

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2016**

**Jana Kocourková**

Fakulta zdravotnických studií

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

**Jana Kocourková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**POUŽITÍ METODIKY KRÁTKÝCH INTERVENCÍ  
VŠEOBECNOU SESTROU V ORDINACI PRAKTICKÉHO  
LÉKAŘE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. Daniela Fránová

PLZEŇ 2016

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3.2016

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji MUDr. Daniele Fránové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Kocourková Jana

Katedra: Fakulta zdravotnických studií

Název práce: Použití metodiky krátkých intervencí zdravotní sestrou v ordinaci praktického lékaře

Vedoucí práce: MUDr. Daniela Fránová

Počet stran – číslované: 68

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 17

Počet příloh: 14

Počet titulů použité literatury: 19

Klíčová slova: metodika; intervence; lékař; všeobecná sestra;

### **Souhrn:**

Bakalářská práce s názvem „Použití metodiky krátkých intervencí všeobecnou sestrou v ordinaci praktického lékaře“ se zabývala tématikou, zda se krátké intervence mohou uplatňovat v ordinaci praktického lékaře pod vedením všeobecné sestry. V teoretické části byly shrnuty pojmy, co jsou krátké intervence, rozdělení závislostí, jak ovlivňují populaci na zdraví, role sestry. Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum, který za pomoci použitých testů, zjišťuje míru závislosti. V poslední části bakalářské práce se nachází shrnutí zjištěných informací, různá doporučení pro klienty se závislostí a vysvětlení proč je metodika krátkých intervencí vhodná pro praktické lékaře a všeobecné sestry.

## **Annotation**

Surname and name: Kocourková Jana

Department: Faculty of health studies

Title of thesis: Using the methodology of short interventions by the nurse in the physician's Office

Consultant: Mudr. Daniela Fránová

Number of pages – numbered: 68

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 17

Number of appendices: 14

Number of literature items used: 19

Keywords: the methodology of the intervention; a doctor; a general nurse;

### **Summary:**

Thesis entitled "the use of the methodology of short interventions by the general practitioner's Office sister" addressed the topic of whether the brief intervention may apply in the practitioner's Office under the leadership of General nurses. In the theoretical part of the summarised the concepts, what are the brief intervention, Division of addiction, how they affect population health, the role of nurses. The practical part of the quantitative research, which includes using the tests used, the degree of dependence. In the last part of the thesis is the summary of information, a variety of recommendations for clients with addictions and an explanation of why is the methodology of short interventions suitable for general practitioners and nurses.

# OBSAH

|  |    |
|--|----|
| ÚVOD.....  | 9  |
| TEORETICKÁ ČÁST .....  | 11 |
| 1 KRÁTKÉ INTERVENCE .....  | 11 |
| 1.1 Vysvětlení pojmu .....   | 11 |
| 1.2 Cíle krátkých intervencí .....   | 12 |
| 1.2.1 Životní styl.....  | 13 |
| 1.2.2 Primární prevence .....  | 14 |
| 1.2.3 Sekundární prevence.....   | 14 |
| 2 FORMA KRÁTKÝCH INTERVENČÍ.....   | 16 |
| 2.1 Motivační nekonfrontační rozhovor .....                                | 16 |
| 2.1.1 Cíle motivačního rozhovoru .....                                     | 17 |
| 2.1.2 Principy motivačního rozhovoru .....                                 | 17 |
| 2.2 Schéma krátké intervence „5 P“ .....                                   | 18 |
| 3 FAKTORY ZDRAVOTNÍHO STAVU OVLIVNITELNÉ KRÁTKÝMI<br>INTERVENCEMI .....    | 19 |
| 3.1 Definice zdraví.....   | 19 |
| 3.2 Šest oblastí ovlivňující základním způsobem zdraví české populace..... | 19 |
| 3.2.1 Kardiovaskulární nemoci.....   | 20 |
| 3.2.2 Nádorová onemocnění .....  | 20 |
| 3.2.3 Diabetes mellitus .....  | 20 |
| 3.2.4 Návykové látky .....   | 21 |
| 3.2.5 Nadváha a pohyb .....  | 21 |
| 3.2.6 Životní prostředí .....  | 22 |
| 4 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....  | 23 |
| 4.1 Definice závislosti.....   | 23 |
| 4.2 Syndrom závislosti.....  | 24 |
| 4.3 Druhy závislosti .....   | 25 |
| 4.3.1 Kouření .....  | 25 |
| 4.3.2 Statistika kouření .....   | 26 |
| 4.3.3 Legislativa boje s epidemií závislosti na tabáku.....                | 26 |
| 4.4 Alkohol .....  | 27 |
| 4.4.1 Užívání alkoholu.....  | 28 |
| 4.4.2 Rizikové a škodlivé pití alkoholu .....                              | 28 |
| 4.4.3 Syndrom závislosti na alkoholu.....                                  | 29 |
| 4.4.4 Statistika syndromu závislosti na alkohol .....                      | 29 |
| 4.4.5 Legislativa v boji s nadměrnou konzumací alkoholu .....              | 30 |
| 5 PROVÁDĚNÍ KRÁTKÝCH INTERVENČÍ V PRAXI .....                              | 31 |



|        |   |    |
|--------|---|----|
| 5.1    | Ordinace praktického lékaře .....   | 31 |
| 5.2    | Role sestry.....  | 31 |
|        | PRAKTICKÁ ČÁST .....  | 32 |
| 6      | FORMULACE PROBLÉMU .....  | 32 |
| 6.1    | Cíl výzkumu.....  | 33 |
| 6.2    | Dílčí cíle.....   | 33 |
| 6.3    | Hypotézy .....  | 34 |
| 7      | CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....  | 35 |
| 7.1    | Vzorek respondentů .....  | 35 |
| 8      | METODIKA SBĚRU DAT .....  | 36 |
| 9      | ORGANIZACE VÝZKUMU .....  | 37 |
| 10     | ANALÝZA DAT .....   | 38 |
| 10.1   | Kouření.....  | 38 |
| 10.1.1 | Celkové vyhodnocení testu závislosti na nikotinu: .....   | 45 |
| 10.1.2 | Dotazník po provedené intervenci-kouření .....  | 46 |
| 10.2   | Alkohol.....  | 50 |
| 10.2.1 | Celkové vyhodnocení dotazníku AUDIT závislosti na alkoholu. ....  | 60 |
| 10.2.2 | Dotazník po provedení krátké intervence – alkohol. ....   | 61 |
| 10.2.3 | Statistika výzkumu na téma Ověření metodiky krátkých intervencí v praxi provedeným v roce 2014 Státním zdravotním ústavem k Projektu podpory zdraví65 |    |
| 10.2.4 | Statistika výzkumu na téma Ověření metodiky krátkých intervencí v ordinaci praktického lékařem 2014/ 2015 .....                                       | 66 |
| 10.2.5 | Statistika o preventivních prohlídkách – kouření .....  | 67 |
|        | Graf č. 27 .....  | 67 |
| 10.2.6 | Statistika o preventivních prohlídkách – alkohol .....  | 68 |
| 10.2.7 | Počet preventivních prohlídek u všech oslovených respondentů. ....  | 69 |
| 10.2.8 | Statistika o změně chování po provedené intervenci.....   | 70 |
| 11     | DISKUZE .....   | 71 |
| 12     | ZÁVĚR .....   | 74 |
| 13     | DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....   | 78 |
|        | LITERATURA A PRAMENY .....  | 79 |
|        | INTERNETOVÉ ZDROJE .....  | 80 |
|        | SEZNAM ZKRATEK .....  | 82 |
|        | SEZNAM TABULEK .....  | 83 |
|        | SEZNAM GRAFŮ .....  | 84 |
|        | SEZNAM OBRÁZKŮ .....  | 86 |
|        | SEZNAM PŘÍLOH .....   | 87 |

# ÚVOD

Národní program zdraví, Všeobecná pojišťovna, Zdravotním ústavy vytváří podmínky pro zdraví občanů České republiky. Dlouhodobě se orientují na prevenci, předcházení nemocem, změnu životního stylu, snižování kuřáctví, omezování a zvládání stresu, omezování alkoholu, prevence drogových závislostí, zlepšení pohybové aktivity, redukce váhy. K uskutečnění cílů NPZ přispívá dotační program MZ ČR „Národní program zdraví – Projekty podpory zdraví. (22, internetový zdroj) Poslední projekt v roce 2014 zorganizoval Státní zdravotní ústav v Projektu podpory zdraví „Ověřování krátkých intervencí v praxi II“, jehož cílem bylo snížit výskyt rizikových faktorů nemocí, kterým lze předcházet, občanů ČR a motivací ke zdravému životnímu stylu. Zdravotním ústavem v Plzni jsem byla oslovena k účasti na tomto projektu. Proto jsme si zvolila jako téma své bakalářské práce Použití metodiky krátkých intervencí všeobecnou sestrou v ordinaci praktického lékaře.

Cílem bakalářské práce bude:

1. Ověření, zda metoda krátkých intervencí v podpoře zdraví v oblasti rizikových faktorů životního stylu je vhodná i pro použití všeobecnou sestrou v ordinaci praktického lékaře (prostory, čas, komunikační schopnosti, práce s kartami...). Motivovat cílovou skupinu k uplatnění krátkých intervencí v denní pracovní praxi a ověřit účinnost v praxi preventivní péči. Odbourat nesprávné názory a mýty o provádění intervenčních pohovorů, které mezi odbornou veřejností panují jako je nedostatek času, odmítání ze strany pacientů, neúčinnost. Zda jsou krátké intervence účinným nástrojem ochrany zdraví a prevence nemocí.
2. V teoretické části vysvětlit pojem krátké intervence, jejich cíle, co znamená životní styl, primární a sekundární prevence, interpretovat schéma krátkých intervencí „5P“, rizikové faktory, které ovlivňují zdraví občanů, vyložit užívání návykových látek a role všeobecné sestry.
3. Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum, který umožňuje práci s čísly, zahrnuje precizní proces hypotetické formulace, detašované pozorování, sběr dat, analýza dat a potvrzení či vyvrácení hypotézy. Budou fyzicky rozdány 2 dotazníky k orientaci na závislosti na nikotinu a alkoholu,

po vyhodnocení těchto dotazníků pozitivním klientům budou rozdány dotazníky o vyhodnocení efektivity intervencí. Na téma alkohol budu oslovovat náhodně vybrané klienty, bez rozdílu věku. Výběr respondentů na téma kouření bude cílený, bude se týkat pouze kuřáků. Všichni klienti budou osloveni v ordinaci praktického lékaře a dotazníky budou rozdávány fyzicky. Myslím si, že oslovení klienti neodmítnou spolupráci na krátkých intervencích.

4. V praktické části se bude porovnávat výzkum na téma Ověření metodiky krátkých intervencí v praxi provedeným v roce 2014 Státním ústavem zdraví k Projektu podpory zdraví s mým výzkumem, který se bude týkat oslovených klientů v ordinaci praktického lékaře.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 KRÁTKÉ INTERVENCE

### 1.1 Vysvětlení pojmu

Nesprávný životní styl a nezdravé návyky jsou příčinou mnoha nemocí. Přitom faktory životního stylu lze celkem dobře ovlivnit vhodně cílenými intervenčními postupy. Intervence ze strany zdravotníků (lékaři, sestry) v lékařské a ošetrovatelské péči hrají důležitou roli, která vychází z autority zdravotnické profese. Aby byla splněna **efektivita** intervence, cílená na změnu faktorů životního stylu, musí být správně prováděná. Mezi zdravotníky často přetrvává názor, že na rozhovory s klienty o změnách v životním stylu není v praxi mnoho času, že nejsou účinné nebo že postačí jakýkoliv rozhovor. Špatně zvládnutá intervence žádný efekt nepřináší. Poměrně často to vede ke stavu, že se zdravotník dál nesnaží o motivování pacienta, což v důsledku nese neovlivnění problému i zdraví klientů a v neposlední řadě prodražuje léčbu.

Jedním z řešení této nepříznivé situace jsou tzv. krátké intervence. Krátké intervence je časově nenáročný praktický postup, podle kterého se definuje rizikové chování, pozná se problém a správně se **motivuje** k aktivní nápravě. (23, internetový zdroj) Jsou vhodnou formou předcházení sociálně patologických i zdravotně rizikových jevů, přitom nevyžadují vysoké náklady na realizaci, jsou dostupné a efektivní. (24, internetový zdroj)

Sociálně patologickými i zdravotně rizikovými jevy myslím jevy jako abusus až závislosti na tabáku a alkoholu. Vzhledem k tomu, že tyto intervence byly umístěny do primární péče, se osoby s rizikovým chováním s nimi setkají nejčastěji v ordinaci praktických lékařů. Obecně lze metodiku krátkých intervencí použít u ambulantních i hospitalizovaných pacientů či klientů prakticky na každém oddělení zdravotnického zařízení. Dle PhDr. Petry Vondráčkové Ph. D. klasické krátké intervence trvají 5 – 20 minut v rozsahu 1 až 6 návštěv. (20, internetový zdroj) Krátké intervence provádějí nejen lékaři, psychologové, pedagogové, ale i všeobecné sestry vyškolené pro danou tematiku. (1, Nešpor, 2011, s. 23) Ve zdravotnictví usnadní léčbu té nemoci, pro kterou pacient praktického lékaře vyhledal. Jsou rozdělené na edukační aktivitu a praktické postupy, jejichž **cílem** je rozpoznat **reálný a potencionální problém**

(s alkoholem, kouřením a jiným rizikovým faktorem životního stylu), **informovat** pacienta o výsledku a motivovat ke změně chování.(2, SZÚ, Projekt č. 10452) Pro **nízké náklady** a snadnou proveditelnost účinnosti krátkých intervencí se zvyšuje **zájem zdravotnických pracovníků** o tuto formu prevence. Především u problému s alkoholem a kouřením je krátká intervence důležitá pro včasné rozpoznání problému a odeslání ke specialistovi. Je to tedy nástroj zaplňující mezeru mezi primární prevencí (edukace), sekundární prevencí (včasné rozpoznání problému) a intenzivnější léčbu u osob s abusem či se závislostí na alkoholu a kouření. (3, Babor, 2010, s. 5)

## 1.2 Cíle krátkých intervencí

**Zlepšit zdravotní stav** populace tím, že se sníží výskyt nemocí a předčasných úmrtí, je **hlavním cílem** Národní strategie podpory a ochrany zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020, která vychází z nového rámce evropského zdravotní politiky WHO Zdraví 2020 a navazuje na předchozí Zdraví pro všechny v 21. století. Národní strategie, která byla 8. 1. 2014 schválena vládou a 20. 3. 2014 Poslaneckou sněmovnou, si ve svém strategickém cíli č 1 stanovuje „Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti ve zdraví.“ Jedním z možných způsobů, jak naplňovat tento cíl, je zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatel, což znamená nejen zvyšování znalostí a vědomostí o zdraví, ale především **zvyšování odpovědnosti** za vlastní zdraví a schopnosti **rozhodovat se** ve prospěch zdraví. Jinými slovy být motivován ke zdravému životnímu stylu, pokládat ho za přirozený, příjemný a nikterak omezující, naopak vnímat jeho přidanou hodnotu k vlastnímu zdraví. Způsobů, jak naplnit tento cíl je mnoho od programů primární prevence ve školství, přes sociálně marketingové kampaně, pobídky zdravotních pojišťoven nebo individuální motivační rozhovory zdravotníka nebo sociálního pracovníka a pacienta/klienta ve zdravotnickém zařízení.(4, Nejedlá)

Právě posledně zmiňovaný způsob tj. individuální motivační rozhovory jsou podstatou krátkých intervencí. Obsahově se krátké intervence mohou týkat problematiky užívání alkoholu, kouření tabáku, správné výživy, pitného režimu, příjem soli v potravě, pohybové aktivity a dalších oblastí životního stylu. Má specifický význam pro pracovníky primární péče i jako pomoc při zjišťování a odesílání pacientů s pravděpodobnou závislostí na alkoholu či kouření k příslušnému diagnostickému vyšetření a léčbě. (5, Nejedlá, 2014) Cílem krátkých intervencí je **rozpoznat** reálný

či potenciální problém, **informovat** klienta o výsledku a **motivovat** ho ke změně chování. Tedy ke zdravějšímu životnímu stylu. (3, Babor, 2010, s. 6) Cíl krátkých intervencí je prevence onemocnění, vznikajících v důsledku rizikových faktorů. Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na kouření cigaret a škodlivé nebo rizikové pití alkoholu.

### 1.2.1 Životní styl

Jeden z nejvýznamnějších faktorů na ovlivnění zdraví představuje životní styl. Úzce souvisí s dalším faktorem - životním prostředím člověka. Zároveň patří mezi faktory ovlivnitelné a tím dostupné prevenci. Nejzávažnějšími **faktory životního stylu**, které prokazatelně poškozují zdraví, jsou kouření, nedostatek pohybu, nevhodná strava, nadměrná spotřeba alkoholu, zneužívání drog a nadměrný stres. Mezi onemocnění, na jejichž vzniku a evoluci značně participuje životní styl, patří v první řadě onemocnění kardiovaskulární, nádorová a metabolická. Jedním z nejdůležitějších a zároveň nejsložitějších cílů společnosti je pro **zlepšování** zdraví podpořit pozitivní změny životního stylu. Základem prevence, ale i léčby výše uvedených onemocnění je **zabránění** zdravotních rizik životního stylu, zejména v oblasti výživy, kuřáctví, tělesné aktivity a stresu. Správným uplatněním faktorů životního stylu by bylo možno zabránit až 80 procent předčasných úmrtí na kardiovaskulární a nádorová onemocnění. (25, internetový zdroj) Za většinu závažných faktorů si může každý sám, expozice je dobrovolná, je možné ji redukovat a vylučovat. Stejně tak lze **ovlivňovat a posilovat** biopozitivní **faktory** životního stylu, tedy takové, které napomáhají zdraví vytvářet či udržovat.

Podpora zdraví usiluje o dosažení takového stavu organismu a způsobu života, které se obecně chápe jako zdraví. Hlavním cílem podpory zdraví je zdravý životní styl. Aby ho bylo dosaženo, **jsou nutné** menší či komplexnější **intervence** do dosavadního stylu života jedinců. Nezastupitelnou roli v postupu intervencí hrají zdravotníci a z nich zejména sestry, které se stále přímo setkávají se pacienty. (6, Komárek, 2011, s. 57)

## 1.2.2 Primární prevence

Cílem primární prevence je **předcházení vzniku nemoci**, prostřednictvím ovlivňování faktorů, které působí na zdraví a zdravotní rizika snižují. V redukci výskytu chronických neinfekčních onemocnění v primární prevenci má hlavní úlohu pozitivní ovlivňování faktorů životního stylu soustavnou a dlouhodobou edukací a motivací obyvatelstva v oblastech výživy, pohybové aktivity, zvládnání stresu, kuřáckých a alkoholových aktivit apod. Vytváření zdravého prostředí se děje zejména prostřednictvím intervenčních programů Zdravé město, Škola podporující zdraví a Podnik podporující zdraví. Spoluúčast občanů na ochraně a rozvoji vlastního zdraví i zdraví spoluobčanů zůstává ale na nedostačující úrovni. Podle Světové zdravotnické organizace by bylo možno zdravou výživu, přiměřenou aktivitou a nekouřením zabránit vzniku ischemické choroby srdeční z 80 procent, cukrovky z 90 procent a nádorů z 30 procent. Přitom choroby souvisejících s kouřením jsou první nejčastější příčinou úmrtí, kterým je možné předcházet. (7, Ministerstvo Zdravotnictví České Republiky, 2014, s. 12)

## 1.2.3 Sekundární prevence

Sekundární prevence nemocí navazuje na prevenci primární. **Má za úkol vyhledávat časná stadia poruch zdraví** preventivními prohlídkami a screeningovými programy s cílem zlepšení šancí na úspěšnost léčby. (7, Ministerstvo Zdravotnictví České Republiky 2014, s. 12) Je to včasné podchycení nemoci, která již nastala, ale nezpůsobuje zdravotní zatím omezení. Obvykle je tento termín používán jako souhrnný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení.(8, Kalina, 2001, s. 20) Včasná detekce, správná diagnostika a preventivní terapie jsou jejími hlavními nástroji. K aplikaci těchto nástrojů se využívají screeningové a diagnostické metody nejen u konkrétního jedince, ale i u rizikových skupin populace.

**Preventivní medicína** je všeobecně vědní obor zaměřený na ovlivnění zdraví osob a obecněji celé populace. Jeho metodikou je analýza zdravotního stavu populací, zjišťování nejčastějších či nejzávažnějších rizikových faktorů ovlivňujících zdraví a to nejen z oblasti životních a pracovních podmínek, ale i v oblasti genetických faktorů a životního stylu. Cílem preventivní medicíny je zlepšení zdravotního stavu jednotlivců i populace, které může být vyjádřeno ukazateli zdraví, jako jsou například střední délka

života a kvalita života. Samozřejmě s cílem prodloužit střední délku života a zlepšit kvalitu života. Tento vědní obor se uplatňuje zejména v oblasti sociální a zdravotní. Úroveň preventivní medicíny je velmi závislá na ekonomické a technické vyspělosti a možnostech konkrétní země. A právě v ekonomicky rozvinutých zemích je preventivní medicína více důležitá, je vynaloženo hodně prostředků pro zlepšení životních i pracovních podmínek. Vznikají nové rizikové faktory: nadměrný stres, snížená pohybová aktivita, snadná dostupnost procesně vysoce zpracovaných potravin, nevyváženosti základních živin podobně. Preventivní medicína zkoumá a vyhledává tyto rizikové faktory, efektivním způsobem ovlivňuje výsledný zdravotní stav populace a jednotlivců. (9, Müllerová, 2014, s. 14-15)



## 2 FORMA KRÁTKÝCH INTERVENCÍ

### 2.1 Motivační nekonfrontační rozhovor

Motivační rozhovor by měl být vedený s pochopením a nekonfrontačním způsobem. Obsah rozhovoru využívá údajů, které jsou zjištěny po vyplnění standardizovaného dotazníku pacientem/ klientem. Za použití vhodných otázek je možné pomoci pacientovi, aby si uvědomil své rizikové chování, aby se orientoval ve svém problému a mohl jej překonat. Když pacient ještě není úplně přesvědčený o změně chování, stále váhá nebo není rozhodnutý, pak **práce s motivací bývá nejdůležitější**. Jestliže již došlo k rozhodnutí pro pozitivní změnu, je důležitá rada, jak této změny dosáhnout. **Empatický styl poradenství je základním a určujícím znakem motivačního rozhovoru.**(5, Nejedlá, 2013, 2014) Motivační rozhovor je metoda zaměřená na podporu pacientů při změně jejich chování. Motivační rozhovory vycházejí z klinických zkušeností z práce se závislými na alkoholu a tabáku.

Cílem motivačních rozhovorů je objevit a posílit vnitřní motivaci pacienta ke změně chování. Podstatnou doménou motivačních rozhovorů je **důraz na spolupráci sestry a pacienta**, na autonomii a vlastní zodpovědnost pacienta za rozhodnutí, která činí, a na hledání nápadů a řešení, která vycházejí z pacienta. K základním prvkům motivačních rozhovorů patří: snaha vidět situaci očima jedince, vyjadřovat porozumění, rozvíjet rozpory mezi tím, co klient říká, že chce, a tím, co dělá. Pokus vyhnout se situaci, kdy sestra je tím, kdo obhajuje nutnost změny, snaha snižovat odpor pacienta ke změně a snaha posílit důvěru pacienta ve vlastní vlohy. (10, internetový zdroj) Efektivita motivačního rozhovoru stoupá, jestliže se pracuje s motivacemi, které jsou pro pacienta důležité – např. vzhled u žen, pracovní výkonnost u lidí s ambicemi nebo duševní výkonnost u studentů.(26, internetový zdroj) Motivační rozhovory představují široce použitelnou metodu terapeutické práce v pomáhajících profesích, vytvořenou původně především pro práci s klienty závislými na alkoholu a cigaretách. Jejimi autory jsou William R. Miller a Stephen Rollnick. Metoda vychází především z rogersovského, na klienta orientovaného přístupu. Zahrnuje též některé prvky systemické a kognitivně-behaviorální terapie. Při pohledu na situaci klienta metoda využívá model změny vytvořený v osmdesátých letech minulého století Prochaskou a DiClementem, nazývaný také „kolo změny“. Pro metodu motivačních rozhovorů je typické zejména přenesení zodpovědnosti za změnu a udržení změny

z pracovníka na klienta a práce na změnách klientova chování. Charakteristickým rysem motivačních rozhovorů je nedirektivní směřování klienta k žádoucím změnám v jeho chování a k zachování těchto změn. (19, Nocross, 2003, s. 126)

### 2.1.1 Cíle motivačního rozhovoru

**Primárním cílem motivačního rozhovoru je dosahování změn** ve směru bezpečnějšího, úspěšnějšího a zdravějšího životního stylu. Mezi očekávané výsledky může patřit stabilizace, návrat do určité životní role, zlepšení kvality života. V komunikaci s klientem se zaměřit na to, co považuje ve svém životě za problém, a na základě toho se stanoví cíle. **Klient si sám hledá cíle a problémy, terapeut** (poradce, konzultant, všeobecná sestra) **podporuje** proces změny, posiluje jeho odpovědnost za další vývoj a sebevědomí, že je schopen reálně stanovených cílů dosáhnout. Terapeut nepřijímá roli experta, ale ponechává odpovědnost za změnu na klientovi. Motivační rozhovor tedy používá spíše podporující než donucovací postupy. Cíl by měl být dosažitelný klientovými schopnostmi, měřitelný, jasně časově omezený a konkrétní, reálně proveditelný (8, Kalina, 2008, s. 122) Cílem motivačních rozhovorů je objevit a posílit vnitřní stimulaci pacienta ke změně chování (21, Soukup, 2006, s. 17-22)

### 2.1.2 Principy motivačního rozhovoru

Motivační rozhovor vychází ze **čtyř hlavních principů**: vyjádření empatie, nalezení rozdílů, couvnutí před odporem, podpoření osobní zdatnosti. **Empatie je základ** motivačního rozhovoru. Bez empatie jsou motivační rozhovory nemyslitelné. Empatie a reflektivní naslouchání pomáhají terapeutovi pochopit nejen klientovy pocity, ale i jeho postoje, aniž by musel klienta hodnotit či kritizovat. Napomáhá k orientaci, kde se klient nachází ve svém uvažování či rozhodování o změně. Důležité je přijetí klienta všeobecnou sestrou takového, jaký je. Cítí-li se klient terapeutem přijat, posiluje se jeho sebedůvěra. **Rozpor mezi stávajícím chováním a důležitými životními cíli motivuje ke změně**. Druhý princip postupně navazuje na první a v zásadě ho lze popsat jako proces, během něhož si klient postupně uvědomuje rozdíl mezi tím, kde je v současné době, a tím, čeho by chtěl dosáhnout nebo kam by chtěl dojít. Spouštěcím momentem je uvědomění si klienta,

jak vysokou cenu platí za svůj stávající styl života. Pokud je tento jeho styl v rozporu s tím, čeho by chtěl dosáhnout, je pravděpodobné, že se rozhodne pro změnu a začne ji uskutečňovat. Motivační rozhovory se proto na tento rozdíl zaměřují, pracují s ním a jejich cílem je, aby klient sám v sobě dozrál k **rozhodnutí pro změnu**. Třetí princip se nazývá **couvnutí před odporem**. Objeví-li se v klientově chování odpor, je to pro terapeuta signál, že je třeba změnit postup. Odpor pacienta je třeba převést v impuls ve prospěch změny. Posledním principem motivačního rozhovoru je koncept osobní zdatnosti. **Podpora** vlastních schopností klienta, **důvěra** mohou podpořit klientovo sebevědomí a sebedůvěru a mohou tak napomoci jeho úspěšnému **zvládnutí cesty ke změně**. Klient sám je zodpovědný za to, že se rozhodne pro změnu a učiní ji. (8, Kalina, 2008)

## 2.2 Schéma krátké intervence „5 P“

Výrazem „5P“ představuje **Ptát se, Poradit, Posoudit, Pomoci, Plánovat**

**Ptát se** znamená ptát se na užívání návykových látek, tj. ptát se pacienta, zda kouří/pije nebo kouřil/pil v minulosti, jak je silný jeho návyk. **Poradit** je jasné doporučení kuřákovi/ pijákovi přestat. **Posoudit** znamená posoudit konzumaci alkoholu, užívání tabáku pomocí dotazníku. Nechce-li přestat, je důležitá motivace, vysvětlení vhodným způsobem výhody nekuřáctví/ nepijáctví, hlavně výhody v jejich konkrétním případě, například vzhledem k jejich diagnóze, obtížím, prognóze. Vše důsledně zapisovat do dokumentace, napsat datum, kdy se pacientovi doporučilo přestat kouřit/ pít, výsledek použitých dotazníků a reakci pacienta na doporučení. Záznam aktualizovat. **Pomoci** je pomoc k vytvoření plánu těm klientům, kteří chtějí přestat kouřit či snížit spotřebu alkoholu na úměrnou úroveň. **Plánovat** znamená plánovat postup střízlivění, plánovat kontroly.

Pokud pacient nechce přestat kouřit/ pít intervence končí, při další návštěvě empaticky opakujeme.

### 3 FAKTORY ZDRAVOTNÍHO STAVU OVLIVNITELNÉ KRÁTKÝMI INTERVENCEMI

#### 3.1 Definice zdraví

„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze v přítomnosti nemoci nebo jiné vady“, nejčastější citace vypracována Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Tato definice zdraví je podložena objektivně zjištěnými biologickými hodnotami, postihuje ale i vyšší rovinu zdraví, jak subjektivně daný jedinec vnímá zdraví, jak se začlení do společnosti. (6, Komárek, 2011. s. 8)

Je to definice statická a částečně je již překonána. Podobně, když v šedesátých letech se tvrdilo, že **každý si za své zdraví může sám**. Taková deterministická zodpovědnost, například kuřák, drogově závislý, obézní si za svoje nemoci může sám. V nynější době se zdraví rozumí jako schopnost organismu věčně se přizpůsobovat měnícím se nárokům a požadavkům prostředí bez narušení životních funkcí. Zdraví je považováno za každodenní potřebu života, ne za jeho cíl. Zdraví pak přináší možnost realizovat svá očekávání, uspokojování své potřeby. Kromě fyziologických potřeb jde také o potřeby bezpečí, sounáležitosti, lásky, uznání a seberealizace. (9, Müllerová, 2014, s. 15)

#### 3.2 Šest oblastí ovlivňující základním způsobem zdraví české populace

Faktory, které mají vliv na zdraví, rozdělujeme na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Ze skutečnosti, že řada faktorů je ovlivnitelných, vychází koncepce podpory zdraví, tj. posilování zdraví.

V České republice přetrvává nízká úroveň vlastní péče o zdraví. Mnoho lidí podceňuje výskyt rizikových faktorů u sebe samých nebo upřednostňuje pouze léčbu farmaky před prevencí s využitím režimových opatření.

### **3.2.1 Kardiiovaskulární nemoci**

Kardiiovaskulární choroby jsou v České republice nejčastější příčinou úmrtí, umírá na ně 50 % populace. Za posledních deset let se snížila úmrtnost o 20 %, především zásluhou včasné diagnostiky a dokonalejších terapeutických postupů. Postupné snižování hladiny cholesterolu, lepší péče o pacienty s hypertenzí, ale prvozáchyt a edukace kuřáků má pozitivní vliv na snížení úmrtnosti. K poškození cév stačí malá dávka tabákového kouře.

### **3.2.2 Nádorová onemocnění**

Druhá nejčastější příčina smrti jsou v České republice nádorová onemocnění. Úmrtnost zůstává na stejné úrovni, i když výskyt nových onemocnění stále stoupá. To lze vysvětlit častějším záchytem nádorového onemocnění v počátečních fázích onemocnění, tedy sekundární prevencí. V této kategorii je nejčastější kolorektální karcinom, nádory prsu u žen, prudce stoupá výskyt nádorů prostaty u mužů. Výskyt nádoru plic u mužů mírně klesá, ale stoupá výskyt u žen. Pro úspěšnou léčbu je důležitá prevence a včasná diagnostika. Metodami primární prevence jsou nádorová onemocnění obtížně ovlivnitelná, prokazatelný je vliv kuřáctví na vznik nádorového onemocnění.

### **3.2.3 Diabetes mellitus**

V České republice trpí diabetem přibližně 7 % obyvatel. Roste počet chronických komplikací diabetu. Výskyt nemoci je ovlivnitelný životním stylem, hlavně způsobem stravování, pohybovou aktivitou a udržování tělesné hmotnosti. Roste počet chronických komplikací diabetu. Rozvoji nemoci se dá vlastní aktivitou předejít, ale snížení konzumace alkoholu se dá ovlivnit chronické onemocnění slinivky břišní.

### **3.2.4 Návykové látky**

Vážné choroby a následná předčasná úmrtí jsou ovlivněna užíváním tabákových výrobků, kouření cigaret tak patří k největším rizikovým faktorům mnoha nemocí. Rizikové je i pasivní kouření. Vysoké procento nekuřáků je vystaveno tabákovému kouři v domácím prostředí, na pracovišti, v restauraci. Znepokojivé zjištění se týká dostupnosti cigaret pro školní děti a počtu dětských kuřáků. Je možno tomu účinně předcházet primární prevencí, U kuřáků je možné použít v odvykání intervenční metody a edukaci.

Česká republika se umístila na prvním místě mezi státy evropského regionu v konzumaci alkoholu. Alarmující je údaj, což činí 16,6 litru o konzumaci čistého alkoholu na dospělého obyvatele za rok. Zdravotní škody, které alkohol působí, se netýkají pouze lidí, kteří jsou na alkoholu závislí. Problém člověka s nadměrným pitím nebo závislostí na alkoholu obvykle postihuje celou rodinu, včetně dětí. V Čechách převládá vysoká tolerance pití alkoholu a užívání nealkoholových drog, včetně konopných látek, zejména mezi mladými lidmi.

### **3.2.5 Nadváha a pohyb**

Značným problémem mezi Čechy je nadváha a obezita. Více než polovina dospělých lidí v České republice má vyšší hmotnost nad normál a nedaří se tato hmotnost snižovat. Stoupá riziko nadváhy v dospělosti, je pozorován i vysoký výskyt nadváhy a obezity již v dětském věku, se všemi negativními následky. Do skupiny chronického onemocnění patří kardiovaskulární choroby, hypertenze, diabetes mellitus, potíže s bolestí zad a kosterního aparátu. Léčba těchto komplikací je drahá, zvyšuje nároky na rozpočet resortu zdravotnictví, komplikace se dají ovlivnit správnými stravovacími návyky a pohybovou aktivitou. Správnou prevencí a edukací lze motivovat občany tento problém zmírnit či vylepšit, proto je nutné provádět již v ambulanci praktického lékaře krátké intervence lékařem nebo zdravotní sestrou.

### 3.2.6 Životní prostředí

Kvalita ovzduší je zásadním problémem životního prostředí v České republice. Znečištění ovzduší aerosolovými částicemi představuje asi 7 % všech úmrtí, především na podkladě dýchacích a srdečně cévních onemocnění. Ty mají za následek přibližně 900 hospitalizací pro akutní srdeční obtíže a 1 400 hospitalizací pro akutní respirační obtíže za rok.

Životní prostředí je též negativně ovlivněno hlukem, který má vliv na kardiovaskulární systém, rušení spánku, nepříliš správný vývoj řeči a čtení u dětí. Hluk patří podle Světové zdravotnické organizace mezi nejvýznamnějším faktorem životního prostředí hned za znečištěním ovzduší. Vlivem dopravního hluku ztrácí Evropané celkem kolem jednoho milionu let života ve zdraví. (11, Antošová, 2014, s. 7-11)

## 4 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Vzhledem k tomu, že v praktické části BP se věnujeme intervencím v oblasti užívání alkoholu a kouření cigaret, z rizikových faktorů zdraví se nyní podrobněji zabýváme závislostí a užívání návykových látek.

### 4.1 Definice závislosti

Závislost je stav, který někdo potřebuje nebo si myslí, že potřebuje ke své existenci. Je podmíněn danou situací nebo okolnostmi. Živé organismy jsou závislé na dostatku kvalitní potravy, vody, vzduchu. Také závislost na jiné osobě se projevuje závislostí na její péči, lásce nebo přítomnosti. Naprosto běžná je závislost dítěte v prvních letech života na péči dospělé osoby, nejčastěji matky.

Velice často **závislost** osobě **něco nahrazuje**. Stres se často potlačuje přejídáním, někdy závislost přináší únik z reality. Při požití alkoholu jedinec nemyslí na starosti, které ho trápí, nic ho nebolí. Vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje fakt, že jako živé bytosti se s tématem závislosti setkáváme od prvních chvil života. Rozvíjíme se v absolutní závislosti na organismu matky v jejím lůně. Kdybychom neměli ihned po narození k dispozici dospělou osobu, která o nás citlivě pečuje, nemohli bychom se rozvinout v moudrou lidskou bytost homo sapiens. Stejně tak jsme závislí na mnoho dalších faktorech, které buď neumíme ovlivňovat, jako je vzduch, voda, zemská přitažlivost, nebo s o to snažíme, jako je to u závislosti na pomoci nebo mínění druhých. Posléze, v okamžiku porodu, začínáme svoji neodbytnou cestu za samostatností. Hledáme cestu od závislosti k nezávislosti. Tato etapa vývoje je silná zejména v období puberty. Je hnací silou, je jedním ze základních životních dilemat. Někdy zůstane nezávislost pomyslným životním cílem a končí jinou závislostí, např. na návykových látkách. (8, Kalina, 2008, s. 17) Závislost, jako patologický jev, je někdy označován jako závislostní chování, **nekontrolovatelné nutkání** opakovat své chování bez ohledu na jeho důsledky. Závislost obecně dělíme na **psychickou a fyzickou**. **Psychická závislost** se projevuje neodolatelnou touhou nemocného látku trvale užívat. Závislost fyzická nastává tehdy, když jsou bez dalšího podání látky ohroženy fyziologické funkce organismu závislého člověka. K tomu aby se člověk stal závislým, musí zpravidla nejdříve sám aktivně vyvíjet nějakou činnost. Závislost se neobjeví jen tak bez příčiny. Kdo začne kouřit, musí překonat špatnou



chuť z cigaret v ústech, ustát točení hlavy způsobené nikotinem. Aby mohl jednou potvrdit, že kouří rád, musí se kuřák nejdříve chuťově převychovat. Pivo je moc hořké, víno příliš těžké, tvrdý alkohol je moc ostrý. Aby byly překonány přirozené obranné reakce u mladých jedinců, nabízí se široká možnost alkoholových míchaných nápojů. Smíří se s kocovinou, ignorují ji. Pijí až do opilosti, soutěží, kdo více vypije. Návykový potenciál mnoha látek je často podceňován. Lidé, konzumující návykové látky, se dostanou do fyzické i duševní závislosti. Dnes se stala spotřeba drog všední a každodenní záležitostí. Motivy jejich užívání jsou libovolné – slast, útek z reality, zamezení bolesti, nuda, ztráta zábran a další. (12, brožura Stop drogám!, 2015, s. 5)

**Fyzická závislost** znamená, že je na dané látce přímo závislá fyzická existence člověka. Fyzická závislost je například závislost na nikotinu či alkoholu.

## 4.2 Syndrom závislosti

Závislostí předchází problémové užívání návykových látek, je příznačný silnou až palčivou žízní brát opakovaně danou látku, špatnou kontrolou a nemožným zastavením jejího užívání. Výrazným průkazem závislosti je odvykací stav, který se ukáže vždy, když není látka k dispozici. Takový člověk zanedbává dřívější koníčky, zájmy, později vztahy a pokračuje s užíváním drogy přes jasné projevy negativních důsledků. Problém je i v náhledu na vlastní chování a s tím potřebnou pomoc často odmítá. Na vznik závislosti má vliv interakce člověka jako takového se všemi osobnostními rysy, prostředím a podněty, se kterými přichází do kontaktu. Některá složka může být dominantní. Záleží také na dostupnosti návykové látky, bez ní závislost nevznikne. Závislost se týká celého člověka, tudíž má zřetel biologický, psychický, sociální a duchovní. Aby byla léčba úspěšná, je třeba tyto aspekty zohlednit a k léčbě přistupovat komplexně (13, Orel, 2012, s. 108)

Mezi příznaky závislosti patří **carving** neboli **bažení**, opakující **dychtění** po droze. **Abstinenční subjektivní příznaky** jsou podrážděnost, agrese, deprese, zvýšená chuť k jídlu, buzení během noci, chuť k jídlu, lehké bolesti hlavy, nutková touha po cigaretě, skleničce alkoholu. **Abstinenční objektivní příznaky** snížená srdeční frekvence, snížení adrenalinu, snížení kortizolu, zvýšená teplota kůže, zvýšení hmotnosti. Vytlačování a zanedbávání jiných potřeb, ztrátení přátel, nezájem o koníčky. Snížení

sebeovládání, užívání drogy i přes jasné vědomí její škodlivosti. Zvyšování tolerance, zvyšování potřeby závislosti. (28, internetový zdroj)

## 4.3 Druhy závislosti

### 4.3.1 Kouření

Nejznámější z nejstarších užívaných drog jsou produkty z indického konopí. Narkotické účinky drogy znali již Asyřané a staří Germáni, Hunové vařili konopí ve víně, aby se zvýšil jeho účinek. Indické konopí má květy samčí a samičí, které rostou na různých rostlinách. Živočišný výpotek samičí rostliny se hromadí a její vrcholek dává následující produkty. Bhang, usušená směs z odřezaných vršků nekultivovaných rostlin, je určena ke kouření. Velmi rozšířenou rostlinou je tabák. Je rostlinou amerického kontinentu, kde Indiáni nejen listy kouřili, ale i žvýkali, šňupali a používali v kombinaci s jinými látkami. Do Evropy přivezla tabák Kolumbova loď v roce 1492. V Evropě tabák pěstoval, nadšeně propagoval a rozšíření se postaral Jean de Villemain Nicot, francouzský velvyslanec v Portugalsku. Jeho jméno dodnes nese alkaloid obsažený v tabáku a objevený v roce 1828 nikotin. Kouření bylo a je oblíbenou činností, ale i módní záležitostí. Pěstování tabáku se stalo výhodným obchodním artiklem. Mezi prvními, kdo se rozhodl pěstovat tabák se státním monopolem, byl Napoleon. Celosvětová spotřeba tabáku je ohromná a s jeho vzrůstající spotřebou je veden boj proti kouření. Nevýznamnější látkou obsaženou v tabáku je alkaloid. Obsah nikotinu je daný podle druhu tabáku, pohybuje se od půl procenta do osmi procent. Uvádí se, že vykouření jedné cigarety přejde do organismu 5-10 mg nikotinu. Kouření tabáku propadají všechny věkové skupiny i obě pohlaví. S kouřením se začíná už v mladém věku, v cikánských rodinách je například běžné dávat kouřit cigaretu už dvouletým dětem. Kuřák působí škody na zdraví nejen sobě, ale i ostatním členům rodiny, kamarádům, spoluzaměstnancům. (13, Orel, 2015, 156)

**Kouření je nemoc.** Je to naučené chování, které se kuřák učil mnoho měsíců, spíše mnoho let. Kouření není zlovyk, **je to závislost.** Je srovnatelná se závislostí na alkoholu, heroinu nebo kokainu. Dle WHO je kouření cigaret zařazeno mezi duševní poruchy a poruchy chování jako dg. F. 17- závislost na tabáku. Závislost na tabáku je psychosociální a u většiny kuřáku i fyzická / drogová/. Sociální závislostí kouření začíná. V určité společnosti, většinou vrstevníků, nejčastěji ve věku mezi 12. - 14. rokem,

se vykouří první cigareta. Na negativní příznaky jako je točení hlavy, nauzea se rychle zapomíná, vzniká tolerance. Při opakovaném sahání po cigaretě se vyvíjí závislost psychická. Typická je cigareta u kávy, při posezení s kamarády, při čekání na autobus. Je to závislost na cigaretě jako takové, na cigaretě jako předmětu, nebere se ohled na její složení. Fyzická drogová závislost je na nikotinu. Nevyvine se hned, ale po určitém čase. Většinou o dvou let od první cigaretě. U těch, kdo kouří jen příležitostně, je jich menšina, nemusí fyzická závislost vzniknout. Na nikotinu je závislých osmdesát procent kuřáků. (15, Frouz, 2015, s. 156). Cigaretový kouř vdechuje nejen aktivní kuřák, ale i lidé v jeho okolí.

#### 4.3.2 Statistika kouření

Podle průzkumu Eurobarometru v ČR kouří v České Republice 2 300 000 lidí. Z toho kouří 26 procent populace nad 18 let, zbytek jsou děti a mladiství do 18 let. Za rok se v Čechách vykouří 21 miliard cigaret. (Statistický údaj za rok 2010 a 2011). V České Republice zemře každý rok z nejrůznějších důvodů asi 100 000 lidí, na nemoci spojené s kouřením 18 000 lidí, tzn. asi 350 lidí za týden, 50 jedinců denně. Průměrně si kuřák svým kouřením zkrátí život o 15 – 18 let. Z celkového počtu 18 000 lidí zemře ročně 8 000 lidí na kardiovaskulární nemoci, 7 000 na různé typy rakoviny, 2 000 lidí na respirační onemocnění a 1 000 lidí na ostatní onemocnění. **Dvě třetiny lidí, kteří zemřeli na nemoci z kouření cigaret, jsou mladší 65 let.** (27, internetový zdroj)

#### 4.3.3 Legislativa boje s epidemií závislosti na tabáku

Statistiky ukazují, že **počty kuřáků tabáku na světě rostou**, dá se mluvit o celosvětové epidemii. **V roce 2003 vydala WHO úmluvu o kontrole tabáku**, v platnost vstoupila v roce 2005. Jde o první celosvětovou smlouvu o ochraně veřejného zdraví. Obsahuje základní body mezinárodní kontroly tabáku, státy se zavazují kontrolování a zabránění pašování levnějších cigaret, k vyšším daním z cigaret, důrazným zdravotním varováním, například na balení cigaret, k ochraně před pasivním kouřením, informováním o složení tabákového kouře, zákaz kouření na pracovištích, restauracích, důsledné seznamování veřejnosti s riziky závislosti na tabáku, omezování reklamy tabákových

výrobků a ke snazší dostupnosti léčby závislosti na nikotinu. Jako nejúčinnější z legislativního opatření se zdají zvyšování daní tabákových výrobků, vyšší cena za cigarety vede ke snížení kouření u dětí a mladistvých. Velice účinná ochrana je zákaz kouření na pracovištích či v restauracích.

**Světová zdravotnická organizace (WHO) zkompletovala doporučení**, které ovlivňují **omezování spotřeby tabáku**. Představují **šest hlavních bodů** (WHO, 2008), které se označují zkratkami začátečních písmen: **MPOWER**. **Monitor**, znamená monitorovat užívání tabáku a zahájení prevence. **Protect**, cílem je chránit jedince před tabákovým kouřem. **Offer**, pomoc při odvykání kouření. **Warm**, varovat, poučit společnost o rizicích užívání tabáku. **Enforce**, prosazování zákaz reklamy na tabák. **Raise**, znamená zvyšování daní na tabák. Ve státech (například Kalifornie, Irsko, Austrálie), kde se důsledně dodržuje nekouření na pracovištích, na veřejných místech a v restauracích, se snížila nemocnost, hospitalizovaná a úmrtnost na respirační nemoci či KVO. (9, Müllerová, 2014, s. 123-124).

Co se týká nekuřáckého tématu, Česká republika se řadí mezi nejlažnější evropské země. Ze 174 zemí světa jako poslední **podepsal prezident Václav Klaus dne 2. května 2012 za Českou republiku**, s devítiletým zpožděním, **Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku WHO**. Prevence tabakismu je v ČR zaměřen až na léčbu závislosti. (15, Frouz, 2015, s. 156)

#### 4.4 **Alkohol**

Alkohol je znám lidstvu od nepaměti, v pověstech se označuje jako dar z nebes. Ani následky užívání alkoholu nejsou neznámy, proto některé národy omezují nebo zakazují pití alkoholu. Např. v posvátné knize mohamedánů, koránu, je zakázáno pití alkoholických nápojů, v Knize moudrosti písaře Aniho se uvádí: „Nepřeber tak, že vypiješ celý džbán piva. Když mluvíš, nesprávná slova vycházejí z tvých úst. Když upadneš a polámeš si nohy, není tu nikdo, kdo by ti podal ruku. Tvoji spolustolovníci vstanou a řeknou: pryč s tím opilcem.“ V těchto větách jsou obsaženy důsledky nejen pro opilce, ale důsledky společenské. (15, Janík, 1990, s. 13)

**Alkohol** je rozšířen po celém světě. **Patří s nikotinem mezi legální drogy**. Označení alkohol je chemicky etylalkohol, etanol vzniká kvašením cukrů. Etanol

je psychotropní návykovou látkou. Psychotropní znamená, že mění naše vědomí. Závislost na alkoholu patří mezi nejzávažnější a nejrozšířenější formy návyku. Závislostí ale nelze nazvat každé užívání alkoholu, o té lze tedy hovořit, když spotřeba alkoholu stoupá a opakuje se. Historie zneužívání alkoholu je zřejmě stará jako lidstvo samo. Příslušníci různých náboženství věřili, že alkohol, který zlepšuje náladu, dodává pocit sebevědomí, dochází ke ztrátě zábrán, je darem od bohů. Při římských slavnostech na počest boha Saturna se používal alkohol. Dodával odvalu při seznamování, přinášel povznesenou náladu. Kult boha Saturna převzali Římané z řecké mytologie. Na počest boha Dionýse vznikly slavnosti, které se vyvíjely zpočátku prostě a vesele, později hlučněji a více nevázané. (16, Dušek, 2010)

V jakékoliv úvaze o problémech souvisejících s alkoholem je nutné rozlišovat mezi „užíváním alkoholu“, „zneužívání alkoholu“ a závislostí na alkoholu“. (3, Babor, 2010, s. 5-6)

#### **4.4.1 Užívání alkoholu**

Slovo užívání je konzumace alkoholu. To znamená, že termín **užívání alkoholu** s nízkým rizikem se vztahuje k pití, které nepřekročí zákonné ani společenské normy a je pravděpodobné, že nepovede k problémům souvisejícím s alkoholem. (3, Babor, 2010, s.5-6)

#### **4.4.2 Rizikové a škodlivé pití alkoholu**

Rizikové a škodlivé užívání je stav, při kterém ještě není rozvinuta závislost na alkoholu, ale alkohol už narušuje fyzické i duševní zdraví člověka, jeho vztahy, vyvolává problémy v zaměstnání, vede k problémům souvisejícím s alkoholem. (30, internetový zdroj) Hlavním rizikem nadměrného užívání alkoholu je rozvoj tělesné i psychické závislosti.

#### 4.4.3 Syndrom závislosti na alkoholu

Syndrom závislosti na alkoholu je souborem kognitivních, behaviorálních a fyziologických příznaků. Když je konzumace alkoholu dlouhodobá, trvá alespoň jeden měsíc nebo opakovaně v průběhu jednoho roku a vyskytují se nejméně 3 faktory, které potvrzují závislost. Mezi ně patří **silná touha** nebo **nutkání** pít alkohol, **potíže** s kontrolou nad pitím, **vyžadování zvýšených dávek** alkoholu, **zanedbávání** činností nebo koníčků kvůli pití alkoholu, pak se mluví o závislosti. Na alkoholovou závislost, diagnóza dle MKN F10, se dívá jako na **duševní poruchu**, která se **dá léčit**. Předchází jí poměrně dlouhé období, kdy se dá relativně bezbolestně zastavit. Závislosti se dělí podle dr. Jellineka do čtyř stadií. Pro počáteční stadium je typické při užití alkoholu dosažení úlevy, uvolnění, zlepšení společenského kontaktu, varovná fáze znamená, že alkohol představuje drogu, která je, pro dotyčného, nutností. Častěji bývá opilý a objevují se u něj i výpadky paměti. Třetí rozhodná fáze je fáze zdůvodňování pití. Alkoholik ztrácí schopnost pít kontrolovat, tolerance k alkoholu se zde začíná snižovat, stačí menší množství na vyvolání opilosti. Je tendence požívat nápoje i ráno. Poslední čtvrtá fáze je konečná, terminální, zde je alkohol nezbytný k přežití. Při jeho nedostatku se začíná rozvíjet odvykací stav, objevují se i psychické poruchy, mění se osobnost. (30, internetový zdroj) Krátká intervence je vhodná u pacienta, u něhož užívání alkoholu zhoršuje zdravotní stav nebo by k poruše zdravotního stavu mohlo dojít.

#### 4.4.4 Statistika syndromu závislosti na alkohol

V České republice je spočítáno, že průměrná konzumace na dospělého obyvatele a rok je 16,6 litru čistého alkoholu. Průměr v EU je 12,5 litru na osobu. Proto jsou Čechy na prvním místě mezi všemi zeměmi v Evropě. Mezi muži v ČR je 26 procent rizikových konzumentů a mezi ženami 13 procent. (11, Zpráva o zdraví, s. 9) Nadměrný příjem alkoholu má vliv na poškození mozku, poškozuje játra, slinivku břišní, a některých nádorových onemocnění. Je rizikovým faktorem pro rozvoj cukrovky, kardiovaskulárního onemocnění a rozvoj obezity. Touha po alkoholu vede k psychickým poruchám, klient je podrážděný, úzkostný, depresivní, má poruchy spánku, při odvykání se objevují halucinace, bludy, asociální chování.

#### 4.4.5 Legislativa v boji s nadměrnou konzumací alkoholu

Aby se na celém světě snížily negativní dopady alkoholismu a konzumace ve společnosti, **vypracovala SZO Strategii**. Jejím **hlavní cílem je** dát návod členským státům jak **tvořit, kompletovat a realizovat zdravotnickou politiku, ke snížení alkoholismu jak použít intervence**, které redukuje alkoholismus a negativní dopady nadměrné konzumace alkoholu ve společnosti. Tyto Národní akční plány, tvořené v jednotlivých zemích, by měly zahrnovat regulaci cen, zdanění alkoholu, zákaz prodeje mladistvým, omezení času a místa prodeje, kontrolu produkce a dovoz alkoholických nápojů, omezení reklamy alkoholických nápojů, zahrnují i legislativní opatření v souvislosti s řízením motorových vozidel a zákaz pití alkoholových nápojů na pracovištích. Zároveň je důležitá informovanost společnosti o prevenci, příčinách a negativních dopadech při nadměrné konzumaci alkoholu. (9, Müllerová, 2014, s. 123-124)

## 5 PROVÁDĚNÍ KRÁTKÝCH INTERVENCÍ V PRAXI

### 5.1 Ordinance praktického lékaře

Zdravotníci, pracující v primární péči mají důležitou úlohu a jedinečnou možnost rozpoznávat a podchytit pacienty, kteří svým chováním ohrožují své zdraví nebo mu škodí. Mohou hrát důležitou úlohu v dovedení pacientů s kuřáckou nebo alkoholovou závislostí k nastoupení léčby. Odeslat je do odborné poradny. **Pacienti důvěřují zdravotníkům**, které znají, jsou jim bližší než zdravotníci, kteří se v ambulancích střídají. Očekávají od nich, že je problémy budou zajímat. Informace poskytované zdravotníky jsou často rozhodující nejen v léčbě nemoci, ale i pro její předcházení. Primární zdravotní péče je hlavním nositelem zdravotní péče, klienti jsou nejméně jednou do roka v kontaktu s lékařem či všeobecnou sestrou. Vzhledem k tomu, že lidé věří informacím, které od lékaře a jeho týmu dostávají, je zde pravděpodobnost, že budou brát vážně i radu o kuřáctví a alkoholu podanou v kontextu preventivní zdravotní péče. Ordinance praktického lékaře je ideálním místem pro soustavné **sledování a opakování intervence**. Cíl krátkých intervencí v ordinaci praktického lékaře je propojit vědecký výzkum s klinickou praxí. (3, Babor, 2010, s. 8)

### 5.2 Role sestry

V praxi má všeobecná sestra více času na **krátkou intervenci** než lékař. **Zvládnout by jí měla každá sestra**. Krátká intervence by neměla trvat déle než několik minut. Všeobecná sestra by měla především pomoci kuřákovi/ pijákovi pochopit jeho závislost, vysvětlit abstinenci příznaky, stanovit den D v odvykání závislostního chování, nešetřit chválou i za malé úspěchy, bez moralizování či obviňování, nepřipustit neúspěch, motivovat a podporovat klienta v odvykání, doporučit náhradní terapie. (17, Králíková, 1997, s. 66-67) Empatickým způsobem ho informovat o výsledcích skriningového vyšetření.



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 FORMULACE PROBLÉMU

Vzhledem k tomu, že v posledních letech je kladen velký důraz na preventivní programy zdraví, Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR) schválilo českou verzi evropské zdravotní strategie Světové zdravotnické organizace (WHO) „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Zásadním dokumentem veřejného zdravotnictví je Národní program zdraví České Republiky a ministerstvo jeho dotační programy podporuje. K dosažení cílů jako je omezování kuřáctví, ozdravení výživy, snižování a zvládání nadměrného stresu, zlepšení reprodukčního zdraví, omezování spotřeby alkoholu, optimalizace pohybové aktivity a jiné přispěl v roce 2014 dotační program „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“. (31, internetový zdroj) Realizoval se v roce 2014 a 2015 Státním zdravotním ústavem, který vytvořil metodiku s názvem „Ověřování metodiky krátkých intervencí v praxi“. Cílem bylo snížit výskyt rizikových faktorů preventabilních nemocí občanů ČR a motivací ke zdravému životnímu stylu. Byly požádány o spolupráci nemocnice a do projektu byla zapojena i ordinace praktické lékařky v Plzni, v které autorka BP 20 let pracuje. Téma jí natolik oslovilo, že se spoluprací souhlasila a pokračovala ve výzkumu i v letošním roce. Na této činnosti se aktivně podílela a výsledky krátkých intervencí porovnávala s výsledky v nemocnici. V praxi si ověřovala, zda je tato metoda vhodná nejen pro pacienty hospitalizované, ale i pro ambulantní klienty v ordinaci praktického lékaře.

Zajímalo jí, zda pacienti, které velmi dobře zná, budou ochotně spolupracovat, zda odmítnou či neodmítnou nabídnutý dotazník k vyplnění. Jestli budou chtít dál komunikovat a potencionální problém rozvádět. Zda se natolik znají, že se posílí jejich sebedůvěra, zda se rozhodnou pro změnu a začnou jí realizovat. V bakalářské práci se zaměřila na dvě rizikové oblasti užívání tabákových výrobků a alkoholu, které se dají ovlivňovat správnou prevencí, intervencí a edukací. Dalším oblastem, které nabízí metoda KI, se ve svém výzkumu nevěnovala. Jedná se o zdravou výživu, pitný režim, spotřebu soli a pohybovou aktivitu.

V praktické části se ptala: „ Jsou krátké intervence indikované v ordinaci praktického lékaře?“

## 6.1 Cíl výzkumu

**Cílem práce je ověřen**í, zda metoda krátkých intervencí v podpoře zdraví v oblasti rizikových faktorů životního stylu je vhodná i pro použití všeobecnou sestrou v ordinaci praktického lékaře (prostory, čas, komunikační schopnosti, práce s kartami...).

**Pracovat s cílovou skupinou** s využitím metody krátkých intervencí v denní pracovní praxi a ověřit účinnost v praxi preventivní péči. Odbourat nesprávné názory a mýty o provádění intervenčních pohovorů, které mezi odbornou veřejností panují jako je nedostatek času, odmítání ze strany pacientů, neúčinnost. Zda jsou krátké intervence účinným nástrojem ochrany zdraví a prevence nemocí.

## 6.2 Dílčí cíle

- 1) Zjistit, zda jsou krátké intervence v oblasti užívání alkoholu zásahem do soukromí?
- 2) Zjistit, kolik klientů je závislých na nikotinu?
- 3) Zjistit, kolik klientů, po provedení krátké intervence, bude přemýšlet o změně návyku?
- 4) Zjistit, zda klienti, kteří splňují kritéria nebezpečného a škodlivého pití, neodpovídají na intervence v primární péči.

### 6.3 Hypotézy

H1 Předpokládám, že v ordinaci PL nejsou krátké intervence zásahem do pacientova soukromí.

(Kritérium pro většinu 80%).

H2 Předpokládám, že mi oslovení pacienti neodmítnou spolupráci na krátkých intervencích

(Kriterium pro většinu je 80%).

H3 Předpokládám, že klienti, kteří splňují kritéria nebezpečného a škodlivého pití alkoholu, budou uvažovat o změně chování?

(Kritérium pro splnění 30%).

H4 Předpokládám, že budou spolupracovat i klienti, kteří nechodí pravidelně k praktickému lékaři na preventivní prohlídky.

(Kritérium pro většinu 85%)

## **7 CHARAKTERISTIKA SOUBORU**

### **7.1 Vzorek respondentů**

Výběr respondentů na téma alkohol byl náhodný, tvořili ho muži i ženy bez rozdílu věku. Výběr respondentů na téma kouření byl odlišný, dotazník se rozdával klientům, kteří jsou kuřáci. Všichni oslovení respondenti byli pacienti ordinace PL v Plzni a byli osloveni tehdy, když z různého důvodu navštívili ordinaci.

## 8 METODIKA SBĚRU DAT

Pro dosažení cíle průzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum formou dotazníků. Hlavními důvody pro zvolení kvantitativního, byl fakt, že kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji. Tyto údaje se dají matematicky dále zpracovat. Mohou se sčítat, vypočítat jejich průměr, vyjádřit je v procentech, popřípadě na nich aplikovat složitější statistické postupy. Pro sběr dat jsme použili 2 standardizované, strukturované dotazníky. Po provedených intervencích jsme uplatnili další 2 standardizované dotazníky. Výzkumné šetření probíhalo během měsíce prosince 2013 a poloviny měsíce ledna 2014 a od října 2015 do ledna 2016. Celkem bylo fyzicky rozdáno 84 dotazníků, vráceno 100%.

Metodika sběru dat, včetně dotazníků a karet je předepsána v metodice projektu „Ověřování metodiky krátkých intervencí v praxi“.

Na nikotinovou závislost jsme si použili dotazník mezinárodně standardizovaný Fagerströmův test. Dotazník obsahoval 6 otázek, 2 až 4 odpovědi, které klienti zakroužkovali. Otázky se týkaly subjektivních pocitů o kouření. Test jsme vyhodnotili hned. Při součtu bodů jsme zjistili stupeň závislosti na nikotinu. Následně jsme provedli krátkou intervenci, motivační rozhovor s použitím obrázkových karet, které ukazují chemický obsah tabákového kouře, co je ukryto v cigaretě, jak kouření škodí, foto poškození orgánů, plíce kuřáka, účinky tabákového kouře a nikotinu, co je závislosti na nikotinu. Po krátké intervenci následoval další dotazník o 4 otázkách týkající se o změně klientova chování. Odpovědi byly zaškrťovací, pouze ano, ne.

Pro alkoholovou závislost jsme použili dotazník mezinárodně standardizovaný AUDIT, který obsahoval 10 otázek a 4 zaškrťovací odpovědi. Otázky se týkaly užívání alkoholu. Po vyhodnocení podle množství vypitého alkoholu se konzumenti rozdělovali na abstinenty nebo pijáky v nízkém riziku, na rizikové pití, škodlivé pití a závislé na alkoholu. Po provedení krátké intervence a motivačního rozhovoru s využitím obrázkových karet jsme požádali respondenta, aby vyplnil dotazník o vyhodnocení efektivity intervencí, který obsahoval 4 otázky, zda klient chce omezit alkohol, provést změnu, odpovědi byly zaškrťovací, ano, ne. Pomocí obrázkových karet jsme s klientem prodiskutovali vedlejší účinky při užívání alkoholu, alkohol jako droga, pyramida konzumenta.

## 9 ORGANIZACE VÝZKUMU

V roce 2014 jsme oslovili v ordinaci praktického lékaře v Plzni, kde pracuji, 16 respondentů na téma kuřáctví a 22 respondentů na téma užívání alkoholu. Tím jsme začali již zmíněný kvantitativní výzkum a pokračovali i v roce 2015, rozdávali dotazníky, prováděli krátké intervence podle vyhodnocení dotazníků.

Statistiky vypovídají o tom, že 80 % kuřáků má touhu přestat kouřit a zbavit se závislosti. Pouze 2 % úspěšnosti jsou kuřáci, kteří se pokusí přestat bez pomoci. (8, Kalina, 2008, s. 152)

Včasné rozpoznání rizikových a závislých osob na alkoholu patří do preventivního programu v ordinaci praktického lékaře. Proto jsme prováděli krátké intervence, mimo ordinaci, v místnosti, kde byl klid, kde jsem byla jen všeobecná sestra a klient.

Bylo osloveno celkem 85 respondentů.

## **10 ANALÝZA DAT**

V této části práce jsme se zabývali analýzou zjištěných dat z dotazníků, které jsme následně zpracovali do grafů a tabulek.

### **10.1 Kouření**

Použili jsme Fagerströmův test závislosti na cigaretách, který pomůže orientovat se v míře závislosti. Výzkumu se zúčastnili muži i ženy. Celkem bylo osloveno 38 respondentů.

## Fagerströmův test závislosti na cigaretách

Otázka č. 1: Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?

N=38 (Počet všech oslovených respondentů)

Graf č. 1



Zdroj: vlastní 1

**Shrnutí:** Výzkumu se zúčastnili muži i ženy, jen kuřáci. Jak ukazuje graf více, než polovina respondentů si první cigaretu zapálí do 60 minut po probuzení. 5% do 5 minut po probuzení, do 30 minut 26 %, mezi půl hodinou a hodinou po probuzení kouří cigaretu 8 % respondentů.



**Otázka č. 2:** Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

N=38

Graf č. 2



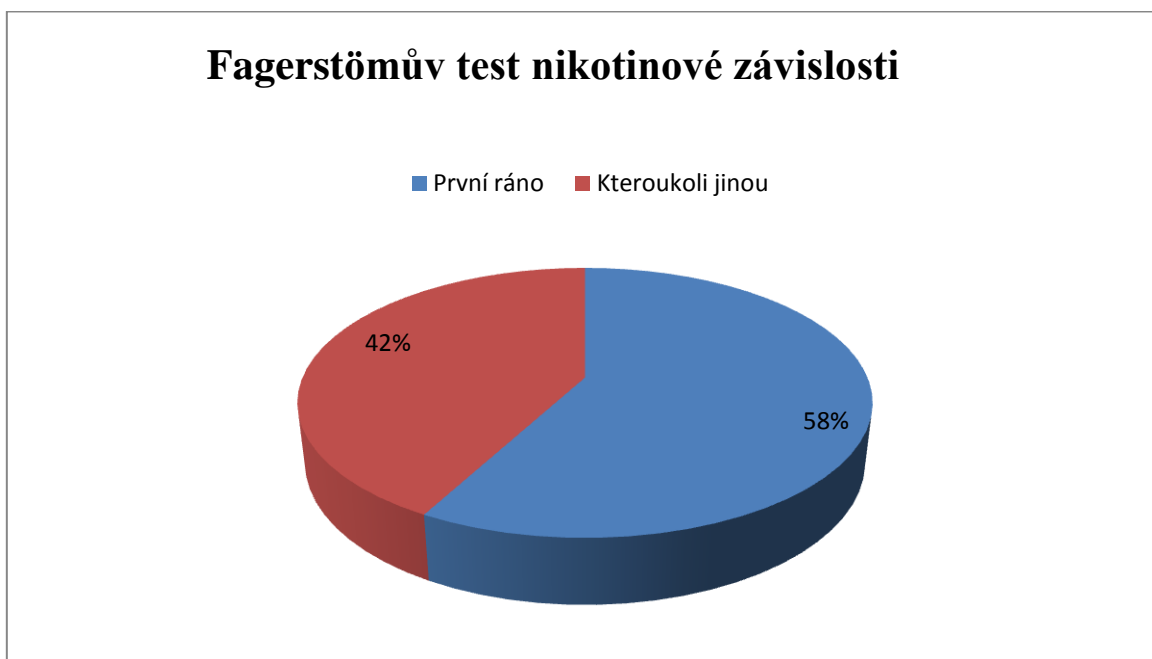
Zdroj: vlastní 2

**Shrnutí:** 30 (79%) respondentů odpovědělo, že nemá problémy v nekuřáckých místech, respektují nekuřácké prostory.

**Otázka č. 3:** Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

N=38

Graf č. 3



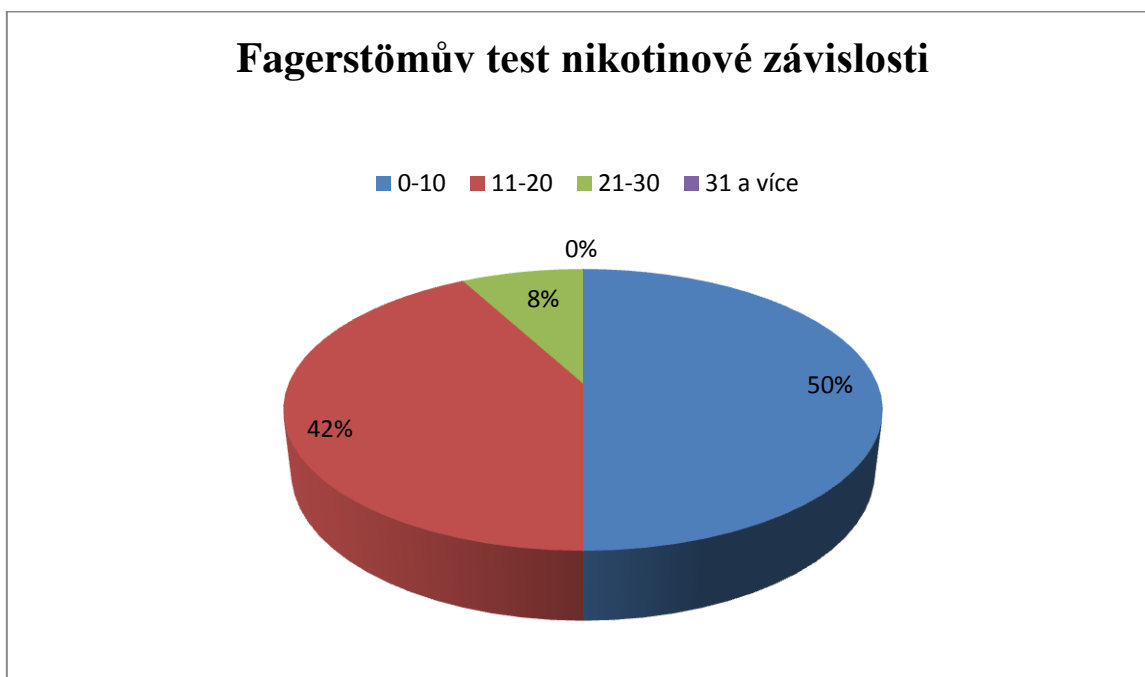
Zdroj: vlastní 3

**Shrnutí:** 22 respondentů (58%) má problémy s postrádáním první ranní cigarety, 16 oslovených by nerad postrádal kteroukoli jinou cigaretu. První cigareta je pro 22 respondentů tou nejlepší, bez ní si nedokáže představit začátek dne. Jedinec, který potřebuje ranní cigaretu, aby mohl nastartovat den, aby byl klidnější, měl lepší náladu, je závislý. Proto otázka 3 potvrzuje závislost na nikotin.

**Otázka č. 4:** Kolik cigaret denně kouříte?

N=38

Graf č. 4



Zdroj: vlastní 4

**Shrnutí:** Z celkového počtu 38 respondentů 19 (50%) kouří do 10 cigaret za den, 16 (42%) vykouří mezi 11-20 cigaret, v rozmezí 21-30 cigaret denně odpověděli 3 (8%) respondenti, nad 31 vykouřených cigaret za den neodpověděl nikdo (0%). Od 11 vykouřených cigaret a více ukazuje na závislost na nikotinu, čím více se vykouří cigaret za den, tím se více produkuje hormon štěstí. Klient je spokojenější, klidnější a šťastnější.

**Otázka č. 5** Kouříte častěji během dopoledne?

N=38

Graf č. 5



Zdroj: vlastní 5

**Shrnutí:** Na otázku, zda kouří respondenti, častěji během dopoledne, odpověděli ano 11(29%), ne 27(71%). Další otázka, která dokazuje závislost na nikotin. Když hladina nikotinu v krvi klesá, je klient neklidný, nervózní, podrážděný. Těmto stavům se vyhne tím, že si častěji zapálí cigaretu. Začne hned od rána.

**Otázka:** 6 Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?

N=38

Graf: č. 6



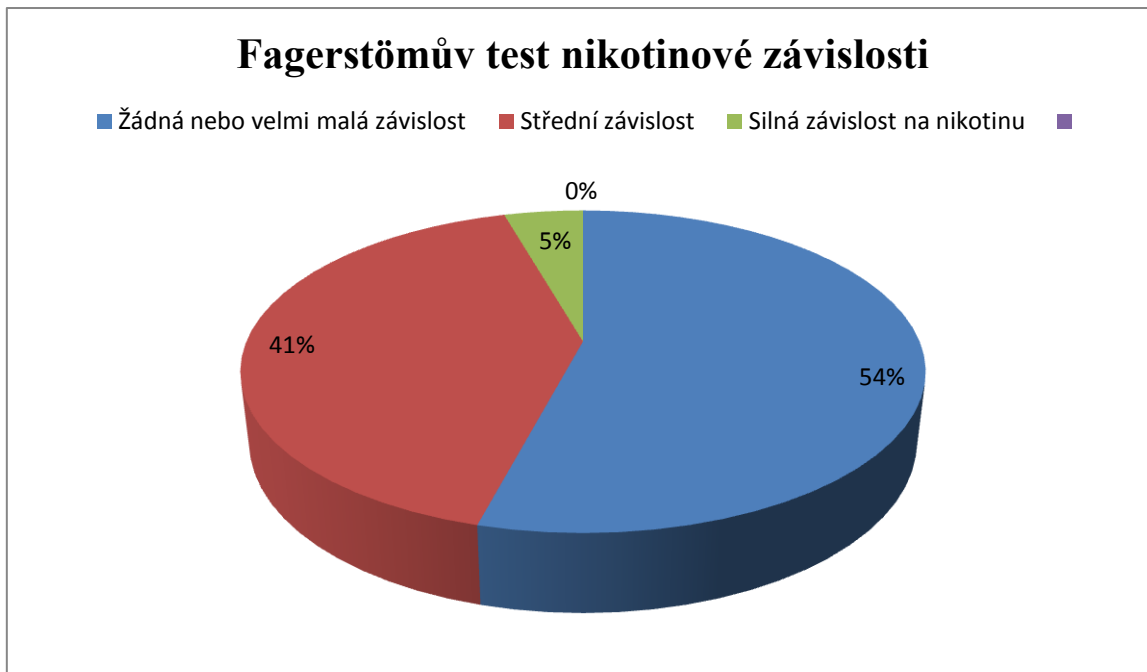
Zdroj: vlastní 6

**Shrnutí:** 12 (32%) respondentů kouří, i když jsou nemocní, 26 (68%) si cigaretu při nemoci nezapálí.

### 10.1.1 Celkové vyhodnocení testu závislosti na nikotinu:

N=38

Graf: č. 7



Zdroj: vlastní 7

**Shrnutí:** Jak ukazuje graf většina (54 %) respondentů kouří velmi málo, zapálí si cigaretu pouze příležitostně, například při setkání s přáteli, bez cigarety se jim mění nálada, nemají nutkání zapálit si cigaretu hned ráno. Nepovažují ji jako pomoc při startu do nového dne.

V další skupině 17 (41%) dotazovaných respondentů je na nikotinu středně závislých. Někteří začínají den pomocí první ranní cigarety.

V poslední skupině je 8 (5%) respondentů silně závislých na nikotinu. Ti si bez kouření svůj život nedokážou představit. Používají ho jako prostředek pro nastartování nového dne. Představa, že nemají cigarety do rezervy, může vyvolat neklid, stres až paniku.

Po diskuzi jsme respondenty/kuřáky vyzvali k vyplnění dotazníku po provedené intervenci.

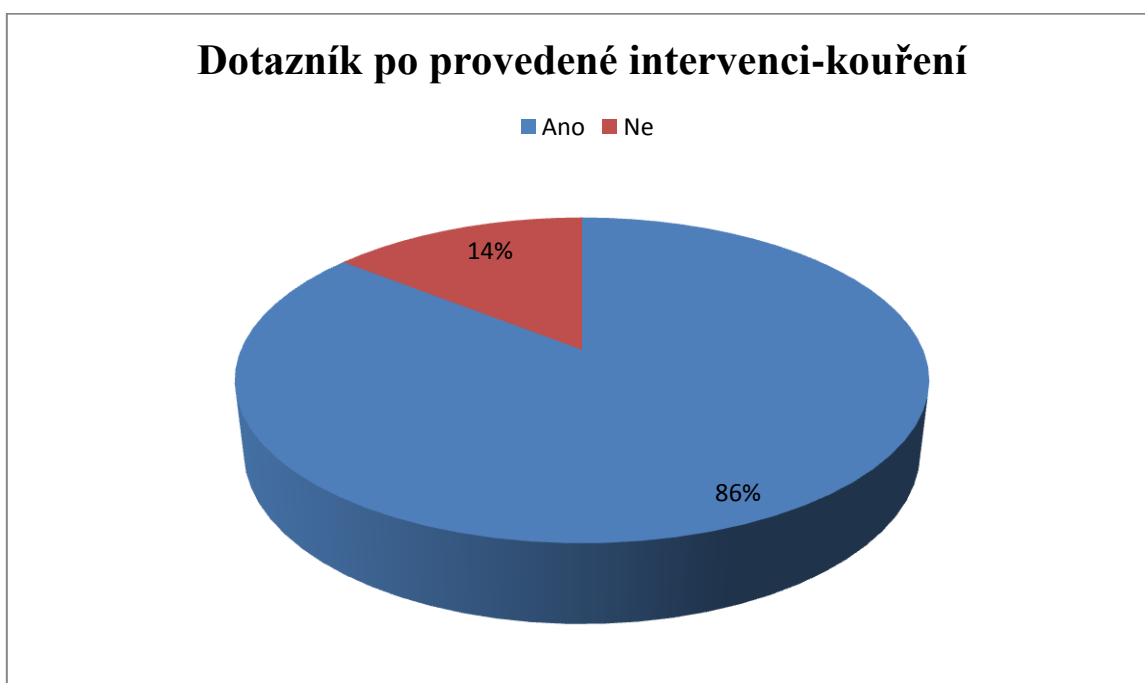
### 10.1.2 Dotazník po provedené intervenci-kouření

Jde o dotazník po provedené intervenci, který vystihuje pacientovu reakci.

**Otázka:** č 1 Máte v úmyslu omezit kouření?

N=21

Graf: č. 8



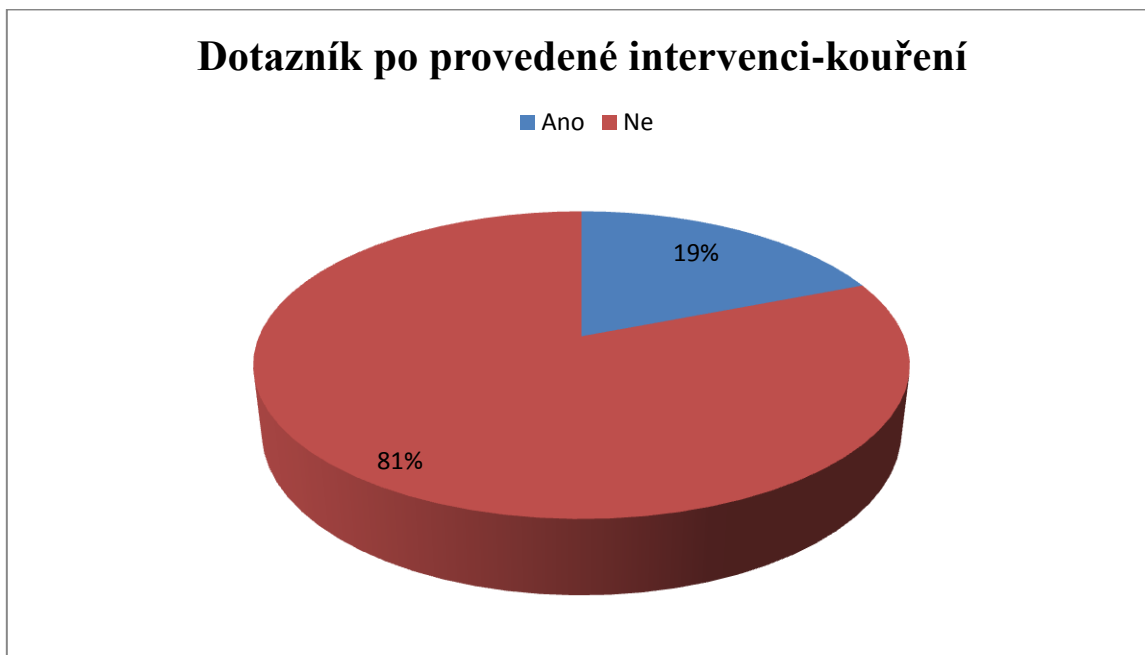
Zdroj: vlastní 8

**Shrnutí:** Jak ukazuje výše uvedený graf většina respondentů 18 (86 %) má v úmyslu omezit kouření.

**Otázka č. 2** Rozhodl (a) jste se zcela zanechat kouření?

N=21

Graf: č. 9



Zdroj: vlastní 9

**Shrnutí:** Jen 4 kuřáci (19%) se rozhodlo zcela zanechat kouření.



**Otázka:** č. 3 Uvažujete o návštěvě specializované poradny?

N=21

Graf: č. 10



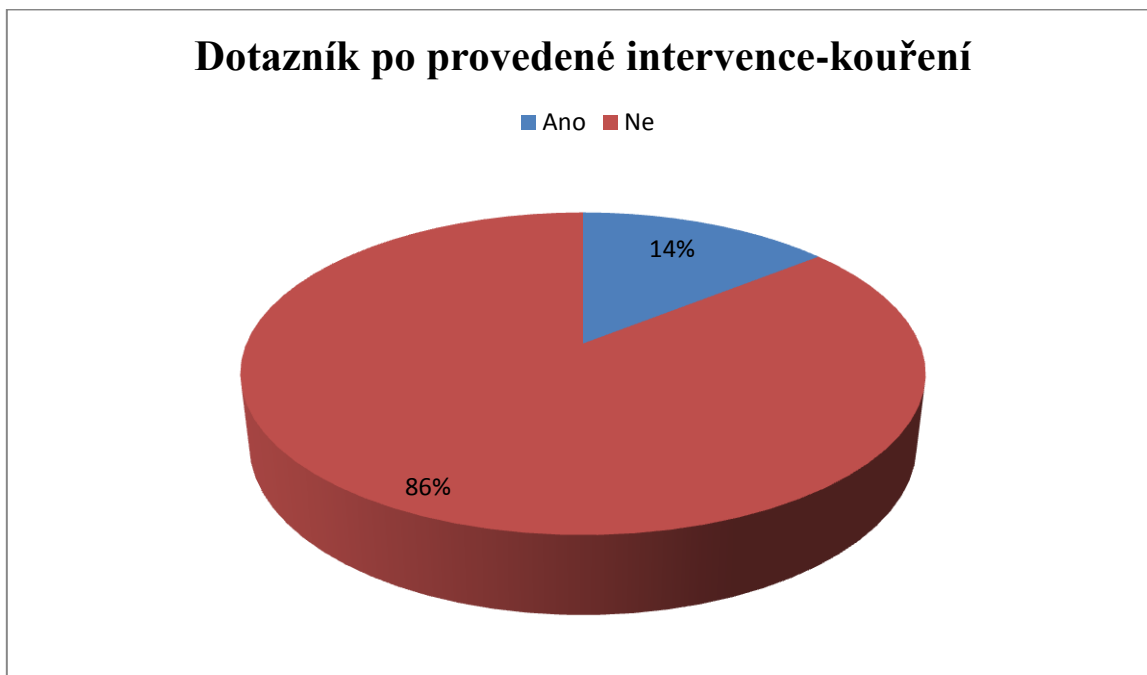
Zdroj: vlastní 10

**Shrnutí:** Žádný (21) z dotazovaných respondentů nechce navštívit specializovanou poradnu, 2 klienti zvažují o léčbě farmakologické, ostatní se závislosti na nikotinu zkusí zbavit sami.

**Otázka č. 4** Je pro Vás tato forma řešení závislosti zásahem do soukromí?

N=21

Graf: č. 11



Zdroj: vlastní 11

**Shrnutí:** Jak dokazuje výše uvedený graf 3 (14%) kuřáků považuje krátkou intervenci jako formu řešení závislosti na nikotinu jako zásah do soukromí.

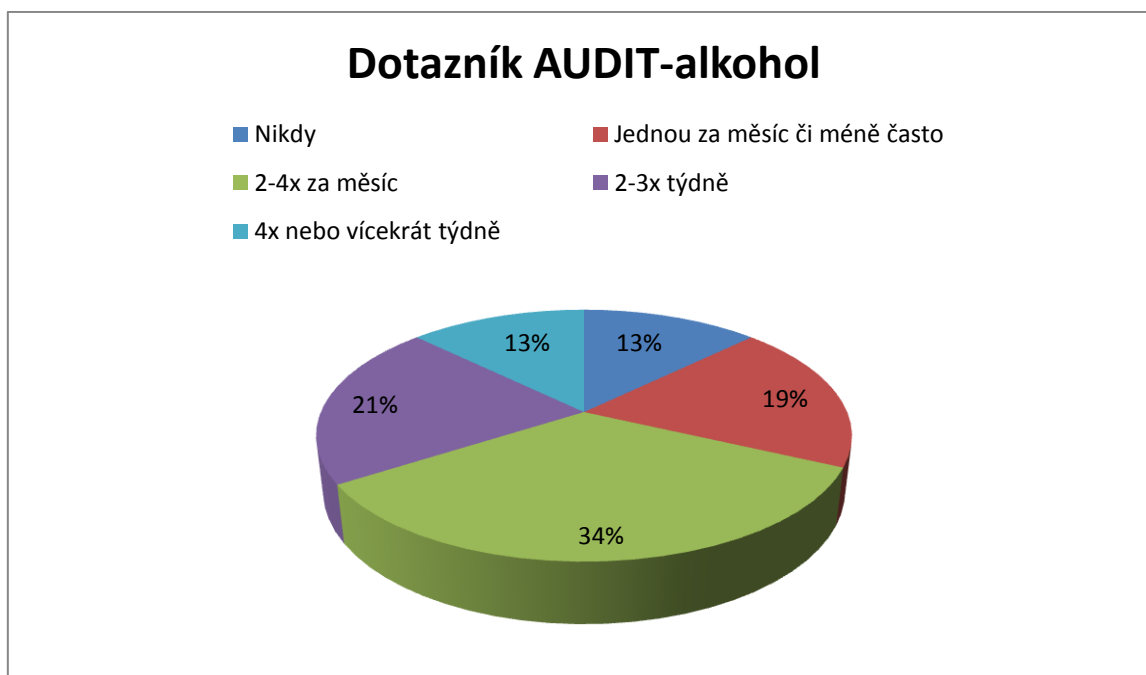
## 10.2 Alkohol

Jako skriningová metoda je doporučen dotazník Audit, s kterým se hodnotí míra závislosti na alkoholu. Byl vybranou metodou v projektu „Ověřování metodiky krátkých intervencí v praxi“.

**Otázka:** č. 1 Jak často pijete alkoholické nápoje (včetně piva)?

N=47

Graf č. 12



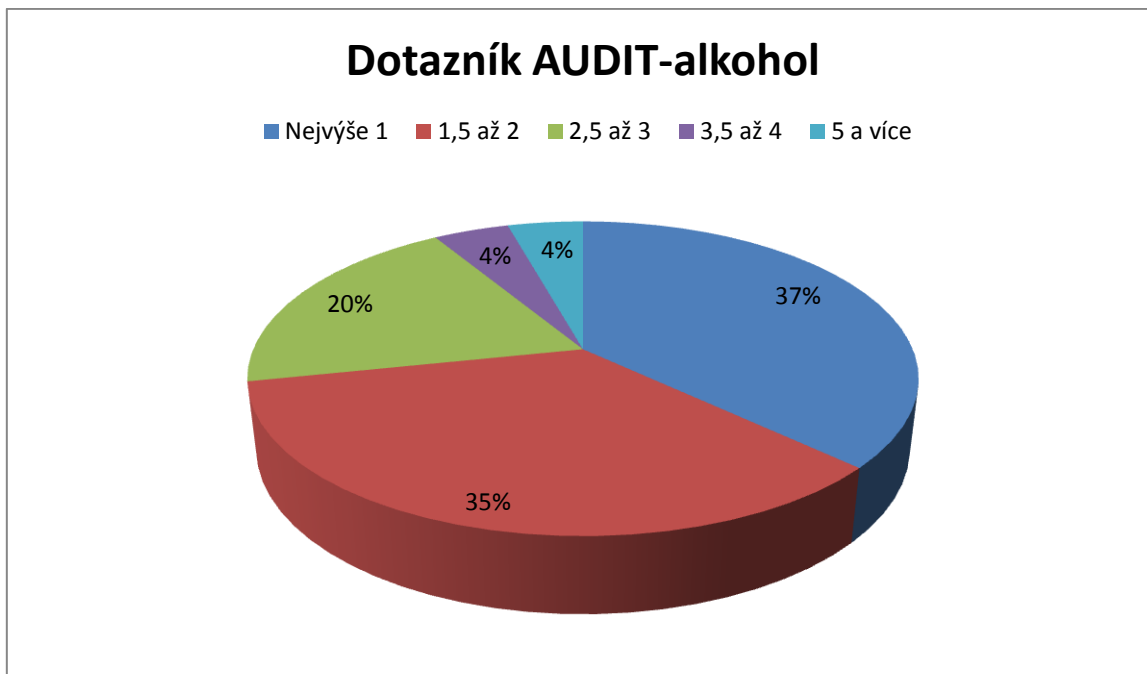
Zdroj: vlastní 12

**Shrnutí:** Nejvíce respondentů, 34% (16) z celkového počtu 47 dotazovaných, pije alkohol 2-4x za měsíc. Nikdy nepije alkoholové nápoje 6 (13%) respondentů, jednou za měsíc 9 (19%), 2-3x týdně 10 (21%) dotazovaných klientů. 4x a vícekrát týdně pije alkohol, většinou pivo či víno, 6 (13%) respondentů.

**Otázka:** č. 2 Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne (Jedna standardní sklenice odpovídá půl litru dvanáctistupňového piva, dvěma decilitrům přírodního vína nebo 0,05 destilátu)

N=47

Graf: č. 13



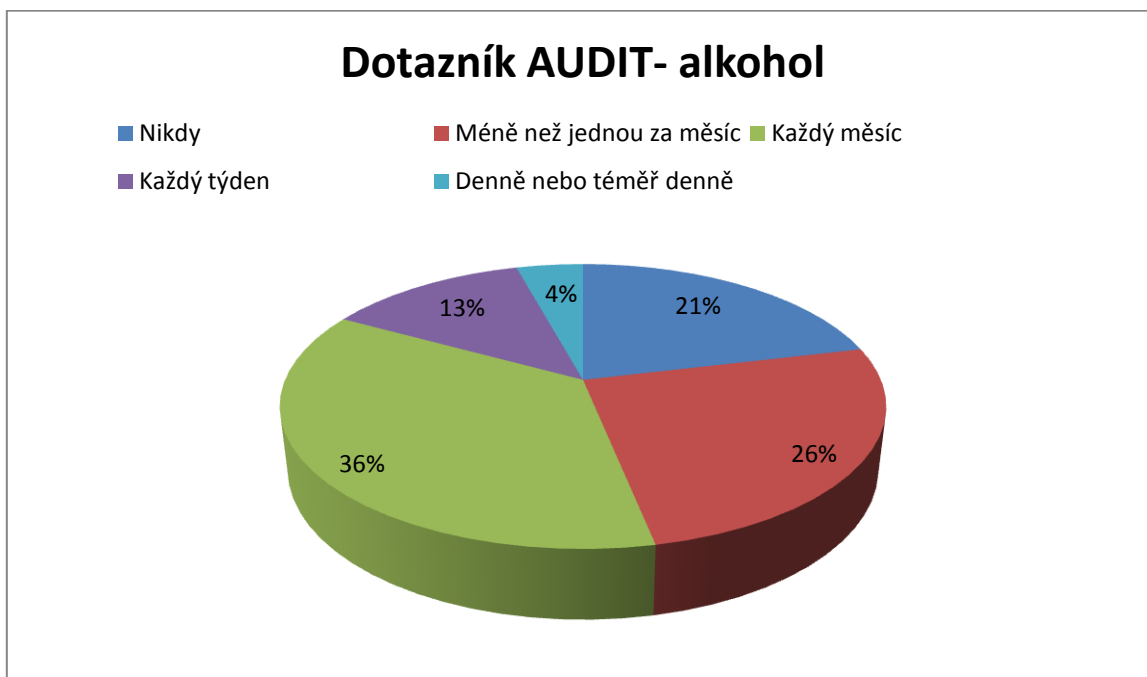
Zdroj: vlastní 13

**Shrnutí:** Z celkového počtu 47 dotazovaných nejvíce odpovědělo 17 (37%) respondentů odpovědělo, že vypije maximálně 1 standardizovanou sklenici alkoholického nápoje za den. Odpověď od 1,5 vypité standardizované sklenice denně indikuje rizikové pití, které může poškodit zdraví. Z výše uvedeného grafu je patrné, že u většiny 29 (63%) respondentů existuje riziko škodlivého pití.

**Otázka č. 3** Jak často pijete tři nebo více standardních sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?

N=47

Graf č. 14



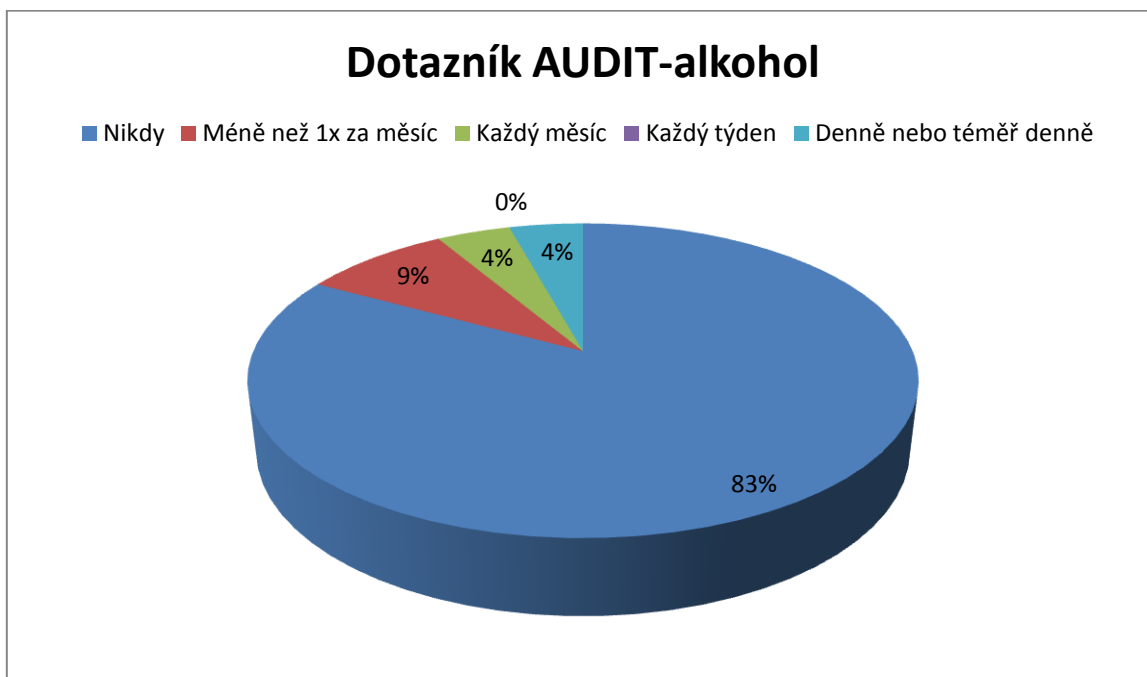
Zdroj: vlastní 14

**Shrnutí:** Výše uvedená otázka hodnotí rizikové pití. 10 (21%) dotazovaných respondentů odpovědělo, že nikdy si nedá při jedné příležitosti tři či více standardních sklenic alkoholového nápoje. Větší polovina 25 (53%) respondentů odpověděla, že vypije při jedné příležitosti tři a více standardních sklenic alkoholu 1x za měsíc nebo 1x týdně nebo denně.

**Otázka č 4** Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistili, že nejste schopni přestat pít, když začnete?

N=47

Graf č. 15



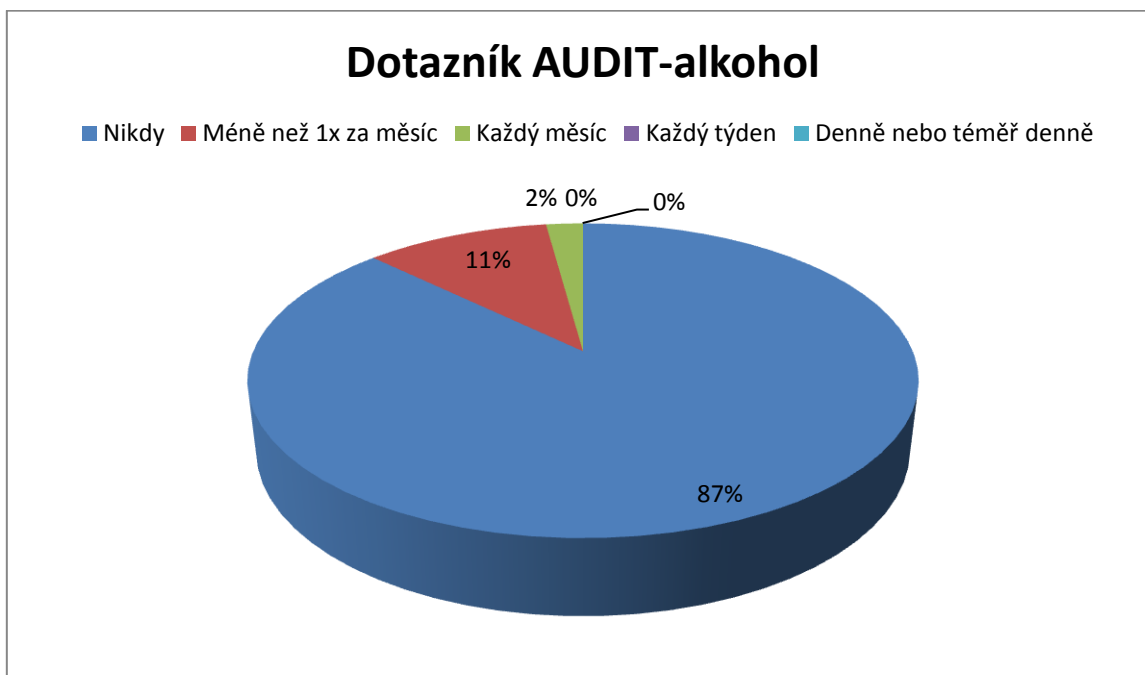
Zdroj: vlastní 15

**Shrnutí:** Otázka č. 4 indikuje riziko závislosti na alkoholu a to odpovědělo 8 (18%) dotazovaných respondentů.

**Otázka č. 5** Jak často jste během posledních 12 měsíců nebyl schopen/ nebyla schopna udělat to, co se od Vás běžně očekává?

N=47

Graf č. 16



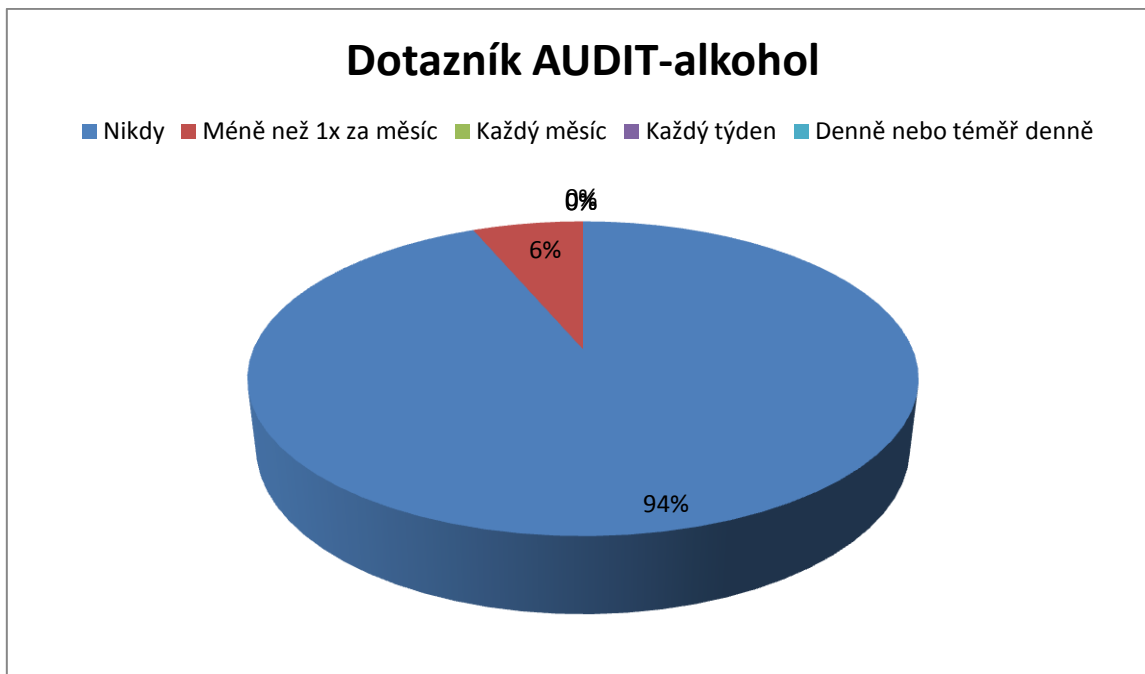
Zdroj: vlastní 16

**Shrnutí:** 41 (87%) dotazovaných respondentů je schopna udělat, co se od nich očekává. 17. otázka opět indikuje riziko závislosti na alkoholu. Výše uvedený graf dokazuje, že 6 (13%) respondentům je indikována krátká intervence.

**Otázka č. 6** Jak často jste během posledních 12 měsíců potřebovali hned ráno sklenici alkoholického nápoje (počítá se i pivo), abyste mohli fungovat po nadměrném pití z předchozího ne?

N=47

Graf: č. 17



Zdroj: vlastní 17

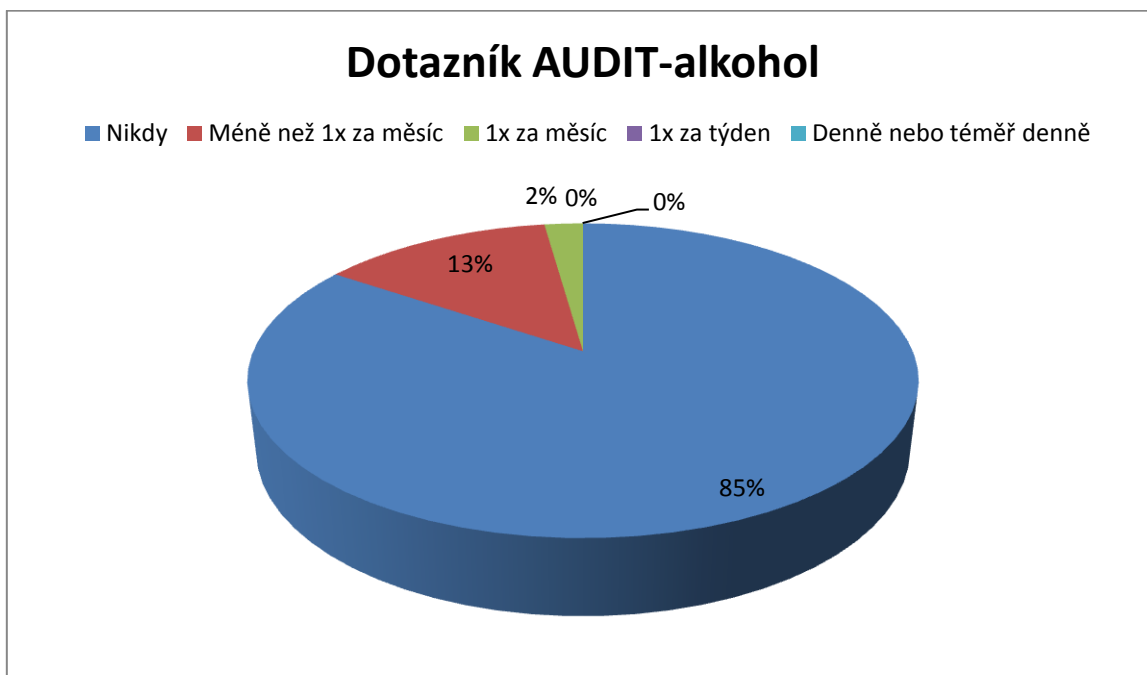
**Shrnutí:** V otázce č. 6 už 1 bod indikuje riziko závislosti na alkoholu. 3 (6%) respondenti odpověděli, že 1x za měsíc občas potřebují hned ráno sklenici alkoholu, aby si vyrovnali hladinku alkoholu v krvi. Výše uvedený graf potvrzuje, že u 6% dotazovaných je tedy riziko závislosti na alkoholu.



**Otázka č. 7** Jak často jste měl / měla během posledních 12 měsíců pocity viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?

N=47

Graf: č. 18



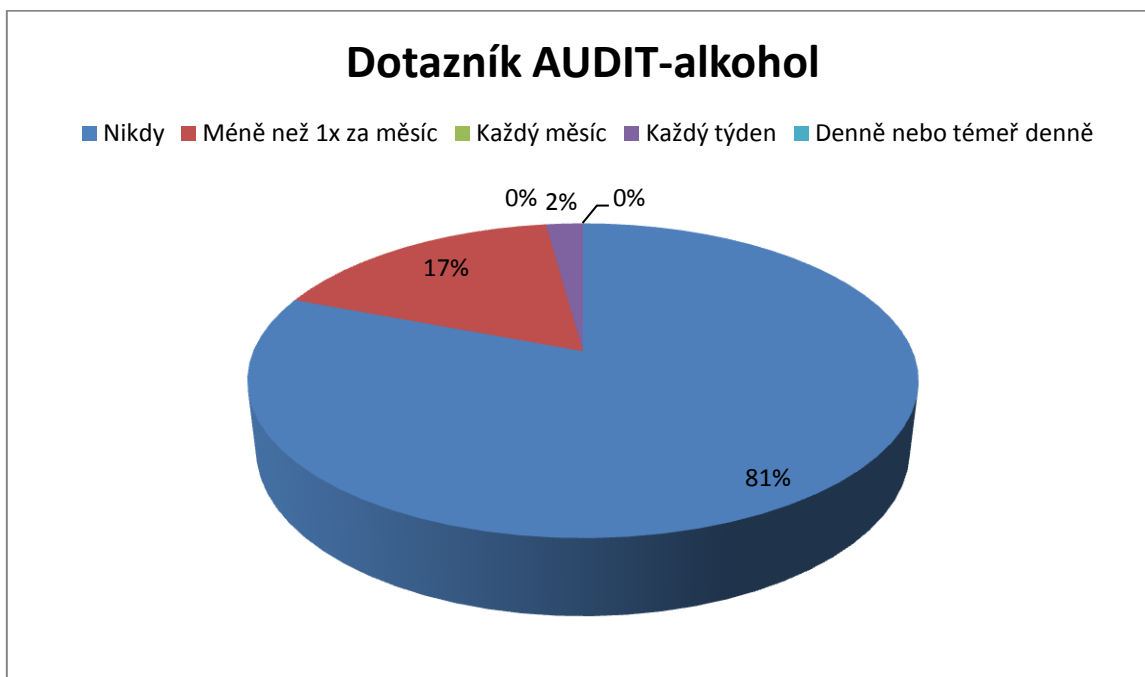
Zdroj: vlastní č. 18

**Shrnutí:** V otázce č. 7 získané body ukazují, že již došlo k poškození zdraví v souvislosti s pitím alkoholu. Výše uvedený graf ukazuje, že by mohlo 15% (7) respondentů být závislých na alkoholu, je nutné provést krátkou indikaci, doporučit vyšetření odborníkem ve specializovaném pracovišti.

**Otázka č. 8** Jak často během posledních 12 měsíců jste nebyli schopni si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pili?

N=47

Graf: č. 19



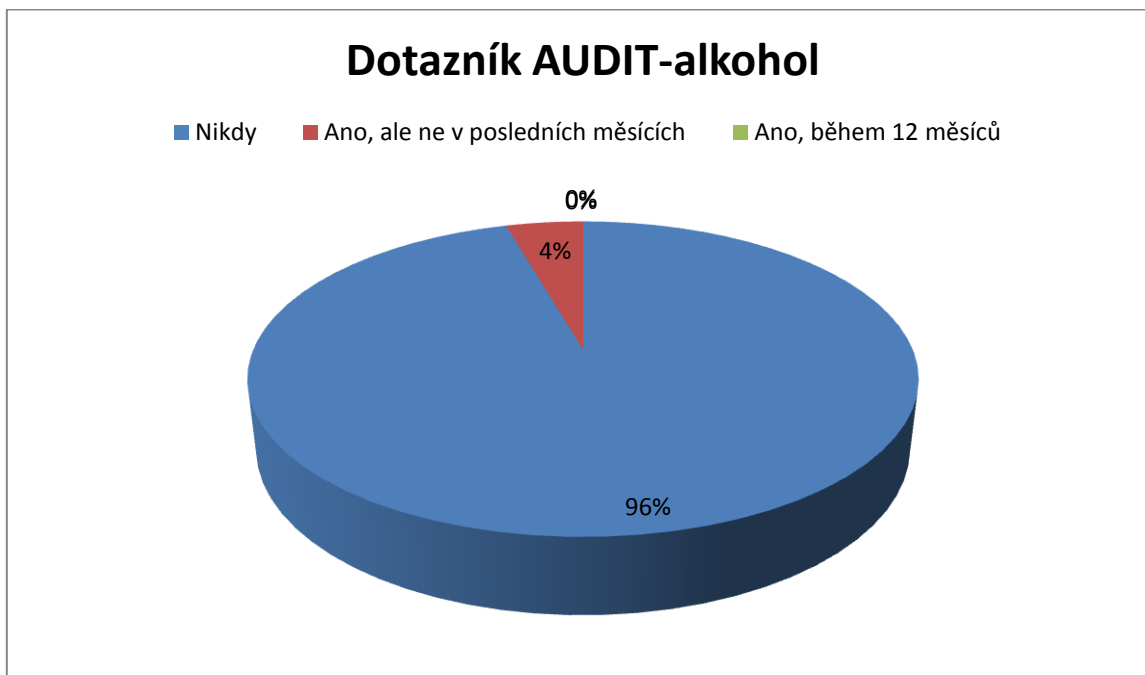
Zdroj: vlastní 19

**Shrnutí:** Otázka č. 8 ukazuje, že došlo k poškození zdraví v důsledku nadměrného pití alkoholu. 1 a více bodů získalo 9 (20%) dotazovaných respondentů, jsme provedli krátké intervence a doporučili návštěvu v odborné ambulanci (FN Psychiatrická ambulance v Plzni, Alej Svobody 80).

**Otázka č. 9** Byl/ byla jste vy nebo někdo jiný zraněn v důsledku vašeho pití?

N=47

Graf č. 20



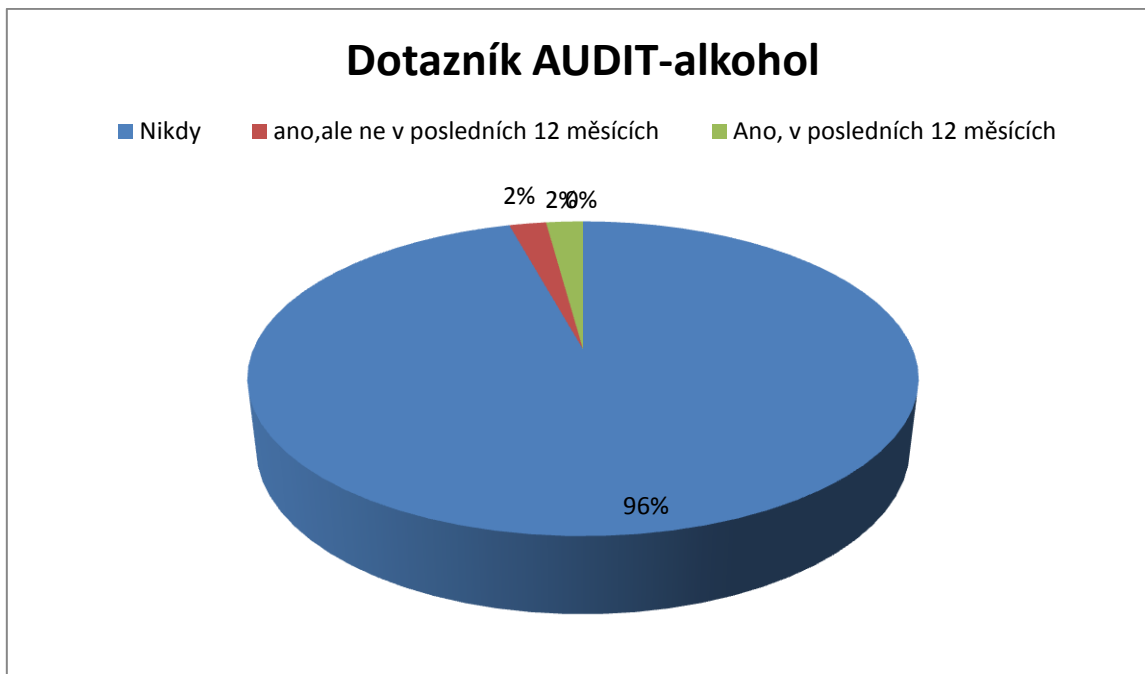
Zdroj: vlastní 20

**Shrnutí:** U každého z této otázky získané body ukazují, že již došlo k poškození zdraví v důsledku pití alkoholu. 4% (2) dotazovaných respondentů by mohlo být závislých na alkoholu.

**Otázka č. 10** Byl někdo z vašich příbuzných nebo přátel či nějaký lékař nebo sociální pracovník znepokojen vaším pitím a navrhoval vám, abyste pili méně nebo abyste úplně přestal/ přestala?

N=47

Graf: č. 21



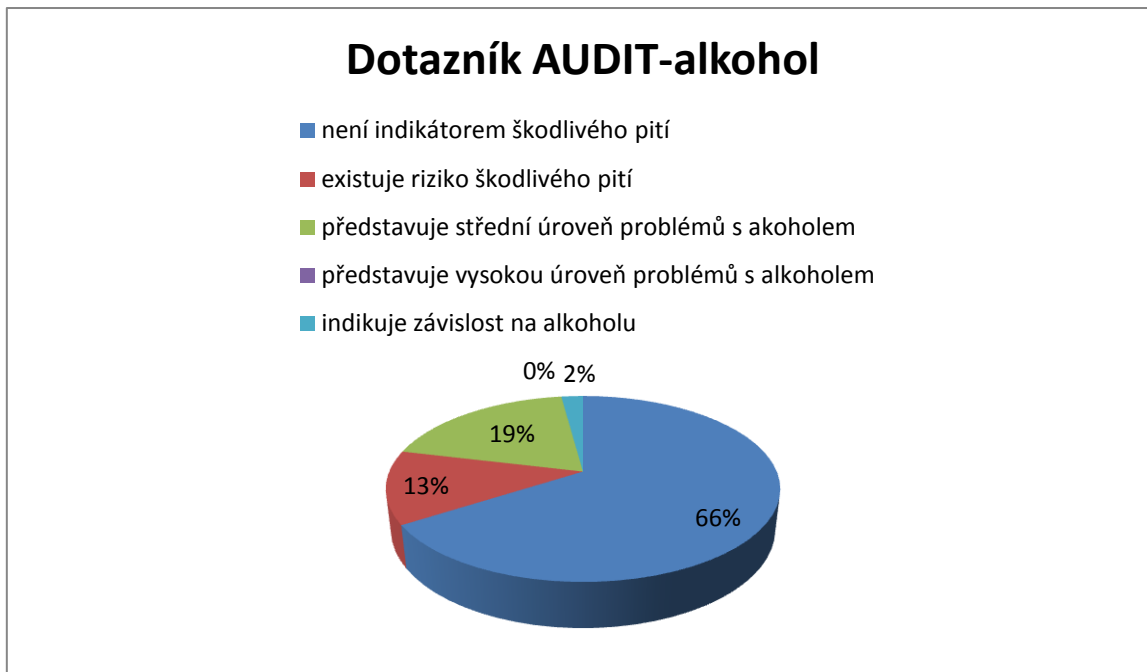
Zdroj: vlastní 21

**Shrnutí:** Poslední otázka výše uvedeného dotazníku ukazuje na poškození zdraví v důsledku nadměrného pití alkoholu. U 4% (2) dotazovaných respondentů je podezření, že jsou závislí na alkoholu.

### 10.2.1 Celkové vyhodnocení dotazníku AUDIT závislosti na alkoholu.

N=47

Graf: č. 22



Zdroj: č. 22

**Shrnutí:** Výše uvedený graf ukazuje, v celkovém orientačním hodnocení, že 31 (66%) dotazovaných respondentů nemá problémy se škodlivým pitím. Zda existuje riziko škodlivého pití alkoholu, na tuto domněnku potvrdilo 6 (13%). Střední úroveň problému s alkoholem byla zjištěna u 9 respondentů (20%), vysoká úroveň problému s alkoholem nebyla zjištěna u žádného respondenta a výsledky dotazníku u 1 klienta (2%) indikuje riziko závislosti. Z toho vyplývá, že u 16 (36%) respondentů byl důvod k provedení krátkých intervencí.

## 10.2.2 Dotazník po provedení krátké intervence – alkohol.

Jde o dotazník po provedené intervenci, který vystihuje pacientovu reakci. Rozdáno bylo 16 dotazníků, nikdo neodmítnul.

**Otázka č. 1** Máte v úmyslu omezit pití alkoholických nápojů?

N=16

Graf: č. 23



Zdroj: vlastní 23

**Shrnutí:** 16 (100%) respondentů odpovědělo, má v úmyslu omezit pití alkoholických nápojů.

**Otázka:** č. 2 Rozhodl (a) jste se zcela zanechat pití alkoholických nápojů?

N=16

Graf: č. 24



Zdroj: vlastní 24

**Shrnutí:** 15 (94%) respondentů odpovědělo, že nechce zcela zanechat pití alkoholických nápojů, uvažují pouze o omezení pití alkoholických nápojů. Většina z nich pije pouze pivo a 2 deci vína, což nepovažují jako rizikové či nadměrné pití alkoholických nápojů. V tomto případě je vhodné provedení krátké intervence, aby klient slyšel reálný názor, co je a co není rizikové či nadměrné pití alkoholu.

**Otázka:** č. 3 Uvažujete o návštěvě specializované poradny?

N=16

Graf: č. 25



Zdroj: vlastní 25

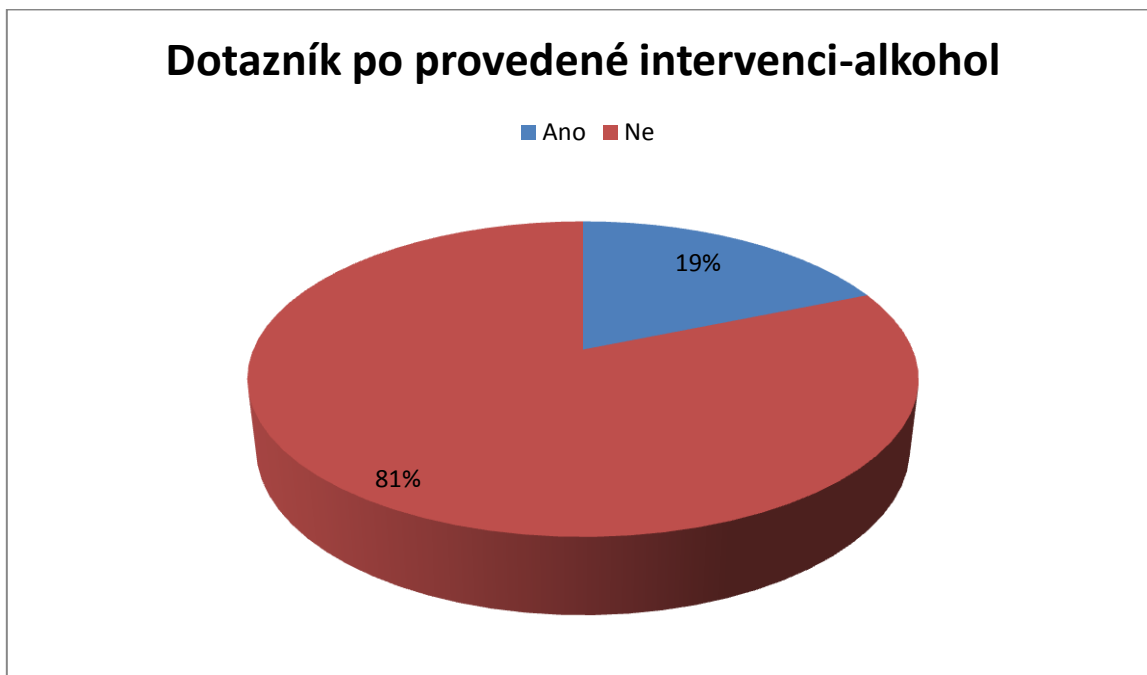
**Shrnutí:** Pouze 1 respondent z 16 odpověděl, že uvažuje o návštěvě specializované poradny, většina, 15 klientů, si myslí, že problém s alkoholem zvládne sama, bez pomoci odborníka. Je zde vhodná intervence zdravotníkem, aby podal informaci o úspěšnosti odvykání alkoholu s odbornou pomocí a bez ní.



**Otázka:** č. 4 Je pro vás tato forma řešení závislostí zásahem do soukromí?

N=16

Graf: č. 26



Zdroj: vlastní 26

**Shrnutí:** Výše uvedený graf dokazuje, že 3 (19%) respondenti odpověděli, že tato forma řešení závislostí je pro ně zásahem do soukromí. Většina respondentů, 13 (81%) nepovažuje krátkou intervenci jako zásah do soukromí, je to pozitivní zjištění.

### 10.2.3 Statistika výzkumu na téma Ověření metodiky krátkých intervencí v praxi provedeným v roce 2014 Státním zdravotním ústavem k Projektu podpory zdraví

Statistika výzkumu -klienti hospitalizovaní.

Tabulka č. 1

|   | Kouření | Alkohol |
|---|---------|---------|
| Odmítnutí krátkých intervencí                         | 27%     | 17%     |
| Považování krátkých intervencí jako zásah do soukromí | 34%     | 30%     |
| Rozhodnutí o omezení kouření/ škodlivého pití         | 11%     | 34%     |
| Rozhodnutí o zanechání kouření/ pití alkoholu         | 0%      | 1%      |
| Uvažování o návštěvě specializované poradny           | 2%      | 1%      |

Zdroj: Státní zdravotní ústav

#### 10.2.4 Statistika výzkumu na téma Ověření metodiky krátkých intervencí v ordinaci praktického lékaře 2014/ 2015

Statistika výzkumu - klienti při návštěvě praktického lékaře

Tabulka č. 2

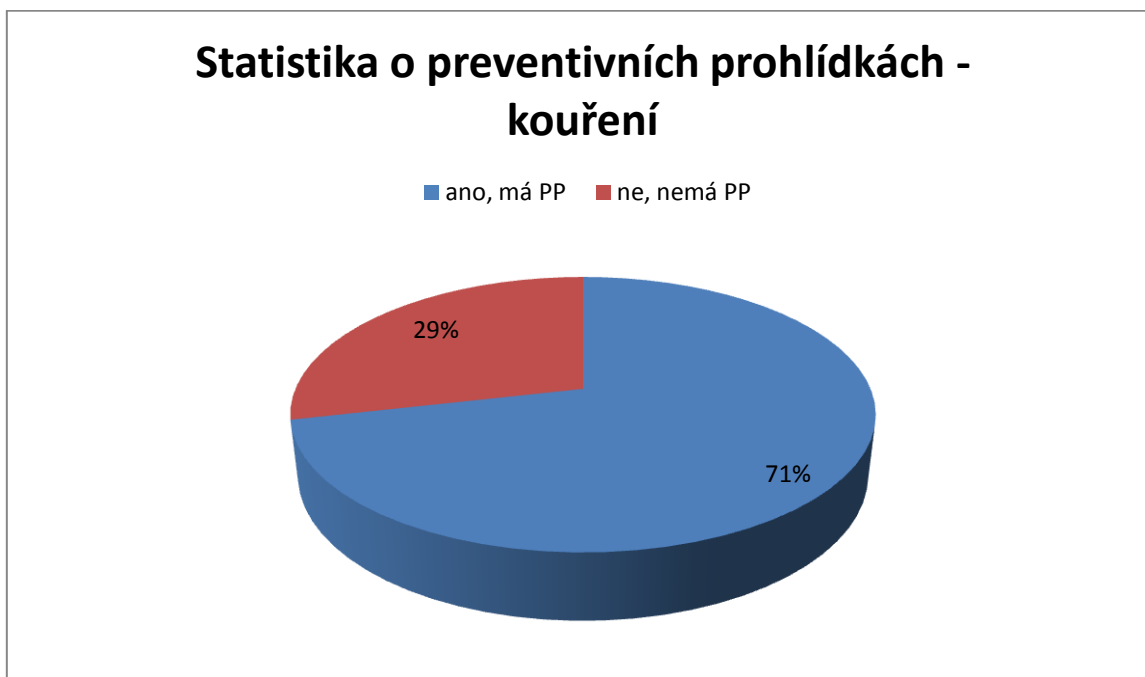
|   | Kouření N=21 | Alkohol N=16 |
|---|--------------|--------------|
| Odmítnutí krátkých intervencí                         | 0%           | 0%           |
| Považování krátkých intervencí jako zásah do soukromí | 14%          | 19%          |
| Rozhodnutí o omezení kouření/ škodlivého pití         | 86%          | 100%         |
| Rozhodnutí o zanechání kouření/ pití alkoholu         | 0%           | 6%           |
| Uvažování o návštěvě specializované poradny           | 0%           | 6%           |

Zdroj vlastní 28

## 10.2.5 Statistika o preventivních prohlídkách – kouření

N=21

Graf č. 27



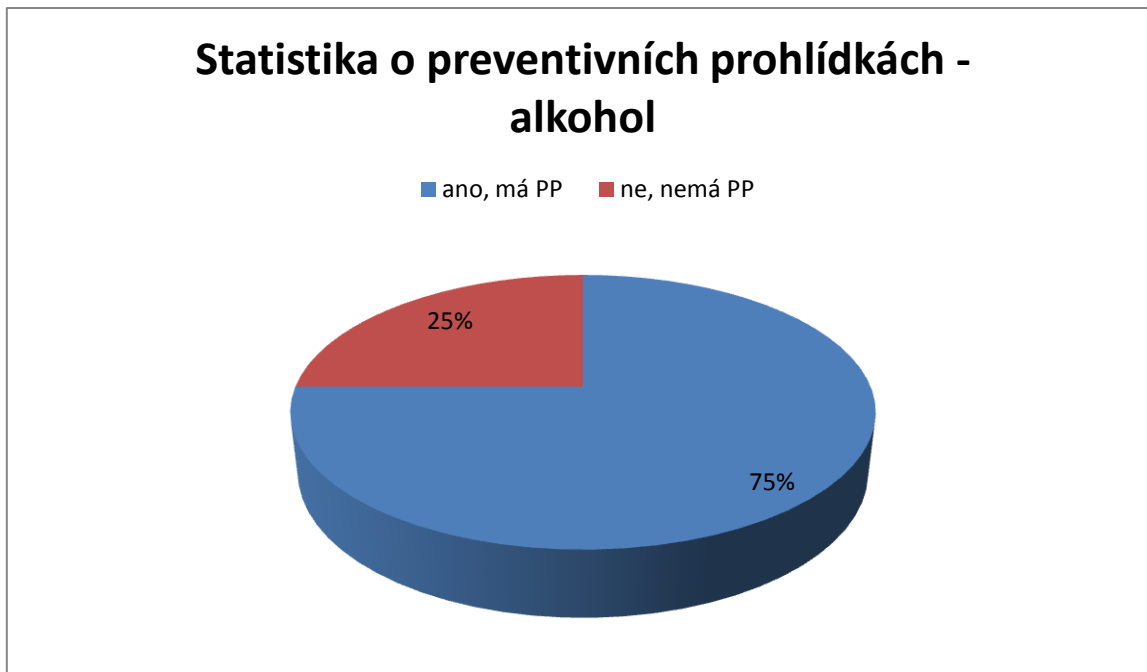
Zdroj vlastní 29

**Hodnocení:** Z 21 oslovených kuřáků 15 (71%) bylo v roce 2014/ 2015 preventivně prohlídáno. 6 (29%) se ve dvouletém intervalu PP neobjednalo.

## 10.2.6 Statistika o preventivních prohlídkách – alkohol

N=16

Graf č. 28



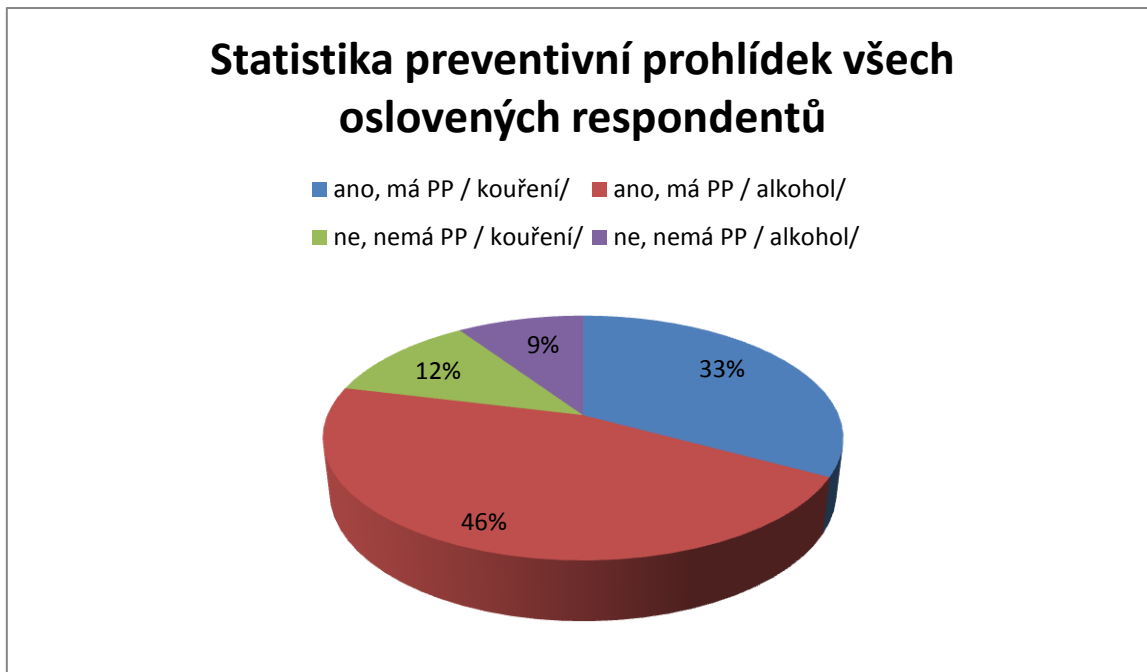
Zdroj vlastní 30

**Hodnocení:** Z 16 oslovených respondentů, kteří mají problémem s alkoholem, 12 (75%) chodí pravidelně na PP. 4 (25) respondentů během dvou let na preventivní prohlídce nebylo.

### 10.2.7 Počet preventivních prohlídek u všech oslovených respondentů.

N=85

Graf č. 29



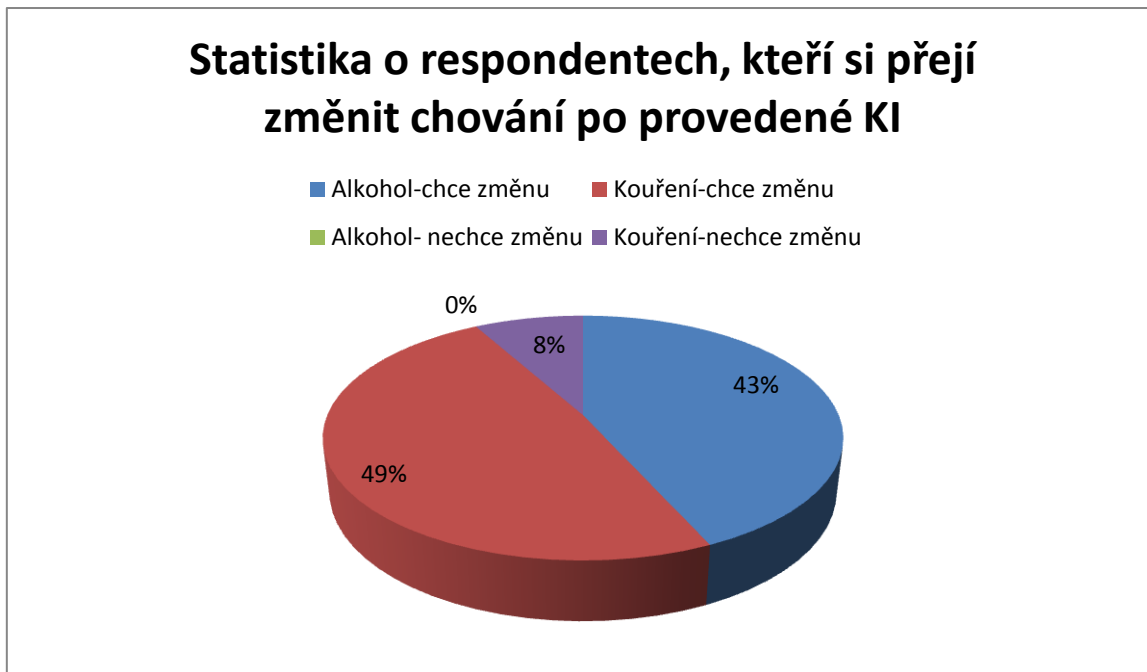
Zdroj č. 31

**Hodnocení:** Výše uvedený graf vypovídá o počtu preventivních prohlídek, které byly provedeny, u všech oslovených respondentů zahrnutých do výzkumu. Jak ukazují data z celkového počtu 85 respondentů, pravidelně dochází 67 (79%) na preventivní prohlídky, 18 (21%) respondentů nikoli.

## 10.2.8 Statistika o změně chování po provedené intervenci

N=37

Graf č. 30



Zdroj vlastní č. 32

**Hodnocení:** Dle výše uvedeného grafu 18 (49%) oslovených respondentů uvažuje o změně chování, omezení kouření, nebo trvalé abstinence. 3 (8%) klientů přestat kouřit cigarety nechce. 16 (43%) by si přálo změnu chování v pití alkoholových nápojů, ale úplně skoncovat s pijáctvím nechce žádný 0%. Vzdát se piva nechtěl nikdo z 16 oslovených respondentů.

## 11 DISKUZE

Do této části bakalářské práce jsme zařadili analýzy dotazníků a porovnání výsledků hypotéz, zhodnocením zjištěných dat se buď potvrdily, nebo vyvrátily.

První hypotézou byl předpoklad, že krátké intervence nejsou zásahem do klientova soukromí. Tohoto tématu se týkala otázka č. 4 v dotazníku po provedených intervencích. Jak ukazuje graf č. 11 na téma kouření, se nám potvrdilo, že 18 (86%) respondentům tato forma řešení závislosti není zásahem do soukromí. V problému s alkoholem, odpověděli 3 (19%) klienti, že řešení závislosti formou krátkých intervencí je zásahem do soukromí. 13 (81%) respondentů odpovědělo, že jim krátké intervence nevadí, neobtěžují je pohovory, ani rozebírání problému se závislostí, ani diskuse o motivaci k řešení problému. Což dokazuje graf č. 26. K této hypotéze se také vztahují tabulky č. 1 a č. 2, z kterých jsme porovnávali výsledky z výzkumu hospitalizovaných pacientů s pacienty v ambulantní péči, zda jim KI zasahují do soukromí. Krátké intervence nejsou pro většinu klientů zásahem do soukromí klienta. Z toho vyplývá, že hypotéza č. 1 se nám potvrdila.

V daném výzkumu jsme oslovili celkem 85 respondentů, 37 klientů bylo indikováno pro krátkou intervenci. Což potvrzují grafy č. 7, kde z celkového počtu 38 je na téma kouření u 21 (46) důvod k provedení KI a graf č. 22 z hodnocení dotazníku Audit závislosti na alkoholu, bylo indikováno 16 klientů k provedení KI. 37 respondentů jsme informovali o možných důsledcích chování, vlivu nikotinu a nadměrné spotřeby alkoholu na zdraví, provedli motivační rozhovor. Nikdo nám spolupráci neodmítnul. Ve druhé hypotéze jsme předpokládali, že 80% oslovených respondentů neodmítnou spolupráci na krátkých intervencích. Spolupracovalo všech 37 oslovených klientů, u kterých byla provedena krátká intervence. Hypotéza se potvrdila.

K hypotéze č. 3 se vztahují otázky číslo 1 a 2 po provedené krátké intervenci na téma alkohol. Dle grafu č. 23 chce omezit pití alkoholu 16 (100%) respondentů. Ale úplně zanechat pití alkoholových nápojů nechce, na podkladě výzkumu, což potvrzuje graf č. 24, 15 respondentů. Nepovažují množství ani frekvenci pití piva nebo vína za alkoholismus. Důležitá role sestry je role důvěrníka a rádce, hlavně v citlivém tématu jako je alkohol. Pacienti sice vyplní podle pravdy dotazník, který pomáhá orientovat se v problému s danou závislostí, ale při sdělování výsledků už musí být sestra velice opatrná. Sdělování nepříznivých zpráv pacientovi je jedním z největších úkolů v medicíně.



Emoční reakce na informace o rizikách mohou jeho chování ke změně na pomoci, nebo naopak zhoršit. Přehledy výzkumů v této oblasti odhalily tři důležité faktory: zaprvé, lidé oceňují, je-li sestra laskavá, citlivá a starostlivá. Zadruhé klienti oceňují, když je zpráva vysvětlena jasně, s použitím jednoduchých pojmů. Oceňují i čas, který jim zdravotník věnuje, mluví o problému, kdy může klast otázky. Za třetí si cení prostředí, v kterém je klid a soukromí. (20, Ayers, 2015, s. 428-430) Graf č. 22 poskytl výsledek, že u 16 (36 %) respondentů na citlivé téma-alkohol jsme provedli krátkou intervenci. Pomocí karet Co je standardní nápoj, Nebezpečná konzumace alkoholu, Játra alkoholika, Pyramida konzumenta alkoholu jsem provedla krátkou intervenci. Doporučili jsme jim setkání s anonymními alkoholiky (AA) na farním úřadě Českobratrské církve, Němejцова 1722/2, Jižní předměstí v Plzni. AA je sdružením lidí, kteří si navzájem sdílejí svoji zkušenost, dodávají si naději, odvahu, nalezení náhradního programu místo pití, aby mohli řešit svůj problém s alkoholem. Vše probíhá nenásilným způsobem, každý řekne svůj příběh, řekne nahlas svůj problém, přičemž nikomu není nic vnucováno. Jedinou podmínkou je touha přestat pít. Stačí být 24 hodin střízlivým a každý čtvrtek v době od 9.00 do 21.00 na farní úřad Českobratrské církve u nádraží Jižní předměstí. Podstata terapie je dobrovolná snaha všech zúčastněných, kteří nechtějí být na svůj problém sami. Anonymita společenství se vyznačuje tím, že se jeho účastníci oslovují výhradně křestními jmény. Žádné povinné poplatky se nevybírají. Sdružení AA je soběstačné, díky vlastním dobrovolným příspěvkům, není spojené se žádnou církví, politickou organizací, žádnou jinou organizací. Po celém světě jsou stovky skupin AA. (32, internetový zdroj)

Všeobecná sestra musí pamatovat, že krátká intervence má charakter motivačního charakteru, má být autoritativní, ale klienta nekárát, nevyhrožovat. Odsuzování může působit kontraproduktivně. I přes poskytnutí informací o riziku a limitu konzumace alkoholu, svůj postoj k problémům s alkoholem nechtějí změnit. Z toho vyplývá, že 15 (94%) respondentů, u kterých byla provedena KI, nechce přestat pít alkohol, uvažuje pouze o snížení konzumace. To znamená, že o změně chování neuvažují. V třetí hypotéze jsme předpokládali, že 30 % klientů bude uvažovat o změně chování. Z grafu č. 30 je viditelné, že změně chování v problému s alkoholem uvažuje 21 (43%) klientů. Vyhodnocení nepotvrdilo třetí hypotézu.

V hypotéze č. 4 jsme předpokládali, že na krátkých intervencích budou spolupracovat i klienti, kteří nechodí na preventivní prohlídky k praktickému lékaři pravidelně. K této hypotéze se vztahuje graf č. 29. Z celkového počtu oslovených 85 respondentů chodí pravidelně na PP 67 (79%) jednotlivců. Vzhledem k tomu, že žádný

z respondentů neodmítnul krátkou intervenci, všichni poctivě vyplnili dotazníky, neodmítli motivační rozhovor a 16 (43%) se rozhodlo o změně chování, dle grafu č. 30. Vyhláškou MZ ze dne 1. 7. 2000, č. 183/2000 Sb. se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek - 1x za 2 roky. V osobní anamnéze se mimo jiné zjišťují změny, **rizikové faktory**, profesní rizika, kompletní fyzikální vyšetření interního charakteru (například krevní tlak, hmotnost), plasmatický celkový cholesterol a LDL + HDL – 18, 40, 50, 60 let věku, glykemie od 40 let, EKG u pacientů starších 40 let za 4 roky a při nově zjištěné hypertenzi, Haemoccult test od 50 let. (33, internetový zdroj)

Hypotéza č. 4 se nám potvrdila.

## 12 ZÁVĚR

V teoretické části je vysvětlen pojem krátké intervence, cíle krátkých intervencí, co je životní styl, primární a sekundární intervence, formy krátkých informací, motivační rozhovor, jeho cíle. Shrnuli jsme informace o principech schématu „5P“, definici zdraví, rizikové faktory zdraví. Kapitulu o užívání návykových látek, která se zabývala tématu závislosti, jsme rozdělili na dvě skupiny. Ty se týkaly tématu kouření a alkoholu. Ukázali jsme na jejich syndromy, vysvětlili, co znamená užívání alkoholu, rizikové pití, zhodnotili statistiku kouření a alkoholu, poukázali na legislativu v boji s epidemií na tabáku a s nadměrnou konzumací alkoholu. V poslední kapitole jsme se věnovali práci v ordinaci praktického lékaře a role všeobecné sestry v provádění krátkých intervencí.

Do praktické části této bakalářské práce jsme zařadili formulaci problému, stanovení cílů a hypotéz, metodiku sběru dat pracovali s čísly na téma kouření a alkohol. Celkem jsme fyzicky rozdali 85 dotazníků, vrátil se nám plný počet dotazníků. Žádný z respondentů dotazník neodmítnul, dokonce ochotně se hlásili k zaškrťování testů. Po sečtení bodů jsme je s výsledky seznámili. Jak dokazuje graf č. 7 je 21 (46%) středně až silně závislých na nikotinu a podle grafu č. 24 u 16 (13 %) existuje riziko škodlivého pití, 9 (19%) představuje střední úroveň problémů s alkoholem, nikdo (0%) nepředstavuje vysokou úroveň problémů s alkoholem, 1 (2%) respondent indikuje závislost na alkoholu. Z toho vyplývá, že jsme provedli celkem s 37 respondenty krátkou intervenci v místnosti mimo ordinaci, kde jsme měli soukromí a klid. Za pomoci obrázkových karet (Ukryto v cigaretě, složení tabákového kouře, Účinky tabákového kouře a nikotinu, Nikotinová závislost, Co je standardní nápoj, Pyramida konzumenta alkoholu, Játra alkoholika, vydané SZÚ, v příloze) jsme 37 respondentů seznámili s riziky kouření a s riziky nadměrného pití alkoholových nápojů. Obrázkové karty je ale nenadchli. Většina nad nimi mávala rukou, nechtěli s nimi pracovat. Společně jsme probrali výhody nekuřáctví, doporučení metod odvykání, plán strategie odvykání, rozhovor o celkovém způsobu života, doporučení do specializované poradny. Všichni oslovení klienti o svých návycích ochotně mluvili, nikdo z nich nebyl odmítavý či agresivní. V komunikaci nechyběla důvěra ani empatie. Nedílnou výhodou při motivačním pohovoru v ambulanci PL je znalost osobních, pracovních, materiálních poměrů pacienta. Souvisí to s dlouhodobým vztahem mezi všeobecnou sestrou, PL a klientem. Ke srovnání odmítnutí krátkých intervencí mezi dotazovanými respondenty při hospitalizaci

či v ambulantní ordinaci se vztahuje tabulka č. 1 a č. 2. Při hospitalizaci chybí vzájemné poznání pacienta a sestry, dokazuje to hodnocení ve statistice, krátkou intervencí v nemocničním prostředí odmítlo 27% kuřáků, 17% občanů, kteří mají problém s alkoholem. Na rozdíl od výzkumu v této bakalářské práci nikdo (0%) intervencí neodmítnul.

Dalším hlavním cílem bylo vyvrátit mýtus, s kterým se potýká většina zdravotníků, je časová náročnost. Krátké intervence by měly trvat 3-5 minut, v některých publikacích je popisováno maximálně 10 minut. Provedli jsme motivační pohovory u celkem 37 respondentů, jak potvrzuje graf č. 7, 21 klientů s návykem na nikotin, a graf č. 24, 16 klientů, kteří mají problém s alkoholem. Krátké intervence přesáhly předpokládanou dobu 10 minut., motivační pohovor trval u některých klientů déle, maximálně však 20 minut.

Důležitějším cílem krátkých intervencí je její účinnost. Na základě výsledků z grafu č. 8 si myslí, že omezí kouření 18 (86%) respondentů, dle grafu č. 9 má v úmyslu přestat kouřit 4 (19%) klienti, ale návštěvu ve specializovaném Centru pro závislé na tabáku při Klinice pneumologie FN Plzeň, odmítli všichni kuřáci, jak dokazuje graf č. 10. Test na alkohol dopadl podobně, dle grafu č. 24 si myslí 16 (100%) respondentů, že omezí pití alkoholu, v neposlední řadě graf č. 25, ukazuje na to, že navštívit specializovanou poradnu chce pouze 1 (6%) klient. Účinnost krátkých intervencí se ve výzkumu potvrdila. Domněnku prokazuje graf č. 30, Statistika o respondentech, kteří chtějí změnit chování po provedení KI. 18 (49%) oslovených respondentů uvažuje o změně chování, omezení kouření. 16 (43%) by si přálo změnu chování v pití alkoholových nápojů.

Ke zkoumanému dílčímu cíli č. 1, zda jsou krátké intervence zásahem do soukromí klienta, se vztahuje otázka 4 v doplňujícím dotazníku po provedených intervencích, tudíž graf č. 11. V problému s nikotinem je tato forma řešení závislosti zásahem do soukromí pro 3 (14%) respondenty. 18 (86%) pacientů nemá problém s diskuzí o problému, rizicích spojené s kouřením cigaret, neodmítají motivační pohovory, nepovažují KI jako zásah do soukromí. V problému s alkoholem, odpověděli 3 (19%) klienti, že řešení závislosti formou krátkých intervencí je zásah do soukromí. Většina respondentů, 13 (81%) nepovažuje krátkou intervencí jako zásah do soukromí, je to pozitivní zjištění, což potvrzuje graf č. 26.

K druhému dílčímu cíli se vztahuje Fagerstömův test závislosti na nikotinu. Výzkumem jsme zjistili, že středně závislých je 13 (41%), silně závislých 8 (5%) klientů.

Ostatních 17 (54%) respondentů neprokazuje žádnou nebo velmi malou závislost na nikotinu.

Kolik klientů, po provedení krátké intervence, začne přemýšlet o změně chování, se vztahuje dílčí cíl č. 3 a souvisí s ním otázky 1 a 2 z dotazníku po provedené intervenci. K tématu alkohol se vztahuje graf č. 23, na základě vyhodnocených informací z dotazníkového šetření jsme zjistili, že 16 (100%) respondentů má v úmyslu omezit spotřebu alkoholu, ne však úplně zcela přestat pít alkohol. Nad tímto úkolem zvažuje pouze 1 (6%) klient. Tato data jsou popisovány v grafu č. 24. Kdo má v úmyslu omezit kouření, se také zjišťovalo v praktické části bakalářské práce. S touto otázkou souvisí graf č. 8 a 9, který potvrzuje, většina respondentů 18 (86%) má v úmyslu omezit kouření. Úplně ale ukončit kouření chce pouze 4 (19%) respondenti. Na základě vyhodnocených informací můžeme konstatovat, že po provedení krátkých intervencích, dle grafu č. 30, 18 (49%) oslovených respondentů uvažuje o změně chování, omezení kouření, nebo trvalé abstinenci.

K poslednímu dílčímu cíli č. 4 s otázkou, jestli klienti, kteří splňují nebezpečné a škodlivé pití, neodpovídají na intervence v primární péči, zda chodí či nechodí na preventivní prohlídky. K tomuto tématu se vztahuje graf č. 29. Krátké intervence je nástroj zaplňující mezeru mezi primární prevencí a intenzivní léčbou závislých osob. Jak již bylo uvedeno v grafu 4 (25%) oslovení respondenti, kteří mají problémy s alkoholem, neodpovídají na intervence primární péče. Na preventivní prohlídky nechodí pravidelně. Sami se na ně neobjednají.

Hlavním cílem v praktické části bylo ověření, jestli metoda krátkých intervencí v podpoře zdraví v oblasti rizikových faktorů životního stylu je vhodná i pro použití všeobecnou sestrou v ordinaci praktického lékaře (prostory, čas, komunikační schopnosti, práce s kartami...). Motivovat cílovou skupinu k uplatnění krátkých intervencí v denní pracovní praxi a ověřit účinnost v praxi preventivní péči. Odbourat nesprávné názory a mýty o provádění intervenčních pohovorů, které mezi odbornou veřejností panují jako je nedostatek času, odmítání ze strany pacientů, neúčinnost.

Praktický postup, podle kterého se definuje rizikové chování, rozpoznání reálného a potencionálního problému, správného motivování k aktivní nápravě, dlouhodobá edukace obyvatelstva. Jak už bylo v této bakalářské práci prezentováno, cílem krátkých intervencí je dosahování změn ve směru bezpečného, úspěšného a šťastnějšího životního stylu, redukce alkoholu, kouření, optimálně trvalou abstinenci, návrat do určité životní role,

zlepšení kvality života. Zcela zásadní pro úspěch intervencí je dobrý léčebný vztah mezi zdravotníkem a pacientem. Informace poskytované klientovi by měly být individuální, měly by splňovat jejich potřeby a schopnosti. Pokud dostane správné informace, s větší pravděpodobností jsou s konzultací více spokojen, dodržuje léčbu s pozitivními výsledky. (28, Ayers, 2015) V indikovaných případech zajišťuje včasné konziliární vyšetření nebo předání pacienta do specializované péče.

Zhodnocením všech výsledků jsme dospěli k závěru, že metoda krátkých intervencí je efektivnější provádět v ambulanci praktického lékaře, než v nemocničním prostředí. V ambulantním prostředí se snadněji vyčlení prostor pro jakýkoliv pohovor, lépe se s klienty hovoří, protože se navzájem dobře znají, všeobecné sestře více důvěřují. V případě autorky BP jde o dlouhodobý vztah mezi sestrou a klientem. Z tohoto důvodu žádný z oslovených respondentů po vyplnění dotazníků následující intervenci neodmítnul, což v nemocničním prostředí tak nebylo. S ohledem na velkou zátěž zdravotníků v primární péči je ale nutné, aby krátké intervence byly krátké. Tento výsledek byl v rámci výzkumu překvapením. Krátké intervence trvaly maximálně 20 minut. Pro nízké náklady krátkých intervencí, snadnou dostupnost a efektivitu krátké intervence by se měly zařadit pravidelně do pracovního postupu při preventivních prohlídkách. Je na ně vyčleněný dostatečný čas, tj. 60 minut na jednoho klienta, zbývá tedy prostor i pro motivační pohovory. Aby byly krátké intervence účinným nástrojem, podmínkou efektivity je jejich správné provádění a opakování. Protože má v praxi všeobecná sestra více času na pohovor než lékař, může klienty více informovat o rizicích při návycích na kouření či pití alkoholových nápojů, doporučení abstinence, pomoc při odvykání, měla by krátké intervence provádět ona. Před použitím krátkých intervencí by měla být řádně vyškolená. Státní zdravotní ústav připravil k projektu „Ověření metodiky krátkých intervencí v praxi“ odborné semináře v Praze.

## 13 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Důvodem, proč jsme téma bakalářské práce vybrali, je podpořit klienty k dosahování změn ve směru bezpečného, úspěšného a šťastnějšího životního stylu. Komunikace a empatie je důležitá role sestry, která je první v kontaktu s pacientem. Jak se dalo očekávat, osobní rozhovor se všeobecnou sestrou či lékařem v ambulanci praktického lékaře nejlepším způsobem, jak klienta informovat, edukovat ho, podporovat v jeho rozhodnutí, pobízet ke změnám chování, dohlížet na pravidelnosti, opakovat intervence. Nejdůležitější je pevná vůle, motivace, rozhodnutí přestat, ale zůstává na kuřákovi samotném.

Mnozí považují kuřáctví či alkoholismus za neřest, slabost, nedostatek pevné vůle, ale není to nic jiného než nemoc, která patří nejrozšířenější. Naštěstí se dá léčit. Proto doporučení pro praxi je, že by měly být krátké intervence zařazeny do každé preventivní prohlídky, jednou za dva roky.

Jak se dalo očekávat, výsledky výzkumu ukázaly, že by se měly provádět v ordinaci praktického lékaře. Měl by to být úkol každé všeobecné sestry.

V krátkých intervencích je i důležité nekuřáctví zdravotníků jako model.

## LITERATURA A PRAMENY

1. Nešpor, K. *Jak překonat hazard: prevence, krátká intervence a léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0009-3
2. SZÚ „Ověření metodiky krátkých intervencí v praxi II, manuál pro edukaci, Prevence užívání tabáku a nadměrné spotřeby alkoholu, zásady správné výživy a pohybové aktivity“, Projekt č. 10452 realizován z dotačního programu Ministerstva zdravotnictví Národní program zdraví-Projekty podpory zdraví pro rok 2014
3. Babor, T. J., Higgins-Biddle, C., Sovinová, H., Csémy L.(eds.). *Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití: manuál pro použití v primární péči*. 2., upr. vyd. Překlad Ivana Suchardová. Praha: Státní zdravotní ústav, 2010. ISBN 978-80-7071-316-7.
4. Nejedlá, M., Státní zdravotní ústav, 2013, Centrum podpory zdraví – tisková zpráva
5. Nejedlá, M., *Ověření metodiky krátkých intervencí v praxi*, Projekt podpory zdraví MZ, 2014, Státní zdravotní ústav
6. Komárek, L.a Provazník.K., *Ochrana a podpora zdraví*. 1. vyd. Praha: Nadace CINDI ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou UK Praha, 2011, 99 s. ISBN 978-80-260-1159-0.
7. Ministerstvo Zdravotnictví České Republiky, *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Vyd. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2 se Státním zdravotním ústavem, Šrobárova 48, 100 42 Praha 10. 1. vydání, Praha 2014, ISBN 978-80-85047-47-9
8. Kalina, K., *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). Počet stran 392. ISBN 978-80-247-1411-0.
9. Müllerová, D., Aujezdská, A., *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2510-2.
10. Soukup, J., „*Motivační rozhovory: Jak pomáhat pacientům při změně chování*“ [online] Psychiatrická Klinika 1. LF UK a VFN, Praha [cit. 2015-09-10 ] Dostupné z [www.motivacnirozhovory.cz](http://www.motivacnirozhovory.cz)
11. Antošová, D., Kodl, M., (ed.). *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. ISBN 978-80-85047-49-3
12. *Stop drogám! Informace pro rodiče, učitele a vychovatele*, Internacional Police Associaton, 2015. - brožura



13. Orel, M., *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). Počet stran 264. ISBN 978-80-247-3737-9.
14. Janík, A., Dušek, K., *Drogy a společnost*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. Život a zdraví (Avicenum). Počet stran 342. ISBN 80-201-0087-3
15. Frouz, J., Moldan, M., (eds.). *Příležitosti a výzvy environmentálního výzkumu*. Vydání první. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. Počet stran 309. ISBN 978-80-246-2667-3.
16. Dušek, K., Večeřová-Procházková, A., *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). Počet stran 632. ISBN 978-80-247-1620-6
17. Králíková, E., Kozák, J. T., *Odvykání kouření v denní praxi lékaře*. Praha: Maxdorf, c1997. ISBN 80-85800-66-7.
18. AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Vydání 1. Překlad Helena Hartlová. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). Počet stran 568. ISBN 978-80-247-5230-3
19. Norcross, J. C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi* Psyché (Grada) 2003, 479 stran, ISBN 807-169-7664

## INTERNETOVÉ ZDROJE

20. Vondráčková, P., Online krátká intervence pro uživatele návykových látek [online][cit. 2015-09-09]  
Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/1836/Online-kratka-intervence-pro-uzivatele-navykovych-latek>
21. Soukup, J., Papežová, H.: *Motivační rozhovor s pacientem o změně rizikového chování*. [online] Praha, Postgraduální medicína, suppl., 8. 5. 2006, s. 17-22. [cit. 2015-10-10]  
Dostupné z: [http://www.motivacnirozhovory.cz/o\\_motivacnich\\_rozhovorech/](http://www.motivacnirozhovory.cz/o_motivacnich_rozhovorech/)
22. Centrum prevence z.s., *Realizované projekty* [online] Praha [cit. 2016-02-22]  
Dostupné z <http://www.centrumprevence.cz/projekty>
23. Národní síť podpory zdraví [online] Praha [cit. 9.9.2015] Dostupné z:  
<http://www.kratkeintervence.cz/>
24. Janovská, K. *Metoda Časně identifikace a krátké intervence rizikového chování* [online] [cit. 9.9.2015] Dostupné z:

- [http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/metodika\\_kratke\\_intervence\\_zdravotnici.pdf](http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/metodika_kratke_intervence_zdravotnici.pdf)
25. Národní zdravotní ústav, *Zdravější životní styl* [online] Praha, [cit. 2015-09-19]  
Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/zdravejsi-zivotni-styl>
  26. Postupy používané při krátké intervenci, Dostupné z: <http://www.drnespor.eu>. [cit. 2015-09-28]
  27. *Krátká intervence lékaře k pacientovi o kouření* [online] [CIT. 2015-10-28]  
Dostupné z: [http://www.kurakovaplice.cz/koureni\\_cigaret/ruzne/pro-lekare-a-zdravotni-sestry/340-kratka-intervence-lekare-k-pacientovi-o-koureni-5p-5a.html](http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/ruzne/pro-lekare-a-zdravotni-sestry/340-kratka-intervence-lekare-k-pacientovi-o-koureni-5p-5a.html)  
ze dne 10. 10.2015
  28. Nestátní psychologické zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu, *Zařízení* [online] [cit. 2015-10-28] Dostupné z: <http://koneczavislosti.cz/o-zarizeni/>
  29. Wikipedia, *Závislost* [online] [cit. 2015-10-14] Dostupné z: [https://cs.wikipedia.Zavislost\\_\(psychologie\)](https://cs.wikipedia.Zavislost_(psychologie))
  30. Polách, L. *Závislost na alkoholu* [online] [cit. 2015-10-28] Dostupné z: [www.upsychiatra.cz/zavislost-na-alkoholu](http://www.upsychiatra.cz/zavislost-na-alkoholu)
  31. SZÚ, *Podpora zdraví* [online][cit. 2016-02-08] Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi>
  32. Poradny pro alkoholiky [online] [cit. 2016-02-15] Dostupné z: [http://www.vplzni.cz/info/poradny\\_centra/alkoholici/index.html](http://www.vplzni.cz/info/poradny_centra/alkoholici/index.html)
  33. Univerzita Karlova, *Praktičtí lékaři* [online] Praha. [cit. 2016-02-15] Dostupné z: [old.lf3.cuni.cz/studium/materialy/verejne\\_zdravotnictvi/prakt\\_lekari.ppt](http://old.lf3.cuni.cz/studium/materialy/verejne_zdravotnictvi/prakt_lekari.ppt)

## **SEZNAM ZKRATEK**

AA.....anonymní alkoholici

KBT..... kognitivně behaviorální terapie

MZ..... Ministerstvo zdravotnictví

N..... absolutní číslo

PL .....praktický lékař

SZO..... Světová zdravotnická organizace

SZÚ ..... Státní zdravotní ústav

Tj.....to jest

WHO .....World Health Organization

## **SEZNAM TABULEK**

Zpracované tabulky s výsledky z dotazníků

Tabulka 1: Statistika výzkumu -klienti hospitalizovaní.....65

Tabulka 2: Statistika výzkumu -klienti při návštěvě praktického lékaře.....66

## SEZNAM GRAFŮ

Zpracované grafy s výsledky z dotazníků.

|  |    |
|--|----|
| Graf 1: Vyhodnocení otázky č. 1- Fagerstömův test.....                       | 39 |
| Graf 2: Vyhodnocení otázky č. 2- Fagerstömův test.....                       | 40 |
| Graf 3: Vyhodnocení otázky č. 3- Fagerstömův test.....                       | 41 |
| Graf 4: Vyhodnocení otázky č. 4- Fagerstömův test.....                       | 42 |
| Graf 5: Vyhodnocení otázky č. 5- Fagerstömův test.....                       | 43 |
| Graf 6: Vyhodnocení otázky č. 6- Fagerstömův test.....                       | 44 |
| Graf 7: Vyhodnocení otázky č. 7- Fagerstömův test.....                       | 45 |
| Graf 8: Vyhodnocení otázky č. 1 po provedené krátké intervenci-kouření.....  | 46 |
| Graf 9: Vyhodnocení otázky č. 2 po provedené krátké intervenci-kouření.....  | 47 |
| Graf 10: Vyhodnocení otázky č. 3 po provedené krátké intervenci-kouření..... | 48 |
| Graf 11: Vyhodnocení otázky č. 4 po provedené krátké intervenci-kouření..... | 49 |
| Graf 12: Vyhodnocení otázky č. 1 dotazníku Audit.....                        | 50 |
| Graf 13: Vyhodnocení otázky č. 2 dotazníku Audit.....                        | 51 |
| Graf 14: Vyhodnocení otázky č. 3 dotazníku Audit.....                        | 52 |
| Graf 15: Vyhodnocení otázky č. 4 dotazníku Audit.....                        | 53 |
| Graf 16: Vyhodnocení otázky č. 5 dotazníku Audit.....                        | 54 |
| Graf 17: Vyhodnocení otázky č. 6 dotazníku Audit.....                        | 55 |
| Graf 18: Vyhodnocení otázky č. 7 dotazníku Audit.....                        | 56 |
| Graf 19: Vyhodnocení otázky č. 8 dotazníku Audit.....                        | 57 |
| Graf 20: Vyhodnocení otázky č. 9 dotazníku Audit.....                        | 58 |
| Graf 21: Vyhodnocení otázky č. 10 dotazníku Audit.....                       | 59 |
| Graf 22: Celkové vyhodnocení dotazníku Audit.....                            | 60 |

|  |    |
|--|----|
| Graf 23: Vyhodnocení otázky č. 1 dotazník po provedení krátké intervence-alkohol.....  | 61 |
| Graf 24: Vyhodnocení otázky č. 2 dotazník po provedení krátké intervence-alkohol ..... | 62 |
| Graf 25: Vyhodnocení otázky č. 3 dotazník po provedení krátké intervence-alkohol ..... | 63 |
| Graf 26: Vyhodnocení otázky č. 4 dotazník po provedení krátké intervence-alkohol ..... | 64 |
| Graf 27: Statistika o preventivních prohlídkách-kouření.....                           | 67 |
| Graf 28: Statistika o preventivních prohlídkách-alkohol .....                          | 68 |
| Graf 29: Statistika o preventivních prohlídkách všech respondentů.....                 | 69 |
| Graf30: Statistika o respondtech, kteří si přejí změnit chování po provedené KI .....  | 70 |

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázkové karty používané v krátkých intervencích:

|   |     |
|---|-----|
| Obrázek č. 1: Ukryto v cigaretě, složení tabákového kouře ..... | 94  |
| Obrázek č. 2: Složení tabákového kouře.....                     | 95  |
| Obrázek č. 3: Účinky tabákového kouře a nikotinu.....           | 96  |
| Obrázek č. 4: Nikotinová závislost.....                         | 97  |
| Obrázek č. 5: Pyramida konzumenta alkoholu.....                 | 98  |
| Obrázek č. 6: Co je standardní nápoj? .....                     | 99  |
| Obrázek č. 7: Játra alkoholika.....                             | 100 |
| Obrázek č. 8: Nebezpečná konzumace alkoholu.....                | 101 |

## SEZNAM PŘÍLOH

|   |     |
|---|-----|
| Dotazník 1: Fagerströmův test závislosti na cigaretách .....    | 88  |
| Dotazník 2: Po provedené intervenci – kouření .....             | 89  |
| Dotazník 3: Dotazník Audit .....                                | 90  |
| Dotazník 4: Po provedené intervenci – alkohol .....             | 93  |
| Obrázek č. 1: Ukryto v cigaretě, složení tabákového kouře ..... | 94  |
| Obrázek č. 2: Složení tabákového kouře .....                    | 95  |
| Obrázek č. 3: Účinky tabákového kouře a nikotinu.....           | 96  |
| Obrázek č. 4: Nikotinová závislost.....                         | 97  |
| Obrázek č. 5: Pyramida konzumenta alkoholu.....                 | 98  |
| Obrázek č. 6: Co je standardní nápoj? .....                     | 99  |
| Obrázek č. 7: Játra alkoholika.....                             | 100 |
| Obrázek č. 8: Nebezpečná konzumace alkoholu.....                | 101 |
| Žádost o udělení souhlasu k provedení výzkumu.....              | 102 |



# Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Jana Kocourková a studuji obor Ošetrovatelství na Západočeské univerzitě v Plzni. Touto formou bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku, Fagerströmův test, který mi pomůže orientovat se v míře závislosti. Dotazník prosím vyplňte kompletně, abych ho mohla do svého výzkumu použít. Prosím zaškrtněte pouze jednu odpověď.

Zjištěné informace použiji jen ve své bakalářské práci „Použití metodiky krátkých intervencí všeobecnou sestrou v ordinaci praktického lékaře“.

Předem děkuji za Vaši ochotu a za Váš čas.

## 1. Fagerströmův test nikotinové závislosti

Heatheron, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., Fagerström, K.O.(1991). The Fagerström test of Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Journal of addiction, 86, 1119-1127. Králíková, E(2004). Závislosti na tabáku a možnosti léčby. Čes.a slov. Psychiatrie, 100, 1, 13-18.

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?
  - a) Do 5 minut
  - b) Za 6-30 minut
  - c) Za 31-60 minut
  - d) Po 60 minutách
2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?
  - a) Ano
  - b) Ne
3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?
  - a) První ráno
  - b) Kteroukoli jinou

4. Kolik cigaret denně kouříte?
  - a) 0-10
  - b) 11-20
  - c) 21-30
  - d) 31 a více
5. Kouříte častěji během dopoledne?
  - a) Ano
  - b) Ne
6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?
  - a) Ano
  - b) Ne

## **2. Dotazník po provedené intervenci – kouření**

1. Máte v úmyslu omezit kouření?
  - a) Ano
  - b) Ne
2. Rozhodl(a) jste se zanechat kouření?
  - a) Ano
  - b) Ne
3. Uvažujete o návštěvě specializované poradny?
  - a) Ano
  - b) Ne
4. Je pro vás tato forma řešení závislosti zásahem do soukromí?
  - a) Ano

b) Ne

### 3. Dotazník AUDIT

Dobrý den, jmenuji se Jana Kocourková a studuji obor Ošetrovatelství na Západočeské univerzitě v Plzni. Touto formou bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku, který mi pomůže orientovat se v míře závislosti na alkoholu. Dotazník prosím vyplňte kompletně, abych ho mohla do svého výzkumu použít. Prosím zaškrtněte pouze jednu odpověď.

Zjištěné informace použiji jen ve své bakalářské práci „Použití metodiky krátkých intervencí všeobecnou sestrou v ordinaci praktického lékaře“.

Předem děkuji za Vaši ochotu a za Váš čas.

1. Jak často pijete alkoholické nápoje (včetně piva)?

0- Nikdy

1- Jednou za měsíc či méně často

2- 2-4x za měsíc

3- 2-3x týdně

4- 4x nebo vícekrát týdně

2. Kolik standardních sklenic alkoholového nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?(Jedna standardní sklenice odpovídá půl litru dvanáctistupňového piva, dvěma decilitrům přírodního vína nebo 0,05 litru destilátu)

0- Nevýše 1

1- 1,5 až 2

2- 2,5 až 3

3- 3,5 až 4

4- 5 a více

3. Jak často vypijete tři nebo více standardních sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?
- 0- Nikdy
  - 1- Méně než jednou za měsíc
  - 2- Každý měsíc
  - 3- Každý týden
  - 4- Denně nebo téměř denně
4. Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistili, že nejste schopen/na přestat pít, když začnete?
- 0- Nikdy
  - 1- Méně než 1x za měsíc
  - 2- Každý měsíc
  - 3- Každý týden
  - 4- Denně nebo téměř denně
5. Jak často jste kvůli pití během posledních 12 měsíců nebyl schopen/ nebyla schopna udělat to, co se od Vás běžně očekává?
- 0- Nikdy
  - 1- Méně než 1x za měsíc
  - 2- Každý měsíc
  - 3- Každý týden
  - 4- Denně nebo téměř denně
6. Jak často jste během posledních 12 měsíců potřebovali hned ráno sklenici alkoholického nápoje (počítá se i pivo), abyste mohli fungovat po nadměrném pití z předchozího dne?
- 0- Nikdy

- 1- Méně než 1x za měsíc
  - 2- Každý měsíc
  - 3- Každý týden
  - 4- Denně nebo téměř denně
7. Jak často jste měl/ měla během posledních 12 měsíců pocit viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?
- 0- Nikdy
  - 1- Méně než 1x za měsíc
  - 2- 1x za měsíc
  - 3- 1x za týden
  - 4- Denně nebo téměř denně
8. Jak často během posledních 12 měsíců jste nebyli schopni si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pili?
- 0- Nikdy
  - 1- Méně než 1x za měsíc
  - 2- Každý měsíc
  - 3- Každý týden
  - 4- Denně nebo téměř denně
9. Byl/ byla jste vy nebo někdo jiný zraněn v důsledku vašeho pití?
- 0- Nikdy
  - 2- Ano, ale ne v posledních 12 měsících
  - 4- Ano, během posledních 12 měsíců
10. Byl někdo z vašich příbuzných nebo přátel či nějaký lékař nebo sociální pracovník znepokojen vaším pitím a navrhoval vám, abyste pili méně nebo abyste úplně přestal/ přestala?

0- Nikdy

2-Ano, ale ne v posledních 12 měsících

4-Ano v posledních měsících

#### **4. Dotazník po provedené intervenci – alkohol**

1. Máte v úmyslu omezit pití alkoholických nápojů?

a) Ano

b) Ne

2. Rozhodl(a) jste se zcela zanechat pití alkoholických nápojů?

a) Ano

b) Ne

3. Uvažujete o návštěvě specializované poradny?

a) Ano

b) Ne

4. Je pro vás tato forma řešení závislosti zásahem do soukromí?

a) Ano

b) Ne

Obrázek č. 1: Ukryto v cigaretě, složení tabákového kouře

# UKRYTO V CIGARETĚ

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV  
SZÚ

## složení tabákového kouře

Hexamin  
**tuhý líh**  
(pevný podpalovač)

Toluen  
**rozpouštědlo**

Nikotin  
**přípravek**  
na hubení hmyzu

Metan  
**odpady,**  
kanalizace

Kyselina octová  
**vinný ocet**

Oxid uhelnatý

Amoniak  
**čističe toalet**

Metanol  
**nemrznoucí směsi,**  
palivo

Arzén  
**jed, tranzistory,**  
hubení hlodavců

Butan  
**zapalovače**

Kadmium  
**baterie**

Zdroj: SZÚ

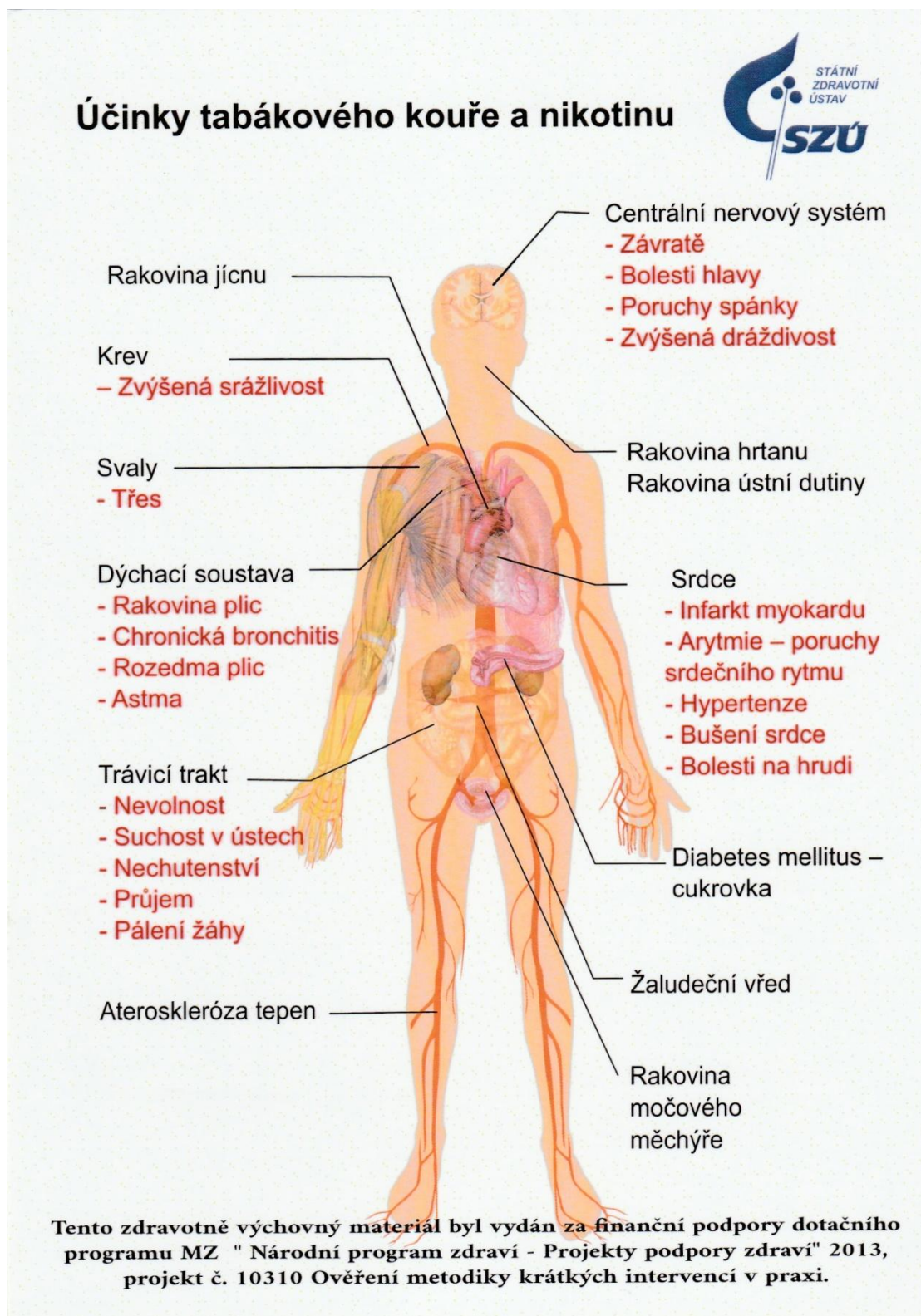
Obrázek č. 2: Složení tabákového kouře



Zdroj: SZÚ

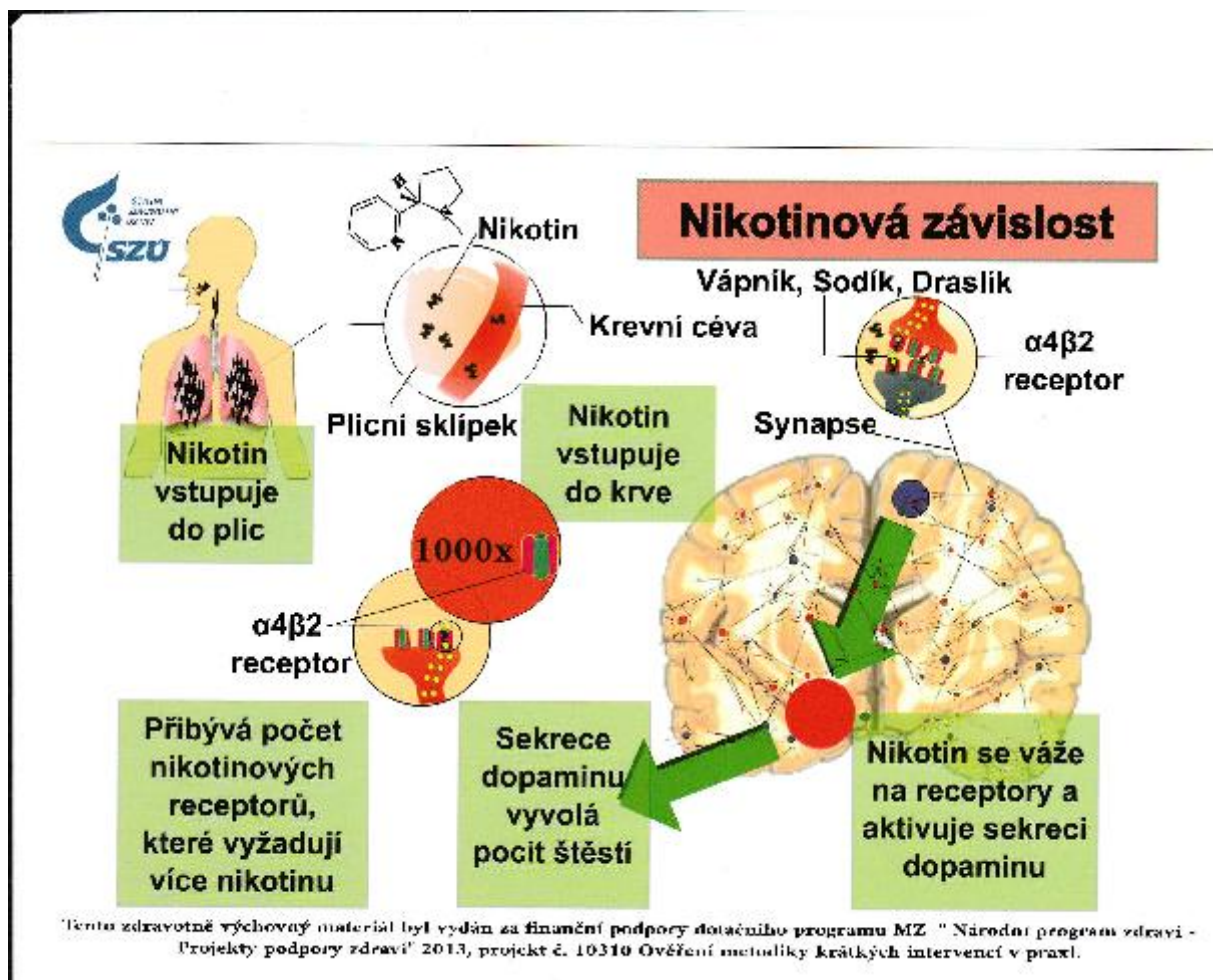


Obrázek č. 3: Účinky tabákového kouře a nikotinu



Zdroj: SZÚ

Obrázek č. 4: Nikotinová závislost

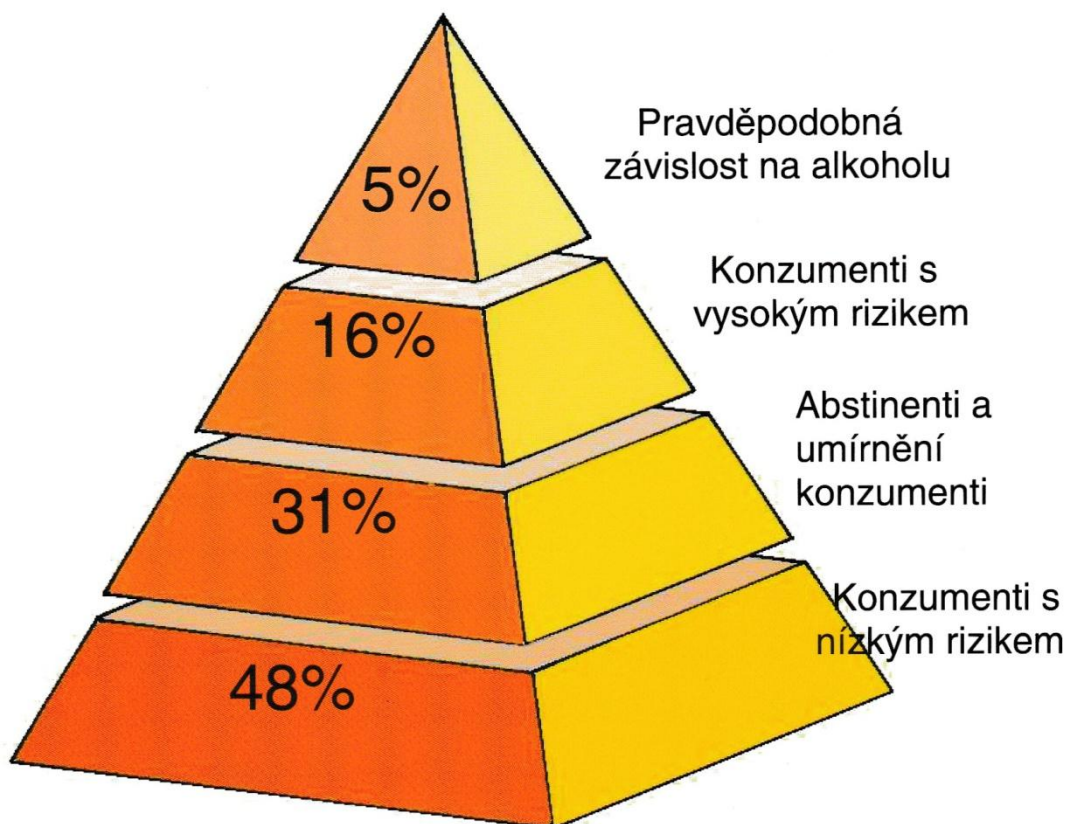


Zdroj: tento zdravotně výchovný materiál byl vydán za finanční podpory dotačního programu MZ „Národní program zdraví-Projekty podpory zdraví“ 2013, projekt č. 10310 Ověření metodiky krátkých intervencí v praxi.

Obrázek č. 5: Pyramida konzumenta alkoholu



## Pyramida konzumenta alkoholu



16,45 litrů/osobu/rok  
čistého alkoholu  
spotřeba mezi  
dospělými 15+

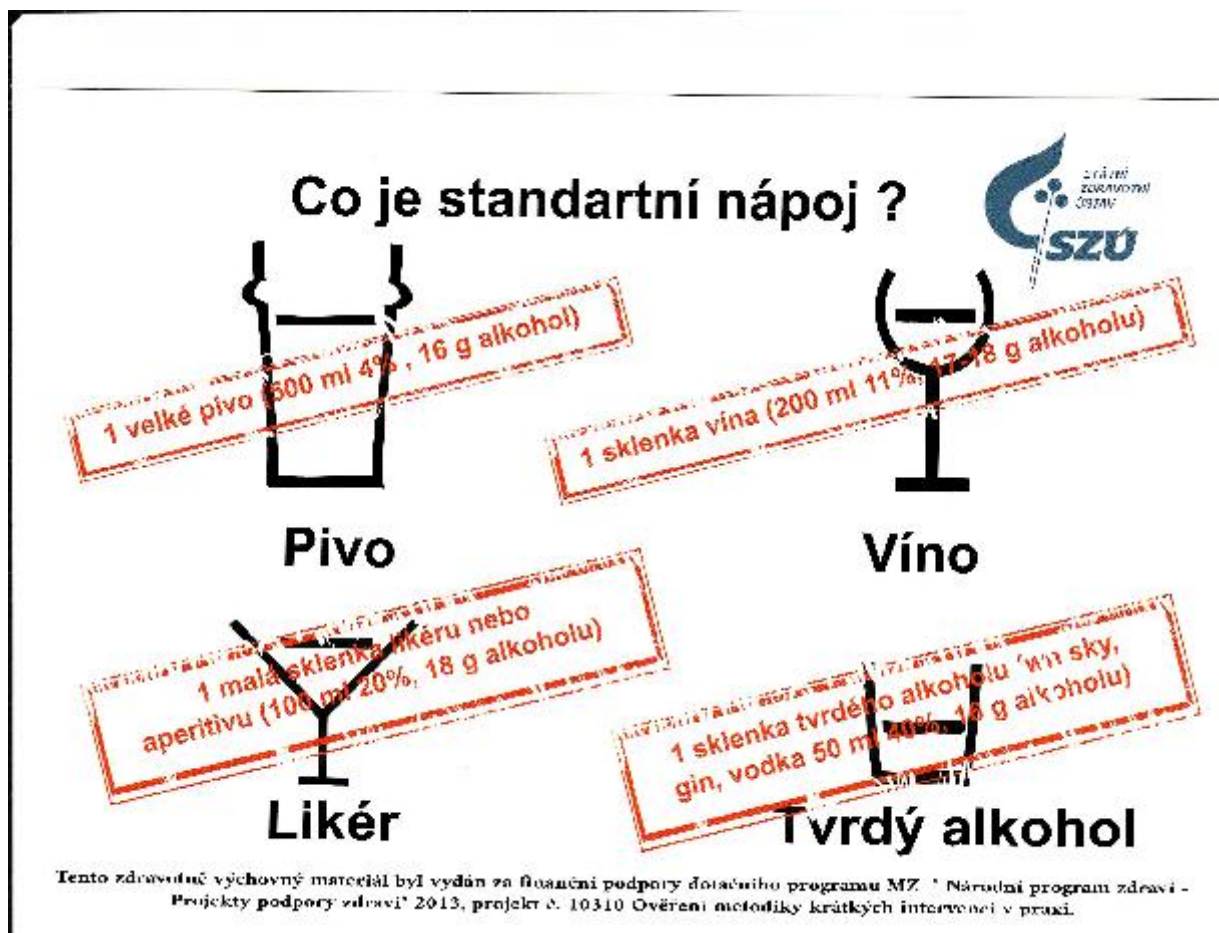
Děti začínají  
pít alkohol ve  
12 letech

Ověření metodiky krátkých intervencí v praxi manuál pro edukaci  
Prevence užívání tabáku a nadměrné spotřeby alkoholu

Projekt č. 10310 realizován z dotačního programu Ministerstva zdravotnictví Národní program zdraví – Projekty podpory zdraví pro rok 2013

Zdroj: SZÚ

Obrázek č. 6: Co je standardní nápoj?

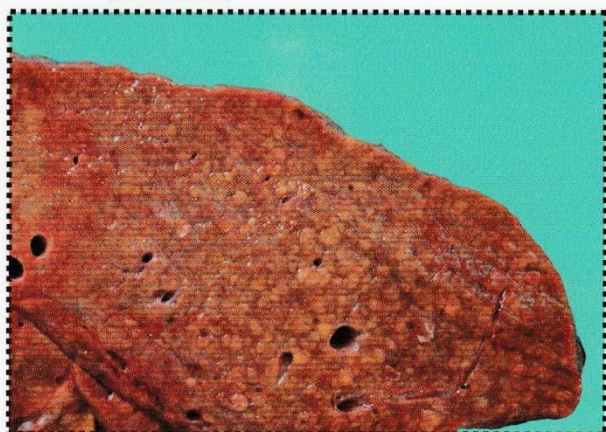
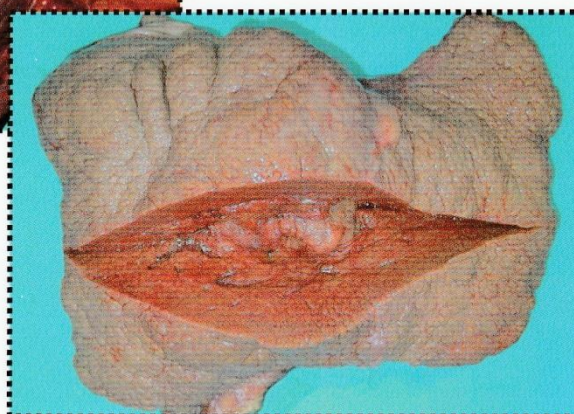


Zdroj SZÚ, tento zdravotně výchovný materiál byl vydán za finanční podpory dotačního programu MZ „Národní program zdraví-Projekty podpory zdraví“ 2013, projekt č. 10310 Ověření metodiky krátkých intervencí v praxi.

## JÁTRA ALKOHOLIKA



*Cirhózou postižená játra alkoholika.*



*Rakovina jater  
vyrůstající  
v cirhotických  
játrech.*

© SZÚ 2014

Projekt č. 10452 „Ověřování metodiky krátkých intervencí v praxi II“ realizován z dotačního programu MZČR Národní program zdraví – Projekty podpory zdraví pro rok 2014.

Zdroj: SZÚ 2014, Projekt č. 10452 „Ověření metodiky krátkých intervencí v praxi II“ realizován z dotačního programu MZČR Národní program zdraví - Projekty podpory zdraví pro rok 2014.

Obrázek č. 8: Nebezpečná konzumace alkoholu



Zdroj: SZÚ

## **Žádost o udělení souhlasu k provedení výzkumu**

MUDr. Dagmar Hübschová

Praktická lékařka

Bolevecká 34

301 00 Plzeň

Vážená paní doktorko,

Jmenuji se Jana Kocourková a chtěla bych Vás požádat o udělení souhlasu k provedení výzkumného šetření v rámci méjí bakalářské práce. Téma je Použití metodiky krátkých intervencí všeobecnou sestrou v ordinaci praktického lékaře. Vedoucí práce je MUDr. Daniela Fránová. Průzkumné šetření bych chtěla provádět na Vašem pracovišti, kde současně i pracuji, tj. v ambulanci praktického lékaře.

Výzkum bude probíhat pomoci fyzicky rozdaných dotazníků a provedení následných krátkých intervencí.

Děkuji za kladné vyřízení méjí žádosti.

21. 9. 2016

Kocourková Jana

