

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních
a zdravotnických organizacích

Bc. Tereza Johnová, Dis.

Regulace kouření ve zdravotnickém zařízení IKEM.

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Blanka Tolarová, Ph.D.

Praha 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací, v repositáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 16. května 2014

Tereza Johnová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Blance Tollarové, Ph.D. za její čas, ochotu, trpělivost a odbornou pomoc, při vedení mé práce. Zároveň také velmi děkuji vedení a zaměstnancům nemocnice IKEM, za poskytnutí zázemí a vstřícnost při mém výzkumu.

Obsah

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Kouření zdravotnických pracovníků	13
1.1 Prevalence kouření v populaci.....	13
1.2 Prevalence kouření zdravotníků.....	14
1.3 Etická problematika kouření zdravotníků	17
1.3.1 Zdravotník -profesionál versus zdravotník- kuřák.....	17
1.3.2 Zdravotník-edukátor versus zdravotník-kuřák	19
1.3.3 Výkon profese zdravotníka versus kuřácké pauzy.....	21
1.3.4 Kuřácká nemocnice jako místo podpory zdraví	22
1.4 Příčiny kouření zdravotnických pracovníků	23
1.5 Souhrn	27
2 Legislativa a politika proti tabáku	29
2.1 Zahraniční protitabáková kampaň.....	29
2.2 Legislativa a politika zaměřená proti kouření v ČR	30
3 Možnosti podpory zdravotníků v oblasti regulace kouření v ČR.....	33
3.1.1 Úvod.....	33
3.1.2 Možnosti léčby závislosti na tabáku.....	33
3.1.3 Centra pro léčbu závislosti na tabáku.....	34
4 Možnosti zaměstnavatele v podpoře nekuřáckých pracovišť.....	36
4.1 Důvody pro zavedení nekuřáckých programů v organizacích	36
4.1.1 Ochrana zaměstnanců před pasivním kouřením	36
4.1.2 Motivace zaměstnanců k odvykání.....	37
4.1.3 Ekonomické důvody	37
4.2 Projekt Nekuřácký podnik	38
4.3 Program Health Promoting hospitals-Nemocnice podporující zdraví .	40
4.3.1 Program ENHS.....	41
4.3.2 Certifikační proces ENSH.....	42
4.4 Nekuřácká pracoviště a zkušenosti při jejich zavádění	44
4.4.1 Zkušenosti s nekuřáckými pracovišti v zahraničí	44
4.4.2 Zkušenosti s regulací kouření v českých nemocnicích	45

4.4.3	Shrnutí.....	50
	EMPIRICKÁ ČÁST	51
5	Regulace kouření v IKEM	51
5.1	Historie regulace kouření před rokem 2005	51
5.2	Popis regulace kouření od roku 2005 do současnosti.....	52
6	Průběh výzkumu v IKEM	55
6.1	Cíle výzkumu	55
6.2	Definice výzkumné otázky:.....	57
6.3	Výzkumný soubor	58
6.3.1	Výběr výzkumného souboru a jeho charakteristika	58
6.4	Metodologie	58
6.4.1	Pozorování kuřáckých a nekuřáckých prostor	58
6.4.2	Studium dokumentů.....	61
6.4.3	Rozhovory se zaměstnanci a vedením.....	61
6.5	Zpracování výzkumných dat	61
7	Popis výsledného stavu regulace	62
7.1.1	Podpora kuřáků	63
7.1.2	Postoje kuřáků k regulaci a jednotlivým regulačním změnám	65
7.1.3	Důsledky regulace	67
7.1.4	Dopady regulace na vztahy na pracovišti	72
8	Řízení regulace kouření v IKEM	73
8.1	Změna jako konstanta dnešní doby	73
8.2	Popis řízení změny na pozadí modelu J. P. Kottera	75
8.2.1	Posilujte pocit naléhavosti změny.....	75
8.2.2	Sestavte vůdčí tým	78
8.2.3	Formulujte správnou vizi.....	82
8.2.4	Šiřte vizi změny a získávejte její stoupence	83
8.2.5	Uvolňujte prostor pro jednání a podporujte je	86
8.2.6	Vytvářejte příležitosti k rychlým úspěchům.....	90
8.2.7	Nepolevujte	94
8.2.8	Upevněte dosažené změny	95
8.3	Shrnutí hlavních zjištění	97
9	Doporučení pro management IKEM	100
9.1	Podpora zaměstnanců a její oblasti	100

9.1.1	Podpora změnou stylu řízení a informační podpora	100
9.1.2	Podpora činnosti a spolupráce s poradnou proti kouření.....	101
9.1.3	Podpora prostřednictvím zavedení vnitřních kuřáckých pravidel	102
9.1.4	Motivační podpora	103
9.1.5	Poskytnutí profesionální podpory a prostoru ke sdílení	103
9.2	Podpora implementace změny.....	104
9.2.1	Krok zpět: Změna kuřáckých míst a nelezení prostoru pro kouření 104	
	ZÁVĚR.....	105
	Seznam použité literatury a další zdroje	107
	Seznam použitých zkratk.....	112
	Seznam obrázků.....	113
	Seznam příloh.....	113

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá regulací kouření ve zdravotnickém zařízení IKEM. Předmětem mého zájmu je zkoumání průběhu regulace kouření v IKEM a její výsledný efekt, tedy evaluace projektu. Tématem práce, je hledání cesty, která by poskytla podporu a motivace zaměstnancům, v procesu regulace, aby mohla regulace kouření v IKEM probíhat úspěšně a efektivně. Práce se zaměřuje na průběh regulace v organizaci a zároveň zkoumá, jak zaměstnanci jednotlivá regulační opatření dodržují, jak jsou jimi přijímána a jaké jsou jejich postoje vůči regulačním nařízením. Analyzovala jsem také postoje a strategie kuřáků vůči organizačním změnám a jejich motivaci v odvykání kouření. Na základě zjištění, že změny nebyly vhodně řízeny, ani koordinovány, a že zaměstnanci v procesu změny neměli žádnou podporu, včetně absence pomoci v odvykání, jsem vedení organizace, doporučila následující kroky.

V první fázi by vedení mělo zaměstnancům poskytnout synergickou podporu, která tkví v motivační, psychologické a informační kampani. Jako součást podpory, kterou by měli manažeři v organizaci zavést, tedy nejen v procesu regulace kouření, je také zavedení některého ze způsobů profesionální podpory jako vhodné formy zvládnutí stresu. V druhé fázi doporučuji vedení zaměřit se na jednotlivé kroky implementace změny a navrhuji cesty k vytvoření vhodné atmosféry na pracovišti a k překonání rezistence ze strany zaměstnanců.

Klíčová slova

Regulace kouření, regulační opatření, kouření v pracovním prostředí, odvykání kouření, kouření zdravotníků, projekt Nekuřácký podnik, projekt Zdravá nemocnice, implementace organizační změny.

Abstract

This thesis deals with the regulation of smoking in health care facilities cloth. The subject of my interest is to investigate the regulation of smoking in the course of the ICEM and its resultant effect, ie the evaluation of the project. The theme of the work is the search for a path that would provide support and motivation of employees in the regulatory process in order to control smoking in IKEM run successfully and efficiently. The work focuses on the process control in the organization and also examines how individual employees comply with regulatory measures , how they are taken and what are their attitudes towards regulatory mandates . I also analyzed the attitudes and strategies of smokers to organizational changes and their motivation to quit smoking. Based on the finding that the changes were not properly managed, or coordinated , and that employees in the change process did not have any support, including the lack of assistance in quitting , I lead organizations recommended the following steps .

In the first phase, the management staff should provide synergistic support that is inherent in motivational , psychological and information campaign. As part of the support they have managers throughout the organization , not only in the process of regulation of smoking is also introducing one of the ways professional support as appropriate forms of stress management. In the second phase, I recommend keeping focus on implementation steps change and suggest ways to create a suitable atmosphere in the workplace and to overcome resistance from staff.

Key words

Control of smoking, control measures on smoking in the workplace, smoking cessation, smoking health professionals, project non-smoking, healthy hospital project, implementation of organizational changes.

Motto:

Riskovat zdraví má cenu pouze pro takové hodnoty, bez kterých lze těžko žít.

Lafayette Ronald Hubbard

Hlavním důvodem toho, že lidé nevidí, jak je užívání tabáku škodlivé, je především dlouhá prodleva mezi příčinami a následky kouření. Mladí začínají kouřit jako náctiletí, ale umírají na poškození spojená s kouřením přibližně o 40 let později, tedy ve středním, produktivním věku.

Richard Peto

ÚVOD

Ve své diplomové práci se zabývám problematikou kouření v pracovním prostředí a jeho regulací. Zaměřila jsem se na kouření zdravotníků v IKEM. Důvodem pro volbu tohoto tématu je fakt, že se problematika kuřáctví stává stále větším a hrozivějším celospolečenským problémem. Podle údajů WHO čelí dnešní svět tabákové pandemii, ze které se v současnosti hledá optimální východisko. (WHO, 2012) Kouření zdravotníků se jeví také jako problém eticky závažný, protože jsou to právě zdravotníci, kteří by měli kuřákům pomáhat s odvykáním a podpořit je v boji proti kouření.

Profesionální povinností každého zdravotníka je nejen posilovat zdraví, působit v roli preventisty a edukátora, ale očekává se, že zdravotníci budou ve své profesi kladnými lidskými vzory. Lékaři a zdravotní sestry by tedy podle WHO měli přijmout určitou míru odpovědnosti za důsledky svého vlastního životního stylu, který má vliv i na zdraví pacientů. (WHO, 2012) *„Je věrohodně doloženo, že skutečnost, zda zdravotník kouří, má velký vliv na to, jak aktivně a účinně je schopen radit, aby klienti s kouřením přestali.“* (Drozdová, 2009: 22)

Na zdravotníky je vyvíjen celospolečenský tlak a očekávání, aby zvládali své profesionální role bezchybně, ale podpora na úrovni společnosti je z mého pohledu příliš nízká.

Ve zdravotnictví pracuji již 17 let, několik let jsem strávila také jako zdravotní sestra v organizaci IKEM. Téma se mě dotýká hlavně proto, že mi není lhostejné, jak organizace podporovala a stále podporuje své zaměstnance. Chtěla jsem svojí prací ukázat manažerům v organizacích, že by se měli na tuto problematiku podívat z druhé strany, tedy z pohledu zaměstnanců a zamyslet se nad tím, jak jsou tito pracovníci podporováni.

Doposud se v ČR uplatňuje regulace kouření spíše restriktivní cestou, kouření na pracovištích je zakázané a za porušení předpisů jsou často stanoveny i velmi tvrdé postihy. Kuřáci musí opatřením vyhovět, ale nejsou k tomu adekvátně podporováni a motivováni. Důsledkem je porušování pracovní kázně a legislativních předpisů. Zásadní příčinou, proč jim kuřáci nemohou vyhovět je všeobecné přesvědčení, že kouření je závislost, které se lze zbavit.

Kouření však vyvolává nejen fyzickou, ale také psychickou závislost, přináší libé pocity, odreagování se od běžných starostí, stresu a vypětí. Je nejen závislostí, ale i součástí životního stylu kuřáků. Podle mě je velice potřebné, aby kouření bylo celospolečensky vnímáno jako nemoc a kuřáci jako osoby, které si zaslouží spíše podporu a motivaci k tomu, aby odvykaly, což jim však samotná regulace kouření neumožňuje.

V procesu regulace kouření na pracovišti hraje velice významnou roli motivace kuřáků, aby nabyli přesvědčení, že chtějí s kouřením sami přestat a že ho mohou regulovat. Tomšík popisuje motivy člověka jako stimuly, které umožňují dosahovat cíle, který je pak pro člověka spojen s pocitem uspokojení. (Tomšík, 2011) Jak ale motivovat kuřáky, kteří mají pocity uspokojení a libosti právě z kouření? Tento fakt je v procesu motivace zaměstnanců důležitým prostředkem, jak pro vedení, tak i pro samotného kuřáka. Přimět zaměstnance změnit své postoje ke kouření, které by se promítly i do jeho soukromého života, je velice složité z manažerského, tak i lidského pohledu.

Nemocnice IKEM je nakloněna změnám v oblasti regulace kouření a chtěla by se aktivně zapojit do projektu Healthy Hospitals. Projekt je evropským nezávislým programem podporujícím zdravé a hlavně nekuřácké pracovní prostředí ve zdravotnických zařízeních. Je založen na myšlence podpory a pomoci kuřákům v organizaci s jejich závislostí. Zdravotnické zařízení by se více angažovalo v otázkách prevence kouření, která by spočívala v preventivních programech, školeních a vzdělávacích akcích, které by propagovaly odvykání. Pilířem projektu je otevřená diskuze se zaměstnanci, která aktivně řeší problematiku kouření zdravotníků v jednotlivých organizacích. Usiluje o to, aby nemocnice nebyla jen místem zákazů, potírání kouření a boje proti kuřákům, ale spíše místem podpory, které individuálně motivuje kuřáky v odvykání.

Cílem mé diplomové práce, je tedy popsat a zhodnotit průběh regulace IKEM v jednotlivých krocích, zjistit jak byla regulace řízena, jaké jsou její dopady a jak ji reflektují zaměstnanci tohoto zařízení. Zabývám se procesem organizačních změn, zajímají mě na nich především lidé, jejich vzájemné vztahy a hodnoty, kterými vlastně vytvářejí organizační kulturu. Relevantním zjištěním je nejen to jaký vliv měla tato organizační změna na kulturu v organizaci, ale také jak se s ní zaměstnanci sžívají a jak jí přijímají. Manažerským cílem výzkumu je reflektovat proces změn, které nastávají, a poskytnout doporučení, která by ho zkvalitnila tak, aby změny vůbec probíhaly a pokud

možno, aby vyhovovaly všem. Smyslem mé analýzy je zkoumat faktory, které ovlivňují regulaci kouření, a zajistit dostatek informací pro management zařízení pro snadnější orientaci v této problematice.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Kouření zdravotnických pracovníků

Kouření zdravotníků je celospolečenským problémem především díky jeho vysoké a stagnující prevalenci, zdravotním rizikům a jeho etickým aspektům, které spojení kuřák-zdravotník vyvolává. Zdravotníci zastávají své profesionální role, které se dostávají do konfliktu s jejich kouřením. Kouření lékařů i sester je podle mě problematické také v otázce postoje společnosti k jejich kuřáctví a také v souvislosti s absentujícími zdroji účinné pomoci, která by vedla k snížení prevalence kouření v jejich řadách. Společnost od zdravotníků očekává plnění jejich profesionálních rolí, ale podpora společnosti je nedostatečná. Ať už se jedná o nedostatečnou výchovu zdravotníků k nekuřáctví, etickou výchovu či absenci profesionální podpory v nemocnicích. Právě v souvislosti s nedostatkem této podpory a zdrojů pomoci, jsem se v kapitole Kouření zdravotníků zaměřila na čtyři oblasti. V úvodu jsem se zabývala problematikou prevalence kuřáků ve světové populaci, dále jejím srovnáním se zdravotnickou populací. V následujících podkapitolách jsem nastínila eticky problematické oblasti profese zdravotníků, věnovala jsem se příčinám vzniku kouření u lékařů a sester včetně faktorů, které ho upevňují. V závěru jsem se pokusila shrnout fakta a nastínit východiska problematiky kouření zdravotníků v rámci současné společnosti.

1.1 Prevalence kouření v populaci

Kouření je podle Světové zdravotnické organizace (2012) závažným zdravotním problémem ve většině evropských zemí. WHO pokládá v současné době kouření za nejvýznamnější, jednotlivý, preventabilní faktor závažné chronické nemoci a předčasné úmrtnosti. Kouření usmrcuje každého druhého kuřáka, ročně zemře na následky kouření téměř 5 milionů lidí, z toho v České republice 23 000. (WHO, 2012)

Zatímco prevalence kuřáctví v celosvětové populaci poklesla především mezi muži severovýchodních a západoevropských států, ale počty kuřáků mezi mládeží a ženami stoupají a v zemích střední a východní Evropy afinita ke kuřáctví stále vzrůstá. *„Odborníci varují, že bude-li tento trend epidemického šíření kuřáctví i nadále*

pokračovat, bude kolem roku 2025 – 2030 umírat ročně 10 milionů obyvatel planety na nemoci související s kouřením.“ (Herotová, 2011)

Aktuální informace o prevalenci kuřáctví v ČR hodnotí část dotazníku z Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu populace, která se týkala kouření a vystavení tabákovému kouři. V období mezi roky 1985 až 1992 se snížila prevalence kuřáctví ve věkové skupině 25–64 let, a to u mužů ze 46 % na 39,7 % a u žen z 26,1 % na 23,1 %. Vyšší prevalence kuřáctví je v mladších věkových skupinách u obou pohlaví. Významný je také rostoucí počet kuřáček v mladších věkových skupinách. Údaje UZIS z posledních let nevykazují výrazný pokles kuřáků v české populaci: celkem je zde až 24,5 % denních kuřáků (30 % mužů a 19 % žen) 7,8 % příležitostných kuřáků, 16,5 % bývalých kuřáků a 51,1 % osob, které nikdy nekouřily. Ve srovnání s rokem 2002 se podíl kuřáků v populaci zvýšil. (UZIS, 2011)

Průměrný počet vykouřených cigaret u denních kuřáků je 16 ks u mužů a 12 ks u žen. Vystavení tabákovému kouři uvnitř místnosti více než 1 hodinu denně se týká 9,1 % respondentů, ve veřejných budovách 6,4 % respondentů a na pracovišti 7,4 % respondentů pracujících uvnitř místnosti. (UZIS, 2011) V posledních letech se tedy podíl kuřáků pohybuje v rozmezí 28–32 % a nebyl zatím zaznamenán ani trend, že by se více kuřáků z let minulých pokoušelo svého návyku zbavit. Zdá se, že úsilí společnosti o omezení kouření zatím nepřináší žádoucí výsledky, a podíl kuřáků v populaci významněji neklesá. Ilustruje to mimo jiné i skutečnost, že výsledky týkající se rozšíření kouření v roce 2009 v podstatě odpovídají výsledkům zjištěným v roce 1997. Zastoupení kuřáků mezi občany ČR je tedy poměrně stabilní.

1.2 Prevalence kouření zdravotníků

Navzdory rostoucímu trendu omezovat kouření v populaci je problém kouřících zdravotníků v mnoha zemích stále aktuálním problémem. Prevalence kouření v populacích je paradoxně u zdravotníků stále vyšší, než je prevalence kuřáctví průměrné populace. To je nevyvratitelný fakt, a proto se prevalence kouření zdravotníků stává stále problematičtější a sledovanějším tématem. Zatímco například v Izraeli kouří jen 18 % sester a v Japonsku 18,6 %, ve Španělsku je to až 47 %. (Kaletová, 2005) Kouření sester a lékařů v Izraeli vykazuje výrazně nižší prevalenci kouření než je tomu v běžné populaci. Poslední výzkumy z Izraele dokazují prevalenci kouření u lékařů jen na

hodnotách 16,7 % u stálých kuřáků, 23 % exkuřáků a 16,7 % příležitostných kuřáků. (Shkedy, Feinmesser, Mizrachi, 2013) To jsou v porovnání s ČR výrazně nižší údaje.

Čeští lékaři a sestry jsou na tom v prevalenci kouření o poznání hůře. Výzkumy prevalence kouření českých lékařů a lékařek dokládají, že v Čechách se jedná o velmi vysoká čísla v porovnání s ostatními státy. Ve výzkumném šetření, které provedl Widímský (2005), byla zjištěna až 18 % prevalence kouření lékařů a 18,6 % v případě kouření lékařek. Navíc jak potvrzuje Widímský (2005:179) „...*toto procento českých lékařek a lékařů je nejen vyšší v porovnání se zbytkem populace, ale také výrazně vyšší v porovnání s ostatními státy. Čeští lékaři a lékařky kouří významně více, počet kuřáků je mezi nimi vyšší než v případě USA, Velké Británie a skandinávských zemí, v nichž se procento prevalence kuřáků, pohybují mezi 3-8 %.*“ S vyšší prevalencí kouření zdravotníků se setkáváme v méně vyspělých a rozvojových zemích. Výzkum týkající se prevalence kouření v Arménii prokázal tato alarmující data dokazující vysokou prevalenci kouření jak u zdravotních sester, tak u lékařů (58,5 % lékaři, 72,2 % sestry), která jsou o to hrozivější, že byl výzkum prováděn ve velké nemocnici zaměřující se konkrétně na léčbu rakoviny. Prevalence kouření zdravotníků byla podle výzkumníků tak vysoká, protože se prokázalo, že zdravotníkům chyběla školení, podpora a poradenství v rámci odvykání. (Morsisyan, Varduhi, 2012)

„*Přesto, že se zdravotníci téměř denně ve své práci nutně setkávají s důsledky kouření, není pro ně tento fakt dostatečně závažný natolik, aby byli motivováni přestat kouřit. Podle posledních poznatků kouří v současné době asi 15 % lékařů a ještě daleko více sester, zhruba 30%.*“ (Štěpánková, 2007: 32) Výzkum, který prováděla Drozdová v zdravotnických organizacích v populaci zdravotních sester, tento fakt jenom potvrzuje. Výsledek jejího šetření prokázal kouření u 38,6% sester, což jsou podle mě, velmi alarmující údaje. Tato závažná fakta o kouření sester potvrzuje také Mádlová (2000), která sdílí uvedenou skutečnost: v Čechách kouří přibližně 41 % sester a tyto hodnoty mají celkově stagnující charakter. Studiemi prevalence kouření sester bylo také doloženo, že více kouří sestry slovenské než české, a nejméně kouří sestry moravské. (Drozdová, 2009)

Dalšími významnými vlivy, které se také promítají do vzniku závislosti na tabáku nejen v případě zdravotníků, jsou především rodinný stav, země původu nebo také místo bydliště. (Kaletová, 2005) Výrazným faktorem, který má vliv na to, zda zdravotníci pokračují v kouření, je charakter zdravotnického zařízení, který se podle

Drozdové projevuje především v prevalenci kouření sester. (Drozdová, 2009) Štěpánková a Drozdová deklarují, že velké nemocnice jsou místy, které facilitují kouření a zvyšují prevalenci kuřáků. Tento vztah prokázaly především v případě zdravotních sester fakultních nemocnic velkých měst, z nichž pocházelo právě nejvíce kouřících sester (44 %). (Štěpánková in Drozdová, 2009) Drozdová také zkoumala vliv dalších faktorů na prevalenci kouření zdravotníků a došla k závěrům, že v souvislosti s prevalencí kouření ve zdravotnických zařízeních je potřeba zmínit vliv směnného provozu. Ve směnném provozu je podle zjištění Drozdové prevalence kuřáků znatelně vyšší než v provozu denním. (Drozdová, 2011)

Na prevalenci kouření zdravotníků má tedy vliv nejen země původu, druh, velikost a provoz zdravotnického zařízení, ale také je nutné vzít v úvahu postoj společnosti a celkovou toleranci ke kouření. V ČR je tento tolerantní postoj ke kouření a kuřákům dlouhodobý. *„Alarmující je trend vzrůstajícího kouření mezi ženami. Předpokládáme názor, že svůj díl na neochotě ke změnám v chování a v hierarchii hodnot jednotlivce obecně (nejen v přístupu ke kouření) má i dopad celkové současné atmosféry ve zdravotnictví, politické scéně, v náladě společnosti.“* (Hrubá, Kachlík, 1998: 34) Podle Králíkové (2006: 7) lze *„...pozitivní změny v prevalenci kouření celospolečensky očekávat pouze v případě plošného působení všech, kteří mohou ovlivnit postoje a chování kuřáků v rámci svých kompetencí vzdělávacími a společenskými programy za současného působení restriktivních zákonných společenských opatření a efektivních programů v oblasti prevence kouření. Je tedy potřeba vytvořit nekuřáckou normu chování.“*

Vysoká míra tolerance a benevolence ke kouření nejen ve zdravotnictví se projevuje na úrovni všech vrstev společnosti a tam je ho potřeba také řešit. Doporučení kuřákům přestat kouřit a další související podpora by tedy měla být nejen aktivitou celého zdravotnického systému, ale měla by být součástí aktivit co největšího spektra společenských oblastí. *„Pokud by byly již v současnosti úspěšné preventivní přístupy k mladým lidem, snížily by výskyt nemocí až za 30–50 let, zatímco odvykání kouření dospělých kuřáků zlepší zdraví populace rychleji za 20 až 30 let.“* (Králíková, 2006: 11) Protože léčba závislosti na tabáku představuje extrémně výhodný způsob snížení výskytu nemocí a prodloužení života, měla by být nabízena všemi zdravotnickými zařízeními a dostupná i lidem s nízkými příjmy. Základní prioritou zdravotnického managementu musí být nejen spokojený pacient, ale také spokojený

personál. Zdravotnictví by se mělo stát věcí veřejnou, dostupnou, orientovanou na zlepšování zdraví široké populace, tedy i zdravotnických pracovníků. Na tento fakt se v dnešní české společnosti klade podle mého názoru malý důraz.

1.3 Etická problematika kouření zdravotníků

Slovo etika má několik významů. Všechny souvisejí s principy řídícími chování či jednání. Etické je něco „co by mělo být“. Termín etika se někdy používá ve vztahu k přesvědčení nebo zvykům určité skupiny jako třeba v náboženské etice, lékařské etice, nebo ošetrovatelské etice. (Kutnohorská, 2007) Etika se často odvolává na standardy a chování očekávané od členů určité skupiny, jak je to popsáno v kodexu profesionálního chování a jednání dané skupiny. Například od lékařů a zdravotních sester se očekává, že budou dodržovat určité standardy etického jednání ve svých profesních činnostech. Tyto standardy jsou většinou popsány v profesních kodexech etiky. Zdravotnictví se těší všeobecnému uznání jako povolání či dokonce poslání. Toto tvrzení se určitě týká jak povolání lékaře, tak sestry jako poskytovatelů zdravotní péče. V odborné literatuře, která se věnuje problematice kouření a regulaci kouření, nacházíme mnoho argumentací, které se snaží přesvědčit a ujistit o ryze kladné roli lékařů a sester, která se pak dostává do přímého rozporu s jejich kouřením. (Drozdová 2009, Mádlová 2000, Štěpánková 2007 Hrubá, Kachlík, 1998, Provazník 1999 a další) V této pasáži bych se proto ráda zaměřila na etická dilemata profesionálních rolí zdravotníka v souvislosti s rolí kuřáka.

1.3.1 Zdravotník -profesionál versus zdravotník- kuřák

Profesionální role zdravotníka je specifikována několika aspekty. Jak lékaři, tak zdravotní sestry jsou podle etických doporučení povinni převzít svoji profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a zlepšování zdravotního stavu populace.

K tomu, aby zdravotníci mohli působit ve své profesionální roli, být účinnými rádci, je potřeba nejen řada znalostí a zkušeností, ale také určitá míra zodpovědnosti nejen za zdraví klientů, o které pečují, ale i za své vlastní.

Podle etického kodexu zdravotních sester, by sestry měly „...za všech okolností dodržovat pravidla slušného chování, vytvářet profesionální image a prestižní postavení

sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů...“ (Etický kodex sester ČAS, 2003) Významným etickým aspektem v problematice kouření je důvěryhodnost zdravotníka, která spočívá ve schopnosti vytvoření vztahu mezi ním a klientem. Osobnost zdravotníka by měla být pro klienta zdrojem důvěry, který může vytvořit profesionální, ale zároveň partnerský, kooperující vztah na bázi společné participace v péči a léčbě. Navázat takový vztah není docela dobře možné, pokud sám zdravotník působí nedůvěryhodně. „Kouřící lékař či sestra, která nepečuje o své zdraví, vzbuzuje u svého pacienta pochybnost, zda nebude dbát o jeho zdraví stejně jako o své...“ (Drozdová, 2009: 20)

Lékaři a sestry by měli podporovat klienty v péči o své zdraví, aby nezačínali kouřit, či kouření odvykali. *„Lékaři a zdravotní sestry se často obávají přijmout právě osobní zodpovědnost a vliv svého vlastního životního stylu na zdraví pacientů. Ukazuje se fakt, že zdravotníci, kteří kouří, by sami měli být skupinou těch, kterým je třeba pomoci.“ (Provazník a kol., 1999)*

Drozdová se k tomuto názoru připojuje s názorem, že zdravotní sestry, které kouří, nejsou pro klienty přirozenou autoritou a příkladem modelu nekuřáckého chování, *„...jsou tak v rozporu s prestiží a profesionální etikou sesterské profese.“ (Drozdová., 2009: 77) Podle etického kodexu sester, by se měl zdravotník jako profesionál chovat a jít svým chováním příkladem. „Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.“ (Etický kodex sester ČAS, 2003: 3).*

Zdravotník, který kouří, ztrácí pozici profesionála jak v očích klientů, tak svých kolegů. Kouření zdravotníků je neprofesionální a netaktní nejen vůči spolupracovníkům, ale také vůči klientům, kteří kouří a musí ve zdravotnickém zařízení svoje kuřácké potřeby omezit. Mádlová se s tímto názorem také ztotožňuje a zároveň uvádí důvody, proč se tomu tak děje. *„Jedním z důvodů je, že při nemoci se často klienti dostávají do situací, kdy mají velké problémy sami se sebou, při omezování kouření z léčebných důvodů... Cigaretový kouř zdravotníků se neutají, často proniká na oddělení, či je cítit z pečujícího zdravotníka.“ (Mádlová, 2000: 12) Klienti mnohdy vědí, že zdravotníci kouří a v pracovní době odcházejí na kuřácké pauzy, protože kouření zdravotníků, kteří jsou s klienty v těsném osobním kontaktu, nelze zatajit. „Zdravotník, který je cítit kouřem a má zažloutlé prsty od cigaret, nemůže být pro pacienta zdrojem zdraví a působí neprofesionálně.“ (Drozdová. 2011: 23)*

Od zdravotníků se při plnění profesionální role očekává, že budou pečovat o své vlastní zdraví, že budou působit jako kladné modely v péči o zdraví a svým životním stylem budou působit na ostatní. Podle etického kodexu sester by „...sestra měla pečovat o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.“ (Etický kodex sester, ČAS, 2003: 3)

1.3.2 Zdravotník-edukátor versus zdravotník-kuřák

Jedna ze společensky očekávaných rolí lékařů a sester je role edukátora. Zdravotníci mají dostatečné vzdělání a informační podporu k tomu, aby mohli radit svým klientům, ať už v prevenci, diagnostice či léčbě onemocnění. Zároveň by zdravotníci měli být zdrojem podpory a efektivních rad ohledně zdravého životního stylu a životních návyků. Jak deklaruje Světová zdravotnická organizace, tyto rady by měly být za každých okolností součástí každodenní praxe zdravotníků i poskytovatelů zdravotnických služeb. (Evropská rada zdraví pro všechny WHO, 2001)

Králíková (2010: 45) zmiňuje že, „...se v tomto okamžiku dostává role zdravotníka do konfliktu s rolí kuřáka, který má uzdravovat a zároveň edukačně působit na druhé.“ Stejná autorka (2010: 109) zároveň také upozorňuje, že: „...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.“

Podle Sovinové (2011: 2) je „jedna z kladných rolí zdravotníka vytvářena hlavně prostřednictvím podpory, která spočívá v pomoci a edukaci klientů.“ Zdravotníci by se měli pravidelně aktivně zapojovat do preventivních aktivit, které by se měly podle WHO uplatňovat především v primární prevenci, do které patří také edukace klientů k tomu, aby nezačínali kouřit a jejich edukace k odvykání. Podle Králíkové by zdravotnický personál měl působit preventivně a to „...v průběhu, před nebo při přijetí do zdravotnického zařízení, kdy by měli zdravotníci nabídnout krátkou intervenci, a pomoci těm, kteří si přejí přestat kouřit.“ (Králíková, 2011: 8) Zdravotníci by podle Drozdové (2009) měli investovat svou energii do prevence právě proto, aby lidé nekouřili a těm, kteří si již tuto závislost vytvořili, by měli umět pomoci pochopit nezbytnost odvykání a pomáhat jim tento nelehký úkol prakticky zvládnout.

Sami zdravotníci si však odpovědnost své role vůči společnosti a poslání zdravotnické profese mnohdy neuvědomují. Ve studii japonských autorů si 93 %

dotazovaných sester myslelo, že nekuřáctví je vhodné a důležité hlavně pro ně samotné, tedy hlavně pro jejich zdraví. Jen 30 % uvedlo, že by neměly kouřit proto, že pracují ve zdravotnictví. (Machálková, 2010)

Vyvstává však otázka, zda a jak jsou k tomu zdravotníci vedeni a jestli jsou také v problematice edukace odvykání kouření dostatečně vzděláváni. Neuvědomují si mnohdy také fakt, že jejich kuřáctví má velký vliv na realizaci prevence kouření mezi pacienty. Drozdová konstatuje fakt, který byl vědecky ověřen, „... *skutečnost, zda zdravotník kouří, či nekouří, má velký vliv na to, jak aktivně a účinně je schopen poradit, aby klienti s kouřením přestali.*“ (Drozdová, 2009: 22)

Edukace je jistě nedílnou součástí profese, měla by se velice aktivně uplatnit hlavně v prevenci kouření. Zdravotník by měl také podávat zasvěcené informace podporující kuřáky v odvykání. Mnohdy mají zdravotníci nedostatečné kompetence k tomu, aby takto edukovali. Tato nedostatečná kompetence nevychází jen z toho, že zdravotníci kouří a jsou tak nedostatečným vzorem, ale také z toho, že mohou mít nedostatek informací o problematice a nebyli dostatečně proškoleni. To, že zdravotník nese zodpovědnost za klienty v případě výchově k nekouření, není dostatečně zohledňováno v informačním a praktickém školení zdravotníků tak, aby byli schopni edukovat. Příbiš (2009: 45) se také zmiňuje o tom, „...*že by zdravotníci proto měli být také adekvátně vyškoleni již v pregraduálním vzdělávání a v poradenství k účinné pomoci kuřákům.*“ Otázkou zůstává, kdy a jakým způsobem se tomu u nás děje.

Domnívám se, že osobní zkušenost s odvykáním kouření může hrát v případě edukace a výchově klientů k nekouření významnou roli. Zdravotníci, kteří kouří, mohou být celkově kompetentnější při edukaci k nekouření více než nekuřáci. Odborníci z Finska uvádějí, že zdravotní sestry, které mají s kouřením zkušenost, byly při poskytování rad klientům kompetentnější a úspěšnější než nekuřačky. (Pelkonen, Kanklunen, 2001)

Lze se tedy přiklonit k názoru, že zdravotník má být rádce, důvěrník i edukátor, musí poskytnout radu, podílet se na prevenci proti kouření. Zdravotníci, kteří kouří či odvykají, se zdánlivě paradoxně mohou zapojit do informační a edukační podpory efektivněji než nekuřáci, protože disponují obrovským potenciálem vlastní zkušenosti s kouřením.

1.3.3 Výkon profese zdravotníka versus kuřácké pauzy

Etická problematika výkonu zdravotnického povolání se dostává nejčastěji do konfliktu s kouřením zdravotníků především tím, že zdravotník, který si dopřává pravidelné kuřácké pauzy, působí neprofesionálně jak na svěřené klienty, tak na své kolegy. Předmětem etické problematiky je zbavování se nejen svých pracovních povinností a odpovědnosti za zdraví klienta, ale i přenášení odpovědnosti na jiné osoby. To, že zdravotník by měl nepřetržitě pečovat o klienty a být jim nablízku, je zřejmé. Na některých odděleních je do rukou zdravotníka svěřena trvalá intenzivní péče o zdraví klientů, kteří jsou natolik bezmocní, že o sebe nemohou pečovat.

Drozdová (2011: 6) poukazuje především na problém kouření zdravotníků na ošetrovací jednotce, kde kontinuální péče sester a lékařů o nemocné v době kuřáckých pauz nemůže být plně zajištěna. Drozdová (tamtéž) zdůrazňuje, že „...*pokud se zdravotníci zdržují v prostorách mimo vyšetřovny, mimo oddělení nebo mimo areál organizace, musí za ně jiní pracovníci, kteří nekouří, přebírat povinnosti za dobu v jejich nepřítomnosti. V té za ně plní úkoly a poskytují tuto nepřetržitou péči.*“ Tato skutečnost je pak podle ní z hlediska potřeb klienta nepřijatelná. Klienti si všimají, že osoba, které byli svěřeni do péče, není nablízku v době, kdy jí potřebují.

Profesionalitě kuřáků neprospívá fakt, že po dobu jejich nepřítomnosti o klienta pečuje „náhradní zdravotník“, ke kterému nemusí mít pacient dostatečnou důvěru a mnohdy čeká na návrat svého pečovatele. Problematické je také to, že náhradní pečovatelé mnohdy nemají dostatečné informace o zdravotním stavu pacientů, což může být rizikové jak pro nemocné, tak i pro „náhradní pečovatele“.

Lékařský kodex a kodex sester obsahuje povinnost zdravotnických pracovníků chránit klienty před chováním, které by je mohlo poškodit. Vyžaduje od sester, aby aktivitám, které by mohly poškodit klienta, účinně zabránily a klienty chránily. (Etický kodex sester, 2003: 6) Je tedy otázkou, kdo může poškodit klienty více: je to kuřák, který odchází na kuřáckou pauzu, nebo náhradní pečovatel, který přebírá zodpovědnost?

Dalším etickým aspektem kouření na pracovišti je narušování kolegiality a vztahů v kolektivu obecně. Jednou z nepostradatelných rolí zdravotníků, kterou mají společně zastávat, je podle etických kodexů také týmová práce. Bártlová (2008) hovoří o týmové práci zdravotníků v souvislostech s rolí sester a lékařů, kde vysoce hodnotí spolupráci jednotlivců. Zdravotníci podle ní „*musí usilovat o to, aby jako profesionálové mohli v těchto týmech fungovat a udržovat korektní a profesionální vztahy.*“ (Bártlová, 2008)

Od kuřáků je neprofesionální a zároveň neetické, aby během kuřácké pauzy po kolegovi požadovali péči o své pacienty.

1.3.4 Kuřácká nemocnice jako místo podpory zdraví

Zdravotnické zařízení by nemělo být pouze místem, kde se léčí onemocnění klientů, ale mělo by se také aktivně podílet na ochraně a podpoře zdraví svých pacientů. Nemocnice jako garant zdravotní péče ve společnosti a současně jako zaměstnavatel by v tomto směru měla být vzorem i pro ostatní zaměstnavatele. (Novotná, 2012) V ČR je většina nemocnic stále kuřáckým prostředím, které podporuje kouření zdravotníků na pracovišti i mimo ně. Z výzkumů Drozdové (2009: 56) vyplývá, že „...na mnohých odděleních se stále kouří, vedení těchto nemocnic je natolik benevolentní ke kuřákům a jejich návku, že dokonce facilitují kouření.“

Podle WHO (2012) by právě nemocnice měly být místem, kde je kouření velmi striktně zakázáno, areály nemocnic i jiných zdravotnických zařízení by měly být bez cigaretového kouře. Klienti přicházející do zdravotnického zařízení by měli být informováni o nekuřáckém pracovním prostředí v nemocnicích. „Nemocniční personál by se měl podle Drozdové (2011: 23) v otázce potírání a boji proti kouření velice aktivní a ptát se klientů na to, zda kouří a to jak aktivně či pasivně. Králíková a Felbrová (2007) avizují, že prostředí v mnohých zdravotnických zařízeních je v otázce kouření zdravotníků tolerantní a přivírá nad tímto problémem oči.

Nemocnice by pak podle WHO (2012) měly být místem, které za všech okolností podporují a propagují zdraví. Praxe podle Drozdové (2009: 33) bohužel ale ukazuje, že „rozhodnutí o nedodržování nekuřáckého režimu na odděleních, eventuálně „sankcionování těchto kuřáků“, je přímo úměrné a závislé na kuřáctví vedoucích pracovníků, ...kouření je mnohými nadřízenými tolerováno, tato tolerance kouřících manažerů ve zdravotnictví souvisí s kouřením lékařů a sester.“ Je paradoxní, že na tomto faktu závisí benevolence, či netolerance ke kompromisům pro kuřáky a někdy i dodržování zákonných norem (Drozdová, 2011: 12). Potvrzuje se významný fakt, že: „velký vliv na to, jak budou zdravotníci akceptovat antikuřácký režim, má osobnost vedoucích pracovníků.“ (Hrubá, 2008: 11) „Problematicky se jeví přístup zdravotnických zařízení ke kouření a jejich tolerance ke kuřáctví a kouření, které nenutí nově nastoupivší kuřáky k tomu, aby svůj již vzniklý kuřácký návyk omezili.“ (Drozdová, 2009: 12) Současnou situaci, která panuje v mnohých českých zdravotnických

zařízeních, popisuje Drozdová jako situaci, která je vůči kouření velmi shovívavá a z pohledu zvládnutí manažerských úkolů v oblasti regulace kouření je spíše pasivní. Mnohdy jsou ve zdravotnických zařízeních kuřácké návyky zdravotníků ještě více posilovány, než aby byly tlumeny. (Drozdová, 2011)

1.4 Příčiny kouření zdravotnických pracovníků

Zdravotníci si uvědomují, že kouření má neblahý vliv na jejich zdraví a přesto jim tento fakt nebrání v tom, aby kouřili. Výzkumné šetření Štěpánkové a Drozdové, které zkoumaly postoje zdravotníků ke kouření, k vlastnímu životnímu stylu a k výkonu povolání zdravotníka, potvrzuje zjištění, že *„zdravotníci se chovají při ochraně vlastního zdraví stejně jako nepoučená, tedy běžná populace.“* (Štěpánková in Drozdová, 2009) Sami zdravotníci představují specifickou skupinu, která by měla mít dostatečné vzdělání a měla by být tedy dostatečně informována o škodlivosti kouření. Přestože zdravotníci mají informace o fatálních důsledcích kouření, tento fakt se nepromítá do jejich chování. Samotná informovanost pro ně není dostatečně motivující, aby přestali kouřit. Králíková (2010) dále také uvádí daleko důležitější fakt, že si zdravotníci, obdobně jako ostatní lidé nepřipouštějí, že onemocnění by mohla postihnout právě je samotné. *„Ve Velké Británii poklesl počet kouřících lékařů právě až po zveřejnění výsledků studie, která prokázala, že lékaři kuřáci žijí významně kratší dobu než jejich nekouřící kolegové.“* (Králíková, 2010: 18) Příčinou přetrvávajícího kouření je tedy podle autorky to, že: *„...nebezpečí a riziko kouření, není v obavách zdravotníků dostatečně personifikováno.“*

Dalším aspektem, který posiluje motivaci kouření zdravotníků, tedy hraje v podpoře zdravotníků svou významnou roli, je „náročnost“ práce zdravotníka. Práce zdravotníků je spojena s vyšší mírou stresu, nežli je tomu u většiny jiných profesí. (Machálková, 2010) Nejedná se vždy o eustres, tedy „zdravý stres“ napomáhající rozvoji adaptačních mechanismů na tělesné i duševní úrovni, ale o distres, který organizmus poškozují. Nadměrný stres pak podle Machálkové zvyšuje riziko chybných rozhodnutí a výkonů, stejně tak pracovních úrazů. (Machálková, 2010) Podle Nešpora *„vede také vysoká míra stresu ve zdravotnických profesích k častějšímu vzniku psychosomatických onemocnění i závislosti na alkoholu a jiných látkách.“* (Nešpor, 2000: 22)

Při úvahách o důvodech, proč právě zdravotníci tolik kouří, přestože znají dopady kouření na zdraví, se mnoho autorů z oblasti psychologie i zdravotnictví (Kachlík, Hrubá, 2008, Křivohlavý 2009, Drozdová 2011, Provazník, 1996) přiklání k tomu, že kouření u zdravotníků patří mezi jednu z nesprávných technik odbourávání stresu. „*Domníváme se, že lékaři a sestry odbourávají vyšší expozici stresovým situacím, protože je to jejich již dříve naučený způsob boje se stresem.*“ (Hrubá, 2008: 78) Nešpor také podporuje tuto teorii a hovoří o vysoké míře stresu ve zdravotnictví jako o „*specifiku profese, které významně působí a zhoršuje zdravotní stav, produktivitu práce a přenáší se i do rodin zdravotnických pracovníků.*“ (Nešpor, 2000) Drozdová (2009) také popisuje jednotlivé faktory, které vedou sestry ke kouření a zároveň podporují jejich kuřácké návyky. Uvádí, že přestávky na kouření jsou u sester velmi oblíbené hlavně z psychologického hlediska a také z určitých sociálních důvodů, „*poskytují sestrám sociální oporu, relaxaci a uvolnění stresu, který působí v povolání.*“ (Drozdová, 2009) „*Povolání zdravotní sestry psychicky i fyzicky náročné, zvláště pro velkou zodpovědnost, intenzitu a různorodost stresorů.*“ (Mádlová, 2000: 30) Machálková (2010) rozděluje zátěžové faktory profese zdravotníka na faktory specifické a nespecifické. Do specifických zařazuje faktory, které jsou spojeny s tím, že zdravotníci přicházejí při výkonu svého povolání do styku s řadou specifických oblastí lidské existence, jakými jsou umírání, smrt, bolest.

Dále jsou to také „specifické“ zátěžové situace, pacienti bývají často depresivní, vyčerpaní a podráždění, lékař nebo sestra nemohou i při nejlepší péči často nad nemocí zvítězit, což je pro zdravotníky stresující. Specifickým rysem je podle autorky i počet rozličných rolí, které musí zdravotníci při výkonu povolání zastat a snadná dostupnost zdravotníků k návykovým látkám a tendence k samoléčbě. (Machálková, 2010) Velmi závažný je podle Drozdové (2009) také prokázaný vztah výskytu kouření u sester v souvislosti s jejich funkčním zařazením. Dalo by se očekávat, že u osob s vyšší funkční pozicí, tedy u staničních a vrchních sester bude nižší procento kuřáků s ohledem na dosažené vzdělání, výzkum Mádllové však ukazuje, „*že sestry ve funkčním postavení kouří v 55,6%, což významně převyšuje výskyt kuřáckého návyku u sester bez funkce (41,7 %).*“ (Mádlová, 2000: 13) Zarážející je tedy tento celkový aspekt v pozici sester manažerek.

Autoři, kteří se také zabývají dalšími příčinami vzniku kuřáckého návyku (Hrubá, 2008, Koroulek, 2000, Drozdová, 2011), se shodují také na tom, že prvotní podněty a

vznik závislosti se objevují již mnohem dříve, než zdravotníci začnou pracovat v organizacích jako profesionálové, tedy ve studentském období, kdy se na svou profesi teprve připravují. Koroulek (2000: 12) ve své studii týkající se kouření mediků na lékařských fakultách potvrzuje, „že mnoho z nich přijede na studium lékařské vědy s již vytvořenými a upevněnými kuřáckými návyky.“ Tyto návyky jsou pak podle něj jen upevňovány emočním stresem, který panuje v nemocničním prostředí. Podněty, které stimulují kouření, jsou shodné jak u lékařů, tak zdravotních sester. „*Jak bylo dokázáno v několika studiích, období přijetí ke studiu a období studia je nejvíce citlivé na formování osobnosti. Člověk je velice citlivý a zvýšeně vnímavý k emočně vypjaté realitě života, se kterou se setkává ve zdravotnickém prostředí. V začátku studia je také člověk nejvíce ovlivnitelný autoritami a prostředím.*“ (Koroulek, 2000: 12)

Na vzniku kuřáckých návyků se také bez ohledu na profesi významně podílí vlivy společenské: „*Kouření je bohužel jednou ze společenských činností, při které se utvářejí mezilidské vztahy.*“ (Havlová, Bláhová, 2005) Podle Nešpora a Cesémyho (1994: 44) je podstatou problému kuřáctví, „*postupný vznik závislosti, kterou člověk postupně získává a kterou postupně upevňuje*“. Dále uvádí, že: „*...kouření je významně spjato s příjemnými pocity komunikace v partě a s přáteli.*“ Hodně kuřáků udává, že kouří pro uklidnění, věří, že droga nikotin jim pomáhá potlačovat úzkost a napětí, nebo naopak pro pocit vzrušení, věří, že nikotin stimuluje, a tak napomáhá k dosahování vyšší výkonnosti. Rozděluje příčiny vzniku kuřáckého návyku na faktory osobní, sociální a faktory úzce související s dostupností tabákových výrobků.

Všechny tyto faktory se významně podílí na vzniku závislosti. Významné jsou také následující faktory: „*...pokud jde o osobní příčiny, začínají častěji kouřit děti extravertované se zvýšeným neuroticismem a zakomplexované, které si potřebují zvýšit sebedůvěru a sebevědomí a relaxovat se.*“ Mezi sociální příčiny vázané na rodinu patří také špatný příklad kouřících rodičů, sourozenců a dalších příbuzných a nízká kontrola dítěte. Mezi sociální příčiny vázané na školu patří nežádoucí vzory pedagogů, kteří kouří, slabší prospěch a sugestibilita. Mezi sociální příčiny vázané na skupinu vrstevníků patří kuřáctví členů party a kamarádů. (Nešpor, 2000: 57)

Kouření tedy není jenom zlovyk, ale stává se z něj závislost a to nejprve psychosociální, později i drogová. (Králíková, Kozák, 2000) Kouření bylo také klasifikováno jako nemoc s diagnózou F17. Při absenci nikotinu se u závislých osob objevují abstinenční příznaky a tento odvykací stav se projevuje jako neovladatelná

touha po tabáku (nebo jiných výrobcích obsahujících nikotin), malátností, slabostí, úzkostí a dysforickou náladou. V mnohých případech se také objevuje podrážděnost nebo neklid, nespavost, zvýšená chuť k jídlu, poruchy soustředění a pozornosti. (Nešpor, Csémy,1994)

Podle Křivohlavého (2003: 234) „...je podstatný pro utvoření tohoto návyku především tlak sobě rovných, získání pocitu dospělosti, odstranění pocitu závislosti na jiných, přijetí do žádoucí skupiny lidí, působení osobních vzorů a autorit, rodinného prostředí a společenského trendu... jde tedy o určitou formu sociální nakažlivosti zrodu rizikového chování.“

Hrubá (2008) si uvědomuje a popisuje tento závažný fakt, kterým závislost vzniká, a vyzývá pedagogy na zdravotnických školách a fakultách medicíny, aby se více zaměřili na profesionální etiku a působení motivace s důrazem na etiku práce zdravotníků. Hlavním motorem pro nastartování by měli být v této aktivitě sami pedagogové. „Pedagogové mají dostatek důkazů o škodlivosti kouření, to ale nestačí, je třeba toto téma spojit s praktickými prožitky při komunikaci s nemocnými.“ (Hrubá, 2008: 38)

Na lékařských fakultách zkušené odborníci vedou nastávající lékaře k tomu, aby nezačínali kouřit. Úspěšnost těchto programů zdůrazňuje Hrubá: „Programy k nekuřácké výchově lékařů, které se začaly uplatňovat přibližně od roku 2008 na lékařských fakultách, kde jsou studenti odborně vedeni k nekuřáctví, slaví prostřednictvím této metodiky úspěch, který se projevuje se na postupné klesající tendenci prevalence kuřáků mezi lékaři na lékařských fakultách.“ (Hrubá, 2011: 1) Jinde uvádí, že k hlavním argumentům, které by měly být součástí výchovy zdravotníků k nekuřáctví, je „připomínání profesní kariéry, neboť v mnoha vyspělých zemích nenajde kouřící lékař uplatnění“. Lékaři by podle Korouleka měli mít trvalý přístup k informacím o výsledcích studií, které prokazují, „že kuřák má významně sníženou psychickou i motorickou výkonnost, musí-li abstinovat.“ (Koroulek, 2000: 2-3) Přestože je nyní již výchova k nekuřáctví součástí studijních programů ve zdravotnictví a nese své výsledky, má tento zdánlivý úspěch „rezervy“, které spočívají podle Králíkové hlavně v „nástupu lékařů do zdravotnického zařízení, jehož prostředí je podporuje v obnovení kuřáckých návyků.“ (Králíková, 2010) Hrubá také poukazuje na tento fakt, který představuje další úskalí zavádění osvětových antikuřáckých programů v souvislosti s absencí podpory zdravotnických zařízení. Tím je skutečnost, „...že studenti

se dostávají opět do zdravotnického zařízení, které je podporuje v tom, aby kouřit opět začali.“ (Hrubá, 2011: 12) Je patrné, že osvěta na školách je sice účinná, ale pokud se nezmění kuřácká atmosféra v nemocnicích, která podporuje kuřáky v kouření, nemůže dojít k snížení prevalence kuřáctví u zdravotníků. Zdravotnická zařízení neposkytují zdravotníkům dostatek profesionální podpory, aby mohli bojovat proti uvedeným zátěžovým situacím a efektivně zvládali stres.

Prostředí v nemocnicích a kuřácké kolektivy kouření facilitují. (Drozdová, 2011) Formy profesionální podpory by měly být součástí programů zdravotnických zařízení, nejen jako boj proti profesionálnímu vyhoření, ale jako forma boje proti rizikovému chování zdravotníků. (Jičínská, 2006) Pokud je kouření formou zvládnání stresu, je potřeba poskytnou zdravotníkům podporu, aby měli prostor jej zvládat jinak a účinněji.

1.5 Souhrn

V kapitole kouření zdravotníků jsem se zaměřila na prevalenci kouření v populaci, ale také prevalenci kuřáctví v kontextu s kouřením zdravotníků. Pozornost jsem věnovala problematice kouření zdravotníků v souvislosti s etickými otázkami, příčinami a podpůrnými společenskými aspekty, které mají vliv na rozvoj vzniku kuřácké závislosti. Prevalence kouření zdravotníků je vysoká, jak u lékařů tak sester a nemá v ČR výraznou klesající tendenci. Příčinou je hlavně vysoká tolerance a benevolence české společnosti k návykovým látkám a rizikovému chování. Jak popisují odborníci, vznik kuřáckých návyků a závislosti je v případě zdravotníků postupný proces, na který má vliv mnoho společenských, osobních, ale také pracovních faktorů. Pokud tyto faktory (stres, emoční vypětí, touha začlenit se do kolektivu, provoz zdravotnického zařízení) působí společně, je vysoce pravděpodobné riziko vzniku kuřáctví. Zároveň je zřejmý fakt, že zdravotníci se potýkají s dilematem, jak vyřešit svou profesionální roli, která je v přímém konfliktu s jejich kuřáckými návyky a očekáváním společnosti.

Z velkého množství zdrojů, kterými jsme obklopeni, ať už jsou to média, literatura či odborné články, je role zdravotníka vnímána celospolečensky tak, že zdravotník je profesionál, který by měl podle všeobecného očekávání takto i vystupovat navenek. Společnost od zdravotníků očekává, že budou působit osvětově, budou se angažovat v prevenci onemocnění, budou zvládat roli edukátora, tedy budou působit jako jednoznačně kladné postavy a vzory pro ostatní. Kouřící zdravotník se této představě v mnohém vymyká. Pokud by měl zdravotník tato očekávání naplnit, musel by být ve

všech ohledech ideální bytostí. Na zdravotníky je sice vytvářen tlak, aby se stali určitými vzory, je pak otázkou, zdali vůbec mohou tyto modely kladných rolí naplnit, když společnost svou nečinností a tolerancí ke kuřákům spíše kouření podporuje.

Problémem dnešní doby je podle mého názoru lhostejnost společnosti a nevšímavost k problémům druhých. Mnozí mají spoustu očekávání, ale nejsou ochotni pro jejich realizaci nic vykonat. Pokud tedy společnost klade vysoké požadavky na zdravotníky, musí je také adekvátně podpořit a investovat do nich, aby mohli očekávané role naplnit. Pokud se zaměřím na to, jak dnešní společnost ke zdravotníkům přistupuje, jak je formuje, vzdělává, vychovává a podporuje v tom, aby mohli uvědoměle působit, nutně docházím k názoru, že energie vynaložená na jejich podporu je nedostatečná, a proto nemůže změnit společenskou atmosféru kouření upevňující.

Kouření zdravotníků není jenom problémem jedince, je problémem celospolečenským. Kouřící zdravotník vyvolává kritiku, je nabádán k abstinenci, ale reakce a podpora společnosti je nedostačující. Výchova zdravotníků k nekouření není a nebude podle Koroučka, (2000) jednoduchý proces. *„Má-li být účinná, musí komplexně zahrnovat poskytování odborných poznatků, ovlivňování názorů, postojů a chování, umožnit získání praktických dovedností při pomáhání klientům, přestat kouřit.“* (Korouček, 2000: 178) Do podpory zdravotníků, kteří kouří, se sice pravidelně zapojují jednotlivé společenské vrstvy, které vyvíjejí potřebnou aktivitu, ale pokud nebude tato aktivita důrazněji a provázaněji působit na všech úrovních společnosti, nedostaví se kýžený efekt. Celoplošně je tedy potřeba uvolnit atmosféru kritiky a negativních postojů ke kouřícím zdravotníkům a přesunout tuto aktivitu spíše do oblasti podpory a pomoci kuřákům, jak účinně se závislostí bojovat.

2 Legislativa a politika proti tabáku

2.1 Zahraniční protitabáková kampaň

Protikuřácká legislativa obecně obsahuje soubor právních norem, jejichž účelem je ochrana před kouřením v pracovním prostředí, stejně tak snížení spotřeby tabáku a jeho škodlivých zdravotních, ekonomických a sociálních dopadů. (Peto, 1990) Součástí kampaní jednotlivých vlád ke snížení mortality a morbidity onemocnění spojených s užíváním tabáku jsou především restriktivní a preventivní opatření a politika zaměřená na kontrolu a prodej tabáku. „*Cílem těchto legislativních opatření je vyrovnání rozdílu mezi vědeckými poznatky, které máme o tabáku a kouření a mezi sociální politikou.*“ (Kozák, 1996: 16) Právo na ochranu před kouřem v pracovním prostředí je podle listiny základních lidských práv a svobod součástí základního lidského práva, které se vztahuje k ochraně života a zdraví člověka. Prosazování účinné ochrany odráží celospolečenské povědomí o rizicích, spojených s kouřením a právní vyspělost daného státu. Účelem právní úpravy kontroly tabáku je ochrana před kouřem v prostředí, ale i celkové snížení spotřeby tabáku a jejích škodlivých zdravotních, ekonomických a sociálních dopadů.

Vstupem do 21. století je opět zdůrazňována skutečnost, že: „*zdraví je podmínkou dobré psychické pohody a dobré kvality života a základem pro stabilní ekonomickou společnost.*“ (WHO, 2008) Deklarace Zdraví pro všechny, která byla vydána WHO v květnu roku 1998, vyzývá všechny bez rozdílu, aby se podíleli na této politice ke zlepšení kvality života a dosažení plného zdravotního potenciálu obyvatel. (WHO, 1998) V této deklaraci bylo podrobně vytyčeno 21 konkrétních cílů programu, které udávají klíčové cíle pro rozvoj zdravotní politiky v jednotlivých zemích. Kromě jiného je jednou z priorit programu Zdraví 21 také zlepšení životního stylu populace a snížení škod na zdraví vzniklých při působení alkoholu, drog a tabáku. V jednotlivých členských zemích jsou propracovány národní programy podpory zdraví, vycházející z lokálních aktuálních podmínek a zároveň respektující problematiku jednotlivých zemí.

WHO je v tomto procesu klíčovou organizací, která se aktivně zapojuje do politiky proti tabáku a tabákovému průmyslu, společně se 168 státy podepisuje Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku, platnou od roku 2003. V roce 2005 se k ní připojila i ČR. Rámcová úmluva o kontrole tabáku se stala jednou z nejrozšířenějších úmluv v historii OSN. V preambuli úmluva odůvodňuje svou potřebnost slovy, že:

„rozšíření tabákové epidemie je globálním problémem s vážným dopadem na veřejné zdraví, který vyžaduje nejrozsáhlejší možnou spolupráci a účast všech zemí na účinné, vhodné a jednotné mezinárodní cestě.“ (www .who.int) Předmětem úmluvy je kontrola tabáku, která znamená řadu opatření, strategií a postupů ke snížení nabídky tabáku, poptávky po něm a ke snížení škod vyvolaných tabákem, které se zaměřují na zlepšení zdraví populace eliminováním nebo snížením spotřeby tabákových výrobků.

Světová zdravotnická organizace také předepisuje jednotlivá pravidla týkající se prodeje a omezení reklamy na tabákové výrobky, ale její aktivita je zaměřena také na to, aby se zdravotníci stali klíčovými prvky protikuřácké politiky v jednotlivých zemích, specifikuje roli zdravotníka jako bojovníka proti propagaci tabáku a tabákových výrobků, ale také edukátora v procesu odvykání kouření. Jedna z globálních strategií WHO (2012), jak snížit vysoký počet onemocnění a úmrtí vázaných na kouření, je zapojení zdravotníků do prevence užívání tabáku a podpora aktivního boje proti kouření. Málokterá profese je do tohoto programu zapojena tak, jak je tomu u zdravotnického personálu. Jeho úloha je touto politikou stále více posouvána do oblasti primární prevence. *„Svými aktivitami, edukační činností a osobním příkladem mají ovlivňovat postoje a chování lidí k péči o zdraví, posilovat jejich osobní zodpovědnost za své zdraví a zdraví svých blízkých.“* (WHO, 2012)

Jak dále deklaruje WHO ve zprávě „zdraví pro všechny“, léčba závislosti na tabáku představuje extrémně výhodný způsob snížení výskytu nemocí a je také účinnou cestou k prodloužení lidského života. (WHO 2002) Do protikuřáckých aktivit a legislativních opatření proti tabáku a jeho propagaci se zapojuje také Evropská unie, která vydává odborné publikace, pořádá pravidelné protikuřácké kampaně a programy. Nejznámějším programem je například program kampaně Evropské komise s názvem Help: pro život bez tabáku. Evropská unie vydává tyto normy formou směrnic a doporučení jednotlivým členským zemím, které je poté musí implementovat do svých národních předpisů a norem.

2.2 Legislativa a politika zaměřená proti kouření v ČR

V ČR je regulována především výroba tabákových výrobků a jejich prodej, včetně reklamy a distribuce tabáku (č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích).

V tomto zákoně jsou upraveny všechny požadavky na tabákové výrobky a jejich směrnice, zejména povinnost dodržovat stanovené hygienické a technologické

požadavky a stanoveným způsobem tabákové výrobky balit a označit. Dále je to také regulace reklamy a prodej tabákových výrobků, které upravuje v ČR zákon (č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb.). Tento zákon stanoví, že *„reklama na tabákové výrobky a rovněž její sponzorování, je trestná.“* (zákon. 40/1995 Sb.)

Celosvětový trend k nekuřáckému prostředí vyvolaný poznatky o medicínských, ekonomických a sociálních dopadech spotřeby tabáku se vedle výše uvedených nepřímých nástrojů (regulace výroby, zdanění a regulace reklamy a prodeje tabákových výrobků) projevuje i v rozšiřování regulace přímé, a to v samotných zákazech kouření. V oblasti legislativy, která se vztahuje k problematice regulace kouření na pracovištích, můžeme specifikovat tři nejdůležitější zákony, které ji upravují. Jedná se o paragraf č. 133 zákoníku práce, zákon č. 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholem a jinými toxikomaniemi a také zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Z paragrafu 133 zákoníku práce vyplývá, že pro každého člověka je zaručeno právo na nekuřácké pracovní prostředí. Zároveň zde není pro kuřáky jasné ustanovení, které by jim zakazovalo v pracovní době kouřit. Podle novely z 1. 1. 2001 dochází k transformaci tohoto zákona a jeho výkladu s ohledem na Listinu základních lidských práva a svobod. Znění nového zákoníku práce č. 262/2006 Sb. obsahuje novinku, která mění všeobecné chápání a ustanovení předešlé normy: zákony a jiné právní předpisy musí být uvedeny do souladu s Listinou základních práv a svobod, jinak pozbývají účinnosti ustanovení. V případě kouření a jeho regulace jde o porušení principu legální licence v čl. 2 odst. 3 Listiny: *„Každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá.“* (Hendrych, 2009: 102) Podle dřívější verze byl tedy zaměstnavatel povinen zajistit zákaz kouření na pracovištích, kde pracují nekuřáci, nyní je v tomto zákoně pouze obsaženo ustanovení o nutnosti vymezit prostor pro kuřáky. Podle novely (zák. 139, odst. 4, písm. e) se netýká tato povinnost přímo zaměstnanců, ale jejich zaměstnavatele. *„Povinností zaměstnance je nekouřit na pracovišti, kde pracují nekuřáci. Při porušování ustanovení tohoto zákona je možné vyvodit sankce vůči konkrétnímu zaměstnanci.“* (Kubíková, 2000)

Zákon č. 379/2005 ukládá zaměstnavateli povinnost zajistit ochranu nekuřáků před tabákovým kouřem. Podle tohoto ustanovení jsou osoby pověřené řízením ve vyjmenovaných budovách povinny zajistit ochranu osob před škodami způsobenými

kouřením v těchto budovách. Toto ustanovení se vztahuje konkrétně na všechna státní zařízení, tedy i nemocnice.

V zákoně o ochraně před návykovými látkami a jinými toxikomanii (37/1989 Sb.) nalezneme zákazy kouření vztahující se také na zdravotnická zařízení. Podle § 8 odst. 1 E je kouření také zakázáno „ve vnitřních prostorách zdravotnických zařízení všech typů“. Zdravotnickým zařízením je zjednodušeně řečeno takové zařízení, které poskytuje zdravotní péči. Výjimku v zákoně tvoří stavebně oddělené prostory ke kouření, které mohou využít pouze uzavřená psychiatrická oddělení nebo jiná zařízení pro léčbu. Zákon ustanovuje, že provozní řády ve zdravotnických zařízeních mohou zákazy kouření rozšířit i na vnější prostory, naopak zúžení by bylo protizákonné. Obvykle je kouření zakázáno v celém areálu zdravotnického zařízení kromě vyhrazených míst. Podle předešlé verze zákona 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomanii bylo kouření zakázáno ve všech prostorách zdravotnických zařízení s výjimkou vyhrazených míst. Novelizace zákonem č. 305/2009 Sb. stávající ustanovení formulačně zpřesnila tak, že tyto vyhrazené prostory musí být zaměstnavatelem umístěny mimo budovu organizace.

Další normy pro zdravotnické organizace jsou dány také požadavky na zavádění systémů kvality do těchto organizací. Od 1. 4. 2012 vstoupila v platnost vyhláška č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Ve standardu podpora zdraví a prevence nemocí jsou definovány činnosti zaměřené na podporu zdraví a na prevenci nemocí ve vztahu k pacientům a zaměstnancům. „*Tento standard je splněn, jestliže je zpracován plán činností zaměřených na základní oblasti podpory zdraví, prevenci nemocí zejména v závislosti na tabáku, alkoholu a jiných návykových látkách a na psychologickou podporu. Další podmínkou je, že pacienti a zaměstnanci mají ve zdravotnickém zařízení přístup k informacím o faktorech ovlivňujících zdraví.*“ (Novotná, 2012) V otázce regulace kouření ve zdravotnictví do legislativy spadají také nové standardy Spojené akreditační komise platné od 1. 4. 2014 vyžadující zavedení programu podpory zdraví (standard 8,9) pro organizace, které usilují o akreditaci v systému kvality ve zdravotnictví. Tento standard vychází z aktivity WHO. Program podpory zdraví spočívá mimo jiné v tom, že nemocnice se musí zaměřit na regulaci kouření, informovat zaměstnance a klienty o vhodných metodách prevence a léčby a poskytnout zaměstnancům psychologickou podporu a pomoc při odvykání. (www.sakcr.cz)

3 Možnosti podpory zdravotníků v oblasti regulace kouření v ČR

3.1.1 Úvod

V této kapitole jsem se zaměřila na možnosti a způsoby podpory a pomoci kuřákům s odvykáním kouření jako jedincům, či jako skupinám v organizacích. Prostřednictvím metod a projektů zaměřených na regulaci kouření jsem chtěla nastínit, jaké jsou v ČR možnosti této podpory v rámci jednotlivých projektů zaměřených na regulaci kouření. V podkapitolách jsem se zaměřila na možnosti léčby závislosti na tabákovém kouří, možnosti využití center pro odvykání kouření a způsoby podpory zaměstnavatelů při regulaci kouření ve zdravotnických zařízeních. V České republice se jedná o projekt Nekuřácký podnik. Představila jsem jeho předmět, metodiku, cíle a důvody pro jeho zavádění z pohledu zaměstnavatele, klientů i pracovníků v organizacích. Dalším projektem, který bych vybrala jako velmi vhodný příklad, je projekt Healthy Hospitals, který je v ČR teprve na počátku realizace a to pouze v některých zdravotnických zařízeních. Jeho uplatnění v organizacích je podle mě průlomem regulace kouření v Čechách. Zaměřila jsem se na jeho jednotlivé etapy, postup implementace do organizace a zkušenosti s projekty, které podporují aplikaci nekuřáckého prostředí v zahraničí a České republice.

3.1.2 Možnosti léčby závislosti na tabáku

Vymanit se ze závislosti na užívání tabáku vyžaduje rozhodnutí kuřáka přestat kouřit, hlavní roli hraje jeho vlastní motivace a připravenost ke změně. Fischer a Škoda (2009, 107) zdůrazňují, že léčba závislosti na tabáku je poměrně obtížná a lze říci, že i nepříliš úspěšná. Důvodů, které by měly přesvědčit klienty k odvykání je podle center, která se specializují na léčbu kuřácké závislosti, hned několik. Na prvním místě jsou samozřejmě zdravotní důvody. Prospěšnost odvykání se dostavuje již po prvních hodinách odvykání kouření. Dalším přínosem odvykání jsou ekonomické aspekty (odvykáním kuřáci ušetří přibližně 22 000 Kč ročně). Odvykání také vede k rehabilitaci společenské atraktivity, začlenění se do zdravé, drogově nezávislé skupiny společnosti a získání opětovné svobody. Historické metody odvykání kouření byly založeny na

podávání čistého nikotinu v postupně snižujícím se množství. Dnes je přístup odvykání kouření založen na farmakologickém mírnění abstinčních příznaků. Kalina (2003: 366) tento stav, upřesňuje „*odvykací stav začíná obvykle 24 hodin po poslední dávce nikotinu, ... některé z příznaků přetrvávají ještě po týdnech ať měsících po užití poslední dávky nikotinu.*“

Abstinční syndrom zahrnuje touhu po kouření, kterou Nešpor definuje jako neodolatelné bažení po cigaretě neboli „*craving*“ (Nešpor, 2000). Toto „*prahnutí*, nebo „*bažení*“ doprovází pocity podrážděnosti, netrpělivost, poruchy soustředění, depresivní symptomatologie, úzkost a neklid. Přetrvávajícími symptomy při abstinenci bývají poruchy spánku a zvýšená chuť k jídlu, hlavně na sladké. Léčba závislosti na tabáku bývá zásadně orientovaná k abstinenci.

I když doporučení přestat kouřit dokáže realizovat jen menšina pacientů, je to vzhledem k počtu kuřáků v populaci menšina významná a početná. Při léčbě závislosti na tabáku Nešpor (2000) doporučuje taktiku léčby, při které dochází k současnému využívání více metod a postupů. Za důležité považuje zejména vyhýbání se nebezpečným situacím, které kouření podporují. Dále doporučuje stanovit den D, rozpoznávat nebezpečné myšlenky, využívat relaxační techniky, jógu, akupunkturu, hypnózu a skupinovou terapii. Doporučuje také nikotinové náhražky a další léky zmírňující odvykací stav a zároveň upozorňuje také na metodu vědomého kouření a sebe monitorování, které pomáhají „*rozbíjení kuřáckých stereotypů*“. Jako metodu k odvykání kouření nabízí i metodu rychlého kouření. Kalina (2003: 306) tvrdí, že pro odvykání kouření má klíčový vliv osvěta, poradenství a psychologická podpora. Mezi vhodné farmakologické intervence k úspěšnému zvládnutí odvykání podle něj patří možnost přechodné substituce nikotinem (žvýkačky, náplasti). U některých klientů pak podle Kaliny (tamtéž) pomáhá v odvykání i farmakoterapie vareniklinem. Vzhledem k závažnosti důsledků kouření a obtížnosti léčby je třeba pacientům aktivně doporučovat a nabízet léčbu závislosti na tabáku.

3.1.3 Centra pro léčbu závislosti na tabáku

Společnost pro léčbu závislosti na tabáku sdružuje lékaře a další zdravotníky, kteří se zabývají touto problematikou. Tato centra postupně vznikala v ČR od roku 2005. V budoucnu by tato centra měla být součástí každé nemocnice. Zavádění těchto specializovaných středisek znamená nový přístup k řešení problematiky vysoké

spotřeby tabákových výrobků v ČR a v důsledku toho vysokého výskytu onemocnění i úmrtí způsobených užíváním tabáku. V ČR je pro léčbu závislosti na tabáku v současnosti k dispozici 39 center. Ve 14 z nich je zájemcům poskytována odborná pomoc při odvykání kouření. Opěrnými body této sítě jsou specializované, fakultní nemocnice jako prestižní pracoviště, která určují standard lékařské péče a zároveň mají také velkou koncentraci pacientů a lékařů. Hlavním úkolem center je působit jako terapeutické a diagnostické pracoviště a zároveň také edukační zařízení a zdroj dat, která bude možno využít pro další začlenění léčby závislosti na tabáku do systému zdravotnictví.

Dalším úkolem je jejich působení v rámci nemocnic jako odborných konzultačních center. Motivačním faktorem léčby je opakování screeningového vyšetření během terapie. Klient tak sám může v průběhu odvykání zaznamenat pozitivní změny zdravotního stavu. Léčba zde probíhá bezplatně za přispění zdravotních pojišťoven, klient si hradí jen regulační poplatky za jednotlivé návštěvy. Terapie probíhá při pravidelných kontrolách a psychologických intervencích, průměrná doba odvykání je jeden rok. Referenční centrum pro léčbu závislosti na tabáku je založeno v Praze při Všeobecné fakultní nemocnici. Jeho činnost je oproti ostatním centrům rozšířena o zajištění odborného zázemí pro ostatní centra a o služby poskytované celorepublikově. Mimo jiné je zde poskytována služba speciální telefonní linky pro odvykání kouření a online poradna na webových stránkách pro všechny dotazy týkající se závislosti na tabáku, kouření, odvykání kouření a jeho léčby. Tyto programy byly vyvinuty mimo jiné na základě zkušeností a materiálů využívaných ve Velké Británii, kde jsou i nadále vytvářeny projekty pro preventivní programy a semináře v ČR, které referenční centrum pořádá. Hlavním cílem seminářů je informovat nejen o zdravotních následcích kouření, ale i o sociálních aspektech kouření, marketingových strategiích a o závislosti jako takové.

V následujících podkapitolách jsem se okrajově věnovala problematice odvykání kouření a jejím možnostem v ČR. Uvedla jsem hlavní metody a postupy, které jsou v metodice odvykání uplatňovány. Hlavním cílem bylo poskytnout informace o možnostech léčby a odborné pomoci kuřákům, kteří jsou motivováni k odvykání. Tyto formy jsou tedy zaměřeny především na jednotlivce. V další kapitole jsem se zaměřila na skupinové formy odvykání zaměstnanců v organizacích. Představím dva projekty, které uplatňují principy nekuřáckého pracovního prostředí.

4 Možnosti zaměstnavatele v podpoře nekuřáckých pracovišť

4.1 Důvody pro zavedení nekuřáckých programů v organizacích

4.1.1 Ochrana zaměstnanců před pasivním kouřením

Hlavním přínosem nekuřáckého pracoviště je ochrana zaměstnanců před pasivním kouřením. Zavedení nekuřáckého pracoviště je také velmi efektivní prevencí kouření a kuřáctví. *Odhaduje se, že pokud by většina pracovišť byla nekuřácká, počet kuřáků v populaci by klesl asi o 10 %.* (Králíková, Kozák, 2000: 78) Tyto informace podporují i výsledky výzkumů v ČR, kde se již nekuřácká pracoviště podařilo zavést. Pavlík (2005) pojednává o tom, že se v některých organizacích podařilo dosáhnout až 40 % úspěšnosti.

Zavedení takové strategie má kromě tohoto celospolečensky přínosného efektu výhody také pro zaměstnavatele a management organizací. Mnohé studie ukazují, že tato opatření mají velmi signifikantní vliv na zvýšení počtu kuřáků, kteří přestanou kouřit, zvýšení počtu kuřáků, kteří začnou uvažovat o odvykání kouření, ale také na snížení spotřeby cigaret u těch kuřáků, kteří v kouření pokračují (Groene, Klatzinga, 2012)

Souhrnně vzato je zavedení nekuřáckého pracoviště spojeno s průměrným poklesem spotřeby cigaret o 29 % na jednoho kuřáka. (Fichtenberg, 2002: 54) Velmi důležitou součástí při zavádění nekuřáckých pracovišť je tedy cesta zvolená pro regulaci.

Celkový proces prevalence kouření mezi zaměstnanci je ovlivněn mnoha faktory, především tím, do jaké míry doprovázejí projekt zavedení nekuřáckého pracoviště další opatření. Jak bylo již zmíněno, může rozdíl v dlouhodobé abstinenci mezi prostým zavedením zákazu a intenzivní podporou a motivací zaměstnanců činit i několik desítek

procent. „Data ze zahraničí uvádějí, že velmi intenzivně vedené kampaně, mohou dosáhnout až 60% dlouhodobé úspěšnosti.“ (Králíková, 2006: 3)

4.1.2 Motivace zaměstnanců k odvykání

Dalším faktorem úspěšnosti při zavádění projektu je motivace zaměstnanců. Silná motivace, která by přiměla kuřáka zamyslet se nad svým životním stylem a uvažovat o změně svého chování, zvyšuje pravděpodobnost zanechání kouření, či snížení počtu vykouřených cigaret. (Pavlík, 2005) Osobní motivace je pro každého člověka jiná, většina kuřáků však podvědomě cítí, že člověk, který přestane kouřit, se zbaví své závislosti a získá tak svobodu.

Jedním z hlavních cílů programu je především potřeba vzbudit zájem zaměstnanců o tuto motivaci. Vedlejším produktem odvykání je zvyšování sebevědomí zaměstnanců a změna životního stylu podporujícího zdraví. Výzkumy věrohodně prokázaly, že samotný zákaz kouření je efektivní jen u mizivého množství kuřáků. „...*Jde hlavně o boj proti kouření, ne proti kuřákům... „Pokud napadáme někoho, a nikoliv jeho zlozvyk či nemoc...vytváříme příznivou atmosféru pro to, aby se spojil s jinými napadenými a bránil se.“* (Sovinová, 2011: 111) Proto by motivace kuřáků a její analýza měla být součástí regulace kouření ve všech organizacích, kde chtějí kouření úspěšně regulovat. Podle Pavlíka (2005: 66) „... *je kuřákům potřeba nabídnout pomocnou ruku a všechny potřebné vědomosti, zkušenosti a prostředky, které jim pomohou přestat kouřit.*“ Nekuřácká organizace zaměstnancům i vedení umožňuje akceptovat nekuřácké pracovní prostředí, a to zejména poskytnutím dostatečných informací a formou kvalifikované pomoci.

4.1.3 Ekonomické důvody

V ČR narůstá poptávka po zavedení nekuřáckých pracovišť také z ekonomických důvodů. Zaměstnávání kuřáka je spojeno s vyššími náklady vynaloženými na zaměstnance. Toto navyšování nákladů je způsobeno hlavně vyšší mírou nemocnosti kuřáků, častějšími absencemi v zaměstnání, a to v průměru zhruba o 50% na rozdíl od nekuřáků. (Pavlík, 2005) Náklady zvyšuje také nižší produktivita práce, která je spojená nejen s prokouřenou dobou, (průměrně 40 minut denně), ale také s přímými důsledky kouření jako je podráždění očí a sliznic, snížení koncentrace při práci, zhoršením pracovních vztahů a zkrácením pracovní doby.

Dalšími důvody jsou podle Pavlíka (tamtéž) také předčasný odchod do důchodu, invalidní důchod, vyšší úrazovost a větší riziko vzniku nemoci z povolání. Zaměstnáváním kuřáků stoupá podle Kozáka (1998) riziko požáru na pracovišti. Asi 10 % požárů má příčinu v cigaretě. (Kozák, 1998: 6) „*Další výdaje pro zaměstnavatele pak může znamenat obnova elektronických zařízení, malování a úklid pracovišť, výměna podlahové krytiny.*“ (Langrová, 2010)

Pro ekonomické dopady v souvislosti s kouřením v ČR konkrétní data neexistují. Ty můžeme získat jen porovnáním dat s informacemi získanými ze zahraničních zdrojů. V Kanadě byla například průměrná ekonomická ztráta na jednoho zaměstnance způsobená kouřením vyjádřena na 3.664 USD. (Pavlík, 2005)

4.2 Projekt Nekuřácký podnik

Nekuřácký podnik je program, který je určen všem organizacím, které se rozhodly následovat evropské trendy a zavést projekt nekuřáckého pracovního prostředí. „*Cílem programu je pomoci kuřákům příslušného podniku i jeho managementu, aby se s organizační změnou, tedy nekuřáckým podnikem, dokázali co nejlépe vyrovnat a zajistit efektivitu při pokusech zaměstnavatelů zavést nekuřácká pracoviště.*“ (Pavlík, 2005) Štěpánková uvádí, že poslední výzkumy v oblasti regulace kouření potvrzují fakt, že intervenční programy zaměřené na celý podnik mají větší naději na úspěch než programy zaměřené na populaci obecně. Další studie regulace kouření v českých organizacích, které provedla Česká koalice proti tabáku, zdůrazňují, že „...*zavedení nekuřáckého pracoviště je pro kuřáka silnou motivací uvažovat o změně svého chování a zvyšuje pravděpodobnost zanechání kouření.*“ (Pavlík, 2005: 38) „*Kromě toho i zaměstnanci, kteří se pro zanechání kouření nerozhodnou, alespoň sníží počet vykouřených cigaret.*“ (Langrová, 2010: 35) Projekt „Nekuřácký podnik“ má pomoci zaměstnancům i zaměstnavatelům vyrovnat se s novou situací, tedy nekuřáckým pracovním prostředím, a zajistit efektivitu při jeho zavádění. „*Samotný zákaz bývá problematický a není dostatečně efektivní.*“ (Langrová, 2010)

Program se opírá o zázemí vedoucích odborníků s mnohaletými zkušenostmi z poraden a center pro odvykání kouření, jehož pilířem je osvěta a komunikační strategie. Ta je podnikům v České republice běžně dostupná a mohou se k ní kdykoliv přihlásit na internetových stránkách České koalice proti tabáku, kde kvalifikovaní odborníci nabízejí aktivní pomoc a informace. Cíl projektu má být motivující pro

všechny zúčastněné a měli by se zapojit i nekuřící zaměstnanci. Nekuřáci se mohou stát patrony svých kuřáckých kolegů a pomáhat jim s odvykáním, například formou podnikových soutěží o nejúspěšnější nekuřácký tým. (Pavlík, 2005)

Plán programu Nekuřácký podnik má několik fází. V úvodní etapě dochází k analýze situace, ve které se podnik nachází, analyzuje se stav organizace, její problémy a potřeby a poté se aplikuje program vypracovaný dle plánu pro danou organizaci. „*Aplikace programu záleží na poloze, funkční struktuře a stávající komunikaci směrem k zaměstnancům.*“ (Pavlík, 2005) Před vyhlášením organizační změny by měla proběhnout šoková informační kampaň. Ta spočívá především v šokové reklamě, která ukazuje kuřákům konkrétní zdravotní rizika a dopady kouření na zdraví. Kuřákům jsou poskytnuty informace o způsobech boje proti kouření a překonávání abstinenčních příznaků. Součástí je také motivační kampaň, odměny a soutěže. Poté je vyhlášen den, kdy bude nekuřácké pracoviště zavedeno. Do té doby mají zaměstnanci prostor pro vstřebávání poznatků, je jim nabízena odborná pomoc doplněná o terapii nikotinem a motivační kampaň. Poté následuje stanovený den D, kdy je skutečně vyhlášeno nekuřácké pracoviště. Po jeho vyhlášení je zaměstnancům opět poskytnuta možnost odborné pomoci, terapie nikotinem, návštěvy poradny a osobní kontakt s odborníky, kteří vycházejí do terénu mezi zaměstnance. (Pavlík, 2005)

Pavlík (tamtéž) připomíná, že v průběhu celého procesu zavádění nekuřáckého podniku, je důležitá zpětná vazba ze strany zaměstnanců směrem k zaměstnavateli a naopak. Během programu mají zaměstnanci také trvalou podporu svého zaměstnavatele ve formě hrazení substitučních léků a odvykacích kurzů. V závěrečné fázi projektu je provedena analýza a vyhodnocení výsledků, včetně opětovné zpětné vazby a doporučení dalších aktivit k zvýšení úspěšnosti projektu. (Pavlík, 2005)

Popisem realizace programu jsem ukázala jednotlivé kroky, které vedou k úspěšnému zavedení regulace kouření, a mohly by být příkladem také pro vedení IKEM. Management by měl tento projekt následovat především z důvodu dokonale připravených motivačních aktivit včetně šokové kampaně, která je podle mě vhodným nástrojem ke změně postojů kuřáků a vyvolání přesvědčení k odvykání. Dalším inspirativním návodem je taktika předem stanoveného dne, kdy v organizaci začnou opatření platit. Zaměstnanci jsou o něm s předstihem informováni a lépe tak změnu přijímají.

4.3 Program Health Promoting hospitals-Nemocnice podporující zdraví

Tento program byl vypracován regionální kanceláří WHO pro Evropu jako projekt s názvem „Nemocnice podporující zdraví“, v rámci kterého byla vytvořena Mezinárodní síť nemocnic a organizací poskytující zdravotní služby podporující zdraví. Toto centrum aktivně koordinuje síť „zdravých nemocnic“, zahrnuje 33 členských států (především evropského kontinentu) a přes 700 jednotlivých zdravotnických zařízení. Centrum WHO/Health Promoting Hospitals and Health Services pořádá pravidelně valná shromáždění a řídicí rady, odpovídá za veškeré aktivity a vystupuje na mezinárodní úrovni, vede také tvorbu komunikačních strategií, zajišťuje výzkum a odpovídá za veškeré aktivity HPH.

Nemocnice HPH jak vyplývá již z názvu sítě, se zaměřují nejen na kontrolu tabáku, ale i na širší prosazování aktivit podporujících zdraví obecně (alkohol, snižování váhy, pohyb, psychologická podpora pacientů a zaměstnanců aj.) Realizaci v praxi umožňuje aplikace pěti mezinárodních standardů podpory zdraví a mezinárodně pilotovaných a doporučených metodik. Cílem tohoto programu jsou veřejně prospěšné aktivity jako uplatňování osvěty a podpory zdraví a účinná prevence chronických onemocnění. Přínosem uplatňování programu pro zdravotnická zařízení je zkvalitnění péče, zkrácení hospitalizace, snížení počtu komplikací, snížení mortality a snížení nákladů.

Cílem tohoto mezinárodního hnutí je zlepšovat kvalitu poskytované péče cestou integrace základních strategií podpory zdraví do činnosti a kultury nemocničních zařízení. Zaměřuje se na pacienty a jejich příbuzné, zdravotnický personál a na vztahy v rámci prostředí, ve kterém zdravotnické zařízení funguje (s důrazem na danou komunitu). Využívá se prostředí a situace, pacienti jsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu vnímavější vůči radám a informacím vedoucím ke změně rizikového chování. Program zároveň edukuje zdravotnický personál a přispívá tak k rozvoji lidských zdrojů a kapacit daného zdravotnického zařízení a ovlivňuje tak i jeho spokojenost.

Program se uskutečňuje jednak prostřednictvím konkrétních projektů, nebo jako komplexní systém integrovaný do řízení kvality v organizacích poskytujících zdravotní služby. WHO v rámci projektu „zdravých nemocnic“ realizuje také program ENHS

(European Network of Smoke free Hospitals), který umožňuje celosvětově zavádět projekty, které podporující nekuřácké prostředí v nemocnicích.

4.3.1 Program ENHS

Program ENHS (European Network of Smoke free Hospitals, nyní Global Network for Tobacco-Free Healthcare Services) je součástí projektu Health Promoting Hospitals a je úžeji zaměřen na kontrolu tabáku a odvykání kouření. Program usiluje především o zdraví pacientů ve zdravotnických zařízeních, ale také zdraví zdravotníků, kteří v těchto nemocnicích pracují.

Každé zdravotnické zařízení, které klade důraz na zdravý životní styl pacientů i personálu má možnost stát se členem ENSH. Důvodem vzniku tohoto celosvětového hnutí je fakt, že podle WHO (2012) je kouření nejvýznamnější odstranitelnou příčinou úmrtnosti i nemocnosti v současném světě. Zdravotnická zařízení jsou podle WHO klíčová v oblasti prevence a léčby závislosti na tabáku a právě v propagaci odvykání kouření by měla hrát přední roli. Jasná formulace opatření v oblasti ochrany před tabákovými výrobky je také nutnou součástí systémů jakosti certifikovaných dle evropských standardů ISO. Hlavní myšlenkou programu je nemocnice, která uplatňuje podporu a propagaci zdraví. *„Jako místo, kde se nejen nekouří, ale také pomáhá s kouřením přestat.“* (www.ensh.eu) Ve 20 evropských zemích má nyní síť nekuřáckých nemocnic 1500 členů. Česká Republika se do projektu WHO zapojila v roce 2003 prostřednictvím aktivity Ministerstva zdravotnictví. Do roku 2014 bylo do projektu plně zapojeno pouze šest nemocnic.

Projekt se nyní rozšířil na nekuřácké programy, do kterých bylo zapojeno více než 200 zdravotnických zařízení po celé České republice, kde se tak cíleně vytváří nekuřácké prostředí. Plnění cílů a implementaci standardů ENSH i sítě HPH výrazně usnadňuje existence Centra pro závislé na tabáku. Centra by se měla zaměřovat nejen na léčbu pacientů (hospitalizovaných i ambulantních), ale i na pomoc personálu nemocnice. Dalšími prioritami programu nekuřáckých nemocnic je i výzkum, pregraduální i postgraduální vzdělávání lékařů i dalších zdravotníků v problematice kouření a v neposlední řadě i působení na širokou veřejnost.

4.3.2 Certifikační proces ENSH

Pro zapojení do sítě nekuřáckých nemocnic je nutné, aby se organizace oficiálně přihlásila k základním principům tohoto projektu. Musí se zavázat, že bude dodržovat jednotlivá kritéria prostřednictvím podpisu přístupových listin. Prosté členství je dostupné každé nemocnici jen deklarací zájmu. Nemocnice, která projeví zájem připojit se ke globální síti „Nekuřáckých nemocnic“ musí předložit tzv. Letter of Intent (Prohlášení o záměru). Toto prohlášení je potvrzením, že nemocnice bude vázána stanovami mezinárodní sítě HPH a má v úmyslu realizovat zdraví prospěšné aktivity, strategie a politiky. Druhou etapou projektu nekuřáckých nemocnic je určení kontaktní osoby, koordinátora celého projektu, a stanovení multidisciplinárního týmu. Pro členství je také nutné sestavit pracovní skupinu zahrnující minimálně jednoho člena managementu nemocnice a jednoho koordinátora a vytvořit plán implementace jednotlivých standardů.

Tyto standardy jsou zaměřené na jednotlivé klíčové oblasti (viz seznam). Prohlášení o záměru stvrzuje sekretariát v Kodani a má čtyřletou platnost. Poslední etapou projektu je certifikace. Cílem je zhodnotit pokrok organizace v regulaci kouření v minimální lhůtě, která představuje alespoň 12 měsíců účasti v této iniciativě. Nemocnice pak provede hodnocení akčních plánů, zprávy o úspěších a pokroku a vyplní self-auditní dotazník, na jehož základě obdrží potvrzení buď o obnovení členství, osvědčení, nebo dosažení určité kategorie certifikátu ENSH. Dokončení self-auditního dotazníku pomůže nemocnici určit příslušné oblasti činnosti a pomoci specifického akčního plánu pro následující rok. Specifické akční plány musí být konkrétní a měřitelné a manažeři nemocnice v nich musí nastínit kroky, které povedou k dosažení stanovených cílů

Po dokončení tohoto procesu zdravotnické zařízení posílá kopii vyplněného dotazníku a akčního plánu do národní regionální sítě HPH. Regionální síť pak bude registrovat zařízení do evropské sítě nekuřáckých nemocnic a obdrží certifikát o členství v ENSH. Členství má čtyři úrovně dle plnění jednotlivých cílů projektu. Nutností členství v ENSH je tedy také každoroční absolvování a vyplnění sebehodnotícího dotazníku, který zahrnuje hodnocení právě těchto kritérií, neboli 10 sledovaných klíčových oblastí standardů. Podle počtu dosažených bodů v sebehodnotícím dotazníku dosahuje organizace různých úrovní: bronzové, stříbrné a zlaté.

Standardy ENHS zdroj: (www.ensh.eu)

Standard 1: Souhlas s principy a odpovědnost za plnění programu, určení zodpovědného pracovníka z řad managementu a osoby pověřené implementací opatření v oblasti kontroly tabáku v rámci nemocnice, vyčlenění prostředků

Standard 2: Informovanost zaměstnanců i pacientů nemocnice o nekuřáckých opatřeních a možnostech léčby závislosti na tabáku

Standard 3: Vzdělávání a trénink personálu v krátké intervenci k odvykání kouření a vzdělávání klíčových pracovníků v technice motivačních rozhovorů a dalších na důkazech založených (evidence-based) postupů užívaných v léčbě závislosti na tabáku

Standard 4: Zmapování prevalence užívání tabáku mezi personálem i pacienty a podpora odvykání kouření

Standard 5: Kontrola užívání tabáku – nekuřácká nemocnice, tj. úplný zákaz kouření v areálu či minimálně jasné značení nekuřáckých prostor nemocnice

Standard 6: Prostředí bez tabáku, jasné označení zákazu kouření, nevystavování personálu pasivnímu kouření, zákaz prodeje tabákových výrobků v prostorách nemocnice

Standard 7: Zdravé pracoviště – veškerý personál by měl být informován o nekuřácké politice nemocnice, užívání tabáku personálem by mělo být monitorováno, služby v oblasti odvykání kouření by měly být personálu plně dostupné

Standard 8: Podpora zdraví - organizace by se měla účastnit lokálních, národních či mezinárodních aktivit v oblasti kontroly tabáku/odvykání kouření alespoň 1x ročně

Standard 9: Kontrola plnění cílů – každoročně by měla být prováděna vnitřní kontrola aktivit v rámci projektu a jejich hodnocení

Standard 10: Podpora implementace – zavádění jednotlivých postupů do praxe, organizace každoročně znovu vyplňuje stejný dotazník.

Podle mých zjištění by se k tomuto projektu také chtěla připojit organizace IKEM. Jednotlivé standardy, které zde představuji, jsou tedy pro organizaci klíčovými oblastmi, na které se musí v realizaci soustředit. Prvním standardem, a tedy i pomyslným prvním krokem, který IKEM doporučuji realizovat, je standard číslo 4, který analyzuje prevalenci kouření v organizaci, neboť management IKEM žádnou

analýzu před spuštěním regulačních změn neprováděl, a tak nemůže efektivně posuzovat úspěšnost projektu. V závěrečných doporučeních jsem také vedení organizace navrhl, aby vzhledem k současné situaci zaváděl změnu postupně a vybral pouze pár standardů, které budou pro startující projekt dostačující.

4.4 Nekuřácká pracoviště a zkušenosti při jejich zavádění

4.4.1 Zkušenosti s nekuřáckými pracovišti v zahraničí

V současné době je zavedení nekuřáckých pracovišť výrazným trendem, který je často podporován státem, ale i soukromými subjekty jako jsou pojišťovny. Intervenční programy zaměřené na prevenci kouření mají kromě zdravotního také ekonomický dopad, což podporuje motivaci zaměstnavatele k jejich zavádění. První projekty zabývající se kontrolou a odvykáním kouření se objevily již v 80. letech ve Spojených státech. Týkaly se především podniků s nízkým počtem zaměstnanců. Kurzy odvykání kouření byly obvykle bezplatné a vedl je psycholog. Mohli se jich účastnit také členové rodiny. Výsledky byly až překvapivě dobré, kolem 60 % jednorocní abstinence. (Králíková, Kozák, 2000)

Z projektů vyplynulo, že dobré výsledky byly a jsou podmiňovány především zájmem zaměstnavatele o své zaměstnance, tedy kuřáky i nekuřáky. Holandské zkušenosti kontroly kouření na pracovištích z konce 80. let vypovídaly o rozdílných přístupech k zavádění nekuřáckých podniků a vedly k závěru, že nejúčinnější je zavedení nekuřáckého pracoviště současně s podporou kuřáků. Podpora musí obsahovat dostatečné množství informací, ale hlavně motivaci k odvykání kouření.

Nejlepší výsledky byly dosaženy prostřednictvím opakované nabídky kurzů o problematice kouření v kombinaci s náhradní terapií nikotinem; dlouhodobá abstinence po 12 měsících: informace o NRT 21%, kurzy 31%, kurzy včetně NRT 56%. (Wiliemsen, 2007) Také v australském státě Viktorie vzrostl počet nekuřáckých pracovišť ve zdravotnictví, v roce 1998 ze 17 % na 66% a v roce 1995 na 85%. (Ditrich, 2003)

Příkladem úspěšného projektu může být Velká Británie, kde již v roce 1995 mělo 86% společností a organizací vypracován plán kontroly kouření. Potřeba změnit politiku regulující kouření ve Velké Británii vyplynula z několika výzkumných šetření, které prováděl národní institut zdraví (NHS). Výzkum, který se zabýval prevalencí

kouření sester a jejich postoji k regulačním opatřením v psychiatrické nemocnici, prokázal, že tamní regulace kouření není účinná hlavně z důvodu nízké podpory a nedostatku motivace sester k odvykání. Výstupem projektu byl pak i závěr, že zavedení podpory zaměstnanců je nutný předpoklad pro fungování regulace. (Bloor, Messon, Crine, 2006).

Králíková (2010) doporučuje nemocnicím v ČR, aby se v otázce regulace kouření inspirovaly právě ve Velké Británii, kde je zakázáno kouření na veřejných místech a na pracovištích již od roku 2007. Porušení tohoto zákazu je zde trestným činem. Podle britského vzoru (NICE, National Institutes of Health and Clinical Excellence) Králíková (tamtéž) upozorňuje na možnosti tamních zaměstnavatelů, které u nás bohužel zatím nejsou uplatňovány. Zaměstnavatelé ve Velké Británii mohou kontaktovat lokální centrum léčby závislosti na tabáku a zjistit dostupnost pomoci zaměstnanci v místě jeho pracoviště. Dále má možnost zajistit, aby se zaměstnanci dozvěděli kdy, kde a jak se mohou léčit a zajistit tuto léčbu přímo na svém pracovišti. Králíková (2010) také vyzdvihuje podporu zaměstnavatele ve Velké Británii, která je příkladná především tím, že umožňuje zaměstnancům, aby se léčby zúčastnili v pracovní době a bez ztráty mzdy.

Králíková se věnuje zavádění projektu Healthy Hospitals u nás a sama pomáhala realizovat tento projekt ve Všeobecné fakultní nemocnici, která dnes jako jediná vlastní certifikát Healthy hospitals v ČR. Příkladem pro zavedení tohoto projektu pro české nemocnice by podle ní měly být právě nemocnice britské. Vzorem dobře zavedeného projektu je podle Králíkové nemocnice Mayo Clinic, která sloužila jako určitý příklad při realizaci projektu ve VFN. Podle Králíkové (2010: 66) „... *návodem by měl být tento projekt hlavně proto, že je založen na propojenosti jednotlivých zaměstnavatelů v regionu, umožňuje stanovit pracovní řád nekuřáckého pracoviště a stanovit zaměstnancům, zda mají nárok čerpat kuřácké přestávky a pokud ano, tak kde, jak často a jak dlouho, a poskytuje vybraným zaměstnancům školení, které spočívá v možnostech pomoci kuřákům.*“

4.4.2 Zkušenosti s regulací kouření v českých nemocnicích

Kontrola tabáku je v České republice na počátku systematického přístupu, většina programů, které se zabývají jednotlivými oblastmi v této sféře, probíhá poměrně krátkou dobu, proto i údaje o jejich úspěšnosti jsou značně limitované. Jistou změnu v obecném přístupu i v postoji státu můžeme pozorovat se vstupem do EU. Řada

legislativních opatření měla v tomto procesu velkou podporu. Dalším nezanedbatelným faktem je, že se ČR připojila k rámcové úmluvě o kontrole tabáku. Čistě nekuřácká pracoviště už v České republice vznikla, ale jedná se o řádově stovky podniků, kterými jsou většinou nadnárodní firmy z oblasti strojírenství a tovární výroby. Tyto aktivity vznikaly z iniciativy České koalice proti tabáku, která zaměstnavateli poskytuje pomoc při zavádění nekuřáckých podniků v ČR.

Zavádění nekuřáckých pracovišť ve zdravotnictví je teprve na počátku. Bohužel, v mnohých zdravotnických zařízeních u nás zatím proběhla regulace kouření pouze v souladu s platnou legislativou a zákony, které musely být manažery nemocnic respektovány a musely být včleněny do organizačních předpisů. Mnozí zaměstnavatelé, jsou však konfrontováni se samotnými kuřáky a často i s jejich vytrvalostí a odporem vůči této změně. Jedním z prvních zařízení, kde byl projekt nekuřáckého pracoviště zaveden, je Zdravotnická záchranná služba Praha, kde byl hlavním iniciátorem projektu v roce 2011, ředitel a zároveň politik, MUDr. Zdeněk Schwarz, který dlouhodobě bojuje proti kouření a zavedl termín „*nekuřácká diskriminace*“. „*Ano, jsem nekuřák a nesnáším, když kuřáci obtěžují, to jest, diskriminují nekuřáky.*“ (Schwarz, Šustr 2012) Schwarz byl také prvním vedoucím, který v ČR ustanovil plný zákaz kouření na pracovišti, i v areálu zdravotnického zařízení. Tento zákaz byl však implementován bez výraznější podpory a pomoci zaměstnancům, cestou pouhé restrikce, která jak připouští i Schwarz, někde selhává.

Na ZZS je kouření trestáno jako hrubé porušení pracovní kázně. Schwarz však v článku pro Zdravotnické noviny zároveň konstatoval, že opatření nemělo výrazný vliv na některé kuřáky. „*Vím ale o tom, že naši zaměstnanci kouří hodně a ani hrozba sankcí je od kouření neodradila. Je pravdou, že někteří díky tomu kouření omezili, jiní dokonce přestali, ale také nám několik nových kuřáků přibylo.*“ (Schwarz, 2010: 33)

Stejně restriktivně přistupují k legislativnímu opatření a jeho aplikaci prostřednictvím regulace kouření v praxi do zdravotnických zařízení v řadě dalších nemocnic ČR. Ve Fakultní nemocnici v Plzni se podle tiskové mluvčí kouření reguluje spíše striktními pravidly. V prostorách nemocnice je kouření zakázáno a v nemocnici existuje domácí řád, tedy předpisy, které na kouření pacienty a zaměstnance upozorňují. „*Podle tohoto domácího řádu platí, že přistižený pacient je pak propuštěn z hospitalizace. Pokud kouří v prostorách nemocnice zdravotnický pracovník, jedná se o hrubé porušení pracovní kázně a čeká ho finanční postih.*“ „*V nemocnici také probíhají*

namátkové kontroly, které bohužel v ojedinělých případech toto porušení zaznamenaly. Přistiženému nelékařskému zdravotnickému pracovníkovi je pak odebráno osobní ohodnocení na dobu až tří měsíců.“ (Jenšíková, 2010: 33)

Z přístupu k regulaci kouření v nemocnici je patrné, že restriktce nefungují tak dobře, jak se předpokládalo, a management této zdravotnické organizace bohužel neuměl zvolit jinou strategii, než právě cestu restrikcí.

Dalším příkladem v plejádě ne zcela úspěšných projektů regulujících kouření je i Jihlavská nemocnice, kde management zaznamenal určité rezervy v zavedení nekuřáckých pracovišť. Zavedení plného nekuřáckého pracoviště a omezení prostoru vyhrazeného pro kouření se nepodařilo především z obav managementu z reakce a odporu zaměstnanců. *„Podle mě by zákaz kouření byl přijat velice negativně personálem i pacienty.*“ (Novotná, 2010: 33) Proto se o něj nemocnice raději nepokouší. Podpora je jednou z hlavních věcí úspěchu projektu. Mnozí manažeři nemocnic si uvědomují, že v již zavedených projektech chybí tolik potřebná možnost podpory a pomoci zaměstnancům, kteří kouří, zároveň ale nevědí jakým způsobem podporu hledat a projekty zavádět. V otázce účinné regulace kouření chybí nějaký výkonný agregát - instituce (podle mě MZ), který by podporoval implementaci nekuřáckých projektů celorepublikově a na státní úrovni projekty koordinoval. Absenci této podpory si uvědomili při regulaci kouření v pražské nemocnici ÚVN. Management této zdravotnické organizace se tak ztotožňuje s názorem odborníků, že jít pouze cestou zákazů kouření a uplatňování restrikcí není plně efektivní cestou, jak zamezit kouření v nemocnicích. V nemocnici ÚVN byl také stanoven vnitřní předpis, který v souladu s legislativou upravuje kouření. *„Kouřit je zakázáno, pro pacienty a návštěvníky jsou vyhrazena místa ke kouření.*“ (Gutová, 2010: 33).

Lenka Gutová, která je manažerkou projektu si však uvědomuje obtížnost uplatňování pravidel regulace a jejího respektování zaměstnanci. *„Pro zdravotníky i nezdravotníky-kuřáky je dodržování zákazu kouření v průběhu pracovní směny velký problém“.* A dále dodává *„... tichá tolerance závislosti na tabáku ze strany mnohých vedoucích pracovníků je pravděpodobně každodenní realitou a vleklým problémem. Pravidelně nabízíme kuřákům pomoc odborníků, ale snížit jejich počty mezi zdravotníky se daří jen obtížně.*“ (Gutová, 2010: 33). Proto se zde rozhodli spojit s asociací České koalice proti tabáku a využít odborníky v podpoře kuřáků v organizaci. Zařadit tedy do

regulačních opatření podporu kuřáků v odvykání vedení posloužilo jako východisko pro řešení problematiky podpory kuřáků.

Aktivněji začalo MZ prosazovat nemocnice „podporující zdraví“ v roce 2003, kdy se aktivně zapojilo do projektu WHO a připojilo se do sítě zemí, které se začlenily do tohoto projektu. Od té doby zajišťuje MZČR, národní koordinaci programu HPH a spolupracuje s odborníky z nemocnic (FN Motol, VFN, MOÚ, Nemocnice Šumperk), které se v České republice zapojily do tohoto programu. Ministerstvo zdravotnictví se v roce 2008 spojilo za účelem spolupráce na tomto projektu s agenturou Consult hospital, která pomáhá koordinovat program HPH na mezinárodní úrovni.

V první etapě se v návaznosti na projekt WHO uskutečnil pilotní projekt s účastí 5 nemocnic, které se zapojily do zavádění standardů pro podporu zdraví. V roce 2012 je členem sítě HPH již 9 českých nemocnic, z toho 4 přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví (VFN, FN Motol, FN Olomouc, Nemocnice Na Homolce, Nemocnice Jihlava, Nemocnice Pelhřimov, Nemocnice Valašské Meziříčí, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, Nemocnice Šumperk). Nemocnice, které vstoupily do mezinárodní sítě HPH v roce 2011 se v rámci projektu účastní pravidelných kurzů pro nemocniční koordinátory programu, na pravidelných setkáních vyhodnocují výsledky a projednávají aktivity k cílené propagaci programu a rozšiřování sítě HPH v ČR. V roce 2012 se také uskutečnila podzimní škola HPH, která byla pořádána formou celostátního semináře za účasti expertů WHO a pod patronací MZČR a ministra zdravotnictví.

Mezi současné aktivity Ministerstva zdravotnictví v tomto v projektu „zdravých nemocnic“ patří zajištění odborných a finančních zdrojů pro rozšiřování sítě a zavádění praktik HPH a vyhodnocování, zda proces podpory zdravotní péče a služeb v nemocnicích skutečně přispívá ke zlepšení zdraví pacientů i personálu.

Jednou z aktivit Nemocnic podporujících zdraví je také již zmiňovaný klíčový projekt Nekuřáckých nemocnic, který je v ČR na samém počátku. Role nemocnic není zatím nějak výrazněji systémově řízena, ale to se brzy změní.

Začátkem roku 2009 se do programu Nekuřáckých nemocnic zapojily první 4 české nemocnice, které se rozhodly do projektu vložit svoji důvěru a investice: pražská Fakultní nemocnice Motol, brněnský Masarykův onkologický ústav, nemocnice Šumperk a pražská VFN. Nemocnicí, kde se povedl projekt velmi úspěšně zavést, je VFN, která se jako jedna z prvních nemocnic v ČR v roce 2010 rozhodla stát

nekuřáckým pracovištěm a při realizaci se inspirovala projektem Healthy Hospitals. Jedná se také o naši první certifikovanou nemocnici.

Nemocnice VFN je nyní prostředím, kde nekouří ani pacienti, ani personál. Podle MUDr. Štěpánkové, která se v projektu angažovala, jim byla příkladem v jeho zavedení právě věhlasná americká nemocnice Mayo Clinic, která je striktně nekuřáckou nemocnicí. *„Nekouří se nejen v budovách Mayo Clinic, ale ani v jejím okolí včetně parku. Čechy určitě překvapí, že se zákaz kouření skutečně dodržuje. Nikdo nekouří tajně za popelnicí, ani se v odlehlých koutech parku nepovalují nedopalky.“* (Štěpánková, 2010)

Štěpánková (tamtéž) popisuje způsob zavádění programu. Projekt byl realizován na etapy, byli do něj zapojeni nejprve primáři jednotlivých oddělení a poté vrchní sestry. V rámci celé nemocnice byla uskutečněna informační kampaň a management zavedl dílčí opatření, kterými jsou: *„zákaz prodeje tabákových výrobků v areálu nemocnice, informační tabulky a plakáty, které upozorňují na škodlivost kouření a pacientům i personálu byla nabídnuta léčba.“* (Štěpánková, 2010: 33) K tomu, aby mohl být projekt úspěšný, bylo potřeba úplného zákazu kouření ve všech prostorách, zrušení kuřáckých koutků, včetně motivace zaměstnanců a stanovení pravidel v několikaměsíčním předstihu, než byl celý projekt spuštěn a opatření začala platit. Kuřáci byli upozorněni na povinnost napracovat čas strávený kouřením, byli motivováni příspěvky na nikotinovou terapii a také jim byla umožněna léčba v pracovní době. VFN má výhodu, že její součástí je centrum pro závislé na tabáku. Štěpánková (2010: 33) avizuje, že klientela poradny je různá, *„...mezi pacienty je kromě těch, jež k nám pošlou lékaři jiných nemocnic nebo kteří přijdou sami, hodně pacientů jiných oddělení nemocnice, ale i řada zaměstnanců VFN.“* Centrum zde vzniklo již v roce 2004 a má podle vedoucí centra, Evy Králíkové ročně přes 500 klientů, z nichž téměř třetině se podaří přestat kouřit. Podle Králíkové je to velký úspěch. *„To je úspěšnost srovnatelná se špičkovým americkým centrem Mayo Clinic, s nímž poradna spolupracuje.“* (Králíková, 2010: 33) V roce 2011 se do projektu zapojují i další nemocnice v ČR jako jsou Vítkovická a Krnovská nemocnice. První jmenovaná nemocnice zavedla projekt především v souvislosti s otevřením centra prevence kouření a léčby závislosti na tabáku se zaměřením na dětský a adolescentní věk. Tato nemocnice je nyní absolutně nekuřácká a poskytuje podporu nejen svým zaměstnancům, ale poskytuje také podporu a nikotinovou léčbu závislým matkám.

Také Krnovská nemocnice slaví v projektu úspěchy, které lze vyjádřit čísly. Za funkční období tohoto projektu se zde léčilo 200 klientů a 40% přestalo skutečně kouřit, což odpovídá výsledkům léčby i v jiných centrech. „*Počet kuřáků je však daleko vyšší a krnovské centrum je připraveno jim pomáhat.*“ (Pončová, 2013) Mluvčí Krnovské nemocnice na internetových stránkách zároveň podotýká fakt, „*problematického odvykání kouření bez pomoci odborníka, což bylo, podkladem pro vznik konzultačního centra, které poskytuje poradenství v problematice kouření.*“ (Pončová, 2013)

Poslední vlašťovkou v regulaci kouření, která se v nedávné době zapojila do projektu Healthy Hospitals a rozhodla se zavést nekuřácké prostředí nejen na pracovišti, ale také v celém areálu nemocnice, je pražská nemocnice Na Bulovce. I když nemocnice zavedla nový režim hlavně pro personál, management doufá, že se nového nařízení budou držet i pacienti. Zpětnou vazbu zatím nemocnice nemá, ale věří, že s novým rozhodnutím budou souhlasit obě strany.

4.4.3 Shrnutí

V kapitole možnosti podpory zdravotníků v oblasti regulace kouření jsem se zaměřila na možnosti odvykání a druhy projektů, které jsou zaměřeny na regulaci kouření. Vybrala jsem dva programy, které jsou zaměřené na efektivní regulace právě proto, že poskytují zaměstnancům podporu. Projekt Healthy Hospitals je podle mě zatím nejvhodnějším projektem, který by bylo dobré implementovat i v našich zdravotnických zařízeních. Podpora a pomoc zaměstnancům je při zavádění projektu součástí organizační změny, zaměstnanci jsou do regulace aktivně zapojováni a neplní pouze příkazy shora. Velký důraz je v procesu kladen na motivaci, informovanost zaměstnanců, ale také na stanovení pevných pravidel. To je v otázce odvykání klíčovým bodem. Projekt HH je podle mě východiskem ze slepé uličky kuřáckých regulací, které ve zdravotnictví sice v rámci legislativy proběhly, ale očekávaný výsledek nepřinesly.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Regulace kouření v IKEM

V kapitole regulace kouření popíšu historii regulace kouření v IKEM od fáze jejího plánování až do stavu současného. Prostřednictvím teoretické podpory a modelu implementace změny J. P. Kottera rozpracuji celý průběh implementace změny v IKEM v jejích jednotlivých fázích a celkový postup její realizace v dané organizaci. V další části se soustředím především na postoje kuřáků vůči jednotlivým změnám, tedy regulačním opatřením. Popíšu, jaké dopady měla regulace kouření na zaměstnance organizace na jednotlivých odděleních a jakým způsobem se regulace promítla do postojů kuřáků vůči regulaci kouření a motivaci v odvykání. Pokusím se také popsat, jaký způsob podpory byl poskytnut kuřákům ze strany vedení. V závěru shrnu hlavní zjištění vycházející z výsledků šetření v organizaci a navrhnou hlavní doporučení pro management organizace, který by měl sloužit jako nástroj podpory pro úspěšnou implementaci změny.

5.1 Historie regulace kouření před rokem 2005

Do roku 2005 nebylo kouření v IKEM nijak výrazně regulováno. Tento stav souvisel s relativní legislativní volností a celospolečenskou benevolencí ke kouření a jeho regulaci. Ze zjištění od respondentů-pamětníků, kteří v organizaci doposud pracují, byly v této nemocnici na řadě pracovišť spontánně vytvořeny kuřárny, které kuřáci hojně navštěvovali. Spontánně proto, že kuřárny vytvořili většinou sami kuřáci tak, aby jim kuřácká místa vyhovovala především svou dostupností a pohodlím. V organizaci se často kouřilo i na místech ryze „pracovních“ a kuřárny byly běžnou součástí organizace. (Kouřilo se například v těsné blízkosti operačních sálů, na vyšetřovných, lékařských pokojích, ve skladech se zdravotnickým materiálem atd.)

Z rozhovorů se zkušenými pracovníky a také z vlastních zkušeností zaměstnance vím, že pohled na tehdejší kuřáky byl jiný než dnes. Na kouření a kouřících zdravotnicích tehdy nikdo neviděl nic zvláštního, což odpovídalo tehdejší kultuře, která v organizaci před regulací vládla. Respondenti udávají, že tato kultura byla ke kouření značně benevolentní a celková atmosféra zde byla ovlivněna vysokou tolerancí ke kouření a kuřáctví. Kouření tehdy bylo tedy zcela běžnou součástí životního stylu, ale i

pracovních návyků kuřáků v IKEM. Podle slov respondentů zde kouřil skoro každý zdravotník a také mezi lékaři bylo kouření velice oblíbené a rozšířené. Kouření se v IKEM začalo regulovat v souvislosti se zákonem 375/2005 Sb. Tento zákon reguluje kouření na pracovišti a ukládá povinnost zaměstnavateli zajistit ochranu nekuřáků tím, že zajistí nekuřácké pracovní prostředí. Management nemocnice IKEM musel toto legislativní opatření implementovat do organizace.

5.2 Popis regulace kouření od roku 2005 do současnosti

V souvislosti s legislativním opatřením upravujícím regulaci kouření musela organizace sama regulovat kouření na pracovišti (již zmíněný zákon č. 375/2005 Sb.). Důsledkem byla implementace těchto změn:

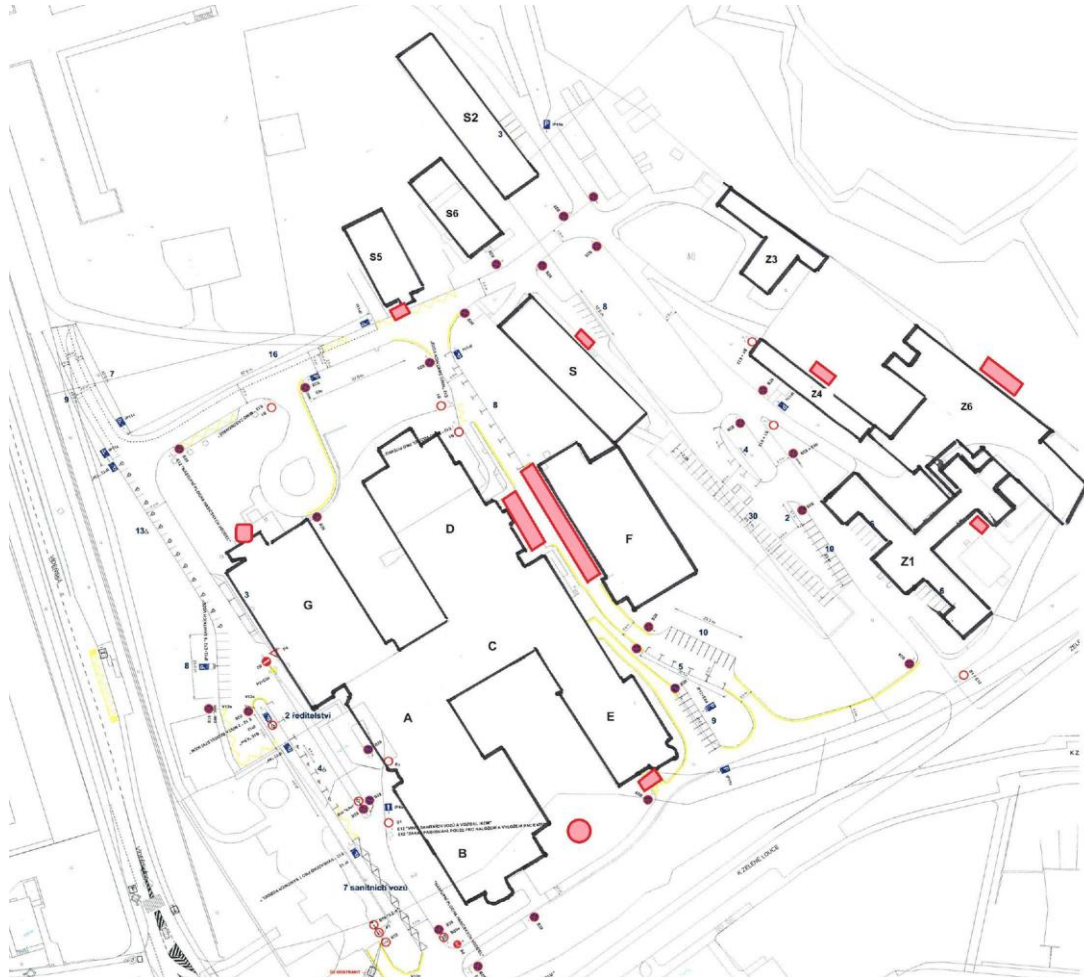
- V nemocnici vznikl nový předpis s názvem „Regulace kouření na pracovišti“, který byl začleněn do pracovního řádu a vznikla také vnitřní pravidla regulující kouření s názvem „Nařízení ředitele“ (viz níže).

- V nemocnici byly zrušeny veškeré kuřárny.

- Od března roku 2005 je možné kouřit pouze na místech kouření vyhrazených. Jedná se celkem o 9 vyhrazených míst, kam patří pavilon 1PP - ústavní lékárna, pavilon 2PP - patologie a rampa, blok B - kruhové lavičky v parku, pavilon S - před vchodem do budovy, pavilon S5 před vchodem do budovy, pavilon E boční vchod, pavilon Z1, Z4, Z6 za budovou (obrázek č. 1). Tato místa byla viditelně označena textem o prostoru vyhrazeném ke kouření a nacházela se v těsné blízkosti východů ze všech pavilonů nemocnice. Byla to místa všeobecně přístupná všem kuřákům nemocnice. Kouření tedy bylo povoleno skoro v celém areálu IKEM. Kuřácké prostory byly také součástí vchodových prostor nemocnice hned u hlavního vchodu do budovy. Kouřili zde nejen zdravotníci, ale také klienti nemocnice.

- Dalším implementovaným opatřením je kontrola a monitorace kouření na pracovišti. Jak vyplývá z dokumentů zaměstnanec, který bude „přistižen“ při kouření na pracovišti bude potrestán důtkou nebo mu bude na určitou dobu odebráno osobní ohodnocení.

Obrázek číslo 1: Plán prostorů vyhrazených ke kouření. Zdroj: Pracovní řád IKEM



V průběhu několika následujících let IKEM prošel řadou změn, ať už se jednalo o změnu managementu, tak o systémové změny v oblasti zavádění organizačních systémů kvality. V průběhu roku 2009 společně se změnou ředitele společnosti IKEM získává organizace certifikát kvality ISO a zapojuje se také do projektu Ministerstva zdravotnictví a získává certifikát Spokojený pacient. V roce 2012 management IKEM začíná stále více pečovat o image organizace a také si všímá faktu, jak ji kuřáci poškozovali, když se „srocovali na kuřáckých místech“, především tam, kde je mohli sledovat klienti, kteří přicházeli do organizace. Vliv na potřebu změn, které v IKEM dále následovaly, měla podle mě také celospolečenská otevřenost k problematice

kouření a etický posun společenského vnímání kuřáků. V lednu roku 2013 se vedení IKEM rozhodlo na popud ředitele k dalším změnám v regulaci kouření.

- Došlo k zúžení kuřáckých prostor z tehdejších 11 míst na 2 místa, která jsou nyní kuřákům k dispozici. Je to prostor před vchodem do pavilonu S a pavilonu F.
- Došlo k zavedení postihů v případě nedodržování regulačních pravidel.
- Vznikla poradna pro odvykání kouření.

Hlavním důvodem k zavedení těchto striktních opatření bylo podle managementu hojně kouření zdravotníků a jejich srocování se na viditelných místech, která poškozovala image organizace. Management IKEM si podle slov hlavní sestry IKEM v průběhu posledních dvou let uvědomuje, „...že kouření zdravotníků, je v IKEM natolik naléhavým problémem, že je ho třeba řešit efektivněji, než tomu bylo dosud.“ (Rozhovor s hlavní sestrou, 2014) Kouření je v organizaci sice regulováno, ale podle vedení měla regulace nedostačující efekt. Proto se vedení rozhodlo, že bude v otázce regulace méně benevolentní a pro kuřáky zavede striktnější pravidla: snížilo počet kuřáckých míst na pouhá dvě místa v zadní části areálu v prostorách vnitrobloku, kde je minimalizován přístup klientů, a nadto jsou prostory z estetického pohledu natolik nevyhovující a nehostinné, že samy „odrazují kuřáky od kouření“. Podle náměstka IKEM byly tyto prostory zřízeny především z důvodu určité separace a ukrytí kuřáků. Z rozhovorů s hlavními představiteli tohoto zdravotnického zařízení jsem se dále dozvěděla, že management organizace se domnívá, že zrušení kuřáren bude mít efekt veřejné kontroly: „Kdo kouří, zároveň nepracuje a vidí to i ostatní zaměstnanci.“ (Rozhovor s náměstkem IKEM, 2014) Hlavním přínosem regulace mělo být podle managementu IKEM především zvýšení pracovní efektivity, snížení nákladů vynaložené na zaměstnance a podpora image podniku. Podle slov hlavní sestry a vedoucí oddělení kvality by se v následujících dvou letech chtěla organizace připojit k síti evropských nemocnic, které již patří mezi „Zdravé nemocnice“, tedy síť Healthy Hospitals. Jedná se o evropský program zaměřený na kontrolu a odvykání kouření ve zdravotnických zařízeních, kdy nemocnice sama kontroluje užívání, prevalenci, vzdělávání zaměstnanců v oblasti škodlivosti kouření.

Z dokumentů upravující kouření v IKEM jsem se dále dozvěděla, že odpovědnost za uplatnění a dodržování předpisu je uložena technickému náměstkovi pro provoz a techniku IKEM, který měl v kompetenci zabezpečit venkovní kuřácké prostory a opatřit je nápisy „Prostor vyhrazený pro kouření“. Úkolem manažerů na všech úrovních řízení bylo seznámit s tímto příkazem své podřízené a spolupracovníky, dbát na dodržování tohoto příkazu a v případě porušení postupovat dle pracovního řádu IKEM. Pracovní řád IKEM považuje porušení zákazu kouření v nepovolených prostorech za závažné porušení pracovní kázně zaměstnance a umožňuje zaměstnanci uložit pokutu, která dosahuje částky půl milionu korun. Jak vyplývá z pracovního řádu, je pak zaměstnavatel oprávněn tuto částku, (která je vyjádřením způsobené škody zaměstnavateli) vymáhat od „provinilého zaměstnance“. Ředitel také ukládá povinnost zdravotnickému personálu udržovat v těchto prostorách pořádek, v opačném případě bude toto místo pro kouření zrušeno.

Pracovní řád vyzývá kuřáky... *“aby aktivně využili pomoci odborníků IKEM při odvykání kouření. Připomínám tu skutečnost, že IKEM jako prestižní zdravotnické zařízení se špičkovými pracovišti by mělo být příkladným i svými zaměstnanci v péči o vlastní zdraví, a proto všichni kuřáci z řad zaměstnanců, kteří se chtějí tohoto škodlivého návyku zbavit, mohou využít aktivní pomoci metodami v IKEM úspěšně vyzkoušenými.“* (pracovní řád IKEM)

6 Průběh výzkumu v IKEM

6.1 Cíle výzkumu

Výzkumná práce v organizaci se zaměřila a nadále bude zaměřovat na zkoumání a popis regulace kouření jako již proběhlé organizační změny. Mým původním cílem bylo popsat pouze odezvu ze strany zaměstnanců, jednání kuřáků i nekuřáků, jejich postoje a motivaci k regulaci kouření v IKEM a zkoumat podněty k odvykání kuřáků. Postupně jsem ale svůj zájem rozšířila a zaměřila se na zavedení a průběh regulace kouření jako na proces změny. Orientovala jsem na popis jednotlivých kroků implementace změny a její důsledky, tedy popis chování a reakcí zaměstnanců na tuto organizační změnu. Dále jsem se zaměřila na zkoumání toho, jaký způsob podpory organizace poskytla zejména nekuřákům. Výsledkem mé práce je tedy základní evaluace zavádění regulace kouření

v IKEM, na základě, které jsem zpracovala návrh doporučení pro zvýšení efektivity této regulace.

Cílem mé práce je:

1. Popsat jednotlivá regulační opatření a průběh regulace.

Popsat veškeré změny, ke kterým v organizaci v souvislosti s regulací došlo, tedy popis zavádění změn, způsob informování a edukace personálu, naplánování a časovou následnost regulace.

2. Zmapovat prostředí organizace

Popsat a identifikovat prostory, kde je kouření v organizaci povoleno. Zkoumat především, jak jsou tato kuřácká místa využívána a jaký je jejich „provoz“, tedy návštěvnost těchto míst a dostupnost prostor z jednotlivých oddělení organizace. Zkoumat také prostory, které slouží jako kuřárny, přestože k tomu nejsou určeny.

3. Zkoumat jednotlivá regulační opatření a jejich dodržování.

Vedle popisu opatření se zaměřím také na strategie kuřáků i nekuřáků vůči regulaci i vůči jednotlivým opatřením.

4. Zjistit postoje zaměstnanců a managementu k regulaci kouření

Jaké jsou postoje zaměstnanců k zákazu kouření v organizaci, jednotlivým nařízením, zásahu do soukromí.

5. Ukázat, jaké jsou všeobecné dopady regulace na zaměstnance.

Zjistit, jak se regulace promítla do vztahů mezi kuřáky a nekuřáky v organizaci

6. Zjistit, jaké jsou postoje zaměstnanců k odvykání kouření.

Objasnit, jak zdravotníci přistupují k podpůrným změnám zaměřeným na regulaci kouření v nemocnici (Poradna proti kouření, semináře, projekt síť nemocnic Healthy Hospitals).

7. Navrhnout opatření, která by zefektivnila zavádění projektu Healthy Hospitals.

6.2 Definice výzkumné otázky:

Hlavní výzkumné otázky:

Jak probíhá regulace kouření v IKEM? Jaké jsou její dopady na zaměstnance? Jak se zaměstnanci staví k regulaci kouření na pracovišti? Jak regulace souvisí s jejich motivací k odvykání?

Specifické výzkumné otázky:

Výzkumná otázka vznikla definicí několika specifických podotázek:

1. Jaká jsou jednotlivá regulační opatření a jakým způsobem byly jednotlivé změny představeny zaměstnancům?

Jak byli zaměstnanci zapojeni do tvorby nových opatření v rámci regulace kouření v organizaci?

2. Jakou měla regulace časovou následnost, jak se jednotlivé změny uplatnily v praxi?

Jaké byla časové etapy projektu? Kdy nabyla jednotlivá opatření platnost? Kdy a jakým způsobem byla změna zaměstnancům sdělena?

3. Jak k regulaci přistupuje management zdravotnického zařízení?

Co bylo hlavním cílem managementu IKEM v otázce regulace kouření? Co mělo být výstupem regulace kouření? Povedou opatření ke snížení počtu vykouřených cigaret zaměstnanci v pracovní době?

4. Jak byly jednotlivé změny přijaty zaměstnanci?

Jaké jsou dopady změny na zaměstnance? Jaké jsou strategie kuřáků v organizaci? Jak byly jednotlivé změny přijaty zaměstnanci?

5. Jak přistupují zaměstnanci organizace ke kouření v nemocnici a jaké jsou postoje zaměstnanců k regulaci kouření v organizaci?

Jaký vliv má regulace kouření na vztahy mezi zaměstnanci na pracovišti?

6. Jak organizace vede kuřáky k tomu, aby se na změnu adaptovali a dodržovali regulaci?

Jak motivuje organizace kuřáky k odvykání? Jaké jsou motivy zaměstnanců, které by je podpořily v abstinenci? Jaký způsob podpory by byl vhodný pro zaměstnance IKEM?

7. Jak úspěšně zavést projekt Healthy Hospitals?

6.3 Výzkumný soubor

6.3.1 Výběr výzkumného souboru a jeho charakteristika

Do výzkumného šetření jsem zapojila nejprve management organizace, kde jsem se dohodla na průběhu evaluačního šetření a na cílech a předmětu výzkumu. Poté jsem se zaměřila na zaměstnance a prostředí organizace. Do projektu jsem zapojila jak zaměstnance kuřáky, tak nekuřáky. Jejich výběr probíhal v kuřáckých a nekuřáckých prostorách organizace. Jako první jsem kontaktovala kuřáky na místech, kde je kouření povolené a která jsou pro kouření vyhrazená. K získání dalších vhodných respondentů pro výzkum jsem využila techniku postupného nabalování, neboli techniku snowball sampling. Nejprve jsem kontaktovala zaměstnance, kteří jsou zvyklí docházet na povolená kuřácká místa, poté bylo nutné vyhledat především ty, kteří dříve docházeli na kuřácká místa a nyní je z důvodů regulace kouření přestali navštěvovat. Celkem se mi podařilo získat data z 26 rozhovorů. Šest rozhovorů jsem prováděla se zdravotními sestrami, které kouří a zároveň také dochází na povolená kuřácká místa. Pět rozhovorů s představiteli střední úrovně vedení, z nichž dva respondenti byli kuřáci, zbývající tři nekuřáci. Dále jsem v rozhovorech oslovila osm lékařů z různých oddělení, pět z nich bylo z řad kuřáků, jeden abstinující a dva nekuřáci. Kromě toho jsem hovořila s nelékařským zdravotnickým personálem, z něhož jeden rozhovor mi poskytla sanitární pracovnice nekuřačka a dva sanitáři. Poslední čtyři rozhovory mi poskytli představitelé top managementu, konkrétně vedoucí kvality, náměstek pro techniku a provoz, hlavní sestra a vedoucí poradny pro kouření. Tímto způsobem jsem získala ucelený rámec o metodách a postupu regulace v organizaci a postojích jednotlivých respondentů.

6.4 Metodologie

6.4.1 Pozorování kuřáckých a nekuřáckých prostor

Pro úplnost výzkumu bylo nezbytné zkoumání nových kuřáckých prostor. Prováděla jsem pozorování kuřáckých míst, kde je kouření povolené. Tato místa jsem pro účely pozorování navštívila desetkrát, nejkratšímu pozorování jsem věnovala hodinu, nejdelšímu tři hodiny. Prostory vyhrazené ke kouření jsem navštěvovala v různých časových etapách, denních a nočních hodinách. Jednalo se o 2 prostory

přidružené k pavilonu S, označené štítky, které tyto prostory vymezují. Zajímal mě jejich vzhled, navštěvovanost, provoz těchto míst a také dostupnost pro kuřáky z jednotlivých oddělení. Na těchto místech jsem zajistila první kontakt s kuřáky organizace a mapovala jsem zde vhodné respondenty.

Kuřácká místa jsou v organizaci nyní jen dvě, obě se nacházejí v zadní části rozsáhlého areálu, v prostorách šaten pro zaměstnance, a obě tato místa jsou v těsné blízkosti, sousedí spolu. Z mých zjištění jsou tato kuřácká místa značně neatraktivní. Jsou zde prostory šaten, skladiště odpadu, kontejnery a nákladová rampa. Chybí zde popelníky, místa k sezení a také střecha, která by byla vhodná v případě nepříznivého počasí. Do těchto prostor nemají přístup pacienti a přístup je na ně umožněn pouze zaměstnancům. Kuřáci se zde srocují před prostorami šaten, které mají dva volné přístupy, prostor před nimi je však kuřáky doslova zaplněn. Takže všichni zaměstnanci, kteří do organizace vcházejí, ale také vycházejí, mají kuřáky na očích, musí se s nimi setkávat a stejně tak se musí potýkat s cigaretovým kouřem, který vniká i do prostor šaten v prvním poschodí. Oblečení příchozích i odchozích je tedy načichlé cigaretovým kouřem.

Z pozorování jsem zjistila, že místo pro kouření je relativně daleko pro potencionální kuřáky z předních pavilonů, docházet sem v pracovní době je jistě výrazně časově náročné, náročnější než pro zaměstnance z přilehlých pavilonů. Během návštěv těchto prostor jsem také zjistila, že do těchto míst dochází jejich „pravidelní návštěvníci“. Jedná se přibližně o dvacet osob. Jsou to zdravotní sestry z oddělení diabetologie, nefrologie, bratři z oddělení ARO a koronární jednotky. Z pozorování je patrné, že do těchto prostor dochází pouze nižší a střední zdravotnický personál a pomocný personál z jídelny a přilehlé prádelny. (To je možné jednoduše vypočítat jen pouhým pohledem na oděv zaměstnanců, bez složitější identifikace formou vyptávání). Lékaře jsem za celou dobu pozorování neviděla na tomto místě žádného. Kuřácké místo ve mně budí dojem určité separace kuřáků od ostatních zaměstnanců, kuřáci jsou zde družní, již na první pohled je patrné, že se mezi sebou znají, hovoří spolu. Jak jsem vypočítávala, povídají si nejčastěji o prožitích z práce, tedy o klientech, které ošetřují, situaci na pracovišti, často zde ventilují neshody a spory se spolupracovníky. Ale povídají si i o osobním životě. Dalo by se říci, že kuřácká místa jsou místy pro podporu a sdílení.

V nemocnici jsem se také rozhodla zkoumat místa, kde je kouření zakázáno a takový čin je označen za hrubé porušení pracovního řádu a je trestán postihy. Jedná se vlastně o celý areál nemocnice včetně budovy IKEM. Soustředila jsem hlavně na místa, která jsou mimo dosah pacientů, poskytují soukromí a mohou svádět ke kouření.

Prostředí organizace jsem sledovala v průběhu celého měsíce ledna 2014. Cílený průzkum míst, která by mohla svádět ke kouření, jsem prováděla celkem jedenáctkrát, a to v denních i nočních hodinách. V nočních hodinách jsem bohužel mohla zkoumat jen některá oddělení. Proto, abych je mohla navštívit, jsem využila svých známostí, vstupovala jsem na někdy pod záminkou kontroly a vždy jsem použila svoji legitimaci zaměstnance, abych na tato místa mohla být vůbec vpuštěna. Celkem jsem navštívila pět oddělení, jmenovitě oddělení diabetologie, neurologie, kardiologie, koronární jednotky a transplantační chirurgie. Nahlédla jsem do prostor toalet a skladů s materiálem a dezinfekcí. V průběhu rozhovorů jsem měla možnost také navštívit další prostory: oddělení sterilizace, technický úsek a operační sály kardiologie.

V poslední etapě svého výzkumu v průběhu dubna 2014 jsem podle nových zjištění, která jsem získala o kuřáckých místech, navštívila také ubytovnu IKEM, která poskytuje sestřím z řad kuřáček náhradní kuřácký prostor, který je hojně využíván ke společným popracovním kuřáckým sešlostem. Při pozorování prostředí organizace a jejího okolí jsem nikde nenalezla přímý důkazní materiál, který by nasvědčoval tomu, že zaměstnanci v pracovních prostorách kouří. Při průzkumu šaten jsem ale našla několik nedopalků v toaletě. Vzhledem k tomu, že do tohoto prostoru mají přístup sestry z několika oddělení, není možné získat přesnou informaci o tom, kdo zde kouřil. Dále jsem také objevila několik nedopalků v areálu nemocnice, především před prostorami ambulancí závodního lékaře. Mé zjištění opět nasvědčuje faktu, že se do určité míry kouří i na místech v areálu nemocnice, kde to povoleno není. Prostředí lékařských pokojů jsem nemohla důkladněji prozkoumat, neboť jsem do těchto prostor mimo rozhovory neměla přístup. Nemám tedy důkaz, že by se na nich mohlo kouřit, ale vzhledem k tomu, že se jedná o osobní prostory lékařů, kam nemají přístup pacienti ani další zaměstnanci, jsou to místa, kde by kouření v organizaci bylo možné. Stejně tomu může být i u jiných pracovníků, kteří mají stejná privilegia v podobě pokojů.

6.4.2 Studium dokumentů

Ke studiu problematiky kouření a regulace kouření v pracovním prostředí jsem studovala příslušnou legislativu, především zákon č. 395/2005, zákoník práce a vnitřní dokumenty IKEM, které upravují kouření přímo v organizaci. Pro získání informací upravujících a regulujících kouření přímo v IKEM jsem studovala nejprve vnitřní předpisy ředitele z minulých let a nový předpis z roku 2013, který upravuje znění předešlého předpisu Nařízení ředitele předpis č. 29. Další informace regulující kouření jsem našla v pracovním řádu IKEM.

6.4.3 Rozhovory se zaměstnanci a vedením

Jako nejvýhodnější metodu jsem si vzhledem k tématu, zvolila rozhovory, které poskytují vysokou otevřenost respondentů. Použila jsem rozhovory strukturované, dopředu jsem si tedy stanovila spektrum otázek. Vytvořila jsem zvlášť otázky pro management organizace a zvlášť pro zaměstnance. Otázky uvádím v příloze. Možnost realizace rozhovorů jsem předem projednala s vedením organizace a s některými vedoucími pracovníky na jednotlivých odděleních, kteří s evaluací souhlasili. Před realizací prvních rozhovorů zaměstnancům jsem připravený rozhovor testovala. Cílem bylo zajištění zpětné vazby a testování srozumitelnosti otázek. S rozhovory jsem začala v květnu roku 2013 a další jsem prováděla v listopadu a prosinci 2013. Rozhovory s dalšími zaměstnanci a managementem jsem provedla v březnu a dubnu 2014. Sběr dat jsem ukončila v dubnu 2014. Celkem jsem shromáždila 26 rozhovorů.

6.5 Zpracování výzkumných dat

Výzkumná data jsem získala pozorováním prostředí organizace, studiem dokumentů a rozhovorů se zaměstnanci IKEM. V první etapě jsem provedla kódování dat z rozhovorů a identifikovala hlavní výzkumné kategorie. K datům jsem přistupovala realisticky, chtěla jsem hlavně získat kvalitní popis jak jednání kuřáků i nekuřáků po zavedení regulace, tak jednání managementu po zavedení regulace. Proto jsem sledovala explicitní popisy a odpovědi respondentů na mé otázky. Vedle popisu jsem se snažila také hledat v datech podstatné jevy, na které jsem se přímo neptala, ale které s regulací také souvisejí- analyzovala jsem data i podle principu grounded theory. Snažila jsem se najít souvislosti a vztahy mezi zjištěnými jevy, z nichž jsem vyvodila závěry a

zjištění. Výsledná zjištění jsem pak podle relevance formulovala do kapitol. Na základě svých výzkumných zjištění, jsem formulovala manažerská doporučení pro další postup IKEM při regulaci kouření.

7 Popis výsledného stavu regulace

V současné době se organizace podle mého názoru, nachází v oblasti regulace ve slepé uličce. Management očekával při implementaci výsledky, které se podle mého názoru nedostavily. Cílem bylo zavést úspěšnou regulaci kouření, která bude vykazovat důkazy o své účinnosti zvýšením image organizace, zvýšením pracovní výkonnosti a snížením nákladů vynaložených na kuřáky. Těchto efektů se podle mě se ale nepodařilo zcela dosáhnout. Podle mých zjištění si ani management organizace nedělal žádnou analýzu, která by mapovala výsledky dosavadní regulace.

Data od respondentů a mé pozorování potvrzuje, že se v organizaci stále hojně kouří, kuřácká místa jsou neustále okupována velkým množstvím kuřáků, kteří využívají možnosti je navštěvovat. Přestože někteří kuřáci již vlivem regulace nemohou během pracovní doby na tato místa docházet pravidelně a někdy ani vůbec, návštěvnost těchto míst je stále vysoká a to je fakt, který si management uvědomuje.

O vylepšení image organizace můžeme jen spekulovat. V organizaci se kouří dál, jen zdravotníci jsou pohledům ze strany klientů více ukryti.

Vize managementu, že ukrytím kuřáků před klienty zabrání pochybnostem o zdravotnících jako důvěryhodných pečovateli, se podle mě nemohla naplnit již z toho důvodu, že klienti přece poznají, jestli zdravotník kouří i podle jiných indicií, než že zdravotníka při kouření přímo vidí. Regulace nejenže nevedla ke zvýšení výkonnosti kuřáků, kteří sami uvedli, že se po regulaci cítili spíše nevýkonní z důvodu abstinence, ale podle mně ještě více zhoršila problém, který zde existoval již dříve a tím je kouření v organizaci. V nemocnicích se dříve kouřilo veřejně, nikdo kouření netajil, nyní se kouří dál, jenže skrytě.

Kouření na pracovišti je považováno za hrubý přestupek, přesto není v organizaci monitorováno. Myslím, že je to hlavně z důvodu obavy managementu ze zjištění, že se pravidla dodržují nedůsledně a na některých odděleních jsou po léta porušována. Toto porušování je součástí všeobecného povědomí a tolerance ke kuřákům, je součástí zvyků a postojů zaměstnanců organizace a její kultury. Předpoklad vedení, že

v organizaci bude fungovat efekt veřejné kontroly kuřáků ze strany nekuřáků, se z mých zjištění opět nepotvrzuje.

Regulace měla dopad jen na některé zaměstnance a některých se dotkla jen tak, že změnilu svou strategii v cestě za cigaretou. Tyto strategie jsem blíže popsala v kapitole o důsledcích regulace kouření v organizaci. Na některé zaměstnance měla regulace předpokládaný vliv a byli nuceni snížit množství vykouřených cigaret v pracovní době, především proto, že nemají privilegia jiných zaměstnanců, nebo pro ně opatření byla natolik diskriminující, že kouřit v organizaci nemohou, přestože by chtěli. Vedlejším efektem regulace je také prodloužení kuřáckých pauz u zaměstnanců, kteří nemají tak častý přístup na kuřácká místa jako dříve a prodloužení doby kouření po odchodu ze zaměstnání. Regulace kouření se však nepromítla nijak výrazně do postojů a motivace kuřáků k odvykání. Naopak, zdá se mi, že regulace spíše povzbudila kuřáckou alianci proti změně, spojenectví je skryté, ale o to intenzivnější. Motivace k odvykání v organizaci chybí, to potvrzují jak kuřáci, tak nekuřáci. Pokud kuřáci vůbec připouštějí nějakou formu odvykání či podpory, měli by zájem spíše o workshopy či přednášky, než o navštěvování poradny proti kouření. Chybou managementu absentující podporu kuřáků v organizaci je podle mě neefektivní využití služeb poradny pro odvykání kouření, o které zaměstnanci nemají dostatek informací.

7.1.1 Podpora kuřáků

Podpora kuřáků v IKEM je podle mého názoru minimální, přestože je vizí organizace zavést projekt, který je zcela založen na myšlence podpory kuřáků a motivace k odvykání. Způsob pomoci kuřákům prostřednictvím tohoto projektu by měl být založen na informační podpoře, tedy vzdělávání kuřáků a nekuřáků v oblasti problematiky kouření, odvykání a jejich edukace. Další formou určité podpory, kterou vidím jako velmi důležitou, je podpora psychologická. Ta by měla vycházet jak ze strany managementu, tak ze strany spolupracovníků, kteří nekouří. To, jakým způsobem byla změna v IKEM podána, mělo na některé respondenty spíše demotivační vliv. Kuřáci, se kterými jsem hovořila, udávají, že se často cítí jako slabší a méněcenní pracovníci. To není ze strany managementu dobrá vizitka, která by nasvědčovala tomu, že své zaměstnance psychicky podporují. Dalším způsobem podpory je cesta motivační podpory.

Vedení IKEM podle slov respondentů nepoužilo žádné motivační techniky, které by bylo vhodné použít. Motivace musí jít také ruku v ruce s informacemi. Zdravotníci udávají, že je regulace kouření nemotivovala k tomu, aby odvykali. Postoje kuřáků ke kouření a k odvykání jsou stejné jako před regulací. Regulace se v myšlení kuřáků neodrazila natolik, aby je přesvědčila, že mají přestat kouřit, nebo aby se alespoň nad svým zlovykem hlouběji zamysleli a vnímali ho jako nějaké omezení. Většina respondentů-kuřáků uvedla, že kouří a kouřit chce dále. Kouření je součástí jejich životního stylu. Pro dosažení změny postojů by podle zaměstnanců byla potřebná především celková změna pohledu a přístupu ke kouření a kuřáctví ze strany zaměstnavatele, ale i kuřáků, kteří by museli změnit svůj životní styl. Poradna je zde vnímána spíše jako další povinné nařízení. Kuřáci, kteří by poradnu navštěvovali, by se pak cítili ještě více pod tlakem a takový přístup by jim nevyhovoval ani v případě, že si uvědomují, že by poradna byla ryze dobrovolná. Nekuřáci se shodují, že by zavedení poradny bylo vhodné a přínosné. Pokud by viděli snahu u kuřáků, udávají, že by byli ochotni je podpořit a motivovat v odvykání. Z rozhovorů se zaměstnanci vyplývá, že nejsou podporováni všeobecně a je to znát i na přístupu managementu při zavádění této změny.

Kuřáci v rozhovorech uvedli, že jsou pro ně kuřácká místa prostorem pro sdílení a sblížení. Kuřácká místa sama o sobě mohou pro některé kuřáky představovat místa, kde se jim podpory dostává. Jak jsem zjistila, na těchto místech si obvykle předávají zkušenosti, názory a postřehy, jak ze svého osobního, tak z pracovního života. Kuřácké prostory jim také podle mých zjištění mnohdy poskytují důležité informace z hlediska pracovního. Od respondentů jsem se dozvěděla také to, že se sem chodí vzájemně „nabít“, jsou to pro ně místa, kde se vzájemně podporují a vyměňují si zážitky z celého dne. Kuřáci také udávají, že kuřácká místa jsou pro ně prostorem pro odreagování, možností opustit pracoviště a uniknout tak pracovním povinnostem. Na tato místa chodí občas ze stejného důvodu i nekuřáci, kteří vnímají, že jsou v možnosti odreagování a boje se stresem na pracovišti znevýhodněni. Nekuřáci uvádí, že pocity znevýhodnění se týkají hlavně nedostatečné možnosti odreagování se a uvolnění, tak jak je tomu u kolegů-kuřáků.

Z mého pohledu se zde v souvislosti s regulací kouření vynořuje další oblast problémů, které leží na bedrech dnešního zdravotnictví, a to je absence formální a neformální podpory zaměstnanců. Možná, že by bylo pro vedení nemocnice vhodné

uvažovat o tom, aby měli zaměstnanci takový prostor i mimo pracovní dobu a jinde než na kuřáckých místech. Tento fakt podle mého názoru jenom ukazuje, že zdravotníci nemají na pracovišti zaveden žádný vhodný a efektivní nástroj profesionální podpory, kterým by bojovali proti stresu, emočnímu vypětí a tlaku, jemuž jsou ve své profesi vystaveni. Nějaká forma profesionální podpory a možnosti odreagování by byla vhodná i jako prevence proti syndromu vyhoření.

7.1.2 Postoje kuřáků k regulaci a jednotlivým regulačním změnám

Způsob, jakým je v IKEM regulováno kouření, je podle zaměstnanců, se kterými jsem prováděla rozhovory, nevyhovující právě způsobem jednání a komunikace ze strany managementu. To, jakým stylem byla zaměstnancům sdělena a zavedena organizační změna, popisují všichni respondenti jako nevyhovující, převážně z důvodu „nadřazeného způsobu podání změny“. Zaměstnancům byla podle mých zjištění sdělena metodika regulace a způsoby nově zavedených trestů v případě porušení předpisů. Mnohdy nadřazení použili podle jejich slov výrazně nevhodné prostředky, jako jsou výhrůžky, manipulace či hrozby ztráty zaměstnání. To podle některých respondentů vzbudilo spíše odpor a nepříjemné pocity z jejich strany a prvotní negativní postoje vůči změně. Odpor vůči prosazení změny vycházel také z toho, že zaměstnanci byli o změně informováni minimálně, nebyla v nich vzbuzena motivace ke změně.

Všichni kuřáci v rozhovorech uvedli, že se jim nelíbil především styl prezentace změny ze strany vedení a udávají negativní postoje vůči této změně, tedy její nepřijetí, či rezistenci. Respondenti z řad kuřáků hovoří o tom, že samotná regulace je podnítila spíše k tomu, aby hledali jiná východiska, která by jim umožnila v organizaci kouřit i přes zákazy. Postoje nekuřáků k regulaci jsou spíše neutrální. Nekuřáci uvedli, že se jejich změna výrazně nedotkla, proto k ní nemají ani vyhraněný postoj. Pokud se zaměřím na to, jaké mají zaměstnanci, se kterými jsem hovořila, postoje k jednotlivým opatřením, zaměřuji se především na změnu kuřáckých míst a zavedení trestů v případě porušení zákazu kouření, protože jiná opatření nebyla předmětem změny.

Z rozhovorů s respondenty jsem se dozvěděla, že informace o trestech nemají a mnozí z nich si pamatují pouze sdělení o finanční pokutě. Pokud zaměstnanec povahu trestu nezná, není o něm informován a nemá z něj obavy, pak je takový trest zcela neúčelný. Podle mého názoru rozhodně nepovede ke zvýšení pracovní morálky. Podle kuřáků, se kterými jsem vedla rozhovory, bylo omylem managementu hlavně

přesvědčení, že je možné motivovat všechny zaměstnance k dodržování pravidel prostřednictvím trestů.

Respondenti z řad kuřáků uvedli, že by přivítali spíše cestu jiného druhu motivace a podpory prostřednictvím pomoci a otevřenosti než příkrou cestu zákazů a trestů. Porušení předpisu o kouření v organizaci je posuzováno jako hrubé porušení pracovní morálky a je trestáno podle všech respondentů vysoce neúměrnou finanční pokutou, jejíž výši většina respondentů neznala, a pokud jsem jim sdělila výši finanční pokuty (až 500 000 Kč), uvedli, že takový trest pro ně není alarmujícím právě pro svou výši a neúměrnost k finančnímu ohodnocení a jejich platu. Mnozí respondenti si myslí, že výše pokuty je tak vysoká, že by jim zcela jistě nebyla uložena, protože by ji neměli z čeho uhradit. Někteří uvedli, že se obávají ztráty zaměstnání v případě porušování předpisů, přitom takový trest není v pracovním řádu uveden. V organizaci zatím nebyl žádný zaměstnanec potrestán či napomenut za kouření či porušení předpisů regulujících kouření, proto zde nefunguje ani metoda odstrašujícího příkladu a tresty pak vyznívají jako iluzorní.

Pokud se zaměřím na postoje zaměstnanců k tomu, jak vnímají změnu kuřáckých míst, jako klíčové problémy vnímají především jejich neatraktivnost a také jejich nepřístupnost. Kuřáci uvádějí, že kuřácká místa jsou značně neatraktivní, působí špinavě a neudržovaně. Nejvíce jim na nich vadí právě vzhled těchto prostor a absence popelníků. Daleko více však respondentům vadí nedostupnost těchto míst pro některé zaměstnance, což působí diskriminačně na ty, kteří je vnímají jako nedostupná.

V některých kuřácích vzbuzují také dojem separace, neboť je velmi dobře vidět kdo v organizaci kouří, tedy kdo přiznaně kouří, toho pak vidí všichni zaměstnanci, neboť prostory šaten, kde se kuřácká místa nacházejí, vybízejí k pohledu na tato místa a navštěvuje je vlastně každý. Navštěvovanost kuřáckých míst se podle respondentů sice snížila, ale jen u kuřáků, kteří na ně nemají přístup. Zaměstnanci z některých oddělení na něj přístup mají a zaměstnanci z oddělení vzdálených na označená místa pro kuřáky přístup nemají nebo je pouze omezený. Zároveň je toto místo také značně nevhodné pro nekuřáky. Nekuřáci uvádějí, že jsou s kuřáckými prostory také nespokojeni hlavně proto, že jsou nuceni vdechovat cigaretový kouř při příchodu do zaměstnání a při odchodu z něj právě proto, že kuřácká místa jsou v prostorách vstupu do šaten zaměstnanců.

7.1.3 Důsledky regulace

Z mého pohledu měla primárně regulace vliv na to, jakým způsobem se změnilo chování zaměstnanců, kteří mají potřebu dále kouřit tak, jak byli zvyklí, bez omezujícího vlivu regulace. Dozvěděla jsem se, že někteří kuřáci porušují pracovní kázeň tím, že kouří přímo v organizaci. Regulace měla také vliv na vztahy na pracovišti a odrazila se také v „životním stylu některých zdravotníků“, kteří se přizpůsobili zákazu kouření na pracovišti. Z výpovědí respondentů jsem identifikovala různé strategie, které by bylo velmi dobré zkoumat dále v rámci reprezentativního výzkumu.

Rozdělila jsem je do pěti hlavních proudů, kam se zaměstnanci nejčastěji řadí. Tyto proudy jsem vyvodila především z postojů zaměstnanců k možnostem, které jim organizace poskytuje. Především jsou to výhody v podobě osobního prostoru, který mají někteří zaměstnanci k dispozici a využívají jej ke kouření, dále postoj k vlastnímu zdraví a k odvykání kouření. Nyní pět identifikovaných strategií představím a pokusím se na základě výpovědí respondentů vysvětlit, proč zaměstnanci takové strategie volí.

- 1. Strategie poslušného kuřáka**
- 2. Strategie méně kouřícího**
- 3. Strategie nedotknutelného, privilegovaného kuřáka**
- 4. Strategie odvykajícího kuřáka**
- 5. Strategie z nekuřáka kuřákem**

6.3.1. Strategie „poslušného kuřáka“

První strategie, o které se chci zmínit je strategie poslušného kuřáka. Do této kategorie jsem zařadila zaměstnance, kteří neporušují regulační opatření a kouří pouze na vyhrazených místech, která jsou ke kouření určena. Tyto kuřáky je možné rozdělit na dva proudy. Jednak jsou to zaměstnanci, kteří jsou zvyklí na metodiku uplatňovanou v hierarchicky vedených strukturách, jsou zvyklí dodržovat pravidla a přijímají je s respektem a opatření dodržují. A pak jsou to zaměstnanci, kteří již dříve navštěvovali tato místa, takže na ně regulace neměla výraznější vliv.

Dle mých zjištění podpořených informacemi od respondentů se jedná hlavně o zdravotní sestry, které nemají výhody privilegovaných. Respondenti, kteří patří do prvního proudu „poslušných kuřáků“ uvádějí, že mají obavy z porušování pravidel.

Jejich „poslušnost“ je zároveň podporována tím, že nemají možnost zakouřit si v jiných než v povolených prostorech. Obavy z porušení pravidel, možnost trestu a často podle jejich slov obava ze ztráty zaměstnání je natolik silná, že pravidla respektují a nedovolí si je porušovat.

Druhá skupina kuřáků, která používá tuto strategii, je spíše než aktivní poslušností, určena prostým faktem, že mají reálnou možnost navštěvovat kuřácká místa. Jedná se o kuřáky z přilehlých pavilonů, tedy o zaměstnance, kteří mají možnost opustit pracoviště a jít kouřit několikrát denně. Jejich kuřáckého režimu se tedy regulace dotkla minimálně. Jsou to zaměstnanci, kteří často docházeli kouřit na tato místa, a regulace na ně neměla dopad, protože nemuseli měnit svou „kuřáckou strategii“. Proto se u nich neobjevuje ani myšlenka či touha opatření porušovat, nebo vyhledávat náhradní řešení k obcházení pravidel. Z informací od respondentů a pozorování jsem zjistila, že se jedná hlavně o zaměstnance z pavilonů S, kde se nachází oddělení kardiologie, neurologie a diabetologie, dále jsou zde také pracoviště ústavní prádelny. Pozorování potvrzuje, že tito zaměstnanci navštěvují prostory vyhrazené ke kouření a nekouří jinde, protože nemají potřebu příkaz porušovat.

6.3.2. Strategie méně kouřícího

Jedná se o zaměstnance, na které má regulace největší omezující vliv. Tito zaměstnanci podle svých odhadů kouří méně než dříve, v některých případech museli kouření radikálně omezit a někteří respondenti omezili své kouření a spotřebu cigaret až o třetinu. Přestože vedení předpokládalo, že regulace bude mít vliv na zvýšení výkonnosti všech zaměstnanců organizace, dotkl se jen některých a můžeme spekulovat o tom, zda se zvýšila jejich výkonnost. Hlavním vlivem tedy bylo snížení počtu cigaret vykouřených během pracovní doby. Jedná se o pracovníky, kteří nemají možnosti privilegovaných kuřáků. Nemají tedy možnost navštěvovat společné pokoje. Zároveň, ale také nemají možnost, navštěvovat povolené kuřácké prostory, ale ani jiná místa v organizaci, která by jim sloužila jako náhradní kuřárny. Hlavním důvodem je nedostupnost těchto míst.

Dalšími faktory jsou specifika pracoviště, jako je například práce na operačních sálech, která vyžaduje sterilní oděv, či práce na jednotkách intenzivní péče, která neumožňuje navštěvovat kuřácká místa tak často, jako je tomu u kuřáků ze standardních oddělení, stejně tak nutnost trvalého setrvání na pracovišti po celý čas pracovní doby,

kteří kouření neumožňují, ale zároveň také znemožňují kuřákovi kouřit na místech vyhrazených.

Podle vedení by se měla zvýšit právě pracovní výkonnost těchto zaměstnanců, jež kouří méně a na pracovišti setrvávají o to déle. Výkonnost však podle mě nelze posuzovat, pokud nebyla u jednotlivých zaměstnanců měřena již v období před regulací. (Sledovat výkonnost na těchto pracovištích by bylo dobré především z hlediska výkonnostních trendů, či zvýšení kvality péče o klienty a jejich spokojenosti). Daleko důležitějším faktorem je sledování pracovní spokojenosti zaměstnanců, kteří jsou na kouření závislí a museli omezit svoje zvyklosti. Někteří respondenti udávají zhoršení soustředěnosti a naopak snížení své pracovní výkonnosti. Jiní udávají, že museli využít substituční terapie nikotinem, ať už to byly nikotinové náplasti, či tablety, které je alespoň částečně zbavily neustálé touhy po cigaretě.

Dalším zajímavým zjištěním je, že tito kuřáci kouří o to víc v domácím prostředí: většina těchto respondentů si zapálí svou první cigaretu hned po skončení pracovní doby a pak následuje série dalších cigaret, které mají uspokojit potřebu kouřit a doplnit nikotinový deficit. Je zřejmé, že představa vedení o kuřácích, kteří omezí kouření v rámci pracovní doby, a přesvědčení, že budou kouřit méně i doma je nesprávná a klamná. Regulace totiž neměla hlubší dopad na postoj těchto zdravotníků k odvykání a nenastartovala u nich motivaci k odvykání. Někteří respondenti z řad „domácích kuřáků“ si uvědomili, že je kouření doma omezuje více než dříve a okrádá je o čas, který by mohli trávit například s rodinou nebo jinou zábavou. Narušilo to tedy jejich životní rytmus, na který byli zvyklí. Dále se mi při zkoumání regulace a jejích dopadů vyčlenila skupina zdravotních sester, které sice omezují svoje kouření a kuřácké návyky na pracovišti, ale zároveň našly způsob, jak si vynahradiť deficit kouření a zároveň i deficit kuřáckého pracovního kolektivu. Tyto sestry se pravidelně po pracovní době setkávají v kuřárnách ubytovny IKEM, kde si vytvořily během krátké doby kuřáckou komunitu, která jim do jisté míry vynahrazuje setkávání s kuřáky v kolektivu na pracovišti. Kouření v tomto prostoru jim vynahrazuje pocity pracovní sounáležitosti a sžívání se s pracovním kolektivem.

6.3.3. Strategie privilegovaného kuřáka

Někteří zaměstnanci pracující v organizaci nerespektují principy regulace a tato opatření nedodržují z důvodu určitých specifik a privilegií, které jim poskytla jejich organizace. Pokud hovoříme o regulaci kouření, jsou tato specifika vnímána jako

výhody. V první řadě jsou to zaměstnanci, kteří mají k dispozici místnosti, někteří mají samostatné pokoje, jiní kolektivní místnost. Pokoje jim poskytují takovou míru soukromí, že jim umožňují, aby zde bez vědomí ostatních zaměstnanců kouřili. Místa, která to umožňují, jsou především lékařské a sanitářské pokojíky, kde je dostatek klidu a soukromí pro kuřákův azyl. Dalším privilegiem je příslušnost zaměstnanců k určité skupině pracovníků. První skupinu tvoří lékaři, kteří dříve docházeli na tato kuřácká místa pouze ojediněle, ale po regulaci je dle průzkumu u respondentů (potvrzeném vlastním pozorováním) využívají minimálně, takřka vůbec. Na tom se shodují všichni respondenti jak za řad kuřáků tak i nekuřáků na různých pracovních pozicích. Jako kuřárny jsou často využívány prostory pokojíků sanitářů, kteří zde kouří hojně a také si kouření na pokoji, jak sami potvrdili, tolerují. Značně znevýhodněny, až diskriminovány jsou kouřící zdravotní sestry, které nemají prostory, kde by se mohly s cigaretou ukrýt.

Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že se v organizaci kouří i na dalších místech. Jsou to některé pavilony, které svou vzdáleností ke kuřáckým místům a k ředitelství, vybízejí k občasnému porušování zákazu. Jedná se například technický úsek a pavilon S1. I ty by se daly svým způsobem považovat za privilegované, kouří se zde více i proto, že techničtí pracovníci se tak často neseťkávají s pacienty a návštěvníky nemocnice a jejich prostory nejsou pod takovým drobnohledem. Mají také určitou výhodu v tom, že jejich pracoviště sídlí v zadní části areálu, u lesa, mimo pavilony IKEM, kam zaměstnanci, ani vedení organizace nemají přístup.

Jedním z důvodů, proč dotazovaní lékaři vyhrazená kuřácká místa nenavštěvují, je právě možnost kouřit jinde, tedy převážně na lékařských pokojích. Dalším argumentem je nevhlednost míst a také neslučitelnost profese lékaře s kouřením. Oslovené zdravotní sestry se domnívají, že lékaři své kouření skrývají právě proto, že povolání lékaře a kouření nejsou slučitelné. Dalším nepochybně důležitým důvodem, proč lékaři kuřácká místa nevyužívají, je neochota zapojit se do kuřácké skupiny, mezi sestry a nižší zdravotnický personál, který pravidelně dochází na tato místa.

Další skupinou, která patří mezi „privilegované“, jsou sanitáři, kteří se otevřeně přiznávají ke kouření na pokojích. Ty jim nahrazují kuřácká místa, nemusí se převlékat a někam docházet, jsou stále na místě a k dispozici v případě potřeby. Pracovní tlak je vlastně nutí kouřit na pokojích, mají strach, že by v době kuřácké pauzy nebyli k dispozici, a proto opatření obcházejí.

6.3.4. Strategie odvykacího kuřáka

Mezi tyto zaměstnance patří všichni, kteří se „odnaučili“ kouřit. Vliv regulace kouření v organizaci však nebyl hlavním důvodem, ale ke snaze odvykat přispěl. Vlivy, které vedly zaměstnance k odvykání kouření ve fázi regulace a po ní, jsou různé, společné pro ně je pouze to, že zdravotníci začínají myslet více na vlastní zdraví a lékař jim doporučil s kouřením přestat, nebo měli již delší dobu zdravotní problémy a regulace je v odvykání podpořila. Strategii odvykacího kuřáka zvolili ti zaměstnanci, které již kouření omezovalo ze zdravotních důvodů, a regulaci využili pro posílení své motivace přestat kouřit. Mezi respondenty jsem objevila i lékaře, kteří přestali kouřit, protože by museli docházet na kuřácká místa a nebyla jim dostupná jako dříve. Respondenti-lékaři pociťují často tlak na svou osobu a uvádějí, že mají větší potřebu se skrývat. Odvykání u respondentů probíhalo tak, že někteří nejprve snížili počet vykouřených cigaret zejména v reakci na regulaci a nedostupnost kuřáckých míst, a později přestali kouřit úplně.

6.3.5. Strategie stanu se kuřákem

Z rozhovorů dále vyplývá, že se v organizaci objevují pracovníci, kteří se v průběhu zaměstnání stali kuřáky. Konkrétně tomu tak bylo u zdravotních sester, ale nepochybně se tato strategie vyskytuje i u ostatních profesí. Důvodů je podle respondentů a mého úsudku několik, Prvním z nich je touha rychle se začlenit do kolektivu a také postupný příklon ke kouřící většině. Neopominutelné je i to, že sestry kuřačky mají prostor k odreagování a vzájemnému sdílení, které jim kouření poskytuje na rozdíl od sester nekuřaček. Ty přiznávají, že se v práci odreagovat nemohou, je to podle nich způsobeno hlavně tím, že nemají důvod jako kuřáci opustit svá pracoviště.

Dalším nesporným faktem, který kouření podporuje, je kultura organizace. Kouření zdravotníků bylo v IKEM povoleno, kouřilo se i na místech, kde to v jiných institucích nebylo povolené, například i na operačních sálech. Někteří zaměstnanci zde pracují i řadu let a s sebou si nesou své neměnné zvyky a pravidla, někteří jdou přímo proti regulaci, jiní se rozhodli skrývat. IKEM je nemocnice, která facilituje kouření, které je zde dlouholetým pravidlem a některá oddělení je spojují s dalšími prostředky odreagování jako krátkodobý únik od stresu a povinností zdravotnické profese.

Kultura organizace, která toleruje takové chování, ho tak podporuje i u nových sester a lékařů, kteří přicházejí s jinou zkušeností z pracoviště, kde tomu tak nebylo. Z

údajů od respondentek z řad zdravotních sester jsem se dozvěděla, že na některých odděleních, například na oddělení kardiologie, v průběhu let začalo kouřit několik sester, které dříve nekouřily. Skupina sanitářů se zase nijak netají tím, že ve svém kolektivu kuřáky a kouření podporuje.

7.1.4 Dopady regulace na vztahy na pracovišti

Regulace podpořila ne některých oddělení nekuřáky pouze v tom, že respondenti na některých odděleních nemají takový přístup na kuřácká místa, a proto kouří méně, vztahy jsou pak na těchto pracovištích dle nich lepší právě proto, že kuřáci nedocházejí na kuřácké pauzy tak často. Podle dalších zjištění se na jiných odděleních naopak situace pro kuřáky zhoršila v tom ohledu, že kuřáci sice chodí na pauzy méně často, než jak tomu bylo dříve, ale stráví tak na těchto pauzách více času, což je ve výsledku horší pro nekuřáky, kteří v době kuřáckých pauz pracují na odděleních za kuřáky, ale zároveň i pro klienty, kteří doplácují na absenci zdravotníků.

Nekuřáci, se kterými jsem hovořila, potvrzují, že z kolegiality často pracují za kuřáky v době jejich pauz, a domnívají se, že pracují více než kuřáci. Nekuřáci udávají, že občas pocítují určité zvýhodňování kuřáků, kteří mají snazší přístup k zprávám z pracoviště. Některé pracovní informace se tak nekuřáci dozvídají až od kuřáků, kteří je získali na kuřácké pauze, dokonce se podle respondentů často stává, že se dozvídají i stěžejní informace, ryze zásadní pro jejich práci, které by jim měl sdělit jejich nadřízený, ale dostanou se k nim přes kolegu kuřáka, který byl na kuřácké pauze a je lépe informován.

Nekuřáci si také často všimají lepšího psychického rozpoložení kuřáků, kteří se jim jeví jako odpočatější právě díky možnosti odreagovat se u cigarety. Respondenti kuřáci se na odděleních necítí nijak diskriminováni, u některých kolegů si dovolí odejít na kuřáckou pauzu častěji u některých méně často a u některých vůbec, vše závisí na kultuře daného pracoviště a jeho zvyklostech.

Na kuřácká místa chodí také pracovníci z řad sester, které nekouří, právě z úvodu odreagování se, relaxace a neformálního rozhovoru se svými kolegy. Vztahy mezi kuřáky a nekuřáky jsou tedy na různých odděleních v organizaci různé. Jak je však patrné z rozhovorů s respondenty, mezi kuřáky v celé organizaci panuje zvláštní druh solidarity. V rozhovorech potvrzují, že na kuřáckých místech se vytvářejí a udržují přátelské vztahy pracovní i mimopracovní. Respondenti-kuřáci potvrzují tento fakt i

tím, že se mezi sebou lépe znají, jsou informovanější o pracovních záležitostech. Velkou roli podle nich hraje to, zda je jejich přímý také kuřákem. V kladném případě je nadřizený ke kouřícímu pracovníkovi tolerantnější, benevolentnější k jeho zlovyku a mnohdy shovívavější i v otázkách pracovní morálky; nevědomky tak v organizaci posiluje kulturu kuřáckého prostředí, které podporují ještě zákazy a regulující předpisy a kuřáci se tak ocitají na jedné lodi. Kouření tak posiluje kolektivního ducha kuřáků.

Respondenti-nekuřáci se v rozhovorech zmiňují o strachu z nepříjemných pracovních situací, do kterých se dostávají kvůli kuřákům na kuřácké pauze. Popisují „nepříjemné stavy“, kdy se obávají nepředvídatelných situací a život ohrožujících událostí, kdy jsou ohroženi nejen klienti, ale také zdravotníci, kteří se pak dostávají do konfrontace se zákonem a postupy lege artis. Důsledkem pro vztahy na pracovišti je pak narušení harmonie pracovních vztahů spočívající spíše v nevyřčených výčitkách nekuřáků, kteří na kouření ve jménu kolegiality a benevolence doplácí.

8 Řízení regulace kouření v IKEM

V následující části práce se zaměřím na popis regulace kouření IKEM z manažerského pohledu. Na odborném teoretickém podkladě se pokusím popsat jednotlivé kroky implementované změny a porovnáám je se zásadami a doporučeným postupem implantace změny podle odborníků, kteří se problematice managementu změny věnují. Základem k mým výzkumným zjištěním jsou teoretické podklady vycházející z literatury. Propojení teorie a praxe je srozumitelné, jasné a logické, je to ta nejjednodušší cesta, jak vedení IKEM ukázat, kde měla regulace kouření rezervy, kde jsou její slabiny a zároveň v jednotlivých oblastech nastínit lepší postup, tedy doporučení, na které oblasti se má management organizace zaměřit a kde bude potřeba zkvalitnit proces implementace.

8.1 Změna jako konstanta dnešní doby

Vysoká profesionální úroveň v oblasti vedení lidí a organizací se stává naprosto zásadní a vyžaduje nutnost věnovat rozvoji manažerských způsobilostí dostatečný čas a pozornost. „*Manažeři ve zdravotnictví potřebují skutečně dobře porozumět rozdílům mezi řízením a vedením, své roli leadera a klíčovým otázkám a výzvám vůdcovství na osobní i organizační úrovni.*“ (Průša, 2010: 23) Ve své podstatě je jakékoliv rozhodnutí

změnou, žádná činnost se nevykonává pokaždé stejně, vždy jde o odchylky, které mohou, ale nemusejí mít vliv na výsledek práce, projektu, fungování organizace. „Obecně můžeme změnu charakterizovat jako proces kvalitativní anebo kvantitativní přeměny parametrů, který popisuje určitý stav objektu nebo děje.“ (Machan, 2012: 12) Podle Morana a Brigtmána (2001: 52) „změna představuje proces kontinuálního obnovování způsobu řízení organizace a organizační struktury a schopnosti reagovat na neustále se měnící potřeby vnitřních a vnějších zákazníků.“ Změna je tedy jedním z nejdůležitějších aspektů efektivního řízení. Jde o přechod od jednoho systému ke druhému, nebo o vylepšení stávajícího systému. Měnit můžeme pracovní postupy, technologie, systémy vnitřní a vnější komunikace, styl vedení lidí aj.

Podle Machana (2012) lze v obecné teorii také rozlišit u každého objektu tři hlavní složky, kterých se změna může týkat. Machan je popisuje jako substanci, uspořádanost a proces. Substanci charakterizuje jako látku, která objekty vytváří, do oblasti substancí můžeme zařadit například osoby, budovy, stroje nebo firmy. Uspořádanost vymezuje jako strukturu tvaru organizace a jeho subsystémů a prvků. Proces charakterizuje jako soubor činností, které přetvářejí vztahy na výstupy, a tak vytvářejí hodnotu pro zákazníka. (Machan, 2012) Jakákoliv změna podle Grasseové (2010) působí na organizaci a její zaměstnance a projevuje se ve čtyřech hlavních oblastech. První z nich je organizační strategie, její procesy, organizační struktura a kultura, která v organizaci vládne. „Řízení procesu změny se stává jednou z nejdůležitějších a velmi oceňovaných manažerských dovedností, nejen pro vysoké riziko zavádění inovací, ale také proto, že celý proces musí být řízen.“ (Senior, Swailes, 2012: 89)

Řízení změny lze rozdělit do dílčích procesů a kroků. Modelů, které je popisují, je mnoho (Kotter, 2008, BEER 2002, Lewin, 2005). Proces řízení změn představovaný v těchto modelech je definován základními kroky uspořádanými do logického pořadí. Jestliže má dojít k úspěšné realizaci změny, musí manažer zřetelně a formálně podniknout všechny po sobě jdoucí kroky. „Z tohoto důvodu je každý krok modelu předpokladem pro to, aby změna mohla být v organizaci přijata, je na prvním místě schopnost vhodné iniciace změny a její podpory v celém procesu, získání manažerů odpovědných za klíčová rozhodnutí a řízení projektu, získání podpory všech zainteresovaných aktérů.“ (Kotter 2008: 45). Proces výběru konkrétní metody změny je závislý na povaze problému diagnostikovaného managementem.

8.2 Popis řízení změny na pozadí modelu J. P. Kottera

Má-li se uskutečnit změna, musí k tomu být vytvořeny určité podmínky. Pro analýzu realizace změny v IKEM jsem si vybrala model podle Kottera především pro jeho srozumitelnost, rozšířenost a věcnou adekvátnost v situaci IKEM. Kotter se ve svém modelu zaměřuje na realizaci managementu změny cestou zdolání odporu ke změně a odstranění bariér ze strany lidského faktoru, který brání jejímu uplatnění a zmrazení změny do organizační kultury. Odpor zaměstnanců-kuřáků proti regulaci se dal předpokládat, dalším jevem působícím proti změně je však také organizační kultura s pevně zabudovanými zvyky, kdy se kouření stalo běžnou aktivitou na pracovišti.

Kotter sestavil 8 jednotlivých kroků, které manažeři musí vzít v úvahu pro zdárnou implementaci změny. (Kotter, 2008: 56)

8.2.1 Posilujte pocit naléhavosti změny

Síly, či stimuly směřující ke změně, lze rozdělit do dvou skupin. Řada odborníků je rozděluje na vnitřní faktory a faktory vnější. Doletal a Lacko (2009) definují tyto vnější faktory jako změny na trhu, změny technologie a prostředí. Tyto změny existují podle Lacka obvykle mimo kontrolu manažerů. Vnitřní faktory změny existují uvnitř firmy a jsou zpravidla pod kontrolou managementu. Paton a MC Calman (2000) rozdělují změnu podle působení těchto faktorů také na změnu interní a externí podle typu prostředí, které ji iniciuje a ze kterého změna vychází. (2000). Interně generovaná změna je podle Patona a MC Colmana (tamtéž) lépe přijímána, protože bývá spojena s proaktivním přístupem a pozitivními emocemi. Naopak změna, která je vyvolána z vnějšího prostředí a vnějšími podněty, je podle nich častěji spojována s nižší mírou kontroly celého procesu včetně negativních postojů zaměstnanců, s vyšší pravděpodobností jejího narušení a její nedostatečné implementace. V nemocnici IKEM byly stimuly vedoucí ke změně kombinované. Primární podnět ke změně, tedy k regulaci kouření, byl vyvolán legislativním opatřením, zákonem 375/2005, a potřebou jeho dodržování a implementace v organizaci. Dalším „hybatelem“ změny byly stimuly pro zkvalitnění regulace kouření, které vycházely z top managementu především od

hlavní sestry a ředitele IKEM. Ředitel dle mých zjištění prosazoval hlavně zvýšení pracovní výkonnosti. Hlavní sestra se v rozhovoru zmiňuje také o zvýšení image zařízení. Interní motivy pro změnu byly podporovány touto vnitřní motivací managementu zaměřenou na pracovní výkon a vylepšení celkové image, ta ale zůstala bohužel pouze na úrovni vysokého vedení a nebyla podpořena zaměstnanci, ani středním managementem.

Nedostatečná podpora vedení může být podle Patona a MC Colmana (2000) také důvodem pro nedostatečnou implementaci změn. Šmída (2007: 22) pojednává o tom, že by se *„management při vedení změn měl zajímat jak o vnitřní tak vnější prostředí organizace a zkoumat faktory, které organizaci ovlivňují.“*

Mezi významné faktory změn, které vznikají uvnitř organizace, patří podle Průši (2010: 30) hlavně faktory související s procesy a faktory související s lidmi. *„Faktory, které úzce souvisejí lidmi, jsou ovlivňovány především rozhodováním, komunikací a interpersonálními vztahy.“* Manažeři, kteří berou v potaz veškeré síly a stimuly, které jsou hybným motorem změny, musí umět využít tyto faktory jako pomoci při stimulování primárních aktivit pro změnu. Kotter (2008) hovoří o vyvolání všeobecného pocitu naléhavosti, jeho posilování podle něj představuje stav nerovnováhy, která začíná být vědomá. Vědomí dysbalance vyvolá v lidech silnou touhu o problému hovořit. *„Zaměstnanci mezi sebou začínají diskutovat t o tom, že se situací, která je neúnosná musí něco udělat.“* (Kotter, 2003: 104) Podle Kottera (2008) tato naléhavost nemusí být vyvolána pouze vědomím problémů, či hrozeb, ale také uvědoměním příležitostí, které se organizaci naskytnou.

V případě procesu řízení změny v IKEM tato naléhavost změny a pochopení její urgentnosti se projevily, ale bohužel pouze u některých vedoucích pracovníků, tedy hlavní sestry, náměstkyně, ředitele a několika vedoucích oddělení kvality. Tito pracovníci si uvědomovali potřebu vyřešit kritickou situaci vyvolanou kouřením a rozhodli se tak pro striktnější způsob regulace. Hlavním stimulem změny bylo *„řešit problematiku kouření“* (náměstek IKEM, 2014). Tato regulace se omezila na další restriktce, tedy zúžení kuřáckých míst a zavedení trestů. Důvodem pro iniciaci změny bylo podle hlavní sestry časté kouření na všech kuřáckých místech v organizaci, kde se *„srocovaly skupiny kouřících zdravotníků“*. Před regulací bylo kouření povoleno také v místech vstupních prostor do zdravotnického zařízení, kde kouřící zdravotníci přicházeli často do styku s klienty zařízení, kteří do organizace přicházeli a vyžadovali zdravotní péči.

To nebudilo zrovna dobrý dojem. Podle slov hlavní sestry touto *“image organizace velice trpěla a bylo nutné nastolit taková opatření, aby k tomu nedocházelo.”* (rozhovor s hlavní sestrou, 2014) Důvodem managementu pro zavedení změny byl podle náměstka i úplný zákaz kouření v organizaci včetně míst, která si kuřáci oblíbili. Cílem vedení bylo vybrat taková místa, která nejsou „očí klientů“, kteří do organizace přichází čerpat zdravotní služby, přístupná. Změna tedy vycházela především z potřeby zvýšení pracovního výkonu zaměstnanců a zvýšení image organizace před klienty.

Stimulem změny a předmětem naléhavosti byla pro management image organizace pošramocená přístupem kuřáků. Kotter hovoří o tom, že je nutné vyvolat všeobecný pocit naléhavosti změny. K tomu však v organizaci IKEM nedošlo. Jednotliví zaměstnanci o plánované změně vůbec nevěděli, natož aby si uvědomovali její naléhavost, či o ní byli informováni. K tomu, aby naléhavá potřeba změny vznikla, tedy uvědomění si její naléhavosti, by podle mého názoru musela být vyvinuta výrazná aktivita, která by již na počátku ovlivňovala postoje lidí v organizaci. Působit na postoje kuřáků, tedy záměrně usilovat o to, aby se postavili ke kouření jako k problému, se kterým je potřeba něco dělat, či dokonce začít odvykat, je velice těžké. Měnit postoje lidí je jednak problematické, časově náročné a často neúspěšné. K tomu, aby kuřáci pocítili naléhavost změny, by bylo zapotřebí emočního šoku, který by změnil postoje ke kouření, nebo alespoň vzbudila pocit, že jejich kouření není v pořádku.

V této fázi se však na kuřáky, kteří jsou pro realizaci změny klíčoví, nijak nepůsobilo a nebyly vytvořeny podmínky pro vyvolání naléhavosti a připravenost kolektivu pro změnu. Lewin a Shein (2005: 22) nazývají tuto primární fázi pro změnu jako fázi rozmrazení (Unfreezing), *„významné je podle nich v této fázi budování motivace jednotlivých aktérů“*. Primárním úkolem manažerů je podle nich také *„rozmrazení postojů“* a chování, aby bylo manažersky možné zvládnout odpor. Tento odpor lze podle Lewina překonat prostřednictvím několika zásad. První z nich je zdůvodnění změny, aby byli zaměstnanci ke změně vstřícnější. Dalším principem jsou projevy empatie ze strany manažerů, aby zaměstnanci věděli, že vedení si je vědomo potíží, které jim změnou způsobí. Poslední podmínkou pro rozmrazení je také srozumitelná a jasná komunikace, která rozptýlí obavy zaměstnanců z neznámého. Celá fáze musí probíhat na všech úrovních organizace. (Lewin, Shein, 2005) Tyto principy podstatné pro rozmrazení postojů a chování neproběhly v IKEM úspěšně. Změna nebyla nijak zdůvodněna ani zaměstnancům, ani středním manažerům. Komunikace v obou

směrech byla minimální. Stejně tak zůstal zcela nevyužit prostor k empatickému chování manažerů. Pokud se zaměříme na to, kdo, respektive, které osoby nebo na kterých pracovních pozicích byly osoby pro změnu v IKEM motivovány a jakým způsobem, zjistíme, že motivaci ke změně měl pouze vrcholový management, tedy ředitel, hlavní sestra, náměstek a oddělení kvality, to jsou osoby zainteresované především v oblasti „top managementu“. Střední oblast managementu včetně zaměstnanců byla při „vytváření nálady“ pro změnu vynechána.

Lojda zdůrazňuje, že klíčovým faktorem pro úspěšnost nastartování změny je nejprve motivace a dále také informovanost vedení v oblasti středního managementu. Zdůrazňuje: že vzbuzení stimulů a vytváření atmosféry pro změnu je dobré až v momentě, kdy je pro její realizaci motivován management střední úrovně. (Lojda, 2011: 223) Kotter dále apeluje na manažery, že velmi důležitou podmínkou pro úspěšnost této fáze je zahájit, manažerské aktivity, které budou bránit zahájení změny již v tomto momentě. (Kotter, 2008) Při srovnání startovací fáze změny regulace kouření v IKEM, je patrné že již zde se objevují v realizaci první nedostatky. Z informací, které jsem získala z rozhovorů s respondenty, jsem se dozvěděla, že nebyli motivováni pro změnu a stimuly vedoucí ke změně nevycházely z řad zaměstnanců. Manažeři nevytvořili žádné podpůrné koalice, které by podporovaly nutnost změny.

Tato naléhavost v IKEM tedy vzbuzena nebyla a střední manažeři v tom samém momentě, kdy měli informovat své podřízené, sami neměli povědomí o naléhavosti změny, chyběl jim výraznější motiv pro změnu, než pouze motiv vyhovět svým přímým nadřízeným. Kotter doporučuje taktiku, jež spočívá v omezování pocitu sebeuspokojení, tlumení strachu a obav. (Kotter, 2003) Z informací které mám o realizaci změně IKEM od respondentů, bych naopak nazvala použitou taktiku jako strategií tlaku na zaměstnance a vytvoření obav, které nebyly nijak ošetřeny ani tlumeny.

8.2.2 Sestavte vůdčí tým

Podle Kottera je v této fázi vedení změny nutné sestavit vůdčí tým, který bude změnu realizovat. *„Důraz při výběru vhodných lidí má být kladen na jejich osobní vlastnosti a rysy, a ještě důležitějším manažerským úkolem je podle něj také zvážit jaké mají tyto osoby pravomoci tomu, aby mohly podněcovat úsilí, které je zaměřené na změnu“* (Kotter, 2008: 28). Z rozhovorů s top managementem jsem nedostala konkrétní informaci o tom, od koho vlastně vycházely jednotlivé aktivity pro realizaci změny. Z

implementované změny v IKEM není z patrné, kdo z aktérů změny stojí na jakém postu a jakou má v procesu regulace roli. Také jsem se nedozvěděla, jak byla rozdělena manažerská odpovědnost mezi jednotlivé aktéry změny a jen velice matně jsem zjistila přesné informace o kompetencích a odpovědnosti jednotlivých manažerů.

Podle Grasseové (2010: 16), můžeme rozdělit aktéry změny na následující tým lidí, který se skládá z aktérů změny, tedy osob, hrajících v procesu změny jednotlivé role:

- Konstruktor změny: Navrhuje způsob jakým změnu provést a implementovat.
- Realizátor změny: Uskutečňuje změnu.
- Uživatel změny: Využívá a nese důsledky změny.
- Investor změny: Poskytuje prostředky a zdroje k realizaci změny.

Iniciátorem změny je osoba, která je důležitým aktivátorem nutnosti změny v organizaci a přichází s vizí pro změnu. Musí to tedy být osobnost, která má určité charisma, musí být v organizaci vážená a měla by mít moc strhnutí aktivity změny pro ostatní. V případě regulace IKEM byli konstruktéři procesu změny, ředitel a hlavní sestra. Z rozhovorů s nimi se dozvídám, že to byli právě oni, od kterých vycházela primární aktivita pro regulaci. Ředitel IKEM v celém procesu ještě zastává roli investora změny, tedy zastřešuje celý proces změny a poskytuje zdroje pro její realizaci.

Konstruktor změny a také jedinou osobou, která měla v celé regulaci dokumenty upravenou pravomoc a tím i danou zodpovědnost byl náměstek IKEM pro techniku a provoz. Jak vyplývá z provozního řádu, bylo jeho hlavním úkolem vyhrazení míst pro kouření jejich označení ale také kontrola regulačních opatření. (Nařízení ředitele IKEM) V kompetenci náměstka, je dále také udělování jednotlivých postihů, v případě porušení zákazu kouření v organizaci. Realizátorem změny, tedy osobou, která je strůjcem změny a změnu v organizaci přímo uskutečňuje, byl jednoznačně střední management. Manažeři na střední úrovni vedení, byli pověřeni k tomu, aby o změně informovali zaměstnance, a podle slov náměstka byli zároveň pověřeni kontrolou svých úseků. Mají tedy sami kontrolovat zaměstnance, zda kouří na povolených místech a podle slov hlavní sestry měli také zavést jednotlivá pravidla na svých odděleních.

Uživatелеm změny jsou všichni zaměstnanci IKEM. Nejvíce se změny dotkly a dotýkají kuřáků, jejichž aktivity jsou omezovány.

V IKEM nebyla zvolena přímá osoba, které by byla uložena koordinace celého procesu změny. Jednoznačně tedy chybí koordinátor změny, který by dohlížel na celý proces. Plánování změny probíhalo na oddělení kvality, kde se zaměřili především na výběr míst, která pro kouření budou povolena. Do výběru kuřáckých míst, byli zapojeni pracovníci z oddělení kvality a také hlavní sestra. Lacko (2012) zmiňuje, že je velmi vhodné při plánování změny utvořit tým lidí, kteří si důvěřují a mají vzájemně vytvářet takovou atmosféru, aby si důvěřovali a pociťovali vzájemné emocionální vazby. Z informací, které jsem o regulaci IKEM získala, mám dojem, že každý „aktér změny“ jednal spíše odděleně, bez provázanosti a napojení na ostatní aktéry změny a vlastně se ani nejednalo o týmovou práci. Působí to na mě spíše tak, že jednotliví manažeři hájili spíše své zájmy.

Do týmu, který změnu uskutečňoval, nebyli zařazeni zaměstnanci. Lidé v organizaci se tedy nemohli do změny zapojit ani ji plánovat a o plánování regulace byli informováni minimálně. Podle Machana je namístě aby v případě, že je již stanoven realizační tým, byl dalším následujícím krokem plán změny, který obsahuje souhrn jednotlivých kroků změny (Machan, 2012). Dalším nedostatkem vedení změny v organizaci IKEM vidím především v tom, jak byla změna plánována. Z rozhovorů s managementem jsem se dozvěděla, že nebyl vytvořen žádný konkrétní plán postupu regulace kouření v jednotlivých krocích. Představitelé vrcholného vedení organizace se během několika schůzek dohodli na tom, že zruší kuřácká místa a zavedou postihy. Během dalších schůzek se prostřednictvím zapojení úseku kvality dohodli, která místa kuřácká místa zůstanou a která budou naopak zrušena. Dalším krokem tohoto „nepísaného plánu“ bylo zavést tuto změnu do dokumentů. Po změně příslušných dokumentů, tedy provozního řádu a Nařízení ředitele IKEM, byl teprve o změně informován střední úsek managementu a od jeho jednotlivých manažerů obdrželi informace řadoví zaměstnanci.

Podle Kubíčkové a Raise (2012) je také hned na počátku realizace změny potřeba připravit plán změny, který by podle nich měl nejprve spočívat v zajištění všech dostupných informací, které je dobré získat nejčastěji formou strategické analýzy organizace. „Z té je pak vhodné vycházet při ustanovení jednotlivých, dílčích cílů a tvorby plánu jejich implementace.“ (Kubíčková, Rais 2012: 64). Z rozhovoru s hlavní

sestrou jsem se dozvěděla, že při plánování a řízení změny v IKEM management neprováděl žádnou analýzu, která by pomohla předcházet rizikům v implementaci změny. Absence stěžejních informací (počet kuřáků v organizaci, analýza navštěvovanosti kuřáckých míst, analýza dostupnosti kuřáckých míst jednotlivým zaměstnancům), absence plánu jednotlivých kroků a absence analýzy současné situace (strategie, analýza silového pole) vedl nedostatečné připravenosti ke změnám, zvládání problémů, které změna přinesla. Přitom, Machan zdůrazňuje, že vytvoření plánu, či určitého scénáře změny je nutné hlavně pro to, aby naplánované kroky, umožnily manažerům předcházet problémům a rizikům nepřijetí změny zaměstnanci. (Machan 2012). Každá změna je podle Kubíčkové a Raise (2012) v podstatě riziková, problémem její implementace není ji jen naplánovat a iniciovat, ale hlavně zavést a udržet. Proto je při vytváření plánu změny doporučováno myslet dopředu také na rizika, které změna přináší. Riziko je obecně charakterizováno jako stav, který předpokládáme, ale u kterého ne-víme, zda a v jakém rozsahu nastane. Podle Smejkal a Raise (2013: 33) je *„cílem zvládání rizik, zamezit působení již existujících i budoucích faktorů a navržení vhodných řešení, která pomáhají eliminovat účinek nežádoucích vlivů a naopak umožňují využít příležitost působení.“* Hlavním prostředkem a podmínkou pro efektivní zvládání rizik by měl podle Machana spočívat v proaktivním přístupu manažerů, který umožňuje získat o předpokládaném riziku co nejvíce informací, ty jsou hlavním prostředkem v prevenci rizika. *„Tvorba preventivních opatření vede k částečnému, nebo plnému omezení rizika.“* (Machan, 2012: 56). Nedostatkem plánování změny regulující kouření v IKEM bylo, že taková analýza rizik opět nebyla provedena, rizika tak nemohla být dopředu rozpoznána a vyhodnocována. Pokud bychom se chtěli zaměřit na nejčastější rizika, která brání všeobecně implementaci změn v organizacích, charakterizuje Smejkal a Rais jako nejčastější rizikové situace právě tyto: (Smejkal, Rais, 2013: 32)

- Nedostatečně stanovení cílů změny
- Nedostatečné řízení velkého množství požadavků na změnu
- Vliv pocházející z externího a interního prostředí, které nelze řídit.
- Silné bariéry a rezistence vůči změně panující v organizaci
- Nedostatečná propagace změn a její nepřijetí mimo organizaci

Je závažnější a zároveň alarmující, že všechna tato rizika představující bariéry pro organizační změnu můžeme nalézt právě při implementaci změny v IKEM. Tím, že

nebyl vytvořen žádný rizikový plán a riziko tak nemohlo být řízeno, management nebyl dostatečně připravený na jeho zvládnání a to vidím jako velkou chybu ze strany managementu.

8.2.3 Formulujte správnou vizi

Podle Kottera je hlavním cílem třetí fáze jeho modelu změny, vytvoření vize, kterou by měli sdílet všichni zaměstnanci, včetně vedení organizace. (Kotter, 2008) Šmída popisuje účinně vytvořenou vizi jako „podobu budování firmy v budoucnosti, tato vize by podle něj měla obsahovat reálně dosažitelné cíle.“ (Šmída, 2007: 33) Na základě analýzy informací, které mi poskytly náhled na to, jak byla společná vize v IKEM formulována, můžeme říci, že velice nejasně. Tato vize byla formulována spíše formou popisu jednotlivých cílů regulace. Šmída zdůrazňuje, „...že vize musí být srozumitelná, jednoznačná a reálná, musí tedy reagovat na změnu podmínek.“ (Šmída, 2007: 33).

Když jsem s vedením hovořila o hlavních cílech a vizi, spočíval hlavní cíl, podle vedení v zavedení efektivní regulace kouření. Původní aktivita pro změnu, vycházela hlavně ze změny legislativních předpisů (zákon č. 375/2005 Sb.), potřeba regulovat kouření jiným, striktnějším způsobem se objevila až v průběhu již stanovené, regulace. Výsledkem regulace IKEM, který by chtěli manažeři dosáhnout je budoucí vize IKEM, jako podniku, „který bude efektivně zvládat regulaci kouření tak, že se zvýší výkonnost zaměstnanců, kteří kouří, sníží se počet kuřáků v pracovní době a stoupne celková image organizace.“ (náměstek IKEM, 2014) Vedení se mi také zmínilo o projektu Healthy hospitals, který by měl být v návaznosti na tuto změnu zaveden. Podle slov hlavní sestry, se vedení projekt líbí, hlavně proto, že údaje ze zahraničí potvrzují jeho efektivitu.

Taková byla představa vize managementu, v začátku projektu. Podle hlavní sestry by měl být IKEM v“ budoucnu zařízením, které podporuje jak nekuřáky, tak kuřáky, kterým je ochoten podat pomocnou ruku“. Vizí, je podle ní IKEM jako jedna z nemocnic, která se zapojí do sítě zdravých nemocnic, jež jsou místem podpory kuřáků. Problémem je, že již každý člen vedení má vizi definovanou jinak a se tak vize rozchází již v samotném managementu. Ředitel a náměstek vidí kouření v IKEM jako problém, který je třeba především regulovat cestou přísných opatření, jako jsou tresty a zúžení kuřáckého prostoru. Hlavní sestra si organizaci představuje v budoucnosti jako místo,

kteřé především podporuje a pomáhá v tom, aby její zaměstnanci nekouřili, opravdu se tedy zajímá o směřování organizace v budoucnosti, zatímco ostatní manažeři, hledají spíše nástroje jak docílit regulace a nejde o tvorbu, vize. Dalším problémem, jsou kromě neshody plánování vize, je, fakt, že do její tvorby nebyli nijak zapojeni zaměstnanci.

Podle Kottera (2008: 108) by „*tvorba vize měla být podporována formou vůdčího týmu a měla by vést k rozpracování odvážných strategií, které promění smělé vize ve skutečnost.*“ Když se zaměřím na informovanost zaměstnanců v procesu regulace kouření, můžu směle říci, že zaměstnancům nebyla sdělena tato společná vize ba ani cíl regulace, se kterými by se mohli ztotožnit. Vize a její společná tvorba je podle Šmídy někdy také cestou jak dostat zaměstnance z nelichotivé situace. „*Vize tak pro ně může pro ně představovat i vysvobození, přestože si budou vědomi toho, že cesta k ní není jednoduchá a budou muset překonat řadu překážek*“ (Šmída, 2013: 122) Průša charakterizuje vizi pro změnu jako „přesvědčení, kterým se bude řídit úsilí o změnu. (Průša, 2010) Vize představuje určitý motor změny, který je schopen změnu nastartovat, al zároveň ji udržet vchodu. V IKEM byla vize vytvořená jen částečně, úsilí ji tvořit vycházelo u každého člena týmu s jinými motivy a cíli změny. Jednotliví manažeři organizace si představují organizaci v budoucnosti jinak, proto nemůžeme nazvat tuto vizi jako společnou. Vize IKEM v procesu regulace nesrozumitelná a nejasná hlavně pro zaměstnance, kteří o ni nemají povědomí, protože do procesu tvorby vize nebyli nijak zapojeni.

8.2.4 Šířte vizi změny a získávejte její stoupence

V případě, že není správně formulována vize změny, není možné ji šířit a není možné požadovat od zaměstnanců, aby se s ní ztotožnili. I v této fázi Kotter apeluje na manažery, aby se soustředili na tvorbu správné vize a její šíření v organizaci. „*Šíření vize umožňuje organizaci vytvářet dobrá spojení a vzniká tak určitá koalice pro změnu, která se vytváří postupně.*“ (Kotter, 2008: 23) V IKEM byla vize sice utvořena především z manažerského pohledu, tato vize ovšem, jak jsem uvedla, nebyla sdílena na všech pozicích, kde sdílena být měla. Podle mých zjištění se informace o projektu změny a vizi šířily velice rychle z top managementu do úrovně středních vrstev vedení, ale tam se její šíření zastavilo. Představitelé top managementu předali informace o změně hlavním představitelům managementu střední úrovně během jedné informační schůzky, kde tito vedoucí pracovníci dostali pokyny, jak mají postupovat při předání

informací zaměstnancům. Z rozhovorů s těmito manažery vyplývá fakt, že jejich informovanost o vizi byla nejenom nedostatečná, ale nedostali pokyn k tomu, aby tuto vizi šířili či sdíleli se zaměstnanci. Podle slov jednoho z nich, bylo podstatné hlavně to, aby zaměstnanci dostali informace o změně, ale důvody změny a její vize nebyla provedení, ani pro některé představitele středního managementu podstatná. Grasseová (2010: 27) zdůrazňuje že *„podněty k utvoření vize by měly být společné. Vize by měla být vytvořena společnými silami lidí v organizaci, tedy spojením jejich představ o budoucnosti organizace.“* Průša (2010: 234) také varuje, že *„pokud není vize šířena, není možné, aby v organizaci vznikaly koalice a spojení pro tolik potřebnou realizaci změny.“* Zaměřím-li se na informace z rozhovorů s vedením na různých úrovních, byla vize ředitele a vrcholného managementu šířena jen minimálně. Ze zjištění vyplynulo, že ani oblast středního managementu nebyla zapojena do určování a tvorby správné vize. Z rozhovorů s manažery z oblasti středního vedení jsem se dozvěděla, že ke změně mají odlišné postoje než top management. Vrchní sestra z nejmenovaného oddělení například sdělila, že dopředu očekávala neúspěch regulace, protože věděla, že tato cesta regulace není optimální pro všechny kuřáky organizace. Stejně negativně se vyjádřila i k trestům, které podle ní nemohou zaměstnance motivovat k snížení množství cigaret vykouřených během pracovní doby. Další vedoucí pracovník se v rozhovoru vyjadřoval s nedůvěrou k celému regulačnímu opatření a také potvrdil obavy své kolegyně, že regulace bude fungovat jen na určitých odděleních, ale ti, co budou chtít tato opatření porušovat, si podle něj cestu vždy najdou. Stejný manažer mi také potvrdil, že již dopředu očekával, že regulace kouření touto cestou, vyvolá odpor zaměstnanců. Manažeři střední úrovně se tedy se změnou podle mého názoru neztotožnili, ale zároveň neměli ani podněty z vedení k tomu, aby vizi šířili. Vize tedy nebyla komplexně ani sdílena, ani šířena a to může být hlavním důvodem, proč tuto vizi nemohli sdílet ani zaměstnanci organizace.

Když jsem pátrala po informacích, které měli zaměstnanci o vizi a jak jim manažeři tuto vizi prezentovali, dozvěděla jsem se, že zaměstnanci o vizi, kterou sdíleli mezi sebou manažeři na nejvyšší úrovni vedení, nemají povědomí. Byla jim sdělena pouze nová opatření, ale jejich účel ani důvody neznali. *„Sdílení vize je důležitou oblastí, jejíž šíření musí vycházet z reálných cílů a manažeři by měli doplňovat vizi hlavně o informace napovídající, jakým způsobem lze této vize dosáhnout.“* (Machan, 2012: 141) Z mého šetření plyne, že zaměstnanci věděli jen o změně kuřáckých míst a postizích, které nově za porušení pracovní kázně hrozí. Vrcholný management aplikoval

změnu tak, že právě zaměstnanci měli být nástrojem k splnění jejich vize. Ti o tom ale sami nevědí.

Podle výpovědí respondentů, se kterými jsem hovořila, je patrné, že jim nebyla regulace vhodně oznámena, neměli čas na přípravu ani zpětnou vazbu, neproběhla žádná diskuze ani příprava na regulaci. Z rozhovorů, které jsem s některými zaměstnanci a vedením organizace vedla, jsem zjistila, že zaměstnanci se dozvěděli o změně regulujících předpisů od svých přímých nadřízených během pravidelných schůzek, a to během sanitárního dne v lednu 2013. V průběhu těchto schůzek měli být podle vedení informováni osobně svými nadřízenými všichni zaměstnanci. V některých případech však z rozhovorů s respondenty vyplývá, že byli informováni hlavně kuřáci a ne zaměstnanci, kteří nekouří.

Někteří respondenti z řad lékařů uvedli, že nebyli o změně informováni ústně, ale byli vybídnuti k tomu, aby si informace nastudovali na intranetu IKEM v dokumentu nařízení ředitele a také v pracovním řádu IKEM, což někteří udělali a někteří neudělali. Zaměstnanci byli na těchto schůzkách informováni o změně kuřáckých míst, zákazu kouření v areálu a na místech, která byla kouření vyhrazena dříve. Během schůzky jim byly sděleny postihy za porušení regulace, které dříve nebyly v organizaci zavedeny. Z rozhovorů jsem se také dozvěděla, že zaměstnanci vědí, že jim hrozí postihy v případě porušení pracovní kázně a kouření na místech, která k tomu nejsou určena. Výši takových postihů však neznají přesně. (Mnozí respondenti uvedli, že jim hrozí finanční tresty, nebo odebrání osobního ohodnocení. Přesnou výši finanční pokuty však neuvedl nikdo z dotazovaných.). Zaměstnanci organizace nedostali jiné informace než údaje o změně kuřáckých míst a postizích. Mohli si přečíst ustanovení ředitele na intranetu IKEM i provozní řád, ale v těchto dokumentech nejsou obsažena jiná sdělení než ta, jak se mají v organizaci chovat a jak mají správně opatření dodržovat. Například zde postrádám informace o plánovaném projektu, do kterého by se zařízení chtělo zapojit, tedy projektu, který by je měl podpořit v odvykání a podal ji pomocnou ruku. Zaměstnanci také nedostali žádné informace o zavedené poradně proti kouření, někteří doposud nevěděli a nevědí ani o její existenci, natož o tom, jakým způsobem funguje, kdo sem může zajít, jak je služba hrazena. Tedy chybějí převážně informace, které již samotné by mohly být návodem, jak je možné začít kouření odvykat. Informace, kde mohou najít odborníky, kteří se té-matu kouření věnují, a mohli by kuřáky motivovat k odvykání.

8.2.5 Uvolňujte prostor pro jednání a podporujte je

Tato fáze je podle Kottera vhodná k odstraňování bariér, které překážejí těm, kdo skutečně přijali vizi a strategie za své. Jak avizuje Kotter v názvu tohoto kroku, cílem je uvolňovat prostor pro jednání a jeho podpora. Prostor, který byl v IKEM nabídnut jak zaměstnancům, tak střednímu managementu při zapojení se do procesu změn, byl téměř nulový. Střední management zde sloužil pouze jako prostřední článek, který měl jednak šířit informace a také kontrolovat realizaci změny. Žádné další úkoly se od manažerů na těchto pozicích dle náměstka neočekávalo. Kotter (2008: 102) také zdůrazňuje, *„že pro podporu změn, je velmi dobré překonávání významných překážek v jednotlivých organizačních jednotkách, ale také v srdcích zaměstnanců tak, aby mohli změnit své chování a nevytvářet odpor ke změně.“* Zaměstnanci v IKEM však byli z fáze projednávání změny zcela vynecháni. Změna jim byla pouze oznámena a očekávalo se od nich, že ji velmi rychle přijmou. *„Pokud má dojít k posunu, musí být tato změna aktivně řízena prostřednictvím postupného zapojování jednotlivých účastníků změny a poté probíhá kontrola, jak se změna projevuje v jejich chování a postojích.“* (Lewin, Shein 2005: 105). Tato fáze je velmi aktivním stádiem řízení změny, do které by se měli postupně zapojovat všichni účastníci změny.

Zaměstnanci, se kterými jsem na toto téma hovořila, mluvili o tom, že neměli prostor zapojit se do procesu změny jiným způsobem než tak, že buď vyhoví novému opatření a uposlechnou ho, či nevyhoví a „zákazy neuposlechnou“. Někteří udávají, že byli vlastně podníceni k tomu, aby hledali vlastní cestu, jak vyhovět svým potřebám a zároveň vyhovět i opatření zaměstnavatele. Zaměstnanci v rozhovorech pojmají tuto „vlastní cestu“ jako určitý podnět k jejímu hledání, či hledání nouzových řešení, která jim umožní v organizaci kouřit, anebo naopak zvolit takovou strategii, která by jim umožnila se co nejvíce regulaci přizpůsobit tak, aby jejich dosavadní pracovní, ale i životní styl, byl co nejméně změnami narušen. Prostor pro jednání a vyjednávání o změně byl tak zcela uzavřen. V případě nesouhlasu s takto realizovanou změnou zaměstnanci sice mohli apelovat na střední management a stěžovat si u svých přímých nadřízených, ale většina z nich to neudělala, protože si byli vědomi předpokládané nízké odezvy. Z toho je také patrná další obecnější otázka, zda zaměstnanci v organizaci

mají vůbec prostor k jednání o obecných problémech, nejen o problematice kouření, ale i jiných otázkách. Od hlavní sestry i vedení na nižších úrovních managementu jsem se dozvěděla, že si zaměstnanci na počátku regulace stěžovali na nová kuřácká místa. Nevyhovovala jim především nedostupnost míst a některým vadila hlavně nízká kulturní úroveň a nečistota na místech. Stížnosti zaměstnanců však byly všeobecně potlačeny. Všichni dotazovaní respondenti se shodují, že stěžovat si bylo zbytečné. Udávají, že nedostali na své otázky a stížnosti odpovědi a dodávají, že se jejich připomínky z oblasti nižších struktur řízení nedostaly na vyšší úrovně řízení. Hlavní sestra v rozhovoru uvedla, že byla informována o nespokojenosti zaměstnanců, „ale na vedení se čekalo, až bude počáteční odpor překonán a změna se přesto ujme“. Z rozhovorů je také patrné, že respondentům se nelíbil hlavně styl, jakým jim bylo regulační opatření ze strany zaměstnavatele podáno a jak rychle regulace proběhla.

Zaměstnanci v rozhovorech také uvádí, že jim bylo v případě sdělování informací o trestech také často vyhrožováno ztrátou zaměstnání, ale i formou finančních postihů. *„Vyhrožování je dost rizikovou záležitostí, protože destabilizuje pohodu na pracovišti a způsobuje nepřátelství.“* (Kubíčková a Rais, 2012: 157) Zaměstnancům kromě vyhrožování ze strany manažerů IKEM vadilo hlavně to, že s nimi nebyla vedena diskuze, ve které by mohli k regulačním opatřením sdělit své názory a připomínky. Jak uvádějí často v rozhovorech, bylo vůči nim manažery použito právě toto manipulativní chování, někdy včetně výhrůžky ztráty zaměstnání. Nemluvě o tom, že celá regulace je postavena na zavedení trestů, které mají být hlavním motivem pro zaměstnance k tomu, aby regulaci dodržovali.

Ve skutečnosti však právě toto jednání vyvolalo silící odpor a chování vedoucí k porušování předpisů. Doletal a Lacko avizují, že: *„...použití tlaku není všeobecně dobrou taktikou, hovoří o tom, že tlak můžeme vytvářet pouze za předpokladu, že vnímáme své spolupracovníky, jako partnery a očekáváme jejich obranu, jinak jde o prosté donucování s pramalým dlouhodobým efektem.“* (Doletal, Lacko, 2009: 105) Zaměstnanci IKEM opatření přijali, protože ho přijmout museli, a to se odráží na jejich přístupu k dodržování některých opatření. Většina kuřáků, se kterými jsem hovořila, se vyjádřila k tomu, že by v realizaci změny potřebovali větší podporu od zaměstnavatele, kterou vidí především ve větší vstřícnosti nejen k jejich zlovyku, ale také v komunikaci o problematice kouření, která jim v procesu změny chyběla. Kotter ve svém modelu upozorňuje, že komunikace je velice potřebným nástrojem pro překonávání odporu vůči

změnám a nedostatečnou komunikaci představuje jako jednu z nejdůležitějších překážek, která je hlavním důvodem selhávání řady manažerů při zavádění změn v organizacích. (Kotter, 2003) Lacko doporučuje strategie, které jsou vhodné k minimalizaci negativních postojů ke změnám. Zahrnují vzdělávání a komunikaci, participaci na změnách, usnadnění a podporu včetně vyjednávání a dohody se zaměstnanci. „Tyto techniky jsou nemanipulativní a asertivní způsob jak překonat komunikační bariéry. Zároveň také představuje určité strategie, které nejsou efektivní a vhodné k zvládnutí změny a mohou být naopak bariérou v jejím prosazení.“ (Doletal, Lacko, 2012: 56).

1. Vzdělávání a komunikace. Nejčastěji užívanou a jistě i nejjednodušší cestou, jak snížit odpor, je komunikovat s lidmi, informovat je, vzdělávat a vychovávat je ještě předtím, než ke změnám dojde.

2. Participace a zapojení. Zapojíme-li ty, jichž se změny dotýkají, do projektování a samotné realizace změn, zvýšíme tím jejich angažovanost. Jestliže lidé mají pocit, že jejich nápady a připomínky byly brány v úvahu při přípravě změny, jejich odpor se snižuje a jsou ochotnější na změny přistoupit.

3. Usnadnění a podpora. Podpora a pomoc managementu lidem je v období realizace změny velmi důležitým aspektem. Zvláště významné je ukázat zájem o podřízené, pozorně jim naslouchat, postavit se za ně v nějaké pro ně důležité záležitosti a snažit se jim ulehčit změnu v případě, že je odpor vyvoláván strachem a úzkostí.

4. Vyjednávání a dohoda. Další možností, jak lze snížit odpor, je vyjednávání. Diskuse a analýza může pomoci manažerům nalézt předměty vyjednávání a dohody. Součástí dohody je poskytnout druhé straně něco na oplátku. Protože pokud chceme někoho přimět, aby udělal něco, co pro něj není výhodné a prospěšné, musíme mu za to něco poskytnout.

5. Manipulace a kooptace. Manipulace znamená použití pochybných taktik k přesvědčování ostatních lidí, že změna je v jejich nejlepším zájmu. Manipulace může být zadržení nějaké informace, poštvání jedné osoby proti druhé nebo poskytnutí tendenční informace. Kooptování nějakého jedince znamená dát mu při projektování a realizaci změny hlavní roli. Manipulace a kooptace naráží na problém etiky, a proto je třeba odstoupit od širšího používání těchto postupů.

6. Zřetelné a předpokládané násilí.

Jestliže se manažeři dopouštějí vyhrožování, dochází k používání zřetelného nebo předpokládaného násilí. Mezi nejčastěji používané hrozby patří vyhrožování ztrátou zaměstnání, ztrátou nebo omezením možností povýšení, přidělením horší práce nebo ztrátou výsad a výhod. Záměrem násilí je snížit odpor zaměstnanců ke změnám iniciovaným managementem. Manažeři na střední úrovni vedení IKEM se podle mého názoru obávali se zaměstnanci diskutovat o změně, především ze strachu z jejich reakcí na změnu, jejich odporu, ale také z toho, že neměli chuť se více angažovat kvůli obavám z vyhocených diskuzí či konfliktních situací, které změny vyvolaly. Grasseová (2010) upozorňuje, že je velmi častou chybou manažerů přesvědčení, že konflikty a obrana vůči změně jsou projevem slabosti jejich manažerských schopností nebo projevem nesprávné realizace změny. *„Je potřeba zdůraznit, že nesouhlasné argumenty a konflikty jsou pro proces významné a jsou výsledným pozitivním faktorem.“* (Grasseová, 2010 : 108) To byla podle mě jedna z příčin odporu ke změně v organizaci a tento odpor byl podpořen ještě celkovým násilným stylem jednání manažerů. Na zaměstnance, kteří dostali minimum informací, zároveň bylo ještě vyvinuto násilí a tlak, aby změnu co nejrychleji přijali a přizpůsobili se jí.

Lojda (2011) kritizuje manažery, kteří využívají taktiku nátlaku na své zaměstnance, právě z důvodu nízké efektivity a vyvolání sil odporu. Jak tedy vyplývá z mé analýzy, manažeři IKEM využili pro sdílení vize spíše techniky a taktiky, které jsou neefektivní a vedly k odporu. Management IKEM chyboval nejen v tom, že nedostatečně informoval, neuspokojivě komunikoval a vyvíjel nátlak, ale neodhadl ani tempo implementace změny. Opatření měla okamžitou platnost a zaměstnanci se změně nemohli přizpůsobit. Většina změn podle Lacka potřebuje pro implementaci dostatek času. Doletal a Lacko upřesňují, že *„je třeba respektovat, že změny nejsou technickým opatřením a příprava inovací vyššího řádu vyžaduje řádově několik let.“* (Doletal, Lacko, 2009: 44)

Regulace kouření je velkou změnu a potřebuje dostatek času na implementaci. Nelze požadovat od kuřáků, že ze dne na den sníží počet cigaret a začnou odvykat. Stejně tak, jak nelze měnit všechno naráz, zdůrazňuje dále Lacko fakt, že i „skupinové a individuální chování má dlouhodobou setrvačnost“. (Lacko, 2009: 101) Lojda se k tomuto názoru na rychlou implementaci změny připojuje a ještě charakterizuje přibližný časový úsek, který by si měl zapamatovat každý manažer. *„Pokud předpokládáme, že*

každá změna má jiný průběh, je třeba počítat s tím, že změnit návyky se může podařit přibližně za 1 měsíc, na změnu postojů je třeba čekat až 3 roky a změny chování se podaří realizovat za 6 let.“ (Lojda, 2011: 150) Na tomto orientačním časovém schématu vidíme, že nepřiměřená rychlost implementace změnám, (lidem v organizacích) nespovídá, zvláště v případě, pokud chceme implementovat změnu, která se dotýká jak postojů, tak chování zaměstnanců v organizaci, jak tomu bylo právě v IKEM.

8.2.6 Vytvářejte příležitosti k rychlým úspěchům

Podle Kottera (2008) je jednou z hlavních překážek pro úspěšné zvládnutí procesu změny obava lidí ze změny. V rozhovorech s některými kuřáky IKEM jsem se dozvěděla, že si zaměstnanci dělali obavy plynoucí především z nejistoty, která vznikla v souvislosti s nedostatkem informací. Podle Průši (2010: 13), „...každá změna vyvolává racionální i iracionální emocionální reakce, protože představuje určitou míru nejistoty“. Průša (tamtéž) vysvětluje, že „při zásadních změnách jsou lidé nuceni přehodnotit, co a jakým způsobem běžně dělají, musí si osvojit nové postoje, přístupy a dovednosti“. Lidé při těchto procesech často prožívají značnou nejistotu, zmatek anebo také vztek a obavy. Pro manažery, kteří vedou změny, je proto důležité, aby si uvědomovali tuto realitu. Každá změna od jedince také vyžaduje, aby vystoupil ze své zóny pohodlí, v jejímž rámci ví, co má dělat a očekávat. Kotter (2008) hovoří o fázi vytváření příležitostí k rychlým úspěchům jako o fázi, kde je pro manažery velice vhodné zaměřit se na motivaci v procesu změny a zvládnutí odporu, aby nedocházelo k rezistenci. Odpor vůči změně včetně vzniku rezistence bývá hodnocen jako manažersky špatné zvládnutí změny a může mít pro organizaci vážné důsledky. Kotter (2008: 43) jmenuje tyto důsledky „...jako jsou neuskutečnění strategií, růstu nákladů, ztráta motivace a důvěry zaměstnanců a neuskutečnění přínosů, které od změny očekáváme.“ (Kotter, 2008, 43) Kotter dále také avizuje, že v této fázi je nutné překonat odpor, či bránit tomu, aby k odporu vůbec došlo především „tvorbou malých vítězství“, která povedou k postupné motivaci stále většího množství lidí, až se počet odpůrců sníží na minimum (ibid). Motivace k aktivaci změny musí zviditelňovat úspěchy, ať jsou sebemenší. Manažeři by podle Machana také měli „...vytvářet dostatečně příležitosti k významnějším úspěchům, aby se zabránilo šíření cynických, pesimistických a skeptických postojů.“ (Machan, 2012: 165) Kotter (2008: 56) tento názor doplňuje tím, že „vedení musí pečovat o to, aby dosažené úspěchy byly nepřehlédnutelné, jednoznačně

srozumitelné a aby se vztahovaly k tomu, na čem lidem hluboce záleží“. Podle Smejkal a Raise (20143: 322) je odpor ke změnám naprosto normální reakcí lidí a management musí realizovat opatření, která povedou k minimalizaci tohoto odporu. Podle Grasseové (2010) je pro snadnější realizaci jakékoliv změny dobré zvážit důvody, proč se lidé změnám brání. V literatuře jsou popsány nejčastěji tyto čtyři hlavní důvody.

1. Úzký osobní zájem.

Lidé často nechťejí organizační změny z obavy, že ztratí něco, čeho si cení, obávají se, že budou připraveni o moc, prostředky, svobodu rozhodování, přátelství či prestiž. Právě v případech, kdy se objevuje nějaká obava ze ztráty, myslí lidé především na sebe a na to, o co možná v budoucnu přijdou. Jestliže odmítají změny, soustředí se především na své úzké zájmy. Prospěchu organizace a kolegů se přitom nepřikládá žádný, nebo jen malý význam.

2. Nepochopení a nedostatek důvěry.

Jestliže mezi jedincem a osobou iniciující změnu nepanuje dostatečná důvěra, je pravděpodobné, že dojde k nepochopení záměru a důsledků organizační změny. V organizacích s vysokou mírou nedůvěry je velmi pravděpodobné, že bude jakákoliv změna doprovázena nepochopením.

3. Různost pohledu a hodnocení situace.

Jelikož lidé vidí změny, jejich záměr, potenciální důsledky a osobní dopad, odlišně, mnohdy proto existují i různé pohledy na danou situaci. Ti, kteří navrhuji změny, vidí spíše jejich pozitiva, ovšem ti, kterých se dotýkají a kteří je neiniciují, vidí spíše jejich problémy a náklady.

4. Malá snášenlivost změn.

Častým důvodem odporu ke změnám, je obava lidí, že nejsou schopni si osvojit nové dovednosti nezbytné pro dobrý výkon práce. Lidé často zřetelně chápou potřebu změny, ale nejsou emocionálně schopni zvládnout svůj přechod na nový systém práce. Malá snášenlivost změn se také objevuje u jedinců, kteří se brání změnám, aby si zachovali tvář. Jsou přesvědčeni, že tyto úpravy a změny by mohly vypadat jako otevřené přiznání se k tomu, že předešlé chování, rozhodování a přístupy byly špatné.

Reakce lidí na změnu

Obecně je možné postoje zaměstnanců ke změně a její realizaci rozdělit do tří skupin.

1. Pozitivní postoj vůči změně
2. Neutrální postoj vůči změně
3. Negativní postoj vůči změně

Negativní postoje vůči změně pak můžeme nazvat odporem či resistencí. Obecně je rezistence charakterizována jako projev odolnosti, odporu či schopnosti vzdorovat. V organizacích se nachází lidé, kteří jsou potencionálními aktivními a pasivními odpůrci změny. Odpor vůči změně vznikal v IKEM postupně. Nejprve se zaměstnanci pokusili vzdorovat, ale když zjistili, že vzdor je cestou, která nikam nevede, tak se někteří změně přizpůsobili tím, že přestali kouřit v pracovní době, jiní uvedli, že kouří méně a další zvolili právě cestu odporu vůči regulaci. Ta se projevuje tak, že kouří mimo vyhrazené prostory.

Odpor ke změně se podle Doletala a Lacka (2009: 32) často neprojevívá naráz, ale začíná postupným a tichým „odmítáním změny“. Jak pojednává odporu ke změnám Lojda (2012), až 80% negativních reakcí ze změn vychází z lidí v organizacích, zároveň je doložitelné, že jen 10% lidí proti změnám otevřeně bojuje a projevuje odpor vůči prosazení změn. Odpůrce změn můžeme také podle Lojdy (tamtéž) z obecného hlediska rozdělit, na pasivní a také aktivní. Pasivní odpůrci nekladou aktivní odpor a proti realizaci změny otevřeně vystupují. Mezi aktivní odpůrce se v IKEM zařadilo podle mého soudu jen velmi málo lidí. Z rozhovorů s manažery z oblasti středního managementu vím, že neměli moc velkou práci s bojem proti odporu a nerealizovali žádné strategie, k jeho překonání. Jediným způsobem jejich boje proti odporu zaměstnanců, byla volba strategie vyslechnutí a vyčkání na přizpůsobení se ze strany zaměstnanců.

Kotter se přiklání a zároveň doporučuje k využívání řady technik zvládnání odporu a radí manažerům, aby je využívali. Avizuje, že: „Tam kde organizace dokáže strukturu těchto odpůrců efektivně zmapovat a identifikovat, může vynaložit dostatek zdrojů a

finančních prostředků na změnu postojů pouze v těchto lokalizovaných oblastech a neplýtvat zdroji na odděleních, kde odpor není tak silný a resistance vysoká.“(Kotter, 2003: 43).

Průša (2010) charakterizuje a rozděluje příčiny negativních reakcí na změnu na reakce individuální anebo skupinové. Individuální odpor ke změně podle něj vychází z osobních zájmů lidí v organizaci. „*V případě skupinového odporu zaměstnanců je častou příčinou nejistota, nepochopení přínosu změny pro ně samotné, obavy o vlastní existenci.*“ (Průša, 2010: 89) V případě zaměstnanců IKEM, podle mě nelze hovořit o skupinovém odporu, jako spíše o problému, skupinové rezistence vůči změnám. Tato resistance má podle mých zjištění příčinu ve společném zájmu zaměstnanců, kteří potřebují a chtějí kouřit. Další podporou v resistantním jednání je podle mě také její podpora, podle mě v již utvořených neformálních vztazích a struktuře organizace její silné kuřácké historii a kultuře organizace, ale hlavně všeobecné nedůvěře v zavedení změny. Respondenti v rozhovorech uvádějí, že v IKEM vždy bylo zvykem kouřit i na místech, kde to není zcela běžné, kouřilo se i na operačních sálech a vyšetřovnách, po celé roky. Atmosféra a kultura v nemocnici, kouření spíše vždy podporovala. Respondenti se vyjádřili, ke kultuře organizace v IKEM jako kultuře, která nedává dostatek prostoru pro to, aby se mohli do změn zapojit, a jak také uvedli, často také dostávají informace na poslední chvíli, nebo dokonce žádné. Zaměstnanci tato fakta, která jsem uvedla, vnímají, jako běžné normy či zvyky. Dalším aspektem, který podporuje rezistenci organizační kultury vůči změnám v regulaci kouření je, že ani ochota některých manažerů problematiku kouření řešit, je nulová, protože sami kouří a jsou tak tolerantní i k ostatním kuřákům.

Problémem, který v IKEM při zavedení změny posiloval negativní reakce a posiluje resistenci ze strany zaměstnanců je různorodost pohledu zainteresovaných stran tedy pohledu managementu a zaměstnanců, který je způsoben hlavně rozdílnou informovaností. Grasseová (2010: 78) kritizuje situace, které v organizacích často nastávají, jsou to podle ní stavy, „...*kdy mnagement předpokládá, že zaměstnanci mají stejnou míru informovanosti jako její hlavní představitel...*“, tedy že: „*Iniciátoři změn, (management) vycházejí z předpokladu, že mají k dispozici všechna potřebná data a informace, aby mohli diagnostikovat situaci, a že ti, jichž se změna dotkne, znají tytéž skutečnosti také.*“ K takovému informačnímu nesouladu a nerovnováze informací došlo

i v IKEM a tento informační nesoulad a dysbalance byla základní manažerskou chybou implementace změny.

8.2.7 Nepolevujte

Nepolevování a vytrvání ve sledu koloběhu změny, je podle Kottera (2008) nutností pro její realizaci. Hlavními vlastnosti manažerů vyžadující tato fáze jsou vytrvalost a důslednost. Předmětem nepolevování je totiž neustále uvědomování si, a práce na pocitu naléhavosti až do té doby dokud se vize nepromění ve skutečnost. Podle Machana toto „*nepolevování spočívá také v důsledném vyrovnávání se s těmi obtížnějšími prvky transformačního úsilí, zejména s významnými emocionálními bariérami, které brání změně.*“ (Machan, 2012: 145). V organizaci IKEM se při realizaci regulace kouření objevily bariéry vystavěné zaměstnanci, proti uskutečnění této změny. Podle mého názoru byl hlavním důvodem pro toto chování, hierarchický způsob vedení a jednání managementu se zaměstnanci. Pracovníci, se kterými jsme hovořila, se vyjadřovali s určitým despektem a nesouhlasem, vázáným především na způsob komunikace změny. Respondenti z řad kuřáků i nekuřáků, kteří byli informováni o změně, se vyjádřili, že jim při sdělování změny byly použity taktiky, které využívaly vyhrožování, manipulaci a hrozby. Jak již jsem uvedla v předešlých kapitolách, toto manipulativní chování a vyhrožování spíše bariéry staví, než aby pomáhalo je překonat.

V organizaci není jedna konkrétní osoba, která by byla zodpovědná za to, že jsou v IKEM tato opatření dodržována. Nepolevování spočívá v systému neustálé kontroly sledu jednotlivých kroků změny, kontroly zda jsou aktivity vedoucí ke změně v souladu s jednotlivými cíli a v případě že se odchyľují od těchto cílů, je potřeba nastavit odpovídající aktivity k nápravě chyb.

Vedení IKEM při plánování změny dostatečně nerozdělilo kompetence, ředitel nestanovil koordinátora změny, který by měl proces řídit a kontrolovat jednotlivé kroky plánu. Největší chybou celého procesu je také podle mě fakt, že nebyl stanoven alespoň minimální systém kontroly, který by byl velice potřebný proto, aby byla regulační opatření dodržována. Jak vyplývá z dokumentů, a z rozhovorů s managementem, za kontrolu zaměstnanců mají zodpovědnost nadřízení na všech úrovních vedení. Z rozhovorů s těmito pracovníky však plyne, že nevědí, jakým způsobem by měli zaměstnance kontrolovat a samotná kontrola je jim celkově nepříjemná. Rozhovory

potvrzují obavy manažerů, že se nechtějí v kontrole zaměstnanců angažovat hlavně proto, že se nechtějí dostávat do přímých střetů se zaměstnanci, kteří by zákazy porušili. V případě kontroly zaměstnanců vyvstal také najevo fakt, že kuřáci kouří více právě v době kdy, je jejich přímý nadřízený postaven mimo službu, tedy v čase, kdy odchází domů nebo a také v nočních hodinách, kdy se jednak snižuje riziko jejich přistižení a také mají více času, aby si mohli dopřát kuřáckou pauzu.

O tom, že jsou v organizaci místa, kde je kouření možné, přestože je zde zakázané, je v nemocnici všeobecné povědomí, nemluví se o nich, ale tento fakt je součástí tichého sdílení, tedy kultury, která v organizaci panuje. Podle slov managementu byly na některých místech určených ke kouření a některých prostorách, kde kouření není vyhrazeno, nainstalovány kamerové systémy. Opět zde však není nikdo, kdo by tyto snímky z kamer pravidelně sledoval a vyvozoval z nich nějaké tresty či postihy. Mnozí kuřáci o kamerách nevědí a nepřístupují k nim jako k systému kontroly, který by je ohrožoval, či by je motivoval kouřit jen v prostorách nemocnice, kde je to dovolené. Podle mého názoru nemůže být kamerový systém dostatečně vyhovujícím systémem kontroly zaměstnanců. Prvním z důvodů je již jen obyčejný nedostatek kamer. Stejně problematicky se jeví řešení kontroly prostřednictvím kamerového systému. Z lidského či etického hlediska, toto opatření podle mě také nepřestavuje vhodný nástroj kontroly zaměstnanců. Dalším systémem kontroly jsou podle vedení, zařízení určená k ohlášení požáru, které se aktivují prostřednictvím kouře. I tento systém lze však dle kuřáků obcházet. Z informací od kuřáků vím, že používají k obcházení systému, různé taktiky, například: časté větrání a otevírání oken přímo při kouření. Někteří vynalézaví kuřáci tyto systémy přelepují lepicí páskou. Navíc jsem zjistila z informace, kterou mi poskytli sami kuřáci, že tento systém se neaktivuje při malém množství kouře, který se vytvoří při konzumaci jedné cigarety.

8.2.8 Upevněte dosažené změny

Podle Lewina a Sheina (2005), je tato finální fáze změny procesem zmrazení jednotlivých kroků do kultury, která v organizaci panuje. Kotter (2003: 147) popisuje tento stav jako „*situaci kdy jsou veškeré nové parametry a předpisy dostatečně formulovány a v organizaci je tak vytvořena nová norma chování.*“ V IKEM byl proces změn předcházející fázi zamrazení, natolik nedostačený, že k vlastnímu zmrazení nemohlo dojít. Jeho nedostatečnost je dokládána resistencí zaměstnanců vůči změně,

kteřá byla a je naplněna nedodrřováním regulačních opatření, ze strany některých kuřáků a volbou úhybných strategií vůči změně. Tyto nedostatky jsou zároveň korunovány absencí obav z trestů, které dle mých zjištění působí vesměs demotivačně a absencí kontroly managementu, který se ve výsledku sám sebe snaží přesvědčit, „že je vše v pořádku“. Zaměstnanci uvádějí, že z trestů nemají velké obavy, protože neznají jejich přesnou výši a zároveň neznají také nikoho, kdo by byl za kouření mimo vyhrazená místa potrestán.

Podle Průši (2010: 354) je: *„cílem manažera v posledním, ale zároveň nekončícím procesu, péče o to, aby lidé navzdory síle tradice i nadále jednali novými způsoby, aby jejich chování vyrůstalo z nové, transformované organizační kultury.“* Neopomenutelný důraz by proto ve všech fázích Kotterova modelu měl být kladen na komunikaci a komunikační strategii, která podpoří a pomůže při realizaci změny. Kotter (2008) také avizuje, že velmi vhodnou cestou jak transformovat změnu do organizační kultury je manažersky zvážít využití kompetentních externistů, nebo povolaných odborníků, jejichž zkušenosti pomohou organizaci v implementaci změn. *„Lidé podle Průši (2010: 59) „prožívají změny různým způsobem a rychlostí. Změnu sice můžeme nařídít, ke skutečné transformaci však dojde, až když lidé začnou dělat věci jinak a nové chování je tak v organizaci ukotveno.“*

Manažeři by se nejen při plánování změn, měli zaměřit hlavně na to, jak se lidé doposud v organizaci chovají a jaké jsou jejich motivy pro toto chování. Cílem je, aby zaměstnanci byli přesvědčeni o smyslu změny, který musí vycházet právě z jejich postojů a hodnot, musí vycházet z přesvědčení, že taková změna je v jejich zájmu. *„Změna se tedy musí stát součástí měnící se firemní kultury.“* (Lojda, 2011: 149) V IKEM byla při zavádění změny vytvořena taková atmosféra, která implementaci změny do kultury v organizaci a její transformaci nepodporovala.

Transformace organizační kultury, a to jakým stylem se organizační kultura předává prostřednictvím lidí v organizaci, je podle Lukášové (2010) velmi důležité pro implementaci sebemenších změn. *„Organizační kultura, která je předávána pouze prostřednictvím jednotlivců je na druhé straně pouze sociálním jevem, který má individuální povahu.“* (Lukášová, 2010: 54). Názory, hodnoty, normy a způsoby chování, se podle autorky předávají dál, dalším členům organizace prostřednictvím dalších členů tohoto celku. Jsou předávány proto, že se osvědčily a ukázaly se jako funkční pro přežití skupiny. Díky uvedenému mechanismu, je kultura velmi stabilní a

odolná vůči změnám. Zároveň ale není statická a neměnná, neboť „každá změna podmínek vyvolává nutnost přizpůsobit se prostředí.“ (Lukášová, 2010: 55)

V případě, že plán změny nebude zahrnut do organizační kultury, nebo se v rámci přípravné fáze řízení změny nepodaří změnit postoje zaměstnanců a přesvědčit je o potřebnosti změny je velmi malá šance na uskutečnění změny.

V IKEM se tedy patrně, prostřednictvím regulace kouření vytvořila určitá aliance proti změně, která působí spíše skrytě. V organizaci se tak posiluje kultura určité kuřácké aliance, kde se kouří, všichni to ví, tolerují a nikdo proti tomu nebojuje. Pokud je kultura v organizaci natolik resilientní, je velmi těžké změny prosadit a korigovat stimuly a síly, které mají ke změně vést, aby vedly tím správným směrem. Havrdová (2002) konstatuje, že někdy se aktivita vycházející z tvorby změny může obrátit i proti manažerům, kteří změnu vedou, aniž by to tak chtěli. „Síly, které se v organizacích vytvářejí a které z kultury vycházejí, jsou velmi mocné, a pokud jim dostatečně neporozumíme, staneme se jejich obětí.“ (Havrdová a kol, 2002: 78) Tak se tomu stalo i v IKEM, změnu se nepodařilo zavést především z toho důvodu, že se již v přípravné fázi změny nepůsobilo na zaměstnance organizace, kteří by změnu mohli prostřednictvím svých vlastních sil zabudovat do její kultury.

8.3 Shrnutí hlavních zjištění

Nyní zrekapituluji hlavní zjištění svého výzkumu, ve kterých shrnu, jak poznatky ze zjišťování názorů a strategií vůči kouření mezi pracovníky nemocnice, tak svou analýzu manažerských kroků při zavádění regulace v IKEM. Budu postupovat od manažersky nejrelevantnějších zjištění.

1. Změna, tedy regulace kouření v IKEM nebyla dostatečně jasně definována pomocí vize, přesného postupu či jasně daných cílů, ani na úrovni nejvyššího managementu nemocnice.

Hlavními minusy procesu regulace jsou zjištění, že změna nebyla plánována, projednávána ani koordinována. Změna nebyla ani vhodně plánována v jednotlivých krocích, ani vhodně vedena prostřednictvím manažersky ověřených taktik. V úvodu změny nebyla provedena analýza výchozí situace, nebyla utvořena ani sdílena společná vize, nebyla ošetřena ani vytvořena opatření k analýze rizik či opatření, která by aktivně

bránila vzniku odporu a resistance vůči změně. Změna proběhla rychle bez možnosti adaptace, zjišťování názoru, zpětné vazby zaměstnanců.

2. Změna nebyla komunikována jako projekt, ke kterému se chce nemocnice připojit a který bude implementovat a na kterém by všichni měli spolupracovat

Změna nebyla dostatečně projednávána na všech úrovních vedení. Informovanost úseků vedení o změně byla různá. Informovanost zaměstnanců byla minimální. Projekt změny nebyl zpracován, zůstal pouze myšlenkou vedení. Kooperace manažerů na jednotlivých odděleních neproběhla. Vedení změny bylo v kompetenci vedoucích jednotlivých pracovišť, jejich manažeři však neznají cíle ani vizi projektu. V organizaci chybí leader změny a osoba, která by změnu koordinovala a kontrolovala, jak implementace probíhá. Důsledkem je pak odmítání změny zaměstnanci a porušování pracovních předpisů.

3. Střední management byl pouhým prostředníkem změny, neprovádí důslednou kontrolu zaměstnanců, tak jak to je tomu v jeho stanovených kompetencích.

Manažeři na této úrovni nevěděli o vizi, byli pouze nástroji k šíření informací o nových předpisech. Zároveň Měli a mají v kompetenci kontrolu zaměstnanců. K té však důsledně nedochází. V organizaci chybí systém kontroly kuřáckých i nekuřáckých míst. To usnadňuje zaměstnancům porušování předpisů.

4. Zaměstnanci volili v regulaci různé strategie

Někteří kuřáci se s kouřením skrývají

Někteří kouří více doma

Někteří abstinují nedobrovolně a naštvane

Zcela chybí strategie zaměstnanců, kteří odvykají za podpory zaměstnavatele, která je spojená s projektem HH

5. Kuřácká místa jsou nevyhovující pro kuřáky i nekuřáky

Změnou prostoru vyhrazených ke kouření došlo v organizaci ke stavu, kdy kuřácká místa nejsou vyhovující nejen pro kuřáky, ale na tato místa si začínají stěžovat i nekuřáci. Tato nová kuřácká místa se nacházejí v prostoru šaten zaměstnanců.

Navštěvovanost těchto kuřáckých míst se sice snížila, ale hlavně proto, že na ně kuřáci nemají přístup. Nekuřákům proto vadí, že se zúžením těchto míst se i přes regulaci zvýšila jejich návštěvnost a tím se tato místa stávají zamořenější cigaretovým kouřem. Nekuřáci jsou tak nuceni vdechovat cigaretový kouř při vstupu do zaměstnání ale i odchodu domů. Kuřáci ze vzdálených pavilonů nemají přístup na tato kuřácká místa. Dalším negativem kuřáckých míst, na kterém se shodují všichni respondenti, je nevhlednost prostor, především špína, absence popelníků a přístřešku v případě nepřízně počasí. Kuřácký prostor v kuřácích budí dojem separace.

6. Absence podpory kuřáků, vedla k odporu ke změně

Zaměstnanci se kterými jsem hovořila, na téma podpory avizují, že podpora managementu je vůči nim, nízká. Chybí jim především informační podpora, vstřícná komunikace a absence zpětné vazby, včetně většího zapojení do regulace při navrhování a plánování změny. Respondenti uvádí, že nebyli spokojeni s nařizujícím a jednostranným přístupem zaměstnavatele, načasováním a průběhem změn.

Většina respondentů z řad kuřáků by měla zájem přestat s kouřením, alespoň v průběhu pracovní doby, pokud by se změnila podmínky regulace. V takovém případě by podle jejich slov potřebovali větší podporu od zaměstnavatele, kterou vidí, ve větší vstřícnosti a pochopení jejich zlovyku. Představují si ji jako širokou diskusi o těchto tématech, prostřednictvím přednášek i workshopů. Uvádějí také, že by uvítali méně zákazů a více tolerance ze strany zaměstnavatele i kolegů. Kuřáci zároveň vědí, že je v organizaci poradna pro odvykání kouření, mnozí si o ní myslí, že je přítomna hlavně pro pacienty a ne pro odvykání zaměstnanců. Zatím nejsou motivováni docházet do poradny z vlastní iniciativy. Příčinnou je hlavně neinformovanost v problematice a režimu poradny a tlak zaměstnavatele, aby se stali nekuřáky.

9 Doporučení pro management IKEM

9.1 Podpora zaměstnanců a její oblasti

9.1.1 Podpora změnou stylu řízení a informační podpora

V první fázi řízení změn, bych vedení doporučila hlavně změnu přístupu ke svým zaměstnancům. Hierarchický způsob vedení zde, podporuje rigiditu organizace vůči změnám a způsobuje, že někteří zaměstnanci tato opatření nepřijali a jsou vůči němu rezistentní. Očekávání, že regulace kouření povede k zvýšení image a pracovní výkonnosti, nebylo dosaženo především proto, že změna nebyla vhodně plánována, načasována a vedena. Management nenastavil jednotlivé cíle, kterých by chtěl regulací dosáhnout. Způsob jakým byla opatření uvedena do provozu a jak byli zaměstnanci o změně informováni, byl natolik necitlivý, že jsou nyní nevstřícní a nepřizpůsobiví dalším změnám v tomto projektu. Hlavním minusem byl právě styl, jakým bylo se zaměstnanci v procesu změny jednáno. Výhrůžky, zákazy a nadřazenost s jakou byly změny vedeny, neochota naslouchat a minimum zpětné vazby, způsobily negativní atmosféru a odpor ke změně. Vysoký management organizace si posléze uvědomil některé chyby, kterých se při regulaci vůči zaměstnancům dopustil a nyní se snaží o nápravu. Zaměstnanci se přesto jeví, jako zatvrzelí a rezignovaní.

Na prvním místě bude proto potřeba získat jejich důvěru. Doporučila bych jednotlivým úsekům vedení, aby uspořádaly diskuzi, workshop či facilitované setkání se zaměstnanci na téma regulace kouření v nemocnici. Zájem by se měl soustředit na zaměstnance, kteří mají k problému své připomínky. Výstupem těchto setkání by mělo být označení hlavních vad celé regulace, z pohledu zaměstnanců a tyto závěry a návrhy by měly být předány hlavnímu managementu nemocnice. Ten by pak provedl příslušná opatření ke zkvalitnění celého procesu regulace.

Cesta k otevřené diskuzi však nebude snadná, jedná se o běh na dlouhou trať protože, zaměstnanci IKEM nebyli dosud zvyklí na takový přístup managementu. Zaměstnanci nejsou zvyklí diskutovat ani participovat na velkých organizačních změnách. Myslím si však, že je velmi potřebné dát jim takový prostor, nebo se o to alespoň pokusit. Doporučila bych, aby tato diskuze byla vedena odborníky, kteří mají zkušenosti s vedením změny v takto velkých zdravotnických organizacích. Vhodné by

bylo vedení nezávislými odborníky, třeba i z řad externistů. Doporučila bych využít facilitátory a supervizory, kteří nejsou členy organizace a nejsou svazováni interními vlivy. Další změnou by měla být informační podpora zaměstnanců na všech frontách.

Manažerům v organizaci se doporučuji zaměřit hlavně na informovanost a komunikaci zaměstnanců o průběhu změn, možnostech regulace v organizaci a dalších plánech regulace. Informace poskytnou zaměstnancům určité sebevědomí a také vědomí toho, že jsou pro vedení důležití, že jsou do změny zapojeni a mohou se na ni podílet.

Informovanost je nástrojem rozhodování a je nedílnou součástí i v procesu motivace odvykání kouření. Důležité je také, jakou formou jsou zaměstnancům tyto informace podávány. Jednotliví manažeři by měli být instruováni jak správně informovat své podřízené. Informace podávané formou jejich nezměnitelnosti, s tím že je zaměstnanci musí dodržovat bez možnosti odvolání a zpětné vazby, povedou k odporu a ne k diskuzi. Proto bych také doporučovala zaměřit se na celý systém řízení zaměstnanců v organizaci, ten by se měl změnit na prvním místě. Komunikace lidí v organizaci je minimální, změny se neprojednávají, nediskutují, pouze se uplatňují a dějí. Manažeři si však musí uvědomit, že se dějí právě prostřednictvím zaměstnanců, proto je není možné z komunikace a participace na nich, vylučovat.

9.1.2 Podpora činnosti a spolupráce s poradnou proti kouření

Kuřáci se na tento projekt nyní dívají pouze jako na další negativní motivaci. Cílem manažerů by měla být snaha, tento pohled změnit. Zaměstnanci se obávají především poradny, jako místa kam by byli nuceni povinně docházet. Nechozí by do ní jen z vlastního přesvědčení a motivace.

Prvním krokem by proto měla být dostatečná informovanost zaměstnanců o možnostech odvykání v poradně, a to velice konkrétně, třeba formou přednášky nebo workshopu. Zaměstnanci by se měli dozvědět, jak bude poradna fungovat, kdo tam bude moci docházet a za jakých podmínek. Veškerá aktivita musí být rýze dobrovolná, na svobodné vůli kuřáků. Důležité je, aby byl ve spolupráci s poradnou vypracován plán nebo specifická metodika odvykání pro zaměstnance. Organizaci bych doporučila, aby motivovala své zaměstnance k návštěvě poradny, třeba formou úhrady léků, nebo bonusů pro ty, kteří chtějí odvykat.

Stejný přístup doporučuji i v případě celého projektu „zdravého pracovního prostředí“, který je sice jen v úvahách, ale myslím, že zatím není ovzduší přístupné tak

velké organizační změně. Poradna proti kouření se již angažuje v protikuřácké politice na lékařských fakultách a zdravotnických školách, vhodné by bylo zavést tyto prospěšné aktivity i v IKEM.

9.1.3 Podpora prostřednictvím zavedení vnitřních kuřáckých pravidel

Jednotliví vedoucí musí, kontrolovat dobu kuřáckých pauz. Nejedná se o sledování a hon na kuřáky, hlavním motivem je zanedbávání pracovních povinností. Kontrola je z mého pohledu nutná. Vedení jednotlivých oddělení by se také mělo soustředit na vztahy mezi nekuřáky a kuřáky přímo na pracovišti. Podle mě by bylo vhodné, aby se tito pracovníci shodli na určitých pravidlech, která budou v pracovním procesu dodržovat a na čem budou spolupracovat. Navrhuji toto téma opět prodiskutovat na schůzích nižšího managementu se zaměstnanci, v rámci jednotlivých oddělení. Opět by byla přínosná volná a dobrovolná diskuze mezi kuřáky a nekuřáky na toto téma. Cílem je dát prostor také nekuřákům, kteří mají často s kuřáky nevyjasněné problémy, o kterých se na oddělení tolik nemluví.

Důležité je zaměřit se na změnu již zažitých stereotypů chování a režimu činností, které v organizaci stále přervávají. Kuřáci se někdy cítí dotčení a diskriminováni, sami mnohdy vychází kuřákům vstříc, zasloužili by si od nich také podporu. Na některých odděleních by bylo dobré nesoustřeďovat kuřáky v rozpisu služeb, to jen podporuje tyto stereotypy chování. Dalším cílem, je jasně vymezit kompetence jednotlivých manažerů, kteří ponесou odpovědnost za dodržování regulace. Jednotlivými strůjci změny, musí být právě vrcholoví manažeři, které povedou k její implementaci své zaměstnance.

Úkolem vrcholového managementu je vyžadovat nekuřáctví u vedoucích pracovníků. Osobnost vedoucího pracovníka má vliv na to, jak budou zaměstnanci akceptovat antikuřácký program. Měla by mít moc formálního i neformálního vůdce. Také užití správného způsobu vedení, v kombinaci různých stylů řízení by mělo být individuální u každého vedoucího pracovníka. Úroveň dovedností, vědomostí a erudice manažerů je obrazem výsledku změn.

9.1.4 Motivační podpora

Motivace kuřáků, kteří v organizaci pracují, musí vzejít z celkové strategie managementu zdravotnického zřízení. Doporučuji především podporovat vzdělávání a semináře o problematice kouření. „Management odvykání“ je třeba podpořit pozitivní motivací zaměstnanců k abstinenci, ne prostřednictvím zákazů a trestů, které stejně nemají účinnost, ale formou podpory. Vedení by mělo uspořádat přednášky a workshopy s protikuřáckou tematikou. Zaměstnanci hovořili o tom, že by takovou podporu uvítali. Tato podpora by se podle nich měla soustředit hlavně do oblastí kouření zaměstnanců, kteří s ním teprve začínají. Tato setkání by mohla být platformou pro kuřáky a nekuřáky, kteří by si díky ní mohli předávat své zkušenosti, návrhy a postřehy. Setkání by však měla být dobrovolná, ale zároveň by měla motivovat kuřáky, aby na přednášky dorazili. Například tak, že by se konaly v čase pracovní doby, v období sanitárních dnů. Mnoha kuřákům by také vyhovoval nenásilný, spíše hravý způsob odvykání. Například formou pozitivní motivace a soutěží.

9.1.5 Poskytnutí profesionální podpory a prostoru ke sdílení

Bylo by dobré, aby měli zaměstnanci možnost sdílet své zážitky, názory, dojmy, jinde než na kuřáckých místech a při kouření. To běžně při kuřáckých pauzách dělají a je to jeden z motivačních faktorů, který hraje důležitou roli v upevňování návyku. V povolání zdravotníků hraje velkou roli stres, vysoká míra zodpovědnosti a také potlačování emocí. Zdravotníci však mnohdy nemají jinou možnost jak s nimi nakládat, než je potlačit. Práce zdravotníka jako jedna z pomáhajících profesí, vede k častému vzniku syndromu vyhoření. Tato informace je všeobecně známa, málokde se proti syndromu vyhoření aktivně bojuje. Doporučila bych, aby se vedení zamyslelo, jak jsou podporováni zaměstnanci v tomto ohledu. Jakou mají možnost hovořit o svých problémech a emocích při práci a s klienty a jak se vyrovnávají se stresem. Doporučuji vedení zavést pravidelná supervizní sezení pro zaměstnance, kteří by o ně měli zájem. Dále doporučuji, aby se vedení zaměřilo na teambuildingové akce, které mohou uspořádat i sami zaměstnanci v rámci sdružování jednotlivých oddělení. Cílem by mělo být poskytnutí pomoci při zvládnání a odbourávání profesionálního stresu.

9.2 Podpora implementace změny

9.2.1 Krok zpět: Změna kuřáckých míst a nelezení prostoru pro kouření

Otevřená diskuze problematiky, kterou navrhuji v první fázi změny, by zaměstnancům a vedení měla umožnit otevření problematiky a podpořila by participaci zaměstnanců na řízení změny. Diskuze by měla utlumit spíše než všeobecnou nespokojenost, tak odpor ke změnám. Předmětem jednání se zaměstnanci, by měla být především kuřácká místa, která by byla vyhovující pro všechny zaměstnance. Především by se tak určité diskriminaci a nespravedlnosti principu jednoho kuřáckého místa, které není přístupné všem stejně a bez výhrad.

Dalším návrhem je opětovné rozšíření prostorů pro kouření zaměstnanců. Ačkoliv se jedná o určitý „krok zpět,“ navrhuji ho proto, že dosavadní opatření je nevyhovující a diskriminující. Hlavním cílem opatření posunu vzad, je změna stávajícího místa pro kuřáky v prostorách šaten, která by byla přínosem také pro nekuřáky, kteří jsou s těmito místy nespokojeni. To by ale, mělo být předmětem veřejné diskuse v organizaci. Motivující by pro zaměstnance bylo, aby se sami mohli podílet na návrhu míst.

Opětovné rozšíření kuřáckých míst podle mého názoru povede nejen k větší spokojenosti všech kouřících a nekouřících, ale věřím, že by mohlo pomoci zlepšit atmosféru a otevřít diskuzi k jednání, která místa by byla pro kouření vhodná. Schválení míst všemi zaměstnanci zaručí také jejich dostupnost, a předejde se hromadnému porušování pracovní kázně.

Další fází kroku zpět by podle mě měla být změna vzhledu kuřáckých míst. Po procesu, který povede ke schválení vhodných prostor pro kouření, doporučuji zaměřit se také na vzhled těchto míst. Bylo by vhodné, aby tato místa byla důstojnější. Je jasné, že organizace nechce dále podporovat kuřáky v tom, aby kouřili. Z minulých kroků vedení je také patrné, že by asi nechtěli vytvářet příjemné prostředí znovu vzniklých kuřáren.

Je však markantní, že se jedná o místa nevhodná, která působí špinavě a nedůstojně. Doporučila bych, na tato místa instalovat alespoň popelníky, kam mohou kuřáci odklepávat popel a odhazovat nedopalky. Místa by pak mohla působit čistě a důstojně a zároveň by posilovala odpovědnost kuřáků za udržování čistoty.

ZÁVĚR

Tématem mé práce je regulace kouření v IKEM. Zabývala jsem se vedením regulace kouření, z pohledu řízení organizační změny. Analyzovala jsem průběh regulace, její dopady na postoje a strategie kuřáků vůči regulaci, a jejich motivaci k odvykání. Zmapovala jsem také způsoby podpory zaměstnanců v IKEM. Můj postoj k regulaci kouření, tak jak probíhala v IKEM, může čtenáři vyznívat jako kritika regulačních postupů, prolínající se celou mou prací.

Na zdravotníky, kteří kouří je vytvářen podle mého názoru dost silný tlak, který vyvěrá především z celospolečenského očekávání a požadavků na plnění jejich profesionálních rolí. Podle mě však toto očekávání není podpořeno dostatečnou podporou, která by dala zdravotníkům prostor se podle těchto očekávání chovat. Úroveň profesionální, informační a motivační podpory a to nejen v procesu regulace kouření, je podle mého názoru nízká. Přitom právě motivace, informace a podpora profesionálů je velice důležitá a klíčová pro úspěšné zvládnutí procesu regulace.

V České republice se již objevily první nemocnice, které se rozhodly zapojit do projektu Healthy Hospitals. Tento projekt je mi sympatický hlavně tím, že je založen na odlišném přístupu ke kuřákům a tolik se liší od běžných regulačních postupů, že představuje pro organizace v ČR určitý průlom. Projekt je vystavěn hlavně na podpoře, motivaci a odborné pomoci kuřákům, prostřednictvím zdrojů vycházejících přímo z organizace. Tedy nejen prostřednictvím managementu, ale také zapojením všech zaměstnanců. Celý program využívá postupně několik druhů motivačních technik, které se prolínají tak, aby vyhovovaly všem kuřákům.

Na základě čerpaných informací z literatury a také vlastních zjištění, se domnívám, že bez řízené podpory kuřáků, nelze regulaci manažersky ukočírovat tak, aby mohla být úspěšná. Z analýzy a evaluace v IKEM, musím konstatovat, že neúspěch provází i regulaci v IKEM. Tato jinak velmi úspěšná organizace, by mohla být pro ostatní příkladem, ne příliš zdařilého procesu implementace změny, která se setkala s tichým odporem a resistencí vůči jejímu zavedení. Tyto vlivy se pak odráží i do oblasti kultury organizace a v dalším upevňování kuřáckých návyků, v ní.

Z výsledku mého zkoumání plyne otázka. Jak tuto situaci řešit? Jak pomoci kuřákům, aby změnilí své postoje ke kouření a byli motivováni k odvykání. Tedy měli prostor k tomu, aby mohli účinně odvykat. A zároveň jak pomoci vedení organizace,

aby bylo kouření úspěšně regulováno, tedy aby zaměstnanci překonali odpor vůči změně. Na základě informací z mého šetření v organizaci, jsem vedení doporučila, aby se manažeři pokusili změnit přístup ke svým zaměstnancům.

Jednostranný způsob vedení, nepřístupnost k jednání, vyjadřování a informacím ze strany zaměstnanců, včetně absence zpětné vazby, vytvořil v organizaci nepřátelskou atmosféru, která brání přijetí sebemenších změn. Zároveň také vede k nežádoucímu chování, které je projevem odporu vůči změně.

Myslím si, že v organizaci je zapotřebí nejprve „vyčistit vzduch“ a navodit atmosféru, která by umožnila otevřenou diskusi problematiky kouření. K tomu je potřeba právě změna přístupu ze strany vedení, ale i ze strany zaměstnanců, kteří nejsou na podporující jednání a komunikaci zvyklí. Zaměstnanci a management se musí v procesu regulace spojit, na obou frontách musí být vzbuzena naléhavost pro změnu a sdílena její vize. Dalším neméně důležitým krokem bude plánování, vedení a řízení změny, postupně v jednotlivých doporučených krocích. Navrhuji managementu IKEM, aby manažeři „slevili“ ze svých očekávání a dali zaměstnancům prostor, aby se mohli změně přizpůsobit a včlenili ji do organizační kultury, tedy nepsaného způsobu chování, který bude organizaci vlastní. Hlavním klíčem k úspěchu, ať už organizace využije, či nevyužije projekt Healthy Hospitals, je především podpora kuřáků. Tedy jejich motivace, informování, vzdělávání a podpora prostřednictvím odborníků. To by mělo vést k vytvoření prostoru k odvykání.

Pokud bych měla v závěru hodnotit naplnění cílů své činnosti v organizaci, musím konstatovat, že některé cíle jsem naplnila jinou cestou. Původně jsem se chtěla zaměřit hlavně na problematiku kouření, ale v průběhu výzkumu jsem zjistila, že tématem, které mě v procesu regulace nejvíce zajímá, je oblast podpory zaměstnanců. Z této mé motivace vyrůstají má mnohá doporučení vstřícná pro zaměstnance a pro asistovanou cestu k odvykání kouření. Původním záměrem bylo také členit práci více teoreticky. Podrobněji jsem chtěla zpracovat hlavně oblast managementu změny a její vedení. V průběhu práce, jsem však zjistila, že spojení praxe s teoretickými východisky, bude nejvhodnější cestou, jak vedení IKEM upozornit na chyby vedení regulačních změn a zároveň jim ukázat i praktický návod, jak jednotlivé kroky změny řešit efektivněji. Myslím, že hlavní cíl mé práce se mi nakonec podařilo naplnit a doufám, že moje doporučení a návrhy budou organizaci a jejímu vedení ku prospěchu.

Seznam použité literatury a další zdroje

1. Bártlová, Sylva. 2008: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada.
2. Bláhová, Iva, Květa Havlová. 2005. *Kouření sester může způsobovat problémy na pracovišti*. Zdravotnické noviny. V: 54.
3. Bloor, R. Norbert, Leonard Messon, Crome. 2006. *The effect of a non smoking policy on Nursing staff smoking behaviour and attitudes in psychiatric hospital*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing XIII (2): 188-196.
4. Brownson, Ross C. et al., 1992. *Demographic and socioeconomic differences in beliefs about the health effect of smoking*. American Journal of Public Health. 82.(1): 99-103.
5. Ditrich, Zdeněk. 2003. *Jde i o vaše zdraví: usilujeme o svět bez tabáku*. Praha: Liga proti rakovině.
6. Doletal J., Lacko B., Máchal P. a kol. 2009: *Projektový management podle IPMA*. Praha: Grada.
7. Drozdová, Radomila. 2009. *Kouření sester jako jeden z významných rizikových faktorů profese*. Publikovaná disertační práce. Praha: 3. LF. UK.
8. Drozdová, Radomila. 2011. *Stres sester*. Diplomová práce. Praha: Fakulta biomedicínského inženýrství. ČVUT.
9. Fichtenberg, C. Michael, 2002. *Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review*. National Institute of health.
10. Fischer, Slavomil, Jiří, Škoda. 2009. *Analýzy příčin a možnosti ovlivňování sociálně patologických jevů*. Praha: Grada.
11. Grasseová, M. a kol. 2010. *Analýza podniku v rukou manažera: 33 nejpoužívanějších metod strategického řízení*. 1. vydání. Brno: C Press.
12. Groene, Oliver, Norbert Klatzinga. 2010. *Development and validation of the WHO self assessment tool for health promotion in hospital: results of a study in 38 hospitals in eight countries*. Health Promotion International II. S 221-229.
13. Gutová, Lenka. 2010. *Nekuřácké nemocnice mají u nás šanci*. MF dnes. Online. VII (2): 33 (cit. 2.5 2014). Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/>
14. Havrdová, Zuzana, Martin Hajný et al., 2002: *Praktická supervize*. Praha: Galén.

15. Hendrych, D. a kol. 2009: *Právníký slovník. 3. vydání*. Praha: C. H. Beck.
16. Herotová, Tereza. 2011. *Zdravotní, demografické a legislativní aspekty kouření v ČR*. Konference pro zdravotní sestry. 2. 12. 2012 Praha: 3. Lékařská Fakulta UK
17. Hrubá, Drahoslava. 2008. *Každý ví, že kouření způsobuje rakovinu, proč tedy lidé kouří?* Onkologická péče. I/XII:1-3.
18. Hrubá, Drahoslava. 2011.:*Mýty a fakta o kouření*. Praha: Liga proti rakovině.
19. Hrubá, Drahoslava. 2009. *Kouření zvyšuje vliv profesionálních rizik na zdraví pracujících*. Pracovní lékařství. 2009. roč. 61 (1) 27-31.
20. Hrubá, Drahoslava. Petr, Kachlík. 1998. *Kouření lékařů je etickým a společenským problémem*.
Online.(cit16.3.2014).Dostupnéz:www.med.muni/prelek/zdravclanky/hruba koroulek/html.
21. Jenšíková, Jana. 2010. *Nekuřácké nemocnice mají u nás šanci?* MF dnes. VII(2):33
Online.(cit. 2.5 2014). Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/>
22. Jičínská, Karla. 2006. „*Supervize jako forma podpory duševního zdraví sestry*“.(online). (cit. 2012-10-23). Dostupné z: < <http://www.pod.muni.cz/Z21/2006/konference2006/sbornik>>
23. Kaletová, Markéta et. Al. 2005: *Kouření zdravotních sester*. Pracovní lékařství.57/V: 90
24. Kalina, Karel 2003. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
25. Kozák, T. Jiří. 1998. *Rizikový faktor kouření*. Praha: KPK
26. Kozák, T. Jiří, Eva, Králíková. 2000. *Kouřit či nekouřit*. Vesmír. IX: 206.
27. Kozák, T. Jiří. 2003. *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxford edice Medika.
28. Koroulek, Libor. 2000. *Etická výchova lékařů*. 3. Lékařská fakulta. Online (cit. 16.4.2013) www.med.cuni.cz/clanky/etickavychovalekaru/Z23/2000/sbornik
29. Králíková, Eva. 2010. *Sekněte s cigaretami, než cigarety seknou s Vámi*. Praha: Centrum pro závislé na tabáku IV. Kliniky 1. LF. UK.
30. Králíková, Eva. 2010. *Nekuřácké nemocnice mají u nás šanci?* MF dnes. Online.(cit.2.5.2014).<http://zdravi.e15.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/>

31. Králíková, Eva. 2006: *Doporučení pro léčbu závislosti a tabáku*. Brno: Česká kardiologická společnost. 2006.
32. Králíková, Eva, Vladislava Felbrová. 2007: *Kouření: Výzva pro sestry*. Florence III: XI: 412-413.
33. Kotter, John. P. 2008. *Vedení procesu změny: Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. Praha: Management Press
34. Kotter, John. P. Dan, S. Cohen 2003. *Srdce změny: skutečné příběhy o tom, jak lidé mění své organizace*. Praha: Management Press.
35. Křivohlavý, Jaro: 2009: *Sestra a stres*. Praha: Grada
36. Křivohlavý, Jaro: 2003. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál
37. Kubičková, Lea. Karel, Rais. 2012: *Řízení změny ve firmách a jiných organizacích*. Praha: Grada.
38. Kutnohorská, Jana. 2007: *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada
39. Langrová, Kateřina. 2010. *Nekuřácké nemocnice mají u nás šanci? Zdravotnické noviny*. VII (2) :32-33
40. Lojda, Jan. 2011. *Manažerské dovednosti*. Praha: Grada.
41. Lukášová, Růžena. 2010. *Organizační kultura a její změna*. Praha: Grada
42. Machálková, Dana. 2010: *Kouření v ošetrovatelské profesi*. Nepublikovaná bakalářská práce. Pardubice: Fakulta zdravotnických studií.
43. Mádlová, Ivana., 2000: *Sestry a kouření v číslech*. Sestra IV: 31
44. Machan, Richard., 2012. *Management změny*. Praha: Vysoká škola ekonomiky managementu.
45. Moran, John. Wiliam, Brigman, 2001. *Change management: Concepts and applications*. The McGraw. Hill companies.
46. Movsisyan NK; Varduhi P; Arusyak., 2012: *Smoking behavior, attitudes, and cessation counseling among healthcare professionals in Armenia*. Public Health: Bio med central. XII (24) : 128.
47. Novotná, Jaroslava, 2012: *Problematika kouření v současné společnosti*. Nepublikovaná bakalářská práce bakalářská práce. Fakulta ekonomiky a managementu zdravotnických a sociálních služeb.
48. Novotná. 2010. *Nekuřácké nemocnice mají u nás šanci? MF dnes*. VII (2): 33 Online.(cit.2.5.2014).<http://zdravi.e15.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/>

49. Nešpor, Karel. 2000: *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
50. Nešpor Karel, Ladislav Csémy a kol. 1994: *Prevence problémů působených návykovými látkami na školách: Příručka pro pedagogy*. Praha BESIP MV.
51. Nešpor, K. Csémy, L. 1996. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: PC Bohnice.
52. Pavlík, Petr. 2005. *Kouření a pracovní prostředí: Program nekuřácký podnik*. Praha: Česká koalice proti tabáku.
53. Peto, Richard. 1990. *Women and tobacco*. WHO: World Health Forum 1990. Regional Office for Europe.
54. Pončová, Kateřina. Nemocnice Broumov: Online. (cit. 23. 3. 2013) Dostupné z: www.Nemocnicebroumov.cz/zdravanemocnice/projekt.
55. Průša, Jaroslav, 2010: *Management změny ve zdravotnictví*. Medical tribune V:56.
56. Přibíš, Petr. 2009. *Kouření z třetí ruky*. Praktikus, měsíčník Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. XI: 66.
57. Rozhovor s hlavní sestrou IKEM 2014.
58. Rozhovor s náměstkem IKEM. 2014.
59. Schwarz, 2010. *Nekuřácké nemocnice mají u nás šanci?* MF dnes. VII (2):33 Online. (cit. 2.5 2014). Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/>
60. Shein, Edgar, Kurt, Lewin. 1995. *Kurt Lewin's change theory in the field and in the classroom: Notes toward a model of managed learning*. Systems Practice.
61. Shkedy, Feinmesser, Mizrachi. 2013. *Smoking habits among Israeli hospital doctors: a survey and historical review*. The Israel Medical association. XV(7):339
62. Smejkal, Vladimír. Karel, Rais. 2013. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. Praha: Grada.
63. Senior, Barbara, Stephen Swailes. 2010. *Organizational Change*. FT: Prentice Hall
64. Sovinová, Hana., a kol. 2011. *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR: Názory, postoje občanů ČR k problematice kouření (1997- 2010)*. Výzkumná zpráva SZÚ. Praha: SZÚ.
65. Šmída, Filip. 2007. *Zavádění a rozvoj procesního řízení ve firmě*. Praha: Grada
66. Štěpánková. Lenka. 2009: *Jak ve vaší nemocnici řešíte kouření?* Medical Tribune Online (cit: 26. 12. 2013) Dostupné z: www.tribune.cz/clanek/15403 V:30.
67. Štěpánková, Lenka. 2007 *Intervence k odvykání kouření ve zdravotnických zařízeních*. Florence. III.(11) :457-459.

68. Tomšík, Pavel., 2011. *Řízení lidských zdrojů*. Brno: Mendelova univerzita.
69. Widimský, Jiří., 2005. *Kuřácké návyky lékařův porovnání s kouřením v populaci*. *Vnitřní lékařství*.51/III: 286-290.
70. Wiliemsen: 2007: *Anti smoking Media Campaign Messages: Theory and Practice*, *Health Communication*. 102:22-291
71. WHO. *The World Health Report. 2012: Shaping the future*. WHO
72. WHO. *World Health Statistic: 2012*. Global Health Observatory.
73. WHO. *The world health report: Reducing risks :Promoting healthy life*. WHO.
74. WHO. 2003. *WHO Framework on tobacco control*. WHO
75. WHO. *The world health report 1998- Life in the 21 century: A vision for all*. Online.(cit. 22. 2. 2012). Dostupné z: <http://www.who.int/whr/1998/en>
76. WHO. 2008. *World Health Declaration*. Online. (cit. 22. 4. 2014). Dostupné z: [z:http://www.nszm.cz/cb21/archiv/material/Svetova deklarace zdravi](http://www.nszm.cz/cb21/archiv/material/Svetova_deklarace_zdravi).

Internetové zdroje:

1. ENSH: Global Network FOR tobacco free health care services .Online.(cit. 26. 3. 2014) dostupné z: <http://www.ensh.eu/>
2. Etický kodex sester. Online.(cit. 22. 4. 2013.) dostupné z: [http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky/kodex icn.pdf](http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky/kodex_icn.pdf).
3. Evropská rada zdraví pro všechny: Zdraví 21. Online. (cit. 4. 5. 2012) dostupné z:<http://www.czf.cz/soubory/zdravi21.Pdf>.
4. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu ČR 2011. Dostupné z:< [www. //uzis.cz/search/node.cz](http://www.uzis.cz/search/node.cz)>

Zákonné normy:

1. Zákon č, 379/2005 SB, o opatřeních před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. (cit. 26. 4. 2014)
2. Zákon č. 305/2009 SB, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky alkoholem a jinými návykovými látkami (cit. 27.4.2014)
3. Zákon č. 40/1995 SB. o regulaci reklamy a změně doplněn zákona č.468/1991-sb.,o provozování rozhlasového a televizního vysílání (cit. 26. 3. 2014)
4. Zákon č.37/1989 SB., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. (cit. 26. 4. 2014)

Seznam použitých zkratk

ČAS:	Česká asociace sester
ČR:	Česká Republika
ENHS:	European network of smoke free hospital
FN:	Fakultní nemocnice
HH :	Healthy Hospitals
HPH :	Health Promoting Hospitals, Nemocnice podporující zdraví
IKEM:	Institut klinické a experimentální medicíny
MOÚ:	Masarykův onkologický ústav
MZ:	Ministerstvo zdravotnictví
NHS:	National Health Service
OSN:	Organizace spojených národů
SAK:	Spojená akreditační komise
VFN:	Všeobecná fakultní nemocnice
WHO:	World Health Organization
ZSZHMP:	Zdravotnická, záchranná služba hlavního města Prahy

Seznam obrázků

Obr. 1 Plánek prostorů vyhrazených pro kouření v IKEM

Seznam příloh

Příloha číslo 1: Projekt diplomové práce

Příloha číslo 2: Otázky pro management IKEM

Příloha číslo 3: Otázky pro zaměstnance IKEM

