

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Lada Borovanová

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KOUŘENÍ
U NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH
PRACOVNÍKŮ

Bakalářská práce

Autor práce: **Lada Borovanová**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2022

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
DEPARTMENT OF NON – MEDICAL STUDIES

**RISK FACTORS WHICH INFLUENCE
SMOKING OF HEALTHCARE WORKERS**

Bachelor's thesis

Author: **Lada Borovanová**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2022

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je původním autorským dílem a byla vypracována samostatně. Veškerá literatura, která je v práci použita, je řádně citována v seznamu literatury.

V Hradci Králové

.....

(Lada Borovanová)

Poděkování

Prvotně bych chtěla poděkovat své vedoucí práce, Mgr. Evě Vachkové, PhD., za její cenné rady, ochotu a čas, který mi věnovala při psaní bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za jejich trpělivost a podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu mého studia. V neposlední řadě děkuji všem respondentům v Krajské nemocnici Liberec a. s., kteří byli ochotni vyplnit dotazník, který byl použit v mém výzkumu.

OBSAH

Úvod.....	8
Teoretická část	
1. Závislost.....	9
1.1 Syndrom závislosti.....	9
1.2 Znaky závislosti.....	9
1.3 Abstinenční příznaky.....	10
1.4 Druhy závislosti.....	10
2. Kouření.....	12
2.1 Základní charakteristika.....	12
2.2 Vznik závislosti na nikotinu.....	13
2.3 Účinky nikotinu na organismus.....	14
2.4 Diagnostika závislosti na tabáku.....	15
2.5 Vybrané formy užívání nikotinu.....	17
2.6 Vybraná zdravotní rizika spojená s kouřením.....	19
3. Statistické a epidemiologické údaje.....	26
3.1 Počty kuřáků v České republice.....	26
3.2 Počty kuřáků ve světě.....	27
3.3 Počty kuřáků mezi zdravotnickými pracovníky.....	28
4. Možnosti léčby.....	30
4.1 Psychobehaviorální terapie.....	30
4.2 Farmakoterapie.....	31
4.3 Společnost pro léčbu závislosti na tabáku.....	33
5. Kouření a zdravotníci.....	34
5. 1. Charakteristika nelékařského zdravotnického personálu.....	34

5.2. Role sester v léčbě závislosti na tabáku	34
5.3. Rizikové faktory profese	36
Empirická část	
6. Výzkum	39
6.1. Cíle výzkumu	39
6.2. Metoda výzkumu	39
6.3. Zkoumaný soubor	40
6.4. Analýza dotazníkového šetření	42
7. Diskuze	64
Závěr	72
Abstrakt	74
Abstract	75
Literatura a prameny	76
Seznam zkratk	80
Seznam grafů	81
Seznam tabulek	82
Seznam příloh	83
Přílohy	84

Úvod

Kouření je všeobecně diskutovaným tématem. I přesto, že většina z nás je jasně informována o tom, že kouření škodí zdraví a zabíjí, je na světě víc jak miliarda kuřáků. Proč tedy lidé kouří? Co přináší tato kouřící tyčinka plná chemikálií za zázrak?

Ačkoliv by měli zdravotníci stát v první linii v boji proti závislosti na nikotinu, sami jsou v mnoha případech „otroky“ své závislosti. Cílem naší bakalářské práce bylo zjistit, co vede nelékařské zdravotnické pracovníky k tomu, že kouří. Zda má vliv směnný provoz, vliv spolupracovníků, stres a pracovní tlak, který je na zdravotníky vyvíjen. Dalším úkolem bylo zjistit poměr mezi zdravotníky, kteří kouří a kteří ne. Ptala jsem se jich, z jakého důvodu jsou kuřáci a z jakého naopak nekouří. Společným úkolem pro respondenty bylo určení zdravotních rizik spojených s kouřením. Posledním cílem pro nás bylo zjistit míru motivace zanechání kouření u kuřáků a možnosti, kterou využili kuřáci i odnaučení kuřáci ke své abstinenci.

V teoretické části naší bakalářské práce se systematicky zabýváme prvotně všeobecně závislostí, jejím vznikem a rozdělením. Druhá kapitola se zabývá již detailněji kouřením, vlivem a účinkem nikotinu na organismus. Dozvíme se také diagnostiku kuřáctví, uvádíme druhy užívání tabáku a také zdravotní rizika spojená s kouřením a vysvětlujeme, jakým způsobem nikotinu na různé systémy působí. Pro světový rozhled uvádím ve třetí kapitole statistické a epidemiologické údaje ze světa i z ČR a zároveň počty kouřící zdravotníků také celosvětově a u nás. Ve čtvrté kapitole uvádím možnosti léčby závislosti na nikotinu. Jsou zde uvedené tipy a triky, které je možné použít při léčbě a při psycho-behaviorální intervenci, také možnosti farmakoterapie a je zde zmíněné i centrum pro léčbu závislosti na tabáku. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na zdravotníky. Dozvíme se zde, kdo vlastně nelékařský zdravotnický personál je a také rizikové faktory právě těchto profesí. V této kapitole je také uvedena role sester při léčbě závislosti na nikotinu, a ačkoliv tato role není malá, je v České republice ne zcela využita. Možná je to také tím, že aby mohli zdravotníci správně edukovat, měli by být sami nekuřáci.

1. Závislost

1.1 Syndrom závislosti

Světová zdravotnická organizace a její 10. vydání mezinárodní klasifikace nemocí chápe syndrom závislosti jako „skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání určitého jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Ústřední charakteristikou je touha (bažení, craving) brát psychoaktivní látky (které mohou, ovšem nemusí být lékařsky předepsány). Při návratu k užívání látky po období abstinence se rychle objevují příznaky syndromu závislosti.“ (MKN – 10, ÚZIS ČR)

1.2 Znaký závislosti

Lidé mají mylný pocit, že mají svoji závislost (speciálně kouření) pod kontrolou. Americká psychiatrická asociace (DSM – IV) a Světová zdravotnická organizace (ICD – 10) mají ovšem pro diagnózu závislosti svá objektivní kritéria. Obě tyto společnosti udávají 6 obdobných příznaků. O závislosti můžeme mluvit, pokud uživatel libovolné drogy vykazuje alespoň 3 níže uvedené příznaky (Hrubá, 2018).

- 1) **Silná touha nebo pocit nucení užívat látku** – neboli craving či bažení
- 2) **Zhoršené sebeovládání** – potíže v kontrole užívání, a to, pokud jde o začátek, ukončení nebo množství návykové látky
- 3) **Somatický (tělesný) odvykací stav** – příznaky, které se objevují po vysazení látky, na které je člověk závislý – reakce na zmenšení příznaků vyvolaných předchozím užíváním drogy
- 4) **Rostoucí tolerance** – vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaného dávkami menšími
- 5) **Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky** – stav, kdy se droga stává nejvyšší hodnotou a dominantou v životě závislé osoby
- 6) **Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků**

(Nešpor, 2007, s. 10)

U rozvinuté závislosti na tabáku se objevují všechny zmíněné příznaky.

(Hrubá, 2018).

1.3 Abstinenční příznaky

„Odvykací stav neboli abstinenční syndrom je soubor příznaků, které se objevují při úplném nebo částečném vysazení látky, která byla opakovaně a zpravidla dlouhodobě užívána. Začátek a průběh odvykacího stavu je časově omezený a závisí na typu látky a dávce užívané bezprostředně před zahájením abstinence.“ (Heller, Pecinová, 1996, str. 21)

Pokud budeme hovořit o abstinenčních příznacích právě u kouření, odvykací stav nastává poměrně brzy (řádově hodiny) od poslední cigarety. Je to dáno především poločasem rozpadu nikotinu v krvi. Odvykací stav u závislosti na tabáku neohrožuje přímo na životě, ale provází ho nepříjemné pocity a prožitky. Oslabuje například kognitivní funkce, které v důsledku mohou vést k vyššímu riziku úrazů. Mezi hlavní příznak a typický znak abstinence patří neovladatelná, nutkavá touha po cigaretě (tzv. craving). Dále se zde objevuje únava, podrážděnost nebo neklid. Lidé v této fázi odvykání bývají často podráždění a nervózní. Ačkoliv jsou unavení, mohou se objevit i poruchy spánku. V příznacích odvykání se objevuje i zvýšená chuť k jídlu a s ní se pojící zvýšení tělesné hmotnosti (Králíková, 2013).

Doba trvání abstinenčních příznaků je velmi individuální a nedá se nijak předpovědět. Udává se ovšem, že nejhorší bývají první 3 týdny odvykání. Pozitivní stránkou věci je fakt, že všechny obtíže dříve nebo později ustanou (Králíková, Kozák, 2003).

1.4 Druhy závislosti

Psychosociální závislost

Konzumací drogy se i nepopíratelně mění naše psychika. Psychická závislost se projevuje především silnou touhou po konzumaci dané drogy. Vznik této závislosti je vázán i na prožití nepříjemných stavů a domněnce, že pokud látku člověk neužije, bude se cítit špatně. U tohoto typu závislosti se uplatňuje ve velké míře i sociální aspekt, kdy závislý užívá drogu v určitých situacích.

Z pohledu kuřáctví lze říct, že psychická závislost na kouření znamená kouřit v určitých situacích, společnosti nebo okolností. Kuřák využívá cigaretu jako „berličku“ v pro něj náročných nebo naučených situacích. Jako příklad můžeme

uvést cigaretu po obědě, po práci, po zkoušce, ve stresu, při kávě, při telefonování nebo po sexu. Tyto situace bývají pro kuřáky zcela individuální. Zároveň je kouření jakýmsi společenským rituálem a nástrojem k navazování kontaktů (např. dotaz na zapalovač, připálení cigarety). Pro člověka je i potom velmi obtížné odolat tlaku společnosti (Králíková, Kozák, 2003).

Bez ohledu na nikotin a na to, co poskytuje, je psychosociální závislost silnější než závislost fyzická. Vede rychleji ke zneužívání drogy k její opětovné a nadměrné konzumaci (Králíková, Kozák, 2003).

Závislost fyzická (drogová)

Stav, kdy se biologické funkce organismu adaptují na psychoaktivní látku. Vzniká tedy vyšší tolerance na užívanou drogu, a tudíž častější užívání látky ve vyšší míře. Zpravidla vzniká dlouhodobějším užíváním, ovšem nemusí tomu tak být vždy. Po vysazení psychoaktivní látky se dostavuje abstinenční syndrom.

Z pohledu kuřáka baží člověk u této formy závislosti pouze po jedné látce – nikotinu. 85 % kuřáků jsou na nikotinu závislí. Pouhý zlomek zůstane tzv. "svátečními kuřáky" (Králíková, Kozák, 2003). Příležitostné kuřáctví má spojitost zase spíše s psychosociálními aspekty.

2. Kouření

2.1 Základní charakteristika

Kouření má v historii lidstva své místo. Američtí indiáni kouřili tabák v rámci svých rituálů. Odtud se pak tabák rozšířil, díky Kolumbovým objevům, do celého světa. Skutečná epidemie ovšem nastává až začátkem 20. století, kdy si americký vynálezce Bonsack nechal patentovat svůj stroj na výrobu cigaret. Výroba se tedy zautomatizovala a začalo se vyrábět mnohem více cigaret než kdykoliv před tím. Teprve o 50 let později bylo prokázáno, že kouření zvyšuje mortalitu lidstva a je podstatnou příčinou rakoviny plic a dalších onemocnění (Králíková, 2013). Dnes je kouření a výroba tabákových výrobků jedním z nejdiskutovanějších témat na světě.

Kouření je nutkavé, nezastavitelné a nekontrolovatelné užívání nikotinu. Kouření je způsob užívání tabákového výrobku cestou přes dýchací ústrojí. Jde o nejpoužívanější způsob aplikace tabáku. Můžeme se ovšem setkat i s užitím per os (žvýkání) nebo intra nazálně (Kalina a kol., 2015, s. 80). Ať už jde o jakýkoliv způsob používání je kouření nejen naučené chování, ale také drogová závislost.

Takovému zjištění přispěl především v roce 1988 hlavní lékař USA zprávou, ve které zmiňuje následující:

- „Cigarety a ostatní formy tabáku vyvolávají závislost.
- Psychoaktivní látkou v tabáku je nikotin.
- Farmakologický a behaviorální proces determinující vznik závislosti je u nikotinu obdobný jako u heroinu a kokainu, rovněž mechanismus působení těchto látek v mozku je podobný (Hrubá, 2008).“

Na základě této zprávy, následujících studií a zkoumání byla závislost na tabáku označena jako nová diagnóza v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí pod kódem F17. Řadí se tedy mezi „Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek“. Do této kategorie diagnóz F10 – F19 patří mimo jiné i např. poruchy vyvolané užíváním alkoholu, kanabinoidů, halucinogenů nebo kokainu. (MKN – 10, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR).

Kouření tak zcela jednoznačně odpovídá obrazu drogové závislosti jako závažného onemocnění (Hrubá, 2008).

Závislost na tabáku je nejrozšířenější závislostí v České republice a má ze všech závislostí největší podíl na mortalitě. (Kalina a kol., 2015. s. 528)

Pasivní kouření („secondhand smoke“)

Pasivní kouření označujeme jako nedobrovolné vdechování a vystavování se cigaretovému kouři. V uzavřeném prostoru je dokonce nebezpečnější než kouření aktivní. Dlouhodobé pasivní kouření má stejný vliv jako kouření aktivní, ale v menší míře. Prokazatelně způsobuje stejné nemoci a předčasná úmrtí. Zajímavostí je, že na vliv pasivního kouření na organismus a jeho důsledky se přišlo až o 30 let později od důkazu vlivu aktivního kouření (Králíková, 2013; Müllerová 2014).

Nedoporučuje se kouřit v uzavřených prostorech, v autě nebo doma. Zvláště pokud jsou přítomni i děti. Zplodiny se usazují do textilií, kobereců a dalšího vybavení, kde produkují další škodliviny a jejich nebezpečnost se zvyšuje. Chemické reakce probíhají déle. Takové prostory ani nejde stoprocentně vyvětrat. Takovému jevu říkáme „thirdhand smoke“ – kouř ze třetí ruky (Králíková 2013, Müllerová, 2014).

2.2 Vznik závislosti na nikotinu

Nikotin je alkaloid, který je obsažen především v tabáku. V cigaretovém tabáku je ho obsaženo 10–15 mg. Pro vstřebávání potřebuje nikotin pouze alkalické prostředí (kyselé). Vstřebávání v plicích je proto velmi rychlé. Udává se, že asi 10 sekund. Nikotin se také rychle vstřebá z povrchu kůže. U absorbování přes dutinu ústní nebo nosní je účinek pomalejší. (Králíková, 2013; Kalina a kol. 2015).

Po požití nikotinu se v těle udá následující kaskáda. Nikotin je dobře prostupný přes hematoencefalickou bariéru. V mozku se naváže na acetylcholinové receptory. Tyto receptory se v mozku objevují v určitých částech více než v jiných. Takové místo, kde je nakupení nikotinových cholinergních receptorů mnoho je např. limbický systém, který má důležitou roli při tvorbě závislosti. Mezi funkce limbického systému patří totiž kontrola emocí a nálady. Po aktivaci receptorů dojde k vyplavení neurotransmiterů (dopamin, serotonin, acetylcholin, epinefrin atd.). Pro závislost na nikotinu je nejdůležitější vyplavení dopaminu, kdy má vliv na příznivou změnu nálady. Dochází také k vyplavení některých hormonů, zejména glukokortikoidy a ACTH. Jejich aktivaci vnímá kuřák jako snížení napětí

a vzpruhu. Po opakovaném užití je organismus nucen zvyšovat dávku, aby vznikl stejný účinek. Pokud nedojde k navýšení, objevují se abstinenci příznaky (viz kap. 1.3). Při hledání alternativ u odvykání kouření je nutné přesvědčit organismus, že pocit dobré nálady a snížení psychického napětí je možné i bez použití drogy (Hrubá, 2008).

Cigaretový kouř ovšem neobsahuje pouze nikotin, nýbrž dalších 4000–5000 plynných i pevných složek, spousta z nich karcinogenních. Mnohé složky mohou mít nepříznivý vliv na naše zdraví. Tabákový kouř obsahuje mimo jiné oxid uhelnatý, amoniak, kyanovodík, těkavé nitrily a uhlovodíky, dále také benzeny a naftaleny, fenoly, pesticidy a radioaktivní sloučeniny (Králiková, 2013, Kalina a kol. 2015). Ovšem nedílnou složkou, která vyvolává touhu zapálit si cigaretu zůstává nikotin.

2.3 Účinky nikotinu na organismus

Kromě změn, které nikotin způsobuje v mozku, a které byly již zmíněné, zvyšuje také bdělost a soustředění. Vliv má také na kuřákovu paměť. Má ovšem i spoustu somatických účinků, které si můžeme rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé.

Jako krátkodobý účinek můžeme uvést zvýšenou sekreci slin, žaludečních šťáv a potních žláz. Zrychluje také střevní peristaltiku a napětí hladkého svalstva (Kalina a kol. 2015). Nikotin se totiž považuje za rychle účinkující cholinmimetikum, které stimuluje sympatické i parasympatické gangliové buňky. Další z účinků, které můžeme uvést je vliv oxidu uhelnatého na hemoglobin. Oxid uhelnatý má vyšší afinitu k hemoglobin než více žádaný kyslík. Proto vdechovaný oxid uhelnatý brání výměně plynů v plicích a dochází tak k nedostatečné výměně mezi plicemi a tkání. Z vnějšího pohledu obsahuje cigaretový kouř a jeho blízké okolí až 3krát více oxidu uhelnatého. Proto je kouření škodlivé nejen pro samotného kuřáka, ale i pro nekuřáka, který je cigaretě zrovna poblíž. Nikotin také narušuje hemo-dynamickou stabilitu, která se projevuje zkrácením doby srážení krve. Klinicky je to problém především u hormonálních kontraceptiv, kde zvyšuje riziko tromboembolických a kardiovaskulárních komplikací (Králiková, 2013).

Mezi dlouhodobé účinky na organismus je nutné uvést především chronický zánět dýchacích cest a ztráta řasinkového epitelu, který pak vede k závažnějším

onemocněním. Kvůli zvýšení střevní peristaltiky se účinek nikotinu projeví jako dlouhodobě přetrvávající průjem (Kalina, 2015). Proto je jako jeden z abstinčních příznaků zácpa. Nikotin má ovšem ještě další řadu nežádoucích účinků na organismus a je velkým rizikem pro vznik vážných onemocnění.

Smrtelná dávka pro člověka je 50–100 mg. V tabáku cigarety je 10–15 mg nikotinu. Absorbováno je ovšem pouze 30 % (3 – 4,5 mg). Nikotin rozložen již hořením a další miligramy unikají cestou neinhalaovaného kouře. K akutní intoxikaci tedy téměř nikdy nedochází. Latentní dávka by vyvolala dechovou paralýzu. Již samotné předávkování provází spousta nepříjemných pocitů, které tak zabrání pokračování v kouření. Mezi projevy předávkování nikotinu patří slabost, bolesti hlavy, studený pot, nauzea a zvracení. Zajímavé je to, že silní kuřáci mohou přijmout denně i násobky smrtelné dávky pro nekuřáka (Králíková, 2013; Kráčíková 2015).

2.4 Diagnostika závislosti na tabáku

Závislost (kterákoliv) má 2 hlavní složky: psychosociální a fyzickou. Více méně každý kuřák je závislý přinejmenším psychosociálně. Velká část z nich (80 %) je závislá i fyzicky.

Pro diagnózu závislosti na tabáku používáme již zmíněný kód F17 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku. Můžeme také použít podnázev kódu, a to F17.2 – Syndrom závislosti na tabáku. Tato diagnóza určena je pro toho, kdo splňuje objektivní kritéria Americké psychiatrické asociace (APA DSM – V):

Užívání tabákových výrobků déle, než rok znamená nejméně dvě položky v následujících třech skupinách. Americká psychiatrická asociace uvádí celkem jedenáct symptomů ve třech skupinách (A, B, C):

A: Tabák je užíván ve větším množství a déle, než bylo plánováno.

1. Neúspěšná snaha přestat užívat nebo redukovat užívání tabáku.
2. Nadměrně množství času věnované získávání nebo užívání tabákových výrobků
3. Nutková potřeba užívat tabák.
4. Nesplnění povinností nebo závazků kvůli užívání tabáku.
5. Další užívání tabáku i přes nepříznivé sociální nebo společenské dopady.

6. Vynechání sociálních, pracovních nebo rekreačních aktivit ve prospěch užívání tabáku.
7. Užívání tabáku v rizikových situacích.
8. Další užívání tabáku i přes vědomí fyzických a psychických problémů přímo způsobených.

B: Tolerance nikotinu, což se projevuje:

9. Potřebou stále vyšších dávek nikotinu k dosažení žádoucího účinku.

C: Abstinenční příznaky po vysazení tabáku, což se projeví:

10. Objevením abstinenčních příznaků typický pro nikotin.
11. Vyšší potřebou nikotinu nebo jiného substitučního léku k potlačení abstinenčních příznaků.

(Králíková, 2015 s. 49; American psychiatric association DSM – V)

Pokud jsou více jak 4 symptomy pozitivní, může se jednat o syndrom závislosti.

Ovšem tato škála není jediná svého druhu. V diagnostice má také svůj význam Fageströmův test závislosti na cigaretách. Jde o nejpoužívanější dotazník. Celý test je k nahlédnutí v přílohách.

Bohužel často ani diagnóza F17 není uváděna. Kdybychom se řídili podle dat, který nám nabízí ÚZIS, bylo by pouze 1,5 % hospitalizovaných kuřáci. Přitom prevalence se pohybuje okolo 30 %. Přitom tato i další diagnózy spojené s kuřáctvím (např. Z58.7 – Pasivní kouření) mohou sehrát důležitou roli při hledání vhodné léčby nebo posloužit jako edukační materiál. I z těchto dat vyplývá, jak je diagnostika závislosti na tabáku hluboce podceňována (Králíková, 2013).

Klasifikace kuřáctví

Kuřáctví a kuřáka můžeme kategorizovat do následujících skupin:

- 1) „Nekuřák – v době zjišťování nekouří a nekouřil ani v minulosti
- 2) Bývalý příležitostný kuřák – nikdy nekouřil denně, ale během svého života vykouřil více jak 100 cigaret
- 3) Příležitostný kuřák – kouří, ale ne denně
- 4) Pravidelný kuřák – kouří
 - a) Průměrný kuřák – kouří 1–14 cigaret denně

- b) Nadměrný kuřák – kouří 15–24 cigaret denně
- c) Silný (těžký) kuřák – kouří 25 a více cigaret denně“

(Müllerová, 2013, s. 118–119)

Pro zhodnocení kuřáctví se používá již zmíněný Fagerströmův dotazník závislosti.

2.5 Vybrané formy užívání nikotinu

Nikotin se organismu nemusí dostat pouze cestou inhalační. Existují i jiné způsoby aplikace. Z širší perspektivy můžeme užití tabáku, a s ním i nikotinu, rozdělit na 2 formy: bezdýmné (smokeless) a hořící (kouřové). Nejvíce rozšířeným způsobem užíváním zůstává kouření.

Bezdýmný tabák (smokeless)

Princip aplikace bezdýmného tabáku spočívá v tom, že se nekouří. Podle způsobu aplikace ho můžeme dále dělit na orální – **žvýkací** (tabák v listech nebo práškový zvlhčený) nebo **šňupací** (tabák v práškové formě). Tyto formy tabáku se tedy cucají, šňupají, žvýkají nebo vkládají pod spodní ret. Používají se po celém světě, ale ne v takové míře jako klasické kouření. U bezdýmného tabáku chybí produkty hoření. Nicméně není neškodný. Obsahuje totiž karcinogeny a další toxické látky jako kouř, ovšem v menší míře (Králíková, 2015 s. 23).

Vodní dýmka

Vodní dýmka je velmi oblíbenou kratochvílí především dnešních adolescentů. Skýtá v sobě mnohá potěšení, jako je sdílení dýmky a kouření ve skupině. Nicméně je tato forma užívání tabáku velmi podceňovanou záležitostí. Spousta lidí se domnívá, že kouř ve vodní dýmce obsahuje méně nikotinu nebo, že použitím ovocné příchutě se stává tabák zdravějším. Opak je ovšem pravdou. Kouř není o nic zdravější, jelikož se ve vodě pouze ochladí, nikoliv pročistí. Dle různých výzkumů bylo zjištěno, že kouř z vodní dýmky dokonce obsahuje více oxidu uhelnatého, nikotinu a těžkých kovů než samotný kouř z cigarety. Takového kouře navíc musíme vdechnout více, abychom podpořili hoření uhlíku. Z toho vyplývá, že kouř z vodní dýmky může způsobit stejné nemoci jako kouř z cigarety. Vzhledem ke sdílení jednoho náustku mezi několika kuřáky je také vyšší riziko infekce. V rozvojových zemích se také často kombinuje s dalšími psychoaktivními látkami.

Vodní dýmka v sobě skrývá mnoho nebezpečí, které si zejména mladí dospělí neuvědomují (Králíková, 2013 s. 37–39).

Dýmky a doutníky

Na rozdíl od cigaret se kouř z dýmky nebo doutníku vstřebává již v bukální sliznici. Kuřáci tedy nemusejí inhalovat až do plic. Nicméně ti, kteří kouří cigarety, kouř z dýmky stejně do plic vtáhnou také. Pokud bychom brali v potaz pouze kuřáka dýmky nebo doutníku, celkové riziko vzniku např. rakoviny plic je o něco málo menší, ale lokální riziko (v dutině ústní) je vyšší. Pacienti se často domnívají, že pokud kouří doutníky, tak se nikotin nevstřebává a oni tedy nekouří. Tuto skutečnost je nutné vyvrátit (Králíková, 2015 s. 24).

Elektronické cigarety (E – cigarety)

Elektronické cigarety jsou výdobytkem nového století. V ČR se první elektronická cigareta objevila až v roce 2007. Na světě je tento výrobek znám od roku 2004. E – cigarety patří mezi ENDS – Electronic Nicotine Delivery Systems. Tyto systémy dodávají nikotin elektronicky – tabákový extrakt ve výrobku nehoří, ale zahřívá se. Jde vlastně o plastovou tyčinku, která v sobě obsahuje nabíjecí baterii a mikroprocesor, který řídí chod cigarety. Při spuštění (potáhnutí z cigarety) vstříkne do vzduchu kapičky roztoku (výtažek z tabáku). Náplně jsou v patronách uložených v cigaretě. Tyto patrony se doplňují liquidem – tekutina obsahující různé druhy koncentrace nikotinu a stejně tak i různé příchutě (jahodová, čokoládová, mentolová, ...). Na trhu existuje celá řada těchto výrobků a každý den přibývají nové. Elektronické cigarety mají své výhody. Ačkoliv není vždycky uvedený přesný obsah toho, co uživatel vdechuje, je téměř jisté, že kouř z e – cigarety bude méně škodlivý než kouř z klasické cigarety. I proto se pro určitou skupinu kuřáků, kteří chtějí přestat kouřit stává „zdravější“ alternativou. Mezi další výhody patří i nepřítomnost zápachu a absence nedopalků. Není ovšem zatím známá bezpečnost dlouhodobého užívání. Toto je zatím předmětem dalších výzkumů. Rizikem pro elektronické cigarety je fakt, že jejich prodej není nijak regulován legislativou. Můžou se k ní tedy dostat i například adolescenti. „Ovocné či sladké příchutě vzbuzují dojem „zdravého kouření“ bez rizika vzniku závislosti na nikotinu, která ovšem může snadno vzniknout.“ (Králíková, 2013, s. 44–48)

Cigarety

Kouření cigaret je nejpoužívanější formou užíváním nikotinu a také na něm nejrychleji vyvolávají a udržují závislost. Je to pro jeho rychlé vstřebávání přes dutinu nosní a respirační trakt. Cigarety jsou jediným spotřebním zbožím, které zabije bezmála polovinu svých uživatelů. Ve 20. století se stalo až 100 milionů lidí obětí tabáku. I přes tato enormní čísla nejsou cigarety uvedené mezi „nebezpečnými výrobky na trhu“ na stránkách MZČR (Králíková, 2015). Cigaretový kouř obsahuje 4000–5000 chemikálií. Spousta z nich jsou karcinogeny a toxické látky. Obsahují také samozřejmě nikotin, dále dehet a oxid uhelnatý. Údaje o množství těchto látek, které by mělo být uvedeno na každé krabičce, je ovšem zcela irelevantní. Nehledě na to, že to je pouze zlomek toho, co kuřák do svého organismu vpravuje. I přes tyto informace, studie a boje proti této zrádné závislosti, zůstává tabáková epidemie stále v rozkvětu (Králíková, 2013 s. 28–29).

2.6 Vybraná zdravotní rizika spojená s kouřením

Tabáková epidemie začíná až začátkem 20. století, kdy byla výroba cigaret zautomatizována. Ačkoliv kouření a užívání tabáku je ve světě známo již mnoho let, teprve v roce 1950 se podařilo doktorovi Richardu Dollovi prokázat, že kouření ovlivňuje velkou měrou vznik rakoviny plic. Kouření zabíjí – během minulého století si tabáková epidemie vyžádala asi 100 milionů lidí. Dá se předpokládat, že v 21. století to bude ještě mnohonásobně více. Kouření a užívání tabáku má neblahý dopad na spoustu soustav v organismu a je velkým rizikovým faktorem u řady onemocnění (Králíková, 2013 s. 21–27).

Kardiovaskulární onemocnění

Kouření je hlavním rizikovým faktorem pro kardiovaskulární onemocnění. Riziko kardiovaskulárního onemocnění zvyšuje i minimální dávka kouře nebo „jen“ pasivní kouření. Za tato onemocnění může především ateroskleróza, která ve vztahu ke kouření byla již několikrát klinicky prokázána. Vliv má také na poddajnost na cévní stěny a narušuje endotel cévy. U mladých osob má kouření významnou roli pro vznik akutního infarktu myokardu. Šance pro toto onemocnění zvyšuje o 50 %. Celkově, bez závislosti na věku, je pak riziko smrtelného infarktu myokardu až 3krát vyšší a riziko náhlé srdeční smrti až 2,3krát. Zásadní, i když často opomíjeným

onemocněním, kterého je kouření nedílnou součástí je vznik akutní trombózy. U mladých žen kuřaček, které užívají hormonální antikoncepci se pak riziko akutní trombózy ještě zvyšuje. Riziko pro postižení tepen dolní končetiny je u kuřáků až 7krát vyšší a následná amputace je 2krát častější. Příznaky tohoto onemocnění se objevují mnohem dříve. V neposlední řadě je kouření rizikovým faktorem pro vznik ischemické a hemoragické cévní mozkové příhody (Králíková, 2013 s. 226–237).

Česká kardiologická společnost usiluje o větší prevenci v závislosti na kouření. Zkoumá tuto závislost a spolupracuje se Společností pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku. (Výzva kuřákům, 2020)

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN)

Jak už název napovídá, CHOPN je závažné onemocnění, které má za následek bronchiální obstrukci. Omezuje se tak průtok vzduchu v dolních dýchacích cestách. Tato obstrukce je obvykle progresivní a není plně reverzibilní.

„Patologickou podstatou CHOPN je chronický neinfekční zánět lokalizovaný převážně v oblasti dýchacích cest (chronická bronchiolitida a bronchitida) a plicního parenchymu (centrilobulární emfyzém) vyvolaný akcentovanou zánětlivou reakcí organismu na chronickou expozici inhalačním škodlivinám.“ (Králíková, 2013, s. 237)

Toto onemocnění je také známé svými akutními exacerbacemi (akutní ataky zhoršování respiračních symptomů), která celkové onemocnění více zhoršuje. Připojují se k němu další komorbidity (diabetes, vředová choroba gastroduodenální, anémie, deprese). Zvyšuje se riziko maligního zvratu.

Mezi zevní rizikové faktory patří vdechování všemožných škodlivin. V žebříčku nejdůležitějších rizikových faktorů je nepochybně aktivní kouření. I když najdeme v populaci i 3–11 % pacientů s CHOPN, kteří jsou nekuřáci, mívají kuřáci těžší symptomy, vyšší a dřívější úmrtnost a rychlejší pokles plicních funkcí. Mezi další rizikové faktory patří: pasivní kouření, jiné varianty kouření (doutníky, dýmky, marihuana), dlouhodobé vdechování zplodin z dopravy a fosilních paliv, inhalace škodlivých částic a plynů v průmyslu.

Mezi prvotní příznaky nemoci patří dušnost. Nejprve velmi pozvolná, která je pouze při fyzické námaze (běh, chůze do schodů), poté se začne zhoršovat až

dochází ke klidové dušnosti. Dušnost lze klasifikovat dle modifikované škály Medical Research Council – mMRC dyspnea scale (viz příloha č. 2). Chronický kašel a vykašlávání sputa. Tyto obtíže trápí až 2/3 pacientů. Dalším spíše rizikovým faktorem je pozitivní rodinná anamnéza, tudíž výskyt CHOPN v rodině. (Koblížek a kol., 2019) Závažné a dlouhodobé formy CHOPN mohou vést k respirační insuficienci, následné plicní hypertenzi až k selhání pravého srdce. (Králíková, 2013)

CHOPN je choroba léčitelná, nikoliv však vyléčitelná. V léčbě se snažíme o redukci příznaků, zpomalení progresu nemoci, zlepšení kvality života, prevence akutních exacerbací, zabránění vzniku komplikací a jejich následků. Nedílnou součástí léčby je eliminace inhalačních škodlivin – přestat kouřit. Dalším krokem je léčba paušální. Ta v sobě obsahuje farmakologickou (inhalační medikace – bronchodilatancia, kortikosteroidy) a nefarmakologickou (pohybová aktivita, rehabilitace). Dalším krokem je fenotypická léčba, což je vlastně individualizovaný přístup v léčbě pacienta. (Králíková, 2013; Koblížek 2019). Tato choroba může dospět až k transplantaci plic.

Bronchogenní karcinom

Bronchogenní karcinom je závažné onkologické onemocnění. Onemocnění má nepříznivou prognózu. Pouze polovina pacientů s diagnózou karcinomu plic přežívá více jak 1 rok. V ČR drží toto onemocnění první příčky tabulek. Je nejčastějším zhoubným nádorem u mužů. U žen druhým nejčastějším (i když vzhledem k dnešním trendům se pomalu dostává do čela). Nejvyšší výskyt je kolem 70. – 85. roku života. Po celém světě je nejčastější zhoubný novotvar a nejčastěji vyskytující se nádor. Šanci na dlouhodobé přežití mají jen ti, u kterých byl nádor diagnostikován v počátečních fázích.

Karcinomy tohoto typu se dělí na 2 typy: malobuněčné a nemalobuněčné. Malobuněčné jsou více invazivní a rychleji metastázuji do okolních orgánů (játra, mozek, kostní dřeň, nadledviny). Chirurgická léčba je velmi složitá, nicméně nádor dobře reaguje na chemoterapii a radioterapii. Nemalobuněčné rostou pomaleji a je možné ho řešit chirurgicky. Je třeba ovšem dodat že pouhá menšina (20 %) diagnostikovaných pacientů má v době diagnózy pouze časná vývojová stadia. Nádory jsou totiž dlouho klinicky němé.

Mezi prvotní příznaky patří kašel trvající více jak 3 týdny. Objevuje se také hemoptyza (vykašlávání krve). Dalším příznakem je chrapot. Můžou se objevit bolesti na hrudi nebo dušnost. Mezi nespecifické příznaky můžeme zahrnout úbytek na váze, zvýšení teploty bez jasných příčin, únava nebo nechutenství. Růst těchto nádorů probíhá dlouhou dobu asymptoticky a pacienty přivede k lékaři až problém, který způsobily metastázy (např. bolesti zad – metastáza do páteře).

Mezi příčiny vzniku bronchogenního karcinomu se řadí především kouření. Kuřáci, kteří kouří více jak 20 let jsou 20krát více ohrožení vznikem tohoto nádoru. Do rizikových faktorů se řadí i kouření pasivní. Další rizikovou skupinou jsou pacienti, kteří jsou/byli vystavováni karcinogenním vlivům (ionizujícímu záření, azbest atd.). Ohrožení jsou také pacienti, kteří prodělali tuberkulózu nebo trpí chronickou obstrukční plicní nemocí. Rizikovým faktorem je také výskyt bronchogenního karcinomu v rodině. Tyto ohrožené skupiny pacientů by měly alespoň 1 ročně podstoupit skiagram hrudníku. Doposud není ale přesně daný preventivní postup pro toto onemocnění, a tak záleží především na praktických lékařích, zda prevenci budou provádět.

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) je chronické metabolické onemocnění. Tím nejzákladnějším projevem je hyperglykémie, tudíž zvýšená koncentrace glukózy v krvi. DM se dá klasifikovat různými způsoby. To nejširší rozdělení je na diabetes 1. a 2. typu. Diabetes 1. typu v důsledku nedostatečné sekrece inzulínu. Diabetes 2. typu vzniká nedostatečným působením inzulínu na buňky ve tkáních. Je dán inzulínovou rezistencí. Prevalence DM 2. typu je až 10krát vyšší než DM 1. typu. Kouření narušuje glukózový metabolismus a vede k rozvoji inzulínové rezistence a následně k diabetu. Dále pak zhoršuje prognózu onemocnění. „Tento metabolický vliv kouření se dá považovat za nejdůležitější mechanismus, který spojuje kouření a diabetes mellitus s vysokým rizikem vzniku aterosklerózy a kardiovaskulárního onemocnění (Králíková, 2013, s. 194–199).“

„Diabetici obou typů, zvláště však nemocní s DM 2. typu, umírají až v 80 % na kardiovaskulární onemocnění, především na ischemickou chorobu srdeční a aterosklerotickou cévní mozkovou příhodu. Kouření se u diabetiků zhoubně podílí především na rozvoji chronických vaskulárních komplikací, a to nejen

aterosklerotických ve velkých tepnách a středních tepnách (srdce, karotické tepny, mozek, renální tepny a dolní končetiny), ale i na rozvoji mikrovaskulárních komplikací jako např. retinopatie, nefropatie nebo neuropatie (Králíková, 2013 s. 195).“

Dále je nutné zmínit, že diabetes mellitus je považován za stav prokoagulační a kouření také. Pokud je nemocný kuřák a do toho trpí diabetem, je riziko vzniku trombózy a dalších trombotických stavů ohromné.

Vztah kouření a diabetes mellitus je spojován také s častějším výskytem pankreatického karcinomu. Dle dosavadních studií je riziko vzniku tohoto karcinomu až 2–3krát vyšší a DM toto riziko ještě zvyšuje. Kouření je i možným rizikovým faktorem pro vznik karcinomu žaludku a tlustého střeva (Dítě a kol., 2011).

V mnoha studiích bylo kouření považováno za nezávislý rizikový faktor pro vznik DM. Riziko vzniku tohoto onemocnění se při současném kuřáctví zdvojnásobuje. „V současné době se vztahy kouření a diabetu 2. typu pokládají za prokázané a pozornost se soustřeďuje na jejich kauzalitu“ (Ghassan, Hrubá 2010). Přestože tento vztah je již znám, bývá často opomíjen, nejen v diabetologických poradnách, ale i u praktických lékařů.

Reprodukce

Kouření má vliv na reprodukční schopnosti u mužů především v oblasti počtu spermií v ejakulátu, ale také v jejich poškození. Ukazuje se, že muž kuřák má až o 13–17 % nižší počet spermií než muž nekuřák. Objevují se také rozdíly v počtech poškozených spermií. Muži kuřáci mají těchto malformovaných spermií více, a proto i oni mohou být příčinnou vrozené vývojové vady u svých potomků. U mužů se také může objevit porucha erektilní dysfunkce. S tímto problémem se potýká mnoho mužů (především ve vyšším věku). Je ovšem dokázáno, že muži kuřáci jsou až o 50 % náchylnější ke vzniku poruch erekce a dysfunkce se může objevit i v mladším věku.

U žen je kouření daleko rizikovější a ovlivňuje spoustu pochodů v ženském těle. Základním cyklem u žen je menstruace. Podle studií zažívají kuřačky častěji bolestivou menstruaci, mají častěji vynechání periody anebo kratší cyklus. Vliv estrogenu se pod vlivem kouření snižuje, proto u žen kuřaček nastává

menopauza až o 2 roky dříve a mohou mít závažnější symptomy (např. návaly horka). Ženy kuřačky mají větší problémy s početím. Různé studie prokázaly, že pravděpodobnost otěhotnění je o 10–40 % snížena. Ženy kuřačky mají také menší odezvu v léčbě neplodnosti. Existuje zde i vyšší riziko ektopické gravidity (mimoděložního těhotenství) a zvýšené riziko potratu. Pokud se žena rozhodne otěhotnět a přestane kouřit, zmíněná rizika tím snižuje.

Vliv kuřáctví na plod může být zřejmý. Je dokázáno, že děti kuřaček mají nižší porodní váhu a jsou ohroženi 2–3krát více předčasným porodem. Také vrozené vývojové vady zde hrají roli. Ty jsou podmíněny genetickými vlivy, ale také vlivy zevního prostředí. U žen kuřaček roste riziko rozštěpové vady až o 30 %. Souvislost mezi kouřením a vývojovými vadami mají také malformace v podobě syndaktilie, polydaktilie nebo adaktylie (Králíková, 2013 s. 272–284).

Dalším velkým problémem je užívání orální hormonální antikoncepce a kouření. Přestože se jedná o spolehlivou antikoncepční metodu, riziko vzniku komplikací se s kuřáctvím násobí. „Kuřačka užívající HAK má 20krát vyšší riziko infarktu myokardu v mladém věku a 7,2krát vyšší riziko vzniku cévní mozkové příhody než nekuřačka užívající HAK (Králíková, 2013, str. 274).“

Oko

Vliv kouření na zrakový aparát souvisí především s dlouhotrvající hypoxémií, trombotickým a aterosklerotickým efektem. Chronické kouření má vliv na slzný film oka a na jeho podráždění. I z tohoto důvodu má kouření negativní vztah s hojivými procesy. Studie prokázaly, že kuřáctví zvyšuje riziko vzniku katarakty a u glaukomu je hlavním rizikovým faktorem pro vznik tohoto onemocnění. Spojením kouření a diabetickou retinopatií nebo alkoholovou neuropatií, může dojít až ke ztrátě vízu (Králíková, 2013 s. 308–311).

Urologická onemocnění

Kuřáci mají 2 – 4krát větší pravděpodobnost vzniku nádoru močového měchýře. Nejčastěji je to uroteliální karcinom. Jedná se o druhý nejčastější nádor, který má jasnou souvislost s kouřením. Při léčbě tohoto onemocnění je více než vhodné zanechání kouření.

Ačkoliv je příčina vzniku karcinomu ledvin neznámá, patří kouření společně s obezitou a užíváním antihypertenziv mezi jasné rizikové faktory (Králiková, 2013 s. 301–304).

3. Statistické a epidemiologické údaje

3.1 Počty kuřáků v České republice

V České republice kouří odhadem 2,3 milionů lidí a kolem 18 000 umírá na jeho následky. Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo výsledky národního výzkumu SZÚ o užívání tabáku v roce 2019. Bylo zjištěno, že v populaci České republiky bylo 24,9 % kuřáků (denních i příležitostných). Téměř tři čtvrtiny kuřáků tvoří denní kuřáci. Z každodenních kuřáků je to 21,1 % mužů a 15,2 % žen. Z tohoto výzkumu vyplývá fakt, že počet respondentů, kteří kouří se snížil o 3,6 % (oproti roku 2018). Při sledování trendu prevalence kuřáctví z let 2012–2019 můžeme tvrdit, že se trend pomalu snižuje, a to i v kategorii mladé generace (15–24 let). V této kategorii je ovšem i nejvíce pasivních kuřáků (MZČR, 2020).

Dle druhu užívání, kouří česká populace zejména klasické cigarety. Ženy i muži vykouří v průměru 10–14 cigaret denně. Elektronické cigarety užívalo 4,9 % respondentů a téměř polovina kouřila současně klasické i elektronické cigarety. Prvním rokem byl zahájen i pilotní výzkum užívání zahřívacího tabáku. Tyto výrobky užívá 3,2 % respondentů především ve skupině 15–24 let. S vyšším věkem prevalence užívání toho druhu klesá (MZČR, 2020).

Méně než třetina (28,7 %) respondentů se pokoušela v posledním roce přestat kouřit. Nejvíce se jich pokoušela přestat opět v mladé generaci 15–24 let. Největší snahu projevíli respondenti s vysokoškolským vzděláním, nižším vzděláním snaha klesala. Podle statistiky z roku 2018 od ÚZIS zažádalo o léčbu pouze 238 žadatelů. Dohromady bylo 517 léčených. V této statistice léčba zahrnovala ambulantní péči, kontaktní centrum a terénní program, substituční léčbu nebo terapeutickou skupinu (ÚZIS, 2019).

Souhlas se zavedeným protikuřáckým zákonem vyjádřilo 88,7 % nekuřáků a 48,1 % kuřáků (téměř polovina). Z toho vyplývá, že povědomí o nebezpečí kouření nabírá na intenzitě a sami kuřáci si uvědomují rizika spojená s touto závislostí. (MZČR, 2020)

3.2 Počty kuřáků ve světě

Podle Michaela R. Bloomberg, globálního velvyslance WHO, stále kouří více než 1 miliarda lidí. Ačkoliv jsou počty stále velmi závratné, Světové zdravotnické organizaci se podařilo alespoň částečně snížit počty, a to díky regulaci tabáku a potřebným intervencím v boji proti tabákové epidemii. Tyto intervence mají cíle:

- Sledování zásad prevence a užívání tabáku.
- Chránit populaci před tabákovým kouřem.
- Nabídnout pomoc při odvykání kouření.
- Varovat lidi před užíváním tabáku.
- Zákaz tabákové reklamy, propagace a sponzorství.
- Zvyšovat daně za tabák.

Zvýšené přijímání opatření má za následek mírný pokrok v boji proti tabáku. 5,3 miliardy lidí je nyní pokryto alespoň jedním z opatření. Zůstává tady ovšem 49 zemí bez přijatých opatření. Snaha WHO je nadále zvyšovat počty zemí, které přijaly tyto opatření a snižovat počty kuřáků (WHO, 2019).

Zpráva WHO z roku 2021 také poukazuje na nebezpečí používání elektronických cigaret, které nejsou regulovány žádnou legislativou a jsou tak lehce dostupné i pro mladou generaci. Varuje tedy před používáním těchto přípravků a před rizikem, které elektronické cigarety představují. Zdůrazňuje, že se ENDS (Electronic Nicotine Delivery Systems) rychle rozvíjí a mohou být lákavější pro mladistvé (WHO, 2021).

V současné době 80 % z 1 miliardy kouřících obyvatel žije v zemích s nízkými nebo středními příjmy. Pro srovnání uvádím data z evropské WHO, kde v Bosně a Hercegovině pravidelně denně kouří 40,7 % obyvatel starších 15 let, kdežto ve Finsku pouhých 13 % (Euro WHO, 2021) Odhaduje se, že na následky kouření v celém světě zemře kolem 8 miliónů lidí a další 1 milión na následky pasivního kouření.

3.3 Počty kuřáků mezi zdravotnickými pracovníky

Přestože by měli být zdravotničtí pracovníci hlavními aktéry v boji proti závislosti na tabáku, oni sami častokrát holdují této závislosti. Zdravotničtí pracovníci mají dobré předpoklady k tomu, aby u svých pacientů podporovali odvykání kouření a léčili závislosti na tabáku. Jestliže je z takového pracovníka ovšem cítit kouř, působí velmi nedůvěryhodně a pacientovi tak nedává dostatečný impuls k léčbě. Podle různých studií kouří v ČR až 40 % sester a 16 % lékařů. Pokud budeme mluvit v celosvětovém měřítku, patří ČR mezi státy s vyšší prevalencí kouření mezi HCW (Healthcare workers).

V současnosti neexistuje celosvětově známá prevalence kouření u zdravotnických pracovníků. Jsou ovšem vydané různé studie z různých zemí. Míra kouření u zdravotníků se celosvětově pohybuje v rozmezí 2–40 % (Nilan a kol., 2019).

Podle výzkumu z roku 2013 hlásí veliký pokles Nový Zéland. Lékařů kuřáků bylo 2 % a sester kouřilo pouhých 8 %. Tamějším lékařům se povedlo dosáhnout cíle Smokefree 2025, který stanovuje prevalenci kouření pod 5 %. Sestry jsou také na dobré cestě k tomu, aby cíle také brzy dosáhly. Nejvyšší prevalence sester kuřáček bylo zjištěno u maorských sester a sester psychiatrických. Dále bylo v této studii zmíněno, že 96 % mladých lékařů a 87 % mladých sester nikdy nebylo pravidelnými kuřáky (Edwards a kol., 2018, s. 48–57).

Dalšími zeměmi, které hlásí nízkou prevalenci jsou USA nebo Spojené království. Zde se pohybuje prevalence u zdravotnických pracovníků kolem 5 %. Vysoká procenta hlásí např. Francie, Itálie, Srbsko nebo Severní Irsko, kde se prevalence pohybuje kolem 30 %. Všeobecně byla nejvyšší míra uváděna ve střední a východní Evropě (37 %), v Africe (29 %), ve Střední a Jižní Americe (25 %) a v Asii (17,5 %). Podle studie, do které bylo zařazeno cca 450 000 HCW z 63 zemí bylo 21 % kuřáků (31 % mužů a 17 % žen). Paradoxně bylo zjištěno, že prevalence kuřáků mezi lékaři je 35–45 % v zemích se středními a nízkými příjmy, a naopak u sester je vyšší prevalence, 21–25 % v zemích s vysokými a středními příjmy (Nilan a kol., 2019)

Z těchto studií vyplývá, že užívání tabáku u zdravotnických pracovníků je velmi opomíjenou záležitostí a naznačuje nutnost cílených opatření k řešení problému. Pokud mají zdravotníci stát v první linii v boji proti tabákové epidemii, je nutno prvně důkladné monitorování mezi pracovníky a zavést opatření, které by podporovalo léčbu závislosti na tabáku u zdravotnických pracovníků.

4. Možnosti léčby

Základem úspěšné léčby závislosti na tabáku je rozhodnutí samotného pacienta a přání přestat. Pacient by měl být správně motivován a podporován. Je nutné zmínit, že závislost na tabáku patří mezi opravdu silné závislosti a jeho léčba je chronická a může trvat až desítky let. K terapii patří i mnoho neúspěchů, kde je důležité se z chyb poučit a nevzdávat se. Ze statistiky vyplývá, že až 5. pokus bývá úspěšný. Základními principy v léčbě závislosti na tabáku je psychobehaviorální terapie, kvůli změně denních stereotypů, a farmakoterapie k potlačení abstinčních příznaků (Králíková 2013; Kráčíková 2015).

4.1 Psychobehaviorální terapie

Psychobehaviorální terapie znamená především pomoci pacientovi se změnou životního stylu a denních stereotypů. Zdravotník provází pacienta v léčbě závislosti na tabáku a tvoří s ním plán odvykání. Prvotním krokem je stanovit si den D – den, kdy pacient přestane nadobro kouřit. K tomu se pojí výběr správného dne (symbolický pro pacienta), den předem vyhodit, zakopat nebo darovat zbylé cigarety. V přípravě na odvykání je také vhodné svůj záměr sdělit rodině, přátelům nebo kolegům a požádat je o schovívavost a podporu. Zároveň by se měl pacient zbavit všech věcí, které kouření připomínají – vyhodit popelníky, zapalovače – a zajistit si tak nekuřácké prostředí (Kráčíková 2013; Kráčíková, Kozák 2003).

V době abstinence je nutná také změna životního stylu. V každodenních událostech je nutné zaplnit prázdnou díru v době, kdy pacient kouřil. Tento čas může pacient využít ke hledání nových koníčků, sportování, četbě nebo jiné práci, která bude pacienta zajímat. Pomoci také můžou dechové techniky a autogenní trénink. Při hledání těchto aktivit by zdravotník měl myslet především na to, že každý pacient je jedinečný a daná aktivita ho musí bavit (Kráčíková, Kozák, 2003).

Je také nutné zaznamenávat situace, kdy pacient často kouřil nebo situace, která v něm vyvolává chuť na cigaretu. Tyto situace je pak možno omezit nebo vybrat aktivitu, která zabrání chuti na cigaretu. Například při pití kávy má pacient chuť na cigaretu – doporučte mu tedy, aby nepil kávu, ale čaj nebo pití jiného druhu kávy. Pokud pacient touží po cigaretě po jídle, doporučte mu vypít sklenici vody a jít se projít. Pokud má pacient chuť na cigaretu v přítomnosti jiného kuřáka, doporučte

mu, aby oznámil ostatním, že se snaží přestat a aby mu cigaretu nenabízeli. Je vhodné odvést pozornost od skupiny kuřáků nebo se jí úplně vyhnout. Jestliže kouří partner pacienta, měl by ho požádat, aby nekouřil v jeho přítomnosti. Další velkou překážkou je pití alkoholu. Mezi alkoholem a cigaretou existuje velmi silná psychologická vazba. Zpočátku je tedy dobré alkohol vůbec nepít a vyhýbat se situacím s ním spojeným. Mimo to, alkohol snižuje zbráně a může tak snadno dojít k relapsu (Králíková 2015 s. 59–68).

Při opakovaných pokusech je dobré zaznamenat v jakých situacích se pacient vrátil k cigaretě, co mu pomáhalo v abstinenci a proč se ke kouření vrátil. Podle zkušeností je pak snadnější vybrat správné intervence (Králíková 2013 s. 381).

Je vhodné pacientovi nabídnout různé podpůrné zdroje – konzultace, letáky, Linka pro odvykání kouření nebo kontakt na Centrum pro odvykání kouření.

Při odvykání kouření, především v prvních dnech, se s velkou pravděpodobností dostaví abstinenci příznaky. Ty je nutné a žádoucí mírnit a k tomu nám slouží užívání léků. Tato terapie nám pomáhá zvýšit úspěšnost léčby závislosti na tabáku.

4.2 Farmakoterapie

Všeobecně u farmakoterapie léčby závislosti na tabáku se doporučuje užívat předepsané léky co nejdéle. Minimální doba užívání by měla být 3 měsíce, ovšem optimální je 6 a více měsíců. Spolu s intenzivní sociální intervencí zvyšuje farmakoterapie dobu abstinence. Je nutné pacientům zmínit, že léky nejsou proti kouření, ale proti abstinenci příznakům. Léky tedy nezabrání pacientovi kouřit, ale potlačí jeho fyzickou závislost na cigaretách. Oproti anglicky mluvícím zemím jsou tyto léky pojišťovnou nehrazené. Nejčastější a nejpoužívanější léky jsou Vareniklin, náhradní terapie nikotinem (NTN) a Bupropion (Králíková, 2015 s. 68).

Vareniklin

Vareniklin neboli Champix je lék vyvinutý k léčbě závislosti a tabáku. Neobsahuje nikotin. Váže se na alfa4beta2 niktin – acetylcholinové receptory stejně jako nikotin v cigaretě. Způsobuje dlouhodobé vyplavování dopaminu (řády hodin), oproti krátkodobému vyplavení po potažení z cigarety. Potlačuje tak abstinenci příznaky a nutkavou potřebu zapálit si cigaretu. Další vlastností tohoto léku je, že

když si pacient zapálí cigaretu nedostaví se mu pocit odměny. To je dáno tím, že receptor je již zabraný vareniklinem a další vyplavování dopaminu se kuřák nedočká.

Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří nauzea, která ale do několika týdnů odezní. Doporučuje se dávkování léku po jídle nebo mezi jídlem a pořádně zapít. Vzhledem k této skutečnosti by se neměl brát na lačno. Tento lék doposud nemá žádné lékové interakce, ale je kontraindikován u pacientů se selháním ledvin (vylučuje se močí). Tento lék až ztrojnásobuje úspěšnost léčby je tedy do této doby nejúčinnějším lékem na trhu (Kralíková, 2015 s. 69–70).

Náhradní terapie nikotinem (NTN)

Náhradní terapie nikotinem se v léčbě závislosti na tabáku používá již od 80. let 20. století. V ČR jsou na trhu různé formy těchto léků volně prodejné. NTN se objevuje ve formě žvýkaček, náplastí, pastilek, inhalátorů a ústních sprejů.

Z náplastí se nikotin vstřebává transdermálně. Jde o vstřebávání pomalé, ale kontinuální (16–24 hodin). Tudíž nezabrání akutní chuti na cigaretu. Doporučuje se kombinace s některou z orálních forem, které mají krátkodobý účinek. Náplast je vhodné umístit na neochlupené nemastné místo – nejčastěji na vnitřní stranu paže, lopatka nebo pod klíční kostí. Místa by měl pacient střídát, aby nedocházelo k podráždění.

U žvýkaček je nutná edukace pacienta o způsobu žvýkání. Žvýkačky několikrát nakousnout a jakmile začne pálit (uvolňuje se nikotin), přestat žvýkat a ponechat v ústech asi na půl minuty a poté znovu několikrát nakousnout. Potom, co se pálení přestane objevovat, se z nikotinové žvýkačky stane žvýkačka obyčejná. Při příliš rychlém žvýkání se nikotin spolyká a může dojít k podráždění žaludeční sliznice a také k nulovém vstřebání nikotinu.

Pastilky se rozpouštějí v ústech a platí pro ně stejná pravidla jako pro žvýkačky (kromě žvýkání – pastilky nežvýkat). Doporučuje se nejméně 6 pastilek denně po dobu 6 týdnů. Poté se snažíme dávku snižovat. Většinou se rozpouštějí 15–20 minut.

U ústního spreje je dobré směřovat dávku spíše pod jazyk nebo za tvář. Není vhodný směr do zadní části úst, aby se nikotin nespokl.

U všech orálních forem je nutné neuzívat přípravky při současném jídle a pití. 10 minut před aplikací by se nemělo jíst ani pít nic kyselého (káva, cola), protože se

nikotin vstřebává v zásaditém prostředí. Nejčastěji používaná forma u hospitalizovaných kuřáků je nikotinová náplast. Pokud dojde ke správné intervenci, NTN až zdvojnásobují úspěšnost léčby (Králíková, 2013; Kráčíková 2015).

Bupropion

Bupropion je běžně užívané antidepresivum, kdy jeho vztah k léčbě závislosti na tabáku byl objeven náhodně. Blokuje reuptake dopamin a noradrenalin. Přímou indikací k léčbě závislosti na tabáku byl Zyban (150 mg bupropionu), který už není na našem trhu dostupný. Je kontraindikován u pacientů s epilepsií, anorexií, bulimií a u pacientů užívající blokátory monooxidázy. Nejčastější nežádoucí účinky udává nespavost a sucho v ústech. Stejně jako NTN zdvojnásobuje úspěšnost (Kráčíková, 2013; Kráčíková 2015).

4.3 Společnost pro léčbu závislosti na tabáku

Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT) je společnost, která sdružuje všechny zdravotníky, kteří se zajímají o léčbu závislosti na tabáku.

SLZT se snaží pomocí medií hlásit fakta, že kouření má za následek pětinu úmrtí v ČR, že většina kuřáků kouřit vlastně ani nechce a že existuje účinná léčba. Podporuje aktivity spojené s kontrolou tabáku, jako jsou například nekuřácké veřejné prostory, prevence kouření u dětí a adolescentů, zvyšování daní z cigaret nebo obrázková varování na krabičkách od cigaret (SLZT).

Mezi činnosti společnosti patří:

- Získávat novinky ze světa.
- Šířit povědomí o závislosti a doporučení léčby mezi zdravotníky.
- Zařadit nebo rozšířit výuku léčby do plánů lékařských fakult.
- Organizovat konference a odborné semináře.
- V rámci zdravotní péče v ČR se snaží zvýšit dostupnost účinné léčby.

Podle SLZT by měla léčba zahrnovat krátkodobou intervenci (od lékaře či sestry), intenzivní léčbu ve specializovaných pracovištích a telefonní linku pro odvykání kouření. Společnost se v současnosti snaží o navýšení počtu Center pro závislé na tabáku. V nejlepším případě by takové centrum mělo být součástí každé nemocnice (SLZT).

5. Kouření a zdravotníci

5.1. Charakteristika nelékařského zdravotnického personálu

Tým v nemocnici je tzv. multidisciplinární. Zahrnuje velkou škálu odborností s jediným cílem – péče o pacienta a navrácení zdraví. V nejzákladnějším dělení se tým rozděluje na lékařská zdravotnická povolání a nelékařská zdravotnická povolání. Lékařská zdravotnická povolání v sobě obsahují profese lékař, zubní lékař a farmaceut. Tyto povolání jsou spravována dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Tyto profese vyžadují pro svou způsobilost vysokoškolské vzdělání a následné získání specializace v daném oboru.

Druhá skupina je poměrně rozsáhlá. Zahrnuje v sobě 42 povolání, které vyžadují rozdílné nároky na vzdělání. Tato skupina je upravena zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Nelékaře můžeme rozdělit do 3 skupin, z nichž jedna z nich potřebuje k výkonu povolání získanou odbornost a může vykonávat činnost bez odborného dohledu. Do této skupiny patří např. všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, nutriční terapeut, praktická sestra, radiologický asistent atd. Druhá skupina nelékařů potřebuje ke své činnosti nejen získanou odbornost, ale také specializovanou způsobilost. Mezi takové profese řadíme např. fyzioterapeuta, klinického logopeda, klinického psychologa, biomedicínského inženýra atd. První skupina těchto povolání si může ovšem dodělat také odbornou specializaci nebo certifikované kurzy, což jim umožňuje navýšení kompetencí a získání nových. Poslední skupina je vázána na odborný dohled. Zdravotnický pracovník může vykonávat své povolání pod dohledem a přímým vedením. Sem řadíme ošetřovatele, sanitáře, zubní instrumentáře, nutriční asistenty, řidiče zdravotnické dopravní služby atd. (MZČR, 2022).

5.2. Role sester v léčbě závislosti na tabáku

Podle Světové zdravotnické organizace jsou sestry jednou ze čtyř a zároveň největší skupinou zdravotnických povolání, která by se měla důkladně zabývat intervencí pacienta v léčbě závislosti na tabáku. Základními profesemi v této problematice jsou lékaři, zubaři, sestry a farmaceuti. Sestry mají ovšem tu výhodu,

že jsou s pacientem častěji v kontaktu, a tak mohou provádět kvalitnější a častější intervenci.

Sestry jsou také nejpočetnějším zastoupeným povoláním ve zdravotnictví (v ČR více jak 100 000). SLZT v sobě sdružuje nejen lékaře, ale právě i sestry a snaží se o kvalitní vyškolení sester v prevenci a léčbě proti závislosti na tabáku. Nehledě na to, že léčba závislosti na tabáku jako součást každodenní praxe je známkou kvalitní ošetrovatelské péče. Sesterská sekce v organizaci SLZT vydala v roce 2021 informace a pracovní postup pro intervenci sestry. Tento dokument je volně přístupný a obsahuje v sobě především návod na krátkodobou intervenci při péči o pacienta. Všeobecné rady a tipy pro zvládnutí léčby byly popsány v kapitole 4 – Možnosti léčby. V přílohách najdeme tabulku se shrnutým doporučením pro postup při krátké intervenci 5P (Křenková a kol., 2021 s. 2-9).

Jak již bylo zmíněno sestry jsou nejpočetnější skupina, co se týče zdravotnických povolání. Měly by tedy mít úlohu nejen národní, ale i mezinárodní v boji proti tabákové epidemii. Vzhledem k růstu této epidemie je aktivita sester velmi důležitá.

Cíle mezinárodní aktivity sester v kontrole tabáku:

- „Zvýšit počet sester, které se aktivně účastní v podpoře cílů Rámcové úmluvy o kontrole tabáku WHO.
- Podporovat sesterské asociace, aby přijaly Etický kodex kontroly tabáku pro zdravotnické profesní organizace WHO.
- Stavět na znalostech a dovednostech sester při pomoci lidem přestat kouřit.
- Zvýšit vědomosti sester o léčbě závislosti na tabáku založené na důkazech.
- Publikovat možnosti odvykání kouření a doporučené postupy.
- Zvyšovat kulturu sester jako advokátů společnosti bez tabáku.
- Podporovat sestry, aby přijaly aktivní úlohu v kontrole tabáku včetně legislativy na místní a národní úrovni.“

(Křenková a kol., 2021, s. 8-9)

Přestože by měly být sestry určitým vzorem v kontrole užívání tabáku, samy jsou v mnoha případech kuřáky. V ČR je sester kuřáček až 40 %. Je tedy nutné se zaměřit především na tuto ohroženou skupinu, aby pak dále mohla být dále aktivní v podpoře nekuřáctví. Doposud není role sester v léčbě proti závislosti na tabáku dostatečně využívána (Králíková 2013, s. 424–425).

5.3. Rizikové faktory profese

Na člověka jako takového působí mnoho faktorů, které mohou mít vliv na vznik nemoci. Stejně jako zdravý je nemoc multifaktoriální – má bio – psycho – sociální základ. Faktory životního prostředí (především biologické a sociální), jejich vzájemné působení a způsob života člověka může vést k rozvoji nemoci nebo nemoc zapříčiňují. V mnoha ohledech se vědci shodují na tom, že na rozvoji závislosti hrají podstatnou roli psychické a sociální vlivy. Je to především tlak společnosti a schopnost organismu tomuto tlaku odolávat. Kouření je významným rizikovým faktorem ve spouště onemocnění a spouště onemocnění také způsobuje. Je také etiologicky spojeno se vznikem civilizačních chorob (Bártlová, 2005 s. 23–32).

Zdravotničtí pracovníci, a především sestry by se měly stát partnerem pacienta při léčbě závislosti na tabáku. Jak již bylo zmíněno, samy jsou v mnoha případech kuřáky. Působí na ně spousta rizikových faktorů jako je např. stres, směnný provoz nebo pracovní tlak. Kouření u zdravotníků je považováno za závažný etický problém.

Mezi rizikové faktory profese zdravotních sester je především rychlé tempo v práci, fyzická námaha, směnný provoz a z těchto faktorů pak vyplývající stres. Stres je obranná reakce organismu na nadměrnou fyzickou, psychickou nebo sociální zátěž. Může se projevit pocit tísně a úzkosti. Z fyzických projevů je to bolest hlavy, únava, nechutenství nebo naopak přejídání apod. Při dlouhodobém působení stresorů, které překročily určitou hranici vnímaného jedince, může vést toto působení až k úzkostné poruše či k depresivnímu syndromu. Zdravotničtí pracovníci jsou také nejvíce ohroženou skupinou pro vznik syndromu vyhoření. Je to dáno vlivem náročnosti jejich práce, rychlého tempa na oddělení a také neustálým sociálním kontaktem se spolupracovníky a pacienty (Vobořilová, 2015).

Zvládání stresu je pro organismus žádoucí. Proti stresu lze bojovat různými způsoby ať už fyzickými (fyzické cvičení) nebo psychickými. Zde jsou vhodné různé relaxační techniky nebo meditace (Vobořilová, 2015). Bohužel při zvládání stresu a touze relaxovat sáhne spousta lidí, i spousta zdravotníků, po cigaretě.

EMPIRICKÁ ČÁST

6. Výzkum

6.1. Cíle výzkumu

- a) Zjistit poměr mezi respondenty kuřáky a nekuřáky
- b) Zjistit, čím je ovlivněno kouření u nelékařských zdravotnických pracovníků.
- c) Zjistit z jakého důvodu NLZP kouří
- d) Zmapovat znalosti zdravotních rizik u NLZP a zjistit, kterého zdravotního rizika se nejvíce obávají
- e) Zjistit míru motivace v zanechání kouření a způsoby, které respondenti k léčbě využili

6.2. Metoda výzkumu

Výzkum k bakalářské práci byl prováděn metodou kvantitativního výzkumu. Použili jsme nestandardizovaný dotazník, který jsme vytvořili. (viz příloha 4).

Dotazníkové šetření probíhalo od října do prosince roku 2021 v Krajské nemocnici Liberec a. s. Dotazník byl anonymní a určen pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Celková doba k vyplnění čítala cca 10 minut. V úvodu jsme respondenty informovali o tom, k čemu a pro koho je dotazník určen a ujistili je, že dotazník je zcela anonymní. Dále jsme uvedli pokyny k vyplnění. Dotazník obsahoval 18 otázek. Otázky 1–6 byly pro všechny společné a obsahovaly otázky na pohlaví, věk, dosažené vzdělání, druh vykonávaného povolání, typ pracoviště, na kterém respondent pracuje a směnný provoz. Tyto otázky byly nutné pro výzkum demografických proměnných, vliv směnnosti na vznik závislosti na tabáku a také pro srovnání pracovišť intenzivní péče se standartním oddělením. Otázky 7–9 byly také určené pro kuřáky i nekuřáky a obsahovaly již otázky vztahující se k problematice kouření. Byly zde otázky na kuřáctví v rodině a důvody, proč zkoušeli (jestli vůbec) respondenti kouřit. Otázka číslo 9 poté rozdělovala dotazník na „kuřáckou“ a „nekuřáckou“ kategorii. Zde respondenti odpovídali, zda v tomto čase kouří. Pokud ano, nebo příležitostně, pokračovali dál ve vyplňování otázek. Pokud respondenti odpověděli, že nekouří nebo, že jsou odnaučení kuřáci pokračovali na otázku č. 14 a dál. Nejdříve však uvedli důvod svého nekuřáctví, kde se mohli vyjádřit svými slovy. Pokud bychom měli rozebrat „kuřáckou“ část

odpovídali zde dotazovaní na otázky typu jak dlouho a kolik cigaret kouří (otázky č.10 a 11). V otázce č. 12 pak měli na výběr z několika možností z jakého důvodu podle nich kouří. Následně měli své odpovědi (pokud jich bylo několik) seřadit podle žebříčku svých priorit. 13. otázka se týkala kuřáctví během pracovní doby. Další část dotazníku již byla opět společná. V otázce č. 14 měli respondenti zaškrtnout všechna rizika, u kterých se domnívají, že mají spojitost s kouřením. K této otázce se pojí i otázka č. 15, kde se měli dotazovaní svými slovy vyjádřit, kterého z uvedených rizik se nejvíce obávají. Otázky č. 16 a 17 se týkaly abstinence, kde jsme se ptali, zda se respondenti pokoušeli někdy přestat kouřit a jaké léčebné metody k tomu použili. V poslední otázce jsme se dotazovali, zda by respondenti chtěli přestat kouřit (pokud kouří) a pokud ano, co jim brání v tom, aby přestali. Celkově dotazník obsahoval 16 uzavřených otázek a 2 otázky otevřené. U otázek 9 a 18 byly dány podmínky pro určitou část odpovědí, aby se vyjádřili vlastními slovy.

Před začátkem samotného výzkumného šetření jsme provedli tzv. pilotní výzkum u 8 zdravotníků na oddělení traumatologie v Krajské nemocnici Liberec a. s. Zdravotníci otázkám porozuměli a měli věcné připomínky, díky kterým se dotazník upravil pouze graficky, aby vše bylo srozumitelné a jasně čitelné.

6.3. Zkoumaný soubor

Celý výzkum probíhal v Krajské nemocnici Liberec a. s. na standardních odděleních všeobecné chirurgie 5. a 1. patro, traumatologie, ortopedie, spinální jednotky, kardiologie 6. patro, plicní, rehabilitace, neurologie a neurochirurgie, na jednotce intenzivní péče interního oddělení a neurochirurgie Dále byl rozdán na urgentním oddělení a na anesteziologickém resuscitačním oddělení. Dotazník byl určen pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Rozdali jsme je staničním již zmíněných odděleních, které je pak distribuovaly dál. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 150 respondentů. Pro neúplnost či znevažování odpovědí jsme do výzkumného šetření zařadili celkově 146 dotazníků, které utvořily celek 100 %.

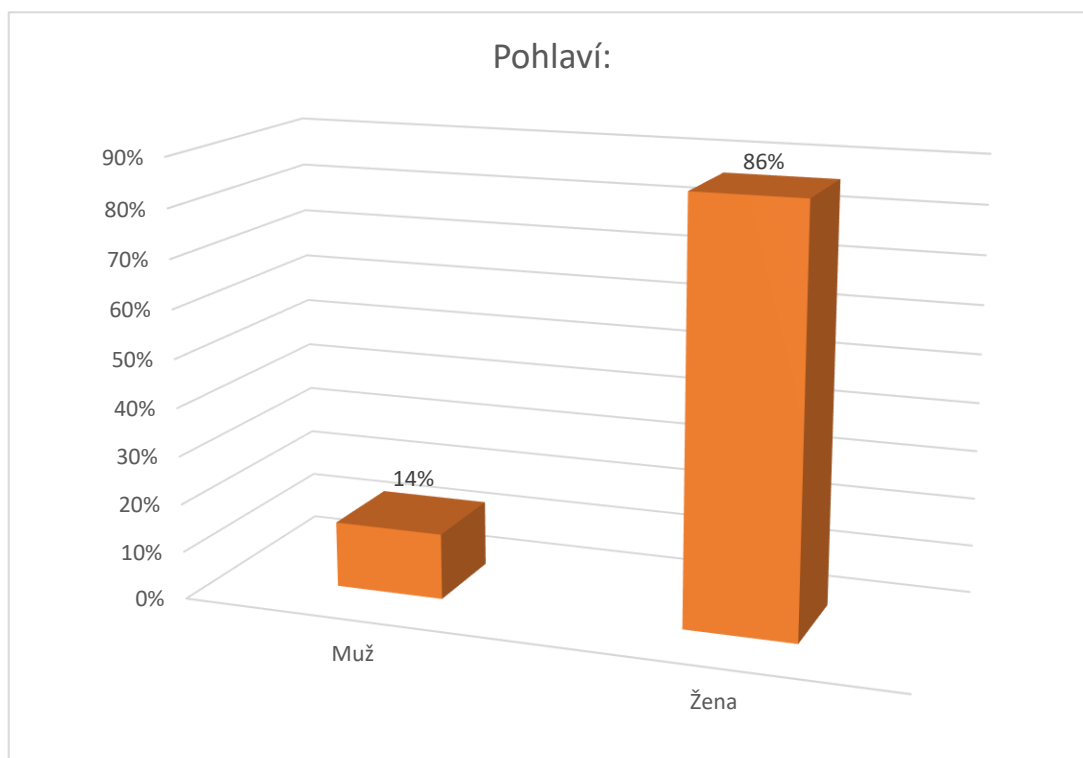
Dotazník vyplnili sanitáři, ošetřovatelé, praktické sestry, všeobecné sestry, zdravotničtí záchranáři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a další nelékařští zdravotničtí pracovníci.

Výzkum byl zpracováván pomocí Microsoft 365 - Excel a následně zaznamenán do dokumentu v Microsoft 365 - Word. Grafy jsou uváděné v relativních četnostech mimo grafů č. 15, 20 a 21, které jsou pro větší přehlednost uvedeny v počtu respondentů. Tabulka č. 1 a 3 jsou také uvedené v počtech respondentů.

Analýza dotazníkového šetření

Otázka č. 1 – Jsem:

- a) Muž
- b) Žena

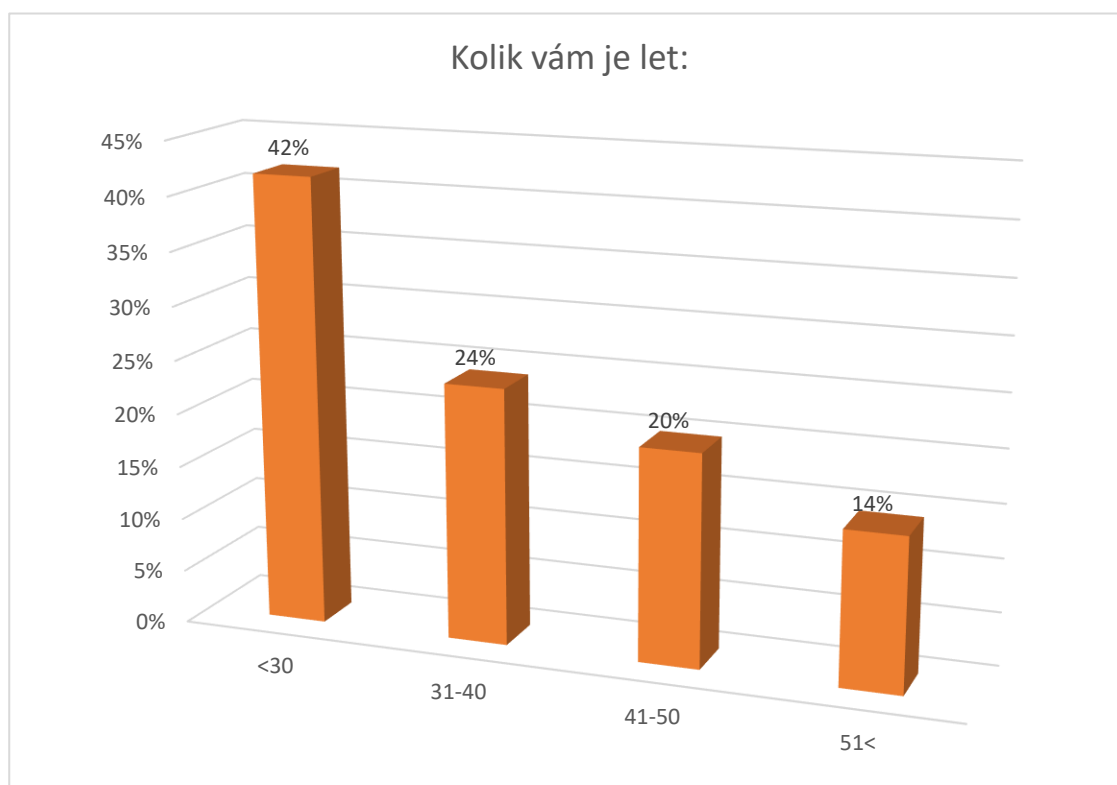


Graf č.1 – Pohlaví

Interpretace: Z celkového počtu 146 respondentů bylo 20 mužů (14 %) a 126 žen (86 %).

Otázka č. 2 – Kolik Vám je let:

- a) Méně než 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 a více let

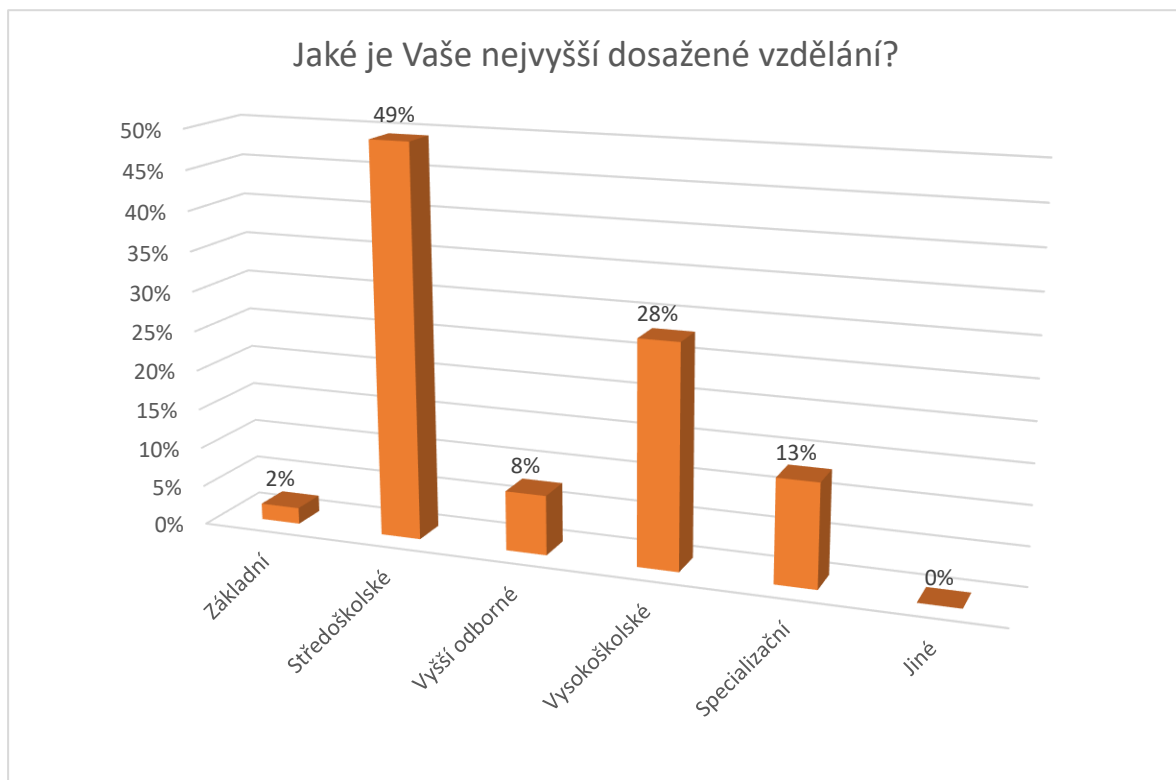


Graf č. 2 – Věk

Interpretace: Z celkového počtu 146 respondentů byla největší účast v kategorii méně než 30 let. Zde odpovědělo 61 respondentů, tedy 42 %. Ve věku 31–40 bylo 35 respondentů (24 %). Ve skupině 41–50 let odpovědělo 29 (20 %) dotazovaných a nejstarší kategorii více jak 51 let odpovědělo 21 respondentů (14 %).

Otázka č. 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) Základní
- b) Středoškolské
- c) Vyšší odborné
- d) Vysokoškolské
- e) Specializační
- f) Jiné:

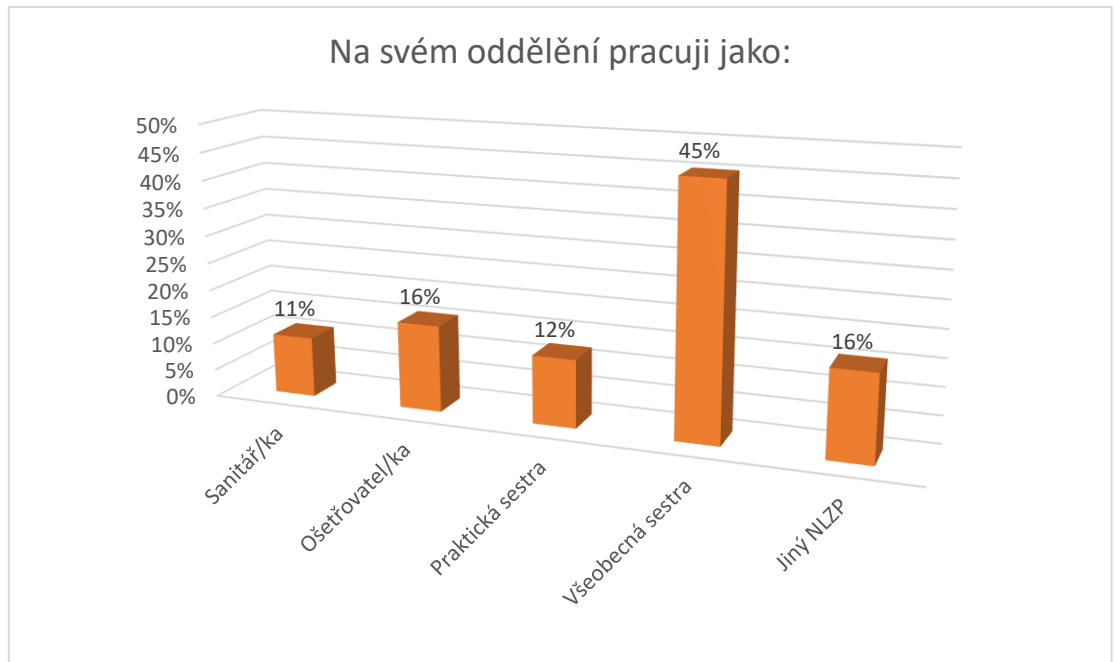


Graf č. 3 – Vzdělání

Interpretace: Nejpočetnější skupinou byli respondenti se středoškolským vzděláním – odpovědělo tak 72 dotazovaných (49 %). Pouze 3 dotazovaní (2 %) měli základní vzdělání. Vzdělání na vyšší odborné škole mělo 11 účastníků výzkumu (8 %) a vysokoškolské vzdělání měla druhá největší skupina respondentů v počtu 41 (28 %). Specializační vzdělání mělo 19 respondentů (13 %) a žádný dotazovaný neodpověděl v nabídce jiné (0 %).

Otázka č. 4 – Na svém oddělení pracuji jako:

- a) Sanitář/Sanitářka
- b) Ošetřovatel/Ošetřovatelka
- c) Praktická sestra
- d) Všeobecná sestra
- e) Jiný NLZP:

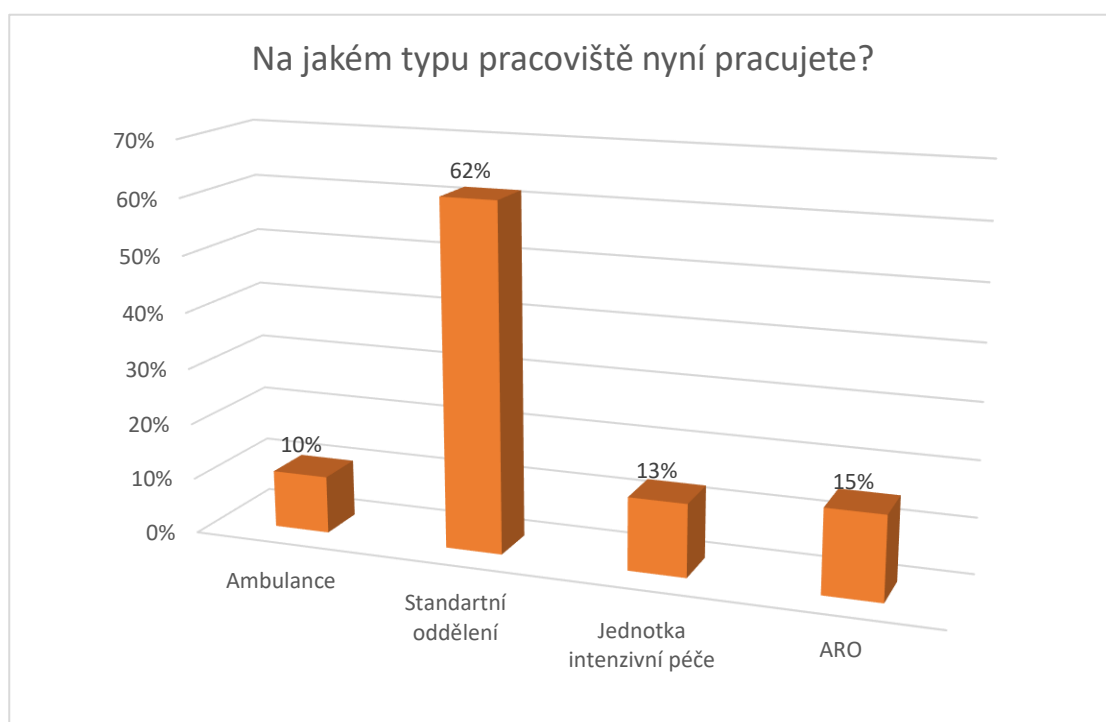


Graf č. 4 – Profese na oddělení

Interpretace: V této otázce mají největší zastoupení všeobecné sestry - 66 dotazovaných (45 %). Dalších 16 respondentů (11 %) pracuje na oddělení jako sanitář nebo sanitářka. 23 (16 %) vykonává funkci ošetřovatele a 18 dotazovaných (12 %) jsou praktickou sestrou. 23 respondentů (16 %) odpovědělo, že jsou jinými NLZP. Objevovali se zde odpovědi: zdravotnický záchranář, vyučující na SZŠ, fyzioterapeut, nebo ergoterapeut.

Otázka č. 5 – Na jakém typu pracoviště nyní pracujete?

- a) Ambulance
- b) Standardní oddělení
- c) Jednotka intenzivní péče
- d) Anesteziologicko – resuscitační péče

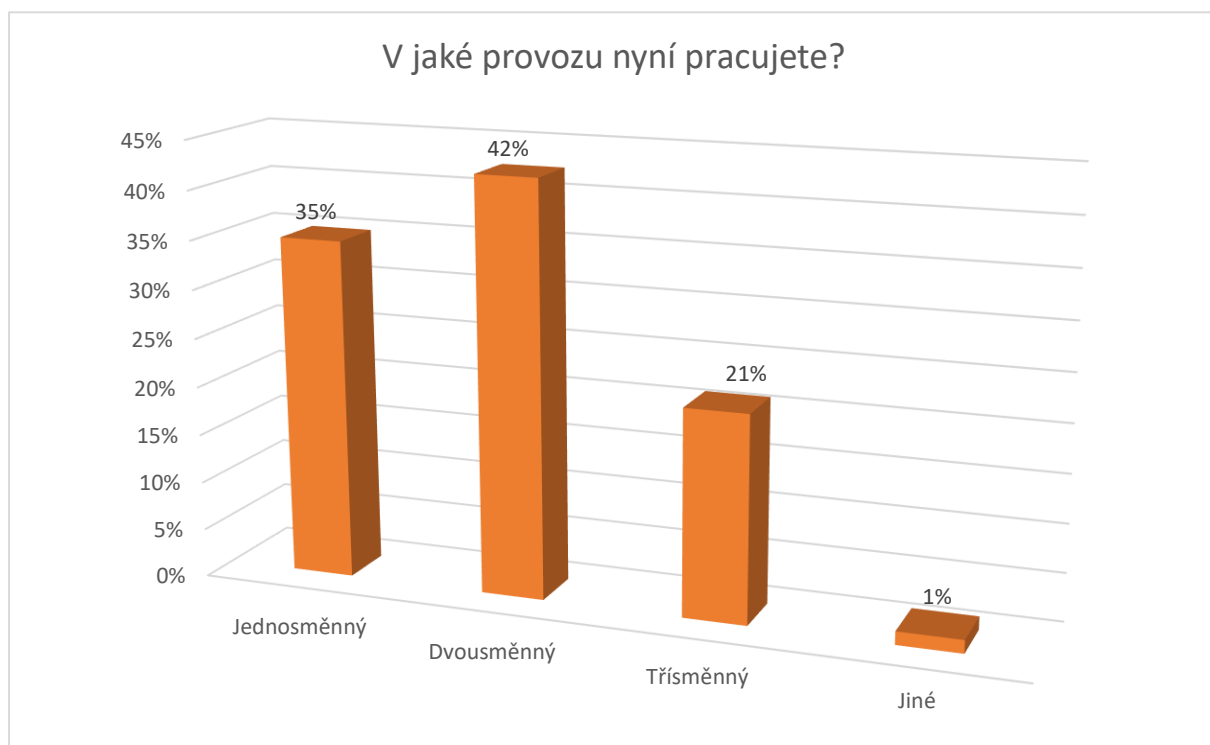


Graf č. 5 – Pracoviště

Interpretace: Nejméně dotazovaných, 15 (10 %), pracovalo na ambulanci. Naopak nejvíce respondentů pracuje na standardním oddělení. Odpovídalo tak 90 dotazovaných (62 %). Bylo zde také rozdáno nejvíce dotazníků. Na jednotce intenzivní péče pracuje 19 respondentů (13 %) a na anesteziologicko – resuscitačním oddělení pak 22 dotazovaných (15 %).

Otázka č. 6 – V jakém provozu nyní pracujete?

- a) Jednosměnný
- b) Dvousměnný
- c) Třisměnný
- d) Jiný:

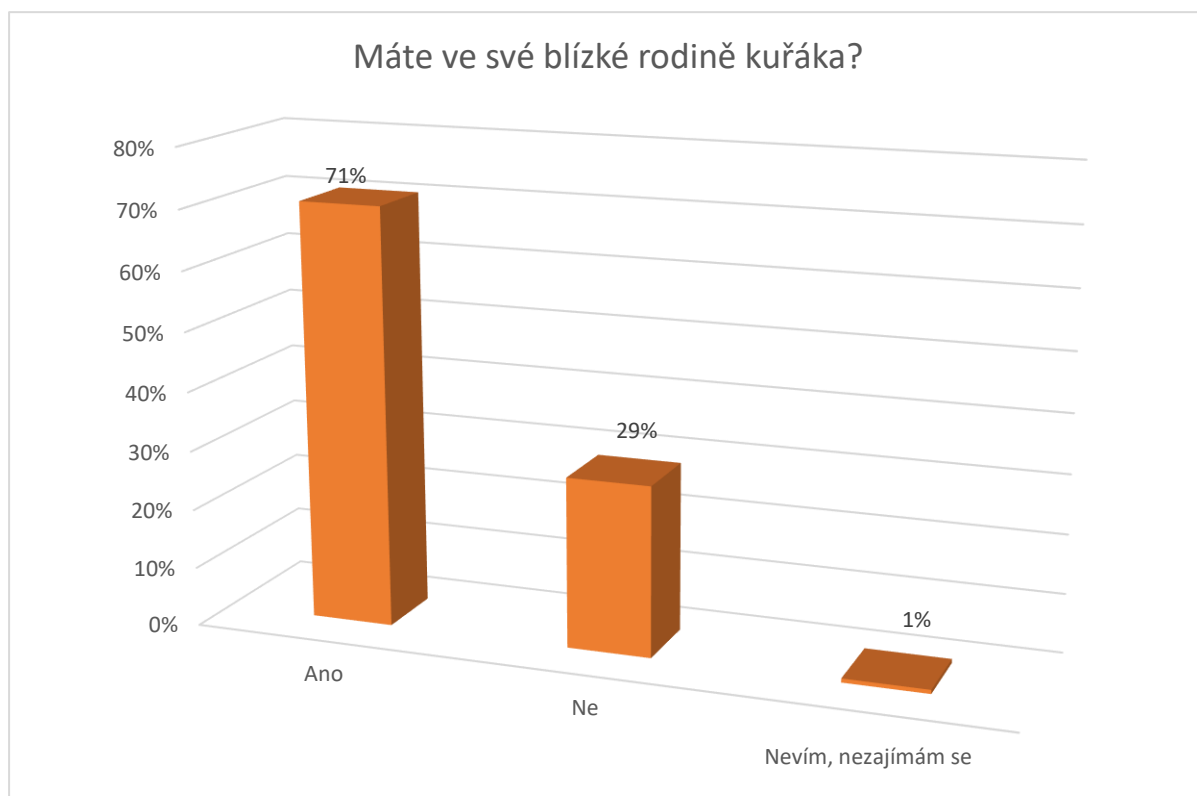


Graf č. 6 – Směnnost

Interpretace: 62 respondentů (42 %) uvedlo, že pracují ve dvou směnném provozu. 51 dotazovaných (35 %) pak v jednosměnném provozu a v třisměnném dle odpovědí 31 respondentů (21 %). 2 (1 %) z celkového počtu (146) odpovědělo, že pracují v jiném provozu. Odpověď byla u obou stejná: nepřetržitý.

Otázka č. 7 – Máte ve své blízké rodině kuřáka?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, nezajímám se



Graf č. 7 – Kuřáctví v rodině

Interpretace: Z celkového počtu 146 respondentů (100 %) uvádí většina – 103 respondentů (71 %), že mají ve své blízké rodině kuřáka. Dalších 42 dotazovaných (29 %) nemají a 1 respondent (1 %) neví, zda má ve své blízké rodině kuřáka.

Otázka č. 8 – Zkusil/a jste někdy kouřit a z jakého důvodu?

- a) Nikdy jsem to nezkoušel/a
- b) Vliv kamarádů/spolužáků
- c) Vliv spolupracovníků
- d) Touha vyzkoušet
- e) Vliv kuřáctví v rodině
- f) Jiné:

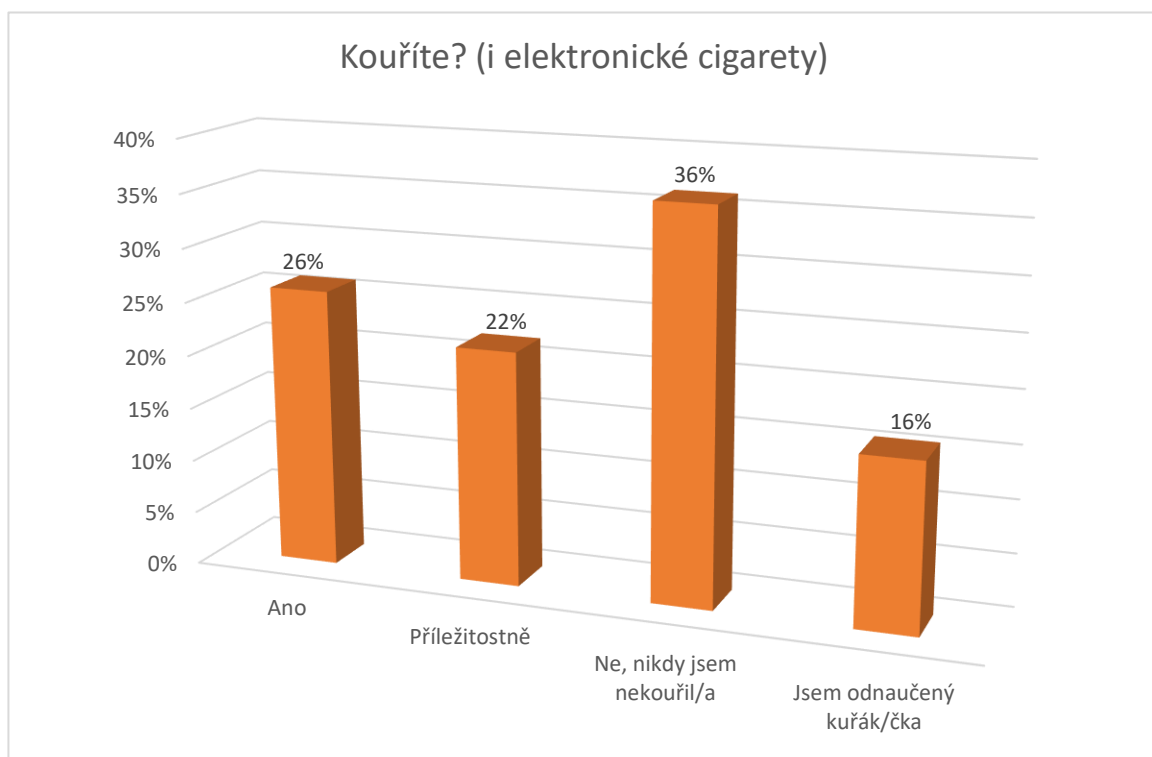


Graf č. 8 – Důvody zkusit kouřit

Interpretace: Zde bylo možné uvést i více odpovědí. Nejvíce respondentů, 70 (48 %), uvedlo důvod, že zkusili kouřit pod vlivem kamarádů nebo spolužáků. Stalo se tak tedy v době, kdy chodili do školy a předpokládáme, že v době puberty a dospívání. Další velká skupina 54 (37 %) respondentů toužila cigaretu vyzkoušet. 24 (16 %) dotazovaných nikdy kouřit nezkoušelo a 23 (16 %) udává vliv kuřáctví v rodině. 15 respondentů (10 %) zkusilo kouřit pod vlivem spolupracovníků a dalších 8 (5 %) uvedlo jiný důvod. Mezi jiné důvody uvedli – „frajeřina“, rituál ke kávě nebo stresové situace.

Otázka č. 9 – Kouříte? (i elektronické cigarety)

- a) Ano
- b) Příležitostně
- c) Ne, nikdy jsem nekouřil/a
- d) Jsem odnaučený kuřák



Graf č. 9 – Počty kuřáků a nekuřáků

Interpretace: Z celkového počtu 146 (100 %) dotazovaných odpovědělo 53 (36 %), že nikdy aktivně nekouřilo. 23 (16 %) jsou odnaučenými kuřáky a 38 (26 %) respondentů aktivně kouří a 32 (22 %) kouří příležitostně. Dá se tedy říct že 76 dotazovaných tedy 52 % jsou nekuřáky a zbylých 70 tedy 48 % jsou kuřáky. Respondenti se rozdělili na téměř 2 poloviny.

K této otázce se vázal doplňující dotaz pro nekuřáky, kdy jsme se ptali na důvod jejich nekuřáctví. Odpovědi se často opakovaly, a proto jsme je vložili do tabulky, kde jsou důvody jasně zřetelné:

Důvody	Počet respondentů
Nic mi to neříká, nelákalo mě to, Nepotřebuji to	26
Nechutná mi to	9
Finance	2
Zdraví, Vážný úraz, po Covidu zápal plic	12
Změna životního stylu	5
Těhotenství	3
Smrdí mi to	8
Důvod neuveden	11
Celkem	76

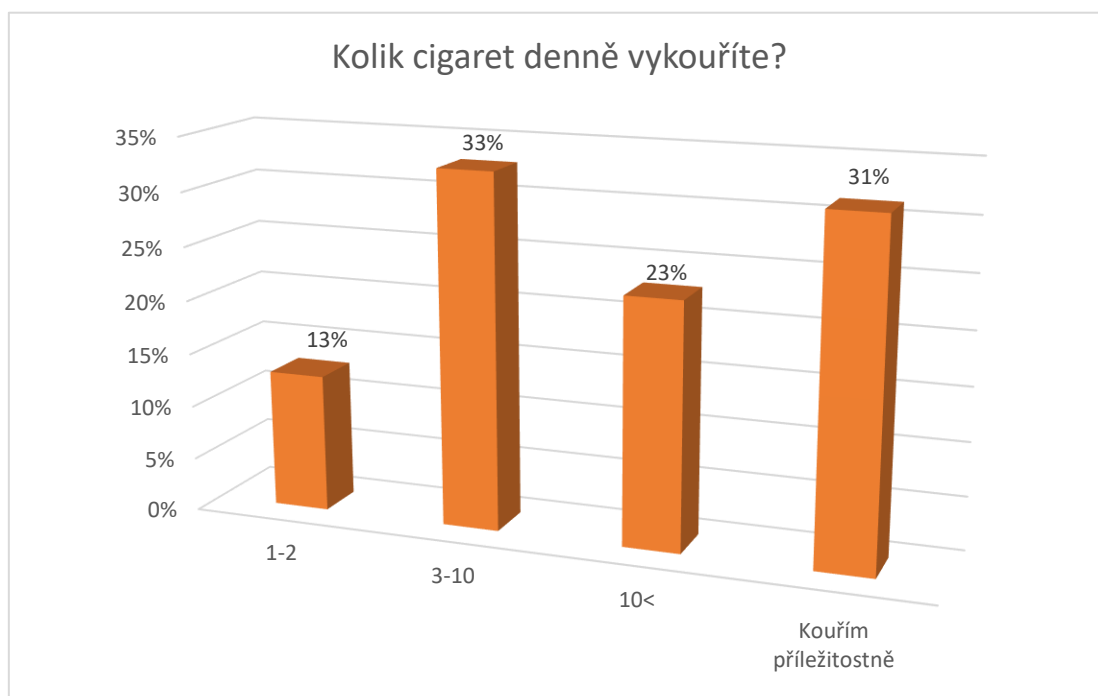
Tab. č. 1 – Důvody nekuřáctví

Nejvíce respondentů (26) udávalo, že jim kouření nic neříká, nikdy je nelákalo, nebo že to vůbec nepotřebují. 9 respondentům to nechutná a 2 udávali především finance. 12 dotazovaných se bálo o svoje zdraví nebo mělo vážný úraz. Jedna respondentka přestala kouřit v době, kdy měla během onemocnění Covid – 19 těžký zápal plic a už se ke kouření nevrátila. 5 nekuřáků se rozhodlo přestat kouřit při změně životního stylu. 3 respondentky přimělo k nekuřáctví plánované nebo již vzniklé těhotenství. 8 respondentům kouř z cigarety smrdí a 11 dotazovaných na doplňující otázku neodpověděli.

Pokud respondenti odpověděli, že nikdy nekouřili či jsou odnaučenými kuřáky pokračují na otázku č. 14. Otázky č. 10, 11, 12 a 13 jsou určené pro kuřáky.

Otázka č. 10 – Kolik cigaret denně vykouříte?

- a) 1–2
- b) 3–10
- c) 10 a více
- d) Kouřím příležitostně: (kolik ...)



Graf č. 10 – Kolik cigaret denně vykouří

Interpretace: Z celkového počtu 70 (100 %) respondentů odpovědělo 9 (13 %), že vykouří 1–2 cigarety denně. Další a největší skupinou 23 (33 %) dotazovaných vykouří denně 3–10 cigaret. 10 a více cigaret vykouří denně 16 (23 %) respondentů a druhá nejpočetnější skupina 22 (31 %) dotazovaných kouří příležitostně. Zde se objevovaly různé odpovědi např. 10 cigaret za týden, 3 za týden nebo pouze při pití alkoholu.

Otázka č. 11 – Jak dlouho kouříte?

Délka kouření (let)	Procenta z celku
40–21	17 %
20–11	23 %
10–6	30 %
1-5	30 %
Celkový průměr	12,79 let

Tab. č. 2 – Délka kouření (let)

Zde měli respondenti za úkol napsat celá čísla, jak dlouho kouří. Z všech uvedených čísel jsem je poté rozdělila na 4 skupiny: 40–21 let, 20–11 let, 6–10 let a 1–5 let. Z celkového počtu kouřících respondentů jsem pak spočítala procento ve skupinách. Nejvíce dotazovaných kouří 1–5 let a 6–10 let (obě skupiny shodně 30 %). 20–11 let kouří 23 % a 17 % kouří 21–40 let. Nejvíce bylo uvedeno 40 let kuřáctví u dvou respondentů. Posléze jsem z uvedených let vypočítala průměr ze všech odpovědí – celkový průměr doby kouření činí 12,79 let.

Otázka č. 12 – Z jakého důvodu kouříte?

- a) Cigareta je pro mě odměnou
- b) Možnost relaxace
- c) Vliv spolupracovníků/kamarádů
- d) Pracovní tlak
- e) Stres
- f) Udržování tělesné hmotnosti
- g) Zvyk
- h) Závislost
- i) Jiné:

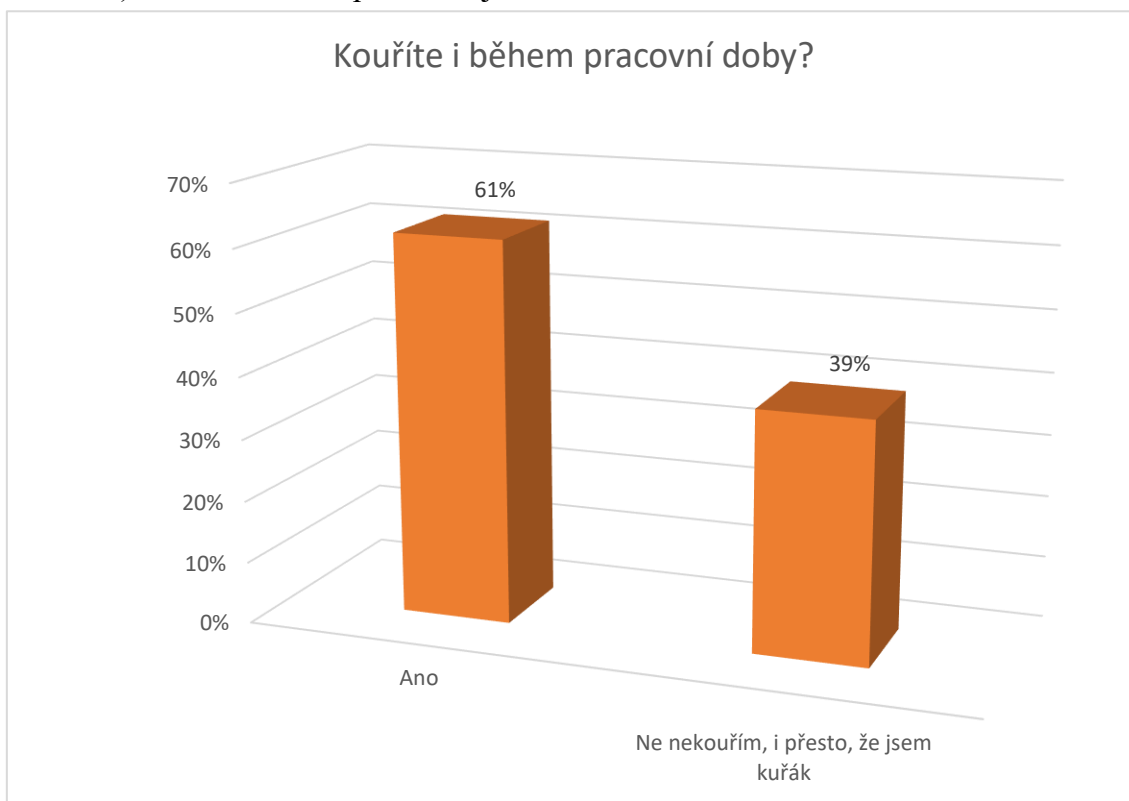


Graf č. 12 – Důvody kuřáctví

Interpretace: Zde bylo možné uvést více odpovědí. Nejvíce respondentů, 41 (28 %), zaškrtno nabídku možnost relaxace. Druhá nejčastější odpověď byla zvyk, což zaškrtno 33 (23 %) dotazovaných. Hned za ním se řadí stres jako důvod kuřáctví, který zaškrtno 32 (22 %) dotazovaných. Méně, než zvyk vnímá personál kouření jako závislost. Tu uvedlo 20 (14 %) dotazovaných. Ve stejném počtu, 20 (14 %), je vliv spolupracovníků nebo kamarádů. 17 (12 %) dotazovaných uvedlo, že cigareta je pro ně odměnou. Pracovní tlak připisuje svému kuřáctví 15 (10 %) respondentů. Pouhých 5 (3 %) dotazovaných uvedlo mimo jiné i to, že si kouřením udržují svou tělesnou hmotnost. 7 (5 %) respondentů uvedlo také důvod jiný. Všechny se v tomto shodovali – alkohol.

Otázka č. 13 - Kouříte i během pracovní doby?

- a) Ano
- b) Ne nekouřím, i přesto, že jsem kuřák

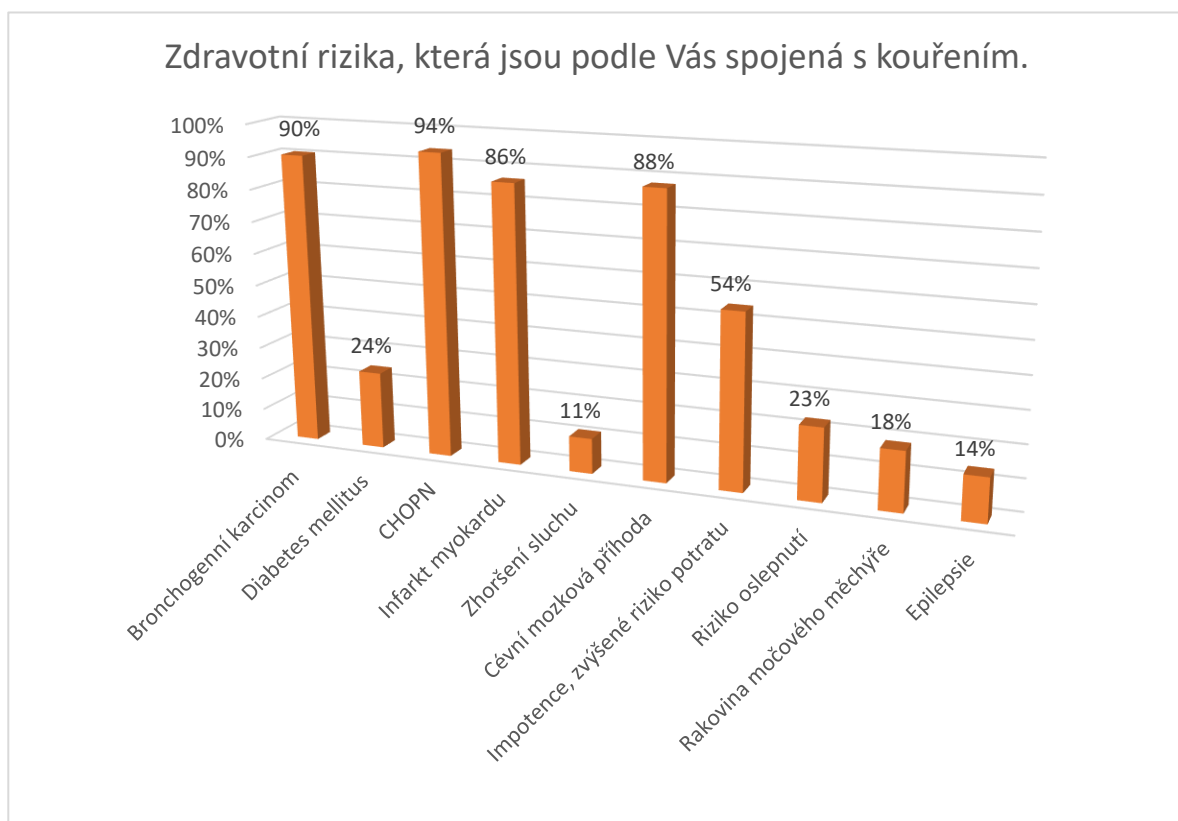


Graf č. 13 – Kuřáctví během pracovní doby

Interpretace: Z celkového počtu 70 (100 %) respondentů jich 43 (61 %) během pracovní doby kouří. Zbýlých 27 (39 %) v práci nekouří, a to i přesto, že jsou kuřáci.

Otázka č. 14 – Zaškrtněte, prosím, všechna zdravotní rizika, která jsou podle Vás spojená s kouřením.

- a) Bronchogenní karcinom
- b) Diabetes mellitus
- c) CHOPN
- d) Infarkt myokardu
- e) Zhoršení sluchu
- f) Cévní mozková příhoda
- g) Impotence, zvýšené riziko potratu
- h) Riziko oslepnutí
- i) Rakovina močového měchýře
- j) Epilepsie



Graf č. 14 – Zdravotní rizika

Interpretace: Zde bylo možné uvést více odpovědí. Na nejvyšší příčce se umístila chronická obstrukční plicní nemoc, kterou zaškrtnulo 137 (94 %) respondentů. Dále téměř všichni vědí, že kouření má jasný a dokázaný vliv na vznik bronchogenního karcinomu. Toto riziko zaškrtnulo 132 (90 %) účastníků. 128 (88 %) uvedlo cévní mozkovou příhodu a 126 (86 %) infarkt myokardu. Po těchto nejčastějších odpovědích hranice

klesla a impotenci, zvýšené riziko potratu zaškrtno 79 (54 %) zdravotníků. Pouhá menšina – 35 (24 %) – uvedla riziko vzniku diabetes mellitus. V podobném počtu 33 (23 %) uváděli riziko oslepnutí a jenom 27 (18 %) zaškrtno i rakovinu močového měchýře. Všechna výše uvedená zdravotní rizika opravdu s kouřením souvisí. Zbylé 2 odpovědi jsou smyšlené a s kouřením nesouvisí. Bylo to zhoršení sluchu, které zaškrtno 16 (11 %) respondentů a epilepsie, kterou uvedlo 20 (14 %) odpovídajících.

Otázka č. 15 – Kterého z rizik se nejvíce obáváte?

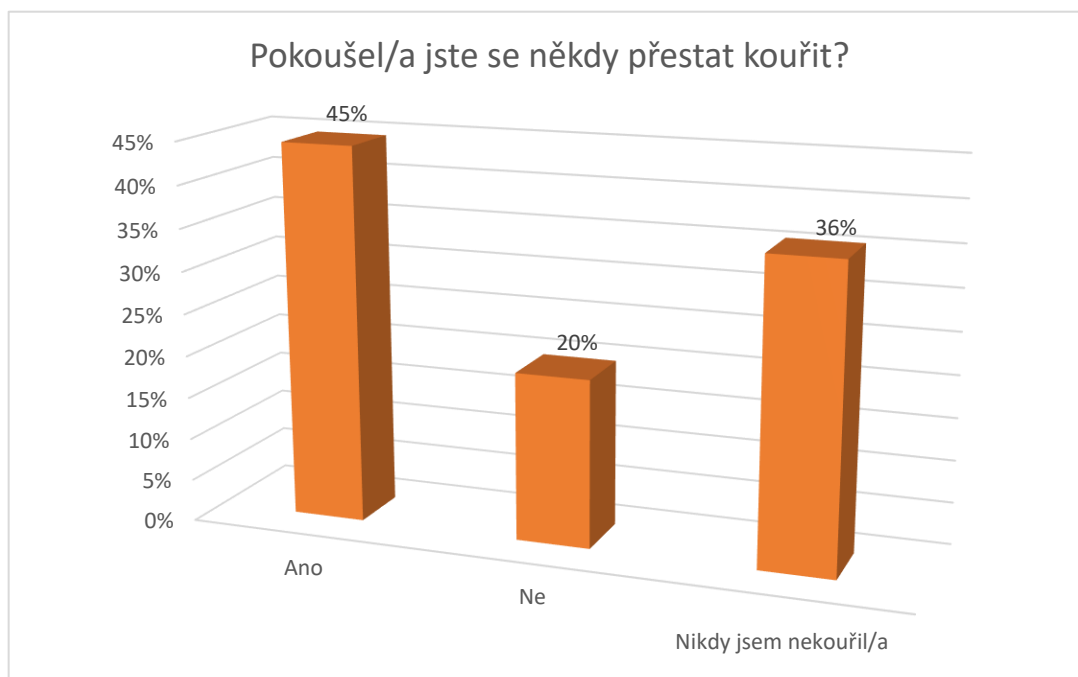


Graf č. 15 – Kterého z rizik se nejvíce obáváte – celkový počet

Interpretace: Čísla jsou uváděna v počtu respondentů. Zde bylo možné uvést více odpovědí. Dle grafu je patrné, že největší obavy budí bronchogenní karcinom, jenž uvedlo 66 respondentů z celkového počtu 146. Dále se odpovídající obávají cévní mozkové příhody, kterou uvedlo 30 respondentů. 26 odpovídajících se mimo jiné obává infarktu myokardu a 20 CHOPN. 13 respondentů se obává zhoršení sluchu, kde, jak už bylo řečeno, obavy nejsou na místě. Kouření totiž nevede ke zhoršení sluchu. 10 účastníků se obává impotence nebo zvýšeného rizika potratu. 7 se obává diabetu mellitu, 4 rizika oslepnutí a po 2 respondentech mají rakovina močového měchýře a epilepsie. Zde je vhodné zmínit, že kouření má opravdu vliv na rakovinu močového měchýře a na epilepsii nikoliv. 1 respondent se bojí těžkého průběhu Covid – 19 a 12 respondentů se nebojí ničeho. Větší skupina 29 respondentů své nejobávanější riziko neuvedli.

Otázka č. 16 - Pokoušel/a jste se někdy přestat kouřit?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nikdy jsem nekouřil/a

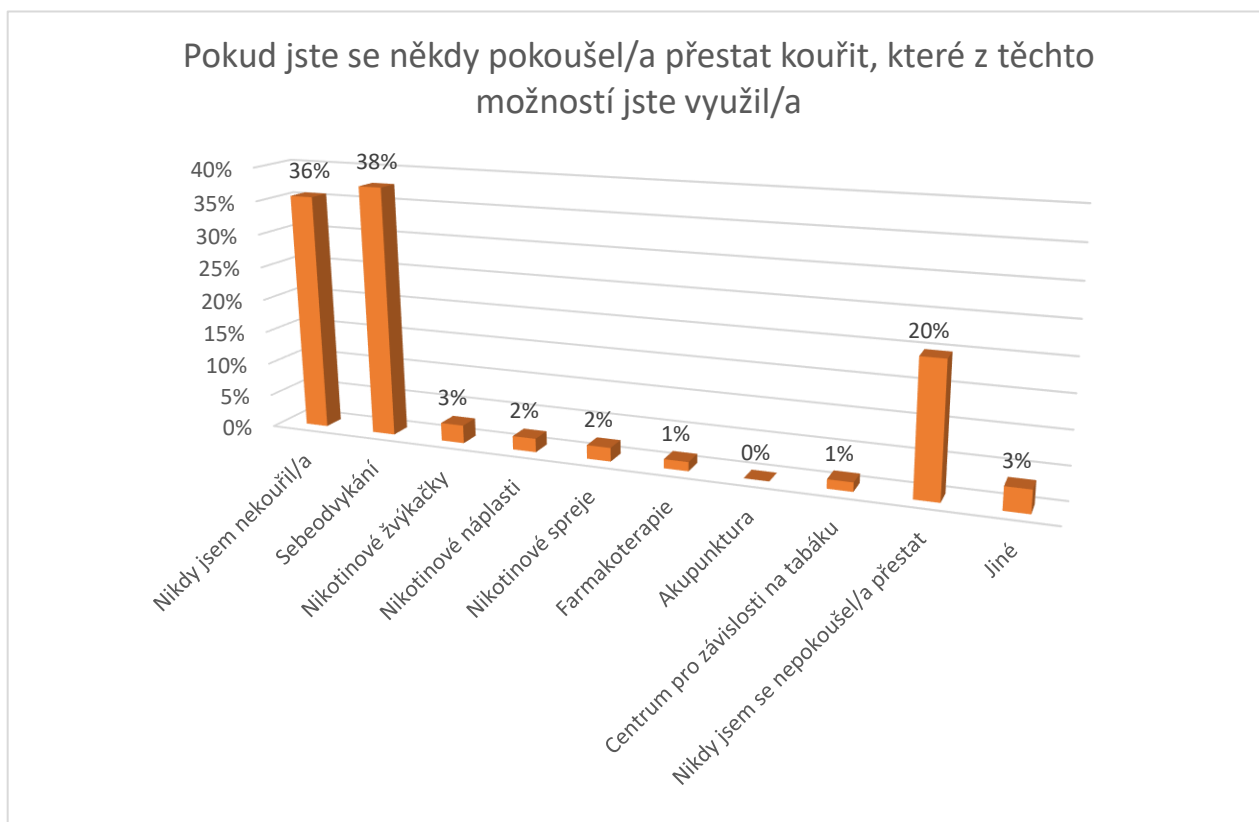


Graf č. 16 – Pokoušel/a jste se někdy přestat kouřit?

Interpretace: Téměř polovina, 65 (45 %) respondentů, se někdy pokoušelo přestat kouřit. Druhou největší skupinou jsou ti, kteří nikdy nekouřili v počtu 52 (36 %). A poslední skupinou jsou respondenti, kteří se nikdy nepokoušeli přestat kouřit. Bylo jich 29 (20 %).

Otázka č. 17 – Pokud jste se někdy pokoušel/a přestat kouřit, které z těchto možností jste využil/a.

- a) Nikdy jsem nekouřil/a
- b) Sebeodvykání
- c) Nikotinové žvýkačky
- d) Nikotinové náplasti
- e) Nikotinové spreje
- f) Farmakoterapie
- g) Akupunktura
- h) Centrum pro závislosti na tabáku
- i) Nikdy jsem se nepokoušel/a přestat
- j) Jiné:



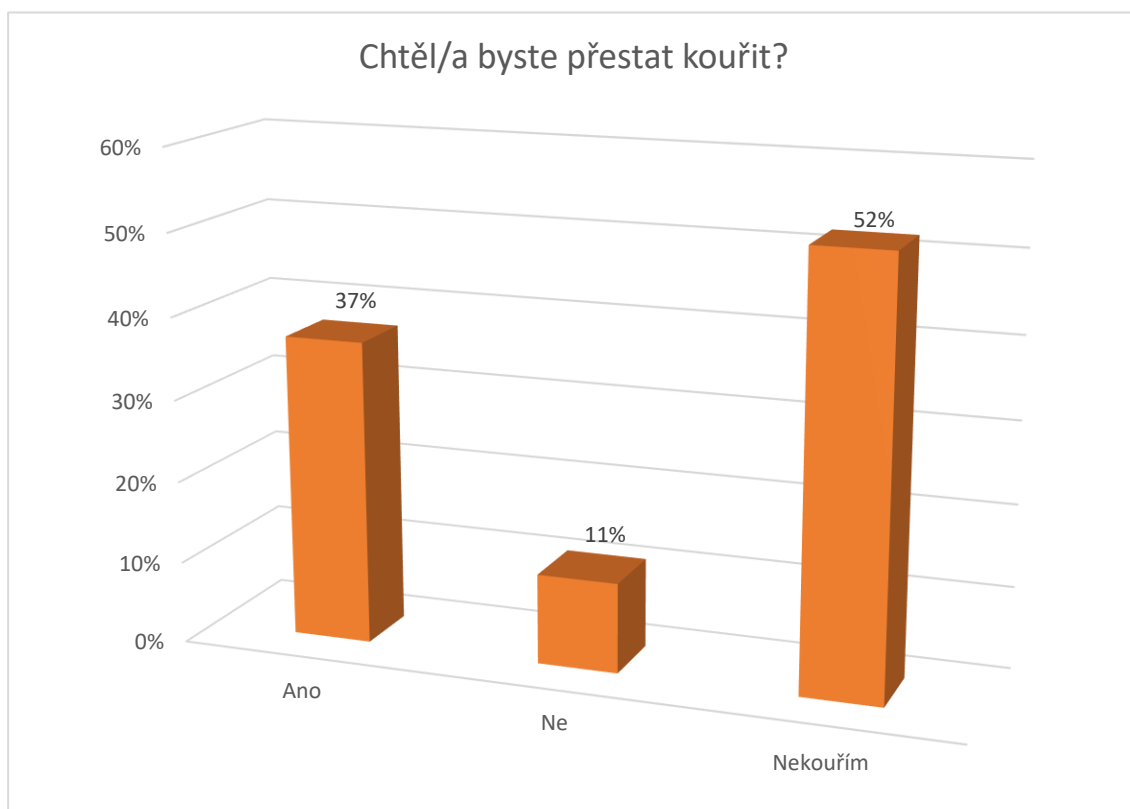
Graf č. 17 – Využití možností při pokoušení přestat kouřit

Interpretace: Zde bylo možné uvést více odpovědí. Při pokusech přestat kouřit dominuje sebeodvykání, které použilo 55 respondentů (38 %). Hned za ním jsou ti, kteří nikdy nekouřili. Těch bylo 52 (36 %). Na třetí příčce jsou odpovídající, kteří se nikdy nepokoušeli přestat. Takto odpovídalo 29 (20 %) respondentů. Poté se procenta rapidně

snížila a účastníci odpovídali takto. 5 (3 %) respondentů odpovědělo na jiné. Tato jiná možnost se u všech shodovala – plánované těhotenství. 4 (3 %) respondenti využili k odvykání nikotinové žvýkačky. Nikotinové náplasti a spreje uvedli shodně 3 odpovídající (2 %). 2 (1 %) účastníci využili farmakoterapie a služeb v centru pro závislosti na tabáku. Nikdo (0 %) nedocházel na akupunkturu.

Otázka č. 18 Chtěl/a byste přestat kouřit?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nekouřím



Graf č. 18 – Chtěl/a byste přestat kouřit?

Interpretace: Nekuřáci a odnaučení kuřáci odpovídali shodně nekouřím v počtu 76 (52 %) účastníků. Další průběh ovšem naznačuje, že kuřáci by chtěli přestat kouřit. Shodlo se na tom 54 (37 %) respondentů. Zbýlých 16 (11 %) přestat kouřit nechtějí.

K této otázce se pojila poslední otázka pro kuřáky, kteří odpověděli ano, tudíž, že chtějí přestat kouřit. Ptali jsme se na to, co si myslí, že jim brání v tom, aby přestali kouřit. Nejvíce respondentů, 26, uvedlo, že jim brání jejich slabá vůle nebo tlak z okolí (buď od partnera nebo od spolupracovníků). Dalších 12 udává jako důvod stres. 9 si myslí, že kouření je jejich zvyk a možnost relaxace a chvíle, kdy můžou „vypnout“. Pouhý 2 respondenti si uvědomují, že jsou na kouření závislí. 5 účastníků si připouští, že jim vlastně v zanechání kouření nebrání vůbec nic. Důvody byly popsány v následující tabulce:

Důvody	Počet
Malá vůle, vliv okolí	26
Zvyk, možnost relaxace, možnost "vypnout"	9
Závislost	2
Stres	12
Nic mi nebrání	5
Celkem	54

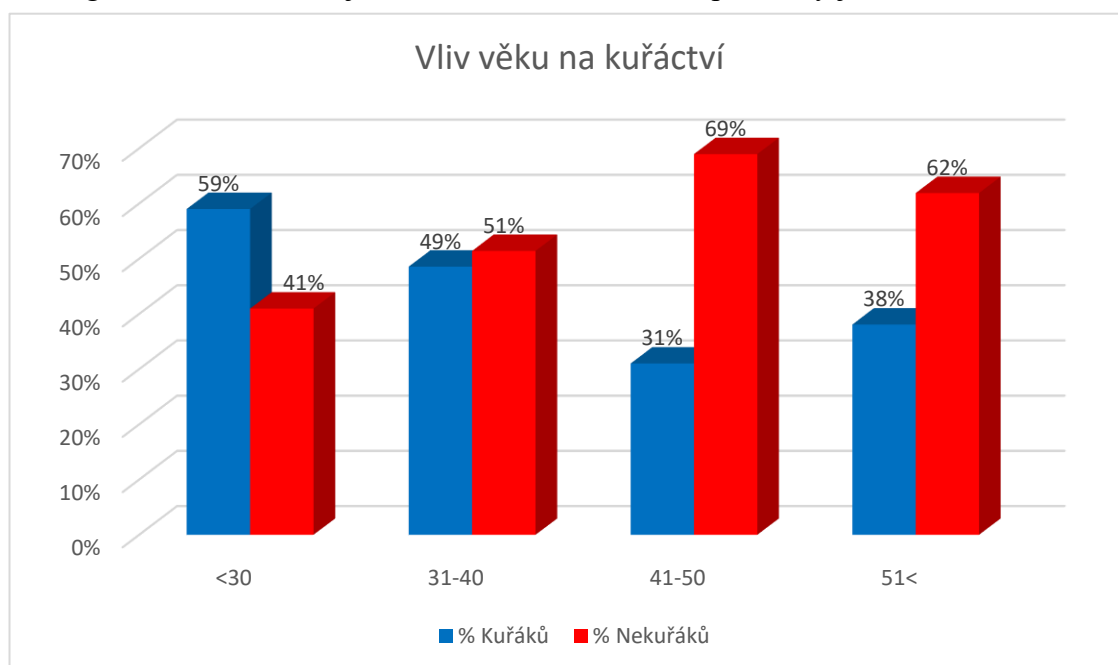
Tab. č. 3 – Co jim brání přestat kouřit

7. Diskuze

Cílem č. 1 ve výzkumném šetření bylo zjistit poměr mezi kuřáky a nekuřáky z řad NLZP v Krajské nemocnici Liberec a.s. K cíli se vztahovala otázka č. 9. Bylo vyzkoumáno, že z celkového počtu 146 respondentů je 76 nekuřáků a 70 kuřáků. Převáděno do kvantitativních čísel je 48 % kuřáků a 52 % nekuřáků. Podle různých celonárodních studií je prevalence kuřáků mezi sestrami kolem 40 %. V našem výzkumu to bylo o 8 % více, ovšem mějme na paměti, že počty respondentů jsou na jiné úrovni. Můžeme srovnat naše výsledky s výsledky vybraných publikovaných prací. Například Hana Nedělková ve své bakalářské práci uvádí 42 % kuřáků a 58 % nekuřáků z řad sester (Nedělková, 2006). Alena Pallová uvádí ve svém výzkumu v Broumovské nemocnici podobné počty, a to 41 % kuřáků a 59 % nekuřáků (Pallová, 2006). Nejnižší čísla uváděla Radomila Drozdová, kdy ve výzkumu uváděla 38,6 % kouřících sester a 61,4 % nekouřících (Drozdová, 2009). Všeobecně se lze říci, že čísla ve výzkumech se shodují a pohybují se v rozsahu 35–50 % kuřáků z řad zdravotníků. Tyto výzkumy dokazují, že se stále pohybujeme v těch vyšších číslech než např. v Americe nebo Novém Zélandě, kde je prevalence kuřáctví u zdravotníků pod 5 % (Nilan a kol, 2019; Edwards a kol., 2018, s. 48–57). Čím je tedy ovlivněno kuřáctví u českých zdravotníků? Mají vůbec povědomí o možných rizicích? A chtějí čeští zdravotníci přestat vůbec kouřit? Tyto a jiné otázky nás zajímali při sepisování práce a položili jsme je i zdravotníkům v dotazníkovém šetření.

Cílem č. 2 bylo zjistit, čím je ovlivněno kouření u nelékařských zdravotnických pracovníků. K cíli se vztahovaly otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Pokud bychom měli začít pracovat s demografickými proměnnými zjistíme, že v oblasti pohlaví je větší podíl žen. Už od pradávna je sesterská profese spíše ženskou záležitostí. Pokud se ale podíváme na výsledky šetření, kdy z celkového počtu 146 respondentů odpovědělo 20 mužů, je finální číslo více než překvapivé. Ze skupiny kuřáků kouřilo 7 mužů a zbylých 63 žen.

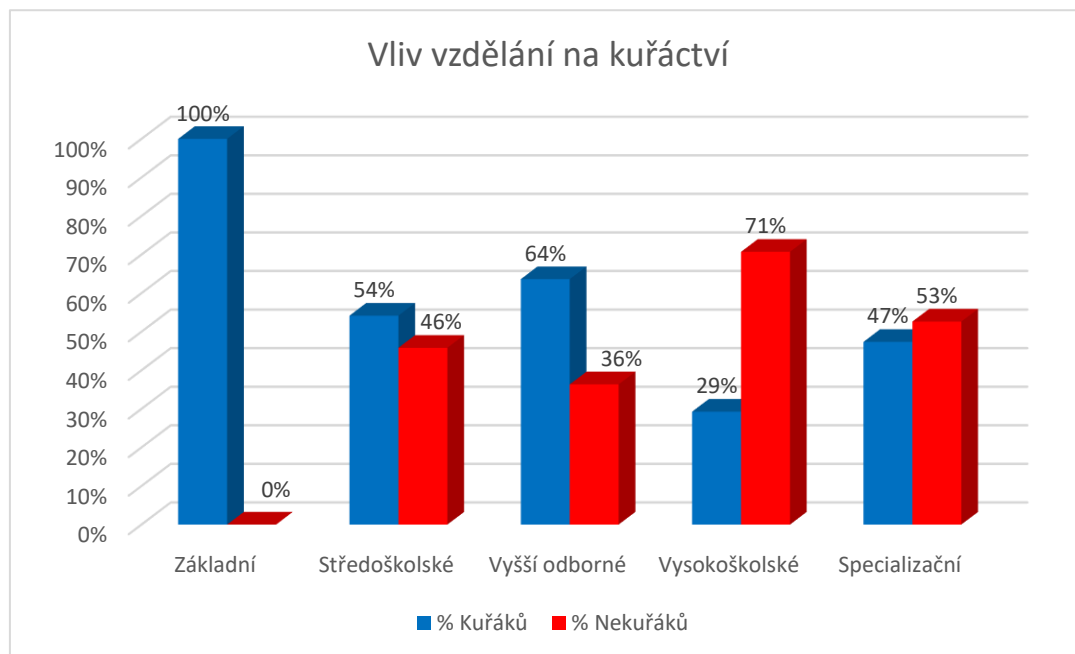
Další demografickou proměnnou byl věk. Dotazníku se nejvíce zúčastnila skupina mladších 30 let, kde bylo ale zastoupeno i nejvíce kuřáků. Ve výzkumném šetření v kategorii mladších 30 let kouřilo 36 respondentů (59 %). Tento výsledek se shoduje i s výzkumem v bakalářské práci Nedělkové, která uvádí, že průměrný věk kouřící sestry je 32 let (Nedělková, 2006). V této velké skupině mladých sester můžeme dále zvažovat, jestli je jejich kuřáctví důsledkem experimentování, špatných návyků v rodině či vlivů z okolí. Dá se zde také zvažovat možnost, že mladé sestry neumějí relaxovat nijak jinak než u cigarety, což je ovšem všeobecný problém nejen u mladé generace. Nejméně jich pak kouřilo ve věku 41–50 (31 %). Přestože jsme se domnívali, že bude kuřáctví záležitost spíše starší generace, dozvěděli jsme se, že mezi staršími respondenty je kuřáků méně.



Graf č. 19 – vliv věku na kuřáctví

Vzdělání je další proměnná, kterou jsme zkoumali v rámci kuřáctví. Z celkového počtu 72 středoškolsky vzdělaných jich 39 kouří. To je více než polovina. Všichni 3 respondenti, kteří uvedli základní vzdělání kouří. V druhé největší skupině, vysokoškoláci, jich kouří 12 z 41 respondentů. Vliv vzdělání na kouření je zřejmý. Viz graf č. 20. Tuto domněnku potvrzuje opět Nedělková, která uvádí, že mezi pracovníky s nízkým stupněm zdravotnického vzdělání je 72,9 % kuřáček (Nedělková, 2006). Také Drozdová ve své práci vyzkoumala, že sester, které kouří je 69 % se středoškolským vzděláním a 6 % s vysokoškolským (Drozdová, 2009). Čím vyšší je vzdělání, tím je kuřáků méně. Může to být způsobeno i tím, že

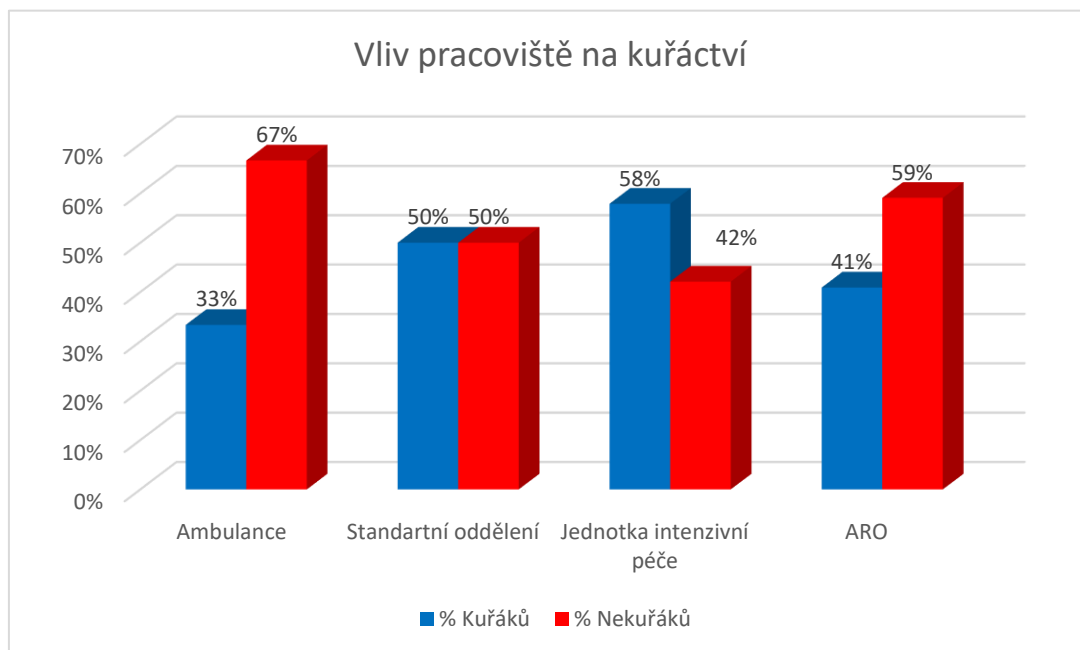
vysokoškolsky vzdělaní NLZP mají větší znalosti o škodlivosti kouření než NLZP s nižším stupněm vzdělání. V souvislosti se vzděláním nás zajímaly také profesní pozice, ve kterých kuřáci nejčastěji pracují. Ukázalo se, že ve skupině kuřáků mají největší zastoupení sanitáři a sanitářky, kdy z celkového počtu 16 jich 12 kouří.



Graf č. 20 – Vliv vzdělání na kuřáctví

Další proměnnou, která nás zajímala byl typ pracoviště, na kterém respondenti pracovali. V našem výzkumném souboru jsme zjistili, že polovina sester pracujících na standartním oddělení kouří (50 %). V porovnání s výzkumem Drozdové se počty shodují. Uvádí, že nejvíce sester kouří na chirurgickém oddělení (51 %) a na geriatrickém (47 %) (Drozdová, 2009). Náš výzkum takovou detailnější otázku nezahrnoval nicméně se čísla na standartních pracovištích pohybují také okolo 50 %. Oproti tomu u pracovníků na ARO, kde podle výzkumu Drozdové byl nejmenší počet kuřáků (25,8 %) se čísla s naším výzkumem značně lišila. Dle našeho výzkumu

je kuřáků na ARO 40,9 %. Nejmenší počet kuřáků byl na ambulanci (33 %). Největší zastoupení kuřáků na pracovišti má jednotka intenzivní péče (58 %). Viz graf č. 21.



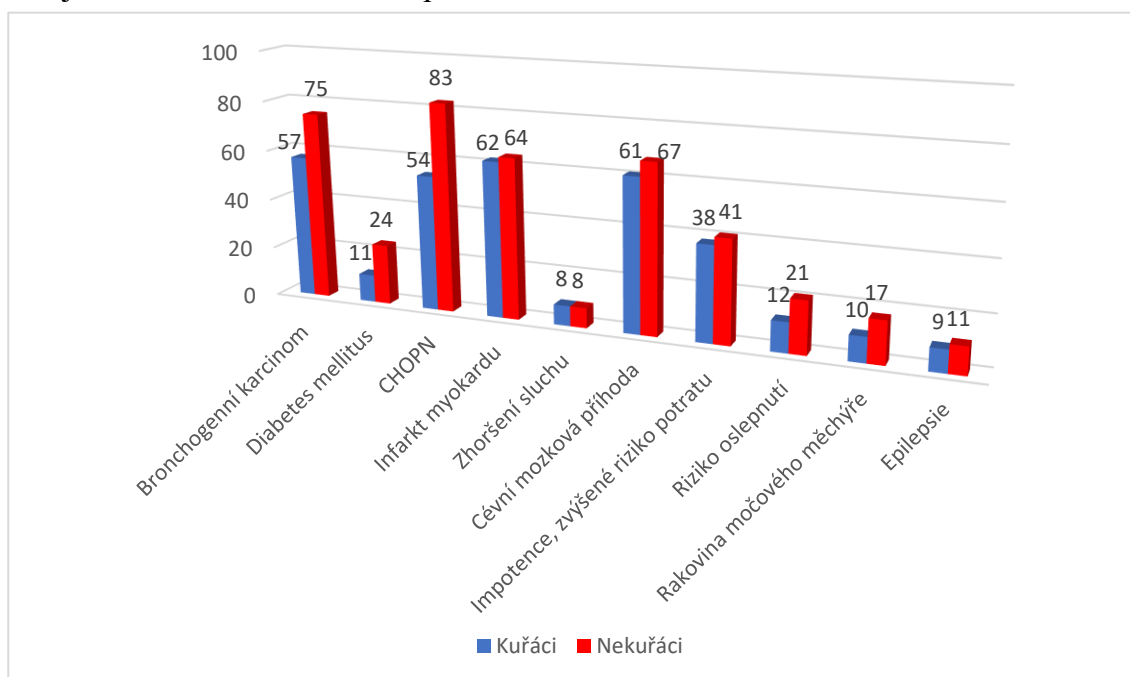
Graf č. 21 – Vliv pracoviště na kuřáctví

Další demografickou proměnou, která by mohla ovlivnit především začátky kouření v adolescenci a následné pokračování v kouření, jsme se domnívali, že je kuřáctví v rodině. 62 kuřáků mělo ve své blízké rodině dalšího kuřáka. Z celkového počtu kuřáků i nekuřáků mělo 71 % z nich ve své blízké rodině kuřáka, ale pouhých 16 % připisuje vliv počátku kouření právě rodině. Největší vliv při prvních pokusech mají rozhodně kamarádi. V našem výzkumu vyšel vliv kamarádů nebo spolužáků ve 48 % jako nejčastější důvod. Jako další důvod byla uváděna touha cigaretu vyzkoušet, která se v našem výzkumu zařadila na druhé místo. Ve výzkumu Drozdové se touha vyzkoušet zařadila na první místo ve skupině kouřících respondentů s počtem 25,6 %. V našem výzkumu tento důvod uvedlo 37 % respondentů, ale výsledek obsahoval nejen kuřáky, ale i odnaučené nekuřáky. Opakujícími se důvody v mnoha pracích byla zejména touha vyzkoušet, zapadnout do kolektivu nebo udělat ze sebe „frajera“. Zde je jasně zřetelné, že počátky závislosti na tabáku mají především psychosociální aspekty. Fyzická závislost přichází až v průběhu let. Kouření u NLZP má rovněž spíše aspekt psychologický a sociální.

Cílem č. 3 bylo zjistit z jakého důvodu NLZP kouří. K cíli se vztahuje otázka č. 12. Fakt, že cigareta je pro zdravotníky jakýmsi uvolněním a možností odpočinout si od návalu informací a pracovní zátěže nám potvrdily i výsledky z dotazníku.

Zdravotníci nejčastěji uváděli jako důvod svého kuřáctví možnost relaxace (28 %), stres (22 %) a pracovní tlak (15 %). Ještě vyšší počet zjistila Papoušková, která ve své práci uvedla, že až 80 % jejích respondentů bere kouření jako relaxaci a možnost klidu (Papoušková, 2019). Zajímavé pro nás bylo zjištění, že 23 % kuřáků přiřazuje svoje kuřáctví ke zvyku a pouze 14 % nazývá kuřáctví závislostí. Je nutné si uvědomit, že závislost na tabáku je nemoc a nejedná se o zvyk. Naše čísla se neshodla s výzkumem Pallové, který ukázal, že 78 % sester označilo kuřáctví za závislost a 16 % za zvyk (Pallová, 2006).

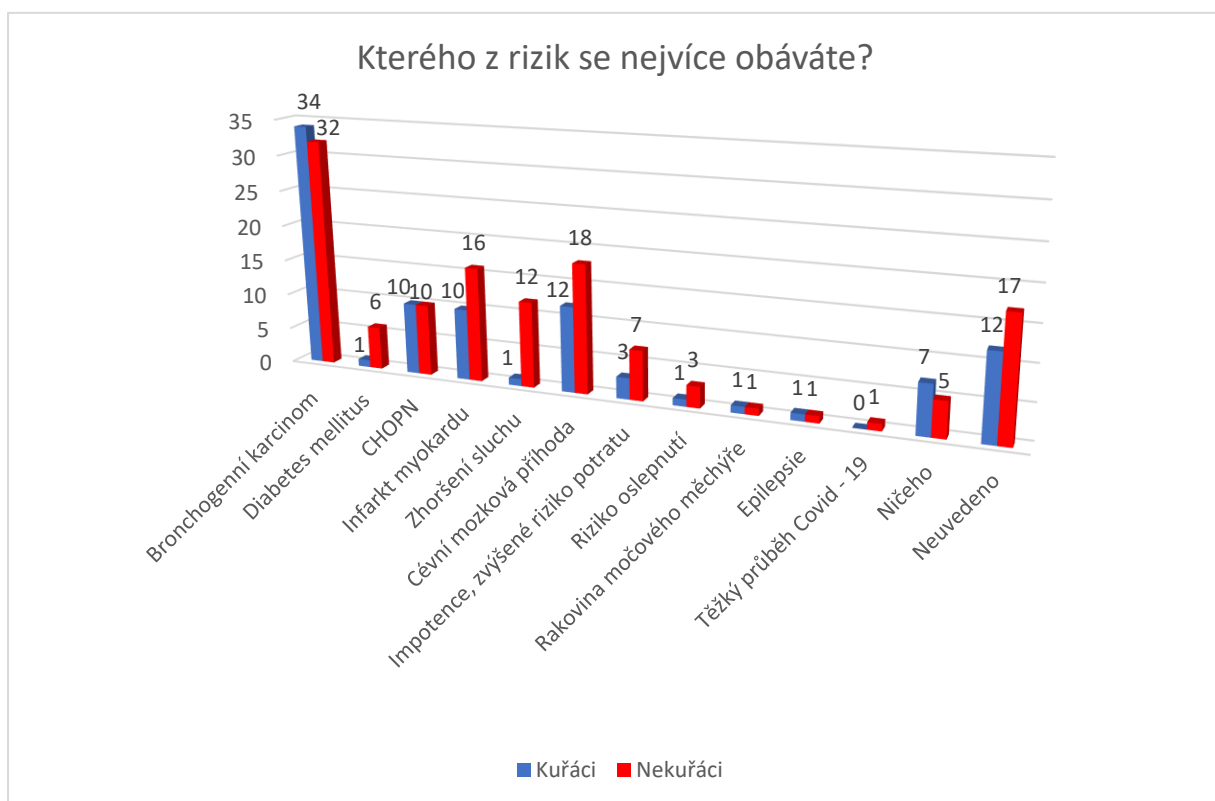
Cílem č. 4 bylo zmapovat znalosti zdravotních rizik u NLZP a zároveň zjistit, kterého rizika se nejvíce obávají. K cíli se vztahují otázky č. 14 a 15. V našem výzkumu nás zajímalo, do jaké míry jsou informováni právě NLZP a jakým způsobem se liší odpovědi kouřícího a nekouřícího personálu. Největšími strašáky jsou CHOPN a bronchogenní karcinom, které jsou s kouřením nejvíce spojovány. Tato 2 onemocnění drží první dvě příčky, jak ve skupině kuřáků, tak i nekuřáků. Celkově zaškrtno CHOPN 94 % respondentů a bronchogenní karcinom 90 %. Jiné onemocnění, které respondenti často označovali byl infarkt myokardu a cévní mozková příhoda. Kouření se u těchto nemocí často skloňuje. 86 % zdravotníků ví, že infarkt myokardu je spojen s kouřením a 88 % s cévní mozkovou příhodou. Jenom polovina, 54 %, je seznámena s rizikem impotence a potratu. Dále nás u této otázky zajímalo, zda bude rozdíl u odpovědí kuřáků a nekuřáků



Graf č. 22 – Zdravotní rizika – srovnání kuřáků a nekuřáků

Čísla jsou uváděna v počtu respondentů. V porovnání s odpověďmi kuřáků a nekuřáků je patrné, že nekuřáci mají větší povědomí a zdravotních rizicích. Největší rozdíl je u onemocnění CHOPN, kde toto onemocnění zaškrtnulo 83 nekuřáků a 54 kuřáků. Bronchogenní karcinom také častěji označili kuřáci než nekuřáci. Z řad nekuřáků to bylo 75 a z kuřáků 57 ze 70. Další porovnání se o tolik nelišila, nicméně červený sloupec je u každého onemocnění o něco vyšší. Pouhá menšina je seznámena s dalšími zdravotními riziky, která byla na výběr: diabetes mellitus, riziko oslepnutí a rakovina močového měchýře. Uvedená onemocnění často nejsou s kouřením skloňována, ale s kouřením velkou měrou souvisí. Bohužel ani ti nejpovolanější o nich častokrát vůbec nemají tušení.

Nejobávanějším rizikem se stal bronchogenní karcinom.



Graf č. 23 - Kterého z rizik se nejvíce obáváte – porovnání kuřáci a nekuřáci

Jak už bylo naznačeno v grafu č. 23, bronchogenní karcinom drží nejvyšší příčku. Je to také jediné zdravotní riziko, kterého se podle výzkumu více obávají kuřáci, a to v počtu 34. Naopak nekuřáci se více bojí cévní mozkové příhody (18) nebo infarktu myokardu (16). Čísla u CHOPN jsou vyrovnané (10 kuřáků a 10 nekuřáků). 7 nekuřáků pak uvádí, že se obává impotence nebo zvýšeného rizika potratu. Toto riziko uvedli 3 kuřáci. Rozdíl se tvoří i v respondentech, kteří uvedli, že se nebojí

ničeho. 5 nekuřáků uvedlo, že se nebojí ničeho, jelikož nekouří, tudíž nevidí důvod se obávat. 7 kuřáků také uvedlo, že se ničeho nebojí. Je ovšem potřeba zmínit, že pokud kouří, obávat by se měli.

Všeobecně lze říci, že nekuřáci mají povědomí o možných zdravotních rizicích a více se jich obávají. V otázce, proč nekouří bylo jako druhé nejčastěji uváděno zdraví. V bakalářské práci Kateřiny Šantorové se 63 % respondentek domnívá, že kouření vážně poškozuje zdraví (Šantorová, 2014).

Cílem č. 5 bylo zjistit míru motivace v zanechání kouření a způsoby, které respondenti k léčbě využili. K cíli se vztahují otázky č. 16, 17 a 18. Přestat kouřit vyžaduje čas a trpělivost. Odvykání kouření v sobě skrývá mnohá rizika, kdy je tělo vystaveno stresu a v tu chvíli sáhne člověk po cigaretě, která mu má poskytnout úlevu. I proto je léčba závislosti na tabáku zdlouhavý proces a vyžaduje spoustu pokusů, než se odvyknout podaří. Podle Králíkové je prokázáno, že až 5. pokus odvykání bývá úspěšný (Králíková, 2013) V našem výzkumu jsme se ptali, zda se respondenti pokoušeli někdy přestat kouřit. Téměř polovina (45 %) se přestat kouřit pokoušela a 20 % se o to zatím nepokusilo. Ptali jsme se na to, jaké metody k odvykání respondenti využili. V této otázce převažovalo sebeodvykání, které využilo 38 % dotazovaných. 5 respondentek přestalo kvůli plánovanému těhotenství a 4 mají zkušenosti s nikotinovými žvýkačkami. Zuzana Škarková ve své práci uvedla, že respondenti z jejího výzkumu také použili nejčastější metodu sebeodvykání a to v počtu 47 %. Dalších 35 % se nikdy nepokoušelo přestat (Škarková, 2014). V našem výzkumu je číslo o něco menší, a to 20 %. V srovnávacích výzkumech je patrné, že jen málo respondentů zkoušelo jiné možnosti odvykání než právě sebeodvykání.

Z našeho výzkumu vyplynulo, že 77 % kuřáků by chtělo přestat kouřit. Na otázku k tomu navazující udávali, že jim brání především malá vůle nebo stres. V práci Šantorové uvedlo 49 % respondentů, že uvažují o tom přestat kouřit (Šantorová, 2014). V práci Papouškové uvádí 80 % respondentů, že uvažovalo o tom, že přestane kouřit a zároveň 60 % chce přestat kouřit (Papoušková, 2019). Ze těchto výzkumů včetně našeho vyplývá, že sestry by chtěly přestat kouřit, jen jim chybí správná motivace a podnět k tomu začít opravdu odvykat.

Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku:

1. Výsledky výzkumu budou prezentovány managementu oddělení, kdy byly dotazníky distribuovány.
2. Vzhledem k počtu kuřáků ve skupině mladších sester, budou výsledky šetření prezentovány i na střední zdravotnické škole v Liberci.
3. Zavést chvilky na relaxaci bez cigarety v pracovní době.
4. Společně s týmem – vytvořit si motivaci a závazek ke statusu nekuřáckého oddělení.
5. Uspořádat seminář v oblasti odvykání kouření.
6. Podporovat motivaci u těch, kteří chtějí přestat kouřit a chválit ty, kteří nekouří.

Závěr

Bakalářská práce poukazuje na problematiku kouření u nelékařských zdravotnických pracovníků. Byla rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části jsme se zabývali systematicky vznikem závislosti jako takové, dále jsme přešli na kapitolu věnované kouření, kde jsme zmínily, jak působí nikotin na organismus, druhy užívání nikotinu, diagnostiku kuřáctví a rozebrali jsme podrobněji zdravotní rizika spojená s kouřením, a to i proto, že se těmto rizikům dále věnujeme i ve výzkumné části. V další kapitole byla zmíněná statistická a epidemiologická data, která byla nezbytná pro porovnání se světem, celostátními údaji a výsledky z našeho výzkumu. Ve čtvrté kapitole jsou zmíněné možnosti terapie, kde je popsána psycho – behaviorální terapie a možnosti farmakoterapie. Popsání těchto léčebných postupů jsme využili při výzkumu možností, které využili respondenti ve snaze přestat kouřit a v následném doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. V poslední kapitole byla popsána nezbytná role sestry při intervenci a v léčbě závislosti na tabáku.

V empirické části, kromě demografických proměnných, jsme se dotazovali na směnnost a kuřáctví v rodině. Dále nás zajímal počet kuřáků a nekuřáků v našem výzkumném souboru. Zajímaly nás důvody kuřáctví a nekuřáctví, a povědomí o možných zdravotních rizicích spojených s kouřením a s nimi spojené obavy. Dále nás zajímalo, zda se respondenti pokoušeli někdy přestat kouřit, a které možnosti k léčbě využili. Zhodnotili jsme také aktuální míru motivace přestat kouřit.

Stanovili jsme si 5 cílů. Zjistili jsme, že v celkovém počtu 146 dotazovaných jich je 48 % kuřáků a 52 % nekuřáků. Dalším cílem, který jsme si určili, bylo zjistit, čím je ovlivněno kuřáctví u NLZP. Přestože se jedná o poměrně jednoduchou otázku, odpověď není úplně zřejmá. Kuřáctví ovlivňuje velké množství faktorů, jako je věk, vzdělání, pracovní pozice, typ pracoviště a jiné. Jedná se o multifaktoriální jev. Nejčastějším důvodem kuřáctví u našeho souboru NLZP byla možnost relaxace. Na tento popud jsme do doporučení pro léčbu závislosti na nikotinu uvedli chvilky pro odpočinek bez cigarety. Cíle byly splněny. Dalším cílem bylo zmapovat znalosti o zdravotních rizicích a zjistit, kterého onemocnění se nejvíce obávají. ukázalo se, že v našem souboru NLZP jsou dobře informováni o riziku vzniku bronchogenního karcinomu, CHOPN, infarktu myokardu a cévní mozkové příhody, ale o ostatních

rizicích, jako je riziko impotence nebo potratu, má povědomí jen 54 % respondentů. U dalších méně skloňovaných onemocnění spojené s kuřáctvím jsou čísla ještě menší. Naši respondenti se nejvíce obávají bronchogenního karcinomu. Dle uvedených dat jsme také zjistili, že míra motivace přestat kouřit je vysoká, jen zbývá otázka, jak dosáhnout účinné léčby této závislosti. Všechny stanovené cíle byly splněny.

Výzkum přinesl mnohá potěšení, ale i překvapivá zjištění. Bylo vyzkoumáno, že naši respondenti přesahují průměr kuřáků mezi zdravotníky v ČR, ale na druhou stranu jsou motivováni přestat kouřit. Vzhledem k dobrým vztahům s Krajskou nemocnicí Liberec a. s., kde výzkum probíhal, věříme, že společně najdeme cestu, jak tyto zdravotníky motivovat k úspěšné léčbě závislosti na nikotinu.

„Chytrému napověz, hloupého ...“

Abstrakt

Autor:	Lada Borovanová
Instituce:	Ústav nelékařských studií Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova
Název práce:	Rizikové faktory ovlivňující kouření u nelékařských zdravotnických pracovníků
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková, PhD.
Počet stran:	91
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2022
Klíčová slova:	kouření, závislost, rizikové chování, nelékařští zdravotničtí pracovníci, faktory rizikového chování

Bakalářská práce se zaměřuje na kouření u nelékařských zdravotnických pracovníků. Vnímá zdravotníky jako ohroženou skupinu pro vznik závislosti na tabáku. Teoretická část se soustředí na oblast závislosti a kouření. Popisuje diagnostiku kouření, formy užívání nikotinu a přibližuje více zdravotní rizika spojená s kouřením. Obsahuje statistická a epidemiologická data v počtech kuřáků ve světě, v České republice a ve skupině zdravotníků. Jsou zde uvedené možnosti léčby a kapitola o roli sestry v léčbě závislosti na nikotinu.

Výzkumné šetření probíhalo formou nestandardizovaného dotazníku. Otázky se zaměřovaly na vliv okolí a demografických proměnných ve spojitosti s kouřením u nelékařských zdravotnických pracovníků. Dále se týkal znalostí o zdravotních rizicích spojených s kouřením. Dotazník byl mimo jiné určen k výzkumu motivace k odvykání a využití možností při léčbě závislosti na nikotinu. Data byla porovnána s předchozími výzkumy a na základě výzkumu byla vytvořena doporučení pro léčbu závislosti na tabáku pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

Abstract

Name and surname of the author: Lada Borovanová

Institution: Charles University

Faculty of medicine in Hradec Králové

Department of non – medical studies

Title: Risks factors which influence smoking of healthcare workers

Supervisor: Mgr. Eva Vachková, PhD.

Number of pages: 91

Year of defense: 2022

Keywords: smoking, addiction, risky behavior, health care workers, factors of risky behavior

This bachelors thesis is focused on smoking of healthcare workers. It takes as a fact that this group is more endangered by tobacco addiction. Theoretical parts is focused on area of an addiction and smoking. It describes diagnostics of smoking, forms of usage of nicotine and makes clearer health issues connected to smoking. It contains static and epidemiologic data in the World, Czech Republic and selected group of smoker numbers. There are also mentioned possibilities of treatment and chapter about a role of a nurse in tobacco addiction treatment.

Research was based on a questionnaire. Questions were aimed at an influence of subjects surroundings and demographics variables in connection to smoking of health care workers. Following were respecting known risks connected to smoking. Questionary was besides else selected to check subject's motivation to quit smoking and finding possibilities to treat nicotine addiction. Data was compared with previous researches and based on the result recommendations for the treatment were made.

Literatura a prameny

APA – American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5) [online]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2021 [cit. 2021-10-31]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org>

DROZDOVÁ, Radomila. *Kouření sester jako jeden z významných rizikových faktorů této profese*. Praha, 2011. Dizertační práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce Kebza, Vladimír.

Edwards, R., Tu, D., Stanley, J., Martin, G., Gifford, H., & Newcombe, R. (2018). Smoking prevalence among doctors and nurses-2013 New Zealand census data. *The New Zealand medical journal*, 131(1471), 48–57

Euro WHO, % of regular daily smokers in the population, age 15+. *European Health Information Gateway: A wealth of information at your fingertips* [online]. WHO: WHO, 2022, 27.7. 2021 [cit. 2022-01-18]. Dostupné z: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_421-3010-of-regular-daily-smokers-in-the-population-age-15plus

F10-F19 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. *MKN - 10 2021* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2021, 1.1. 2021 [cit. 2022-01-19]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-277-8.

HRUBÁ, Drahoslava. Každý ví, že kouření způsobuje rakovinu. Proč tedy lidé kouří?. *Onkologická péče*. 2008, roč. 12, č. 1, s. 1-3. ISSN 1214-5602.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Rada Evropy - Skupina Pompidou, 2003, 2 svazky. ISBN 80-86734-05-6.

KOBLÍŽEK V., ZATLOUKAL J., KONŠTACKÝ S., *Chronická obstrukční plicní nemoc: Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2019. Novelizace 2019*. Praha 2: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2019. ISBN 978-80-88280-02-6

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

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

KRÁLÍKOVÁ, Eva a Jiří T. KOZÁK. Jak přestat kouřit. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, c2003. Medica. ISBN 80-85912-68-6.

KŘENKOVÁ K., FELBROVÁ V., KULOVANÁ S. a NOHAVOVÁ I. Užívání tabáku - Informace a pracovní postup pro intervenci sestry. SLZT - Společnost pro léčbu závislosti na tabáku: Sesterská sekce [online]. Praha: MeDitorial, 2021 [cit. 2022-01-28]. Dostupné z: file:///C:/Users/admin/Downloads/doporuceni_pro_sestry_5_vydani_2021%20(2).pdf

MÜLLEROVÁ, Dana. Hygiena, Preventivní lékařství a Veřejné Zdravotnictví. Prague: Karolinum Press, 2014. ISBN 8024625105.

NEDĚLKOVÁ, Hana. Sestry a kouření [online]. Brno, 2006 [cit. 2022-02-21]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/m62wi/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Jiří DUŠEK.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: [současné poznatky a perspektivy]. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

N. GHASSAN a D. HRUBÁ. Kouření a diabetes mellitus 2. typu. *Praktický lékař*. 2010, **10**.(6), 348 - 352. ISSN 1803-6597

Nilan K, McKeever TM, McNeill A, Raw M, Murray RL. Prevalence of tobacco use in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(7):e0220168. Published 2019 Jul 25. doi:10.1371/journal.pone.0220168

PALLOVÁ, Alena. *Kouření zdravotníků jako problém*. Hradec Králové, 2006. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce Veselý, Jiří

PAPOUŠKOVÁ, Karolína. *Výskyt kouření u zdravotních sester*. 2019. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství. Vedoucí práce Bakusová, Tereza

P. DÍTĚ, M. HERMANOVÁ, ABDUL LEMINE, et al. Pankreatický karcinom – vztah k diabetes mellitus a kouření. *Vnitřní lékařství*. 2011, **2011**(2), 159 -162. ISSN 1803-6597

MZČR, Výsledky národního výzkumu SZÚ o užívání tabáku v ČR potvrdily, že českých kuřáků ubývá, povědomí o zdravotních rizicích kouření se zvýšilo. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2021, 28.5. 2020 [cit. 2022-01-17]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/vysledky-narodniho-vyzkumu-szu-o-uzivani-tabaku-v-cr-potvrdily-ze-ceskych-kuraku-ubyva-povedomi-o-zdravotnich-rizicich-koureni-se-zvysilo/>

MZČR. Rozlišení lékařských a nelékařských zdravotnických povolání: lékař, sestra a další nelékařská povolání. *NZIP - Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 2022-01-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/479-lekarska-vs-nelekarska-zdravotnicka-povolani>

SLZT: O společnosti. *SLZT - Společnost pro léčbu závislosti na tabáku* [online]. Praha: MeDitorial., 2006 - 2022 [cit. 2022-01-19]. Dostupné z: <https://www.slzt.cz/o-spolecnost>

ŠANTOROVÁ, Kateřina. *Kouření u žen pracujících ve vybraném zdravotnickém zařízení*. 2014. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra pedagogiky. Vedoucí práce Marádová, Eva.

ÚZIS, Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2018: The treatment of drug users in the Czech Republic in 2018. *ÚZIS: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019, 3. 7. 2019 [cit. 2022-01-27]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008270/ai-2019-03-nrlud.pdf>

VOBOŘILOVÁ, Jarmila. *Duševní hygiena a stres*. Praha: ČVUT, 2015. ISBN 978-80-01-05724-7.

Výzva kuřákům. *Česká kardiologická společnost* [online]. Praha: Česká kardiologická společnost, 23.3. 2020 [cit. 2022-01-29]. Dostupné z: <https://www.kardio-cz.cz/2020-03-23-vyzva-kurakum/>

WHO launches new report on the global tobacco epidemic. *World Health Organization* [online]. WHO: WHO, 2022, 26.7. 2019 [cit. 2022-01-18]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/26-07-2019-who-launches-new-report-on-the-global-tobacco-epidemic>

WHO reports progress in the fight against tobacco epidemic. *World Health Organization* [online]. WHO: WHO, 2022, 27.7. 2021 [cit. 2022-01-18]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/27-07-2021-who-reports-progress-in-the-fight-against-tobacco-epidemi>

Seznam zkratek

ACTH – Adrenokortikotropní hormon

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

CMP – cévní mozková příhoda

ČR – České republika

DM – Diabetes mellitus

HAK – Hormonální antikoncepce

HCW – Healthcare workers

CHOPN – Chronická obstrukční plicní nemoc

JIP – jednotka intenzivní péče

NLZP – nelékařská zdravotnický pracovník

SLZT – Společnost pro léčbu závislosti na tabáku

SZÚ – Státní zdravotní ústav

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

WHO – World health organization

Seznam grafů

Graf č.1 – Pohlaví

Graf č. 2 – Věk

Graf č. 3 – Vzdělání

Graf č. 4 – Profese na oddělení

Graf č. 5 – Pracoviště

Graf č. 6 – Směnnost

Graf č. 7 – Kuřáctví v rodině

Graf č. 8 – Důvody zkusit kouřit

Graf č. 9 – Počty kuřáků a nekuřáků

Graf č. 10 – Kolik cigaret denně vykouří

Graf č. 12 – Důvody kuřáctví

Graf č. 13 – Kuřáctví během pracovní doby

Graf č. 14 – Zdravotní rizika

Graf č. 15 – Kterého z rizik se nejvíce obáváte – celkový počet

Graf č. 16 – Pokoušel/a jste se někdy přestat kouřit?

Graf č. 17 – Využité možnosti při pokoušení přestat kouřit

Graf č. 18 – Chtěl/a byste přestat kouřit?

Graf č. 19 – Vliv věku na kuřáctví

Graf č. 20 – Vliv vzdělání na kuřáctví

Graf č. 21 – Vliv pracoviště na kuřáctví

Graf č. 22 – Zdravotní rizika – srovnání kuřáků a nekuřáků

Graf č. 23 - Kterého z rizik se nejvíce obáváte – porovnání kuřáci a nekuřáci

Seznam tabulek

Tab. č. 1 – Důvody nekuřáctví

Tab. č. 2 – Délka kouření (let)

Tab. č. 3 – Co jim brání přestat kouřit

Seznam příloh

1. Fagerströmův test závislosti na cigaretách – *FTCD, Fagertröm test of cigarette dependence*
2. Modifikovaná škála dušnosti *Medical Research Council – mMRC dyspnea scale*
3. Schéma krátké intervence 5P
4. Dotazník
5. Povolení k výzkumu v Krajské nemocnici Liberec a. s.

Přílohy

1. Fagerströmův test závislosti na cigaretách – FTCD, *Fagertröm test of cigarette dependence*

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

Během 5 minut (3 body)

Za 6-30 minut (2 body)

Za 31-60 minut (1 bod)

Po 60 minutách (0 bodů)

2. Je pro vás obtížné nekouřit na místech kde není kouření povoleno?

Ano (1 bod)

Ne (0 bodů)

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

První ráno (1 bod)

Kteroukoliv jinou (0 bodů)

4. Kolik cigaret denně kouříte?

31 a víc (3 body)

21 – 30 (2 body)

11 – 20 (1 body)

0 – 10 (0 bodů)

5. Kouříte častěji, intenzivněji během dopoledne než v jiné části dne?

Ano (1 bod)

Ne (0 bodů)

6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?

Ano (1 bod)

Ne (0 bodů)

Upraveno dle: *Fagertröm K: Determinants of tobacco use and remaning the FTND to the Fagertröm Test for Cigarette Dependence. Nicotine Tob Res 2012;14(1): 75–78*

2. Modifikovaná škála dušnosti Medical Research Council

– mMRC dyspnea scale

Dušnost dle mMRC	Popis stupně dušnosti
0. stupeň (asymptomatický)	bez dušnosti při běžné fyzické aktivitě, dušnost jen při velké námaze (například chůze do kopce)
1. stupeň	dušnost při rychlé chůzi po rovině nebo při chůzi do nepatrného kopce
2. stupeň	z důvodu dušnosti je třeba chodit pomaleji, než je běžné u osob stejného věku
3. stupeň	zastavování pro dušnost po ≤ 100 m, případně po několika minutách pomalé chůze po rovině
4. stupeň	dušnost při minimální námaze (oblékání, svlékání, ranní hygieně) či v klidu

Upraveno dle: *Bestall JC, Paula EA, Garroda R et al.*

Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 1999; 54(7): 581–586

3. Schéma krátké intervence 5P

PTEJ SE (Ask)	Zda kouří a jak dlouho, druh tabákového výrobku. Nekuřáka je vhodné pochválit.
PORAĎ (Advice)	Jasně doporučit abstinenci
POSUĎ OCHOTU PŘESTAT (Asses willigness to quit)	Posilovat motivaci
POMOZ (Asist)	Pomocť pacientovi vyhledávat nekuřácká řešení pro typicky kuřácké situace, stanovit den D, popř. doporučit náhradní terapii nikotinem
PLÁNUJ DALŠÍ POSTUP (Arrange controls)	Kontrolní návštěvy, léták nebo některé z Center pro závislé na tabáku

Poznámka: Krátkou intervenci by měl aplikovat každý zdravotnický pracovník při každém kontaktu s pacientem.

Upraveno dle: KŘENKOVÁ K., FELBROVÁ V., KULOVANÁ S. a NOHAVOVÁ I. Užívání tabáku - Informace a pracovní postup pro intervenci sestry. *SLZT - Společnost pro léčbu závislosti na tabáku: Sesterská sekce* [online]. Praha: MeDitorial, 2021 [cit. 2022-01-28]. Dostupné z: [file:///C:/Users/admin/Downloads/doporuceni_pro_sestry_5_vydani_2021_%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/doporuceni_pro_sestry_5_vydani_2021_%20(2).pdf)

str. 7

4. Dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Lada Borovanová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Za téma bakalářské práce jsem si zvolila Rizikové faktory ovlivňující kouření u nelékařských zdravotnických pracovníků. Budu velmi ráda, pokud mi věnujete svůj čas a vyplníte mi níže uvedený dotazník.

Dotazník je zcela anonymní a je určen pro nelékařský zdravotnický personál.

Pokyny k vyplnění:

Pokud není uvedeno jinak, označte, prosím, vždy jen jednu odpověď. U položky Jiné: můžete doplnit odpověď svými slovy. Vybranou odpověď prosím zakroužkujte. Jestliže se rozhodnete svou odpověď změnit, škrtněte ji a zakroužkujte jinou tak, aby bylo patrné, kterou odpověď jste vybral/a.

- 1) Jsem:
 - a) Muž
 - b) Žena

- 2) Kolik Vám je let:
 - a) Méně než 30 let
 - b) 31 – 40 let
 - c) 41 – 50 let
 - d) 51 a více let

- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
 - a) Základní
 - b) Středoškolské
 - c) Vyšší odborné
 - d) Vysokoškolské
 - e) Specializační
 - f) Jiné:.....

- 4) Na svém oddělení pracuji jako:
 - a) Sanitář/sanitářka
 - b) Ošetrovatel/ošetrovatelka
 - c) Praktická sestra
 - d) Všeobecná sestra

e) Jiný NLZP:.....

5) Na jakém typu pracoviště nyní pracujete?

- a) Ambulance
- b) Standartní oddělení
- c) Jednotka intenzivní péče
- d) Anesteziologicko – resuscitační péče

6) V jakém provozu nyní pracujete?

- a) Jednosměnný
- b) Dvousměnný
- c) Třisměnný
- d) Jiné:.....

7) Máte ve své blízké rodině kuřáka?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, nezajímám se

8) Zkusil/a jste někdy kouřit a z jakého důvodu? (je možné zakroužkovat i více odpovědí)

- a) Nikdy jsem to nezkoušel/a
- b) Vliv kamarádů/spolužáků
- c) Vliv spolupracovníků
- d) Touha vyzkoušet
- e) Vliv kuřáctví v rodině
- f) Jiné:.....

9) Kouříte? (i elektronické cigarety)

- a) Ano
- b) Příležitostně
- c) Ne, nikdy jsem nekouřila
- d) Jsem odnaučený kuřák

Pokud jste odpověděli C nebo D uveďte prosím důvod Vašeho nekuřáctví:

.....

..... Nyní přejděte prosím k otázce č. 14

10) Kolik cigaret denně vykouříte?

- a) 1 – 2
- b) 3 – 10
- c) 10 a více
- d) Kouřím příležitostně (kolik:)

11) Jak dlouho kouříte? (zaokrouhlete na celá čísla)

12) Z jakého důvodu kouříte (je možné zaškrtnout i více odpovědí a prosím, seřad'te je podle toho, jak jsou pro Vás důležité – pořadí napište do čtverečku (□), který je u každé odpovědi):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Cigareta je pro mě odměnou | <input type="checkbox"/> f. Udržování tělesné hmotnosti |
| <input type="checkbox"/> b. Možnost relaxace | <input type="checkbox"/> g. Zvyk |
| <input type="checkbox"/> c. Vliv spolupracovníků/kamarádů | <input type="checkbox"/> h. Závislost |
| <input type="checkbox"/> d. Pracovní tlak | <input type="checkbox"/> i. Jiné: |
| <input type="checkbox"/> e. Stres | |

13) Kouříte i během pracovní doby?

- a) Ano
- b) Ne nekouřím, i přesto, že jsem kuřák

14) Zaškrtněte prosím všechna zdravotní rizika, která jsou podle Vás spojená s kouřením.

- a) Bronchogenní karcinom
- b) Diabetes mellitus
- c) CHOPN
- d) Infarkt myokardu
- e) Zhoršení sluchu
- f) Cévní mozková příhoda
- g) Impotence, zvýšené riziko potratu
- h) Riziko oslepnutí
- i) Rakovina močového měchýře
- j) Epilepsie

15) Kterého z rizik se nejvíce obáváte? (napište vlastními slovy)

.....
.....
.....

16) Pokoušel/a jste se někdy přestat kouřit?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nikdy jsem nekouřil/a

17) Pokud jste se někdy pokoušel/a přestat kouřit, které z těchto možností jste využil/a (je možné zaškrtnout i více odpovědí):

- a) Nikdy jsem nekouřil/a
- b) Sebeodvykání
- c) Nikotinové žvýkačky
- d) Nikotinové náplasti
- e) Nikotinové spreje
- f) Farmakoterapie
- g) Akupunktura
- h) Centrum pro závislosti na tabáku
- i) Nikdy jsem se nepokoušel/a přestat
- j) Jiné:.....

18) Chtěl/a byste přestat kouřit?

- k) Ano
- l) Ne
- m) Nekouřím

Pokud Ano, co si myslíte, že Vám v tom brání:

5. Povolení k výzkumu v Krajské nemocnici Liberec a. s.

Vážená paní
Mgr. Marie Fryaufová
Ředitelka ošetrovatelské péče v KNL a. s.
Husova 357/10
460 63 Liberec

V Liberci dne 20.10. 2021

Žádost o povolení výzkumného šetření v Krajské nemocnici Liberec a.s.

Vážený paní magistro Fryaufová,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření, jež by mělo být součástí bakalářské práce studentky Lady Borovanové, narozené 26. 5. 2000 posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové. Cílem této práce je zjistit rizikové faktory, které vedou ke kouření u NLZP a na základě výsledků výzkumu vypracovat doporučení pomáhající předcházet návyku a u kuřáků vedoucí k abstinenci

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Bakalářská práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., přednostky ústavu nelékařských studií LFHK.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Lada Borovanová
Střelecký vrch 689
Chrastava
463 31



Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Univerzita Karlova
Lékařská fakulta v Hradci Králové -
Ústav nelékařských studií
Šimkova 870
Hradec Králové
500 03



Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 25.10.2021

Podpis a razítko

Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Mgr. Marie Fryaufová
ředitelka ošetrovatelské péče

