

# Univerzita Karlova v Praze

## 1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nmgr. Adiktologie – kombinovaná forma



Bc. Renata Kadeřábková

**Informovanost klientů pražských lékáren o možnostech léčby závislosti na tabáku**

Prague pharmacies clients' awareness about treatment of tobacco dependence possibilities

**Diplomová práce**

**Vedoucí diplomové práce**

doc.MUDr. Eva Králíková,CSc.

**Praha, 2016**

Prohlášení: Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného akademického titulu. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 4.4.2017

Bc. Renata Kadeřábková

.....

Identifikační záznam: KADEŘÁBKOVÁ, Renata, Bc. Informovanost klientů pražských lékáren o možnostech léčby závislosti na tabáku. [Prague pharmacies clients' awareness about treatment of tobacco dependence possibilities]. Praha, 2016. počet stran 78, přílohy 1. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: doc. MUDr. Eva Králíková, CSc.

## Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí diplomové práce doc. MUDr. Evě Králíkové, CSc., za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce, za její trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování věnovala.

## **Abstrakt**

**Východisko:** Kouření je stále celosvětový problém a v západní společnosti zaujímá nejvyšší příčku na žebříčku nejčastějších příčin úmrtí. Odhaduje se, že v současné době kouří 1,3 miliardy lidí a polovina těch, kdo kouří, zemře v důsledku své závislosti na tabáku. Přestat kouřit má význam v každém věku, pouhé omezení nestačí. Ačkoliv všichni znají dopady a rizika kouření, nedaří se počty kuřáků snížit.

**Cíl:** Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit informovanost klientů lékáren o možnostech odvykání kouření s pomocí odborníků a identifikovat úlohu lékárníků v odvykání kouření dotázaných respondentů včetně identifikace zájmu o možnost odvykání v prostředí lékárny a jejich pracovníků. Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky:

1. Jak často jsou v lékárně kuřáci dotazováni na kouření?
2. Jaké možnosti odvykání kouření lékárníci kuřákům nabízejí?
3. Jaké místo se je dle respondentů nejvhodnější při poradenství odvykání kouření?
4. Jaká je míra povědomosti kuřáků o možnosti odborného poradenství s odvykáním kouření v lékárnách?

**Metodika:** Práce byla pro naplnění cíle rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části byla nejprve prezentována problematika závislostního chování se zaměřením se zejména na závislost na tabáku. Součástí první kapitoly rovněž bylo krátké nahlédnutí do historie a využití tabáku. Druhá kapitola se již zaměřila na léčbu závislosti na tabáku, ať již na využití medikamentů či jiných možností. Poslední kapitola teoretické části práce se pak zabývala již sledovanou farmaceutickou péčí a konzultační činností lékáren při péči o klienta se závislostí na tabáku. V rámci ní pak byla představena i nejdůležitější otázka informovanosti klientů a možnosti lékárníků v komunikaci s klientem. Poté již následovala praktická část, v níž bylo provedeno a interpretováno dotazníkové šetření klientů pražských lékáren.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 200 respondentů (návštěvníků lékáren). Jednalo se o výzkum kvantitativní. Oslovených bylo 200 respondentů a díky osobnímu dotazování byl výsledný počet dotazníků 200, tedy návratnost byla 100 %.

Dotazování probíhalo anonymně od 1. 8. 2016 do 30. 9. 2016. Výsledky dotazníků byly zpracovány do přehledné tabulky v programu MX Excel.

**Výsledky:** Z výzkumu vyplynulo, že není tak časté, kdy se lékárníci dotazují zákazníků, zda jsou kuřáky. Na tuto otázku se nabídla poměrně zarážející odpověď a z dotazníku vyplynulo, že otázku: „Kouříte?“ Zaslechlo pouze 36 respondentů (18 %) z 200 oslovených. 22 respondentů (11 %) byli lékárníkem dotázáni jen jednou a 14 respondentů (7 %) otázku, zda kouří, slyšeli již při návštěvě lékárny několikrát. Bohužel 82 % tedy 164 respondentů uvedlo, že na tuto otázku se jich v lékárně nikdy žádný pracovník neptal.

Na otázku, jaké možnosti nabízejí lékárníci kuřákům, odpovědělo více jak polovina oslovených 124 respondentů (62 %) a uvedla, že je lékárník odkázal na pomoc odborníka (lékaře). 30 respondentů (15 %) uvedlo, že neprojevovalo zájem o radu týkající se odvykání kouření. Celkem 26 respondentů (13 %) bylo odkázáno přímo na lék s nikotinem a 30 respondentům (7 %) byl nabídnut informační leták a 5 respondentům (3 %) byla také zmíněna alternativní možnost odvykání kouření, tedy homeopatika, hypnóza apod.

Nejlepší místo podle oslovených respondentů pro poradenství zaměřené na odvykání kouření je u lékaře, tuto možnost vybralo 80 respondentů (40 %). Pro 66 oslovených (33 %) je nejlepší místo v centrech pro závislé a 52 respondentů (26 %) uvedlo, že je pro ně nejlepší místo v lékárně. Pouze 1 % respondentů čili 20 lidí, zvolilo odpověď „jinde“. Žádný z oslovených se nedomnívá, že by toto místo nemělo být nikde.

A co se týče míry povědomosti, zda respondenti ví, že je možné využít ve vybraných lékárnách odbornou pomoc při odvykání kouření více jak polovina 120 respondentů (60 %) uvedla, že neví o odborném poradenství týkající se odvykání kouření některých lékárnách. Celkem 42 respondentů (21%) o tom ví a 38 dotázaných (19%) o tom již něco zaslechlo.

**Závěr:** Tato práce se ve svém obsahu věnovala problematice odvykání kouření z pohledu možnosti odvykání kouření v pražských lékárnách. Ty totiž prezentují jednu z možností, jak se dostat blíže ke kuřákům a nabídnout jim pomoc v odvykání s kouřením, případně jim nabídnout, odkázat je na další možnosti a odborníky. Cílem této práce bylo zmapovat situaci ohledně informovanosti klientů pražských lékáren o možnostech léčby závislosti na tabáku, včetně toho, jaké intervence jsou jim od lékárníků poskytovány. Cíl práce byl splněn.

**Diskuze:** Z provedeného dotazníkového šetření pak vyplynul problém právě s informovaností klientů, kteří potvrdovali, že v lékárnách jim zatím intervence v odvykání kouření poskytnuta nebyla. Z výzkumu dále vyplynulo, že odvykání v lékárnách se jeví pro klienty jako potenciálně zajímavé a důvěryhodné a měli by zájem jej využít. V návaznosti na zjištěné výsledky je možné provést doporučení směřující především ke zvýšení aktivity lékárníků v oblasti dotazování klientů lékáren.

**Návrhy a doporučení:** Z uvedeného výzkumu vyplynuly některé problematické situace, které by bylo vhodné změnit, respektive napravit. Jako první problematická oblast je obecně oslovení klientů lékárny. Z výzkumu vyplynulo, že návštěvníci lékárny – kuřáci jen v menšině slyšeli otázku, jestli vůbec kouří. Na základě toho u nich nemohlo být ani zahájeno poradenství. Lékárníci a pracovníci lékárny by tak určitě začali ve větší míře pokládat otázku ohledně kouření, respektive následně i zahajovat prvotní intervenci.

Součástí této otázky by pak zajisté mělo být i informování klienta o možnosti odvykání právě v lékárně, ve které se momentálně nachází, případně pomoci klientovi vyhledat lékárnu blíže jeho bydlišti, která poskytuje taktéž odbornou pomoc s odvykáním kouření. Respondenti uváděli, že byli nejčastěji odkázáni na pomoc lékaře, tudíž nevěděli, že pomoc může poskytnout přímo lékárník. Lékárníci by se při svých dotazech měli informovat i o příčinách, proč klienti začali kouřit.

Tyto identifikované problémové oblasti v podstatě naznačují, že lékárníci nepostupovali podle Doporučených postupů pro intervence v lékárnách. Lze tak dále doporučit lékárníky či další pracovníky v lékárnách blíže seznámit s těmito Doporučenými postupy a zejména tím, že je třeba se dotazovat klientů a nabízet jim pomoc přímo v lékárně. Vhodné je naučit lékárníky komunikaci v souvislosti s doporučováním a informováním klientů, seznámit je s možnostmi kladení otázek a zjišťování informací, jak působit důvěryhodně a odborně, zároveň pak nevtíravě. Součástí komunikace s klientem by také mělo být ujištění o tom, že i lékárník může být odborníkem na oblast odvykání kouření (a navíc může poskytnout i srozumitelnější výklad) a případně klienty seznámit se svou odborností.

Každý lékárník by pak měl poradenství poskytovat nejen přesně podle Doporučených postupů, ale současně by měl být dostatečně empatický k tomu, aby dokázal poradenství individuálně upravit a přizpůsobit konkrétním potřebám jednotlivých klientů. Navíc lze doporučit, jak již bylo uvedeno, rozšiřovat vědomostí lékárníků o způsobu vedení motivačního rozhovoru, metodiku odvykání kouření a rovněž způsob vedení kampaní, které by takovou činnost měly nabízet. Využít lze k tomu různých školení a kurzů, případně e-learningu či doporučení literatury k samostudiu.

**Klíčová slova:** informovanost, kouření, léčba, závislost na tabáku, lékárna

## **Abstract**

That question: "Do you smoke?" Was heard only by 36 respondents (18 %) **Starting-point:** Smoking is still a global problem and in western society is on the top of the most common causes of deaths list. It is estimated that currently 1.3 billion people smoke and half of them will die due to their tobacco addiction. Giving up smoking is worth at any age, just restraint is not enough. Although everybody knows effects and risks of smoking, we are failing to reduce the number of smokers.

**Objective:** The objective of questionnaire exploration was to find out awareness of pharmacy customers about opportunity of cessation with professional help and identify the role of pharmacist in smoking cessation of questioned respondents, including the identification of the interest in opportunity of cessation in pharmacy and its workers. 4 research questions were established:

1. How often are smokers questioned about smoking in pharmacy?
2. Which opportunity of smoking cessation pharmacists offer to smokers?
3. Which place is the best for consulting of smoking cessation due to respondents?
4. What is the level of smokers awareness about professional consulting with smoking cessation in pharmacy?

**Methodics:** The work was divided into theoretical and practical part due to objective reaching. In theoretical part was first presented the problematics of addictional behavior with special focus on tobacco addiction. The part of the first chapter was also a short peek to history and use of tobacco. The second chapter is focused on treatment of tobacco addiction, either on medicaments use or other opportunity. The last chapter of the theoretical part deals with yet watched pharmaceutical care and consultancy of pharmacies at care of tobacco-addicted client. Within it was also presented the most important question of client awareness and opportunity of pharmacist in communication with client. After that practical part followed, in which the questionnaire exploration of Prague pharmacies was performed and interpreted.

200 respondents (pharmacy's customers) taken part. It was a quantitative research. 200 respondents were asked and thanks to the personal questioning the resultant number of questionnaire was 200, the return was 100 %.

The questioning was anonymous from 1. 8. 2016 to 30. 9. 2016. The results of questionnaires were processed to clear table in MS Excel.



**Results:** The research has shown that it is not common for pharmacists to ask customers whether they are smokers. This question has offered quite striking answer and the questionnaire revealed from 200 asked. 22 respondents (11 %) was asked only once by pharmacist and 14 respondents (7 %) heard the smoking question several times during the first visit of pharmacy. Unfortunately, 82 % - 164 respondent - stated that they have never heard this question from pharmacy staff.

To the question which opportunity offers pharmacists to smokers, more than half asked - 124 respondents (62 %)- stated that pharmacist referred them to medical help. 30 respondents (15 %) stated that they were not interested in advice regarding to smoking cessation. 26 respondents (13 %) was referred directly to medicament with nicotine, to 30 respondents (7 %) was offered an informational leaflet and 5 respondents was informed about alternative smoking cessation opportunity, such as homeopathy, hypnosis etc.

The best place for smoking cessation consulting is according to asked respondents at the doctor, this opportunity was chosen by 80 respondents (40 %). For 66 asked (33 %) is the best place in centres for addicts and 52 respondents (26 %) stated that the best place is in pharmacy for them. Only 1 % - 20 people - selected answer "somewhere else". Nobody of asked doesn't believe, that this place should be nowhere.

And as far as level of awareness, whether respondents knows that it is possible to use professional help with smoking cessation in chosen pharmacies, more than a half - 120 respondents (60 %)- stated that they doesn't know about professional consulting regarding of smoking cessation in some pharmacies. 42 respondents (21 %) knows about it and 38 asked (19 %) heard about it.

**Conclusion:** This work deals with problematic of smoking cessation from the perspective of opportunity of smoking cessation in Prague pharmacies. They presents one of the opportunities, how to get closer to smokers and offer them help in smoking cessation, eventually offer them, refer them to other opportunities and professionals. The object of this work was to chart the situation of awareness of Prague pharmacies customers about opportunities of tobacco addiction treatment, including which interventions are provided from pharmacists. The object of the work was reached.

**Suggestions and recommendations:** given research resulted some problematical situations, which are appropriate to change, respectively fix. The first problematical situation is general asking clients in pharmacy. The research resulted that pharmacy's visitors - smokers, only

in minority heard question about smoking. Due to that they cannot even start the consulting. Pharmacists and pharmacy's staff would surely ask more question about smoking, respectively start the first intervention.

Part of this questin should also be informing the client about the opportunity of smoking cessation just in the pharmacy, which at he currently is or helping the client with looking for the pharmacy closer to his home, which also provides professional assistance with smoking cessation. Respondents said, that in the most cases they were reffered to doctor's assistance, so they didn't know that pharmacist can also provides assistance. Pharmacists should inform themselves in their questions about reasons, which led their clients to smoking.

This identficated problem areas suggest, that pharmacists failed to act according The Recommended procedures for intervention in pharmacies. It is possible to get pharmacists and other pharmacy's staff more familiar with these Recommended procedures and especially that is needed to ask clients and provide them assistance directly in the pharmacy. It is appropriate to learn pharmacists about communication related with recommendation and informing clents and get them more familiar with smoking cessation (pharmacists could even provide more intelligible explanation) and familiarize them with their expertise.

Each pharmacist should provides not only exact consulting due to The Recommended procedures, but should be also empathic enough to be able individually modify the consulting for concrete needs of each client. Additionally, it is recommended to expand pharmacist's knowledge about the form of leading the motivational interview, methodics of smoking cessational and the form of campaigns, which should provide such assistance - like it was said. It is possible to use different trainings and courses for that or e-learning or recommendation of literature for self-learning.

**Key words:** awareness, smoking, treatment, tobacco addiction, pharmacy

## **Obsah:**

Úvod.....	13
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	15
1 Závislost na tabáku .....	15
1.1 Tabák .....	16
1.2 Závislost na tabáku .....	17
1.2.1 Epidemiologie závislosti na tabáku, související morbidita, mortalita.....	18
1.2.2 Diagnostika léčby závislosti na tabáku .....	20
2 Možnosti léčby závislosti na tabáku .....	22
2.1 Princip léčby .....	22
2.2 Psychobehaviorální terapie .....	22
2.3 Farmakoterapie .....	24
2.3.1 Náhradní terapie nikotinem.....	24
2.3.2 Bupropion.....	25
2.3.3 Vareniklin.....	25
2.3.4 Další možnosti léčby závislosti na tabáku.....	26
2.3.5 Možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR a ve světě .....	28
3 Farmaceutická péče a konzultační činnost lékáren při péči o klienta se závislostí na tabáku.....	30
3.1 Faktor informovanosti v léčbě závislosti na tabáku .....	30
3.2 Doporučené postupy při komunikaci se závislým na tabáku.....	32
3.3 Farmaceutická péče .....	33
3.4 Konzultační péče .....	34
3.5 Role lékárníka .....	36
3.6 Zkušenosti ze zahraničních lékáren .....	36
II. Praktická část .....	38
4 Zaměření výzkumu a současný stav poznatků.....	38

4.1	Výzkumné cíle a otázky.....	38
4.2	Výběrový soubor .....	39
4.3	Metody získávání dat.....	39
4.4	Analýza a zpracování dat.....	40
4.5	Časový a technický plán aktivit.....	40
4.6	Etické aspekty .....	42
4.7	Vyhodnocení získaných dat.....	42
5	Grafické zpracování odpovědí .....	44
	Diskuze .....	66
	Závěr .....	69

## Úvod

Z dat Státního zdravotního ústavu (Sovinová a Csémy, 2016, s. 18) vyplývá, že v roce 2015 bylo u nás celkem 24,1 % kuřáků. Jde o pokles, neboť podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 (Mravčík et al., 2015; s. 5-6) byl výskyt kuřáctví v české dospělé populaci 31,4 % obyvatel (ve věku nad 15 let). Jedná se o výchylku v dlouhodobých trendech, kdy za poslední léta bylo kuřáků vždy spíše kolem uvedených 31,4 %. Dále data ze Státního zdravotního ústavu (Sovinová a Csémy, 2016, s. 18) uvádí, že nejvíce kouří cigarety muži, vykouří nejčastěji kolem 15 až 24 cigaret denně (35,5 %), ženy pak spíše kolem 5 až 9 cigaret za den (32,6 %). Nekuřáků trvale vystavených tabákovému kouří bylo 14,8 % a zde ke snížení oproti roku 2014 nedošlo. Mravčík et al. (2015; s. 5-6) pak ještě upozorňuje, že kouření je hodně rozšířené i mezi českými dospívajícími. V roce 2014 bylo kouřících až 12 % denních kuřáků (častěji dívky, chlapi bývají ale silnějšími kuřáky).

S kuřáky se běžný člověk setkává obvykle denně. Člověk s cigaretou je běžným výjevem pracovního, společenského, ale i školního dne. Pravdou ale je, že velká část kuřáků si uvědomuje negativa tohoto „zlovyku“ či dokonce závislosti a vědí, že by měli přestat. Mnozí z nich i s kouřením přestat chtějí. Ovšem často po různých neúspěšných dřívějších pokusech z vlastní vůle či za využití různých nevhodně praktikovaných metod (nedostatečně dávkovaných nikotinových žvýkaček apod.) už svůj boj vzdávají nebo se dále jednou za čas pokouší znovu zanechat této závislosti. Významným impulsem bývá např. snaha o založení rodiny, první negativní projevy kuřáctví (např. problém s dýcháním) či jiné podněty.

Neúspěšnost léčby závislosti na tabáku přitom často skutečně plyne z toho, že se kuřák sám pouští do procesu zanechání kouření, protože je přesvědčen, že to zvládne úplně sám. Úspěšnost samostatného pokusu u kuřáka závislého na nikotinu je nízká. Proto existují v současné době mnohé možnosti odborné pomoci při odvykání kouření. Tou základní je pomoc z rukou lékaře či sestry, návštěvy odborných poraden, ale svou roli v zanechání kouření mohou hrát také lékárny a lékárnici, jak se pokusí nastínit tato práce.

Jenže zde se pak objevuje problém informovanosti kuřáků, respektive potenciálních návštěvníků lékáren. Přitom informovanost je dosti významnou složkou v medicíně a

bohužel mnohdy bývá odsouváno do pozadí. Pakliže je klient přístupný rozhovoru, základem je nabídnout všechny možnosti léčby, a to i v případě, že v danou chvíli nevyužije žádnou z nich. Ovšem v praxi se stává, že lékárníci pacienty neinformují o všech možnostech služeb, které se nabízejí, neboť se domnívají, že pacienti právě o tyto služby zájem jevit nebudou. V tom se však mohou mýlit. Nenabídnout kuřákovi možnost léčby či minimálně krátkou intervenci je chybou. A právě proto jsem si vybrala téma své diplomové práce se záměrem nabídnout pomoc, či minimálně zvýšit informovanost kuřáků v možnosti odvykání kouření.

Cílem této práce bude zmapovat situaci ohledně informovaností klientů pražských lékáren o možnostech léčby závislosti na tabáku, včetně toho, jaké intervence jsou jim od lékárníků poskytovány. Práce bude pro naplnění cíle rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části bude nejprve objasněna problematika závislostního chování se zaměřením se přirozeně na závislost na tabáku. Součástí první kapitoly také bude krátké nahlédnutí do historie a využití tabáku. Druhá kapitola se bude věnovat již léčbě závislosti na tabáku, ať už za využití medikamentů či jiných možností. Poslední kapitola se již zaměří přímo na farmaceutickou péči a konzultační činnost lékáren při péči o klienta se závislostí na tabáku. Její součástí pak bude také otázka informovanosti klientů a možnosti lékárníků v komunikaci s klientem. Následovat pak bude praktická část, v rámci které bude provedeno a interpretováno dotazníkové šetření klientů pražských lékáren a na základě jeho výsledků pak budou předloženy návrhy na zlepšení zjištěných problémů.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Závislost na tabáku

Na tomto místě je však více než žádoucí si osvětlit pojem závislost. Fischer a Škoda (2014, s. 95) o ní hovoří jako o „...*procesu komplexních změn v somatické psychické a sociální oblasti*.“ Machová (2009, s. 73) o závislosti hovoří jako o nemoci, kterou způsobuje opakované užívání případné chemické matérie (drogy) s psychoaktivními účinky. Drogou pak může být různá látka, ať už přírodní či syntetická, která splňuje podmínku tzv. psychotropních účinků (působí na psychiku) a možnosti rozvinout závislost (u různých drog je odlišná), a to buď závislost *psychickou* (vzniká ve vztahu na prožitky, projevuje se nevládnutelným nutkáním) či *fyzickou* (po jejím vysazení se objeví abstinenční příznaky).

Jak uvádí Nešpor (2011, s. 9-10) závislost je to, co odpovídá vymezení závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10 ). Ta vymezuje především syndrom závislosti jako „...*skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více*“. Ústřední popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (mnohdy silná, občas přemáhající) užívat psychoaktivní látky (které mohou, ale nemusí být na lékařský předpis), alkohol či tabák. Návrat k užívání látky po etapě abstinence většinou způsobí rychlejší znovuobjevení dalších rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u kterých se závislost nevyskytuje.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí při závislosti má pro jedince užívání nějaké látky přednost před jiným jednáním, kterého si dříve cenil více. Ústřední charakteristickou touhou (často přemáhající, silnou) je užívat psychoaktivní látku, drogy včetně alkoholu, tabáku atd. Takové závislosti pak mohou mít do určité míry variabilní projevy a dopady na jedince. V této práci se myslí závislostí zejména závislost na určitých látkách (tabáku, nikotinu).

Závislost nevzniká náhle, ve většině případů postupuje vznik závislosti v rámci specifických etap (Fischer a Škoda, 2014, s. 95):

1. Stadium (experimentální) – občasné užití látky přináší uspokojení, příjemné zážitky (doted' nepoznané), negativní účinky zatím nejsou zjevné. Šance na

zabránění rozvoji závislosti je zde velká, mnoho jedinců od užívání látky v této fázi ustoupí.

2. Stádium (příležitostné užívání) – člověk zjišťuje, že mu užívání látky pomáhá v situaci osobní či sociální nouze. Závislost zatím rozvinutá není, člověk může konzumaci látky tajit (kvůli stigmatizaci) a uvědomuje si negativa jejího užívání.
3. Stadium (pravidelné užívání) – člověk užívá látku čím dál častěji, pořád popírá rizika jejího užívání. Objevuje se nezájem k tomu, co se netýká užívané látky, člověku přestává záležet na ostatních aj. (týká se spíše užívání drog – narkomanů).
4. Stadium (závislost) – změny v oblasti sociální, somatické a psychické jsou zjevné, dochází k poškozování zdraví.

## 1.1 Tabák

Tabák podle všeho pochází z Jižní Ameriky. Prvními Evropany, kteří kouřili tabák, byli zřejmě lidé z Kolumbovy posádky při jeho objevných cestách po Americe (viděli jej kouřit indiány a domorodé obyvatelstvo). Tabák se kouřil od severního Mexika po jižní Kanadu, kouřil se v rámci rituálních praktik v Severní i Jižní Americe, předtím, než se v době 5 000 – 3000 let př. n. l. začalo s její kultivací. Jistou formu tabáku kouřili také Mayové, Aztékové a Karibové a mnoho různých dalších národů na celé západní polokouli. Tabák byl používán jak k léčebnému rituálu k diagnostice a léčení nemocí, ale třeba i k vyhánění zlých duchů. Už tehdy si ale byli lidé vědomi, že kouření tabáku způsobuje intoxikaci (Gilman, 2006, s. 6-7)

Tabák (*Nicotiana*) je z botanického hlediska zařazován mezi lilkovité (*Solanacea*) dvouděložné rostliny, jednoleté až vytrvalé byliny, polokeře i menší stromy (tropy). Tabáku existuje kolem 65 druhů, které rostou po celém světě, nejvíce však v subtropické Americe, v Austrálii a Tichomoří. Pro kouření se užívají nejvíce druhy **Tabák virginský** (*Nicotiana tabacum*) – původem z Jižní Ameriky a **Tabák selský** (*Nicotiana rustica*) – původem z Mexika. Kouří se listy tabáku. Ty se sklízí ve chvíli těsně před kvetením tabáku ve chvíli, kdy ztrácí zelenou barvu a začínají žloutnout. Poté následuje jejich sušení (buď v sušárnách či stodolách aj.). Finální zpracování tabáku probíhá tak, že se listy zbavují nečistoty a ostatních látek a snižuje se obsah nikotinu – fermentace. U Tabáku Virginského někdy není



nutné fermentaci provádět (má nižší obsah nikotinu). Ve chvíli, kdy je tabák suchý, křehký a při stisku praská, je připraven k nařezání nebo fermentaci a následnému kouření (Chromý 2006, s. 4, 13-14).

Tabák se užívá různým způsobem a v různých formách. Nejběžnější je právě kouření – ať už cigaret, doutníků, klasické nebo vodní dýmky. Důvodem je zajisté fakt, že inhalací se nikotin vstřebává hodně rychle (rychleji než intravenózně) a také se velmi rychle projeví jeho účinky (Kalina et al. 2015, s. 528). Kalina et al. (2003, s. 205) ale uvádí, že dýmkový nebo cigaretový tabák prochází v současnosti celkem velkými úpravami a doplňováním. V praxi to znamená, že v cigaretovém kouři se pak nachází 4. až 5. tisíc látek cigaretového kouře, které doplňuje kolem 700 dalších aditiv (látek přidávaných s různým účelem, např. látky pro ladné vinutí kouře, které jsou podstatnou součástí psychosociální závislosti). V kouři lze poté identifikovat až 60 dalších kancerogenů a desítky dalších toxických složek.

## 1.2 Závislost na tabáku

Kmeťová a Králíková (2012, s. 294–296) zase závislost na tabáku vymezuje jako „...*chronické relabující onemocnění s psychosociální a fyzickou složkou.*“ Kalina (2015, s. 528) pak doplňuje, že závislost na tabáku prezentuje jednu z nejrozšířenější závislostí v ČR. Pravděpodobně je také i nejčastější nemocí u nás, možná až na zubní kaz (více než 2 000 000 obyvatel ČR – diagnóza F.17 – „*poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku*“, syndrom závislosti na tabáku pak jako F 17.2). Ze všech závislostí se také nejvýznamněji podílí na mortalitě českých obyvatel. Závislost na tabáku je chronickým, recidivujícím a letálním onemocněním (pro polovinu kuřáků)

Závislost na tabáku značí obecně platná kritéria závislosti, ke kterým patří především **značná touha užívat látku** (tzv. craving), **problémy s kontrolou užívání**, **somatický odvykací stav**, **tolerance drogy/potřeba užívat vyšší a vyšší dávky**, **kvůli užívání tabáku zanechávání některých aktivit** a jeho **užívání i přes uvědomování si toho, že jde o škodlivou záležitost**. U člověka se musí objevit minimálně tři ze šesti uvedených, a to v průběhu posledního roku (Kmeťová a Králíková 2012, s. 294–296).

### 1.2.1 Epidemiologie závislosti na tabáku, související morbidita, mortalita

Kalina et al. (2015, s. 528) se obrací obecně k závislosti a uvádí, že pokud je zájmem nalézt hlubší kořeny jejího vzniku je třeba nahlédnout do podstaty životních dilemat člověka. Při tom lze nalézt hlubší lidské motivace a potřeby, které se budou uplatňovat i u kuřáků:

- Potřebu vyhnout se bolesti nebo najít uklidnění, ulevit od bolesti fyzické nebo i duševní na individuální nebo kolektivní úrovni. Může jít i o bolest z nudy, z neuspokojení, z pocitu odlišnosti od ostatních, z malého sebevědomí aj.
- Potřebu pociťovat energii, výkon, kompetentnost, bezproblémovost, zabavit se, zbavit se zábran aj.
- Potřebu transcendence utrpení v zážitku splynutí či sebezpřekročení, jednoty se sebou samých a s ostatními, s Bohem aj.

V Evropě i u nás je kouření identifikováno jako příčina každého pátého úmrtí, a to především na kardiovaskulární onemocnění. Kouření bývá také příčinou kolem jedné třetiny onkologických onemocnění obecně. Ve více než 80 % případů mu lze přičítat účast na chronických plicních onemocněních a dalších nemocích ve všech klinických oborech. Bez ohledu na věk u nás díky kouření zemře každým rokem kolem 18 000 lidí, což je 50 kuřáků denně (Králíková 2005, s. 327-333; Kráčíková 2008, s. 444-448). Uvedené výsledky kopírují poměrně i zahraniční výzkumy, kdy například za USA je uváděno, že kouření je hlavní příčinou minimálně 30 % všech úmrtí na rakovinu, a skoro 80 % úmrtí na chronickou obstrukční plicní nemoc, včetně předčasných úmrtí na kardiovaskulární onemocnění (MMWR 2008, s. 1226-8).

Kráčíková (2010, s. 4-6) konkrétní negativní vlivy a nejčastější onemocnění z kouření shrnuje následovně:

- **Srdce a cévy** – cévy se tabákovým kouřem poškozují již při malé expozici (stačí i pobyt v zakouřeném prostředí). Projeví se to brzy, ovšem na druhou stranu riziko rychle klesá (již 2. den po zanechání kouření, se riziko infarktu snižuje o 1/3) – platí i o pasivním kouření.
- **Chronická obstrukční plicní nemoc** – podílí se na ni mimo genetických předpokladů právě vdechování znečištěného vzduchu. Cigaretový kouř a jeho složky přímo poškozují dýchací cesty. Kuřáci trpí celý život chronickými záněty nebo chronickou bronchitidou.

- **Nádorová onemocnění** – mezi chemikáliemi tabákového kouře se nachází zhruba stovka kancerogenů (látek způsobujících rakovinu). Uvádí se, že na 15 vykouřených cigaret přísluší zhruba jedna mutace. Kouření neovlivňuje zdaleka pouze rakovinu plic, ale vesměs všechny typy nádorových onemocnění, od leukemie, nádorů močového měchýře, děložního čípku, prostaty, žaludku a celého zažívacího traktu a další.
- **Nemoci z pasivního kouření** – bývají vesměs stejné jako nemoci způsobené kouřením aktivním, ale spíše v menší míře, neboť pasivní kuřák vdechne kouře vždy méně než aktivní kuřák. Výjimkou je ovšem poškození cév, ke kterému dojde už po hodině v zakouřené restauraci. Výstelce tepen následně trvá 24 hodin, než se dostane do původního stavu. Toto riziko je přítomno i u dětí z kuřáckých rodin. Mimo zánětů dýchacích cest častěji trpí i na záněty středního ucha či leukemii.

Uvedené však nejsou jediné dopady na zdraví člověka. Jandíková a Dušková (2013, s. 9–12) navíc uvádějí, že dlouhodobé užívání tabáku se může podílet na vzniku poruch plodnosti u obou pohlaví. Mužský reprodukční systém se sice jeví jako odolnější vůči vlivu kouření, ale i tak lze zaznamenat ve vztahu ke kouření zhoršení kvality spermogramu, včetně účinku kouření na erektilní dysfunkce.

Samostatnou kapitolou by mohlo být kouření v těhotenství. Butler Goldstein a Ross (1972, s. 127) již navíc před mnoha lety přišli na to, že kouření cigaret u žen během těhotenství má negativní vliv na pozdější novorozeneckou úmrtnost, na které se podílí až 28 %, a také ovlivňuje snížení porodní hmotnosti o 170 g. O několik let později (viz Cnattingius 2004, s. 125-140) je možné doplnit, že kouření má spojitost s růstovou retardací plodu, a mnohem více důkazů navíc také naznačuje, že kouření může způsobit předčasný porod, odtržení placenty, a možná i syndrom náhlého úmrtí kojenců. Kouření během těhotenství je také obecně spojováno se zvýšeným rizikem spontánních potratů, mimoděložního těhotenství a vcestným lůžkem a může navíc zvyšovat riziko poruch chování v dětství.

Vožeh (2005, s. 7-9) upozorňuje, že aktuálně jsou k dispozici materiály, které nade vše pochybnost dokazují, že kouření poškozuje mimo jiného i genetický materiál neboli DNK (deoxyribonukleovou kyselinu) jedinců aktivně nebo pasivně inhalujících tabákový kouř. Vzhledem k přenosu takto poškozeného genetického materiálu na potomstvo, tak může docházet k tomu, že nová generace bude poškozena kouřením už při početí, tedy o dost dříve, než sama začne přímo doplácet na zplodiny vlastního kouření. Ovlivní to navíc stále

zvyšující se nemocnost ve smyslu různých alergických reakcí, horší odolnost vůči infekcím včetně tzv. autoimunitních onemocnění i s markantním nárůstem výskytu nádorů různých orgánů a tkání. Ačkoliv je to dnes označováno za nezbytnou daň civilizaci, pravdou je, že se jedná spíše o daň kouření, neboť v mnohých případech do určité míry a jindy skoro absolutně (nádory plic) tomu tak opravdu je. I dosud tzv. asymptomatictí kuřáci neuvědomující si dosud následky kouření na svém zdraví, a kteří jsou stále bez obtíží, mají prokazatelně zhoršené parametry imunitních funkcí, ohrožuje je těžší průběh veškerých banálních infekcí, které je častěji postihují, navíc se jim také hůře hojí rány (Vožeh, 2005, s. 7-9).

Králíková (2010, s. 4-6) však uvádí na pravou míru, že existují onemocnění, které mají více, obvykle desítky příčin nebo spíše rizikových faktorů (nádorová onemocnění či onemocnění srdce a cév, cukrovka a další). U jednotlivce se pak těžko určuje, jestli jeho konkrétní nemoc nebo úmrtí mělo jako příčinu jen kouření. Je však možné spočítat riziko obecné, ačkoliv ne u jednotlivce. Co se týče kouření, nelze si jednoduše nevšimnout, že polovina kuřáků zemře v průměru o 15 let dříve než stejná skupina nekuřáků. Jedna cigareta tak ubírá průměru až 30 minut života.

### **1.2.2 Diagnostika léčby závislosti na tabáku**

Z obecného pohledu lze říct, že konečnou diagnózu závislosti lze vyslovit až ve chvíli, kdy v průběhu jednoho roku došlo ke třem či více z dále uvedených jevů (Nešpor, 2011, s. 10):

- velká touha či pocit puzení užívat látku (tabák);
- problémy se sebeovládáním při užívání látky (tabáku), ať už se jedná o začátek či ukončení či o množství látky;
- fyzický odvykací stav – látka (tabák) je užívána s cílem eliminovat příznaky způsobené předešlým užíváním látky, eventuálně nastává odvykací stav, který je charakteristický pro konkrétní látku;
- průkaz tolerance k účinku látky jako potřeba vyšších dávek látek, pro dosažení efektu původně způsobeného menšími dávkami;
- pozvolné zanedbávání jiných potěšení či zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a vyššího množství času pro získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- neustávání v užívání přes zřetelný důkaz zjevně škodlivých důsledků.

Čupka (2011, s. 48-53) doplňuje, že co se týče diagnostiky závislosti na tabáku, pro rychlou diagnostiku biologické závislosti na nikotinu je možné použít tzv. „*Fagerströmův test závislosti na nikotinu*“<sup>1</sup>. Často ale postačí i zásadní otázka, jak brzy daný člověk po probuzení má potřebu si zapálit cigaretu (viz také Králíková, 2010, s. 4-6). Pokud odpoví, že je to do hodiny, je kuřák nepochybně na nikotinu závislý (během noci se totiž nikotin z těla vyloučil). Nikotin má totiž poločas rozpadu cca 2 hodiny, kuřák závislý na nikotinu tudíž kouří obvykle kolem 10 a více cigaret za den. Rovněž lze u něj zaznamenat potřebu zapálit si do hodiny po probuzení a při abstinenci se u něj objevují abstinenní příznaky: lačnění/chuť kouřit, špatná nálada/deprese, poruchy spánku, bázeň, nesoustředěnost, neschopnost koncentrace, vyšší chuť k jídlu. Jedná se vlastně o hlavní důvody selhávání kuřáků při odvykání kouření bez odborné pomoci. Praktický lékař by měl věnovat pozornost každému kuřákovi v rámci svých časových možností, dlouhodobě jej sledovat, navrhnout eventuální farmakoterapii a případně zájemce o intenzivnější léčbu doporučit do specializovaného centra (Králíková et al. 2007, s. 63–66).

---

<sup>1</sup> Soubor otázek, za které se získávají body, v testu je maximální skóre 10 bodů a počet dosažených bodů určuje míru závislosti.

## **2 Možnosti léčby závislosti na tabáku**

Léčba závislosti na tabáku existuje a je klinicky účinná a značně ekonomicky výhodná ve srovnání s ostatními klinickými intervencemi. Léčba závislosti na tabáku prokazuje účinnost napříč různými populacemi. Každému kuřákovi, který by chtěl přestat kouřit, by měla být nabídnuta konzultace a farmakoterapie (hodnocená jako efektivní). Jak již bylo poukázáno, závislost na tabáku je chronickým onemocněním, tudíž si žádá léčbu, která by měla začít krátkou intervencí až po intenzivní a dlouhodobou podporu klienta (Králíková et al. 2007, s. 63–66). O léčbu závislosti se sice může kuřák pokusit sám, vhodnější ale je, když se obrátí na odborníky, kterými jsou v první řadě lékaři a zdravotní sestry, ale mohou to být také lékárníci či odborníci s příslušných center.

### **2.1 Princip léčby**

Mezinárodní i naše doporučení obecně uvádějí, aby každý lékař (ale i sestra, případně lékárník) při každém kontaktu s kouřícím pacientem uskutečnil krátkou strukturovanou intervenci, která může podle časových možností trvat 1–5 minut (viz psychobehaviorální léčba) a následovat poté může rozhodnutí o farmakoterapii. Tak by měla probíhat léčba z rukou lékaře (obvykle praktického).

S léčbou mohou pomoci kuřákům specializovaná pracoviště, kam je možné doporučit kuřáka, který si přeje přestat a potřebuje intenzivní pomoc. Center léčby závislosti na tabáku je u nás několik desítek, jejich adresy je možné nalézt na stránkách [www.clzt.cz](http://www.clzt.cz) nebo [www.bez cigaret.cz](http://www.bez cigaret.cz), případně [www.prestantekourit.cz](http://www.prestantekourit.cz). Mimo toho existuje i telefonní Linka pro odvykání kouření 844 600 500, která je k dispozici každý pracovní den 11–16 hodin za místní hovorné z celé republiky. U léčby je třeba zvolit vždy kombinaci psychobehaviorální intervence a farmakoterapie, neboť psychobehaviorální podpora podstatně zlepšuje účinnost farmakoterapie při odvykání kouření (Králíková et al. 2007, s. 63–66).

### **2.2 Psychobehaviorální terapie**

Základem psychobehaviorální terapie je krátká intervence (do 10 min). Tato krátká intervence by se měla skládat z pěti bodů (v angličtině začínají od A, proto „5A Method“, v češtině by o ní bylo možné hovořit jako o „metodě 5P“) (Králíková 2008; s. 444–448; Kráčíková et al. 2007, s. 63–66):

1. *ASK* – ptát se každého pacienta na kuřácký návyk, nekuřáka pochválit a podpořit v nekuřáctví (další body se věnují pouze kuřákům). V dokumentaci je vhodné zaznamenat kolik cigaret/doutníků/dýmek denně kouří a od kdy.
2. *ADVISE* – radit/doporučit přestat – jednoznačně, jasně.
3. *ASSESS* – zhodnotit ochotu přestat: pokud pacient nechce, motivovat ho (personalizace rizika: objasnění souvislosti přímo s jeho diagnózou nebo nálezem, při následující návštěvě se opět zeptat a doporučit přestat, být empatický, soucítit a nabídnout pomoc).
4. *ASSIST* – pomoci přestat: psychosociální podpora (ptát se, kdy nejčastěji kouří, a poradit, že je lepší si dopředu nachystat náhradní aktivitu), u závislých kuřáků doporučit farmakologickou léčbu, buď nikotinem (volně prodejný), bupropionem nebo vareniklinem (léky na recept).
5. *ARRANGE CONTROLS* – plánovat kontroly, hlavně v prvních týdnech pacient podporu potřebuje (diskuze abstinčních příznaků, dávky medikamentů, relapsu).

Králíková (2008, s. 444–448) uvádí, že léčba či intervence orientovaná na psychobehaviorální závislost tkví ve snaze přimět kuřáka, aby si předem (přede dnem D) připravil pro konkrétní situace náhradní řešení. Průměrná kritická doba a nejčastější doba relapsů bývá v průběhu prvních 3 měsíců. Kuřák by se měl kolem 3 měsíců vyhnout situacím, kterým se může vyhnout, např. nepít kávu, nenavštěvovat zakouřené restaurace. Pro situace, kterým se vyhnout nelze je třeba se připravit: např. nosit s sebou kartáček na zuby a pastu a po jídle si umýt zuby, vypít sklenici vody, naučit se odpočívat jinak než kouřením. Význam mají vzpomínky kuřáka na kouření. Pokud převládá sebelítost a nostalgie, bude se zřejmě trápit dlouho a intenzivně a ke kouření se obvykle vrátí. Pokud se ale umí radovat z toho, že zanechal kouření, nebude se trápit dlouho ani moc a spíše se mu podaří přestat. V takovém smyslu je vhodné vést intervence. Pacient si musí uvědomit, že aktivní změna životního stylu nebo prožívání dne je to, co pacient musí vložit do léčby sám. Žádné léky nezvládnout pacientovi zabránit, aby si vzal cigaretu – to vždy záleží na něm. Farmakoterapie poté spíše zabrání abstinčním příznakům.

Intenzivní psychobehaviorální terapii by měl poskytovat specialista na léčbu závislosti na tabáku – proškolený lékař, dentista, sestra, farmaceut, adiktolog, psycholog nebo jiný klinický pracovník. Jedná se o dlouhodobý program, čím delší a intenzivnější, tím větších

úspěchů je možné dosáhnout (po intervenci delší než 3 hod se ovšem efektivita nezvyšuje). U nás bývá tato metoda standardně dostupná v Centrech pro závislé na tabáku (Králíková et al. 2005, s. 327–333).

## **2.3 Farmakoterapie**

Farmakologická léčba je žádoucí u kuřáků závislých na nikotinu (vykouří 10 a více cigaret denně a po probuzení si do hodiny zapálí první cigaretu), nebo u těch, kteří nezvládli přestat sami bez léčby. Farmakologická léčba slouží k zabránění abstinенčním příznakům – nenaplní očekávání, že pomůže pacientovi zabránit v kouření. K tomu je vždy zapotřebí pacientovo rozhodnutí a aktivní změna životního stylu. Z toho důvodu je farmakologickou léčbu vždy nezbytné kombinovat s psychobehaviorální intervencí (Králíková et al. 2005, s. 327–333).

### **2.3.1 Náhradní terapie nikotinem**

Náhradní terapie nikotinem (NTN) má dlouhou historii, neboť nikotinová žvýkačka se používá již od počátku 80. let 20. století. NTN je u nás k dispozici ve 4 formách: žvýkačka (2 a 4 mg), náplast (5, 10 a 15 mg/16 h nebo 7, 14 a 21 mg/24 hodin) a orodispergovatelný film, pastilky a nikotinový sprej. NTN si může pacient volně zakoupit v lékárně (bez receptu). V porovnání s placebem zdvojnásobuje úspěšnost, efekt jednotlivých forem není nijak odlišný, proto si pacient může vybrat sám. Rozdíl je pouze ve způsobu vstřebávání nikotinu: z náplasti se nikotin uvolňuje kontinuálně, ovšem pomaleji než ze zbylých forem. U silných kuřáků je tak lepší kombinace náplastí s některou z dalších forem. V léčbě je třeba vytrvat v plné dávce alespoň 8, lépe 12 i více týdnů (Králíková, 2008, s. 444–448).

Co se týče určení dávky, je nezbytné si zde také uvést, že z náplastí se sice vstřebá množství nikotinu zmiňované na obalu, z orálních forem ovšem pouze asi polovina. Pacienti léčící se skrze NTN tak bývají mnohdy poddávkováni. NTN lze indikovat i v případě redukce u takových pacientů, kteří nejsou připraveni zanechat kouření naráz (Králíková, 2008, s. 444–448).

Kontraindikací NTN bývá nejčastěji akutní kardiovaskulární onemocnění, těhotenství nebo dětský věk. Na druhou stranu je NTN vždy méně nebezpečná než kouření, tudíž bývá NTN indikována pro všechny kuřáky závislé na nikotinu, kteří nezvládnou přestat bez léčby, za doporučeného dohledu lékaře. NTN v kombinaci s omezeným počtem cigaret



představuje pro kuřáky, kteří neumí zanechat kouření ihned vždy menší riziko než kouření v plné míře. Také dlouhodobá léčba (měsíce i roky) je pokaždé lepší než kouření. NTN se hodí navíc k potlačení abstinčních příznaků v průběhu krátkodobé abstinence – např. v letadle, u hospitalizace, nejčastěji používáním náplasti pro jednoduchou aplikaci (Králíková et al. 2005, s. 327–333).

### 2.3.2 Bupropion

Bupropion (Wellbutrin, Elontril) je původem antidepresivum a právě jeho antidepresivní účinek byl dříve dáván do souvislosti s účinností tohoto léku. Kuřáci užívající antidepresivum bupropion v poměrně velkých počtech přestávali kouřit, uváděli, že jim kouření už nic neříká (Králíková 2001, s. 19). Blokuje reuptake adrenalinu a dopamínu v synapsích. Účinnost (obdobně jako u NTN cca dvojnásobná abstinence ve srovnání s placebem) se příliš neliší podle míry závislosti, historie deprese či alkoholizmu. Léčba se doporučuje taktéž v délce minimálně 8, lépe 12 či více týdnů. Bupropion bývá účinnější u silných kuřáků kombinovat s některou z forem NTN. Kontraindikací léčby tímto lékem bývají křečové stavy typu epilepsie, anorexie, bulimie nebo užívání některých léků z oblasti psychiatrie. Bupropion je lékem na lékařský předpis bez preskripčního omezení (Zyban), nehradí jej pojišťovna, případně od psychiatra, neurologa a sexuologa (Wellbutrin, Elontril) s částečným hrazením pojišťovnou (Králíková, 2008, s. 444–448).

Králíková et al. (2005, s. 327–333) pak doplňují, že Bupropion SR 150 mg se začíná užívat 1–2 týdny před dnem D, v dávce 1 tbl (150 mg) ráno. Po týdnu se vytitruje u většiny pacientů na 2× 150 mg (Wellbutrin), stejná titrace dávky se uplatňuje rovněž v případě Elontrilu, který se ale užívá pouze jednou denně (150/300 mg).

### 2.3.3 Vareniklin

Vareniklin (Champix) prezentuje parciálního agonistu acetylcholin – nikotinových receptorů, zejména subtypu  $\alpha 4\beta 2$  (typického pro silně závislé kuřáky). Vareniklin působí jak agonisticky (naváže se na nikotinové receptory, a zabrání tak abstinčním příznakům), ale i antagonisticky (když si pacient s vareniklinem zapálí, nedostaví se běžný pocit slasti, neboť receptory už jsou obsazeny vareniklinem, a nedojde tak k vyplavení dopaminu jako předtím. Pacient pak pocítuje menší potřebu (nutkání) kouřit, antagonistický vliv jako ztrátu pocitu odměny po cigaretě. Může se však objevit nežádoucí účinek v podobě mírné nauzey po spolknutí tablety (u 20–30 % pacientů, a obvykle po několika týdnech odezní). Lepší je tak

užívat jej po jídle s řádným zapitím. Vzhledem k nauze disponuje vareniklin „startovním“ balením, kdy jsou pro první týden stanoveny slabší tablety (0,5 mg první tři dny jen ráno, další čtyři dny ráno a večer) a až v dalším týdnu se užívá plná dávka, tedy 1 mg 2x denně. K méně častým nežádoucím účinkům patří např. neobvyklé (ne děsivé) sny (Králíková, 2008, s. 444–448).

Vareniklin úspěšnost oproti placebo zhruba ztrojnásobuje. Je vázán na lékařský předpis bez preskripčního omezení (Králíková, 2008, s. 444–448). Králíková (2007, s. 10–12) je to nepochybně významný krok v terapii závislosti na tabáku a neúčinnější lék. Platí ale, že dnes ani v budoucnosti není možné očekávat zázračný lék závislosti na tabáku. Naučené chování a psychosociální závislost není reálně vyřešit lékem.

#### **2.3.4 Další možnosti léčby závislosti na tabáku**

Mimo výše uvedených metod odvykání kouření existuje pochopitelně i mnoho jiných, třebaže obvykle méně známých nebo považovaných za efektivní. Pro někoho je však představa léčby medikamenty nepřijemná, a tak zjišťuje i jiné možnosti.

Bartlová (2016) například hovoří o možnostech léčby kouření za pomoci homeopatie a kombinace několika homeopatických léků. Štěpánková (2008, s. 28–50) pak zase zmiňuje např. akupunkturu a hypnoterapii, jako často doporučované metody pomoci při odvykání kouření. Akupunktura prezentuje metodu tradiční čínské medicíny, která vychází z užití jehel, které stimulují jisté body v těle. Hypnoterapie představuje léčení pomocí hypnózy. Některé se snaží oslabit touhu kouřit, jiné posílit vůli přestat kouřit a jiné pomoci se soustředit na odvykací program. Štěpánková (2008, s. 28–50) ovšem uvádí kritická hodnocení těchto metod na základě různých metaanalýz a studií, které např. u akupunktury zjistily, že neexistují vědecké důkazy, že by tato či obdobné metody mohly zvýšit množství lidí, kteří zvládnou přestat kouřit. U hypnoterapie, přestože některé nekontrolované studie napovídaly přínos, odborníci uvádějí, že v kontrolovaných studiích hypnoterapie neprokázala lepší účinek než odvykání kouření oproti stavu bez léčby.

Šíkolová (2011, s. 132–133) pak hovoří o biorezonanci v léčbě odvykání kouření. Princip této léčby spočívá v tom, že buňky lidského těla, které jsou vystaveny kontaktu s nikotinem, by měly vysílat patologické elektromagnetické záření. Pro každého jedince je vyzařování dost typické a přístroj jej diagnostikuje ze vzorku kuřákových slin a jím nedokouřené cigarety (frekvenčního vzorku). Pak přístroj vyše do těla elektromagnetické vlnění o opačné vlnové frekvenci, kterým by měl vymazat paměťovou stopu, kterou nikotin

v těle vytvořil, a kuřák si chuť cigarety už nebude pamatovat. I k této metodě bývají odborníci ale skeptičtí, neboť dosud uskutečněné studie efekt léčby srovnávají spíše s placebovým efektem a biorezonance zůstává i přes velké úsilí o sofistikovanost metodou jen alternativní, vědecky nepodloženou a její využití při léčba závislosti na tabáku není postupem lege artis.

Rodu a Godshall (2008, s. 128–169) navíc doplňují, že obvykle je kuřákům nabízena jen možnost „přestaň, nebo umřeš“. Ovšem v odvykání kouření lze využít třeba i moderních bezdýmých tabákových výrobků (v rámci principu minimalizace rizik užívání tabáku). Vědecká i medicínská podstata pro omezení rizik užívání tabáku prostřednictvím tabákových bezdýmých výrobků vyplývá z rozsáhlého souboru výzkumů realizovaných během posledního desetiletí, které podaly epidemiologické důkazy ohledně menších zdravotních rizik souvisejících s užíváním bezdýmých tabákových výrobků, a to jak v absolutních hodnotách, tak ve srovnání s mnohem vyššími riziky spojenými s kouřením.

Takovou alternativou jsou např. tolik známé elektronické cigarety. Ty obsahují většinou nikotin, v žádném případě však škodlivé látky, jako se nachází v klasických cigaretách. Fungují na principu, že kuřákovi supluje používání běžné cigarety (fixaci na kouření). Rozhodně však nelze říct, že by šlo o zdravou variantu kouření, či naprosto bezpečnou alternativu, jak se na začátku snažili jejich prodejci uvádět. V E-cigaretách se nachází prchavé organické látky, jako je propylenglykol, aromatické substance a nikotin, které se do ovzduší uvolňují jako mlha či aerosol. Látky v e-cigaretách sice nejsou tak nebezpečné jako kouř klasických cigaret, ale pořád je dým z e-cigaret horší než vzduch (odvykani-koureni.cz, 2016).

Na trhu se pak nabízí také mnoho různých doplňků stravy či volně prodejných přípravků, které slibují pomoc s odvykáním kouření. Například na stránkách Stopnikotin.cz. (2016) jsou nabízeny tyto přírodní produkty pro podporu odvykání kouření:

- **ALLEGRA** – obsahuje esenciální aminokyselinu l-tryptofan, který je stavební látkou neurohormonu – serotoninu. Jeho efekt má být v řešení psychoneurotických problémů, které mohou mimo jiné zanechání kouření doprovázet.
- **KUDZU** – rostlina pro závislé hlavně na nikotinu, neboť obsahuje složky charakteristické pro nikotin, které jsou ale neškodné a nevzniká na nich závislost. Kořen Kudzu obsahuje velké množství škrobů a cenné flavonoidy.

- **RESCUE Pastilles** – v pastilkách se nachází květové Bachovy esence, které by měly být zdrojem rychlé pomoci, zklidnění a posílení v případech psychicky vypjatých a stresových situacích.

### 2.3.5 Možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR a ve světě

V České republice probíhá léčba závislosti na tabáku za využití metod a léků uvedených výše. Shrnout lze uvedené metody a přístupy tak, že zásadní by měla být vždy krátká intervence, kterou by měl provádět každý lékař při každém kontaktu s pacientem, který kouří. Dále zde patří intenzivní léčba na specializovaných pracovištích, která je hlavně pro ty kuřáky, kteří si přejí přestat.

Od roku 2005 pak u nás fungují specializovaná centra pro závislé na tabáku, kam může lékař kuřáka doporučit, a tam by se mu měli intenzivněji věnovat. Nachází se většinou při větších nemocnicích a pracuje tam alespoň jeden lékař a jedna sestra. Poskytují diagnostiku, základní klinické vyšetření, intenzivní psychosociální a behaviorální intervenci (skupinové nebo individuální), předepisují léky a dlouhodobě dispenzarizují kuřáky, kteří chtějí zanechat kouření. Fungují také telefonní linky (quitlines), které slouží jako doplnění nabídky možností léčby závislosti na tabáku. Prezentují možnost anonymní a lehce dostupné konzultace (Králíková, 2008, s. 444–448).

Léky jsou hrazené z části některými zdravotními pojišťovnami. Všeobecná pojišťovna např. nabízí příspěvek 2 500 Kč ročně na nehrazený léčivý přípravek předepsaný lékařem (např. Vareniklin), ale i volně prodejné léčivé přípravky (NKT). Příspěvek je poskytnut až po ukončení, eventuálně v době léčby realizované na doporučení ošetřujícího lékaře Centra pro závislé na tabáku (za předložení platebních dokladů na konkrétní léčivé přípravky), nebo odborného konzultanta odborného pracoviště (lékárny) České lékárnické komory (rovněž po předložení platebních dokladů na volně prodejné léčivé přípravky). Délka léčby nesmí překročit jeden rok ([www.klubpevnehozdрави.cz/cesta-k-nekuractvi/](http://www.klubpevnehozdрави.cz/cesta-k-nekuractvi/).cit.28.7.2016).

Obecně je možné říct, že výše uvedené postupy by měly reflektovat skutečnost po celém světě, neboť vyplývají z Mezinárodních doporučení pro odvykání kouření v primární péči. Vranová (2013) se vyjadřuje k roli lékáren v zanechání kouření ve světě a uvádí, že potenciálu lékáren jsou si plně vědomi např. v Austrálii, Velké Británii, Kanadě, kde lékárny, mimo výdeje a prodeje léků, poskytují mnoho zdravotnických služeb, včetně poradenství při odvykání kouření. Jako příklad odvykání v lékárnách může posloužit program Smokefree,

který zdárně funguje již od roku 1999 ve Velké Británii. Britský program Smokefree je uskutečňován v ordinacích praktických lékařů, lékárnách, ale např. i ve vězení.

Hroněk (2015) pak uvádí, že roli hraje i přístup ke kouření v daných zemích, neboť na rozdíl od západních zemí, kde kontrola tabáku existuje už mnoho let, např. u Číňanů je to naopak, ti jsou zvyklí kouřit při každé příležitosti. Číňané tak veškeré snahy o zákaz kouření na veřejnosti přijímají lhostejně a s nezájmem, a navíc podle Světové zdravotnické organizace má jen 25 % dospělých ponětí o tom, jaká zdravotní rizika cigarety obnášejí. Málokterý Číňan má chuť svého návyku zanechat. Dobrovolně tam přestává kouřit asi jen 10 % lidí, zatímco jiní končí až po rozvoji zdravotních problémů. Navíc jsou v Číně poměrně levné i krabičky cigaret.

### **3 Farmaceutická péče a konzultační činnost lékáren při péči o klienta se závislostí na tabáku**

V lékárnách tkví velký potenciál, co se propagace zdravého životního stylu a odvykání kouření týče. Jedná se totiž o nejdostupnější zdravotnické zařízení, neboť v České republice se nachází kolem 2 500 lékáren. Česká lékárnická komora navíc odsouhlasila záměr zformovat specializovaná centra odvykání kouření v lékárnách, která budou akreditovaná ČLnK a SLZT a budou hrát úlohu plnohodnotné součástí sítě zdravotnických zařízení, která poskytují takové služby (Vranová, 2013).

Už je poměrně běžné se v lékárnách setkat s nějakou formou poradenství nebo nadstandardní službou. Některé z těchto činností se Česká lékárnická komora rozhodla garantovat se záměrem, aby klienti lékáren měli zaručeno, že garantovanou službu poskytuje zdravotnický profesionál, který se dále vzdělává, seznámil se s nejnovějšími poznatky a je to zkrátka člověk na pravém místě. Jednou z těchto činností je právě odborné poradenství při odvykání kouření v lékárnách. Garanci dostane lékárna na lékárníka, který úspěšně absolvoval garantovaný kurz České lékárnické komory „Odvykání kouření v lékárnách“. Lékárně, ve kterých je tato garantovaná služba poskytována poznají klienti jednoduše podle loga, které každou z těchto činností charakterizuje (v tomto případě zelená tabulka se zlomenou cigaretou)([www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Odborne-poradenstvi-v-lekarnach.aspx](http://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Odborne-poradenstvi-v-lekarnach.aspx).cit.30.7.2016).

#### **3.1 Faktor informovanosti v léčbě závislosti na tabáku**

Je zřejmé, že pokud kuřák nezná možnosti léčby závislosti na tabáku, nemůže o ně ani projevit zájem. Rovněž neúplné informace těžko dokážou kuřáka motivovat k zanechání kouření, nemluvě již o informacích mylných či zavádějících. Někteří kuřáci se mohou bát zanechat kouření proto, že se bojí, že to bude čistě na nich, nikdo jim nepomůže a nebo třeba nevěří tomu, že by šlo přestat díky „nějakým“ žvýkačkám.

Také Korešová (2009, s. 11) uvádí, že pro péči o pacienty (v tomto případě kuřáky) nestačí, jak by se na první pohled zdálo, pouze odborná znalost a vyspělost ve všech klinických oborech medicíny. Velmi důležitý je i lidský kontakt s pacientem. Tato oblast bývá ale u lékaře často problémová, stále podceňovaná a odsouvaná do pozadí. Mnohdy je pacient úplně ignorován s odůvodněním, že na toto není ve sledu odborných posudků a

zámkroků čas, a pacient že by stejně sdělení informace adekvátním způsobem nevyhodnotil. Přitom právě správně zvládnutý dialog s pacientem může pozitivně ovlivnit celý další proces zanechání kouření. Nenahradí sice odborné vědomosti a dovednosti, ale pomůže k pozitivnímu dopadu jejich aplikace. A naopak.

Hošková (2010, s. 28) ovšem uvádí, že co se pak přímo léčby týče, stále platí, že jedním ze základních práv pacienta je právo na informace o způsobu, jakým bude léčen, podobně jako právo na poskytnutí nejlepší možné péče dle možnosti zařízení, v němž je léčen. Vždy lze nalézt různé zdroje, ze kterých pacienti získávají informace: odborná či populární literatura, ošetřující lékaři, sestry, rodina, přátelé, další pacienti, zdravotnická zařízení první linie, specializovaná pracoviště. Při běžných výkonech není nutný písemný souhlas, dostačuje jen ústní. U větších výkonů už musí dát pacient písemný souhlas, který ovšem musí být spojen s možností pohovoru, vysvětlením a zodpovězením otázek. V rámci toho se musí pacient vždy dozvědět, jaká léčba je mu ordinována, způsob jejího provedení a očekávaná pozitiva, včetně případných komplikací a následků. To platí i o léčbě závislosti na kouření.

Informovaný pacient je pro lékaře, ale i lékárníka lepším společníkem jak v oblasti prevence, tak v rámci klinického rozhodování (Hošková, 2010, s. 28). Pacient s jasnou představou o důvodu i průběhu vyšetření nebo zákroku, bude lépe přichystán všechno zvládnout. Nebude vystaven pochybnosti, která formuje prostor pro vážné představy, nebude prožívat obavy z neznámého. V kontaktu s pacientem by měl mít lékárník vždy jasný scénář. Za rozhodující lze považovat tři faktory, a to (Korešová, 2009, s. 11):

- **Kdo bude pacienta informovat** – v tomto případě lékárník, ideálně jen jeden.
- **V jaký čas bude informace poskytnuta** – kdy přichází zákazník do lékárny a v jakou dobu (před vydáním léku, pro který přišel, po jeho vydání aj.), důležité informace by měly přicházet s předstihem, aby konzultace v lékárně proběhla v klidu a pacient měl možnost informace strávit a zažít. Pokud bude docházet k prodlení, pak si může zformovat vlastní představu na podkladě laických podání.
- **V jaké podobě co do rozsahu i způsobu bude informace předána** – letáčkem, rozhovorem aj. Nejdůležitější je způsob předání informace. Postup musí být zvolen podle osobnosti pacienta, což je dost složité. Vždy je v čase a prostoru k dispozici jen málo informací a je tak třeba zapojit spíše odhad. Ve vztahu k tomu je nezbytné volit rozsah i charakter informací. Někdo upřednostní spíše stručné podání, bez

odborného výkladu. Jiný zvládá při kvalitním podání vnímat i odborné informace. Některý pacient uvítá sdělení problému, klidný přístup a eventuální povzbuzení.

Pro informovanost pacientů je naprosto zásadní komunikace, která je základem vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Není důležité, jestli je dobrá nebo špatná, ale je-li účinná. Podstatnou součástí je tzv. empatie – schopnost vcítit se do situace kuřáka snažícího se zanechat kouření. Předmětem zájmu lékárníka musí být pacient, ne jeho problémy. K problémům v oblasti informovanosti patří získávání informací od jiných pacientů a mnohdy neporozumění sděleným informacím – hlavně kvůli příliš odbornému výkladu. Nezbytné je pak vždy brát v úvahu individualitu pacienta (Hošková, 2010, s. 28).

### 3.2 Doporučené postupy při komunikaci se závislým na tabáku

V roce 2010 byly Českou lékárnickou komorou publikovány Doporučené postupy pro konzultační činnost v lékárnách (Malý a kol., 2012, s. 31–33). V rámci nich Česká lékárnická komora vytvořila v souvislosti s tím, že v lékárnách začali lékárníci poskytovat odborné konzultace pro zájemce o zanechání kouření také tzv. **Doporučený postup při konzultaci se závislým na tabáku** na tabáku (Ficnerová & Petrášková 2013). Uvedený doporučený postup by měl sloužit právě lékárníkům jako jakýsi vzor vedení konzultací s pacienty, kteří se na lékárníka obrátí se zájmem o odvykání kouření, ale nastiňuje také možnosti, jak prozatímního kuřáka motivovat vůbec k rozhodnutí zanechat kouření. Ve svém obsahu se skládá z následujících bodů:

- **Obecná charakteristika závislosti na tabáku** – stručné vymezení problematiky.
- **Cíle konzultace** – čeho by měl lékárník během konzultací dosáhnout.
- **Průběh konzultace** – co by mělo být obsahem konzultací.
  - **krátká intervence 5P (5A)** – viz kapitola 2.2,
  - **motivace pacienta** – vymezení zdravotních rizik, pozitiv pro pacienta a vyvrácení psychických potíží,
  - **průběh konzultace** – co vše musí být během konzultace řešeno.
- **Farmakoterapie** – posouzení vhodnosti použití léků, seznámení pacienta s účinky léků, případnými omezení pro určité skupiny pacientů apod.



- **Kdy odeslat klienta k lékaři** – lékárník musí být schopen zhodnotit své možnosti při motivaci a vedení pacienta k zanechání kouření a v případě, že je to vhodné, jej spíše doporučit k lékaři.
- **Kontakty na centra pro závislé na tabáku** – předat pacientovi kontakty a informovat o dalších možnostech pomoci.
- **Linka pro odvykání kouření a internetové odkazy pro pacienty** – předat pacientovi kontakty a informovat o dalších možnostech pomoci.
- **Závěr konzultace** – s čím by měl klient lékárny odcházet.

### 3.3 Farmaceutická péče

Farmaceutickou péči může poskytovat farmaceut. Farmaceut je zdravotnické povolání, jehož náplň a obsah vymezuje Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnických povoláních lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a Vyhláška č. 84/2008 Sb. o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky. Zákon vymezuje zejména vzdělávání a další podmínky, které musí jedinec splnit, aby mohl vykonávat povolání farmaceuta: „*Za výkon zdravotnického povolání farmaceuta se považuje činnost při přípravě lékových forem léčivých přípravků, při kontrole léčiv v lékárně a v laboratoři pro kontrolu léčiv, při přípravě, kontrole, skladování a výdeji léčiv v lékárnách a v lůžkových zdravotnických zařízeních a při poskytování odborných informací o léčivech, včetně informací o prevenci onemocnění a informací o podpoře zdraví, a při výdeji, kontrole a uchování zdravotnických prostředků*“ (zákon č. 95/2004 Sb., § 10).

Vyhláška poté upravuje např. výdej léčivých přípravků pacientům. Předepisovat léky pochopitelně lékárník nemůže, ale může např. na základě svých znalostí o vzájemném nežádoucím ovlivnění nebo případném poškození zdraví pacienta pozastavit vydání léčivých přípravků, za určitých okolností může vydat pacientovi jiný než předepsaný lék, se stejnou účinnou látkou a za souhlasu pacienta apod. (vyhláška č. 84/2008 Sb. § 10-11).

V případě závislosti na tabáku může doporučit kteroukoli formu volně prodejné náhradní terapie nikotinem.

### 3.4 Konzultační péče

Ve spojitosti s aktuálními trendy ve farmaceutické péči prezentuje konzultační činnost jednu z pevných součástí lékárenské péče poskytované v lékárnách. Konzultační péči je možné pojímat jako rozhovor lékárníka s pacientem, který se od dispenzační činnosti liší jak tím, že je uskutečňován mimo tátu, ideálně v samostatné místnosti, ale také proto, že z pohledu časového, odborného, komunikačního, prostorového, materiálního a technického jde o činnost náročnější, než je pouhá dispenzace za tátu. Konzultační péče v lékárnách se zaměřuje na (Malý a kol., 2012, s. 31–33):

- posouzení osobní farmakoterapie klienta, např. jeho edukace o správném užívání
- léků, resp. management případných lékových problémů,
- poradenství,
- v samoléčbě méně závažných obtíží, speciálně jestli je není možné odpovědně vyřešit v průběhu dispenzace za tátu,
- podpora zdraví a prevence nemocí především prostřednictvím sledování rizikových faktorů s dalším zhodnocením individuálního rizika pacienta.

Konzultace vedou v lékárnách zejména lékárníci. Asi v polovině lékáren se na jejich vedení účastní všichni lékárníci lékárny, občas se jich účastní rovněž farmaceutičtí asistenti, pakliže nelze detailněji popsat jejich role a rozdělení kompetencí. Některé lékárny také spolupracují i s jinými odborníky (např. nutriční poradce aj.), kteří se také účastní konzultací, popř. je pod hlavičkou lékárny přímo vedou. Vždy je dobré, pokud lékárny navážou užší spolupráci se spádovými lékaři či specializovanými centry. Určitou výhodou v tom mají pochopitelně nemocniční lékárny, které celkem zdárně kooperují s jednotlivými odděleními domovské nemocnice (Malý a kol., 2012, s. 31–33).

Konzultační péče při poradenství v lékárnách zaměřeném na odvykání kouření by měla vést k těmto cílům (Ficnerová, Petrášová, 2013, s. 3).

- podpoře pacienta v motivaci přestat kouřit,
- posouzení míry závislosti na cigaretách,
- doporučení změny životních návyků spojených s kouřením,
- formulování osobního individuálního plánu,

- informace o farmakoterapii (NTN, léčiva vázaná na předpis) a její výdej; pravidelnou kontrolu,
- řádné aplikaci a úpravě dávkování,
- předání kontaktů na Centra pro závislé na tabáku,
- řešení možnosti odeslání pacienta k lékaři.

Konzultace s kuřákem by měly probíhat podle uvedených Doporučených postupů a konzultační péče by měla být rozdělena do několika konzultačních návštěv pacienta lékárny. Už v průběhu první konzultace je lepší naplánovat data všech dalších setkání, eventuálně je upravit dle aktuální potřeby. První úvodní konzultace (v týdnu č. 1) probíhá jako jakákoliv první konzultace s klientem, na kterou se s určitou pravidelností naváže. Během ní lékárník zjišťuje fyzickou závislost kuřáka, posuzuje motivaci kuřáka v zanechání kouření (lékárník by měl volit motivující, nehodnotící přístup, který spíše pomůže angažovat pacienta než hodnotící, direktivní styl). Součástí první konzultace by měla být i diskuze o abstinčních příznacích, o možnostech náhradní terapie nikotinem. Stanovuje se také den D<sup>2</sup> a plánují další setkání (Kavalírová, 2010, s. 5).

Druhá konzultace by měla proběhnout v druhém týdnu, ideálně den následující pro dnu D. Lékárník by se měl pacienta zeptat, jak se cítí, aktivně mu naslouchat a ubezpečit se o jeho připravenosti. Opět se pacient musí motivovat, zhodnotit, jestli užívá správné léky k léčbě závislosti na tabáku a v nařízených dávkách (kvůli poddávkování u NTN), zjistit, jestli bude mít do další konzultace dost těchto léků a ví, jak je správně užívat (jestli NTN užívá správně, tj. nepocítuje pálení v krku při intenzivním cucání pastilek, netrpí nevolností kvůli spolykání nikotinu atd.). Vhodné je opět konzultovat možnosti řešení krizových situací při velké chuti na cigaretu. Součástí návštěvy lékárny by správně měl být i monitoring CO (Kavalírová, 2010, s. 6).

Třetí, čtvrtá a pátá návštěva by měly proběhnout v týdnu č. 3, 4 a 5. Opakují se postupy z druhé konzultace, pokračovat by mělo budování pacientova sebevědomí na cestě za nekuřáctvím, chválit i za menší úspěchy a povzbudit, pokud zatím kouřit nepřestal. Aktivně je třeba zjišťovat průběh odvykání, překonávání abstinčních příznaků, krizových chvil a chuti na cigaretu. Dobré je také zjišťovat účinky léčiv pro odvykání kouření, připomenout pacientovi, že si nesmí vzít ani jednu cigaretu. Na poslední návštěvě je

---

<sup>2</sup> Den, od kterého dochází k naprosté abstinenci.

nezbytné probrat rizikové situace z dlouhodobého pohledu a zdůraznit nezbytnost pokračovat v užívání léků (Kavalírová, 2010, s. 6).

### **3.5 Role lékárníka**

Jak vyplynulo z předchozích kapitol a celé této práce, lékárník může být tím, kdo provede pacienta, respektive klienta lékárny procesem zanechání kouření. Ve vybraných lékárnách, které garantují odborníky na zanechání kouření má lékárník roli toho, kdo by měl od pacienta nenásilně vyzvědět, zdali kouří a jestli hodlá přestat a případně jej motivovat k zanechání kouření (i tím, že mu vyjmenuje rizika kouření) – viz krátká strukturovaná intervence, poté pacienta provází několika schůzkami, na kterých s ním konzultuje všechny nezbytné postupy, techniky, jeho medikaci a všechny jeho případné otázky v rámci Doporučených postupů pro zanechání kouření (viz Kavalírová, 2010). Lékárník by také měl být ten, který případně pacienta odešle k lékaři či mu doporučí návštěvu jiných odborníků.

Vranová (2013) však upozorňuje, že pro efektivní poradenskou činnost, o kterou se lékárník má snažit, musí takový lékárník rozšiřovat své vědomosti o způsob vedení motivačního rozhovoru, metodiku odvykání kouření a rovněž způsob vedení kampaní, které tuto činnost budou nabízet. Studenti farmaceutických fakult jsou vzdělávání v rizicích kouření a možnostech farmakoterapie při léčbě závislosti na tabáku v předmětech Farmakologie a toxikologie, Klinická farmakologie, Patofyziologie člověka i Farmaceutická péče, v žádném předmětu ovšem není probírána problematika odvykání kouření komplexně, včetně zásad komunikace, pomoci při řešení psychosociální komponenty závislosti aj. Nově je akorát zaváděn na Farmaceutické fakultě Veterinární a farmaceutické university Brno předmět Zdravotní výchova - Health Coaching, který by měl nabízet celkový pohled na pomoc kuřákům při zvládnání jejich závislosti.

### **3.6 Zkušenosti ze zahraničních lékáren**

Vranová (2013) uvádí evropský projekt odvykání kouření v lékárnách - Smoking Cessation Project, který zahájili v roce 1993 v několika evropských zemích EuroPharm Forum (The European Forum of Pharmaceutical Associations and the World Health Organization Regional Office for Europe) - společnost Světové zdravotnické organizace (WHO) pro Evropu, sdružující lékárnické asociace, komory a společnosti z různých evropských zemí. Aktivní úlohu farmaceutů v léčbě závislosti na tabáku podporuje i Svaz lékárníků Evropské

unie (Pharmaceutical Group of European Union - PGEU), který prezentuje evropskou asociaci, která zastupuje veřejné lékárníky.

Sinclair et al. (1998, s. 253-261) prezentovali výsledky studie ve Skotsku, kde zkoumali úlohu lékárníků u pacientů snažících se přestat kouřit. Vytvořili pro to tréninkový workshop, kde zaučovali lékárníky v postupech komunikace s klienty a intervencích ve snaze zbavit je závislosti na tabáku. Pravděpodobnost, že pacienti přestanou kouřit, se tím zvýšila. Hudmon, et al. (2003, s. 573-582) zase provedli výzkum v Severní Karolíně, kde zjišťovali účinnost intervencí pro zanechání kouření v lékárnách. Na základě svých výzkumů doporučili zejména individuálně přizpůsobené poradenské programy pro kuřáky. U klientů lékáren se to setkalo se zájmem a o pomoc lékárníků při zanechání kouření projevovali zájem.

Zajímavý je také např. příklad z Rakouska (viz Apatykář, 2015). Švýcarský lékárnický svaz pharmaSuisse, švýcarské centrum pro telemedicínu MEDGATE a zdravotní pojišťovna Helsana zahájily v dubnu 2015 dvouletý pilotní projekt inovativního modelu zdravotní péče NetCare, kterého se má zúčastnit kolem 200 švýcarských lékáren, které rozšíří svou nabídku služeb o nové telemedicínské služby. Základní podmínkou takové služby ale je, že lékárník musí být uznán jako kvalifikovaný zdravotnický pracovník, který může poskytovat medicínské služby. Lékárník by tak mohl snadno a rychle posoudit zdravotní problémy již na základě prvotní konzultace v lékárně. Jestliže by to pacient vyžadoval, měl by mít možnost být pomocí videohovoru spojení s lékařem Medgate. Ve speciální konzultační místnosti lékárník podle vymezených pokynů uskuteční strukturovaný rozhovor, zjistí pravděpodobnou příčinu potíží (závislosti na tabáku) a navrhne řešení a nabídne také pomoc lékaře centra Medgate, který se s ním může v průběhu pár minut se s ním přes zabezpečený videolink s vysokým rozlišením spojit. To by mohlo fungovat i při konzultacích se závislými na tabáku.

## **II. Praktická část**

### **4 Zaměření výzkumu a současný stav poznatků**

Vybrané téma mé závěrečné práce jsem si vybrala jako téma navazující na moji bakalářskou práci, která se již věnovala problematice kouření, zejména tedy jeho odvykání a možnostem lékáren v podněcování a vedení klientů k odvykání kouření. Tato diplomová práce na výsledky bakalářské práce bude navazovat a bude se snažit doplnit její závěry, které se zaměřovaly výhradně na pracovníky lékáren. Tento výzkum se bude podobnou tematikou zabývat se zaměřením tentokrát na klienty lékáren – kuřáky.

Dané téma se jeví jako aktuální z toho hlediska, že v České republice je kouření tabáku nejrozšířenější drogovou závislostí. Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 uvedlo 24,1 % osob pravidelné denní kouření v posledním měsíci. Co se týče mortality, která je u tabáku velmi vysoká a především odstranitelná, umírá ročně v České republice na nemoci spojené s kouřením zhruba 18 000 lidí z celkového počtu 100 000 úmrtí (Mravčík et al., 2014).

Cílem práce bude zmapovat situaci, jak jsou informováni klienti pražských lékáren o možnostech léčby závislosti na tabáku, či jaké intervence jsou jim od lékárníků poskytovány.

Jelikož sama pracuji v lékárně, kam si kuřáci často docházejí pro různě volně dostupné přípravky, rozhodla jsem se zabývat se zvyšováním informovanosti o pomoci kuřákům odhodlaným přestat kouřit z rukou pracovníků lékáren, respektive pomoci ke zvýšení jejich odhodlání zanechat kouření. Tato práce by mohla sloužit jako jakási zpětná vazba pro lékárníky a také pro všechny, kteří se danou problematikou zabývají.

#### **4.1 Výzkumné cíle a otázky**

Cílem dotazníkového šetření bude zjistit informovanost klientů lékáren o možnostech odvykání kouření s pomocí odborníků a identifikovat úlohu lékárníků v odvykání kouření

dotázaných respondentů včetně identifikace zájmu o možnost odvykání v prostředí lékárny a jejich pracovníků.

Pro naplnění cíle výzkumného šetření byly stanoveny následující **výzkumné otázky**:

1. Jak často jsou v lékárně kuřáci dotazováni na kouření? (viz graf. č. 13).
2. Jaké možnosti odvykání kouření lékárníci kuřákům nabízejí? (viz graf. č. 15).
3. Kam by se respondenti obraceli pro odbornou pomoc s odvykáním kouření? (viz graf. č. 20).
4. Jaká je míra povědomosti kuřáků o možnosti odborného poradenství s odvykáním kouření v lékárnách? (viz graf. č. 16).

## 4.2 Výběrový soubor

Výběrový soubor tvořili návštěvníci konkrétní pražské lékárny, kteří jsou aktuálně kuřáky. Půjde tedy o účelový výběr, který je dle Dismana (2000), založen pouze na úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno a o tom, co je možné pozorovat. Celkově bylo osloveno 200 respondentů, což odpovídalo reálným časovým možnostem pro úspěšné dokončení diplomové práce.

Oslovení většího výzkumného souboru už by bylo nad časové možnosti výzkumu. Výzkum byl proveden pouze v jedné konkrétní pražské lékárně a to v Křižíkově ulici, Praha 8 Karlín, ve které také osobně pracuji a bylo tak jednodušší pro mě získat jak data od respondentů, tak i povolení vedení k uskutečňování výzkumu.

Pro naplnění cíle práce byl zvolen kvantitativní přístup, který předpokládá měřitelnost, nebo alespoň tříditelnost či uspořádání výsledků (Reichel, 2009). Metoda výzkumu byla jedna a bude představena v další podkapitole.

## 4.3 Metody získávání dat

Data byla získávána prostřednictvím anonymního dotazníku, který Jandourek (2008), definuje jako „...*formulář*“ určený respondentovi, tedy osobě dotazované během výzkumu dotazníkem, nebo také během interview či v“ anketě ”.

Důvodem, proč jsem použila dotazník, bylo zejména potřeba získat informace od velkého počtu respondentů, díky čehož bylo moci činit relevantnější závěry. Dotazování je

rovněž poměrně levné a rychlé a nežádalo si osobní přítomnost výzkumníka ve všech sledovaných lékárnách, než kdyby bylo třeba zjišťovat informace od respondentů např. rozhovory. Zpracování výsledků bylo díky nabídnutým variantám odpovědí také jednodušší. Navíc mohli respondenti zůstat anonymní, což pro ně mohlo být motivací k účasti na výzkumu.

Výzkum byl zaměřen na zjišťování informací o možnostech léčby závislosti na tabáku, které mají klienti pražských lékáren od svých lékárníků. Z hlediska kvantitativní strategie bylo zvoleno dotazníkové šetření. Dotazník představoval sadu připravených otázek, které byly vytištěny na papíře a byly předkládány respondentům k vyplnění.

Pro zjišťování byla zvolena kvantitativní strategie výzkumu. Nejběžnějším případem je strukturovaný dotazník, který byl i variantou v rámci výzkumu v této práci.

Celkem bylo pro respondenty připraveno 22 výzkumných otázek, z toho první dvě otázky jsou demografické. Konkrétně tedy 20 otázek bylo zaměřeno na zjištění odpovědí ke stanoveným výzkumným otázkám. Dotazování probíhalo anonymně a otázky byly vytvářeny tak, aby z hlediska etiky byly v pořádku.

Respondenti byli požádáni farmaceutem o vyplnění dotazníku během jejich nákupu v lékárně a měli možnost vyplňovat dotazník u volného stolečku se židlí, na které byla připravena krabice, kam mohli vyplněný dotazník poté vložit.

#### **4.4 Analýza a zpracování dat**

Uskutečnila se ústní domluva s vedoucím pracovníkem lékárny. Analýza dat z dotazníků probíhala v programu MS Excel, kde byla jednotlivá data u variant odpovědí převáděna do relativních četností, které vyjadřují podíl počtu výskytů sledované kategorie na celkovém rozsahu souboru (tyto hodnoty byly násobeny 100 a pak vyjadřovány v procentech). Data byla následně zpracována do výsečových grafů, které zobrazují relativní četnosti jednotlivých variant proměnné, přičemž jednotlivé relativní četnosti jsou úměrně reprezentovány plochami adekvátních kruhových výsečí. Ty poté byly porovnány mezi sebou a zjišťovány nejčastější odpovědi.

#### **4.5 Časový a technický plán aktivit**

Dotazníkový výzkum byl naplánován v rámci těchto tří etap:



- **Přípravná etapa** – jejím záměrem bylo zabezpečit žádoucí kvalitu dat. V přípravné etapě byly vytvořeny cíle dotazníkového šetření a specifikace zkoumaného problému. Byl vytvořen dotazník a také naplánována realizace dotazníkového šetření. Následoval tisk dotazníků a vizuální kontrola. Součástí přípravné etapy byl realizován i předvýzkum, tedy vyplnění dotazníku několika málo respondenty pro případnou úpravu dotazníku. Uskutečnila se ústní domluva s vedoucím pracovníkem lékárny. Analýza dat z dotazníků probíhala v programu MS Excel, kde byla jednotlivá data u variant odpovědí převáděna do relativních četností, které vyjadřují podíl počtu výskytů sledované kategorie na celkovém rozsahu souboru (tyto hodnoty byly násobeny 100 a pak vyjadřovány v procentech). Data byly následně zpracována do výsečových grafů, které zobrazují relativní četností jednotlivých variant proměnné, přičemž jednotlivé relativní četnosti jsou úměrně reprezentovány plochami adekvátních kruhových výsečí. Ty poté byly porovnány mezi sebou a zjišťovány nejčastější odpovědi. Z hlediska času přípravná etapa probíhala v měsíci červnu a červenci 2016.rny, kam budou dotazníky umístěny. Z hlediska času přípravná etapa probíhala v měsíci červnu a červenci 2016.
- **Realizační etapa** – byla složená z praktických dotazů v lékárně a následovala úprava po provedeném předvýzkumu. Dotazníky byly umístěny ve vybrané lékárně u pověřeného lékárníka, který respondenty sám při nákupu oslovil a v případě zájmu jim dotazník předal k vyplnění. Celkem předal dotazník 200 respondentům, tedy návratnost byla 100 %. Respondent dotazník vyplňoval u stolečku se židlí, kde byla umístěna krabice, do které mohl následně vyplněný dotazník vložit. Součástí realizační etapy byla i pravidelná kontrola (první zhruba po týdnu) se záměrem zjišťování správnosti vyplňování dotazníků, zájmu respondentů o dotazování aj. Časová dotace proběhla v měsíci srpnu a září 2016.
- **Vyhodnocovací etapa** – závěrečná etapa. Třídění získaných dotazníků jejich vizuální kontrola a vyřazování nesprávně, nebo neúplně vyplněných dotazníků. Zaznamenávání výsledků a jejich přepis do programu MS Excel. Data byla poté převedena do relativních hodnot a vynesena do grafů, následně pak byla vyhodnocena. Výsledky posloužily k potvrzení nebo vyvrácení výzkumných předpokladů. Vyhodnocovací etapa proběhla začátkem měsíce října 2016.

## 4.6 Etické aspekty

Některé otázky dotazníku mohly znamenat pro respondenty možná poněkud choulostivé dotazy (užívání hormonální antikoncepce, přítomnost nemocí aj.), což by mohlo respondenty přivést do rozpaků, a to i tehdy, i když šlo o anonymní dotazování. Proto bylo třeba zohlednit otázku etického přístupu. Na začátku dotazníku bylo respondentům zřetelně vysvětleno, že dotazník je naprosto anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely této závěrečné práce.

## 4.7 Vyhodnocení získaných dat

Celkem se výzkumu zúčastnilo 200 respondentů, což lze vyhodnotit jako dostatečně reprezentativní vzorek. Také tento počet respondentů byl osloven a díky osobnímu předání dotazníků byl výsledný počet dotazníků 200, tedy návratnost byla 100 %. Dotazování probíhalo od 1. 8. 2016 do 30. 9. 2016. Výsledky dotazníků byly zpracovány do přehledné tabulky v programu MS Excel, z nichž byly vytvořeny tabulky znázorňující procentuální podíly konkrétních variant odpovědí a z těchto tabulek byly vytvořeny koláčové grafy s výsledkem v procentech.

### Vyhodnocení výzkumných otázek:

1. Jak často jsou v lékárně kuřáci dotazováni na kouření?

Otázku „Kouříte?“ zaslechlo pouze 36 respondentů (18 %) z 200 oslovených. 22 respondentů (11 %) byli lékárníkem dotázáni jen jednou a 14 respondentů (7 %) otázku, zda kouří, slyšeli již při návštěvě lékárny několikrát. Bohužel 82 % tedy 164 respondentů uvedlo, že na tuto otázku se je v lékárně nikdy žádný pracovník neptal. (viz graf. č. 13).

2. Jaké možnosti odvykání kouření lékárníci kuřákům nabízejí?

Více jak polovina oslovených 124 respondentů (62 %) uvedla, že je lékárník odkázal na pomoc odborníka (lékaře). 30 respondentů (15 %) uvedlo, že neprojevovalo zájem o radu týkající se odvykání kouření. Celkem 26 respondentů (13 %) bylo odkázáno přímo na lék s nikotinem a 30 respondentům (7 %) byl nabídnut informační leták a 5 respondentům (3 %) byla také zmíněna alternativní možnost odvykání kouření, tedy homeopatika, hypnóza apod. (viz graf. č. 15).

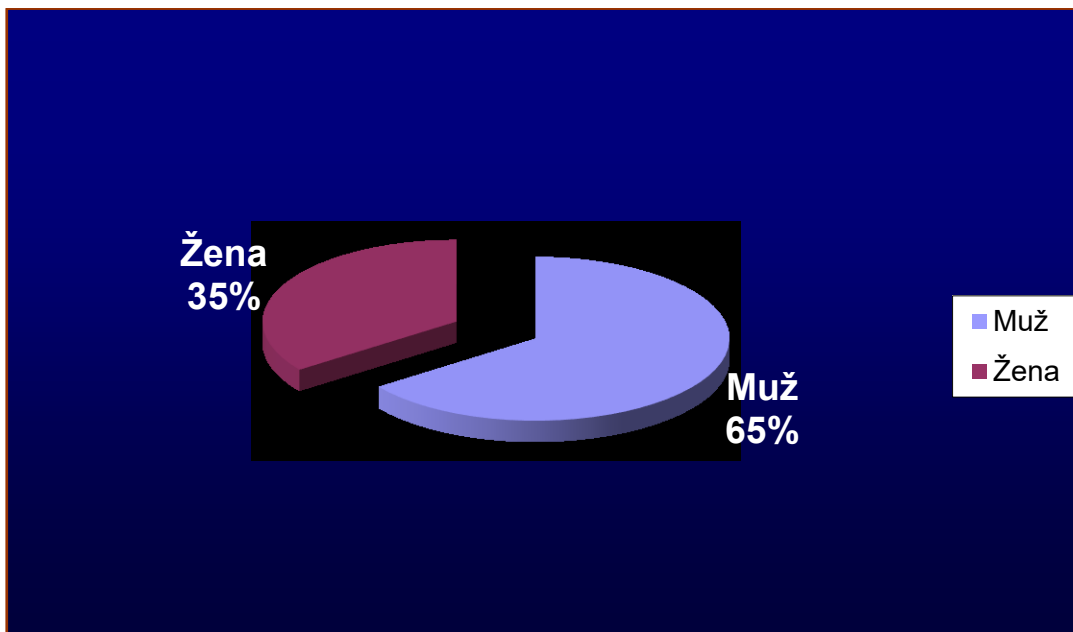
3. Jaké místo se je dle respondentů nejvhodnější při poradenství odvykání kouření.

Nejlepším místem podle oslovených respondentů pro poradenství zaměřené na odvykání kouření je u lékaře, tuto možnost vybralo 80 respondentů (40 %). Pro 66 oslovených (33 %) je nejlepší místo v centrech pro závislé a 52 respondentů (26 %) uvedlo, že je pro ně nejlepší místo v lékárně. Pouze 1 % respondentů čili 20 lidí zvolilo odpověď „jinde“. Žádný z oslovených se nedomnívá, že by toto místo nemělo být nikde. (viz graf. č. 20).

4. Jaká je míra povědomosti kuřáků a možnosti odborného poradenství s odvykáním kouření v lékárnách?

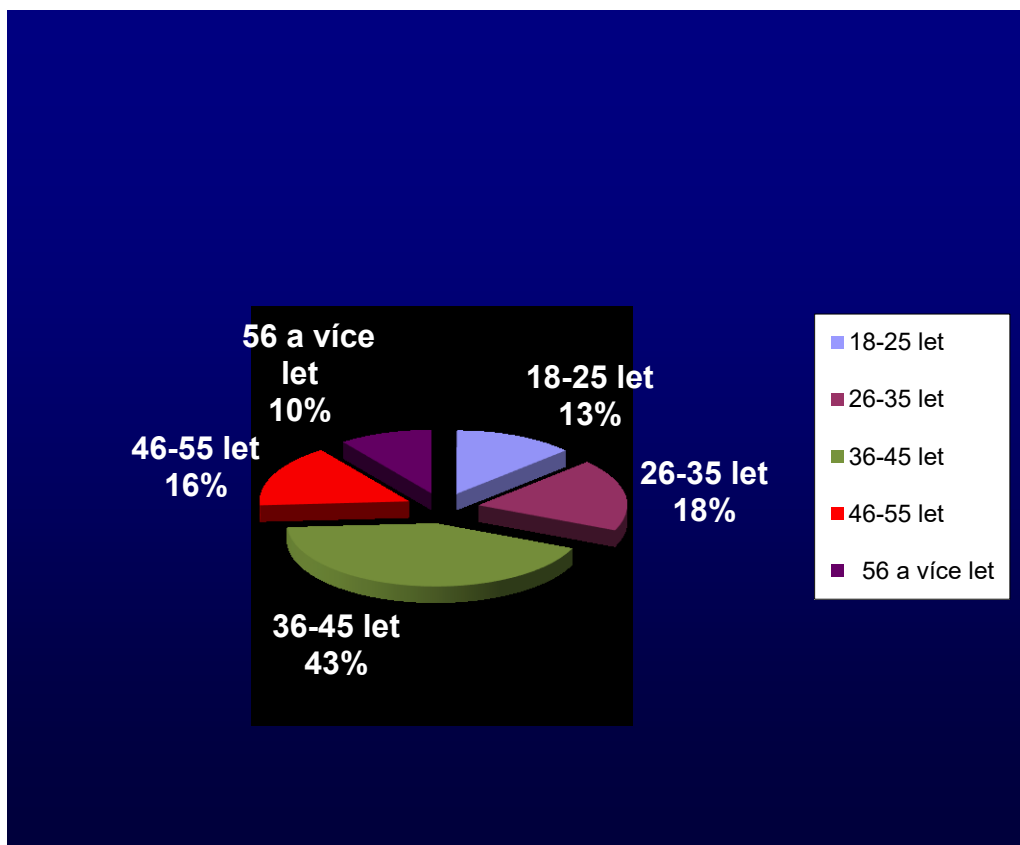
Zde je třeba říci, že více jak polovina 120 respondentů (60 %) uvedla, že neví o odborném poradenství týkající se odvykání kouření v některých lékárnách. Celkem 42 respondentů (21 %) o tom ví a 38 dotázaných (21 %) o tom již něco zaslechlo. Klienti, kteří již využili poradenství v lékárně, však byli téměř všichni spokojeni, což klade úloze lékáren velký potenciál a možnosti. Pozitivní informací plynoucí z výzkumu pak je to, že vesměs všichni dotázaní uvedli, že by lékárníci měli poskytovat poradenství v odvykání kouření (viz graf. č. 16).

## 5 Grafické zpracování odpovědí



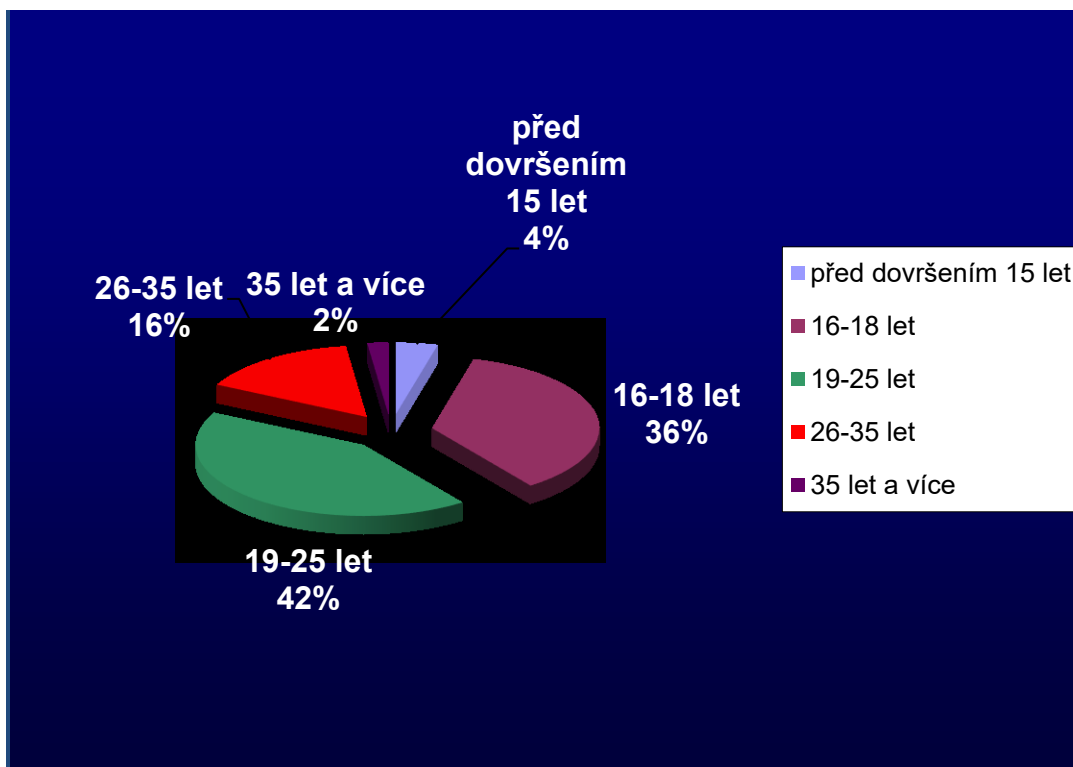
**Graf č. 1 – Pohlaví oslovených respondentů (N=200).**

Na své dotazníkové šetření jsem oslovila celkem 70 žen (35 %) a 130 mužů (65 %).



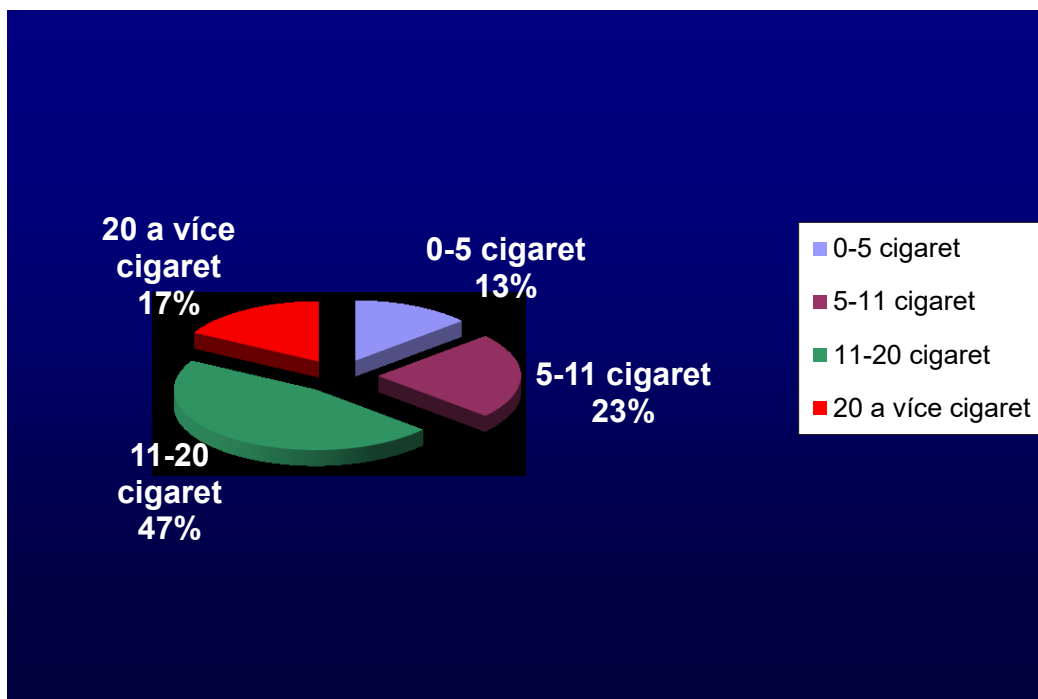
**Graf č. 2 – Věkové kategorie respondentů (N=200).**

Z celkového počtu oslovených, byla největší věková kategorie 36-45 let, do této skupiny spadalo 85 respondentů (43 %). Další obsazení kategorií bylo následující. Kategorie a) 18-25 let - 26 respondentů (13 %), kategorie b) 26-35 let - 37 respondentů (18 %), kategorie d) 46-55 let - 32 respondentů (16 %) a do poslední kategorie s největší věkovou hranicí tedy 56 a více let, se zařadilo 20 respondentů (10 %).



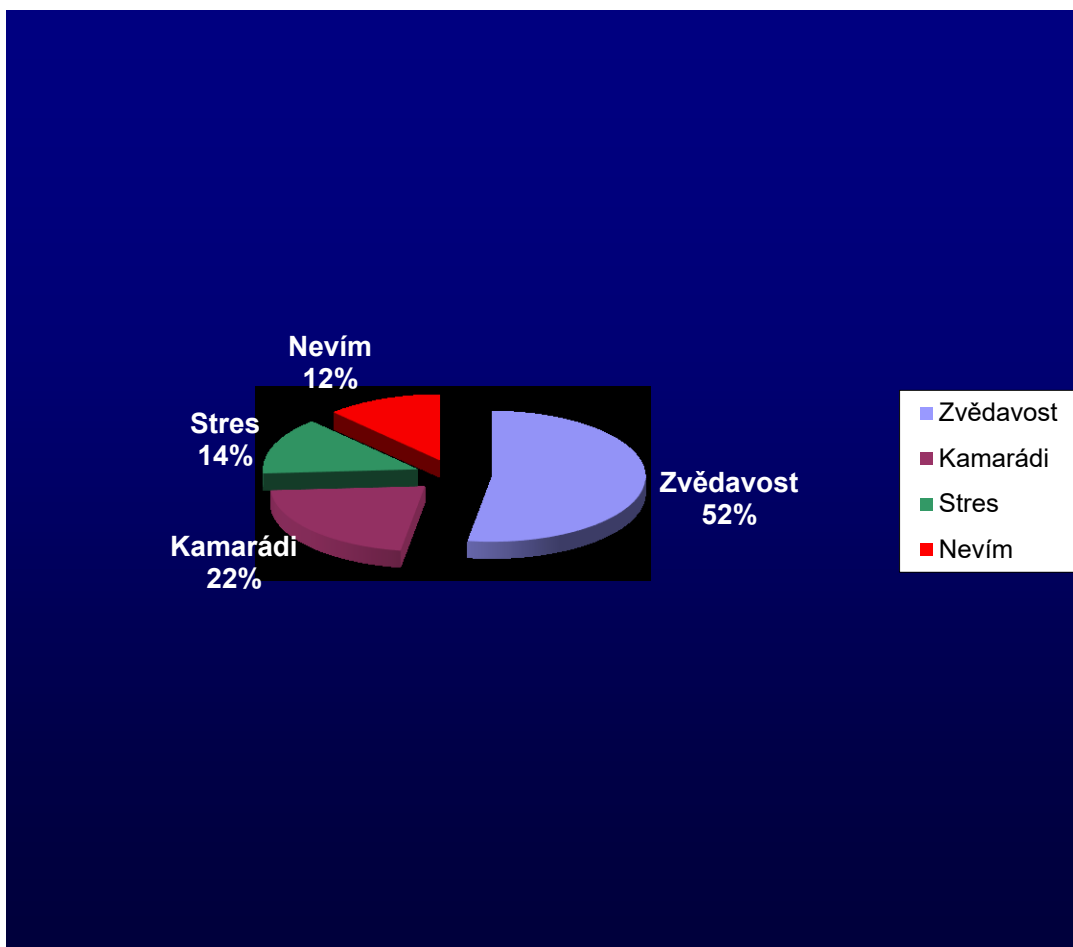
**Graf č. 3 – Věková hranice začátku kouření respondentů (N=200).**

Celkem 42 % tedy 85 respondentů uvedlo, že začali pravidelně kouřit ve věku 19-25 let. Dále 4 respondenti (2 %) uvedli, že začali pravidelně kouřit až po 35 roku, 31 respondentů (16 %) se zařadilo do kategorie 26-35 let. Celkem 72 respondentů (36 %) pravidelně kouří od 16-18 let a 8 oslovených (4 %) uvedli, že pravidelně kouří již od doby puberty, tedy před dovršením 15 let.



**Graf č. 4 – Počet cigaret, který respondenti vykouří (N=200).**

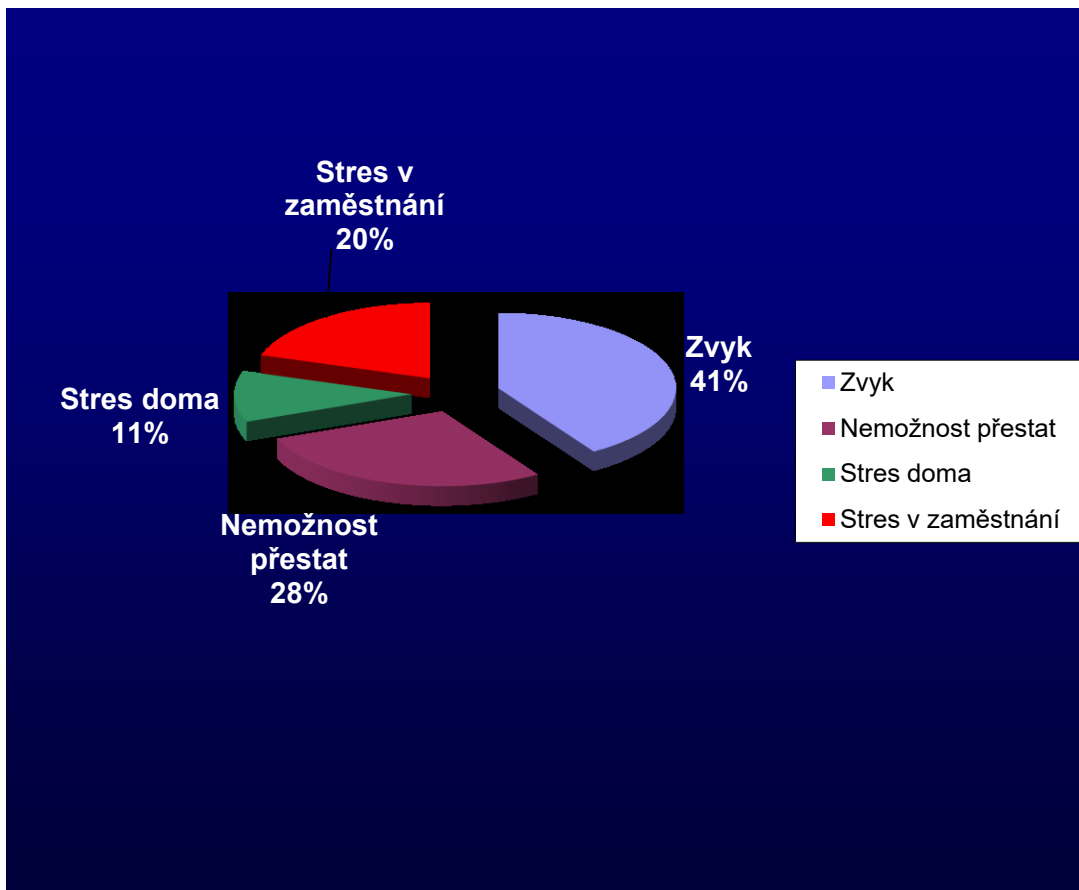
Na otázku, co se týče počtu vykouřených cigaret odpovědělo 34 respondentů (17 %), že vykouří denně 20 cigaret a více. Mezi 11-20 vykouřenými cigaretami se pohybuje 94 respondentů (47 %). 46 dotázaných (23 %) vykouří denně 5-11 cigaret a pouze 26 respondentů (13 %) kouří denně do 5 ti cigaret.



**Graf č. 5 – Důvody proč respondenti začali kouřit (N=200).**

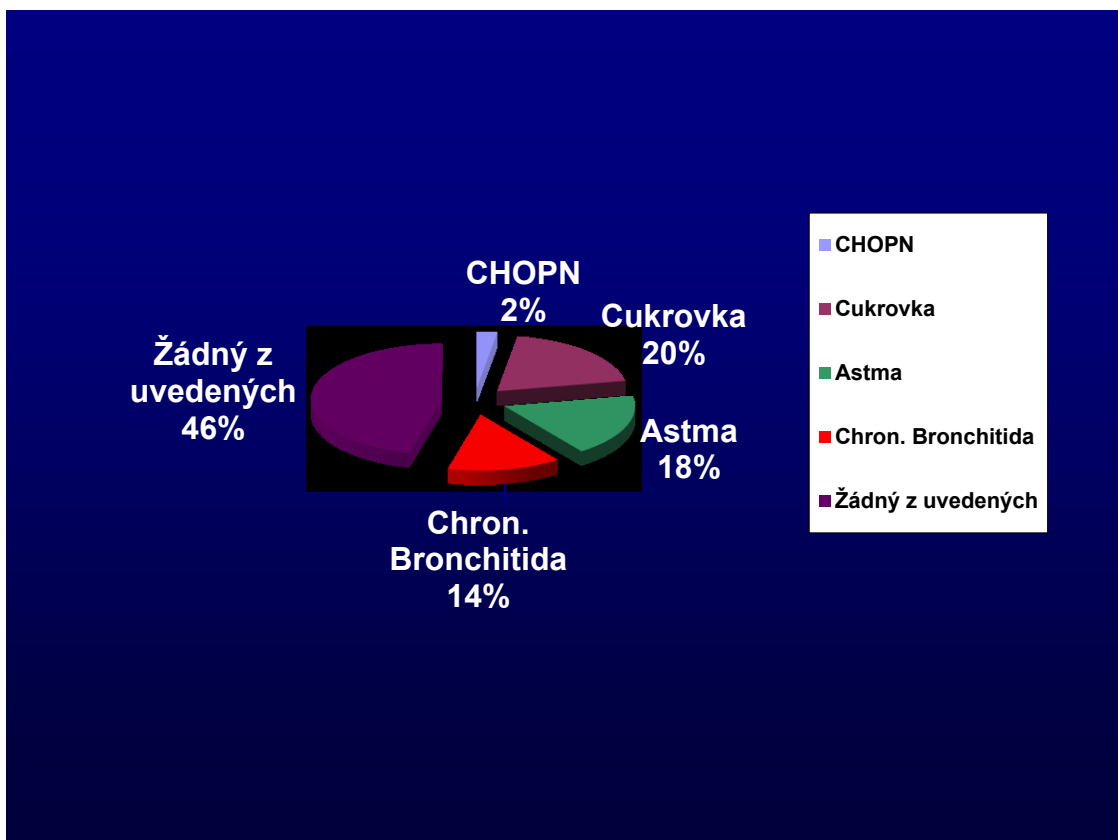
Více jak polovina dotazovaných 104 (52 %) uvedla, že hlavní důvod, proč začali kouřit, byla zvědavost. Celkem 44 respondentů (22 %) uvedlo, že důvodem byli kamarádi, 28 respondentů (14 %) začalo kouřit kvůli stresu a 24 lidí (12 %) ani neví, proč vlastně začali kouřit.





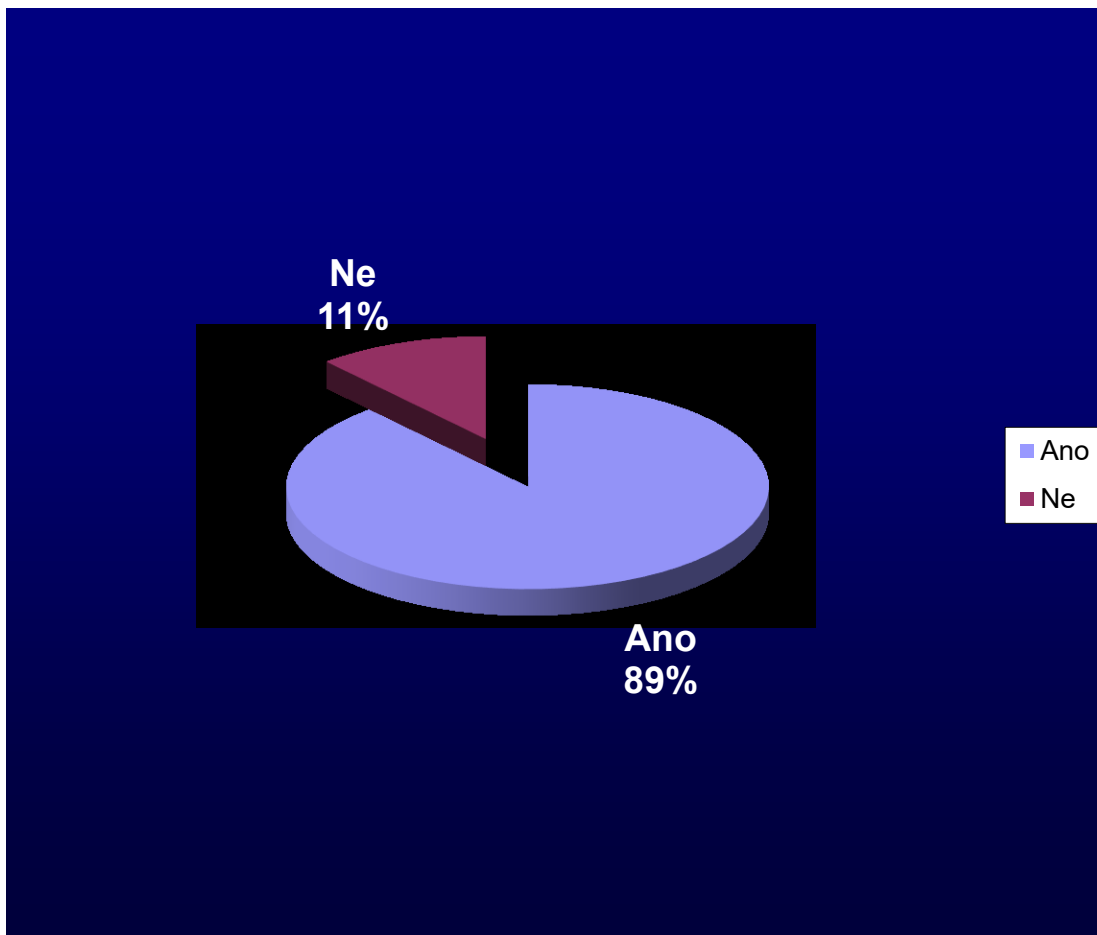
**Graf č 6 – Důvod, proč respondenti kouří nyní (N=200).**

Největší důvod, proč respondenti kouří nyní, je zvyk. Tuto možnost označilo 82 respondentů (41 %). Další důvodem je nemožnost s kouřením přestat – celkem 56 dotazovaných (28 %), 40 respondentů (20 %) uvedlo, že kouří kvůli stresu v práci a 11 % tedy 22 dotazovaných uvedlo, že kouří kvůli stresu, který mají doma.



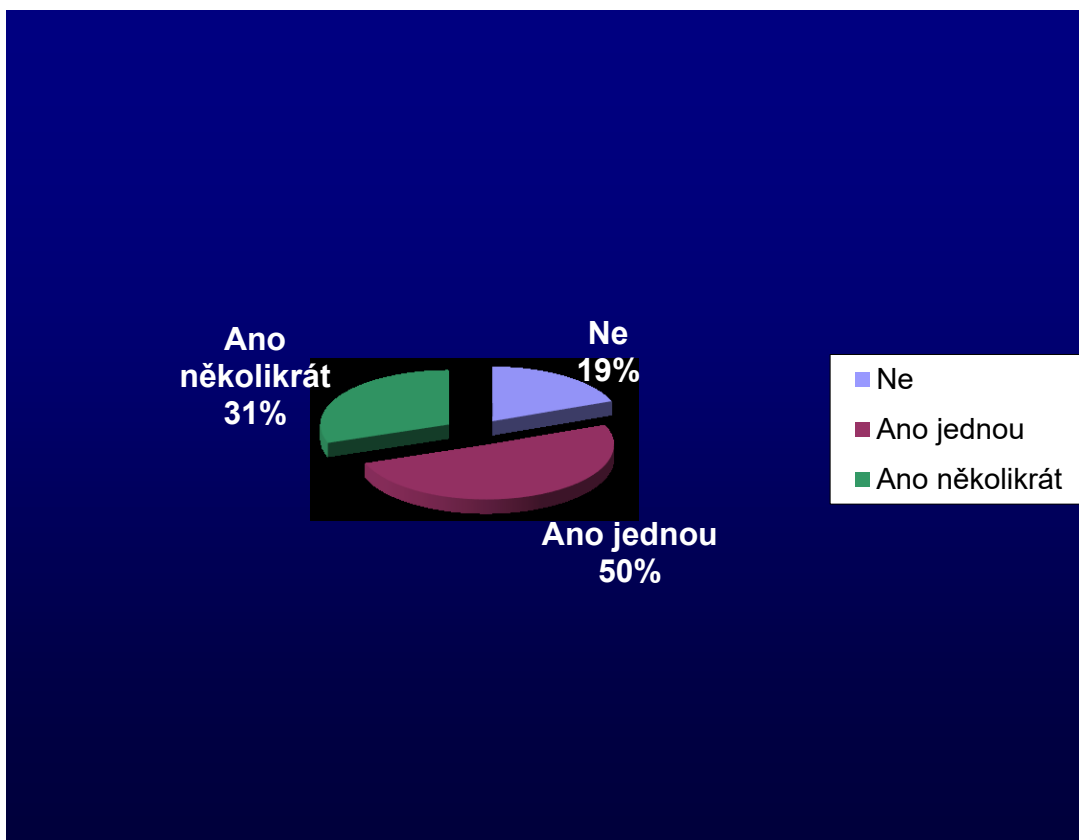
**Graf č. 7 – Vybrané druhy onemocnění, kterými respondenti trpí (N=200).**

Celkem 92 dotazovaných (46 %) uvedlo, že netrpí žádným z výše uvedených onemocnění. 39 respondentů (20 %) uvedlo, že trpí cukrovkou, dále 36 dotazovaných (18 %) má astma, 28 dotazovaných (14 %) trpí chronickou bronchitidou a 3 % tedy 5 respondentů (2 %) uvedlo, že trpí CHOPN.



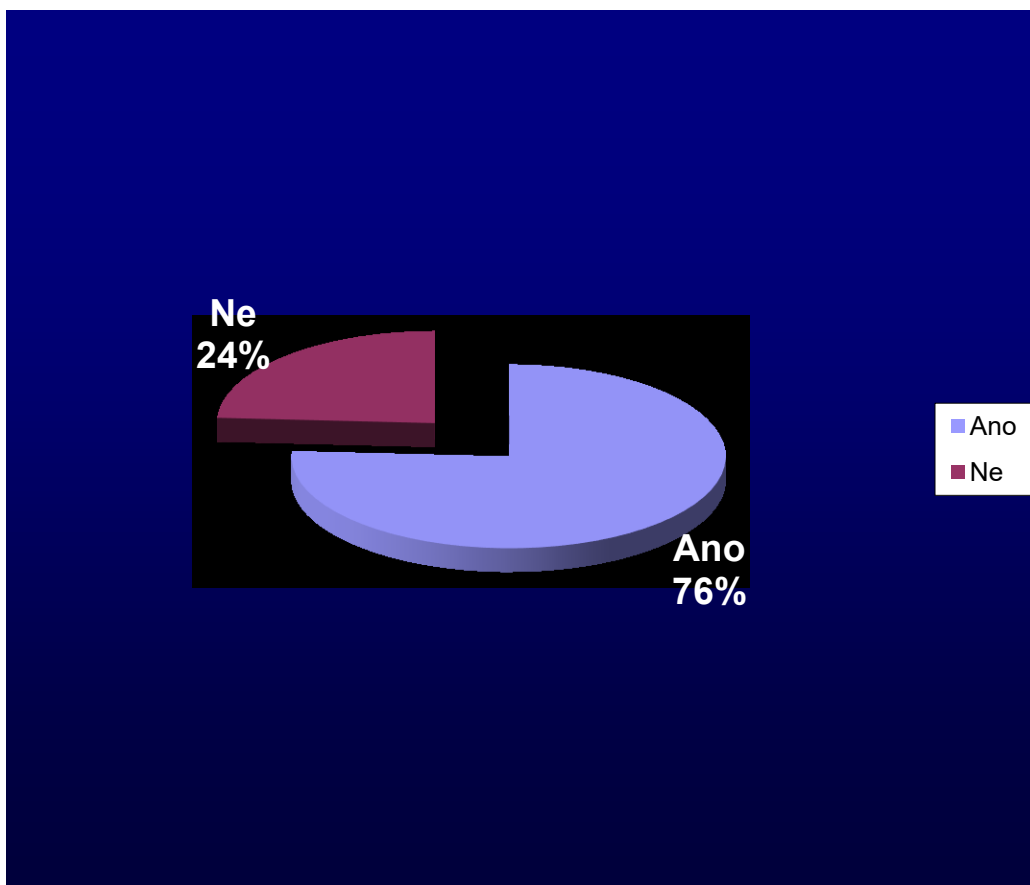
**Graf č. 8 – Znalost žen o problematice kouření a antikoncepce (N=70).**

Značná většina oslovených žen 62 (89 %) uvedla, že je seznámena s tím, že kouření ovlivňuje případné komplikace hormonální antikoncepce. Ale 11 % tedy 8 žen (11 %) tento fakt nevědělo.



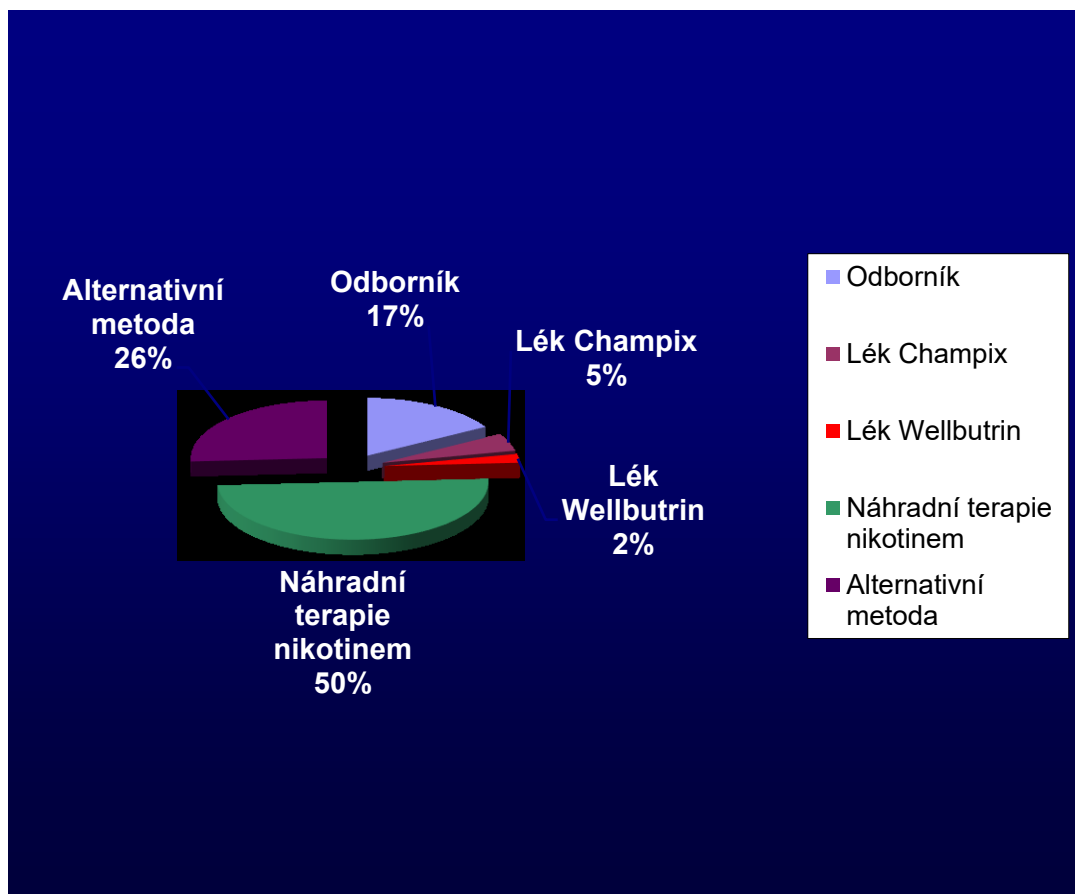
**Graf č. 9 – Pokusy o zanechání kouření (N=200).**

Celkem 62 respondentů (31 %) odpovědělo, že se snažilo přestat kouřit několikrát, 100 oslovených (50 %) s kouřením přestávalo jednou a zbytek 38 respondentů (19 %) nikdy přestat ani nezkoušelo.



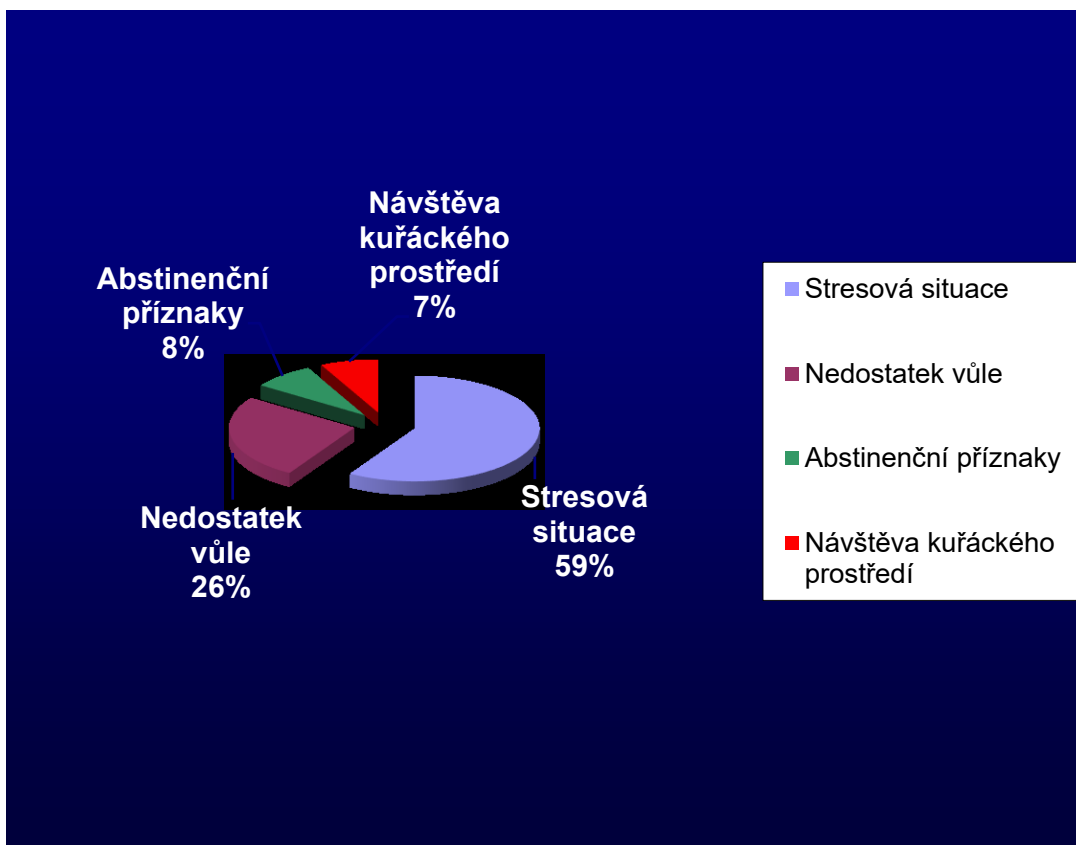
**Graf č. 10 – Odvykání kouření s odbornou pomocí (N=200).**

Z respondentů, kteří se již snažili přestat kouřit, bylo 76 % tedy 123 s odbornou pomocí. Ale celkem 39 oslovených (24 %) zkuselo přestat samo bez odborné pomoci.



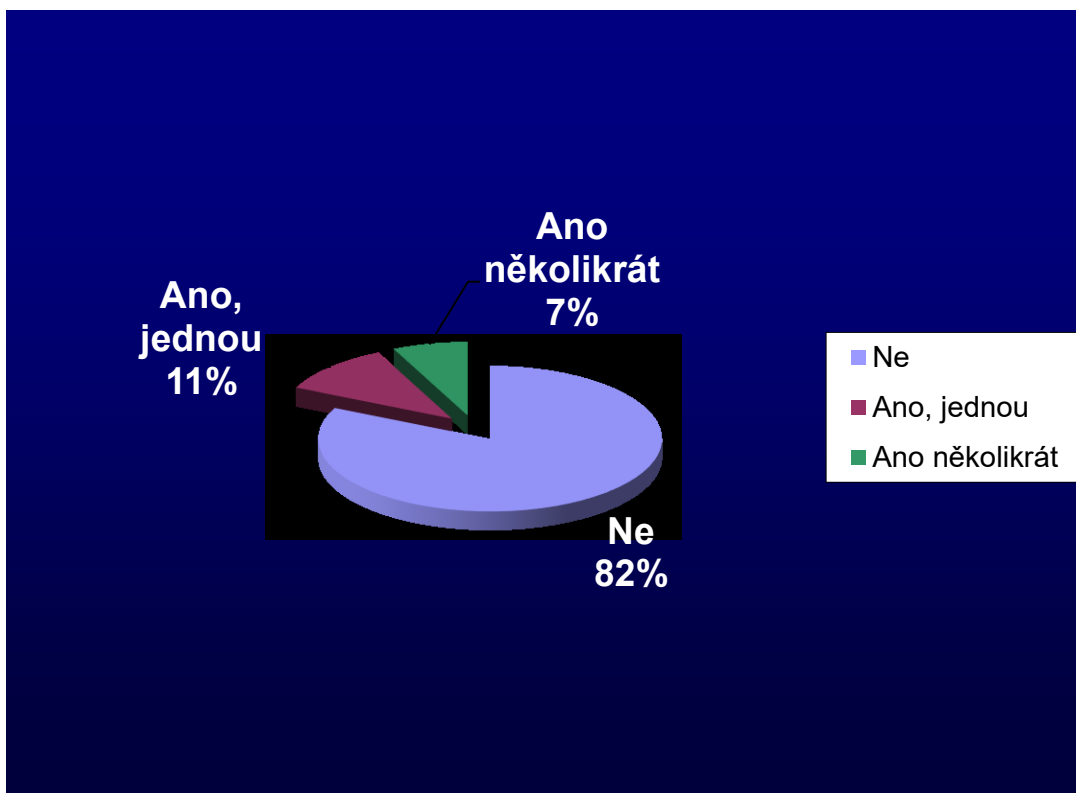
**Graf č. 11 – Druh odborné pomoci (N=200).**

Na otázku, která se týkala druhu odborné pomoci, respondenti odpovídali následovně. Celá polovina 100 oslovených (50 %) uvedla, že použila náhradní terapii nikotinem, tedy různé náplasti, žvýkačky apod. Celkem 52 oslovených (26 %) uvedlo, že se snažilo přestat kouřit s pomocí alternativních metod a to akupunktury, hypnózy, homeopatik aj. 34 respondentů (17 %) to konzultovalo s lékařem, lékárníkem či jiným zdravotníkem, dále 5 % tedy 10 respondentů použilo přímo lék Champix a 4 respondenti ( 2% ) lék Wellbutrin.



**Graf č. 12 - Důvody nezdaru při odvykání kouření (N=200).**

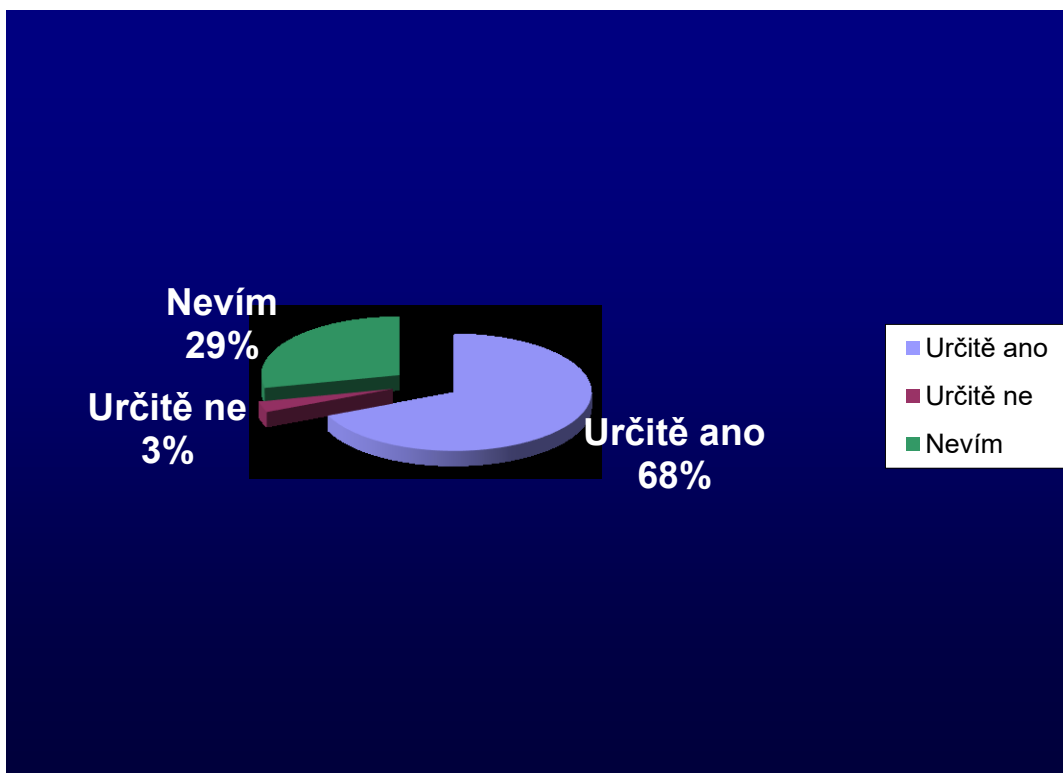
Nejčastějším důvodem, proč oslovení respondenti byli ve svém odvykání neúspěšní, byla vzniklá stresová situace. Tuto variantu uvedlo celkem 59 % tedy 118 oslovených. Dalším důvodem nezdaru bylo nedostatek vůle respondenta – celkem 52 oslovených (26 %). Nezvladatelné abstinenční příznaky uvedlo 16 respondentů (8 %) a 7 % tedy 14 respondentů (7 %) uvedlo, že jejich nezdar byl z důvodu návštěvy kuřáckého prostředí.



**Graf č. 13 – Průzkum ze strany lékárny, zda respondent kouří (N=200).**

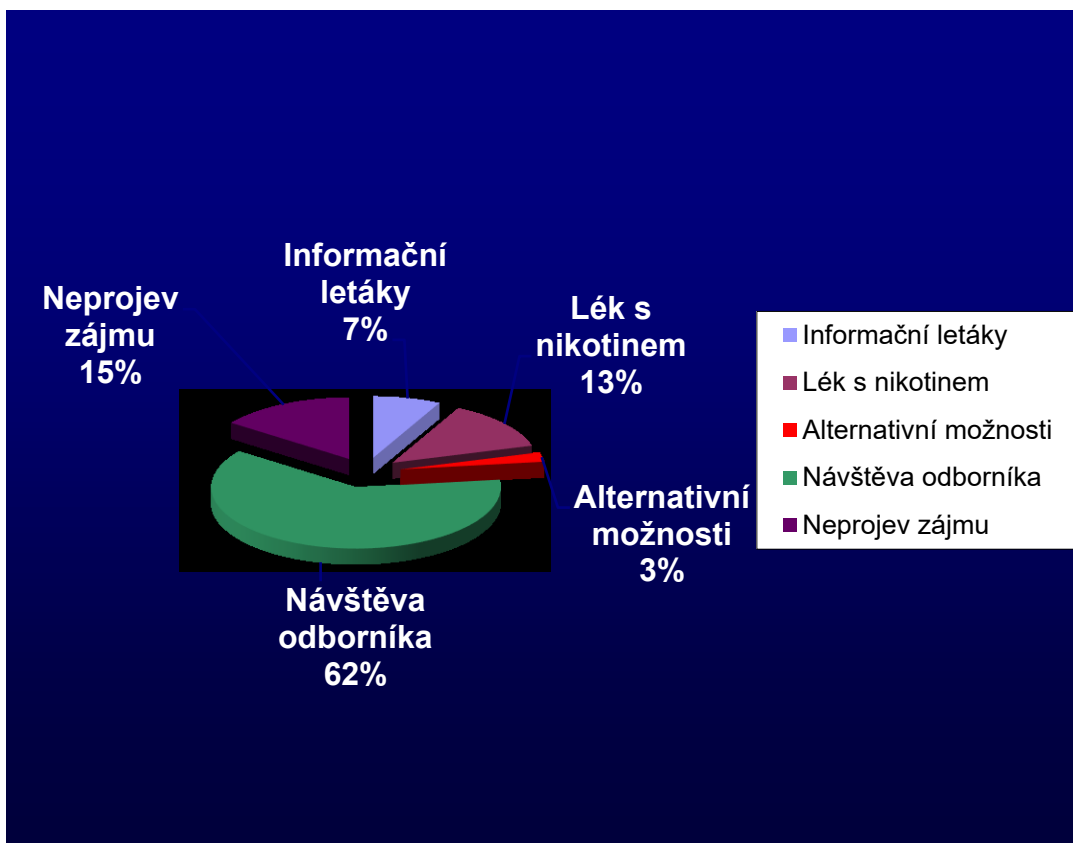
Otázku: “Kouříte?“ Zaslechlo pouze 36 respondentů (18 %) z 200 oslovených. 22 respondentů (11 %) byli lékárníkem dotázáni jen jednou a 14 respondentů (7 %) otázku zda kouří, slyšeli již při návštěvě lékárny několikrát. Bohužel 82 % tedy 164 respondentů uvedlo, že na tuto otázku se jich v lékárně nikdy žádný pracovník neptal.





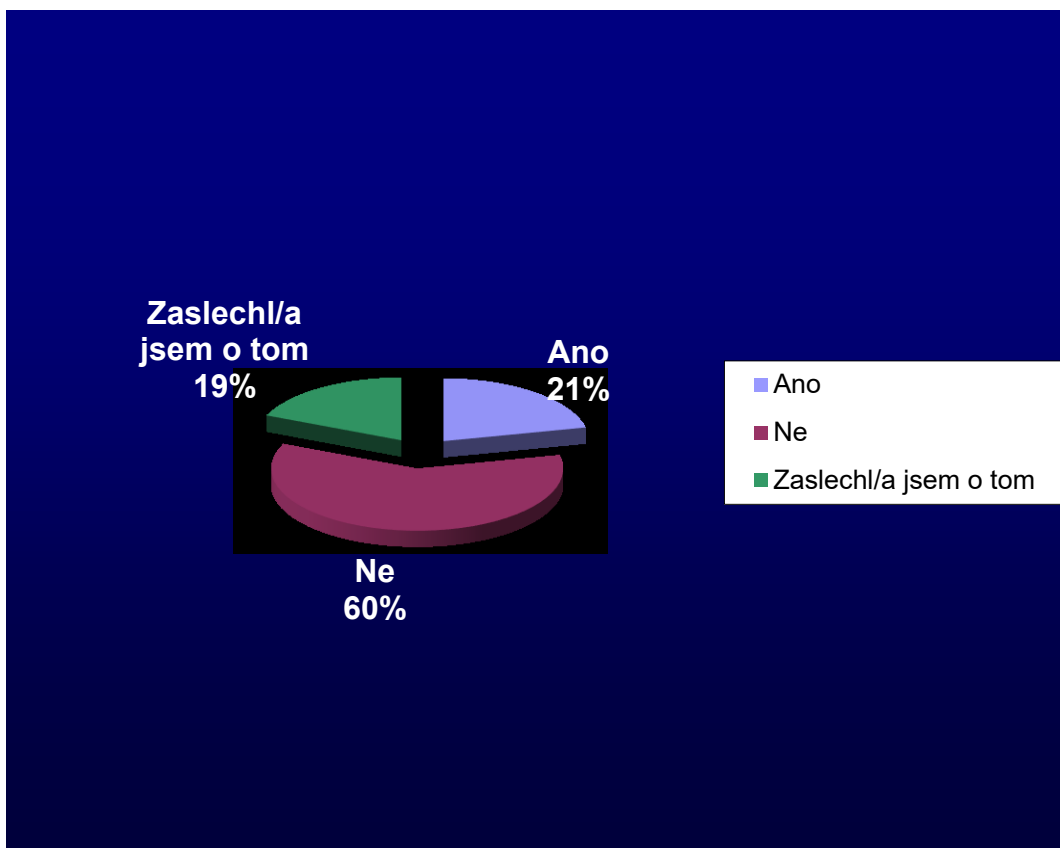
**Graf č. 14 – Sdílnost respondentů při oslovení lékárníkem na zanechání kouření (N=200).**

Výsledek této navazující otázky k otázce číslo 14 je téměř jednoznačný. Pouze 6 respondentů (3 %) uvedlo, že by o tomto tématu nechtělo hovořit. Celkem 68 % tedy 136 dotazovaných by se určitě rozhovoru nebránilo a 58 oslovených (29 %) ještě není zcela rozhodnuto.



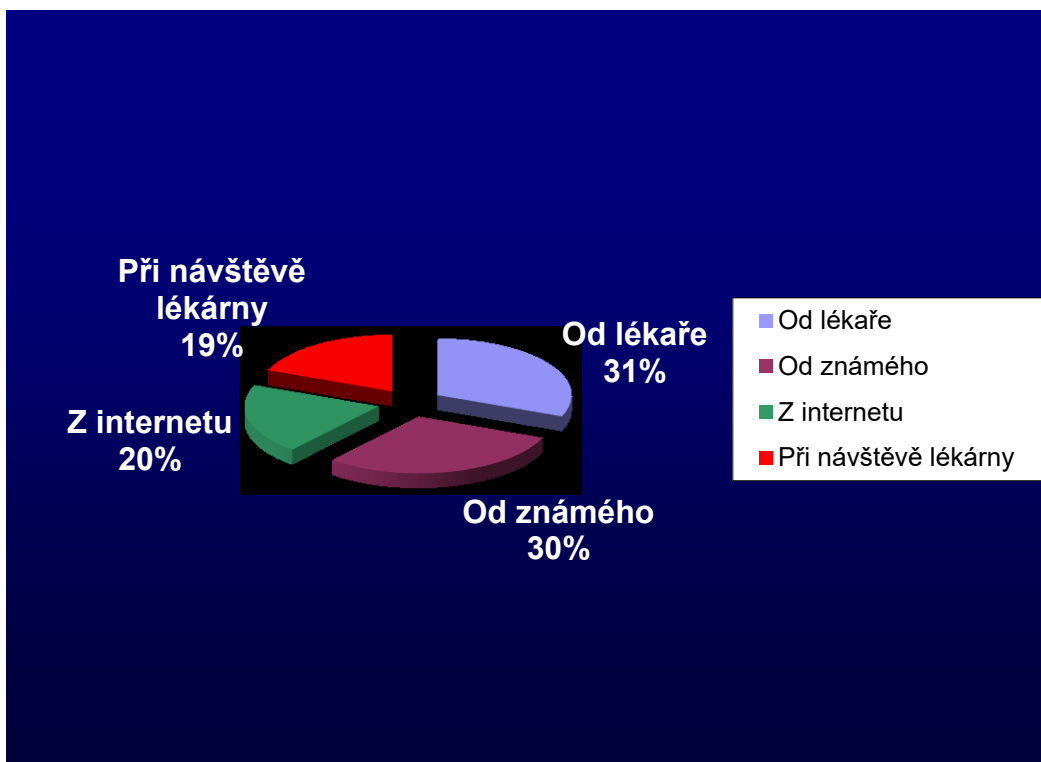
**Graf č. 15 – Doporučení lékárníka při projevení zájmu o zanechání kouření (N=200).**

Více jak polovina oslovených 124 respondentů (62 %) uvedla, že je lékárník odkázal na pomoc odborníka (lékaře). 30 respondentů (15 %) uvedlo, že neprojevalo zájem o radu týkající se odvykání kouření. Celkem 26 respondentů (13 %) bylo odkázáno přímo na lék s nikotinem a 30 respondentům (7 %) byl nabídnut informační leták a 5 respondentům (3 %) byla také zmíněna alternativní možnost odvykání kouření, tedy homeopatie, hypnóza apod.



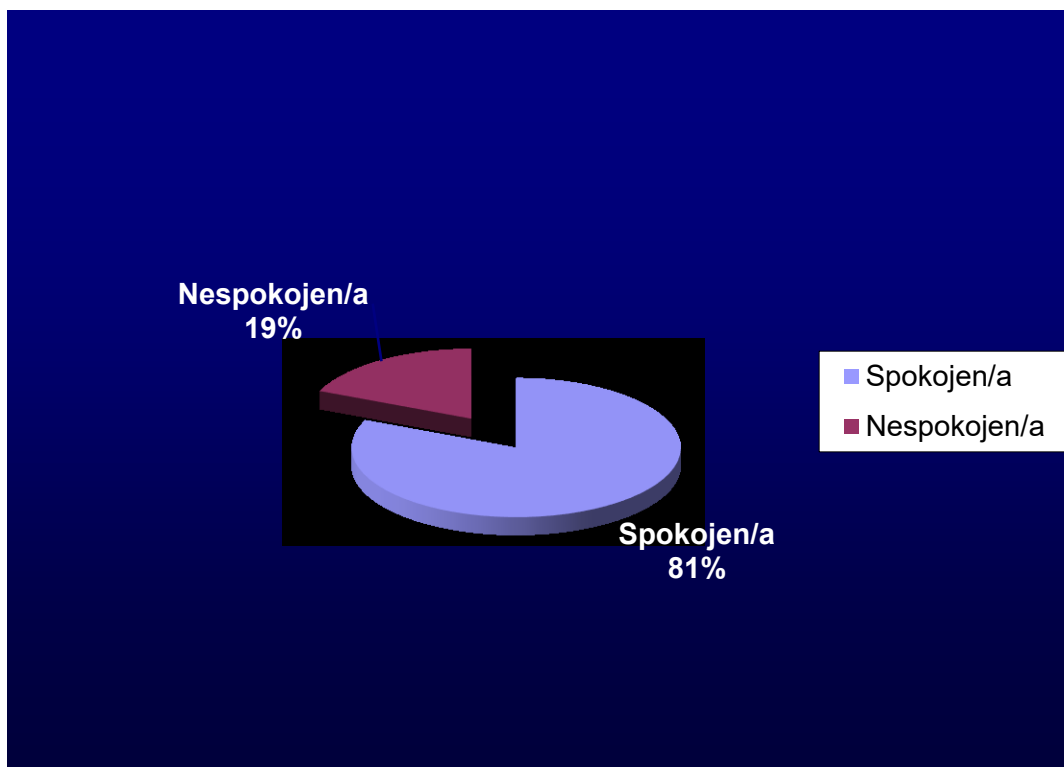
**Graf č. 16 – Informovanost respondentů ohledně nabídky poradenství o odvykání kouření v lékárnách (N=200).**

Více jak polovina 120 respondentů (60 %) uvedla, že neví o odborném poradenství týkající se odvykání kouření některých lékárnách. Celkem 42 respondentů (21 %) o tom ví a 38 dotázaných (19 %) o tom již něco zaslechlo.



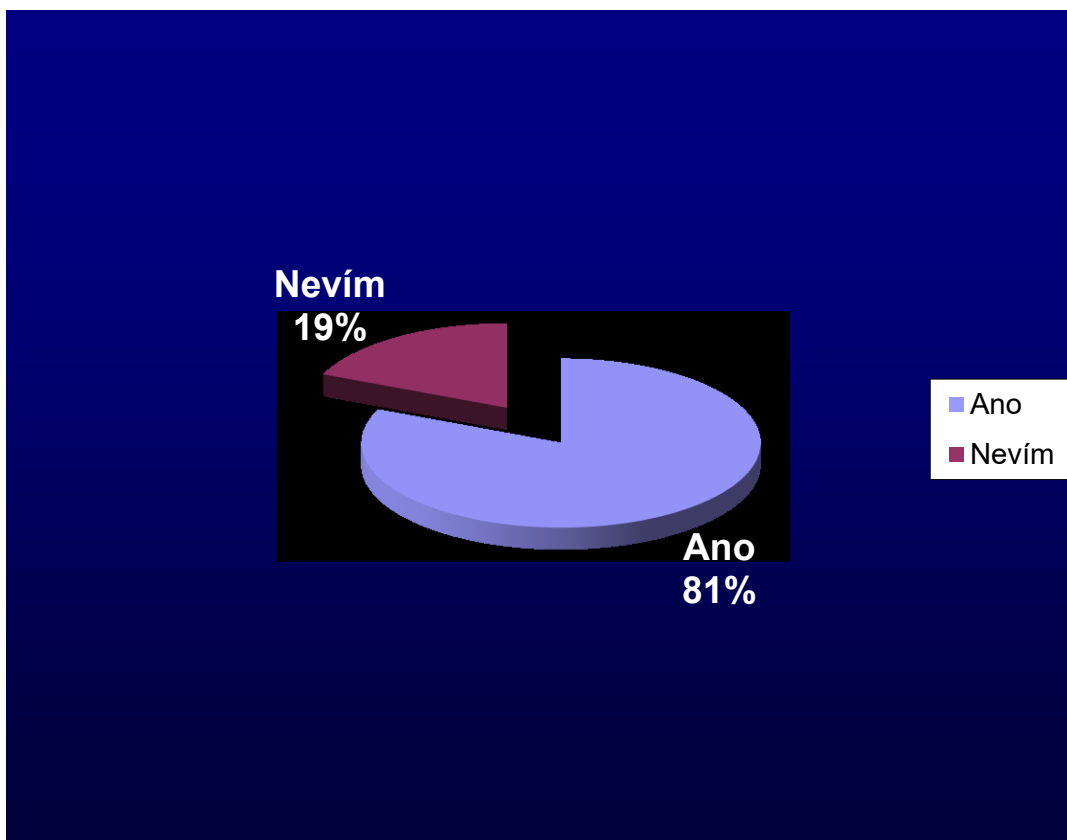
**Graf č. 17 – Prameny informovanosti o poradenství odvykání kouření v lékárnách (N=200).**

Navazující otázka na otázku číslo 16 měla následující výsledek. Celkem 62 respondentů (31 %) informaci o poradenství v lékárnách zjistilo u lékaře, 60 respondentů (30 %) dostalo informaci od svého známého, 40 oslovených (20 %) tuto skutečnost zjistilo na internetu a 38 respondentů (19 %) se o poradenství dozvědělo při návštěvě lékárny.



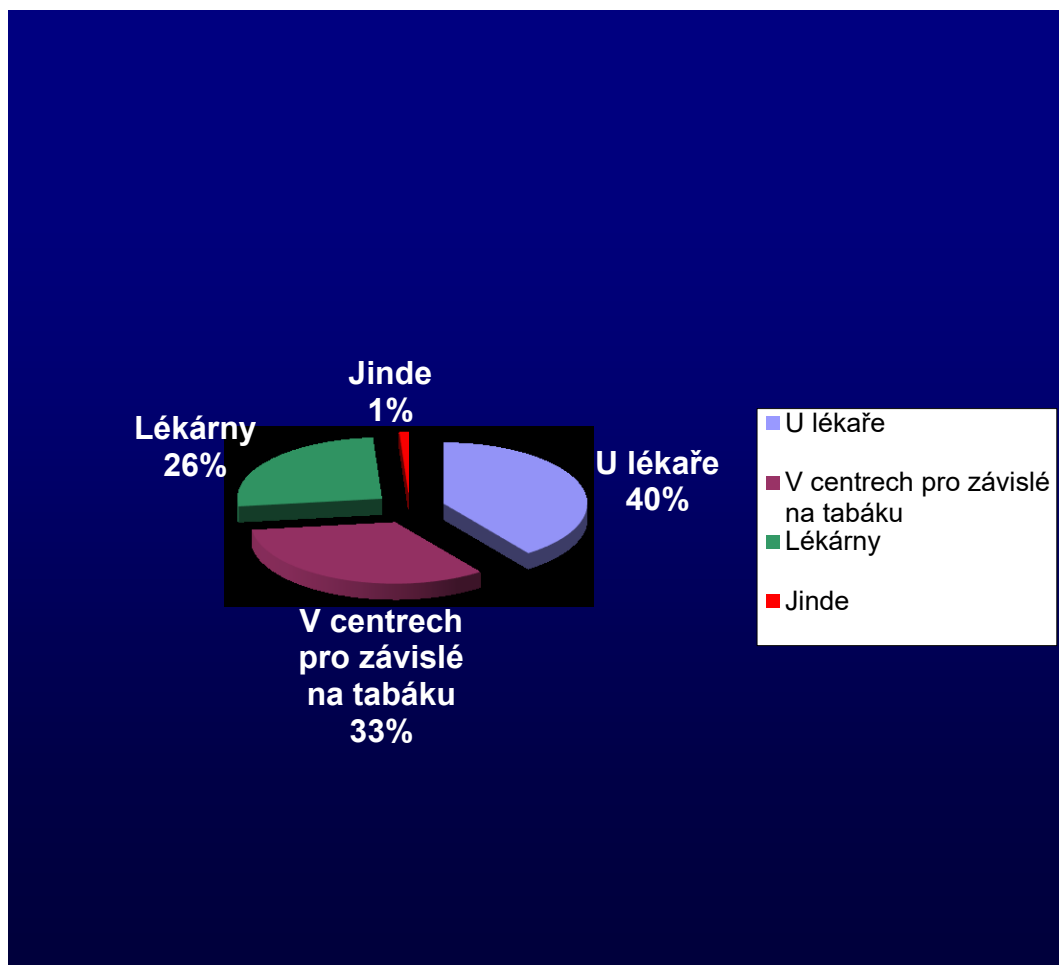
**Graf č. 18 – Spokojenost s poradenstvím odvykání kouření v lékárnách (N=200).**

Z 27 respondentů, kteří využili v lékárně poradenství týkající se odvykání kouření, bylo celkem 81 % tedy 22 spokojeno a 5 respondentů (19 %) spokojeno nebylo.



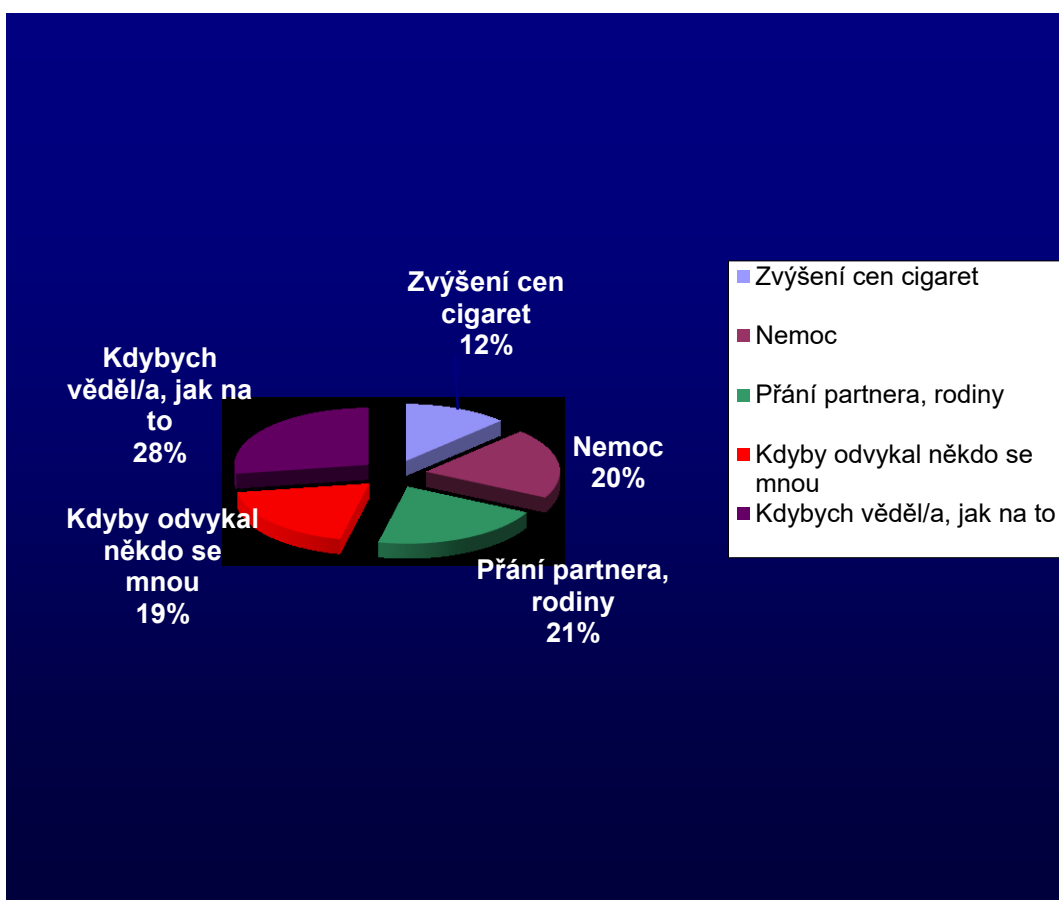
**Graf č. 19 – Názor respondentů a na poradenství odvykání kouření v lékárnách (N=200).**

Na tuto otázku byla celkem jednoznačná odpověď, 162 respondentů (81 %) zvolilo možnost, že by lékárníci měli poskytovat poradenství zaměřené na odvykání kouření, 38 respondentů (19 %) se touto otázkou příliš zabývat nechtělo, ale nikdo z oslovených nezvolil možnost, že by se nemělo poradenství v lékárně poskytovat.



**Graf č. 20 – Vhodné místo pro poskytování poradenství o odvykání kouření v lékárnách (N=200).**

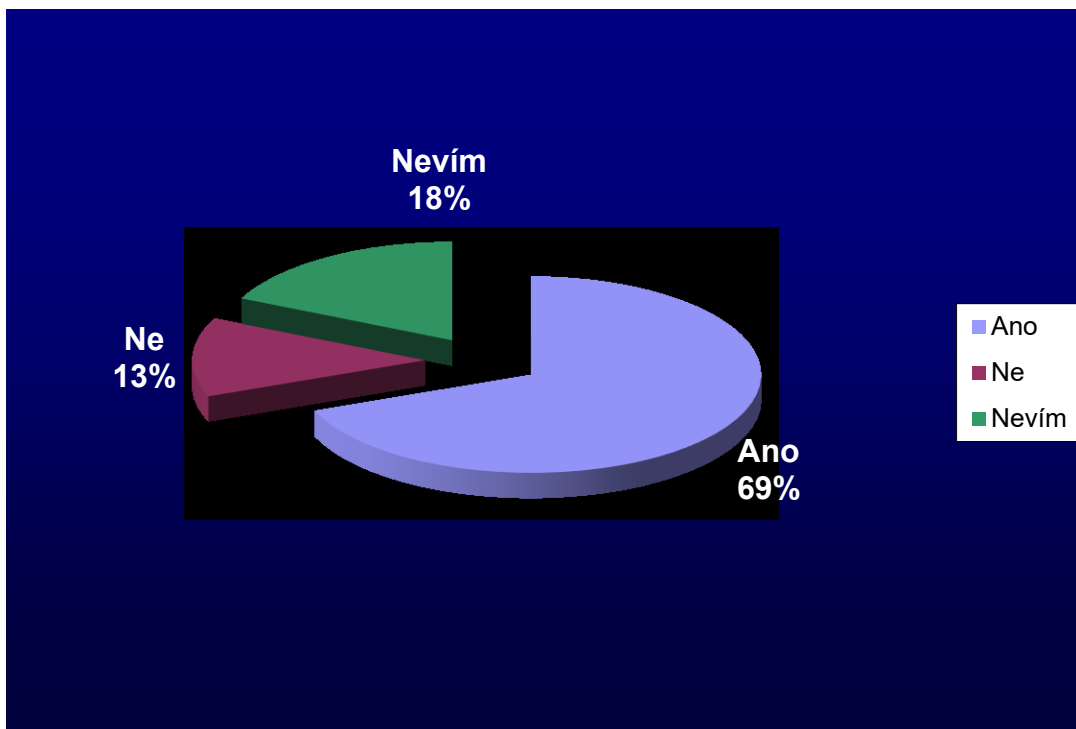
Nejlepší místo podle oslovených respondentů pro poradenství zaměřené na odvykání kouření je u lékaře, tuto možnost vybralo 80 respondentů (40 %). Pro 66 oslovených (33 %) je nejlepší místo v centrech pro závislé a 52 respondentů (26 %) uvedlo, že je pro ně nejlepší místo v lékárně. Pouze 1 % respondentů čili 20 lidí, zvolilo odpověď „jinde“. Žádný z oslovených se nedomnívá, že by toto místo nemělo být nikde.



**Graf č. 21 – Důvody proč přestat kouřit (N=200).**

Celkem 56 respondentů (28 %) uvedlo, že pro by přestalo kouřit, kdyby jen vědělo jak na to. 42 respondentů (21 %) by přestalo kouřit na přání – žádost rodiny či partnera. Pokud by se vyskytla nemoc, přestalo by kouřit 40 oslovených (20 %). Celkem 38 respondentům (19 %) by při odvykání pomohlo, kdyby odvykal někdo s ním, nejlépe někdo, kdo s respondentem tráví nejvíce času. Důvodem, proč by 24 respondentů (12 %) přestalo kouřit, je zvýšení cen cigaret. Poslední možnost tedy „nic“ neoznačil žádný z dotazovaných.





**Graf č. 22 – Možnost finančního příspěvku zdravotní pojišťovny na léčbu závislosti na tabáku (N=200).**

Celkem 138 respondentů (69 %) uvedlo, že pokud by zdravotní pojišťovna přispívala na léky podporující odvykání kouření, tak by to jistě jejich rozhodnutí přestat kouřit ovlivnilo. 18 % tedy 36 respondentů o této možnosti zatím nepřemýšlelo a nedokáže se rozhodnout. I kdyby zdravotní pojišťovna na léky podporující odvykání kouření přispívala, tak 26 oslovených (13 %) uvedlo, že by to jejich rozhodnutí neovlivnilo.

## Diskuze

Na základě provedeného dotazníkového šetření klientů pražských lékáren je možné nyní provést jejich vyhodnocení a diskutovat zjištěné výsledky a také odpovědět na stanovené výzkumné otázky. První výzkumná otázka (viz. graf č. 13) zjišťovala, **jak často jsou v lékárně kuřáci dotazováni na kouření**. Na tuto otázku se nabídla poměrně zarážející odpověď, kdy z dotazníku vyplynulo, že celkem 82 % respondentů uvedlo, že takovou otázku se jich v lékárně nikdy žádný pracovník neptal. Vzhledem k tomu, že pražské lékárny patří mezi ty, které jsou zapojeny do programu poradenství v lékárnách, se zdá být toto číslo poměrně velké. Navíc už v roce 2010 byly Českou lékárnickou komorou publikovány Doporučené postupy pro konzultační činnost v lékárnách. Je tedy otázkou, proč je tomu tak a tuto situaci změnit.

Druhá výzkumná otázka (viz. graf č. 15) měla nalézt odpovědi na to, **jaké možnosti odvykání kouření lékárníci kuřákům nabízejí**. Na tuto otázku je možné na základě provedeného dotazování odpovědět, že více jak polovina oslovených uvedla, že je lékárník odkázal na pomoc odborníka (lékaře). Méně respondentů pak bylo odkázáno přímo na lék s nikotinem, případně dostali do rukou jen informační leták. K lékařům však někteří lidé důvěru nemají, případně se bojí, co by se tam dozvěděli, nebo že by jim lékař za jejich kouření vynadal. Proto může být právě lékárník dobrou variantou, navíc se může intervence odehrávat přímo v místě, kde se aktuálně kuřák nachází, nemusí se nikam složitě objednávat nebo čekat hodiny v čekárně. Nemusí to být atraktivní pro všechny dotázané respondenty, ale lékárník je v danou chvíli klientovi blíže a pakliže je zaškoleným lékárníkem pro odvykání v kouření, může podat kvalitní a odbornou pomoc. Zohledňovat je pak podle Hoškové (2010, s. 28) třeba vždy individualitu klienta lékárny.

Třetí výzkumná otázka (viz. graf č. 20) následně zjišťovala, **kam by se respondenti obraceli pro odbornou pomoc s odvykáním kouření**. Záměrem zde právě bylo zjistit, jaké možnosti, respektive potenciál mohou lékárny mít. Podle dotázaných respondentů je nejlepší místo pro poradenství v odvykání kouření ordinace lékaře. Pro další dotázané to byla centra pro závislé a 52 respondentů uvedlo právě lékárny. Ačkoliv jich bylo z celkového počtu jen 26 %, tedy v podstatě čtvrtina, je možné se domnívat, že při zvýšení informovanosti klientů lékáren, která je aktuálně poměrně na nízké úrovni, jak ukázal výzkum, by toto číslo mohlo být eventuálně větší. Přitom u jedné z dalších otázek pak větší čtvrtina respondentů uvedla, že by pro ně motivací k zanechání kouření bylo právě to, kdyby věděli, jak na to. Role

informovanosti v zanechání kouření se tak zdá být poměrně důležitá. Je vhodné zde však uvést, že je třeba si dát při informování klientů pozor na to, aby klienti dostatečně a snadně porozuměli sděleným informacím – ve vztahu s příliš odborným výkladem (viz Hošková, 2010, s. 28). Zde lze ale kvitovat právě roli lékárníků oproti lékařům, kteří jsou zvyklí častěji hovořit v odborných termínech, kdežto lékárník je zde právě proto, a vnímají ho tak většinou i lidé, aby klientovi, který za ním přijde vysvětlil, který lék se jak užívá, na co si dát pozor, čemu se vyvarovat apod., a to vše tak, aby to právě klient správně pochopil.

Poslední výzkumná otázka (viz. graf č. 16) pak měla zjistit, **jaká je míra povědomosti kuřáků o možnosti odborného poradenství s odvykáním kouření v lékárnách.** Zde je třeba říci, že více jak polovina respondentů uvedla, že neví o odborném poradenství týkajících se odvykání kouření některých lékáren. Navíc, pokud už se klienti o této možnosti dozvěděli, jen minimum uvedlo, že to bylo právě od lékárníků (častěji lékařů). Klienti, kteří již využili poradenství v lékárně, však byli téměř všichni spokojeni, což klade úloze lékáren velký potenciál a možnosti. Pozitivní informací plynoucí z výzkumu pak je to, že vesměs všichni dotázaní uvedli, že by lékárníci měli poskytovat poradenství v odvykání kouření.

Úlohu lékárníků v odvykání kouření, stejně jako v tomto výzkumu, potvrdili už v roce 1998 Sinclair et al. (1998, s. 253-261), kdy se pravděpodobnost, že pacienti přestanou kouřit, zvýšila právě ve chvíli, kdy takto začalo být ve Skotsku realizováno poradenství v lékárnách. K podobným výsledkům došli i Hudmon, et al. (2003, s. 573-582), kteří navíc apelovali na individuálně přizpůsobené poradenské programy pro kuřáky, u kterých pak zaznamenali zvýšený zájem o pomoc lékárníků při zanechání kouření. Ačkoliv podmínky by mohly být u nás odlišné, lze očekávat, že na základě odpovědí respondentů je potenciál lékáren v tomto ohledu značný. Je však na místě aktuálně pracovat s tím, že problémovou oblastí je zřejmě sledovaná informovanost. Informovanost klientů lékáren je nevalná, tudíž je na místě na tuto oblast zaměřit případná nápravná opatření a řešení.

Není od věci se v této oblasti zaměřit i na další ze zjištěných informací, a to, že valná část závislých na tabáku se závislými stává už v mladém věku, ne výjimečně ve věku střední školy. Už Kmetřová a Králíková (2013) upozorňovaly na to, že mezi adolescenty kouří až 40 % z nich. Lékárníci by tak se svými intervencemi neměli opomínat i klienty z této věkové skupiny, případně se zaměřovat i na děti klientů starších, kteří mohou mít kuřáky mezi svými potomky.

Lékárnici by se při svých dotazech měli informovat i o příčinách, proč klienti začali kouřit. Jak vyplynulo z dotazníkového šetření, často lidé zmiňovali stres. V tuto chvíli mohou lékárnici využít další možnosti pomoci a s poradenstvím v oblasti zanechání kouření, mohou kuřákům případně nabízet i pomoc se stresem. Existuje mnoho preparátů nevázaných na lékařský předpis, či jiných možností, jak pomoci klientovi se stresem, který začal nevhodně řešit právě započetím kouření. Pomoc v této oblasti by mohla být zajisté pro některé klienty dalším podnětem (ne-li třeba i tím hlavním) k uvažování o zanechání kouření (pakliže jejich stresové zatížení stále trvá, či se objevuje pravidelně). Navíc stres patřil podle dotázaných i k faktorům, které se podílely na nezdaru v zanechání kouření. O to více by se tak součástí intervencí a pomoci v lékárnách mělo stát i sledování stresového zatížení a zřejmě i prevence stresu u klientů v procesu zanechání kouření.

Význam intervence v lékárnách je určitě nezpochybnitelný. Jak vyplynulo z dotazníkového šetření, celkem 162 respondentů odpovědělo, že se snažilo přestat kouřit jednou či vícekrát, ale neúspěšně. Menšina z nich se o to pokoušela právě sama, bez nějaké pomoci odborníků (viz. graf č. 9). U těchto klientů je více než vhodné nabídnout tentokrát pomoc odborníka, kterým může být právě vyškolený lékárník. Většina dotázaných sice zkoušela neúspěšně přestat kouřit s odbornou pomocí, přesto neúspěšně. Zde by mohlo být pro lékárníky těžší přesvědčit takové klienty k tomu, aby nyní svěřili svůj další pokus do rukou lékárníka, který se jim v jejich očích může jevit jako menší odborník. Lze zde tak souhlasit s doporučením Vranové (2013), která jako samozřejmost efektivní poradenské činnosti, o kterou se lékárník má snažit, shledává nutnost rozšiřování vědomostí lékárníků o způsobu vedení motivačního rozhovoru, metodiku odvykání kouření a rovněž způsob vedení kampaní, které by takovou činnost měly nabízet.

## Závěr

Tato práce se ve svém obsahu věnovala problematice odvykání kouření z pohledu možnosti odvykání kouření v pražských lékárnách. Ty totiž prezentují jednu z možností, jak se dostat blíže ke kuřákům a nabídnout jim pomoc v odvykání s kouřením, případně jim nabídnout, odkázat je na další možnosti a odborníky. Cílem této práce bylo zmapovat situaci ohledně informovanosti klientů pražských lékáren o možnostech léčby závislosti na tabáku, včetně toho, jaké intervence jsou jim od lékárníků poskytovány. Cíl práce byl splněn.

Práce byla pro naplnění cíle rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části byla nejprve prezentována problematika závislostního chování se zaměřením se zejména na závislost na tabáku. Součástí první kapitoly rovněž bylo krátké nahlédnutí do historie a využití tabáku. Druhá kapitola se již zaměřila na léčbu závislosti na tabáku, ať již na využití medikamentů či jiných možností. Poslední kapitola teoretické části práce se pak zabývala již sledovanou farmaceutickou péčí a konzultační činností lékáren při péči o klienta se závislostí na tabáku. V rámci ní pak byla představena i nejdůležitější otázka informovanosti klientů a možnosti lékárníků v komunikaci s klientem. Poté již následovala praktická část, v níž bylo provedeno a interpretováno dotazníkové šetření klientů pražských lékáren. V něm byli dotazováni jak na to, zdali již zkusili někdy přestat kouřit, ale zejména na jejich zkušenosti s tím, jestli se jim v lékárnách už dostalo intervencí ohledně zanechání kouření. Výsledky pak byly diskutovány.

Z práce a jejího výzkumu vyplynulo, že informovanosti klientů pražských lékáren o možnostech léčby závislosti na tabáku je poměrně nevalná, což se aktuálně může podílet na tom, že lidé intervencí v lékárnách příliš nevyužívají (viz. graf č. 16). Navíc respondenti uváděli, že je častěji lékárníci odeslali do ordinací lékařů, než aby se o intervenci v odvykání kouření pokusili sami (viz. graf č. 15). Důvodů může být několik. Mohlo jít o lékárny, ve kterých se aktuálně nenacházel žádný odborně proškolený lékárník v odvykání kouření, ale třeba jenom zrovna nemusel mít čas či chuť, případně mu chybělo správné proškolení v oblasti komunikace s pacientem. Problémem může být také to, že se lékárníci vůbec neptají na to, zdali je klient kuřákem nebo ne, což z dotazníku vyplynulo rovněž (viz. graf č. 13). Bylo však zjištěno, že potenciál lékáren v odvykání kouření by mohl být značný, pro dotázané respondenty byla tato nabízená možnost atraktivní (viz. graf č. 14). Ovšem při špatné, nízké nebo žádné informovanosti ji zkrátka není možné realizovat. Role informovanosti je tak naprosto zásadní.

## Zdroje:

Apatykář. (2015). Švýcarské lékárny testují konzultační videokonference mezi pacientem, lékárníkem a lékařem. [online]. [cit. 02-08-2016] Dostupné na WWW: <http://lekarenstvi.apatykar.info/lekarenstvi-ve-svete/clanek-1888/>.

AYERS, S., de VISSER, R. (2015). Psychologie v medicíně. Praha: Grada Publishing a.s., 568 s. ISBN 9788024797335.

BARTLOVÁ, E. (2016). *Odvykání kouření pomocí homeopatie*. [online]. [cit. 28-07-2016] Dostupné na WWW: <https://svethomeopatie.cz/cs/77-odvykani-koureni-pomoci-homeopatie>.

BUTLER, N. R., GOLDSTEIN, H., ROSSE. M. (1972) Cigarette Smoking in Pregnancy: Its Influence on Birth Weight and Perinatal Mortality. In *Br Med J*. 2:127.

Cnattingius, S. (2004) The epidemiology of smoking during pregnancy: Smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. In *Nicotine To*. 6 (2): 125-140.

DISMAN, M. (2000). *Jak se vyrábí sociologická znalost : Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000.

FICNEROVÁ, J., PETRÁŠOVÁ, P. (2013). *Doporučený postup poradenství při odvykání kouření*. Praha: Česká lékárnická komora. 17 s.

FISCHER, S., ŠKODA, J. (2014). *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada Publishing, a.s., 232 s. ISBN 9788024750460.

GILMAN, S. L. (2006). Příběh kouře: Člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost. Dybbuk. 464 s. ISBN 9788086862231.

HOŠKOVÁ, P. (2010). Informovanost klientů/pacientů a rodinných příslušníků. In *Sestra*. č. 2, s. 28.

HRONEK, M. (2015). *V Číně stojí krabička cigaret desetikorunu. Lékaři varují před epidemií kouření*. [online]. Příručka [cit. 09-07-2016] Dostupné na WWW: [http://zpravy.e15.cz/zahranicni/udalosti/v-cine-stoji-krabicka-cigaret-desetikorunu-lekari-varuji-pred-epidemii-koureni-1234937#utm\\_medium=selfpromo&utm\\_source=e15&utm\\_campaign=copylink](http://zpravy.e15.cz/zahranicni/udalosti/v-cine-stoji-krabicka-cigaret-desetikorunu-lekari-varuji-pred-epidemii-koureni-1234937#utm_medium=selfpromo&utm_source=e15&utm_campaign=copylink).

- HUDMON, K. S., HEMBERGER, K. K, CORELLI, R. L., KROON, L. A., & PROKHOROV, A. V. (2003) The pharmacist's role in smoking cessation counseling: perceptions of users of nonprescription nicotine replacement therapy. In *JAPhA*, 43(5), 573-582.
- CHROMÝ, S. (2006) *Efektivní pěstování tabáku*. [online]. Příručka [cit. 09-07-2016] Dostupné na WWW: <http://www.pestovanitabaku.szm.com/prirucka.pdf>.
- JANDÍKOVÁ, H.; DUŠKOVÁ, M. (2013). Vliv kouření na endokrinní systém. In *Lékařské listy*. č. 11, s. 9–12. ISSN 0044-1996.
- JANDOUREK, J. (2008). *Průvodce sociologií*. Praha: Grada Publishing a.s.
- KALINA, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti*. Oborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, ISBN 80–86734–05–6.
- KALINA, K. et al. (2015) *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 696 s. ISBN 9788024797915.
- KALINA, K. et al. (2008) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KMEŤOVÁ, A. & KRÁLÍKOVÁ, E. (2013). Novinky v léčbě závislosti na tabáku. *Med. Praxi*, 10(8–9), 294–296.
- KOPECKÁ, I. (2015) *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Grada Publishing a.s., 268 s. ISBN 9788024798806.
- KOREŠOVÁ, J. (2009). Péče o informovanost pacienta. In *Facultas nostra*. Plzeň. LF UK v Plzni. č. 74.
- KRÁLÍKOVÁ, E. (2001) Závislost na tabáku. In *Příloha: Lékařské listy* č. 19, s. 19.
- KRÁLÍKOVÁ, E. et al. (2005) *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. In *Časopis lékařů českých*, roč. 144, č. 5, s. 327–333. ISSN 0008-7335.
- KRÁLÍKOVÁ, E. (2007) Léčba závislosti na tabáku. In *Příloha: Lékařské listy*, č. 2, s. 10-12.
- KRÁLÍKOVÁ, E. (2008). Nové možnosti v léčbě závislosti na tabáku. In *Interní Med.*; roč. 10, č. 10, s. 444–448.

- KRÁLÍKOVÁ, E. (2010) Kouření opravdu škodí zdraví. In *Příloha: Pacientské listy*, č. 4, s. 4-6.
- KRÁLÍKOVÁ, E. (2011) Farmakoterapie závislosti na tabáku. In *Zdravotnictví a medicína*, č. 2, s. 22-24.
- KRÁLÍKOVÁ, E., et al. (2013). *Závislost na tabáku – epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira.
- Lekarnici.cz (2016). *Odborné poradenství v lékárnách*. [online]. [cit. 30-07-2016] Dostupné na WWW: <https://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Odborne-poradenstvi-v-lekarnach.aspx>.
- MACHOVÁ, J. et al. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing a.s., 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MALÝ, J., OPAVOVÁ, T. aj. VLČEK. T.,(2012). Bariéry a možnosti dalšího rozvoje konzultační činnosti v lékárnách v České republice. In *Prakt. lékáren.*; 8(1): 31–33.
- MMVR. (2008) *Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004*. 14;57(45):1226-8.
- MRAVČÍK , V., et al. (2014). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., et al. (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády České republiky. 223 s.
- MARÁDOVÁ, E. (2006). *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., ISBN 80-86991-70-9.
- NEŠPOR, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0189-2.
- Odvykani-koureni.cz. (2016). *Ani „dým“ z elektronických cigaret není bez rizik*. [online]. [cit. 28-07-2016] Dostupné na WWW: <http://www.odvykani-koureni.cz/novinky/ani-dym-z-elektronickyh-cigaret-neni-bez-rizik-1101>.
- REICHEL, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing a.s. 184 s.



RODU, B., GODSHALL, W. T. (2008). Minimalizace rizik spojených s užíváním tabáku: alternativní strategie pro odvykání kouření pro zapříisáhlé kuřáky. In *Adiktologie*. roč. 8, č. 2, s. 128–169.

SINCLAIR, H. K., BOND, C. M., & LENNOX, S. A. et al. (1998). Training pharmacists and pharmacy assistants in the stage-of-change model of smoking cessation: a randomised controlled trial in Scotland. In *Tob Control* (7), 253-261.

SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L. (2016). *Užívání tabáku v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2016. 21 s.

Stopnikotin.cz. (2016). *Přírodní produkty při odvykání kouření*. [online]. [cit. 28-07-2016] Dostupné na WWW: <http://www.stopnikotin.com/podpora/prirodni-produkty/>.

ŠTĚPÁNKOVÁ, L. (2008). Mezinárodní doporučení pro odvykání kouření v primární péči. In *mimořádná příloha Postgraduální medicíny*. roč. 10, s. 28-50.

VOŽEH, F. (2005) Kouření očima patofyziologa. In *Lékařské listy*. č. 44, s. 7-9.

VRANOVÁ, V. (2013). *Výuka odvykání kouření v lékárně*. Brno: Ústav aplikované farmacie, Farmaceutická fakulta, VFU Brno., prezentace.

Vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékařenské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivý v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky.

Vzp. Cesta k nekuřáctví - program VZP ČR. [online]. [cit. 28-07-2016] Dostupné na WWW: <https://www.klubpevnehozdravi.cz/cesta-k-nekuractvi/>.

Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnických povoláních lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

## PŘÍLOHA 1: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Renata Kadeřábková a ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který bude sloužit pro naplnění cílů mé diplomové práce zabývající se odvykáním kouření. Dotazník je zcela anonymní, proto jej prosím vyplňte pravdivě. Zvolte prosím vždy jen jednu odpověď.

### **1) Pohlaví**

- a) muž
- b) žena

### **2) Do jaké věkové kategorie se řadíte?**

- a) 18-25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-55 let
- e) 56 a více let

### **3) Jaký byl Váš věk začátku pravidelného kouření ?**

- a) před dovršením 15 let
- b) 16 - 18 let
- c) 19 – 25 let
- d) 26 – 35 let
- e) 35 let a více

### **4) Kolik cigaret denně v průměru kouříte?**

- a) 0-5 cigaret
- b) 5-11 cigaret
- c) 11-20 cigaret
- d) 20 a více cigaret

**5. Uved'te důvody, proč jste začal kouřit**

- a) zvědavost
- b) kamarádi (kolektiv)
- c) stres
- d) nevím

**6. Uved'te důvody, proč kouříte nyní**

- a) zvyk
- b) nemožnost přestat
- c) stres doma
- d) stres v zaměstnání

**7) Trpíte aktuálně nějakým onemocněním?**

- a) CHOPN ( chronická obstrukční plicní nemoc )
- b) cukrovka
- c) astma
- d) chronická bronchitida
- e) žádným z uvedených

**8) PRO ŽENY: Víte o tom, že kouření zvyšuje pravděpodobnost případných komplikací hormonální antikoncepce?**

- a) ano
- b) ne

**9) Zkoušel/a jste někdy přestat kouřit (pokus delší než 24 hodin) ?**

- a) ne
- b) ano, jednou, ale neúspěšné
- c) ano, několikrát

**10) Pokud jste odpověděli na předchozí otázku ano, zkoušel/a jste přestat kouřit s odbornou pomocí?**

- a) ne
- b) ano

**11) Pokud jste zkoušel/a přestat s odbornou pomocí, bylo to s**

- a) odborníkem, jakým: lékař/lékárník/sestra/jiný:
- b) léku Champix
- c) léku Wellbutrin
- d) náhradní terapie nikotinem ( Nicorette, Niquitin):  
žvýkačka/náplast/pastilka/spray/rozpustný film 81
- e) alternativních metod (homeopatika, hypnóza, akupunktura apod.)

**12) Jaký byl Váš důvod nezdaru při odvykání kouření?**

- a) stresová situace
- b) nedostatek vůle
- c) abstinenční příznaky
- d) návštěva kuřáckého prostředí

**13) Stalo se Vám již, že Vás při návštěvě lékárny její zaměstnanec oslovil s otázkou, zda kouříte?**

- a) ne
- b) ano, jednou
- c) ano, několikrát

**14) Pokud by se Vás zaměstnanec lékárny zeptal, zda kouříte, či plánujete přestat s kouřením, byl/a byste přístupný/á rozhovoru na toto téma?**

- a) určitě ano
- b) určitě ne
- c) nevím

**15) Co Vám lékárník či pracovník lékárny doporučil, když jste projevil/a zájem o odvykání kouření?**

- a) informační letáky
- b) lék s nikotinem
- c) alternativní možnosti v odvykání kouření
- d) návštěvu lékaře či jiného odborníka
- e) neprojevil/ a jsem zájem

**16) Víte o tom, že se ve vybraných lékárnách poskytuje odborné poradenství ohledně odvykání kouření?**

- a) ano
- b) ne
- c) zaslechl/a jsem o tom

**17) Pokud ano, odkud jste se tuto informaci dozvěděl/ a ?**

- a) od lékaře
- b) od známého
- c) z internetu
- d) sdělil mi to lékárník při návštěvě lékárny

**18) Jaká byla Vaše spokojenost s poradenstvím při odvykání kouření v lékárně?**

- a) ano a byl/a jsem spokojen/a
- b) nebyl/a jsem spokojen/a

**19) Myslíte si, že by lékárníci měli poskytovat poradenství v odvykání kouření?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**20) Které místo je podle Vás nejlepší pro poradenství v odvykání kouření?**

- a) u lékaře
- b) v centrech pro závislé na tabáku v nemocnici
- c) lékárny
- d) jinde
- e) žádné

**21) Co by Vás zřejmě nejvíce přimělo k zanechání kouření?**

- a) zvýšení cen cigaret
- b) nemoc
- c) přání partnera, rodiny
- d) kdyby odvykal někdo se mnou
- e) kdybych věděl/a, jak na to
- f) nic

**22) Ovlivnilo by Vaše rozhodnutí přestat kouřit, kdyby Vám zdravotní pojišťovna přispívala finanční částkou na léky závislosti na tabáku?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím