důležitý a nepotvrdila se tak některá tvrzení dle Ziedonise et al. (2006). Zmíněné zjištění je pozitivním faktem pro ty komunity, které by se v budoucnu rozhodly s programem odvykání kouření začít. Je třeba připomenout, že základem léčby závislosti na nikotinu je nejen farmakoterapie, ale také podpůrné sociální prostředí (Králíková, 2013), které by právě terapeutická komunita měla nabízet (Kalina, 2008).

Během realizace výzkumu nenastaly žádné výrazné komplikace znemožňující jeho dokončení. Nicméně opakujícím se prvkem byl při sběru dat fakt, že pracovníci měli pocit, že je výzkum bude hodnotit, a tak měli tendenci obhajovat svůj vlastní postoj. Dva z pracovníků měli již během telefonického rozhovoru pochyby o tom, zda se výzkumu zúčastní, byl jim proto dán prostor na rozmyšlení a následně

respektována jejich volba dál se výzkumu neúčastnit. Práce na výzkumu byla pro mě samotnou velmi inspirativní a výsledky, které studie přinesla, jsou unikátní pro síť adiktologických služeb v ČR, protože výzkumů zabývajících se daným tématem nebylo příliš realizováno. Nicméně na tomto místě mi přijde důležité poukázat na to, že práce má své metodologické limity. Průkaznější a zajímavější data by práce pravděpodobně přinesla, kdyby byla celá založena na kvalitativním přístupu a s vyšším zastoupením respondentů. Původním záměrem bylo studii postavit výhradně na kvalitativních rozhovorech, avšak z důvodu počtu terapeutických komunit v ČR byla zvolena kombinace obou přístupů, aby bylo možné získat data z co největšího počtu zařízení, tak aby byly dostatečně zodpovězeny výzkumné otázky.

9.2. Závěr

Odvykání kouření v pobytové léčbě uživatelů návykových látek je kontroverzním tématem mezi odborníky adiktologie, což potvrzuje i tato studie. Důležitým aspektem se u kouření v terapeutické komunitě ukázal být společenský kontext kouření a s ním související vliv skupiny na jedince a obava ze sociální izolace, která by mohla nastat, kdyby se jedinec vymykal skupině (Hrabal, 2003). Nicméně vzhledem k vysoké mortalitě nejen adiktologických klientů způsobené užíváním tabáku by možnost odvykání kouření během pobytové léčby měla být proaktivně nabízena. Vždyť právě terapeutická komunita má být bezpečným místem, ve kterém má skupina působit na jedince hlavně pozitivně. S tím souvisí i zajímavý pohled jednoho z respondentů, který uvedl názor, že samotný akt kouření je součástí uživatelské kultury a fakt, že samotná závislost je uložena v těle, v gestice, v chování, hraje roli právě v tom, že ve chvíli, kdy si klient zapálí cigaretu, může to vést k tomu, že se objeví asociace s předešlým stylem života. Hlavní cíl i dílčí cíle práce byly naplněny. Práce přinesla také dílčí analýzy zahraničních studií, které se tématem zabývají na mnohem rozvinutější úrovni než studie v České republice a přinesla také data, která mohou být inspirací pro pracovníky nejen terapeutických komunit. Vzhledem k dokázaným pozitivním účinkům souběžného odvykání na tabáku a jiných návykových látkách (Baca a Yahne, 2009; Kalman et al., 2006; Prochaska et al., 2004 a další) a vzhledem k potvrzeným zjištěním, že neléčená závislosti na tabáku snižuje efektivitu léčby na jiných návykových látkách (McKelvey, Ramo & Thrul, 2017; Popov, 2013) bych

doporučovala téma v terapeutických komunitách otevřít a navrhnout alespoň základní program založený na motivaci klienta (Soukup, 2014) s využitím podpory farmakoterapie nebo náhradní nikotinové terapie (Apollonio, Bero a Philipps, 2016), který by se klientům proaktivně nabízel. Efekt by dle mého názoru přinesla také podpora odvykání kouření samotných pracovníků (Ziedonis, 2006).

Bibliografie:

Adameček, D., & Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v adiktologii. In K. Kalina et al. *Klinická adiktologie* (446 – 466). Praha: Grada.

Adamíková, Ž. (2016). *Léčba závislosti na tabáku u pacientů v ústavní léčbě pro závislost na alkoholu (Bakalářská práce)*. Retrieved from: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/80084>.

Ahluwalia, J.S., Gibson, C. A., Richter K. P., & Schmelzle, K. H. (2001). Tobacco Use and Quit Attempts Among Methadone Maintenance Clients. *American Journal of Public Health*, 91(2), 266-299. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446533/pdf/11211643.pdf>.

American Cancer Society. (2018). *The Tobacco Atlas*. Retrieved from: <https://tobaccoatlas.org/country/czech-republic/>.

Anders, M., & Štěpánková, L. (2013). Kouření a psychiatrie. In E. Králíková et al. *Závislost na tabáku:epidemiologie, prevence a léčba* (292-295). Břeclav: Adamira.

Apollonio, D., Bero, L., & Philipps, R. (2016). Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD010274. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010274.pub2>.

Baca, C. T., & Yahne, C. E. (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know . *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 205-219. Retrieved from: <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.06.003>.

Benowitz, N. L. (2010). Nicotine Addiction. *The New England Journal of Medicine*, 362(24), 2295–2303. Retrieved from: <http://doi.org/10.1056/NEJMr0809890>.

Bilic, P., Civljak, M., & Milosevic, M. (2015). *Interventions for smoking cessation in psychiatric setting*. Retrieved from: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011722.pub2/full>.

Campbell, B. K., Guydish, J., Le, T., & Tajima, T. (2017). Quitting smoking during substance use disorders treatment: Patient and treatment-related variables. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 73, 40–46. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.11.002>.

Csémy, L., Skývová, M., & Váňová, A. (2017). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2016*. Retrieved from: <http://www.szu.cz/uzivani-tabaku-a-alkoholu-v-ceske-republice-2016>.

Čablová, L., Jurystová, L., & Miovský, M. (2015). Časná diagnostika a krátká intervence v adiktologii. In: K. Kalina et al. *Klinická adiktologie* (286-296). Praha: Grada.

Česká koalice proti tabáku. (2017). *BezCigaret.cz*. Retrieved from: <https://www.bezcigaret.cz/>.

ČR. (2017). § 26 zákona č. 65/2017 Sb. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. *Zákony pro lidi.cz*. Retrieved from <https://zakonyprolidi.cz/cs/2017-65?text=ochraně+zdraví>.

De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. New York: Springer Publishing Company.

EMCDDA. (2004). *Výroční zpráva za rok 2004: Stav drogové problematiky v Evropské unii a Norsku*. Retrieved from: <http://ar2004.emcdda.europa.eu/cs/page092-cs.html>.

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

Fiore, M. C., et al. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>.

Frosch, D. L., et al. (2000). Associations between tobacco smoking and illicit drug use among methadone-maintained opiate-dependent individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8(1), 97–103. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10743909>.

Frosch, D.L., Shoptaw, S., & Stein, J. A. (2002). Using latent-variable models to analyze smoking cessation clinical trial data: an example among the methadone maintained. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(3). Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12233986>.

Hrabal, V. (2003). *Sociální psychologie pro učitele. Vybraná témata*. Praha: Karolinum.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada.

Kalina, K., Adamček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnácta, Š., Dvoráček, J. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Kalman, D., et al. (2006). High-dose nicotine patch therapy for smokers with a history of alcohol dependence: 36-week outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(3), 213–217. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.01.001>.

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. *Clinical psychology review*, 30(1), 12–24. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.009>.

Králíková, E., Štěpánková, L. (2010). Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbiditou, *Psychiatrie pro praxi*, 11(2), 66-69.

Králíková, E. (2011). Jak pomoci pacientům přestat kouřit?. *Interní Medicína Pro Praxi*, 13(11), 453-454. Retrieved from <http://www.internimedicina.cz/archiv.php>.

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

Králíková, E. (2014). Co doporučit kuřákovi v ordinaci. Současná léčba závislosti na tabáku, *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*, 6(1), 13-17.

Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.

- Kulhánek, A. (2016). Národní linka pro odvykání kouření – cesta k profesionalizaci. *Adiktologie*, 16(4), 374–377.
- Kulhánek, A. (2017). Odvykání kouření jako (ne)adiktologické téma?. *Adiktologie*, 17(3), 180-181.
- Knudsen, H. K., & Studts, J. L. (2010). The implementation of tobacco-related brief interventions in substance abuse treatment: A national study of counselors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 212–219. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.12.002>.
- Kubičová, L. (2017). *Užívání návykových látek u studentů adiktologie (Bakalářská práce)*. Retrieved from: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/85988>.
- 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. Retrieved from: [http://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00259-9](http://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00259-9).
- Magee, J. C., & Winhusen, T. (2016). The coupling of nicotine and stimulant craving during treatment for stimulant dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(3), 230–237. Retrieved from: <https://doi.org/10.1037/ccp0000054>.
- Martin, R. A., et al. (2016). Barriers to Quitting Smoking Among Substance Dependent Patients Predict Smoking Cessation Treatment Outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 64, 7–12. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.02.007>.
- McKelvey, K., Ramo, D., & Thrul, J. (2017). Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review. *Addictive Behaviors*, 65, 161–170. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.10.012>.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- Ministry of Health. (2014). *The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking*. Wellington: Ministry of Health.

Miovský, M. (2016). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z. et al. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády ČR.

Mooney, M. E., et al. (2011). Cigarette Smoking Status in Pathological Gamblers: Association with Impulsivity and Cognitive Flexibility. *Drug and alcohol dependence*, 117(1), 74–77. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.12.017>.

NIDA (2010). *Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses*. Bethesda, Maryland: National Institute for Drug Abuse. Retrieved from: <http://www.drugabuse.gov/publications> [2012-12-30].

NIDA. (n.d.). Tobacco/Nicotine and E-Cigs. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/tobacconicotine-e-cigs>.

NMS. (2015). *Mapa pomoci*. Praha. Retrieved from: <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/?t=17&st=1&r=#result>.

Perlík, F. (2017). Kouření a lékové interakce. *Časopis Lékařů Českých*, 156(1), 13-14. Retrieved from <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/koureni-a-lekove-interakce-60418>.

Popov, P. (2013). Závislost na tabáku mezi jinými závislostmi. In Králíková, E et al. *Závislost na tabáku:epidemiologie, prevence a léčba* (296-300). Břeclav: Adamira.

Prochaska, J. J., Delucchi, K., & Hall, S. M. (2004). A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1144–1156. Retrieved from: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1144>.

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky ČR (2015). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Praha: Úřad vlády ČR.

- Raboch, J., & Psychiatrická společnost ČLS JEP. (2010). *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. Brno: Tribun EU.
- Richter, K. P., Hunt, J. J., Cupertino, A. P., Garrett, S., & Friedmann, P. D. (2012). Understanding the Drug Treatment Community's Ambivalence Toward Tobacco Use and Treatment. *The International Journal on Drug Policy*, 23(3), 220–228. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.11.006>.
- Schoffemeer, A.D. et al. (2002). Psychostimulant-Induced Behavioral Sensitization Depends on Nicotinic Receptor Activation. *Journal of Neuroscience*, 22(8), 3269- 3276. Retrieved from: <http://www.jneurosci.org/content/22/8/3269.long>.
- SLZT. (2017). Společnost pro léčbu závislosti na tabáku- O společnosti. Retrieved from: <http://www.slzt.cz/o-spolecnosti>.
- Sovová, A. (2016). *Vnímání vlastní zkušenosti se zanecháním kouření ve vztahu k léčbě primární závislosti: kvalitativní výzkum mezi klienty terapeutických komunit (Bakalářská práce)*. Retrieved from: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/80085>.
- Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál.
- Štěpánková, L., Králíková, E., Zvolská, K., Pánková, A., Felbrová, V., & Kulovaná, S. (2016). Zmírnění příznaků deprese po úspěšné léčbě závislosti na tabáku. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(5), 221-225.
- Trefná, I. (2011). Ošetřování pacienta s polymorfní závislostí. *Sestra. Tematický Sešit 306 - Neurologie, Psychiatrie*, 21(2), 77-79. Retrieved from <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>.
- Walsh, R. A., Bowman, J. A., Tzelepis, F., & Lecathelinais, C. (2005). Smoking cessation interventions in Australian drug treatment agencies: a national survey of attitudes and practices. *Drug and Alcohol Review*, 24(3), 235–244. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/09595230500170282>.
- WHO. (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: ÚZIS ČR.

WHO. (2017). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Retrived from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf?sequence=1>.

Ziedonis, D. M., Guydish, J., Williams, J., Steinberg, M., & Foulds, J. (2006). Barriers and solutions to addressing tobacco dependence in addiction treatment programs. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 29(3), 228–235. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih-gov.ezproxy.is.cuni.cz/pubmed/17373414>.

Přílohy

Příloha 1: Záznamový arch

	kód TK	kontakt	respondent	datum telefonátu	spolupráce na telefonátu	poradenství	osobní setkání	online dotazník	poznámky
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									

Příloha 2: Dotazník verze ANO

Poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v pobytové léčbě uživatelů návykových látek: Studie v terapeutických komunitách ČR.

Vážení,

děkuji Vám, že jste souhlasili se spoluprací na mé bakalářské práci s tématem Poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v pobytové léčbě uživatelů návykových látek: Studie v terapeutických komunitách ČR. Cílem práce je zmapovat, zda je poradenství při odvykání kouření v TK poskytováno, jakým způsobem a jaké jsou bariéry a důvody, proč tato služba poskytována není. V rozhovoru s pracovníkem Vaší TK jsem zjistila, že poradenství při odvykání kouření je součástí léčby Vašich klientů. Tento dotazník je tedy zaměřen na zmapování Vámi preferovaných postupů a postřehů z praxe. Identita pracovníků i terapeutických komunit zůstane v anonymitě a Vaše odpovědi budou použity pouze pro účely tohoto výzkumu. Dotazník za sebe vyplňte pouze jednou.

Společně s odkazem na tento dotazník Vám byl zaslán unikátní kód, který zajistí Vaší anonymitu. Ten zkopírujte níže do kolonky "Kód".

Kód:

Text stručné odpovědi

1) Uveďte svoji pozici v terapeutickém týmu:

- adiktolog
- sociální pracovník
- zdravotní sestra
- psycholog
- psychiatr
- lékař jiné odbornosti
- Jiné: _____

2) Uveďte délku svoji praxe v přímé práci s klientem:

- 0 – 1 rok
- 2 – 5 let
- 6 – 10 let
- více než 10 let

3) Uveďte primární cílovou skupinu adiktologických klientů Vaší TK (možné více odpovědí) :

- uživatelé nelegálních návykových látek
- uživatelé alkoholu
- patologičtí hráči
- uživatelé psychofarmak
- duální diagnózy
- Jiné: _____

4) Sledujete kouření u Vašich klientů při sběru anamnézy?

- ano, vždy
- pouze u vybraných případů
- ne

5) Jaký je aktuální počet adiktologických klientů Vaší TK?
Vypište číslovku:

Vaše odpověď _____

6) Kolik klientů z celkového počtu Vašich adiktologických klientů aktuálně kouří? Vypište číslovku:

Vaše odpověď

7) Mohou Vaši klienti během pobytové léčby ve Vaší TK užívat tabákové výrobky?

Pokud odpovíte ne, pokračujte na otázku číslo 8.

ano

ne

8) Pokud jste odpověděli na předchozí otázku ANO, stručně, prosím, popište, jakým způsobem je užívání tabáku regulované (kuřácké pauzy, prostory, sankce,...) :

Vaše odpověď

9) Jakou formou poskytujete klientům ve Vaší TK adiktologické poradenství při odvykání kouření? (možné více odpovědí) :

jednorázová skupina pro všechny klienty

jednorázová skupina pro klienty, kteří o to mají zájem

pravidelná skupina pro všechny klienty

pravidelná skupina pro klienty, kteří o to mají zájem

přednášky, vzdělávání pro klienty

individuální poradenství pro všechny klienty

individuální poradenství pro klienty, kteří o to mají zájem

krátká intervence

Jiné: _____

10) Jakým způsobem je klientům ve Vaší TK nabízeno poradenství při odvykání kouření?

- pomoc při odvykání kouření nabízíme každému klientovi kuřákovi
- klienti kuřáci si musí pomoc sami vyžádat
- Jiné: _____

11) Mají klienti ve Vaší TK možnost využít náhradní nikotinovou terapii?

- klient si ji může zprostředkovat, ale na vlastní náklady
- klientovi ji můžeme zprostředkovat na náklady komunity
- klient nemá možnost si v TK zprostředkovat NNT

12) Mají klienti ve Vaší TK možnost využít farmakoterapii při odvykání kouření (vareniklin nebo bupropion)?

- lékaři TK mohou klientovi léky předepsat a on si je pořídí na vlastní náklady
- lékaři TK mohou klientovi léky předepsat a náklady hradí TK
- klient má možnost si léky nechat předepsat u svého lékaře a pořídít si je na vlastní náklady
- klient má možnost si léky nechat předepsat u svého lékaře a náklady hradí TK
- klient nemá možnost v TK užívat léky pro odvykání kouření

13) Kolik klientů Vaší TK aktuálně využívá poradenství při odvykání kouření? Vypište číslovku:

Vaše odpověď _____

14) Jaké jsou podle Vás důvody, proč klienti v TK možnosti odvykání kouření využívají? Prosím o stručnou odpověď:

Vaše odpověď _____

15) Jaké jsou podle Vás důvody, proč klienti v TK možnosti odvykání kouření NEvyžívají? Prosím o stručnou odpověď:

Vaše odpověď

16) Jakou formu adiktologického poradenství při odvykání kouření ve Vaši TK považujete Vy osobně za nejúčinnější? Prosím o stručnou odpověď:

Vaše odpověď

Poděkování

Vážení respondenti,

tímto Vám děkuji za Vaše odpovědi a Váš čas, který jste vložili do tohoto výzkumu. V případě jakýchkoli dotazů týkajících se práce se můžete obrátit na její řešitelku (teru.kralova@gmail.com) nebo na jejího odborného vedoucího, Mgr. Adama Kulhánka (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN, Apolinářská 4, 128 00, Praha 2, adam.kulhanek@lf1.cuni.cz). Na odborného vedoucího se můžete obracet i s případnými připomínkami či stížnostmi.

S pozdravem,

Tereza Králová

Poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v pobytové léčbě uživatelů návykových látek: Studie v terapeutických komunitách ČR

Vážení,

děkuji Vám, že jste souhlasili se spoluprací na mé bakalářské práci s tématem Poskytování adiktologického poradenství při odvykání kouření v pobytové léčbě uživatelů návykových látek: Studie v terapeutických komunitách ČR. Cílem práce je zmapovat, zda je poradenství při odvykání kouření v TK poskytováno, jakým způsobem a jaké jsou bariéry a důvody, proč tato služba poskytována není. V rozhovoru s pracovníkem Vaší TK jsem zjistila, že v současné době není poradenství při odvykání kouření běžnou součástí léčby ve Vašem zařízení. Tento dotazník je tedy zaměřen na zjištění možných důvodů a bariér. Identita pracovníků i terapeutických komunit zůstane v anonymitě a Vaše odpovědi budou použity pouze pro účely tohoto výzkumu. Dotazník za sebe prosím vyplňte pouze jednou.

Společně s odkazem na tento dotazník Vám byl zaslán unikátní kód, který zajistí Vaši anonymitu. Ten zkopírujte níže do kolonky "Kód".

Kód (prosím, vyplňte):

Vaše odpověď

1) Uveďte svoji pozici v terapeutickém týmu:

- adiktolog
- sociální pracovník
- zdravotní sestra
- psycholog
- psychiatr
- lékař jiné odbornosti
- Jiné: _____

2) Uveďte délku svoji praxe v přímé práci s klientem:

- 0 – 1 rok
- 2 – 5 let
- 6 – 10 let
- více než 10 let

3) Uveďte primární cílovou skupinu adiktologických klientů Vaší TK (možné více odpovědí):

- uživatelé nelegálních návykových látek
- uživatelé alkoholu
- patologičtí hráči
- uživatelé psychofarmak
- duální diagnózy
- Jiné: _____

4) Jaký je aktuální počet adiktologických klientů Vaší TK?
Vypište číslovku:

Vaše odpověď _____

5) Kolik klientů z celkového počtu Vašich adiktologických klientů aktuálně kouří? Vypište číslovku:

Vaše odpověď _____

6) Poskytovali jste v minulosti adiktologické poradenství při odvykání kouření pro klienty ve Vaší TK?

- ano
- ne

7) Pokud ano, jakou formou? (možné více odpovědí)

- jednorázová skupina pro všechny klienty
- jednorázová skupina pro klienty, kteří o to měli zájem
- pravidelná skupina pro všechny klienty
- pravidelná skupina pro klienty, kteří o to měli zájem
- přednášky, vzdělávání pro klient
- individuální poradenství pro všechny klienty
- individuální poradenství pro klienty, kteří o to mají zájem
- krátká intervence
- Jiné: _____

8) Jaký je hlavní důvod toho, že v současnosti neposkytujete adiktologické poradenství při odvykání kouření pro klienty ve Vaší TK? (možné více odpovědí)

- nedostatek časového prostoru
- nedostatek pracovníků
- nezájem klientů
- nejedná se o prioritní zaměření naší léčby
- Jiné: _____

9) Plánujete v nejbližší době začít poskytovat adiktologické poradenství při odvykání kouření pro klienty ve Vaší TK?

- ano
- ne

10) Pokud jste u otázky č. 9 zvolili ANO, prosím, stručně svoji odpověď zdůvodněte.

Vaše odpověď _____

11) Pokud jste u otázky č. 9 zvolili NE, prosím, stručně svoji odpověď zdůvodněte.

Vaše odpověď _____

Poděkování

Vážení respondenti,

tímto Vám děkuji za Vaše odpovědi a Váš čas, který jste vložili do tohoto výzkumu. V případě jakýchkoli dotazů týkajících se práce se můžete obrátit na její řešitelku (teru.kralova@gmail.com) nebo na jejího odborného vedoucího, Mgr. Adama Kulhánka (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN, Apolinářská 4, 128 00, Praha 2, adam.kulhanek@lf1.cuni.cz). Na odborného vedoucího se můžete obracet i s případnými připomínkami či stížnostmi.

S pozdravem,

Tereza Králová