

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

ÚLOHA SESTRY V PREVENCIÍ FAJČENIA

Bakalárska práca

Študijný program: Ošetrovateľstvo

Číslo študijného odboru: 7. 4. 1

Školiteľ: doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

Školiace pracovisko: Katedra ošetrovateľstva



Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva

ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Meno a priezvisko študenta: Helena Tvrďá
Študijný program: ošetrovatel'stvo (Jednoodborové štúdium, bakalársky I. st.,
externá forma)
Študijný odbor: 7.4.1 ošetrovatel'stvo
Typ záverečnej práce: Bakalárska práca
Jazyk záverečnej práce: slovenský

Názov: Úloha sestry v prevencii fajčenia

Anotácia: Charakterizovať závažné ochorenia pre ktoré je rizikový faktor fajčenie. Zistiť úroveň vedomostí o následkoch fajčenie. U vybranej skupiny respondentov vytvoriť edukačný program na podporu prevencie.

Školiteľ: Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

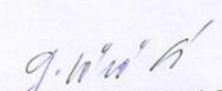
Oponent: PhDr. Alica Slamkova, PhD.

Katedra: KO - Katedra ošetrovatel'stva

Vedúci katedry: Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

Dátum zadania: 21.09.2010

Dátum schválenia: 29.09.2010


Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.
vedúci/a katedry

Školiteľ:

Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

Pod'akovanie

Touto cestou by som chcela vysloviť pod'akovanie doc. PhDr. Gabriele Vörösovej, PhD. za metodické vedenie bakalárskej práce, ktoré mi poskytla pri jej vypracovaní, cenné rady a pripomienky, jej trpezlivosť, srdečný prístup a dôveru.

Čestné vyhlásenie

Čestne vyhlasujem, že pri spracovaní bakalárskej práce som postupovala samostatne, pod odborným vedením vedúceho bakalárskej práce, neporušila som autorský zákon a použitú literatúru uvádzam na príslušnom mieste.

Nitra, 2012

.....

podpis

ABSTRAKT

TVRDÁ, Helena: *Úloha sestry v prevencii fajčenia*. [Bakalárska práca] – Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Katedra ošetrovateľstva. – Školiteľ: doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie: Bakalár (Bc.). – Nitra : FSVaZ, 2012. 53 s.

Autorka sa v práci zaoberá úlohou sestry v preventívnej starostlivosti, mapuje vedomosti jednotlivcov o fajčení, potreby prevencie ochorení dýchacích ciest, prezentuje edukačný plán ako prostriedok pri odvykaní fajčenia. V jednotlivých kapitolách popisuje problematiku fajčenia, vymedzuje základné pojmy týkajúce sa predkladanej témy. Autorka poskytuje ucelený pohľad na nikotínovú závislosť, následky na zdravie človeka, biologické, psychologické a sociálne aspekty. V práci autorka popisuje ochorenia, ktoré sú determinované fajčením. Pozornosť venuje dôležitej úlohe sestry pri preventívnych opatreniach na elimináciu fajčenia, jej intervenciách, celospoločenským programom a edukácii. Súčasťou autorkinej práce je prieskum, ktorý je zameraný na populáciu fajčiarov, kde respondenti vyjadrili dostatočné vedomosti o škodlivosti fajčenia avšak nedostatočné vedomosti o možnostiach odbornej pomoci pri odvykaní od fajčenia. Na základe zistených údajov bol vypracovaný edukačný plán. V poslednej fáze prieskumu autorka vyslovila na základe získaných posudkov odporúčania pre prax a záverom ukončila prácu.

Kľúčové slová:

Fajčenie. Závislosť. Fajčiar. Choroba. Sestra. Prevencia.

ABSTRACT

TVRDÁ, Helena: The role of the nurse in the prevention of smoking. [Bachelor thesis] – Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care; Department of Nursing. – Tutor: Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD. Master of degree: Bachelor (Bc.). – Nitra: FSSH, 2012. 53 p.

The author describes the role of nurses working in preventive care, maps the knowledge of individuals on smoking, the need to prevent respiratory diseases, presents an educational plan as a tool in smoking cessation. Each chapter describes the issues of smoking, defines the basic concepts of the topic. The author provides holistic view of nicotine addiction, consequences for human health, biological, psychological and social aspects. In the thesis the author characterizes the diseases that are determined by smoking. The attention is devoted to the important role of nurses in preventive measures to eliminate smoking, the intervention, education and society – wide program. The thesis contains a survey, which focuses on the population of smokers, where respondents have sufficient knowledge about the harmful effects of smoking but they have insufficient knowledge about professional assistance in smoking cessation. The educational plan was developed according to observed data. In the last phase of the survey the author expressed her recommendation on the basis of the reports for further practice and with the results of the survey she completed the work.

Keywords:

Smoking. Dependence. Smoker. Disease. Nurse. Prevention.

OBSAH

ÚVOD.....	12
1 FAJČENIE A ZDRAVIE.....	14
1.1 Fajčenie - problematika, vymedzenie pojmov, tabaková závislosť.....	14
1.2 Bio - psycho - sociálny aspekt fajčenia.....	15
2 OCHORENIA DETERMINOVANÉ FAJČENÍM.....	18
3 ÚLOHA SESTRY V PREVENTÍVNEJ STAROSTLIVOSTI.....	20
3.1 Prevencia.....	20
3.2 Sesterské intervencie v odvykaní fajčenia.....	21
3.3 Celospoločenské programy zdravia proti nikotinizmu.....	23
4 METODIKA PRIESKUMU.....	25
4.1 Predmet prieskumu.....	25
4.2 Ciele prieskumu.....	25
4.3 Prieskumné metódy a techniky.....	25
4.4 Charakteristika prieskumnej vzorky a demografické údaje.....	26
4.5 Organizácia a realizácia prieskumu.....	27
4.6 Výsledky prieskumu.....	27
4.6.1 Výsledky a vyhodnotenie edukačného plánu kontrolným dotazníkom u edukovanej skupiny.....	37
4.7 Diskusia.....	39
ODPORÚČANIA PRE PRAX.....	45
ZÁVER.....	46

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV48

PRÍLOHY.....53

ZOZNAM TABULIEK

<i>Tab. 1</i> Pohlavie respondentov	26
<i>Tab. 2</i> Vzdelanie respondentov.....	27
<i>Tab. 3</i> Rodinný stav respondentov.....	27
<i>Tab. 4</i> Škodlivosť fajčenia.....	28
<i>Tab. 5</i> Prehľad chorôb spôsobených fajčením.....	28
<i>Tab. 6</i> Fajčenie ako choroba.....	29
<i>Tab. 7</i> Úroveň spokojnosti o vedomostiach o následkoch fajčenia.....	29
<i>Tab. 8</i> Informácie o škodlivosti fajčenia.....	30
<i>Tab. 9</i> Vedomosť o možnostiach odbornej pomoci pri odvykaní od fajčenia.....	30
<i>Tab. 10</i> Využitie odbornej pomoci.....	31
<i>Tab. 11</i> Veková hranica začatia pravidelného fajčenia.....	31
<i>Tab. 12</i> Dôvody začatia fajčenia.....	32
<i>Tab. 13</i> Počet denne vyfajčených cigariet.....	32
<i>Tab. 14</i> Čas zapálenia si prvej cigarety.....	33
<i>Tab. 15</i> Pocit uspokojenia z cigarety.....	33
<i>Tab. 16</i> Škodlivosť pasívneho fajčenia.....	34
<i>Tab. 17</i> Pasívny fajčiar.....	34
<i>Tab. 18</i> Pokusy prestať s fajčením.....	35
<i>Tab. 19</i> Potreba edukácie.....	35
<i>Tab. 20</i> Formy edukačného procesu.....	36
<i>Tab. 21</i> Zdravotná výchova o fajčení.....	36
<i>Tab. 22</i> Dôležitosť úlohy sestry pri odvykaní od fajčenia.....	37

<i>Tab. 23</i> Motivácia edukácie k zanechaniu fajčenia.....	37
<i>Tab. 24</i> Zanechanie fajčenia po edukácii.....	38
<i>Tab. 25</i> Uprednostnenie iných metód podporujúcich odvykanie od fajčenia.....	38

ZOZNAM SKRATIEK

ICD – International classification of diseases

MKCH – Medzinárodná klasifikácia chorôb

SZO – Svetová zdravotnícka organizácia

ICHS – Ischemická choroba srdca

CNS – Centrálny nervový systém

CHOCHP – Chronická obštrukčná choroba pľúc

RHB – Rehabilitácia

ETS – Enviromental Tobacco Smoke

SR – Slovenská republika

EÚ – Európska únia

Z. z. – Zbierka zákonov

PaF - Pneumológia a Ftizeológia

„Fajčil som vyše štyridsať rokov. A prestal som fajčiť tak ľahko, až ma teraz mrzí, že som tých štyridsať rokov fajčil zbytočne.“

(Milan Lasica)

ÚVOD

Na Slovensku v súčasnosti fajčí približne 1/3 obyvateľov nad 18 rokov veku. Svojím rozsahom a dôsledkami nadobudlo fajčenie celospoločenský charakter a priamo sa dotýka každého jedinca. Ako reálne existujúci jav prináša nevyčísliteľné škody pre ľudstvo. Výroba, predaj, kúpa a konzumácia tabakových výrobkov v konečnom dôsledku spôsobuje svojmu pravidelnému konzumentovi utrpenie a predčasnú smrť. Fajčenie pre svoje rozmery a dôsledky sa právom označuje za chorobu spoločnosti. Chorobu o to vážnejšiu, že prináša i úmrtnosť ľudí.

Musíme si uvedomiť, že náklady na fajčenie platia aj nefajčiari. Sú to náklady na zdravotné poškodenie fajčiarov (náklady na liečbu, ale aj predčasnú invaliditu) ale aj cenu za znečisťovanie prostredia nefajčiarom, zdravotné následky pasívneho fajčenia. V posledných rokoch sa nielen vo svete, ale aj v Slovenskej republike mení verejná mienka smerom k podpore nefajčenia.

Pocity šťastia, priateľstva alebo oslobodenie od strachu môžeme samozrejme prežívať aj bez cigarety, ale to sa musíme naučiť. Chceme dosiahnuť, aby bol život našich detí zaujímavý, pestrý a naplnený, ale predovšetkým vyrovnaný a aby sa cigareta pre nich stala zbytočnou. To však musí človek dosiahnuť sám. My ho môžeme vyzbrojiť vedomosťami, ako identifikovať svoj problém, predpokladať riziká, eliminovať ich a ako si začať veriť vo vlastné sily. Mladí ľudia majú schopnosť rozvinúť svoje sebavedomie, alebo rozšíriť jeho obzor, podobne ako sny a prestať alebo vôbec nezačať fajčiť.

Motívom k spracovaniu bakalárskej práce bola možnosť hlbšieho poznania problematiky fajčenia v súčasnom svete, poukázanie na riziko fajčenia a následkoch na zdravie človeka. Nasledujúcim motívom bolo zistenie, či je potrebná a efektívna edukácia z hľadiska preventívnej starostlivosti v oblasti fajčenia a aké je miesto a úloha sestry v prevencii fajčenia.

Cieľom predloženej práce bolo poskytnúť ucelený pohľad na čoraz viac sa vyskytujúci problém nikotínovej závislosti, preniknutie do uvedenej problematiky, nakoľko je to v súčasnosti sa rozširujúci problém vyžadujúci si potrebu zvýšenej informovanosti celej spoločnosti.

Teoretické východiská práce pozostávajú z 3 hlavných kapitol. V prvej kapitole vymedzujeme základné pojmy týkajúce sa uvedenej problematiky – fajčenia a nikotínovej závislosti. Bližšie poukazujeme na aspekty fajčenia, ako biologický, psychologický a sociálny aspekt fajčenia. V nasledujúcej kapitole popisujeme ochorenia determinované fajčením. Pozornosť je venovaná hlavne ochoreniam dýchacích ciest. Podstatou kľúčovej kapitoly je úloha sestry v preventívnej starostlivosti v oblasti nikotínovej závislosti. Popisujeme potrebu prevencie, sesterskej intervencie, nutnosť celospoločenských programov na elimináciu až odstránenie fajčenia a dôraz kladieme na pozíciu sestry ako edukátorky v preventívnej starostlivosti. V prieskumnej časti práce zameriavame pozornosť na formuláciu skúmanej problematiky, na vymedzenie predmetu a cieľa realizovaného prieskumu, metódy, ktoré prispeli k efektívnej realizácii prieskumu. Sústreďíme sa na interpretáciu zistených výsledkov prieskumu, ktorý bol zameraný na problematiku fajčenia v súčasnom svete. Navrhujeme edukačný plán, ktorý aplikujeme na 20 respondentov, vyhodnocujeme zistené výsledky a uvádzame ich vyhodnotenie.

1 FAJČENIE A ZDRAVIE

1.1 Fajčenie – problematika, vymedzenie pojmov, tabaková závislosť

„Fajčenie je najrozšírenejším a najnebezpečnejším zlovykom, ktorým si moderná spoločnosť ohrozuje zdravie“ (Ághová, 1993, s. 237).

Problematika fajčenia sa za posledné roky stáva skutočne vážnym spoločenským problémom. Problémom, ktorý je potrebné riešiť a to komplexne. Aktívna zmena postoja jednotlivca je najdôležitejším prvkom. Je potrebné si uvedomiť, že nefajčenie je prospešné, tak pre jeho vlastné zdravie ako aj pre zdravie okolia. Tabak je veľmi rozšírená droga, ktorá sa používa v rozmanitých formách. Najčastejšie sa fajčí v podobe cigár, cigariet, fajky alebo sa šnupe, žuje. Podľa Klabníka (2007) označovanie fajčenia ako „zlovyku“ zavádzajúco zľahčuje problém závislosti a vyvoláva u fajčiarov pocit viny a slabosti z neschopnosti ho prekonať, toto prináša kontraproduktívne, negativistické postoje, prípadne pocity rezignácie.

Fajčenie nie je len aktuálny problém zdravotný, ale aj problém sociálny a ekonomický. Fajčiari spôsobujú dvakrát viac nehôd ako nefajčiari, prestávky na fajčenie znižujú ich pracovnú produktivitu. V poslednom rade majú podiel aj na príčinách požiarov. Následky fajčenia v hospodárskej oblasti vyplývajú z väčšej absencie fajčiarov na pracovisku (vyššia chorobnosť súvisiaca s fajčením) a znížená pracovná výkonnosť. Skoršie ukončenie produktívneho veku a predčasné starnutie. Náklady na zdravotnícku starostlivosť o týchto ľudí prevyšujú príjmy štátu z predaja tabakových výrobkov a tabaku. Napriek vedomostiam a dôkazom o škodlivosti cigaretového dymu na zdravie – fajčenie ako jedna z najväčších exogénnych rizikových faktorov, spôsobujúcich zvýšenú chorobnosť a úmrtnosť (Rovný, 2007; Baška, 2007; Paulovič, 2011).

Podľa Kavcovej (2006) rozdeľujeme osoby podľa toho, či v čase vyšetrenia fajčia alebo nefajčia nasledovne:

- **Fajčiar** – osoba, ktorá v dobe vyšetrenia fajčí.
- **Pravidelný (denný) fajčiar** – fajčí denne minimálne 1 cigaretu za deň.
- **Príležitostný fajčiar** – fajčí, ale nie každý deň.

Fajčiarska anamnéza - výpočet – zahŕňa počet vyfajčených cigariet, dĺžku fajčenia, odhadovaný počet balíčkov za rok.

1 pack – year = 1 balíček (20 cigariet) vyfajčených denne počas jedného roka. Celkový počet balíčkov za rok (pack – year) = (počet cigariet denne : 20) x počet rokov fajčenia.

Nefajčiar – osoba, ktorá v čase vyšetrenia nefajčí.

- **Nikdy nefajčil** – nefajčil buď vôbec alebo vyfajčil menej ako 100 cigariet vo svojom živote.
- **Bývalý fajčiar (ex- fajčiar)** – v minulosti fajčil denne, ale už nefajčí.
- **Bývalý príležitostný fajčiar** – nefajčil nikdy denne, ale nevyfajčil viac ako 100 cigariet vo svojom živote (Kavcová, 2006).

Pasívne fajčenie

Kavcová (2002, s. 33) poskytuje definíciu pasívneho fajčenia nasledovne: „*Pasívne fajčenie, alebo fajčenie z druhej ruky, má okrem krátkodobého negatívneho vplyvu na zdravie aj dlhodobý vplyv na vznik rôznych ochorení. Tabakový dym v prostredí – ETS (Environmental Tobacco Smoke) obsahuje toxické látky, ktoré je možné preukázať v krvi, slinách a moči pasívnych fajčiarov, samozrejme v príslušnom pomere v expozícii. Skladá sa z dymu uvoľňujúceho sa z horiaceho konca cigarety a dymu exhalovaného fajčiarom.*“ Papan (2008) charakterizuje pasívne fajčenie vdychovaním tabakového dymu vo vnútornom a vonkajšom prostredí nefajčiarmi. Turček (2007, s. 48) konštatuje že: „... fajčiari bezohľadne ignorujú, že poškodzujú okrem svojho zdravia aj zdravie mnohých iných a spôsobujú vo svojom okolí špinu a zápach.“ Povinnosťou každého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa SZO je registrovať, či jeho pacient fajčí alebo nie. K podrobnejšej registrácii a aj v styku s poisťovňami by sa mali používať kódy Medzinárodnej štatistickej klasifikácie chorôb a príbuzných zdravotníckych problémov, 10 revízia - MKCH (ICD – 10, World Health Organization, Geneva, 1992).

1. 2 Bio – psycho – sociálny aspekt fajčenia

Fajčenie umožňuje využívať stimulujúce, alebo tlmivé pôsobenie nikotínu na psychiku a mozog. V plnej miere sa tieto účinky rozvíjajú len pri pôsobení širších psychických a psychosociálnych vplyvov (Papan, 2008).

Fajčenie začína ako psychická závislosť a postupne, asi u 85 % fajčiarov sa väčšinou do 2 – 3 rokov vyvíja fyzická – somatická (drogová) závislosť. Psychosociálna a behaviorálna závislosť začína vo veku okolo 14 –tich rokov a toto naučené správanie sa pri pokračujúcom fajčení fixuje. To znamená, že fajčiar si vytvára tzv. fajčiarske stereotypy. Podľa Göhlerta (2001) sú najmä tieto rizikové faktory závislosti:

- Porucha sebahodnotenia.
- Postoj okolitého prostredia k drogám.
- Aktuálna životná kríza.
- Prerušenie vzťahov z detstva a mladosti.

Psychický aspekt závislosti

U psychickej závislosti ide o zvláštne ladenie psychiky, ktoré núti človeka k sústavnému užívaniu drogy – nikotínu z cigarety a tým k pravidelnému fajčeniu. Medzi „slabé miesta“ človeka patrí neschopnosť zvládať svoj „craving“ (baženie po návykovej látke). Craving – psychický – nepríjemné duševné pocity ako silná túžba zapáliť si, pocit hladu po cigarete, napätie, úzkosť, podráždenosť, poruchy koncentrácie (Göhlert, 2001; Klabník, 2007; Kavcová, 2002).

Fyzický aspekt závislosti

Somatická závislosť podľa Kavcovej (2010) znamená adaptáciu organizmu na požívanú látku – nikotín. Ak sa táto adaptácia naruší vynechaním dávky, vznikajú abstinenčné príznaky. Fyzická závislosť podľa Kavcovej (2002) znamená adaptáciu organizmu na cudzorodú látku, v prípade fajčenia na nikotín. Keď sa dávka vynechá, objavia sa abstinenčné príznaky. Somatická závislosť na nikotíne je klasickou drogovou závislosťou, charakterizujúcou stratu kontroly počas jeho užívania – pretrvávajúcim užívaním napriek škodlivosti, postupne k zvyšovaniu dávky – vznikom tolerancie (Klabník, 2007). Craving – telesný – sucho v ústach, bolesti hlavy, búšenie srdca a zvieranie na hrudníku, triaška, studený pot, zvýšené potenie (Martinove, 2009).

Sociálny aspekt závislosti

Ľudia prepadajú závislosti od určitej látky vtedy, ak majú pocit, že sú na svete zbytoční, nazdávajú sa, že ostatní ich nemajú radi, obracajú sa im chrbtom a sú neakceptovaní. Droga - v tomto prípade opojná cigareta im pomáha navodiť si pocit, že ich prijíma

spoločnosť. Prvý kontakt a experimentovanie s cigaretou väčšinou začína ponukou od spolužiakov, kamarátov, pod tlakom partie, ako aj negatívnym vzorom v rodine. Teda fajčenie začína ako sociálna závislosť. Na rozvoji závislosti na cigaretách má veľký podiel komunita, v ktorej sa jedinec nachádza ako napríklad rodina a práca, ale aj opakujúci sa rituál ponúkajú cigariet (Kavcová, 2002). Ako ďalej Kavcová (2002) uvádza, ide popri nákladoch na zdravotné poškodenia fajčiarov (liečba, predčasná invalidita a i.) aj o cenu za znečistenie prostredia nefajčiarov, zdravotné následky tzv. pasívneho fajčenia.

Abstinенčný syndróm

Abstinенčný syndróm je súbor dočasných príznakov, ktoré sa objavujú po ukončení alebo obmedzení príjmu nikotínu. Príznaky sa objavia už niekoľko hodín po poslednej cigarete. Najťažšie abstinенčné príznaky trvajú tri týždne až tri mesiace, ale obvykle chuť na cigaretu pretrváva niekoľko rokov. Môžu byť psychického alebo somatického charakteru (Kavcová, 2004). Organizmus sa postupne adaptuje na nikotín, po prerušení dávky sa objavia dočasné psychické a somatické abstinенčné príznaky: nutkavá túžba po cigarete, neschopnosť odpočívať, úzkosť, podráždenosť, agresivita, priberanie na hmotnosti, poruchy spánku (Klabník, 2007).

Laps a relaps

Laps je krátkodobé zlyhanie a vrátenie sa k cigarete na krátky čas (1-2 dni). Spôsobuje ho hlavne stresová situácia. Relaps je návrat jedinca k fajčeniu po určitej dobe nefajčenia. Medzi hlavné situácie podporujúce relaps patria: fajčiarske okolie, zlá nálada, stresové situácie, káva, alkohol (Kavcová, 2006; Klabník, 2007). Na prevenciu relapsu musí fajčiar rozvíjať schopnosti na zvládanie situácií, vyhýbaniu sa rizík, redukcii negatívnych situácií, eliminácii stresu a pozitívne ovplyvnenie životného štýlu (Kavcová, 2002).

2 OCHORENIA DETERMINOVANÉ FAJČENÍM

Podľa Rovného (2007) patrí tabak medzi najvýznamnejšie príčiny predčasných a zbytočných úmrtí v ľudskej histórii. Fajčenie je rizikovým faktorom spôsobujúcim predčasnú smrť desiatok ochorení. Na vysokej chorobnosti a úmrtnosti fajčiarov sa najviac podieľajú kardiovaskulárne ochorenia napr. ICHS, cievne mozgové príhody, onkologické ochorenia ako rakovina pľúc, dutiny ústnej, hrdla, žalúdka, pankreasu, močového mechúra, obličiek, čriev, CNS, prsníka atď. (Paulovič, 2011; Kavcová, 2001). Malé rozmery čiaštočiek v tabakovom dyme umožňujú ich prenikanie do dolných dýchacích ciest, až do pľúcnych alveol. Tu dochádza k zmenám na slizniciach, eliminácii hlienov, obmedzeniu samočistiacej schopnosti dýchacích orgánov. Dochádza postupne k rozvoju dusivého kašľa a namáhavému vykašliavaniu hlienov. Chronický zápal priedušiek prerastá postupne do emfyzému pľúc (Turček, 2007). Ako uvádza vo svojej práci Papan (2008) fajčenie a zvlášť chronické a silné je priamo súvisiace so vznikom rakoviny a to nie len pľúc.

Zhubné nádory pľúc sú zapríčinené predovšetkým fajčením cigariet. Podľa Krištúfka (2009) sa očakáva ďalší vzostup rakoviny pľúc. Z 68 miliónov úmrtí celkove bude až 2,3 mil. podľa kvalifikovaných odhadov v roku 2020 zapríčinených karcinómom pľúc. Podľa Ďuriša (2009) rakovina pľúc nazývaná aj ako „prieduškový karcinóm“ je zhubným ochorením priedušiek. Kvalita cigariet hlavne obsah dechtu v dyme má veľký vplyv na histologický typ pľúcneho karcinómu. Cigarety bez filtra, prepúšťajú väčšie častice, spôsobujú najmä skvamocelulárne karcinómy, lokalizované v centrálnych častiach pľúc, pokiaľ fajčiari tzv. ultraľahkých cigariet s účinným filtrom (najmä ženy) majú vyšší výskyt adenokarcinómov lokalizovaných v periférnych častiach pľúc (Bakoss, 2008). Podľa Pleška (2001) za viac ako 80 % všetkých prípadov ochorení sú zodpovedné skvamocelulárne karcinómy, adenokarcinómy a malobunkové karcinómy.

Kardiovaskulárne ochorenia a fajčenie. Nikotín v dyme dočasne zvyšuje tlak krvi, zrýchľuje srdcovú činnosť, ovplyvňuje prietok krvi srdcom cez srdcové artérie. To tiež spôsobuje zúženie tepien horných a dolných končatín. Kyslíčnik uhoľnatý sa dostáva do krvi, znižuje v nej obsah kyslíka, podporuje sa tvorba krvných zrazenín. Usadené tukové nánosy zužujú lúmen ciev, cievy sa stávajú nepružné, srdce pracuje proti odporu. Upchaté cievy sú najčastejšou príčinou srdcového infarktu a mozgovej príhody (Zlámalová, 2009).

Chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP), je to choroba, ktorá vedie k postupnej invalidite pacienta. Môže spôsobiť dlhotrvajúce utrpenie, ktoré je spôsobené namáhavým dýchaním v dôsledku upchatia alebo zúženia malých priedušiek v pľúcach a zničeniu alveol, potrebných na výmenu kyslíka. Stráca sa pružnosť pľúc, nemá sa odkiaľ vstrebávať kyslík, pretože je k dispozícii menší celkový povrch pre prenos kyslíka. Začiatok choroby je pomalý, prejavuje sa najmä dýchavičnosťou. Pokročilé štádium CHOCHP vedie k rozvoju respiračnej insuficiencie, ktorá limituje fyzické a psychické aktivity pacienta. Súhlasíme s názorom Chovana (2007), ktorý hovorí o CHOCHP ako o málo známom ochorení a pritom smrteľnom, skracujúceho život asi o 10 rokov. Rizikový faktor pre CHOCHP je predovšetkým fajčenie. Zhoršenú kvalitu života zapríčiňuje dlhodobý zápal a príjem škodlivín.

Pri odvykaní fajčenia ide o komplexnú liečbu, lebo s fajčiarom tabaku treba zaobchádzať ako s človekom drogozo závislým (Kolek, Kašák, 2010).

Názov CHOCHP zahŕňa aj chronickú bronchitídu a emfyzém, pre obe diagnózy je spoločným znakom zvýšený odpor v dýchacích cestách (obštrukcia prúdenia vzduchu v expíriu) (Votava, 1996; Kavcová, 2001).

3 ÚLOHA SESTRY V PREVENTÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

3.1 Prevencia

Preventívna starostlivosť je neoddeliteľnou súčasťou jednotnej, diferencovanej, modernej liečebno - preventívnej teórie a praxe medicíny. V súčasnosti má významné postavenie pri zaisťovaní aktívneho zdravia. Zdravotnícky personál je predurčený svojou profesiou a poslaním nielen liečiť, ale aj ochraňovať zdravie (Kavcová, 2006; Krištúfek, 2011). *„Navyše úlohou zdravotníckych pracovníkov je vykonávať preventívnu činnosť, ktorej sa však venuje menšia pozornosť. Existuje niekoľko úrovní a stupňov preventívnej činnosti. Prevencia s ohľadom na predchádzanie vzniku a experimentácie s drogami, prevencia s ohľadom na zabránenie zlyhania osôb, ktoré závislosti už niekedy podľahli“* (Rovný, 2007, s. 7).

Primárna prevencia závislosti sa zameriava na podporu a udržanie zdravia jedinca aj celej spoločnosti. Takto sú ovplyvňované mechanizmy vzniku a vývoja závislosti. Cieľom je zabrániť vzniku fajčiarskeho návyku u tých, ktorí sa s fajčením ešte nestretli (Rovný, 2007; Baška, 2007; Bakoss, 2008). *„Úlohou primárnej prevencie je posilniť zdravie človeka a zvýšiť jeho odolnosť voči chorobám, pôsobí pred vznikom ochorenia. Za primárnu prevenciu možno pokladať zdravotnú výchovu, ktorá upozorňuje na nebezpečenstvo a škodlivosť fajčenia, alebo špecifickú obranu proti určitým ochoreniam (napr. očkovanie)“* (Farkašová et al., 2005, s.53).

Sekundárna prevencia je orientovaná na pomoc už existujúceho nebezpečenstva závislosti. Sekundárna prevencia sa uplatňuje až po vzniku choroby. Jej cieľom je zvládnuť vývoj choroby, zabrániť tvorbe komplikácii a prechodu do chronického štádia ochorenia (Farkašová et al., 2005). Úlohou sekundárnej prevencie je snaha čo najskôr zistiť prodrómy závislosti, symptómy a čo najskôr znížiť a obmedziť následky v osobnej a sociálnej oblasti počas užívania návykovej látky (Rovný, 2007). *„Cieľom je včasné ukončenie fajčiarskeho návyku ako sa prejavili vážnejšie zdravotné následky užívania tabaku na organizmus“* (Baška, 2007, s. 10).

Terciárna prevencia zahŕňa opatrenia zabraňujúce návratu závislosti, podporuje výsledky liečby a odstraňovanie následkov. Ide o podporu vytvárania nového hodnotového systému, vytvorenie aktívneho spôsobu života a sociálnej zodpovednosti. Počas terapie získané procesy je potrebné v reálnom živote rodiny, medzi priateľmi, v

zamestnaní, alebo vo voľnom čase stále trénovať, podporovať a upevňovať. (Rovný, 2007; Baška, 2007). „*Terciárna zdravotná výchova je zameraná na chronicky chorých, dispenzarizovaných a na rodinných príslušníkov. Zaoberá sa výchovou pacienta a jeho rodinných príslušníkov, ako využiť zostávajúci potenciál pre zdravý život a ako sa vyhnúť utrpeniu, komplikáciám, obmedzeniam a chronickej nesebestačnosti. Rehabilitačné programy, úprava domáceho prostredia, zmena životosprávy a podpora nezávislosti obsahujú z veľkej časti terciárnu zdravotnú výchovu.*“ (Magurová, Majerníková, 2009, s. 45). Podľa vyjadrenia Rovného (2007), ak má byť prevencia účinná v tejto oblasti, treba poznať rozsah problému, rozumieť psychologickú a sociálnu konzumáciu drog v určitej populačnej vrstve a definovať skupinu ľudí, ktorí vo významnej miere potrebujú preventívnu starostlivosť.

3. 2 Sesterské intervencie v odvykaní fajčenia

Optimálny postup intervencií a liečby tabakovej závislosti, nie je ľahký a jednoduchý, závisí od mnohých faktorov a často vyžaduje modifikáciu vzhľadom k aktuálnej situácii a najmä k osobnosti fajčiara a iných spoločenských pomeroch (Kavcová, 2004).

Krátka intervencia (3 – 5 minút) je jedna z možností liečby, ktorá je všade reálna. Aj keď jej úspešnosť je relatívne malá. Pripomeňme si, že približne 70 % fajčiarov navštívi behom kalendárneho roku lekára. Krátka intervencia vychádza minimum času sestru a lekára.

Minimálna intervencia 5 P:

- **Pýtaj sa** – vždy každého pacienta, či fajčí. Ak fajčí, zapíš do dokumentácie, koľko, ako dlho.
- **Porad'** presvedčivo a cielene vzhľadom na jeho ochorenie a účinnosti liečby, aby prestal fajčiť. Možno vysvetliť aj vplyv pasívneho fajčenia na okolie.
- **Posúd'** a zhodnot' stupeň motivácie prestať fajčiť. Povedz fajčiarovi o pevnej a jednoznačnej vôli prestať, najlepšie do mesiaca. Ak nesúhlasí pokračuj v motivačnej intervencii R, ak áno:
- **Pomôž** mu s liečbou sám alebo odošli do poradne, zaisti farmakologickú a nefarmakologickú liečbu.

- **Pokračuj** v sledovaní, kontroluj, chváľ a podporuj liečbu relapsu.

Ako uvádza Kavcová (2002) fajčiar, ktorý nie je rozhodnutý, alebo nechce prestať fajčiť musí byť informovaný zdravotníckym pracovníkom o negatívnom vplyve na jeho zdravie pri použití motivačných intervencií. Pri každom stretnutí s fajčiarom mu toto opakujeme. Zdravotnícky personál a jeho behaviorálny zásah je účinný najmä u pacientov s vysokou motiváciou.

Motivačné intervencie – 5 R:

- **Relevancia** – nájsť motiváciu.
- **Riziká** – vysvetliť riziká.
- **Prospech** – identifikovať prípadný prospech.
- **Prekážky** – identifikovať bariéry, strach zo zlyhania.
- **Opakovanie** – motivačnej intervencie podľa potreby (Kavcová, 2002).

Pri psychickej závislosti je účinný najmä nefarmakologický spôsob odvykania od fajčenia ako napríklad pevná vôľa, pomocné a motivačné materiály, hypnóza, akupunktúra, behaviorálna liečba (Kavcová, 2002).

Podľa Klabníka (2007) sa odporúča intenzívna psycho - behaviorálna intervencia. Tu ide o dlhodobý program – je účinnejší a intenzívnejší, čím je dlhší (od 1 až 3 hodiny). Poskytuje ho špecialista vyučený na odvykanie od fajčenia, vyškolená osoba na poskytovanie kvalifikovanej pomoci fajčiarom, ktorí chcú skončiť s fajčením, nad rámec minimálnej intervencie.

Behaviorálne techniky

(Kavcová, 2006; Krištúfek, 2009) uvádzajú tieto behaviorálne techniky:

- *Záznamy o fajčení* – sebamonitorovanie.
- *Averzívne postupy.*
- *Regulované fajčenie* - znížiť počet vyfajčených cigariet pod 5 kusov za deň.
- *Rozbíjanie fajčiarskych stereotypov.*
- *Technika lístku* – základ prečítať vopred napísaný motivačný list.
- *Prostredie.*

- *Strava* - minimalizovať riziko priberania.
- *Cvičenie, športovanie.*

Sestra v úlohe edukátorky

Edukácia a výchova k zdraviu tvoria neoddeliteľnú súčasť práce sestier. Sestry ju realizujú formou edukačného procesu aj počas štúdia a neskôr pri vykonávaní praxe. Poslaním sestry je chrániť a upevňovať zdravie svojich blízkych a spoluobčanov. Sestra v dnešnom ošetrovatelstve nepretržite uplatňuje rolu ošetrovateľky, komunikátorky, manažérky, edukátorky. Tieto uvedené roly sa vzájomne prelínajú a nevyklučujú (Magurová, 2009). Podstata edukácie pri zanechaní fajčenia je najmä v psycho – sociálnej podpore ovplyvňovaním sociálno – psychických väzieb a zvládaním behaviorálnych postupov. Mala by zahŕňať nácvik schopností zvládať konkrétne situácie a sociálnu podporu. Môže to byť model, ktorý obsahuje niekoľko stretnutí (3 – 6) v priebehu troch mesiacov (Kavcová, 2002).

3. 3 Celospoločenské programy zdravia proti nikotinizmu a úloha sestry

V posledných rokoch sa v oblasti prevencie ochorení pľúc spojených s fajčením vo svete aj v Slovenskej republike (SR) presadzuje multirezortný prístup. Legislatíva patrí medzi silné zbrane na potlačenie svetovej fajčiarskej pandémie s jej následkami na zdravie vo svete (Kavcová, 2001, 2007). Za najdôležitejšie opatrenia reštrikčného typu sú považované legislatívne opatrenia. Komplexný tabakový zákon v SR je novelizovaný zákon č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Účelom zákona je vytvorenie podmienok na ochranu ľudí pred vznikom závislosti od tabaku, pred škodlivosťou fajčenia a iným spôsobom používania tabakových výrobkov, poškodzujúcich zdravie fajčiarov, ale aj pasívnych fajčiarov (Kavcová, 2002). Taktiež Rovný (2004) uvádza, že Európsky parlament prijal v roku 1997 smernicu č. 36, ktorá v 13 článku upravuje zákaz reklamy tabakových výrobkov v televíznom vysielaní. Od roku 2000 platí na Slovensku zákon č. 308/2000 Z. z. o vysielaní a retransmisii ustanovujúci zákon otvoreného alebo skrytého propagovania fajčenia či užívania alkoholu a iných omamných látok. V roku 2006 prijatý návrh novely zákona č. 147/2001 Z. z. o vylúčení reklamy tabakových výrobkov formou sponzoringu napr. športových či kultúrnych podujatí. Kavcová (2002) ďalej uvádza, že od roku 2003 platí Rámcová dohoda pre kontrolu tabaku ako aj príslušných protokolov ku zmluve. Prvá svetová dohoda v oblasti verejného zdravotníctva, ktorá vytvorila

medzinárodný právny nástroj pre kontrolu tabaku. V roku 2006 prijala vláda SR v súvislosti s ratifikáciou Rámcového dohovoru o kontrole tabaku – Národný program kontroly tabaku. Cieľom je zníženie dostupnosti tabakových výrobkov formou úplného zákazu reklamy tabakových výrobkov. V súlade s naplnením tohto cieľa Slovensko bude musieť prijať návrh novely zákona, ktorý vylúči reklamu na mieste predaja tabakových výrobkov, ktorá nie je informáciou. Slovensko prijalo v súvislosti so vstupom do Európskej únie, ale hlavne s ohľadom na zvýšenie ochrany a podpory zdravia mnoho legislatívnych opatrení. V oblasti výchovy a vzdelávania prebieha množstvo programov v nadväznosti na iniciatívy SZO a Národné programy podpory zdravia. Program Školy podporujúce zdravie, Zdravé pracoviská, Zdravé mestá, Zdravie podporujúce nemocnice, CINDI, MONIKA a podobne (Hanzlíková et al., 2006). V súvislosti so zmenami SZO v stratégii Zdravie pre všetkých do roku 2000 vypracovala program Zdravie 21 – Zdravie pre všetkých v 21. storočí. Dokument má 21 cieľov, ktoré spresňujú zdravotné stratégie na obdobie ďalších dvadsiatich rokov v celosvetovom meradle. Bod číslo 12 hovorí o Obmedzení škodlivosti alkoholu, drog a tabaku (Farkašová, 2005).

Svetová zdravotnícka organizácia prostredníctvom hesla **Tabak bez mládeže** chce zdôrazniť fakt, že najzraniteľnejšou vekovou skupinou z pohľadu rizika vzniku závislosti, je mládež, ktorá nedosiahla vek plnoletosti. Trend skorého experimentovania s fajčením potvrdzujú mnohé prieskumy, ktoré sa realizovali aj na Slovensku. V oblasti poradensko – liečebnej starostlivosti SR existuje sieť poradní, ktoré poskytujú poradenstvo pre odvykanie od fajčenia (Cvik, 2009). SZO chce upozorniť a vyzvať všetky krajiny sveta, aby úplne zakázali reklamu na tabakové výrobky aj nepriamej formy reklamy na mieste predaja tabakových výrobkov, v televíznom a rozhlasovom vysielaní.

4 METODIKA PRIESKUMU

4. 1 Predmet prieskumu

Nikotínová závislosť predstavuje spoločensky akceptovanú závislosť, ktorá narastá obrovským tempom. Motiváciou k stanovenému prieskumu bolo zistenie vedomostí jednotlivcov o problematike fajčenia, následkoch nikotinizmu na zdravie človeka, rizikové faktory vedúce k závislosti, ochorenia, ktoré sú determinované fajčením, ale tiež nutnosť edukácie jednotlivcov na podporu prevencie fajčenia a záujem fajčiarov o využitie odbornej pomoci. Poznatky, ktoré sme spracovali v teoretických východiskách práce predstavujú základnú orientáciu v danej problematike. Predmetom bakalárskej práce je úloha sestry v prevencii fajčenia, pričom sme sa zamerali na úroveň vedomostí o následkoch fajčenia a názory respondentov.

4. 2 Ciele prieskumu

Hlavným cieľom prieskumu je:

- Zistiť vedomosti respondentov o fajčení, následkoch, rizikových faktoroch a ochoreniach, navrhnúť a overiť potrebu edukačných plánov v prevencii fajčenia.

Pre dosiahnutie vytýčeného cieľa sme si stanovili čiastkové ciele:

- **Cieľ č. 1** Zistiť, či respondenti vedia charakterizovať závažné ochorenia pre ktoré je rizikový faktor fajčenie.
- **Cieľ č. 2** Zistiť, či respondenti majú dostatočné vedomosti o následkoch fajčenia na zdravie človeka.
- **Cieľ č. 3** Navrhnúť edukačný plán na podporu odvykania od fajčenia.
- **Cieľ č. 4** Overiť nadobudnuté vedomosti po ukončení edukačného plánu.

4. 3 Prieskumné metódy a techniky

Na získanie údajov sme použili dotazník. Dotazník bol anonymný a dobrovoľný. Nášmu prieskumu predchádzala pilotná štúdia, použitá u 7 respondentov, na zistenie, či otázky v dotazníku sú ľahko pochopiteľné. Dotazník tvorilo 18 otázok zameraných na

vedomosti o škodlivosti fajčenia, následkoch fajčenia a možnostiach odbornej pomoci pri odvykaní od fajčenia a 3 otázky boli zamerané na charakteristiku prieskumnej vzorky a demografické údaje. V dotazníkoch sme využili uzatvorené aj kombinované otázky, ako aj otázky s Likertovou škálou kde respondenti uvádzali aj svoje vlastné vyjadrenie. Použili sme časť otázok z Fagerströmovho testu nikotínovej závislosti (Fagerström Test of Nicotine Dependence, 1991). Je to štruktúrovaný rozhovor určený pre posúdenie závažnosti nikotínovej závislosti. Dotazník je zameraný na frekvenciu fajčenia, množstvo vyfajčených cigariet a návyky spojené s fajčením (Heatheron, T. F. ; Kozlowski, L. T. ; Flecher, R. C. ; Fagerström, K. O., 1991). Výsledky boli spracované čiarkovou metódou. Na vyhodnotenie získaných informácií sme použili metódu kvantitatívnej a kvalitatívnej analýzy. Po vytvorení edukačného plánu a zrealizovaní edukácie u pacientov s nikotínovou závislosťou sme vytvorili kontrolný dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý sme rozdali s týždňovým odstupom edukovanej skupine, ktorú tvorilo 20 pacientov. Použili sme len kontrolné otázky na overenie účinnosti edukačného plánu. Dotazník tvorilo 5 otázok zatvorených, otvorených ako aj dichotomických.

4. 4 Charakteristika prieskumnej vzorky a demografické údaje

Prieskum prebiehal na ambulancii Pneumológie a fizeológie v Želiezovciach. Súbor tvorili pacienti z diagnózou F 17. 2 – nikotínová závislosť. Zo 664 pacientov s diagnózou F 17. 2 sme zaradili n = 102 respondentov mužského aj ženského pohlavia.

Tab. 1 Pohlavie respondentov

Pohlavie	Počet respondentov	%
Muž	62	60, 8
Žena	40	39, 2
Spolu	102	100

Tab. 2 Vzdelanie respondentov

Vzdelanie	Počet respondentov	%
Základné vzdelanie	2	1,96
Stredoškolské vzdelanie	84	82,35
Vysokoškolské vzdelanie	16	15,69
Spolu	102	100

Tab. 3 Rodinný stav respondentov

Rodinný stav	Počet respondentov	%
Vydatá/Ženatý	50	49,02
Slobodná/Slobodný	32	31,37
Rozvedená/Rozvedený	16	15,69
Vdova/Vdovec	4	3,92
Spolu	102	100

4. 5 Organizácia a realizácia prieskumu

Po preštudovaní literatúry, vytvorení teoretických východísk, sme si ozrejmili ciele a úlohy prieskumu a zvolili vhodné výskumné metódy na získanie a spracovanie údajov. Rozdali sme dotazníky (príloha B), respondenti ich vyplnili podľa vlastného uváženia a následne sme ich vyhodnotili. Dotazníky vyplnené 8 respondentmi boli neplatné. Od októbra 2011 do novembra 2011 sme oslovili 110 respondentov vybraných zo základného súboru náhodným výberom, každý šiesty respondent. Základný súbor tvorili pacienti s diagnózou F 17. 2 – nikotínová závislosť. Návratnosť bola **93 % - 102 respondentov**. Potom sme realizovali edukačný plán (príloha C) a po týždni sme realizovali druhé kolo prieskumu s kontrolnými otázkami (príloha D). Výsledky oboch prieskumov boli spracované a vyhodnotené.

4. 6 Výsledky prieskumu

V nasledujúcej podkapitole uvádzame spracovanie údajov z prieskumu, ktorý bol zameraný na zistenie vedomostí respondentov o škodlivosti fajčenia, následkoch fajčenia a potrebe edukácie.

Otázka č. 1 Aký je Váš názor na škodlivosť fajčenia?

Tab. 4 Škodlivosť fajčenia

	Odpoveď	n	%
a	Neškodné	1	0,98
b	Mierne škodlivé	20	19,61
c	Veľmi škodlivé	67	65,69
d	Nezaujímam sa o to	12	11,76
e	Neviem posúdiť	2	1,96
Spolu		102	100

Na základe uvedenej otázky sme chceli zistiť názor respondentov na škodlivosť fajčenia. 65,69 % respondentov zastáva názor, že fajčenie je veľmi škodlivé. 1 respondent (0,98 %) považuje fajčenie za neškodné.

Otázka č. 2 Podľa Vášho názoru, ktoré z týchto ochorení spôsobuje fajčenie?

Tab. 5 Prehľad chorôb spôsobených fajčením

	Odpoveď	n	% z N
a	Rakovina pľúc	99	43,61
b	Ischemická choroba srdca	32	14,10
c	Zápal pľúc	9	3,96
d	CHOCHP	38	16,74
e	Alergia	8	3,52
f	Rakovina kostí	5	2,20
g	Rakovina hrubého čreva a konečníka	14	6,17
h	Poruchy imunity	17	7,49
i	Neviem	2	0,88
j	Iné	3	1,32
Spolu		227	100

Na základe uvedenej otázky sme chceli zistiť vedomosť respondentov o chorobách, ktoré vznikajú v dôsledku fajčenia. Najviac odpovedí respondenti uviedli možnosť a) rakovina pľúc, čo uviedlo 99 opýtaných respondentov. Z celkového počtu opýtaných respondentov, 2 sa nevedeli vyjadriť k danej otázke. V tejto otázke mohli respondenti označiť viac možností.

Otázka č. 3 Pokladáte fajčenie za chorobu?

Tab. 6 Fajčenie ako choroba

	Odpoveď	n	% z N
a	Áno	26	25,49
b	Nie	70	68,63
c	Neviem	6	5,88
Spolu		102	100

Z uvedenej otázky nám vyplynulo, že až 70 (68,63 %) respondentov nepokladá fajčenie za chorobu, 26 (25,49 %) opýtaných pokladá fajčenie za chorobu a 6 (5,88 %) odpovedali – neviem.

Otázka č. 4 Ako ste spokojný/á s úrovňou Vašich vedomostí o následkoch fajčenia na zdravie človeka?

Tab.7 Úroveň spokojnosti o vedomostiach o následkoch fajčenia

	Odpoveď	n	% z N
a	Veľmi nespokojný/á	0	0,00
b	Nespokojný/á	30	29,41
c	Ani spokojný/á, ani nespokojný/a	41	40,20
d	Spokojný/á	18	17,65
e	Veľmi spokojný/á	13	12,75
Spolu		102	100

Veľmi nespokojných respondentov bolo 0 (0,00 %), 30 (29,41 %) respondentov uviedlo, že nie sú spokojní s úrovňou vedomostí o následkoch fajčenia. Ani spokojnosť, ani nespokojnosť vyjadrilo 41 (40,20 %) respondentov, spokojných bolo 18 (17,65 %)

respondentov a veľmi spokojných s úrovňou vedomostí o následkoch fajčenia bolo 13 (12,75 %) respondentov.

Otázka č. 5 Máte možnosť získať informácie o škodlivosti fajčenia?

Tab. 8 Informácie o škodlivosti fajčenia

	Odpoveď	n	% z N
a	Vôbec nie	0	0,00
b	Skôr nie	2	1,96
c	Stredne	10	9,80
d	Skôr áno	35	34,31
e	Áno	55	53,92
Spolu		102	100

Na otázku o možnosti získania informácií o škodlivosti fajčenia 55 (53,92 %) respondentov odpovedalo – áno, 35 (34,31 %) – skôr áno, 10 (9,80 %) odpovedalo stredne, skôr nie ako odpoveď vybrali 2 (1,96 %) a odpoveď nie 0(0,00 %) opýtaných.

Otázka č. 6 Máte dostatok vedomostí o možnostiach odbornej pomoci pri odvykaní od fajčenia?

Tab. 9 Vedomosť o možnostiach odbornej pomoci pri odvykaní od fajčenia

	Odpoveď	n	% z N
a	Vôbec nie	17	16,67
b	Skôr nie	34	33,33
c	Stredne	19	18,63
d	Skôr áno	18	17,65
e	Áno	14	13,73
Spolu		102	100

Zistili sme, že 17 (16,67 %) respondentov odpovedalo – vôbec nie, na otázku či majú dostatok vedomostí o možnostiach odbornej pomoci pri odvykaní od fajčenia, skôr nie – odpovedalo 34 (33,33 %), stredne – udalo odpoveď 19 (18,63 %), skôr áno – 18 (17,65 %) a odpoveď áno – 14 (13,73 %) opýtaných.

Otázka č. 7 Keby ste chceli prestať, využili by ste odbornú pomoc?

Tab. 10 Využitie odbornej pomoci

	Odpoveď	n	% z N
a	Áno	11	10,78
b	Skôr áno	25	24,51
c	Skôr nie	16	15,69
d	Možno	28	27,45
e	Nie	22	21,57
Spolu		102	100

Z výsledkov sme zistili že 27,45 % opýtaných respondentov by uvažovalo nad využitím odbornej pomoci. 10,78 % respondentov by využilo odbornú pomoc.

Otázka č. 8 V akom veku ste začali pravidelne fajčiť?

Tab. 11 Veková hranica začatia pravidelného fajčenia

	Odpoveď	n	% z N
a	10 – 15	17	16,67
b	16 – 20	45	44,12
c	21 – 25	5	4,90
d	26 – 30	7	6,86
e	31 – 35	2	1,96
f	Nepamätám sa	26	25,49
Spolu		102	100

Otázkou číslo 8 sme chceli zistiť vekovú hranicu kedy respondenti začali s fajčením. Z uskutočneného prieskumu vyplynulo, že respondenti začali pravidelne fajčiť vo veku 16 až 20 rokov, čo uviedlo 44,12 %. Alarmujúca je skutočnosť, že 16,67 % respondentov uviedlo pravidelnosť fajčenia vo vekovej kategórii 10 až 15 rokov. Vekovú hranicu 31 až 35 rokov uviedlo 1,96 % respondentov.

Otázka č. 9 Prečo ste začali fajčiť?

Tab. 12 Dôvody začatia fajčenia

	Odpoveď	n	% z N
a	Zo zvedavosti	45	44, 12
b	Kvôli kamarátom	30	29, 41
c	Pre upokojenie	27	26, 47
Spolu		102	100

Podnetom položenia tejto otázky bolo zistenie hlavného dôvodu, prečo respondenti začali s fajčením. Najčastejším dôvodom začatia fajčenia bola menovaná zvedavosť. Uvedený dôvod menovalo 45 respondentov s percentuálnym vyjadrením 44,12 %. Fajčenie ako upokojujúci prostriedok vyjadrilo 27 respondentov (26,47 %).

Otázka č. 10 Koľko cigariet denne vyfajčíte?

Tab. 13 Počet denne vyfajčených cigariet

	Odpoveď	n	% z N
a	Do 10 ks	39	38, 24
b	Do 20 ks	46	45, 10
c	Do 30 ks	12	11, 76
d	Viac ako 30 ks	5	4, 90
Spolu		102	100

Podnetom položenia uvedenej otázky respondentom bolo zistenie počtu denne vyfajčených cigariet. Najväčšie zastúpenie u respondentov bola jedna škatuľka cigariet denne. Do 20 cigariet denne vyfajčí 46 respondentov (45,10 %) viac ako 30 ks denne vyfajčených cigariet uviedlo 5 (4,90 %) respondentov.

Otázka č. 11 Ako skoro po prebudení si zapálite prvú cigaretu?

Tab. 14 Čas zapálenia si prvej cigarety

	Odpoveď	n	% z N
a	Do 5 minút	37	36,27
b	Až 60 minút	53	51,96
c	Iné	12	11,76
Spolu		102	100

53 respondenti (51,96 %) uviedli, že svoju prvú cigaretu si zapália až v priebehu 1 hodiny po prebudení. V poslednej možnosti mali respondenti možnosť uviesť čas kedy si prvýkrát zapália. K tejto možnosti sa priklonilo 12 respondentov s percentuálnym vyjadrením 11,76 %. V rámci tejto odpovedi sa najčastejšie vyskytovali dopísané možnosti ako 20 minút po prebudení, 30 minút po prebudení a zapálenie si prvej cigarety až vo večerných hodinách.

Otázka č. 12 Ktorá cigareta Vás najviac uspokojuje?

Tab. 15 Pocit uspokojenia z cigarety

	Odpoveď	n	% z N
a	Tá prvá ranná	50	49,02
b	Ktorákoľvek, mimo prvej	52	50,98
Spolu		102	100

Položenou otázkou sme sa snažili zistiť, ktorá cigareta v priebehu dňa ich najviac uspokojuje. Z odpovedí na položenú otázku respondentom sme zistili, že menšiu polovicu respondentov 50 (49,02 %) uspokojuje hneď ráno zapálená prvá cigareta. Druhú väčšiu polovicu respondentov, 52 s percentuálnym vyjadrením 50,98 % najviac uspokojuje ktorákoľvek cigareta, mimo tej prvej.

Otázka č.13 Je podľa Vás škodlivé pasívne fajčenie?

Tab. č. 16 Škodlivosť pasívneho fajčenia

	Odpoveď	n	% z N
a	Áno, ale v malej miere	23	22, 55
b	Áno, je veľmi škodlivé	61	59, 80
c	Nie, nie je škodlivé	2	1, 96
d	Neviem posúdiť	16	15, 69
Spolu		102	100

Uvedenou otázkou sme chceli zistiť názor respondentov na škodlivosť pasívneho fajčenia. 59,80 % respondentov súhlasí s názorom, že pasívne fajčenie je veľmi škodlivé. 2 z opýtaných respondentov si myslí, že pasívne fajčenie nie je pre zdravie človeka škodlivé.

Otázka č. 14 Kto je podľa Vás pasívny fajčiar?

Tab. 17 Pasívny fajčiar

	Odpoveď	n	% z N
a	Bývalý fajčiar	2	1, 96
b	Príležitostný fajčiar	7	6, 86
c	Fajčiar, ktorý nemá dostatok pohybu	2	1, 96
d	Človek nefajčiar, ktorý vdychuje cigaretový dym z okolia	91	89, 22
Spolu		102	100

Predmetom položenej otázky bolo zistenie, či respondenti vedia definovať pojem pasívny fajčiar. 89,22 % respondentov uviedlo, že pasívny fajčiar, je človek nefajčiar, ktorý vdychuje cigaretový dym zo svojho okolia. Pod pojmom pasívny fajčiar si 1,96 % predstavuje bývalého fajčiara. S rovnakým percentuálnym výsledkom 1,96 % respondentov zastáva názor, že pasívny fajčiar je fajčiar, ktorý má nedostatok telesného pohybu.

Otázka č. 15 Pokúšali ste sa niekedy prestať fajčiť?

Tab. 18 Pokusy prestať s fajčením

	Odpoveď	n	% z N
a	Áno, jedenkrát	26	25,49
b	Áno, viac ako dvakrát	57	55,88
c	Nie	19	18,63
Spolu		102	100

Zaujímalo nás, či sa respondenti pokúšali skončiť s fajčením. Z výsledkov sme zistili, že 55,88 % oslovených respondentov uviedlo, že sa pokúšalo skončiť s fajčením viac ako dvakrát. S fajčením prestať sa nepokúsilo 19 opýtaných respondentov, čo predstavuje 18,63 %.

Otázka č. 16 Považujete edukáciu (výchova a vzdelávanie) pacientov za potrebnú?

Tab. 19 Potreba edukácie

	Odpoveď	n	% z N
a	Áno, považujem	53	51,96
b	Nie, nepovažujem	6	5,88
c	Neviem, nezamýšľala/nezamýšľal som sa	32	31,37
d	Nezaujíma ma to	11	10,78
Spolu		102	100

Cieľom opýtanej otázky bolo zistenie názoru respondentov o potrebnosti edukácie pri skončení s fajčením. Viac ako polovičná časť respondentov (51,96 %) súhlasí s potrebou edukácie. 5,88 % oslovených respondentov nepovažuje edukačný proces za potrebný.

Otázka č. 17 Aká forma edukácie (výchova a vzdelávanie) by Vám vyhovovala?

Tab. 20 Formy edukačného procesu

	Odpoveď	n	% z N
a	Ústna forma rozhovoru, prednáška	50	49,02
b	Edukačný materiál (vzdelávací materiál)	34	33,33
c	Needukovať, viem všetko	18	17,65
Spolu		102	100

Zistili sme, že 49,02 % by uvítalo edukačnú formu v zmysle ústneho rozhovoru - prednášky. 18 respondentov čo predstavuje 17,65 % vyhlásilo, že ich netreba edukovať, vedia všetko o fajčení a jeho následkoch.

Otázka č. 18 Je podľa Vás dostatočná zdravotná výchova o fajčení?

Tab. 21 Zdravotná výchova o fajčení

	Odpoveď	n	% z N
a	Áno	21	20,59
b	Nie	38	37,25
c	Neviem o žiadnej zdravotnej výchove	14	13,73
d	Neviem to posúdiť	29	28,43
Spolu		102	100

Položenou otázkou sme chceli zistiť znalosť respondentov o zdravotnej výchove v oblasti fajčenia a či je dostačujúca. 37,25 % respondentov uvádza že zdravotná výchova o fajčení nie je dostačujúca. 14 opýtaných respondentov nevie o žiadnej zdravotnej výchove v oblasti fajčenia.

4.6. 1 Výsledky a vyhodnotenie edukačného plánu kontrolným dotazníkom u edukovanej skupiny

Otázka č. 1 Je podľa Vás dôležitá úloha sestry pri odvykaní od fajčenia?

Tab. 22 Dôležitosť úlohy sestry pri odvykaní od fajčenia

	Odpoveď	n	% z N
a	Áno	13	65
b	Nie	7	35
c	Neviem	0	0
Spolu		20	100

Na základe uvedenej tabuľky 22 z celkového počtu edukantov (65,0 %) považuje dôležitosť sestry pri odvykaní od fajčenia za dôležitú. 35,0 % zastáva názor, že úloha sestry nie je dôležitá.

Otázka č. 2 Motivovala Vás edukácia k zanechaniu fajčenia?

Tab. 23 Motivácia edukácie k zanechaniu fajčenia

	Odpoveď	n	% z N
a	Áno	9	45
b	Nie	11	55
c	Neviem	0	0
Spolu		20	100

Uvedenou otázkou bolo našim zámerom zistiť, či edukantov motivovala edukácia k zanechaniu fajčenia. 9 edukantov, čo tvorí 45,0 % odpovedalo kladne. Záporne odpovedalo 55,0 % edukantov.

Otázka č.3 Prestali ste fajčiť po edukácii?

Tab. 24 Zanechanie fajčenia po edukácii

	Odpoveď	n	% z N
a	Áno	5	25
b	Nie	15	75
Spolu		20	100

Edukantov sme sa pýtali či po ukončení edukačného programu zanechali fajčenie. 5 z edukantov fajčenie zanechalo. 75,0 % edukantov po ukončení edukácie fajčí naďalej.

Otázka č. 4 Aký bol dôvod, že ste neprestali fajčiť?

15 edukantov, ktorí po ukončení edukácie naďalej fajčia, sme sa pýtali na ich dôvod prečo nezanechali fajčenie. Medzi dôvodmi, ktoré uvádzali sa najčastejšie vyskytovali – **stres, rôzne problémy, slabá pevná vôľa, kolektív fajčiarov, fajčiarske prostredie a pracovné vypätie.**

Otázka č. 5 Uprednostnili by ste iné metódy podporujúce odvykanie od fajčenia? Ak áno, uveďte aké metódy.

Tab. 25 Uprednostnenie iných metód podporujúcich odvykanie od fajčenia

	Odpoveď	n	% z N
a	Áno	7	35
b	Nie	13	65
Spolu		20	100

Od edukantov sme sa snažili zistiť či by uprednostnili iné metódy podporujúce odvykanie od fajčenia. 7 edukantov s percentuálnym vyjadrením 35,0 % uviedlo kladnú odpoveď. Edukantom sme dali priestor na vyjadrenie názoru o aké metódy by mali záujem. Medzi najčastejšími metódami podporujúcimi odvykanie od fajčenia edukanti uvádzali **biorezonančné metódy, cigaretové žuvačky a náplaste, akupunktúru,**

hypnózu a v neposlednom rade lekársku pomoc. Na uvedenú otázku záporne odpovedalo 65,0 % edukantov.

4. 7 Diskusia

V prieskumnej časti sme sa zamerali na zistenie všeobecných vedomostí fajčiarov o nikotínovej závislosti, následkoch nikotinizmu na ich zdravie, ochoreniach, ktoré sú spôsobené najviac fajčením a na pasívne fajčenie. Tiež sme sa sústredili na potrebu edukačných plánov v preventívnej starostlivosti. Pristúpili sme k skúmaniu opisovanej problematiky a na základe teoretických východísk sme si stanovili hlavný cieľ. Použitím metódy získavania a analyzovania výsledkov dotazníka sme sa pokúsili zistené výsledky interpretovať.

Čiastkový cieľ č. 1: *Zistiť, či respondenti vedia charakterizovať závažné ochorenia, pre ktoré je rizikový faktor fajčenie.* Na zisťovanie cieľa sme použili otázky z dotazníka č.1, 2 a 3.

V úvodnej otázke sme zisťovali názor respondentov na škodlivosť fajčenia. Prevažná väčšina 67 respondentov, čo tvorí až 65,65 % respondentov pokladá fajčenie za škodlivé. Túto odpoveď možno pokladať za pozitívnu a konštatovať, že väčšina našich respondentov si uvedomuje závažnosť svojho konania. Ale 20 respondentov, čo činí 19, 61 % opýtaných si myslí, že fajčenie je len mierne škodlivé. Stretli sme sa aj s názorom nezaujímam sa o to s percentuálnym vyjadrením 11,76 % čo predstavuje 12 opýtaných respondentov. Svoj názor nevedeli posúdiť 2 (1,96 %) respondenti. Z celkového počtu našich respondentov si len 1 (0,98 %) myslí, že fajčenie nie je škodlivé. Z uvedených názorov vyplýva, že nadpolovičná populácia fajčiarov si síce uvedomuje škodlivosť fajčenia, ale napriek tomu fajčia. V otázke č. 2 nás zaujímala odpoveď, či respondenti vedia, ktoré z vybraných ochorení spôsobuje fajčenie. Vedomosti o poškodení zdravia zapríčinených fajčením mali respondenti podľa týchto záverov, primerané. Mohli označiť viac možností. Až 99 respondentov, čo tvorí 43,61 % opýtaných, označilo možnosť – rakovina pľúc. Jeden z popredných slovenských odborníkov v oblasti pneumológie Krištúfek (2009) vyslovil názor, že sa očakáva ďalší vzostup rakoviny pľúc. Podľa jeho kvalifikovaných odhadov bude v roku 2020 až 2, 3 milióna úmrtí na pľúcny karcinóm. Druhú najpočetnejšiu skupinu odpovedí na choroby spôsobené fajčením tvorili odpovede CHOCHP. O takejto odpovedi svedčí aj informovanosť fajčiarov o škodlivosti fajčenia. Takúto odpoveď určilo až 38 respondentov čo tvorí 16,

74 %. Pritom Chovan (2007) hovorí o CHOCHP ako o málo známom ochorení, ale smrteľnom. Prehľad iných odpovedí respondentov je uvedený v tabuľke 5. V dotazníku sme upriamili pozornosť aj na zaujímavú otázku a problematiku, či je vôbec fajčenie pokladané v očiach laickej verejnosti za chorobu. Dostali sme alarmujúcu odpoveď. Až 68,63 % čo tvorí 70 respondentov si neuvedomuje, že fajčenie je choroba. Dokonca Kolek a Kašák (2010) tvrdia, že pri odvykaní od fajčenia ide o komplexnú liečbu, pretože je to ako s drogovou závislým človekom. Z uvedených informácií môžeme konštatovať, že viac ako polovica respondentov má dostatok informácií o škodlivosti fajčenia, vedia určiť ochorenia, pri ktorých je rizikovým faktorom fajčenie. Avšak viac ako polovica opýtaných fajčiarov nepokladá samotné fajčenie za chorobu.

Čiastkový cieľ č. 2: *Zistiť, či respondenti majú dostatočné vedomosti o následkoch fajčenia na zdravie človeka.* Odpovede sme zisťovali otázkami 4 a 5.

Úroveň spokojnosti so svojimi vedomosťami o následkoch fajčenia na zdravie človeka vyjadrili respondenti nasledovne: ani spokojnosť, ani nespokojnosť vyjadrilo 41 (40,20 %) opýtaných, nespokojných bolo 30 (29,41 %), so svojimi vedomosťami o následkoch fajčenia na zdravie človeka spokojných a veľmi spokojných bolo 21 (30,40 %) respondentov, 55 (53,92 %) opýtaných sa vyjadrilo, že majú možnosť získať informácie o škodlivosti fajčenia, odpoveď skôr áno určilo 35 (34,31 %) a stredne 10 (9,80 %). Na základe zistených údajov môžeme konštatovať, že respondenti majú dostatok informácií o následkoch fajčenia na zdravie človeka. Informácie o škodlivosti fajčenia majú taktiež a napriek tomu nezanechali fajčenie. Kladieme si otázku, prečo teda fajčia. Papan (2008) zastáva názor, že až 69,5 % fajčiarov má vedomosti o škodlivosti fajčenia. K uvedenému záveru dospel u 151 respondentov podľa abúzu cigariet. V piatej otázke respondenti mali možnosť sa vyjadriť k získavaniu informácií o škodlivosti fajčenia. Opäť nám kladnú odpoveď áno dalo 55 respondentov s percentuálnym vyjadrením 53,92 %, čo tvorí nadpolovičnú väčšinu. Odpoveď skôr áno uviedlo 35 respondentov, t. j. 34,31 % opýtaných z celkového počtu 102 respondentov. Možnosť odpovede vôbec nie, čiže nemajú vôbec informácie o škodlivosti fajčenia neuviedol žiaden respondent. Tu sa nám naskytne vyjadriť súhlasné stanovisko s politikmi SR a ochrancami zdravia, že nápisy na cigaretových škatuľkách majú prínos k danej problematike. Zvyšujú informovanosť širokej verejnosti.

Čiastkový cieľ č. 3: *Navrhnuť edukačný plán na podporu odvykania od fajčenia.*

Predtým než sme pristúpili k edukačnému plánu, sme respondentom v našom dotazníku položili otázky, ktoré boli zamerané na zistenie úrovne vedomostí. Otázky sa vzťahovali na možnosť využitia odbornej pomoci pri odvykaní od fajčenia, možnosť využitia odbornej pomoci podporujúcej odvykanie od fajčenia, potrebu edukácie, vhodnej formy a tiež zistenie úrovne zdravotnej výchovy o fajčení. Odpovede sme zisťovali otázkami 6, 7, 16, 17 a 18. Respondenti na otázku o úrovni dostatku vedomostí o možnostiach odbornej pomoci pri odvykaní od fajčenia sa vyjadrilo nasledovne: nemajú vôbec žiadne vedomosti uviedlo 16,67 % opýtaných, 34 z celkového počtu respondentov uviedlo že vedomosti skôr nemajú, stredné vedomosti má 18,63 % respondentov, 18 s percentuálnym vyjadrením 17,65 % respondentov uviedlo že vedomosti o možnostiach odbornej pomoci majú skôr áno, a kladnú odpoveď zaznamenalo 13,73 % respondentov. Na otázku, či by v prípade záujmu prestať fajčiť využili odbornú pomoc 10,78 % respondentov odpovedalo kladne. Skôr áno uviedlo 25 respondentov. 15,69 % by skôr nevyužilo odbornú pomoc. 28 opýtaných respondentov by považovalo nad možnosťou odbornú pomoc využiť. Negatívne sa vyjadrilo 22 respondentov, čo predstavuje 21,57 %. Nasledujúcou otázkou sme zisťovali potrebnosť edukácie. Viac ako polovica respondentov (51,96 %) považuje edukáciu za potrebnú. Minimálne množstvo opýtaných respondentov 5,88 % edukáciu nepovažuje za potrebnú. 32 respondentov sa nad tým ani nezamýšľalo. A 10,78 % sa o potrebnosť edukácie nezaujíma. V dotazníku sme sa zamerali aj na zistenie aká forma edukácie by respondentom najviac vyhovovala. Na základe odpovedí sme zistili, že 49,01 % opýtaných respondentov by najviac vyhovovala ústna forma edukácie ako rozhovor a prednáška. Edukačný materiál by uvítalo 34 respondentov. Až 17,65 % z celkového počtu respondentov je presvedčených, že ich netreba edukovať, pretože vedú všetko o nikotínovej závislosti. Poslednou otázkou sme sa zamerali na zistenie, či je v súčasnosti dostatočná zdravotná výchova o fajčení. 20,59 % respondentov uviedlo, že zdravotná výchova je postačujúca. Negatívny postoj k zdravotnej výchove zaznamenalo 37,25 % respondentov. 14 z celkového počtu 102 respondentov nevie o žiadnej zdravotnej výchove. 28,43 % sa k uvedenej otázke nevedelo vyjadriť. Z uvedených zistení môžeme konštatovať, že respondenti nemajú dostatok vedomostí o možnostiach odbornej pomoci, pričom ale túto možnosť pri odvykaní by využilo len malé percento fajčiarov. Zrejme to vychádza aj z nevedomosti, že nikotínová závislosť je ochorenie. Nakoľko

veková hranica začiatku pravidelného fajčenia je 16 rokov veku života a bolo to hlavne z dôvodu zvedavosti, je zrejmé, že prevencia by bola efektívna ak by prebiehala už v školských zariadeniach. Tu možno citovať Papana (2008, s. 51): „*vedomosti laickej verejnosti sú závislé na osвете, na informáciách z médií a v neposlednom rade do veľkej miery závisí aj samotná motivácia alebo ochota vnímať, načúvať, učiť sa novým poznatkom.*“ Objektívne vieme povedať, že poznatky o škodlivosti fajčenia sú dnes rozsiahle spracované, či už prostredníctvom internetu alebo printových médií a sú dostupné pre laickú verejnosť, tak aj napriek tomu citujem Papana (2008, s. 51): “*Tu vidíme problém v samotnom prístupe jednotlivca a spoločnosti k problému – v motivácii.*“ Na základe vyhodnotenia uvedených otázok sme si vytvorili edukačný plán zameraný na podporu odvykania od fajčenia, ktorý uvádzame v prílohe C. Edukáciu vybraných respondentov sme realizovali v čakárni ambulancie PaF v Želiezovciach formou individuálneho rozhovoru a prednášky. Edukovali sme 20 fajčiarov tromi edukačnými stretnutiami v trvaní 45 minút.

Čiastkový cieľ č. 4: *Overiť nadobudnuté vedomosti po ukončení edukačného plánu.*

Edukantov sme sa pýtali, či je podľa ich názoru dôležitá úloha sestry pri odvykaní od fajčenia. Až 65 % opýtaných edukantov podporilo dôležitú úlohu sestry v edukácii. 35 % fajčiarov považuje edukáciu sestry za nedôležitú. Aby bola úloha sestry – edukátorky úspešná v povedomí viacerých fajčiarov, by podľa nášho názoru mala spĺňať určité osobnostné predpoklady. Mala by byť v danej problematike dostatočne vzdelaná a schopná prakticky radiť. Sestra v modernom ošetrovatelstve má všetky predpoklady na edukáciu. Má poznatky z medicíny, disponuje vedomosťami a zručnosťami z ošetrovatelstva. Je skúsená v oblasti komunikácie, etiky a psychológie. Preto je jej úloha dôležitá. Druhou otázkou sme sa snažili zistiť, či edukantov motivovala edukácia k zanechaniu fajčenia. Až 45 % opýtaných motivovala edukácia k zanechaniu fajčenia, ale 55 % fajčiarov edukácia nemotivovala. Pri tomto výsledku si kladieme otázku: „Je však o edukáciu sestry zo strany pacienta záujem?“ Predpokladom efektívnej spolupráce s pacientom je dobrá úroveň jeho vedomostí o svojom zdraví a možnostiach, ako ho zlepšiť. Nasledujúcu otázku sme smerovali k zisteniu, či edukanti po edukácii prestali fajčiť. Z počtu 20 pacientov zúčastnených na edukácii prestalo fajčiť 25 %. Alarmujúcou skutočnosťou je, ale že 75 % fajčiarov nezanechalo fajčenie. Tento výsledok môžeme pokladať za negatívny prvok vo vedomostiach našich pacientov, ale dá sa predpokladať, že je tomu tak aj v našej širokej verejnosti. S rovnakým hodnotením

sa stretávame aj v práci Papaná (2008), ktorý vyslovil názor, že respondenti síce vedia, že fajčenie škodí zdraviu, ale tento fakt zďaleka nestačí. Tiež sa zaoberá otázkou prečo teda fajčia. Vo štvrtej otvorenej otázke mali edukanti možnosť vyjadriť sa podľa vlastného uváženia. Pýtali sme sa na dôvod prečo neprestali fajčiť. Medzi dôvodmi, ktoré respondenti najčastejšie uvádzali, bol stres, pracovné vypätie, rodinné problémy. Nemalú úlohu v zanechaní fajčenia uvádzali aj kolektív fajčiarov, fajčiarske prostredie. Možno práve pri týchto otvorených odpovediach sa nám naskytá príležitosť na uplatnenie Národného akčného plánu na kontrolu tabaku na roky 2012 až 2014. Jedným z cieľov pripravovaného návrhu je aj kontrola fajčenia na verejných miestach. V kompetencii Ministerstva SR je aj realizácia dvojročného prieskumu (2012 až 2014) o hodnotení opatrení na ochranu nefajčiarov a dodržiavani zákona č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Odpoveďami na poslednú otázku, či by edukanti uprednostnili iné metódy podporujúce odvykanie od fajčenia a ak áno, aké, sme dospeli k zaujímavým záverom. Odpoveď áno uviedlo z 20 edukantov 7, čo je 35 %. Ako pre nich vhodnú alternatívu a za „pokús stojacu“ metódu uviedli prostriedky ako napríklad biorezonančnú metódu, cigaretové žuvačky alebo náplaste, akupunktúru, hypnózu ale aj lekársku pomoc. Až 65 % edukantov by neuprednostnilo pred edukáciou iné metódy podporujúce odvykanie od fajčenia. Z uvedeného záveru vyplýva, že poslanie sestry – edukátorky zaujíma z pohľadu pacienta dôležité miesto. Naskytá sa nám odpoveď na otázku, ktorú sme si položili v úvode edukačného vyhodnotenia: „Je však záujem o edukáciu sestrou zo strany pacienta?“ Nadpolovičná väčšina, až 13 edukantov, čo je 65 % nám dala motivujúcu odpoveď, že by neuprednostnili inú metódu podporujúcu odvykania od fajčenia ako edukáciu. Preto by podľa nášho názoru sestra – edukátorka mala venovať pozornosť efektívnej úprave podmienok edukácie a voľbe vhodných edukačných postupov. Jej kontinuitu zabezpečí vypracovanie edukačných plánov. Rovnaký názor vyslovila aj Meszárosová (2008), kde vychádzala pri zostavovaní edukačných plánov z výsledkov trojmesačných vedomostí a postojov 8 pacientov. Už v mapovaní odpovedí na prieskumné otázky a hlavne otázky po edukácii nám dávajú jasnú, a pre nás motivujúcu odpoveď. Vedomosti fajčiarskej verejnosti sú závislé na informáciách, vzdelaní, a ochote vnímať a učiť sa novým poznatkom. Náš názor, na základe výsledkov, že edukačná rola sestry je dôležitá, ale nedostačujúca, sa potvrdila. Z objektívneho hľadiska musíme konštatovať, že zdravotná výchova, alebo výchova k zdraviu na elimináciu počtu fajčiarov je nedostatočná. Na internetovej stránke Úradu

verejného zdravotníctva SR, ale aj na mnohých iných zainteresovaných stránkach je možné si prečítať. „Ako motivovať lekára?“ – napríklad znížením pracovného zaťaženia, umožniť lepší kontakt s pacientom. „Ako motivovať pacienta?“ - edukácia, spoluúčasť na liečbe fajčenia (Vaverková, 2011). Kombinovaný model edukácie režimových opatrení je prispôsobený socioekonomickým podmienkam fajčiarov a laickej verejnosti, podporujúce spolupatričnosť v rovnakej skupine, komunitu abstinujúcich fajčiarov (napríklad klubov zdravia). Z dôvodu zabezpečenia komplexnosti v prístupe v plnení úloh je potrebný multirezortný prístup, výmena informácií a vyhodnocovanie efektívnosti dodržiavania stanovených liečebných metód a úloh na kontrolu tabaku.

Nepochybne najzávažnejším rizikovým faktorom vzniku CHOCHP je podľa Krištúfka (2011) fajčenie cigariet. Ďalej Papan (2008) vidí hlavný problém v samotnom prístupe jednotlivca a spoločnosti k problému – v motivácii. Do tretice uvedieme do kontrastu tretí názor, kde citujeme úryvok z článku z časopisu Bedeker zdravia z dňa 25. 7. 2011 *„rozsah následkov fajčenia na kardiovaskulárny systém človeka závisí od niekoľkých faktorov. Jednak od počtu denne vyfajčených cigariet a od počtu rokov fajčenia. So zvýšeným počtom denne vyfajčených cigariet a počtom rokov s cigaretou sa riziko vzniku ochorenia na choroby srdca a ciev zvyšuje“* (Ochaba, 2011). Z týchto záverov vyplýva, že je dôležité a potrebné odborne pomáhať fajčiarom. Slovenskému zdravotníctvu na základe Plánu hlavných úloh Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na rok 2011 vyplynula úloha pripraviť návrh národného akčného plánu na kontrolu tabaku na rok 2012 – 2014.

ODPORÚČANIA PRE PRAX

V oblasti znižovania rizikových faktorov z pohľadu ošetrovateľstva by mali odporúčania smerovať k edukačným aktivitám sestry so zameraním na uchovanie a zvyšovanie zdravia.

Na základe analýzy teoretických východísk a uskutočneného prieskumu uvádzame nasledujúce odporúčania pre prax:

- Participácia sestry pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientov.
- V rámci vzdelávacích aktivít uskutočnených Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek realizovať prednášky na základných školách pre žiakov a pedagógov.
- Podnety na riešenie prevencie fajčenia vychytávať na triednych aktívoch sestrou v spolupráci s rodičmi a ich aktívne zapájanie do procesu prevencie.
- Motivácia pedagógov, aby poznatky získané vo vzdelávaní uplatňovali vo výchovnej praxi pre študentov.
- Presadiť návrh zákona podporujúceho uplatnenie pozície školskej sestry a rodinnej sestry.
- Zdôrazniť význam úlohy sestry pracujúcej v komunite, potreba vzdelávania v odbore komunitného ošetrovateľstva a jeho využitie v praxi.
- Motivácia zdravotníckeho personálu k zdravotne – výchovnej činnosti v oblasti odvykania od fajčenia – udeľovanie kreditov komorou sestier.
- Spolupracovať s úradom verejného zdravotníctva a spolupodieľať sa na vzdelávaní mládeže v oblasti nikotínovej závislosti - prostredníctvom sestier a edukačných prednášok.

ZÁVER

Dôvodom na ignorovanie cigariet je viac než dosť. Medzi najhlavnejšie patrí dlhý rad poškodení zdravia, pri ktorých jednoznačnou príčinou je fajčenie. Nikotínová závislosť predstavuje celospoločenský problém a bola dlho akceptovaná spoločnosťou. Dnes sa prevencii fajčenia a ochrane nefajčiarov venujú rôzne Národné programy ako aj úprava legislatívy na ochranu nefajčiarov. Fenoménom 21. storočia sa stáva prevencia a celosvetovým trendom je, aby ľudia ostali zdraví, aby sa liečili pri najnižších nákladoch. Jednoznačne to vedie k významným zmenám, ktoré sa týkajú ošetrovateľskej praxe. Významnou úlohou sestry sa stáva rola – edukátorky. Zmeniť spôsob života u pacientov je zložitý proces pretože mnohý z nich si potrebu zmeny neuvedomujú. Získať pacienta pre spoluprácu je jedným z najťažších úloh v edukačnom procese s pozitívnym záverom. Úlohou sestry je priblížiť aspekty zdravého spôsobu života a eliminovať škodlivé návyky ako napr. fajčenie. K dôležitému záveru nás vedie zistenie, že ak jedinec nepodľahne fajčiarskemu návyku v školskom veku, sú veľmi účinné prostriedky primárnej prevencie. Dôležité je, aby si jednotlivci uvedomili a pochopili negatívne dopady fajčenia. Ťažiskovou úlohou primárnej prevencie sú komunitné a školské programy. Majú osobitné postavenie v rámci aktivít zameraných na vytváranie nefajčiarskeho prostredia v školách. Súčasťou školských programov je aj edukácia k asertívnemu správaniu, odmietnutie cigarety, nutnosť nepodľahnúť sociálnemu tlaku okolia a deklarovat' sa ako nefajčiar. Veľký význam v týchto programoch má aj edukácia a školenie pedagógov. Účinný efekt je narušený pri vzoroch správania fajčiacich učiteľov (Baška, 2010). Účinnú primárnu prevenciu ako prácu profesionálnych odborníkov na edukáciu, podporuje úloha rodičov ako vzorov správania, alebo naopak záujem o nefajčiarske prostredie ako hlavná motivácia. Ostatná komunita zohráva podstatnú úlohu v sekundárnej prevencii. Komunikácia ako súčasť vhodnej formy liečby nikotínovej závislosti. Rešpektovanie, kultúrneho, rodinného a etnického zázemia, prispôsobenie sa špecifikám danej komunity zohráva vo významnej miere dôležitú úlohu sekundárnej prevencie. Na posúdenie účinnosti preventívnych intervencií kladieme dôraz na kontrolu a účinnosť opatrení. Účinnosť je paralelne uplatňovaná rolou sestry edukátorky, celospoločenskými a legislatívnymi opatreniami.

V jednotlivých kapitolách našej práce sme poskytli stručný prehľad o nikotínovej závislosti, poukázali sme na problematiku fajčenia, na aspekty fajčenia, chorobnosť fajčiarov. Zaoberali sme sa úlohou sestry v preventívnej starostlivosti, kde sme sa zamerali na prevenciu, sesterské intervencie, celospoločenské programy a dôraz sme kládli na postavenie sestry v úlohe edukátorky. V prieskumnej časti sme si stanovili hlavný cieľ a to zistiť vedomosti respondentov o fajčení, následkoch, rizikových faktoroch a ochoreniach, navrhnúť a overiť potrebu edukačných programov v prevencii fajčenia. Analýzou problematiky nikotínovej závislosti sme sa snažili poukázať na závažnosť fajčenia ako choroby v spoločnosti a na prioritnú potrebu venovania patričnej pozornosti uvedenej problematike. Veríme, že sa nám podarilo podať presvedčivý obraz o fajčení a dúfame, že naša práca poslúži na zamyslenie sa o vzrastajúcej problematike fajčenia. Sme si však vedomí, že nikotínová závislosť je širokým problémom a naša práca podáva len stručnú charakteristiku vyskytujúceho sa fenoménu.

Prínosom práce pre ošetrovateľskú prax je poukázať na úlohu sestry v prevencii fajčenia a smerovanie ošetrovateľských intervencií na pozdvihnutie kvality života fajčiarov. Predpokladáme, že kontinuálna a komplexná edukácia fajčiarov bude viesť k zodpovednosti voči svojmu zdraviu.

Ciele našej práce sa nám podarilo splniť a preto dúfame, že naša práca sa stane prínosom aj mimo univerzitnej pôdy.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ÁGHOVÁ, Ľ. 1993. *Hygienu – učebnica pre lekárske fakulty*. Martin: Osveta, 1993. ISBN 80 – 217 – 0515 – 9.

BAKOSS, P. a kol. 2008. *Epidemiológia*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. 492 s. ISBN 978 – 80 – 223 – 2417 – 5.

BAŠKA, T. – OCHABA, R. – ŠŤASTNÝ, P. 2007. *Vybrané aspekty kontroly tabaku*. Martin: Národná koalícia pre kontrolu tabaku v SR v spolupráci so Stop fajčeniu, občianske združenie a Jesseniovou lekárskou fakultou a Univerzity Komenského v Martine, 2007. 40 s. ISBN 978 – 80 – 969767 – 0 – 6.

BAŠKA, T. - KATRENIÁKOVÁ, Z. 2010. *Základy prevencie užívania tabaku*. Martin: Národná koalícia pre kontrolu tabaku v SR v spolupráci so Stop fajčeniu, občianske združenie a Jesseniovou lekárskou fakultou v Martine a Univerzitou Komenského v Bratislave, 2010. 100 s. ISBN 978 – 8088866 – 89 – 3.

BOLEDOVIČOVÁ, M., - MATULAY, S. 2007. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Nitra: UKF Nitra, 2007. 122s. ISBN 978-80-89245-03-1.

CVIK, P., 2009. *31. máj – svetový deň bez tabaku*. ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SR, [online], [citované dňa 2012 – 02 - 10]. Dostupné na internete: http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=356:31-maj-svetovy-de-bez-tabaku&catid=61:problematika-fajenia-a-alkoholu&Itemid=6.

DRUGDOVÁ, M. 2011. *Chronická obštrukčná choroba pľúc*. Národné smernice pre prevenciu a terapiu. Slovenská pneumologická a ftizeologická spoločnosť. 2011, ISBN 978 – 80 – 88866 – 98 – 5, s. 63.

ĎURIŠ, I. a kol. 2001. *Princípy internej medicíny*. Bratislava. 2001. ISBN 80 – 88908 – 69 – 8.

FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovatel'stvo – teórie*. Martin: Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80 – 8063 – 182 – 4.

FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2006. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2006. 87s. ISBN 80-8063-226-6.

- FERENCOVÁ, E. 2011. *Dlhodobá domáca oxygenoterapia*. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335 – 9444. 2011, roč.10, č. 1 – 2, s. 34.
- GAVORA, P. 2008. *Úvod do pedagogického výskumu*. Bratislava: Univerzita Komenského, 4. vydanie, 2008. 272 s. ISBN 978-80-223-2391-8.
- GÖHLERT, CH. – KÜHN, F. 2001. *Falošné vedomie: Kompletne o drogách*. 1196 publikácia. Bratislava: Ikar, 2001. 142 s. ISBN 80 – 551 – 02 – 07 – 4.
- HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2006. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006. 280 s. ISBN 80 – 8063 – 213 – 8.
- HUSÁROVÁ, V. 2008. *Otázky a umenie edukácie*. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335 – 9444, 2008, roč. 7, č. 3 – 4. s. 10.
- CHOVAN, L. 2006. *Pneumologické ambulancie*. In *Medical practise*. ISSN 1336 – 8109, 2006, č. 12. s. 16.
- KAVCOVÁ, E. – SZÁRAZOVÁ, M. 2001. *Podpora zdravia, prevencia a hygiena v teórii a praxi*. Martin: Univerzita Komenského, Jesseniova lekárska fakulta, 2001. 314 s. ISBN 80 – 88866 – 17 – 0.
- KAVCOVÁ, E. 2002. *Tabaková závislosť a zodpovedajúce intervencie pneumológa*. In *Respiro*. ISSN 1335 – 3985, 2002, roč. 4, č. 2, s. 21.
- KAVCOVÁ, E. 2004. *Problém tabakovej závislosti*. In *Lekárske listy: Odborná príloha zdravotných novín*. ISSN 1335 – 4477, 2004, č. 13, s. 20.
- KAVCOVÁ, E. 2006. *Intervencia a liečba tabakovej závislosti v ordinácii všeobecného praktického lekára*. Martin: Univerzita Komenského, Jesseniova lekárska fakulta, 2006. 23 s. ISBN 80 – 88866 – 40 – 5.
- KLABNÍK, A. 2007. *Fajčenie ako celospoločenský problém*. In *Lekárske listy: odborná príloha zdravotníckych novín*. ISSN 1335 – 4477, 2007, č. 26, s. 27.
- KOLEK, V. – KAŠÁK, V. a kol. 2010. *Pneumologie vybrané kapitoly pro praxi*. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978 – 80 – 7345 – 220 – 9.
- KOZIEROVÁ, R. - ERBOVÁ, G. – OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo 1 a 2*. Prvé slovenské vydanie. Martin: Osveta, 1995. 1447 s. ISBN 80 – 217 – 0528 – 0.

KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2004. 212s. ISBN 80-8063-160-3.

KRIŠTÚFEK, P. 2009. *Škola pneumológie a ftizeológie*. Katedra & klinika pneumológie a ftizeológie a Katedra & klinika hrudníkovej chirurgie SZU, Slovenská lekárska spoločnosť a Slovenská pneumologická a ftizeologická spoločnosť.

KRIŠTÚFEK, P. a kol. 2011. *Chronická obštrukčná choroba pľúc*. Národné smernice pre prevenciu a terapiu. Slovenská pneumologická a ftizeologická spoločnosť. 2011. 63 s. ISBN 978 – 80 – 88866 – 98 – 5.

NEMCOVÁ, J. – HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978 – 88 – 8063 – 321 – 9.

NOWAK, S. a kol. 2009. Środowiskwe uwarunkowanie postawy ciała na przykladzie dzieci ze szkól podstawowych w Czaplinku i Broczynie. In MUCHA, D. – ZIEBA, H. 2009. Przeciwdzialanie czynnikom ryzyka chorób cywilizacyjnych. Nowy Targ: Podhalańska państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, 2009. 173 – 200 s. ISBN 978 – 83 – 60621 – 11- 1.

MAGUROVÁ, D. – MAJERNÍKOVÁ, E. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978 – 80 – 8063 – 326 – 4.

MARTINOVE, M. 2009. Alkoholizmus a jeho dôsledky na jedincov s vysokoškolským vzdelaním. In *Psychiatria pre prax*. 2009. roč. 10, č. 4, str. 166 –170.

MÉSZÁROSOVÁ, J. 2008. Otázniky a umenie edukácie. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335 – 9444, 2008, roč.VII, č. 3 – 4. s. 10.

MKCH – 10. 1993. *Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov*. (publikácia svetovej zdravotníckej organizácie) Bratislava: Obzor, 1993. ISBN 80 – 215 – 02 – 49 – 5.

OCHABA, R. 2011. *Fajčenie škodí aj srdcu*. [online], [citované dňa 2012 – 02 - 20]. Dostupné na internete <http://www.zzz.sk/?clanok=10789>

PAPAN, L. 2008. *Zdravotno – sociálne problémy fajčenia* (bakalárska práca). Nitra: Univerzita Konštantína a Filozofa, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2008. s. 51

PAULOVÍČ, D. 2007. *Pacient s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc a bronchiálnou astmou versus fajčenie. Alergia, astma a my.* Bratislava: Združenie astmatikov Slovenskej republiky. 2007, č. 2, s. 31.

PAULOVÍČ, D. 2011. Protifajčiarske aktivity v ambulancii pneumológa. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335 – 9444, 2011, roč. X, č. 1-2, s.30.

PLEŠKO, I. 2001. Fajčenie a výskyt morfológických typov karcinómu pľúc na Slovensku. In *Studia pneumologica et phthisologica*. ISSN 0371 – 2222, 2001, roč. 61, č.. 1, s. 38 – 40.

ROVNÝ, I. a kol. 1995. *Preventívne lekárstvo*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80 – 217 – 0574 – 4.

ROVNÝ, I. – OCHABA, R. – BIELIK, I a kol. 2004. *Kontrola tabaku v Európskej únii*. Zborník príspevkov z 31. dní zdravotnej výchovy I. Stodolu. Bratislava: ÚVZ SR, 2004. s.115 – 118.

ROVNÝ, I. – OCHABA, R. – BIELIK, I a kol. 2007. *Prevenca závislostí a fajčenia tabaku*. Bratislava: Gerlach Print, spol. s. r. o., 2007. 143 s. ISBN 978 – 80 – 7159 – 164 – 1.

TURČEK, K. 2007. *Diagnostika a terapia závislostí*. 1. vydanie. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, pedagogická fakulta, 2007. 107 s. ISBN 978 – 80 – 8083 – 512 – 5.

VAVERKOVÁ, I. 2011. *Stop fajčeniu našich pacientov*. XV. kongres SLS, [online], [citované dňa 2012 – 02 – 10]. Dostupné na internete: http://www.vpl.sk/files/file/XVkongres%20prednasky/7_Bariery.pdf.

VIEGI, G. – CHIAFFI, L. – MATTEELLI, G. – CARROZZI, L. 2000. *World Congress on Lung Health and 10 TH ERS Annual Congress*. Florenc, Italy. 2000, s. 12.

VOTAVA, V. 1996. *Pneumológia v praxi*. Praha: Galén, 1996. 273 s. ISBN 80 – 85824 – 32 – 9.

ZÁVODNÁ, V. 2002. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2002. 95 s. ISBN 80 – 8063 – 108 – 5.

ZLÁMALOVÁ, V. 2009. Fajčenie a kardiovaskulárne ochorenia. In *Revue medicíny v praxi*. ISSN 1136 – 863X, 2009, roč. 7, č. 4, s. 1.

PRÍLOHY

Príloha A Informovaný súhlas

Príloha B Dotazník k bakalárskej práci

Príloha C Edukačný plán u pacienta s diagnózou F17. 2 – nikotínová závislosť

Príloha D Kontrolný dotazník po edukácii

Príloha A

Informovaný súhlas

NAUSIKA s.r.o., Komenského 36, Želiezovce

Helena Tvrdá
Mierová 56
93701 Želiezovce

Vec: Žiadosť o povolenie realizovať prieskum – odpoveď.

Na základe Vašej žiadosti zo dňa 30.9.2011 o povolenie realizovať prieskum v Ambulancii pneumológie a fizeológie v Želiezovciach, Vám dávam – súhlas.

Zároveň Vás žiadam, aby pri realizácii prieskumu boli dodržané etické zásady a nasledovné právne normy:

- zákon NR SR č.428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov
- zákon č.211/2000 Z.z.o slobodnom prístupe k informáciám
- zákon č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti
- zákon č.578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti – príloha č.4 – etický kódex zdravotníctva.

S pozdravom

NAUSIKA, s.r.o.
Komenského 36
937 01 Želiezovce
IČO: 46 552 861

Želiezovce 5.10.2011

Príloha B

Dotazník k bakalárskej práci

Tento dotazník je určený pre potreby prieskumu v bakalárskej práci a cieľom je zmapovať vedomosti respondentov o následkoch fajčenia na zdravie človeka, rizikové faktory, ochorenia, o potrebe edukačného plánu na podporu prevencie fajčenia. Taktiež chceme zistiť aký je záujem o využitie odborných konzultácií. Dotazník je anonymný a nevyžaduje si žiadne osobné údaje. Vaše pravdivé výpovede mi umožnia spracovať prieskum na spomínanú problematiku. Získané informácie slúžia výlučne na spracovanie bakalárskej práce.

Za Vašu spoluprácu a ochotu Vám ďakujeme.

1. Aký je Váš názor na škodlivosť fajčenia?

- a) Neškodné
- b) Mierne škodlivé
- c) Veľmi škodlivé
- d) Nezaujímam sa o to
- e) Nevieť posúdiť

2. Podľa Vášho názoru, ktoré z uvedených ochorení spôsobuje fajčenie? (môžete označiť viac odpovedí)

- a) Rakovina pľúc
- b) Ischemická choroba srdca
- c) Zápal pľúc
- d) Chronická obštrukčná choroba pľúc
- e) Alergia
- f) Rakovina kostí
- g) Rakovina hrubého čreva a konečníka
- h) Poruchy imunity

- i) Nevieam
- j) Iné

3. Pokladáte fajčenie za chorobu?

- a) Áno
- b) Nie
- c) Nevieam

4. Ako ste spokojný/á s úrovňou Vašich vedomostí o následkoch fajčenia na zdravie človeka?

- a) Veľmi nespokojný/á
- b) Nespokojný/á
- c) Ani spokojný/á , ani nespokojný/á
- d) Spokojný/á
- e) Veľmi spokojný/á

5. Máte možnosť získať informácie o škodlivosti fajčenia?

- a) Vôbec nie
- b) Skôr nie
- c) Stredne
- d) Skôr áno
- e) Áno

6. Máte dostatok vedomostí o možnostiach odbornej pomoci pri odvykaní od fajčenia?

- a) Vôbec nie
- b) Skôr nie
- c) Stredne
- d) Skôr áno

e) Áno

7. Keby ste chceli prestať, využili by ste odbornú pomoc?

a) Áno

b) Skôr áno

c) Skôr nie

d) Možno

e) Nie

8. V akom veku ste začali pravidelne fajčiť?

a) 10 – 15

b) 16 – 20

c) 21 – 25

d) 26 – 30

e) 31 – 35

f) Nepamätám sa

9. Prečo ste začali fajčiť?

a) Zo zvedavosti

b) Kvôli kamarátom

c) Pre upokojenie

10. Koľko cigariet denne vyfajčíte?

a) Do 10 ks

b) Do 20 ks

c) Do 30 ks

d) Viac ako 30 ks

11. Ako skoro po prebudení si zapálite prvú cigaretu?

- a) Do 5 minút
- b) Až 60 minút
- c) Iné (vymenujte).....

12. Ktorá cigareta Vás najviac uspokojuje?

- a) Tá prvá ranná
- b) Ktorákoľvek, mimo prvej

13. Je podľa Vás škodlivé pasívne fajčenie?

- a) Áno, ale v malej miere
- b) Áno, veľmi škodlivé
- c) Nie, nie je to škodlivé
- d) Neviem posúdiť

14. Kto je podľa Vás pasívny fajčiar?

- a) Bývalý fajčiar
- b) Príležitostný fajčiar
- c) Fajčiar, ktorý má nedostatok pohybu
- d) Človek nefajčiar, ktorý vdychuje cigaretový dym z okolia

15. Pokúšali ste sa niekedy prestať fajčiť?

- a) Áno, jedenkrát
- b) Áno, viac ako dvakrát
- c) Nie

16. Považujete edukáciu (výchova a vzdelávanie) za potrebnú?

- a) Áno, považujem
- b) Nie, nepovažujem

- c) Nevieam, nezamýšľala/nezamýšľal som sa
- d) Nezaujíma ma to

17. Aká forma edukácie (výchova a vzdelávanie) by Vám vyhovovala?

- a) Ústna forma rozhovoru, prednáška
- b) Edukačný materiál (vzdelávací materiál)
- c) Needukovať, viem všetko

18. Je podľa Vás dostatočná zdravotná výchova o fajčení?

- a) Áno
- b) Nie
- c) Nevieam o žiadnej zdravotnej výchove
- d) Nevieam to posúdiť

Pohlavie

- a) Muž
- b) Žena

Vzdelanie

- a) Základné
- b) Stredoškolské
- c) Vysokoškolské

Rodinný stav

- a) Vydatá/Ženatý
- b) Slobodná/Slobodný
- c) Rozvedená/Rozvedený
- d) Vdova/Vdovec

Ďakujem za Vašu pozornosť a čas.

Príloha C

Edukačný plán u pacienta s diagnózou F17. 2 – nikotínová závislosť

Téma: Výchovne – vzdelávací program u pacienta s diagnózou F 17. 2

Cieľová skupina: pacienti s nikotínovou závislosťou

Metóda edukácie: rozhovor, prednáška, vyučovanie, názorná ukážka fotografického materiálu o škodlivom účinku nikotínu

Miesto realizácie: čakáreň ambulancie Pneumológie a ftizeológie Želiezovce

Forma edukácie: skupinová, individuálna

Pomôcky: papier, pero, informačné letáky, obrázky,

Časové trvanie: 3x 45 min.

Obsahové kritériá edukácie:

1.Motivačná fáza:

- príčiny vzniku ochorenia,
- potreba prevencie lapsu a relapsu.

2.Expozičná fáza:

- edukácia o škodlivosti fajčenia,
- dôležitosť zanechania fajčenia.

3.Fixačná fáza:

- dodržanie režimových opatrení,
- priestor na prípadné otázky.

4.Fáza overovania a hodnotenia vedomostí

- preverovanie získaných vedomostí – kontrolné otázky,
- pochvala za nadobudnuté vedomosti.

Ciele:

- pacient/klient preukazuje základné vedomosti o nikotinizme, príznakoch a o možnostiach jej účinnej kontroly - kognitívny cieľ,
- pacient/klient menuje všetky režimové opatrenia – behaviorálny cieľ,
- pacient/klient si vytvorí pozitívny postoj k spolupráci a ochotu aktívne sa podieľať na liečebnom procese – afektívny cieľ.

Realizácia:**1. Edukačný blok (45 minút) :**

- anatómia a fyziológia dýchacích ciest,
- príznaky nikotínovej závislosti,
- denný režim – aktivity,
- liečba.

Popíšeme pacientovi/klientovi anatómiu dýchacích ciest a fyziológiu výmeny plynov v pľúcach na lepšie pochopenie použijeme obrazový materiál. Ďalej opíšeme a charakterizujeme ochorenie nikotínovej závislosti a príznaky. Odporučíme aktivity denného života. Ďalším krokom bude informovanie o liečbe nikotínovej závislosti a o potrebe zmeny rituálov spojených s fajčením.

Poukazujeme na dôležitosť RHB. Mala by byť dennou súčasťou života pacienta/klienta, keďže zlepšuje jeho celkovú kondíciu.

2. Edukačný blok (45 minút):

- vyhýbanie sa faktorom, ktoré zhoršujú príznaky, zanechanie fajčenia,
- prevencia lapsu a relapsu,
- výživa, spánok,
- príznaky cravingu.

3. Edukačný blok: (45 minút) :

- opakovanie vedomostí z 1. a 2. edukačného stretnutia,
- motivácia pacienta/klienta, k odvykaniu fajčenia,
- priestor pre otázky pacienta/klienta,
- spätná väzba a vyhodnotenie edukačnej jednotky pomocou otázok.

Celkové hodnotenie edukačných stretnutí:

Na konci každého edukačného stretnutia sme zhodnotili jeho efektívnosť, naplnenie cieľov edukácie. Spätnou väzbou sme posúdili aj vedomosti, ktoré sa pacient/klient naučil, a to položením kontrolných otázok, alebo prostredníctvom demonštrácie inhalačnej techniky a iných zručností. Vedomosti a zručnosti sme hodnotili priebežne a v záverečnej fáze 3. edukačného stretnutia. Odporučili sme podľa potreby sledovať internetové stránky, zaoberajúce sa touto problematikou. S klientmi sa dobre spolupracovalo, boli zodpovední a spoľahliví. Stretnutia neboli nudné, naopak zaujímavé, čo bolo podmienené aj aktivitou zo strany pacientov. Pacienti boli pozorní a zvedaví. Najväčšie obavy mali zo zlyhania odvykacej kúry fajčenia a z možnosti exacerbácií.

Každý človek je jedinečný a individuálny, a tak k nemu treba pristupovať aj počas edukácie. Snažíme sa, aby sme vychovali samostatného pacienta/klienta, ktorý hravo zvládne liečbu vlastného ochorenia v domácich podmienkach. Všeobecným cieľom edukačného procesu je dosiahnuť, aby kvalita života chorého človeka bola čo najvyššia.

Ďakujem za pozornosť.

Príloha D

Kontrolný dotazník po edukácii

1. Je podľa Vás dôležitá úloha sestry pri odvykaní od fajčenia?

- a) Áno
- b) Nie
- c) Neviem

2. Motivovala Vás edukácia k zanechaniu fajčenia?

- a) Áno
- b) Nie
- c) Neviem

3. Prestali ste fajčiť po edukácii?

- a) Áno
- b) Nie

4. Aký bol dôvod, že ste neprestali fajčiť?

.....
.....
.....

5. Uprednostnili by ste iné metódy podporujúce odvykanie od fajčenia? Ak áno, uveďte aké metódy.

- a) Áno, aké
- b) Nie