



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

---



**Akademie věd České republiky**

**Kouření sester  
jako jeden z významných rizikových faktorů  
této profese**

**Nurses' smoking as one of important risk factors  
of this profession**

*Disertační práce*

**Praha 2009**

**Radomila DROZDOVÁ**

Autor práce: **Radomila Drozdová, PhDr.**  
Studijní program: **Doktorské studijní programy v biomedicině**  
Obor: **Preventivní medicína**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.,**  
Pracoviště vedoucího práce: **Státní zdravotní ústav Praha**  
**Centrum zdraví a životních podmínek**  
**OS pro psychologii a behaviorální intervence**  
**Šrobárova 48, 100 42 Praha 10**

Datum a rok obhajoby: **únor 2009**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato disertační práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 5. ledna 2009

Radomila Drozdová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PhDr. Vladimírovi Kebzovi, CSc. za velkou trpělivost, velmi cenné připomínky a povzbuzování při vedení této práce a ing. Janě Vignerové, CSc. za obětavou pomoc při zpracování statistické části.

# Obsah

## A ÚVOD

1. Úvod a vztah k řešenému problému.....7
2. Role zdravotnických pracovníků v antikuřácké strategii.....8
3. Problém kouřících zdravotníků.....9

## B TEORETICKÁ VÝCHODISKA STUDIE

### I. KOUŘENÍ

#### 1. O kouření obecně

- Definice kouření.....10
- Historie kouření.....11
- Expanze kouření.....11
- Šíření informací o negativním důsledku kouření.....14
- Výběr z důležitých antikuřáckých výzkumných a intervenčních aktivit.....14
- Reakce populace na hrozbu kuřáctví.....18

#### 2. Epidemiologie závislosti na tabáku

- Prevalence kuřáctví a zdravotní důsledky.....21
- Prevalence kuřáctví v ČR.....22
- Nástin vývoje kuřáctví populace v ČR.....24
- Prevalence kuřáctví zdravotníků v ČR.....25
- Prevalence kuřáctví sester v ČR.....26

#### 3. Patofyziologie .....27

#### 4. Formy a způsoby užívání tabáku .....30

- Tabákové výrobky pro kouření.....30
- Tabákové výrobky bezdýmé.....33
- Pasivní kouření.....34
- Závislost na tabáku.....36
- Nemoci podmíněné kouřením.....38
- Nebezpečí aktivního a pasivního kouření v těhotenství.....39
- Přínosy ukončení kouření pro zdraví.....41

#### 5. Léčba závislosti na tabáku .....42

- Poradenství odvykání kouření.....43**
  - Transtheoretický model behaviorálních změn.....45
  - Intervence metodou 5A (5P).....47
  - Desatero doporučení při odvykání.....52
  - Abstinenční příznaky.....54
  - Farmakologie při odvykání kouření.....54
  - Další odborné zdroje pomoci při odvykání.....57

#### 6. Současná platná legislativa v oblasti kouření .....58

#### 7. Protikuřácké organizace a zařízení s působností v ČR .....60

### II. CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSTVÍ

#### A PROFESE SESTRY

#### 1. Výběr významných skutečností z historie ošetřovatelství, které ovlivnily rozvoj profese sestry.....63

- Současné pojetí ošetřovatelství.....63
- Důležité mezníky v historickém vývoji ošetřovatelství.....64

Florence Nightingalová.....	66
Vzdělávání sester v profesionálním ošetřovatelství od r. 1916.....	68
Vzdělávání sester po roce 1948, změny po roce 1960.....	69
Podstatné změny v ošetřovatelství po roce 1989.....	70
<b>2. Profesiogram všeobecné sestry</b>	
Legislativní podmínky výkonu profese.....	72
Ošetřovatelství.....	73
Všeobecná sestra.....	75
Management v ošetřovatelství.....	76
Všeobecná charakteristika práce sestry.....	77
Obsah a rozsah pracovní činnosti sestry.....	80
Nároky na psychické procesy.....	82
Požadavky na vlastnosti osobnosti.....	85
Multikulturní problematika v ošetřovatelství.....	88
Dílčí studie k profesiogramu sestry.....	90
<b>3. Stres a profese sestry</b>	
O zátěži a stresu obecně.....	91
Saturace potřeb z hlediska sester.....	99
Syndrom vyhoření.....	105
Pracovní stres v profesi sestry.....	108
Pracovní stres u sledovaného souboru.....	110
Kompenzace stresu.....	113
Kompenzace stresu u sledovaného souboru.....	115
<b>C EMPIRICKÁ ČÁST</b>	
Cíle studie.....	118
Hypotézy.....	120
Metody realizace projektu.....	121
Interpretace výsledků	
a) Anamnestický dotazník...popis souboru.....	124
b) Fagerströmův dotazník.....	174
c) Škála sociální readaptace.....	175
d) Hodnocení míry osobní pohody - SWB.....	178
e) Dotazník kuřáckých návyků - HSBI.....	183
f) Dotazník míry odolnosti proti nutkání kouřit – CQ.....	188
Stručné shrnutí nejdůležitějších výsledků.....	190
Profil sestry.....	197
Method Forward Stepwise (WALD) .....	199
<b>DISKUSE</b> .....	202
Závěry práce a doporučení.....	204
<b>ZÁVĚR</b> .....	215
<b>SOUHRN</b> .....	217
<b>SUMMARY</b> .....	219
Literatura .....	221
Seznam tabulek a grafů.....	227
Seznam příloh .....	229
<b>PŘÍLOHY</b>	

„Zdraví není vším, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím“ (Haldan Mahler)

## A Úvod

### 1. Úvod a vztah k řešenému problému

Vstupem do 21. století je opět zdůrazňována bazální skutečnost, že „Zdraví je podmínkou dobré psychické pohody a dobré kvality života“, a že „Zdraví je základem pro stabilní ekonomickou a sociální společnost“. Zdraví přestává být samo o sobě cílem, ale stává se prostředkem pro uskutečňování harmonického vývoje člověka.

V roce 1998 byla přijata světovou zdravotnickou komunitou Světová deklarace zdraví, která nabádá všechny národy, komunity, rodiny a jedince, aby omezili obecná zdravotní rizika a svými aktivitami participovali podle svých možností, kompetencí, s osobní zainteresovaností a odpovědností na zlepšení zdraví jedinců a celé lidské populace. Tato deklarace vyzývá všechny bez rozdílu k podílení se na politice „Zdraví pro všechny do 21. století“, jejímž hlavním cílem je zlepšení kvality života a dosažení plného zdravotního potenciálu obyvatel (European health for All, 2001).

Dlouhodobě je prováděna pečlivá analýza zdravotních problémů lidí žijících v Evropském regionu. Bylo vytyčeno konkrétních 21 cílů programu „Zdraví 21“, které dávají inspirativní rámec pro rozvoj zdravotní politiky. V jednotlivých členských zemích byly propracovány Národní programy podpory zdraví vycházející z lokálních aktuálních podmínek a problémů určité země. Hledají se cesty a strategie pro konkrétní zapojení různých resortů a oborů do tohoto programu s cílem dosáhnout co nejlepších výsledků intervencí pro zlepšení zdraví lidstva.

Kromě jiných je jednou z priorit programu také zlepšení životního stylu populace a snížení škod na zdraví způsobených alkoholem, drogami a tabákem.

Kouření tabáku je celospolečenský problém, ze kterého se v současné době hledá účinné východisko. Tabakismus je v populaci velmi rozšířený a velmi výrazně se podílí na poškozování zdravotního stavu obyvatelstva. Doporučování kuřákům přestat kouřit a další související podpora by měla být aktivitou celého zdravotnického systému a součástí aktivit co největšího spektra společenských oblastí (Drozdová, 2003).

## **2. Role zdravotnických pracovníků v antikuřácké strategii**

Jedna z globálních strategií, jak snížit vysoký počet onemocnění a úmrtí způsobených kouřením, je zapojit také zdravotníky do prevence užívání tabáku a vybídnout je, aby se sami stali kladnými vzory a poskytovali rady a pomoc kouřícím při zanechání kouření. Léčba závislosti na tabáku představuje extrémně výhodný způsob snížení výskytu nemocí a prodloužení života. Měla by být nabízena ve všech zdravotnických zařízeních a dostupná i lidem s nízkými příjmy.

Zdravotníci by měli být adekvátně vyškoleni již v pregraduálním vzdělávání v poradenství k účinné pomoci kuřákům. Při zjišťování anamnestických údajů by se měli pacientů ptát i na jejich kouření aktivní i pasivní, měli by provést krátkou antikuřáckou intervenci a nabídnout pomoc těm, kteří si přejí přestat kouřit (Drozdová, 2002).

„Každý lékař a každá sestra by měli investovat svou energii do prevence, aby lidé vůbec nezačínali kouřit. Těm, kteří si již tuto závislost vytvořili, by měli umět pomoci pochopit nezbytnost přestat kouřit a pomáhat jim tento nelehký úkol prakticky zvládnout“ (European Health for All, 2001).



### **3. Problém kouřících zdravotníků**

Rozpory mezi teorií a praxí v otázce tabakismu se objevují i mezi samotnými zdravotníky.

Navzdory trendu omezovat kouření v populaci, je problém kouřících zdravotníků v mnoha zemích stále aktuálnější. Zdravotníci by měli v oblasti podpory zdraví působit jako kladné modely rolí. Pacienti by měli vnímat nekuřácké prostředí ve zdravotnickém resortu jako samozřejmost. Zdravotnické areály a jejich bezprostřední okolí by měly být bez tabákového kouře. Skutečnost je však mnohde úplně jiná (Drozdová, 2002).

Výzkum a propagace léčby tabakismu se v současné době zaměřuje na samotné zdravotníky, jako jsou lékaři (zejména v primární a komunitní péči), sestry, porodní asistentky, lékárníci, apod. Ukazuje se, že kromě vzdělávání v možnostech léčby závislosti na tabáku by měli zdravotníci být sami skupinou těch, kterým je třeba s odvykáním kouření pomoci (Provazník a kol., 1999).

„Lékaři a zdravotní sestry musí přijmout odpovědnost za důsledky svého vlastního životního stylu na zdraví pacientů. Je věrohodně doloženo, že skutečnost, jestli zdravotnický pracovník kouří nebo ne, má velký vliv na to, jak aktivně a účinně je schopen radit, aby klienti s kouřením přestali. Rady pacientům, které se týkají změny životních návyků, musí tvořit součást každodenní praxe poskytovatelů zdravotnických služeb” (Evropská rada Zdraví pro všechny, 2001).

Prevalence kuřáctví zdravotníků v ČR je paradoxně dokonce vyšší než prevalence kuřáctví průměrné populace (viz dále).

Předložená práce se zabývá problematikou kouření sester a jejím cílem je přispět k odpovědím na některé otázky.

## B. TEORETICKÁ VÝCHODISKA STUDIE

### I. KOUŘENÍ

#### 1. O kouření obecně

##### Definice kouření

Kouření je nutkavé, nekontrolovatelné užívání nikotinu.

Je to naučené chování, které si kuřák fixoval mnoho měsíců či let. Jde o komplexní jev podmíněný psychosociálními a ekonomickými stimuly. Je to soubor stavů a činností založených na různých fyziologických a biochemických pochodech. Kouření není zlovyk, ale závislost – nejprve psychosociální, později drogová (Králíková, Kozák, 1997).

Závislost na tabáku je chronické, recidivující a letální onemocnění (Králíková, 2005), které je v Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO (MKN-10) označeno jako diagnóza F 17.2 (WHO, 1992). Rovněž v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické společnosti (DSM-IV) má samostatné vymezení (American Psychiatric Association, 1995).

Pro zajištění jednotného posuzování prevalence kuřáctví se nejčastěji používá **definice kuřáka** Mezinárodní unie proti rakovině (UICC) z roku 1976. Populace je rozdělena do dvou skupin – na dospělé a děti, pro které jsou stanoveny jednotlivé kategorie (in: Bártová, 2002):

##### **Dospělí:**

*pravidelný (denní) kuřák* - kouří nejméně jednu cigaretu denně

*příležitostný kuřák* - kouří méně než jednu cigaretu denně

*bývalý kuřák* - kouří nejméně jednu cigaretu denně déle než šest měsíců po sobě jdoucích a nyní nejméně šest měsíců nekouří

*nekuřák* - nikdy nekouřil jednu a více cigaret denně déle než šest měsíců po sobě jdoucích

## **Děti:**

<i>současný kuřák</i>	- kouří jednu a více cigaret týdně
<i>příležitostný kuřák</i>	- kouří méně než jednu cigaretu týdně
<i>experimentující kuřák</i>	- kouří méně než jednu cigaretu týdně, ale nejméně jednu za měsíc
<i>bývalý kuřák</i>	- kouřil občas, nyní šest měsíců nekouří

Kouření je v naší společnosti zahajováno obvykle již v dětském či dospívajícím věku jako následek sociálních tlaků, a to napodobováním vzorů a modelu rolí vrstevníků, dospělých (rodičů, sourozenců, učitelů, hrdinů a výrazných osobností). Je nejzávažnějším známým rizikovým faktorem, který prokazatelně negativně ovlivňuje zdraví, je příčinou vzniku, rozvoje a zhoršování průběhu mnoha onemocnění. Protože se stalo součástí životního stylu téměř poloviny obyvatelstva naší planety, je velmi složité ovlivnit a zvrátit tento trend.

## **Historie kouření**

### **Expanze kouření** ([www.novamedicina.cz](http://www.novamedicina.cz))

Již řecký historik Herdotos podal zprávu o pájení se vdechovaným dýmem z různých rostlin, a holdovali prý mu i Babyloňané, Skytové a Trákové. Také při prastarých obětních obřadech, při nichž se jako oběť bohům spalovala zabitá zvířata, vhazovalo se do plamenů vonné koření a později i látky dodávající kouři omamné účinky (Hořejší, 1997). Ve starověku se inhalovaly různé dýmy k ovlivnění melancholie, postupně kouř nabýval i jiných rituálních významů.

Kouření tabákových listů jako takové zavedli jako první američtí Indiáni z kmene Huronů. Při svých rituálech vdechovali aromatický kouř z tabákových listů balených v listech palmových. Později kouřili dýmku. Kouřili při svých prosebných rituálech k Velkému duchu. Kouří

přisuzovali povzbuzující účinky, připíval k představám o budoucím světě, ke stimulaci k rituálním tancům, k eliminaci únavy, hladu a bolesti. Listy tabáku také užívali k léčebným obkladům, či ve formě pasty např. k léčbě vředů na kůži (Dufková, 2004).

Tabák jako takový se dostal do Evropy teprve zhruba před 500 lety, kdy jej Kolumbův přítel Rodrigo de Jerez del Aymonte v roce 1493 přivezl z Ameriky. Přivezl i indiánský zvyk – tabákový list svinul do smotku, zapálil a sál z něj dým. Brzy poté, po objevení Kuby, Kanady, Floridy, Brazílie a Virginie, začali obyvatelé těchto oblastí nejen kopírovat indiánský způsob použití tabáku, ale rozšířili jej o nové formy kouření v dýmce, jako doutník, šňupali a pili tabákový odvar. Obchodováním mezi národy a kontinenty se tabák postupně šířil po celém světě. V roce 1565 bylo kouření rozšířeno i do Anglie. Do českých zemí se tabák dostal koncem 16. století v době panování Rudolfa II. (Kozák a kol., 1993).

S rostoucí chválou léčebných a povzbuzujících účinků tabáku vznikl i velký protest a odpor k jeho rozšiřování. Kouření bylo považováno za ďábelské, kuřáci jako ďáblem posedlí byli krutě pronásledováni. Přesto se pěstování tabáku rozmáhalo, protože mu byly přisuzovány nadpřirozené a léčivé účinky. Z počátku byl tabák pěstován hlavně jako léčivá rostlina ve dvorských botanických zahradách (pěstoval ho i francouzský velvyslanec Jean Nicot v Lisabonu – rostlina po něm dostala botanický název *Nicotiana tabaccum* a její účinná látka název Nikotin). Časem se ukázalo, že tabák tak široké zázračné a léčivé účinky nemá, ale stal se velmi rozšířenou drogou ke kouření a šňupání.

Již v roce 1603 varoval (latinsky) anglický král Jakub I. ve své filipice před touto neřestí: „Člověk se snaží vše nové napodobovat a mnoho nerozumných lidí si tak ničí své nejlepší síly kouřením tabáku. Kouří nerozumně a nepřetržitě, ...obtěžují mozek a posléze následkem vdechovaného kouře... propadají nemoci. A ti, kteří jednou propadli této neřesti stálého vyčerpávání, vedou vinou kouření bezúspěšný život.

Nemohou přestat kouřit, protože zvyk příliš vnikl do jejich povahy. Nová, páchnoucí rostlina podryvá zdraví, šírá jmění, je hanba se na ni podívat, je ohavná k čichání, škodlivá mozku, neprospívá plicím a pachem černého kouře představuje co nejživěji dým pekelný...“ (Hořejší, 1997; Bártová, 2002.).

Odradit kuřáky od kouření se nepodařilo ani dalším výrazným historickým osobnostem jako byli např. papež Urban VII., turecký sultán Ahmad, ruský car Michail Fjodorovič Romanov apod., kteří trestali kuřáky různými tresty i krutým mučením.

Nejpronikavější šíření kouření přinesla sebou všechna válečná období. V celé Evropě, i v našich zemích, se šířilo hlavně v období třicetileté války (1618–1648), dále za krymské války (1853–1856), kdy bylo možné kouřit už i hromadně vyráběné cigarety. Největším zlomem v šíření tabakismu byl vynález stroje na výrobu cigaret (konstruktér James Bonsacka z Virginie), k němuž došlo v době americké občanské války Severu proti Jihu a později i vynález zápalek.

Velký vzestup kuřáctví nastal v obou světových válkách minulého století. Cigarety vojáci dokonce fasovali. Přinášely jim alespoň chvilku uklidnění a pocit pohody uprostřed nepřízně událostí.

Kouření, které se předávalo z generace na generaci, se stalo postupně do jisté míry součástí lidské kultury. Relativně levný tabák se stal drogou nejlidovější i známkou dobrého postavení, v určité době i velmi módním trendem. Kouření se rozšířilo také mezi emancipované ženy. Tabák byl „nejlepším přítelem“ mnoha lidí v mnoha těžkých životních situacích. Po celých 5 století převažovalo přesvědčení o tom, že život zpříjemňuje a ne, že jej ohrožuje, ba dokonce zkracuje (Hořejší, 1997).

## Šíření informací o negativním důsledku kouření

Teprve s masovým rozšířením kuřáckých návyků se začaly objevovat i negativní důsledky kouření, kterých si začali ojedinele všimnout lékaři v souvislostech.

### Výběr z důležitých antikuřáckých výzkumných a intervenčních aktivit\*:

---

\*(Vybráno z: Holub, 1990, 1995, 1999; Hořejší, 1997; Petráková, Pýchová, 1992; Provasník a kol., 1997; Salačová a kol., 1994; Salačová, Kříž, 1994, 1997, 2000; Národní program zdraví, 1995; Kříž in Wasserbauer, 2000; Evropská řada Zdraví 21, 2001, materiály WHO.)

První doložená klinická zpráva o škodlivosti tabáku byla předložena

**V roce 1859** francouzským lékařem Bouissonem, který si všiml častého výskytu **rakoviny úst u kuřáků dýmek**.

**V roce 1936** chirurgové Ochsner a de Bakey z New Orleansu vyslovili domněnku o příčinné souvislosti mezi rakovinou plic a kouřením.

**V roce 1938** statistik Pearl vyslovil názor, že kuřáci mají daleko menší naději na delší život než nekuřáci.

**V roce 1939** A. H. Offo z Argentiny oznámil, že vyvolal rakovinu u králíků tím, že jim potíral kůži extraktem z tabáku.

**V roce 1954** byla publikována první seriózní vědecká zpráva autorů Dolla a Hilla o negativních důsledcích kouření.

**V roce 1964** vydal hlavní lékař USA „Surgeon General's Report on **Smoking and Health**“ o tom, že kouření cigaret je návyk zdraví škodlivý a závažný tak, že vyžaduje přiměřenou zdravotnickou protiakci.

**V roce 1967** se uskutečnila v New Yorku první celosvětová konference o škodlivosti kouření.

**V roce 1973** byla vydána **první rezoluce WHO proti kouření** a vyzvala členské státy, aby provedly účinná opatření směřující k omezení kouření.

#### **V roce 1974**

- výbor expertů WHO konstatoval, že kuřáci umírají v průměru o 22 % častěji než nekuřáci stejného věku.

- kanadský ministr zdravotnictví zveřejnil vládní dokument

„A New Perspective on the Health of Canadians“ a odstartoval program prevence a podpory zdraví, který byl vzorem aktivit i v jiných zemích. Tyto aktivity daly základ jednotné strategii, která vyústila v program Zdraví při všichni (dále ZPV) do roku 2000, který byl připravován a **v roce 1977** celosvětově odstartován.

**V roce 1975** výbor WHO vydal prohlášení, že „nemoci spojené s kouřením cigaret jsou tak významnou příčinou onemocnění ve vyspělých zemích, že kdyby se přestalo kouřit, zlepšil by se tím zdravotní stav a prodloužil život více než by bylo možno dosáhnout jakoukoliv jinou samostatnou akcí preventivního lékařství“ .

**V roce 1977** byla na 30. valném shromáždění WHO přijata rezoluce o vyhlášení celosvětové strategie programu **Zdraví pro všechny do roku 2000** (dále ZPV).

**V roce 1980** – Evropská úřadovna v Kodani – přijala regionální strategii ZPV pro Evropu.

**V roce 1980** – 7. dubna – byl vyhlášen **Světový den zdraví** pod heslem „Kouření nebo zdraví – vyber si“.

**V roce 1984** – bylo Evropským regionálním výborem WHO schváleno 38 prioritních cílů ZPV pro Evropu.

**Cíl č. 17 - Tabák, alkohol, psychotropní látky:** Do roku 2000 má být ve všech členských státech signifikantně snížena spotřeba látek vyvolávajících závislost, jako jsou tabák, alkohol a psychotropní látky... (...zvýšení počtu nekuřáků aspoň o 80 % populace a posílit ochranu nekuřáků před nedobrovolnou expozicí tabákového kouře).

Rozjížděly se **další celosvětové programy podporované WHO jako Zdravé město, Zdravá škola, Zdravý podnik, Zdravá rodina, Zdravá nemocnice, CINDI** (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme) - zaměřený na snížení výskytu neinfekčních onemocnění cestou redukce rizikových faktorů pro většinu těchto nemocí společných - např. civilizačních chorob, především kardiovaskulárních - včetně sledování kouření a dalších.

**V roce 1987** v Brugách byl přijat akční program „**Tabák nebo zdraví**“.

**V roce 1988** - Madridská charta proti tabáku - Akční plán pro Evropu bez tabáku.

### **Celosvětové programy WHO**

spustily ve vyspělých západních zemích antikuřácké aktivity s efektivním výsledkem. V socialistickém Československu měly také svou odezvu. Objevoval se pomalý posun ve vztahu ke zdraví a tudíž i ke kouření i v povědomí obyvatelstva. Spousta akcí měla pro obyvatelstvo pouze formální charakter.

### **V Československu**

se rozjížděly programy: Denně něco pro zdraví, Integrovaný program prevence – později CINDI, MONIKA a hodně dalších národních preventivních programů typu Zdravé srdce, Zdravá výživa...

**V roce 1988**, od 1. ledna, započal v ČSSR program „**Šance pro 3 milióny**“ – „Dejme šanci všem novým narozeným dětem, aby se dožily co nejdelšího věku. Dejme šanci 3 miliónům občanů, kteří se u nás narodí do konce toho století!“ Výzva pro všechny, aby děti



vyrůstaly ve zdravém prostředí, výzva k přijetí konkrétních celospolečenských opatření proti všem formám kouření a užívání tabáku.

### **Výběr z některých aktivit v České republice**

**Od roku 1989** se rozvíjely v další činnosti na podporu veřejného zdraví.

**V roce 1991** se vláda usnesla o „**Národním programu obnovy a podpory zdraví**“ s cílem ovlivňování rizikových faktorů a závažných civilizačních onemocnění obyvatelstva ČR v souladu s programem Zdraví pro všechny. Byla odstartována Střednědobá a od r. 1995 Dlouhodobá strategie Národního programu zdraví.

Postupně bylo spuštěno hodně **projektů podpory zdraví** obyvatel v celé republice, které zdůrazňovaly priority zdraví a jeho ohrožení. Tyto projekty byly a jsou v působnosti WHO, celorepublikové, okresní, místní, řešiteli projektů jsou také rozpočtové a příspěvkové organizace.

### **Příklady projektů ve vybraných oblastech:**

a) **udržení zdraví** v různých věkových skupinách obyvatelstva (Zdravá výživa, Komunitní projekty, Regiony pro zdraví, Péče o seniory, Zdravá města, Zdravé školy, Zdravá rodina, Zdravý podnik, Zdravá nemocnice, Národní gerontologický program, diabetologický program, program rehabilitace osob se zdravotním postižením, program péče o duševní zdraví apod.

b) **prevence a omezování kuřáctví** - cílené projekty - intervenční a edukační pro základní a střední školství, „Kouření a já „- zaměřený na vzdělávání odborníků, kteří mohou pomoci kuřákům při odvykání kouření, „Nekuřácké zdravotnictví“, „Přestaň a vyhraj“ apod.

Zakládání poraden pro odvykání kouření – od roku 1990,

**„HELP projekt“** - podporovaný Evropskou Unií, který je zaměřen na prevenci kouření – zvláště mládeže ([www.nicomarket.com](http://www.nicomarket.com)) a zvýšení

motivace k rozhodnutí nekouřit a větší dostupnosti léčby závislosti na tabáku.

**V roce 2004** byl zahájen projekt České koalice proti tabáku s MZČR a Českou kanceláří WHO – **Zakládání Center léčby závislosti na tabáku** a školení pracovníků léčby závislosti (nejprve při fakultních nemocnicích většinou na pneumologických nebo interních klinikách) ([www.clzt.cz](http://www.clzt.cz)).

c) **prevence konkrétních nemocí** (Prevence nádorových nemocí, kardiovaskulárních onemocnění..., regionální programy Regiony pro zdraví – př. „Jihlavsko zdravější“ apod.

Ve většině jmenovaných programů byla sledována i problematika kouření.

**Zdraví člověka** je ovlivněno:

- a) specifickými i rizikovými formami chování, které zvyšují, či přímo vytvářejí rizika vzniku závažných onemocnění (nevhodný životní styl, a to mnohdy již v těhotenství, alkohol, drogy, nevhodné dietní návyky, nedostatek pohybu, selhání ve školách, citová deprivace, sociální izolace, rizikové pracovní návyky aj.)
- b) běžné chování jedince a jeho návyky jsou ovlivnitelné, mohou se záměrně měnit, a tím snižovat rizika různých životních i zdravotních selhání (výchova v rodině, ve školách, edukační aktivity).
- c) účelně volené programy preventivních zásahů (výchova, osvěta, sítě přátelských vztahů, sociální opora aj.) jsou většinou ekonomicky nenáročné a mnohdy výhodnější než pozdější odstraňování vzniklých poruch.

## **Reakce populace na hrozbu kuřáctví**

Svět zvoní na poplach, spousta vlád vyspělých států si uvědomila velké nebezpečí tabakismu již při důrazných varováních v 70. letech minulého století, přehodnotila finanční toky a uvedla v platnost účinná a důrazná preventivní, edukační, ekonomická a legislativní opatření na ochranu zdraví svého obyvatelstva. Ve svém snažení dosáhli toho nejdůležitějšího – toho, že spousta obyčejných lidí, kterých se tento problém osobně týká, přijala dobře míněné rady za své, přehodnotila své postoje a změnila své návyky a životní styl ve smyslu upevnění svého zdraví. Ve zdravotnických statistikách těchto států se již ukazují přesvědčivé výsledky.

**V České republice** je v současnosti situace stále ještě v rovinách boje - boj proti tabáku, boj proti kuřákům... Velké množství kuřáků se zatím tváří, že všechny aktivity jdou mimo ně, někteří se brání, protože vnímají pocit nátlaku, příkazů, omezování svých práv, omezování vlastní svobody, někteří jsou ve fázi kontemplance a přemýšlejí, co s tímto problémem udělají.

Od začátku padesátých let minulého století už bylo celosvětově publikováno nejméně 300 000 odborných prací o škodlivosti kouření. Nikdo z kouřících nemůže říct, že není informovaný o tom, že si vědomě poškozuje zdraví. V čem je problém, že lidé kouří? Jak to, že kouří i erudovaní zdravotníci, kteří by naopak v rámci svých morálních a profesních postojů měli být nápomocní?

**V rozložení společnosti** je asi přirozené, že

- někteří lidé potřebují mít dané určité mantinely a zákazy, ve kterých se mohou, nebo musí pohybovat (legislativní opatření),
- jiní – vyspělí a rozumní – pochopí varování o nebezpečí kouření. Ke svému rozhodnutí potřebují jasné a přesvědčivé informace

(informací a průkazných faktů je už v současné době tolik, že každý ví, že kouření škodí, a že ve své podstatě je kouření pro každého člověka přinejmenším nesmyslné),

- někteří s kouřením přestanou, či už přestali sami (bývalí kuřáci),
- další potřebují pomoc – sami už své rozhodnutí přestat kouřit nevládnou dovést k úspěchu (opakované pokusy kouření zanechat, neúspěch z důvodu fyzické závislosti, nepříjemných abstinčních příznaků, slabá vůle, slabá motivace),
- jiní přestanou až pod vlivem strachu – např. při výskytu osobního zdravotního problému s dopadem na ohrožení života,
- někteří kouřit nepřestanou – ale třeba aspoň omezí počet cigaret pod vlivem zdražování a nedostatku peněz (pokud nebudou např. krást),
- zarputilí kuřáci se silnou závislostí a lidé s rigidními vlastnostmi osobnosti (kouřit budou bez ohledu na zdravotní následky a společenské komplikace),
- sociálně slabí občané – bezdomovci – (cigareta a alkohol je to jediné, co jim zbylo – paradoxně kouří i v obtížné celkové a finanční situaci – fyzická závislost), psychiatricky nemocní,
- někteří lidé nezačnou kouřit vůbec – z různých důvodů, např.:
  - kouření jim nic neříká,
  - v době dospívání jsou dostatečně silnými osobnostmi, které nepodléhají autoritám v partě a kouřit nezačnou,
  - ztotožní se s rolemi dle rodinného vzoru.

**Nekuřáctví by mělo být sociální normou chování** – danou podle rodinného příkladu modelu rolí. Je ovlivněno vlastnostmi osobnosti, příkladem silných vzorů osobností, vlastní životní filosofí, osobní hierarchií životních hodnot. (Štěpánková-Drozdová, 1991).

Pokud by byly již v současnosti úspěšné preventivní přístupy a programy u dětí a mladých lidí – snížil by se výskyt ohrožujících nemocí až za 30–50 let, zatímco odvykání kouření současných dospělých kuřáků zlepší zdraví populace rychleji – za 20 až 30 let. Neposkytneme-li 200 miliónům dospělých evropských kuřáků, kteří chtějí přestat kouřit, účinnější pomoc už dnes, budou výsledkem dva milióny evropských úmrtí v roce 2020 (Králíková, 2000).

Intenzivní úsilí vyspělých společností na omezování kouření, a tím i na nežádoucí dopady na zdraví populace je v posledních letech stále zřetelnější. Důležitým krokem v boji proti monopolu tabákového průmyslu je vznik právního dokumentu „**Rámcová úmluva o kontrole tabáku**“. Jde o multilaterální mezinárodní domluvu, která byla (po pětiletém jednání) schválena v roce 2003 zástupci 192 členských zemí WHO. Jejím cílem je vytvořit mezinárodní právní prostředí k řešení celosvětové tabákové epidemie. Tato smlouva představuje návrh pro státy jak redukovat nabídku a poptávku po tabáku. Obsahuje základní, obecně/globálně platná pravidla, principy a doporučené postupy kontroly tabáku (WHO, 2008).

## **2. Epidemiologie závislosti na tabáku**

### **Prevalence kuřáctví a zdravotní důsledky**

Dnešní svět čelí tabákové pandemii. Statistiky a oficiální zprávy WHO v průběhu času sledují aktuální epidemiologický vývoj v prevalenci kouření, nemocnosti a úmrtnosti populace, avizují návrhy na preventivní opatření a odvozují prognózy... (Králíková, Kozák, 2000; Peto, Lopez, 2000; Peto a kol 2003; Raw, 2001; WHO 1999, 2000,2,3,8).

Informují veřejnost, že např. kouření zabilo ve 20. století více lidí než obě světové války dohromady – kolem 100 miliónů, vyžádá si v celosvětovém měřítku 5 miliónů životů ročně. Do roku 2020 se tento počet, podle odborných odhadů, zdvojnásobí. Předpoklady pro 21. století jsou ještě neradostnější. Odhady hovoří o jedné miliardě tabákových obětí. Ve 25 zemích EU je každoročně zaznamenáno 660 tisíc úmrtí způsobených tabákem, půl miliónu mužů a 160 tisíc žen zemře v průměru o 15 let dříve, než kdyby nekouřili. Kouření je v EU příčinou 26 procent úmrtí na rakovinu a 15 procent všech úmrtí. Na světě je 1,3 miliardy kuřáků, přitom 84 procent z nich žije v rozvojových zemích. Proto lze také očekávat, že za 20 let bude tabák příčinou 70 procent všech úmrtí v rozvojových zemích. V zemích střední a východní Evropy prevalence kuřáctví stále stoupá – hlavně mezi mládeží a ženami. Denně se stává dalších 84 tisíc mladých lidí závislými na cigaretách.

### **Prevalence kuřáctví v České republice**

V publikaci WHO - The European Tobacco Control Report (2007) nacházíme hodnocení kouření mužů a žen v evropských zemích v roce 2005. Podle těchto údajů se ČR řadí do oblasti průměru: prevalence u mužů v ČR je asi 30 % - průměr evropských zemí je 40 %, prevalence u žen v ČR je kolem 20 %, v evropských zemích je 18 %. Evropský průměr je významnou měrou zvyšován zeměmi bývalé SSSR.

Popularita kouření v ČR dosahovala vrcholu v 60. a 70. letech minulého století, od té doby dochází k velmi pomalému poklesu kuřáctví. Problém nastává v tom, že se mění struktura kuřáků. Zatím co přestává kouřit starší populace, hlavně muži, pozorujeme nárůst kuřáků u mladších osob, dětí a u žen. Přes 80 % dnešních kuřáků začalo kouřit před 18. rokem svého života (Králiková, 2008).

Peto et al. (2003) odhadli na základě mortalitních statistik České republiky, že lze kouření připsat v roce 2000 celkem 17 700 úmrtí a každé úmrtí související s kouřením vede k průměrné ztrátě 15 let života. V ČR z důvodů kouření končí 50 lidských životů denně.

„Protože epidemie kuřáctví dorazila do naší země z Ameriky o dvacet let později, posouvá se o těchto dvacet let celý její průběh. O dvacet let později jsme začali kouřit, o dvacet let později jsme na kouření začali umírat a o dvacet let později začínáme pomalu chápat, co kouření znamená – o dvacet let později s tím něco začínáme dělat“ (Králíková in Hlásenský, 2003).

Vyšší prevalence kuřáctví je v mladších věkových skupinách u obou pohlaví. Významný je rostoucí počet kuřáček v mladších věkových skupinách. Postupný nárůst kuřáctví jak příležitostného (1× týdně), tak pravidelného, je možno pozorovat již od věku 10 let. Prevalence kuřáctví u mužů je obecně vyšší v populačních skupinách s nižším sociálním postavením (Provazník 1999). Přibývá kouřících žen se středoškolským vzděláním.

Za alarmující považují odborníci také to, že mladí lidé podceňují nebezpečí kouření. Podle rozhovoru s Csémy „Alkohol a cigarety adolescenti za riziko nepovažují. Víc si uvědomují nebezpečí tvrdých drog, s jejichž následky se v realitě setkávají.“

## Nástin vývoje prevalence kuřáctví v ČR

(Uvedené přehledy prevalence kuřáctví jsou jen orientační a instruktivní, protože byly použity metodicky nesourodé zdroje).

### r. 1985 SZÚ - (Provazník a kol., 1999)

věk 25–64 let	muži	46,0 %
	ženy	26,1 %

### r. 1992 SZÚ - (Provazník a kol., 1999)

věk 25–64 let	muži	39,7 %
	ženy	23,1 %

### r. 1993 „HIS ČR 93“ (1600 respondentů) ÚZIS ČR 1995

	muži	41,0 %
	ženy	30,0 %

### r. 2002 Projekt Genacis (Sovinová, et al., 2008)

muži	současní kuřáci	- 37,2 %
	bývalí kuřáci	- 22,9 %
	nekuřáci	- 39,9 %
		<u>100,0 %</u>
ženy	současné kuřačky	- 20,4 %
	bývalé kuřačky	- 14,4 %
	nekuřačky	- 65,2 %
		<u>100,0 %</u>

### r. 2003 Studie The Global Youth Tobacco Survey

(Sovinová, Sadílek, Csémy, 2003)

rovnání:	<b>žáci ve věku 13–15 let</b>	<b>- 35,0 %</b>
	dospělí muži	- 29,0 %
	<b>mladé dívky</b>	<b>- 33,4 %</b>
	dospělé ženy	- 22,0 %

Alarmující je výsledek: zvyšuje se kuřáctví mezi dospívajícími!!

### r. 2005 SZÚ z roku 2006 (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006)

populace (15 – 64 let)	denní kuřáci	- 26,3 %
	příležitostní	- 4,1 %
	bývalí kuřáci	- 15,0 %
	považuje se za nekuřáky	- 54,6 %
	nikdy nekouřili	- 33,0 %

### **Prevalence kuřáctví v populaci r. 2005: 30,4 %**

	denní kuřáci	- 31,0 %
	příležitostní	- 3,5 %
<b>muži celkem</b>		<b>- 34,0 %</b>
	denní kuřačky	- 21,0 %
	příležitostní	- 4,5 %
<b>ženy celkem</b>		<b>- 25,5 %</b>



## Prevalence kuřáctví zdravotníků

Různá šetření včetně světových, které zkoumají prevalenci kuřáctví ukazují, že velké procento kouřících je mezi samotnými zdravotníky. Jde o problém, jehož řešení není jednoduché. Není jasné, proč profesionální skupina zdravotníků, která by měla podněcovat výchovu k nekuřáctví kouří více, než lidé v populaci.

**r. 1974** (Králíková a kol., 2000)  
**lékaři 50 %**

**r. 1989** **Program CINDY v ČR** (In: Holub, 1990)  
611 lékařů, (306 mužů, 305 žen) a 1081 SZP  
Lékaři muži kouří méně než běžná populace mužů, lékařky ženy kouří více než běžná populace žen. Nejvíce kouří sestry (neuvedena %).

**r. 1993** (Králíková In: Hlásenský, 2003)  
muži 41 % **lékaři - 1/3**

**r. 1994** (Králíková a kol., 2000)  
**lékaři 33 %**

**r. 1999** (Králíková a kol., 2000)  
**lékaři 24 %**

**r. 2003** (Králíková In: Hlásenský, 2003)  
muži 29 % **lékaři - asi 26 %**  
Převážně starší kuřáci (10 x víc než v USA).  
Nejvíce kouří gynekologové, porodníci a chirurgové, nejméně pediatři.

**r. 2005** (Králíková, Rameš, Nesnídal, 2005)  
**lékaři 23 %**

**r. 2006:** kouří **21,6 % (3,5 % denně)** (Sovinová, 2007)  
698 studentů medicíny 3. ročníků ze 7 lékařských fakult ČR

**r. 2006:** kouří **32,5 % (8,9 % denně)** (Sovinová, 2007)  
157 studentů stomatology ze 3. ročníků lékařských fakult ČR

### Prevalence kuřáctví sester

rok	ženy	sestry	
<u>1969</u>	32 %	37,0%	<i>In: Holub, 1990</i>
<u>1975</u>	29 %	38,9 %	
<u>asi 1980</u>		41,0 %	<i>Novák - ÚZV Praha)</i>
<u>1984</u>		2/3	<i>Kozák - sestry v Kutné Hoře</i>

rok	ženy	sestry	
<u>r. 1993</u>	<u>30 %</u>	<u>asi 50 %</u>	<u>(Králíková in Hlásenský, 2003)</u>
<u>r. 1999:</u>		<u>44 %</u>	<u>(Králíková, 2001)</u>
<u>r. 1999:</u>		<u>41,7 %</u>	<u>(Mádlová, 1999)</u> 1 127 sester z pěti fakultních a pěti okresních nemocnic
<u>r. 2003:</u>	<u>22 %</u>	<u>39 %</u>	<u>(Králíková, 2001)</u>
<u>r. 2003:</u>	<u>22 %</u>	<u>49,3 %</u>	<u>(Dufková, 2004)</u> 294 sester z Thomayerovy nemocnice v Praze
<u>r. 2005:</u>	<u>25,5 %</u>	<u>38,6 %</u>	<u>(Drozdová, 2008)</u> 337 sester z celé ČR
<u>r. 2005</u>		<u>39 % sester</u>	<u>(Králíková, Rameš, Nesnídal, 2000)</u>
<u>r. 2006:</u>		<u>32,7 %</u>	<u>(Sovinová, 2007)</u> 356 studentek ze 3. ročníků 12 vyšších zdravotnických škol
<u>r. 2007</u>	<u>20,1</u>	<u>35,4 %</u>	<u>(Horváth, 2008)</u> 240 studentů prezenčního i kombinovaného bc. studia ošetrovatelství, všeobecná sestra, porodní asistentka na UP Olomouc a UTB Zlín, průměrný věk 23,4 let

Sovinová (2007) uvádí, že šetření u studentů zdravotnických profesí v roce 2006 bylo iniciováno: WHO, Centrem pro kontrolu a prevenci nemocí v USA (CDC) a Kanadskou veřejně-zdravotnickou asociací (Canadian Public Health Association), které společně vyvinuly Souhrnný dotazník pro pracovníky ve zdravotnictví (Global Health Professional Survey - GHPS) jako nástroj sběru údajů o používání tabáku a poradenství k nekouření mezi studenty medicíny a dalších

zdravotnických oborů všech členských států WHO. Tento dotazník je součástí Systému globální surveillace tabáku (Global Tobacco Surveillance System - GTSS), který shromažďuje údaje pomocí tří studií: Global Youth Tobacco Survey - GYTS, Global School Personnel Survey - GSPS a výše zmíněného Global Health Professionals Survey - GHPS.

Česká verze GHPS zjišťuje anamnestické údaje kuřáka, prevalenci kouření tabáku v různých formách vč. expozice tabákovému dýmu, znalostí a postojů ve vztahu k tabáku, k nekouření, antikuřácké prevenci a pomoci, rolím zdravotníka... (Sovinová, 2007).

### **3. Patofyziologie**

V cigaretovém kouří je obsaženo více než 1 000 (někteří autoři uvádějí dokonce přes 4 000) různých látek, tisíce různých chemických sloučenin, které jsou buď ve formě částic, či plynu. Nacházíme tam např. nikotin, dehet, benzen a benz(a)pyren, formaldehyd, nikl, chróm, olovo, kadmium, kyanovodík, močovinu, DDT, radioaktivní polonium 210, oxid uhelnatý, dimethylnitrosamin, akrolein..., velké množství volných radikálů. Mnohé z nich jsou toxické, vyvolávají alergii, nebo jsou dráždivé. U více než 60 složek se prokázalo, že vyvolávají rakovinné bujení. Cigareta obsahuje 20 – 30 mg dehtu a nikotinu do 2 mg (Králíková, 2008; Kozák, 1998; Bártová, 2002).

Podle Holečka a Rokyty, (2008) „kouřením cigaret vzniká velké množství volných radikálů, zvláště superoxid, alkoxylové a alkylové radikály a volný hydroxylový radikál. Tyto látky jsou velmi reaktivní a mají široké spektrum škodlivých účinků. Antioxidační obrana kuřáků proto musí být komplexní, tj. podáváním směsí různých substancí.

Kouření poškozují intracelulární antioxidační rovnováhu, snižuje hladinu glutathionu, kyseliny askorbové, glutathion peroxidázy

a katalázy. V extracelulární tekutině je snížený beta-karoten, lutein, zeaxanthin a jiné.

V respiračním traktu cigaretový kouř podporuje fibrogenní účinek azbestu. Částečky kouře, ale i ozón zvyšují zánětlivé reakce, ovlivňují proliferaci buněk, karcinotózní buňky, emfyzém a chronické obstrukční plicní onemocnění jsou nejnebezpečnější důsledky kouření.

Pokles antioxidantů, vzestup asymetrického dimetylargininu, lipoperoxidace endothelinu a peroxynitritu jsou nejdůležitější známky poškození. Jinou komplikací je endoteliální dysfunkce. Tvorba oxidu dusnatého a dilatace cév jsou sníženy, zvýšená je apoptóza endoteliálních buněk, poškozená je diferenciací a funkce endoteliálních buněk. Akcelerace aterosklerózy má více příčin, ale oxidační proces patří k nejnebezpečnějším. Oxidovaný a modifikovaný LDL-cholesterol přispívá k tvorbě pěnových buněk. Aktivovaná myeloperoxidáza vytváří kyselinu chlornou, substrátem není jen peroxid vodíku, ale i tiocyanát z tabáku. Volné radikály oxidují a mutují DNA se zvýšeným výskytem karcinomů.

Volné radikály a ROS látky snižují fertilitu spermatozoí, v těhotenství mohou poškodit vývoj fétu, podporují vznik neurologických a psychiatrických onemocnění (Parkinsonovou a Alzheimerovu chorobu, hemodynamické a zánětlivé choroby mozku, vyvolávají bolest aj.). Makulární degenerace očí, některé stomatologické, gastrointestinální, renální, ortopedické, kožní nemoci a poškození kochleárních epitelálních buněk následkem hluku jsou dalšími možnostmi poškození účinkem cigaretového kouře“ (Holeček, Rokyta, 2008).

### **Nikotin v nízkých dávkách**

stimuluje ganglia, hlavně se zvyšuje aktivita sympatiku v CNS i na periférii, aktivují se periferní chemoreceptory, dochází k přímému účinku na mozkový kmen, na kaudální segment páteřní míchy. Dochází k aktivaci intrapulmonálních chemoreceptorů), indukuje vylučování

norepinefrinu z nervových zakončení, vyplavování epinefrinu ze dřeně nadledvin, snižuje syntézu prostacyklinu v endotelu cév, zvyšuje se syntéza katecholaminu, dochází ke zvýšení krevních lipidů, triglyceridů (TG) a VLDL cholesterolu, snížení hladiny HDL cholesterolu, zvýšení hladiny oxidovatelného LDL cholesterolu, který je vychytáván mikrofágy, a ty se stávají součástí aterosklerotických plaků (krevní lipidy se normalizují za 2 měsíce po ukončení terapie dg. F17, HDL stoupne o 10 až 30 %), zvyšuje neurální propustnost CNS.

Z těchto důvodů je u kuřáků i větší pravděpodobnost, že se stanou závislí na jiných drogách, a proto tabakismus je považován za vstupní bránu (Bártová, 2006).

### **Nikotin ve vysokých dávkách**

vede k blokadě ganglií, na synapsích je nadbytek neurotransmitéru (při odnětí drogy jde o nejdůležitější místo pro vznik abstinčních příznaků, neurotransmitéry jsou zodpovědné za pocit uspokojení), dochází ke stimulaci parasymptiku, přímému útlumu CNS.

Kuřáci mají zvýšenou **pohotovost k vasokonstrikcím** i na podněty, které u nekuřáků vyvolávají vasodilataci, např. oxidy dusíku. Zvýšená křečová pohotovost je zaznamenávána i u dětí matek kuřáček. Pravidelné opakování **hemodynamického stresu** nikotinem vede k poškození cévního endotelu. **Oxidativní stres** je vyvolán mnoha chemickými látkami obsaženými v cigaretovém kouři. Dochází k redukci antioxidantů v krevní plazmě. Vzniklé **kyslíkové radikály** jsou odpovědné za endoteliální dysfunkci. Při kouření dochází k **aktivaci neutrofilů**, které významně přispívají ke vzniku ischemické choroby srdeční tím, že indukují vyplavování volných kyslíkových radikálů, proteáz a leukotrinů. Tyto mechanismy přispívají ke vzniku drobných poranění cévní intimy. Dochází ke **zvýšené viskozitě plasmy, zvýšené hladině fibrinogenu**, čímž je zvýšená pohotovost ke tvorbě trombů (Bártová, 2006).

#### 4. Formy a způsoby užívání tabáku

**Tabák - (nikotin)** - lze užívat buď ve formě:

a) **kouřové – hořící**

b) **bezdýmé (smokeless)**

**Princip vzniku závislosti** na toxickém rostlinném alkaloidu nikotinu je stejný u všech forem. Rozdíl je v míře škodlivin, které jsou spojeny s technickou úpravou, způsobem a formou užívání výrobku, které pak druhotně negativně ovlivňují zdraví. Každá forma tabáku i každá dávka je zdraví škodlivá.

Nikotin ke svému vstřebávání potřebuje lehce zásadité prostředí. Kouř z cigaret je lehce kyselý, proto kuřák musí vtáhnout kouř až do plic, aby se mohl nikotin vstřebat, kouř z doutníků a dýmky má pH lehce zásadité, proto se vstřebává v ústech a kouř se „nešlukuje“.

Smrtelná dávka pro dospělého člověka je kolem 80 mg.

Na nikotin vzniká tolerance.

**ad.: a) Tabákové výrobky pro kouření** jsou dále upravovány pomocí různých aditiv (asi 700), látek pro vylepšení kouře – např. vůně, barvy, ladného vinutí apod.

**Kouření cigaret** je v populaci nejrozšířenější. Tabákový průmysl zareagoval na důkazy o škodlivinách při kouření „technickými“ úpravami cigaret - nejprve filtry (obsahovaly další škodlivinu – azbest), v 80. letech minulého století tzv. lehkými cigaretami (light, mild, ultra light = obchodní označení, které nesouvisí se skutečným složením kouře), které jsou pouze reklamním trikem k oklamání laické veřejnosti.

V Evropské Unii se již od roku 2004 nemohou prodávat.

Ani tzv. rostlinné cigarety (např. eukalyptové) nelze doporučit. Při spalování vzniká rovněž mnoho škodlivých a karcinogenních látek (Králíková, 2003).

**Kouření doutníků a dýmek** – kouř se vstřebává v dutině ústní, má menší celkové účinky na organismus, protože se při tomto způsobu

kouření „nešlukuje“. Je však prokázáno, že o to více působí lokálně – tzn. na sliznici v dutině ústní a hrtanu, kde rovněž vyvolává nádorové bujení (Králíková, 2008).

Doutník je vyroben svinutím tabákových listů, obsahuje nejméně přísad.

**Elektronická cigareta (E-cigareta)** patří mezi tzv. PREP (potentially reduced exposure product) – jde o skupinu výrobků redukující expozici škodlivin, které se začaly vyskytovat na trhu v USA (Premiér, Accord, MUS...). Je možné ji používat tam, kde je zakázáno kouřit. Ačkoliv nehoří, poskytuje iluzi vydechnutého kouře i rozsvícení oharku.

E-cigareta je maketa ve tvaru cigarety, (e-doutníku, minicigarety, či e-dýmky). Do náustku se vkládá vyměnitelná kapsle, která je naplněna kapalnou směsí různého složení, jejíž hlavní součástí je koncentrovaný nikotin, propylen glykol, glycerol, různé tabákové substance a esence. Zájemce může volit sílu koncentrace nikotinu i různé příchuti kapslí – např. vanilky, jahod, třešní, pravého tabáku nebo mentolu ([www.ruyanchina.com](http://www.ruyanchina.com)). Při nasátí vzduchu do cigarety je detekován mikroprocesor, který aktivuje piezoelektrický ultrazvukový rozprašovač. Za vysoké teploty pak probíhá valorizace nikotinu ve formě páry, je čímž je vytvořen efekt kouře, dýmu (mlhy), která je inhalována uživatelem. Nejeffektivnější vstřebávání nikotinu je právě pomocí inhalace. Mikroprocesor v e-cigaretě také aktivuje oranžovou LED diodu ve špičce cigarety imitující žhavý popel.

Jako zdroj energie používají e-cigarety dobíjecí akumulátorovou baterii.

Současná cena do prvotní investice je kolem 3 000 Kč. Jedna náplň do e-cigarety je srovnatelná s 1 krabičkou cigaret.

V současnosti probíhají na Aucklandské univerzitě v Austrálii klinické testy, které ověřují účinky na zdraví a vhodnost jejich využití např. jako dostupné formy čistého nikotinu při odvykání kouření (zdroj: [www.21století.cz](http://www.21století.cz); [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz) - 20. 10. 2008).

**Vodní dýmka** se těší popularitě nejen v Orientu, ale už i u adolescentů v zemích Evropy a USA. Nejvíce si vodní dýmku oblíbila věková kategorie 15–24 let. Kouřící vodní dýmky se za kuřáky nepovažují. Podle rozhovoru se Sovinovou „Učni stále upřednostňují cigarety. Kouření vodní dýmky je více oblíbeno u vysokoškolské mládeže a gymnasistů při přátelských setkáváních v čajovnách. Je symbolem jejich společenského života. Příznivci tohoto „relaxačního pokuřování“ se ztotožňují s citátem Ismapa Ertepa z Turecka: „Cigarety jsou pro nervózní, soutěživé lidi ve stresu. Když kouříte vodní dýmku, máte čas k přemýšlení. Učí vás trpělivosti a toleranci, umožňuje vám užít si pobyt v dobré společnosti. Kuřáci vodních dýmek mívají mnohem vyrovnanější přístup k životu, než kuřáci cigaret“ (Dvořák, 2008).

První zmínky o vodní dýmce ji spojují s Indií. Tam (v poněkud primitivnější podobě) se používala na kouření opia a hašiše. Současný tvar dostala v 16. století v Turecku, odkud se prostřednictvím osmanských výbojů rozšířila do arabského světa. Funguje na principu podtlaku ve váze s vodou. Při nasávání z hadice se kouř přes vodu filtruje, a tím se ochlazuje. Jako kuřivo se používají speciální ovoněné tabáky s melasou a medem.

Podle Králíkové (2008) je tento způsob kouření ještě nebezpečnější a škodlivější než cigarety. Kouř se ve vodě zbaví se pevných částic a ochladí se, což umožní, že se vdechuje mnohem hlouběji než kouř z cigaret, který je horký. Musí se intenzivněji potahovat, aby dýmka dobře hořela, takže najednou vdechnutý objem kouře je až 3x větší než při kouření cigarety. Množství vdechnutého dehtu při jedné seanci se rovná množství dehtu při vykouření jedné krabičky cigaret. Kromě zplodin spalování tabáku se také vdechují zplodiny spalování uhlíku, vysoké koncentrace oxidu uhelnatého, nikotinu, těžkých kovů apod. Kouř má různé složení podle různě připravené směsi.



Vzhledem k menší frekvenci kouření je fyzická závislost na tabáku méně pravděpodobná. Riziko vzniku chorob způsobené škodlivinami se nemění. Naopak – vzrůstá ještě o možný přenos dalších - infekčních onemocnění při vzájemném kolektivním předávání „šlahounu“ (např. TBC, herpetické viry, viry Epstein-Barrové, respirační viry, vir HIV, Helicobacter pylori, dále plicní aspergilóza, Hepatitida C, apod.).

**ad.: b) Tabákové výrobky bezdýmé**

Bezdýmé tabákové výrobky (Rodu, Goodshall, 2007) se nekouří, ale **šňupou, žvýkají, cucají, vkládají se pod spodní ret nebo za líc**. Užívají se v řadě států na celém světě, ale v daleko menší míře než kouření. Jejich příprava je různá, mění se v různých regionech světa. Tyto tabáky si připravují různým způsobem (fermentací, sušení kouřem, vzduchem, nad ohněm...) individuálně jednotliví farmáři či různé menší firmy. Proto je těžko srovnatelná jejich kvalita i míra zdravotního rizika. Např. v Indii se často bezdýmý tabák kombinuje s přísadami, které zvyšují jak jeho toxicitu, tak i psychotropní účinky. Ani vyspělých zemích, např. v angloamerických a skandinávských, netvoří bezdýmé výrobky srovnatelnou, homogenní kategorii.

**Podle formy aplikace je můžeme dělit na:**

- šňupací - tabák v práškové formě (powdered dry snuff),
- orální - žvýkácí tabák v listech (loose leaf chewing tobacco),
  - práškový zvlhčený žvýkácí tabák (moist snuff),
  - v současnosti byly dokonce vyrobeny malé granulky slisovaného tabáku, které se beze zbytku rozpustí v ústech.

Podobně jako formy pro kouření mohou i formy bezdýmé u člověka způsobit onemocnění. Nejčastěji způsobují orální leukoplakii a karcinomy, především v oblasti ústní dutiny. Nádory ústní dutiny jsou

obzvláštním problémem v některých asijských zemích, kde je tato forma užívání tabáku více rozšířena. V Indii bylo prokázáno významné riziko pro rakovinu ústní dutiny, některých částí hltanu, hrtanu a jícnu (Kozák, 2008).

V posledních 20 letech došlo k výraznému vzestupu produkce a prodeje bezdýmého tabáku i v některých rozvinutých zemích (především skandinávských). V USA četné studie našly významně zvýšené riziko karcinomu ústní dutiny při užívání tzv. **oral snuff, či moist snuff**, („vlhký šňupec“).

Brad Rodu a William T. Goodshall z USA (2006) nabízí výzkumem ověřené informace o tom, že je možné využít bezdýmých forem tabáku jako „alternativní strategie odvykání kouření pro zapříisáhlé kuřáky“ a „minimalizovat rizika spojená s užíváním tabáku“. Ve své práci mimo jiné informují, že např. švédským mužům slouží bezdýmý tabák jako účinná náhražka cigaret, což následně vede k tomu, že jejich úmrtnost v souvislosti s kouřením patří ve vyspělém světě k nejnižším (in: Zábranský, 2007).

Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENHIR) při Health and Consumers Protection Evropské komise publikovala kvalitní analýzu bezdýmých tabákových výrobků - dostupné v plném znění: [www.ensp.org/trends/inthespotlight](http://www.ensp.org/trends/inthespotlight) (20. 10. 2008).

### **Pasivní kouření**

Tabákový kouř neohrožuje jen kuřáky samotné, ale znamená nebezpečí i pro ostatní osoby v dosahu tabákového kouře. Mluvíme o tzv. ETS – Environmental Tobacco Smoke – tabákovém kouři v prostředí.

Velmi nebezpečné je nedobrovolné – pasivní kouření dětí, těhotných, seniorů a nekuřáků vůbec.

Na vliv pasivního kouření bylo upozorněno až v roce 1981, kdy si Japonec Hirayama všiml, že partnerky silných kuřáků mají častěji rakovinu plic. Od té doby byl škodlivý vliv pasivního kouření prokázán již v mnoha klinických studiích. Dále bylo zjištěno, že pasivní kouření významně ovlivňuje vznik nemocí kardiovaskulárních a pulmonálních, oslabuje imunitní systém.

Od roku 1992 je také známo, že i domácí zvířata (pes a kočka), žijící v domácnosti silného kuřáka, mají kratší život.

V roce 2005 bylo zveřejněno, že pasivní kouření vykazuje skoro stejné riziko (80–90 %) na cévy jako kouření aktivní (Králíková, 2008).

Hořící cigareta totiž vedle hlavního proudu, který vdechuje kuřák, produkuje i proud vedlejší, v němž je obsah zplodin mnohonásobně vyšší z důvodu nedokonalého spalování. Nekuřák, který stráví jednu hodinu v zakouřeném prostředí, vdechne takové množství škodlivin, jako kdyby sám vykouřil 15 cigaret.

Kromě subjektivního diskomfortu nekuřáků a krátkodobého vlivu na organismus ve formě iritace sliznic očí a dýchacích cest, bolesti hlavy a nepříjemného čichového vjemu, může být pasivní kouření příčinou většiny onemocnění jako u kouření aktivního v závislosti příslušného poměru k expozici. Nejčastěji se vyskytuje onemocnění srdce a cév a rakovina plic.

Jediná účinná prevence je vyhnout se pobytu v prostoru, kde se kouří.

## **Závislost na tabáku**

Závislost na tabáku je klasifikována jako nemoc, a jako každá nemoc potřebuje léčit. Kouření ve smyslu závislosti má označení jako samostatná diagnóza - F 17.2 „syndrom závislosti na tabáku" v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí WHO (1992) i Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické společnosti (1995).

Užívání tabáku je charakterizováno pravidelností a nutkavostí. Je považováno za návykové a závislost vyvolávající. Abstinence tabáku je provázena syndromem odnětí. Všechny formy užívání tabáku jsou zdraví škodlivé.

## **Princip závislosti na tabáku**

Kouření není obyčejný zlovyk, kterého se můžeme zbavit, kdykoliv se rozhodneme. Ze studií vyplývá, že 75–80 % kuřáků si přeje s kouřením přestat, jedna třetina z nich se o to v průměru 3× vážně pokusila. V dospívání je podceňován rychlý vývoj závislosti (plně rozvinutá je asi za dva roky) a je přeceňována vlastní schopnost kouření kdykoliv zanechat (WHO, 1999).

Všechny formy spotřeby tabáku v každém způsobu užívání jsou nebezpečné. Zpočátku se jedná pouze o naučené chování a postupně vzniká závislost. Existují dvě složky závislosti – psychosociální a fyzická.

**Psycho-sociální - behaviorální závislost** je nutkavá touha po cigaretě v určité společnosti a za určitých okolností. Tato touha vzniká po určité době společného života s cigaretou. Nesouvisí s chemickým složením cigaret, jde o návyk určitého chování, určité činnosti, manipulace s cigaretou – vytvoření kuřáckého stereotypu. Rituály spojené s kouřením se totiž tolikrát opakují, až se nakonec stanou těžko postradatelnými. S kouřením cigarety, dýmky, doutníku může být také spojena krátká chvíle odpočinku nebo příjemné posezení u kávy, pocit

snadnějšího zvládnání stresových situací. U psychosociální závislosti jde o princip sociálního učení nebo naučené kompenzace (stres, vazba na určité sociálně psychologicky determinované situace...).

**Fyzická – drogová závislost** vzniká jen na určitou složku cigaretového dýmu – na nikotin. Nikotin se váže na receptory v mozkové kůře a vyvolává neurochemické reakce, které poskytují kuřákovi na jedné straně poměrně rychle očekávanou odměnu, na druhé abstinenci příznaky v případě nekouření.

Drogová závislost se většinou objevuje do dvou let od začátku pravidelného kouření. Asi z 50 % je ovlivněna genetickou dispozicí, stavbou nikotin-acetylcholinových receptorů (Králíková, 2006).

Při hodnocení návykovosti psychoreaktivních látek byl nikotin shledán návykovější než heroin, kokain, alkohol, kofein a marihuana. Je obtížné se této závislosti zbavit. Závislý kuřák už nikdy nemůže být kuřák příležitostný (Kozák, 1998; [www.clzt.cz](http://www.clzt.cz)).

Nikotin byl po dlouhou dobu považován za jedinou klíčovou složku odpovědnou za to, proč ten, kdo začne kouřit, je většinou na kouření závislý. V poslední době však vědci z Brookhaven National Laboratory v Uptonu zjistili, že i další složka tabákového kouře může podporovat závislost na tabáku svými účinky na enzym, který hraje důležitou roli v mozkovém systému a je zodpovědný za určitý vzorec chování. V mozku kuřáků je podstatně méně enzymu monoaminoxidázy (MAO) než v mozku nekuřáků. MAO působí při odbourávání dopaminu, což je nervový přenašeč, který má mimo jiné úlohu v přenosu euforických pocitů. Tyto pocity jsou spojeny s většinou návykových drog. Nikotin sám se váže na cholinergní receptory v mozku, v autonomních gangliích, v nadledvinách a neuromuskulárních spojích. Stimuluje vyplavení dopaminu a pak následnou euforii - blažený pocit u konzumentů. Nízké dávky působí stimulačně, vysoké dávky sedativně (Bártová, 2006).

Experimentální studie ukazují, že kouření je do určité míry vhodným mediatorem (prostředníkem) mezi stresem a jeho zvládnutím. Kouřící pociťuje kladný vliv působení nikotinu při momentálním řešení zátěžových situací, a tuto zkušenost pak znovu opakuje (Králíková, 2000).

Mezi **kladné pocity** patří pocit zvládnutí stresu, vymanění se z pocitu méněcennosti, snížení napětí, úzkosti, zvýšení sebehodnocení, překonání pocitu nejistoty, přijetí do žádoucího společenství lidí (kteří kouří), získání pocitu dospělosti, přiblížení se k obrazu svého vzoru (ideálního muže, či emancipované, úspěšné ženy), krátkodobé zlepšení pozornosti... Droga nikotin se dostává během 10 sekund do organismu. Brzy se dostavuje uklidňující účinek. V mozku se uvolňují endorfiny, což jsou látky, které ovlivní nejen náladu, pocit pohody, ale mohou i krátkodobě zlepšit koncentraci pozornosti, zlepšit výkon (Křivohlavý, 2001).

K abstinčním příznakům patří nervozita, špatná nálada, deprese, podrážděnost, neschopnost se soustředit, nutkavá touha po cigaretě, zvýšená chuť k jídlu, obstipace. U těžkých závislostí se nedostatek drogy může projevit i fyzickou nevolností (Kernová, Kebza, 2003).

## **Nemoci podmíněné kouřením**

Většina studií potvrdila vztah výše rizika onemocnění k vyšší dávce škodlivin a délce trvání pravidelného kouření. Kouření snižuje více než kterýkoliv jiný rizikový faktor střední délku života. Kouření poškozuje zdraví nejen aktivní, ale také pasivní formou expozice. (Králíková, Kozák, 2000).

Podle statistik kuřáci umírají z 50 % v důsledku kouření o 15 let dříve než nekuřáci. Následky kouření se týkají onemocnění prakticky ze všech oborů medicíny. Podílí se na vzniku více než 24 onemocnění (Králíková, 2008).

Nejčastější onemocnění způsobené kouřením (Provazník a kol. 1998; Králíková, 2003; 2007; Křivohlavý, 2001):

- Na vzniku nemocí oběhové soustavy se podílí přibližně z 25 %, nejčastější příčinou smrti v důsledku kouření je infarkt myokardu, mozková mrtvice, ischemická choroba srdce a cév...
- Zhoubné nádory vznikají vlivem kouření asi ze 30 %, především na nádorech plic se podílí z 90 %, dále na nádorovém onemocnění jícnu, hrtanu, ledvin, děložního čípku...
- Na chronických plicních chorobách se podílí ze 3/4, např. CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc, úzce souvisí s astma, rozedmou plic, se vznikem alergií, osteoporózou, cukrovkou, vyvolává poruchy štítné žlázy, ovlivňuje oční choroby, vředovou chorobu žaludku a jícnu, zhoršený a pomalý průběh hojení ran, stárnutí kůže atd.
- Mezi další problémy patří např. poruchy reprodukce, perinatální morbidita a mortalita, rizikové těhotenství, poškození plodu, nízká porodní váha novorozence, závislost na tabáku u novorozence, alergie, snížená imunita dítěte – viz dále.

### **Nebezpečí aktivního i pasivního kouření v těhotenství**

Užívání tabáku v jakékoliv formě i podobě působí nejen na zdraví těhotné ženy, ale i na zdravý vývoj plodu (Hrubá, 2007).

Kouření ovlivňuje již samotné početí. Spermie kuřáků jsou pomalejší a je jich menší počet, snižuje se schopnost oplodnění, zvyšuje se riziko potratu a komplikací v těhotenství.

Varovné číslo vyplynulo z výzkumu prevalence kouření v těhotenství, kdy přiznalo 13 % budoucích matek, že kouřilo po celé těhotenství. Gynekologové informují těhotné o nebezpečí kouření pouze v 5 %. Ženy nemají dostatečné informace o tom, co všechno může kouření v těhotenství způsobit (Králíková In: Čermák, 2008).

U těhotných – kuřaček dochází častěji ke krvácení v průběhu těhotenství, předčasnému odloučení placenty od děložní stěny, při vlastním porodu rodička vykazuje nedostatek energie a dušnost.

Kouření v těhotenství poškozuje plod především permanentní hypoxií, která vzniká v důsledku účinků nikotinu a oxidu uhelnatého. Do tělíčka se dostává olovo a další ohrožující látky. Drogy a škodliviny v prvním a posledním trimestru mají zvlášť závažné účinky při vývoji plodu, působí negativně na vývoj mozkových buněk, na vznik výrazně vyššího počtu poškozených chromozomů, dokonce způsobuje závislost na nikotinu u plodu...

Novorozenec se rodí s nízkou porodní hmotností, sníženou imunitou, zhoršenou poporodní adaptací. Je závislý na droze a po narození – po odloučení od příjmu drogy - vykazuje abstinenci příznaky – je plačtivý, unavený, vysílený. V dalším vývoji je méně odolný, inklinuje k infekcím, vykazuje sklon k alergiím, astmatu a chorobám dýchacích cest. Pasivní kuřáctví může být příčinou syndromu náhlého úmrtí dítěte, zánětů středního ucha, vzniku astmatu a dalších závažných onemocnění. (Králíková, Kozák, 1997).

Je velká pravděpodobnost, že i nadále bude dítě vystaveno pasivnímu kouření v domácích podmínkách.

Děti kouřících matek bývají agresivnější, impulzivnější, hyperaktivní, mívají častěji mentální odchylky a poruchy chování. Bylo prokázáno, že se tato skutečnost projevuje i na poklesu IQ. Děti, které jsou dlouhodobě vystavovány pasivnímu kouření, vykazují, oproti dětem nekuřáků, horší výsledky v matematice, čtení a jiných oblastech, vyžadující mentální schopnosti.

Podle Hrubé (2000 in Kráčíková, Kozák, 2000) je v ČR je kolem 60–80 % dětí předškolního a školního věku (což je asi 40 % dětí z celé populace) exponováno pasivnímu kouření v bytech s kouřícími rodiči. Tuto expozici lze doložit do pěti dnů po pobývání dítěte v zakouřeném prostředí přítomností thiocyanátu v moči a kotinu v krvi, moči i slinách.



Kotin je metabolickým produktem nikotinu. Dalším objektivním ukazatelem je analýza CO ve vydechovaném vzduchu do 24 hodin po expozici.

### **Přínosy ukončení kouření pro zdraví**

dostupné z [www.nicorette.cz](http://www.nicorette.cz)

<b>Doba od ukončení kouření</b>	Zdraví prospěšné změny, které nastanou po zanechání kouření.
<b>20 minut</b>	Krevní tlak a puls se vrátí do normálu.
<b>8 hodin</b>	Hladina nikotinu a oxidu uhelnatého se sníží o polovinu, hladina kyslíku se vrátí do normálu.
<b>24 hodin</b>	Oxid uhelnatý je eliminován z těla. Plíce se začnou očišťovat od hlenu (mucus) a pozůstatků kouření.
<b>48 hodin</b>	V těle nezůstane žádný nikotin. Smysly jako chuť a čich se značně zlepší.
<b>72 hodin</b>	Zlepší se dýchání. Průdušky se uvolní a zvýší se energetická úroveň.
<b>2-12 týdnů</b>	Zlepší se krevní oběh.
<b>3-9 měsíců</b>	Kašel, sípání a problémy s dýcháním začnou mizet, funkce plic se zlepší o 10 %.
<b>1 rok</b>	Riziko srdečního infarktu klesne o polovinu ve srovnání s kuřákem.
<b>10 let</b>	Riziko rakoviny plic klesne o polovinu ve srovnání s kuřákem.
<b>15 let</b>	Riziko srdečního infarktu klesne na úroveň stejnou jako u celoživotního nekuřáka.

## 5. Léčba závislosti na tabáku

Léčba jakýchkoliv závislostí je dlouhodobý a velmi složitý problém.

Podle Králíkové (2005) jen malé procento (2 %) kouřících dokáže zanechat kouření svépomocí, při silné motivaci pomocí silné vůle nebo pod vlivem hrozby vzniklého onemocnění nebo i strachu ze smrti.

**Cílem odvykání kouření je těžký úkol:**

**změnit chování kuřáka v chování nekuřáka.**

Při léčbě závislostí jde o přeučení se automatismů, o změny dynamických stereotypů, rituálů, vyrovnávání se se stresem, životního stylu a v neposlední řadě – např. při léčbě závislosti na nikotinu při individuálním nastavení farmakologické pomoci organismu vyrovnat se s deficitem nikotinu.

Praxe ukazuje, že již všichni kouřící v současnosti vědí, že kouření poškozuje zdraví. Přesto (podle [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)) 30 % (přes 2 mil.) obyvatel ČR kouří. Je stále velké množství těch, kteří informace ignorují a jsou přesvědčeni, že až se jednou rozhodnou s kouřením přestat, že to pro ně nebude problém. Ze současných kuřáků je 60–70 % (přes 1,5 mil.) těch, kteří již z různých důvodů dospěli do stádia rozhodnutí a pokusů s kouřením přestat a přesvědčili se, že uskutečnit tuto změnu není tak jednoduché. Potřebují s odvykáním kouření odborně pomoci.

Lékaři a sestry jsou důležitými spolupracovníky v programech preventivních opatření, v iniciativách podporujících odvykání kouření, ale hlavně hrají stěžejní roli v léčbě závislosti na tabáku – v konkrétní pomoci léčby závislosti na tabáku poskytováním efektivních intervencí, možností poskytnutí psychoterapeutické a farmakologické pomoci.

Podle Králíkové (2005) „není podpora a léčba pro kuřáky ještě samozřejmou součástí všech zdravotnických systémů, ani v ČR... V ČR vzniká síť specializovaných Center léčby závislostí na tabáku... (www.clzt.cz). ...Angažovanost zdravotníků v nabízení pomoci kuřákům by měla vycházet z jejich vzdělání, schopností a jejich vlastního přístupu ke kuřákům... Problematika kouření a odvykání kouření by mělo být součástí základního vzdělání všech zdravotnických profesí – přinejmenším lékařů a sester.“

### **Poradenství odvykání kouření**

V protikuřáckém poradenství má nejspíše primát Švédsko, kde již v roce 1955 začali provádět cílenou antikuřáckou propagandu (přednášky, letáky, lékařská pomoc včetně léků pro odvykání). Na počátku šedesátých let vznikly protikuřácké poradny v Anglii, Dánsku, Norsku, Skotsku, Kanadě a USA. První protikuřácká poradna v ČSSR byla založena v Hradci Králové v roce 1959.

V ČR po roce 1990 vznikaly Poradny pro odvykání kouření (www.dokurte.cz).

Od roku 2004 vznikají specializovaná Centra pro odvykání závislosti na tabáku. V současné době (2008) je v ČR již 22 center, která provádějí diagnostiku závislosti na tabáku, potřebná fyzikální a biochemická vyšetření, psychoterapeutickou, sociální a behaviorální intervenci – skupinovou i individuální, individuálně doporučují farmakologickou a jinou potřebnou léčbu, dlouhodobě pracují s klienty, provádějí poradenskou a edukační činnost, dispenzarizaci klientů. V Centru pracuje alespoň jeden lékař a sestra, kteří jsou vyškoleni v problematice léčby závislosti na tabáku.

### **Intervence zdravotníků**

Podle „Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku“ (Králíková a spol., 2005; www.clzt.cz) existují tři typy účinné intervence:

- a) **krátká intervence** – motivační, v rámci rutinní práce lékaře či sestry jako součást anamnestického rozhovoru,
- b) **intenzivnější podpora specialisty**, vyškoleného zdravotníka v problematice odvykání kouření, nebo ve specializovaných centrech,
- c) **farmaceutická pomoc.**

Většina pacientů navštíví praktického lékaře alespoň 1x do roka. Lékař a sestra v primární péči by měli mít o vztahu klienta ke kouření dostatek informací a zjistit jeho kuřácký status. Krátká intervence při anamnestickém rozhovoru by měla být součástí každého vyšetření, měla by být standardním doplňkem jakékoliv primární prevence.

Je třeba také vědět, je-li pacient nekuřák, či je-li vystaven pasivnímu kouření, nebo je-li kuřák – bývalý, příležitostný, či denní a silný, event. preferuje-li jinou formu a druh konzumace tabáku či jiné drogy.

Již skutečnost, že **zdravotník - autorita vyslovila pochybnost** o zdravotních rizicích a ohrožení klienta kuřáka, o možném očekávaném, či počínajícím problému, často napomáhá k uspíšení rozhodnutí k zanechání kouření.

Také opačná **skutečnost, že se lékař o kuřáctví pacienta vůbec nezajímá**, může kouřícího utvrdit v tom, že nejde až o tak závažný problém.

**Působí však nevěrohodně, je-li sám zdravotník kuřák.** Proto je velmi důležité vytvořit nekuřácké zdravotnické prostředí.

**Motivační rozhovor a základní instrukce o doporučení zanechání kouření by měl umět kuřákovi poskytnout každý zdravotnický pracovník.**

Stačí krátký rozhovor ke zjištění stádia změny klienta k rozhodnutí k nekuřáctví a k posouzení jaký způsob dalšího postupu zvolit. Je třeba zjistit o jaký typ kuřáka se jedná a v jakém stupni stádia změny se klient nachází:

Tzv. **Transteoretický model behaviorálních změn autorů Jamese O. Prochasky a Carla C. DiClementeho** (in: Světlák, 2007) popisuje, jak lidé mění rizikové chování a jak naopak získávají chování žádoucí. Jednotlivá stádia změny specifikují konstelaci postojů, záměrů a chování, a poskytují informaci o tom, nakolik je určitý člověk motivován své chování změnit.

#### **Model specifikuje pět stádií - fází změny:**

**1. Prekontemplace** – stádium, v němž neexistuje žádný problém, žádný záměr v dohledné budoucnosti chování měnit. Impulzy přicházejí zvenčí.

**2. Kontemplace** – v tomto stadiu si lidé uvědomují, že je třeba změny (kouření je rizikové chování a začínají uvažovat o abstinenci). Zatím se ještě neodhodlali ke konkrétnímu opatření. Tato fáze je charakterizována ambivalentním postojem.

**3. Příprava** – stádium pochopení problému, jedinci mají v úmyslu okamžitě provést nějakou malou změnu, přemýšlí co a jak dál (např. sníží denní dávku cigaret).

**4. Akce** - lidé podnikli nějakou specifickou modifikaci svého rizikového chování (u kuřáků je to stádium absolutní abstinence), okolí vnímá radikální změnu chování.

**5. Udržení** – stádium je charakteristické snahou o udržení. Je to pokračování změny. Lidé pracují na prevenci relapsu, pokušení selhat je

menší a menší, roste jejich sebedůvěra, že danou situaci mají pod kontrolou, že ji zvládnou.

Každý pokus o změnu chování je doprovázen stádiem relapsů, návratu do nižších stádií. Je třeba s tímto faktem u kuřáků pracovat. Odvykání obvykle probíhá ve spirále. Prochaska považuje relaps spíše za pravidlo, než za výjimku.

Proces změny je chápán jako soubor terapeutických postupů, které klientovi umožňují dosáhnout vyššího stádia změny (abstinence, snížení hmotnosti...), mění se emoce, myšlení, chování, návyky, vztahy, způsob života. Během postupujících fází změny popisují účastníci 5 procesů, které pojmenovávají: zvyšování sebevědomí, dramatická úleva, přehodnocení sama sebe, přehodnocení okolí, sociální osvobození. V pozdějších – v následných obdobích byly specifikovány ještě další související procesy: protipodmiňování, osvobození sebe, ovládnutí podnětů, manipulace s následky a pomáhající vztah.

Z uvedeného lze shrnout, že účinná změna chování (zanechání kouření) závisí na uskutečnění správných věcí (procesů) ve správnou dobu (stádium) (Světlák, 2007).

Podle odhadu stádia změny u kuřáka se zvolí z **několika metodických úrovní intervencí**.

Je dokázáno, že stačí **krátká, dobře cílená intervence** lékaře nebo sestry, aby se napomohlo kuřákovi k přemýšlení o změně.

Rozhovor nesmí působit jako nátlak a zastrašování. Důležitý je pocit klienta, že **jeho rozhodnutí je jeho svobodná volba**.

**Efektivní je krátká, 1 až 5 minutová intervence vícekrát opakovaná.**

Vhodné je informovat o tom, jaký konkrétní vliv (výsledky vyšetření) má kouření na pacientovo zdraví, event. jak ohrožuje zdraví

pasivní kuřáctví. Je třeba volit vhodný způsob opakování informací při event. dalších návštěvách.

### **Praktická instrukce antikuřácké intervence:**

Pokusíme se zjistit co nejvíce možných rizikových faktorů, které kuřáka přivedly ke kouření. Na základě konkrétních zjištěných informací intervenujeme.

Při rozhovoru uplatňujeme

**krátkou intervenci metodou „5 A“ (česky „5 P“):**

#### **1. ASK – Ptát se na kouření při každé příležitosti**

Opakovaně se ptáme na kuřácký návyk a kuřáckou anamnézu zaznamenáme do dokumentace (kdy začal kouřit, kolik let kouří, co kouří a kolik cigaret denně, event. týdně, kde obvykle kouří – event. vystavení pasivnímu kouření blízkých). Při prvním kontaktu odhadneme stupeň závislosti na nikotinu.

Je třeba si uvědomit, že ne vždy je veden rozhovor s klientem - kuřákem s prokazatelnými známkami nemoci. Kuřák často nevidí důvod měnit chování, kouření pro něj zatím není problém. Ne každý klient je odhodlán přestat kouřit.

#### **2. ADVICE – Poradit, doporučit kuřákům přestat**

Důrazně každému kuřákovi říci, že pro jeho zdraví i zdraví lidí v okolí je nutné, aby přestal kouřit.

Připomínáme dlouhodobé účinky kouření a ohrožení nemocemi souvisejících s kouřením i pasivním.

Silným kuřákům doporučíme

- jako první krok - postupné snižování denní dávky nikotinu –  
vykouření menšího počtu cigaret.

- dle možností - prostudování internetových zdrojů s informacemi o problematice kouření.

Poukazujeme na zlepšení zdravotního stavu jeho samého i rodinných příslušníků, event. domácích zvířátek (zvláště při krátkodobých obdobích nekouření při relapsu).

Upozorníme na formy a možnosti pomoci při odvykání.

### **3. ASSESS: Posoudit ochotu přestat kouřit**

Nechce-li klient přestat kouřit, je možné posilovat jen motivaci: vysvětlit adekvátním způsobem výhody nekuřáctví v tom konkrétním případě vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, klinickému nálezu, obtížím, prognóze.

Vysvětlíme mu dle jeho zájmu možnosti farmakologické pomoci. Probereme argumentaci. Pokud odmítá, intervence končí a opakujeme rozhovor empaticky při další návštěvě.

Nezbytnou podmínkou úspěšnosti odvykání je **silná motivace**, která musí být i dále posilována.

Zdůrazňujeme výhody nekuřáctví - odměny a prospěch nekouření podle znalosti klienta, například zlepšením zdraví vlastního, dětí, nebo zlepšení chuti k jídlu, ušetření peněz, odstranění zápachu, zlepšení kondice atd. (rewards).

### **4. ASSIST – Pomoc kuřákovi přestat**

- Upřesníme stupeň závislosti na nikotinu (k dalšímu postupu terapie a odhadu možných relapsů).
- Nikotinová závislost se může stanovit testem závislosti na kouření - Fagerströmův dotazník (FTQ) = Dotazník nikotinové závislosti (DNZ) (viz příloha č.3)
- Nabídneme konkrétní formy pomoci a event. výhody.
- Nabídneme příklady pozitivních zkušeností jiných klientů.



- Možnosti konzultací na „Lince pro odvykání kouření“.
- Proces odvykání by měl být nastartován v příhodnou dobu – v období bez mimořádných stresů – (kouření kuřákům stresy pomáhá zvládnout).
- Prokonzultujeme a dohodneme se na den D (nejdříve za dva týdny – naprostá abstinence od tohoto dne.
- Pomáháme s reálným plánováním konkrétního osobního postupu vč. farmakologické pomoci.
- Je třeba probrat s klientem pravděpodobné problémy, sám by měl promýšlet řešení, jak je překonat bez kouření.
- Je třeba klientovi pomoci při přípravě **změny životního stylu**, přerušit řetězec různých rituálů (probrat a připravit náhradní scénáře rituálů např. v souvislosti s pitím kávy a alkoholu bez cigarety, probrat společenská klišé atd.).
- Je třeba zajistit podporu – rodiny, přátel, spolupracovníků...
- Doporučit náhradní terapii nikotinem (NTN) event. jinou farmakoterapii, poučít o správném používání a jejich účinku,
- Event. doporučit klienta do specializovaného centra léčby závislosti na tabáku.
- Důležité je klienta **správně poučít a připravit na event. abstinenční příznaky a další možná úskalí abstinence.**

## 5. ARRANGE FOLLOW UP – Plánovat kontroly

Vyjadřujeme klientovi soustavnou podporu a připravenost pomoci. Nabízíme a hledáme společně nové možnosti postupu při odnaučování kouření, protože kouření není zlovyk, ale u většiny kuřáků jde o psychosociální i fyzickou závislost.

Chválíme za každé, i drobné úspěchy. Při neúspěchu hledáme to kladné, co se dosud podařilo. Při každé další návštěvě opakujeme motivační intervence (**repetition**).

Úspěch v odvykání není vždy trvalý. Na možnost selhání je třeba odvykajícího vždy připravit. Nastávají recidivy, odvykání obvykle probíhá ve spirále. U silně závislých kuřáků odhodlání může vydržet den, týden i déle a pak přijde rizikový faktor a kuřák nebo bývalý kuřák si zapálí jednu cigaretu a dostane se na počátek cesty. Musí vědět, že se může znova a opakovaně i při relapsu na svého terapeuta znovu obrátit. Vždy je třeba **najít znovu a znovu motivaci k zanechání kouření, motivaci k novému pokusu.**

**Část diagnostická a intervenční** je vzájemně propojena.

Při návštěvě odborného pracoviště je **diagnostika závislosti** podložena dotazníkovým šetřením, individuálním pohovorem, analýzou vydechaných plynů a biochemickým vyšetřením. Pro terapeutickou pomoc je důležitá analýza chování a zvyků kuřáka, prožívání stresu, sociální opora a psychoterapeutická podpora (Rážová a kol., 2001).

Dle typu závislosti je ve spolupráci s klientem připraven **individuální plán odvykání** s důrazem na posilování motivace a nových nekuřáckých stereotypů.

Základem **metody individuálního a skupinového odvykání** kouření je opravdový zájem každého lékaře a sestry o klienta a konkrétní individuální postup při odvykání. Při skupinové terapii využívá terapeut dynamiky skupiny a vzájemného pomáhání, posilování a dynamiky skupiny.

**Behaviorální pomoc (změna chování)** je zaměřena nejen ke klientově osobě jako individualitě, ale i k jeho okolí. Snažíme se společně **najít náhradní činnost pro typické kuřácké situace.**

**Psychická pomoc**, je soustředěna hlavně na podporu, že jeho rozhodnutí je správné. Chválíme klienta i za krátkodobý úspěch a v případě selhání se snažíme jej podpořit k odhodlání k dalšímu pokusu. Hledáme společnou cestu v překonání faktoru, který event.

zmařil započaté odvykání. Snažíme se **najít nové formy jeho chování, přeučit kuřácké stereotypy, rituály, začít nový životní styl.**

**S klientem je nutné pracovat dlouhodobě,** plánovat opakovaná terapeutická sezení, posilovat jeho motivaci, poskytnout mu podporu a důvěru ve smysl úspěšnosti terapie. Osvědčuje se také tzv. objektivizace expozice tabákovému kouři – objektivní kontrola dodržování nekuřáckého režimu. V případě relapsu je třeba s trpělivostí začít od začátku.

**Léčba závislostí je nelehká terapeutická činnost,** která je spojena často s nízkou praktickou efektivitou, což může demotivovat i terapeuta (Albright, Osancová, Kebza a kol. 2000). Podle Křivohlavého (2001) jde o jeden z nejtěžších psychoterapeutických úkolů.

Vynaložené úsilí a množství práce s klientem není podloženo jen jednoznačně kladným výsledkem v podobě abstinence klienta. Jako úspěch terapie je třeba brát jakýkoliv posun v myšlení, ve změnách postojů ke kuřáctví a chování klienta, v novém pokusu o anstineni. Odvykání drogám je dlouhodobý proces, který obvykle nekončí abstinencí hned napoprvé.

**Definice úspěšnosti léčby nikotinismu** podle Králíkové (2006):

„Jako úspěch můžeme hodnotit jen dlouhodobou abstinenci, tzn. neméně 6, raději 12 měsíců, navíc biochemicky ratifikovanou: provádí se stanovením buď koncentrace oxidu uhelnatého (CO) ve vydechovaném vzduchu (do 12 hod. od poslední cigarety) nebo hladiny kotinu (metabolit nikotinu) v plazmě nebo v séru, moči nebo slinách (poločas kotinu je cca 20 hod.).

Takto hodnocená úspěšnost abstinence po roce se u placeba pohybuje kolem 3–5 %, u intenzivní intervence asi 10 %, u farmakoterapie spolu s intenzivní intervencí cca 20–25 %.“

---

## Desatero doporučení při odvykání kouření

(Kozák, 1998)

1. Zapisujte si po dobu jednoho týdne hodinu a důvod proč si chcete zapálit cigaretu.
2. Zhodnoťte týdenní zápis: zjistíte, že některý cigareta je pro Vás důležitá, jiná méně, nebo naprosto nedůležitá. Ty v dalším týdnu elimitujte.
3. Při spotřebě 7–8 cigaret setrvejte alespoň týden.
4. V den, který jste si stanovil/a, zanechte kouření naráz a úplně.
5. Večer před tímto dnem odstraňte ze svého okolí všechny popelníky, zapalovače a **cigarety**. Nebudete je již potřebovat.
6. V uvedený den a ve dnech následujících si ráno opakujte: „Dnes nebudu celý den kouřit!“
7. Změňte stereotyp dne: místo kávy pijte čaj z jiného hrníčku, vystříhejte se dočasné společnosti kuřáků, na pracovišti oznamte, že nebudete kouřit a požádejte o ohleduplnost.
8. Věnujte se nějaké vhodné činnosti, sportujte, chod'te na procházky, při chuti na cigaretu proventilujte plíce rychlými vdechy a výdechy, či vydržte v maximálním nádechu, jak nejdéle můžete.
9. Kontrolujte svoji hmotnost: jezte více zeleniny, zbytkové stravy, pijte větší množství nealkoholických nápojů.
10. Nezapomeňte: jediná cigareta, kterou si znovu zapálíte, Vás vrhne zpět do pravidelného kuřáctví!

## **Objektivizace expozice tabákovému kouři**

Expozici tabákovému kouři je možno sledovat zjišťováním hladiny některých látek, které vznikají při metabolismu součástí tabákového kouře.

**1. Oxid uhelnatý** – hodnoty CO ve výdechu se vrátí k nekuřáckým hodnotám po 12 - 24 hodinách po expozici. Při měření musíme myslet na event. zkreslení při expozici prostředím - například při inverzi, expozici produktů spalování apod. K měření CO ve výdechu používáme přístroj zv. **Smokerlyzer**. Měřené hodnoty se udávají v ppm (parts per million). Normální hodnota CO ve vydechovaném vzduchu nekuřáka je 8 ppm, což odpovídá přepočteno 1-2 % COHb v krvi.

Měření umožní:

- posouzení míry kuřáctví za posledních 12 hodin,
- demonstraci zlepšení zdraví a zvýšení další motivace při podpoře k abstinenci,
- očekávaná kontrola přispívá k abstinenci.

**2. Kotinin** - je metabolit nikotinu, který je farmakologicky neúčinný. Jeho poločas je asi 24 hodin. Lze jej prokázat ve slinách (koncentrace rychle klesá), v krvi, nebo nejlépe v moči. Nacházíme jej i u pasivních kuřáků. Jde o vysoce specializovaný marker.

**3. Thiokyanát** - vzniká v játrech jako metabolit kyanidu, kyanovodíku přítomného v tabákovém kouři. Lze jej prokázat v séru a v moči ještě za 3–6 týdnů.

**Změny zdraví můžeme doložit změnami vitálních funkcí:**

- změna vitální kapacity plic a usilovného výdechu za první vteřinu,
- změna tepové frekvence, změny hodnot krevního tlaku.

## ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY PŘI NEDOSTATKU NIKOTINU

jsou výsledkem dřívější psychické a fyzické adaptace na přijímanou drogu. Odvykající by měl být o nich informován (Bártová, 2006).

<b>symptom</b>	<b>doba trvání příznaků</b>	<b>prevalence</b>
<i>subjektivní</i>		
podrážděnost	4 týdny	50 %
deprese	4 týdny	60 %
neschopnost odpočívat	4 týdny	60 %
neschopnost koncentrace	2 týdny	60 %
zvýšená chuť k jídlu	10 týdnů	70 %
lehké bolesti hlavy	48 hodin	10 %
buzení během noci	1 týden	25 %
nutkavá chuť na cigaretu	2 týdny (někdy stále)	70 %
<i>objektivní</i>		
snížená srdeční frekvence	dlouhodobě	80 %
zvýšení hmotnosti (2 až 4 kg / rok, později se stabilizuje)	dlouhodobě	80 %

Je třeba přijmout vhodná opatření v plánovaných změnách životního stylu (stravování, aktivita) a poučit klienta o principu vzniku symptomů.

---

## Farmakoterapie pomáhající při odvykání kouření

(Králíková, 2008):

Při zjištění fyzické závislosti na nikotin je individuálně vhodné doporučit farmakologickou terapii. Současná medicína má k dispozici účinné preparáty, které abstinenční příznaky odstraní nebo výrazně potlačí a pravděpodobnosti úspěchu znásobí. Farmakologie, zvláště, pokud je podporována behaviorálním poradenstvím, zvyšuje dlouhodobou úspěšnost při odvykání kouření ve srovnání s odvykáním bez léčby či s placebem. Je vhodná pro silně motivované klienty

rozhodnutým změnit své chování a životní styl. Pomáhá při zmírnění abstinenčních příznaků zvláště u kuřáků kouřících deset a více cigaret denně.

1. **Náhradní terapie nikotinem (NTN)** - se používá od počátku 80. let minulého století. Pomáhá při potlačení abstinenčních příznaků nahrazením nikotinu. Pomáhá tak odolat kuřákovi chuti na cigaretu. Preparáty jsou volně prodejné v lékárnách.

Touto formou substituce můžeme pomoci i pacientům – silným kuřákům - při náhlé změně zdravotního stavu, kdy je zatěžují abstinenční příznaky – např. v pooperačním období apod.

**Formy NTN:**

- nikotinové žvýkačky (Nicorette) (2 a 4 mg),
- nikotinové náplasti (Niquitin) (5, 10, 15mg/16 h.),  
a (Nicorette) (7, 14, 21mg/24 h.),
- nikotinové pastilky (Niquitin),  
a podjazykové tablety (Nicorette) (2 mg),
- inhalátor (Nicorette) (10 mg),
- nikotinový nosní sprej (není v ČR).

2. a) **Bupropion - (Zyban SR)** je atypické antidepresivum, které snižuje chuť kouřit a snižuje závažnost abstinenčních příznaků. Podobně jako nikotin vyvolává uvolnění dopaminu.

**b) Nortriptylin** – je tricyklické antidepresivum.

Použití antidepresiva v terapii diagnózy **F17.2 „poruchy způsobené užíváním tabáku“** vychází ze skutečnosti, že motivace ve značné míře závisí na náladě a emocích. Z rozličných studií vychází, že příznaky závislosti na nikotinu přímo korelují s příznaky deprese. Populační studie opakovaně zjišťují, že kuřáci mají častěji příznaky afektivních poruch, než nekuřáci. Recept na léky vystavuje lékař.

3. **Vareniklin** – (**Champix**) nový preparát, který je k dispozici od roku 2007. Má naprosto odlišný mechanismus působení. Není náhražkou nikotinu, ale vysoce selektivním parciálním atomistou acetylcholin-nikotinových receptorů (α4β2 nAChR), který brání nikotinu vazbě na nikotinové receptory a ovlivňuje chuť na cigaretu. Současně uvolňuje dopamin, čímž, podobně jako antidepresiva, zmírňuje abstinenční příznaky. Při dalším sledování byla po roce trvalá abstinence s vareniklinem více než dvojnásobná ve srovnání s placebem a statisticky významně vyšší než s bupropionem. Léčba je ordinována lékařem.

4. **vakcíny** – a další preparáty jsou ve fázi výzkumu.

Obecně je farmakologická léčba rozepsána asi na 3–4 měsíce. Délka, dávkování a postup je individuální. Je třeba ji konzultovat s lékařem. Klient musí být podrobně seznámen se způsobem aplikace preparátu, přesně dodržovat předepsaná doporučení o jeho používání, o dodržování nekuřáckého režimu a setrvat v dlouhodobé spolupráci a psychologické pomoci s odborníkem.

Léčbu si hradí klient sám, stále více zdravotních pojišťoven na ni, při splnění stanovených podmínek, připlácí.

#### **Alternativní přístupy k odvykání kouření**

Mezi tyto metody patří:

- **akupunktura** – tradiční čínská metoda
- **hypnoterapie** – uplatňuje více typů sugesce např. posílení vůle přestat kouřit, oslabit přání kouřit, ošklivit si cigarety, zlepšit koncentraci na odvykací program apod.



Jedinou účinnou cestou ke snižování negativních dopadů kouření na zdraví populace a snižování nákladů spojených s léčbou je účinné omezování kuřáctví.

Peto a Lopez (2000) tvrdí, že „...preventivní přístupy k mladým lidem by (v případě úspěšnosti) snížily výskyt nemocí za 30–50 let, zatímco odvykání kouření dospělých kuřáků zlepší zdraví populace rychleji, za 20–30 let“ (in: Králíková, 2005).

Jako pozitivní lze hodnotit rostoucí zájem lékařů a sester o možnosti krátkých intervencí u kouřících a o postupy odvykání kuřáctví.

---

#### **Další odborné zdroje nejen k problematice odvykání kouření:**

(ověřeno říjen 2008)

- Společnost pro léčbu závislosti na tabáku – [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz)
- Česká koalice proti tabáku – [www.dokurte.cz](http://www.dokurte.cz)
- Státní zdravotní ústav v Praze – [www.szu.cz](http://www.szu.cz)
- Ministerstvo zdravotnictví ČR – [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)
- centrum léčby závislosti na tabáku – [www.clzt.cz](http://www.clzt.cz)
- [www.nicoretette.cz](http://www.nicoretette.cz)
- [www.zdravcentra.cz](http://www.zdravcentra.cz)
- [www.stop-koureni.cz](http://www.stop-koureni.cz)
- [www.prestantekourit.cz](http://www.prestantekourit.cz)
- [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)
- [www.abecedazdravi.cz](http://www.abecedazdravi.cz)

anglicky: např.: [www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)  
[www.doctorsandtobacco.org](http://www.doctorsandtobacco.org)  
[www.glogalink.org](http://www.glogalink.org)  
[www.smokefreeplaces.net](http://www.smokefreeplaces.net)  
[www.smokefreeworld.com](http://www.smokefreeworld.com)  
[www.who.int](http://www.who.int)  
[www.fctc.org](http://www.fctc.org)  
[www.srnt.org](http://www.srnt.org)

## **6. Současná platná legislativa v oblasti kouření**

Aktuální seznam zákonů a dalších legislativních opatření, které se dotýkají problematiky kontroly tabáku

([www.stop-koureni.cz](http://www.stop-koureni.cz)), ([www.dokurte.cz](http://www.dokurte.cz))

### **1. Ochrana nekuřáků:**

- *Zákon č. 379/2005 Sb.* o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (platnost od 1. 1. 2006).

Zákon zavedl především:

- Zákaz kouření ve školách, v kinech a divadlech, sportovních halách, v budovách státních úřadů, na vlakových nástupištích, zastávkách tramvají, autobusů a na dalších veřejně přístupných místech.
- Zákaz prodeje tabáku osobám mladších 18 let (pod pokutou).
- Zákaz prodeje menších balení cigaret než po 20 kusech.

Zákon se odvolává na vyhlášku č. 137/2004 Sb. v § 8 odst.1 písm. c) – kouření v zařízeních společného stravování.

- *Vyhláška č. 137/2004 Sb.* o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných.
- *Zákon č. 294/2008 Sb.* s účinností od 1. 10. 2008, kterým se mění *zákon č. 262/2006 Sb.* zákoník práce ve znění pozdějších předpisů a *zákon č. 251/2005 Sb.* o inspekci práce, ve znění pozdějších předpisů.

### **2. Reklama na tabákové výrobky:**

- *Zákon č. 40/1995 Sb.* novelizován *zákonem č. 132/2003 Sb.* o regulaci reklamy.

- *Zákon č. 231/2001 Sb.* o rozhlasovém a televizním vysílání (paragrafy týkající se tabáku).

### **3. Zdravotní varování na obalech a další požadavky na tabákové výrobky:**

- *Vyhláška MZ ČR č. 344/2003 Sb.*, kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky.

### **4. Prodej tabákových výrobků:**

- *Zákon č. 379/2005 Sb.* – viz výše
- *Vyhláška Ministerstva financí č. 275/2005 Sb.*, kterou se stanoví postup při zpracování návrhů cen pro konečného spotřebitele u cigaret.
- *Zákon č. 353/2003 Sb. (novelizován zákonem č. 217/2005 Sb.)* o spotřebních daních.
- *Zákon č. 231/2001 Sb.* o rozhlasovém a televizním vysílání.

### **5. Prodej a značení tabákových výrobků:**

#### **Vyhlášky:**

- *Vyhláška Ministerstva zemědělství č. 113/2005 Sb.* – o způsobu označování potravin a tabákových výrobků.
- *Vyhláška Ministerstva financí č. 467/2003 Sb. (novelizováno vyhláškou č. 276/2005 Sb.)* o používání tabákových nálepek při značení tabákových výrobků.

### **Některé další zákony týkající se kontroly tabáku:**

- *Zákon č. 258/2000 Sb.* o ochraně veřejného zdraví,
- *Zákon č. 251/2005 Sb.* o inspekci práce,
- *Nářízení vlády č. 469/2000 Sb.*, které stanoví obsahové náplně jednotlivých živností (Živnostenské podnikání).

## **7. Protikuřácké organizace a zařízení s působností v ČR**

### **Světová zdravotnická organizace (SZO)**

#### **World Health Organization (WHO)**

Světová zdravotnická organizace byla založena v roce 1948. Je hlavní institucí OSN na poli zdraví a zdravotní péče. Jejím cílem je zajistit, aby obyvatelé všech zemí světa dosáhli co nejvyšší úrovně zdraví.

Mezi její hlavní funkce patří:

- celosvětové poradenství v otázkách zdraví a zdravotní péče,
- spolupráce s vládami v zájmu zdokonalení plánování, realizace a hodnocení národních programů zdraví,
- rozvoj a šíření zdravotnických technologií, informací a norem v oblasti zdravotní péče.

Řídícím orgánem WHO je Světové zdravotnické shromáždění, složené ze všech členských států. Schází se jednou za rok. Sídlo WHO je v Ženevě.

V roce 1977 určilo Valné shromáždění za přednostní cíl činnosti organizace dosažení „Zdraví pro všechny“.

Česká republika byla přijata v lednu 1993 jako 182. člen WHO. Československá republika byla členem od počátku vzniku organizace.

Je začleněna v evropském regionu, který v roce 2000 měl 52 členů – asi 850 miliónů obyvatel. Evropský region je spravován Regionální úřadovnou pro Evropu se sídlem v Kodani. Více na: [www.who.int](http://www.who.int)

## **Framework Convention Aliance**

je mezinárodní sdružení více než 180 nevládních organizací celého světa, které podporují Rámcovou dohodu o kontrole tabáku, kterou iniciovala WHO.

## **Rámcová úmluva o kontrole tabáku**

### **(The Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)**

Rámcová úmluva o kontrole tabáku je mezinárodní domluva, která byla po pětiletém jednání schválena v roce 2003 zástupci 192 členských zemí WHO. Je platná od 28. 2. 2005. Jejím cílem je vytvořit mezinárodní právní prostředí k řešení celosvětové tabákové epidemie. Obsahuje základní, obecně/globálně platná pravidla, principy a doporučené postupy kontroly tabáku.

Jedním z nejvýznamnějších bodů je začlenění diagnostiky a léčby závislosti do systému zdravotní péče, dále otázka reklamy na tabákové výrobky, informace pro spotřebitele, kontrola pašování cigaret, prevence, léčba závislosti a ochrana nekuřáků, pravidla obchodu s tabákem...

Se snižující se spotřebou cigaret ve vyspělých zemích se přesunuje tabákový průmysl do rozvojových zemí. Naprostá většina kuřáků začíná kouřit jako děti. Každý den ve světě začne kouřit sto tisíc dětí. Je třeba i tomuto zamezit.

Více na: [www.fctc.org](http://www.fctc.org); [tobacco.who.int/en/fctc/](http://tobacco.who.int/en/fctc/); česky: [www.dokurte.cz](http://www.dokurte.cz)

## **Česká koalice proti tabáku (dále ČKPT)**

je nevládní organizace sdružující fyzické a právnické osoby, které se podílejí na všech aktivitách podporujících rozhodnutí kuřáků přestat kouřit.

ČKPT organizuje kampaň „Jeden rok správné volby“ jejímž cílem je co nejkomplexněji postihnout problematiku odvykání kouření a předat tyto informace veřejnosti. Chce kuřákům nabídnout všechny potřebné

vědomosti, zkušenosti a prostředky, které jim mohou pomoci přestat kouřit.

ČKPT je členem Framework Convention Aliance, mezinárodního sdružení více než 180 organizací, které podporují rámcovou úmluvu o kontrole tabáku a aktivně se účastnily její přípravy.

Více na: [www.fctf.org](http://www.fctf.org) ; [www.dokurte.cz](http://www.dokurte.cz)

### **Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (dále SLZT)**

je organizace, která sdružuje nejen lékaře, ale také sestry. Jedním z mnoha cílů této organizace je vyškolení lékařů a sester v prevenci a léčbě závislosti na tabáku. Více na: [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz)

### **Centra léčby závislosti na tabáku**

jsou zařízení, která pomáhají kouřícím s léčbou tabakismu. Tato zařízení v rámci České republiky fungují již od roku 2005. V roce 2008 jejich počet stoupl již na 22. Seznam těchto zařízení je pro zájemce dostupný na: [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz) nebo na [www.prestantekourit.cz](http://www.prestantekourit.cz)

### **Linka pro odvykání kouření**

**tel.: 844 600 500**

Linka pro odvykání kouření je důležitá součást spektra nabídky služeb závislosti na tabáku. V ČR funguje od roku 2005 každý pracovní den od 12 do 20 hodin. Jako konzultanti tady pracují medicí všech tří pražských lékařských fakult po speciálním zaškolení. Za dva a půl roku své činnosti konzultanti zodpověděli téměř 4 500 telefonických dotazů a asi 1 000 dotazů zodpověděli prostřednictvím internetové poradny.

Více na: [www.prestantekourit.cz](http://www.prestantekourit.cz).

Cílovou skupinou jsou především kuřáci, kteří se rozhodli kouření zanechat, ale nemají dostatek informací jak dále postupovat. Další skupinou jsou lidé, které zajímají další podrobnosti související s problematikou kouření a zdraví (Langrová, Králíková, Vojta, 2008).

## **II. CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSTVÍ A PROFESE SESTRY**

### **I. Výběr významných skutečností z historie ošetřovatelství, které ovlivnily rozvoj profese sestry**

#### **Současné pojetí ošetřovatelství**

Ošetřovatelství je již v současné době samostatná vědní disciplína. Tvoří nedílnou součást zdravotní, především léčebně preventivní péče. Doménou role lékaře v léčebně preventivní péči je nejen udržení zdraví klienta, ale hlavně diagnostika zdravotního problému a jeho úspěšná léčba (cure). Úlohou sestry je plnit požadavky, které vycházejí z léčebně preventivního plánu lékaře a dále o nemocného pečovat (care) ve smyslu individualizované ošetřovatelské péče, která je v její odpovědnosti.

„Ošetřovatelství je systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. Mezi základní cíle současného ošetřovatelství patří udržení a podpora zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného, umírání a smrti.

Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Sestra pomáhá jednotlivci i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat základní fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich okolí v poskytování laické péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nebo nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči“ (Staňková, 1998).

### **Důležité mezníky v historickém vývoji ošetrovatelství**

Zdravotní – léčebná, tedy i ošetrovatelská péče byla historicky ovlivňována a limitována společenskými, náboženskými, kulturními, sociálními a ekonomickými vlivy.

Život lidí v nejstarších dobách provázely časté různorodé krizové situace, jako jsou choroby, infekce, epidemie, války, chudoba a velmi špatné hygienické poměry...

**Laická pomoc** vždy vycházela, a v současné době vychází, z přirozené potřeby a lidské vlastnosti – pomoci člověku v nouzi v různých dobách různými dostupnými prostředky. K péči o potřebné se nejčastěji využívaly předávané zkušenosti generací, které vznikaly vypořádáním účinků bylin, vody a slunce. Nemoc se přisuzovala také působení nadpřirozených sil...

Rozhodující vliv na rozvoj a směr medicíny v Evropě měla **medicína starořecká** (např. Asklepios 2. tis. př. n. l., Hippokrates 5. a 4. st. př. n. l., Galenos 3. a 2. st. př. n. l...).

Změna v opatrování nemocných na našem území se historicky datuje od zakládání **středověkých špitálů** (např. špitál v Týně v 10. století – na dnešním Staroměstském náměstí v Praze), které byly při vzniku dalších **křesťanských ošetrovatelských řádů** součástí jednotlivých mužských a ženských klášterů. Zpočátku sloužily hlavně v době epidemií nemocným, malomocným, některé pocestným a kupcům...

Za velkou postavu a zakladatelku ranných začátků českého ošetrovatelství je považována **Anežka Přemyslovna**, sestra českého krále Václava I., která v Čechách, ve Slezsku a v Polsku založila několik klášterů (františkánských, klarisek, chudobinec křížovníků) se špitály. Jako první v roce 1233 vznikl špitál U sv. Haštala v Praze.



Také na jiných místech byly dalšími vlivnými osobami a řády postupně zakládány další **špitály, lazarety, chudobince** (Kafková, 1992).

O potřebné ve špitálech, ale i doma, se starali členové a členky řádů, kněží, mniši, jeptišky, řádové sestry, později i civilní ženy, které přiváděly do služby nemocným náboženské pohnutky – obětování se a trpení bylo povýšeno na cíl lidského života, motivováno láskou k Bohu, vykoupením se z věčného zatracení...

Postupem času pečovali o nemocné nejen řeholníci a řeholnice, lékaři – kněží, ale i různí vycvičení ranhojiči, lázeňští, porodní báby, lidoví chirurgové, mastičkáři, kořenáři, narůstalo šarlatánství. Koncem 1. tisíciletí vznikaly první „lékařské školy“ a vědění o způsobu lékařské praxe obohacovalo lékařský obor. Vzdělaných lékařů a ranhojičů byl jen nepatrný počet.

Nejstarší univerzita ve střední Evropě byla založena v Českém království Karlem IV. v roce 1348 v Praze. Jednou ze čtyř fakult univerzity byla i **fakulta lékařská**. Učitelé univerzity a další vzdělaní lékaři se zasloužili o rozvoj lékařského písemnictví, které přispělo k šíření odborných informací a zkušeností. Učení bylo silně ovlivňováno církví.

Později k dalšímu rozvoji opatrovnictví a ošetrovatelství přispěly i různé druhy zaučování, zapracování pečujících, průprava k pečování podle individuálních stanov jednotlivých špitálů a řádů v určité historické době.

Uplatnění pokroku ve zdravotní péči se výrazně projevilo až v osvíceneckém období **tereziánskými a josefínskými reformami** (Marie Terezie 1717–1780 a Josef II. 1741–1790).

Mnoho ošetrovatelských tradic má v Evropě původ také v dobře organizovaných **vojenských ošetrovatelských řádech** (jako byly např. Rytíři Špitálníci Sv. Jana z Jeruzaléma, Rytíři Sv. Lazara), jejichž členové se starali o raněné v dobách válečných tažení, o nemocné poutníky a potřebné při putování do Svaté země a pod.

Důležitou osobností byl **Henri Dunant** (švýcarský kupec), který pod vlivem pro něj velmi otřesných zážitků z bitvy u Solferina v r. 1859 vypracoval návrh jak postupovat při pomoci raněných a lidem v nouzi při dalších podobných událostech ve spolupráci s civilním obyvatelstvem. Zasloužil se o **založení Mezinárodní organizace Červeného Kříže** v roce 1864 – největšího humanitárního hnutí na pomoc lidem v nouzi.

Legendou pro ošetrovatelství se stala anglická ošetrovatelka **Florence Nightingalová** (1820–1910), která položila základy k dalšímu vývoji samostatného profesionálního ošetrovatelství. Uvědomovala si rozdíl mezi ošetrovatelstvím a medicínou a představovala si, že jednou bude ošetrovatelství samostatnou disciplínou (Staňková, 1996).

Byla to velmi vzdělaná žena z bohaté rodiny vyšší vrstvy. Vysoký intelekt, zázemí vlivných i politických kontaktů a její silná touha věnovat se péči o nemocné jí umožnilo být iniciátorem mnoha reforem zdravotní a ošetrovatelské péče ve druhé polovině 19. století (Baly, 1980 in Staňková, 1996).

Mimo jiné pracovala se skupinou žen v Krymské válce (1853–1856), kde se jim podařilo výrazně snížit počet úmrtí raněných vojáků na následky poranění a infekcí. Dosáhla toho výcvikem a poučením spolupracujících ošetrovatelek a nemocničních zřízců, zavedením přísných hygienických podmínek, zkvalitněním stravy a patřičnou individuální péčí o raněné.

Po návratu z války založila **první ošetřovatelskou školu (při Nemocnici sv. Tomáše v Londýně v roce 1860)**.

Napsala **první učebnici „Poznámky o ošetřovatelství“** („Notes on Nursing“), která byla přeložena do sedmi jazyků, vč. češtiny (Paulínou Královou, 1874). Rozpracovala zásady ošetřovatelské péče, které jsou ve své podstatě dodnes aktuální. Obsah knihy: Provětrávání a teplo, Zdravé příbytky, O klidu, Pečujme o rozmanitost a změnu, O stravě a potravě, Jaká má býti strava nemocného, O postelích, Světlo, Čistota bytů, Čistota těla, Útěchy a dobré rady přátel a příbuzných, Pozorování nemocného, Rekonvalescence, Závěrek (přeložená kniha má 187 stran) (Nightingale, 1874).

Po celém světě, podle londýnského vzoru, začaly vznikat další ošetřovatelské školy. V Rakousko-Uhersku vznikla v Praze v roce 1874, ale po sedmi letech (osmi kurzech) zanikla. Následně vznikla další škola ve Vídni v roce 1881 – zakladatelem byl chirurg Billroth...).

Postupně se vytvářel se ideál sestry jako ošetřující „matky“ s disciplínou a poslušností. Vznikalo důstojné povolání, které bylo vhodné i pro samostatné ženy středních vrstev (Staňková, 1996).

Vzdělané sestry pozitivně ovlivňovaly kvalitu poskytované ošetřovatelské péče, zlepšila se hygiena (ovlivnily ji nové poznatky – např. objevy z epidemiologie), úroveň špitálního prostředí, snížil se počet úmrtí, začala se měnit tvář nemocnic.

Od poloviny 18. století vznikaly při lékařských fakultách tzv. fakultní nemocnice, které se neobešly bez vzdělaných sester.

Zakládaly se profesní organizace sester, emancipační hnutí (např. Ženský výrobní spolek v Praze, Česká diakonie...), pomalu docházelo k ovlivňování a zlepšování společenského postavení žen – ošetřovatelek.

## **Vzdělávání sester v profesionálním ošetřovatelství od roku 1916 (Stručný výčet významných skutečností)**

### **Státní dvouletá ošetřovatelská škola 1916 (česká a německá) v Praze**

byla otevřena v souvislosti s 1. světovou válkou. Udržela se i po ukončení války. Při přechodu pod správu Českého Červeného kříže byly pozvány tři americké sestry (v čele s Miss Parsons), které vytvořily novou, pokrokovou koncepci výuky, zavedly první výuková pracoviště a tzv. klinické pokoje na pražských českých klinikách. Každý výukový běh absolvovalo obvykle 10–15 diplomovaných sester, které byly také vyškoleny pro práci sester – instruktorek praktického vyučování. Na výuce se podílely přední lékařské osobnosti. Škola se stala vzorovou školou i pro další školy, které byly zřizovány při nemocnicích na území nového státu.

Odborně vzdělané sestry a ošetřovatelky byly vychovávány pro službu nemocniční, dále byly školeny jako porodní asistentky, byly organizovány krátkodobější kurzy pro sociálně zdravotní službu a péči o děti. Pracovaly vedle sebe sestry řádové a civilní.

Další postupné změny v ošetřovatelství sebou přinášela celková situace po 1. světové válce. Byly ovlivněny novou státní politikou ve vznikajícím Československu. Zásadní proměny se promítaly i do nové organizace a systému zdravotnictví.

### **V roce 1918 vznikla Vyšší sociální škola v Praze**

Jednoleté studium bylo zaměřeno pro samostatně orientované sociální pracovníky a sestry pracující v terénu. Sestry zakládaly a vedly poradny pro matky a děti, zdravotní stanice s dispenzářem nemocných TBC a pohlavními nemocemi. Po založení Masarykovy ligy proti TBC pracovaly tyto sestry samostatně (na smlouvu s pojišťovnou)

v OZSR (ošetřovatelská zdravotní služba v rodinách). Tento typ péče po roce 1948 zanikl (až později se objevily tzv. geriatrické sestry).

Velký společenský a odborný význam pro postavení a vzdělanost sester v Československu měl tzv. **Spolek diplomovaných sester**.

- 1921 byl založen Spolek absolventek ošetřovatelské školy
- 1928 vznikl Spolek diplomovaných sester
- 1933 přijat do Mezinárodní rady sester (ICN)
- 1937 vydávání časopisu Diplomovaná sestra
- vliv Alice Masarykové a Hany Benešové

Pozitivní vývoj v ošetřovatelství byl násilně přerušen 2. světovou válkou.

Po 2. světové válce vznikla nová, velmi kvalitní škola:

#### **Vyšší ošetřovatelská škola, která byla založena roku 1946 v Praze**

Byla zaměřena na specializační vzdělání pro učitelky a vrchní sestry pro řídicí funkce. Ve studijním programu přednášeli učitelé z Univerzity Karlovy. Škola poskytovala frekventantkám vynikající metodické vzdělání.

#### **Vzdělávání sester po roce 1948**

Nové, velké změny do celého systému školství přinesl **Zákon 95/1948 Sb. o jednotné soustavě všeobecného a odborného vzdělání**.

Došlo ke sloučení škol ošetřovatelských, rodinných a sociálních.

Studium oborů pro zdravotní a dětské sestry bylo čtyřleté, od roku 1951 – tříleté, od roku 1954 – opět čtyřleté. Zdravotnické školství bylo řízeno Ministerstvem zdravotnictví (MZ).

Střední zdravotnická škola poskytovala společné všeobecné a odborné středoškolské vzdělání studentům již od 15 let. Tyto školy byly ve své odborné části zaměřeny na výchovu středních zdravotnických

pracovníků různých oborů: zdravotní, dětská, dietní, rehabilitační sestra, zdravotní, laboratorní, farmaceutický, radiologický, zubní laborant, ortoptik, protetik, atd. Porodní asistentky byly vzdělávány v pomaturitním studiu pro absolventy středních škol. Studium bylo ukončeno maturitní zkouškou.

### **Rok 1960 byl významný pro:**

1. Vznik Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně (dále IDV SZP) byl velkým přínosem pro další a specializované vzdělání sester. Nabízí specializační studijní programy v aplikovaném ošetřovatelství a v organizaci a řízení.

2. Založení univerzitního vzdělávání sester - vysokoškolské studium pro sestry - učitelky středních zdravotnických škol (dálkové, dvouoborové, pětileté) magisterské studium na Filozofické fakultě Karlovy univerzity ve spolupráci s fakultou všeobecného lékařství v Praze, brzy vzniklo i v Bratislavě, obor psychologie (pedagogika) – péče o nemocné, absolventský titl.: promováný pedagog, nyní magistr.

Zakladatel vysokoškolského studia sester v Československu byl prof. MUDr. Vladimír Pacovský, DrSc.

Další velmi významnou a výraznou osobností v českém ošetřovatelském a ve zdravotnickém školství byla doc. PhDr. Marta Staňková, CSc. (Škubová, Chvátalová, 2004).

### **Podstatné změny v ošetřovatelství po roce 1989**

- Project HOPE – pomoc amerických sester se zaváděním změn v ošetřovatelské praxi (ošetřovatelský proces v teorii i praxi, ošetřovatelská dokumentace)

- Vznik vyšších odborných škol – tříleté se specializačním zaměřením – dětská, psychiatrická sestra, sestra pro intenzivní péči, zdravotnický záchranář – ukončení absolutoriem, titl. DiS – Diplomovaný specialista
- Vznik bakalářských studijních programů různých oborů a zaměření – např. Ošetrovatelství – Všeobecná sestra – studium prezenční nebo kombinované – tříleté, ukončení státní závěrečnou zkouškou, titl. Bc.
- IDV PZ – nyní Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů (dále NCO NZO) v Brně – v současné době i dalších nelékařských pracovníků – nabízí specializační studia a další vzdělávání v oboru
- Vznik Koncepce českého ošetrovatelství
- Registrace sester
- Magisterské studijní programy v ošetrovatelství - forma prezenční a kombinovaná, zaměření studia – pedagogické, management v ošetrovatelství, aplikované ošetrovatelství, ukončeno státní závěrečnou zkouškou, titl. nyní Mgr.
- Doktorské studijní programy – Ph.D.

## II. 2 Profesiogram všeobecné sestry

### 1. Legislativní podmínky výkonu profese

V současné době vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání – tzn. i všeobecných sester upravují:

**zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních (Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů** (s účinností: od 1. dubna 2004) ve znění pozdějších předpisů

(změna: 125/2005 Sb., změna: 111/2007 Sb., změna: 124/2008 Sb., změna: 189/2008 Sb.), novela zákona 96/2004 Sb. s platností od 1. července 2008).

(Část zákona týkající se získání způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry)

**a navazující prováděcí předpisy – např.:**

- **Vyhláška č. 321/2008 Sb.,** ze dne 19. srpna 2008, kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

- **Vyhláška č. 401/2006 Sb.,** s účinností od 10. srpna 2006, kterou se mění vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

(Část vyhlášky týkající se všeobecné sestry)



**Dle vyhlášky č. 401/2006 Sb. (424/2004 Sb.) v platném znění, se ošetrovatelskou péčí** rozumí soubor odborných činností zaměřených:

- na udržení, podporu a navrácení zdraví,
- na uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců, skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem,
- na rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti,
- na péči o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti.

Dále je v textu definována základní, specializovaná a vysoce specializovaná ošetrovatelská péče a další terminologie.

Podle nového systému zdravotnického školství se podílí na základní ošetrovatelské péči u dospělých v ošetrovatelském týmu kromě všeobecné sestry ještě nová kategorie středoškolského pracovníka – zdravotnický asistent a nižší zdravotnický pracovník – ošetrovatel.

**Ošetrovatelství je multidisciplinární obor**, který vyžaduje dobré, často i speciální znalosti z různých oborů medicíny, společenských věd – zejména psychologie, sociologie, pedagogiky, etiky, informatiky, speciální dovednosti v praktickém ošetrovatelství a v komunikaci, stále více technických dovedností a znalostí při manipulaci s přístrojovým vybavením zdravotnických pracovišť. Jde o obor, který je stále plný změn, nových vědeckých objevů, názorů, nových poznatků v diagnostice a léčbě, měnících se metod, ošetrovatelských pomůcek, technického vybavení. Sestra je většinou ten prováděcí pracovník zdravotní – ošetrovatelské péče směrem k nemocnému, proto musí být vybavena spoustou aktuálních vědomostí

a dovedností, rozhodně jednat a orientovat se i v situacích emočně vypjatých.

**Kvalifikační předpoklady sestry:** jsou stanoveny zákonem č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a souvisejících předpisů v platném znění.

Podle § 4 odst. 1: Za výkon povolání zdravotnického pracovníka se považuje výkon činností stanovených tímto zákonem a příslušnými prováděcími právními předpisy, a dále činnost řídicí, metodická, koncepční, kontrolní, výzkumná a vzdělávací v příslušném oboru nebo činnost s poskytováním zdravotní péče, pokud je vykonávána zaměstnanci zdravotnického zařízení... jiných než zdravotnických zařízeních... v průběhu praktického vyučování v akreditovaných zdravotnických nebo bakalářských studijních oborech... Zákon stanovuje podmínky, kdy může zdravotnický pracovník provádět výkon povolání bez odborného dohledu, s odborným dohledem, nebo vykonávat činnosti pod přímým vedením.

V Hlavě II. Získání způsobilosti zdravotnického pracovníka – v § 5 je definováno kvalifikační vzdělání k získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry, v dalších paragrafech vzdělání zdravotnických pracovníků jiných odborností.

**Pracovní kompetence, konkrétní pracovní náplň a pracovní činnosti všeobecných sester vyplývají z dosažené kvalifikace a specializace.** Jsou dány prováděcími a zvláštními právními předpisy v platném znění.

Kromě kvalifikačního studia a splnění požadavků na odbornou praxi a registraci, musí sestra absolvovat **specializační průpravu**. Dále – po dokončení kvalifikačního a specializačního vzdělání - si musí stále

doplňovat a prohlubovat vědomosti v tzv. programech **celoživotního a terciálního vzdělávání**.

Sestrám je umožněno absolvovat kvalifikační a specializační studijní programy na vysokých školách či v akreditovaných zařízeních podle zvoleného oboru, druhu specializace a zaměření pracovní kariéry.

## **2. Všeobecná sestra**

Kvalifikované všeobecné sestry tvoří ve zdravotnictví největší profesní skupinu, která má velký vliv na všechny aspekty systému zdravotní péče. V posledních patnácti letech došlo k viditelnému posunu v oblasti profesního ošetřovatelství. Zdravotní péče je více orientována na primární, sekundární a terciální prevenci s cílem na zlepšení zdravotního stavu populace. Role zdravotníků se rozšířila (Škrála, Škrlová, 2003).

### **Změny v moderním ošetřovatelství**

přinesly změny v obsahu a rozsahu práce, v technologiích, a tím i v nárocích na kvantitu i kvalitu ošetřovatelských činností, na vzdělávání a kompetence sester. Dále přinesly změny personální i organizační v chodu ošetrovací jednotky. Sestra na každém pracovním stupni má jisté řídicí povinnosti. Výše uvedené změny si v praxi vynutily další, zatím neoficiální, rozdělení činností a kompetencí v pracovních pozicích v dané směně. Vznikla tak zatím neformální terminologie v označení pracovní pozice sester u lůžka:

**a) Sestra u lůžka** je zařazena na určitém ošetřovatelském úseku práce a pracuje v ošetřovatelském týmu podle harmonogramu provozu a organizace práce na příslušné ošetrovací jednotce. Provádí potřebné činnosti ošetřovatelské péče u nemocných dle své kvalifikace, specializace a kompetence, dále podle aktuálního zdravotního stavu nemocných, které jsou dané léčebným a ošetřovatelským plánem péče a denním režimem oddělení. Sestra u lůžka většinou pracuje ve směnném

provozu – podle charakteru úseku práce a řídí ve své službě činnost nižších a pomocných pracovníků.

**b) Vedoucí směny (směnová)** – bývá vybrána ze zkušených sester dle charakteru pracoviště (např. JIP, ARO) zodpovídá za kvalitu poskytování ošetrovatelské péče v dané směně na příslušné ošetrovací jednotce. Koordinuje a řídí práci ošetrovatelského týmu v dané směně, stává se pro ostatní, zvláště pro pracovníky pracující pod odborným dohledem zdrojem podpory a odborné pomoci.

**c) Skupinová sestra** – je označení pro sestru pracující na oddělení skupinové péče. Zodpovídá za kvalitu poskytování ošetrovatelské péče u určité skupiny nemocných.

**d) Primární sestra** zodpovídá za kvalitu poskytování ošetrovatelské péče u určitého nemocného. Většinou pečuje o více nemocných, pro které je jejich primární (první) sestra. Řídí ošetrovatelský proces u „svých“ nemocných.

### **3. Management ošetrovatelské péče**

**a) Staniční sestra** – manažerka první linie, je přímo řízena manažerkou střední linie. Přímou řídí a vede nelékařské zdravotnické pracovníky svěřeného úseku. Vykonává činnosti spojené s každodenními úkoly vyplývajícími z provozu svěřeného úseku – oddělení, ošetrovatelské jednotky. Zabezpečuje komunikaci a předávání informací mezi středním stupněm řízení a týmem pracovníků stanice. Zabezpečuje operativní řízení, činnosti denní, týdenní, dekadní plánování, každodenní koordinaci činnosti oddělení a kvalitu ošetrovatelské péče. Zodpovídá za činnost v oblasti plánování, organizace, řízení a kontroly v rámci svěřeného úseku práce.

**b) Vrchní sestra** – je manažerkou střední linie v ošetrovatelství a jiných nelékařských oborech. Je přímo řízena vrcholovou manažerkou (hlavní sestrou). Je členkou vedení určitého úseku práce (klinických

pracovišť, oddělení...), účastní se porad primáře/vedoucího oddělení na daném úseku práce a porad vrchních sester ve zdravotnickém zařízení. Řídí ošetrovatelské a nelékařské zdravotnické pracovníky daného úseku práce, podílí se na střednědobém plánování, organizačním chodu úseku, koordinuje výkonové operativní a koncepční činnosti, ovlivňuje personální a týmovou spolupráci úseku a kvalitu ošetrovatelské péče. Pracuje v rovině plánování, organizování řízení a kontroly na svěřeném úseku.

**c) Hlavní sestra – event. náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči** (označení pracovní pozice v rámci vedení vyplývá ze statutu určitého zdravotnického zařízení) - je vrcholová manažerka v ošetrovatelství a jiných nelékařských oborech. Je přímo řízena ředitelem zařízení nebo náměstkem pro léčebně-preventivní péči (dáno systémem řízení – viz Statut konkrétního zařízení). Přímou řídí a metodicky vede manažery střední linie nelékařských zdravotnických povolání. Je členkou vedení zdravotnického zařízení, účastní se porad ředitele zařízení a porad hlavních sester a vedoucích nelékařských zdravotnických pracovníků organizovaných MZČR.

Charakteristika pracovní funkce: Stanovuje zásadní vize a strategické cíle v oblasti ošetrovatelství a dalších svěřených nelékařských oborů v souladu s jejich platnými koncepcemi, bezpečností a platnými právními předpisy, standardy kvality a normami, atickými zásadami a rozhodnutími vedení zdravotnického zařízení. Těchto vizí a cílů dosahuje spoluprací, zvyšováním motivace spolupracovníků a pacientů, budováním týmové spolupráce a podporou profesního rozvoje. Působí v oblasti plánování, organizování, řízení a v oblasti kontroly v rámci daného zdravotnického zařízení.

Manažer ošetrovatelství má obecně jisté povinnosti (Grohar-Murray, DiCrocce, 2003):

- plnění cílů organizace nebo oddělené ošetrovatelské péče,

- udržování kvality péče o nemocné v rámci finančního omezení zařízení,
- zvyšování motivace zaměstnanců a pacientů,
- zvyšování schopností podřízených a kolegů přijímat změny,
- budování týmu a zvyšování morálky,
- další profesní rozvoj personálu.

#### 4. Všeobecná charakteristika práce sestry:

**Pracoviště:** umístěno trvale v budově (zdravotnické zařízení různého typu). Sestry tráví většinu pracovní doby obvykle v jednom podlaží, pokud v důsledku - např. doprovodu nemocného např. na vyšetření – nepřecházejí do jiného objektu či podlaží.

**Zatížení při práci:** velké fyzické i psychické zatížení se zvýšenými nároky na psychickou odolnost, zvýšené požadavky na vyšší psychické procesy a vlastnosti. Současný nedostatek personálu ovlivňuje náročnost zátěže nejen fyzické, ale i psychické.

**Pracovní poloha:** se často mění. Většinou je spojena s chůzí, či přecházením po ošetrovací jednotce, často může být prokládána sezením nebo stáním – dlouhodobým – např. asistence při výkonech, operacích. Může jít i o tvz. vynucenou, nefyziologickou polohu. Podle dispozičního uspořádání ošetrovatelské jednotky, zdravotního stavu a soběstačnosti nemocných ujde sestra během osmihodinové pracovní směny 8 až 25 km (Neklanová, 1989).

**Pracovní doba:** Převážně nepřetržitý třisměnný provoz s naprosto nepravidelným střídáním směn. Jednotlivé směny se často liší nejen v délce, ale i v nástupu podle potřeby, provozu a zvyklostí jednotlivých pracovišť, ev. podle počtu střídajících se sester. Nejčastěji se „slouží“ směny šesti nebo osmihodinové, o víkendech a svátcích většinou dvanáctihodinové. Směny se liší nejen nepravidelnými začátky

a ukončeními pracovní doby, ale také různou pracovní zátěží a mírou odpovědností.

Vdané sestry a sestry s dětmi by rády daly přednost a vyhledávají práci v jednosměnném provozu. Za sestru v pracovní neschopnosti se špatně hledá náhrada. Problémy jsou rovněž s čerpáním přesčasových hodin i se řádnou dovolenou, zvláště v létě, s koordinací volného času rodiny, s potřebami a mimoškolními aktivitami dětí. Častá je fluktuace sester.

**Přesčasy:** časté, v některých zdravotnických zařízení dokonce značné (v současné době chybí sestry, někde se z důvodu nedostatku sester dokonce oddělení zavírají nebo se omezuje počet lůžek na ošetrovací jednotce). Přesčasy se často neproplácejí a čerpání tzv. náhradního volna bývá problematické z provozních důvodů a nedostatku personálu.

**Přestávky:** ve smyslu pravidelně stanovených časových úseků pro jídlo, hygienu a zotavení, hlavně v lůžkových částech zdravotnických zařízení není, možné stanovit. Sestry musí své osobní volno přizpůsobovat provozním podmínkám svého pracoviště. Jistý oddech poskytuje různý druh zatížení různých svalových skupin, který se střídá při neustálé změně činnosti – dle druhu vykonávané péče (výkonu) u nemocného.

**Proměnlivost pracovních úkolů:** pracovní činnost sestry se stále mění dle režimu denních činností, které jsou dané provozem, charakterem oddělení či zařízení a nároků, které jsou na ni kladeny, a které vyplývají z aktuálního zdravotního stavu nemocných, potřebnosti a náročnosti ošetrovatelské péče, z počtu nemocných a jejich soběstačnosti. V neposlední řadě tuto proměnlivost pracovních úkolů ovlivňuje nedostatek pracovníků v ošetrovatelském týmu.

**Celkové společenské a sociální podmínky:** Práci převážně vykonávají ženy. Více než 50 % sester je ve věkové skupině 18–25 let,

ze dvou třetin jsou svobodné. U vdaných sester procento rozvodovosti přesahuje čs. průměr (Mellanová 1989).

### **5. Obsah a rozsah pracovní činnosti sestry:**

Sestra pracuje v týmu pracovníků, jejichž činnost je zaměřena (dle jejich individuálních profesionálních kompetencí) na udržení či navrácení zdraví klientů a jejich blízkých, event. na zlepšení zdravotního stavu a kvality života nemocných, či důstojné doprovázení v terminálním stádiu umírajících.

Obsah i rozsah pracovní činnosti sestry se mění v souladu s dynamickými změnami oboru ošetrovatelství. Konkrétní náplň její práce je dána jejím funkčním zařazením na určitém úseku práce určitého odborného pracoviště.

#### **Sestra plní činnosti:**

- **závislé** - vyplývající z léčebně preventivního plánu lékaře (např. výkony diagnosticko-terapeutické péče – příprava nemocného na vyšetření, asistence při vyšetřovacích metodách, péče o nemocného po výkonu, odběry biologického materiálu..., zajištění ordinací lékaře, léčebných metod – převazy, aplikace léků různými způsoby, sledování fyziologických funkcí...
- **samostatné** – v rámci kompetencí v ošetrovatelské péči - vyplývajících z ošetrovatelského plánu péče o konkrétního zdravého či nemocného klienta – orientované na:
  - saturaci bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb dle zdravotního stavu a soběstačnosti nemocných,
  - zlepšení kvality života nemocného,
  - edukační činnost klienta a jeho rodiny.



- **vzájemně závislé** – činnosti, které vyplývají se vzájemné spolupráce více specializací v týmu (např. spolupráce s nutričním terapeutem, při rehabilitaci nemocných a pod.
- **jiné** - administrativní - vedení ošetrovatelské dokumentace,
  - vyplňování dokumentace pro pojišťovny,
  - žádanky a objednávky pro provoz oddělení,
  - organizační - objednání nemocných na vyšetření...,
  - zajištění provozu pracoviště...

**Obsah i rozsah výše uvedených činností se podstatně mění podle charakteru úseku práce a specializace oboru – např.:**

- na ambulancích (např. u obvodního, závodního, sportovního, dorostového, zubního lékaře, na ambulancích chirurgických či interních oborů, dětských, gynekologických, specializovaných – oční, UNK, urologie, diabetologie, kardiologie, onkologie ...),
- na lůžkových ošetrovacích jednotkách různých oborů poskytujících péči standardní, intenzivní, urgentní, intermediální, psychiatrickou, dlouhodobou, paliativní...),
- na operačních sálech různých oborů,
- v zařízeních státních, fakultních, velkých nebo malých nemocnicích, v zařízeních vojenských, soukromých, atd.

Každé z výše uvedených pracovišť má své specifikum s dopadem na míru fyzických i psychických nároků kladených na jednotlivé pracovníky.

Liší se také **technické zařízení a vybavení** jednotlivých pracovišť a nároky kladené na technické schopnosti personálu, rychlost jejich rozhodování, přesnost, ev. schopnost improvizace při zastaralém, či selhávajícím přístrojovém vybavení. Různá pracoviště mají i různou úroveň počítačového vybavení, tudíž i odlišné nároky na počítačovou gramotnost pracovníků.

Další významná skutečnost, která bezprostředně ovlivňuje práci sester, je **finanční hospodaření a dotace** jednotlivých zařízení, ev. pracovišť s dopadem na často nemístné šetření (např. omezení praní – nedostatek čistého prádla, nedostatek léků, pomůcek na jedno použití, pracovních oděvů, vč. snížení stavu pomocného personálu, apod.)

Na různých pracovištích je také velmi odlišná atmosféra vznikající např. při péči o nemocné, kteří jsou bezprostředně ohroženi na životě, očekávající mutilující zákroky a operace, při péči o nemocné v terminálních stádiích apod.).

**Pracovní ohrožení:** Sestry podle charakteru a zaměření jejich pracovní činnosti jsou ohroženy především nosokomiálními infekcemi, AIDS, hepatitis, jsou vystaveny jednostrannému přetížení pohybového aparátu, působení různých látek, jako jsou léky (např. narkotika, chemoterapeutika, imunosupresiva), narkotizační plyny, dezinfekční roztoky, latex, ionizačního záření apod., jsou hroženy vznikem syndromu vyhoření. Sestry na urgentních příjmech a psychiatrických odděleních jsou vystaveny možnosti napadení agresivním pacientem... V případě těhotenství sestry je třeba dodržet změny v pracovním zařazení a zatížení dle příslušných předpisů (s ohledem na např. hmotnost „břemen“, infekčnost prostředí, práci v noci a pod.).

**Dílčí nároky na motoriku** - Mellanová, (1970, 1984, 1989):

**Pohybové zatížení:** nároky na hybnost celého těla, zatížení rukou, trupu, páteře, dolních končetin,

**Rychlost pohybů:** většinou spontánní, v součinnosti s dalšími členy týmu,

**Koordinace pohybů, zručnost, pohybové dovednosti:** v práci se vyskytující úkony, jejichž provádění předpokládá ovládnutí speciálních pohybových automatismů a dovedností,

## 5. Nároky na psychické procesy

Podle Mellanové, (1989) „provádějí sestry jednoduché i složité specializované úkony, jejichž podstata tkví v dokonalém zvládnutí pracovních postupů, ovládnutí pomůcek a přístrojů často vysoké finanční hodnoty. Úspěšná činnost předpokládá stálou orientační kontrolu prováděného s využitím zpětné vazby. Práce sestry vyžaduje trvalé zaměření k složitě proměnlivým faktorům, které v pracovní situaci nastávají nepravidelně a nečekaně. Činnost je spojena s řadou neestetických zážitků. Dobrý pracovní výkon je vázán na úzkou spolupráci s jinými lidmi“.

Při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče podle současné koncepce moderního ošetrovatelství musí sestra myslet v souvislostech – sestřská profese vyžaduje schopnost analyticko-syntetického myšlení, dobré pozorovací schopnosti, vysokou sociální a emoční inteligenci. Na základě získání co největšího množství aktuálních informací o nemocném přehodnotit plán ošetrovatelské péče a přizpůsobit svou činnost aktuálnímu zdravotnímu stavu a potřebám konkrétního nemocného. Pouze technická znalost postupů u jednotlivých výkonů již při poskytování individualizované ošetrovatelské péče nestačí.

Velmi náročnou činností pro některé sestry (nejen časově) je ošetrovatelská diagnostika a vedení ošetrovatelské dokumentace u každého nemocného. Tyto úkony vyžadují přesné znalosti aktuální teorie ošetrovatelství, ošetrovatelské terminologie, ošetrovatelského procesu, dostatek aktuálních informací o konkrétním nemocném, plánování ošetrovatelské péče, adresné plnění a výstižné hodnocení provedených činností. Každý záznam poskytnuté péči u nemocného je v jeho dokumentaci signován. Péče o nemocné ve skupinkách je rozdělena mezi tzv. „primární“ ev. „skupinové“ sestry. Tento způsob práce nevyhovuje hlavně sestrám starší generace, které dříve pracovaly tzv. funkčním systémem organizace práce (každá sestra pracovala

u všech nemocných na celé ošetrovatelské jednotce a „plnila výkony“). Kolektivní práce v tomto systému neumožňovala (ani nevyžadovala) podrobnou informovanost o všech nemocných na celém oddělení a individuální přístup v práci s každým klientem.

### **Dílčí nároky na psychické vlastnosti a procesy**

**Bezprostřední poznávací procesy:** práce klade zvláštní nároky na vnímání, na diskriminaci komplexní pracovní situace při výskytu velmi značného počtu rozmanitých informací. Většinou neklade mimořádné nároky na čivost (zrak, hmat, sluch, čich). Sestra musí citlivě zvažovat hodnotu získávaných informací a správně – podle závažnosti – volit i preferenci pracovních postupů nebo organizačních zásahů.

**Zprostředkované poznávací procesy:** práce sestry předpokládá systematické použití inventáře odborných znalostí při řešení opakujících se činností (úroveň středních intelektových dovedností) musí být schopna volit jednotlivé pracovní metody podle měnících se pracovních podmínek.

**Nároky na pozornost:** sestra musí sledovat několik souběžných, ale vzájemně odlišných jevů (dělení pozornosti), musí být schopna koncentrace pozornosti v emočně náročných situacích, musí být schopna rozlišit i jemné rozdíly ve vzhledu a projevech nemocného, uplatňovat v praxi bezděčné i záměrné pozorování a formulovat, popsat zjištěné.

**Požadavky na paměť:** Práce klady nároky na kvalitní provedení zautomatizovaných úkonů, které se nepravidelně opakují často v jiných podmínkách. Dále klade nároky na použití specifických znalostí a pracovních schémat, které se musí flexibilně přizpůsobovat nově vznikajícím situacím s potlačením osvojených stereotypů. Vyžaduje

topickou paměť (úsudky na základě pravděpodobných premis), paměť na jména a fyzický vzhled lidí.

**Požadavky na vlastnosti osobnosti:** Práce klade zvýšené nároky na přesnost, důslednost, schopnost soustředit se. Probíhá v kolektivní interakci, klade proto nároky na práci v týmu, iniciativu, schopnost přispět k dosažení společného cíle, kreativitu, podřídit se a jindy naopak vést a organizovat. Práce znamená dovednost komunikovat, jednat s druhými lidmi, schopnost empatie – pochopení pro jejich změněné reakce vlivem nemoci, přiměřené hodnocení sebe i druhých, neustálé sebevzdělávání.

Zobecněním dosavadních poznatků o činnosti sestry a na základě dalších profesiografických rozborů, je možno rozpracovat požadavky na vlastnosti osobnosti do pěti oblastí psychických předpokladů (Mellanová, 1984, 1998):

**Předpoklady senzomotorické:** zahrnují rozbor v oblasti:

- *mikrokoordinace* (malých svalových skupin prstů a zápěstí) – ovlivňuje pohybové schopnosti a dovednosti, které jsou důležité při rychlosti pracovního výkonu, (bezbolestnost výkonů),
- *makrokoordinace* (velkých svalových skupin) důležitá při obratnosti při manipulaci s nemocnými),
- *senzoriky* (jemná diskriminace zraková, sluchová a hmatová) umožňuje rozlišovat i malé rozdíly v rozdíllostech (jemné graduování odměrných stupnic stříkaček, přístrojů, rozlišení tepové jakosti a frekvence, palpce arteriální a venózní, auskultační měření krevního tlaku, zvukové fenomény dýchacího a kardiovaskulárního systému a pod.

**Předpoklady intelektové:** nezbytností profese je znalost a používání značně široké soustavy pojmů a představ, znalostí

a dovedností, rychlost myšlenkových procesů, analyticko-syntetických operací. Předpokladem jsou intelektuální dovednosti a schopnosti pro řešení situací stereotypních i proměnlivých, uplatnění značné míry reaktivity, výborné paměti, vnímavosti, pozornosti. Nejedná se jen o úroveň obecné inteligence, ale i o požadavky zdůrazněné specifikou profese zdravotní sestry – např. uplatnění systému odborných vědomostí a dovedností v praxi, rozlišení dílčích změn ve zdravotním stavu nemocného, nezbytnost rozhodnutí a řešení složité situace, předvídání souvislostí, odhad vhodné kombinace možností a možných následků řešení, výběr optimálního řešení z komplexu možných, a to v pracovní situaci běžné, ale i stresové.

**Předpoklady sociální:** vycházejí z primárního postavení mezilidských vztahů v sociální skupině. Sesterská profese je orientována především na intenzivní sociální interakci, na sociální dovednost jednání s lidmi různých sociálních skupin, národností a kulturních odlišností a působení na ně ve smyslu edukace s cílem uchování zdraví, ev. zlepšení kvality jejich života. Konkrétně jde o schopnost navázat s lidmi kontakt, empatický vztah, mít pozitivní vztah k lidem, umět vést produktivní a smysluplný dialog, rozumět nonverbální komunikaci, odhadnout intenzitu prožívání, úspěšně přejímat různé sociální role, ovládat své verbální i nonverbální projevy, umět organizovat a vést krizové situace. Můžeme hovořit o tzv. sociální inteligenci (umožňující úspěšnou interakci s jinými lidmi, přejímat a úspěšně představovat různé sociální role). Je třeba umět reagovat i na změny naší společnosti ve smyslu nového rozvrstvování ve struktuře populace, v životním stylu, v hierarchii hodnot, stárnutí populace. Lidé se učí žít ve změněných společenských a ekonomických podmínkách a ne všem se úspěšně daří najít své nové jistoty a harmonii.

**Předpoklady emocionální:** Práce sestry vyžaduje vyzrálou, emočně stabilní osobnost, tzv. vysokou emocionální inteligenci. Vyžaduje zvýšenou odolnost ke stresu a frustraci, schopnost plnit náročné úkoly péče o nemocné i za stresových a vypjatých podmínek, vyžaduje vysokou míru sebeovládání, schopnost empatie a taktu.

Očekává se, že sestra při výkonu profese projevuje tzv.:

- emocionální neutralitu – tzn. že je schopna emociální podřídit racionální kontrole,
- univerzalizmus – tzn., že poskytuje stejnou profesionální péči všem nemocným dle jejich potřebnosti bez ohledu na vlastní sympatie, či antipatie k nim,
- preferuje zájmy a potřeby nemocných nad zájmy a potřebami svými.

**Estetické předpoklady** jsou důležité pro navázání kontaktu a ovlivnění prvotního dojmu z člověka i prostředí (lidem čistým, upraveným a hezkým jsou obvykle přisuzovány pozitivnější charakterové vlastnosti, snadněji získávají důvěru a navazují kontakt s druhými). Vzhled sester, estetika a čistota prostředí oddělení, přilehlých prostor a okolí působí na formování emoční atmosféry nemocných i zaměstnanců.

**Předpoklady autoregulační:** jsou nezbytné k vysokým morálním a charakterovým požadavkům kladeným na sestru. Práce sestry mnohdy ovlivní i stabilitu zdravotního stavu nemocného. Včasně rozpoznání změny, včasná reakce sestry, její pečlivost a rychlost v rozhodování mnohdy ovlivní i zachování života. Sestra pracuje do velké míry samostatně. Realizace a výsledek některých výkonů a hlavně správně prováděná ošetrovatelská péče (např. prevence hypokinetického syndromu) závisí na její míře aktivity, motivace a zodpovědnosti. Sestra může pro zdravotní a psychický stav nemocného hodně udělat.

Při rozmanitosti a kolísání pracovního zatížení vyplývají požadavky na její přizpůsobivost, odpovědnost, svědomitost, tolerantnost, ukázněnost, sebezapření, zvláště pak při výkonech neestetických a odpuzujících.

Profese sestry vyžaduje velmi dobrý fyzický, ale i psychický stav a další komponenty biologické odolnosti až po komponenty volní a estetické.

**Vysoký morální kredit – „morální kód“** (Křivohlavý, 2004) vyžaduje zvláště péče o děti, nesvéprávné a nemocné na psychiatrii, geriatrii, nemocné při změněné kvalitě a kvantitě vnímání, v terminálním stádiu, bezmocné, bezdomovce, lidi v krizi a pod. Musí být za všech okolností zachována poctivost a přirozená úcta k člověku.

V neposlední řadě se dostává do popředí – hlavně ve velkých městech a v různých typech zdravotnických zařízeních různě intenzívně, tzv. **multikulturní problematika**, včetně znalosti komunikace v cizích jazycích.

Aktuální politická, společenská i ekonomická situace v Evropě a ve světě je charakterizována procesy postupující globalizace a vysokou dynamikou zásadních změn. Tyto společenské, ekonomické, politické a sociální posuny přinesly i změny do zdravotnictví – tudíž i do ošetrovatelství.

Specifikum profese zdravotníků sebou nese skutečnost, že se stále častěji setkávají s příslušníky odlišné kulturní identity ve stresových a intimních situacích, jejichž reakce a dodržování pokynů při léčení jsou ovlivněny jejich životní filosofií, hodnotovou orientací, příslušnými tabu v jednotlivých kulturách a velkých náboženství u různých etnik – např. křesťanů, muslimů, příslušníků ortodoxních náboženství, východních národů, etnik Afriky, obou Amerik, Romů, Vietnamců, národů Evropy apod.



Poskytování moderní a individualizované ošetrovatelské péče těmto nemocným, včetně ošetrovatelské diagnostiky a následné saturace neuspokojených potřeb, provádění účinné edukace a obratné komunikace i s rodinnými příslušníky při respektování jejich kulturních odlišností není jednoduché. Vyžaduje to specifické znalosti, dovednosti a dobrou orientaci v oblastech odlišných náboženství a životní filosofie, které sebou nesou jiné hodnotové systémy, náboženské potřeby a rituály, pojetí důstojnosti člověka jiných kultur vč. určitých tabu a odlišného postavení žen, jiné modely rodiny, stravovací zvyklosti, zvláštnosti v nonverbální komunikaci, ve společenských konvencích, v individuálních potřebách a projevech odlišných etnik apod.) (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Sestra se může setkat při své práci i s projevy nacionalismu, rasismu, segregace, diskriminace a pod. Měla by i při řešení těchto problémů umět postiženým, dle svých možností, pomoci.

V sedmdesátých letech minulého století byla na Filosofické fakultě Karlovy univerzity v Praze v dálkové formě studijního oboru Psychologie – péče o nemocné, v rámci zadání témat diplomových prací, vypracována řada kvalitních profesiografických studií sesterských oborů. Práce vypracovaly zkušené odbornice z oboru, studující v dálkovém studiu, na katedře psychologie pod vedením prof. PhDr. Jana Čápa, DrSc.

---

**Dílčí studie k profesiogramu sestry v 70. letech:**

1. Bartošová, V.: Psychologický rozbor povolání zdravotní sestry. Disertační práce FF UJEP, Brno 1968.
2. Čechová, V.: Příspěvek k psychologickému profesiogramu dětské sestry. Diplomová práce FF UK, Praha 1970.
3. Mellanová, A.: Příspěvek k psychologické analýze a interpersonálních vztahů zdravotní sestry. Diplomová práce FF UK, Praha 1970.
4. Mellanová, A.: Psychické předpoklady pro práci zdravotní sestry. Kandidátská disertační práce FF UK, Praha 1984.
5. Mikšovská, M.: Příspěvek k psychologické analýze práce a motivace zdravotní sestry na lůžkové části chirurgického oddělení. Diplomová práce FF UK, Praha 1970.
6. Štěpánková, R.: Příspěvek k rozboru povolání učitelky předmětů péče o nemocné a praktického výcviku na SZŠ. Diplomová práce FF UK, Praha 1972.
7. Urbančková, A.: Psychologická hlediska výberu a prípravy pre povolanie stomatologickej sestry. Diplomová práce FF UK, Praha 1969.
8. Vykoukalová, B.: Příspěvek k psychologickému profesiogramu dětské a zdravotní sestry. Diplomová práce FF UK, Praha 1970.

## II. 3 Stres a profese sestry

### O zátěži a stresu obecně

V naší studii se objevuje otázka vlivu pracovního stresu a zátěže sester ve vztahu ke kouření. Problém pracovního stresu a zátěže sester je tak specifický, že by vyžadoval podrobnější a samostatnou studii.

Pro lepší porozumění souvislostem zařazujeme jen stručný a orientační výklad principu stresu obecně. V současné době jsou již poznatky v oblasti teorie stresu tak rozsáhlé, že je velmi těžké vybrat jen to nejdůležitější.

V odborném jazyce (na rozdíl od obecného chápání) se rozlišuje **pojem zátěž a stres**. Zátěž (load) je chápána ve smyslu takové úrovně kladených požadavků na organismus, kterým je organismus bez problémů schopen dostát, a které mají spíše pozitivní, stimulující charakter. Překračují-li podněty (stresory) svou intenzitou, či délkou působení běžnou úroveň zatížení a jsou-li narušeny vlastní adaptační – zvládací schopnosti organismu, hovoříme o stresu (Kebza, 2005).

Zátěž a stres je přirozenou a nezbytnou součástí lidského života, který v optimálním případě, v němž je zachována rovnováha mezi životními nároky a schopnostmi člověka je zvládat, podněcuje harmonický rozvoj osobnosti, neboť přispívá k vytváření nových způsobů adaptivního chování a prožívání, zvyšuje jeho integritu, odolnost a zdraví. Dochází-li k rozporu mezi nároky a psychickými či fyzickými předpoklady člověka je zvládat, vzniká nadměrná zátěž až nadměrný stres, který vede k různým specifickým, či nespecifickým projevům odlišných od normálního průběhu psychických funkcí až k různým formám maladaptivního chování, psychickým a psychosomatickým poruchám (Mlčák, 2007; Kebza, Šolcová, 2004).

Za historicky nejvýznamnější přínos k biologickému pojetí stresu se dodnes považuje teorie endokrinologa **Hanse Selyeho**, který psal o svých empirických zkušenostech o stresu již v roce 1936. Selye navázal na práci fyziologů **I. P. Pavlova a Waltera Cannona** (Křivohlavý, 2001). W. Cannon používal pojem stres v diskusích již v roce 1914 (Mlčák, 2007).

H. B. Selye od druhé poloviny 40. let prováděl systematický výzkum stresu v Kanadě. V 50. letech minulého století formuloval **obecnou definici biologického stresu** jako „**nespecifické odpovědi těla na jakýkoli požadavek, který je na organismus kladen**“. Tyto nespecifické tělesné reakce jsou zprostředkované endokrinním systémem – osou hypofýza – kůra nadledvinek (vyplavení hormonů a příprava organismu na útěk nebo útok) (Hladký, 1993).

Objasňování stresových odpovědí bylo zaměřeno především fyziologicky (stres, zátěž – nespecifická odpověď organismu – aktivace hormonů nadledvinek...). Dokonce byly ve výkladu uplatněny i zákonitosti mechaniky (zákon elasticity, technický termín napětí – strain). Slovo stres – česky zátěž, znamená tlak.

Selye si všiml, že u lidí, kteří byli vystaveni různým nepříznivým podmínkám a později onemocněli nejrozličnějšími chorobami, se nejdříve objevovaly **nespecifické příznaky** – ztráta chuti k jídlu, úbytek tělesné hmotnosti, fyzická a psychická ochablost, únava, nespavost, nesoustředěnost, menší fyzická výkonnost, deprese, apod. Vypozoroval, že odpověď organismu na zátěž je nespecifická, že je stejná na jakýkoliv zatěžující **podnět - tresor**, ať je fyzikální, biologické, chemické, či psychologické a sociální povahy, a že organismus reaguje na množství různých vlivů z prostředí přizpůsobovacím mechanismem - tzv. **General Adaptation Syndrom (GAS) = obecný adaptační syndrom**, který je charakterizován třemi známými fázemi – poplach, adaptace, vyčerpání.

### **Obecná adaptační syndrom (GAS) má tři stádia:**

- 1 – poplachová reakce** se dvěma fázemi (šok, protišoková reakce) doprovázená sníženou rezistencí,
- 2 – stav zvýšené rezistence** - charakterizovaný úsilím udržet adaptaci,
- 3 – stav exhausce** – selhání - tj. vyčerpání adaptační energie.

**Stresor** (podnět) vyvolá odpověď organismu – vznikne porušení homeostázy. Nastane proces **fáze adaptace** (poplach, mobilizace sil v organismu – vždy stejný soubor fyziologických reakcí - příprava na boj nebo útěk), kterým se organismus snaží homeostázu udržet, obnovit.

Je-li stresor velmi silný (např. extrémní vysoká teplota – těžké popálení, silný alergen – alergická reakce, ale i silný psychický podnět), může dojít k různému závažnému poškození organismu – onemocnění, deprese, ba i ke smrti – např. ve stádiu anafylaktického šoku.

Při opakovaných atakách stresorů (při dlouhodobém, chronickém stresu) se organismus nachází dlouhodobě ve **stádiu adaptace**. Postupně vymizí objektivní tělesné příznaky, které jsou charakteristické pro akutní poplachovou reakci, organismus zůstává v pohotovosti a je zvýšeně citlivý ke všem jiným stresorům.

**Stav exhausce** nastává po dlouhotrvající expozici téhož stresoru, na který se tělo adaptovalo, adaptační energie je vyčerpána. Tělo není schopné udržet adaptační procesy, poplachové reakce se staly ireversibilními a další obnovení adaptace již není možné. Dochází ke změnám na orgánech, selhávání organismu... (Hladký, 1993).

Stres ve smyslu zátěže může být také definován jako **přetížení** vstupu do živého systému hmotou, energií či informacemi, anebo výstupu z něj. Vyvolá jej např. i nedostatek – vody, výživy, kyslíku, pohybu, sociálních podnětů apod., nebo i nadbytek – např. toxických látek, ve výživě, stimulačních podnětů, jedů, virů... Z hlediska

neurohumorální reakce organismu není rozlišován kladný (eustres), či záporný (distres) emoční náboj zátěže.

Později byly studovány centrální mozkové mechanismy, v nichž je zakotvena interindividuální rozdílnost v reakcích lidí.

Studiem specificky lidských forem zvládání těžkostí se zabýval **R. S. Lazarus**. Jako první doplnil fyziologické pojetí stresu specificky lidským pojetím stresové situace. Obrat ve výzkumech přineslo poznání, že člověk může přehodnotit význam situace ve smyslu stupně ohrožení v přítomnosti, ev. v budoucnosti a zvolit, jakým způsobem může ovlivnit řešení a její další průběh. Položil hlavní důraz na kognitivní (poznávací a myšlenkovou), specificky lidskou charakteristiku zvládání těžkostí (Lazarus, 1966; Křivohlavý, 2001; Kebza, 2005).

Vědci pokračovali ve zkoumání, proč tentýž stupeň stresu, který je navozený stejným činitelem, nevyvolává ani u stejného jedince vždy stejnou reakci, stejné poškození a naopak, a proč různí činitelé navozující stres, vyvolávají např. podobný charakter reakce organismu a dynamiku celého procesu. Každý **organismus reaguje v závislosti na vlastních endogenních činitelích**, které určují individuální stupeň odolnosti každého jednotlivce proti přetížení.

**Neobyčejná složitost mechanismu zátěže organismu je daná**

- **mnohotvárností problémů,**
- **spletí vztahů a vazeb jak zevního, tak vnitřního prostředí,**
- **mnohovrstevnatostí lidského potenciálu.**

Organismus je obklopen určitým životním prostředím, ze kterého na něj doléhají po celý život a neustále nejrůznější podněty a vlivy, které musí umět vnímat, přijímat a vyhodnocovat (**percepce**). Tyto podněty – signály – stresory - jsou pro něj nositeli nejrůznějších informací, které, chce-li v prostředí přežít a obstát, musí umět vyhodnocovat, reagovat

na ně, jim se přizpůsobovat a podle nich se také chovat. Musí být vybaven takovými vlastnostmi, aby byl schopen přiměřeně reagovat a trvale vyrovnávat rovnováhu mezi vnějším a vnitřním prostředím. Jde tedy o **interakci** mezi požadavky, které na život, chování, činnost, přežití klade prostředí a mezi tím, jakými kvalitami či kapacitami je jedinec k zvládnutí těchto požadavků vybaven.

Je třeba brát v úvahu také např. individuální zranitelnost (vulnerabilitu), odolnost ve smyslu hardiness nebo resilience a další vlastnosti jedince. **Ve vnímání a hodnocení skutečnosti** se neodrážejí pouze **vnější, ale i vnitřní možnosti jedince**, jeho potřeby a motivy, očekávání a hodnoty, emoce a subjektivní pocity, které jsou současně přítomny, nebo na základě předchozích zkušeností anticipovány.

Současné výzkumy se převážně zaměřují na psychologické pojetí stresu, na variabilitu prožívání, míru odolnosti, způsoby zvládání zátěžových situací, variabilitou reakcí i následků zátěžových, stresových a všech náročných životních situací v bio-psycho-sociální, ale i duchovní oblasti. Důležité jsou poznatky z oblasti vlivu stresu na imunitní systém organismu a individuální odolnosti osobnosti vůči stresu, význam sociální opory pro prožívání stresu, Bournout syndromu... (v ČR např. Kebza, Šolcová, Kernová, Křivohlavý, Gregor...).

Člověk funguje jako celistvý organismus, v němž se realizuje v integrální, vzájemné jednotě oblast biologická, fyziologická, psychologická, sociální a duchovní. V tomto systému se uskutečňuje celá řada zpětných vazeb, které se navzájem ovlivňují a jsou vzájemně spjaty. Tento, v poslední době uznávaný princip, se nazývá holismus, tzv. **holistický model**.

Je-li vztah v systému vyvážený, **zátěž** organismu je v normě, adaptační mechanismy fungují bez výkyvů. Požadavky organismu i zevní

podmínky jsou však proměnlivé – dynamické. Vyrovnaný vztah může být z nějakého důvodu narušen a pak vzniká **stres**, kdy požadavky jsou zvýšené nebo nepřiměřené a překračují běžnou adaptační kapacitu jedince.

Na nejvyšší, ústřední úrovni je jedinec individuálně vybaven určitou individuální mírou tzv. percepce skutečnosti – schopností subjektivně přehodnocovat význam a přiměřenost zátěžové situace. Jde o trvalou konfrontaci požadavků (situací, podmínek, prostředí) a osobních zdrojů (psychických vlastností, fyzických možností, vlastní kapacity).

Jedná se o tzv. **kognitivní model psychické podmíněnosti zátěže individuálních proměnných na genezi zátěžového stavu jednotlivce.**

**Nejdůležitější individuálně nastavené oblasti jsou:**

- specifické biologické a fyziologické funkce a struktury organismu – projevující se určitým zdravotním stavem,
- vrozené funkční výkonové vlastnosti – podmiňují určitou tělesnou a psychickou zdatnost,
- kvality, získané v průběhu života – jako jsou znalosti, dovednosti, zkušenosti, trénovanost apod.,
- osobní psychické vlastnosti – vrozené, získané, vnímání skutečnosti, vzorce chování...

Důležitou proměnnou v individuálním vnímání stresových situací je tzv. **psychologické specifikum zátěže u jedince:**

- a) Stres může vzniknout v důsledku toho, jak jedinec **interpretuje význam podnětu** a vzniklou situaci pro sebe.
- b) Stresovou situaci může jedinec navodit nejen přímým podnětem, ale i v důsledku **anticipace, očekávání**, resp. v důsledku vzpomínky, představy, minulé zkušenosti.



c) Vzniklá situace může mít **charakter ohrožení nebo hrozby pro jedince** a vyvolávat strach, úzkost, obavy, zármutek, podrážděnost, hněv nebo vztek.

d) Psychologické způsoby, kterými se jedinec se stresem vyrovnává, zahrnují širokou **škálu adaptačních či maladaptačních procesů** spojených s kognitivními, emočními a motivačními prvky.

Z hlediska výsledného vlivu na organismus je rozhodující především **rozložení účinků stresorů v čase a způsob řešení stresogenní situace**: jednorázový, akutní a relativně silný stres, jehož řešení je aktivně řešeno s pozitivním vyústěním a následným odpočinkem, nepředstavuje pravděpodobně samostatně působící riziko pro zdraví. Dlouhodobě působící nevladatelný chronický stres je naopak vždy rizikem pro zdraví. Dále se potvrdila rozdílnost v závažnosti dopadu na lidskou psychiku a následné **zvládací schopnosti organismu** při působení silných příjemných a nepříjemných událostí, ale také rozdílnost v působení mezi silnými závažnými **stresory očekávanými – předvídatelnými a neočekávanými – nepředvídatelnými** (Kebza, 2005).

Příjemné emocionální prožitky (**eustres**) navozují aktivaci systému stejně jako nepříjemné (**distres**). Z hlediska zdravotního stavu je celý tento proces nespecifický, neboť nejsou žádné přímé vazby mezi příčinou a účinkem.

**Důsledky interakcí a nepřiměřených zátěží** mohou mít:

- specifické dopady v duševní sféře – nespokojenost, neurotizace, burnout, poruchy duševního zdraví,
- nespecifické dopady v somatické oblasti – subj. různé symptomy, syndromy, systémové poruchy až onemocnění.

**Stresory, fyzické i psychické stavy a procesy je nutno hodnotit z hlediska čtyř dimenzí. Jsou to:**

- a) časové trvání – krátkodobé, dlouhodobé, chronické,
- b) výskyt v čase – od sporadický, středně častý, velmi častý,
- c) intenzita – slabá, střední, silná,
- d) kvalita z hlediska působení na člověka – pozitivní, neutrální, negativní.

**U psychické zátěže se hodnotí:**

- a) senzorická zátěž – požadavky na činnost periferních smyslových orgánů,
- b) mentální zátěž – požadavky na zpracovávání informací – zejména na pozornost, paměť, myšlení, představivost a rozhodování,
- c) emoční zátěž – požadavky na afektivní odezvu na zátěžové situace. Alternativním názvem je „psychosociální stres“.

**Zátěž může být:**

- nepřiměřená – nedostatečná, nebo nadměrná,
- přetížení – kvalitativní (např. vysoká náročnost a obtížnost úkolů),  
– kvantitativní (např. množství práce, činností, podnětů v krátkém časovém úseku).

Dochází-li ke zvýšené zátěži, nastupují tzv. **adaptační mechanismy – k vyvážení a vyrovnání** stresových reakcí. Jsou to pochody v organismu, které se snaží obnovit ustálený stav.

**Saturace potřeb**

Mezi základní atributy zdraví a spokojenosti jedince patří i schopnost **uspokojení primárních a sekundárních (základních a vyšších) potřeb**. Saturace potřeb je dynamický proces. Jde vysoce

osobní záležitost, která patří k silným motivačním činitelům zdravého a soběstačného jedince (Křivohlavý, 2004).

Pokud se v procesu uspokojování potřeb objeví problém, překážky, prožívá jedinec tento stav nedostatku nelibě jako vysoce nepříjemnou – až různě závažnou zátěžovou situaci – jako je **stres, frustrace, deprivace**.

Neuspokojené potřeby mohou jedince ovlivňovat specifickým způsobem až do té míry, že mohou vyvolávat nepřímé či přímé poškození organismu... Míra individuální životní a pracovní kapacity je spojena s individuálním limitem výdrže zátěže.

**Problémy v saturaci potřeb** mohou být např.:

a) na straně jedince ve smyslu jeho míry schopnosti a soběstačnosti (věk, deficit pohybu, deficit schopností různého druhu, úraz, nemoc, sociální - finanční a společenské problémy...,

b) na straně životního a pracovního prostředí, nebo pracovní činnosti.

### **Saturace potřeb z hlediska sestry**

Profese sestry klade velké nároky na osobnost sestry (viz profesiogram sestry), ovlivňuje nejen její pracovní i soukromý život, ale také možnost uspokojování jejích základních a vyšších životních potřeb.

Základní filosofie ošetřovatelství se odvíjí od umění a ochoty zdravotnických pracovníků rozpoznat nedostatečnost soběstačnosti klientů v uspokojování potřeb a v taktní pomoci vzniklý deficit saturovat tak, aby nemocní nebyli vystavováni zbytečným zátěžovým stavům v již vzniklé náročné životní situaci. Předchází se tak nespokojenostem a stresům pacientů, které by ve svém důsledku mohly komplikovat či zpomalovat jejich léčebný proces. Takto individuálně poskytovaná ošetřovatelská péče vede nejen ke spokojenosti klientů, ale také

k ovlivnění spolupráce nemocných a jejich motivace k zodpovědnosti za své zdraví.

**Otázka zní:**

**Jak je na tom sama sestra, která se podílí na saturaci neuspokojených potřeb u jiných?**

Většina sester pracuje ve třísměnném provozu s často nepravidelnou délkou pracovní doby, se střídáním služeb, ve zcela specifických pracovních podmínkách. Denní režim a zátěž sester je zcela variabilní. Životní styl, práce a odpočinek jsou zcela nevyvážené. Velmi těžko se dodržuje alespoň „občasná pravidelnost“ v činnostech a rituálech života běžné rodiny s dětmi, v soužití s blízkými. Osobní i pracovní život je ovlivněn a podřízen nárokům profese. Tato skutečnost se dotýká všech druhů jejích potřeb již ve své podstatě.

Připomeňme stručně hierarchii potřeb podle známé **Maslowovy pyramidy potřeb** ve vztahu k saturaci potřeb sestry:

### **I. rovina: Základní – fyziologické potřeby**

Fyzická a psychická aktivita – je velká a proměnlivá dle délky a druhu směny, počtu přesčasových hodin, počtu personálu, dle skladby pacientů, jejich soběstačnosti, zdravotního stavu a věkové struktury. Zátěžová křivka, volní a emoční vypětí, různorodost náročnosti činností, rychlost pracovního tempa, variabilita a flexibilita pracovních postupů a výkonů se mění dle momentální pracovní náplně a zátěže.

Sestra je vystavena např. jednostrannému fyzickému přetížení pohybového aparátu, ohrožení nosokomiálními infekcemi a jinými infekčními agens, různými chemikáliemi, její výkon ovlivňuje nedostatečné osvětlení pracoviště, zvláště v noci, vliv fyzikálních faktorů pracovního prostředí apod.

Psychická zátěž profese je značná. Ze zátěžových faktorů vybíráme: hodně stresových a emočně podbarvených situací spojených s charakterem práce (často hraničních), složitost a proměnlivost situací, absolutní zodpovědnost za svou práci (praktikující studenty) a svěřené nemocné, náročnost na aplikaci znalostí, uplatnění praktických i technických dovedností a rychlost v rozhodování, nároky na pozornost, paměť, na kvalitní, bezchybný pracovní výkon v náročných podmínkách, schopnost taktu, intuice, empatie, umění komunikace s lidmi různého věku a národností, rozvážné, příjemné, společenské vystupování...

Psychologické faktory ovlivňují nejen výkon sestry, ale i specifické interpersonální vztahy (sestra – sestra, sestra – lékař, sestra – pacient).

Uspokojení dalších základních potřeb:

- výživa – nepravidelná,
- hydratace – většinou nedostatečná,
- odpočinek - většinou nedostatečný,
- spánek – nedostatečný, nepravidelný,
- pracovní a osobní hygiena – dle technického zázemí a možností provozu pracoviště.

## **2. rovina: Bezpečí a jistota**

Do této oblasti patří např. potřeba zdraví, soběstačnosti, existenční a ekonomické jistoty, míru a klidu, stálosti zaměstnání, potřeba informací, jasná pravidla kompetencí a začlenění v pracovním procesu a v komunikaci, které by měly vnést řád do nekonečného množství dějů, které sestru obklopují.

Pocit bezpečí zdravotníků podporuje také vědomí jejich vlastní (vč. právní) ochrany institucí při kolizních situacích pracovních, v jednání s klienty a jejich příbuznými.

Velmi důležitým aspektem při týmovém charakteru práce je spolehlivost, morální a odborná kvalita všech členů pracovního týmu, a bezkonfliktní interpersonální vztahy.

V neposlední řadě patří k základním atributům jistoty sestry také odpovídající organizační systém, technické a materiální vybavení pracoviště, na které je možno se, zvláště v krizových situacích v péči o nemocné, vždy spolehnout.

Potřeba vlastního zdraví se často dostává do vědomí zdravotníků až v okamžiku, kdy dochází k vážné změně jejich zdravotního stavu. Ke svému zdraví a k prevenci chorob se staví úplně stejně, jako nepoučení laici (viz kouření, zdravý životní styl...). Rovněž v léčení již vzniklého vlastního onemocnění se často chovají nezodpovědně, léčí se sami dostupnými prostředky, své nemoci přecházejí, bagatelizují... Tato skutečnost je ovlivněna i ztotožněním se s rolí a přijetím všeobecně očekávaného chování zdravotníků, že jsou vždy připraveni pomoci jiným – potřebnějším, na úkor vlastních požadavků.

Společenská, koncepční a ekonomické situace v resortu zdravotnictví je ve víru neustálých přeměn a nezaručuje pocit stability a bezpečí pro klidnou práci.

Ekonomická soběstačnost sester je závislá na platových podmínkách a společenském hodnocení profese, které neodpovídají nárokům a vážnosti profese.

### **3. rovina: Potřeba lásky a příslušnosti**

Potřeba lásky a příslušnosti právě u zdravotníků často naráží na překážky. Náročnost profese, směnnost a specifický životní rytmus se obtížně slučuje s vedením domácnosti, s rolemi manželky a matky, dochází k narušení režimu rodiny, k problémům ve výchově dětí. Mezi partnery dochází často k nedorozuměním, špatné přizpůsobivosti, k netoleranci, k problémům a neúspěchům ve vztazích, což pak představuje jednu z podstatných příčin životní nespokojenosti.

Velká zodpovědnost a únava z práce vyvolává u některých sester potřebu hledání opory u silnějších jedinců. Objevuje se deprese, nezvladatelná únava – fyzická, psychická, emocionální, pocit vyčerpání. Pracovní zátěž prohlubují stále více specifické problémy péče o nemocné lidi. Situaci často komplikuje deziluze v partnerském vztahu, či v povolání a postupem času může vzniknout tzv. **syndrom vyhoření a tzv. syndrom pomáhajících profesí.**

Dle německého psychologa Wolfganga Schmidbauera (2000) je základním problémem člověka, postiženého syndromem pomáhajících profesí, velký rozpor – sociálně daná a očekávaná role – často až narcistická „fasáda“, která je orientovaná na vysoký a strnulý ideál JÁ. Toto JÁ říká, že JÁ umím a za všech okolností musím jiným pomáhat. Všichni se na mne mohou spolehnout, protože vzniklou situaci umím účinně vyřešit. Proti tomuto stojí mé vlastní, skrývané a utajované neuspokojené potřeby v pracovním a často i v soukromém životě. Vlastní slabost a potřebnost pomoci je navenek potlačována, opomíjena a zastírána. Ve vztahu pomáhající – klient chybí oboustranná a vyrovnaná vzájemnost. U syndromu pomáhajících se tento nedostatek otevřené vzájemnosti stává osobnostním rysem, částí charakterové obrany. Klient má právo vyjádřit své potřeby, hledat možnosti jejich uspokojení a pomáhající mu musí pomáhat najít řešení k saturaci jeho potřeb. Své vlastní potřeby však pomáhající musí ponechat stranou. K jeho obranné struktuře patří pomoc druhým na účet vlastních přání, odmítání vlastní potřebnosti a přijímání pomoci nejvýše ve formě „dalšího vzdělávání, aby ještě zdokonalil svou odbornou zdatnost k výkonu pomoci“.

Nespokojenost v životě a přetíženost v práci řeší pomáhající stejně jako ostatní lidé dostupnými společenskými nešvary jako je kouření, alkohol, léky a často zneužíváním i jiných návykových látek.

#### 4. rovina: Sebevědomí

Přirozenou potřebou člověka je vidět pozitivní výsledky a smysl své vlastní práce, dosáhnout uznání nejen u sebe, ale i v očích ostatních – partnerů, spolupracovníků, klientů. Potřebuje vnímat kladnou odezvu a respekt své osoby i vlastní práce v soukromém i pracovním životě.

Sociální profese vyžadují jistou dávku altruismu – schopnost pomáhat druhým. Práce s lidmi vyvolává uspokojení při výkonu těchto povolání. Od tohoto pocitu se pak odvíjí a posiluje sebehodnocení, sebevědomí, přesvědčení o vlastní hodnotě, úcta k sobě samé, jistota, posílení nezávislosti, životní spokojenost a touha po dalším sebehodnocení permanentním a dalším vzděláváním. Pocit vlastní potřebnosti, smyslu života, poznání vlastní hodnoty a síly pomáhá vyvažovat i nároky náročného povolání.

Diskutabilní je zatím společenská prestiž povolání řadové sestry a finanční ohodnocení, které neposiluje její ekonomickou soběstačnost.

#### 5. rovina: Sebeaktualizace

Snahou každého jedince je zabývat se tím, k čemu má schopnosti a kladnou citovou vazbu s pocitem, že může v činnosti rozvinout svou přirozenost, vlohy, představy a zájmy. K uspokojení při výkonu sesterské profese je nutné také tzv. **prosociální chování**. Jde o službu lidem s prvky altruismu. Toto chování není primárně podmíněno očekáváním vysokého finančního ohodnocení. Jedinec pak má silnou motivaci k jeho výkonu.

V sesterské profesi se mohou uplatnit solidní znalosti z medicínských oborů, z psychologie, pedagogiky, etiky, znalosti a dovednosti z ošetrovatelství, solidní fyzická i psychická výkonnost v práci s lidmi různých věkových kategorií, schopnost obstát při vysoké fyzické a psychické zátěži náročné profese... Profese nabízí možnosti a klade požadavky na další, celoživotní – i vysokoškolské vzdělávání, spolupráci na mezinárodní úrovni, postup v pracovní kariéře. Poskytuje



vysokou míru **osobní sebeaktualizace**, odpovídající danému, či vyššímu pracovnímu zařazení. Nabízí náročnou, často specializovanou práci s lidmi, například v manažerských funkcích nebo s klienty v náročných životních situacích.

Praktické možnosti uplatnění a využití širokých znalostí vysokoškolsky vzdělaných sester v reálných podmínkách mnohdy naráží na neznalost, neochotu ke změnám a zastaralé představy o roli sestry v ošetrovatelství nejen u starší generace sester, ale i lékařů, vrcholového managementu zdravotnických zařízení, dokonce i v rovině vedení resortu zdravotnictví.

Sesterská profese klade velké nároky na schopnost flexibility a adaptability v celé délce její pracovní kariéry – v oblasti fyzické, psychické (emoční, poznávací), v sociální i duchovní.

**Základní a vyšší potřeby řadových sester nejsou v praxi dostatečně saturovány.**

Pracovníci z tzv. **sociálních povolání** (zaměstnanecké kategorie pracujících s lidmi tzn. sestry, lékaři, učitelé, psychologové, právníci, policisté, duchovní, úředníci...) jsou ohroženi důsledky (každodenního, vyrovnaného, opakujícího se, nekolísajícího, dlouhodobého, profesionálního pracovního výkonu vysoké kvality a odpovědnosti) chronického stresu, který se nazývá **syndrom vyhoření (burnout syndrom)** – syndrom vyhaslosti, vypálení, vyčerpání. Jde o funkční poruchu projevující se v oblasti poznávacích funkcí, emocí, fyzickým vyčerpáním, únavou, ztrátou motivace, rezignací na osobní i profesionální cíle... (Kebza, 1997).

„Do stresu se může dostat každý člověk, avšak burnout se objevuje jen u lidí, kteří jsou intenzivně zaujati svou prací. Mají vysoké cíle. Vysoká očekávání. Mají výkonovou motivaci“ (Křivohlavý, 1998).

Krise pracovníka ovlivňuje nejen psychiku, fyzický stav, ale ve svém důsledku i kvalitu života postiženého, vztahy k lidem v pracovní i osobní rovině, ve svém důsledku se také zhoršuje kvalita poskytovaných služeb – v případě sester – kvalita péče o nemocné.

V posledních letech je výzkumu syndromu vyhoření, zvláště jeho sociálně psychologickým souvislostem, věnována poměrně velká pozornost. Při vysledování vzniku a zvýšeného výskytu postižení pracovníků syndromem vyhoření ve stejném konkrétním sociálním prostředí, instituci, komunitě byl vysloven názor, který nás zaujal. Maslachová Ch. z kalifornské státní univerzity v Berkeley vyslovila předpoklad, že při vzniku syndromu vyhoření u vysoce motivovaných pracovníků jde možná více o systémovou chybu, než osobní záležitost a selhání konkrétního pracovníka (in Kebza, 2005). Lze si přestavit, že zklamání, prohlédnutí, ztráta ideálů se může v určité organizaci, za určitého vedení, v celkové konstelaci určitého systému dostavit snadněji, než v jiné, odlišné atmosféře profesionálně stejného prostředí.

Bartošíková I. (2006) poskytuje přehled závěrů výzkumných a průzkumných prací zabývajících se problematikou syndromu vyhoření u sester, které byly provedeny v posledních letech v některých českých a slovenských zdravotnických zařízeních. Metodika těchto prací je různorodá, přesto Bartošíková konstatuje, že se **syndrom vyhoření týká asi pětiny až třetiny sester**. Při syndromu vyhoření se neprokázala žádná souvislost s inteligencí, věkem, stavem, vzděláním ani délkou praxe v oboru, ani s dobou, po kterou je zastávána současná pracovní pozice...

## Prevence syndromu vyhoření

Problematika prevence syndromu vyhoření není jednoduchá. Přesto lze podle již známých poznatků o jeho podstatě (ztráta radosti a smyslu konání) odvodit, že se jedná o dvě základní roviny problému:

**1. rovina jedince** – tzn. osobnostní charakteristika příznivá ve vztahu k vypořádávání se se stresem, optimistické ladění osobnosti, schopnost radovat se ze života, smysluplnost vlastního života, sociální opora – rodina, přátelské vztahy, hobby, realizace volného času, životní styl...

**2. rovina profese** – spokojenost s volbou profesního zaměření a výběrem zaměstnavatele. Jako účinný nástroj prevence vyhoření na straně zaměstnavatele se ukazuje dobrá personální politika – zájem o člověka, o pomoc pracovníkům např. ve formě supervize, program preventivních a podpůrných technik – např. psychologická pomoc, balintovské skupiny, mapování a prevence objektivního přetěžování sester, vyjasnění vztahů a kompetencí při práci v týmu, zkvalitnění péče o personál, péče o nastupující personál, posílení motivace k výkonu zvoleného povolání, péče o osobní růst, další vzdělávání apod.

Německý psychoanalytik **Wolfgang Schmidbauer** (2000) situaci komplikuje tím, že říká, že „pro pomáhajícího je velmi těžké akceptovat pro sebe pomoc, protože k jeho obranné struktuře patří pomáhat druhým na účet vlastních přání a potřeb. Vlastní slabost a potřebnost pomoci je popírána.“

Pomáháme jiným, ale často neumíme pomoci sami sobě.

## **Pracovní stres v profesi sestry**

Při práci sester se vyskytují tzv. **pracovní stresové situace**, které je pracovník nucen řešit operativně a pohotově. Sestry si stěžují na tzv. časový stres a stres ze zodpovědnosti v závažných situacích.

Stresovou situaci mohou vyvolat také klienti, kteří ze strachu a nevládnutí náročných životních situací mohou jednat neadekvátně, mohou být neklidní, někteří i arogantní a neukáznění, a tak mohou narušit komunikaci, průběh vyšetření, či zákroku. Zralost a zkušenosti v jednání sestry vyžadují zvláště také dětští pacienti včetně doprovázejících rodičů.

**U začínajících sester** způsobuje stres nejistota v nových situacích spojených s velkou zodpovědností, nutnost samostatného rozhodování – zvláště v nočních službách, kdy „elévka“ pracuje samostatně. Ještě dlouho po adaptačním období nových sester způsobují až mnohdy hraniční stres situace – jako je umírání, okolnosti při úmrtí, prožívání bolesti, úzkosti a beznaděje nemocných při mutilujících zákrocích a operacích. Často na tato setkání nejsou dostatečně psychicky připraveny, cítí bezradnost a velký strach. Situace je pro ně těžší, protože vědí, že **sestra musí zvládnout „zralou“ roli doprovázejícího a uklidňujícího.**

Dalším stresorem poslední doby mohou být u sester např. technická vybavení pracovišť, poměrně složité přístroje a různé programové počítačové vybavení. Obavy z nevládnutí manipulace s přístroji, zvláště v krizových situacích, se projevují jako tzv. **technostres**.

U pacientů na intenzivní péči, jejichž vitální funkce jsou permanentně přístroji monitorovány se může objevit strach z přístrojového selhání, nebo naopak strach z odpojení od přístrojů – pocit, že jedině neustálé přístrojové sledování může včas upozornit zdravotníky na opakované selhání jejich životních funkcí.

Zdrojem stresu je také **nahromadění pracovních úkolů při nedostatečném počtu pracovníků**, při nestabilizovaném a nesehraném pracovním týmu, při nevyjasněných a nevyhraněných pracovních kompetencích, při náhlých změnách pracovní situace nebo při napětí, které vzniká při **neutěšených interpersonálních vztazích na pracovišti**.

Určitým negativním činitelem je také **velký počet přesčasových hodin**, jistá **desiluse z povolání**, malá profesionální motivace, nespokojenost sester s neúměrným finančním i společenským ohodnocením a celkové nestabilní podmínky v resortu zdravotnictví.

V pracovních podmínkách souvisí psychosociální stres se sociálním prostředím v práci, s organizačními aspekty a obsahem zaměstnání, s problematikou chronických denních nepříjemností – mikrostressorů a tzv. životních událostí (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

**Vysoce stresogenní práce** je charakterizovaná vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka. Autonomie pracovní činnosti představuje možnost pracovníka rozhodovat o tempu práce, její povaze a podmínkách. Kombinace vysokých nároků současně s nízkou autonomií pracovní činnosti je považována za rozhodující rizikový faktor v determinaci zdravotních problémů jedince.

Na **zaměstnané ženy** působí stres ze dvou stran: role žena – matka, žena – pracující. Mnohdy vzniká konflikt rolí. K úspěšnému zvládnutí obou rolí přispívá pochopení a postoj partnera, jeho participace na péči o děti. Zdá se, že při vhodném partnerovi dokáže vdaná žena s dětmi a pracovní kariérou využít uspokojení s dětmi a pracovní kariérou získané v jedné z rolí jako zdroj zvládnutí stresu v druhé (Šolcová, 1996).

**Oblasti pracovní a mimopracovní se navzájem ovlivňují.**

## **Pracovní stres u sester sledovaného souboru**

Provedli jsme šetření stresových faktorů ve sledovaném souboru. Sestry sledovaného souboru mají průměrný věk 34 let, jsou v 51,7 % vdané, 8,7 % je rozvedených, 55,2 % má v průměru 2 děti.

Celkem 337 respondentů bylo vyzváno, aby vypsali celkem 8 stresujících problémů, které se vyskytují v jejich profesi a seřadili je v pořadí, jak je nejvíce stresují. Po vyhodnocení jsme vyjmenované stresory doplnili v pořadí od nejfrekventovanějších do kategorií přehledné klasifikace pracovního stresu podle Šolcové a Kebzy (1998).

### **Klasifikace pracovního stresu sester sledovaného souboru:**

zpracováno podle Šolcové a Kebzy (1998):

#### **1. Problémy související s rolemi, které jedinec zastává (konflikty rolí):**

- interpersonální vztahy,
- chování lékařů, neshody, špatná spolupráce,
- neshody s vedením, neobjektivní přístup,
- osobní zdravotní problémy,
- málo času pro soukromý život,
- strach z vlastního selhání, z chyby,
- neochota vedení – podporovat další vzdělávání,
- neochota sester – pro změny a další vzdělávání.

#### **2. Nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení a odpovědnost):**

- velké pracovní vytížení, přetížení, únava,
- časový stres, shon,
- fyzicky a psychicky náročná práce,

- málo sester,
- nedostatek pomocného personálu,
- velká zodpovědnost a náročnost profese,
- neobvyklé pracovní situace,
- neprofesionální přístup personálu k pacientům, vč. lékařů,
- stále změny personálu v kolektivu a zaučování nových.

**3. Organizace práce** (potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědností:

- úkoly mimo kompetenci sestry,
- práce za ostatní sestry i za lékaře,
- práce za pomocný personál,
- nekvalitní personál ve službě – odpovědnost za něj,
- nedostatek financí na technické a materiální vybavení,
- arogance a agresivita pacientů,
- neochota pacienta spolupracovat,
- nezájem příbuzných o nemocné, nedostatečná komunikace s nimi,
- urgentní stavy, těžký stav pacienta,
- setkání se smrtí,
- bezmocnost pomoci,
- těžce nemocní mladí lidé a děti,
- paliativní medicína.

**4. Profesní perspektiva** (nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace):

- nedostatek finančního ohodnocení,
- nedocení odbornosti, profese, společenského postavení,
- nedostatečná právní ochrana personálu,
- málo pochvaly, málo motivace,
- nejistota práce,
- problémy koncepce a systému zdravotnictví.

## 5. Fyzické prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost práce):

- nedostatečné, zastaralé a nefunkční technické vybavení,
- nedostatečné materiální vybavení,
- nedodržování standardů péče,
- nevyhovující pracovní a provozní podmínky,
- noční, služby ve vánoce a svátky,
- směnný provoz, nepravidelná pracovní doba,
- velká administrativa, byrokracie,
- kouřící spolupracovníci a management,
- stále zvonící telefony, zvonky,
- nedostatek světla na operačních sálech,
- obnošené a neupravené pracovní oděvy,
- přesčasové hodiny bez náhrady,
- časně a nepravidelné vstávání,
- riziko nákazy,
- porušování BOZP a OZ,
- nutnost pracovat i v době nemoci,
- stále nějaké nové změny, nařízení, příkazy,
- příprava akreditace.

Uvedené stresory se sčítají, v čase stále jich přibývá. Zatěžují sestry jak psychicky, tak fyzicky.

Dlouhodobě působící stresy působí negativně na

- kognitivní procesy (zhoršuje se např. koncentrace pozornosti, rychlost úsudku a reakce, rozhodnost...)
- emoce a osobnost (podrážděnost, zvýšená vzrušivost, znepokojení, napětí, deprese, hněv, pocit viny, snížení sebehodnocení, ztráta sebedůvěry, apatičnost...)



- činnost a jednání (neklid, nespavost, nervozita, pokles pracovní aktivity, zvýšená chuť k jídlu, kouření, alkohol, sedativa, hypnotika...)
- psychosomatická symptomatologie, imunosupresivní reakce organismu např. častá virová onemocnění...
- interakce profesionálních a domácích stresů, narušení interpersonálních vztahů...

## **Kompenzace stresu**

Velmi důležité **pro zachování duševního zdraví je optimistické ladění osobnosti, kladné sebepojetí, smysluplný život a správný životní styl.**

**Jako COPING – označujeme proces zvládnání stresu, proces vnitřního vyrovnávání se s vlastním emočním a fyziologickým stavem.**

Další možností je, že člověk učiní jistá opatření a svou činností mění podmínky i požadavky prostředí – **zvládnání zátěže jednáním a chováním, přizpůsobením si určitých podmínek prostředí.**

Nedocenená je **POHODA** (well-being), pocit BLAHA-zjednodušeně řečeno: aktivně uvědomovaný si pocit harmonie. Jde o dynamický duševní stav, charakterizovaný rozumnou harmonií mezi individuálními schopnostmi, potřebami, očekáváními, nároky a příležitostmi pramenícími z prostředí. Ve své podstatě jde o psychickou, tělesnou, sociální a spirituální dimenzi duševní – životní – pohody, která je chápána jako součást kvality života.

## **Obecné zásady aktivního přístupu k zvládnání stresu**

Podle Kebzy (2005): „Důležité je vidět problémy v proporcích a v časové perspektivě. Účinným prostředkem redukce stresogenního dopadu různých problémů je vyhnout se jejich osobnímu prožívání

a vztahování k vlastní osobě. Neúspěchy je třeba hodnotit z hlediska míry našeho snažení.“

**Zásady aktivního přístupu k životu** (Kebza, Šolcová, 1998b, 2007):

1. Otevřenost k tomu, co se kolem nás děje. Události a jevy chápat jako zajímavé a smysluplné.
2. Nebát se změn. Přijímat je jako něco běžného, přirozeného, jako výzvu.
3. V životních stresujících situacích být aktivní, hledat způsoby a kroky jak situaci čelit, podnikat rozhodné protiakce.
4. Počítat se stresujícími situacemi – vycházet z vědomí, že v dnešním světě se jim nevyhneme – zejména v určitých povoláních a funkcích.
5. Naučit se izolovat stres od ostatních životních aktivit (pracovní starosti od rodiny, partnerské a rodinné problémy od zaměstnání...).
6. Dbát na dobré a hojné vztahy s ostatními lidmi. Dobré sociální zakotvení, pocit podpory, sounáležitosti – pomáhá při vyrovnávání se s těžkostmi.
7. Vytvořit si kolem sebe příznivé prostředí – harmonický rodinný život, spolehlivé partnerské vztahy, uspokojující práce – nezbytná sociální opora, doplnění rezerv vyčerpaných např. vysokými pracovními nároky.
8. Osvojit si zdravý životní styl. Aktivní přístup k životu, aktivní odpovědnost za zdraví své a svých blízkých – zdravá životospráva, pohybová aktivita, dostatečný spánek, pozitivní přístup k životu, vyloučení škodlivých návyků (kouření, alkohol, či jiné drogy...).

Vymětal, (1994) radí lékařům: „...je nutno pracovat s rezervou, jinak se dříve nebo později opotřebujeme. Pokud jste vystaveni dlouhodobé

pracovní zátěži, nutno mít dobré rodinné zázemí a umět v dostatečné míře aktivně odpočívat.“

Mezi **pozitivní kompenzační aktivity stresu** patří aktivní odpočinek:

**a) pohybové aktivity:**

- sportovní aktivity různého druhu zvyšují tělesnou zdatnost, pocit zdraví, sebekázně, pocit vlastní hodnoty,
- turistika, chůze, procházky, pěší výlety – prokazatelně snižují úzkost, ovlivňují depresivní náladu, zvyšují kladné sebehodnocení, pocit vlastní hodnoty, pocit zvýšené energie, zlepšení zdraví, posilují pocit krásna z vnímání proměn přírody...
- fyzická práce, práce v domácnosti, zahrádkaření, chalupaření, ruční práce...

**b) relaxační techniky - autogenní trénink, jóga,**

**c) hobby...hudba, četba, trénování paměti,**

**d) sociální zázemí, humor a smích.**

Jako **nežádoucí kompenzační mechanismy stresu** můžeme zařadit: přejídání, návykové látky, kouření, zvýšené požívání alkoholu, větší pití kávy, hráčství, nakupování a další typy závislostí ...

**Kompenzace stresu u sledovaného souboru**

Respondenti byli vyzváni, aby v dotazníku vypsali čtyři možnosti relaxačních aktivit, kterými kompenzují napětí a stresové situace svého povolání. Jejich vyjádření jsou zaznamenány v tabulce č.1, která rozlišuje vyjádření skupiny kouřících a nekouřících. Z tabulky je patrné, že podstatně více členů skupiny kouřících provozuje daleko více relaxačních aktivit ve všech sledovaných oblastech.

tabulka č.1		Kompenzace stresu sester	nekouřící					kouřící						
			n = 207 nekouřící	n = % odpovědí	v o l ba				n = 130 kouřící	n = % odpovědí	v o l ba			
					1	2	3	4			1	2	3	4
Pohyb	1	sport, fyzická aktivita		53	20	18	9	6		46	18	15	12	1
	2	turistika, příroda		35	9	12	13	1		23	11	6	4	2
	3	úklid, domácí práce, vaření		6		1	3	2		7	2	2		3
	4	zahrádka		8	2	3	1	2		6	2	1	3	
	5	chalupa		1				1		2	1		1	
		<b>celkem</b>		<b>48%</b>	<b>103 = 32%</b>	<b>31</b>	<b>34</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>65%</b>	<b>84 = 22,5 %</b>	<b>34</b>	<b>24</b>	<b>20</b>
Relaxace	1	koupele, péče o sebe		6		4	1	1		8	2	3	1	2
	2	změna prostředí, volno		5	1	2	1	1		8	4	2	2	
	3	samota, ticho, klid		1			1			15	3	3	9	
	4	chvilková relaxace		1			1			5	2	3		
	5	odpočinek		7	4	1	2			7	7			
	6	spánek		6	1	4	1			23	12	5	3	3
	7	dovolená		21	10	4	3	4		13	3	3	3	4
		<b>celkem</b>		<b>22,80%</b>	<b>47 = 14,6 %</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>60,10%</b>	<b>79 = 21,5%</b>	<b>33</b>	<b>19</b>	<b>18</b>
Hobby	1	koničky		10	3	3	4			9		2	3	4
	2	zvíře		-						6		3	3	
	3	jízda autem		1				1		1			1	
	4	hudba, hra na kytaru, klavír		25	12	5	6	2		23	7	2	9	5
	5	čtení		27	7	11	7	2		32	11	9	8	4
	6	kultura		16	2	4	6	4		6		4	2	
	7	TV		2	1		1			5	1	2		2
	8	odborné semináře, studium		3		2	1			2	2			
		<b>celkem</b>		<b>38,50%</b>	<b>84 = 26%</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>64%</b>	<b>83 = 22,5 %</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>26</b>
Zázemí	1	rodina		42	22	7	7	6		22	10	5	3	4
	2	milovaná osoba, dítě, vnouče		6	4	1		1		16	4	7	2	3
	3	setkání s přáteli		29	6	7	8	8		37	6	15	8	8
	4	pomoc druhým		2	1	1				2	2			
	5	humor, smích		3		2	1			2	1	1		
		<b>celkem</b>		<b>37,50%</b>	<b>82 = 25,5 %</b>	<b>33</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>60,10%</b>	<b>79 = 21,5 %</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>13</b>

<b>Jiné</b>	1	káva		1		1				7	3		3	1
	2	jídlo		2			2			3			1	2
	3	sklenička – mírně		2			1	1		4	1		1	2
	4	nákupy, maličkost pro radost		1			1			2			1	1
	5	sladkosti, čokoláda		-						2	1	1		
	6	cigareta		-						19	10	3	5	1
	7	sex		-						2		1		1
	8	restaurace, diskotéka		-						4		3		1
	9	nadávání		-						1				1
		<b>celkem</b>	<b>3%</b>	<b>6 = 2 %</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>33,90%</b>	<b>44 = 12 %</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>10</b>
<b>odpovědí celkem</b>		<b>více odpovědí</b>	<b>n 322 = 100%</b>	<b>105</b>	<b>93</b>	<b>55</b>	<b>43</b>	<b>více odpovědí</b>	<b>n 369 =100%</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>88</b>	<b>55</b>	

## **C EMPIRICKÁ ČÁST**

### **Cíle studie**

**Předložená studie se zabývá problematikou kouření zdravotních sester. I když mají sestry dostatek informací, znalostí i osobních zkušeností s hrozivými následky kouření v oblasti zdraví a nemoci, mnohé z nich je, s podivem, ve vlastním životě ignorují.**

#### **Zvolili jsme si tyto cíle:**

- stanovit prevalenci kouření u souboru zdravotních sester,
- porovnat skupiny kouřících a nekouřících,
- identifikovat aspekty a problémy spojené s kuřáctvím v souvislosti s profesí zdravotní sestry,
- vyhodnotit a analyzovat výsledky, formulovat závěry se zvláštním zřetelem k deskripci působících stresorů, úrovni osobní pohody (well-being), životních událostí (life events) v kontextu specifického profesního profilu všeobecné (zdravotní) sestry.

#### **Dále bychom chtěli zjistit:**

- podstatu závislostí celého souboru kouřících,
- vztah kouření sester a psychosomatického stavu, věku, délky praxe, typu pracovního zařazení, funkční pozice, typu pracoviště,
- výskyt pasivního kouření na pracovištích ve zdravotnickém zařízení,
- postoj ošetřovatelského managementu ke kouření na pracovišti,
- nejčastější stresové faktory a situace v profesi sestry,
- nejčastější kompenzační mechanismy profesní zátěže,
- zda kouření sester souvisí s věkem,
- zda počátek kouření ovlivňuje bydliště ve velkých městech,
- situaci v procesu zvládnání stresu (coping processes) v sesterské profesi,
- schopnost odolat kouření.

Na základě zjištěných výsledků šetření identifikovat a pojmenovat problémy, navrhnout možnosti vedoucí ke změně postojů a chování cílové skupiny, a tak:

- přispět k posílení motivace sester nekouřit – k jejich aktivní snaze ovlivnit rizikové chování v případě závislosti na tabáku,
- ovlivnit motivaci sester kuřáček k léčbě závislosti na tabáku,
- posílit odpovědnost sester kuřáček v oblasti pasivního kouření nekuřáků,
- přispět k posílení povědomí sester nekouřících o nebezpečnosti pasivního kouření,
- přispět k posílení osobní uvědomělosti a odpovědnosti kouřících sester v účinnosti edukace klientů,
- přispět k zavedení antikuřáckého režimu ve zdravotnických zařízeních,
- navrhnout řešení vybraných zjištěných problémů,
- prezentovat výsledky a doporučení ve sledovaných zdravotnických zařízeních, v tisku, na odborných konferencích sester, na poradách sesterského managementu zdravotnických zařízení České republiky.

## Hypotézy

**V rámci přípravy projektu jsme zformulovali tyto hypotézy:**

- H 1 Sestry s vyšším vzděláním kouří významně méně.
- H 2 V podsouboru sester, žijících v dlouhodobém (trvalém) partnerském či manželském vztahu, bude statisticky významně nižší zastoupení kouřících.
- H 3 Vznik a rozvoj kuřáctví je ovlivněn místem bydliště – velkoměsta jsou podpurným prostředím z hlediska kouření.
- H 4 Charakter zdravotnického zařízení má vliv na prevalenci kouření - velké nemocnice facilitují rozvoj kouření.
- H 5 Na prevalenci kouření má vliv směnnost provozu – ve směnném provozu je prevalence kouření vyšší.
- H 6 Kouření sester je nadřízenými tolerováno.
- H 7 Tolerance kouřících managerů ve zdravotnických zařízeních souvisí s kouřením sester.
- H 8 Na prevalenci kouření sester má vliv náročná práce na odděleních, kde je vyšší expozice stresovým a krizovým situacím.
- H 9 Tzv. „sváteční a mírní“ kouřící kouří převážně na odděleních u tzv. „kávových“ přestávek.



## Metody realizace projektu

1. Studium obecné problematiky tabakismu
2. Studium profese sestry, charakteristiky zátěže a pracovního prostředí
3. Analýza současných problémů v sesterské profesi a jejich potencionální vliv na kouření
4. Dotazníkové šetření
5. Srovnávací analýza a vyhodnocení výsledků
6. Statistické metody:  
třídění dat 1. stupně, třídění dat 2. stupně, analýza variance (ANOVA), chí kvadrát -  $\chi^2$ , výpočet relativního rizika (RR) a odds ratio (OR), mnohonásobná regresní analýza (logistická regrese, metoda Stepwise).  
Zpracování dat bylo provedeno v software Epi Info a SPSS.
7. Konzultace s odborníky
8. Retrospektiva – vlastní zkušenosti autorky získaných:
  - výkonem povolání zdravotní sestry, výkonem manažerských funkcí ve zdravotnickém školství,
  - dlouholetou pedagogickou činností v oboru Psychologie – Péče o nemocné na různých stupních zdravotnického školství (SZŠ, IDV PZ v Brně, 3. LF UK v Praze).

## **Dotazníkové šetření**

Údaje od všeobecných (zdravotních) sester, jejichž rozboru se budeme dále věnovat, byly získány vyhodnocením těchto dotazníků:  
(viz přílohy)

1. Anamnestický dotazník – zjišťující základní osobní údaje – osobní, rodinnou, pracovní a kuřáckou anamnézu, kuřácké návyky, psychosomatický stav, pracovní stresující situace, relaxační mechanismy...
2. Škála sociální readaptace – Social Readjustment Scale – měří předpokládaný dopad životních událostí na zdravotní stav
3. SWB – Subjective Well-Being - hodnotí úroveň osobní pohody
4. DNZ – Fagerströmův dotazník nikotinové závislosti
5. HSBI – Heavy Smokers Baseline Interview - zjišťuje kuřácké zvyklosti
6. CQ – Confidence Questionnaire - zjišťuje současnou schopnost odolat nutkání kouřit

## **Způsob realizace empirického šetření**

Soubor dotazníků s průvodním dopisem (viz přílohy) v obálce byl v únoru 2005 osobně předán s instrukcí anonymního návratu v zalepené obálce:

- a) sestřám - studujícím kombinovanou formu studia bakalářského programu Ošetřovatelství – Zdravotní vědy na 3. lékařské fakultě v Praze s žádostí o předání obálky s dotazníky kolegyním - sestřám na svých pracovištích,
- b) sestřám, studujícím v náhodně vybraných specializačních programech v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně,
- c) sestřám nestudujícím - z různých oddělení klinik Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze.

Poznámka:

Všechny studující ad/a,b jsou sestry z praxe různého věkového rozložení, různého funkčního zařazení a z různých zdravotnických zařízení z celé ČR.

Bylo předáno celkem 400 obálek s dotazníky. Počet navrácených obálek byl 344. Sedm sad navrácených dotazníků bylo vyřazeno pro nekvalitní vyplnění. K vyhodnocení bylo použito 337 sad dotazníků i přes to, že některé nebyly vyplněny úplně kompletně. Z tohoto důvodu se v některých položkách celkový počet odpovědí poněkud liší (n = 100 %).

Návratnost dotazníků činila 86 %, ke zpracování dat bylo použito celkem 84,25 %.

**Šetření probíhalo od února do dubna 2005.**

## **Interpretace výsledků**

Veškeré informace o souboru jsme získali pouze prostřednictvím dotazníkového šetření.

### **Výsledky získané z Anamnestického dotazníku**

#### **Otázka č. 1 Charakteristika souboru**

Počet respondentů celého souboru činí 337 sester s primární kvalifikací zdravotní, dětské, všeobecné sestry a porodní asistentky (dále jen sestry). Zkoumaný soubor můžeme chápat jako homogenní z hlediska zaměření a výkonu profese, charakteru vzdělání a odborné způsobilosti. Jde o sestry pracující v různém funkčním zařazení (jako staniční, vrchní, hlavní/náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, ojediněle také jako učitelky ošetrovatelských předmětů na zdravotnických školách), na různých typech ošetrovacích jednotek a v různých typech zdravotnických zařízení celé České republiky.

Všechny sestry ze souboru vykonávají činnosti v oblasti ošetrovatelské péče vyplývající z dosažené kvalifikace ev. specializace (dané příslušnou kompetencí dle zákonných norem) vycházející z primární, sekundární a terciální prevence, z léčebného a ošetrovatelského plánu péče o nemocné i o zdravé klienty.

Název profese – SESTRA - je zavádějící. Nezhledňuje totiž pohlaví respondenta.

Tuto situaci řeší až zákon 96/2004 Sb., který v Hlavě II. Díl 1, § 5 (4) říká: „Pokud způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetrovatel.“

V našem souboru je zařazeno i osm mužů průměrného věku 27 let (v rozmezí 21 až 37 let, se vzděláním – SZŠ), kteří jsou náhodou rovnoměrně zastoupeni v obou skupinách (viz tab. č. 2). Vzhledem k jejich nevýznamnému počtu tento fakt dále nebude zohledňován.

#### **Prevalence kouření souboru**

Dle určujícího kriteriia – vztah ke kouření – byl sledovaný soubor respondentů (**celkem 337**) rozdělen na dvě základní skupiny:  
viz tabulka č. 1 a graf č. 1

- skupina nekouřících - **61,4 % (n = 207)**,
- skupina kouřících - **38,6 % (n = 130)**.

Tyto dvě skupiny budou dále vzájemně **porovnávány ze zorného úhlu kuřáctví**.

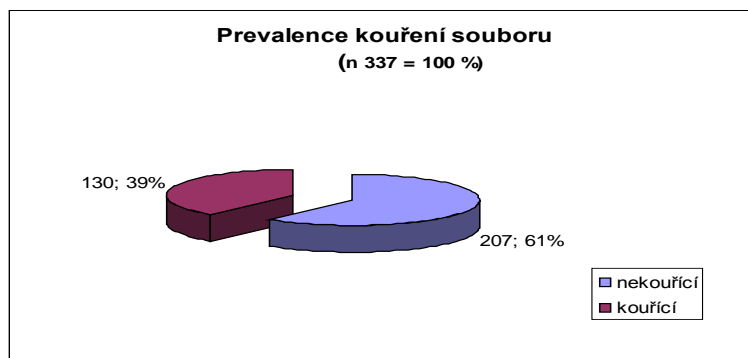
Tam, kde se ukázala statistická významnost rozdílů, je na tuto skutečnost upozorněno. V několika případech nebyla statistická významnost potvrzena z důvodu malé četnosti při dalším podrobném členění skupin. Proto u některých proměnných nelze vyslovit jednoznačnou interpretaci výsledků. Trendy jsou však patrné z procentuálního vyhodnocení.

hodnota  $p < 0,05$  znamená statistickou významnost (\*)

hodnota  $p < 0,01$  znamená statisticky vysokou významnost (\*\*)

Zastoupení pohlaví, skupiny souboru	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
muži	4	50	4	50	8	2,4
ženy	203	61,7	126	38,3	329	97,6
<b>celkem</b>	<b>207</b>	<b>61,4</b>	<b>130</b>	<b>38,6</b>	<b>337</b>	<b>100</b>

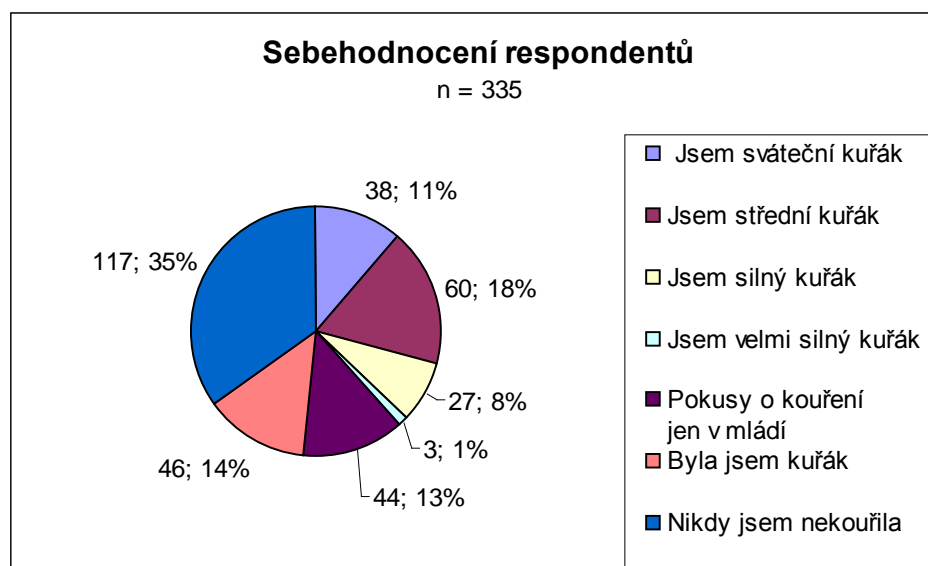
Tabulka č. 2 Zastoupení pohlaví, skupiny souboru



Graf č. 1 Prevalence kuřáctví souboru

### Sebehodnocení kuřáctví u respondentů

Graf č. 2 ukazuje skutečnou situaci kuřáctví v souboru podle subjektivního hodnocení respondentů:



Graf č. 2 Kuřáctví souboru – sebehodnocení respondentů

**Za nekuřáka se považuje** 207 = 61,4 % respondentů z celého souboru - viz graf č. 1. Z toho nikdy nekouřilo 117 = 35 % respondentů, 44 = 13 % s cigaretou experimentovalo v adolescenci, ale kouřícími se nestalo, dalších 14 % sester se za kouřící v minulosti označilo, ale podařilo se jim kouření úspěšně již dlouhodobě zanechat.

**Za kuřáka se považuje** 130 = 39 % respondentů. Za svátečního kuřáka se označuje 38 = 11 %, za středního 60 = 18 %, silného 27 = 8 % a velmi silného 3 = 1 % sester.

**Závěr:** Konstatujeme, že 52 % sester daného souboru se považovalo někdy za kuřáky,

z toho – **současnými aktivními kouřícími je 39 %.**

**Tuto skupinu – označenou jako kouřící, budeme dále sledovat.**

## **Prevalence kouření v české populaci v roce 2005**

Pro srovnání sledovaného souboru s prevalencí kuřáctví v běžné české populaci uvádíme zkrácenou informaci z výzkumné zprávy (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006):

Podle výzkumu z roku 2005 v ČR je možno v současnosti označit:

26,3 % občanů (obou pohlaví) za pravidelné kuřáky,

4,1 % za nepravidelné kuřáky,

**t.j. 30,4 % občanů (15 – 64 let) lze označit za kuřáky.**

15 % dotázaných patří mezi bývalé kuřáky, kteří kouření zanechali,

**54,6 % dotázaných** se označuje za nekuřáky,

z nich **21,6 %** má s kouřením určité krátkodobé zkušenosti,

**33 %** zbývajících občanů uvádí, že nikdy nekouřilo

**Ženy** významně častěji uvádějí, že nikdy nekouřily.

**V roce 2005 kouřilo ve věku 15–64 let:**

nejméně 1 cigaretu denně 31 % mužů a 21 % žen

méně než 1 cigaretu denně 3,5 % mužů a 4,6 % žen.

**V české populaci v roce 2005 kouřilo celkem 34,5 % mužů a 25,6 % žen (ve věku 15–64 let).**

**Sestry našeho sledovaného souboru ve stejném roce kouřily v 38,6 %.**

**Otázka č. 2 Věkové zastoupení**

Průměrná hodnota věku sledovaného souboru je 34 let.

V obou porovnávaných skupinách je minimální věk 19 let, průměrný věk souboru je 34 let. Ani v průměrném věku se skupiny výrazně neliší:

nekouřící - průměrný věk 34,5 let

kouřící - průměrný věk 33,4 let

Bližší rozložení respondentů sledovaného souboru ukazuje tabulka č. 3:

Věk	n	Průměr	Sm.odch.	Minimum	Medián	Modus	Maximum
Nekouřící	203	34,5	9,4	19	32	27	69
Kouřící	129	33,4	10,7	19	30	24	58
<b>Statistická významnost rozdílů p = 0,2967, n.s.</b>							

Tabulka č. 3 Věkové rozložení souboru



### Otázka č. 3      **Vzdělání**

Následující tabulka ukazuje početní a procentuální zastoupení respondentů souboru s určitým nejvyšším typem vzdělání a prevalenci kouření v jednotlivých skupinách:

<b>Současná situace vzdělání souboru</b>	<b>nekouřící</b>		<b>kouřící</b>		<b>celý soubor</b>	<b>n</b>
	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<i>dokončené vyšší</i>	43,5	(90)	33,1	(43)	39,5	133
<i>nyní studuje vyšší</i>	35,3	(73)	10	(10)	25,5	86
<b>celkem vyšší</b>	<b>78,8</b>	<b>(163)</b>	<b>43,1</b>	<b>(56)</b>	<b>65</b>	<b>219</b>
<b>SZŠ</b>	<b>21,2</b>	<b>(44)</b>	<b>56,9</b>	<b>(74)</b>	<b>35</b>	<b>118</b>
<b>celý soubor</b>	<b>100</b>	<b>(207)</b>	<b>100</b>	<b>(130)</b>	<b>100</b>	<b>337</b>
	<b>61,43 %</b>		<b>38,57 %</b>			

Tabulka č. 4    **Vzdělání souboru a prevalence kouření**

Všechny sestry sledovaného souboru mají jako základ kvalifikační vzdělání – převážně typu SZŠ ev. gymnázium a následně VOŠ nebo bakalářský program Ošetřovatelství.

Celý soubor je z hlediska nejvyššího dokončeného vzdělání rozložen na dvě skupiny: viz tabulka č. 4.

**a) sestry s dokončeným (nejvyšším) vzděláním**

aa) kvalifikačním – jen SZŠ, - 35,5 % souboru

ab) vyšším – 39, 5 % souboru

**b) sestry dále studující při zaměstnání – 25 % souboru**

**ad a) aa) středoškolské** (60,5 % souboru) - střední zdravotnická škola – (dále SZŠ) ukončená maturitní zkouškou,

**ab) vyšší** (viz tabulka č. 5)

**aba) specializační** (27 % souboru) – po SZŠ a předepsané praxi – studium v určitém oboru či pro úzce specializované činnosti – většinou tří semestrové - ukončené závěrečnou zkouškou,

**abb) vyšší odbornou školu** (dále VOŠ) (10 % souboru) – ukončeno absolutoriem a titulem DiS = Diplomovaný specialista. VOŠ poskytuje pro absolventy jiných středních škol než je SZŠ kvalifikaci všeobecná sestra, ale také specializaci s určitým zaměřením (porodní asistentka, zdravotnický záchranář, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči...

**abc) bakalářské studium** (1,5 %) na lékařských fakultách

**i/** kvalifikační studijní program Ošetřovatelství obor Všeobecná sestra – forma presenční,

**ii/** doplňující studijní program (pro sestry s dokončenou SZŠ z praxe) = forma kombinovaná při zaměstnání Ošetřovatelství obor Všeobecná sestra nebo Zdravotní vědy (např. 3. LF KU v Praze).

Tyto programy jsou ukončeny státní závěrečnou zkouškou a obhajobou bakalářské práce, titul. Bc.

**abd) magisterské studium** (0,9 % souboru) – se zaměřením na pedagogickou činnost ve zdravotnickém školství, aplikované ošetřovatelství, management v ošetřovatelství, či vzdělávání dospělých, titul Mgr.

Programy jsou ukončeny státními závěrečnými zkouškami a obhajobou magisterské práce.

Dokončené vyšší vzdělání a kuřáctví	nekouřící		kouřící		celkem	
	n	%	n	%	n	%
<i>Mgr.</i>	3	100	-	-	3	2,3
<i>VOŠ</i>	25	73,5	9	26,5	34	25,6
<i>Bc.</i>	2	40	3	60	5	3,8
<i>Specializace</i>	60	65,9	31	34,1	91	68,3
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>67,7</b>	<b>43</b>	<b>32,3</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 5 Dokončené vyšší vzdělání a kuřáctví

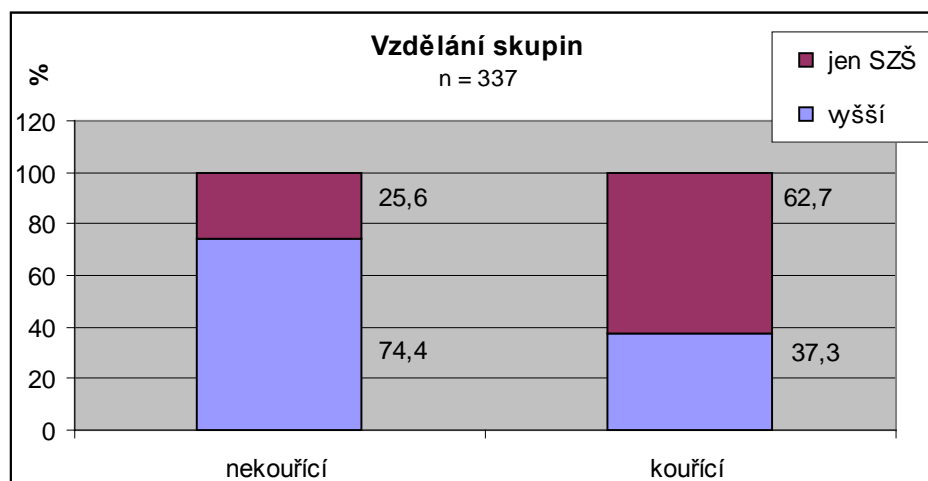
**ad b) sestry studující vyšší formu vzdělání** (25,5 % souboru) viz následující tab. č. 6. **Tyto sestry mají dokončenou SZŠ a při zaměstnání** ještě dále studují např. kombinovanou formu bakalářského programu Ošetřovatelství, VOŠ, či různé specializační studijní programy.

Studující vyšší vzdělání a kuřáctví	nekouřící		kouřící		celkem	
	n	%	n	%	n	%
<i>Bc.</i>	52	89,7	6	10,3	58	67,4
<i>VOŠ</i>	3	75	1	25	4	4,7
<i>Specializace</i>	18	75	6	25	24	27,9
<b>celkem</b>	<b>73</b>	<b>84,9</b>	<b>13</b>	<b>15,1</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 6 Studující vyššího vzdělání a kuřáctví

### **Hypotéza 1 – Sestry s vyšším vzděláním kouří méně**

Tato hypotéza se v našem souboru potvrzuje - viz graf č. 3  
Sestry, které studují, nebo mají již dokončené vyšší vzdělání kouří méně, než ty, které mají nejvyšší ukončené vzdělání středoškolské.



Graf č. 3 Vzdelání kouřících a nekouřících

OR = 4,90 (2,94 < OR < 8,16) RR = 2,45 (1,88 < RR < 3,20)

**p < 0,0001,\*\*** vysoce statisticky významné

I v běžné populaci je opakovaně – od roku 2000 – potvrzováno (Sovinová a kol., 2006), že vyšší stupeň dosaženého vzdělání příznivě ovlivňuje postoj ke kouření, a tím i počty pravidelných kuřáků.

Také ve sledovaném souboru se prokázalo, že ve skupině nekouřících je významně vyšší počet respondentů s vyšším vzděláním.

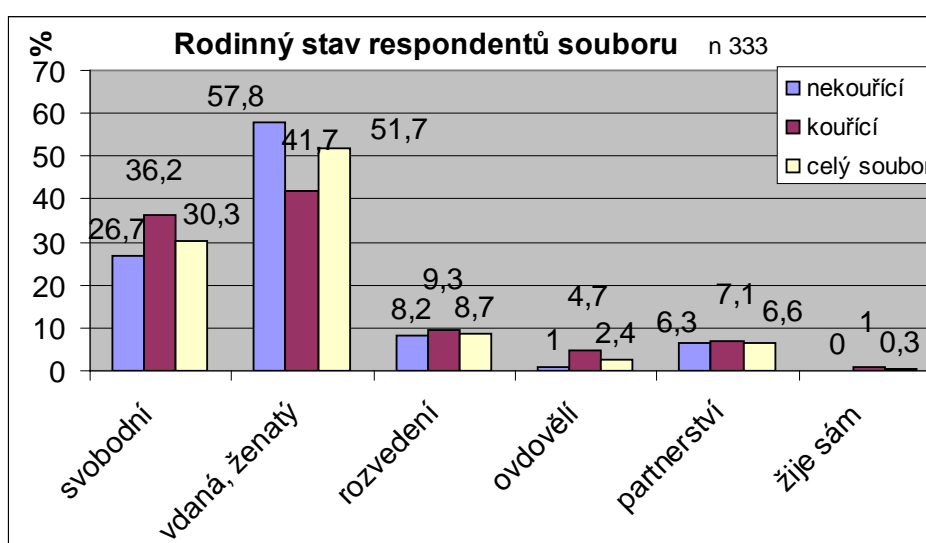
Přesto je zarážející vysoká prevalence kouření sester, neboť jde o soubor, kde nejnižší vzdělání je středoškolské.

#### Otázka č. 4 Rodinný stav v současné době

Rodinný stav (zda jedinec žije v manželství, či nikoli, zda je svobodný, rozvedený, zda je manželství fungující, či formální, atd.) je užíván jako index sociální opory. Základním aspektem sociálních vazeb tvořících podstatu sociální opory je spíše jejich adekvátnost v nepříznivě se vyvíjejících (stresových) situacích (Kebza, 2005).

Ošetřovatelská profese je chápána jako velmi náročná jak v oblasti psychické, tak fyzické (viz profesiogram) a sociální opora ve fungujícím partnerském vztahu má své opodstatnění.

Ve sledovaném souboru tvoří největší část (51,7 %) vdané ženy. Při porovnání podskupin – u vdaných je nekouřících 69,2 % oproti 30,8 % kouřících. V podskupině svobodných je kouřících o 9 % více (45,5 % proti 54,5 % nekouřících).



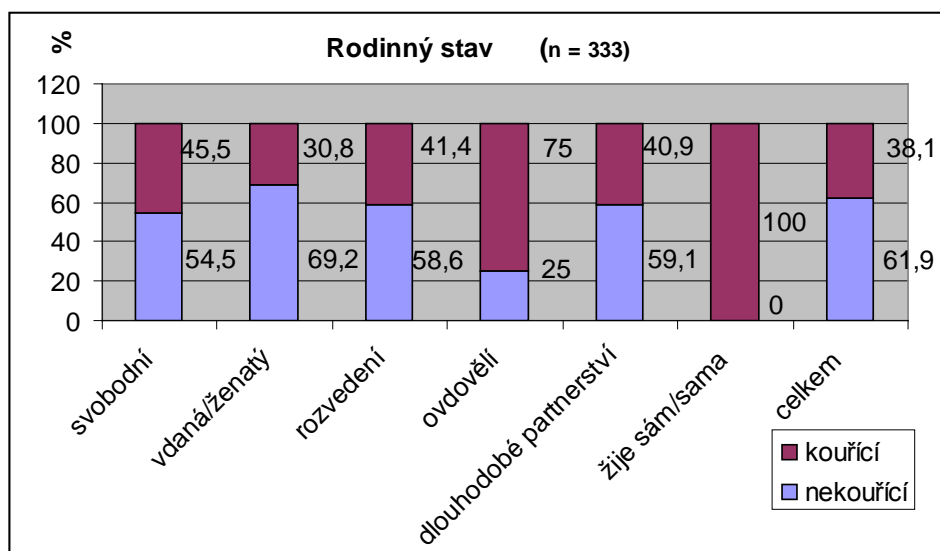
Graf č. 4a Rodinný stav respondentů souboru

Další tabulka č. 6 sleduje vztah proměnné rodinný stav a kouření

Rodinný stav a kouření	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
svobodní	55	54,5	46	45,5	101	30,3
vdaná/ženatý	119	69,2	53	30,8	172	51,7
rozvedení	17	58,6	12	41,4	29	8,7
ovdovělí	2	25	6	75	8	2,4
dlouhodobé partnerství	13	59,1	6	40,9	22	6,6
žije sám/sama	0	0	1	100	1	0,3
<b>celkem</b>	<b>206</b>	<b>61,9</b>	<b>127</b>	<b>38,1</b>	<b>333</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 7 Rodinný stav a kouření

V proběhlých studiích u běžné populace od roku 2000 bylo opakovaně konstatováno (Sovinová a kol., 2006), že „z hlediska rodinného stavu jako statisticky významný byl identifikován vyšší podíl pravidelných kuřáků mezi rozvedenými, zatímco u vdaných/ženatých a ovdovělých byl zjištěn významnější podíl bývalých kuřáků.“

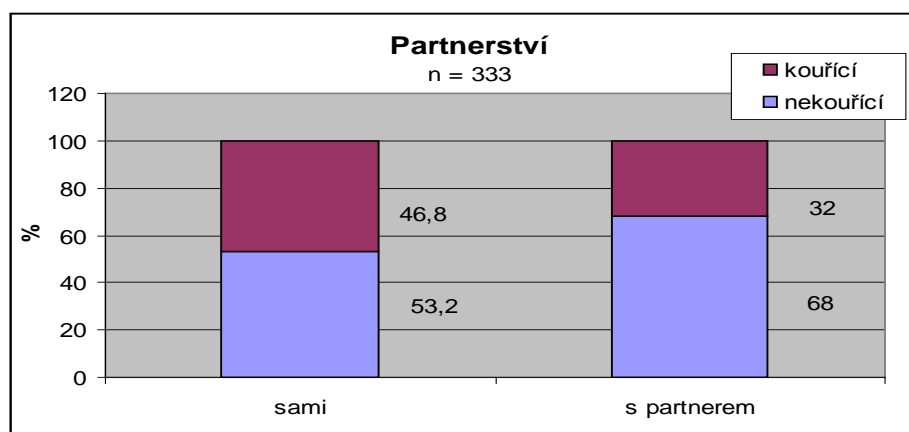


Graf č. 4b Rodinný stav a kouření

Sledovali jsme, je-li pro kuřáctví významná také skutečnost soužití v dlouhodobém partnerském vztahu. Sovinová a kol. (2006) opakovaně zjistili, že mezi lidmi se stálým partnerem je více bývalých kuřáků.

Partnerství	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
osamělí	74	53,2	65	46,8	139	41,7
s partnery	132	68	62	32	194	58,3
celkem	206	61,9	127	38,1	333	100

Tabulka č. 8 Partnerství



Graf č. 5 Partnerství

OR = 1,87 (1,16 OR 3,01)      RR = 1,46 (1,12 RR 1,92)

**p = 0,0062,\*\* – vysoce statisticky významné**

V partnerském vztahu žije více nekouřících (68 %) sester, než nekouřících (32 %).

Také výsledek regresní analýzy (viz tabulka č. 47 a 48) vykazuje, že u sester, které nežijí v partnerském vztahu, je poměr (OR – odds ratio) kouřících a nekouřících 2,475 krát vyšší než u sester v partnerském vztahu.

**Hypotéza č. 2 se potvrdila.**

**V podsouboru sester, žijících v dlouhodobém (trvalém) partnerském či manželském vztahu, bude statisticky významně nižší zastoupení kouřících.**

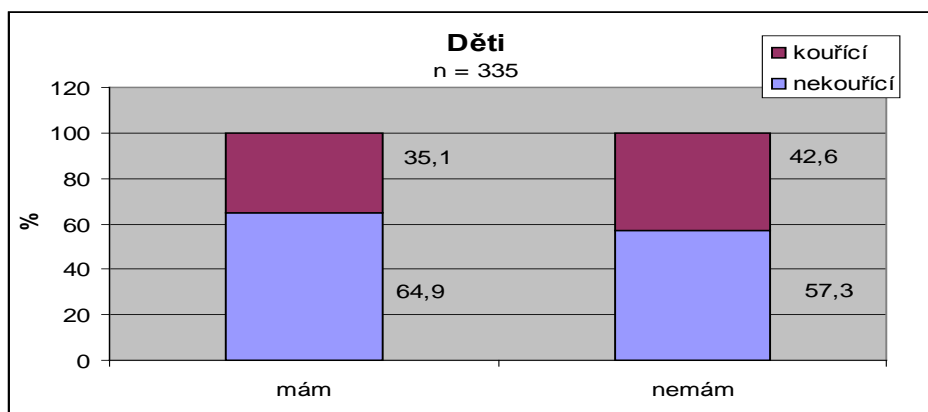
### Otázka č. 5 Máte vlastní děti?

Na tuto otázku odpovědělo celkem 335 sester. Z celého souboru má děti 55,2 % respondentů.

Ve skupině nekouřících odpovědělo kladně 64,9 % sester, což je o 29,8 % více než u kuřáček (35,1 %).

Děti	nekouřící		kouřící		celkem	
	n	%	n	%	n	%
mám	120	64,9	65	35,1	185	55,2
nemám	86	57,3	64	42,7	150	44,8
<b>celkem</b>	<b>206</b>	<b>61,5</b>	<b>129</b>	<b>38,5</b>	<b>335</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 9 Máte vlastní děti?



Graf č. 6 Děti

### Počet dětí

	n	Průměr	Sm.odch.	Medián	Modus	Maximum
Nekouřící	122	1,84	0,58	2	2	3
Kouřící	65	1,58	0,53	2	2	3
<b>Statistická významnost rozdílu p = 0,0040 **</b>						

Tabulka č. 10 Počet dětí



Nejvíce sester v obou skupinách má v průměru dvě děti, maximum tři.

**Sledovaná veličina „Počet dětí“ se statisticky vysoce významně liší u skupiny kouřících a nekouřících ( $p = 0,0040, **$ ) – testováno metodou  $\chi^2$**

ve prospěch nekouřících. Tato skutečnost bezprostředně souvisí i s tím, že nekuřačky mají trvalejší partnerské vztahy, více jich žije také v manželství.

## **Otázka č. 6 Kuřáctví ve vztahu k území původu**

**Otázka: Pocházíte z Čech, Moravy, Slovenska, či jiné země?**

Zajímalo nás, má-li vliv na kouření také území původu – tzn. odkud sestry pocházejí. Sledovali jsme sestry z Čech, Moravy a Slovenska.

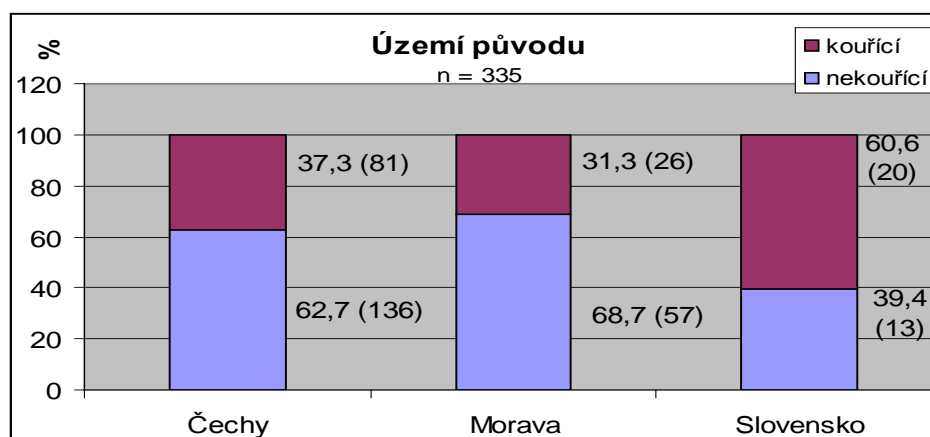
Původ	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
Čechy	136	62,7	81	37,3	<b>217</b>	<b>64,8</b>
Morava	57	68,7	26	31,3	<b>83</b>	<b>24,8</b>
Slovensko	13	39,4	20	60,6	<b>33</b>	<b>9,9</b>
Jiná země	1	50	1	50	<b>2</b>	<b>0,6</b>
<b>celkem</b>	<b>207</b>	<b>61,8</b>	<b>128</b>	<b>38,2</b>	<b>335</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 11 Kuřáctví ve vztahu k území původu

Nejvíce respondentů celého souboru (65 %) je z Čech. Tato skutečnost ovlivňuje i počty kouřících. Nejmenší zastoupení kouřících se objevilo ve skupině sester z Moravy (31,3 %).

Zajímavé je, že nejvyšší zastoupení kouřících je u respondentů ze Slovenska (celý soubor  $n = 33$ , z toho je 60,6 % kouřících).

**Hodnota  $p = 0,0126$ , \* - ukazuje statisticky vysoce významný rozdíl.**



Graf č. 7 Prevalence kouření dle území původu

Také výsledek regresní analýzy potvrzuje, že u sester z Moravy je nejméně kouřících. U sester ze Slovenska je poměr kuřáček a nekuřáček (OR) 3,849krát vyšší než u sester z Čech (viz příloha č. 48).

### Otázka č. 7 Trvalé bydliště v dětství a v adolescenci

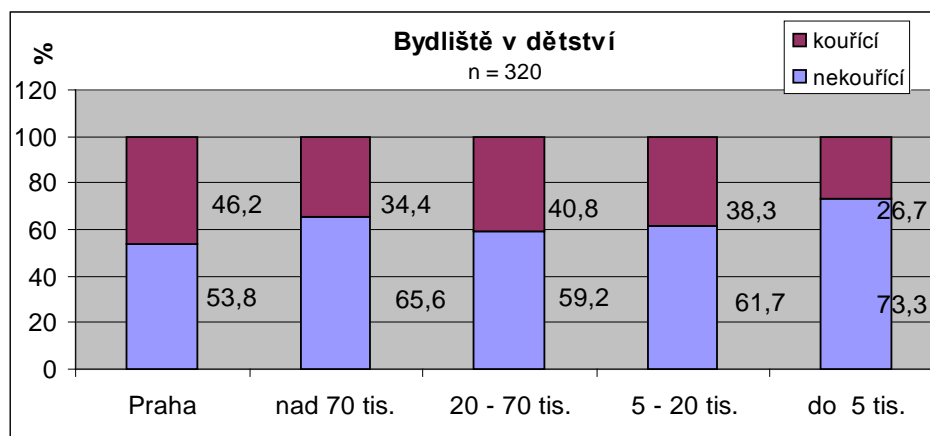
Kladli jsme si otázku, má-li bydliště ve velkých městech významný podíl hlavně na vznik kuřáctví v období dětství a adolescence.

Na tuto otázku odpovídalo 200 nekouřících a 120 kouřících.

Celkem odpovídalo 320 respondentů. hodnota  $p = 0,1636$ , n.s.

Bydliště v dětství a v adolescenci	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
Praha	50	53,8	43	46,2	93	29,1
nad 70 tis.	21	65,6	11	34,4	32	10
20 – 70 tis.	29	59,2	20	40,8	49	15,3
5 - 20 tis.	37	61,7	23	38,3	60	18,8
do 5 tis.	63	73,3	23	26,8	86	26,9
<b>celkem</b>	<b>200</b>	<b>62,5</b>	<b>120</b>	<b>37,5</b>	<b>320</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 12 Bydliště v dětství a adolescenci

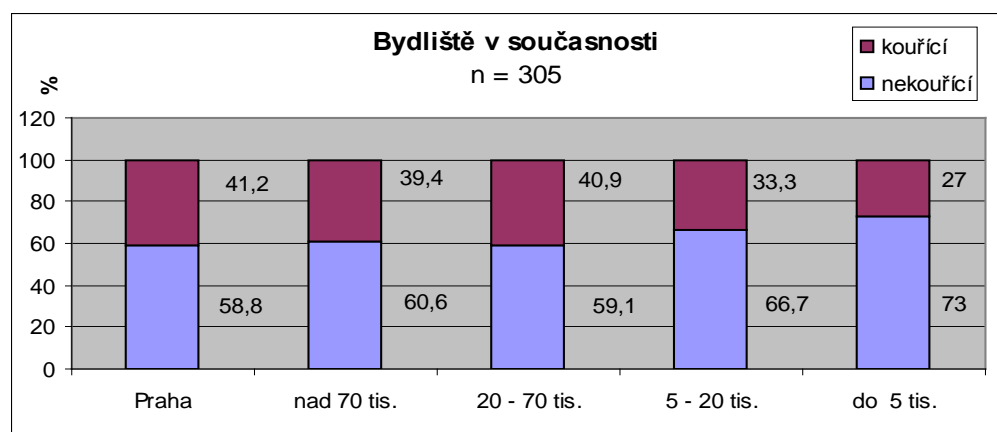


Graf č. 8 Bydliště respondentů v dětství a adolescenci

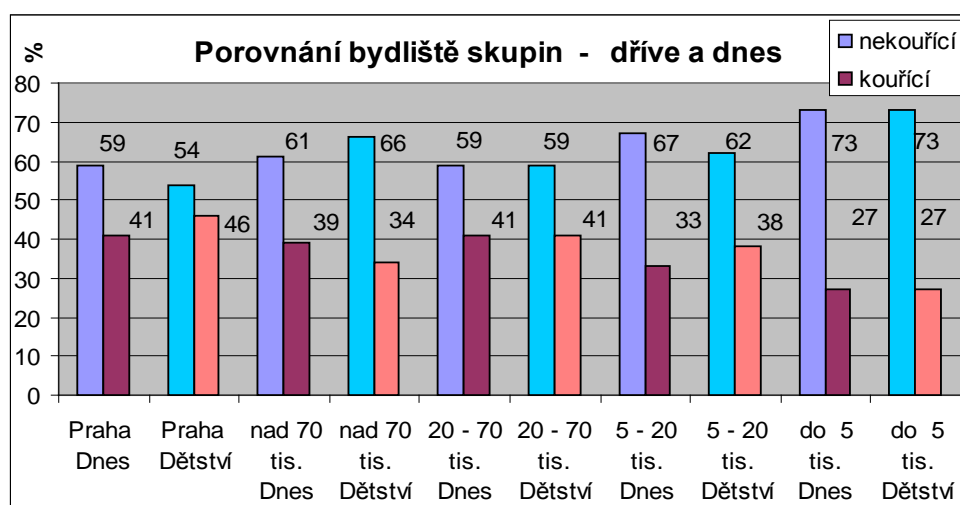
### Otázka č. 8 Trvalé bydliště v současnosti

Bydliště v současnosti	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
Praha	94	58,8	66	41,3	160	52,5
nad 70 tis.	20	60,6	13	39,4	33	10,8
20 – 70 tis.	13	59,1	9	40,9	22	7,2
5 - 20 tis.	28	66,7	14	33,3	42	13,8
do 5 tis.	35	73	13	27	48	15,7
<b>celkem</b>	<b>190</b>	<b>62,3</b>	<b>115</b>	<b>37,7</b>	<b>305</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 13 Bydliště v současnosti



Graf č. 9 Bydliště v současnosti



Graf č. 10 Porovnání bydliště skupin

Graf. č. 10 – porovnání bydliště dříve a dnes ukazuje, že více kuřáků žilo a stále žije ve větších městech nad 20 tisíc obyvatel.

Tato skutečnost však není statisticky významná.

Hodnota  $p = 0,5996$ , n.s.

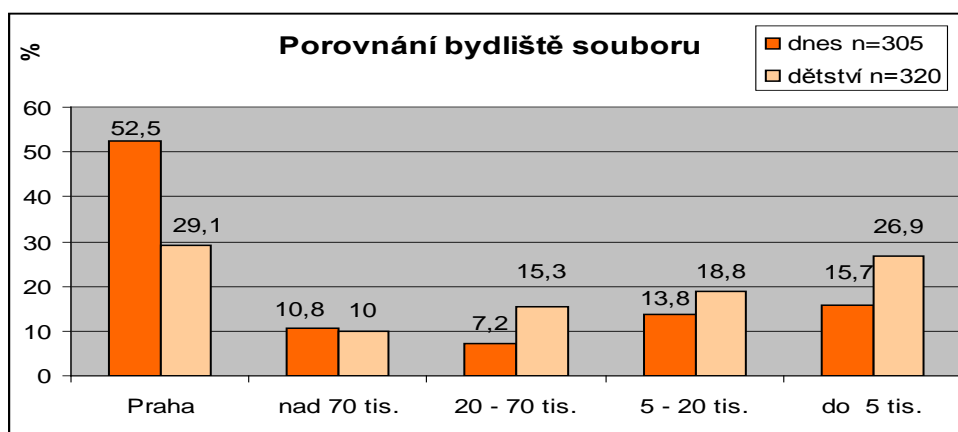
### Hypotéza č. 3

**Vznik a rozvoj kuřáctví je ovlivněn místem bydliště – velkoměsta jsou podpurným prostředím z hlediska kouření.**

Toto tvrzení není statisticky významně potvrzeno.

Tendenci, vyjádřenou v hypotéze č. 3, podporuje procentuální vyjádření rozdílů ve skupinách kouřících a nekouřících.

V současné době žije nejvíce respondentů celého souboru v Praze (52,5 %), i když to tak v průběhu jejich života nebylo – viz graf č.10.



Graf č. 11 Porovnání bydliště respondentů souboru

### Otázka č. 9 Délka odborné praxe

Dalším ukazatelem, který byl sledován, je délka odborné praxe – viz následující tabulka:

	n	Průměr	Sm.odch.	Minimum	Medián	Modus	Maximum
Nekouřící	205	14,02	9,65	0,6	12	6	50
Kouřící	129	13,22	9,95	0,6	12	12	37
<b>Statistická významnost rozdílu p = 0,4982, n.s.</b>							

Tabulka č. 14 Délka odborné praxe

Průměrná délka odborné praxe nekouřících je 14 let, u kouřících 13,2 let, střední hodnota u obou – 12 let.

Nejčastější hodnota (modus) u nekouřících je 6 let, maximum 50 let (pracující důchodkyně), u kouřících je modus 12 let, maximum 37 let.

Rozdíl mezi skupinami je statisticky nevýznamný (p = 0,4982, n.s.)

## Otázka č. 10

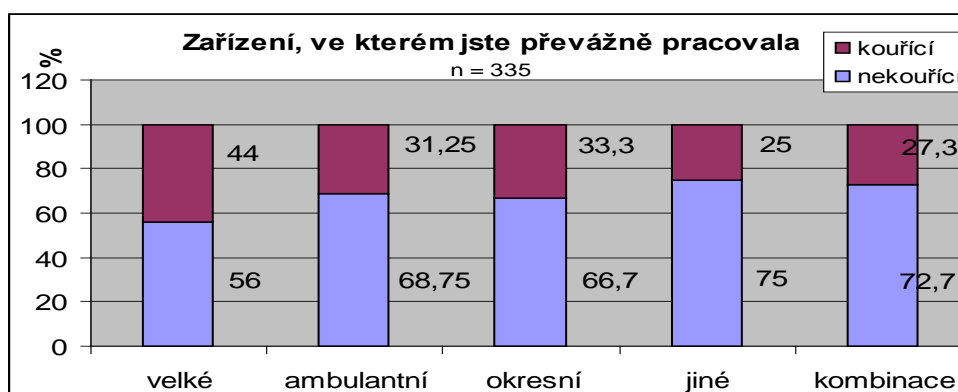
### Zdravotnické zařízení, ve kterém převážně pracoval/a

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| 1 velká nemocnice          | 2 ambulantní zařízení |
| 3 nemocnice okresního typu | 4 jiné – jaké         |

Zajímal nás typ zdravotnických zařízení, ve kterých naše sestry pracují. Nejvíce je jich z velkých nemocnic. Tento fakt je i jistě částečně ovlivněn distribucí dotazníků z místa studia studujících sester v Praze a v Brně a větší skupinou sester z FN Královské Vinohrady v Praze.

Typ zařízení	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
velké	117	56	92	44	209	62,4
ambulantní	44	68,75	20	31,25	64	19
okresní	8	66,7	4	33,3	12	3,6
jiné	21	75	7	25	28	8,4
kombinace	16	72,7	6	27,3	22	6,6
celkem	206	61,5	129	38,5	335	100

Tabulka č. 15 Typ zdravotnického zařízení



Graf č. 12 Typ zdravotnického zařízení

Jako „jiné“ bylo uváděno zařízení: např. církevní, sociální, železniční, malá nemocnice, lázně, městská nemocnice...

Do položky „kombinace“ byly zařazeny odpovědi týkající se zaměstnání ve větším počtu pracovišť ve více zdravotnických zařízení.

**Nejvíce respondentů souboru (62,4 % = 209) pracuje ve velkých nemocnicích. Z těchto 209 (= 100 %) je také nejvíce kouřících sester - 92 (= 44 %). hodnota p = 0,0992, n.s.**

#### Hypotéza 4

**Charakter zdravotnického zařízení má vliv na prevalenci kouření - velké nemocnice facilitují rozvoj kouření.**

Toto tvrzení není jednoznačně statisticky významně potvrzeno.

Hypotézu č. 4 však podporuje procentuální vyjádření rozdílů ve skupinách kouřících a nekouřících.

#### Otázka č. 11

**Charakter oddělení, na kterém převážně pracujete**

- |                 |  |               |
|-----------------|--|---------------|
| 1 interní       | 2 chirurgický                          | 3 geriatrický |
| 4 psychiatrický | 5 pro dospělé                          | 6 pro děti    |
| 7 ARO           | kombinace – více vystřídaných oddělení |               |

Dále nás zajímalo, na kterých odděleních sestry nejvíce kouří. Předpokládali jsme, že to budou ta, kde se nejvíce setkávají s fyzickou a psychickou zátěží.

Charakter oddělení	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
interní	59	64,1	33	35,9	92	27,5
chirurgický	46	48,4	49	51,6	95	28,4
geriatrický	9	52,9	8	47,1	17	5
psychiatrický	2	50	2	50	4	1,2
pro dospělé	9	64,3	5	35,7	14	4,2
dětské	8	61,5	5	38,5	13	3,9
ARO	46	74,2	16	25,8	62	18,5
kombinace	27	71	11	29	38	11,3
<b>celkem</b>	<b>206</b>	<b>61,5</b>	<b>129</b>	<b>38,5</b>	<b>335</b>	<b>100</b>

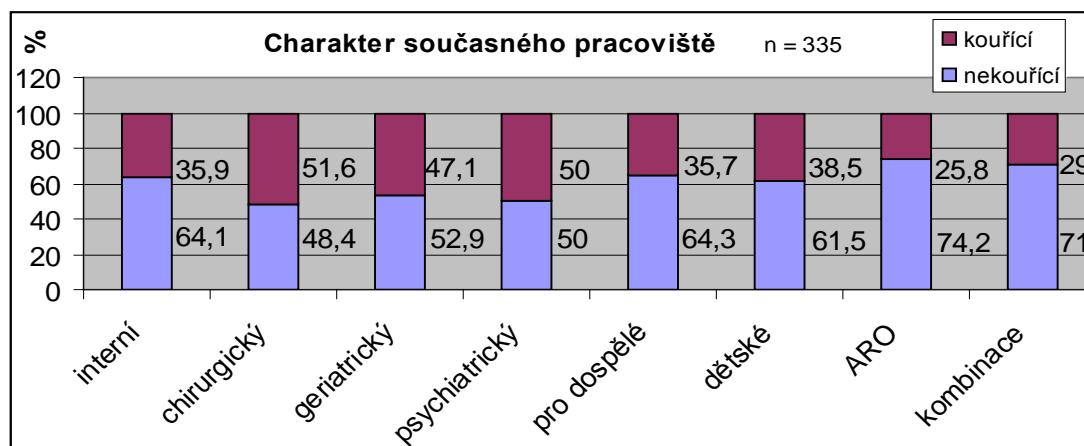
Tabulka č. 16 Charakter oddělení, na kterém převážně pracujete

Nejvíce kouřících je na chirurgických odděleních (51,6 %), na druhém místě jsou geriatrická (47 %) a na třetím místě dokonce dětská oddělení (38,5 %). K psychiatrii se nevyjadřujeme vzhledem k malému zastoupení respondentů.

Nejmenší počet kouřících se vyskytl na ARO - jen 25,8 %.

Na dalších odděleních je počet kouřících poměrně vyrovnaný.

**Hodnota  $p = 0,0356^*$  – vykazuje statisticky významný rozdíl** zastoupení kouřících a nekouřících pracovníků na jednotlivých typech oddělení.



Graf č. 13 Charakter oddělení, na kterém převážně pracujete

### Otázka č. 12 Převážný charakter poskytované péče

- |              |              |                 |               |
|--------------|--------------|-----------------|---------------|
| 1 urgentní   | 2 intenzivní | 3 intermediální | 4 standardní  |
| 2 dlouhodobá | 5 terminální | 6 domácí        | 8 jiná – jaká |

#### 8 Jiná – jaká:

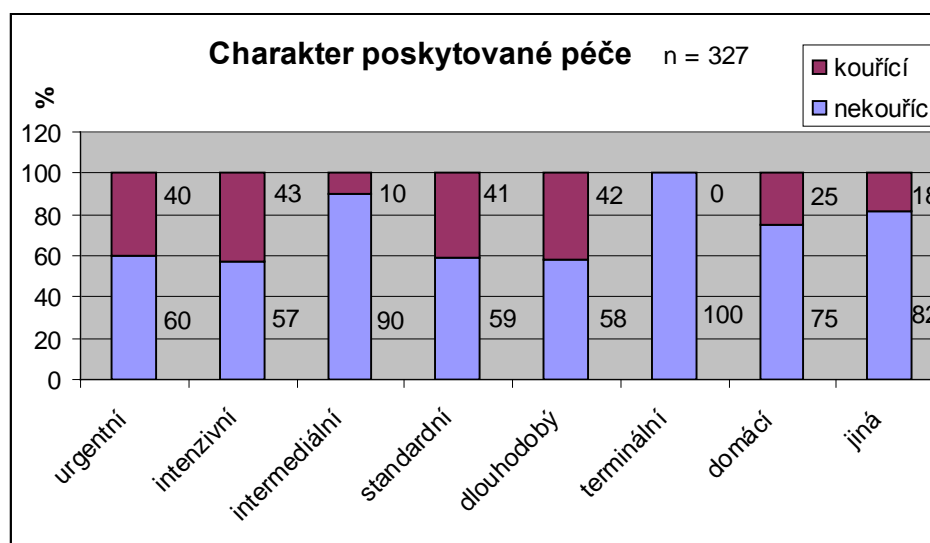
byla uváděna pouze specifikace jednotlivých pracovišť, a to menší lékařské obory (oftalmologie, ORL, dermatologie, hemodialýza, kardiologie, EEG), dále neurologie, domácí péče, kardiologie, následná péče, operační sál, perioperační, gynekologický, porodní sál



Na otázku odpovídalo celkem 327 respondentů:

Charakter péče	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
urgentní	30	60	20	40	50	15,3
intenzivní	62	56,9	47	43,1	109	33,3
intermediální	9	90	1	10	10	3
standardní	60	58,8	42	41,2	102	31,2
dlouhodobý	22	57,9	16	42,1	38	11,6
terminální	3	100	0	0	3	1
domácí	3	75	1	25	4	1,2
jiná	9	81,8	2	18,2	11	3,4
<b>celkem</b>	<b>198</b>	<b>60,6</b>	<b>129</b>	<b>39,4</b>	<b>327</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 18 Charakter poskytované péče



Graf č. 14 Charakter poskytované péče

Tabulka i graf ukazují, že sestry, které poskytují urgentní, intenzivní, standardní i dlouhodobou péči, kouří přibližně ve stejném procentuálním zastoupení – 40 %. Ostatní sledované typy péče byly méně početně zastoupeny.

### Hypotéza 8

**Na prevalenci kouření sester má vliv náročná práce na odděleních, kde je vyšší expozice stresovým a krizovým situacím.**

**Výsledky nejsou statisticky významné. (hodnota p – 0,2161, n.s.)**

Podle procentuálního vyjádření však některá oddělení vykazují vyšší podíl kouřících.

Další dvě otázky byly cíleny ke zjištění, jaké bylo dřívější, a je nyní zařazení sester ve směnném provozu.

Máme za to, že nepravidelná pracovní doba je jedním z faktorů, které přispívají k zátěži v sesterském povolání. Směnný a nepřetržitý provoz k této profesi patří, neboť péče o nemocné musí být kontinuální. Sestry absolventky převážně začínají svou pracovní kariéru ve směnném provozu na standardní ošetrovací jednotce.

### Otázka č. 13 Zařazení v provozu dříve

Provoz dříve	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
směnný provoz	158	60,1	105	39,9	263	80,7
denní provoz	42	66,7	21	33,3	63	19,3
<b>celkem</b>	<b>200</b>	<b>61,3</b>	<b>126</b>	<b>38,7</b>	<b>326</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 19 Dřívější zařazení v provozu

80 % respondentů souboru nastoupilo a pracovalo dříve ve směnném provozu, 40 % z nich kouřilo.

OR odds ratio = 1,33 (interval spolehlivosti 0,72 <OR<2,47)

RR relative risk = 1,20 (interval spolehlivosti 0,82 <RR<1,75)

Ve směnném provozu je RR kuřáctví 1,20 x vyšší než v denním provozu.

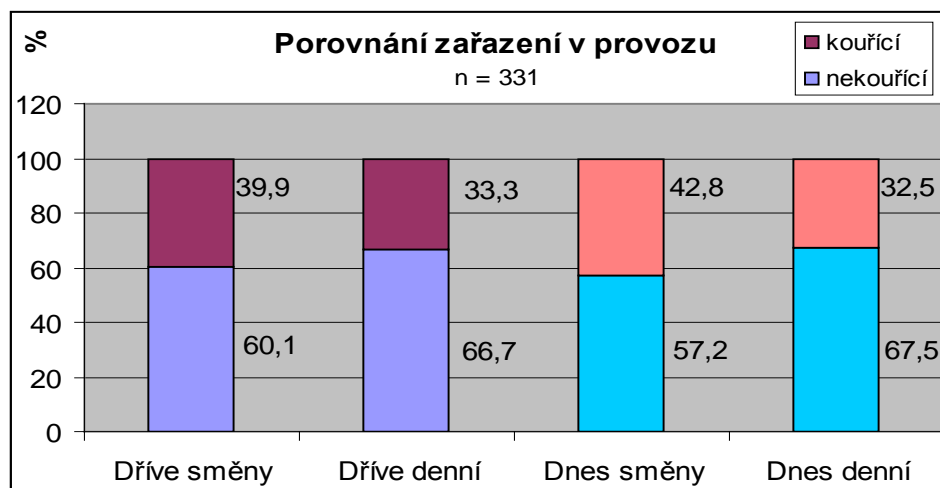
**Hodnota p = 0,3353, n.s.**

#### Otázka č. 14

#### Zařazení respondentek v provozu v současné době

Současné zařazení v provozu	nekouřící n	%	kouřící n	%	celý soubor n	%
směnný provoz	119	57,2	89	42,8	208	62,8
denní provoz	83	67,5	40	32,5	123	37,2
celkem	202	61	129	39	331	100

Tabulka č. 20 Zařazení v provozu v současnosti



Graf č. 15 Porovnání zařazení ve směnách dříve a v současnosti

V současné době ve směnném provozu pracuje 63 % respondentů souboru, 43 % z nich kouří. Ze sester v denním provozu kouří 32,5 %.

OR - **odds ratio** = 1,55 (0,95<OR<2,54)

RR - **relative risk** = 1,32 (0,98<RR<1,77)

Relativní riziko kuřáctví je 1,32 x vyšší ve směnném provozu než na denních službách.

**Hodnota p – 0,0642, (n.s) je na hranici statistické významnosti**

### Hypotéza 5

Na prevalenci kouření má vliv směnnost provozu – ve směnném provozu je prevalence kouření vyšší.

Naše hypotéza je statisticky na hranici významnosti, v procentuálním vyjádření je kuřáctví ve směnném provozu vyšší.

### Otázka č. 15 Převážné funkční zařazení v pracovní kariéře

Následující dvě otázky mají zjistit funkční zařazení respondentů.

V kolonce „jiné“ se u obou otázek objevovalo např. učitelka, sestra specialistka, instrumentářka, laborantka, porodní asistentka, směnová sestra, samostatná pracovnice nefrologie, v současnosti nepracují (studentka na mateřské dovolené)...

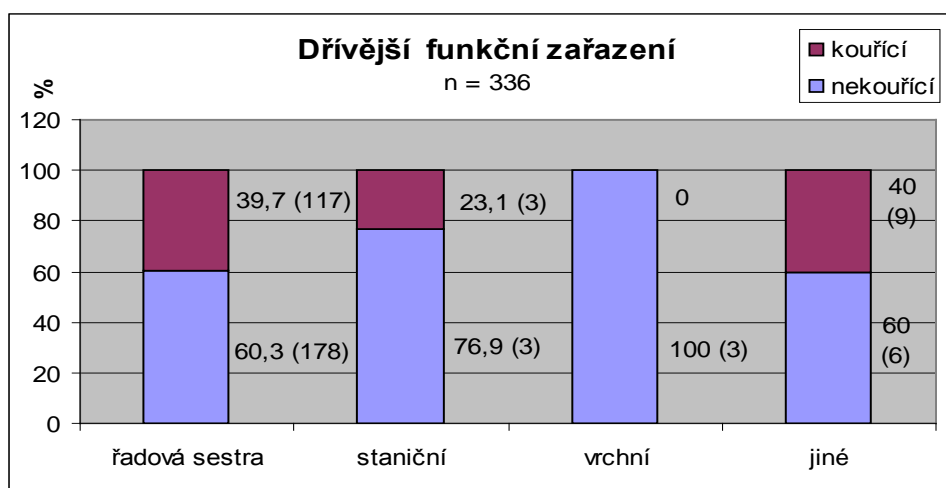
Dřívější funkční zařazení	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
řadová sestra	178	60,3	117	39,7	295	90,5
staniční sestra	10	76,9	3	23,1	13	4
vrchní sestra	3	100	0	0	3	0,9
jiné	9	60	6	40	15	4,6
<b>celkem</b>	<b>200</b>	<b>61,3</b>	<b>126</b>	<b>38,7</b>	<b>326</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 21 Dřívější funkční zařazení

Dřívější funkční postavení u skupiny kouřících a nekouřících se statisticky významně neliší (hodnota  $p = 0,3396$ , n.s.)

Sestry většinou začínaly svou pracovní kariéru jako řadové sestry na lůžkových odděleních ve třísměnném provozu. Sledovaný soubor je poměrně mladý.

Do funkcí ošetřovatelského managementu se některé dostávají v průběhu další pracovní kariéry.



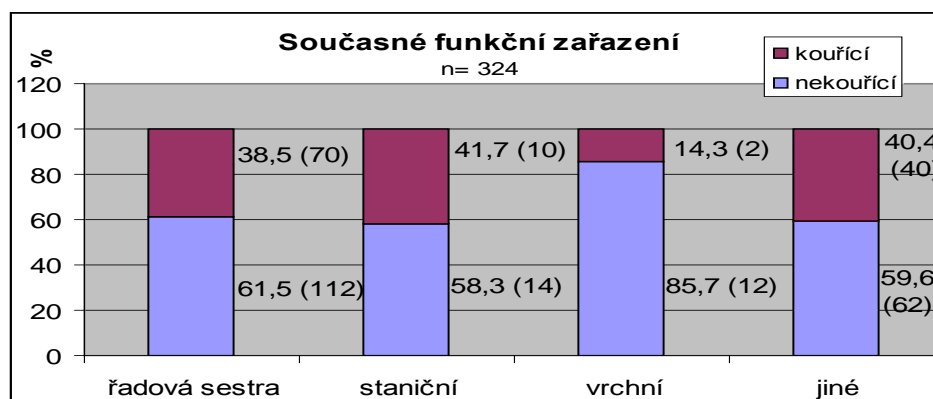
Graf č. 16 Dřívější funkční zařazení

### Otázka č. 16 Současné funkční zařazení

Současné funkční zařazení	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
řadová sestra	112	61,5	70	38,5	182	56,2
staniční sestra	14	58,3	10	41,7	24	7,4
vrchní sestra	12	85,7	2	14,3	14	4,3
jiné	62	59,6	42	40,4	104	32,1
<b>celkem</b>	<b>200</b>	<b>61,7</b>	<b>124</b>	<b>38,3</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 22 Současné funkční zařazení

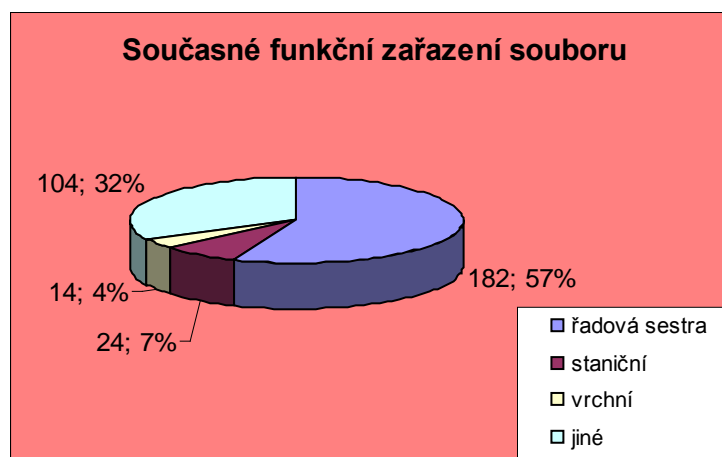
U sledovaného souboru se v průběhu času změnilo funkční zařazení sester (z původních 90 % respondentů zůstává v době sledování již jen 56,2 % z nich v pozici řadové sestry).



Graf č. 17 Současné funkční zařazení skupin

Rovněž při současném funkčním zařazení respondentů se skupiny kouřících a nekouřících statisticky významně neliší.

(hodnota  $p = 0,2926$ , n.s.)



Graf č. 18 Současné funkční zařazení souboru

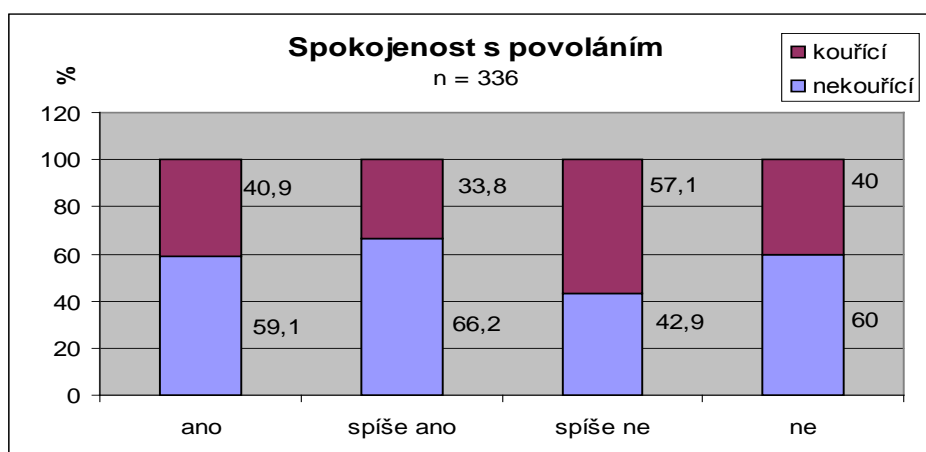
## Otázka č. 17 Spokojenost s povoláním

Zajímalo nás vyjádření sester o spokojenosti se zvoleným povoláním.

Sesterská profese patří mezi tzv. sociální povolání. Je úzce spjata s velkou odpovědností a rychlostí v rozhodování, se schopností empatie a taktu. Poskytování kvalitní a individualizované péče je bezprostředně závislé na umění komunikace s lidmi, kteří se ponejvíce nacházejí v krizových situacích spojených s ohrožením zdraví, mnohdy i života vlastního, nebo svých blízkých.

Spokojenost s povoláním	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	94	59,1	65	40,9	159	47,3
b) spíše ano	100	66,2	51	33,8	151	44,9
c) spíše ne	9	42,9	12	57,1	21	6,3
d) ne	3	60	2	40	5	1,5
Celkem	206	61,3	130	38,7	336	100

Tabulka č. 23 Spokojenost s povoláním



Graf č. 19 Spokojenost s povoláním

K této problematice se vyjádřilo celkem 92,2 % = (310) respondentů souboru kladně. Z nich je s volbou svého povolání spokojeno 62,6 % nekouřících a 37,4 % kouřících. Pouze 26 (7,8 %) respondentů odpovědělo spíše ne a ne.

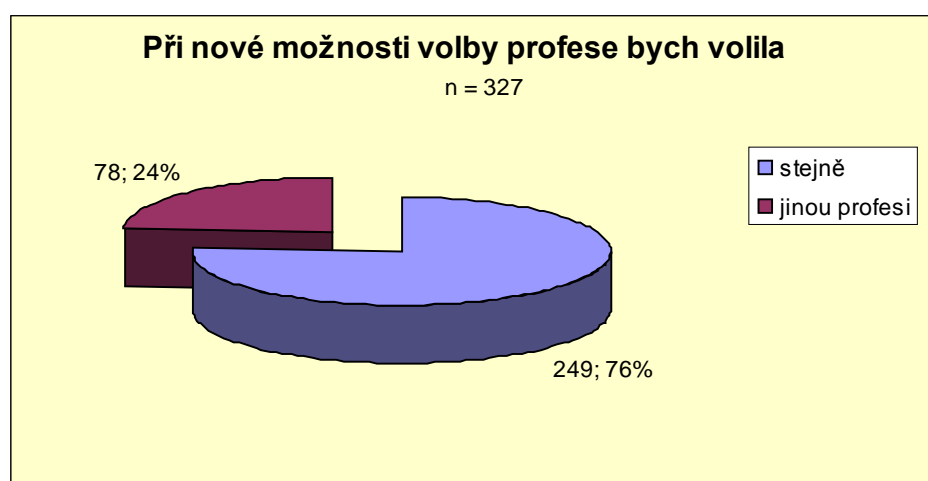
Spokojenost s povoláním u skupiny kouřících a nekouřících se statisticky významně neliší (hodnota  $p = 0,1808$ , n.s. – testováno metodou  $\chi^2$ ).

### Otázka č. 18 Při nové možnosti volby profese by volil/a

Následující otázka dává možnost zamyšlení se nad event. změnou nynějšího povolání. Psychická i fyzická náročnost profese, současná situace měnícího se systému zdravotnictví a nedocenené společenské postavení vysoce vzdělané sestry není vždy vnímáno jednoznačně. Zajímalo nás vyjádření samotných sester sledovaného souboru.

Nová možnost volby profese	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
stejně	150	60,2	99	39,8	249	76,1
jinou profesi	47	60,3	31	39,7	78	23,9
<b>celkem</b>	<b>197</b>	<b>60,2</b>	<b>130</b>	<b>39,8</b>	<b>327</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 24 Nová možnost volby profese



Graf č. 20 Nová možnost volby profese



76,1 % sester odpovědělo, že by volilo opakovaně stejnou profesi, jedna čtvrtina souboru by, při opětovné možnosti volby, volila jinak.

U vyjádření celého souboru nebyl rozdíl mezi kouřícími a nekouřícími (hodnota  $p = 0,9981$ , n.s. – testováno metodou  $\chi^2$ ).

## Skupina NEKOUŘÍCÍCH

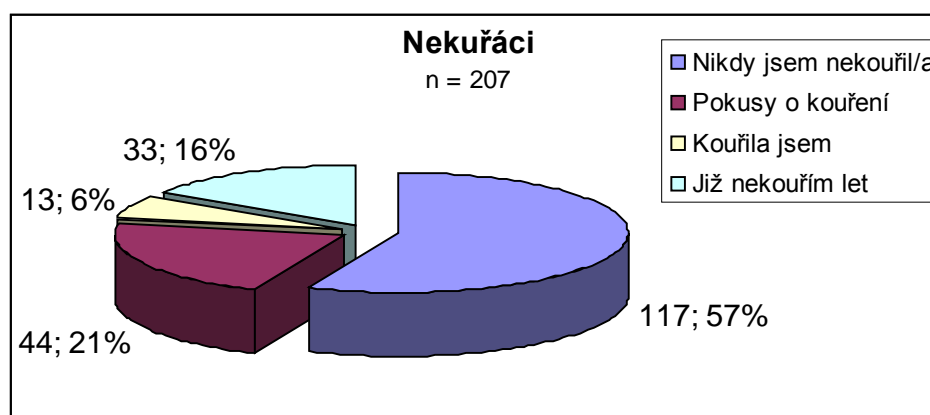
### Další sada otázek byla určena pouze skupině nekouřících.

Zjištěné údaje poskytují kuřáckou anamnézu u skupiny těch, kteří se v době měření označili jako nekouřící.

#### Otázka č. 19/a Jsem nekuřák

č.o.	NEKOUŘÍCÍ	%	n	Průměr	Rozptyl	Sm.od.	Stř.ch.	Min.	Medián	Max.	Modus
18	Jsem nekuřák	100	207								
18a	Nikdy jsem nekouřil/a	57	117								
18b	Pokusy o kouření v letech	21	44	16,56	7,36	2,71	0,41	9	17	21	17
18c	Kouřila jsem v letech	6	13	19,62	7,6	2,75	0,76	17	19	28	20
18d	Již nekouřím let	16	33	10,24	59,5	7,71	1,34	1	10	30	2

Tabulka č. 25 Kouření nekouřících



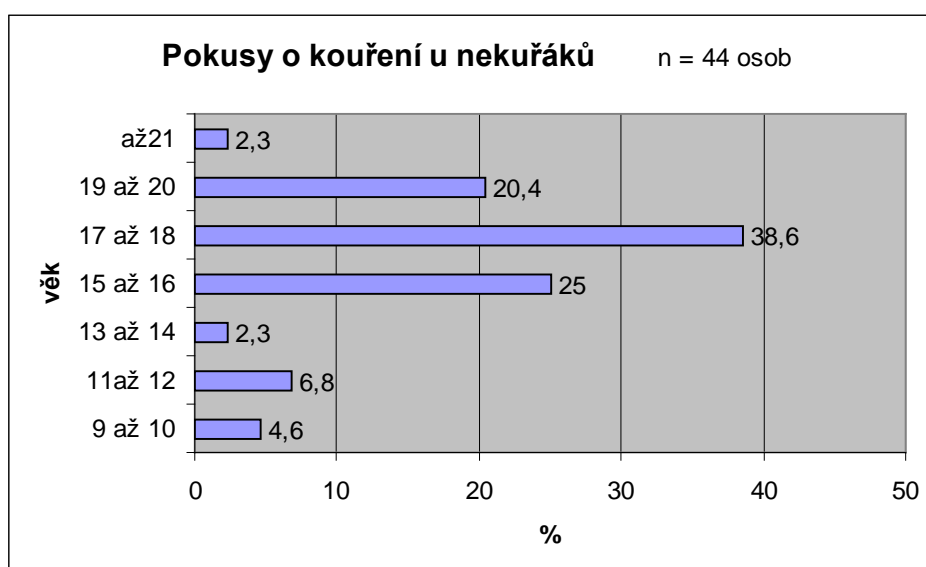
Graf č. 21 Kouření nekouřících

Tabulka č. 25 a graf č. 21 předkládají přehledně zmapovanou situaci u skupiny nekouřících. Následují jednotlivé otázky podrobně.

Jen 57 % ze skupiny nekuřáků (což je 35 % z celého sledovaného souboru) nikdy nekouřilo.

### Otázka č. 19/b

#### Experimentace s kouřením nekouřících v letech:



Graf č. 22 Experimentace kouření u nekouřících

Ze skupiny nekouřících přiznává 44 sester (21 %) experimentování s kouřením v dětství a adolescenci – podrobnosti viz graf č.22.

Dotazovaná generace zachycuje výskyt počátků kouření ojediněle již od 9 roku, nejvíce respondentů datuje počátky kouření do období mezi 15. a 19. rokem – kdy hraje velkou roli snaha vyrovnat se vrstevníkům.

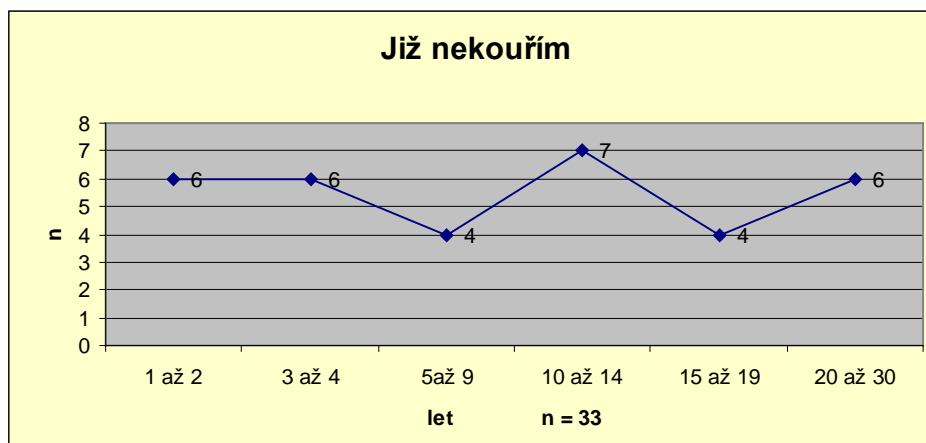
### Otázka č. 19/c Kouřila jste a v kolika letech ?

Kouření v letech	17	18	19	20	28	celkem
%	15,4	15,4	23	38,5	7,7	100
n	2	2	3	5	1	13

Tabulka č. 26 Kouření nekuřících v letech

Celkem 13 sester (6 %) ze skupiny nekuřáků se za pravidelné kuřáky považovalo ve svých – většinou studentských letech a v období nástupu do zaměstnání – viz tabulka č. 26.

### Otázka č. 19/d Již nekouřím



Graf č. 23 Již nekouřím x let

Graf č. 23 naznačuje odhad 33 respondentů dobu jak dlouho již nekouří.

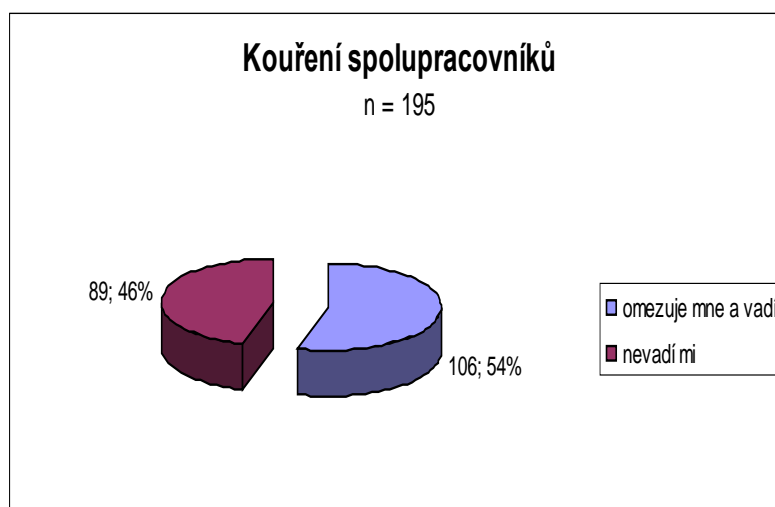
## Otázka č. 20 Kouření spolupracovníků

Postoj ke kouření kolegyně ukazuje tabulka č. 27 a graf. č. 24.

Ze 195 odpovídajících 45,6 % sester kouření spolupracovníků na pracovišti nevadí, 54,4 % sester kouření vadí a omezuje je.

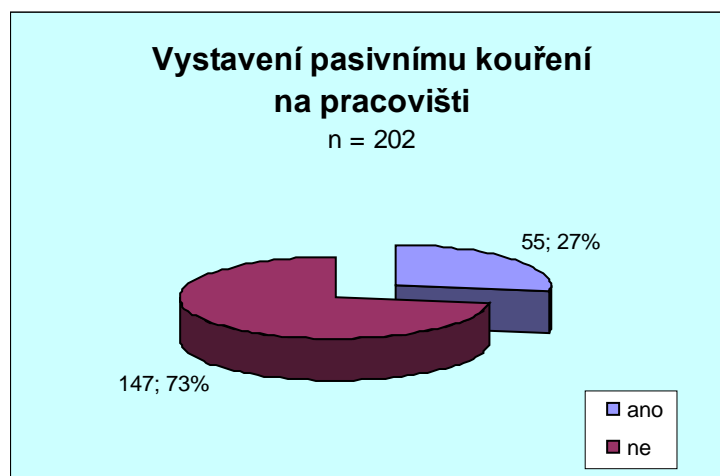
Kouření spolupracovníků	n	%	n	%
mne neomezuje	50	25,6	89	45,6
nevadí mi	39	20		
vadí mi	87	44,6	106	54,4
omezuje mne	19	9,8		
celkem	195	100	195	100

Tabulka č. 27 Kouření spolupracovníků



Graf č. 24 Kouření spolupracovníků

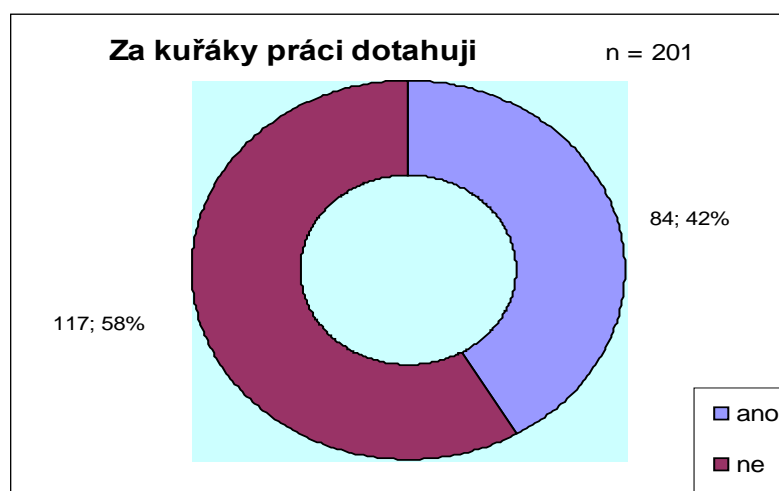
## Otázka č. 21 Vystavení pasivnímu kouření



Graf č. 25 Vystavení pasivnímu kouření

Nekuřáci jsou, často dokonce i na pracovištích ve zdravotnických zařízeních, ne vždy dobrovolně, vystaveni pasivnímu kouření. V našem souboru je tomu tak u více než ¼ sester.

## Otázka č. 22 Dotahování práce za kouřící



Graf č. 26 Za kouřící práci dotahují

Kouření na ošetrovací jednotce má ještě další úskalí, a to je kontinuální, nepřetržitá povinnost péče o nemocné. Zdržují-li se kouřící sestry v prostorách mimo vyšetřovny, sestry nekouřící obvykle suplují povinnosti v jejich nepřítomnosti.

Na otázku odpovědělo z 201 nekouřících sester 84 (= 42%) kladně, tzn., že plní úkoly a aktuální potřebnou péči o nemocné za sestry, které v dané chvíli kouří.

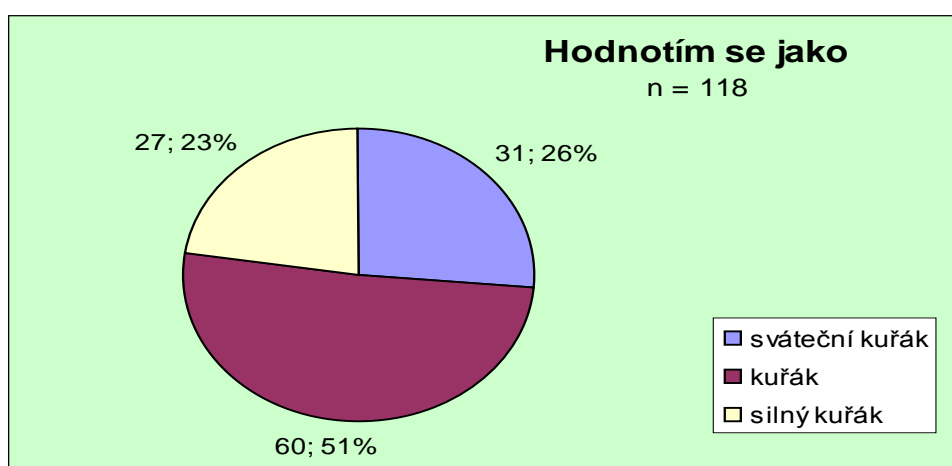
## Skupina KOUŘÍCÍCH

Výsledky následujících otázek kuřácké anamnézy můžeme porovnat s výsledky diagnostických dotazníků kuřáctví (DNZ, HBSI) – viz dále.

### Otázka č. 23 Hodnotím se jako

1 sváteční kuřák      2 kuřák      3 silný kuřák

Na otázku dopovědělo 118 respondentů. Podrobné údaje jsou obsaženy v grafu č. 26.

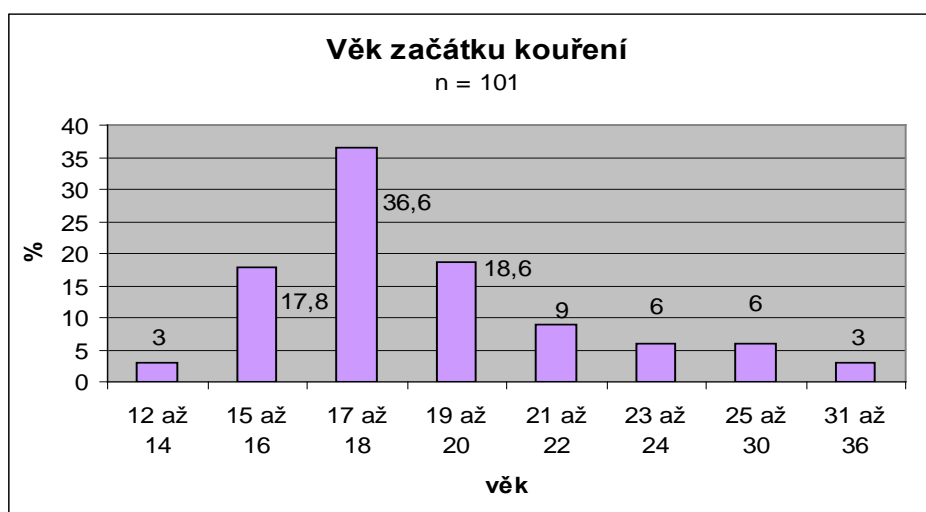


Graf č. 27 Sebehodnocení míry kuřáctví

Jedna čtvrtina skupiny kuřáků se označuje jako sváteční kuřák, další skoro čtvrtina se považuje za silného kuřáka. Celá polovina skupiny kouřících se označuje jako pravidelný kuřák.

Přesnější diagnostiku kuřáctví skupiny kuřáků poskytuje tabulka č. 37,38 a graf č.45. Poskytují výsledky vyhodnocení Fageströмова dotazníku, který určuje míru závislosti na nikotinu.

#### 24/a V kolika letech jste začal/a kouřit



Graf č. 28 V kolika letech jste začal/a kouřit?

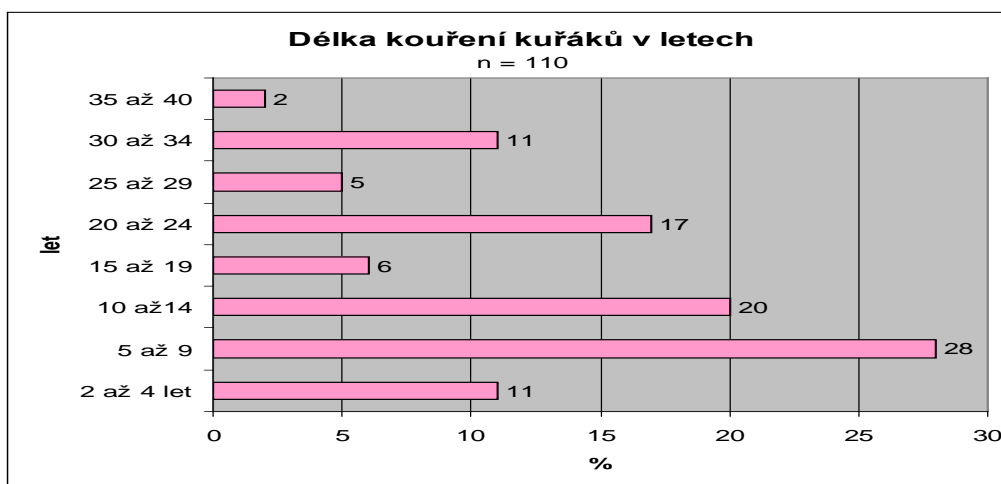
	n	Průměr	Sm.odch.	Minimum	Medián	Modus	Maximum
Kouřící	101	19,14	4,02	12	18	18	36

Tabulka č. 28 V kolika letech jste začal/a kouřit?

Nejvíce počátků kouření i našich respondentů je datováno do věku mezi 15 a 20 lety s průměrem kolem 19 let, nejčastější udávaná hodnota je přibližně 18 let. Pracovní kariéru začínaly již jako kouřící.

Znázorněné rozložení začátků kouření odpovídá i současným zjištěným údajům v běžné české populaci dívek.

### Otázka č. 24/b Délka kouření kuřáků v letech



Graf č. 29 Délka kouření v letech

	n	Průměr	Sm.odch.	Minimum	Medián	Modus	Maximum
Kouřící	110	14,35	9,42	2	10	10	40

Tabulka č. 29 Délka kouření v letech

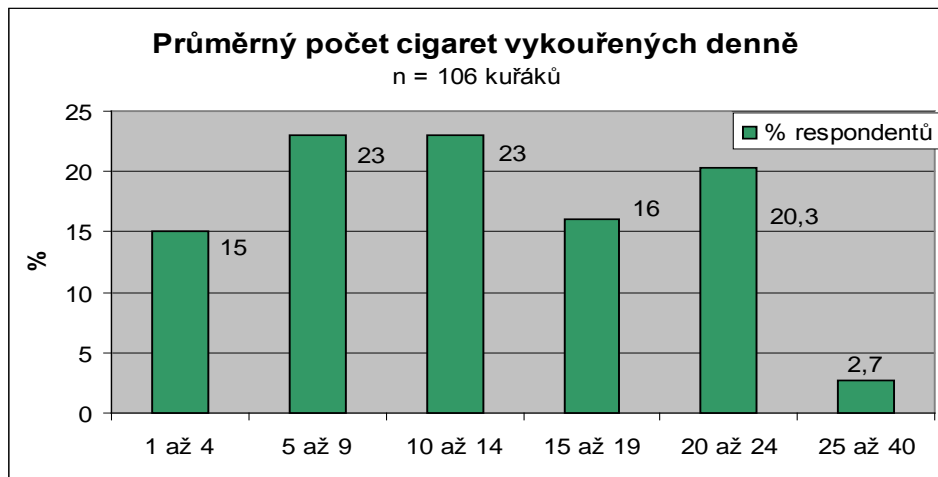
Průměrná délka kouření u skupiny kouřících je 14,35 let, nejčastěji uváděná hodnota je 10 let trvání kouření.

### Otázka č. 24/c Průměrný počet vykouřených cigaret za den

Průměr cigaret denně	n respondentů	% respondentů
1 až 4	16	15
5 až 9	24	23
10 až 14	24	23
15 až 19	17	16
20 až 24	22	20,3
25 až 40	3	2,7
<b>celkem</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 30 Průměrný počet vykouřených cigaret za den





Graf č. 30 Průměrný počet vykouřených cigaret za den

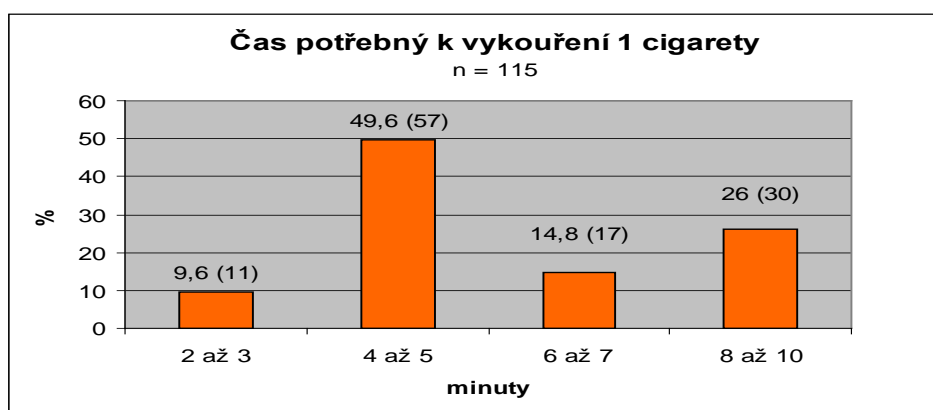
	n	Průměr	Sm.odch.	Minimum	Medián	Modus	Maximum
Kouřící	106	11,7	7,34	1	10	20	40

Tabulka č. 31 Průměrný počet vykouřených cigaret za den

Průměrný počet vykouřených cigaret za den u sledované skupiny (n = 106) kouřících je 11,7 . Nejčastěji uváděná hodnota je 20 cigaret /den.

## Otázka č. 25

### Vykouření jedné cigarety mi trvá průměrně (minut)



Graf č. 31 Čas potřebný k vykouření 1 cigarety

	n	Průměr	Sm.odch.	Minimum	Medián	Modus	Maximum
Kouřící	115	6,1	2,26	2	5	5	10

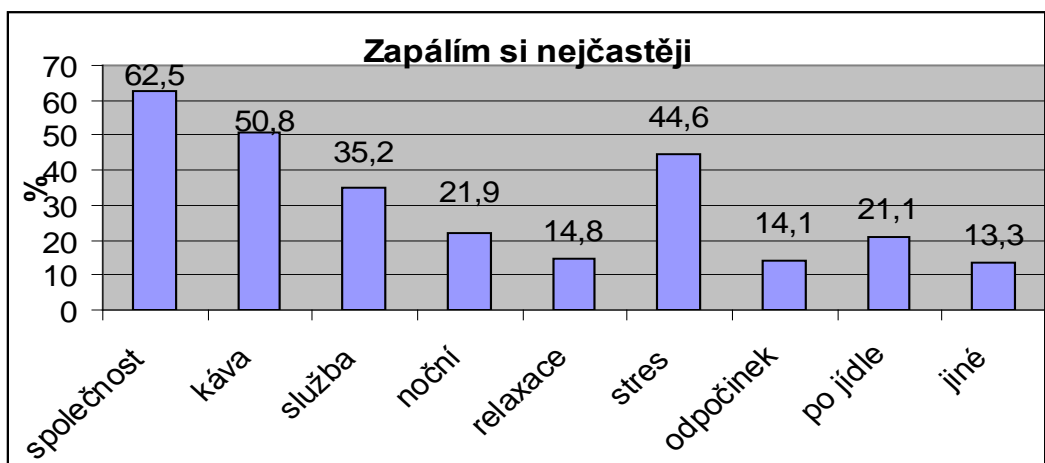
Tabulka č. 32 Čas potřebný k vykouření jedné cigarety

Nejčastěji uváděná hodnota počtu vykouřených cigaret je 20 za den. Nejčastěji uváděná hodnota času potřebného k vykouření jedné cigarety je pět minut.

### Otázka č. 26 Zapálím si nejčastěji

Na otázku v jakých situacích si nejčastěji zapálí cigaretu odpovědělo celkem 128 respondentů ze skupiny kouřících (= 100%). Někteří uvedli i více situací, kdy nejčastěji kouří.

Nejvíce z nich kouří ve společnosti (62,5 %), na druhém místě – u poloviny skupiny kouřících patří kouření ke kávě, na třetím místě kouří z důvodu pocitu uvolnění ve stresových situacích (44,5 %) a pak ve službě.



Graf č. 32 Zapálím si nejčastěji

### Otázka č. 27 Důvod počátků kouření

Následující tabulka je vytvořena s volných odpovědí na otázku – „Důvod při počátcích kouření“:

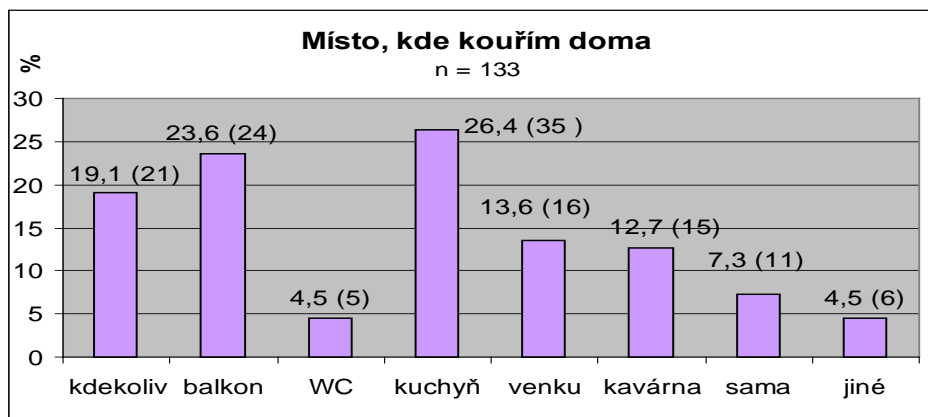
Důvody kouření	n	%
chut', vůně	9	7,2
potřeba si zapálit	1	0,8
zvědavost, frajeřina, zkusit to	32	25,6
parta, kamarádky, společnost, lehká opilost	18	14,4
zařadit se do kolektivu na pracovišti	12	9,6
blbost	7	5,6
stresová situace	15	12
mladická nerozvážnost	8	6,4
zdání dospělosti, módnost, být zajímavá	9	7,2
kouřící rodiče, kouřící partner	4	3,2
dosud to nevím	8	6,4
noční	2	1,6
<b>Celkem odpovědělo</b>	<b>125</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 33 Důvody počátků kouření

Celkem odpovědělo 125 kouřících. Mezi nejčastější důvody počátků kouření patří zvědavost, touha vyrovnat se ostatním kamarádům – např. v partě, ve třídě, ve společnosti vrstevníků, cítit se dospělým a dále také zařadit se do kolektivu na pracovišti ve zdravotnickém zařízení.

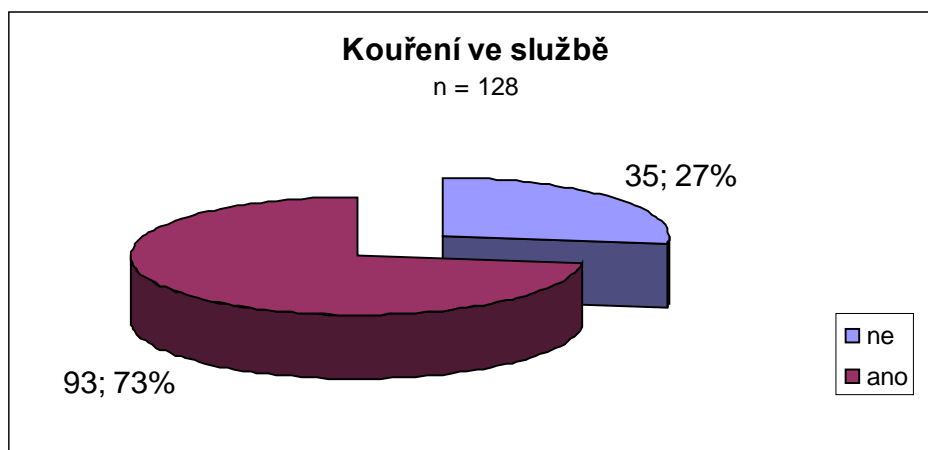
### Otázka č. 28 Místo, kde kouřím doma v bytě

Na otázku odpovědělo 110 respondentů. 85,5 % z nich označilo jen jedno místo. Nejčastěji uváděné místo mimo pracovní prostředí je kuchyň a balkon. Silní kuřáci většinou kouří kdekoliv.



Graf č. 33 Místo, kde kouřím doma

### Otázka č. 29 a Kouření ve službě



Graf č. 34 Kouření ve službě

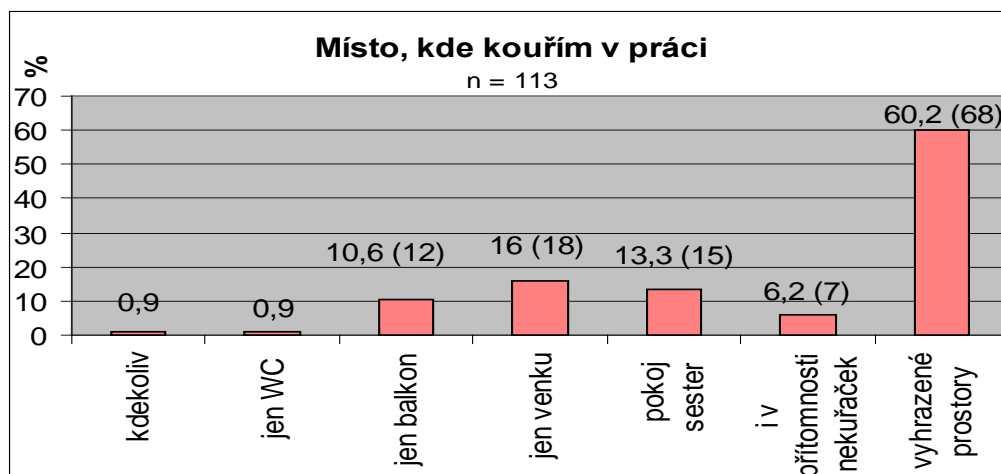
Pouze ¼ kouřících **ne**kouří na pracovišti.

Zajímavý důvod pro kouření na pracovišti je v těchto sděleních:

„Bylo to nepsané pravidlo, že kdo nekouří, musí chodit na zvonky...“

„Kouřím jen ve službě, doma mne to ani nenapadne.“

## Otázka č. 29 b Místo, kde kouřím v práci



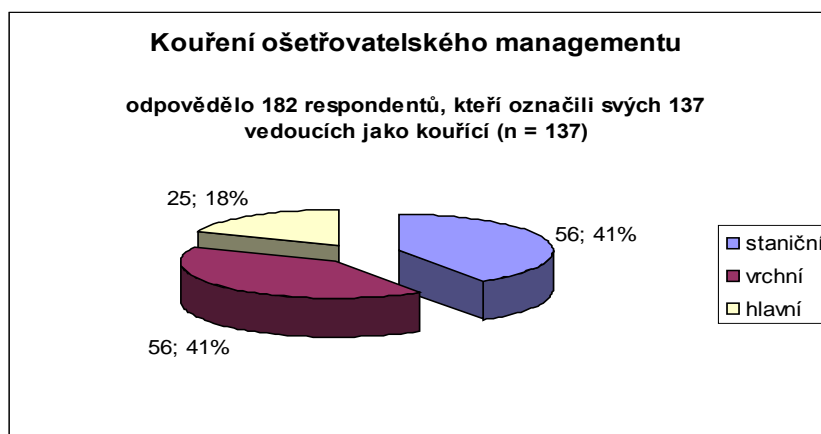
Graf č. 35 Místo, kde kouřím v práci

Nejčastěji označované místo pro kouření na pracovišti jsou vyhrazené prostory (60 %). Další kuřácká místa (balkon, pokoj sester, venku) jsou uváděna v rozmezí 10–16 %.

Dokonce sedm sester přiznává, že kouří i v přítomnosti nekuřáček.

## Otázka č. 30 Kdo z Vašich nadřízených kouří?

1 staniční 2 vrchní 3 hlavní



Graf č. 36 Kouření ošetrovatelského managementu

Dotaz byl zařazen v sérii otázek pro kouřící, přesto na ni odpovědělo i 55 respondentů nekouřících – celkem 187 odpovědí. Odpovídající označili celkem 137 (= 100 %) osob z ošetrovatelského managementu jako kuřáky.

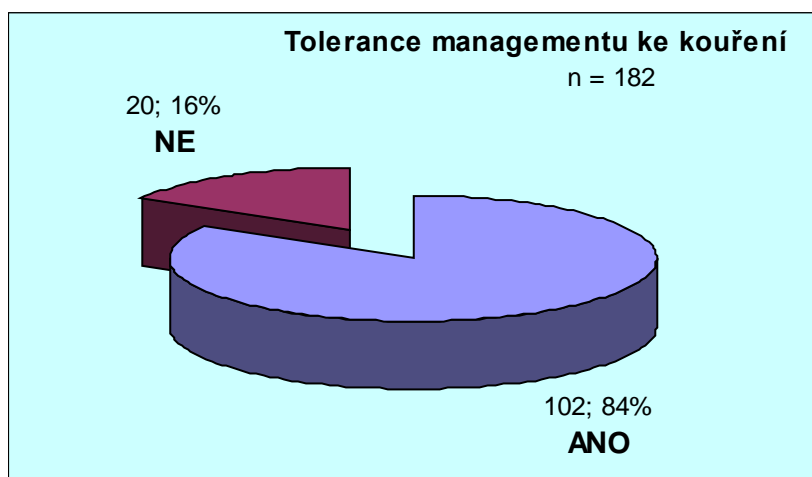
**Tento údaj je vhodné brát jako orientační – nevypovídající – vzhledem k tomu, že některé sestry jsou spolupracovnice – hodnotily proto stejné vedení.**

Řadová sestra má tři přímé nadřízené (staniční, vrchní a hlavní sestru), v několika případech označili jako kouřící všechny tři osoby.

Odpověď jedné staniční sestry: „Vyděluji-li se a nekouřím-li s nimi, tak se nic nedozvím“.

### **Otázka č. 31 Vaši vedoucí pracovníci kouření tolerují?**

Velmi překvapující je také odpověď kouřících na otázku č. 31: „Vaši vedoucí pracovníci kouření tolerují?“



Graf č. 37 Tolerance managementu ke kouření

K této otázce mělo potřebu se vyjádřit celkem 182 respondentů z celého souboru (bráno jako 100 %).

Z tohoto počtu (182 respondentů) uvedlo 152 (což je 84 %), že jejich vedoucí kouření tolerují!

Přesto, že tato hodnota může být opět ovlivněna zkreslením z výše uvedeného důvodu, je tato situace alarmující.

## **Hypotéza 6**

**Kouření sester je nadřizenými tolerováno.**

**84 % respondentů sledovaného souboru potvrzuje toleranci vedoucích pracovníků ke kouření.**

**Hypotéza se potvrdila.**

## **Následující skupina otázek je z oblasti psychosomatické**

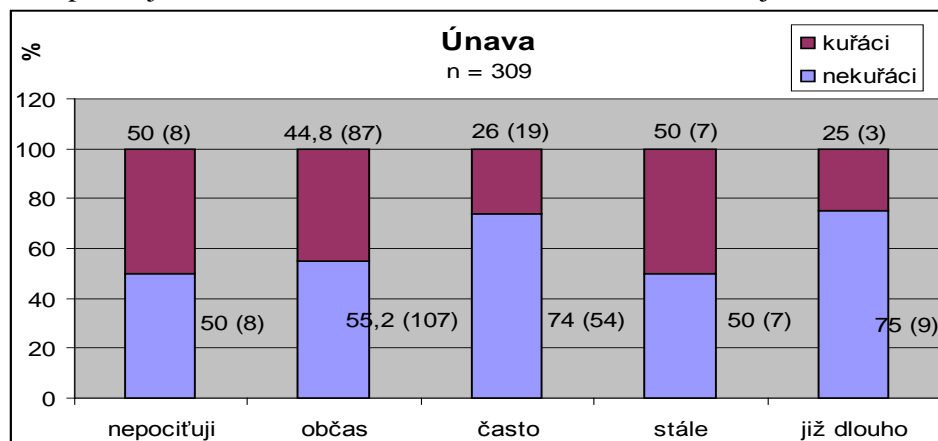
Ošetrovatelská profese patří mezi velmi náročná povolání nejen v psychické a fyzické oblasti. Také nepravidelný každodenní režim a velké množství přesčasových hodin způsobuje ovlivnění životního stylu a problémy v plnění dalších životních rolí. Kombinace těchto aspektů může mít dopad i v oblasti psychosomatické.

Tato specifika povolání se mohou nežádoucně projevovat zvláště pocitem únavy, problémy s nespavostí, podrážděností, ev. syndromem vyhoření apod. Sestra pak může, v jejich důsledku, odlišně vnímat a reagovat i na požadavky pacientů.

Do této oblasti cílí následující otázky, které byly směřovány k oběma skupinám respondentů. Odpovědi těchto skupin jsme opět srovnávali.

### Otázka č. 32 Pocit únavy a přetížení

1 nepocítuji 2 občas 3 často 4 stále 5 již dlouho



Graf č. 38 Pocit únavy a přetížení

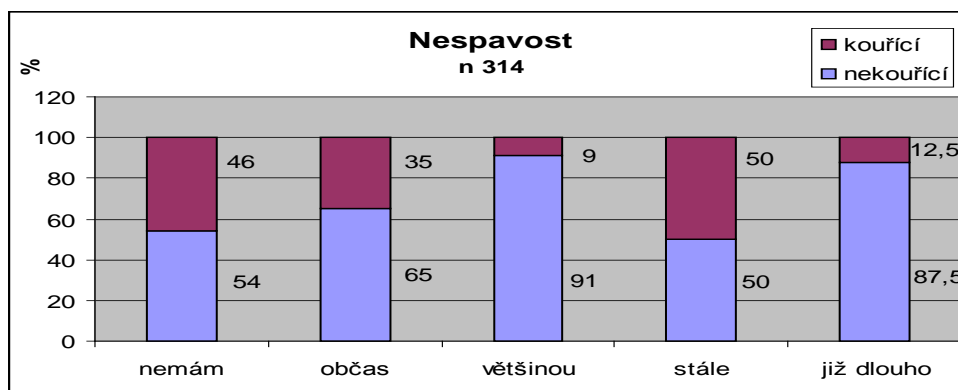
Při hodnocení odpovědí na tuto otázku jsme zjistili, že problémy s únavou se statisticky významně liší u skupiny kouřících a nekouřících v neprospěch nekouřících. Nekouřící častěji uvádějí problémy s únavou a přetížením. Statistická významnost rozdílu  $p = 0,0372^*$ , testováno metodou  $\chi^2$

### Otázka č. 33 Problémy s nespavostí

Nespavost	nekuřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
<b>nemám</b>	94	54	80	46	174	55,4
<b>občas</b>	77	65	42	35	119	38
<b>většinou</b>	10	91	1	9	11	3,5
<b>stále</b>	1	50	1	50	2	0,6
<b>již dlouho</b>	7	87,5	1	12,5	8	2,5
<b>celkem</b>	<b>189</b>	<b>60</b>	<b>125</b>	<b>40</b>	<b>314</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 34 Nespavost





Graf č. 39 Problémy s nespavostí

Problémy s nespavostí neudává 55,4 % respondentů celého souboru.

V dalších stupních hodnocení problémů s nespavostí v tabulce č. 34 i v grafu č. 39 jsou zachyceny hodnoty v neprospěch nekuřáků.

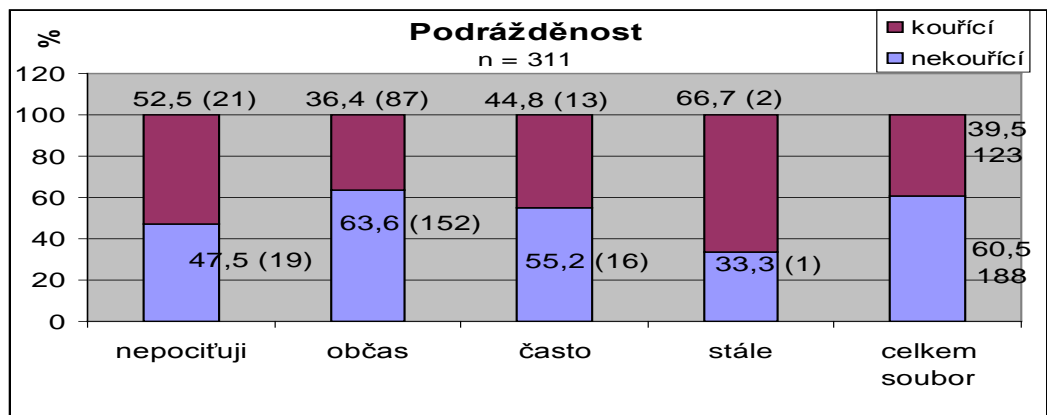
Problémy s nespavostí se statisticky významně liší u skupiny kouřících a nekuřících v neprospěch nekuřících.

Statisticky významný rozdíl  $p = 0,0304$ , \* (testováno metodou  $\chi^2$ )

### Otázka č. 34 Pocit podrážděnosti

Podrážděnost	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
nepocit'uji	19	47,5	21	52,5	40	12,9
občas	152	63,6	87	36,4	239	76,8
často	16	55,2	13	44,8	29	9,3
stále	1	33,3	2	66,7	3	1
<b>celkem</b>	<b>188</b>	<b>60,5</b>	<b>123</b>	<b>39,5</b>	<b>311</b>	<b>100</b>

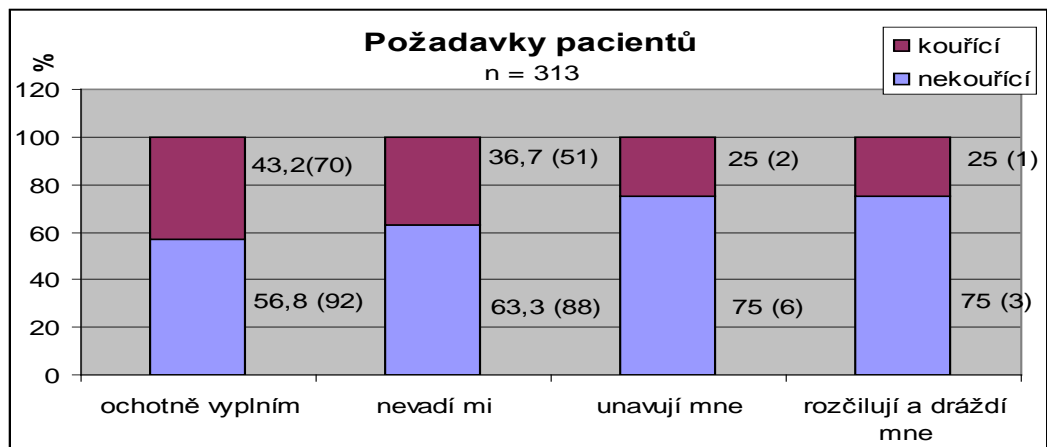
Tabulka č. 35 Podrážděnost



Graf č. 40 Podrážděnost

Sledování podrážděnosti u skupiny kouřících a nekouřících se statisticky významně neliší (testováno metodou  $\chi^2$   $p = 0,1676$ , n.s.).

### Otázka č. 35 Požadavky pacientů



Graf č. 41 Plnění požadavků pacientů

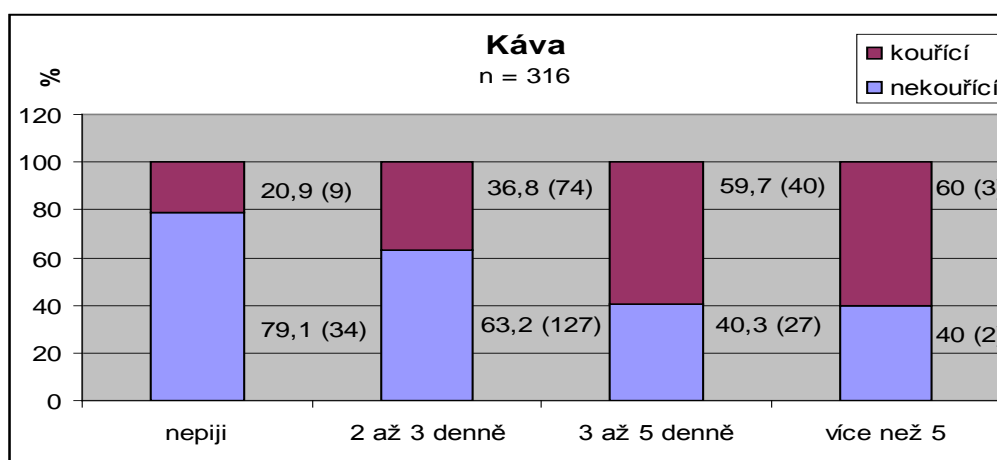
Ochota vyhovět požadavkům pacientů se statisticky významně neliší u skupiny kouřících a nekouřících (testováno metodou  $\chi^2$ ,  $p = 0,4856$ , n.s.). Požadavky nemocných vnímají obě skupiny jako oprávněné a převážně ochotně je vyplní.

K celkovému povzbuzení, relaxaci, zvláště pak ke kuřáctví má velmi úzký vztah konzumace kávy, alkoholu, ev. povzbuzujících léků. Zajímalo nás, jestli se tento obecně platný názor projeví i u sledovaného souboru.

### Otázka č. 36 Káva

Konzumace kávy	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
nepiji	34	79,1	9	20,9	43	13,6
2 až 3 denně	127	63,2	74	36,8	201	63,6
3 až 5 denně	27	40,3	40	59,7	67	21,2
více než 5	2	40	3	60	5	1,6
<b>celkem</b>	<b>190</b>	<b>60,1</b>	<b>126</b>	<b>39,9</b>	<b>316</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 36 Konzumace kávy



Graf č. 42 Konzumace kávy

Nejvíce respondentů celého souboru pije 2 až 3 šálky kávy denně (n 201 = 63,6 %).

Při porovnání pití kávy u skupin jsme došli k závěru, že – 34 % (n 43) kouřících pije více než tři šálky kávy, zatím co stejný počet šálků

kávy pije jen 15,3 % (n 29) nekouřících. Rozdíl ve prospěch nekouřících je také u těch, které kávu nepijí vůbec.

Sváteční kuřáci uvádějí, že si nejčastěji zapálí cigaretu u šálku kávy a ve službě.

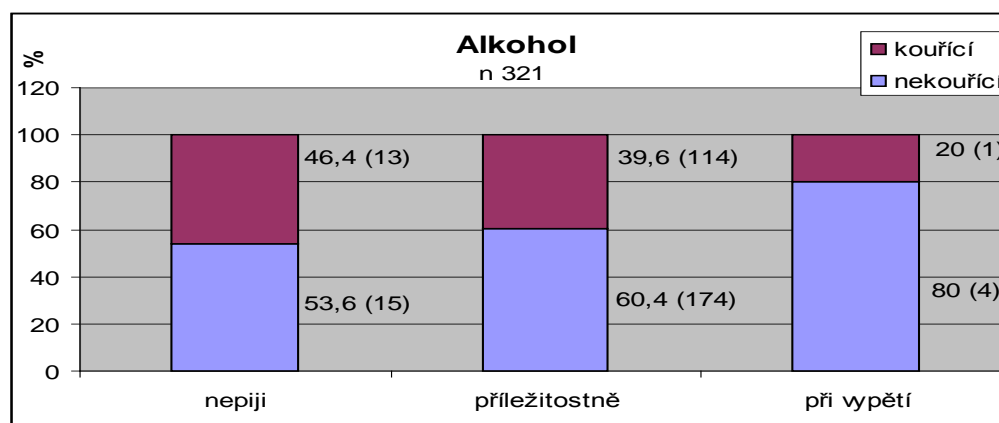
Četnost pití kávy se statisticky vysoce významně liší u kouřících a nekouřících (testováno metodou  $\chi^2$  p = 0,0003, \*\*).

### Hypotéza 9

**Tzv. „sváteční a mírní“ kouřící kouří převážně na odděleních u tzv. „kávových“ přestávek.**

**Hypotéza se potvrdila.**

### Otázka č. 37 Alkohol



Graf č. 43 Požívání alkoholu

Odpovídajícím byly nabídnuty tři možnosti volby.

Dle procentuálního vyjádření častěji požívá - alkohol příležitostně - skupina nekouřících (60,4 %).

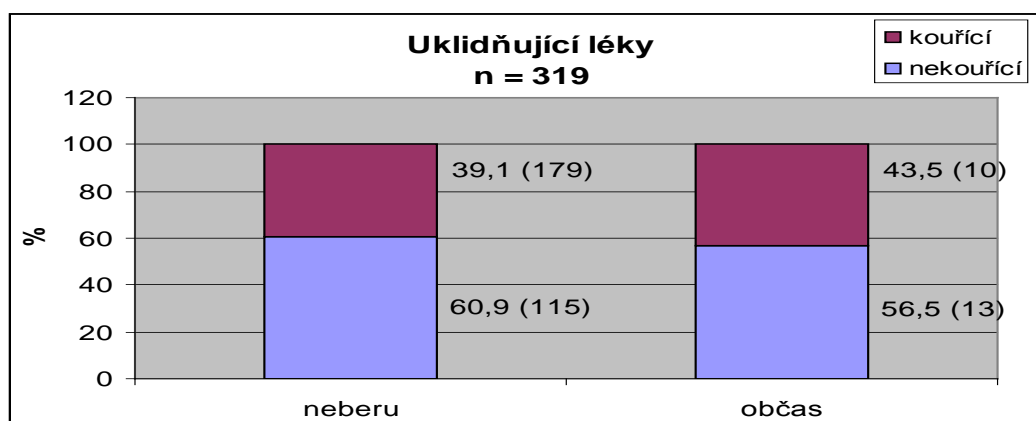
Třetí možnost nabízené volby – alkohol při vypětí - je zastoupena jen malým počtem (5) odpovídajících.

Požívání alkoholu u skupiny kouřících a nekouřících se statisticky významně neliší (testováno metodou  $\chi^2$  p = 0,5128, n.s.).

Dle zjištěných výsledků konzumace alkoholu není u tohoto souboru problematická.

### Otázka č. 38 Uklidňující léky

a) neberu    b) občas    c) potřebuji    d) potřebuji často    e) denně



Graf č. 44 Užívání uklidňujících léků

Na výše uvedenou otázku, týkající se požívání uklidňujících léků, odpovídali dotázaní pouze na nabídku a) a b) – viz graf č. 44.

Další varianty – jen jedna odpověď ze skupiny kouřících a jedna z nekouřících se týkala nabízené varianty potřebuji často – c) (= 50 : 50 %) - v grafu není znázorněno.

Dle grafického vyjádření více nekouřících (jen n = 13) oproti kouřícím (jen n = 10) bere uklidňující léky.

Požívání uklidňujících léků u skupiny kouřících a nekouřících se statisticky významně neliší (testováno metodou  $\chi^2$  p = 0,5020, n.s.).

## Závislost na kouření - Fagerströmův dotazník – FTQ

### (DNZ – Dotazník nikotinové závislosti)

Tento dotazník umožňuje jednoduchým způsobem určit stupeň závislosti na nikotinu jako na droze. Je sestaven z devíti otázek, z nichž osm je hodnotitelných skórem. Položka č. 8 je kvalitativní. Stupeň závislosti se zvyšuje s hodnotou skóre (Rážová a kol., 2001)

#### Stupeň závislosti sledované skupiny kouřících:

Závislost	body	%	n
žádná	0 až 2	11,4	11
mírná	3 až 4	40,3	39
střední	5 až 6	24,7	24
silná	7 až 9	20,6	20
velmi silná	10 až 11	3,0	3
<b>celkem</b>		<b>100</b>	<b>97</b>

Tabulka č. 37 Fagerströmův dotazník - stupeň závislosti respondentů

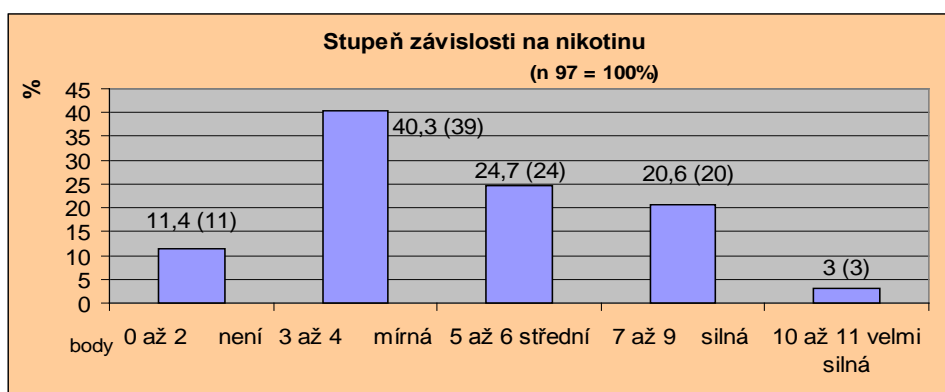
n	Průměr	Rozptyl	Sm.odch	Minimum	Medián	Maximum	Modus
97	4,67	5,24	2,29	0	4,0	11,0	3,0

Tabulka č. 38 Přehled hodnot závislosti souboru

Fagerströmův dotazník vyplnilo ve všech položkách celkem 97 kouřících, což je 74 % skupiny kouřících.

Průměrná výsledná hodnota je 4,67 bodů, což se pohybuje na rozhraní mírné a střední závislosti. Nejčastěji se vyskytující hodnota (modus) jsou 3 body – v pásmu mírné závislosti.

Významné je, že 51,7 % (n 50) skupiny kouřících se pohybuje v nejmírnějším pásmu závislosti.



Graf č. 45 Stupeň závislosti na nikotinu

Podobné výsledky najdeme v odpovědích na otázky č. 22-26 v anamnestickém dotazníku a v tabulkách č. 27-35.

## Škála sociální readaptace

### The Social Readjustment Scale (Holmes, Rahe)

měří předpokládaný dopad životních událostí na zdravotní stav člověka.

Teorii životních událostí rozpracovali v 60. letech američtí vědci Holmes a Rahe, kteří reagovali na zjištění pojišťovací společnosti ve Walesu, že vdovy po tragicky a náhle zesnulých hornících umírají častěji a dříve, a jsou více nemocné. Na základě svých dlouholetých klinických zkušeností vytvořili tzv. Škálu sociální readaptace, která

obsahuje 43 nejčastějších životních situací. Podle autorů více než tři závažné životní události prožité v jednom roce života vedou k nebezpečí dekompenzace buď ve formě psychického selhání, nebo rozvoje psychosomatického onemocnění. Závažnost ohrožení ovšem závisí i na dalších okolnostech, jako jsou postoj k události, míra sociálního zakotvení a opory, osobnostní vlastnosti, osobní strategie vyrovnávání se se stresem, atd.

Dotazník se skládá ze 43 položek - různých životních situací, se kterými se v životě setkáváme a různě intenzivně je prožíváme. Každá situace má přiřazenu určitou bodovou hodnotu (Rážová a kol., 2001).

Klient hodnotí určené časové období – nejčastěji poslední jeden rok – a označí situace, které v daném období prožíval. U opakovaného výskytu událostí se přiřazené body násobí počtem opakování stejné události.

Celkový součet označených bodů – skóre – se vyhodnotí srovnáním s bodovou škálou, která je členěna do čtyř pásem:

body	pásmo
0 – 150 bodů	relativně bezrizikové
150 – 200 bodů	40 % riziko vzniku psychosomatického onemocnění
200 – 299 bodů	50 % riziko
nad 300 bodů	80 % riziko

Tabulka č. 39 Pásma Škály sociální readaptace

Škála sociální readaptace	nekouřící		kouřící		celý soubor	
	n	%	n	%	n	%
0 – 149 bodů	113	65,7	59	34,3	172	55,5
150 - 199 bodů	35	68,6	16	31,4	51	16,2
200 - 299 bodů	30	53,6	26	46,4	56	19,2
300 a více	10	40,0	15	60,0	25	9,1
<b>celkem soubor</b>	<b>188</b>	<b>61,8</b>	<b>116</b>	<b>38,2</b>	<b>304</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 40 Škála sociální readaptace – výsledky souboru

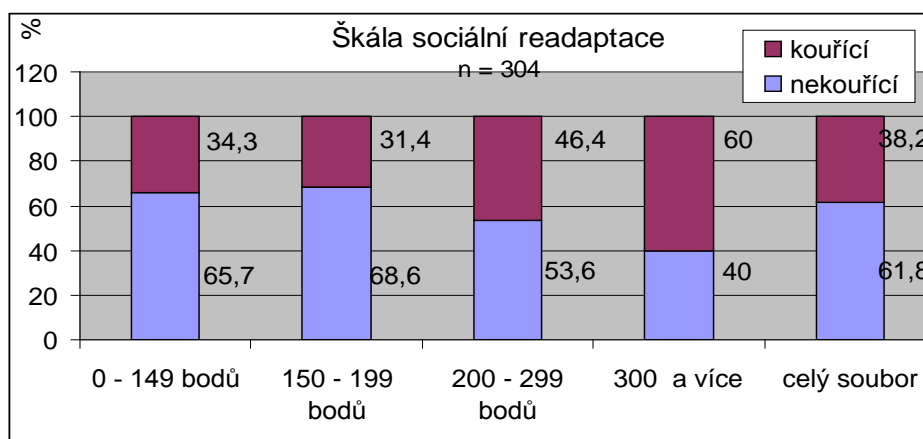


Vyhodnoceno bylo celkem 304 dotazníků (100 %), které byly vyplněny ve všech položkách. Z toho bylo 188 nekouřících (61,8 %) a 116 (38,2 %) ze skupiny kouřících.

Po vyhodnocení odpovědí se 55,5 % respondentů z celého souboru nachází v pásmu relativně bezrizikovém.

V pásmu 40 % rizika vzniku somatického onemocnění se vyskytuje 51 sester (16,2 %), dalších 19,2 % (n 56) sester – z nich přibližně polovina kouřících i nekouřících – se vyskytuje v pásmu 50 % rizika.

V pásmu největšího - 80 % rizika se vyskytuje celkem 9 % respondentů, t.j. 25 osob.



Graf č. 46 Škála sociální readaptace a kouření

V pásmech nejvyššího rizika vzniku somatických onemocnění se vyskytuje procentuálně vyšší počet kouřících.

**Výsledky hodnocení Škály sociální readaptace se statisticky významně liší u skupiny kouřících a nekouřících ve neprospěch kouřících - hodnoceno metodou  $\chi^2$ ,  $p = 0,0327, *$ .**

# **SWB**

## **Subjektive Well – Being**

### **Hodnocení míry osobní pohody**

Well-being – prožitek osobní pohody - je chápán jako důležitá charakteristika zdraví, protože komplexně zahrnuje vyváženost v dimenzi tělesné, duševní, sociální i spirituální.

Míru osobní pohody umocňuje mimo jiné i úroveň důvěry ve vlastní schopnosti, sebedůvěra, sebeuplatnění - (Self-efficacy) a pocit kontroly nad událostmi vlastního života. Pokud má člověk dostatečnou sebedůvěru, má větší šanci kontrolovat a úspěšně zvládnout výzvy a hrozby z okolí. Osoba, která věří, že je schopna ovlivnit nějakou událost a zasáhnout do ní, chová se obvykle více aktivně, s větším úsilím a vytrvalostí i v zátěžových situacích. Má také blízko ke kreativité v řešení, je sociabilnější a asertivní.

Lidé, kteří mají odpovědný přístup k životu a snaží se aktivně řídit jeho běh, snadněji si budují sociální zdroje. Výhodou při budování sociálních zdrojů je vyšší vzdělání, rovněž ženské pohlaví (ženy mají větší schopnost profitovat ze svých sociálních vztahů ve smyslu zisku pro svou psychickou pohodu) a mladší věk (větší možnosti v navazování kontaktů, stabilita sociální sítě).

Osoby s vnějším místem kontroly (Externalita) jsou přesvědčeny, že jejich život je určován především vnějšími okolnostmi a samy nemají na jeho vývoj významnější vliv. Jakékoli nezdary a neúspěchy hodnotí s úzkostí. Tito lidé mají sklony k neuroticismu, pesimismu, depresi. Často jsou osamělí, neprůbojní, stydliví.

Osoby s vnitřním místem kontroly (Internalita) věří, že jejich život záleží především na jejich schopnostech, úsilí a aktivitě, a že mají život ve svých rukou. Tito jedinci zaujímají aktivní, samostatný,

sebevědomý a účelný styl zvládnání náročných životních situací, což je dobré z hlediska žádoucích vlastností sestry.

Důvěra ve vlastní schopnosti ovlivňuje myšlenkové vzorce, jednotlivé prováděné aktivity, emocionalitu a aktivizaci (Kebza, 2005).

### **Dotazník SWB**

Položky 1 - 6 ukazují na míru osobní pohody

Položka 7 vyjadřuje subjektivní hodnocení zdravotního stavu

Položka 8 určuje úroveň lokalizace kontroly prostřednictvím vizuální analogové škály

Stupnice hodnocení: otázka 1 až 7 - hodnotící stupnice 1 až 7

1 – vynikající	2 – velmi dobrý	3 – dobrý
4 – uspokojivý	5 – méně uspokojivý	6 – horší
7 – špatný		

### **Položka SWB 1 až 6**

- 1. Většinou se můj život blíží mým ideálům**
- 2. Moje životní podmínky jsou skvělé**
- 3. Se svým životem jsem spokojen(a)**
- 4. Zatím se mi dostalo všech významných věcí, které jsem chtěl(a)**
- 5. Chtěl(a) bych svůj život prožít znovu**
- 6. Nezměnil(a) bych téměř nic**

### **Položka SUM SWB 1 až 6**

Hodnotí součet bodů položky 1 až 6

	n	Průměr	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus
nekouřící	188	20,59	7,22	6,0	19,0	42,0	18,0
kouřící	123	20,87	6,79	6,0	20,5	40,0	18,0
Statistická významnost rozdílu <b>p - hodnota 0,7437, n.s.</b>							

Tabulka č. 41 SWB - součet bodů otázek 1 až 6

Průměrné bodové hodnocení odpovědí na těchto šest výše uvedených otázek bylo bez větších rozdílů mezi skupinami (viz tabulka č. 41).

Vyhodnoceny byly dotazníky 188 nekouřících a 123 kouřících. Bodový průměr u prvních šesti otázek byl 3,43, což znamená hodnocení osobní pohody mezi označením dobrý a uspokojivý. Minimum 1, maximum 7, modus 3.

Statisticky není významný rozdíl v hodnocení mezi kuřáky a nekuřáky.

(Analýza variance – ANOVA, hodnota  $p = 0,7437$ , n.s.)

### **Položka SWB 7**

#### **Ve srovnání se svými vrstevníky hodnotím svůj zdravotní stav jako**

1 – vynikající	2 – velmi dobrý	3 – dobrý
4 – uspokojivý	5 – méně uspokojivý	6 – horší
7 – špatný		

	n	Průměr	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus
nekouřící	184	2,77	1,07	1,0	3,0	7,0	3,0
kouřící	123	2,85	1,17	1,0	3,0	7,0	2,0
statistika p-hodnota		<b>0,5679, n.s.</b>					

Tabulka č. 42 SWB - body otázky č.7

I u otázky č. 7 vyznělo hodnocení podobně. Respondenti obou skupin (v celkovém počtu 307) hodnotí vlastní zdravotní stav v průměru jako velmi dobrý až dobrý (průměrná hodnota je 2,77 a 2,85), nejčastější hodnotou 2 – velmi dobrý u kouřících a 3 – dobrý u nekouřících.

Skupiny kouřících a nekouřících se statisticky významně neliší (analýza variance – ANOVA, hodnota  $p = 0,5679$ , n.s.)

**Položka SWB 8:**

Vyznačte, prosím, kolmou čárkou na níže uvedené posuzovací stupnici (úsečka 100 mm), nakolik máte svůj život ve svých rukou (máte-li jej pod kontrolou, ovládáte směr i rychlost jeho vývoje):

**ŽIVOT MÁM VE SVÝCH RUKOU**

x \_\_\_\_\_ x  
vůbec ne plně,  
zcela

	n	Průměr	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus
nekouřící	185	71,91	19,60	1	75	100	70
kouřící	121	70,18	22,57		75	100	100
statistika p - hodnota <b>0,4784</b> , n.s.							

Tabulka č. 41 SWB - body otázky č.8

U otázky č. 8 se hodnotí počet mm vyznačených na úsečce. Průměrná hodnota u obou skupin se pohybuje těsně nad 70 mm, což vyjadřuje jejich poměrně aktivní přístup k událostem v jejich životě. Nejčastější hodnota - modus - u nekouřících je 70, u kouřících 100, což znamená, že více kuřáků má pocit, že má úplnou kontrolu nad svým životem. Průměrná bodová hodnota celé skupiny kouřících je však mírně nižší než u skupiny nekuřáků (viz tab. č. 41).

Skupiny kouřících a nekouřících se v přístupu k ovlivňování životních událostí statisticky významně neliší.

(analýza variance – ANOVA, hodnota  $p = 0,4784$  n.s.)

**Tabulka č. 44 SWB – Hodnocení míry osobní pohody respondentů**

č.ot.	SWB		Počet	Průměr	Rozptyl	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus	p-hodnota
1	Většinou se můj život blíží mým ideálům	Nekouřící	190	3,4	1,839	1,356	1	3	7	3	0,6329 n.s.
		Kouřící	123	3,33	1,811	1,346	1	3	7	3	
2	Moje životní podmínky jsou skvělé	Nekouřící	189	3,30	1,722	1,312	1	3	7	3	0,4356 n.s.
		Kouřící	124	3,42	1,676	1,295	1	3	7	3	
3	Se svým životem jsem spokojena	Nekouřící	189	3,39	2,749	1,658	1	3	7	2	0,7308 n.s.
		Kouřící	124	3,32	2,269	1,506	1	3	7	3	
4	Zatím se mi dostalo všech významných věcí, které jsem chtěl/a	Nekouřící	190	3,28	2,331	1,527	1	3	7	3	0,0712 n.s.
		Kouřící	124	3,61	2,387	1,545	1	3	7	3	
5	Chtěl/a bych svůj život prožít znovu	Nekouřící	179	3,51	3,184	1,784	1	3	7	3	0,4383 n.s.
		Kouřící	119	3,1	3,473	1,964	1	4	7	3	
6	Nezměnil/a bych téměř nic	Nekouřící	182	3,45	2,381	1,543	1	2	7	3	0,4816 n.s.
		Kouřící	119	3,57	2,213	1,488	1	3	7	3	
7	Ve srovnání se svými vrstevníky hodnotím svůj zdravotní stav	Nekouřící	184	2,77	1,139	1,067	1	3	7	3	0,5679 n.s.
		Kouřící	123	2,85	1,361	1,167	1	3	7	2	
8	Svůj život mám ve svých rukou	Nekouřící	185	71,92	384,18	19,6	1	75	100	70	0,5679 n.s.
		Kouřící	121	70,18	507,03	22,57	1	75	100	100	

**Štupnice hodnocení:**

**otázka 1 až 7**

1 – vynikající

2 – velmi dobrý

3 – dobrý

4 – uspokojivý

5 – méně uspokojivý

6 – horší

7 – špatný

**otázka 8**

$\underline{\hspace{10em}x\hspace{10em}}$   
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 vůbec ne plně, zcela

## **HSBI - Heavy Smokers Baseline Inventory**

### **dotazník kuřáckých návyků**

Dotazník je používán jako počáteční diagnostická orientace. Rozborem jednotlivých osmi položek můžeme sestavit tzv. kuřácký profil klienta – dynamiku jeho kuřáctví, trvání, intenzitu závislosti a pokusy o zanechání kouření, vystavení pasivnímu kouření apod. (Rážová a kol. 2001).

Jednotlivé otázky se hodnotí samostatně s ohledem na možný intervenční postup. Pro statistické hodnocení HSBI jsou počítány pouze průměry pro každou položku, protože se týká jenom skupiny kouřících.

**Přehled výsledků odpovědí na jednotlivé na otázky viz tabulka č. 45.**

#### **HSBI 1**

**Kolik Vám bylo let, když jste začal/a pravidelně kouřit?**

n	Průměr	Rozptyl	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus
130	<b>19,1</b>	13,6	3,68	13	18	36	20

Odpovídalo 130 kouřících. Průměrný věk je 19 let, minimální 13 let, nejčastější hodnota – 20 let.

#### **HSBI 2**

**Kolik cigaret průměrně vykouříte během dne?**

n	Průměr	Rozptyl	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus
115	<b>11,78</b>	43,87	6,62	1	10	40	20

Odpovídalo 115 kouřících. Denní průměrný počet vykouřených cigaret je 12, minimum 1, maximum 40, nejčastější počet 20 cigaret za den.

### HSBI 3

**Kolik cigaret jste průměrně vykouřil/a během dne před šesti měsíci?**

n	Průměr	Rozptyl	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus
114	<b>12,31</b>	43,52	6,6	1	10	40	20

Odpovědělo 114 kouřících. Průměrný počet vykouřených cigaret před šesti měsíci bylo 12, minimum 1, maximum 40, modus 20 cigaret denně.

### HSBI 4

**Kolik cigaret jste vykouřil/a za den v době, kdy jste kouřil/a nejvíce?**

n	Průměr	Rozptyl	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus
129	<b>17,71</b>	70	8,37	2	20	50	20

Odpovědělo 129 respondentů. Největší průměrný počet vykouřených cigaret byl 17,7 za den, minimum 2, maximum 50, modus 20.

### HSBI 5

**Jste vystaven/a v zaměstnání vlivu cigaretového kouře druhých lidí?**

**1 ano 2 ne**

n	Průměr	Rozptyl	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus
149	<b>1,523</b>	0,25	0,50	1	2	2	2

Odpověděli i někteří nekouřící - celkem 149 respondentů. Z nich 71 (47,7 %) vypovídá, že jsou vystaveni na pracovišti pasivnímu kouření. Z tohoto počtu je celkem 53 (74 %) kouřících. Předpokládáme, že se kuřáckému prostředí nevyhýbají.



## HSBI 6

Zkoušel/a jste někdy zanechat kouření? 1 ano 2 ne

n	Průměr	Rozptyl	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus
131	<b>1,3</b>	0,2	0,45	1	1	2	1

Každý ze 131 respondentů nejméně 1–2× se pokoušel o zanechání kouření.

## HSBI 7

Jaká byla nejdelší doba, po kterou roků.....  
jste vydržel/a měsíců.....  
nevykouřit ani 1 cigaretu? dní.....

### RR roky

n	Průměr	Rozptyl	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus
42	<b>4,9</b>	26,87	5,18	1	2,5	22	2

42 kouřících vydrželo nekouřit průměrně 5 let, minimálně jeden rok, maximálně 22 roků, nejčastěji uváděný počet let bez kouření jsou 2 roky.

### MM měsíce

n	Průměr	Rozptyl	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus
38	<b>5,158</b>	14,3	3,78	1	5	20	6

Dalších 38 kouřících vydrželo nekouřit průměrně 5 měsíců, maximálně 20 měsíců, nejčastěji uváděli půl roku.

### DD dny

n	Průměr	Rozptyl	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus
42	<b>7,429</b>	53,66	7,33	1	5	30	3

42 kouřících vydrželo nekouřit průměrně 7 dnů, maximálně 30 dnů, nejčastěji 3 dny.

### HSBI 8

**Kolikrát jste se vážně pokoušel/a zanechat kouření v uplynulých 12 měsících?**

n	Průměr	Rozptyl	Sm.odch.	Minimum	Medián	Maximum	Modus
36	<b>1,444</b>	0,54	0,74	1	1	3	1

Na poslední otázku odpovědělo 36 kuřáků, kteří se pokoušeli zanechat kouření v uplynulém roce průměrně 1,4×, maximum 3x, nejčastěji 1×.

Tabulka č. 45

**HSBI - Heavy Smokers Baseline Inventory**

Dotazník zjišťuje kuřácké zvyklosti sledované skupiny kouřících

č.ot.	HSBI - Dotazník kuřáckých návyků	Počet	Průměr	Sm.odch.	Minimum	Maximum	Medián	Modus	
1	Kolik vám bylo let, když jste začal/a kouřit?	130	19,1	3,68	13	36	18	20	
2	Kolik cigaret vykouříte denně?	115	11,78	6,62	1	40	10	20	
3	Kolik cigaret jste průměrně vykouřil/a během dne před 6 měsíci?	114	12,31	6,6	2	40	10	20	
4	Kolik cigaret jste vykouřil/a za den v době, kdy jste kouřil/a nejvíce?	129	17,71	8,37	1	50	20	20	
5	Jste vystaven/a v zaměstnání vlivu cigaretového kouře druhých lidí?	149	1,52	0,5	1	2	2	2	
6	Zkoušela jste někdy zanechat kouření?	131	1,28	0,45	1	2	1	1	
7	Jaká byla nejdelší doba, po kterou jste vydržel/a nevykouřit ani 1 cigaretu	Roky	42	4,9	5,18	1	22	2,5	2
		Měsíce	38	5,158	3,78	1	20	5	6
		Dny	42	7,43	7,33	1	30	5	3
8	Kolikrát jste se vážně pokoušel/a zanechat kouření v uplynulých 12 měsících?	36	1,44	0,74	1	3	1	1	

## CQ – Confidence Questionnaire

### Dotazník měřící míru odolnosti vůči nutkání kouřit v různých životních situacích

Tento dotazník je sestaven tak, aby kuřákovi předložil šestnáct položek – 15 nejběžnějších životních situací, v nichž se nejčastěji kouří. Dotazovaný vyjadřuje od 0–100 % pravděpodobnost míry vlastní schopnosti odolat nutkání si zapálit (Rážová a kol., 2001).

V odpovědích se promítá osobní vztah každého kouřícího k nabízeným situacím včetně osobní úrovně rezistence v každé z nich. Vyhodnocení ukáže možnosti intervenčního směru.

čís. ot.	Confidence Questionnaire	n	Průměr	Sm.odch.	Medián	Modus
	Míra odolnosti vůči kouření					
1	Když pocítuji nervozitu	115	50,78	33,77	50	100
2	Když chci relaxovat	114	60,91	38,33	70	100
3	Když mi někdo nabídne cigaretu	114	54,56	33,5	50	50
4	Když se nudím	112	55,36	34,53	50	100
5	Když nevím co s rukama	114	56,67	38,04	60	100
6	Když se chci soustředit	113	60,97	38,61	80	100
7	Když si dám nějaký alkoholický nápoj	115	53,65	39,81	50	100
8	Když se cítím nepříjemně, rozmrzele	111	51,89	32,52	50	50
9	Když řídím auto	111	65,5	43,35	100	100
10	Když jsem ve společnosti lidí, kteří kouří	114	52,28	35,67	50	100
11	Když piji kávu	112	50	37,61	50	100
12	Když pocítuji trpělivost, neklid	113	51,15	33,08	50	50
13	Když se dívám na televizi	113	62,92	39,2	80	100
14	Když telefonuji	113	59,91	42,69	90	100
15	Po dobrém jídle	114	63,95	35,79	50	100
16	Pravděpodobnost, že budete schopni zítra odolat kouření bez ohledu na jednotlivé situace	113	42,39	35,94	40	100

Tabulka č. 46 Míra odolnosti vůči kouření

Výsledky v tabulce č. 46 **Míra odolnosti vůči kouření** ukazuje současnou schopnost odolat nutkání kouřit u sledované skupiny kouřících. Z tabulky lze vyčíst, že nejvíce kouřících neodolá v situaci, když je jim nabídnuta cigareta, při neklidu a netrpělivosti, při nespokojenosti a rozmrzelosti. Cigareta, asi u 50 % kouřících, patří ke kávě, ke skleničce alkoholu, k posezení ve společnosti, k pohodě po dobrém jídle.

Sledovaní nekouří když řídí auto, málokdo si zapálí při telefonování.

Nejmenším počtem průměrných bodů byla ohodnocena položka č. 16 – představa, že by měli kouřící již následující den odolat kouření je skoro u 60 % souboru nepřijatelná.

## Stručné shrnutí nejdůležitějších výsledků

### Stručná charakteristika sledovaného souboru:

**Zdravotní a všeobecné sestry v celkovém počtu 337,**

z toho **skupina kouřících - 38,6 % (n = 130).**

(oproti 25,6 % žen běžné populace ve stejném kalendářním roce).

**Za pravidelné kuřáky se někdy považovalo 52 % sester sledovaného souboru**

**Věk:** minimální - 19 let, **průměrný - 34 let.**

**Bydliště:** nejvíce bydlí v Čechách (65 %), z nich 43 % žije v Praze, dalších 25 % je z Moravy a 10 % ze Slovenska.

**Praxe:** průměrná délka - 13 a půl roku.

**Zařazení:** v současné době 62,8 % sester souboru pracuje ve třísměnném provozu, z nich 42,8 % kouří.

### Vyhodnocení Fagerströмова dotazníku:

Průměrná výsledná hodnota 4,67 bodů udává, že kouření respondentů souboru se pohybuje *na rozhraní mírné a střední závislosti*.

*V pásmu mírné závislosti je hodnoceno 51,7 % skupiny kouřících.*

**Za kuřáka se v současnosti se považuje 38,6 % respondentů sledovaného souboru.** Z nich za svátečního kuřáka se označuje 11 %, za středního 18 %, za silného 8 %, a za velmi silného 1 % sester.

- Nejvíce počátků kouření u našich respondentů je datováno do věku mezi 15 a 20 lety s průměrem kolem 19 let.
- Nejčastější začátek pravidelného kouření je okolo 18 let. Převážná většina svou pracovní kariéru začínala již jako kouřící.
- Průměrná délka kouření u skupiny kouřících je 14,35 let.
- Nejčastěji - 10 let trvání kouření.
- Průměrný počet vykouřených cigaret za den - je 11,7 cigaret.
- Nejčastěji počet vykouřených cigaret - 20 za den.

- Nejčastěji uváděná hodnota času potřebného k vykouření jedné cigarety je 5 minut.

### **Stanovené hypotézy**

- **Hypotéza 1**

**Sestry s vyšším vzděláním kouří významně méně.**

**Hypotéza se potvrdila.**

Ve sledovaném souboru se prokázalo, že ve skupině nekouřících je významně vyšší počet respondentů s vyšším než středním vzděláním (74,4 %). Přesto je zarážející vysoká prevalence kouření celého sledovaného souboru sester (38,6 %), neboť jde o soubor, kde nejnižší vzdělání je středoškolské. hodnota  $p = 0,0001, **$  - vysoce statisticky významné

- **Hypotéza 2**

**V podsouboru sester, žijících v dlouhodobém (trvalém) partnerském či manželském vztahu, bude statisticky významně nižší zastoupení kouřících.**

**Hypotéza se potvrdila.**

Při porovnání podskupin - u vdaných je nekouřících 69,2 % oproti 30,8 % kouřících. V podskupině svobodných je kouřících o 9 % více (45,5 % proti 54,5 % nekouřících). V partnerském vztahu žije více nekouřících (68 %) sester, než kouřících (32 %). Výsledek regresní analýzy (viz tab. č. 47 a 48) vykazuje, že u sester, které nežijí v partnerském vztahu, je poměr (OR – odds ratio) kouřících a nekouřících 2,475krát vyšší než u sester v partnerském vztahu.

Také veličina „Počet dětí“ se statisticky vysoce významně liší ( $p = 0,0040, **$ ) ve prospěch nekouřících, které mají více dětí.

- **Hypotéza 3**

**Vznik a rozvoj kuřáctví je ovlivněn místem bydliště – velkoměsta jsou podpůrným prostředím z hlediska kouření.**

Toto tvrzení není statisticky významně potvrzeno. Tendenci vyjádřenou v hypotéze č. 3 však podporuje významnější procentuální vyjádření rozdílů ve skupinách kouřících a nekouřících.

Rovněž bylo porovnána **země původu ve vztahu ke kuřáctví.**

Nejvíce respondentů z celého sledovaného souboru (65 %) je z Čech. Nejmenší zastoupení kouřících se objevilo ve skupině sester z Moravy (31,3 %). Nejvíce kouřících je ze Slovenska (n = 33, z toho je 60,6 %). Hodnota  $p = 0,0126$ , \* - hodnota se blíží ke statisticky vysoce významnému rozdílu.

Výsledek regresní analýzy: sestry z Moravy kouří nejméně. U sester ze Slovenska je poměr kuřáček a nekuřáček (OR) 3,849krát vyšší než u sester z Čech (viz tab.46 a 47).

- **Hypotéza 4**

**Charakter zdravotnického zařízení má vliv na prevalenci kouření - velké nemocnice facilitují rozvoj kouření.**

Zjištěnou tendenci podporuje procentuální vyjádření rozdílů ve skupinách. Z fakultních nemocnic velkého města je nejvíce kouřících sester (44 %). Nejvíce kouřících je na chirurgických odděleních (51,6 %), na druhém místě jsou geriatrická (47 %) a na třetím místě dokonce dětská oddělení (38,5 %). Nejnižší počet kouřících se vyskytl na ARO - 25,8 %. Tento výsledek podporuje tvrzení hypotézy č. 1 – jde o sestry, které absolvovaly skoro všechny „vyšší“ vzdělání – nejméně specializační.

- **Hypotéza 5**

**Na prevalenci kouření má vliv směnnost provozu – ve směnném provozu je prevalence kouření vyšší.**

**Hypotéza se potvrdila.**



80 % respondentů souboru nastoupilo a pracovalo dříve ve směnném provozu, 40 % z nich kouřilo. Ve směnném provozu je Relativní riziko kuřáctví 1,20 x vyšší než v denním provozu.

V současné době ve směnném provozu pracuje 63 % respondentů souboru, 43 % z nich kouří. Ze sester v denním provozu kouří 32,5 %. Relativní riziko kuřáctví je 1,32 x vyšší ve směnném provozu než na denních službách.

- **Hypotéza 6 a 7**

**Kouření sester je nadřízenými tolerováno.**

**Tolerance kouřících managerů ve zdravotnických zařízeních souvisí s kouřením sester.**

**Tyto hypotézy se potvrdily.**

Prostředí ve zdravotnických zařízeních je příliš benevolentní k otázce kouření. Z počtu 182 respondentů potvrdilo 84 %, že jejich kouřící vedoucí tolerují kouření ve zdravotnickém zařízení, navíc často kouří se svými podřízenými.

- **Hypotéza 8**

**Na prevalenci kouření sester má vliv náročná práce na odděleních, kde je vyšší expozice stresovým a krizovým situacím.**

**Hypotéza se jednoznačně statisticky nepotvrdila. Výsledky šetření nejsou statisticky významné.**

Nejvíce respondentů pracuje na odděleních:

1. interních 27,5 %, z nich je kouřících 35,9 %,
2. chirurgických 28,4 %, z nich je kouřících 51,6 %,
3. na ARO 18,5 %, z nich je kouřících 25,8 %.

Nejvíce sester poskytuje nemocným péči:

1. intenzivní 33,3 %, z nich je kouřících 43,1 %,
2. standardní 31,2 %, z nich je kouřících 41,2 %,
3. urgentní 15,3 %, z nich je kouřících 40 %.

- **Hypotéza 9**

„Sváteční a mírní“ kouřící kouří převážně na odděleních u tzv. „kávových přestávek“.

**Hypotéza se potvrdila.**

Nejvíce respondentů celého souboru pije 2 až 3 šálky kávy denně (63,6 %), 34 % kouřících pije více než 3 – 5 a více šálků kávy, zatím co stejně vysoký počet šálků kávy pije jen 15,3 % nekouřících. Rozdíl ve prospěch nekouřících je také u těch, které kávu nepijí vůbec.

Četnost pití kávy se statisticky vysoce významně liší u kouřících a nekouřících -  $p = 0,0003$ , \*\* (testováno metodou  $\chi^2$ ).

Také sváteční kuřáci také uvádějí, že si nejčastěji zapálí cigaretu u šálku kávy a ve službě.

Odpovědi na další otázku – kdy si nejčastěji zapálí cigaretu? tento výsledek také potvrzují:

nejvíce kuřáků uvádí, že hlavně kouří ve společnosti (62,5 %), na druhém místě - polovina skupiny kouřících sděluje, že kouření patří ke kávě, na třetím místě kouřící uvádějí, že kouří z důvodu pocitu uvolnění ve stresových situacích (44,5 %) a dále pak ve službě.

Naše nekouřící sestry odpověděly, že mají více problémů s nespavostí, podrážděností a únavou (viz tabulky č. 34, 35).

**Nekouřící častěji uvádějí problémy s únavou a přetížením.** Problémy s únavou se statisticky významně liší u skupiny kouřících a nekouřících v neprospěch nekouřících. Toto potvrzuje i statistická významnost rozdílu - hodnota  $p = 0,0372$ ,\* (testováno metodou  $\chi^2$ ).

**Nekouřící častěji uvádějí problémy s nespavostí.** Problémy s nespavostí se statisticky významně liší u skupiny kouřících a nekouřících v neprospěch nekouřících. Statisticky významný rozdíl  $p = 0,0304$ ,\* (testováno metodou  $\chi^2$ ).

Požívání uklidňujících léků u skupiny kouřících a nekouřících se statisticky významně neliší.

### **Škála sociální readaptace**

měří předpokládaný dopad životních událostí na zdravotní stav člověka. Po vyhodnocení odpovědí se 55,5 % respondentů z celého souboru nachází v pásmu relativně bezrizikovém. V pásmu 50 % rizika se vyskytuje 19,2 % sester – z nich přibližně polovina kouřících i nekouřících, v pásmu nejvyššího - 80 % rizika vzniku somatického onemocnění - se vyskytuje celkem 9 % respondentů, z nich 60 % je kouřících.

Výsledky hodnocení Škály sociální readaptace se statisticky významně liší u skupiny kouřících a nekouřících ve neprospěch kouřících ( $p = 0,0327, *$ ).

### **Míra odolnosti vůči kouření**

Výsledky dotazníku (viz tab. č. 46) ukazují současnou schopnost odolat nutkání kouřit u sledované skupiny kouřících. Nejvíce kouřících neodolá v situaci, když je jim cigareta nabídnuta, při neklidu a netrpělivosti, při nespokojenosti a rozmrzelosti. Cigareta (asi u 50 % kouřících) patří ke kávě, ke skleničce alkoholu, k posezení ve společnosti, k pohodě po dobrém jídle. Sledovaní nekouří když řídí auto, málokdo si zapálí při telefonování.

Tabulka č. 47

**Profil sestry nekouřící a kouřící**

(sestaveno z nejvyšších hodnot při vyhodnocení dotazníků sledovaného souboru)

	nekouřící			kouřící			celý	bor
	ze souboru	z nekouřících		ze souboru	z kouřících		sou	bor
	n	%	%	n	%	%	n	%
	<b>207</b>	<b>61,4</b>		<b>130</b>	<b>38,6</b>		<b>337</b>	<b>100</b>
<b>průměrný věk</b>	207		34,5	130		33,4	337	34 let
<b>modus - věk</b>	207		27 let	207		24 let	337	
<b>kuřáctví</b>					mírný až střední kuřák			
<b>žije s partnerem</b>	132		68	62		32	194	58,3
<b>bez partnera</b>	74		53,2	65		46,8	139	41,7
<b>děti ano</b>	120	58,3	64,9	65	50,4	35,1	185	55,2
<b>vzdělání vyšší má</b>	163	78,8	74,4	56	43,1	25,5	219	65
<b>jen SZŠ má</b>	44	21,2	37,3	74	56,9	62,7	35	118
<b>původ z Čech</b>	136	65,7	62,7	81	63,3	37,3	217	64,8
<b>z Moravy</b>	57	27,5	68,7	26	20,3	31,3	83	24,8
<b>ze Slovenska</b>	13	6,3	39,4	20	15,4	60,6	33	9,9
<b>bydliště v dětství v Praze</b>	50	25	53,8	43	35,8	46,2	93	29,1
<b>současné bydliště v Praze</b>	94	49,5	58,8	66	57,4	41,3	160	52,5
<b>délka odborné praxe - průměr</b>	205	14,2 let		129	13,2 let		334	13,6 let
<b>modus - praxe</b>		6 let			12 let			
<b>pracuje ve velké nemocnici</b>	117	56,0	56,8	62	71,3	44	209	62,4
<b>velké nemocnice</b>	117	56		62	44			
<b>charakter oddělení</b>	59 9 46	interna 28,6 dospělí 4,4 ARO 22,3	64,1 64,3 74,2	49 8 5	chirurg 38 geriatrie 6 dětské 4	51,6 47,1 38,5	95 92 62	chirurg 28 interna 28 ARO 18,5
<b>charakter péče</b>	62 30 60	urgentní intenzivní standard	60 57 59	47 16 42	intenz 43 dlouho 42 standar41	43,1 42,1 41,2	109 102 50	intenz 33 stand 31 urgent 15
<b>směnný provoz dříve</b>	158	79	60,1	105	83,3	39,9	263	80,7
<b>směnný provoz dnes</b>	119	58,9	57,2	89	69	42,8	208	62,8

Tabulka č. 47  
pokračování

	nekouřící			kouřící			celý	bor
	ze souboru	nekouřící		ze souboru	kouřící			
	n	%	%	n	%	%	n	%
	207	61,4		130	38,6			100
tolerance managementu				182	toleruje	84%		
<3 šálky kávy	190/29	15,3	40,3	126/43	34,1	59,7	316/72	22,8
Fagerströmův dotazník-závislost				130/97	4,7 mírná-1/2 střední	62%		
< 50% riziko - Škála sociální readaptace	188/40	21,3	49,4	116/41	35,3	50,6	335/81	28,3
SWB –osobní pohoda		neliší se			neliší se			
Práci za kouřící supluji - ano	84		41,8					
pravidelný kuřák				60		61		
věk začátku kouření - průměr						18 let		
průměrná délka kouření				110		14,3 let		
průměr cigaret/den				115		11,7		
průměr min. k vykouření 1 cigarety				115		6 min.		
nejč. kouřím ve společnosti, káva				128		62 %		
počátek kouření					frajeřina	< 70%		
kouření ve službě				128		73%		
zanechávání kouření				130		1,3		
abstinence				130/42	průměr	5 let		
neodolá					nabídka, rozmrzelost neklid,			
nekouří					při řízení			

## **Method = Forward Stepwise (Wald)**

Metodou logistické regrese (Forward Stepwise) byla provedena analýza významnosti vlivu některých ze sledovaných faktorů na výskyt kuřáctví.

Do této analýzy bylo zahrnuto 197 případů, dalších 141 bylo vyloučeno, protože nebyly vyplněny všechny proměnné, které byly zvoleny jako nezávisle proměnné.

Kuřáctví jako závisle proměnná bylo dichotomizováno – kuřáctví ano/ne.

Pro ověření vlivu většího počtu nezávisle proměnných byly provedeny dvě analýzy.

V první analýze jsme zvolili jako nezávisle proměnné následující veličiny:

partnerství, území původu, bydliště dříve, bydliště nyní, pracovní zařazení dříve, pracovní zařazení nyní, směnný provoz dříve, směnný provoz nyní, Hodnocení osobní pohody - (součet SWB 1-7 (proměnná 7 převrácena), SWB 8), Škála sociální readaptace.

Analýza proběhla ve třech krocích.

Do finálního kroku byly postupně zahrnuty následující proměnné:

partnerství, území původu a současné pracovní zařazení.

Jako referenční byly brány tyto hodnoty proměnných:

partnerství ano, území původu a zařazení řadová sestra.

Ostatní proměnné byly statisticky nevýznamné a z analýzy byly vyloučeny.

Statisticky významný vliv na kuřáctví je označen \* resp. \*\*.

	Regresní koeficient B	S.E.	Sig.	Exp(B) OR
<b>partner</b>	.906	.333	<b>.006**</b>	2.475
<b>původ (Čechy)</b>			<b>.041*</b>	
<b>původ (Morava)</b>	-.401	.381	.293	.670
<b>původ (Slovensko)</b>	1.348	.633	<b>.033*</b>	3.849
<b>zařazení (řadová sestra)</b>			<b>.036*</b>	
<b>zařazení (staniční)</b>	2.015	.728	<b>.006**</b>	7.501
<b>zařazení (vrchní)</b>	-.781	1.104	.480	.458
<b>zařazení (jiné)</b>	.139	.338	.682	1.149
<b>Konstanta</b>	-1.886	.528	.000	.152

Tabulka č. 47 Logistická regrese 1

U sester, které nežijí v partnerském vztahu, je poměr (OR – odds ratio) kuřáček a nekuřáček 2,475 krát vyšší než u sester v partnerském vztahu.

U sester z Moravy nemá jejich původ významný vliv na jejich kuřáctví. U sester ze Slovenska je poměr kuřáček a nekuřáček (OR) 3,849krát vyšší než u sester z Čech.

Na kuřáctví má dále vliv pracovní zařazení. Kuřáctví staničních sester je 7,501krát vyšší než řadových sester. Zařazení jako vrchní sestra a jiné nemá na kuřáctví vliv.

Ve druhé analýze jsme se pokusili prokázat významnost vlivu dalších proměnných.

Byly do ní zahrnuty následující proměnné:

znovu partnerství a původ, dále charakter poskytované ošetrovatelské péče, charakter oddělení a zdravotnického zařízení, vzdělání, funkční zařazení dříve a dnes.

proměnná	B	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
partnerství	.594	.020	1.811	1.097	2.991
původ (Čechy)		.041			
původ (Morava)	-.267	.372	.766	.426	1.376
původ (Slovensko)	.907	.029	2.476	1.096	5.593
konstanta	-1.335	.001	.263		

Tabulka č. 48 Logistická regrese 2

V této analýze se znovu potvrdil významný vliv partnerství a původu na rozvoj kuřáctví. U ostatních proměnných, které byly do analýzy zahrnuty nebyl prokázán jejich statisticky významný vliv.



## DISKUSE

Kouření populace je v současné době složitý celospolečenský problém. Kouření zdravotníků je o to závažnější, že jde současně o skupinu těch, kteří mají jednotlivým kuřákům pomoci s kouřením přestat. Obecně platí, že nemůže pomoci ten, kdo s daným problémem není sám vyrovnán. O to víc to platí o závislostech – včetně závislosti na nikotinu.

Není logické, že jedna z profesionálních skupin - dokonce se středním a speciálně se zdravotnickým vzděláním, která by měla propagovat a ovlivňovat výchovu ke zdraví vč. nekuřáctví populace, kouří víc než jiné profesionální skupiny.

Při úvahách o důvodech - **proč právě zdravotní sestry**, i když jsou dostatečně poučeny a ze své praxe nejlépe znají škodlivý dopad kouření na lidské zdraví, **kouří velmi často a poměrně hodně**, jsme se přikláněli k důvodu, že kouření u nich patří mezi špatné techniky odbourávání stresu.

Domníváme se, že kouřící sestry odbourávají vyšší expozici stresovým situacím kouřením, protože **je to jejich již dříve naučený způsob odbourávání stresu. Nepotvrdilo se, že by expozice stresu v sesterské profesi byla důvodem vzniku nových případů kouření.** Většina kouřících při nástupu do výkonu povolání sestry pouze kouřit nepřestala. S kouřením již experimentovala - nebo již kouřila - v době adolescence.

**Prostředí ve zdravotnických zařízeních je příliš benevolentní k otázce kouření.** Z počtu 182 respondentů potvrdilo 84 %, že jejich kouřící vedoucí kouření ve zdravotnickém zařízení tolerují, navíc často kouří se svými podřízenými. **Tolerance kouřících manažerů ve zdravotnických zařízeních souvisí s kouřením sester.**

Z dlouholetých osobních zkušeností autorky a z diskusí se sestrami vyplynulo, že kuřácká atmosféra na pracovišti přímo vybízí nové mladé

pracovníky k upevňování kuřáckých návyků a vytvoření nových stereotypů nevhodného zvládnání stresu v náročných a vypjatých situacích. Tuto skutečnost přímo ovlivňuje okolnosti a možnost kouření na pracovišti. Situace je alarmující.

Je známo, že cigareta krátkodobě povzbudí a uvolní stres. V čase kouření i nepravidelný kuřák většinou relaxuje a vychutnává si rituál kouření, při kouření si aktivně navodí a uvědomuje pocit uvolnění a relaxace. Vzniká většinou psychosociální závislost. Kuřák, který je již závislý na nikotinu jako droze u většiny vykouřených cigaret vnímá pocit uvolnění jiné kvality.

Oblíbenost **přestávky u kávy a cigarety** v úzkém kolektivu představuje formu tzv. sociální opory, která působí jako tlumící systém, chránící před potencionálními škodlivými vlivy stresových událostí, které sebou přináší sesterské povolání. Sestry jsou vystaveny dlouhodobému působení chronického stresu, který se v těchto chvílích uvolní. Při přestávce se vypovídají, sdělují své pocity a ventilují tak napětí vznikající při práci s nemocnými, či při spolupráci v týmu.

Podle Leavy (1983) „Sociální vliv – může ovlivňovat kouření sester např. v době přestávky, u kávy, po ukončení náročné situace (např. porod, operace, blok činností v denním režimu oddělení...). Jde o negativní sociální návykové chování – strategie zvládnání stresu (coping)“.

**I „sváteční a mírní“ kouřící kouří převážně na odděleních u tzv. „kávových přestávek“.** Nejvíce respondentů celého souboru pije 2 až 3 šálky kávy denně 63,6 %. Při porovnání pití kávy u skupin kouřících a nekouřících jsme došli k závěru, že – 34 % kouřících pije více než 3 – 5 a více šálků kávy, zatím co stejně vysoký počet šálků kávy pije jen 15,3 % nekouřících. Více nekouřících je také mezi těmi, které nepijí kávu vůbec.

Sváteční kuřáci uvádějí, že si nejčastěji zapálí cigaretu u šálku kávy a ve službě, nejvíce kuřáků uvádí, že hlavně kouří ve společnosti, polovina skupiny kouřících sděluje, že kouření patří ke kávě. Kouřící uvádějí, že

kouří z důvodu pocitu uvolnění ve stresových situacích a ve službě. Pocit pohody při pití kávy a cigarety patří k relaxaci. Jde o část rituálu kouření při kompenzaci stresu u kouřících.

Dokonce některé staniční sestry se přestávek u kávy zúčastňují také – vč. kouření s poznámkou, že se nechtějí vydělovat z kolektivu.

Bez komentáře ponecháváme následující důvod pro kouření na pracovišti v těchto sděleních:

„Bylo to nepsané pravidlo, že kdo nekouří, musí chodit na zvonky...“

„Kouřím jen ve službě, doma mne to ani nenapadne.“

### **Dovedou nekouřící sestry relaxovat?**

Najdou si nekouřící sestry čas udělat něco pro sebe, když je rituál kouření, či lačnění po nikotinu nenutí k zastavení? Kuřáckých přestávek se nezúčastňují, pokud se nechtějí vystavovat pasivnímu kouření (27 % sester se pasivnímu kouření vystavuje většinou dobrovolně). Naopak – 58 % nekouřících uvedlo, že suplují práci v době přestávek kouřících kolegyně, což jim vadí.

Z tab. č. 1 vyplynulo, že nekouřící sestry vykazují méně aktivit ke kompenzaci stresu a přetížení. Tabulky č. 34 a 35 ukazují, že naše nekouřící sestry mají více problémů s nespavostí, podrážděností, únavou a přetížením.

Problémy s únavou se statisticky významně liší u skupiny kouřících a nekouřících v neprospěch nekouřících ( $p = 0,0372, *$ ).

Nekouřící sestry jsou také poměrně více vytížené dalšími povinnostmi, které vyplývají z jejich dalších sociálních rolí z oblasti rodinných vztahů.

Nekuřáci jsou, kupodivu často i na pracovištích ve zdravotnických zařízeních ne vždy dobrovolně, vystaveni i **pasivnímu kouření**. V našem souboru je tomu tak u více než ¼ sester. 7 sester otevřeně přiznává, že kouří i v přítomnosti nekuřáček.

## ZÁVĚRY PRÁCE

---

### **Z naší práce vyllynuly následující závěry a doporučení:**

#### **I. Motivační antikuřácká výchova v době kvalifikačního studia**

Podle opakovaných výsledků studií o nikotinismu má vliv na dlouhodobé pravidelné kuřáctví zahájení experimentace s tabákem právě v adolescenci. Také v našem souboru se tato situace potvrdila:

57,4 % kouřících sester sledovaného souboru datuje počátky svého kouření do věkového období 14 - 18 let. Dalšíh 18,6 % mezi 19 - 20 lety. To znamená, že 76% kouřících sester začalo s kouřením do svých 20 let. Je to období studia na střední škole, období nástupu do praxe po maturitě, adaptace na nové prostředí ve zdravotnické praxi nebo přechod do dalšího studia na VOŠ.

Významnou roli v **počátku kuřáctví adolescenta** hraje otázka sníženého pocitu sebehodnocení a nejistoty, vliv kamarádů a tlak sobě rovných, získání pocitu dospělosti, odstranění pocitu závislosti na jiných lidech, přijetí do žádoucí skupiny lidí, působení osobních vzorů, autorit, rodinného prostředí a společenského trendu. Jde o „sociální nakažlivost“ zrodu rizikového chování (Křivohlavý, 2001).

Domníváme se, že právě **období přijetí ke studiu a období studia** na odborné – zdravotnické škole je nutno výchovně využít. Právě v tomto období je student přístupný formování, protože je citlivý a zvýšeně vnímavý k emočně vypjaté realitě života, se kterou se setkává ve zdravotnickém prostředí. Získává zcela novou důležitost, pocit dospělosti a odpovědnosti, nové zkušenosti, náhledy, vnímá nové modely rolí, vytváří si reálné představy a nové postoje a návyky v neznámé profesi. **V začátku studia je nejvíce ovlivnitelný novými autoritami v novém prostředí.**

Je třeba (mimo jiné) **zaměřit působení pedagogů na posílení motivace k profesionální výchově s důrazem na profesní etiku (kouření**

**zdravotníka je neetické).** Je to období, kdy je možné na studující působit (zvláště na ty, kteří si své studium vybrali ze zájmu o budoucí profesi sestry), kdy se formuje jejich představa o vlastní ideální roli zdravotníka.

Pedagogové mají dostatek důkazů o škodlivosti kouření. Pouze na „zastrašovací“ důvody však adolescenti neslyší. Téma je třeba vhodně spojit s odborností studia a praktickým prožitím při komunikaci s nemocnými. Pak se pod citlivým vedením pedagogů mohou stát také racionálním prostředkem a důvodem pro studenta proč nekouřit. Samozřejmým požadavkem je, že pedagogové a vychovatelé budou nekuřáci.

Problém vidíme i v tom, že studující docházejí na odbornou praxi do zdravotnických zařízení, kde mnohde sestry i lékaři kouří. Tato situace znevažuje snažení pedagogů. Sestry jsou reálným příkladem pro studenty. Je však možné vybírat školní stanice pro praktickou výuku i podle tohoto kritéria.

## **2. Zařazení problematiky kouření do výuky zdravotníků**

### **Zkušenosti z vlastní pedagogické činnosti**

Jednou z rolí sestry je také role edukátora. Edukace se uplatňuje v primární, sekundární i terciální prevenci. Zde vidíme vhodné, empatické uplatnění antikuřácké výchovy jak studenta, tak pacienta. Ve vhodných výukových tématických celcích je možné zadávat studentům cílenou přípravu individuálního plánu edukace nemocného, vypracování edukačního standardu určitého typu onemocnění ve formě referátů, prezentací, písemných seminárních prací, vedení diskusí a praktických cvičení u konkrétního nemocného.

V rámci ošetrovatelské diagnostiky při výuce ošetrovatelského procesu v praktických podmínkách je nutné požadovat po studentech stanovení kuřácké anamnézy nemocných, dle situace podání stručných informací o škodlivosti aktivního i pasivního kouření a dovednost v provedení krátkých intervencí a poskytnutí informací o možnostech

v odvykání kouření. O těchto rozhovorech se pořizuje záznam do ošetřovatelské dokumentace klienta.

Ve vhodných výukových předmětech jako je výchova ke zdraví, veřejné zdravotnictví, základy managementu ošetřovatelství, i klinické ošetřovatelství, klinická praxe apod. je možné zadávat i širší a konkrétní problematiku témat tabakismu s dopadem na zdraví, jako jsou např.:

- rozšíření kouření v populaci,
- kouření a jeho dopad na zdraví,
- program Zdraví pro všechny v 21. století,
- metodika edukace nemocných různých věkových skupin při různých chorobách,
- zdravý životní styl populace,
- zdravý životní styl sester,
- kouření dětí a mládeže,
- kouření studujících středních zdravotnických škol,
- kouření a stres,
- kouření zdravotníků,
- kouření a dodržování zákonných norem,
- kouření v nemocnicích,
- kouření a vedoucí pracovník atd.

Témata je možné zadávat ke zpracování jako např. vypracovat vhodně zaměřené informační letáky pro určitou skupinu nemocných, event. dětí, výběr tématických informací pro pacienty v čekárně určitého specialisty, pro přednášku či besedu např. pro seniory, děti na ZŠ, referát pro odbornou konferenci apod.

K těmto a dalším připraveným tématům studující dále diskutují, zajímají se o dostupnou literaturu a další informační zdroje, sami volí i nové náměty pro seminární práce, připravují si sami počítačové prezentace, které také při vhodných příležitostech prezentují.

V bakalářských programech studia Ošetřovatelství v denním studiu (průměrný věk studentů je kolem 20 let) vedeme diskuse na témata týkající

problému kouření a kuřáctví na seminářích v předmětech ve výše uvedených předmětech. Studenti připravují seminární práce na vybraná témata podle své zájmu.

V kombinovaném studijním programu Ošetrovatelství – Zdravotní vědy jsou dospělí studující z řad zkušených pracovníků v ošetrovatelství z praxe. Mnozí jsou v pozicích managementu. Jen málo z nich jsou kouřící, ale s problémem kouření na svých pracovištích mají všichni určité zkušenosti. Studující tohoto studijního programu se o problematiku kouření zajímají nejvíce.

Dílčí, konkrétní výstupy se následně snaží uplatnit ve svém životě a ve své práci podle své pozice a funkce ve zdravotnickém zařízení, či v rodině. Své poznatky uplatňují také při edukaci nemocných. O svých zkušenostech se pak se všemi podělí.

#### **Výstup z diskuse se studenty:**

Konkrétní poznámky studentů ke kuřákům na ošetrovací jednotce:

- pokud nejsou vyčleněné prostory v dostatečné blízkosti, kouří se ve vybrané místnosti i v přítomnosti nekuřáček, které jsou vystavovány pasivnímu kouření,
- potřeba kouřit nutí kouřící častěji opouštět oddělení a odbíhat od práce - jsou tedy méně výkonní, což je nežádoucí (asi 5 cigaret za směnu = 50 min. času pracovní doby),
- pokud je místo kouření vzdáleno, jsou mimo dosah, nemohou rychle reagovat na aktuální změny situace na oddělení – což je nepřípustné,
- když je hodně práce a kouřící nemohou odejít kouřit podle svého nutkání a potřeby, jsou nesoustředění a podráždění – což pacienti vnímají negativně,
- nemohou přesvědčivě pomoci svým pacientům v edukační činnosti s problémem nekouřit,
- nejsou přirozenou autoritou a příkladem modelu nekuřáckého chování,
- jsou v rozporu s prestiží a profesionální etikou profese,

- jejich nespokojenost s finančním ohodnocením je umocněna výdaji spojené s kouřením,
- vzniká problém působení na zdraví žen zvláště v kombinaci s hormonální antikoncepcí, substitucí...,
- neslučitelné je kouření a role matky, partnerky,
- velký problém je kouření dětí a mládeže, zvláště pak studujících ve středním zdravotnickém školství.

### **3. Výuka metodiky antikuřáckých intervencí**

Problematika kouření a základní metodika antikuřáckých intervencí by měla být zařazena do základního kvalifikačního vzdělání všech zdravotnických profesí, hlavně lékařů i sester. Speciální problematika metodiky antikuřáckých intervencí by měla být součástí specializovaných kurzů a tématického vzdělávání.

Každý zdravotnický pracovník by měl, v rovině svých kompetencí a svého zaměření, vést cílený rozhovor, který by byl zaměřen na edukaci a prevenci kouření. Následky kuřáctví se dotýkají prakticky všech medicínských oborů. Lékaři a sestry by měli dokumentovat kuřáckou anamnézu jak aktivního, tak pasivního kuřáctví svých klientů a následně, ve spojitosti s informacemi o jeho konkrétním zdravotním stavu, vést individuální rozhovor cílený na aktuální problematiku týkající se určitého klienta.

Po zvládnutí anamnestických a motivačních intervencí následuje fáze orientační diagnostiky závislosti a u indikovaných klientů event. jejich předání k další péči do specializovaných pracovišť s možností léčení škodlivých následků kouření nebo center pro odvykání kouření.

Zkušenosti specializovaných terapeutů na závislosti ukazují, že jde o práci nelehkou, která od všech vyžaduje dobrou znalost problematiky kuřáctví, psychologie, psychoterapie, velkou trpělivost, altruismus, kreativitu a silnou motivaci. Někteří terapeuti pocítují pocit zklamání z nejednoznačných a málo viditelných úspěchů své práce, které



neodpovídají jejich vynaloženému úsilí. Pocit terapeutické úspěšnosti nelze hodnotit jen krajní mezí - vyléčením klientů - podle procenta abstinujících. Tento úhel pohledu jednoznačně neposiluje pozitivní motivaci k dalšímu úsilí. Velkým kladem při léčbě závislostí je jakákoliv změna postojů, chování, životního stylu, myšlení, další pokus po relapsu ze strany klienta.

Změnit myšlení a chování klienta, změnit jeho životní cíl, je velmi složitý úkol. Léčba závislostí je nikdy nekončící cesta, která vyžaduje silnou motivaci, umění komunikace a trpělivost z obou stran.

#### **4. Nekuřácké zdravotnické prostředí**

Ve stále více zemích je naprostou samozřejmostí zákaz kouření ve veřejných budovách. V ČR se v mnoha nemocnicích stále kouří. Praxe ukazuje, že rozhodnutí o dodržování nekuřáckého režimu na odděleních, ev. sankcionování kuřáků, je přímo úměrně závislé na kuřáctví vedoucích pracovníků. Je paradoxní, že od tohoto faktu závisí benevolence či netolerance ke kompromisům pro kuřáky, dokonce i k dodržování zákonných norem.

Více než polovině kouřících (51,7 %) sledovaného souboru by toto opatření nedělalo problémy (jde o příležitostně kouřící), některé sestry by kouření bez problémů omezily na příležitostně – v mimopracovní době, jiné dokonce uvádějí, že kouří příležitostně právě ve službách a ostatní (23,6 %) by svou situaci musely řešit odbornou pomocí. Ideální by bylo, kdyby toto opatření pomohlo k úplnému nekuřáctví sester.

Zkušenosti z jiných zdravotnických nekuřáckých zařízení ukazují, že opatření - nekuřácké prostředí - bylo přijato jako daná skutečnost bez větších problémů.

Nabízí se tedy řešení: **vybírat do vedoucích pozic nekuřáky** a vyhlásit striktní zákaz kouření ve všech zdravotnických zařízeních.

Pro zavedení antikuřáckého programu na pracovištích je třeba získat především vedoucí pracovníky. Užití správného způsobu vedení, event. volba kombinace různých stylů řízení by měla být individuální u každého

vedoucího pracovníka. Úroveň dovedností, vědomostí a erudice sester manažerek se zobrazí ve výsledku změn.

Jen sestry schopné kritického myšlení ovlivňují a motivují pracovní kolektiv. Vedou personál s rozhodností, vlastní zodpovědností a osobním příkladem vzbuzují touhu po změně a zdokonalení zažitých způsobů práce. Práce s lidmi není jednoduchá, o to víc není jednoduché prosadit změnu.

Velký vliv na to, jak budou sestry akceptovat antikuřácký režim ve zdravotnických zařízeních má osobnost vedoucích pracovníků.

## **5. Kouření sester a pacient – kuřák**

Dalším důležitým aspektem nevhodnosti a netaktnosti kouřících zdravotníků je pacient – kuřák. Při nemoci, zvláště při hospitalizaci, se dostává do situace, kdy má často velké problémy sám se sebou při omezení či zákazu kouření právě z léčebných důvodů. Cigaretový kouř kouřících zdravotníků se neutají. Často proniká i na oddělení, event. jej pacient cítí z pečujícího zdravotníka. Vnímá tuto skutečnost úkorně a daleko intenzivněji ve svém složitém postavení. Pach cigaretového kouře působí na organismus kuřáka jako stimul a podněcuje nepřekonatelné nutkání a chuť si zapálit. Dále je ve hře jeho psychická tenze ze zákazu či nemožnosti kouření, očekávání nepříjemnosti abstinčních příznaků vyplývajících z omezení kouření při hospitalizaci a nejistota, jak tuto situaci bude aktuálně řešit. Nemocný si uvědomuje zhoršení vlastního zdravotního stavu v důsledku kouření a má obavy z nutnosti přijmout rozhodnutí pro zásadní omezení ve svém dosavadním životním stylu. Slabá vůle je typická pro osoby požívající návykové látky. Vše se odehrává v náročné době prožívání ataky onemocnění, která sama o sobě přináší svá specifická úskalí.

Kouřící zdravotníci mu jeho pozici neulehčují, ba naopak – nelze věřit jejich poučování o škodlivosti kouření a jejich důsledcích na zdravotní stav: jak lze věřit člověku, který se sám vůči sobě a svému okolí prohřešuje a dává svým chováním najevo, že těmto „teoriím“ nevěří? Rady těchto zdravotníků jsou velmi nepřesvědčivé. Svým počínáním devalvují nejen

svou práci a svou osobu, ale i práci lidí, kteří se snaží v oblasti péče o zdraví vybojovat alespoň určitá zlepšení.

V nemocnicích, kde je zákaz kouření striktně dodržován, se požaduje také **nekouření pacientů**, kterým je však třeba nabídnout účinnou pomoc odborníků: diagnostikovat míru závislosti nemocného na kouření, zhodnotit další možný průběh situace, zátěž v souvislostech a prožívání abstinčního syndromu ve vztahu k aktuální závažnosti zdravotního stavu. Lékaři i sestry by s nemocným o vzniklé situaci měli hovořit a individuálně mu poskytnout pomoc ve formě **farmakologické substituce nikotinu**. Vzniklá situace bude možná pro nemocného vážným impulsem pro počátek odvykací terapie.

**V souvislosti s kouřením sester se nabízejí následující otázky:**

**a) Nejde o možnost nebezpečí zanedbání péče o nemocné?**

Kouření na ošetrovací jednotce má ještě další úskalí, a to je kontinuální, **nepřetržitá povinnost péče sester o nemocné**. Nekouřící sestry plní úkoly a aktuální potřebnou péči o nemocné (ve 42 %) za sestry, které v danou chvíli kouří. Zdržují-li se kouřící sestry v prostorách mimo vyšetřovny, v některých případech dokonce i mimo oddělení, sestry nekouřící obvykle suplují povinnosti v jejich nepřítomnosti. Tato skutečnost je z hlediska bezpečnosti pacientů nepřijatelná.

**b) Sestry - kouřící na pracovišti ve zdravotnických zařízeních - etický problém profese.** Kouřící zdravotník se chová vůči svým nemocným i celé profesi velmi neeticky.

**c) Jaká je finanční ztráta průměrné kuřáčky?**

Dle sdělovacích medií v současné době se pohybuje **průměrná cena krabičky 20 cigaret okolo 70 Kč**.

$$\begin{array}{l} \text{za týden} = 70 \times 7 = 490 \text{ Kč} \\ \text{za měsíc} = 490 \times 30 = 1\,470 \text{ Kč} \end{array}$$

**za 1 rok** = 1 960 x 12 = **23 520 Kč**  
**za 10 let** = 23 520 x 10 = **235 200 Kč**

Naše sestry si objektivně stěžují na špatné finanční ohodnocení a přesto jsou schopny a ochotny vydat poměrně velké finanční částky za cigarety, o kterých ví, že jim poškozují zdraví.

**d) Jaká je ztráta času způsobená kouřením mimo přestávky?**

Tato otázka by mohla být součástí dalších výzkumných – např. manažerských studií, které by se mohly zabývat organizací práce sester, jejich vytížením (přetížením), využitím odbornosti jednotlivých kategorií pracovníků v ošetrovatelství, využitím času věnovaného různým činnostem sester v době směny, apod.

**Návrhy na opatření pro resort zdravotnictví:**

- Posilovat ve společnosti povědomí – zdravotník = nekuřák – etický požadavek profese.
- Nepřehlížet kouření u studentů zdravotnických profesí.
- Vytvořit nekuřácká pracoviště ve zdravotnických zařízeních – nejlépe zákonnou normou.
- Zařadit do zdravotnických vzdělávacích programů problematiku odborné pomoci v odvykání kouření v různých úrovních.
- Zdůrazňovat a důsledně vyžadovat od zdravotníků (nejen sester) povinnost edukovat a poskytovat praktickou pomoc při odvykání kouření.
- Upřednostňovat příjem sester nekuřáček (velký současný problém - nedostatek sester v určitých lokalitách, společenská neatraktivnost sesterského povolání).
- Poskytnout pomoc při zvládání a odbourávání profesionálního stresu.
- Důslednost v dodržování právních norem na pracovišti.
- Požadovat striktně nekuřáctví u vedoucích pracovníků.

- Kontrolovat délku přestávek - zanedbávání pracovních povinností.
- V rozpisu služeb - nesoustřeďovat kuřáky.
- Vytvořit atmosféru kolektivní a prestižní záležitosti – posílení motivace nekouřit.
- Změnit stereotypy chování a režimu činností na pracovišti.
- Požádat o pomoc nekuřáky.
- Podporovat vzdělávání - semináře - o problematice kouření.
- Nabídnout možnost odborné pomoci kuřákům.
- Vypracovat postup pro kolektivní odvykání kouření.
- Velmi pečlivě a citlivě naplánovat „Antikuřácký program“.
- Motivace vzniku nekuřáckých pracovišť musí vzejít z celkové strategie managementu zdravotnického zařízení.

Chtít, aby sestry přestaly v nejbližší době úplně kouřit je velmi nesnadné. Odvykání kouření vyžaduje především vůli samotného kuřáka s kouřením přestat. Nejlépe by bylo, kdyby jedinec s kouřením nikdy nezačal. Úspěšnost realizace čehokoliv obecně je závislá na nutnosti přesvědčit člověka o tom, že určitou věc sám chce nebo nechce. Nikdo nemá rád rozkazy, zákazy a omezování (Drozdová, 2004).

## ZÁVĚR

Málokterá profese je zainteresována do programu „Zdraví 21“ tak, jako zdravotničtí pracovníci. Jejich úloha a zodpovědnost je stále více posouvána do oblasti primární prevence. Svými aktivitami, edukační činnostmi a osobním příkladem mají ovlivňovat postoje a chování lidí k péči o zdraví, posilovat jejich osobní zodpovědnost za své zdraví a zdraví svých blízkých, pomáhat zlepšovat kvalitu života těm, kteří jsou již hendikepováni.

Profese sestry je bezesporu povolání náročné, zvláště pro velkou zodpovědnost, značnou intenzitu a různorodost působících stresorů. Vliv těchto vysoce zátěžových faktorů se na vznik nových počátků kouření v průběhu výkonu sesterské profese jednoznačně neprokázal. Přístup a tolerance ke kouření ve zdravotnických zařízeních nenutí nově nastoupivší kuřáky, aby svůj již vzniklý kuřácký návyk omezili. Podporuje situace, kdy kouření v pauzách je běžné a normální.

Kuřáctví sester je ovlivněno mírou společenské tolerance ke kouření a alkoholu, která je v ČR stále ještě vysoká. Alarmující je zvyšující se trend kouřících mezi dětmi, adolescenty a ženami.

Předkládáme názor, že svůj díl na neochotě ke změnám v chování a v hierarchii hodnot jednotlivce obecně (nejen v oblasti kouření) má i dopad celkové současné atmosféry ve zdravotnictví, na politické scéně, v náladě společnosti.

Pozitivní změny v prevalenci kouření lze celospolečensky očekávat pouze v případě plošného působení všech, kteří mohou ovlivnit postoje a chování kuřáků v rámci svých kompetencí, včetně ovlivnění postojů dětí médií, vzdělávacími a společenskými programy za současného působení restriktivních zákonných společenských opatření a efektivních programů v oblasti prevence kouření. Je třeba vytvořit nekuřáckou normu chování.

Výsledky této studie budou i nadále využívány na podporu nekuřáctví zvláště mezi zdravotnickými pracovníky.

Budeme:

- apelovat na zařazení antikuřácké problematiky do studijních programů ve zdravotnickém školství,
- ovlivňovat prevalenci kouření studujících a sester,
- ovlivňovat znalosti, názory a postoje sester kuřáček,
- objasňovat souvislosti závislosti na tabáku se stresovou zátěží,
- využívat manažerské pozice sester k omezování výskytu kuřáctví na pracovištích, přispívat k návrhu antikuřáckého režimu a vytvoření nekuřáckých pracovišť,
- posilovat odpovědnost za chování jedince z pohledu etiky a prestiže profese zdravotnického pracovníka působením ve výuce, v odborném tisku, na odborných konferencích, v odborné společnosti sester – České asociaci sester.

Kouření zdravotníků je velký společenský a morální problém. Proto je třeba o tomto tématu hovořit a dle individuálních možností a kompetencí vyvíjet potřebnou aktivitu.

Zdravotníci - kuřáci - zpochybňují svým počínáním nejen kvalitu své práce v péči o zdraví svých klientů, ale i existenci účinné edukační činnosti v primární, sekundární a terciální prevenci populace.

**Bezpečná cigareta a neškodné kouření neexistují!**

## SOUHRN

### **„Kouření sester jako jeden z významných rizikových faktorů této profese“.**

Kouření populace je závažný celospolečenský problém. Kouření zdravotníků je o to závažnější, že se paradoxně týká právě těch, kteří mají kuřákům pomoci s kouřením přestat, jejichž profesionální povinností je podpora výchovy populace k nekuřáctví, edukace pacientů o důsledcích kouření. Platí, že nemůže pomoci ten, kdo s daným problémem není sám vyrovnán. O to víc to platí o závislostech – včetně závislosti na nikotinu.

Proč je tolik kuřáček právě u zdravotních sester? Není logické, že sestry – (s nejméně středoškolským a specializačním zdravotnickým vzděláním) kouří víc (39 % ze zkoumaného souboru 337 respondentů), než jiné profesní skupiny a ženy běžné populace (asi 25 %).

V době šetření (r. 2005) 3/4 kouřících sester kouřilo i na pracovišti ve zdravotnických zařízeních, vedoucí pracovníci kouření tolerovali, dokonce někde kouřili současně. Tato skutečnost je alarmující. Jde o profesní etický problém.

Sváteční kuřáci uvádějí, že si nejčastěji zapálí cigaretu u šálku kávy a ve službě, nejvíce kuřáků uvádí, že hlavně kouří ve společnosti (62,5 %), polovina skupiny kouřících sděluje, že kouření patří ke kávě, dále kouřící uvádějí, že kouří z důvodu pocitu uvolnění ve stresových situacích (44,5 %) a ve službě. Převážná většina kouřících respondentů vykazuje známky sociální závislosti na kouření.

Pocit pohody při pití kávy a cigarety patří k relaxaci některých kouřících - ke kompenzaci stresu. Ukázalo se, že současní kouřící začali experimentovat a kouřit již v adolescenci (76 %), jejich návyk je přetrvávající. Prostředí ve zdravotnických zařízeních je v kouření naopak podporuje.

Oblíbenost přestávky u kávy a cigarety v úzkém kolektivu představují tzv. sociální oporu, která působí jako tlumící systém, který chrání před potencionálními škodlivými vlivy stresových událostí, které sebou přinášejí sesterské povolání.

Kouření na ošetrovací jednotce má vážné úskalí, a to je kontinuální, nepřetržitá povinnost péče sester o nemocné. Zdržují-li se kouřící sestry v prostorách mimo vyšetřovny, event. i mimo oddělení, sestry nekouřící obvykle



suplují povinnosti (42 %) v jejich nepřítomnosti - plní úkoly a aktuální potřebnou péči o nemocné. Tato skutečnost je z hlediska bezpečnosti pacientů nepřijatelná.

Skupina nekouřících sester udává více problémů s nespavostí, podrážděností, únavou a přetížením. Ukázalo se, že nekouřící žijí ve stabilnějších partnerských vztazích (68 %), mají více dětí, jsou více vytíženy rodinnými povinnostmi. Méně času věnují relaxaci, odpočinku, neprožívají stejnou kvalitu pocitu uvolnění, jakou vnímají kouřící.

Závěrem lze říci, že se ukazuje potřeba působit v těchto oblastech:

1. Podpora celospolečenského povědomí – zdravotník = nekuřák.
2. Motivační antikuřácká výchova v době kvalifikačního studia.
3. Zařazení kuřácké problematiky ve výuce.
4. Výuka a výcvik metodiky antikuřáckých intervencí ve zdravotnických studijních programech.
5. Nekuřácké zdravotnické prostředí.
6. Povinnost zdravotníků antikuřácké edukace populace – prevence a léčba nemocných.
7. Zjišťování anamnestických údajů o kouření klienta – aktivní i pasivní kouření a záznam ve zdravotnické a ošetrovatelské dokumentaci.
8. Podpora antikuřáckých režimů, nabídka pomoci a odvykacích programů pro zdravotníky ve zdravotnických zařízeních.
9. Dodržování platných antikuřáckých legislativních opatření.

Od zdravotníků se očekává, že budou svými aktivitami, edukační činností a neformálním osobním příkladem ovlivňovat postoje a chování lidí k péči o zdraví, posilovat jejich osobní zodpovědnost za své zdraví a zdraví svých blízkých, pomáhat zlepšovat kvalitu života těm, kteří jsou již postiženi. Mají tudíž ve svých rukou velkou zodpovědnost.

Proto je kouření zdravotníků velký společenský i morální problém. Je třeba o tomto tématu hovořit a dle svých možností a kompetencí vyvíjet potřebnou aktivitu na zlepšení tohoto problému.

## **SUMMARY**

### **„Nurses' smoking as one of important risk factors of this profession'.**

Smoking is a serious problem for all of society. Smoking by healthcare workers, in particular, is an even more serious problem as it affects those who are responsible for helping others quit smoking and for educating the general population regarding the consequences of smoking. It is generally accepted that if a person cannot cope with their own problems, they will have difficulties helping others cope with similar problems. This is equally true for nicotine addiction.

Why do so many nurses smoke? It is not logical for nurses (who have, at a minimum, special secondary school professional educations) to smoke more than other professional groups (39% of 337 respondents) and women (about 25%).

At the time of the study (2005) 75% of nurses' who smoked, smoked while at work; managers tolerated this behavior and sometimes even smoked with the nurses. This is alarming since it presents a problem of professional ethics.

Occasional smokers state that, while at work, they most often have a cigarette with a cup of coffee. Most smokers report that they smoke mainly in the company of others (62.5%). Half of smokers associate smoking with drinking coffee, they also claim that smoking relaxes them (44.5%) and helps them deal with stressful situations at work. Most nurses who smoke show signs of social nicotine addiction.

It has been shown that current smokers started experimenting with cigarettes as teenagers (76%), and their habit has become persistent and long-term. Additionally, the environment of healthcare facilities tends to reinforce psychological stressors that make it more difficult for nurses to break the smoking habit.

Smoking, in conjunction with coffee breaks among small groups of coworkers, offers social support which can buffer the potentially harmful effects of stressful events encountered routinely during nursing work.

Smoking at nursing units also presents many problems related to nursing care of patients. When nurses leave the unit to smoke, other nurses have to cover their duties and do additional work (42%). This is unacceptable as it may endanger the safety of patients.

Nurses who don't smoke report more sleeping problems, irritability, tiredness and exhaustion. Findings have also shown that nurses who do not smoke have more stable relationships (68%), have more children, and more house-hold tasks. They spend less time relaxing, and do not experience the same quality of relaxation as that of nurses who smoke.

We believe that it is necessary to intervene in the following areas:

1. Support the idea in society that healthcare workers are nonsmokers.
2. Institute anti-smoking education during qualification studies.
3. Teach awareness of problems associated with smoking.
4. Promote education and training in methods of anti-smoking interventions in healthcare study programs.
5. Promote and encourage a nonsmoking healthcare environment.
6. Emphasize the duty of healthcare professionals towards the general population – with regard to education, prevention and treatment of smoking addiction.
7. Assessment and documentation of smoking habits of patients in medical and nursing charts.
8. Support of anti-smoking campaigns, offering help and programs to assist healthcare workers to quit smoking.
9. Comply with current anti-smoking legislation.

Healthcare workers are expected to influence attitudes and health behavior of people through formal educational activities as well as through their own good example. They are supposed to strengthen personal responsibility of society with regard to their own health and health of their relatives, and improve life quality for those who are handicapped.

Therefore, smoking among healthcare workers poses a great social and moral problem. We need to actively discuss this topic and take definitive steps toward improving the situation.

## Literatura

1. Albright, CH., L., Komárek, L., Osancová, K., Kebza, V. a kol.: Results of a Multifactor Cardiovascular Risk Reduction Program in the Czech Republic: The Healthy Dubec Project. In: International Journal of Behavioral Medicině. 2000, 7(1), 44-61.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV) Washington, American Psychiatric Association, 1995.
3. Bartošíková, I.: O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno, NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-439-9
4. Bártová, J.: Pasivní kouření. In: Provazník, K. a kol.: Manuál prevence v lékařské praxi - III. díl. Praha 1998.
5. Bártová, J.: Jak skončit s kuřáctvím. Přednáška. IPVZ - vzdělávání praktických lékařů. Praha 2006.
6. Bártová, J.: Sledování kuřáckých návyků u 18 až 20letých, tj. u studentů 1. ročníku 3.LFUK a výuka protikuřáckých aktivit. Závěrečná zpráva grantové studie. Praha 2002.
7. Baštecká, B.: Klinická psychologie v praxi. Praha, Portál 2003. ISBN 80-7178-735-3.
8. Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M.: Speciální psychologie. Brno, IDV PZ 1999. ISBN 80-7013-243-4
9. Čermák, M.: Léčba závislosti na tabáku je efektivní. Zdravotnické noviny. Praha, 2008, 23,15.
10. Drozdová, R.: Kouření sester jako problém. Praha, Vita Nostra Revue 2002, 11, (4), 76-81. ISSN 1212-5083
11. Drozdová, R.: Kouření sester jako problém. In: Holešinská, P.: Multioborová, interpersonální a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Mezinárodní konference Ošetrovatelství, Olomouc 3.-4. září 2002. Praha, Grada Publishing 2002, 61-66. ISBN 80-247-0536-2
12. Drozdová, R.: Kouření sester. In: Naše úspěchy v ošetrovatelství a cesty k nim. Sborník konference X. liberecké dny sester. Liberec, Nemocnice Liberec 2002, 13-14.
13. Drozdová, R.: Kouřící sestra? In: Jechová, K.: Cesta k modernímu ošetrovatelství. Sborník konference. Praha, Fakultní nemocnice Motol 2002,127-128
14. Drozdová, Radomila: Sestra a kouření. In: Dušková, B., Jarošová, D., Vrublová, Y.: Sborník. Ostrava, Ostravská univerzita 2002,19-21. Konference: II. ostravské sympozium ošetrovatelství, 17. dubna 2002, Ostrava 2002.
15. Drozdová, R.: Sestra a kouření. In: Jarošová, D. et al.: Trendy v ošetrovatelství. Ostrava, Ostravská univerzita 2002, S. 64-66. ISBN 80-247-0536-2
16. Drozdová, R.: Moderní ošetrovatelství. In: Grundová, D.: Sborník k 10. výročí Ústavu lékařské etiky na 3. LF UK. Metaknihovna UK 2002. <http://cdroom.lf3.cuni.cz/ica>.
17. Drozdová, R.: Některá úskalí syndromu pomáhajících profesí. In: Jarošová, D. et al.: Trendy v ošetrovatelství II. Ostrava, Ostravská univerzita 2003, S.17-19. ISBN 80-7042-341-2
18. Drozdová, R.: Některá úskalí syndromu pomáhajících profesí. Praha, Vita Nostra Revue, 2003, 12, (1), 49-51. ISSN 1212-5083
19. Drozdová, R.: Kouření a zdravotnická profese. In: Sborník prác z medzinárodného sympozia Vývoj vysokoškolského vzdelavania v ošetrovatelstve. Bratislava, 26. september 2003. Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava 2004. 108-113. /CD ROOM/, ISBN 80-223-1950-3
20. Drozdová, R.: Zátěž profese sestry. In: Čáp, J., Žiaková, K., Nemčeková, M., Holmanová, E.: „Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve.“ Martin 2005. /CD ROOM/, ISBN 80-88866-32-4
21. Dufková, I.: Problematika nikotinizmu v profesi zdravotní sestry. Diplomová práce. Olomouc, Univerzita Palackého 2004.
22. Dvořák, J.: U mládeže klesá obliba cigaret, ale kouří dál. České Budějovice, Českobudějovický deník, 2008.
23. Ebersole, P., Hess, P.: Toward Healthy Aging. Human Needs and Nursing Response. The C.V. Mosby Company. St. Louis, Toronto, Princeton 1985.

24. European health for All. series No. 5: Zdraví 21 – Úvod k osnově politiky zdraví pro všechny v Evropském regionu WHO. WHO, Regionální úřadovna pro Evropu, MZ ČR, Praha 2001. ISBN 80-85047-15-2
25. Evropská řada Zdraví pro všechny č. 6: Zdraví 21 – Osnova programu zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace. WHO, Regionální úřadovna pro Evropu, MZ ČR, Praha 2001. ISBN 80-85047-49-5
26. Fjord, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S., J. et al.: Treating Tobacco use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, US Department of Health and Human Services, 2000.
27. Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J. et al.: Smoking Cessation. Clinical Practice Guidelines No.18, Rockville, Agency for Health Care Policy and Research, US Department for Health and Human Services, Publication No 96 0692, April 1996.
28. Francová, J.: Stres v práci zdravotní sestry. DP – UK, Praha 1998.
29. Gregor, O.: Stres u zdravotníků. Praktický lékař 14, 1989, 578-579+588.
30. Greisinger, J., Škarbová, A., Šalingová, M.: K niektorým otázkám psychohygieny zdravotníckých pracovníkov. Zdravotnícká pracovnice, Praha 3. 1987.
31. Grohar-Murray, M.E., DiCroce, H.R.: Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. Praha, Grada Publishing 2003. ISBN 80-247-0267-3.
32. Hladký, A. a kol.: Zdravotní aspekty zátěže a stresu. Učební texty UK, Praha 1993. ISBN 80-7066-784-2
33. Hlásenský, V.: Kuřáků ubývá, ale výhledy zůstávají chmurné. In: Otazníky nad zdravím české populace. Mimořádná příloha Zdravotnických novin. Praha, Prosinec 2003. 14-15. [www.zdn.cz](http://www.zdn.cz)
34. Holeček, V., Rokyta, R.: Vliv kouření a volných radikálů na antioxidační ochranu a na patogenezi některých nemocí. In: Praktický lékař, 2008, 88, 22-30.
35. Holub, J. a kol.: Zdravotní stav obyvatelstva České republiky. Zhodnocení stavu a vývoje zdravotní situace v ČR. Praha, ÚZIS ČR 1995. ISBN 80-901856-3-0.
36. Holub, J. a kol.: Zdravotní stav obyvatelstva České republiky. Zhodnocení stavu a vývoje zdravotní situace v ČR. Praha, ÚZIS ČR 1999. ISBN 80- 86100 -75-8
37. Holub, J.: Zdravotní výchova v boji proti kouření. Celospolečenská kampaň proti kouření „Šance pro 3 milióny“. Autoreferát disertační práce. Bratislava, Lékařská fakulta Univerzity Komenského 1990.
38. Horváth, M.: Zvládání stresu. In: Provazník, K., Komárek, L., Horváth, M., Svoboda. P., Šteflová, A.: Manuál prevence v lékařské praxi. Praha, SZÚ 1994, 76-81.
39. Horváth, M.: Aspekty zdravého životního stylu u zdravotníků. Aplikace teorie plánovaného chování. Autoreferát disertační práce, UP Olomouc 2008.
40. Hořejší, J.: Kouření přitahuje nemoci. In: Remedia poluli I. 1997, 5/97, 5-10. ISSN 1211-698X
41. Hrubá, Drahoslava.: Proč nekouřit v těhotenství? Nové poznatky o účincích nikotinu. Praktická gynekologie. Brno: Medica publishing, 2007,11,3,132-134.
42. Charváth, J.: Život, adaptace, stres. Praha, Státní zdravotnické nakladatelství 1961.
43. Ivanová, K., Špirudová, L., Kutnohorská, J.: Multikulturní ošetrovatelství I. a II.díl. Praha, Grada Publishing a.s. 2005. ISBN 80-247-1212-1
44. IPCRG (International Primary Care Respiratory Group) Jak překonat tabákovou epidemii. Mezinárodní doporučení pro odvykání kouření v primární péči. (Tackling the Smoking Epidemic. 2008. Dostupné z [www.slzt.cz/doborna-doporuceni](http://www.slzt.cz/doborna-doporuceni) 09/2008.
45. Janovský, J.: Etika pro pomáhající profese. Praha, Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6
46. Jobánková, M., Šopek, J.: K otázkám životního stylu zdravotníků. Zdravotnícká pracovnice 8, 1989, 451-454.
47. Jobánková, M. a kol.: Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno, IDV PZ 2002. ISBN 80-7013-365-1
48. Kafková, V.: Z historie ošetrovatelství. Brno, IDV PZ 1992. ISBN 80-7013-123-3
49. Kebza, V.: Burnout Syndrome and hardiness in a Sample of Czech Health Professionals. World Congres of the World Federation for Mental Haelth, Lahti, Finland, July 6-11.1997.
50. Kebza, V.: Možnosti ovlivnění chování. Postgraduální medicína, 1999, 1,1,45-48.
51. Kebza, V.: Psychosociální determinanty zdraví. Praha, Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5
52. Kebza, V., Šolcová, I.: Burnout syndrom: Teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. Československá psychologie, 1998, 42, 5, 429-448.

53. Kebza, V., Šolcová, I.: Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. Československá psychologie, 2003, 47, 333-345.
54. Kebza, V., Šolcová, I.: Komunikace a stres. Praha, SZÚ 2004. ISBN 80-7071-246-5
55. Kernová, V., Kebza, V.: Prevence kuřáctví a možnosti odvykání. Praha, SZÚ 2003.
56. Kopriva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha, Portál 1997. ISBN 80-7178-429-X
57. Kozák, J.T. Odvykání kouření. In: Provazník, K. a kol.: Manuál prevence v lékařské praxi. I.-V. díl. Praha, Fortuna, SZÚ 1998. ISBN 80-707-080-6
58. Kozák, J.T. a kol.: Rizikový faktor kouření. In: Zdravotnické aktuality č. 225. Praha 1993.
59. Kozák, J.T.: Tabák a zdraví. Text podle bulletinu International Agency on Tobacco and Health. 2008. In: Koalice proti tabáku, <http://www.koaliceprotitabaku.euweb.cz> (10.10.2008)
60. Králíková, E.: Tobacco control in the Czech Republic, Central European Journal of Public Health, 8, 2000, č. 2, s. 74-76.
61. Králíková, E. – překlad: Základní, na důkazech založená doporučení WHO pro léčbu závislosti na tabáku. Materiály WHO, Liberec, Geoprint 2001.
62. Králíková, E.: Tobacco and health. EMASH Newsletter 31,2001,5.
63. Králíková, E.: Kouření zdravotníků. KU, 2. lékařská fakulta. přednáška, Praha 2001.
64. Králíková, E. Přestaňte kouřit. Praha, Maxdorf, 2003.
65. Králíková, E. a kol. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. In: Časopis lékařů českých. 144,2005,5,327-333.
66. Králíková, E.: Léčba závislosti na tabáku, náhradní terapie nikotinem a kardiovaskulární onemocnění. In: Remedia, 2006/3. [www.remedia.cz/clanek.php?unit=302](http://www.remedia.cz/clanek.php?unit=302) (10. 10. 2008).
67. Králíková, E. Léčba závislosti na tabáku. In: Lékařské listy. Příloha Zdravotnických novin. 57, 2007, 2, 10-12.
68. Králíková, E.: Nikotin je návykovější než heroin. Svět pojištěnce. Praha, VZP a.s., Jaro 2008.
69. Králíková, E.: Léčba závislosti na tabáku. Přednáška, 3. LF UK Praha, květen 2008.
70. Králíková, E.: Kouření způsobuje mnoho druhů rakoviny. Rodina a zdraví. Praha 2008,1,12-17. ISSN 1802-6761
71. Králíková, E., Kozák, J.T.: Jak přestat kouřit. Praha, Maxdorf 1997.
72. Králíková, E., Kozák, J.T.: Odvykání kouření v denní praxi gynekologa-porodníka. Praha, Maxdorf 1997.
73. Králíková, E., Kozák, J.T.: Kouření na pracovišti. Pracovní lékařství. Praha 52,2000,2, 85-89.
74. Králíková, E., Kozák, J.T.: Bílá kniha. Tabák v České republice. Praha 2000. [http://www.dokurte.cz/download/bila\\_kniha.pdf](http://www.dokurte.cz/download/bila_kniha.pdf)
75. Králíková, E., Rameš, j., Nesnídal, P.: Doctors, medical fakulties, smoking cessation and epidemiology. Annual Meeting and 7<sup>th</sup> Annual SRTN European Conference, March 20.-23.2005, Prague. Proceedings, s.101
76. Křivohlavý, J.: Jak zvládat stres. Praha, Grada Publishing, Avicenum 1994.
77. Křivohlavý, J.: Jak neztratit nadšení. Praha, Grada Publishing 1998. ISBN 80-7169-551-3
78. Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví. Praha, Portál 2001. ISBN 80-7178-551-2
79. Křivohlavý, J.. Pozitivní psychologie. Praha, Portál 2004. ISBN 80-7178-835-X
80. Křivohlavý, J., Pečenková, J.: Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha, Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-0784-5
81. Kříž, J., a kol.: Jak jsme na tom se zdravím. Praha, SZÚ 1997.
82. Kubler-Ross, E.: Odpovědi na otázky o smrti a umírání. Praha, Tvorba pro EM Reflex 1995.
83. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A.: Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ 321 355-358, 2000.
84. Langrová, K., Králíková, E., Vojta, M.: Linka pro odvykání kouření – významná součást nabídky léčby závislosti na tabáku. Praktický lékař 2008, 88, 1, 47-49.
85. Mádlová, I.: Sestry a kouření v číslech. Sestra, X, 2000, 4, 31.
86. Machačová, H., Machač, M., Hoskovec, J.: Duševní hygiena a prevence zátěže. UK FF. Praha, SPN 1984.
87. Machačová, H.: Stres, rekuperace a kontrola stresu. Čs. psychologie, 1997, 139-145.
88. Marková, M. Eislerová, I.: Řídící proces na úrovni staničních sester. Sestra XI, 2001,7-8,28-29.
89. Mellanová, A. Příspěvek k psychologické analýze a interpersonálních vztahů zdravotní sestry. Diplomová práce. Praha, FF UK 1970.

90. Mellanová, A. Psychické předpoklady pro práci zdravotní sestry. Kandidátská disertační práce. Praha, FF UK 1984.
91. Mellanová, A.: Psychologie v ošetrovatelství. Praha, SPN, 1989. ISBN 80-70066-065-1
92. Mlčák, Z.: Psychologie zdraví a nemoc. Učební texty. Filozofická fakulta. Ostrava. Ostravská univerzita 2007. ISBN 80-7368-035-1
93. Mohampl, P.: Úvod do psychologie nemoci a zdraví. Olomouc, Vydavatelství UP 1992.
94. Murray, R., Zentner., J.: Nursing Concepts for Helth Promotion. PRENTICE-HALL, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey 1975.
95. Národní program zdraví. Dlouhodobá strategie. Praha, MZ ČR 1995.
96. Nešpor, K., Csémy, L.: Alkohol, drogy a vaše dítě. Praha, Besip 1997.
97. Nightingale, F.: Kniha o ošetrování nemocných. Z anglického originálu přeložila: Králová, Paulína. Praha, Nakladatelství J. Otty 1874.
98. Novák, M.: O kouření. Praha, Avicenum 1980.
99. Peto, R., Lopez, A.: Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop C.E, Pearson C.E, Schwarz M.R (Eds.) Critical Issues in Global Health. San Francisco, Jossey-Bass, 2000.
100. Peto, R., Poles, A.D., Boreham, J., Thun, M., Heath, Jr.C.: Mortality from smoking in Developed Countries 1950 – 2000. Oxford University Press, Oxford, 1994 ( 2<sup>nd</sup> edition, data updated 2003).
101. Petráková, A., Pýchová, E.: Úvod do veřejného zdravotnictví. 2. LF UK Praha, H&H Jinočany 1992.
102. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin, 1984.
103. Provazník, K. a kol.: Prevence v primární péči. Doporučené postupy WHO. Praha, SZÚ 1997. ISBN 80-7071-107-8
104. Provazník, K. a kol.: Manuál prevence v lékařské praxi. I.-V. díl. Praha, SZÚ, Fortuna 1998. ISBN 80-707-080-6
105. Provazník, K., Komárek, L., Provazníková, H.: Manuál prevence v lékařské praxi VI. díl. Praha, SZÚ, Fortuna 1999. ISBN 80-7071-108-6
106. Provazník, K., Komárek, L. a kol.: Manuál prevence v lékařské praxi VII. díl. Praha, SZÚ, Fortuna 1999. ISBN 80-7071-135-3
107. Provazník, K., Komárek, L., Provazníková, H. a kol.: Manuál prevence v lékařské praxi VIII díl. Praha, SZÚ, Fortuna 2000. ISBN 80-7071-161-2
108. Rážová, J., Tučková, P., Kebza, V., Komárek, L., Šoltysová, T., Tučková, V.: Metody a postupy v poradnách pro zdraví. Praha, SZÚ 2001. ISBN 80-7071-182-5
109. Raw, M.: First WHO European Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence, Evidence based core recommendations for health care systems in Europe, World Health Organization European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence, June 2001.
110. Rodu, B., Goodshall, W. T.: Minimalizace rizik spojených s užíváním tabáku: alternativní strategie odvykání kouření pro zapříisáhlé kuřáky. In: Harm Reduction Journal. 2006, 3:37 doi: 10.1186/1477-7517-3-37.  
URL článku v originální verzi: <http://www.harmreductionjournal.com/content/3/1/37>  
URL článku v české verzi: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/172/1058/minimalizace-rizik> (říjen 2008)
111. Salačová, L., Kříž, J., Dvořáková, Z.: Zdraví v nové perspektivě. Praha, MZČR 1994.
112. Salačová, L., Kříž, J.: Cestou ke zdraví. Praha, MZČR 1994. Regiony pro zdraví
113. Schmidbauer, W.: Helfen als Beruf. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt 1992.
114. Schmidbauer, W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí. Portál, Praha 2000. ISBN 80-7178-312-9
115. Světlák, M.: Motivace k zanechání kouření u vybraného vzorku chování perspektivou Transteoretického modelu: pilotní studie. In: Praktický lékař 2007,87,12, 727-731.
116. Škubová, J., Chvátalová, H.: Sestra. O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl. Brno, NCO NZO 2004. ISBN 80-7013-407-0
117. Sovinová, H.: Celosvětová studie kuřáctví mezi zdravotníky. Závěrečná zpráva GHPS 2006. In: Tabák a zdraví. Informační bulletin. Praha, SZÚ I.Q.2007.



118. Sovinová, H. Kouření a alkohol. In: Wasserbauer, S. a kol. *Výchova ke zdraví pro vyšší a střední zdravotnické školy*. Praha, SZÚ 2000. ISBN 80-7071-145-0
119. Sovinová H., Sadílek P., Csémy L.: *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR a postoje občanů k tabákovým výrobkům a jejich užívání v letech 1997–2002*. Výzkumná zpráva. Praha, SZÚ 2003. Dostupné na [http://www.szu.cz/dokumenty\\_soubory/ZPR2A.pdf](http://www.szu.cz/dokumenty_soubory/ZPR2A.pdf)
120. Sovinová, H., Csémy, L., Sadílek, P.: Kouření v ČR. In: Sovinová, H. a Csémy, L.: *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha, SZÚ 2003. s.4-18.
121. Sovinová, H., Csémy, L., Procházka, B., Kottbauerová, S.: *Analýza podílu kouření na morbiditě a mortalitě v ČR roce 2002 a kvantifikace ekonomických nákladů léčení onemocnění způsobených kouřením*. Závěrečná zpráva SZÚ Praha, grantový projekt MZ ČR. Rč: R7866-3/2004.
122. Sovinová, H., Sadílek, P., Csémy, L.: *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Názory a postoje občanů k problematice kouření (období 1997-2005)*. Výzkumná zpráva. Praha, SZÚ 2006.
123. Sovinová, H., Csémy, L., Procházka, B., Kottbauerová, S.: *Podíl kuřáctví na hospitalizacích v ČR v roce 2002 a odhadech nákladů nemocničního léčení*. *Hygiena* 2/2007,36-42.
124. Staňková, M.: *Základy teorie ošetřovatelství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha, Karolinum 1996. ISBN 80-7184-243-05.
125. Staňková, M.: *Koncepce českého ošetřovatelství. České ošetřovatelství 1*. Brno, IDV PZ 1998. ISBN 80-7013-263-9.
126. Staňková, M.: *Sestra – reprezentant profese. České ošetřovatelství 11*. Brno, IDV PZ 1998. ISBN 80-7013-368-6.
127. Škrála, P., Škrlová, M.: *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha. Advent-Orion 2003. ISBN 80-7172-841-1
128. Šolcová, I.: *Psychosociální stres žen: Přehled současných poznatků*. *Čs.psychoogie* 1996, 237-247.
129. Šolcová, I., Kebza, V.: *Bournout: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti*. *Čs.psychoogie*, 1998,5,429-448.
130. Šolcová, I., Kebza, V.: *Burnout: Úvod do problému*. In: Řehulka: *Učitelé a zdraví*. Sborník psychologického ústavu. Praha, AVČR 1998.
131. Šolcová, I., Kebza, V.: *Stres, jeho zvládnutí, psychologické faktory a imunitní proces*. In: Břicháček, V., Habermannová, M.: *Studie z psychologie zdraví*. Praha, Ermat, s.r.o. 2007. ISBN 978-80-87178-00-3
132. Šolcová, I., Kebza, V.: *Stres, jeho zvládnutí, psychologické faktory a imunitní faktory* In: Selko, D.: *Psychická odolnosť a psychológia zdravia*. Sekcia psychológie zdravia SPS pri SAV, Bratislava. Mauro Slovakia s.r.o. 2007. ISBN 978-80-968092-4-0
133. Šolcová, I., Kebza, V.: *Vztah mezi Hardines a různými zdroji odolnosti*. In: Selko, D. *Psychická odolnosť a psychológia zdravia*. Sekcia psychológie zdravia SPS pri SAV. Bratislava. Mauro Slovakia s.r.o. 2007. ISBN 978-80-968092-4-0
134. Štěpánková (Drozdová) R.: *Příspěvek k rozboru povolání učitelky předmětů péče o nemocné a praktického výcviku na SZŠ*. Diplomová práce FF UK. Praha 1972.
135. Štěpánková (Drozdová) R.: *Příspěvek k problematice ekologické výchovy v dalším vzdělávání středních zdravotnických pracovníků*. Závěrečná práce postgraduálního studia ekologie. Vysoká škola zemědělská. Praha 1991.
136. Tobacco Advisory Group, Royal College of Physicians. *Nicotine Addiction in Britain*. London, Royal College of Physicians 2000.
137. Vitásková, R.: *Kouření v profesi všeobecná sestra. Diagnóza v ošetřovatelství*. 2008,6,24-25.
138. Vymětal, J.: *Základy lékařské psychologie. Učební texty 1*. LF UK. Praha, Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek 1994. ISBN 80-901601-3-1
139. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems*. 10<sup>th</sup> revision. Ženeva, World Health Organization 1992.
140. WHO. *Conclusions of Conference on the Regulation to Tobacco Dependence Treatment Products*. Copenhagen, Geneva, WHO 1999.

141. World Health Organization Europe. Partnership to Reduce Tobacco Dependence. Copenhagen, World Health Organization, 2000.
142. WHO. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. WHO, 2002.
143. WHO. The World Health Report 2003: shaping the future. WHO, 2003.
144. WHO Report on The Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Ženeva, World Health Organizatin 2008. [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz) (09/2008)
145. Zdraví v nové perspektivě. Praha, MZČR 1994.
146. Zdraví pro všechny v 21. století. WHO, Ženeva 1998. (materiál WHO 51/5)
147. Zdraví 21 – zdraví do 21. století. Praha, SZO, MZČR 1999. ISBN 80-85047-49-5

Jiné zdroje : (přístupné v září 2008)

česky: <http://www.dokurte.cz>  
<http://www.modernijenekourit.cz>  
[www.slzt.cz](http://www.slzt.cz)  
[www.prestantekourit.cz](http://www.prestantekourit.cz)  
[www.stop-koureni.cz](http://www.stop-koureni.cz)  
[www.kurakovaplice.cz](http://www.kurakovaplice.cz)  
[www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)  
[www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)  
[www.szu.cz](http://www.szu.cz)  
[www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)  
[www.nicorette.cz](http://www.nicorette.cz)  
[www.odvykanikoureni.cz](http://www.odvykanikoureni.cz)  
[www.zdravcentra.cz](http://www.zdravcentra.cz)  
[www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)  
[www.novamedicina.cz](http://www.novamedicina.cz)  
[www.abecedazdravi.cz](http://www.abecedazdravi.cz)  
[www.sz.ordinace.cz](http://www.sz.ordinace.cz)

slovensky: <http://www.jfmed.uniba.sk>  
anglicky: [www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)  
[www.globalink.org](http://www.globalink.org)  
[www.smokefreeplaces.net](http://www.smokefreeplaces.net)  
[www.smokefreeworld.com](http://www.smokefreeworld.com)  
[www.who.int](http://www.who.int)

## SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1	Kompenzace stresu u respondentů souboru
Tab. č. 2	Zastoupení pohlaví, skupiny souboru
Tab. č. 3	Věkové rozložení souboru
Tab. č. 4	Vzdělání souboru a prevalence kouření
Tab. č. 5	Dokončené vyšší vzdělání a kuřáctví
Tab. č. 6	Studující vyššího vzdělání a kuřáctví
Tab. č. 7	Rodinný stav a kouření
Tab. č. 8	Partnerství
Tab. č. 9	Máte vlastní děti?
Tab. č. 10	Počet dětí
Tab. č. 11	Kuřáctví ve vztahu k území původu
Tab. č. 12	Bydliště v dětství a adolescenci
Tab. č. 13	Bydliště v současnosti
Tab. č. 14	Délka odborné praxe
Tab. č. 15	Typ zdravotnického zařízení
Tab. č. 16	Charakter oddělení, na kterém převážně pracujete
Tab. č. 17	Charakter oddělení, na kterém převážně pracujete
Tab. č. 18	Charakter poskytované péče
Tab. č. 19	Dřívější zařazení v provozu
Tab. č. 20	Zařazení v provozu v současnosti
Tab. č. 21	Dřívější funkční zařazení
Tab. č. 22	Současné funkční zařazení
Tab. č. 23	Spokojenost s povoláním
Tab. č. 24	Nová možnost volby profese
Tab. č. 25	Kouření nekouřících
Tab. č. 26	Kouření nekouřících v letech
Tab. č. 27	Kouření spolupracovníků
Tab. č. 28	V kolika letech jste začal/a kouřit?
Tab. č. 29	Délka kouření v letech
Tab. č. 30	Průměrný počet vykouřených cigaret za den
Tab. č. 31	Počet vykouřených cigaret za den
Tab. č. 32	Čas potřebný k vykouření 1 cigarety
Tab. č. 33	Důvody počátků kouření
Tab. č. 34	Nespavost
Tab. č. 35	Podrážděnost
Tab. č. 36	Konzumace kávy
Tab. č. 37	Fagerströmův dotazník - stupeň závislosti respondentů
Tab. č. 38	Přehled hodnot závislosti souboru
Tab. č. 39	Pásma Škály sociální readaptace
Tab. č. 40	Škála sociální readaptace – výsledky souboru
Tab. č. 41	SWB - součet bodů otázek 1 až 6
Tab. č. 42	SWB - body otázky č.7
Tab. č. 43	SWB - body otázky č.8
Tab. č. 44	SWB - Hodnocení míry osobní pohody respondentů
Tab. č. 45	HSBI - Heavy Smokers Baseline Inventory
Tab. č. 46	CQ - Míra odolnosti vůči kouření
Tab. č. 47	Profil sestry nekouřící a kouřící
Tab. č. 48	Logistická regrese 1
Tab. č. 49	Logistická regrese 2

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Prevalence kuřáctví souboru
Graf č. 2	Kuřáctví souboru – sebehodnocení respondentů
Graf č. 3	Vzdělání kouřících a nekouřících
Graf č. 4 a, b	Rodinný stav a kouření
Graf č. 5	Partnerství
Graf č. 6	Vlastní děti
Graf č. 7	Prevalence kouření dle území původu
Graf č. 8	Bydliště respondentů v dětství a adolescenci
Graf č. 9	Bydliště v současnosti
Graf č. 10	Porovnání bydliště skupin
Graf č. 11	Porovnání bydliště respondentů souboru
Graf č. 12	Typ zdravotnického zařízení
Graf č. 13	Charakter oddělení, na kterém převážně pracujete
Graf č. 14	Charakter poskytované péče
Graf č. 15	Porovnání zařazení ve směnách dříve a v současnosti
Graf č. 16	Dřívější funkční zařazení
Graf č. 17	Současné funkční zařazení skupin
Graf č. 18	Současné funkční zařazení souboru
Graf č. 19	Spokojenost s povoláním
Graf č. 20	Nová možnost volby profese
Graf č. 21	Kouření nekouřících
Graf č. 22	Experimentace kouření u nekouřících
Graf č. 23	Již nekouřím x let
Graf č. 24	Kouření spolupracovníků
Graf č. 25	Vystavení pasivnímu kouření
Graf č. 26	Za kouřící práci dotahuji
Graf č. 27	Sebehodnocení míry kuřáctví
Graf č. 28	V kolika letech jste začal/a kouřit?
Graf č. 29	Délka kouření v letech
Graf č. 30	Průměrný počet vykouřených cigaret za den
Graf č. 31	Čas potřebný k vykouření 1 cigarety
Graf č. 32	Zapálím si nejčastěji
Graf č. 33	Místo, kde kouřím doma
Graf č. 34	Kouření ve službě
Graf č. 35	Místo, kde kouřím v práci
Graf č. 36	Kouření ošetrovatelského managementu
Graf č. 37	Tolerance managementu ke kouření
Graf č. 38	Pocit únavy a přetížení
Graf č. 39	Problémy s nespavostí
Graf č. 40	Podrážděnost
Graf č. 41	Plnění požadavků pacientů
Graf č. 42	Konzumace kávy
Graf č. 43	Požívání alkoholu
Graf č. 44	Užívání uklidňujících léků
Graf č. 45	Stupeň závislosti na nikotinu
Graf č. 46	Škála sociální readaptace a kouření

# PŘÍLOHY

## Seznam příloh

Příloha č. 1	Průvodní dopis
Příloha č. 2	Anamnestický dotazník
Příloha č. 3	Fagerströmův dotazník
Příloha č. 4	Škála sociální readaptace
Příloha č. 5	SWB – Hodnocení míry osobní pohody
Příloha č. 6	HSBI – Dotazník kuřáckých návyků
Příloha č. 7	CQ – Míra odolnosti nutkání kouřit

**Vážená kolegyně, kolego,**

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího materiálu, který bude sloužit jako podklad pro výzkumnou část mé **disertační práce na téma Kouření a jeho vztah k profesní zátěži**. Data takto získaná jsou naprosto anonymní. Budu ráda, podaří-li se mi získat dostatečné množství podkladů k serióznímu zpracování výzkumného záměru.

Vím, že materiál je poměrně rozsáhlý a klade velké nároky na Vaši trpělivost. Obsahuje hodně údajů, které však mají souvislost s výzkumným záměrem práce. Prosím Vás proto o pokud možno úplné a pravdivé vyplnění dotazníků.

Protože jsou Vaše životní i pracovní situace velmi rozmanité, některé otázky se týkají pouze některých z Vás. Části dotazníků o kouření, které se Vás netýkají, nebudete vyplňovat.

**Prosím, buďte pozorné k instrukcím i k zadání otázek a zřetelně označujte zvolenou odpověď. V případě, že chcete doplnit údaje k uvedeným dotazům, své vyjádření pište přesně a výstižně do poznámek, či na volnou stránku dotazníku. Nebudu mít již další možnost Vás znovu oslovit. V dotaznících je zařazeno vše, co je považováno za důležité.**

**Vyplněné dotazníky** buď předejte zpět v připojené zalepené obálce osobě, která Vám materiál předala, nebo zašlete poštou co nejdříve (do týdne) na níže uvedenou adresu.

Děkuji Vám za Vaše pochopení a poskytnutí vyžádaných informací, a také za Váš čas, který jste vyplňování věnoval(a).

Radomila Drozdová, PhDr.,  
Karlova univerzita v Praze, 3.lékařská fakulta  
Ústav pro lékařskou etiku a ošetrovatelství  
100 00 Praha 10, Ruská 87

V Praze - leden 2005

**ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK**

1. Jste Muž: Žena: 2. Kolik je Vám let? .....
3. Ve kterém roce jste ukončil/a  
 a) SZŠ ..... b) specializace..... c) VOŠ.....  
 d) Bc. .... e) Mgr. .... f) dr. ....  
 g) studuji .....
4. Jaký je Váš rodinný stav v současné době :  
 a) svobodná/ý b) vdaná/ženatý  
 c) rozvedená/ý d) vdova/ec  
 e) dlouhodobé partnerství f) žiji sama/sám
5. Máte vlastní děti? a) Ano, kolik..... b) Ne
6. Pocházíte z : a) Čech b) Moravy c) Slovenska d) jiné země

7. Vaše trvalé bydliště v dětství a v době stř.školy	8. Vaše trvalé bydliště v současné době
a) V Praze	a) V Praze
b) ve městě nad 70 tis.obyvateľ	b) ve městě nad 70 tis. obyvatel
c) ve městě od 20- 70 tis. obyvatel	c) ve městě od 20- 70 tis. obyvatel
d) ve městě/obci 5-20 tis. obyvatel	d) ve městě/obci 5-20 tis. obyvatel
e) v obci 2-5 tis. obyvatel	e) v obci 2-5 tis. Obyvatel
f) v obci do 2 tis. Obyvatel	f) v obci do 2 tis. Obyvatel

9. Vaše délka odborné praxe je..... let
10. Zdravotnické zařízení, ve kterém jste převážně pracoval/a bylo  
 a) ve velké nemocnici b) v nemocnici okresního typu  
 c) ambulantní d) jiné - jaké.....
11. Charakter oddělení, na kterém převážně pracujete je  
 a) interní b) chirurgický c) geriatrický d) psychiatrický  
 e) odd.pro dospělé f) odd.pro děti g) jiný- jaký.....
12. Převážný charakter Vámi poskytované péče je  
 a) urgentní b) intenzivní c) intermediální d)běžná,standardní  
 e) dlouhodobá f) terminální g) domácí péče h) jiný- jaký.....
13. Pracoval/a jste dříve převážně a) ve směnném provozu b) denním provozu
14. Pracujete v současné době a) ve směnném provozu b) denním provozu
15. Vaše pracovní zařazení bylo převážně  
 a) řadová sestra b) staniční c) vrchní d)jiné.....
16. Současné pracovní zařazení .....
17. Se svým povoláním jste spokojen/a?  
 a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne
18. Při nové možnosti volby profese bych volil/a a) stejně b) jinou profesi
19. Jsem NEKOUŘÁK a) nikdy jsem nekouřil/a b) řídké pokusy – v kolika letech.....  
 c) kouřil/a jsem –kdy..... d) již nekouřím - kolik let.....

20. Kouření spolupracovníků mne a) omezuje b) neomezuje c) vadí d) nevadí
21. Vystavena pasivnímu kouření v práci a) jsem b) nejsem
22. Za kuřáky v práci dotahuji, hlídám odd. a) ano b) ne

23. Jsem sváteční kuřák: a) ano b) ne c) jsem silný kuřák
24. Jsem v současnosti **KUŘÁK** a) začal/a jsem v .....letech b) počet cigaret/den.....  
c) kouřím .....let

25. Vykouření 1 cigarety mi trvá průměrně .....min.

26. Zapálím si nejčastěji:
- a) ve společnosti b) při kávě c) ve službě v přestávku d) na noční  
e) při relaxaci f) po stresu a vypětí g) při odpočinku h) po jídle  
i) jiné.....

27. Důvod počátku kouření

.....

.....

28. Místo, kde kouřím doma v bytě
- a) kdekoliv b) jen na balkoně c) jen na WC d) jen v kuchyni e) jen venku  
f) v kavárně g) sám/a h) i v přítomnosti nekuřáků g) i dětí

29. Místo, kde kouřím v práci
- a) kdekoliv b) jen na WC c) jen na balkoně d) jen venku  
e) v pokoji sester f) i v přítomnosti nekuřáček g) vyhrazené prostory.....

30. Z Vašich bezprostředních nadřízených kouří a) staniční b) vrchní c) hlavní

31. Vaši vedoucí pracovníci a) kuřáky tolerují b) kuřáky netolerují

32. Pocit únavy a přetížení
- a) nepocituji b) pocituji občas c) pocituji často d) jsem stále unavena  
e) pocituji již dlouho f) v posledních .....letech

33. Problémy s nespavostí
- a) nemám b) mám občas c) mám většinou d) mám stále  
e) pocituji již dlouho f) v posledních .....letech

34. Podrážděnost
- a) nepocituji b) pocituji občas c) pocituji často d) pocituji stále  
e) pocituji již dlouho f) v posledních .....letech

35. Požadavky pacientů převážně
- a) ochotně je vyplním c) nevadí mi b) unavují mne d) rozčilují mne a dráždí

36. Káva
- a) nepiji b) piji 1-2 denně c) piji 3-5 denně d) více než 5

37. Alkohol
- a) nepiji vůbec b) piji jen příležitostně c) piji při vypětí

38. Uklidňující léky
- a) neberu b) občas potřebuji c) potřebuji d) potřebuji často e) denně



---

39. Vypište, prosím, 8 problémů v profesi sestry, které Vás nejvíce stresují (od nejsilněji stresujících)

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
  5. \_\_\_\_\_
  6. \_\_\_\_\_
  7. \_\_\_\_\_
  8. \_\_\_\_\_
- 

40. K odreagování pracovního stresu mi nejvíce pomáhá:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |

---

Poznámky

## Závislost na kouření

### Fagerströmův dotazník - FTQ

(DNZ – Dotazník nikotinové závislosti)

	D N Z	A = 0	B = 1	C = 2		skóre
1.	Za jak dlouhou dobu po probuzení si ráno zapálíte první cigaretu?	po 30 min.	do 30 min.			
2.	Je pro Vás obtížné nekouřit na místech, kde je to zakázáno (např. v knihovně, divadle, v lékařské ordinaci)?	ne	ano			
3.	Která ze všech cigaret, jež vykouříte během dne Vám přináší největší uspokojení?	kterákoliv jiná než první	první ranní			
4.	Kolik cigaret denně vykouříte?	1 - 15	16 - 25	víc než 25		
5.	Kouříte více ráno než během zbývajících částí dne?	ne	ano			
6.	Kouříte také když jste nemocna/nemocen?	ne	ano			
7.	Jak často vdechujete cigaretový kouř?	nikdy	občas	vždy		
8.	Jakou značku cigaret nejčastěji kouříte?					
9.	Má značka cigaret, které kouříte nízký, střední nebo vysoký obsah nikotinu?	nízký	střední	vysoký	nevím	

Bodové skóre z 8 položek dovoluje rozlišit míru závislosti kuřáků na nikotinu:

0 až 2	nehovoříme ještě o „pravé“ závislosti
3 až 4	mírná
5 až 6	střední závislost
7 až 9	silná závislost
10 až 11	velmi silná závislost

## Škála sociální readaptace

### The Social Readjustment Scale (Holmes, Rahe)

měří předpokládaný dopad životních událostí na zdravotní stav člověka

#### Instrukce k dotazníku "Škála sociální readaptace"

Před Vámi je soupis různých životních situací a událostí, z nichž každá má na pravé straně uvedenou odpovídající hodnotu bodů. Pročtěte, prosím, tento soupis a vyberte z něj zakroužkováním odpovídající hodnoty bodů ty situace a události, které jste osobně zažil/a za posledních 12 měsíců.

Pokud se některá z posuzovaných událostí vyskytla ve Vašem životě za hodnocené období vícekrát než jednou, připište za zakroužkovanou hodnotu bodů ještě násobek, např. x 2. Tento opakovaný výskyt by neměl být vyšší než čtyřnásobný, protože se ukázalo, že vyšší než čtyřnásobný výskyt již nemá vyšší účinek na organismus.

Položkou č. 25 „Dosažení významného osobního úspěchu“ se myslí např. ukončení nějakého studia, kursu, získání řidičského průkazu, nebo nějaké jiné dovednosti či způsobilosti.

Položku č. 41 budete započítávat hodnotou 13 bodů, pokud jste v posledním roce měli alespoň dva týdny dovolené vcelku a využili jste ji k odpočinku (nikoli k jiné práci). V případě kratší doby dovolené, nebo práce o dovolené se tato položka nezapočítává.

Položku č. 42 budete započítávat, pokud jste poslední vánoční svátky prožili způsobem, který je v našich podmínkách považován za obvyklý, tj. doma s rodinou. Pokud jste vánoce z jakýchkoli důvodů neslavili, nebo jste byli na služební cestě, nebo na horách, nebudete příslušných 12 bodů započítávat.

1. Úmrtí životního partnera.....	100
2. Rozvod.....	73
3. Zásadní roztržka s manželským partnerem .....	63
4. Nucený pobyt (ve vězení, psych.léčebně, atd.).....	63
5. Úmrtí člena rodiny .....	63
6. Vážný úraz nebo onemocnění.....	63
7. Sňatek.....	50
8. Propuštění ze zaměstnání.....	47
9. Usmíření s manželským partnerem.....	45
10. Odchod do důchodu.....	45
11. Závažná změna v rodině (chování, zdravotní stav, atd.).....	44
12. Těhotenství.....	40
13. Sexuální potíže .....	39

14. Nový člen v rodině (narození dítěte, adopce, přistěhování).....	39
15. Závažné změny v zaměstnání (fúze, reorganizace, úpadek).....	38
16. Závažné změny ve finanční situaci (k horšímu nebo k lepšímu)	38
17. Smrt blízkého přítele.....	37
18. Přejít na jiný druh práce.....	36
19. Změna počtu hádek s manželským partnerem.....	35
20. Půjčka (hypotéka) na pořízení domu nebo jinou větší investici...	31
21. Vypovězení půjčky nebo zabavení hypotéky.....	30
22. Zásadní změny odpovědnosti v práci (povýšení, přeložení...).....	29
23. Odchod syna nebo dcery z domova.....	29
24. Potíže s tchánem nebo tchyní.....	29
25. Dosažení vynikajícího osobní úspěchu.....	28
26. Nástup do (nebo odchod z) práce manželského partnera.....	26
27. Zahájení či ukončení studií (školní docházky) .....	26
28. Zásadní změny životních podmínek (stavba, adaptace bytu.....	25
29. Změny v osobních zvyklostech (způsob oblékání, chování navázání nových přátelství) .....	24
30. Neshody s vedoucím.....	23
31. Zásadní změny pracovní doby nebo pracovních podmínek .....	20
32. Změna bydliště.....	20
33. Přejít na jinou školu.....	20
34. Zásadní změna způsobu, místa či délky rekreace.....	19
35. Zásadní změna v církevních aktivitách.....	19
36. Zásadní změny společenských aktivit (kino, tanec) .....	18
37. Půjčka nebo hypotéka na menší investice (lednice, TV, video...)..	17
38. Zásadní změna ve spánkových návycích .....	16
39. Zásadní změna v počtu rodinných setkání.....	15
40. Zásadní změna ve stravovacích návycích.....	15
41. Dovolená .....	13
42. Vánoce.....	13
43. Menší přestupky zákona (dopravní, rušení pořádku) .....	11



---

# HSBI

## Heavy Smokers Baseline Inventory

### Dotazník kuřáckých návyků

**Rádi bychom Vám položili několik otázek o Vašich kuřáckých návycích:**

#### HSBI

1.	Kolik Vám bylo let, když jste začal/a pravidelně kouřit?	
2.	Kolik cigaret průměrně vykouříte během dne?	
3.	Kolik cigaret jste průměrně vykouřil/a během dne před 6 měsíci?	
4.	Kolik cigaret jste vykouřil/a za den v době, kdy jste kouřil/a nejvíce?	
5.	Jste vystaven/a v zaměstnání vlivu cigaretového kouře druhých lidí?	1 ano, 2 ne
6.	Zkoušel/a jste někdy zanechat kouření?	1 ano, 2 ne
7.	Jaký byla nejdelší doba, po kterou jste vydržel/a nevykouřit ani 1 cigaretu?	roků..... měsíců..... dní.....
8.	Kolikrát jste se vážně pokoušel/a zanechat kouření v uplynulých 12 měsících?	

## CQ – Confidence Questionnaire

### Dotazník měří míru odolnosti nutkání kouřit v různých životních situacích

Máte před sebou soupis 15 situací, ve kterých lidé často kouří. Pečlivě si každou z nich pročtete a zakroužkujete číslo, vyjadřující v % pravděpodobnost, s níž byste mohli být **schopni odolat nutkání** ke kouření, když byste se do této situace dostali.

Pokud jste si zcela jisti, že můžete cigaretě za těchto okolností **zítra** odolat, zakroužkujete "100%". Pokud nemáte o **své schopnosti odolat** vysoké mínění, zakroužkujete nějaké číslo od levého kraje stupnice – "0%", nebo "10%", nebo samozřejmě cokoliv mezi tím podle vlastního realistického odhadu.

1. Když pocit'uji nervozitu.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
2. Když chci relaxovat.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
3. Když mi někdo nabídne cigaretu.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
4. Když se nudím.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
5. Když nevím co s rukama.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
6. Když se chci soustředit.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
7. Když si dám nějaký alkoholický nápoj.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
8. Když se cítím nepříjemně, rozmrzele.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
9. Když řídím auto.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10. Když jsem ve společnosti lidí, kteří kouří.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
11. Když piji kávu nebo čaj.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
12. Když pocit'uji netrpělivost, neklid.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
13. Když se dívám na televizi.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
14. Když telefonuji.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
15. Po dobrém jídle.	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
16. Jaká je pravděpodobnost, že budete schopni odolat kouření v průběhu zítřka, bez ohledu na jednotlivé situace?	0 %	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%