



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Bc. Lucie Vyskočilová

Využívání nástrojů časné diagnostiky a krátké intervence zdravotními sestrami u pacientů s podezřením na škodlivé užívání nebo závislost na alkoholu nebo tabáku

Application of early detection and brief intervention tools by nurses among patients with suspected alcohol or tobacco harmful use or dependence syndrome

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. 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, 12. 4. 2016

LUCIE VYSKOČILOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

VYSKOČILOVÁ, Lucie. Využívání nástrojů časné diagnostiky a krátké intervence zdravotními sestrami u pacientů s podezřením na škodlivé užívání nebo závislost na alkoholu nebo tabáku. [Application of early detection and brief intervention tools by nurses among patients with suspected alcohol or tobacco harmful use or dependence syndrome]. Praha, 2016. 70 s., 8 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Vaňková, Milena.

Abstrakt

Vzhledem k vysoké prevalenci užívání alkoholu a tabáku v mladistvé i dospělé populaci v České republice je možné pozorovat i častý výskyt onemocnění související s nadměrným a rizikovým užíváním těchto látek. Zdravotníci, zejména všeobecné sestry, se nacházejí v ideální pozici pro provádění screeningu a krátké intervence s cílem zmírnit rizikovitost užívání alkoholu a tabáku. V rámci platné legislativy České republiky je zdravotnickým pracovníkům ukládána zákonná povinnost poskytnout krátkou intervenci osobě, u níž zdravotník pojme důvodné podezření na rizikové užívání návykové látky či syndrom závislosti.

V teoretické části této práce je shrnuta aktuální situace v oblasti prevalence a incidence užívání alkoholu a tabáku v ČR, základní onemocnění vyplývající z nadměrného užívání alkoholu a tabáku, metody časně diagnostiky a krátké intervence a role všeobecných sester v poskytování krátké intervence.

Výzkum provedený v rámci této práce byl realizován na interních odděleních akreditovaných zdravotnických pracovišť v Praze formou kvantitativního dotazníkového šetření. Výzkumný soubor tvořilo 72 respondentů z lůžkových zařízení.

Hlavním cílem této práce je zmapovat znalosti sester o problematice časně diagnostiky a reálné využívání screeningových diagnostických nástrojů a metod krátké intervence u pacientů s podezřením na škodlivé užívání a syndrom závislosti na alkoholu a tabáku sestrami v klinické ošetrovatelské praxi.

Výsledky výzkumu naznačují, že sestry pracující na interních odděleních využívají screeningové nástroje pro časnou diagnostiku rizikového užívání alkoholu a tabáku jen minimálně. Obeznamenost s těmito nástroji a metodami krátké intervence roste s úrovní vzdělanosti sester. Nejčastějšími důvody pro neprovádění screeningu v klinické praxi jsou neznalost, nedostatek času a subjektivní dojem neužitečnosti diagnostických nástrojů a screeningu.

V závěru jsou formulována doporučení pro klinickou ošetrovatelskou praxi, zejména pro snazší implementaci metodiky screeningu a krátkých intervencí do každodenní klinické ošetrovatelské praxe. Hlavním pilířem by mělo být vzdělávání sester v této problematice již na úrovni pregraduálního studia.

Klíčová slova: časná diagnostika – krátká intervence – škodlivé užívání – ošetrovatelství – screeningové nástroje – vzdělávání sester

Abstract

Given the high prevalence of alcohol and tobacco use among minors and adult population in the Czech Republic a high incidence of diseases related to excessive use of these substances can be observed as well. Health care professionals, especially nurses, are in a unique position for implementation of screening and brief intervention in order to reduce risk and harmful substance abuse. Legislation of the Czech Republic regarding harmful consequences of risk alcohol and tobacco use obliges them to conduct brief intervention in suspected cases.

The theoretical part of this thesis summarizes the current situation regarding prevalence and incidence of alcohol and tobacco use in the Czech Republic, describes diseases resulting from excessive alcohol and tobacco use, defines methods for early detection and brief intervention and finally characterizes the role of nurses in providing brief interventions.

Research conducted as part of this work was carried out on internal departments of health institutions with accreditation in Prague in the form of a quantitative survey. The research group consisted of 72 respondents from inpatient wards.

The main objective of this work is to find out and describe real knowledge and application of screening methods, diagnostic tools and brief intervention techniques for patients with suspected harmful alcohol or tobacco use or dependence syndrome by nurses in clinical nursing practice.

The results indicate that there is a very low rate of application of screening tools for early detection of risk alcohol and tobacco use among nurses. Knowledge of these tools and brief intervention techniques increases with the level of education of nurses. The most common reasons for non-implementation of screening are lack of knowledge, lack of time and the subjective feeling of non-effectiveness of screening diagnostic tools.

In conclusion recommendations for clinical nursing practice are formulated, especially for easier implementation of screening and brief interventions into everyday practice. Education of nurses in this field on the level of undergraduate studies should make the main pillar of the implementing strategy.

Key words: early detection – brief intervention – harmful use – nursing – screening tools – education in nursing

Poděkování

Na tomto místě bych v první řadě ráda poděkovala vedoucí této práce Mgr. Mileně Vaňkové, Ph.D. za trpělivost, vstřícnost a cenné rady s ochotou poskytované po celou dobu procesu spolupráce na této bakalářské práci.

Dále patří můj vděk managementu zdravotnických zařízení, v nichž byl prováděn výzkum pro účely této práce, stejně jako všem respondentům, kteří se výzkumu zúčastnili.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za nedocenitelnou podporu, kterou mi poskytovala po celou dobu mého studia.

Obsah

1. Úvod	9
2. Prevalence zneužívání alkoholu a tabáku	10
3. Onemocnění související se zneužíváním legálních návykových látek	13
3.1. Onemocnění související se zneužíváním alkoholu	13
3.1.1. Užívání alkoholu a jaterní onemocnění	13
3.1.2. Užívání alkoholu a neurologická onemocnění	13
3.1.3. Užívání alkoholu a onemocnění gastrointestinálního traktu	13
3.2. Onemocnění související se zneužíváním tabáku	14
3.2.1. Kouření a respirační systém	15
3.2.2. Kouření a kardiovaskulární systém	15
3.2.3. Kouření a diabetes mellitus	15
3.2.4. Kouření a onkologická onemocnění	16
4. Role sestry jako kontaktního pracovníka při hospitalizaci	16
5. Diagnostika závislosti a škodlivého užívání	17
5.1. Kritéria závislosti	17
5.2. Kritéria škodlivého užívání	18
5.3. Časná diagnostika rizikového užívání návykových látek	19
5.4. Diagnostické nástroje pro odhalení míry rizikovosti užívání alkoholu a tabáku	19
5.4.1. Dotazník AUDIT	20
5.4.2. Dotazník CAGE	21
5.4.3. Fagerströmův test závislosti na nikotinu (FTND)	21
6. Krátká intervence	21
6.1. Metody krátké intervence	22
6.2. Efektivita uvedených metod	25

7. Legislativní a politické ukotvení povinnosti poskytovat KI	26
8. Návazné služby pro pacienty zneužívající legální návykové látky v ČR	27
9. Metodologie a výsledky	29
9.1. Typ výzkumu a cíle	29
9.2. Metoda sběru dat	30
9.3. Etické aspekty výzkumu	30
9.4. Metoda zpracování dat	30
9.5. Výzkumný soubor	31
9.6. Analýza a interpretace výzkumných dat	31
10. Diskuse	41
11. Závěr	49
11.1. Závěrečná doporučení pro praxi	50
12. Použitá literatura	52
Přílohy	56
Příloha č. 1: Seznam tabulek a grafů	56
Seznam tabulek	56
Seznam grafů	56
Příloha č. 2: Seznam zkratk	57
Příloha č. 3: Dotazník AUDIT	59
Příloha č. 4: Hodnocení dotazníku AUDIT	60
Příloha č. 5: Dotazník CAGE	61
Příloha č. 6: Fagerströmův test závislosti na nikotinu	63
Příloha č. 7: Souhlas s realizací výzkumu ve VFN v Praze	64
Příloha č. 8: Dotazník pro zdravotní sestry interních oddělení	65

1. Úvod

S vysokou prevalencí zneužívání legálních návykových látek se pojí vysoká morbidita v kategorii onemocnění, která svou etiologií s nadužíváním zejména alkoholu nebo tabáku souvisejí. Mimo primárně preventivní opatření, která jsou cílená na celou populaci i na specifické rizikové skupiny, je vhodné provádět screening rizikového a škodlivého užívání v rámci prevence sekundární.

Povaha onemocnění, která kausálně souvisejí s nadužíváním návykových látek, přivádí pacienty mimo jiné do ambulancí lékařů, kteří mohou indikovat hospitalizaci na interním oddělení. Všeobecné sestry pracující na těchto odděleních jsou v případě hospitalizace pacienta v ideální pozici pro provádění screeningů (časné diagnostiky rizikového chování, škodlivého užívání a syndromu závislosti) a v návaznosti na zhodnocení situace poskytování krátké intervence směřující ke změně rizikového chování.

Přestože dostupná literatura a výzkum prokazují významnou efektivitu krátkých intervencí poskytovaných sestrami, autorka této práce se v ošetrovatelské praxi s těmito přístupy setkala jen velmi sporadicky. Odtud tedy vzešel záměr realizovat výzkum, který by zmapoval trend v užívání diagnostických nástrojů a metod krátké intervence mezi sestrami a odhalil případné bariéry, které jejich provádění v klinické praxi stojí v cestě.

Cílem této práce je upozornit na mezery ve výzkumu a vzdělávání v oblasti screeningů a krátkých intervencí u pacientů s podezřením na rizikové užívání alkoholu nebo tabáku, nebo syndrom závislosti. Dále si autorka klade za cíl zmapovat povědomí sester v klinické ošetrovatelské praxi o diagnostických možnostech a metodách krátké intervence v uvedené oblasti. Výzkum by měl odhalit příčiny neprovádění screeningů a krátké intervence, případně identifikovat motivační prvky a facilitátory, které k provádění screeningů naopak přispívají.

Závěrem práce by měla být doporučení pro současnou klinickou ošetrovatelskou praxi formulovaná na základě získaných dat po jejich analýze a interpretaci.

2. Prevalence zneužívání alkoholu a tabáku

Alkohol a tabák jsou velmi rozšířené legální návykové látky, které jsou v České republice konzumované v poměrně velkém množství. Jejich distribuce a konzumace je ve srovnání s jinými evropskými zeměmi velmi málo regulovaná, jediným zásadním omezením je věková hranice 18 let, osoby, které tohoto věku dosáhly, si mohou obě tyto látky opatřit v neomezeném množství.

Přes výše uvedené věkové omezení se setkáváme i s hojným zneužíváním alkoholu a tabáku mezi mladistvými, kteří jsou velmi rizikovou skupinou z hlediska potenciálu pro škodlivé užívání a vznik závislosti. Vyšší míru užívání těchto látek vykazují vedle mladistvých také příslušníci různých subkultur, vězni, příslušníci taneční scény atd. (Mravčík et al., 2015). Mezi mladistvými jsou ve zvýšeném riziku zneužívání návykových látek a vzniku závislosti klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, mezi nimiž se vyskytuje větší procento pravidelných kuřáků ve srovnání se všeobecnou populací mladistvých. V této skupině dlouhodobě můžeme pozorovat také nižší věk prvního užití návykových látek (Mravčík et al., 2015).

Přestože jsou známy nesčetné studie o rizicích a škodlivých účincích spojených se zneužíváním alkoholu a tabáku, jedná se stále o v ČR sociálně tolerované drogy, které v naší společnosti patří k běžnému životu. Jak uvádí Mravčík et al., postoje všeobecné populace ke zneužívání návykových látek jsou dlouhodobě stabilní, v posledních letech je však možné pozorovat mírné snížení přijatelnosti zneužívání alkoholu, tabáku i nelegálních návykových látek (Mravčík et al., 2015).

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v roce 2014 uvádí prevalenci kouření v obecné populaci 31,4 % (37,4 % mužů a 25,8 % žen) (Mravčík et al., 2015).

Provedená studie také naznačuje, že *„existuje souvislost mezi kouřením a konzumací alkoholu – s rostoucí konzumací alkoholu roste prevalence kouření a dochází tak ke kumulaci zdravotních rizik“* (Mravčík et al., 2015, str. 85).

Dle dlouhodobých odhadů a prováděných studií na území České republiky je prevalence konzumace alkoholu a tabáku dlouhodobě stabilní a neměnná (Mravčík et al., 2015, Sovinová, 2014).

2.1. Zneužívání alkoholu

Alkohol je legální návyková látka s natolik rozšířenou konzumací v české populaci a natolik sociálně tolerovaná, že ji mnozí přes její zjevné škodlivé vlivy ani nepovažují za drogu. Česká republika se dlouhodobě řadí na přední příčky v celosvětovém užívání alkoholu jak

v dospělé populaci tak mezi mladistvými. Hranice škodlivé míry užívání alkoholu je Světovou zdravotnickou organizací stanovena dávkou „20 g alkoholu denně po dobu 5 dní v týdnu s doporučením alespoň 2 dní v týdnu bez alkoholu“ (Babor, Higgins-Biddle, 2001, str. 21). 20 g alkoholu odpovídá přibližně 0,5 l piva, 0,2 l vína a 0,5 dcl destilátu (Babor, Higgins-Biddle, 2001).

Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 spadá do kategorie škodlivého užívání alkoholu přibližně 6 % dospělé populace, denní užívání alkoholu uvádí 12,5 % osob (Mravčík et al., 2015).

Průměrná roční spotřeba alkoholu v České republice v roce 2014 byla 7,2 l čistého alkoholu na osobu (Mravčík et al., 2015).

Počet hospitalizací souvisejících s intoxikací alkoholem dosáhl v roce 2014 celkem 557 (pro srovnání všechny nelegální návykové látky dohromady měly na svědomí 324 hospitalizací v důsledku intoxikace), počet případů smrtelných předávkování alkoholem byl za rok 2014 celkem 322 případů (Mravčík et al., 2015).

Dle studie Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti publikované v periodiku Zaostřeno na drogy uvádělo pití alkoholu v posledních 12 měsících 84 % dotazovaných (n=2134), přičemž převládají muži, kteří pijí i častěji a ve větších dávkách (NMS, 2013). V rámci této studie bylo provedeno i hodnocení rizikovosti užívání alkoholu prostřednictvím dotazníku CAGE (viz kapitola č. 4.5.2.), z něhož vyplývá, že „*necelá desetina dotázaných odpověděla, že jim někdy bylo doporučeno omezit své pití alkoholu (9,4 %), byli kritizováni za svoje pití alkoholu (8,8 %), měli pocit viny (9,9 %) nebo pili alkohol hned po ránu (5,9 %). Alespoň jednu pozitivní odpověď na dané otázky uvedlo 19,3 %, a spadají tak do kategorie rizikových konzumentů alkoholu – při přepočtu na dospělé populaci ČR se jedná o 1,25 až 1,55 mil osob. Škodlivé nebo problémové pití alkoholu (2 a více pozitivních odpovědí) se týká 9,3 % populace (12,6 % mužů a 5,6 % žen), tj. absolutně 560 až 780 tis. osob*“ (NMS, 2013, str. 6).

2.2. Zneužívání tabáku

Užívání tabáku je rizikovým faktorem pro mnoho závažných onemocnění, která mají celosvětově na svědomí miliony úmrtí (15 % mužů a 7 % žen). V České republice zemře ročně řádově 100 000 osob, z nichž 18 000 zemře na následky užívání tabáku. Oblast zneužívání této látky nese velký potenciál pro intervenci, neboť následky kouření jsou z podstaty věci plně preventabilní (Králíková, 2013).

Problém epidemie kouření je možné spatřovat v opoždění mortality v důsledku kouření o několik desítek let za hranicí kulminace prevalence. Ze sledování průběhu fází této

epidemie (která bývá někdy nazývána až pandemií) je možné odhadnout, že tohoto vrcholu v České republice zatím ještě nebylo dosaženo (na rozdíl od vyspělých států západu).

Kouření v České republice zkracuje život pravidelného celoživotního kuřáka podle odhadů přibližně o 15 let. Zanechání kouření přináší pozitivní zdravotní efekt v jakémkoli věku, přičemž platí pravidlo čím dříve tím lépe. Králíková například uvádí, že přestat kouřit do 30 let věku znamená zvýšit pravděpodobnost délky dožití o 10 let, ale i zanechání kouření kolem 60. roku života přináší pravděpodobné prodloužení života o 3 roky (Králíková, 2013).

Účinnými opatřeními pro snižování incidence a prevalence kouření jsou dle Rámcové úmluvy o kontrole tabáku SZO (SZO, 2003) vysoké daně, zákaz reklamy, nekuřácké prostory, informační kampaně a grafická zdravotní varování na obalech tabákových výrobků.

Dle výzkumného šetření provedeného v roce 2011 (Sovinová, Csémy, 2011) bylo v dospělé populaci v České republice 29,1 % kuřáků. Tato data pocházejí z vlastních výpovědí dotazovaných. Polovina těchto kuřáků spadá do kategorie závislých (dle výzkumu si zapálí první ranní cigaretu ještě před odchodem z domu). Odhadová studie společenskovedních nákladů na užívání návykových látek uváděla na základě Výzkumu tělesného a duševního zdraví dospělých obyvatel České republiky 40 % kuřáků mezi muži a 26 % v kategorii žen (Zábranský et al., 2011).

Zásadním problémem je kouření mezi mladistvými, kteří tvoří budoucí dospělou populaci kuřáků. Ukazuje se, že 80 % současných kuřáků datuje počátek svého návyku do doby před nabytím plnoletosti (Králíková, 2013). Preventivní intervence by tedy logicky měly být cíleny zejména na tuto populaci, tento text se však zaměřuje na populaci dospělou, budou zde tedy uvedena pouze stručná data z oblasti prevalence kouření mezi mladistvými.

Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v roce 2014 uvádělo kouření v posledních třiceti dnech 22 % osob ve věku 14-15 let, denní užívání 12 % z nich, přičemž se častěji jednalo o dívky. Chlapci jsou oproti tomu silnějšími kuřáky (tzn. vykouří více cigaret za časovou jednotku) (Mravčík et al., 2015). Králíková uvádí ještě vyšší čísla, dle závěrů šetření publikovaného v roce 2013 uvádělo kouření v populaci 13-16letých 20 % osob, mezi 16letými to bylo 25 %, přičemž z dlouhodobého hlediska roste zastoupení dívek kuřáček (Králíková, 2013).

3. Onemocnění související se zneužíváním legálních návykových látek

3.1. Onemocnění související se zneužíváním alkoholu

Alkohol má vysoký toxický efekt na mnohé tkáně lidského organismu, jehož projevy se mnohdy objeví až po dlouhodobém abúzu (Minařík, Řehák, 2015). K poškození tkání dochází zejména na úrovni gastrointestinálního traktu (za předpokladu perorálního užívání), kde dochází ke vstřebávání a metabolizaci alkoholu, velmi výrazný je však také efekt neurotoxický. Na negativním účinku alkoholu na organismus se vedle nadměrného užívání podílejí také genetické predispozice nebo jiná onemocnění, jako je diabetes mellitus nebo jaterní poškození, která zvyšují riziko onemocnění pankreatu a jater.

3.1.1. Užívání alkoholu a jaterní onemocnění

Jaterní poškození vzniká při dlouhodobém rizikovém užívání dávek 60 g alkoholu denně (ale i pouze 20 g alkoholu u žen). Rozvoj jaterního onemocnění má tři fáze: první fází je ztukovatění jater, neboli jaterní steatóza. Jedná se o reverzibilní stav, který může plně odeznít po zanechání abúzu. Při pokračování v užívání alkoholu jsou játra postižena zánětem (hepatitidou), který se může rozvinout až do chronického zánětu. Konečným a nezvratným stadiem poškození jater je jaterní cirhóza. V této fázi již játra nejsou schopna plnit svou funkci a dochází k intoxikaci organismu. S jaterní cirhózou je spojena také portální hypertenze, jejímž důsledkem mohou být jícnové varixy. Krvácení z jícnových varixů může být příčinou anémie, v akutních stádiích může mít až fatální následky (Minařík, Řehák, 2015).

3.1.2. Užívání alkoholu a neurologická onemocnění

Alkohol je látka s vysokou mírou neurotoxicity. Dlouhodobé užívání se může projevit tzv. Korsakovovým syndromem, jehož symptomy jsou amnézie, dezorientace a halucinace. Dále v důsledku nedostatku některých vitaminů souvisejících se škodlivým užíváním alkoholu může dojít k alkoholové demenci, encefalopatii a polyneuropatii (Minařík, Řehák, 2015).

3.1.3. Užívání alkoholu a onemocnění gastrointestinálního traktu

Alkohol je toxický pro všechny tkáně trávicího ústrojí. Při perorálním užívání alkoholu dochází k jeho přímému kontaktu se sliznicemi GIT a ke vstřebávání do krevního oběhu. To s sebou přináší zejména rizika vzniku zánětlivých a nádorových onemocnění. Jedná se zejména o nespecifické střevní záněty, nádory jícnu, žaludku, kolorektální karcinom,

nádory pankreatu, hepatitidy a nádory jater. U všech uvedených diagnóz je pokračování v užívání alkoholu negativním faktorem z hlediska prognózy, úplná abstinence je tedy zásadní podmínkou možné uzdravy nebo alespoň zvýšení kvality života v rámci daného onemocnění (Minařík, Řehák, 2015).

3.2. Onemocnění související se zneužíváním tabáku

První osobností, která se začala zabývat vztahem kouření a zdravotních následků a která vědecky doložila kauzální vztah mezi kouřením a rakovinou plic, byl britský lékař Richard Doll roce 1950. Rizika spojená s pasivním kouřením byla prokázána ještě později, a to v 80. letech 20. století.

V tabákovém kouři je obsaženo řádově 100 kancerogenních látek, přičemž nikotin sám není kancerogenem, ale jeho metabolity a složky vznikající spalováním mají kancerogenní účinky (Králíková et al., 2013).

Onemocnění v důsledku kouření se odvíjí od způsobu užívání tabákových výrobků. Je například rozdíl mezi užíváním dýmek a doutníků oproti cigaretám. Kouř dýmek a doutníků je zásaditý. Tato jeho vlastnost umožňuje vstřebávání nikotinu do krevního oběhu již přes sliznici úst a není tedy nutné inhalovat kouř hlouběji do dýchacího ústrojí. Oproti tomu cigaretový kouř má nižší pH, což nutí kuřáka potáhnout hlouběji, aby se kouř dostal až do dolních dýchacích cest, kde může dojít ke vstřebání nikotinu v této podobě. Z této skutečnosti tedy vyplývají rozdíly v lokalizaci onemocnění souvisejících s kouřením.

Kouření je rizikovým faktorem pro 4 hlavní skupiny neinfekčních onemocnění, kterými jsou: nádorová onemocnění, kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus a onemocnění dýchacího ústrojí.

Po vyléčení diagnózy nádorového onemocnění respiračního traktu se obvykle setkáváme s tím, že většina pacientů v danou chvíli přestane kouřit. Je-li však léčba úspěšná, ke kouření se vrací opětovně přibližně 60 % z nich. Ukazuje se však, že přestat kouřit má smysl i po stanovení této závažné diagnózy, neboť výsledky sledování ukazují, že po 2 letech od diagnózy primárního nádoru dojde k opětovnému rozvoji onemocnění u 32 % pacientů z těch, kteří kouřit nepřestali, ale pouze u 11 % pacientů, kteří kouřit přestali (Prausová, 2013).

Klinické diagnózy vyplývající ze zneužívání tabáku se neomezují pouze na respirační trakt, ale postihují všechny součásti organismu. Na tomto místě budou uvedeny a velmi stručně popsány některé aspekty hlavních skupin onemocnění, která se mezi kuřáky v důsledku kouření často vyskytují.

3.2.1. Kouření a respirační systém

Vlivem inhalace tabákového kouře dochází v respiračním traktu k řadě nežádoucích změn, mezi které patří například snížení schopnosti pohybu řasinek, pokrývajících epitel sliznic, dochází k poklesu vitální kapacity plic, k zvýšené tvorbě hlenu ve snaze organismu bránit se vniklým částicám tabákového kouře. V takovém prostředí dochází ke zvýšenému riziku adherence a množení bakterií, což s sebou přináší vyšší riziko vzniku infekce. Tyto změny jsou částečně reverzibilní do momentu, kdy dojde k rozvoji chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN), která má tendenci se v čase zhoršovat i přes zanechání kouření po jejím rozvoji. Dojde ke vzniku chronického neinfekčního zánětu dýchacích cest a plic, který může mít i extrapulmonální projevy (atrofie svalů, ateroskleróza). Nejčastějšími projevy CHOPN jsou dušnost, limitace zátěže a kašel. (Koblížek, Kudelová, 2013).

3.2.2. Kouření a kardiovaskulární systém

Kardiovaskulární onemocnění jsou nejčastější příčinou úmrtí v České republice. Na jejich rozvoji se ve velké míře podílí mimo jiné aktivní i pasivní kouření (přibližně 35-40 % úmrtí v důsledku kouření je v souvislosti s kardiovaskulárním onemocněním) (Aschermann, Linhart, 2013). Již po jedné cigaretě dochází k vzestupu krevního tlaku (přechodně až o 20 mmHg), který přetrvává až půl hodiny po dokouření. Ukazuje se, že kouření má i nežádoucí vliv na účinek antihypertenziv, která tak nemohou vysoký tlak kompenzovat. Přestože kuřáci často jako důvod kouření uvádějí uklidnění ve stresové situaci, ve skutečnosti je efektem užívání nikotinu vzestup hladiny stresových hormonů (Aschermann, Linhart, 2013). Kouření je významným rizikovým faktorem vzniku aterosklerózy, snižuje koronární rezervu a elasticitu aorty. Riziko výskytu akutního infarktu myokardu u kuřáků je až 5x vyšší v porovnání s nekuřáckou populací. (Aschermann, Linhart, 2013).

Dále kouření zvyšuje krevní srážlivost, v kombinaci například s hormonální antikoncepcí významně zvyšuje riziko trombembolické nemoci. Dobrou zprávou je, že ihned po zanechání kouření se všechna rizika významně snižují a po několika letech abstinence se bývalý kuřák dostává téměř na úroveň rizika nekuřácké populace.

3.2.3. Kouření a diabetes mellitus

Riziko rozvoje diabetu mellitu (2. typu) u kuřáků je přibližně dvojnásobné v porovnání s populací nekuřáků. Vlivem kouření dochází k zvýšení inzulinové rezistence a narušení metabolismu cukrů. Diagnóza diabetes mellitus je rizikovým prokoagulačním faktorem, toto riziko se v kombinaci s kouřením kumuluje. V souvislosti s odvykáním kouření je nutné mít na paměti, že u diabetiků hrozí riziko kolísání hladiny glykémie až do osmi

týdnů od zanechání kouření.

Nikotin působí jako anorektikum a urychluje metabolismus, odvykání kouření může být tedy spojeno se zvyšováním hmotnosti, což může mít vliv na zhoršení stavu diabetu (Rosolová, 2013).

3.2.4. Kouření a onkologická onemocnění

Onkologická onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice (po kardiovaskulárních onemocněních). Nádorová onemocnění v důsledku kouření nejsou omezena pouze na respirační trakt, vyskytují se zde však nejčastěji. Jedná se zejména o bronchogenní karcinom, jehož riziko je u kuřáků 20x vyšší než u nekuřáků (příčemž až u jedné třetiny nekuřáků může dojít k rozvoji tohoto onemocnění vlivem pasivního kouření) (Prausová, 2013). Dále se jedná o nádory hlavy a krku (příčemž při současném užívání alkoholu a tabáku se riziko kumuluje), nádory jícnu, žaludku, kolorektální karcinom, nádory pankreatu a ledvin.

4. Role sestry jako kontaktního pracovníka při hospitalizaci

Hospitalizace pro somatické onemocnění může fungovat jako platforma pro první setkání se zdravotnickým pracovníkem, který by měl být schopen využít své znalosti, kompetence a autoritu pro celkové posouzení životního stylu pacienta a jeho případných zdravotních následků, které pacienta přivedly na nemocniční lůžko. Klinické diagnózy vyplývající ze zneužívání alkoholu a tabáku bývají velmi častým důvodem k hospitalizaci na interních odděleních (viz kapitola č. 3. Onemocnění související se zneužíváním legálních návykových látek).

Sestra je pracovník, který má k pacientovi po dobu hospitalizace na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení ze všech zdravotníků nejbližší a také s ním tráví nejvíce času. Toto uspořádání jí dává poměrně široký prostor pro navázání vztahu s pacientem a zaměřen hovoře k oblasti návykových látek. Podaří-li se jí navázat s pacientem profesionální, ale přesto důvěryhodný vztah do té míry, že je ochoten sdílet své stereotypy a vzorce užívání, vzniká prostor pro intervenci s velmi vysokým potenciálem, neboť jak tvrdí Deitch (1995), vztah je nositelem změny, ve vztahu zdravotník/pacient je ještě navíc tento vztah umocněn autoritou zdravotníka, od něhož jsou zdravotní doporučení snáze přijímána než například od jiných osob z pacientova okolí.

Dle výzkumného šetření o užívání alkoholu a tabáku v dospělé populaci v ČR (Sovinová, Csémy, 2011) si 20 % oslovených kuřáků přeje přestat kouřit v horizontu 6 měsíců, až 40 % z nich v delším časovém horizontu (n=1265). Toto pole je tedy možné považovat za

prostor s velmi vysokým potenciálem pro intervence zdravotnických pracovníků, zejména sester, jimiž mohou vyplnit čas pro preventivní působení a edukaci, po který je pacient hospitalizován na oddělení.

Bariérou v úspěšné intervenci prováděné zdravotníky je poměrně vysoká míra prevalence zejména kouření mezi lékaři a sestrami. V populaci českých sester je přibližně 40 % kuřáků (což je více než ve všeobecné populaci), z lékařů kouří asi 16 %. Zajímavé je například srovnání s anglosaskými zeměmi, kde se prevalence kouření pohybuje okolo 10 % mezi sestrami a 5 % mezi lékaři (Králíková et al., 2013). Pro zachování důvěryhodnosti a zvýšení efektu intervence vedoucí u pacienta k zamyšlení a ke změně svého návykového chování je nežádoucí, aby z intervenující osoby byl cítit kouř, případně aby sám zdravotník měl k užívání návykových látek pozitivní nebo ambivalentní vztah.

Govier a Rees (2013) definují tzv. „teachable moment“, neboli moment vhodný pro učení (změnu), který nastává u lidí, kteří by sami sebe nezařadili do rizikové skupiny uživatelů návykových látek. Ale v momentě hospitalizace, kdy se podrobí screeningu, který objektivně naznačí rizikovost jejich užívání, jsou nakloněni tomu, aby skutečně slyšeli krátkou intervenci a mohli z ní profitovat. Autoři upozorňují na potenciál sester být více aktivní ve vzdělávání pacientů, posuzování jejich situace a motivování ke změně. Sestry by podle nich měly vytěžit maximum z každého kontaktu s pacientem. Krátké intervence hodnotí jako „low-level“ (nízkonákladové), ale „high-impact“ (s vysokým dopadem) intervence. Sestry tak mohou podporovat pacienty, aby mohli dělat informovaná rozhodnutí o svém zdraví.

5. Diagnostika závislosti a škodlivého užívání

5.1. Kritéria závislosti

Při hodnocení míry závažnosti zneužívání omamných a psychotropních látek vycházíme ze dvou základních standardizovaných manuálů – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (dále jen MKN-10) a amerického Diagnostického a statistického manuálu psychiatrických onemocnění, 4. revize (dále jen DSM-IV) (APA, 2000; MKN-10, 2008). Oblast zneužívání návykových látek se v těchto manuálech nerozporuje, ale navzájem se doplňuje, je tedy vhodné využívat a popsat oba.

V MKN-10 je syndrom závislosti a škodlivé užívání popsán v části F10-19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, kde škodlivé užívání je označováno kódem FX.1 a syndrom závislosti FX.2.

O diagnóze závislosti můžeme uvažovat v případě, že jsou u daného pacienta/klienta

přítomny projevy alespoň tři ze šesti následujících kritérií, a to buď souvisle po dobu jednoho měsíce, nebo kratší dobu opakovaně alespoň po dobu jednoho roku (MKN-10):

- „*silné přání užít drogu, nutková potřeba;*
- *porušené ovládání při jejím užívání, ztráta volní kontroly;*
- *přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím;*
- *priorizace drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku;*
- *zvýšená/snížená tolerance;*
- *odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy“ (Kalina et al., 2001, str. 117).*

Americká klasifikace psychiatrických onemocnění z těchto kritérií například vynechává craving, ale naopak přidává „*přetrvávající přání snížit nebo kontrolovat užívání a nepřiměřený čas strávený užíváním nebo zotavováním se z něho.*“ (Jeřábek, 2015, str. 55).

5.2. Kritéria škodlivého užívání

Škodlivým užíváním označujeme takové behaviorální projevy v oblasti užívání návykových látek, které jsou prokazatelně rizikové nebo již přináší psychické nebo somatické poškození danému jedinci, ale ještě se nejedná o syndrom závislosti (například Jeřábek, 2014).

MKN-10 definuje škodlivé užívání jako „*užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví*“ (MKN-10, 2008, str. 193), přičemž uvádí jak poškození somatické (například hepatitida) nebo psychické (deprese atd.).

Americký diagnostický manuál (APA, 2000) definuje škodlivé užívání poněkud šířeji a neopomíná i oblast sociálně-právní:

- „*Selhávání v některé ze životních rolí v důsledku užívání látky;*
- *Opakující se rizikové užívání;*
- *Opakující se právní problémy, které souvisí s užíváním látky;*
- *Pokračování v užívání, přestože přetrvávají sociální nebo mezilidské problémy;“ (APA, 2000).*

5.3. Časná diagnostika rizikového užívání návykových látek

Časná diagnostika si klade za cíl odhalit rizikové chování vzhledem k užívání návykových látek v co nejnižším rozpoznatelném stadiu, aby mohlo být předejito zvyšování závažnosti stavu a poškozením vyplývajícím ze škodlivého užívání.

Časná diagnostika dle Miovského vyplňuje „*mezeru mezi primární prevencí a intenzivnější léčbou závažných onemocnění*“ (Miovský, 2015, str. 286). Časná diagnostika v oblasti zneužívání návykových látek slouží k brzkému zachytu osob s rizikovým chováním vzhledem k užívání návykových látek. Jedná se o soubor screeningových opatření, která si kladou za cíl vyhledávat mezi všeobecnou populací osoby, které bychom řadili do cílové skupiny rizikových uživatelů a závislých, kteří by mohli profitovat z návazné intervence a případně léčby.

Metody, postupy a nástroje časné diagnostiky i krátké intervence jsou dostupné všem zdravotnickým pracovníkům po krátkém zaškolení ve formě semináře nebo kurzu bez nutnosti specializačního vzdělávání nebo aproby například v psychologii.

Časná diagnostika v rámci screeningu slouží k rozpoznání a identifikaci osob s vyšším rizikem výskytu nežádoucího jevu. Z hlediska ekonomických a časových nákladů je nutné, aby diagnostika předcházela krátké intervenci, kterou má každý zdravotník povinnost poskytovat pacientům s podezřením na rizikové chování. Tato povinnost vyplývá ze zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, ve znění pozdějších předpisů. Je však neefektivní a nesmyslné poskytovat krátkou intervenci plošně, nebo na základě odhadu či domněnky. Proto byly sestrojeny níže uvedené nástroje, které mohou sloužit k orientačnímu vyšetření a zhodnocení situace v oblasti vztahu pacienta k návykovým látkám.

5.4. Diagnostické nástroje pro odhalení míry rizikovosti užívání alkoholu a tabáku

Nástroje využívané v časné diagnostice rizikového zneužívání alkoholu a tabáku jsou jednoduché, snadno administrovatelné dotazníky, které může vyhodnocovat a interpretovat kdokoli bez nutného psychologického vzdělání nebo absolvování dlouhodobého kurzu. Výhodou tedy je jejich dostupnost a skutečnost, že mohou pokrýt širokou část populace.

Níže uvedené diagnostické nástroje slouží pouze orientačnímu vyhodnocení situace a odhalení zásadního rizikového chování. Dále jsou vhodné k odlišení pacienta se syndromem závislosti, jehož stav vyžaduje specializovanou léčbu v adiktologickém zařízení

od pacientů, kteří užívají rizikově, avšak cílenou léčbu nepotřebují, vystačí pouze krátkou intervencí či poradenstvím v ambulantní specializované službě.

Níže uvedené diagnostické nástroje byly sestaveny odborníky v oblasti adiktologie, psychiatrie a psychologie za účelem orientačního zachytu osob s rizikovým chováním v oblasti zneužívání návykových látek. Jejich výhodou je rychlá a snadná administrace (ve všech případech do pěti minut), eliminace rizika falešné positivity či negativity a první orientační rozdělení vyšetřených pacientů do tří skupin: (1) pacienti bez zjevných problémů ve vztahu k návykové látce, (2) pacienti spadající do kategorie škodlivého užívání, (3) pacienti se syndromem závislosti na jedné nebo více návykových látek (Miovský, 2015). Pouze u pacientů z kategorie 2 a 3 má ekonomický a společenský význam investovat čas a energii do provedení krátké intervence, která by měla být postavena na míru pacientovi a jeho situaci.

Diagnostické nástroje, které jsou zde popsány, splňují kritéria validity a reliability a byly přeloženy do českého jazyka standardizovány pro českou populaci (Miovský, 2015).

Dotazníků mapujících oblast užívání návykových látek je velmi mnoho, pro potřeby tohoto textu zde budou představeny pouze ty základní, které se týkají užívání alkoholu a tabáku.

5.4.1. Dotazník AUDIT

AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) je jednoduchý, rychlý, snadno administrovatelný dotazník využívaný k zachytu osob s rizikovým užíváním alkoholu (Příloha č. 1). Jako předstupeň před krátkou intervencí ho ke zhodnocení stavu doporučují například Babor a Higgins-Biddle (2003) v brožuře o krátké intervenci Světové zdravotnické organizace.

Jedná se o dotazník o deseti otázkách, které pokrývají tři hlavní domény: (1) příležitostné a pravidelné užívání, (2) možné projevy závislosti, (3) příznaky škodlivého užívání (Babor, Higgins-Biddle, 2001). Každá otázka má možné odpovědi, které jsou hodnoceny na škále od 0 do 4 bodů.

Vyhodnocení dotazníku je velmi snadné, je-li celkové skóre nižší než 8 bodů, pravděpodobně se nejedná o pacienta s rizikovým užíváním alkoholu, skóre 8-15 představuje střední riziko škodlivého užívání, 16-19 naznačuje vyšší riziko a počet bodů vyšší než 20 indikuje vysokou pravděpodobnost syndromu závislosti na alkoholu (Příloha č. 2).

5.4.2. Dotazník CAGE

Název CAGE vznikl jako akronym počátečních písmen slov, která v angličtině označují hlavní oblasti, které tento diagnostický nástroj zkoumá (cut-down – potřeba snížit užívání, annoyed – podráždění okolí z nadměrného pití, guilt – pocit viny v souvislosti s pitím alkoholu a eye-opener – potřeba ranního doušku pro doplnění hladiny alkoholu z důvodu zbavení se nepříjemných pocitů. Je to tedy pouze čtyřotázkový dotazník, přičemž za každou kladnou odpověď na danou otázku je možno přidělit jeden bod. Rozmezí skóre je tedy 0-4 bodů, přičemž již jedna kladná odpověď poukazuje na možné riziko škodlivého užívání. Každá kladná odpověď indikuje nutnost provedení dalších testů pro potvrzení škodlivého užívání nebo syndromu závislosti (Příloha č. 3).

5.4.3. Fagerströmvův test závislosti na nikotinu (FTND)

FTND (Fagerström Test of Nicotine Dependence) je dotazník o šesti otázkách, který se používá pro posouzení míry závislosti na nikotinu (Fagerström, 2012). Otázky posuzují frekvenci kouření, množství vykouřených cigaret a stereotypy související s užíváním nikotinu. Zásadními oblastmi jsou kouření po ránu a kouření v období nemoci/upoutání na lůžko, kde kladné odpovědi naznačují vysokou pravděpodobnost závislosti na nikotinu. Rozmezí skóre v uvedeném dotazníku je 0-10, kde 0-1 bod indikuje, že se pravděpodobně nejedná o závislost na nikotinu, 2-4 bodů značí nízkou závislost, 5 bodů střední, 6-7 bodů vysokou a 8-10 bodů poukazuje na velmi vysokou závislost na nikotinu (Příloha č. 4).

Všechny uvedené nástroje je možné a žádoucí kombinovat se semistrukturovaným rozhovorem o zvyklostech užívání návykových látek a dle výsledku by měla na provedení dotazníku navazovat adekvátní krátká intervence, případně odeslání pacienta do specializovaného zařízení pro léčbu závislosti nebo poradenství v oblasti škodlivého užívání (Miovský, 2015).

Dotazníky je možné používat i opakovaně pro posouzení vývoje situace a postoje k návykovým látkám pacienta v čase (například s časovým odstupem po krátké intervenci, po léčbě závislosti atd.).

6. Krátká intervence

Minimální nebo krátkou intervencí rozumíme 1-6 sezení v rozsahu od 5 do 20 minut, jejímž cílem je poskytnout pacientovi informace o důsledcích jeho rizikového chování, započít v něm proces uvažování o změně a tímto procesem jej provádět (Miovský, 2015). Intervenci by mělo předcházet orientační posouzení situace pomocí strukturovaného rozhovoru nebo za využití některého z nástrojů časné diagnostiky (viz kapitola 5.3. Časná diagnostika rizikového užívání návykových látek).

Pro zajištění úspěchu provedených krátkých intervencí je nutné dodržovat určitá pravidla, mezi něž patří nastavení vhodných podmínek, kdy je pacient schopen a ochoten slyšet a přijmout nabízená doporučení a varování, případně nechat se provést celým poradenským procesem. Mezi tato pravidla patří například požadavek na střízlivost pacienta (tzn. pacient by neměl být akutně pod vlivem návykové látky s potenciálem změnit stav vědomí) (Miovský, 2015). Efektivní krátká intervence také klade nároky na komunikační dovednosti intervenující osoby, kdy je nutné výstižné vyjadřování, přizpůsobení slovníku úrovně vzdělání pacienta, aby mohl z intervence profitovat.

Osoba poskytující intervenci by měla mít dále na mysli následující složky přístupu k motivačnímu rozhovoru, které shrnuje zkratka FRAMES:

- Feedback (zpětná vazba) – poskytování zpětné vazby pacientovi/klientovi, reflexe řečeného;
- Responsibility (zodpovědnost) – podporování zodpovědnosti pacienta za svá rozhodnutí, nepřejímání zodpovědnosti na osobu intervenujícího/poradce;
- Advice (poskytování rad) – zdravotník poskytující intervenci by měl být kompetentní osobou k poskytnutí odborné rady z hlediska zdravotních a sociálních rizik užívání návykových látek a měl by znát systém služeb péče, kam může pacienta odkázat;
- Menu (nabídka) – intervenující osoba by měla pacientovi nabídnout komplexní nabídku strategií a možností řešení dané situace, pokud to stav a nabídka služeb umožňuje;
- Empathy (empatie) – celá intervence by měla být prováděna empatickým způsobem, zdravotník by měl být schopen naladit se na potřeby pacienta;
- Self-efficacy (sebeúčinnost) – na konci intervence by pacient měl odcházet s pocitem vlastní kompetence a užitečnosti ve smyslu schopnosti zvládnutí situace, (Miller, Rollnick, 2003).

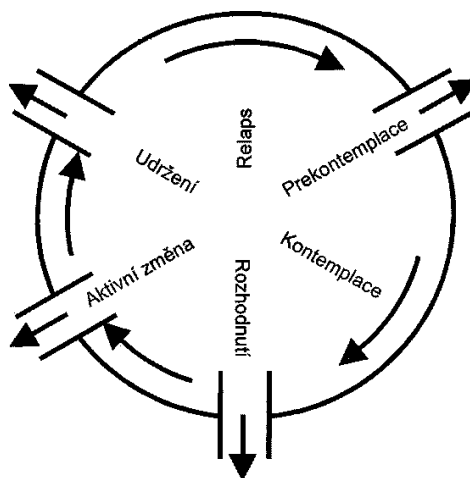
6.1. Metody krátké intervence

Metody krátké intervence jsou postaveny na základech kognitivně-behaviorálního terapeutického přístupu (Kalina, 2015).

Hojně využívanou a oblíbenou metodou krátké intervence v českém i zahraničním prostředí je metoda 5A (například Scanlon, 2006; Miovský, 2015; Králíková, 2013). Jedná se o metodu sestávající z pěti složek:

- Ask (ptát se) – dotazování se na množství, frekvenci a stereotypy v souvislosti s užíváním návykových látek;
- Advice (poradit) – nabízet pacientovi kvalifikované odborné rady a doporučení pro řešení jeho situace například formou motivačního rozhovoru;
- Assess (posoudit) – z odborného hlediska posoudit závažnost situace a stavu pacienta a přizpůsobit mu intervence a doporučení;
- Assist (pomáhat) – asistovat pacientovi po celou dobu jeho uvažování o změně, doporučovat návazné služby, být mu k dispozici s dalšími doporučeními, případně k zodpovězení dotazů vyplývajících z průběhu procesu změny;
- Arrange controls (plánovat kontroly) – pro zajištění co nejvyššího možného efektu krátké intervence je vhodné pacienta sledovat návazně po úvodním rozhovoru v rozsahu několika týdnů až měsíců (Králíková, 2013).

Aby se krátká intervence neminula účinkem, je nutné přizpůsobit ji fázi procesu změny, ve kterém se pacient nachází. Cyklický model změny popsali jeho autoři Prochaska a DiClemente (2003) takto:



V prvním stadiu prekontemplace pacient/klient ještě o změně sám neuvažuje. Škodlivé následky svého užívání se zatím buď neobjevily, nebo je nevnímá, neboť nad nimi převládá pocit uspokojení z užívání. Je zde tedy prostor pro umožnění náhledu pacienta na situaci, nastínění možných důsledků v případě pokračování v rizikovém chování, ale nemá velký smysl pacienta v této fázi tlačit ke změně (Soukup, 2015).

Ve fázi kontemplace již klient o změně přemýšlí, uvědomuje si problémy vyplývající z jeho životního stylu, ale stále ještě vidí i přínosy, které mu zneužívání návykové látky nabízí. Zde je prostor pro upozorňování a podněcování rozporu mezi tím, co by pacient chtěl a co ve skutečnosti dělá (Prochaska, DiClemente, 2003).

Ve fázi rozhodnutí došel pacient k závěru, že si změnu přeje a začíná uvažovat nad tím, jak ji provést. Ze strany intervenující osoby je tedy vhodné jednak rozhodnutí ocenit a zároveň poskytnout co nejvíce informací o možnostech, které v danou chvíli pacient má.

V ostatních fázích je důležitá aktivní podpora, neustálé oceňování a poukazování na správnost rozhodnutí, provázení celým procesem a v případě docílení změny snaha o její udržení za pomoci metod prevence relapsu.

Další metody vycházejí z technik motivačních rozhovorů (Miller, Rollnick, 2003). Mezi tyto techniky řadíme reflektivní naslouchání, pokládání otevřených otázek, oceňování a shrnování. Shrnuje je označení OARSS (open-questions – otevřené otázky, affirming – potvrzování, oceňování pacienta a jeho kroků, reflecting – reflektivní naslouchání, summarising – shrnutí a self-motivation – podporování vlastní motivace pacienta (Miller, Rollnick, 2003).

Další z metod pro zvyšování motivace pacienta zanechat užívání návykových látek je metoda „5R“ (Králíková, 2013):

- Relevance (relevance) – od pacienta bychom měli získat co nejrelaventnější a nejkonkrétnější informace týkající se užívání návykové látky a problémů, které jim do života přináší, abychom mohli správně identifikovat všechny potencionálně rizikové situace a pomoci pacientovi se na ně připravit (například předchozí neúspěšné pokusy o abstinenci);
- Risks (rizika) – je důležité podnítit pacienta k identifikaci rizik souvisejících s užíváním a přemýšlením o nich. Rizika formulovaná pacientem může intervenující osoba doplnit dalšími neuvědomovanými zdravotními následky, které z rizikového užívání plynou;
- Rewards (odměny) – pro uvědomění rozporu mezi současným chováním a cílovým stavem abstinence je vhodné formulovat i benefity, které plynou z odvykání, tzn. pozitiva, která abstinence přináší, čímž se zvýší motivace ke změně;
- Roadblocks (bariéry) – v rámci zvýšení pravděpodobnosti úspěchu a snížení rizika relapsu po dosažení abstinence je nutné identifikovat možné překážky, které se na cestě k abstinenci mohou vyskytnout. Pacient by tyto bariéry měl pojmenovávat sám, intervenující osoba je pouhým průvodcem, který může pouze nabízet další návrhy, pokud pacient své nápady vyčerpá;
- Repetition (opakování) – celý proces intervence by měl být opakován podle potřeby a kolísání v motivovanosti pacienta. Intervenující osoba by měla pacienta

upozornit na to, že udržení abstinence mnohdy není výsledkem prvního pokusu, ale drobné uklouznutí je normální. Na tyto „lapsy“ je třeba nahlížet jako na cenné zkušenosti, z nichž je možné se poučit pro příští abstinenci pokusy (Králíková, 2013).

6.2. Efektivita uvedených metod

Systematický screening a minimální krátká intervence prováděná kvalifikovanými pracovníky vede k úspěšnému zachytu a efektivnímu odeslání pacientů s rizikovým závislostním chováním do služeb návazné péče (Babor, Higgins-Biddle, 2010). Vysoká efektivita metod krátké intervence se prokazuje jak u alkoholu, tabáku, nelegálních drog, tak i u patologického hráčství (Miovský, 2015). Dle Miovského patří *„mezi důležité prokázané výsledky krátké intervence patří např. snížení užívání alkoholu u mužů i žen, dále snadnější vstup do specializované léčby a nižší využívání jiných zdravotnických služeb (např. neurologických)“* (Miovský, 2015, str. 286).

Miovský na jiném místě k problematice úspěšnosti metod krátké intervence uvádí, že *„již samotný fakt, že klientovi je věnován zvláštní zájem o něj a jeho problém, je prvním krokem jeho možné uzdravy. Setkáváme se zde tedy mj. s prvky tzv. Hawthornského efektu, který je definován tím, že lidé jsou schopni zlepšit své chování už jenom tehdy, kdy se jim dostává zvláštní pozornosti, a to především pozornosti přijímající a nesoudící“* (Miovský, 2015, str. 296).

Babor a Higgins-Biddle ve své práci uvádějí výsledky několika randomizovaných klinických studií, z nichž vyplývá, že dobře provedená krátká intervence může mít srovnatelný efekt jako dlouhodobá léčba, zároveň však za vynaložení výrazně nižších nákladů (Babor, Higgins-Biddle, 2001). Jako vhodný prostor pro intervenci navrhuji zdravotnická zařízení primární péče nebo asistenční zaměstnanecké programy (Babor, Higgins-Biddle, 2001).

Na základě výsledků jiné studie, kterou Babor a Higgins-Biddle předkládají, doporučují autoři lékařům zavést postupy krátké intervence do své praxe, neboť byla doložena jejich efektivita a minimální nároky na čas (Babor, Higgins-Biddle, 2001).

Dle výsledků 12 randomizovaných kontrolovaných studií Wilka et al. byla u pacientů závislých na alkoholu, kteří podstoupili krátkou intervenci, dvojnásobná pravděpodobnost, že v následujících 6 až 12 měsících omezí míru užívání alkoholu oproti těm, jimž žádná intervence poskytnuta nebyla (Babor, Higgins-Biddle, 2001). Babor a Higgins-Biddle dále na jiném místě uvádějí, že *„krátká intervence může dobře posloužit jako zahajovací intervence u závažně závislých pacientů hledajících rozsáhlejší léčbu“* (Babor, Higgins-Biddle, 2001, str. 12).

7. Legislativní a politické ukotvení povinnosti poskytovat KI

Ekonomické analýzy ukazují, že užívání tabákových výrobků na území daného státu v konečném důsledku nevede k finančnímu zisku do státního rozpočtu (Ross, 2013). Naopak Ross na jiném místě uvádí, že: *„léčba závislosti na tabáku je jednou z ekonomicky nejvýhodnějších intervencí v medicíně“* (Ross, 2013, str. 91).

Spotřeba tabáku v dané zemi vede k ekonomickým ztrátám, které vyplývají z vyšší morbidity, mortality a nákladů na zdravotní péči. Do celkových nákladů je třeba započítat i vyplacené dávky v nemocnosti a úšlou produktivitu osob v ekonomicky aktivním věku. Tyto náklady podle některých odhadů mohou činit až 3,9 % HDP v České republice (Ross, 2013). Zábranský et al. vyčíslili společenské náklady na zneužívání návykových látek takto: *„společenské náklady na užívání tabáku v ČR v roce 2007 činily 33,1 miliard Kč, společenské náklady na užívání alkoholu byly 16,4 miliard Kč“* (Zábranský et al., 2011, str. 6). Na vrub alkoholu a tabáku šlo v uvedeném roce celkem 88 % prostředků vynaložených na důsledek zneužívání všech návykových látek, v porovnání s nelegálními omamnými a psychotropními látkami, které stály společnost 12 % těchto zdrojů (Zábranský et al., 2011).

Zařazení poskytování krátké intervence pacientům s podezřením na rizikové užívání návykových látek do kompetence zdravotníků vyplývá z doporučení Světové zdravotnické organizace z roku 1996 (Miovský, 2015). Na úrovni České republiky bylo toto doporučení přijato a realizováno prostřednictvím zakotvení do české právní úpravy týkající se ochrany před škodlivými následky užívání alkoholu a tabáku (konkrétně zákon č. 379/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Tato povinnost je formulována v § 19 uvedeného zákona takto: *„Zdravotničtí pracovníci jsou při výkonu svého povolání povinni u osob užívajících tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky provést krátkou intervenci spočívající ve včasné diagnostice škodlivého užívání“* (§ 19 zák. č. 379/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Nyní je připravována novela tohoto zákona, která počítá s výrazným omezením kouření ve veřejných prostorách, čímž by měl se zpožděním naplňovat některá hlavní doporučení, která formulovala Světová zdravotnická organizace v Rámcové úmluvě o kontrole tabáku, jejímž ratifikátorem se Česká republika stala mezi posledními zeměmi (Králíková, 2013).

Zdravotnického pracovníka definuje zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních takto: *„zdravotnickým povoláním souhrn činností při poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona“* (§ 2 zák. č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

8. Návazné služby pro pacienty zneužívající legální návykové látky v ČR

Systém služeb pro uživatele návykových látek v ČR je víceúrovňový a komplexní. Zařazujeme do něj jak služby státního zdravotního systému, tak služby nestátních neziskových organizací a soukromých poradenských a terapeutických ambulancí.

Důležitým vstupním požadavkem pro úspěšnou léčbu je motivace pacienta ke změně. Pacient sám je zodpovědný za průběh a výsledky léčby, poradce, terapeut nebo zdravotník však musí dobře plnit svou roli odborného a podporujícího průvodce celým procesem.

V oblasti léčby závislosti na tabáku spadá většina služeb do resortu veřejného zdravotnictví. V České republice bylo k roku 2013 v provozu celkem 40 specializovaných center pro léčbu závislosti na tabáku (Králíková, 2013). Služby v těchto centrech jsou poskytovány lékaři a všeobecnými sestrami a jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o ambulantní léčbu závislosti na tabáku, realizovanou většinou při lůžkových zařízeních pneumologických nebo interních klinik a oddělení nemocnic.

V těchto centrech je poskytováno poradenství, psychoterapie, farmakoterapie, preventivně-podpůrné intervence s cílem omezit zvyšování hmotnosti při odvykání kouření a pacienti jsou zde sledováni z dlouhodobého hlediska.

První návštěva centra spočívá ve vstupním pohovoru, odebrání lékařské a sesterské anamnézy, změření fyzických hodnot (váha, výška, BMI, stanovení hladiny CO₂ v krvi, spirometrické vyšetření). Následně v prvních týdnech dochází pacient do centra intenzivně (jednou za týden až 14 dní), průběžně je hodnocen jeho stav, odvykácí příznaky, případně je přenastaveno farmakoterapeutické dávkování. Jsou sledovány také případné příznaky počínající deprese související s odvykácím stavem.

Možnosti podpůrné farmakoterapie jsou poměrně široké. Pro pokrytí prvních abstinčních příznaků zejména u silných kuřáků je doporučována náhradní nikotinová terapie (NNT) ve formě náplastí, žvýkaček či nikotinových inhalátorů. Abstinčně orientovaná farmakoterapie spočívá buď v podávání vareniklinu (Champix), což je lék patřící do skupiny parciálních agonistů nikotinových receptorů, který pacient začíná užívat ještě před tím, než přestane kouřit. V indikaci odvykání kouření je tento preparát považován za nejúčinnější volbu, neboť „*snižuje odvykácí příznaky a blokuje uspokojení z cigarety*“ (Štěpánková, 2013, str. 404).

Další možností je podání antidepresiva bupropion (Wellbutrin), který se také osvědčil v indikaci léčby závislosti na tabáku pro své anticravingové vedlejší účinky (Štěpánková,

2013). V indikaci odvykání kouření je tento přípravek hrazen pacientem.

Jako doplňková služba je v České republice také provozována Linka pro odvykání kouření, která je dostupná pacientům každý všední den od roku 2005 (Greplová, Stubbelfield, 2013). Je provozována školenými odborníky v oblasti odvykání kouření (Česká koalice proti tabáku, o. s.) a je k dispozici pacientům, jejich přátelům a příbuzným.

Odvykací stav při závislosti na alkoholu je život ohrožující stav, který vyžaduje lékařský dohled (zejména z důvodu rizika epileptických záchvatů, rozvoje deliria tremens, metabolického rozvratu atd.). Při závislosti na alkoholu je tedy důrazně doporučována počáteční ústavní detoxikace, kdy je pacient sledován a medikován benzodiazepiny, jejichž dávka je postupně snižována. Již v průběhu ústavní detoxikace je započat proces práce na psychické složce závislosti, pacient je motivován k návazné ambulantní nebo ústavní léčbě.

V České republice existuje síť AT ambulancí (alkohol a jiné toxikomanie) založená v polovině 20. století, která představuje významnou složku systému péče o drogově závislé.

Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze provozuje adiktologickou ambulanci, která nabízí své poradenské a terapeutické služby osobám s problémem v oblasti užívání návykových látek a jejich blízkým. Služby mohou být poskytovány ve dvou režimech – hrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo anonymně a bezplatně. Touto nabídkou splňuje tato služba kritérium nízkoprahovosti, neboť je tak dostupná každému bez nutnosti uvádět osobní údaje.

Jednou z možností abstinенčně orientované léčby závislosti na alkoholu je podávání disulfiramu (Antabus) v rámci averzivní terapie. Tato látka působí mechanismem inaktivace enzymu, který se podílí na metabolizaci alkoholu, čímž způsobí subjektivně velmi nepříjemnou reakci organismu (nauzea, tachykardie, dušnost, zvracení), dojde-li k požití alkoholu přes užívání antabusu (Dvořáček, Kalina, 2015).

Není-li pacient schopen zvládnout ambulantní formu léčby závislosti, nebo pokud to vyžaduje jeho zdravotní stav, jsou v České republice k dispozici zařízení ústavní léčby, která jsou většinou součástí psychiatrických oddělení a klinik větších nemocnic. V těchto zařízeních probíhá střednědobá nebo dlouhodobá léčba v řádech týdnů až měsíců. Režim léčby bývá většinou postaven na základech přístupu terapeutických komunit (Kalina, 2015). Většina léčených však jako vstupní požadavek klade absolvovanou ústavní detoxifikaci, zejména v případě závislosti na alkoholu.

9. Metodologie a výsledky

9.1. Typ výzkumu a cíle

Pro účely této práce byla realizována studie formou dotazníkového šetření. Jedná se o kvantitativní výzkumný design.

Na začátku realizace výzkumu byly stanoveny následující cíle:

Hlavní cíl: Zmapovat znalosti a reálné využívání screeningových diagnostických nástrojů a metod krátké intervence u pacientů s podezřením na škodlivé užívání a syndrom závislosti na alkoholu a tabáku zdravotními sestrami v klinické ošetrovatelské praxi.

Dílčí cíle:

- Zmapovat povědomí sester o existenci základních screeningových dotazníků, používaných u pacientů s podezřením na škodlivé užívání a syndrom závislosti na alkoholu (zejména CAGE a Fageströmův test závislosti na nikotinu).
- Zmapovat rozsah praktické aplikace základních screeningových dotazníků používaných u pacientů s podezřením na škodlivé užívání a syndrom závislosti na alkoholu (zejména CAGE a Fageströmův test závislosti na nikotinu) sestrami v klinické ošetrovatelské praxi.
- Zmapovat signifikantní oblasti mající vliv na postoje sester k praktické aplikaci základních screeningových dotazníků používaných u pacientů s podezřením na škodlivé užívání a syndrom závislosti na alkoholu (zejména CAGE a Fageströmův test závislosti na nikotinu) v klinické ošetrovatelské praxi.
- Zmapovat povědomí zdravotních sester o síti specializovaných zařízení pro pacienty s rizikovým přístupem k návykovým látkám, která mohou v rámci krátké intervence pacientům doporučit.
- Analyzovat prameny získaných poznatků o základních screeningových dotaznících, používaných sestrami u pacientů s podezřením na škodlivé užívání a syndrom závislosti na alkoholu (zejména CAGE a Fageströmův test závislosti na nikotinu)
- Kvantifikovat stávající vzdělávací potřeby respondentů o problematice využití základních screeningových dotazníků, používaných u pacientů s podezřením na škodlivé užívání a syndrom závislosti na alkoholu (zejména CAGE a Fageströmův test závislosti na nikotinu)

9.2. Metoda sběru dat

Byla oslovena všechna akreditovaná zdravotnická pracoviště v Praze (kterých je celkem pět), v prvním kole se jednalo o vrchní sestry interních oddělení. Dvě pracoviště spolupráci odmítla pro nadměrnou vytíženost vyplývající z právě probíhajících dalších výzkumů. Do této studie byla tedy zahrnuta zbývající tři pracoviště, jejichž management s provedením dotazníkového šetření souhlasil. Ve dvou případech dostával ze strany zdravotnického zařízení pro navázání spolupráce ústní souhlas managementu organizace a příslušného oddělení, v jednom případě byla oslovena náměstkyně ředitele pro nelékařská zdravotnická povolání. Na osobní schůzce byl výzkumný záměr obhájen a byl udělen souhlas s umožněním realizace dotazníkového šetření (viz Příloha č. 5 Souhlas s realizací výzkumu ve VFN v Praze).

Nástrojem pro sběr dat byl nestandardizovaný dotazník sestavený pro účely tohoto výzkumu (viz Příloha č. 6 Dotazník pro zdravotní sestry interních oddělení). Dotazník se skládá ze čtrnácti uzavřených a polootevřených otázek a ze dvou příloh – nástrojů časné diagnostiky v oblasti užívání legálních návykových látek (CAGE a FTND).

Rozdáno bylo celkem 90 dotazníků, vyplněných a použitelných pro vyhodnocení a zařazených do této studie jich bylo 72 (návratnost 80 %). Sběr dat probíhal prostřednictvím vrchních a staničních sester daných oddělení, které oslovily koncové respondenty. Dotazníky byly vráceny hromadně za každé oddělení a stanici, aby byla zachována anonymita.

9.3. Etické aspekty výzkumu

Etické aspekty, jak již bylo naznačeno výše, byly ošetřeny formou ústního nebo písemného souhlasu managementu pracovišť, v nichž výzkum probíhal, dotazníky byly zcela anonymní, přičemž anonymita byla zachována po celou dobu sběru dat a informovaným souhlasem, který byl součástí úvodního textu dotazníků. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná a autorka se zavázala všechny získané údaje využít pouze pro potřeby této práce.

9.4. Metoda zpracování dat

Data získaná z dotazníků byla následně zaznamenána a tříděna za pomoci softwaru Microsoft Excel. Za využití prosté statistiky byla data kvantifikována a utříděna do přehledných tabulek a grafů. Pro srovnání vztahu dvou různých proměnných byly využity kontingenční tabulky. Data jsou prezentována a interpretována v této kapitole, v následujících kapitolách jsou formulovány závěry, které z této studie vyplývají a diskutovány přínosy, slabiny této práce a výsledky jsou porovnány se studiemi jiných

autorů, kteří se tímto tématem zabývali.

9.5. Výzkumný soubor

Základní soubor tvořily všechny všeobecné sestry a všichni zdravotničtí asistenti interních oddělení akreditovaných zdravotnických pracovišť v Praze¹. Interní oddělení a kliniky byly zvoleny proto, že vzhledem k onemocněním, která postihují pacienti s rizikovým stylem užívání návykových látek (viz kapitola č. 3 Onemocnění související s užíváním legálních návykových látek), je možné předpokládat hospitalizaci související s uvedenými diagnózami právě zde. Požadavek na splnění akreditace Českou akreditační komisí byl nastaven proto, že na těchto pracovištích lze očekávat vyšší míru dodržování standardů a zákonných povinností.

Do výzkumného souboru byly vybrány ty sestry, které byly ochotny zúčastnit se výzkumného, zároveň však byl zachován rovnoměrný poměr v počtu respondentů napříč všemi pracovišti. V tomto případě se tedy jedná o částečný samovýběr jak na úrovni pracovišť zahrnutých ve výzkumu, tak na úrovni respondentů, uvedeným opatřením však bylo přispěno k zachování reprezentativity výzkumného souboru.

Výzkumný soubor tvořilo 72 respondentů ze třech pracovišť (22, 24 a 26 z jednotlivých pracovišť), přičemž většinově byly ve vzorku obsaženy ženy (65 osob), mužů bylo pouze 7. Průměrný věk (jak ukazuje Tabulka č. 1) respondentů byl 36,38 let, věk nejmladšího respondenta byl 20 let, nejstaršího pak 65 let. Průměrná délka klinické ošetrovatelské praxe byla 15,93 let v rozmezí od 1 do 34 let.

9.6. Analýza a interpretace výzkumných dat

Respondentům byla položena otázka týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání v oboru ošetrovatelství. Tabulka č. 1 ukazuje, že 41 respondentů absolvovalo střední školu (57 %), 10 respondentů má ukončené vyšší odborné vzdělání (14 %) a 21 (29 %) ze všech oslovených respondentů má ukončené vysokoškolské vzdělání buď na úrovni bakalářské (18) nebo na úrovni magisterské (3).

¹ Komplettní seznam akreditovaných zdravotnických pracovišť byl získán na základě dostupných informací z webových stránek Spojené akreditační komise České republiky (www.sakcr.cz), data byla aktuální k březnu 2016.

Tabulka č. 1: Popis výzkumného souboru – demografické údaje

Pohlaví		Průměrný věk	Průměrná délka praxe	Vzdělání			
Muži	Ženy	Od 20 do 65	Od 1 do 34 let	SŠ	VOŠ	VŠ (Bc)	VŠ (Mgr)
7 (10 %)	65 (90 %)	36,38 let	15,93	41 (57 %)	10 (14 %)	18 (25 %)	3 (4 %)

Tabulka č. 2 znázorňuje počet respondentů, kteří uvedli, že znají některý z uvedených diagnostických nástrojů. Z oslovených respondentů uvedl větší počet znalost diagnostického nástroje FTND (42 osob), 27 ze všech respondentů uvedlo znalost dotazníku CAGE. S žádným z těchto dotazníků se nesetkalo 30 oslovených respondentů.

Tabulka č. 2: Znalost uvedených dotazníků

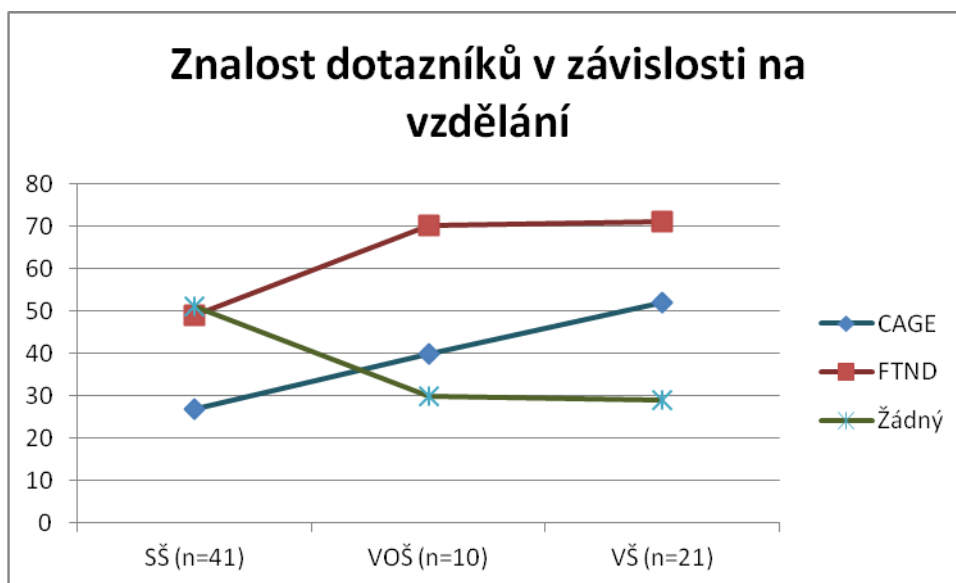
CAGE	FTND	Alespoň jeden	Pouze jeden	Oba	Žádný
27 (38 %)	42 (58 %)	42 (58 %)	15 (21 %)	27 (38 %)	30 (42 %)

Kontingenční Tabulka č. 3 uvádí absolutní počty respondentů, kteří uvedli znalost diagnostických nástrojů v závislosti na výši dosaženého vzdělání. Absolutní čísla byla následně převedena na procenta pro každou danou kategorii, aby mohly být tyto kategorie mezi sebou porovnány. Toto srovnání je zaneseno v Grafu č. 1, ze kterého vyplývá, že s rostoucím vzděláním roste také obeznámenost dotazovaných s nástroji časné diagnostiky využívanými v oblasti zneužívání legálních návykových látek. Z grafu je dále patrné, že ve všech kategoriích byli respondenti více obeznámeni s dotazníkem FTND oproti znalosti dotazníku CAGE.

Tabulka č. 3: Znalost dotazníků v závislosti na výši dosaženého vzdělání

	SŠ (n=41)	VOŠ (n=10)	VŠ (n=21)
CAGE	11 (27 %)	4 (40 %)	11 (52 %)
FTND	20 (49 %)	7 (70 %)	15 (71 %)
Oba	11 (27 %)	4 (40 %)	12 (57 %)
Alespoň jeden	20 (49 %)	7 (70 %)	15 (71 %)
Žádný	21 (51 %)	3 (30 %)	6 (29 %)

Graf č. 1: Znalost dotazníků v závislosti na vzdělání



Další otázka se týkala informovanosti sester o zákonné povinnosti zdravotnického pracovníka poskytovat krátkou intervenci (KI) pacientům s podezřením na škodlivé a rizikové užívání návykových látek. Levá část Tabulky č. 4 obsahuje absolutní počty odpovědí ze všech kategorií, závislost této znalosti na výši dosaženého vzdělání je opět znázorněna pomocí kontingenční tabulky (pravá část Tabulky č. 4).

Tabulka č. 4: Informovanost o zákonné povinnosti zdravotnického pracovníka poskytovat krátkou intervenci

	Celkem	SŠ (n=41)	VOŠ (n=10)	VŠ (n=21)
Ano	54 (75 %)	35 (85 %)	7 (70 %)	11 (52 %)
Ne	18 (25 %)	6 (15 %)	3 (30 %)	10 (48 %)

Z Grafu č. 2 se dozvídáme, že 54 všech oslovených respondentů ví o tom (respektive souhlasí s tvrzením), že zdravotník má zákonnou povinnost poskytovat krátkou intervenci rizikovým uživatelům návykových látek.

Graf č. 2: Informovanost o zákonné povinnosti poskytovat krátkou intervenci



Graf č. 3 ukazuje závislost této znalosti na výši dosaženého vzdělání, absolutní data z Tabulky č. 4 byla převedena na procentuální zastoupení, aby bylo toto srovnání relevantní. Z tohoto grafu vyplývá, že více než 80 % středoškolsky vzdělaných sester je obeznámeno se skutečností, že zdravotnický pracovník má uvedenou zákonnou povinnost, trend závislosti této znalosti na vzdělání ve výzkumném vzorku populace sester této studie naznačuje nepřímou úměrnost mezi oběma proměnnými (70 % VOŠ a přibližně polovina sester VŠ, tedy 52 %).

Graf č. 3: Znalost zákonné povinnosti poskytovat KI* v závislosti na vzdělání



*KI = Krátká intervence

Tabulka č. 5 mapuje zastoupení respondentů, kteří se setkali s uvedenými diagnostickými nástroji již před nástupem do klinické ošetrovatelské praxe (tedy v průběhu studia, adaptačního procesu nebo seminářů). Z odpovědí vyplývá, že alespoň s jedním z dotazníků se setkalo 34 respondentů, tedy necelá polovina. V pravé části tabulky je opět uvedena tato proměnná v závislosti na výši dosaženého vzdělání v absolutních číslech. Vzájemné porovnání kategorií opět naznačuje graf (Graf č. 4).

Tabulka č. 5: Setkání s dotazníky před nástupem do klinické ošetrovatelské praxe

	Celkem (n=72)	SŠ (n=41)	VOŠ (n=10)	VŠ (n=21)
Ano	34 (47 %)	12 (29 %)	7 (70 %)	14 (67 %)
Ne	38 (29 %)	29 (71 %)	3 (30 %)	7 (33 %)

Graf č. 4: Setkání s dotazníky před nástupem do klinické ošetrovatelské praxe v závislosti na vzdělání



V Tabulce č. 6 jsou zaneseny počty respondentů, kteří uvedli setkání s uvedenými diagnostickými nástroji na některé z úrovní vzdělávání před nástupem do klinické ošetrovatelské praxe. Z otevřených odpovědí na otázku, která mapovala tuto oblast, byly formulovány následující čtyři kategorie – studium, provozní seminář, adaptační proces a jiné (výzkum spolužáků). Zde vidíme, že nejvíce z respondentů, kteří se s dotazníky setkali, uvedlo jako úroveň přípravné fáze studium (19 respondentů), přičemž nejpočetnější skupinou byli respondenti s vysokoškolským vzděláním (9). Dále uváděli respondenti fázi adaptačního procesu do klinické ošetrovatelské praxe na daném

oddělení (12 respondentů), provozní seminář (10 respondentů) a jiné (2 respondenti).

Tabulka č. 6: Fáze před nástupem do klinické ošetrovatelské praxe – setkání s dotazníky

	Studium	Provozní seminář	Adaptační proces	Jiné (výzkum spolužáků)
SŠ	4 (10 %)	4 (10 %)	0 (0 %)	2 (5 %)
VOŠ	6 (60 %)	1 (10 %)	6 (60 %)	0 (0 %)
VŠ	9 (43 %)	5 (24 %)	6 (29 %)	0 (0 %)

Dotazník také mapoval využívání dotazníků CAGE a FTND v klinické ošetrovatelské praxi respondentů. Alespoň jeden dotazník využívá 27 respondentů, 45 respondentů uvedlo, že nevyužívá ani jeden z nabídnutých diagnostických nástrojů a oba dotazníky zároveň nevyužívá žádný respondent. Tabulka č. 7 ukazuje, který z dotazníků využívají sestry ve své praxi pravidelně, občas nebo vůbec. Zde vidíme, že oslovenými respondenty častěji využívaným dotazníkem je FTND, který mapuje stereotypy ve frekvenci užívání nikotinu (22 respondentů), dotazník CAGE využívá pravidelně pouze 5 respondentů. Možnost „jednou“ nebo „občas“ nezvolil v souvislosti s žádným dotazníkem ani jeden respondent. Trendem tedy je dotazník využívat buď plošně, nebo vůbec.

Tabulka č. 7: Využívání dotazníků v klinické ošetrovatelské praxi

	Nikdy	Jednou	Občas	Pravidelně
CAGE	67 (93 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	5 (7 %)
FTND	50 (69 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	22 (31 %)

Respondenti, kteří uvedli, že žádný z dotazníků nevyužívají, dále uváděli důvody, proč tomu tak je. Tyto důvody shrnuje Tabulka č. 8. Nejčastější možností, která se v odpovědích objevovala, bylo, že respondenti dotazník neznají (46 osob pro dotazník CAGE a 30 osob pro dotazník FTND). Z toho tedy vyplývá, že častěji respondenti přišli do styku s dotazníkem FTND. Dále 9 respondentů uvedlo, že dotazníky znají, ale neumějí použít, 23 respondentů považuje za příčinu nedostatek času a 9 respondentů nepovažuje uvedené diagnostické nástroje za užitečné.

Tabulka č. 8: Důvody pro nevyužívání dotazníků

	Neznám	Znám, ale neumím použít	Nedostatek času	Nepovažuji za užitečné
CAGE	46 (64 %)	3 (4 %)	9 (13 %)	9 (13 %)
FTND	30 (42 %)	6 (8 %)	14 (19 %)	0 (0 %)

Dotazník obsahoval také otázku na subjektivní vnímání kompetencí sester z výzkumného souboru pro poskytování krátké intervence pacientům, u nichž pojmou podezření na škodlivé užívání návykových látek. Graf č. 5 ukazuje, že více než polovina respondentů (42, n=72) uvedla, že se cítí být kompetentní k poskytování krátké intervence. Povahu těchto intervencí v ucelených kategoriích podle otevřených odpovědí respondentů shrnuje Tabulka č. 9. Celkem 13 respondentů uvedlo, že se sami cítí kompetentní poskytnout pacientovi dostatek kvalitních informací, 11 by doporučilo některé centrum pro léčbu závislosti nebo další návaznou odbornou službu (ani jeden respondent neuvedl konkrétní službu), 7 respondentů by informovalo lékaře, který je podle jejich názoru kompetentní krátkou intervencí poskytnout a 3 respondenti uvedli doporučení na základě důkladnějšího rozhovoru.

Graf č. 5: Subjektivní vnímání kompetencí pro poskytování krátké intervence



Tabulka č. 9: Povaha intervence

Doporučení centra léčby závislosti	11 (37 %)
Poskytnutí informací	13 (43 %)
Informování lékaře	7 (23 %)
Doporučení na základě rozhovoru	3 (10 %)

Respondenti dále hodnotili subjektivní dojem užitečnosti a efektivity aplikace diagnostických nástrojů CAGE a FTND v klinické ošetrovatelské praxi. Jako užitečné označilo využívání uvedených dotazníků 30 respondentů, 12 je nepovažuje za efektivní a přínosné pro pacienta a 30 respondentů zvolilo možnost „nedokážu posoudit“. Tato data shrnuje Tabulka č. 10. Dále ukazuje výčet důvodů, které uváděli respondenti, kteří tyto dotazníky za efektivní považují. Z otevřených odpovědí byly kódovány tři kategorie: jednoduché zhodnocení stavu, objektivizace a získání více informací.

Tabulka č. 10: Subjektivní vnímání užitečnosti dotazníků

			Jednoduché zhodnocení stavu	Objektivizace	Získání více informací
Ano	30 (42 %)	Důvody	3	17	3
Ne	12 (17 %)	-	-	-	-
Nedokážu posoudit	30 (42 %)	-	-	-	-

V další otázce cílila autorka na obsah standardů ošetrovatelské péče daného pracoviště a subjektivní obeznámenost s nimi, respektive s částí týkající se povinnosti provádět krátkou intervenci pacientům, kteří rizikovým způsobem užívají návykové látky. Graf č. 6 shrnuje odpovědi na tuto otázku. Odpověď „ano“ uvedlo 30 respondentů, kteří se domnívají, že standardy jejich pracoviště tuto povinnost stanovují, 21 respondentů odpovědělo, že ne, a zbylých 21 respondentů uvedlo, že nevědí, zda je, nebo není tato povinnost ve standardech formulována.

Graf č. 6: Povinnost provádět časnou diagnostiku ve standardech ošetrovatelské péče pracoviště



Poslední dvě otázky se týkaly zájmu sester v klinické ošetrovatelské praxi o rozšíření vědomostí a získání více informací v oblasti screeningových nástrojů časné diagnostiky a metod krátké intervence. V obou případech odpovídali respondenti podobně. Výsledky shrnují Tabulky č. 11 a 12. Nadpoloviční většina respondentů (38 v obou případech) uvedla, že by měla zájem o získání dalších informací ve formě semináře či jiné vzdělávací akce. Jako důvody uváděli nejčastěji možnost dozvědět se něco nového, potřebu více informací pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, užitečnost a efektivitu těchto screeningových nástrojů a zvýšení přehledu o možnostech informování pacienta. Respondenti, kteří by zájem o další vzdělávání neměli, uváděli jako důvody absenci vztahu k dané problematice, nedostatek času, subjektivní hodnocení dotazníků jako nesmyslné, potřebu vzdělávat se prioritně v jiných oblastech, nebo subjektivní dojem dostatku informací v dané problematice.

Tabulka č. 11: Zájem o další vzdělávání v oblasti screeningových nástrojů

		Důvod				
Ano	38 (53 %)	Zajímavé téma	Možnost dozvědět se něco nového	Potřeba více informací	Užitečné	Přehled o možnostech informování pacienta
Ne	34 (47 %)	Žádný vztah k problematice	Nedostatek času	Nesmyslné	Potřeba vzdělávat se v jiných oblastech	Dostatek informací

Respondenti, kteří uvedli zájem o více informací v oblasti krátkých intervencí, uváděli jako důvody nejčastěji možnost dozvědět se něco nového, zvýšení kvality poskytování informací pacientům, poskytování kvalitnější ošetrovatelské péče a možnost více působit na pacienta a zdůvodňovat škodlivost a rizikovost nadužívání návykových látek. Oproti tomu respondenti, kteří by zájem o další vzdělávání v oblasti krátkých intervencí neměli, uváděli jako důvody nejčastěji absenci vztahu k dané problematice, názor, že dospělí uživatelé návykových látek si do své situace „nenechají mluvit“, nevhodnost intervencí u hospitalizovaných pacientů nebo nedostatek času.

Tabulka č. 12: Zájem o další vzdělávání v oblasti krátkých intervencí

		Důvod				
Ano	38 (53 %)	Zajímavé téma	Možnost dozvědět se něco nového	Zvýšení kvality poskytování informací pacientům	Poskytování kvalitnější ošetrovatelské péče	Možnost více působit a zdůvodňovat škodlivost
Ne	34 (47 %)	UNL * si do své situace nenechají mluvit	Žádný vztah k problematice	Provádí dostatečně	U hospitalizovaných pacientů není vhodné	Nedostatek času

* UNL = Uživatelé návykových látek

10. Diskuse

Tato kapitola shrnuje silné a slabé stránky provedené studie, popisuje problémy, které se při realizaci výzkumu vyskytly, a identifikuje limity, které by mohly zapříčinit případné zkreslení některých získaných výsledků. Dále srovnává výsledky získané z dotazníkového šetření realizovaného autorkou práce s podobnými výzkumy provedenými jak na území České republiky, tak zejména v zahraničí.

V první řadě je nutné zmínit, že tato studie byla provedena na poměrně nízkém počtu respondentů, který je sice pro potřeby závěrečné práce na úrovni bakalářského studia možné považovat za dostačující, pro zobecnění výsledků a závěrů na populaci sester pracujících na interních odděleních by však byl zapotřebí výrazně větší vzorek respondentů.

Dále je třeba zdůraznit, že respondenty byly sestry pracující v akreditovaných zdravotnických zařízeních v Praze, kde se dá očekávat ošetrovatelská péče, která bude v souladu s legislativními nařízeními i v tak zdánlivě okrajové oblasti ošetrovatelské péče, jako je hodnocení situace vzhledem ke zneužívání návykových látek. Je možné předpokládat, že byla-li by studie provedena na úrovni celé České republiky, mohly by se získané výsledky výrazně lišit. Pro další zkoumání by tedy bylo možné doporučit zahrnout do studie širší okruh respondentů z pracovišť z různých krajů.

Z hlediska screeningových nástrojů jsou v dotazníku, který byl využit pro sběr dat, zahrnuty pouze otázky týkající se dvou konkrétních a specifických nástrojů, a to dotazníků CAGE a FTND. Respondentům, kteří odpověděli, že žádný z uvedených dotazníků neznají, nesetkali se s ním v průběhu studia ani jej nevyužívají ve své ošetrovatelské praxi, nebyla již položena otázka, zda využívají některý z jiných dostupných nástrojů. Je možné, že z důvodu této skutečnosti mohlo dojít k získání nedostatečných informací k vyvození relevantních závěrů o této problematice.

Otázka v dotazníku, který sloužil jako nástroj sběru dat pro účely této studie, jež se týkala vědomosti sester o zakotvení povinnosti provádět časnou diagnostiku a krátké intervence u pacientů s podezřením na škodlivé užívání návykových látek v ošetrovatelských standardech daných zdravotnických pracovišť, byla formulována tak, že zjišťovala pouze subjektivní obeznámenost sester s tímto standardem. Vzhledem ke skutečnosti, že ošetrovatelské standardy pracovišť jsou duševním vlastnictvím těchto organizací, nejsou veřejně dostupné a ani pro účely této práce je nebylo možné získat k analýze, nebylo možné ověřit, zda je tato povinnost zde skutečně uvedena a zda jsou tedy odpovědi sester v souladu se skutečností.

Problematická byla také formulace otázky číslo šest týkající se znalosti zákonné povinnosti poskytovat krátkou intervenci pacientům s podezřením na škodlivé užívání návykových látek. Formulace zněla doslova takto: ***Přečtěte si, prosím, následující tvrzení. Považujete jej za pravdivé? Zdravotnický pracovník má zákonnou povinnost poskytovat pacientovi minimální krátkou intervenci, pojme-li podezření na škodlivé užívání návykových látek, případně syndrom závislosti na návykové látce.*** Respondenti v odpovědi vybírali možnost ano nebo ne. Z takto postavené otázky není možné vyvodit, zda respondenti, kteří odpověděli „ano“, věděli o této zákonné povinnosti i v případě, že by jim nebyla takto nabídnuta.

Dalším limitem výzkumu mohla být nedostatečná motivace sester k vyplnění dotazníku a účasti na studii z důvodu přílišného zahlcení jak ze stran požadavků jiných výzkumů, tak vzhledem k administrativní zátěži vyplývající z každodenních povinností sestry pracující na odděleních nemocnic. Tomuto případnému zkreslení se snad do jisté míry podařilo předejít snahou o minimální časovou náročnost spojenou s administrací dotazníku a také rozhovory s vrchními sestrami všech pracovišť, která se na výzkumu podílela. V rozhovoru byl objasněn výzkumný záměr a nastíněna potřebnost a efektivita provádění screeningu a krátkých intervencí.

K ovlivnění validity výsledků této studie mohla přispět také metoda výběru respondentů, kteří byli zařazeni do výzkumu. Přestože byla oslovena všechna akreditovaná zdravotnická zařízení a dotazníky byly distribuovány početně rovnoměrně (včetně rovnoměrného zastoupení v návratnosti dotazníků), na jednotlivých odděleních probíhal výběr respondentů metodou samovýběru. Lze tedy očekávat, že sestry, které se rozhodly dotazník vyplnit, jsou problematice časně diagnostiky a krátkých intervencí více nakloněny, mají o ni zájem či screening a krátkou intervenci ve své praxi již provádějí.

V důsledku uvedené vysoké administrativní a byrokratické zátěže spojené s ošetrovatelskou péčí bylo očekáváno, že odpovědi sester v dotazníku by mohly být ovlivněny přáním nerozšiřovat ošetrovatelskou dokumentaci a odebírání anamnestických údajů o další standardizované dotazníky. Tato obava se nepotvrdila, neboť sestry vyjádřily zájem o získání více informací o možnostech využití screeningu a poskytování krátkých intervencí. Důvodem pro nevyužívání dotazníků v klinické praxi byla nejčastěji jejich neznalost, méně často dojem neúčelnosti a nedostatek času.

K domněnce, že respondenti odpovídali více méně pravdivě, přispívá skutečnost, že odpovědi v jednotlivých dotaznících si navzájem neodporují, tedy informace, které respondenti uvedli na začátku, se shodují s těmi, které jsou součástí otázek v druhé části dotazníku.

Výhodou této studie je orientace na sestry pracující na lůžkových odděleních nemocnic, čímž je ve svém oboru téměř jedinečná. Většina zahraničních studií se orientuje na sestry pracující v primární péči, lůžková péče byla tedy doposud nezmapovaným územím (s výjimkou diplomové práce Velátové z roku 2014, která je pro srovnání získaných výsledků uvedena níže).

Bariérou v provádění screeningů a krátkých intervencí v oblasti zneužívání tabáku může být pro české sestry vysoká prevalence kuřáků v populaci sester, která dle výzkumů dosahuje až 40 % (Králíková et al., 2013). Intervence může být tak pacienty hůře přijímána, neboť cigaretový zápach z intervenující osoby může v očích pacienta snížit autoritu a důvěryhodnost zdravotníka a jím poskytovaných informací a doporučení.

Velátová (2014) provedla výzkum mezi sestrami z různých oborů vybraného regionu, kde zkoumala screening užívání alkoholu a obeznámenost s metodami krátkých intervencí poskytovaných hospitalizovaným pacientům a pacientům primární péče sestrami. Z tohoto šetření vyplývá, že 70 % (n=42) sester z interních oddělení se během rozhovoru s pacientem přímo dotazuje na spotřebu alkoholu (sestry z psychiatrických oborů uvádějí pravidelné přímé dotazování ve 100 % (n=11) případů, sestry v primární péči v 69 % (n=23) případů). Forma zjišťování byla však výhradně ústní bez využití specifického dostupného diagnostického nástroje. Na základě výsledků tohoto výzkumu screening nebyl prováděn plošně, pravidelné dotazování v každém případě uvádělo 27 % sester, na základě suspektního nálezu 14 % a po indikaci lékaře 7 % sester z interních oborů. Uvedené zjištění nekoreluje s výsledky této studie, kdy oslovení respondenti uváděli provádění screeningů buď plošně, nebo vůbec. Z celého souboru sester z výzkumu Velátové (2014) uvádělo nejvíce respondentů dotazování na základě indikace lékařem ve skupině interních a operačních oborů, tyto sestry se tedy cítily nejméně kompetentní k samostatnému posouzení stavu pacienta – subjektivně se za kompetentní ke zhodnocení rizikovosti pití považovalo pouze 16 % sester interních oborů (oproti například 54 % sester z psychiatrických oborů). Od této skutečnosti se také odvíjel postup respondentů v případě podezření na rizikové užívání – sestry z interních oddělení v 34 % předaly případ lékaři, ve 22 % předaly kontakt na nějakou návaznou službu. Přestože se na základě autorkou bakalářské práce získaných výsledků sestry hodnotily jako více kompetentní pro provádění krátké intervence ve srovnání s výsledky Velátové (2014), pouze 18 % by bylo schopno samostatně poskytnout informace, 15 % by doporučilo nějakou službu pro léčbu závislostí a 10 % sester uvedlo, že by informovaly lékaře.

Z celého výzkumného souboru Velátové (2014) považuje časnou diagnostiku v ošetrovatelské praxi za efektivní 39 % sester, což je téměř srovnatelné s výsledky tohoto výzkumu (42 %).

Velátová (2014) hodnotila také subjektivní vnímání erudovanosti sester pro provádění screeningů a krátké intervence v oblasti nadužívání alkoholu. Pozitivně tuto oblast hodnotilo 20 % sester výzkumného souboru pro screening a 17,5 % pro krátké intervence. Zde se výsledky liší od tohoto výzkumu provedeného v Praze, kde celkem 58 % sester se subjektivně hodnotilo jako kompetentní pro poskytování krátké intervence samostatně (tedy nikoli pouze pro předání případu lékaři nebo návaznému zařízení).

Celkem 67 % sester uvedlo, že pro řádné provádění screeningů nemají dostatek času (Velátová, 2014). Výzkum provedený v Praze odhalil pouze 12,5 % sester, které neprovádějí screening rizikového užívání alkoholu z důvodu nedostatku času a 19 % sester v oblasti užívání tabáku.

Žádný z respondentů výše zmíněného výzkumu Velátové (2014) neuvedl, že by pro screening využíval některý z nástrojů časné diagnostiky. Sestry jmenovaly pouze alkotester, s jehož pomocí však není možné objektivně posoudit dlouhodobé rizikové užívání alkoholu. Tato skutečnost mimo jiné svědčí o nedostatečné informovanosti respondentů o metodách časné diagnostiky v oblasti nadužívání alkoholu. Podobná situace byla v oblasti poskytování krátkých intervencí – s metodikou krátkých intervencí nebyla obeznámena žádná sestra. Z výzkumu tedy vyplývá, že sestry jednak metody časné diagnostiky a krátkých intervencí neznají a jednak se domnívají, že na jejich provádění nemají ve své klinické ošetrovatelské praxi dostatek času.

Výzkum publikovaný v časopise *Western Journal of Medicine* se zaměřoval na provádění screeningů a krátké intervence v oblasti nadužívání alkoholu a tabáku. Přehled studií dokládá, že krátká intervence snižuje konzumaci alkoholu a tabáku u cílové populace a zlepšuje zdravotní chování pacientů po léčbě (zahrnuje 40 kontrolovaných studií a 6000 problémových uživatelů alkoholu nebo tabáku). Nicméně pro zdravotníky je krátká intervence nesnadno uchopitelná, neboť na problematiku závislosti a škodlivého užívání není možné aplikovat běžně užívaný model léčby somatických onemocnění. Jinými slovy na nadužívání neexistuje jednoznačný lék (ve výzkumu je uvedeno přirovnání k „antibiotiku“). Přesto zde autor upozorňuje na to, že závislí uživatelé v remisi (tedy abstinující) mohou velmi být aktivními přispívajícími do společenského života (Aristeiguieta, 2000).

Kompetenci sester pro poskytování krátkých intervencí ve srovnání s kompetencí lékařů posuzuje článek publikovaný v *International Journal of Nursing*. Z publikovaného výzkumu vyplývá, že intervence poskytnutá sestrou je srovnatelně efektivní s intervencí poskytnutou lékařem. Autoři hodnotí snadnost a časovou nenáročnost technik krátké intervence, pozitivně hodnotí také absenci nutnosti zvláštního dlouhodobého výcviku pro poskytování krátkých intervencí. Dále uvádějí, že sestry využívající screeningové nástroje

jsou si ve své práci jistější a mohou zaujmout citlivější a empatičtější přístup v rozhovoru s pacientem (Nkowane et al., 2013).

Přehledový článek Josepha et al. (2014) uvádí mimo jiné sdělení WHO, že 5 minut krátké intervence má srovnatelný efekt jako 20 minut poradenství v oblasti užívání alkoholu a tabáku. Z výzkumu vyplývá, že sestry i lékaři poskytují srovnatelně efektivní intervenci, přičemž sestry jsou nejpočetněji zastoupenými členy zdravotnických týmů, proto mohou mít jejich intervence v této oblasti významný dopad na příjemce dané intervence. Postrádají však vůli a ochotu intervence zařazovat do své ošetrovatelské praxe, a to nejčastěji z důvodu nedostatku času a absence subjektivního dojmu nejistoty v problematice závislostí, kde příčinou je nedostatek znalostí. Je tedy nutná strategická legislativně-politická podpora na celostátní úrovni, aby tyto metody mohly být plošně zavedeny do praxe, zejména je nutné zavést plošné vzdělávání sester. Jedná se o uživatelsky vstřícný evidence-based přístup v samostatné práci sester (Mitchel et al., 2015), proto by se této problematice měly ujmout i nevládní profesní organizace a společnosti a zařadit ji do svého programu rozvoje (Joseph et al., 2014).

Autorka článku publikovaného v The Journal for Nurse Practitioners doporučuje pro screening rizikového užívání alkoholu dotazníky CAGE a AUDIT. Dále uvádí, že 5-10 minut krátké intervence má vliv na významné snížení užívání alkoholu u rizikových uživatelů v týdenním i 12 měsíčním sledování (Selway, 2006). Z jejího výzkumného šetření provedeného s 1000 respondentů vyplývá, že zdravotničtí pracovníci se domnívají, že jejich klinický úsudek je dostatečný pro detekci a posouzení rizikovosti užívání (Selway, 2006). Tato skutečnost je bariérou pro využívání objektivních screeningových nástrojů. Potvrzují domněnku autorky této práce a zároveň vyvracejí názory uvedené v dotazníku některými respondenty tohoto výzkumu, když tvrdí, že období hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení je ideálním prostorem pro provádění krátké intervence, a to zejména v případě, že důvodem hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení bylo onemocnění vzniklé v důsledku užívání návykových látek – tedy předně hospitalizace na oddělení chirurgie a interny. Toto tvrzení podporují také například Mitchel et al. (2015), kteří uvádějí, že sestry mají unikátní pozici pro poskytování krátké intervence.

Na rozdíl od údajů uvedených respondenty v rámci této bakalářské práce je metodika screeningu a krátkých intervencí ve státě New York v USA součástí výukového programu sester standardně již po dobu druhé dekády (Neushotz, Fitzpatrick, 2008). Screening a krátkou intervenci provádí 87-90 % lékařů (n=197), ale pouze 25 % sester (n=709). Z těchto 25 % sester 66 % uvádí potřebu spolupráce s psychiatrickou klinikou, 66 % s návaznými službami a vzdělání v oblasti užívání návykových látek by přivítalo 83 % všech respondentů (Neushotz, Fitzpatrick, 2008). Bariéry provádění screeningu a KI jsou

podobné, jako ty uvedené v tomto výzkumu: nepřesné výpovědi pacienta (100 %), stigmatizace (50 %), nedostatek znalostí sester o metodice screeningu a krátkých intervencí (66 %), neznalost diagnostických nástrojů (66 %), nedostatek času (50 %) a nedostatek návazných služeb (66 %) (Neushotz, Fitzpatrick, 2008). K reálnému zavedení metodiky do praxe navrhnou autoři základní doporučení, která by byla aplikovatelná i na české podmínky: zdůraznění výhody screeningu v prevenci rizikového užívání, využití autorit v oboru k prosazení změny, změna norem a guidelineů, vzdělávání personálu, aktivace sítě peerů k rozšíření inovace (Neushotz, Fitzpatrick, 2008).

Heath et al. (2002) uvádějí, že v roce 2002 se 70 % (n=50) vzdělávacích programů v USA věnovalo problematice poradenství v odvykání kouření nebo problematice závislosti vůbec. Výukové programy popsali jako velmi stručné, průměrně byly této oblasti věnovány 1-3 hodiny za celou dobu studia.

Tsai et al. (2010) hodnotili facilitátory a bariéry poskytování krátkých intervencí problémovým uživatelům alkoholu ve Finsku mezi sestrami pracujícími u praktických lékařů. Identifikovali 3 úrovně bariér – úroveň pacienta a příbuzného, kde se nejčastěji jedná o nedostatek motivace, úroveň sester, kam je možné například zařadit neschopnost řešit pacientovy ekonomické problémy a úroveň okolí, kam spadá nedostatek odborníků a návazných služeb. Bariéry, které autoři identifikovali, jsou například: neznalost významu časné fáze rizikového užívání, absence/nízký pocit sebeúčinnosti pro pomoc alkoholikům, subjektivní dojem nedostatku času pro poskytování krátké intervence, nedostatek jednoduchých manuálů metod krátké intervence, subjektivní nesnáze v rozpoznání časné fáze rizikového užívání, nejistota, jak obhájit záměr diskutovat s pacientem o jeho užívání, postoje sester k užívání alkoholu, negativní reakce pacientů, neznalost terminologie a problematiky, nedostatečný výcvik a jiné priority (Tsai et al., 2010).

Jako facilitátory autoři zmiňují pochopení důležitosti role práce sestry v problematice uživatelů návykových, hodně příležitostí pro poskytování krátké intervence a vnímání legitimacy role sestry pro poskytování krátké intervence (Tsai et al., 2010).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že je nutné srozumět sestry s jejich zásadní rolí, zakomponovat metodiku krátkých intervencí, informace o problematice nadužívání návykových látek, nácvik intervenčních dovedností do vzdělávacích programů pro sestry s následnou evaluací efektivity vzdělávání v klinické ošetrovatelské praxi. Dále autorka považuje za nutné vzdělávat v této oblasti i všeobecnou populaci strategické orgány rozhodující o zdravotnické legislativě na vládní úrovni.

Puskar et al. (2013) provedli výzkum mezi 319 studenty bakalářského oboru všeobecná sestra v Pensylvánii, kteří absolvovali seminář a výcvik o problematice screeningu, krátké

intervence a odkazování do návazných služeb pro uživatele návykových látek. Po absolvování výcviku se změnil pohled studentů na svou roli v práci s uživateli návykových látek ve smyslu zvýšení znalostí a dovedností, nabytí subjektivního dojmu kompetentnosti ptát se a diskutovat s pacienty problematiku jejich užívání návykových látek, nárůst podpory kolegů a vedoucích, zvýšení pocitu uspokojení z práce s uživateli alkoholu. Byla nalezena souvislost mezi negativním postojem k uživatelům návykových látek a neprováděním screeningů a krátké intervence u těchto pacientů. Autoři také zjistili, že studenti se spíše domnívají, že mohou dobře provádět screening než krátkou intervenci. Autoři na závěr uvádějí, že je efektivní vzdělávat v této problematice sestry již během studia, spíše než pořádat semináře pro sestry pracující v klinické ošetrovatelské praxi (Puskar et al., 2013).

Tran et al. (2009) srovnávali míru provádění screeningů a intervencí v oblasti nadměrného zneužívání alkoholu před a po zavedení guidelineu, který tuto povinnost pro dané zdravotnické zařízení, v němž byl proveden výzkum, stanovuje. Před a po jeho zavedení nebyly v této oblasti zaznamenány téměř žádné rozdíly (před zavedením guidelineu byly screening a krátká intervence provedeny v oblasti alkoholu ve 28 % případech (n=79), po jeho zavedení to bylo 29 % případů (n=84), v oblasti tabáku před zavedením 29 % případů a po zavedení 23 %). Respondenti uváděli, že alkoholová a tabáková historie byla i do momentu zavedení guidelineu součástí ošetrovatelské anamnézy při příjmu pacienta, nikoli však screening a krátká intervence, ty zaváděl až zmíněný manuál. Z výzkumu vyplývá, že implementace guidelineu do praxe cestou semináře pro sestry ve službách je neefektivní (Tran et al., 2009). V souvislosti s výše uvedenými výzkumy je tedy výhodné začlenit výcvik v této problematice již do vzdělávacího systému na úrovni pregraduálního studia.

Shourie et al. (2007) se ve výzkumu věnovali problematice zachytu a poskytování intervencí problémovým uživatelům alkoholu a tabáku sestrami standardních a intenzivních chirurgických oddělení australských nemocnic. Pacienti byli testováni pomocí dotazníku AUDIT a výsledná data byla porovnávána se zdravotnickou dokumentací vedenou profesionály se zaměřením na problematiku užívání alkoholu a tabáku. Objektivní screening odhalil 12 % problémových uživatelů alkoholu a 17 % uživatelů tabáku (n=226). Z celkového počtu kuřáků bylo 23 % zároveň problémovými uživateli alkoholu, z celkového počtu problémových uživatelů alkoholu bylo celkem 33 % kuřáků (Shourie et al., 2007). Zde tedy vidíme provázanost zneužívání jednotlivých návykových látek a nutnost posuzovat je současně.

Při příjmu s pacienty z výše uvedeného výzkumu nebyla vyplněna anamnéza kouření ve 43 % případů, v případě užívání alkoholu se jednalo o 46 %. Celkem 26 % z identifikovaných problémových uživatelů alkoholu o tomto problému nemá žádný záznam v dokumentaci,

stejný případ byl shledán u 36 % pacientů, kteří přiznali, že jsou aktuální kuřáci (Shourie et al., 2007).

Z celkového počtu problémových uživatelů alkoholu pouze 18,5 % obdrželo krátkou intervenci vedoucí ke snížení rizikovosti užívání alkoholu od zdravotnického pracovníka, stejný případ se týkal 31 % kuřáků. Autoři shrnují, že zdravotníci v nemocnici identifikují cca 1/3 problémových uživatelů alkoholu a přibližně 1/2 kuřáků. Diskuse s pacientem v oblasti kouření je pro zdravotnické pracovníky více přijatelná ve srovnání s oblastí užívání alkoholu. Důvody pro tak nízkou míru provádění screeningu a krátké intervence jsou nedostatek času, neadekvátní výcvik a skutečnost, že zdravotníci nepovažují tuto oblast za relevantní pro dané onemocnění, které je důvodem hospitalizace pacienta (Shourie et al., 2007).

Práce shrnuje jak teoretická východiska koncepce screeningu a krátkých intervencí v oblasti nadužívání alkoholu a tabáku, tak praktické aplikace uvedených metod v klinické ošetrovatelské praxi v českém prostředí. Pro výzkumnou část práce a sestavení dotazníku vycházela autorka ze svých zkušeností z praxí během studia. Snahou bylo formulovat doporučení pro zvýšení kvality ošetrovatelské praxe v takové formě, která bude reálně aplikovatelná, efektivní a nebude nepřiměřeně zatěžovat sestry pracující na odděleních zbytečnou další administrativou. Doporučení formulovaná v závěru této práce se opírají o získaná a interpretovaná data a mohla by tak přispět k naplňování legislativní povinnosti poskytovat minimální krátkou intervenci cílové populaci rizikových uživatelů legálních návykových látek, což je doposud velmi opomíjená oblast v oboru ošetrovatelství.

Navzdory názorům respondentů tohoto výzkumu se ukazuje, že sestra je v klíčovém postavení pro poskytování krátkých intervencí (po srovnání viz výše). Většina výzkumů v zahraničí i České republice se však zaměřuje spíše na lékaře, autorka tedy doporučuje zmapovat tuto problematiku hlouběji i mezi sestrami.

Bariérou se mimo jiné zdají být nedostatečné zkušenosti s prací s uživateli návykových látek. Zde by bylo vhodné využít zkušenosti sester z psychiatrických a adiktologických oddělení, aby v rámci peer programu pomohly vzdělat ostatní kolegy.

Dále autorka považuje za zásadní zmínit, že pro úspěšnou implementaci metodiky screeningu a krátké intervence v oblasti nadužívání návykových látek do procesu ošetrovatelské praxe by sestry měly být zahrnuty do procesu zavádění těchto technik do ošetrovatelské dokumentace, aby tak bylo možné předejít případným nesrovnalostem a zbytečného neefektivního administrativního zatížení sester.

11. Závěr

Dotazníkové šetření a výše uvedená data přinesla poměrně očekávatelné výsledky, které budou v této kapitole stručně shrnuty. Oproti předchozí kapitole, která data v téměř základní podobě pouze prezentuje, budou data interpretována, budou hledány hlubší vztahy mezi jednotlivými výsledky, aby mohly být formulovány závěry a případná doporučení.

V oblasti časné diagnostiky a krátkých intervencí u rizikových uživatelů návykových látek ukazuje tento výzkum spíše neuspokojivou znalost sester. Celkem 30 respondentů (n=72) uvedlo, že se nikdy nesetkali s žádným z uvedených diagnostických nástrojů. Více než polovina respondentů zná alespoň jeden z dotazníků, významně více jsou však obeznámeni s dotazníkem na zjišťování míry závislosti na nikotinu. Oblast škodlivého užívání alkoholu je sestrami z výzkumného souboru významně více opomíjena.

Výzkum naznačuje, že existuje lineární vztah mezi výší vzdělání a mírou obeznámenosti sester s dotazníky v dané kategorii nejvyššího dosaženého vzdělání. Mezi respondenty s vysokoškolským vzděláním byl nejnižší podíl těch, kteří se s některým z dotazníků před ani po nástupu do klinické ošetrovatelské praxe nikdy nesetkali (29 %), naopak nejvyšší zastoupení bylo mezi středoškolsky vzdělanými sestrami (51 %). Obě tato čísla se však z širšího pojetí mohou jevit jako vysoká.

Nejčastěji se tedy s dotazníky setkávaly vysokoškolsky vzdělané sestry, téměř podobně na tom byly sestry s vyšším odborným vzděláním a nejméně často dotazníky znaly sestry se středoškolským vzděláním. Zanedbatelný počet sester datoval první seznámení s dotazníky do úrovně studia, nejvíce z nich však bylo mezi vysokoškolsky vzdělanými sestrami. Dále byly uváděny provozní semináře a adaptační proces.

Naopak v kategorii sester se středoškolským vzděláním bylo nejvíce těch, které uvedly znalost zákonné povinnosti poskytovat krátkou intervenci pacientům s podezřením na škodlivé užívání návykové látky nebo syndrom závislosti, v této znalosti nejhůře uspěly sestry s vysokoškolským vzděláním. Celkem tuto znalost uvedly tři čtvrtiny respondentů.

Ukázalo se, že ty sestry, které dotazníky znají a považují je za užitečné, je využívají pravidelně, ostatní vůbec. Žádná ze sester neuvedla nepravidelné, občasné nebo jednorázové diagnostikování a hodnocení situace v oblasti zneužívání návykových látek. Trendem je tedy spíše aplikovat rutinní, naučené postupy. V případě, že by se podařilo zavést provádění screeningů v této oblasti do běžné ošetrovatelské praxe, mohl by tedy za tohoto předpokladu být screening prováděn plošně.

Z těch sester, které dotazníky zahrnují do ošetrovatelské anamnézy, uvedla drtivá většina

dotazník FTND pro hodnocení míry závislosti na nikotinu (22 respondentů) oproti pouhým pěti, kteří znali a pravidelně využívali dotazník CAGE. Jednají tak v rozporu s přiznanou povinností provádět screening vyplývající s ošetrovatelských standardů daného pracoviště, kterou uvedlo celkem 30 respondentů, dalších 21 si nebylo jistých, zda je tato povinnost zakotvena či nikoli. Zdá se tedy, že motivací k provádění screeningu a krátkých intervencí není legislativní zakotvení a nařízení managementu zdravotnického pracoviště, motivační faktory bychom tedy mohli hledat spíše ve vlastním přesvědčení o užitečnosti prováděných metod a subjektivním pocitu jistoty v dané oblasti a dostatku informací o problematice – tedy dostatečných kompetencí pro provádění časné diagnostiky a krátkých intervencí.

Respondenti z výzkumného souboru se subjektivně spíše necítí být kompetentní pro poskytování minimální intervence osobám patřícím do cílové populace příjemců těchto intervencí, kteří by z nich mohli profitovat. V takovém případě sestry raději uvědomí ošetřujícího lékaře, který má podle jejich názoru vyšší kompetence k intervenci a poskytování informací.

Pouze 12 respondentů uvedlo, že dotazníky pro diagnostiku a hodnocení situace nepovažují za užitečné. Naopak ostatní pozitivně hodnotí možnost objektivizace situace zneužívání návykových látek a možnost rychlého zorientování se.

Více než polovina respondentů uvedla zájem o získání více informací o možnostech, efektivitě a metodách screeningu i poskytování minimální intervence, kterou mohou sestry poskytovat pacientům patřícím do rizikové skupiny ohrožené škodlivými zdravotními důsledky užívání návykových látek včetně syndromu závislosti. Zde je tedy možné spatřit velký prostor pro zvýšení kvality ošetrovatelské péče v této oblasti v případě, že by byly dostupné kvalitní vzdělávací semináře a kurzy cílené na sestry pracující v klinické ošetrovatelské praxi.

Z výzkumu tedy plyne, že pro úspěšné zavedení a aplikaci uvedených nástrojů do klinické ošetrovatelské praxe je vhodné učinit následující kroky formulované do závěrečných doporučení.

11.1. Závěrečná doporučení pro praxi

- Zvýšit obeznámenost sester s diagnostickými nástroji pro odhalení škodlivého užívání nebo syndromu závislosti na návykové látce, a to formou seminářů a školení u sester již pracujících v ošetrovatelské praxi a zavedení vzdělávání v této oblasti do edukačních plánů studijních oborů v oblasti ošetrovatelství na všech úrovních studia. Nejvyšší zaměření v této oblasti by mělo být na střední zdravotnické školy.

- Dále je nutné poskytnout sestrám názorné, pravdivé a relevantní informace o efektivitě metod krátkých intervencí založených na objektivním zhodnocení situace rizikovosti užívání návykových látek u pacientů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení. Tento aspekt je klíčový pro zvýšení motivace sester k implementaci těchto metod v jejich praxi.
- Je třeba zdůraznit snadnou administrovatelnost a časovou nenáročnost diagnostických i intervenčních metod, aby mezi sestrami nedošlo k přijetí dojmu o zbytečném nárůstu již tak složité a přibývající byrokratizaci ošetrovatelské práce.
- Vhodné by bylo zaměřit se více na oblast zneužívání alkoholu, neboť tento výzkum ukázal, že sestry, které některý z dotazníků znaly, uváděly spíše dotazník po hodnocení závislosti na nikotinu.

Pro snazší administraci je vhodné zařadit otázky zjišťující kouření a pití alkoholických nápojů přímo do ošetrovatelské dokumentace. V případě, že pacient odpoví kladně, je možné přistoupit k využití diagnostických nástrojů, například dotazníku CAGE a FTND. Plošný screening však nemá smysl samostatně, tedy bez navazující minimální intervence, poskytnutí informací, případně doporučení pacienta do návazné poradenské nebo léčebné služby, specializující se na oblast užívání návykových látek. Je tedy nutné obě oblasti postihnout zároveň a zdůraznit sestrám efektivitu poskytování intervencí od autority zdravotníka.

12. Použitá literatura

Americká psychiatrická asociace (2000). Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – čtvrtá revize. Washington, D. C.: APA.

Aristeiguieta, C. A. (2000). Screening patients for alcohol, tobacco, and other drug misuse: The role of brief interventions. *Western Journal of Medicine*, 172(1), 53-57. DOI: 10.1136/ewjm.172.1.53.

Aschermann, M., Linhart, A. (2013). *Kouření a kardiovaskulární onemocnění*. In: Králíková et al. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care*. WHO: Department of Mental Health and Substance Dependence.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. Second Edition. Geneva: World Health Organization.

Deitch, D. A. (1995). *Léčení drogových závislostí v terapeutické komunitě*. In: Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.

Dvořáček, J., Kalina, K. (2015). *Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek*. In: Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire, *JAMA*, 252(14), 1095-1097. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6471323>, 10. 4. 2016.

Fagerström, K. (2012). Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine Tob Res*, 14(1), 75-78. DOI: 10.1093/ntr/ntr137.

Govier, A., Rees, C. (2013). Reducing alcohol-related health risks: the role of the nurse. *Nursing Standard*, 27(50), 42-46. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23944824>, 10. 4. 2016.

Greplová, J., Stubbelfield, K. (2013). *Linka pro odvykání kouření*. In: Králíková et al. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA.

Heath, J., Andrews, J., Thomas, S. A., Kelley, F. J. et al. (2002). Tobacco dependence curricula in acute care nurse practitioner education. *American Journal of Critical Care*,

- 11(1), 27-33. Dostupné z: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/11/1/27.long>, 10. 4. 2016.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. T., Fagerström, L. O. (1991). The Fagerström Test of Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1932883>, 10. 4. 2016.
- Jeřábek, P. (2015). *Psychopatologie závislosti*. In: Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Joseph, J., Basu, D., Dandapani, M., Krishnan, N. (2014). Are nurse-conducted brief interventions (NCBIs) efficacious for hazardous and harmful alcohol use? A systematic review. *International Nursing Review*, 61, 203-210. DOI: 10.1111/inr.12096
- Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o. s. Filia Nova.
- Koblížek, V., Kudelová, J. (2013). *Kouření a chronická obstrukční plicní nemoc*. In: Králíková et al. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA.
- Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. *Čes. a slov. Psychiatrie*, 100(1), 13-18.
- Králíková, E. et al. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize*. (2008). Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99). Praha: Bomton Agency.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: SCAN.
- Minařík, J., Řehák, V. (2015). *Somatické komorbidity a komplikace*. In: Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. et al. (2015). *Časná diagnostika a krátké intervence v adiktologii*. In: Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Mitchel, A., Hagle, H., Puskar, K., Kane, I. et al. (2015). Alcohol and Other Drug Use Screenings by Nurse Practitioners: Clinical Issues and Costs. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11(3), 347-351. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.12.007>.
- Mravčík, V. et al. (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce*

2014. Praha: Úřad vlády České republiky.

Neushotz, L. A., Fitzpatrick, J. J. (2008). Improving Substance Abuse Screening and Intervention in a Primary Care Clinic. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(2), 78-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2007.04.004>.

Nešpor, K., Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum.

Nkowane, A.M., Watson, H., Roy Malis, F. (2013). Screening and brief interventions for hazardous and harmful use of alcohol and other psychoactive substances: How are nurses and midwives involved?. *International Journal of Nursing*, 2(1), 8-12. Dostupné z: http://www.ijnonline.com/index.php/ijn/article/view/85/pdf_10, 10. 4. 2016.

Prausová, J. (2013). *Kouření a etiologie zhoubných onemocnění* In: Králíková et al. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1986). *Towards a comprehensive model of change*. In: Miller, W. R., Heather, N. (1986.) *Treating Addictive Behaviours: Processes of Change*. New York: Plenum Press.

Puskar, K., Gotham, H. J., Terhorst, L., Hagle, H. et al. (2013). Effects of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) Education and Training on Nursing Students' Attitudes Toward Working with Patients who Use Alcohol and Drugs. *Substance Abuse*, 34(2), 122-128. DOI: 10.1080/08897077.2012.715621.

Rosolová, H. (2013). *Kouření a diabetes mellitus*. In: Králíková et al. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA.

Ross, H. (2013). *Tabák a ekonomika*. In: Králíková et al. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA.

Scanlon, A. (2006). Nursing and the 5As guideline to smoking cessation interventions. *Australian Nursing Journal*, 14(5), 25-28. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17124874>, 10. 4. 2016.

Selway, J. (2006). Alcohol screening and brief intervention. *The Journal for Nurse Practitioners*, 2(2), 90-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2005.12.020>

Shourie, S., Conigrave, C. M., Proude, E. M., Haber, P. S. (2007). Detection of and intervention for excessive alcohol and tobacco use among adult hospital in-patients. *Drug and Alcohol Review*, 26, 127-133. DOI: 10.1080/09595230601145175.

Soukup, J. (2015). *Motivační rozhovory*. In: Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Sovinová, H., Csémy, L. (2011). *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav.

Sovinová, H., Csémy, L., Kernová, V. (2014). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let*. Praha: Státní zdravotní ústav.

Světová zdravotnická organizace (2003). *Rámcová úmluva o kontrole tabáku*. Ženeva: SZO.

Štěpánková, L., Anders, M. (2013). *Léčba psychicky nemocných*. In: Králíková et al. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA.

Tran, D. T., Stone, A. M., Fernandez, R. S., Griffiths, R. D. et al. (2009). Does implementation of clinical practice guidelines change nurses' screening for alcohol and other substance use?. *Contemporary Nurse*, 33(1), 13-19. DOI: 10.5172/conu.33.1.13.

Tsai, Y.-F., Tsai, M.-C., Lin, Y.-P., Weng, C.-E. et al. (2010). Facilitators and barriers to intervening for problem alcohol use. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1459-1468. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05299.x.

Velátová, J. (2014). *Systematický screening a krátké intervence u rizikového užívání alkoholu – možnosti a meze aplikace do praxe zdravotních sester vybraného českého okresu*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

Zábranský, T. et al. (2011). *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů*. 19. srpna 2005.

Zaostřeno na drogy (2013). *Národní výzkum v užívání návykových látek 2012: Kouření, užívání alkoholu a dalších drog v obecné populaci*. 2/2013. Praha: Úřad vlády České republiky.

Přílohy

Příloha č. 1: Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Popis výzkumného souboru – demografické údaje

Tabulka č. 2: Znalost uvedených dotazníků

Tabulka č. 3: Znalost dotazníků v závislosti na výši dosaženého vzdělání

Tabulka č. 4: Informovanost o zákonné povinnosti zdravotnického pracovníka poskytovat krátkou intervenci

Tabulka č. 5: Setkání s dotazníky před nástupem do klinické ošetrovatelské praxe

Tabulka č. 6: Fáze před nástupem do klinické ošetrovatelské praxe – setkání s dotazníky

Tabulka č. 7: Využívání dotazníků v klinické ošetrovatelské praxi

Tabulka č. 8: Důvody pro nevyužívání dotazníků

Tabulka č. 8: Povaha intervence

Tabulka č. 9: Subjektivní vnímání užitečnosti dotazníků

Tabulka č. 10: Zájem o další vzdělávání v oblasti screeningových nástrojů

Tabulka č. 11: Zájem o další vzdělávání v oblasti krátkých intervencí

Seznam grafů

Graf č. 1: Znalost dotazníků v závislosti na vzdělání

Graf č. 2: Informovanost o zákonné povinnosti poskytovat krátkou intervenci

Graf č. 3: Znalost zákonné povinnosti poskytovat KI* v závislosti na vzdělání

Graf č. 4: Setkání s dotazníky před nástupem do klinické ošetrovatelské praxe v závislosti na vzdělání

Graf č. 5: Subjektivní vnímání kompetencí pro poskytování krátké intervence

Graf č. 6: Povinnost provádět časnou diagnostiku ve standardech ošetrovatelské péče pracoviště

Příloha č. 2: Seznam zkratk

APA	Americká psychiatrická asociace
AT ambulance	Alkohol a jiné toxikomanie
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test (diagnostický nástroj)
Bc.	Bakalářský titul
BMI	Body Mass Index
CAGE	Cut down – Annoyed – Guilt – Eye-opener (diagnostický nástroj)
ČR	Česká republika
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál psychiatrických onemocnění, 4. revize
FTND	Fagerström Test of Nicotine Dependence
GIT	Gastro-intestinální trakt
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
KI	Krátká intervence
Mgr.	Magisterský titul
např.	například
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
NNT	Náhradní nikotinová terapie
SŠ	Střední škola
str.	strana
SZO	Světová zdravotnická organizace
tzn.	to znamená
UNL	Uživatelé návykových látek
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice

VOŠ

Vyšší odborná škola

VŠ

Vysoká škola

1. LF UK v Praze

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Příloha č. 3: Dotazník AUDIT

Babor et al., 2001; Sovinová, Csémy, 2003) for Use in Primary Care. Second Edition.
Geneva: World Health Organization.

Otázky	0	1	2	3	4	Score
1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	Dva- až čtyřikrát měsíčně	Dva- až třikrát týdně	Čtyřikrát nebo vícekrát týdně	
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic alkoholického nápoje)	1 nebo 2	3 nebo 4	5 nebo 6	7 nebo 8	10 nebo více	
3. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
4. Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
5. Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
6. Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostal do formy po nadměrném pití předešlý den?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
7. Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
8. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
					Celkem	

Příloha č. 4: Hodnocení dotazníku AUDIT

Dotazník AUDIT

vyplňte dotazník a sečtěte body, získané za odpovědi na jednotlivé otázky. Body jsou uvedeny nahoře nad každým sloupcem. Sečtením všech bodů získáte celkový skóre.

Hodnocení dotazníku AUDIT

Celkové orientační hodnocení

- **Celkový skóre < 8** (u osob na 65 let <7) - není indikátorem škodlivého pití. Pokračujte podrobným hodnocením
- **Celkový skóre > 8** (u osob na 65 let >7) - existuje riziko škodlivého pití
- **Celkový skóre 8-15** - představuje střední úroveň problémů s alkoholem
- **Celkový skóre 16 -19** - představuje vysokou úroveň problémů s alkoholem
- **Celkový skóre >20** - indikuje závislost na alkoholu

Podrobné hodnocení

- **Otázky 2 a 3:** u každé z těchto otázek více jak 1 bod indikuje rizikové pití, které může poškodit zdraví
- **Otázky 4, 5 a 6:** u každé z těchto otázek skóre více jak 1 bod indikuje riziko závislosti na alkoholu
- **Otázky 7,8,9,10:** u každé z těchto otázek získané body ukazují, že již došlo k poškození zdraví v souvislosti s pitím alkoholu.

Příloha č. 5: Dotazník CAGE

(Ewing, 1984; Nešpor, Csémy, 1996)

Dotazník CAGE

Informace pro uživatele

Název dotazníku byl utvořen z počátečních písmen anglicky dotazovaných oblastí : C (Cut): pocit potřeby omezit pití alkoholu, 2. A (Annoyed): podráždění okolí z pití alkoholu, 3. G (Guilt): pocit viny v souvislosti s pitím alkoholu, 4. E (Eye-opener): pití alkoholu po ránu za účelem uklidnění nebo zbavení kocoviny.

V roce 1991 byla tato forma dotazníku Brownem a Roundsem rozšířena i na ostatní drogy, pod názvem CAGE-AID.

Popis:

Dotazník obsahující 4 otázky.

Otázky lze pokládat formou rozhovoru na základě dotazníku nebo psanou formou - samotný dotazník

Otázky:

1. Have you ever felt your ought to **cut** down on your drinking? *Cítil jste někdy potřebu své pití snížit?*
2. Have people **annoyed** you by criticizing your drinking? *Jsou lidé ve vašem okolí podráždění a kritizují vaše pití?*
3. Have you ever felt bad or **guilty** about your drinking? *Měl jste někdy kvůli pití špatné pocity nebo pocity viny?*
4. Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover ? *Pil jste někdy alkohol ihned po ránu, abyste se uklidnil nebo se zbavil kocoviny?*

Délka administrace: cca 1 min

Vyhodnocení: cca 1 min

Každá otázka musí být zodpovězena. Každé odpovědi „ano“ je přidělen 1 bod. Rozmezí skóre je tedy od 0 do 4 bodů.

Skóre 1: Důkaz o ohrožení, potřeba další klinické zkoušky, pokládání doplňujících otázek na množství alkoholu, frekvenci pití alkoholu atd.

Skóre 2: Podezření, že by se o závislost mohlo jednat, potřeba další klinické zkoušky nebo doporučení ke specialistovi

Skóre 3 a více: Vysoká míra pravděpodobnosti, že je člověk na alkoholu závislý, doporučení návštěvy specialisty a léčby

Příloha č. 6: Fagerströmův test závislosti na nikotinu

(Heatherton et al., 1991; Králíková 2004)

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

Do 5 min. 3 body

Za 6-30 min. 2 body

Za 31-60 min. 1 bod

Déle než po 60 min. 0 bodů

2. Je pro Vás obtížné nekouřit tam, kde to není dovoleno?

Ano 1 bod

Ne 0 bodů

3. Které cigarety byste se nejméně rád vzdal/a?

Té první po ránu 1 bod

Kterékoli jiné 0 bodů

4. Kolik cigaret denně kouříte?

10 nebo méně 0 bodů

11-20 1 bod

21-30 2 body

31 a více 3 body

5. Kouříte víc v prvních hodinách dne po probuzení než ve zbytku dne?

Ano 1 bod

Ne 0 bodů

6. Kouříte, i když jste nemocný/á tak, že strávíte většinu dne na lůžku?

Ano 1 bod

Ne 0 bodů

Po sečtení získaných bodů hodnotíme závislost na nikotinu takto

0-1 bod žádná nebo nízká


2-4 body nízká

5 bodů střední

6-7 bodů vysoká

8-10 bodů velmi vysoká

Příloha č. 7: Souhlas s realizací výzkumu ve VFN v Praze

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Lucie Vyskočilová		
Kontaktní adresa	Ostašova 426, 284 01 Kutná Hora		
Telefon	606 404 648	e-mailová adresa	Lucie.vyskocilova@gmail.com
Škola / fakulta	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze		
Obor studia	Všeobecná sestra		
Téma závěrečné práce	Využívání nástrojů časné diagnostiky a krátké intervence zdravotními sestrami u pacientů s podezřením na škodlivé užívání nebo závislost na alkoholu nebo tabáku		
Termín sběru dat	Únor 2016		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	IV. interní klinika – klinika gastroenterologie a hepatologie		
Zjišťované informace	Informovanost zdravotních sester o možnostech využití nástrojů časné diagnostiky a krátké intervence v oblasti zneužívání alkoholu a tabáku (zejména obeznámenost s dotazníkem CAGE a Fagerströmovým testem závislosti na nikotinu).		
Forma prezentace dat:	Praktická část bakalářské práce		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	28.1.2016	Podpis žadatele	<i>Lucie Vyskočilová</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím Datum: <i>29.1.2016</i> Podpis: <i>Miluse Dušková</i> PhDr. Miluse Dušková		
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím Bude za šetření vyžadována úhrada: <input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka:		
Datum:	<i>2.2.16</i>	Podpis	<i>Mgr. Dita Svobodová</i>

Mgr. Dita Svobodová, Ph.D.
 NÁMĚSTKYNĚ PRO ŘEZI: ANGIOL
 ZDRAVOTNICKÁ POVOLENÍ A KVALITY
 128 08 PRAHA 2, U NEMOCNICE 2

Příloha č. 8: Dotazník pro zdravotní sestry interních oddělení

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Vyskočilová a studuji na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze obor Všeobecná sestra, který nyní zakončuji bakalářskou prací s názvem „*Využívání nástrojů časné diagnostiky a krátké intervence zdravotními sestrami u pacientů s podezřením na škodlivé užívání nebo závislost na alkoholu nebo tabáku*“. V souvislosti s výzkumem této problematiky bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, neuvádějte tedy, prosím, své jméno ani jiné identifikační údaje. Účast na zmíněném výzkumu je dobrovolná, svůj souhlas s ní vyslovujete vyplněním a odevzdáním tohoto dotazníku. Veškerá získaná data budou použita pouze pro účely výzkumné práce a nebudou poskytnuta třetí osobě. Výsledky výzkumu budou v rámci bakalářské práce po jejím odevzdání dostupné v repozitáři závěrečných prací UK v Praze.

Při vyplňování dotazníku prosím o důkladné přečtení každé otázky a následně o zaškrtnutí prázdného políčka u odpovědi, kterou považujete za nejvhodnější.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci!

1. Jaké je Vaše pohlaví?

☐ Muž

☐ Žena

2. Jaký je Váš věk v letech? (Prosím, doplňte.)

3. Jaká je délka Vaší praxe (v letech) v ošetrovatelském oboru? (Prosím, doplňte.)

4. Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ošetrovatelství:

☐ Středoškolské

☐ VŠ – magisterský stupeň

☐ VOŠ

☐ Jiné:

☐ VŠ – bakalářský stupeň

5. Prohlédněte si, prosím, přiložené diagnostické nástroje/dotazníky na konci tohoto dotazníku a následně odpovězte na otázku:

Který z přiložených dotazníků znáte?

CAGE

☐ Ano

☐ Ne

Fagerströmův test závislosti na nikotinu

☐ Ano

☐ Ne

6. Přečtete si, prosím, následující tvrzení. Považujete jej za pravdivé?

Zdravotnický pracovník má zákonnou povinnost poskytovat pacientovi minimální krátkou intervenci, pojme-li podezření na škodlivé užívání návykových látek, případně syndrom závislosti na návykové látce.

☐ Ano

☐ Ne

7. Setkal/a jste se během svého studia nebo zaškolování v rámci nástupu do současné pracovní pozice s uvedenými dotazníky?

☐ Ano

☐ Ne

Pokud ano, uveďte, prosím, v jaké fázi odborné přípravy – studium, kurz, zaškolování na pracovišti apod.

8. Používáte ve své ošetrovatelské praxi některý z uvedených dotazníků?

CAGE

Fagerströmův test závislosti na nikotinu

☐ Nikdy jsem ho nepoužil/a

☐ Nikdy jsem ho nepoužil/a

☐ Použil/a jsem ho jednou

☐ Použil/a jsem ho jednou

☐ Použil/a jsem ho občas

☐ Použil/a jsem ho občas

☐ Používám ho pravidelně

☐ Používám ho pravidelně

9. Pokud uvedené dotazníky ve své ošetrovatelské praxi nepoužíváte, uveďte, prosím, důvod pro každý dotazník zvlášť:

CAGE

Fagerströmův test závislosti na nikotinu

☐ Neznám ho

☐ Neznám ho

☐ Zním ho, ale nevím, jak ho použít

☐ Zním ho, ale nevím, jak ho použít

☐ Nedostatek času

☐ Nedostatek času

☐ Nemyslím si, že je to užitečné

☐ Nemyslím si, že je to užitečné

☐ Jiné – uveďte, prosím, jaké:

☐ Jiné – uveďte, prosím, jaké:

10. V případě, že se v rámci své ošetrovatelské praxe setkáte s pacientem s podezřením na zneužívání návykových látek, považujete se za kompetentní osobu, která by mu měla doporučit specializovanou službu?

☐ Ano

☐ Ne

Pokud ano, uveďte, prosím, o jaký konkrétní typ služby/pracoviště se jedná:

11. Považujete použití uvedených diagnostických nástrojů za užitečné pro odhalení škodlivého užívání návykových látek u pacienta?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nedokážu posoudit

Uveďte, prosím, důvod:

12. Je ve standardech Vašeho pracoviště uvedeno doporučení využívat uvedené diagnostické nástroje?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

13. Měl/a byste zájem dozvědět se více o možnostech využití základních screeningových dotazníků u pacientů s podezřením na škodlivé užívání a syndrom závislosti na legálních návykových látkách?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Uveďte, prosím, důvod:

14. Měl/a byste zájem dozvědět se více o možnostech minimální krátké intervence, kterou u těchto pacientů může provádět každý zdravotnický pracovník?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Uveďte, prosím, důvod:

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Tato část dotazníku obsahuje přiložené diagnostické nástroje/dotazníky CAGE a Fagerströmovův test závislosti na nikotinu.

Dotazník CAGE - VZOR

1. Cítil jste někdy potřebu své pití snížit? (*Cut down*)
2. Jsou lidé ve vašem okolí podráždění a kritizují vaše pití? (*Annoyed*)
3. Měl jste někdy kvůli pití špatné pocity nebo pocity viny? (*Guilt*)
4. Pil jste někdy alkohol ihned po ránu, abyste se uklidnil nebo se zbavil kocoviny? (*Eye-opener*)

Délka administrace: cca 1 min

Vyhodnocení: cca 1 min

Každá otázka musí být zodpovězena. Každé odpovědi „ano“ je přidělen 1 bod. Rozmezí skóre je tedy od 0 do 4 bodů.

Skóre 1: Důkaz o ohrožení, potřeba další klinické zkoušky, pokládání doplňujících otázek na množství alkoholu, frekvenci pití alkoholu atd.

Skóre 2: Podezření, že by se o závislost mohlo jednat, potřeba další klinické zkoušky nebo doporučení ke specialistovi

Skóre 3 a více: Vysoká míra pravděpodobnosti, že je člověk na alkoholu závislý, doporučení návštěvy specialisty a léčby

Fagerströmvův test závislosti na nikotinu – VZOR

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

- | | |
|---------------------|--------|
| Do 5 min. | 3 body |
| Za 6-30 min. | 2 body |
| Za 31-60 min. | 1 bod |
| Déle než po 60 min. | 0 bodů |

2. Je pro Vás obtížné nekouřit tam, kde to není dovoleno?

- | | |
|-----|--------|
| Ano | 1 bod |
| Ne | 0 bodů |

3. Které cigarety byste se nejméně rád vzdal/a?

- | | |
|------------------|--------|
| Té první po ránu | 1 bod |
| Kterékoli jiné | 0 bodů |

4. Kolik cigaret denně kouříte?

- | | |
|--------------|--------|
| 10 nebo méně | 0 bodů |
| 11-20 | 1 bod |
| 21-30 | 2 body |

31 a více 3 body

5. Kouříte víc v prvních hodinách dne po probuzení než ve zbytku dne?

Ano 1 bod

Ne 0 bodů

6. Kouříte, i když jste nemocný/á tak, že strávíte většinu dne na lůžku?

Ano 1 bod

Ne 0 bodů

Po sečtení získaných bodů hodnotíme závislost na nikotinu takto

0-1 bod žádná nebo nízká

2-4 body nízká

5 bodů střední

6-7 bodů vysoká

8-10 bodů velmi vysoká

[illegible]