

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Tabákismus, nikotinismus u sester
bakalářská práce

Mgr. Hana Sloupová - Bürgerová

Ivana Sýkorová

2007

Smoking in nurses

Abstract

In my bachelor work dealing with nicotineism among nurses I focused on the influence of the behaviour of medical personnel as a model for their surroundings. I established the prevalence of smoking among nurses, the factors influencing it and opinions and attitudes referring to this issue.

The research was made by an anonymous questionnaire in the hospitals of the District of Pilsen. Of the questioned 120 respondents 102 filled in the questionnaire. The prevalence of smoking in the sample was 47% which is a higher percentage of smokers among nurses than the prevalence of smoking women in the common Czech population is. Compared internationally, Czech nurses are among number ones in smoking. The average age of the beginning of smoking was 18 years and the nurses stated the influence of the team as the most frequent reason. 73% of respondents acknowledge that smoking among nurses is not professionally suitable. 75% admit that they break the ban on smoking in the hospital. The smokers versus non-smokers can cause serious relational problems in the place of work. Of 54 non-smoking nurses 70% confirmed that they substituted for smoking nurses during their smoking breaks. On the contrary, of 48 smoking nurses 48% substitute only.

From the analysis of the answers it results the fact that 38% of respondents are not willing to stop smoking. The most smoking nurses know the methods of giving up smoking but 93% of them have never underwent any treatment for the smoking addiction. All smokers are aware of the big risk and harmfulness of smoking and they stated a great number of information on nicotineism in the questionnaire. In spite of their knowledge, they, however, continue to smoke. Their minimal interest for anti-smoking programs and workshops dealing with giving up smoking proves their low attention to this issue and non-professional behaviour due to their nicotine addiction.

The hypothesis that in spite of the good awareness of smoking issue many nurses are smokers could be proved. The smoking habit and its connection with the profession of nurse are unsatisfactory. More than 70% of respondents acknowledged that they should be a good example and a positive role model. According to the made research, it

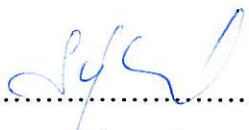
is, however, obvious that the most Czech nurses do underestimate the harmfulness of smoking and the importance of their behaviour for the maintenance of their professional and social prestige.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

11.5.2007


.....
podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Haně Sloupové Bürgerové za cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce. Zvláštní poděkování za trpělivost, podporu a pochopení patří také mé rodině.

Obsah:

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 Legislativa k problematice kouření v České republice	5
1.2 Definice kouření	6
1.3 Historie kouření	6
1.4 Složení tabákového kouře	7
1.5 Závislost na nikotinu	8
1.5.1 Fyzická závislost na nikotinu	9
1.5.2 Psychická závislost na nikotinu	10
1.6 Role dědičnosti v rozvoji závislosti na nikotinu	11
1.7 Riziko kouření	12
1.8 Pasivní kouření	13
1.9 Diagnostika závislosti na tabáku	14
1.10 Metody odvykání kouření	15
1.10.1 Behaviorální a psychosociální intervence	15
1.10.2 Farmakologická léčba	17
1.11 Prevence kouření	19
1.12 Nikotinismus u sester	21
1.12.1 Osobnost sestry a závislost na tabáku	22
1.12.2 Problematika kouření sester na pracovišti	23
2. Cíl práce a hypotéza	25
2.1 Cíl práce	25
2.2 Hypotéza	25
3. Metodika	26
3.1 Metodika	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	26
4. Výsledky	28
4.1 Souhrnné výsledky	30
4.2 Výzkumný soubor sester kuřáček	38

5. Diskuze	43
6. Závěr	48
7. Seznam použitých zdrojů	50
8. Klíčová slova	54
9. Přílohy	55

Úvod

Kouření tabáku a zejména kouření cigaret je dnes nejrozšířenějším návykem lidstva. Toto téma je velmi široké a závažné, a pro samotné kuřáky velmi nepopulární. Tabákismus se stal nejen společenským, ale především velmi aktuálním zdravotnickým problémem. Fakta jsou výmluvná. Na celém světě nyní umírají vinou tabáku už 4 miliony lidí ročně. Epidemie až pandemie tabákismu šířící se v současné době prokazatelně ještě více ovlivní morbiditu a mortalitu v první polovině a pravděpodobně i v druhé polovině 21. století (23).

Kouření bylo označeno jako jediná nejsnáze ovlivnitelná příčina předčasného úmrtí, invalidity a nemocnosti. Je proto zarážející, že většina kuřáků, zdravotníky nevyjímaje, tyto skutečnosti ignoruje. Negativní zdravotní následky nejsou totiž tak bezprostřední jako u jiných nebezpečných látek a existuje mnohaletá prodleva mezi nástupem kouření a smrtí, kterou může ve velkém procentu způsobit. To je důvod, proč zdravotnické riziko nikotinismu je v obrovské míře podceňováno veřejností, a dokonce mnohými zákonodárci, kteří jsou odpovědní za ochranu a podporu veřejného zdraví. Tabákové výrobky jsou stále široce dostupné a protitabáková politika je v naší republice velmi shovívavá. Je to nepochybně důsledek společenské atmosféry v ČR, kde není vyvíjena dostatečná aktivita proti kouření, chybí výrazná osvěta a především podpora státní moci.

Uvedené důvody mě vedly k výběru tématu bakalářské práce, protože především zdravotníci by měli sehrát významnou roli v problematice tabákismu. Právě zdravotní sestra má nejužší kontakt s nemocnými a měla by působit jako vzor chování pro své okolí. Profesionální čest, zodpovědnost a získané vzdělání a znalosti o ničujících účincích kouření by měly zdravotnické odborníky zavazovat k nekuřáctví a být tak příkladem hodným následování. V oblasti podpory zdraví a prevence mají sestry působit jako kladné modely zdravého způsobu života. Z průzkumů je za alarmující považována skutečnost, že počet kouřících sester je významně vyšší než je prevalence kouřících žen v běžné české populaci. Mým záměrem bylo zjistit prevalenci kouření sester, faktory ovlivňující jejich závislost na nikotinu a některé názory nekouřících i kouřících zdravotníků vztahující se k tomuto problému.

Motto: Návyk nelze jen tak vyhodit oknem. Musíte ho laskavě svést ze schodů, doprovodit ho ke vchodu a vypoklonkovat ze dveří.

Mark Twain

1. Současný stav problematiky

1.1 Legislativa k problematice kouření v České republice

V únoru 2005 vstoupila v platnost Rámcová úmluva o kontrole tabáku (FCTC) Světové zdravotnické organizace (WHO). Znamenalo to historický okamžik v oblasti veřejného zdraví, protože úmluva dává zemím více možností, jak omezovat spotřebu tabáku a chránit lidské životy. Česká republika se k Rámcové úmluvě o kontrole tabáku připojila v červnu 2003. Úmluva shrnuje hlavní kroky, které je nutné přijmout k zastavení tabákové epidemie na jednotlivých úrovních. Obsahuje rovněž celou řadu doporučení. Jedním z nejvýznamnějších je začlenění diagnostiky a léčby závislosti na tabáku do systému zdravotní péče (27).

V České republice ale zatím neexistuje zákon, který by se zabýval kontrolou tabáku. S roční spotřebou cigaret se řadíme mezi prvních pět států v Evropě. Lékaři se domnívají, že omezit spotřebu cigaret by pomohl přísnější zákon. Příkladem může být Itálie, kde se zakázalo kouření v restauracích. Během roku, co platí zákaz, se snížil počet infarktů myokardu o 11% u pacientů pod 60 let. V České republice však všechny dosavadní pokusy o schválení protikuřáckého zákona nebyly zatím vyslyšeny. Poslanci to odůvodňují tím, že zákazy nejsou správnou cestou a příliš by se omezovala práva kuřáků. Proti zpřísnění zákona se také argumentuje vyčíslováním ekonomických ztrát (6).

V září 2005 podepsal prezident České republiky Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, který po mnohaletém náročném projednávání nahrazuje 16 let starý zákon o ochraně před alkoholismem a dalšími toxikomaniemi. Zákon omezuje dostupnost tabákových výrobků a zakazuje kouření ve vybraných místech a prostorách (27).

Podle výzkumů si protikuřácké zákony mezi obyvateli Evropské unie získávají stále větší popularitu. Eurokomisař pro zdravotnictví Markos Kypriana navrhuje, aby byl zákaz kouření na veřejných místech včetně restaurací a barů zaveden v celé unii. V ČR si přeje úplný zákaz kouření asi šestina obyvatel.

Základním dokumentem, který shrnuje práva nekuřáků, je Charta proti tabáku. Vyjadřuje právo na čistý vzduch, ochranu před propagací tabáku, právo na nekuřácké pracoviště a informace o zdravotních rizicích. Podle tohoto dokumentu má kuřák právo na pomoc při zbavování se svého návyku (6).

1.2 Definice kouření

Kouření je vdechování tabákového kouře, které má charakter naučeného chování spojeného s určitými fyzickými, psychickými a sociálními prožitky a souvislostmi vedoucími k jeho opakování. Při kouření se do organismu dostává více jak 4000 látek, z nichž některé mají výrazný vliv na lidský organismus. Kouření má charakter závislosti, která je jak rázu psychosociálního, tak většinou i fyzického s abstinenčními příznaky při odvykání (28).

Podle WHO, 1996 je kuřáctví definováno a rozděleno do několika skupin. Pravidelný, denní kuřák (daily smoker): kouří v době šetření nejméně jednu cigaretu denně. Příležitostný kuřák (occasional smoker): v době šetření kouří, ale méně než jednu cigaretu denně. Bývalý kuřák (ex-smoker): kouřil (vykouřil během života více než 100 cigaret), ale v době šetření nekouří. Nekuřák (non-smoker): nikdy nevykouřil 100 a více cigaret (9).

1.3 Historie kouření

Kouření rozhodně není pro člověka přirozené a ani není tak staré jako lidstvo samo. Teprve starověký historik Plinius starší píše o vdechování různých dýmů. Uvádí se, že jako první zavedli kouření tabákových listů američtí Indiáni v rámci náboženských rituálních obřadů. Tabák byl také lékem, který indiáni používali k léčení všemožných neduhů. Nikdy však kouření nebylo součástí jejich každodenního života. Indiáni kouř neinhalovali, to je záležitost až naší doby a cigaret. Do Evropy tuto rostlinu přivezla Kolumbova loď roku 1492 (14).

Ve Španělsku, později v Portugalsku se tabák pěstoval zprvu jako rostlina okrasná, používaná zároveň k lékařským účelům. O popularizaci tabáku se zasloužil francouzský velvyslanec v Lisabonu Jean Nicot (jeho jméno dalo rostlině botanický

název Nicotiana), který jej zaslal královně Kateřině Medicejské jako lék proti migréně. Z francouzského dvora se potom užívání tabáku, nejdříve jako léku, později jako prostého požitku, šířilo po celé Evropě.

Koncem 16. století v době vlády Rudolfa II. byl tabák již znám i v českých zemích. V Mathioliho herbáři, vydaném v roce 1596, je zmínka o tabáku, který je zde popisován jako bylina znamenitě užitečná i na rány.

Šňupání tabáku se do střední Evropy rozšířilo ze Španělska a Portugalska přes Francii a bylo zprvu výsadou vyšších vrstev. Zatímco kouření přicházelo spíše z Anglie přes Holandsko prostřednictvím námořníků vracejících se z Ameriky. Původně této vášni holdovali spíše lidé nižších společenských tříd. Během třicetileté války se kouření v našich zemích již pevně uchytilo. Boj proti kouření je starý jako kouření samo. A tak roku 1658 český sněm tento zlozvyk zakazuje. Samozřejmě se kouří dál, nepomáhají pokuty a jiné těžší tresty. O pár let později se čeští stavové zachovali trzně (stejně jako to činí dnešní vlády) a rozhodnutím z roku 1664 zrušili zákaz kouření a povolili pěstování tabáku, samozřejmě jako zdroje nových příjmů pro zemskou pokladnu (17).

Historickým zlomem se stal vynález stroje na výrobu cigaret v době války Severu proti Jihu v šedesátých letech devatenáctého století. Pak následovalo rychlé rozšíření tohoto zboží, které znamenalo především skvělý obchod.

Různé pochybnosti o lékařském významu tabáku vznikly už na konci 16. století a nedlouho potom bylo kouření odsouzeno jako zhoubný zvyk, odpovědný za nemoci všeho druhu. Přesto se kouření stalo téměř všeobecným návykem na celém světě. V současnosti jde hlavně o věc ekonomickou a politickou (20). Daně z tabákových výrobků jsou totiž důležitým zdrojem příjmů do státní pokladny. V České republice tvoří daň téměř 60% ceny cigaret, což je ale ve srovnání s vyspělými zeměmi málo (14).

1.4 Složení tabákového kouře a jeho účinky

Tabák je druh rostliny z čeledi lilkovitých (*Nicotina tabacum*), jejíž listy se používají ke kouření, popř. i k žvýkání (27). Účinnou součástí tabáku je jedovatý alkaloid nikotin. Charakteristickou vůni způsobuje jak alkaloid nikotin, tak i tzv.

nikotianin. Listy obsahují původně 3-8% nikotinu, vázaného na organické kyseliny. Jeho obsah klesá fermentací (17).

Tabák, který se kouří, se připravuje sušením a následnou fermentací tabákových listů. Tabákový kouř tvoří řádově tisíce chemických látek (dehty, oxid uhelnatý, nikotin, kyanid, arzenik, formaldehyd aj.) Pouze jedna z nich je návyková, dalších 60–100 pak má karcinogenní účinky. Z chemického hlediska představuje kouření cigarety proces suché destilace, během něhož se do trávicího traktu dostává nikotin, dehet a jiné látky. Nikotin se hromadí ke konci cigarety. U šlukujícího kuřáka je v těle 6x více nikotinu než u nešlukujícího. Chemicky je nikotin alkaloid žluté barvy, který je rozpustný ve vodě a lihu. Nikotin je absorbován sliznicemi, odbourává se po 3–4 dnech v játrech. Letální dávka nikotinu je 50 mg, jedna cigareta v průměru obsahuje 1–2 mg. Chronická otrava nikotinem se nazývá nikotinismus a dochází k němu tehdy, kouří-li kuřák více jak 20 cigaret denně (22).

Nikotin je droga, která na psychiku působí jako malá osvěžující sprcha. Naše mozková látková výměna neumí rozlišovat nikotin od vlastní látky acetylcholinu. Pokud se nikotin dostane do mozkové látkové výměny, způsobí různé pozitivní efekty: Nikotin uvolňuje dopamin a ten stimuluje tzv. centrum odměny v mozku a navodí dobrou náladu. Mozek zaměňuje nikotin s acetylcholinem. Člověk se cítí psychicky povzbuzen. Nikotin obstarává příjemné uvolnění našich svalů, což působí na tělo jako dočasná uklidňující vlna. Popsané pozitivní působení je však jen chvilkové a už za krátkou dobu nastane tělesná závislost (1).

1.5 Závislost na nikotinu

Za závislost se označují psychické a tělesné důsledky pravidelného užívání drogy, které postiženého nutí k jejich trvalému konzumu. Rozlišuje se závislost psychická a fyzická (21).

Tabák obsahuje nikotin, který mezinárodní lékařské organizace řadí mezi látky vyvolávající závislost. Nikotin splňuje klíčová kritéria pro závislost, tedy nutkání jej užívat, a to i přes přání a opakované pokusy užívání zanechat, psychoaktivní efekty vyvolané působením látky na mozek a chování motivované „posilujícími“ vlivy

psychoaktivní látky. Na rozdíl od žvýkání tabáku se při kouření cigaret dostává nikotin k mozku rychle, během několika sekund od okamžiku vdechnutí kouře, a kuřák si může dávku každým vdechnutím regulovat. Závislost se může vyvinout rychle. U mladých zdravotních sester, které s kouřením začaly nedávno, se koncentrace kotininu (rozpadového produktu nikotinu) ve slinách časem prudce vyšplhávají k hodnotám, jaké nalézáme u trvalých kuřáků. Průměrné hladiny vdechovaného nikotinu postačují k farmakologickému působení a k tomu, aby se kuřáctví posilovalo. Přitom riziko toho, že se stanou na nikotinu závislími, mladí lidé podceňují. Průzkumy v zemích s vysokými příjmy ukazují, že značná část kuřáků i mladých, šestnáctiletých lituje, že s kouřením začali, ale nedokáží přestat (23).

Závislost na tabáku je chronické recidivující a letální onemocnění (diagnóza F 17 dle 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí WHO). Obecně lze říci, že na nikotinu je závislý ten kuřák, který kouří nejméně 10–15 cigaret denně a první cigaretu si zapaluje do hodiny po probuzení (9).

Závislost na nikotinu vzniká u naprosté většiny kuřáků a zkracuje život polovině kuřáků v ČR v průměru o 15 let. V Evropě i České republice je kouření příčinou každého 5. úmrtí (13).

1.5.1 Fyzická závislost na nikotinu

Fyzická (drogová) závislost na nikotinu se vyvíjí po určité době a může být u různých osob velmi odlišná. Většinou se závislost objevuje do dvou let po zahájení kouření. U velmi malé skupiny kuřáků nemusí fyzická závislost vzniknout nikdy. Jsou to ti, kteří kouří celý život jen příležitostně, epizodicky a málo, a to jak z hlediska frekvence kouření v čase, tak z hlediska počtu vykouřených cigaret.

Hlavním důvodem nutkání kouřit je snaha o udržení hladiny nikotinu v krvi. Pokud jeho hladina klesne pod určitou hranici, toto nutkání je velmi intenzivní a kuřáci začínají být podráždění, rozladění, nervózní a zapalují si další cigaretu. V mozku člověka (ale i jinde v těle) se nacházejí nikotinové receptory. U pravidelného závislého kuřáka s pravidelným přísunem nikotinu z cigaret se tyto receptory zmnožují. Účinky nikotinu na organismus jsou jemné a okamžité. Po prvním potažení z cigarety se droga

nikotin dostává do organismu během 10 sekund. Nikotin v první cigaretě má vliv na zvýšení srdeční činnosti, zvýšení krevního tlaku, zvýší se výdej krve ze srdce a dojde k zúžení cév. Jak stoupá hladina nikotinu, dostavuje se jeho uklidňující účinek, v mozku se uvolňují hormony endorfiny. To jsou látky, které ovlivňují nejen náladu, ale mohou mít vliv na krátkodobé zlepšení koncentrace pozornosti, k němuž prokazatelně při kouření dochází (24).

1.5.2 Psychosociální závislost

Psychosociální závislost kouření začíná v České republice nejčastěji kolem 14. roku a toto naučené chování se pak během let kouření pevně zafixuje. Znamená to prožívání určitých situací s cigaretou, kuřácké stereotypy (9).

Zapálená cigareta a vdechovaný kouř z ní lze bezesporu obrazně přirovnat k chemické továrně. Cigareta, nemá pro kuřáka význam pouze z hlediska závislosti na nikotinu, ale vzniká na ni závislost psychosociální. Proti této nebezpečné závislosti často kuřáci, kteří překonali fyzickou potřebu nikotinu, prohrávají. Psychosociálně závislý je tedy každý kuřák, tedy i ten, který není fyzicky (drogově) závislý.

Psychosociální závislost na kouření bývá spojená s první cigaretou. Většina lidí, kteří vdechli poprvé cigaretový kouř, pocítili nejprve negativní účinky kouření. Mezi ně patří pocit nevolnosti, obluzení, bolest břicha apod. Na tyto pocity ale vzniká tolerance. Toleranci doprovází psychosociální závislost na situacích a vztazích, které kouření doprovází. Pro kuřáka jsou situace, při kterých si zapaluje cigaretu, velmi osobní. Typická je pouze ta cigareta. Vzniká zde závislost na cigaretě jako předmětu či prostředku komunikace, bez ohledu na její obsah. Vše úzce souvisí s rituály nabízení cigaret, zapalováním, pozorováním plamene zápalek či cigaretového dýmu. U mnoha osob tento rituál zapalování a kouření cigaret vyvolá dočasné snížení stresu, úzkosti. Pomáhá překonávat osobní komunikační bariéry s kolegy, partnery, neznámými lidmi (24).

Vlastním motorem kouření není vášně, ale velká síla touhy, která je zakotvená v každém z nás. Kuřáci vykazují fenomény touhy, které se jednoduchými teoriemi

závislosti nedají vysvětlit. Cigareta je pro ně víc než droga. Vytváří image, je částí osobnosti, pomáhá navazovat a udržovat kontakty (1).

Překonání psychosociální závislosti je pro řadu osob hlavní příčinou opakovaného selhání a návratu ke kuřáctví, přestože zvládli fyzickou závislost. Abstinенční příznaky z nedostatku nikotinu se dostávají již po několika hodinách abstinence: Craving (lačnění, bažení, touha po cigaretě), špatná nálada, deprese, podrážděnost, zlost, úzkost, poruchy spánku, neschopnost soustředění, neschopnost odpočívat, zvýšená chuť k jídlu. U těžkých závislostí se nedostatek drogy projevuje i fyzickou nevolností (9).

1.6 Role dědičnosti v rozvoji závislosti na nikotinu

Drogová závislost na nikotinu je klasickou drogovou závislostí, snadnost jejíhož vzniku je dána stavbou nikotin-acetylcholinových receptorů v mozku, z cca 50% geneticky podmíněnou. Typy receptorů (alfa a beta podjednotky) lze dnes diagnostikovat, i když zatím tato metoda není v ČR dostupná. Test je v prodeji např. ve Velké Británii (9).

Kouření cigaret nemá genetický podklad ve smyslu genetického zakódování. Jde převážně o naučené chování, spojené s hédonistickým prožíváním, které může být geneticky a psychologicky nanejvýše potencováno. Např. rodiče jsou kuřáky a kouří před dětmi v místnosti společného pobytu, dívají se společně na televizi. Některé matky nadále kouří i v době, kdy jsou již gravidní (30).

Vzhledem k tomu, že kouření cigaret má na evropském kontinentu za sebou již pětisté výročí, a že u určitých vrstev populace České republiky má spíše vzestupnou tendenci (např. děti a mládež s absencí intelektuální vzdělanosti, prostitutky,..), začíná být konečně z hlediska četných lékařských oborů, psychosomatiky, klinické psychologie, pedagogiky apod. bráno společensky i odborně vážně.

Dnes jsou k dispozici materiály, které nade vše pochybnost poskytují fakta o tom, že kouření poškozuje kromě jiného i genetickou výbavu neboli DNK (deoxyribonukleovou kyselinu) jedinců aktivně či pasivně inhalujících tabákový kouř. Kvůli přenosu takto poškozeného genetického materiálu na potomstvo může být totiž

nová generace poškozena kouřením již při početí, tedy ještě dříve než sama začne doplácet na zplodiny kouření dodané do těla různými způsoby. Vedle přímého účinku na jednotlivé geny, nesoucí odpovědnost za výskyt např. nádorových onemocnění a dalších nemocí, je zde velké nebezpečí negativních dopadů zejména na imunitní mechanismy. Ty také mohou být poškozeny přenosem negativních dědičných vloh od rodičů, ale i přímo zplodinami tabákového kouře na zárodek a plod (při aktivním nebo pasivním kouření matky) v průběhu těhotenství (29).

1.7 Rizika kouření

Světová zdravotnická organizace uvádí, že kouření cigaret je jednou z největších civilizačních nemocí naší doby. Tabákismus je důležitou příčinou pracovní neschopnosti a předčasné úmrtnosti v rozvinutých zemích. Většina lidí ví, že kouření je pro zdraví škodlivé. Na celém světě vinou tabáku umírají už 4 miliony lidí. V České republice umírá každoročně zhruba 23 000 lidí na nemoci způsobené kouřením. Patří sem především nemoci srdce a cév, na nichž se podílí asi čtvrtinou, dále různé typy nádorů, kde má kouření podíl celkově asi třetinový (např. u rakoviny plic asi 90%, u rakoviny močového měchýře asi 50-70%, u rakoviny děložního čípku asi 30% atd.) a třetí skupinou nemocí způsobených kouřením jsou chronická plicní onemocnění. Ta zaviní kouření ze tří čtvrtin (asi 75% lidí s chronickým onemocněním průdušek by nemuselo onemocnět, kdyby nekouřilo) (14).

Kouření cigaret je především závažným rizikovým faktorem ischemické choroby srdeční. Správná činnost kardio-vaskulárního systému je spojená se zásobováním glukosou a kyslíkem. Inhalovaný cigaretový kouř ve vyšších dávkách a v delším časovém období způsobuje malé a později větší až neprůchodné aterosklerotické pláty. První vykouřená cigareta pravděpodobně způsobuje ochuzení organismu až o 20 mg vitamínu C. Mimo toho silné kuřácké návyky vedou k omezení pohybové aktivity vytrvalostního rázu, a tím se snižuje zdravá relaxační činnost srdce vedoucí k prokrvení myokardu. Silné kuřáctví zvyšuje srdeční tepovou frekvenci, čímž ve svých důsledcích zkracuje i život.

Nikotinismus je hlavní příčinou vzniku chronické bronchitidy a rozedmy plic a je výrazným rizikovým faktorem pro další plicní choroby a maligní bujení. U kuřáků je prokázán vyšší výskyt karcinomu dutiny ústní, hltanu, hrtanu a plic. Kouření má výrazný podíl na rozvoji aterosklerózy, cévních mozkových příhod a ischemické choroby dolních končetin. Výskyt vředové choroby žaludku je u kuřáků dvakrát vyšší než u nekuřáků (16).

V dostupných studiích byl popsán vliv kuřáctví na vyšší výskyt snížené plodnosti a vznik časně menopauzy. U žen kuřáček je negativně ovlivněn průběh těhotenství a vývoj plodu. Vyvíjející se dítě trpí nedostatkem kyslíku, má menší porodní váhu. Za nejvýznamnější následky kouření žen se pokládají zhoršená poporodní výživa, vyšší riziko syndromu náhlé smrti, zvýšená respirační nemocnost a vyšší riziko nádorů v dětském věku. U kouřících matek přechází nikotin i do mateřského mléka a kromě jeho toxické kontaminace narušuje i jeho chuťové vlastnosti. U žen závislých na nikotinu je prokázáno větší riziko srdečního infarktu při současném užívání hormonální antikoncepce, dříve dochází k osteoporóze, stoupá výskyt rakoviny plic a dělohy (12).

Varovné jsou dále i údaje, že v České republice kouří pravidelně přibližně 55% mužů a 30% žen. Zvyšuje se podíl pasivních kuřáků včetně dětí a kuřáci ztrácejí v průměru 15 let života. Podle současných výzkumů se kouření podílí na vzniku 27 diagnóz (20).

1.8 Pasivní kouření

Pasivní kouření, znamená vdechování tabákového kouře tím, kdo sám nekouří a má stejný vliv na zdraví jako aktivní kouření, ale v závislosti na dávce. Aktivní kuřák inhaluje tzv. primární proud cigaretového kouře, který vzniká hořením tabáku a papíru za teploty kolem 900°C. Jde o relativně dokonalé spalování. Volně položená cigareta produkuje tzv. vedlejší proud kouře, který vzniká za nižších teplot (kolem 500-600°C) a je koncentrovanější než proud hlavní. Pasivní kouření je nucená inhalace tabákového kouře prostředí v uzavřeném prostoru. Je to tedy směs kouře, který vydechuje aktivní kuřák a kouře, který uniká z volně ležící cigarety mezi jednotlivými šluky. Pasivní kouření je nedobrovolná inhalace tabákového kouře v uzavřeném prostředí. Kouř

vdechovaný nekuřákem tvoří asi 85% veškerého kouře z cigarety a má dokonce několikrát vyšší obsah karcinogenních a toxických látek než přímo vdechovaný kouř kuřákem. Proto je tabákový kouř v uzavřeném prostředí závažným zdravotním rizikem (12).

Nejzranitelnější v souvislosti s pasivním kouřením jsou malé děti, jejichž rodiče kouří. Mají obvykle zhoršené ventilační plicní funkce, kašlou a častěji se u nich vyskytuje zánět průdušek, zápal plic, zánět středního ucha. U alergiků a astmatiků může pobyt v zakouřeném prostoru vyvolat astmatický záchvat.

Pasivní kouření má okamžitý i dlouhodobý vliv na lidské zdraví. K okamžitým účinkům patří podráždění očí, nosu, hrdla a plic, u citlivějších nekuřáků vyvolá bolesti hlavy, pocity nevolnosti a závratí. Pasivní kouření zatěžuje srdce a postihuje v organismu hospodaření s kyslíkem. Bylo prokázáno, že dlouhodobé pasivní kouření zvyšuje riziko výskytu nádorových onemocnění a kardiovaskulárních chorob (14).

Na pasivní kouření zemře v České republice ročně až 2000 lidí. Studie prokázaly, že i jen krátkodobé vystavení pasivnímu kouření (již po 30 minutách jsou patrné změny v průtoku krve koronárními cévami) má velký vliv na ischemickou chorobu srdeční - pasivní kuřáci mají o 23% zvýšené riziko tohoto onemocnění. Riziko infarktu myokardu je téměř 2x vyšší u lidí, jejichž partner kouří, nebo kteří jsou nuceni pracovat v zakouřeném prostředí. Pasivní kouření zvyšuje riziko cévních mozkových příhod, karcinomu plic, vzplanutí astmatu a také perinatální úmrtnosti a syndromu náhlého úmrtí kojence (8).

Pasivním kouřením jsou lidé často ohroženi také na svém pracovišti. Jsou nuceni pobývat v zakouřených místnostech, autech, dílnách. Každý nekuřák se však může účinně bránit. Přímo v novele Zákoníku práce platné od 1.1.2001 je v §133 odst.1 písm.j) zakotvena povinnost zaměstnavatele zajistit dodržování zákazu kouření na pracovištích stanoveného zvláštními předpisy (14).

1.9. Diagnostika závislosti na tabáku

Závislost na tabáku je hodnocena v Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO jako chronické, recidivující a letální onemocnění (diagnoza F 17). Diagnostika závislosti se

řídí stejnými kritérii jako u jiných psychoaktivních látek. Diagnóza kuřáctví je především založena na dotazníkových metodách a individuálním pohovoru. Objektivní hodnocení pomocí analýzy vydechovaných plynů (přístroj Micro Smokerlyzer) a biochemické hodnocení jsou považovány spíše za pomocnou metodu potvrzující výpovědi klientů (10).

Pro upřesnění závislosti se používá nejčastěji tzv. Fagerströmův test nikotinové závislosti (příloha 2). Tento dotazník umožňuje jednoduchým způsobem určit stupeň závislosti na nikotinu jako na droze. Při součtu bodů 0-4 ještě pravděpodobně nejde o fyzickou závislost v pravém slova smyslu, při součtu nad 5 je již třeba o závislosti na nikotinu jako na droze uvažovat. Úroveň závislosti se zvyšuje s hodnotou skóre (24).

1.10 Metody odvykání kouření

Závislosti na tabáku je obtížné se zbavit. Ke zvýšení úspěšnosti je třeba nových léčebných postupů. Intervence zahrnuje behaviorální a farmakologickou léčbu, přičemž lékem první volby je náhradní terapie nikotinem a bupropion. Tato na důkazech založená doporučení léčby z roku 2000 zahrnují metaanalýzu 6000 do té doby publikovaných prací o odvykání kouření (9).

1.10.1 Behaviorální a psychosociální intervence

Sebezdaňilejší aplikace medikamentózní léčby pro potřeby odvykání kouření nemůže zastínit význam rozhodnutí zdravotní sestry (pacienta) přestat kouřit trvale. Takové rozhodnutí je adekvátní, pokud mu předchází potřebná vůle a motivace (16).

Pro jasnou a srozumitelnou demonstraci pomoci kuřákům, byla vytvořena tzv. krátká intervence 5P. Ta má názorně umožnit během několika minut kuřákovi nabídnout pomoc, jak přestat kouřit nebo alespoň posilovat jeho přesvědčení o nutnosti kouřit přestat. Výrazem „5P“ (v angličtině 5 A) se míní ptát se (Ask), poradit (Advise), posoudit ochotu přestat (Assess), pomoci (Assist), plánovat kontroly (Arrange follow-up). Zdravotní sestry by měly umět aplikovat krátkou intervenci jako součást své ošetrovatelské péče (10).

Morální a profesionální povinností každé sestry je důrazně doporučovat všem kuřákům, aby s kouřením skoncovali. Ona je první, kdo by mohl být nápomocen radou a psychologickou podporou v jejich úsilí při odvykání. Pro své okolí by se měla stát modelem nekuřáckého chování (12).

Individuální nebo skupinovou behaviorální léčbu poskytuje specialista na léčbu závislosti na tabáku. Jedná se o dvoudobý program, čím je delší a intenzivnější, tím účinnější je při současné aplikaci farmakoterapie. Lze dosáhnout abstinence až u 10-30% kuřáků. K dalším metodám odvykání kouření, které lze použít či kombinovat s jinými metodami, patří akupunktura, relaxační techniky, jóga, hypnóza apod.(13).

V ČR vznikají od roku 2004 specializovaná centra léčby závislosti na tabáku, zatím při velkých nemocnicích, nejčastěji na pneumologických nebo interních klinikách (příloha 3). V centru pracuje 1 lékař a 1 sestra. Nabízí diagnostiku, základní klinické vyšetření, intenzivní psychosociální a behaviorální intervenci, indikují farmakoterapii a dlouhodobě dispenzarizují kuřáky, kteří chtějí přestat kouřit. Poskytují rovněž informace, které se týkají užívání tabáku. Zájemci mohou navštívit [www stránky](http://www.cltz.cz) cltz.cz. Od 4. ledna 2005 na telefonním čísle 844 600 500 je zřízena Linka pro odvykání kouření (13).

Jestliže shrneme veškeré poznatky o závislosti na nikotinu a uvědomíme si důležitost role zdravotní sestry, mělo by být nekuřáctví pro ni prioritou. Jednoznačným doporučením je určit si den „D“ a od tohoto dne dodržovat naprostou abstinenci. Sestra kuřačka, která chce přestat kouřit, by měla o svém úmyslu informovat rodinu, přátele a kolegy a požádat je o podporu. Měla by zhodnotit předešlé zkušenosti a poučení z nich a na jejich základě si stanovit osobní plán. Pokud je to možné, doporučuje se alespoň v prvních měsících nekouření vyhýbat situacím, které jsou spojené s cigaretou. Za důležité se pokládá mít předem připravená náhradní řešení, jak zvládat některé těžké chvíle bez cigarety. K dalším doporučením patří úprava životosprávy, pohybová aktivita a dostatek informací o závislosti na tabáku a možnostech léčby (7).

Z výzkumného programu kanadských sester vznikl tzv. CloseUp, pomůcka pro sestry k omezení nebo k úplnému odvyknutí kouření. Má pomáhat nejen jim, ale i jejich školitelům a studentům ošetrovatelství ve snaze zbavit se návyku v profesionální praxi.

V tomto modelu se behaviorální změna průběžně dostavuje ve fázích. Lidé zapojení v cyklu změn postupují vpřed i zpět pěti fázemi, než dosáhnou cíle a začnou nový stav udržovat. První fáze změny (dřívější přemítání) se zaměřuje na sestry, které neuvažují o tom, že by v příštích šesti měsících přestaly kouřit. Jsou v ní informace o sestrách a kouření, návyku na nikotin, pasivním kuřáctví apod. Druhá část je zaměřena na sestry, které se ještě nerozhodly přestat kouřit, ale jsou ochotny o tom uvažovat (fáze přemítání). Třetí část je pro ty, které se rozhodly s kouřením přestat a připravují se na změnu (přípravná fáze). Ve čtvrté sekci zjišťují účastníci odvykacího procesu (akce), kde a jak hledat pomoc, a jak se vypořádat s příznaky abstinence. Sekce pátá (udržování) je určena sestřím, které kouřit přestaly a mohly by k němu znovu sklouznout. Součástí dokumentu je také deník kuřáka a jiné pomůcky k hodnocení, včetně cvičení (3).

1.10.2 Farmakologická léčba

Léčba pomocí farmakoterapie je vhodná pro ty kuřáky, kteří kouří 10 a více cigaret denně a po probuzení si do hodiny zapalují první cigaretu. Léčba však zabraňuje hlavně abstinencním příznakům a kouřící sestra by neměla očekávat, že jí zabráni kouřit. K tomu je nutné její pevné rozhodnutí a aktivní změna jejího životního stylu. Je důležité, aby se naučila žít bez cigarety a aby přerušila svou psychosociální závislost na cigaretě pomocí změn ve svém chování. Za léky první linie, kterými lze léčit fyzickou závislost, se v současnosti považují: náhradní terapie nikotinem (NTN) a antidepresivum bupropion.

Z nikotinových preparátů, které ulehčují odvykání, jsou v ČR k dispozici tyto volně prodejné přípravky: žvýkačka (2-4 mg), náplast (5,10 a 15 mg/16h a 7,14 a 21 mg/24 h), inhalátor (10 mg), sublinguální tablety (2 mg). Účinnost jednotlivých forem se prakticky neliší a zdravotní sestry mají tedy možnost individuální volby pro odvykání kouření. Náplast uvolňuje nikotin kontinuálně, ale pomaleji než ostatní formy. Ty ale zase umožňují pružněji reagovat na craving (bažení) a přizpůsobovat dávkování podle okamžité potřeby. Léčba by měla trvat minimálně osm, raději ale dvanáct i více týdnů (kratší léčba než osm týdnů ztrácí účinnost).

Žvýkačky: Současným nejběžnějším nástrojem pro odvykání je žvýkačka s nikotinem. Používá se zn. „Nicorette“, která obsahuje 2 nebo 4 mg nikotinu. Ten se uvolňuje žvýkáním a vstřebává se sliznicí v lehce zásaditém prostředí navozeném žvýkačkou. Nedoporučuje se současné žvýkání a pití kyselých nápojů ani konzumace stravy. Nikotinové žvýkačky je nutno používat přesně podle návodu výrobce. Používá se v průměru 8-10 žvýkaček denně podle stupně nikotinové závislosti a doporučuje se pomalé žvýkání (30-40minut), které zaručuje správně dávkovaný příjem nikotinu. Rychlejší žvýkání vede k vyššímu příjmu s vedlejšími účinky nikotinového předávkování. Při používání žvýkaček by měly sestry vědět, že je přísně kontraindikováno kouření. Zvýšení dávky nikotinu by mohlo vést k intoxikaci.

Náplasti: Hlubší a dlouhodobější efekt poskytuje náplast s nikotinem, která zajišťuje kontinuální hladinu nikotinu v krvi. Délka léčby se pohybuje v rozmezí 16-24 hodin a začíná náplastmi s obsahem 15 mg nikotinu. Náplast se má aplikovat ráno, nejlépe brzy po probuzení. Nemělo by dojít k situaci, že tzv. ranní kuřák si po probuzení do 30-60 minut zapálí 1-2 cigarety a po té bude teprve aplikovat náplast. Náplast se má nalepit na suchou, neochlupenou část těla - rameno, předloktí, hrudník, aj. Po určené době se náplast odstraní a aplikuje se na jiné místo. Léčba náplastmi 15 mg trvá tři měsíce a pak se tři týdny aplikují náplasti s obsahem 10 mg nikotinu a další tři týdny s obsahem 5 mg. V současné době se používají nikotinové náplasti na 16 hodin, tedy jen přes den (Nicorette od firmy Pharmacia, hranaté) a s aplikací na 24 hodin (Nicotinell TTS od firmy Novartis, kulaté) (16).

Inhalátor: Je vhodný pro všechny kuřáky, u nichž vznikla fyzická závislost a jimž chybí zvyk držet cigaretu v ruce. Inhalátor Nicorette se skládá z plastového náústku ve formě cigaretové špičky, do něhož se vkládají náplně (blistry, kapsle ve tvaru válečku) s nikotinem. Náplně se uzavřením do náústku z obou stran otevrou a kuřák nasává vzduch s nikotinem podobně jako z cigarety, ovšem musí vyvinout větší tlak. V jedné kapsli je 10mg nikotinu, z nichž lze získat až 5mg. Nikotin se vstřebává především ústní sliznicí. Po otevření se nikotin z kapsle uvolňuje po dobu, která je závislá na okolní teplotě, v teple rychleji. Náplň je po otevření aktivní nejméně 20 minut. Denní dávka by měla představovat 6-12 náplní a léčba by měla trvat nejméně tři

měsíce. Těsně před a během použití inhalátoru je nutné se vyvarovat konzumace jídla a pití a to zvláště kyselých potravin jako je káva, džusy apod.

Kontraindikace a vedlejší příznaky náhradní terapie nikotinem: Absolutní kontraindikace náhradní léčby nikotinem prakticky neexistují, protože kouřící se stejně dostává v tabákovém kouři nikotin spolu s velkým množstvím toxických látek. Je ale třeba dobře zvážit použití v době bezprostředně po srdečním infarktu a mozkové příhodě, v těhotenství, při kojení. U náplastí s nikotinem není tato léčba vhodná u generalizovaného kožního onemocnění (jako např. lupénka, akné, ekzém apod.). Podle WHO je NTN indikována pro všechny kuřáky závislé na nikotinu, kteří nemohou přestat bez léčby a je vždy méně nebezpečná než samotné kouření.

Vedlejší účinky záleží na lékové formě. U žvýkačky s nikotinem je popisována nepříjemná chuť, pálení na kořeni jazyka a slinění (jen při nesprávném žvýkání). V malém procentu (kolem 5%) léčených kuřáků přetrvává závislost na nikotinu ze žvýkačky déle než rok, takže nekouřící kuřák užívá žvýkačky i po skončení léčby. U náplastí s nikotinem pociťuje kuřák v místě aplikace lehké svědění a teplo, které vymizí do jedné hodiny. Po odlepení náplastí zůstává na kůži po dobu 12-24 hodin lehké zarudnutí kůže. U náplastí Nicotinel se mohou vyskytnout problémy se spánkem, především divoké sny, které ale po několika dnech vymizí. Zřídka se může také vyskytnout alergie na některou ze složek náplastí. K dalším možným vedlejším příznakům patří např. sucho v ústech, dyspepsie, škytavka, nauzea, bolesti hlavy, palpitace, podráždění krku a podráždění nosní a ústní sliznice (24).

1.11 Prevence kouření

Kouření se stává významným a závažným problémem zdravotnickým, ale i celospolečenským nejen v České republice, ale i ve světě. Podle odhadů WHO tvoří kuřáci asi jednu třetinu dospělé populace, zvyšuje se prevalence kuřáctví v mladších věkových skupinách u obou pohlaví. Všechny formy spotřeby tabáku přispívají ke vzniku mnoha chorob a k předčasnému úmrtí na ně (25).

Úspěšný program prevence kouření musí zahrnovat zdravotnickou edukaci, veřejnou politiku, programy na šíření informací. Vzdělávání a výchova k nekuřáctví pak

probíhá v médiích, ve školách a zdravotnických institucích. Ve výchovných programech je nutné se zaměřit na mladé lidi a vést je k pozitivním jevům, které přináší nekuřáctví.

Snahou společnosti je přijmout taková opatření, aby došlo jak k omezení kouření samotného, tak k eliminaci jeho škodlivých důsledků na sociální okolí kuřáků. Aby tato snaha byla úspěšná, je třeba vytvářet takové mínění veřejnosti, které by restriktivním opatřením vyjádřilo podporu. Výzkum ukázal, že veřejnost je v naprosté většině přesvědčena o škodlivosti tzv. pasivního kouření a restriktivní opatření týkající se zákazu kouření ve veřejných prostorech našel u veřejnosti podporu (24).

Experti WHO doporučují pro efektivní strategii podpory nekuřáctví a prevenci kouření, a to především u mladých lidí, kombinaci nejméně pěti metod: účinná výchova respektující kulturní specifika dané země, všeobecná atmosféra proti kouření na podporu nekuřáctví, zákaz prodeje cigaret mladistvým a omezení jejich dostupnosti, zvyšování cen cigaret a rozšiřování nekuřáckých prostor, zejména na veřejných místech (12).

Komplexní plán boje proti kouření je především zaměřen na zákaz reklamy a podpory distribuce tabákových výrobků, včetně sponzorství a ostatních forem nepřímé reklamy. K důležitým krokům patří účinné varování před zdravotními důsledky kouření a dobrá spolupráce s médii. Informace je nutné předkládat strategickým způsobem s cílem přesvědčit o tématu a o smyslu sdělení, podporujícího změnu prostředí k nekuřáckému životnímu stylu. Vytvořený plán musí obsahovat jednotlivá opatření na ochranu práv nekuřáků a zákonnou úpravu nároku na nekuřácké prostředí. Pro podporu zdravého chování a zdravé společnosti je třeba využívat globálních dat o nebezpečnosti kouření, která jsou veřejnosti předkládána. Programy k zanechání kouření by měly zahrnovat společenskou podporu, informační kampaň (např. kampaň Help 2005), zdravotní výchovu, řešení problémů, osvojení si zdravého životního stylu. Základem úspěchu intervence proti kouření je, že sami zdravotníci se zapojí do boje proti celosvětové epidemii kuřáctví (24).

Z mnoha důvodů mají zdravotní sestry v omezování spotřeby tabáku vedoucí úlohu. Dostávají se denně do kontaktu s vysokým procentem cílové populace a mají příležitost pomáhat kuřákům změnit jejich chování. Mohou pacientům podávat rady,

návody, jak přestat kouřit, odpovídat na otázky spojené s následky užívání tabákových výrobků a měly by sloužit jako vynikající příklady nekuřáctví. Studie prokázaly, že i krátká intervence zdravotní sestry zaměřená na nebezpečí kouření a důležitost skoncování s ním, je jednou z nejracionálnějších metod snižování kuřáctví (27).

V České republice je poměrně rozšířená reklama tabákových výrobků a zatím se pokusy odpůrců kouření neseťkaly s výraznějším úspěchem. V tomto smyslu Česká republika přes značný tlak odpůrců kouření nevytvořila odpovídající legislativní rámec umožňující omezit propagaci tabákových výrobků a značně tím zaostává za zeměmi Evropské unie (25).

1.12 Nikotinismus u sester

V České republice umírá ročně cca 100 000 osob, ze kterých zhruba 1/5 osob na nemoci způsobené kouřením. Téměř 2/3 z nich jsou osoby ve středním věku (35-69 let). Tato úmrtí se tedy netýkají jen starých lidí, ale často společensky a ekonomicky aktivních lidí středního věku. Celková prevalence kouření v ČR od listopadu 1989 mírně klesá, ovšem klesá spíše mezi staršími lidmi a naopak dramaticky roste mezi mladými lidmi (45-50%) a hlavně ženami. Mezi českými lékaři je kolem 20% kuřáků, a je alarmující, že kouří i cca 39% zdravotních sester. Procento sester je významně vyšší než je prevalence kouřících žen v běžné české populaci. Za důležité je nutné brát fakta, že většina sester kuřáček začala kouřit už na střední škole (10).

Přestože je výchova k nekuřáctví součástí studia zdravotních sester a mají tak nejlepší informace o škodlivém vlivu kouření na zdraví, vypadá to, že se svými znalostmi a někdy i odstrašující zkušeností neřídí. Zaměříme-li se na kuřáctví u sester, můžeme tento zlozvyk z části přisoudit neznalosti základních rolí sestry v moderním ošetrovatelství. Sestra je pečovatel a poskytuje základní ošetrovatelskou péči. Sestra je asistent a spolupracuje s lékařem. Je i obhájce nemocného a v neposlední řadě je i edukátorka nemocného a jeho rodiny. V rámci běžné komunikace i cílené ošetrovatelské diagnózy by měla poskytováním informací a instrukcí vést nemocné k podpoře nekuřáctví a zanechání kuřáctví. Pokud má však být taková edukační práce smysluplná, měla by být podpořena vlastním příkladem (26).

Podpora zdraví je hlavní úlohou sester pracujících v nemocnicích či v terénu. Sestry by měly vědět, že mohou v oblasti podpory zdraví působit jako kladné modely rolí. Sestry kuřačky se v této souvislosti setkávají s dilematem spočívajícím ve vyřešení jejich zdravotnické role a kuřáckého návyku. Je nejvyšší čas, aby sestry jako příslušnice zdravotnické profese potvrdily svůj závazek vůči osobním a profesionálním cílům eliminovat užívání tabáku.

Kouření prostě ke zdravotníkům nepatří. Je to věc profesionální etiky. Pokud se někdo rozhodne pro toto povolání, tak by měl vědět, že to s sebou přináší určité povinnosti, měl by jít osobním příkladem. Je věrohodně doloženo, že skutečnost, jestli zdravotnický pracovník kouří nebo ne, má velký vliv na to, jak aktivně a účinně je schopen radit, aby klienti s kouřením přestali. Rady, které se týkají životních návyků, musí tvořit součást každodenní praxe poskytovatelů zdravotnických služeb. Pokud sestra nemocného nabádá, že by neměl kouřit a přitom je z ní cítit kouř, tak její edukační snahy nemají žádný smysl (2).

Základním kamenem úspěchu v prevenci proti kouření je, že sami zdravotníci se zapojí do programů boje proti epidemii kuřáctví, a že zdravotní sestra i lékař by měli být nekuřáky. V oblasti podpory zdraví by měli působit jako kladné vzory zdravého způsobu života (24).

1.12.1 Osobnost sestry a závislost na tabáku

Povolání zdravotní sestry bylo, je a vždy bude nejen fyzicky náročné, ale především s sebou nese velkou psychickou zátěž, která vyplývá jak ze samotné podstaty ošetrovatelské profese, tak ze sociálních interakcí a komunikačních i jiných problémů, k nimž dochází v každodenní ošetrovatelské praxi.

Je-li zdravotní sestra v dobré psychické pohodě, může ve svém povolání podávat dobrý výkon. K tomu je mimo jiné třeba i to, aby měla dostatek síly a energie k výkonům, které ji v práci čekají. Aby tomu tak bylo, je zapotřebí splnit řadu podmínek. Jednou z nich je, obrazně řečeno, hořet a nevyhořet. To znamená, mít dostatečné množství psychické síly potřebné k dobrému výkonu povolání zdravotní sestry. Pokud

je síla k dispozici, práce se daří, když chybí, nastupuje místo energie únava, místo síly vyčerpání a místo radosti lhostejnost (15).

Pokud sestra vstupuje do zaměstnání ještě se zátěží závislosti na nikotinu a chce-li dodržovat zákazy kouření ve zdravotnických zařízeních, potom zvládnutí abstinčních příznaků při nedostatku nikotinu a při zvládnutí kumulujícího se stresu může být značně náročné. Kouření si zdůvodní tím, že každá další dávka nikotinu odstraní nežádoucí abstinční příznaky, a má též stimulační i sedativní vliv na její organismus.

Abstinční projevy jako podrážděnost, úzkost, deprese, zlost, netrpělivost, obtížná koncentrace mohou být vážnou překážkou ve vykonávání náročné práce zdravotní sestry. Tento stav se může odrážet i v kvalitě ošetrovatelské péče, někdy ale může docházet i k chybám, které by mohly ohrozit život nemocných. Abstinční příznaky postihují i mezilidské a interpersonální vztahy. Pokud se objevují již každé dvě hodiny po poslední cigaretě a sestra má před sebou dlouhou, náročnou směnu, jistě se vyskytnou určité problémy v častých přestávkách, odbíhání k cigaretě nebo alespoň nervozita s myšlenkami na kuřáckou pauzu. Americké studie prokázaly, že se sestry kvůli kuřáckým přestávkám méně věnují nemocným než nekuřačky a takto náročné zaměstnání jim znemožňuje snahu k zanechání zlovyku.

S přísným omezením kouření kuřačky nesouhlasí a odvolávají se na právo odoreagování se při kouření. Problém může pravděpodobně spočívat v nedostatečném uvědomění si škodlivosti kouření na zdraví jako takovém a dále v nedostatečném uvědomění si profesionální etiky. Porušení těchto pravidel je špatným příkladem nejen pro nemocné klienty určitého zařízení, ale má dopad i na širší veřejnost, včetně dětí a mládeže (2).

1.12.2 Problematika kouření sester na pracovišti

Zahraniční i české studie ukazují, že kouření zdravotníků může způsobovat vážné vztahové problémy na pracovišti. A to nejen ve vztazích mezi sestrami a pacienty, ale rovněž mezi samotnými zaměstnanci zdravotnických zařízení (2).

V České republice se odhaduje, že asi třetina sester kouří. S tímto odhadem jsou spojeny pracovní potíže a na ně navazuje i problém kolektivu. Při kuřáckých přestávkách sestry kuřačky navazují mezi sebou kontakt, hovoří spolu o svých záležitostech a sbližují se. Je alarmující, že některé sestry začínají kouřit jen proto, aby se mohly podílet na těchto neformálních diskusích se svými kolegyněmi. Sestry nekuřačky mohou být z tohoto kontaktu vyloučeny a mohou se cítit na okraji kolektivu. Nekuřačky se cítí poškozené nejen v takto rozděleném kolektivu, ale i pracovně. V nepřítomnosti sestry kuřačky se starají o její pacienty a přebírají její zodpovědnost. Zda tyto problémy převažují nebo ne, záleží i na vedoucích sestrách a na tom, jsou-li samy kuřačky nebo nekouří (11).

Odborníci se shodují, že pravidla kouření v prostorách nemocnic do značné míry závisí na tom, zda kouří jejich vedení. Záleží na tom, jestli je staniční nebo vrchní sestra kuřák nebo ne, a jak je silná osobnost, aby dokázala nekuřáctví na pracovišti prosadit či obhájit. Průzkum prokázal, že sestry ve funkčním postavení kouří ve větším procentu než sestry bez funkce. Z pozice sester manažerek není vyvíjena dostatečná aktivita proti kouření na pracovišti a v praxi se často nedodrží ani zákonná norma. Také znalosti sester o škodlivosti kouření jsou velmi neuspokojivé a hovoří o nedostacích v jejich profesionální etické úrovni. Většina českých sester podceňuje význam svého chování pro udržení své profesionální a společenské prestiže a pozitivně je nemotivuje ani jejich odpovědnost ve vedoucích funkcích. Přitom prioritou zdravotnického managementu by měl být nejen spokojený pacient, ale i spokojený personál (18).

2. Cíl práce a hypotéza

2.1 Cíl práce

Zmapovat výskyt tabákismu, nikotinismu u skupiny zdravotních sester, u kterých se předpokládá důkladná informovanost o rizicích kouření.

2.2 Hypotéza

H1: I přes důkladnou informovanost o problematice kouření zdravotní sestry kouří.

3. Metodika

3.1 Metodika

V souvislosti s tématem práce byl zvolen kvantitativní výzkum formou metody dotazování, techniky dotazníku. Celkem bylo o spolupráci požádáno 120 sester. Návratnost byla 108 dotazníků, ale k výzkumné práci jich vyhovovalo plně 102. Výzkumný soubor tak tvořilo 102 respondentů (100%). Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Excel, numerické hodnoty byly následně znázorněny graficky a doplněny popiskem.

Dotazník se skládal z 26 otázek. V úvodní části byly zjišťovány základní obecné charakteristiky respondentů: pohlaví, věk, dosažené odborné vzdělání, pracoviště. Dále následovaly všeobecně zaměřené dotazy pro kuřáky i nekuřáky, názory sester na zákaz kouření, otázky týkající se odpovědnosti, osobního příkladu, role a vlivu sestry na pacienta. Dotazník zkoumal vztahy mezi nekuřačkami a kuřačkami, postoj respondentů ke kouření.

Druhá část výzkumu byla věnována sestrám kuřačkám. Byl sledován věk, ve kterém začaly kouřit, příčina kuřáctví a kolik cigaret průměrně vykouří za den. Další otázky se týkaly znalostí rizik a metod odvykání kouření a zájmu zdravotníků o rozšíření vědomostí v problematice nikotinismu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl realizován v nemocnicích Plzeňského kraje. Dotazníky byly distribuovány ve Fakultní nemocnici v Plzni, v nemocnici Klatovech a Domažlicích. Výzkumný soubor zahrnoval sestry pracující na různých typech oddělení a to tak, aby byly rovnoměrně zahrnuty provozy interního a chirurgického charakteru. Nástrojem měření byl anonymní dotazník (příloha 1).

Za kuřáka byl pro účely analýzy považován každý, kdo kouřil v době šetření. Mezi kuřáky byli počítáni denní kuřáci a i ti, kteří uváděli jen příležitostné kouření. Za nekuřáky byli považováni respondenti, kteří nekouřili nikdy nebo přestali v minulosti.

Dotazník byl určen oběma pohlavím. Pro nevýznamný počet respondentů mužů (celkem 6) však nebyly údaje hodnoceny odděleně, analýzy byly prováděny pro obě pohlaví společně.

Pro zhodnocení vlivu vzdělání na prevalenci kouření byl zjišťován nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání v oboru. Tento ukazatel u absolventů střední zdravotní školy a pomaturitního specializačního studia byl porovnán se skupinou respondentů s vyšším a vysokoškolským vzděláním.

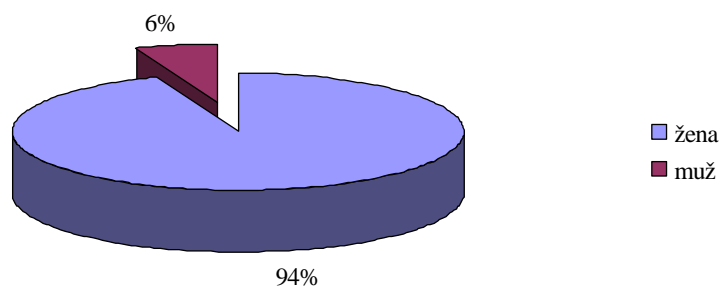
Z důvodu možnosti srovnání některých parametrů byla délka praxe ve zdravotnictví rozdělena do následujících kategorií: 0-4 roky, 5-10, 11-15, 16-20 let a nad 20 let.

4. Výsledky

4.1 Souhrnné výsledky

Graf 1: Pohlaví respondentů

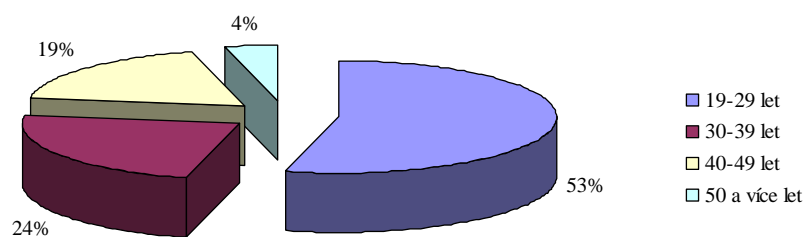
Položka 1: Jste



Z celkového počtu 102 respondentů (100%) bylo 96 (94%) žen a 6 (6%) mužů.

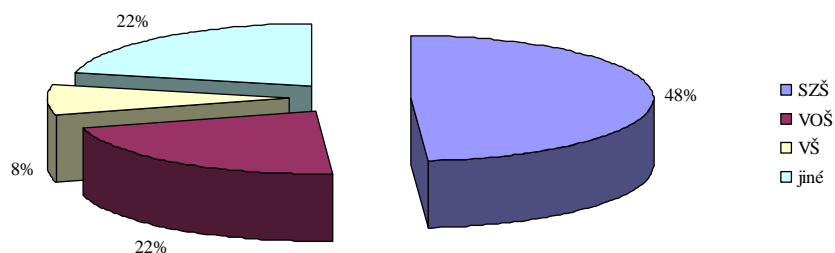
Graf 2: Věk respondentů

Položka 2: Vaše věková kategorie



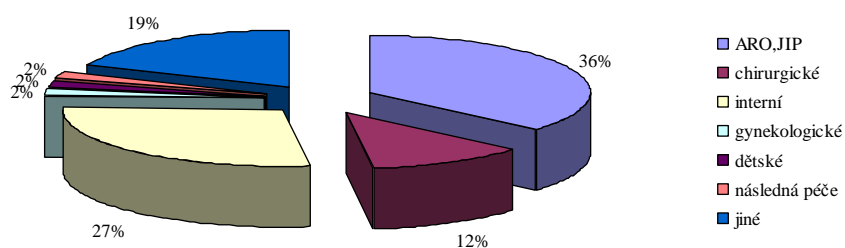
Ve výzkumném souboru 102 respondentů (100%) bylo 55 (53%) ve věkové kategorii 19-29 let, 24 (24%) ve věku 30-39 let, 19 (19%) v rozmezí 40-49 let a 4 (4%) uvedlo možnost 50 a vyšší.

Graf 3: Vzdělání respondentů
 Položka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



Vzdělání středoškolské uvedlo 50 (48%) respondentů, 22 (22%) vystudovalo vyšší odbornou školu, 8 (8%) má vzdělání vysokoškolské a 22 (22%) mělo vzdělání jiné.

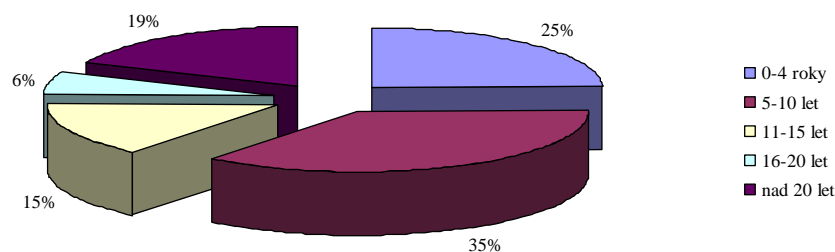
Graf 4: Odborné pracoviště
 Položka 4: Na jakém oddělení pracujete



Na oddělení ARO a JIP pracuje 37 (36%) respondentů, na oddělení chirurgickém 12 (12%) sester, na oddělení interním 28 (27%), na oddělení gynekologickém 2 (2%), na oddělení dětském 2 (2%), na oddělení následné péče 2 (2%) dotazovaní a jiná odborná pracoviště uvedlo 19 respondentů (19%).

Graf 5: Délka praxe

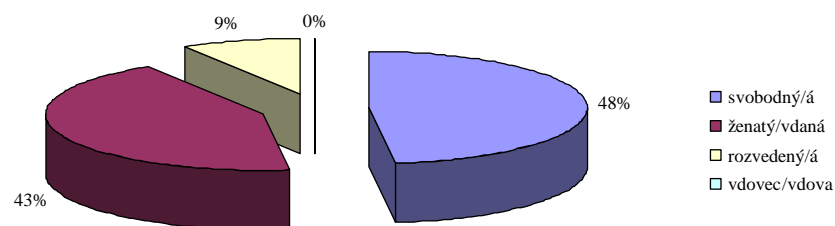
Položka 5: Délka praxe ve zdravotnictví



Z dotazníkového šetření 102 respondentů (100%) vyplynulo, že ve zdravotnictví pracuje méně než 5 let 25 (25%) sester, 5-10 let 37 (35%), 11-15 let 15 (15%), 16-20 let 6 (6%) a více než 20 let uvedlo 19 (19%) dotazovaných.

Graf 6: Rodinný stav

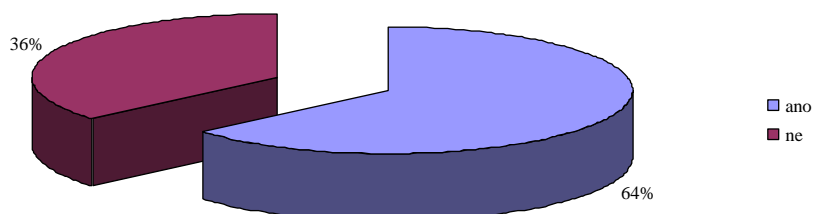
Položka 6: Stav



Z grafu vyplývá, že svobodných bylo 49 (48%), ženatých či vdaných 44 (43%), rozvedených 9 (9%). Ovdovělý nebyl mezi respondenty nikdo (0%).

Graf 7: Kouření příbuzných

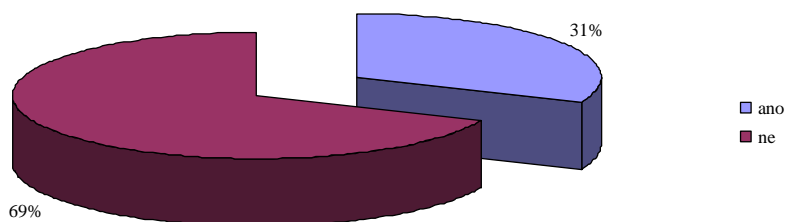
Položka 7: Kouří někdo z vašich blízkých příbuzných



Z celkového počtu dotázaných kouří někdo z blízkých příbuzných v 65 (64%) případech a u 37 respondentů (36%) není v rodině žádný kuřák.

Graf 8: Vyhrazený prostor pro kuřáky

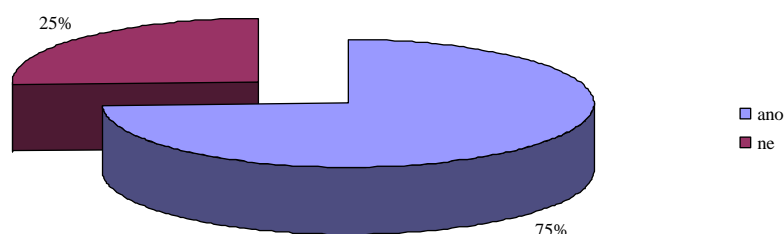
Položka 8: Máte na pracovišti vyhrazený prostor pro kuřáky



Vyhrazený prostor pro kuřáky na pracovišti označilo 32 respondentů (31%) a 70 (69%) žádný zvláštní vyhrazený prostor nemá.

Graf 9: Nedodržení zákazu kouření

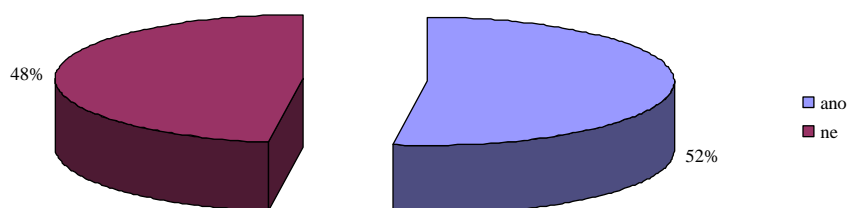
Položka 9: Je na vašem pracovišti porušován zákaz kouření



Šetření ukázalo, že zákaz kouření na pracovišti se porušuje v 76 případech (75%) a jen 26 respondentů (25%) uvedlo dodržování zákazu kouření.

Graf 10: Zodpovědnost za sestry kuřačky (výzkumný soubor kuřačky)

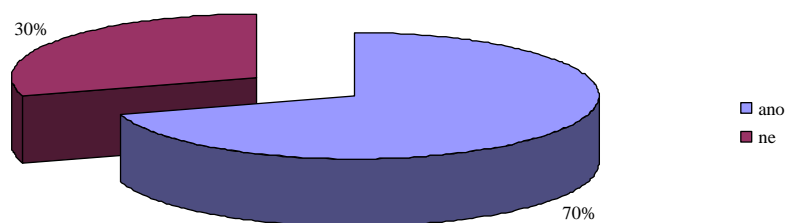
Položka 10: Přebírají sestry nekuřačky zodpovědnost za sestry kuřačky při kuřácké pauze



Z výzkumného souboru 48 respondentů kuřáků (100%) v tomto případě odpovědělo, že při jejich kuřácké pauze za ně přebírají sestry nekuřačky zodpovědnost v 25 případech (52%) a 23 (48%) uvedlo, že zodpovědnost kolegyně nenesou.

Graf 11 Zodpovědnost za sestry kuřačky (výzkumný soubor nekuřačky)

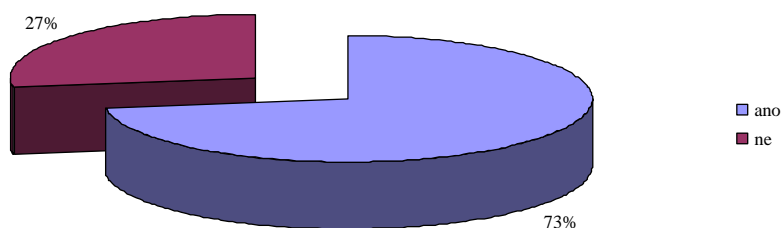
Položka 10: Přebírají sestry nekuřačky zodpovědnost za sestry kuřačky při kuřácké pauze



Ze sledovaných 54 respondentů nekuřáků (100%) přebírá v tomto případě zodpovědnost za kuřačky 38 sester (70%) a 16 sester (30%) přenesenou zodpovědnost neuvádí.

Graf 12: Osobní příklad

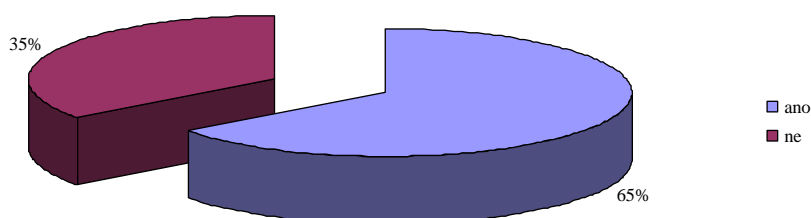
Položka 11: Zavazuje Vás vaše povolání jít osobním příkladem v péči o zdraví



Za zavazující v povolání zdravotní sestry jít osobním příkladem považuje 74 (73%) respondentů a 28 (27%) se vyjádřilo záporně.

Graf 13: Ovlivnění pacienta

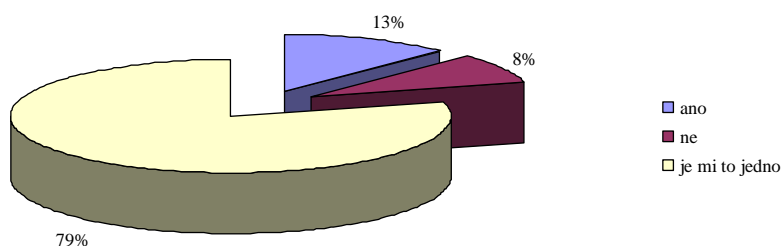
Položka 12: Můžete ovlivnit rozhodnutí pacienta přestat kouřit



Vliv sestry na rozhodnutí nemocného přestat kouřit uvádí 66 respondentů (65%) a 36 (35%) se domnívá, že rozhodnutí pacienta nemůže ovlivnit.

Graf 14: Možnost volby sestry (výzkumný soubor kuřáčky)

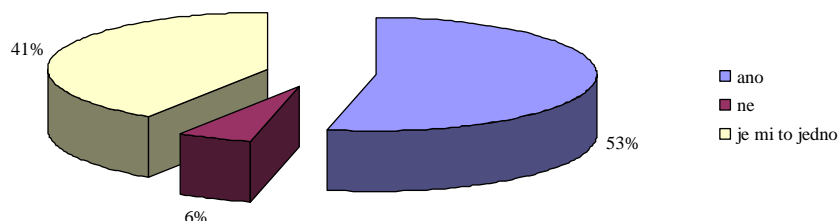
Položka 13: Kdybyste si mohla zvolit zdravotní sestru, která by o Vás pečovala v případě potřeby, vybrala byste si raději nekuřačku



Z výzkumného vzorku 48 respondentů kuřáček (100%) by při možnosti volby preferovalo sestru nekuřačku 6 (13%) dotazovaných, 4 (8%) odpověděli záporně a 38 respondentům (79%) by to bylo jedno.

Graf 15: Možnost volby sestry (výzkumný soubor nekuřačky)

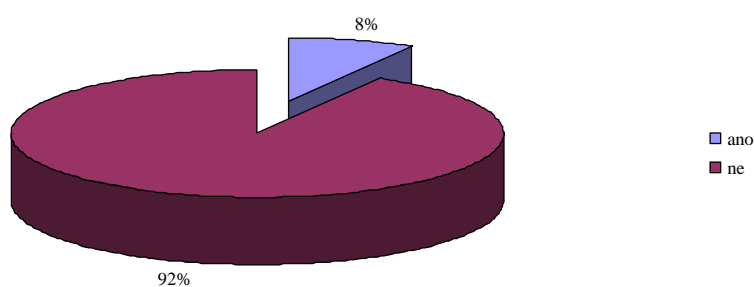
Položka 13: Kdybyste si mohla zvolit zdravotní sestru, která by o Vás pečovala v případě potřeby, vybrala byste si raději nekuřačku



Ze sledovaného počtu 54 respondentů nekuřáků (100%) by preferovalo při možnosti volby sestry nekuřačky 29 (53%), 3 (6%) dotazovaní odpověděli záporně a 22 respondentů (41%) nepřikládá důležitost tomu, zda je či není sestra kuřačka.

Graf 16: Čas věnovaný pacientům (výzkumný soubor kuřačky)

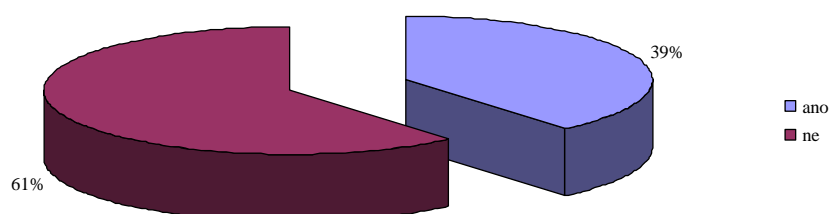
Položka 14: Myslíte si, že sestry nekuřačky věnují pacientům více času než sestry kuřačky



Ze zkoumaného vzorku 48 respondentů kuřáků (100%) si myslí, že sestry nekuřačky věnují více času pacientům ve 4 případech (8%) a 44 dotazovaných (92%) se domnívá, že čas věnovaný pacientům se mezi sestrami kuřačkami a nekuřačkami neliší.

Graf 17: Čas věnovaný pacientům (výzkumný soubor nekuřačky)

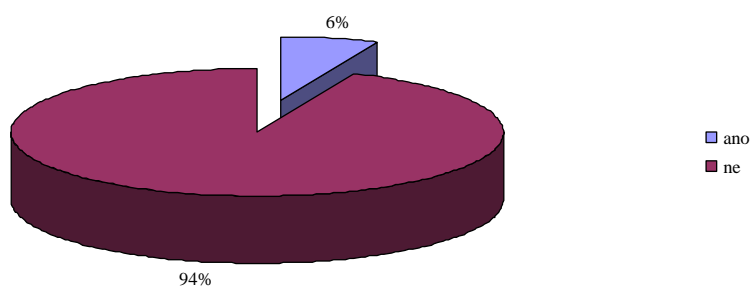
Položka 14: Myslíte si, že sestry nekuřačky věnují pacientům více času než sestry kuřačky



Při šetření z celkového počtu 54 respondentů nekuřáků (100%) odpovědělo 21 (39%) kladně a 33 tázaných (61%) si myslí, že čas věnovaný pacientům se u sester kuřaček a nekuřaček neliší.

Graf 18: Vyčlenění nekuřaček z kolektivu (sledovaný vzorek kuřačky)

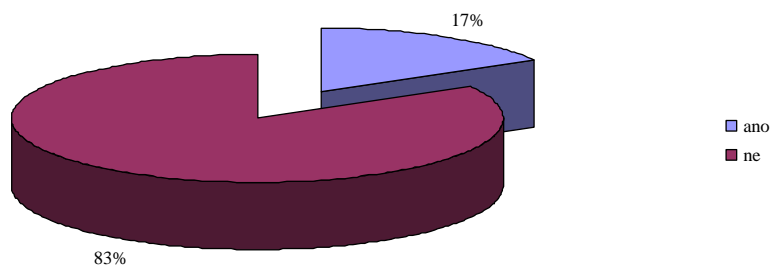
Položka 15: Myslíte si, že se cítí nekuřačky vyčleněny z kolektivu kuřaček



Z celkového počtu 48 respondentů kuřáků (100%) se domnívá, že se sestry nekuřačky cítí vyčleněné z kolektivu ve 3 případech (6%) a ostatních 45 respondentů (94%) si to nemyslí.

Graf 19: Vyčlenění nekuřaček z kolektivu (sledovaný vzorek nekuřačky)

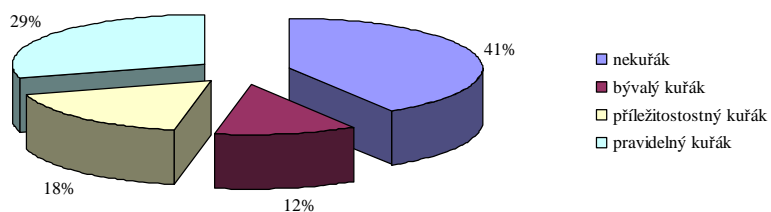
Položka 15: Myslíte si, že se cítí nekuřačky vyčleněny z kolektivu kuřaček



Ze souboru 54 dotazovaných nekuřáků (100%) uvedlo 9 (17%) sester pocit vyčlenění z kolektivu kuřaček a 45 respondentů (83%) se nedomnívá, že se nekuřačky cítí vyřazeny.

Graf 20: Kuřácký návyk

Položka 16: Váš postoj ke kouření



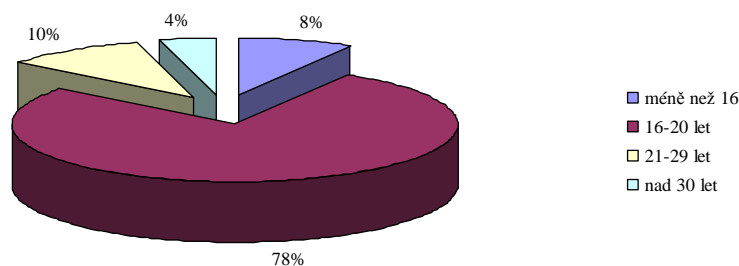
Ve výzkumného souboru 102 respondentů (100%) bylo 42 (41%) nekuřáků, 12 (12%) jsou bývalí kuřáci, 18 (18%) se označili za příležitostné kuřáky a 30 (29%) uvedlo pravidelný kuřácký návyk.

4.2 Výzkumný soubor sester kuřáček

Sledovaný soubor zahrnoval 48 kuřáček (100%).

Graf 1: Věk začátku kouření

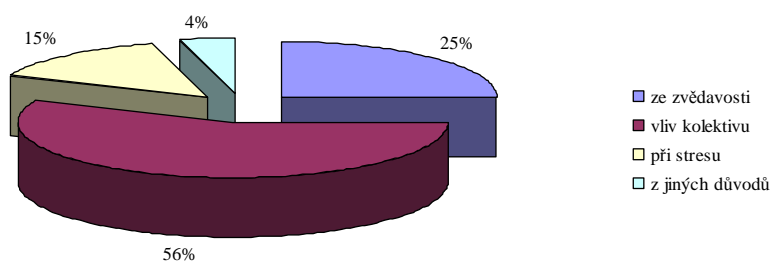
Položka 1: Od kolika let kouříte



Z celkového počtu 48 respondentů kuřáček (100%) začali kouřit ve věku méně než 16 let 4 (8%), v rozmezí 16-20 let 37 (78%) sester, ve věkové kategorii 21-29 let 5 (10%) a 2 (4%) dotazovaní označili možnost nad 30 let.

Graf 2: Důvod začátku kouření

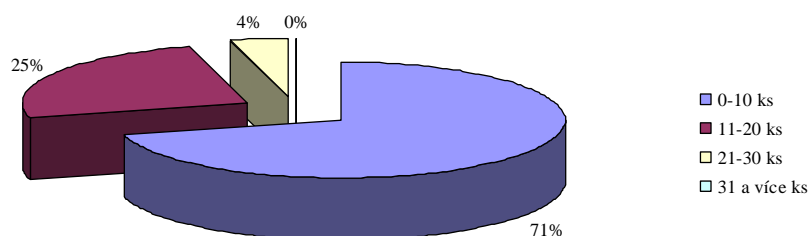
Položka 2: Proč jste začal/a kouřit



Jako důvod začátku kouření uvedlo 12 sester (25%) ze zvědavosti, na 27 (56%) měl vliv kolektiv, z důvodu stresu začalo kouřit 7 (15%) tázaných a jiné příčiny (1x pro požitek, 1x pro zvýšení sebevědomí) vymezili 2 respondenti (4%).

Graf 3: Množství vykouřených cigaret

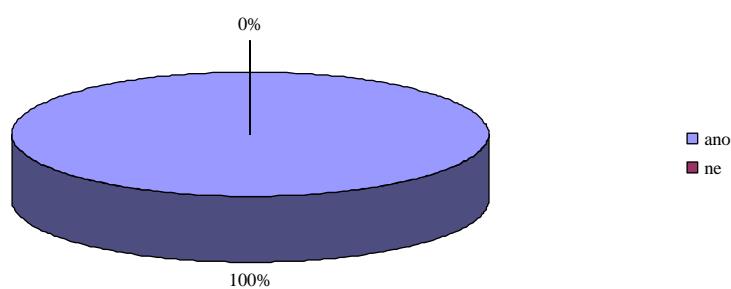
Položka 3: Kolik cigaret denně vykouříte



Denně vykouří 34 respondentů (71%) 0-10 cigaret, 12 tázaných (25%) označilo možnost 11-20 cigaret, 2 (4%) kouří 21-30 cigaret denně a položku 31 cigaret a více nevyplnil nikdo (0%).

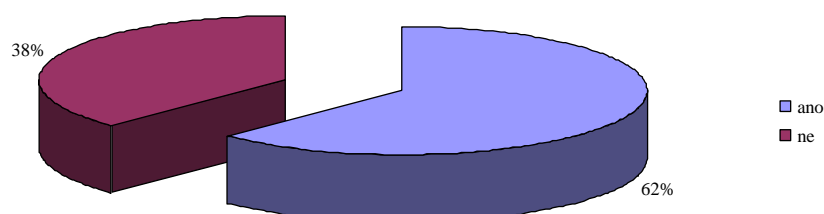
Graf 4: Informace o riziku kouření

Položka 4: Myslíte si, že jste dostatečně informován o rizicích kouření



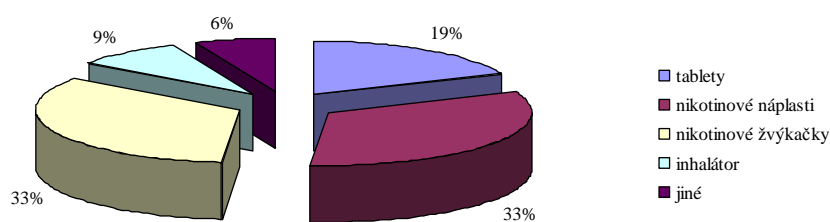
Ze sledovaného souboru 48 respondentů kuřáků se všichni domnívají (100%), že mají dostatek informací o rizicích kouření.

Graf 5: Zanechání kouření
 Položka 5: Chcete přestat kouřit



Skončit s kouřením by chtělo 30 respondentů (62%) z výzkumného souboru kuřáků a 18 (38%) přestat nechce.

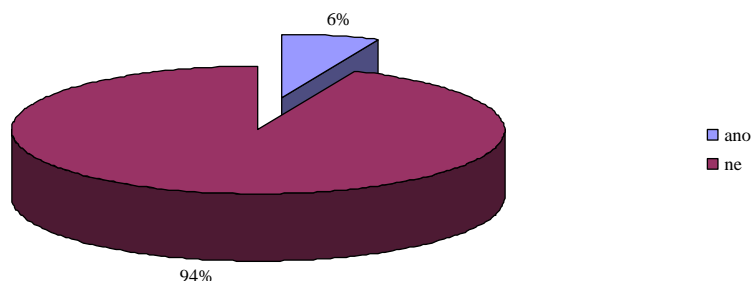
Graf 6: Metody odvykání závislosti na nikotinu
 Položka 6: Znáte některé metody využitelné při odvykání kouření



O možnosti použití tablet při odvykání kouření ví 26 (19%) respondentů, 46 (33%) zná nikotinové náplasti, 47 sester (33%) nikotinové žvýkačky, 12 (9%) zná inhalátor a u 9 dotazovaných (6%) byly uvedeny možnosti náhradního řešení jako akupunktura, hypnóza nebo vlastní rozhodnutí.

Graf 7: Léčení závislosti

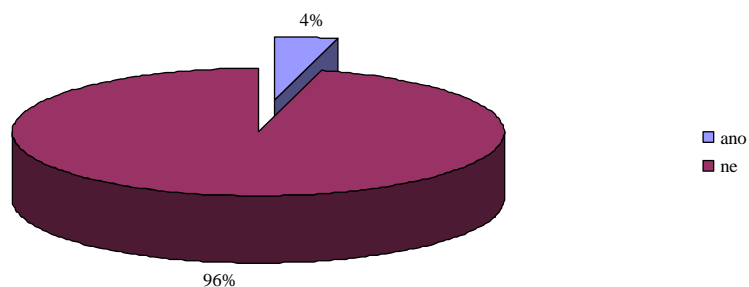
Položka 7: Léčil/a jste se již někdy v minulosti ze závislosti na tabáku



Z výzkumného souboru 48 respondentů kuřáků se léčili ze závislosti již někdy v minulosti 3 (6%) dotazovaní a 45 (94%) se nikdy neléčilo.

Graf 8: Kuřáčky a ošetřování nemocných

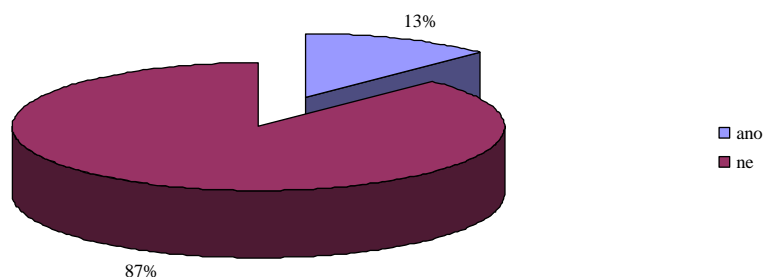
Položka 8: Kouříte více, máte-li na starosti těžce nemocné pacienty



Při péči o těžce nemocné pacienty kouří více 2 respondenti (4%) a 46 (96%) se domnívá, že péče o těžce nemocné nemá vliv na počet jimi vykouřených cigaret.

Graf 9: Zájem o protikuřácké programy

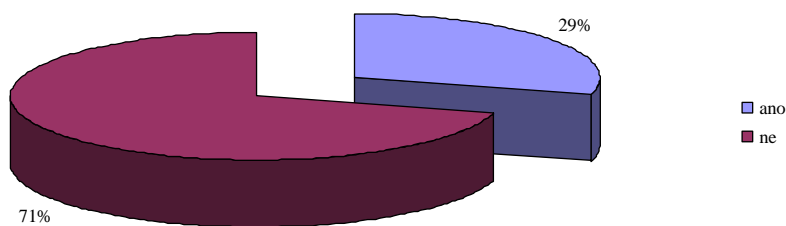
Položka 9: Zajímáte se o protikuřácké programy



Z celkového počtu 48 respondentů kuřáků jich má zájem o protikuřácké programy 6 (13%) a 42 sester (87%) přiznalo, že je nezajímají.

Graf 10: Zájem o semináře

Položka 10: Měla byste zájem o semináře týkající se odvykání kouření



Semináře týkající se problematiky odvykání kouření by uvítalo 14 respondentů (29%) a 34 (71%) nemá zájem o semináře na téma odvykání kouření.

5. Diskuze

Ve výzkumné části bakalářské práce byla zjišťována prevalence kouření u českých sester. Uvedené výsledky ukazují, že z celkového počtu 102 respondentů, bylo 48 kuřaček (47%) a 54 nekuřaček (53%). Uváděné procento ve sledovaném souboru sester kuřaček se blíží odhadům uváděných v literatuře.

Podle údajů citovaných Státním zdravotním ústavem v Praze z roku 1999 se prevalence kuřáctví pohybovala u žen na 23,1%. Ze studií MUDr. Králíkové vyplývá, že procento sester závislých na nikotinu (39%) je dokonce vyšší než v běžné populaci (13). Také výsledky šetření Mádlové z roku 1999 prokazují významnou skutečnost, že z celkového zkoumaného souboru českých sester 1127 kouří 41% (18). Při srovnávání prevalence kuřáctví mezi českými sestrami a jinými národy lze konstatovat, že ČR se v kouření sester řadí na jedno z předních míst na světě. Podle MUDr. Šachlové je prevalence českých sester kuřaček 49% a je nesrovnatelná se sestrami v USA, kde činí 17% (27).

První část šetření byla zaměřena na všechny respondenty a obsahovala jak základní sociometrické údaje, tak i specifické otázky týkající se problematiky kouření. Ve druhé skupině odpovídali jen kuřáci.

Kromě 6 mužů šlo o ženy v průměrném věku 32 let. Nečastěji byla zastoupená věková hranice 19-29 let a v této skupině také převládalo nejvíce kuřáků (více jak polovina z celkového počtu kuřáků). I když mladé sestry ve zdravotnictví převažují, můžeme si klást otázku, zda si tento zlozvyk nepřinášejí jako důsledek experimentování a hledání vlastní cesty z období dospívání nebo jako příčinu nedostatečné výchovy k nekuřáctví a špatného vlivu okolí. Vyšší procento kuřáků bylo zaznamenáno také ve věkovém rozmezí 40-49 let, tedy v generaci, kdy se kuřáctví tolerovalo. U těchto kuřáků by měla být na jedné straně uplatňována důsledná výchova a na druhé jasná osvěta s apelováním na profesionální etiku.

Patrný je i vliv vzdělání na kuřáctví u zdravotních sester. Procento kuřaček převažuje u sester se středoškolským vzděláním, kam byl zahrnutý i sestry se specializací (72%). S vyšším a vysokoškolským vzděláním se procento kuřaček snižuje (28%). V budoucnu by se měl jistě vliv vzdělání více projevit. Studium zdravotních

sester se přesouvá na vysoké školy, a tak lze doufat, že procento kuřaček u dalších generací nebude stoupat, pokud se bude klást větší důraz na výchovu k nekuřáctví.

Nečastějším místem pracovního zařazení je lůžkové oddělení, kde celkem pracuje 86% dotázaných sester. Tato pracoviště patří mezi velmi stresující, s vytížením ve směnném provozu. Největšimu psychickému a fyzickému stresu jsou ale vystavovány sestry na odděleních ARO a JIP, kde tato skupina vykazovala nejvyšší procento kuřáků (54%).

V obecných rysech byla dále zjišťována délka vykonávané praxe a ukázalo se, že nejvíce zastoupenou skupinou v délce praxe jsou sestry pracující 5-10 let. Tato skupina zahrnovala také největší počet kuřaček 44%. Jelikož se jedná o mladé sestry, sestry matky nebo ty, co v budoucnu chtějí mít rodinu, určitě stojí za zvážení otázka preventivních programů. Měly by být motivovány ve snaze přestat kouřit a být tak pro ostatní sestry i pacienty příkladem.

Porovnání výsledků u respondentů kuřáků svobodných a vdaných byl rozdíl mezi oběma skupinami statisticky nevýznamný. Za zajímavé lze pokládat vysoké procento rozvedených kuřaček. Z devíti rozvedených jich osm bylo závislých na nikotinu. Z toho vyplývá předpoklad velkého stresu a psychické zátěže sestry, která řešila zlomovou situaci ve svém soukromém životě.

Podle předpokladů a ve shodě s literaturou se potvrdila skutečnost, že pokud kouří rodiče či někdo z blízkých, jsou kuřáctvím přímo ovlivněni i ostatní členové domácnosti. Jen u 27% respondentů kuřáků jsou blízcí příbuzní nekuřáci.

V další otázce je zarážející odpověď 31% respondentů, že má na pracovišti zcela veřejně vymezený prostor pro sestry kuřačky, i když je ze zákona kouření v nemocnicích zakázané. 75% sester se vyjádřilo, že k tomuto porušování zákazu u nich na pracovišti dochází.

To, že zodpovědnost za sestry kuřačky při jejich kuřácké přestávce přebírají nekuřačky, sdílí z nekuřaček 70% a ze souboru kuřaček uznává 52%. V rozporu s tím souvisí i množství času, který je věnován pacientům. Přesto ve srovnání s minulou otázkou soudí jen 8% kuřaček a 39% nekuřaček, že více času nemocným věnují sestry nekuřačky. Jestliže připustíme, že díky kuřáckým přestávkám nekuřačky věnují více

času pacientům, pak se nabízí otázka, zda by nekouřící zdravotníci neměli být finančně zvýhodněni. A pokud kuřáci tráví další kuřácké přestávky mimo čas určený zákoníkem práce, jejich pracovní doba se tak výrazně zkracuje. V praxi lze vidět, že některé sestry prokouří velkou část své pracovní doby. I tento fakt by mohl být brán na zřetel při finančním ohodnocení.

Problém kuřáckých přestávek přes zákaz kouření, odbíhání k cigaretě, nedorozumění při abstinčních příznacích silného kuřáka s nedostatkem nikotinu, mohou vyvolávat konflikty v kolektivu. Na tento problém poukazuje Drozdová ve svých publikacích. Sestra při kuřácké přestávce opouští pacienta, někdy i oddělení a přenechává ho na starosti své kolegyni, která má též své pracovní povinnosti. Při cigaretě se kolegyně sbližují, povídají si a sestry nekuřačky se mohou cítit ostrčené na okraji zájmu kolektivu (11). Podle výzkumu Mádlové se odborníci i samotné sestry shodují v tom, že kuřáctví na pracovišti může způsobit vážné vztahové problémy (18). Tento názor nebyl v šetření zcela prokázán. Vyčlenění nekuřaček z kolektivu vnímá z kuřaček 6% a z nekuřaček se tak cítí 17%.

Ošetřování těžce nemocných a umírajících je obecně považováno za stresující a vyčerpávající. Sestry kuřačky k této problematice vyjádřily, že pokud pečují o těžce nemocného pacienta, tak 96% z nich se nedomnívá, že by tato situace ovlivnila počet vykouřených cigaret.

Názor na profesionální nevhodnost kouření a nutnost jít osobním příkladem v povolání zdravotní sestry cítí jako závazek 73% všech respondentů. Z dotázaných kuřaček se k tomuto názoru kloní 83%. Celkově 65% sester je přesvědčeno o tom, že mohou ovlivnit klienta k rozhodnutí zanechání kouření. Z kuřaček tak smýšlí polovina dotázaných. Součástí profesionální náplně sester je i působení na nemocné ve smyslu obecné prevence, kde propagace nekuřáctví a odvykání závislosti na nikotinu je na významném místě. Jestli ale sestra nabádá pacienta, aby zanechal kouření a mluví o jeho rizicích a přitom z ní klient cítí cigaretový kouř, znevažuje svůj edukační cíl.

Jak by samotné sestry, v roli pacienta, volily mezi sestrou kuřačkou a nekuřačkou, vypovídá další otázka. Nekuřačku by preferovalo z odpovědí kuřáků 13% a 53% z tázaných nekuřáků.

Nejčastěji uváděná hranice začátku kouření byla v rozmezí 16-20 let (78%). Tato věková kategorie zřejmě souvisí s dospíváním, s malou odolností proti sociálním tlakům se snahou vyrovnat se svým vrstevníkům. V této oblasti je patrný i určitý nedostatek kvalitní výchovy, ale i možnost nasměrování preventivních programů. Jako důvod začátku kouření uvedlo 56% vliv kolektivu, 25% ze zvědavosti a z důvodu stresu 15%. V počtu cigaret vykouřených za den nejčastěji kuřáci uváděli, že do 10 cigaret denně kouří 71% dotazovaných a do 20 cigaret za den 25%.

Další otázka se vztahovala přímo k hypotéze, že i přes důkladnou informovanost o problematice kouření zdravotní sestry kouří. Všichni respondenti jsou přesvědčeni, že jsou dostatečně informováni o rizicích nikotinu. V rozporu s tím je ale skutečnost, že i přesto kouří dále. To vypovídá o tom, že zdravotníci, kteří mají nejvíce informací o vlivu nikotinu na vznik zhoubných nádorů a cévních onemocnění, se tedy svými znalostmi moc neřídí. Potvrzení hypotézy naznačuje na pesimismus ve smyslu informovanosti sester.

Přestat s kouřením by chtělo 62% respondentů. Za otázku k zamyšlení stojí, že 38% zanechat kuřáctví nechce. To ukazuje, že nedůvěra ve škodlivost kouření může být spojená s neuspokojivou úrovní znalostí rizik kouření. V dnešní době, kdy jsme svědky kampaní proti kouření, kdy se denně v médiích probírají otázky závislosti na nikotinu a s tím spojených následků o škodlivosti kouření, je zarážející chování samotných zdravotníků.

Různé metody odvykání závislosti na nikotinu znají všechny kuřáčky. Ale 93% udává, že se nikdy neléčilo. Nakolik mají zdravotní sestry kuřáčky zájem o protikuřácké programy vypovídá další otázka v dotazníku. Jen 13% by projevilo zájem o tyto programy. Naopak 87% přiznalo, že je to nezajímá. Podobný výsledek byl i u dotazu na odborné semináře, kde by sestry měly možnost získat praktické znalosti, dovednosti a zkušenosti na téma odvykání kouření. O tyto semináře by se nezajímalo plných 71%. Vysvětlit si to můžeme tím, že protikuřácká kampaň je kuřákům nepříjemná. Poukazuje na jejich nedostatky, připomíná jim rizika a znepříjemňuje praktikování jejich návyku.

Zatím zůstává společnost ke kuřákům tolerantní. Údaje Mahdalové v bakalářské práci z roku 2001 vypovídají, že 45% sester považuje kouření za soukromou věc, která

nemá souvislost s povoláním a profesionálními kvalitami zdravotní sestry (19). Celkově výsledky ukazují na problematickou úroveň znalostí, zodpovědnosti a etiky sester.

6. Závěr

Z bakalářské práce vyplývá, že zjišťovaná prevalence kouření sester odpovídá údajům uváděných v literatuře a publikovaných člancích. Česká republika se v nikotinismu u sester řadí na jedno z předních míst na světě. Znalosti a povědomí zdravotníků o škodlivosti kouření a etická úroveň sester je stále neuspokojivá. K výzkumu stanovená hypotéza, že i přes důkladnou informovanost o problematice kouření sestry kouří, byla potvrzena. Bylo prokázáno, že informace o rizicích, škodlivosti a nevhodnosti kouření u sester jsou dostačující, ale jejich profesionální chování a etická úroveň tomuto zjištění neodpovídá.

Je zajímavé, že většina sester vyslovila názor na profesionální nevhodnost kouření a možnost ovlivnit pacienta v rozhodnutí přestat kouřit. Ale v praxi se již tím samy příliš neřídí. Na svém pracovišti jsem často svědkem, jak sestry kuřačky jsou cítit cigaretovým kouřem a těžko pak mohou být příkladem pro své klienty.

Zabývala jsem se i problematikou vztahů kuřaček a nekuřaček. Zahraniční i české studie ukazují, že kouření zdravotníků může způsobovat vážné vztahové problémy na pracovišti. Zde se naskýtá stále otevřený prostor pro řešení. Ze své zkušenosti mohu jen potvrdit bezohlednost většiny kuřaček, jejich časté odchody z pracoviště, kdy se nekuřačky musejí starat o jejich nemocné. Nejhorší situace nastává, pokud na směně převažují kuřačky. V rámci své kuřácké přestávky všechny odejdou z pracoviště a zanechají např. jedné sestře na starost všechny pacienty. Zde se potvrzuje plně pravidlo, že pokud kouří vedení, je tolerantní v tomto zlovyku i k ostatnímu kouřícímu personálu.

Je velmi zarážející, že i když je v nemocnicích ze zákona zakázáno kouřit, 75% dotázaných sester uvedlo, že je u nich na pracovišti zákon porušován. Dokonce některá oddělení mají pro tento účel vyhrazený prostor a scházejí se zde sestry z různých úseků a na různě dlouhou dobu. Myslím si, že toto chování je u zdravotníků nepřijatelné a že velká část zodpovědnosti padá na vedoucí pracovníky.

Možnosti řešení bych hledala v rozsáhlých preventivních akcích. Domnívám se, že je nutné více zaměřit výchovu a motivaci k nekuřáctví u studentů zdravotnických profesí. Mladí lidé nedoceňují riziko nikotinové závislosti a i ti, co byli o rizicích

kouření informování, mívají omezenou schopnost tyto informace moudře využít. Za ideální opatření bych považovala přijímat jen sestry nekuřačky a požadovat nekuřáctví u vedoucích pracovníků. Důležitost spatřuji také v podporování vzdělávání, pořádání odborných seminářů na téma kouření a odvykání, a přednášek o etice zdravotnických pracovníků. Myslím si, že je nutné sestrám kuřačkám poskytnout podporu při jejich snaze skoncovat s návykem, posilovat u nich motivaci nekouřit a požádat o pomoc a zapojit do těchto aktivit i sestry nekuřačky.

K zamyšlení je určitě výzkumný program kanadských sester CloseUp a možnost jeho aplikace v českých poměrech. Tato pomůcka pomáhá sestrám nejen získat více kontroly nad kuřáckým návykem, ale že získané vědomosti také v konečném důsledku obohatí jejich každodenní praxi.

V závěru bych konstatovala, že je stále třeba zvyšovat úsilí v oblasti prevence kouření, kde sestry mají nezastupitelnou roli být vzorem i rádcem na cestě k abstinenci. Věřím, že má práce by mohla být nejen zdrojem informací, ale i podnětem ke změně chování a k zamyšlení sester nad vlastním kuřáctvím.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BESSER-SIEGMUND, C. *Kuřáci, jak skončit s návykem*. 1. vyd. Praha: Empatie, 1998. 77 s. ISBN 80-85953-06-4.
2. BLÁHOVÁ, I. HAVLOVÁ, K. Kouření sester může způsobit problémy na pracovišti
<http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=165019>, 21.2.2007
3. BRAMADAT, I.J. CloseUp: A resource for nurses who smoke. *Canad Nurse*. Canada: 1999, č. 8, s. 31-34.
4. CRHA, I. HRUBÁ, D. *Kouření a reprodukce*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000. 54 s. ISBN 80-210-2284-1.
5. Česká koalice proti tabáku. Centra léčby závislosti na tabáku.
http://www.dokurte.cz/?stranka=Centra_lecby_zavislosti&typ=sablony, 15.4.2007
6. Česká koalice proti tabáku. Česko zůstává popelníkem Evropy.
<http://www.dokurte.cz/?stranka=ohlasy&typ=clanky&vypsati=1675>, 22.3.2007
7. Česká koalice proti tabáku. Jak přestat kouřit.
http://www.dokurte.cz/?stranka=jak_prestat_kourit&typ=sablony&rozbal=jak_prestat, 22.3.2007
8. Česká koalice proti tabáku. Jak škodí pasivní kouření.
http://www.dokurte.cz/?stranka=pasivni_koureni&typ=sablony, 4.5.2006
9. ČEŠKA, R. „et al“. *Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 343 s. ISBN 80-7254-738-0.

10. ČUPKA, J. DOHNAL, K. KONŠTACKÝ, S. „et al“. *Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. 8 s. ISBN 80-903573-7-7.
11. DROZDOVÁ, R. Kouření sester jako problém. *Vita nostra revue*. Praha: 2002, roč. 11, č.4, s. 76-81. ISSN 1212-2083
12. HRUBÁ, E. Proč nekouřit. 1. vyd. Praha: *Liga proti rakovině*, 1996. 11 s.
13. KRÁLÍKOVÁ, E. BÝMA, S. CÍFKOVÁ, R. a spol. *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. 1. vyd. Brno: Česká kardiologická společnost, 2006. 22 s. ISBN 80-239-7362-2.
14. KRÁLÍKOVÁ, E. KOZÁK, J. T. *Jak přestat kouřit*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 130 s. ISBN 80-85912-68-6.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
16. KRUŽEJ, E. *Mentální hygiena*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 50 s. ISBN 80-7184-674-0.
17. LANDA, Z. *Pěstování tabáku v Čechách*. 1. vyd. Praha: 2005. 26 s. ISBN 80-239-4662-5.
18. MÁDLOVÁ, I. MÁDLE, A. BÍLEK, M. Kouření sester českých nemocnic. Česká lékařská společnost J.E.Purkyně. *Hygiena 46*. Praha:2001, č.1, s. 24-32
19. MAHDALOVÁ, P. *Bakalářská práce: Sestry a kouření*. Brno, 2001.

20. MARKALOUS, B. *Nemoci krku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 255 s.
ISBN 80-7254-552-3.
21. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s.
ISBN 80-7178-831-7.
22. POKORNÝ, V. TELCOVÁ, J. TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno:
2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-04.
23. PRABHAT, J. CHALOUPKA, F. J. *Jak zvládnout kuřáckou epidemii*. 1. vyd.
Praha: Státní zdravotnický ústav, 2004. 117 s. ISBN 80-7071-234-1.
24. SOVINOVÁ, H. SCÉMY, L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*.
1. vyd. Praha: Státní zdravotnický ústav, 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9.
25. SOVINOVÁ, H. SCÉMY, L. SADÍLEK, P. *Zdraví a škodlivé návyky*.
1. vyd. Praha: Státní zdravotnický ústav, 1999. 56 s. ISBN 391A50277.
26. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 1: Koncepce českého ošetřovatelství*. 1. vyd.
Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 50 s.
ISBN 80-7013-263-9.
27. TABÁK A ZDRAVÍ. *Informační bulletin*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2005. 7 s.
28. VOKURKA, M. HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf,
2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.
29. VOŽECH, F. *Kouření očima patofyziologa*.
http://www.dokurte.cz/?stranka=nemoci_zpusobene_kourenim&typ=clanky&vypsat=1306, 4.5.2006

30. ZLOCH, Z. „et al“. *Kapitoly z hygieny*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2001.
159 s. ISBN 80-246-0269-5.

8. Klíčová slova

kouření

nikotin

prevence

sestra

závislost

9. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č 2: Fagerströmův test nikotinové závislosti

Příloha č.3: Centra léčby závislosti na tabáku

Příloha č. 1: Dotazník

Vážená kolegyně, kolego

Jmenuji se Ivana Sýkorová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Sbíráám údaje pro bakalářskou práci na téma: „Tabákismus, nikotinismus u sester“. Dotazník je anonymní a výsledky budou sloužit výhradně ke zpracování pro výzkumné účely. Vámi vybranou odpověď, prosím označte křížkem nebo doplňte. Děkuji předem za vyplnění dotazníku.

A. Otázky pro všechny dotazované

1. Jste: žena muž

2. Vaše věková kategorie:

19 - 29 let 30 - 39 let 40 - 49 let 50 a více let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

SZŠ VOŠ VŠ jiné.....

4. Na jakém oddělení pracujete:

ARO, JIP chirurgické interní gynekologické
 dětské následné péče jiné (prosím uveďte)

5. Délka praxe ve zdravotnictví:

6. Stav:

svobodný/á ženatý/vdaná rozvedený/á vdovec/vdova

7. Kouří někdo z Vašich blízkých příbuzných (rodiče, partner)?

ano ne

8. Máte na pracovišti vyhrazený prostor pro kuřáky?

ano ne

9. Je na vašem pracovišti porušován zákaz kouření?

ano ne

10. Přebírají sestry nekuřačky zodpovědnost za sestry kuřačky při kuřácké pauze?

ano ne

11. Zavazuje Vás vaše povolání jít osobním příkladem v péči o zdraví?

ano ne

12. Můžete ovlivnit rozhodnutí pacienta přestat kouřit?

ano ne nevím

13. Kdybyste si mohla zvolit zdravotní sestru, která by o Vás pečovala v případě potřeby, vybrala byste si raději nekuřačku?

ano ne je mi to jedno

14. Myslíte si, že sestry nekuřačky věnují pacientům více času než sestry kuřačky?

ano ne

15. Myslíte si, že se cítí nekuřačky vyčleněny z kolektivu kuřaček?

ano ne

16. Váš postoj ke kouření:

- jsem nekuřák
- jsem bývalý kuřák, dříve jsem kouřil/a
- jsem příležitostný kuřák, kouřím, ale ne denně
- jsem pravidelný kuřák

B. Otázky jen pro kuřáky, kuřáčky

1. Od kolika let kouříte?

2. Proč jste začal/a kouřit?

ze zvědavosti vliv kolektivu při stresu

z jiných důvodů

3. Kolik cigaret denně vykouříte?

0 - 10 11 - 20 21 - 30 31 a více

4. Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o rizicích kouření?

ano ne

5. Chcete přestat kouřit?

ano ne

6. Znáte některé metody využitelné při odvykání kouření? (můžete zatrhnout více možností)

tablety nikotinové náplasti nikotinové žvýkačky inhalátor

jiné

7. Léčil/a jste se již někdy v minulosti ze závislosti na tabáku?

ano (prosím uveďte jak)

ne

8. Kouříte více, máte-li na starosti těžce nemocné pacienty?

ano ne

9. Zajímáte se o protikuřácké programy?

ano ne

10. Měl/a byste zájem o semináře týkající se odvykání kouření?

ano ne

Milé kolegyně a kolegové, děkuji za trpělivost a čas strávený vyplněním dotazníku.

Ivana Sýkorová

iv.sykorova@seznam.cz

Příloha č 2: Fagerströmův test nikotinové závislosti

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

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

ano	1 bod
ne	0 bodů

Které cigarety byste se nejméně rád vzdal?

první ráno	1 bod
kterékoli jiné	0 bodů

Kolik cigaret denně kouříte?

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

Kouříte víc během dopoledne?

ano	1 bod
ne	0 bodů

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 závislost na nikotinu
5–10	silná závislost na nikotinu

Zdroj: Králíková E. Kozák J. T. Jak přestat kouřit (13)

Příloha č.3: Centra léčby závislosti na tabáku

Brno: Centrum léčby závislosti na tabáku, Klinika nemocí plicních a tuberkulózy
Fakultní nemocnice Brno - Bohunice, Jihlavská 20, Brno

České Budějovice: Centrum léčby závislosti na tabáku
Nemocnice České Budějovice, a.s, B. Němcové 585/54, České Budějovice

Liberec: Centrum léčby závislosti na tabáku
Krajská nemocnice Liberec, Husova 10, Liberec

Olomouc: Centrum léčby závislosti na tabáku, Klinika plicních nemocí a tuberkulózy,
Fakultní nemocnice Olomouc, I.P. Pavlova 6, Olomouc

Ostrava: Centrum léčby závislosti na tabáku
Plicní odd. při Vítkovické nemocnici, a.s, Zalužanského 1192/15, Ostrava

Plzeň: Centrum léčby závislosti na tabáku
Klinika TRN, Fakultní nemocnice Plzeň, Třída Dr. E. Beneše 13, Plzeň

Praha: Referenční centrum léčby závislosti na tabáku
III. interní klinika 1.LF UK a VFN, Poliklinika VFN, Karlovo náměstí 32, Praha 2

Centrum léčby závislosti na tabáku
Pneumologická klinika 2.LF UK a Fakultní nemocnice Motol, V Úvalu 84, Praha 5

Centrum léčby závislosti na tabáku, Fakultní nemocnice na Bulovce,
Klinika pneumologie a hrudní chirurgie 3.LF UK, Pávilon 10, Budínova 2, Praha 8

Zdroj: www.dokurte.cz/?stranka=Centra_lecby_zavislosti&typ=sablony (5)