

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., PRAHA 5**

**EDUKACE PACIENTA ZÁVISLÉHO NA NIKOTINU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LENKA CSEMEZOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová

Praha 2016



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Csemezová Lenka  
3. B VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

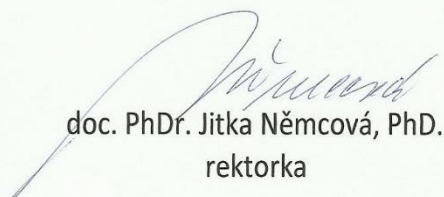
Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 4. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukace pacienta závislého na nikotinu

*Education of Patients Addicted to Tobacco*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolina Moravcová

V Praze dne: 1. 9. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 15. 8. 2016

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Karolině Moravcové za užitečné informace a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za jejich podporu po celou dobu mého studia.

## ABSTRAKT

CSEMEZOVÁ, Lenka. *Edukace pacienta závislého na nikotinu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová. Praha 2016. 56 s.

Tématem této bakalářské práce je edukace pacienta závislého na nikotinu. Práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části práce jsme se zaměřili na charakteristiku kouření, historii, škodlivý vliv na zdraví a dostupnou léčbu. Druhá, praktická část je zaměřena na edukaci pacienta závislého na nikotinu. Cílem práce je shrnout poznatky o problematice kouření a efektivním způsobem edukovat pacienta, aby znal důsledky kouření vzhledem ke své nemoci, byl informovaný o možné léčbě závislosti a znal náhradní řešení jak se vyhnout pokušení a nekouřit.

Klíčová slova

Edukace. Kouření. Nikotin. Pacient. Tabák. Závislost.

## ABSTRACT

CSEMEZOVA, Lenka. *Nicotin eaddicted subject education*. Medical College of Nursing. Qualification Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: PhDr. Karolina Moravcova. Prague 2016. 56 pages.

The main topic of this paper is dedicated to education of subject addicted to nicotine. The actual theme is organized in to two sections. The theoretical section of this paper describes the smoking characteristics, its history, harmful health effect and available treatment options. The second, practical section is designed to educate potential subject addicted to nicotine. The actual aim of this work is to summarize available data related to smoking and to effectively educate the subject in order to provide all relevant consequences of smoking regarding to his/her particular disease and to provide information about available addiction treatment and possible alternative solutions useful to avoid smoking temptation.

Key words:

Addiction. Education. Nicotine. Patient. Smoking. Tobacco.

# OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD .....	12
1 ZÁVISLOST NA TABÁKU .....	14
1.1 HISTORIE UŽÍVÁNÍ TABÁKU .....	14
1.2 TABÁK A JEHO FORMY .....	16
1.3 PASIVNÍ KOUŘENÍ.....	17
1.4 TABÁKOVÝ KOUŘ A NIKOTIN .....	18
2 VLIV KOUŘENÍ NA ZDRAVÍ .....	20
2.1 KOUŘENÍ A CHRONICKÁ OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOC.....	20
2.2 KOUŘENÍ A KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	21
2.3 KOUŘENÍ A HYPERTENZE .....	23
2.4 KOUŘENÍ A REPRODUKCE .....	24
2.5 DIAGNOSTIKA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU .....	24
3 PREVENCE ZÁVISLOSTI NA TABÁKU .....	25
3.1 PROGRAMY PROTI TABÁKU.....	27
4 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU .....	28
4.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA .....	28
4.2 CENTRA PRO ZÁVISLÉ NA TABÁKU.....	29
5 ZÁSADY EDUKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI .....	30

6 EDUKACE PACIENTA ZÁVISLÉHO NA NIKOTINU.....	32
6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	51
ZÁVĚR.....	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	54
PŘÍLOHY	



## SEZNAM ZKRATEK

<b>ABI</b> .....	ankle brachial index (index kotníkových tlaků)
<b>ATA</b> .....	arteria tibialis anterior
<b>ATP</b> .....	arteria tibialis posterior
<b>BMI</b> .....	body mass index
<b>CNS</b> .....	centrální nervová soustava
<b>CO</b> .....	oxid uhelnatý
<b>EKG</b> .....	elektrokardiograf
<b>ETS</b> .....	environmental tobacco smoke (tabákový kouř v prostředí)
<b>FTND</b> .....	Fagerström Test of Nicotine Dependence (Fagerströmův test nikotinové závislosti)
<b>GIT</b> .....	gastrointestinální trakt
<b>HDL</b> .....	lipoprotein s vysokou hustotou
<b>CHOPN</b> .....	chronická obstrukční plicní nemoc
<b>KVD</b> .....	kouření vodní dýmky
<b>KVO</b> .....	kardiovaskulární onemocnění
<b>LDL</b> .....	lipoprotein s nízkou hustotou
<b>NTN</b> .....	náhradní nikotínová léčba
<b>PDK</b> .....	pravá dolní končetina
<b>Tbl</b> .....	tableta
<b>TK</b> .....	krevní tlak
<b>WHO</b> .....	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Zdroj: (VOKURKA, HUGO a kolektiv, 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Arteriální hypertenze** – onemocnění charakterizované zvýšeným tepenným tlakem ve velkém krevním oběhu

**Ateroskleróza** – onemocnění tepen, v stěnách tepen se ukládají tukové látky ve formě ateromu

**Klaudikace** – kulhání, ke kterému dochází v důsledku bolesti vznikající při chůzi

**Morbus Bürger** – v tepnách vznikající zánětlivý proces s granulomy

**Orofarynx** – část hltanu za dutinou ústní

**Peristaltika** – vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů, který probíhá v podélném směru a slouží k posouvání jejich obsahu

Zdroj: (VOKURKA, HUGO a kolektiv, 2015)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Fagerströmův test nikotinové závislosti .....	25
Tabulka 2 Základní údaje .....	34
Tabulka 3 Vstupní test .....	38
Tabulka 4 Výstupní test .....	50

# ÚVOD

Při výběru tématu bakalářské práce jsme uvažovali o věcech, které jsou lidem blízké a přece o nich tolik nevědí. Tématem této bakalářské práce byla edukace pacienta závislého na nikotinu. V současnosti je kouření jednou z nejdiskutovanějších témat. Dá se říct, že se s tímhle fenoménem setkává každý člověk bez výjimky den co den. Každý z nás je svým způsobem kuřák, rozdíl je pouze v tom, že někdo kouří aktivně a někdo pasivně, lépe řečeno nechtěně. Nejvýznamnější preventabilní příčinou nemoci a předčasné úmrtnosti je právě užívání tabáku. Závislost na tabáku je samostatnou nemocí, která se v České republice týká více než 2 000 000 pacientů. Ročně způsobuje přibližně 16 000 předčasných úmrtí na řadu kardiovaskulárních, respiračních, nádorových onemocnění (PETO, 2006). Proto je edukace pacientů zcela zásadní a úloha sestry prioritní a nezastupitelná. Edukací můžeme ovlivnit chování jedince, a tím mu navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, návycích, postojích a dovednostech (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Ve zdravotnictví je cílem edukace předcházet nemocem, udržet a navrátit zdraví a přispět ke zlepšení života jedince.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, a to části teoretické, která je zaměřena na důsledky chronického nikotinismu, vymezení pojmu závislosti na tabáku a také přibližuje dostupnou léčbu. V praktické části bakalářské práce byla naší snahou edukace pacienta závislého na nikotinu.

Cílem práce bylo podat dostatek nových informací pacientovi. Vytvořili jsme vhodnou formu edukace, která měla pacienta seznámit s dopadem kouření na jeho onemocnění a přiblížit různé kuřácké situace, které je potřeba při odvykání nahradit. Edukační proces jsme vedli formou diskuze a s pomocí brožur, letáků, knih a CD. Před začátkem a na konci edukace pacient vyplnil vstupní a výstupní test, na základě kterého jsme zjistili deficit vědomostí o dané problematice.

**Pro tvorbu teoretické a praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Shrnout dosavadní publikované poznatky týkající se tématu závislosti na nikotinu.

**Cíl 2:** Představit průběh edukačního procesu u pacienta závislého na nikotinu.

**Vstupní literatura:**

KRÁLÍKOVÁ, Eva a kolektiv, 2013. *Závislost na tabáku - epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira. ISBN 978-80-904217-4-5.

KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2015. *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3711-2.

KOZÁK, Jiří, KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2003. *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-68-6.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kolektiv, 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

**Popis rešeršní strategie:**

Vyhledávání odborných publikací, které byly použity při tvorbě bakalářské práce s názvem Edukace pacienta závislého na nikotinu byla v rámci jazykového vymezení použita čeština a angličtina. Zvolili jsme následující klíčová slova: Edukace - Education, Kouření – Smoking, Nikotin – Nicotine, Tabák – Tobacco, Pacient – Patient, Závislost - Addiction. Časové vymezení bylo z důvodu nedostatečných materiálů zvoleno od roku 2005 do roku 2015. Vyhledané byly publikace, články a elektronické zdroje za použití Harvardského citačního stylu. Rešerše byla zhotovena v Národní lékařské knihovně Praha. Z dostupné rešerše jsme použili 15 knih a 2 elektronické zdroje.

# 1 ZÁVISLOST NA TABÁKU

Světová zdravotnická organizace (WHO) publikovala v roce 1992 svoji 10. verzi Mezinárodní klasifikace nemocí, a pod dg. F 17 jsou uvedeny poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku. Pro běžnou klinickou praxi stačí uvádět dvě základní diagnózy: F17. 2 – syndrom závislosti na tabáku a Z 58.7 – pasivní kouření (KRÁLÍKOVÁ, 2015). Právě diagnóza pasivního kouření může sehrát důležitou edukační roli, kdy si pacient uvědomí, že také malá dávka kouře je problém.

V současné době je v naší populaci přes dva miliony kuřáků, kteří jsou přinejmenším závislí psychosociálně a přibližně 80 % z nich je závislých i fyzicky – na nikotinu. Kouřit ve společnosti určitých lidí, to značí o sociální závislosti a začít kouřit v určitých situacích o závislosti psychické. Cigaretta se pro kuřáka stává pomocníkem a je součástí jeho životního stylu a chování. Po určité době, přibližně do dvou let se u kuřáka začne projevovat fyzická závislost, na jedné látce, a tím je nikotin. Nikotin se váže na buňky v mozku a vyvolává neurochemické reakce, které kuřákovi poskytují očekávanou odměnu, ale v době nekouření naopak abstinenční příznaky (KRÁLÍKOVÁ, 2013).

Prevalence kouření v České republice v posledních desetiletích neklesá, v současnosti kouří kolem 30 % obyvatel ve věku nad 15 let. V roce 2011 se v republice uskutečnilo výzkumné šetření, které zjistilo, že až 24,2 % občanů lze označit za pravidelné kuřáky, dalších 4,9 % tvoří kuřáci příležitostní.

## 1.1 HISTORIE UŽÍVÁNÍ TABÁKU

Tabáková epidemie začala ve světě s příchodem 20. století. V období starověku se římský úředník a polyhistor Plinius starší zmiňoval o vdechování kouře z kravského lejna použitého k léčbě demence. Dnes už víme, že se tahle metoda neujala. Do té doby se ojedinele kouřily většinou doutníky a dýmky. Předpokládá se, že jako první kouřili tabák američtí Indiáni kmene Huronů v rámci svých náboženských rituálů. Tabákové listy byly používány v tomhle období spíš k léčebným účelům, např. jako obklady.

Pro americké indiány byla více oblíbená dýmka, ze které si nikotin vstřebává v dutině ústní, na rozdíl od cigarety, která se musí šlukovat, aby se do těla dostal nikotin vyvolávající závislost (KRÁLÍKOVÁ, 2000).

Do Evropy se pak tabáková rostlina dostala s Kolumbovými námořníky. Prvním evropským kuřákem v dějinách se roku 1493 stal Rodrigo de Jerez, který byl kvůli zapálené cigaretě na veřejnosti odsouzen na tři roky vězení. Juan Ponce de Leon přivezl v roce 1512 tabák do Portugalska, kde se v roce 1558 začal pěstovat. Do střední Evropy se tabák jako první dostal do Švýcarska. V 16. a 17. století se udělovaly za kouření různé tresty, např. v Rusku useknutí nosu nebo rozseknutí horního rtu. Tresty byly zrušeny až Petrem Velikým, který byl náruživým kuřákem. V roce 1575 začal rozšíření tabáku v českých zemích podporovat panovník Rudolf II., v časech tureckých nájezdů. U nás byl jedním z prvních kuřáků Mikuláš Dačický z Heslova (KOZÁK, 1993). Na konci

16. století se stává kouření tabáku klíčovým historickým mezníkem sbližování lékařského a rekreačního užívání drog v anglické kultuře (GILMAN, 2006). Kouření však mělo také své odpůrce v podobě anglického krále Jakuba I., který vydal tzv. Protest proti tabáku (KOZÁK, 1993). Vzhledem k intenzivním útokům proti tabáku, které byly podpořené zvýšením daně o 4000 %, byl nárůst popularity tabáku ohromující.

V roce 1761 se anglický lékař John Hill zasloužil o objev rakoviny a šňupání tabáku označil za jednu z příčin rakoviny nosu.

Nejčastější formou užívání tabáku byly a jsou cigarety, které mají největší potenciál vyvolat a udržet závislost vzhledem k rychlému vstřebávání nikotinu. Cigarety vynalezli pravděpodobně žebráci v Seville, kteří sbírali nedopalky doutníků a balili je do papírků. V polovině 19. století se v Londýně začalo s prodejem prvních cigaret. Důležitý byl vynález zápalek, safetymatches byly patentované roku 1844, a koncem 19. století nastal zlom, když si Američan Bonsack nechal patentovat stroj na výrobu cigaret, a ty se začaly masivně šířit. Nikotin dostal své jméno po francouzském vyslanci ve Španělsku Jeanu Nicotovi, který si z tabákových listů dělal obklady na migrénu. V Evropě tabákovou rostlinu zpřístupnila francouzská královna.

Tahle chvíle znamenala začátek tabákové epidemie, která má klasické vlastnosti: původcem je cigareta, zdrojem tabákový průmysl, vektorem marketing a vnímavým organismem většinou dítě nebo adolescent.

V roce 1913 R. J. Reynolds představil první moderní cigaretu – Camel. Rakovina plic u mužů byla prvním z několika onemocnění, u něhož byla prokázána souvislost s kouřením. Jako prvnímu se s jistotou podařilo prokázat, že kouření je podstatnou příčinou rakoviny plic mladému epidemiologovi Richardu Dollovi v roce 1950. Po tomto roce se začaly vyrábět cigarety s filtrem, počátkem padesátých let 20. století dokonce s filtrem obsahujícím azbest. Jelikož se ukázalo, že filtr nesnižuje dopad kouření na zdraví, byly v osmdesátých letech 20. století představené cigarety light, s nízkým obsahem dehtů a nikotinu. Trvalo několik let, než se představa o jejich menší škodlivosti ukázala mylnou, proto byly tyto výrazy v řadě zemí zakázány (KRÁLÍKOVÁ, 2013).

## 1.2 TABÁK A JEHO FORMY

*Bezdýmý tabák (smokeless)* – se rozděluje na tabák žvýkací nebo tabák porcovaný. V České republice není tato forma užívání rozšířená. Rozšířený je nejvíce ve Švédsku, kde je nízká prevalence kouření i mortality v důsledku užívání tabáku. Tato forma tabáku má méně negativních vlivů než kouření, přesto má potenciál vyvolat a udržet závislost na nikotinu (možné duální užívání).

*Doutníky a vodní dýmky* – doutníky obsahují 1,3 – 2,5 g tabáku. Kouření doutníků se taky významně podílí na morbiditě a mortalitě, jelikož kouř doutníků obsahuje vyšší koncentrace toxických a kancerogenních látek. Díky vyššímu pH se nikotin z doutníků vstřebává převážně bukalní sliznicí. Vodní dýmka probublává kouř vodou, a tak se ochlazuje. Kouření vodní dýmky (KVD) je známo více než 400 let. Celosvětově kouří vodní dýmku více než milion lidí. V České republice je KVD relativně nový fenomén, který si získal v posledních letech značnou oblibu mezi mládeží (KRÁLÍKOVÁ, 2013). Kouř vodní dýmky způsobuje stejné nemoci jako kouř cigaretový, navíc přes náustek se mohou často šířit infekce.



*Elektronické cigarety* – patří mezi systémy, které dodávají nikotin elektronicky. Výtažek z tabáku se pouze zahřívá. Výpary mohou nebo nemusí obsahovat nikotin. V České republice jsou zařazeny mezi tabákové výrobky, i když se tato forma cigaret často využívá k odvykání kouření. E – cigareta je plastická tyčinka, která je podobná cigaretě, kterou můžeme rozšroubovat. Obsahuje dobíjecí baterii s mikroprocesorem, který řídí chod cigarety. Ten je sepnut proudem vzduchu, který vzniká při potažení. E – patrony jsou vyměnitelné náplně do těchto cigaret s různou koncentrací nikotinu a různými příchutěmi.

*Cigarety* – jsou nejčastější formou užívání tabáku. V dnešních cigaretách jsou desítky druhů tabáku různě fermentovaného a upraveného. Z cigaret se nikotin vstřebává nejrychleji, proto jsou nejnávykovější formou tabáku (KRÁLÍKOVÁ, 2015).

### **1.3 PASIVNÍ KOUŘENÍ**

Pod pojmem pasivní kouření rozumíme vdechování tabákového kouře tím, kdo sám nekouří. Vliv pasivního kouření na zdraví je ale stejný jako kouření aktivní, samozřejmě v závislosti na dávce. To platí pro nádorová a respirační onemocnění. Výjimkou je ale vliv na cévy, k jejich poškození stačí expozice pasivnímu kouření. Vedlejší proud kouře je koncentrovanější než kouř hlavní, který kuřák vdechne a pak vydechne, z důvodu nižší teploty spalování.

Neexistuje bezpečná dávka kouře – jakékoliv množství může být nebezpečné. Pasivní kouření může způsobit celou řadu onemocnění, např. záněty horních a dolních dýchacích cest, rakovinu plic, infarkt myokardu. Tabákový kouř v prostředí (ETS) obsahuje stovky toxických látek, expozici lze prokázat nejenom v krvi a slinách, ale také v moči nekuřáků. Děti vystaveny pasivnímu kouření mohou zemřít na syndrom náhlého úmrtí dítěte, vyskytují se u nich častěji záněty dýchacích cest, ušní infekce, astma (KRÁLÍKOVÁ, 2013).

Pasivní kouření má vliv také na organismus domácích zvířat. U psů, kteří žijí s kuřákem je vyšší incidence vážných chorob.

Ve světě v důsledku pasivního kouření zemře ročně kolem 600.000 lidí, v České republice kolem 1500 – 3000 lidí.

## 1.4 TABÁKOVÝ KOUŘ A NIKOTIN

Plynné a pevné látky tabákového kouře se celou řadou mechanismů podílejí na poškozování organismu. Plynná fáze obsahuje látky v plynném skupenství včetně sublimujícího nikotinu, který činí 1 – 2 % hlavního proudu kouře a pevná fáze obsahuje tekuté neodpařené a tuhé látky (SLEZÁK, RYŠKA, 2006). Hořením tabáku vzniká kouř, který obsahuje více jak 4000 různých látek, z kterých je alespoň sto kancerogenních. Ze všech způsobů abúzu tabákových produktů je kouření cigaret nejškodlivějším, a naopak nejméně rizikovým způsobem je žvýkání a šňupání, při kterém vzniká výrazně nižší počet chemických látek. Sušené listy tabáku obsahují několik látek ze skupiny alkaloidů. Nejznámější složkou je alkaloid nikotin způsobující závislost, který má v jedné cigaretě zastoupení asi 2,9 mg. Sérová hladina nikotinu dosahuje maxima v době vykouření cigarety. Absorpce nikotinu je ale závislá na pH a vstřebává se pouze v mírně alkalickém prostředí.

**Alkaloidy** jsou dusíkaté sloučeniny slabě zásadité povahy, které mají různou chemickou strukturu, a jejich biologický význam není jasný.

Mezi harmalové alkaloidy se zařazuje norharman a harman, které jsou biologicky velmi aktivními a významnými látkami. V kouři jedné cigarety se nachází 207 – 2780 mg těchto látek.

**Nikotin** má stimulační účinky pro CNS a aktivuje sympatoadrenální systém (SLEZÁK, RYŠKA, 2006).

Nikotin stimuluje žaludeční sekreci a střevní peristaltiku a má antidiuretický účinek. Také stimuluje dřeň nadledvin s vrcholem uvolňování katecholaminů do 10 minut (ČEŠKA a kolektiv, 2012). V kouři z jedné cigarety je obsaženo asi 2,9 mg nikotinu, který se dobře vstřebává sliznicemi a také kůží. Nejznámějším metabolitem nikotinu je kotinin, který je rychle metabolizován v játrech. Nikotin je vysoce

návykovou látkou, která vyvolává závislost. Při kouření cigaret dochází v plicních sklípcích k vstřebávání nikotinu, a tím se účinky dostavují ihned po užití cigarety. Proto může dojít k otravě nebo intoxikaci u lidí, kteří nejsou na nikotinu závislí. Projevy otravy jsou bolest hlavy, nauzea, studený pot, závratě. V slabší formě se můžou příznaky také projevit u lidí, kteří kouří pravidelně (KRÁLÍKOVÁ, 2013). Vyvíjí se na něj silná tolerance, která vyžaduje zvýšení dávky pro dosažení ještě vyššího účinku. K vývoji tolerance dochází pomalu, u abstinujících kuřáků tolerance přetrvává dlouhodobě. Otravy nikotinem jsou známé jak v akutní tak chronické formě. Kromě tabákových výrobků je nikotin také součástí insekticidních přípravků a výživovým substrátem některých bakterií. Nedá se vyloučit, že jeho bezpečnější metabolit kotinin se v budoucnu využije v léčbě kognitivních poruch.

**Kotinin** se v biologickém materiálu vyskytuje ve vyšších koncentracích než nikotin, vykazuje menší kolísání hladin během dne a lze jej prokázat významně delší dobu po expozici (KRÁLÍKOVÁ a kol., 2013). Nikotin a jeho metabolity se vylučují hlavně močí, a proto se doporučuje ověření tabákové abstinence až 7 dní od ukončení kouření.

Pro odlišení kuřáků a nekuřáků, či pasivních konzumentů cigaret jsou používány tzv. hodnoty „cutoff“, které jsou kvalifikovaně odhadnuté hraniční hodnoty koncentrace kotininu a vyšetřovaný soubor rozdělují na pozitivní a negativní (KRÁLÍKOVÁ a kol., 2013).

## 2 VLIV KOUŘENÍ NA ZDRAVÍ

Kouření způsobuje předčasné úmrtí téměř polovině svých uživatelů. Nemoci spojené s kouřením lze najít v každém oboru klinické medicíny. Kromě rizika rakoviny plic, chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) je u kuřáka zvýšené riziko, že onemocní ischemickou chorobou srdeční, arteriosklerózou, nebo cévní mozkovou příhodou. Kuřáci jsou rizikovými pacienty při různých chirurgických výkonech v celkové anestezii, jsou ohroženi větším počtem pooperačních komplikací a hojení ran u nich probíhá pomaleji než u nekuřáků (KRÁLÍKOVÁ, PAFKO, ZAJAK, 2013).

### 2.1 KOUŘENÍ A CHRONICKÁ OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOC

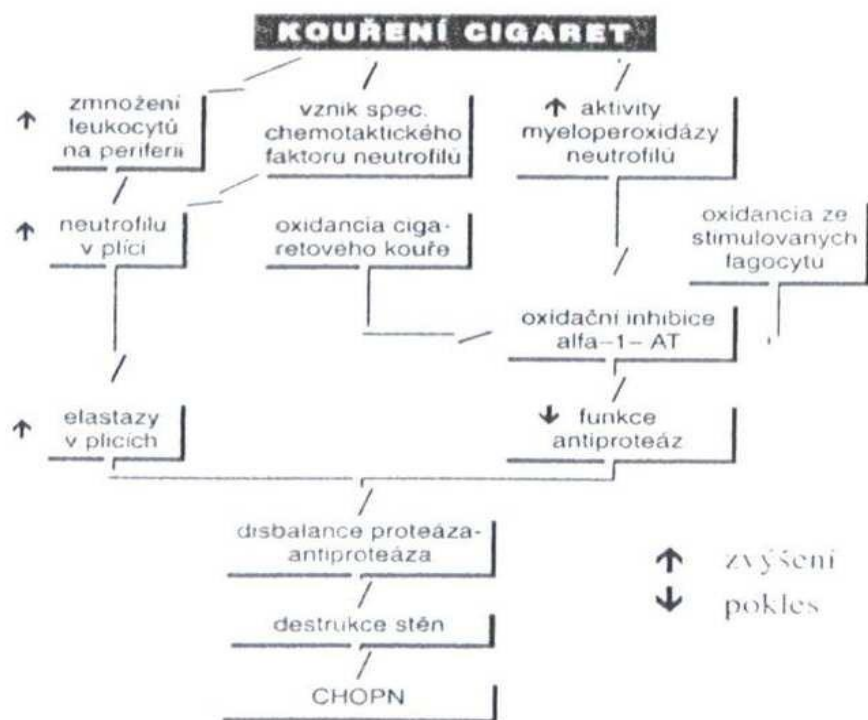
Chronická obstrukční plicní nemoc lidově nazývaná kuřácké astma je frekventované, ale léčitelné onemocnění. Charakterizovaná je trvalým omezením proudění vzduchu v dolních dýchacích cestách. Výskyt této nemoci roste s věkem a je proměnlivý v různých částech světa. Rizikovou skupinou jsou kuřáci ve věku 65 - 70 let.

V České republice umírá ročně na CHOPN nejméně 2000 osob. Celosvětově je tato nemoc čtvrtou nejčastější příčinou smrti. Chronická obstrukční plicní nemoc vede ke vzniku změn na několika úrovních respiračního systému. Nejčastějším klinickým projevem CHOPN je pocit zhoršeného dýchání, které je nejdříve způsobeno při větší fyzické námaze, pacienti často trpí kašlem.

Hlavním cílem léčby je redukce příznaků a symptomů onemocnění, zpomalení progresu nemoci, zlepšení kvality života. Léčebná doporučení můžeme rozdělit na tři kroky:

1. redukce škodlivé inhalační expozice
2. paušální medikace
3. soubor specifických léčebných opatření

Léčby nikotinové závislosti u nemocných osob je možná pomocí cílené a opakované edukace, nikotinové substituce a specifické farmakoterapie. Základní a důležitou podmínkou léčby onemocnění je úplné zanechání kouření (VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ, 2015).



Obrázek 1 Vliv kuřáctví na vznik CHOPN

Zdroj: ZACHOVALOVÁ, Veronika, 2007, s. 15.

## 2.2 KOUŘENÍ A KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

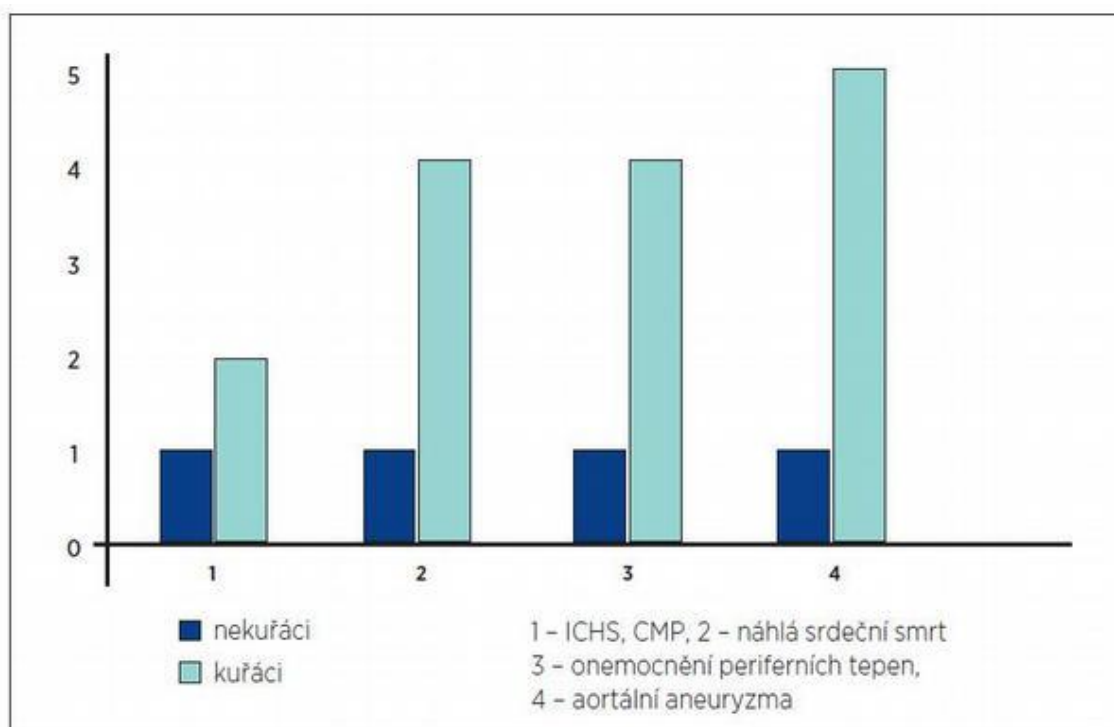
Hlavním rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění (KVO) je právě kouření. Před mnoha lety byl prokázán jednoduchými metodami vztah mezi kouřením cigaret a aterosklerózou. Ateroskleróza je degenerativní onemocnění cévní stěny, jehož důsledkem jsou onemocnění kardiovaskulárního aparátu. Patří mezi ně ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin, cévní mozková příhoda atd. V dnešní době představuje ateroskleróza jednu z nejčastějších příčin mortality a morbidit v rozvinutých zemích. Kouření je nejvýznamnějším rizikovým faktorem,

protože nikotin a CO chemicky poškozují endotel a tím způsobují začátek procesu aterosklerozy (KRÁLÍKOVÁ a kol., 2013).

Kouření v Evropě i v České republice je příčinou každého pátého úmrtí, což představuje každý rok 18 000 úmrtí (KRÁLÍKOVÁ a kol., 2013). Kouření působí komplexně s ostatními rizikovými faktory, proto je dobré se zaměřit na snížení výskytu těchto faktorů, např. obezita, malá pohybová aktivita, arteriální hypertenze. Kouření cigaret má jednoznačný vliv na fyzikální vlastnosti cévní stěny a vede ke snížení její poddajnosti.

Riziko vzniku aterosklerotického postižení tepen zvyšují změny metabolismu cholesterolu. Složky tabákového kouře regulují lipidový metabolismus a tak vzniká síť vzájemných vazeb (KRÁLÍKOVÁ a kol., 2013). Nikotin ovlivňuje nepřímo metabolismus krevních lipidů, což způsobuje vzestup koncentrace triglyceridů a cholesterolu. Kouření má přímý vliv na sérové lipidy, přítomna je vyšší hladina celkového cholesterolu, triglyceridů, LDL cholesterolu. Hladina HDL cholesterolu je u kuřáků snížena, a tím je významně spojena s rizikem aterosklerózy.

Před lety bylo prokázáno významné riziko pasivního kouření u karcinomu plic. Do doby rozšíření kouření cigaret byl totiž karcinom plic jen vzácným onemocněním. Výskyt tohoto onemocnění se dramaticky zvýšil od doby masivního kouření. Krátkodobé pasivní kouření vede ke zvýšení nároků myokardu na kyslík, při současně snížené dodávce kyslíku do myokardu. Pasivní kouření zvyšuje riziko vzniku onemocnění srdce asi o 30%, přesto, že je člověk pasivnímu kouření vystaven nedobrovolně. Tenhle typ nedobrovolného kouření může vyvolat stejné nemoci jako u aktivního kuřáka.



Obrázek 2 Schematické znázornění relativního rizika vzniku některých typů kardiovaskulárních onemocnění

Zdroj: <http://zdravi.euro.cz>

## 2.3 KOUŘENÍ A HYPERTENZE

Arteriální hypertenze je jednou z nejdůležitějších příčin úmrtí na celém světě, která by se dala ovlivnit. Základní diagnostika hypertenze se dlouhou dobu opírala o měření tlaku v ordinaci lékaře. Výzkum monitorování TK, se v klinické praxi uplatňuje přibližně od 80. let (WIDIMSKÝ jr. a kol., 2015).

Hypertenzi můžeme z hlediska etiopatogeneze rozdělit na primární hypertenzi (s neznámou příčinou) a sekundární (příznak jiného primárního onemocnění). Jedno z největších kardiovaskulárních rizik přináší právě kouření a hypertenze. Různé studie dokázaly, že pasivní kouření může mírně zvýšit hodnoty TK. Dlouhodobým účinkem kouření se poškozují cévní stěna, snižuje se elasticita aorty. 24hodinová monitorace TK prokazuje vyšší hodnoty u kuřáků v dopoledních hodinách na rozdíl od nekuřáků. Účinek antihypertenziv může být ovlivněn těsnou interakcí s nikotinem a jeho

metabolity. Nejdůležitějším preventivním opatřením proto nadále zůstává zanechání kouření, které však nemusí znamenat pokles TK.

Dlouhodobé vystavování se pasivnímu kouření je provázeno zvýšenou tuhostí karotických tepen a zvýšením aktivity sympatiku (KRÁLÍKOVÁ, 2013). Právě maskovaná hypertenze byla nalezena častěji u pasivních kuřáků.

## **2.4 KOUŘENÍ A REPRODUKCE**

Kouření má negativní vliv na reprodukční systém, má nepříznivé účinky na zdraví plodu, čím poškozuje novorozence. Ženy, které kouří více jak 10 cigaret denně, mají 2krát častěji bolestivou menstruaci, mají nepravidelný cyklus, dochází k vynechání periody (KRÁLÍKOVÁ, 2013).

U žen, které kouří je dokázáno opožděné početí, neplodnost, vyšší incidence mimoděložních těhotenství.

U mužů kouření způsobuje snížení počtu motility a kvality spermií, je snížena schopnost erekce. Kuřáctví otců může být příčinou vrozené vývojové vady u potomků.

## **2.5 DIAGNOSTIKA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU**

Závislost na tabáku můžeme rozdělit na dvě navzájem se prolínající složky: psychosociální, tedy každý kuřák a fyzickou, do které spadá závislost na nikotinu. Psychosociální závislost nutí kuřáka mít v ruce cigaretu, hrát se s ní v určitých situacích, např. u kávy, po jídle, v určité společnosti. Toto naučené chování se během let pevně fixuje.

Závislost na nikotinu je klasickou drogovou závislostí, která vzniká v mozku, zmnožením receptorů citlivých na nikotin. Na nikotinu je závislý každý kuřák, který kouří nejméně 10 – 15 cigaret denně a svou první cigaretu si zapálí do hodiny po probuzení (VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ, 2015).



Kuřáctví lze rozdělit na čtyři základní kategorie:

- pravidelný kuřák – kouří nejméně jednu cigaretu denně
- příležitostný kuřák – kouří méně než jednu cigaretu denně
- bývalý kuřák – vykouřil během života více jak 100 cigaret, teď nekouří
- nekuřák – nikdy nevykouřil 100 a více cigaret

Pro upřesnění závislosti na nikotinu je možné použít Fagerströmův test nikotinové závislosti. Tento test v roce 2005 modifikovala prof. Králíková do podoby, která odpovídá kouření mládeže a adolescentů (KUŘÁKOVA PLÍCE, 2011).

Tabulka 1 Fagerströmův test nikotinové závislosti – FTND (Fagerström Test of Nicotine Dependence)

<b>1. Jak brzy po probuzení si obvykle zapálíte svou první cigaretu?</b>	
do 5 minut	3 body
do půlhodiny	2 body
do hodiny	1 bod
za více než hodinu	0 bodů
<b>2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde je kouření zakázáno?</b>	
ano	1 bod
ne	0 bodů
<b>3. Kterou cigaretu by ste nejvíce postrádal/a?</b>	
první ráno	1 bod
kteroukoli jinou	0 bodů
<b>4. Kolik cigaret v průměru denně kouříte?</b>	
0 - 10	0 bodů
11 - 20	1 bod
21 – 30	2 body
31 a více	3 body
<b>5. Kouříte častěji během dopoledne?</b>	
ano	1 bod
ne	0 bodů
<b>6. Kouříte, i když jste nemocen/a a upoután/a na lůžko?</b>	
ano	1 bod
ne	0 bodů

Zdroj: Fagerström a kol, 1989

### 3 PREVENCE ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Přibližně 90% kuřáků začíná kouřit během dospívání, proto tabákový průmysl potřebuje získávat zákazníky z řadů dětí a dospívajících. Prevence závislosti na tabáku se skládá z mnoha faktorů, především je to dobrá komplexní legislativa, působení v rodině, sociální neakceptabilita kouření a chování dospělých jako vzoru (KRÁLÍKOVÁ, 2015).

Rámcová úmluva o kontrole tabáku byla přijata v roce 2003 a shrnuje základní body kontroly tabáku. Do platnosti vešla 27. února 2005, a je to jediný právně závazný dokument v historii WHO, který má platnost zákona. Tento zákon byl schválen i v České republice.

Obecně můžeme shrnout tyto základní body související s prevencí (KRÁLÍKOVÁ, 2015).

1. účinná daňová politika (vysoká daň, daň na léčbu závislosti na tabáku)
2. naprostý zákaz reklamy, sponzorování a marketingu
3. omezení míst prodeje
4. obměňovaná obrázková varování na obalech
5. ochrana nekuřáků
6. omezení přístupu k cigaretám, snížení dostupnosti
7. školní preventivní programy

Účinnou prevenci můžeme hledat i v rodině, v které jsou rodiče nekuřáckým příkladem, a teda nekouří. Pokud kouří a nechtějí nebo nemohou přestat, dát najevo nespokojenost s tímto zlovykem, doma nekouřit a nepoškozovat zdraví dětí pasivním kouřením. Rodiče by měli dětem vytvářet příjemný domov, zvyšovat jejich sebevědomí a zdůrazňovat, že to není rozhodnutí dospělých, ale dětská nemoc (KRÁLÍKOVÁ, 2010).

### 3.1 PROGRAMY PROTI TABÁKU

Od roku 2006 patří mezi hlavní preventivní aktivity dětské vzdělávací programy pro školy. Základem těchto aktivit je interaktivní a zábavná forma programu, která je přiměřená věku. Pro děti do 12 let slouží program s názvem „Nekuřátka“, jehož obsahem jsou základní informace o kouření. Pro starší děti byl připraven program „Típní to!“, jehož obsahem jsou moderní výukové metody s využitím prezentací, videí apod. Pedagogům může být nápomocný portál [bezcigaret.cz](http://bezcigaret.cz), nebo různé přednášky a workshopy.

31. květen byl Světovou zdravotnickou organizací vyhlášen jako Světový den bez tabáku. Poprvé byla tato kampaň vyhlášena Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1987, z důvodu upozornění na rostoucí tabákovou epidemii. Cílem kampaně je poukázat na zdravotní rizika spojené s kouřením a také prosazovat efektivní politiku, která vede k omezení kouření v celé populaci (WHO, 2014).

Každoročně má tento den dané téma a ke každému tématu jsou na internetu připraveny různé podklady a obrázky.

## 4 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Jako u každé závislosti platí, že předpokladem úspěšné léčby, je rozhodnutí přestat. Pokud pacient nemá zájem přestat kouřit, měli bychom jej, jako správný zdravotník motivovat. Měli bychom v nejvyšší možné míře pacienta informovat o možnostech léčby. Léčba zahrnuje psychosociální a behaviorální intervenci a farmakologickou léčbu, která by měla být hrazena v rámci zdravotních systémů, jelikož je to jedna z ekonomicky nejvýhodnějších intervencí v medicíně.

Psychobehaviorální intervence by měla spočívat v tom, aby si kuřák předem připravil náhradní řešení pro různé situace, u kterých může přijít k relapsu, např. nepít kávu, omezit alkohol.

### 4.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Farmakologická léčba by měla pacientovi pomoci zvládnout abstinенční příznaky. Farmakoterapie je vhodná pro kuřáky závislé na nikotinu.

Mezi léky první linie patří:

**Vareniklin**, lék, který je určený k léčbě závislosti na tabáku a neobsahuje nikotin (KRÁLÍKOVÁ, 2013). Lék je parciálním agonistou alfa4beta2 acetylcholin-nikotinových receptorů. Působí jako agonista (navazuje se na receptor a interakcí s ním vyvolává účinek) a antagonistu (inhibuje účinek agonistů, ale sám účinky nemá). Pacientovi poskytuje nízkou až střední dopaminovou stimulaci. Tento lék neobsahuje nikotin a proto je v současnosti nejefektivnějším lékem při odvykání kouření.

Doporučuje se užívání léku po dobu nejméně 3 měsíců a déle – účinnost se zvyšuje s délkou užívání.

**Náhradní léčba nikotinem (NTN)** je nejdéle používaným lékem závislosti na tabáku. Principem této náhradní léčby je dodání nikotinu do mozku jiným způsobem než cigaretou. V České republice je tato léčba volně prodejná v různých formách.

Pastilky se rozpouštějí v ústech, měly by se užívat každé 2-4 hodiny po dobu 6 týdnů. Žvýkačky Nicorette jsou aktivní přibližně 30 minut. Nikotin se váže na pryskyřici polacrilex, a ta se žvýkáním uvolňuje a vstřebává v zásaditém prostředí. Použití žvýkačky by nemělo být delší jak 6 měsíců.

Náplasti mají dlouhodobý nástup účinku, protože nelze dávkovat nikotin podle potřeby. Doporučuje se užívat nejméně 8- 12 týdnů, z toho 4 týdny v plné dávce.

Inhalátorem se nikotin po potažení vstřebává především sliznicí orofaryngu. Balení obsahuje plastový náustek, do kterého se vloží náplň. Po aplikaci do náustku nikotin vyprchává, během 30 minut.

Kouřícím pacientům může tuto formu odvykání doporučit sestra.

**Bupropion**, který se původně používal jako antidepresivum, v současné době je indikován pro léčbu závislosti na tabáku u pacientů bez deprese (VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ, 2015). Začíná se užívat 1- 2 týdny před dnem D. Pomoc protikuřácké skupiny nebo terapeuta je velice důležitá.

Zvýšená úspěšnost všech třech léků se ukazuje po užívání nejméně 6 měsíců (KRÁLÍKOVÁ a kol., 2013).

## **4.2 CENTRA PRO ZÁVISLÉ NA TABÁKU**

Specializovaná centra pro závislé na tabáku fungují v rámci celé České republiky. Zde mají kuřáci možnost intenzivnější léčby. Centra nabízejí diagnostiku, základní klinické vyšetření, skupinové a individuální sezení a také indikují farmakoterapii. Kontakty jsou dostupné na webu slzt.cz. Pomoc při odvykání může kuřákům také Linka pro odvykání kouření 844 600 500.

## 5 ZÁSADY EDUKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

**Fáze edukačního procesu** můžeme rozdělit do pěti úrovní, které mají svoje zákonitosti:

1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky, ve které si určíme cíle edukace. Pro získání potřebných informací od edukanta používáme rozhovor či pozorování. Snažíme se zjistit jaké dovednosti, vědomosti a návyky edukant má, a podle nich stanovíme edukační potřeby.
2. Fáze projektování je část, ve které si zvolíme vhodné pomůcky, metody, formy a obsah edukace spolu se způsobem hodnocení.
3. Fáze realizace začínáme motivací edukanta, dále následuje expozice, ve které předáváme nové poznatky. Po expozici přecházíme k vlastní fixaci, což znamená procvičování a opakování vědomostí. Průběžnou diagnostikou prověřujeme a testujeme pochopení daného učiva. Následně dochází k uspokojení potřeb klienta.
4. Fáze upevnění a prohlubování učiva nám slouží k zachování vědomostí v dlouhodobé paměti. Je důležité nové dovednosti procvičovat, aby došlo k jejich trvalé fixaci.
5. Fáze zpětné vazby nám pomůže zhodnotit dosažené výsledky edukanta, edukátora.

Z hlediska edukace, která probíhá ve zdravotnickém prostředí, popisujeme nejčastěji formy edukace dle organizačního uspořádání edukace a interakce edukátora k posluchači (JUŘENÍKOVÁ, 2010 s. 34).

Podle toho členíme edukaci na individuální, skupinovou a hromadnou. Při edukaci našeho pacienta jsme si zvolili individuální formu edukace. Tato forma edukace je jednou z nejčastěji užívaných forem ve zdravotnictví, jelikož je zdravotník

v úzkém osobním kontaktu s edukantem. Obsah edukace je stanoven na základě individuálních potřeb každého pacienta. Vysoká efektivita, aktivita edukanta a aktivní zpětná vazba mezi edukátorem a edukantem patří mezi výhody individuální formy.

Při edukaci pacienta jsme v našem případě použili metody individuálního rozhovoru, vysvětlování, konzultací a názorných ukázek.

## 6 EDUKACE PACIENTA ZÁVISLÉHO NA NIKOTINU

### Kazuistika pacienta

Pacient odeslán z kardiologické kliniky do cévní ambulance Všeobecné fakultní nemocnice dne 18. 6. 2015 pro chronickou žilní insuficienci.

Pacient udává obtíže při chůzi, přibližně po 200 m se musí zastavit, z důvodu silné bolesti nohou. V roce 2011 byl pacientovi amputován I. a II. článek prstu na pravé dolní končetině. Od té doby přetrvává mírná bolest v místě amputace a pacientem je zaznamenané občasné mokvání. U pacienta bylo provedeno koagulační vyšetření, které bylo v normě. Periferní angiografií zjištěn uzávěr ATA, a v oblasti kotníku se ATP rozpadá do kolaterál. Zjištěné nízké hodnoty periferních tlaků, na obou nohách ABI 0,5. EKG normální, bez patologie.

Pacientovi následně lékařem stanovena diagnóza morbus Búrger, která je pravděpodobně způsobená aktivním nikotinismem. Pacient kouří 30 let, denně kolem 40 cigaret. Po konzultaci s lékařem bylo pacientovi doporučeno zcela zanechat kouření. Jelikož pacient odmítá navrženou léčbu, a z rodinných důvodů také systematickou návštěvu Centra pro závislé na tabáku, byla mu navržena edukace všeobecnou sestrou.



## 1. FÁZE – POSUZOVÁNÍ

**Jméno:** B. A.

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 46 let

**Bydliště:** Praha

**Rasa:** europoidní

**Etnikum:** slovanské (české)

**Vzdělání:** středoškolské

**Zaměstnání:** skladník

### Anamnéza

**Nynější onemocnění:** bolesti dolních končetin, arteriální hypertenze

**Osobní anamnéza:** běžná dětská onemocnění, v 15 letech chirurgické odstranění appendixu, amputace I. a II. článku prstu PDK, arteriální hypertenze, Bürgerova nemoc

**Alergická anamnéza:** není si vědom

**Abúzus:** kuřák: 40 cigaret/ den, alkohol: 2 piva/ den, káva: 8/ den, užívání jiných návykových látek nejuje

### **Farmakologická anamnéza:**

Warfarin 5 mg tbl. 1-0-0 (fibrinolytika, antifibrinolytika),

Detralextbl. 2-0-0 (venetikum, vazoprotektivum),

Prestarium Neo Combi 5mg tbl. 1-0-0 (hypotenziva)

Tabulka 2 Základní údaje

<b>Tělesný stav</b>	Klaudikační obtíže při chůzi, amputace I. a II. prstu na PDK
<b>Komunikace</b>	Přiměřená, pacient se dorozumí, bez psychické alterace
<b>Zrak, sluch</b>	bez omezení
<b>Řečový projev</b>	bez omezení, srozumitelný
<b>Paměť</b>	krátkodobá i dlouhodobá paměť je zcela nenarušená
<b>Motivace</b>	nízká, z důvodu rodinných problémů
<b>Pozornost</b>	přiměřená zdravotnímu stavu, projevuje zájem o svůj zdravotní stav
<b>Typové vlastnosti</b>	pacient se vidí jako flegmatik
<b>Vnímavost</b>	přiměřená, bez omezení
<b>Pohotovost</b>	reakce přiměřeně rychlé
<b>Nálada</b>	negativní, pacient se obává své nemoci
<b>Sebevědomí</b>	pacient udává spíše nízké, moc si nevěří
<b>Charakter</b>	hodný, pravdomluvný, nespolehlivý
<b>Poruchy myšlení</b>	neprojevují se, myšlení je zcela jasné
<b>Chování</b>	přátelské, přívětivé
<b>Učení</b>	<b>typ</b> – emocionální <b>styl</b> – systematické, logické, vizuální <b>postoj</b> – malý zájem o nové informace jak přestat kouřit <b>bariéry</b> - strach, prognóza diagnózy
<b>Mentální úroveň</b>	dobrá, orientován místem, osobou i časem

Zdroj: CSEMEZOVÁ, 2016.

## **Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb**

Posouzení podle modelu Marjory Gordonové

### **1. Podpora zdraví**

Pacient se léčí s výše uvedeným onemocněním. Nyní přichází pro silnou bolest dolních končetin. Pacient se snaží se svým onemocněním ztotožnit a také doufá, že se jeho nemoc nebude zhoršovat. Kvůli problémům v rodině pacient podceňuje dodržování

léčebného režimu a částečně odmítá zahájení doporučené léčby i přes poučení o možných následcích. Každodenní činnosti zvládá bez větších obtíží. V běžném životě podstupuje preventivní prohlídky u praktického lékaře, protože to vyžaduje jeho pracovní zařazení. Pacient zcela nedodržuje základní prvky zdravého životního stylu, jelikož je silným kuřákem. Vzhledem k diagnóze bude pro pacienta prospěšné přejít k řádným změnám.

## **2. Výživa**

Pacient měří 184 cm, váží 75 kg, BMI 22,15 - normální hmotnost. V domácím prostředí se snaží stravovat pravidelně. Pacient přiznává, že ne zcela dodržuje dietu, která je doporučena při užívání Warfarinu. Denně vypije vzhledem k náročné práci kolem 4 litrů tekutin, nejčastěji minerálky, kávu a dvě piva.

## **3. Vylučování**

V současné době pacient neudává potíže s močením. Při užívání léku Enelbin (vazodilatanty) pacient udával problémy GIT. Stolice je nyní pravidelná, barva fyziologická a bez zápachu.

## **4. Aktivita, odpočinek**

Pacient neprovozuje žádný aktivní sport, z důvodu svého zdravotního stavu. Až do roku 2011 hrál pacient aktivně fotbal, ale z důvodu amputace prstů se ho musel vzdát. Vzhledem k nemoci se vyhýbá jakémukoliv nadměrnému pohybu, jelikož ho nebaví každou chvíli zastavovat. Péči o domácnost zvládá sám. Denně spí 7 hodin, ale přiznává, že o víkendu dokáže spát i 12 hodin.

## **5. Vnímaní, poznávání**

Pacient je při vědomí, orientován místem, časem i osobou, částečně spolupracuje, zrak a sluch v pořádku. Pacient má nedostatek vědomostí a své nemoci a možných komplikacích. O své nemoci je lékařem informován, plně ji chápe, ale z rodinných důvodů nesouhlasí se zahájením léčby.

## **6. Sebepojetí**

Pacient sám sebe vnímá jako flegmatika. K životu má spíš pesimistický postoj, bojuje sám se sebou. Ve společnosti přátel a kolegů se cítí dobře. Vypjaté situace se snaží zvládat sám. Pacient není zcela spokojen se svým vzhledem.

## **7. Role, vztahy**

Pacient žije se svojí družkou v panelákovém bytě 2kk v Praze. Snaží se pravidelně scházet se synem a dcerou z prvního manželství. Rodinné vztahy jsou dobré, i když pacient uvádí problémy se synem, kterému hrozí diagnostický ústav. S bývalou manželkou mají přátelský vztah, hlavně kvůli dětem.

## **8. Sexualita**

Pacient je se svým sexuálním životem spokojený. Nepřekonal žádné urologické onemocnění, samovyšetření varlat neprovádí a poslední preventivní návštěvu u urologa absolvoval před 10 lety.

## **9. Zvládání zátěže**

Se stresem se pacient vyrovnává nejradši sám. Když nastane problém, snaží se ho řešit, i na úkor své nemoci. Pacient přiznává, že po amputaci prstů na noze překonal krátkodobou depresi, bez pomoci lékaře.

## **10. Životní hodnoty**

Pro pacienta má největší hodnotu rodina. Snaží se spolupracovat, ale neprojevuje dostatečný zájem dovědět se nové informace. Pacient je věřící, římskokatolického vyznání, ale do kostela nechodí pravidelně.

## **11. Bezpečnost, ochrana**

V dětství pacient prodělal běžné nemoci. Nemocniční prostředí nemá moc rád. Nejlépe se cítí doma s družkou a dětma. Vzhledem k diagnóze se u pacienta hojí rány složitě. Vzhledem k onemocnění jsou u pacienta zajištěna bezpečnostní opatření.

## **12. Komfort**

Pacient netrpí vážnými problémy se spaním, trápí ho jenom bolest každodenní bolestí nohou a občasné mokvání.

## **13. Jiné (růst a vývoj)**

Pacient byl narozen v termínu, na dětství má hezké i špatné vzpomínky. Růst a vývoj byl fyziologický. Ve škole prospíval dobře.

### **Profil rodiny**

Pacient je rozvedený, žije se svojí družkou v panelákovém bytě 2 kk v Praze. Má dvě děti, syna a dceru. Syn má v současné době problémy, a hrozí mu diagnostický ústav. Otec pacienta zemřel v 70 letech na infarkt, předtím byl asi 40 let léčen s těžkou hypertenzí. Matka (70 let, ve starobním důchodu, částečně pracující) se léčí s vysokým cholesterolem. Má tři sourozence, bratra a dvě sestry. Bratr se léčí dlouhodobě ze závislosti na alkoholu, sestry jsou zdravé. Pacient vystudoval střední školu, a pracuje jako skladník.

### **Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně – ekonomický stav**

Pacient bydlí spolu s družkou v Praze, pravidelně se schází se svými dětmi, které bydlí u matky. Rád navštěvuje kamarády a bratra, který žije ve stejném domě. Sociální zázemí pacienta je průměrné, finanční situace není moc lehká. Pacient ví, že se na rodinu může kdykoliv obrátit se žádostí o pomoc, ale stydí se.

### **Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje**

Životní styl pacienta je velice rozmanitý, pacient minimálně dodržuje správnou životosprávu, i přesto, že to jeho léčba vyžaduje. Stravovací návyky má pacient přiměřené- pravidelná strava, nemá moc rád sladká jídla. Příjem tekutin je nadprůměrný (4 litry denně). Se spánkem potíže nemá, pokud nepocítuje bolesti nohou. Jinak se snaží mít pravidelný režim, spát alespoň 7 hodin denně. Před spánkem si rád vypije alespoň dvě malé piva. Pacient denně vykouří 40 cigaret. Ve volném čase sleduje televizi a internet.

1. **Kultura:** koncerty
2. **Náboženství:** římskokatolické vyznání, pacient, ale nenavštěvuje každou neděli bohoslužby.
3. **Hodnota:** rodina je pro pacienta to nejcennější, váží si zdraví.
4. **Postoj k nemoci:** o své nemoci je pacient informován a přiměřeně ji chápe, ale ne zcela si uvědomuje dopady kouření na onemocnění.

### Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Rodina pacienta je schopna spolupráce, komunikace je na vysoké úrovni, avšak současné problémy se synem, které musí řešit pacient, částečně zasahují do úspěšné léčby. Největší oporu má pacient ve své družce, která dokáže efektivně a s klidem řešit krizové situace.

### Porozumění současné situace rodinou

Pacientova družka je informovaná o zdravotním stavu a prognóze pacienta, je schopna spolupracovat a být nápomocná při jeho léčbě. Pacient se s rodinou neshoduje v řešení jeho zdravotního stavu. Stále pokládá za důležitější řešit problémy se synem.

**Na zjištění vědomostí pacienta byl použit následující vědomostní test, který obsahoval následující otázky:**

Tabulka 3 Vstupní test

OTÁZKY	ANO, NE
Znáte princip závislosti na tabáku?	Ne
Jste si vědom závažnosti kouření, vzhledem k Vašemu onemocnění?	Ne
Znáte komplikace, které způsobuje kouření?	Ne
Znáte náhradní nikotinovou léčbu?	Ne
Znáte složení tabákového kouře?	Ne
Slyšel jste o Centrech pro závislé na tabáku?	Ne
Znáte abstinční příznaky z nedostatku nikotinu a jak se jich co nejlépe vyvarovat?	Ne
Víte jakému prostředí se vyvarovat?	Ne

Zdroj: CSEMEZOVA, 2016.

Vstupním testem jsme zjistili, že pacient nemá žádné vědomosti o závislosti na nikotinu, nezná dopad kouření na svoji nemoc. Vzhledem k diagnóze, a na doporučení lékaře přestat kouřit, jsme se rozhodli edukovat pacienta závislého na nikotinu.

**Motivace pacienta:** není příliš vysoká, a to z důvodu rodinných problémů. Pacientovi záleží na svém zdraví, avšak v současné situaci se bojí selhání. V motivaci pacienta je nápomocná jeho družka, která má velký zájem na tom, aby se pacient seznámil s možnostmi jak přestat kouřit, které by mu mohly zmírnit příznaky Bürgerovy nemoci.

## 2. FÁZE – DIAGNOSTIKA

### **Deficit vědomostí:**

- o příčinách vzniku závislosti
- o komplikacích
- o náhradní léčbě
- o zvládnání abstinčních příznaků
- o změně životního stylu

### **Deficit v postojích:**

- strach z nemoci
- nejistota v dodržování abstinence od nikotinu
- strach z nepochopení informací
- počáteční nedůvěra

### **Deficit zručností:**

- v dodržování správného životního stylu
- v správném použití náhradní léčby



### 3. FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

**Podle priorit:** na základě vyhodnocení vědomostního vstupního testu jsme si stanovili priority edukačního procesu:

- o závažnost kouření vzhledem k onemocnění
- o náhradní léčbě
- o abstinčních příznacích
- o dodržování správného životního stylu

**Podle struktury:** tři edukační jednotky

**Záměr edukace:**

- mít co nejvíce vědomostí o závislosti na nikotinu
- dodržovat léčebný režim
- adaptace pacienta na změnu životní situace
- seznámit pacienta s možnými abstinčními příznaky
- vyjmenovat vhodné léky při odvykání

**Podle cílů:**

- **Kognitivní** – pacient nabyt vědomostí o své závislosti, jejím vzniku, abstinčních příznacích a popisuje metody, jak tyto příznaky zvládat.
- **Afektivní** – pacient má zájem nabyt nové vědomosti, je ochoten se účastnit edukačních sezení, akceptuje změnu životního stylu.
- **Behaviorální** – pacient se snaží dodržovat léčebný režim, bude se aktivně podílet na odvykání.

**Podle místa realizace:** edukaci budeme realizovat v dopoledních hodinách, v prostorách edukační místnosti, která je správně osvětlená. Zabezpečíme dostatečný klid a soukromí.

**Podle času:** edukační proces je rozdělen do tří dnů, podle časových možností pacienta, v dopoledních hodinách.

**Podle výběru:**

- Vstupní test
- Výklad
- Rozhovor
- Názorné ukázky
- Diskuze
- Výstupní test

**Edukační pomůcky:**

- Publikace
- Odborné brožury
- Edukační karty
- Ukázky náhradní léčby
- Notebook
- CD
- Papír, tužka

**Podle formy:** individuální**Podle edukace:** základní, naučná**Struktura edukace:**

- 1. Edukační jednotka:** Závislost na nikotinu, abstinenční příznaky
- 2. Edukační jednotka:** Léčba nikotinové závislosti/ abstinenčních příznaků
- 3. Edukační jednotka:** Nebezpečné situace/ náhradní řešení

**Časový harmonogram edukace:**

- 1. Edukační jednotka:** 11. 01. 2016 od 10:00 do 10:50 (50 minut)
- 2. Edukační jednotka:** 12. 01. 2016 od 11:00 do 11:45 (45 minut)
- 3. Edukační jednotka:** 13. 01. 2016 od 10:00 do 10:45 (45 minut)

## 4. FÁZE – REALIZACE

### 1. edukační jednotka

**Téma edukace:** Závislost na nikotinu, abstinenční příznaky

**Místo edukace:** edukační místnost

**Časový harmonogram:** 11. 01. 2016 od 10:00 do 10:50 (50 minut)

**Cíl:**

- **Kognitivní** – pacient získal adekvátní poznatky o vzniku závislosti na tabáku.
- **Afektivní** – pacient projevil zájem o nové informace. K vzájemné spolupráci si vytvoří pozitivní vztah.
- **Behaviorální** – pacient má informace o své závislosti

**Forma:** individuální

**Prostředí:** nemocniční

**Edukační metody:** rozhovor, vysvětlování, otázky pacienta a odpovědi, diskuze

**Edukační pomůcky:** publikace, edukační karty, vstupní test, papír, tužka, notebook

### Realizace 1. edukační jednotky

**Motivační fáze:** (5 minut)

S pacientem se pozdravíme a představíme. Snažíme se vytvořit vhodné edukační prostředí s příjemnou atmosférou, která pacientovi ulehčí vzájemné povídání. Povzbudíme pacienta k vzájemné spolupráci a vysvětlíme přínos nově nabytých informací. V rámci rozhovoru probereme s pacientem jeho typické kuřácké situace.

**Expoziční fáze:** (25 minut)

Závislost na nikotinu vzniká u kuřáků, kteří denně vykouří 10 a více cigaret, a kteří mají silnou potřebu si zakouřit do 60 minut od probuzení. Teno druh závislosti se v mnoha aspektech podobá závislosti na kokainu nebo heroinu.

Pro člověka závislého na nikotinu je den bez kouření veliký problém, a to z důvodu abstinenčních příznaků. Nikotin vyplavuje do mozku dopamin, a ten navodí kuřákovi příjemné pocity, které se dostaví ihned po vykouření cigarety. Mozek kuřáka si zvykne na pravidelnou dávku. Z nedostatku nikotinu se u kuřáka dostaví abstinenční příznaky, které jsou dočasné a po určité době úplně vymizí.

Mezi známé abstinenční příznaky patří:

- Subjektivní – agrese, podrážděnost, zlost, lehké bolesti hlavy, špatná nálada až deprese, neschopnost odpočívat, buzení během noci, craving – lačnění, touha po cigaretě.
- Objektivní – snížená srdeční frekvence, snížení kortizolu, snížení adrenalinu, zvýšená teplota kůže, snížená srdeční frekvence.

Nikotin se váže na acetylcholinové receptory v mozku, proto menší dávka působí kuřákovi soustředění a větší uklidnění. Tím je taky podmíněno uvolňování dopaminu, který ovlivňuje náladu a chování kuřáka. V mozku kuřáka závislého na nikotinu se množí počet nikotinových receptorů, které jsou příčinou abstinenčních příznaků.

Kouření má jednoznačný vliv na cévy, vede ke snížení jejich poddajnosti. Dlouhodobá expozice kouři působí nepříznivě na stěny tepen, a tím vede k přímému poškození buněk endotelu. Chemické látky, které jsou obsažené v tabáku, mohou dráždit sliznice krevních cév, a vyvolat tak otoky.

#### **Fixační fáze:** (10 minut)

S pacientem proběhlo důkladné zopakování sdělených informací, zodpovězení otázek.

#### **Hodnotící fáze:**(10 minut)

Zhodnocení zpětné vazby při rozhovoru, kladení kontrolních otázek, vyhodnocení.

*Kontrolní otázky pro pacienta:*

Jaké abstinenční příznaky můžou nastat z nedostatku nikotinu?

Kdy můžeme mluvit o závislosti na nikotinu?

### **Zhodnocení edukační jednotky:**

Stanovené cíle byly splněny. Pacient získal alespoň základní informace o vzniku závislosti a abstinčních příznacích, které se mohou při odvykání dostavit. Edukační jednotka probíhala 50 minut.

### **2. edukační jednotka**

**Téma edukace:** Léčba nikotinové závislosti/ abstinčních příznaků

**Místo edukace:** edukační místnost

**Časový harmonogram:** 12. 01. 2016 od 11:00 do 11:45 (45 minut)

**Cíl:**

- Kognitivní – pacient získal informace o možnostech léčby
- Afektivní – pacient má zájem o podané informace

**Forma:** individuální

**Prostředí:** nemocniční

**Edukační metody:** rozhovor, vysvětlování, diskuze, otázky pacienta, zodpovězení otázek všeobecnou sestrou

**Edukační pomůcky:** notebook, ukázky náhradní léčby, odborné brožury, CD

### **Realizace 2. edukační jednotky**

**Motivační fáze:** (5 minut)

Pacientovi vytvořit vhodné prostředí, zajistit soukromí a povzbuzovat ke vzájemné spolupráci.

**Expoziční fáze:** (20 minut)

Rozhodnutí nebo přání pacienta přestat kouřit je předpokladem pro úspěšnou léčbu. V rámci zdravotních systémů by měla být léčba závislosti na tabáku hrazena stejně jako jiné nemoci.

Léčba zahrnuje psychosociální a behaviorální intervenci a farmakologickou léčbu. Farmakoterapie jsou léky první linie, mezi které patří lék Vareniklin, náhradní terapie nikotinem (NTN) a Bupropion. Tato léčba je vhodná pro kuřáky závislé na nikotinu. Tato forma léčby zabraňuje abstinčním příznakům, ale nezabrání pacientovi v tom, aby přestal kouřit. Farmakologickou léčbu je potřebné kombinovat s intervencí, při které je nápomocný lékař, sestra, farmaceut, adiktolog. Minimální délka užívání farmakoterapie je tři měsíce, optimální šest a více měsíců.

Vareniklin ( Champix ) – neobsahuje nikotin. Tato varianta léčby se používá při silnější závislosti. Vareniklin se naváže na příslušný receptor, dopamin se nevyplaví do těla a pacientovi se nedostaví pocit odměny po potažení z cigarety. Startovací balení obsahuje slabší tablety na první týden. Při užívání se může u pacienta dostavit nauzea.

Nikotin (NTN) – může být ve formě náplasti, žvýkačky, pastilky nebo ústního spreje. Nikotin se vstřebává z náplasti pomalu, a po celou dobu poskytuje stálou hladinu nikotinu. NTN nabízí nikotin, který se do organismu člověka dostává pomaleji a tím zdvojnásobuje úspěšnost celé léčby. Je doporučeno tuto formu léčby kombinovat s orální formou léčby. Žvýkačky je potřebné několikrát nakousnout, a ve chvíli kdy začne pálit, se musí odložit pod jazyk přibližně na půl minuty. K vedlejším příznakům, které se u pacienta můžou dostavit, je nauzea, bolesti hlavy nebo vyrážka z náplasti. Při užívání tohoto druhu léčby by pacient neměl kouřit cigarety.

Bupropion – je antidepresivum blokující reuptake dopaminu a noradrenalinu. Kontraindikací můžou být křečové stavy podobné epilepsii. Bupropion neobsahuje nikotin. Lék se doporučuje užívat za aktivní podpory terapeuta.

Z alternativních způsobů léčby můžeme pacientovi doporučit hypnózu, při které je pacient uveden do stavu relaxace. Rozhodnutí pacienta přestat s kouřením se podporuje přes sugesci.

Akupunktura – je účinnou metodou při odvykání kouření. Tato léčebná metoda napomáhá kuřákovi snížit chuť na cigaretu, snížit u pacienta abstinční příznaky a bojovat např. se změnami nálad a psychickou úzkostí.

**Fixační fáze:** (10 minut)

Důkladné zopakování podstatných informací o možnostech farmakologické a nefarmakologické léčby.

**Hodnotící fáze:** (10 minut)

Zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, kladení otázek pacientovi, vyhodnocení pacientových odpovědí.

*Kontrolní otázky pro pacienta:*

Jaká je doporučená délka užívání léků při odvykání kouření?

Jaké vedlejší příznaky může mít pacient při užívání farmakologické léčby při odvykání kouření?

**Zhodnocení edukační jednotky:**

Stanovené cíle byly splněny. Pacient zná možnosti léčby, která je při odvykání kouření účinná. Pacient začal přistupovat aktivně k edukaci, jeho motivace se začala zvyšovat. Edukační jednotka probíhala u pacienta 45 minut.

**3. edukační jednotka**

**Téma edukace:** Nebezpečné situace/ náhradní řešení

**Místo edukace:** edukační místnost

**Časový harmonogram:** 13. 01. 2016 od 10:00 do 10:45 (45 minut)

**Cíl:**

- Kognitivní – pacient získal nové informace, čím nahradit cigaretu
- Afektivní – pacient projevuje zájem o získané informace, aktivně přemýšlí nad podanými informacemi

**Forma:** individuální

**Prostředí:** nemocniční

**Edukační metody:** výklad, rozhovor, diskuze

**Edukační pomůcky:** edukační karta, brožura, papír, tužka

### **Realizace 3. edukační jednotky**

#### **Motivační fáze: (5 minut)**

Privítat se s pacientem, vytvořit vhodné prostředí k edukaci, povzbuzovat pacienta k vzájemné spolupráci.

#### **Expoziční fáze: (20 minut)**

Pacient závislý na nikotinu musí být připraven nato, že se při odvykání objeví chuť na cigaretu, proto je dobré se na tyto situace připravit, nebo se jím vyhnout. Nejčastějším spouštěčem jsou u kuřáků emoce. Důležité je ale vědět, že chuť na cigaretu netrvá dlouho. Toto bažení odezní u kuřáka za pár sekund nebo minut.

V první řadě by měly z domácnosti zmizet cigarety a popelníky a ve svém okolí by měl kuřák jasně vyjádřit, že končí s kouřením.

Situace, kdy pacient obvykle kouří je potřeba nahradit. Pokud kuřák sahá po cigaretě v autě, měl by cigaretu nahradit např. bonbonem, lahví s vodou a hlavně by neměl dovolit ostatním kouřit v autě.

Pokud má pacient potřebu zapálit si cigaretu ke kávě, měl by nahradit kávu čajem nebo ji pít např. v koupelně, vestoje.

Čas strávený kouřením u televize zkuste nahradit jinou činností, u které nekouříte.

V společnosti kuřáků řekněte ostatním, že jste přestal kouřit. Poproste kuřáky, aby vám nenabízeli cigaretu. Partnera požádejte, ať nenechává ležet cigarety na dostupných místech a taky aby nekouřil ve vaší přítomnosti. Ze začátku je dobré se vyhýbat společenským událostem, až do doby kdy vymizení abstinčních příznaků.

Když pocítujete stres, je dobré použít různé relaxační techniky, např. zhluboka dýchejte. Při nervozitě jsou prospěšné relaxační cvičení.



Pokud je ve vašem okolí kuřák, který má taky zájem přestat kouřit, připojte se k němu.

Kouření po jídle můžete nahradit procházkou, nebo tím, že si umyjete nádobí a uklidíte.

**Fixační fáze:** (10 minut)

Důkladné opakování podaných informací, zodpovězení otázek pacienta.

**Hodnotící fáze:** (10 minut)

Kladení kontrolních otázek, diskuze.

*Kontrolní otázky pro pacienta:*

Čím byste nahradil cigaretu při pití kávy?

**Zhodnocení edukační jednotky**

Stanovené cíle třetí edukační jednotky byly splněny. Pacient odpověděl na položené otázky. K edukaci přistupoval pacient odpovědně. Edukační jednotka byla v rozsahu 45 minut.

## 5. FÁZE – VYHODNOCENÍ

Na závěr edukačního procesu vyplnil pacient vědomostní test, který se shoduje se vstupním testem.

Tabulka 4 Výstupní test

OTÁZKY	ANO, NE
Znáte princip závislosti na tabáku?	Ano
Jste si vědom závažnosti kouření, vzhledem k Vašemu onemocnění?	Ano
Znáte komplikace, které způsobuje kouření?	Ano
Znáte náhradní nikotinovou léčbu?	Ano
Znáte složení tabákového kouře?	Ano
Slyšel jste o Centrech pro závislé na tabáku?	Ano
Znáte abstinční příznaky z nedostatku nikotinu a jak se jich co nejlépe vyvarovat?	Ano
Víte jakému prostředí se vyvarovat?	Ano

Zdroj: CSEMEZOVÁ, 2016.

Pacient získal vědomosti o své závislosti, zná možnosti farmakologické léčby a taky účinnost léčby nefarmakologické, pochopil nutnost začít s odvykáním vzhledem ke své nemoci.

Edukace proběhla ve třech edukačních jednotkách, které měly pacienta seznámit s důležitými informacemi.

Pacient byl aktivní u diskuze, spolupracoval. Edukace byla účinná a pacientova motivace se zvýšila.

Pacient je spokojen s vědomostmi, které získal při edukaci. Má zájem o návštěvu Centra pro závislé na tabáku, kde chce začít s aktivní léčbou.

## 6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Každý zdravotník by měl u pacienta kuřáka aplikovat systém krátké intervence. **Krátká intervence** by měla obecně trvat do 10 minut. Nejefektivnějším způsobem léčby je strukturovaná krátká intervence, tzv. metoda „5P“ (ČUPKA, 2011):

- a) ptát se (ask) – na kuřáctví, záznam do dokumentace
- b) poradit (advise) – doporučení přestat s kouřením
- c) posoudit (assess) – ochota přestat kouřit, pokud nechce, podpora motivace (5 R)
- d) pomoci (assist) – u pacientů, kteří chtějí přestat kouřit
- e) plánovat (arrange follow) – kontrolní návštěvy, monitoring odvykání.

### **Podpora motivace pacienta (5R):**

Relevance – podpořit pacienta v hledání důvodů proč přestat kouřit specifických pro něj

Risk – identifikace potencionálních negativních dopadů kouření v souvislosti s pacientovou diagnózou

Rewards – identifikace potencionálních přínosů zanechaní kouření relevantně k danému pacientovi

Roadbloks – identifikace možných překážek v odvykání a poskytnout cílené poradenství

Repetition – motivační intervenci opakovat při každém klinickém kontaktu s nemotivovaným pacientem (VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ, 2015).

- Důležitá je taky podpora vzdělávání pracovníku ve zdravotnictví, rozšíření řad edukačních sester.
- Ke každému pacientovi přistupovat individuálně, mít trpělivost. Pacientovi poskytnout přínosné informace, odbornou literaturu, brožury. Doporučit pacientovi podpůrné skupiny, linku pro odvykání.

## ZÁVĚR

Tabakismus je v dnešní době nejrozšířenější toxikománií, která je přirovnávaná k novodobé pandemii. Každým rokem si tato pandemie vyžádá ve světě miliony lidských životů. Cigareta představuje zdravotní, psychický, biochemický, a také sociálně – kulturní problém. Kouření způsobuje předčasné úmrtí při desítkách onemocnění a přispívá k předčasnému stárnutí. Podle WHO na nemoci spojené s kouřením zemře v roce 2025 přibližně 10 milionů lidí.

Prevence je důležitá z důvodu posílení a ochrany zdraví. Světová banka konstatovala, že Rámcová úmluva o kontrole tabáku by měla mít pozitivní vliv na světové zdraví a světovou ekonomiku. Přestat kouřit má smysl, i když už pacient onemocní.

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část měla za cíl popsat závislost na tabáku, jako fenomén dnešní moderní doby. Ze začátku se tato část věnuje historii užívání tabáku a jeho formám. Přibližuje nejčastější onemocnění spojené s kouřením a dostupnou léčbu pro kuřáka závislého na nikotinu.

Na udržení zdraví je nutné, abychom měli dostatek informací, které by se měly předávat už v raném dětství. Výchova ke zdraví znamená aktivní přístup k péči o své zdraví, k ochraně, upevňování a rozvíjení. Zaměřuje se jak na jednotlivce, tak na skupiny obyvatelstva, komunitu a celou populaci (PLEVOVÁ, 2011).

Obsahem každého ošetřovatelského procesu by měla být edukace pacienta, která by nemocnému poskytla informace a nové poznatky, které mohou zmírnit nebo odstranit příznaky nemoci.

Praktická část bakalářské práce měla poskytnout pacientovi základní informace o závislosti na nikotinu a představit účinné léky v boji se závislostí. Cíl této bakalářské práce byl splněn, pacient pochopil důležitost odvykání vzhledem k jeho nemoci.

Pacient po ukončení edukace navštívil Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky VFN v Praze a aktivně spolupracuje při odvykání. Po půl roce od edukace můžeme zhodnotit, že tato forma motivace pacienta byla úspěšná a pacient v současnosti úspěšně abstinuje.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAŠKA, Tibor, KATRENIÁKOVÁ, Zuzana. *Základy prevencie užívania tabaku*. [online]. [cit. 2016-02-20]. Dostupné z:

[http://eng.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user\\_upload/editors/UVZ\\_Files/Epidemiologia/dokumenty/Zaklady\\_prevencie\\_uzivania\\_tabaku\\_2010.pdf](http://eng.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/UVZ_Files/Epidemiologia/dokumenty/Zaklady_prevencie_uzivania_tabaku_2010.pdf)

BUDINSKÝ, Václav, 2015. *Jak přestat kouřit*. Praha: VR Atelier. ISBN 978-80-905967-5-7.

ČEŠKA, Richard a kolektiv, 2012. *Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-599-2.

FAGERSTRÖM, K. O., SCHNEIDER, N. G. 1989. *Measuring nicotine dependence: A review of the FTQ*, *J.Behav. Med.*, 12, s. 159 – 181.

GILMAN, L., Sander. *Příběh kouře*, 2006. Praha: Dybbuk. ISBN 80-86862-23-2.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALINA, Kamil a kolektiv, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. s. 364 - 366. ISBN 978-80-247-1411-0.

KOZÁK, Jiří, KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2003. *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-68-6.

KRÁLÍKOVÁ, Eva a kolektiv, 2013. *Závislost na tabáku - epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira. ISBN 978-80-904217-4-5.

KRÁLÍKOVÁ, Eva et al., 2005. *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně č. 5. ISSN 008-7335.

KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2008. *Sekněte s cigaretami, než cigarety seknou s Vámi*. Praha: Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. ISBN 978-80-254-1939-7.

KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2010. *Nekuřáctví – základní podmínka zdravých plic: Jak přestat kouřit*. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-87327-27-2.

KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2014. *Závislost na tabáku v roce 2014*. [online]. [cit. 2016-02-20]. Dostupné z:<http://www.tribune.cz/clanek/32481>

KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2015. *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3711-2.

KUŘÁKOVA PLÍČE. Dostupné z: <[http://www.kurakova-plice.cz/koureni\\_cigaret/](http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/)>

NĚMCOVÁ, Jitka a kolektiv, 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.

NEŠPOR, Karel, 2007. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7307-2676.

PEŠEK, Roman, NEČESANÁ, Kateřina, 2008. *Kouření aneb závislost na tabáku: rizika, projevy, motivace, léčba*. Písek: Arkáda. ISBN 978-80-254-3580-9.

PETO, Richard et al., 2006. *Mortality from Smoking in Developed Countries*. [online]. [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: <<http://rum.cts.u.ox.ac.uk/deathsfromsmoking/>>

PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. s. 214 – 233. ISBN 978-80-247-3557-3.

PRABHAT, Jha, CHALOUPKA J. Frank, 2004. *Jak zvládnou kuřáckou epidemii*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-234-1.

PRADÁČOVÁ, Jarmila, 2013. *Kouření a zdraví*. Praha: Liga proti rakovině Praha. ISBN 978-80-260-5220-3.

SLEZÁK, Radovan, RYŠKA, Aleš, 2006. *Kouření a dutina ústní*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 80-903609-6-3.

SOVINOVÁ, Hana, CSÉMY, Ladislav, 2003. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. [online]. [cit. 2016-02-20]. Dostupné z:

<[http://www.szu.cz/uploads/documents/czyp/aktuality/Koureni\\_20a\\_20Alkohol.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czyp/aktuality/Koureni_20a_20Alkohol.pdf)>

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie, 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha, Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.

VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ: Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2015, 5(61). ISSN 0042-773X.

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kolektiv, 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

WHO, *Světový den bez tabáku, 2014*. [online]. [cit. 2016- 03-10]. Dostupné z: <<http://www.who.cz/31-kvetna-svetovy-den-bez-tabaku.html>>

WHO. M-POWER, WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011*. Dostupné z: <<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>>

WIDIMSKÝ, Jiří jr. a kolektiv, 2015. *Arteriální hypertenze – současné klinické trendy XIII*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-883-2.

*Za čistý vzduch*. National institute ofhealts, 2008. Informační brožura č. 08-1647.

ZACHOVALOVÁ, Veronika, 2007. *Léčba závislosti u mladistvých kuřáků*. Masarykova univerzita v Brně. Disertační práce. Masarykova univerzita v Brně, lékařská fakulta.

ZAJAK, Ján, KRÁLÍKOVÁ, Eva, PAFKO, Pavel. *Kouření a pooperační komplikace*. *Rozhledy v chirurgii*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2013, 92, 9, s. 499– 503.



# PŘÍLOHY

Příloha A – Rešerše ..... I

Příloha B – Čestné prohlášení..... II

# REŠERŠE

## EDUKACE PACIENTA ZÁVISLÉHO NA NIKOTINU

Lenka Csemezová

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: Kouření – Smoking. Nikotin – Nicotine. Tabák – Tobacco. Závislost – Addiction. Edukace – Education. Pacient – Patient.

Časové vymezení: 2005 – 2015

Druhy dokumentů: knihy, časopisy, články

Počet záznamů: 167 (české zdroje), 20 (zahraniční zdroje)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Prohledávané zdroje: Národní lékařská knihovna

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem získala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Edukace pacienta závislého na nikotinu“ v rámci studia realizovaného na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 15. 8. 2016

*podpis*

