

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

KOUŘENÍ SESTER JAKO PROBLÉM

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: **Marcela Jindřišková**

Vedoucí práce: **Bc. H. Hykyšová**

2007

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Jilemnici

(podpis)

Poděkování:

Upřímně děkuji Bc. H. Hykyšové, vedoucí mé práce, za veškerou pomoc a hlavně trpělivost, kterou mi při zpracování bakalářské práce věnovala.

MOTTO:

„PROČ SI ZKRACOVAT ŽIVOT KOUŘENÍM, KDYŽ JSME

NA SVĚTĚ JEN JEDNOU.“

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD.....	6
1. HISTORIE KOUŘENÍ	8
2. SLOŽENÍ TABÁKOVÉHO KOUŘE.....	9
3. RIZIKA KOUŘENÍ.....	10
3.1. PASIVNÍ KOUŘENÍ.....	10
3.2. KOUŘENÍ A RODINA.....	12
4. KOUŘENÍ A ZÁVISLOST.....	13
4.1. DEFINICE ZÁVISLOSTI.....	14
4.2. LEGISLATIVA.....	16
5. ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ.....	18
5.1. SEBEODVYKÁNÍ.....	18
5.2. MEDICAMENTÓZNÍ LÉČBA.....	19
5.3. HYPNÓZA.....	19
5.4. AKUPUNKTURA.....	19
5.5. LÉKAŘSKÉ PORADENSTVÍ.....	20
5.6. RELAXAČNÍ TECHNIKY A JÓGA.....	20
5.7. SKUPINOVÁ TERAPIE.....	20
5.8. CENTRA PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU.....	21

EMPIRICKÁ ČÁST

6. CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI.....	22
6.1. CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	22
6.2. SLEDOVANÝ SOUBOR.....	22
6.3. METODIKA VÝZKUMU.....	22
7. VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJÍ ANALÝZA.....	24
7.1. DISKUSE.....	44
ZÁVĚR.....	45
ANOTACE.....	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	48
SEZNAM PŘÍLOH.....	50
PŘÍLOHA.....	51

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

V dnešní době si stále více všímáme a zajímáme se o problémy spojenými s kouřením a jeho tragickými následky. Přesto, že ve 20. století kouření způsobilo smrt 100 miliónům lidem, se ještě v jeho první polovině kouřilo bez obav o zdraví, protože kouření v té době bylo velmi módní. Občas se v nějakých novinách objevil článek o tom, jak je kouření škodlivé, a jak ovlivňují činnost plic, mozku a srdce, že mohou i způsobit smrt. Ale doba byla taková, že se dávala přednost módě. Proto někteří lékaři, natož veřejnost nebrali tyto varování dost vážně. Když vyšla v roce 1950 první velká studie, která skutečně prokazovala souvislost kouření s rakovinou plic, reagovala na to média a veřejnost, že je to jen nepodložená myšlenka několika fanatických aktivistů a lékařů, kteří chtějí lidem zkazit požitek z kouření. Trvalo několik let, než lidé začali tuto skutečnost brát opravdu vážně.

Teprve epidemiolog Richard Doll, který se jako první začal tomuto problému podrobně věnovat zjistil, že následky kouření jsou opravdu tragické. Ve své padesátileté studii, ve Velké Británii dokázal, že ¼ lékařů, kteří kouřili, umírá dřív, než jejich nekuřáckí kolegové, což také v roce 1974 publikoval.

Také tabákový průmysl musel na tuto studii reagovat. Nejdříve zavedl filtry. A tak vzniklo tvrzení, že kouření je opět bezpečné. Ale to nebyla pravda. Ani následná výroba light cigaret se neosvědčila, proto dnes vidáme už jen varovná motta a slogany na obalech jednotlivých krabiček a kartonů. (Králiková, 2004)

I když se hovořilo o škodlivosti kouření již dříve, přesto většina lidí stále kouří, ale mnoho také s kouřením přestává. Jsou to lidé kteří mají problémy se zdravím, problémy se zařazením do nekuřáckého pracovního kolektivu, a v dnešní době i finanční problémy, protože cena cigaret neustále roste. Ale stále je na světě tolik kuřáků, které neodrazuje, ani jejich vysoká cena ani škodlivost. Proto si myslím, že tabákový průmysl nemusí mít strach o nedostatek finančních prostředků.

V poslední době se také, čím dál častěji, hovoří o problému kouření zdravotních sester. Je to z důvodů vysokého pracovního nebo profesního stresu? Náročnosti jejich práce? Nebo je to jen závislost na nikotinu, kterého se sami neumí zbavit, nebo snad nemají důvod?

Je nutné si uvědomit, že mi jako zdravotníci, bychom měli jít klientům příkladem a edukovat je v tomto směru a ne je utvrzovat v mínění : „Kouří zdravotníci, mohu i já!“

Cílem mé práce v empirické části bylo:

- zjistit, zda zdravotní sestry začínají kouřit, nebo již se závislostí na nikotinu nastoupili do zaměstnání
- zjistit, zda zdravotní sestry kouří z důvodu stresu na pracovišti
- zjistit, zda by zdravotní sestry byli ochotné přestat kouřit v odvykacím programu, který by se konal přímo na jejich pracovištích
- zjistit, zda by kouřící zdravotní sestry motivovaly odměny sestrám nekuřáčkám
- dokázat, že zdravotní sestry, které kouří mají neblahý vliv na sebe i své okolí

Cílem mé práce v teoretické části bylo:

- popsat termín kouření a jaká problematika je s ním spojená

1. Historie kouření

Již v dávné historii starověku je popisována inhalace různých dýmů, jak nás o tom informuje Herodotos, Plinius starší či Mela Pompinus. Například inhalace dýmů z kravského trusu prý léčila demenci. Kouření tabákových listů zavedli již první američtí Indiáni kmene Huronů, kteří kouřili v rámci svých náboženských rituálů. Tabák měl také pro Indiány i léčebné účinky, které používali v podobě pasty k léčbě vředů na kůži, samotné kouření pak používali proti únavě, bolestem a hladu. Ale také byl důležitý k udržení míru, proto se často nepřátelené kmeny scházeli, aby spolu vykouřili tzv. „dýmku míru.“

První Evropan, který vyzkoušel tabák, byl námořník Kolumbovy posádky, který viděl kouřit Indiány po objevení Ameriky v roce 1492. Do Evropy byl přivezen tabák v roce 1512 a v roce 1558 se již v Portugalsku pěstoval a poté už nebyl problém, aby se rozšířil do celé Evropy. Obyvatelé ho kouřili v dýmce, nebo jako doutník, později pili odvar, šňupali tabákový prach a snažili se ho používat jako Indiáni. V roce 1559 se dostal tabák do rukou Francouzovy Jeanu Nicotovi a ten se rozhodl tuto rostlinu prozkoumat. Ten ji zkoumal a popsal její „léčebné účinky.“ Alkaloid, který objevil, byl později popsán jeho jménem.

Do českých zemí se dostal tabák za vlády panovníka Rudolfa II. „pravděpodobně prvním českým kuřákem byl Mikuláš Dačický z Heslova.

Písemné zprávy o tabákových léčivých schopnostech se šířily tak rychle, že se za krátkou dobu stal tabák královnou tehdejší farmacie. Ale už tehdy se našli lidé, kteří mu nedůvěřovali. Například lékař Van der Meer z Delftu, již v té době poukazoval na snížení jeho používání. A s jeho postupným rozšiřováním o jeho kvalitách se proto šířily i zprávy o jeho škodlivosti. A brzy na to vydal anglický král Jakub I. protest proti tabáku, „Counterblaste to tobacco.“ Také se začali objevovat první zákazy a tresty v souvislosti s používáním tabáku. Byli zpochybněny jeho léčivé účinky a byl přirovnáván k pekelný mocnostem. Proto také byl přísný zákaz kouření u církve a ti co neuposlechli, byli vyřazeni. (Kozák a kol., 1993)

Tyto tresty zrušil až Petr Veliký, který byl vášnivým kuřákem. Další důležitý zlom v historii tabáku, byl v době války Severu proti Jihu v USA, vynález stroje na výrobu cigaret. Z tohoto důvodu následovalo jeho rychlé šíření a protože kouření získávalo svou oblibu, netrvalo dlouho a jeho výroba a prodej se stala významným světovým obchodem. A tento byznys začal patřit mezi důležité zdroje příjmů do státních pokladen vyspělých zemí (u nás tvoří daň téměř 70% ceny cigaret). (Králíková, Kozák, 1997)

2. Složení tabákového kouře

Nicotina tabacum, neboli tabák je rostlina z rodu lilkovitých. Má vejčité listy a celokrajné pětičetné květy složené z vijanů. Plody mají tvar dvoupouzdrové tobolky, které se otvírají na vrcholu čtyřmi chlopněmi. Tabák je jednoletá rostlina, asi metr a půl vysoká. (Kozák a kol., 1993)

Tabákový kouř se skládá z více než 4000 plynných a hmotných látek, z nichž je asi sto kancerogenních (například dibenzantracen, dimetylnitrosamin, dietylnitrosamin, vinylchlorid, hydrazin, arzén a další). Mezi další patří mutageny, alergeny a toxické látky. Důležité je zmínit i vysoký obsah oxidu uhelnatého, hlavně v souvislosti s kardiovaskulárními chorobami. Dále cigaretový kouř obsahuje dehet. Některé cigarety mají obsah dehtu snížený, a proto mohou snížit riziko plicní rakoviny, ale riziko kardiovaskulárních chorob zůstává na stejné úrovni, jako u běžných cigaret. (Králíková, Kozák, 1997)

Z hmotných látek, které jsou obsaženy v cigaretovém kouři, je nejdůležitější Nikotin, díky kterému vzniká závislost na kouření. Nikotin a sloučeniny z něho vznikající jsou látky způsobující toxicitu kouře. Množství Nikotinu v cigaretě je závislé na druhu tabáku, způsobu jeho sklizně a jeho fermentace. (Kozák a kol., 1993)

3. Rizika kouření

V této době nikdo nedokáže potvrdit, že kouření může být zdraví prospěšné. Závislost na nikotinu není jen zlovyk, ale dnes je popisována, jako drogová závislost na nikotinu. A podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) má kouření, jako nemoc číslo diagnózy F. 17 a označuje se již za nemoc heroinového typu. Je to tedy onemocnění se všemi fatálními důsledky. Velký význam při inhalaci tabákového kouře má tzv. syndrom osobní imunity. Při tomto syndromu si lidé myslí, že jsou svými pány a mohou kouření kdykoli zanechat, ale jak víme z praxe, není to vůbec jednoduché. (Kachlík, 2005)

Kouření se podílí na vzniku nejméně 24 diagnóz ve třech skupinách nemocí.

Způsobuje:

- 20% kardiovaskulárních onemocnění (ta jsou příčinou 56% úmrtí). Mechanismus těchto onemocnění není ještě zcela jasný. Ale je jasné, že vazokonstrikce a aktivace sympatiku zvýší viskozitu krve, zmnoží erytrocyty, leukocyty, fibrinogen, poškodí endotel a také nepříznivě ovlivňuje sérové lipidy a lipoproteiny.
- 30% nádorových onemocnění (ta jsou příčinou 22% úmrtí). Nejvýznamnější je podíl u vzniku rakoviny plic- až 90%. Ale také rakoviny pankreatu, hltnanu, jícnu a děložního čípku a dalších.
- 75% chronických plicních onemocnění, především chronická bronchitida a plicní emfyzém. (Králíková, Kozák, 1997)

Kouření také způsobuje zrakové problémy. Bylo zjištěno, že se některé části cigaretového kouře transportují až do čočky, kde způsobují zvětšení a zbytnění epitelálních buněk. Také se v čočce ukládají těžké kovy (olovo, měď a kadmium) a tím se podílí na vzniku katarakty, šedého zákalu a degeneraci makuly, která je v dospělosti nejčastější příčinou oslepnutí. (Králíková, 2005)

Na důsledky kouření zemřou ročně miliony lidí po celém světě. Každých 10 sekund zemře jeden člověk na následky nemoci spojené s kouřením. (Mackay, Eriksen, 2002)

3. 1. Pasivní kouření

Pokud mluvíme o pasivním kouření, mluvíme o dopadu kouření tabáku na nekuřáky. Také pasivní kouření má negativní vliv na zdraví. Kromě nepohody nekuřáka ve společně

místnosti, kde se kouří, může však způsobit iritace sliznic, záněty očních spojivek, bolesti hlavy a další problémy. Způsobuje, ale také nemoci spojené s kouřením aktivním : cévní, nádorová, i plicní onemocnění. Podle epidemiologických průzkumů zemře ročně v České republice na následky pasivního kouření přibližně 120 – 160 lidí. Toto číslo není přesné, ale určitě se nerovná nule. (Králíková, Kozák, 1997)

Žádnému kuřákovi nelze nařídít, aby nekouřil, tak i nekuřák nemůže kuřákovi zakázat přístup na zdravý vzduch. I když se stále na světě najde většina lidí, kteří nekouří.

Již v 80. letech minulého století dochází k přehodnocení nebezpečí pasivního kouření. Dříve se o tomto kouření mluvilo jen o obtěžování, ale díky novým poznatkům se ukázalo, že jde o omyl.

K nejrizikovějším prostředím pasivního kouření lze zařadit vnitřní prostory budov, kulturní střediska, veřejné budovy, dopravní prostředky, ale hlavně byty. A protože výskyt neohleduplných kuřáků u nás stále roste, hlavně u mladé generace, tak se riziko pasivního kouření stále zvyšuje. (Kozák a kol., 1993)

Občan- nekuřák je chráněn před pasivním kouřením zákonem. Jedná se o zákon č. 379/2005 Sb. O opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Tento zákon říká, že kouření způsobuje škody na zdraví. Orgány a organizace jsou povinny chránit své občany. Způsob ochrany je vymezen výchovou, omezením a postihem za nedodržení zákona. Zákon také poskytuje primární ochranu především dětem a mladistvím, ale i dalším skupinám obyvatelstva. Tento zákon spadá pod Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, dále pod Obecní úřady a jim podřízené organizace. V České republice bohužel neexistuje jeden ucelený zákon, který by se zabýval kontrolou tabáku. (Zákon č. 379/2005 Sb.)

3. 2. Kouření a rodina

Ke zvýšenému riziku pasivního kouření patří členové rodiny, žijící společně s kuřákem v jednom bytě. Nejvíce jsou ohrožené děti, protože ty nemohou před kouřením rodičů v bytě své kouřící pasivitě nijak zabránit. Přitom je dokázané, že dítě vyrůstající v takovémto prostředí má častěji záněty horních i dolních cest dýchacích, záněty středního ucha, tzv. „voskové ucho,“ ale také přibližně 10% leukémií v dětském věku je přičítáno vlivu kouření na dětský organismus.

Také těhotné, aktivně či pasivně, kouřící ženy si mnohdy neuvědomují dopad svého počínání vůči plodu. U těhotných žen může kouření způsobit potrat, ale také se kouřícím maminkám rodí děti s nízkou porodní vahou, které mohou být i handicapované, z důvodu opožděného či nedokonalého vývoje plodu. (Králíková, Kozák, 1997)

4. Kouření a závislost

Zlovyk je třeba kousání nehtů nebo hraní si z tužkou mezi prsty, ale kouření je nemoc - **závislost**, která patří mezi psychiatrické diagnózy.

Obecně se dá říci, že kouření je psychosociální jev, který ovlivňují psychické, psychosociální, ale i ekonomické faktory. V této době se setkáváme s kouřením již v dětském věku, kdy si děti ještě ani neuvědomují, jaké s sebou kouření nese následky. Jak v souvislosti s následnými nemocemi, ale hlavně se závislostí. Velkým příkladem pro tyto děti jsou sourozenci, rodiče, učitelé, ale hlavně starší kamarádi. Při prvních pokusech o kouření sice převažují nepříjemné pocity, ale při opakovaném kouření, již tyto pocity mizí a do popředí vystupují příjemné stavy, které vedou k opakovanému kouření. A tato činnost má za následek vznik závislosti na nikotinu. Čím dříve se s kouřením začne, tím rychleji dochází k tomuto návyku. (Kozák a kol., 1993)

Cigaretový kouř obsahuje tisíce látek, ale nikotin je hlavní složkou, která vyvolává farmakologickou odpověď. Tlumí a stimuluje centrální, periferní nervový systém, systém endokrinní i kardiovaskulární, působí na uvolnění kosterního svalstva, aktivuje mozkovou kůru, zvyšuje činnost nervových přenašečů, některých hormonů, ale také glykémie. Zvyšováním hladiny dopaminu se zlepšuje nálada a vyplavený adrenokortikotropní hormon snižuje napětí a nakonec zvýšení noradrenalinu a acetylcholinu kuřákům podporuje výkonnost. Kouření mívá i příznivé účinky na ranní defekaci, ale také odstraňuje spasmus trávicího traktu po těžkém jídle. Závislost je, ale také fixována na samotné pocity při kouření, mezi které patří i zapalování cigarety, držení jí v ruce, pití černé kávy.

Psychická závislost se rozvíjí v důsledku opakování této činnosti a s následným navozením klidu po stresových situacích.

U kuřáků tedy mluvíme o závislosti fyzické i psychické. I po neblahých začátcích se u každého kuřáka po dvou letech vyvine závislost, tak na udržení návyku se podílí i vedle samotného nikotinu i stres. Hlavně stres zvyšuje touhu po této látce a také touha, která se projeví útlumem nepříjemných pocitů při abstinenčních příznacích bez nikotinu. (Kachlík, 2005)

4. 1. Definice závislosti

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

Syndrom závislosti- (tato diagnóza má statistický kód F 1x. 2, místo x se doplňuje číslo, které označuje závislost na dané návykové látce). Jsou to fyziologické, behaviorální a kognitivní fenomény, u nichž má užívání návykové látky větší přednost, než cokoli jiného, co pro závislého či závislou mělo kdysi. Základní popisnou charakteristikou tohoto syndromu závislosti je touha po dané látce. Touha může být silná, až přemáhající.

Diagnózu stanovíme definitivně pouze tehdy, jestliže u klienta došlo během jednoho roku ke třem nebo více následujících projevů:

- a) silná touha či pocit puzení k užívání dané látky

- b) potíže se sebeovládáním při užívání látky

- c) tělesný odvykací stav, kdy je látka braná s úmyslem snížit abstinenční příznaky

- d) průkaz tolerance k účinku látky, jako vyžadování vyšších dávek látek, k dosažení účinku vyvolaného původně nižšími dávkami

- e) postupné zanedbávání jiných zájmů nebo potěšení, ku prospěchu užívané látky

- f) pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (poškození myšlení, depresivní stavy a jiné) (Nešpor, 2000)

Závislost na kouření se vyšetřuje i za pomoci různých dotazníkových šetření, jedním takový je i uvedený **Fagerströmův test nikotinové závislosti**:

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou 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 kouřit v místech, kde je kouření zakázáno?

- ano 1 bod

- ne 0 bodů

3. Které cigarety byste se chtěl(a) vzdát nejméně?

- první po ránu 1 bod

- všech 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 častěji v prvních hodinách po probuzení než po zbytek dne?

- ano 1 bod

- ne 0 bodů

6. Kouříte i tehdy, když jste natolik nemocen/nemocná, že strávíte většinu času na lůžku?

- ano 1 bod

- ne 0 bodů

Součet bodů:

0 – 2 velmi malá závislost na nikotinu

3 – 4 nízká závislost na nikotinu

5 střední závislost na nikotinu

- 6 – 7 vysoká závislost na nikotinu
8 – 10 velmi vysoká závislost na nikotinu
(Králíková, Kozák 1997)

4. 2. Legislativa

Evropská unie pomáhá zdravotníkům za pomoci legislativních opatření. Rovněž podporuje protikuřácké projekty. Nová protikuřácká kampaň Evropské unie „HELP – za život bez tabáku“ se v roce 2005 spojila se Světovým dnem bez tabáku 25.5.2005. Probíhal v 25 členských státech EU.

V dostupné legislativě se poukazuje na to, že zdravotnický pracovník má významnou roli v omezování kouření, protože je stále v kontaktu s velkou částí populace a proto může vhodně oslovovat různé sociální skupiny. Mohl by například prosazovat nekuřácká pracoviště a nekuřáckou kulturu.

Jednotlivé státy Evropské unie společně podporují síť evropských nekuřáckých nemocnic. Poskytují služby pro odvykání kouření, pobízejí samotný zdravotnický personál, aby přestali kouřit a pořádají vzdělávací kurzy.

Pro zdravotní sestry je to organizace Evropské zdravotní sestry a porodní asistentky proti kouření nebo Zdravotničtí pracovníci proti kouření, které vytvářejí ovlivnění veřejného mínění a organizují příslušné vzdělání.

I když mezi členskými státy existují určité rozdíly, priority v zákazu prodeje tabákových výrobků ve zdravotnických zařízeních, podpora nekuřáckých pracovišť, prevence kouření mezi dětmi a mladistvými, zvyšování cen kuřiva a zákaz reklamy tabákových výrobků se shodují.

Největší překážkou k omezení kouření jsou především náklady na léčbu, kterou si ve většině jiných zemí hradí pacient sám. Kouření je v mnoha zemích časté mezi sociálně slabšími vrstvami, které mají omezené finanční prostředky a nedostatek vědomostí. Přes mnohé překážky může zdravotník významně ovlivnit protikuřáckou politiku, ale i veřejné mínění. (Světový den bez tabáku, 2005)

Dalším 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. (Kozák a kol., 1993)

K dalším organizacím, které se jasně vyslovují proti kouření, patří:

- Světová zdravotnická organizace (WHO) je důležitou organizací v boji proti kouření. Vzhledem k tomu, že se kouření stalo největší skupinou časných úmrtí, iniciovala WHO vznik Rámcové úmluvy o kontrole tabáku (FCTC), ke které se v červnu 2003 připojila i Česká republika. Hlavními směry těchto organizací je začlenění léčby a diagnostiky závislosti na tabáku do zdravotnického systému.
- Ministerstvo zdravotnictví motivuje zdravotnická zařízení pro účast na prevenci a léčbě závislosti na tabáku a finančně podporuje vznik Center léčby závislosti na tabáku. Vznikem těchto center vznikl nový přístup k řešení problémů s vysokou spotřebou tabákových výrobků v ČR a tím i vysokým počtem onemocnění a úmrtí způsobeným tabákem.
- Česká koalice proti tabáku je vedoucí nevládní organizací v oblasti kontroly tabáku v České republice a je začleněna i do širších mezinárodních sítí v této oblasti. Sdružuje řadu osob, které se podílejí na aktivitách, které směřují ke snížení počtu kuřáků.
- Farmaceutické společnosti, které se zaměřují na výzkum a vývoj nových léků používaných v léčbě proti kouření. (Například PharmTop a Pfizer)

5. Odvykání kouření

Kouření je naučené chování, kterému se kuřáci učí mnoho let. Proto je i velice těžké se tomuto chování odnaučit. Rozhodne-li se kuřák, že přestane kouřit, tak je velice důležité, aby se naučil žít bez cigarety. Musí přerušit svou psychosociální závislost na cigaretě a naučit se mnohým změnám ve svém chování. Závislost fyzickou, která je doprovázena abstinenčními příznaky, lze léčit náhradní léčbou nikotinem.

Obecně lze metody odvykání rozdělit do několika skupin:

- a) sebeodvykání
- b) medikamentózní léčba
- c) hypnóza
- d) akupunktura
- e) lékařské poradenství
- f) relaxační techniky a jóga
- g) skupinová terapie

5.1. Sebeodvykání

Základem sebeodvykání je prostudování následků kouření a dozvědět se, jak překonat psychosociální i fyzickou závislost. Nemocný si musí uvědomit svoje kuřácké návyky a vyvarovat se jich. Závislost fyzickou lze zhodnotit Fagerströmovým testem. Nemocný může také vyhledat pomoc v lékárně a koupit si dostupné náhražky ve formě nikotinových přípravků (např. nikotinové žvýkačky, náplasti aj.). ve vážných případech je možné poradit se se svým lékařem a nechat si doporučit náhradní aktivity místo kouření. Například více sportovat, nepít černou kávu a větší množství alkoholu. Mezi vhodné varianty patří zvýšení celkového příjmu tekutin a zařazení do jídelníčku více zeleniny a ovoce s omezením cukrů a tuků. Doporučuje se, aby se nemocný seznámil s relaxačními technikami. (Kozák a kol., 1993)

5.2. Medikamentózní léčba

a) Pravidelné kouření vytváří závislost na nikotinu a jeho nedostatek způsobuje abstinenci příznaky, které přinutí kuřáka sáhnout po další cigaretě. Přípravky obsahující nikotin pomáhají překonat abstinenci příznaky, postupně snižují množství nikotinu, které tělo potřebuje a zbaví organismus i okolí cigaretového kouře, který obsahuje více než 4000 nežádoucích chemických sloučenin. Dnes již není kontraindikací k užívání těchto přípravků koronární onemocnění, cévní mozkové příhody, ale ani těhotenství.

Jsou to:

- náplasti na 24 hodin
- tablety, vkládající se pod jazyk
- žvýkačky
- inhalátory

b) Léky na lékařský předpis

Sedativa

Stimulantia

Antidepresiva

Z předpokládaných léků se jedná především o lék Bupropion S (150 mg). Tento lék se podává již 1 – 2 týdny před plánovaným dnem, kdy nemocný chce přestat kouřit a v léčbě se pokračuje 8 – 12 týdnů. Lék se může kombinovat s léky nahrazující nikotin, čímž se zvyšuje procento úspěšnosti terapie. (Kozák a kol., 1993) (Králíková, 2005)

5.3. Hypnóza

V některých zemích je tento postup velmi populární a oblíbený, ale výsledky jsou velice diskutabilní. Hypnóza je zaměřena na motivaci nekouření, kdy se klientovi vyvolávají představy nauzey a zvracení při inhalaci tabákového kouře a tím se snaží terapeut vytvořit odpor ke kouření. (Kozák a kol., 1993)

5.4. Akupunktura

Akupunktura je terapie, kdy se za pomoci zavedení jehel do určitých bodů na nose a uších, má vyvolat nechuť ke kouření a stimulace neurovegetativního systému. Jehla se zafixuje

náplastí a jednou za týden se vymění. Tato terapie trvá celkem čtyři týdny. A doporučuje se vyhýbat kuřáckému prostředí. (Kozák a kol., 1993)

5.5. Lékařské poradenství

Jedná se především o prevenci kouření, výchovu k nekuřáctví a informovanosti o následcích kouření. Pro lékaře existuje doporučení tzv. 4A.

1. **Ask - ptát se** na kouření a blahopřát těm, kteří přestali.
2. **Advice - kuřákovi poradit**, aby přestal a informovat o následcích kouření.
3. **Assist - dát** kuřákovi **návod** jak přestat a doporučit terapii.
4. **Arrange – podporovat** klienta a **plánovat** kontroly.

Poradny pro nikotinovou závislost vedou a sledují klienty, kteří se rozhodnou zanechat kouření s pomocí psychoterapie a medikamentů. (Nešpor, 1996)

5.6. Relaxační techniky a jóga

Tyto techniky se používají při léčení závislostí už mnoho let. Jóga napomáhá při překonání stresu, pozitivně ovlivňuje životní styl, snižuje úzkost a deprese a zmírňuje psychosomatické obtíže. Z jógy lze dále využít dechová cvičení, tzv. pranajámu a meditační cvičení k potlačení negativních myšlenek a k pozitivnímu přeladění a posílení motivace.

Stav relaxace, dobu před usnutím a po probuzení lze využít k autosugestivním kladným formulacím posilující rozhodnutí a setrvání v nekouření. (Nešpor, 2000)

5.7. Skupinová terapie

Tato technika umožňuje výměnu zkušeností s ostatními členy té skupiny, ale také podporu od ostatních členů v období překonávání závislosti. Pokud skupina dobře funguje, může dočasně, ale i trvale nahradit blízké, které klienti během své závislosti ztratili. Také zvyšuje motivaci k léčení. Pro příznivý účinek této terapie je důležitá délka léčení a hlavně kontaktu se skupinou. (Nešpor, 2000)

5.8. Centra pro léčbu závislosti na nikotinu

Pomoc závislým na nikotinu poskytují také Centra pro léčbu závislosti na nikotinu. Tato činnost byla zahájena na základě doporučení Světové zdravotnické organizace.

Pro důslednou léčbu odvykání kouření byly zřízeny poradny pro kuřáky při fakultních nemocnicích.

Mezi pomocné techniky patří i telefonní linka pro odvykání kouření. Od 4. ledna 2005 na telefonním čísle 844 600 500 je zřízena Linka pro odvykání kouření. Každý člověk za místní hovorné získá podrobné informace od vyškolených konzultantů. Linka je anonymní a diskrétní. Informace se týkají všech oblastí v této problematice: škodlivosti kouření, překonání psychické i fyzické závislosti, terapeutického plánu, ale i opakovaných konzultací. Dále také mohou odkázat na příslušného odborníka v nejbližším okolí klienta. (www.clzt.cz)

EMPIRICKÁ ČÁST

6. Cíle empirické části

6.1. Cíle bakalářské práce

Cíl 1.: Zjistit, zda zdravotní sestry začínají kouřit, nebo již se závislostí na nikotinu nastupují do zaměstnání.

Cíl 2.: Zjistit, zda zdravotní sestry kouří z důvodu stresu na pracovišti

Cíl 3.: Zjistit, zda by zdravotní sestry byli ochotné přestat kouřit v odvykacím programu, který by se konal přímo na jejich pracovištích

Cíl 4.: Zjistit, zda by kouřící zdravotní sestry motivovaly odměny sestřám nekuřačkám

Cíl 5.: Dokázat, že zdravotní sestry, které kouří mají neblahý vliv na sebe i své okolí

6.2. Sledovaný soubor

Výzkum jsem provedla formou dotazníkové metody u sester pracujících na těchto odděleních: chirurgii, interně, gynekologii a anesteziologicko- resuscitačním oddělení v Městské Masarykově nemocnici v Jilemnici.

Dotazník byl rozdán sestřám, pracujícím ve dvousměnném provozu.

6.3. Metodika výzkumu

Výzkumný nástroj: **dotazník**, byl rozdán 70- ti respondentům po předchozím předvýzkumu na 10- ti sestřách z anesteziologicko- resuscitačního oddělení, kde sama pracuji. Dotazník byl pro tento vzorek sester srozumitelný, proto jsem ho použila k tomuto výzkumu. Dotazník je znázorněn v příloze č. 1.

Dotazník byl anonymní a byl jedinou použitou metodou k tomuto výzkumu.

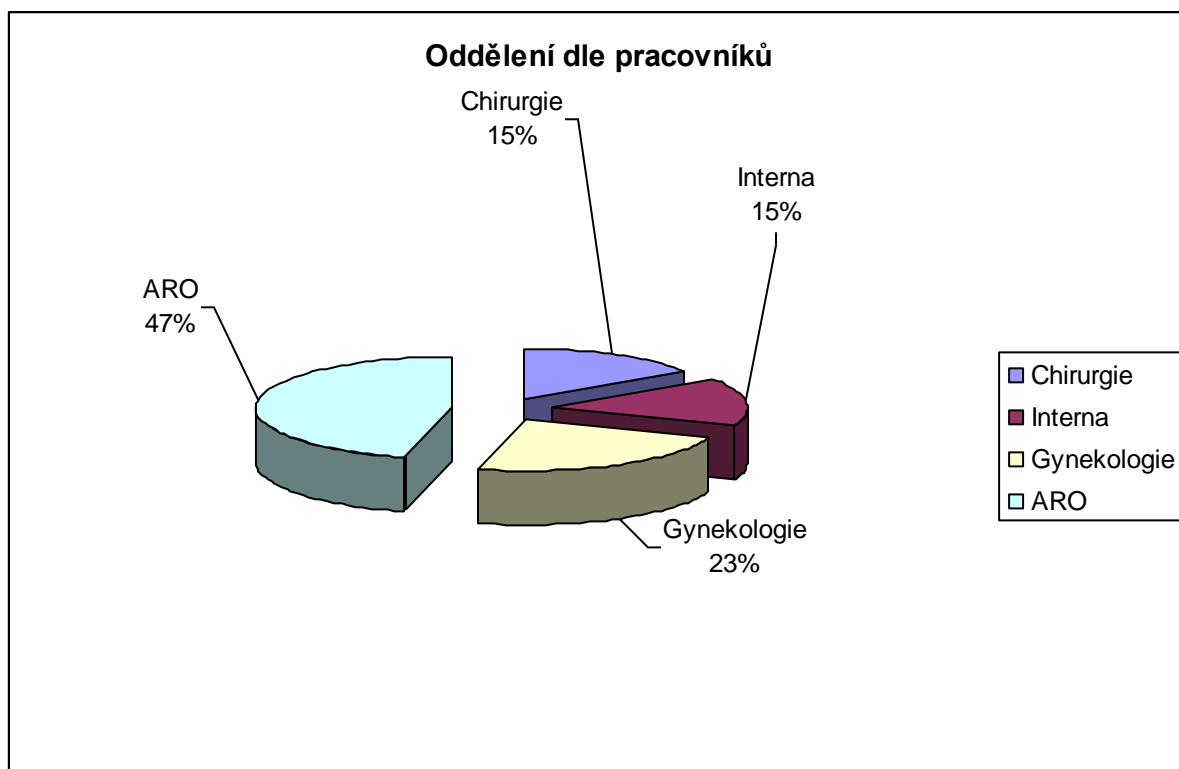
Dotazník vyplnilo 65 respondentů, věřím, že ho vyplnili věrohodně, a proto přecházím k realizaci tohoto výzkumu a zodpovězení stanovených cílů. Doba na vyplnění dotazníku byl jeden týden. Respondenti byli poučeni o zodpovězení všech otázek. V případě sester nekuřáček byly v odpovědích uvedené nulové hodnoty.

7. Výsledky výzkumu a jejich analýza

Tabulka a obrázek k otázce č. 1

POČET RESPONDENTŮ JEDNOTLIVÝCH ODDĚLENÍ

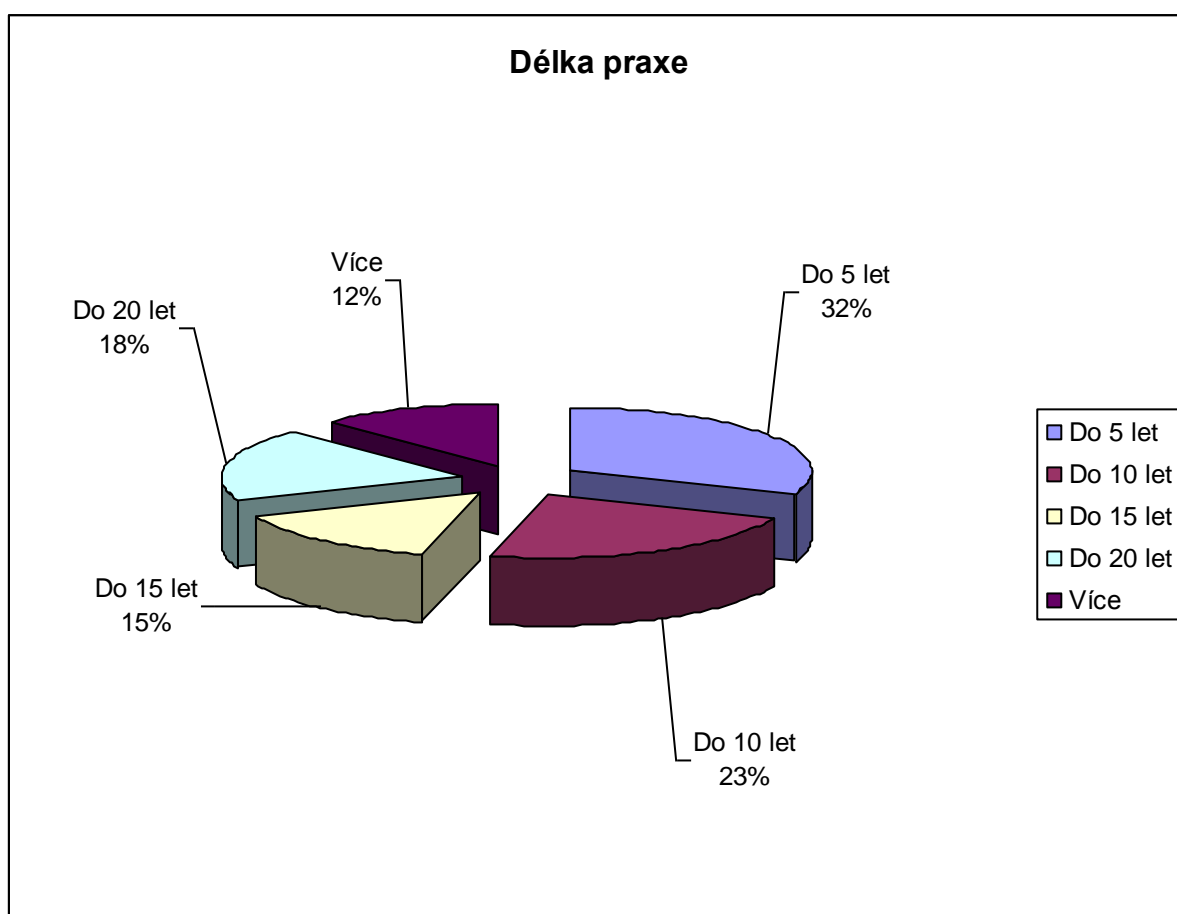
Oddělení	Počet pracovníků	
Chirurgie	10	15,38%
Interna	10	15,38%
Gynekologie	15	23,08%
ARO	30	46,15%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 2

DÉLKA PRAXE SESTER

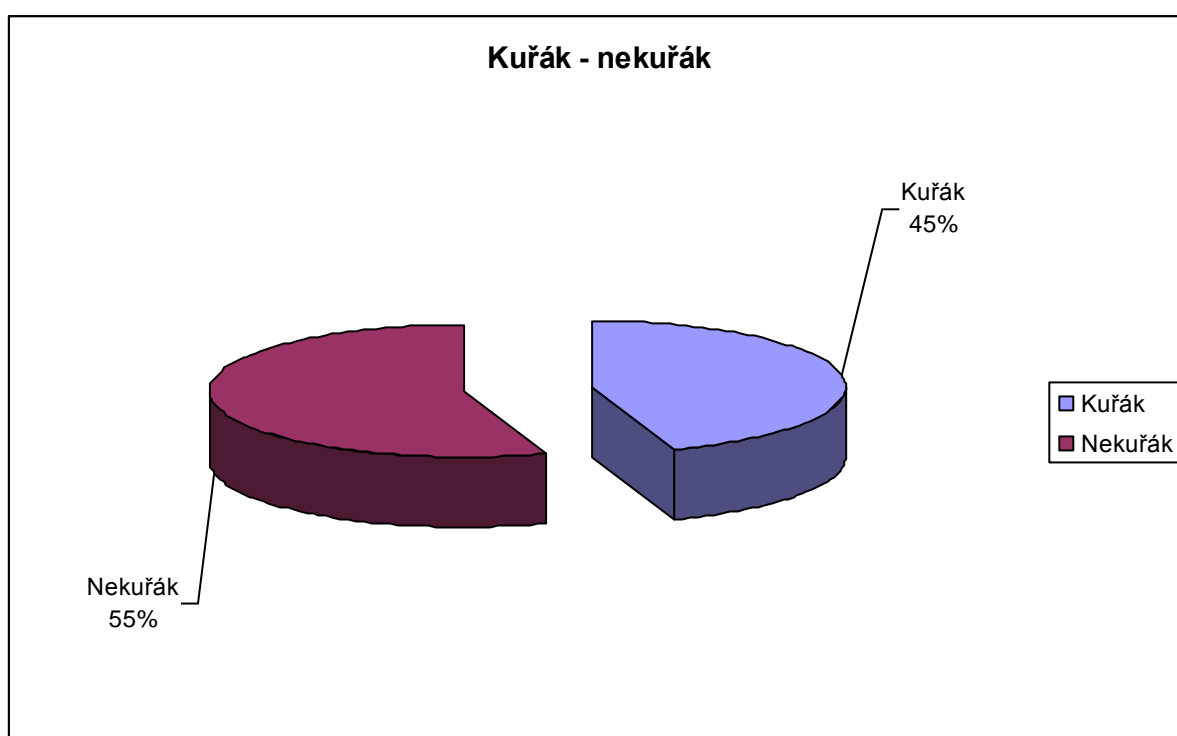
Délka praxe	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
Do 5 let	20	31%
Do 10 let	15	23%
Do 15 let	10	15%
Do 20 let	12	18%
Více	8	12%
Celkem	65	100,00%



Tabulka a obrázek k otázce č. 3

POČET KUŘÁKŮ A NEKUŘÁKŮ V DOTAZOVANÉ SKUPINĚ

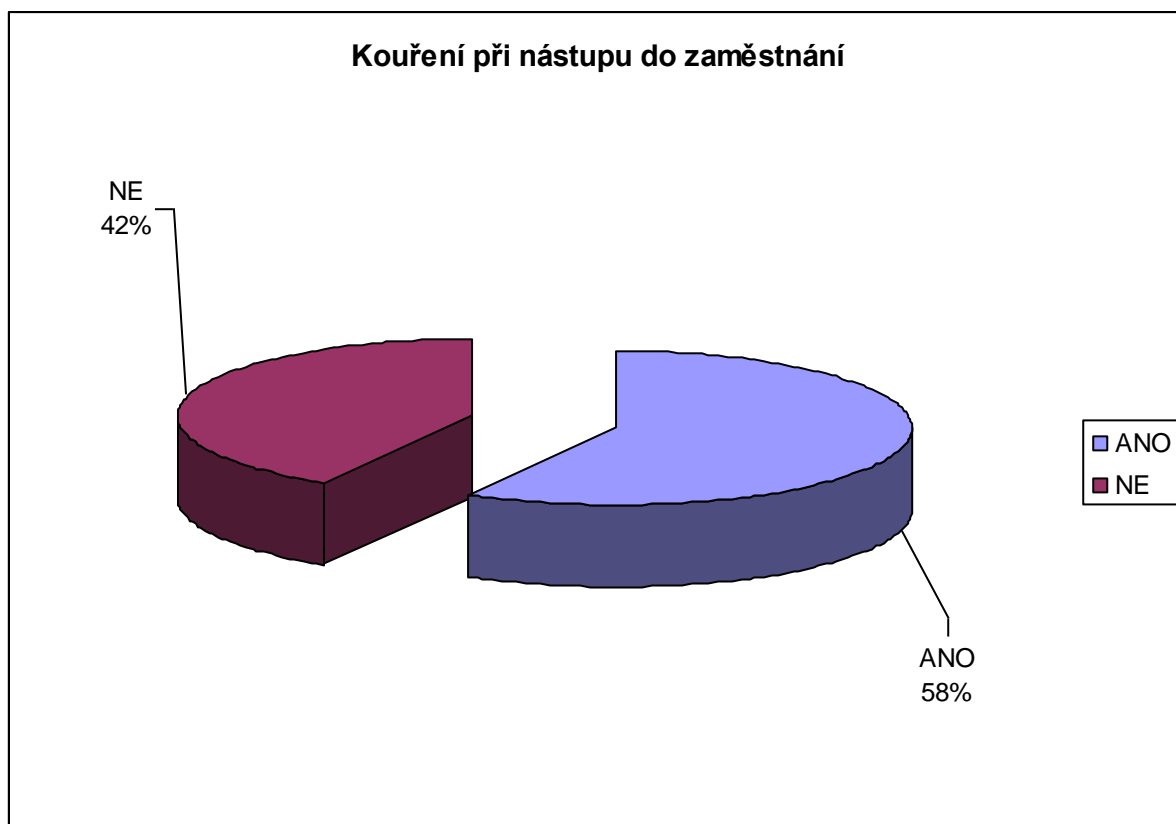
Kuřák-nekuřák	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
Kuřák	29	44,62%
Nekuřák	36	55,38%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 4

KOUŘENÍ PŘI NÁSTUPU DO ZAMĚSTNÁNÍ

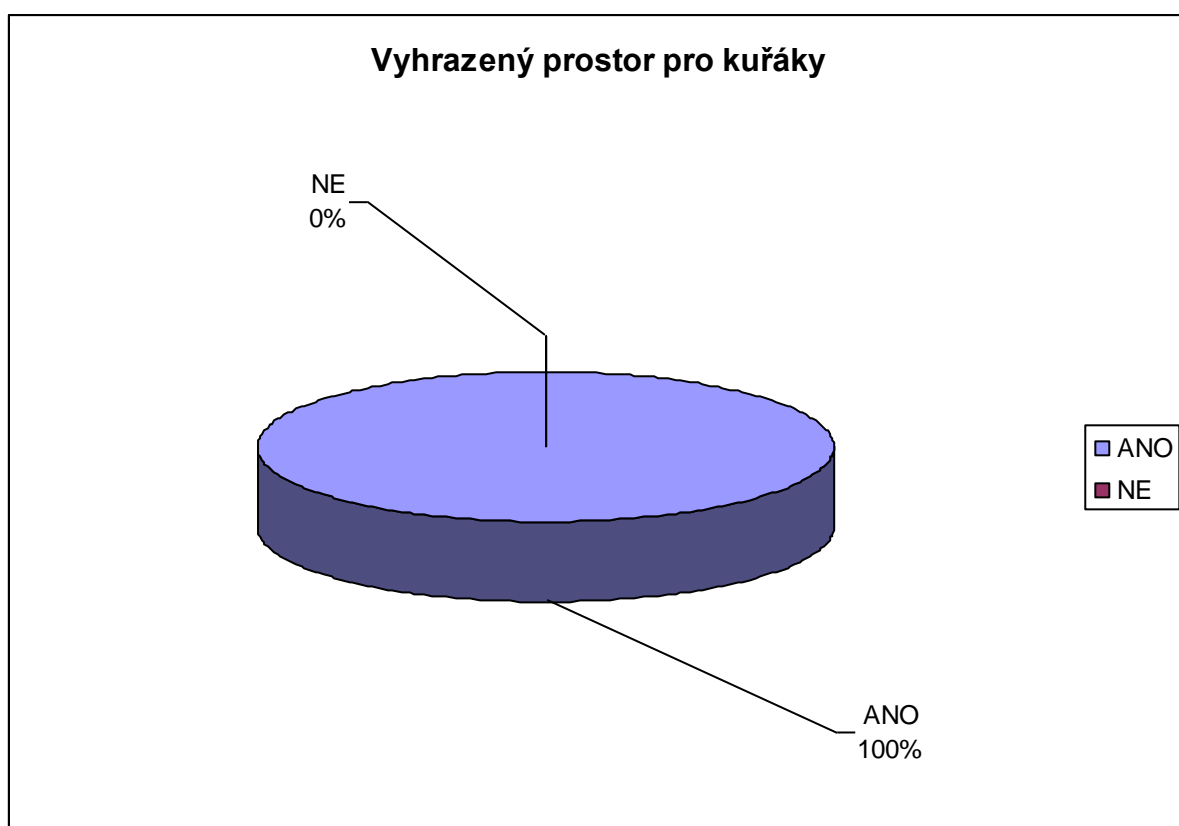
Kouření při nástupu	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	38	58,46%
NE	27	41,54%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 5

VYHRAZENÝ PROSTOR PRO KUŘÁKY

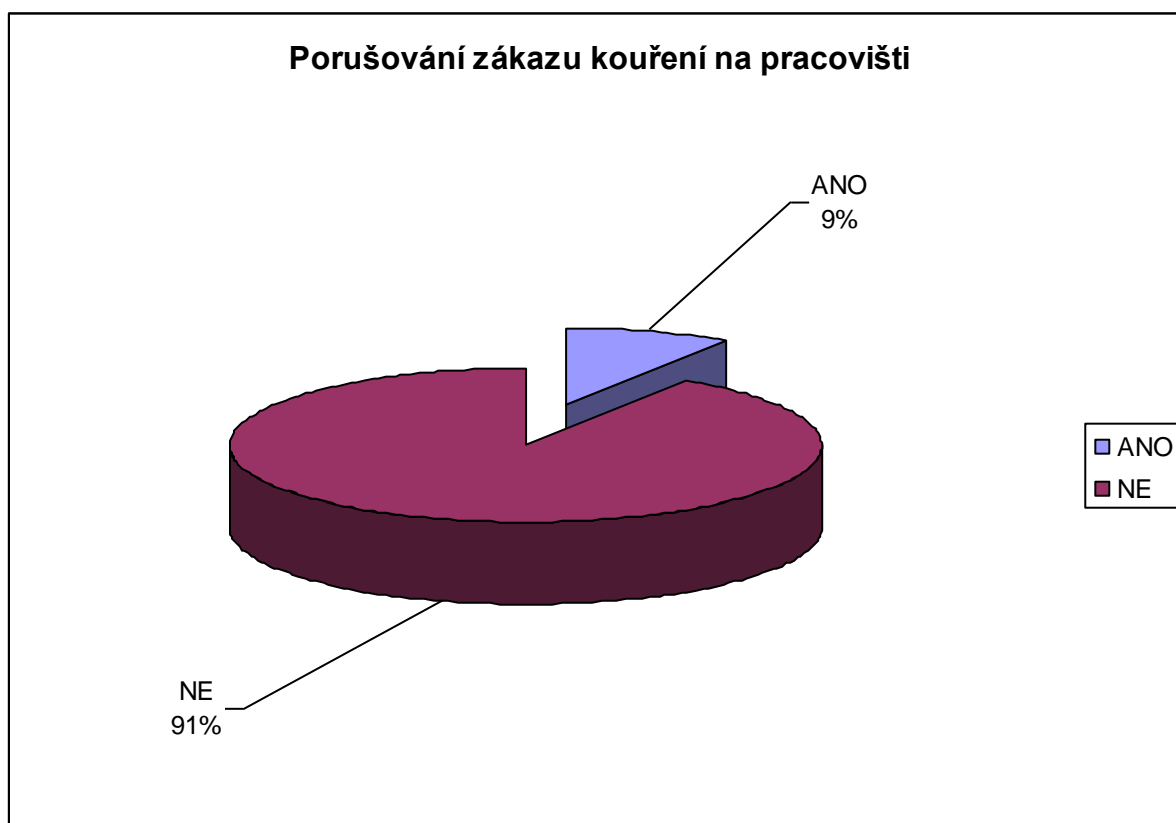
Vyhrazený prostor	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	65	100,00%
NE	0	0,00%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 6

PORUŠOVÁNÍ ZÁKAZU KOUŘENÍ NA PRACOVÍŠTI

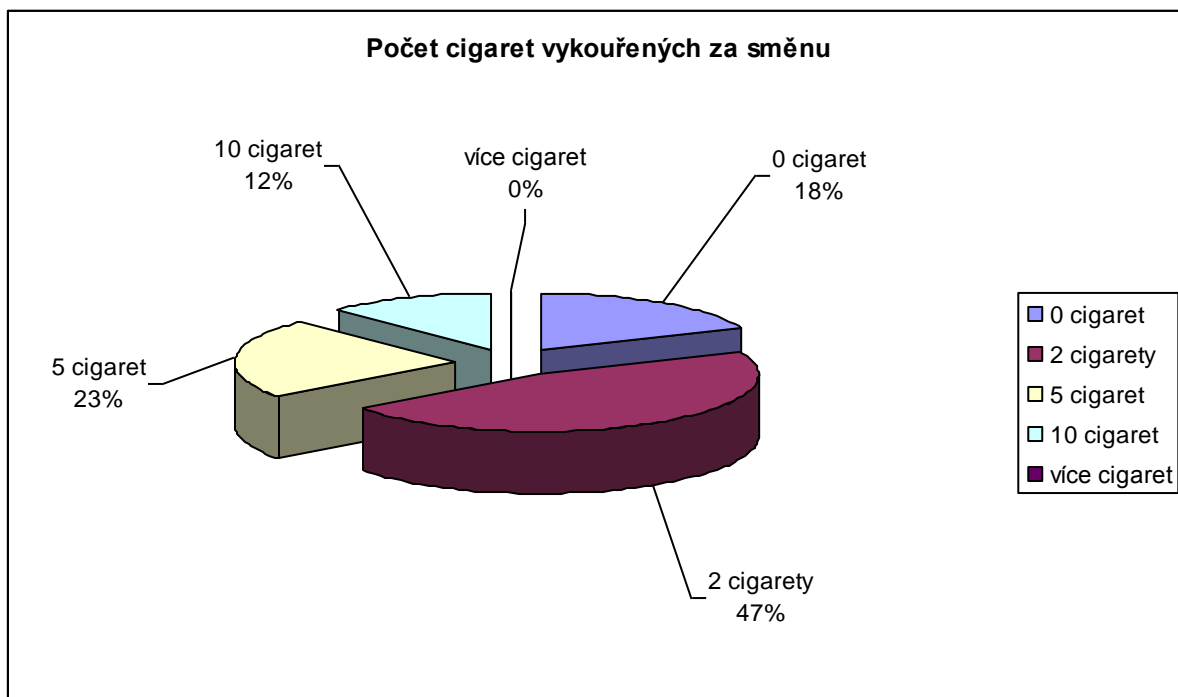
Kouření přes zákaz	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	6	9,23%
NE	59	90,77%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 7

POČET CIGARET VYKOUŘENÝCH ZA SMĚNU

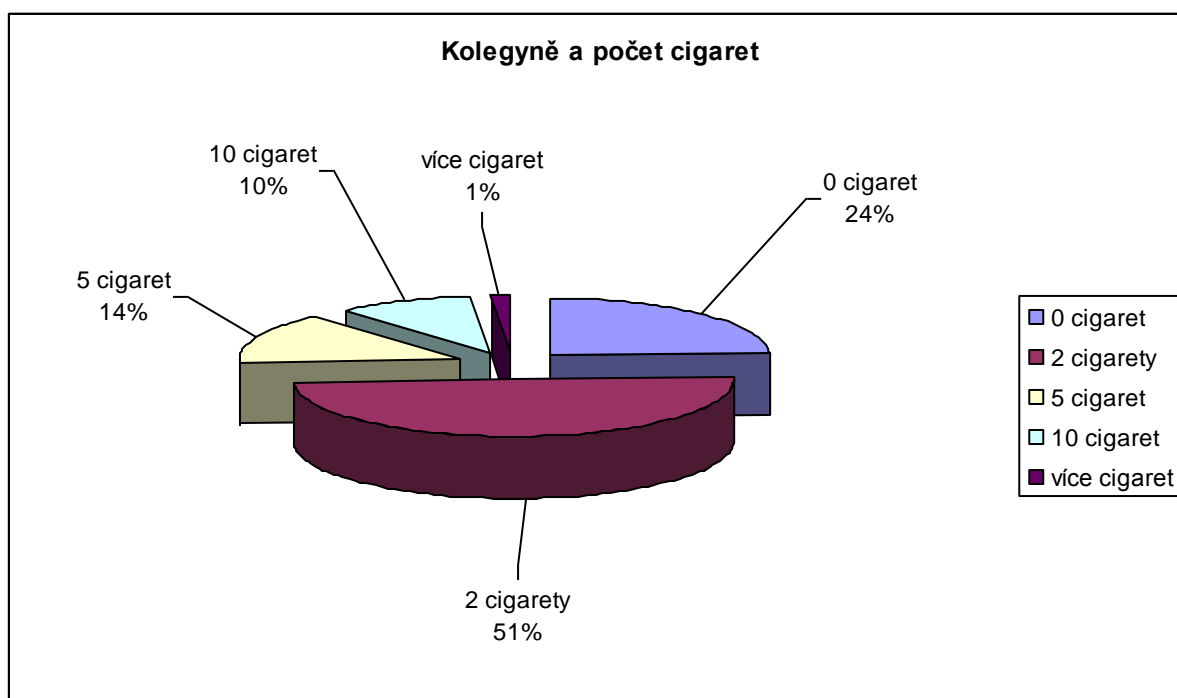
Počet cigaret	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
0 cigaret	12	18,46%
2 cigarety	30	46,15%
5 cigaret	15	23,08%
10 cigaret	8	12,31%
více cigaret	0	0,00%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 8

KOLIK SI MYSLÍTE, ŽE KOUŘÍ KOLEGYNĚ ZA SMĚNU?

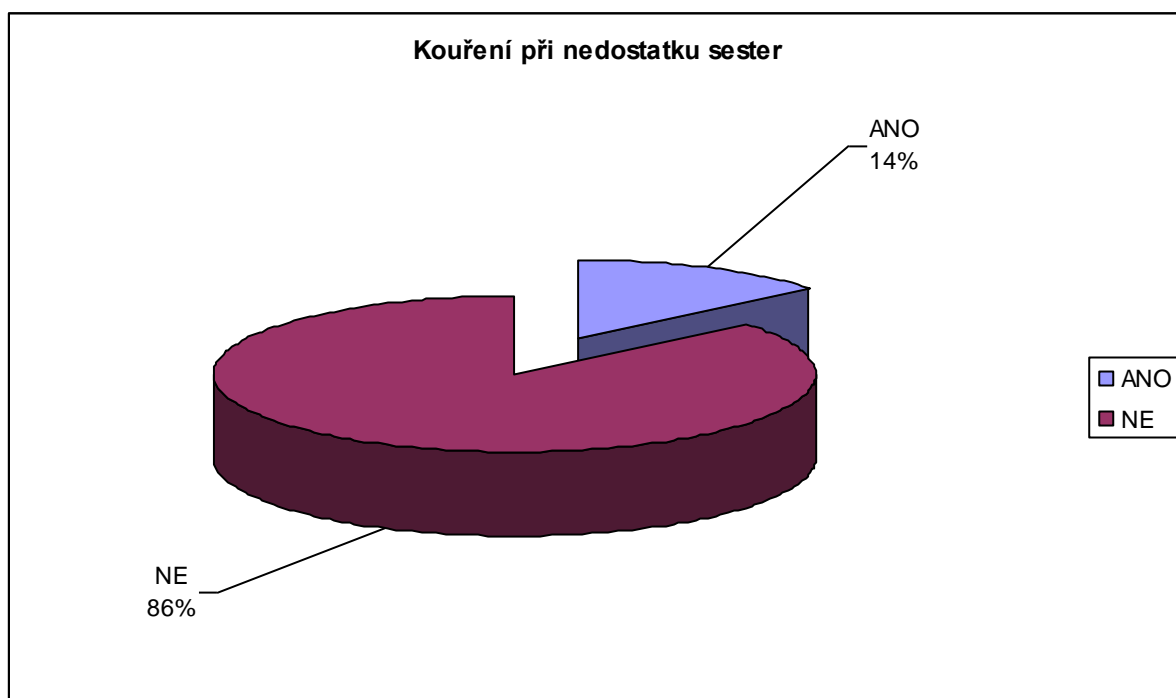
Počet cigaret	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
0 cigaret	17	26,15%
2 cigarety	35	53,85%
5 cigaret	10	15,38%
10 cigaret	7	10,77%
více cigaret	1	1,54%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 9

KOUŘÍ SESTRA VÍCE PŘI NEDOSTATKU SESTER

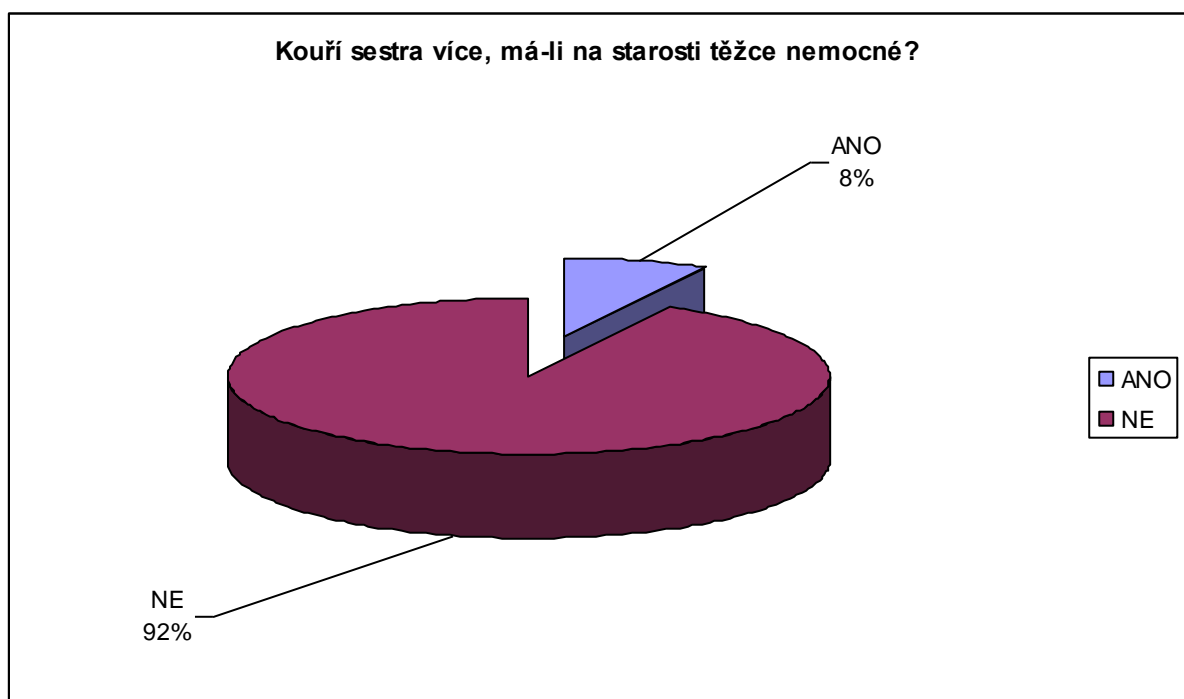
Zvýš. kouření při nedostatku sester	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	9	13,85%
NE	56	86,15%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 10

KOUŘÍ SESTRA VÍCE, MÁ-LI NA STAROSTI TĚŽCE NEMOCNÉ NEBO UMÍRAJÍCÍ KLIENTY?

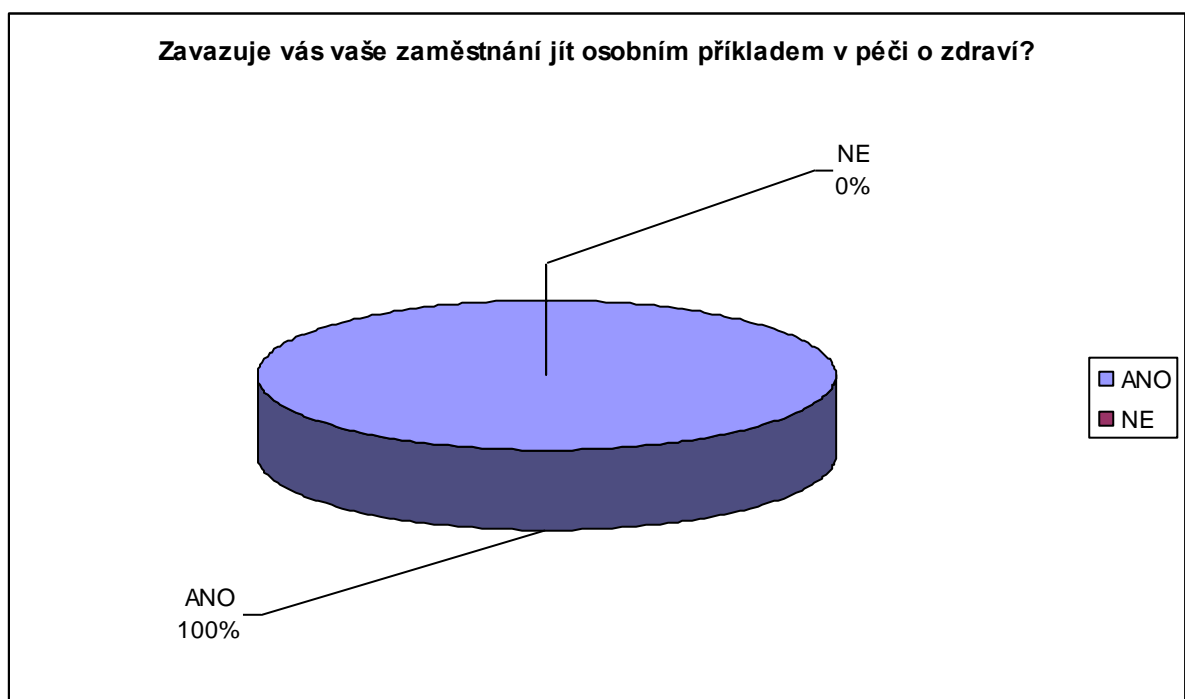
Zvýšené kouření	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	5	7,69%
NE	60	92,31%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 11

**ZAVAZUJE VÁS VAŠE ZAMĚSTNÁNÍ JÍT OSOBNÍM PŘÍKLADEM
V PÉČI O ZDRAVÍ?**

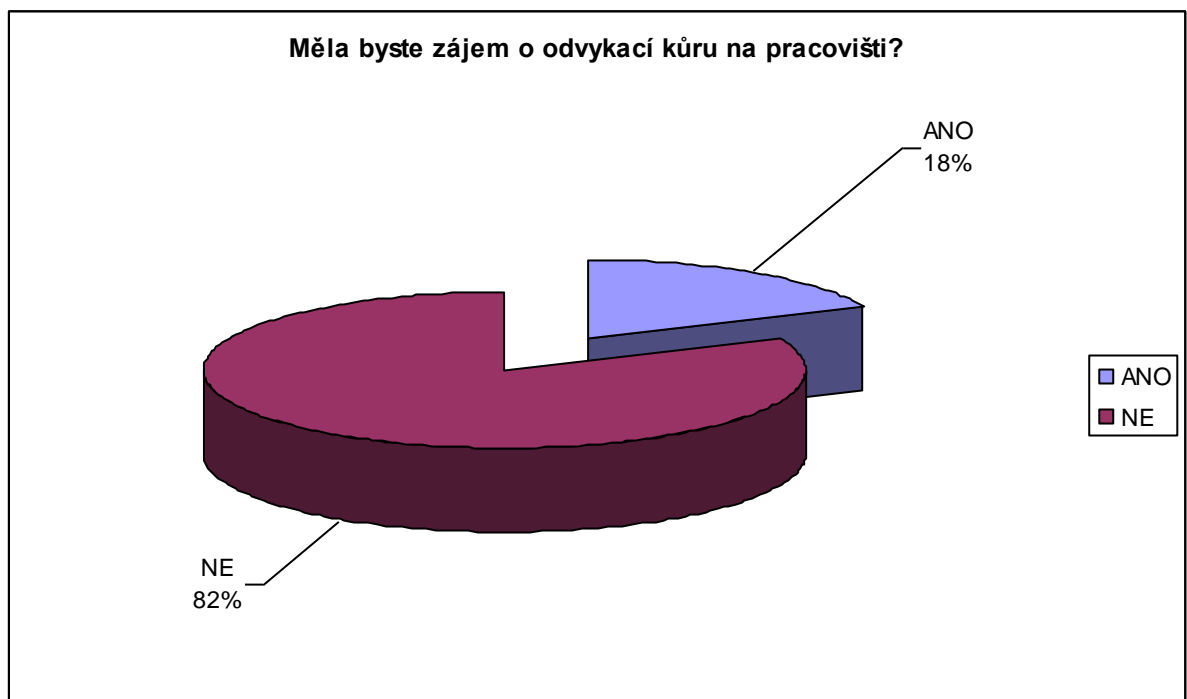
Závazek jít příkladem	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	65	100,00%
NE	0	0,00%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 12

MĚLA BYSTE ZÁJEM O ODVYKACÍ PROGRAM NA VAŠEM PRACOVÍŠTI?

Zájem o odvykací kůru	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	12	18,46%
NE	53	81,54%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 13

MYSLÍTE, ŽE BY KOLEGYNĚ KUŘAČKY MĚLY ZÁJEM O ODVYKACÍ PROGRAM NA VAŠEM PRACOVIŠTI?

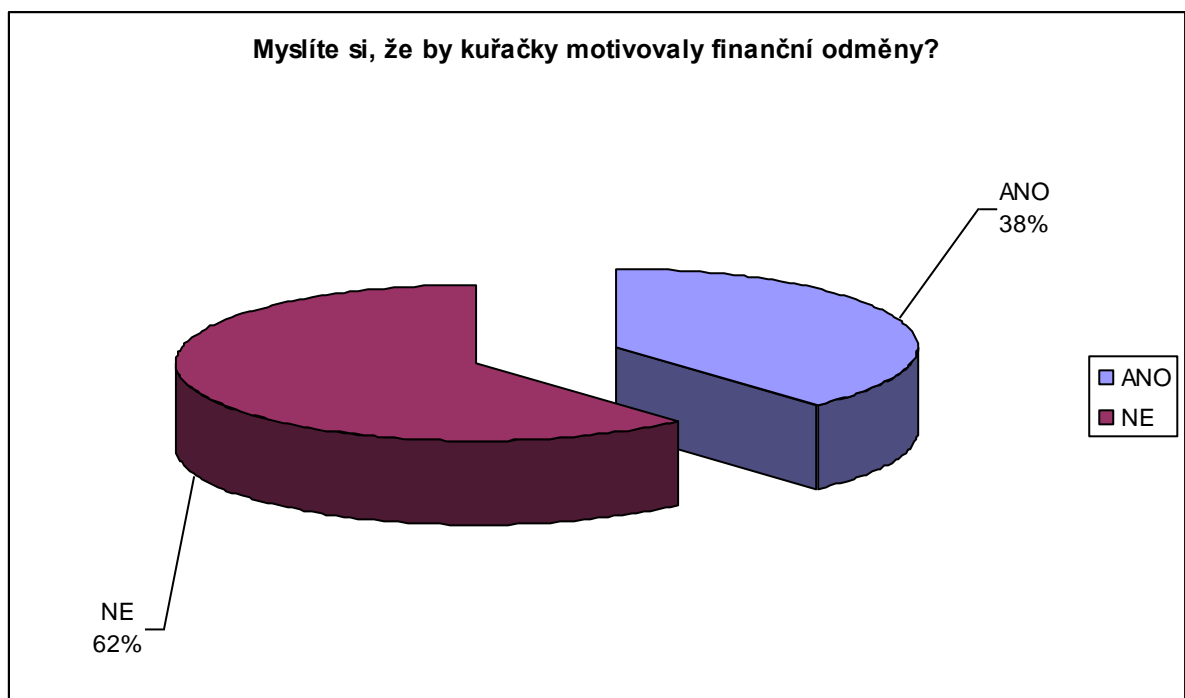
Zájem o odvyk. kůru kolegyní	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	21	32,31%
NE	44	67,69%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 14

MYSLÍTE SI, ŽE BY KUŘAČKY MOTIVOVALY FINANČNÍ ODMĚNY?

Motivace fin. odměnami	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	25	38,46%
NE	40	61,54%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 15

MYSLÍTE SI, ŽE SESTRY KUŘAČKY OVLIVŇUJÍ POSTOJ KLIENTA KE KOUŘENÍ?

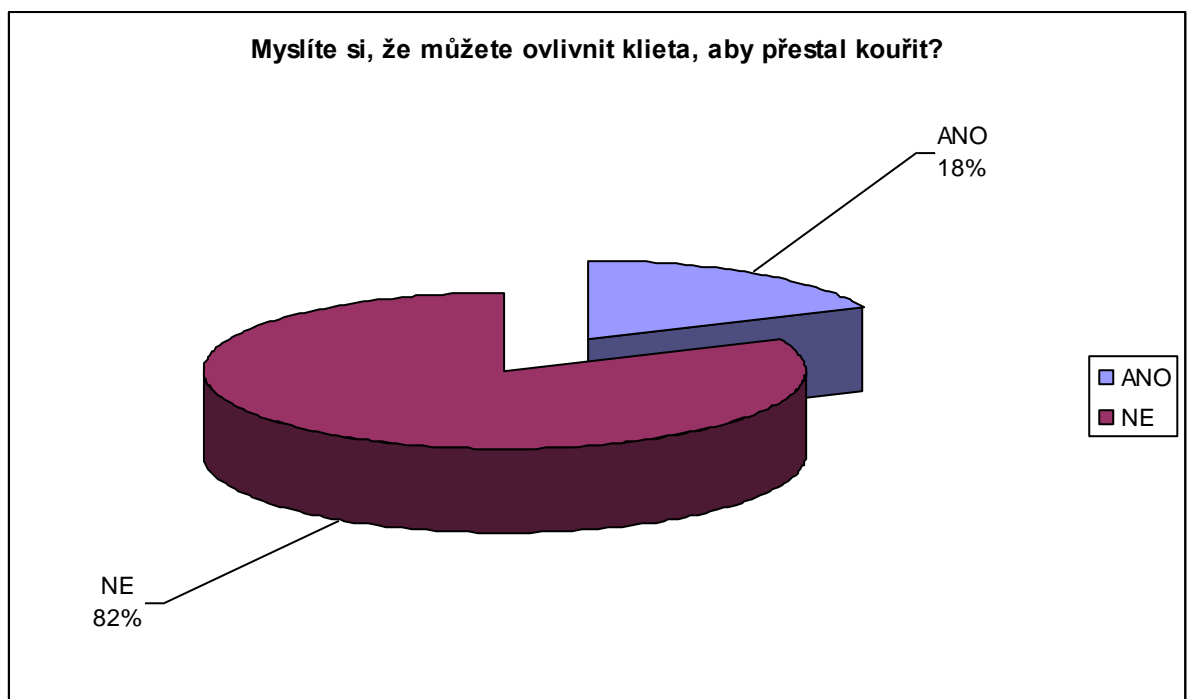
Ovlivnění klienta	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	23	35,38%
NE	42	64,62%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 16

MYSLÍTE SI, ŽE MŮŽETE OVLIVNIT KLIENTA, ABY PŘESTAL KOUŘIT?

Ovliv. klienta přestat kouřit	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	12	18,46%
NE	53	81,54%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 17

MĚL BY BÝT VYTVOŘEN SPECIÁLNÍ PROGRAM ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY?

Spec. program odvykání	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	26	40,00%
NE	39	60,00%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 18

CÍTÍ SE NEKUŘAČKY VYČLENĚNY Z KOLEKTIVU KUŘAČEK?

Cítí se nekuřačka vyčleněna	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	4	6,15%
NE	61	93,85%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 19

MYSLÍTE SI, ŽE SESTRA KUŘAČKA POŠKOZUJE ZDRAVÍ SOBĚ, SPOLUPRACOVNÍKŮM A KLIENTŮM?

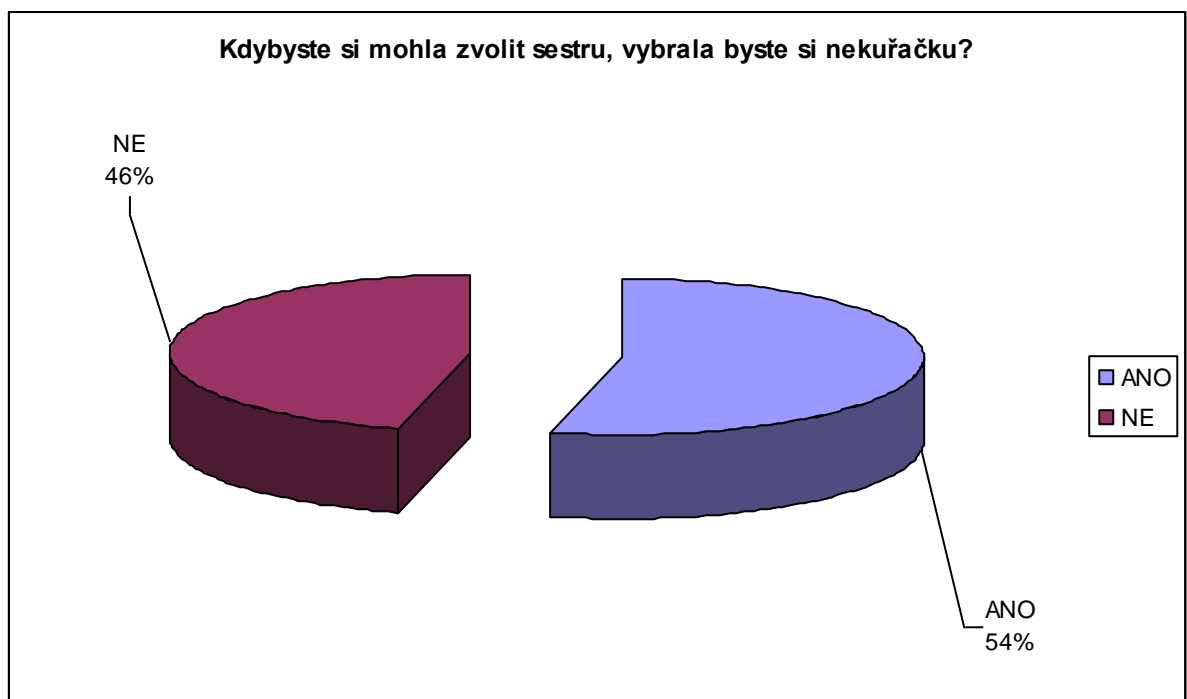
Poškozuje sestra kuřačka zdraví ostatním?	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	40	61,54%
NE	25	38,46%
Celkem	65	100%



Tabulka a obrázek k otázce č. 20

KDYBYSTE SI MOHLA ZVOLIT SESTRU, VYBRALA BYSTE SI NEKUŘAČKU?

Volba sestry nekuřačky	Absolutní počet (n)	Relativní počet (procenta)
ANO	35	53,85%
NE	30	46,15%
Celkem	65	100%



7. 1. Diskuse

Výsledky dotazníkového průzkumu ukazují, že z celkového počtu dotázaných sester na čtyřech odděleních kouří zhruba 50%. Na dotazníky odpovědělo ze 70- ti respondentů 65, což znamená, že kouření v našem zdravotnickém zařízení je opravdu velkým problémem. I když je v našem zařízení kouření zakázáno, přesto se najdou místa, kde se stále může veřejně kouřit. Při přebírání dotazníků jsem se často setkávala s názorem: „Pokud si nedokáže zakázat kouření lékaři a vedení nemocnice, tak se zde bude kouřit i přes daný zákaz.“

Nutno však poukázat i na 40% sester, které by se rády zúčastnily odvykacího programu kouření, z čehož lze usuzovat, že by se některé z nich rády této závislosti na tabáku zbavily. Také je zajímavé zjištění vyšší podpory odvykacího programu vůči finančním odměnám.

V dalších otázkách dotazníku bylo zjišťováno nakolik si sestry uvědomují škodlivost kouření na svoje zdraví a na zdraví kolegyň a klientů. Z dotázaných sester si pouze 18% myslí, že může ovlivnit klienta, aby se rozhodl přestat s kouřením. Ale v opačném případě si celých 65% dotázaných myslí, že sestry kuřačky ovlivňují postoj klienta tak, aby s kouřením nepřestával. Navenek to působí dojmem, že kouření není tak škodlivé, pokud kouří i zdravotníci. Přesto by si 54% dotázaných sester při hospitalizaci raději vybralo sestru, která nekouří.

Proto by se sestry kuřačky měli zamyslet nad svým chováním a postojem k sobě samé, ale také hlavně nad přístupem ke klientům a snažit se edukovat o škodlivosti kouření nejen sebe a klienty trpícími chorobami způsobenými kouřením, ale měli by jít příkladem a zbavit se této nebezpečné závislosti.

Závěr

Ve své práci jsem si stanovila pět cílů.

Cílem číslo 1 bylo zjistit, zda sestry začínají kouřit, nebo již se závislostí nastoupili do zaměstnání.

Z celkového počtu kuřáček dle grafu č. 3 a 4 vyplynulo, že při nástupu do zaměstnání kouřilo 38 sester z 65 dotázaných a nyní ze stejného počtu kouří jen 29 sester.

Tímto výsledkem jsem byla velice mile překvapena, protože z tohoto průzkumu je jasné, že sester kuřáček přeci jenom ubývá a my se v budoucnu budeme moci pyšnit nekuřáckým zařízením.

Cílem číslo 2 bylo zjistit, zda zdravotní sestry kouří z důvodu stresu na pracovišti.

Z grafů č. 9 a 10 vyplývá, že stres na pracovišti způsobuje spíše nedostatek sester, než-li starost o těžce nemocné, či umírající klienty. V tomto případě se mi potvrdilo, že pouze přibližně 10% sester kuřáček zvyšuje svoji potřebu kouření v době, kdy je nás na oddělení méně, nebo máme více práce.

Tímto jsem zjistila, že většina sester kuřáček kouří ve volné chvíli, než pokud je na oddělení mnoho práce.

Cílem číslo 3 bylo zjistit, zda by sestry kuřáčky byli ochotné přestat kouřit v odvykacím programu, který by se konal na jejich pracovištích.

Z grafů č. 12, 13 a 17 vyplývá, že by sestry spíše uvítali speciální program určený přímo jim a přibližně 30% by uvítalo odvykací programy přímo na pracovištích.

V této části jsem zjistila průměrný zájem ze stran kuřáček, ale věřím tomu, že kdyby měl program pozitivní výsledky, tak se přidá více kouřících sester, už jen z důvodu stále rostoucích cen tabákových výrobků.

Cílem číslo 4 bylo zjistit, zda by kouřící sestry motivovaly odměny nekuřáčkám.

Z grafu č. 14 vyplývá, že 62% sester je k tomuto postoji skeptická, protože sestry kuřáčky se nedokáží své závislosti zbavit za peníze, ale odvykacím programem.

Cílem číslo 5 bylo dokázat, že zdravotní sestry mají neblahý vliv na sebe i své okolí.

Z grafu č. 15 a 19 vyplývá, že 60% dotázaných sester je přesvědčeno o škodlivosti kouření vůči sobě, spolupracovníkům i klientům, ale zároveň si 65% sester myslí, že nedokáží ovlivnit postoj, zejména u starších klientů mužského pohlaví, k jejich závislosti na tabáku.

V závěru bych se chtěla ještě zmínit o opravdu velkém problému závislosti na tabáku, protože si myslím, že se týká každé z nás, jak z profesionálního hlediska, tak i z hlediska soukromých osob. Proto bychom se měli snažit zařadit edukaci o škodlivosti kouření i do základní péče o klienty ve zdravotnických zařízeních.

Anotace

Autor:	Marcela Jindřišková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Kouření sester jako problém
Vedoucí práce:	Bc. Helena Hykyšová
Počet stran:	52
Počet příloh:	1
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	kouření, závislost na tabáku a léčba, rizika kouření, definice kouření

Bakalářská práce pojednává o problému, který má název kouření. Obsahuje historii, složky cigaretového kouře, závislost a léčbu. Poukazuje na výskyt škodlivých faktorů v tabákovém kouři, který negativně ovlivňuje lidský organismus a způsobuje mnoho vážných nemocí.

Druhou část práce tvoří dotazníkový výzkum, který zjišťuje postoj zdravotních sester ke kouření a nekouření, jestli stres ovlivňuje závislost na kouření, jestli si uvědomují rizika kouření a mají určitý zájem o odvykací programy a jsou ochotny pomoci kuřákům v odvykání.

The goal of bachelor's is about probleme, which is call smoking.It contains history,components of cigarettes smoke, dependence and theraphy.In the thesis are given details in cigarettes smoke, which negativily causing on a human organism and causing a many of seriouses illnesis.

Second past workstudy is making up of people questions research, which is finding out attitude of nurses to smoking and not,if a stress of health care workers influences dependency on smoking, nurses realize risks of smoking and they have a specific intererest breaking the-habit-programs and they are wiling to help smokers with breaking the habit.

Seznam použité literatury a pramenů

1. CENTRUM LÉČBY ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. Dostupné na <http://www.clzt.cz/>
2. ČUPKA, J. Odvykání kouření v ambulanci praktického lékaře. In: *practicus: Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP*. březen 2005, 98s.
3. HELP, PRO ŽIVOT BEZ TABÁKU. Světový den bez tabáku 2005. Dostupné na <http://cs.help-eu.com/pages/dos-dossier-1-1-12REPORTS.html>
4. KACHLÍK, Petr. Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence. Dostupné na <http://www.zkola.cz/zkedu/ZaSkolou/Problemovejevy/Zavislosti/ZavislostObecne/>
5. KANDUS, J. Epištoly k smělým kuřákům. První vydání, Praha: Avicenum, 1987. 64s. ISBN 08-022-87
6. KOZÁK, J. a kolektiv. Rizikový faktor kouření. První vydání, Praha: KPK, 1993. 242 s. ISBN 80-85267-42-X.
7. KRÁLÍKOVÁ, E. Doporuční pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis Lékařů českých*, 2005, 144, pp. 327 – 333.
8. KRÁLÍKOVÁ, E. Kouříte? Přestaňte!, *Dobrý kontakt, GEHE*, říjen 2005. s.16-19
9. KRÁLÍKOVÁ, E. Léčba závislosti na tabáku, *Lékařské listy*, únor 2007. s.10-12
10. KRÁLÍKOVÁ, E. Cigareta a diagnóza: slepota, *Osobní lékař*, květen 2005, 20-21s
11. KRÁLÍKOVÁ, E., KOZÁK, J. Jak přestat kouřit. Praha: MAXDORF, 1997. 92s. ISBN 80-85800-62-4
12. KRÁLÍKOVÁ, E., KOZÁK, J. Odvykání kouření v denní praxi lékaře. Praha: MAXDORF 1997. 32s. ISBN 80-85800-66-7
13. MACKAY, J., - Eriksen, M.: *The Tobacco Atlas, WHO 2002*. 23s
14. MELGOSA, J. Žít naplno: Kniha o dospívání. 1. vydání, Praha: Advent-Orion. 191s. ISBN 80-7172-300-2
15. MEČÍŘ, J. Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže. 1.vydání, Praha: Avicenum, 1990. 156s.
16. MULLEROVÁ, M., NEŠPOR, K. *Jak přestat brát (drogy) : svépomocná příručka*. 2. vydání, Praha, Sportpropag. 135s.

17. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. Léčba a prevence závislostí. 1. vydání, Psychiatrické centrum Praha, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2.
18. NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 1. vydání, Praha: Portál, 2000. 152s. ISBN 80-7178-432-X
19. SMOLEJOVÁ, I. Aktivity snižující stres uplatňované na středních a vyšších zdravotních školách. Stres zdravotníků 1998. První vydání, Galén 1998, 148 s. ISBN 80-85824-74-4.
20. TRACHTOVÁ, E. Stresogenní faktory v práci sestry. Stres zdravotníků 1998. První vydání, Galén 1998, 148 s. ISBN 80-85824-74-4.
21. ZÁKON 379/2005 Sb. – O opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami

Seznam příloh

1. Dotazník pro zdravotní sestry

Dotazník pro zdravotní sestry

Vážené kolegyně,

tento dotazník slouží jako podklad k napsání mé bakalářské práce na téma: „ Kouření sester jako problém.“ Dotazník je anonymní. Odpovídejte prosím ano – ne. Nehodící se škrtněte, event. uvedené odpovědi zaškrtněte. Vyplněný dotazník vložte zpět do obálky.

Předem Vám děkuji za spolupráci. Marcela Jindřišková- sestra ARO

1) Pracujete na oddělení: Chirurgie

Interna

Gynekologie

ARO

2) Délka praxe: do 5 let

do 10 let

do 15 let

do 20 let

více

3) Kouříte? ANO - NE

4) Kouřila jste již při nástupu do zaměstnání? ANO - NE

5) Máte na pracovišti vyhrazený prostor pro kuřáky? ANO – NE

6) Porušuje se na vašem pracovišti zákaz kouření? ANO – NE

7) Kolik cigaret vykouříte za směnu? 2 5 10 15 více

8) Kolik si myslíte, že kouří Vaše kolegyně cigaret za směnu? 2 5 10 15 více

- 9) Kouří se u vás více, je-li na pracovišti nedostatek sester? ANO – NE
- 10) Kouří sestra více, má-li na starosti těžce nemocné nebo umírající klienty? ANO – NE
- 11) Zavazuje vás vaše zaměstnání jít osobním příkladem v péči o zdraví? ANO – NE
- 12) Měla byste zájem o odvykací program na vašem pracovišti? ANO – NE
- 13) Myslíte, že by kolegyně kuřáčky měly zájem o odvykací program na vašem pracovišti?
ANO – NE
- 14) Myslíte si, že by kuřáčky motivovali finanční odměny? ANO – NE
- 15) Myslíte si, že sestry kuřáčky ovlivňují postoj klienta ke kouření? ANO – NE
- 16) Myslíte si, že můžete ovlivnit klienta, aby přestal kouřit? ANO – NE
- 17) Měl by být vytvořen speciální program odvykání kouření pro zdravotní sestry?
ANO– NE
- 18) Cítí se nekuřáčky vyčleněny z kolektivu kuřáček? ANO – NE
- 19) Myslíte si, že sestra kuřáčka poškozuje zdraví sobě, spolupracovníkům a klientům?
ANO -NE
- 20) Kdybyste si mohla zvolit sestru, vybrala byste si nekuřáčku? ANO - NE