

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústřední vojenská nemocnice



Karolína Papoušková

Výskyt kouření u zdravotních sester
Incidence of smoking among nurses

Bakalářská práce

Praha, květen 2019

Autor práce: Karolína Papoušková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra – prezenční forma

Vedoucí práce: **Mgr. Tereza Bakusová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. lékařská
fakulta**

Předpokládaný termín obhajoby: 20. června 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 25.5.2019

Karolína Papoušková

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní magistře Tereze Bakusové za vedení a pomoc při zpracovávání této práce. Děkuji také konzultantce, která mi poskytla cenné zdroje a rady týkající se teoretické části mé práce. Všem sestřám na jednotkách intenzivní péče i na standardních odděleních, které mi ochotně a dobrovolně vyplnily dotazníky do praktické části, bez kterých by tato práce neměla výsledek a nemohla by vzniknout. Paní náměstkyni z Ústřední vojenské nemocnice, že mi umožnila distribuovat dotazníky právě v této nemocnici a etické komisi ÚVN za umožnění provedení výzkumu.

Obsah

I. TEORETICKÁ ČÁST.....	6
ÚVOD.....	6
1. KOUŘENÍ.....	8
1.1 Tabákový kouř.....	9
1.1.1 Nikotin.....	10
1.1.2 Oxid uhelnatý.....	11
1.1.3 Karcinogeny.....	11
2. ONEMOCNĚNÍ KARDIOVASKULÁRNÍHO SYSTÉMU	11
2.1 Ateroskleróza	12
2.2 Infarkt myokardu.....	13
3. ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU	14
3.1 Chronická bronchitida	15
3.2 Chronická obstrukční plicní nemoc.....	15
4. ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ	17
4.1 Bronchogenní karcinom.....	18
4.2 Kolorektální karcinom	19
5. KOUŘENÍ NA PRACOVÍŠTI	21
5.1 Kouření sester	22
6. STRES	23
6.1 Syndrom vyhoření	24
7. ZÁVISLOST NA NIKOTINU	26
8. LÉČBA ZÁVISLOSTI.....	27
8.1 Role sestry v léčbě závislosti	29
II. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	32
ÚVOD DO VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	32
9. METODIKA VÝZKUMU.....	32
9.1 Cíle výzkumu	32
9.2 Hypotézy.....	33
9.3 Metoda výzkumu.....	33
9.4 Analýza dat.....	33
10. VÝSLEDKY ANALÝZY	34
11. DISKUZE	49
12. VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	53
12.1 Hypotéza č. 1	53
12.2 Hypotéza č. 2.....	53
ZÁVĚR.....	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	59
SEZNAM PŘÍLOH	60
PŘÍLOHY	61

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

Kouření je již poměrně dlouho a stále aktuální téma. Patří mezi mnoho faktorů podporujících vznik civilizačních onemocnění i přes fakt, že se v nemocnicích uplatňují programy sloužící jako pomoc pro odvykání kouření. Na problémy, které kouření tabákových výrobků způsobuje, upozorňuje i široká veřejnost. Dle dostupných zdrojů je u nás v populaci až 30 % kuřáků a mezi nimi i zdravotní sestry. Téma výskyt kouření u zdravotních sester jsem si vybrala proto, že mě z pohledu nekuřáka zajímaly příčiny a důvody, proč sestry kouří i přes to, že znají rizika.

Mnohdy může být odchod z oddělení na cigaretu jedinou možností, jak si na chvíli odpočinout či se zrelaxovat. Pro některé to může znamenat odtrhnout se na chvíli ze stresujícího pracovního prostředí.

Od své práce očekávám, že zjistím procentuální výskyt kuřáků na Jednotkách intenzivní péče i na standardních odděleních. Tato data budu mezi sebou porovnávat. Mým předpokladem je vyšší výskyt kuřáků v řadách pracovníků z oddělení typu JIP oproti standardnímu oddělení.

V teoretické části bych se ráda krátce zaměřila na kouření jako takové, dále na složení tabákového kouře a jeho účinky. Dále pak nejčastějším negativním dopadům kouření cigaret na lidské tělo, jako infarkt myokardu, ateroskleróza, CHOPN nebo bronchogenní karcinom. Faktorem, který však není jediný, kdy mají lidé chuť či potřebu jít na cigaretu, je stresová situace. Budu se tedy věnovat také stresu.

Protože u kouření má význam závislost na nikotinu a případná následná léčba, některé kapitoly budou směřované tímto směrem. Zaměřím se na průběh léčby závislosti a čím je v dnešní době možné a efektivní léčit toto onemocnění.

V praktické části pak provedu kvantitativní výzkumné šetření pomocí anonymních dotazníků, které rozdám v tištěné podobě na odděleních všem sestřím kuřačkám. Budu porovnávat tři oddělení Jednotek intenzivní péče

(Chirurgická, Interní, Dlouhodobá intenzivní péče) a tři oddělení standardní (Chirurgie, Interna) v Ústřední vojenské nemocnici – Fakultní vojenské nemocnici. Samozřejmostí je následná analýza a rozebrání dat, společně s vyhodnocením hypotéz a cílů v diskuzi.

1. Kouření

Kouření je naučené chování, které nejčastěji vzniká v partě mladých lidí, kdy jedinec, který ještě nemá zkušenost s kouřením, začne, aby do party zapadl. Je rozšířené po celém světě, závislost na tabáku se řadí mezi civilizační onemocnění. Faktem je, že při dnešní uspěchané době a stresovém prostředí je to jedna z dostupných, legálních a volně prodejných drog. (Pradáčová, 2013)

Na začátku 1. světové války patřilo hlavně do vyšší sociální vrstvy obyvatel, ale u žen bylo bráno jako společensky nepřijatelné. Po emancipaci žen se u nich stalo společensky přijatelným a následná druhá světová válka způsobila ještě větší rozšíření tohoto trendu. Začala průmyslová výroba cigaret, a tak se už v 50. až 60. letech rapidně zvýšil počet úmrtí na rakovinu plic. (Pradáčová, 2013) (Votruba, 2012)

Problémem se stalo značné rozšíření v populaci, a tak jediný, kdo nebyl kouřením zasažen, byly děti. Bohužel věk, ve kterém děti s kouřením začínají, stále klesá. (Pradáčová, 2013)

Kouření stojí až za pětinou všech úmrtí v populaci, přitom léčba závislosti na tabáku je jedna z nejdostupnějších a zároveň z hlediska nákladů nejvýhodnějších. Týká se všech částí těla a někdy může být překvapující, že nejčastější příčinou smrti vlivem kouření není rakovina plic. (Králíková a kol., 2013)

Dopady kouření nepocitují pouze sami kuřáci, ale i ti, kteří nedobrovolně vdechují zplodiny, které obsahuje tabákový kouř (pasivní kuřáci). Tyto látky způsobují kardiovaskulární onemocnění, onemocnění plic a nádorová onemocnění. Mezi nejčastější onemocnění patří například infarkt myokardu, ateroskleróza, hypertenze, porucha metabolismu tuků a s tím související obezita, CHOPN, rakovina plic a průdušek nebo kolorektální karcinom. (Adámková, 2010)(Kantorek, 2001)

Je prokázán i antiestrogenní efekt, který například zvyšuje riziko mozkového infarktu u žen kuřáček, které je dvacetkrát vyšší než u nekuřáček. Velký vliv má kouření i na endokrinní systém. Díky němu je tedy zvýšený výskyt

strumy, hypertyreózy, osteoporózy a inzulínové rezistence, která zapříčiní vznik Diabetu Mellitu II. typu. (Adámková, 2010)

Kouření však není omezeno pouze na cigarety, v průběhu vývoje tabákového průmyslu a snaze zpestřit si jeho užívání vzniklo hned několik forem a variant. Vyvíjela se snaha tabák nějak obohatit, a tak vznikly různé příchutě, které se dají užívat ve formě žvýkacího tabáku nebo tabáku určeného do vodních dýmek, ale i samotné cigarety dostaly například mentolovou příchut'. Známa je také forma doutníků, které byly jakousi známkou bohatství, a později také klasické dýmky, do kterých se tabák pěchoval. (Králíková a kol., 2013)

Nejmodernějším vynálezem jsou elektronické cigarety, které slouží k dodání nikotinu. Výtažek v nich tedy nehoří, pouze se zahřívá, neprodukuje tedy klasický kouř, jejich „výhodou“ je, že se dávka nikotinu dá nastavit a postupně snižovat, mohou tedy sehrát jakousi roli v odvykání kouření. Nejsou však dostupné studie. I zde se lze setkat s velkým množstvím příchutí. Výhodou je i snížené zdravotní riziko, protože zde nedochází k hoření, a tedy se zde nevyskytují nebezpečné látky, které se usazují v plicích nebo pokračují dále do těla, protože kuřák vdechuje páru. Není však přesně známo složení těchto tekutin, protože výrobci ho přesněji neuvádí. (Králíková a kol., 2013)

1.1 Tabákový kouř

V tabákovém kouři lze najít 4000–5000 plynných a pevných látek, z nichž je zhruba 100 karcinogenních. Příkladem může být arzén, hydrazin nebo vinylchlorid. Kromě toho obsahuje další tělu škodlivé látky, které způsobují nejrůznější onemocnění. Najdeme zde mutageny, alergeny, toxické látky či oxid uhelnatý. (Králíková a kol., 2013)

Již samotný cigaretový kouř je zařazen mezi karcinogeny jako směs látek podporujících vznik maligních onemocnění. Karcinogenní vlastnosti mají především produkty hoření, přičemž se mezi tyto látky řadí i nikotin, kterému se dříve přikládalo hodnocení hlavně z hlediska závislosti. (Adam;Krejčí;Vorlíček, 2011)

1.1.1 Nikotin

Nikotin se řadí mezi alkaloidy a vyskytuje se především v tabáku, je jejích hlavním představitelem a je obsažen ve všech částech tabákové rostliny, je hlavním činitelem pro vznik závislosti na tabáku. Jeho procentuální obsah se pohybuje od 0,05 % do 10 %. Tabák v cigaretách pak obvykle obsahuje 1,5 % nikotinu, tedy zhruba 10–15 mg na jednu cigaretu. (Králíková a kol., 2013)

Jeho absorpce probíhá pouze v alkalickém prostředí a tělo je ho schopné absorbovat asi 30 %, z toho 90 % je absorbováno v plicích, avšak je schopný se rychle absorbovat i skrze povrch kůže. Jeho eliminace pak probíhá v ledvinách, čím nižší je pH moči, tím více je jeho vylučování podpořeno. (Králíková a kol., 2013)

Účinkuje na sympatické i parasympatické gangliové buňky. Jeho receptory (acetylcholin-nikotinové) jsou umístěny na plazmatických membránách těchto buněk. Jeho účinek je vyvolán právě vazbou na tyto receptory s ovlivněním vegetativních ganglií. Prvně dochází k aktivaci sympatiku, vysoké dávky vedou k stimulaci parasympatiku, což může způsobit až neurosvalovou blokádu. Smrtelná dávka nikotinu je 50–100 mg, která vyvolá dechovou paralýzu. Toto množství je obsaženo zhruba ve 3 cigaretách, nedochází však k absorpci v plné dávce. (Králíková a kol., 2013)

Během předávkování obvykle dochází k zamezení kouření, protože příznaky jsou velmi nepříjemné, řadí se mezi ně slabost, tachykardie, hypertenze, nauzea a zvracení, později při vysokých dávkách křeče s rozvojem komatu a zástavou dýchání. (Králíková a kol., 2013)

Nikotin také způsobuje vzestup hladiny cholesterolu, díky jeho vlivu poklesne i hladina některých vitamínů. Působí na zvýšenou agregaci krevních destiček v krevním řečišti. Má velmi podobný účinek jako heroin nebo kokain, protože způsobuje vyplavování hormonů dobré nálady – endorfinů, čímž vyvolává přitažlivost k další cigaretě. Čím mladší organismus, tím rychlejší je podlehnutí závislosti. (Pradáčová, 2013)

1.1.2 Oxid uhelnatý

Oxid uhelnatý, nebo také CO, vytěsňuje kyslík, který je navázaný na krevní barvivo. Tím je vyvolán nedostatek kyslíku ve tkáních. Nejpostiženějším aparátem jsou cévy, ve kterých následně vznikají aterosklerotické pláty, způsobující ischemické potíže, ať už srdeční, končetinové nebo mozkové. (Pradáčová, 2013)

Vzniká oxidací za vysokých teplot. Jeho množství stoupá s počtem potažení z cigarety. Pasivní kuřáci vdechují až třikrát vyšší množství než sami kuřáci, protože jeho koncentrace je ve vedlejším proudu kouře vyšší. (Králíková a kol., 2013)

1.1.3 Karcinogeny

Tyto látky, kterých obsahuje tabákový kouř zhruba sto, se podílí na nádorovém bujení. Jsou převážně přítomné v dehtu cigaret. Riziko nádorového bujení se zvyšuje počtem cigaret, inhalací hluboko do plic a začátkem kouření ve velmi nízkém věku. (Pradáčová, 2013)

Řadí se mezi ně například těkavé N-nitrosaminy, které jsou ovlivněné obsahem dusíku v tabáku, amoniak, těkavé nitrily, jejichž zdrojem jsou aminokyseliny a bílkoviny, hydraziny. Z pevných látek jsou to hlavně netěkavé N-nitrosaminy, aromatické aminy, benzen, který je suspektním induktorem akutní leukémie, polycyklické aromatické uhlovodíky, které jsou obsaženy v dehtu, podílí se tedy nejčastěji na vzniku rakoviny plic a průdušek, N-heterocyklické uhlovodíky, fenoly, arzén a další kovy. (Králíková a kol., 2013)

2. Onemocnění kardiovaskulárního systému

Kouření až zdvojnásobuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Toto riziko zvyšuje i pasivní kouření, tedy vdechování tabákového kouře uvolněného z cigarety kuřáka. Nejčastěji ovlivňuje vznik infarktu myokardu u pacientů mladších 60 let, náhlou srdeční smrt, poškození periferních tepen či vznik aortálního aneuryzmatu. Významně podporuje vznik aterosklerózy, díky které je podpořen vznik těchto onemocnění. (Králíková a kol., 2013)

Ve všech zemích, kde je zakázáno kouření v restauracích, je prokázán pokles infarktů až o 15 %. Znamená to tedy celkem 450 pacientů za měsíc a 5400 osob za rok pro Českou republiku. (Adámková, 2010)

Kardiovaskulární onemocnění má hned několik rizikových faktorů, které se dělí na neovlivnitelné. Patří mezi ně například věk, pohlaví nebo genetické predispozice. Mezi ty, které lze ovlivnit, řadíme například právě kouření, ale také obezitu, se kterou souvisí porucha metabolismu tuků a arteriální hypertenze. Tyto problémy společně dohromady mohou vyústit až v metabolický syndrom. (Adámková, 2010)

2.1 Ateroskleróza

Vztah mezi aterosklerózou a kouřením byl prokázán jednoduchými metodami již před mnoha lety (angiografie, transezofageální echokardiografie, hodnocení poměru tloušťky cévních stěn na karotidách). Kouření však ovlivňuje také funkční mechanismy cévy - její pružnost. Tyto problémy jsou doprovázeny sníženou schopností hojení ran, zvýšení rizika vzniku zánětů a narušením funkcí krevních destiček, díky kterým je způsobena větší náchylnost k vytvoření trombózy. Na progresi se podílí aktivní i pasivní kouření různými mechanismy na mnoha úrovních tohoto onemocnění, od raných stadií až po ty nejzávažnější a na následném vzniku ischemických chorob srdce i cév dolních končetin. (Králíková a kol., 2013)

Stejně jako u jiných kardiovaskulárních chorob i zde platí neovlivnitelné rizikové faktory (věk, pohlaví, genetické dispozice) a faktory ovlivnitelné, mezi které patří zvýšení LDL cholesterolů a triacylglycerolů, pokles HDL cholesterolu, arteriální hypertenze, kouření, Diabetes mellitus a obezita. K těm nejvýznamějším patří hlavně lipidové rizikové faktory. (Žák; Macásek, 2011)

Jedná se o chronicky progredující cévní onemocnění s metabolickými a buněčnými změnami na stěně tepny. Vede ke vzniku plátů, které zúžují průsvit cévy a mohou ho až úplně uzavřít. Nejzávažněji bývají postižené koronární tepny, ve kterých následně vzniká infarkt myokardu na podkladě prasklého ateromového plátu, na kterém se začne tvořit trombus. Postižení však podléhají

i velké tepny – aorta – kde může ateroskleróza vygradovat až do aneuryzmatu (výdutě). Pokud dojde k jeho perforaci, často dojde k exitu pacienta. (Štejska a kol.,2007)

2.2 Infarkt myokardu

Infarkt je akutní onemocnění srdce, které se za akutní považuje do 6 týdnů od vzniku, způsobené nekrózou myokardu (srdeční svaloviny). Podobně jako nestabilní angina pectoris, většinou vzniká na základě ruptury aterosklerotického plátu, která způsobí spuštění koagulační kaskády – trombocyty se začnou shlukovat v místě poškození cévy a vznikne tak nasedající trombus. U mladých kuřáků je riziko vzniku infarktu až o 50 % vyšší než u nekuřáků stejného věku. (Sovová; Sedlářová, 2014) (Králiková a kol.,2013)

Někdy dochází k infarktu i jinou příčinou, například: infekce tepny, traumatické změny, disekce aorty nebo embolie. Infarkt může postihnout jakoukoliv část srdce, nejzávažnější je však infarkt levé komory. Při větším poškození myokardu (20-40 %) může dojít k srdečním selháváním nebo šoku. (Sovová; Sedlářová, 2014)

Vlivem ucpaní cévy vznikne ischemie a následně nekróza (úmrtí tkáně), která vyvolá akutní infarkt myokardu. Ke spontánnímu rozpuštění trombu dochází pouze u 30 % uzávěrů do 12 hodin. Dochází ke změnám na EKG, díky kterým lze poznat, kde zhruba se infarkt nachází. (Sovová;Sedlářová, 2014)

Klinickými příznaky je svíravá bolest za hrudní kostí vystřelující do levé končetiny. Někteří pacienti uvádí dušnost, bušení srdce, bledou a opocnou kůži, může být tachykardie i bradykardie podle toho, zda je stimulován sympatikus nebo parasympatikus, stejně tak může být u pacienta hypertenze nebo naopak hypotenze. Bolest vzniká náhle, často předchází nestabilní angina pectoris. (Sovová;Sedlářová, 2014)

U pacientů s příznaky po proběhlém infarktu se provádí koronarografie k zmapování problému, nebo jako intervenční výkon, při kterém se pacientovi může zavést stent, který obnoví průtok uzavřenou nebo zúženou koronárním

tepnu. Vzniklý defekt po nekróze se následně hojí vazivem a vzniká infarktová jizva. (Sovová;Sedlářová, 2014)

V léčbě je obvykle důležité předejít dalšímu vzniku trombu, proto se pacientovi podávají antikoagulancia (heparin či nízkomolekulární hepariny) a antiagregancia. Důležité je podání vazodilatancí k rozšíření cév, betablokátory a analgetika. Je důležitá kontrola EKG, tlaku a pulzu. (Sovová;Sedlářová, 2014)

V důsledku ischemie může vzniknout i náhlá smrt pacienta, způsobená nejčastěji fibrilací, rupturou myokardu nebo srdeční zástavou. Riziko náhlé srdeční smrti je u kuřáků 2-3x vyšší než u nekuřáků, a to již v mladém věku. (Sovová;Sedlářová, 2014) (Králíková a kol.,2013)

3. Onemocnění dýchacího systému

Onemocnění dýchacího systému se řadí mezi nejčastější onemocnění. Stojí na prvním místě za počtem pracovních neschopností. Nejčastějšími příčinami jejich vzniku je infekce, fyzikální dráždění, jako je znečištěné či toxické ovzduší, nebo autoimunita. Nejčastějšími příznaky těchto onemocnění jsou: kašel – suchý, vlhký, akutní či chronický, dušnost – nepříjemný pocit nedostatku vzduchu a s tím spojené příznaky respirační nedostatečnosti – neklid, vyhledávání úlevové polohy (ortopnoická), poruchy dýchání – mělké, hluboké dýchání, nepravidelné, zrychlené či zpomalené, centrální cyanóza, hemoptýza a hemoptoe. (Slezáková a kol.,2012)

Až za 6 % všech přímých nákladů na zdravotní péči jsou dle Evropské unie zodpovědné respirační choroby a polovina z toho je přisuzována chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN). Nemocní jsou většinou starší 40 let věku a rizikovými jsou zejména kuřáci ve věku 65–70 let, kdy se CHOPN projevuje až u 50 % z nich. Za zevní příčinu tohoto onemocnění může až z 80 % aktivní kouření. (Králíková a kol., 2013)

Plíce jsou nejvíce zasaženy expozicí dehtu, který se usazuje v plicních sklípcích. Jsou jím zasaženy více než kteroukoliv jinou látkou obsaženou v kouři. Alveoly se tak zanáší černou lepkavou hmotou. V dehtu je velký obsah karcinogenních látek. Dýchací cesty jsou ovlivněny také samotným nikotinem,

kdy při předávkování dochází k parasympatické stimulaci, díky které dojde k rychlé dechové paralýze. (Králíková a kol.,2013)

3.1 Chronická bronchitida

Za chronickou bronchitidu lze označit produktivní kašel trvající déle než tři měsíce, dva roky po sobě. Pro vývoj onemocnění a stav pacienta je důležitý fakt, zda je onemocnění provázeno také bronchiální obstrukcí. V tomto stadiu už se jedná o projev CHOPN. (Navrátil, 2017) (Mačák;Mačáková;Dvořáčková,2012)

Příčiny vzniku jsou obdobné jako u chronické obstrukční plicní nemoci. Lze je rozdělit na vnitřní nebo také neovlivnitelné příčiny – věk, pohlaví a porucha protilátkové imunity, a vnější, ovlivnitelné – opakované respirační infekce, hlavním faktorem je kouření, pracovní prostředí s expozicí škodlivých látek, prachu a znečištěné ovzduší jako celek.

(Navrátil,2017)(Mačák;Mačáková;Dvořáčková,2012)

Ve sliznici bronchů lze najít zánětlivou exsudaci tvořenou z lymfocitů a plazmatických buněk. Stěna bronchu bývá zánětem zesílená a zduřelá a průsvit bronchu je tak zúžený, což vede ke zhoršení dýchání. Po několika letech může tento zánět vést až ke cor pulmonale – plicní srdce, ke vzniku CHOPN a vede také ke vzniku dlaždicobuněčné metaplazie, na jejímž podkladě mohou později vznikat karcinomy. (Mačák; Mačáková; Dvořáčková, 2012)

3.2 Chronická obstrukční plicní nemoc

Chronická obstrukční plicní nemoc, zkráceně CHOPN, je jedno z onemocnění, které se u kuřáků často vyvíjí. Jejím příznakem je dušnost, díky které se pacient dostaví k lékaři. Jedná se o onemocnění chronické a je velmi obtížné ji léčit. Primárně postihuje plíce a dolní cesty dýchací. Patologickou podstatou je neinfekční zánět vznikající právě v dýchacích cestách. Zahrnuje chronickou bronchitidu s obstrukcí a emfyzémem, někdy může i neléčené a nekontrolované astma v toto onemocnění přejít. (Kantorek, 2001) (Králíková a kol., 2013)(Navrátil, 2017)

Nemoc je charakteristická omezením průtoku v průduškách neboli jejich obstrukcí, který není úplně vratný (reverzibilní), postupně se zhoršuje při reakci na škodlivé částice a plyny. Původním příznakům, jako jsou kašel a vykašlávání hlenu, pacient nevěnuje příliš pozornost, a tak brzy dojde k zúžení dýchacích cest, a následné námahové dušnosti, která omezuje pracovní aktivitu. Později se může objevit hmotnostní úbytek. (Kantorek, 2001)(Králíková a kol., 2013)(Navrátil, 2017)

Příčinou je nepochybně aktivní kouření cigaret nebo jiných variant, jako jsou dýmky či doutníky. Na vině však mohou být i jiné škodlivé částice a plyny vznikající v průmyslu, díky dopravě ale i interiérových zplodin, mezi které se řadí spalování fosilních paliv, dřeva, ale i pasivní kouření. (Kantorek, 2001)(Králíková a kol., 2013)

Dělí se do několika stadií, které se postupně mění, jak se onemocnění zhoršuje. Klasifikace je od 0 do III. Aby se určilo správné stadium, je nejdůležitějším vyšetřením spirometrie, která se hodnotí po aplikaci bronchodilatačního léku. (Kantorek, 2001) (Králíková a kol., 2013)

Výskyt onemocnění roste s věkem, vyskytuje se po celém světě. Jeho incidence i prevalence roste z důvodu stárnutí populace a zvýšené inhalační zátěže. Většina nemocných je zaznamenáno po 40 letech věku. Ve věku 65–70 let touto nemocí trpí až 50 % kuřáků. Celosvětově stoupá mortalita CHOPN, která představuje čtvrtou nejčastější příčinu smrti. (Králíková a kol., 2013)

Kuřáci s CHOPN mají celkově horší a těžší symptomy, vyšší mortalitu a výrazný pokles plicních funkcí. Za rozvoj onemocnění v dospělém věku se však mohou zasloužit i infekční onemocnění – HIV a tuberkulóza. (Králíková a kol., 2013)

Léčba spočívá ve zmírňování příznaků, zlepšování tělesné zátěže, kvality života a zabránění vzniku komplikací či zhoršování onemocnění. Podle stadia onemocnění se onemocnění léčí postupnými kroky. První z nich je eliminace škodlivé inhalační expozice, druhým krokem je paušální medikace, kdy se podávají léky. Nejčastěji bronchodilatancia, kortikosteroidy, antibiotika, mukolytika a expektorancia. Léčiva jsou buď v perorální, injekční,

anebo inhalační formě. Důležitá je také dechová rehabilitace a fyzioterapie. Při hypoxii se pacientům podává kyslík. Třetím krokem je soubor léčebných opatření podle individuálních potřeb pacienta zaměřených proti specifické variantě onemocnění. (Kantorek, 2001)(Králíková a kol., 2013)

4. Onkologická onemocnění

Pokud jste kuřákem, máte až 30% šanci, že se setkáte s nádorem. Cigaretový kouř obsahuje nespočet karcinogenních a mutagenních látek, které dříve nebo později mohou dopomoci k malignímu bujení. Tabákový kouř je označen jako kancerogen třídy A dle klasifikace IARC a zvyšuje riziko maligních nádorů všeobecně. Nikotin kancerogen není, ale jeho metabolity, které vznikají hořením, mají kokancerogenní potenciál. Nejsou to pouze nádory dýchacího traktu, ale desítky dalších kancerogenních látek způsobuje nádory – močového měchýře, děložního čípku, dutiny ústní, rtů a jazyka, tlustého střeva a rekta, hltanu a jícnu, ledvin, hrtanu, nosní dutiny, slinivky, žaludku, dělohy a vaječníků a v neposlední řadě může způsobit i myeloidní leukémii. (Králíková a kol.,2013)(Zvolská a kol.,2016)

Pro prevenci nádorů je důležitá identifikace jejich hlavních příčin. Primární prevence spočívá v minimalizování rizika a příčiny, sekundární je pak včasná diagnostika nádoru, což zvýší předpoklad úspěšné léčby. Hlavní příčinou vzniku nádorů jsou zevní faktory, mezi které řadíme hlavně kouření, dále pak stravu, obezitu, alkohol, nedostatek pohybu a v neposlední řadě infekce. (Adam;Krejčí;Vorlíček, 2011)

Maligní nádory jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí hned po kardiovaskulárních onemocněních. Incidence nádorů roste v čase a s věkem, 80 % nádorů vzniká po 50 letech věku. U mužů je v incidenci Česká republika na druhé místě v Evropě a u žen na třetím. (Králíková a kol.,2013)

Kouření je jednoznačně nejvýznamějším faktorem pro vznik maligních onemocnění a zároveň je jedinou příčinou, které lze předcházet. Kouření způsobuje až 91 % nádorů plic u mužů a až 86 % u žen. Karcinomy dýchacích cest však nejsou jediné ovlivněné kouřením, je prokázán výskyt i jiných maligních

onemocnění ve vztahu k tabákovému kouří, dostatečné a jednoznačné důkazy o přímém ovlivnění vzniku nádoru jsou u kolorektálního karcinomu a karcinomu ovárií. Limitované důkazy hovoří i o karcinomu prsu. (Adam;Krejčí;Vorlíček, 2011)

U onkologických pacientů, kteří kouří a odmítají s tím přestat se onemocnění rychleji vyvíjí a vznikají sekundární nádory. Pokud se jedná o pacienta po úspěšné léčbě, dochází často k návratu nádorů, a to má výrazně horší vliv na kvalitu života a snižuje šanci na přežití. (Adam;Krejčí;Vorlíček, 2011)

4.1 Bronchogenní karcinom

Za bronchogenní karcinomy se označují nádory průdušek, ale i nádory vzniklé z plicní tkáně. Jejich klinický obraz od sebe nelze přesně rozlišit. Nádory průdušek obvykle později prorůstají i do plicního parenchymu, nebo průdušku zcela uzavřenou, což vede ke změnám na plicní tkáni, naopak ty které vznikly z plicního parenchymu později prorůstají do průdušek.

(Vorlíček;Abrahámová;Vorlíčková, 2006)(Adam;Krejčí;Vorlíček,2012)

Riziko vzniku tohoto karcinomu roste s počtem cigaret a délkou expozice. Při 20 cigaretách denně po 20 letech kouření je u kuřáka ve věku 45 let riziko vzniku až 18krát vyšší než u nekuřáka, a pokud v kouření pokračuje, riziko narůstá. Pasivní kouření v dětství a dospívání může za vznik až 17 % plicních karcinomů u nekuřáků. (Králíková a kol., 2013)

Lze je rozdělit do dvou skupin: malobuněčné (25-30 %) a nemalobuněčné (70-75 %) karcinomy. Z tohoto rozdělení vyplývá následný přístup k léčbě. Malobuněčné jsou rychlerostoucí, časně metastazující do kostí, jater, CNS a nadledvin. Z počátku jsou velmi citlivé na radioterapii a chemoterapii, časem se však změny v radio- a chemo rezistentní a nadále se již tímto typem léčby nedá ovlivnit. Nemalobuněčné karcinomy rostou pomalu, metastazují až v pozdější fázi, mají však velmi malou citlivost k radioterapii i chemoterapii. (Vorlíček;Abrahámová;Vorlíčková, 2006)(Adam;Krejčí;Vorlíček,2012)

Po celém světě je tento karcinom na druhé příčce ve výskytu. Bývá diagnostikován mezi 35–85 lety a nejčastěji se vyskytuje u osob ve věku 55–80 let. Hlavní příčiny jsou exogenní – biologické, fyzikální a chemické. K biologickým řadíme viry, k fyzikálním ionizující záření a k chemickým karcinogeny, mezi které patří nepochybně i kouření, u kterého je nezvratně prokázáno vysoké riziko vzniku bronchogenního karcinomu. (Vorlíček;Abrahámová;Vorlíčková, 2006)(Adam;Krejčí;Vorlíček,2012)

Příznaky mohou být jako u každého onemocnění dýchacích cest, postupně se však zhoršují. Nejběžnějším příznakem v raném stadiu je kašel, který může změnit svůj charakter, pokud se jedná o pacienta trpícího chronickou bronchitidou, případně CHOPN. Pokud se jedná o nově vzniklý kašel, který přetrvává déle než 3-4 týdny, je indikován RTG snímek plic. Dalším příznakem je hemoptýza, která se málokdy dá přehlédnout. Dochází k ní když primární nádor proroste do některé z cév na bronchu. Obvykle se jedná jen o malé množství krve ve sputu. (Vorlíček;Abrahámová;Vorlíčková, 2006)(Adam;Krejčí;Vorlíček,2012)

K běžným příznakům se také řadí pneumonie, která nereaguje na antibiotickou léčbu a nebo se opakovaně objevuje ve stejném místě. Často k ní dochází při útlaku bronchu zvenčí nebo obstrukci v jeho průsvitu, kde se snadněji rozvine infekce. (Vorlíček;Abrahámová;Vorlíčková, 2006)(Adam;Krejčí;Vorlíček,2012)

V pokročilém stadiu se může objevovat bolest na hrudi, bolesti na klíční kosti z důvodu infiltrace pleteně, chrapot a syndrom horní duté žíly, bolesti pohrudnice, dušnost a potíže s polykáním. (Vorlíček;Abrahámová;Vorlíčková, 2006)(Adam;Krejčí;Vorlíček,2012)

4.2 Kolorektální karcinom

V České republice se tento karcinom řadí mezi nejčastější zhoubná onemocnění, je nejčastějším nádorem trávicího ústrojí. Počáteční nárůst výskytu je u osob kolem 35. roku života, zvýšený nárůst je kolem 50 let a maximální incidence je ve věku 70 - 74 let.

(Adam;Krejčí;Vorlíček,2012) (Vorlíček;Abrahámová;Vorlíčková, 2006)

Příznaky onemocnění se liší podle lokalizace, rozsahu a stadia onemocnění. Pokročilé nádory se vyznačují úbytkem váhy, sklonu k anémiím a malnutricí. Mezi akutní komplikace patří perforace střeva v místě nádoru nebo jeho obstrukce, která následně způsobí ileus – neprůchodnost střeva. Pokud se karcinom vyskytuje v pravé části střeva, vyznačuje se většinou krvácením a anemizací pacienta, která bývá často příznakem jediným při tomto umístění. Naopak v levé části střeva vedou spíše k obstrukci a k poruchám pasáže střeva a obtížím při defekaci, případně obstrukci. (Vorlíček;Abrahámová;Vorlíčková, 2006) (Adam;Krejčí;Vorlíček,2012)

Nejčastějšími projevy při nádoru v levé polovině jsou zácpa, subileus, ileus a bolest. Pokud se karcinom vyskytuje v oblasti recta, tak je hlavním příznakem krvácení, přítomnost hlenu ve stolici a tenezmy – bolestivé nutkání na stolici. Při postižení této oblasti, se může vyskytnout i nechtěný odchod stolice při odchodu plynu. (Adam;Krejčí;Vorlíček,2012) (Vorlíček;Abrahámová;Vorlíčková, 2006)

Příčiny vzniku nejsou přesně známy, podílí se na něm mnoho faktorů mezi které patří dedičná dispozice, věk a pohlaví, jiná nezhozná onemocnění tlustého střeva, jako jsou například polypy, které rostou ze sliznice, později se mohou maligně zvrhnout, pokud se včas neodstraní. Sklon k výskytu karcinomů mají i pacienti s idiopatickými záněty střev – ulcerózní kolitida a Crohnova choroba. V neposlední řadě jsou to faktory zevního prostředí, mezi které řadíme například nevhodné stravování – smažené a uzené jídlo, nadměrná konzumace živočišných tuků a uzenin, nedostatek vlákniny a vitamínů. Ke vzniku přispívá také nadměra alkoholu a v neposlední řadě kouření. (Vorlíček;Abrahámová;Vorlíčková, 2006)

K úspěšné léčbě je důležitá včasná diagnóza. Nádory v prvním stadiu jsou dobře chirurgicky odstranitelné a nevyžadují léčbu cytostatiky. Pro diagnostiku tohoto onemocnění se v rámci screeningu provádí test na okultní krvácení. Pokud se krev ve stolici vyskytne, je dalším klíčovým vyšetřením kolonoskopie. Před tímto vyšetřením je nutná příprava. Ta spočívá ve snaze úplně vyprázdnit a vyčistit střeva a konečník od stolice a zbytků potravy. Začíná se několikadenní

kašovitou dietou a následným popíjením projímavých roztoků, které dopomůžou k úplnému vyprázdnění. (Vorlíček;Abrahámová;Vorlíčková, 2006)

Léčba u většiny pacientů prvně spočívá v chirurgickém zákroku. Provádí se resekce postižené části střeva společně s odstraněním přilehlých uzlin. U některých nemocných lze konce střeva k sobě zpátky přišít a obnovit tak normální kontinuitu střev, jindy je nutné vyvézt kolostomii, kterou lze časem zanořit zpět a nebo se jedná o zákrok definitivní a trvalý a stomie již pacientovi zůstane celý život (např. při kompletním odstranění konečníku). Radioterapii lze použít pouze u nádorů konečníků, kde je cílem nádor co nejvíce zmenšit před samotnou operací. (Vorlíček;Abrahámová;Vorlíčková, 2006)

Dopomáhá však i pro snížení životaschopnosti buněk, a tím snížení lokálních recidív. Za to chemoterapii lze použít i u karcinomů tlustého střeva a lze ji rozdělit na několik druhů podle stadia nádoru. Chemoterapie zvyšuje přežití pacientů a taktéž snižuje riziko recidivy. Používá se však i jako chemoterapie paliativní pro zlepšení kvality přežití u neoperabilních nádorů. (Vorlíček;Abrahámová;Vorlíčková, 2006)

5. Kouření na pracovišti

Je problémem jak pro aktivní kuřáky, kteří tak například prokouří určitou část své pracovní doby, tak pro kuřáky pasivní, kteří tabákový kouř vdechují. Tabákový kouř je díky WHO zařazený mezi karcinogeny a jeho výskyt je prokázán i v místech, kde se dlouhou dobu nekouřilo, i když vzduch je čistý, a to zejména na oblečení a kůži těch, kteří místnost navštívili. (Králíková; Kindl, 2011)

Ochranu okolí před tabákovým kouřem požaduje také Rámcová úmluva o kontrole tabáku WHO. (Králíková; Kindl, 2011)

Pasivní kouření způsobuje podobná onemocnění, jako kouření aktivní, ale v menší míře, protože dávka vdechovaného kouře je malá. I pasivní kouření tedy způsobuje onkologická onemocnění, ale i chronická plicní onemocnění. U dětí může způsobovat opakované záněty horních dýchacích cest. Vliv je prokázán i na kardiovaskulární systém. (Králíková; Kindl, 2011)

Tento vyšší výskyt onemocnění byl znatelně prokázán u zaměstnanců vystavených tabákovému kouři, především chronických plicních, nádorových a kardiovaskuárních. Dříve se tento problém týkal hlavně letušek a zaměstnanců v restauračních provozech. Nyní jsou lety zcela nekuřácké a stejně tak je zavedený zákaz kouření v restauracích i dalších pohostinských zařízeních. Zákaz kouření platí pro všechna zdravotnická zařízení s výjimkou psychiatrických a detoxikačních oddělení. (Králíková; Kindl, 2011)

V zákoníku práce je zmíněna povinnost kouřícím zaměstnancům, aby nekouřili na místech, kde účinkům kouření vystavují nekuřáky. Za dodržování je zodpovědný zaměstnavatel. Problémem je, že tyto pojmy jako „jiné prostory“, „pracoviště“ nebo „být vystaven účinkům“ nejsou přesně definovány. (Králíková; Kindl, 2011)

5.1 Kouření sester

Zdravotničtí pracovníci by měli být nekuřáckým příkladem pro pacienty i svému blízkému okolí. Je to základní předpoklad pro důvěryhodnou léčbu závislosti. V České republice kouří až 40 % zdravotních sester a 16 % lékařů, v anglosaských zemích je toto číslo výrazně menší, a to 10 % pro sestry a 5 % pro lékaře. (Králíková a kol., 2013)

Pracovníci ve zdravotnictví hrají klíčovou roli v kontrole tabáku a jsou důvěryhodní pro široké spektrum populace, médií, osobností, dokonce i pro ekonomické a politické oblasti. (Králíková a kol., 2013)

Mohou informovat veřejnost o účincích a škodlivosti kouření tabáku, ať už aktivním, nebo pasivním způsobem. Mohou být příkladem v podpoře nekuřáctví a pomáhat kuřákům přestat. (Králíková a kol., 2013)

Pro léčbu závislosti je důležité mít nekuřácké prostředí i personál. Sestra nebo lékař, ze kterých je cítit kouř, nemůžou být pro pacienta důvěryhodným a doporučovat jim, jak je důležité s kouřením přestat. (Králíková a kol., 2013)

Prvním krokem by měla být podpora zdravotníků v tom, aby s kouřením přestali. Důležitá je také snaha, aby mladé sestry s kouřením nezačínaly a braly to jako předpoklad pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

V zahraničí hrají sestry hlavní roli v podpoře pacientů v léčbě závislosti. U nás se tento trend teprve rozvíjí a vzrůstá. (Králíková; Felbrová; Kulovaná, 2015)

6. Stres

Stres se řadí mezi přirozené projevy života, pokud je přiměřený a nepůsobí dlouhodobě. Pojem stres znamená tíseň, tlak, nesnáze nebo nepříjemně pocíťovanou situaci. Jedná se o nespecifickou reakci na nadměrnou tělesnou, duševní nebo sociální zátěž, kterou klade situace či prostředí. Odpovědí organismu na ohrožení jeho integrity a rovnováhy je zapojení všech obranných a adaptačních mechanismů na svoji ochranu. (Vobořilová, 2015)

Faktory, které způsobují negativní vliv na člověka, se nazývají stresory. Mohou se dělit na stresory fyzikální, emocionální a situační. Jedná se o zatěžující a škodlivé činitele, kdy jejich míra přesahuje schopnosti či možnosti daného člověka situaci zvládnout. (Vobořilová, 2015)

Na stresory organismus reaguje psychickými reakcemi – přizpůsobení, úzkost a deprese. Mírný stres může mít motivační funkci. Dlouhotrvající stres, který přesáhne určitou mez však může vést k úzkostnému nebo depresivnímu chování. (Vobořilová, 2015)

Podle Hanse Senleyho je stres definován jako nespecifická reakce organismu na jakékoli nároky. Je přítomna vždy vedle specifických reakcí. Je též nazývána jako obecný adaptační syndrom a projevuje se ve třech stádiích – poplachová reakce, rezistenční fáze a fáze vyčerpání. V poplachové fázi dochází k mobilizaci obranných mechanismů organismu ve smyslu „boj nebo uteč“, ve fázi rezistence je vlastní boj organismu se stresorem a ve fázi vyčerpání organismus boj vzdává, podléhá mu a hrouť se. (Pražáková, 2014)

U stresu jsou dva způsoby jeho řešení. Buď se řeší jeho následky a nebo jeho příčiny. Zvládnutí stresu je možné podpořit různými fyzickými či psychickými cvičeními, relaxačními technikami, meditacemi či léky. (Vobořilová, 2015)

Stres se rozlišuje na eustres – tedy stres, který má pozitivní a stimulující vliv a nebo distres, který ohrožuje fyzické či duševní zdraví, běžně se pod pojmem stres rozumí spíše distres. (Vobořilová, 2015)

U osob pociťujících psychický diskomfort je výskyt kouření 2–3krát vyšší oproti běžné populaci, stejně tak je u nich vyšší riziko vzniku závislosti, ale i onemocnění spojených s užíváním tabákových výrobků. Lze se setkat s názory, že kouření má vlastnosti sebeléčby deprese. Avšak prudké vzestupy dopaminu mohou tyto prožitky vyvolat. (Králíková a kol., 2013)

Depresivní symptomy patří také do souboru abstinčních příznaků kouření. Pokud se stres přehoupne do deprese a je dále tento problém stimulován kouřením, je prokázáno, že je u těchto osob až 3krát vyšší riziko sebevraždy. (Králíková a kol., 2013)

6.1 Syndrom vyhoření

Jedná se o stav celkového vyčerpání organismu v návaznosti na dlouhodobý a intenzivní stres. Vyskytuje se hlavně v profesích, které mají kontakt s dalšími lidmi a až 30 % z nich se v životě s vyhořením setká. Projevuje se ve fyzických, psychických i sociálních rovinách a tím ovlivňuje chování člověka. Postihují nejen postiženého člověka, ale i jeho sociální okolí, spolupracovníky, rodinu a klienty/pacienty. (Pešek; Praško, 2016) (Študentová, 2016)

Mezi faktory, které vznik syndromu ovlivňují, podle některých názorů nelze považovat inteligenci, věk, stav a vzdělání. Mezi rizikový faktor je však řazena délka praxe na jedné pozici. U některých studií se lze setkat s výsledky, které ukazují, že výskyt syndromu vyhoření je u mladých pracovníků častější a frekvence klesá s věkem. (Pešek; Praško, 2016)

Syndrom vyhoření neboli burnout lze rozdělit do několika fází – nadšení, stagnace, frustrace, apatie a syndrom vyhoření. Nevzniká ze dne na den a osoba k němu dospěje až po individuálně dlouhé době. (Pešek; Praško, 2016) (Študentová, 2016)

Nadšení vzniká většinou během nástupu do práce s velkým očekáváním a extrémní motivací k výkonu práce, velkou snahou prosadit se a tvrdě pracovat. (Pešek; Praško, 2016)

Následuje stagnace – „vystřízlivění“, kdy si člověk uvědomí skutečnost, která je v konfrontaci s původními očekáváním, a začíná se soustředit na to, jak si v práci udělat pohodu, snaha o to, aby se moc nenadřel. (Pešek; Praško, 2016)

S frustrací začínají pochyby o smyslu své práce, množí se konflikty se spolupracovníky, nadřizenými i klienty/pacienty, zde se začínou rozvíjet psychické i tělesné potíže. (Študentová, 2016)

Apatie patří mezi obranné reakce, člověk se stahuje do sebe, dělá jen to nejnnutnější, kategorizuje klienty/pacienty a snaží se těm náročným vyhýbat, objevují se psychosomatické problémy, které souvisí s vyšší absencí v zaměstnání. (Pešek; Praško, 2016)

Posledním stadiem je samotný syndrom vyhoření, často doprovázený depresivními stavy. Jedná se o celkové tělesné, psychické i sociální vyčerpání, často dochází k odchodu ze zaměstnání. (Pešek; Praško, 2016)

Postižený syndromem vyhoření má tendence k zvýšenému užívání návykových látek alkoholu, léků, ale také cigaret nebo jiných tabákových výrobků a je také vysoce ohrožen vznikem závislosti na těchto látkách. To může ještě více narušovat mezilidské vztahy, ať už v rodině nebo v zaměstnání. (Študentová, 2016)

K syndromu vyhoření dochází nejčastěji u těchto třech osobnostních typů – perefekcionista, workoholik a osoba, která neustále potřebuje sobě i okolí dokazovat, že je schopná a úspěšná. U perfekcionista je to hlavně z důvodu snahy mít vše na více než 100 %, workoholik není schopný udělat si rovnováhu mezi prací a soukromým životem a zároveň neumí a nechce odpočívat či relaxovat, u třetího typu je tento postoj bohužel budován už od malička, kdy tento typ osobnosti budují již rodiče s vysokými nároky. (Hekelová, 2014)

7. Závislost na nikotinu

V současné době v rozvinutých zemích prevalence kouření klesá nebo stagnuje. Naopak v zemích Afriky a Asie je tabáková epidemie teprve na vzestupu. V ČR bohužel počet kuřáků stále neklesá, v posledních desetiletích je kolem 30 % kuřáků ve věku nad 15 let. Na Novém Zélandu bylo v roce 2013 15 % kuřáků, je to tedy o polovinu méně než u nás. (Králíková, 2015) (The New Zealand Guidelines to Help People to Stop Smoking, 2014)

V České republice je kolem 2 200 000 kuřáků závislých psychosociálně a 80 % z nich i fyzicky – na nikotinu. Diagnóza závislosti na tabáku má označení F17, v chorobopisech se však neuvádí, protože dle WHO je diagnóz souvisejících se závislostí na tabáku celá řada. (Králíková, 2015)

K diagnostice závislosti se nejčastěji používá Fagerströmův dotazník závislosti na cigaretách. Bodové rozmezí u tohoto dotazníku je 0–10 bodů, již jeden bod určitou závislost znamená. (Králíková, 2015)

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?	
do 5 minut	3 body
za 6-30 minut	2 body
za 31-60 minut	1 bod
po 60 minutách	0 bodů
2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
3. Kterou cigaretu byste neradi postrádali?	
první ráno	1 bod
kteroukoliv jinou	0 bodů
4. Kolik cigaret denně kouříte?	
0-10 cigaret	0 bodů
11-20 cigaret	1 bod
21-30 cigaret	2 body
31 a více cigaret	3 body
5. Kouříte častěji během dopoledne?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
6. Kouříte i při nemoci v posteli? (např. se zlomenou nohou)	
ano	1 bod
ne	0 bodů
0-10 bodů Už jeden bod určitou závislost znamená	

Tabulka č. 1 – Fagerströmův test závislosti (Králíková; Adamčeková; Felberová; Kulovaná; Pánková; Štěpánková; Zvolská, 2016)

Kromě dotazu na denní spotřebu cigaret lze dotaz doplnit i celoživotní expozici formou počtem balíčků za rok – kolik let kolik balíčků pacient kouřil. V balíčku je 20 cigaret, takže pokud pacient kouřil 20 let 10 cigaret denně, je to 10 balíčkoroků, avšak pokud kouřil 5 let 40 cigaret, jedná se také o 10 balíčkoroků. (Králíková, 2015)

Nikotin má poločas v krvi zhruba 2 hodiny. U silně závislých se tedy abstinenční příznaky vyskytnou již po několika hodinách od vynechání cigarety. Do měsíce se abstinents zbaví většiny abstinenčních příznaků, kromě dvou, které trvají déle – touha kouřit a zvýšená chuť k jídlu. Příznaky je dobré si zapsat ještě během pacientova kouření pro případné pozdější porovnání – jsou jen tehdy, objeví-li se nebo se zhorší po tom, co pacient s kouřením přestane. Pokud se jedná o depresivní příznaky, je důležité zdůraznit, že kouření tento stav zhoršuje a abstinence naopak zlepšuje včetně snížené potřeby léků. (Králíková, 2015)

8. Léčba závislosti

Léčba závislosti na tabáku je podobná léčbě chronického onemocnění se sklony k relapsu, rozhodně by tedy neměla končit jedním pokusem. Důležité je vzít si poučení z předchozího pokusu a nevzdávat se. Průměrně se závislost povede vyléčit až na pátý pokus a průměrnému kuřákovi to může zabrat až celých 30 let než se závislosti zbaví. (Králíková, 2015)

Dříve se kouření považovalo spíše za zlovyk, nikdo by neřekl, že se může jednat o závislost či diagnózu onemocnění. Nikotin je jedovatý alkaloid a v rostlině tabáku slouží jako pesticid, u člověka je smrtelná dávka kolem 50 mg. Otrava z kouření však není prakticky možná, protože při předávkování vám příznaky jako nauzea, zvracení, bušení srdce zabrání v dalším kouření. Jako u každé jiné drogy si kuřák postupem času vypěstuje toleranci a má tedy tendenci dávku zvyšovat, aby potlačil abstinenční příznaky, proto se může stát, že silný kuřák přijímá denně pro nekuřáka smrtelné dávky. (Králíková, 2015)

V jedné cigaretě najdeme zhruba 15 mg nikotinu, většina se však zničí hořením a do těla se dostává dávka kolem jednoho miligramu. Při intenzivnějším

kouření se může do těla dostat až 3 mg, a to je důležité při stanovování dávky kompenzační terapie nikotinem. (Králíková, 2015)

Předpoklad pro úspěšnou léčbu je v rozhodnutí či přání přestat. Pokud k takovému rozhodnutí u pacienta nedojde, je důležitá motivace každým zdravotníkem, u každého kuřáka. Léčebné postupy včetně substituční lékové terapie by měla být hrazena v rámci zdravotních systémů. (Králíková a kol., 2013)

Je důležité pomoci pacientovi s plánem odvykání, do kterého zahrneme informování blízkých, u kterých můžeme žádat podporu pacienta. Předvídat krizové situace – zejména abstinenci příznaky, důležité je z okolí odstranit veškeré tabákové výrobky a zajistit nekuřácké prostředí. Lze doporučit i užívání léků, které dopomůžou se zvládnutím abstinenci příznaků, a substituční léčbu v dostatečné dávce po dostatečnou dobu. Nutná je absolutní abstinence, ze které by měl mít pacient radost, využití případných předchozích neúspěchů v léčbě. (Králíková a kol., 2013)

Farmakoterapie pomocí vareniklinu a bupropionu je ve spojení s dalšími intervencemi velmi účinná, doporučuje se tedy aplikovat současně, protože může úspěšnost léčby až ztrojnásobit (Vareniklin, Bupropion zdvojnásobit). Klíčové je stanovení dostatečné dávky a délka, které se doporučuje alespoň na 12 týdnů a déle. Náhraní nikotinová terapie je účinnější, pokud je podávána ve více formách. (Králíková a kol., 2013)

Vareniklin nebo také Champix je určený k léčbě závislosti na tabáku, neobsahuje nikotin, avšak váže se na stejné receptory, takže následuje vyplavení dopaminu, stejně jako u nikotinu – agonistický efekt. Proto při potažení z cigarety se nikotin již nemůže navázat a nedostaví se vyplavení dopaminu – tedy odměny – antagonistický efekt. Pacienti pak udávají, že na kouření nemají chuť. Nežádoucím účinkem po polknutí tablety je až u 30 % pacientů nauzea, proto se doporučuje užívat po jídle. Účinnost užívání se zvyšuje jeho délkou. Nejkratší uvedené podávání je po dobu 3 měsíců, lépe však až půl roku. (Králíková a kol., 2013)

Náhradní terapie nikotinem je nejdéle používaným způsobem pro léčbu závislosti. Formy v podobě náplastí a žvýkaček se v roce 2009 zařadila mezi základní léčbu podle WHO. Jsou volně prodejné v lékárnách i v ČR, také ve formě pastilek a sprejů. Optimální je kombinace náplastí, které působí dlouhodobě (16-24 hodin) a ostatních forem, které mají okamžitý, avšak krátkodobý účinek. (žvýkačky, spreje, pastilky, ...). Nejznámější u nás používaná je značka Nicorette nebo NiQuitin. (Králíková a kol., 2013)

Bupropion je antidepresivum, které se běžně používá. Jeho účinek při léčbě závislosti spočívá v blokování nikotinových receptorů. Je kontraindikován pouze u pacientů s křečovými stavy, epilepsií, anorexií, bulimií a užívateli některých léků. Mezi nežádoucí účinky patří nespavost a sucho v ústech, příležitostě zvyšuje krevní tlak. (Králíková a kol., 2013)

Existují i metody ke snížení zdravotního rizika, ke kterému mohou dopomoci elektronické cigarety, které nehoří a nevytváří kouř. Jejich účinnost není ověřená a neplatí pro to žádná pevná pravidla, avšak s porovnáním s klasickými cigaretami představují minimální zdravotní riziko. (Králíková; Adamčková; Felberová; Kulovaná; Pánková; Štěpánková; Zvolská, 2016)

8.1 Role sestry v léčbě závislosti

Léčba tabákové závislosti by měla být součástí každodenní praxe. Zdravotní sestry by měly jít příkladem pacientům a samy nekouřit, a zároveň by měly být vyškoleny v krátkých intervencích, pro které byl připravený doporučený postup. V ČR však bohužel mezi sestrami je až 40 % kuřáků a jejich role v léčbě tedy není dostatečně využita. (Králíková a kol., 2013)

Sestry se setkávají s pacienty kuřáky denně a ti jsou během pobytu v nemocnici vystavováni nekuřáckému prostředí a vyšší vnímavosti doporučení s kouřením přestat. Sestry by je měly motivovat a případně pomoci začít s léčbou. (Králíková a kol., 2013)

Problém je, že sestry nejsou k tomuto intervenování samy motivované, ani dostatečně systematicky školené. Pro to se pořádají různé workshopy nebo menší semináře, kde je možný i praktický nácvik rozhovoru s kuřákem, které

školy bohužel nenabízí. Byl vydán doporučený postup pro sestry podpořený Českou asociací sester. (Králíková, 2015)

Základními body pro intervenci, ve kterých může sestra sehrát roli, jsou motivace a rozhodnutí pacienta přestat kouřit, pomoci stanovit mu den D, který by měl být do měsíce. Důležité je informovat o tom, jak a jakým způsobem bude léčba probíhat. V předvečer dne D by měl pacient odstranit veškeré věci související s kouřením. (Křenková; Felbrová; Kulovaná; Nohavová, 2018)

Dalším bodem je probrat s pacientem činnosti, při kterých dochází ke kouření cigarety, a pomoci mu najít náhradní řešení a informovat sociální okolí pacienta, případně požádat o podporu a pomoc. (Křenková; Felbrová; Kulovaná; Nohavová, 2018)

Pro pacienta jsou důležité informace o pozitivních účincích nekouření – finanční situace, eliminace zápachu, bílé zuby, lepší pleť, eliminace rizika vzniku respiračních, kardiovaskulárních či onkologických onemocnění. (Křenková; Felbrová; Kulovaná; Nohavová, 2018)

Pacientovi doporučit sebeodměňování, informovat o důležitosti si již nikdy nezapálit a pokud dojde k selhání, poučit se ze zkušenosti a začít znovu, nevzdávat se. Jako zdravotník pacienta také chválit a povzbuzovat. (Křenková; Felbrová; Kulovaná; Nohavová, 2018)

K motivaci pacienta lze použít techniku „5R“ – Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition. Účinnost se zvyšuje, když se zohledňuje individualita pacienta – věk, pohlaví, vzdělání, situace, předchozí zkušenosti s odvykáním. Ptát se pacienta na zdravotní rizika kouření. Identifikovat a zdůraznit ty pacientem podceňované. Zmínit důsledky pasivního kouření. Uvézt příklady, jak se pacientovi zlepšil zdravotní stav, finanční situace, lepší kondice a další. Identifikovat bariéry, co brání pacientovi přestat kouřit – obavy a tím směrem pak orientovat intervenci. V neposlední řadě tuto motivaci opakovat při každé návštěvě pacienta, který motivovaný není. (Křenková; Felbrová; Kulovaná; Nohavová, 2018)

Krátká desetiminutová intervence by měla být aplikována každým zdravotnickým pracovníkem, alespoň v minimální verzi – dotaz na kouření

a doporučení s kouřením přestat – dát leták. Pro krátkou intervenci lze použít schéma „5P“ (anglicky „5A“):

- Ptej se (ASK) – zda kouří a jak dlouho, co kouří;
- Porad' (ADVISE) – doporučení přestat kouřit;
- Posud' ochotu přestat (ASSES WILLINGNESS TO QUIT) – motivace pacienta, například pomocí „5R“;
- Pomoz (ASSIST) – hledat nekuřácká řešení, nekuřácké situace, stanovit den D, doporučit náhradní terapii;
- Plánuj další postup (ARRANGE CONTROLS) – kontrolní návštěva, leták, linka pro odvykání kouření, centra pro léčbu závislosti na tabáku.

(Křenková; Felbrová; Kulovaná; Nohavová, 2018)

VÝZKUMNÁ ČÁST

Úvod do výzkumné části

V praktické části své práce se budu věnovat výskytu kouření u sester. Během své praxe jsem se setkala se spoustou sester kuřáček, což mi zavedlo myšlenku na toto téma. Z počátku jsem nevěděla, jak toto téma uchopit, pak jsem se ale rozhodla zapojit do toho rozdílu mezi standardním oddělením a jednotkou intenzivní péče a otázky týkajícími se možných příčin.

Na obou typech oddělení je práce náročná. Na odděleních JIP bývá mnohem častější výskyt krizových situací. Naopak na standardních odděleních má sestra běžně na starosti mnohem větší skupinu pacientů, což může být mnohdy více stresující, také má tím pádem mnohem menší časové možnosti, které by ke kouření využila, oproti jednotkám intenzivní péče, kde se sestra stará o jednoho až dva pacienty.

Dotazník jsem se snažila zaměřit na konkrétní odpovědi, které mi dají jasné informace o tom, jak sám kuřák potřebu „jít na cigaretu“ vnímá.

9. Metodika výzkumu

9.1 Cíle výzkumu

Ke své práci jsem si vybrala tři cíle, které mi k zadanému tématu přišly důležité:

1. Zjistit, zda je výskyt kouření u sester na jednotkách intenzivní péče vyšší než na standardním oddělení se zaměřením na Ústřední vojenskou nemocnici v Praze.
2. Zjistit, zda je kouření vnímáno jako forma odpočinku a uvolnění se od stresu.
3. Zjistit, zda kuřáci alespoň uvažují o tom, že by s kouřením přestali.

9.2 Hypotézy

1. Výskyt kouření u sester na Jednotkách intenzivní péče bude vyšší než u sester na standardním oddělení, ať už počtem kouřících sester, nebo četností odchodů na cigaretu.

2. Předpokládám, že většina respondentů uvede, že berou kouření jako formu odpočinku, relaxace, ale také jako uvolnění se od stresu.

9.3 Metoda výzkumu

Jednalo se o kvantitativní výzkum, pro který byl vytvořen nestandardizovaný anonymní dotazník. Obsahuje 14 otázek, z nichž je 10 uzavřených a 4 polootevřené. Byla možnost výběru ze dvou nebo tří možností, jedna otázka byla zaměřena na výběr dvou ze čtyřech možností.

Distribuoval se na celkem 6 oddělení – 3 oddělení typu JIP a 3 oddělení standardního interního i chirurgického typu. Bylo rozdáno celkem 78 dotazníků, rozdělené po 34 na každý typ oddělení a na jednotlivá oddělení po 10 a 11 kusech, z nichž se vrátilo 54 vyplněných – 22 ze standardního a 32 z JIP.

Čtyři dotazníky byly vyřazeny, protože byly vyplněny sestrami nekuřačkami, tudíž neobsahovaly všechny odpovědi a nemohly být tedy zařazeny jako plnohodnotně vyplněné dotazníky, které by posloužily tomuto výzkumu.

9.4 Analýza dat

Dotazníky byly rozdány na oddělení na začátku března a sebrány na jeho konci. Dotazník byl vytvořen pro všeobecné a praktické sestry pracující na obou typech oddělení bez věkového omezení. Dotazník mohly vyplnit ženy i muži. Jednalo se o oddělení interního i chirurgického typu a oddělení dlouhodobé intenzivní péče.

Data byla zpracována do grafů jak celkově, tak data dotazníků ze standardních oddělení zvlášť a oddělení JIP zvlášť, aby bylo možné odpovědi mezi sebou porovnávat.

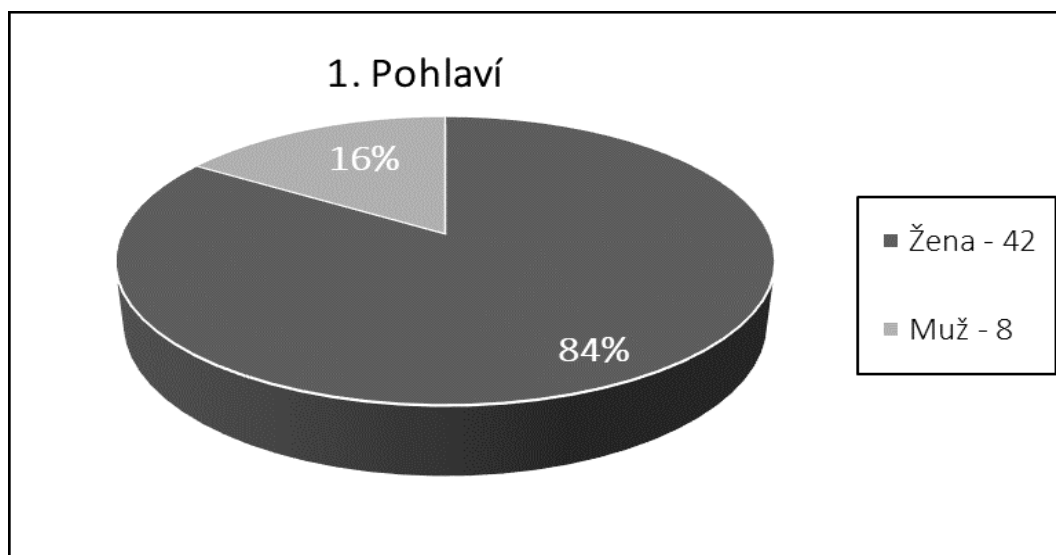
Zpracována byla pomocí programu MC Excel pro Windows a následně vytvořené grafy byly přeneseny do práce.

Analyzováno bylo celkem 50 správně vyplněných dotazníků, což je 64 % ze všech rozdaných, z šesti oddělení v Ústřední vojenské nemocnici v Praze – Fakultní vojenská nemocnice, tři oddělení standardní a tři oddělení typu JIP. Jednalo se o oddělení interní i chirurgická.

Analýza je rozdělena do jednotlivých podkapitol, které se shodují s otázkami v dotazníku, jsou zpracovány pomocí grafů a následným komentářem.

10. Výsledky analýzy

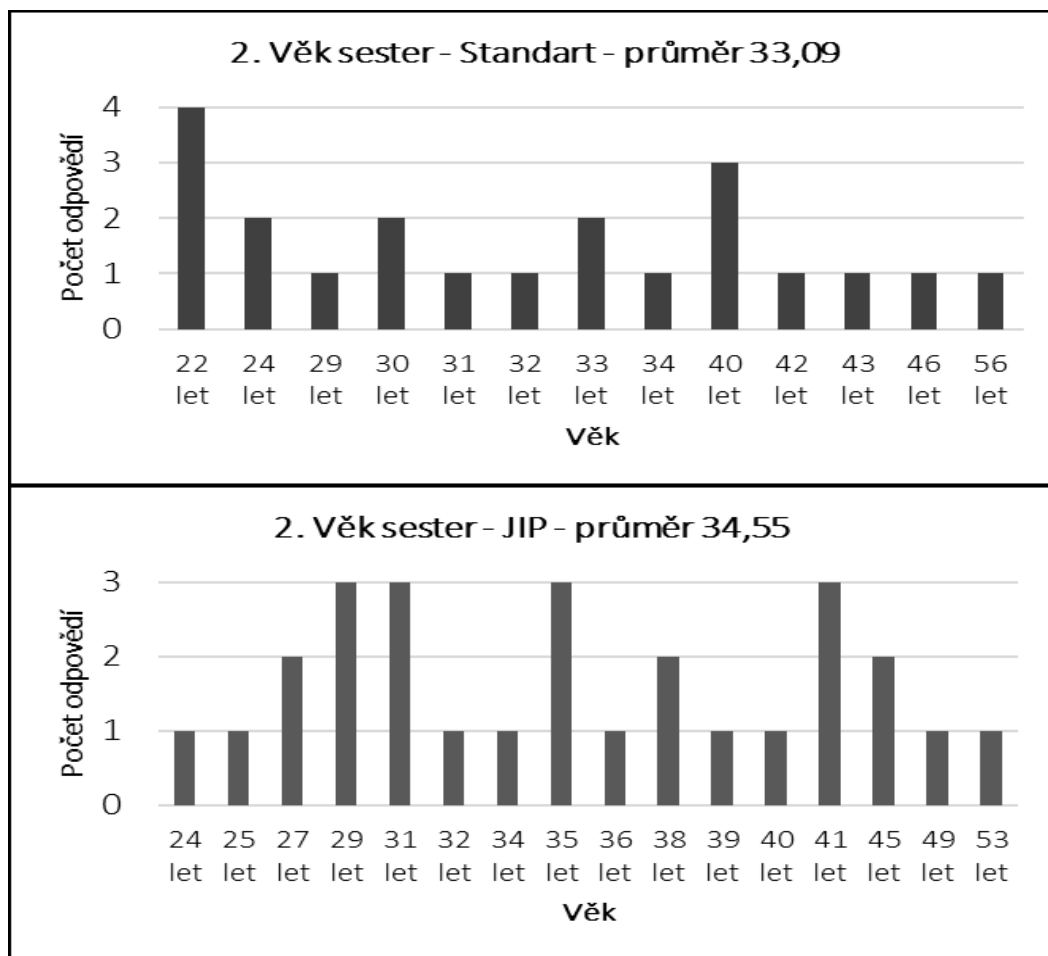
Otázka č. 1 - Pohlaví respondentů



Graf 1: Pohlaví respondentů

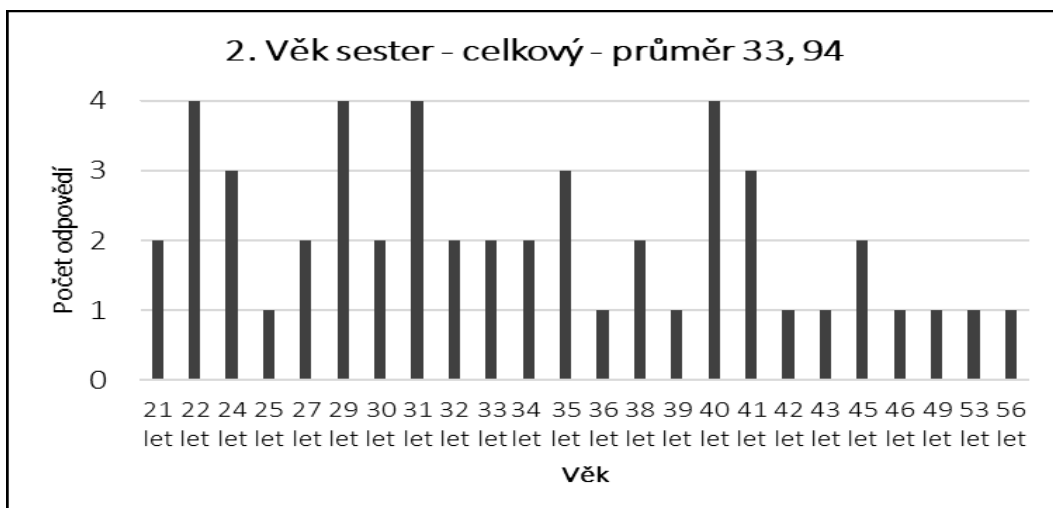
Komentář: U této otázky převládá jednoznačně ženské pohlaví, což je v sesterských kolektivech zcela běžné, nicméně nyní se v běžné praxi lze setkat i s muži. Dotazníky vyplněné respondenty mužského pohlaví byly převážně z oddělení typu JIP, a to celkem 7 responzí. Ze standardního oddělení byla pouze jedna z odpovědí od muže. Graf slouží pro přehled demografických informací.

Otázka č. 2 - Věk respondentů



Graf 2 a 3: Věk sester podle odpovědi na typ oddělení

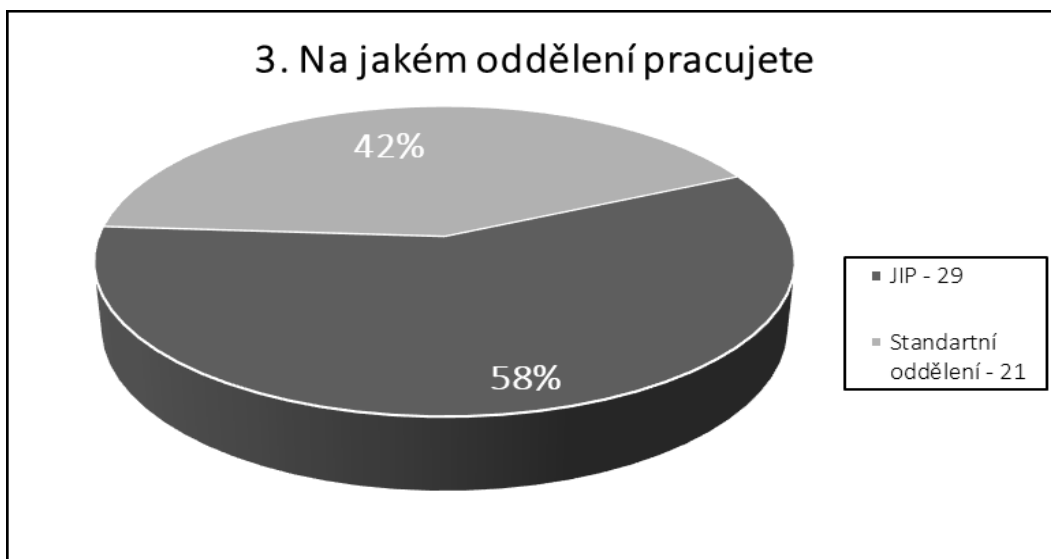
Komentář: Z výše zobrazených grafů lze odvodit, že věkový průměr respondentů, kteří se zúčastnili výzkumu, je téměř totožný. Pro standardní oddělení je to 33,09 let a pro JIP 34,55 let. Oba grafy ukazují, že bez ohledu na typ oddělení se kuřáci vyskytují v různých věkových kategoriích. Na oddělení typu JIP je však vidět, že i po 40 letech věku je výskyt kuřáků o něco vyšší než na standardním oddělení. Nejnižší uvedený věk je 21 let pro JIP a 22 let pro standardní oddělení, naopak nejvyšší věk je 56 let pro standardní oddělení a 53 pro JIP. Grafy posloužily k přehledu demografických informací o respondentech.



Graf 4: Věk respondentů celkový

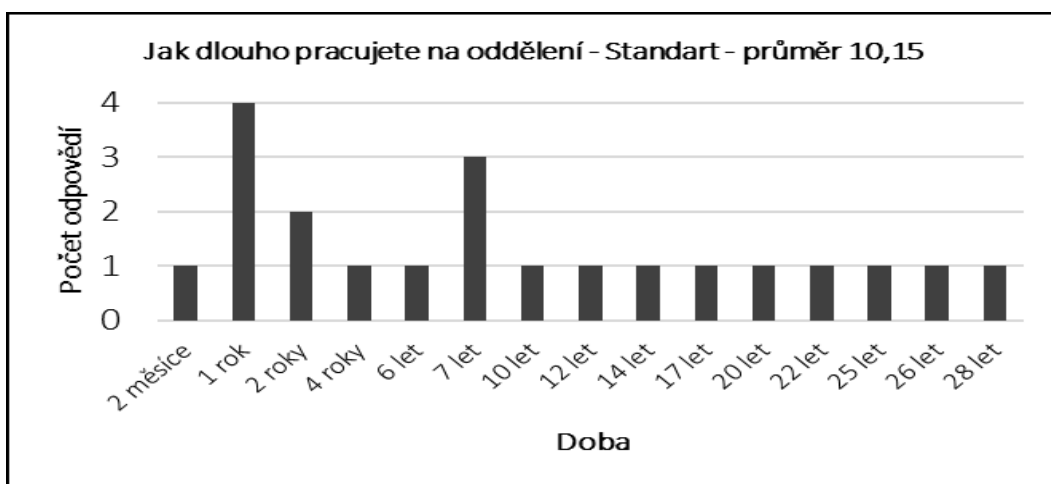
Komentář: Graf ukazuje celkový výčet respondentů dle věku. Nejvíce dotazovaných je ve věku do 40 let, z nichž nejnižší uvedený věk je 21 let. Naopak nejvyšší uvedený věk je 56 let. Nejvíce odpovědí bylo uvedeno u věku 22, 29, 31 a 40 a druhý nejvyšší počet je u věku 24, 35 a 41 let. Po dvou respondentech je u věku 21, 27, 30, 21, 33, 34, 38 a 45 let a po jednom respondentovi u věku 25, 36, 39, 42, 43, 46, 49, 53 a 56 let.

Otázka číslo 3. - Na jakém pracujete oddělení a jak dlouho



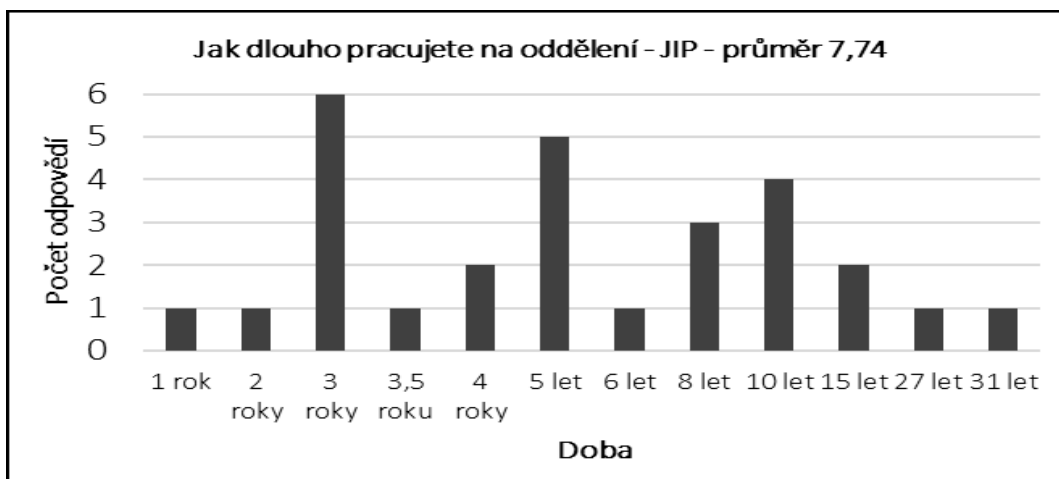
Graf 5: Na jakém oddělení pracujete

Komentář: Tento graf je jeden z klíčových, jelikož vyplývá, že na oddělení typu JIP je větší počet kouřících než na standardním oddělení, a to v poměru 58 % pro JIP a 42 % pro standardní oddělení, což se rovná 29 a 21 respondentům pro jednotlivé typy oddělení. Výsledek analýzy tohoto grafu poslouží k dosažení stanoveného cíle práce a k potvrzení vybraných hypotéz.



Graf 6: Jak dlouho na oddělení pracujete – standardní oddělení

Komentář: Z grafu lze vidět, že délka praxe na standardním oddělení jednotlivých respondentů je různá. Nejčastější odpovědí bylo 1 rok se čtyřmi respondenty a 7 let se třemi. Průměr délky praxe na standardním oddělení převyšuje délku praxe na JIP s 10,15 roky. Nejdelší praxí strávenou na tomto typu oddělení je 28 let.

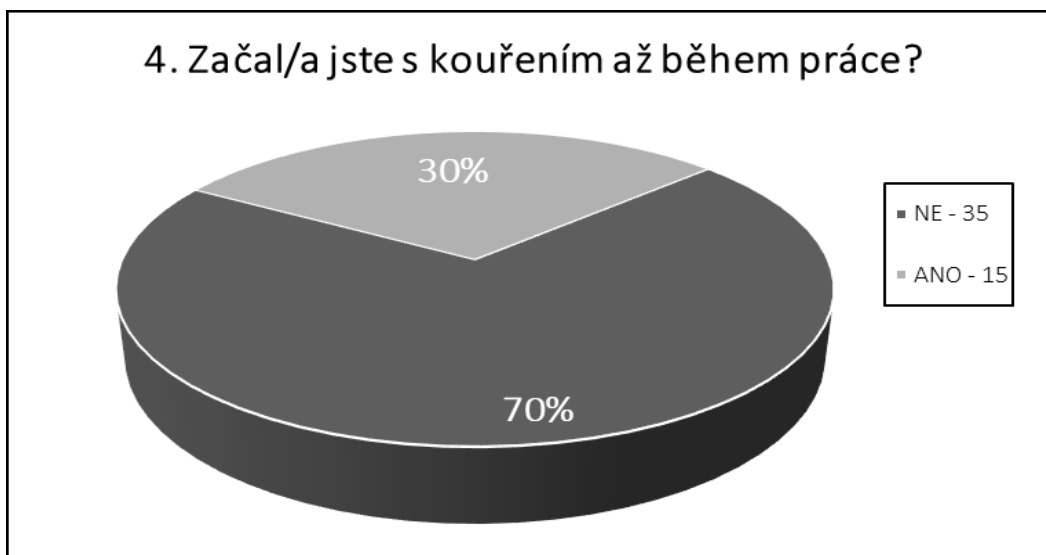


Graf 7: Jak dlouho na oddělení pracujete – JIP

Komentář: Graf ukazuje, že na tomto typu oddělení je v průměru kratší délka praxe (7,74 let) nejvíce respondentů odpovědělo 3 (6 respondentů), 5 (5 respondentů) a 10 (4 respondenti) let. Nejdelší dobou praxe na JIP je 31 let.

Ačkoli podotázka ohledně délky praxe na oddělení není nejdůležitější součástí výzkumu, poslouží jako demografická informace.

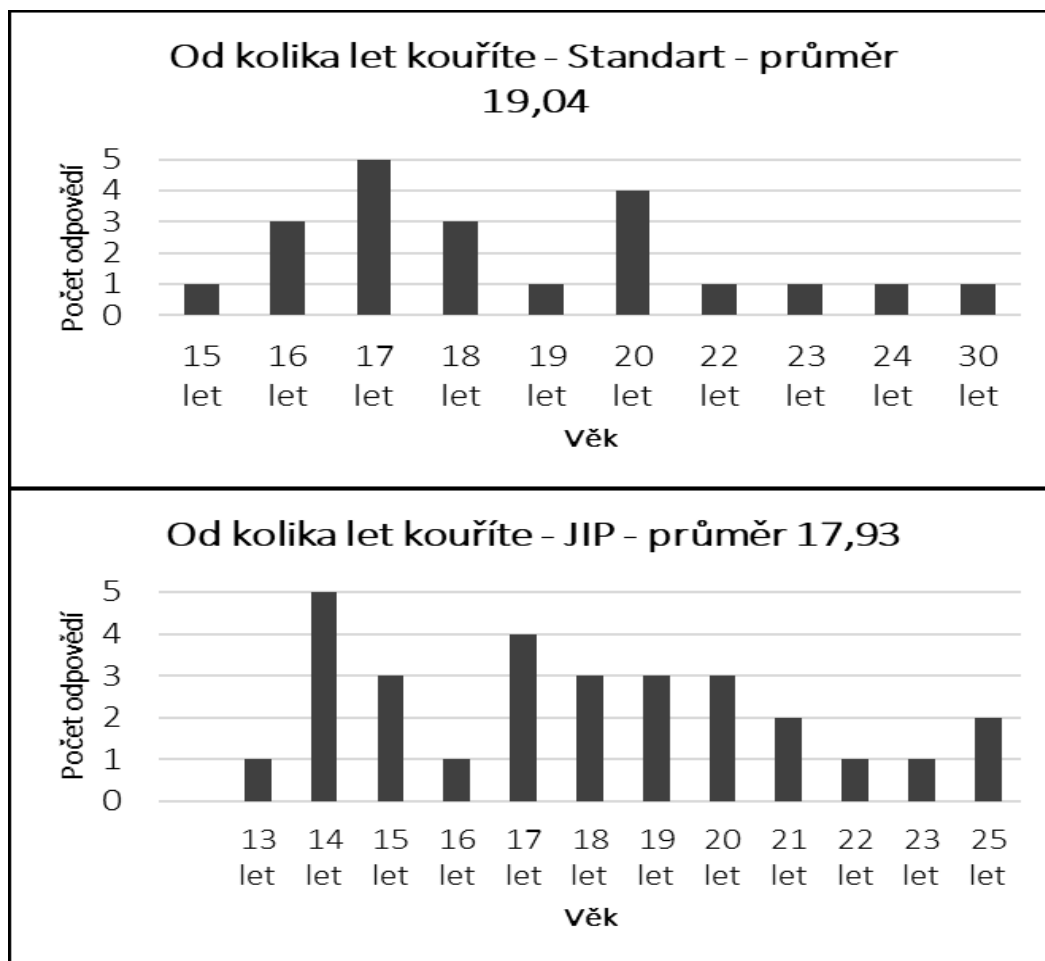
Otázka č. 4 - Začal/a jste s kouřením až během práce?



Graf 8: Začal/a jste s kouřením až během práce?

Komentář: Z grafu je patrné, že více jak dvě třetiny respondentů začalo s kouřením ještě před nástupem do praxe. Zbýlých 30 % uvedlo pravý opak. Zároveň ti, kteří uvedli, že začali s kouřením až během nástupu do práce, jsou z větší části z oddělení typu JIP a jedná se o respondenty, jejichž průměrný věk je 37,9 let.

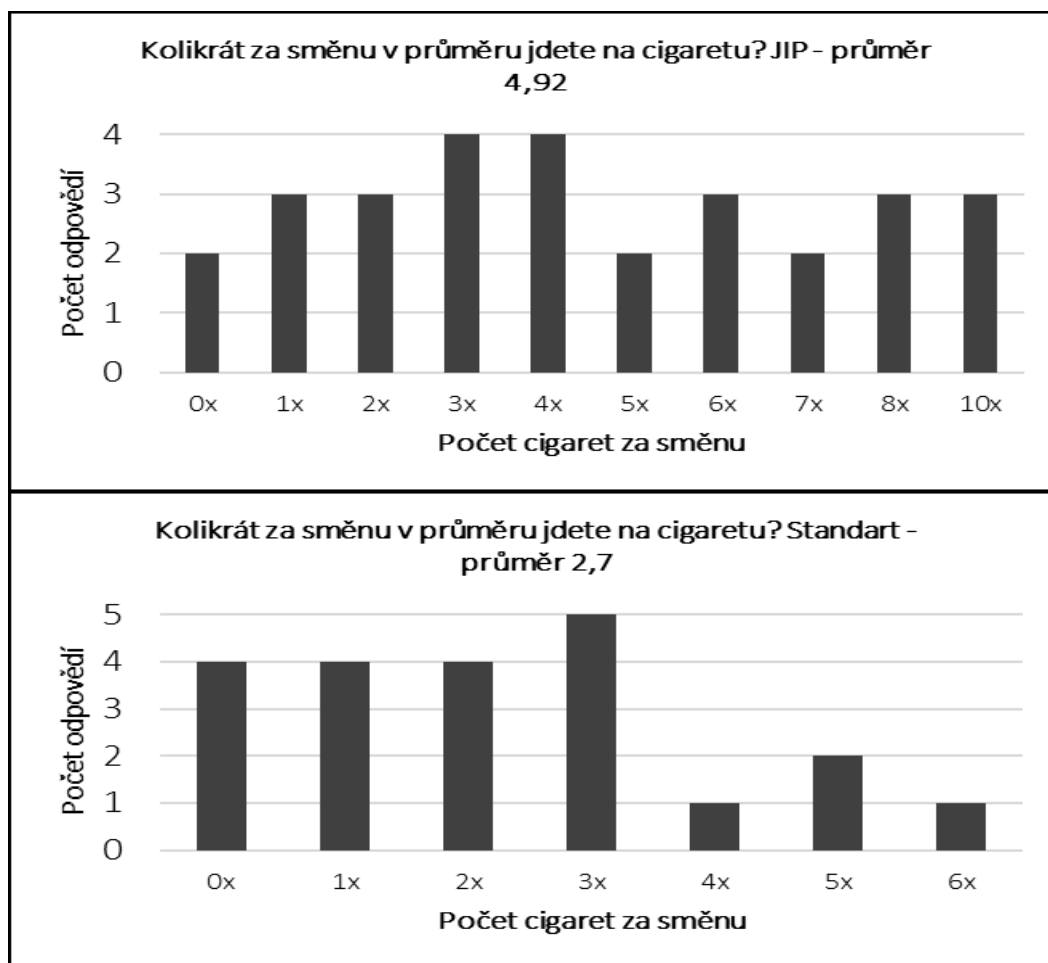
Otázka č. 5 - Od kolika let kouříte



Graf 9 a 10: Od kolika let kouříte – Standart, JIP

Komentář: Oba grafy uvádí, že většina respondentů začala s kouřením ještě před nástupem do praxe v období puberty, jak již vyplynulo z předchozí otázky. Jedná se opět spíše o demografickou informaci, která navazuje na předešlou otázku. Její výsledek potvrzuje odpovědi z předchozího grafu. Vypočítaný průměr je mírně vyšší u respondentů ze standardního oddělení ve věku 19,04. Nejnižší uvedený věk je 15 let pro standardní a 13 let pro oddělení typu JIP. Naopak nejvyšší udávaný věk, kdy respondenti s kouřením začali je 30 let pro standardní oddělení a 25 let pro JIP.

Otázka č. 6 - Kolikrát v průměru za směnu odcházíte na cigaretu

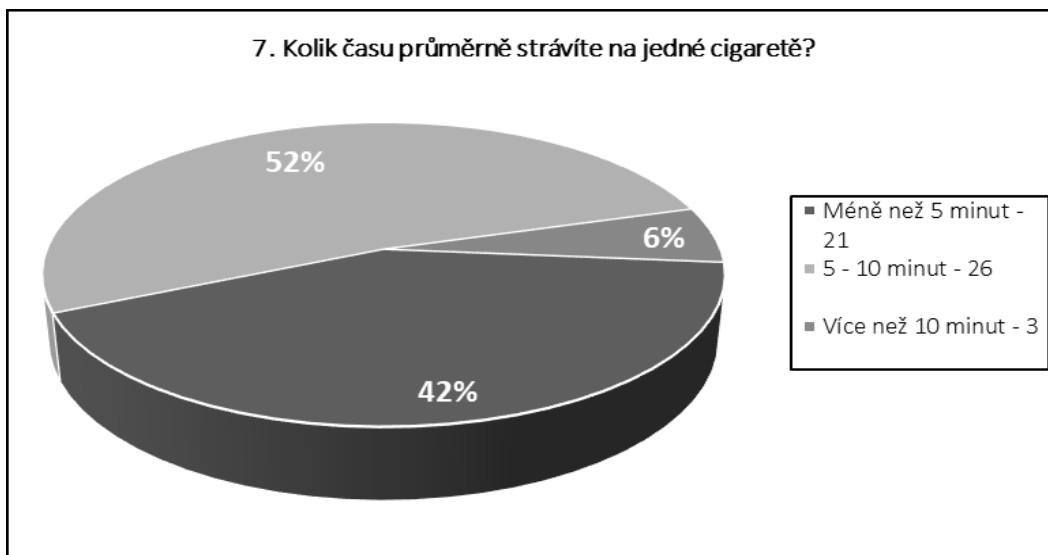


Graf 11 a 12: Kolikrát v průměru jdete na cigaretu

Komentář: Tato otázka je další z klíčových, která vede ke splnění cíle této práce a potvrzení vybraných hypotéz. Dohromady 6 respondentů z obou typů oddělení uvedlo, že během směny na cigaretu vůbec neodcházejí z oddělení. Jednou odchází 3 respondenti z oddělení JIP a 4 ze standardního oddělení. Dvakrát odchází stejný počet respondentů jako u předchozí možnosti. Třikrát odchází 5 respondentů ze standardního oddělení a 4 z JIP. Čtyřikrát odchází na JIP stejný počet jako u předchozí možnosti a na standardním oddělení je to jeden respondent. Pětkrát odchází dva respondenti z obou typů oddělení. Šestkrát jeden respondent ze standardního oddělení a tři z JIP, zároveň je to nejvyšší počet odchodů pro standardní oddělení. U oddělení typu JIP uvedli ještě dva respondenti 7 odchodů a tři respondenti 8 a 10 odchodů, což je nejvyšší počet

pro oddělení typu JIP. Průměrově jsou to necelé tři odchody na standardním oddělení (2,7) a necelých 5 odchodů z JIP (4,92).

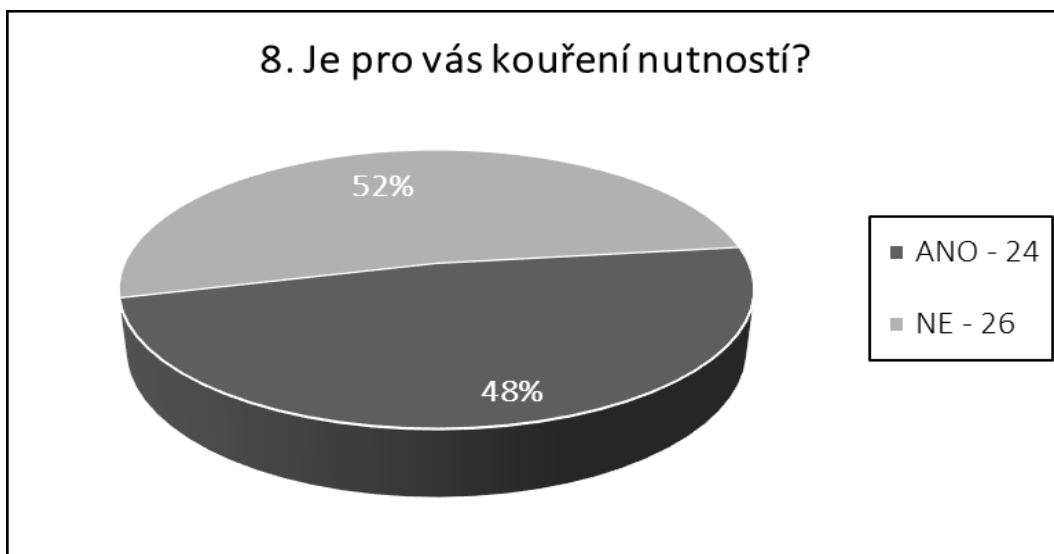
Otázka č. 7 - Kolik v průměru času strávíte na jedné cigaretě



Graf 13: Kolik v průměru strávíte času na jedné cigaretě

Komentář: Třetí z klíčových otázek, která poslouží k dosažení cíle práce. Většina respondentů tráví na jedné cigaretě 5–10 minut, jedná se o 26 responzí z celku a hned v závěsu je odpověď do 5 minut s 21 responzemi. Tři respondenti vybrali odpověď více než 10 minut.

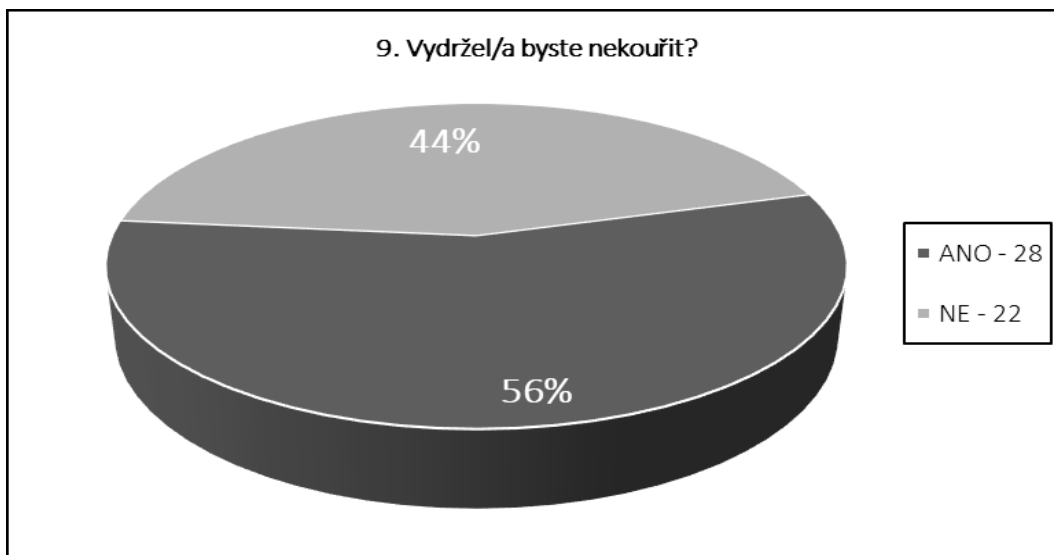
Otázka č. 8 - Je pro vás kouření nutností



Graf 14: Je pro vás kouření nutností

Komentář: Tato otázka se trochu dotýká i otázky následující. Na grafu můžeme vidět, že odpovědi jsou velmi vyrovnané s 48 % (24 responzí) pro odpověď „ANO“ a 52 % (26 responzí) pro odpověď „NE“. Je v nich rozdíl pouze jednoho respondenta, aby to byla přesně polovina.

Otázka č. 9 - Vyržel/a byste nekouřit

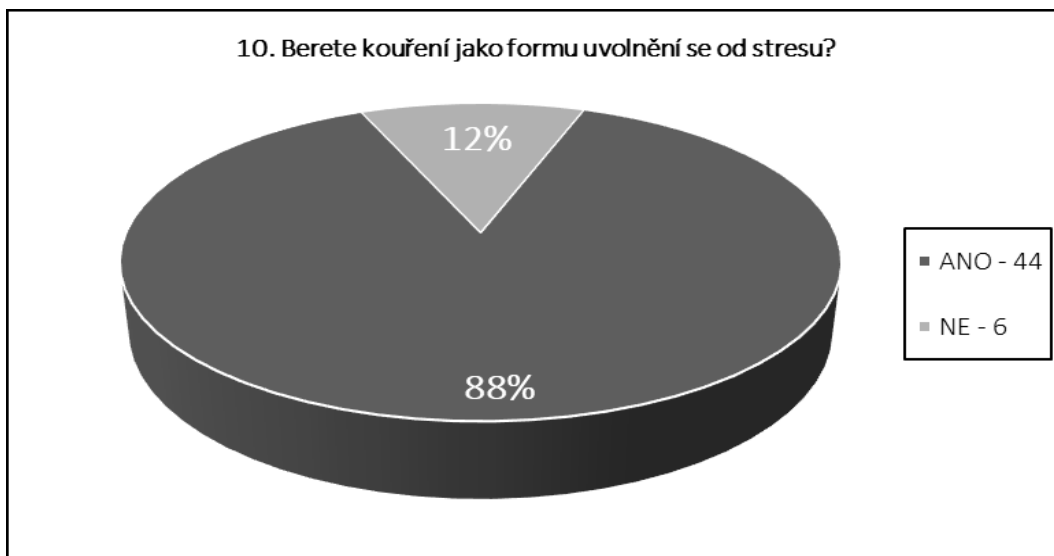


Graf 15: Vyržel/a byste nekouřit

Komentář: Na tomto grafu je vidět, že více jak polovina (56 %) respondentů si je jistá, že by během směny na cigaretu jít nemuseli. Tato otázka

souvisí s otázkou předchozí, ovšem zde už se vyrovnanost odpovědí posunula. 28 respondentů u této otázky uvedlo, že by vydrželi nekouřit a 22 jich uvedlo pravý opak. Pět respondentů, kteří u předchozí otázky zvolili odpověď, že kouření pro ně nutností není, zároveň u této otázky uvedli, že by nevydrželi nekouřit.

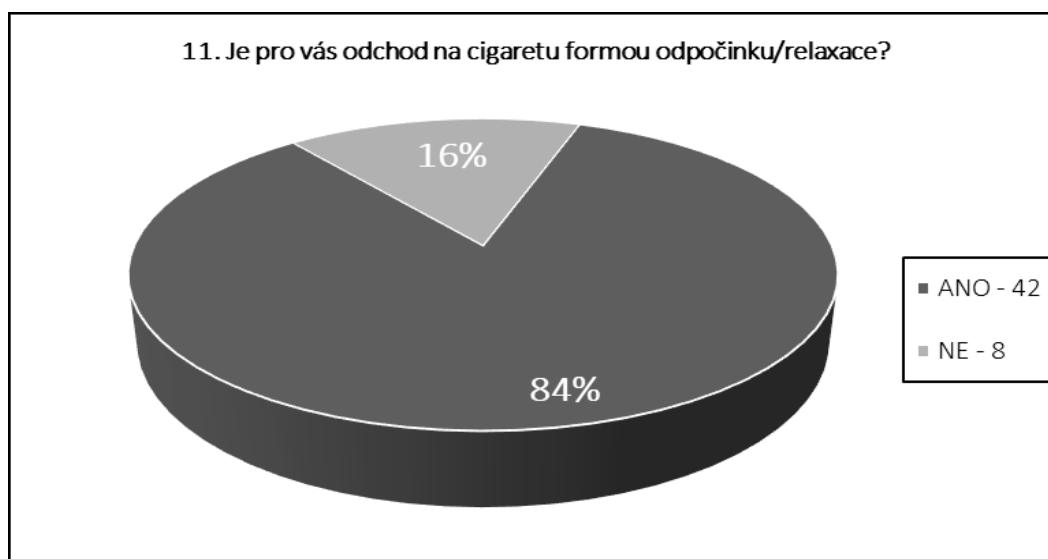
Otázka č. 10 - Berete kouření jako formu uvolnění se od stresu



Graf 16: Berete kouření jako formu uvolnění se od stresu

Komentář: Tento graf ukazuje, že 88 % respondentů bere odchod na cigaretu jako formu uvolnění se od stresu. Zbýlých dvanáct procent, tedy šest respondentů, zvolilo druhou možnost. Tento graf je důležitý k potvrzení jedné ze stanovených hypotéz.

Otázka č. 11 - Je pro vás odchod na cigaretu formou odpočinku/relaxace



Graf 17: Berete kouření jako formu odpočinku/ relaxace

Komentář: Výsledek tohoto grafu je velmi podobný výsledkům v předchozí otázce. Ukazuje, že více jak 80 % respondentů bere odchod na cigaretu jako formu relaxace či odpočinku. Pouze 8 respondentů zvolilo možnost „NE“. Opět se jedná o graf důležitý k potvrzení jedné ze stanovených hypotéz.

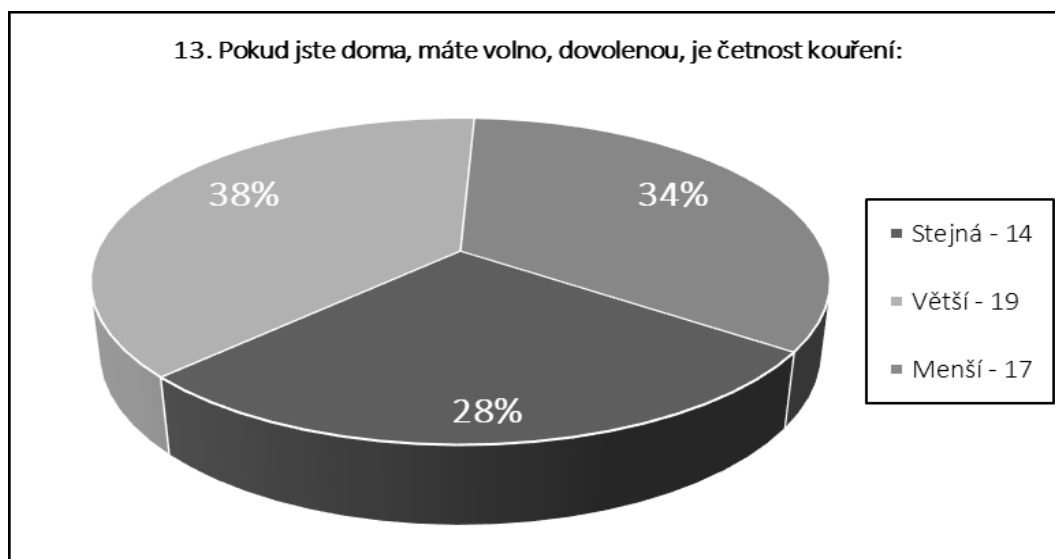
Otázka č. 12 - Kdybyste pracoval/a na jiném typu oddělení tak byste kouřil/a



Graf 18: Kdybyste pracoval/a na jiném typu oddělení tak byste kouřil/a

Komentář: Většina respondentů uvedla, že by na jiném typu oddělení kouřila stejné množství cigaret. I přesto byli tací, kteří si naopak myslí, že by kouřili méně, z těchto osmi respondentů uvedlo pět z nich, že pracují na oddělení JIP, naopak u odpovědi „Více“ to byli tři z pěti respondentů ze standardního oddělení.

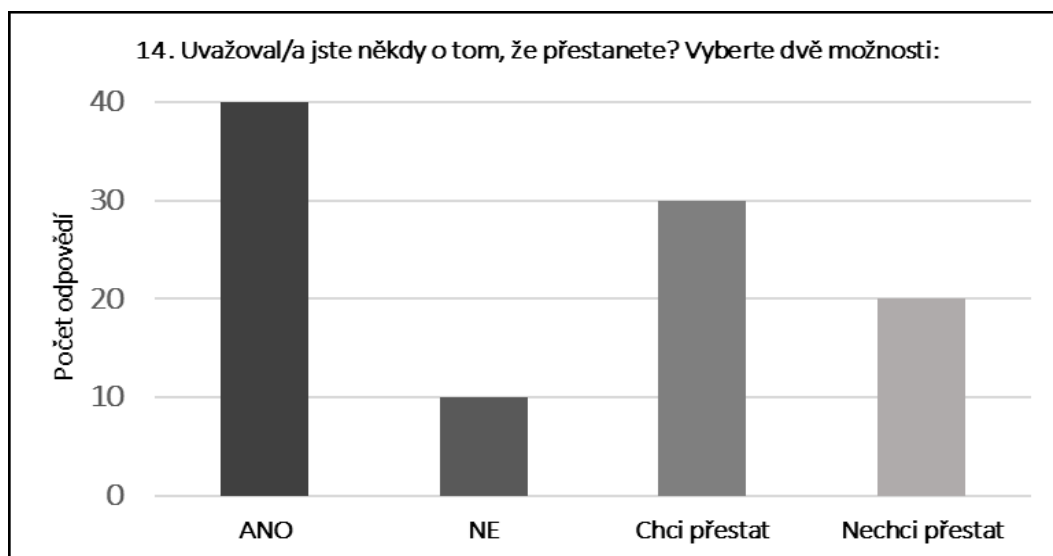
Otázka č. 13 - Pokud jste doma, máte volno, dovolenou je četnost kouření



Graf 19: pokud jste doma, máte volno, dovolenou je četnost kouření

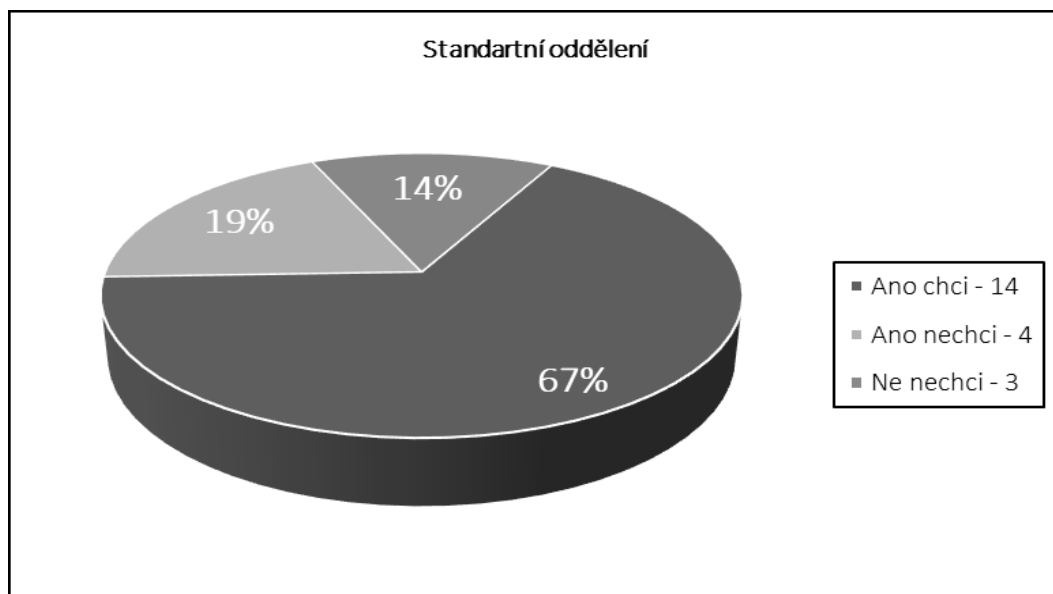
Komentář: Na grafu lze vidět, že počty odpovědí jsou poměrně vyrovnané. Nejvíce respondentů (19) uvedlo, že v domácím nebo jiném než pracovním prostředí kouří více. Druhou nejčastější odpovědí je se 17 respondenty odpověď „Menší“. Čtrnáct respondentů si myslí, že je četnost kouření stejná jako během jedné směny v práci.

Otázka č. 14 - Uvažoval/a jste někdy o tom, že s kouřením přestanete



Graf 20: Uvažoval/a jste někdy o tom, že s kouřením přestanete

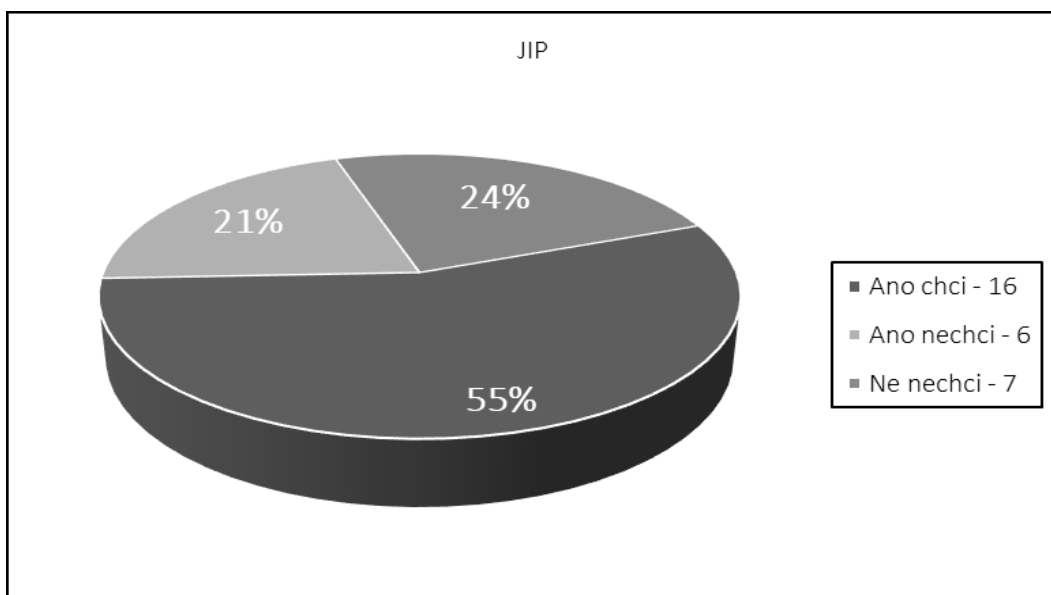
Komentář: U této otázky 80 % respondentů uvedlo, že někdy alespoň uvažovali o tom, že s kouřením přestanou. Zároveň 30 z nich zvolilo možnost „Chci přestat“, což je 60 % respondentů. Jedná se o klíčovou otázku k dosažení cíle práce. Další grafy ukazují rozdělení na jednotlivá oddělení.



Graf 21: Uvažoval/a jste někdy o tom, že s kouřením přestanete – Standartní oddělení

Komentář: Tento graf zobrazuje kombinace odpovědí, které zvolily respondenti ze standardního oddělení. Čtrnáct respondentů uvedlo, že by rádi

s kouřením přestali, čtyři že o tom uvažovali, ale přestat nechtějí, a nakonec tři respondenti vybrali možnost, že s kouřením přestat nechtějí a ani o tom neuvažují.



Graf 22: Uvažoval/a jste někdy o tom, že s kouřením přestanete – JIP

Komentář: Na tomto grafu lze vidět kombinaci odpovědí od respondentů z Jednotek intenzivní péče. Opět převládá odpověď kladná, tedy že by respondenti s kouřením chtěli přestat, je jich však pouze o dva respondenty více než u standardního oddělení. Rozdíl je však u dalších odpovědí, zde je o jednu odpověď více pro tu striktně negativní. Respondentů, kteří uvedli, že o možnosti přestat kouřit uvažovali, ale přestat nechtějí, je 6, tedy 21 % z celku.

Jako shrnutí by se dalo říci, že počet respondentů, kteří by s kouřením rádi přestali, je vyrovnaný pro obě oddělení, hlavní rozdíl je pak v dalších možnostech odpovědí. Zároveň kombinaci možností „NE, Chci přestat“ nikdo nezvolil, protože tato kombinace odpovědí postrádá smysl.

11. Diskuze

Z výsledků výzkumu v Ústřední vojenské nemocnici v Praze vyplývá, že mezi zdravotnickými pracovníky je téměř polovina kuřáků, na šesti odděleních dotazník vyplnilo 50 respondentů, což je v případě tohoto výzkumu z celkového počtu 44 % sester.

Drozdová ve své disertační práci z roku 2009, kdy prováděla výzkum na téma Kouření sester jako jeden z významných rizikových faktorů této profese, který byl aplikován na mnohem větším vzorku respondentů uvádí, že 38,6 % z dotázaných sester jsou kuřáci, ale zároveň až 52 % z nich se v minulosti považovalo za kuřáky pravidelné.

Výsledek mého šetření má tedy o něco vyšší procentuální výskyt kouřících sester, avšak z mnohem menšího vzorku a pouze z šesti jednotlivých oddělení. Na rozdíl od ní jsem se však zaměřila pouze na sestry pracující na lůžkovém oddělení ve směnném provozu.

Ve svém šetření jsem se zaměřila i na pár demografických údajů, které posloužily hlavně k získání informací o respondentech, kteří se výzkumu zúčastnili. Věkový průměr všech respondentů je 34 let, což se shoduje s průměrem, který Drozdová ve své práci také uvedla. Očekávala jsem, že se budou kuřáci vyskytovat spíše v mladším věku kolem 25 let, ukázalo se, že nejvíce kouřících je mezi 30. a 40. rokem věku, což dokazuje i průměr.

Kromě toho se naše výsledky shodují také u počátku kouření, kdy většina uvedla, že začala s kouřením ještě před nástupem do práce ve věku mezi 15-20 lety s průměrem 19 let, což je v mém případě 70 % respondentů. Zbýlých 30 % uvedlo, že počátek jejich kouření je až během nástupu do praxe.

U otázek týkajících se počtu odchodů na cigaretu a délka času stráveného na jedné cigaretě má ovšem výsledky rozdílné. Zatímco Drozdová se zaměřila na počet cigaret během celého dne, já jsem se zaměřila na počet cigaret v průběhu jedné směny, která v případě lůžkových oddělení trvá 12 hodin. Průměrný počet cigaret za jednu směnu je 3,8 ks, tedy necelé 4 cigarety z obou typů oddělení, pokud bychom to rozdělili na standardní oddělení a JIP zvlášť, bylo by to 2,7

ks pro standardní oddělení a 4,9 ks pro JIP, což je rozdíl dvou cigaret, pokud se čísla zaokrouhlí. Mohlo by to tedy znamenat, že u sester pracujících v intenzivní péči je výskyt kouření mezi sestrami vyšší i vzhledem k faktu, že dotazník vyplnil i větší počet pracovníků z tohoto typu oddělení.

Toto tvrzení je tedy výsledkem stanoveného cíle, kdy jsem se snažila zjistit, zda bude výskyt kouření u sester na Jednotkách intenzivní péče vyšší než u sester na standardních odděleních, který byl stanovený na základě teoretického poznatku ohledně stresových situací, které mohou zvýšit potřebu si cigaretu dát, ale také možnosti sestry na JIP na cigaretu odejít oproti sestře ze standardního oddělení, která mívá na starost mnohem větší počet pacientů a mnohdy si nemůže dovolit z oddělení odejít několikrát za směnu, protože zde není nikdo, kdo by ji během její nepřítomnosti zastoupil.

S tímto cílem byla propojena i jedna ze stanovených hypotéz jejíž znění je: *Výskyt kouření u sester na Jednotkách intenzivní péče bude vyšší než u sester na standardním oddělení, ať už počtem kouřících sester, nebo četností odchodů na cigaretu. Tato hypotéza se potvrdila*, jak již bylo výše zmíněno. Ze všech respondentů tvoří počet kuřáků na oddělení typu JIP 58 % a počet cigaret za směnu převyšují respondenty ze standardního oddělení o dvě cigarety. Tato hypotéza se potvrdila na základě otázek číslo 3 a 6.

Co se týká času stráveného na jedné cigaretě, zmiňuje Drozdová, že většina jejích respondentů uvedla hodnotu do 5 minut. V mém šetření však respondenti nejčastěji zvolili možnost 5–10 minut, tato odpověď tvořila 52 % ze všech možností. Druhou nejčastější pak byla volba méně než 5 minut, kterou vybralo 42 % respondentů.

Během zpracovávání výsledků jsem si uvědomila, že některé informace získané z vyplněných dotazníků nejsou úplně důležité pro cíle mého výzkumu. Posloužily spíše k ucelené představě o respondentech, jako například délka praxe na oddělení, kde právě pracují, věk či pohlaví. U otázky související s pohlavím respondentů jsem také dostala 8 odpovědí od mužů, z nichž 7 pracuje na Jednotkách intenzivní péče. V dnešní době je to již poměrně normální, že na pozici sestry pracují i muži a častokrát na odděleních tohoto typu. To může

ukazovat, že muži míří za více adrenalinovou prací, která je zároveň i mnohdy fyzicky náročnější.

Naopak při pročítání práce Drozdové jsem narazila na některé její otázky, které jsou velmi zajímavé a mohly by posloužit i mému výzkumu, například nejvyšší dosažené vzdělání, kde se nabízí možnost, že by pracovníci s vyšším vzděláním kouřili méně, než s nižším vzděláním, nebo stav v osobním životě, rodina, zda žije člověk sám, nebo s manželem/kou, partnerem/kou, dětmi a podobně. Tyto okolnosti samozřejmě také mají vliv na psychický stav, který může podpořit kouření.

Z výsledků výzkumu jsem také zjistila, že více jak 80 % sester uvedlo, že berou kouření jako formu odpočinku a relaxace a zároveň jako uvolnění se od stresu. Na toto naráží ve své práci z roku 2014 i Johnová, která prováděla šetření v nemocnici IKEM na téma Regulace kouření ve zdravotnickém zařízení IKEM. Její výzkum spočíval v pozorování pracovníků na kuřáckých místech ve zmíněné nemocnici a rozhovory s jednotlivými respondenty, kteří uvedli, že jako kuřáci se chodí vzájemně podpořit, nabít energií a odreagovat se.

Vypozorovala, že se zde pracovníci často baví o neshodách na pracovišti, o těžkých situacích, které zažili na oddělení s pacienty, ale i o osobním životě, což může potvrdit tvrzení, že kouření je jako prostředek pro uvolnění napětí a stresu, ale i pro odpočinek.

Tímto výsledkem bylo dosaženo dalšího cíle práce, který se týká snahy zjistit, zda je kouření prostředek pro chvilkový odpočinek, relaxaci a uvolnění se od stresu, který byl stanovený na základě poznatku, kdy je odchod na cigaretu častokrát jedinou možností jak na chvíli oddělení opustit a třeba se podělit o nějaké své trápení nebo se na chvíli odreagovat od práce, což potvrzují i výsledky analýzy dalších otázek.

Jedná se o otázky ohledně nutnosti kouření pro danou osobu. U obou otázek byl velmi podobný výsledek. Kolem 50 % pracovníků nepovažuje kouření za nutnost a zároveň uvádí, že by vydrželi celou směnu bez cigarety.

To by mohlo znamenat, že tyto osoby berou odchod na cigaretu právě jako prostředek pro odpočinek a těch 5 až 10 minut, kdy jsou mimo oddělení, jim to umožní uvolnit se, odreagovat se, odprostit se od pracovního stresu.

I s tímto cílem byla spojená hypotéza, jejíž znění je: *Předpokládám, že většina respondentů uvede, že berou kouření jako formu odpočinku, relaxace, ale také jako uvolnění se od stresu. Tato hypotéza se potvrdila*, protože přes 80 % sester toto uvedlo ve svých odpovědích na otázky týkající se této hypotézy. Potvrzena byla na základě otázek číslo 10 a 11.

Jeden z cílů mé práce bylo zjistit, zda je u těchto pracovníků - kuřáků - alespoň úvaha o tom, že by s kouřením přestali, tento cíl byl stanoven na základě snahy o vymícení kouření v populaci, které by měly provádět samy sestry, ale i další zdravotničtí pracovníci, kteří by však jako kuřáci nemuseli být důvěryhodnou osobou, pokud by tuto osvětu prováděli u pacienta kuřáka, který by z nich však cítil kouř. Čtyřicet z celkových padesáti uvedlo, že o tom opravdu uvažují a třicet z nich pak, že by opravdu chtěli přestat.

Faktem je, že i přes všechna opatření, kdy je nemocnice nekuřácká a kouřící pracovníci tedy musí za brány nemocnice, aby si mohli cigaretu dát, je kouřících pracovníků procentuálně poměrně hodně a jako v každé jiné nemocnici i zde probíhá program na odvykání kouření pro pacienty, pro které to není úplně dobrý příklad.

Drozdová ve své práci tento problém také zmiňuje. Sestry jsou prostředek k tomu, aby pomohly pacientům kuřákům s odvykáním kouření, ale samy jsou kuřáčkami či kuřáky. Tento fakt může v pacientovi evokovat nedůvěru, či nevěrohodnost informací, které se bude sestra snažit předat, ohledně škodlivosti kouření i dopadů na psychické zdraví a pohodu a přitom sama bude kuřáčkou, tudíž nebude dobrým příkladem a nemusí být pacientem brána vážně.

Nad čím bylo pro mě důležité se zamyslet, je právě také věk kuřáků, průměrný věk vyšel 34 let, jak bylo zmíněno výše, což je v porovnání s průměrným věkem úmrtí velmi málo. Je to teprve necelá polovina života. Zahraniční studie udává, že díky kouření v České republice už v tomto věku ročně zemře průměrně 10 lidí na ischemické choroby srdeční, mezi které se řadí hlavně infarkt, který se většinou vyskytuje až v mnohem pozdějším věku. (*Peto R, Lopez AD, Boreham J et al, 2015*)

12. Vyhodnocení hypotéz

12.1 Hypotéza č. 1

Výskyt kouření u sester na Jednotkách intenzivní péče bude vyšší než u sester na standardním oddělení, ať už počtem kouřících sester, nebo četností odchodů na cigaretu.

Tato hypotéza se potvrdila.

Komentář: Tato hypotéza byla stanovená na základě jednoho z cílů práce. Po vyhodnocení získaných dat od respondentů bylo zjištěno, že počet kuřáků z oddělení JIP je 58 % (29/50) a průměrný počet vykouřených cigaret za jednu směnu je 5 ks, zatímco u standardního oddělení je to 42 % (21/50) respondentů a průměrný počet cigaret jsou 3 ks za jednu směnu.

Celkový počet vyplněných dotazníků bylo 50. Na odděleních, kde byl výzkum prováděn, bylo dohromady 114 sester, tedy dohromady je to 44 %.

Tato hypotéza se potvrdila na základě analýzy dat z otázky č. 3 a 6.

12.2 Hypotéza č. 2

Předpokládám, že většina respondentů uvede, že berou kouření jako formu odpočinku, relaxace, ale také jako uvolnění se od stresu.

Tato hypotéza se potvrdila.

Komentář: Tato hypotéza byla taktéž stanovena na základě jednoho z cílů práce, kterého se podařilo dosáhnout, a i tato hypotéza se potvrdila.

U otázek, které s touto hypotézou souvisí, uvedlo 88 % respondentů ze všech zúčastněných, že považují kouření jako možnost uvolnění se od stresu a zároveň 84 % procent sester z obou typů oddělení uvedlo, že je pro ně odchod na cigaretu jako možnost odpočinku či relaxace.

Tato hypotéza je potvrzena na základě výsledků analýzy dat otázek č. 10 a 11.

Závěr

Tato práce je věnována výskytu kouření u zdravotních sester. Je zaměřena na porovnání výskytu u pracovníků JIP a standardních oddělení. Kouření se řadí mezi civilizační onemocnění a mimo jiné je i rizikovým faktorem mnoha typů kardiovaskulárních, dýchacích, ale i onkologických onemocnění.

Vzhledem k faktu, že je ve všech nemocnicích snaha pacienty edukovat o rizicích, ať už fyzických nebo psychických, které ke kouření patří, včetně závislosti na nikotinu a následných abstinčních příznaků, které způsobují prohloubení psychických problémů, které pacient pocítuje, může být kouření zdravotnických pracovníků, kteří by měli provádět osvětu a edukaci ohledně důležitosti léčby závislosti, velkým problémem.

Nejen, že kouřící pracovník může vyvolat pocit nedůvěry v oblasti edukace ohledně závislosti na tabáku, ale pro další pacienty může být nepříjemný zápach cigaretového kouře, bohužel i některé elektronické cigarety, které jsou v dnešní době moderní, úplně neeliminují zápach, který způsobuje pára.

Pracovník tak nemusí být pacientem kuřákem brán vážně, když projeví snahu motivovat a vysvětlit všechna ta rizika, která jsou s kouřením spjatá a sám se jim dobrovolně vystavuje.

Praktická část této práce spočívala v anonymním dotazníkovém šetření, které bylo uskutečněno na šesti odděleních v Ústřední vojenské nemocnici – Fakultní vojenské nemocnici v Praze. Jednalo se o tři oddělení standardní a tři oddělení Jedinotek intenzivní péče. Dotazníky byly distribuovány v papírové podobě, rozdáno jich bylo celkem 78, z nichž se mi vrátilo 50 použitelných a 4, které byly vyřazeny kvůli neúplnému vyplnění nekouřícími sestrami.

Dotazník vyplnilo 42 žen a 8 mužů, věkový průměr 34 let, 29 dotazníků bylo z oddělení JIP a z oddělení standardních 21 dotazníků. Průměrný počet cigaret byly 3 cigarety pro standardní oddělení a 5 cigaret pro JIP. Přes 80 % respondentů vnímá odchod na cigaretu jako formu uvolnění se od stresu či možnost odpočinku a relaxace během směny. Kolem 50 % pracovníků uvedlo, že pro ně kouření není nutností a že by tedy vydrželi nakouřit. Nejzajímavějším

výsledkem je, že 80 % účastníků uvedlo, že někdy uvažovali o tom, že by s kouřením přestali a 70 % je rozhodnutých, že opravdu přestanou.

Seznam použité literatury

1. PRADÁČOVÁ, Jarmila. *Kouření a zdraví: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině Praha, 2013. ISBN 978-80-260-5220-3.
2. KANTOREK, Milan. *CHOPN: nekouřením ke zdraví: metodická příručka pro nemocné chronickou obstrukční nemocí*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-354-6.
3. VOTRUBA, Jiří. *Plicní rakovina: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině Praha, 2012. ISBN 978-80-260-2876-5.
4. Peto R, Lopez AD, Boreham J et al. *Mortality from smoking in developed countries 1950-2020*. 2015, Oxford University Press: Oxford. Dostupné z WWW: <<http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>>.
5. KRÁLÍKOVÁ A KOLEKTIV, Eva. *Závislost na tabáku: Epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA, 2013. ISBN 978-80-904217-4-5.
6. JOHNOVÁ, Tereza. *Regulace kouření ve zdravotnickém zařízení IKEM*. Praha, 2014. Diplomová práce. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Blanka Tolarová.
7. DROZDOVÁ, Radomila. *Kouření sester jako jeden z významných rizikových faktorů této profese*. Praha, 2009. Disertační práce. Akademie Věd České republiky. Vedoucí práce Vladimír Kebza.
8. ADÁMKOVÁ, Věra. *Civilizační choroby: Žijeme spolu*. Kroměříž: TRITON, 2010. ISBN 978-80-7387-413-1.
9. SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4823-8.
10. ŽÁK, Aleš a Jaroslav MACÁŠEK. *Ateroskleróza: nové pohledy*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3052-3.
11. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
12. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-715-8.
13. ŠTEJFA A KOLEKTIV, Miloš. *Kardiologie: 3., přepracované a doplněné vydání*. 3. vydání. Havlíčkův Brod: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1385-4.
14. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5.
15. SLEZÁKOVÁ A KOLEKTIV, Lenka. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I: Interna*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3601-3.
16. MACÁK, Jirka, Jana MACÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3530-6.
17. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-648-9.

18. KRÁLÍKOVÁ, Eva — KINDL, Tomáš. Kouření na pracovišti – epidemiologie a naše legislativa [[elektronický zdroj]]. In: *XXX. Kongres pracovního lékařství s mezinárodní účastí [[elektronický zdroj]]*: Praha, 13.-14.10.2011. Praha : Státní zdravotní ústav, 2011. 2011, s. 23. ISBN: 978-80-7071-319-8.
19. KRÁLÍKOVÁ, Eva — FELBROVÁ, Vladislava — KULOVANÁ, Stanislava — NOHAVOVÁ, Iveta. Sestra a závislost na tabáku. *Prague Onco Journal*, 2015, roč. 2015, č. 1, s. 70. ISSN: 978-80-87339-26-8 ISBN: 978-80-87339-26-8.
20. VOBOŘILOVÁ, Jarmila. *Duševní hygiena a stres*. Praha: ČVUT, 2015. ISBN 978-80-01-05724-7.
21. PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. Syndrom vyhoření - jak se prací a pomáháním druhých nezničit: Pohledem kognitivně behaviorální terapie. Praha: PASPARTA, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.
22. ŠTUDENTOVÁ, Kateřina. *Burnout, neboli, Syndrom vyhoření: informace pro pacienty*. Praha: Maxdorf, [2016]. ISBN 978-80-7345-520-0.
23. HEKELOVÁ, Zuzana. Stres a syndrom vyhoření v práci sestry - manažerky. *Florence*. 2014, **10**(3), 33-34. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/> (7. 5. 2019)
24. PRAŽÁKOVÁ, Lucie. Stres v pomáhajících profesích. *Ošetrovatelská péče*. 2014, **2014**(1), 10-12. ISSN 2336-1603.
25. ZVOLSKÁ, Kamila, Eva KRÁLÍKOVÁ, Lenka ŠTĚPÁNKOVÁ a Alexandra PÁNKOVÁ. *Kouření a onkologická onemocnění: Pomoc při odvykání kouření*. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku a Centrum pro závislé na tabáku III. int. kliniky VFN. Praha, 2016.
26. KŘENKOVÁ, Kateřina, Vladislava FELBROVÁ, Iveta NOHAVOVÁ a Stanislava KULOVANÁ. *Užívání tabáku: informace a pracovní postup pro intervenci sestry*. Praha: Společnost pro léčbu závislosti na tabáku a Česká asociace sester, 4. vydání, 2018.
27. The New Zealand Guidelines to Help People to Stop Smoking. Update September 14, 2014. ISBN 978-0-478-42810-0 (online). Dostupné z WWW:<<http://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-guidelines-helping-people-stop-smoking>>. (7. 5. 2019)
28. KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá Fronta, 2015. ISBN 978-80-204-3711-2.
29. KRÁLÍKOVÁ, Eva, Zuzana ADAMČEKOVÁ, Vladislava FELBROVÁ, Stanislava KULOVANÁ, Alexandra PÁNKOVÁ, Lenka ŠTĚPÁNKOVÁ a Kamila ZVOLSKÁ. *Sekněte s cigaretami, než cigarety seknou s Vámi*. 5. přepracované vydání. Praha: SLZT, 2016. ISBN 978-80-270-0777-6.

Seznam obrázků, tabulek a grafů

- Tabulka č. 1 Fagerströmův test závislosti na tabáku 26
- Graf č. 1 Pohlaví respondentů 34
- Graf č. 2 Věk sester - Standart 35
- Graf č. 3 Věk sester - JIP 35
- Graf č. 4 Věk sester celkový 36
- Graf č. 5 Na jakém oddělení pracujete? 37
- Graf č. 6 Jak dlouho – Standart 37
- Graf č. 7 Jak dlouho – JIP 38
- Graf č. 8 Začal/a jste s kouřením až během práce? 38
- Graf č. 9 Od kolika let kouříte? – Standart 39
- Graf č. 10 Od kolika let kouříte? – JIP 39
- Graf č. 11 Kolikrát v průměru během směny jdete na cigaretu? – JIP 40
- Graf č. 12 Kolikrát v průměru během směny jdete na cigaretu? – Standart 40
- Graf č. 13 Kolik v průměru času strávíte na jedné cigaretě? 41
- Graf č. 14 Je pro vás kouření nutností? 42
- Graf č. 15 Vydržel/a byste nekouřit? 42
- Graf č. 16 Berete kouření jako formu uvolnění se od stresu? 43
- Graf č. 17 Berete kouření jako formu odpočinku/ relaxace? 44
- Graf č. 18 Kdybyste pracoval/a na jiném typu oddělení tak byste kouřil/a 45
- Graf č. 19 Pokud jste doma, máte volno, dovolenou je četnost kouření 46
- Graf č. 20 Uvažoval/a jste někdy že s kouřením přestanete 47
- Graf č. 21 Uvažoval/a jste někdy že s kouřením přestanete – Standart 47
- Graf č. 22 Uvažoval/a jste někdy že s kouřením přestanete – JIP 48

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník k výzkumné části

Seznam použitých zkratk

Č. – číslo

CHOPN – Chronická obstrukční plicní nemoc

JIP – Jednotka intenzivní péče

ÚVN – Ústřední vojenská nemocnice

Kol. – Kolektiv

CO – Oxid uhelnatý

EKG – Elektrokardiografie

HDL – High density lipoprotein

LDL – Low density lipoprotein

RTG – Rentgen

CNS – Centrální nervová soustava

HIV – Human immunodeficiency virus

IARC – International agency for research on cancer

WHO – World health organisation

ČR – Česká republika

Ks – Kusů

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník k výzkumné části

Dobrý den, jsem Karolína Papoušková, studentka 3. lékařské fakulty Univerzity Karolovy a v rámci své Bakalářské práce provádím anonymní dotazníkové šetření na téma *Výskyt kouření u sester pracujících na JIP*. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, pokud jste i Vy sestra kuřačka. Dotazník je anonymní, slouží pouze pro účely mé práce. Odpovědi buď kroužkujte nebo doplňujte čísla/slovy. Prosím o pravdivé odpovědi a děkuji za Váš čas.

1. Jaké je vaše pohlaví:

Žena Muž

2. Kolik je vám let:

Doplňte:

3. Pracujete na standartním oddělení nebo na JIP? Jak dlouho?

Standartní odd. JIP

Doplňte:

4. Začal/a jste s kouřením až během práce?

ANO NE

5. Od kolika let kouříte?

Doplňte:

6. Kolikrát v průměru za směnu jdete na cigaretu?

Doplňte:

7. Kolik v průměru času strávíte mimo oddělení, když jste na jedné cigaretě?

Méně než 5 min
min

Více jak 10 min

5-10

8. Je pro vás kouření nutností?

ANO NE

9. Vydržel/a byste nekouřit?

ANO NE

10. Berete kouření jako formu uvolnění se od stresu?

ANO NE

11. Je pro vás odchod na cigaretu formou odpočinku/relaxace?

ANO NE

12. Kdybyste pracoval/a na jiném typu oddělení (Standart-> JIP; JIP-> Standart) tak byste kouřil/a:

Stejně Více
Méně

13. Pokud jste doma, máte volno, dovolenou je četnost kouření:

Stejná Větší
Méně

14. Uvažoval/a jste někdy o tom, že přestanete? Vyberte dvě možnosti:

ANO NE

Nechci přestat Chci přestat