

Projekt prevence kouření pro personál zdravotnického zařízení a jeho ekonomické vyhodnocení

Bc. Petra Čečatková

Diplomová práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra ČEČATKOVÁ**
Osobní číslo: **M10903**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**

Téma práce: **Projekt prevence kouření pro personál zdravotnického zařízení a jeho ekonomické vyhodnocení**

Zásady pro vypracování:

Úvod

I. Teoretická část

- Na základě dostupné literatury zpracujte teoretické poznatky týkající se problematiky řízení zdravotnické organizace ve vztahu k determinantům zdraví.

II. Praktická část

- Analyzujte současnou úroveň řízení zdravotnického zařízení a proveďte dotazníkové šetření zaměřené na problematiku kouření ve zdravotnickém zařízení.
- Na základě výsledků analýzy vypracujte projekt prevence kouření ve zdravotnickém zařízení a proveďte jeho ekonomické vyhodnocení.

Závěr

Rozsah diplomové práce: **70 stran**
Rozsah příloh:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

COMBY, B. Jak se zbavit závislosti na tabáku. Praha: Pragma, 2007. 127 s. ISBN 978-80-7349-077-5.
GLADKIJ, I. a kol. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
KRÁLÍKOVÁ, E. a KOZÁK, J. T. Jak přestat kouřit. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. 134 s. ISBN 80-85912-68-6.
NEŠPOR, K. Návykové chování a závislosti: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2000. 15 s. ISBN 80-7178-831-7.

Vedoucí diplomové práce: **MUDr. Olga Gröschlová**
Ústav managementu a marketingu
Datum zadání diplomové práce: **18. června 2012**
Termín odevzdání diplomové práce: **13. srpna 2012**

Ve Zlíně dne 18. června 2012

prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka



Ing. Pavla Staňková, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním bakalářské/diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹;
- bakalářská/diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému,
- na mou bakalářskou/diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²;
- podle § 60³ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

¹ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

- (1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.
- (2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.
- (3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

² zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

- (3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

³ zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

- (1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

- podle § 60⁴ odst. 2 a 3 mohou užít své dílo – bakalářskou/diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské/diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské/diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

- jsem bakalářskou/diplomovou práci zpracoval/a samostatně a použité informační zdroje jsem citoval/a;
- odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně

8. 8. 2012

Pavel Černý

⁴ zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

- (2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
- (3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá projektem prevence kouření pro personál zdravotnického zařízení. Je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část práce zahrnuje poznatky z odborné literatury vztahující se k tématu práce – řízení zdravotnické organizace, řízení lidských zdrojů a problematiky kouření. V praktické části je pomocí dotazníkového šetření analyzována problematika kouření mezi zaměstnanci Psychiatrické léčebny v Kroměříži. Výsledky analýzy jsou východiskem pro projekt prevence kouření, jehož cílem je snížení počtu kuřáků mezi zaměstnanci léčebny.

Klíčová slova: prevence kouření, personální řízení, péče o zaměstnance, zdravotnické zařízení, zdraví

ABSTRACT

The thesis deals with the project of smoking prevention for staff of medical facilities. It is divided into two parts – theoretical and practical. There are knowledges relating to the topic from scientific literature – management of medical facility, human resources management and issue of smoking in the theoretical part of thesis. The problem of smoking among staff members of the Psychiatric hospital in Kromeriz is analysed via questionnaire survey in the practical part. The results of this analysis are the basis for the project of smoking prevention. The goal of the project is to reduce the number of the smokers among the staff members of the psychiatric hospital.

Keywords: the smoking preventiv, human resources management, care for staff members, medical facility, health

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce, MUDr. Olze Gröschlové, za odborné vedení a cenné rady, které mi velmi pomohly při zpracování této práce.

Z celého srdce děkuji mé rodině za trpělivost a podporu v průběhu studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 MANAGEMENT ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ | 12 |
| 1.1 ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ | 12 |
| 1.2 MANAGEMENT ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ..... | 14 |
| 2 PERSONÁLNÍ MANAGEMENT | 16 |
| 2.1 ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ | 16 |
| 2.2 MODELY ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ..... | 16 |
| 2.3 NÁSTROJE PRO ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ..... | 17 |
| 2.4 CÍLE ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ | 18 |
| 2.5 PERSONÁLNÍ ČINNOSTI | 18 |
| 2.5.1 Plánování pracovníků..... | 19 |
| 2.5.2 Získávání a výběr pracovníků | 19 |
| 2.5.3 Vzdělávání, odborný rozvoj | 19 |
| 2.5.4 Organizace práce | 20 |
| 2.5.5 Hodnocení | 20 |
| 2.5.6 Odměňování | 21 |
| 2.5.7 Pracovní podmínky | 22 |
| 2.5.8 Péče o pracovníky | 22 |
| 2.6 DETERMINANTY ZDRAVÍ A PODPORA ZDRAVÍ..... | 23 |
| 2.6.1 Podpora zdraví na pracovišti | 24 |
| 3 KOUŘENÍ | 26 |
| 3.1 HISTORIE..... | 26 |
| 3.2 TABÁK | 27 |
| 3.2.1 Objevení a pěstování | 27 |
| 3.3 CIGARETOVÝ KOUŘ | 27 |
| 3.3.1 Nikotin..... | 28 |
| 3.3.2 Oxid uhelnatý | 28 |
| 3.3.3 Dehet | 29 |
| 3.3.4 Benzen..... | 29 |
| 3.3.5 Těžké kovy | 29 |
| 3.4 ZDRAVOTNÍ NÁSLEDKY KOUŘENÍ | 29 |
| 3.4.1 Onemocnění kardiovaskulárního systému | 30 |
| 3.4.2 Onemocnění respiračního traktu | 31 |
| 3.4.3 Karcinomy plic..... | 31 |
| 3.5 PASIVNÍ KOUŘENÍ..... | 32 |
| 3.6 ZÁVISLOST | 32 |
| 3.6.1 Abstinenční příznaky | 33 |
| 3.7 ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ | 34 |
| 3.7.1 Mezinárodní doporučení odvykání kouření | 34 |
| 3.7.2 Asistovaná pomoc | 35 |
| 3.7.3 Léková terapie | 36 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 3.7.4 | Režimová opatření | 36 |
| 3.7.5 | Prevence | 37 |
| 3.7.6 | Rámcová úmluva o kontrole tabáku..... | 37 |
| II | PRAKTICKÁ ČÁST | 39 |
| 4 | DŮSLEDKY KOUŘENÍ Z EKONOMICKÉHO POHLEDU | 40 |
| 5 | ŘÍZENÍ PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY V KROMĚŘÍŽI..... | 42 |
| 5.1 | HISTORIE | 42 |
| 5.2 | ORGANIZAČNÍ STRUKTURA PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY | 43 |
| 5.3 | ZAMĚSTNANECKÉ VÝHODY V PL KROMĚŘÍŽ | 46 |
| 6 | ANALÝZA KOUŘENÍ ZAMĚSTNANCŮ..... | 48 |
| 6.1 | DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ..... | 48 |
| 6.2 | VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ | 63 |
| 7 | PROJEKT PREVENCE KOUŘENÍ..... | 67 |
| 7.1 | CÍLE PROJEKTU:..... | 67 |
| 7.2 | ÚKOLY V RÁMCI PROJEKTU | 68 |
| 7.2.1 | Školení personálu | 69 |
| 7.2.2 | Školení zaměstnanců | 71 |
| 7.2.3 | Informační materiály | 74 |
| 7.2.4 | Role závodního lékaře v projektu | 79 |
| 7.2.5 | Terapeutická skupina | 79 |
| 7.2.6 | Standard..... | 79 |
| 7.2.7 | Farmakologická podpora odvykání kouření..... | 83 |
| 7.3 | ČASOVÁ ANALÝZA | 84 |
| 7.4 | NÁKLADOVÁ ANALÝZA | 86 |
| 7.5 | RIZIKOVÁ ANALÝZA | 88 |
| 7.6 | ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ PROJEKTU | 89 |
| | ZÁVĚR | 90 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 91 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK..... | 94 |
| | SEZNAM OBRÁZKŮ | 95 |
| | SEZNAM TABULEK..... | 96 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 98 |

ÚVOD

V současné době vysoce konkurenčního tržního prostředí a rostoucího tlaku na pracovní trh si mnoho zaměstnavatelů uvědomuje potřebu zavádět opatření ke zlepšování produktivity a efektivity práce a rovněž k pozvednutí pracovního prostředí a kultury. Společnost i jednotlivé podniky jsou stále více závislé na dobře zacvičených, vysoce kvalifikovaných a motivovaných zaměstnancích. Podpora zdraví na pracovišti je jednou z možností, které přispívají k vyrovnání se s těmito nároky.

Problematika kouření a jeho vlivu na zdraví člověka je velmi rozsáhlá a známá. Kouření představuje nejčastější preventabilní příčinu úmrtí v západních zemích. Navzdory vysokému povědomí o nikotinu, jeho rizicích a řadě protikuřáckých opatření v západní a střední Evropě zůstává prevalence kouření vysoká.

Zdravotnická zařízení musí být už ze zákona nekuřáckým prostředím, což platí pro zaměstnance, pacienty i návštěvníky. Logika takového opatření je jasná – lidé se do zdravotnických zařízení přicházejí léčit, nikoliv inhalovat tabákové zplodiny. Od zdravotníků se očekává směrem k laické veřejnosti příkladný přístup, realita je však mnohdy jiná. Směrnice a v nich formulované zákazy jsou sice nástrojem řízení, ale ne vždy jsou v praxi efektivní. Mezi lékaři je necelých 20 % kuřáků, avšak mezi zdravotními sestrami je to až 40%. K tomu aby někdo odložil cigarety, nelze nikdy nutit, každý se musí rozhodnout sám. Ale můžeme motivovat, a tak lehce k rozhodnutí pomáhat. Motivací může být cokoli – zdraví, peníze, nejbližší okolí nebo cokoli jiného. Kromě vlastního pevného rozhodnutí je zapotřebí odborná pomoc. Byť chce řada kuřáků s kouřením přestat, abstinence bez asistence je jen marginálně úspěšná – 3 – 5%. S odbornou pomocí a podporou je ovšem úspěšnost vysoká.

V diplomové práci jsem se proto zaměřila na vytvoření projektu podpory zdraví na pracovišti se zaměřením na řešení problému kouření zaměstnanců zdravotnického zařízení. Vymezila jsem si tři cíle, a to dva primární a jeden sekundární.

Primárním cílem diplomové práce je v praktické části vytvoření projektu prevence kouření pro personál Psychiatrické léčebny v Kroměříži. Druhým primárním cílem je analýza problematiky kouření zaměstnanců psychiatrické léčebny. Sekundárním cílem práce je zpracování teoretických poznatků zaměřených na personální řízení a problematiku kouření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MANAGEMENT ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

1.1 Zdravotnické zařízení

Zdravotnická zařízení se v posledních letech ocitají ve stále náročnějším prostředí. Vysoké nároky na ně kladou jak pacienti, tak vznikající konkurence. Lékařská věda se velmi rychle vyvíjí a její poznatky se stejným tempem zavádějí do praxe. Tím se zdravotnická zařízení i přes zachování svých specifik, vyplývajících z poslání zdravotní péče, stále více podobají firmám z tržních odvětví. Jejich řízení je stále náročnější a složitější. (Souček a Burian, 2006)

Řízení je vzájemné působení mezi řízeným objektem a řídicím subjektem. Je tedy vždy nutné přizpůsobovat vlastní řízení typu organizace. Jednotlivých typů zdravotnických zařízení je celá řada a můžeme je dělit podle různých hledisek a několika kritérií. Umožní nám to chápat vzájemnou odlišnost různých typů institucí a důvody, které vedly k vytvoření právě těch institucí, jež existují, zvolit správnou organizaci řídicí soustavy, správné kroky a opatření v rámci řídicí soustavy. Dělení zdravotnických zařízení:

- ambulantní a lůžkové zařízení
- preventivní, léčebné a rehabilitační zařízení
- zařízení pro akutní a chronickou léčbu
- zařízení vzniklé na základě medicínských oborů
- zařízení primární, sekundární a terciární léčby

Pyramidu zdravotnických služeb tvoří tři druhy péče – primární, sekundární a terciární.

V primární péči jde o poskytnutí nezbytné zdravotní péče, dostupné za cenu, kterou si stát nebo komunita mohou dovolit, praktickými, vědecky ověřenými a společensky přijatelnými metodami. V České republice jsou do tohoto druhu péče zahrnuti praktičtí lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost, stomatologové a gynekologové. Sekundární zdravotní péče poskytuje specializovanou ambulantní a odbornou nemocniční péči. Pacient do ní většinou vstupuje z primární péče. Terciární zdravotní péče bývá vysoce specializovaná a komplexní. Je mimořádně nákladná a pacient je do ní odeslán ze sekundární péče pro složitou diagnostiku a terapii. (Gladkij, 2003)

Z pohledu řízení zdravotnických institucí má největší význam řízení nemocnic. Nemocnice je „lůžkové zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a je schopno poskytovat nepřetržitě lékařské a ošetrovatelské služby.“ Nemocnice poskytují léčbu těm pacien-

tům, kteří nemohou být léčeni ambulantně. Vedle diagnostické a léčebné funkce jsou nemocnice také střediskem negraduálního a postgraduálního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Jak uvádí Gladkij (2003), nemocnice jsou tříděny podle několika hledisek:

1. Podle délky ošetrovací doby:
 - nemocnice akutní péče, které mají délku ošetrovací doby pacienta do 30 dnů
 - nemocnice pro dlouhodobě nemocné, kde je průměrná ošetrovací doba jednoho pacienta delší
2. Podle typu vlastnictví:
 - nemocnice ve vlastnictví a správě státu. Většinou velké nemocnice, fakultní, vojenské a léčebné ústavy
 - veřejné nemocnice, které vlastní a spravují obce
 - nemocnice soukromé, ale neziskového charakteru ve vlastnictví a správě církvi nebo jiných dobročinných organizací
 - soukromé nemocnice založené na podnikatelském principu
3. Podle převažujícího druhu péče se nemocnice dělí na všeobecné a specializované. Specializované nemocnice jsou zpravidla odborné léčebné ústavy, např. psychiatrické léčebny, léčebny respiračních nemocí.

Všeobecné se pak ještě podle rozsahu lůžkového fondu dělí na:

- malé nemocnice, které mají zpravidla do 300 lůžek
- střední nemocnice s 300 až 600 lůžky
- velké nemocnice s lůžkovou kapacitou větší než 600 lůžek

Z pohledu provozu se každá nemocnice člení na tři subsystemy, které pracují relativně odděleně.

1. Léčebně - preventivní úsek tvoří jednotlivá oddělení či kliniky podle oborů, která mají zpravidla ambulantní a lůžkovou složku
Komplement tvoří laboratorní a přístrojová pracoviště, která slouží všem oddělením k diagnostickým účelům.
2. Oddělení logistická, vykonávající podpůrné činnosti k zajištění správného chodu léčebné péče. Patří sem stravovací provoz, prádelna, dopravní služba, energetika, správa IT technologií, údržba aj.
3. Ekonomicko – správní oddělení, které zahrnuje vrcholový management, ekonomické oddělení, personální aj.

Poměr počtu odborných zdravotnických pracovníků a pracovníků ostatních složek pak závisí na více faktorech, nemůže být v každé nemocnici stejný. Záleží na dispozičním řešení konkrétní nemocnice, zajištění služeb (prádlo, strava, úklid) vlastním personálem, nebo jiným dodavatelem. (Gladkij, 2003)

1.2 Management zdravotnického zařízení

Management zdravotnické organizace se od managementu v jiných oborech liší filozofií služeb. Mezi hlavní funkce zdravotnických služeb patří:

- udržení zdraví a předcházení nemocem
- diagnostika a léčba poruch zdraví a návrat lidí do produktivního a nezávislého života
- prodloužení života a zlepšování jeho kvality
- poskytování péče kvalitně, přiměřeně, hospodárně a spravedlivě

Formy a metody řízení zdravotnických institucí se podobají firmám, které se zabývají jinou činností. V jakékoliv firmě se management snaží o to, aby byly výnosy minimálně stejné jako náklady, o rovnováhu mezi příjmy a výdaji, o odměňování pracovníků založeném na jejich výkonu. Úsilí firmy je zaměřeno na uspokojování potřeb zákazníků. Zdravotnictví má však řadu specifik, které tvoří řízení zdravotnických zařízení mimořádně složité. Jsou to především tyto příčiny:

- Nerovnováha mezi úrovní lékařské vědy a zdroji, kterými rezort zdravotnictví disponuje. Objevují se stále nové a nové diagnostické i terapeutické metody a přístroje, které ovšem stojí nemalé peníze. Zdravotnictví zpravidla nemá k dispozici takové zdroje, aby všichni pacienti mohli být léčeni nejmodernějšími způsoby a technikou. Lékaři se tím dostávají do rozporu mezi svým svědomím a reálnými možnostmi.
- Dalším faktorem je náročné normování zdravotnických výkonů. Nelze přesně určit spotřebu léků, času, materiálu. Reakce lidského organismu na léčbu či diagnostiku jsou individuální, dají se předvídat jen do určité míry. Při plánování jsou důležité normy výkonů a spotřeby, které však ve zdravotnictví nedokážeme přesně stanovit.
- Nechuť zdravotníků zabývat se ekonomikou, financováním a řízením. Zdravotníci se musejí celoživotně odborně vzdělávat a chybí jim pak prostor i chuť ke studiu ekonomických a manažerských metod. I když už k vědomé nehospodárnosti dochází zřídka, přeci jen by si tato oblast zasloužila větší pozornost vedoucích pracovníků

jednotlivých úseků. „*Cílem není maximální snížení nákladů, nýbrž využití disponibilních zdrojů k poskytnutí optimální péče co nejširšímu okruhu pacientů.*“ (Souček, 2006, s. 22)

- Silné lobby farmaceutických, přístrojových a stavebních firem, které často nadhodnocují používání dalších léků, přístrojů a nových budov, je dalším faktorem přispívajícím k obtížnosti vedení zdravotnické instituce. Je těžké najít hranici mezi tím, co je v konkrétní situaci potřebné a co už přebytečné.
- Do popředí se v posledních letech dostává také vliv pacientů, sdružujících se v různých organizacích. S tím souvisí i postupná orientace advokátů do zdravotnické oblasti po vzoru západních zemí.
- Množství zdravotních pojišťoven, které si nekonkurují co do obsahu poskytované péče. (Souček, 2006)

2 PERSONÁLNÍ MANAGEMENT

Největší bohatství, které podnik (zdravotnické zařízení) má je v lidech, kteří zde pracují. Člověk již není vnímán jako faktor výroby, ale je chápán jako zdroj rozvoje firmy. Řízení je chápáno jako organizování schopností lidí k dosahování podnikových cílů.

2.1 Řízení lidských zdrojů

„Řízení lidských zdrojů je definováno jako strategický a logicky promyšlený přístup k řízení toho nejcennějšího, co organizace mají – lidí, kteří v organizaci pracují a kteří individuálně i kolektivně přispívají k dosažení cílů organizace.“ (Armstrong, 2010)

Termín řízení lidských zdrojů (dále ŘLZ) a lidské zdroje téměř nahradily termín personální řízení ve smyslu označení procesů týkajících se řízení lidí v organizacích. Obecným cílem řízení lidských zdrojů je zajistit, aby byla organizace schopna prostřednictvím lidí úspěšně plnit své cíle. ŘLZ se snaží o optimální využití schopnosti každého zaměstnance, který v organizaci pracuje a o zajištění optimálních podmínek pro profesionální rozvoj každého zaměstnance. (Armstrong, 2010)

Význam ŘLZ spočívá především v:

- zvýšení produktivity práce
- zvýšení motivace zaměstnanců
- snížení výdajů za přesčasovou práci
- minimalizaci absencí
- snížení ztrátových časů zaměstnanců
- snížení fluktuace
- omezení plýtvání

2.2 Modely řízení lidských zdrojů

ŘLZ se odvíjelo od administrativního personálního řízení, které převládalo do 60. let minulého století, přes sociálně – liberální přístup až po manažerské pojetí, které známe od 80. let minulého století. V administrativním pojetí je člověk vnímán jako jeden z faktorů výroby, personální řízení je orientováno na zabezpečení potřebného počtu a struktury zaměstnanců. Sociálně – liberální pojetí personálního řízení vidí člověka jako jeden z faktorů výroby, který je ale sociálně ovlivněn prostředím, pracovními vztahy a personální řízení přijímá odpovědnost i za ochranu a rozvoj člověka. Manažerské pojetí vidí personální řízení jako součást strategického řízení podniku a je zde jednoznačně definována odpovědnost

manažera pro ŘLZ, který je členem vrcholového vedení podniku. Člověk je v tomto pojetí subjektem spolupráce, je mu věnována velká pozornost. (Gregar, 2004)

V manažerském pojetí se vytvořily dva modely. Model shody vytvořila Michiganská škola jako jednu z prvních formulací pojetí ŘLZ. Je postaven na názoru, že systémy lidských zdrojů a struktura organizace by měly být řízeny v souladu se strategií organizace. Podle modelu existují čtyři základní funkce ŘLZ vykonávané ve všech organizacích. Jedná se o výběr, či spojování existujících lidských zdrojů s pracovními místy, hodnocení pracovního výkonu, odměňování a rozvoj kvalitních pracovníků. Harvardský systém je založen na strategické vizi manažerů. Pohlíží na zaměstnance jako na potencionální bohatství a ne jako na nákladovou položku. Na řízení lidí se nepodílí jen personální oddělení a personalisté, ale celý management, který musí jasně naplánovat, jací pracovníci budou v organizaci zaměstnáni, jak se budou rozvíjet a jak se toho dosáhne. (Armstrong, 2010)

2.3 Nástroje pro řízení lidských zdrojů

K řízení výkonnosti personálu existují tyto tři přístupové cesty:

1. Řízení počtu a rozmístění lidí, organizace práce, výkonový standard pracovních podmínek a podmínek bezpečnosti práce. „Lidé musí vědět, co mají dělat a musí mít možnost to dělat.“
2. Řízení odborné přípravy a rozvoj kvalifikace. Stanovování kvalifikačních požadavků na pracovní místa, vypracování programu rozvoje kvalifikace. „Lidé musí vědět, jak mají dělat to, co mají dělat.“
3. Řízení motivace lidí, stanovení pravidel odměňování, hodnocení, karierní postup, komunikace, týmová práce. „Lidé musí chtít dělat to, co mají dělat.“

Moderní koncepce řízení lidských zdrojů stanovuje dva základní principy řízení:

- Optimální využití schopností každého pracovníka, který v organizaci pracuje.
- Optimální podmínky pro profesionální rozvoj a kultivaci osobnosti pracovníka.

Human Resource Economy (HRE) je efektivní využití schopnosti lidských zdrojů.

Human Resource Development (HRD) je rozvoj lidských zdrojů.

HRE se snaží o optimální využití schopností lidských zdrojů na pracovišti, vytváří:

- podmínky organizace práce a pracovních systémů
- efektivní systém odměňování
- motivační program podniku

HRD vytváří optimální podmínky pro rozvoj schopností každého pracovníka a mezi jeho aktivity patří:

- prognózování a plánování personálních potřeb
- vyhledávání, výběr, příjem, rozmisťování a adaptace pracovníků
- odborný rozvoj a formování profesionální kariéry zaměstnanců
- tvorba pracovních podmínek, ergonomie, bezpečnost práce
- tvorba podmínek pro rozvoj životního stylu zaměstnanců
- kultivace pracovních vztahů, tvorba vztahů k veřejnosti (Gregar, 2004)

2.4 Cíle řízení lidských zdrojů

Obecným cílem ŘLZ je zajištění schopnosti organizace úspěšně plnit své cíle prostřednictvím lidí.

Existuje několik faktorů, kterými jsou ovlivňovány cíle řízení lidských zdrojů. Jde především o strategii podniku, používání technologií určující profese, kvalifikaci a pracovní prostředí a také o finanční a komerční faktory. Cíle jsou dle Brodského (2009) rozděleny do čtyř skupin:

Cíle společenské – činnosti vedoucí k dodržování platné legislativy, vztahů mezi subjekty vně organizace.

Cíle organizační – efektivní plánování zaměstnanosti, zaškolení, hodnocení pracovního výkonu, kontrolní činnosti.

Cíle funkční – vytváření pracovního prostředí a poskytování údajů, které vedou k efektivnímu využívání zdrojů v organizaci.

Osobní cíle – soulad mezi osobní kariérou pracovníka a potřebami organizace.

Podle Armstronga (2010) je obecným cílem ŘLZ zajištění schopnosti organizace úspěšně plnit své cíle prostřednictvím lidí.

2.5 Personální činnosti

Personální činnosti představují významnou část práce personálního oddělení. Nevykonávají ji však pouze personalisté, ale celá řada zaměstnanců. Personální útvar pak zajišťuje, organizuje, koordinuje své činnosti a kontroluje a usměrňuje činnost všech ostatních, kteří se podílejí na personálním řízení. Mezi personální činnosti patří následující aktivity.

2.5.1 Plánování pracovníků

Zahrnuje rozbor prostředí, vnitřních a vnějších podmínek, předpověď poptávky po práci, nabídky lidských zdrojů. Slouží k tomu, aby měl podnik v přítomném i budoucím čase dostatek pracovních sil:

- v potřebném množství
- s potřebnými znalostmi, dovednostmi, zkušenostmi
- optimálně motivovaných
- flexibilních a připravených na změny
- optimálně rozmístěných na pracovní místa v organizačních celcích
- ve správný čas a s přiměřenými náklady

Personální plánování musí být v souladu s podnikovou strategií, s podnikovým plánováním.

2.5.2 Získávání a výběr pracovníků

Cílem této personální činnosti je podle Gregara (2010) vybrat a najmout požadované množství kvalifikovaných pracovníků. Fáze výběru pracovníků jsou tři:

1. Definování požadavků zahrnuje specifikaci pracovního místa, požadavky.
2. Získávání pracovníků z vnitřních nebo vnějších zdrojů.
3. Výběr uchazečů probíhá formou pohovorů, testování, hodnocení referencí.

Adaptace nového zaměstnance má pracovní a sociální rovinu a promítá se do jeho spokojenosti s prací. Cílem řízené adaptace je:

- překonat období, kdy se zaměstnanec vyrovnává s novým prostředím
- vytvořit u něj příznivý postoj a vztah k podniku
- dosáhnout toho, aby nový zaměstnanec v co nejkratším čase podával žádoucí pracovní výkon
- snížit pravděpodobnost brzkého odchodu zaměstnance

2.5.3 Vzdělávání, odborný rozvoj

Odborný rozvoj a formování pracovních schopností se v současné době stává celoživotním procesem. Cílem vzdělávání pracovníků je rozvoj schopností, jež potřebují k lepšímu výkonu. Z pohledu organizace je nezbytné, aby investice do vzdělání podporovaly rozvoj právě těchto schopností.

Aktivita, které podle Kociánové (2010) zahrnují vzdělávání pracovníků:

- Prohlubování pracovních schopností, kde jde v podstatě o doškolení v rámci pracovního místa, přizpůsobení pracovních schopností měnícím se požadavkům.
- Rozšiřování pracovních schopností tak, aby zaměstnanci zvládli znalosti a dovednosti potřebné k vykonávání i jiných pracovních míst a prací.
- Zajišťování rekvalifikačních kurzů, v nichž jsou zaměstnanci přeškolení na povolání, která podnik potřebuje.
- Orientace pracovníků znamená přizpůsobování pracovních schopností nových pracovníků požadavkům určitého pracovního místa, používané technologii, stylu práce, kultuře organizace.
- Formování pracovních schopností překračuje hranice odborné kvalifikace, zahrnuje i formování vlastností a osobnosti pracovníků.

Výdaj na vzdělávání a rozvoj zaměstnanců představuje pro firmu dlouhodobou investici. Efektivnost takto vložených prostředků je však obtížně měřitelná. (Mohelská, 2009)

2.5.4 Organizace práce

Cílem optimalizace organizace práce je vytvořit takové podmínky, při kterých mohou pracovníci dosahovat zadaných cílů při minimální spotřebě času, materiálu, financí a s minimální osobní nespokojeností. Východiskem pro stanovení podmínek pro optimální uspořádání pracovního procesu je analýza práce, analýza pracovního místa. Je to klíčový krok v personálních činnostech, na němž je postavena řada dalších personálních činností. Analýza práce je podle Gregara (2004) nezbytným předpokladem kvalitního provedení těchto aktivit personální činnosti:

- úprava a změna pracovního prostředí
- úprava a změna systému řízení
- normování práce
- stanovení kritérií pro hodnocení
- posuzování a výběr uchazečů o výkon určité profese
- projektování výcviku, výchovy a kariérových drah
- rozbor úrazovosti ev. snížené výkonnosti pracovníků

2.5.5 Hodnocení

Hodnocení pracovníků poskytuje organizaci představu o výkonech, jednání a pracovních schopnostech jednotlivců. Cílem hodnocení je zlepšit výkonnost a pracovní chování za-

měšťnanců a získat informace potřebné k zaměření jejich osobního rozvoje a dalšího využití v organizaci. Pracovní hodnocení je zaměřené na výsledky práce, které jsou měřitelné, objektivně zhodnotitelné. Dále na pracovní chování, kde se hodnotí iniciativa, rozhodnost, umění jednat. Hodnotí se také soulad pracovních schopností daného pracovníka (znalosti, schopnosti, dovednosti) s požadavky daného pracovního místa.

Hodnocení se pak využívá pro odměňování, povyšování nebo přerazování, motivování a rozvoj kvalifikace. Hodnotitelem může být bezprostřední nadřízený, spolupracovníci, podřízení, zákazníci, psycholog, sám pracovník. (Kocianová, 2010)

2.5.6 Odměňování

Odměňování a mzdová politika podniku je jednou z nejvýznamnějších personálních činností. Je to silný nástroj ovlivňování a motivace výkonnosti a pracovního chování zaměstnance. V moderním řízení lidských zdrojů odměňování neznámá jen mzdu, plat nebo jiné formy peněžní odměny. Podle Armstronga (2010, s. 521) „celková odměna obsahuje nejen tradiční, kvantifikovatelné prvky, jako je mzda/plat, proměnlivá složka mzdy/platu a zaměstnanecké výhody, ale také méně hmatatelné nepeněžní prvky, jako jsou prostor pro získávání a uplatňování pravomocí/odpovědnosti, příležitosti ke kariéře, vzdělávání a rozvoj, vnitřní motivace plynoucí z práce samé a kvalita pracovního života, které organizace nabízí“.

Podle této definice je tedy celková odměna složena z následujících prvků:

- Celková hmotná odměna – transakční odměna – základní mzda, zásluhová odměna, peněžní bonusy, dlouhodobé pobídky, akcie, podíly na zisku, zaměstnanecké výhody (dovolená, zdravotní péče, jiné funkční výhody).
- Nepeněžní odměna – vztahová odměna – vzdělávání a rozvoj (vzdělávání na pracovišti, řízení pracovního výkonu, rozvoj kariéry), zkušenosti a zážitky z práce, pracovní prostředí. (Brodský, 2009)

| | | | |
|---------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------|
| Transakční odměny | Základní mzda / plat | Celková hmotná odměna | Celková odměna |
| | Zásluhová odměna | | |
| | Zaměstnanecké výhody | | |
| Relační (vztahové) odměny | Vzdělávání a rozvoj | Nepeněžní / vnitřní odměny | |
| | Zkušenosti / zážitky z práce | | |

Obr. 1 Složky celkové odměny (Armstrong, 2010, s. 521)

Koncepce celkové odměny má následující výhody:

- větší vliv na motivaci a loajalitu pracovníků
- zlepšení zaměstnaneckých vztahů
- flexibilitu v uspokojování individuálních potřeb
- větší atraktivitu při vyhledávání talentů a jejich řízení

2.5.7 Pracovní podmínky

Pracovníci jsou nejdůležitějším zdrojem, který má organizace k dispozici. A pokud jde o kvalifikované pracovníky, jsou zdrojem nejdražším. V práci tráví lidé téměř třetinu svého času. Je tedy důležité věnovat pozornost pracovním podmínkám, mezi něž patří v nejširším pojetí ekonomické, technické a technologické podmínky, pracovní doba a pracovní režim, prostředí, bezpečnost práce, sociální podmínky práce a péče o pracovníky. V užším pojetí jde o organizaci pracovní doby, pracovní prostředí (prostorové a fyzikální podmínky práce), bezpečnost a ochranu zdraví při práci, sociálně – psychologické podmínky práce, povinnou péči o pracovníky. Mnohé z podmínek práce jsou uzákoněné. (Kocianová, 2010)

2.5.8 Péče o pracovníky

Reprezentuje celospolečenské zájmy a cíle (týkající se občanských práv, zdraví a sociálního rozvoje člověka), individuální zájmy a cíle člověka (uspokojování jeho potřeb) a zájmy a cíle organizace (týkající se zabezpečení potřebných pracovníků).

Rozdělujeme ji do tří skupin:

1. Povinnou péči, která je daná zákony, předpisy a kolektivními smlouvami vyšší úrovně.
2. Smluvní péči, kterou upravují kolektivní smlouvy uzavřené na úrovni organizace.
3. Dobrovolnou péči o pracovníky je výrazem sociální politiky zaměstnavatele, jeho úsilí o získání konkurenční výhody na trhu práce.

Péče o pracovníky v nejširším pojetí zahrnuje podle Mohelské (2009) tyto oblasti:

- pracovní doba a pracovní režim (flexibilní délka a umístění pracovní doby, např. klouzavá pracovní doba)
- pracovní prostředí (prostor, fyzikální podmínky, sociálně – psychologické podmínky práce)
- bezpečnost práce a ochrana zdraví při práci
- personální rozvoj pracovníků (prohlubování, rozšiřování kvalifikace)

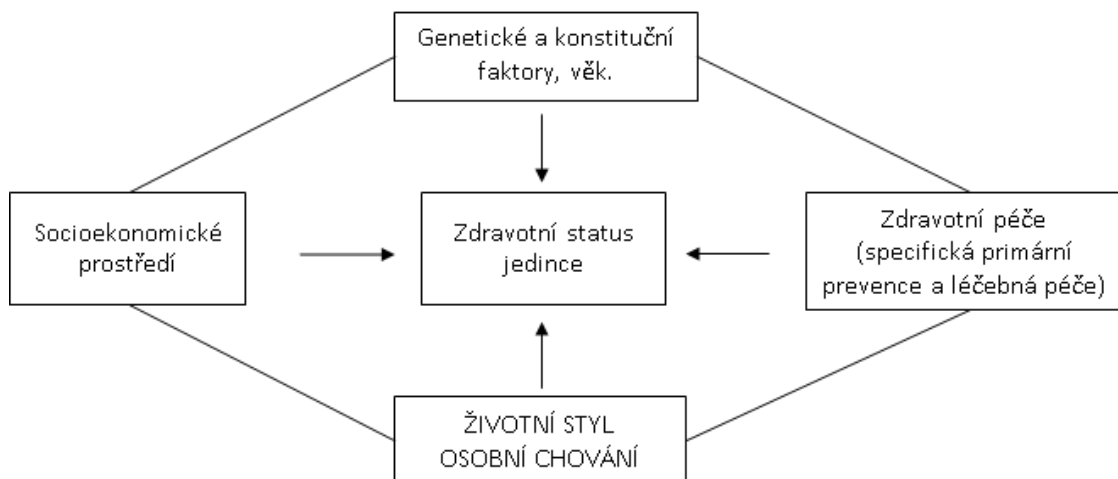
- služby poskytované na pracovišti (stravování, hygienická zařízení, zdravotní služby, pracovní oděvy a pomůcky, doprava do zaměstnání, poradenské služby pro pracovníky)
- další služby poskytované pracovníkům a jejich rodinám – sociální služby (kulturní a sportovní aktivity, bydlení, péče o děti, půjčky, příspěvky na různá pojištění, pomoc v obtížných situacích, péče o důchodce a pracovníky na mateřské, poradenské služby např. podnikového právníka, psychologa, lékaře aj.)
- péče o životní prostředí

Pojetí a rozsah péče o pracovníky se liší v různých zemích a to především v míře uzákonění.

2.6 Determinanty zdraví a podpora zdraví

Determinanty zdraví jsou komplexy příčinných faktorů působících integrovaně na zdraví člověka. Mohou působit pozitivně, což znamená zdraví chránit a upevňovat, nebo negativně, to je přispívat ke vzniku nemoci a její průběh zhoršovat. Příčiny vzniku nemocí mají multifaktorovou interakční povahu. Gladkij (2002) říká, že nemoc nezpůsobí jeden faktor, ale působení více faktorů najednou:

1. Geneticko-konstituční faktory: věk, pohlaví, genetické utváření, imunologický status, výživový status determinovaný metabolickými pochody, konstituční typ.
2. Zdravotnická péče: preventivní a kurativní činnost, zdravotní výchovu obyvatel, dostupnost lékařské péče, organizační uspořádání zdravotnické péče.
3. Životní styl a osobní chování zahrnují: úroveň výživy a výživové zvyklosti, režim trávení volného času, pohybovou aktivitu, požívání alkoholu, drog a kouření, úroveň bezpečnosti práce, zachování zásad bezpečnosti v mimopracovních činnostech.
4. Socioekonomické prostředí obsahuje tyto komponenty: ekonomickou úroveň společnosti, faktory bydlení, faktory zaměstnání, reálný příjem, zaměstnanost (nezaměstnanost), úroveň životního prostředí, sociální status jedince, úroveň mezilidských vztahů, politickou a ideologickou dimenzi společnosti.



Obr. 2 Determinanty zdraví (Gladkij, 2002, str. 43)

Tyto čtyři oblasti se na zdravotním stavu podílejí různou měrou. Největší podíl, asi 50%, má životní styl. Genetické faktory 20%, socioekonomické prostředí také 20% a zdravotnická péče asi 10-15%. (Šatera, 2012)

2.6.1 Podpora zdraví na pracovišti

Podporou zdraví se rozumí aktivity, jež vedou k uchování a zlepšení zdraví. V rámci ekonomiky podpory zdraví patří mezi nejdiskutovanější témata:

- ekonomické otázky závislostí (kouření, alkohol, drogy)
- náklady a přínosy preventivní péče
- ekonomické aspekty podpory zdraví na pracovišti a v komunitě (náklady a přínosy specifických programů)
- vzdělávání ke zdraví (vzdělávání, které propaguje zdraví životní styl). (Barták, 2010)

Podpora zdraví je strategie doplňující současný systém péče o zdraví při práci. Na rozdíl od bezpečnosti práce a ochrany zdraví při práci neexistují pro poskytování podpory zdraví v podnicích právní požadavky ani povinná infrastruktura. Zaměstnavatelé však již uznávají význam podpory zdraví na pracovišti a snaží se tyto aktivity připravovat a realizovat. Mezi výhody, které podpora zdraví v podniku přináší, patří zejména zlepšení zdraví a pracovní pohody zaměstnanců a z toho plynoucí pokles především dlouhodobé pracovní neschopnosti a zvýšení produktivity práce. Dále může přinést snížení počtu chorob souvisejících s prací a pracovních úrazů a v neposlední řadě také zlepšení pověsti a atraktivity podniku u pracujících. (Szú, ©2005)

Ministerstvo zdravotnictví vypisuje každý rok výběrové řízení do dotačního programu „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“. Cílem tohoto programu je dlouhodobě podporovat zájem o aktivní vztah a odpovědnost ke zdraví a jeho posilování v rodinách, školách, podnicích, obcích a jiných společenstvích prostřednictvím realizace projektů podpory zdraví. V rámci tohoto dotačního programu mohou požádat o dotaci na projekty podpory zdraví různé organizace. Tematické okruhy, ke kterým lze podávat žádost jsou:

- prevence užívání tabákových výrobků a nadměrné spotřeby alkoholu
- ozdravení výživy a optimalizace pohybové aktivity
- komplexní projekty (Mzcr, ©2012)

3 KOUŘENÍ

Z všech škodlivých návyků je kouření nejzávažnějším rizikem pro zdraví. Kouření poškozuje všechny části těla a způsobuje nemoci, jejichž léčba spadá prakticky do všech oborů medicíny. Kouřením člověk poškozuje nejen sebe, ale i své okolí.

3.1 Historie

Kouření vzniklo na americkém kontinentě. Podle archeologických nálezů víme, že Mayové kouřili tabákové listy již v prvním století před Kristem. Jako první kuřáci tabáku jsou tedy označováni indiáni, jež Ameriku obývali. Tito původní obyvatelé „lokali“ kouř ručně montovaných svitků tabáku zabaleného do palmového nebo kukuřičného listu. Kouření ale nebylo nikdy součástí jejich každodenního života, používalo se při obřadech. Kouř také neinhalovali, to je až záležitostí našeho století a cigaret. (Králíková, 2003)

Do Evropy přivezl tabák Kolumbus. Sloužil zprvu jako léčivá rostlina, přisuzovaly se mu až zázračné vlastnosti. Nikotin, návyková látka obsažená v tabáku, byl pojmenován po francouzském velvyslanci v Portugalsku Jeanu Nicotovi, který jej v polovině 16. století přivezl na francouzský dvůr. Sám si příkládáním tabákových listů léčil migrénu. Během 17. století se kouření rozšířilo do celé Evropy a mělo své příznivce, ale i odpůrce. Brzy se přišlo na to, že tabák nemá léčivé účinky a byly demonstrovány černé vnitřnosti z těl nenapravitelných kuřáků. V roce 1640 vydal papež bulu zakazující kouřit v kostelech pod pohrůzkou vykázaní z církve. V 16. a 17. století byly za kouření různé tresty. Např. v Turecku nechával sultán kuřáky mučit k smrti, v Rusku byli bičováni, nebo jim byly rozříznuty rty, aby již kouřit nemohli. (Králíková, 2003)

Přes tyto vysoké tresty se kouření brzy rozšířilo do celého světa. Užívání tabáku se začalo oddávat stále více lidí a jeho spotřeba stoupla. Vlády si uvědomily, že nemohou kouření již dále zakazovat a rozhodly se, že jej budou kontrolovat. S pomocí státních monopolů, zavedením daní na tabák se státy obohatily, snížilo se společenské napětí a posílila se vláda.

Ke značnému rozvoji tabákové průmyslu došlo po roce 1880, kdy byl vynalezen stroj na výrobu cigaret. Do té doby se balily ručně. Pomocí stroje bylo denně vyrobeno asi 120 000 cigaret, což předtím za stejnou dobu vyrobilo 40 dělníků. Obchod se tedy mohl rychle rozšiřovat. Spotřeba cigaret, které se tímto staly dostupnější širšímu okruhu lidí, prudce stoupla. (Kozák, 1993)

O škodlivosti tabáku na lidský organismus vedli lékaři široké debaty, které ovšem nebyly ničím podložené. První studii, která poukázala na souvislost mezi kouřením dýmky a vznikem rakoviny úst, uveřejnil francouzský lékař M. Bouisson v roce 1859. Ve 30. letech 20. Století provedli američtí lékaři studii, díky které zjistili, že většina jejich nemocných trpících rakovinou plic, byli silní kuřáci cigaret. (Králíková, 2003)

3.2 Tabák

Tabák, *Nicotinum tabacum*, je druh lilkovité rostliny. Tato jednoletá rostlina dorůstá výšky 1,5 – 3 metry podle druhu. Rozlišujeme jich asi sto. Pro výrobu cigaret se používají nejčastěji odrůdy *Nicotiana tabacum* a *Nicotiana rustica*. Listy tabáku se po různé úpravě mohou kouřit, vdechovat či žvýkat.

3.2.1 Objevení a pěstování

S užíváním tabáku se jako první seznámil Kolumbus a jeho námořníci, když v roce 1492 přistáli na Kubě. Námořníci informovali Kolumba o podivném zvyku místních domorodců vdechovat kouř ze smotaných listů neznámé rostliny, když s nimi chtěli směnit zboží.

Rostlina tabáku je mohutná, má široké listy a může dosahovat výšky až tří metrů podle odrůdy. K získání surovin pro tabákové výrobky se pěstují především dva druhy. *Nicotiana tabacum*, tabák obecný (viržinský), je nejrozšířenější. Druhou, méně využívanou odrůdou je *Nicotiana rustica*, tabák selský (machorka).

Rostlina pro svůj růst potřebuje teplo a vlhko. Pěstuje se po celém světě, protože roste stejně dobře jak v tropických, tak severních oblastech. Během růstu se odstraňují květy a vedlejší odnože, aby se podpořil vhodný vývoj listů. Signálem ke sklizni uzrálé rostliny jsou její povadlé listy. Ty se po sklizni suší horkým vzduchem, kouřem nebo na slunci. (Kozák, 1993)

3.3 Cigaretový kouř

Cigaretový kouř obsahuje více než 4000 chemikálií. Část těchto látek pochází přímo z tabákové rostliny, jiné vznikají při úpravě tabáku, další pak při hoření. Do cigaret se přidává více než 700 látek pro různé účely. Tato aditiva vylepšují sensorické vlastnosti cigaret, aby lépe chutnaly, aby cigareta rovnoměrně hořela, aby se vstřebal nikotin, aby se kouř ladně vinul a nestoupal jen rovně, aby váleček popela upadnul až po poklepnutí cigarety nad po-

pevníkem. Další látky usnadňují vdechnutí kouře tím, že dráždí chladové receptory, normální reakce organismu je totiž kouř nevdechovat.

Celkem je v cigaretovém kouři kolem 100 látek, které způsobují rakovinu a dalších 100 je toxických. Kouř je složen asi z 90% z plynné části a zbytek tvoří rozptýlené částice. V plynném stavu je oxid uhelnatý a uhličitý, oxidy dusíku, amoniak, formaldehyd, benzen, nitrosamidy a mnoho jiných látek. Ve formě částic najdeme v cigaretovém kouři nikotin, fenoly, dehty, benz-a-paren, DDT, radioaktivní polonium 210 a další. (Kozák, 1993)

Složení cigaret se mění. Od 70. let 20. století se do cigaret přidávají dusíkaté sloučeniny nitrosaminy, které mohou vyvolat rakovinu. V cigaretě zvyšují vstřebávání nikotinu. Čím více a rychleji se nikotin vstřebá, tím silnější vzniká závislost. (Králíková, 2012)

3.3.1 Nikotin

Je to alkaloid obsažený v listech tabákové rostliny. Z jedné cigarety se vstřebá do těla asi 1-4 mg nikotinu sliznicí z dutiny ústní, nebo z plic. Sliznicí úst se může nikotin vstřebat pouze ve slabě zásaditém prostředí a zásaditý je kouř z doutníku nebo dýmky. Cigaretový kouř má kyselé pH, proto jej kuřák musí nasát do plic, aby se vstřebal nikotin. Po vdechnutí kouře do plic se nikotin během 10 vteřin dostává krevním řečištěm do mozku, kde obsadí specifické nikotinové receptory, vyvolává uvolnění dopaminu a ostatních neuromediátorů. Metabolizuje se v játrech.

Účinky nikotinu: na CNS má stimulační účinky (podporuje soustředění a bdělost), ve vyšších dávkách uklidňuje, zrychluje činnost srdce, vede ke zvýšení krevního tlaku, stahuje cévy, zrychluje peristaltiku střev a zpomaluje syntézu estrogenu.

Ovlivňuje také farmakodynamické účinky některých léčiv. Např. u betablokátorů způsobuje menší pokles krevního tlaku. Benzodiazepiny mají u kuřáků menší sedativní účinek a nikotin také snižuje analgetický účinek opioidů. (Králíková, 2012)

3.3.2 Oxid uhelnatý

Vzniká nedokonalým spalováním tabáku a cigaretového papíru. Je to bezbarvý plyn, bez chuti a zápachu. Má vysokou afinitu k hemoglobinu, je značně jedovatý. Znemožňuje přenos kyslíku z plic do tkání a vyvolává tkáňové dušení.

Snížený příjem kyslíku omezuje funkční schopnosti a výkonnost orgánů, hlavně mozku a srdce. Chronické působení CO ovlivňuje nervový systém a vytváří podmínky pro vznik

srdečně cévních onemocnění, především ischemické choroby srdeční, infarktu myokardu a mozkové mrtvice. Množství CO v cigaretovém kouři závisí na více faktorech – teplotě spalování, přístupu kyslíku, poréznosti papíru a hustotě tabákové náplně. Vedlejší proud kouře obsahuje 3x více CO než hlavní. (Kozák, 1993)

3.3.3 Dehet

Tato tmavá melasovitá hmota se tvoří během chladnutí a kondenzace kouře. Obsahuje několik sloučenin, především polycyklické aromatické uhlovodíky, nitrosaminy, benzeny, fenoly, těžké kovy, radioaktivní sloučeniny.

Dehet by mohl být eliminován pěstováním speciálních rostlinných odrůd tabáku a důslednou filtrací, ale je nositelem chuti a vůně cigaret. Kuřák by tedy vdechoval horký vzduch bez chuti a vůně.

3.3.4 Benzen

Aromatický uhlovodík, který má charakteristický zápach a je silně těkavý. Poškozuje centrální nervový systém a při dlouhodobém působení i krvetvorbu. U kuřáků je vyšší incidence leukémie.

3.3.5 Těžké kovy

V cigaretovém kouři je přítomno asi 30 kovů ve stopovém množství. Ve větším množství se z těch nebezpečných vyskytují především nikl a kadmium. Do tabáku se dostanou z půdy, umělých hnojiv a postřiků proti škůdcům. Nikl a kadmium jsou klasifikované jako prokázané lidské karcinogeny ve skupině 1. Kadmium porušuje metabolismus vápníku, tvoří se ledvinové kameny a dochází k poškození ledviny. (Mlčochová, ©2003-2012)

3.4 Zdravotní následky kouření

Kouření cigaret je jedním z hlavních faktorů přispívajících k předčasnému úmrtí. Ze všech škodlivých návyků je kouření nejzávažnějším rizikem pro zdraví. Způsobuje asi 50% všech úmrtí, kterým lze předejít. Kouření je kvantitativní faktor a riziko závisí jak na množství vykouřeného tabáku, době kuřáckého návyku, tak i na typu tabákového produktu. (Šimon, 2001)

Kuřáci kouřící více než 20 cigaret denně mají úmrtnost dvojnásobně vyšší než nekuřáci. U bývalých kuřáků, kteří již 15 let nekouří, se úmrtnost snižuje téměř na úroveň nekuřáků.

Na celém světě umírají vinou tabáku až 4 miliony lidí ročně. Mezi nejčastější příčiny předčasného úmrtí při kouření patří:

- ischemická choroba srdeční
- rakovina plic
- chronická obstrukční pulmonální nemoc (Šimon, 2001)

Kouření poškozuje všechny části těla a způsobuje nemoci napříč všemi obory medicíny. Mimo výše zmiňované se ještě vyskytují častější poruchy štítné žlázy, cukrovka, žaludeční vředy, řídnutí kostí, poruchy imunity a horší hojení ran. (Králíková, 2003)

3.4.1 Onemocnění kardiovaskulárního systému

Riziko ICHS je u kuřáků vyšší asi 1,6x oproti nekuřákům. Jde ovšem o nejčastější chorobu v populaci, tudíž se kouření podílí na postižení nejvyššího počtu osob. Většímu riziku jsou vystaveni lidé, kteří začali kouřit před 15. rokem věku. Relativní riziko vyvolané kouřením je vyšší u žen než u mužů, protože částečně ruší projektivní vliv estrogenů na rozvoj aterosklerózy, který je způsoben dvěma složkami tabákového kouře a to nikotinem a oxidem uhelnatým. CO snižuje okysličení krve a tím také okysličení všech orgánů a tkání v těle. Interakce CO a nikotinu v těle vede k zvýšenému uvolňování katecholaminů, zrychluje se srdeční frekvence a krevní tlak. Také se potencuje inzulínová rezistence a snižuje se HDL cholesterol. (Šimon, 2001)

Typy kardiovaskulárních onemocnění souvisejících s kouřením:

- ichs
- cerebrovaskulární nemoc
- hypertenze
- ateroskleróza aorty
- okluzní nemoc cév dolních končetin
- buergerova choroba
- arytmie
- aneurysma břišní aorty
- fokální myokarditida (Šimon, 2001, str. 51)

3.4.2 Onemocnění respiračního traktu

Kouření je příčinou 80-90% chronických plicních onemocnění, především chronické obstrukční plicní nemoci. Způsobuje asi 80% rakoviny plic u žen a 90% u mužů.

Nikotin ochromuje fyziologický pohyb řasinek epitelu dýchacích cest. Vlivem dalších škodlivin dochází po čase i k morfologickým změnám a u kuřáků se začnou objevovat ostrůvky tkáně, kde řasinky zcela vymizely. Postupně dochází ke generalizaci. Dolní cesty dýchací jsou zbaveny tzv. mukociliálního eskalátoru, přirozené ochrany proti prachu. Jedinou možností odstraňování nahromaděného hlenu se stává známý kuřácký kašel. Nejčastější plicní nemocí, která je způsobena kouřením, je kromě plicního karcinomu chronická obstrukční plicní nemoc a plicní emfyzém.

Obstrukční plicní nemoc se projevuje dušností, kašlem, vykašláváním hlenů. Tyto projevy snižují u nemocného toleranci fyzické námahy a značně zhoršují kvalitu života. Pacienti sice netrpí bolestmi, ale jsou dušní a dušnost je zpravidla vnímána hůře než bolest.

Plicní emfyzém neboli rozedma je trvale nadměrný obsah vzduchu v plicích při současném úbytku a poškození vlastní plicní tkáně. Zhoršuje se výměna plynu v plicích, nemocný se dusí. Změny na plicích jsou při tomto onemocnění trvalé. Léčba jen mírní projevy a brání zhoršování nemoci. (Mlčochová, ©2003-2012)

3.4.3 Karcinomy plic

U většiny zhoubných nádorů může jejich včasné rozpoznání znamenat až úplné vyléčení. Rakovina plic je ale průkazná svými příznaky až v pozdějších stádiích, kdy už není možné nemocného zcela vyléčit. V počátku tedy onemocnění probíhá bez výraznějších projevů. Poté jsou příznaky různorodé, závislé od typu nádoru a stadia. Patří sem:

- dlouhotrvající kašel, převážně suchý
- bolest na prsou, obvykle na straně lokalizace nádoru
- váhová nestabilita, nechutenství, hubnutí
- hemoptýza, občasná přítomnost krve ve sputu

A další nespecifické příznaky jako bolest kloubů, stěhovavé záněty žil, vznik paličkovitých prstů a jiné. (Mlčochová, ©2003-2012)

Základními léčebnými postupy u tohoto onemocnění je chemoterapie, radioterapie, chirurgická a paliativní léčba.

Kouření má vliv na řadu dalších onemocnění, je příčinou vzniku asi třetiny všech nádorů, ztrojnásobuje riziko cukrovky, způsobuje šedý zákal, zvyšuje srážlivost krve, zpomaluje hojení ran, má na svědomí zhoršení erektilní schopnosti i horší kvalitu a menší počet spermií, poškozuje také gastro-intestinálního traktu, štítnou žlázu a jiné orgány.

3.5 Pasivní kouření

„Pasivní kouření, tedy vdechování tabákového kouře tím, kdo sám nekouří, má stejný vliv na zdraví jako kouření aktivní, ale v závislosti na dávce: to znamená menší, protože aktivní kuřák vdechne kouře vždy mnohem víc. Kromě akutních příznaků jako podráždění oční spojivky nebo škrábání v krku to jsou především cévní, plicní nebo nádorová onemocnění.“ (Králíková, 2003)

Vedlejší proud kouře, to je kouř pocházející z doutnajícího konce cigarety je svým složením odlišný od kouře aktivně vdechovaného kuřákem. Při vyšší teplotě spalování vzniká méně škodlivin, při nižší teplotě naopak kouř obsahuje zplodin více. Oharek cigarety má při potažení teplotu asi 1000°C, volně doutnají okolo 400°C. (Králíková, 2003)

Bylo prokázáno, že více než 40 látek, obsažených v tabákovém kouři vdechovaném při pasivním kouření, způsobuje zhoubné bujení. Mezi okamžité účinky patří podráždění očí, sliznice nosu, hrdla a plic. U citlivých jedinců vyvolává bolest hlavy, nevolnost a závratě. Dlouhodobé pasivní kouření zvyšuje riziko výskytu nádorových onemocnění a onemocnění srdce. (Sovinová, 2003)

Rizika různých onemocnění jsou u pasivních kuřáků prokazatelně vyšší než u nekuřáků. Riziko rakoviny plic je v průměru o 20% větší. Rakovina dutiny nosní je asi 3x častější než u lidí, kteří nejsou vystaveni pasivnímu kouření. Větší je i pravděpodobnost vzplanutí nebo zhoršení astmatu. Riziko ischemické choroby srdeční, která se může projevit jako infarkt myokardu, angina pectoris nebo náhlé úmrtí, je o 23% vyšší než u nekuřáků.

U dětí – pasivních kuřáků – se až 2x častěji vyskytují infekce dýchacích cest, opakovaný kašel, sípota a zvýšená tvorba hlenu. Mají také snížené plicní funkce (objem plic), častější záněty středouší a zhoršují se u nich i alergické projevy jako astma, exémy, alergická rýma. (Mlčochová, ©2003-2012)

3.6 Závislost

Závislost na tabáku zahrnuje dvě složky:

Psychosociální

Fyzickou

„*Psychosociální závislost je potřeba kouřit v určitých situacích, v určitém prostředí, společnosti, za určitých okolností.*“ (Králíková, 2003) Tímto typem závislosti kouření začíná. Je to především naučené chování. Nejčastěji začne jedinec kouřit v dětství a dospívání, kolem 10 -14 roku, kdy se snaží být dospělý, chce vyzkoušet něco nového, je zvědavý, napodobuje rodiče a kamarády. První kuřácké pokusy jedince mohou doprovázet nepříjemné pocity. Brzy se však objeví tolerance, jedinec začne kouřit v určitých situacích. Kromě vazby sociální se utváří ještě vazba psychická. Cigareta se stává pomocníkem, berličkou při řešení různých situací, zakrývá momentální bezradnost, řeší problém co s rukama. U každého kuřáka jsou situace, kdy kouří, jiné. Typicky je to po jídle, ve stresu, při kávě, při návalu práce nebo naopak při odpočinku. Je to závislost na cigaretě jako takové, bez ohledu na její složení. Je to potřeba držet ji v ruce, manipulovat s ní, pozorovat její kouř.

Fyzická závislost, neboli drogová se objevuje po určité době, která je zcela individuální a záleží především na genetické výbavě jedince. Ne všichni kuřáci se stanou závislými, ale je jich kolem 85%. Je to závislost na jedné látce, nikotinu. Uvádí se, že je silnější než heroin. Působí podobným mechanismem jako tvrdé drogy. Po vdechnutí se rychle, během 10 vteřin dostává do mozku, kde se naváže na specifické receptory. Vyvolá neurochemické reakce, vyplavují se hormony ovlivňující náladu, zlepšují koncentraci. Na straně druhé, když jedinec nekouří, vyvolávají abstinenční příznaky. Kuřák nakonec už nekouří proto, aby mu bylo lépe, ale proto, aby se přestal cítit hůře. To znamená, aby neprožíval tyto abstinenční příznaky. (Sovinová, 2003)

3.6.1 Abstinenční příznaky

Mezi abstinenční příznaky patří především:

- neovladatelná, nutkavá touha po nikotinu
- podrážděnost, zlost
- úzkost, strach až sklon k depresím
- neschopnost se soustředit
- neklid
- nespavost
- netrpělivost

- neschopnost odpočívat
- zvýšená chuť k jídlu, přibývání na váze

Tyto obtíže v různých kombinacích mohou trvat různě dlouho. Průměrná doba trvání těchto obtíží je 3 týdny až 3 měsíce. Nejhorší bývají první 3 týdny. Pokud se ale kuřák rozhodne přestat, může využít pomoci v podobě náhradní nikotinové terapie, která mu abstinenci příznaky pomůže zvládnout. (Králíková, 2003)

Závislost na tabáku je lékařská diagnóza, zařazená do mezinárodní klasifikace nemocí pod kódem F17.2. Užívání tabáku je charakterizováno pravidelností a nutkavostí. Tabákovou abstinenci většinou doprovází syndrom z odnětí. (Sovinová, 2003)

3.7 Odvykání kouření

Kouření je návyk, který je velmi obtížné přerušit. Jen málokterí kuřáci se úspěšně stanou nekuřáky, aniž by podstoupili několik vážných pokusů. Přestat kouřit si přeje asi více než 70% kuřáků.

Známe mnoho způsobů odvykání, nejúčinnější bývá jejich kombinace.

- sebeodvykání
- výchovné programy, poradny pro odvykání kouření, telefonické konzultace
- medikamentózní léčba
- poradenství lékaře
- preventivní ovlivňování rizikových faktorů
- programy hromadných sdělovacích prostředků, společenské programy
- hypnóza
- behaviorální metodiky (Kozák, 1993)

Kuřák musí být ale rozhodnutý přestat kouřit a chtít. To za něj nemůže udělat lékař ani léky či jiná terapie. Pokud člověk nechce, nemá odvykání smysl. Nejlepších výsledků v léčbě závislosti na tabáku je dosahováno kombinací farmakoterapie, asistované pomoci a režimového opatření.

3.7.1 Mezinárodní doporučení odvykání kouření

Mezinárodní doporučení pro odvykání kouření v primární péči byla vytvořena na základě expertíz a zkušeností z mnoha zemí.

1. Vytvoření praxe podporující odvykání kouření.
2. Zavedení linky pro odvykání kouření a jiné zdroje podpory.
3. Motivace a podpora pokusů přestat kouřit.
4. Farmakoterapie při odvykání kouření.
5. Alternativní přístupy k odvykání kouření.
6. Poradenství v odvykání kouření pro specifické skupiny. (Ipc, ©2012)

3.7.2 Asistovaná pomoc

Spočívá v odborné intervenci zdravotnického personálu. Může probíhat v jakémkoliv zdravotnickém zařízení. U praktického lékaře, specialisty, v centrech pro odvykání kouření. Také pomocí poradenské telefonní linky na čísle 844 600 500.

Každý zdravotník by měl umět poskytnout základní intervenci k odvykání kouření. Základní schéma podle mezinárodních i českých doporučení zahrnuje pět kroků 5 A:

1. ASK – ptát se, zda pacient kouří
2. ADVISE – pochválit nekuřáka, kuřákovi jasně doporučit přestat kouřit
3. ASSESS – posoudit ochotu, motivaci přestat (nechce-li, intervence končí, můžeme jej motivovat)
4. ASSIST – pomoci přestat těm, kteří chtějí. Nabídnout podporu a v případě potřeby doporučit vhodnou farmakoterapii, ev. odkázat na specializované pracoviště.
5. ARRANGE follow up – naplánovat kontrolní návštěvy (Ipc, ©2012)

Léčba závislosti znamená opakovaný kontakt s nemocným, zahrnuje nejprve zhodnocení závislosti na nikotinu a analýzu kuřáckých návyků, základní somatické a laboratorní vyšetření, behaviorální intervenci, a pokud je kuřák závislý na nikotinu doporučení vhodné farmakoterapie. V České republice existuje více než třicet center pro léčbu závislosti na tabáku. Ve Zlíně funguje toto centrum v Krajské nemocnici Tomáše Bati na plicním oddělení. Je ale mnoho lékařů vyškolených v léčbě závislosti na tabáku, na které je též možné se obrátit. Jejich plný seznam lze najít na webových stránkách www.slzt.cz. Zatím není léčba závislosti na tabáku našim kuřákům intenzivně nabízena. Stále chybí pochopení, že se jedná o nemoc. Veřejnost nemá moc povědomí o skutečnosti, že pokud kuřák sám přestat kouřit nedokáže, měl by se obrátit na lékaře. Pomoci by měl umět kterýkoliv lékař v ambulanci nebo nemocnici, ne jen centra pro léčbu závislosti na tabáku. (Králíková, 2011)

3.7.3 Léková terapie

Zahrnuje náhradní nikotinovou terapii a léky. Náhradní nikotinová terapie existuje ve formě náplastí, žvýkaček a inhalátoru. Pacienty si může sám zvolit formu, podle toho co mu lépe vyhovuje. Preparáty obsahují nikotin, který se postupně uvolňuje do těla. Je nutné je používat přesně podle návodu. Pacient se nesmí poddávkovat, jinak má abstinenční příznaky a může snadněji sáhnout opět po cigaretě.

Z léků jsou na trhu účinné látky bupropion a vareneklin. Bupropion se původně používal pro léčbu deprese. Jedna lékařka si u svých pacientů všimla, že hromadně přestávají kouřit, protože jim cigareta nechutná, což je u pacientů s depresí neobvyklé. Bupropion zmírňuje abstinenční příznaky. Léčba trvá nejméně 7-9 týdnů, doporučuje se ale 12 a více pro lepší úspěšnost. Vareneklin s indikuje u více závislých a pacientů kteří se již neúspěšně pokoušeli přestat kouřit. Neobsahuje nikotin, váže se na specifické receptory. Zabraňuje abstinenčním příznakům z nedostatku nikotinu a znemožňuje obvyklý pocit odměny po případné vykouřené cigaretě, ze které se nikotin v mozku nemá na co navázat. (Králíková, ©2012)

3.7.4 Režimová opatření

Předpokladem úspěchu je pevné rozhodnutí pacienta přestat kouřit a s tím související ochota pro to něco udělat. Mezi základní opatření, která kuřákovi pomohou zbavit se závislosti na cigaretě, patří:

- Kuřák se musí rozhodnout přestat kouřit.
- Stanovit si den D.
- Informovat se předem o způsobech náhradní nikotinové terapie.
- V předvečer dne D odstranit ze svého okolí cigarety a vše co s kouřením souvisí.
- Dopředu si všimnout situací, kdy obvykle kouří a připravit si náhradní řešení.
- Informovat okolí o svém záměru přestat kouřit.
- Změnit denní stereotypy.
- Zvýšit tělesnou aktivitu.
- Najít někoho, kdo jej v odvykání podpoří.
- Odměňovat se za dosažené úspěchy. (Slzt, 2012)

3.7.5 Prevence

Úspěšný program na zanechání kouření musí být propracovaný, neboť strategie tabákového průmyslu jsou velmi sofistikované. Má zahrnovat jak zdravotnickou edukaci, tak i veřejnou politiku a programy na šíření informací.

Komplexní plán boje proti kouření podle Sovinové (2003, s. 24):

„Zákaz reklamy a podpory distribuce tabákových výrobků, včetně sponzorství a ostatních forem nepřímé reklamy.

Účinné varování před zdravotními důsledky kouření, spolupráce s médii.

Je nutné předkládat informace strategickým způsobem s cílem přesvědčit o tématu a o smyslu sdělení, podporujícím změnu prostředí směrem k nekuřáckému životnímu stylu.

Plán opatření na ochranu práv nekuřáků a zákonná úprava nároku na nekuřácké prostředí.

Plán daňových a cenových opatření a ekonomická alternativa, která by nahradila ztráty z produkce a prodeje tabákových výrobků.

Pro podporu zdravého chování a zdravé společnosti je třeba využívat globálních dat o nebezpečnosti kouření, která jsou veřejnosti předkládána.

Programy zanechání kouření musí zahrnovat společenskou podporu, nácvik dovedností a řešení problémů, osvojení si zdravého životního stylu, možnost substituční terapie a behaviorální léčbu.

Základním kamenem úspěchu intervence proti kouření je, že sami zdravotníci se zapojí do boje proti celosvětové epidemii kuřáctví.

Ukončení kouření není jen otázkou výchovy a prevence, ale je součástí léčby a rehabilitace.

Lékař a sestra by měli být nekuřáky, měli by být modelem zdravého způsobu života.

Informační kampaň a zdravotní výchova“.

3.7.6 Rámcová úmluva o kontrole tabáku

Vznikla po pětiletém jednání členských zemí WHO. Tento dokument je právně závazný a obsahuje minimální obecně platná pravidla kontroly tabáku. Vstoupil v platnost 27. 2. 2005, česká republika jej ratifikovala až letos v květnu.

Vybrané body rámcové úmluvy:

- Komplexní zákaz reklamy, propagace a sponzorování
- Rotující zdravotní varování s piktogramy nejméně na 30% plochy krabiček (ideálně 50%)
- Zákaz matoucích označení jako např. „light“, „mild“
- Ochrana před pasivním kouřením
- Kontrola pašování označením původu a určení krabiček
- Konzistentní zvyšování daní z tabákových výrobků
- Informace o obsahu látek v tabákovém kouři
- Dostupná léčba závislosti na tabáku
- Podpora výzkumu souvislostí tabákových výrobků a zdraví (Králíková, 2011, str. 184)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 DŮSLEDKY KOUŘENÍ Z EKONOMICKÉHO POHLEDU

Kouření je nejvýznamnější preventabilní příčinou předčasných úmrtí a invalidity v současném světě. Kouření a následná závislost na tabáku je chronické, recidivující onemocnění, které zkracuje život polovině kuřáků v ČR v průměru o 15 let. V Evropě i v ČR je příčinou každého pátého úmrtí především na kardiovaskulární nemoci. Dále způsobuje asi třetinu onkologických onemocnění, přes 80% chronických plicních onemocnění a další nemoci ve všech klinických oborech. Ročně zemře v naší republice v důsledku kouření přibližně 18 000 lidí, z toho 8000 na nádorová onemocnění, 7000 na kardiovaskulární onemocnění, 2000 na chronická plicní (především CHOPN) a zbylých 1000 na ostatní nemoci.

Spotřeba tabáku vede k ekonomickým ztrátám v důsledku větší nemocnosti, úmrtnosti a vyšších nákladů na zdravotnictví. Odráží se to v poklesu produktivity práce a zpoždění ekonomického rozvoje. Zvýšené náklady spojené s kouřením nesou spotřebitelé, stát a soukromé firmy, kteří tak dotují tabákový průmysl. Kouření stálo Českou republiku v roce 1999 odhadem 88,9 miliardy Kč. Do této částky jsou zahrnuty náklady na celkovou zdravotní péči, výdaje spojené s předčasným úmrtím a náklady související s pasivním kouřením. (Skálová, 2010)

Kouření na pracovišti je nežádoucí jak z pohledu ztráty času, který zaměstnanci stráví nad cigaretou, tak vyšší nemocnosti. Také problematika pasivního kouření je složitá, protože pokud je kouření na pracovišti tolerováno, nekuřáci se pasivnímu kouření často nemohou vyhnout. Pokud kuřák vykouří za pracovní dobu pět cigaret, je to přibližně 50 minut strávených mimo pracoviště. Průměrný měsíční plat v PL Kroměříž je asi 24 600 Kč, což je asi 142 Kč na hodinu. Pokud by tedy kuřák vykouřil 2 cigarety během pracovní doby (zbylé 3 vykouří v době povinné přestávky), je to 48 Kč za 20 minut, které s cigaretou stráví a nepracuje. Měsíčně tedy prokouří (pokud vezmeme v úvahu 22 pracovních dnů) asi 440 minut (10 minut na jednu cigaretu), což je 1056 Kč. Tento suma je pouze orientační, vypočítaná z průměrného platu všech zaměstnanců. Kuřáci stráví v porovnání s nekuřáky také delší dobu v pracovní neschopnosti. Průměrný rozdíl dělá asi 33 hodin ročně v neprospěch kuřáka.

Podle doktorky Králíkové (2011) není našim kuřákům léčba závislosti na tabáku intenzívně nabízena, ani široce dostupná. Stále chybí pochopení, že se jedná o nemoc, i povědomí o tom, že pokud kuřák nedokázal přestat sám, měl by se obrátit na lékaře. Nemusí to být jen centrum pro závislé na tabáku, ale pomoci by měl kterýkoliv lékař včetně praktického.

Důležitá je pozornost, která by se této závislosti měla věnovat v rámci léčby závislostí jiných, ať se jedná o alkohol či nelegální drogy. Mezi těmito pacienty je prevalence kouření vysoká, a pokud si to přejí, měla by jim být léčby jejich závislostí nabídnuta současně. Předpokladem je ovšem nekuřácký personál, nekuřácké prostředí a dostupná farmakoterapie k pokrytí abstinčních příznaků.

Podle amerických studií má podpora odvykání kouření na pracovištích pozitivní zdravotní a ekonomické dopady. Je zde vyšší procento úspěšných odvyknutí a pokles výskytu kuřáckých onemocnění. To vede ke snížení absencí, zvýšení produktivity práce, úspoře nákladů během čtyř let. Celková úspora na kuřákově se pohybuje od 350 do 580 dolarů za 10 let a 1150 – 1740 dolarů za 20 let. (Halpern et al., ©2007)

„Světová banka považuje za efektivní takové investice do zdraví a prevence, které prodlouží život o jeden rok za cenu nižší, než je hodnota vytvořeného ročního HDP na osobu. V roce 2006 byl v ČR hrubý domácí produkt na osobu 328 tisíc. Podle Světové zdravotnické organizace stojí prodloužení života o jeden rok pomocí náhradní nikotinové terapie 52 tisíc. Pokud by se zdvojnásobila daň na tabákové výrobky, stálo by prodloužení života o jeden rok 300 Kč. Tato opatření tedy zajišťují vysokou návratnost investic“. (Skálová, 2010)

5 ŘÍZENÍ PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY V KROMĚŘÍŽI

Kroměřížská psychiatrická léčebna, je třetí největší léčebnou v České republice. Nezastupitelnou úlohu sehrává nejen pro svou velikost, ale hlavně rozsáhlým spektrem působnosti a vysokou odbornou úrovní poskytované zdravotní péče o duševně nemocné. Jsou zde léčeni pacienti s akutními psychotickými stavy a s neurotickými dekompenzacemi. Velkou skupinu dnes tvoří také pacienti, jejichž problémem je alkohol, závislost na psychotropních látkách, nebo hře na výherních automatech. Jsou zde prováděny ochranné léčby psychiatrické, protialkoholní, protitoxikomanické a sexuologické.



Obr. 3 Psychiatrická léčebna Kroměříž (vlastní zpracování)

5.1 Historie

V roce 1903 rozhodl moravský zemský sněm vybudovat v Kroměříži třetí ústav pro chomyslné s šesti sty lůžky. Pro město mělo toto rozhodnutí velký ekonomický i sociální přínos. Stavba ústavu poskytovala několik let pracovní příležitost pro mnoho lidí. Po dostavbě pak znamenal ústav možnost stálého zaměstnání, pravidelný odbyt potravin a nej-různějších výrobků. Už v prvních letech po otevření ústavu představoval pro město roční

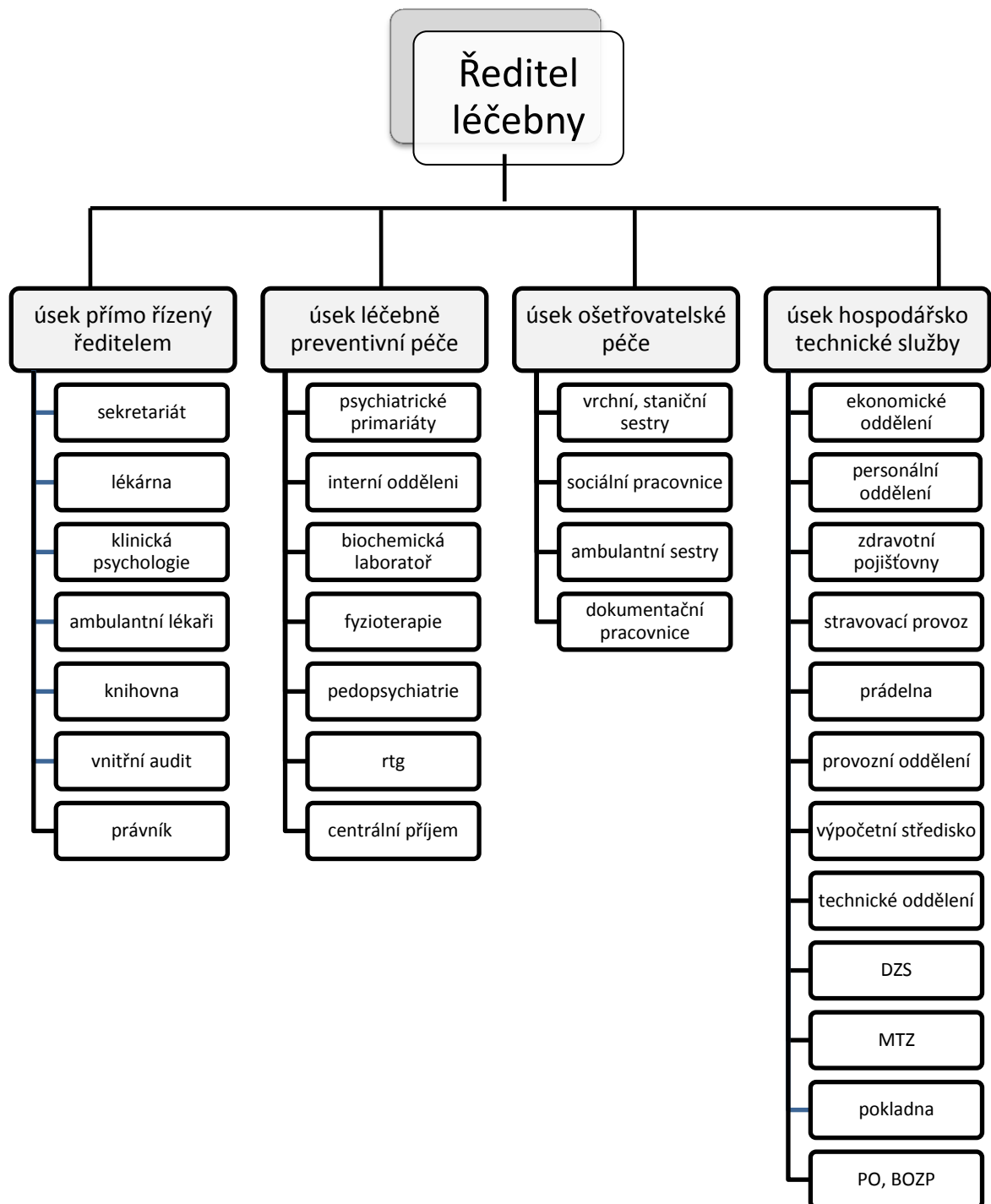
obrat půl milionu korun. Kroměříž byla v té době uznávaným správním, školským a kulturním centrem střední Hané. Dětem zaměstnanců se nabízelo vzdělání v řadě místních škol. Také kulturní a společenský život zde byl čilý, pracovala tu řada spolků, vycházelo několik časopisů. Místo pro ústav tedy vyhovovalo všem zúčastněným stranám.

Pacientům byla poskytována péče v moderně vybaveném ústavu pavilónového typu. Léčení byli medikamentózně, klidem na lůžku či zábaly. Personál pro ně také připravoval různé společenské večery, divadelní představení pro děti, kabaret, pro zpestření pobytu. V rámci léčby byly ordinovány také nejrůznější práce, což pomáhalo nejen nemocným trávit čas, ale i chodu ústavu.

S postupem doby prošla léčebna v průběhu století celou řadou reorganizací, změn a technických úprav.

5.2 Organizační struktura Psychiatrické léčebny

- ❖ Psychiatrická léčebna sídlí v Kroměříži na Havlíčkově ulici č. 1265
- ❖ Zřizovatel: Ministerstvo zdravotnictví.
- ❖ Počet lůžek: 1050
- ❖ Počet personálu: 804
- ❖ Typ organizace: příspěvková
- ❖ Ředitel: MUDr. Petr Možný
- ❖ Náměstek pro léčebně-preventivní činnost: prim. MUDr. Bořek Špaček
- ❖ Náměstek pro hospodářsko-technickou službu: Ing. Radim Beneš
- ❖ Hlavní sestra (ošetřovatel): Petr Mlčák



Obr. 4 Organizační struktura PL Kroměříž (vlastní zpracování)

Ředitel psychiatrické léčebny, zastává jak funkci ředitele, tak primáře oddělení. Ředitel přímo řídí úsek léčebně-preventivní péče, úsek hospodářsko-technické služby a ošetrovatelské péče. Dále je mu přímo podřízena ústavní lékárna, oddělení klinické psychologie, ambulantní lékaři, právník, knihovna, vnitřní audit.

Léčebně preventivní úsek

Náměstek pro léčebně-preventivní péči přímo řídí psychiatrické primariáty, interní oddělení, oddělení pedopsychiatrie, rentgenové pracoviště a centrální příjem. Primáři odpovídají za činnost jednotlivých primariátů, kterých je v současné době dvanáct. Odpovídají za odbornou úroveň na svých odděleních, za využití lůžkového fondu a účelnou farmakoterapii. Primáři je přímo podřízen sekundární lékař, vrchní a staniční sestra.

Úsek ošetrovatelské péče

Tento úsek vede hlavní sestra. Zabezpečuje řízení a organizaci práce a vzdělávání středního zdravotního personálu, nižšího zdravotního personálu, pomocného zdravotního personálu. Zajišťuje rovnoměrné a účelné rozmístění ošetrovatelského personálu, jejich odborný rozvoj, dohlíží na dodržování etických norem. Stanovuje náplň práce oš. personálu, vyhodnocuje jejich činnost. Vybírá a přijímá nové pracovníky. Po organizační stránce metodicky a odborně vede a kontroluje činnost vrchních sester. Vrchní sestry, kterých je celkem dvanáct, stejně jako primariátů, zodpovídají za celkovou činnost ošetrovatelského personálu na svých odděleních. Odpovídají za organizaci, kvalitu a účelnost ošetrovatelské péče, dodržování etických zásad. Jedenkrát měsíčně se účastní porady vrchních sester pod vedením hlavní sestry. Vrchní sestře jsou přímo podřízeny staniční sestry, sociální pracovníci, SZP, NZP, PZP. Staniční sestry vedou chod ošetrovací jednotky – oddělení po organizační, personální a technické stránce. V léčebně je jich 31, stejně jako lůžkových oddělení. Aktuální problémy chodu oddělení se řeší jednou měsíčně na provozních poradách za účasti všech pracovníků. Staniční sestře je přímo podřízený SZP, NZP, PZP.

Úsek hospodářské technické služby

Řídí jej náměstek, který má za úkol koordinovat činnost celého úseku, odpovídá za hospodaření léčebny, provádí výběr a přijímá nové pracovníky. Jsou mu podřízeni vedoucí jednotlivých oddělení a úseků – ekonomické oddělení, personální, zdravotní pojišťovny, stravovací provoz, prádelna, výpočetní středisko, provozní oddělení, technické, dopravní, pokladna, materiálně – technické zásobování a požární ochrany a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

Ekonomické oddělení je členěno na finanční účtárnu, operativní evidence, finanční depozita. Finanční účtárna zpracovává účetnictví, provádí úhrady a archivaci daňových dokladů, zpracovává účetní uzávěrky, sleduje hospodaření jednotlivých středisek. Operativní evidence zachycuje stav a pohyb majetku včetně zásob. Zodpovídá za zařazení, označení a

výluky investičního majetku a drobného hmotného majetku. Úsek finančních depozit vede hospitalizovaným pacientům finanční depozita na samostatných účtech.

Personální oddělení spravuje agendu související s uzavíráním pracovních poměrů, jejich ukončením, zpracovává platy zaměstnanců, sleduje jubilea a pracovní výročí. Provádí vyplácení z fondu FKSP.

Technický úsek zajišťuje činnost technologických zařízení jako rozvody el. energie, vody, plynu, telefonu, kanalizace, výměňkové stanice tepla. Realizuje opravy budov, zařízení, přístrojů. Zajišťuje revizní prohlídky technických zařízení – výtahů, lékařských přístrojů, tlakových nádob, rozvodů kyslíku. Součástí tohoto úseku je i dopravní služba. Dvě sanitky slouží k přepravě pacientů, technická vozidla pak zabezpečují svoz a rozvoz prádla a jiných materiálů. Chod, běžné a střední opravy oddělení a provozů provádí pracovníci údržby. Opravy většího charakteru jsou realizovány prostřednictvím dodavatelských firem.

Provozní úsek zahrnuje, provoz vrátnice, podatelnu, telefonní ústřednu, zahradnictví, sklady, úklid, bytový fond. Léčebna má 22 bytů, které využívají zaměstnanci.

Stravovací provoz zajišťuje stravování pro pacienty i zaměstnance, denně připraví asi 1600 jídel. Strava pro pacienty je rozvážena na jednotlivá oddělení, zaměstnancům slouží závodní jídelna v budově kuchyně. Provoz prádelny zahrnuje praní, žehlení a opravy všech druhů prádla v oběhu. (Doněk, 2009)

5.3 Zaměstnanecké výhody v PL Kroměříž

- Zaměstnavatel přispívá všem zaměstnancům na obědy 7 Kč.
- Zaměstnanci, kteří mají smlouvu na dobu neurčitou, mohou čerpat bezúročné půjčky z FKSP, jejichž výše se liší dle účelu. Půjčka na vybavení bytu může činit až 40 tisíc Kč, na úpravy bytu až 60 tisíc Kč a na koupi bytu až 80 tisíc Kč.
- Zaměstnavatel přispívá také na penzijní připojištění a to do výše 400 Kč. I zde je však podmínka pracovní smlouvy na dobu neurčitou.
- Zaměstnanci mohou využívat sportoviště, tenisové kurty a volejbalové hřiště, v areálu PL. Během roku jsou pořádány sportovní akce, akce pro děti.
- Odborná knihovna je otevřená denně od 12 do 14:00 hodin.



Obr. 5 Sportoviště PL Kroměříž (vlastní zpracování)

V oblasti prevence kouření byla zatím přijata pouze zákonná opatření týkající se zákazu kouření v uzavřených prostorách. Pouze na uzavřených odděleních jsou na každém z nich vyhrazeny tzv. kuřárny. Tuto problematiku upravuje zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, ve znění zákona č. 305/2009 Sb. a 375/2011 Sb.

6 ANALÝZA KOUŘENÍ ZAMĚSTNANCŮ

6.1 Dotazníkové šetření

Pro získání informací bylo nejprve nutné zvolit metodu výzkumu. Pro velký počet zaměstnanců bylo vybráno písemné dotazování a s ním spojená distribuce tištěných dotazníků mezi zaměstnance. Výhodou písemného dotazování je, že respondenti mohou věnovat zodpovězení otázek pozornost a dostatek času. Také nedochází k ovlivňování respondentů a odpovědi mohou být více upřímné. Písemným dotazováním může být v čase osloveno více respondentů, než při osobním nebo telefonickém. Je také méně náročné na čas a velmi důležitá je anonymita. Nevýhodou je pak náročnost sestavení dotazníku, jehož otázky musí být jednoduché, snadno zodpověditelné, přehledné a respondenta musí zaujmout.

Dotazník obsahoval 17 otázek, pomocí kterých byla zjišťována prevalence kouření zaměstnanců Psychiatrické léčebny v Kroměříži. Otázky se týkaly kouření cigaret, jejich počtu, jiných tabákových výrobků, míře závislosti na nikotinu, zda kouří v pracovní době. Bylo také zjišťováno, zda by zaměstnanci chtěli přestat kouřit, jestli se o to někdy pokoušeli a zda by uvítali podporu zaměstnavatele při odvykání kouření. K sestavení dotazníku byly využity poznatky z teoretické části diplomové práce. Dotazník tvoří 17 uzavřených otázek. Cílem šetření bylo zjistit, kolik zaměstnanců kouří, zda existuje statistický rozdíl mezi muži a ženami. Byly stanoveny tyto hypotézy, jejichž potvrzení nebo vyvrácení vyplyne z analýzy dotazníkového šetření.

H₁: Prevalence kouření mezi zaměstnanci psychiatrické léčebny je více než 40% a rozdíl mezi muži a ženami je statisticky významný.

H₂: Více než 70% zaměstnanců si přeje přestat kouřit

H₃: Více než polovina kuřáků by uvítala podporu zaměstnavatele při odvykání kouření

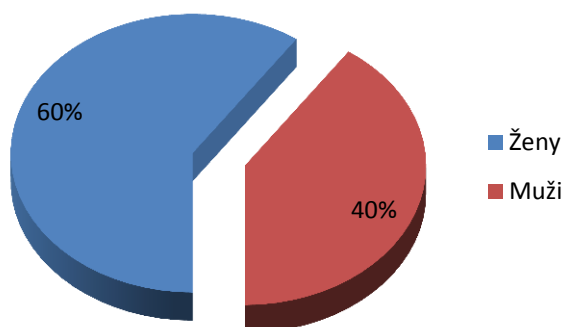
Celkem bylo vtištěno 550 dotazníků. 325 se vrátilo vyplněných, což činí 59%.

Vyhodnocení dotazníků

V této fázi bylo nejdříve nutné získaná data z dotazníků zpracovat do souhrnných tabulek v programu Microsoft Excel. Poté byla zpracovaná data graficky vyhodnocena a analyzována.

Otázka č 1: Zastoupení žen a mužů*Tab. 1 Otázka č. 1(vlastní zpracování)*

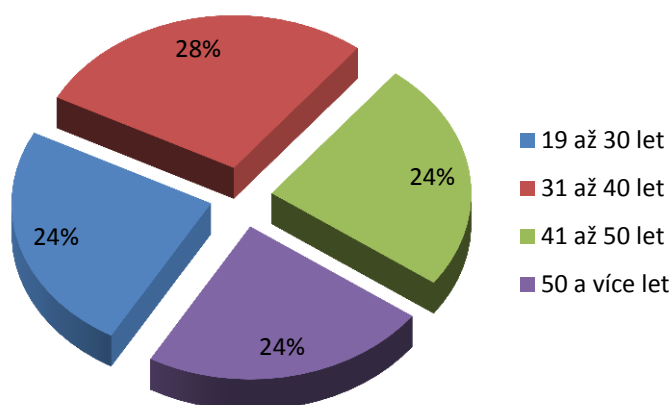
| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------|-------------------|----------|
| Ženy | 194 | 60 |
| Muži | 131 | 40 |
| Celkem | 325 | 100 |

*Graf 1 Otázka č. 1(vlastní zpracování)*

Jak již bylo zmíněno, vrátilo se 325 vyplněných dotazníků. Z 325 respondentů bylo 194 a 131 mužů. Mezi respondenty bylo 60% žen a 40% mužů.

Otázka č. 2: Věková struktura respondentů*Tab. 2 Otázka č. 2(vlastní zpracování)*

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------------|-------------------|----------|
| 19 až 30 let | 79 | 24 |
| 31 až 40 let | 91 | 29 |
| 41 až 50 let | 79 | 24 |
| 50 a více let | 76 | 23 |
| Celkem | 325 | 100 |

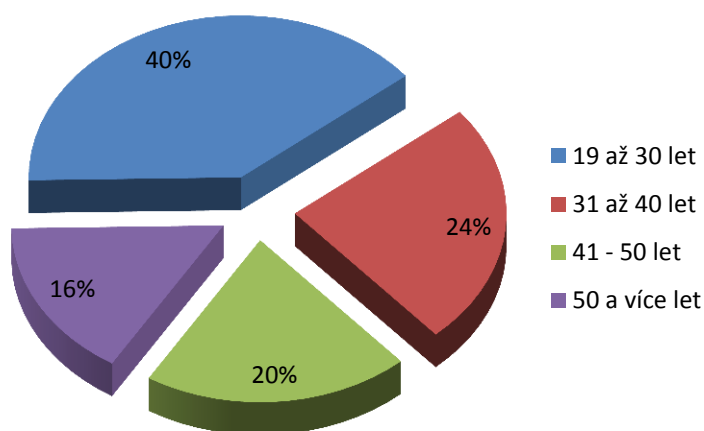


Graf 2 Otázka č. 2 (vlastní zpracování)

Nejpočetněji byla zastoupena věková skupina 31 – 40 let, ve které bylo 28% respondentů (tj. 91 osob). Do věkové skupiny 19 – 30 let se zařadilo 24% respondentů (tj. 79 osob), stejně tak do věkové skupiny 41 – 50 let. Nejméně byla zastoupena věková kategorie 51 let a více, 23% (tj. 76 sob).

Tab. 3 Věková struktura kuřáků (vlastní zpracování)

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------------|-------------------|----------|
| 19 až 30 let | 62 | 39 |
| 31 až 40 let | 38 | 25 |
| 41 - 50 let | 32 | 20 |
| 50 a více let | 25 | 16 |
| Celkem | 157 | 100 |



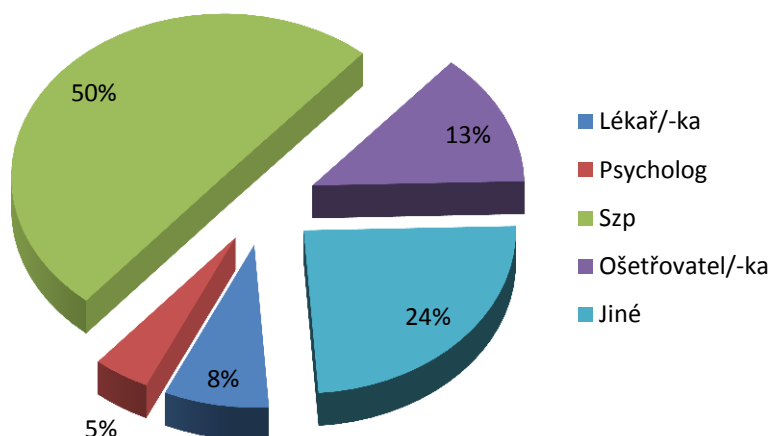
Graf 3: Věková struktura kuřáků (vlastní zpracování)

Největší počet kuřáků bylo v nejmladší věkové kategorii 19 – 30 let. Zařadilo se do ní 39% kuřáků (tj. 62 osob). 25% kuřáků (tj. 38 osob) bylo ve věkové skupině 31 až 40 let. Ve věku 41 až 50 let bylo 20% kuřáků (tj. 32 osob). Nejméně kuřáků bylo ve věku 50 let a více a to 16% (tj. 25 osob). Věková struktura kuřáků odpovídá běžné populaci, tj. že s přibývajícím věkem počet kuřáků klesá.

Otázka č. 3: Pracovní zařazení respondentů

Tab. 4 Otázka č. 3 (vlastní zpracování)

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|-----------------|-------------------|----------|
| Lékař/-ka | 26 | 8 |
| Psycholog | 14 | 4 |
| Szp | 163 | 50 |
| Ošetřovatel/-ka | 43 | 13 |
| Jiné | 79 | 24 |
| Celkem | 325 | 100 |



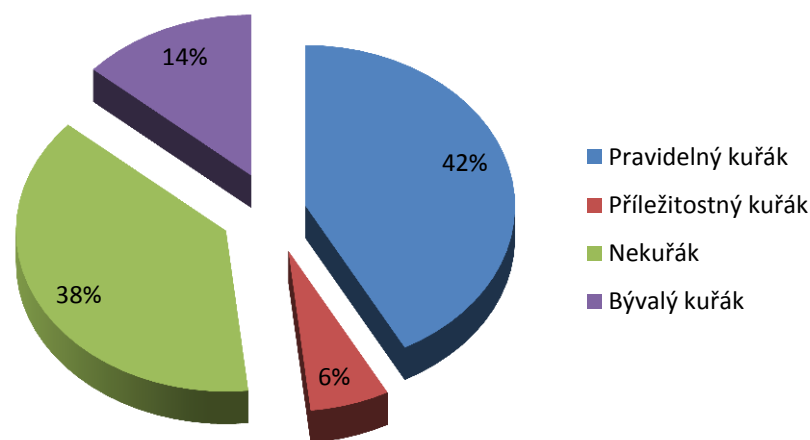
Graf 4 Otázka č. 3 (vlastní zpracování)

Mezi respondenty převládá střední zdravotnický personál, který zaujímal 50% z celkového vzorku (tj. 163 osob). Do kategorie jiné byli zařazeni techničtí pracovníci, administrativní pracovníci, sociální pracovníci, kuchyně, prádelna. Tato skupina tvořila 24% dotazovaných (tj. 79 osob). Ošetřovatelé a ošetřovatelky tvořili 13% (tj. 42 osob). Lékaři byli zastoupeni 8% (tj. 26 osobami). Nejmenší skupinou byli psychologové se 4% (tj. 14 osob).

Otázka č. 4: Kouření cigaret

Tab. 5 Otázka č. 4 (vlastní zpracování)

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------------------|-------------------|----------|
| Pravidelný kuřák | 137 | 42 |
| Příležitostný kuřák | 20 | 6 |
| Nekuřák | 124 | 38 |
| Bývalý kuřák | 44 | 14 |
| Celkem | 325 | 100 |



Graf 5 Otázka č. 4 (vlastní zpracování)

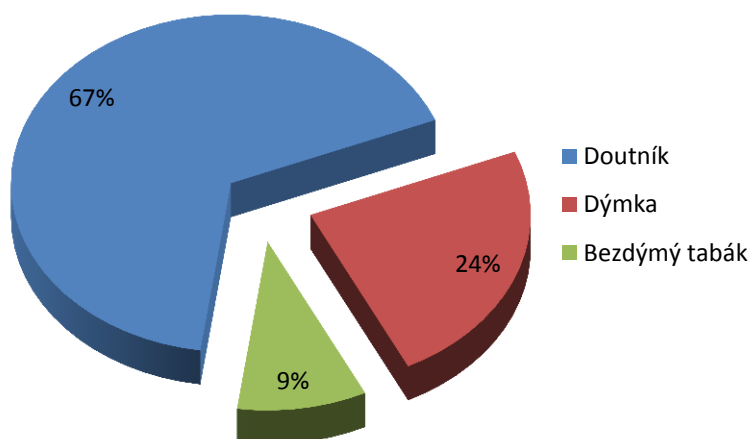
Touto otázkou byli respondenti dotazováni, zda jsou kuřáci, příležitostní kuřáci, bývalí kuřáci, nebo nekuřáci. Kuřák je osoba, která v době šetření kouří nejméně jednu cigaretu denně. Příležitostný kuřák v době šetření kouří, ale ne denně. Nekuřák nekouřil vůbec, nebo vykouřil méně než 100 cigaret za život. Bývalý kuřák dříve kouřil denně, nyní nekouří.

V době šetření kouřilo 48% dotazovaných, 52% tvořili nekuřáci. Prevalence kouření v Psychiatrické léčebně v Kroměříži je tedy vyšší než v běžné populaci. Pravidelných kuřáků bylo 42% (tj. 137 osob), příležitostných 6% (tj. 20 osob). Nekuřáci tvořili 38% (tj. 124 osob) a bývalí kuřáci 14% (tj. 44 osob).

Prevalence kouření byla nižší u žen než u mužů. 43% žen v době šetření kouřilo. Muži kuřáci tvořili 56% z dotazovaných respondentů mužského pohlaví.

Otázka č. 5: Kouření jiných tabákových výrobků*Tab. 6 Otázka č. 5 (vlastní zpracování)*

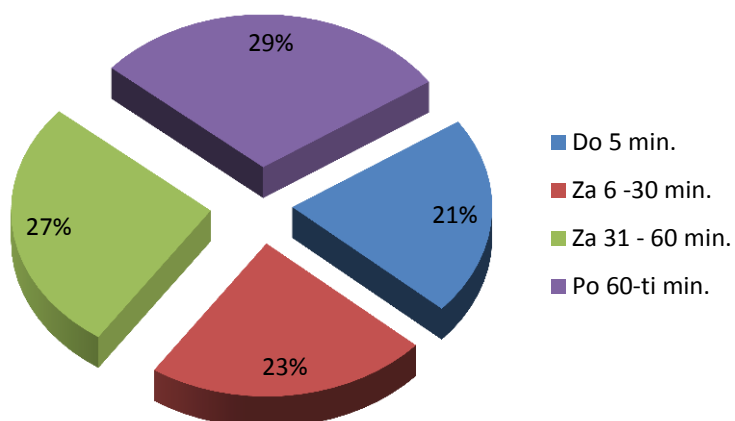
| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------------|-------------------|----------|
| Doutník | 14 | 67 |
| Dýmka | 5 | 24 |
| Bezdýmý tabák | 2 | 10 |
| Celkem | 21 | 100 |

*Graf 6 Otázka č. 5 (vlastní zpracování)*

Pouze 6% všech dotazovaných (tj. 21 osob) uvedlo, že používají jiné tabákové výrobky. Nejčastěji to byl doutník ve 14 případech, 5 lidí kouří dýmku a dva užívají bezdýmý tabák. Následujících šest otázek je součástí Fagerströмова dotazníku, pomocí něhož byla zjišťována závislost na nikotinu.

Otázka č. 6: Jak brzy po probuzení si zapálíte cigaretu?*Tab. 7 Otázka č. 6 (vlastní zpracování)*

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|-----------------|-------------------|----------|
| Do 5 min. | 33 | 21 |
| Za 6 -30 min. | 36 | 23 |
| Za 31 - 60 min. | 42 | 27 |
| Po 60-ti min. | 46 | 29 |
| Celkem | 157 | 100 |



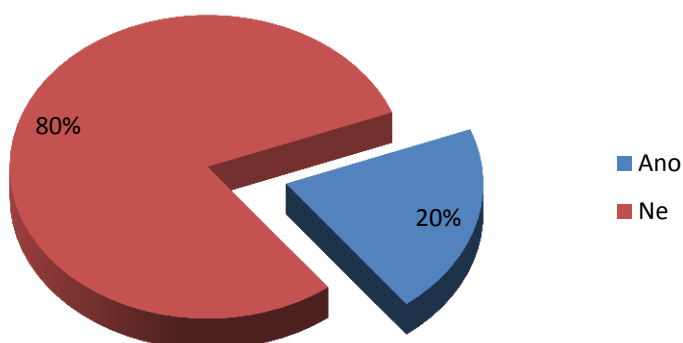
Graf 7 Otázka č. 6 (vlastní zpracování)

Tato otázka nejvíce ukazuje na závislost na nikotinu, závislí kuřáci si cigaretu zapálí brzy po probuzení. Do 5 min. odpovědělo 21% respondentů (tj. 33 kuřáků), za 6 – 30 min. 23% (tj. 36 osob), za 31 – 60 min. 27% (tj. 42 osob) a po 60 min. 29% (tj. 46 kuřáků).

Otázka č. 7: Je pro Vás obtížné nekouřit tak, kde to není dovoleno?

Tab. 8 Otázka č. 7 (vlastní zpracování)

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------|-------------------|----------|
| Ano | 32 | 20 |
| Ne | 125 | 80 |
| Celkem | 157 | 100 |



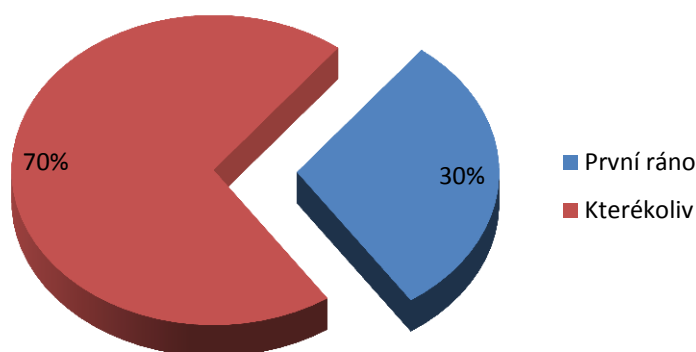
Graf 8 Otázka č. 7 (vlastní zpracování)

Pro 80% dotázaných kuřáků (tj. 125 osob) není obtížné nekouřit na místech, kde to není dovoleno. Pro zbylých 20% to obtížné je.

Otázka č. 8: Které cigarety byste se nejméně rád(a) vzdal(a)?

Tab. 9 Otázka č. 8 (vlastní zpracování)

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|------------|-------------------|----------|
| První ráno | 47 | 30 |
| Kterékoliv | 110 | 70 |
| Celkem | 157 | 100 |



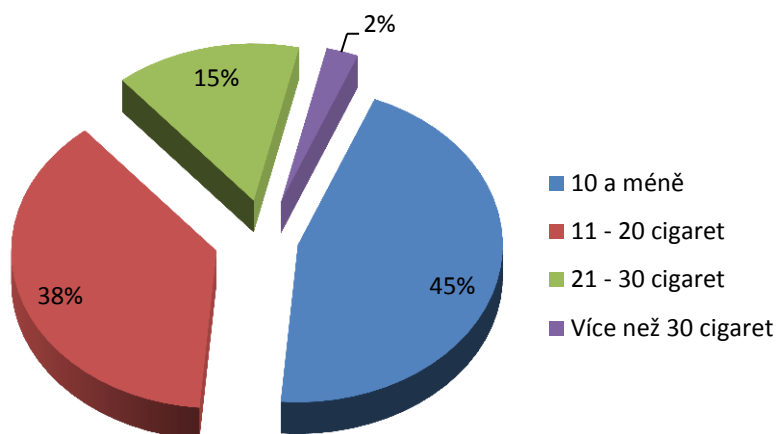
Graf 9 Otázka č. 8 (vlastní zpracování)

První ranní cigarety by se nerado vzdalo 30% respondentů. 70% uvedlo, že by se nerado vzdalo kterékoliv jiné.

Otázka č. 9: Kolik cigaret denně vykouříte?

Tab. 10 Otázka č. 9 (vlastní zpracování)

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------------------|-------------------|----------|
| 10 a méně | 71 | 45 |
| 11 - 20 cigaret | 59 | 38 |
| 21 - 30 cigaret | 23 | 15 |
| Více než 30 cigaret | 4 | 2 |
| Celkem | 157 | 100 |



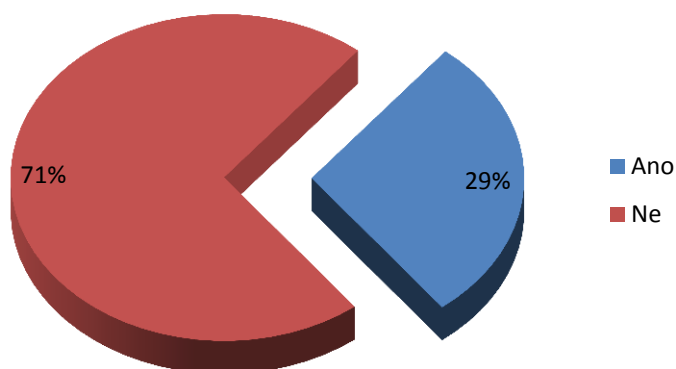
Graf 10 Otázka č. 9 (vlastní zpracování)

45% kuřáků (tj. 71 osob) uvedlo, že za den vykouří nejvýše 10 cigaret. Druhou největší skupinu tvořili kuřáci, kteří za den vykouří 11 – 20 cigaret, bylo jich 38% (tj. 59 osob). 15% (tj. 23 osob) vykouří 21 – 30 cigaret a 3% (tj. 4 osoby) vykouří za den více než 30 cigaret.

Otázka č. 10: kouříte více v prvních hodinách po probuzení, než ve zbytku dne?

Tab. 11 Otázka č. 10 (vlastní zpracování)

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------|-------------------|----------|
| Ano | 45 | 29 |
| Ne | 112 | 71 |
| Celkem | 157 | 100 |



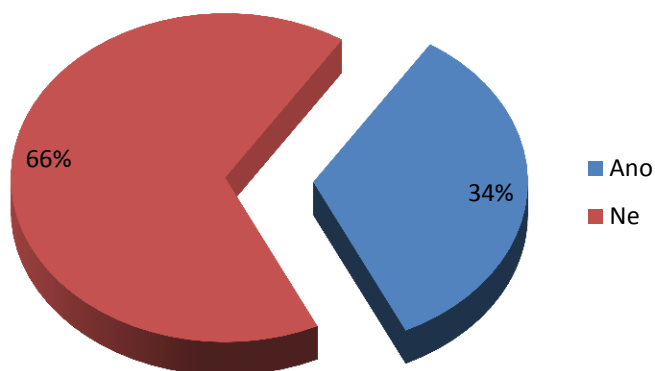
Graf 11 Otázka č. 10 (vlastní zpracování)

Kuřáci, závislý na nikotinu, kouří více zpravidla dopoledne, aby do těla dostali „svou“ dávku nikotinu. V prvních hodinách po probuzení kouří více jen 29% respondentů (tj. 45 osob). 71% (tj. 112 osob) uvedlo, že ne.

Otázka č. 11: Kouříte, i když jste nemocný tak, že strávíte většinu dne na lůžku?

Tab. 12 Otázka č. 11 (vlastní zpracování)

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------|-------------------|----------|
| Ano | 53 | 34 |
| Ne | 104 | 66 |
| Celkem | 157 | 100 |



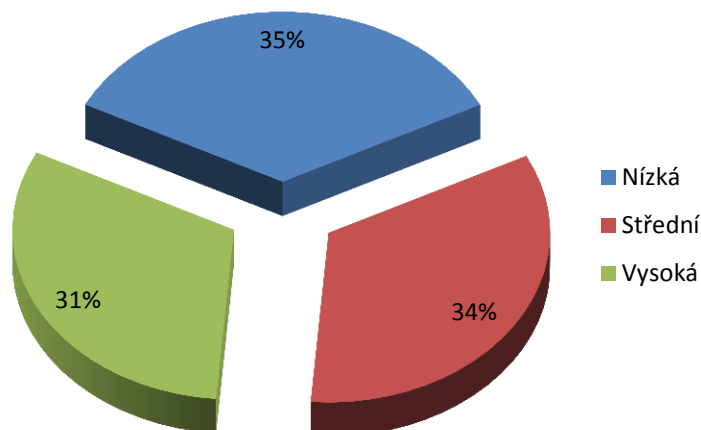
Graf 12 Otázka č. 11 (vlastní zpracování)

Na tuto otázku odpovědělo 66% kuřáků (tj. 104 osob) ne. 34% kuřáků (tj. 53 osob) kouří, i když jsou nemocní.

Stupeň závislosti na nikotinu určíme sečtením bodů v otázkách 6 – 11. Následující tabulka a grafu ukazují, kolik respondentů je na nízkém, středním a vysokém stupni závislosti na nikotinu.

Tab. 13 Míra závislosti na nikotinu (vlastní zpracování)

| Míra závislosti | Počet respondentů | Procenta |
|-----------------|-------------------|----------|
| Nízká | 55 | 35 |
| Střední | 53 | 34 |
| Vysoká | 49 | 31 |
| Celkem | 157 | 100 |



Graf 13 Míra závislosti na nikotinu (vlastní zpracování)

Závislost na nikotinu se dělí na tři stupně:

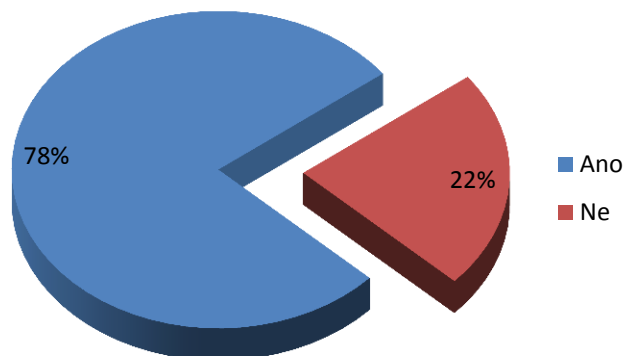
1. Stupeň - žádná, nebo nízká závislost na nikotinu
2. Stupeň – střední závislost
3. Stupeň – vysoká závislost

Mezi respondenty bylo 35% kuřáků (tj. 55 osob) s nízkým stupněm závislosti na nikotinu. Střední stupeň závislosti byl zjištěn u 34% dotazovaných kuřáků (tj. 53 osob). Vysoký stupeň závislosti na nikotinu mělo podle výsledků v dotazníku 31% respondentů (tj. 49 osob).

Otázka č. 12: Pokud by to bylo možné, přál(a) byste si s kouřením přestat?

Tab. 14 Otázka č. 12 (vlastní zpracování)

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------|-------------------|----------|
| Ano | 122 | 78 |
| Ne | 35 | 22 |
| Celkem | 157 | 100 |



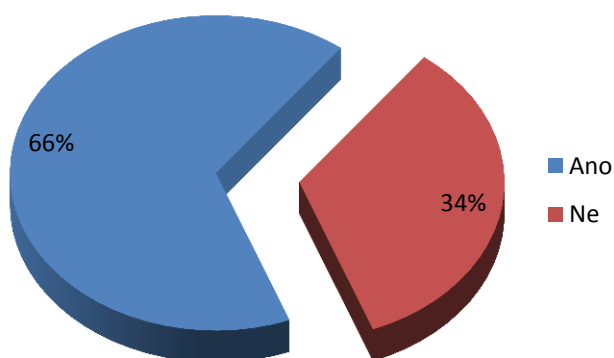
Graf 14 Otázka č. 12 (vlastní zpracování)

Přestat kouřit si přeje 78% kuřáků (tj. 122 osob), což je více, než v běžné populaci. Jen 22% kuřáků si nepřeje přestat kouřit.

Otázka č. 13: Zkoušel(a) jste s kouřením přestat?

Tab. 15 Otázka č. 13 (vlastní zpracování)

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------|-------------------|----------|
| Ano | 104 | 66 |
| Ne | 53 | 34 |
| Celkem | 157 | 100 |



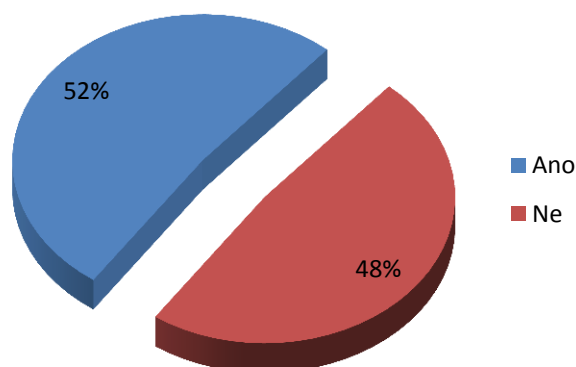
Graf 15 otázka č. 13 (vlastní zpracování)

Přestat kouřit se pokoušelo celkem 66% dotazovaných kuřáků (tj. 104 osob). Nikdy nezkoušelo přestat kouřit 34% kuřáků zaměstnaných léčebny.

Otázka č. 14: Uvítal (a) byste podporu zaměstnavatele při odvykání kouření?

Tab. 16 Otázka č. 14 (vlastní zpracování)

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------|-------------------|----------|
| Ano | 81 | 52 |
| Ne | 76 | 48 |
| Celkem | 157 | 100 |



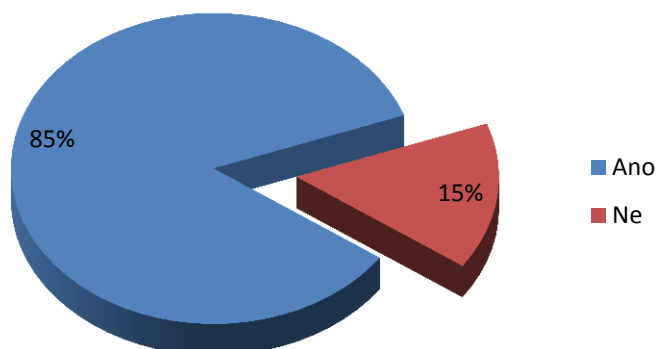
Graf 16 Otázka č. 14 (vlastní zpracování)

Na tuto otázku odpovědělo kladně 52% dotazovaných kuřáků (tj. 81 osob), což bylo méně, než se předpokládalo. Je to pravděpodobně tím, že zaměstnanci nevěděli, jak by podpora zaměstnavatele při odvykání kouření mohla vypadat. 48% kuřáků odpovědělo ne.

Otázka č. 15: Kouříte v pracovní době (včetně povinných přestávek v práci)?

Tab. 17 Otázka č. 15 (vlastní zpracování)

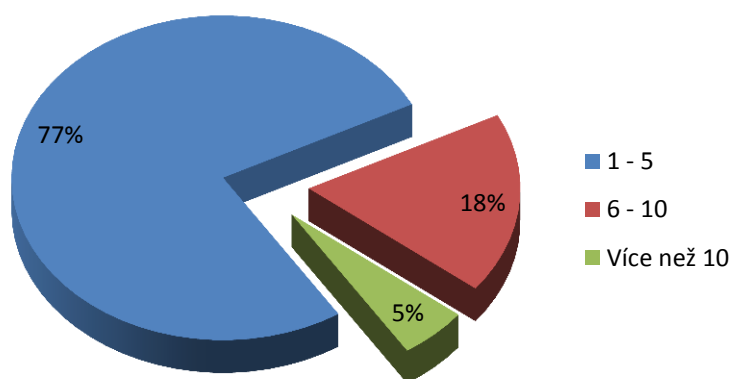
| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------|-------------------|----------|
| Ano | 133 | 85 |
| Ne | 24 | 15 |
| Celkem | 157 | 100 |



Graf 17 Otázka č. 15 (vlastní zpracování)

Tab. 18 Otázka č. 15 (vlastní zpracování)

| Počet cigaret | Počet respondentů | Procenta |
|---------------|-------------------|----------|
| 1 - 5 | 102 | 77 |
| 6 - 10 | 24 | 18 |
| Více než 10 | 7 | 5 |
| Celkem | 133 | 100 |



Graf 18 Otázka č. 15 (vlastní zpracování)

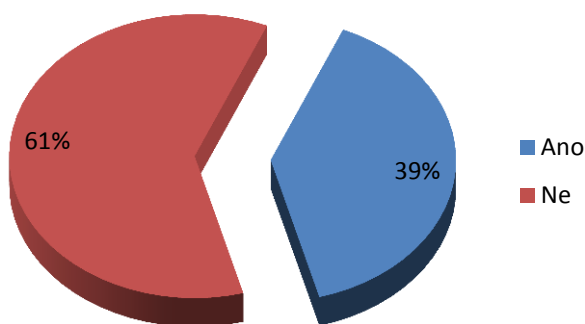
V pracovní době kouří 85% respondentů (tj. 133 osob). Pouze 15% uvedlo, že v práci nekouří.

Respondenti, kteří uvedli, že v pracovní době kouří, nejčastěji uváděli, že v práci vykouří 1-5 cigaret. Bylo to celkem 77% (tj. 102 osob). Celkem 6 – 10 cigaret vykouří v práci 18% dotazovaných. Více než 10 cigaret v práci vykouří 5% respondentů.

Otázka č. 16: Jste v zaměstnání vystaven (a) vlivu cigaretového kouře druhých lidí?

Tab. 19 Otázka č. 16 (vlastní zpracování)

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---------|-------------------|----------|
| Ano | 128 | 39 |
| Ne | 197 | 61 |
| Celkem | 325 | 100 |



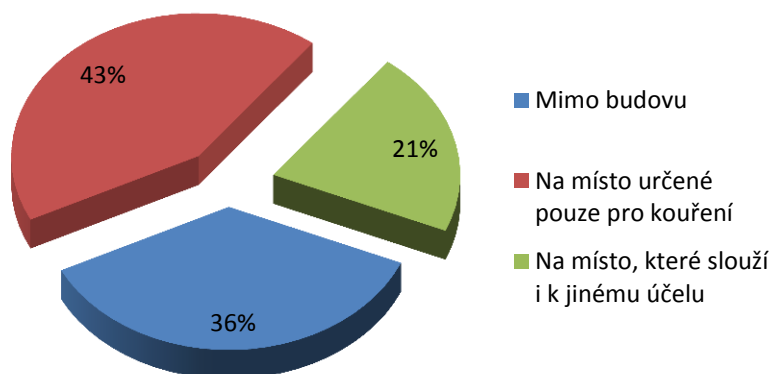
Graf 19 Otázka č. 16 (vlastní zpracování)

V léčebnách kouří velké procento pacientů, mezi nimiž se personál musí pohybovat. 39% všech respondentů odpovědělo kladně. 61% respondentů (tj. 197 osob) není v zaměstnání vystaveno vlivu cigaretového kouře druhých lidí.

Otázka č. 17: Kam chodí zaměstnanci vašeho pracoviště kouřit?

Tab. 20 Otázka č. 17 (vlastní zpracování)

| Odpověď | Počet respondentů | Procenta |
|---|-------------------|----------|
| Mimo budovu | 118 | 36 |
| Na místo určené pouze pro kouření | 139 | 43 |
| Na místo, které slouží i k jinému účelu | 68 | 21 |
| Celkem | 325 | 100 |



Graf 20 Otázka č. 17 (vlastní zpracování)

Nejčastěji chodí zaměstnanci léčebny kouřit na místo určené pouze pro kouření. Tuto odpověď označilo 43% dotazovaných (tj. 139 osob). Mimo budovu označilo jako odpověď 36% (tj. 118 osob). Místo, které slouží i k jiným účelům označilo 21% dotazovaných (tj. 68 osob).

6.2 Vyhodnocení dotazníků

V rámci dotazníkového šetření mezi zaměstnanci Psychiatrické léčebny v Kroměříži byla zjišťována prevalence kouření, zda více kouří muži či ženy, stupeň závislosti na nikotinu, zda by chtěli přestat kouřit a uvítali by podporu zaměstnavatele při odvykání kouření. Dále bylo zjišťováno, zda jsou zaměstnanci vystaveni cigaretovému kouří druhých lidí a kam chodí na pracovišti kouřit.

Zjištěné skutečnosti:

- Šetření se zúčastnilo celkem 325 zaměstnanců PL Kroměříž, 60% respondentů tvořily ženy, 40% muži. Rozložení podle věkových skupin bylo rovnoměrné, největší skupinu tvořili zaměstnanci ve věku 31 – 40 let. Mezi dotazovanými byla polovina středních zdravotnických pracovníků, kteří tvoří i největší procento z celkového počtu pracovníků léčebny. Druhou největší skupinou s 24% byla kategorie „jiné“, do které spadali pracovníci nelékařských úseků (ekonomického, údržby, kuchyně, sociální pracovníci)
- Mezi respondenty bylo 48% kuřáků (pravidelných i příležitostných) a 52% nekuřáků (sem byli zahrnuti i bývalí kuřáci). Tímto zjištěním byla potvrzena hypotéza H_1 , která předpokládala, že mezi zaměstnanci bude více než 40% kuřá-

ků. Tato čísla svědčí o větší prevalenci kouření, která se u zdravotníků udává asi 40%, v běžné populaci ČR je kolem 30% kuřáků. V tomto šetření 45% kuřáků uvedlo, že vykouří denně 10 a méně cigaret, 38% kuřáků pak denně vykouří 11 – 20 cigaret, 15% jich vykouří 21 – 30 a více cigaret než 30 denně uvedlo 2% tazatelů.

- Nejvíce kuřáků mezi zaměstnanci je v nejmladší věkové skupině 19 – 30 let. Toto zjištění odpovídá běžné populaci, s přibývajícím věkem počet kuřáků klesá. Jiné tabákové výrobky užívá jen 6% zaměstnanců, nejrozšířenější je doutník.
- V dotazníku bylo šest otázek Fagerströmova testu závislosti na nikotinu. Ten dělí závislost do třech skupin na nízkou, střední a vysokou. Při středním a vysokém stupni závislosti se při odvykání kouření doporučuje použít náhradní nikotinovou terapii nebo léky. Mezi kuřáky bylo 35% s nízkou závislostí, 34% se střední a 31% s vysokou.
- 78% zaměstnanců, kteří kouří, by si přálo přestat. Potvrdila se tedy hypotéza H_2 , která předpokládala, že více než 60% respondentů, kteří kouří si přeje s kouřením přestat. 66% kuřáků se o to už někdy pokoušelo.
- Podporu zaměstnavatele při odvykání kouření by uvítalo 52%, čímž se potvrdila hypotéza H_3 , která předpokládala, že více než polovina dotazovaných zaměstnanců PL, by uvítala podporu zaměstnavatele při odvykání kouření.
- V pracovní době, včetně povinných přestávek v práci, kouří 85% kuřáků. 1 – 5 cigaret v práci vykouří 74%, 6- 10 cigaret 20% kuřáků a více než 10 cigaret událo 6% kuřáků.
- 39% dotazovaných uvedlo, že jsou v zaměstnání vystaveni vlivu cigaretového kouře druhých lidí. Nejčastěji chodí zaměstnanci kouřit na místo určené pouze pro kouření (43%), mimo budovy chodí kouřit 36% a na místo, které slouží i k jinému účelu 21% kuřáků. Což svědčí o tom, že ne všude se dodržuje zákaz kouření v budovách. Na některých uzavřených odděleních, jsou pro pacienty vyhrazeny kuřárny, protože velké procento psychiatrických pacientů kouří.

Na základě zpracovaných statistických dobyly potvrzeny tři hypotézy:

1. H_1 : Prevalence kouření mezi zaměstnanci PL Kroměříž je více než 30% .

Šetřením bylo zjištěno, že 48% zaměstnanců kouří. Prevalence kouření u mužů, byla vyšší (56%) než u žen (43%). Pro ověření, zda jde o statistický významný rozdíl, byl použit test významnosti χ^2 – kvadrát. Tento test slouží k ověření, zda četnosti, jež byly získány měřeními, se významně liší od četností teoretických, které odpovídají dané nulové hypotéze.

H_0 : Mezi dotazovanými muži a ženami není v počtu kuřáků významný rozdíl.

H_1 : Mezi dotazovanými muži a ženami je v počtu kuřáků významný statistický rozdíl.

Tab. 21 Kontingenční tabulka naměřených hodnot

| Pohlaví | Kuřák | | Nekuřák | | Řádkový součet |
|------------------|-------|-------|---------|--------|----------------|
| | P | O | P | O | |
| Muž | 73 | 63,28 | 58 | 67,72 | 131 |
| Žena | 84 | 93,72 | 110 | 100,28 | 194 |
| Sloupcový součet | 157 | 157 | 168 | 168 | 325 |

P pozorovaná četnost

O očekávaná četnost

α hladina významnosti testu 0,05

Kritická hodnota (dle tabulky Pearsonova rozdělení) 3,841

χ^2 vypočítaná hodnota testového kritéria

Výpočet testového kritéria:

$$X^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O} = 4,838$$

$$X^2 > 3,841$$

Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, je hodnota testového kritéria vyšší, než příslušná hodnota kritická, a proto byla zamítnuta nulová hypotéza, která říká, že mezi muži a ženami není v počtu kuřáků významný rozdíl. Na základě testování bylo dokázáno, že mezi muži a ženami je v počtu kuřáků významný statistický rozdíl. Data jsou srovnatelná s běžnou populací. Dle šetření SZÚ existuje v populaci ČR významný statistický rozdíl mezi počtem kuřáků u mužů a žen.

2. H_2 : Více než 70% zaměstnanců si přeje přestat kouřit

Šetřením bylo zjištěno, že 78% zaměstnanců PL Kroměříž si přeje přestat kouřit. Hypotéza tedy byla potvrzena.

3. H₃: Více než polovina kuřáků by uvítala podporu zaměstnavatele při odvykání kouření.

Z provedeného zjištění vyplývá, že 52% zaměstnanců by uvítala podporu zaměstnavatele při odvykání kouření. Hypotéza tedy byla potvrzena.

Dotazníkovým šetřením mezi zaměstnanci PL Kroměříž byla zjištěna velká prevalence kouření. Kouření je problém jak zdravotní, tak ekonomický a je v zájmu zaměstnavatele tento jev eliminovat.

7 PROJEKT PREVENCE KOUŘENÍ

Výchozím bodem projektu je dotazníkové šetření, z jehož výsledků vyplývá potřeba řešení problému velké prevalence kouření mezi zaměstnanci Psychiatrické léčebny v Kroměříži. Téměř 80% zaměstnanců - kuřáků si přeje přestat kouřit a 52% procent kuřáků by uvítalo podporu zaměstnavatele při odvykání kouření.

V České republice každý rok zkusí přestat kouřit asi jeden milion kuřáků. Protože ale většina přestává kouřit bez jakékoliv pomoci nebo léků, podaří se to jen 2% z nich. Pokud je ale kuřákům poskytnuta podpora a odborná pomoc, může se to podařit až 40%.

Byl tedy sestaven projekt, obsahující několik okruhů činností, které pokud budou realizovány společně, mohou pomoci přestat kouřit mnoha zaměstnancům PL v Kroměříži. Projekt se opírá o odborná lékařská doporučení. Sama jsem se v březnu 2012 účastnila kurzu „Léčba závislosti na tabáku“, který vede MUDr. Králíková v Praze. V květnu potom kurzu „Metodika prevence a léčba závislosti na tabáku“ pro zdravotní sestry pořádaný Společností pro léčbu závislosti na tabáku. Informace zde získané implementuji pro potřeby psychiatrické léčebny v Kroměříži. Projekt by byl realizován po dobu jednoho roku, od září 2012 do září 2013.

7.1 Cíle projektu:

1. Snížení prevalence kouření mezi zaměstnanci psychiatrické léčebny.
2. Pomoc a podpora zaměstnancům při odvykání kouření.
3. Zlepšení kvality pracovního prostředí.

Projekt je rozpracován tak, aby všichni zaměstnanci Psychiatrické léčebny byli informováni o škodlivosti kouření, jeho dopadům na lidské zdraví, nekuřáckých opatřeních a možnostech léčby závislosti na tabáku. Všichni zaměstnanci, kteří se rozhodnou přestat kouřit, budou mít jasnou podporu zaměstnavatele v podobě seminářů, informačních materiálů, psychické podpory a odborné pomoci od vyškolených spolupracovníků. V informačních materiálech, na seminářích a od vyškolených pracovníků dostanou přesné informace jak postupovat, s jakými problémy se v průběhu odvykání mohou potkat a doporučení, jak je řešit.

7.2 Úkoly v rámci projektu

Jednotlivé úkoly v projektu by se daly rozdělit do třech fází – přípravná fáze, realizační a závěrečné zhodnocení.

Úkoly, které je třeba splnit v přípravné fázi projektu

- Vybrat tři zástupce z řad lékařů, psychologů a střední zdravotnického personálu, kteří utvoří pracovní skupinu prevence kouření.
- Dohodnout podmínky spolupráce za závodní lékařkou MUDr. Márií Křeménkovou.
- Rezervovat místa na odborných kurzech.
- Zaškolení členů pracovní skupiny na odborných kurzech.
- Úkoly pro pracovní skupinu:
 - Připravit odborné přednášky na semináře pro zaměstnance
 - Zpracovat informační materiály
 - Vypracovat standard prevence kouření
- Zajistit volné termíny pro přednášky v aule Střední zdravotnické školy v Kroměříži
- Zažádat o registraci odborného školení pro zdravotnické pracovníky u České asociace sester

Činnosti, které budou probíhat v realizační fázi projektu

- Školení zaměstnanců na seminářích
- Intervence závodního lékaře
- Psychoterapeutická skupina
- Péče o pacienty dle standardu
- Řešení dílčích problémů
- Kontrola dodržování zákazu kouření v budovách

Závěrečné zhodnocení projektu

- Anonymní hodnotící dotazník pro všechny zaměstnance
- Zhodnocení výsledků

7.2.1 Školení personálu

Ze všeho nejdříve je nutné vybrat z řad lékařů, psychologů a středního zdravotnického personálu zástupce, kteří budou proškoleni odbornými kurzy a vytvoří pracovní skupinu pro pomoc při odvykání kouření. Měli by to být zaměstnanci, kteří mají zájem o danou problematiku, jsou ochotni se učit, znají dobře chod léčebny a mají dobré komunikační dovednosti. Na jejich výběru z řad zájemců by se podíleli vedoucí pracovníci z oddělení, poté z vrcholného managementu. Zaměstnancům bude tato skupina poskytovat školení, odborné rady a psychickou podporu při odvykání kouření. Psycholog navíc povede skupinovou terapii pro zaměstnance.

Závodní lékařka, vybraný lékař z oddělení a psycholog se zúčastní kurzu „*Léčba závislosti na tabáku*“ pořádaný Českou lékařskou komorou v Brně.

Datum: 19. 10. 2012

Místo konání: Brno, Národní centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Vinařská 6.

Přednášející: MUDr. Eva Králíková, CSc., Prof. MUDr. František Perlík, DrSc., MUDr. Alexandra Kmeťová

Cena kurzu: 660 Kč/1 osobu

Program:

1. Epidemiologie užívání tabáku, související mortalita a morbidita. Účinná prevence kouření, složení tabákového kouře, pasivní kouření.
2. Farmakologické interakce cigaret.
3. Princip závislosti na tabáku, diagnostika, léčba. Psychiatrická komorbidita. Psychobehaviorální intervence a farmakoterapie. Elektronická cigareta.
4. Kouření a hmotnost. Léčba závislosti na tabáku s podporou zaměstnavatele.
5. Současné možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR, specializovaná centra, jejich role v nekuřácké nemocnici. Situace ve světě, mezinárodní a naše doporučení léčby.
6. Léčba závislosti na tabáku na Mayo Clinic, USA.
7. Praktické příklady – časté dotazy pacientů, nácvik skupinové terapie. (Lkcr, 2012)

Tento kurz poskytne vybraným pracovníkům psychiatrické léčebny jak cenné teoretické informace, tak i praktické rady a doporučení, jak pracovat se zaměstnanci i pacienty při

odvykání kouření. Součástí kurzů je i praktický nácvik terapie. Je zařazený do systému celoživotního vzdělávání lékařů a ohodnocen šesti kredity. Kurz je jednodenní, ČLK pořádaný několikrát do roka v Praze a Brně. V tomto termínu je pořádaný v Brně, což je výhodnější z časového hlediska a i náklady na cestovné budou menší.

Nálady na kurz:

- Cena kurzu: 660,- Kč/1 osobu
- Cestovní náklady: autobus Kroměříž – Brno a zpět: 142,- Kč na osobu (dle ceníku KRODOS BUS a.s.), MHD Brno: 25,- x 2 = 50,- Kč/1 osobu
- Náklady na kurz na osobu: 852,- Kč
- Náklady na kurz pro tři osoby: 2 556,- Kč

Střední zdravotnický pracovník vybraný do pracovní skupiny prevence kouření se zúčastní kurzu „*Metodika prevence a léčba závislosti na tabáku*“ pořádaný Společností pro léčbu závislosti na tabáku v Praze a je určený střednímu zdravotnímu personálu.

Datum: 1. 11. 2012

Místo konání: Praha, Karlovo náměstí 32, poliklinika Všeobecné fakultní nemocnice

Přednášející: Kateřina Malá, Vladislava Felbrová, Stanislava Kulovaná

Cena kurzu: 200,- Kč

Program

1. Historie užívání tabáku. Vliv kouření na zdraví, pasivní kouření. Prevence užívání tabáku. Rozlišení kuřáka od nekuřáka – definice.
2. Složení tabákového kouře, měření jeho složení. Princip závislosti na tabáku - psychosociální závislost, fyzická závislost na nikotinu. Abstinenční tabákový syndrom. Test závislosti na tabáku.
3. Léčba závislosti na tabáku, farmakoterapie, režimová opatření, asistovaná pomoc. Role sester v léčbě závislosti na tabáku. Doporučené postupy pro sestry. Kouření lékařů a zdravotních sester u nás a ve světě. Kouření zvláštních sociálních skupin: zdravotní sestry, těhotné, adolescenti.
4. Práce sestry v Centru léčby pro závislé na tabáku. Měření CO ve výdechu pomocí smokerlyzeru - ukázka.
5. Možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR – Centra pro závislé na tabáku – lokality, telefonní linka, webové stránky SLZT. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku.

6. Návčik skupinové terapie – nejčastější otázky a problémy pacientů.
7. Návštěva Centra pro závislé na tabáku. Diskuse, zakončení kurzu. (Slzt, ©2012)

Kurz je zařazený do systému celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a je ohodnocen čtyřmi kredity.

Náklady na kurz:

- Cena kurzu: 200,- Kč
- Cestovní náklady: Kroměříž – Praha a zpět: 480,- Kč (dle ceníku KRODOS BUS a.s.), MHD Praha 24,- x 2 = 48,- Kč
- Náklady na kurz celkem: 728,- Kč

Celkové náklady na kurzy pro vybrané pracovníky činní 3 284,- Kč.

7.2.2 Školení zaměstnanců

Pro úspěšnost projektu je důležité, aby o něm byli zaměstnanci dostatečně informováni. Rozhodla jsem se tedy pro formu školení a informačních tiskovin. Školení zaměstnanců proběhne formou přednášky pro nezdravotnický personál, kde se podrobně seznámí s projektem, jeho průběhu a aktivitách, které v rámci projektu mohou využít. Dostanou také všeobecné informace o škodlivosti kouření. Pro zdravotnický personál bude uspořádána odborný seminář jak o projektu v PL Kroměříž, tak metodika prevence a léčby závislosti na tabáku. Zdravotníci by měli obecně šířit osvětu zdravého životního stylu, proto bude přednáškový blok pro ně obsáhlejší.

Seminář pro zdravotnický personál

Tento odborný seminář bude určený lékařskému i nelékařskému personálu, dle možností provozu se jej zúčastní zástupci všech oddělení, vedoucí lékaři, vrchní a staniční sestry. Uskuteční se v aule Střední zdravotnické školy v Kroměříži, která sídlí nedaleko Psychiatrické léčebny. Kapacita auly je 120 míst a je vybavena zpětným dataprojektorem. Přednáška proběhne ve dvou termínech, aby se jí mohlo zúčastnit co nejvíce zdravotníků. Přednášet budou vyškolení zdravotníci zařazení do týmu prevence kouření, tedy lékař, psycholog a střední zdravotnický pracovník. Školení bude registrované u České asociace sester a nelékařští účastníci tak získají kredity do systému celoživotního vzdělávání. Občerstvení bude objednáno přes bufet psychiatrické léčebny.

Datum: leden, únor 2013, 13:00 – 16:00 hod.

Místo: Střední zdravotnická škola Kroměříž, Albertova ulice, aula 4. patro

Program

1. Historie užívání tabáku, složení tabákového kouře.
2. Vliv kouření na zdraví, pasivní kouření.
3. Princip závislosti na tabáku. Fyzická závislost na nikotinu, psychosociální závislost.
4. Abstinenční tabákový syndrom.
5. Léčba závislosti na tabáku - farmakoterapie.
6. Léčba závislosti na tabáku – režimová opatření, asistovaná pomoc.
7. Projekt prevence kouření pro zaměstnance PL Kroměříž.
8. Diskuse a závěr.

Náklady na jeden seminář

Pronájem přednáškové místnosti: 300,- Kč na jednu hodinu = 900,- Kč/1 seminář

Odměna přednášejícím: 500,- Kč na osobu = 1 500,- Kč/1 seminář

Občerstvení: jeden nealkoholický nápoj a dva chlebičky na osobu, nápoj 1 ks 10,- Kč, 125 x 10,- Kč = 1 250,- Kč za nápoje; chlebiček 1 ks 12,- Kč = 250 x 12,- = 3 000,- Kč

Náklady na jeden seminář = 6 650,- Kč



Obr. 6 Aula zdravotnické školy Kroměříž (vlastní zpracování)

Školení pro nezdravotnické pracovníky

Cílem tohoto školení bude informovat zaměstnance o škodlivosti kouření na zdraví, možnostech léčby a podrobně zaměstnance seznámit s projektem prevence kouření, který bude v PL Kroměříž probíhat. Přednáška bude trvat asi hodinu, povede ji jeden zástupce z týmu prevence kouření a proběhne ve dvou termínech v lednu a únoru v přednáškové místnosti správní budovy psychiatrické léčebny.

Program:

1. Vliv kouření na zdraví, složení tabákového kouře.
2. Princip závislosti na tabáku – fyzická a psychosociální závislost.
3. Možnosti léčby – léky, režimová opatření, asistovaná pomoc.
4. Projekt prevence kouření pro zaměstnance PL Kroměříž.

Náklady na jedno školení

Odměna přednášejícímu: 500,- Kč

Občerstvení: nealkoholický nápoj 1 ks 10,- Kč = 50 x 10,- = 500,- Kč; chlebiček 1 ks 12,- Kč = 100 x 12,- = 1 200,- Kč

Náklady na jednu přednášku = 1 700,- Kč

7.2.3 Informační materiály

Na každém pracovišti budou k dispozici informační materiály k prevenci kouření. Budou informovat zaměstnance i pacienty o škodlivosti kouření, nekuřáckých opatřeních a možnostech léčby závislosti na tabáku. Ti, kteří se rozhodnou přestat kouřit, tak najdou přesné informace jak postupovat, s jakými problémy se v průběhu odvykání mohou potkat a doporučení, jak je řešit. Budou to plakáty nekuřáckého pracoviště, brožurka, která bude obsahovat informace jak přestat kouřit a kartička pro zdravotnický personál s postupem krátké intervence u pacienta a seznamem odborných pracovišť léčby závislosti na tabáku.

Plakát nekuřáckého pracoviště ve formátu A2 bude viset na odděleních na ošetrovně, na každém pracovišti včetně vrátnice a Klubu pacientů. Plakát s logem léčebny obsahuje stručnou informaci o škodlivosti kouření a hlavně informace co má jedinec udělat, pokud si přeje přestat kouřit a na koho se může obrátit pro pomoc.



NEKUŘÁCKÉ PRACoviŠTĚ

VÍTE, ŽE:

- Většina kuřáků je závislých na nikotinu?
- Závislost na tabáku/nikotinu je nemoc s číslem diagnózy F 17.2?
- Je možné ji léčit?

Kouření ovlivňuje celé tělo a způsobuje nemoci všech jeho částí – kromě rakoviny plic a mnoha dalších orgánů, infarktu myokardu a chronické obstrukční plicní nemoci je to např. pomalejší hojení ran, snížení imunity, poruchy erekce, šedý zákal, záněty.

I když přestat kouřit je těžké, je to možné. Bez pomoci se to ročně podaří jen 1 -3 % kuřáků, ačkoli by raději nekouřilo 70 % z nich. Při intenzivní léčbě je úspěšnost více než 10x vyšší!

Psychiatrická léčebna v Kroměříži podporuje nekuřácké prostředí a léčbu závislosti na tabáku u personálu i pacientů léčebny.

CHCETE OPRAVDU PŘESTAT KOUŘIT?

Pak je třeba:

- Pevně se rozhodnout a stanovit si plán odvykání.
- Změnit své zažité zvyky a rituály (najít si předem náhradní řešení kuřáckých situací)

Pokud máte problém přestat, poraďte se se svým lékařem a užívejte léky: nikotin volně prodejný v lékárně nebo léky na předpis.

Můžete se také obrátit na specializované Centrum pro závislé na tabáku.

V rámci Psychiatrické léčebny v Kroměříži se můžete obrátit na lékaře, metodika prevence, nebo psychologa na tel. 573 314 111, kteří Vám pomohou překonat těžkosti při odvykání.

Adresy a kontakty na nejbližší Centra pro závislé na tabáku najdete na letáčku na každém oddělení a pracovišti, v NIS, nebo také na www.slzt.cz.

www.slzt.cz
www.plkm.cz

Obr. 7 Návrh plakátu nekuřáckého pracoviště (vlastní zpracování)

Informační brožurka

Na deseti stranách budou v brožurce informace o škodlivosti cigaret, ale hlavně obsáhlé informace jak přestat kouřit, jak bojovat s abstinenčními příznaky, podrobný popis dostupné farmakoterapie a rady co dělat při konkrétních problémech s odvykáním kouření. Dále by v brožurce byl seznam nejbližších odborných pracovišť pro léčbu závislosti na tabáku a číslo na celostátní linku pro odvykání kouření tel.: 844 600 500. Informace by byly zpracovány podle odborné brožurky, kterou vydává SLZT, ale z finančních důvodů je nemůže ve velkém množství poskytnout. Celkem by bylo vytištěno 1 000 brožurek, aby byly dostupné všem pracovníkům a popř. i pacientům psychiatrické léčebny.



Obr. 8 Návrh přední strany brožurky (vlastní zpracování)

Informační karta

Tato karta by na jedné straně obsahovala informace, jak u pacienta provádět krátkou intervenci proti kouření, na druhé straně seznam nejbližších pracovišť, kde se mohou pacienti obrátit pro odbornou pomoc. Kartička bude ve formátu A5 zatavená do folie, kterou se zabrání brzkém opotřebení. Bude k dispozici na každém oddělení na ošetrovně a viditelném a dobře dostupném místě.

Prevence kouření

Manuál pro sestry – krátká intervence k prevenci kouření

| | |
|---------------------------|---|
| 1. PTEJ SE | zda pacient kouří, jak dlouho kouří, kolik denně (ev. týdně), jaký tabákový výrobek. Nekuřáka pochvalte, dále nepokračujte. |
| 2. PORADĚ | doporučte pacientovi přestat kouřit. Např.: „přestat kouřit je to nejdůležitější co můžete udělat pro své zdraví.“ |
| 3. POSUDĚ | ochotu přestat kouřit. Pokud pacient nemá zájem přestat, můžeme jen motivovat a při další návštěvě opakovat dotaz na kouření a doporučení přestat, ovšem s pochopením, např.: „Vím, že přestat kouřit je obtížné, ale pro Vaše zdraví nutné, mohu Vám pomoci, jen když Vy budete chtít.“ Pokud pacient chce přestat, v intervenci pokračujeme. |
| 4. POMÁHEJ | těm, kteří chtějí přestat kouřit, doporučte: a) Režimová opatření (viz. standard prevence kouření) b) Náhradní terapii nikotinem – podej informace o správném užívání (viz. informační karta) c) Specializovanou pomoc – Centra pro závislé na tabáku, edukační sestra, psycholog a lékař v PL Kroměříž, telefonní linka 844 600 500 – pracovní dny 14:00 – 18:00 |
| 5. PLÁNUJ KONTROLY | platí pro edukační sestru, lékaře, psychologa zaškolené v léčbě závislosti na tabáku |

Obr. 9 Návrh informační karty (vlastní zpracování)

NEJBLIŽŠÍ CENTRA POMOCI PŘI ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ

| | |
|--|--|
| Psychiatrická léčebna v Kroměříži: Zaškolení pracovníci pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku: Lékař, interní oddělení tel: 573 314 111 Psycholog, oddělení 9, tel: 573 314 111 Sestra, oddělení 15A, tel: 573 314 111 Závodní lékař MUDr. Mária Křeménková, tel.: 573 314 426 | |
| Kroměříž Kroměřížská nemocnice Plicní oddělení, tel: 573 322 295 | CENTRA PRO ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ |
| Zlín Krajská nemocnice Tomáše Bati Plicní oddělení, tel: 577 552 621 | |
| Centrum pro choroby srdce a cév: MUDr. Dita Pospíšilová, tel: 573 342 579 Náměstí Míru 3287 | ODBORNÍ LÉKAŘI KROMĚŘÍŽ |
| Interna – endokrinologie: MUDr. Zita Dunglová, tel: 573 360 076 Náměstí Míru 3287 | |
| Diabetologická a interní ordinace: MUDr. Dagmar Vlčková, tel.: 573 332 626 Velké náměstí 106 | |

Obr. 10 Návrh informační karty – zadní strana (vlastní zpracování)

Návrhy obsahu tiskovin jsem zpracovala podle materiálů Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku a graficky upravila pro potřeby psychiatrické léčebny, materiály jsou v barvách léčebny a je na nich vyobrazené logo léčebny. Mohly by se tedy tisknout v této podobě, nebo by si léčebna nechala zpracovat jiné grafické návrhy, což by si ovšem vyžádalo více peněz.

Materiály se vytisknou v Tiskárně Print, Svatopluka Čecha č. 3582, 767 01 Kroměříž.

Kalkulace nákladů na tisk:

Plakáty: 2 600,- Kč bez DPH / 70 ks

Brožurka: 9 500,- Kč bez DPH / 1000 ks

Informační karta: 520,- Kč bez DPH / 50 ks

Celkem: 12 600,- Kč bez DPH

Grafické návrhy: hodina práce grafika 250,- Kč, předpokládaný čas potřebný ke zpracování informačních materiálů je asi 8 hodin. Cena za grafické návrhy by byla přibližně 2 000,- Kč.

Celková cena za informační materiály: 14 600,- Kč

Náklady na informační materiály v navržené podobě by byly 12 600,- Kč, včetně nového grafického zpracování 14 600,- Kč.

7.2.4 Role závodního lékaře v projektu

Závodní lékařkou Psychiatrické léčebny Kroměříž je MUDr. Mária Křeménková. Svou ordinaci má přímo v areálu léčebny. Lékařka bude po absolvování kurzu „Léčba závislosti na tabáku“ preventivně působit na zaměstnance léčebny při vstupních a periodických prohlídkách. Při těchto prohlídkách provede u každého zaměstnance krátkou intervenci k problematice kouření dle metodiky Mezinárodního doporučení pro odvykání kouření v primární péči. Tato intervence spočívá v dotazování se na kouření, jasným doporučením nekouřit a poskytnutí informací a pomoci těm, kteří se rozhodnou přestat kouřit. Lékaři zabere 3 – 5 minut. Čekárna a ordinace bude vybavena plakáty a dostatečným počtem brožurek s informacemi o projektu.


7.2.5 Terapeutická skupina

Do terapeutické skupiny mohou docházet zaměstnanci, kteří se rozhodnou přestat kouřit. Bude probíhat pod vedením psychologa 1 x měsíčně na oddělení psychoterapie v předem stanovených termínech v odpoledních hodinách. Zaměstnanci zde budou mít možnost konzultovat své problémy při odvykání kouření, mohou si s ostatními navzájem vyměnit zkušenosti s řešením problémových situací. Těm zaměstnancům, kterým skupinová terapie nevyhovuje, a dají přednost individuální konzultaci, bude k dispozici jeden den v týdnu od 13 do 15 hod. poradna na telefonu. Zde se budou střídat zaškolení pracovníci. Protože to budou pravděpodobně zaměstnanci z různých oddělení, je nutné předem stanovit rozpis s dobou a telefonními čísly a zařadit tuto informaci do tiskovin. O případných změnách by zaměstnanci byli informováni přes nemocniční informační systém.

7.2.6 Standard

Standard zaměřený na proces má závazný strukturovaný obsah a zaměřuje se na popis ošetrovatelských činností a výkonů. Postup je definován zejména z důvodu zajištění jed-

notné péče a bezpečného postupu pro pacienta i zdravotnického pracovníka. Pro potřeby psychiatrické léčebny, byl navržen standard prevence kouření pro pacienty léčebny.

| | |
|---|---|
|  | Standard prevence kouření |
| Místo určení | centrální příjem, lůžková i ambulantní oddělení |
| Závaznost pro | střední zdravotnický personál všech oborů a stupňů vzdělání |
| Zpracoval | Petra Čečatková |
| Kontaktní osoba | hlavní sestra |
| Platnost od | únor 2013 |
| Revize (kontrola) | 1x ročně |

Obr.11 Hlavička standardu prevence kouření

Definice:

Závislost na tabáku je u nás nejrozšířenější drogovou závislostí. 80 – 85% kuřáků je závislých na nikotinu. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí je to diagnóza F17: poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku.

Vymezení pojmů:

Definice kuřáctví

Pravidelný kuřák – kouří v době šetření nejméně jednu cigaretu denně

Příležitostný kuřák – v době šetření kouření, ale méně než jednu cigaretu denně

Bývalý kuřák – kouřil (vykouřil během života více než sto cigaret), ale v době šetření nekouří

Nekuřák – nekouří a během života nevykouřil nikdy sto a více cigaret

Závislost na tabáku - je chronické, recidivující a letální onemocnění, jehož nejčastější formou je kouření cigaret. V Mezinárodní klasifikaci nemocí je samostatnou diagnózou F17.

Psychosociální závislost – je potřeba kouřit v určitých situacích, v určité společnosti, za určitých okolností. Je typem naučeného chování.

Závislost na nikotinu – vzniká nejčastěji u kuřáků kouřících denně deset a více cigaret a majících potřebu zapálit si do hodiny pro probuzení. Po několika hodinách abstinence se objevují abstinенční příznaky, den bez kouření je problém. Na nikotinu je závislých kolem 80% kuřáků.

Abstinenční příznaky – soubor fyzických a mentálních změn, které se projeví v důsledku nedostatku nikotinu. Jsou dočasné a po určité době (týdny až měsíce) vymizí:

- silné nutkání kouřit
- špatná nálada, deprese
- podrážděnost, zlost, nespokojenost
- úzkost, nervozita
- neschopnost soustředění
- neschopnost odpočívat
- nespavost, obtížné usínání, buzení v noci
- zácpa
- zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti

Cíl:

- Každý pacient má v dokumentaci záznam, zda kouří.
- U každého pacienta je provedena krátká intervence k prevenci kouření, kuřáci jsou informováni o rizicích spojených s kouřením.
- Pacientům motivovaným k odvykání kouření je poskytnuta odborná pomoc a informace k léčbě závislosti na tabáku.

Kompetentní osoby:

Střední zdravotnický personál všech oborů a stupňů vzdělání, lékaři, psychologové.

Pomůcky:

Příručka – krátká intervence v prevenci kouření pro sestry PL Kroměříž

Seznam zaškolených pracovníků PL Kroměříž v léčbě závislosti na tabáku, včetně telefonických čísel na pracoviště.

Seznam pracovišť a lékařů vyškolených pro léčbu závislosti na tabáku v Kroměříži a Zlínském kraji.

Postup:

Každého pacienta se při příjmu zeptejte, zda kouří, kolik cigaret denně a vše zaznamenejte do jeho dokumentace.

Nekuřáka pochvalte a již dál v intervenci nepokračujte.

Kuřákovi jasně doporučte přestat kouřit, např.: „Přestat kouřit je jedna z důležitých věcí, kterou můžete udělat pro své zdraví.“

Posuďte ochotu přestat kouřit, zeptejte se, zda je pacient ochotný v současnosti přestat kouřit

Pokud pacient nemá zájem přestat kouřit, motivujte ho.

- Upozorněte na akutní a dlouhodobá rizika kouření.
- Identifikujte, jaký bude mít prospěch z nekouření (zlepšení zdraví, více peněz, lepší pocit ze sebe, nepřítomnost zápachu, dobrý příklad pro děti apod.).
- Zjistěte, co pacientovi brání přestat kouřit, čeho se obává a dle toho orientujte další intervenci.

Pacientovi, který si přeje přestat kouřit, poskytněte pomoc podle následujících doporučení:

- Informujte lékaře o vůli pacienta přestat kouřit a proveďte test závislosti na nikotinu.
- Dle aktuálního zdravotního stavu a stupně závislosti na nikotinu pacientovi doporučte:
 - a) Režimová opatření – podle svých časových možností s pacientem proberte jeho typické kuřácké situace a pomozte mu najít náhradní řešení, jak tyto situace prožije bez cigarety, jak změní své denní stereotypy. Doporučte, aby informoval své okolí o rozhodnutí přestat kouřit a požádal je o podporu. V předvečer dne, kdy se rozhodne nekouřit, odstraní ze svého okolí cigarety a vše co s kouřením souviselo. Doporučte zvýšení tělesné aktivity, změny stravovacích návyků, odměňovat se za dosažené úspěchy (např. ušetřené peníze za cigarety strádat a koupit si něco, po čem touží). Snažte se vysvětlit důležitost si už nikdy nezapálit, i jediná cigareta ho s největší pravděpodobností vrátí zpět ke kouření.
 - b) Specializovanou pomoc – edukační sestry, lékaře, psychologa v PL. V domácím prostředí pak centru pro léčbu závislosti na tabáku, telefonní linku pro odvykání kouření 844 600 500, která je v provozu v pracovní dny od 14:00 do 18:00 hod.
 - c) Náhradní nikotinovou terapii, která je dostupná v lékárně – žvýkačky, náplasti, inhalátory. Pacient si pak sám zvolí formu, která mu bude nejlépe vyhovovat.
 - d) Informujte o možnosti lékové terapie, kterou může předepsat každý lékař, pacient si ji hradí v plné výši.

- e) Informujte pacienta o abstinenčních příznacích, jak je rozpozná, co může udělat pro zmírnění, jak dlouho přibližně trvají.

Pacientům, kteří odvykají, naplánujte kontrolu edukační sestry, lékaře, nebo psychologa v PL. Je důležité, aby doporučení byla formulována jednoduše a rozhodně. Předpokladem úspěchu je pacientovo pevné rozhodnutí přestat kouřit.

Provedenou intervenci zapište do dokumentace.

Komplikace:

Abstinenční příznaky nahlaste lékaři a zaznamenejte do dekurzu.

Použitá literatura:

Vypracováno podle Pracovního postupu pro léčbu závislosti na tabáku, který vypracovala Společnost pro léčbu závislosti na tabáku a Česká asociace sester. erapeutická podpora

7.2.7 Farmakologická podpora odvykání kouření

Účinnou pomocí při odvykání kouření je náhradní nikotinová terapie a léky potlačující abstinenční příznaky. Obě tyto skupiny zvyšují pravděpodobnost úspěšnosti při odvykání kouření. Při terapii náhradními nikotinovými preparáty (žvýkačky a náplasti) jsou měsíční náklady průměrně 2 400,- Kč. Tyto preparáty jsou dostupné v lékárně bez lékařského předpisu. Náklady na léčbu léky potlačující abstinenční příznaky jsou přibližně 2 000,- Kč na měsíc. Léky jsou vázané na lékařský předpis a doporučená doba užívání léků je 3 – 6 měsíců.

Pokud by chtěl zaměstnavatel na tuto léčbu přispívat, musíme vzít v úvahu, že stejnou částkou musí přispět kuřákovi i nekuřákovi. Nelze zvýhodnit skupinu nekuřáků a příspěvek poskytnout jen kuřákům. Při příspěvku 1 000,- Kč jednomu zaměstnanci by to při 800 zaměstnancích znamenalo vydat částku 800 000,- Kč, která by nepokryla ani polovinu měsíčních nákladů na terapii a projekt by byl nerealizovatelný pro vysoké náklady. Proto nebyl příspěvek na léčbu do projektu zahrnut.

Náklady na cigarety, při spotřebě 10 cigaret/den a ceně 70,- Kč/20 ks, představují pro kuřáka 1 050,- Kč měsíčně. Za jeden rok je to potom 12 600,- Kč. To je částka, která přibližně odpovídá ceně léků za půl roku, což je doporučená doba terapie. Vedení lékárny v PL by mohlo při vyšším odběru preparátů vyjednat s farmaceutickým distributorem nižší cenu těchto přípravků.

7.3 Časová analýza

Součástí projektu prevence kouření v PL Kroměříž je podrobení projektu časové analýze. K časové analýze byla použita metoda kritické cesty CPM (Critical Path Method). Tato metoda byla použita pro zjištění nejkratší doby trvání projektu a byl použit program WinQSB.

V případě kritických úkolů je z hlediska doby trvání projektu důležité určit, kudy vede kritická cesta. Je to posloupnost kritických úkolů, které určují dobu trvání celého projektu. Datum dokončení posledního úkolu na kritické cestě je zároveň datem dokončení projektu. Pro kritické úkoly platí, že jejich celková časová rezerva a tedy i volná časová rezerva je rovna nule, to znamená, že zdržení počátku tohoto úkolu nebo prodloužení jeho trvání bude mít vliv na konečné datum projektu.

Tab. 22 Doba trvání činností v projektu (vlastní zpracování)

| Označení činnosti | Popis činnosti | Doba trvání | Předchozí činnost |
|-------------------|---------------------------------------|-------------|-------------------|
| A | Příprava projektu | 1 | 0 |
| B | Výběr zaměstnanců do pracovní skupiny | 4 | A |
| C | Uzavření dohody se závodní lékařkou | 2 | A |
| D | Rezervace míst v odborných kurzech | 1 | B,C |
| E | Odborná zaškolení pracovní skupiny | 2 | D |
| F | Příprava informačních materiálů | 3 | E |
| G | Zadání grafického zpracování | 1 | F |
| H | Tisk informačních materiálů | 1 | G |
| I | Vypracování standardu péče | 3 | F |
| J | Příprava přednášek pro zaměstnance | 4 | I |
| K | Registrace přednášky | 3 | I |
| L | Rezervace sálu pro přednášky | 1 | J |
| M | Semináře pro zaměstnance | 4 | H, K, L |
| N | Průběh projektu | 25 | M |
| O | Hodnotící dotazník | 4 | N |
| P | Zhodnocení projektu | 1 | O |

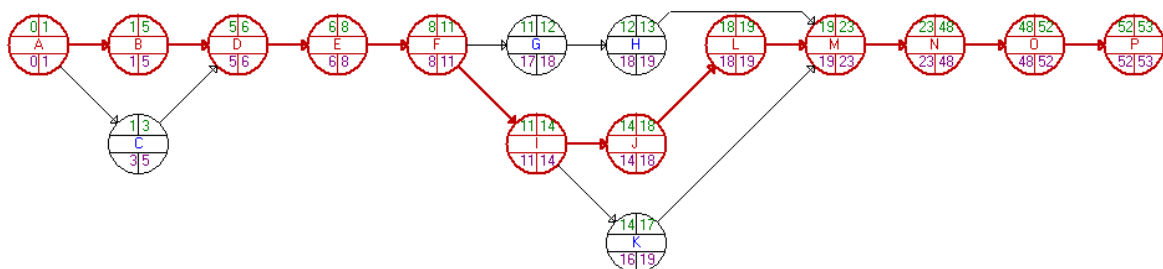
Z předchozí tabulky vyplývá, že projekt je rozdělen do 16 aktivit a každé z nich je přiděleno jedno písmeno z abecedy a doba trvání aktivity v týdnech. Po zadání těchto údajů do programu WinQSB byla vygenerována následující tabulka, která znázorňuje dobu realizace projektu v týdnech a kritickou cestu.

Tab 23 Časová analýza aktivit v projektu (zpracování v programu WinQSB)

| 08-06-2012 20:10:54 | Activity Name | On Critical Path | Activity Time | Earliest Start | Earliest Finish | Latest Start | Latest Finish | Slack (LS-ES) |
|------------------------|----------------------------|------------------|---------------|----------------|-----------------|--------------|---------------|---------------|
| 1 | A | Yes | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 2 | B | Yes | 4 | 1 | 5 | 1 | 5 | 0 |
| 3 | C | no | 2 | 1 | 3 | 3 | 5 | 2 |
| 4 | D | Yes | 1 | 5 | 6 | 5 | 6 | 0 |
| 5 | E | Yes | 2 | 6 | 8 | 6 | 8 | 0 |
| 6 | F | Yes | 3 | 8 | 11 | 8 | 11 | 0 |
| 7 | G | no | 1 | 11 | 12 | 17 | 18 | 6 |
| 8 | H | no | 1 | 12 | 13 | 18 | 19 | 6 |
| 9 | I | Yes | 3 | 11 | 14 | 11 | 14 | 0 |
| 10 | J | Yes | 4 | 14 | 18 | 14 | 18 | 0 |
| 11 | K | no | 3 | 14 | 17 | 16 | 19 | 2 |
| 12 | L | Yes | 1 | 18 | 19 | 18 | 19 | 0 |
| 13 | M | Yes | 4 | 19 | 23 | 19 | 23 | 0 |
| 14 | N | Yes | 25 | 23 | 48 | 23 | 48 | 0 |
| 15 | O | Yes | 4 | 48 | 52 | 48 | 52 | 0 |
| 16 | P | Yes | 1 | 52 | 53 | 52 | 53 | 0 |
| | Project Completion Time | = | 53 | weeks | | | | |
| | Number of Critical Path(s) | = | 1 | | | | | |

Na obrázku číslo 12 je graficky znázorněna kritická cesta, která ukazuje, v jakém nejkratším možném čase a s jakými činnostmi lze projekt realizovat. Nejkratší doba uskutečnění projektu je 53 týdnů.

Tabulka číslo 24 znázorňuje činnosti, které leží na kritické cestě. Pokud dojde u některé z těchto činností ke zpoždění, prodlouží se realizace celého projektu.



Obr. 12 Grafické znázornění kritické cesty (zpracování v programu WinQSB)

Tab. 24 Kritická cesta (zpracování v programu)

| 08-06-2012 | Critical Path 1 |
|------------------------|-----------------|
| 1 | A |
| 2 | B |
| 3 | D |
| 4 | E |
| 5 | F |
| 6 | I |
| 7 | J |
| 8 | L |
| 9 | M |
| 10 | N |
| 11 | O |
| 12 | P |
| Completion Time | 53 |

7.4 Nákladová analýza

V nákladové analýze je třeba vyčíslit náklady na jednotlivé položky a zjistit tak, kolik bude realizace celého projektu stát. V následující tabulce jsou rozepsány jednotlivé nákladové položky, částky a kalkulace.

Tab. 25 Nákladová analýza

| Položka | Rozpis | Celkem |
|-----------------------------|--|--------------------|
| Školení Brno | registrační poplatek; jízdné Kroměříž - Brno a zpět; MHD Brno 660,- + 142,- + 50,- = 852,-/osobu 852,- x 3 | 2 556,- Kč |
| Školení Praha | registrační poplatek; jízdné Kroměříž - Praha a zpět; MHD Praha 200,- + 480,- + 48,- = 728,-/osobu | 728,- Kč |
| Seminář pro zdravotníky | pronájem sálu; občerstvení; odměna přednášejícím 900,- + 4 250,- + 1 500,- = 6 650,-/ 1 seminář | 13 300,- Kč |
| Seminář pro nezdravotníky | občerstvení; odměna pro přednášející 1 700,- + 500,- = 2 200,-/ 1 seminář | 4 400,- Kč |
| Informační materiály | plakát 70 ks; brožurka 1 000 ks; info kartička 50 ks 2 600,- + 9 500,- + 520,- | 12 620,- Kč |
| | grafická úprava 250 Kč/1 hodina práce 250,- x 8 | 2 000,- Kč |
| | hodnotící dotazník 800 Ks | 1 000,- Kč |
| Registrace semináře | zaregistrování semináře a ohodnocení kredity u ČAS 300,- x 2 | 600,- Kč |
| Odměny pro pracovní skupinu | měsíční odměna formou osobního ohodnocení 500,- x 3 x 12 | 18 000,- Kč |
| Celkové náklady | | 55 204,- Kč |

Školení pro závodní lékařku, odborného lékaře a psychologa proběhne na kurzu „Léčba závislosti na tabáku“ pořádaném Českou lékařskou komorou v Brně. Registrační poplatek činí 660,- Kč na osobu. Jízdné z Kroměříže do Brna a zpět, dle tarifu Krodosbus a.s., je 142,- Kč na osobu, jízdné MHD Brno 2 x 25,- Kč na osobu. Celková částka za školení v Brně pro tři osoby bude 2 556,- Kč. Školení středního zdravotního personálu se uskuteční na kurzu „Metodika prevence a léčba závislosti na tabáku“, který pořádá Společnost pro léčbu závislosti na tabáku“ v Praze. Registrační poplatek je zde 200,- Kč, jízdné z Kroměříže do Prahy a zpět vyjde na 480,- Kč, dle ceníku Krodosbus a.s. Kroměříž, MHD Praha 2 x 24,- Kč. Dohromady činí náklady za tuto položku 728,- Kč. Pro školení zdravotnického personálu bude pronajatý sál na Střední zdravotnické škole v Kroměříži. Cena za pronájem je 300,- Kč/hod., jedna přednáška bude trvat 3 hodiny, nájemné bude tedy 900,- Kč, celkově za dvě přednášky 1 800,- Kč. Občerstvení bude zajištěno přes bufet léčebny, jeden nealkoholický nápoj a dva chlebičky na osobu. Pro 125 osob to bude 1 250,- Kč za nápoje a 3000,- Kč za chlebičky, dohromady 4 250,- Kč za občerstvení na jeden seminář, 8 500,- Kč za oba. Ještě je třeba započítat odměny pro tři přednášející, jelikož příprava přednášek jim zabere hodně času a není možné, aby je připravovali v pracovní době. Každý přednášející by dostal 500,- Kč za seminář, tedy celkově 3 000,- Kč. Celkové náklady za dvě přednášky by činily 13 300,- Kč. Náklady na školení nezdravotnických zaměstnanců by byly nižší, protože je jich méně a seminář se může uskutečnit v sále ve správní budově psychiatrické léčebny. Občerstvení pro 50 osob ve dvou přednáškách bude 3 400,- Kč. Přednášet bude jeden člen pracovní skupiny, jeho odměna bude 1 000,- Kč za obě přednášky. Celková částka je 4 400,- Kč za semináře pro nezdravotnické pracovníky. Informační materiály se vytisknou v tiskárně Print, Sv. Čecha, Kroměříž. Plakáty v nákladu 70 ks vyjdou na 2 600,- Kč, brožurky v nákladu 1 000 Ks na 9 500,- Kč, informační karty v nákladu 50 ks budou stát 520,- Kč. Tisk závěrečného hodnotícího dotazníku v nákladu 800 Ks vyjde na 1 000,- Kč. Pokud se pracovní skupina rozhodne pro jinou grafickou úpravu, přibude k nákladům za tisk ještě položka za grafickou úpravu. Cena jedné hodiny práce grafika je 250,- Kč, předpokládaná doba 8 hodin. Celkové náklady na informační materiály budou činit 15 600,- Kč. Do nákladů je nutno započítat odměny pro pracovní skupinu, navrhuji 500,- Kč za měsíc pro jednoho v podobě osobního ohodnocení. Do nákladů není zahrnuta odměna pro závodní lékařku. Stanovila by se tři uzavření dohody o

provádění intervence k prevenci kouření v rámci pracovních prohlídek a její výše by se stanovila po vzájemné dohodě.

7.5 Riziková analýza

V rámci rizikové analýzy se zabýváme riziky, která by mohla narušit realizaci projektu. V tabulce jsou shrnuta možná rizika, jejich závažnost a pravděpodobnost.

Tab. 26 Riziková analýza (vlastní zpracování)

| Riziko | Závažnost rizika | Pravděpodobnost výskytu |
|---|------------------|-------------------------|
| Nezájem o projekt ze strany vedení léčebny | vysoká | střední |
| Nedostatek finančních prostředků | vysoká | střední |
| Nenavázání spolupráce na projektu se závodní lékařkou | vysoká | nízká |
| Nezájem zaměstnanců o práci v pracovní skupině | střední | nízká |
| Obsazené podzimní termíny odborných školení | střední | nízká |
| Odchod zaškoleného člověka z pracovní skupiny | nízká | nízká |
| Nezájem ze strany zaměstnanců o účast na seminářích | nízká | nízká |
| Překročení nákladů | střední | střední |

Eliminace rizik

1. Nezájem vedení léčebny o tento projekt – poskytnout co nejvíce informací o navrhovaném projektu a zdůraznit přínosy pro zaměstnavatele.
2. Nedostatek finančních prostředků – zdravotnická zařízení se všeobecně potýkají s nedostatkem financí. Řešením by byla dotace z ministerstva zdravotnictví, které každý rok vyhlašuje výběrové řízení k dotačnímu programu „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“, do kterého se může léčebna se svým projektem přihlásit. Dotace ministerstva může být až do výše 70% nákladů na projekt. Podmínkou je finanční spoluúčast žadatele na celkovém rozpočtu projektu, která musí činit nejméně 30%. V případě, že by se vedení léčebny rozhodlo o tuto dotaci zažádat, musí se dle podmínek výběrového řízení upravit časový harmonogram celého projektu. Další možností je zažádat o příspěvní soukromou firmu. Farmaceutická firma, která je výrobcem náhradní nikotinové terapie a léků k potlačení abstinčních příznaků nabízí možnost poskytnutí příspěvku zdravotnickým institucím s cílem zlepšit zdravotní péči o pacienty.
3. Nenavázání spolupráce na projektu se závodní lékařkou – poskytnout lékařce co nejvíce informací o připravovaném projektu a dohodnout finanční kompenzaci.

Zlepšování zdraví pacientů je cílem práce každého lékaře, proto považují toto riziko za nízké

4. Nezáměr zaměstnanců o práci v pracovní skupině - vyzvednout výhody odborného školení, které je ohodnoceno kredity do celoživotního vzdělávání zdravotníků a bude proplaceno zaměstnavatelem. Dále budou členové skupiny každý měsíc dostávat 500,- Kč za činnosti v oblasti prevence kouření.
5. Obsazené termíny odborných školení – včas zarezervovat místa na školení v obou kurzech. Toto lze učinit ještě před výběrem pracovníků a jména doplnit později.
6. Odchod zaškoleného člověka z pracovní skupiny – dostatečná motivace členů skupiny
7. Nezáměr ze strany zaměstnanců o účast na seminářích – zajistit dostatečnou propagaci termínů seminářů informacemi na každém pracovišti, na poradách vedení, v nemocničním informačním systému. Dle možností provozu, mohou nezdravotničtí zaměstnanci na seminář v pracovní době. Pro zdravotnické pracovníky bude motivací zařazení semináře do systému celoživotního vzdělávání a ohodnocení účasti kredity. Semináře budou s občerstvením.
8. Překročení nákladů – protože veškeré náklady budou stanovené v předstihu, ceny budou sjednané, nepředpokládám velké odchylky v konečných nákladech projektu.

7.6 Závěrečné zhodnocení projektu

Celková délka projektu je naplánována na jeden rok. Zhodnocení projektu proběhne formou dotazníkového šetření mezi zaměstnanci. Po vyhodnocení dotazníků posoudí vedení psychiatrické léčebny celkový průběh, náklady, úspěšnost, případné vzniklé problémy a pokračování projektu v dalším období.

ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na projekt prevence kouření pro zaměstnance Psychiatrické léčebny v Kroměříži.

Teoretická část definuje základní pojmy, které charakterizují řízení zdravotnických zařízení, personální management a problematiku kouření.

V praktické části je nejdříve představena Psychiatrická léčebna v Kroměříži a pomocí dotazníkového šetření je analyzována problematika kouření zaměstnanců. Z provedené analýzy vyplývá, že je prevalence kouření mezi zaměstnanci psychiatrické léčebny vysoká a více než polovina kuřáků by uvítala podporu zaměstnavatele při odvykání kouření.

Projektová část diplomové práce se zabývá návrhem na řešení vysoké prevalence kouření mezi zaměstnanci v podobě projektu podpory zdraví. Jeho cílem je snížení prevalence kouření mezi zaměstnanci, pomoc a podpora při odvykání kouření a tím i zlepšení pracovního prostředí.

Všechny činnosti v projektu byly navrženy tak, aby byly smysluplné pro zaměstnance a ekonomicky přijatelné pro zaměstnavatele a pomohly tak řešit problém kouření v psychiatrické léčebně.

Pevně věřím, že tento projekt bude pro psychiatrickou léčebnu přínosem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ARMSTRONG, Michael, 2010. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1407-3.
- BARTÁK, Miroslav, 2010. *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7357-503-8.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr a TÓTHOVÁ, Valérie, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-467-2.
- BRODSKÝ, Zdeněk, 2009. *Řízení lidských zdrojů pro managery*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-155-9.
- DONĚK, Emanuel, 2009. *Kroměřížská psychiatrická léčebna v průběhu posledního desetiletí*. Kroměříž. ISBN není.
- GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.
- GLADKIJ, Ivan a STRNAD, Jan, 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0500-8.
- GREGAR, Aleš, 2004. *Personální řízení I*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 80-7318-198-3.
- GREGAR, Aleš, 2010. *Personální management*. Zlín: Univerzita Tomáš Bati. ISBN 978-80-7318-915-0.
- KOCIANOVÁ, Renata, 2010. *Personální činnost a metody personální práce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2497-3.
- KOZÁK, Jiří, 1993. *Rizikový faktor kouření*. Praha: KPK. ISBN 80-85267-42-X.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva a KOZÁK, Jiří, 2003. *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-68-6.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva a ŠTĚPÁNKOVÁ, Lenka, 2011. *Kouření tabáku, základní fakta a sociální souvislosti*. In: Adiktologie 03/2011. s. 180-185. ISSN 1213-3841.
- MOHELSKÁ, Hana, 2009. *Řízení lidských zdrojů*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-659-4.

NEŠPOR, Karel a CSEMY, Ladislav, 1996. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-5-2.

SKÁLOVÁ, Andrea, 2010. *Ekonomika a kouření – co se komu vyplatí?* In: Zdravotnické noviny 31-32/2010. s. 7. ISSN 1805-2355, 1214-7664.

SOUČEK, Zdeněk a BURIAN, Jan, 2006. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing. ISBN 80-86946-18-5.

SOVINOVÁ, Hana a CSÉMY, Ladislav, 2003. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-230-9.

ŠATERA, Karel, 2012. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Zlín: univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7454-135-3.

ŠIMON, Jaroslav. 2001. *Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0085-9.

Internetové zdroje:

HALPERN, Michael at al., 2007. *Impact of a smoking cessation bendit among employed populations* [online]. 2007 [cit. 2012-06-21]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17215709>

IPCRG, 2011. *Internacional quidance on smoking cassation in primary care* [online]. [cit. 2012-06-16]. Dostupné z: <http://dev.theipcr.org/display/RESSMO/General+principles+that+will+help+you+support+a+smoker>

KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2008. *Variniclin*. [online]. [cit. 2012-06-05]. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/odborna-doporuceni>

LKCR, ©2012. *Kurz - Léčba závislosti na tabáku*. [online]. [cit. 2012-07-02]. Dostupné z: [http://lkr.cz/kurzy-clk-255.html?item.id=99846&do\[load\]=1](http://lkr.cz/kurzy-clk-255.html?item.id=99846&do[load]=1)

MLČOCHOVÁ, Eva, ©2003-2012. *Chemické složení cigaretového kouře*. [online]. [cit. 2012-05-22]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/co-obsahuje-cigaretovy-kour-dym/5-chemicke-slozeni-cigaretoveho-koure-co-obsahuje-kour-z-cigaret.html

MLČOCHOVÁ, Eva, ©2003-2012. *Onemocnění respiračního traktu*. [online]. [cit. 2012-05-23]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/chronicka-obstrukcni-plicni-nemoc-chopn/115-chopn-chronicka-obstrukcni-plicni-nemoc-priznaky-projevy-lecba-definice.html

MLČOCHOVÁ, Eva, ©2003-2012. *Rakovina plic*. [online]. [cit. 2012-05-23]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/rakovina-plic/39-rakovina-plic-priznaky-projevy-symptomy.html

MLČOCHOVÁ, Eva, ©2003-2012. *Pasivní kouření*. [online]. [cit. 2012-05-23]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/pasivni-koureni-a-obrana/4-pasivni-koureni-jeho-skodlivost-pro-zdravi-a-statistiky-nemocnosti-a-umrti.html

MZCR, ©2010. *Národní program zdraví – projekty podpory zdraví*. [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/narodni-programmz-cr-narodni-program-zdravi-projekty-podpory-zdravi_5263_2484_1.html

SZÚ, ©2006. *Národní program zdraví na pracovišti*. [online]. [cit. 2012-07-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/narodni-programmz-cr-narodni-program-zdravi-projekty-podpory-zdravi_5263_2484_1.html

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|-------|--|
| BOZP | Bezpečnost a ochrana zdraví při práci |
| CO | Oxid uhelnatý |
| CNS | Centrální nervový systém |
| ČLK | Česká lékařská komora |
| DZS | Dopravní zdravotní služba |
| FKSP | Fond kulturní a sociální pomoci |
| CHOPN | Chronická obstrukční plicní nemoc |
| MTZ | Materiálně technické zabezpečení |
| MZČR | Ministerstvo zdravotnictví České republiky |
| NIS | Nemocniční informační systém |
| NZP | Nižší zdravotnický personál |
| PL | Psychiatrická léčebna |
| PO | Požární ochrana |
| PZP | Pomocný zdravotnický personál |
| RTG | Rentgen |
| ŘLZ | Řízení lidských zdrojů |
| SLZT | Společnost pro léčbu závislosti na tabáku |
| SZP | Střední zdravotnický pracovník |
| SZÚ | Státní zdravotní ústav |
| WHO | World Health Organization, Světová zdravotnická organizace |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|--|----|
| Obr. 1 – Složky celkové odměny | 21 |
| Obr. 2 – Determinanty zdraví | 24 |
| Obr. 3 – Psychiatrická léčebna Kroměříž | 42 |
| Obr. 4 – Organizační struktura PL Kroměříž | 44 |
| Obr. 5 – Sportoviště PL Kroměříž | 47 |
| Obr. 6 – Aula Střední zdravotnické školy v Kroměříži | 73 |
| Obr. 7 – Návrh plakátu nekuřáckého pracoviště | 75 |
| Obr. 8 – Návrh přední strany brožurky | 76 |
| Obr. 9 – Návrh informační karty | 77 |
| Obr. 10 – Návrh informační karty – zadní strana | 78 |
| Obr. 11 – Hlavička standardu prevence kouření | 80 |
| Obr. 12 – Grafické znázornění kritické cesty | 85 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tab. 1 – Otázka č. 1 | 49 |
| Tab. 2 – Otázka č. 2 | 49 |
| Tab. 3 – Věková struktura kuřáků | 50 |
| Tab. 4 – Otázka č. 3 | 51 |
| Tab. 5 – Otázka č. 4 | 52 |
| Tab. 6 – Otázka č. 5 | 53 |
| Tab. 7 – Otázka č. 6 | 53 |
| Tab. 8 – Otázka č. 7 | 54 |
| Tab. 9 – Otázka č. 8 | 55 |
| Tab. 10 – Otázka č. 9 | 55 |
| Tab. 11 – Otázka č. 10 | 56 |
| Tab. 12 – Otázka č. 11 | 57 |
| Tab. 13 – Míra závislosti na nikotinu | 57 |
| Tab. 14 – Otázka č. 12 | 58 |
| Tab. 15 – Otázka č. 13 | 59 |
| Tab. 16 – Otázka č. 14 | 60 |
| Tab. 17 – Otázka č. 15 | 60 |
| Tab. 18 – Otázka č. 15 | 61 |
| Tab. 19 – Otázka č. 16 | 62 |
| Tab. 20 – Otázka č. 17 | 62 |
| Tab. 21 – Kontingenční tabulka naměřených hodnot | 65 |
| Tab. 22 – Doba trvání činností v projektu | 84 |
| Tab. 23 – Časová analýza činností v projektu | 85 |
| Tab. 24 – Kritická cesta | 86 |
| Tab. 25 – Nákladová analýza | 86 |

Tab. 26 – Riziková analýza 88

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Dotazník pro personál psychiatrické léčebny

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO PERSONÁL PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY

Dobrý den,

Jsem studentkou 5. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci své diplomové práce se zabývám kouřením a možnostmi prevence na pracovišti. Proto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní. Informace zde získané budou zpracovány pro účely diplomové práce a vypracování projektu prevence kouření.

Děkuji

Bc. Petra Čechatková

1) Pohlaví: žena muž

2) Věk:

3) Vaše pracovní zařazení

- Lékař
- Psycholog
- Střední zdravotnický pracovník v jednosměnném provozu
 v třisměnném provozu
- Ošetřovatel (ka)
- Jiné

4) Kouříte cigarety?

- Ano, jsem pravidelný kuřák (kouřím v době šetření nejméně 1 cigaretu denně)
Kolik cigaret/den:
- Ano, jsem příležitostný kuřák (kouřím v době šetření, ale ne denně)
- Ne, jsem nekuřák (nekouřil jsem vůbec, nebo vykouřil méně než 100 cigaret za život)
(Přejděte prosím k otázce č. 13)
- Ne, jsem bývalý kuřák (dříve jsem kouřil denně, nyní nekouřím)
(Přejděte prosím k otázce č. 13)

5) Užíváte jiné tabákové výrobky než cigarety?

- Ano Doutník Dýmka Bezdýmý tabák
- Ne

6) Jak brzy po probuzení si zapálíte cigaretu?

- do 5min. za 6 – 30min.
- za 31 – 60min. po 60-ti min.

7) Je pro Vás obtížné nekouřit tam, kde to není dovoleno?

- Ano Ne

8) Které cigarety byste se nejméně rád (a) vzdal (a)?

- Té první ráno
 Kterékoli jiné

9) Kolik cigaret denně vykouříte?

- 10 nebo méně 11-20
 21-30 31 a více

10) Kouříte více v prvních hodinách po probuzení než ve zbytku dne?

- Ano Ne

11) Kouříte, i když jste nemocný(á) tak, že strávíte většinu dne na lůžku?

- Ano Ne

12) Pokud by to bylo možné, přál (a) byste si s kouřením přestat?

- Ano Ne

13) Zkoušel jste s kouřením přestat?

- Ano Ne Kolikrát:

14) Uvítal (a) byste podporu zaměstnavatele při odvykání kouření?

- Ano Ne

15) Kouříte v pracovní době (včetně povinných přestávek v práci)?

- Ano 1-5 cigaret 6-10cig. více
 Ne

16) Jste v zaměstnání vystaven (a) vlivu cigaretového kouře druhých lidí?

- Ano Ne

17) Kam chodí zaměstnanci Vašeho pracoviště kouřit?

- Mimo budovu
 Na místo určené pouze pro kouření
 Na místo, které slouží i k jinému účelu

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a přeji hezký den!

Bc. Petra Čechatková