

Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Anna Havlůjová

Podpora odvykání kouření v lékárnách

Promoting smoking cessation in pharmacies

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.

Praha, 2022

Prohlášení

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

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

V Praze, dne

Anna Havlůjová

.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat prof. MUDr. Evě Králíkové, CSc za odborné vedení a cenné rady v průběhu psaní této práce.

Identifikační záznam

HAVLŮJOVÁ, Anna. Podpora odvykání kouření v lékárnách. [*Tobacco cessation support in pharmacies*]. Praha, 2022. 68 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.

Abstrakt

Východiska

Užívání tabáku v České republice zaznamenalo v posledních letech mírný pokles, stále však kouří přibližně čtvrtina populace ve věku 15 a více let. Lékárníci jsou jedni z nejdostupnějších zdravotnických pracovníků, kteří mohou při procesu odvykání kouření sehrát klíčovou roli.

Cíle

Primárním cílem výzkumu bylo zmapovat podporu v odvykání kouření poskytovanou českými lékárnami. Sekundárními cíli práce bylo zjistit, zda má personál zájem provádět intervence a zmapovat význam bariér pro jejich poskytování. Dalším předmětem šetření byly také formy podpory nabízené v lékárnách a zájem o možnost odkázání na další služby.

Metody

Byla použita kvantitativní dotazníková studie. Dotazník byl zpracován v elektronické podobě pomocí online platformy Survio. Sběr dat probíhal v průběhu března 2022. Dotazník byl rozeslán na emailové adresy registrovaných lékáren dle seznamu na webových stránkách SÚKLu. Celkem se jednalo o 2681 zařízení, z nichž 132 odpovědělo, jeden dotazník byl neplatný, sledovaný soubor tedy tvořilo 131 lékáren, návratnost byla 4,92 %. Data byla vyhodnocena v programu MS Excel.

Výsledky

Intervence poskytuje nebo má zájem je poskytovat 80,2 % respondentů, z toho 59 % se cítí limitováno. Nedostatek času na provádění intervencí v rámci běžného denního provozu pociťuje 69,5 % zúčastněných. Kromě farmakoterapie jsou v 67,2 % lékáren dostupné i další formy podpory, nejčastěji se jedná o odborné poradenství poskytované pracovníkem zařízení a informační prospekty. V případě, že zařízení neposkytuje konzultační činnost, odkazuje nebo má zájem pacienty odkázat k jinému odborníkovi 91,2 % respondentů.

Závěr

Lékárníci mají zájem intervenovat u kuřáků. Jsou však limitováni především personálně, časově a prostorově. Získaná data mohou být využita jako podněty pro kroky k umožnění či

zkvalitnění poskytovaných intervencí v odvykání kouření v lékárnách. Limitem výsledků může být předpoklad, že sledovaný soubor pravděpodobně tvořili ti s vyšší mírou zájmu.

Klíčová slova: Závislost na tabáku – Odvykání kouření - Lékárna – Poradenství – Česká republika

Abstract

Background

In recent years, tobacco use in the Czech Republic has slightly declined, however, approximately a quarter of the population aged 15 and over are smokers. Pharmacists are one of the most easily accessible healthcare professionals and can, therefore, play a key role in the process of smoking cessation.

Objectives

Primary objective of this work was mapping the smoking cessation support available in Czech pharmacies. Secondary aims included assessing the interest of pharmacists to perform smoking cessation interventions and the importance of different factors hindering them from doing so. Other objectives were mapping different types of smoking cessation support provided in pharmacies and opportunity to refer them to other healthcare professionals.

Methods

A quantitative survey study was used. Questionnaire were compiled in online platform Survio. Data were collected in March 2022. The questionnaire was distributed via email using the list of registered pharmacies on SÚKL website. In total, 2681 facilities were approached, of which 132 responded. One questionnaire was invalid, therefore, final selection was comprised of 131 pharmacies, the response rate was 4.92 %. Acquired data were processed and analysed in MS Excel software.

Results

From all respondents, 80.2 % provide or are interested in providing interventions, of which 59 % feel limited. The lack of time to carry out interventions during normal day-to-day operations feel 69.5 % of participants. In addition to pharmacotherapy, other forms of support are available in 67.2 % of cases, most pharmacies offer professional advice provided by facility staff and information brochures. If the pharmacy does not provide consulting services, 91.2 % of respondents either refer to or are interested in referring patients to another specialist.

Conclusion

Pharmacists are the best accessible healthcare professionals who can easily participate in intervening to tobacco users. Unfortunately, they are limited by barriers, mainly by the lack of personnel, suitable space and time. Data acquired from this study could be used as a basis for enabling or improving the smoking cessation interventions in pharmacies. However, the informative value of results could be influenced by higher participation of respondents interested in this topic.

Key words: Tobacco dependence – Smoking Cessation - Pharmacy – Counselling – Czech Republic

Seznam zkratek

CZT – centrum pro závislé na tabáku

ČLnK – Česká lékárnická komora

DSM V – diagnostický statistický manuál Americké psychiatrické společnosti V

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

MKN-10 WHO – Mezinárodní klasifikace nemocí WHO, 10. verze

nAChR – nikotin-acetylcholinový receptor

NLO – Národní linka pro odvykání

NNT – náhradní nikotinová terapie

SLZT – Společnost pro léčbu závislosti na tabáku

VTA – Ventrální tegmentální area

WHO – Světová zdravotnické organizace

Obsah

1. Úvod	12
2. Teoretická část	13
2.1. Užívání tabáku	13
2.1.1. Historie	13
2.1.2. Formy užívání tabáku	13
2.1.3. Farmakologické působení tabáku	14
2.1.4. Zdravotní důsledky užívání tabáku	15
2.1.5. Prevalence užívání tabákových výrobků ve světě a v ČR.....	16
2.2. Závislost na tabáku.....	17
2.2.1. Fyzická závislost (na nikotinu).....	17
2.2.2. Psychosociální závislost	17
2.3. Diagnostika závislosti na tabáku	18
2.3.1. Diagnostika dle MNK - 10	18
2.3.2. Diagnostika dle DSM-5.....	20
2.3.3. Dotazníkové nástroje závislosti na nikotinu (tabáku)	21
2.4. Léčba závislosti na tabáku	23
2.5. Farmakoterapie.....	24
2.5.1. Cytisin	24
2.5.2. Vareniklin (Champix).....	25
2.5.3. Bupropion	26
2.5.4. Náhradní nikotinová terapie (NNT)	26
2.6. Psychobehaviorální intervence	27
2.7. Harm reduction v léčbě závislosti na tabáku	29
2.8. Služby poskytující podporu při léčbě závislosti na tabáku	30
2.8.1. Národní linka pro odvykání.....	30
2.8.2. Centra pro závislé na tabáku	31
2.8.3. Ambulantní lékaři.....	31
2.8.4. Adiktologické ambulance	31
2.8.5. Mobilní aplikace.....	32

2.9. Lékárny jako služba poskytující podporu v léčbě závislosti na tabáku	32
2.9.1. Povolání lékárníka a farmaceutického asistenta.....	33
2.9.2. Odvykání kouření v lékárnách	33
2.9.3. Garantovaný kurz odvykání kouření v lékárnách.....	34
2.9.4. Doporučené postupy pro poskytování péče v lékárnách (pro podporu v odvykání kouření)	35
2.9.5. Krátká intervence v lékárně.....	35
2.9.6. Konzultační činnost při odvykání kouření	36
3. Praktická část	39
3.1. Cíle	39
3.2. Hypotézy	39
3.3. Metody sběru dat	39
3.4. Výzkumný soubor	40
3.5. Metody tvorby dat	40
3.6. Etika.....	41
3.7. Výsledky	41
3.7.1. Sociodemografické charakteristiky	41
3.7.2. Poskytování intervencí	42
3.7.3. Bariéry v poskytování péče	43
3.7.4. Formy podpory, které zařízení nabízí.....	48
3.7.5. Zájem o spolupráci s dalšími odborníky	49
4. Diskuze	50
5. Závěr	53
6. Citace	55
Seznam obrázků.....	63
Seznam grafů	63
Seznam tabulek	63
7. Přílohy.....	64
Průvodní dopis	64
Dotazník	65

1. Úvod

Závislost na tabáku je celosvětově rozšířené chronické onemocnění, které postihuje asi 1,3 miliardy lidí (WHO, 2021). V České republice se užívání tabáku týká asi čtvrtiny populace (Csémy, 2021). Dle WHO by se na léčbě této závislosti měli podílet zdravotničtí odborníci napříč všemi obory. Odvykání může být velmi náročné, proto lze v České republice vyhledat pomoc v Centrech pro závislé na tabáku (CZT), telefonické lince, některých lékařských a adiktologických ambulancích, dostupných mobilních aplikacích, nebo také ve specializovaných centrech v lékárnách (SLZT, 2021e).

Tato centra začala vznikat v roce 2013 s cílem zlepšit dostupnost péče. Podmínkou pro jejich provoz je přítomnost lékárníka, který absolvoval specializační kurz garantovaný ČLnK. Takto vyškolení pracovníci pacientům pomáhají navrhnout vhodný odvykací plán a nastavit terapii. V současnosti je dle internetových stránek ČLnK evidováno kolem 300 lékáren, které se touto problematikou zabývají (ČLnK, 2014, 2021)

Lékárny jako místo poskytování péče pro kuřáky mají velký potenciál. Společně s ordinacemi praktických lékařů patří mezi nejnavštěvovanější zdravotnická zařízení a jsou velmi dobře místně a časově dostupné (Miovský, 2013). Jsou vhodným místem pro screening kuřácké populace a provádění krátkých intervencí. Do lékárny zároveň zavítá i kuřák, který se v rámci odvykání rozhodl využít některý z dostupných léčivých přípravků nehledě na to, zda má povědomí o výše zmíněných službách či již s nimi navázal spolupráci. Lékárny mohou být pro mnohé místem prvního kontaktu s odborníky. Právě tato skutečnost může být využita pro intervenování, ale také předání kontaktů a dalších informací týkajících se odvykání.

Poskytnutí dalších forem podpory může zásadně ovlivnit úspěšnost při pokusu odvykat. Z dlouhodobých zkušeností vyplývá, že pouhá farmakoterapie nedosahuje z hlediska léčby takových výsledků, jako její kombinace s psychobehaviorální intervencí (Králíková, 2020). Cílem této práce je získat více informací o podpoře, jakou lékárny kuřákům v současnosti poskytují a co je v rozvoji těchto služeb limituje.

2. Teoretická část

2.1. Užívání tabáku

2.1.1. Historie

Tabák virginský (*Nicotiana tabacum*) je rostlina původem z Jižní a Střední Ameriky, její použití bylo poprvé zaznamenáno u amerických Indiánů. Do Evropy byla dovezena námořníky z Kolumbovy výpravy. O rozšíření tabáku se zasloužil francouzský velvyslanec v Portugalsku Jean de Villemain Nicot, po němž získal název hlavní alkaloid rostliny rostliny - nikotin. Tabák ve formě rozemletého prášku ke šňupání představil na francouzském královském dvoře, kde propagoval jeho medicínské využití (Pilařová, 2003). Kouření tabáku bylo v té době považováno za prevenci onemocnění, konkrétně moru (Rang, Dale, 2015). První cigarety se objevily v polovině 19. století. Jejich užívání se rozšířilo kolem roku 1900 s vynálezem Bonsackova stroje, který umožnil masovou výrobu (Králíková, 2013).

2.1.2. Formy užívání tabáku

Nejrozšířenějším způsobem užívání tabáku je kouření, ať už ve formě cigaret nebo doutníků a dýmek. Kouř vznikající při používání doutníků a dýmek je zásaditý, což umožňuje vstřebání nikotinu již v dutině ústní. Je dráždivý, proto se obtížně vdechuje a nedostává se až do dolních cest dýchacích (Králíková, 2015a). Při pyrolýze cigaretového tabáku vzniká kouř s nižším pH, který méně dráždí sliznice. To umožňuje vtahování kouře do plic, takzvané šlukování, které je nezbytné pro vstřebávání nikotinu. Cigaretový kouř obsahuje více než 4000 chemikálií, včetně řady aditiv, které upravují vlastnosti kouře. Vstřebávání nikotinu z cigaret je velmi rychlé, a proto představují nejnávykovější formu tabákových výrobků (Králíková, 2015a). Je možné se setkat také s kouřením tabáku prostřednictvím vodní dýmky. Kouř v ní prochází přes nádobku s vodou, zde se ochladí a následně se snáze vdechuje hluboko do plic. Není pravdou, že voda má schopnost kouř přefiltrovat. Výsledný objem vdechnutého aerosolu je až dvojnásobně větší než u kouření cigarety. Spalování zde probíhá za nižších teplot, kouř je tak koncentrovanější a obsahuje více škodlivin. Jedna seance kouření vodní dýmky odpovídá desítkám až stovkám cigaret a může hraničit až s klinickou otravou, pokud jde o produkty spalování, tedy dehty a CO (Králíková, 2015a).

Poměrně novou formou užívání je zahřívání tabák. Využívá elektronického zařízení, které obsahuje baterii, zahřívací těleso a řídicí elektroniku, která zahřívání reguluje. Náplň ze zvlhčené tabákové směsi se zahřívá na 250–350 °C. Následně vzniká aerosol, který je vdechován do plic. Obsahuje přibližně stejné množství nikotinu jako kouř cigarety. Škodlivost zahřívání tabáku je nižší než u klasických cigaret, přesto však obsahuje řadu toxických látek a dlouhodobé účinky na zdraví zatím nejsou známy (Kulhánek, Gabrhelík, 2019).

Jinou formou jsou elektronické cigarety, které tabák na rozdíl od zahřívání tabáku vůbec neobsahují, je to jen zahřívání tekutiny s nikotinem nebo i bez nikotinu. Při jejich vapování se vdechuje významně méně látek než v případě zahřívání tabáku.

Způsob užívání, při kterém nedochází k zahřívání, se nazývá bezdýmny. Jak vyplývá z názvu, nevzniká při něm žádný kouř. Představuje menší zdravotní riziko. Přesto přijde uživatel do kontaktu s řadou kancerogenních a toxických látek, ačkoliv v menší míře než při kouření. Zahrnuje tabák k orálnímu užívání a tabák šňupací. Mezi orální formy patří tabák žvýkácký a porcovaný (tabáková drť je zabalena v papírovém pytlíku, který se vkládá k dásni) (Králiková, 2013).

2.1.3. Farmakologické působení tabáku

Za hlavní farmakologicky účinnou látku tabáku je považován nikotin, avšak tabákový kouř obsahuje i další látky - například kancerogenní dehty nebo oxid dusný (Králiková, 2015a). Nikotin působí prostřednictvím nikotin-acetylcholinových receptorů (nAChR). Ty se nacházejí v mozkové kůře a hippocampu, kde ovlivňují kognitivní funkce, ale také ve ventrální tegmentální oblasti (VTA), která je dopaminergními receptory propojena s centrem odměny v nucleus accumbens. Stimulací nAChR dochází k vyplavení neuromediátorů a excitaci neuronů. Ve VTA indukuje vyplavení dopaminu a spouští systém odměny. Působením nikotinu v centrální nervové soustavě dochází k vyplavení stresových hormonů, zároveň je krátkodobě pozitivně ovlivněno soustředění (Rang, Dale, 2015). Působení nikotinu na periférii vede ke zvýšení srdeční frekvence a srdečního výdeje, stoupá krevní tlak. Snižuje se motilita trávicího traktu, dochází k útlumu pocení (Rang, Dale, 2015).

Existuje více typů nAChR, ale v souvislosti se závislostí na tabáku patří k nejprozkoumanějším typ $\alpha 4\beta 2$ (Králiková, 2015b). Jeho aktivace zvyšuje hladiny dopaminu v mozku a spouští kaskádu systému odměny. Navázání molekuly nikotinu vede k delší fázi depolarizace než při navázání fyziologického mediátoru – acetylcholinu, tím jsou narušeny normální funkce. Organismus na tuto situaci odpovídá zmnožením nAChR (up-

regulací). Při náhlém ukončení přívodu nikotinu do těla tak zůstává nadměrné množství neobsazených receptorů a spouští se abstinenci syndrom (Fagerström, 2014).

2.1.4. Zdravotní důsledky užívání tabáku

Obecně lze říci, že předpokládaná délka života kuřáků je kratší oproti zbytku populace a více než 10 % celosvětových úmrtí lze dát do souvislosti s kouřením. Nejvíce jich připadá na nádorová, respirační a kardiovaskulární onemocnění. Až 90% úmrtí způsobených rakovinou plic a až 80% úmrtí způsobených bronchitidou nebo plicním emfyzémem připadá právě na kuřáky. Mezi další časté příčiny smrti patří onemocnění srdce. Zde se kouření podílí 17 %. Kouření se celosvětově řadí mezi jeden z nejpreventabilnějších faktorů úmrtí (Rang, Dale, 2015).

Kouření významně zvyšuje riziko vzniku karcinomu plic. U kuřáků, kteří vykouří alespoň 20 cigaret denně, je to po cca dvaceti letech více než dvacetkrát (Černovská & Abrahámová, 2009). Není to ale jediný typ rakoviny, na jehož vzniku se kouření podílí. Byl pozorován též zvýšený výskyt karcinomů horních cest dýchacích, například hrtanu, krku či úst. Kuřáci jsou též více ohroženi rakovinou hltnu, žaludku, slinivky nebo močového měchýře (Rang, Dale, 2015, Florence, 2018). Velmi častá jsou onemocnění dýchací soustavy. Kouření má nepříznivý vliv na sliznice dýchacích cest a plicní tkáň. Kuřáci častěji trpí chronickou bronchitidou a chronickou obstrukční plicní chorobou (CHOPN). Propuknutí nemoci je sice ovlivněno také genetickým podkladem, kouření se však po jeho manifestaci stává potenciálně fatální komplikací a jeho zanechání je klíčové. Při abstinenci se po několika měsících plicní funkce zlepši až o třetinu, respektive se může zastavit jejich zhoršování (Rang, Dale, 2015, Florence, 2018).

Zvyšuje se riziko vzniku řady patologických stavů oběhového systému, jakými jsou mozková mrtvice a periferní vaskulární onemocnění. Vykouření, byť i jediné cigarety, ovlivňuje srdeční rytmus. Dochází k rychlému stažení koronárních arterií, které jsou hlavním zdrojem kyslíku a živin. Kouření také zvyšuje riziko hypertenze. Oxid uhelnatý obsažený v kouři obsazuje vazebná místa pro kyslík, což může vyústit v tkáňovou hypoxii (West, 2017).

Kouření ovlivňuje správnou funkci reprodukčního systému. Během těhotenství zvyšuje riziko potratu a poškození plodu. Děti narozené kuřáčkám mají nízkou porodní váhu a jsou více ohroženy úmrtím v novorozeneckém věku. Obecně u nich dochází k pomalejšímu

fyzickému i psychickému vývoji a v pozdějším věku se u nich mohou projevit respirační a psychické obtíže (West, 2017).

Užívání cigaret také patří mezi rizikové faktory pro vznik diabetu mellitu druhého typu či žaludečních vředů. Další méně závažné následky kouření jsou změny bakteriálního osídlení v ústech v důsledku snížení funkce humorální imunity a následně vyšší výskyt onemocnění dásní a zubů, rychlejší stárnutí kůže (Florence, 2018). Nikotin v těle ovlivňuje celou řadu tělesných procesů, ať už negativně, viz předchozí odstavce, nebo pozitivně; například pozorovaný nižší výskyt Parkinsonovy choroby a ulcerózní kolitidy u kuřáků (Rang, Dale, 2015). Problematika je natolik komplexní, že zmínit všechny tělesné procesy ovlivněné kouřením je téměř nemožné, proto je zde uvedeno pouze několik příkladů.

2.1.5. Prevalence užívání tabákových výrobků ve světě a v ČR

Předčasné úmrtí v důsledku kouření je definováno jako smrt jedince na základě nemoci související s kouřením, který by zemřel z jiného důvodu a později (West, 2017). Celosvětově se každoročně jedná přibližně o 8 milionů lidí. Z těchto úmrtí připadá necelých 7 milionů na uživatele tabáku a u více než milionu se jedná o úmrtí následkem nepřímé expozice tabákovému kouři. A přestože z dlouhodobého hlediska dochází v rozvinutých zemích k poklesu (Kříž, 2020), na celém světě stále užívá tabák asi 1,3 miliardy osob (WHO, 2021).

Počty kuřáků v České republice meziročně kolísají, nicméně z dlouhodobého hlediska můžeme vnímat sestupný trend. Mezi lety 2012 a 2020 došlo přibližně k poklesu kuřácké populace. Dle národního výzkumu užívání alkoholu a tabáku v České republice z roku 2020 kouřilo asi 23 % populace ve věku 15 let a více, převážně mužů. Nejužívanějším tabákovým výrobkem jsou cigarety, ostatní se podílejí přibližně pětinou. Nejvíce byla mezi kuřáky v roce 2020 zastoupena věková skupina 25–44 let, jednalo se o 26,5 % z celkové počtu uživatelů. Průměrný počet vykouřených cigaret na osobu byl v uplynulém roce 12,7 cigarety denně. Více než čtvrtina kuřáků uvedla, že se v loňském roce pokusila s kouřením přestat (Csémy, 2021). V České republice na následky užívání tabáku každoročně umírá asi 16 000 osob (Mravčík, et al., 2021).

2.2. Závislost na tabáku

Závislost na tabáku je chronické onemocnění s častými recidivami. V polovině případů se stává smrtelným. Pokud pomineme zubní kaz, jedná se pravděpodobně o nejrozšířenější onemocnění v České republice (Králíková in Kalina, 2015).

2.2.1. Fyzická závislost (na nikotinu)

Jak již bylo zmíněno, nikotin je hlavní psychoaktivní a zároveň nejvíce návykovou látkou obsaženou v tabáku, ale současné studie ukazují, že návykový potenciál mají i další složky tabákových produktů (Doweiko, 2018). Vznik závislosti na nikotinu je podmíněn typem nAChR, jejichž stavba je z 50 % dána geneticky (Králíková et al., 2015).

Nikotin působí na nAChR. Indukuje vyplavení neurotransmiteru dopaminu a spouští systém odměny v mozku. Tento mechanismus navozuje potřebu opětovného užití. Při dlouhodobé expozici dochází ke změnám citlivosti mozku na dopamin, to ovlivňuje i další části mozku související s učením, sebekontrolou a stresovou reakcí. U řady kuřáků tyto změny způsobují fyzickou závislost, která se projevuje abstinenčními příznaky při vynechání (NIDA, 2020). Mezi nejběžnější patří bažení po užití cigarety, zvýšená chuť k jídlu, přibírání na váze, špatná nálada, nervozita, podrážděnost a poruchy spánku. Obvykle přetrvávají po dobu několika týdnů od vysazení. Chuť na cigaretu a zvýšená chuť k jídlu však mohou odvykání doprovázet až několik měsíců (Králíková in Kalina, 2015).

2.2.2. Psychosociální závislost

Psychosociální závislost se rozvíjí od počátku užívání a týká se všech uživatelů tabáku. Narozdíl od fyzické je zaměřena na předmět, rituál či prostředek (Králíková in Kalina, 2015). Je úzce spojena s vytvářením rituálů a zvyků (Kmet'ová, Kráčíková, 2013). Samotné zapalování, styl kouření, či odklepávání je velmi individuální. Cigareta může sloužit jako socializační, relaxační, ale i jiný prostředek (SZÚ, n.d.). Při užívání se postupně prohlubuje spojení s určitou situací. Velmi běžná je například cigareta u kávy, po jídle, či ve stresu (Kmet'ová, Kráčíková, 2013). Právě psychosociální závislost je častým důvodem relapsu (SZÚ, n.d.).

2.3. Diagnostika závislosti na tabáku

WHO v rámci definice kuřáctví rozděluje populaci na čtyři kategorie:

Nekuřák (méně než 100 cigaret za život)

Bývalý kuřák (v minulosti vykouřil více než 100 cigaret, v současnosti abstinuje)

Pravidelný kuřák (alespoň jedna cigareta denně)

Příležitostný kuřák (méně než jedna cigareta denně)

(Králíková, et al., 2015).

2.3.1. Diagnostika dle MNK - 10

V 10. verzi Mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MNK-10), existuje řada diagnóz spojených s užíváním tabáku (viz. Tabulka č.1). Základními diagnózami pro užití v praxi jsou Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním tabáku, které mají kód F17.x, dále pak diagnóza Z58.7 zahrnující pasivní kouření (ÚZIS, n.d.).

Tabulka 1: Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním tabáku

Duševní poruchy a poruchy způsobené užíváním tabáku	
Kód a název diagnózy	Popis
F17.1 Škodlivé použití	užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické nebo psychické
F17.2 Syndrom závislosti	soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.
F17.3 Odvykací stav	skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání. Nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání.

F17.9	
Neurčené	
duševní	
poruchy	poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných psychoaktivních
a	látek
poruchy	
chování	

(ÚZIS, n.d.Králíková, et al., 2015)

2.3.2. Diagnostika dle DSM-V

DSM-V je 5. revize diagnostického a statistického manuálu duševních onemocnění Americké psychiatrické společnosti. Součástí jeho páté revize je i kategorie Poruch souvisejících s užíváním tabáku.

Pro diagnostiku jsou využívány tři kategorie symptomů. Závažnost stavu se odvíjí od počtu bodů v jednotlivých kategoriích (viz. tabulka č. 2) (Martinove, 2015). Na základě počtu splněných znaků je přiřazena jedna z uvedených diagnóz (viz tabulka č. 3)

Tabulka 2: Kategorie symptomů pro diagnostiku DSM-V

Symptomy pro diagnostiku poruch souvisejících s užíváním tabáku	
Kategorie symptomů	Popis
Tabák je užíván déle a ve větším množství, než bylo plánováno:	Neúspěšná snaha přestat užívat nebo redukovat užívání tabáku. Nadměrné množství času věnované získávání nebo užívání tabákových výrobků. Nutková potřeba užívat tabák. Nesplnění povinností nebo závazků kvůli užívání tabáku. Další užívání tabáku i přes nepříznivé sociální nebo společenské dopady. Vynechání sociálních, pracovních nebo rekreačních aktivit ve prospěch užívání tabáku. Užívání tabáku v rizikových situacích. Další užívání tabáku i přes vědomí fyzických nebo psychických problémů přímo tím způsobených.
Tolerance nikotinu, která se projevuje:	Potřebou stále vyšších dávek nikotinu k dosažení žádoucího účinku.
Abstinenční příznaky po vysazení tabáku, což se projevuje:	Objevením abstinčních příznaků typických pro nikotin. Vyšší potřebou nikotinu nebo jiného substitučního léku k potlačení abstinčních příznaků.

(American Psychiatric Association, 2015)

Tabulka 3: Přehled diagnóz dle DSM-5

Poruchy způsobené užíváním tabáku	
Kód a název diagnózy	Kritérium
Z72.0 Osoby, které se setkali s užíváním tabáku	Splnění 2–3 symptomy
F17.2 Syndrom závislosti (střední)	Splnění 4–5 symptomů
F17.2 Syndrom závislosti (silný)	Splnění 6 a více symptomů

(American Psychiatric Association, 2015)

2.3.3. Dotazníkové nástroje diagnostiky závislosti na nikotinu (tabáku)

Fagerströmův test (tabulka č. 4) se využívá v klinické praxi pro stanovení míry fyzické závislosti na nikotinu. Test obsahuje celkem šest uzavřených otázek. Odpovědi mají různou bodovou hodnotu. Výsledné skóre se pohybuje v rozmezí 0 až 10 bodů a jeho výše je přímo úměrná míře závislosti. Výsledek testu může být v klinické praxi využit jako indikace pro farmakoterapii (NIDA, n.d.).

Tabulka 4: Fagerströmův test závislosti na cigaretách

Fagerströmův test závislosti na cigaretách	
1. Jak brzy po probuzení si obvykle zapálíte svou první cigaretu?	do 5 min (3 body) do půl hod (2 body) do 1 hod (1 bod) za více než hod (0 bodů)
2. Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno, např. v kostele, knihovně nebo kině?	ano (1 bod) ne (0 bodů)
3. Kterou cigaretu byste nejvíce postrádal/a?	první po probuzení (1 bod) kteroukoliv jinou (0 bodů)
4. Kolik cigaret denně průměrně kouříte?	do 10 cigaret (0 bodů) 1–20 cigaret (1 bod) 21–30 cigaret (2 body) více než 30 cigaret (3 body)
5. Kouříte častěji v prvních hodinách po probuzení než ve zbytku dne?	ano (1 bod) ne (0 bodů)

6. Kouříte i během nemoci, když musíte ležet většinu dne v posteli?	ano (1 bod) ne (0 bodů)
---	----------------------------

(NIDA, n.d.)

Jedním z nástrojů pro zhodnocení přítomnosti a míry abstinenčních příznaků je Minnesotská škála (tabulka č. 5). Dotazník monitoruje přítomnost patnácti známých abstinenčních příznaků v uplynulých 24 hodinách. Intenzitu příznaku je možné hodnotit pomocí číselné škály (SLZT, 2021d). V rámci identifikace abstinenčních příznaků je vhodné test poprvé provést v době, kdy pacient ještě kouří, poté během abstinence a výsledky vzájemně porovnat (Králíková, 2015a). Škála může být v klinické praxi využita pro potvrzení abstinence, či jako zpětná vazba o nastavené farmakoterapii (Cappelleri, 2005).

Tabulka 5: Minnesotská škála abstinenčních příznaků

Minnesotská škála abstinenčních příznaků (Prosíme, ohodnoťte, co jste pocítovali během posledních 24 hod 0 = vůbec ne 1 = nepatrně 2 = středně 3 = celkem dost 4 = velmi)		
Pořadové číslo	Symptomy	Bodové hodnocení (škála)
1.	zlost, podrážděnost, nespokojenost	1 2 3 4
2.	úzkost, nervozita	1 2 3 4
3.	špatná nálada, smutek	1 2 3 4
4.	touha kouřit	1 2 3 4
5.	obtížné soustředění	1 2 3 4
6.	zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti	1 2 3 4
7.	nespavost, obtížné usínání, buzení v noci	1 2 3 4
8.	neschopnost odpočívat	1 2 3 4
9.	Netrpělivost	1 2 3 4
10.	zácpa	1 2 3 4
11.	Závratě	1 2 3 4
12.	Kašel	1 2 3 4
13.	neobvyklé sny, noční můry	1 2 3 4
14.	Nevolnost	1 2 3 4
15.	bolení v krku	1 2 3 4

(Research, Minnesota Tobacco Withdrawal Scale, Vermont Center on Behavior and Health, Larner College of Medicine at the University of Vermont, n.d.)

Existují dvě verze dotazníku, jedna je vyplňována pacientem, druhou vyplňuje terapeut. Při zadávání pacientům chybí označení “Abstinenční příznaky”, aby nedocházelo ke zkreslení výsledků (Králíková, et al, 2015).

2.4. Léčba závislosti na tabáku

Účinná léčba závislosti na tabáku by měla zohlednit psychosociální i fyzické aspekty závislosti. Je tedy vhodné kombinovat zvolenou farmakoterapii s psychobehaviorální intervencí (Králíková, et al, 2020).

Za úspěšnou se považuje pouze léčba, která vede k alespoň šestiměsíční abstinenci. Ta by měla být potvrzena na základě biochemického vyšetření. Příjem nikotinu může být ověřen stanovením hladiny jeho metabolitu kotininu, intenzita kouření změřením vydechaného CO (Králíková, 2015a).

2.5. Farmakoterapie

Farmaka k léčbě závislosti na tabáku jsou uzpůsobena, aby blokovala pozitivní účinky nikotinu a snižovala míru abstinenčních příznaků (Garzía-Goméz, 2019).

2.5.1. Cytisin

Jedná se o alkaloid, který se běžně vyskytuje v přírodě, převážně v čeledi bobovitých (*Fabaceae*), například v rodech Jerlín (*Sophora*) a Štědřenec (*Laburnum*). Používání rostlin obsahujících cytisin sahá daleko do historie, byly využívány již původními americkými obyvateli pro své emetické a projímavé účinky. Cytisin byl z rostliny poprvé izolován na konci 19. století a jeho chemická struktura, velmi podobná nikotinu, byla popsána v první polovině 20. století. Během druhé světové války byly listy Štědřence odvislého (*Laburnum Anagyroides*) distribuovány jako náhražka nedostatkového tabáku. Jako prostředek v léčbě závislosti je využíván od roku 1964. Mimo území Východní a Střední Evropy není však příliš znám (Tutka & Zatonski, 2006).

Cytisin je parciálním agonistou $\alpha 4\beta 2$ nAChR, jimž je připisováno zprostředkování pocitu odměny. Při stimulaci receptoru se vyplavuje méně dopaminu, díky tomu je méně návykový a zároveň snižuje míru abstinenčních příznaků (Tutka & Zatonski, 2006).

V České republice je dostupný v přípravku s názvem Defumoxan (SÚKL, 2021f). Přípravek je na Českém trhu dostupný od června roku 2020. Balení obsahuje 100 perorálních tablet o síle 1,5 mg cytisinu. Dle Souhrnu údajů o přípravku trvá léčebná kúra 25 dní, na začátku pacient užívá až šest tablet denně. Tato dávka je průběžně snižována. Pacient musí přestat kouřit do 5. dne od zahájení léčby, protože souběžné užívání nikotinu a cytisinu zvyšuje výskyt nežádoucích účinků (SÚKL, 2021f).

Přípravek je vhodný pro dospělé osoby mladší 65 let, které jsou pevně rozhodnuty odvykat. Mezi kontraindikace pro užívání přípravku patří těhotenství a kojení, ze zdravotních komplikací například nestabilní angina pectoris, nedávno prodělaný infarkt myokardu a další onemocnění oběhového systému (SÚKL, 2021). Mezi velmi časté

nežádoucí účinky patří závrať, poruchy nálady a spánku, sucho v ústech nauzea, změny chuti (SÚKL, 2021f).

Předávkování přípravkem Defumoxan se svými projevy podobá intoxikaci nikotinem, často je doprovázeno malátností, zvracením, zvýšenou tepovou frekvencí. Při léčbě se postupuje obdobně jako při akutní otravě nikotinem (SÚKL, 2021f).

2.5.2. Vareniklin (Champix)

Účinná látka vareniklin byla vyvinuta farmaceutickou společností Pfizer v roce 1997 jako prostředek pro odvykání kouření. Podkladem pro její syntézu byl přírodní alkaloid cytisin (Jordan, & Xi, 2018). Vareniklin je parciálním agonistou $\alpha 4\beta 2$ nAChR, ke kterým se váže silněji než nikotin. Stejně jako v případě nikotinu se při aktivaci receptoru uvolňuje dopamin, ale množství vyplaveného neurotransmiteru je nižší. Dochází tedy ke zmírnění cravingu i abstinenčních příznaků (Fagerström, & Hughes, 2008). Výhodou oproti cytisinu je delší biologický poločas a větší distribuční objem (Jordan, & Xi, 2018).

V České republice je vareniklin zaregistrován od roku 2006 pod obchodním názvem Champix v indikaci léčby závislosti na tabáku u dospělých, kteří jsou k odvykání motivováni. Jeho užívání je vázáno na lékařský předpis (EMA, 2014). Terapie přípravkem Champix je zahájena přibližně jeden až dva týdny před dnem D, kdy pacient přestane kouřit úplně. Toto datum si kuřák určí sám. Léčebný cyklus trvá dvanáct týdnů, v některých případech lze pro prodloužení abstinence Champix užívat i dále v udržovací dávce 1 mg vareniklinu dvakrát denně. Maximální doba podávání je opět dvanáct týdnů. Pokud není pacient schopen přestat kouřit ze dne na den, lze použít následující schéma léčby. Během prvních dvanácti týdnů pacient kouření postupně omezuje, až přestane úplně. Následuje druhý léčebný cyklus, celá terapie tak trvá dvacet čtyři týdnů. Tento lék je možné podávat opakovaně (SÚKL, 2021e). V případě, že pacient během léčby stále pocítuje chuť kouřit nebo ho trápí některý z abstinenčních příznaků, je možné vareniklin doplnit nižšími dávkami orální náhradní nikotinové terapie (Králiková, 2008).

Mezi časté nežádoucí účinky patří nauzea, která se v rámci výzkumu projevila přibližně u třetiny pacientů (Jordan & Xi, 2018), neobvyklé sny, bolesti hlavy, změny chuti k jídlu (SÚKL, 2021e).

Účinná látka je z těla vylučována v nezměněné formě ledvinami. Léčba proto není vhodná pro pacienty se závažnou poruchou jejich funkce. Užívání přípravku není z preventivních důvodů vhodné během těhotenství. (SÚKL, 2021).

2.5.3. Bupropion

Bupropion je účinná látka ze skupiny antidepresiv, která fungují na principu selektivní inhibice zpětného vychytávání katecholaminů (noradrenalin, dopamin). Přesný mechanismus účinku při snižování chuti na cigaretu není znám, ale pravděpodobně souvisí se sníženým vychytáváním dopaminu ze synaptických štěrbin v mezolimbickém systému (Richmond, Zwar. 2003). Dochází tak ke zvýšení jeho hladiny v synapsích, podobně jako během kouření (Králíková, 2008).

V současnosti jsou v České republice registrovány čtyři přípravky obsahující účinnou látku bupropion. Jedná se o Elontril, Welard, Bupropion +Pharma a Bupropion Neuraxpharm (SÚKL, 2021a). Léčba bupropionem by měla trvat nejméně osm týdnů, v ideálním případě déle. Úvodní dávka je 150 mg, následující týden se dávka zdvojnásobuje. V průběhu druhého týdne léčby by měl proběhnout den D (Turanská et. al., 2009). Je možné jej kombinovat s NNT (Králíková, 2008).

U pacientů s poruchou ledvin a jater je třeba dbát zvýšené opatrnosti z důvodu možné kumulace odpadních metabolitů. Podávání bupropionu je kontraindikováno při současném užívání některých dalších psychiatrických léčiv, například inhibitorů monoaminoxidázy a při závažných křečových stavech. Účinnou látku není vhodné podávat v průběhu těhotenství a během kojení z důvodu přestupu do mateřského mléka a ovlivnění kojence. Mezi velmi časté nežádoucí účinky se řadí insomnie a bolest hlavy. Předávkování bývá doprovázeno ospalostí až ztrátou vědomí a změnami na EKG. (SÚKL, 2021d).

2.5.4. Náhradní nikotinová terapie (NNT)

Náhradní nikotinová terapie je vhodná pro dospělé osoby, které jsou motivované pro odvykání kouření. Principem je dodávání nikotinu do těla jinou, méně škodlivou formou. Náhradní cesty podání nikotinu nejsou schopné odstranit všechny abstinenční příznaky. Na rozdíl od bleskového vstřebání skrz plicní tkáň dochází u perorálních forem ke zvýšení koncentrace nikotinu v plazmě v řádu minut. U transdermální cesty podání se jedná dokonce o hodiny (Molyneux, 2004).

Pro stanovení optimální dávky se obecně vychází z předpokladu, že z jedné cigarety se vstřebá přibližně 1-3 mg nikotinu (Rang, Dale, 2015). Konkrétní množství je ovlivněno způsobem kouření. Nastavená dávka je obvykle o něco nižší než odhadované množství nikotinu, které pacient získává z cigaret. Zároveň však musí být dostačující ke zmírnění

abstinenčních příznaků (Králíková, 2015a). V průběhu léčby se postupně snižuje (Turanská et al., 2009).

NNT je v České republice dostupná ve formě náplastí, orálních pastilek, žvýkaček, orálních sprejů (tabulka č.6) (Králíková, 2015b).

Vstřebávání nikotinu z orálních forem NNT je ovlivněno pH v ústech, není tedy vhodné před jejím podáním jíst ani pít. Nikdy nedochází k vstřebání celé dávky, ale pro optimalizaci terapie je velmi důležitý způsob aplikace. Nikotin nejlépe prochází skrz sliznici ústní dutiny, je proto nutné maximalizovat kontakt lékové formy s ústy. Správný způsob aplikace je tedy následující: pastilky se přikládají na sliznici a postupně se v ústech přemísťují až do rozpuštění, žvýkačky se, přibližně půl hodiny, vždy po několika nakousnutích ukládají k dásni, popř. pod jazyk (Turanská et al., 2009).

U transdermálního podání je důležité náplast aplikovat na suchou neochlupenou kůži. V průběhu dne pak dochází k postupnému uvolňování nikotinu. Nástup je pozvolný a dosažení terapeutické koncentrace může trvat i hodiny. (Molyneux, 2004). Uvedené formy je možné kombinovat (Turanská et al., 2009).

Tabulka 6: Přehled dostupných přípravků dle databáze SÚKL

Přehled náhradních nikotinových přípravků				
Název	Forma podání, síla			
	Transdermální náplasti	Orální pastilky	Žvýkačky	Orální sprej
Niquitin	14mg/24h 21mg/24h	4 mg	4 mg	-
Nicorette	10mg/16h 15mg/16h 25mg/16h	4 mg	2 mg 4 mg	1mg/dávka

Pozn. Všechny orální přípravky Nicorette se dělají v různých příchutích. (SÚKL, 2021b)

2.6. Psychobehaviorální intervence

Psychobehaviorální intervence zahrnuje hledání nekuřáckých řešení pro obvyklé kuřácké situace a řešení psychosociálních vazeb na kouření v různé intenzitě od krátké po intenzivní, včetně možností na kognitivně-behaviorálním principu. Další podpurné postupy

zahrnují telefonické konzultace, ale i podpůrné aplikace a internetové stránky (Garzía-Goméz, et al., 2019).

Dle doporučení WHO by se měl na léčbě závislosti na tabáku podílet každý zdravotník vykonáním alespoň krátké intervence při kontaktu s pacientem (tabulka č.7, 8) (Králíková, et al., 2015). V České republice je tento postoj zakotven v zákoně č. 65/2017 Sb. O ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (65/2017 Sb. O ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, 2022). Zdravotník by měl během své práce identifikovat kuřáky a doporučit jim přestat. V případě, že kuřák situaci měnit nechce, měl by se ho pracovník pokusit k zanechání alespoň motivovat a dále situaci monitorovat. V případě, že kuřák má zájem o odvykání, navrhne mu pracovník vhodný postup a případně doporučí farmakoterapii či kontakty na další možnosti podpory (Králíková, E., 2015a).

Behaviorální intervence patří mezi první terapeutické postupy s prokázanou účinností při odvykání kouření. Sestávají především z introspekce, relaxace a kontroly stimulů. Důraz je kladen na sociální aspekty a kontext, při kterém pacient kouří. Zaměřuje se spíše na hledání řešení než příčin (Garzía-Goméz, et al., 2019).

Kognitivně behaviorální terapie chápe poruchy jako naučené vzorce, které je možné ovlivnit. Dojde-li k jejich identifikaci, lze docílit postupné změny představ a chování. Díky úspěšně zvládnutým situacím dochází ke zvyšování klientovy sebeúčinnosti (ČSL JEP, 2017). Dle odborné literatury jsou intenzivnější formy terapie účinnější (Garzía-Goméz, et al., 2019). V České republice jsou intenzivní psychobehaviorální intervence poskytované specialisty na léčbu závislosti na tabáku, standardně v Centrech pro závislé na tabáku (Králíková, E., 2015a).

Tabulka 7: Schéma krátké intervence s cílem podpořit pacientovu motivaci přestat.

Krátká intervence s cílenou podporou motivace	
Relevance	podpořit pacienta v hledání důvodů proč přestat kouřit specifických pro něj (zdravotní stav, rodinná situace apod), relevantně vzhledem k věku či vzdělání
Risks	identifikace potenciálních negativních dopadů kouření v souvislosti s pacientovou diagnózou, prognózou, zdůraznění relevantních zdravotních rizik
Rewards	identifikace potenciálních přínosů zanechání kouření relevantně k danému pacientovi (zlepšení zdraví, chuti, čichu, úspora apod)

Roadblocks	identifikace možných překážek v odvykání (abstinenční příznaky, obava ze selhání, přírůstků hmotnosti, deprese, nedostatku podpory, nedostatek informací o možnostech léčby apod) a poskytnout cílené poradenství
Repetition	motivační intervenci opakovat při každém klinickém kontaktu s nemotivovaným pacientem sdělit pacientům, kteří mají za sebou neúspěšné pokusy, že je většinou potřeba více pokusů, než se podaří přestat kouřit

(Králíková, et al., 2015)

Tabulka 8: Schéma krátké intervence ABC5A/5P

Schéma krátké intervence		
1.	Ask	ptát se na kuřáctví a zaznamenávat: 1. dobu užívání 2. jakou formu tabáku užívá 3. množství
2.	Brief advise	kuřákovi doporučit přestat, u nekuřáků podpořit abstinenci
3.	Cessation support	nabídnout léčbu: využití některé z fungujících služeb pro závislé na tabáku, využití kontaktů na stránkách SLZT, provést intervenci dle časových možností

(Králíková, et al., 2015)

2.7. Harm reduction v léčbě závislosti na tabáku

Princip harm reduction (HR) je vhodné využít u kuřáků, kteří se neúspěšně pokusili přestat pomocí účinné léčby založené na důkazech nebo nejsou ochotni užívání nikotinu zanechat (Králíková, 2015a). Prostředkem k uplatnění HR u kuřáků jsou výrobky, které nikotin do těla dodávají méně škodlivým způsobem než klasické cigarety. Zjednodušeně se dají tyto produkty rozdělit do tří skupin. Výše zmíněné tabákové zahřívání a bezdýmání produkty, ale také elektronické cigarety (O'Leary, Polosa, 2020). Jedná se o systémy s topným tělesem, které fungují na principu odpařování liquidu za vzniku aerosolu. Zařízení se, podobně jako u zahřívání tabáku, skládá z baterie, z kovové spirálky a topného tělesa, zásobníku náplně a náustku. Náplně tvoří směs vody, glycerinu, propylenglykolu, aromatu a nikotinu. Tyto systémy představují menší zdravotní riziko než klasické cigarety, ačkoliv dlouhodobé důsledky jejich užívání nejsou zatím dostatečně zmapovány. Toxické látky jsou

v aerosolu zastoupeny v nižších koncentracích, také se v něm nevyskytují vysoce rizikové karcinogeny vznikající pyrolýzou (Kulhánek, Gabrhelík, 2019).

2.8. Služby poskytující podporu při léčbě závislosti na tabáku

V roce 1959 založil Antonín Fingerland v Hradci Králové první protikuřáckou poradnu. Později se k němu začala přidávat další pracoviště, která poskytovala především psychologickou podporu. Zlomem v léčbě závislosti na tabáku se stalo zavedení náhradní terapie nikotinem. V roce 1993 byla založena Společnost pro léčbu závislosti na tabáku původně pod názvem Česká komise European Medical Association Smoking or Health. Tato společnost sdružuje zdravotníky, kteří se zabývají léčbou závislosti na tabáku (Králíková, et al., 2020). Mezi její dlouhodobé cíle patří rozšíření povědomí o závislosti na tabáku jako onemocnění a o možnostech její léčby, zavádění opatření v souladu s Rámcovou úmluvou o kontrole tabáku, používání krátkých intervencí všemi zdravotníky, rozšíření specializovaných center do nemocnic a vyškolení personálu pro poskytování léčby (SLZT, 2021e).

2.8.1. Národní linka pro odvykání (NLO)

Historicky první linka pro podporu při odvykání kouření v České republice zahájila svou činnost v roce 2005. Byla zřízena Českou koalicí proti tabáku a za jejím vedením stála prof. Eva Králiková. Telefonické konzultace byly poskytovány za sníženou tarifní cenu. Vzhledem k technickému zázemí mohli konzultanti, pocházející zejména z řad studentů medicíny a dalších zdravotnických oborů, pouze přijímat příchozí hovory. Služba poskytovala základní poradenství, kontakty na zdravotnická zařízení a další informace ohledně tabákové problematiky. Zpočátku byla financována projektem České koalice proti tabáku, která ji vede i nyní (Kulhánek, 2016).

V roce 2016 došlo ke schválení dotační žádosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a v září byl zahájen nový provoz Národní linky pro odvykání kouření. Projekt byl zaštitěn Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti (Kulhánek, 2016).

Linka poskytuje informace související s problematikou tabáku a také podporu a pomoc při odvykání. Funguje každý všední den od 10:00 do 18:00. Kontakt s klienty probíhá přes telefonickou linku, internetovou poradnu a email. Technické zázemí umožňuje

realizovat jak příchozí, tak odchozí hovory. Na základě předchozí domluvy je možné klienty kontaktovat a navázat i dlouhodobější spolupráci (Kulhánek, 2016).

Filozofie NLO vychází z bio-psycho-sociálního modelu. Při práci s klienty využívá kombinaci terapeutického a koučinkového systému. Jednotlivé kroky práce se sestávají především z mapování kuřácké anamnézy, stanovení míry závislosti, sestavení odvykacího plánu, edukace o farmakoterapii a prevenci relapsu (Kulhánek, 2016).

Výhodou, tzv. quitlines, mezi které patří i NLO, je jejich nízkoprahovost, jsou dostupné bez finanční či časové zátěže. (Fišerová et al., 2018).

2.8.2. Centra pro závislé na tabáku

V roce 2005 začala v rámci projektu vznikat Centra pro závislé na tabáku (CZT). V současnosti spadají pod nemocnice či kliniky, které je zřizují v rámci rozšíření poskytované zdravotní péče (SLZT, 2021c).

Jako první vzniklo specializované centrum při 3. interní klinice 1. lékařské fakulty univerzity Karlovy. Koncepce jeho péče vychází z léčebného programu Mayo Nicotine Dependence Center při Mayo Clinic v Rochesteru (Zvolská, Králíková, 2017). Centrum poskytuje diagnostiku, základní vyšetření zdravotního stavu s možným napojením na dalšími obory, indikuje farmakoterapii, provádí psychobehaviorální intervence a dlouhodobě spolupracuje s kuřáky, kteří chtějí přestat kouřit (Králíková, et al., 2015).

Obecně by v každém centru měl pracovat lékař a zdravotní sestra, kteří absolvovali speciální kurz garantovaný Společností pro léčby závislosti na tabáku. Centrum si v rámci své činnosti může vykazovat výkony vstupní a kontrolní intervence (Králíková, 2013). Dle SLZT je v současné době v ČR 42 pracovišť (SLZT, 2021c).

2.8.3. Ambulantní lékaři

Léčbu závislosti na tabáku v ČR mohou poskytovat také ambulantní lékaři. Podmínkou je absolvování kurzu od České lékařské komory a SLZT, který je dostupný všem lékařům bez ohledu na odbornost (Králíková et. al, 2020). Seznam ambulancí, poskytujících tyto služby, lze nalézt na internetových stránkách SLZT (SLZT, 2021b).

2.8.4. Adiktologické ambulance

Ve službách poskytujících podporu při odvykání na tabáku se téměř nesetkáváme s profesí adiktologa, přestože se jedná o odborníka na léčbu závislostí. Adiktologové jsou

pro poskytování intervencí sice vybaveni adekvátními znalostmi, nicméně se u své klientely často zaměřují na léčbu komorbidní závislosti a klienty se zakázkou odvykání kouření odesílají do jiných zařízení (Kulhánek, 2017). V současné době je možné na stránkách SLTZ nalézt pouze čtyři pracoviště (SLZT, 2021a).

2.8.5. Mobilní aplikace

Prostřednictvím mobilních aplikací lze kuřákům poskytovat neustálou podporu. Obecně je v nich možné nalézt rady pro odvykání, prvky personifikované motivace, například virtuální “kasičku” s ušetřenými penězi. Často skrze ně bývá možné komunikovat s dalšími uživateli, sdílet rady a chatovat. Přestože většina aplikací je dostupná v angličtině, existuje jich několik i v českém jazyce (Králiková, et al., 2020). Odkazy na některé bezplatné aplikace v češtině je dostupný na internetových stránkách SLZT (SLZT, 2021f).

2.9. Lékárny jako služba poskytující podporu v léčbě závislosti na tabáku

Lékárny patří, spolu s ordinacemi praktických lékařů, k nejdostupnějším zdravotnickým zařízením. Fungují jako centra pro poskytování kvalifikovaných zdravotnických informací a poradenství. V rámci běžné praxe není farmaceutického odborného potenciálu plně využíváno, lékárník je časově omezen a poskytuje pouze nezbytně nutné informace. Vzhledem k tomu, že se celý proces odehrává v oficíně lékárny, nelze zajistit dostatečné soukromí pacienta. (Malý, Opavová, Vlček, 2012). V současnosti se Česká lékárnická komora snaží o posílení pozice lékárníka jako kvalifikovaného odborníka v oblasti farmakoterapie a rozšíření konzultační činnosti (ČLnK, 2020; ČLnK, 2021a). Konzultace je soukromý rozhovor pacienta s lékárníkem klade proto na lékárnou vyšší prostorové, odborné, materiální, technické, komunikační i časové nároky. Lékárníci se v rámci této činnosti zaměřují na zhodnocení farmakoterapie pacienta a řešení lékových problémů, odvykání kouření, podporu ve snižování hmotnosti a hojení ran. V lékárnách také probíhá poradenství ohledně kardiovaskulárních nemocí, diabetu mellitu a Alzheimerovy choroby, snaží se zachytit a edukovat pacienty se zvýšeným výskytem rizika těchto onemocnění. Pro udržení vysoké úrovně vytvořila ČLnK ve spolupráci s odborníky pro jednotlivé činnosti nástavbové garantované kurzy, po jejichž absolvování získá zaměstnanec lékárny potřebné znalosti pro poskytování nadstandardní péče. Tato zařízení jsou označena logem, podle typu poradenství, které poskytují, viz obrázek č. (ČLnK, 2021b)

Obrázek 1: Loga lékáren poskytujících odborné poradenství



(ČLnK, 2021)

2.9.1. Povolání lékárníka a farmaceutického asistenta

Farmaceutický asistent je kvalifikovaný pracovník v oboru léčiv. Má dokončené vzdělání na vyšší zdravotnické škole (titul DiS). Mezi jeho kompetence patří výdej léčivých přípravků bez receptu, zdravotnických prostředků a ostatního sortimentu lékárny. Je také schopen poskytovat odborné poradenství při léčení jednoduchých zdravotních obtíží v rámci tzv. samoléčení (SÚKL, 2021c).

Lékařník je vysokoškolsky vzdělaný odborník v oboru léčiv. Může vykonávat stejné činnosti jako farmaceutický asistent, navíc je oprávněn k výdeji léčivých přípravků vázaných na lékařský předpis. Je schopen poskytovat odborné informace o léčivech. Lékařník se může dále vzdělávat v rámci specializačního vzdělání (atestací) a garantovaných kurzů, díky kterým získává další kompetence. (SÚKL, 2021c; ČLnK, 2017, ČLnK, 2021b).

2.9.2. Odvykání kouření v lékárnách

V současnosti je dle databáze na stránkách ČLnK evidováno 167 lékáren, které poskytují poradenství při odvykání kouření. Jejich seznam je pravidelně aktualizován. Z výše uvedených informací vyplývá, že lékárny tvoří nejpočetnější skupinu zařízení poskytujících podporu při odvykání kouření. (ČLnK, 2021d)

2.9.3. Garantovaný kurz odvykání kouření v lékárnách

Kurz odvykání kouření byl vytvořen za účelem vzniku sítě poradenských center, která se plnohodnotně zapojí mezi již existující služby. Podmínkou pro poskytování poradenství je, aby v lékárně působil alespoň jeden absolvent tohoto kurzu. Kurz byl vytvořen ve spolupráci s lékaři ze Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku v roce 2013 (ČLnK, 2014).

Kurz je rozdělen do tří modulů, během kterých lékárník získá potřebné teoretické i praktické znalosti. První z nich je e-learning, který obsahuje nezbytné teoretické podklady. Jedná se o pět kapitol pojednávajících o vlivu kouření na lidské tělo, vlastnostech tabáku, jeho kouře a možnostech užívání, vhodné farmakoterapii, motivaci a možnostech lékárny jako podpůrného zařízení při léčbě závislosti na tabáku. Účastník se s těmito informacemi seznámí před absolvováním druhého modulu – dvoudenního prezenčního kurzu. Ten zahrnuje kombinaci teoretických a praktických lekcí. V průběhu prvního dne je účastníkům přednesena epidemiologie, vliv užívání tabáku na zdraví člověka a přínosy zanechání kouření. Dále jsou seznámeni s principem závislosti a její léčbou, včetně diagnostiky a práce s abstinenčními příznaky. Proces léčby a připravenost pacienta jsou zasazeny do kontextu cyklu změny. V závěru prvního výukového bloku jsou představeny zásady interakce a řešení situací v rámci vedení krátké strukturované intervence (ČLnK, n.d.).

Druhý den je zaměřen více prakticky. Farmaceuti jsou seznámeni s možnostmi farmakoterapie při léčbě závislosti na tabáku a interakcemi s dalšími léky. Je probrána metodika odvykání. Kurz lékárníkům představí správnou strukturu a vedení motivačního rozhovoru a nácvik jeho provedení. Metodika odvykání kouření je procvičena rozborem kazuistik. Odvykání je zasazeno do běžného dění v lékárně. Jsou sdíleny praktické tipy pro poskytování intervencí v praxi (ČLnK, n.d.).

Poslední, závěrečnou částí kurzu je stáž v nejbližším Centru pro závislé na tabáku (CZT). Během ní se účastníci kurzu naučí odebrat anamnézu a stanovit diagnózu pomocí metod, které jsou využívány v CZT. Nacvičí si hledání řešení pro kuřácké situace, základy prevence relapsu, nastavení farmakoterapie a plánování kontrolních návštěv (ČLnK, n.d.). Prostřednictvím praxe mohou lékárníci také navázat kontakt s dalšími odborníky (ČLnK, 2021c).

2.9.4. Doporučené postupy pro poskytování péče v lékárnách (pro podporu v odvykání kouření)

Doporučené postupy jsou odborné dokumenty zpracované ČLnK, které slouží lékárníkům a farmaceutickým asistentům. Jedná se o souhrn kroků, které vedou pracovníky v případě, kdy do lékárny přijde pacient s určitými zdravotními obtížemi. V kombinaci s individuálním přístupem umožňují poskytovat pacientům co nejefektivnější léčbu (ČLnK, 2010).

Současné doporučené postupy pro poradenství při odvykání kouření pochází z roku 2013. Obsahují charakteristiku závislosti na tabáku, strukturu pro vedení krátké intervence i komplexní konzultace. Zahrnují dostupné možnosti farmakoterapie a popisují situace, při kterých je nezbytná konzultace s lékařem. Lze v nich též nalézt odkazy na materiály a další služby poskytující podporu při odvykání. Součástí dokumentu je konzultační formulář, který funguje jako dokumentace a zároveň napomáhá vedení konzultace (Ficnerová, Petrášková, 2013).

2.9.5. Krátká intervence v lékárně

Jak již bylo zmíněno výše, dle WHO by měl každý zdravotník provádět alespoň krátkou intervenci s doporučením ohledně odvykání kouření. Krátká intervence se dle postupů od ČLnK skládá ze tří kroků a někdy bývá označována jako 3P/A (tabulka č.9). Své místo má jak při konzultační činnosti, tak při dispenzaci za tárrou (Ficnerová, Petrášková, 2013).

Tabulka 9: Struktura krátké intervence

Struktura krátké intervence dle postupů ČLnK	
1.	Ptát se / Ask – na kuřácký status Kouříte? Co kouříte (cigarety, doutníky, dýmku)? Kolik cigaret/doutníků aj. denně kouříte? Od kolika let kouříte?
2.	Poradit přestat / Advise – jasně doporučit a konkrétních rizicích. Zdůraznit souvislosti s lékem/nemocí/obtížemi, kvůli kterým pacient přišel. Informovat o přínosech zanechání kouření
3.	Pomoci, nabídnout léčbu / Assist Nabídnout konzultaci a intervenci, poskytnout edukační materiály nebo odeslat k lékaři

(Ficnerová, Petrášková, 2013).

2.9.6. Konzultační činnost při odvykání kouření

Konzultace ohledně odvykání kouření mají jasně danou strukturu a nelze je provádět v rámci běžné dispenzační činnosti. Podle doporučeného schématu by se mělo uskutečnit nejméně pět setkání, v případě individuální potřeby je možné kontakt prodloužit. Již během první konzultace (tabulka č.10) je vhodné naplánovat termíny všech navazujících setkání (tabulka č.11), data setkání mohou být dodatečně upravena (Ficnerová, Petrášková, 2013).

Struktura konzultační činnosti dle doporučených postupů:

Tabulka 10: Schéma 1.(úvodní) konzultace

Úvodní konzultace při odvykání kouření	
Zhodnocení fyzické závislosti	využívá se Fagerströмова testu nikotinové závislosti
Zhodnocení motivace kuřáka odvykat	Upevňování pacienta v jeho rozhodnutí nekouřit je vhodné při každé příležitosti a jako motivaci pro zanechání kouření lze využít: zdravotní rizika, které kouření obnáší zlepšení zdravotního stavu výhody nekuřáctví jako jsou například nižší finanční náklady, absence zápachu, ušetřený čas a další

	vyvrácení psychických bariér, normalizování obav, pojmenování chyb, ke kterým v minulosti došlo, upozornění na abstinenční příznaky, jejich možné řešení pomocí farmakoterapie
Diskuse o abstinenčních příznacích	Seznámení s abstinenčním syndromem, jeho možných projevech a jeho řešení pomocí farmakoterapie
Diskuse o možnostech NNT a stanovení dalších setkání	Volba formy náhradního nikotinu závisí na charakteru užívání a individuálních potřebách jako jsou například onemocnění
Určení dne D, tvorba plánu a změna životního stylu.	Poučení pacienta o roli změny životního stylu, apeluje se především na vyhýbání se typickým „kuřáckým“ situacím, odstranění cigaret z každodenního života
Stanovení jasného termínu dne D	Den by měl vybočovat ze standardní struktury. Měly by být vynechány aktivity, které obvykle vedou ke kouření. Společně s pracovníkem pacient sestavuje individuální řešení dle svých potřeb, například zaměstnání rukou, alternativní činnosti pro pobyt v kuřáckém kolektivu apod. Obsahuje možné návrhy krizových situací. Poučka 4D Drink – pít pomalu vodu a držet ji v ústech pro uchování chuti Deep breath – zhluboka dýchat Do – dělat nějakou činnost, fyzickou aktivitu, s cílem odvrátit myšlenky na cigaretu Delay – nepoddávat se chuti kouřit, po 5 minutách chuť na cigaretu slábně
Vstupní údaje klienta	Zahrnují odebrání hodnot krevního tlaku, BMI, hmotnosti, pokud to vybavení lékárny umožňuje monitoruje se množství, CO ve vydechaném vzduchu, sestavení lékového profilu

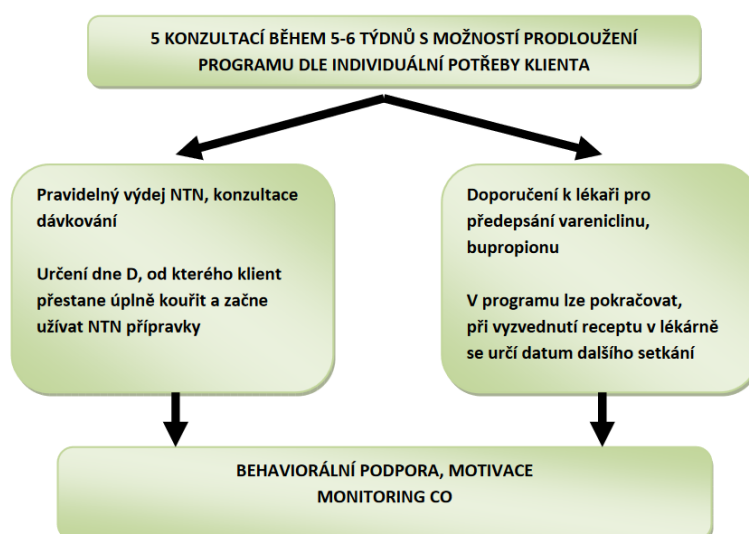
(Ficnerová, Petrášková, 2013).

Tabulka 11: Struktura navazujících setkání

Náplň navazujících setkání během odvykání kouření	
2. Konzultace	Standardně se plánuje na následný den po dni D. Obsahem konzultace je aktivní naslouchání, ujistění se o připravenosti pacienta, podpoření rozhodnutí. Zhodnotí se účinnost a dávka zvolené farmakoterapie, zároveň je ověřen správný postup při užívání. Ode dne D platí rezolutní rozhodnutí nekouřit. Pokud je v lékárně k dispozici zařízení na měření, CO je vhodné jej během konzultace využít a ověřit negativní hodnoty.
3. a 4. Konzultace	Je důležité udržovat a podporovat pacientovu motivaci na cestě k nekuřáctví. Pomocí zvyšování sebeúčinnosti, například oceněním i dílčích úspěchů. U pacientů, kterým se dosud nepodařilo přestat, je vhodné posilovat motivaci, ocenit že odvykání nevzdávají a normalizovat neúspěchy. Konzultující se pacienta aktivně vyptává na průběh odvykání, především na překonávání krizových situací, abstinenci příznaky a účinky léčiv pro odvykání.
5. Závěrečná konzultace	Zaměřuje se na udržení abstinence a práce na krizových situacích z dlouhodobého hlediska, pacient je během ní upozorněn na význam v pokračování užívání farmakoterapie.

(Ficnerová a Petrášková, 2013)

Obrázek 2: Schéma vedení konzultací v lékárně.



(Ficnerová, Petrášková, 2013).

3. Praktická část

3.1. Cíle

Cílem výzkumu bylo zmapovat podporu v odvykání kouření poskytovanou lékárnami v ČR. Dílčími cíli práce bylo šetření, zda personál provádí intervence nebo má o jejich poskytování zájem. Zjistit jaké formy podpory při odvykání lékárny nabízejí, zmapovat a zhodnotit překážky pro rozšíření péče a posoudit případné kroky pro jejich překonání. Dále zjistit, zda mají lékárníci zájem odkázat pacienty na další služby věnující se této problematice.

3.2. Hypotézy

Na základě stanovených cílů byly formulovány následující hypotézy.

H1: Personál lékárny intervence poskytuje, nebo má o jejich poskytování zájem, je však limitován bariérami.

H2: V rámci běžného provozu nemají pracovníci lékárny dostatek času na poskytování intervencí ohledně odvykání kouření.

H3: Většina lékáren poskytuje kromě farmakoterapie i jinou formu podpory v odvykání kouření.

H4: Lékárny v krajských městech poskytují více druhů podpory v odvykání kouření oproti ostatním místům.

H5: Pokud lékárna neposkytuje konzultace při odvykání kouření, personál odkazuje pacienty do jiných služeb, nebo má o možnost odkázání zájem.

3.3. Metody sběru dat

Výzkum byl realizován prostřednictvím průřezové dotazníkové studie složené z dvanácti otázek. Při sestavování dotazníku bylo čerpáno z obdobných výzkumů provedených v Asii. Výsledky těchto studií jsou publikované v člancích *Smoking cessation counseling: Perceptions and barriers among community pharmacists* (Qamar et al., 2017) a *A National Survey of Community Pharmacists on Smoking Cessation Services in Thailand* (Chinwong & Chinwong, 2018).

Otázky č.1 a 2 jsou otázkami kontaktními, dotazují se na pohlaví a délku praxe respondentů.

V ostatních případech se jedná o otázky výzkumné, které slouží k získávání informací.

V otázce č. 3 je nutné vyplnit PSČ, které slouží ke specifikaci kraje, ve kterém se lékárna nachází, a vyhledání respondentů z krajských měst za účelem vyhodnocení hypotézy č. 4. Otázky 4. až 7. se týkají poskytování intervencí a bariér, které jejich provádění, z pohledu personálu lékárny, limitují.

Otázky 8. a 9. mapují formy podpory, které zařízení poskytuje.

Otázka 10. zjišťuje průměrnou délku provedené intervence.

Otázka 11. mapuje zájem o odkazování do dalších služeb.

Otázka 12. slouží respondentům jako prostor k vyjádření připomínek k výzkumu.

Dle standardizace se otázky dělí na uzavřené (č. 1, 4, 5, 6, 7, 8 a 11), polouzavřené (č. 9) a otevřené (č. 2, 3, 10, 12). Z hlediska možností se otázky dále dělí na otázky dichotomické, kde respondent vybírá ze dvou možností (č. 5 a 8) a polytomické, které mají více než dvě možnosti (č. 1, 4, 6, 7, 9, 11). V případě, že respondent vybírá pouze jednu možnost (č. 1, 5, 6, 7, 8, 11) se jedná o otázky výběrové, při vícečetném výběru se jedná o otázky výčtové (č. 4 a 9). V otázkách č. 6 a 7 je využito škálování (Reichel, 2009). Vyplnění otázek č. 1.- 11. je povinné, otázky č. 12 je dobrovolná.

Celý dotazník je uveden v příloze 1.

3.4. Výzkumný soubor

Základní výzkumný soubor tvoří farmaceuti zastávající pozici vedoucího lékárníka. K sestavení výzkumného souboru byla využita veřejně dostupná databáze na webových stránkách SÚKLu, která obsahuje seznam lékáren registrovaných v ČR včetně jmen vedoucích lékárníků a kontaktních údajů. Seznam byl vygenerován ke dni 27. 2. 2022. Prostřednictvím evidovaných emailových adres byli osloveni všichni vedoucí lékárníci. Celkem bylo osloveno 2681 osob. Výběr vzorku byl proveden tzv. samovýběrem, tedy metodou, která je založena na dobrovolnosti (Reichel, 2009). Odpovědělo 132 osob, návratnost dotazníků tedy činila 4,92 %. Z výzkumu byl kvůli nesprávnému vyplnění vyřazen 1 dotazník.

3.5. Metody tvorby dat

Odpovědi z jednotlivých dotazníků byly exportovány do programu Microsoft Excel. Data byla zpracována pomocí metod deskriptivní statistiky. Pro větší přehlednost byla část výsledků graficky zpracována do tabulek a grafů. Formulované hypotézy byly ověřeny pomocí vhodných statistických testů.

3.6. Etika

Ve vztahu k účastníkům výzkumu bylo dbáno, aby nedošlo k jejich ohrožení, či poškození. Respondenti byli seznámeni s průběhem výzkumu a jeho cíli. Účast byla zcela dobrovolná a anonymní. Z výzkumu bylo možné v průběhu odstoupit. Respondentům bylo též nabídnuto zaslání zhotovené práce. Tyto informace byly účastníkům sděleny formou oslovovacího emailu. Osoby byly do výzkumu zařazeny na základě pasivního informovaného souhlasu.

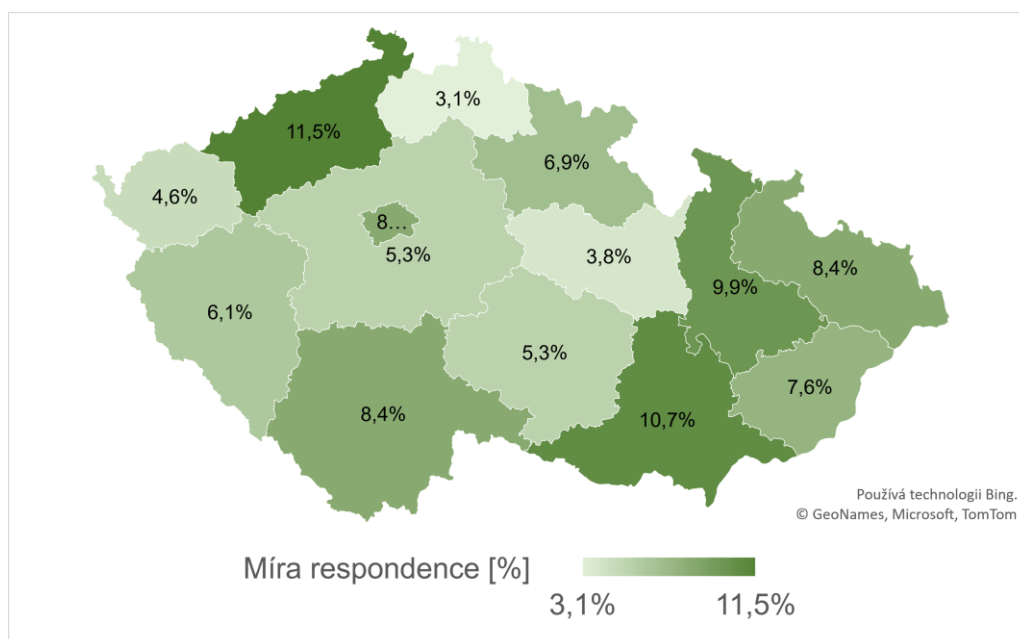
Výzkum byl realizován za účelem zpracování bakalářské práce. Jeho realizace nebyla nijak financována. V práci je zahrnuto čestné prohlášení, deklarující autorství práce a uvedení citovaných pramenů.

3.7. Výsledky

3.7.1. Sociodemografické charakteristiky

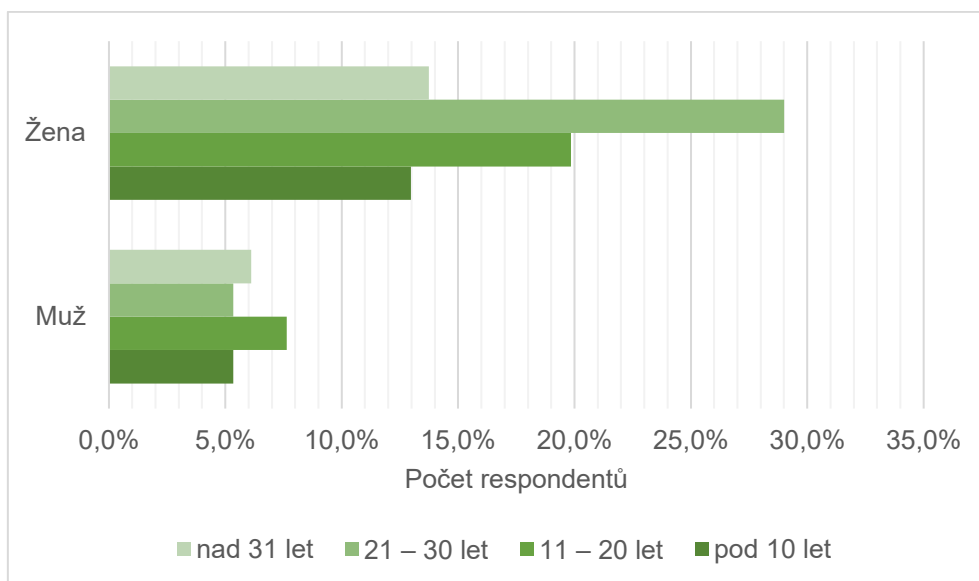
Výzkumu se zúčastnilo 132 respondentů, ale kvůli nesprávnému vyplnění dotazníku byl ze zpracování dat 1 respondent vyřazen. Dotazník vyplnili lékárníci ze všech krajů ČR, nejvyšší podíl pocházel z Ústeckého kraje. Nejméně respondentů pocházelo z Libereckého a Pardubického kraje. Data uvedená v grafu (graf č. 1) představují procentuální zastoupení sesbíraných odpovědí v rámci krajů ČR. Z celkem 131 účastnících se lékáren se celkem 41 nacházelo v krajských městech, z ostatních měst pocházelo 90 odpovědí.

Graf 1: Procentuální zastoupení míry response v jednotlivých krajích ČR (N = 131)



Mezi respondenty bylo 32 mužů a 99 žen, respondenti byly dále rozděleny dle délky své praxe v oboru do čtyř kategorií (graf č. 2). Nejvíce participujících vedoucích lékárníků mělo za sebou praxi v rozmezí 21 až 30 let, celkem se jednalo o 45 osob. Nejméně byla zastoupena kategorie do 10 let praxe, tu uvedlo pouze 24 respondentů. Průměrná délka praxe v oboru činila 21,5 roku. Prostřední hodnota v rámci dotazovaného souboru byla 23 let a nejčastěji uváděnou odpovědí byla práce v oboru v délce 25 let.

Graf 2: Rozdělení vedoucích lékárníků do kategorií v závislosti na délce praxe a pohlaví (N = 131)



3.7.2. Poskytování intervencí

Podporu formou konzultační činnosti poskytuje 22,1 % dotázaných lékáren, stejně (tzn. 22,1 %) jsou zastoupeny i lékárny, jejichž zaměstnanci provádějí pouze krátké intervence. Ze všech dotázaných zájem o poskytování intervencí uvádí 35,9 %, naopak zájem nemá 19,8 % respondentů.

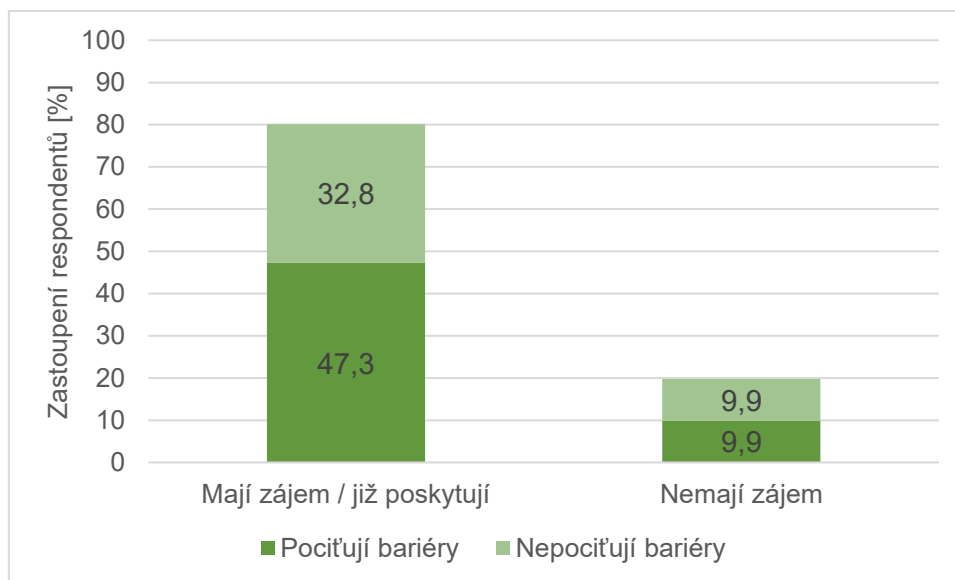
V rámci lékáren poskytujících nějakou formu podpory 57,3 % uvedlo, že pocítuje v rámci provádění intervencí bariéry, naopak, 42,7 % žádné překážky nevnímá. Vztah mezi vnímáním bariér a postojem k poskytování intervencí zobrazuje tabulka č.12.

Tabulka 12: Vztah mezi prováděním intervencí a vnímáním bariér (N = 131)

	Vnímají bariéry		Nevnímají bariéry		Celkem	
		[%]		[%]		[%]
Zájem o poskytování intervencí	29	22,1	18	13,7	47	35,9
Nezájem o poskytování intervencí	13	9,9	13	9,9	26	19,8
Již poskytují formou krátkých intervencí	17	13,0	12	9,2	29	22,1
Již poskytují formou konzultační činnosti	16	12,2	13	9,9	29	22,1

Většina lékárníků, kteří se účastnili výzkumu, uvedla, že by ráda poskytovala intervence v odvykání kouření, ale zároveň se cítí omezena různými bariérami. Toto tvrzení koresponduje s hypotézou č. 1, jejíž platnost byla pro zpracováváný datový soubor ověřena Binomickým testem. Výsledná p -hodnota činila 0,04, což lze považovat za statisticky významný rozdíl. Podrobnějším posouzením jednotlivých možných bariér se zabývají následující otázky.

Graf 3: Vztah mezi vnímáním bariér a zájmem o poskytování podpory (N = 131)



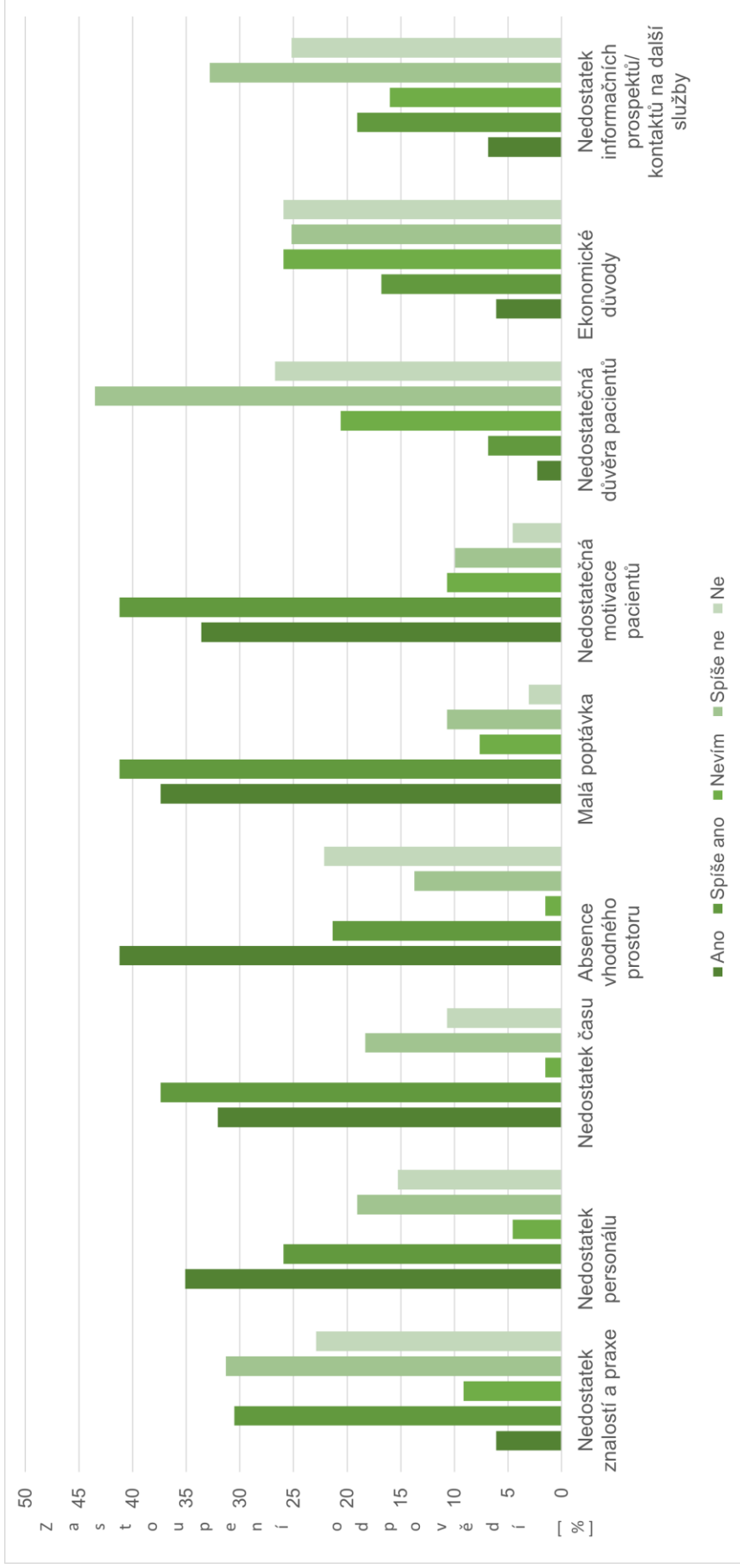
3.7.3. Bariéry v poskytování péče

Jak již bylo zmíněno výše, otázky č. 6 a 7 byly uzavřené a škálovací. Respondenti dostali v rámci těchto otázek k posouzení seznam možností a měli určit do jaké míry

s jednotlivými tvrzeními subjektivně souhlasí. Otázka č. 6 se vztahovala ke skutečnostem, které mohou tvořit bariéry v poskytování péče, otázka č.7. popisovala kroky, které by mohly napomoci ke zkvalitnění péče.

Mezi nejčastěji vnímané bariéry patří malá poptávka ze strany pacientů a jejich nedostatečná motivace ke změně chování, nedostatek času lékárníků a absence vhodného prostoru pro konzultace. Z nabízených možností považují respondenti za nejmenší překážku v poskytování péče důvěru pacientů k personálu lékárny.

Graf 4: Bariéry pro poskytování/zlepšení péče (N = 131)

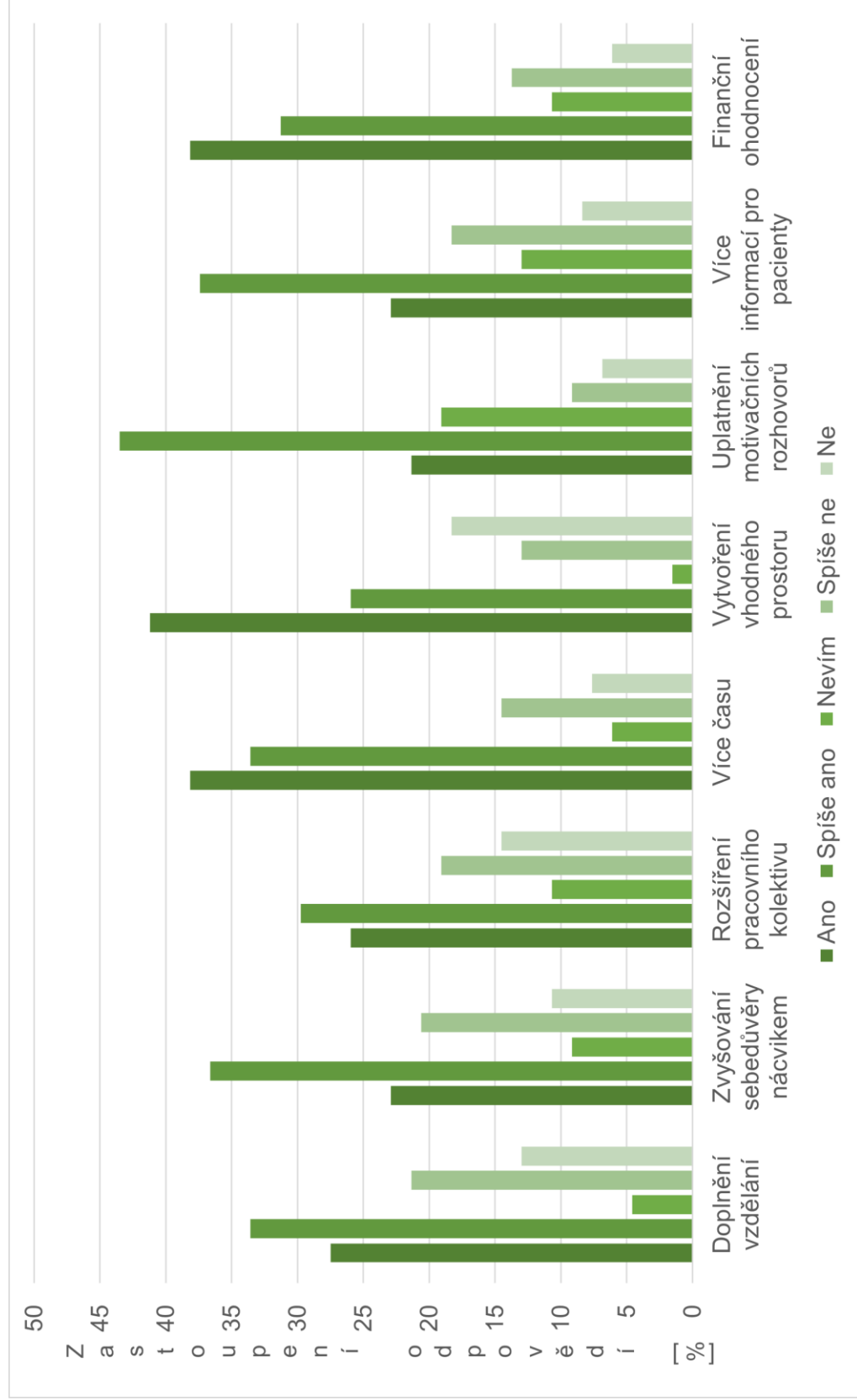


Z grafu číslo 4 vyplývá, že lékárníci mají pro poskytování intervencí v rámci běžného provozu lékárny nedostatek času. Tuto skutečnost za bariéru označilo 91 respondentů. Výsledky byly statisticky ověřeny s p -hodnotou <0.001 .

Intervence průměrně 11 minut, maximální uvedená doba činí 120 minut, nejkratší prováděné intervence trvají pouze 1 minutu. Zařízení, kde intervence neprobíhají, zadala hodnotu 0. Z rozřazení odpovědí do jednotlivých kvartilů vyplývá, že v 50 % lékáren trvá průměrná intervence 2 až 12,5 minuty.

Za změny, které by mohly napomoci ke zkvalitnění péče o kuřáky, označovali lékárníci nejčastěji více času na konzultace, finanční ohodnocení, vytvoření vhodného prostoru pro konzultace a uplatnění podpory pro zvýšení motivace pacientů.

Graf 5: Možnosti pro zavedení/zlepšení poskytování péče (N = 131)

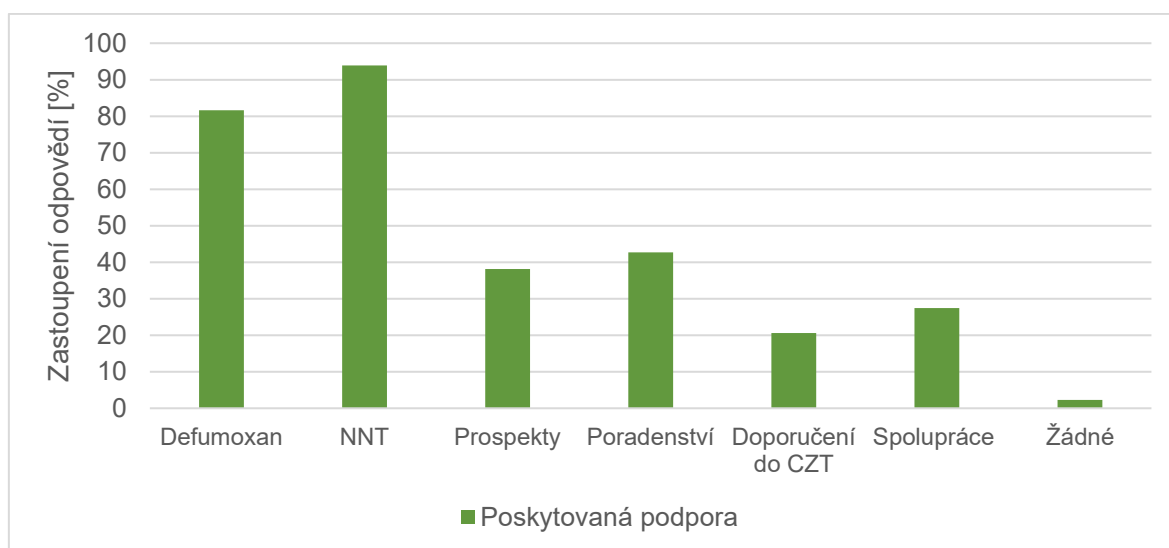


3.7.4 Formy podpory, které zařízení nabízí

62,6 % respondentů nezaznamenává v zařízení, ve kterém pracují, zájem o jiné formy podpory, než je farmakoterapie.

Nejdostupnější formou podpory při odvykání kouření je mezi zúčastněnými lékárnami náhradní nikotinová terapie, kterou pacientům nabízí 123 zařízení a celkem 107 má k dispozici také volně prodejný léčivý přípravek Defumoxan. Nejčtenější nefarmakologickou formou podpory je odborné poradenství provedené pracovníkem lékárny, které označilo 56 respondentů. Žádnou z dostupných forem podpory neposkytují 3 lékárny.

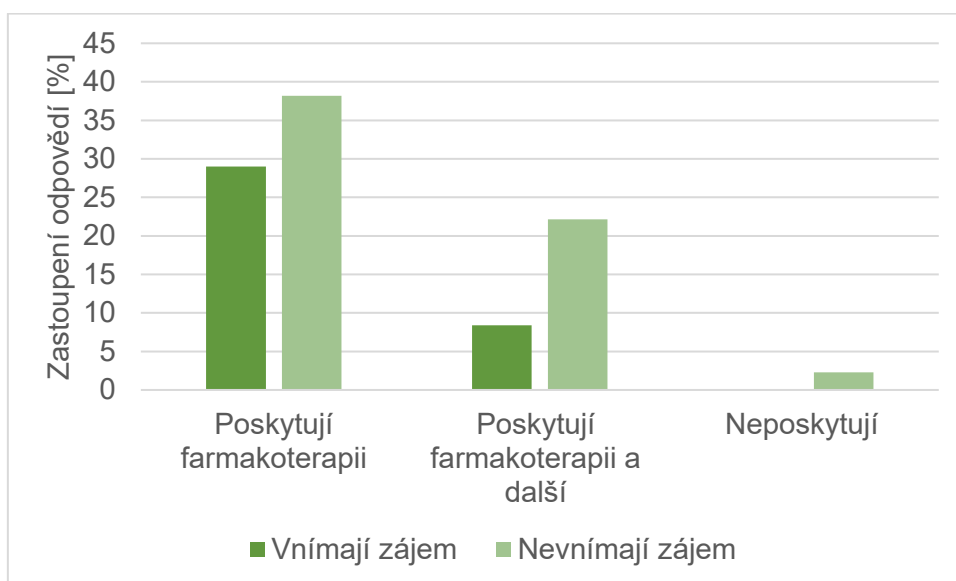
Graf 6: Podpora poskytovaná v lékárnách (N = 131)



Z grafu č. 6 je patrné, že lékáren, které poskytují kromě farmakoterapie i jiné formy podpory, je více než zařízení, které mají pouze jeden z těchto typů podpory. *P*-hodnota při statistickém ověření činila 0,052.

Při porovnání počtu dostupných podpůrných prostředků v rámci krajských měst a mimo ně nebyl v rámci zkoumaného souboru zaznamenán statisticky významný rozdíl, tato skutečnost může být způsobena i tím, že v rámci šetření nebylo sesbíráno dostatečné množství dat pro potvrzení této hypotézy, tedy omezeným počtem respondentů. Lékárny ve všech městech, včetně krajských, nejčastěji uvádí, že poskytují tři různé typy podpory. Závěr byl statisticky ověřen párovým *t*-testem s *p*-hodnotou 0,7.

Graf 7: Zájem o jiné formy podpory mezi pacienty (N = 131)

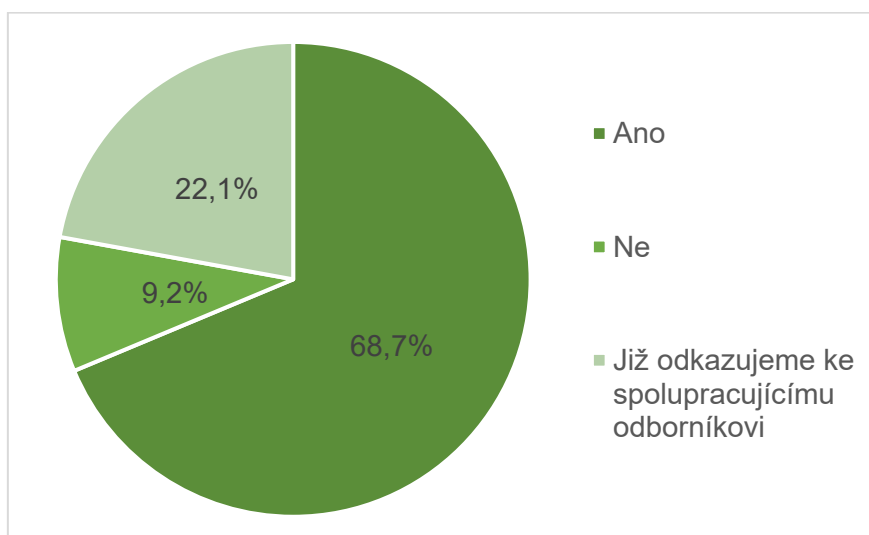


Nebylo zaznamenáno převažující množství pacientů se zájmem o jinou podporu než farmakoterapie.

3.7.5 Zájem o spolupráci s dalšími odborníky

Možnost odkázat klienty do navazujících odborných služeb by uvítalo 68,7 % respondentů, 22,1 % lékárníků již pacienty k dalším odborníkům odkazuje. Tuto možnost nevyžaduje 9,2 %.

Graf 8: Zájem o spolupráci s dalšími odborníky (N = 131)



Tabulka 13: Zájem lékáren bez center pro odvykání odkázat pacienta k odborníkovi (N = 131)

	Lékárny s centry pro odvykání		Ostatní	
		[%]		[%]
Zájem odkázat k jinému odborníkovi	14	10,7	76	58,0
Spolupráce	12	9,2	17	13,0
Nezájem odkázat k jinému odborníkovi	3	2,3	9	6,9

Z dat uvedených v tabulce 13 je možné pozorovat, že pracovníci lékáren, které neposkytují konzultační činnost, mají zájem pacienty odkázat k jinému odborníkovi. Výsledná *p*-hodnota statistického ověření má hodnotu <0.001, která je statisticky významnou.

4. Diskuze

Praktická část této práce se věnuje realizaci dotazníkového šetření v lékárnách. Před vytvořením designu studie byla provedena rešerše týkající se dostupných teoretických podkladů a výzkumů. V roce 2014, tedy rok po zahájení Kurzu odvykání kouření v lékárnách, proběhla v Pražských lékárnách studie s cílem zmapovat zájem a účast jejich personálu na podpoře v odvykání kouření (Kadeřábková, 2015). Byly dohledány také výzkumy, které se zabývaly konzultační činností v lékárnách. V ČR však nebyla nalezena žádná studie, která by zkoumala bariéry v poskytování péče pro kuřáky či mapovala situaci ohledně podpory v odvykání kouření. Při sestavování dotazníků bylo tedy čerpáno ze zahraničních zdrojů, kde bylo nalezeno několik výzkumů zaměřených přímo na intervence v odvykání kouření v lékárnách. S ohledem na vytíženost lékáren byl dotazník sestaven tak, aby jeho vyplnění netrvalo respondentům déle než deset minut a nepokrývá komplexní problematiku do takové hloubky, aby bylo možné z výsledků učinit konkrétní doporučení. I s předpokladem, že odpověděli spíše motivovaní lékárníci, lze říci, že mají zájem se na poskytování intervencí podílet.

S přihlédnutím k volné dostupnosti kontaktních údajů v rámci databáze SÚKLu a ČLnK a rozsahem výzkumného souboru, bylo pro sběr dat zvoleno online dotazníkové šetření. S prosbou o distribuci dotazníku byla nejprve oslovena ČLnK, ale kvůli velkému počtu žádostí o zprostředkování výzkumů mezi lékárníky byla žádost zamítnuta. Respondenti byli tedy osloveni hromadným emailem, byly použity kontaktní údaje z databáze lékáren SÚKLu, u lékáren bez emailových adres, byly tyto dohledány ručně

na internetových stránkách. V rámci jednoho řetězce se podařilo domluvit rozeslání pomocí interní emailové pošty. Přestože byl využit oficiální aktualizovaný seznam, který obsahuje pouze registrované lékárny, všechny kontaktní údaje nemusely být aktuální a část dotazníků mohla být rozeslána na staré, již nefunkční emailové adresy. Vzhledem k tomu, že email byl rozeslán jako hromadný, mohl být některými spamovými filtry klasifikován jako spam, případně mohlo být jeho doručení zablokováno.

Dotazník zodpovědělo celkem 132 osob. Míra response tedy činila 4,92 %, nebyla příliš vysoká, navíc dotazník zodpověděl velký počet lékáren, které již intervence poskytují. Výsledná data mohla tedy být zkreslená, jelikož, toto zastoupení mohlo ovlivnit reprezentativnost výzkumu – to je limitem výsledků, soubor nebyl reprezentativní. Velká část lékáren je v ČR provozována řetězci, které mohou prosazovat vlastní politiku a pravidla v provozu zdravotnických zařízení a tím ovlivnit jejich postoj k intervencím. Zda se jedná o řetězcovou nebo jinou lékárnou nebylo v dotazníku zohledněno.

Zájem nebo provádění intervencí uvedlo 80,1 % respondentů, ale v rámci této skupiny byly nadprůměrně zastoupeny lékárny poskytující konzultace v odvykání kouření. V seznamu na webu ČLnK bylo uvedeno 167 lékáren, což činí přibližně 6,2 % za všech lékáren, avšak v tomto vzorku byla tato aktivní skupina zastoupena 22,1 %. Je pravděpodobné, že se výzkumu preferenčně účastnili lékárníci, kteří mají o tuto problematiku zájem.

Z výsledků vyplývá, že většina lékárníků se cítí v poskytování intervencí limitována. Nejvíce z nich pak označilo jako překážku nedostatečný zájem o intervence ze strany pacientů a malou motivaci pro změnu jejich chování. Zároveň několik respondentů uvedlo, že konzultační činnost sice provozují, nevyhledává je však mnoho pacientů. Snížený zájem vnímají také lékárny v menších městech. Informace o provozu center v lékárnách jsou pro veřejnost volně dostupné například na internetových stránkách (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015; ČLnK, 2015). V případě zájmu je lze tedy poměrně snadno nalézt.

Šetření bylo zaměřeno pouze na lékárníky, neposkytuje tedy informace o tom, do jaké míry jsou s existencí center obeznámeni další odborníci, kteří mohou pacienty do zařízení odkázat. Otázkou může být, zda jsou jiné služby pro odvykání kouření vyhledávány častěji než lékárny. Nicméně právě malá poptávka může snižovat zájem lékárníků intervence provádět a dále se v problematice vzdělávat. Tyto výsledky se shodují s dalšími studii provedenými v Thajsku, Austrálii, Kataru a USA (Chinwong & Chinwong, 2018).

Malajsijská studie s obdobnými otázkami týkajícími se bariér v poskytování péče uváděla jako nejčteněji označované možnosti nedostatek znalostí a tréninku, malou motivaci ke změně chování a nedostatek času (Qamar et al., 2017), v Thajsku se lékárníci potýkají s problémy ohledně sjednání návazného setkání jako kroku ve schématu krátké intervence 5A (tato bariéra nebyla v tomto výzkumu zohledněna), nedostatečným personálním obsazením směn, další významnou bariérou je nedostatek času (Chinwong & Chinwong, 2018). Shodně byl ve studiích uváděn nedostatek času při provádění intervencí a malý zájem ze strany pacientů, naopak například nedostatečnou znalost problematiky považuje v ČR za překážku méně respondentů. Rozdíly mohou být způsobeny odlišnou situací v jednotlivých státech.

Pacienti přicházejí do lékárny především se zájmem o podpůrnou farmakoterapii, a to i v případě, že zařízení poskytuje další poradenství, nadpoloviční většina zařízení disponuje i jinou formou podpory, než je farmakoterapie. Pokud pacienti přijdou se zájmem o odvykání kouření do zařízení, které podporu neposkytuje, odkazuje pacienty na návaznou službu necelá pětina respondentů. Zájem pacientům službu doporučit má téměř třičtvrtě respondentů. Proč personál pacientům službu zatím nedoporučuje, nelze na základě této práce určit. Jako vhodná služba pro kuřáky, kteří chtějí odvykat, se nabízí Národní linka pro odvykání, která působí celorepublikově a bezplatně. Mohou ji využít i pacienti, kteří nemají ve svém okolí dostupné jiné zařízení. Právě malá dostupnost byla respondenty reflektována v závěrečné otázce dotazníku. Zároveň se jedná o službu specializovanou na odvykání, v rámci telefonního hovoru je více prostoru pro nalezení vyhovující ambulantní služby v případech, kdy není telefonický kontakt dostačující. Není jisté, zda respondenti o existenci této služby vědí a měli by zájem ji využívat, v rámci prostoru pro zpětnou vazbu byla několikrát zmíněna absence konkrétní služby pro odkázání pacienta. V současných doporučených postupech od ČLnK na ní není uveden aktuální kontakt. Avšak doporučené postupy jsou v současné době přepracovávány, lze tedy očekávat příznivou změnu.

V rámci podnětů k tomuto tématu bylo několikrát zmíněno, že pro lepší využití potenciálu lékáren by byla vhodná větší propagace této služby mezi veřejností. Výhodná by mohla být také spolupráce s praktickými lékaři a internisty, kteří by mohli pacienty do lékáren se zakázkou odvykání nasměrovat. V současnosti bylo dle dvou respondentů poskytování podpory zkomplikováno výpadkem přípravku Champix a pandemií Covid-19, během které se snížil zájem o odvykání stejně jako zájem o jiné neakutní zdravotní služby. V rámci provozu zařízení komplikuje poskytování intervencí nedostatek času na pacienty, nedostatek personálu a absence vhodného prostoru pro konzultace. Ke zkvalitnění péče by

tedy mohlo napomoci více času na pacienty, zřízení konzultačních místností a finanční ohodnocení služby.

Při vzájemném porovnání odpovědí na obě otázky je možné pozorovat shodu mezi bariérami a kroky pro zkvalitnění péče, výjimkou je právě otázka kompenzace za odvedené intervence. Přestože ekonomické důvody nebyly vnímány jako překážka, uvítaly by finanční kompenzaci více než dvě třetiny respondentů.

V rámci poznámek k tématu byl dále zmíněn přínos plošného vzdělávání lékárníků v adiktologii, především v odvykání kouření a vytvoření zázemí pro poskytování konzultací. Dalšími navrhovanými kroky byly zvýšení pravomocí pro lékárníky, možnost distribuce vareniklinu bez lékařského předpisu, využití motivačních diářů.

Výsledky dotazníku by mohly posloužit jako zpětná vazba potřeb lékárníků pro optimální poskytování podpory v odvykání kouření. Z výsledků výzkumů provedených v několika státech vyplývá, že intervence provedené farmaceuty mají výrazný vliv na míru abstinence. Dle doporučení by tvůrci zdravotních politik měli lékárníky k jejich poskytování motivovat a napomoci překonat nejčastěji uváděné překážky jako je časová tíseň, či nedostatečné finanční ohodnocení a rozšíření dovedností (Saba et al., 2014). Při zpracování některých okruhů dotazníku více do hloubky a zajištění vyšší míry response, popřípadě zvolení jiné metody výběru, by na základě výsledků bylo možné stanovit konkrétní kroky pro rozvoj služeb poskytovaných v České republice. Samotné provedení studie může sloužit jako pilotní výzkum, zároveň by mohlo mezi personálem lékárny zvýšit zájem o problematiku odvykání kouření.

5. Závěr

Limitem studie je malý počet respondentů. Ze získaných výsledků vyplývá, že třetina respondentů má zájem o provádění intervencí, dvě pětiny je již poskytují formou krátkých intervencí nebo konzultací. V rámci své lékárenské praxe tito respondenti subjektivně pociťují bariéry, které je limitují v poskytování péče. Tato data potvrzují hypotézu 1. Za limity považovali malou poptávku ze strany pacientů, nedostatečnou motivaci pacientů změnit své chování, nedostatek času a absenci vhodného prostoru pro konzultace. Nedostatek času na poskytování konzultací potvrzuje hypotézu 2. Z nabízených kroků, které by mohly vést ke zkvalitnění služeb bylo nejčastěji označeno zajištění více času na konzultace, finanční kompenzace, zvýšení motivace pacientů ke změně.

Nejrozšířenějšími formami podpory byla náhradní nikotinová terapie a Defumoxan, který má k dispozici více než třičtvrtě zařízení. Kombinaci farmakoterapie a jiné formy podpory měla k dispozici většina lékáren, což odpovídá na hypotézu 3. Žádnou formou podpory nedisponovaly dvě. Nejčastěji bylo poskytováno poradenství provedené pracovníkem zařízení a informační prospekty.

Pokud lékárna nemohla zajistit pacientům konzultace v rámci odvykání, měl personál zájem odkázat pacienty do jiných služeb, což odpovídá hypotéze č. 5. Hypotéza č. 4 nebyla statisticky průkazná. Získaná data mohou být využita jako podněty pro kroky k umožnění či zkvalitnění poskytovaných intervencí v odvykání kouření v lékárnách na reprezentativním souboru.

6. Citace

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (1st ed.). Hogrefe – Testcentrum

Cappelleri, J. C., Bushmakin, A. G., Baker, C. L., Merikle, E., Olufade, A. O., & Gilbert, D. G. (2005). Revealing the multidimensional framework of the Minnesota nicotine withdrawal scale. *Current medical research and opinion*, 21(5), 749-760.

Čsémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M. & Skývová, M. (2021). *Užívání tabáku aalkoholu v České republice 2020*. Státní zdravotní ústav.

Černovská, M., & Abrahámová, J. (2009, 10 23). *Etiologie karcinomu plic*. 2009 XVI. Jihočeské onkologické dny.

ČLnK. (2010). *Úvod k doporučeným postupům*. Česká lékárnická komora. <https://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/PORADENSTVI-KONZULTACE.aspx>

ČLnK. (2014). *Poradenská centra pro odvykání kouření nově i v lékárnách*. Česká lékárnická komora. https://www.lekarnici.cz/getattachment/89faf92c-11d0-4f62-9f69-4a2d0b31fe92/CLnK_TZ_Odvykani_koureni_140225.pdf.aspx

ČLnK. (2015). *Odvykání kouření*. Česká lékárnická komora. <https://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Odborne-poradenstvi-v-lekarnach/Odvykani-koureni.aspx>

ČLnK. (2017). *Specializační vzdělávání farmaceutů*. Česká lékárnická komora. www.lekarnici.cz/%2Fgetattachment%2F4ec846a8-706d-4baf-b534-9ebbfa6adb25%2F0603-Mladi-lekarnici_novela-95.pdf.aspx&usg=AOvVaw1GiUv-Li1ldMpj61yf29E3

ČLnK. (2020). *Lékárníci budou konzultace v lékárnách poskytovat nadále (i navzdory odmítnutí proplácení z veřejného zdravotního pojištění)*. Česká lékárnická komora. <https://lekarnici.cz/Pro-verejnost/Informace-pro-verejnost/Lekarnici-budou-konzultace-v-lekarnach-poskytovat.aspx>

ČLnK. (2021). *Do lékárny nejen pro léky, ale i pro odbornou radu zdravotníka, který se v léčivech i zdraví skutečně vyzná a pacientovi poradí.* Česká lékárnická komora
<https://lekarnici.cz/Media/Tiskove-zpravy/Do-lekarny-nejen-pro-leky,-ale-i-pro-odbornou-radu.aspx>

ČLnK. (2021). *Odborné poradenství v lékárnách* Česká lékárnická komora.
<https://lekarnici.cz/Pro-verejnost/Odborne-poradenstvi-v-lekarnach.aspx>

ČLnK. (2021). *Pozvánka na garantovaný kurz ČLnK – „Odvykání kouření v lékárnách“.* Česká lékárnická komora.

ČLnK. (2021). *Vyhledávání v databázi lékáren a lékárníků.* Česká lékárnická komora.
<https://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Seznam-lekaren.aspx>

ČLnK. (n.d.). *Garantovaný kurz ČLnK – Odvykání kouření v lékárnách.*

ČSL JEP. (2017). *Závislost na tabáku a její léčba. Pomozte kuřákům, kteří zbytečně trpí, při odvykání kouření.* *Practicus*. 2017, 16(7). 53-56.

Doweiko, H. E. (2018). *Concepts of chemical dependency* (1.0th ed.). Cengage Learning.

EMA. (2014). *Souhrn zprávy EPAR určený pro veřejnost. Champix.* European Medicines Agency. https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/champix-epar-summary-public_cs.pdf

Fagerström, K., & Hughes, J. (2008). *Varenicline in the treatment of tobacco dependence.* *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(2), 353.

Fagerström, K. (2014). *Nicotine: Pharmacology, Toxicity and Therapeutic use.* *Journal of Smoking Cessation*, 9(2), 53-59. doi:10.1017/jsc.2014.27

Ficnerová, J., Petrášková, P. (2013). *Doporučený postup poradenství při odvykání kouření.* Česká lékárnická komora. <https://www.lekarnici.cz/getattachment/Pro-verejnost/PORADENSTVI-KONZULTACE/PORADENSTVI--->

KONZULTACE/Doporuceny-postup---Odvykani-koureni/Doporuceny-postup-CLnK-Odvykani-koureni.pdf.aspx

Fišerová, K., Kulháněk, A. & Mravčík, V. (2018). Klienti Národní linky pro odvykání kouření v roce 2017: zhodnocení adiktologických charakteristik po osmi měsících činnosti. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 128–134.

FLORENCE. (2018, October, 24). *Kouření a jeho vliv Na lidský organismus*. FLORENCE – Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese. <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/koureni-a-jeho-vliv-na-lidsky-organismus/>

García-Gómez, L., Hernández-Pérez, A., Noé-Díaz, V., Riesco-Miranda, J. A. & Jiménez-Ruiz, C. (2019). Smoking cessation treatments: current psychological and pharmacological options. *Revista de investigación clínica*, 71(1), 7-16.

Chinwong, S., & Chinwong, D. (2018, September 17). A National Survey of Community Pharmacists on Smoking Cessation Services in Thailand. *Pharmacy (Basel, Switzerland)*, 6(3). <https://doi.org/10.3390/pharmacy6030101>

Jordan, C. J., & Xi, Z. X. (2018). Discovery and development of varenicline for smoking cessation. *Expert opinion on drug discovery*, 13(7), 671-683.

Kadeřábková, R. (2015). Závislost na tabáku a podpora její léčby pražskými lékárnami.

Kmeťová, A., & Králíková, E. (2013). Novinky v léčbě závislosti na tabáku. *Medicína pro praxi*, 10(8-9), 294-296.

Králíková, E. (2008). Nové možnosti v léčbě závislosti na tabáku. *Interní medicína*, 10(10), 444-448.

Králíková, E. (2013). *Závislost Na tabáku: Epidemiologie, prevence a léčba* (1st ed.). Adamira.

Králíková, E. (2015a). *Diagnóza F17: Závislost Na tabáku* (1vyd.). Mladá fronta.

Králíková, E. (2015b). Farmakologická léčba závislosti na tabáku. *Remedia online*, 2(2015).

Králíková, E. (2015) in Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Králíková, E., Češka, R., Pánková, A., Štěpánková, L., Zvolská, K., Felbrová, V., & Zvolský, M. (2015). Doporučení pro léčbu závislosti. *Vnitřní. Lékařství*, 61(5), 154-1515.

Králíková, E., Zvolská, K., Štěpánková, L., Pánková, A., Felbrová, V., Kulovaná, S. (2020). Léčba závislosti na tabáku v ČR: Historie, současnost, budoucnost. *Časopis lékařů Českých*. 159, 147-152.

Kříž, J. (2020). Globální data o užívání tabáku. *Hygiena*, 65(1), 28.

Kulhánek, A. (2016). Národní linka pro odvykání kouření – cesta k profesionalizaci. *Adiktologie*, 16(4), 374–377. <https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/kulhanek-1.pdf>

Kulhánek, A. (2017). Odvykání kouření jako (ne) adiktologické téma. *Adiktologie*, 17(3), 180-181.

Kulhánek A. & Gabrhelík, R. (2019). Nové formy užívání tabáku: Elektronické cigarety a zahříváný tabák. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*.

Martinove, ml, M. (2015). Závislosti v DSM-5. *Psychiatrie pro praxi*, 16(1): 6–8.

Malý, J., Opavová, T. & Vlček, J. (2012). Bariéry a možnosti dalšího rozvoje konzultační činnosti v lékárnách v České republice. *Praktické lékařství*, 8(1): 31-33.

Miovský, M. (2013). Adiktolog a farmaceut by spolu měli úzce spolupracovat. *Edukafarm*, 11(3),2-3.

http://www.edukafarm.cz/data/soubory//farminews2013/3/02%20Miovsky_adiktolog_a_farmaceut_by_meli_uzce_spolupracovat_2013.pdf

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmanová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Franková, E., Nechanská, B., Fidesová, H. (2021). Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021 [Report on Tobacco, Nicotine and Related Products in the Czech Republic 2021] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

Molyneux, A. (2004). Nicotine replacement therapy. *Bmj*, 328(7437), 454-456.

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (2015). *Mapa pomoci*. <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/?t=17&st=3&r=#result>

NIDA (n.d.). *Instrument: Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND)*. NIDA CTN Common Data Elements. Retrieved October 31, 2021 <https://cde.drugabuse.gov/instrument/d7c0b0f5-b865-e4de-e040-bb89ad43202b>

NIDA. (2020, January 7). *Is nicotine addictive?* National Institute on Drug Abuse. Retrieved October 31, 2021, from <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/nicotine-addictive>

O'Leary, R. & Polosa, R. (2020). Tobacco harm reduction in the 21st century. *Drugs and Alcohol Today*.

Pilařová, L. (2003). Problematika závislosti na nikotinu. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 205-208.

Qamar, M., Ahmad, S., Poobalan, K., Shaikh, F. A., & Hammad, M. A. (2017). Smoking cessation counseling: Perceptions and barriers among community pharmacists. In *Unity in Diversity and the Standardisation of Clinical Pharmacy Services* (pp. 233-238). CRC Press, Taylors & Francis Group, London. 10.1201/9781315112756-41

Rang, H. P., Ritter, J. M., Flower, R. J., & Henderson, G. (2015). *Rang & dale's pharmacology* (8th ed.). Churchill Livingstone.

Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada.

Research, Minnesota Tobacco Withdrawal Scale, Vermont Center on Behavior and Health, Larner College of Medicine at the University of Vermont. (n.d.). Larner College of Medicine. Retrieved January 29, 2022, from <http://www.med.uvm.edu/behaviorandhealth/research/minnesota-tobacco-withdrawal-scale>

Richmond, R., & Zwar, N. (2003). Review of bupropion for smoking cessation. *Drug and alcohol review*, 22(2), 203-220.

Saba, M., Diep, J., Saini, B., & Dhipayom, T. (2014). Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 39(3), 240-247.

SLZT. (2021a). *Adiktologické ambulance*. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. <https://www.slzt.cz/centra/adiktologicke-ambulance#more-informations>

SLZT. (2021b). *Ambulantní lékaři*. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. <https://www.slzt.cz/centra/ambulantni-lekari#more-informations>

SLZT. (2021c). *Centra pro závislé na tabáku*. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. <https://www.slzt.cz/centra/centra-pro-zavisle-na-tabaku#more-informations>

SLZT. (2021d). *Minnesotská škála nikotinových abstinčních příznaků*. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. <https://www.slzt.cz/minnesotska-skala-abstinencnich-priznaku>

SLZT. (2021e). *O společnosti*. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. <https://www.slzt.cz/o-spolecnosti>

SLZT. (2021f). *Stáhněte si některou z mobilních aplikací*. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. <https://www.slzt.cz/centra/centra-pro-zavisle-na-tabaku#a-stahnete-si-nekterou-z-mobilnich-aplikaci>

Státní zdravotní ústav. (n.d.). Poradny pro odvykání kouření – jednotlivé kroky, individuální a skupinová terapie, náhradní substituční terapie, objektivizace expozice tabákovému kouři. SZÚ.

http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CINDI/kurz/Poradny_pro_odvykani.pdf

SÚKL. (2021a), Databáze léčiv – účinná látka Bupropion. Státní ústav pro kontrolu léčiv https://www.sukl.cz/modules/medication/search.php?data%5Bsearch_for%5D=&data%5Bcode%5D=&data%5Babc_group%5D=&data%5Bmaterial%5D=bupropion&data%5Bpath%5D=&data%5Breg%5D=&data%5Bradio%5D=none&data%5Brc%5D=&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=braille-yes&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=braille-no&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=braille-def&data%5Bwith_adv%5D=0&search=Vyhledat&data%5Blisting%5D=20

SÚKL. (2021b), Databáze léčiv – účinná látka Nikotin. Státní ústav pro kontrolu léčiv https://www.sukl.cz/modules/medication/search.php?data%5Bsearch_for%5D=&data%5Bcode%5D=&data%5Babc_group%5D=&data%5Bmaterial%5D=nikotin&data%5Bpath%5D=&data%5Breg%5D=&data%5Bradio%5D=none&data%5Brc%5D=&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=braille-yes&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=braille-no&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=braille-def&data%5Bwith_adv%5D=0&search=Vyhledat&data%5Blisting%5D=20

SÚKL. (2021c). *Encyklopedie SÚKL*. Státní ústav pro kontrolu léčiv. <http://www.olecich.cz/encyklopedie/jak-je-rozdelena-napl-n-prace-jednotlivych-pracovniku-lekarny>

SÚKL. (2021d). *Souhrn údajů o přípravku – Bupropion +Pharma*. Státní ústav pro kontrolu léčiv. <https://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0236801&tab=texts>

SÚKL. (2021e). *Souhrn údajů o přípravku*. Státní ústav pro kontrolu léčiv. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/champix-epar-product-information_cs.pdf

SÚKL. (2021f). *Souhrn údajů o přípravku*. Státní ústav pro kontrolu léčiv. <https://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0232285&tab=texts>

Turanská, K., Poledníková, T., & Skříčková, J. (2009). Pomocná farmaka při odvykání kouření. *Praktické Lékařství*. 2009; 5 (1): 26, 28.

Tutka, P., Zatonski, W. (2006). Cytisine for treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic efficacy. *Pharmacological reports*, 58, 777-798.

ÚZIS. (n.d.). *Prohlížeč*. Prohlížeč | MKN-10 klasifikace. Retrieved February 12, 2022, from <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F17>

West, R. (2017). Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & health*, 32(8), 1018-1036.

WHO (2021). *Tobacco*. World health organisation. Retrieved November 16, 2021, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco?fbclid=IwAR0D9cvXMPNoxSTmVaA7ASTGrPp5OK7ZuQoWpq41yvmKlmVOwgRatjNSFhs>

Zákon č. 65/2017 Sb., O ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. (2022). <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=65&r=2017>

Zvolská, K. & Králíková, E. (2017), Centra pro závislé na tabáku v roce 2016. *Časopis lékařů Českých*, 156,19-23.

Seznam obrázků

Obrázek 1: Loga lékáren poskytujících odborné poradenství	33
Obrázek 2: Schéma vedení konzultací v lékárně.....	38

Seznam grafů

Graf 1: Procentuální zastoupení míry response v jednotlivých krajích ČR	41
Graf 2: Rozdělení vedoucích lékárníků do kategorií v závislosti na délce praxe a pohlaví	42
Graf 3: Vztah mezi vnímáním bariér a zájmem o poskytování podpory	43
Graf 4: Bariéry pro poskytování/zlepšení péče	45
Graf 5: Možnosti pro zavedení/zlepšení poskytování péče	47
Graf 6: Podpora poskytovaná v lékárnách	48
Graf 7: Zájem o jiné formy podpory mezi pacienty	49
Graf 8: Zájem o spolupráci s dalšími odborníky	49

Seznam tabulek

Tabulka 1: Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním tabáku.....	18
Tabulka 2: Kategorie symptomů pro diagnostiku DSM-5	20
Tabulka 3: Přehled diagnóz dle DSM-5	21
Tabulka 4: Fagerströmův test nikotinové závislosti.....	21
Tabulka 5: Minnesotská škála abstinenčních příznaků	23
Tabulka 6: Přehled dostupných přípravků dle databáze SÚKL	27
Tabulka 7: Schéma krátké intervence s cílem podpořit pacientovu motivaci přestat.	28
Tabulka 8: Schéma krátké intervence ABC5A/5P	29
Tabulka 9: Struktura krátké intervence	36
Tabulka 10: Schéma 1.(úvodní) konzultace	36
Tabulka 11: Struktura navazujících setkání.....	38
Tabulka 12: Vztah mezi prováděním intervencí a vnímáním bariér	43
Tabulka 13: Zájem lékáren bez center pro odvykání odkázat pacienta k odborníkovi	50

7. Přílohy

Průvodní dopis

Dobrý den,

dovolte mi, abych Vás touto cestou oslovila s prosbou o vyplnění online dotazníku k výzkumu pro bakalářskou práci, kterou zpracovávám v rámci studia Adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy na téma podpory odvykání kouření v lékárnách včetně možných bariér.

Odpovědi zaberou maximálně deset minut, o vyplnění prosím vedoucího lékárníka. Dotazník bude přístupný do ____.

Účast na výzkumu je zcela dobrovolná a anonymní (vyplněné PŠČ slouží pouze pro určení kraje a velikosti sídla a nebude v prezentovaných výsledcích uvedeno). Data budou použita pouze za účelem psaní bakalářské práce, případně publikace bez možnosti identifikovat jednotlivé lékárny či respondenty.

V případě zájmu Vám mohu hotovou práci v elektronické podobě zaslat (nechte kontakt v poslední otázce výzkumu). Děkuji za Váš čas.

S přáním hezkého dne

Anna Havlůjová

Dotazník

1. Uveďte prosím své pohlaví

- a. Muž
- b. Žena
- c. Neuvedeno

Kolik let pracujete v oboru?

.....

3. Zadejte PSČ města, ve kterém se nachází zařízení, kde pracujete

4. Máte v rámci svého zařízení zájem poskytovat intervence při odvykání kouření?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Již poskytujete prostřednictvím krátké intervence (aktivně se dotazujete na kouření, doporučujete kuřákům přestat, v případě zájmu nabízíte službu/edukační materiály)
- d. Již poskytujete prostřednictvím konzultační činnosti

5. Zaznamenáváte v rámci poskytování intervencí bariéry?

- a. Ano
- b. Ne

6. Zhodnoťte, zda pro vás následující možnosti tvoří bariéry při poskytování intervencí/konzultací/nebo rozšíření stávající podpory v odvykání kouření ve Vašem zařízení.

	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Nedostatek znalostí a praktického nácviku v poskytování poradenství					
Zařízení není adekvátně personálně vybavené					
Nedostatek času na provádění konzultací					

Absence vhodného prostoru pro poskytování konzultací					
Malá poptávka ze strany pacientů					
Nedostatečná motivace/nezájem pacientů změnit své chování					
Nedostatečná důvěra pacientů k personálu lékárny					
Ekonomické důvody					
Nedostatek informačních prospektů/ kontaktů na další služby zabývající se odvykáním kouření					

7. Zhodnoťte, do jaké míry by následující možnosti pomohly v překonání bariér pro poskytování intervencí/ konzultací/nebo zkvalitnění poskytované podpory v odvykání kouření ve Vašem zařízení.

	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Nabytí nových informací a doplnění vzdělání ohledně problematiky odvykání kouření					
Zvyšování kompetence pomocí praktických nácviků intervencí					
Rozšíření pracovního kolektivu					
Více času na intervence s pacienty					
Vytvoření vhodného prostoru pro konzultace					
Provádění motivačních rozhovorů, využití dalších technik ke zvýšení motivace pacientů					
Více informačních prospektů/kontaktů na další služby zabývající se odvykáním kouření					
Finanční ohodnocení za odvedené konzultace					

8. Zaznamenáváte ve vašem zařízení zájem i o jiné formy podpory, než je farmakoterapie?

- a. Ano
- b. Ne

9. Jaké formy podpory v odvykání kouření poskytuje zařízení, ve kterém pracujete? (vyberte z následujících možností)

- a. Champix, Defumoxan, Bupropion
- b. Náhradní nikotinová terapie
- c. Informační prospekty (letáky, brožury, videa...)
- d. Odborné poradenství provedené pracovníkem lékárny
- e. Doporučení centra pro závislé na tabáku
- f. Doporučení spolupráce s lékařem/jinou službou (např. Národní linkou pro odvykání)
- g. Nenabízí
- h. Jiné

10. Jak dlouho přibližně trvá provedení intervence? * *Uvádějte v minutách, pokud intervence neprovádíte zadejte číslo 0*

11. Uvítali byste možnost odkázat pacienty, kteří mají zájem o odvykání kouření/ chystají se odvykat na služby poskytující konzultace v odvykání kouření?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Již spolupracujete s odborníky, ke kterým pacienty odkazujete

12. Prostor pro vaše podněty

