

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Jana Hubáčková**

Poskytování krátkých intervencí spojených s užíváním tabákových a nikotinových produktů pacientům ambulantních a lůžkových nemocničních zařízení

Providing brief interventions related to the use of tobacco and nicotine products for patients in outpatient and inpatient healthcare facilities

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Gabriela Rolová, Ph.D.

Konzultant: Mgr. Adam Kulháněk, Ph.D., MBA

Praha, 2024

Prohlášení:

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

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

V Praze, dne .....

Jana Hubáčková

.....

## Poděkování

Chci poděkovat Mgr. Gabriele Rolové, Ph.D. a Mgr. Adamu Kulhánkovi, Ph.D., MBA za odborné vedení mé bakalářské práce.

## Identifikační záznam

HUBÁČKOVÁ, Jana. Poskytování krátkých intervencí spojených s užíváním tabákových a nikotinových produktů pacientům ambulantních a lůžkových nemocničních zařízení. [Providing brief interventions related to the use of tobacco and nicotine products for patients in outpatient and inpatient healthcare facilities]. Praha, 2024. 68 s., 1 příl. Bakalářská práce. (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Vedoucí práce Rolová, Gabriela.

# Abstrakt

## Východiska

Užívání tabákových a nikotinových produktů způsobuje závislost na nikotinu. Kouření cigaret zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních chorob a plicních onemocnění. Podílí se na rozvoji metabolických onemocnění a nemocí gastrointestinálního a urogenitálního traktu. Krátké intervence v oblasti kouření se provádí za účelem snížení rizik spojených s užíváním tabákových produktů a poskytují podporu při rozhodování v odvykání. Zdravotnický personál v nemocničním prostředí by měl provádět krátké intervence zaměřené na užívání tabákových a nikotinových produktů. V současné době je téma poskytování krátkých intervencí v nemocničních zařízeních minimálně zkoumáno.

## Cíle

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda zdravotnický personál provádí krátké intervence a zmapovat rozsah krátkých intervencí spojených s užíváním tabákových produktů poskytovaných zdravotnickým personálem ve fakultní nemocnici v Praze.

## Metody

Výzkum byl uskutečněn na základě kvantitativního dotazníkového šetření provedeného mezi zdravotnickým personálem (lékař, všeobecná sestra a pomocný zdravotnický personál – sanitář, ošetřovatel, praktická sestra) 3 klinik ve fakultní nemocnici v Praze. Data byla následně zpracována v MS Excel a vyhodnocena deskriptivními statistickými metodami.

## Výsledky

Na základě dotazníkového šetření, do kterého se zapojilo 61 respondentů, bylo zjištěno, že téměř 80 % respondentů edukuje pacienty v oblasti škodlivosti kouření. Krátké intervence dle modelu 5P (5A) nejsou poskytovány zcela kompletně. Více převažuje provádění bodu „ptát se“ a „doporučit přestat“. Méně zdravotnických pracovníků posuzuje ochotu přestat kouřit a plánuje kontroly v pacientem. Pomoc při odvykání kouření je omezená na doporučení do centra pro závislé na tabáku či předání kontaktu na Národní linku pro odvykání kouření, nebo podání informačního letáku. Poskytování krátkých intervencí je omezeno nízkým proškolením a pracovní vytížeností personálu.

## Závěr

Výzkumná část předkládá údaje o poskytování krátkých intervencí v nemocničním prostředí. Je doporučen rozsáhlejší výzkum v jiném českém zařízení.

**Klíčová slova:** Krátké intervence – Kouření – Zdravotnický personál – Nikotin – Podpora zdraví

# **Abstract**

## **Background**

The using of tobacco and nicotine products causes nicotine addiction. Cigarette smoking increases the risk of cardiovascular disease and lung disease. It is involved in the development of metabolic diseases and diseases of the gastrointestinal and urogenital tract. Brief interventions in the area of smoking are carried out to reduce the risks associated with the use of tobacco products and provide decision support in quitting. Healthcare staff in the hospital setting should provide brief interventions targeting the use of tobacco and nicotine products. Currently, the topic of providing brief interventions in hospital settings is minimally researched.

## **Objectives**

The objective of the research was to find out whether the medical staff carry out short interventions and to map the range of brief interventions associated with the use of tobacco products provided by the medical staff in a university hospital in Prague.

## **Methods**

The research was carried out on the basis of a quantitative questionnaire survey conducted among the medical staff (doctor, general nurse and other medical staff – paramedic, nurse, practical nurse) of 3 clinics in the faculty in Prague. The data were subsequently processed in MS Excel and evaluated using descriptive statistical methods.

## **Results**

Based on a questionnaire survey in which 61 respondents participated, it was found that almost 80 % of respondents educate patients in the area of the harmful effects of smoking. Short interventions according to the 5P (5A) model are not provided completely. The implementation of the "ask" and "recommend to stop" point is more prevalent. Fewer healthcare professionals assess willingness to quit smoking and plan patient follow-ups. Help in quitting smoking is limited to a referral to a center for tobacco addicts or forwarding a contact to the National Smoking Cessation Line, or handing in an information leaflet. The provision of brief interventions is limited by low training and workload of staff.

## **Conclusion**

The research part presents data on the provision of short interventions in the hospital environment. More extensive research in another Czech facility is recommended.

**Key words:** Brief intervention – Smoking – Healthcare professionals – Nicotine – Health promotion

## Seznam zkratek

Zkratka	Význam
4D	Drink, deep breathe, do, delay (pít, zhluboka dýchat, dělat, odkládat)
5A-DOC	Direct Observation Coding (kódování přímého pozorování)
5P (5A)	Ask, advise, assess, assist, arrange follow up (ptát se, poradit, posoudit, pomoci, plánovat)
ABC	Ask, brief advice, cessation smoking (dotaz, krátké rady, podpora ukončení)
AIM	Akutní infarkt myokardu
APOCP	Asian Pacific Organization for Cancer Prevention (Asijsko-pacifická organizace pro prevenci rakoviny)
COE I. a II.	Centrum Excelence pro kontrolu tabáku I. a II.
DIK	Dotaz, intervence, kontakty
DM2	Diabetes mellitus 2. typu
HDL	High density lipoproteins (lipoproteiny s vysokou hustotou)
ICHS	Ischemická choroba srdeční
ISNCC	International Society of Nurses in Cancer Care (Mezinárodní společnost sester v onkologické péči)
KI	Krátká intervence
LDL	Low density lipoprotein (nízkodenzitní lipoproteiny)
MS	Microsoft
NTN	Náhradní terapie nikotinem
QR kód	Quick Response – automatizovaný prostředek pro sběr dat
SES	Socioekonomický status
SLZT	Společnost pro léčbu závislosti na tabáku
SPPK	Sestry pomáhají přestat kouřit (projekt)
TSE	Third/Social Economy Sector (Sektor sociální ekonomiky)
URL	Uniform Resource Locator (jednotný lokátor zdroje)
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

# Obsah

Seznam zkratek .....	7
1. Úvod .....	10
2. Epidemiologické údaje o užívání tabákových a nikotinových produktů.....	11
3. Rozdělení tabákových a nikotinových produktů .....	13
4. Onemocnění spojená s užíváním tabákových produktů .....	15
4.1. Dopady užívání tabákových produktů na kardiovaskulární systém.....	15
4.2. Dopady užívání tabákových produktů na respirační systém.....	15
4.3. Dopady užívání tabákových produktů na metabolismus – diabetes mellitus 2. typu, metabolický syndrom.....	16
4.4. Dopady užívání tabákových produktů na gastrointestinální trakt.....	17
4.5. Dopady užívání tabákových produktů na urogenitální trakt .....	17
4.6. Dopady užívání tabákových produktů na metabolismus kostí.....	18
5. Krátkodobé a dlouhodobé účinky nikotinu a s nimi spojené zdravotní komplikace....	19
6. Poskytování krátkých intervencí ve zdravotnictví .....	21
6.1. Typy krátkých intervencí poskytovaných v oblasti užívání tabákových a nikotinových produktů .....	22
6.1.1. Krátká intervence DIK.....	22
6.1.2. Krátká intervence ABC .....	23
6.1.3. Krátká intervence 5P (5A) .....	24
6.2. Doporučené metody užívané při poskytování krátkých intervencí zaměřených na odvykání na tabákových a nikotinových produktech.....	24
6.2.1. Poradenství při odvykání kouření .....	25
6.2.2. Motivační rozhovory.....	25
6.2.3. Farmakoterapie doporučená při odvykání kouření .....	26
6.2.4. Doporučení pro zdravotnický personál .....	27
6.3. Legislativní a politické stanovení povinnosti poskytovat krátké intervence .....	27
6.4. Význam a efektivita poskytování krátkých intervencí.....	28
6.4.1. Studie zabývající se efektivitou KI.....	28
6.4.2. Studie mapující poskytování KI zdravotnickým personálem .....	30
6.4.3. Vhodnost poskytování KI v nemocničním prostředí .....	31
6.5. Edukace a role zdravotnického personálu ve vztahu k poskytování krátkých intervencí.....	32
7. Použité metody .....	34
7.1. Design výzkumu.....	34
7.2. Cíle .....	34



7.3.	Výzkumné otázky.....	34
7.4.	Charakteristika výzkumného souboru.....	34
7.5.	Metody sběru dat.....	35
7.6.	Průběh sběru dat.....	35
7.7.	Metody analýzy dat.....	36
7.8.	Etické aspekty výzkumu .....	36
8.	Výsledky.....	37
8.1.	Základní charakteristiky výzkumného souboru .....	37
8.1.1.	Klinika kardiovaskulární chirurgie .....	40
8.1.2.	Klinika angiologie a kardiologie.....	40
8.1.3.	Klinika endokrinologie a metabolismu.....	40
8.2.	Mapování komunikace mezi zdravotníkem a pacientem v oblasti edukace užívání tabákových produktů včetně podpory odvykání kouření dle náplně krátké intervence 5P (5A) 41	
8.2.1.	Rozsah poskytování krátkých intervencí v oblasti užívání tabákových a nikotinových produktů napříč klinikami .....	41
8.2.2.	Rozsah poskytování krátkých intervencí v oblasti užívání tabákových a nikotinových produktů na klinice kardiovaskulární chirurgie – sekundární analýza... 46	
8.2.3.	Rozsah poskytování krátkých intervencí v oblasti užívání tabákových a nikotinových produktů na klinice angiologie a kardiologie – sekundární analýza .....	48
8.2.4.	Rozsah poskytování krátkých intervencí v oblasti užívání tabákových a nikotinových produktů na klinice endokrinologie a metabolismu – sekundární analýza 49	
8.3.	Mapování bariér omezujících poskytování krátkých intervencí napříč klinikami 51	
9.	Diskuze .....	54
9.1.	Limity a silné stránky výzkumu .....	57
10.	Závěr .....	58
	Seznam použité literatury .....	59
	Seznam právních předpisů .....	65
	Seznam obrázků.....	66
	Seznam tabulek a grafů.....	67
	Přílohy.....	69

# 1. Úvod

Užívání tabákových produktů se podílí na vzniku řady systémových onemocnění v důsledku přítomnosti mnoha toxických a karcinogenních látek v tabákovém kouři. Významně zvyšuje riziko výskytu kardiovaskulárních onemocnění a nemocí respiračního systému. Nepřímo ovlivňuje rozvoj metabolických chorob. Negativně působí i na jednotlivé složky gastrointestinálního a urogenitálního traktu, včetně vlivu na plod v graviditě.

V tabákových a jiných nikotinových produktech se nachází také nikotin, který se v mozku váže na nikotinové acetylcholinové receptory a působí na periferní vegetativní systém. Způsobuje vasodilataci, což vede k nižšímu prokrvení orgánů a hypotenzi. Při vyšších dávkách hrozí intoxikace organismu, která se projevuje jako prudké bolesti hlavy, třes, bledost, nauzea, studený pot a může vést ke ztrátě vědomí, tachykardii a fibrilaci síní (Pilařová, 2003).

Jedním z předpokladů pro zlepšení zdravotního stavu pacienta s počínající nebo progredující nemocí související s užíváním tabákových a nikotinových produktů je edukace a nastavení vhodné léčby odvykání (Little et al. 2016). Zdravotnický personál na nemocničních odděleních a specializovaných ambulancích může být prvním kontaktem pacienta s onemocněním souvisejícím s kouřením. Krátká intervence je jedním z empiricky ověřených nástrojů, který zdravotníci mohou využít k upozornění pacienta na rizika spojená s užíváním tabákových a nikotinových produktů (Vavrinčíková et al., 2012). Na rizika je nutné upozorňovat i u dlouhodobých uživatelů ve snaze zpomalit proces vzniklého onemocnění. V případě komplexní pomoci podchytit zdravotní stránku pacienta je důležité rozlišovat jednotlivé alternativy produktů a doptávat se na konkrétní užívané produkty (Li et al., 2024; Siddiqi et al., 2023). Za odpovědí, že pacient nekouří, se může skrývat užívání tabákových či nikotinových alternativ, často vaporizování – užívání elektronických cigaret, zahřívání tabáku nebo používání nikotinových sáčků. Každý tabákový a nikotinový produkt s sebou přináší rizika vedoucí k poškození organismu (Pilařová, 2003). Krátké intervence by se měly zabývat kromě mapování tabákových výrobků také užíváním nikotinových produktů (Benowitz, 2008).

V současné době existuje minimum informací o poskytování krátkých intervencí v nemocničním prostředí. Cílem bakalářské práce je zjistit současný stav v oblasti poskytování krátkých intervencí ve vztahu k užívání tabákových a nikotinových produktů v nemocničním zařízení za účelem podpory zdraví pacientů a případně přednést návrhy na zlepšení kvality služeb souvisejících s poskytováním krátkých intervencí ve zdravotnictví.

Teoretická část, rozdělená do 6 kapitol, se zaměřuje na dopady užívání tabákových a nikotinových produktů na zdraví. Dále se podrobněji věnuje způsobům a efektivitě provádění krátkých intervencí.

Výzkumná část se zaměřuje na poskytování a rozsah krátkých intervencí zdravotnickým personálem v nemocničním prostředí.

## 2. Epidemiologické údaje o užívání tabákových a nikotinových produktů

Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice uvádí, že v roce 2022 užívalo tabákové produkty 24,4 % dospělých, z toho 16,2 % se označilo za denní kuřáky a zbylých 8,2 % se identifikovalo jako příležitostní kuřáci, kteří kouří méně než jednou denně a alespoň jednou za měsíc. Muži užívají tabákové produkty častěji (30,5 %), než ženy (18,7 %) a s pravidelným kouřením začínají dříve. V průměru kuřáci denně užívají 10-14 cigaret (24,3 %), přičemž je vyšší spotřeba u mužů (Csémy et al., 2023).

Dle rozložení věkových skupin nejvíce kuřáků začalo pravidelně užívat tabákové produkty mezi 15-19 rokem života, procentuálně vyjádřeno 59,1 % (Csémy et al., 2023). Dle Králíkové se jedná o nejrizikovější období pro rozvoj závislostního chování ve vztahu k užívání tabákových produktů v dospělosti (Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 2022). Ve věkové kategorii 14 let a méně bylo zaznamenáno 8,2 % bývalých nebo současných kuřáků (Csémy et al., 2023).

Tabákové produkty jsou současnými kuřáky nejčastěji užívány ve formě klasických cigaret (93,8 %), z toho převládají průmyslově vyrobené typy cigaret (85,6 %), zatímco ručně ubalené cigarety užívá jen 10,6 % kuřáků. Celkem 19,0 % uživatelů používá jiné typy tabákových produktů, avšak zároveň kouří klasické cigarety. Počet kuřáků balících si vlastní cigarety mírně stoupl z 9,4 % (výsledek za rok 2021) na 10,6 % (Csémy et al., 2023).

Tendence kouření klasických cigaret a dalších tabákových produktů lehce klesá. Pro srovnání v roce 2012 kouřilo pravidelně i příležitostně 31,3 % kuřáků, z toho 23,1 % užívalo tabákové výrobky denně, zatímco v roce 2016 užívalo tabákové produkty jen 28,6 % kuřáků, z toho 19,6 % užívalo každý den (Csémy et al., 2023). Naproti tomu roste počet uživatelů alternativních produktů, kdy současně užívá 5-7 % populace elektronické cigarety a 3-7 % zahřívané tabákové výrobky. Popularita roste zejména mezi mladými dospělými (Chomynová et al., 2022). Oblíbenost se zvyšuje také u mladých uživatelů (15-24 let) nikotinových sáčků – typ beztabákových produktů. Dle dotazníkového šetření uskutečněného v roce 2020 užívalo 6,3 % populace, načež roku 2022 hodnota vzrostla na 9,0 % (Csémy et al., 2023).

Uživatelé elektronických cigaret nejčastěji používají náplně s obsahem nikotinu v rozmezí 1-3 mg/ml (40,5 %), na druhém místě pak 4-9 mg/ml (34,7 %). Muži častěji užívají elektronické cigarety s dávkou 4-9 mg/ml nikotinu, zatímco u žen převládají produkty s nejnižším obsahem. Nejčastějšími důvody pro užívání elektronických cigaret je vnímaná menší škodlivost na zdraví (36,2 %) a experimentování (27,7 %). Mezi další důvody se řadí větší tolerance okolí k elektronickým cigaretám (26,8 %) a využití jako prostředek k ukončení nebo omezení kouření klasických cigaret (23,4 %). Za výhody se považuje nižší cena, příchutě elektronických cigaret, absence zápachu, prostředek pro společenské interakce a snížení stresu (Csémy et al., 2023).

Užívání zahřívaných tabákových produktů ve srovnání s rokem 2019 dvojnásobně vzrostlo na 6,6 %, z toho je 4,3 % denními uživateli. Ženy a muži jsou v užívání

v podobném zastoupení. Zvýšil se také počet uživatelů ve věku 25-44 let. Ve srovnání s klasickými cigaretami je průměrná denní spotřeba nižší (4,9 náplně za den; Csémy et al., 2023).

V současnosti užívá nikotinové sáčky 2,8 % populace z toho denně užívá 1,2 %. Velmi časté je také příležitostné užití – méně než jednou měsíčně (2,3 %). Mezi uživateli převažují muži než ženy (Csémy et al., 2023).

V roce 2022 se pokusilo přestat kouřit 27,1 % současných kuřáků, přičemž poměr mužů (28,9 %) a žen (24,1 %) se výrazně nelišil. Nejčastěji se pokoušela abstinovat věková kategorie 15-24 let (33,3 %). Vyšší úsilí přestat kouřit projevila skupina s vysokoškolským vzděláním (Csémy et al., 2023).

Ve srovnání s rokem 2021 mírně poklesl počet kuřáků, jimž lékař doporučil přestat kouřit (z 37,7 % na 30,6 %) a počet uživatelů tabákových produktů, kteří se pokusili za posledních 12 měsíců přestat kouřit (z 30,4 % na 27,1 %). Někteří lékaři dále nabídli léčbu 5,2 % kuřáků ve formách nabídky letáku, podání kontaktu na linku pro odvykání kouření, doporučení specializovaného centra či mobilní aplikace, nebo terapii závislosti na nikotinu přímo u daného lékaře (Csémy et al., 2023). Zájem o pomoc při odvykání kouření projevilo asi 1-2 tisíce osob. Kuřáci se častěji pokoušeli přestat kouřit mimo odborné služby (Chomynová, et al., 2022).

Dle Světové zdravotnické organizace zemře vlivem kouření více než 8 milionů lidí, z toho 7 milionů lidí zemře v přímém důsledku s užíváním tabákových produktů (World Health Organization, 2023). Vlivem kouření ročně zemře přibližně 16-18 tisíc osob v důsledku s onemocněním plic (CHOPN, maligní nádory). Dle Souhrnné zprávy o závislostech v ČR 2022 každý kuřák, který zemřel, snižuje věk úmrtí v populaci o 15 let života (Chomynová, et al., 2022).

### **3. Rozdělení tabákových a nikotinových produktů**

V posledních letech se na českém trhu kromě klasických cigaret vyskytla řada nových tabákových a nikotinových produktů. Všechny typy přinášejí zdravotní rizika. S ohledem na nežádoucí účinky spojené s dlouhodobým užíváním produktů dochází k právní regulaci spočívající zejména v omezení prodeje dle zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (Csémy et al., 2023). V rámci poskytování zdravotní péče je žádoucí edukovat pacienty o škodlivosti užívání výrobků s obsahem nikotinu a tabáku (Kratochvíl, 2023). Nejčastěji se může zdravotnický personál setkat s pacienty užívajícími následující typy tabákových a nikotinových produktů:

#### **Klasické cigarety**

Nejčastěji užívaným tabákovým produktem jsou klasické cigarety (Chomynová et al., 2022). Obsah v cigaretě odpovídá 15 mg nikotinu. Do organismu se vstřebá pouze 1 mg, v případě hlubšího nádechu a delší doby zadržení v plicích až 2-3 mg. S tím souvisí fakt, že se nikotin vstřebává v zásaditém prostředí (pH 8,5). Kouř v klasických cigaretách dosahuje nižších hodnot pH. Absorpce nikotinu probíhá primárně v plicních alveolách, minimálně v bukové a nosní sliznici (Králíková, 2021).

#### **Doutníky a dýmky**

Naproti tomu doutníkový a dýmkový tabákový kouř je mírně alkalický. Nikotin se absorbuje rychleji – přímo v ústní sliznici (Králíková, 2021). Doutníky obsahují sušený fermentovaný tabák a jejich obal je tvořen tabákovými listy (Varinčíková, 2012). Ve srovnání s klasickými cigaretami se v doutníkovém kouři vyskytuje zvýšené množství nitrosaminů a dalších toxických látek (Chang et al., 2015). Dýmky se skládají z hlavičky, do níž se plní tabák, a z náustku, kterým se vtahuje tabákový kouř (Vavrinčíková, 2012).

#### **Vodní dýmky**

Na podobném principu fungují vodní dýmky. V tabákové komoře dochází k pomalému spalování tabáku. Tabákový kouř se následně ochlazuje vodou, což vede ke snazšímu vdechnutí do plic. Toxické látky se přes vodu nepřefiltrují (Eriksen et al., 2015). Inhalací kouře vzniká riziko výskytu onemocnění dýchacích cest, karcinomu jícnu a žaludku. Vlivem sdílení náustků vodních dýmek se zvyšuje riziko přenosu infekčních onemocnění, ve zvlášť závažných případech může docházet k přenosu hepatitidy, HIV a *Helicobacter pylori* (Povová et al., 2015).

#### **Elektronické cigarety**

Mezi nikotinové produkty lze zařadit elektronické cigarety. V zařízení nedochází ke spalování tabáku (Wang et al., 2016). Tekutá náplň (e-liquid) je ohřívána na přibližnou hodnotu 200 °C, čímž vytváří aerosol. Náplně mohou mít řadu příchutí a nemusí obsahovat nikotin. Mohou obsahovat toxické a karcinogenní látky, například propylen glykol. (Grana et al., 2014). Ve srovnání s klasickými cigaretami představují menší riziko zdravotních komplikací, avšak e-cigarety s obsahem nikotinu mohou způsobit závislost. Celkové dopady na organismus nejsou plně prozkoumány (National Institute on Drug Abuse, 2024).

## **Zahříváný tabák**

S nižším nikotini nezanedbatelným rizikem se pojí užívání zahříváného tabáku, který byl vyvinut jako alternativa klasických cigaret. Tabák se zahřívá na teplotu 240-350 °C, zatímco u klasických cigaret teplota dosahuje více než 400 °C. Mezi významné produkty patří: IQOS od Philip Morris International (PMI), Glo od British American Tobacco, Ploom od Japan Tobacco International, produkty Pax od Pax Lab a iFuse. (Znyk et al., 2021).

## **Bezdýmný tabák**

Kromě inhalace kouře lze nikotin užívat nasálně (sniffing) a orálně. *Šňupací tabák* se podává ve formě prášku rozdrčených sušených tabákových listů. V České republice je počet uživatelů šňupacího tabáku minimální. Mezi orální formy patří *žvýkací tabák*, který se vyskytuje ve podobě tabákových listů obalených ve sladkém roztoku. Vstřebávání nikotinu přes ústní dutinu zajišťují výrobky s drceným tabákem – moist snuff a snus. Oba typy se vkládají pod ret, avšak se liší podáváním. Snus je balený v malých sáčcích, zatímco moist snuff je možné volně dávkovat dle potřeby (Vavrinčíková, 2012; Popova 2013).

## **Nikotinové sáčky**

Nikotinové sáčky na rozdíl od bezdýmných produktů neobsahují tabák, ale pouze nikotin a další aditivní látky. Užívají se obdobně – aplikací pod horní ret. Nikotin se vstřebává přes bukalní sliznici do krevního oběhu (Lunell et al., 2020). Na popularitě nabývají u dospívajících. Vysoké množství nikotinu, které se pohybuje v rozmezí 2-50 mg, může vyvolat intoxikaci organismu (Kulhánek, et al., 2022).

## **4. Onemocnění spojená s užíváním tabákových produktů**

S užíváním tabákových produktů je přímo spojen výskyt systémových a orgánových onemocnění. Kouření nejčastěji postihuje kardiovaskulární systém. Podílí se na rozvoji nádorového bujení. Typicky je spojován s chorobami dýchacího systému. Negativně ovlivňuje orgány gastrointestinálního a urogenitálního traktu. U žen užívajících tabákové produkty v období těhotenství hrozí zvýšené riziko komplikací během porodu. U novorozenců matek, které v těhotenství kouřily, se lze setkat s nižší porodní hmotností, v horších případech se syndromem náhlého úmrtí. Při dlouhodobém užívání dochází ke zhoršení funkcí imunitního systému (Pilařová, 2003).

### **4.1. Dopady užívání tabákových produktů na kardiovaskulární systém**

Dle Světové zdravotnické organizace kouření zapříčiní až 10 % kardiovaskulárních chorob (World Health Organization, 2012). Až 80 % denním kuřákům je diagnostikováno kardiovaskulární onemocnění (KVO). Mezi rizikové faktory výskytu KVO lze zařadit kromě klasických cigaret užívání bezdýmného tabáku a další produkty s nízkým obsahem dehtu. Nemoci kardiovaskulárního systému se vyskytují i u pacientů vystavených pasivnímu kouření (Galluci et al., 2020).

Pravidelné a dlouhodobé užívání tabákových výrobků (minimálně 1 cigareta denně) se podílí na vzniku onemocnění koronárních tepen. Toxické látky a kovy (olovo, rtuť, měď, nikl, hliník atd.) obsažené v cigaretě způsobují poškození buněk cévního endotelu, což vede k rozvoji aterosklerózy. Významnou roli na poškození endotelu hraje oxidační stres s následným spuštěním zánětlivých procesů (Galluci et al., 2020). V případě odvykání kouření dochází ke zlepšení stavu endotelu a zvýšené vazodilataci (Kondo et al., 2019).

Kuřáci jsou dále ohroženi rozvojem akutní trombózy a ischemické choroby srdeční (ICHS). Riziko akutního infarktu myokardu (AIM) je třikrát vyšší než u nekuřáků (Aschermann & Linhart, 2010). K vyššímu riziku AIM u kuřáků přispívá vysoká hladina cholesterolu, arteriální hypertenze a nízká fyzická aktivita. Po prodělání infarktu myokardu hrozí riziko dalších zdravotních komplikací v případě neupravení životního stylu včetně zanechání kouření (Niederle, 2000). Značnou pozornost lze přikládat zvýšenému výskytu poškození tepen dolních končetin, kdy hrozí až dvojnásobné riziko amputace končetiny. Mezi závažný život ohrožující stav lze zařadit aneurysma abdominální aorty s následnou rupturou, přičemž při kouření 20 cigaret denně je udáváno riziko vzniku třikrát vyšší. Kouření podporuje vznik cévní mozkové příhody. Zvyšuje výskyt náhlé srdeční smrti (Ascherman & Linhart, 2010).

### **4.2. Dopady užívání tabákových produktů na respirační systém**

Vdechováním tabákového kouře dochází ke vstřebávání toxických a karcinogenních látek. Kouř se dostává přes horní cesty dýchací až k plicním alveolám. Ve všech etážích může docházet k poškození tkáně včetně narušení zubní skloviny. Často je narušena struktura epitelu bronchiolů společně s alveoly (Centers for Disease Control and Prevention, 2010).

Vlivem dlouhodobého kouření se snižuje pohyblivost řasinek v epitelu bronchů, v pozdější fázi je počet řasinek redukován. Zvýšená tvorba hlenu způsobená hypertrofií hlenových bronchiálních žlázek odpovídá na pronikání částic tabákového kouře do dýchacího aparátu. Dýchací aparát tak vytváří příznivé podmínky pro reprodukci bakterií, což vede ke vzniku infekce (Koblížek & Kudelová, 2013). Zánětlivé změny podporují vznik chronické bronchitidy. S úbytkem tkáně se v plicích alveolách hromadí přebytečný vzduch, který je obtížné vydechnout, čímž vzniká plicní emfyzém, též označovaný jako rozedma plic (Centers for Disease Control and Prevention, 2010).

Za částečně ireverzibilní stádium chronické bronchitidy a plicního emfyzému se považuje chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), při níž se uzavírají dýchací cesty vlivem destruktivních a zánětlivých procesů na plicním parenchymu. Snížené zprůchodnění se projevuje nadměrným kašlem a dušností. Kouření v průběhu onemocnění se jeví kontraproduktivně a značně zhoršuje stav pacienta. Je nutné co nejdříve začít abstinovat. V případě zanechání kouření se progresse onemocnění zastaví. Dojde ke zmírnění zdravotních komplikací (Centers for Disease Control and Prevention, 2010).

Užíváním tabákových produktů se zvyšuje riziko rozvoje asthma bronchiale. Onemocnění se vyznačuje zánětlivými procesy, které vyvolávají bronchiální hyperreaktivitu – zvýšenou stimulaci průdušek. Následně dochází k obstrukci dýchacích cest. Stav je reverzibilní za předpokladu správně nastavené léčby zahrnující odvykání kouření (Braunová, 2001).

Za nejčastější a nejzávažnější onemocnění respiračního systému spojené s užíváním tabákových produktů se považuje bronchogenní karcinom. Jedná se o maligní formu rychle progredující nemoci s častou tvorbou metastazujících ložisek do okolních tkání. Prognóza je spojena s vysokou letalitou (Krejčí, 2021).

### **4.3. Dopady užívání tabákových produktů na metabolismus – diabetes mellitus 2. typu, metabolický syndrom**

Uživatelé tabákových produktů jsou až dvojnásobně zatíženi rizikem vzniku diabetes mellitus 2. typu (DM2) v porovnání s nekuřáky. Kouření se podílí na narušení metabolismu sacharidů a nárustu inzulinové rezistence. V průběhu odvykání se riziko rozvoje DM2 také zvyšuje z důvodu zrychleného přibírání na váze v souvislosti s vysazením nikotinu, který dosud urychloval metabolické procesy (Rosolová, 2013). Léčba závislosti na tabáku by měla obsahovat preventivní postupy proti rozvoji DM2. V první řadě edukace pacienta ve změně životního stylu, kontrola tělesné hmotnosti při lékařských prohlídkách. K redukci tělesné hmotnosti lze zvolit farmakoterapeutické metody (Malinovská et al., 2022).

S kouřením je spojováno riziko rozvoje metabolického syndromu. Jedná se o celou řadu metabolických abnormalit vyznačujících se poruchou glukózové tolerance, snížením hodnot lipoproteinů s vysokou hustotou (HDL – cholesterolu) a hypertenzí. Rozvíjí se na základě vlivů prostředí – nedostatek pohybových aktivit, stres, nadměrná konzumace potravin s vysokým obsahem sacharidů a lipidů a v neposlední řadě užívání tabákových produktů (Svačina, 2018).



Úprava životního stylu je indikovaná v případě obezity a užívání tabákových produktů. Obě varianty prohlubují zdravotní komplikace jedince a vytváří prostor pro vznik nádorových onemocnění (Sucharda, 2010).

V případě současného užívání tabákových produktů a obezity dochází ke zvýšení rizika předčasné smrti až desetinásobně. Zároveň kouření zvyšuje výskyt obezity v závislosti na počtu užitých cigaret. (Sucharda, 2010).

#### **4.4. Dopady užívání tabákových produktů na gastrointestinální trakt**

Nadprodukce žaludečních šťáv vlivem působení nikotinu vede ke vzniku vředové choroby gastroduodenální. Při dlouhodobém užívání tabákových produktů je narušena sliznice žaludku a duodena. Na sliznici se vytváří peptické vředy doprovázené krvácivými stavy. Kromě farmakoterapie a chirurgické léčby je pacientům doporučeno přestat kouřit za účelem lepšího hojení sliznice a předcházení nového vzniku ulcerózních ložisek (Konečný, 2017).

Kouření je spojováno s rozvojem karcinogenních onemocnění gastrointestinálního traktu. Riziko vzniku karcinomu se odvíjí od počtu vykouřených cigaret za den, intenzitě inhalace kouře a délce užívání tabáku (Provazník & Komárek, 2003). V oblasti úst se může rozvíjet dlaždicobuněčný karcinom jazyka, rtu, bukalní sliznici, spodiny dutiny ústní a slinných žláz (Maléřová et al., 2020). Tabákový kouř patří mezi jeden z faktorů pro vznik karcinomu hltanu, hrtanu a jícnu (Smilek et al., 2015; Kroupa, 2013). Mezi další onemocnění, na kterých se podílí užívání tabákových produktů, patří karcinom žaludku a kolorektální karcinom (Hoskovec, 2015; Zhao et al., 2023) V roce 2018 bylo rakovinou pankreatu zasaženo 18-30 % kuřáků (Kulhánová et al., 2020).

#### **4.5. Dopady užívání tabákových produktů na urogenitální trakt**

Riziko vzniku nádorového bujení se vlivem kouření zvyšuje na orgánech urogenitálního traktu. Kuřáci jsou až pětinašobně ohroženi výskytem karcinomu močového měchýře a ledvin (Hrubá, 2000). U žen hrozí riziko vzniku nádoru děložního hrdla a vaječníků. U mužů se kouření spojováno s karcinomem prostaty (Kulhánová et al., 2020).

Užívání tabákových produktů v těhotenství působí negativně na plod. V prenatálním stádiu prochází toxické a karcinogenní látky včetně nikotinu placentou do krevního oběhu fetu, což může vést k předčasnému porodu nebo spontánnímu abortu. Po narození jsou časté případy chronické hypoxie plodu a syndrom náhlého úmrtí kojence. Mezi další postnatální komplikace lze zařadit zpomalený fyziologický růst a vývoj centrální nervové soustavy (poruchy chování a učení) a dalších orgánů. U dospělých pacientů, jejichž matka v průběhu těhotenství kouřila, se lze setkat s vyšší predispozicí ke kardiovaskulárním, metabolickým, nádorovým a psychickým chorobám (Adamcová et al., 2017). Mezi další rizika lze zařadit transgenní přenos návykového vzorce chování (Mishra, 2015).

#### **4.6. Dopady užívání tabákových produktů na metabolismus kostí**

Na vzniku osteoporózy se podílí užívání cigaret. U kuřáků dochází k patofyziologickým mechanismům vedoucím k úbytku kostní hmoty. Jedná se o změny metabolismu kalciotropních hormonů, kalcitoninu a parathormonu, dále produkci pohlavních hormonů a hormonů nadledvin. Kouření ovlivňuje absorpci vápníku v tenkém a tlustém střevě. Kostní tkáň je odbourávána přímými účinky toxických látek v cigaretách, avšak patologické změny jsou reversibilní. V případě odvykání kouření se riziko osteoporotických fraktur snižuje. Hustota kostí se již po jednom roce zlepšuje. U žen abstinujících v menopauze došlo ke zlepšení funkcí ovlivňujících tvorbu kostí již po 6 týdnech (Yoon et al., 2012).

## 5. Krátkodobé a dlouhodobé účinky nikotinu a s nimi spojené zdravotní komplikace

Užívání nikotinových produktů může vyvolávat řadu negativních krátkodobých a dlouhodobých účinků na organismus. Nikotin působí na cholinergní acetylcholinové receptory jako sympatomimetikum a parasympatomimetikum. Spouští vyplavování katecholaminů, zejména noradrenalinu, adrenalinu a dopaminu, které se uvolňují v průběhu 10 minut po užití produktu s obsahem nikotinu, což navozuje stimulační efekt. (Králíková, 2013).

V případě intoxikace se dostavuje tachykardie, pocení, nauzea a vomitus. Stav může vyústit v dechovou paralýzu (Králíková, 2013). Samotný nikotin nepůsobí karcinogenně, avšak stimuluje nikotinové acetylcholinové receptory, které se podílí rakovinotvorných procesech. (Pilařová, 2003; Mishra et al., 2015).

Negativní účinky nikotinu na kardiovaskulární systém spočívají ve vasokonstrukci. Dochází ke zvýšení tepové frekvenci, zvýšení krevního tlaku a snížení průtoku krve koronárními arteriemi s rozvojem akutní hypertenze. Vzácně se mohou vyskytovat srdeční arytmie. Zužují se i periferní cévy, zejména pak v dolních končetinách (Niederle, 2000). Při dlouhodobém užívání produktů s obsahem nikotinu ke zvýšení krevního tlaku nedochází a tlak je stabilizován. Na druhou stranu při chronické expozici narůstá pravděpodobnost rizika výskytu chronické hypertenze v maligní podobě. S tím je spojován vasokonstrikční účinek nikotinu a toxické látky obsažené v cigaretách. U produktů bezdýmného tabáku klesá riziko rozvoje chronické hypertenze (Králíková, 2017).

Nikotin zvyšuje riziko vzniku infarktu myokardu. Dle Králikové systematické vyplavování katecholaminů dodáním nikotinu do organismu navozuje riziko fibrilace síní vlivem atriální fibrózy a remodelace. (Králíková, 2017).

Dále zvyšuje činnost gastrointestinálního traktu, což vede ke zvýšení aktivity hladké svaloviny. Zvyšuje produkci slin a trávicích šťáv. Z dlouhodobého hlediska se podílí na rozvoji gastroezofageálního refluxu a vředové chorobě gastroduodena (Mishra et al., 2015).

Užívání nikotinu je spojeno s výskytem renálních onemocnění, kdy může docházet ke glomerulárnímu zánětu, akutní glomerulonefritidě a ureterální obstrukci. Působením nikotinu na renální systém se snižují protektivní mechanismy, což může mít za následek zhoršenou odpověď ledvin na hypertenzi (Mishra et al., 2015).

U žen nikotin ovlivňuje funkce endokrinního systému. Snižuje hladinu estrogenu a zvyšuje koncentraci androgenu a folikuly stimulující hormonu, což může mít za následek chronickou anovulaci a nepravidelný menstruační cyklus. Ovlivňuje růst a zrání oocytů. Snižuje prokrvování vejcovodů, což může vést k dysfunkci oplodnění (Mishra et al., 2015).

Pravidelné užívání nikotinových produktů vede k erektilním dysfunkcím vlivem narušení syntézy oxidu dusného, který odpovídá za vazodilataci. Dále snižuje plodnost u mužů vlivem degenerace semenotvorných kanálků včetně zárodečných buněk, narušení spermatogeneze a snížení hladiny testosteronu (Mishra et al., 2015).

Vlivem uvolnění katecholaminů se zvyšuje hladina glykogenu. Následně se snižuje hladina glukózy v krvi na lačno. Dále je aktivována lipolýza, což vede ke snížení hmotnosti. Nikotin snižuje syntézu inzulínu, proto se může rozvíjet metabolického syndromu a diabetes mellitus 2. typu (Mishra et al., 2015).

Dlouhodobé užívání nikotinu podněcuje vznik metabolických poruch souvisejících se zvýšením koncentrace lipidů – dyslipidémie. Produkce katecholaminů vyvolaná užitím nikotinu způsobuje lipolýzu. Dochází ke zvýšení hodnot mastných kyselin v plazmě, což vede k nadprodukci nízkodenzitního lipoproteinu (LDL – low density lipoproteins), zatímco koncentrace HDL cholesterolu (high density lipoproteins) klesá. V případě redukce přísunu nikotinu prostřednictvím náhradní nikotinové terapie (NTN) a následné abstinence se vrací poměr HDL a LDL do původního stavu (Králíková, 2017).

Vlivem průchodnosti nikotinu přes hematoencefalickou bariéru dochází k rozvoji závislosti (Králíková, 2013). Mechanismus vzniku souvisí s podmíněnými reflexy z interoreceptorů a exteroceptorů. Interoreceptory odpovídají na podněty vycházející z organismu (př. orgány, cévy, klouby), zatímco exteroceptory reagují na podněty z vnějšího okolí. Obě složky se vzájemně doplňují při rozvoji závislostního chování. Zpočátku však převažuje model psychosociální závislosti, který projevuje jako nutková potřeba manipulace s cigaretou. Fyzická závislost přímo souvisí s nutností přísunu nikotinu (Pilařová, 2003).

## 6. Poskytování krátkých intervencí ve zdravotnictví

V České republice dlouhodobě nedochází k poklesu onemocnění, která se rozvíjí na základě patologických vzorců ukotvených v životním stylu. Krátké intervence (KI) patří mezi postupy zaměřené na zvýšení informovanosti o rizikovém užívání návykových látek, alkoholu, tabákových produktů. Dále se využívají za účelem motivování k fyzické aktivitě a zlepšení stravovacích návyků. Smyslem poskytování krátkých intervencí je zvýšit zdravotní gramotnost pacientů a podpořit zodpovědnost za vlastní zdravotní stav. V dlouhodobém horizontu si krátké intervence kladou za cíl redukovat incidenci nemocí souvisejících s nízkým zájmem o udržování zdraví a aplikováním nezdravého životního stylu (Hamplová et al., 2017).

Věk pacientů nehraje roli. Indikace KI je nezbytná u dětí, převážně však u dospívajících. Dovednosti praktických lékařů pro děti a dorost jsou rozšiřovány na základě edukačních programů cílících na kvalitní provádění krátkých intervencí. Nedílnou součástí je navázání empatického vztahu s dospívajícím pacientem a vhodná argumentace rizik spojených s užíváním návykových látek, včetně cigaret a jejich alternativ (Kabíček et al., 2020). Stejně tak lze přistupovat k osobám ve vyšší věkové kategorii a pacientům s diagnostikovanou chorobou, i v případě karcinogenního či jiného nevyléčitelného onemocnění (Li et al., 2024; Doolan et al., 2008). Kuřáci, kterým byl diagnostikován karcinom, by měli být informováni o tom, že nikdy není pozdě přestat kouřit. (Li et al., 2024).

Základním principem KI je rozpoznání rizikových faktorů a chování. Pacient je informován o jejich existenci a následně motivován ke změně životního stylu. Edukace by měla probíhat v rozsahu 10-15 minut. Metody jsou využívány u méně závažných komplikací. Motivace ke změně se zakládá na osobním postoji pacienta a profesionálním přístupem proškoleného zdravotnického personálu. Po absolvování KI začne uvažovat o změně 12-40 % osob (Hamplová et al., 2017).

Metodu využívají převážně pracovníci ve zdravotnictví. Postup lze aplikovat ve školství jako prevenci nežádoucích patologických jevů. Mezi výhody patří snadná dostupnost a efektivita programu s nízkými finančními náklady. V ideálním případě by KI měla být poskytována v rámci výuky jako preventivní opatření a zvýšení zdravotní gramotnosti studentů a pedagogů (Hamplová et al., 2017).

Krátké intervence se provádí v rámci včasné detekce rizikového chování – primární prevence. V praxi se intervence uplatňuje až v případě mapování rozsahu zdravotních komplikací spojených s užíváním tabákových výrobků při vyšetření somatického stavu a na základě analýzy rizikového chování z výpovědi pacienta (Vavrinčiková et al., 2012).

K zajištění kvalitního přístupu poskytování KI existují navržené instruktážní dokumenty a obrazové karty. Schematicky a zřetelně interpretují rizikové situace nepříznivě ovlivňující zdraví jedince. Napomáhají odborníkům v aktivním hledání řešení pacientovy situace se zaměřením na edukační a motivační podporu. Krátkou intervencí lze doplnit vyplněním dotazníku specializovaného na vyhledávání míry rizik jednání vedoucího ke zhoršení zdravotního stavu. Ke zhodnocení intenzity užívání alkoholu se

využívá dotazník AUDIT. Fagerströmův dotazník slouží k posouzení úrovně závislosti na nikotinu (Hamplová et al., 2017).

Základní edukační a screeningové poradenství včetně KI lze využít na internetových poradnách a telefonních linkách (Vavrinčíková et al., 2012).

## **6.1. Typy krátkých intervencí poskytovaných v oblasti užívání tabákových a nikotinových produktů**

S nárůstem nových tabákových a nikotinových alternativ na trhu je nutné se během krátké intervence zaměřit na konkrétní typ výrobku. U obou druhů hrozí riziko vzniku závislosti na nikotinu a možné nežádoucí zdravotní komplikace (Little et al., 2016). Krátké intervence lze rozdělit podle časové dotaci věnované edukaci pacienta. Každý zdravotnický pracovník by měl být schopen poskytnout minimální intervenci. Jedná se zpravidla o příležitostnou jednorázovou podporu, která trvá přibližně 1-2 minuty. Součástí intervence je poskytnutí materiálů, které by eventuálně mohly pacienta motivovat ke změně, případně doporučení kontaktu na odborné pracoviště. Pacientův stav ve vztahu ke kouření dále není monitorován (Štěpánková, 2011).

V rozsáhlejší podobě lze provést intenzivní krátkou intervenci. Probíhá v rozsahu minimálně 15 minut. Zaměřuje se na motivaci pacienta. Rozhovor je koncipován do několika částí a odvíjí se od přístupu pacienta k rizikovému chování a je veden na základě pacientových potřeb. Jednotlivé kroky směřují k abstinenci ve vztahu k užívání tabákových produktů. Oproti minimální intervenci se využívá možnost kontroly pacienty a případná domluva dalšího setkání s pacientem. Informační brožury a jiné edukační prostředky jsou nezbytné k poskytnutí kvalitní účinné intervence (Štěpánková, 2011).

Miovský uvádí, že krátká intervence by měla být rozložena do 1-6 setkání s pacientem a provedena po dobu 5-20 minut. Cílem intervence je poskytnout pacientovi dostatečné množství informací vedoucí k rozhodnutí změnit svůj postoj vůči rizikovému jednání (Miovský et al., 2015).

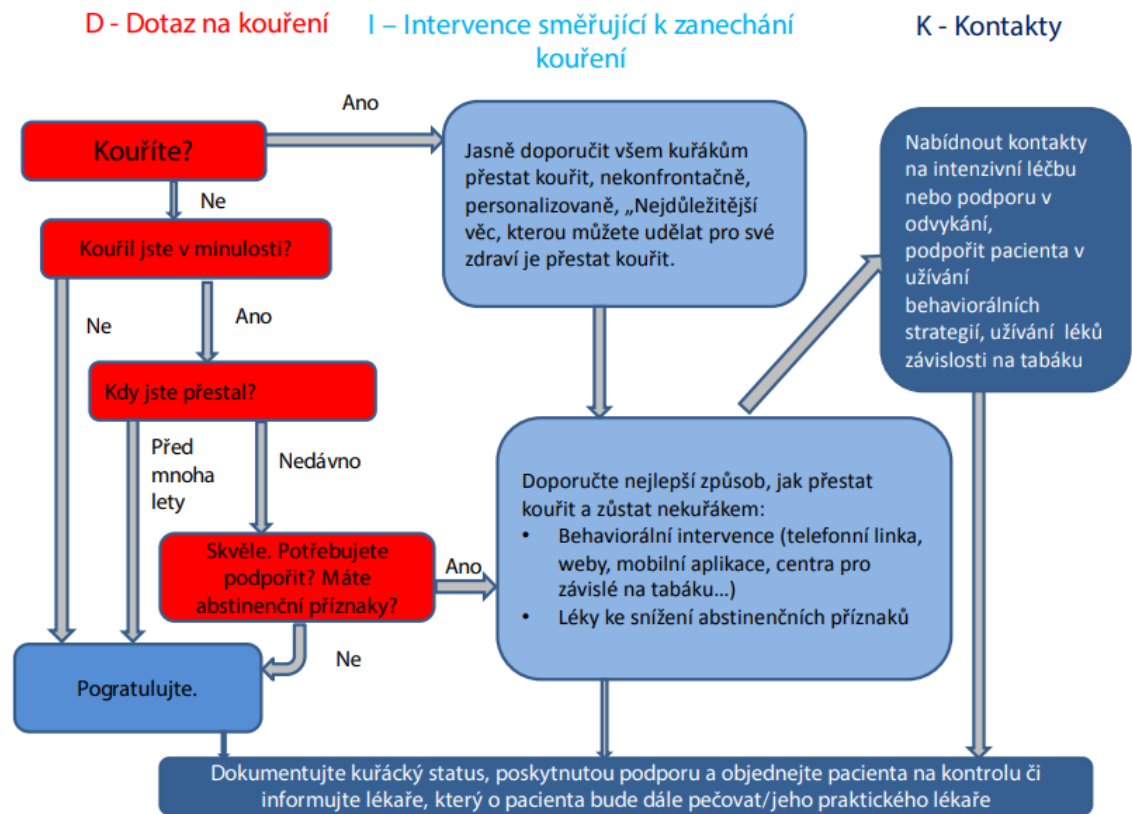
### **6.1.1. Krátká intervence DIK**

Za minimální podporu se považuje krátká intervence DIK (obrázek 1). Strukturuje se do 3 základních bodů – dotaz, intervence, kontakty. První bod vymezuje užívání tabákových produktů a jeho rozsah (př. typ produktu). Pokud pacient nekouří, přechází se k pochvalě a k ukončení rozhovoru. V případě, že pacient užívá tabákové produkty, je nutné pokračovat ve druhém bodě (Křenková et al., 2021).

Odborník doporučuje přestat kouřit a zmiňuje negativní důsledky na zdraví pacienta. Následně předává důležitá telefonní čísla (Národní linka pro odvykání kouření +420 800 350 000) a webové stránky do center pro závislé na tabáku a odborných ambulancí (přehled na [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz)), nebo nabízí možnost další kontroly (Křenková et al., 2021).

Kontroly obsahují mapování zdravotního stavu ve vztahu k užívání tabákových produktů. Odborník se aktivně doptává na abstinenci příznaky, na základě nich pak upravuje medikaci. K potlačení abstinenci syndromu vyvolaného fyzickou závislostí na

nikotinu se doporučuje zvýšit dávkování náhradní terapie nikotinem – NTN (Křenková et al., 2021).



Obrázek 1: Schéma krátké intervence DIK (Králíková et al., 2022)

### 6.1.2. Krátká intervence ABC

Na podobném principu funguje metoda krátké intervence ABC. Postup je dovozen od začátečních písmen: asking about smoking status, brief advice to stop smoking, cessation smoking (v překladu: dotaz na stav kouření, krátké rady k odvykání, podpora ukončení). U všech pacientů je žádoucí zjistit, zda užívají tabákové produkty. Aktivním kuřákům a osobám s nedávným začátkem abstinence od kouření by měla být věnována větší pozornost zaměřená na pravidelné kontroly. Zdravotnická zařízení by měla vést dokumentace s informacemi týkajícími se pacientova vztahu ke kouření. Na základě zjištěných sdělení lékař či jiný zdravotnický zaměstnanec poskytuje krátké poradenství ohledně odvykání kouření. Pacienti by měli být edukováni minimálně jednou za rok. Záznam o provedené krátké intervenci by měl být zaznamenán do zdravotnické dokumentace pacienta (McRobbie et al., 2008).

Zdravotnický personál by měl být řádně proškolen za účelem zajištění odborného poradenství týkajícího se znalosti terapeutických ověřených postupů pro odvykání kouření. Poslední krok cílí na podporu pacienta odvykat. Pacientovi je nabídnuta telefonická podpora, jež se prokazuje jako účinný způsob pomoci v začátcích abstinence (McRobbie et al., 2008).

### 6.1.3. Krátká intervence 5P (5A)

Strukturovanější rozhovor s pacientem je veden na základě krátké intervence 5P (5A). Jednotlivé body zahrnují: ask, advise, assess, assist, arrange follow up (přeloženo: ptát se, poradit, posoudit, pomoci, plánovat). Náplň je obdobná předchozím intervencím a rozšířena (Lawson et al., 2009). V lékařském prostředí bývá zkrácena na tři kroky – intervence 3P (3A) – ptát se, poradit, pomoci (Ficnerová et al., b.r.).

Na začátku konverzace se zdravotnický pracovník dotazuje pacienta na současný stav užívání tabákových produktů. V ideálním případě lékař dokumentuje kuřáckou anamnézu a při každé návštěvě aktualizuje stav pacienta. Pokud pacient tabákové produkty neužívá, nebo přestal, oceňuje přístup a posiluje nadále abstinenci. Ve druhém kroku odborný pracovník doporučuje přestat kouřit. Výzva by měla být podána empaticky a zároveň důrazně. V následujícím kroku posuzuje ochotu kuřáka začít abstinovat. Ptá se na aktuální motivaci a představu zvládat odvykat. V případě, že pacient projeví zájem o léčbu, napomáhá vhodnými strategiemi přestat užívat tabákové produkty. Mezi ověřené metody patří edukační poradenství a farmakoterapie, případně předá kontakty na specializovaná zdravotnická zařízení. Na závěr lékař domlouvá termín příští kontroly, která probíhá týden po určení dne odvykání (Lawson et al., 2009; Králíková et al., 2011).

## 6.2. Doporučené metody užívané při poskytování krátkých intervencí zaměřených na odvykání na tabákových a nikotinových produktech

Intervenci poskytuje každý zdravotnický zaměstnanec – lékař, lékárník, sestra, fyzioterapeut, stomatolog a další, s kým pacient přichází ve zdravotnickém zařízení do styku. Obecně platí, že čím více zdravotníků poskytne krátkou intervenci, tím větší šance je na změnu postoje pacienta. Králíková uvádí: „*V mezinárodních doporučeních je obecně kontakt se zdravotníkem označován jako „moment poučitelnosti“ (teachable moment), doba, kdy jsme náchylnější vnímat a přijmout nějakou radu.*“ (Králíková, 2021). Mezi ověřené metody aplikované během krátkých intervencí patří základní poradenství, motivační rozhovory, nastavení farmakoterapie a edukace vedoucí ke změně životního stylu (Nešpor, 2006, Nešpor 2008). Využití jednotlivých přístupů se odvíjí od časových možností zdravotnického personálu a provádí se spíše u intenzivních krátkých intervencí (Králíková et al., 2022; Štěpánková, 2011).

Odborný personál cílí na zajištění dostatečné podpory. Mapuje situace spojené s užíváním tabákových produktů a společně s pacientem hledá náhradní řešení. Napomáhá v předcházení bažení. Připomíná význam podpory okolí a rodiny. (Králíková et al., 2022).

Podporu odvykání kouření lze hledat v poradenských centrech v lékárnách, adiktologických ambulancích (vhodné pro kombinovanou závislost), či na webových stránkách (Společnost pro léčbu závislosti na tabáku [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz), [www.koureni-zabiji.cz](http://www.koureni-zabiji.cz), [www.bezcigaret.cz](http://www.bezcigaret.cz)). Dále se doporučuje Národní linka pro odvykání či využití mobilních aplikací (Králíková et al., 2022).



### **6.2.1. Poradenství při odvykání kouření**

Zásadním krokem je určení dne D, data, kdy pacient začne plně abstinovat. Předtím je vhodné informovat rodinu a přátele o rozhodnutí přestat užívat tabákové či nikotinové výrobky. Okolí pacienta by mělo podpořit průběh odvykání, zejména nenabízet cigarety nebo jiné alternativy a respektovat názor. Pacient si postupně začíná zvykat na nastávající změny – vyhýbá se rizikovým situacím, dává krabičku cigaret na méně dostupná místa, odstraňuje z domácnosti předměty spojené s užíváním tabáku (př. zapalovač, popelník). Další krok spočívá ve vyhledávání alternativ, jak zvládat situace, při nichž pacient běžně kouřil nebo užíval jiné alternativy. Ze začátku je vhodné vyhýbat se kuřáckému prostředí, či požádat přátele, aby v přítomnosti pacienta nekouřili. Pacient si nastavuje nové návyky a alternativní aktivity (př. čištění zubů, pít místo kávy čaj, antistresový míček, apod). V případě nadměrné kumulace stresu a negativních emocí se doporučují relaxační techniky a pohyb. Za ověřenou metodu lze považovat program 4 D – drink, deep breathe, do, delay. Při akutním bažení se navrhuje pomalé pití tekutin, hluboký nádech a přesměrování se na jinou činnost. Pro odvrácení myšlenek se důležité si uvědomit, že stav je pouze přechodný a do 5 minut odezní (Ficnerová et al., b.r.).

### **6.2.2. Motivační rozhovory**

V případě pacientova nízkého postoje ke změně je možné využít motivační techniky za účelem zvýšení zájmu o své zdraví. Při odvykání kouření se doporučuje využít model 5R – relevance, risks, rewards, roadblocks, repetition (v překladu: význam, rizika, odměny, bariéry, opakování). Metoda vyžaduje více času pro uskutečnění. Motivační rozhovor mohou vést i všeobecné a praktické sestry (Křenková et al., 2021).

Předpokladem pro efektivní působení je zohlednění věku, diagnózy, vzdělání, současné životní situace a předchozí zkušenosti s odvykáním pacienta. Rozhovor pokračuje mapováním zdravotních komplikací, na kterých se podílí kouření. Dochází k propojení souvislostí mezi konkrétní diagnózou, nebo symptomy pacienta a negativními dopady plynoucími z užívání tabáku. Odborník upozorňuje na akutní i dlouhodobá rizika spojená s užíváním tabákových či nikotinových alternativ. Zdravotník může zdůraznit škodlivost pasivního kouření (Křenková et al., 2021).

Motivaci pacienta lze rozvíjet na základě vyjadřování empatie, rozvíjení rozporů, zmírňování odporu a podpory vlastní kompetence. Empatický zdravotník naslouchá a reflektuje pacientova přesvědčení, používá otevřené otázky. Respektuje názor v případě odmítnutí terapie. Vytváří prostor pro úvahu nad změnou. Podporuje motivaci pomocí ambivalence mezi současných chování a vlastním přesvědčením či zastávajícím hodnotám. Posiluje rozhodnutí pacienta vedoucí k odvykání. V případě odporu lze reflektovat pacientovy emoce a zmírňovat obavy z odvykání. Odborník převrací neúspěšné předchozí pokusy jako zkušenost, nikoliv selhání. Vybízí k postupné změně mířící k abstinenci – např. informační internetové stránky, nekouřit v domácnosti (Králiková et al., 2022).

Další část diskuze se věnuje prospěchu odvykání a abstinence. Zdravotník může zmínit pozitivní dopady na zdraví, včetně zlepšení smyslového vnímání, zejména chuti a čichu. Pacienti, kteří zanechali kouření, ušetří peníze. Mezi benefity lze zařadit získání

většího sebevědomí a správného vzoru pro své děti. Bývalý kuřák již nebude zatěžovat okolí pasivním kouřením, včetně zápachu v domácnosti, na oblečení či v autě. Zvýší se fyzická zdatnost. Dochází ke zpomalení procesu stárnutí pleti (Křenková et al., 2021).

Po prodiskutování výhod zanechání užívání tabáku následuje identifikace překážek omezujících pacientovo rozhodnutí odvykat. Pacient může pociťovat obavy z abstinčních symptomů, navýšení hmotnosti a zvládnutí kontroly nad užíváním tabáku vlivem stresu či společenských interakcí. Okolí pacientovi nemusí zajistit dostatečnou podporu při odvykání a společnost může projevovat opačné postoje k rozhodnutí klienta. Mezi bariéry lze zařadit depresivní stavy, craving či nízké povědomí o nastavení farmakoterapie (Křenková et al., 2021).

Pokud pacient při prvním kontaktu není dostatečně motivovaný, je na místě intervenci opakovat při další kontrole. Pracovník musí projevovat po celou dobu empatii a podporovat i v případě selhání a ujistit pacienta o možném riziku neúspěšném odvykání na první pokus (Křenková et al., 2021).

### **6.2.3. Farmakoterapie doporučená při odvykání kouření**

Obavy z odvykání lze zmírnit ujištěním odeznění abstinčního syndromu, který obvykle přetrvává 3 týdny, v průměru odezní do 3 měsíců. Abstinční symptomy lze potlačit vhodně nastavenou farmakoterapií spočívající v podání Defumoxanu a náhradní terapie nikotinem (Ficnerová et al., b.r.). Cytisin (Defumoxan) působí jako parciální agonista vázáním se na acetylcholin-nikotinové receptory. Jedná se o volně prodejný lék. Oproti dříve používanému léku Vareniklin (Champix) má krátký poločas rozpadu, a proto musí být podáván častěji. Aplikace léku začíná 5. den před plánovaným dnem D, avšak lze podávat i dříve. Interval podání se pohybuje v rozmezí 1-2 hodiny. Doporučuje se užívat dlouhodobě 3-6 měsíců. V udržovací fázi se užívají 1-2 tablety denně (Králiková et al., 2022).

Náhradní terapie nikotinem (NNT) spočívá v nahrazení dávky obsažené v tabákových a nikotinových produktech. Na trhu je dostupná v orální (žvýkačky, pastilky, sprej) a transdermální formě (náplasti). Dávkování se odvíjí od množství užitého nikotinu za den. Nemělo by přesahovat vyšší dávku příslušného nikotinu absorbovaného během dne. Nikotin z náplastí se uvolňuje postupně. Při užívání orálních forem se doporučuje v ústech udržovat zásadité prostředí – vyhnout se kyselým potravinám a nápojům. Žvýkačky není vhodné intenzivně žvýkat z důvodu nežádoucího spolykání nikotinu, což vede k pálení v krku a vyšší tvorbě slin a nevolnosti. U silných kuřáků se doporučuje obě formy kombinovat. Doba užívání by měla probíhat minimálně 8 týdnů, v ideálním případě 12 a více týdnů (Králiková et al., 2022).

Medikace pokrývá pouze fyzickou závislost na nikotinu a pomáhá lépe zvládat první týdny až měsíce při odvykání. Psychosociální závislost je nutné doplnit psychobehaviorální intervencí. Samotná farmakoterapie se nejeví jako účinná, pokud pacient není plně rozhodnut ke změně. Hrazení léků zdravotní pojišťovnou je vázáno na absolvování intenzivní terapie v adiktologických ambulancích a centrech pro závislé na

tabáku. V rámci krátké intervence se pacientovi doporučuje návštěva odborného zařízení (Králíková et al., 2022).

#### **6.2.4. Doporučení pro zdravotnický personál**

Povinností lékaře je kromě poskytnutí krátké intervence zaznamenat užívání tabákových či nikotinových produktů do zdravotní dokumentace s případným určením konkrétní diagnózy syndromu závislosti F17.2. Řádné vedení dokumentace o provádění výkonů krátké intervence napomáhá efektivnímu předávání informací mezi zdravotnickým personálem. Záznam o provedení a průběhu krátké intervence není dokumentován. (Králíková et al., 2022).

Sestry ve zdravotnictví disponují prostorem pro komunikaci s pacientem. Kompetence pro poskytování KI se od lékařů liší pouze absencí předepisovat léky. Primární medikace však bývá volně prodejná, tudíž mohou pacientům doporučit možnosti NTN nebo Defumoxan s účinnou látkou cytisin. Králíková zmiňuje: „*Sester je v České republice dvojnásobný počet než lékařů, kolem 80 000 činných v praxi. To je velký potenciál: kdyby každá sestra pomohla během jednoho roku přestat kouřit jen jednomu kuřákovi, bylo by to 80 000 exkuřáků ročně!*“ (Králíková, 2021). V praxi se mohou potýkat s osobními překážkami limitujícími poskytování KI. Prevalence užívání tabákových výrobků u všeobecných a praktických sester je ve srovnání s ženami v populaci dvojnásobná. Sestry mohou působit minimálně důvěryhodně, případně se poskytováním intervencí nevěnují. Zdravotnický personál by měl směřovat své osobní postoje k abstinenci (Králíková, 2021).

### **6.3. Legislativní a politické stanovení povinnosti poskytovat krátké intervence**

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje poskytovat krátké intervence (KI) v případě podezření na rizikové užívání návykových látek (World Health Organization, 2019). Zdravotnický pracovník se podílí na edukaci a posilování udržitelného zdravého životního stylu dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (zákon č. 55/2011, část druhá, § 3). V České republice je poskytování KI ukotveno v zákoně č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek v § 26 ve znění: „(2) *Zdravotničtí pracovníci podle odstavce 1 u pacientů užívajících návykovou látku a ohrožených adiktologickou poruchou provedou krátkou intervenci spočívající v poskytnutí informací o možných důsledcích a rizicích pokračujícího užívání návykové látky nebo návykového chování a postupech směřujících k ukončení nebo omezení užívání návykové látky nebo návykového chování a omezení rizik s užíváním návykové látky nebo návykovým chováním spojených a doporučí jim odbornou péči.*“ (zákon č. 65/2017, o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, hlava VI, § 26). Zákon nahrazuje původní z.č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, který ukončil platnost dne 31.5. 2017 (z.č. 379/2005).

Podmínky získání způsobilosti zdravotnického pracovníka jsou vymezeny v zákoně č. 96/2004, o nelékařských zdravotnických povoláních (z.č. 96/2004 Sb., Zákon o

podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů). Vymezení způsobilosti lékařů a farmaceutů udává zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

Užívání tabákových produktů výrazně zatěžuje hrazení systému zdravotní péče. Ačkoliv dochází ke zdanění tabákových výrobků, výdaje vynaložené na léčbu zdravotních následků, na kterých se podílí užívání tabáku a jeho alternativ, často převyšují zisky z tabákové daně (Králiková, 2021). Provádění intervencí v oblasti odvykání na tabákových produktech je z ekonomického hlediska výhodnější než financování léčby onemocnění souvisejících s kouřením či užíváním jiných tabákových a nikotinových alternativ (Ross, 2013). Na ochranu zdraví Česká republika reaguje prostřednictvím zvyšování daní z tabákových výrobků a jejich alternativ. Od 1. ledna 2024 dochází ke zvýšení daní za tabákové produkty o 10 %, zvláště pak u zahřívání tabáku až o 15 %. U elektronických cigaret se hodnota zvýší o 2,5 Kč/ml a u nikotinových sáčků o 0,4 Kč/g (Ministerstvo financí České republiky, 2023). V rámci mezinárodního srovnání se ceny v sousedních státech ČR pohybují v podobných hodnotách: „Nejvyšší minimální sazba spotřební daně z cigaret je v Německu (177 EUR/1 000 ks), dále v Rakousku (158 EUR), v České republice (144 EUR), na Slovensku (132 EUR) a na posledním místě v Polsku (107 EUR).“ (Ministerstvo financí České republiky, 2023).

## **6.4. Význam a efektivita poskytování krátkých intervencí**

### **6.4.1. Studie zabývající se efektivitou KI**

Efektivně provedená krátká intervence vede ke snížení užívání návykových látek včetně užívání tabáku. Dochází ke snížení využívání zdravotnických služeb se za účelem urgentních stavů, na kterých se podílí užívání tabákových produktů. Odborný personál prostřednictvím krátkých intervencí snáze pacienta zařadí do specializované terapie. Krátké intervence využívají Hawthornského efektu. Jedná se o stav, v němž osoby projevují zájem o změnu rizikového chování v případě empatického neodsuzujícího zájmu ze strany odborníků (Miovský, 2015).

Za přínosné lze považovat poskytování krátkých intervencí pacientům s diagnostikovaným kancerogenním onemocněním za účelem snížení progresu choroby a zlepšení účinnosti léčby. Zdravotnický personál by měl kromě upozorňování na rizika připomínat benefity zanechání kouření. V klinické studii z roku 2012-2016 hodnotící efektivitu krátké intervence u pacientů s karcinomem bylo prokázáno neúčinné aplikování intervence odvykání kouření v důsledku mylných představ pacientů a nedostatečné informovanosti personálu. Pacienti se domnívali, že je již na odvykání pozdě, nebo kouřili dlouhodobě a nebyli dostatečně motivováni zanechat užívání tabákových produktů. Jako účinná metoda snížení rizik se ukázala ochota pacientů snížit denní počet cigaret, což by mohlo vést k implementaci nové vhodné strategie u specifické skupiny kuřáků s diagnostikovaným karcinomem (Li et al., 2024).

Krátké intervence posilují povědomí o službách poskytujících poradenství v oblasti odvykání kouření. V rámci pilotního projektu uskutečněného roku 2019 v Německu došlo ke zlepšení poskytování udržitelné podpory odvykání a zvýšení abstinence. Projekt se zaměřoval na udržitelnost provádění screeningu a krátkých intervencí, včetně proškolení personálu. Mezi metodu krátké intervence byla implementována tzv. vstupenka bez kouře („*smoke-free ticket*“), která odkazovala na Quitline, dostupnou službu nabízející odbornou pomoc při odvykání, což využívala zejména zdravotnická zařízení, která sama nenabízela intenzivní intervence při odvykání kouření. Do projektu bylo zapojeno 64 služeb, mezi ně patřila pracoviště poskytující akutní péči, rehabilitační centra a ambulance praktických lékařů. Během 3 let se program osvědčil a zařadil do chodu 53 zařízení. Služby Quitline využilo celkem 60 % pacientů, následně 53 % klientů abstinovalo v prvních 30 dnech. Nárůst míry abstinence byl vysvětlován na základě kombinace podpory při odvykání na jednotlivých pracovištích a zároveň v Quitline. Uplatnění projektu na celostátní úrovni podpořilo v roce 2020 Středisko pro zdravotní výchovu (Rustler et al., 2023).

Účinnost krátké intervence závisí na vlastním rozhodnutí pacienta odvykat. Teorie sebeurčení („*self-determination theory-based*“) je založena na autonomním principu ovládat chování jedince. Ve srovnání s vnější regulací, okolními vlivy působícímu na změnu chování, se autonomní rozhodnutí jeví jako více účinné ve vztahu k vytrvalosti abstinence a dlouhodobému pozitivnímu jednání. Ověření efektivity krátkých intervencí na základě teorie sebeurčení provedla klinická studie v letech 2015-2017 na pohotovostních odděleních. Pacienti v intervenční skupině dostali na výběr odvykat okamžitě, nebo postupně, zatímco kontrolní skupina získala pouze informační brožuru. Podle výsledků začali častěji odvykat pacienti, jimž byla poskytnuta krátká intervence založená na teorii sebeurčení ve srovnání s kontrolní skupinou (Li et al., 2024).

Kromě verbální komunikace mezi zdravotníkem a pacientem se s rozšířením informačních technologií doporučuje využívat mobilní aplikace umožňující neomezené odborné poradenství. Podpora může být užitečná především při akutním bažení a zvládnání abstinence příznaků. Vizuelní a sluchové podněty pomohou lépe pochopit informační obsah. Pacienti si mohou edukační videa přehrát dle vlastního tempa. Vytváření videí zaměřených na odvykání kouření nevyžaduje vysoké náklady (Li et al., 2024).

Socioekonomický status (SES) ovlivňuje poskytování zdravotní péče, což může vést ke snížení účinnosti krátké intervence ve vztahu k rozhodnutí učinit změnu v závislostním chování. Studie z Northumbria Univerzity uvádí, že krátké intervence prováděné v minimálním rozsahu nejsou zcela účinné, avšak vedly ke zvýšení míry odvykání o 3 %. V rámci rozsáhlejších krátkých intervencí se doporučuje cílit na změnu prostředí, které hraje významnou roli v udržování zdravého životního stylu. Pacientům s nízkým socioekonomickým statutem nemusí být plně poskytována komplexní péče ve zdravotnickém zařízení vzhledem k omezenému finančnímu rozpočtu či personálu s nízkou empatií, proto ve Spojeném Království dochází k rozšíření zdravotní péče prostřednictvím třetího sektoru a sektoru sociální ekonomiky (TSE). Sektor funguje na principu dobrovolnictví a není závislý na vládě. Podporuje prosperitu komunity s nízkým socioekonomickým statutem. Do TSE spadají neziskové organizace (př. potravinové

banky). Dobrovolníci navazují s klienty vztah založený na důvěře, a tak mohou ovlivňovat zdravý životní styl jedince. TSE vytváří vhodnější prostředí pro poskytování krátkých intervencí pro osoby s nízkým SES ve srovnání s nemocničními zařízeními (Nichol et al., 2023).

#### **6.4.2. Studie mapující poskytování KI zdravotnickým personálem**

Výzkum realizovaný v letech 2000-2008 na Case Western Reserve Univerzity a Case Comprehensive Cancer Center v Ohio zjišťoval účinnost a rozsah poskytování krátkých intervencí dle modelu 5A. Komunikace mezi lékařem a pacientem v první skupině byla zaznamenávána pomocí 46 zvukových nahrávek. Druhou metodou bylo přímé pozorování se zaznamenáváním prostřednictvím kódovacího schéma (5A-DOC), čehož se účastnilo 28 lékařů a bylo zaznamenáno 131 návštěv (Lawson et al., 2009). Na základě pozorování 5A-DOC byla zjištěna následující tvrzení: „*1) patients accomplish 5A's tasks; 2) some communication actions accomplish multiple 5A's tasks simultaneously; and 3) sequence is important.*“ V překladu: *(1) pacienti plní úkoly 5A; (2) některé komunikační akce plní více úkolů 5A současně; a (3) pořadí je důležité.*“ (Lawson et al., 2009). Po zjištění kuřácké anamnézy 61 % lékařů posuzovalo připravenost odvykat a 50 % pomáhalo pacientům zanechat kouření. Krátkou intervencí řádně neukončilo 73 % lékařů (Lawson et al., 2009).

Účinnost krátkých intervencí dle modelu 5A byla testována ve studii vedené organizací Asian Pacific Organization for Cancer Prevention (APOCP). Studie byla rozdělena na tři fáze a skládala se ze dvou režimů. V první fázi byl klientům podán dotazník. Na výzkumu se dále podíleli lékaři na klinikách respiračních nemocí tří fakultních nemocnic v Japonsku, se kterými byl ve druhé fázi veden rozhovor o postupech provádění KI. Ve třetí fázi následoval dodatečný rozhovor mezi pacientem a lékařem týkající se vyplnění dotazníku s využitím informačních brožur na zvolené klinice. Stav pacientů byl dále sledován prostřednictvím dotazníků rozeslaných poštou. Do ambulance bylo přijato celkem 359 pacientů a 189 subjektů se zapojilo do studie, z toho začalo 27 osob odvykat po třech měsících od provedení krátké intervence. Výsledky získané z dotazníků, který si pacienti vyplňovali mimo ambulanci (8,4 %), se příliš nelišily ve srovnání s dodatečným rozhovorem s lékařem (5,8 %). Pacienti projevíli zájem o odvykání kouření. Ze studie vychází, že model 5A je snadno aplikovatelný do praxe na klinických zařízeních (Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2006).

Studie z roku 2009 zkoumající efektivitu krátkých intervencí dle 5A s využitím svépomocných materiálů. Do výzkumu bylo zařazeno 208 účastníků a následně rozděleno do 2 skupin. Subjekty v intervenční skupině absolvovaly krátkou intervenci 5A a získaly materiály pro svépomocné odvykání kouření. V kontrolní skupině účastníci dostali pouze svépomocné materiály. Po měsíčním sledování 19,5 % účastníků intervenční skupiny se pokusilo abstinovat, zatímco v kontrolní skupině se pokusilo přestat kouřit 10,0 % subjektů. Po čtyřech měsících pozorování 22,4 % účastníků z intervenční potvrdilo pokus zanechat kouření, naproti tomu odvykalo pouze 15,8 % osob v kontrolní skupině. Z výsledků studie lze určit, že obě metody mohou být podobně účinné a z pohledu

rozhodování odvykání mají podobný efekt. Výzkum však může ukazovat zkreslené výsledky vlivem předčasného ukončení (Utap, 2019).

Efektivitu krátkých intervencí dle modelu 5A poskytovaných ženám v plodném věku testuje studie Puschela a kolektivu v na 3 klinikách primární péče v Santiagu (2008). Do výzkumu bylo zařazeno celkem 773 žen, přičemž 76 % studii dokončilo. Na intervenční klinice 15,2 % účastnic přestalo kouřit alespoň na 1 měsíc, zatímco na kontrolních klinikách ženy méně často abstinovaly – na druhé klinice odvykalo 7,8 % žen a na třetí klinice 14,6 % žen. Až 70 % žen na intervenční klinice bylo intervenováno, naproti tomu na kontrolních klinikách byla krátká intervence poskytnuta 15 % žen. Z výzkumu vyplývá, že krátké intervence snižují prevalenci užívání tabákových produktů (Puschel et al., 2008).

Texaská studie z roku 2023 testovala poskytování krátké intervence odvykání na necigaretovém tabáku. Program se skládal ze školení personálu a samotného zkoumání poskytování intervence 5A zaměřené na užívání necigaretového tabáku. Po dokončení projektu se zvýšila informovanost zdravotnického personálu v oblasti poskytování krátkých intervencí odvykání necigaretového tabáku včetně zvýšení povědomí o škodlivosti ostatních tabákových produktů. Zdravotníci prokázali větší znalosti poradenství pacientům při odvykání na necigaretovém tabáku (Siddiqi et al., 2023).

V randomizované kontrolní studii iQuit in Practice se zkoumal rozdíl efektivity krátkých intervencí poskytovaných sestrami (nurse) a zdravotnickými asistenty (healthcare assistant). Studie se zaměřovala na abstinenci pacientů, doporučení farmakoterapie, průběh a délka úvodní konzultace včetně poskytnutých rad a počet dalších sezení. Ve sledovaných faktorech nebyly zaznamenány významné statistické rozdíly. Rozhovor mezi pacientem a zdravotnickým asistentem trval v průměru déle (23,6 minut) ve srovnání se sestrami (20,8 minut). Zdravotničtí pracovníci poskytli více intervencí než sestry. Častěji se s pacienty setkávali osobně než v rozhovorech po telefonu. Obě skupiny prokázaly dostatečné odborné znalosti a kompetence k poskytování krátkých intervencí. Využití sester a zdravotnických asistentů může být přínosné pro podporu pacientů při odvykání kouření (Faulkner et al., 2016).

Další randomizovaná kontrolní studie zkoumající efektivitu zjistila, že pomocný zdravotnický personál a sestry vykonávají intervence ve větším rozsahu než lékaři. Dle výsledků zdravotničtí asistenti (medical assistants Mas) a sestry (practical nurses PLNs) méně posuzovali ochotu zanechat kouření a minimálně poradili pacientům s odvykáním než diplomované sestry (registered nurses RNs). Osobní postoje zdravotníků neovlivnily účinnost poskytování intervencí. Pomocný zdravotnický personál by měl být řádně školen v oblasti odvykání kouření a měl by mít kompetence pro poskytování krátkých intervencí (Katz et al., 2004).

#### **6.4.3. Vhodnost poskytování KI v nemocničním prostředí**

Odvykání kouření přináší dlouhodobé i krátkodobé zlepšení zdravotního stavu, zejména v případě rekonvalescence po prodělání onemocnění nebo chirurgického zákroku. Snižuje recidivu nemocí a opětovnou hospitalizaci. Přestože užívání tabákových produktů

zatěžuje nemocniční prostředí, optimální metody poskytování intervencí za účelem trvalého odvykání kouření v systému zdravotní péče nejsou plně ukotveny. V rámci ochrany zdraví vlivem pasivního kouření je v nemocničních zařízeních zakázáno kouřit (Ugalde et al., 2022).

Příjem do nemocničního prostředí se jeví jako efektivní doba pro poskytování intervencí odvykání kouření. Osvědčeným modelem je poskytování stručných rad o poskytování kouření a aktivní nasměrování pacientů do léčby. odvykání kouření (Ugalde et al., 2022). Následná intenzivní terapie by měla být rozdělena do několika sezení na klinice pro odvykání v dané nemocnici a složena z behaviorálního poradenství a farmakoterapie (Ugalde et al., 2022).

Dle metaanalytické studie z databáze Cochrane se považují intenzivní poradenské intervence za efektivní v případě aktivního zapojení hospitalizovaného pacienta do procesu odvykání kouření. Za účinnou metodu pro zvýšení zájmu odvykat lze považovat komplexní proces intervencí zahájených při přijetí pacienta do nemocnice s následným pokračováním po dobu alespoň 1 měsíce po propuštění. Aplikování nikotinové substituční terapie zvyšuje úspěšnost odvykání kouření. Výzkum byl proveden v rehabilitačních zařízeních i na klinikách poskytujících akutní péči, přičemž neukázal rozdíly v účinnosti intervence. Efektivita poskytování intervencí může být snížena nízkou znalostí intervenčních metod odvykání kouření personálem. Zvláště pak není zajištěna dostatečná podpora odvykání před propuštěním z nemocnice. Mezi implementační strategie, metody vedoucí ke zlepšení kvality poskytování intervencí, patří monitoring kvality, upomínky, školení personálu a přijetí nových metod v praxi (Rigotti et al., 2015; Ugalde et al., 2022).

## **6.5. Edukace a role zdravotnického personálu ve vztahu k poskytování krátkých intervencí**

V rámci zvýšení dostupnosti poskytování intervencí v oblasti odvykání kouření by měli absolvovat školení již studenti zdravotnických oborů. Programy by měly být uskutečňovány nejlépe vícekrát během studia. V současnosti existuje minimum školicích programů, což může mít za následek snížení kvality poskytování zdravotnické péče. Školení by měla cílit na zlepšení dovedností a postojů v souvislosti s užíváním tabákových a nikotinových produktů budoucích zdravotnických pracovníků. Na základě vyhodnocení zahraniční studie byla prokázána efektivita online edukačního programu Krátká intervence při odvykání kouření („Brief Intervention in Smoking Cessation“). Do výzkumu se zapojilo 851 studentů z univerzit ve Španělsku, Portugalsku, Spojeném Království a Belgii. Účastníci byli edukováni formou 5 teoretických modulů s využitím videí a virtuální simulace. Program byl testován od ledna 2020 do června 2022. Hranice úspěšnosti znalostního testu včetně simulace byla stanovena na více než 5 bodů z 10. Dle výsledků výzkumu 86 % studentů získalo znalosti poskytování podpory k odvykání kouření. Došlo ke zvýšení kompetence v poskytování krátkých intervencí mezi studenty škol se zdravotnickým zaměřením v Evropě (Belio et al., 2023).

Zdravotnický personál se při provádění krátkých intervencí opírá o doporučené postupy aktualizované Společností pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT). Komplexní přehled intervencí nabízí dokument vydaný v roce 2022 - Doporučený postup léčby



závislosti na tabáku dle metodiky GRADE. Zvýšená pozornost je zaměřena na edukaci sester. V letech 2012-2014 byl realizován projekt Sestry pomáhají přestat kouřit (SPPK) – projekt pro východní Evropu. Od roku 2015 do 2016 navázal program Sestry východní Evropy – Centrum Excellence pro kontrolu tabáku (COE I.), který byl koordinován Mezinárodní společností sester v onkologické péči (ISNCC). Do projektu byly zařazeny kromě České republiky i další státy: Slovensko, Maďarsko, Rumunsko a Slovinsko. Vzdělávací program bylo možné absolvovat bezplatně. Sestry východní Evropy – Centrum Excellence pro kontrolu tabáku (COE II.) rozšířil školení pro sestry o intenzivní celodenní workshopy, online e-learningy a krátké semináře. Nově byla do programu zařazena Moldávie. Školení probíhalo formou e-learningového kurzu „Sestry pomáhají pacientům přestat kouřit“, který patří pod mezinárodní projekt Sestry východní Evropy – Centrum excellence pro kontrolu tabáku: Vzdělávání sester v léčbě závislosti na tabáku. Kurz nebyl zpoplatněn (Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 2006-2024). Česká lékařská komora a SLZT pravidelně nabízí kurzy zaměřené na terapii závislosti na tabáku, jehož součástí je poskytování krátké intervence k odvykání dle 5R. Poslední školení zdravotnických pracovníků proběhlo 22.4. 2023 (Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 2006-2024).

Každému kuřákovi by měla být minimálně jednou poskytnuta krátká intervence. V ideálním případě by měla být uskutečněna při každém klinickém kontaktu pracovníka s pacientem. Pokud se pacient rozhodne odvykat kouření, měl by zdravotnický pracovník nabídnout kontrolní návštěvu (Králíková et al., 2022). Povinností lékaře je kromě poskytnutí krátké intervence zaznamenat užívání tabákových či nikotinových produktů do zdravotní dokumentace s případným určením konkrétní diagnózy syndromu závislosti F17.2. Řádné vedení dokumentace o provádění výkonů krátké intervence napomáhá efektivnímu předávání informací mezi zdravotnickým personálem (Králíková et al., 2022).

V praxi se mohou potýkat s osobními překážkami limitujícími poskytování KI. Prevalence užívání tabákových výrobků u všeobecných a praktických sester je ve srovnání s ženami v populaci dvojnásobná. Sestry mohou působit minimálně důvěryhodně, případně se poskytováním intervencí nevěnují. Dle Králikové by měl zdravotnický personál směřovat své osobní postoje k abstinenci (Králíková, 2021).

## **7. Použité metody**

Praktická část bakalářské práce navazuje na doposud získané poznatky o provádění krátkých intervencí při odvykání kouření. V kapitole jsou dále popsány design výzkumu, cíle, výzkumné otázky, metody výběru, metody sběru a analýzy dat, výzkumný soubor a etické aspekty.

### **7.1. Design výzkumu**

Praktická část bakalářské práce je zpracována na základě explorativní deskriptivní průřezové (cross-sectional) studie. Prostřednictvím dotazníkového šetření je zkoumáno poskytování krátkých intervencí k odvykání kouření zdravotnickým personálem.

### **7.2. Cíle**

Cílem bakalářské práce je zjistit současný stav poskytování krátkých intervencí pacientům léčícím se s onemocněním spojených s užíváním tabákových a nikotinových produktů v nemocničním prostředí pražské fakultní nemocnice za účelem zjištění míry edukace pacientů. Zmapování poskytování této intervence může přispět/je prvním krokem ke zvýšení podpory zdraví pacientů.

### **7.3. Výzkumné otázky**

Na základě sledování stanovených cílů byly vytvořeny čtyři následující otázky, které přiblíží současný stav poskytování krátkých intervencí v nemocničním prostředí:

1. Poskytuje zdravotnický personál krátké intervence v oblasti užívání tabákových a nikotinových produktů? Pokud ano, v jakém rozsahu provádí krátké intervence zaměřené na užívání tabáku a nikotinu?
2. Rozlišuje zdravotnický personál během krátké intervence užívání alternativ tabákových a nikotinových produktů, případně jakých (př. nikotinové sáčky, elektronické cigarety, zahřívání tabák apod.)?
3. Jaké formy odvykání tabákových a nikotinových produktů doporučují zdravotníci pacientům?
4. Jaké bariéry omezují zdravotníky při poskytování krátkých intervencí?

### **7.4. Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor se skládal ze zdravotnického personálu. Účastníci dotazníkového šetření byli do výzkumu zařazeni na základě nereprezentativního účelového výběru. Na začátku studie se předpokládalo s 200 respondenty. Odhad byl stanoven na základě počtu zaměstnanců klinik.

Kliniky byly vybrány na základě předpokladu přijetí pacientů, u nichž se mohou projevit onemocnění související s kuřáckou anamnézou.

Pro splnění požadavků cílů byla nastavena výběrová kritéria výzkumného souboru:

- zaměstnanec fakultní nemocnice v Praze
  - o klinika respiračních onemocnění
  - o klinika kardiovaskulární chirurgie
  - o klinika kardiologie a angiologie
  - o klinika endokrinologie a metabolismu
- zdravotník v odborných ambulancích a na standardních lůžkových odděleních ve fakultní nemocnice v Praze.
- bez rozdílu pohlaví
- lékař/ka, všeobecná sestra a pomocný zdravotnický personál (sanitář, ošetřovatel, praktická sestra)

## 7.5. Metody sběru dat

Sběr dat probíhal pomocí dotazníkového šetření mezi zdravotnickým personálem 3 vybraných interních klinik. Vytvořený dotazník byl distribuován v online a písemné podobě (self-report). Dotazník je součástí práce jako příloha. Kompletně obsahoval 34 otázek, z toho jedna byla nepovinná.

V první části dotazníku byli respondenti dotazováni na základní údaje zdravotnických pracovníků – pohlaví, věk, vzdělání, pracovní pozice, délku vykonávání profese, náplň práce a intenzitu komunikace s pacientem (otázky 1.-9.). Druhá část dotazníku (otázky 10.-26.) mapovala průběh komunikace mezi pacientem a zdravotníkem za účelem poskytování krátké intervence (KI) v oblasti odvykání kouření. Otázky byly strukturovány dle pořadí krátké intervence 5P (5A). Respondenti byli dále dotazováni na rozlišování tabákových a nikotinových alternativ během edukace pacientů (otázky 16.-19.; 2. výzkumná otázka). 24. otázka zkoumala, jaké formy odvykání zdravotnický personál doporučuje (3. výzkumná otázka). Ve třetí části byly zkoumány bariéry omezující poskytování krátkých intervencí ve zdravotnictví, jejíž součástí byla nepovinná otázka zaměřená na doporučení pro zlepšení efektivity poskytování KI v oblasti tabákových a nikotinových produktů.

## 7.6. Průběh sběru dat

Dotazníky byly distribuovány prostřednictvím personálních emailových adres jednotlivým zaměstnancům formou QR kódu a URL adresy přes platformu Google Forms. Sběr dat pomáhaly koordinovat vrchní sestry. Dotazník mohli vyplnit lékaři, všeobecné sestry a další pomocný personál. Online verzi dotazníku bylo možné vyplnit od 24. ledna 2024 do 15. března 2024. Datum možnosti vyplnění bylo prodlouženo do poloviny března z důvodu nízké návratnosti mezi personálem, zejména mezi lékaři.

Na dalších dvou klinikách se data sbírala v písemné podobě z důvodu blokování obsahu dotazníku interním bezpečnostním systémem nemocnice. Vrchní sestry administrovaly mezi lékaře, všeobecné, praktické sestry a pomocný zdravotnický personál tištěnou verzi dotazníku. Lékaři do výzkumu byli minimálně zapojeni z důvodu zvýšené pracovní vytíženosti. Sběr dat proběhl výhradně mezi sestrami a pomocnými zdravotnickými pracovníky během února 2024 s návratností vyplněných 20 dotazníků.

Na klinice angiologie a kardiologie byl dotazník zprostředkován na standardních lůžkových odděleních 21 sestřám v průběhu března. Dva dotazníky byly z výzkumu vyloučeny z důvodu nevyplnění potřebného množství odpovědí (min 60 %, 20 odpovědí ze 33).

Výzkumné šetření na klinice respiračních onemocnění neproběhlo z důvodu nedostatečné komunikace ze strany vedení zařízení.

## **7.7. Metody analýzy dat**

Výzkumná data byla transkribována a zpracována v tabulkovém editoru Microsoft (MS) Excel v březnu 2024. Výsledky dotazníkového šetření byly vyhodnoceny deskriptivními statistickými metodami (frekvence, průměr, medián) v programu MS Excel a Google Forms. Součástí analýzy bylo vytvoření sloupcových, skládaných pruhových a grafů a tabulek, znázorňujících absolutní (počet) a relativní četnosti (procentuální přepočet) odpovědí respondentů.

## **7.8. Etické aspekty výzkumu**

Dotazníkové šetření představovalo minimální riziko pro zapojené subjekty. Etickým problémem mohla být identifikace osob. Z toho důvodu byl dotazník zcela anonymní a nevyskytovaly se v něm otázky, které by mohly vést k odhalení identity. Respondenti byli o záměru výzkumu informováni prostřednictvím průvodního dopisu připojenému k dotazníku a udělili informovaný souhlas konkludentní formou. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné.

Název nemocnice není blíže specifikován za účelem zamezení spojování výsledků s daným zařízením. V bakalářské práci se pracuje s termínem „fakultní nemocnice v Praze“.

Výzkum schválila Etická komise Kliniky Adiktologie pod č.j. EKSKAD-069/2023 a etická komise fakultní nemocnice, kde se dotazníkové šetření provedlo. Schválení výzkumu podpořili souhlasným prohlášením přednostové, vrchní sestry klinik a náměstkyně pro nelékařská povolání.

Přístup k odpovědím online dotazníků a údajům přepraných do tabulkového editoru Microsoft Excel byl omezen uložením do notebooku zabezpečeného heslem. Nahlédnutí do vyplněných tištěných dotazníků bylo minimalizováno na vedoucí bakalářské práce.

## 8. Výsledky

Kapitola 8. popisuje výsledná data získaná z dotazníků. Dělí se do 3 podkapitol, které se zaměřují na představení základních údajů a pracovní náplně subjektů zapojených o výzkumu, mapování komunikace mezi zdravotníkem a pacientem v oblasti edukace užívání tabákových produktů včetně podpory odvykání kouření dle náplně krátké intervence 5P (5A) a bariéry omezující poskytování krátkých intervencí ve zdravotnictví. Podkapitoly jsou dále rozděleny podle údajů zjištěných na konkrétních klinikách.

### 8.1. Základní charakteristiky výzkumného souboru

Kapitola představuje přehled o informacích zjištěných na jednotlivých klinikách. Mezi základní údaje jsou zahrnuta data o pohlaví, věku, vzdělání. Dále jsou prezentovány informace o pracovní pozici, náplni práce a počtu let vykonávání profese respondentů. První podkapitola se věnuje souhrnnému výčtu vybraných statistických údajů na všech klinik účastnících se výzkumu. Další podkapitoly představují data jednotlivých klinik získaná na základě sekundární analýzy.

Do výzkumu se zapojilo celkem 61 subjektů (59), z toho 20 z kliniky kardiovaskulární chirurgie, 21 (19) z kliniky kardiologie a angiologie a 20 z kliniky endokrinologie a metabolismu.

Výraznou skupinu tvoří více než 90 % žen (54; 91,53 %) a 5 mužů (8,47 %). Průměrný věk personálu je 38,2 let. Nejvíce je zastoupena věková kategorie 41-50 let (21 respondentů).

**Tabulka 1.1:** *Věkové rozdělení zdravotnických pracovníků*

Věkové rozložení	Absolutní četnost Počet (n=49)	Relativní četnost (%)
20-30	12	24,49 %
31-40	7	14,28 %
41-50	21	42,86 %
51+	9	18,37 %
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100,00 %</b>

V souboru je zastoupeno nejvíce pracovníků se středním vzděláním s maturitou (24; 40,68 %) a bakalářským vzděláním (16; 27,12 %). Do výzkumu se zapojilo 6 pracovníků s vyšším odborným vzděláním (10,17 %) a 6 pracovníků s magisterským vzděláním (10,17 %). Dále jsou zastoupeni 4 zaměstnanci s doktorským a vyšším vzděláním (6,78 %), 2 zaměstnanci se základním nebo středním vzděláním s vyučením (3,39 %). Jeden respondent stupeň vzdělání neuvedl (1,69 %).

**Tabulka 1.2:** *Stupeň vzdělání zdravotnických pracovníků*

<b>Stupeň vzdělání</b>	<b>Absolutní četnost Počet (n=59)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
ZŠ/SŠ s vyučením	2	3,39 %
SŠ s maturitou	24	40,68 %
VOŠ	6	10,17 %
VŠ – Bc.	16	27,12 %
VŠ – Mgr.	6	10,17 %
VŠ – doktorský a vyšší	4	6,78 %
Neuveden	1	1,69 %
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100,00 %</b>

Dotazník vyplnilo nejvíce všeobecných sester (45; 76,27 %). Zapojilo se 7 lékařů (11,86 %). Dále se dotazníkového šetření účastnili 3 praktické sestry (dříve zdravotnický asistent; 5,08 %), 2 sanitáři (3,39 %), 1 ošetřovatel (1,69 %) a 1 pomocný pracovník ve zdravotnickém provozu.

**Tabulka 1.3:** *Pracovní pozice zdravotnických pracovníků*

<b>Pracovní pozice</b>	<b>Absolutní četnost Počet (n=59)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Lékař	7	11,86 %
Všeobecná sestra	45	76,27 %
Praktická sestra (dříve zdravotnický asistent)	3	5,08 %
Ošetřovatel	1	1,69 %
Sanitář	2	3,39 %
Pomocný pracovník ve zdravotnickém provozu	1	1,69 %
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100 %</b>

Nejvíce zdravotníků uvádí svou náplň práce na standardním lůžkovém oddělení (42; 71,19 %). Dalších 11 respondentů pracuje v ambulanci (18,64 %). Jeden pracovník uvádí práci na standardním lůžkovém oddělení a v ambulanci zároveň (1,69 %). Do výzkumu se zapojilo 5 respondentů se zaměřením na perioperační péči (8,47 %).

**Tabulka 1.4:** *Náplň práce zdravotnických pracovníků*

<b>Náplň práce</b>	<b>Absolutní četnost Počet (n=59)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Standardní lůžkové oddělení	42	71,19 %
Ambulance	11	18,64 %
Perioperační péče, operační sál	5	8,47 %
Standardní lůžkové oddělení + ambulance	1	1,69 %
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100 %</b>

Průměrný počet let vykonávání profese u zdravotnických pracovníků je 16,73 let. Nejvíce je zastoupena skupina 21-30 let (15 respondentů; 25,42 %) a 5-10 let (11; 18,64 %). Nejkratší doba vykonávání profese je 3 měsíce. Nejdéle profesi vykonávají respondenti s délkou 42 let.

**Tabulka 1.5:** *Počet let vykonávání profese*

<b>Počet let vykonávání profese</b>	<b>Absolutní četnost Počet (n=59)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Do 4,9 let	8	13,56 %
5-10 let	11	18,64 %
11-20 let	9	15,25 %
21-30 let	15	25,42 %
30-40 let	6	10,17 %
40 a více let	6	10,17 %
Neuveden	4	6,78 %
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100 %</b>

Většina respondentů komunikuje s pacienty několikrát za den (52; 88,14 %). Další 3 zdravotníci uvádí, že s pacienty komunikují alespoň jednou denně (5,08 %). Zbylí 4 respondenti jsou v minimálních kontaktu s pacienty a téměř s nimi nekomunikují (6,78 %).

**Tabulka 1.6:** *Intenzita komunikace s pacientem*

<b>Intenzita komunikace s pacientem</b>	<b>Absolutní četnost Počet (n=59)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Několikrát za den	52	88,14 %
Alespoň jednou denně	3	5,08 %
Téměř vůbec/minimální kontakt s pacientem	4	6,78 %
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100,00 %</b>

### **8.1.1. Klinika kardiovaskulární chirurgie**

Na klinice kardiovaskulární chirurgie vyplnilo dotazník celkem 20 respondentů, z toho výzkumný soubor tvoří 19 žen (95 %) a 1 muž (5 %). Aritmetický věkový průměr je 38,2 let a medián 38 let. Respondenti nejčastěji dosahovali vysokoškolského bakalářského vzdělání (11 z 20; 55 %), 6 respondentů uvedlo střední vzdělání s maturitou (30 %), dále 2 respondenti absolvovali vyšší odborné vzdělání (10 %) a 1 uvedl základní/střední vzdělání s vyučením (5 %).

Dotazníky vyplnilo celkem 18 všeobecných sester (90 %), 1 sanitář (5 %) a 1 pomocný pracovník ve zdravotnickém provozu (5 %). Náplň pracovní činnosti zdravotnického personálu tvořila převážně práce na standardním lůžkovém oddělení (15; 75 %). Zbýlých 5 respondentů uvedlo perioperační péči a práci na operačním sále (5; 15 %). Zdravotníci vykonávali svou profesi průměrně 16,90 let.

Celkem 15 pracovníků komunikovalo s pacienty několikrát za den (75 %). Alespoň jednou denně uvedl 1 zdravotnický pracovník (5 %). Téměř žádný kontakt nebo minimální kontakt zmínili 4 respondenti (20 %), z nichž všichni uvedli jako náplň práce perioperační péči a práci na operačním sále.

### **8.1.2. Klinika angiologie a kardiologie**

Dotazník vyplnilo celkem 19 žen (100 %). Muži se do výzkumu na klinice angiologie a kardiologie nezapojili. Průměrný věk zdravotnických pracovníků je 38,2 let a medián 41 let. Ve výzkumném souboru je zastoupeno nejvíce pracovníků se středním vzděláním s maturitou (11; 57,89 %). Následují zdravotníci s bakalářským (2; 10,53 %), magisterským (2; 10,53 %) a vyšším odborných vzděláním (2; 10,53 %). Jeden pracovník uvádí doktorské a vyšší vzdělání (1; 5,26 %). Další zaměstnanec své vzdělání neuvádí (1; 5,26 %).

Nejvíce jsou zastoupeny všeobecné sestry (13; 68,42 %). Dále se výzkumu účastnily 3 praktické sestry (15,79 %) a 3 lékaři (15,79 %). Všech 19 respondentů pracuje na standardním lůžkovém oddělení (100 %). V průměru vykonávají svou profesi 16 let, minimálně 6 měsíců a nejdéle 42 let. 3 respondenti odpověď neuvádí. Celkem 19 respondentů je v kontaktu s pacienty několikrát za den (100 %).

### **8.1.3. Klinika endokrinologie a metabolismu**

Z 20 respondentů převažovaly z 80 % ženy (16). Do výzkumu se zapojili pouze 4 muži (20 %). Průměrný věk respondentů dosahoval 38,2 let a medián 43 let. Nejvíce osob uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání střední s maturitou (7; 35 %), 4 pracovníci uvedli magisterské vzdělání (20 %). 3 respondenti dosáhli vysokoškolského bakalářského vzdělání (15 %) a další 3 vysokoškolského doktorského a vyššího vzdělání (15 %). Vyšší odborné vzdělání absolvovali 2 zdravotníci (10 %). Jeden pracovník uvedl základní/střední vzdělání s vyučením (5 %).

Do výzkumu se zapojilo celkem 14 všeobecných sester (70 %), 4 lékaři (20 %), 1 ošetřovatel (5 %) a 1 sanitář (5 %). Respondenti častěji uváděli náplň práce v ambulanci (11; 55 %), 8 osob uvedlo standardní lůžkové oddělení (40 %) a 1 osoba zvolila obě možnosti zároveň (5 %). Zdravotnický personál vykonává svou profesi v průměru 17,2 let.



Až 18 pracovníků komunikovalo s pacientem několikrát za den (90 %), 2 zdravotníci komunikovali s pacienty alespoň jednou denně (10 %).

## 8.2. Mapování komunikace mezi zdravotníkem a pacientem v oblasti edukace užívání tabákových produktů včetně podpory odvykání kouření dle náplně krátké intervence 5P (5A)

Další kapitola primárně odpovídá na 1. výzkumnou otázku: V jakém rozsahu poskytuje zdravotnický personál krátké intervence v oblasti užívání tabákových a nikotinových produktů? Výsledné údaje jsou formovány dle pořadí krátké intervence 5P (5A) – ptát se, poradit, posoudit ochotu přestat, pomoci odvykat, plánovat kontroly.

Dále jsou zahrnuty výsledky odpovědí na 2. výzkumnou otázku: Rozlišuje zdravotnický personál během krátké intervence užívání alternativ tabákových a nikotinových produktů, případně jakých (př. nikotinové sáčky, elektronické cigarety, zahřívavý tabák apod.) a 3. výzkumnou otázku (Jaké formy odvykání tabákových a nikotinových produktů doporučují zdravotníci pacientům?).

### 8.2.1. Rozsah poskytování krátkých intervencí v oblasti užívání tabákových a nikotinových produktů napříč klinikami

Celkem 43 respondentů edukuje pacienty v oblasti škodlivosti kouření (72,88 %). Dalších 16 zdravotníků pacientům edukaci neposkytuje (27,12 %).

**Tabulka 2.1:** 10. Edukujete pacienty v oblasti škodlivosti kouření?

Odpoověď	Absolutní četnost Počet (n=20)	Relativní četnost (%)
Ano	43	72,88 %
Ne	16	27,12 %
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100,00 %</b>

Rizika spojená s kouřením pacientům, u nichž může souviset vzniklé onemocnění s užíváním tabáku, vysvětluje 39 zdravotnických pracovníků (66,10 %). Zbylých 20 respondentů uvádí, že rizika nevysvětluje (33,90 %).

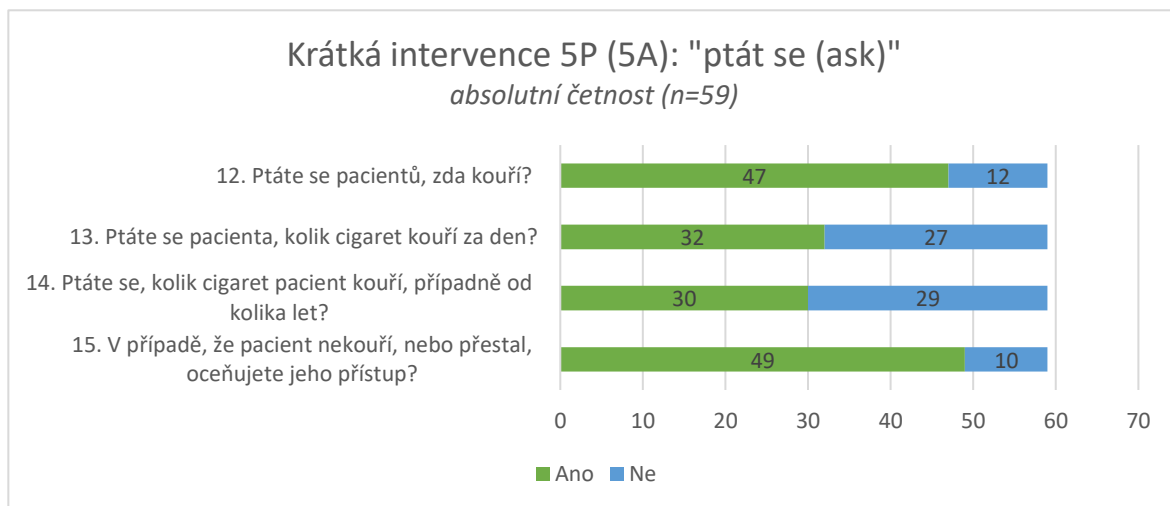
**Tabulka 2.2:** 11. Vysvětľujete rizika spojená s užíváním tabákových produktů pacientům, u nichž může souviset vzniklé onemocnění s užíváním tabákových produktů?

Odpoověď	Absolutní četnost Počet (n=20)	Relativní četnost (%)
Ano	39	66,10 %
Ne	20	33,90 %
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100,00 %</b>

Téměř 80 % zdravotnického personálu se ptá pacientů, zda kouří (47; 79,66 %). Dalších 20 respondentů se na stav kouření nedotazuje (20,34 %). Celkem 32 pracovníků se ptá pacienta, kolik cigaret kouří za den (54,24 %). Více než polovina zdravotníků se

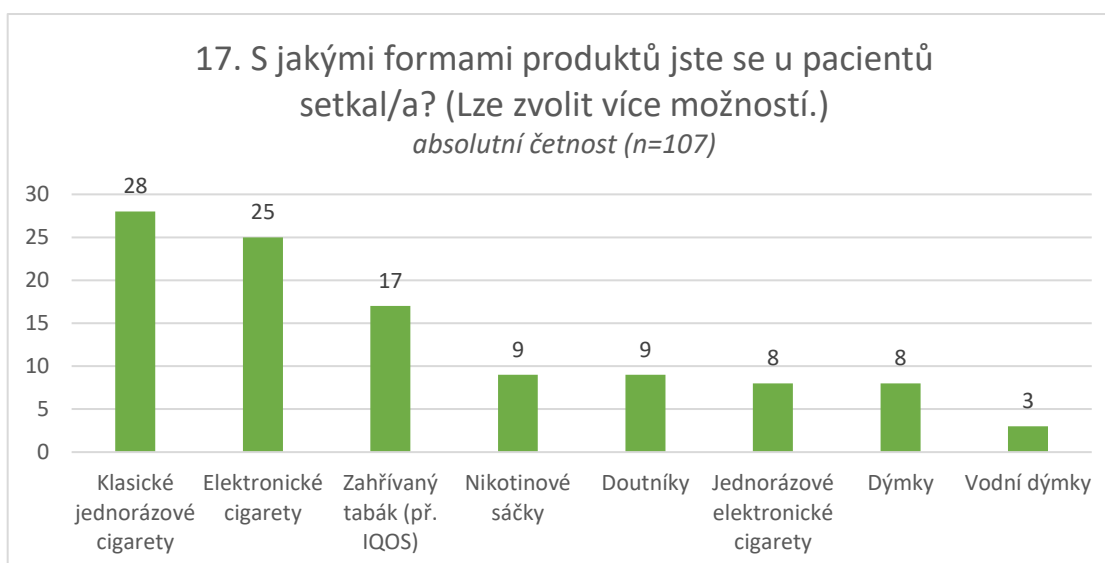
dotazuje, kolik let pacient kouří, případně od kolika let (30; 50,85 %). Necelá polovina respondentů se podrobněji na kuřáckou anamnézu nedoptává. V případě, že pacient nekouří, nebo přestal, jeho přístup oceňuje 49 zdravotníků (83,05 %). Zbýlých 10 respondentů uvádí, že pacienty neoceňuje (16,95 %).

**Graf 1:** Poskytování krátké intervence "ptát se (ask)"



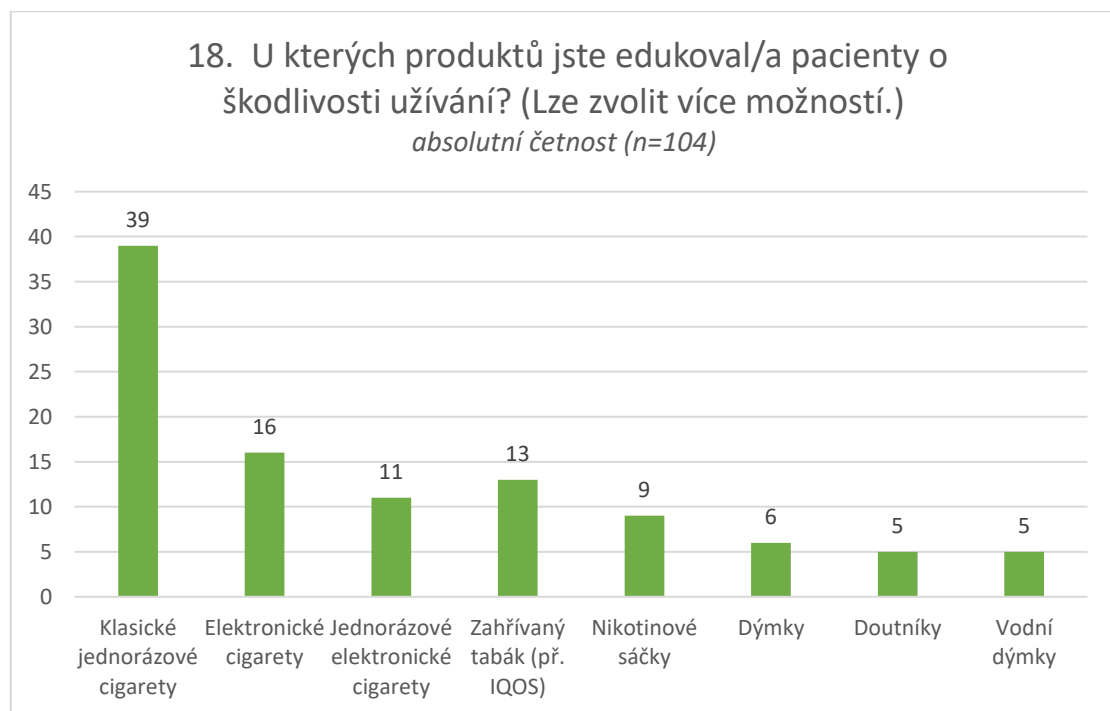
Součástí prvního bodu „ask“ krátké intervence 5P (5A) je dotazování na konkrétní formu produktů. Z dotazníkového šetření plyne, že se ptá 24 z 59 respondentů (40,68 %). Zaměstnanci pražské fakultní nemocnice se nejčastěji setkávají s pacienty užívajícími klasické jednorázové cigarety (28; 20,44 %) nebo elektronické cigarety (25; 18,25 %). Třetím nejčastějším produktem je zahříváný tabák (17; 12,41 %). Zdravotnický personál zaznamenává u pacientů užívání nikotinových sáčků (9; 6,57 %) a doutníků (9; 6,57 %). Dále dle zdravotníků pacienti užívají jednorázové elektronické cigarety (8; 5,84 %), dýmky (8; 5,84 %) a vodní dýmky (3; 2,19 %). Celkem 30 respondentů uvedlo, že se o konkrétní formy tabákových a nikotinových produktů nezajímá (21,90 %).

**Graf 2:** Dotazování se na formy tabákových a nikotinových produktů



Zdravotnický personál edukuje pacienty o škodlivosti užívání nejčastěji u klasických jednorázových cigaret (39; 31,71 %) a elektronických cigaret (16; 13,01 %). Dalších 13 odpovědí je zaznamenáno u zahřívání tabáku (10,57 %) a 11 odpovědí u jednorázových elektronických cigaret (8,94 %). Dalších 9 zdravotníků edukuje pacienty o škodlivosti nikotinových sáčků (7,32 %). Dále se personál při edukaci zaměřuje na rizika spojená s užíváním dýmek (6; 4,88 %), doutníků (5; 4,07 %) a vodních dýmek (5; 4,07 %). Celkem 19 respondentů uvádí, že neprovádí edukaci zaměřenou na konkrétní typy tabákových a nikotinových produktů (15,45 %). Na rizika spojená s užíváním nikotinových produktů upozorňuje 23 zdravotníků (38,98 %). Dalších 36 respondentů (61,02 %) uvedlo, že rizika nikotinových produktů nezmiňuje.

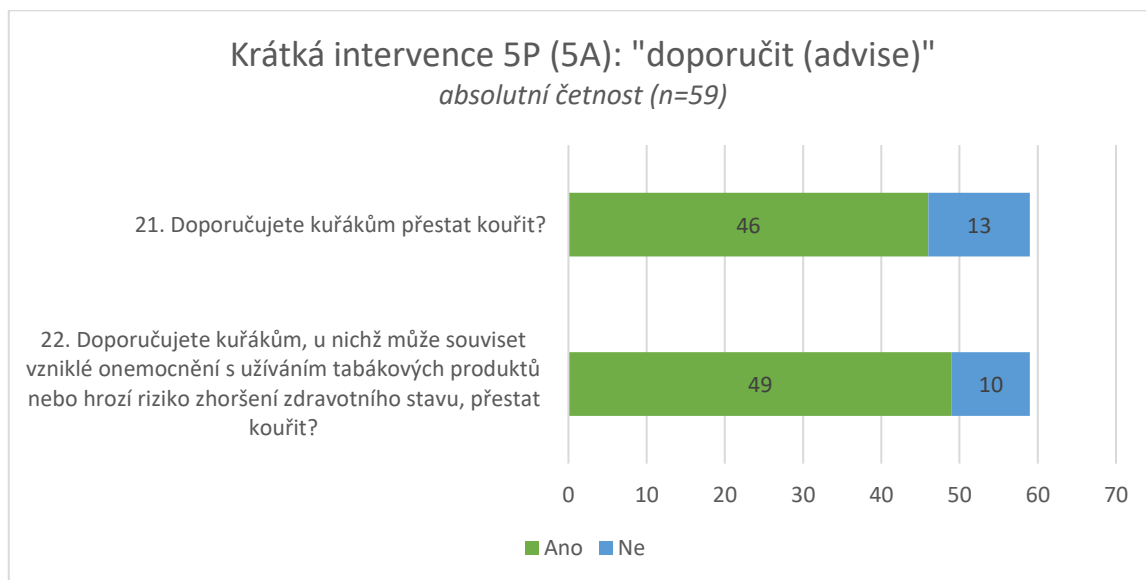
**Graf 3:** Edukace pacientů zaměřená na tabákové a nikotinové produkty



Fageströmův test provádí 2 lékaři (3,39 %). Zbýlých 57 respondentů test závislosti na nikotinu neprovádí (96,61 %).

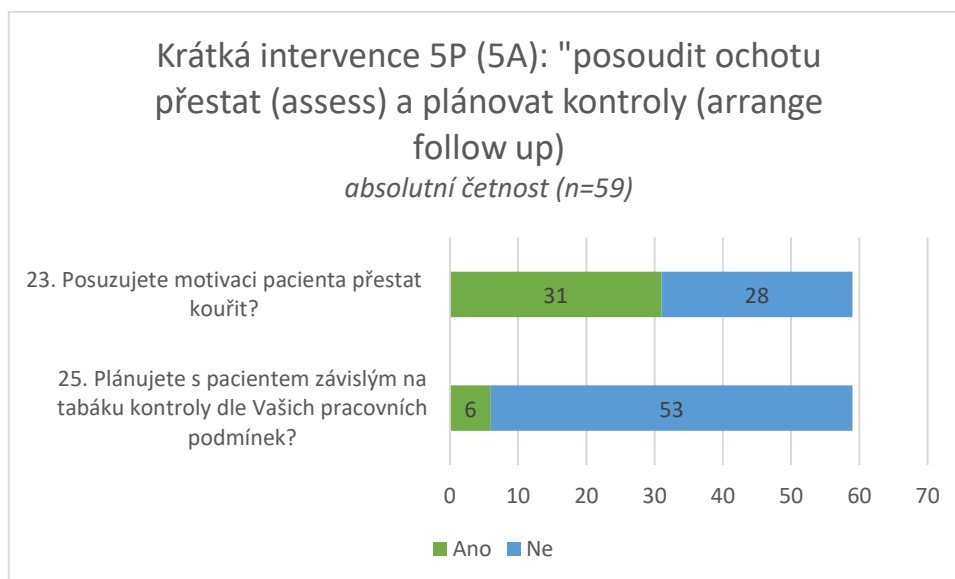
Kuřákům doporučuje přestat kouřit 46 zdravotníků (77,97 %). Pacientům, u nichž může souviset vzniklé onemocnění s užíváním tabákových produktů nebo hrozí riziko zhoršení zdravotního stavu, přestat kouřit, doporučuje odvykat více než 80 % zdravotnických pracovníků (49; 83,05 %).

**Graf 4:** Poskytování krátké intervence "doporučit (advise)"



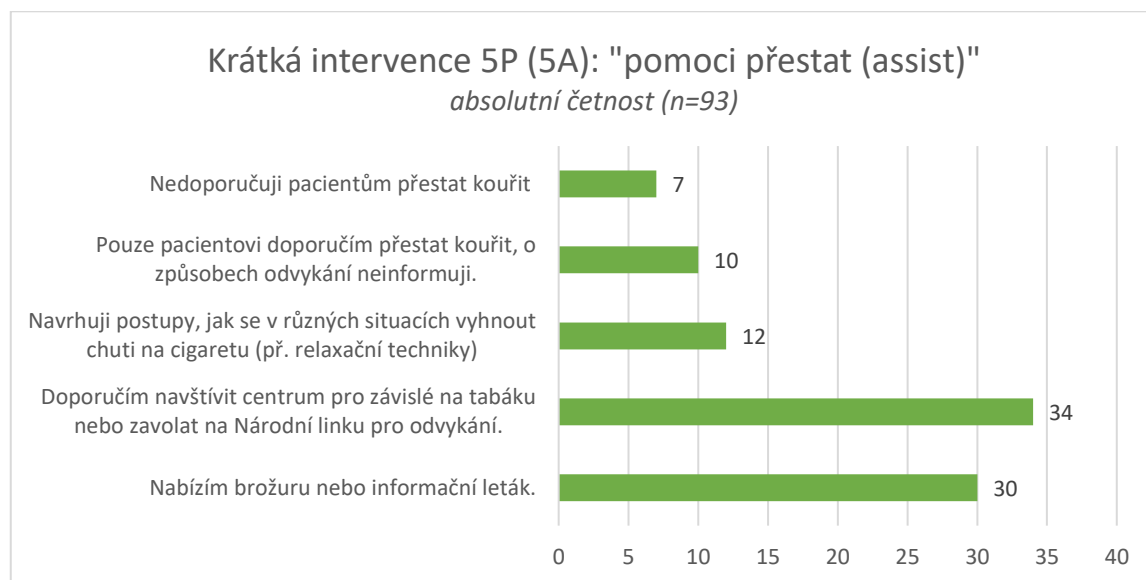
Ochotu přestat kouřit posuzuje více než 50 % zdravotníků (31; 52,54 %). Dalších 28 respondentů motivaci pacienta neposuzuje (47,46 %). Kontroly s pacientem závislým na tabáku dle pracovních podmínek plánuje 6 respondentů (10,17 %). Zbýlých 53 zdravotníků (89,83 %) kontroly za účelem poradenství při odvykání kouření neuskutečňuje.

**Graf 5:** Provádění krátkých intervencí: posouzení ochoty přestat a plánování kontrol



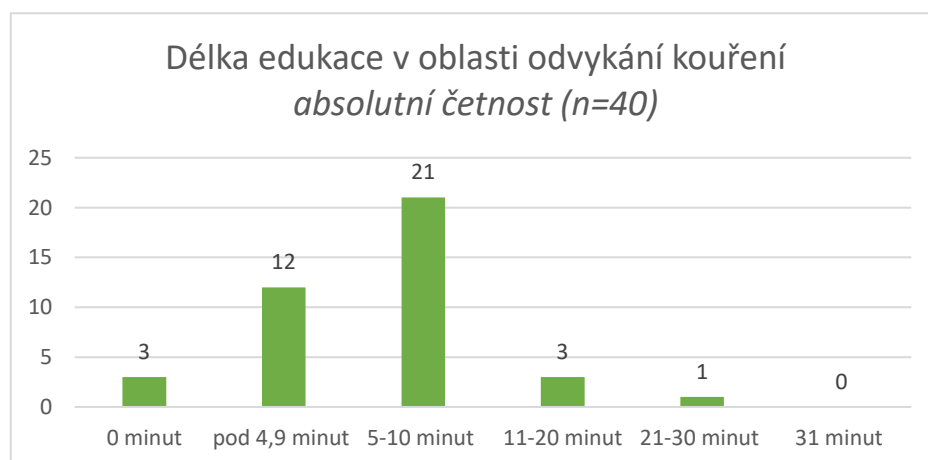
Zdravotnický personál nejčastěji doporučuje pacientům navštívit centrum pro závislé na tabáku nebo zavolat na linku pro odvykání kouření (34 odpovědí; 36,56 %). Druhou nejčastější variantou je nabídka brožury nebo informačního letáku (30 odpovědí; 32,29 %). Zdravotničtí pracovníci dále navrhuji postupy, jak se v různých situacích vyhnout chuti na cigaretu (př. relaxační techniky; 12 odpovědí; 12,90 %). Dalších 10 respondentů (10,75 %) uvádí, že pacientovi pouze doporučí přestat kouřit a o konkrétních způsobech neinformuje.

**Graf 6:** *Provádění krátké intervence "pomoci přestat (assist)"*



Krátká intervence trvá nejčastěji v intervalu 5-10 minut (21 respondentů; 52,50 %). Dalších 12 respondentů uvádí, že edukace netrvá déle než 4,9 minut (12; 30 %). S časovým rozmezím 11-20 minut se ztotožňují 3 zaměstnanci (7,50 %). Jeden pracovník provádí intervence v rozmezí 21-30 minut (2,50 %). Nad 31 minut respondenti krátké intervence neprovádí. Zbývající 3 respondenti označili, že intervenci neprovádí. Otázku týkající se délky edukace nevyplnilo 19 zdravotníků.

**Graf 7:** *Délka krátké intervence v oblasti odvykání kouření*



### 8.2.2. Rozsah poskytování krátkých intervencí v oblasti užívání tabákových a nikotinových produktů na klinice kardiovaskulární chirurgie – sekundární analýza

Ve druhé části dotazníku bylo zkoumán rozsah poskytování krátkých intervencí v souvislosti s užíváním tabákových produktů. Celkem 12 zdravotnických pracovníků (60 %) edukovalo pacienty v oblasti škodlivosti kouření, zatímco zbylých 8 respondentů (40 %) neposkytovalo edukaci. Pacientům, kteří přichází s onemocněním souvisejícím s užíváním tabákových produktů, 11 zdravotníků (55 %) vysvětlovalo rizika spojená s užitím výrobků obsahujících tabák. Zbývajících 9 respondentů (45 %) rizika nevysvětlovalo.

První bod krátké intervence podle modelu 5P (5A) provedlo 14 respondentů (70 %), zatímco 6 pracovníků (30 %) se neptalo, zda pacient kouří. Na počet vykouřených cigaret za den se ptá 50 % zdravotnického personálu (10). Na další detailní informace týkající se pacientovy délky kouření se dotazovala také polovina pracovníků (10; 50 %). Pokud pacient přestal kouřit nebo nekouří, 15 pracovníků (75 %) ocenilo jeho přístup. Zbylých 25 % neoceňovalo pacienty.

Až 50 % zdravotnických pracovníků (10) se dotazovalo pacientů, jaké formy tabákových a nikotinových produktů užívají. Zbylých 10 respondentů (50 %) produkty nerozlišovalo. Zdravotnický personál se u pacientů nejčastěji setkává s užíváním klasických jednorázových cigaret (14; 25 %). Na druhém místě zdravotníci zaznamenali elektronické cigarety (12; 22 %). Výrazný výskyt byl zaznamenán u zahřívaného tabáku (př. IQOS), se kterým se u pacientů setkala 8 zaměstnanců kliniky (15 %). Dále personál uváděl užívání jednorázových elektronických cigaret (6; 11 %). Mezi méně častější produkty, s nimiž se zdravotnický personál u pacientů setkal, patřily doutníky (4; 7 %), nikotinové sáčky (3; 5 %), dýmky (2; 4 %) a vodní dýmky (1; 2 %). O konkrétní formy produktů se nezajímalo 5 respondentů (9 %).

*Tabulka 2.3: Klinika kardiovaskulární chirurgie: otázka 17. Pokud jste odpověděl/a ano, s jakými formami produktů jste se u pacientů setkal/a? (Lze označit více možností)*

Formy tabákových a nikotinových produktů	Absolutní četnost Počet (n=55)	Relativní četnost (%)
Klasické jednorázové cigarety	14	25 %
Elektronické cigarety	12	22 %
Jednorázové elektronické cigarety	6	11 %
Zahřívaný tabák (př. IQOS)	8	15 %
Nikotinové sáčky	3	5 %
Dýmky	2	4 %
Doutníky	4	7 %
Vodní dýmky	1	2 %
Nezajímám se o konkrétní formy	5	9 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>55</b>	<b>100 %</b>

Celkem 15 zdravotníků (37,5 %) edukovalo pacienty o škodlivosti užívání klasických jednorázových cigaret. Druhá nejčastější edukace směřovala ke škodlivému užívání elektronických (6; 15 %) a jednorázových elektronických cigaret (6; 15 %). Personál dále edukoval pacienty o škodlivých účincích zahřívání tabáku (4; 10 %). Minimálně se zdravotníci věnovali edukaci škodlivosti nikotinových sáčků (1; 2,5 %), dýmčím (1; 2,5 %), doutníkům (1; 2,5 %) a vodním dýmčím (1; 2,5 %). O škodlivosti užívání jednotlivých tabákových a nikotinových výrobků neinformovalo 5 respondentů (12,5 %). Na rizika spojená s užíváním nikotinových produktů (př. nikotinové sáčky) upozorňuje 11 respondentů (55 %). Zbýlých 9 pracovníků (45 %) na rizika neupozorňuje.

Z výzkumu jednohlasně vyplývá, že všeobecné sestry a další pomocný personál neprovádí Fagerströmův test závislosti na nikotinu.

Celkem 15 respondentů (75 %) pacientům doporučuje přestat kouřit. Dalších 5 zdravotnických pracovníků (25 %) nedoporučuje kuřákům přestat kouřit. Hodnoty zůstaly konstantní (75 % doporučilo odvykat) i v případě doporučení odvykat pacientům, jejichž vzniklé onemocnění mohlo souviset s užíváním tabákových produktů nebo jim hrozilo riziko zhoršení zdravotního stavu.

Motivaci pacienta přestat kouřit posuzuje 65 % zdravotnického personálu (13). Dalších 7 respondentů (35 %) motivaci neposuzuje. Z výzkumu vyplývá, že na klinice kardiovaskulární chirurgie kontroly s pacientem provádí pouze lékaři, přičemž pouze 2 (10 %) respondenti označili za kladnou odpověď plánování kontrol. Zbýlých 18 odpovědí (90 %), z nichž značnou část tvořily sestry, zaujímal negativní postoj k provádění kontrol.

Zdravotnický personál nabízí různé možnosti odvykání kouření. Na kardiovaskulární klinice převažovalo nabídnutí brožury nebo informačního letáku (9 odpovědí; 31 %) a doporučení návštěvy centra pro závislé na tabáku či zavolání na Národní linku pro odvykání (8 odpovědí; 28 %). Dále zdravotničtí pracovníci navrhovali postupy, jak se v různých situacích vyhnout chuti na cigaretu, například formou relaxačních technik (4 odpovědi; 14 %) a informovali o možnostech farmakoterapie – NNT, Defumoxan aj. (1 odpověď, 3 %). Pouze 4 respondenti (14 %) pacientovi doporučí přestat kouřit a o konkrétních možnostech neinformují. Další 3 zdravotníci (10 %) uvedli, že nedoporučují pacientům přestat kouřit.

Nejvíce zdravotníků poskytuje krátkou intervenci v rozsahu 5-10 minut (6; 42,86 %). Další skupina zdravotníků provádí edukaci maximálně 4,9 minut (4; 28,57 %). V intervalu 11-20 minut edukuje pacienty 1 zdravotnický pracovník (7,14 %). Dále poskytuje intervenci v rozsahu 21-30 minut jeden zdravotník (7,14 %). Nad 31 minut žádný zdravotník pacienty needukuje. 2 pracovníci uvádí, že krátkou intervenci neprovádí. Pracovníci odpověděli slovně: „Jen v rámci běžného hovoru, pokud na to téma naváže pacient sám“ a „Dle potřeby“. Celkem 6 respondentů neodpovědělo.

### 8.2.3. Rozsah poskytování krátkých intervencí v oblasti užívání tabákových a nikotinových produktů na klinice angiologie a kardiologie – sekundární analýza

O škodlivosti kouření edukuje 43 zdravotnických pracovníků (68,42 %). Dalších 6 respondentů pacientům edukaci neposkytuje (31,58 %). Pacientům, u nichž může vzniklé onemocnění s užíváním tabákových produktů, vysvětluje rizika 12 zdravotníků (63,16 %). Rizika nevysvětluje 7 respondentů (36,84 %).

Z 19 respondentů se ptá 15 zdravotníků (78,95 %) na stav kouření. 9 respondentů (47,37 %) se dotazuje na počet vykouřených cigaret za den a 8 respondentů (42,11 %) se ptá na počet let, kdy pacient kouří, nebo od kolika let. Nekuřáky oceňuje 15 zdravotníků (78,95 %). Zbylí 4 respondenti (21,05 %) neocení pacienty, kteří nekouří, nebo přestali.

Na konkrétní užívání forem tabákových a nikotinových produktů se dotazuje 7 respondentů (36,84 %). Dalších 12 pracovníků (63,16 %) užívání výrobků nerozlišuje. Nejčastěji se zdravotnický personál setkává s klasickými jednorázovými cigaretami (7; 17,50 %) a elektronickými cigaretami (6; 15,00 %). 4 pracovníci u pacientů zaznamenávají užívání zahřívaného tabáku (10,00 %). Dále se zdravotníci setkávají s nikotinovými sáčky (3; 7,50 %), dýmky (3; 7,50 %) a doutníky (3; 7,50 %). Minimální výskyt je zaznamenáván u jednorázových elektronických cigaret (1; 2,50 %) a vodních dýmek (1; 2,50 %). O konkrétní formy se nezajímá 12 pracovníků (30,00 %).

*Tabulka 2.4: Klinika angiologie a kardiologie: otázka 17. Pokud jste odpověděl/a ano, s jakými formami produktů jste se u pacientů setkal/a? (Lze označit více možností)*

Formy tabákových a nikotinových produktů	Absolutní četnost Počet (n=55)	Relativní četnost (%)
Klasické jednorázové cigarety	7	17,50 %
Elektronické cigarety	6	15,00 %
Jednorázové elektronické cigarety	1	2,50 %
Zahřívaný tabák (př. IQOS)	4	10,00 %
Nikotinové sáčky	3	7,50 %
Dýmky	3	7,50 %
Doutníky	3	7,50 %
Vodní dýmky	1	2,50 %
Nezajímám se o konkrétní formy	12	30,00 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>40</b>	<b>100,00 %</b>

Zdravotníci nejčastěji pacienty edukují o škodlivosti jednorázových klasických cigaret (11; 29,73 %). Výrazně je zaznamenána edukace rizik zahřívaného tabáku (5; 13,51 %) a elektronických cigaret (4; 10,81 %). 3 pracovníci edukují pacienty v oblasti rizikového užívání nikotinových sáčků (8,11 %). Dále personál edukuje o rizicích jednorázových elektronických cigaret (2; 5,41 %), dýmek (2; 5,41 %), doutníků (2; 5,41 %) a vodních dýmek (1; 2,70 %). Zbylých 7 respondentů (18,92 %) o konkrétních typech needukuje. Mezi respondenty na klinice angiologie a kardiologie převažuje postoj



neupozorňovat na rizika spojená s užíváním nikotinových produktů (13 respondentů; 63,16 %). Zbýlých 6 zdravotníků upozorňuje na rizika užívání nikotinových sáčků (31,58 %).

Fageströmův test závislosti na nikotinu zdravotnický personál zařazený do výzkumu na klinice angiologie a kardiologie neprovádí.

Celkem 13 respondentů (63,16 %) doporučuje kuřákům přestat kouřit. Pacientům, jejichž onemocnění může souviset s kouřením nebo jim hrozí riziko zhoršení zdravotního stavu, doporučuje přestat kouřit 15 zdravotníků (78,95 %).

Ochotu přestat kouřit posuzuje 8 respondentů (42,11 %). Zbývající část výzkumného souboru motivaci neposuzuje (57,89 %). Kontroly dle pracovník podmínek provádí pouze 1 lékař (5,26 %). Ostatní personál kontroly s pacienty neplánuje (11; 57,89 %).

Většina zdravotnických pracovníků z výzkumného souboru nabízí brožury a informační letáky (12; 37,50 %). Dále je doporučeno pacientům navštívit centrum pro závislé na tabáku nebo zavolat na Národní linku pro odvykání (8; 25,00 %). Další možností je navrhování postupů, jak se v různých situacích vyhnout chuti na cigaretu (4; 12,50 %). 5 zdravotníků pouze doporučuje přestat kouřit a o způsobech odvykání nedoporučuje (15,63 %). Další 3 pracovníci pacientům nedoporučují přestat kouřit (9,37 %).

Celkem 11 respondentů odpovědělo otázku 26: „*Jak dlouho přibližně trvá edukace pacienta v oblasti kouření? Uved'te v minutách.*“. Z výzkumu plyne, že na klinice angiologie a kardiologie nejvíce zdravotníků provádí intervenci v rozmezí 5-10 minut (6; 54,54 %). Další 3 pracovníci intervenují pacienty do 4,9 minut (27,27 %). Edukaci probíhající 11-20 minut poskytují 2 respondenti (18,18 %).

#### **8.2.4. Rozsah poskytování krátkých intervencí v oblasti užívání tabákových a nikotinových produktů na klinice endokrinologie a metabolismu – sekundární analýza**

Z 20 respondentů celkem 18 zdravotníků (90 %) edukovalo pacienty v oblasti škodlivosti kouření. O rizicích, spojených s užíváním tabákových produktů pacientům, u nichž se projevovalo onemocnění, na kterém se mohl podílet úzus tabáku, informovalo 16 (80 %) pracovníků na interní klinice, zatímco 20 % personálu (4) rizika nevysvětlovalo.

První bod krátké intervence 5P (5A) provedlo 18 respondentů (90 %) z 20 subjektů zapojených do výzkumu. Podrobněji, na počet cigaret vykouřených za den, se zeptalo 13 zdravotníků (65 %). Zbýlých 7 respondentů (35 %) se nedotázalo. Celkem 12 respondentů (60 %) zjišťovalo, kolik let pacient kouří, případně od kolika let. Dalších 8 pracovníků počet let kouření nezjišťovalo. V případě, že pacient nekouří, nebo přestal, jeho přístup ocenilo 19 respondentů (95 %) z 20 zúčastněných. Méně často se personál setkával u pacientů s nikotinovými sáčky (3; 7,14 %), dýmkami (3; 7,14 %) a doutníky (2; 4,76 %). Pouze 1 odpověď byla zaznamenána u jednorázových elektronických cigaret (2,38 %) a vodních dýmek (2,38 %).

Na konkrétní formy tabákových a nikotinových produktů se dotazovalo 35 % zdravotnického personálu (35 %). Zbýlých 13 respondentů (65 %) jednotlivé formy

nerozlišovalo. Zdravotnický personál se nejčastěji u pacientů setkal s užíváním klasických jednorázových (7; 16,67 %) a elektronických (7; 16,67 %) cigaret. Dále se často objevoval zahřívaný tabák (př. IQOS), s nímž se setkalo u pacientů 5 zdravotnických pracovníků (11,90 %).

**Tabulka 2.5:** *Klinika endokrinologie a metabolismu: otázka 17. Pokud jste odpověděl/a ano, s jakými formami produktů jste se u pacientů setkal/a? (Lze označit více možností)*

Formy tabákových a nikotinových produktů	Absolutní četnost Počet (n=42)	Relativní četnost (%)
Klasické jednorázové cigarety	7	16,67 %
Elektronické cigarety	7	16,67 %
Jednorázové elektronické cigarety	1	2,38 %
Zahřívaný tabák (př. IQOS)	5	11,90 %
Nikotinové sáčky	3	7,14 %
Dýmky	3	7,14 %
Doutníky	2	4,76 %
Vodní dýmky	1	2,38 %
Neptá se na konkrétní formy	13	30,95 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>42</b>	<b>100 %</b>

Nejčastěji zdravotnický personál edukoval pacienty o škodlivosti užívání klasických jednorázových cigaret (13; 28,26 %). O rizicích užívání elektronických cigaret informovalo 6 respondentů (13,04 %). Celkem 5 respondentů (10,87 %) edukovalo o rizikovém užívání nikotinových sáčků. 4 zdravotníci (8,70 %) zmínili škodlivé účinky zahřívaného tabáku. Dále zdravotnický personál edukoval pacienty o rizicích užívání jednorázových elektronických cigaret (3; 6,52 %), dýmkách (3; 6,52 %) vodních dýmkách (3; 6,52 %) a doutníků (2; 4,35 %). Celkem 7 pracovníků (15,22 %) nerozlišovalo typy produktů během krátké intervence. Zdravotníci se minimálně zaměřují na upozorňování rizik spojených s užíváním nikotinových produktů (př. nikotinové sáčky). Pouze 6 respondentů (30 %) upozornilo na rizika spojená s užíváním nikotinových produktů. Zbylých 14 respondentů (70 %) na rizika nikotinových výrobků neupozorňuje.

Výzkum ukazuje, že Fagerströmův test provádí pouze lékaři (2; 10 %). Další zdravotnický personál (18; 90 %) test závislosti na nikotinu neprovádí.

Celkem 18 zdravotnických pracovníků (90 %) doporučuje kuřákům přestat kouřit. Další 2 pracovníci (10 %) nedoporučují přestat kouřit. Pokud vzniklé onemocnění může souviset s užíváním tabákových produktů, nebo hrozí riziko zhoršení zdravotního stavu, 19 respondentů (95 %) doporučuje odvykat od kouření.

Motivaci přestat kouřit posuzovalo 50 % respondentů (10). Dle pracovních podmínek kontroly plánovaly pouze 3 všeobecné sestry (15 %). Další sestry a pomocný personál (17; 85 %) s pacientem závislým na tabáku kontroly neplánuje.

Nejčastěji zdravotničtí pracovníci odkazovali pacienty do centra pro závislé na tabáku (18 odpovědí; 54,55 %). Druhým způsobem bylo nabízení brožur a informačních

letáků (9 odpovědí; 27,27 %). Dále se doporučovaly postupy, jak se vyhnout chuti na cigaretu (4 odpovědi; 12,12 %). Zdravotnický personál neinformoval o způsobech odvykání, ale pouze doporučil přestat kouřit (1 odpověď; 3,03 %) nebo nedoporučoval pacientům přestat kouřit (1 odpověď; 3,03 %).

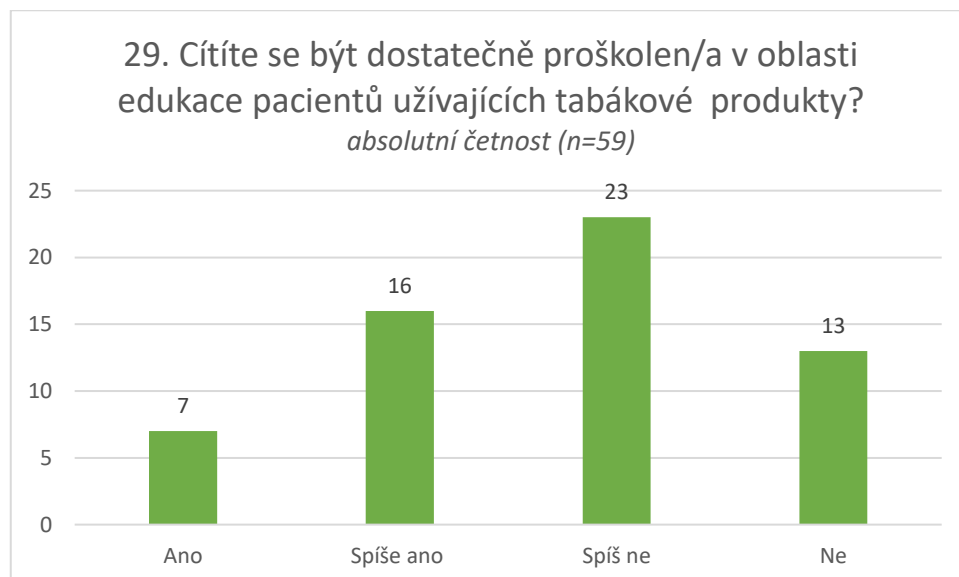
Na otázku týkající se edukace pacientů v oblasti kouření odpovědělo na klinice endokrinologie a metabolismu 15 z 20 respondentů. Nejvíce zaměstnanců kliniky edukuje pacienty v intervalu 5-10 minut (9; 60,00 %). Dalších 5 respondentů uvedlo, že provádí krátkou intervenci do 4,9 minut (33,33 %). Jeden účastník výzkumu odpověděl, že edukaci neprovádí (6,67 %).

### 8.3. Mapování bariér omezujících poskytování krátkých intervencí napříč klinikami

Zdravotnický personál se může potýkat s řadou překážek omezujících poskytování krátké intervence. V rámci zaměstnání absolvovalo školení v oblasti edukace užívání tabákových produktů 12 respondentů (20,34 %) z celkového počtu 59 účastníků výzkumného souboru. Specializovaného školení v oblasti poskytování krátkých intervencí se účastnilo pouze 9 zdravotnických pracovníků (15,25 %). Dalších 50 zdravotníků (84,75 %) odborné školení neabsolvovalo. Kapitola se věnuje čtvrté výzkumné otázce: Jaké bariéry omezují zdravotníky při poskytování krátkých intervencí?

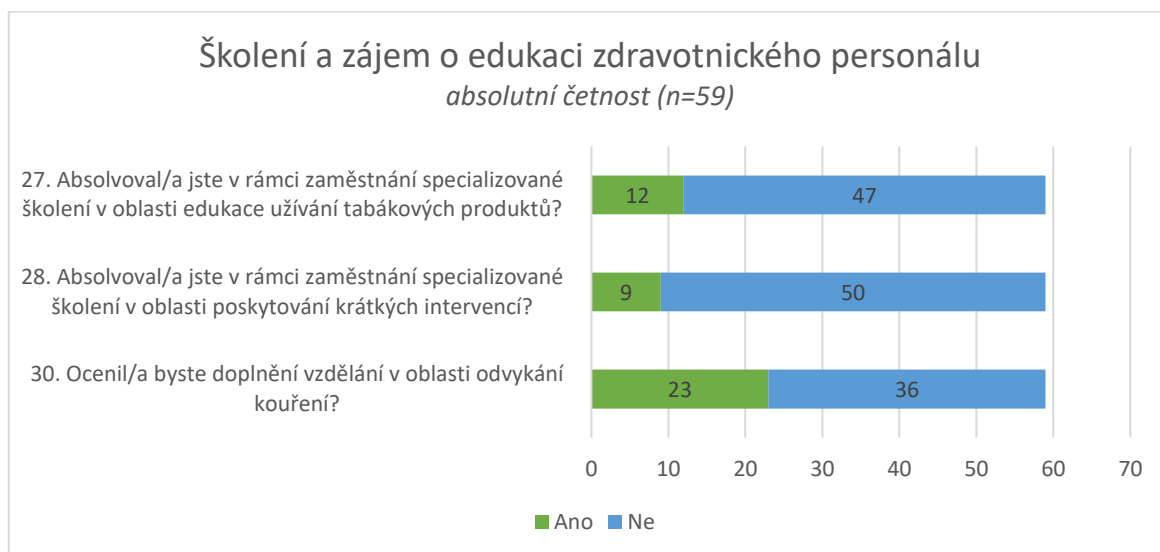
Dostatečně proškoleni se cítí 7 respondentů z výzkumného souboru (11,87 %). Pozitivně se přiklání k odpovědi „spíše ano“ 16 zdravotnických pracovníků (27,12 %). Odpověď „spíše ne“ uvedlo 23 účastníků výzkumu (38,98 %). Nedostatečné proškolení pociťuje 13 zdravotníků (22,03 %).

**Graf 8:** Mapování proškolení zdravotnického personálu



Téměř 40 % respondentů (23; 38,98 %) by ocenilo doplnění vzdělání v oblasti odvykání kouření. Dalších 36 zdravotníků (61,08 %) nemá o školení zájem.

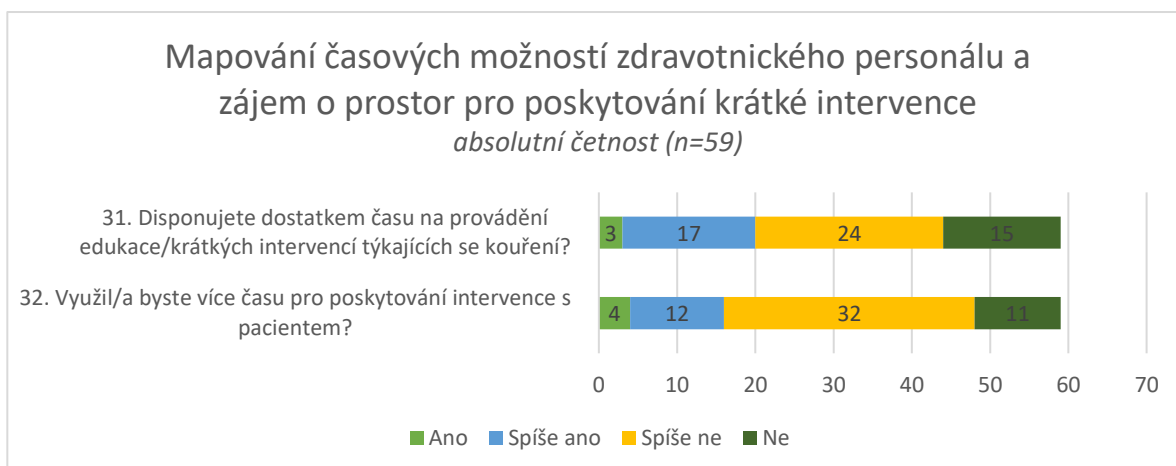
**Graf 9:** Školení a zájem o edukaci ze strany zdravotnického personálu



Výzkum se dále zaměřuje na mapování časových možností zdravotnického personálu. Pracovníci se přiklání k možnosti nedostatečného prostoru pro poskytování intervence odvykání kouření. Celkem 24 respondentů (40,68 %) uvádí, že spíše nedisponuje dostatkem času na provádění edukace/krátkých intervencí týkajících se kouření. Dalších 15 zdravotníků (25,42 %) nemá časový prostor pro poskytování edukace. Na druhou stranu 17 respondentů (28,81 %) spíše disponuje prostorem edukovat pacienty v oblasti kouření. 3 pracovníci (5,08 %) mají časové možnosti pro intervenci.

Více než polovina respondentů (32; 54,24 %) by spíše nevyužila čas pro poskytování intervence s pacientem. Dalších 11 zdravotníků (18,64 %) by vůbec nevyužilo více časového prostoru pro intervenci. Časové možnosti by naopak využili 4 pracovníci (6,78 %). Spíše by využilo prostor pro edukaci 12 zaměstnanců (20,34 %) z výzkumného souboru.

**Graf 10:** Mapování časových možností zdravotnického personálu a zájem o prostor pro poskytování krátké intervence



Zájem o podporu odvykání kouření ze strany pacientů vnímají pouze 2 zdravotníci a 10 zdravotnických pracovníků (16,95 %) se přiklání k možnosti „spíše ano“. Více zdravotníků se připojuje k názoru, že pacienti nemají zájem o podporu odvykání kouření („spíše ne“ – 30 respondentů; 50,85 %; „ne“ – 15; 25,42 %). Zbylí 2 respondenti (3,39 %) uvádí odpověď „nevím“.

**Graf 11:** Mapování zájmu pacientů o podporu odvykání kouření



Dotazník obsahoval nepovinnou otázku zaměřenou na navržení doporučení, která by mohla zlepšit efektivitu poskytování krátkých intervencí v oblasti tabákových či nikotinových produktů. Odpovědi obsahovaly:

- „Určitě by pomohlo se tomuto tématu u pacientů večer věnovat třeba při přijetí k zákroku. Nevím, do jaké míry jsou edukováni sestrami nebo lékaři.“
- „Větší zapojení praktických lékařů do programu odvykání kouření.“
- „Vykazovat si to.“ (lékař)
- "Je to marný!! Máme pacienty kouřící od 8 let!!"
- „Lepší edukační materiály, krátká videa.“
- „Více reklamy, veřejná telefonní čísla + kontakty na centrum odvykání.“
- „V akutní lůžkové péči není čas ani prostor. Zájem pacientů je individuální a končí datem propuštění.“

## 9. Diskuze

Z výsledků vyplývá, že zdravotnický personál edukuje pacienty o škodlivosti užívání tabákových produktů. Skoro 70 % zdravotnických pracovníků vysvětluje rizika užívání tabáku pacientům, u nichž může vzniklé onemocnění souviset s kouřením. Dále bylo zjištěno, že zdravotníci ve fakultní nemocnici v Praze poskytují krátké intervence, avšak v neúplném rozsahu. Získaná data jednotlivých klinik se od sebe liší minimálně.

První krok „ask (ptát se)“ provádí přibližně 80 % zdravotníků. Méně často se personál doptává podrobněji na kuřáckou anamnézu. Z výzkumu plyne, že zdravotničtí pracovníci rozlišují užívání alternativ tabákových a nikotinových produktů, ale primárně intervenuje pacienty, kteří užívají klasické jednorázové cigarety. Zdravotníci se v praxi setkávají s pacienty užívajícími tabákové a nikotinové alternativy, z nichž byly výrazně zaznamenány elektronické cigarety a zahřívavý tabák, což odpovídá prevalenci užívání tabákových výrobků v české populaci. Mírné zastoupení je patrné i u edukace o rizicích nikotinových sáčků.

Z otázek 17. a 18. může plynout, že se zdravotnický personál nedotazuje pacientů na užívání konkrétních forem tabákových a nikotinových produktů, ale edukuje o výrobcích, které jsou v populaci nejvíce rozšířené bez ohledu na pacientovu kuřáckou anamnézu.

Výrazná většina zdravotníků oceňuje přístup pacienta, který nekouří, nebo odvyká, což může mít pozitivní vliv na pacientovo rozhodnutí.

Zdravotnický personál doporučuje pacientům přestat kouřit, jelikož druhý bod „advise (doporučit)“ provádí téměř 80 % zdravotníků. Z výzkumu plyne, že někteří zdravotníci mohou doporučovat odvykání pacientům až v případě, kdy může již vzniklé onemocnění souviset s užíváním tabákových produktů, nebo hrozí riziko zhoršení zdravotního stavu.

Dle výsledků se zdravotnický personál méně zaměřuje na posuzování ochoty pacienta kouřit oproti předchozím bodům, avšak stále více než polovina zdravotníků třetí krok provádí.

Čtvrtý bod „assist (pomoci)“ je omezen na doporučení návštěvy centra pro závislé na tabáku nebo předání kontaktu na Národní linku pro odvykání, či nabídku brožury a informačního letáku. Podrobnější návrhy, jak se vyhnout chuti na cigaretu, zdravotnický personál během krátké intervence poskytuje minimálně. Důvodem může být časová vytíženost, nebo nízké proškolení personálu.

Odkázání do centra pro závislé na tabáku může být pro pacienta překážkou k odvykání, jelikož je proces směřován do další služby, což může pacienta zatížit z časové i osobní stránky. Pacient při kontaktu s dalším zařízením znovu udává své osobní informace. Na druhou stranu je mu poskytována intenzivní intervence odvykání kouření a je zde prostor pro plánování kontrolních návštěv, což je na interních a chirurgických klinikách realizovatelné minimálně.

Průřezová studie uskutečněná ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady z roku 2016 uvádí, že se ptá 52,7 % sester pacientů, zda kouří. Polovina sester posuzuje ochotu přestat kouřit (50,5 %). Téměř většina s pacientem neplánuje kontroly (96,8 %) (Schneidrová et al, 2016). V srovnání s aktuálním výzkumem se personál dotazuje více, avšak jsou ve výzkumném souboru zahrnuti i lékaři. Hodnoty posouzení ochoty přestat kouřit a plánování kontrol s pacientem jsou podobné v obou studiích. Výsledné hodnoty mohou značit časovou vytíženost zdravotnického personálu.

Podobné výsledky pro obě zařízení se objevují u forem doporučení odvykání kouření. Významná část sester doporučí návštěvu centra pro odvykání (20,6 %). Zbývajících 12,2 % nabízí brožuru (Schneidrová et al, 2016). V pražské fakultní nemocnici byly zaznamenány nejvíce frekventované odpovědi doporučení návštěvy centra (36,6 % odpovědí) a nabídka informačního letáku (32,3 % odpovědí).

O 2 roky později byl výzkum ve FNKV rozšířen o druhou etapu. Výsledky poskytování krátké intervence se příliš nelišily od první fáze. V roce 2018 se ptalo 53,2 % sester. Mezi sestrami se zvýšila hodnota posuzování ochoty pacientů o 6,5 % (původně 50,5 %, nyní 57 %). Kontroly byly prováděny minimálně (2,4 %). O 13,7 % vzrostl počet sester, které doporučovaly návštěvu centra pro odvykání kouření (34,3 %) Sestry dále nabízely brožury častěji o 2,5 % (Schneidrová et al, 2018). Výsledky odpovídají nárůstu povědomí o poskytování krátkých intervencí. S nynějším výzkumem nevytváří výrazné odchylky v hodnotách.

Dle zahraniční průřezové studie publikované v roce 2017 zdravotnický personál častěji poskytoval první 3 body krátké intervence 5P (5A) – ptát se, doporučit, posoudit než body poradit a plánovat kontroly. Lékaři dosahovali vyššího skóre při poskytování krátkých intervencí než sestry a pomocný personál. Významnou roli hrála také nekuřácká anamnéza zdravotníků. V délce vykonávání profese a ve věkových skupinách nebyl zaznamenán rozdíl (Martínez et al, 2017.) Ve srovnání s výzkumnou částí bakalářské práce významně dominují první dva body – ptát se, doporučit, které provádí přibližně 80 % respondentů. Mírný pokles je zaznamenán u posuzování ochoty, avšak jej provádí více než polovina respondentů. Zdravotníci fakultní nemocnice stejně jako v případě zahraniční průřezové studie méně kladou důraz na pomoc při odvykání a minimálně plánují kontroly s pacientem (10 %).

Téměř shodné výsledky s bakalářským výzkumem přináší zahraniční studie Brief tobacco cessation interventions: Practices, opinions, and attitudes of healthcare professionals (Krátké intervence pro odvykání tabáku: Praxe, názory a postoje zdravotníků), do kterého bylo zapojeno 133 účastníků, převážně sester. Na kouření se dotazovalo 76,3 % respondentů. Více než 80 % doporučovalo kuřákům přestat kouřit (83,5 %) a 70,5 % posuzovalo ochotu odvykat. Méně často zdravotníci poskytovali pomoc při odvykání kouření (40,9 %) a dále sledovali stav pacientů (24,2 %; Grech et al, 2020). U obou studií zdravotní personál uvedl, že nedisponuje dostatkem času k provádění intervencí.

První bariérou v poskytování krátkých intervencí tvoří nízké proškolení personálu. K provádění kvalitní krátké intervence odvykání kouření je nutné zajistit vhodné školení zdravotnického personálu, což hraje významnou roli pro rozhodnutí vedoucímu ke změně pacientova životního stylu a správné uvedení postupu pro dosažení úspěšného odvykání na tabákových a nikotinových produktech. Výzkum také ukazuje, že více než polovina zdravotnických pracovníků nemá o odborné školení zájem.

Další překážku představuje nedostatečné množství času k provádění intervence odvykání kouření. Vzhledem k minimálnímu prostoru se zdravotníci mohou zaměřovat pouze na stručné doporučení odvykat a nevěnovat se detailnímu poskytování jednotlivým bodům intervence 5P (5A). S tím může souviset pouze odkázání na centrum nebo telefonní linku pro odvykání kouření či stručné předání informačního letáku než podrobnější poradenství, jak přestat kouřit (assist). V nemocničním prostředí nemusí být dostatek času k plánování kontrol. Na druhou stranu více než polovina zdravotníků zapojených do dotazníkového šetření by spíše nevyužila více prostoru k poskytování krátké intervence.

Bariéru při poskytování intervence může tvořit i nezájem pacientů přestat kouřit. Více než 50 % zdravotníků nepocítuje zájem ze strany pacientů o odvykání kouření, což může vést k frustraci a snížení poskytování krátké intervence. Zvýšit motivaci pacientů a povědomí o odvykání by dle zdravotnického personálu ve fakultní nemocnici mohlo vytvoření edukačních materiálů a krátkých videí. Vzbudit zájem o změnu by mohly reklamy propagující telefonní kontakty na odbornou pomoc v oblasti odvykání kouření.

V rámci standardní lůžkové péče by se ve večerních hodinách mohli zdravotníci tématu více věnovat. Dále je doporučeno vedení záznamů o poskytnutí krátké intervence. Jelikož je zájem o odvykání omezený po dobu hospitalizace, měli by se zapojit mimo nemocnici do podpory odvykání i praktičtí lékaři.

Zvýšit ochotu poskytovat krátké intervence by mohla implementace benefitů zahrnutých do osobního ohodnocení na základě vedení záznamu o provedení intervence zdravotnickými pracovníky.



## 9.1. Limity a silné stránky výzkumu

Výsledky jsou prezentovány v komplexní podobě vzhledem k nízkému zastoupení lékařských profesí a pomocného zdravotnického personálu na rozdíl od výzkumů uskutečněných na jiných odborných pracovištích, což mohlo vést ke zvýšení hodnot výsledků ve prospěch provádění intervencí.

Výrazným limitem výzkumu je nízká návratnost vzhledem k pracovní vytíženosti zdravotnického personálu. Výzkum disponuje nižším počtem zdravotnických pracovníků ve srovnání s českými a zahraničními výzkumy, které byly prováděny napříč všemi klinikami dané nemocnice.

Ačkoliv se původně předpokládalo s výzkumem zaměřeným na poskytování u všech zdravotnických pracovníků, do výzkumu se zapojily převážně sestry, kterých se ve zdravotnickém zařízení nachází nejvíce.

Průřezová studie přináší řadu rizik spojených s validitou výzkumu, a tak nezaručuje uplatnění/ implikaci přímých kauzálních závěrů na veškerá nemocniční pracoviště.

Zkreslení výsledků může spočívat ve vyplnění odpovědí ve prospěch provádění krátkých intervencí ve snaze postupovat dle evidence-based doporučení.

Mezi další limity výzkumu patří nerovnoměrné genderové rozložení, avšak v nemocničním zařízení převažuje vyšší zastoupení žen.

Významnou silnou stránkou je vytvoření nové komplexní explorativní analýzy problematiky, jelikož je téma v českém zdravotnictví minimálně zkoumané.

Mezi silné stránky výzkumu patří vytvoření souhrnného dotazníku zahrnujícího všechny body krátké intervence. Z výzkumu byli vyloučeni zdravotníci, kteří pracují pouze s pacienty nacházejícími se v akutním ohrožení života – na JIP a ARO, kde není vhodné ani možné poskytovat krátké intervence v oblasti odvykání kouření.

Výhodou je zajištění maximálního přístupu k vyplnění dotazníku v online i tištěné verzi každému pracovníkovi na klinikách. Dotazníky však mohli častěji vyplňovat zdravotníci, kteří krátké intervence poskytují a o téma se aktivně zajímají.

K porovnání výsledků je doporučena rozsáhlejší studie za účelem získání poznatků o poskytování krátké intervence v českém nemocničním prostředí.

## 10. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit stav provádění krátkých intervencí a jeho rozsah. Ze studie vyplývá, že zdravotníci poskytují intervence v oblasti odvykání kouření, avšak v omezeném rozsahu, přičemž jedním z důvodů může být pracovní vytíženost zaměstnanců a nízká míra edukace personálu.

Ke zvýšení odbornosti zdravotnického personálu je doporučeno absolvování odborného školení v oblasti poskytování krátkých intervencí ve vztahu k užívání tabákových a nikotinových produktů a odvykání kouření.

Poskytování intervencí zdravotnickým personálem je nezbytné pro udržitelnost zdravotního stavu české populace. Upozornování na rizika tabákových a nikotinových produktů může vést ke zlepšení zdraví pacientů. Pokud zdravotníci projevují minimální zájem o podporu zdraví ve vztahu k užívání tabáku a nikotinu, může to mít dopad i na samotný postoj pacienta a snížení motivace odvykat kouření.

Zvýšit motivaci zdravotníků k provádění krátkých intervencí lze prostřednictvím zajištění kvalitních materiálů, které by eventuálně měly pacientovi pomoci s volbou odvykat a zajištění zaměstnaneckých benefitů motivujících k udržitelnému provádění krátkých intervencí.

Bakalářská práce přináší nové údaje o poskytování krátkých intervencí v nemocničním prostředí. Pro ověření dat je doporučen výzkum v jiném tuzemském zdravotnickém zařízení.

## Seznam použité literatury

1. Pilařová, L. (2003). Problematika závislosti na nikotinu. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 205-208.
2. Benowitz, N. L. (2008). Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clin Pharmacol Ther*, 83(4), 531-541. <https://doi.org/10.1038/clpt.2008.3>
3. Csémy, L., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M., & Skývová, M. (2023). *Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2022* Státní zdravotní ústav
4. Králíková, E., Štěpánková, L., Pánková, A. (2022). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis Lékařů Českých*, 161(1), 33-43.
5. Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J., & Mravčík, V. (2022). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021. Dostupné z: [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/33592/1131Souhrnna\\_zprava\\_o\\_zavislostech\\_2021\\_fin.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33592/1131Souhrnna_zprava_o_zavislostech_2021_fin.pdf).
6. World Health Organization. (2021). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025.
7. Králíková, E. (2021). Kouření, tabák, zahříváný tabák, nikotin, vapování a pojmy okolo. Smoking, tobacco, heated tobacco, nicotine, vaping, and concepts around. *Drugs & Forensics Bulletin NPC* č. 1. [https://www.tmv.cz/wp-content/uploads/2021/09/Koureni\\_tabak\\_zahrivany\\_tabak\\_nikotin\\_vapovani\\_a\\_pojmy\\_okolo.pdf](https://www.tmv.cz/wp-content/uploads/2021/09/Koureni_tabak_zahrivany_tabak_nikotin_vapovani_a_pojmy_okolo.pdf)
8. Vavrinčíková, L. (2012). Harm reduction a užívání tabáku. *Univerzita Karlova, Klinika adiktologie*, 1, 37.
9. Chang, C. M., Corey, C. G., Rostron, B. L., & Apelberg, B. J. (2015). Systematic review of cigar smoking and all cause and smoking related mortality. *BMC Public Health*, 15(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1617-5>
10. Eriksen, M. P., Mackay, J., & Ross, H. (2012). *The tobacco atlas* (Vol. 72). Citeseer.
11. Povová, J., Dalecká, A., Hývnarová, L., Tomášková, H., Ambroz, P., Vařechová, K., & Janout, V. (2015). Srovnání rizika z kouření cigaret a vodní dýmky [Article]. *Comparison of risks from smoking cigarettes and water pipe.*, 95(3), 127-130. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=103455492&lang=cs&site=ehost-live>
12. Grana, R., Benowitz, N., & Glantz, S. A. (2014). E-cigarettes: a scientific review. *Circulation*, 129(19), 1972-1986. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.114.007667>
13. Wang, M., Wang, J.-W., Cao, S.-S., Wang, H.-Q., & Hu, R.-Y. (2016). Cigarette Smoking and Electronic Cigarettes Use: A Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 13(1), 120. <https://www.mdpi.com/1660-4601/13/1/120>
14. National Institute on Drug Abuse. (2024). What are electronic cigarettes?. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/what-are-electronic-cigarettes>

15. Znyk, M., Jurewicz, J., & Kaleta, D. (2021). Exposure to heated tobacco products and adverse health effects, a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(12), 6651.
16. Popova, L., & Ling, P. M. (2013). Alternative tobacco product use and smoking cessation: a national study. *American journal of public health*, 103(5), 923-930.
17. Lunell, E., Fagerström, K., Hughes, J., & Pendrill, R. (2020). Pharmacokinetic comparison of a novel non-tobacco-based nicotine pouch (ZYN) with conventional, tobacco-based Swedish snus and American moist snuff. *Nicotine and Tobacco Research*, 22(10), 1757-1763.
18. Kulhánek, A., Baptistová, A., & Orliková, B. (2022). Nikotinové sáčky: nový fenomén na trhu nikotinových a tabákových výrobků v České republice. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 5(1), 26-33.
19. World Health Organization. (2012). WHO global report on mortality attributable to tobacco.
20. Gallucci, G., Tartarone, A., Lerosé, R., Lalinga, A. V., & Capobianco, A. M. (2020). Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation. *J Thorac Dis*, 12(7), 3866-3876. <https://doi.org/10.21037/jtd.2020.02.47>
21. Kondo, T., Nakano, Y., Adachi, S., & Murohara, T. (2019). Effects of Tobacco Smoking on Cardiovascular Disease. *Circulation Journal*, 83(10), 1980-1985. <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-19-0323>
22. Aschermann, M., & Linhart, A. (2010). Kouření a kardiovaskulární onemocnění. *Cor Vasa*, 52(9), 500-505. <https://e-corevvasa.cz/pdfs/cor/2010/09/05.pdf>
23. Niederle, P. (2000). *Onemocnění srdce: rady pro kardiaky* ([1. vyd.] ed.). Triton.
24. General, U. S. P. H. S. O. o. t. S. (2010). *How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General*. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53021/>
25. Koblížek, V., & Kudelová, J. (2013). Kouření a chronická obstrukční plicní nemoc. *E. Králíková et al., Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, 237-251.
26. Braunová J. (2001). Asthma bronchiale, chronická obstrukční plicní nemoc, diferenciálně-diagnostický pohled. *Interní medicína pro praxi* 2, 92. <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2001/02/11.pdf>
27. Krejčí, D., & Pauk, N. (2021). Vyhledávání a management časných stadií karcinomu plic. *Onkologie*, 15(6), 277-283.
28. Rosolová, H. (2013). Kouření a diabetes mellitus. *Králíková, E. Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba. Břeclav: Adamira*, 194-198.
29. Malinovská, J., Urbanová, J., Vejtasová, V., Romanová, A., Pálová, S., Naeem, S. T., & Brož, J. (2022). Zanechání kouření a riziko diabetes mellitus 2. typu. *Vnitřní lékařství*, 68(1), E04-E08. <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2022/01/12.pdf>
30. Svačina, Š. (2018). Současné pohledy na metabolický syndrom. *Vnitřní lékařství*, 64(12), 1156-1159. <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2018/12/08.pdf>
31. Sucharda, P. (2010). Kouření a obezita [journal article]. *Vnitřní lékařství*, 56(10), 1053-1057. <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/artkey/vnl-201010-0007.php>

32. Konečný, M. M. (2018). Vředová choroba gastroduodenální. In: *Via practica*.(15). <https://solen.cz/pdfs/med/2017/04/05.pdf>
33. Provazník, K., & Komárek, L. (2003). *Manuál prevence v lékařské praxi*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2004.
34. Maléřová, S., Kalfert, D., Grega, M., Tachezy, R., & Klozar, J. Význam exprese proteinu p16 u dlaždicobuněčných karcinomů dutiny ústní. *Prevalence*, 11, 16. [https://www.researchgate.net/profile/David-Kalfert/publication/344073765\\_The\\_significance\\_of\\_p16\\_protein\\_expression\\_in\\_oral\\_squamous\\_cell\\_carcinoma/links/607aab7b2fb9097c0cecf27/The-significance-of-p16-protein-expression-in-oral-squamous-cell-carcinoma.pdf](https://www.researchgate.net/profile/David-Kalfert/publication/344073765_The_significance_of_p16_protein_expression_in_oral_squamous_cell_carcinoma/links/607aab7b2fb9097c0cecf27/The-significance-of-p16-protein-expression-in-oral-squamous-cell-carcinoma.pdf)
35. Smilek, P., Plzák, J., & Klozar, J. (2015). *Karcinomy dutiny ústní a hltanu* (Vol. 1000). Tobiáš.
36. Kroupa, R., Dastych, M., Ječmenová, M., & Dolina, J. (2013). Prekancerózy jícnu. *klinická onkologie*, 10(100), 17. <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/182.pdf#page=17>
37. Mishra, A., Chaturvedi, P., Datta, S., Sinukumar, S., Joshi, P., & Garg, A. (2015). Harmful effects of nicotine. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 36(01), 24-31. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.4103/0971-5851.151771>
38. Hoskovec, D. (2015). Karcinom žaludku. *Onkologie*, 9(6), 272-276.
39. Zhao, K., Li, H., Zhang, B., Pang, W., Yan, S., Zhao, X., Liu, X., Wang, W., Han, Q., Yao, Y., Chu, T., Feng, Z., Zhang, Q., & Zhang, C. (2023). Factors influencing advanced colorectal neoplasm anatomic site distribution in China: An epidemiological study based on colorectal cancer screening data. *Cancer Medicine*, 12(24), 22252-22262. <https://doi.org/10.1002/cam4.6722>
40. Hrubá, D. (2000). Kouření a zhoubné bujení.
41. Kulhánová, I., Forman, D., Vignat, J., Espina, C., Brenner, H., Storm, H. H., Bauld, L., & Soerjomataram, I. (2020). Tobacco-related cancers in Europe: The scale of the epidemic in 2018. *European Journal of Cancer*, 139, 27-36. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S095980492030424X>
42. Zvolská, K., Králíková, E., Štěpánková, L., Petanová, J., Adamcová, K., Perlík, F., Pafko, P., Lischke, R., & Chmel, R. Časopis Lékařů Českých. 1(156). 9-12. 1805–4420. <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-1/download?hl=cs>
43. Yoon, V., Maalouf, N. M., & Sakhaee, K. (2012). The effects of smoking on bone metabolism. *Osteoporosis International*, 23(8), 2081-2092. <https://doi.org/10.1007/s00198-012-1940-y>
44. Králíková, E. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. ADAMIRA, sro.
45. Králíková, E., & Zvolská, K. (2017). Kardiovaskulární rizika kouření, nikotinu a jeho nových forem. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*, 9(2), 64-68.
46. Hamplová, L., Jexová, S., Procházková, R., Marková, E., & Hlinovská, J. (2017). Výsledky realizace 1. roku projektu krátké intervence v praxi zdravotníků Realisation

- Results–1st Year of the Project of Brief Interventions in Practise of Health Professionals. *Život ve zdraví 2017*, 45.
47. Kabíček, P., Csémy, L., Čápková, E., & Jacobs, P. (2020). Manuál krátké intervence v oblasti návykových látek v praxi praktického lékaře pro děti a dorost. (3), 48. <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/11/Manu%C3%A1l-kr%C3%A1tk%C3%A9-intervence-v-oblasti-n%C3%A1vykov%C3%BDch-l%C3%A1tek-v-praxi-praktick%C3%A9ho-l%C3%A9ka%C5%99e-pro-d%C4%9Bti-a-dorost.pdf>
  48. Li, W., Ho, L., Cheung, A., & Chung, J. (2024). Helping Smokers With Cancer Quit Smoking: A Need for Novel Strategies. *Cancer Nursing*, 47(1). [https://journals.lww.com/cancernursingonline/fulltext/2024/01000/helping\\_smokers\\_with\\_cancer\\_quit\\_smoking\\_a\\_need.10.aspx](https://journals.lww.com/cancernursingonline/fulltext/2024/01000/helping_smokers_with_cancer_quit_smoking_a_need.10.aspx)
  49. Doolan, D. M., & Froelicher, E. S. (2008). Smoking Cessation Interventions and Older Adults. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 23(3), 119-127. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1751-7117.2008.00001.x>
  50. Štěpánková, M. L. (2011). Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického Lékaře. In: Dodatek.
  51. Miovský, M., Čablová, L., & Jurystová, L. (2015). Časná diagnostika a krátká intervence v adiktologii. K. Kalina et al. *Klinická adiktologie. Praha: Grada.*
  52. Křenková, K., Felbrová, B. V., Kulovaná, S., & Nohavová, M. I. (2021). Užívání tabáku informace a pracovní postup pro intervenci sestry.
  53. McRobbie, H., Bullen, C., Glover, M., Whittaker, R., Wallace-Bell, M., & Fraser, T. (2008). New Zealand smoking cessation guidelines. *The New Zealand Medical Journal (Online)*, 121(1276). [https://www.researchgate.net/profile/Marewa-Glover/publication/5280857\\_New\\_Zealand\\_Smoking\\_Cessation\\_Guidelines/links/09e41508711825215b000000/New-Zealand-Smoking-Cessation-Guidelines.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marewa-Glover/publication/5280857_New_Zealand_Smoking_Cessation_Guidelines/links/09e41508711825215b000000/New-Zealand-Smoking-Cessation-Guidelines.pdf)
  54. Lawson, P. J., Flocke, S. A., & Casucci, B. (2009). Development of an Instrument to Document the 5A's for Smoking Cessation. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(3), 248-254. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.04.027>
  55. Králíková, E., & Štěpánková, L. (2011). Kouření tabáku, základní fakta a sociální souvislost. *Adiktologie*, 11(3), 180-185. [http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2011\\_3\\_Kralikova\\_Koureni-tabaku.pdf](http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2011_3_Kralikova_Koureni-tabaku.pdf)
  56. Little, M. A., Talcott, G. W., Bursac, Z., Linde, B. D., Pagano, L. A., Messler, E. C., Ebbert, J. O., & Klesges, R. C. (2016). Efficacy of a Brief Tobacco Intervention for Tobacco and Nicotine Containing Product Use in the US Air Force. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(5), 1142-1149. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv242>
  57. Ficnerová, P. J., Petrášová, P. P., Malovaná, M. M., & Chudoba, P. L. (b.r.) Poradenství při odvykání kouření. <https://www.slzt.cz/media/document/468f970026b27299139a6a82f20d0fe9.pdf>
  58. Nešpor, K. (2008). Náhlé příhody související se závislostí na tabáku. *Prakt. Lék*, 88(6), 341-345.
  59. Nešpor, K. (2006). Léčba závislosti na tabáku v praxi. *Medicína pro praxi*, 2(4), 155-157. <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2005/04/05.pdf>

60. Králíková, E. (2021). Kouření tabáku z pohledu různých profesí, léčba, odvykání kouření, harm reduction tobacco smoking from the view of different professions, treatment, smoking cessation, harm reduction. *Profese online*, 14(1), 36-41. <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2021/01/08.pdf>
61. Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M., & Skývová, M. (2021). Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020 [NAUTA]. Praha: Státní zdravotní ústav. <https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/03/Narodni-vyzkum-uzivani-tabaku-a-alkoholu-v-Ceske-republice-2020.pdf>
62. *Ozdravný balíček* (2023). Praha: Oddělení komunikace s médii Retrieved from <https://www.mfcr.cz/cs/ministerstvo/media/ozdravny-balicek>
63. Králíková, E. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. ADAMIRA, sro.
64. Ugalde, A., White, V., Rankin, N. M., Paul, C., Segan, C., Aranda, S., Wong Shee, A., Hutchinson, A. M., & Livingston, P. M. (2022). How can hospitals change practice to better implement smoking cessation interventions? A systematic review. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 72(3), 266-286. <https://doi.org/https://doi.org/10.3322/caac.21709>
65. Rigotti, N. A., Clair, C., Munafò, M. R., & Stead, L. F. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22592676/>
66. Li, W. H. C., Ho, L. K., Cheung, A. T., & Chung, J. O. K. (2024). Helping Smokers With Cancer Quit Smoking: A Need for Novel Strategies. *Cancer Nursing*, 47(1). [https://journals.lww.com/cancernursingonline/fulltext/2024/01000/helping\\_smokers\\_w ith\\_cancer\\_quit\\_smoking\\_a\\_need.10.aspx](https://journals.lww.com/cancernursingonline/fulltext/2024/01000/helping_smokers_w ith_cancer_quit_smoking_a_need.10.aspx)
67. Rustler, C., Sauerwald, J., & Lindinger, P. (2023). Smokefree ticket-Project - referring primary care patients to the German Quitline: Implantation strategies and Progress after 3 years. *Tobacco Prevention & Cessation*, 9(Supplement). <https://doi.org/10.18332/tpc/163032>
68. Nichol, B., Rodrigues, A. M., Wilson, R., & Haighton, C. (2023). A Systematic Review of the Effectiveness of Brief Health Behaviour Change Interventions on Service Users Accessing the Third and Social Economy Sector. *Health & Social Care in the Community*, 2023, 2928228. <https://doi.org/10.1155/2023/2928228>
69. Lawson, P. J., Flocke, S. A., & Casucci, B. (2009). Development of an Instrument to Document the 5A's for Smoking Cessation. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(3), 248-254. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.04.027>
70. A Pilot Study on Inducement of Smoking Cessation by a Simple 5A (Asking, Advice, Assess, Assist, and Arrange) Approach at Outpatient Clinics. (2006). *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 7(1), 131-135. [https://journal.waocp.org/article\\_24442\\_5c45eb57d18246721e9a7c1badf61830.pdf](https://journal.waocp.org/article_24442_5c45eb57d18246721e9a7c1badf61830.pdf)
71. Utap, M. S., Tan, C., & Su, A. T. (2019). Effectiveness of a brief intervention for smoking cessation using the 5A model with self-help materials and using self-help materials alone: A randomised controlled trial. *Malays Fam Physician*, 14(2), 2-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6818691/>



72. Puschel, K., Thompson, B., Coronado, G., Huang, Y., Gonzalez, L., & Rivera, S. (2008). Effectiveness of a brief intervention based on the '5A' model for smoking cessation at the primary care level in Santiago, Chile. *Health Promotion International*, 23(3), 240-250. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan010>
73. Siddiqi, A. D., Chen, T. A., Britton, M., Martinez Leal, I., Carter, B. J., Correa-Fernández, V., Rogova, A., Kyburz, B., Williams, T., Casey, K., & Reitzel, L. R. (2023). Changes in Substance Use Treatment Providers' Delivery of the 5A's for Non-Cigarette Tobacco Use in the Context of a Comprehensive Tobacco-Free Workplace Program Implementation. *International journal of environmental research and public health*, 20(3). <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/3/2730>
74. Faulkner, K., Sutton, S., Jamison, J., Sloan, M., Boase, S., & Naughton, F. (2016). Are Nurses and Auxiliary Healthcare Workers Equally Effective in Delivering Smoking Cessation Support in Primary Care? *Nicotine & Tobacco Research*, 18(5), 1054-1060. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv206>
75. Katz, D., Brown, R. B., Muehlenbruch, D. R., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2004). Implementing guidelines for smoking cessation: Comparing the efforts of nurses and medical assistants. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(5), 411-416. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.07.015>
76. Pardavila Belio, M. I., Moreno Arroyo, C., Romero, O., Duaso, M. J., Tricas-Sauras, S., Vilaplana, J., Baroso, T., Canga-Armayor, N., Puig, M., & Martínez, C. (2023). Effectiveness of an online training program in "Brief Intervention in Smoking Cessation" in reaching smoking cessation competence among health sciences undergraduates [journal article]. *Tobacco Prevention & Cessation*, 9(Supplement). <https://doi.org/10.18332/tpc/162568>
77. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (2006-2024). *Doporučené postupy*. <https://www.slzt.cz/doporucene-postupy>
78. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (2006-2024). *Sesterská sekce*. <https://www.slzt.cz/sesterska-sekce#e-learning>
79. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (2006-2024). *Kalendář akcí*. <https://www.slzt.cz/kalendar-akci>
80. Králíková, E., Aschermann, M., Dvořák, V., Jirkovská, J., Hartinger, J.M., Kališová, L., Losse S., Pánková, A., Petanová, J., Popov, P., Šťastný, B., Štěpánková, L., Vokurka, S., Zvolská, K. (2022). *Léčba závislosti na tabáku*. <https://kdp.uzis.cz/res/guideline/50-zavislost-na-tabaku-final.pdf>
81. Schneidrová, D., Malinová, J., Bartošová, I., & Hynčica, V. (2016). Poskytování krátkých intervencí a prevalence kuřáctví u zaměstnanců Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze [Article]. *Occupational Medicine / Pracovní Lékarství*, 68(3), 94-102. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=120607621&lang=cs&site=ehost-live>
82. Schneidrová, D., Malinová, J., Bartošová, I., Hynčica, V., & Holá, M. (2018). Vývoj prevalence kuřáctví a poskytování krátkých intervencí u zaměstnanců Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy [Article].



*Occupational Medicine / Pracovní Lékarství*, 70(3/4), 85-93.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=135431692&lang=cs&site=ehost-live>

83. Martínez, C., Castellano, Y., Andrés, A., Fu, M., Antón, L., Ballbè, M., Fernández, P., Cabrera, S., Riccobene, A., Gavilan, E., Feliu, A., Baena, A., Margalef, M., & Fernández, E. (2017). Factors associated with implementation of the 5A's smoking cessation model. *Tobacco Induced Diseases*, 15(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12971-017-0146-7>
84. Grech, J., Sammut, R., Buontempo, M. B., Vassallo, P., & Calleja, N. (2020). Brief tobacco cessation interventions: Practices, opinions, and attitudes of healthcare professionals. *Tob Prev Cessat*, 6, 48. <https://doi.org/10.18332/tpc/125353>

### **Seznam právních předpisů**

1. Zákon č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
2. Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, hlava VI, § 26
3. Zákon č. 379/2005 Sb., opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů
4. Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů
5. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Schéma krátké intervence DIK (Králíková et al., 2022) .....	23
--	----

## Seznam tabulek a grafů

### Seznam tabulek

Tabulka 1.1: Věkové rozdělení zdravotnických pracovníků, str. 37

Tabulka 1.2: Stupeň vzdělání zdravotnických pracovníků, str. 38

Tabulka 1.3: Pracovní pozice zdravotnických pracovníků, str. 38

Tabulka 1.4: Náplň práce zdravotnických pracovníků, str. 39

Tabulka 1.5: Počet let vykonávání profese, str. 39

Tabulka 1.6: Intenzita komunikace s pacientem, str. 39

Tabulka 2.1: 10. Edukujete pacienty v oblasti škodlivosti kouření? Str. 41

Tabulka 2.2: 11. Vysvětlujete rizika spojená s užíváním tabákových produktů pacientům, u nichž může souviset vzniklé onemocnění s užíváním tabákových produktů? Str. 41

Tabulka 2.3: Klinika kardiovaskulární chirurgie: otázka 17. Pokud jste odpověděl/a ano, s jakými formami produktů jste se u pacientů setkal/a? (Lze označit více možností), str. 46

Tabulka 2.4: Klinika angiologie a kardiologie: otázka 17. Pokud jste odpověděl/a ano, s jakými formami produktů jste se u pacientů setkal/a? (Lze označit více možností), str. 48

Tabulka 2.5: Klinika endokrinologie a metabolismu: otázka 17. Pokud jste odpověděl/a ano, s jakými formami produktů jste se u pacientů setkal/a? (Lze označit více možností), str. 50

### Seznam grafů

Graf 1: Poskytování krátké intervence "ptát se (ask)" Str. 42

Graf 2: Dotazování se na formy tabákových a nikotinových produktů, str. 42

Graf 3: Edukace pacientů zaměřená na tabákové a nikotinové produkty, str. 43

Graf 4: Poskytování krátké intervence "doporučit (advise)" Str. 44

Graf 5: Provádění krátkých intervencí: posouzení ochoty přestat a plánování kontrol, str. 44

Graf 6: Provádění krátké intervence "pomoci přestat (assist)" Str. 45

Graf 7: Délka krátké intervence v oblasti odvykání kouření, str. 45

Graf 8: Mapování proškolení zdravotnického personálu, str. 51

Graf 9: Školení a zájem o edukaci ze strany zdravotnického personálu, str. 52

Graf 10: Mapování časových možností zdravotnického personálu a zájem o prostor pro poskytování krátké intervence, str. 52

Graf 11: Mapování zájmu pacientů o podporu odvykání kouření, str. 53

# Přílohy

## Příloha č. 1: Průvodní dopis a dotazník

**Dotazník určený pro zdravotnický personál:** *Poskytování krátkých intervencí spojených s užíváním tabákových a nikotinových produktů pacientům ambulantních a lůžkových nemocničních zařízení*

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Jana Hubáčková a studuji 3. ročník adiktologie na 1. LF UK. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako poklad k mé bakalářské práci na téma „Poskytování krátkých intervencí spojených s užíváním tabákových a nikotinových produktů pacientům ambulantních a lůžkových nemocničních zařízení“.

Dotazník je určen lékařům, všeobecným a praktickým sestřám a dalšímu zdravotnickému personálu.

Cílem výzkumu je zmapovat poskytování a rozsah krátkých intervencí spojených s užíváním tabákových produktů prováděných zdravotnickým personálem ve fakultní nemocnici v Praze za účelem zjištění míry edukace pacientů v souvislosti s užíváním tabákových produktů a významným rizikem rozvoje onemocnění a přednést návrhy na zlepšení kvality služeb souvisejících s poskytováním krátkých intervencí a zlepšení pracovních podmínek ve zdravotnictví.

Vyplnění dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné. Nezabere více než 3 minuty Vašeho času. Na otázky prosím odpovídejte upřímně. Dovoluji si Vás rovněž požádat o uvedení co nejpřesnějších a pravdivých informací.

Výzkum byl schválen etickou komisí. V případě dotazů a připomínek mě můžete kontaktovat na e-mailové adrese [hubackova.jana28@gmail.com](mailto:hubackova.jana28@gmail.com) nebo vedoucí bakalářské práce Mgr. Gabrielu Rolovou, Ph.D. přes [gabriela.rolova@lf1.cuni.cz](mailto:gabriela.rolova@lf1.cuni.cz).

Vyplněním a odevzdáním dotazníku potvrzujete, že dobrovolně souhlasíte se svojí účastí v této výzkumné studii, o které jste byl/a informován/a, jakož i o právu odmítnout účast nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí, a to písemně Etické komisi.

Děkuji Vám za ochotu.

S pozdravem

Jana Hubáčková

I. část

1. Pohlaví

- Žena
- Muž
- Jiné

2. Věk (Uved'te prosím číslovkou Váš věk.): \_\_\_\_\_

3. Vzdělání (Vyberte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.)

- Základní nebo střední (s vyučením)
- Střední (s maturitou)
- VŠ – bakalářský titul
- VŠ – magisterský titul
- VŠ – doktorský titul a vyšší
- Jiné: \_\_\_\_\_

4. Pracovní pozice

- Lékař
- Všeobecná sestra
- Praktická sestra (dříve zdravotnický asistent)
- Ošetřovatel
- Sanitář
- Jiné: \_\_\_\_\_

5. Pracoviště

- Kardiovaskulární chirurgie
- Klinika kardiologie a angiologie
- Klinika endokrinologie a metabolismu
- Jiné: \_\_\_\_\_

6. Náplň práce

- Standardní lůžkové oddělení
- Ambulance
- Jiné: \_\_\_\_\_

7. Pracujete pouze na JIP/ARO?

- Ano
- Ne

8. Kolik let vykonáváte svou profesi? (Uved'te prosím číslovku.)

---

9. Jak často komunikujete s pacienty?

- Několikrát za den
- Alespoň jednou denně
- Téměř vůbec/minimální kontakt s pacientem
- Jiné: \_\_\_\_\_

II. část – Mapování komunikace mezi zdravotníkem a pacientem v oblasti edukace užívání tabákových produktů včetně podpory odvykání kouření dle náplně krátké intervence 5P (5A)

10. Edukujete pacienty v oblasti škodlivosti kouření?

- Ano
- Ne

11. Vysvětľujete rizika spojená s užíváním tabákových produktů pacientům, u nichž může souviset vzniklé onemocnění s užíváním tabákových produktů?

- Ano
- Ne

12. Ptáte se pacientů, zda kouří?

- Ano
- Ne

13. Ptáte se pacienta, kolik cigaret kouří za den?

- Ano
- Ne

14. Ptáte se, kolik let pacient kouří, případně od kolika let?

- Ano
- Ne

15. V případě, že pacient nekouří, nebo přestal, oceňujete jeho přístup?

- Ano
- Ne

16. Ptáte se pacientů, jaké formy **tabákových** či **nikotinových** produktů užívají?

- Ano
- Ne

17. Pokud jste odpověděl/a **ano**, s jakými formami produktů jste se u pacientů setkal/a? (Lze zvolit více možností.)

- Klasické jednorázové cigarety
- Elektronické cigarety
- Jednorázové elektronické cigarety
- Zahříváný tabák (př. IQOS)
- Nikotinové sáčky
- Dýmky
- Doutníky
- Vodní dýmky
- Jiné: \_\_\_\_\_

18. U kterých produktů jste edukoval/a pacienty o škodlivosti užívání? (Lze zvolit více možností.)

- Klasické jednorázové cigarety
- Elektronické cigarety
- Jednorázové elektronické cigarety
- Zahříváný tabák (př. IQOS)
- Nikotinové sáčky
- Dýmky
- Doutníky
- Vodní dýmky
- Jiné: \_\_\_\_\_

19. Upozorňujete na rizika spojená s užíváním nikotinových produktů (př. nikotinové sáčky)?

- Ano
- Ne

20. Provádíte test závislosti na nikotinu (Fagerströmův test)?

- Ano
- Ne

21. Doporučujete kuřákům přestat kouřit?

- Ano
- Ne

22. Doporučujete kuřákům, u nichž může souviset vzniklé onemocnění s užíváním tabákových produktů nebo hrozí riziko zhoršení zdravotního stavu, přestat kouřit?

- Ano
- Ne



23. Posuzujete motivaci pacienta přestat kouřit?

- Ano
- Ne

24. Jaké možnosti odvykání doporučujete pacientům? (Lze označit více odpovědí)

- Nabízím brožuru nebo informační leták.
- Doporučím navštívit centrum pro závislé na tabáku nebo zavolat na Národní linku pro odvykání.
- Navrhuji postupy, jak se v různých situacích vyhnout chuti na cigaretu (př. relaxační techniky)
- Pouze pacientovi doporučím přestat kouřit, o způsobech odvykání neinformuji.
- Nedoporučuji pacientům přestat kouřit.
- Jiné: \_\_\_\_\_

25. Plánujete s pacientem závislým na tabáku kontroly dle Vašich pracovních podmínek?

- Ano
- Ne

26. Jak dlouho přibližně trvá edukace pacienta v oblasti kouření? Uveďte v minutách.

\_\_\_\_\_

III. část – Mapování bariér omezujících poskytování krátkých intervencí ve zdravotnictví

27. Absolvoval/a jste v rámci zaměstnání specializované školení v oblasti edukace užívání tabákových produktů?

- Ano
- Ne
- Jiné: \_\_\_\_\_

28. Absolvoval/a jste v rámci zaměstnání specializované školení v oblasti poskytování krátkých intervencí?

- Ano
- Ne
- Jiné: \_\_\_\_\_

29. Cítíte se být dostatečně proškolen/a v oblasti edukace pacientů užívajících tabákové produkty?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Jiné: \_\_\_\_\_

30. Ocenil/a byste doplnění vzdělání v oblasti odvykání kouření?

Ano

Ne

31. Disponujete dostatkem času na provádění edukace/krátkých intervencí týkajících se kouření?

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Jiné: \_\_\_\_\_

32. Vnímáte zájem o podporu kouření ze strany pacientů v oblasti odvykání kouření?

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Jiné: \_\_\_\_\_

33. Využil/a byste více času pro poskytování intervence s pacientem?

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Jiné: \_\_\_\_\_

34. Pokud byste mohl/a navrhnout doporučení na zlepšení efektivity poskytování krátkých intervencí v oblasti tabákových či nikotinových produktů, jaké změny by Vám v praxi napomohly? *(nepovinná otázka)*

---

---

Děkuji za Váš čas strávený vyplněním dotazníku. V případě potřeby využijte prostor pro Vaše připomínky.

---

---