



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Role sestry při odvykání kouření

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Jindřiška Daňková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Role sestry při odvykání kouření“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 24. 5. 2020

.....

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala hlavně vedoucí této bakalářské práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D., za její odborné vedení, ochotu a cenné rady či připomínky. Dále bych chtěla poděkovat za podporu své rodině, přátelům a partnerovi a za jejich pomoc během studií. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem sestrám za pomoc při získávání cenných informací, které byly nezbytné pro zpracování výzkumné práce.

Role sestry při odvykání kouření

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na roli sestry při odvykání kouření. Zabývá se závislostí na tabáku, která je považována za samostatnou nemoc a její procentuální nárůst v populaci stále roste. Vzhledem k této skutečnosti je angažovanost zdravotnického personálu velmi důležitá. Sestry, jakožto nejpočetnější skupina zdravotnického personálu, by měly klást největší důraz na edukaci pacienta kvůli rizikům spojeným s kouřením, ale bohužel nejsou ve většině praxí tolik využívány a v dané problematice školeny. Sestrám se doporučuje využívat krátké intervence, které mají kladné výsledky a zaměřují se na individualitu pacienta/klienta.

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část se zaměřuje zejména na definici závislosti na tabáku, vlivy kouření na organismus, diagnostiku závislosti na tabáku a léčbu. Dále se také zabývá krátkými intervencemi 5P (5A) a celkovou rolí sestry při odvykání kouření a prevenci. Výzkumná část byla provedena pomocí výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru, který obsahoval 19 otázek. Na tyto otázky jsme se dotazovali záměrně vybraného výzkumného souboru, kterým byly sestry zabývající se odvykáním kouření nebo pracující v centrech pro závislé na tabáku. Po zpracování dat byly odpovědi dotázaných sester zařazeny do 4 kategorií, které se dále dělily na podkategorie.

Z výsledků výzkumného šetření plyne, že role sestry při odvykání kouření je velmi významná a nezastupitelná, bohužel není často využívána. Součástí kvalitní ošetrovatelské péče je věnování se prevenci závislosti na tabáku a samotnému odvykání kouření. Doporučujeme využívat krátké intervence 5P (5A) při každém klinickém kontaktu s pacientem, pokud to umožňuje čas. U odvykání kouření je důležité pacienta edukovat, motivovat a podporovat. K jedné z nejdůležitějších úloh sester patří prevence závislosti na tabáku, která může vést ke snížení rizik vzniku onemocnění či úmrtí v důsledku kouření.

Klíčová slova

Kouření – nikotin – odvykání – prevence – závislost

The nurse's role in smoking cessation

Abstract

The bachelor thesis focuses on the role of the nurse in smoking cessation. It deals with tobacco dependence, which is considered as a disease and its percentage increase in the population is still growing. Due to this fact, the involvement of medical staff is very important. Nurses, as the largest group of medical staff, should place the greatest emphasis on patient's education due to the risks associated with smoking, but unfortunately they are not widely used and trained in most practices. Nurses are advised to use short interventions that have positive results and focus on the individuality of the patient.

This bachelor thesis is divided into two parts, a theoretical and a research part. The theoretical part focuses mainly on the definition of tobacco dependence, the effects of smoking on the body, the diagnosis of tobacco dependence and treatment. It also deals with brief 5P (5A) interventions and the overall role of the nurse in smoking cessation and prevention. The research part was conducted using a research survey in the form of a semi-structured interview, which contained 19 questions. We asked these questions a deliberately selected research group, which were nurses dealing with smoking cessation or working in centers for tobacco addicts. After processing the data, the answers of the interviewed nurses were classified into 4 categories, which were further divided into subcategories.

The results of the research show that the role of the nurse in smoking cessation is very important and irreplaceable, unfortunately it is not often used. Part of quality nursing care is dedicated to the prevention of tobacco dependence and smoking cessation. We recommend the use of brief 5P (5A) interventions in each clinical contact with the patient, if time allows. It is important to educate, motivate and support the patient in smoking cessation. One of the most important roles of nurses is the prevention of tobacco dependence, which can reduce the risk of illness or death due to smoking.

Key words

Addiction – cessation – nicotine – prevention – smoking

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Závislost.....	9
1.1.1 Pasivní kouření.....	10
1.2 Složení cigaret.....	12
1.2.1 Tabákový kouř.....	12
1.2.2 Nikotin.....	13
1.3 Vliv kouření na lidský organismus.....	13
1.3.1 Vliv kouření na kardiovaskulární systém.....	14
1.3.2 Vliv kouření na dýchací systém.....	14
1.3.3 Vliv kouření na další onemocnění a s tím spojená rizika.....	16
1.4 Diagnostika a léčba závislosti na tabáku.....	16
1.4.1 Diagnostika závislosti na tabáku.....	17
1.4.2 Zásady odvykání kouření.....	17
1.4.3 Léčba závislosti na tabáku.....	18
1.4.4 Alternativní způsoby odvykání.....	21
1.5 Role sestry při odvykání kouření.....	22
1.5.1 Krátké intervence 5P.....	23
1.5.2 Programy proti tabáku.....	26
1.6 Role sestry při prevenci závislosti na tabáku.....	27
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	30
2.1 Cíle práce.....	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3 Metodika.....	31
3.1 Použitá metoda sběru dat.....	31

3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
3.3 Etika výzkumu	33
4 Výsledky	34
4.1 Identifikační údaje dotazovaných sester	34
4.2 Kategorizace výsledků	36
5 Diskuze	46
6 Závěr	53
7 Seznam zdrojů.....	55
8 Seznam příloh	59
9 Seznam zkratk	65

Úvod

Bakalářská práce se zaměřuje na téma „Role sestry při odvykání kouření“. Závislost na tabáku je kvalifikována jako samostatná nemoc, která se u nás týká několika miliónů pacientů a přináší vysoká rizika jiných onemocnění nebo úmrtí. Rizika onemocnění se mohou týkat celého organismu, protože kouření má negativní vliv na všechny jeho části a těmito riziky by se měly zabývat všechny obory ve zdravotnictví. Mezi rizika kouření nepatří pouze rakovina plic, jak si většina populace myslí, ale například kardiovaskulární onemocnění, zvyšuje se riziko vzniku diabetu mellitu nebo se může razantně zhoršit hojení ran. Pro správné odvykání kouření je doporučeno navštívit specializované centrum pro odvykání kouření, kde mohou zdravotníci podat potřebné informace, provede se kuřácká anamnéza a dále se může naplánovat léčba dle zdravotního stavu a přání pacienta. Vzhledem k růstu závislosti na tabáku v České republice je velmi důležitá angažovanost sester do celého procesu, kdy mohou pacienta správně motivovat, edukovat a podporovat. Pro správně naplánovanou léčbu sestra používá ve své praxi krátké intervence 5P (5A), které zvyšují šanci pro úspěšné odvykání kouření. Tyto intervence by měla sestra použít při každém klinickém kontaktu s pacientem, bohužel sestry k těmto postupům v nemocničních zařízeních nejsou často využívány a školeny, ačkoli by mohla být jejich role pro pacienta rozhodující.

V teoretické části bakalářské práce se budeme zabývat tématy závislost a pasivní kouření, složení cigaret, kdy je kladen důraz na složky cigarety, které nejvíce ohrožují kuřáka a jeho okolí, vliv kouření na lidský organismus, diagnostika a léčba závislosti na tabáku, role sestry při odvykání kouření a při prevenci. Práce je zaměřena hlavně na krátké intervence, které by měla využívat sestra s pacientem během procesu odvykání kouření ke správnému stanovení léčby závislosti a podpory pacienta. Výzkumná část práce je zaměřena na sestry, které se potýkají s problematikou odvykání kouření a primárně na sestry, které pracují v centrech pro závislé na tabáku. Pro výzkumnou část bude použit kvalitativní výzkum, který bude prováděn pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaká je role sestry v intervenování pacientů závislých na tabáku a jaké je využití krátkých intervencí v praxi.

Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila z důvodu časté nevědomosti nejen veřejnosti, ale také zdravotníků, ohledně vlivu kouření na lidský organismus a problematiky odvykání kouření.

1 Současný stav

1.1 Závislost

Nešpor (2018) popisuje, že syndrom závislosti, který je značen kódem Fx.2, je takové chování a jednání jedince ve jeho běžném životě, kdy vědomě upřednostňuje užívání psychoaktivních a jiných návykových látek, před jednáním, které dříve zastával a je si vědom jejich možných následků. Dle Nešpora (2018) charakteristickým rysem závislosti je touha, která jedince nutí brát návykové látky. Ne vždy se musí syndrom závislosti u návykových látek vyvinout.

Nešpor a Herle (2019) dále dodávají, že znaků závislosti je celkem šest a pokud se minimálně tři znaky naplňují, tak to ukazuje na skutečnost, že je člověk závislý. Nešpor (2018) vysvětluje, že diagnóza syndromu závislosti může být stanovena jako definitivní, pokud v průběhu jednoho roku došlo k pocítění silné touhy užívání dané látky, jedinec měl potíže v sebeovládání během užívání látky, například pokud jde o množství látky nebo začíná zanedbávat své zájmy, práci a pro něj dříve důležité záležitosti na úkor užívání návykové látky. Nešpor (2018) zmiňuje, že k určení definitivní diagnózy přispívá zvyšující se tolerance k dané látce, kdy jedinec zvyšuje množství dávek, aby se mu dostalo stejného účinku jako na začátku užívání látky, kdy bylo množství nižší. V neposlední řadě se syndrom závislosti prokáže, pokud jedinec pokračuje v užívání látek i přes škodlivé účinky, a to nejen fyzické, ale i psychické, kterých se může být vědom (Nešpor, 2018).

Nešpor (2018) ve své knize zmiňuje, že v zemích, které se nacházejí ve střední Evropě jsou desítky procent obyvatel, kteří jsou závislí na návykových látkách nebo jsou touto nemocí ohroženi. Mezi tato procenta nepatří pouze lidé, kteří jsou závislí na tabáku, alkoholu nebo jiných návykových látkách, ale také se sem řadí problematika hazardu a další tomu podobné poruchy.

Králíková a Kozák (2003) uvádějí, že kouření stejně jako jiné návykové látky pro jedince začínají nejdříve jako psychosociální závislost. Často se jedná o situace, kdy je jedinec v prostředí, ve kterém se cítí uvolněný a je se svými blízkými nebo s okolím, které mu je příjemné a většina z nich jsou kuřáci. V těchto situacích je těžké vytrvat a jedinec často podléhá a cigaretu si nakonec také zapálí. Tyto situace se mohou opakovat častěji, což vede ke vzniku závislosti na tabáku a jedinec se stává kuřákem i mimo již zmíněné

situace. Králíková a Kozák (2003) popisují, že zprvu může být kouření pouze sociální záležitostí, kdy může vést například k navázání konverzace a sblížení. Sovinová a Csémy (2003) dodávají, že je možné vytvoření návyku kouření v určité společnosti, kdy chce člověk dobře zapůsobit a usnadnit začátek konverzace. Králíková a Kozák (2003) uvádějí, že když si tělo postupem času začne vytvářet toleranci a mizí možné nepříjemné pocity, tak se cigareta stává nástrojem, který jedinci pomáhá zvládat obtížné situace a je pro něj součástí životního stylu. Tato fáze už není pouze sociální, ale i psychická. Psychosociální závislost se pojí s různými rituály, jako s cigaretou ráno u kávy, po obědě nebo například po sexu. Je to závislost, která se neřídí složením nebo množstvím dávky nikotinu, ale řídí se cigaretou jako takovou, kdy má jedinec potřebu držet mezi prsty tyčinku, pozorovat tabákový kouř vznášející se do různých obrazců nebo potřebu s něčím manipulovat. Nešpor a Herle (2019) dodávají, že alkohol a kouření jsou nebezpečné nejen pro lidi závislé, ale stávají se nebezpečné i pro lidi, kteří s nimi běžně do kontaktu nepřicházejí, a proto je důležité abstinenci návykových látek doporučit i lidem, kteří je pravidelně neužívají a závislí nejsou.

Popov (2013) uvádí, že závislost na tabáku je klasifikována jako duševní porucha, která je spouštěna účinkem psychoaktivních látek, které se v tabáku nacházejí. Závislost na tabáku se proto řadí mezi drogové závislosti a tento fakt si závislí kuřáci často nechtějí přiznat a kouření se může populaci zdát jako nevinný pomocník v těžkých situacích. Tato skutečnost po zjištění kuřákem bývá jedním z důvodů, kdy se závislí na tabáku rozhodnou k odvykání kouření a navštíví adiktologa nebo centra pro závislé na tabáku. Popov (2013) také udává, že nejen WHO, ale také NIDA (National Institute on drug abuse) potvrzují, že nikotin, který je jednou z hlavních psychoaktivních látek tabáku, patří mezi nejvíce návykové psychoaktivní látky a riziko vzniku závislosti je srovnatelné například s heroinem nebo kokainem. Riziko vzniku dalších závislostí u závislých na tabáku vzrůstá, a to hlavně riziko vzniku závislosti na alkoholu, kdy u kuřáků je tato závislost až třikrát větší než u nekuřáků (Králíková, 2013).

1.1.1 Pasivní kouření

Pasivní kouření neboli sekundární kouření je vdechování cigaretového kouře člověkem, který sám nekouří. Pasivní kouření má na jeho zdraví stejný vliv jako kouření aktivní. Jediný rozdíl je v dávce, protože aktivní kuřák vdechne vždy větší dávku tabákového kouře a kontaminovaného vzduchu. (Králíková a Kozák 2003). WHO (2013) uvádí, že

pasivní kouření zabíjí ročně přibližně 600 000 lidí, kteří nekouří a nejsou závislí na tabáku. Králíková (2013) udává, že v zemích, kde se zavedly zcela nekuřácké prostory, které jsou dostatečně oddělené od kuřáckých, klesl výskyt onemocnění, jejichž riziko se zvyšuje při vdechování kontaminovaného vzduchu až o dvacet procent. Jedná se hlavně o akutní infarkty myokardu a náhlé srdeční smrti. Onemocněním způsobené kouřením se budeme zabývat v dalších kapitolách.

Pasivní kouření neznamená riziko pouze pro dospělou část populace, kteří jsou touto problematikou ohroženi hlavně v hospodách, barech nebo špatném pracovním prostředí, ale nejvíce ohrožuje ty, kteří se mu nemohou vyhnout a obránit se proti němu. Pasivní kouření vytváří veliké riziko nejen respiračního onemocnění zejména u dětí, které se kontaminovanému ovzduší v okolí aktivních kuřáků nemohou bránit. Nemohou se bránit, protože se velmi často jedná o kouření jejich rodičů v bezprostřední blízkosti a jejich tělo je na tabákový kouř a škodlivé látky více citlivé. Nejdříve mohou pociťovat pálení očí, dráždění spojivek a dýchacích cest. Vdechování tabákového kouře může také způsobovat oslabení imunitního systému a častější vznik a také častěji se objevující projevy astmatu (Hrubá et al., 2010).

Pasivní kouření můžeme také označovat „secondhand smoke“, neboli kouř z druhé ruky. Tabákový kouř kontaminuje vzduch dvěma způsoby, které se dělí na hlavní a vedlejší proud kouře. Hlavní proud kouře tvoří samotný kuřák, když vdechuje a vydechuje. Vedlejší proud kouře způsobuje volně hořící cigareta v místnosti, která v klidu hoří při teplotě 600° C a při potažení z cigarety se teplota zvedne až na 900° C (Králíková, 2013). Linhart a Aschermann (2011) dodávají, že pouze krátkodobé vystavení kontaminovanému ovzduší může u člověka způsobovat změny funkce cév a zánětlivé odpovědi.

K celé problematice pasivního kouření se v posledních letech přidal nový termín „thirdhand smoke“, neboli kouř z třetí ruky, který charakterizuje další možnost pasivního kouření. Jedná se o látky, které jsou obsaženy v tabákovém kouři. Tyto látky zůstávají na povrchu nábytku, oblečení, vlasech či pokožce i po vyvětrání nebo opuštění místnosti, kde je kontaminované ovzduší tabákovým kouřem. Tyto pro tělo nebezpečné látky ohrožují například malé děti, které mají ve zvyku vše ochutnávat nebo dávat do pusy, ale také dospělí, například při kupování již použitého nábytku nebo při návštěvách cizích prostor. Kouř z třetí ruky je nebezpečný hlavně z důvodu, že chemické látky pracují a

reakce probíhají dále, a dokonce je možnost zvýšení nebezpečí pro lidský organismus (Králíková, 2013).

1.2 Složení cigaret

V této kapitole se zaměřujeme na složení cigaret a jejich dopad na lidský organismus. Věnovat se budeme hlavně složkám tabákový kouř a nikotin, které nejvíce ovlivňují lidské tělo a chování v různých směrech.

Králíková (2015) uvádí, že cigarety, které jsou složeny z jemně nasekaného tabáku a ubaleny v papírku, patří mezi nejčastější formu spalování tabáku vůbec a jedná se o jedinou věc na našem trhu, která když se použije, tak jak má, tak má smrtelný účinek pro polovinu uživajících. Pokud se člověk otráví jinou chemickou látkou, je to považováno za chybu, protože nejsou určeny k vnitřnímu užívání (Králíková, 2015). Krtil a Zima (2013) dodávají, že tabák může být buď hořící nebo bezdýmý, kdy u hořícího vznikají z důvodu spalování tabáku další zplodiny, které jsou pro tělo velmi škodlivé. Králíková (2015) zmiňuje, že ve dvacátém století způsobilo kouření cigaret a další požívání tabáku smrt více lidí než holokaust nebo obě světové války.

1.2.1 Tabákový kouř

Krtil a Zima (2013) uvádějí, že během spalování tabáku vzniká nedokonalým spalováním tabákový kouř a tímto procesem vznikají pro lidský organismus škodlivé látky. S tabákovým kouřem je také spojené již zmíněné pasivní kouření, které se týká nejen dospělých, ale i dětí. U oharku teplota dosahuje až 900° C a kvůli této teplotě se mění chemická i fyzická stránka látek a vznikají škodliviny. Plynná část kouře tvoří 90 % a zbytek hlavního proudu tvoří pevná část. Pevnou část tvoří nikotin, aromatické uhlovodíky, benzeny, dehet, naftaleny a další látky (Krtil, Zima, 2013).

Pradáčová (2004) uvádí, že složení tabáku se odvíjí od mnoha aspektů, důležitá je například fermentace tabáku, druh a dále se od toho se odvíjí i jeho dopad na lidský organismus. Králíková (2015) vysvětluje, že v tabákovém kouři je více než 4000 chemických látek, patří sem například močovina, pesticidy, oxid uhelnatý a přibližně 100 kancerogenů. Na krabičce od cigaret tyto a mnoho dalších látek není uvedeno, protože by se všechny na ni nevešly.

1.2.2 Nikotin

Nikotin, bezbarvá a toxická látka, je hlavní látka v cigaretách, která na nich vyvolává závislost. Množství nikotinu v cigaretách je různé a odvíjí se stejně jako tabákový kouř od složení tabáku. Nejen že vyvolává závislost, ale také se malá část nikotinu mění na další látky, vznikající během hoření, které jsou kancerogenní (Krtíl, Zima, 2013). Krtíl a Zima (2013) také dodávají, že smrtelná dávka nikotinu pro člověka se pohybuje mezi 50-100 mg.

Nikotin se velmi rychle vstřebává a dokáže se navázat na receptory buněk mozku, odkud se mu daří ovlivňovat metabolismus a vnitřní prostředí těla. Po navázání na receptory buněk je nikotin schopný ovlivňovat například hladinu cholesterolu, hladiny vitamínů a podobně. Dále zvyšuje shluk erytrocytů v cévách a může způsobit embolii a tím i další srdeční onemocnění a příhody. Mimo jiné také zvyšuje hladinu hormonu endorfinu a tím se také pro člověka zvyšuje riziko závislosti, protože jedním z jeho účinků, pro který je známý, je zlepšení nálady (Pradáčová, 2004).

1.3 Vliv kouření na lidský organismus

V této kapitole se budeme zabývat tím, jaký má kouření a závislost na tabáku vliv na organismus. Konkrétně se zaměříme na životně důležité systémy v těle, nejen na dýchací ústrojí, které bývá kouřením ovlivněné nejvíce. Hlavním cílem této kapitoly je poukázat na škodlivé účinky kouření nejen po psychické stránce, ale také fyzické, protože těchto účinků si člověk běžně nevšimne, až když se onemocnění dostanou do pokročilejšího stádia, kdy už může být pozdě na změnu a zlepšení zdravotního stavu.

Pradáčová (2004) vysvětluje, že u každého je lidský organismus jinak citlivý na složky tabáku a tabákového kouře, a proto se liší i vliv kouření na člověka. Kouření nemá negativní vliv na organismus pouze u kuřáků, ale také nekuřáků, kteří mohou být na tabákový kouř extrémně náchylní. Naopak kuřák může být dle Pradáčové (2004) odolný a tabákový kouř ho nemusí tolik zasáhnout a je u něj velká pravděpodobnost vysokého věku.

Králíková et al. (2015) popisuje závislost na tabáku jako onemocnění, které může mít vliv na organismus ze všech různých směrů. Toto onemocnění nemá dopad pouze na psychickou stránku člověka, ale také fyzickou, kdy složky cigaret mají negativní dopad na životně důležité orgány.

1.3.1 Vliv kouření na kardiovaskulární systém

Pradáčová (2004) udává, že kouření aktivní i pasivní způsobuje až kolem dvaceti procent srdečně-cévních onemocnění. Dle Aschermanna a Linharta (2013) lidé, kteří budou v tomto století umírat na nemoc způsobenou kouřením, tak budou až z jedné čtvrtiny trpět kardiovaskulárním onemocněním.

Aschermann a Linhart (2013) popisují, že kouření také ovlivňuje stav věnčitých tepen, kde se sledovaly změny v poměru k vykouřeným cigaretám pomocí angiografie. Tabákový kouř je hlavní složkou, která způsobuje změnu cév, aterosklerózu a mimo jiné zvyšuje srážlivost krve, která může velmi ohrožovat hlavně ženy, které užívají hormonální antikoncepci (Comby, 2007).

Aschermann a Linhart (2013) dále vysvětlují, že u mladých kuřáků, kteří vykouří kolem dvaceti cigaret denně, je riziko akutního infarktu myokardu až šestkrát vyšší než u nekuřáků stejného věku. Z toho vyplývá, že u kuřáků je až třikrát větší riziko akutního infarktu myokardu než u nekuřáků a riziko náhlé srdeční smrti je až dvakrát vyšší. Dále také Aschermann a Linhart (2013) popisují další onemocnění, u kterých jsou šance vzniku vyšší, pokud je člověk kuřák. Popisují například postižení tepen dolních končetin, kdy je riziko až sedmkrát vyšší než u nekuřáků. Dále kouření zvyšuje riziko ischemické příhody mozkové, subarachnoidálního krvácení atd. Riziko vzniku těchto a mnoho dalších onemocnění je dle Aschermanna a Linharta (2013) ovlivňováno počtem vykouřených cigaret a náchylností daného organismu. Comby (2007) také dodává, že ze všech pacientů, kteří prodělali akutní infarkt myokardu je padesát procent tvořeno kuřáky a je to tedy onemocnění z velké části způsobené tabákem.

Mezi hlavní změny v organismu z důvodu kouření se řadí například narušení funkce krevních destiček, zvyšování počtu leukocytů, snížení poddajnosti cévní stěny a zvyšuje různé zánětlivé změny a infekce co se týče cévní stěny (Aschermann, Linhart, 2013).

1.3.2 Vliv kouření na dýchací systém

Kouření má velký vliv na onemocnění ve všech částech organismu a výjimkou není ani dýchací systém. Naopak dle Pradáčové (2004) se kouření z téměř osmdesáti procent podílí na vzniku chronické obstrukční plicní nemoci. Chronickou obstrukční nemoc popisují Koblížek a Kudelová (2013) jako zúžení dýchacích dolních cest, tím pádem nastává omezení proudění vzduchu. Tato skutečnost je nazývána jako bronchiální

obstrukce. Jedná se o neinfekční onemocnění, které je obtížně reverzibilní a při neléčení se chronická obstrukční plicní nemoc může dostat do stádia, kdy je plně ireverzibilní. Chronická obstrukční plicní nemoc se dle Koblížka a Kudelkové (2013) projevuje kašlem a dušností, hleny a všechny symptomy se ještě více zhoršují během fyzické aktivity. Tabákový kouř dle Pradáčové (2004) způsobuje hlavně chronickou bronchitidu, která je doprovázena ranním kašlem, dále také emfyzém plic. Nakonec může kouření také oslabit srdce, kdy se přetíží pravá komora a poté selže její funkce.

Comby (2007) popisuje skutečnost, že je populace matena informací, že všichni dýchají stejně znečištěný vzduch a kouření na dýchací systém proto nemá vliv. Comby (2007) uznává, že znečištěné ovzduší může způsobit například nádorová onemocnění nebo jiné potíže týkající se dýchacího systému, ale kouření stále znamená vyšší riziko a způsobuje až devadesát procent rakoviny dýchacích cest.

Pradáčová (2004) zmiňuje, že kouření nejen že zvyšuje riziko onemocnění dýchacího systému, ale tím pádem také oslabuje funkci mozku. Mozek je oslaben hlavně z důvodu snížení funkce buněk, které nejsou schopny přijímat kyslík, a proto, se nedostane dostatek kyslíku krví ani do mozku. Abstinující kuřáci a stále závislí kuřáci proto dle Pradáčové (2004) způsobují mnoho dopravních nehod, protože jejich mozek nemůže dostatečně pracovat a včas reagovat na dané situace. Z těchto důvodů je doporučováno během odvykání kouření vyhledat odbornou pomoc například v ambulancích zabývajících se problematikou odvykání kouření nebo například na telefonní lince zabývajících se pomocí klientům a jejich okolí, kteří se rozhodli zbavit se závislosti na tabáku.

Koblížek a Kudelová (2013) vysvětlují, že ženy, které jsou pravidelné kuřáčky mají během zátěže horší průběh a více symptomů než muži, kteří vykouří stejný počet cigaret. Mimo aktivního kouření je dle Koblížka a Kudelové (2013) rizikové, jak již bylo zmíněno také kouření pasivní, a to zejména v dětství či pro těhotné ženy a tudíž plod, protože se děti mohou rodit s imunitní reakcí, která je modifikována, na všechny škodlivé látky a hrozí jim zvýšené riziko rozvoje chronického obstrukčního plicního onemocnění. Tyto rizika jsou ještě vyšší, pokud jejich matky v těhotenství kouřily. Kouření doutníků nebo například dalších návykových látek jako je marihuana patří do stejné rizikové skupiny jako kouření cigaret. Patří sem také špatné pracovní podmínky, kdy člověk vdechuje vyšší množství zplodin, než je doporučeno. U mladé populace je dle Koblížka a Kudelové

(2013) také velmi populární kouření vodní dýmky, která při častějším používání může mít stejný dopad na lidský organismus.

1.3.3 Vliv kouření na další onemocnění a s tím spojená rizika

Mezi další onemocnění a rizika patří dle Pradáčové (2004) například nádorová onemocnění. Prausová (2013) popisuje maligní nádory jako druhou nejčastější příčinu úmrtí po kardiovaskulárních onemocnění zapříčiněnou kouřením. Nárůst nádorových onemocnění v České republice se dle Prausové (2013) dá spojit s nárůstem závislých na tabáku. Prausová (2013) udává, že maligní nádory častěji postihují muže a jejich riziko se také zvyšuje s věkem a dále upozorňuje na skutečnost, že Česká republika patří mezi první tři místa s největším počtem maligních nádorů v populaci.

Pradáčová (2004) udává, že se tabák a tabákový kouř podílí na vzniku rakoviny různých orgánů, jako je rakovina dutiny ústní, hltanu, jícnu nebo například vaječníků a děložního hrdla. Pokud kuřák onemocní rakovinou, dá se dle Pradáčové (2004) předpokládat, že se na vzniku nádoru podílí kouření z velké části a nezáleží na typu orgánu.

Kouření může ovlivnit a zvýšit riziko vzniku onemocnění, a to v jakékoliv spojitosti. Dle Králíkové et al. (2013) může kouření ovlivnit například reprodukci, zvýšit riziko poruchy příjmu potravy nebo zvýšit riziko vzniku diabetu mellitu. Kouření může mít také další nepříznivé účinky, které mohou negativně ovlivnit těhotenství a způsobit komplikace, katarakty a osteoporózy (Duaso, Duncan, 2012). Ellis (2018) udává, že špatné okysličení a dopad nečistot obsažených v cigaretovém kouři narušují také hojení ran a zvyšují riziko infekce.

1.4 Diagnostika a léčba závislosti na tabáku

V této kapitole se budeme věnovat diagnostice závislosti na tabáku a následně také léčbě. U léčby jsou důležité zásady odvykání, na které se také zaměříme a následně na různé druhy léčby závislosti na tabáku včetně způsobů alternativních.

Sovinová a Csémy (2003) uvádějí, že závislí na tabáku tvoří jednu třetinu celé populace a čísla se stále zvyšují, a to hlavně u mladší generace, kdy do styku s cigaretami přicházejí i mladší osmnácti let. Tabák je pro lidský organismus nebezpečný v jakékoliv podobě a neexistuje forma, v které by byla bezpečná a neškodná pro zdraví. Hrubá a Peřina (2015) uvádějí, že přibližně osmdesát procent kuřáků se stává závislými i po fyzické stránce po

zvýšení počtu acetylcholinových receptorů v mozku. Tyto receptory jsou zejména citlivé na nikotin. Kouření je považováno za vysoce návykové, hlavně kvůli nikotinu, který je obsažen v tabáku. Je zde vysoké riziko závislosti, které se označuje dle Mezinárodní klasifikace kódem F17 (Sovinová, Csémy, 2003).

1.4.1 Diagnostika závislosti na tabáku

Králíková (2013) udává, že diagnostika závislosti na tabáku jde ruku v ruce s motivací přestat kouřit, kdy musí kuřák sám chtít a mít motivaci. Závislost na tabáku je jednou z nejčastějších nemocí v posledních letech této populace a může mít přímou spojitost se spoustou civilizačních chorob. Přesto se do zdravotního záznamu pacienta zaznamenávají minimálně (SZÚ, 2011).

Králíková (2013) udává, že závislost na tabáku vzniká hlavně kvůli nikotinu a můžeme ji poznat naprosto jednoduchou otázkou: „Jak brzo po probuzení jste nucen dát si první cigaretu?“. Pokud klient odpoví do 60 minut, obvykle to značí závislost na tabáku. Diagnostiku je také možno provést pomocí Fagerstromového testu (Příloha 1). Tento test se skládá z šesti otázek a klient může získat až deset bodů. Čím více bodů klient získá, tím vyšší je závislost na tabáku (Králíková, 2013).

V příloze 2 jsou uvedeny vybrané kódy dle MKN-10 související s užíváním tabáku. V příloze číslo 3 je uvedena definice závislosti na tabáku a diagnostika dle Americké psychiatrické společnosti.

1.4.2 Zásady odvykání kouření

Králíková (2013) uvádí, že doporučení k odvykání kouření by měl dát každý zdravotník pacientovi při kontaktu, pokud jsou k tomu uzpůsobené časové možnosti, tak je vhodné poskytnout krátké intervence a případně doporučení na místa více intenzivní léčby.

Comby (2007) udává, že mezi hlavní a nejdůležitější zásady pro odvykání kouření patří prvotně rozhodnutí samotného kuřáka a vlastní vůle k odvykání. Comby (2007) dále poukazuje na klienty, kteří mají silnou vůli a odvykání kouření se jim podaří téměř ze dne na den. Tato varianta bohužel ve většině případech není a klienti kvůli slabé vůli zahazují okamžitě snahu o pokračování v odvykání kouření. Králíková a Kozák (2003) uvádějí, že dalším důležitým hlediskem je pozitivní postoj k nekuřáctví a motivace, která je nezbytná k odvykání kouření.

Králíková (2013) uvádí, že odvykání kouření by mělo začít stanovením dnu D, který nebude pro klienta příliš stresující a nebude ho tak lákat k vyndání a zapálení cigarety. Králíková (2013) upozorňuje, že je důležité své rozhodnutí co nejdříve oznámit všem nejbližším včetně rodiny, a to z důvodu, aby nejbližší mohli rozhodnutí akceptovat, podporovat a zároveň kuřáka i hlídat a připomínat mu, proč se rozhodl k odvykání.

Králíková a Kozák (2003) varují, že odvykání kouření je možné pouze s tvrdou prací na sobě samém a klient nemůže očekávat, že někdo nebo něco ho odnaučí kouřit. Dle Králíkové a Kozáka (2003) neexistuje žádná metoda, která by byla úspěšná, pokud klient není pevně rozhodnut a není si jistý, že to opravdu chce. Pokud je klient závislý na nikotinu, tak je velice pravděpodobné, že se vyskytnou abstinenční příznaky a těchto chvílích je nejtěžší nesáhnout po cigaretě. Pokud klient nemá pevnou vůli, je tu možnost farmakoterapie po domluvě s lékařem (Králíková, Kozák, 2003).

1.4.3 Léčba závislosti na tabáku

Králíková (2015) popisuje proces léčby závislosti na tabáku, kdy se jedná o léčbu chronického onemocnění a neměla by být omezena pouze na jeden pokus a pokud je jeden pokus neúspěšný, klient by své rozhodnutí neměl zahazovat, ale měl by se poučit z chyb a zkusit to znovu. Králíková (2015) dále udává, že přibližně až pátý pokus bývá úspěšný, kdy ž klient ví, do čeho se pouští a je dostatečně poučený, ale zbavit se závislosti jako takové trvá ale několik desítek let.

WHO (2013) uvádí, že závislost na tabáku je jedním z největších a nejvíce nebezpečných rizikových faktorů, který každý rok zabíjí skoro šest miliónů lidí. WHO (2013) vytvořila zkratku MPOWER, pod kterou je označeno několik kroků a intervencí, které by měli v populaci snížit riziko úmrtí kvůli tabákovým výrobkům. WHO (2013) udává, že by se mělo sledovat užívání na tabáku a důvody, proč lidé s kouřením začínají, lidé by měli být chráněni před tabákovým kouřem, nejen zdravotníci a proškolení lidé v dané problematice by měli nabízet lidem pomoc při odvykání kouření. Dále také by měla být populace varována před daným nebezpečím tabáku a dále by se mělo prosazovat zvyšování daní z tabákových výrobků (WHO, 2013). WHO (2013) dále klade důraz na snahu sester a porodních asistentek, které mohou podpořit snahu WHO tím, že budou podporovat odvykání kouření a nabízet pomoc s odvykáním ve svých praxích.

Králíková et al. (2015) uvádějí, že jako první volbu by měl lékař vybrat lék Vareniklin. S tímto rozhodnutím se ztotožňují také Kmet'ová et al. (2014), které Vareniklin považují za nejbezpečnější a nejvíce účinný lék, který je u nás k dostání při odvykání. Králíková (2013) udává, že další možné léky, které by se daly řadit do první linie jsou bupropion a náhradní terapie nikotinem. Králíková (2013) vysvětluje, že Vareniklin je lék, který neobsahuje nikotin, ale potlačuje abstinenci příznaky a nutkání po cigaretě. Jelikož se po potažení cigarety nemá nikotin kde navázat, tak se nevyplaví nikotin a klienti nemají pocit jako dřív a říkají, že už to nechutná stejně a chybí jim pocit úlevy po potáhnutí cigarety (Králíková, 2013).

Králíková (2013) udává, že NTN neboli náhradní terapie nikotinem se používá již od osmdesátých let 20. století a je to defacto nejdéle používaný lék. Existuje v několika formách, žvýkačka, inhalátor, pastilky nebo náplast, kdy se z náplasti nikotin vstřebává transdermálně, kontinuálně a účinek je delší, ale pomalejší. Králíková (2013) dále udává, že v České republice je náhradní terapie nikotinem, která je využívána jako forma léku při odvykání kouření, volně prodejná a není potřebný lékařský předpis. Dle Králíkové et al. (2015) je důležité nezapomenout na kontraindikace, do kterých se řadí kardiovaskulární onemocnění, a to hlavně akutní, těhotenství nebo nižší až dětský věk. Náhradní terapie nikotinem je i přesto dle Králíkové et al. (2015) méně nebezpečná pro tělo než kouření a závislost, a proto je tato forma doporučována všem závislým kuřákům, pouze je důležitý a doporučený dohled lékaře nad touto léčbou.

Králíková et al. (2015) dále udává, že průměrná léčba závislosti na nikotinu trvá kolem šesti měsíců. Králíková (2013) upozorňuje, že farmakoterapie není samostatně tak účinná, jako když je spojená s intervencí. Králíková (2015) vysvětluje, že tolik kolik je kuřáků, tak tolik je způsobů vyléčení závislosti na nikotinu, protože každý má své individuální potřeby jiné a podle toho se musí léčba odvíjet. Sestra by proto na klienta a jeho léčbu koukat pomocí holismu.

West (2013) udává, že i když má každý pacient své individuální potřeby, tak jsou určité zásady, které by měly být při ošetrovatelské péči a odvykání kouření vždy dodrženy. West (2013) popisuje přesný princip zásad a postupů, které by měli pomoci při odvykání a každý si z nich může vybrat ty pro něj účinné. Mezi tyto zásady patří například rady klientovi, aby přestal naráz a ihned v ten den, aby vyhledal pomoc odborníka, který mu odvykání kouření může ulehčit, klient by měl změnit své stereotypy, na který je během

dne zvyklý a ze začátku je důležité vyhýbat se na čas společnosti kuřáků. Dle Westa (2013) je také velmi účinné začít s odvykáním kouření společně s někým blízkým, nejen kvůli podpoře, ale také porozumění. Králíková (2013) zdůrazňuje, že cíl odvykání není redukce, ale úplná abstinence.

Králíková et al. (2015) také zmiňují podporu motivace pacienta, kdy se využívají krátké intervence dle 5R. Jedná se o pět kroků, v kterých se sestra snaží motivovat pacienta k pokračování nebo začátku odvykání kouření. Jedná se o body relevance, rizika, odměny, bariéry a opakování. V prvním kroku dle Králíkové et al. (2015) by měla sestra pomoci pacientovi najít hlavní důvod k odvykání kouření a dále by ho v něm měla podporovat. V druhém kroku se sestra zaměřuje na rizika ohledně jeho zdraví, které se zvyšují v důsledku kouření a tyto rizika pacientovi zdůraznit. Poté sestra informuje pacienta o abstinčních příznacích, dodává, že obavy ze selhání nejsou nic neobvyklého, měla by pacientovi vysvětlit, jak je podpora blízkých důležitá a co její nedostatek může pro pacienta znamenat. Pacient také může mít jisté obavy, na které se sestra musí zaměřit a vysvětlit mu, že například abstinční příznaky je možné zmírnit pomocí farmakoterapie. Tyto kroky by se dle Králíkové et al. (2015) měly opakovat během každého kontaktu s pacientem.

Králíková et al. (2015) vysvětluje, že pokud pacient nechce přestat kouřit, měla by se ho sestra pokusit také namotivovat. Mezi důvody, kdy pacient nechce přestat kouřit může patřit neinformovanost o škodlivých účincích kouření nebo jejich ignorování. Pacient by mohl být také demotivovaný z předchozích pokusů odvykání nebo by mohl mít strach z následků, pokud se rozhodne se svou závislostí bojovat. Je důležité pacienta informovat o všech škodlivých účincích a také ho motivovat výhodami, které z odvykání kouření plynou. Jedná se o lepší zdravotní stav, o finance, kdy pacient může šetřit například na dovolenou nebo nové kolo místo kupování cigaret nebo může zlepšit celkově svůj životní styl. S pacienty by sestra dle Králíkové et al. (2015) měla probrat jejich strach z případných předchozích neúspěchů a měla by od pacienta zjistit, kdy k nim došlo a podle toho sestavit další plán. Králíková et al. (2015) popisují kroky, jaké by měla u takové pacienta sestra podstoupit. Pro pacientovo přesvědčení je důležité projev empatie ze strany sestry a pokus o navázání rozhovoru, kdy je důležité se ptát na otevřené otázky, které sestře zaručí možnost dozvědět se o pacientovi a jeho vztahu ke kouření více podrobností. Také je důležité poukázat na to, že kouření není škodlivé pouze pro pacienta, ale také pro jeho blízké, kdy ho například jeho děti berou jako vzor a řídí se jeho chováním

nebo kdy jeho blízcí mohou vdechovat kouř a tím zvyšovat riziko onemocnění z důsledku pasivního kouření. Důležité je dle Králíkové et al. (2015) podporovat chuť tuto skutečnost změnit a pobádat pacienta ke změně. V neposlední řadě by sestra měla podat zbytek informací ohledně kouření a odvykání kouření, nabídnout svou pomoc během hospitalizace a kontakt na specializované centrum.

K léčbě závislosti na tabáku mohou přispět také centra pro závislé na tabáku, kde pracují odborníci, kteří jsou velmi dobře proškolení v dané problematice (Králíková, 2008). Králíková (2008) dále uvádí, že vyškolený personál nejdříve prozkoumá klientovu kuřáckou minulost, vyhodnotí typ a míru závislosti a až poté mají dostatek informací a mohou navrhnout danou možnou léčbu. Národní linka pro odvykání kouření (2017) popisuje, že je určena občanům, kteří jsou starší patnácti let a kteří jsou již rozhodnutí nebo uvažují o odvykání kouření. Je zde možné domluvit poradenství nejen pro kuřáky, ale také pro psychology, adiktology a další, kteří by svým klientům chtěli s odvykáním kouření pomoci (Národní linka pro odvykání kouření, 2017).

1.4.4 Alternativní způsoby odvykání

Králíková (2013) udává, že kolem jednoho milionu lidí ročně se v České republice snaží přestat kouřit. To je lákavé číslo pro firmy, které slibují zaručené porazení závislosti na tabáku za poplatek. Králíková (2013) dále udává, že nemají žádné studie potvrzující jejich účinnost v dané problematice a při tvrzení, že je účinnost devadesáti procentní spoléhají na fakt, že po prvním pokusu se již klient nevrátí ať už se odvykání povedlo nebo ne.

Králíková (2013) uvádí, že jako často využívaná metoda, která ale nemá prokázanou věrohodnost je například biorezonance. Mezi další metody se může řadit akupunktura, hypnóza nebo jóga. Tyto alternativní metody byly účinné v léčbě jiných onemocnění, ale v této problematice prozatím nejsou účinky prokázané (Králíková, 2013).

Králíková a Kozák (2003) vysvětlují, že akupunktura a hypnóza jsou metody na principu placebo, ale pokud si je klient přeje vyzkoušet, tak není důvod jej odrazovat. Jsou to procedury, které pacientovi neublíží, ale klient musí být pevně rozhodnutý, že chce přestat kouřit a musí být přesvědčený, že mu tyto metody pomohou (Králíková, Kozák, 2003).

Králíková a Kozák (2003) uvádějí, že jako další pomůcku k odvykání kouření by mohl klient využít cigarety z jiných rostlin než z tabáku nebo bylinné inhalátory či paipo, kdy

se nejprve vyřeší závislost na nikotinu a potom se řeší návyk na to, držet stále cigaretu v ruce. Pracovníci ve zdravotnictví by ovšem tuto metodu doporučovat neměli, protože během kouření těchto cigaret dochází k nedokonalému spalování a v jejich kouři je složený ze spousty škodlivin, například kancerogenů a oxidu uhličitého (Králíková, Kozák, 2003).

1.5 Role sestry při odvykání kouření

V této kapitole se zaměříme na jedno z hlavních témat této bakalářské práce, kterým je role sestry při odvykání kouření. Budeme se soustředit hlavně na kompetence sester během odvykání kouření a na to, co vše sestra v tomto ohledu pro pacienta může udělat a co to jsou krátké intervence 5P. Také se podíváme na důležitou součást odvykání kouření, kterou je linka pro odvykání kouření a její uplatnění v České republice a ve světě.

Nešpor, Herle (2019) uvádějí, že ve dvacátém století se objevily dva zásadní mezníky, které změnilly léčbu návykového onemocnění a odvykání mělo vyšší účinnost. Za první důležitý mezník se považuje založení organizace Anonymní alkoholici ve čtyřicátých letech minulého století a jako druhý mezník, který pomohl vylepšit léčbu co se týče návykových onemocnění, by se dalo považovat pokrok v posilování motivace, který byl popsán ke konci minulého století.

Zdravotnické organizace po celém světě stále doporučují zapojení sester do léčby návykových onemocnění, zejména odvykání kouření. Zapojení sester do této problematiky zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče a šanci úspěšné léčby pacienta (Sarna et al., 2013).

IPCRG (2016), neboli International Primary Care Respiratory Group, doporučuje zavedení praxe podporující odvykání kouření u praktických lékařů, protože doporučení praktického lékaře k odvykání je efektivní, přitom snadný způsob, jak přimět kuřáka k odvykání. Jeden z hlavních problémů, proč tato praxe není stále realizovaná do běžných praxí je málo času. International Primary Care Respiratory Group (2016) vysvětlují, že pro efektivitu této praxe je nutné, aby praktický lékař a sestra měli dostatek času pro provedení intenzivní intervence nebo alespoň krátké intervence, na které se budeme zaměřovat v kapitole níže.

Jako jedna z organizací, která je pro vzdělávání sester v této problematice prospěšná, je společnost pro léčbu závislosti na tabáku neboli SLZT, která se zaměřuje nejen na

lékařskou pomoc, ale také na správnou ošetrovatelskou péči a sesterskou pomoc klientům k odvykání kouření. Dle Malé et al. (2018) je výhodou sester oproti lékařům to, že s pacienty či klienty tráví mnohem více času a pokud to daná situace dovoluje, je možné provést edukaci, ke které mají kompetence za účelem pomoci pacientovi uskutečnit jeho snažení se k odvyknutí kouření. Na webových stránkách společnosti pro léčbu závislosti na tabáku je možné najít přímo sesterskou sekci, která se zaměřena na edukaci sester v této problematice. Lze zde najít například možnost absolvovat kurz pro sestry naprosto zdarma. Jedná se o e-learning, který je součástí mezinárodního projektu. Dále je možné se přihlásit do kurzu pro sestry, který je realizován od roku 2007, dříve byl realizován pouze kurz pro lékaře.

1.5.1 Krátké intervence 5P

International Primary Care Respiratory Group (2016) udává, že krátké intervence v ordinacích praktického lékaře jsou efektivní, a to hlavně z toho důvodu, že napomáhají závislému na tabáku v jeho vlastním rozhodnutí v odvykání kouření. Přibližně třem procentům pacientů se úspěšně podaří přestat kouřit, a to na nejméně půl roku (International Primary Care Respiratory Group, 2016).

Králíková et al. (2015) udávají, že by zdravotníci měli používat krátké intervence a to vždy, když se setkají v praxi s kuřákem. Krátké intervence jsou minimálně třibodové ale v nejlepším případě by se měl používat systém pěti bodů 5A nebo česky 5P. Dle Králíkové et al. (2015) jsou tyto body v pořadí ptát se (ask), poradit (advise), posoudit (assess), pomoci (assist), plánovat (arrange follow up). Přehledné tabulky krátkých intervencí jsou uvedené v příloze 4.

Dle Králíkové (2015) by se každý zdravotník měl v praxi ptát pacienta, zda je kuřák a pokud je, tak mu důrazně doporučit odvykání kouření a pokud tomu odpovídá situace časově, použít krátké intervence. Králíková (2015) také vysvětluje, že pokud je pacient nekuřák, je důležité ho za to pochválit, aby si v podvědomí uvědomil, že je to pro něj opravdu správně. Dle Sarny et al. (2013) by sestry, nejen v odvětví odvykání kouření, měly jít příkladem pacientům v nekuřáctví. To je velký problém dnešní doby, kdy velké procento zdravotnického personálu jsou kuřáci, a proto nejsou dobrý vzor pro pacienty či klienty. Důležitá část těchto intervencí je dle Králíkové (2015) nabídnutí léčby nebo alespoň letáku, který by měl pacienta motivovat k odvykání kouření.

Nešpor (2018) udává, že krátké intervence mohou pobíhat nejen v nemocničním prostředí, ale také například v pracovním prostředí, kde mohou snížit procenta úrazů, a naopak zvýšit produktivitu zaměstnanců v práci. Krátké intervence se dle Nešpora (2018) dají využít i ve vězeňství, u policie nebo soudů, protože u trestanců dle výzkumů, které se provádějí po celém světě, jsou problémy se závislostí na tabáku, alkoholu a drogách běžnější než ve zbytku populace. V tomto případě by krátké intervence a následná léčba mohly zmírnit riziko dalšího vykonávání trestných činů a mohlo by to vést k sebeuvědomění. Dále Nešpor (2018) popisuje, že krátkou intervencí může sestra provádět s těhotnou ženou nebo například párem, kteří se o otěhotnění snaží, kdy odvykání kouření může zvýšit procento početí. V tomto případě je vyšší šance rozhodnutí kuřáků k odvykání kouření, pokud už se nejedná pouze o ně samotné.

Králíková et al. (2014) ve svém článku vysvětlují, že sestra má dané intervence, které může plnit v plném rozsahu a ty mohou pomoci závislému na tabáku a kouření v tom, že má dostatečnou motivaci a podporu k odvykání kouření. Sestra by se měla pokusit o navázání kontaktu s pacientem a měla by poznat jeho denní návyky a rituály, které vedou k situaci, že kuřák vytáhne cigaretu. Zároveň by s pacientem měli zkoušet hledat náhradní možnosti v daných situacích, aby neměl nadále nutkání si zapálit cigaretu a cílem tohoto procesu je prožít celý den bez kouření (Králíková et al., 2014).

Nešpor (2018) udává, že je důležité rozdělovat během diagnostiky, zda se jedná o škodlivé užívání tabáku nebo závislost. Podle toho se totiž dál odvíjí i dané intervence. Krátká intervence je dle Nešpora (2018) možná použít v obou případech, ale pokud se jedná o závislost, je nejlepší, když se doporučí specializovaná léčba, protože by zde krátké intervence nemusely stačit. Sestra může nabídnout linku k odvykání kouření nebo kontakt na specializovaná centra.

Malá et al. (2018) popisují doporučení pro sestry, jakým směrem by se během intervencí měly vydávat. Sarna et al. (2013) totiž udávají, že jeden z problémů u zdravotnického personálu, a hlavně sester je, že nejsou patřičně vyškolené v dané problematice, a proto se krátké intervence často v jejich praxi nevyskytují. Dle studie Smith et al. (2012) z jejich zkoumaného vzorku sester v kanadských nemocnicích pouze jedenáct procent sester absolvovalo školicí program pro odvykání kouření. Nejdříve by sestry dle Malé et al. (2018) měly zhodnotit své časové možnosti a podle toho dále postupovat. Sestra by měla dopomoci pacientovi k uspořádání kuřáckých situací a k nalezení jiných možností a

stereotypů. Dle doporučení Malé et al. (2018) je dobré se vyhnout určitým situacím, které kuřáka vybízejí k vytažení cigarety. Jedná se hlavně o pití kávy nebo alkoholu, nacházení se velmi často ve společnosti, kde převládají kuřáci apod. Pokud se situacím, kdy se normálně kuřák obrací k cigaretě, nelze vyhnout, je dobré si stanovit plán, jak kouření předejít. Mezi doporučení patří například čištění zubů po každém jídle, minimálně dvouminutové relaxační dechové cvičení nebo zaměstnání mysli například čtením nebo sportováním. Malá et al. (2018) také upozorňují, že by sestra neměla zapomínat na prevenci zvyšování hmotnosti, ke které může během odvykání dojít, protože pacienti mají tendenci chuť na cigaretu zajídat. Proto je důležité velmi důrazně doporučovat vyváženou stravu, pohyb, vypít cca 3 litry čisté neslazené vody a obecně by se měl zvýšit výdej a snížit příjem.

Nešpor (2018) se zmiňuje, že je také důležitá motivace a její posilování. Otázky by se měly pacientovi pokládat tak, aby pochopil, že je pro něj kouření škodlivé a bude se mu žít lépe, když přestane. Je důležité, aby sestra pacienta chválila a povzbuzovala, například mu připomínat kolik by již vykouřil dříve cigaret a nyní to zvládl bez nich.

Malá et al. (2018) dále taky zmiňují, že je důležité informovat okolí ohledně odvykání kouření a požádat je o jejich podporu a respektování k tomuto rozhodnutí. Další z bodů, který může výrazně zlepšit celý proces odvykání kouření, je také odměňování sám sebe, pokud dosáhneme během odvykání určitých cílů a úspěchů.

Pokud pacient trpí již určitým onemocněním je důležité, aby se sestra mimo krátkých intervencí 5P také zaměřila na ošetrovatelské diagnózy a intervence dle NANDA taxonomie II., které mohou v tomto procesu vylepšit plán ošetrovatelské péče. Tyto ošetrovatelské diagnózy mají vždy svůj kód a intervence, které si sestra stanoví a podle nich postupuje její ošetrovatelská péče. Jedna z ošetrovatelských diagnóz dle NANDA taxonomie, která se týká problematiky kouření má kód 0003 a má název neefektivní zprůchodnění dýchacích cest. Tato diagnóza je stanovena, pokud má pacient překážky v dýchacích cestách, které mu zabraňují v dýchání a pacient není schopen překážku odstranit. Mezi faktory, které souvisí s tímto stavem patří právě kouření. Mezi stanovené intervence, které by sestra v tomto případě měla provádět patří kupříkladu udržuj vlhkost vzduchu v pokoji, sleduj tělesnou teplotu, podej léky dle ordinace lékaře, zajisti dostatek odpočinku a spánku, nabídni pomoc pacientovi v odvykání kouření a nabídni kontakt na centrum či ambulanci zabývající se odvykáním kouření (Herdman, Kamitsuru, 2015).

1.5.2 Programy proti tabáku

Greplová (2013) popisuje programy české koalice proti tabáku. Česká koalice proti tabáku neboli ČKPT byla založena v roce 2002. Česká koalice proti tabáku byla dle Greplové (2013) založena za účelem sdružování všech kdo mají za cíl kontrolu tabáku. Koalice pořádá různé programy, například dětské vzdělávací. Tyto vzdělávací programy se dle Greplové (2013) zaměřují hlavně na děti do 12 let, nejčastěji kolem 9. roku, protože to je věk, kdy se pomocí primární prevence dá předejít experimentování dětí s cigaretami. Toto experimentování je rodiči i učiteli často podceňováno a mnohdy si toho ani nevšimnou, proto jsou tyto programy důležité a efektivní. Česká koalice proti tabáku se nezaměřuje jen na primární prevenci a dětské vzdělávání, ale také například vzdělávání pedagogů a je pro ně i rodiče vymezen odkaz přímo pro ně na stránkách www.bezcigaret.cz (Greplová, 2013).

Greplová (2013) uvádí, že se Česká koalice proti tabáku dále zabývá informováním veřejnosti, co se kouření týče nebo také podporuje vznik nekuřáckých pracovišť. Koalice se také stará o národní linku pro odvykání kouření, ke které se dostaneme podrobněji níže.

Stubblefield a Greplová (2013) popisují jistou telefonní linku, která funguje mezinárodně a je využívána k podpoře odvykání kouření. Tato telefonní linka, celým názvem telefonní linka pro odvykání kouření, je považována za velmi efektivní, využívá se ve všech vyspělých zemích a doporučuje se její propagace i nadále ke zvýšení efektivity léčby a k lepší podpoře klientů se zájmem zbavit se závislosti na kouření.

Stubblefield a Greplová (2013) popisují linku jako nástroj, který slouží lidem k tomu, aby mohli zjišťovat cokoli, co se týká kouření a zaměřuje se hlavně na odvykání kouření. Na této lince mají pracovníci za úkol nejen podporovat klienty v odvykání kouření, ale také mají navyšovat jejich motivaci, jak před, tak i během odvykání. Dle Stubblefield a Greplové (2013) klienti na tuto linku také volají v obtížných situacích, kdy se nemají na koho obrátit a potřebují podporu, aby se nemuseli obracet k cigaretě.

International Primary Care Respiratory Group (2016) ve svém doporučení popisuje tyto linky jako vhodnou formu pro klienta, jak najít tu nejlepší cestu přímo pro něj při odvykání kouření. Potřeby jedinců jsou individuální a dle International Primary Care Respiratory Group (2016) mohou klienti správnou cestu, jak se zbavit cigarety, najít

pouze pomocí jednoho rozhovoru nebo je možnost systematického pracování a prodiskutovávání možností s asistencí.

Dle Stubblefield a Greplové (2013) mezi hlavní výhody telefonní linky pro odvykání kouření patří její celonárodní působnost, a to pro všechny věkové i etnické skupiny. Linka je schopna překonat mnoho bariér včetně psychologických, a proto ji spousta klientů vyhledá spíše než návštěvu praktického lékaře nebo odvykacího centra.

Národní linka pro odvykání kouření funguje v České republice od roku 2005 a slouží ke stejným účelům jako telefonní linky pro odvykání kouření ve všech vyspělých zemích (Stubblefield, Greplová, 2013). Na tuto linku dle Stubblefield a Greplové (2013) volají hlavně kuřáci a převládají o pár procent muži. Linka bývá využívána ale také nekuřáky, kteří chtějí pouze zjistit potřebné informace pro svou rodinu a nejbližší, aby je mohli v odvykání případně podporovat. Tako linka také může sloužit pro odborné využití zdravotníků, kteří zde získávají aktuální informace. Číslo na národní linku pro odvykání kouření je 800 350 000 a další informace je možné dohledat na webu www.bezciagret.cz.

International Primary Care Respiratory Group (2016) popisuje výsledky studie, která poukazuje na efektivitu linky. Když se srovnávali komunity kuřáků bez přístupu k této lince a komunity kuřáků s přístupem k telefonním linkám se zaměřením na problematiku odvykání kouření, tak se ukázalo, že komunity s přístupem k lince k odvykání kouření mají větší šanci a víc možností k úspěšnému vyléčení. International Primary Care Respiratory Group (2016) předpokládá, že dle této studie a získaných dat bude stoupat doporučení od zdravotníků k užívání této linky všem kuřákům, kteří jsou namotivováni k odvykání nebo tuto motivaci hledají.

1.6 Role sestry při prevenci závislosti na tabáku

V této kapitole se budeme věnovat prevenci závislosti na tabáku z pohledu sestry. Zaměříme se na možnosti, které mohou sestry podniknout ve své praxi i mimo ni. Primárně se budeme věnovat tomu, co vše můžou sestry podniknout pro udržení nekuřáctví pacientů a populace obecně, protože jak již bylo zmíněno v předešlých kapitolách, tak není lehké se zbavit závislosti na tabáku.

Nešpor (2018) ve své knize vysvětluje, že primární prevence má za cíl předejít návykové nemoci ještě předtím, než k ní dojde. Dále jsou prevence sekundární a terciární, které se používají již po vzniku onemocnění. Hlavní rozdíl mezi nimi je ten, že terciární se

využívá ve chvíli, kdy onemocnění již způsobilo určité škody a zdravotník se snaží zabránit dalším naopak sekundární prevence se používá, pokud nebyly způsobeny výrazné škody. Parel et al. (2018) udávají, že sestry mají průměrné znalosti a pozitivní přístup k prevenci užívání tabáku. Prevence užívání tabáku zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče o pacienta a spolu s intervencemi pro odvykání kouření může činnost sestry snížit riziko vzniku nemoci a úmrtnost související s kouřením (Parel et al., 2018).

Dle Nešpora (2018) se prevence dělí na různé kategorie dle země provádění, například v USA se dělí na všeobecnou prevenci, selektivní prevenci, indikovanou prevenci, léčbu, udržování stavu a prevenci recidiv. Tyto prevence se dělí dle toho, na jakou populaci se zaměřují. Všeobecná prevence se využívá a celou populaci, naopak selektivní se vztahuje na ty, u kterých hrozí zvýšené riziko závislosti na návykových látkách například z důvodu poruchy chování. Dle Nešpora (2018) je také důležité rozdělení prevence na udržování stavu a prevence recidiv, kdy se jedná o již závislé na tabáku ve stabilizovaném stavu, a právě v tomto případě se snaží zdravotník předejít dalším škodám.

Dle Králíkové et al. (2015) je důležité nejen doporučovat odvykání kouření, ale hlavně je důležitá právě prevence závislosti na tabáku, která může předejít hrozícím rizikům. Prevence proti závislosti by měla být součástí sesterské a lékařské praxe stejně jako krátké intervence. Dle Králíkové et al. (2015) je hlavní problém v tom, že je stále velké zastoupení kuřáků a závislých na tabáku mezi zdravotníky, a proto sami nemohou podávat krátké intervence a doporučení pro odvykání kouření správně. Proto by i tato skupina zdravotníků měla mít možnost pomoci přestat kouřit. Dle Csémy et al. (2014) je tato skutečnost již příznivější, ale stále je velký počet lékařů a sester, kteří nadále kouří a jsou závislí na tabáku.

Králíková (2015) ve své knize také zmiňuje, že dobrá prevence je vzor dospělých pro děti, kdy je pro ně kouření neakceptovatelné a také vysvětlení vlivu kouření pro organismus. Tato metoda se dá použít i ve zdravotnictví, například v ordinaci dětského lékaře, kdy může sestra edukovat děti, které v pubertálním věku často sahají po cigaretách, protože to chtějí vyzkoušet, ale nakonec to může skončit silnou závislostí, která bude doprovázena dalšími riziky již v nízkém věku. Jako další opatření by mohlo sloužit zamezení prodeje cigaret v automatech, které jsou často nehlídané, a proto je to snadný cíl pro mladší osmnácti let.

Nešpor (2018) vysvětluje důležité zásady, které sestřám a zbytku zdravotnického personálu mohou pomoci, aby byla primární prevence co nejvíce efektivní. Mezi tyto zásady je zařazení prevence do praxe u pacienta již od útlého věku, například v ordinaci praktického lékaře. Provedení prevence by také mělo odpovídat věku a vyspělosti daného jedince, aby všemu porozuměl a snaha zdravotníků byla k prospěchu.

Dle Malé et al. (2015) se pro prevenci zřídila také síť nekuřáckých nemocnic, které byly založeny roku 1999 a jejich cíl je zapojení se do boje proti kouření a závislosti na tabáku. Princip těchto nekuřáckých nemocnic je podpora nemocnic a dalších zdravotnických zařízení po celém světě, kdy se sdělují nové informace a zkušenosti pro zlepšení ošetrovatelské péče.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat roli sestry v intervenování u závislých na tabáku.

Cíl 2: Zjistit, jaké je využití krátkých intervencí v praxi.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaká je role sestry v intervenování u závislých na tabáku?

VO 2: Jaké je využití krátkých intervencí v praxi?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda sběru dat

Bakalářská práce s názvem „Role sestry při odvykání kouření“ je rozdělena do dvou částí. Pro zpracování teoretické části jsme využili rešerši. Výzkumná část byla zpracována pomocí kvalitativní výzkumné strategie. Tato výzkumná strategie byla zvolena za účelem přesnějších informací a poznatků k této problematice, protože při této výzkumné strategii dochází k lepšímu kontaktu s dotazovanými, kteří jsou schopni poskytnout konkrétnější informace a také mohou lépe popsat svůj názor na danou problematiku. Konkrétnější zodpovězení otázek je jednou z výhod kvalitativní výzkumné strategie oproti strategii kvantitativní.

Dle Hendla (2016) má kvalitativní výzkumná strategie mnoho dalších výhod, například možnost během rozvorů také zapojit pozorování daného prostředí v praxi, které nám může poskytnout mnoho cenných informací a poznatků o skutečném dění na pracovišti.

V empirické části této bakalářské práce byla použita metoda dotazování, kdy jako technika sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Otázky během rozhovoru byly proto otevřené s možností doplnění informací a subjektivních poznatků sester. Dle Reichela (2009) je technika sběru dat prostředek k realizaci stanoveného cíle s použitím zvolené metody, která je v tomto procesu důležitá pro získání potřebných informací a výsledků. Reichel (2009) udává, že v jedné bakalářské práci je možné využít více druhů technik sběru dat. Bártlová et al. (2009) popisují rozhovor jako kontakt mezi tazajícím se a dotazovanými, kdy se tazající snaží získat informace a odpovědi od dotazovaných, kteří se zabývají danou problematikou a mají zkušenosti v praxi, na kterou se tazatel zaměřuje. Tento rozhovor probíhá osobně a informace poskytnuté dotazovanými jsou čistě subjektivní (Bártlová et al., 2009).

Výzkumné šetření této bakalářské práce bylo provedeno pomocí záměrně vybraného výzkumného vzorku a informace byly získané pomocí polostrukturovaného rozvoru, pro který bylo připraveno 19 otázek (Příloha 5). Během těchto rozhovorů byly sestry dotazovány také doplňujícími otázkami. Reichel (2009) popisuje, že v tomto případě může dotazovaný odpovědět na otázky podle sebe, svých zkušeností a nesvazují ho dané odpovědi.

Výzkumné šetření se vedlo v X různých zařízeních v České republice. Bylo prováděno ve čtyřech různých krajích. Průměrný čas jednoho rozhovoru byl přibližně 30 až 45 minut. Získané informace, které nám dotazované sestry podali, byly zpracovány pomocí techniky, která se nazývá otevřené kódování a metody „tužka a papír“. Tyto zpracované informace byly rozděleny do 4 kategorií. Druhou kategorií jsme rozdělili do dvou dalších podkategorií a třetí kategorií jsme rozdělili také do dvou podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dle Reichel (2009) tvoří výzkumný soubor lidé, kteří mohou nejlépe pomoci k co nejpodrobnějšímu zodpovězení výzkumných otázek, jelikož se výzkumné šetření zabývá prostředím, ve kterém se vyskytují.

Při této bakalářské práci byl vybrán záměrný výzkumný soubor. Jako záměrně vybraný výzkumný vzorec byly vybrané sestry, které jsou zaměřené na problematiku odvykání návykových látek, především zaměřující se na pacienty se závislostí na tabáku. Výzkumný soubor pro tuto práci se skládá z 6 sester, které pracují v různých zařízeních v České republice. Zaměřili jsme se na sestry přímo z odvykacích center závislosti na tabáku, adiktologických nebo odvykacích ambulancí.

Celkem bylo kontaktováno s prosbou o účasti na výzkumném šetření 19 pracovníků zabývajících se danou problematikou, včetně sester ze společnosti pro léčbu závislosti na tabáku. Z těchto oslovených zařízení se ozvalo 8 s tím, že u nich sestra zaměřená na odvykání kouření nepracuje a z 5 zařízení neodpověděli. 6 sester souhlasilo s provedením výzkumné šetření. Jedná se o sestry ve věku od sedmadvaceti do pětadesáti let jedná se pouze o ženy. Délka jejich praxe zaměřující se na odvykání kouření se pohybuje v rozmezí tři až jednadvacet let. Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných sester je od středoškolského po vysokoškolské vzdělání s magisterským titulem. Tyto dotazované sestry budou dále v empirické části práce označovány jako S1 až S6.

Výzkumné šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů bylo prováděno během března, dubna a května roku 2020 v několika různých krajích České republiky.

3.3 Etika výzkumu

Při vypracování bakalářské práce a zejména při realizaci výzkumného šetření je důležité dodržovat pravidla etiky. Během této bakalářské práce jsme se zaměřili hlavně na zajištění anonymity a respektování přání mlčenlivosti každého z dotazovaných. V této bakalářské práci nejsou zahrnuta žádná jména či jiné osobní údaje dotazovaných sester. Stejně tak nejsou uvedena jména pracovišť ani jiné informace, podle kterých by mohli být dotazovaní identifikováni. Respektování a dodržování anonymity se netýká pouze dotazovaných, kteří se podíleli na našem výzkumném šetření, ale také všech osob a pracovišť, které byli během společných rozhovorů zmíněny. Tyto skutečnosti byli dotazovaným sestrám oznámeny před začátkem rozhovorů.

V souvislosti s mlčenlivostí a dodržením anonymity byl dotazovaným sestrám předložen k podepsání informovaný souhlas, který je dle Hendla (2016) jednou z důležitých součástí výzkumného šetření vypracovaného pomocí kvalitativní strategie. Každý dotazovaný byl před začátkem rozhovoru seznámen s průběhem výzkumného šetření, s cíli bakalářské práce a dalšími podrobnostmi.

4 Výsledky

V této kapitole jsme zpracovali získané informace od dotazovaných sester zabývajících se problematikou odvykání kouření, které jsme dostali z jejich odpovědí během kvalitativní výzkumné strategie.

Tyto získané informace obsahují osobní názor nebo zkušenost daných dotazovaných sester a nemusí odpovídat doporučeným postupům.

4.1 Identifikační údaje dotazovaných sester

V níže uvedené tabulce 1 je uveden přehled sociodemografických údajů sester, se kterými bylo provedeno výzkumné šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Tabulka obsahuje jejich označení jako sestry, pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe v centru pro odvykání kouření nebo jiném zařízení zaměřeném na tuto problematiku.

Tabulka 1 Identifikační údaje dotazovaných sester

Označení sester	Pohlaví	Věk	Dosažené vzdělání	Délka působení v zařízení
S1	Žena	27	VŠ Mgr.	3 roky
S2	Žena	38	SŠ	8 let
S3	Žena	46	VŠ	9 let
S4	Žena	52	VŠ Bc.	15 let
S5	Žena	65	SŠ	21 let
S6	Žena	48	VŠ	13 let

Zdroj : Vlastní výzkum, 2020

U sestry 1, dále S1 se jedná o sedmadvacetiletou ženu s magisterským titulem. Její délka praxe působení v daném zařízení zabývajícím se odvykáním kouření jsou 3 roky.

U sestry 2, dále S2 se jedná o osmatřicetiletou ženu se středoškolským vzděláním. Její délka praxe působení v daném zařízení zabývajícím se odvykáním kouření je 8 let.

U sestry 3, dále S3 se jedná o šestačtyřicetiletou ženu s vysokoškolským vzděláním. Její délka praxe působení v daném zařízení zabývajícím se odvykáním kouření je 9 let.

U sestry 4, dále S4 se jedná o dvaapadesátiletou ženu s bakalářským titulem. Její délka praxe působení v daném zařízení zabývajícím se odvykáním kouření je 15 let.

U sestry 5, dále S5 se jedná o pětadesátiletou ženu se středoškolským titulem. Její délka praxe působení v daném zařízení zabývajícím se odvykáním kouření je 21 let.

U sestry 6, dále S6 se jedná o osmačtyřicetiletou ženu s vysokoškolským vzděláním. Její délka praxe působení v daném zařízení zabývajícím se odvykáním kouření je 13 let.

4.2 Kategorizace výsledků

Získané informace od sester byly rozděleny do 4 kategorií, které jsou znázorněny níže v tabulce 2. Druhá a třetí kapitola je rozdělena do tří podkategorií. Těmto kategoriím a podkategoriím se budeme věnovat v podkapitolách níže.

Tabulka 2 Kategorizace získaných dat

Kategorizace získaných dat	
Kategorie 1	Vzdělání sester v oblasti odvykání kouření
Kategorie 2	Role sestry v intervenování u závislých na tabáku <ul style="list-style-type: none">✓ Role sestry při odvykání kouření✓ Krátké intervence 5P (5A)✓ Motivace klienta k odvykání kouření
Kategorie 3	Edukace pacienta při odvykání kouření <ul style="list-style-type: none">✓ Programy podporující odvykání kouření✓ Zásady potřebné k odvykání kouření✓ Pomůcky usnadňující odvykání kouření
Kategorie 4	Vlivy působící na pacienta během odvykání kouření

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

Kategorie 1 Vzdelání sester v oblasti odvykání kouření

Kategorie 1 je zaměřena především na vzdělání sester obecně a zjišťovali jsme, jaké absolvovaly sestry kurzy a jiné vzdělávací aktivity zaměřující se na odvykání kouření a závislosti na tabáku. Nejdříve jsme zjišťovali, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání sester, které je pro lepší přehled uvedeno v tabulce 1 a poté další doplňující vzdělání potřebné

k orientaci v dané problematice a správnému postupu při odvykání kouření, který může zvýšit kvalitu péče o pacienta či klienta a může zvýšit šance úspěšného odvykání kouření.

Nejdříve jsme se ptali na nejvyšší dosažené vzdělání, která se u dotázaných sester lišilo a je popsané v tabulce 1. Poté na otázku „*Jaké jste absolvovala vzdělávací kurzy, školení apod., které se zabývaly touto problematikou?*“ odpověděla většina dotázaných sester podobně. Všechny dotázané sestry kromě S1 odpověděly, že absolvovaly kurz primárně pro lékaře vedený prof. MUDr. Evou Králíkovou, CSc., který byl konán od roku 2005 a nazývá se „Léčba závislosti na tabáku“. S1 na otázku odpověděla, že absolvovala konference zaměřené na závislosti, hlavně konference a kurzy, které byly pořádány společností pro léčbu závislosti na tabáku. S3, S5, S6 ke svým odpovědím také přidaly, že absolvovali kurzy pořádané společností pro léčbu závislosti na tabáku, které byly zaměřené na edukaci sester v této problematice. S2 a S4 dodaly, že se od roku 2007 stali realizátorkami kurzu pro sestry „Metodika prevence a léčba závislosti na tabáku“ a zařadily se do výboru společnosti pro léčbu závislosti na tabáku.

Kategorie 2 Role sestry v intervenování u závislých na tabáku

Otázky, které byly dále položeny a jsou zařazeny do této kategorie se zabývají celkovou rolí sestry při odvykání kouření a pohledem sester samotných na důležitost jejich zaměření u pacientů či klientů na tuto problematiku. Tato kategorie je rozdělena do tří podkategorií – role sestry při odvykání kouření, krátké intervence 5P (5A) a zásady potřebné k odvykání kouření.

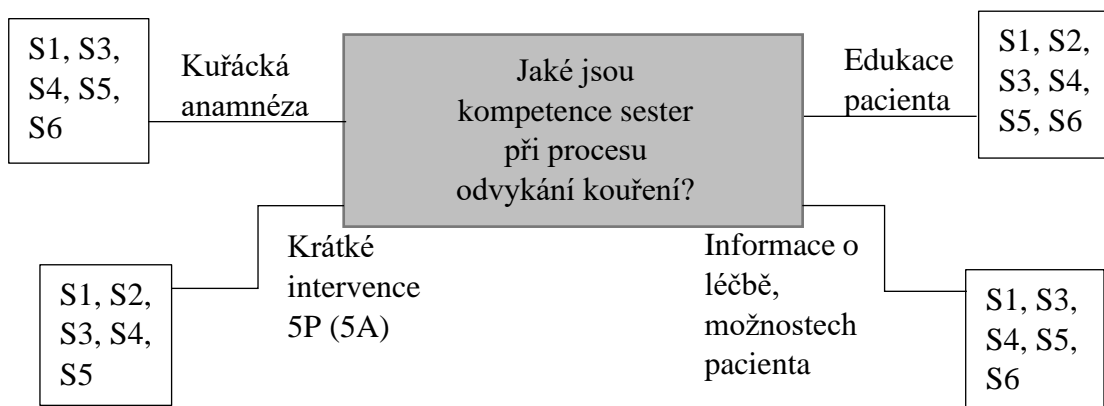
Podkategorie 1 Role sestry při odvykání kouření

V této kategorii jsme se zaměřili na to, jak sestry vnímají svoji roli při odvykání kouření a co vše to obnáší. Dále jsme se zaměřili na kompetence sester zabývajících se touto problematikou a jak moc mohou pracovat s pacientem během procesu odvykání kouření. Do této kategorie byly zařazeny otázky: „*Jak vnímáte roli sestry při odvykání kouření? Jaké jsou vaše kompetence v intervenování u závislých na tabáku?*“

Na první zmíněnou otázku odpověděla S1: „*Sestra v centru pro léčbu závislosti na tabáku, která je na tuto problematiku zaměřena a během své praxe absolvuje různé kurzy, které se zaměřují na zlepšení metod při edukaci a pomoci pacientovi ve všech ohledech je velmi důležitý článek právě v tomto procesu. Pokud kuřák vyhledá odbornou pomoc a sestra se bude zabývat oborem závislostí, je velmi pravděpodobné, že se šance k úspěšné*

léčbě závislosti bude vyšší. Sestra by měla být schopna plně edukovat o vlivu kouření na zdraví a další oblasti života, dále může doporučit vhodnou léčbu závislosti a během celého procesu pacienta podporovat, motivovat a doprovázet.“ S2 také dodává, že sestra při odvykání kouření je velmi významná a nezastupitelná, ale je často podceňována a nevyužívána. S touto odpovědí souhlasí také S2, S3, S4 a S5. S4 doplňuje, že role sestry při odvykání kouření je nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče. S první otázkou zaměřující se na roli sestry při odvykání kouření také souvisí další otázka této podkategorie *„Jaké jsou vaše kompetence v intervenování u závislých na tabáku?“* S1 odpověděla: *„Intervence probíhají v několika úrovních a také záleží na zařízení, kde proces probíhá. V rámci nemocnice může sestra edukovat hospitalizované pacienty nehledě na oddělení, kde se nachází. S těmito pacienty by sestra měla sestavit kuřáckou anamnézu, zmapovat pacientovi motivaci k odvykání a poté nabídnout možnosti léčby, doporučit centra pro závislé na tabáku a předat kontakty na specialisty. U pacientů, kteří přichází do centra pro závislé na tabáku provádím intervenci 5P a pokud se rozhodne přestat kouřit začnou se provádět konzultace a anamnéza. Poté se v procesu odvykání kouření postupuje dle možností pacienta.“* S2 odpověděla na tutéž otázku: *„Takové jako u ostatních sester během kvalitní ošetrovatelské péče – nutné použít minimálně krátké intervence. Plus mám pro své letité zkušenosti rozšířenou kompetenci v konzultacích pro zdravotnický personál. V současné době zastupuji adiktoložku, která převzala agendu centra pro závislé na tabáku. Jsem aktivní členka týmu nekuřácké nemocnice.“* S3, S5 se shodují s již výše zmíněnými odpověďmi a S3 také dodává: *„Jsem kompetentní nejen k edukaci pacienta a doporučení léčby, ale také jsem kompetentní pro práci na prevenci relapsu. Zaměřit se na prevenci relapsu je velmi důležité, protože naše práce při odvykání kouření je dlouhodobá a pacient by se měl docházet minimálně po dobu půl roku, aby mohl specialista sledovat průběh odvykání kouření.“* Odpověď S4 se ztotožňuje s již uvedenými, ale také zmínila, že její kompetence začínají hned po příchodu pacienta do centra pro závislé na tabáku, kdy se ptá na rozhodnutí přestat kouřit a důvod přestání, který je podle ní zcela zásadní pro úspěšné odvykání kouření. Dále S6 na otázku odpovídá: *„Mezi mé kompetence, které jsou po příchodu klienta do centra důležité, patří sesterská intervence při vstupním rozhovoru. Patří sem kuřácká anamnéza, tabákový screening a edukace, možnosti v odvykání, informace o léčbě a možnostech daného pacienta. Ve schématu 1 jsme znázornili hlavní kompetence, které dotázané sestry při procesu odvykání kouření s pacientem mají a udaly je jako nejdůležitější pro kvalitní péči a pomoc pacientovi s odvykáním.“*

Schéma 1 Kompetence sester v intervenování u závislých na tabáku



Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

Podkategorie 2 Krátké intervence 5P (5A)

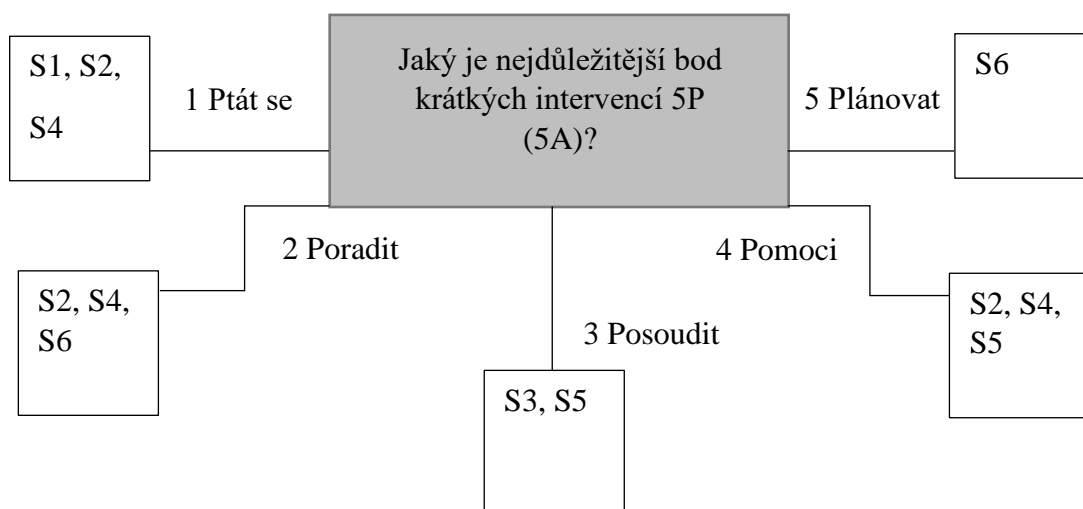
V této podkategorii jsme se zaměřili přímo na krátké intervence 5P (5A). Zjišťovali jsme kolik dotázaných sester je s krátkými intervencemi obeznámeno a jaké je jejich využití v praxi sester, které se specializují na odvykání kouření. Ptali jsme se na otázky: „*Jste obeznámena s krátkými intervencemi 5P (5A)? Jestliže ano, jaké je jejich využití ve vaší praxi? Jaký bod krátkých intervencí 5P (5A) se vám zdá nejdůležitější a proč?*“

Na první otázku odpověděl celý výzkumný soubor stejně. S1, S2, S3, S4, S5 i S6 se shodli, že s krátkými intervencemi jsou obeznámeni a ve své praxi je běžně využívají. S1 na další otázku odpověděla: „*Krátké intervence ve své praxi využívám téměř pokaždé. Pracuji podle nich již od prvního kontaktu s pacientem v devadesáti procentech je tato metoda intervenování účinná.*“ Odpověď S2 zněla: „*Minimálně krátkou intervencí používám skoro při každém kontaktu s pacientem ve své praxi. Ať je to intervence na katetrizačním sále, arytmiologickém sále nebo v ambulanci. Pokud jsem pozvaná k edukaci hospitalizovaného pacienta, krátké intervence také využívám, ale v tomto případě to není jen o nich.*“ S3, S5, S6 se shodují s výše uvedenými odpověďmi. S4 souhlasí s každodenním využitím krátkých intervencí 5P (5A) v praxi a dodává, že díky nim poskytují informace pacientům, kteří chtějí přestat kouřit a nevědí, co je čeká a co odvykání obnáší.

Na to, jaký bod krátkých intervencí 5P (5A) je nejdůležitější a proč odpověděla S1: „*Nejdůležitější bod je ten první, protože pokud se nezeptám pacienta zda kouří, nemám tuto informaci a nemohu mu nabídnout další pomoc, která může vést k úspěšnému*

odvykání kouření.“ Odpovědi na tuto otázku se ztotožňují S2 a S4, které odpověděli, že nejdůležitější a zásadní jsou 3 kroky. Jedná se kroky ptej se, porad' a pomáhej. S2 a S4 udávají, že pokud není dostatek času k provedení všech pěti krátkých intervencí, tak by i tyto tři měly být dostačující. S3 na otázku odpověděla: „*Asi nedokážu definovat, který bod je úplně nejdůležitější, protože všechny mají svůj význam a poukazují na to, že léčba závislosti je proces, který má určité styčné body, kterým je třeba se věnovat, a to i opakovaně. Pravdou ale je, že bez motivace pacienta nezmůžu nic. Můžu se snažit dělat s ním motivační rozhovory, ale ne vždy jsem úspěšná. Motivace dává konání pacienta smysl, je motorem, který mu pomáhá směřovat k vytýčenému cíli.*“ S5 udává, že mezi nejdůležitější body krátkých intervencí patří podle ní posoudit a pomoci, protože bez nich by odvykání kouření nemohlo být úspěšné. S6 se ztotožňuje se zbylými odpověďmi a dodává: „*Ze všech bodů je podle mě nejdůležitější bod poradit, protože kuřáci neví, jakým způsobem přestat, drtivá řada kuřáků si myslí, že nemá vůli, že to nejde. Ženy se také bojí zvýšené váhy a nervozity. Také pro správný postup léčby je důležitý bod plánovat, kdy sestra s pacientem může vybrat správnou léčbu pro něj a může naplánovat kontrolní návštěvy.*“

Schéma 2 Nejdůležitější bod krátkých intervencí 5P (5A)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

Podkategorie 3 Motivace klienta k odvykání kouření

V třetí podkapitole jsme se zaměřili na jednu z nejdůležitějších částí pro úspěšné odvykání kouření, kterou je motivace. Ptali jsme se sester z výzkumného souboru na jejich techniku, jak motivují pacienta, jak probíhají motivační rozhovory a jak jsou pacientům schopny poradit, co se motivace týče.

Na otázku: „*Jaké metody Vám pomáhají motivovat pacienta k odvykání kouření?*“ měli podobný názor S1, S2. Dle S1 a S2 se osvědčuje navázat na aktuální pacientovo potřeby, pocity a přání. Dle nich je také možné zacílit intervence na aktuální zdravotní komplikace, jelikož často probíhá intervenování právě v nemocnici, kde je již pacient hospitalizovaný z důvodu zdravotních potíží. S2 také ještě dodává: „*Výborná motivace je pohled na finanční stránku. Jako nástroj může sloužit kalkulačka vykouřených cigaret a ukázka toho, co by za to mohl konkrétně mít. Také je důležité motivovat se odměnou a tím posílit i sebelásku.*“ S3 na otázku odpověděla: „*Jako metodu používám motivační rozhovory, dále například zvědomování výhod abstinence a nevýhod kouření. Někdy si pacienti počítají ztráty, které jim přináší kouření, jindy si denně nebo týdně odkládají částku, kterou by prokouřili, někam do pokladničky a nadefinují si, na co šetří.*“ S4 se ztotožňuje s odpovědí S3 a dodává, že motivační rozhovor provádí pomocí 5R. Popisuje 5R jako 5 bodů, které mohou pomoci pacienta motivovat k odvykání kouření. Mezi tyto body patří relevance, rizika, odměny, bariéry, opakování. U S5 a S6 se vyskytly stejné odpovědi, že skvělá motivace pro pacienty je poukázat na úspěšné případy a v případě komplikací najít náhradní řešení a ušít spolupráci na míru samotnému pacientovi.

Kategorie 3 Edukace pacienta při odvykání kouření

Třetí kategorie je zaměřena na edukaci pacienta při odvykání kouření. Zabývali jsme se průběhem edukace pacienta ze strany sestry nebo jaké jsou podpůrné programy pro pacienty i sestry v této problematice. Také jsme se zaměřili na zásady jsou doporučovány pacientům, a které jsou důležité pro správný průběh celého procesu.

V této kategorii jsme se dotázaných sester ptali na otázku: „*Jak edukujete pacienta, pokud se rozhodne k odvykání kouření?*“ S1 odpověděla na otázku: „*Po zajištění kuřácké anamnézy a provedení dalších testů edukuji pacienta o principu závislosti. Pacientovi vysvětluji, co je to psychická a fyzická závislost a jaký může být její dopad. Dále do edukace pacienta zapojuji poučení o možných abstinčních příznacích a jak s nimi pracovat. A v neposlední řadě probíhá edukace o možnostech léčby, ať už pomocí farmakoterapie včetně způsobu užívání, tak pomocí alternativní cesty.*“ S2 odpověděla, že nejdříve je důležité zjistit vše o pacientovo rituálech, důvodech kouření a poté je možné edukovat dle jeho situace. „*S pacientem se bavíme o tom kolik, jak dlouho a co kouří nebo zda někdo ve sdílené domácnosti či v práci kouří. Dále zjišťuji, proč kouří a při jaké příležitosti nejčastěji, zda zkoušel přestat a případně kolikrát. Zjišťuji, co mu dělalo*

největší problém při odvykání, zda použil nějakou léčbu a jestli navštívil nějaké odborníky. V závislosti na odpovědi edukují pacienta.“ S těmito odpověďmi se ztotožňuje také S3, která dodává, že pro celý proces je prospěšné, aby pacient dostával za úkol sebemonitorovat se, dostával informace o existenci a formách bažení a možnostech práce s ním a díky tomu ho tyto situace nepřekvapí. S4, S5 a S6 se shodují na tom, že pro edukaci je důležité, aby byl pacient přesvědčený o svém rozhodnutí přestat kouřit. S4 dodává, že je důležité pacienta edukovat ohledně nutnosti přestat s kouřením okamžitě a je nutné zrealizovat den D. S5 svou odpověď doplňuje: „Důležité je u edukace pacienta brát zřetel na důslednost, pochvalu a pochopení.“

Podkategorie 1 Programy podporující odvykání kouření

V této podkapitole jsme se zaměřili na programy, aplikace apod., které mohou pacientovi usnadnit odvykání kouření a podpořit ho v jeho rozhodnutí. Jsou to také programy, které populaci mohou poskytnout mnoho informací, co se kouření a závislosti týče. Zjišťovali jsme také, jestli určité programy využívají samy sestry.

Na otázku: *„Jaké programy doporučujete pacientům k podpoře odvykání kouření?“* S1 a S2 odpověděli totožně a doporučují hlavně pravidelné docházení do centra pro závislé na tabáku, dále možnost využití podpory v podobě aplikací v telefonu nebo Národní linky pro odvykání kouření. S2 konkrétně odpověděla: *„Dříve se doporučovala aplikace EXkuřáci.eu a nyní doporučuji QUIT NOW.“* S3 odpověděla na otázku: *„V ambulanci dáváme letáky a brožury obsahující informace k odvykání kouření a číslo na Národní linku pro odvykání kouření. Jiné programy neznám a využívám pouze svých znalostí, dovedností a technik práce se závislým pacientem, které jsem během praxe získala.“* Stejně odpovídají také S4 a S6. S4 dodává, že pacientům doporučují zajímat se o možnosti příspěvků od svých zdravotních pojišťoven a zapojování se do preventivních programů, které zdravotní pojišťovny pořádají. S5 udává, že žádné programy podporující odvykání kouření nezná. Na toto téma navazuje další otázka: *„Jaké programy využíváte jako zdravotník také a popřípadě proč?“* S1, S2, S3, S4, S5 se shodli, že žádné speciální aplikace nevyužívají. S4 také dodala: *„Postupujeme dle mezinárodních doporučených postupů pro léčbu závislosti na tabáku pro lékaře i sestry, které jsou k dispozici na stránkách společnosti pro léčbu závislosti na tabáku.“* S6 na tuto otázku odpověděla, že využívá programy podpory zdraví na pracovišti.

Podkategorie 2 Zásady potřebné k odvykání kouření

V této podkategorii jsme se zaměřili na to, jaké zásady sestry doporučují během odvykání kouření za účelem úspěšného odvykání kouření. V této podkategorii jsem se ptali na otázku: „*Jaké zásady doporučíte pacientovi, které ho mohou dovést k úspěšnému odvykání kouření?*“

S1 a S6 se ztotožňují s názorem, že nejdůležitější je myslet na fakt, že chce pacient přestat kouřit kvůli sobě samému. Dále doporučují na oznámení odvykání kouření rodině a blízkým, kteří mohou pacientům svou podporovou pomoci. S2 a S5 se vedle toho shodli na odpovědi, že nejdůležitější je odstranit vše co s kouřením souvisí, pacient by se měl vymezovat všem stereotypům, které má spojené s cigaretou. Další zásada, která je doporučována dle S2 a S5 je nalezení nového koníčku, který odvede pacientovu pozornost od chuti na cigaretu. S3 na tuto otázku odpověděla: „*Mezi zásady, které doporučuji pacientům patří být důsledný, sebemonitorovat se, naučit se být vnímavý ke svému tělu i vnitřnímu prožívání. Důležité je dodržovat aktivní práci s cravingem, dále využívat nabízenou podporu a neunáhlovat se k ukončení spolupráce, pokud už dojde k lapsu či relapsu, naopak s ním pracovat a porozumět mu.*“ S4 uvedla: „*Být připraven na nečekané události a ve stresu si hlavně nezapálit, protože i jedna cigareta může pacienta vrátit ke kouření. Užívat léky dle doporučení lékaře, zařadit do jídelníčku zeleninu a ovoce, mít stravu kaloricky vyváženou a dodržovat pitný režim. Jako další doporučuji zvýšit pohybovou aktivitu v rámci možností a dělat si radost. Jako zásadu pro nás sestry bych uvedla to nejdůležitější, že při nezdaru pacienta stejně pochválíme a podpoříme ho v dalším pokusu přestat kouřit. Ujistíme ho, že se na nás může kdykoliv obrátit.*“

Podkategorie 3 Pomůcky usnadňující odvykání kouření

Poslední podkategorie se zabývá pomůckami, které mohou pacientovi pomoci a usnadnit odvykání kouření. Zabývali jsme se tím, jaké pomůcky konkrétně mohou pacientovi dodat podobný pocit jako zapálení cigarety.

Na otázku: „*Jaké pomůcky doporučujete pacientovi při odvykání kouření?*“ odpověděla S1, že se s pacientem baví hlavně o NTN či Champixu, dále doporučuje PAIPO nebo aplikace do telefonu, které počítají dny bez cigaret. S touto odpovědí se ztotožňují také S5 a S6. S3 na tuto otázku odpověděla: „*S pacienty mluvím o alternativě cigarety, kterou je PAIPO. PAIPO pochází z Japonska a je to alternativa, která neobsahuje nikotin ani*

dehet. Slouží pouze ale k odvykání fyzické závislosti a na psychickou stránku se musíme zaměřit s pacientem až později. Dále se bavíme o možnostech farmakoterapie a pacienti sami se ptají na možnost elektronických cigaret.“ S2 se ztotožňuje s výše uvedenými odpověďmi a dodává, že jako další pomůcka slouží masážní míček do ruky nebo cokoliv jiného, čím si pacient zaměstná ruce. S4 u této otázky uvedla: „Pacienti obdrží letáky s různou odbornou tematikou. Při přestání kouření doporučujeme například bylinný inhalátor, který pomáhá překonat typicky kuřácké situace, dále různé hlavolamy do ruky nebo luštění křížovek. Je to proces změny chování – psychobehaviorální intervence.“

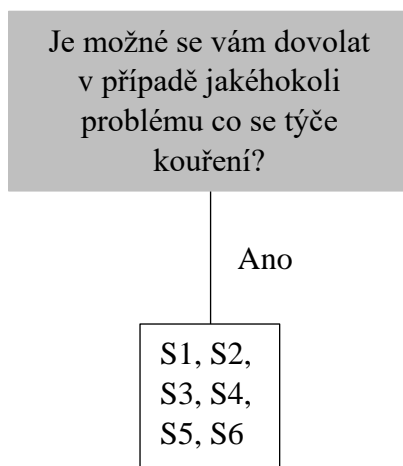
Kategorie 4 Vlivy působící na pacienta během odvykání kouření

V poslední kategorii jsme se zaměřili na vlivy, které mohou ovlivňovat pacientův proces odvykání kouření. V této kapitole jsou začleněny jak vlivy negativní, tak i pozitivní a důvody, které pacienta nejčastěji vedou k odvykání kouření. V této kapitole jsme pokládali otázky: *„Jaký je podle vás hlavní zlom pro pacienta, kdy se rozhodne přestat kouřit? Co podle vás nejvíce ovlivňuje pacienta při odvykání kouření? Je možné, aby se k vám pacient dovolal, pokud bude mít jakýkoliv problém, co se týče odvykání kouření?“*

S1 na první otázku odpověděla, že nejčastěji se setkává s pacienty, kteří chtějí přestat kouřit po důrazném doporučení od lékaře s ohledem na jeho zdravotní stav. S touto odpovědí se ztotožňuje také S2, S4, S5 a S6. S4 ke své odpovědi ještě dodala: *„Mezi další nejčastější zdravotní důvody k odvykání kouření patří finance nebo jiný společenský důvod. Také se často setkávám s pacienty, kterým vadí závislost nebo musí přestat kouřit kvůli jinému rodinnému příslušníkovi.“* S3 na tuto otázku odpověděla: *„Z mojí zkušenosti hlavní zlom, kdy se pacient rozhodne přestat kouřit, přichází ve chvíli, kdy negativa kouření začnou významně převažovat nad pozitivy.“* Na další otázku odpověděla S1: *„Na pacienta má velký vliv jeho pevná vůle, vlastní motivace, přístup ke kouření v jeho blízkém okolí, míra stresu a zátěže, síla abstinčních příznaků v počátcích, pokud se rozhodne nevyužít NTN či Champix.“* S touto odpovědí se ztotožňuje také odpověď S3 a S6. S2 ze své zkušenosti uvádí, že nejvíce může ovlivnit pacienta jeho okolí. S5 na otázku zareagovala: *„Mezi negativní věci, které pacienta ovlivňují, patří například strach, že to nezvládne a selže, strach z přibrání na váze, myšlenka, že už si nikdy nezapálí. Mezi pozitivní věci, které mohou pacienta ovlivnit patří z mé zkušenosti pravidelné návštěvy centra pro závislé na tabáku, kde nad sebou mají dohled a poskytovanou podporu. Pro nemocné pacienty to může být vidina zlepšení zdravotních problémů nebo ušetření peněz.“*

Také radíme pacientům, ať si denně dávají do kasičky peníze jindy utracené za cigarety a uvidí za nějaký čas, kolik ušetřili a odmění se. Jakou odměnu zvolí je na nich. Ze sdělení našich pacientů to bývá například dovolená, někdo si koupí třeba dražší kolo a podobně.“

Na poslední otázku celého rozhovoru odpověděly všechny dotázané sestry podobně a shodly se na tom, že pokud pacient potřebuje radu či pomoc, tak při první návštěvě na ně dostane kontakt a kdykoliv se na ně může obrátit. S2 ale dodává: „Není však možné se dovolat 24 hodin denně, máme stanovenou pracovní dobu. V případě problému v čase mimo pracovní dobu funguje také emailovou adresu, na kterou se mohou obrátit téměř kdykoliv. Všechny tyto informace uvádíme pacientům v letáčcích, které dostávají během první konzultace.“ S3 také svou odpověď doplňuje: „Pokud momentálně pracuji s nějakým pacientem, telefon neberu, ale jakmile mám čas, volám zpět na zmeškané telefonní číslo.“



5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá rolí sestry při odvykání kouření. V empirické části jsme se pomocí výzkumných otázek, které byly stanovené k daným cílům, snažili zjistit, jaký je pohled dotázaných sester na danou problematiku a jejich roli v procesu, kdy se pacient rozhodne přestat kouřit.

Nejdříve jsme zjišťovali od dotazovaných sester jejich věk, nejvyšší dosažené vzdělání, celkovou délku praxe a zároveň délku praxe na současném pracovišti. Všechny tyto údaje jsou uvedené v tabulce 1. Poté jsme se v první kategorii soustředili hlavně na vzdělání, které sestry absolvovaly v problematice závislosti a odvykání kouření. Ptali jsme se na absolvované kurzy, školení a jiné programy. Na tuto otázku odpověděly všechny dotázané sestry podobně. 5 sester z 6 odpovědělo, že absolvovaly kurz, který byl realizován primárně pro lékaře a byl vedený prof. MUDr. Evou Králíkovou, CSc.. Tento kurz byl dle dotázaných sester realizován od roku 2005 a jiný zaměřený na tuto problematiku nebyl. V roce 2007 se několik sester podílelo na realizaci kurzu pro sestry, kterého se dotázané sestry účastnily. S1 v rozhovoru uvedla, že se účastnila kurzů, které pořádal výbor společnosti pro léčbu závislosti na tabáku. Smith et al. (2012) popisují studii, která byla prováděna se sestrami v Kanadě, kdy ze zkoumaného vzorku pouze jedenáct procent sester absolvovalo školení, kurz či jiný program zaměřený na problematiku odvykání kouření. Ve srovnání s touto studií se sestry z našeho výzkumného souboru více zaměřovali na absolvování kurzů a tím zdokonalují ošetrovatelskou péči a zvyšují tím také šanci úspěšného odvykání pro pacienta. Jedním z důvodů, proč tomu tak je, je výběr našeho výzkumného souboru, který tvoří sestry specializované na odvykání kouření, a proto se dále v této problematice vzdělávají. Avšak dle Parel et al. (2018) psychiatrické sestry v Indii mají průměrné znalosti, co se týče problematiky odvykání kouření a mají pozitivní postoj k prevenci kouření. U psychiatrických pacientů jsou tyto znalosti klíčové, jelikož kouření je pro ně nejen vyplnění volného času během hospitalizace, ale také jim to pomáhá odpoutat se od jiných problémů, kvůli kterým jsou hospitalizováni. Domníváme se, pokud by se zdravotnické organizace a jiné společnosti více zaměřili také na problematiku závislosti na tabáku u sester a studentů těchto oborů, mohla by se nejen snížit stále se zvyšující úroveň závislosti na tabáku v Čechách, ale také by sestry sloužily jako vzor pro pacienty.

V druhé kategorii „Role sestry při intervenování u závislých na tabáku“ jsme se zaměřili na hlavní cíl této bakalářské práce. Od sester jsme zjišťovali, jak vnímají svoji roli v procesu odvykání kouření a jak mohou tento proces pacientovi usnadnit. V první podkapitole „*Role sestry při odvykání kouření*“ bylo zmíněno, jaké jsou kompetence sester při procesu odvykání kouření (Schéma 1). Dle Sarny et al. (2013) je zapojení sester do této problematiky důležité pro zvýšení kvality ošetrovatelské péče a vyšší šance úspěšného odvykání kouření pro pacienta. S tímto souhlasí i dotázané sestry z našeho výzkumné souboru, kdy S2 sděluje, že sestra je při odvykání kouření velmi významná a nezastupitelná. Bohužel je dle ní často podceňována a nevyužívána. S tímto se ztotožňují také Duaso a Duncan (2012), kteří uvádějí, že sestry pracující s komunitou kuřáků mohou velmi výrazně zvýšit jejich motivaci, mohou poskytovat farmakologická ošetření a zaznamenávat stav kouření. Sestry tvoří ideální podporu kuřáků v praxi, kteří se rozhodli přestat kouřit. S3, S4, S5 dále také dodali, že je dle nich role sestry při odvykání kouření nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Kmeťová et al. (2014) popisují intervenování sestrou jako nejlevnější způsob záchrany života vůbec, to je další důvod k častějšímu využití krátkých intervencí. Sarna et al. (2013) udávají, že všechny známé organizace radí, aby se sestry podílely na léčbě závislosti na tabáku, jelikož je to považováno za důležitý článek kvalitní a ucelené ošetrovatelské péče. Sarna et al. (2013) dále popisují, že v České republice okolo čtyřiceti procent sester kouří a jejich role při léčbě závislosti na tabáku není dostatečně využívána. Z důvodu závislosti sester samotných není uskutečňována ani prevence, během které by měly být sestry také vzor pro pacienty. Dále jsme se zaměřili na kompetence sester při odvykání kouření, konkrétně při intervenování u závislých na tabáku. Malá et al. (2018) udávají, že sestry mají oproti lékařům výhodu vyšší intenzity při kontaktu s pacientem, kdy s ním tráví více času a může se mu více věnovat, co se ošetrovatelské péče týče. Králíková (2015) se s touto odpovědí shoduje a také vysvětluje, že by každá sestra ve své praxi měla oslovit pacienta a zeptat se ho, zda je kuřák. Pokud pacient potvrdí, že je kuřák a časové možnosti to umožňují, měla by se sestra zaměřit na nabídnutí pomoci a důrazně by měla doporučit odvykání kouření. S2 na tuto otázku odpověděla: „*Takové jako u ostatních sester během kvalitní ošetrovatelské péče – nutné použít minimálně krátké intervence. Plus mám pro své letité zkušenosti rozšířenou kompetenci v konzultacích pro zdravotnický personál. V současné době zastupuji adiktoložku, která převzala agendu centra pro závislé na tabáku. Jsem aktivní členka týmu nekuřácké nemocnice.*“ S2 uvedla, že její kompetence jsou stejné jako u ostatních sester, které provádí kvalitní ošetrovatelskou péči, kdy je podle ní nutné provést

alespoň krátké intervence ve třech bodech. S tímto názorem se ztotožňují také Králíková et al. (2015), kteří tvrdí, že by sestry měly během své praxe používat krátké intervence automaticky a pokud není dostatek času, tak alespoň tříbodový systém krátkých intervencí. S3, S4, S5 se v odpovědích shodují a S3 také dodává, že nemá kompetence pouze při léčbě závislosti na tabáku, ale také při prevenci, která může být velmi důležitá, aby pacienti nezačali kouřit. Parel et al. (2018) souhlasí s tímto názorem a uvádí, že prevence odvykání kouření, kterou sestra zapojí do své praxe zvyšuje nejen kvalitu ošetrovatelské péče, ale také může snížit rizika, které kouření přináší. Dle Parela et al. (2018) by sestra měla edukovat všechny pacienty o škodlivosti kouření a měla by se zaměřit na prevenci primární, sekundární nebo terciální dle daného stavu a závislosti pacienta. Dotazovaná sestra S6 popisuje také vstupní rozhovor, při kterém odebrá kuřáckou anamnézu, dále do rozhovoru patří tabákový screening, edukace pacienta ohledně kouření a procesu odvykání, dále popisuje pacientovi možnosti odvykání a podává mu informace o léčbě, které by mohly vyhovovat danému pacientovi.

V druhé podkategorii jsme se zaměřili na krátké intervence 5P (5A), které jsou sestrou aplikovány během odvykání kouření. Dle Králíkové (2015) by sestra měla aplikovat při každém klinickém kontaktu krátké intervence alespoň ve třech bodech. Všechny sestry v našem výzkumném souboru se shodly, že jsou obeznámeny s krátkými intervencemi a ve své praxi je využívají během každého sezení s pacienty. Rice (2017) uvádí, že podpora pacienta a motivace mohou přispět k udržení pacientova rozhodnutí přestat kouřit. Dle Rice (2017) se díky krátkým intervencím, které jsou využívány sestrami, daří pacientům dosáhnout dlouhodobé abstinence bez větších potíží. S2 odpověděla: „*Minimálně krátkou intervencí používám skoro při každém kontaktu s pacientem ve své praxi. Ať je to intervence na katetrizačním sále, arytmiologickém sále nebo v ambulanci. Pokud jsem pozvaná k edukaci hospitalizovaného pacienta, krátké intervence také využívám, ale v tomto případě to není jen o nich.*“ S4 také doplnila svou odpověď a uvedla, že s každodenním využíváním krátkých intervencí souhlasí a používá je při každém klinickém kontaktu s pacientem. Krátké intervence mohou přimět pacienty k odvykání kouření a mohou jim díky nim sestry dodat dostatek potřebných informací a správně je o celém procesu edukovat. Domníváme se, že díky krátkým intervencím může být razantně snížena mortalita, která se každý rok zvyšuje kvůli nárůstu závislosti na tabáku. Při zaměření na nejdůležitější bod krátkých intervencí odpověděla S1: „*Nejdůležitější bod je ten první, protože pokud se nezeptám pacienta, zda kouří, nemám tuto informaci a*

nemohu mu nabídnout další pomoc, která může vést k úspěšnému odvykání kouření.“ S touto odpovědí se ztotožňují také S2, S4, které ve své odpovědi popsali, že nejdůležitější body krátkých intervencí jsou 3, ptěj se, porad' a pomáhej. S tímto názorem se ztotožňují Králíková et al. (2015), kteří uvádějí, že krátké intervence by se měli aplikovat vždy a pokud je třeba, je možné aplikovat pouze tříbodovou formu krátkých intervencí. Domníváme se, že krátké intervence jsou v nemocničních zařízeních zanedbávány a nevyužívány v takové míře, aby se díky nim pacient rozhodl přestat kouřit. V této situaci by se měl například zaměstnavatel zaměřit na pořádání kurzů pro sestry a měl by dohlížet na jejich účast. Avšak S3 odpověděla, že bez motivace pacienta nezmůže nic. Nejdůležitější je proto dle ní správně pacienta motivovat a jeho motivaci k odvykání kouření udržovat a posouvat správným směrem. S3 s pacienty provádí motivační rozhovory, ale udává, že ne vždy je úspěšná. S5 udává, že nejdůležitější body jsou posoudit a pomoci, kdy má sestra za úkol provést kuřáckou anamnézu, probrat s pacienty jejich předešlé pokusy o odvykání kouření a nakonec má pomoci mu najít správnou léčbu, případně předat kontakt na specializované centrum. S6 souhlasí s odpověďmi ostatních dotázaných sester a doplňuje, že důležité je taky poradit, protože mnoho pacientů neví, co to obnáší přestat kouřit a jakým směrem by se měli vydat. Rozdělení názorů na nejdůležitější bod krátkých intervencí je přehledně ukázáno ve schématu 2.

V třetí podkategorii jsme se zaměřili na motivaci pacienta k odvykání kouření a motivaci během celého procesu odvykání. Králíková a Kozák (2003) uvádějí, že dalším důležitým hlediskem je pozitivní postoj k nekuřáctví a motivace, která je nezbytná k odvykání kouření. Nešpor (2018) popisuje, že pokud sestra nebo jiní zdravotník zvládne správnou techniku motivace, může tím získat velmi účinný nástroj, který využije při pacientovo rozhodnutí přestat kouřit. S3 odpověděla: *„Jako metodu používám motivační rozhovory, dále například zvědomování výhod abstinence a nevýhod kouření. Někdy si pacienti počítají ztráty, které jim přináší kouření, jindy si denně nebo týdně odkládají částku, kterou by prokouřili, někam do pokladničky a nadefinují si, na co šetří.*“ S1, S2 popisují, že je účinné se zaměřit na pacientovo potřeby, pocity a přání, které ho mohou k úspěšnému odvykání motivovat. S4 popisuje krátké intervence 5R, které se využívají k motivaci při odvykání kouření. Je to pět bodů, které dle Králíkové et al. (2015) pomáhají pacientovi najít hlavní důvod k odvykání kouření, dále sestra pacienta podporuje a zaměřuje se na rizika, které se zvyšují během kouření a závislosti. Tyto rizika sestra pacientovi zdůrazňuje a vysvětluje mu, co může udělat, aby se jim vyvaroval. Dále

Králíková et al. (2015) vysvětlují, že dle dalšího kroku krátkých intervencí 5R sestra musí informovat pacienta ohledně abstinenčních příznaků a jak s nimi pracovat. Domníváme se, že zavedení tréninku motivačních rozhovorů ve školách či kurzech může v budoucnu vylepšit ošetrovatelskou péči a sestry se díky tomu naučí, jak správně postupovat s pacientem v různých situacích, které mohou v nemocnici nebo jiných zařízeních nastat. Sestra by dle Králíkové et al. (2015) měla zmírnit obavy pacienta a zodpovědět mu všechny jeho dotazy, čímž může opět pacienta motivovat. S5 a S6 popisují, že často jejich pacientům pomohlo, když jim ukázali úspěšné příklady odvykání kouření.

Druhá kategorie se zaměřuje na edukaci pacienta. Zabývali jsme se programy a pomůckami, které mohou pacientovi ulehčit odvykání kouření nebo ho k odvykání kouření motivovat a dále jsme se zaměřili na zásady, které mohou být pro úspěšné odvykání klíčové. S1 na otázku, jak pacienta edukuje v případě, že se rozhodne přestat kouřit, odpověděla, že nejdříve provede kuřáckou anamnézu a poté pacienta edukuje o principu závislosti. Vysvětluje pacientovi, jaký je rozdíl mezi psychickou a fyzickou závislostí a co může způsobit. S2 na otázku odpověděla: „*S pacientem se bavíme o tom kolik, jak dlouho a co kouří nebo zda někdo ve sdílené domácnosti či v práci kouří. Dále zjišťuji, proč kouří a při jaké příležitosti nejčastěji, zda zkoušel přestat a případně kolikrát. Zjišťuji, co mu dělalo největší problém při odvykání, zda použil nějakou léčbu a jestli navštívil nějaké odborníky. V závislosti na odpovědi edukuji pacienta.*“ Dále se dotázané sestry shodly, že edukace nemá smysl, pokud pacient není plně rozhodnutý k odvykání kouření a je důležité u edukace nezapomínat na pochvalu. Nešpor (2018) s tímto názorem souhlasí a udává, že pochvala závislého může mít pozitivní účinky na další postup celého procesu léčby.

V první podkategorii jsme se zaměřili na programy, které mohou pacienta podpořit při odvykání kouření. Většina dotázaných sester se shodlo, že se jedná hlavně o pravidelné docházení do centra pro závislé na tabáku, dále aplikace v telefonu, které například počítají dny bez cigarety. S2 konkrétně odpověděla: „*Dříve se doporučovala aplikace EXkuřáci.eu a nyní doporučuji QUIT NOW.*“ Dále dle Stubblefield a Greplové (2013) je důležité pacientovi poskytnout kontakt na Národní linku pro odvykání kouření, kde jim mohou být podány potřebné informace nebo podpora. Národní linku pro odvykání kouření doporučují také všechny dotázané sestry, které ji berou jako nedílnou součást kvalitně podané péče. Národní linka pro odvykání kouření (2017) popisuje, že funkce této linky je podat požadované informace kuřákům či jejím blízkým pomoc, pokud nastane u

pacienta při odvykání problém nebo zde mohou specializovaní zdravotníci zjišťovat aktuální informace ohledně této problematiky. S3 odpověděla, že v ambulancích dávají letáky a brožury, které obsahují informace potřebné k odvykání kouření a také číslo na Národní telefonní linku pro odvykání kouření. S4 také doporučuje pacientům zjistit si, jestli poskytují jejich pojišťovny příspěvky či jiné možnosti pro kuřáky, kteří se rozhodli přestat kouřit. Domníváme se, že zajišťování akcí zaměřujících se na prevenci kouření může snížit celosvětovou závislost na tabáku. Stejně tak jejich podpora při odvykání kouření může zvýšit šanci úspěšné léčby závislosti.

V druhé podkategorii jsme se ptali na zásady, které jsou pacientům během odvykání kouření doporučeny. Comby (2007) vysvětluje, že nejdůležitější zásadou v odvykání kouření je rozhodnutí o odvykání samotného kuřáka. Sestry S1 a S6 potvrdily, že v praxi je důležité, aby pacient myslel při rozhodnutí přestat kouřit hlavně na to, že je to dobré pro něj samotného. Stejně tak uvádí Nešpor (2008), který vysvětluje, že při rozhodnutí léčby závislosti pacienti musí opravdu chtít a musí to udělat ihned, ne rozhodnutí stále odkládat. Dle Nešpora (2018) je dobrá motivace vidina odměny v budoucnu. S2 a S5 se shodli, že je důležité, aby pacient odstranil ze života vše, co je spojené s kouřením a měl by se vyhýbat všem stereotypům, které ho v minulosti zaváděly ke kouření. Nejlepší strategie je stanovit si den D a v ten den začít s odvykáním kouřením naráz, ne postupně. Domníváme se, že začít s odvykáním kouření v den D naráz, ne pouze snižovat počet cigaret je klíčové a pro úspěšné odvykání kouření je nezbytné. Dále je dle dotázaných sester dobré najít si koníček, který zaměstná hlavu a pacient poté nebude myslet na cigaretu. Králíková a Kozák (2003) upozorňují, že léčba závislosti může být úspěšná pouze pokud na sobě pacient tvrdě pracuje a neočekává, že ho někdo odnaučí kouřit bez větší snahy. Odpověď S3 se shoduje s tímto tvrzením, kdy apeluje na nutnou důslednost, sebemonitoraci a také vnímavost k potřebám svého těla. S4 uvedla, že je důležité užívat léky dle ordinace lékaře a dodržovat vyváženou stravu a pravidelný pohyb. Králíková a Kozák (2003) doporučují farmakoterapie také lidem, kteří nemají příliš pevnou vůli.

V poslední podkategorii jsme se zabývali pomůckami a tím, jaké pomůcky mohou pacientovi ulehčit odvykání kouření. Většina sester se shoduje na tom, že pacient musí především dodržovat pravidelné užívání léků. Králíková a Kozák (2003) uvádějí, že jako pomůcka pro odvykání kouření slouží paipo, které prvotně řeší fyzickou závislost před závislostí psychickou. S1, S3, S5 a S6 také uvádějí, že paipo také v praxi pacientům doporučují a ty jej často využívají. Domníváme se, že tato pomůcka pro odvykání kouření

může být velice nápomocná, ale pacient se poté musí déle soustředit na léčbu psychické závislosti. S2 mimo paipo také doporučuje masážní míček do ruky nebo jiné pomůcky pro zaměstnání rukou. S4 poté uvedla, že mimo jiné dostane pacient také doporučení na bylinný inhalátor, který může pomoci překonat typicky kuřácké situace. Pro zaměstnání hlavy také mohou zabírat hlavolamy do ruky nebo křížovky či sudoku. S tímto také souhlasí Kozák a Králíková (2003), kteří bylinný inhalátor označují za účinný při odvykání kouření.

6 Závěr

V této bakalářské práci jsme se zaměřili na roli sestry při odvykání kouření, intervenování pacientů sestrou v procesu odvykání a využití krátkých intervencí 5P (5A) v praxi. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a výzkumnou.

Pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny dva cíle, zmapovat roli sestry v intervenování u závislých na tabáku a zjistit, jaké je využití krátkých intervencí v praxi. Pro zpracování bakalářské práce a dosažení stanovených cílů jsme si stanovili tyto výzkumné otázky: „Jaké je role sestry v intervenování u závislých na tabáku? Jaké je využití krátkých intervencí v praxi?“ Cíle práce byly splněny.

Výsledky výzkumného šetření poukazují na důležitost zapojení sester do této problematiky a využití krátkých intervencí při odvykání kouření, které by se mělo objevovat v každé kvalitní ošetrovatelské péči. Bylo zjištěno, že sestry pracující v centrech pro závislé na tabáku nebo ambulancích zabývající se touto problematikou absolvují kurzy a přednášky nejen pro sestry, týkající se závislosti, odvykání kouření a metodiky prevence a léčby závislosti na tabáku. Dle dotazovaných sester je důležitou součástí odvykání kouření také motivace pacienta, ať už k rozhodnutí přestat kouřit nebo k pokračování odvykání kouření. Zjistili jsme, že pokud se pacient rozhodne, že nechce přestat kouřit, motivace může jeho názor změnit. Hlavní krok ke změně pacientovo názoru je edukace a informovanost pacienta, kdy je důležité mu vysvětlit hrozící rizika v souvislosti s kouřením, které hrozí nejen jemu ale i jeho okolí. Také je důležité poukázat na finanční stránku, kdy si pacient dle dotázaných sester může odkládat peníze, za které by si jindy koupil cigarety a poté může sám sebe obměnit. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že v procesu odvykání kouření sestry aplikují krátké intervence, díky kterým poté sestra provádí kuřáckou anamnézu, doporučí pacientovi přestat kouřit, posoudí pacientovu ochotu k odvykání kouření a případně ho dále motivuje. Nakonec sestra pacientovi během celého procesu pomáhá a plánuje s ním další setkání v centru pro závislé na tabáku. Dále jsme zjistili, že pro usnadnění odvykání kouření dotázané sestry doporučují pacientům telefonní linku odvykání kouření, kde jim mohou podat potřebné informace nebo pokud nenavštěvují, tak centra pro závislé na tabáku, kde je jim podaná specializovaná péče. K usnadnění celého procesu jsou doporučovány například bylinné inhalátory, antistresové míčky do ruky, paipo nebo může být lékařem doporučená farmakologie, která ale není nikdy účinná sama o sobě. Co se týče zásad při odvykání

kouření, ve výzkumném šetření jsme zjistili, že je důležité své rozhodnutí přestat kouřit také oznámit svým blízkým, kteří mohou pacienta podpořit v jeho snaze. Také dotázané sestry uvedly, že doporučují odstranit vše co s kouřením souvisí, nalézt si nový koníček, který pacienta zaměstná a nebude myslet na cigaretu a v neposlední řadě se odměňovat a při první překážce se nepřiklánět k ukončení spolupráce. Dále jsme zjistili, že během odvykání kouření působí na pacienta mnoho vlivů, jak pozitivních, tak i negativních, které mohou celý proces ovlivnit. Mezi jeden z důvodů, kdy se pacient rozhodne přestat kouřit, patří pacientův zdravotní stav, kdy ho vidina zlepšení nebo uzdravení při odvykání kouření může dovést až do úspěšného konce. Dále jsme zjistili, že vliv může mít i finanční stránka, kdy cigarety ubírají pacientovi velkou část financí, kterou může investovat do jiných věcí nebo zážitků. Pacienti ale také často přemyslí o ukončení spolupráce, například když dostanou strach z neúspěchu a nemají dostatek sebevědomí. Ženy mívají strach z přibrání na váze nebo je demotivují předešlé neúspěšné pokusy. Z výzkumného šetření vyplývá, že zaměstnanci center pro závislé na tabáku jsou během své pracovní doby neustále na telefonu a je možné se jim dovolat, když má pacient jakýkoliv problém, který se týká kouření a odvykání. Po pracovní době je také možnost využití e-mailu, na který sestra nebo lékař odpoví, jakmile bude možnost. Také je možnost zavolat na Národní telefonní linku pro odvykání kouření, kde pracují vyškolení zaměstnanci v této problematice.

Bakalářská práce může být použita jako zdroj informací pro sestry a studenty ošetrovatelství, výsledky mohou být prezentovány na odborných konferencích a publikovány v odborných časopisech, dále práce může sloužit pro medializaci léčby závislosti na tabáku a pochopení závislosti na tabáku jako nemoci.

7 Seznam zdrojů

- 1) ASCHERMANN, M., LINHART, A. 2013. Kouření a kardiovaskulární onemocnění. In: KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA. 226-236 s. ISBN 978-80-904217-4-5.
- 2) BÁRTLOVÁ, S. et al., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Druhé přepracované a doplněné vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- 3) COMBY, B., 2007. *Jak se zbavit závislosti na tabáku*. Praha: Pragma. 127 s. ISBN 978-80-7349-077-5.
- 4) ČUPKA, J. et al., 2005. *Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. 10 s. ISBN 80-903573-7-7.
- 5) CSÉMY, L. et al., 2014. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let*. Praha: Státní zdravotní ústav. 81 s. ISBN 978-80-7071-335-8.
- 6) DUASO, M., DUNCAN, D., 2012. Health impact of smoking and smoking cessation strategies: current evidence. *British Journal of Community Nursing*. 17(8), 356-363. ISSN 2052-2215 [online]. [cit. 2020-02-20] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22875209>
- 7) ELLIS, P., 2018. The impact of smoking on wound healing: the role of the nurse. *British Journal of Nursing*. 27(6), S10-S14. doi: 10.12968/bjon.2018.27.6.S10 [online]. [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2018.27.6.S10>
- 8) GREPLOVÁ, J. 2013. Programy české koalice proti tabáku. In: KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA. 163-164 s. ISBN 978-80-904217-4-5.
- 9) HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 10) HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S., ed., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace ...* 2015. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
- 11) HRUBÁ, D. et al., 2010. Jak chránit děti před expozicí pasivnímu kouření v jejich domovech? *Hygiena*, 55(3), 86-91. [online]. [cit. 2020-03-09] Dostupné z:

- https://hygiena.szu.cz/cz/artkey/hyg-201003-0004_Jak-chranit-deti-pred-expozici-pasivnimu-koureni-v-jejich-domovech.php?l=cz.
- 12) HRUBÁ, D., PEŘINA, A., 2015. Nikotin ovlivňuje vývoj mozku. *Československá pediatrie*. 70(6), 356–360 s. ISSN: 0069-2328.
 - 13) IPCRG (International Primary Care Respiratory Group), 2016. Mezinárodní doporučení pro odvykání kouření v primární péči. *Mimořádná příloha Postgraduální medicíny*. 28–50. [online]. [cit. 2020-03-15] Dostupné z: http://www.slzt.cz/dokumenty/doporuceni_odvykani.pdf
 - 14) KMEŤOVÁ, A. et al., 2014. Vareniklin: Bezpečná léčba závislosti na tabáku u kardiovaskulárních pacientů. *Časopis lékařů českých*. 3, 154-157 s. ISSN: 1803-6597.
 - 15) KOBLÍŽEK, V., KUDELOVÁ, J. 2013. Kouření a chronická obstrukční plicní nemoc. In: KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA. 237-251 s. ISBN 978-80-904217-4-5.
 - 16) KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2003. *Jak přestat kouřit 2*. přeprac. a dopln. vyd., Praha: MAXDORF. 130 s. ISBN 80-85912-68-6.
 - 17) KRÁLÍKOVÁ, E., 2008. Nové možnosti v léčbě závislosti na tabáku. *Interní medicína pro praxi*. 10(10), 444–448 s. ISSN 1212-7299.
 - 18) KRÁLÍKOVÁ, E., 2008. Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči. Vývojový diagram 1: Závislost na nikotinu. *Psychiatrie I*. 16 s. [online]. [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/8579733-Psych-1-zavislost-natabaku-a-identifikacni-udaje-standard-lecebneho-planu-psych-1-str-1-standardylecebnych-postupu-a-kvalita-ve-zdravotni-peci.html>
 - 19) KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA. 503 s. ISBN 978-80-904217-4-5.
 - 20) KRÁLÍKOVÁ, E., et al., 2014. Centra pro závislé na tabáku v České republice v roce 2012. *Časopis lékařů českých*. 153(5), 246–250. ISSN 1803-6597.
 - 21) KRÁLÍKOVÁ, E., 2015. *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta. 102 s. ISBN 978-80-204-3711-2.
 - 22) KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2015. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitřní lékařství*. 61(1), 3–15. ISSN 0042–773X. [online]. [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/internal-medicine/2015-suppl-1/tobacco-dependence-treatment-guidelines-52291?hl=cs>

- 23) KRTIL, J., ZIMA, T., 2013. Nikotin a tabákový kouř – vybrané biochemické aspekty. In: KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA. 117-123 s. ISBN 978-80-904217-4-5.
- 24) LINHART, A., ASCHERMANN, M., 2011. Podceňované a neznámé vlivy pasivního kouření. *Cor Vasa*. 53(4), 253-6. doi: 10.33678/cor.2011.056. [online]. [cit. 2020-03-14]. Dostupné z: https://www.e-corevasa.cz/artkey/cor-201104-0009_underestimated-and-unknown-effects-of-passive-smoking.php
- 25) MALÁ, K. et al., 2018. *Doporučený pracovní postup pro léčbu závislosti na tabáku*. Praha: SLZT. 22 s. [online]. [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: https://www.slzt.cz/dokumenty/Doporuceny_postup_sestry_2018.pdf
- 26) MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 27) NÁRODNÍ LINKA PRO ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ, 2017. [online]. [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <http://www.bezsigaret.cz>
- 28) NEŠPOR, K., 2018. *Návykové chování a závislost* Vyd. 5., aktualiz., Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-262-1357-4.
- 29) NEŠPOR, K., HERLE, P., 2019. *Adiktologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe s.r.o. 132 s. ISBN 978-80-7496-410-7.
- 30) PAREL, J.T. et al., 2018. Do Psychiatric Nurses have Favourable Knowledge and Attitude towards Tobacco Prevention Among their Patients? A Cross-Sectional Study from National Capital of India. *Asian Journal of Nursing Education and Research*. 8(1), 1-4. doi: : 10.5958/2349-2996.2018.00001.0
- 31) POPOV, P., 2013. Závislost na tabáku mezi jinými závislostmi. In: KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA. 296-300 s. ISBN 978-80-904217-4-5.
- 32) PRADÁČOVÁ, J., 2004. *Kouření a zdraví*, Praha: Liga proti rakovině. 18 s. ISBN 80-239-3610-7.
- 33) PRAUSOVÁ, J. 2013. Kouření a etiologie zhoubných nádorů. In: KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA. 256-264 s. ISBN 978-80-904217-4-5.
- 34) REICHEL, J., 2009. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 35) RICE, V. H. et al., 2017. Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*. 12(12). doi: 10.1002/14651858.CD001188.pub5

- [online]. [cit. 2020-05-20]. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6486227/>
- 36) SARNA, L. et al., 2013. Role zdravotních sester v léčbě závislosti na tabáku. In: KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA. 424-425 s. ISBN 978-80-904217-4-5.
- 37) SOVINOVÁ, H. & CSÉMY, L., 2003. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*, Praha: Státní zdravotní ústav. 96 s. ISBN 80-7071-230-9.
- 38) SHISHANI, K. et al. 2019., Quit Happens: A community clinic-based, multitiered smoking cessation intervention. *Public health nursing*. 36(6), 813-818. doi: 10.1111/phn.12661 [online]. [cit. 2020-03-09]. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31489706>
- 39) SMITH, P. et al., 2012. Tobacco cessation Clinical Practice Guideline use by rural and urban hospital nurses: a pre-implementation needs assessment. *BMC nursing*. 11(6), 1-11. doi: 10.1186/1472-6955-11-6 [online]. [cit. 2020-02-27]. Dostupné z:
<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-11-6>
- 40) STUBBLEFIELD, K., GREPLOVÁ, J. 2013. Linka pro odvykání kouření. . In: KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA. 419-423 s. ISBN 978-80-904217-4-5.
- 41) SZÚ (STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ USTAV), 2011. Studie HELEN (Health, Life Style and Environment). Porovnání životního stylu zdravé populace středního věku s osobami trpícími kardiovaskulárními nemocemi a jejich rizikovými faktory. [online]. [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/studie-helen>
- 42) WEST, R., 2013. *The smokefree formula – a revolutionary way to stop smoking now*. London: Orion publishing group ltd. 256 s. ISBN 978-1-409-14740-4.
- 43) WHO (World Health Organization), 2013. *Report of the Fifth Global Forum for Government Chief Nurses and Midwives*. Geneva, Switzerland. 48 s. ISBN 978-92-4-150516-1

8 Seznam příloh

Příloha 1: Fagerstromův test nikotinové závislosti

Příloha 2: Přehled vybraných kódů dle MKN-10 souvisejících s užíváním tabáku

Příloha 3: Definice závislosti a diagnostika. Upraveno podle Americké psychiatrické společnosti

Příloha 4: Krátké intervence v 5 bodech 5P (5A). Zvýrazněné body jsou krátké intervence v 3 bodech

Příloha 5: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 1: Fagerstromův test nikotinové závislosti

U každé otázky prosím vyberte jednu z možností	
1. Jak brzy po probuzení si obvykle zapálíte svou první cigaretu?	do 5 min (3 body)
	do půl hod (2 body)
	do 1 hod (1 bod)
	za více než hod (0 bodů)
2. Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno, např. v kostele, knihovně nebo kině?	ano (1 bod)
	ne (0 bodů)
3. Kterou cigaretu byste nejvíce postrádal/a?	první po probuzení (1 bod)
	kteroukoliv jinou (0 bodů)
4. Kolik cigaret denně průměrně kouříte?	do 10 cigaret (0 bodů)
	11–20 cigaret (1 bod)
	21–30 cigaret (2 body)
	více než 30 cigaret (3 body)
5. Kouříte častěji v prvních hodinách po probuzení než ve zbytku dne?	ano (1 bod)
	ne (0 bodů)
6. Kouříte i během nemoci, když musíte ležet většinu dne v posteli?	ano (1 bod)
	ne (0 bodů)

Zdroj: KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2015. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitřní lékařství*. 61(1), 3–15. ISSN 0042–773X. [online]. [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/internal-medicine/2015-suppl-1/tobacco-dependence-treatment-guidelines-52291?hl=cs>

Příloha 2: Přehled vybraných kódů dle MKN-10 souvisejících s užíváním tabáku

F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku	
F17.1 škodlivé použití	příklad: užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví poškození může být somatické, nebo psychické abúzus psychoaktivní látky
F17.2 syndrom závislosti	soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí
F17.3 odvykací stav	skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání odvykací stav může být komplikován křečemi
P04 postižení plodu a novorozence škodlivými vlivy přenesenými placentární cestou nebo mateřským mlékem	
P04.2 postižení plodu a novorozence užíváním tabáku matkou	
T65 toxický účinek jiných a neurčených látek	
T65.2 tabák a nikotin	
Z50 péče s použitím rehabilitačních výkonů	
Z50.8 Péče s použitím jiných rehabilitačních výkonů	rehabilitace zaměřená na závislost na tabáku cvičení aktivit denního života (ADL), nezařazené jinde
Z58 problémy spojené s přírodním prostředím	
Z58.7 vystavení tabákovému kouři	pasivní kouření nepatří sem: poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku (F17.–) abúzus psychoaktivní látky v osobní anamnéze (Z86.4) užívání tabáku (Z72.0)
Z71 osoby, které se setkaly se zdravotnickými službami pro jinou poradu nebo lékařskou radu, nikde jinde nezařazenou	
Z71.6 porada při abúzu tabáku	nepatří sem: rehabilitace zaměřená na abúzus tabáku (Z50.8)
Z72 problémy spojené se životním stylem	
Z72.0 užívání tabáku	nepatří sem: závislost na tabáku (F17.2)
Z81 duševní poruchy a poruchy chování v rodinné anamnéze	
Z81.2 Zneužívání – abúzus – tabáku v rodinné anamnéze	stavy zařaditelné do F17.–

Zdroj: KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2015. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitřní lékařství*. 61(1), 3–15. ISSN 0042–773X. [online]. [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/internal-medicine/2015-suppl-1/tobacco-dependence-treatment-guidelines-52291?hl=cs>

Příloha 3: Definice závislosti a diagnostika. Upraveno podle Americké psychiatrické společnosti

Užívání tabákových výrobků déle než rok znamená naplnění nejméně 2 položek v následujících třech skupinách. Celkem uvádí DSM-V 11 symptomů ve 3 skupinách (A, B, C)	
A. tabák je užíván ve větším množství a déle než bylo plánováno:	1. neúspěšná snaha přestat užívat nebo redukovat užívání tabáku
	2. nadměrné množství času věnované získávání nebo užívání tabákových výrobků
	3. nutková potřeba užívat tabák
	4. nesplnění povinností nebo závazků kvůli užívání tabáku
	5. další užívání tabáku i přes nepříznivé sociální nebo společenské dopady
	6. vynechání sociálních, pracovních nebo rekreačních aktivit ve prospěch užívání tabáku
	7. užívání tabáku v rizikových situacích
	8. další užívání tabáku i přes vědomí fyzických nebo psychických problémů přímo tím způsobených
B. tolerance nikotinu, což se projevuje:	9. potřebou stále vyšších dávek nikotinu k dosažení žádoucího účinku
C. abstinční příznaky po vysazení tabáku, což se projeví:	10. objevením abstinčních příznaků typických pro nikotin
	11. vyšší potřebou nikotinu nebo jiného substitučního léku k potlačení abstinčních příznaků
Klinik by měl abstinenci dále specifikovat:	1. časná remise – bez užívání tabákových výrobků 3–12 měsíců
	2. trvalá remise – bez užívání tabákových výrobků > 12 měsíců
	3. na dlouhodobé léčbě – např. náhradní terapie nikotinem
	4. v kontrolovaném prostředí – např. v nemocnici nebo vězení, kde není možné kouřit
Podrobnější stanovení míry závislosti na tabáku:	Z72.0: Osoby, které se setkaly s užíváním tabáku (2–3 symptomy)
	F17.2: syndrom závislosti (střední): 4–5 symptomů
	F17.2: syndrom závislosti (silný): 6 a více symptomů

Zdroj: KRÁLÍKOVÁ, E. et al., 2015. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitřní lékařství*. 61(1), 3–15. ISSN 0042–773X. [online]. [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/internal-medicine/2015-suppl-1/tobacco-dependence-treatment-guidelines-52291?hl=cs>

Příloha 4: Krátké intervence v 5 bodech 5P (5A). Zvýrazněné body jsou krátké intervence v 3 bodech

Barevně zvýrazněné jsou podstatné 3 body ve zkrácené formě.	
1. Ask – Ptát se	Ptát se na kuřáctví a zaznamenat do dokumentace, záznam aktualizovat: 1. od kolika, případně do kolika let věku kouří/kouřil 2. co kouří, případně jiná forma tabáku 3. kolik cigaret denně, případně týdně
2. Advise – Poradit	Poradit, jasně doporučit kuřákům přestat
3. Assess – Posoudit	Posoudit ochotu přestat; nechce-li, je možná jen motivace: vysvětlit adekvátním způsobem výhody nekuřáctví v jejich konkrétním případě (např. vzhledem k jejich klinickému nálezů, diagnóze, obtížím, prognóze) pokud nechce přestat, motivovat (5R), jinak intervence končí, při další návštěvě opakujeme (empaticky!)
4. Assist – Pomoci	Pomoci těm kuřákům, kteří chtějí přestat, v rámci svých časových možností, což může znamenat nabídku podpory (předem si připravit náhradní činnost pro kuřácké situace), doporučení farmakoterapie (vareniklin, NTN a/nebo bupropion) a správnou informaci o jejich použití a účinku, eventuelně doporučení do specializovaného centra pro závislé na tabáku
5. Arrange follow up – Plánovat	Plánovat kontrolní návštěvy

Zdroj: KRÁLÍKOVÁ, E. et al, 2015. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitřní lékařství*. 61(1), 3–15. ISSN 0042–773X. [online]. [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/internal-medicine/2015-suppl-1/tobacco-dependence-treatment-guidelines-52291?hl=cs>

Příloha 5: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jaká je celková délka Vaší praxe na pozici sestry?
- 4) Jaká je Vaše délka praxe na Vašem současném pracovišti?
- 5) Jaké jste absolvovala vzdělávací kurzy, školení apod., které se zabývaly touto problematikou?
- 6) Jak vnímáte roli sestry při odvykání kouření?
- 7) Jaké jsou Vaše kompetence v intervenování u závislých na tabáku?
- 8) Jste obeznámena s krátkými intervencemi 5P (5A)?
- 9) Jestliže ano, jaké je jejich využití ve Vaší praxi?
- 10) Jaký bod krátkých intervencí 5P (5A) se Vám zdá nejdůležitější a proč?
- 11) Jaké metody Vám pomáhají motivovat pacienta/klienta k odvykání kouření?
- 12) Jak edukujete pacienta/klienta, pokud se rozhodne k odvykání kouření?
- 13) Jaké programy doporučujete pacientům/klientům k podpoře odvykání kouření?
- 14) Jaké programy využíváte jako zdravotník také a popřípadě proč?
- 15) Jaké zásady doporučíte pacientovi/klientovi, které ho mohou dovést k úspěšnému odvykání kouření?
- 16) Jaké pomůcky doporučujete pacientovi/klientovi při odvykání kouření?
- 17) Jaký je podle Vás hlavní zlom pro pacienta/klienta, kdy se rozhodne přestat kouřit?
- 18) Co podle Vás nejvíce ovlivňuje pacienta/klienta při odvykání kouření?
- 19) Je možné, aby se k Vám pacient/klient dovolal, pokud bude mít jakýkoliv problém co se týče odvykání kouření?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

9 Seznam zkratek

WHO – světová zdravotnická organizace

NIDA – National Institute on drug abuse

NTN – náhradní terapie nikotinem

IPCRG – International Primary Care Respiratory Group

SLZT – společnost pro léčbu závislosti na tabáku

S – dotazovaná sestra