

Vyšší odborná škola, střední škola,
jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky
a základní škola MILLS, s.r.o.

KOUŘENÍ ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU JAKO PROBLÉM

Diplomovaný zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Havlíčková

Vypracovala: Šárka Kučerová

Čelákovice 2014

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem absolventskou práci vypracovala samostatně a všechny použité písemné i jiné informační zdroje jsem řádně citovala. Jsem si vědoma, že doslovné kopírování cizích textů v rozsahu větším než je krátká doslovná citace je hrubým porušením autorských práv ve smyslu zákona 121/2000 Sb., je v přímém rozporu s interním předpisem školy a je důvodem pro nepřipuštění absolventské práce k obhajobě.

V Nové Pace dne: 1. 1. 2014

Podpis:

Poděkování:

Upřímně děkuji Mgr. Jitce Havlíčkové, vedoucí mé práce, za veškerou pomoc a hlavně trpělivost, kterou mi při zpracování absolventské práce věnovala. Velké poděkování patří mé rodině.

MOTTO:

„Lidé jsou komická stvoření. Když jim řeknete, že ve vesmíru je 8990 457 320 178 hvězd, věří tomu. Ale tisíckrát jim můžete dokazovat, že kouření je nezdravé, stejně klidně hulí dál.“

Albert Einstein

OBSAH

Úvod.....	6
1 Cíl práce	8
2 Teoretická část	9
2.1 Historie kouření.....	9
2.2 Tabák	11
2.3 Rozvoj závislosti	13
2.4 Rizika kouření	14
2.5 Kouření a společnost.....	17
2.6 Odvykání kouření	20
2.7 Elektronická cigareta.....	23
2.8 Kouření zdravotnického personálu	24
3 Praktická část.....	26
3.1 Stanovení hypotéz.....	27
3.2 Vyhodnocení a analýza dotazníkového šetření	27
3.2.1 Otázka č. 1	28
3.2.2 Otázka č. 2	29
3.2.3 Otázka č. 3	30
3.2.4 Otázka č. 4	31
3.2.5 Otázka č. 5	32
3.2.6 Otázka č. 6	33
3.2.7 Otázka č. 7	34
3.2.8 Otázka č. 8	35
3.2.9 Otázka č. 9	36
3.2.10 Otázka č. 10	37
3.2.11 Otázka č. 11	38
3.2.12 Otázka č. 12	39
3.2.13 Otázka č. 13	40
3.2.14 Otázka č. 14	41
3.3 Vyhodnocení hypotéz	42
Diskuse.....	45
Závěr	47
Резюме.....	49
Bibliografie	50
Seznam příloh.....	53

Úvod

Dnešní velice hektická doba nabízí mnoho možností jistého úniku z reality, zklidnění se nebo odreagování. Toto nabízí i droga zcela legálně dosažitelná, jakou je tabák a jeho široká škála výrobků. Cigareta, doutník nebo dýmka nepůsobí pouze chemicky, také návyk, který je sociální, fyzický a velkou měrou psychický. Nejen společenská prestiž, ale především medicína si stále více všímá a zkoumá problémy kouřením vzniklé, tak jako jeho následky samotné. K prvním pokusům dochází dnes již u velice mladých lidí, většinou po vzoru rodičů či starších vrstevníků, jako důkaz zvýšení si sebevědomí.

Kouření bylo zpočátku módní záležitostí, jistým rituálem. Rozšiřovalo se a brzy bylo vášní, která se stala součástí kultury elity, akceptovanou celou společností.

[GILMAX, XUN, 2006; CARROLLOVÁ, BREALEYOVÁ, 2008].

Přesto, že studie z 20. století již bilancují s úmrtností na hranici sta milionů lidí, udávají vliv na činnost mozku, srdce i funkci plic, kouření na atraktivitě stále neztrácí. Trvá ještě několik let, než varování a podložené skutečnosti začíná dospělá populace brát jako vážný fakt, ne jako pouhý pokus fanatických vědců, jejichž cílem je zošklivit prožitek z kouření a inhalace kouře. [HRYCH, 1996]

Stěžejní a velice přesvědčivý je mnohaletý výzkum sira Austina Hilla a R. Dollema, který je praktikován po dobu dvaceti let na britských lékařích, odstartovaný rozesláním dotazníků. V pravidelných intervalech dotazníky opakují s přidáním dalších podrobnějších otázek, které na základě statistického zpracování, dotazů u ošetřujícího lékaře i patologa, shrnují v podložená čísla, která dokazují vyšší úmrtnost kuřáků jak na rakovinu plic, tak i dalších smrtelných onemocnění. [NOVÁK, 1980]

Na tuto studii reagují i další státy a vytvářejí strategie zaměřené především na prevenci a ochranu kuřáků stávajících, čím je nucen reagovat tabákový průmysl. Mezi první kroky se řadí přidání cigaretových filtrů, později odlehčené verze od obsahu nikotinu a množství dehtu.

Neméně podstatným opatřením je vznik spotřební daně, což nepřináší až tak očekávané výsledky. I proto se výrobci přiklonili k tisku varovných mott a sloganů na obaly. Nejen vládní omezení, vydaná nařízení a vznikající zákazy nutí jistou část populace ke zbavení se zlovyku. Jsou to také přetrvávající zdravotní problémy, poměrně velký handicap při zařazení se do nekuřáckého kolektivu, v neposlední řadě i finanční zátěž.

Již v roce 1966 byl přijat zákon o zdraví lidu, který krom jiného zmiňuje zavést zákaz kouření pro zdravotnický personál. Mezi nejčastější otázky a problémy posledních let patří právě kouření zdravotníků. Důvodem může být profesní stres, vysoké pracovní a psychické nasazení, či náročnost jejich práce? Další otázkou je návyk. Předešlý nebo získaný, neschopnost se ho zbavit?

Neodmyslitelnou částí edukace klienta je jistý příklad zdravotníka, který je v jeho momentální zdravotní situaci příkladným vzorem.

Ve své práci se zaměřím na problematiku kouření, vznik a prohlubování návyku-závislosti, způsoby odvykání a nezbytné síle motivace kouření opustit.

1 Cíl práce

- zaměřit se na problematiku kouření, zpracovat rozvoj závislosti, možnosti odvykání a prostřednictvím dotazníků zjistit důvody, proč zdravotníci kouří a zda mají motivaci s kouřením přestat

Výzkumné nástroje

Práce s literaturou.

Dotazníková šetření a zpracování získaných údajů.

2 Teoretická část

2.1 Historie kouření

V povědomí lidí je tradice a vznik kouření samotného spojen s pokuřováním indiánů Severní Ameriky. Pravdou je, že povzbudivé účinky znali, ale prožitek byl až následný. Počátek všeho je spojen s magií, náboženskými rituály, modlitbami a zaříkáváním. Důvod je prostý, stoupající kouř k nebesům, kde zpravidla sídlí bohové, kteří plní prosby. Že libost kouře je nejen pro božstvo důležitá popisuje jeden z předních světových odborníků na aromaterapii z Velké Británie Robert Tisserand. [HRYCH, 1996] Vonné silice pozitivně ladí mysl, vytvářejí duševní blaho, což stvrzuje i latinský výraz *per fumum* pro slovo parfém, v překladu "prostřednictvím kouře".

S inhalací kouře se setkáváme i u starých Egypťanů, kteří dýmem z *Boswellia sacra*, nám známým pod názvem kadidlovník pravý, prosycují prostory. Může se zdát, že vdechování a inhalování není totéž jako kouření, ale tabákový dým je jednou z forem opájení se.

Historie popisuje drogově závislé na *Kyphi* - aromatické směsi, také na *Cannabis sativa* – konopí seté, jehož název se v různých státech liší, americký hašiš, bang v Indii, v Turecku habak, ať se použije jakékoli pojmenování jedná se o u nás známou marihuanu. Dodnes známá a nejslavnější z Pýthií Sibyla založila svou proslulost věštby díky inhalaci dýmů vycházejících z nitra země.

A konečně tabák. Jméno je původem z karibské oblasti, vyslovení jazykem Indiánů tabako, španělská výslovnost zní tabaco, francouzská verze tabac. Původ této lilkovité rostliny je z ostrova Tobago. Listy do různých forem upravené se kouří, šňupají nebo žvýkají. Díky Španělům, krátce po objevení Ameriky, se ocitá v Evropě zprvu jako okrasná dřevina. Roku 1560 francouzský velvyslanec Jean Nicot přiváží tabák do Paříže. Na počest tabákový alkaloid nese jeho jméno.

Historie tabáku a první zmínka se nachází v deníku Kryštofa Kolumba, který při cestě do Asie roku 1492 popisuje domorodce se svinutými listy jakési rostliny do takzvaných mušket, prapůvodců doutníku. Nám známější je historie dýmky míru či

kamuletu ve spojitosti s Indiány Severní Ameriky. Zrod této tradice byl původně magický úkon, zpečetění úmluv, potvrzení míru. Ten magický úkon kouření dýmky zřejmě některým indiánům tak zachutnal, že se bez něj už nemohli obejít a propadli mu. [HRYCH, 1996]

Walter Raleigh je spojován s anglickým dvorem a přízní ke královně Alžbětě I., také jako první šířitel nešvaru či požitku kouření v Anglii okolo roku 1584. Do Čech se kuřácká vášeň dostává koncem šestnáctého století zřejmě s císařem Rudolfem II. Tento návyk ale církve odsuzuje a nazývá ďábelským, proto životopisci tento zlozvyk nezmiňují. Až v období třicetileté války.

V roce 1652 Anglie vydává zákaz pěstování tabáku, který je zrušen po dlouhých dvěstěšedesátiosmi letech, roku 1910. Přísný zákaz kouření platí celé sedmnácté století v Rusku, který ruší počátkem osmnáctého století car Petr Veliký, sám vášnivý kuřák dýmky. Zákazy byly i z důvodů bezpečnosti a případného žhářství. Podstatnější a daleko výraznější důvod mají Turci. Ti se domnívají, že kouření snižuje bojeschopnost a způsobuje sterilitu vojáků.

Napoleon zřídil státní monopol k hospodaření s tabákem, i tentokrát je Francie vzorem pro jiné. Vlna zákazů a hlasů proti kouření umlká zvláště když si vlády uvědomí plnění kasy právě z tabákové vášně.

Osmnácté století je provázeno jinou formou konzumace tabáku. Šňupání je považováno za společenskou událost, přátelské gesto. S nástupem devatenáctého století přechází šňupání v pokuřování, které je popisováno jako nejstarší hospodský zvyk. Zvyk, který nebyl spojován se škodlivostí, naopak se řadí k druhu zábavy. Paříž, kolébka zrodu, kde Lous Veuillot píše i o ženách konzumentkách, které následují i pražské dámy. V tomto století krom dýmky přichází na scénu doutník, z něhož se rodí cigareta. Opět Francie, rok 1843, název *cigarette*.

Současnost v měřítku dvou století zpět se dá tabák a jeho konzumace pojmenovat nejen jako drogou nejrozšířenější, ale také ještě stále státem oficiálně tolerovanou a podporovanou. [NOVÁK, 1980]

2.2 Tabák

Tabák je kulturní rostlina, zahrnuje asi 65 druhů rostoucích převážně v subtropích. *Nicotiana tabacum*, český název rostliny tabák virginský je jednoletá chlupatá rostlina s přímou lodyhou dorůstající délky 1 – 2 metry, nepříliš květnatá. Její listy jsou řapíkaté, dlouhé až 60 centimetrů. Kvete v koncových květenstvích, podle druhu různě zbarvené okvětní lístky, od období července do září. Tabák virginský se považuje za celkově jedovatou rostlinu, dříve pěstovanou pro krásu, dnes se využívá k výrobě tabáku. Obsahuje jedovaté látky jako je například alkaloid nikotin. [VERMEULEN, 2001]

Jeho dva nejznámější druhy byly vypěstovány pravděpodobným spontánním křížením, kterým vznikly tabák virginský- *Nicotiana tabacum* a tabák selský- *Nicotiana rustica*, nejvhodnější pro průmyslové zpracování.

Vědecká klasifikace: Říše: rostliny (*Plantae*)

Podříše: cévnaté rostliny (*Tracheobionta*)

Oddělení: krytosemenné (*Magnoliophyta*)

Třída: vyšší dvouděložné (*Rosopsida*)

Řád: lilkotvaré (*Solanales*)

Čeleď: lilkovité (*Solanaceae*)

Rod: tabák (*Nicotiana*)

Utajená chemie vznikající při spalování tabáku je tak nedokonalá jak nekvalitní je tabák. Vytvořená směs plynů obsahuje asi 40 karcinogenních látek a dalších 60, které se podílejí na vzniku rakoviny. [HRYCH, 1996]

Po vdechnutí kouře do organismu se kouř dostane ihned do krevního řečiště. Při užití tabákového žele, pití čajů, podávání klystýru a šňupání tabáku se takto rychle do organismu škodliviny nedostávají. [GILMAX, XUN, 2006]

Proces přeměny je závislý na mnoha dalších faktorech jako jsou fyzikálně – chemické procesy, kterých je známo zhruba 1200, množství kyslíku, kolísající teplotě, pórovitosti tabáku. [NOVÁK, 1980]

Tekuté částice v kouřové zplodině jsou o velikosti menší než 0,1 µg až 1 µg, z tohoto důvodu velice snadno pronikají do nejmenších bronchiolů. Přes jejich mikrovelikost ale obsahují nejvíce karcinogenních látek a škodlivin. Nežředěný kouř v 1 ml obsahuje 3 až 5. 10⁻⁹ těchto částic. Na základě rozdílu působení jsou škodliviny děleny na toxické, dráždivé, kancerogenní a kokancerogenní.

Cilia jsou pohyblivé řasinky dýchacích cest, které napomáhají k tomu, aby se na sliznici neusazoval prach, dehet a další cizorodé částice. Cilia nežádoucí částice pomalu posouvají směrem nahoru, aby mohl člověk tyto prvky vykašlat a vypudit. Pokud cigaretový kouř postihne cilia, může se tento proces očisty zpomalit, nebo v horším případě kouř cilia úplně zničí, dochází k vymizení z dýchacích cest, nebo omezení funkce. Cigaretový kouř začne iritovat sliznici dýchacích cest a může vzniknout rakovinotvorné bujení. [DIEHL, 2000]

Nejtoxičtější jsou alkaloidy nikotin, nornikotin, metylpyrolidin, pikolin, lutidin a další složky, dehty, polycyklické sacharidy. Ty brzdí určité specifické úkony žírných buněk, což se projevuje jako první stupeň rakovinných přeměn pohárkových žlázových buněk průduškové sliznice. Buňky se vyvíjí dál v zhoubný nádor dýchacích cest. [KANDUS, 1987]

Především nikotin způsobuje návyk, je silnou psychoaktivní drogou. Po vazbě na specifické acetylcholinové receptory vyvolá vyplavení různých neurotransmiterů. Narušuje funkci vegetativního nervstva až možnou smrt v důsledku obrny dýchacího centra. Jeho vnímání a hlavní nástup je poměrně rychlým dějem.

Přenašečem je dehet, který během deseti sekund transportuje nikotin do mozku. Rychlostí nitrožilní aplikace vytvoří stimul jak na trávicím traktu tak také na hladkém svalstvu. Velkou dávkou dehtu kuřák vykašle, ale stále velké množství se usazuje na plicích, které jsou na první pohled od zdravých, nekuřáckých, snadno rozeznatelné vzhledem k černému zabarvení. [MLČOCH, 2013] Nikotin zvýší krevní tlak, stimuluje srdeční činnost, způsobí vazokonstrikci cév, zvyšuje obsah mastných kyselin v krvi, inhibuje syntézu estrogenu. Může dojít k mióze zornic a dalším příznakům. Při návyku dochází k bohatší syntéze beta endorfinů. Za smrtelnou dávkou je považováno 50 až 60 mg. [KRÁLÍKOVÁ, KOZÁK, 2003]

Nikotin měl jistý přínos pro fyziology i farmakology, kteří na základě působení tohoto alkaloidu rozpoznali složení a činnost nervového systému.

Neméně podstatnou složkou je kysličník uhelnatý, který je v plynné fázi v obsahu 1 % až 5 %. Jde o krevní jed tlumící transport kyslíku. Váže se 230krát snadněji na hemoglobin než kyslík.

Tabákové listy obsahují nižší procento škodlivin, dělí se na nativní a aditivní. Během fermentačního procesu dochází nejen k hnědému zbarvení, také k snížení obsahu nikotinu na 2,5 %. Naopak mohou vzniknout nitrosaminy, které jsou silně karcinogenní.

Množství škodlivých látek v cigaretě je závislé na druhu tabáku, způsobu jeho sklizně a použitém způsobu fermentace.

2.3 Rozvoj závislosti

Uživatelé tabákových výrobků, dost možná i jejich blízké okolí, nazývají kouření zlovykem.

Vitium, latinským překladem “nedostatek, nebo defekt“, nežádoucí návyk, vzniklý na základě opakované činnosti. Na rozdíl od zlovyku bezmezná chuť na čokoládu má závislost svojí oficiální definici, diagnózu, projevy a daný postup léčby.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí přiděluje základní označení F10-F19, poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním psychoaktivních látek. Specifikace u syndromu závislosti se značí F10.2, závislost na tabáku F 17.2.

K označení závislosti dochází, pokud ze seznamu příznaků jsou některé přítomny:

1. silná touha užívat látku,
2. potíže v kontrole užívání látky,
3. užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků,
4. průkaz tolerance – nutnost vyšších dávek drogy k dosažení žádoucího stavu,
5. zanedbání jiných zájmů a potěšení než je užívání drogy,
6. pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání. [NEŠPOR, 2000]

Závislost je pandemie, nalezne ji zřejmě každý z nás, jen ne každá má vážné dopady na zdraví jedince.

Již zmiňovaná závislost a syndrom závislosti má svou definici jasnou TCD-10. Jde o soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, které se vyvíjí po opakovaném užití substance. K závislosti – dependenci, tedy u člověka dochází pokud ústy, či jiným způsobem podání užívá látku, která způsobí takové stádium myslí, že další jednání a chování se zaměřuje na znovu získání nejen návykové látky, také opojného stadia. Jde o stav zvaný “carving“, neboli bažení, který je doprovázen ztrátou sebekontroly. Tento stav, až na výjimky, není jedinec schopný bez pomoci zvládnout. [NEŠPOR, 2011]

Větší část kuřáků při otázce, zda by chtěli přestat, odpovídá ano. Proč tedy nepřestanou? Počátek je nevědomost, kdy nedospělý jedinec dopřeje nikotinu farmakologickou odpověď organismu, jeho centrální nervové soustavy. Později jde o rituál, vyplavování endorfinů, snižování napětí, zvyšování výkonnosti za pomoci zvýšené hladiny noradrenalinu a acetylcholinu, ranní defekace, uvolnění spasmu po jídle.

Jde též o psychickou závislost, která evokuje příjemné pocity při zapalování cigarety, jejím držení v ruce, popíjení kávy, navození klidu po stresu.

Nejen u kuřácké závislosti můžeme najít dvě složky, fyzickou a psychickou. Fyzická je pro kuřáka trochu jednodušší, snadněji zvládnutelná na rozdíl od psychické. Ta vyžaduje mnohem důraznější vlastní přesvědčení, pevnou vůli, ale je také tou hlavní příčinou recidiv. Pro její zvládnutí existují léčebná zařízení, která jsou k vyhledání na www.slzt.cz, komunity, centra pro léčbu závislosti. [MINAŘÍK, 2009]

Jedním z ukazatelů na závislost je jednoduchý Fagerströmův test (Příloha č. 2). Jde o čas první zapálené cigarety dne, počtu a problému v nekuřáckém prostředí. Na základě bodově ohodnocené odpovědi každý kuřák zjistí míru závislosti. [KRÁLÍKOVÁ, KOZÁK 1997]

2.4 Rizika kouření

Tabáková epidemie dnes zabijí dvakrát více než nemoc AIDS. Původcem je vir zvaný cigareta. [KRÁLÍKOVÁ, 2005]

Kouření není zlovykem jak spousta lidí vnímá a je prezentováno. Jde o oficiálně klasifikovanou nemoc a s označením diagnózy F.17 – „poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku“, se řadí mezi psychiatrická onemocnění. [Lékařské listy 7/2013, s.26]

Kuřák na toto onemocnění nedostane pracovní neschopnost, ale léčba pro “vyléčení” se ordinuje. Jde tedy o nemoc s veškerými fatálními důsledky a vlivy na fungování celého organismu, které se nachází pod dalšími nejméně dvacetičtyřmi diagnózami ve třech skupinách nemocí. Neopomenutelný význam má také tzv. syndrom osobní imunity. Jde o představu kuřáka jak snadno a kdykoli se návyku zbaví, kde až reálná praxe odhalí závažnost syndromu. [KACHLÍK, 2005]

První doložené klinické studie o škodlivosti tabáku jsou od autora Maurice Bouissona, francouzského lékaře, který roku 1859 vydává studii o vzniku rakoviny úst a kuřáků dýmek.

V roce 1936 Alton Ochsner a M. E. de Bakey, američtí chirurgové, zjišťují rakovinu plic u kuřáků cigaret.

Raymond Pearl lékařský statistik University J. Hopkinse roku 1938 vyslovuje domněnku o jiných nemocech spojených s kouřením.

Roku 1939 A.H. Roffo uskutečňuje první pokusné zjištění vzniku rakoviny díky tabákovému kouři. Extrakt tabákového kouře natíral na kůži králíků. [NOVÁK, 1980]

V roce 1964 „Surgeon General’s Report on Smoking and Health“ shrnutí všech vědomostí a výsledků různých lékařů na téma kouření. Jasný závěr je škodlivost návyku na zdraví a nutnost zdravotnické protiakce.

Různé průzkumy a statistiky hovoří v jasných číslech. Jedna oběť cigarety za 6- 10 sekund. Jen v České republice na nemoci z kouření nepřežije šedesát lidí denně. Rakovina, kterou jsou kuřáci na každém kroku varováni, je pouhým zlomkem. V podstatě tuto diagnózu má “pouze” necelých 25 % kuřáků.

Dalšími zásadnějšími riziky je onemocnění kardiovaskulárního systému. Zde se dá tvrdit, že toto riziko může kuřák vnímat jako zásadní, ovšem odborná veřejnost ví o dalších související a návazných problémech. Kuřáková krev obsahuje větší množství krevních

destiček, které mají snahu k nasedání na cévní stěnu a tím zvyšují riziko vzniku trombů. Vyšší hladina fibrinogenu v plazmě, který tak působí na zvýšenou viskozitu a tím i vyšší riziko vzniku aterosklerózy a trombózy. To násobí možnost předčasného rozvoje akutního infarktu myokardu a ischemické cévní příhody. V prvních minutách od zapálení cigarety se zrychlí srdeční frekvence, tep se zvýší u jedné cigarety o deset pulzů za minutu. [COMBY, 2007]

Ostatní krevní hodnoty také nejsou ve fyziologickém optimu. Zvýšené krevní lipidy jak celkový i LDL cholesterol, triglyceridy. Hodnota Hcy- homocysteinu úměrně stoupá s nárůstem lipidů a tím opět zvyšující se riziko tromboembolitických komplikací. Kuřáková vnitřní výstelka tepen - endotel, je mnohem častěji poškozena.

Dalšími nemocemi, kterými častěji trpí kuřáci, jsou snížená fertilita a schopnost erekce, což není jen u dlouhodobě kouřících, mluví se o mužích ve věku okolo třiceti let. U žen jde o riziko krvácivých stavů v kombinaci s užíváním orální antikoncepce a o riziko spontánních potratů. Těhotná kuřačka vystavuje svůj plod zpomalenému vývoji, předčasnému porodu i riziku úmrtnosti novorozence. [ROZTOČIL A KOL., 2008]

V poslední době značně diskutované kyslíkové radikály, které jsou u kuřáků v mnohem větší koncentraci, vyvolávají poškození genetické informace. Dále hrozí choroby trávicího ústrojí z důvodů špatné prokrvenosti sliznice.

Dispenzarizovaní pacienti v kombinaci s kouřením spadají do rizikovější skupiny, nejen k vzniku retinopatie až slepoty, což jsou především diabetici, tak i na poškození ledvin.

Negativní vliv má nikotin i na zesilující pocit bolesti. Vědecký tým Glenna Rechina z University of Rochester sledoval jeho působení v závislosti k bolesti u pacientů s výhřezem plotének, kteří se podrobili chirurgické léčbě. Nekuřáci a pacienti, kteří jistý čas před operací nekouřili potvrdili významnou úlevu po zákroku. [*Lékařské listy* 1/2013, s. 4]

Neopomenutelné téma vyslovené pod zkratkou ETS, neboli Environmental Tobacco Smoke, je diskutované nejen mezi kuřáky, tedy nedobrovolná inhalace, neboli pasivní kouření. Jde o druh kouření, kterého se účastní lidé žijící ve společné domácnosti

s kuřákem, v uzavřených společenských prostorách, v automobilu. Z edukačního důvodu má i tento druh kouření přidělenou diagnózu Z 58.7.

Obyvatelé jednoho kuřáckého bytu jsou neustále vystavováni zátěži těkavých látek, především kancerogeny dimetylnitrosaminu. Nejenže je kuřák neustále v jakési fázi "přidušenosti", společnost v jeho okolí je pod permanentní atakou alergické dráždivé reakce sliznic, záněty očních spojivek, bolestí hlavy a rizika vzniku dalších onemocnění. Zvýšená iritace je prokazatelná u dětí, které mnohem častěji trpí onemocněním horních cest dýchacích, průdušek, sklonem k alergiím. Při intenzivním pobytu v kuřácké místnosti byl dokonce prokázán nikotin v moči. [NOVÁK, 1980] Novorozenec v zakouřené místnosti je vystaven 50- ti násobnému zvýšené ohrožení od dospělého člověka.

Pasivní kouření v automobilu je poměrně běžný případ. Atmosféra je prosycena vysokou koncentrací kysličníku uhelnatého, nikotinu, olova a ostatních zplodin ovzduší. Přesto, že dokonalý filtr, kterými jsou plíce kuřáka, zachytí okolo 85 % tuhých částic a 54 % kysličníku uhelnatého, zbývá i dostatečná porce pro abstinenta. [NOVÁK, 1980]

Nejen zmíněné škodliviny, také amoniak, aldehydy, ketony apod., dokáží intenzivně podráždit sliznice dýchacích cest, vyvolat záchvaty kašle. Příznaky zde popisované byly podněty při pokusech na zvířatech. V resumé jsou potvrzeny onemocnění plic i průdušek. [NOVÁK, 1980] Bohužel v České republice prozatím neexistuje ještě stále ucelený zákon kontroly tabáku. Občan nekuřák je tak zatím chráněn zákonem č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Požadavky nekuřáků na "čistý vzduch" jsou oprávněné, upírání je nejen sobecké, ale je to také negování základních principů mezilidských vztahů.

2.5 Kouření a společnost

Kouření je fenomén, ovládající muže i ženy, dospělé i dospívající občany. Bylo prokázáno, že dříve kouřili převážně muži, ale nyní je již známé, že i ženy a to ve velké míře. V západní části světa kouřilo v polovině 20. století 50 % mužů. V současné době kouří

39 % žen. V mladistvém věku ženy v kouření předbíhají muže a to o 4,5 %. [KŘIVOHLAVÝ, 2001]

Kouření se postupně stává společensky méně přijatelné. Probíhají celostátní i celosvětové kampaně, ligy pro striktní zákazy, společenská setkání proti lobby tabákovým společnostem a různá preventabilní opatření.

Vše má ale svůj počátek, tedy rodina a její společenské postavení, výchova, vrstevníci, vliv sociálních skupin, pedagogové. Spousta statistik a průzkumů ukazuje alarmující výsledky, kdy odpověď tazatelů na první zapálenou cigaretu je ještě před dosažením patnácti let. Odborníci na závislosti uvádějí, že po týdnu, kdy mladiství vykouří jednu až dvě cigarety denně, vzniká závislost. Pak průzkum jen potvrdí, že jde o návyk již z období dospívání.

Zákon č. 37/1989 Sb. §4, odst.1, písmeno e, zakazuje prodej tabákových výrobků osobám mladším 18-ti let. I zde čísla průzkumů hovoří. 16 % mladistvých věku 12- 17 let kouří a jako zdroj nákupu uvádí supermarkety, večerky a benzinové stanice.

WHO jako hlavní organizace boje proti tabákovému průmyslu společně s 168 státy podepisuje Rámcovou smlouvu o tabákové kontrole - www.fctc.org, která vchází v platnost roku 2003, ke které se po osmi letech připojuje také Česko. Světová zdravotnická organizace určuje a předepisuje pravidla prodeje, omezení reklam. Evropská unie vydává různé informační publikace, pořádá preventivní programy a kampaně. Informuje především mladé, již aktivní i pasivní kuřáky. Mezi nejznámější se řadí kampaň Evropské komise Help - Pro život bez tabáku.

Protikuřácká legislativa je soubor právních norem, jejichž účelem je ochrana před kouřem v prostředí, ale i celkové snížení spotřeby tabáku a jeho škodlivých zdravotních, ekonomických a sociálních dopadů. Tyto normy jsou obsaženy v národních předpisech, které musejí naplňovat minimální požadavky předpisů Evropské unie i mezinárodního práva. <http://www.bezcigaret.cz/legislativa>

Řada zemí má podrobné plány a investice co v daný rok udělá pro odstranění původce nemoci zvané kouření. Eliminace původce-"END GAME"- odstranění tabákového

průmyslu. Například Finsko se chce stát do roku 2040 nekuřáckou zemí.
[<http://www.linkos.cz/tags/koureni/>] Česká republika má v těchto plánech absenci.

Tématické okruhy legislativy:

Výroba: jakým způsobem a z čeho smějí být tabákové výrobky vyrobeny a jak má vypadat jejich obal. Oficiální definici cigarety určuje vyhláška českého ministerstva zemědělství č.344/2003 Sb. Jde o tabákový smotek, který se skládá z náustkového papíru, cigaretového filtru, cigaretového papíru a tabákové směsi.

Zdanění: jaké daně z tabákových výrobků a kam budou odvedeny.

Reklama: které způsoby tabákové reklamy, propagace a sponzorství jsou zakázány. Reklama je velice mocný nástroj s více jak dvousetletou tradicí, který byl senátem degradován 2.4.2003, kdy byl přijat zákon zakazující reklamu na tabákové výrobky na běžných místech. Jeho platností od června 2004 již nevidíme usměvavého Ronalda Reagana, ani spokojeného kouřícího pastevce na koni vyhlížejícího z billboardu nebo televizní obrazovky. Také reklamní nápisy prošly striktními opatřeními, ve snaze sdělit veřejnosti nebezpečí kouření. Od května 2004 je každá krabička opatřena snad nejefektivnějším způsobem, tím je obrázek poškozeného organismu s varováním, obecným i dodatečným. Text, formát a rozměr, tak jako zobrazení hodnot nikotinu, dehtu a oxidu uhelnatého na boční straně balení, jsou povinnými údaji na každém balení.

Prodej: za jakých podmínek, v jakých místech, jakým způsobem a komu lze tabákové výrobky prodávat.

Zákazy kouření: kde a kdy je zakázáno kouřit, používání označujících piktogramů.

2.6 Odvykání kouření

„Jsou lidé, kteří kouří svých poledních čtyřicet cigaret až do konce svého života“

Luisielle Flumlová:

Základní moment, bod zlomu nad závislostí, je vlastní aktivní rozhodnutí, pevná vůle, vytrvalost.

Propagované podpůrné metody jako je zdravotní výchova, protikuřácké preparáty, hypnóza, akupunktura, homeopatické preparáty aj., jsou bez vlastního úsilí marný, snad jen poloviční boj.

Prvotním krokem ke zbavení se kouření je naučit se žít bez cigarety. Závislost je nejen na volní činnost, také psychosociální a fyzická v automatismus přeměněná a proto důsledek rozhodnutí je provázen abstinenci příznaky.

“Absták“ je srovnatelný s odvykáním u všech ostatních drog, který je možný částečně překonávat náhradními nikotinovými preparáty. K nejčastějším projevům se řadí nervozita, roztěkanost, únava, návaly horka, poruchy spánku, bolest hlavy, pocit hladu. Překonání je důležitým milníkem pro další pokračování, přesto že popisované příznaky odezní po čtrnáctidenní plné abstinenci, touha po tabáku zůstává mnohdy léta.

„Jen silná vůle vévodí úspěchu: ´chtěl bych ´neznamená nic, ´chci ´dělá divy!“

Jiří Kandus

Obecně odvykací metody lze rozdělit na skupiny:

- sebeodvykání - nikotinové náhražky,
- medikamentózní léčba,
- alternativní metody-hypnóza, akupunktura, biorezonanční terapie,
- relaxační techniky a jóga,
- lékařské poradenství a doporučený druh terapie.

O každém zmiňovaném bodě, technice by mohla vzniknout samostatná kapitola. Základem všech je volba dne “D”.

Po pročtení odborné literatury, sledování komunikace na sociální síti i jiných zdrojích informací, se dá zodpovědně říct, že neexistuje žádná zázračná metoda, která by bezpracně odnaučila kouřit.

Omezování počtu cigaret, kouření cigaret „light“ nebo rostlinné cigarety, ani jedna z možností nedovede kuřáka k stanovenému cíli. Při kouření jinak upraveného tabáku vzniká plynná směs, totožně působící jako běžná cigareta.

Náhradní nikotinová léčba je v současnosti jednou z nejvíce využívaných a úspěchů dosahujících metod. Jde o preparáty, které obsahují určitou dávku nikotinu, tím tlumí abstinenci příznaky a jsou schopné pomoci kuřákovi s vyrovnáváním psychosociální závislosti. Nikotin se přijímá ve formě náplastí, jako příklad výrobek Niquitin clear[®], či Nicorette Patch Set[®]. Náplastí a jiné produkty se liší množstvím uvolňovaného nikotinu, nejčastěji ve formách 7, 14, 21 mg. Jiná varianta jsou žvýkačky, Nicorette Freshfruit[®] nebo Clasik v množství nikotinu 2 a 4 mg. Inhalátory a mikrotablety také především značky Nicorette. Výrobek Stop filter je patentovaný šestifiltrový nástavec, který eliminuje přestup škodlivin do plic. Paipo, aromatická alternativa cigarety původem z Japonska, je výrobek asociující kouření. Je zcela bez zdraví škodlivých látek, využívá pouze proudění aromatických extraktů, které vytvářejí chuť v ústech. Záleží na síle závislosti, výsledném navozeném efektu, zvládnutí abstinenci atak.

K nikotinové léčbě se doporučuje úprava skladby jídla a přidání vitamínu B-komplexu, vitamínu C a E, ovesného výtažku (který indiští léčitelé užívají již po staletí k léčbě návyku na opium), kyseliny pantenové. Zvýšení příjmu zeleniny, především listové a ovoce. Doporučované jsou hlavně borůvky a směs ořechů. Kuřák by se měl vyvarovat požívání alkoholických nápojů. Studie prokazují jeho impulz k zapálení si. Nejde pouze o konzumační úpravu, ale jistou změnu životního stylu.

U silných kuřáků je možné po konzultaci s odborníkem- lékařem přistoupit na léčbu farmakologickou, kde v současnosti lze použít dvou alternativ léčby v kombinaci s nikotinem:

- náhradní terapie nikotinem,
- vareniclin, s možnou kombinací s antidepresivum bupropion.

Náhradní terapie nikotinem a bupropion zdvojnásobují úspěšnost abstinence, vareniclin ji ztrojnásobuje. Bupropion a vareniclin pacient získá jen na lékařský předpis.

Alternativní metody jsou pro každou individuální bytost jinak vnímané. Odborná veřejnost pro daný typ metody popisuje postupy, jak dojít ke kladnému vnímání a uspokojivému výsledku. Lékařská veřejnost tyto metody neodsuzuje, ovšem účinek přirovnává efektu placebo. Studie prováděné pro ověření alternativních metod většinou potvrdily, že přímý léčivý účinek neexistuje. Pacienta však může podpořit víra v to, že podstupuje dobrou léčbu.

V České republice existuje řada specializovaných pracovišť, kde zkušení lékaři poradí a pomohou způsoby, jejichž účinnost byla ověřena množstvím studií. Každý kdo se rozhodl udělat ten správný krok a zbavit se své závislosti se může obrátit na některé z nich, případně kontaktovat Linku pro odvykání kouření, kde jsou poskytovány podrobnější informace, jak si poradit s tímto zlozvykem.

Role zdravotníků i bez lékařské intervence je také velmi důležitá. Především sestry v ambulancích a lůžkových odděleních mají značnou možnost edukace se zpětnou vazbou ke klientovi. Za pomoci absolvování školicích kurzů, vydávaných brožur, doporučení a letáků jsou schopné klientům cíleně odborně poradit.

V rámci poskytování informací klientovi by komunikace měla vést k podpoře a snaze snížit množství nikotinu, nebo úplné zřeknutí kouření.

Prvopočátek je u zjišťování osobní anamnézy kuřáka, zapojení krátké intervence „5A“ neboli „5P“

1. ASK – ptej se
2. ADVISE – porad' přestat
3. ASSESS – posuň ochotu přestat
4. ASSIST – pomoz přestat
5. ARRANGECONTROLS – plánuj kontroly

Nutná je i míra motivace, kterou se za použití 5R dá podpořit nemotivovaný kuřák.

1. RELEVANCE- konkrétní diagnóza, prognóza- *použití argumentů pro konkrétního jedince*
2. RISKS- riziko, které závislost pacientovi přináší, onemocnění, věk, zájmy
3. REWARDS – odměny- *co se změní s klientovým zdravím*
4. ROAD BLOCKS – odhalení bariér které kuřákovi brání přestat
5. REPETITION – empaticky opakovat

2.7 Elektronická cigareta

Elektronická cigareta byla vynalezena v roce 1993 ve farmaceutické společnosti Hon-Lik v Číně, kde byla také patentována a uvedena do výroby. Stává se během krátké doby velice populární, nejen pro absenci vzniku environmentálního tabákového kouře, také jako možný prostředník v odvykacím procesu kouření. Mnoho kuřáků se tedy po výměně tabákové cigarety za e-cigaretu již začne pokládat za nekuřáka.

Princip fungování je uložen do plastové trubičky, která vytváří asociaci cigarety, kde při zahřívání lithiovou baterií zplyňuje kapalná směs nikotinu a propylen-glykolu umístěná v patrole. Za membránou oddělené atomizační komůrce jsou další ingredience. Objem jedné náplně je dost srovnatelný s obsahem jednoho balení cigaret (16- 18 mg nikotinu).

Veřejností jsou vítanou bezpečnou náhradní možností i přesto, že je velice omezený výzkum a terapeutické používání nebylo dosud podpořeno v žádné zemi.

[Prakt. Lék. 2012, No.8, pp. 449-451.]

"Elektronické cigarety budí dojem že jsou bezpečné a člověk se na nich snadno stane závislým, protože dávka nikotinu může být velmi vysoká."

MUDr. Eva Králíková:

Nejen chemický zákon č. 350/2011 Sb. o chemických látkách a chemických směsích, také vyhláška č. 402/2011 Sb. o hodnocení nebezpečných vlastností chemických směsí přímo nařizující co zakoupená lahvička e-liquidu má obsahovat.

Vzhledem k provedeným i probíhajícím studiím, které jsou o malém počtu účastníků a z důvodu subjektivity výpovědí, není možná verifikace nežádoucích účinků.

Je možný výskyt lipidové pneumonie z důvodů inhalace rostlinného glycerolu jako přísady pro zviditelnění kouře. Riziko je také u možnosti předávkování se nikotinem. Náplně obsahují kolem 18 mg až 1 g. Příměsí, které zlepšují nejen chuť i vůni, a k tomu informace o bezpečném kouření, může být atraktivní pro dosud nekouřící. A to nejen mládež.

2.8 Kouření zdravotnického personálu

Zdravotníci jsou především lidé, kteří jsou nejen v profesním ale také ve svém osobním a běžném životě vystaveni mnoha stresorům a konfliktům rolí. Jejich pracovní role je spojována s etikou, morálkou a příkladným postojem ke zdraví. Kouření v této profesi je velice diskutované a stále sledované téma nejen v České republice, ale i ve světovém měřítku. Zatímco v Izraeli kouří jen 18,5 % zdravotních sester a v Japonsku 18,6 %, ve španělském Madridu je to až 46,7 %. [KALETOVÁ, 2005]

Odborníci se shodují, že riziko možného vzniku závislosti na návykových látkách souvisí i s typem pracoviště. Za zvláště rizikové obory se považují anesteziologie, emergentní medicína a psychiatrie. Naopak nejmenší riziko je u pediatrií a patologů. [NEŠPOR, 2001]

Odborná literatura také zmiňuje pojem "burnout" neboli syndrom vyhoření. Jde o důsledek dlouhotrvajícího profesionálního stresu, který je frekventovaným jevem ve zdravotnictví, ale i v jiných profesích, kde je pracovník vystaven intenzivnímu kontaktu s druhými lidmi. [NEŠPOR, 1995]

Každý jedinec je jinak odolný, schopný přijímat profesní výzvy i odolávat vzniku různých návyků mezi které patří i kouření. Zdravotní sestry i odborná veřejnost se shodují, že kouření na pracovišti může způsobovat vztahové problémy. Zdravotnický personál, který nekouří, má pocit, že musí za kuřáky odvádět více práce. Nekuřáci se mohou mezi ostatními zdravotníky „kuřáky“ cítit vyřazení z kolektivu. Kouření je totiž bohužel jednou ze

společenských činností, při které se utvářejí bližší mezilidské vztahy [BLÁHOVÁ, HAVLOVÁ, 2005]

Průzkumníci z University of California Los Angeles zjišťovali u více než 240 000 kouřících zdravotních sester jejich návyky. V průběhu výzkumu se poměr kouřících sester radikálně snížil. Na počátku studie v roce 1976 kouřilo 33,2 %, v roce 2003 již 8,4 % zdravotních sester. Přesto, podle srovnávacích dat z Association of Medical Colleges je i tento počet mnohem větší, než počet lékařů, kteří kouřili v roce 2005. [LOMAS, 2008]

Pokud se vrátíme k profesionální etice, tedy morálce zdravotníka a jeho roli v ošetrovatelském procesu, nastává velice paradoxní situace, kdy kuřák zdravotník edukuje klienta o rizicích kouření, dopadu na jeho zdraví a sám je cítit kouřem. V ošetrovatelství se etika definuje jako teorie o podmínkách a příčinách ošetrovatelsky žádoucího a nežádoucího chování a jednání. V zahraničí je ustálen pojem „nursing ethics“. [KUTNOHORSKÁ, 2007]

Finští odborníci uvádějí, že zdravotní sestry, které mají s kouřením zkušenosti, mohou být šikovnější při poskytování rad k odvykání kouření. Podle nich sestry, které denně kouřily, byly v cílených radách k odvykání kouření obratnější. [PELKONEN, KANKKUNEN, 2001 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11114758>]

Prevalence kouření mezi zdravotními sestrami je v ČR vyšší než mezi ženami běžné populace. Ve srovnání s jinými státy se však ČR pohybuje na předních místech ve výskytu kouření zdravotních sester. [KALETOVÁ, 2005]

3 Praktická část

K zpracování praktické části absolventské práce jsem zvolila dotazníkové šetření. Jako respondenty jsem oslovila zdravotníky lůžkových oddělení ARO, JIP, chirurgie a interny v nemocnicích Jičín, Jilemnice, Semily, Vrchlabí a příslušných jednotkách zdravotnické záchranné služby. Šetření probíhalo se souhlasem nadřízených osob, v období duben- květen 2013. Tato metoda byla jedinou k získání informací.

Dotazník (Příloha č. 1) obsahuje čtrnáct uzavřených otázek s možností si anonymně zvolit z nabízených opovědí společných pro kuřáky i nekuřáky, bez ohledu na pohlaví, délku praxe a oddělení.

Z celkového množství dvou set dotazníků, které jsem osobně rozmístila na jmenovaná oddělení, bylo graficky zpracováno jednošedesátosm vyplněných dotazníků do výsečových grafů.

3.1 Stanovení hypotéz

Před zahájením výzkumu jsem si stanovila tyto hypotézy.

H1. Domnívám se, že nástupem zdravotnického personálu na lůžková oddělení stoupá počet kuřáků.

H2. Předpokládám, že stoupající stresová zátěž zvyšuje u kuřáků počet vykouřených cigaret během pracovní směny.

H3. Domnívám se, že finanční motivace podpoří zájem o odvykací program u zdravotnického personálu na oddělení.

H4. Předpokládám, že zdravotnický personál z titulu své profese i osobním příkladem ovlivňuje postoj klienta ke kouření.

3.2 Vyhodnocení a analýza dotazníkového šetření

Jsem si vědoma subjektivního pohledu i názoru při odpovídání kuřák versus nekuřák. Přesto jsou některá zjištění zajímavá.

Celkový počet dotazníků byl 200, z tohoto množství bylo vyplněno a dál zpracováno 168 dotazníků, návratnost dotazníků byla 84 %.

3.2.1 Otázka č. 1 Pracujete na oddělení :

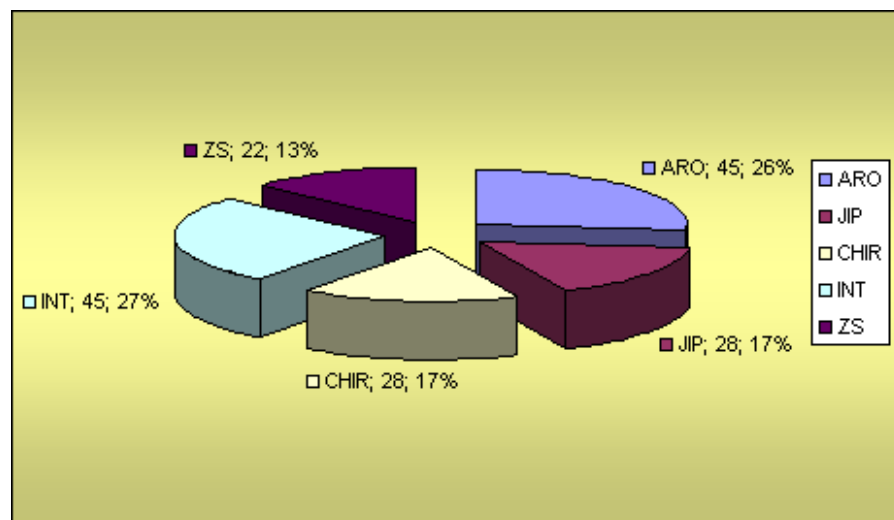
Graf č.1 znázorňuje jednotlivá oddělení a počet hodnocených dotazníků od zdravotnického personálu. Oddělení ARO, JIP, chirurgie a interna-lůžková oddělení nemocnic Jičín, Semily, Jilemnice, Vrchlabí a příslušných jednotek zdravotnické záchranné služby. Celkový počet hodnotících respondentů je 168.

Tabulka č. 1

	ARO	JIP	CHIR	INT	ZS
Počet	45	28	28	45	22

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 1



[Zdroj: vlastní]

3.2.2 Otázka č. 2 Jste kuřák - nekuřák?

Graf č.2 vyhodnocuje počet kuřáků, tj. 61 a nekuřáků, tj. 107 ze všech výše jmenovaných oddělení, z celkového počtu 168 respondentů. V procentuálním zastoupení se dotazníkového šetření účastnilo o 28 % více nekuřáků tedy 64 % oproti 36 % kuřáků.

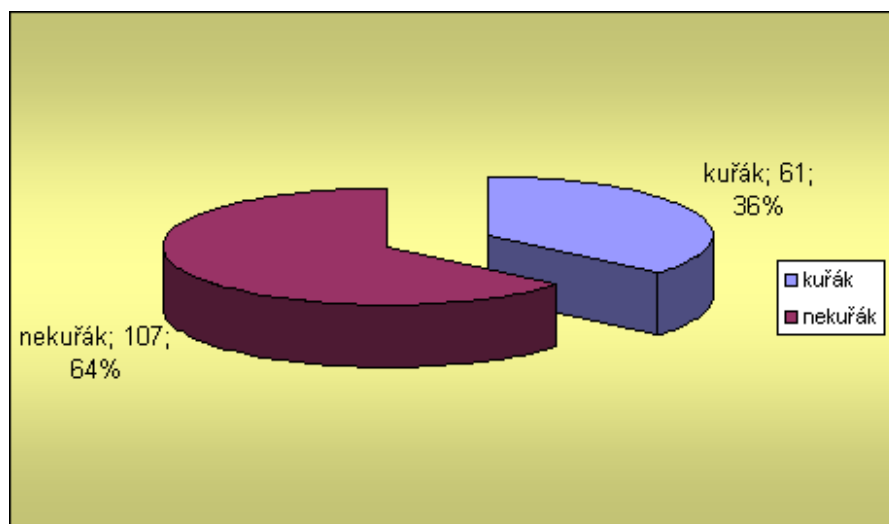
Tento výsledek je svým způsobem překvapující, vzhledem k statistikám které stále hovoří o poměrně velkém množství kuřáckého zdravotnického personálu.

Tabulka č. 2

	kuřák	nekuřák
Počet	61	107

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 2



[Zdroj: vlastní]

3.2.3 Otázka č. 3 Zavazuje Vás Vaše profese k osobnímu příkladu v přístupu ke kouření při péči o zdraví klienta?

Graf č.3 vyhodnocuje odpovědi, zda zdravotnický personál přistupuje osobním příkladem k problematice kouření před klientem. Zúčastnění zdravotníci dotazníkového šetření v počtu 168 si ve větším počtu zvolili odpověď osobního příkladu vůči klientovi kterého ošetřují. 41 respondentů je zavázáno profesí jít příkladem, k této odpovědi se přiklání i dalších 49 odpovídajících. 45 respondentů má zcela diametrální postoj, tedy není jako profesionál příkladem pro klienta, zbývajících 33 dotazníků se k této možnosti odpovědi také přiklání.

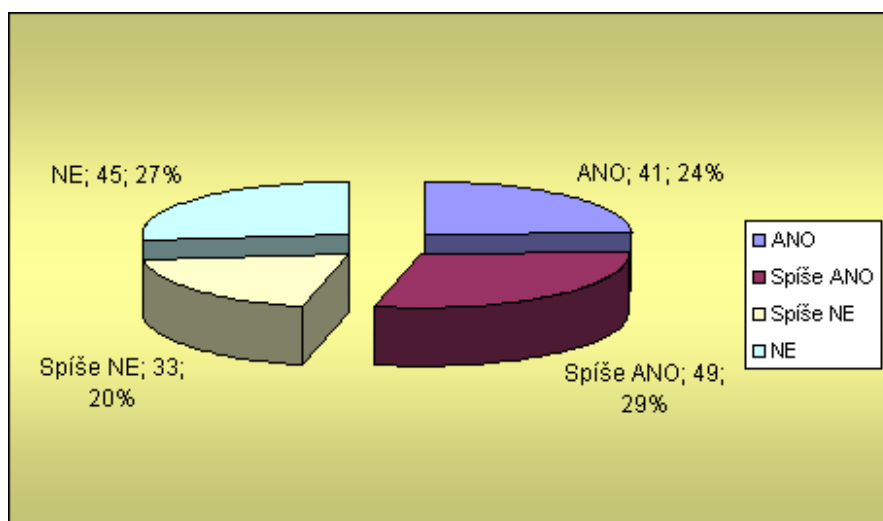
Pokud odpovědi přiklánějící se k osobnímu příkladu sečteme, tak jako záporné, docházíme k výsledku 90 oproti 78. Pak je tedy patrné, že rozdílnost kuřák tj.61 a nekuřák tj.107 a jejich osobní přístup v profesním životě není v zásadní převaze.

Tabulka č. 3

	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet	41	49	33	45

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 3



[Zdroj: vlastní]

3.2.4

Otázka č. 4

Kouřil(a) jste již před nástupem na nynější oddělení?

Graf č.4 nerozlišuje jednotlivé kouřící a nekouřící respondenty dle oddělení, ale počet kuřáků z dotazovaných respondentů před nástupem na sledovaná oddělení. 108 zdravotníků z celkového počtu 168 zúčastněných dotazníkového šetření byli před nástupem nekuřáci, tzn. 64 % zastoupení. Kuřáků, kteří tedy kouřili již před nástupem na sledovaná oddělení bylo 60, tzn. 36 % z celkového počtu respondentů.

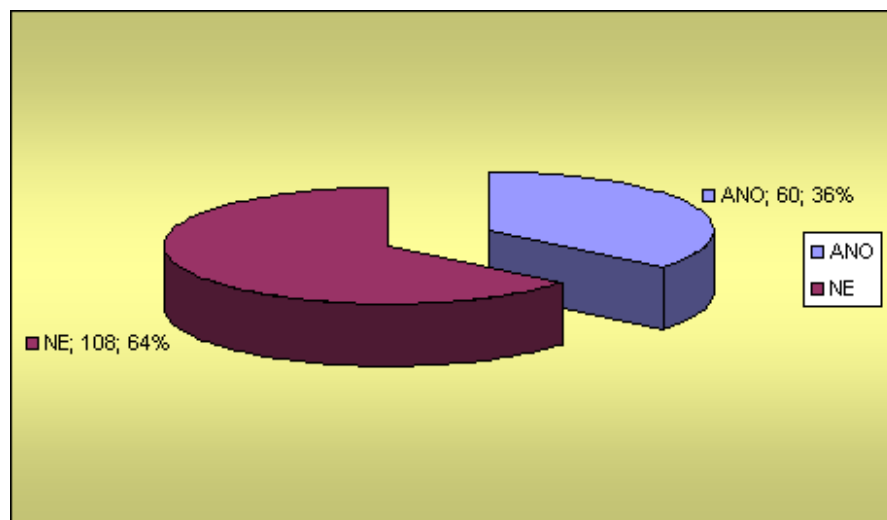
Při porovnání hodnocení ot.č. 2 zjistíme, že v průběhu, tedy nástupem do pracovního poměru, se nijak výrazně počty kuřáků, i nekuřáků nezměnily.

Tabulka č. 4

	ANO	NE
Počet	60	108

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 4



[Zdroj: vlastní]

3.2.5 Otázka č. 5 Kolik cigaret vykouříte během směny?

Graf č.5 zobrazuje množství vykouřených cigaret během jedné pracovní směny. 109 respondentů z celkového počtu 168 v průběhu pracovní směny nekouří vůbec. 59 respondentů v průběhu pracovní směny kouří a to 2 cigarety 16 zdravotníků, 5 cigaret 25 zdravotníků, 10 cigaret 16 odpovídajících, více jak 10 pouze 2 zdravotníci.

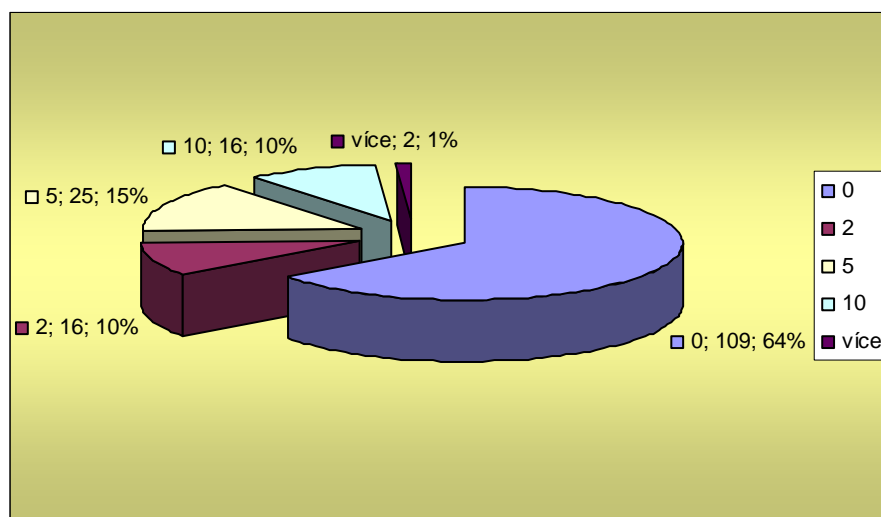
Při porovnání odpovědí otázky č.2 se ukazuje, že z počtu 107 nekuřáků a 61 kuřáků kouří během pracovní směny pouze 59 kuřáků.

Tabulka č. 5

	0	2	5	10	více
Počet	109	16	25	16	2

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 5



[Zdroj: vlastní]

3.2.6

Otázka č. 6

Máte na oddělení (pracovišti) vyhrazený prostor pro kuřáky?

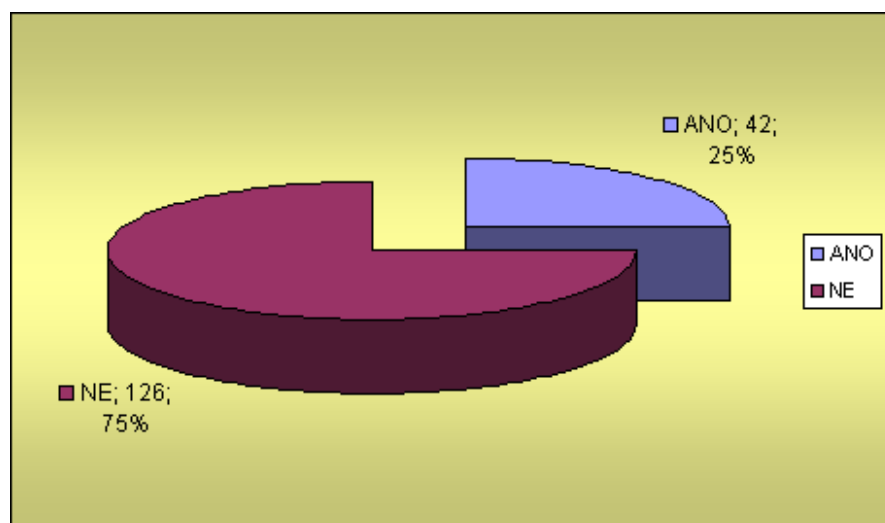
Graf č.6 hodnotí odpovědi respondentů, zda se na jejich pracovišti nachází vyhrazený prostor pro kuřáky. Bez vyhrazeného kuřáckého prostoru je 126 zdravotníků, tj. 75 % z 168 odpovídajících, bez ohledu na jednotlivá oddělení. Oproti 42, kteří vyhrazený prostor pro kuřáky na svém oddělení mají, tedy 25 % z celkového počtu.

Tabulka č. 6

	ANO	NE
Počet	42	126

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 6



[Zdroj: vlastní]

3.2.7 Otázka č. 7
Narůstá počet vykouřených cigaret s péčí o vážně nemocné a ošetřovatelsky složité klienty?

Graf č.7 zobrazuje odpovědi 168 respondentů zda počet vykouřených cigaret stoupá s náročností péče o klienta.

109 odpovědí je zamítavých, ke kterým se přiklání 32 respondentů s odpovědí asi ne. Pouze u 8 respondentů počet cigaret stoupá s náročností péče. Odpověď spíše ano zvolilo 19 odpovídajících.

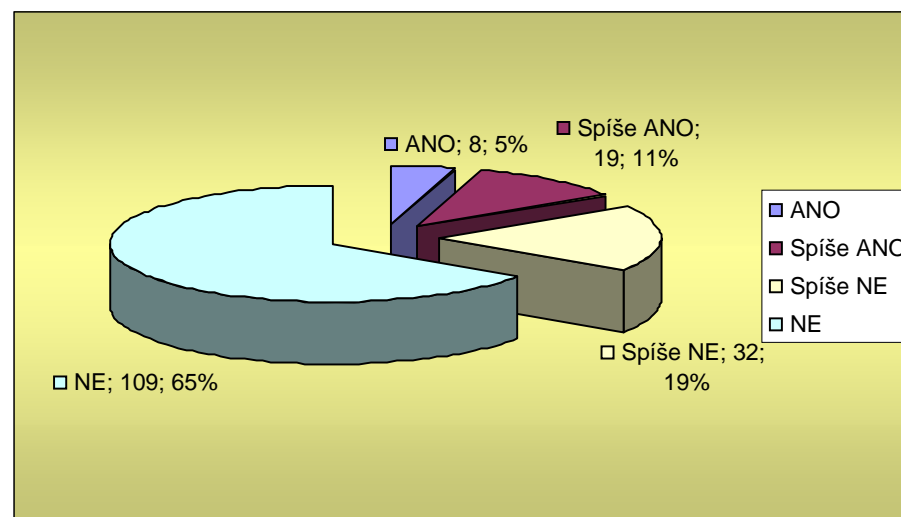
Z grafu vyplývá, že pouze u 16 % respondentů dochází k nárůstu počtu vykouřených cigaret během jedné pracovní směny v závislosti se závažností, složitostí a tím i stresovou náročností ošetřovatelské péče o klienty. Zde je důležité zmínit výchozí kuřáků, tj.61- 36 %.

Tabulka č. 7

	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet	8	19	32	109

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 7



[Zdroj: vlastní]

3.2.8

Otázka č. 8

Myslíte si, že sestra – kuřačka jakkoli ovlivňuje postoj klienta?

Graf k otázce č. 8 zobrazuje názor zdravotníků, zda kuřácký personál ovlivňuje postoj klienta. Pouze 19 odpovědí z celkového počtu 168 respondentů je přesvědčeno že ovlivňuje, 23 se ke kladné odpovědi přiklání. Oproti počtu nesouhlasných odpovědí kterých je 73, ke kterým se přiklání zbylých 53 respondentů. V procentuálním součtu kladných odpovědí je pouze 25 % respondentů přesvědčeno, že sestra kuřačka ovlivňuje postoj klienta, zbylých 75 % o tom přesvědčeno není.

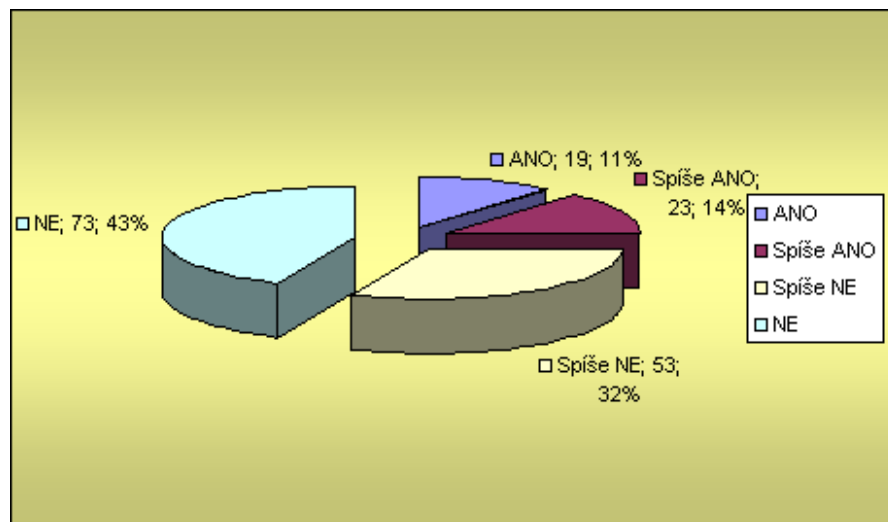
Z výsledku této otázky a procentuálního porovnání kuřáků 36 % a nekuřáků 64% vyplývající z ot.č. 2 se dá usoudit, že většina zdravotníků nepřisuzuje poselství ve své profesi ohledně tabakismu.

Tabulka č. 8

	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet	19	23	53	73

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 8



[Zdroj: vlastní]

3.2.9

Otázka č. 9

Myslíte si, že můžete ovlivnit klienta kuřáka ve zbavení tohoto návyku ?

Graf č. 9 znázorňuje odpovědi 168 respondentů z řad zdravotnického personálu zda mohou ovlivnit klienta kuřáka ke zbavení se návyku.

Pouze 8 zdravotníků je přesvědčeno, že klientův postoj mohou ovlivnit. K této odpovědi se přiklání 17 respondentů. Nabízenou odpověď ne zvolilo 58 zúčastněných, zbylý počet 84 zvolilo možnost asi ne. Pouze 15 % zdravotníků si myslí, že klienta kuřáka je schopno ovlivnit. 85 % má názor zcela opačný, tedy ovlivnění klienta kuřáka aby se návyku zbavil není možné.

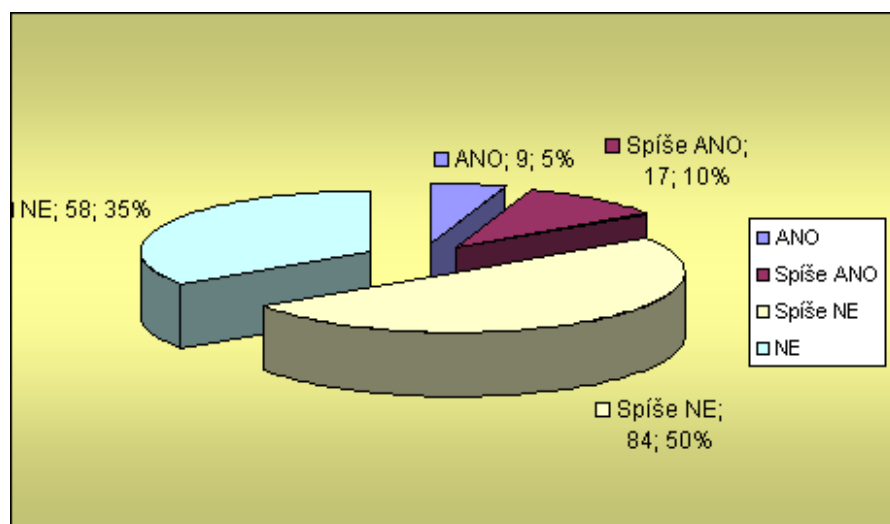
K podpoře edukační činnosti zdravotnické personálu tento výsledek není zcela povzbuzující.

Tabulka č. 9

	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet	9	17	84	58

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 9



[Zdroj: vlastní]

3.2.10 Otázka č. 10 Měl(a) byste zájem o odvykací program na Vašem pracovišti?

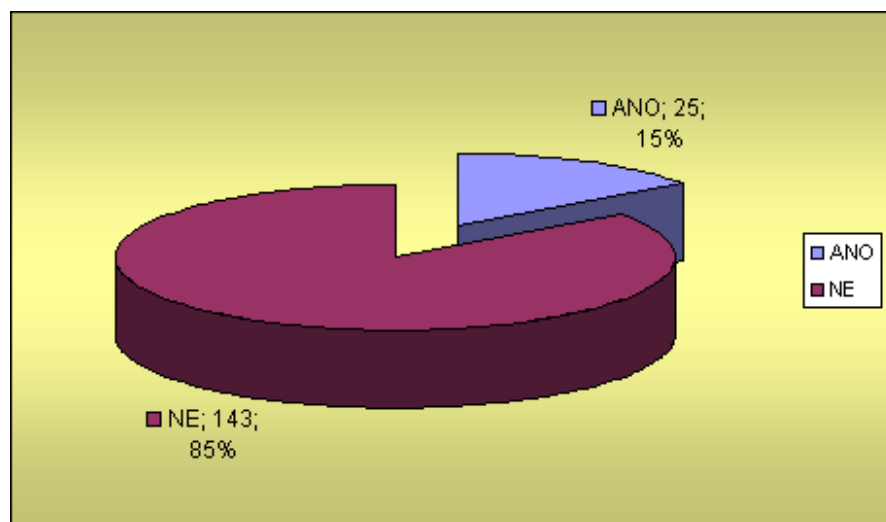
Graf č.10 odpovídá na otázku zájmu zdravotníka na odvykacím programu na oddělení. Pouze 25 respondentů z celkového počtu 168 zdravotníků by mělo zájem zúčastnit se odvykacího programu, oproti 143 kteří by zájem neměli. Pouhých 15 % by o odvykací program mělo zájem, zbylých 85 % nikoli.

Tabulka č. 10

	ANO	NE
Počet	25	143

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 10



[Zdroj: vlastní]

3.2.11 Otázka č. 11
Myslíte si, že by kouřící kolegové měli zájem o odvykací program na pracovišti?

Graf č.11 zobrazuje odpověď na otázku, jestli by měli kouřící kolegové zájem o odvykací program na pracovišti.

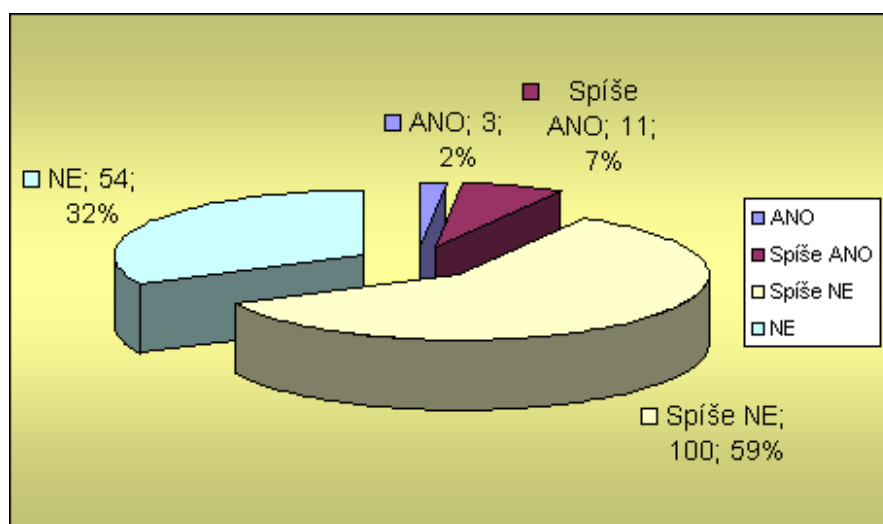
3 respondenti jsou přesvědčeni o zájmu na odvykacím programu, 11 respondentů zvolilo možnost asi ano. Počet odpovědí záporných je 54 a 100 zúčastněných odpovídá asi ne. 91 % respondentů se přiklání k nezájmu kouřících kolegů o odvykací program, pouhých 9 % si myslí, že by kolegové zájem měli.

Tabulka č. 11

	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet	3	11	100	54

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 11



[Zdroj: vlastní]

3.2.12 Otázka č. 12

Myslíte si, že by kuřáky na Vašem oddělení motivovala finanční odměna ke zbavení návyku?

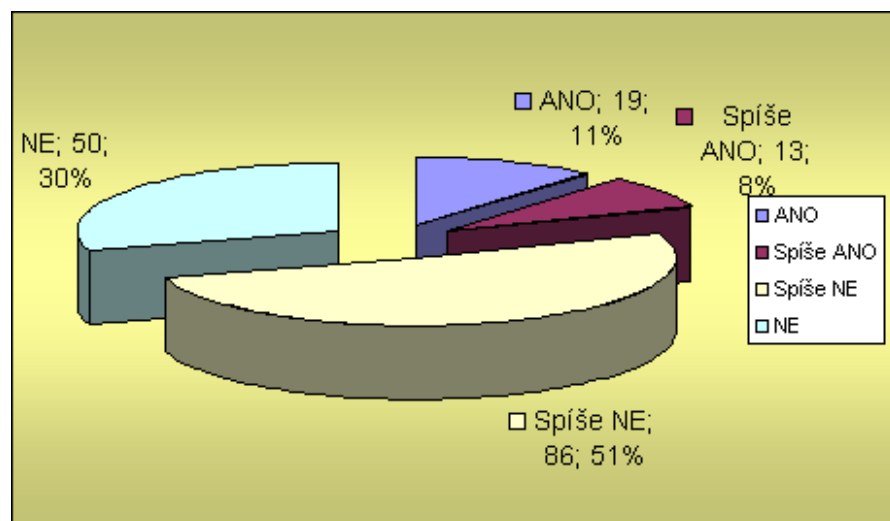
Graf č.12 zobrazuje názor 168 respondentů na finanční motivaci, která by přispěla ke zbavení návyku u kouřících kolegů. Možnost ne vybralo 50 zúčastněných, počet 86 je pro odpověď asi ne. Pouze 19 zdravotníků si myslí, že finanční motivaci by kolegové zvolili a 13 se k této možnosti přiklání, tzn. 81 % zúčastněných se domnívá, že ani finanční motivace by nezbudila zájem o odvykací program pro kouřící zdravotníky, pouhých 19 % se k možnosti finanční motivace přiklání.

Tabulka č. 12

	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet	19	13	86	50

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 12



[Zdroj: vlastní]

3.2.13

Otázka č. 13

Cítí se nekuřáčky vyčleněny z kolektivu kuřáček?

Graf č.13 obrazí volbu odpovědí k otázce zda se nekuřáci cítí být vyčleněni z kolektivu kuřáků. 7 zvolilo odpověď ano, 18 se přiklání svojí odpovědí asi ano ke kladné odpovědi. 100 odpovědí je záporných.

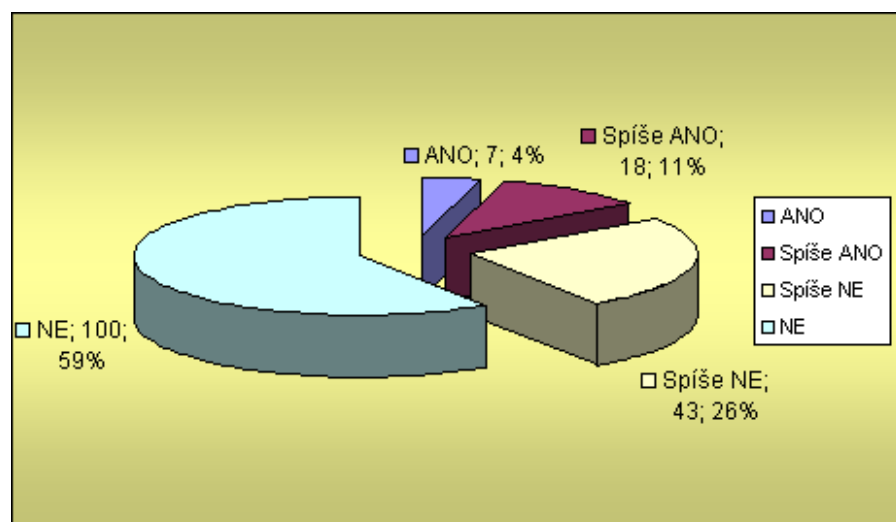
Tedy nekuřící zdravotníci nemají pocit vyčlenění z kolektivu kuřáků. Volbou asi ne se přiklání zbývajících 43 respondentů. Z celkového počtu 168 respondentů si pouhých 19 % myslí, že jsou nekuřáci/čky vyčleněny z kolektivu kuřáků. V součtu odpovědí ne a asi ne je tedy 85 % respondentů přesvědčeno, že nekuřáci/čky nejsou z kolektivu kuřáků vyčleněny.

Tabulka č. 13

	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet	7	18	43	100

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 13



[Zdroj: vlastní]

3.2.14 Otázka č. 14
Při možnosti zvolit si ošetřující zdravotnický personál, zvolíte raději nekuřáka?

Graf č.14 zobrazuje volbu odpovědí na možnost upřednostnit nekuřácký zdravotnický personál.

39 odpovědí z 168 odpovídajících by si zvolilo nekuřácký personál, což odpovídá 23 %. Odpověď asi ano zvolilo 27 zdravotníků, tedy 16 %. Možnost nekuřáckého personálu by si nezvolilo 73 odpovídajících, v procentuálním zastoupení 44 % a 29 se k této možnosti přiklání, tedy 14 %.

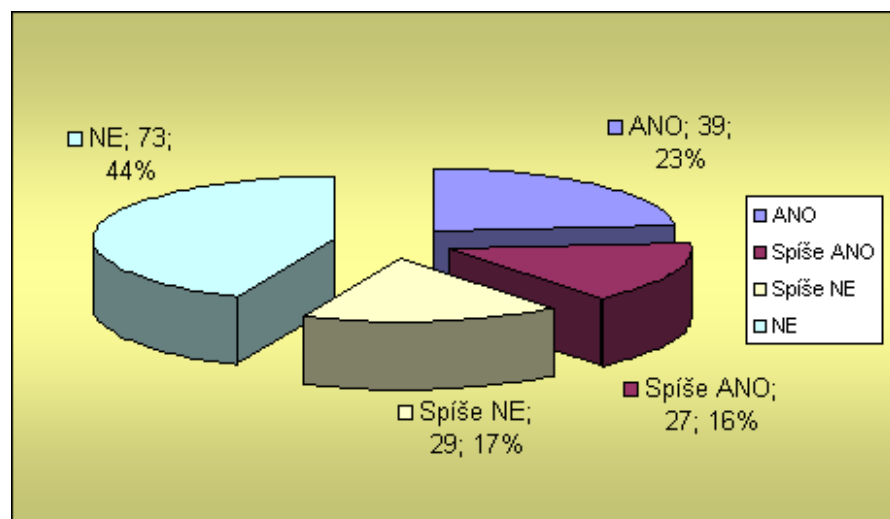
Součet odpovědí které by možnost volby uplatnily je 39 %, tedy 66 respondentů oproti 61 % - 102 respondentů, kteří by při možnosti volby nekuřáckého personálu neuplatnili.

Tabulka č. 14

	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet	39	27	29	73

[Zdroj: vlastní]

Graf č. 14



[Zdroj: vlastní]

3.3 Vyhodnocení hypotéz

H1. Domnívám se, že nástupem zdravotnického personálu na oddělení stoupá počet kuřáků.

Z celkového počtu 168 vyhodnocených dotazníků vyplývá, že 36 % zdravotnického personálu, tedy 61 zdravotníků zneužívá nikotin, zatímco 64 % zdravotníků, tj. 107 odpovídajících, jsou nekuřáci. (viz otázka č.2 dotazníku)

Pro ověření hypotézy 1 byla nutná otázka č.4, která zjišťuje počet aktivních kuřáků před nástupem na oddělení. 60 respondentů kouřilo již před nástupem, z čehož vyplývá že změna počtu nastala.

Hypotéza 1 byla potvrzena.

H2. Předpokládám, že stoupající stresová zátěž zvyšuje u kuřáků počet vykouřených cigaret během pracovní směny.

K ověření této hypotézy je nutné porovnání otázek č.2, č.5 a otázky č. 7. Kuřáků zúčastněných na dotazníkovém šetření bylo 61, nekuřáků 107.

Po zhodnocení otázky č. 5, která vypovídá o počtu vykouřených cigaret jedné směny zjistíme, že 2 kuřáci během směny nekouří vůbec. Tedy žádnou cigaretu 109 respondentů, 59 respondentů v průběhu pracovní směny kouří. A to 2 cigarety 16 zdravotníků, 5 cigaret 25 zdravotníků, 10 cigaret 16 odpovídajících, více jak 10 pouze 2 zdravotníci.

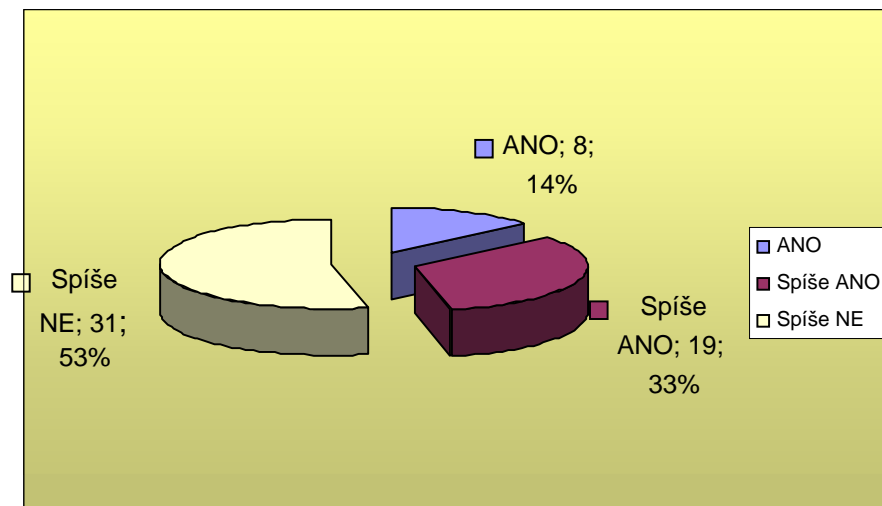
Otázka č. 7 přináší odpovědi respondentů na narůstající počet cigaret s ohledem na náročnost jejich práce. Počet nesouhlasných odpovědí je 109, což se dá předpokládat za volbu odpovědí nekuřáků a personálu, který během pracovní směny nekouří. 59 respondentů je kuřáků, z kterých vychází přiložený graf pro ověření hypotézy.

Tabulka H2

	ANO	Spíše ANO	Spíše NE
Počet	8	19	31

[Zdroj: vlastní]

Graf H2



[Zdroj: vlastní]

Hypotéza 2 byla potvrzena.

H3. Domnívám se, že finanční motivace podpoří zájem o odvykací program u zdravotnického personálu na oddělení.

K vyhodnocení této hypotézy jsem použila otázku č.12. Možnosti odpovědí jsou reakcí respondentů, zda-li by pro kuřáky byla finanční motivace zajímavá k zbavení se návyku kouření. Většina, 81 % dotazovaných zdravotníků, odpověděla, že ke zbavení nikotinu finanční odměna motivovat nebude. Pouze 19 % je opačného názoru.

Hypotéza potvrzena nebyla.

H4. Předpokládám, že zdravotnický personál z titulu své profese i osobním příkladem ovlivňuje postoj klienta ke kouření.

K potvrzení, či vyvrácení hypotézy H4 je nutné vyhodnotit otázku č.3. Z šetření je zřejmé, že 53 % zdravotnického personálu zavazuje profese k laické veřejnosti, i příkladným vzorem pro klienta. 47 % zúčastněných jistý osobní příklad nepocituje.

Hypotéza se nepotvrdila.

Diskuse

Empirická část mé absolventské práce je zaměřena na problém kouření u zdravotnického personálu, vývoj prevalence kouření, závislost stresu a psychických atak, možnost motivace a zájmu zbavení se závislosti na tabáku, resp. nikotinu. V neposlední řadě se také snažím zjistit osobní přístup zdravotníků ke kouřícímu klientovi a možnost jeho ovlivnění.

Zvolené téma mé absolventské práce není ojedinělé, ani prvotní šetření, ale je podníceno osobní zkušeností s kouřením, možností poznání a porovnání situace na mnoha odděleních v různých nemocnicích během studentské i pracovní praxe.

Nejen odborná veřejnost, také běžná populace ví o škodlivosti nikotinizmu. Jde o návyk, který nese svoji diagnosu, má své fatální důsledky a přesto jeho publikovatelnost jde ve stínu alkoholu, drog a gamblerství. Je poměrně obtížné najít literaturu zaměřenou na problém kouření jako takový. Vznik fenoménu zvaný kouření je historický, vybudované návyky poměrně trvalé, ligy a kampaně pro jeho odstranění nabírají rozměrů.

Ve své práci řeším problematiku kouření u zdravotníků. V České republice kouří okolo 40 % zdravotních sester [MÁDLOVÁ, 2000]. Tato profese je vystavena neobyčejnému náporu, což žádá jistou kompenzaci, kterou každý nachází jinde. Výzkumný vzorek mých zdravotníků není striktně nekuřácký, ale statisticky nepotvrzuje tvrzení o udávaných počtech kuřáků. Dalo by se snad doufat, že u zdravotníků začíná být moderní nekouřit? Jednou z hlavních příčin je dle mého názoru změna postoje společnosti ke kouření, směr zdravého životního stylu, což nezahrnuje pouze stravování a pohyb, ale také život bez cigaret. Další podstatnou příčinou jsou nové poznatky o vzájemných interakcích složek kouře na organismus, ovlivňování léčebných metod a medikamentů. V neposlední řadě zvyšující se cena cigaret a vytěsňování kuřáků z veřejných prostranství.

Pozitivním zjištěním průzkumu bylo nejen ustálené číslo kuřáků i nekuřáků, aniž by je ovlivnil nástup na oddělení, také výsledek počtu vykouřených cigaret během pracovní směny a možný nárůst v závislosti na stresorech. Z osobní zkušenosti ale vím, že časová náročnost a zodpovědnost záchranářské a ošetrovatelské péče dokáže utlumit tento návyk.

S přihlédnutím k tomu, že dotazník nebyl rozčleněn pro kuřáky a nekuřáky, je validita odpovědí o zájem na odvykacím programu značně snížena. Přesto čísla hovoří. 85 % respondentů neprojevovalo zájem o program odvykání. Pouze 15 % z celkové řady respondentů zájem má. Podobný výsledek i hodnocení vychází u možnosti zbavení se návyku s finanční motivací pro kuřáky. 81 % dotazovaných zdravotníků odpovědělo, že ke zbavení nikotinu finanční odměna motivovat nebude. Pouze 19 % je opačného názoru.

Zajímavým zjištěním je výsledek odpovědí vyčleněnosti nekuřáckých zdravotníků z kruhu kouřícího personálu. Jak uvádí literatura, při kouření vznikají bližší společenské skupiny, přátelštější atmosféra a nekuřáci jsou odsouváni [BLÁHOVÁ, HAVLOVÁ, 2005]. Z mého šetření se tento fakt nepotvrzuje. Dá se tedy uvažovat o tolerantnosti či ohleduplnosti obou zmiňovaných skupin.

Etické chování zdravotníků je jedním z hlavních předpokladů této profese. K němu patří osobní příklad v postoji ke kouření. Dalo by se očekávat, že jasná volba při možnosti výběru ošetřovatelského personálu bude nekuřák. Tato teze mi byla v šetření vyvrácena. 61 % zkoumaného vzorku respondentů z řad zdravotnického personálu, bez ohledu zda jsou či nejsou kuřáci, by možnost volby neuplatnila. 39 % by nekuřácký personál zvolila. Zde je pravděpodobně promítnuta jistá dávka tolerance nad pachovým vjemem kouře s ohledem na zkušenosti zdravotníků v jejich práci, vstřícnost a lidský přístup ošetřovatelského personálu.

Závěr

Téma kouření je všeobecně velice diskutované, společensky i medicínsky probíraný problém. Nejen tento důvod mě vedl k zmapování problému kouření u zdravotníků, také postoj nekouřících kolegů vůči tomuto návyku, byl hlavní cíl mé práce. Díky svému dotazníkovému šetření jsem splnila stanovený cíl. Na základě odpovědí kuřáků i nekuřáků mohla ověřit své stanovené hypotézy. K slovnímu hodnocení je nutné připojit i vlastní zkušenost. Výsledky hypotéz jsem očekávala, přesto jsou překvapující.

V teoretické části mé práce je shrnuta historie kouření, co vlastně tabák je a tabákový kouř obsahuje, včetně popisu jeho nejvíce jedovatých složek. Dále se zabývám účinky kouření na různé tělesné orgány, systémy a způsobenými nemocemi, které kouření může způsobovat a jaké jsou možnosti odnaučení se kouření. V závěrečné kapitole této části jsem se soustředila na zdravotnický personál a kouření.

Praktickou část vytvářejí grafy hodnotící jednotlivé otázky obsažené v dotazníku. Respondenty byl zdravotnický personál, oddělení ARO, JIP, chirurgie, interny a záchranné zdravotní služby, který odpovídal na uzavřené otázky bez ohledu zda jsou kuřáci, či nekuřáci.

Ve výsledku je zřejmé, že kouření zdravotníků je zvyk, se kterým již na oddělení nastoupili. Jejich počet je stabilní, tak jako množství nikotinu během běžné i stresově náročné směny. Nabízenou možnost odvykacího programu striktně nezamítají, ale velký zájem neprojevují, ani za nabízenou finanční motivaci. Obě skupiny se vzájemně respektují, stejně tak i přistupují ke klientovi.

Vzhledem k tomu, že počet kouřících zdravotníků není zanedbatelný a jak velké počty lidí umírají ročně v České republice na nemoci způsobené kouřením, je zřejmé, že před celou společností není lehký úkol jak se této závislosti zbavit a nebrat ho na lehkou váhu. Závislost na tabáku má své místo i v mezinárodní klasifikaci nemocí a nemělo by být tedy ponižována na pouhou úroveň zlovyku. Velkou roli zde mají zdravotníci, kteří by do své edukace měli promítnout i vlastní přístup a zodpovědnost ke zdraví.

Ve své absolventské práci jsem se chtěla pozastavit a zamyslet nad škodlivostí kouření a to nejen u zdravotníků zúčastněných prostřednictvím dotazníkového šetření. Domnívám se, že cíle práce jsem splnila.

Věřím, že se mi to alespoň malou částí podařilo, stejně jako věřím, že se naší společnosti bude dále a více dařit s tímto zlovykem bojovat.

Резюме

Темой моей дипломной работы является курение медицинского персонала как проблемы.

Курение остаётся острым вопросом в социальной среде и серьёзно рассматривается в сфере здравоохранения. Целью моей работы было определить, как воспринимают курение медики в больнице.

Работа состоит из теоретической части, которая касается истории курения, состава табачного дыма, вредного для организма и отношения медицинских работников к курению.

Практическая часть содержит вопросы составленные в виде анкеты, на которые отвечал медицинский персонал.

В своей работе я исследовала число курильщиков, количество выкуренных сигарет в рабочее время, имеет ли стресс прямое влияние на количество а также интерес среди персонала, касающийся избавления от данной вредной привычки.

Оценка анкеты и заключение следующие: при приёме на работу число курильщиков остаётся неизменным и стресс не вызывает повышенную потребность в сигаретах. Медицинский персонал знает, что в первую очередь он должен быть примером для пациентов.

Bibliografie

Knižní zdroje:

1. BALOGH, Jindřich, ed. *Klasifikace nemocí*. 2. [díl], Abecední seznam. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1970. 541, [1] s.
2. CARROLLOVÁ, Sue, BREALEYOVÁ, Sue. *Radosti kouření : cigareta, má láska*. 1. vyd. Brno : Jota, 2008. 220 s. ISBN 978-80-7217-614-4.
3. COMBY, Bruno. *Jak se zbavit závislosti na tabáku: Praktický a účinný rádce, jak konečně přestat s kouřením*. Praha 4 : Pragma, 2007. ISBN 978-80-7349-077-5.
4. DIEHL, Hans. *Dynamický život: Program NEW START v praxi*. 1. dopl.vyd. Praha : Advent-Orion, 2000, 287 s. Doktor radí. ISBN 80-717-2312-6.
5. GILMAN, Sander L. a Zhou XUN. *Příběh kouře: Člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*. První. Praha 6 : Dybbuk, 2006. ISBN 80-86862-23-2.
6. HRYCH, Ervín et al. *Slavná historie tabákového dýmu*. 1. vyd. Praha : Forma, 1996. 181 s. Fenomény. ISBN 80-7213-006-4.
7. KANDUS, Jiří. *Epištoly k smělým kuřákům*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1987. 64 s. Život a zdraví.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2001, 319 s. ISBN 80-717-8551-2.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
10. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha : Portál, 2011. 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
11. NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav. *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí : možnosti prevence a časné intervence*. Vyd. 1. Praha : Sportpropag , 2001. 36 s.
12. NOVÁK, Miroslav a kol. *O kouření*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1980. 163, [1] s. Život a zdraví.
13. ROZTOČIL A KOLEKTIV, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha 7 : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
14. VALÍČEK, Pavel, a kol. *Rostlinné omamné drogy*. 1. vyd. Benešov : Start, 2000. 191 s. ISBN 80-86231-09-7.

Internetové zdroje:

1. http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/aktuality/Koureni_20a_20Alkohol.pdf
2. GEERTS, Caroline C. Parental Smoking and Vascular Damage in Their 5-year-old Children. *Pediatrics* [online]. 2012, č. 129 [cit. 2013-03-31]. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/45.full>
3. HONEJ, Pablo. Tabák viržinský. *Biotox.cz* [online]. 2009 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://www.biotox.cz/enspyro/pj3rnic.html>.
4. LOMAS, Clare. Nurses smoke more than doctors. *Nursing times* [online]. 2008, Vol. 104, Iss. 47, [cit. 2009-08-14]. Dostupný z WWW: <<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1616934311&sid=6&Fmt=2&clientId=45144&RQT=309&VName=PQD>>. ISSN 09547762.
5. Petr, Jaroslav. Závislost na nikotinu neurčují jen geny [online]. *OSEL: Objective Source E-Learning*. 2008-07-18 [cit. 2009-03-11]. Dostupné z: <http://www.osel.cz/index.php?clanek=3780>
6. Chemické složení cigaretového kouře, co obsahuje kouř z cigaret. MUDR. ZBYNĚK MLČOCH. *Kuřáková plíce* [online]. 2013 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/co-obsahuje-cigaretovy-kour-dym/5-chemicke-slozeni-cigaretoveho-koure-co-obsahuje-kour-z-cigaret.html
7. <http://www.linkos.cz/prevence-a-lecba-zavislosti-na-tabaku/prevence-a-lecba-zavislosti-na-tabaku-1/06.05.2013>
8. Stop-kouření: metody odvykání. *Stop-koureni* [online]. 2013. vyd. Praha, 2013, 2013 [cit. 2013-03-13]. Dostupné z: <http://www.stop-koureni.cz/metody-odvykani>

Seriálové publikace:

1. BLÁHOVÁ, Iva; HAVLOVÁ, Květa. *Kouření sester může způsobovat problémy na pracovišti*. *Zdravotnické noviny*. 2005, roč. 54, č. 5, s. 22-23. ISSN 0044-1996.
2. HRUBÁ, Drahoslava. *Každý ví, že kouření způsobuje rakovinu. Proč tedy lidé kouří?*. *Onkologická péče*. 2008, roč. 12, č. 1, s. 1-3. ISSN 1214-5602.
3. KADEŘÁBKOVÁ BŘEZINOVÁ, Vanda. *Pasivní kouření je cesta do pekel*. *Instinkt*. 2006, roč. 5, č. 43, s. 60-61. ISSN 1213-774X.

4. KALETOVÁ, Markéta, et al. *Kouření zdravotních sester*. Pracovní lékařství. 2005, roč. 57, č. 6, s. 87-90. ISSN 0032-6291.
5. KRÁLÍKOVÁ, Eva; FELBROVÁ, Vladislava. *Kouření: výzva pro sestry*. Florence. 2007, roč. 3, č. 10, s. 412-413. ISSN 1801-464X.
6. KRÁLÍKOVÁ, Eva, et al. *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Časopis lékařů českých. 2005, roč. 144, č. 5, s. 327-333.
7. MÁDLOVÁ, Ivana. *Sestry a kouření v číslech*. Sestra. 2000, roč. 10, č. 4, s. 31.
8. MIOVSKÝ, Michal. *Ad detekce a prevence abusu zdravotníků*. Medical Tribune. 2007, roč. 3, č. 11, s. 8.
9. NEŠPOR, Karel. *Prevence a zvládnání profesionálního stresu ve zdravotnictví*. Zdravotnické noviny. 1995, roč. 44, č. 23, s. 14-15.
10. POHLOVÁ, Ludmila. *Jaké jsou argumenty proti kouření*. Florence. 2008, roč. 4, č. 10, s. 397.
11. SAADOUNI, Štěpánka. *Nekuřácké nemocnice - mají u nás šanci?*. Zdravotnické noviny. 2010, 12, s. 17.
12. TOMÁŠKOVÁ, Iva. *Novinky v léčbě závislosti na tabáku*. Onkologická péče. 2008, roč. 12, č. 1, s. 3-5. ISSN 1214-5602.
13. VITÁSKOVÁ, Růžena. *Kouření v profesi všeobecná sestra. Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. 4, č. 6, s. 24-25. ISSN 1801-1349. 59
14. WIDIMSKÝ, Jiří. *Kuřácké návyky lékařů a lékařek v porovnání s kouřením v populaci ČR. Porovnání se stavem v roce 1991*. Vnitřní lékařství. 2005, roč. 51, č. 3, s. 286-290. ISSN 0042-773X.
15. ŽALOUĐÍKOVÁ, Iva; HRUBÁ, Drahoslava. *Prevence kouření ve škole*. Onkologická péče. 2008, roč. 12, č. 1, s. 5-7. ISSN 1214-5602.
16. ŽOFKOVÁ, Ivana, et al. *Nikotinismus a ženský skelet*. Praktický lékař. 2009, roč. 89, č. 11, s. 639-642.

Seznam příloh

- Příloha č. 1: Dotazník pro zdravotnický personál
- Příloha č. 2: Fagerströmův test nikotinové závislosti
- Příloha č. 3: Kontakty na centra pro závislé na tabáku
- Příloha č. 4: Složení tabákového kouře
- Příloha č. 5: Právní úpravy

Příloha č. 1: Dotazník pro zdravotnický personál

Vážení kolegové zdravotníci,

jsem studentkou VOŠ se zdravotnickým zaměřením a na závěr studia píši absolventskou práci o kouření a zdravotnickém personálu.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění zaslaného dotazníku.

Snažila jsem zvolit časově nenáročnou strukturu i jednoduchost vyplnění, označením jedné z nabízených možností.

Moc si cením odpovědí a předesílám, že vše je na anonymní úrovni.

Děkuji za Váš čas a odeslané odpovědi.

Kučerová Šárka

1. Pracujete na oddělení :
ARO
JIP
Chirurgie
Interna
Záchranná služba
2. Jste kuřák – nekuřák?
3. Zavazuje Vás Vaše profese k osobnímu příkladu v přístupu ke kouření při péči o zdraví klienta?
ANO - NE
4. Kouřil(a) jste již před nástupem na nynější oddělení? ANO – NE
5. Kolik cigaret vykouříte během směny? 0 - 2 – 5 – 10 – více
6. Máte na oddělení (pracovišti) vyhrazený prostor pro kuřáky? ANO – NE
7. Narůstá počet cigaret s péčí o vážně nemocné a ošetřovatelsky složité klienty?
ANO – NE
8. Myslíte si, že sestra kuřačka jakkoli ovlivňuje postoj klienta? ANO – NE
9. Myslíte si, že můžete ovlivnit klienta kuřáka ke zbavení tohoto návyku ? ANO – NE

10. Měl(a) by jste zájem o odvykací program na Vašem pracovišti? ANO – NE
11. Myslíte si, že by kouřící kolegové měli zájem o odvykací program na pracovišti?
ANO – NE
12. Myslíte si, že by kuřáky na Vašem oddělení motivovala finanční odměna k zbavení
návyku? ANO – NE
13. Cítí se nekuřáčky vyčleněny z kolektivu kuřáček? ANO – NE
14. Při možnosti zvolit si ošetřující zdravotnický personál, zvolíte raději nekuřáka?
ANO - NE

Příloha č. 2: Fagerströmův test nikotinové závislosti

1) Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

- do 5 minut (3 body)
- za 6–30 minut (2 body)
- za 31–60 minut (1 bod)
- po 60 minutách (0 bodů)

2) Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

3) Které cigarety byste se nejméně rád vzdal?

- první ráno (1 bod)
- kterékoli jiné (0 bodů)

4) Kolik cigaret denně kouříte?

- 0–10 (0 bodů)
- 11–20 (1 bod)
- 21–30 (2 body)
- 31 a více (3 body)

5) Kouříte víc během dopoledne?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

6) Kouříte i během nemoci, když musíte ležet v posteli?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

Součet bodů:

- 0–1 žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu
- 2–4 střední
- 5–10 silná závislost na nikotinu

Příloha č. 3: Kontakty na centra pro závislé na tabáku

Aktuální seznam center léčby a vyškolených lékařů lze najít na www.slzt.cz.

Linka pro odvykání kouření a internetové odkazy pro pacienty

844 600 500 – každý pracovní den od 14 do 18 hod za místní hovorné z celé republiky

www.slzt.cz

www.nicorette.cz (aplikace na stažení do mobilu)

www.dokurte.cz

www.odvykanikoureni.cz

www.stop-koureni.cz

www.help-eu.com aj.

Příloha č. 4: Složení tabákového kouře

Tabulka č.1

Složení vdechovaného tabákového kouře:	
Plynná fáze:	Pevná fáze:
Oxid uhličitý	Dimetylfenol
Oxid uhelnatý	Katechol
Amoniak	Nikotin
Kyanovodík	N-nitrosonornikotin
Kyanogen	Harman
Izopren	Norharman
Acetaldehyd	Sirovodík
Formaldehyd	Naftalen
Akrolein	Metylnaftalen
Metan	Benzoantracen
Aceton	Benzopyren
Acetonitrilbenzen	Kys. malonová
Benzen	Kys. jantarová
Toluen	Kys. mléčná
Styren	Kys. jablečná
Vinylchlorid	Kys. glykolová
N-nitrosodimethylamin	Kys. pyroslizová
N-nitroso- N-metyletylamin	Těžké kovy (As,Cd)

<http://www.vaporizer.cz/clanky/rizika-koureni-4/>

Příloha č. 5: Právní úpravy

Tabulka č.2

právní forma	číslo	datum přijetí	název a znění
mezinárodní právo			
mezinárodní smlouva		21. 5. 2003	Rámcová úmluva o kontrole tabáku
prováděcí pokyny		2007	Pokyny týkající se ochrany proti expozici tabákovému kouři provádějící čl. 8 FCTC
unijní právo			
směrnice Rady	89/391/EHS	12. 6. 1989	o zavádění opatření pro zlepšení bezpečnosti a ochrany zdraví zaměstnanců při práci, v konsolidovaném znění
směrnice Rady	89/654/EHS	30. 11. 1989	o minimálních požadavcích na bezpečnost a ochranu zdraví na pracovišti, v konsolidovaném znění
doporučení Rady	2003/54/ES	2. 12. 2002	o prevenci kouření a o iniciativách na zlepšení kontroly tabáku
doporučení Rady	2009/C 296/02	30. 11. 2009	o nekuřáckém prostředí
usnesení Evropského parlamentu	2010/C 285 E/09	26. 11. 2009	o nekuřáckém prostředí

české právo			
zákon	č. 133/1985 Sb.	17. 12. 1985	o požární ochraně, ve znění pozdějších předpisů
zákon	č. 289/1995 Sb.	3. 11. 1995	o lesích a o změně a doplnění některých zákonů (lesní zákon), ve znění pozdějších předpisů
zákon	č. 258/2000 Sb.	14. 7. 2000	o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
zákon	č. 379/2005 Sb.	19. 8. 2005	o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
zákon	č. 262/2006 Sb.	21. 4. 2006	zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů
nařízení vlády	č. 361/2007 Sb.	12. 12. 2007	kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, ve znění nařízení vlády č. 68/2010 Sb.
vyhláška Ministerstva zdravotnictví	č. 137/2004 Sb.	17. 3. 2004	o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných, ve znění vyhlášky č. 602/2006 Sb.

[\[http://www.slzt.cz/zakazy-koureni\]](http://www.slzt.cz/zakazy-koureni)