UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2018 Bc. David Bláha

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Změna prevalence kouření a míry závislosti na nikotinu u zdravotnického personálu v souvislosti se zákonem č. 65/2017 Sb.

Bc. David Bláha

Diplomová práce
2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2016/2017**

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Bc. David Bláha**
Osobní číslo:	**Z16186**
Studijní program:	**N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu:	**Změna prevalence kouření a míry závislosti na nikotinu u zdravotnického personálu v souvislosti se zákonem č. 65/2017 Sb.**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování:

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. ČESKO. Zákon č. 65 ze dne 19. ledna 2017 o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. In: Sbírka zákonů České republiky. 2017, částka 21, s. 671-699. Dostupné z: http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=65&r=2017. ISSN 1211-1244.
2. GILMAN, Sander a Zhou XUN. Příběh kouře. Praha: Dybbuk, 2006. ISBN 80-86862-23-2.
3. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Vládní návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek [online]. Praha: 30. 5. 2016, s. 288 [cit. 2017-10-06]. Dostupné z: http://www.psp.cz/doc/00/12/69/00126934.pdf.
4. PILAŘOVÁ, Lucie. Problematika závislosti na nikotinu. Psychiatrie pro praxi [online]. 2003, 4(5) [cit. 2017-03-24]. Dostupné z: http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/05/04.pdf. ISSN 1803-5272.
5. SPOLEČNOST PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU (SLZT). Nekuřácké nemocnice [online]. ?2006-2017 [cit. 2017-09-18]. Dostupné z: http://www.slzt.cz/nekuracke-nemocnice.
6. WHO. Global Health Observatory (GHO) data. Tobacco control [online]. ?2017 [cit. 2017-03-06]. Dostupné z: http://www.who.int/gho/tobacco/en/.

Vedoucí diplomové práce: **doc. MUDr. Pavol Hlúbik, CSc.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **4. května 2018**

prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracoval/vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil/využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl/byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30. 4. 2018

……..

Bc. David Bláha

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěl poděkovat doc. MUDr. Pavolu Hlúbikovi CSc. za vedení, ochotu a cenné připomínky, a PhDr. Kateřině Horáčkové, DiS. za přínosné konzultace při zpracování této diplomové práce.

Zároveň bych chtěl poděkovat všem, kteří se podíleli na provedeném výzkumu, za ochotu, vstřícnost a poskytnutí informací, čímž mi umožnili realizovat tuto práci.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na problematiku kouření se zaměřením na kouření ve zdravotnictví. V teoretické části popisuje šíření tabáku a rozvoj tabákové pandemie a také historických snah o jeho omezení. Dále se věnuje toxikinetice a neurobiologii závislosti na nikotinu, jejím vzniku a působení nikotinu na CNS, včetně přiblížení některých metod měření závislosti na nikotinu. Také se zabývá mezinárodní snahou o kontrolu užívání tabáku a současnou národní legislativou. Poslední část je zaměřena na problematiku kouření u zdravotnických pracovníků a politiku nekuřáckých nemocnic. V praktické části je pomocí dotazníkového šetření zjišťována prevalence kouření a míra závislosti na nikotinu u zdravotnických pracovníků před vstupem zákona č. 65/2017 Sb. v platnost a porovnání stavu po půl roce platnosti tohoto zákona. Výsledky poukazují na vyšší prevalenci a míru závislosti na nikotinu u pracovníků psychiatrické nemocnice. Celkově došlo k mírnému zvýšení prevalence, ačkoliv je patrný pokles pravidelných kuřáků. Samotná legislativní změna nemá vliv na snížení prevalence, je třeba místní vyhlášky zakazující úplné kouření.

KLÍČOVÁ SLOVA

kouření, tabák, nikotin, zákon, závislost, zdravotnický pracovník

TITLE

Change in smoking prevalence and nicotine addiction rate among medical staff in connection with Act No. 65/2017 Coll.

ANNOTATION

The diploma thesis is focused on smoking issues focused on smoking in health care. The theoretical part describes the spread of tobacco and the development of the tobacco pandemic as well as the historical attempts to reduce it. It also deals with the toxicokinetics and neurobiology of nicotine dependence, its formation and the action of nicotine on the CNS, including the approximation of some methods of measuring nicotine dependence. It also deals with the international effort to control tobacco use and current national legislation. The last part focuses on the issue of smoking among health workers and the policy of non-smoking hospitals. In the practical part, the questionnaire survey investigates the prevalence of smoking and the degree of nicotine dependence among health workers before the entry into force of Act No. 65/2017 Coll. entry into force and comparison of the status after six

months of the validity of this Act. The results indicate the highest prevalence and nicotine dependence rate of psychiatric hospital staff. Overall, there has been a slight increase in prevalence, although there is a clear decrease in regular smokers. The legislative change itself has no effect on the reduction of prevalence, local ordinances prohibiting complete smoking are required.

KEY WORDS

smoking, tobacco, nicotine, law, addiction, health worker

OBSAH

ÚVOD 14

CÍLE PRÁCE 17

I. TEORETICKÁ ČÁST 18

1 HISTORIE TABÁKU 18

1.1 Původ tabáku 18

1.2 Potlačování kouření v historii 19

1.3 Tabáková epidemie 20

2 ZÁVISLOST 22

2.1 Toxikinetika 22

2.2 Závislost na nikotinu 23

2.3 Neurobiologie závislosti 23

3 METODY HODNOCENÍ ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU 26

3.1 Fagerströmův dotazník tolerance (FTQ) 26

3.2 Fagerströmův test závislosti na nikotinu (FTND) 27

3.3 Index těžkého kouření (HSI) 27

3.4 Stupnice závislosti na cigaretách (CDS) 28

3.5 Škála syndromu závislosti na nikotinu (NDSS) 28

3.6 Wisconsinský inventář motivů závislosti na kouření (WISDM) 29

3.7 Test pro hodnocení psychické závislosti na kouření tabáku (TAPDS) 29

3.8 Tobacco Questions for Surveys (TQS) 30

4 LEGISLATIVA 31

4.1 Rámcová úmluva o kontrole tabáku 31

4.2 MPOWER 32

4.3 Legislativa v ČR 33

4.3.1 Zákon č. 379/2005 Sb. 34

4.3.2 Zákon č. 65/2017 Sb. 35
5 KOUŘENÍ A ZDRAVOTNÍCI 38
5.1 Nekuřácké nemocnice 39
6 SHRNUTÍ 42
II. PRAKTICKÁ ČÁST 43
7 CÍLE PRŮZKUMU 43
7.1 Průzkumné otázky 43
7.2 Hypotézy 44
8 METODIKA PRŮZKUMU 45
8.1 Organizace průzkumného šetření 45
8.2 Sběr dat 46
8.3 Charakteristika souboru 47
8.3.1 Charakteristika souboru respondentů I. šetření 48
8.3.2 Charakteristika souboru respondentů II. šetření 51
9 PREZENTACE VÝSLEDKŮ 55
9.1 Testování hypotéz 66
10 DISKUZE 74
11 ZÁVĚR 82
12 ZDROJE 84
13 PŘÍLOHY 94

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Pohlaví respondentů I. šetření 49

Obrázek 2 - Histogram věkového rozložení respondentů I. šetření 50

Obrázek 3 - Vzdělání respondentů I. šetření 50

Obrázek 4 - Pracovního zařazení respondentů I. šetření 51

Obrázek 5 - Pohlaví respondentů II. šetření 52

Obrázek 6 - Histogram věkového rozložení respondentů II. šetření 53

Obrázek 7 - Vzdělání respondentů ve II. šetření 53

Obrázek 8 - Pracovního zařazení respondentů II. šetření 54

Obrázek 9 - Rozdělení respondentů podle vztahu ke kouření 55

Obrázek 10 - Zapálení první cigarety 56

Obrázek 11 - Nekouření na zakázaných místech 57

Obrázek 12 - Postrádání cigarety 58

Obrázek 13 - Množství vykouřených cigaret za den 59

Obrázek 14 - Kouření v průběhu dne 60

Obrázek 15 - Kouření v nemoci 61

Obrázek 16 - Míra závislosti na nikotinu 62

Obrázek 17 - Vztah mezi dobou první cigarety a dosaženým skóre ve FTND 63

Obrázek 18 - Vztah mezi množstvím cigaret vykouřených za den a mírou závislosti na nikotinu 64

Obrázek 19 - Změna prevalence kouření u respondentů okresní nemocnice 65

Obrázek 20 - Změna prevalence kouření u respondentů psychiatrické nemocnice.....65

Obrázek 21 - Krabicový graf kuřáků podle skóre FTND 69

Obrázek 22 - Histogram respondentů z okresní nemocnice dle skóre FTND 70

Obrázek 23 - Histogram respondentů z psychiatrické nemocnice dle skóre FTND.....70

Tabulka 1 - Celkový počet respondentů dle typu zdravotnického zařízení a šetření 48

Tabulka 2 - Popisná statistika věku respondentů I. šetření.....48

Tabulka 3 – Věkové kategorie respondentů I. šetření dle pohlaví.....49

Tabulka 4 - Popisná statistika věku respondentů II. šetření 52

Tabulka 5 – Věkové kategorie respondentů II. šetření dle pohlaví 52

Tabulka 6 -Vyhodnocení FTND 63

SEZNAM ZKRATEK

CDS - Cigarette Dependence Scale

ČR – Česká republika

ENSH - European Network of Smoke-Free Hospitals

EU – Evropská unie

FCTC - Framework Convention on Tobacco Control

FN – fakultní nemocnice

FSV UK – Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy

FTND - Fagerström Test of Nicotine Dependence

FTQ - Fagerström tollerance questionnaire

GATS - Global Adult Tobacco Survey

GHPSS - Global Health Professions Student Survey

GN-SBQ - Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire

GYTS - Global Youth Tobbaco Survey

HBSC - Health Behavior in School-aged Children

HPH - Health Promoting Hospitals

HSI - Heaviness of Smoking Index

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NDSS - Nicotine Dependence Syndrome Scale

NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník

SLZT – Společnost pro léčbu závislosti na tabáku

SZÚ – Státní zdravotní ústav

TAPDS - Test to Assess the Psychological Dependence on Smoking

TFU - Tobacco Free United

USDHHS - United States Department of Health and Human Services

ÚVN – Ústřední vojenská nemocnice

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO - World Health Organization

WISDM - Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives

ÚVOD

Kouzlo magického kouře pronásleduje lidskou duši už od pradávna, kdy byl součástí starých kultur jako rituální a léčivá praktika, a pomocí čichu uspokojuje naši touhu po příjemných vůních, uklidnění duše a léčení smutku. Jedná se o potěšení, ale i zlozvyk, o zdroj úlevy, ale také zdroj velkého nebezpečí, který se postupem času stal způsobem života dostupný každému a všude (Gilman, 2006, s. 11 - 29). Od magického léku přes potěšení se kouření stává nepřítelem číslo jedna. Jak tvrdí Králíková (2015, s. 24), tabák je vlastně jediné spotřební zboží na trhu, které při užívání dle návodu zabíjí polovinu svých uživatelů.

V současné moderní době 21. století je užívání tabáku jedním z nejrozšířenějších sociálně patologických jevů postihující všechny kategorie společnosti, od dětí počínaje po seniory konče. Problematika kouření a závislosti na nikotinu se však v posledních desetiletích stala natolik závažnou, že byla nakonec zařazena do Mezinárodní klasifikace nemocí a byla ji přiřazena číselná značka F17. Nejedná se však pouze o problematiku zdravotní, ale jde o problém celospolečenský, který má dopady na každého jednotlivce, ať již kuřáka, nebo nekuřáka v jeho okolí. Rozrůstá se do podoby pandemie a je nejrozšířenější závislostí na návykových látkách s mnoha negativními dopady na zdraví jedince, která se významně podílí na mortalitě. Tabák, ačkoli spadá mezi návykové látky, patří celosvětově mezi legální drogy, proto je jeho užívání natolik rozšíření. Díky tomuto jevu umírá v důsledku jeho užívání miliony lidí ročně na celém světě, proto se jedná o mnohem rizikovější látku než ostatní návykové látky. Přesto je třeba rozlišovat kuřáctví od závislosti na nikotinu. Malé procento uživatelů může sice kouřit, ale nemusejí být závislí na nikotinu, naopak existují lidé, kteří nekouří, přesto jsou na nikotinu závislí, protože užívají bezdýmnou formu tabáku (Kalina a kol., 2015, s. 79, 528).

Podle WHO (2017) byla v roce 2015 celosvětová prevalence kouření 22 % populace, což činí okolo 1,1 miliardy lidí, a každoročně umírá na následky kouření 6 milionů lidí. V České republice byla v témže roce prevalence 24,1 % (Sovinová, 2016, s. 4) a dle Králíkové (2015, str. 19) je u nás úmrtnost na následky kouření okolo 16 000 jedinců ročně. Bylo prokázáno, že kouření je rizikovým faktorem mnoha zdravotních potíží a komplikací a 90 % kuřáků začalo kouřit před 18. rokem života. Jak dokazuje největší evropská výzkumná studie HBSC z roku 2010, zabývající se životním stylem mladé generace, kouří v České republice alespoň jednou týdně okolo 25 % dětí ve věku 15 let a zkušenosti s cigaretou mělo více než 50 % 13letých a 75 % 15letých respondentů, zejména dívek

(Kalman, 2011, str. 76-78). V roce 2014 podle této studie kouřilo 11 % patnáctiletých chlapců a 16 % patnáctiletých dívek. Ačkoli je patrný pokles, stále je ČR ve srovnání s ostatními zeměmi v tomto ohledu nadprůměrná (Mandarasová Gecková, 2016, s. 34). A právě tyto děti tvoří budoucí generaci kuřáků. Přitom zdraví je významnou ekonomickou, individuální i sociální hodnotou, a mělo by být v zájmu každého státu a každé vlády, aby zdravotní stav vlastního obyvatelstva byl co nejlepší. Měli by všemožně přispívat k podpoře zdraví a prevenci, vytvářet programy na ochranu ohrožených skupin, motivovat jedince k ochraně vlastního zdraví a realizovat opatření zlepšující zdravotní i životní podmínky a pohodu obyvatel (MZ ČR, 2014, s. 8).

V důsledku tabákové pandemie začala WHO vyvíjet účinné strategie a politiky ke snížení prevalence tohoto návyku. Jedním z opatření je mezinárodní úmluva FCTC o kontrole tabáku, ke které se hlásí stále více členských států. Stanovené body této úmluvy se snaží jednotlivé státy implementovat do vlastní legislativy dle svých vlastních možností. Na druhé straně však tabákový průmysl v čele se společností Phillip Morris International (PMI) vede tajné kampaně, které by podkopaly smlouvu FCTC, pomocí taktik, které jsou nemorální a někdy též nelegální (Da Costa e Silva, 2016).

Přestože Česká republika byla jednou z prvních zemí, která úmluvu FCTC podepsala, trvalo několik let, než ji ratifikovala a její body zahrnula do vlastní legislativy. Původní zákon č. 379/2005 Sb. a nyní nový zákon č. 65/2017 Sb. stanovují podmínky prodeje tabákových výrobků, stanovují prostory se zákazem kouření, výši peněžitých trestů za porušení zákona atd. Zákon č. 65/2017 Sb. je médii označován jako tzv. „protikuřácký“ zákon, ačkoliv není jeho cílem perzekuce kuřáků, ale ochrana osob před negativním vlivem tabákového kouře na zdraví. Ještě před vstupem v platnost vyvolal bouřlivé diskuze a reakce a rozdělil společnost na dva tábory. Jedni ho schvalují, druzí ho odmítají s odůvodněním, že se jedná o zásah do lidských svobod – svobody se rozhodovat, svobody podnikání. Kouření však nemá žádnou hodnotu, kterou je třeba právně chránit, život a zdraví však ano. Práva na ochranu života, na ochranu zdraví a na příznivé životní prostředí jsou zakotvena v Listině základních práv a svobod a povinností státu je tyto práva občanům zajistit (Kindl, 2015).

WHO klade v boji proti užívání tabáku důraz mimo jiné také na prevenci a osvětu. Toto by mělo být jednou z hlavních náplní poslání zdravotnictví. Sami zdravotníci však potřebují pomoc s tímto nezdravým psychosociálním jevem. Králíková a kol. (2015, s. 12) uvádí, že prevalence kouření mezi zdravotními sestrami je 40 %, to znamená, že téměř polovina

zdravotních sester u nás kouří. Podobně vysokou prevalenci zaznamenali také studie v různých zemích Evropy, např. v Itálii 43 % (Giorgi et al., 2015), v Srbsku 51 % (Stojanovič, 2013) nebo v Řecku 57 % (Vagropoulos et al., 2006). Právě zdravotní sestry by měly být propagátorkami zdravého životního stylu a nemocnice zdravým prostředím.

Pokud bychom tedy chtěli začít měnit postoj společnosti k problematice kouření, měli bychom k tomuto obrazu začít utvářet nejprve zdravotnické pracovníky, aby zdravotnictví mohlo plnit funkci, ke které je určeno – k péči o zdraví ve všech oblastech svého působení. Kouření je však stále společensky tolerovaným „zlozvykem“ hluboce zakořeněným v podvědomí společnosti a jeho eliminace bude značně problematická a dlouhodobá. Pozitivem však je, že boj proti tabáku za zdravou budoucnost lidstva započal.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl:

Zjistit vliv legislativní změny na kuřácké chování nelékařského zdravotnického personálu.

Dílčí cíle:

1. Zjistit prevalenci kouření a míru závislosti na nikotinu u nelékařských zdravotnických pracovníků před legislativní změnou a po legislativní změně.
2. Porovnat výsledky prevalence kouření u zdravotníků s prevalencí v běžné populaci.
3. Posoudit změny v prevalenci a míře závislosti v souvislosti s legislativní úpravou u obou souborů respondentů a dle typu zdravotnického zařízení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce se věnuje problematice kouření a snaze o kontrolu tabáku a snížení jeho užívání. Nastiňuje aktuálnost a složitost současné situace a legislativní snahy o její řešení. Součástí je také problematika ve zdravotnictví. K těmto tématům byly voleny kromě literárních zejména elektronické zdroje, jako jsou webové stránky WHO, MZ ČR a další, a elektronická databáze PubMed s klíčovými slovy: kouření, nikotin, měření, závislost, zdravotní důsledky, onemocnění.

1 HISTORIE TABÁKU

Užívání tabáku je v současné době velice rozšířeným návykem, který přerůstá do podoby světové pandemie. Příčiny této situace můžeme hledat v jeho historii, v tom, jak se šířil ze své kolébky na americkém kontinentě do celého světa, jak byl celosvětově veřejností přijímán, opěvován, vychvalován, legalizován a přijímán. Zároveň se však již v jeho historii objevují snahy o jeho omezování, zakazování a boj proti jeho šíření a užívání, které v dnešní době gradují do podoby „války“ s tabákovým průmyslem. V této kapitole je krátce a obecně nastíněna cesta tabáku od nevinné rostliny až po smrtící prostředek, který ročně zabíjí miliony lidí.

1.1 Původ tabáku

Tabák pochází z rostliny zvané *Nicotiana tabacum*, která pochází z Ameriky. Kouření v rámci rituálních praktik probíhalo dávno před tím, než se v období 5000-3000 let př. n. l. začalo s její kultivací v podobě odrůdy *Nicotiana rustica*. První záznam o setkání s kouřením tabáku domorodci pochází od Kryštofa Kolumba z roku 1492. Do Evropy byl tabák přivezen členem Kolumbovy posádky, Rodrigem de Jerez v roce 1493, který byl spolu s Luisem de Torres prvním Evropanem, který kouřil tabák. V následujících letech dobývali Španělé Nový svět a v rámci obchodu šířili tabák do všech koutů světa. Z tabáku se postupně stávala obchodní komodita, čímž vzrostl význam této rostliny (Gilman, 2006, s. 6 - 13).

V polovině 16. století představil tabák a kouření jako lék francouzskému dvoru Jean Nicot, velvyslanec u portugalského dvora, který se zabýval jeho pěstováním. Podle Nicota byla také pojmenována látka nikotin a rostlina *Nicotiana*. Tabáku byly připisovány léčivé účinky, snižování únavy a navozování uvolnění. Tím, jak postupně mizel mýtus o léčivé síle tabáku,

přestal se pěstovat jako léčivá rostlina a kouření postupně přecházelo od rituálního užívání k oblíbenému konzumování (Novák, 1980, s. 10). V roce 1595 vyšla první anglicky psaná kniha o tabáku, autorem byl Anthony Chute, ve které byl tabák popisován jako léčivá bylina, avšak o 30 let později, ve svém šestém vydání, již bylo kouření zatracováno (Gilman, 2006, s. 10).

S tím, jak se tabák šířil z kontinentu na kontinent, stávalo se kouření stále více módou a zvykem podporující společenské interakce. Zpočátku se jednalo o privilegium šlechty a společenské elity, postupně se ale kouření stávalo součástí každodenního života běžných lidí. A čím vyšší byla poptávka, tím narůstala i nabídka. Na konci 19. století docházelo postupně k automatizaci výroby a propagaci tabáku v podobě moderní reklamy. Dovoz a distribuce tabáku se tak staly velkým byznysem (Gilman, 2006, s. 15 - 22).

1.2 Potlačování kouření v historii

Čím více se kouření stávalo záležitostí nižších společenských vrstev, tím více se začaly ozývat hlasy popisující teorii, že tato aktivita snižuje produktivitu práce, neboť dělníci stále více vyhledávali „pauzy“ na ukojení své potřeby a ohrožovali tak společenský řád. Mezi prvními vládci, kteří zakazovali kouření, byl turecký sultán Murad IV., čínský císař Čchung č´, ruský car Michail Romanov a další. Zákazy a tresty, včetně trestů tělesných, však lidi od dalšího kouření neodradily. Proto se vládci začali snažit o určitou regulaci pomocí monopolů, ze kterých jim plynuly zisky, a podařilo se jim stabilizovat ekonomickou a společenskou situaci (Gilman, 2006, s. 15 – 16; Novák, 1980, s. 11).

Lékařské diskuze o škodlivosti kouření se vedly již od počátku 17. století, kdy byly anglickému králi Jakubu I. ukazovány zčernalé mozky a vnitřnosti kuřáků, aby mu dokázali škodlivost kouření. Ten začal kuřáky trestat a v roce 1603 vydal jednu z prvních knih proti kouření (Novák, 1980, s. 10). V 19. století se začali objevovat lékařské studie spojující kouření s rakovinou dutiny ústní a vlivem tabáku na lidské buňky. Důkazy předložil M. Bouisson ve své klinické studii v roce 1859 (Novák, 1980, s. 12). Ale až po druhé světové válce Richard Doll díky své sérii studií přesvědčil svět o tom, že je kouření zdraví škodlivé (Gilman, 2006, s. 25 - 26).

V této době také začínají i kampaně proti kouření. Zejména v 50. letech minulého století potlačovaly Spojené státy americké kouření jakékoli látky, zejména nelegálních drog. V Číně byla v roce 1994 zakázána reklama v médiích a v roce 1997 zakázáno kouření na veřejných

místech. V této době se začala problematikou zabývat také Světová zdravotnická organizace, která začala iniciovat vznik mezinárodních smluv a intervencí na potlačení tohoto chování (Gilman, 2006, s. 27 - 28).

1.3 Tabáková epidemie

Začátek tabákové epidemie je spojen s automatickou výrobou cigaret okolo roku 1900, kdy Bonsackův stroj vyráběl přes 200 kusů za minutu. Dnes se tato výroba pohybuje okolo desítek tisíc za minutu (Králíková, 2015, s. 13). Současně však k rozvoji tabákové epidemie přispěli také podmínky a prostředí, které umožnili rychlé šíření kouření mezi lidmi, zejména ve Spojených státech amerických, které byli předním výrobcem a distributorem cigaret ve světě.

Již ve 20. a 30. letech minulého století zanikla ve Spojených státech veškerá omezení, kdy a kde kouřit, a cigarety se tak mohli užívat v jakémkoli prostředí. Kouření se soustředilo zejména do obchodů, kaváren a dopravních prostředků. Cigarety tak představovali určitou protiváhu modernímu hektickému způsobu života a přinášely chvilku odpočinku a relaxace, a odstraňovaly monotónnost všedního života. Při absenci omezení začal tabákový průmysl v zájmu svého produktu ovlivňovat kulturní změny společnosti, přičemž prostředkem k tomuto účelu jim sloužila rychle se rozvíjející marketing a mohutná reklama, které cílily na ty složky trhu, které do té doby nebyly ještě osloveny – ženy, tvořící polovinu potencionálních spotřebitelů. V souladu s vládní politikou vytvořily tabákové firmy umělou poptávku, která nejen že vytvořila zisky pro tyto firmy, ale měla také pozitivní dopad na ekonomiku země. Spolu s reklamou využívaly i manipulaci s médii, které byly schopné zakrýt zájmy tabákového průmyslu a pomáhaly ovlivňovat veřejné smýšlení (Gilman, 2006, s. 378 - 391).

Díky těmto podmínkám dostal tabákový průmysl možnost nastartovat mohutnou kampaň, která firmám vynesla zisk, ale pro spotřebitele je tabákový výrobek pouze zdrojem chvilkového potěšení, které přináší jen zdravotní potíže a často také smrt. Přestože si byli tabákové firmy vědomy těchto následků, v rámci výnosu nadále své výrobky prodávali, o následcích se nezmiňovali nebo je dokonce popírali (Gilman, 2006, s. 373 - 377).

Během druhé poloviny 20. století probíhaly ve Spojených státech amerických různé vědecké studie podporující rozšiřující se chápání kouření a závislosti na tabáku, v jejichž závěrech se stále více objevovali poznatky o škodlivosti užívání tabáku a vlivu tabákového kouře na vznik různých onemocnění. Během soudních sporů s tabákovými firmami se v roce 1983

žalobci dostali k vnitřním dokumentům firem, ze kterých prokazatelně vyplývalo, že firmy vědomě zadržovali informace o škodlivém vlivu tabákových výrobků na zdraví lidí za účelem zvýšení zisku. Toto zjištění vedlo následně k omezení tabákové průmyslu, jeho sponzorství, omezení reklamy a prodeje zboží s názvy a logy cigaret. Navíc byl průmysl veřejně zdiskreditován při soudních sporech a kongresových slyšeních a ztratil tak důvěryhodnost a podporu veřejnosti. Od roku 2009 začal být regulován prostřednictvím zákonných opatření a politik, kdy se vznikem zákona o kontrole tabáku získal Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) pravomoc regulovat tabákové výrobky (USDHHS, 2014, s. 31 - 33).

Dnes, když je obecně známá skutečnost, že kouření poškozuje zdraví, a existuje na to řada studií, se stále více dospělých lidí rozhoduje nekouřit. Zároveň s rozvojem protikuřáckých kampaní se zužuje spektrum spotřebitelů, což nutí tabákové firmy zaměřit se na další část trhu – děti a adolescenty. Ti pomáhají obnovovat tabákový trh a nahrazují kuřáky, kteří přestali kouřit nebo zemřeli (Fait a kol., 2008, s. 243). Zároveň s tím, jak se rozšířila mezinárodní spolupráce pod záštitou WHO s cílem omezit kouření a oslabit vliv tabákového průmyslu, se tabákový průmysl, v čele s Philip Morris International, snaží jakýmikoliv prostředky oslabit vliv této spolupráce. Využívá k tomu nejen jednu z nejrozsáhlejších lobbistických kampaní, která má blokovat či oslabit ustanovení smlouvy FCTC (viz kapitola 3), ale snažil se dostat na konference FCTC se snahou vést svou „antikampaň“ nebo zastrašovat vlády vleklými soudními spory (Kalra et al., 2017).

2 ZÁVISLOST

Závislost je obecně definována jako nutkavé opakované chování bez ohledu na důsledek a zahrnuje silnou touhu po látce, nekontrolovatelné užívání, tělesný odvykací stav při absenci, tolerance látky s následným zvyšováním dávky a užívání látky přes negativní dopad na zdraví (Tuček a kol., 2013, s. 319). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 je syndrom závislosti definován takto: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somaticky odvykací stav"* (ÚZIS, 2014). Podle Pokorného (2002, s. 14) je patologickou závislostí myšlena jakákoli závislost, i když byla dříve prospěšná, která ve svém důsledku nakonec vede k psychické či fyzické újmě a snižuje ve své podstatě kvalitu života.

Závislost na návykových látkách, mezi které se řadí také nikotin, patří mezi chronické, multifaktoriální onemocnění centrální nervové soustavy způsobující progresivní změny v mozku a chování. Opakované užívání vede ke změnám mozkových okruhů s negativním dopadem na emoce, kontrolu a rozhodování jedince a navozují různé neuroadaptační vzorce, který se v případě nikotinu projevuje „cravingem" neboli bažením (Kalina a kol., 2015, s. 140 - 146). Hlavní roli při vzniku závislosti hraje vztah dávky k účinku. Čím větší a rychlejší je účinek, tím pevnější je vazba. Proto je nikotin návykovější než heroin. Důvodem je způsob aplikace – inhalace je rychlejší než injekční podání a nikotin se dostává do mozku již po 10 vteřinách od užití, protože je vstřebáván do krve prostřednictvím velké vnitřní plochy plic. Účinek nikotinu není provázen změnou vnímání reality anebo kriminálním chováním, proto není tolik sledován a dochází k jeho šíření ve společnosti více skrytě, než u ostatních návykových látek. V porovnání např. s alkoholem, na kterém je závislých přibližně 4 - 5 % závislých konzumentů v ČR, je kuřáků závislých okolo 70 – 80 % (Tuček a kol., 2013, s. 321 - 323).

2.1 Toxikinetika

Nikotin je alkaloid tabáku, jehož absorpce a vylučování je ovlivněno pH prostředí. Při vysokém pH, neboli alkalickém, je nikotin v neionizované formě a snadněji se vstřebává přes lipoproteinové membrány buněk. Při nízkém pH dochází k ionizaci, nikotin se špatně rozpouští a také obtížně vstřebává. Proto je snadněji absorbován z plic a o málo pomaleji také přes sliznici dutiny ústní. Dalším vhodným prostředím pro absorpci je také tenké střevo,

které tvoří velký povrch s alkalickým prostředím. Naopak v kyselém prostředí žaludku se nikotin vstřebává špatně právě pro jeho ionizaci (USDHHS, 2014, s. 109).

Dalším důležitým faktorem je velikost plic. Vnitřní plocha alveolů a bronchiolů, kde se nikotin absorbuje, umožňuje velmi rychle vstřebání nikotinu do systémové cirkulace během 10 - 20 vteřin a je usnadněn tekutým povlakem epiteliální vrstvy plic s fyziologickým pH. Navíc je nikotin vstřebán před průchodem játry, proto je jeho nejvyšší koncentrace v arteriální krvi. V organismu se rozkládá do tkání - játra, ledviny, slezina, plíce, mozek, kosterní svalstvo, a dále se hromadí v tekutinách – žaludeční šťávy, sliny, mateřské mléko, plodová tekutina. Po průchodu játry je nikotin metabolizován cytochromem CYP2A6, UDP glukuronosyltransferázou a monooxygenázou na metabolity, mezi které patří např. kotinin nebo nornicotin (USDHHS, 2014, s. 110).

2.2 Závislost na nikotinu

Nikotin je látka se silnou návykovostí, která vyvolává potřebu nadále tabák užívat, i když si je člověk vědom zdravotních rizik. Tato závislost je jednak psychosociální a behaviorální, kdy je nutkání kouřit spojené s určitými situacemi či podněty, a jednak je to závislost biologická, která se projeví při delší absenci kouření abstinenčními příznaky (Fait a kol., 2008, s. 247). Dochází k vytváření podmíněných vazeb, které jsou spojeny s užíváním. Zpočátku převládá složka psychosociální, která se projeví potřebou manipulace s cigaretou, složka biologická neboli fyzická závislost, převládá až po určité době (Pilařová, 2003, s. 206).

Psychosociální závislost je typem naučeného chování, při kterém si uživatel zvyká na život s cigaretou. Zejména na situace spojené s relaxací, jídlem, kávou, ve společnosti nebo naopak při stresu, krizových situacích či úzkosti. Toto chování přechází v rituály, které mají přinést uklidnění. Psychosociální závislost je tedy závislost na cigaretě jako předmětu, bez ohledu na její chemické složení (Malá, 2016, s. 5).

Fyzická závislost je již závislostí na chemické látce, respektive na nikotinu, která se objevuje u denních kuřáků, tedy uživatelů, kteří kouří jednu a více cigaret denně. Projevuje se po několika hodinách abstinence formou nepříjemných tělesných projevů. Důvodem je chemická reakce na nikotin-acetylcholinových receptorech v mozku (Malá, 2016, s. 6).

2.3 Neurobiologie závislosti

Účinky nikotinu, jejichž mechanismus je podobný jiným návykovým látkám, je odvozen od jeho stimulační aktivity na nikotinových acetylcholinových receptorech v centrální

nervové soustavě. Tyto nikotinové receptory se skládají z pěti odlišných subjednotek, z nichž nejdůležitější jsou subjednotky α a β. Podjednotka α existuje v devíti izoformách (α2 - α10) a podjednotka β ve třech izoformách (β2 -β4). Nejvíce afinitní izomery při vzniku nikotinové závislosti jsou pak α4 a β2. Klíčovou roli hrají tyto izomery ve ventrální tegmentální oblasti, kde motivují vznik a udržování tabákového návyku. Důležitou úlohu má také skupina izomerů α6 a β3, které podporují aktivity nikotinu ve ventrální tegmentální oblasti a v oblasti nukleus accumbens regulací jeho účinků na uvolňování dopaminu ve striatu (Harmey, 2012, s. 1301 - 1302).

Chemické reakce probíhající v organismu při užití nikotinu, a které podporují vznik závislosti, probíhají různými způsoby. Jednou z hlavních reakcí je efekt nikotinu na dopaminovou dráhu spojenou s odměňováním. Zvýšené vylučování dopaminu je zapříčiněno vlivem nikotinu na glutamátergní terminály, které produkují excitační neurotransmiter glutamát. Ten zvyšuje uvolňování dopaminu v *nucleus accumbens* a frontálním kortexu. Vedle glutamátu nikotin také zvyšuje uvolňování kyseliny gama-aminomáselné (GABA), což je inhibiční neurotransmiter (USDHHS, 2014, s. 113). Nikotin způsobující zvýšené uvolňování dopaminu v nucleus accumbens tedy vyvolává příjemné pocity. Zvýšená koncentrace dopaminu v synapsi však potlačí pocit sytosti, který normálně proces odměny zastaví, a přetrvávající aktivita nervových drah vyvolává touhu po opětovném užití nikotinu. Opakované užití vede následně ke změnám funkce receptorů v těch částech mozku, které regulují chování. Při abstinenci od nikotinu tedy dochází k poklesu hladiny dopaminu a dopaminergní systém vyžaduje přísun dopaminu v podobě další cigarety. Tímto způsobem dochází ke změnám chování, kdy uživatel upřednostňuje cigaretu před jinými požitky (Pilařová, 2003, s. 207).

K další reakci dochází na noradrenalinové dráze. Největším jádrem této dráhy je *locus coeruleus* a je hlavním zdrojem noradrenalinu. Jeho aktivita se mění v souvislosti se vzrušením, ale také se specifickými kognitivními procesy, kterou vedou k uvolňování noradrenalinu. Jedná se o rozhodující systém ovlivňující pozornost, emoce, motivaci, učení, paměť a také reakce na stres (Bouret a Sara, 2010). V tomto jádře nikotin dráždí nikotinové receptory, které při opakované expozici reagují neurodaptací. Pokud následně dojde k abstinenci, klesá hladina noradrenalinu, což se projeví abstinenčními příznaky např. poruchy koncentrace pozornosti, palpitace, zvýšená chuť k jídlu, zácpa apod. (Pilařová, 2003, s. 206).

Některé studie (Swan et al, 2005; Mwenifumbo a Tyndale, 2009; MacKillop et al., 2010), věnující se genetickým vlivům při vzniku závislosti na nikotinu, naznačují, že velkou roli hraje také genetická výbava jedince. Při metabolismu nikotinu má nejvýznamnější účinky jaterní cytochrom P450, zejména jeho enzym CYP2A6, ovlivňující farmakokinetiku nikotinu. Jedinci homozygotní pro deleci genu mají vyšší hladiny nikotinu, naopak při výskytu alely se sníženou aktivitou je u osob menší pravděpodobnost, že budou kouřit, a pokud kouří, mají menší spotřebu cigaret a vyšší úspěšnost při odvykání. Vedle CYP2A6 ještě existuje další enzym, CYP2B6, který také metabolizuje nikotin, má však menší účinek a jeho úloha není ještě plně prozkoumána (MacKillop et al., 2010, s. 448).

3 METODY HODNOCENÍ ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU

Vliv kouření na nemocnost a úmrtnost je značný, což vyplývá z řady výzkumů, např. studie Bjartveita zkoumající zdravotní důsledky kouření (Bjartveit a Tverdal, 2005), Liangova mateanalýza zaměřená na vztah kouření ke vzniku kolorektálního karcinomu (Liang et al., 2008) nebo Hechtův popis mechanismu vzniku karcinogeneze plic tabákovým kouřem (Hecht, 2012). Vedle onkologických onemocnění způsobuje kouření řadu dalších potíží, zejména se jedná o onemocnění respirační (Løkke et al., 2006, Marten et al., 2009), kardiovaskulární (Salahuddin et al., 2012; Leigh et al., 2017) a další zdravotní potíže. Naopak přestat kouřit s sebou přináší mnoho výhod, např. snížení rizika úmrtí na kardiovaskulární onemocnění o polovinu během prvního roku po odvyknutí. V průběhu 5 – 15 let klesne toto riziko na úroveň nekuřáků (Marlow a Stoller, 2003, s. 1241).

Marlow a Stoller (2003) dále udávají, že velkou překážkou při odvykání kouření je závislost jedince na nikotinu. Podle stupně závislosti vyvolává odnětí nikotinu různě intenzivní odvykací příznaky, které komplikují proces odvykání a mohou ovlivnit i úspěšnost celé léčby. Jak je popsáno v kapitole Závislost na nikotinu, existuje závislost psychická a závislost fyzická. Míra závislosti může významně ovlivnit proces odvykání, proto je pro léčbu vhodné stanovit míru závislosti na nikotinu, aby bylo možné nastavit správně podpůrnou léčbu při odvykání. Pro odhad míry závislosti na nikotinu existuje několik omezených opatření, jakými jsou dotazníky, které existují v několika provedeních (Sato et al., 2012).

V následujících podkapitolách jsou uvedeny pouze některé z dotazníkových metod posuzování závislosti na nikotinu.

3.1 Fagerströmův dotazník tolerance (FTQ)

Dotazník byl vytvořen v roce 1978 Karlem Fagerströmem k rychlému a pohodlnému zhodnocení závislosti na nikotinu. Obsahoval 8 položek vycházející z tehdejších poznatků o nikotinu. Použití tohoto testu bylo zpochybněno, protože měl nízkou úroveň spolehlivosti a špatný výběr položek, které dostatečně nevysvětlovaly rozptyl dat. Pouhé dvě položky měli skutečný význam pro zjištění závislosti na nikotinu – čas do první cigarety dne a počet vykouřených cigaret. Zhodnocení doby do prvního zapálení cigarety sloužilo jako predikce závislosti a jako předpověď úspěšného odvykání. Počet cigaret za den byla pak reálnou mírou závislosti na nikotinu (Heatherton et al., 1991, s. 1119 - 1120).

3.2 Fagerströmův test závislosti na nikotinu (FTND)

Tento test je modifikací předchozího testu FTQ. V roce 1991 Heatherton provedl studii zkoumající FTQ a došli k závěru, že položky FTQ netvoří homogenní soubor a mají nízkou vnitřní konzistenci. Proto navrhli změny, které by zlepšily výtěžnost testu. Sám Fagerström uznal, že by bylo vhodné původní FTQ zlepšit a podílel se na této modifikaci. Výsledný FTND je kratší o dvě položky a má upravené odpovědní schémata tak, aby byly lépe kategorizované a zpřesnily se výsledky. Následnou analýzou došli autoři k přesvědčení, že FTND je souborem homogenním a přestože je test kratší, zvýšila se vnitřní konzistence souboru a tím i ke zvýšení spolehlivosti (Heatherton et al., 1991, s. 1124).

FTND je osvědčeným, široce používaným nástrojem ke zjišťování míry závislosti na nikotinu prostřednictvím fyziologických a behaviorálních symptomů a tvoří zlatý standard mezi testy závislosti. Nejedlá (2015, s. 16) popisuje FTND jako stále nejpoužívanější mezinárodní standardizovaný nástroj. Přesto má své omezení, neboť je koncipován k hodnocení fyzické závislosti a nehodnotí některé další aspekty jako je předchozí snaha přestat kouřit nebo ztráta kontroly nad spotřebou tabáku (Pérez-Ríos et al., 2009).

V současné době se také používá označení FTCD neboli Fagerströmův test závislosti na cigaretě, neboť jak poukazuje sám Fagerström, příčinou závislosti není „pouze“ nikotin, ale uplatňují se zde i další faktory jako zvyk, úloha cigarety jako objektu a psychosociální aspekty kouření. Tabák existuje také v jiných formách a celkové schéma závislosti se bude s největší pravděpodobností lišit u kouření a u užívání např. bezdýmného tabáku. Navíc FTND obsahuje většinu položek, které se konkrétně týkají kouření, proto je vhodné přejmenovat FTND na Fagerströmův test závislosti na cigaretě (FTCD) (Fagerström, 2012, s. 76 - 77).

3.3 Index těžkého kouření (HSI)

Přestože je FTND krátký a jeho vyplnění zabere pouze několik minut, byla snaha pro časově vytíženého klinického lékaře vytvořit nenáročnou krátkou verzi k posouzení míry závislosti tvořenou pouze dvěma položkami z FTND – počtem cigaret vykouřených za den a čas do zapálení si první cigarety po probuzení. Ke zjištění účinnosti HSI byl tento test porovnán s FTND a přestože byla přesnost a shoda vysoká, měl HSI relativně nízkou citlivost. Proto je vhodnější používat testy s vysokou citlivostí (Pérez-Ríos et al., 2009).

3.4 Stupnice závislosti na cigaretách (CDS)

Stupnice CDS byla vytvořena jako psychometrický přístup ke zhodnocení závislosti na cigaretách a zahrnující kritéria závislosti americké DSM-IV i evropské ICD-10 s výjimkou kritéria tolerance. Existují dvě verze: CDS-12 s 12 položkami, a kratší CDS-5 s 5 položkami. V Etterově studii byly tyto testy hodnoceny jako spolehlivé s vysokou vnitřní konzistencí a ve srovnání s FTND citlivější a s možností zachycovat změny v čase. Dle Ettera je také možné využívat CDS-12 jako predikce k odvykání kouření (Etter et al., 2003, s. 360 - 367). Článek snažící se rozšířit teorii o mechanismech vzniku závislosti na nikotinu udává také vysokou spolehlivost a prediktivní schopnost CDS, ale všechny závěry se zakládají na výsledcích Etterových studií (Sato et al., 2012).

Podle studie Rohsenowa et al. (2013, s. 2410 - 2411), zabývající se srovnáním CDS a FTND, nebyly rozdíly mezi CDS-12, CDS-5 a FTND velké. Navíc v neklinických vzorcích vykazovaly FTND i CDS podobné vztahy k počtu pokusů o odvykání a v jediné klinické studii CDS byli přijímáni pouze lehcí kuřáci, tudíž CDS nebyla ověřena v klinickém vzorku středně těžkých a těžkých kuřáků tak, aby se CDS dal považovat za klinický nástroj. Také důkazy pro prediktivní schopnost CDS předpovídat abstinenci kuřáků jsou smíšené.

3.5 Škála syndromu závislosti na nikotinu (NDSS)

Tato metoda vznikla v roce 2004 a vychází z myšlenky, že závislost na nikotinu je multidimenzionální. NDSS je vícerozměrný, s 19 položkami rozsáhlejší test než předchozí testy, a vedle souhrnného skóre zkoumá dalších 5 faktorů např. touha po cigaretě, upřednostňování cigarety před jinými potěšeními, toleranci, stereotypy apod. Analýzy prokázaly, že více stupnic v NDSS dělá nezávislé a přírůstkové příspěvky k předpovídání výsledků. Ve srovnání s Fagerströmovým dotazníkem tolerance zachycuje NDSS takové aspekty závislosti, které nejsou zahrnuty v FTQ, avšak nebyl vytvořen jako náhrada za FTQ, proto se nezaměřuje položky v něm obsažené. NDSS je citlivá i při nízkých úrovní závislosti, proto je možné ji využít v řadě dalších epidemiologických, výzkumných a klinických studií (Shiffman a Sayette, 2005, s. 45 - 50).

Naproti tomu Sato (2012) ve svém hodnocení dospěla k závěru, že NDSS je platným měřítkem závislosti, i když s relativně nízkou spolehlivostí některých subškál, a že je třeba některých vylepšení, např. revize měřítka pro stereotypy zahrnující obsah měřítka FTQ do NDSS nebo posouzení vztahu mezi opatřeními založenými na NDSS a DSM-IV.

3.6 Wisconsinský inventář motivů závislosti na kouření (WISDM)

WISDM-68 je multidimenzionální psychometrický nástroj pokrývající rozměry motivace kouření, který měl usnadnit zkoumání povahy vzniku závislosti na nikotinu. Tento dotazník obsahuje 68 položek ve 13 oblastech motivace (citové přilnutí, automatizace, ztráta kontroly, behaviorální volba/zlepšení, kognitivní posílení, touha, expozice podnětu/procesy asociace, negativní upevnění, pozitivní upevnění, sociální nabídky a podněty z prostředí, chuťové a senzorické charakteristiky, tolerance a kontrola hmotnosti). Metoda slouží k měření závislosti na nikotinu na bázi teoreticky zakotvených motivů. WISDM je vhodný pro různé populace (Sato et al., 2012).

Piasecki ve studii (Piasecki et al., 2011, s. 208) popisuje rozdělení těchto subškál do dvou skupin. Primární skupina motivů obsahuje subškály (automatizaci, touhu, ztrátu kontroly a toleranci), které představují hlavní rysy závislosti, tedy přesněji reflektují nutkání kouřit. Ostatní subškály představují sekundární motivy, které poukazují na motivy, proč se lidé rozhodnou kouřit.

Protože dotazník byl příliš dlouhý, byla provedena studie s cílem zkrátit tuto metodu při zachování nebo zlepšení psychometrických vlastností testu. Byl vytvořen WISDM-37, který obsahoval 37 položek v 11 podskupinách. Výsledkem studie bylo potvrzení, že WISDM-37 je srovnatelný s jeho původní verzí a může být použit místo WISDM-68, pokud je třeba snížit zatížení účastníků výzkumu, ale bude třeba dalšího testování psychometrických charakteristik (Smith, 2010, s. 496). Další výzkum této verze potvrzuje také jiná studie, podle které byl WISDM testován pouze ve spojených státech a pro potvrzení spolehlivosti a platnosti je třeba provést výzkumy s různými populacemi (Sato et al., 2012).

3.7 Test pro hodnocení psychické závislosti na kouření tabáku (TAPDS)

TAPDS je nová metoda vypracovaná v Mexiku, která je teprve na začátku svého vývoje. Zaměřuje se na měření psychické závislosti na cigaretách se zacílením na 4 faktory: emoční formování, osobnostní obraz, lhostejnost a sociální přijatelnost. Původní verze obsahuje 25 položek, následně byla vytvořena kratší verze o 8 položkách, která dobře koreluje s delší verzí. Autoři hodnotí TAPDS jako srovnatelný s GN-SBQ (Glover-Nilssenův dotazník kuřáckého chování), přičemž GN-SBQ se zaměřuje spíše na kognitivní, sociální a behaviorální aspekty závislosti a určuje, do jaké míry vzorce chování hrají roli v závislosti na kouření, a TAPDS se zaměřuje více na vnitřní emoce a vnímání kuřáka. Jak sami autoři

dále přiznávají, bude potřeba dalších studií k ověření platnosti a spolehlivosti tohoto nástroje (Ponciano-Rodriguez et al., 2015, s. 9).

3.8 Tobacco Questions for Surveys (TQS)

V roce 1998 WHO a americké Centrum pro kontrolu nemocí a prevence (CDC) zahájili program Global Tobacco Surveillance Systém (GTSS), který měl pomoci ostatním zemím zavádět kontrolu a sledování užívání tabákových výrobků. Program se zaměřuje na 3 skupiny uživatelů: dospělé (GATS), mládež (GYTS) a studenty zdravotnických a lékařských oborů (GHPSS). Pro zachování konzistentnosti a srovnatelnosti při monitorování užívání tabáku byl vytvořen jednotný nástroj, dotazník TQS. Ten obsahuje 22 standardizovaných otázek zaměřených na 6 oblastí užívání tabáku. Takto získaná data by měla být spolehlivější a porovnávání míry užívání tabáků v různých zemích přesnější (Global Adult Tobacco Survey Collaborate Group, 2011).

U nás je tento dotazník využíván v rámci monitorování užívání tabáku, stanovení podílu zdravotně rizikového a škodlivého užívání a zjištění sociodemografických charakteristik důležitých pro stanovení dalších preventivních opatření. Získaná data jsou dále poskytována databázi WHO pro další mezinárodní srovnávací studie. Tento dotazník je v České republice používán od roku 2012 a výzkum je prováděn pod záštitou SZÚ (Sovinová et al., 2016, s. 1).

4 LEGISLATIVA

Kouření je podle Světové zdravotnické organizace nejvýznamnější preventabilní příčinou předčasných úmrtí. Jsou známy a popsány devastující účinky kouření na lidský organismus a toxicita spojená s touto činností je příčinou nebo rizikovým faktorem vzniku řady onemocnění. Společnost si tyto vzrůstající rizika začíná postupně uvědomovat a začíná proti tabákové epidemii bojovat (Kalina a kol., 2015, s. 530 - 532).

Nejúčinnějším opatřením proti vzniku závislosti na tabáku je nezačínat kouřit. Tento postoj je třeba posilovat, zejména u dětí a adolescentů, aby nedocházelo k experimentování, protože polovina z nich se poté stane závislými. A tabákové firmy mohou obnovit svůj trh už jen těmito mladými jedinci, kteří tvoří budoucí generaci kuřáků jako náhrada za ty, co už na následky kouření zemřeli (Fait a kol., 2008, s. 242 - 243).

4.1 Rámcová úmluva o kontrole tabáku

Prevence proti kouření se skládá z mnoha faktorů, které je nejúčinnější, pokud je prováděna tak, aby se jednotlivé faktory posilovaly a doplňovaly. Nejvýznamnějším preventivním faktorem je komplexní legislativa. V roce 2003 vytvořily zástupci členských zemí WHO právní dokument pro všechny členské země, nazvaný Rámcová úmluva o kontrole tabáku (FCTC), která vytváří oporu pro legislativní a populační opatření proti kouření. V platnost vstoupila 27. února 2005 a k roku 2008 ji podepsalo již 168 států a ratifikovalo 152 států. Česká republika podepsala tuto úmluvu již v roce 2003, ale ratifikovalo ji až v roce 2012 jako poslední členský stát Evropské Unie. (Tuček, 2013, s. 328). V současné době má Rámcová úmluva o kontrole tabáku 168 signatářů a 181 smluvních stran. Poslední smluvní stranou je Zimbabwe, která přistoupila v březnu 2015 (WHO FCTC, 2017).

FCTC formuluje právně závazné cíle, kterými se musí členské země řídit s cílem ochránit budoucí generace před ničivými důsledky spotřeby tabáku. Vznikla v důsledku rostoucí tabákové spotřeby, která zabíjí každoročně stále více lidí, a jednotlivé státy nebyly schopny tuto problematiku řešit samostatně. Úmluva tedy stanovuje minimální standardy a zásady, které by měly členské země splnit a nad rámec těchto zásad mají členské země svobodnou možnost vnitrostátně regulovat tabákovou spotřebu. Mezi klíčová ustanovení úmluvy patří:

- **tabákový průmysl** – cílem je vytvářet opatření omezující vliv tabákového průmyslu na politiku veřejného zdraví.

- **ochrana před vystavováním se tabákovému kouři** – opatření vedoucí k ochraně nekuřáků před kouřem na veřejných místech bez výjimek.
- **značení** – zdravotní varování na obalech tabákových výrobků a zákaz používání výrazů jako je *light, mild* apod.
- **reklama** – zákaz reklamy. Tam, kde ústava zákaz neumožňuje, alespoň omezení reklamy a propagace tabákových výrobků
- **odpovědnost** – smluvní strany mají zvážit trestní postih tabákových firem a vymáhání náhrad za jakékoli závadové jednání
- **nezákonný obchod** – povinné značení tabákových výrobků, díky kterým lze vysledovat jejich původ i místo jejich určení jako prevence nezákonného obchodování a šíření tabáku
- **regulace obsahu tabákových výrobků** – tabákové firmy musí smluvním státům vykázat složení a obsah svých výrobků
- **daňová opatření** – smluvní státy mají při své daňové a cenové politice přihlížet k cílům veřejného zdraví (Smoke free partnership, 2008).

Řídícím orgánem FCTC je Konference smluvních stran (COP), která pravidelně kontroluje provádění závazků úmluvy a nezbytná rozhodnutí pro jejich účinné zavádění. COP zasedá každé dva roky a na každém zasedání volí předsedu a pět místopředsedů podle regionu WHO do dalšího zasedání, tedy na dva roky. Zatím poslední sedmé zasedání proběhlo v listopadu 2016 v Dillí a současným předsedou je Chandra Kishore Mishra z Indie. Místopředsedou pro evropský region je nyní Kari Paaso z Finska (WHO FCTC, 2017).

4.2 MPOWER

MPOWER je balíčkem šesti osvědčených opatření, které mají napomáhat ke snižování užívání tabáku. Tento balíček vznikl v roce 2008 jako nástroj usnadňující zemím navrhovat a provádět politiku kontroly tabáku a ochrany veřejného zdraví, jak se k tomu zavázali přijetím FCTC. Obsahuje specifické prostředky, jak účinně snížit poptávku po tabáku a přizpůsobit je potřebám jednotlivých států (WHO, 2013). Jednotlivými položkami jsou:

- **M = monitoring** – sledování užívání a prevenci tabáku. Získaná data slouží k efektivnějšímu zvládání a zlepšování intervencí a jejich přizpůsobení pro různé skupiny obyvatel. Pro snižování tabákové epidemie je důležité nejen dostatek informací, ale také mezinárodní spolupráce a srovnávání získaných dat.

- **P = protecting** – ochrana před tabákovým kouřem. Je založena na lidském právu na zdraví a na právu dýchat čistý vzduch. Chrání lidi před pasivním kouřením, které ročně zabije cca 600 000 nekuřáků. Vystavení pasivnímu (nebo též sekundárnímu) kouření způsobuje mnoho zdravotních komplikací a vede ke zvyšující se ekonomické zátěži, která spočívá jak v přímé zdravotní péči za poškození způsobené kouřem, tak i nepřímo při snížené produktivitě uživatele.
- **O = offering** – nabídka pomoci ukončit užívání tabáku. Programy by měly informovat veřejnost o rizicích spojených s užíváním tabáku a měly by obsahovat doporučení týkající se odvykání. Systém zdravotní péče by měl poskytnout pomoc a podporu při odvykání od závislosti na nikotinu.
- **W = warning** – varování o nebezpečí tabáku. Program má efektivně informovat o rizicích užívání tabáku a měl by přispět k přesvědčení uživatele o ukončení návyku. Metody se týkají obrazových varování, reklamy proti tabáku, grafické obrázky škod způsobené kouřením nebo využití zpravodajských či sdělovacích médií a billboardů.
- **E = enforcing** – uplatnění zákazu reklamy, propagace a sponzorství tabáku. Úplný zákaz propagace tabákových výrobků ve všech oblastech marketingu podstatně snižuje užívání tabáků. Přitom marketing je jednou ze základních taktik tabákového průmyslu, jak oslovit nového uživatele, a vynakládají na tuto metodu desítky milionů dolarů ročně. A protože zákaz reklamy a sponzorství je velmi účinný, tabákový průmysl s tímto opatřením silně nesouhlasí.
- **R = raising** – zvyšování daní z tabáku. Dalším velmi účinným opatřením je zvýšení ceny tabáku prostřednictvím spotřební daně. Podle důkazů jsou ceny a daně tabákových výrobků stále nízké a v rozvojových zemích jsou stále více cenově dostupnější. Proto je třeba ceny a daně postupně navyšovat, čímž se opraví inflace a kupní síla uživatele, a získané příjmy je vhodné využít na zdravotní a sociální preventivní programy (WHO, 2017).

4.3 Legislativa v ČR

V České republice je v současné době snaha o ochranu před škodami působenými tabákovými výrobky zakotvena v zákoně. Od 1. 10. 2005 byl platný zákon č. 379/2005 Sb., *Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů*, spolu s novelou 305/2009 Sb., které upravovali prostory ke kouření, omezovali dostupnost tabákových výrobků a stanovovaly působnost správních úřadů a územních orgánů při tvorbě a uskutečňování

programů ochrany. K 31. 5. 2017 byl tento zákon zrušen a v účinnost vstoupil zákon č. 65/2017 Sb., *Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek*, dále upravující opatření k ochraně před škodami způsobené užíváním návykových látek, včetně tabáku. Přehled míst porovnávající zákaz kouření podle předchozího a stávajícího platného znění zákona je uveden v příloze A.

4.3.1 Zákon č. 379/2005 Sb.

Zákon č. 379/2005 Sb. ze dne 19. srpna 2005 nabyl účinnosti dne 1. 1. 2006 a byl platný do 30. 5. 2017. Omezoval kuřácké prostory se zákazem kouření:

- ve vnitřních prostorách veřejně přístupných budov
- v dopravních prostředcích, nástupištích a čekárnách
- ve vnějších i vnitřních prostorách všech typů škol a školských zařízení
- v uzavřených zábavních prostorách
- ve vnitřních prostorách zdravotnických zařízení
- v nekuřáckých prostorách stravovacích zařízení

Výjimku tvořily stavebně oddělené a ke kouření vyhrazené prostory, které jsou při pobytu osob trvale větratelné mimo budovu a které jsou podle zákona viditelně označené. Tato výjimka se týkala veřejných budov, stravovacích zařízení a zábavních prostor. Ve zdravotnických zařízeních se tato výjimka týkala pouze uzavřených psychiatrických oddělení nebo zařízení pro léčbu závislostí (Česko, 2005, s. 7094 - 7095).

Tento zákon dále omezoval prodej tabákových výrobků. Prodej byl umožněn ve stáncích s tiskem, ubytovacích zařízeních (pokud nesloužily k ubytování dětí), ve stravovacích zařízeních a prodejnách podle zvláštního právního předpisu č. 183/2006 Sb. (Zákon o územním plánování a stavebním řádu). Dále zakazoval dovoz a prodej potravinářských výrobků a hraček napodobující tabákové výrobky, a prodej tabákových výrobků osobám mladším 18 let. Taktéž zakazoval prodej tam, kde nebylo možné ověřit věk kupujícího, tj. prodejní automaty a zásilkový prodej (Česko, 2005, s. 7094).

Sankce byly stanoveny podle § 24. Podle tohoto zákona se správního deliktu dopustila fyzická nebo právnická osoba, která např. umožnila kouření na místě tímto zákonem zakázaném, prodala tabákový výrobek mimo stanovená místa, prodala tabákovou potřebu nebo tabákový výrobek osobě mladší 18 let atd. Sankce byly ukládány podle závažnosti deliktu. V případě umožnění kouření na zakázaném místě byla výše pokuty 5000 – 10000 Kč, v případě prodeje

tabákových výrobků na nepovoleném místě byla výše pokuty 10 000 – 50 000 Kč, v případě prodeje tabákového výrobku osobě mladší 18 let byla ukládána pokuta ve výši 50 000 – 500 000 Kč. Sankce mohla udělit obec v přenesené působnosti, obecní policie, Policie České republiky, orgány veřejného zdraví, Česká obchodní inspekce nebo celní úřad (Česko, 2005, s. 7099 – 7100).

Podle § 19 také zákon ukládal povinnost zdravotnickým pracovníkům provádět v rámci výkonu svého povolání krátkou intervenci u osob užívající také tabákové výrobky za účelem včasné diagnostiky škodlivého užívání (Česko, 2005, s. 7097).

4.3.2 Zákon č. 65/2017 Sb.

Zákon č. 65/2017 Sb., *Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek*, nahradil zákon č. 379/2005 Sb. dne 31. 5. 2017. Tento zákon částečně odpovídá směrnici Evropského parlamentu a Rady 2014/40/EU o sbližování právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků a nově upravuje omezení, prodej, sankce a další podmínky dostupnosti a užívání tabákových výrobků, alkoholu a návykových látek. Část zákona vztahující se ke kouření rozšiřuje působnost omezení nejen na tabákové výrobky a pomůcky, ale také na bylinné výrobky určené ke kouření, včetně elektronických cigaret. Cílem zákona je nejen posílení ochrany zdraví před vlivem návykových látek, ale také zkvalitnění právní úpravy v této oblasti (MZ ČR, 2016, s. 168).

Nový zákon tedy zakazuje kouřit:

- ve vnitřních prostorách veřejně přístupných budov (s výjimkou oddělené prostoru)
- v dopravních prostředcích, nástupištích, přístřešcích a čekárnách
- ve škole a školských zařízení
- ve vnitřních prostorách zábavního prostoru nebo jiném vnitřním prostoru během konání kulturní či taneční akce
- **tranzitním prostoru mezinárodního letiště** (s výjimkou odděleného prostoru)
- **v prostoru dětského hřiště a sportoviště určeného osobám mladším 18 let**
- **ve vnitřním prostoru všech typů sportovišť**
- **ve vnitřním prostoru provozovny stravovacích služeb (s výjimkou užívání vodních dýmek)**
- **v prostoru zoologické zahrady** (s výjimkou vnějších prostor vyhrazených ke kouření)

- ve zdravotnickém zařízení **a v prostorech související s jeho provozem** (s výjimkou odděleného prostoru na uzavřených psychiatrických odděleních nebo zařízeních pro léčbu závislostí)

Definice nového zákona zpřesňuje prostory, ve kterých je zakázáno kouřit. U zdravotnických zařízení došlo k rozšíření zákazu kouření na prostory související s provozem. Podle Důvodové zprávy k navrhovanému zákonu č. 65/2017 Sb. je definice zdravotnického zařízení, vyplývající ze zákona č. 372/2011 Sb., § 4, odst. 1, velmi úzká, omezena pouze na prostory, kde je poskytována péče, proto byl zákaz kouření rozšířen také na související prostory. Souvisejícími prostory jsou myšleny vnitřní prostory spojené s provozem prostor, kde je zdravotní péče poskytována, např. přilehlé chodby, jídelny, čekárny apod. (MZ ČR, 2016, s. 254). Zákon se tedy nevztahuje na venkovní areál zdravotnických zařízení, ale také nebrání tomu, aby si provozovatel zdravotnického zařízení stanovil zákaz kouření v celém svém areálu, včetně venkovního, vnitřním předpisem. Výjimky v podobě „kuřáren" na psychiatrických uzavřených odděleních trvají i nadále, nicméně se zpřísnily podmínky jejich stavebních úprav a provozovatel je povinen zajistit, aby kouř nepronikal do prostor se zákazem kouření, a v těchto prostorách zamezit pobytu osobám mladším 18 let a zaměstnancům při výkonu povolání, přičemž prostý vstup za účelem zásahu při incidentu nebo situacích, vyžadující neodkladnou pomoc, je možný (MZ ČR, 2016).

Velmi diskutované bylo zavedení úplného zákazu kouření ve stravovacích zařízeních, čímž došlo ke zrušení výjimek stavebně oddělených prostor ke kouření v těchto zařízeních. V roce 2013 zveřejnila Evropská komise zprávu o implementaci Doporučení o nekuřáckém prostředí, podle které byla v tomto roce ČR jedinou zemí Evropské unie, kde bylo možné provozovat kuřáckou restauraci. Vzhledem k výsledkům některých průzkumů a šetření (IPSOS a FSV UK, 2015; SZÚ 2011), kde si zákaz kouření v restauracích přála také nemalá skupina samotných kuřáků, a ohledem na článek 8 Rámcové úmluvy FCTC, byl odsouhlasen úplný zákaz kouření v těchto zařízeních. Podle modelu SimSmoke by toto opatření mělo snížit spotřebu tabákových výrobků o 5-10 % a snížit prevalenci kouření u mladistvých o 30 % (MZ ČR, 2016, s. 190 - 196).

Taktéž omezení prodeje tabákových výrobků je tímto zákonem nově omezeno. Vedle specializovaných prodejen, stravovacích provozoven, ubytovacích zařízení je prodej povolen v prodejnách s potravinářským podnikem, ve stáncích s občerstvením či tiskem, pokud má pevnou konstrukci, a specializovaný stánek uvnitř obchodu či letadla. Nově je tedy zakázán

prodej tabákových výrobků také ve zdravotnických zařízeních, a to jak ve vnitřních prostorech, tak v i v prostorech související s jeho provozem, a v konkrétních případech a po individuálním posouzení může být uplatněn také na celý areál, včetně venkovních prostor (MZ ČR, 2016, s. 249). Dále zakazuje prodej na akcích určených osobám mladších 18 let nebo v prodejnách se sortimentem určeným těmto osobám. Nově také upravuje podle § 6 prodej tabákových výrobků prostřednictvím prostředku komunikace na dálku (např. internet), který upravuje podmínky, za jakých je prodej možný, přičemž prodejce musí zejména ověřit věk kupujícího, který nesmí být mladší 18 let (Česko, 2017, s. 672 - 674).

Přestupky a pokuty za tyto přestupky upravuje § 35 pro fyzické osoby a § 36 pro právnické osoby. Fyzická osoba se např. kouřením na místě, kde je kouření zakázáno, vystavuje pokutě do 5 000 Kč. Poskytovatel zdravotních služeb se dopustí deliktu např. tím, že nevyzve osobu, která nedodržuje zákaz kouření, k opuštění prostoru, neoznačí viditelně prostor se zákazem kouření nebo nezajistí, aby se v tomto prostoru nezdržovala osoba mladší 18 let. Tím se vystavuje pokutě až do 50 000 Kč (Česko, 2017, s. 683 - 686).

Současný zákon také rozšiřuje počet a působnost správních orgánů v oblasti kontroly a udělování sankcí. Vedle obce v přenesené působnosti, orgánů ochrany veřejného zdraví, České obchodní inspekce, obecní policie, Policie České republiky a Celní správy České republiky je pravomoc kontroly povinností stanovených tímto zákonem přenesena také na Státní zemědělskou a potravinářskou inspekci, Českou školní inspekci, Státní úřad inspekce práce, Finanční správa České republiky a obecní živnostenský úřad. Působnost těchto orgánů je stanovena podle § 30 – 34 (Česko, 2017, s. 681-683).

Oproti předchozímu zákonu se změna dotkla také povinností zdravotníků, kde došlo ke změně formulace. Podle nového zákona jsou zdravotničtí pracovníci povinni provést krátkou intervenci, je-li do důvodné, tedy došlo-li ke změně zdravotního stavu pacienta, kterou lze považovat za změnu spojenou s užíváním návykové látky. Pokud tedy pacient používá návykovou látku rizikově nebo škodlivě, měli by zdravotničtí pracovníci doporučit takovou zdravotní péči vedoucí k omezení nebo zastavení užívání této látky. Mezi návykové látky je také počítán tabák. Podle WHO by měli v případě uživatelů tabáku provádět krátkou intervenci všichni zdravotničtí pracovníci – lékaři, zdravotní sestry, lékárníci, dentisté atd. (MZ ČR, 2016, s. 265).

5 KOUŘENÍ A ZDRAVOTNÍCI

Kuřácké návyky zdravotnických pracovníků vytváří v současné situaci tabákové pandemie stále větší celospolečenský problém, a to nejen u nás, ale také v zahraničí. Jednou ze strategií podle plánu WHO, jak snížit prevalenci, a tím i mortalitu, je prevence. Přední roli by zde měli zastávat sami zdravotníci, kteří by měli mít nejvíce informací o škodlivosti kouření a jeho vlivu na lidské zdraví. V tomto směru hraje zásadní roli právě negativní či pozitivní příklad lékaře či nelékařského zdravotnického pracovníka (NLZP), kteří by měli působit zejména jako kladný model (Drozdová, 2009, s. 505 - 507).

Dále Drozdová (2009) uvádí, že každodenní součástí zdravotnické profese by měla být edukace pacientů a klientů o správném a zdravém zdravému způsobu života. Schopnost účinně edukovat pacienty je však významně ovlivněna skutečností, zda samotný zdravotník kouří či ne. Také Králíková (2015) tvrdí, že v práci zdravotníka by měla být samozřejmostí krátká intervence, která spočívá v několika bodech – 5A (česky 5P):

- ASK (ptát se na kouření)
- ADVISE (poradit, případně doporučit přestat kouřit)
- ASSESS (posoudit ochotu přestat)
- ASSIST (pomoci kuřákovi přestat kouřit)
- ARRANGE FOLLOW-UP (plánování kontrol pro kuřáky v odvykání)

Přitom první dva body by měl zdravotník ve své praxi aplikovat vždy a nezaberou mnoho času, obecně pouze několik vteřin. Králíková udává dobu krátké intervence do 10 minut stejně jako Malá (2016, s. 13), která považuje zdravotní sestry za největší skupinu profesionálních zdravotních dostatečně vzdělaných k tomu, aby přispěly ke snižování tabákové epidemie a v kontrole tabáku by měli být vzorem.

Bohužel mezi zdravotníky existuje vysoké procento kuřáků, zejména mezi NLZP, kteří by potřebovali sami pomoc s odvykáním. Králíková udává prevalenci kouření zdravotních sester okolo 40 % (Králíková a kol., 2015, s. 12), což je mnohem více než prevalence kouření v ženské populaci v České republice, která je podle zjištění WHO 20,8 % (WHO, 2017). Důvodem vyšší prevalence kouření u NLZP je skutečnost, že kouření cigarety slouží k odbourávání zejména pracovního stresu, ačkoliv se jedná o techniku nevhodnou. Drozdová ve své studii však neprokázala, že by pracovní stres měl vliv na zvýšení prevalence, spíše je patrné, že NLZP kouřili před nástupem do své profese a pracovní stres jen přispívá

k tomu, že kouří i nadále, ačkoliv jsou si vědomi zdravotních rizik s touto činností spojených. Účinek cigarety totiž spočívá v navození krátkodobého pocitu uvolnění a relaxace, v druhé řadě však tímto přispívá ke vzniku psychické závislosti na nikotinu. Proto pracovní přestávky na kávu a cigaretu vyhledávají NLZP – kuřáci častěji, slouží jim jako ochrana před vlivem stresorů, uvolňují se při nich a vzájemně si poskytují sociální oporu. Jedná se o určité rituální chování vedoucí k relaxaci. Naopak u nekouřících NLZP míra pracovního stresu vzrůstá, protože přejímají pracovní povinnosti kuřáků v době jejich „kuřáckých" přestávek (Drozdová, 2009, s. 517 - 518).

5.1 Nekuřácké nemocnice

S rozšířením užívání tabáku do podoby světové pandemie sebou nese také zodpovědnost vládních i nevládních organizací pečovat o zdraví zejména v oblasti primární péče a prevence. Ústřední roli v šíření informací o škodlivosti tabáku a vytváření nekuřáckého klimatu by mělo hrát zdravotnictví a samotní zdravotníci. Nemocnice tvoří přirozená centra péče o zdraví a měly by podporovat u svých klientů a pacientů zdravý životní styl, včetně nekouření (SLZT, 2017).

V důsledku této situace vznikla v roce 1999 projekt Evropská síť nemocnic bez kouření (ENSH), která měla za cíl vytvořit jednotnou politiku kontroly tabáku v evropských nemocnicích. Tato mezinárodní nezávislá nezisková organizace v současné době sdružuje 31 registrovaných členů v 19 zemích po celém světě. ENSH pomáhá zavádět do rutinní péče vyhledávání závislosti na nikotinu a pomoc při odvykání, eliminuje expozici sekundárnímu kouři a vytváří nekuřácké klima zákazem prodeje a užívání kuřáckých výrobků a potřeb v souladu s FCTC. Vytvořili soubor norem, komplexní a na důkazech založený přístup, které by měly zdravotnická zařízení zavést a průběžně vyhodnocovat pomocí sebehodnotícího dotazníku. ENSH dále motivuje a vede zdravotnická zařízení při provádění protitabákových opatření a zajišťuje jim výměnu informací, zkušeností a osvědčených postupů (ENSH, 2011).

V květnu 2008 byla ustavena pracovní skupina TFU (Tobacco Free United) v rámci sítě Nemocnic podporující zdraví (HPH), která se v roce 2010 spojila s ENSH, což posílilo jejich vliv jak na národní, tak i na mezinárodní úrovni. Podle TFU jsou zdravotnické systémy většiny zemí schopné převzít primární úlohu v prevenci a léčbě závislosti na tabáku, ale nejsou na to organizačně nastaveny a řada zdravotnických pracovníků jsou samotnými uživateli tabákových výrobků. Ve své zprávě vyzývá zdravotnické pracovníky, aby ukázali vůdčí postavení a angažovanost při snižování spotřeby tabáku a aby byli v tomto směru

vzorem pro obecnou populaci. Cílem TFU je tedy zajistit, aby ve zdravotnických zařízeních byla zavedena správná opatření a nemocnice sami o sobě usilovali o společnost bez tabáku (ENSH-TFU, 2013).

TFU si stanovila čtyřletý akční plán 2008 - 2012 (v průběhu byl prodloužen do roku 2013), jehož hlavním cílem bylo vytvořit pevnější a efektivnější spolupráci mezi HPH a ENSH s propojením konceptů a nástrojů obou sítí. Tento plán zahrnoval 3 oblasti provedení:

- **Advokacy** – cílem bylo podpořit silnější prosazení právní kontroly tabáku a její efektivnější provádění, poskytnou podporu nemocnicím a nasměrovat péči ke společnosti bez tabáku, a podpořit dobré zdraví obyvatel.
- **Synergy** – cílem bylo vytvořit rámec pro podporu spolupráce a usnadnění výměny osvědčených postupů a informací.
- **Good practice and Evaluace** – podporovat validaci a hodnocení pro opatření v oblasti kontroly tabáku.

Zhodnocením čtyřleté činnosti pracovní skupiny TFU bylo zjištění, že spolupráce obou sítí funguje a politika kontroly tabáku je posílená implementací koncepcí obou sítí, zdravotničtí pracovníci mají zájem prosazovat společnost bez tabáku, jsou-li stimulováni a podporováni, předávání osvědčených postupů je efektivní a byly vytvořeny indikátory výkonnosti jako podpůrné aspekty v hodnocení (ENSH-TFU, 2013).

Ke koncepci HPH se hlásí také několik zdravotnických zařízení v České republice: FN v Motole, ÚVN, Všeobecná FN v Praze, FN v Olomouci, dále nemocnice v Mladé Boleslavi, Valašském Meziříčí, Pelhřimově, Jihlavě, Českých Budějovicích a Šumperku (MZ ČR, 2017). Členy národní sítě nekuřáckých nemocnic ENSH jsou: FN Královské Vinohrady, FN Olomouc, FN Hradec Králové, Všeobecná FN v Praze a Sdružené zdravotnické zařízení Krnov (ENSH, 2011).

Pokud se bude chtít zdravotnické zařízení zapojit do sítě ENSH, prvním krokem je podpis doporučení, ve kterém vyjadřují souhlas s koncepcí ENSH. Dalším krokem je vypracování akčního plánu, k čemuž může pomoci i přijetí 8 standardů kvality s prováděcími kritérii implementace, které ENHS určila pro efektivní politiku kontroly tabáku. Další povinností je vyplnění samohodnotícího dotazníku a jeho odeslání na Koordinační centrum ENSH. Tento dotazník je vyplňován pravidelně a na základě jeho výsledků je přiřazena kategorie. Od prostého člena, který pouze deklaruje společné zájmy, až po postupné úrovně: bronzové, stříbrné a zlaté (ENSH, 2011).

Samotné členství v této či podobné síti nekuřáckých nemocnic není podmínkou pro to, aby se zdravotnické zařízení stalo nekuřáckým prostředím. Stačí si vytvořit vlastní vnitřní předpis a veškeré prostory (i venkovní) označit jako nekuřácké. Důsledné a trpělivé zavádění tohoto kroku přibližuje zdravotnické zařízení tam, kde by mělo být - prostředím, kde vedle péče o zdraví je důležitá propagace zdravého životního stylu a zdravotničtí pracovníci představují vzor pro ostatní obyvatele.

6 SHRNUTÍ

Tabák je dnes nejrozšířenější komoditou, která se významně podílí na morbiditě a mortalitě světové populace a je preventabilní příčinou mnoha nemocí. Každý rok zemře na následky kouření miliony lidí a statisíce jich umírá v důsledku pasivnímu vystavení tabákovému kouři. K tomuto přispívá fakt, že je nikotin, obsažený v tabáku, vysoce návykový, rychle vyvolává závislost a nutí jedince pokračovat v užívání, ačkoliv si je vědom zdravotních důsledků. Vysoká morbidita a mortalita vedla k mezinárodní snaze o vytvoření legislativního rámce, který by přispěl k vyšší kontrole spotřeby tabáku, ke snížení celosvětové úmrtnosti a ochraně ohrožených skupin obyvatel. Vytvořenou Rámcovou úmluvu FCTC ratifikuje a do své legislativy v různé míře implementuje stále více zemí, které se snaží chránit zdraví vlastních obyvatel. Na druhé straně stojí tabákový průmysl, který se snaží tento trend oslabovat jakýmikoliv prostředky.

Také Česká republika, která FCTC ratifikovala v roce 2012, implementuje její do vlastní legislativy, kdy v roce 2017 nahradila stávající zákon č. 379/2005 Sb. novým zákonem č. 65/2017 Sb. ve snaze posílit zdraví obyvatel před návykovými látkami, včetně tabáku, a zkvalitnit právní úpravu. Vlivem mezinárodní snahy o kontrolu tabáku a v důsledku národních legislativních změn se stále více nemocnic u nás stává nekuřáckými. Přesto stále existuje vysoké procento zdravotnických pracovníků, kteří jsou sami uživateli tabáku.

Snahou nejen zdravotnických zařízení by mělo být snižování počtu kuřáků mezi zdravotníky, aby se mohly nemocnice stát nekuřáckým prostředím s nekuřáckým personálem, který bude hrát důležitou roli v primární i sekundární prevenci a bude vzorem pro ostatní obyvatele. Pravidelné sledování prevalence, včetně míry závislosti, nám může poskytnout obraz toho, v jaké míře jsou účinná nejen legislativní opatření, ale také snahy samotných zdravotnických zařízení a jejich manažerů ovlivnit současnou situaci. Se správným přístupem je možné dosáhnout nejen vzoru nekuřáckého zdravotníka, ale také přesvědčit společnost, že normální je nekouřit.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část diplomové práce je věnována popisu provedeného průzkumu zjišťující změny v prevalenci a závislosti na nikotinu v souvislosti se změnou legislativy. V úvodních částech jsou uvedeny cíle průzkumu a průzkumné otázky. Dále je popsána metodika průzkumu a analýza zjištěných dat. Závěr průzkumné části tvoří diskuze nad zjištěnými výsledky, závěrečná doporučení pro praxi a další výzkum, včetně stanovení limitů průzkumu.

7 CÍLE PRŮZKUMU

Před zahájením průzkumu byly stanoveny tyto cíle:

Hlavní cíl:

Zjistit vliv legislativní změny na kuřácké chování nelékařského zdravotnického personálu.

Dílčí cíle:

1. Zjistit prevalenci kouření a míru závislosti na nikotinu u nelékařských zdravotnických pracovníků před legislativní změnou a po legislativní změně.
2. Porovnat výsledky prevalence kouření u zdravotníků s prevalencí v běžné populaci.
3. Posoudit změny v prevalenci a míře závislosti v souvislosti s legislativní úpravou u obou souborů respondentů a dle typu zdravotnického zařízení.

7.1 Průzkumné otázky

1. Kolik procent nelékařských zdravotnických pracovníků okresní nemocnice a psychiatrické nemocnice kouřilo před vstupem zákona č. 65/2017 Sb. v platnost?
2. Kolik procent nelékařských zdravotnických pracovníků v obou zařízeních kouří po vstupu zákona č. 65/2017 Sb. v platnost?
3. Kouřilo více pracovníků v okresní nemocnici nebo v psychiatrické nemocnici?
4. Jak vysoká byla u kuřáků v obou zařízeních míra závislosti na nikotinu?
5. Je prevalence kouření zdravotnických pracovníků vyšší než prevalence v běžné populaci?
6. Ovlivnila nová legislativa prevalenci kouření a míru závislosti na nikotinu u nelékařských zdravotnických pracovníků ve vybraných zdravotnických zařízení?

7.2 Hypotézy

1. H_1: Nelékařští zdravotničtí pracovníci v psychiatrické nemocnici budou mít vyšší prevalenci kouření než pracovníci okresní nemocnice.

   H_0: V prevalenci kouření mezi pracovníky okresní nemocnice a psychiatrické nemocnice nebude žádný rozdíl - rozdíl bude nulový.

   H_A: V prevalenci kouření mezi pracovníky okresní nemocnice a psychiatrické nemocnice bude rozdíl.

2. H_2: Míra závislosti na nikotinu bude u pracovníků v psychiatrické nemocnici vyšší než u pracovníků v okresní nemocnici.

   H_0: Rozdíl v míře závislosti na nikotinu mezi pracovníky okresní nemocnice a psychiatrické nemocnice bude nulový.

   H_A: Rozdíl v míře závislosti na nikotinu mezi pracovníky okresní nemocnice a psychiatrické nemocnice nebude nulový.

3. H_3: V důsledku legislativní změny dojde u nelékařských zdravotnických pracovníků k poklesu prevalence kouření.

   H_0: V důsledku legislativní změny bude u nelékařských zdravotnických pracovníků rozdíl v prevalenci kouření nulový.

   H_A: V důsledku legislativní změny nebude u nelékařských zdravotnických pracovníků rozdíl v prevalenci kouření nulový.

8 METODIKA PRŮZKUMU

Průzkum byl zaměřen na zjištění, zda v souvislosti s novou legislativou dojde ke změně prevalence kuřáckého chování a míry závislosti na nikotinu u nelékařského zdravotnického personálu. V této kapitole následuje popis organizace průzkumu, sběru dat a charakteristika souboru.

8.1 Organizace průzkumného šetření

Před zahájením průzkumného šetření byl osloven řídící management zdravotnických zařízení a byl získán souhlas k provedení průzkumného šetření na vybraných odděleních, na která byl v daných termínech distribuován dotazník. Ačkoliv se nejedná o klinickou studii, jsou respondenty lidské subjekty, které v rámci průzkumu poskytující informace o vlastních návycích, což může být považováno za zásah do jejich soukromí. Přesto, že to žádné zařízení nevyžadovalo, byla raději oslovena Etická komise zdravotnických zařízení, která tento průzkum projednala a schválila bez dalších připomínek.

Průzkumné dotazníky byly na daná oddělení distribuovány a zpětně vybírány osobně autorem této práce. Při distribuci byly sděleny informace týkající se důvodů šetření a ujištění, že účast je dobrovolná a anonymní. Stejné informace jsou také uvedeny v úvodu dotazníku. Za souhlas s účastí na průzkumu je považován vyplněný dotazník, o čemž byli respondenti také informováni. Pro případ dalších dotazů je součástí dotazníku i e-mailový kontakt na výzkumníka. Současně s dotazníky byla předána také uzavřená schránka pro vhazování vyplněných dotazníků, aby byla zajištěna vyšší anonymita respondentů.

Průzkum probíhal ve dvou fázích: 1. šetření probíhalo v termínu 1. – 30. května 2017, před vstupem zákona č. 65/2017 Sb. v platnost, ke zjištění výchozích informací. 2. šetření probíhalo půl roku po vstupu tohoto zákona v platnost, tedy v termínu 1. – 31. prosince 2017. Průzkumná šetření probíhala na interních odděleních nemocnice okresního typu a vybraných oddělených psychiatrické nemocnice regionálního typu. Interní oddělení poskytuje lůžkovou péči v celém rozsahu vnitřního lékařství na 86 lůžkách rozdělených do tří stanic a jednotky intenzivní péče, a ambulantní služby se speciálními poradnami. Zaměřuje se zejména na rozvoj kardiovaskulárního, gastroenterologického a metabolického programu a spolupracuje s dalšími zařízeními jako je FN Hradec Králové nebo IKEM Praha. Psychiatrická nemocnice poskytuje akutní a následnou lůžkovou péči v oborech psychiatrie s nadregionální působností, do které spadá více než 1,1 milionu obyvatel. Disponuje

710 lůžky, která jsou rozdělena do 11 primariátů a 23 odděleních, na kterých pracuje cca 510 zdravotnických pracovníků. Tato zařízení byla vybrána pro svou odlišnou vnitřní politiku vůči kouření – okresní nemocnice vydala vnitřní směrnici se zákazem kouření v celém svém areálu, v psychiatrické nemocnice je ve venkovním areálu nadále umožněno kouřit.

Protože bylo třeba provést první část šetření před vstupem legislativní změny v platnost, nebylo zde dostatek časového prostoru pro provedení pilotní studie, která by mohla odkrýt slabá místa v projektu. Pilotní studie tedy nebyla provedena, což je možné považovat za limitaci výzkumu.

8.2 Sběr dat

Pro sběr dat byla zvolena metoda dotazníkové šetření. Podle Reichela (2009, s. 120) přináší standardizovaný dotazník zpracovatelné a velmi dobře tříditelné a porovnatelné údaje. Další výhodou této metody je nízká finanční náročnost, vyšší pocit anonymity, krátký čas vyplnění a není třeba proškolování dalších osob. Naopak mezi nevýhody této metody patří riziko nižší návratnosti, vyšší riziko chybovosti a neúplnosti odpovědí a nemožnost kontroly podmínek vyplnění (kde je skutečným respondentem, rušivé vlivy apod.). Přijatelná hranice návratnosti se pohybuje mezi 60-70 % (Reichel, 2009, s. 121 - 123).

Průzkum byl proveden formou kvantitativního šetření a použitým nástrojem byl krátký dotazník obsahující velmi rozšířený mezinárodně standardizovaný Fagerströmův test závislosti na nikotinu (FTND). Tento test je krátký (6 položek), což zaručuje vyšší návratnost a zjišťuje vedle množství vykouřených cigaret také další okolnosti kouření, jako kdy kouří respondent častěji, jak brzy si zapaluje cigaretu či potíže s postrádáním cigarety.

Použitý dotazník v tomto průzkumu (příloha B) obsahuje maximálně 12 otázek. Demografické otázky č. 1-5 zjišťují pohlaví, věk, vzdělání, pracovní zařazení a typ zdravotnického zařízení. Otázka č. 6 zjišťuje vztah ke kuřáckému návyku. Otázky č. 7-12 jsou tvořeny FTND. Tyto otázky dále vyplňovali pouze respondenti označující v předchozí otázce odpověď „pravidelný kuřák“ či „příležitostný kuřák“. Podle uvedených odpovědí byla následně určena jejich míra závislosti na nikotinu (příloha C).

Téměř všechny otázky jsou uzavřené, otevřená je pouze otázka č. 2 zjišťující věk. Otázky č. 1, 5, 8, 9, 11 a 12 jsou dichotomické, ostatní jsou polytomické.

Data byla zpracována v programech SPSS, STATISTICA 12 a MS Excel 2016.

8.3 Charakteristika souboru

Průzkum byl zaměřen na sledování prevalence kuřáckého návyku u nelékařského zdravotnického personálu. Z tohoto důvodu byli do průzkumu zařazeni pracovníci podílející se na přímé péči o pacienty - sanitář/ka, ošetřovatel/ka, praktická sestra, všeobecná sestra, staniční sestra a vrchní sestra. Naopak z průzkumu byli vyloučeni lékaři, protože průzkum je zaměřen na nelékařský personál, a pracovníci úklidu, kteří se na přímé péči nepodílejí.

Celkem bylo na zvolená oddělení rozesláno v každém šetření 175 dotazníků. V prvním šetření bylo na interní oddělení okresní nemocnice distribuováno 100 dotazníků, na psychiatrická oddělení 75 dotazníků. Z interních oddělení se zpět vrátilo 82 dotazníků (82 %), pro neúplnost či chybné vyplnění bylo vyřazeno 8 dotazníků, do průzkumu tedy bylo zařazeno 74 dotazníků (74 %). Z psychiatrických oddělení se zpět vrátilo 63 dotazníků (84 %), pro neúplnost či chybné vyplnění bylo vyřazeno také 8 dotazníků a do průzkumu bylo tedy zařazeno 55 dotazníků (73 %). V celkovém součtu se při prvním šetření vrátilo celkem 145 dotazníků (83 %), z tohoto počtu bylo 16 dotazníků vyřazeno pro neúplnost či chybné vyplnění a do průzkumu bylo dohromady zařazeno 129 dotazníků (74 %).

Ve druhém šetření bylo rozesláno také 175 dotazníků, na stejná oddělení ve stejném počtu jako v šetření prvním. Z interních oddělení okresní nemocnice se zpět vrátilo 61 dotazníků (61 %), z toho 3 dotazníky byly vyřazeny opět pro neúplnost či chybné vyplnění. Do průzkumu bylo tedy zařazeno 58 dotazníků (58 %). Z psychiatrických oddělení se zpět vrátilo také 61 dotazníků (81 %), z toho byly 4 vyřazeny pro neúplnost či chybné vyplnění. Do průzkumu tedy bylo zařazeno 57 dotazníků (76 %). V celkovém součtu se při druhém šetření vrátilo celkem 122 dotazníků (70 %). Z toho počtu bylo pro neúplnost či chybné vyplnění vyřazeno celkem 7 dotazníků a do průzkumu tak zařazeno 115 dotazníků (66 %).

Tabulka 1 - Celkový počet respondentů dle typu zdravotnického zařízení a šetření

Respondenti dle typu zařízení a šetření							
		Šetřeni				Celkem	
		1		2			
		absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Zdravotnické zařízení	nemocnice okresního typu	74	57,4%	58	50,4%	132	54,1%
	psychiatrická nemocnice regionálního typu	55	42,6%	57	49,6%	112	45,9%
Celkem		129	100,0%	115	100,0%	244	100,0%

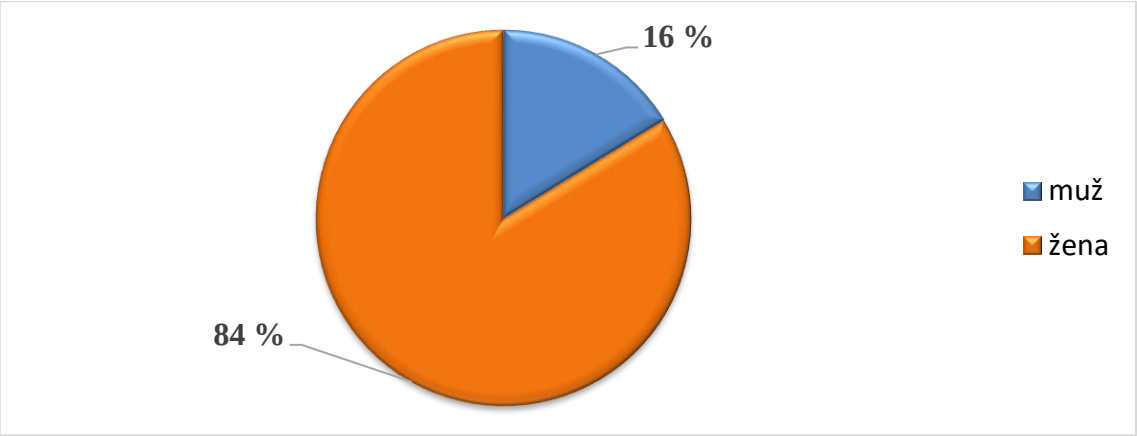
Tabulka 1 ukazuje počet respondentů zařazených do průzkumu dle typu zdravotnického zařízení a šetření.

8.3.1 Charakteristika souboru respondentů I. šetření

Tento soubor tvoří celkem 129 respondentů – 74 respondentů okresní nemocnice a 55 respondentů psychiatrické nemocnice. Popis výzkumného souboru respondentů I. šetření poskytuje Tabulka 2, 3 a Obrázek 1, 2, 3, 4.

Tabulka 2 - Popisná statistika věku respondentů I. šetření

	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Věk	129	40	21	60	9,18

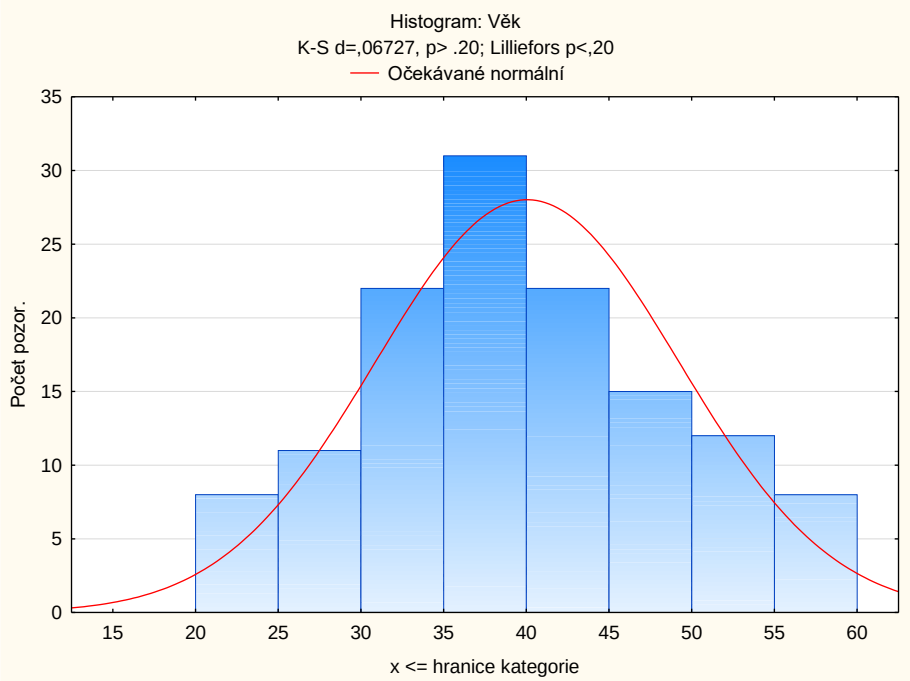


Obrázek 1 - Pohlaví respondentů I. šetření

Tabulka 3 – Věkové kategorie respondentů I. šetření dle pohlaví

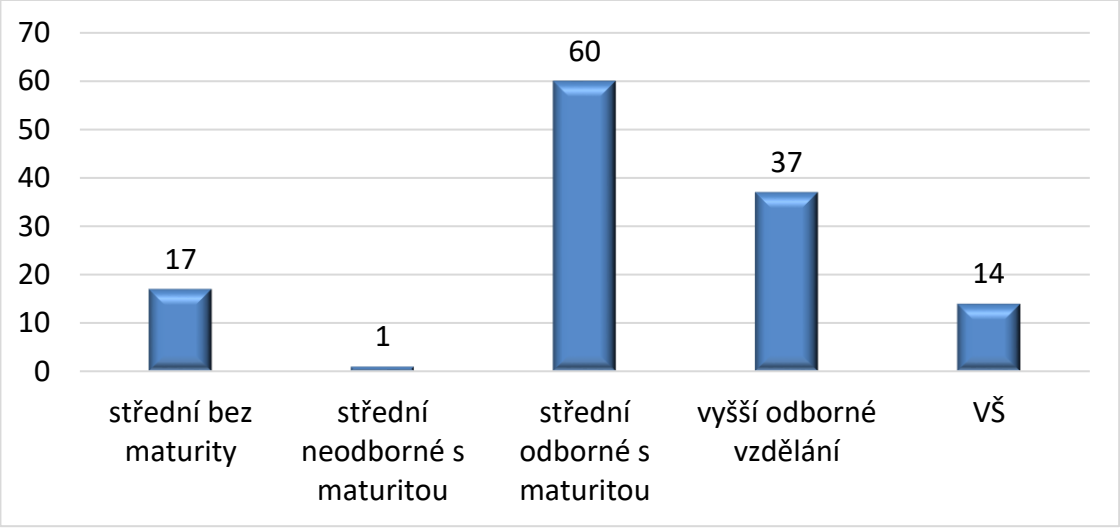
Věkové kategorie	Pohlaví				Celkem	
	muž		žena			
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
do 30 let	5	23,8 %	14	13,0 %	19	14,7 %
31 - 40 let	8	38,1 %	45	41,7 %	53	41,1 %
41 - 50 let	5	23,8 %	32	29,6 %	37	28,7 %
nad 50 let	3	14,3 %	17	15,7 %	20	15,5 %
Celkem	21	100,0 %	108	100,0 %	129	100,0 %

Prvního šetření se tedy účastnilo 129 respondentů (100 %), z toho 108 žen (84 %) a 21 mužů (16 %), viz Obrázek 1. V Tabulce 3 jsou respondenti rozděleni dle věkových kategorií. Věkovou kategorii do 30 let tvoří 19 respondentů (14,7 %), z toho 14 žen a 5 mužů. Věková kategorie 31 – 40 let zahrnuje nejvíce respondentů, tvoří ji 53 respondentů (41,1 %), z toho 45 žen a 8 mužů. Věkova kategorii 41 – 50 let je druhá nejčetnější, zahrnuje 37 respondentů (28,7 %), z toho 32 žen a 5 mužů. Věkovou kategorii nad 50 let tvoří 20 respondentů (15,5 %), kam spadá 17 žen a 3 muži. Nejmladšímu respondentovi tohoto šetření bylo 21 let, nejstaršímu 60 let. Průměrný věk respondentů je 40 let.



Obrázek 2 - Histogram věkového rozložení respondentů I. šetření

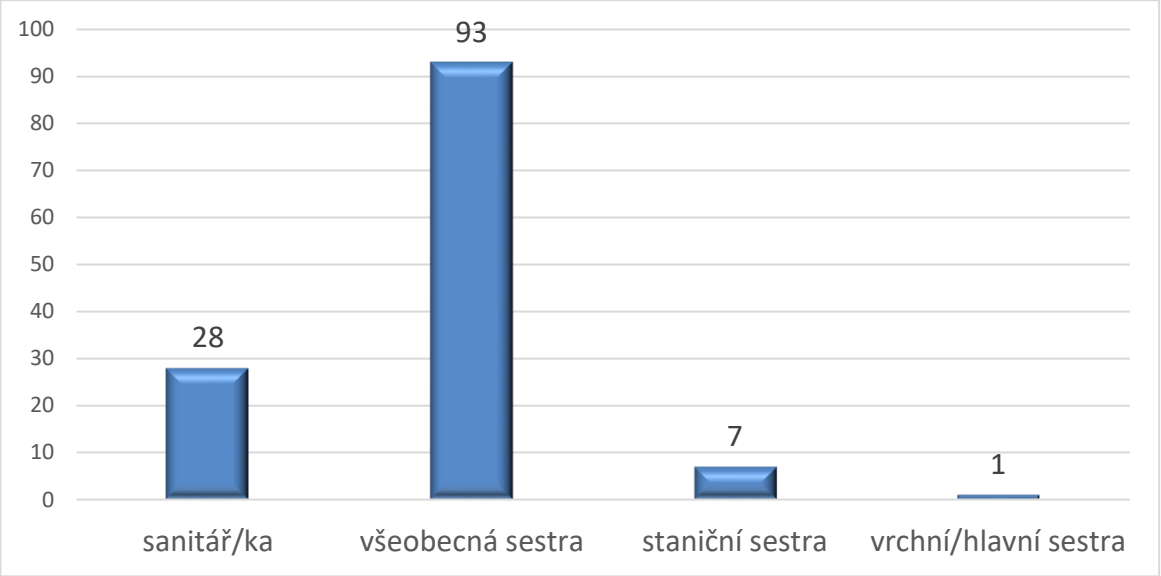
Histogram na Obrázku 2 ukazuje věkové rozložení výzkumného souboru respondentů I. šetření.



Obrázek 3 - Vzdělání respondentů I. šetření

Na Obrázku 3 zobrazuje graf dosažené vzdělání respondentů I. šetření. Nejpočetnější skupina 60 respondentů (46,5 %) dosáhla středního odborného vzdělání s maturitou. Druhou

nejpočetnější skupinu tvoří 37 respondentů (28,7 %) s vyšším odborným vzděláním. Vysokoškolské vzdělání má 14 respondentů (10,9 %). Celkem tedy má odborné vzdělání na různém stupni 86,1 % respondentů. Neodborně vzděláno je 18 respondentů, z toho 17 respondentů (13,2 %) středoškolsky bez maturity a 1 respondent (0,8 %) středoškolsky s maturitou.



Obrázek 4 - Pracovního zařazení respondentů I. šetření

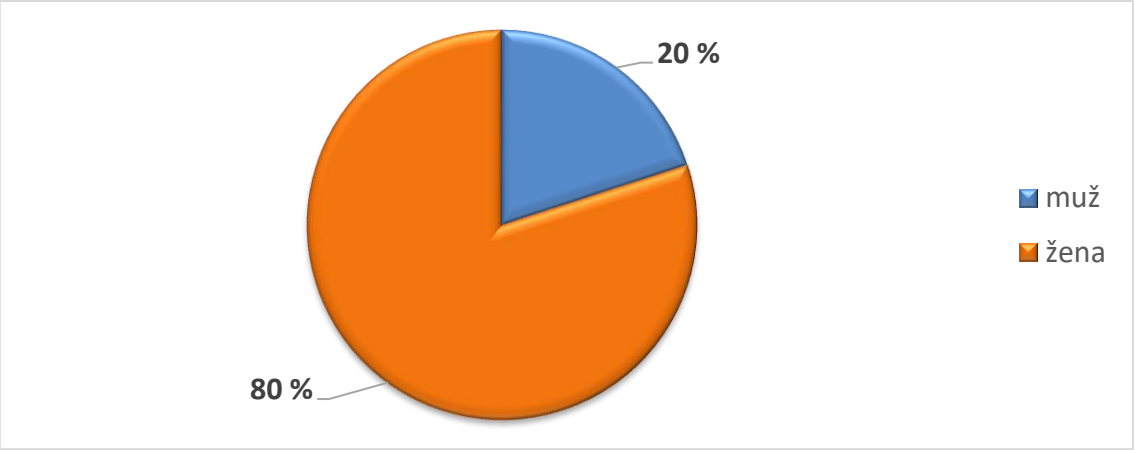
Obrázek 4 ukazuje grafické rozdělení souboru podle pracovní pozice. Nejčetnější skupinu všeobecných sester tvoří 93 respondentů (72,1 %). Druhá nejčetnější skupina 28 respondentů (21,7 %) pracuje na pozici pomocného sanitáře či sanitářky. Následuje 7 staničních sester (5,4 %) a 1 vrchní sestra (0,8 %).

8.3.2 Charakteristika souboru respondentů II. šetření

Druhé vlny šetření se účastnilo celkem 115 respondentů – 58 respondentů z okresní nemocnice a 57 respondentů z psychiatrické nemocnice. Popis tohoto souboru poskytuje Tabulka 4, 5 a Obrázek 5, 6, 7, 8.

Tabulka 4 - Popisná statistika věku respondentů II. šetření

	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Věk	115	38	22	60	9,73



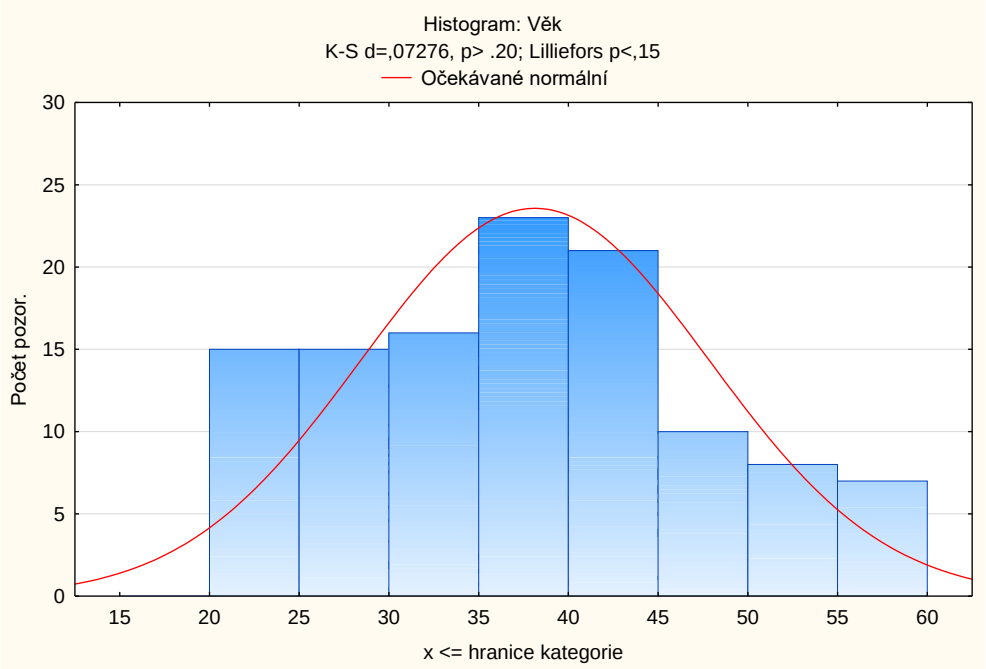
Obrázek 5 - Pohlaví respondentů II. šetření

Tabulka 5 – Věkové kategorie respondentů II. šetření dle pohlaví

Věkové kategorie	Pohlaví				Celkem	
	muž		žena			
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
do 30 let	10	43,5 %	20	21,7 %	30	26,1 %
31 - 40 let	6	26,1 %	33	35,9 %	39	33,9 %
41 - 50 let	5	21,7 %	26	28,3 %	31	27,0 %
nad 50 let	2	8,7 %	13	14,1 %	15	13,0 %
Celkem	23	100,0 %	92	100,0 %	115	100,0 %

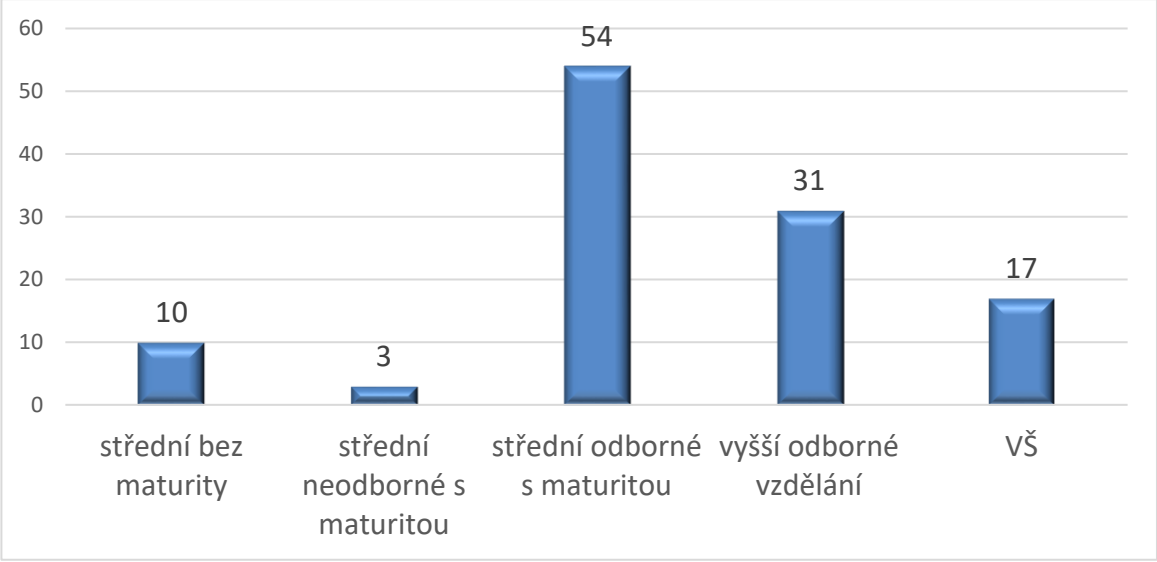
Druhé vlny šetření se účastnilo 115 respondentů (100 %). Tento soubor tvořilo 92 žen (80 %) a 23 mužů (20 %), viz Obrázek 5. V tomto šetření bylo ve věkové kategorii do 30 let 30 respondentů (26,1 %), z toho 20 žen a 10 mužů. Věková hranice 31 – 40 let je opět nejpočetnější, tvoří ji 39 respondentů (33,9 %), z toho 33 žen a 6 mužů. Věkovou kategorii 41 – 50 let tvoří 31 respondentů (27 %), z toho 26 žen a 5 mužů. Věková kategorie nad 50 let zahrnuje 15 respondentů (13 %), z toho 13 žen a 2 muži, viz Tabulka 5. V této druhé vlně

šetření je nejmladšímu respondentovi 22 let, nejstaršímu je opět 60 let. Průměrný věk respondentů je 38 let.



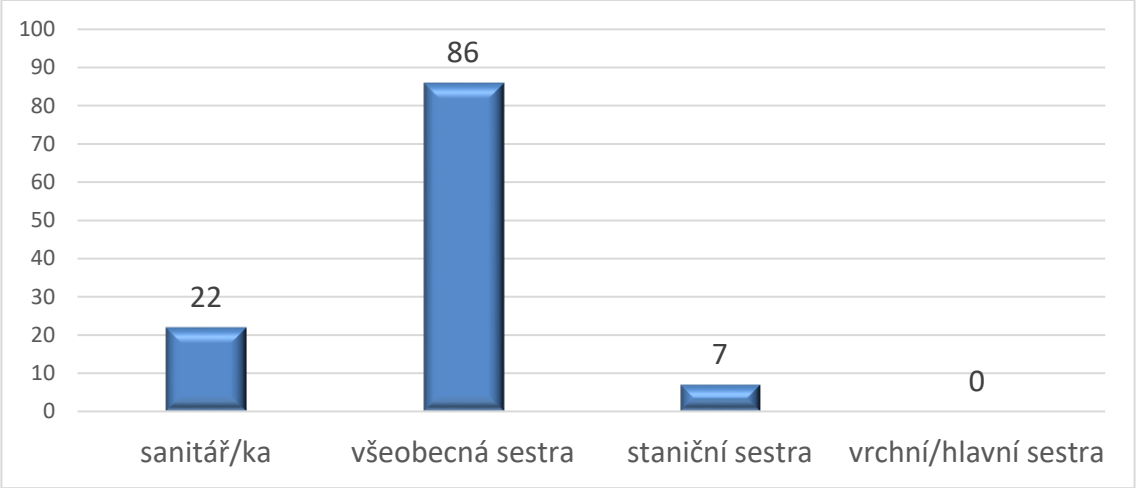
Obrázek 6 - Histogram věkového rozložení respondentů II. šetření

Histogram na Obrázku 6 ukazuje věkové rozložení výzkumného souboru respondentů II. šetření.



Obrázek 7 - Vzdělání respondentů ve II. šetření

Na Obrázku 7 je rozdělení souboru respondentů II. šetření podle vzdělání. Nejpočetnější skupinou jsou respondenti se středním odborným vzděláním s maturitou – tuto skupinu tvoří 54 respondentů (47 %). Následuje 31 respondentů (27 %) s vyšším odborným vzděláním a 17 respondentů (14,8 %) s vysokoškolským vzděláním. Celkem je tedy odborně vzděláno 88,8 % respondentů. 10 respondentů (8,7 %) udalo středoškolské vzdělání bez maturity a 3 respondenti (2,6 %) středoškolské neodborné s maturitou.



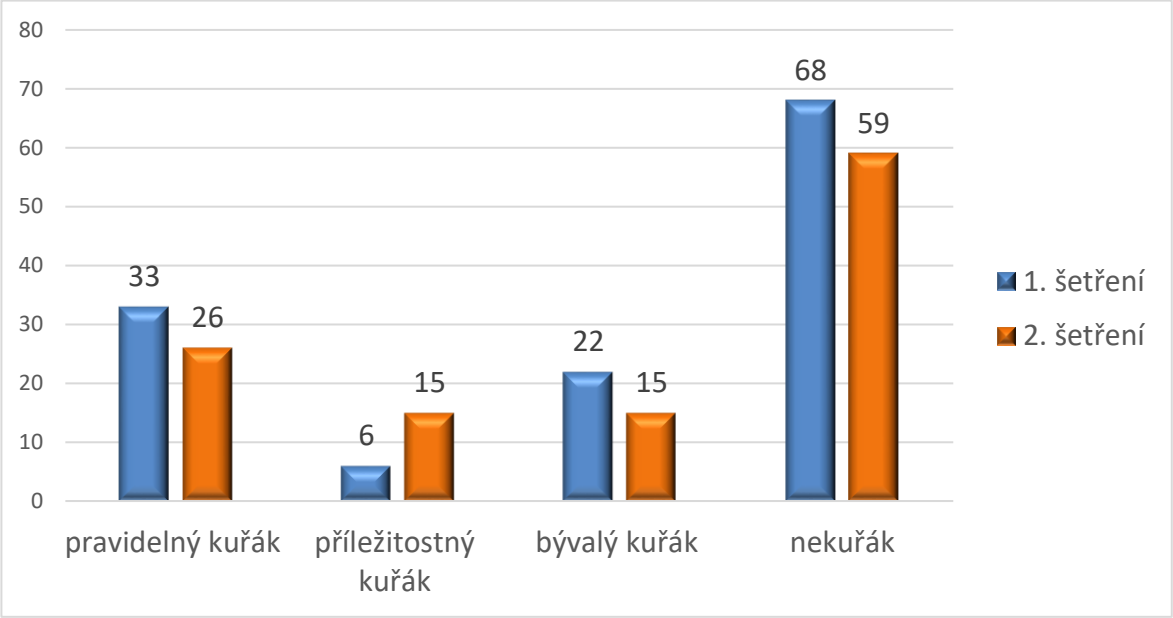
Obrázek 8 - Pracovního zařazení respondentů II. šetření

Druhého šetření se účastnilo celkem 115 respondentů, z toho nejvíce jich pracuje na pozici všeobecné sestry. Tuto skupinu tvoří 86 respondentů (74,8 %). Druhou početnou skupinu tvoří 22 respondentů (19,1 %) na pozici sanitář/ka. Druhého šetření se opět účastnilo 7 staničních sester (6,1 %). Vrchní sestra se druhé vlny šetření neúčastnila žádná. Výsledky jsou zobrazeny na Obrázku 8.

9 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole jsou prezentovány výsledky průzkumu, které se vztahují ke kouření a vyhodnocení FTND.

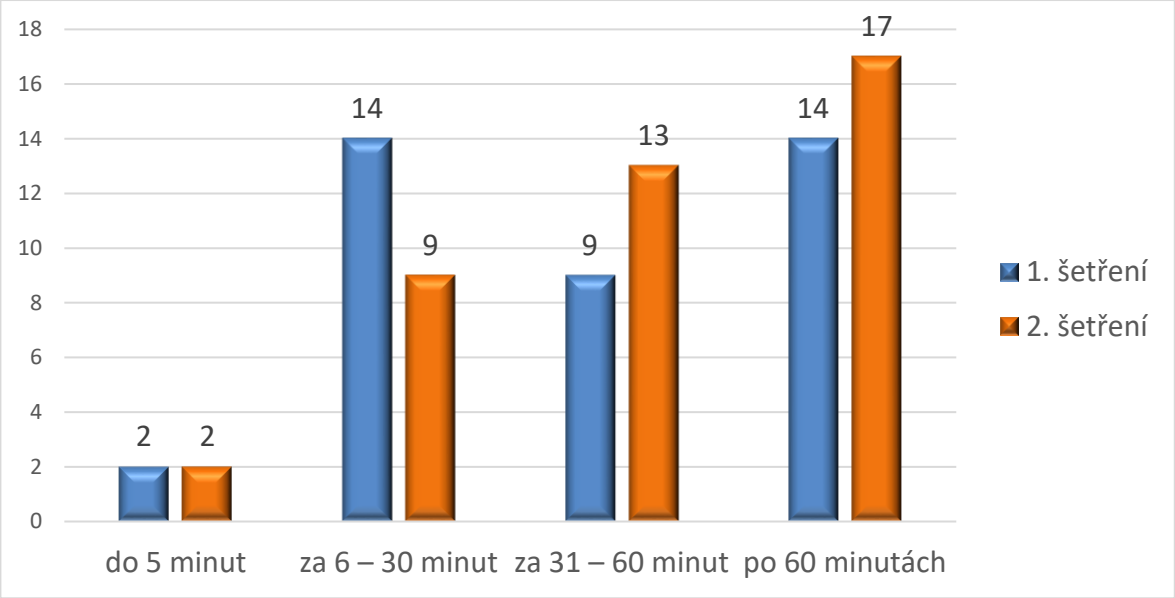
Otázka č. 6: „Jaký je Váš vztah ke kouření tabáku?“



Obrázek 9 - Rozdělení respondentů podle vztahu ke kouření

Obrázek 9 prezentuje data vztahující se k prevalenci kouření. Nejpočetnější skupinu tvoří nekuřáci, v prvním šetření jde o 68 respondentů (52,7 %), ve druhém šetření nekouřilo 59 respondentů (51,3 %). Druhou nejpočetnější skupinou jsou pravidelní kuřáci, a to v obou šetřeních. Při prvním šetření se z celkového počtu 129 respondentů přiznalo ke kouření cigaret 39 respondentů (30,3 %), z toho 33 respondentů (25,6 %) jsou pravidelní kuřáci a 6 respondentů (4,7 %) jsou kuřáci příležitostní. Při druhém šetření byl celkový počet 115 respondentů a z tohoto počtu se ke kouření doznalo 41 respondentů (35,6 %), z toho 26 respondentů (22,6 %) udává pravidelné denní užívání a 15 respondentů (13 %) příležitostné užívání. Z uvedených dat je dále patrné, že prevalence kouření u zdravotnického nelékařského personálu při výchozím šetření byla celkem 30,3 %, ve druhém šetření se prevalence navýšila na 35,6 %. Ačkoliv došlo k mírnému poklesu v počtu pravidelných kuřáků o 3 %, došlo k nárůstu v počtu příležitostných kuřáků o 8,3 %.

Otázka č. 7: „Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?“



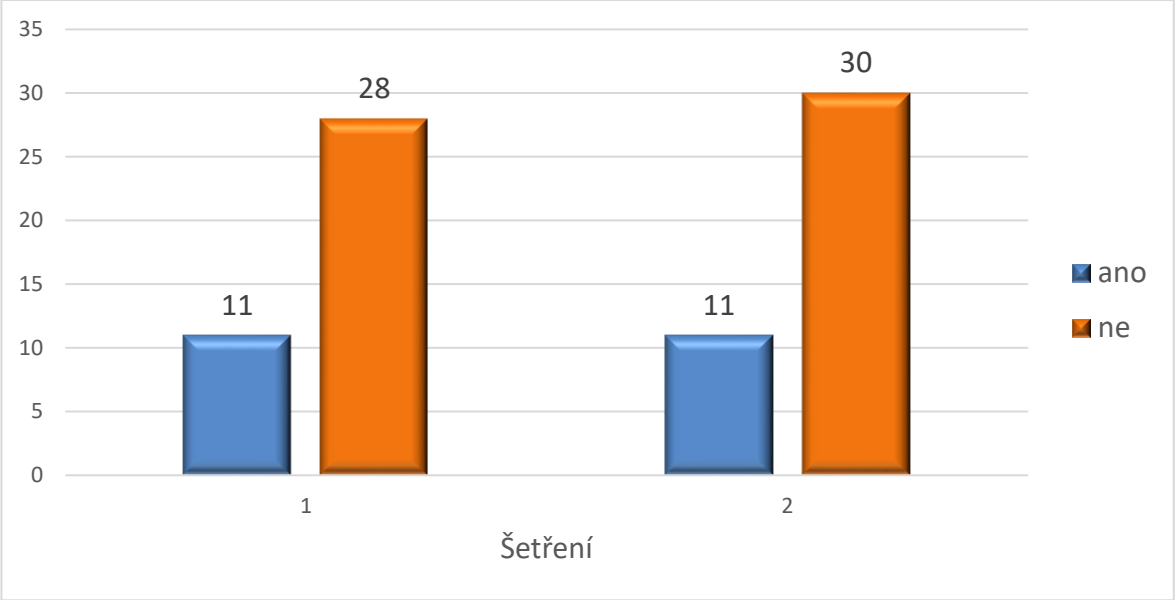
Obrázek 10 - Zapálení první cigarety

Doba zapálení si první cigarety po probuzení je jedním z významných prediktorů míry závislosti na nikotinu. Z Obrázku 10 je patrné, že si ve výchozím šetření 14 respondentů (35,9 %) zapaluje cigaretu mezi 6-30 minutou po probuzení a stejný počet respondentů si zapaluje cigaretu až po 60 minutách. Další analýzou dat bylo zjištěno, že všech 14 respondentů (35,9 %), kteří si zapalovali první cigaretu mezi 6-30 minutou po probuzení, patří do skupiny pravidelných kuřáků. Ze skupiny 14 respondentů (35,9 %), kteří si zapalovali první cigaretu po více než hodině od probuzení, patří mezi pravidelné kuřáky 9 respondentů, zbylých 5 respondentů jsou kuřáci příležitostní. Do 5 minut po probuzení si zapalovali cigaretu pouze 2 respondenti.

V druhém šetření byla nejčetnější odpovědí na zapalování první cigarety doba po více než jedné hodině. Takto odpovědělo 17 respondentů (41,5 %). Druhá početná skupina 13 respondentů (31,7 %) si zapalovalo první cigaretu mezi 31-60 minutou po probuzení. Mezi 6-30 minutou si zapalovalo 9 respondentů (22 %) a opět 2 respondenti si zapalovali do 5 minut po probuzení.

Při porovnání obou šetření došlo ke snížení počtu respondentů, kteří si zapalovali první cigaretu mezi 6-30 minutou po probuzení, z 35,9 % na 22 %, a naopak k navýšení počtu respondentů, kteří si zapalují cigarety po více než 60 minutách, z 35,9 % na 41,5 %.

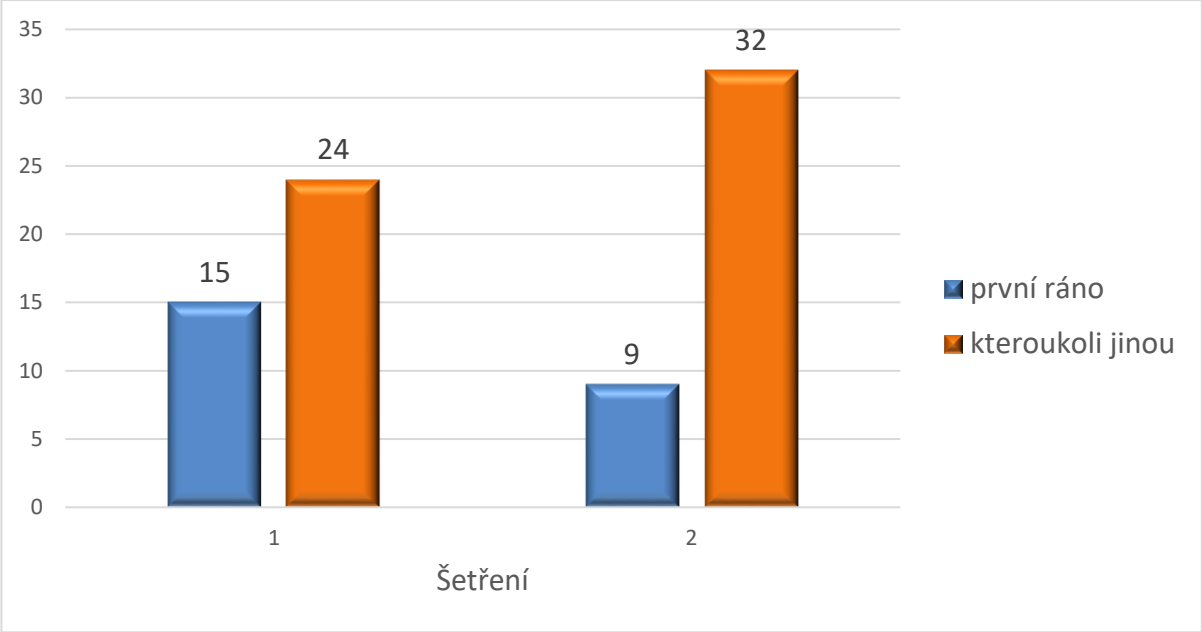
Otázka č. 8: „Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?“



Obrázek 11 - Nekouření na zakázaných místech

Nekouřit na místě, kde to není povoleno, bylo při výchozím šetření obtížné pro 11 kouřících respondentů (28,2 %). Naopak problém s tím nemělo 28 respondentů (71,8 %). Všichni respondenti, kteří problém mají, patří do skupiny pravidelných kuřáků. Při druhém šetření uvedlo potíže opět 11 respondentů (26,8 %) a 30 respondentů (73,2 %) potíže neudalo. Z počtu 11 respondentů s obtížemi nekouřit jsou 2 příležitostní kuřáci, ostatní jsou pravidelní kuřáci. Rozdíly mezi oběma šetřeními jsou minimální, viz Obrázek 11.

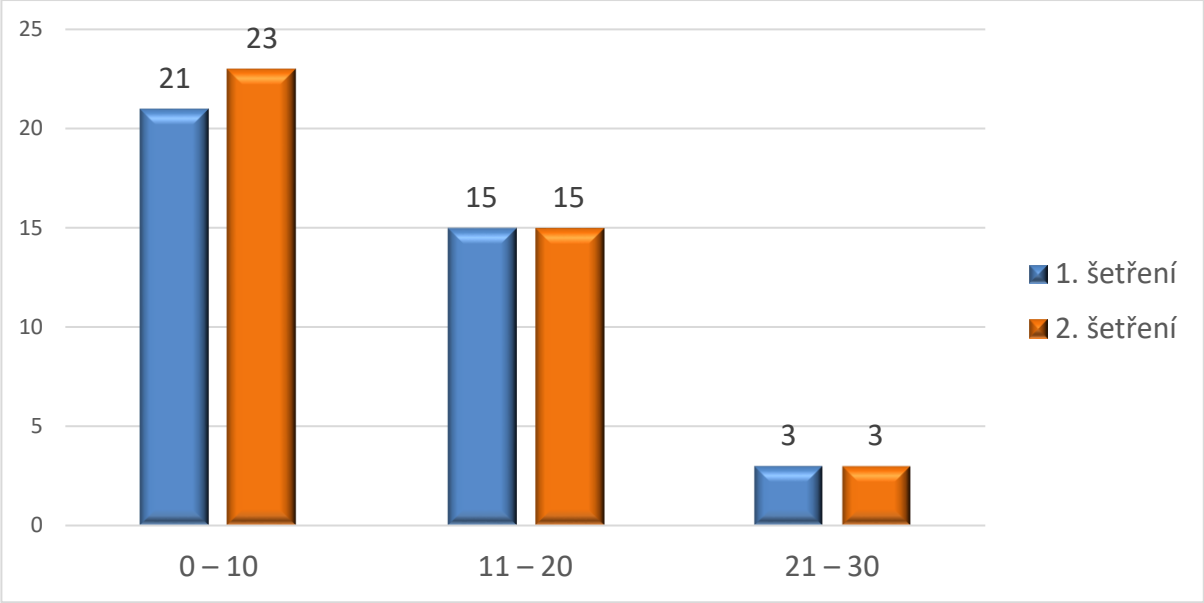
Otázka č. 9: „Kterou cigaretu byste nerad/a postrádal/a?“



Obrázek 12 - Postrádání cigarety

V dotazu, kterou cigaretu by kuřáci neradi postrádali, uvedlo v počátečním šetření 15 respondentů (38,5 %), že by nechtěli přijít hned o první cigaretu ráno. Ostatních 24 kouřících respondentů (61,5 %) by postrádalo kteroukoliv jinou cigaretu během dne. V druhém šetření by neradi postrádali první ranní cigaretu 9 respondentů (22 %), kteroukoliv jinou by pak postrádalo 32 respondentů (78 %). Výsledky jsou zobrazeny na Obrázku 12.

Otázka č. 10: „Kolik cigaret denně kouříte?“

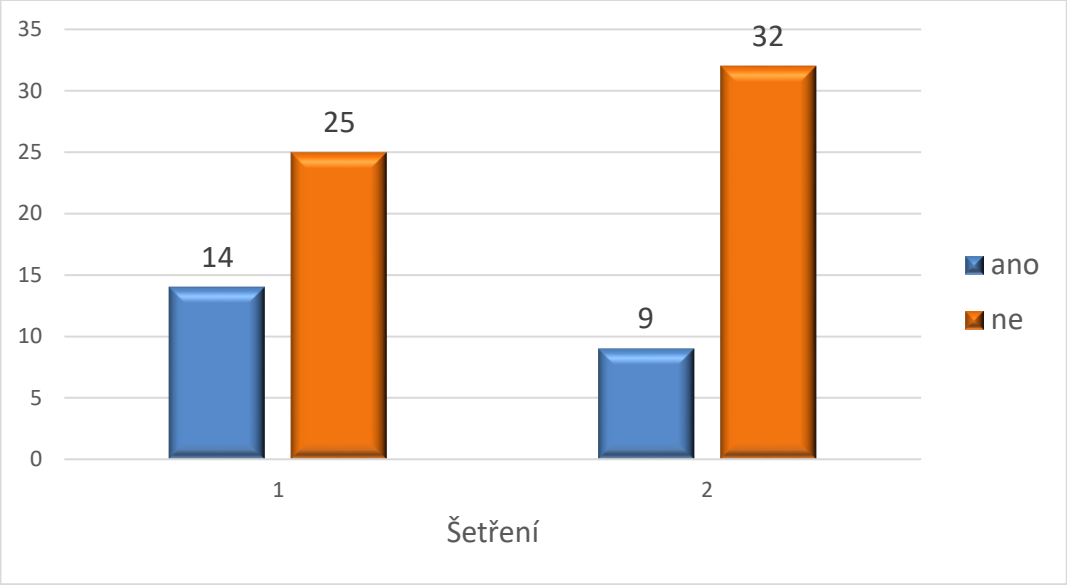


Obrázek 13 - Množství vykouřených cigaret za den

Na Obrázku 13 je graficky zobrazeno množství cigaret vykouřených respondenty během dne. Množství je dalším významným prediktorem pro míru závislosti na nikotinu. Ve výchozím šetření kouří do 10 cigaret za den 21 respondentů (53,8 %), 15 respondentů (38,5 %) vykouří mezi 11 - 20 cigaret během dne a 3 respondenti (7,7 %) se přiznali, že během jednoho dne vykouří 21 - 30 cigaret. Ve druhém šetření udávalo vykouření méně než 10 cigaret během dne 23 respondentů (56,1 %), 11 20 cigaret vykouří 15 respondentů (36,6 %) a 21 - 30 cigaret vykouří 3 respondenti (7,3 %). Rozdíly mezi šetřeními jsou opět minimální.

Zajímavostí je jeden respondent, který se subjektivně hodnotil jako příležitostný kuřák, ale následně uvedl množství 11 - 20 cigaret vykouřených během dne. Podle definice příležitostného kuřáka, která je v dotazníku připojena k vysvětlení pojmu, je jasné, že zde došlo k subjektivnímu nadhodnocení a respondent by měl spadat do kategorie pravidelného kuřáka. Všichni ostatní respondenti, kteří kouří více než 11 cigaret za den, jsou pravidelní kuřáci.

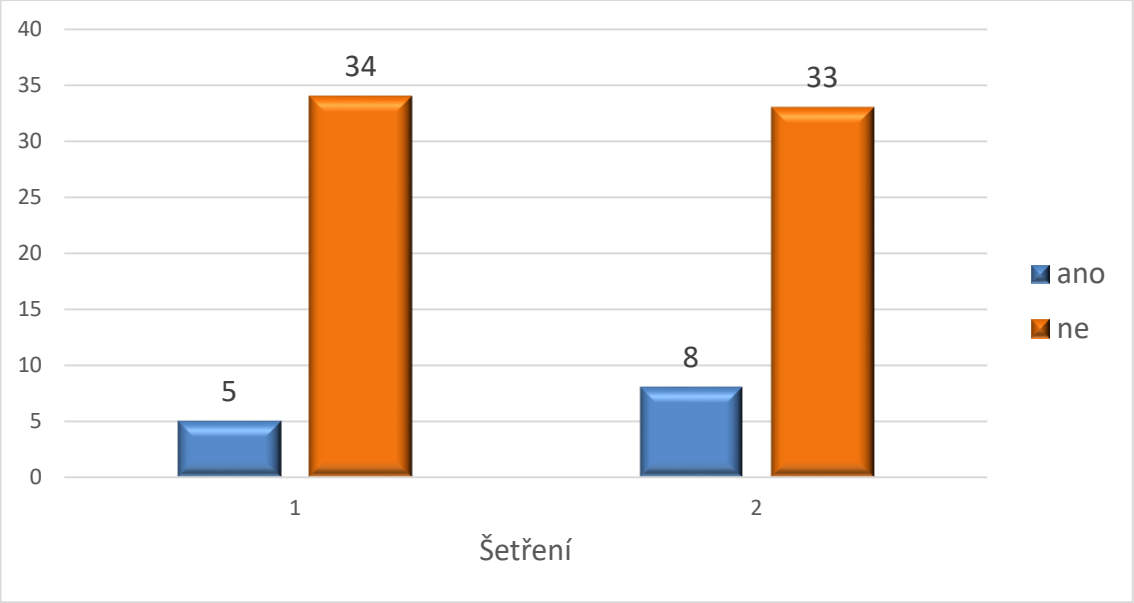
Otázka č. 11: „Kouříte častěji během dopoledne?“



Obrázek 14 - Kouření v průběhu dne

Z Obrázku 14 je zřetelné, že většina respondentů kouří převážně v druhé polovině dne. V prvním šetření tuto možnost uvedlo 25 respondentů (64,1 %), ve druhém šetření to je 32 respondentů (78 %). Dopoledne naopak více kouří 14 respondentů (35,9 %) z prvního šetření a 9 respondentů (22 %) z druhého šetření.

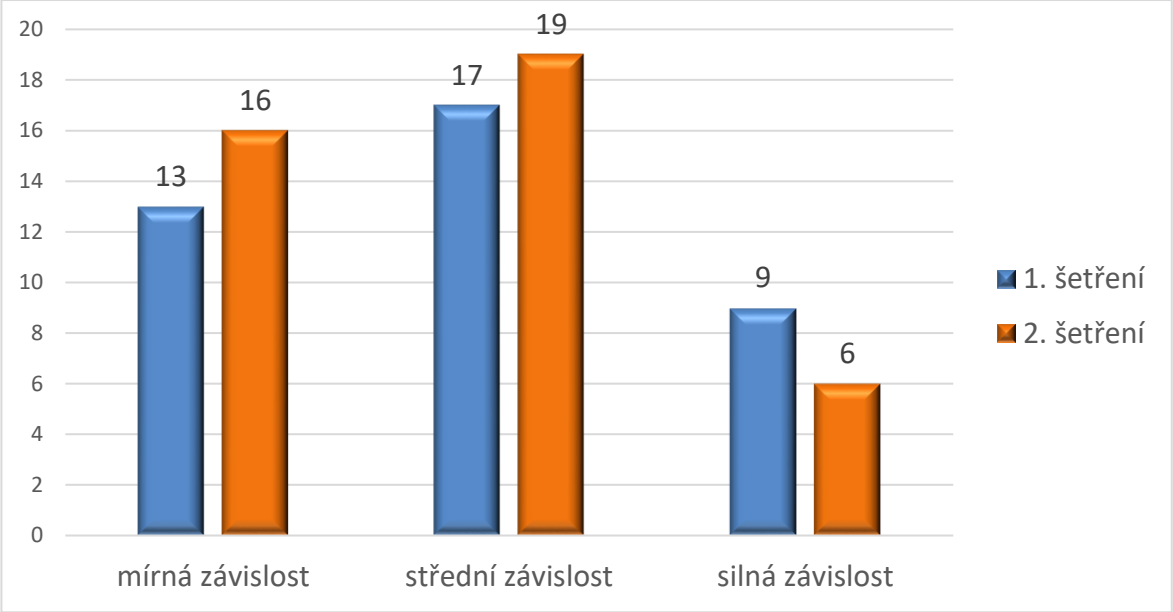
Otázka č. 12: „Kouříte, i když jste nemocný/á a upoután/a na lůžko?“



Obrázek 15 - Kouření v nemoci

Z grafu na Obrázku 15 je patrné, že převážná část respondentů nekouří, když jsou nemocní. Při prvním šetření uvedlo pouze 5 respondentů (12,8 %), že i v nemoci kouří. Jeden z nich je příležitostný kuřák, ostatní jsou pravidelní kuřáci se silnou závislostí na nikotinu. Ostatních 34 respondentů (87,2 %) uvedlo, že v nemoci nekouří. Podobné výsledky jsou i z druhého šetření, kde v nemoci kouří 8 respondentů (19,5 %) a všichni jsou pravidelní kuřáci se střední nebo silnou závislostí na nikotinu. V nemoci pak nekouří 33 respondentů (80,5 %).

Míra závislosti na nikotinu



Obrázek 16 - Míra závislosti na nikotinu

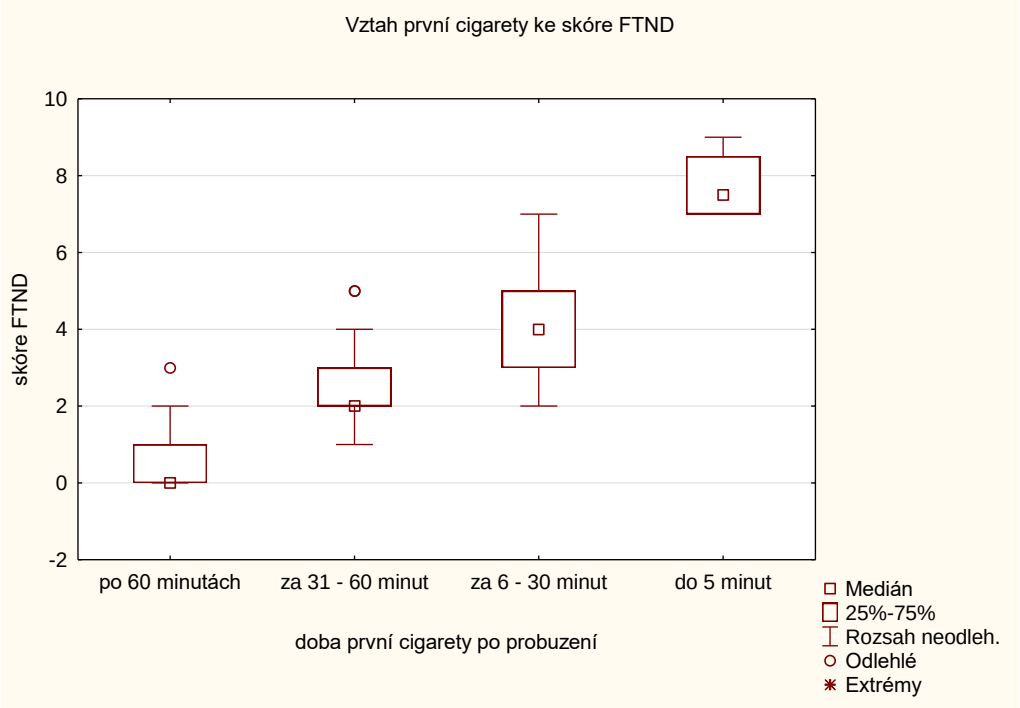
Vyhodnocením předcházejících otázek, které tvoří dotazník FTND, byla u kouřících respondentů zjištěna jejich míra závislosti na nikotinu, která je zobrazena na Obrázku 16. Z celkového počtu 39 respondentů prvního šetření, kteří přiznali kouření cigaret, byla zjištěna žádná či mírná závislost na nikotinu u 13 respondentů (33,3 %), střední závislost na nikotinu u 17 respondentů (43,6 %) a silná závislost na nikotinu u 9 respondentů (23,1 %). V druhém šetření byla z počtu 41 kouřících respondentů zjištěna žádná či mírná závislost na nikotinu u 16 respondentů (39 %), střední závislost na nikotinu u 19 respondentů (46,3 %) a silná závislost na nikotinu u 6 respondentů (14,6 %). Z grafu je také patrné, že nejčastěji byla hodnocena střední míra závislosti na nikotinu. Dalším patrným údajem je vyšší počet kuřáků s žádnou či mírnou závislostí (nárůst o 5,7 %) a také kuřáků se střední závislostí (nárůst o 2,7 %) v druhém šetření, naopak počet kuřáků se silnou závislostí se snížil (pokles o 8,5 %).

Tabulka 6 -Vyhodnocení FTND

	Popisné statistiky							
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost (modu)	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Skóre FTND	80	2,55	2	0	19	0	9	2,26

Tabulka 6 obsahuje popisnou statistiku hodnocení FTND. Je patrné, že z celkového počtu 80 respondentů byla nejčastěji hodnocena žádná závislost (0 bodů) u 19 z nich, což je hodnota modu. Z hodnoty mediánu lze vyčíst, že polovina kouřících respondentů dosáhla hodnocení FTND do 2 bodů, což je hranice mezi mírnou a střední závislostí. Maximální dosaženou hodnotou skóre FTND je 9 bodů. Průměrně dosáhli respondenti 2,55 bodů.

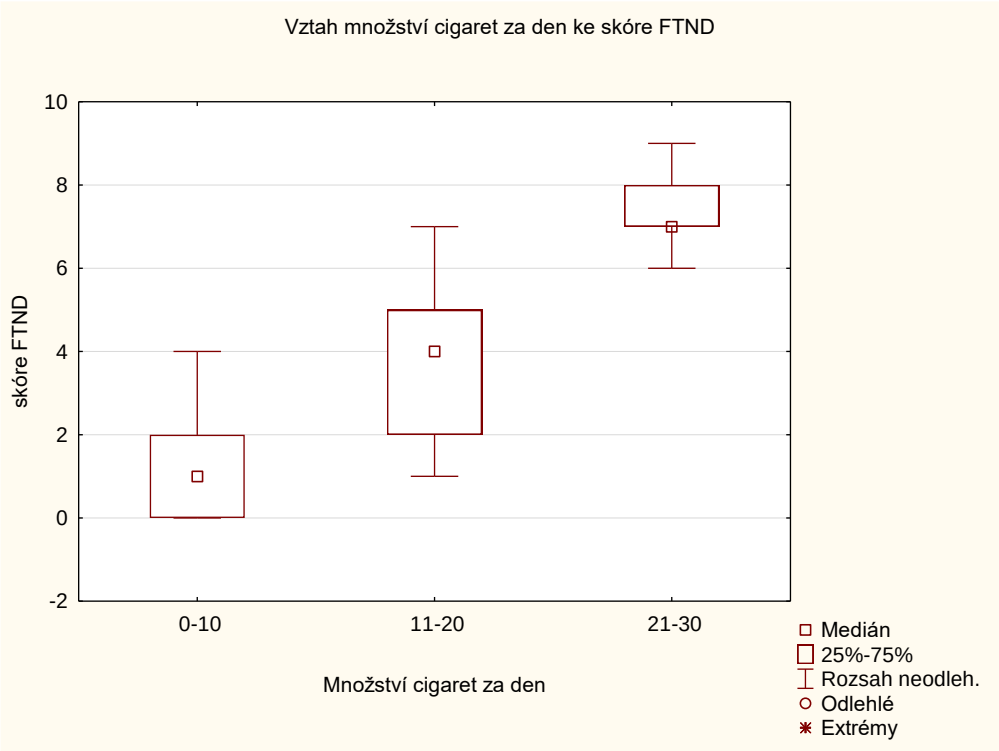
Jak bylo psáno dříve, doba zapálení první cigarety a množství cigaret vykouřeným za den jsou významnými prediktory pro určení míry závislosti na nikotinu. (viz kapitola 3.3 Index těžkého kouření). Tato souvislost je patrná i v tomto průzkumu.



Obrázek 17 - Vztah mezi dobou první cigarety a dosaženým skóre ve FTND

Z grafu na Obrázku 17 je zřejmé, že čím dříve po probuzení si respondenti zapalují první cigaretu, tím vyšší je dle vyhodnocení FTND jejich míra závislosti na nikotinu. Napovídá

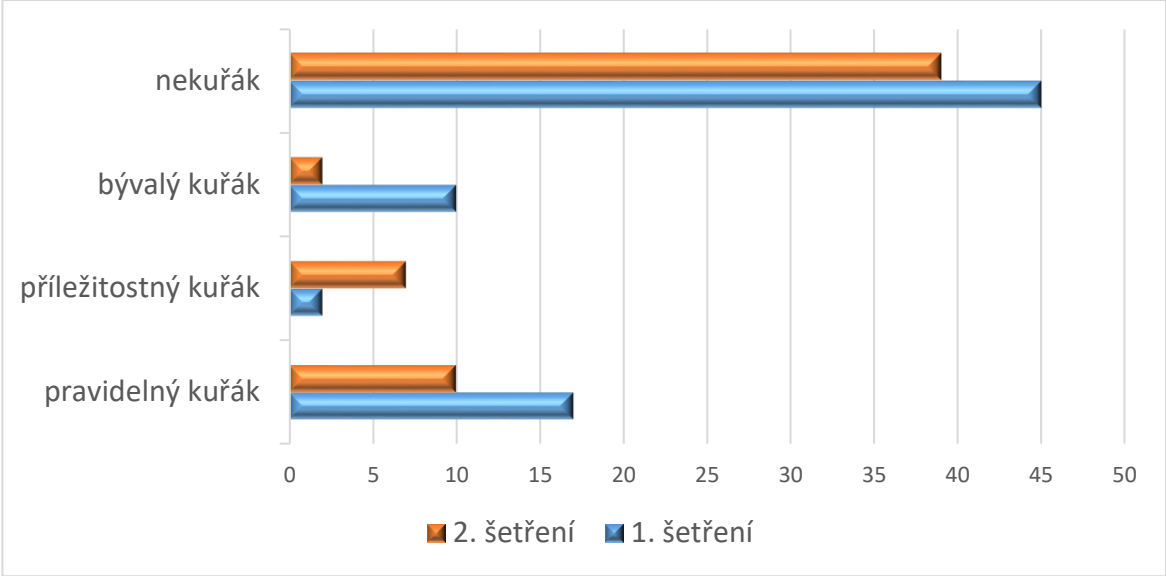
tomu zvyšující se hodnota mediánu ve skupinách respondentů rozdělených dle doby zapálení první cigarety. V první skupině respondentů, kteří si zapalují až po 60 minutách, polovina z nich dle hodnoty mediánu nezaznamenala žádný bod ve skóre FTND. U druhé skupiny respondentů, která si zapaluje mezi 31-60 minutou po probuzení, je hodnota mediánu rovna 1. kvartilu. U obou těchto skupin byly zaznamenány odlehlé hodnoty. Naopak respondenti, kteří si zapalují již do 5 minut po probuzení, získali ve FTND vysoká skóre.



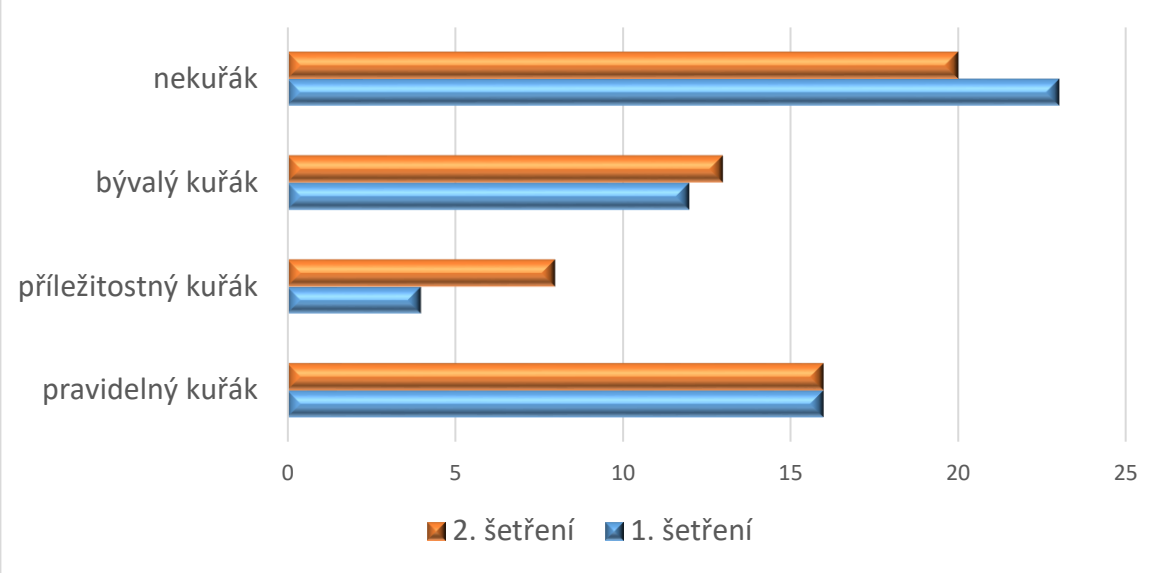
Obrázek 18 - Vztah mezi množstvím cigaret vykouřených za den a mírou závislosti na nikotinu

Graf na Obrázku 18 ukazuje vztah mezi množstvím cigaret vykouřených během dne a mírou závislosti. Je patrné, že čím více cigaret respondenti během dne vykouří, tím vyšší je míra jejich závislosti na nikotinu. Opět tomu nasvědčuje stoupající hodnota mediánu ve skupinách respondentů rozdělených podle počtu cigaret vykouřených za den. Zde nebyly zaznamenány žádné odlehlé či extrémní hodnoty.

Změny prevalence



Obrázek 19 - Změna prevalence kouření u respondentů okresní nemocnice



Obrázek 20 - Změna prevalence kouření u respondentů psychiatrické nemocnice

Obrázky 19, 20 zobrazují změnu prevalence kouření u jednotlivých skupin respondentů dle typu zdravotnického zařízení. Z uvedených dat vyplývá, že u respondentů okresní nemocnice došlo k poklesu prevalence pravidelných kuřáků o 2,87 %, kdežto u respondentů nedošlo v této skupině k žádné změně. Naopak ve skupině příležitostných kuřáků došlo v obou zdravotnických zařízeních k navýšení počtu respondentů - v okresní nemocnici o 2,05 %,

v psychiatrické nemocnici o 1,64 %. Rozdíl lze vidět také u bývalých kuřáků. U respondentů z okresní nemocnice došlo ke snížení počtu o 3,28 %, nelze však určit, zda začali opět příležitostně kouřit či se pouze neúčastnili druhého šetření. Naopak v psychiatrické nemocnici došlo k mírnému navýšení počtu bývalých kuřáků o 0,41 %.

9.1 Testování hypotéz

H_1 – Nelékařští zdravotničtí pracovníci v psychiatrické nemocnici budou mít vyšší prevalenci kouření než zdravotničtí pracovníci v okresní nemocnici.

Tabulka 7 - Prevalence kouření podle typu zařízení

Prevalence kouření ve vztahu k typu zdravotnického zařízení							
		Zdravotnické zařízení				Celkem	
		nemocnice okresního typu		psychiatrická nemocnice regionálního typu			
		absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Vztah k tabáku	pravidelný kuřák	27	20,5 %	32	28,6 %	59	24,2 %
	příležitostný kuřák	9	6,8 %	12	10,7 %	21	8,6 %
	bývalý kuřák	12	9,1 %	25	22,3 %	37	15,2 %
	nekuřák	84	63,6 %	43	38,4 %	127	52,0 %
Celkem		132	100,0 %	112	100,0 %	244	100,0 %

Hodnoty uvedené v Tabulce 7 ukazují, že v psychiatrické nemocnici je o 8,1 % více pravidelných a o 3,9 % více příležitostných kuřáků. Také je zde více bývalých kuřáků - 22,3 % v psychiatrické nemocnici oproti 9,1 % v okresní nemocnici. Naopak okresní nemocnice má o 25,2 % více nekuřáků.

Pro testování hypotézy byl použit Pearsonův chí-kvadrátový test pro kontingenční tabulky.

Formulace nulové a alternativní hypotézy jsou:

H_0: V prevalenci kouření mezi pracovníky okresní nemocnice a psychiatrické nemocnice nebude žádný rozdíl - rozdíl bude nulový.

H_A: V prevalenci kouření mezi pracovníky okresní nemocnice a psychiatrické nemocnice bude rozdíl.

Zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %).

Tabulka 8 - Pearsonův test pro testování H_1

	Statist. : vztah ke kouření x typ zařízení		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	17,132	df=3	p=0,001

V Tabulce 8 je uveden výsledek Pearsonova testu. Podle tohoto výsledku můžeme H_0 zamítnout, protože signifikance testu (neboli p-hodnota) je nižší než zvolená hladina významnosti. Přijímáme tedy H_A - můžeme tvrdit, že je statisticky významný rozdíl v prevalenci kouření mezi pracovníky okresní nemocnice a psychiatrické nemocnice.

H_2 – Míra závislosti na nikotinu bude u pracovníků v psychiatrické nemocnici vyšší než u pracovníků okresní nemocnice.

Tabulka 9 - Míra závislost na nikotinu podle zařízení

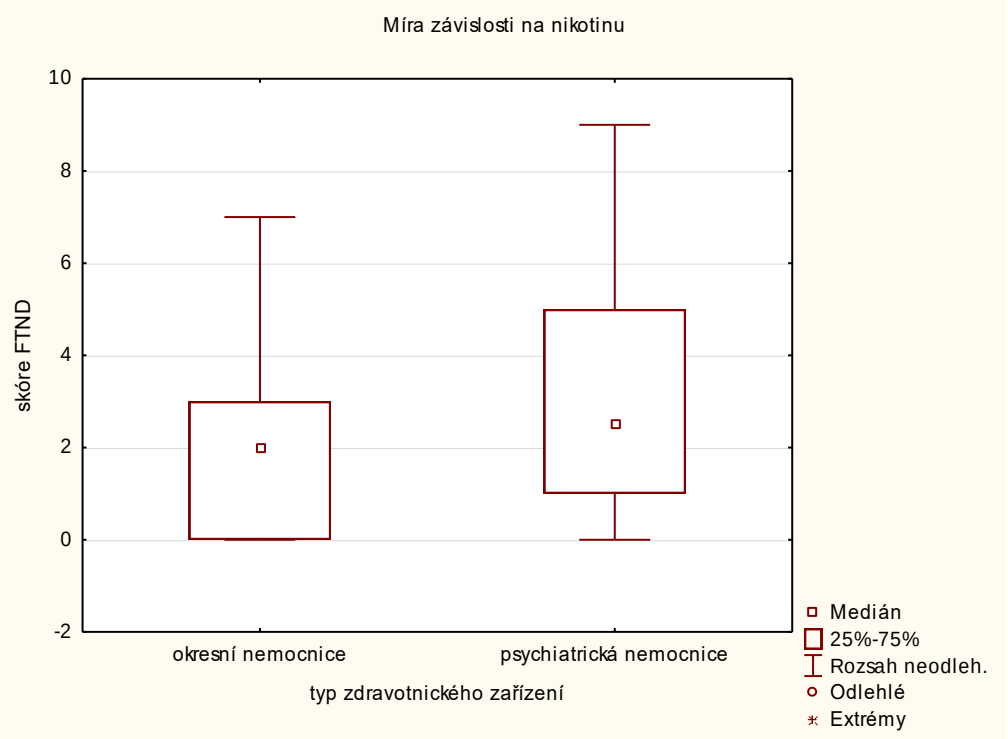
Závislost na nikotinu ve vztahu k typu zdravotnického zařízení							
		Zdravotnické zařízení				Celkem	
		nemocnice okresního typu		psychiatrická nemocnice regionálního typu			
		absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Závislost na nikotinu	mírná závislost	16	44,4 %	13	29,5 %	29	36,3 %
	střední závislost	18	50,0 %	18	40,9 %	36	45,0 %
	silná závislost	2	5,6 %	13	29,5 %	15	18,8 %
Celkem		36	100,0 %	44	100,0 %	80	100,0 %

V Tabulce 9 jsou uvedeny četnosti stupňů závislosti dle typu zdravotnického zařízení. Z kuřáků pracujících v okresní nemocnici je na nikotinu mírně závislých 44,4 % respondentů a polovina respondentů je na nikotinu závislých středně silně. Naopak silná závislost byla vyhodnocena u 2 respondentů (5,6 %). Při porovnání s výsledky pracovníků psychiatrické nemocnice je mírně závislých na nikotinu 29,5 % respondentů, což je o 14,9 % méně. Střední závislost byla vyhodnocena u 40,9 % respondentů, která tvoří stejně jako u respondentů z okresní nemocnice, nejpočetnější skupinu. Výrazný rozdíl je u skupiny silně závislých na nikotinu. Tato míra závislosti byla vyhodnocena u 29,5 % respondentů psychiatrické nemocnice, což činí rozdíl 23,9 % oproti respondentům okresní nemocnice. Pokud to shrneme, ve zmíněných zdravotnických zařízení trpí kuřáci nejčastěji středně silnou závislostí. Středně silná a silná závislost byla vyhodnocena celkem u 20 respondentů (55,6 %) okresní nemocnice, u respondentů psychiatrické nemocnice se jedná o počet 31 respondentů (70,4 %). Hodnocení závislosti je určené podle dosaženého bodového skóre ve FTND (viz příloha C).

Tabulka 10 - Popisná statistika kuřáků podle dosaženého skóre FTND

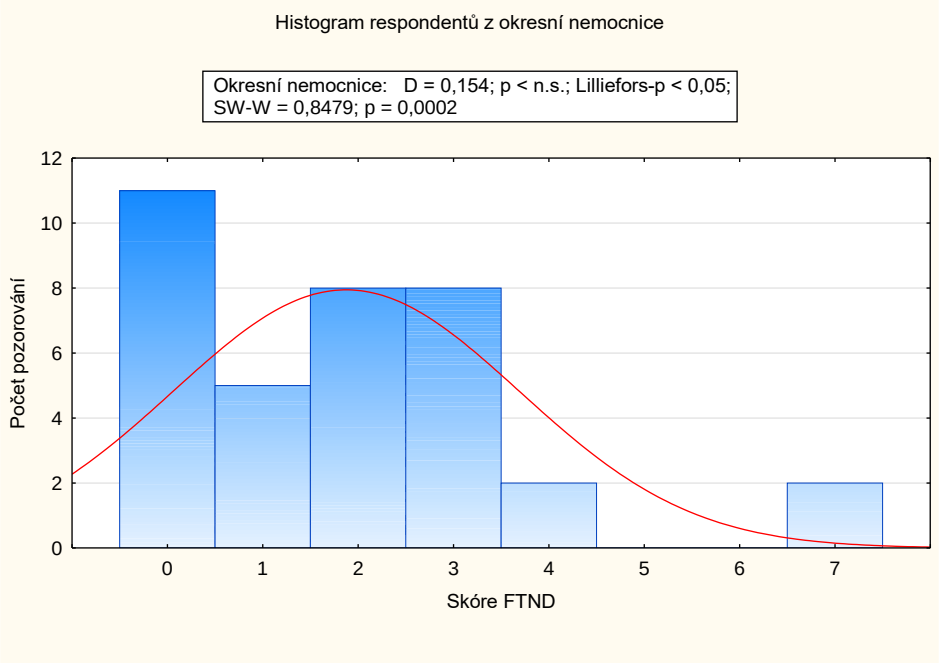
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Okresní nemocnice	36	1,86	0	7	1,81
Psychiatrická nemocnice	44	3,11	0	9	2,45

Tabulka 10 ukazuje základní hodnoty popisné statistiky respondentů kuřáků po vyhodnocení FTND. Respondenti okresní nemocnice dosáhli průměrného skóre 1,86 a maximální hodnota je 7 bodů. Respondenti psychiatrické nemocnice mají průměrné skóre 3,11 s maximální hodnotou 9 bodů.

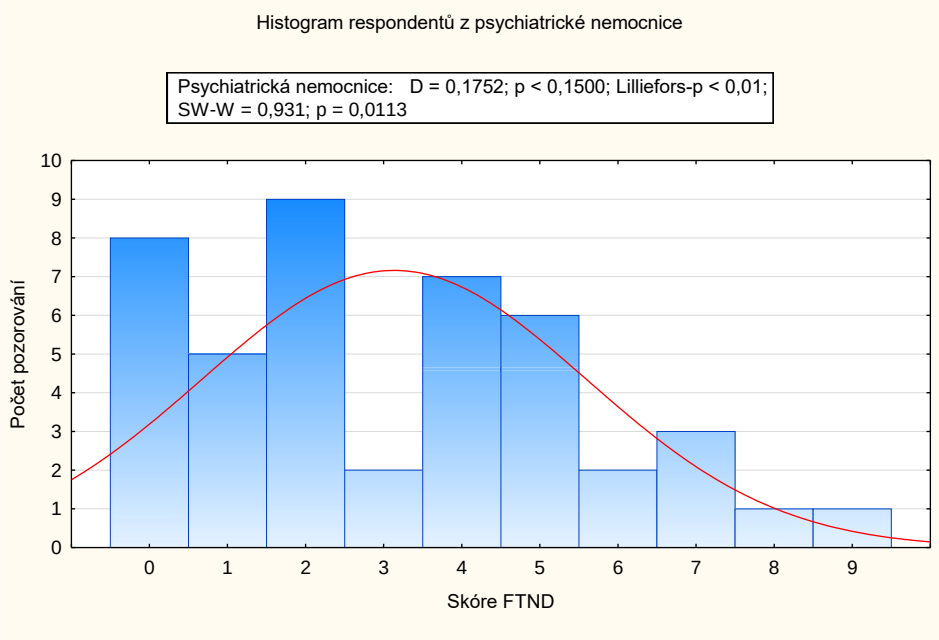


Obrázek 21 - Krabicový graf kuřáků podle skóre FTND

Na Obrázku 21 je graficky zobrazeno rozložení respondentů kuřáků podle dosaženého skóre FTND. Z krabicových grafů je patrné, že hodnota mediánu je u respondentů z psychiatrické nemocnice vyšší než u respondentů z okresní nemocnice a nejsou zde žádné odlehlé ani extrémní hodnoty. Při porovnání průměrů v Tabulce 10 i z porovnání krabicových grafů na Obrázku 21 je zřetelné, že u respondentů z psychiatrické nemocnice bude míra závislosti na nikotinu vyšší než u respondentů z okresní nemocnice.



Obrázek 22 - Histogram respondentů z okresní nemocnice dle skóre FTND



Obrázek 23 - Histogram respondentů z psychiatrické nemocnice dle skóre FTND

Histogramy na Obrázku 22, 23 ukazují rozložení respondentů podle dosaženého skóre FTND a typu zdravotnického zařízení. Je patrné, že data nejsou rovnoměrně rozložena, proto pro testování hypotézy použijeme neparametrický dvouvýběrový test.

K testování této hypotézy byl v tomto případě vybrán Mann-Witneyův U test. Zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %).

Formulace nulové a alternativní hypotézy jsou:

H_0: Rozdíl v míře závislosti na nikotinu mezi pracovníky okresní nemocnice a psychiatrické nemocnice bude nulový.

H_A: Rozdíl v míře závislosti na nikotinu mezi pracovníky okresní nemocnice a psychiatrické nemocnice nebude nulový.

Tabulka 11- Mann-Whitneyův test pro testování hypotézy H_2

	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) Označené testy jsou významné na hladině p<,05000									
	Sčt poř. (skup. 1)	Sčt poř. (skup. 2)	U	Z	p-hodn.	Z (upravené)	p-hodn.	N platn. (skup. 1)	N platn. (skup. 2)	2*1str. (přesné p)
Skóre FTND	1222,50	2017,50	556,500	-2,273	0,023	-2,306	0,021	36,000	44,000	0,022

Tabulka 11 nám ukazuje výsledek testování hypotézy. Dle testu je p-hodnota menší než zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$, proto můžeme H_0 zamítnout a přijmout H_A-tedy mezi pracovníky okresní nemocnice a psychiatrické nemocnice existuje statisticky významný rozdíl v míře závislosti na nikotinu.

H_3 - V důsledku legislativní změny dojde u nelékařských zdravotnických pracovníků k poklesu prevalence kouření.

Tabulka 12 - Porovnání prevalence kouření

		Šetření				Celkem	
		1		2			
		absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Vztah ke kouření	pravidelný kuřák	33	25,6 %	26	22,6 %	59	24,2 %
	příležitostný kuřák	6	4,7 %	15	13,0 %	21	8,6 %
	bývalý kuřák	22	17,1 %	15	13,0 %	37	15,2 %
	nekuřák	68	52,7 %	59	51,3 %	127	52,0 %
Celkem		129	100,0 %	115	100,0 %	244	100,0 %

Jak již bylo popsáno u otázky zabývající se vztahem respondentů ke kouření, byla během prvního šetření zjištěna prevalence kuřáků celkem 30,3 % respondentů. Pravidelní kuřáci tvoří 25,6 % souboru, příležitostní kuřáci tvoří 4,7 % souboru. V druhém šetření byla zjištěna prevalence 35,6 % zahrnující 22,6 % pravidelných kuřáků a 13 % příležitostných kuřáků. Výsledky jsou uvedené v Tabulce 12. Z uvedených dat je možné usuzovat, že ačkoliv došlo k poklesu v počtu pravidelných kuřáků, výrazněji se navýšil počet příležitostných kuřáků, což vedlo k navýšení prevalence.

Pro testování této hypotézy byl opět použit Pearsonův chí-kvadrátový test pro kontingenční tabulky.

Formulace nulové a alternativní hypotézy jsou:

H_0: V důsledku legislativní změny bude u nelékařských zdravotnických pracovníků rozdíl v prevalenci kouření nulový.

H_A: V důsledku legislativní změny nebude u nelékařských zdravotnických pracovníků rozdíl v prevalenci kouření nulový.

Zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %).

Tabulka 13 - Pearsonův test pro testování H_3

	Statist. : vztah ke kouření x šetření		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	5,866	df=3	p=0,118

V Tabulce 13 jsou opět výsledky Pearsonova testu pro testování hypotézy H_3. Hodnota signifikance testu (p-hodnota) je vyšší než zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$, proto nemůžeme H_0 zamítnout, tudíž ji můžeme přijmout – tedy že u nelékařských zdravotnických pracovníků nedojde k poklesu prevalence kouření.

10 DISKUZE

Kouření tabáku je v současné době velmi diskutovaným tématem. Jedná se o činnost, při které jedinec inhaluje více než 4000 chemických látek, přičemž minimálně 50 z nich je prokazatelně kancerogenních. Tyto látky jsou příčinou velkého množství chorob a následných úmrtí, zejména onkologických a kardiovaskulárních. A ačkoliv je tato spojitost prokázána již několik desítek let mnoha různými výzkumy a studiemi, stále kouří asi 1 miliarda lidí na celém světě (WHO, 2010).

V posledních letech je tato situace popisována jako tabáková pandemie, proti které se snaží většina států světa v čele s WHO bojovat. Byly vytvořeny regulace, které jednotlivé státy implementují do své legislativy, aby snížily negativní dopady tabáku na zdravotní stav vlastní populace obyvatel. Jedním ze základních opatření je také osvěta, kterou by měli šířit zejména zdravotničtí pracovníci, kteří jsou v tomto ohledu kompetentní. Přes všechny znalosti, kterými disponují, je v této skupině obyvatel velká část kuřáků. Protože byla plánována legislativní změna dle doporučení FCTC, zpřísňující užívání tabáku nejen ve veřejných prostorách, ale také ve zdravotnických zařízeních, byl tento průzkum zaměřen na zjištění změny prevalence a míry závislosti na nikotinu, a skutečnosti, zda bude mít legislativní změna vliv na kuřácké návyky nelékařského zdravotnického personálu.

Cílem diplomové práce č. 1 bylo zjistit prevalenci kouření a míru závislosti na nikotinu u nelékařských zdravotnických pracovníků před legislativní změnou a po legislativní změně.

K tomuto cíli se váže výzkumná otázka č. 1: *Kolik procent nelékařských zdravotnických pracovníků okresní nemocnice a psychiatrické nemocnice kouřilo před vstupem zákona č. 65/2017 Sb. v platnost?*

V tomto průzkumu byla zjištěna prevalence kouření u respondentů 30,1 % před vstupem zákona č. 65/2017 Sb. v platnost. V tomto směru výsledky tohoto průzkumu potvrzují vyšší prevalenci kuřáků nad 30 % mezi nelékařským zdravotnickým personálem. Při druhé vlně šetření byla prevalence kouření 35,6 %. Nutno však dodat, že v samostatné kategorii pravidelných kuřáků došlo k poklesu prevalence z 25,6 % před legislativní úpravou na 22,6 % po legislativní úpravě. Naopak však narostl počet příležitostných kuřáků ze 4,7 % před právní změnou na 13% po ní. Zda došlo ke snížení užívání cigaret u některých pravidelných kuřáků, ze kterých se následně stali kuřáci příležitostní, či naopak se z některých bývalých kuřáků

stali opět kuřáci, můžeme jen spekulovat, ale zjištění příčin může být tématem pro navazující výzkum.

Podle WHO by měli zdravotničtí pracovníci hrát důležitou roli při prevenci závislosti na nikotinu. Zvláště nelékařští zdravotní pracovníci, zejména všeobecné sestry, v jejichž kompetenci je edukace před škodlivým jednáním pacientů a které s těmito pacienty tráví nejvíce času. Přesto je zásadním společenským problémem, že značná část těchto pracovníků sama kouří. Králíková uvádí prevalenci mezi všeobecnými sestrami okolo 40 % (Králíková a kol., 2015, s. 12).

Výzkumné studie, které u nás proběhly od roku 2000, dokazují, že prevalence kouření mezi českými všeobecnými sestrami se opravdu pohybuje mezi 30 – 40 %. Např. ve FN Olomouc v letech 2002 – 2003 proběhla studie zjišťující kuřácké návyky, které se účastnilo celkem 1203 zdravotních sester, a jejímž výsledkem byla zjištěná prevalence 32,3 % kuřáků (Kaletová a kol., 2005, s. 88). Drozdová (2009, s. 125) ve své disertační práci zkoumala aspekty kouření u souboru 337 všeobecných sester z celé ČR, kde prevalence kuřáků byla 38,6 %. Simočková a Zamboriová (2011, s. 345 – 350) provedly v letech 2008 – 2009 průřezovou studii zaměřenou na postoje slovenských a českých všeobecných sester ke svému zdraví. Do této studie bylo zařazeno 454 českých všeobecných sester s prevalencí 29 % kuřáků, naproti tomu mezi slovenskými zdravotními sestrami byl výskyt kuřáků 24 %.

Ke stejnému cíli průzkumu se váže také výzkumná otázka č. 2: *Kouřilo více pracovníků v okresní nemocnici nebo v psychiatrické nemocnici?*

Podle typu zdravotnického zařízení v době tohoto šetření kouřilo 27,3 % respondentů z okresní nemocnice, z toho 20,5 % pravidelně. V psychiatrické nemocnici pak byla prevalence mnohem vyšší, kouřilo 39,3 % respondentů, z toho 28,6 % pravidelně. V souvislosti s touto výzkumnou otázkou byla stanovena pracovní hypotéza *H1 – Nelékařští zdravotničtí pracovníci v psychiatrické nemocnici budou mít vyšší prevalenci kouření než zdravotničtí pracovníci v okresní nemocnici.* Testováním této hypotézy bylo potvrzeno, že je zde statisticky významný rozdíl v prevalenci kouření mezi respondenty z okresní nemocnice a psychiatrické nemocnice. Lze se domnívat, že vyšší výskyt kuřáků v psychiatrické nemocnici může predisponovat rozdílná vnitřní politika týkající se především kouření ve venkovním areálu, ale příčinou může být také specificky náročnější práce psychiatrických sester oproti somatickým oddělením.

Ječná ve své diplomové práci srovnávala soubory somatických a psychiatrických všeobecných sester a jejich reakce na pracovní stresory a dílčím zjištěním byla prevalence kuřáků 26,2 % v souboru somatických sester a 33,9 % v souboru psychiatrických sester (Ječná, 2008, s. 82).

Spojitost míry stresu s mírou kouření prokazuje průřezová studie analyzující data Světového zdravotnického střediska ze 41 zemí světa. Výzkum zjistil, že stres snižuje schopnost jedince odolávat nutkání zapálit si cigaretu a kouření mu přináší subjektivně vyšší odměnu, než kdyby ve stresu nebyl. Na druhou stranu ačkoliv studie prokázala významnou souvislost mezi stresem a kouřením na všech kontinentech světa, v Evropě významná souvislost prokázána nebyla (Stubbs et al., 2017, s. 4-5).

Vyšší prevalenci kouření mezi psychiatrickými sestrami ukazuje také analýza z Nového Zélandu v rámci sčítání lidu v roce 2013. Z celkového počtu 2 988 mužských a 36 138 ženských zdravotních sester pravidelně kouřilo 9 % mužů a 8 % žen. Ve skupině psychiatrických sester byla prevalence kouření nejvyšší, 15 % u mužů a 18 % u žen (Edwards et al., 2018). Při stejném šetření se k pravidelnému kouření přihlásilo 15,1 % obyvatel Nového Zélandu starších 15 let (Tu et al., 2016). Ačkoliv je tedy prevalence kouření u novozélandských zdravotních sester nižší než v populaci, u psychiatrických sester je prevalence mírně vyšší. Přesto se podle zmíněných analýz jedná o klesající trend v porovnání s rokem 2006.

Podobná situace je také ve Velké Británii, kde byla v roce 2009 provedena studie s cílem odhadnout stav kouření u zdravotníků a zjistit jejich postoje na zákazy kouření. Podle této studie byla prevalence kouření mezi zdravotními sestrami v tomto roce 8,7 % (Lewis et al., 2011, s. 1122). Jiná britská studie, zaměřená na odborníky v oblasti duševního zdraví, zjišťovala jejich postoje a znalosti týkající se kouření. Výsledkem byla prevalence kouření u kvalifikovaných nelékařských pracovníků 22 % a nedostatečné znalosti o závislosti na tabáku, její léčbě a vztahu k duševním nemocem u všech zkoumaných skupin (Ratschen et al., 2009, s. 576). V této době byla v roce 2010 populační prevalence 23 % u mužů a 21,4 % u žen (WHO, 2016). Z toho je patrné, že ačkoli nebyla v Británii prevalence kouření mezi zdravotními sestrami vyšší než v populaci, byla nižší než u psychiatrických pracovníků.

Porovnáním výše zmíněných dat s výsledky průzkumu v rámci této závěrečné práce lze vyjádřit domněnku, že vyšší užívání cigaret u psychiatrických zdravotnických pracovníků

není problémem pouze českých nelékařských zdravotnických pracovníků, ale že je tento jev prokázán také v dalších zemích světa. Jak tvrdí Brown-Johnson ve své studii, výskyt kouření v psychiatrii je častější než v populaci a psychiatričtí pacienti, zejména schizofrenici, kouří až třikrát více. S odkazem na studii Dickense et al. z roku 2004 popisuje situaci slovy: *„Kouření bylo součástí psychiatrické kultury, normalizované v zařízeních duševního zdraví …“*. Negativní dopady kouření byly příčinou rozšíření úplného zákazu kouření v psychiatrických zařízeních USA mezi roky 2005 – 2011 z 20 % na 79 % za účelem denormalizace kuřáckého chování ve společnosti. Dále odkazuje na australské studie, kde největších úspěchů dosáhli zdravotnická zařízení s úplným zákazem kouření za medikamentózní podpory při odvykání (Brown-Johnson et al., 2014, s. 205).

Zavádění nekuřácké politiky v psychiatrických nemocnicích může mít mnoho pozitivních dopadů, o čemž se přesvědčili ve Velké Británii, kde provedli studii zabývající se problematikou implementace úplného zákazu kouření v zařízeních pro duševně nemocné pacienty. Celkový výsledek byl pozitivní, přestože se zaměstnanci obávali zvýšené agrese a problémů s chováním u pacientů v rámci odvykání. Některým pacientům se navíc zlepšil spánek nebo se cítili v lepší pohodě, zvláště když z bývalých „kuřáren“ udělali rekreační místnost (Ratschen et al., 2009, s. 549).

Je vhodné i možné se těmito příklady inspirovat a zavést úplný zákaz kouření i v českých psychiatrických zařízeních v souladu s doporučeními WHO a za určitých podmínek tak dosáhnout snížení prevalence kouření nejen mezi pacienty, ale také mezi zdravotnickým personálem. Přes počáteční potíže bude možné dosáhnout zlepšení kuřácké situace v psychiatrických nemocnicích, s pozitivními dopady na zdraví pacientů i zaměstnanců v budoucnu.

K témuž průzkumnému cíli se váže i výzkumná otázka č. 3: *Jak vysoká byla u kuřáků v obou zařízeních míra závislosti na nikotinu před legislativní změnou?*

Jak ve svém článku píše Karl Fagerström, nikotin je sice silným faktorem při vzniku závislosti, ale příčiny vzniku samotné závislosti na kouření cigaret jsou mnohem širší a mnohostranější. Přesto míra závislosti souvisí zejména s množstvím vykouřených cigaret – poločas rozpadu nikotinu je krátký, asi 2 hodiny, a udržení hladiny nikotinu, který svým působením v mozku navozuje krátkodobý pocit blaženosti, nutí uživatele častěji opakovat chování spojené s kouřením (Fagerström, 2012, s. 3).

V tomto průzkumu byla také prokázána spojitost vyšší míry závislosti na základě vyššího užívání cigaret. Testování *H2 – Míra závislosti na nikotinu bude u pracovníků v psychiatrické nemocnici vyšší, než u pracovníků okresní nemocnice* prokázalo rozdíl v míře závislosti na nikotinu, přičemž vyšší hodnoty byly měřeny u respondentů z psychiatrické nemocnice. Celkově však byla nejčastěji hodnocena střední míra závislosti, a to u 43,6 % kouřících respondentů. Mírná závislost byla hodnocena u 33,3 % kouřících respondentů a silná závislost u 23,1 % respondentů.

K porovnání lze uvést výsledky výzkumu Drozdové (2009, s. 174), která však u svého souboru všeobecných sester použila test FTQ, což je předchůdce zde použitého FTND. Drozdová vyhodnocením testu zjistila žádnou závislost u 11,4 % respondentů, mírnou závislost u 40,3 % respondentů, střední závislost u 24,7 % respondentů, silnou závislost u 20,6 % respondentů a velmi silnou závislost u 3 % respondentů. Pokud se tyto výsledky připodobní k hodnocení zde použitého FTND, tak vychází, že v souboru Drozdové dosáhlo žádné či mírné závislosti celkem 51,7 % respondentů, střední závislosti zmíněných 24,7 % a silné závislosti celkem 23,6 %. Z uvedeného je patrné, že výsledky průzkumu Drozdové a tohoto průzkumu jsou podobné.

Cílem diplomové práce č. 2 bylo porovnat výsledky prevalence kouření u zdravotníků s prevalencí v běžné populaci.

K druhému cíli se váže výzkumná otázka č. 5: *Je prevalence kouření zdravotnických pracovníků vyšší než prevalence v běžné populaci?*

Na rozdíl od skupiny zdravotnických pracovníků je prevalence kouření v populaci pravidelně sledována a vyhodnocuje se trend v různých jejích skupinách. Touto činností se zabývá Státní zdravotní ústav a každoročně vydává zprávu o zjištěných datech. Zatím poslední zpráva z roku 2017, mapující spotřebu tabáku v ČR za rok 2016, udává celkovou prevalenci kouření v populaci 28,6 % (Váňová a kol., 2017, s. 4). Prevalence v populaci se v letech 1997 – 2011 pohybovala mezi 28 – 32 %, což svědčí pro stabilní trend bez výraznějšího poklesu, a při porovnání s výsledky zmíněných studií mezi všeobecnými sestrami byla prevalence v populaci vždy nižší (Sovinová a kol., 2012, s. 13).

Srovnáním aktuální populační prevalence 28,6 % s výsledky tohoto průzkumu, kdy byla celková prevalence v prvním šetření 30,3 % a v druhém šetření 35,6 %, lze opět poukázat na nižší populační prevalenci oproti skupině nelékařských zdravotnických pracovníků. Pokud

však bude národní strategie na snižování prevalence kouření v populaci brát za jednu z klíčových rolí také vliv zdravotnických pracovníků, je třeba, aby se situací kuřáckého chování mezi zdravotníky také významněji zabývala. Jak tvrdí Králíková (2015, s. 12): *„Pokud by každá sestra pomohla přestat kouřit za rok jen jednomu kuřákovi, znamenalo by to každoročně 100 000 bývalých kuřáků“*. Zdravotnický pracovník, lékařský či nelékařský, by měl vystupovat jako kladný příklad a měl by mezi své pacienty edukovat o problematice užívání tabáku. V rámci zavádění takového prostředí by měl nejvyšší zdravotnický management motivovat své pracovníky k zanechání kouření a pravidelně zjišťovat prevalenci ve vlastní organizaci, např. v rámci každoročního hodnocení spokojenosti zaměstnanců se dotazovat na spokojenost s nekuřáckým prostředím, kuřácké chování apod. Zpracování těchto dat by mohl na národní úrovni zajistit SZÚ, který by vedle populační prevalence mohl vyhodnocovat také prevalenci mezi zdravotnickými pracovníky. Na základě zjištěného trendu vývoje lze vytvářet či upravovat další strategické plány.

Posledním cílem diplomové práce bylo posoudit změny v prevalenci a míře závislosti v souvislosti s legislativní úpravou u obou souborů respondentů a dle typu zdravotnického zařízení.

K tomuto cíli se váže výzkumná otázka č. 6: *Ovlivnila nová legislativa prevalenci kouření a míru závislosti na nikotinu u nelékařských zdravotnických pracovníků ve vybraných zdravotnických zařízení?*

Mezi doporučované regulace WHO patří legislativní úprava členských států ke kontrole tabáku. V České republice je aktuální zákon č. 65/2017 Sb. Tato právní úprava zakazuje kouření ve vnitřních prostorách nemocnic, avšak na venkovní areály se zákaz nevztahuje. Zákaz kouření ve zdravotnickém zařízení není nový, byl zakotven již v předchozím zákoně č. 379/2005 Sb. Přesto samotná legislativní úprava neřeší samotné kouření pacientů a zaměstnanců zdravotnických zařízení ve venkovním areálu, což vede ke shlukování kuřáků na vymezených místech a k další podpoře tohoto chování. Zdravotnickým institucím však ponechává možnost vnitřním předpisem zakázat kouření v celém areálu, včetně venkovních prostor (MZ ČR, 2016, s. 254).

Před provedením průzkumného šetření byla stanovena hypotéza *H3 - V důsledku legislativní změny dojde u nelékařských zdravotnických pracovníků k poklesu prevalence kouření.* Z výsledků tohoto průzkumu však bylo zjištěno, že v okresní nemocnice, kde byl vnitřní směrnicí zaveden úplný zákaz kouření, došlo ve skupině pravidelných kuřáků ke snížení

prevalence o 2,87 %, naopak v psychiatrické nemocnici s částečným zákazem kouření nedošlo k žádné změně prevalence. Zároveň však došlo u obou souborů k navýšení počtu příležitostných kuřáků, což se promítlo do navýšení celkové prevalence o 5,3 %. Také samotným testováním hypotézy bylo prokázáno, že k poklesu prevalence nedojde.

Frazer et al. (2016) se ve studii zabývali srovnáním 17 různých výzkumných studií po celém světě (12 bylo uskutečněno v nemocnicích, 3 ve věznicích a 2 na univerzitách) s cílem zjistit vliv institucionálního zákazu kouření na snížení prevalence aktivního kouření. Ačkoliv kvalita důkazů není optimální, protože řada studií nepoužila kontrolní srovnání, byly zjištěny důkazy o tom, že zákazy kouření mají svá pozitiva a největší snížení bylo pozorováno právě u zdravotnických pracovníků.

Legislativní zavádění nekuřáckých pracovišť má nejen pozitivní dopad na zdraví nekuřáků, které chrání před následky pasivního kouření, ale má také vliv i na prevalenci kouření mezi kuřáky. Fichtenberg a Glantz (2002) provedli systematický přehled 26 studií prováděných ve Spojených státech, Austrálii, Kanadě a Německu na pracovištích bez zákazu kouření a s úplným či částečným zákazem kouření. Porovnáním těchto studií dospěli k závěru, že na pracovištích se zákazem kouření došlo nejen k poklesu prevalence kouření o 3,8 %, ale u pokračujících kuřáků došlo ke snížení spotřeby o 3 cigarety denně na jednoho kuřáka. Navíc tři z těchto studií umožnily porovnat účinky úplného zákazu kouření oproti částečnému zákazu a prokázaly, že pracoviště s úplným zákazem kouření má asi dvojnásobný vliv na snížení prevalence kouření a spotřeby cigaret než pracoviště s částečným zákazem.

Vzhledem k pozitivnímu vlivu úplného zákazu na prevalenci kouření by bylo vhodné jej zavést ve všech typech zdravotnických zařízení, která by mohla tímto vytvořit zdravé a bezpečné prostředí nejen pro pacienty, ale také pro své zaměstnance. V současné době je tedy úplný zákaz kouření v celém areálu zdravotnického zařízení možný jen tehdy, pokud se k tomu vedení zařízení samo aktivně rozhodne vytvořením vnitřní směrnice. Toto je však v celostátním měřítku individuální a nejednotné, jak je patrné také z tohoto průzkumu. Další možností je zavedení úplného zákazu kouření jako jeden z resortních bezpečnostních cílů pro udělení akreditace, s vytvořením programu podporující úplné vyloučení kuřáckého chování ze zdravotnických zařízení a odbornou pomocí při odvykání pro pacienty i zdravotníky.

Limitace průzkumu

Vzhledem k termínu vstupu zákona č. 65/2017 Sb. v platnost a termínu odevzdání této závěrečné práce byla doba mezi oběma šetřeními stanovena na 6 měsíců, což nemusí být dostatečná doba, aby se některé změny mohly projevit. Zjištěné výsledky však mohou sloužit jako podklad pro další navazující šetření, které by mohlo prokázat případný trend ve vývoji prevalence kouření.

Další limitací je soubor respondentů okresní nemocnice. Původní plán průzkumu zahrnoval lůžkové jednotky chirurgických a interních oddělení s největším zastoupením lůžek v zařízení, avšak pro současně probíhající další šetření na chirurgických odděleních vedení okresní nemocnice rozhodlo dále tento personál nezatěžovat, proto byl do průzkumu zahrnut pouze personál interních oddělení.

Soubor respondentů je malý, proto nemohou být výsledky platné pro celou skupinu všeobecných sester v ČR.

11 ZÁVĚR

Kouření tabáku je již několik desetiletí celospolečenským problémem, které zatěžuje ekonomiky všech států, a svými důsledky zabíjí každoročně miliony lidí po celém světě. Dr. Vera Luiza da Costa e Silva, vedoucí sekretariátu úmluvy FTCT, na konferenci v Bruselu v roce 2016 sdělila, že pokud by při současných poznatcích byl tabák novým produktem, ihned by byl zakázán. Bohužel má však tabák dlouhou historii, po staletí je zakořeněn ve způsobu života a tabákovému průmyslu přinesl značné zisky, že je dnes velmi obtížné tento zvyk vykořenit (Da Costa e Silva, 2016).

Problematickou skupinu tvoří zdravotničtí pracovníci, kteří mají o důsledcích kouření nejvíce informací a přitom je výskyt tohoto chování mezi nimi velmi vysoký. Tato diplomová práce byla zaměřena na zjištění prevalence ve zdravotnickém zařízení okresního typu a psychiatrickém zařízení regionálního typu a zjišťovala změnu prevalence na základě legislativní úpravy. Zjištěné výsledky, zejména navýšení celkové prevalence o 5,3 %, nenasvědčují tomu, že by nový zákon nějakým způsobem významně ovlivnil prevalenci kouření mezi nelékařským zdravotnickým personálem zmíněných organizací. V prvním i druhém šetření byla prevalence kouření vyšší, než je v populaci, ve druhém šetření je dokonce o něco vyšší než v prvním, což svědčí o stále ještě vysokém výskytu kuřáků mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky, ačkoliv byl zaznamenán pokles ve skupině pravidelných kuřáků. Výraznější vliv však má interní politika daných zařízení a otázka částečného či úplného zákazu kouření v celém jejich areálu, což dokazuje právě pokles prevalence pravidelných kuřáků v okresní nemocnici s úplným zákazem kouření o 2,87 %, na rozdíl od psychiatrické nemocnice s částečným zákazem, kde se prevalence nezměnila. Vliv úplného zákazu na prevalenci kouření dokazují také zahraniční studie, podle kterých se vedle počtu kuřáků také snižuje množství užívaného tabáku na osobu na den u stávajících kuřáků.

Pro zlepšení situace mezi českými zdravotníky může být výhodné převzít některý model ze zahraničí, např. Spojených států či Velké Británie, kde tato strategie funguje již několik let a kde studie dokazují pozitivní vliv na užívání tabáku, zejména cigaret, mezi zdravotnickým personálem. Bylo prokázáno, že v zahraničí úplný zákaz kouření výrazně snížil prevalenci mezi zaměstnanci zdravotnických zařízení, a ve specifické skupině psychiatrických zařízení se nenaplnily obavy, které při zavádění tohoto opatření vyvstaly mezi psychiatrickým personálem. Lze se tedy domnívat, že i zavedení úplného zákazu kouření v českých

zdravotnických zařízeních, psychiatrické nemocnice nevyjímaje, by mohl vést k výraznému snížení prevalence kouření mezi lékařským, zejména však mezi nelékařským zdravotnickým personálem. Ačkoliv se zpočátku jedná o nepopulární restrikce, v dlouhodobém horizontu převažují pozitivní výsledky, které by měly být cílem. Cesta bude dlouhá a problematická, ale důležité je udělat první krok a jít za vytčeným cílem.

12 ZDROJE

BJARTVEIT, Kjell a Aage TVERDAL. Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. Tobacco Control [online]. 2005; 14(5), 315-320. [cit. 2017-10-20]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1748107/. ISSN 0964-4563.

BOURET, Sebastien a Susan J. SARA. Locus coeruleus. Scholarpedie [online]. 2010, 5(3) [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: http://www.scholarpedia.org/article/Locus_coeruleus. ISSN 1941-6016.

BROWN-JOHNSON, C. et al. Public Commenting on Inpatient Psychiatry Smoking Ban Media Coverage. Journal of dual diagnosis [online]. 2014, 10(4), s. 204-211 [cit. 2018 -03-25]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4408924/pdf/nihms628980.pdf. ISSN 1550-4271.

ČESKO. Zákon č. 379 ze dne 19. srpna 2005 o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. In: Sbírka zákonů České republiky. 2005, částka 133, s. 7093-7101. [cit. 2017-10-06]. Dostupné z: http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?r=2005&cz=379. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 65 ze dne 19. ledna 2017 o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. In: Sbírka zákonů České republiky. 2017, částka 21, s. 671-699. [cit. 2017-10-06]. Dostupné z: http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=65&r=2017. ISSN 1211-1244.

DA COSTA E SILVA, Vera Luiza. WHO FCTC. Combating tobacco industry tactics: state of play and a way forward, European Parliament, Brussels [online]. ©2017, 2. 3. 2016 [cit. 2017-09-27]. Dostupné z: http://www.who.int/fctc/secretariat/head/statements/2016/remarks-head-fctc-high-level-conference-brussels/en/.

DROZDOVÁ, Radomila. Kouření sester jako jeden z významných rizikových faktorů této profese. [online]. Praha, 2009, 228 s. [cit. 2018-03-12]. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Vladimír Kebza, CSc. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/47804/IPTX_2009_1_11120_0_300051_0_77582.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

DROZDOVÁ, Radomila a Vladimír KEBZA. Psychologické a sociální souvislosti kouření zdravotních sester. Československá psychologie. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2009, LIII(5), s. 505-521. ISSN 0009-062X.

EDWARDS, Richard et al. Smoking prevalence among doctors and nurses-2013 New Zealand census data. Abstract. The New Zealand medical journal [online]. 2018, 131(1471), s. 48-57 [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29518799. ISSN 0028-8446.

ENSH. Create a new network [online]. ©2011 [cit. 2017-09-27]. Dostupné z: http://www.ensh.org/network.php.

ENSH. ENSH-Global members [online]. ©2011 [cit. 2017-09-18]. Dostupné z: http://www.ensh.org/members.php.

ENSH. Meet the ENSH-Global [online]. ©2011 [cit. 2017-09-18]. Dostupné z: http://www.ensh.org/whoweare.php.

ENSH. TFU. Final Taskforce Report 2013 [online]. ©2011 [cit. 2017-09-18]. Dostupné z: http://www.ensh.org/tfu.php.

ETTER, Jean-Francois, Jacques LE HOUEZEC a Thomas PERNEGER. A Self-Administered Questionnaire to Measure Dependence on Cigarettes: The Cigarette Dependence Scale. Neuropsychopharmacology [online]. 2003, 28, 359-370. [cit. 2017-02-25]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12589389. ISSN 0893-133X.

FAGERSTRÖM, Karl. Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. Nicotine & Tobacco Research [online]. 2012, 14(1), 75-78. [cit. 2017-00-26]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/51743634_Determinants_of_Tobacco_Use_and_Renaming_the_FTND_to_the_Fagerstrm_Test_for_Cigarette_Dependence. ISSN 1469-994X.

FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK, Richard ČEŠKA a kol. Preventivní medicína. Praha: Maxdorf, 2008, 551 s. ISBN 978-80-7345-160-8.

FICHTENBERG, Caroline M. a Stanton A. GLANTZ. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ : British medical journal [online]. 2002, 325(7357) [cit. 2018-03-27]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC117445/. ISSN 0959-535X.

FRAZER, Kate et al. Impact of institutional smoking bans on reducing harms and secondhand smoke exposure. The Cochrane database of systematic reviews [online]. 2016, 27(5) [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011856.pub2/full. ISSN 1361-6137.

GILMAN, Sander a Zhou XUN. Příběh kouře. Praha: Dybbuk, 2006, 457 s. ISBN 80-86862-23-2.

GIORGI, E. et al. Towards a smoke-free hospital: how the smoking status of health professionals influences their knowledge, attitude and clinical activity. Results from a hospital in central Italy. Annali di igiene : medicina preventiva e di comunità. [online]. 2015, 27(2), s. 447-459. [cit. 2017-10-21]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26051143. ISSN 1120-9135.

GLOBAL ADULT TOBACCO SURVEY COLLABORATE GROUP. Tobacco questions for surveys: A subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2nd edition. [online]. Atlanta: GA: Centers for Disease Control and Prevention., 2011. [cit. 2017-08-26]. Dostupné z: http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tqs/en/.

HAETHERTON, Todd et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction [online]. 1991, 86, 1119-1127. [cit. 2017-08-27]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/227691899_The_Fagerstrm_Test_for_Nicotine_Dependence_a_revision_of_the_Fagerstrom_Tolerance_Questionnaire. ISSN 0952-0481.

HARMEY, Dympna, Patrick GRIFFIN a Paul KENNY. Development of Novel Pharmacotherapeutics for Tobacco Dependence: Progress and Future Direction. Nicotine & Tobacco Research [online]. 2012, 14(11), 1300-1318. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23024249. ISSN 1469-994X.

HECHT, Stephen S. Lung Carcinogenesis by Tobacco Smoke. International journal of cancer [online]. 2012, 131(12), 2724-2732. [cit. 2017-10-20]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3479369/. ISSN 0020-7136.

JEČNÁ, Veronika. Stres v povolání psychiatrické sestry. [online]. Pardubice, 2008, 83 s. [cit. 2018-03-12]. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce doc. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D. Dostupné z:

https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/29656/JecnaV_Stres%20v%20povolani_LH_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=n.

JEČNÁ, Veronika, Ladislav HOSÁK a Eva ČERMÁKOVÁ. Stres v povolání psychiatrické sestry. Česká a slovenská psychiatrie [online]. 2009, 105(1), s. 27-31 [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_1_27_31.pdf. ISSN 1212-0383.

KALETOVÁ, Markéta a kol. Kouření zdravotních sester. Pracovní lékařství, 2005, Roč. 57, č. 2, s. 87-90. ISSN 0032-6291.

KALINA, Kamil a kol. Klinická adiktologie. Praha: Grada, 2015, 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.

KALMAN, Michal et al. Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků [online]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011, 112 s. [cit. 2017-09-24]. Dostupné z: http://hbsc.upol.cz/download/narodni_zprava_zdravi_ziv_styl.pdf. ISBN 978-80-244-2986-1.

KALRA, Aditya, Aritosh BANSAL, Duff WILSON a Tom LASSETER. Reuters. Inside Philip Morris' campaign to subvert the global anti-smoking treaty. [online]. 2017, 13. 7. 2017 [cit. 2017-10-24]. Dostupné z: http://www.reuters.com/investigates/special-report/pmi-who-fctc/.

KINDL, Tomáš. Tabák a právo. Zákaz kouření chrání svobodu [online]. 2015, 30. 6. 2015 [cit. 2017-10-07]. Dostupné z: http://www.tabakapravo.cz/2015/06/zakaz-koureni-chrani-svobodu.html#_ftn14.

KRÁLÍKOVÁ, Eva. Diagnóza F-17: závislost na tabáku. Praha: Mladá fronta a.s., 2015, 102 s. ISBN 978-80-204-3711-2.

KRÁLÍKOVÁ, Eva a kol. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. Vnitřní lékařství [online]. 2015, 61(5, suppl. 1), s. 4-15. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.vnitrnilekarstvi.eu/vnitrni-lekarstvi-clanek/doporuceni-pro-lecbu-zavislosti-na-tabaku-52291. ISSN 1803-6597.

LEIGH, Adam J. et al. Smoking intensity and duration is associated with cardiac structure and function: the ECHOcardiographic Study of Hispanics/Latinos. Open Heart [online]. 2017, 4(2). [cit. 2017-10-20]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5515129/. ISSN 2053-3624.

LEWIS, Karen E., Donghee SHIN a Glyn DAVIES. Smoking habits and attitudes toward tobacco bans among United Kingdom hospital staff and students. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease [online]. 2011, 15(8), s. 1122-1126 [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2011/00000015/00000008/art00020;jsessionid=1d93f99n4kgyr.x-ic-live-03. ISSN 1815-7920.

LIANG, Peter S. et al. Cigarette smoking and colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis. International journal of cancer [online]. 2009, 124(10), 2406-2415. [cit. 2017-10-20]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19142968. ISSN 0020-7136.

LØKKE, Anders et al. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. Thorax [online]. 2006, 61(11), 935-939. [cit. 2017-10-20]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2121175/. ISSN 0040-6376.

MACKILLOP, James et al. The Role of Genetics in Nicotine Dependence: Mapping the Pathways from Genome to Syndrome. Curr Cardiovasc Risk Rep. [online]. 2010, 4(6), s. 446-453. [cit. 2017-10-21]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114454/. ISSN 1932-9520.

MADARASOVÁ GECKOVÁ, Andrea a kol. Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků v roce 2014 na základě výzkumu studie Health Behaviour in School-Aged Children realizované v roce 2014 za Českou republiku, Slovensko, Polsko, Maďarsko a Ukrajinu. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016, s. 68. [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: http://www.hbsc.upol.cz/.

MALÁ, Kateřina a kol. Užívání tabáku – informace a pracovní postup pro intervenci sestry [online]. 2016 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: http://www.slzt.cz/dokumenty/pokyny_pro_sestry_2016.pdf.

MARLOW, Scott a James STOLLER. Smoking cessation. Respiratory care [online]. 2003, 48(12), 1238-1254. [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14651764. ISSN 1943-3654.

MARTEN, Katharina et al. Non-specific interstitial pneumonia in cigarette smokers: a CT study. European Radiology [online]. 2009, 19(7), 1679-1685. [cit. 2017-10-20]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691530/. ISSN 0938-7994.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Nejčastější dotazy a odpovědi na téma nového tzv. protikuřáckého zákona (č. 65/2017 Sb.) [online]. ©2010, 12. 12. 2016 [cit. 2017-10-06]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/nejcastejsi-dotazy-a-odpovedi-na-tema-noveho-tzvprotikurackeho-zakona_13109_1.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Seznam HPH nemocnic v ČR [online]. 2017, 29. 8. 2017 [cit. 2017-09-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/seznam-hph-nemocnic-v-cr_3756_29.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Vládní návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek [online]. Praha: 30. 5. 2016, s. 288 [cit. 2017-10-06]. Dostupné z: http://www.psp.cz/doc/00/12/69/00126934.pdf.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Zdraví 2020: Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století [online]. Praha: MZ ČR, 2014, 182 s. [cit. 2017-09-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/ramcovy-souhrn-opatreni-zdravi-2020_8526_3016_5.html. ISBN: 978-80-85047-48-6.

MWENIFUMBO, Jill C. a Rachel F. TYNDALE. Molecular Genetics of Nicotine Metabolism. Handbook of experimental pharmacology [online]. 2010, 4(6), s. 446-453. [cit. 2017-10-21]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19184652. ISSN 0171-2004.

NEJEDLÁ, Marie. Fyzikální vyšetření pro sestry. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015, 284 s. ISBN 978-80-247-4449-0.

NOVÁK, Miroslav a kol. O kouření. Praha: Avicenum, 1980, 163 s. ISBN 08-060-80.

PÉREZ-RÍOS, Mónica et al. Fagerstrom test for nicotine dependence vs heavy smoking index in a general population survey. BMC Public Health [online]. 2009, 9(493). [cit. 2017-09-10]. Dostupné z: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-493. ISSN: 1471-2458.

PIASECKI, Thomas et al. WISDM Primary and Secondary Dependence Motives: Associations with Self-Monitored Motives for Smoking in Two College Samples. Drug and

alcohol dependence [online]. 2011, 114(2-3), 207-216. [cit. 2017-08-28]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3073551/. ISSN 0376-8716.

PILAŘOVÁ, Lucie. Problematika závislosti na nikotinu. Psychiatrie pro praxi [online]. 2003, 4(5) [cit. 2017-03-24]. Dostupné z: http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/05/04.pdf. ISSN 1803-5272.

POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO. Patologické závislosti. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002, 96 s. ISBN 80-86568-02-04.

PONCIANO-RODRIGUEZ, Guadalupe et al. Development and Evaluation of a New Self-Rating Test to Assess the Psychological Dependence on Smoking (TAPDS). Journal of Addiction Medicine and Therapy [online]. 2015, 3(2). [cit. 2017-09-05]. Dostupné z: https://www.jscimedcentral.com/Addiction/addiction-3-1016.pdf. ISSN 2333-665X.

RATSCHEN, Elena, John BRITTON a Ann MCNEILL. Implementation of smoke-free policies in mental health in-patient settings in England. The British Journal of Psychiatry [online]. 2009, 194(6), s. 547-551 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/F1149229736CEEC44DE01CEE40641D09/S0007125000006899a.pdf/implementation_of_smokefree_policies_in_mental_health_inpatient_settings_in_england.pdf. ISSN 0007-1250.

RATSCHEN, Elena et al. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. Abstract. General hospital psychiatry [online]. 2009, 31(6), s. 576-582 [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892217. ISSN 0163-8343.

ROHSENOW, Damaris et al. Comparison of the Cigarette Dependence Scale with Four Other Measures of Nicotine Involvement: Correlations with Smoking History and Smoking Treatment Outcome in Smokers with Substance Use Disorders. Addictive behaviors [online]. 2013; 38(8), 2409–2413. [cit. 2017-08-27]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705939/. ISSN 1873-6327.

SALAHUDDIN, Salman, Dorairaj PRABHAKARAN a Ambuj ROY. Pathophysiological Mechanisms of Tobacco-Related CVD. Global heart [online]. 2012, 7(2), 113-120. [cit. 2017-10-20]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25691307. ISSN 2211-8179.

SATO, Naomi et al. Assessment Scales for Nicotine Addiction. Journal of Addiction Research & Therapy [online]. 2012, 3(S1). [cit. 2017-08-25]. Dostupné z: https://www.omicsonline.org/assessment-scales-for-nicotine-addiction-2155-6105.S1-008.php?aid=4118. ISSN 2155-6105.

SHIFFMAN, Saul a Michael SAYETTE. Validation of the nicotine dependence syndrome scale (NDSS): a criterion-group design contrasting chippers and regular smokers. Drug Alcohol Depend [online]. 2005, 79(1), 45-52. [cit. 2017-09-10]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2659852/. ISSN 1879-0046.

SIMOČKOVÁ, Viera a Mária ZAMBORIOVÁ. Prístupy a postoje sestier k vlastnému zdraviu. In: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve [on-line]. Vyd. 1. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta. 2011, s. 345-352 [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Pracoviska/ustav-osetrovatelstva/Konferencia-zbornik-program/2011-konferencia-fulltext-web.pdf. ISBN 978-80-89544-00-4.

SMITH, Stevens et al. Development of the Brief Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives. Nicotine & tobacco research [online]. 2010, 12(5), 489-499. [cit. 2017-08-28]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861888/. ISSN 1462-2203.

SMOKE FREE PARTNERSHIP. Spotlight on the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) [online]. 2008 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: https://smokefreepartnership.eu/our-policy-work/spotlight-on-the-fctc/spotlight-1-what-is-the-fctc.

SOVINOVÁ, Hana a Ladislav CSÉMY. Užívání tabáku v České republice 2015 [online]. Praha: SZÚ, 2016. [cit. 2017-04-2]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/Uzivani_tabaku2015.pdf.

SOVINOVÁ, Hana, Petr SADÍLEK a Ladislav CSÉMY. Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997 – 2007) [online]. 2008, s. 48 [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/koureni/zprava-kuractvi-2011.pdf.

SPOLEČNOST PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU (SLZT). Nekuřácké nemocnice [online]. ©2006-2017 [cit. 2017-09-18]. Dostupné z: http://www.slzt.cz/nekuracke-nemocnice.

STOJANOVIĆ, Miodrag et al. Smoking habits, knowledge about and attitudes toward smoking among employees in health institutions in Serbia. Vojnosanitetski pregled [online]. 2013, 70(5), s. 493-500. [cit. 2017-10-21]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23789289. ISSN 0042-8450.

STUBBS, Brendon et al. Perceived stress and smoking across 41 countries: A global perspective across Europe, Africa, Asia and the Americas. Scientific reports [online]. 2017, 7(7597). [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5548752/pdf/41598_2017_Article_7579.pdf. ISSN 2045-2322.

SWAN, Gary E. et al. Nicotine metabolism: the impact of CYP2A6 on estimates of additive genetic influence. Pharmacogenetics and Genomics [online]. 2005, 15(2), 115-125. [cit. 2017-10-21]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15861035. ISSN 1744-6872.

TU, Danny et al. Socio-demographic characteristics of New Zealand adult smokers, ex-smokers and non-smokers: results from the 2013 Census. Abstract. The New Zealand medical journal [online]. 2016, 129(1447), s. 43-56 [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27977651. ISSN 0028-8446.

TUČEK, Milan a kol. Hygiena a epidemiologie. Praha: Karolinum, 2013, 358 s. ISBN 978-80-246-2025-1.

USDHHS. The Health Consequences of Smoking — 50 Years of Progress [online]. 2014 [cit. 2017-07-08]. Dostupné z: https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf.

ÚZIS. MKN-10. [online]. ©2014 [cit. 2017-03-24]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html.

VÁŇOVÁ, Alena, Miroslava SKÝVOVÁ a Ladislav CSÉMY. Užívání tabáku v České republice 2016 [online]. Praha: SZÚ, 2017. [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_2016_konecny_17_7.pdf.

VAGROPOULOS, Ioannis et al. Smoking habits among the hospital staff of a General Hospital in Northern Greece: a long way for smoke-free hospitals. Monaldi Arch Chest Dis [online]. 2006, 65(3), s. 160-164. [cit. 2017-10-21]. Dostupné z: http://monaldi-archives.org/index.php/macd/article/view/562. ISSN 2532-5264.

WHO. FCTC. Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control [online]. ©2017 [cit. 2017-09-17]. Dostupné z: http://who.int/fctc/signatories_parties/en/.

WHO. Global Health Observatory (GHO) data. Tobacco control [online]. ©2017 [cit. 2017-03-06]. Dostupné z: http://www.who.int/gho/tobacco/en/.

WHO. Global Health Observatory data repository [online]. ©2016 [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: http://apps.who.int/gho/data/node.main.SDG3A?lang=en.

WHO. MPOWER in action [online]. ©2017 [cit. 2017-09-10]. Dostupné z: http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/brochure_2013/en/.

WHO. Tobacco Free Initiative (TFI). MPOWER. [online]. ©2017 [cit. 2017-09-10]. Dostupné z: http://www.who.int/tobacco/mpower/en/.

WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017. [online]. ©2017 [cit. 2017-09-07]. Dostupné z: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/cze.pdf?ua=1.

YI, Zinan et al. Changes in cigarette smoking initiation, cessation, and relapse among U. S. adults: a comparison of two longitudinal samples. Tobacco Induced Diseases [online]. 2017, 15(17) [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Changes+in+cigarette+smoking+initiation%2C+cessation%2C+and+relapse+among+U.S.+adults%3A+a+comparison+of+two+longitudinal+samples. ISSN 1617-9625.

13 PŘÍLOHY

Příloha A - *Přehled míst, kde se navrhuje podle návrhu zákona zákaz kouření. Porovnání navrhované a stávající regulace v § 8 zákona č. 379/2005 Sb. (zjednodušeně)* (MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Vládní návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, 2016) 95

Příloha B - *Použitý dotazník* (zdroj vlastní).....96

Příloha C - *Fagerströmův test nikotinové závislosti* (KALINA, Kamil a kol. Klinická adiktologie. Praha: Grada, 2015, str. 537) 99

Příloha A - *Přehled míst, kde se navrhuje podle návrhu zákona zákaz kouření. Porovnání navrhované a stávající regulace v § 8 zákona č. 379/2005 Sb. (zjednodušeně)* (MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Vládní návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, 2016)

§ 8 odst. 1 zákaz kouření podle návrhu zákona	**§ 8 379/2005 Sb.**	**NÁVRH**	**Výjimky**
a) ve veřejnosti volně přístupném vnitřním prostoru			s výjimkou stavebně odděleného prostoru vyhrazeného ke kouření
b) v tranzitním prostoru mezinárodního letiště			s výjimkou stavebně odděleného prostoru vyhrazeného ke kouření
c) na nástupišti, v přístřešku a čekárně veřejné dopravy	*(netýká se nekrytých nástupišť)*		
d) v dopravním prostředku veřejné dopravy			
e) ve zdravotnickém zařízení a v prostorech souvisejících s jeho provozem			s výjimkou stavebně odděleného prostoru vyhrazeného ke kouření v uzavřeném psychiatrickém oddělení nebo jiném zařízení pro léčbu závislostí
f) ve škole a školském zařízení			
g) v zařízení sociálně-právní ochrany dětí, v provozovně, kde je provozována živnost, jejímž předmětem je péče o děti do 3 let, v prostoru, kde je poskytována služba péče o dítě v dětské skupině, nebo v zařízení, kde je uskutečňována mimoškolní výchova a vzdělávání, nezařazeném do rejstříku škol a školských zařízení			
h) v prostoru dětského hřiště a sportoviště určeného převážně pro osoby mladší 18 let	*(možnost dočasného/ trvalého zákazu mají obce)*		
i) ve vnitřním prostoru všech typů sportovišť			
j) ve vnitřním zábavním prostoru, jako je kino, divadlo, výstavní a koncertní síň a sportovní hala			
j) v jiném vnitřním prostoru po dobu pořádání kulturní a taneční akce			
k) ve vnitřním prostoru provozovny stravovacích služeb			s výjimkou užívání vodních dýmek
l) v prostoru zoologické zahrady			s výjimkou vnějších prostor, které provozovatel vyhradí ke kouření

v zákoně není	**kouření dovoleno**	**částečný zákaz**	**částečný zákaz +**	**úplný zákaz**

Poznámky: § 17 – opatření obcí k omezení kouření (možnost pro obce obecně závaznou vyhláškou zakázat kouření/ používání elektronických cigaret na veřejných prostranstvích v blízkosti školy, školského zařízení nebo jiného prostoru vyhrazeného pro aktivity osob mladších 18 let).

Příloha B - *Použitý dotazník* (zdroj vlastní)

Vážení a milí kolegové a kolegyně,

obracím se na Vás se žádostí o pomoc při realizaci výzkumu, prováděného v rámci závěrečné práce, který je založen zejména na Vaší ochotě.
Jmenuji se David Bláha a v současné době studuji na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice magisterský obor Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech. Tímto bych Vás chtěl požádat o vyplnění dotazníku, jehož součástí je mezinárodně standardizovaný Fagerströmův dotazník nikotinové závislosti, a který je anonymní a slouží výhradně k výzkumu mé diplomové práce na téma **Změny prevalence a míry závislosti na nikotinu u zdravotnického personálu v souvislosti se zákonem č. 65/2017.**
Celá práce je zaměřena na posouzení změn prevalence a závislosti na nikotinu u zdravotnického personálu v souvislosti s platností nového zákona na ochranu zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který by měl být platný od 31. 5. 2017.
Pokud budete ochotni/y pomoci mi při realizaci výzkumu, odpovězte, prosím, samostatně a pravdivě na uvedené otázky a vyplněný dotazník vhoďte do připravené schránky**.** Vyplněný dotazník slouží zároveň jako Váš souhlas se zařazením do výzkumu.
Výzkum proběhne ve dvou termínech, před zavedením nového zákona a s odstupem půl roku po jeho zavedení, proto bych velmi uvítal Vaši spolupráci také při opakovaném šetření.
Předem Vám děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci.
Případné dotazy směřujte na e-mailovou adresu: *david.blaha@student.upce.cz*

Pokyny k vyplnění: V uvedených otázkách označte vždy jen jednu odpověď.

1. Jakého jste pohlaví?

□ muž
□ žena

2. Jaký je Váš věk? ……

3. Jakého jste dosáhl/a nejvyššího vzdělání?

□ střední bez maturity
□ střední neodborné s maturitou
□ střední odborné s maturitou
□ vyšší odborné vzdělání
□ VŠ

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

□ sanitář/ka

□ všeobecná sestra

□ staniční sestra

□ vrchní/hlavní sestra

5. V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?

□ nemocnice okresního typu

□ psychiatrická nemocnice regionálního typu

6. Jaký je Váš vlastní vztah ke kouření tabáku?

□ jsem pravidelný kuřák ***(****pravidelný kuřák: kouří nejméně jednu cigaretu denně.)*

□ jsem příležitostný kuřák *(příležitostný kuřák: kouří, ale méně než jednu cigaretu denně)*

□ jsem bývalý kuřák *(bývalý kuřák: vykouřil více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří)*

□ jsem nekuřák *(nekuřák: v životě nevykouřil více než 100 cigaret a v současné době nekouří)*

Jste-li bývalý kuřák či nekuřák, tímto Vám děkuji za Vaši účast ve výzkumu, dále již dotazník vyplňovat nemusíte.

Dále pokračují pouze ti, co v předchozí otázce odpověděli: pravidelný či příležitostný kuřák.

Fagerströmův test nikotinové závislosti

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

□ do 5 minut

□ za 6 – 30 minut

□ za 31 – 60 minut

□ po 60 minutách

8. Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

□ ano

□ ne

9. Kterou cigaretu byste nerad/a postrádal/a?

□ první ráno

□ kteroukoli jinou

10. Kolik cigaret denně kouříte?

□ 0 – 10

□ 11 – 20

□ 21 – 30

□ 31 a více

11. Kouříte častěji během dopoledne?

□ ano

□ ne

12. Kouříte, i když jste nemocný/á a upoután/a na lůžko?

□ ano

□ ne

Děkuji Vám za Váš čas a účast ve výzkumu.

Příloha C - *Fagerströmův test nikotinové závislosti* (KALINA, Kamil a kol. Klinická adiktologie. Praha: Grada, 2015, str. 537)

Fagerströmův test nikotinové závislosti

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

□ do 5 minut	3 body
□ za 6 – 30 minut	2 body
□ za 31 – 60 minut	1 bod
□ po 60 minutách	0 bodů

2. Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

□ ano	1 bod
□ ne	0 bodů

3. Kterou cigaretu byste nerad/a postrádal/a?

□ první ráno	1 bod
□ kteroukoli jinou	0 bodů

4. Kolik cigaret denně kouříte?

□ 0 – 10	0 bodů
□ 11 – 20	1 bod
□ 21 – 30	2 body
□ 31 a více	3 body

5. Kouříte častěji během dopoledne?

□ ano	1 bod
□ ne	0 bodů

6. Kouříte, i když jste nemocný/á a upoután/a na lůžko?

□ ano	1 bod
□ ne	0 bodů

Hodnocení:

0 – 1 bod	žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu
2 – 4 bodů	střední závislost
5 – 10 bodů	silná závislost na nikotinu