



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**RAZŠIRJENOST KAJENJA MED
ZAPOSLENIMI V NUJNI MEDICINSKI
POMOČI**

**THE PREVALENCE OF SMOKING AMONG
EMERGENCY MEDICAL SERVICES
WORKERS**

Mentorica: izr. prof. dr. Maja Sočan

Kandidat: Andrej Branc

Jesenice, maj, 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Maji Sočan za vso strokovno pomoč, podporo, spodbudo in nasvete pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvala gre tudi recenzentki mag. Eriki Povšnar, pred., za pregled diplomskega dela.

Zahvaljujem se Maši Zevnik za lektoriranje diplomskega dela.

Hvala Manci, Primožu in ostalim sodelavcem za pomoč, podporo in razumevanje ob moji odsotnosti zaradi študija.

Najlepše pa se zahvaljujem zaročenki Tini, za vso podporo in potrpežljivost pri študiju in diplomskem delu ter mami za finančno pomoč.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Raba tobaka oz. kajenje je pomemben dejavnik tveganja za obolenost in umrljivost. Zdravstveni delavci lahko s svojim zgledom in nasveti pomembno vplivajo na zmanjšanje uporabe tobaka, če jih pri tem ne ovira lastno kajenje.

Cilj: Glavni cilj raziskave je bil raziskati razširjenost kajenja med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske, preučiti njihovo znanje o vplivu tobaka na zdravje in zbrane podatke primerjati z že opravljenimi raziskavami.

Metoda: Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja. Podatke smo zbrali s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki smo ga posredovali 100 zdravstvenim delavcem, zaposlenim v nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske. Realizacija vzorca je bila 93 %. Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniških programov SPSS, verzije 20.0. in z Microsoft Office Excel 2013.

Rezultati: V nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske kadi 22,6 % zaposlenih (17,3 % rednih in 5,3 % občasnih kadilcev). Nekaj manj kot 18 % je bivših kadilcev. Slaba petina kadilcev je že razmišljala o opustitvi kajenja. Povprečna starost začetka kajenja je 18,4 let. Dokazali smo statistično značilno povezanost med stopnjo izobrazbe in kajenjem (več kadilcev je med srednje izobraženimi, $p = 0,001$) in starostjo kadilca (več kadilcev je med mlajšimi, $p = 0,049$). Nekdanji kadilci so starejši od 41 let in imajo statistično značilno ($p = 0,010$) več delovne dobe (26 ali več let), redni kadilci so mlajši, z delovno dobo pod 15 let. Ugotovili smo tudi, da kadi več tistih, ki imajo otroka/e, kot tistih brez otrok ($p = 0,025$).

Razprava: Večina preiskovancev je nekadilcev in se zaveda škodljivega vpliva tobaka na zdravje. Delež kadilcev je še vedno previsok, kar lahko vpliva na promocijo ne kajenja. Večina anketirancev je začela kaditi v času mladostništva, zato je pomembno, da se organizira ustrezne programe opuščanja kajenja že v času šolanja. Potrebne so obširnejše raziskave na tem področju.

Ključne besede: kajenje, tobak, prevalenca, nujna medicinska pomoč, zdravstveni delavci

SUMMARY

Background: Tobacco use or smoking are important risk factors for illnesses and mortality. If not held back by their own smoking, healthcare professionals play an important role in reducing tobacco use by setting an example and offering advice.

Objectives: The main research objectives were to investigate smoking prevalence among medical emergency professionals in the Gorenjska region, to establish their familiarity with the health effects of tobacco, and to compare the obtained data with previous research.

Methodology: Quantitative research design was employed. Data were collected with a structured questionnaire which was distributed among 100 healthcare professionals working in medical emergency services in the Gorenjska region. The total response rate was 93%. The obtained data were processed using SPSS 20.0 and Microsoft Office Excel 2013 computer programs.

Results: A total of 22.6% of Gorenjska medical emergency professionals are smokers (17.3% regular and 5.3% occasional). Just under 18% are former smokers. Almost a fifth of the smokers have considered giving up smoking. The average age of smoking initiation was 18.4 years. This paper statistically proved a correlation between the educational level and smoking (the majority of smokers have secondary education, $p = 0.001$) as well as the age of smokers (the majority of smokers are younger, $p = 0.049$). Former smokers are older than 41 years and typically ($p = 0.010$) have more work experience (26 years or more), compared to regular smokers who are younger and have less than 15 years of work experience. The study also revealed that more healthcare professionals with children smoke compared to those who are childless ($p = 0.025$).

Discussion: Most respondents were non-smokers and were aware of the adverse impacts of tobacco on health. The proportion of smokers is still too high; this influences anti-smoking promotion. Most of the respondents started smoking in adolescence. It is therefore important to offer smoking cessation programs already during schooling. More extensive research on the subject should be conducted.

Key words: smoking, tobacco, prevalence, medical emergency services, healthcare professionals

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 TOBAK IN KAJENJE.....	2
2.1.1 Sestava tobačnega dima.....	2
2.1.2 Učinki kajenja.....	3
2.2 RAZŠIRJENOST UPORABE TOBAKA IN TOBAČNIH IZDELKOV	3
2.3 RAZŠIRJENOST UPORABE TOBAKA IN TOBAČNIH IZDELKOV MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI.....	NAPAKA! ZAZNAMEK NI DEFINIRAN.
2.4 VPLIV KAJENJA NA ZDRAVJE	8
2.4.1 Maligne bolezni	8
2.4.2 Pljučne bolezni in okužbe dihal.....	9
2.4.3 Bolezni srca in ožilja	9
2.4.4 Druge bolezni, povezane s kajenjem.....	10
2.4.5 Kajenje v nosečnosti.....	10
2.5 DRUGE POSLEDICE UPORABE TOBAKA.....	11
2.5.1 Pasivno kajenje.....	12
3 EMPIRIČNI DEL.....	13
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	13
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	14
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	14
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	14
3.3.2 Opis merskega instrumenta	15
3.3.3 Opis vzorca.....	16
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	18
3.4 REZULTATI	18
3.5 RAZPRAVA.....	27
4 ZAKLJUČEK	33
5 LITERATURA	34
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	
6.1.1 Vprašalnik za zaposlene v NMP Gorenjske	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Test zanesljivosti vprašalnika za meritev seznanjenosti.....	16
Tabela 2: Demografski podatki anketirancev	17
Tabela 3: Ali kadite?.....	19
Tabela 4: Kakšen/kakšna kadilec/kadilka ste?	19
Tabela 5: Koliko cigaret povprečno pokadite na dan?	20
Tabela 6: Ali ste kdaj razmišljali, da bi prenehali kaditi?	20
Tabela 7: Ali več kadite v prostem ali delovnem času?	20
Tabela 8: Katere tobačne izdelke uporabljate?.....	21
Tabela 9: Pri kateri starosti ste začeli kaditi?	21
Tabela 10: Povprečna starost začetka kajenja	22
Tabela 11: Kdaj ste začeli kaditi?.....	22
Tabela 12: Ali upoštevate prepoved kajenja v zaprtih prostorih v zdravstveni ustanovi, kjer delate?	22
Tabela 13: Seznanjenost zaposlenih o učinkih kajenja	23
Tabela 14: Seznanjenost zaposlenih o škodljivih učinkih kajenja	24
Tabela 15: Povezanost kajenja in izobrazbe.....	25
Tabela 16: Starost zaposlenih v nujni medicinski pomoči Gorenjske in kajenje	26
Tabela 17: Delovna doba zaposlenih v nujni medicinski pomoči Gorenjske in kajenje	26
Tabela 18: Kajenje in starševstvo zaposlenih v nujni medicinski pomoči Gorenjske ...	27

1 UVOD

Kajenje tobaka in uporaba izdelkov tobačne industrije predstavljata eno od najbolj razširjenih odvisnosti, ki zelo ogrožajo zdravje kadilcev in vseh neposredno izpostavljenih tobačnemu dimu. Kajenje je odvisnost od nikotina, ki se razvije po ponavljajočem uživanju tobaka in jo spremljajo vedenjski, fiziološki in kognitivni pojavi (Rupret, 2008).

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) iz leta 2015 kajenje v Sloveniji še vedno predstavlja enega najobsežnejših javnozdravstvenih problemov, kljub številnim ukrepom in nižanju števila kadilcev. Uživanje in s tem uporaba tobaka se sicer zmanjšuje, a še vedno raste med mladostniki in ženskami. Kajenje škoduje vsakemu organu v človeškem organizmu in je na prvem mestu med vzroki obolevnosti in umrljivosti, ki bi se jih dalo preprečiti (NIJZ, 2015b).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je v letu 2008 navajala, da so delavci v zdravstvu pomemben zgled zdravega življenjskega sloga v družbi in imajo tako velik vpliv na zmanjšanje rabe tobaka. Zdravstveni delavec, ki kadi, najverjetneje ne bo svetoval bolniku opustitve kajenja ali pa bo verjetnost takšnega nasveta zelo zmanjšana (Malone, 2006; World Health Organization, 2008).

Treba je preprečiti začetek kajenja pri mladostnikih in spodbuditi opuščanje kajenja pri sedanjih kadilcih, ter preprečiti posledice pasivnega kajenja. V nasprotnem primeru se bo smrtnost iz leta v leto večala. Velika večina rednih kadilcev prične kaditi v mladosti, torej v dobi odraščanja, ko se kadilske navade razvijejo (Koprivnikar, 2009).

Uporaba tobaka je tako povezana z velikim številom bolezni, prezgodnjimi smrtmi in visokimi stroški zdravljenja, zato si z dokazano učinkovitimi ukrepi in aktivnostmi prizadevamo, da bi zmanjšali uporabo tobaka in njene posledice. Pomembno je tudi stalno spremljanje razširjenosti in značilnosti uporabe tobaka v populaciji, in s tem prepoznavanje posebej ogroženih skupin (NIJZ, 2015a).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 TOBAK IN KAJENJE

Uporaba tobaka in s tem tobačnih izdelkov se je v Evropi začela leta 1492, ko se je Krištof Kolumb ustavil na Bahamskih otokih. Domačini so mu za dobrodošlico podarili, takrat za Evropejce, še neznane liste posušene rastline, o katerih je poročal ob vrnitvi v Španijo. Po Evropi se je kajenje razširilo zlasti po zaslugi Jeana Nicota, po katerem je rastlina, ki vsebuje alkaloid nikotin, dobila ime *Herba Nicotiana*. Nicot je poročal o velikih zdravilnih učinkih te rastline – tobak so najprej uporabljali za blaženje glavobola in zobobola, kasneje pa kot zdravilo za vse bolezni. Uvedba cigarete pa je nato postala razvada, ki je vrhunec dosegla po koncu druge svetovne vojne. Kmalu po razširitvi kajenja po Evropi so številni pisci začeli nasprotovati zdravilnim učinkom tobaka. V začetku 20. stoletja se je razvila tobačna industrija, okrog leta 1940 pa so se z razvojem filmske industrije začeli pojavljati tudi prvi oglasi, ki so tobak prikazovali kot poživilo življenja (Župec, 2012).

2.1.1 Sestava tobačnega dima

Tobak je rastlina, iz katere izdelujejo cigarete, tobak za pipe ter njuhanje, cigare in žvečilni tobak. Tobak vsebuje več kot 2.500 kemikalij. Večina od njih je rakotvornih. Kadar se tobak uporablja v obliki cigaret, cigar ali pip, kadilec v usta vdihne dim iz cigarete in ga nato izdihne. Iz tleče cigarete se stranski tok dima vije prosto v zrak. Tako se v telo oziroma v zrak sprošča celotna mešanica več kot 4.000 kemikalij. Najmanj 50 od teh kemikalij je znanih karcinogenih snovi za človeško telo. Tobačni dim vsebuje nikotin (droga in strupen alkaloid), katran, aceton (odstranjevalec laka), žveplov dioksid, amonijak (WC čistila), arzen (strup za podgane), butan (tekočina v vžigalnikih za cigarete), ogljikov monoksid (izpušni plini iz avtomobilov), kadmij (baterije za ponovno polnjenje), DDT (insekticid), vodikov cianid (strupen plin v uporabi med 2. svetovno vojno), metan (smetiščni plin), metanol (raketno gorivo), naftalin (sredstvo proti moljem), toluen (industrijsko topilo), vinilklorid (plastika) in nitrobenzen (dodatek bencinu) (Bilban, 2006; NIJZ, 2015b).

2.1.2 Učinki kajenja

V tobaku odvisnost povzroča nikotin, ki spada med droge. Vedenjski sistem spodbuja k boljšemu počutju in postane del običajne telesne kemije in ga potem, ko ga telo enkrat sprejme, tudi potrebuje za svoje delovanje. Kot droga povzroča odvisnost, ima telesni in duševni učinek, ustvarja toleranco in abstinencijske težave. Odvisnost od kajenja cigaret povzroča mnogo drobnih motenj, deluje negativno na pozornost, spomin in orientacijo. Katran je skupno ime za vse strupene in škodljive kemične snovi v cigaretinem dimu. Nekaj se ga izloči z značilnim kašljem kadilcev, nekaj pa ga ostane v pljučih, kar močno vpliva na možnost nastanka raka na pljučih (Razboršek & Kristof, 2005; Glasser, 2007).

Lahke cigarete imajo manj nikotina, vendar pa zaradi vsebnosti bistveno več drugih, prav tako ali celo bolj škodljivih aditivov, niso nič bolj zdrave od klasičnih. Takšne cigarete lahko utegnejo biti celo bolj škodljive (Turk, 2012).

Kajenje ima pomembno vlogo v življenju kadilca, saj predstavlja del njegove vsakdanje rutine, posebno v določenih razmerah in situacijah, npr. ob kavi, po kosilu, med odmori ipd. Kadilcu je lahko ob takšnih situacijah in okoljih, ko ne more kaditi, precej nelagodno in neprijetno. Tovrstnim razmeram in položaju pravimo sprožilni dejavniki, zaradi česar se pri kadilcu sproži želja po cigareti. Premagovanje ali spreminjanje teh rutin je lahko najtežje, psihične odvisnosti pa se kadilec zelo težko odvadi, saj je kajenje del njegovega vsakdanjika (Koprivnikar, 2008).

2.2 RAZŠIRJENOST UPORABE TOBAKA IN TOBAČNIH IZDELKOV

Svetovna zdravstvena organizacija navaja, da je kajenje tobaka v svetu vodilni, lahko preprečljivi vzrok smrti (World Health Organization, 2011). Vsako leto umre skoraj 6 milijonov ljudi zaradi bolezni, ki so povezane s kajenjem (Lim, et al., 2012). Dve tretjini kadilcev umre zaradi bolezni, povezanih s kajenjem (Banks, et al., 2015), ti v povprečju umrejo vsaj deset let prezgodaj (Doll, et al., 2004).

Tobak je med dejavniki tveganja v Sloveniji vodilni, vendar preprečljivi vzrok smrti in vodilni dejavnik tveganja za izgubljena zdrava leta življenja zaradi prezgodnje smrti in

manj zmožnosti (World Health Organization, 2005). V Sloveniji uporabi tobaka pripisujemo 19 % vseh smrti v starosti 30 let ali več (27 % pri moških in 11 % pri ženskah) in 21 % vseh smrti zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni. Letno zaradi aktivnega kajenja umre skoraj 3.600 kadičev, od teh jih 900 ne doseže starosti 60 let. Tobaku pripisujemo vsako sedmo prezgodnjo smrt v starostni skupini med 30 in 44 let in vsako tretjo prezgodnjo smrt v starostni skupini med 45 in 59 let (World Health Organization, 2011).

Velika večina slovenske populacije je nekadičev (Koprivnikar, 2014). V letu 2012 je po podatkih raziskave ATADD (Anketa o tobaku, alkoholu in drugih drogah) kadilo 24,0 % prebivalcev Slovenije, starih 15 do 64 let. Več je bilo moških (26,8 %) kot žensk (21,1 %) (Lavtar, et al., 2014). Po podatkih iz raziskave »Z zdravjem povezan vedenjski slog«, ki spremlja različne kazalnike kadilskega vedenja in izpostavljenosti tobačnemu dimu prebivalcev Slovenije (CINDI – Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja) je v letu 2012 kadilo 22,6 % Slovencev, starih med 25 in 64 let, višji delež moških (24,8 %) kot žensk (20,3 %). Med letoma 2008 in 2012 je raziskava CINDI pokazala na zvišanje deleža kadičev med odraslimi na račun zvišanja deleža med ženskami, medtem ko sprememb v deležu kadičev med moškimi ni bilo (Koprivnikar, 2014). Obe raziskavi sta pokazali, da so deleži kadičev višji med prebivalci z nižjim socialno-ekonomskim položajem, kot med tistimi z višjim (merjeno z izobrazbo, samoocenjenim družbenim slojem) (Lavtar, et al., 2014; Koprivnikar, 2014). Med prebivalci, starih 25 do 64 let, je bil na primer delež kadičev med najnižje izobraženimi in med tistimi iz najnižjega družbenega sloja skoraj dvakrat višji kot med najbolj izobraženimi in tistimi iz najvišjega družbenega sloja (Koprivnikar, 2014). Primerjava z drugimi državami članicami Evropske unije sicer kaže, da sodi Slovenija med države z nižjimi odstotki kadičev med odraslimi (World Health Organization, 2013). Podatki iz različnih držav, tudi iz Slovenije, kažejo, da začnejo kaditi in s kajenjem nadaljujejo večinoma mladostniki in mlajši odrasli (Bernat, et al., 2012; Koprivnikar, 2012). V Sloveniji je bilo med prebivalci, starih 35 do 44 let, ki so kdaj v življenju kadili, 63,4 % vseh, ki so prvič kadili že pred polnoletnostjo (torej v starosti 17 let ali manj), 98,7 % pa jih je prvič kadilo v starosti 25 let ali manj (Koprivnikar, 2014).

V Evropski uniji zaradi kajenja letno umre približno 650.000 ljudi. Od 1.000 smrti med prebivalci Evropske unije, ki kadijo, jih 500 umre zaradi kajenja in le 7 zaradi prometnih nesreč (Koprivnikar, 2005). V evropskih mestih umre več ljudi zaradi posledic kajenja, kot jih skupaj umre zaradi drog, alkohola, samomorov, AIDS-a, prometnih nesreč in požarov (Albreht, 2005).

Lavtarjeva s sodelavkami navaja (2014), da so raziskave pokazale, da večina kadilcev kadi redno, kar pomeni vsak dan (79,8 %), ostali občasno. Redni kadilci na dan povprečno pokadijo nekaj več kot 16 cigaret, moški (18 cigaret) več kot ženske (14 cigaret). Večji del kadilcev (93 %) uporablja en tobačni izdelek, ostali pa dva ali več. Večina (96 %) uporablja tovarniške cigarete, nekaj manj kot desetina (8,5 %) ročno zvite cigarete. Druge tobačne izdelke ali elektronske cigarete uporablja nizek delež kadilcev, okoli 1 % ali manj (Lavtar, et al., 2014).

Večina kadilcev si želi prenehati kaditi. V Sloveniji so kadilcem, ki želijo opustiti kajenje, na voljo različne oblike pomoči, kot so npr. individualno in skupinsko svetovanje za opustitev kajenja v preventivnih centrih, zdravstveno vzgojnih centrih (ZVC), ter v zdravstvenih domovih. Na voljo je brezplačni svetovalni telefon za pomoč pri opuščanju kajenja, na telefonski številki 080 2777, po posvetu z izbranim osebnim zdravnikom se lahko uporabljajo tudi različna zdravila za opuščanje kajenja (Novak Mlakar & Čuš, 2012).

Velika večina mladih, ki kadijo, se zaveda, da je kajenje škodljivo, vendar kljub temu ne razmišljajo, da bi prenehali s kajenjem oziroma da sploh ne bi pričeli kaditi. Mladi mislijo, da kajenje povzroča težave z zdravjem šele v starosti, kar se jim pri rosnih 15 oz. 16 letih zdi še zelo daleč (Česar & Topolovec, 2009).

Ustrezne programe preprečevanja kajenja in ukrepe je torej pomembno umeščati v čas mladostništva in med mlade odrasle oziroma že bolj zgodaj, ter jih dopolnjevati s programi in ukrepi, ki bi zmanjšali prehod od začetka do rednega kajenja med njimi, oziroma povečali obseg opustitve kajenja med mladimi (NIJZ, 2015a).

2.3 RAZŠIRJENOST UPORABE TOBAKA IN TOBAČNIH IZDELKOV MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI

Raziskava »Kajenje ter dejavniki, povezani s kajenjem in z opuščanjem kajenja med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji«, ki so jo izvedli v letu 2012 na Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ) – (zdaj NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje), v sodelovanju z Zbornico zdravstvene in babiške nege, je pokazala, da v Sloveniji kadi 20,9 % medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, več moških (32,9 %) kot žensk (19,6 %), več tistih s srednjo stopnjo izobrazbe (25,1 %) kot z višjo ali več (12,1 %), z nižjo samooceno materialnega standarda, ki ne živijo s partnerjem in ki nimajo (predšolskih) otrok, ter med njihovimi najbližjimi sodelavci, prijatelji in sorodniki kadi nadpovprečen delež oseb. Več kot polovica (52,9 %) jih je začela kaditi med šolanjem na srednji šoli, manjši delež (15,6 %) pa tudi v prvih letih zaposlitve. Dvajset odstotkov jih navaja, da v ustanovi, v kateri delajo, zaposleni kršijo prepoved kajenja (Koprivnikar, et al., 2012).

Kamenšek (2014) z raziskavami ugotavlja, da je kajenje med diplomiranimi medicinskimi sestrami zelo razširjeno in celo bolj kot pri drugih zdravstvenih delavcih. Navaja, da kadijo predvsem diplomirane medicinske sestre v psihiatričnih bolnišnicah, v urgentni zdravstveni negi, v enotah intenzivne terapije ter na vodilnih položajih. Kajenje je najmanj razširjeno pri onkoloških in pediatričnih diplomiranih medicinskih sestrah.

Zdravstveni delavci lahko pomembno vplivajo na zmanjšanje rabe tobaka (Malone, 2006; World Health Organization, 2008). Številne študije potrjujejo pomembno vlogo zdravstvenih delavcev pri svetovanju za opuščanje kajenja. Kar pa jih pri tem pomembno ovira, pa je njihovo lastno kajenje (Schultz, 2003; Simonič, 2015).

Študije so pokazale, da zdravstveni delavci, ki kadijo, ne pomagajo in ne svetujejo kadilcem tako, kot zdravstveni delavci nekadilci, kar se na eni strani kaže kot posledica zavedanja zdravju škodljivih učinkov kajenja in svojih poklicnih dolžnosti, po drugi strani pa se želijo zavarovati, ker tudi sami kadijo. Če pacient ve, da zdravstveni delavec kadi, to daje dvom in negotovost, da kajenje res škoduje njegovemu zdravju, kot navaja

zdravstveni delavec. S tem so neuspešni svetovalci svojim pacientom na tem področju in ne sledijo učinkovitim ukrepom in strategijam za odvajanje od kajenja. Dokazi kažejo, da zdravstveni delavci, ki kadijo, večinoma ne prispevajo k uspešnemu reševanju potreb bolnikov. Prav tako s kajenjem prezirajo resnost za zdravje škodljivih učinkov tobaka. Raziskave so pokazale tudi, da je problem kajenja zdravstvenih delavcev treba rešiti že v obdobju šolanja (Trotter, 2014).

Trotter (2014) z raziskavami ugotavlja tudi zaskrbljujoč velik delež kajenja pri študentih zdravstvene nege, toda nizek delež tistih, ki vsakodnevno kadijo. Skoraj vsi (99 %) študenti zdravstvene nege na East Tennessee State University v Ameriki menijo, da so zaposleni v zdravstvu pomemben člen pri uspešnem odvajanju pacientov od kajenja. Večina (94 %) jih je menila, da bi zdravstveno osebje moralo imeti določene strategije in usposabljanja glede opuščanja kajenja. Večina študentov je tudi prepričanih, da je zdravstveno osebje zgled za bolnike (Trotter, 2014).

Zdravstveni delavci imajo zelo pomembno vlogo pri svetovanju za opustitev kajenja. Že majhen namig poviša stopnjo opustitve za 1 do 3 %. Zdravstveno osebje je treba ustrezno usposobiti, da prepozna kadilca, znake odvisnosti, težave pri opuščanju, pravočasno ukrepa, nudi pomoč, podporo itd. (Simonič, 2015).

Pacientom, ki niso pripravljeni opustiti kajenja, svetujemo glede njihove bolezni ter jih seznanimo s povezanostjo kajenja in njihovimi zdravstvenimi težavami. Zdravstveni delavci so tisti, ki imajo priložnost in lahko ocenjujejo motivacijo pacienta za prenehanje kajenja, zato naj spregledana možnost ne postane za vedno zamujena (Zadnik, 2008; Simonič, 2015).

Raziskava »Kajenje ter dejavniki, povezani s kajenjem in z opuščanjem kajenja med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji« iz leta 2012, izvedena na Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije, je pokazala, da je kajenje med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji še vedno prepogost pojav, ki lahko v veliki meri vpliva na njihovo poslanstvo in delo na področju promocije nekajenja in pomoči pri opuščanju kajenja. Začetek kajenja in napredovanje

do rednega kajenja se med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji večinoma umeščata v čas srednje šole. Zato je za to poklicno skupino pomembno okrepiti promocijo nekajenja že v začetku šolanja oziroma v prvih letih zaposlitve in organizirati ustrezne prilagojene programe opuščanja kajenja (Koprivnikar, et al., 2012).

2.4 VPLIV KAJENJA NA ZDRAVJE

Koprivnikarjeva (2009) navaja, da kajenje škoduje vsakemu organu v telesu in škodljivo vpliva na zdravje skozi celotno življenje. Na zdravstvene težave, povezane s kajenjem in razvojem bolezni, pomembno vplivata trajanje kajenja in število pokajenih cigaret. Zgodnejši pričetek kajenja je odvisen od obsežnosti kajenja in manjšo možnostjo opustitve kajenja, kar vpliva tako na trajanje kajenja kot na intenziteto in povečuje tveganje za bolezni, povezane s kajenjem.

2.4.1 Maligne bolezni

Cigaretni dim je vzročno povezan in odgovoren za 30 % smrti, ki jih povzroči rak. Pljučni rak je bil pred začetkom močno razširjene rabe cigaret zelo redka bolezen. V zadnjih desetletjih pa je največ smrti zaradi raka posledica pljučnega raka. Nevarnost za smrt zaradi malignega obolenja pljuč je zelo povezana s številom pokajenih cigaret dnevno in še bolj s trajanjem kajenja. Smrtnost zaradi raka na pljučih je 22-krat večja za tiste paciente, ki v obdobju šestih let pokadijo 20 cigaret na dan, kot med tistimi, ki niso nikoli kadili. Pri pacientih, ki v obdobju šestih let pokadijo več kot 40 cigaret na dan, pa se tveganje poveča za 45-krat (Kamholz, 2004). Tveganje za pljučnega raka pa še poveča hkratna izpostavitve azbestu na delovnem mestu. Zavedati se moramo, da tudi pasivno kajenje dokazano povečuje nevarnost za pojav te bolezni in ogroža zdravje. Pljučni rak je najpogostejši rak na svetu in je po zbolelosti in umrljivosti za rakom pri obeh spolih na prvem mestu. Cigaretni dim je dejavnik tveganja tudi za mnoge druge vrste rakavih obolenj, kot so rak dihalnih poti, rak ustne votline, glasilk, žrela, obnosnih votlin, nosne votline, požiralnika, želodca, debelega črevesa in danke, trebušne slinavke, jeter, ledvic,

sečnega mehurja, sečevodov, materničnega vratu, jajčnikov ter levkemija (Kamholz, 2004; Primic Žakelj & Žagar, 2012; American Cancer Society, 2014;).

2.4.2 Pljučne bolezni in okužbe dihal

Kajenje je pomemben dejavnik tveganja za okužbe dihal in tudi druge sistemske okužbe. Na to vpliva več dejavnikov. Med drugim strukturne spremembe v pljuči oziroma upočasnjena aktivnost migetalk v dihalih, zato v njih zastaja več sluzi, ki se nabere zlasti ponoči. To je vzrok, da kadilec zjutraj redno izkašljeje (kadilski katran) in je posledica cigaretnega dima. Med pljučne bolezni, povzročene s kajenjem, sodita emfizem in kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB). KOPB nastane v več kot 80 % zaradi kajenja. Simptomi te bolezni so težko dihanje, kašelj, povečano izločanje sluzi in izpljunkov, ter upad pljučne zmogljivosti. Ogljikov monoksid v cigaretnem dimu ustvarja funkcionalno anemijo, kar je še posebej pomembno pri že izraženi KOPB, ker se zaradi tega telesna sposobnost za napor še dodatno zmanjša. Pri dolgoročnih kadilcih obstaja največje tveganje za nastanek hude KOPB. Večina pacientov s KOPB je kadilcev. V seznam povzročenih bolezni zaradi kajenja oziroma se zaradi kajenja poslabšata tudi pljučnica in tuberkuloza, zaradi katere se pri kadilcih poveča tudi tveganje za smrtnost. Kajenje poveča tudi tveganje za astmo, ki je slabše urejena in ima pogoste epizode poslabšanj. Uporaba tobačnih izdelkov je povezana še z nekaterimi intersticijskimi pljučnimi boleznimi, kot so akutni bronhitis z intersticijsko pljučno boleznijo, histiocitoza Langerhansovih celic, idiopatska pljučna fibroza in eozinofilna pljučnica. Povečano je tudi tveganje za virusne okužbe, kot so navadni prehladi in gripa (Novak Mlakar & Čuš, 2012; American Cancer Society, 2014; NIJZ, 2015b).

2.4.3 Bolezni srca in ožilja

Kadilci imajo dvakrat večjo možnost, da umrejo zaradi bolezni srca in ožilja kot nekadilci. Kajenje predstavlja glavni dejavnik tveganja za bolezni ožilja, krčenje krvnih žil, zlasti bolezni nog in rok. Privede lahko tudi do možganske kapi, zaradi sprememb na žilnih stenah, ki prenašajo kri v možgane. Lahko povzroči tudi anevrizmo abdominalne aorte. Pri moških, ki kadijo, je večja verjetnost, da se prej pojavi impotenca, zaradi bolezni krvnih žil. Ženske, ki kadijo in so v starostni skupini 35 let in več in uporabljajo

kontracepcijske tabletko, predstavljajo večje tveganje za možgansko kap, srčni infarkt, nastanek krvnih strdkov v nogah, poslabšanje arterijske hipertenzije (Novak Mlakar & Čuš, 2012; American Cancer Society, 2014).

Pomembno priložnost za javno-zdravstveno ukrepanje kaže dejstvo, da je večina dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni povezana s stresnim načinom življenja in z nezdravimi navadami, kar je mogoče spremeniti (Kamholz, 2004; Marinšek, 2012; Magajne 2013).

2.4.4 Druge bolezni, povezane s kajenjem

Kajenje predstavlja pomemben dejavnik tveganja tudi za druge bolezni in zdravstvene težave, kot so sladkorna bolezen, spremembe imunskega sistema, motnje erekcije, revmatoidni artritis, degeneracija rumene pege, kar predstavlja enega najpogostejših razlogov za slepoto pri starejših ljudeh in spodbuja nastanek očesne mrežnice, nizka kostna gostota pri ženskah, gubanje kože, bolezni dlesni, vnetje obzobnih tkiv, izpadanje zob, slab zadah, rumeni zobje in nohti, neprijeten vonj las in oblačil, zlomi kolka in splošno slabše zdravstveno stanje. Pri kadilcih se pojavljajo tudi pogostejši pooperativni zapleti, kar se kaže z zmanjšano sposobnostjo celjenja ran. Kajenje vpliva na metabolizem številnih zdravil. Podobno kot pri kadilcih se lahko nevarne posledice za zdravje pojavijo tudi zaradi dolgotrajne izpostavljenosti tobačnemu dimu (Novak Mlakar & Čuš, 2012; American Cancer Society, 2014; U.S. Department of Health and Human Services, 2014; NIJZ, 2015b; Zidarn, 2015).

2.4.5 Kajenje v nosečnosti

Kajenje v času nosečnosti se odsvetuje, saj s svojimi škodljivimi posledicami vpliva tako na žensko kot na plod. Škodljive snovi iz cigaretnega dima prehajajo preko materinega krvnega obtoka do ploda. Nikotin in druge strupene snovi pa ne vplivajo samo na plod, ampak tudi na posteljico, ki hrani otroka. Nikotin in ogljikov monoksid vplivata na oskrbo ploda s kisikom, poleg tega nikotin prehaja skozi posteljico in doseže za 15 % višje koncentracije v plodu kot v materi. Nikotin se koncentrira v krvi ploda, amniotski tekočini in materinem mleku, kar plod in dojenčka izpostavlja tveganju. Zaradi prehajanja vseh

teh škodljivih strupenih snovi lahko pride do večjega tveganja za spontani splav, do prezgodnjega poroda in manjše porodne teže v zadnjem trimesečju ter do pojava sindroma nenadne smrti novorojenčka. Ti novorojenčki so dovzetnejši za razna vnetja in bolezni. V času nosečnosti pri plodu poteka izoblikovanje in razvijanje organov, zato so učinki kajenja tobaka takrat najbolj vidni, kar se kaže z manjšimi in občutljivejšimi organi, lahko pa se pojavijo celo hude anomalije in deformacije ploda. Kadalke imajo tudi višje tveganje za izvenmaternično nosečnost in nepravilnosti posteljice. Matere, ki kadijo, imajo v primerjavi z nekadilkami manj mleka in po navadi dojijo krajši čas. Čas dojenja lahko podaljšamo z zmanjšanjem števila pokajenih cigaret med nosečnostjo, najbolj pa z opustitvijo kajenja. Kajenje pusti posledice tudi pri spremembi okusa materinega mleka in manjšo vsebnostjo maščob in beljakovin, kar se kaže z večjim številom kolik pri novorojenčku (Drglin, 2012; Novak Mlakar & Čuš, 2012; American Cancer Society, 2014; U.S. Department of Health and Human Services, 2014; NIJZ, 2015a; Zidarn, 2015).

Poleg vsega tega se vseeno priporoča dojenje, saj še vedno ni na voljo raziskav, ki bi dokazovale, da nikotin v mleku predstavlja tveganje za zdravje dojenega otroka (Koprivnikar, 2012).

2.5 DRUGE POSLEDICE UPORABE TOBAKA

Podatki iz študije o zdravju in varnosti kajenja (GHK, 2012) (Svetovna strokovna, tehnološka in trženjska družba – ICF), ki je bila opravljena v sodelovanju z Univerzo v Exeterju (Združeno kraljestvo) in Inštitutom za javno zdravje v ZDA, predstavljajo posledice uporabe tobaka, ki imajo poleg škodljivega vpliva na zdravje, tudi visoke stroške za družbo in posameznika. Zadnja objavljena ocena stroškov v povezavi s kajenjem v Evropski uniji kaže, da stroški zdravljenja bolezni, ki vključujejo aktivno in pasivno kajenje, stroški izgube produktivnosti in stroški zaradi prezgodnje umrljivosti skupno znašajo 4,6 % bruto domačega proizvoda 27 držav članic Evropske unije oziroma 5 % slovenskega bruto domačega proizvoda (GHK, 2012).

Kajenje privede tudi do povečanega izostanka z dela in povečanega koriščenja zdravstvenih storitev. Tobak pomembno prispeva k bremenu bolezni in je v svetovnem

merilu med vsemi dejavniki tveganja po obsegu pripisljivega bremena bolezni na drugem mestu. Delež bremena bolezni, ki ga pripisujemo tobaku, se v zadnjem času v svetovnem merilu ni pomembno spremenil (Lim, et al., 2012).

2.5.1 Pasivno kajenje

Pasivno kajenje, ali drugače tobačni dim v okolju, vključuje izdihan dim in dim iz cigaretnega gorenja, ne ogroža le kadilca, ampak tudi vse tiste, ki so izpostavljeni neprostovoljnemu kajenju (American Cancer Society, 2014).

Ob dalj časa trajajočem izpostavljanju tobačnemu dimu se pri pasivnih kadilcih pojavijo podobne posledice za zdravje kot pri rednih kadilcih. Bolj kot so ti izpostavljeni, večje je tveganje za razvoj bolezni in nastanek zdravstvenih težav (Časar & Topolovec, 2009).

Pasivno kajenje lahko draži sluznico in dihalne poti. To lahko povzroči na primer glavobol, slabost, vrtoglavico, kašljanje, pekoč občutek oči. Astmatiki, alergiki in srčni bolniki so še posebej občutljivi na kratkoročne obremenitve (American Cancer Society, 2014).

Zaradi pasivnega kajenja vsako leto umre na deset tisoče Evropejcev. Varnega izpostavljanja se ne da zagotoviti, kljub prezračevalnim sistemom, ki ne morejo zaščititi ljudi pred škodljivostjo cigaretnega dima. Popolne zaščite pred izpostavljenostjo pasivnemu kajenju ne zagotavljajo niti posebni prostori za nekadilce (Smoke free Europe Partnership, 2005).

3 EMPIRIČNI DEL

V diplomskem delu smo uporabili raziskovalni dizajn kvantitativne analize s pomočjo vprašalnika.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je bil raziskati in prikazati kadilske navade zaposlenih v nujni medicinski pomoči v zdravstvenih domovih Osnovnega Zdravstva Gorenjske (Jesenice, Kranj, Škofja Loka, Tržič, Bled in Radovljica) – v nadaljevanju NMP Gorenjske – po spolu, starosti, stopnji izobrazbe in drugih izbranih dejavnikih.

Glavni cilj raziskave je bil raziskati razširjenost kajenja med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske in njihovo seznanjenost o vplivu tobaka na zdravje. Ugotoviti smo želeli, ali zaposleni v NMP Gorenjske kadijo več oziroma manj, kot je povprečje v Sloveniji, oziroma ali se razlikujejo glede na povprečno število kadilcev med diplomiranimi medicinskimi sestrami (DMS), diplomiranimi zdravstveniki (DZ) in zdravstvenimi tehniki.

Cilj 1: Ugotoviti kadilske navade zaposlenih v NMP Gorenjske in jih prikazati glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe, vrsto delovnega okolja in glede na druge izbrane dejavnike.

Cilj 2: Ugotoviti seznanjenost zaposlenih v NMP Gorenjske o vplivu tobaka na zdravje.

Cilj 3: Primerjati število kadilcev zaposlenih v NMP Gorenjske s povprečjem v Sloveniji oziroma povprečnim številom kadilcev med diplomiranimi medicinskimi sestrami, diplomiranimi zdravstveniki in zdravstvenimi tehniki.

Cilj 4: Ugotoviti vpliv doživljanja dela zaposlenih v NMP Gorenjske, na količino kajenja med delovnim in prostim časom.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- 1) Kakšne so kadilske navade zaposlenih v NMP Gorenjske glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe in druge dejavnike?
- 2) Kakšna je seznanjenost zaposlenih v NMP Gorenjske o vplivu tobaka na zdravje?
- 3) Kolikšno je število kadilcev, zaposlenih v NMP Gorenjske, v primerjavi s povprečjem v Sloveniji oziroma povprečnim številom kadilcev med diplomiranimi medicinskimi sestrami, diplomiranimi zdravstveniki in zdravstvenimi tehniki?
- 4) Kako zaposleni v NMP Gorenjske doživljajo svoje delo, ali več kadijo tiste dni, ko so na delu ali več tiste dni, ko so dela prosti?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskovalno delo je temeljilo na metodi empiričnega kvantitativnega raziskovanja. Za teoretični del diplomskega dela smo pregledali strokovno in znanstveno literaturo iz domačega in tujega okolja, ki je bila dostopna v splošnih in strokovnih knjižnicah, in sicer s pomočjo virtualne knjižnice COBISS in podatkovnih baz: PubMed, CINAHL, ProQuest, ERIC, MEDLINE, SPRINGERLINK in z brskalnikom Google. Usmerili smo se na prosto dostopno znanstveno in strokovno literaturo in članke, stare do petnajst let. Iskanje literature je potekalo od avgusta do septembra 2017 ter nato še decembra 2017. Kot vključitveni in izključitveni kriteriji so bili upoštevani slovenski in angleški jezik, strokovnost in prosta dostopnost literature.

Ključne besede pri iskanju literature v slovenskem jeziku: kajenje, tobak, prevalenca, nujna medicinska pomoč, zdravstveni delavci.

Ključne besede pri iskanju literature v angleškem jeziku: smoking, tobacco, prevalence, medical emergency services, healthcare professionals.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskavo smo izvedli z metodo anketiranja v obliki strukturiranega vprašalnika, ki je vseboval vprašanja zaprtega in odprtega tipa. Kot izhodišče za izdelavo vprašalnika smo uporabili vprašalnik, s katerim so na Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije (zdaj NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje), v sodelovanju z Zbornico zdravstvene in babiške nege – Zvezo strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, opravili raziskavo »Razširjenost kajenja med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji« (Koprivnikar, et al., 2012a).

Anketirali smo zaposlene v nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske. Vprašalnik je bil sestavljen iz 20 vprašanj, vsebina pa je bila razdeljena v tri sklope. Prvi sklop je bil namenjen zbiranju demografskih podatkov, kot so spol, starost, stopnja izobrazbe, delovno mesto, čas delovne dobe in čas delovne dobe v nujni medicinski pomoči. V drugem sklopu smo z vprašanji zaprtega in odprtega tipa zbirali podatke o kajenju med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči. Za oceno razširjenosti kajenja in rabe tobaka smo uporabili naslednje kazalnike: delež kadilcev (tisti, ki so kadili redno ali občasno), delež rednih kadilcev (tisti, ki so kadili redno, vsak dan), delež občasnih kadilcev (tisti, ki so kadili manj pogosto kot vsak dan), delež bivših kadilcev, delež tistih, ki niso nikoli kadili, povprečno število pokajenih cigaret, razmišljanje o prenehanju kajenja, delež kajenja v prostem ali delovnem času, delež uporabnikov različnih tobačnih izdelkov, starost začetka kajenja in upoštevanje prepovedi kajenja v zaprtih prostorih v zdravstvenih ustanovah. V tretjem sklopu pa smo ugotavljali seznanjenost zaposlenih o vplivu kajenja na zdravje, kjer so podane trditve, za katere je uporabljena 5-stopenjska Likertova lestvica stališč od 1 do 5, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – se zelo strinjam. Izračunana je bila zanesljivost vprašalnika za tretji sklop – seznanjenost. Cronbach alfa koeficient je za sklop seznanjenosti, ki je vseboval 19 trditev, dosegel vrednost 0,938

(tabela 1). S tem je Cronbach alfa koeficient presegel spodnji prag 0,7, ki v strokovni literaturi določa sprejemljivo stopnjo zanesljivosti instrumenta (Cencič, 2009).

Tabela 1: Test zanesljivosti vprašalnika za meritev seznanjenosti

Cronbach alfa koeficient	N
0,938	19

Legenda: N = število vprašanj

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili namenski vzorec. Razdelili smo 100 vprašalnikov zaposlenim v NMP Gorenjske (Jesenice, Kranj, Škofja Loka, Tržič, Bled in Radovljica). Vrnjenih smo dobili 93 vprašalnikov, kar pomeni, da je bila realizacija naše raziskave 93-%.

Na prvo demografsko vprašanje je odgovorilo 92 vprašanih (en manjkajoči odgovor), celoto, torej 100 % predstavlja 92 vprašanih. Na ostala demografska vprašanja so ustrezno odgovorili vsi anketirani.

Med anketiranimi je bila več kot polovica (55; 59,1 %) sodelujočih moškega spola. Največ anketirancev (33; 35,9 %) je sodilo v starostno skupino od 31 do 40 let in starostno skupino do 30 let. Največ vprašanih (36; 39,6 %) je imelo visokošolsko izobrazbo. Podiplomsko izobrazbo (strokovni magisterij, magisterij znanosti) sta imela dva (2,2 %) vprašana. Triintrideset vprašanih (38,4 %) je imelo 1 do 5 let delovne dobe, sledili so anketiranci z delovno dobo od 16 let ali več, teh je bilo dvajset (23,3 %). Slaba polovica (42; 45,2 %) jih je v službi nujne medicinske pomoči opravljala delo diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika. Triinosemdeset anketirancev (89,3 %) je svoj materialni standard ocenilo kot povprečen. Večji delež anketirancev (70; 75,3 %) je med tistimi, ki živijo v skupnosti s partnerjem. Štiriintrideset (36,6 %) anketirancev je navedlo, da nima otrok. Tiste, ki so že starši, pa smo razdelili v dve skupini: skupino s predšolskimi otroki (24; 25,8 %) in skupino s starejšimi otroki (35; 37,6 %) (tabela 2).

Tabela 2: Demografski podatki anketirancev

		f	%
Starost	Do 30 let	31	33,7
	Od 31 do 40 let	33	35,9
	Od 41 do 50 let	28	30,4
Spol	Ženski	38	40,9
	Moški	55	59,1
Izobrazba	Srednješolska izobrazba	32	35,2
	Višješolska izobrazba	2	2,2
	Visokošolska izobrazba	36	39,6
	Univerzitetna izobrazba	19	20,9
	Podiplomska izobrazba	2	2,2
Delovna doba	Do 5 let	29	31,2
	6–15 let	28	30,1
	15–25 let	17	18,3
	Več kot 26 let	19	20,4
Delovna doba v nujni medicinski pomoči	1–5 let	33	38,4
	6–10 let	17	19,8
	11–15 let	16	18,6
	16 ali več	20	23,3
V službi nujne medicinske pomoči opravljam delo:	Zdravnika	18	19,4
	Medicinske sestre/zdravstvenega tehnika	33	35,5
	Diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika	42	45,2
Kako ocenjujete svoj materialni standard?	Nadpovprečen	10	10,8
	Povprečen	83	89,3
Kakšen je vaš zakonski stan?	Življenje v skupnosti s partnerjem (poročen/a, zunajzakonska skupnost)	70	75,3
	Samski, življenje ločeno od partnerja, ločen, ovdovel	23	24,7
Ali imate otroka/e?	Da, imam predšolske/ga otroka/e	24	25,8
	Da, imam starejše/ga otroka/e	35	37,6
	Nimam otrok	34	36,6

Legenda: f = frekvenca, % = odstotek

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vseh 100 vprašalnikov smo razdelili med zaposlene v nujni medicinski pomoči Gorenjske, potem ko smo pridobili odobritev dispozicije diplomskega dela od Komisije za diplomske zadeve in pridobili soglasje za anketiranje zaposlenih v NMP Gorenjske s strani strokovnega vodje OZG dr. Aleksandra Stepanovića in direktorja zavoda Jožeta Veternika, univ. dipl. ekon., ter soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. Anketiranci v posameznih enotah NMP Gorenjske so izpolnjene vprašalnike zbirali v temu namenjeni kuverti. Raziskava je potekala v času od 15. 1. 2018 do 31. 1. 2018. Upoštevali smo anonimnost in zaupnost sodelujočih pri anketi. Podatke smo uporabili izključno za izdelavo diplomskega dela.

Podatke, ki smo jih pridobili z vprašalniki, smo obdelali z dvema računalniškima programoma – Statistical Package for Social Sciences (SPSS) verzije 20.0 in Microsoft Office Excel 2013. Uporabljena je bila bivariantna in opisna statistika. Vse pridobljene podatke iz vrnjenih vprašalnikov smo prikazali v tabelah in jih pisno predstavili. Pri tem smo uporabili metode bivariantne in opisne statistike ter jih prikazali z frekvenco (f), odstotkom (%), povprečno vrednostjo (PV), standardnim odklonom (SO), maksimalno (max.) in minimalno (min.) vrednostjo.

Uporabili smo Pearsonov hi-kvadrat test ali test razmerja verjetnosti, s katerim smo preverili, ali obstaja statistično pomembna soodvisnost med dvema spremenljivkama, do katere pride takrat, ko je vrednost p enaka ali manjša od 0,05. Z uporabo 5-stopenjske Likertove lestvice stališč pa smo preko podanih trditev ugotavljali seznanjenost zaposlenih o vplivu kajenja na zdravje.

3.4 REZULTATI

Rezultate raziskave smo predstavili glede na zastavljene cilje in raziskovalna vprašanja v treh sklopih. Prvi sklop je obsegal demografske podatke, ki so opisani v vzorcu ter prikazani v tabeli 1. V drugi sklop vprašalnika – kajenje, smo vključili osem vprašanj zaprtega tipa in eno odprto vprašanje. Anketiranci so nam v tem delu podajali splošne informacije o njihovih kadilskih navadah, začetkih kajenja oziroma uporabi katerih

drugih tobačnih izdelkov. Zanimalo nas je, katere tobačne izdelke uporabljajo, koliko cigaret pokadijo dnevno, ali kadijo več v prostem času ali na delovnem mestu, ter koliko upoštevajo prepoved kajenja v zaprtih prostorih v službah.

Tabela 3: Ali kadite?

	f	%
Da	21	22,6
Ne	72	77,4

Legenda: f = frekvenca; % = odstotek

Tabela 3 prikazuje, koliko zaposlenih v nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske je kadilcev. Ugotovili smo, da jih večina (72; 77,4 %) ne kadi, enaindvajset (22,6 %) anketirancev pa kadi.

Tabela 4: Kakšen/kakšna kadilec/kadilka ste?

	F	%
Redni kadilec/redna kadilka	16	17,4
Občasni kadilec/občasna kadilka	5	5,4
Nekdanji kadilec/nekdanja kadilka	16	17,4
Nikoli nisem kadil	55	59,8

Legenda: f = frekvenca; % = odstotek

Tabela 4 nam prikazuje kadilske navade zaposlenih v nujni medicinski pomoči. Največ anketirancev naše raziskave (59,8 %) nikoli v življenju ni kadilo, ostali pa si delijo enak odstotek, glede na to ali so redni kadilci/kadilke, ali pa nekdanji kadilci/kadilke (17,4 %). Najmanj, pet anketirancev, je le občasnih kadilcev.

Tabela 5 prikazuje, koliko cigaret povprečno pokadijo zaposleni v NMP Gorenjske. Največ jih pokadi med 6 in 20 cigaretami dnevno, osem anketirancev jih pokadi od 6 do 11, sedem anketirancev pa od 11 do 20 cigaret. Sledi jim pet anketirancev z do 5 cigareti na dan, samo eden med njimi pa pokadi dnevno več kot 20 cigaret.

Tabela 5: Koliko cigaret povprečno pokadite na dan?

	f	%
0–5	5	5,4
6–10	8	8,6
11–20	7	7,5
Več kot 20	1	1,1
Nisem kadilec/kadilka	72	77,4

Legenda: f = frekvenca; % = odstotek

Tabela 6: Ali ste kdaj razmišljali, da bi prenehali kaditi?

	f	%
Da	16	17,2
Ne	7	7,5
Nisem kadilec/kadilka	70	75,3

Legenda: f = frekvenca; % = odstotek

Tabela 6 nam prikazuje, koliko anketirancev je razmišljalo o prenehanju kajenja. Za nekadilce se je označilo 70 anketirancev. Dva od vseh anketiranih nekadilcev sta verjetno skrita pod odgovorom »da«, saj sta s kajenjem uspešno prenehala. Sicer je večina kadilcev (17,2 %) razmišljala o prenehanju kajenja.

Tabela 7: Ali več kadite v prostem ali delovnem času?

	f	%
V prostem času	10	10,8
V delovnem času	4	4,3
Kadim enako veliko na delu in izven dela	8	8,6
Nisem kadilec/kadilka	71	76,3

Legenda: f = frekvenca; % = odstotek

Tabela 7 nam prikazuje, ali zaposleni več kadijo v prostem ali delovnem času. Večina kadilcev (10 anketirancev) pogosteje kadi v prostem času. Osem kadilcev kadi enako na

delu kot v prostem času. Le štirje anketiranci pokadijo več cigaret v času službe.

Tabela 8: Katere tobačne izdelke uporabljate?

	F	%
Tovarniško izdelane cigarete	17	17,9
Ročno zvite cigarete	2	2,1
Cigare	1	1,1
Brezdimni tobak (fuge, snus, tobak za žvečenje, sesanje, njuhanje)	6	6,3
Nisem kadilec/kadilka	69	72,6

Legenda: f = frekvenca; % = odstotek

Tabela 8 nam prikazuje, katere tobačne izdelke zaposleni v nujni medicinski pomoči najpogosteje uporabljajo. Nekadilcev je zopet za tri manj, kot jih je bilo v prvih dveh vprašanjih v tem sklopu. Domnevamo, da so le-ti odgovorili in razumeli vprašanje kot katere izdelke so uporabljali pred opustitvijo kajenja. Glede uporabnosti tobačnih izdelkov prevladujejo tovarniško izdelane cigarete s 17,9 %, sledi jim brezdimni tobak s 6,3 %. Najmanj so v uporabi ročno zvite cigarete z 2,1 % in cigare z 1,1 %.

Tabela 9: Pri kateri starosti ste začeli kaditi?

	F	%
Do 16 let	10	27,8
17–18 let	14	38,9
19 let ali več	12	33,3

Legenda: f = frekvenca; % = odstotek

Tabela 9 nam prikazuje razporeditev v starostne razrede glede na začetek kajenja. Deset anketirancev je začelo kaditi do starosti 16 let, štirinajst jih je začelo kaditi med 17. in 18. letom, dvanajst pa pri starosti 19 let in več.

Tabela 10 nam prikazuje povprečno starost, pri kateri so anketiranci pričeli s kajenjem. Povprečna starost je bila 18,4 let (SO = 4,217).

Tabela 10: Povprečna starost začetka kajenja

	N	Min.	Max.	PV	SO
Pri kateri starosti ste začeli kaditi?	36	13	40	18,39	4,217

Legenda: N = število anketirancev, ki so odgovorili na vprašanje; Min. = najnižja podana starost; Max. = najvišja podana starost; PV = povprečna vrednost; SO = standardno odstopanje

Tabela 11: Kdaj ste začeli kaditi?

	F	%
V osnovni šoli	2	2,2
V srednji šoli	26	28,0
Na višji ali visoki šoli	3	3,2
V prvih letih zaposlitve	6	6,5
Nikoli nisem kadil/a	56	60,2

Legenda: f = frekvenca; % = odstotek

Tabela 11 nam prikazuje ugotovitve, v katerem obdobju življenja je največ anketirancev pričelo s kajenjem. Največ, 28,0 % zaposlenih je pričelo s kajenjem v srednji šoli. Manjši delež anketirancev (6,5 %) je pričel kaditi v prvih letih zaposlitve, sledijo jim tisti, ki so pričeli kaditi na višji ali visoki šoli (3,2 %). Najmanj (2,2 %) jih je začelo kaditi že v osnovni šoli.

Tabela 12: Ali upoštevate prepoved kajenja v zaprtih prostorih v zdravstveni ustanovi, kjer delate?

	f	%
Da	24	25,8
Ne	0	0
Večinoma	0	0
Nisem kadilec/kadilka	69	74,2

Legenda: f = frekvenca; % = odstotek

Tabela 12 nam prikazuje, da vsi kadilci upoštevajo pravila o prepovedi kajenja v zaprtih prostorih na delovnem mestu.

V tretjem sklopu vprašalnika smo preverili seznanjenost zaposlenih v nujni medicinski pomoči na Gorenjskem o negativnih učinkih kajenja na zdravje ljudi, ki so bili predstavljeni z danimi trditvami.

Tabela 13: Seznanjenost zaposlenih o učinkih kajenja

	Slaba seznanjenost		Dobra seznanjenost	
	f	%	f	%
Vdihovanje tobačnega dima škodljivo vpliva na zdravje tistih, ki ne kadijo.	4	4,3	89	95,7
Tobačni dim vsebuje več kot 70 snovi, ki povzročajo raka.	17	18,3	76	81,7
Kajenje povzroča 9 od 10 primerov pljučnega raka.	21	22,6	72	77,4
Kajenje povzroča srčni infarkt.	16	17,2	77	82,8
Kajenje povzroča možgansko kap in invalidnost.	18	19,4	75	80,7
Kajenje maši žile.	9	9,7	84	90,3
Kajenje škoduje pljučem.	7	7,5	86	92,5
Kajenje povzroča raka ust in žrela.	14	15,1	79	85,0
Kajenje povzroča tveganje za slepoto.	43	46,2	50	53,8
Kajenje škoduje zobem in dlesnim.	14	15,1	79	85,0
Kajenje med nosečnostjo škoduje še nerojenemu otroku.	6	6,5	87	93,6
Otroci kadilcev pogosteje tudi sami začnejo kaditi.	44	47,3	49	52,7
Kajenje zmanjšuje plodnost.	29	31,2	64	68,8
Kajenje povečuje tveganje za impotenco.	26	28,3	66	71,7
Kajenje lahko povzroči počasno in boleče umiranje.	29	31,5	63	68,5
Kajenje povzroča staranje kože.	12	12,9	81	87,1
Kadilci umirajo mlajši.	21	22,6	72	77,4
Kajenje povzroča hudo zasvojenost.	8	8,6	85	91,4
Opustitev kajenja zmanjša tveganje za smrt zaradi bolezni srca in pljuč.	16	17,2	77	82,8

Legenda: f = frekvenca; % = odstotek

V tabeli 13 smo prikazali odstotke in frekvenco pravih in nepravih odgovorov na zastavljene trditve. Pravilne odgovore smo vrednotili glede na vrednosti 4 in 5 po Likertovi lestvici (se strinjam, se zelo strinjam); vse ostale vrednosti (1, 2 in 3) smo šteli za nepravilne. Na vse trditve so anketiranci odgovorili pravilno v odstotku nad 52,7 %.

Najbolj pravilna trditev po mnenju anketiranih je bila »Vdihovanje tobačnega dima škodljivo vpliva na zdravje tistih, ki ne kadijo«, in sicer s 95,7 %. Sledi ji trditev »Kajenje med nosečnostjo škoduje še nerojenemu otroku«, s 93,6 %. Najbolj nepravilno so odgovorili na trditvi »Otroci kadilcev pogosteje tudi sami začnejo kaditi«, s 47,3 % in na »Kajenje povzroča tveganje za slepoto«, s 46,2 %.

Tabela 14: Seznanjenost zaposlenih o škodljivih učinkih kajenja

	N	Min	Max	PV	SO
Vdihovanje tobačnega dima škodljivo vpliva na zdravje tistih, ki ne kadijo.	93	3	5	4,76	0,519
Kajenje med nosečnostjo škoduje še nerojenemu otroku.	93	1	5	4,70	0,672
Kajenje škoduje pljučem.	93	3	5	4,68	0,611
Kajenje povzroča hudo zasvojenost.	93	2	5	4,58	0,712
Kajenje maši žile.	93	2	5	4,54	0,700
Kajenje škoduje zobem in dlesnim.	93	2	5	4,47	0,774
Kajenje povzroča staranje kože.	93	2	5	4,45	0,828
Tobačni dim vsebuje več kot 70 snovi, ki povzročajo raka.	93	1	5	4,40	0,874
Opustitev kajenja zmanjša tveganje za smrt zaradi bolezni srca in pljuč.	93	1	5	4,39	0,944
Kajenje povzroča raka ust in žrela.	93	1	5	4,38	0,955
Kajenje povzroča srčni infarkt.	93	1	5	4,30	0,894
Kajenje povzroča možgansko kap in invalidnost.	93	1	5	4,24	1,004
Kajenje povzroča 9 od 10 primerov pljučnega raka.	93	1	5	4,22	0,954
Kadilci umirajo mlajši.	93	1	5	4,20	1,048
Kajenje zmanjšuje plodnost.	93	1	5	4,04	1,042
Kajenje povečuje tveganje za impotenco.	92	1	5	4,02	1,099
Kajenje lahko povzroči počasno in boleče umiranje.	92	1	5	4,00	1,158
Kajenje povzroča tveganje za slepoto.	93	1	5	3,69	1,225
Otroci kadilcev pogosteje tudi sami začnejo kaditi.	93	1	5	3,56	1,229

Legenda: N = število anketirancev, ki so odgovorili na vprašanje; Min. = najnižja podana ocena; Max. = najvišja podana ocena; PV = povprečna vrednost; SO = standardno odstopanje; Lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – se zelo strinjam

V tabeli 14 so trditve o škodljivih učinkih kajenja razvrščene glede na najvišje povprečne

vrednosti k oceni zelo se strinjam. Ugotovili smo, da je seznanjenost in strinjanje z vsemi trditvami precej visoko, saj so se v veliki večini s trditvami strinjali ali pa zelo strinjali. Najnižjo oceno ($PV = 3,56 \pm 1,229$) so dodelili trditvi, da otroci kadilcev pogosteje tudi sami začnejo kaditi, najbolj enotni ($PV = 4,76 \pm 0,519$) pa so bili pri trditvi o škodljivosti vdihovanja tobačnega dima, tudi tisti, ki so nekadilci. Pri dveh slabše ocenjenih trditvah je manjkalo po en odgovor vseh anketirancev, in sicer pri trditvi, da kajenje povečuje tveganje za impotenco ($PV = 4,02 \pm 1,099$), ter da kajenje lahko povzroči počasno in boleče umiranje ($PV = 4,00 \pm 1,158$).

Tabela 15: Povezanost kajenja in izobrazbe

		Kakšen/kakšna kadilec/kadilka ste?				χ^2	p
		Redni kadilec/ redna kadilka	Občasni kadilec/ občasna kadilka	Nekdanji kadilec/ nekdanja kadilka	Nikoli nisem kadil		
		f					
Izobrazba	Srednješolska izobrazba	10	1	8	13	22,724	0,001
	Višje/visokošolska izobrazba	6	0	6	25		
	Univerzitetna in podiplomska izobrazba	0	4	1	16		

Legenda: N = število statističnih enot – preiskovancev; f = frekvenca; % = odstotek; p = vrednost statistične značilnosti; χ^2 = vrednost hi-kvadrat testa

V tabeli 15 smo ugotovili statistično pomembno povezavo med kajenjem in pridobljeno stopnjo izobrazbe ($p = 0,001$; $\chi^2 = 22,724$). Glede na to, da sta bila le dva anketiranca z višješolsko in dva s podiplomsko izobrazbo, smo združili univerzitetno in podiplomsko izobrazbo. Največ anketirancev (54) je, ne glede na izobrazbo, odgovorilo, da nikoli niso kadili. Medtem ko je osem (25,0 %) anketirancev s srednješolsko izobrazbo in šest (16,2 %) z višje- in visokošolsko izobrazbo nekdanjih kadilcev, pa je nekdanji kadilec z univerzitetno/podiplomsko izobrazbo le eden (4,8 %). Rednih kadilcev s srednješolsko izobrazbo je deset (31,3 %), z višje/visokošolsko izobrazbo jih je šest (16,2 %), z univerzitetno/podiplomsko izobrazbo pa rednih kadilcev ni.

Tabela 16: Starost zaposlenih v nujni medicinski pomoči Gorenjske in kajenje

		Kakšen/kakšna kadilec/kadilka ste?				χ^2	p
		Redni kadilec/ redna kadilka	Občasni kadilec/ občasna kadilka	Nekdanji kadilec/ nekdanja kadilka	Nikoli nisem kadil		
		f					
Starost	Do 30 let	4	1	1	25	12,66	0,049
	31–40 let	7	2	6	18		
	41 let/več	5	2	9	11		

Legenda: N = število statističnih enot – preiskovancev; f = frekvenca; % = odstotek; p = vrednost statistične značilnosti; χ^2 = vrednost hi-kvadrat testa

V tabeli 16 pa smo ugotovili pomembno statistično povezavo med kajenjem in starostjo anketirancev ($\chi^2 = 12,66$; $p = 0,049$). V starostni skupini do 30 let je samo en (3,2 %) nekdanji kadilec, medtem ko jih je šest (18,2 %) v skupini od 31 do 40 let in kar devet (33,3 %) nekdanjih kadilcev v starostni skupini 41 let ali več. Redni kadilci v starostni skupini do 30 let so štirje (12,9 %), v skupini od 31 do 40 let je sedem (21,2 %) rednih kadilcev, v starostni skupini 41 let in več pa je pet (18,5 %) vsakodnevnih kadilcev. Razmerje števila občnih kadilcev pa je glede na starost precej podobno.

Tabela 17: Delovna doba zaposlenih v nujni medicinski pomoči Gorenjske in kajenje

		Kakšen/kakšna kadilec/kadilka ste?				χ^2	p
		Redni kadilec/ redna kadilka	Občasni kadilec/ občasna kadilka	Nekdanji kadilec/ nekdanja kadilka	Nikoli nisem kadil		
Delovna doba	Do 5 let	3	2	0	24	21,711	0,010
	6–15 let	5	2	4	17		
	16–25 let	5	0	4	8		
	26 let/več	3	1	8	6		

Legenda: N = število statističnih enot – preiskovancev; f = frekvenca; % = odstotek; p = vrednost statistične značilnosti; χ^2 = vrednost hi-kvadrat testa

V tabeli 17 smo ugotovili statistično pomembno povezavo med kajenjem in delovno dobo

($p = 0,010$; $\chi^2 = 21,711$). Trije (19,3 %) redni kadilci imajo do 5 let delovne dobe, pet (17,9 %) ima od 6 do 15 let in pet (29,4 %) jih ima od 16 do 25 let delovne dobe. Trije (16,7 %) redni kadilci pa imajo 26 let in več delovne dobe. Medtem ko nihče, ki ima do 5 let delovne dobe, ni nekdanji kadilec, imajo štirje (14,3 %) nekdanji kadilci od 6 do 15 let in štirje (23,5 %) od 16 do 25 let delovne dobe. Osem (44,4 %) nekdanjih kadilcev pa ima 26 let in več delovne dobe.

Tabela 18: Kajenje in starševstvo zaposlenih v nujni medicinski pomoči Gorenjske

		Ali kadite?		χ^2	P
		Da	Ne		
		f			
Ali imate otroka/e?	Da, imam predšolske/ga otroka/e	10	14	7,41	0,025
	Da, imam starejše/ga otroka/e	7	28		
	Nimam otrok	4	30		

Legenda: N = število statističnih enot – preiskovancev; f = frekvenca; % = odstotek; p = vrednost statistične značilnosti; χ^2 = vrednost hi-kvadrat testa

V tabeli 18 smo predstavili statistično povezanost med kajenjem in starševstvom. Več kadilcev med zaposlenimi ima otroke ($p = 0,025$, $\chi^2 = 7,41$). Štirinajst nekadilcev (58,3 %) je navedlo, da imajo predšolska/ga otroka/e, osemindvajset (80,0 %) pa starejšega otroka in kar trideset (88,2 %) nekadilcev nima otrok.

3.5 RAZPRAVA

Namen raziskave je bil ugotoviti razširjenost kajenja med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske in njihovo seznanjenost o vplivu tobaka na zdravje. Ugotoviti smo želeli predvsem kadilske navade zaposlenih in jih primerjati s povprečjem v Sloveniji, oziroma povprečnim številom kadilcev med diplomiranimi medicinskimi sestrami, diplomiranimi zdravstveniki in zdravstvenimi tehniki.

V raziskavi smo ugotovili, da med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske kadi manj kot četrtina (22,6 %) zaposlenih. V Sloveniji še ni bila opravljena

raziskava prevalence kajenja med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči. Primerjave s podobnimi raziskavami iz drugih držav prav tako niso mogoče zaradi razlik v zasnovi raziskav, ker so tovrstne raziskave redke in se večinoma usmerjajo na vse zaposlene v zdravstvu. Primerjava razširjenosti kajenja med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči in drugimi zdravstvenimi delavci pa je prikazala primerljivo prevalenco kajenja. Raziskava »Kajenje ter dejavniki, povezani s kajenjem in z opuščanjem kajenja med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji«, ki je bila izvedena na Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije v sodelovanju z Zbornico zdravstvene in babiške nege – Zvezo strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije leta 2012, je pokazala, da kadi nekaj več kot petina (20,9 %) medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (Koprivnikar, et al., 2012). Podobne rezultate kažejo tudi raziskave iz Velike Britanije, Danske, Finske, Francije, Nemčije, Italije, Bosne in Hercegovine, Grčije, ZDA, Kanade, Kitajske, Japonske, Avstralije in Nove Zelandije, kjer je povprečna prevalenca kajenja zdravstvenih delavcev 20 % (Smith, 2007). Manjši odstotek kadilcev med zdravstvenimi delavci je pokazala raziskava iz Španije, kjer predstavlja delež kadilcev 11,7 %, od tega 9,6 % rednih in 2,1 % občasnih kadilcev ter kar 41,3 % nekdanjih kadilcev (Jiménez-Ruiz, et al., 2015). Raziskave o prevalenci kajenja med zdravniki v Sloveniji ni bilo. Raziskava razširjenosti uporabe tobaka med mladimi zdravniki v južni Španiji leta 2018 je pokazala, da je prevalenca kajenja 6,5 % (Ranchal Sánchez, et al., 2018). Ugotovili so precej nizko razširjenost uživanja tobaka med mladimi zdravniki, kar pripisujejo učinku novih protikadilskih zakonov. Podobno je pokazala tudi raziskava iz leta 2017 o prevalenci kajenja in odnosu do kajenja med estonskimi zdravniki, kjer je leta 2014 kadilo 15,3 % zdravnikov med moškimi in 5,8 % med ženskami (Pöld & Pärna, 2017). Primerjava prevalence kajenja med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske in splošno populacijo kaže na podobne oziroma na nekaj višji odstotek kadilcev v splošni populaciji. Raziskava o uporabi tobaka, alkohola in prepovedanih drog, ki so jo izvedli na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje leta 2015, je pokazala, da kadi 24,0 % prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let (NIJZ, 2015a). Primerjava z drugimi državami članicami Evropske unije sicer kaže, da sodi Slovenija med države z nižjimi deleži kadilcev med odraslimi (World Health Organization, 2013). Po podatkih Eurobarometra (European Commission, 2015) je v letu 2014 med splošno populacijo kadilo 26 %

Evropejcev, 20 % je bilo nekdanih kadilcev, 54 % pa jih ni nikoli kadilo. V starosti od 15 do 24 let pa je bil delež kadilcev 25 % (European Commission, 2015).

V naši raziskavi nismo zaznali pomembne razlike v kajenju med spoloma, tako kot so to ugotovili pri raziskavi, opravljeni med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami, kjer je delež moških kadilcev 32,9 %, ženskih kadilk pa 19,6 %, torej kadi več moških kot žensk (Koprivnikar, et al., 2012). Podobno kaže tudi primerjava s splošno populacijo v starostni skupini od 15 do 64 let. V tej starostni skupini je leta 2014 kadilo 26,8 % moških in 21,1 % žensk (NIJZ, 2015a). V letu 2012 pa je po podatkih iz raziskave »Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije« (CINDI) kadilo 22,6 % prebivalcev, starih 25–64 let, višji je bil delež moških (24,8 %) kot žensk (20,3 %) (Koprivnikar, 2014). Po podatkih Koprivnikarjeve (2014) pa je med letoma 2008 in 2012 raziskava CINDI za splošno populacijo pokazala na zvišanje deleža kadilcev med odraslimi na račun zvišanja deleža med ženskami, medtem ko sprememb v deležu kadilcev med moškimi ni bilo.

V naši raziskavi smo ugotovili, da se kadilske navade zaposlenih v nujni medicinski pomoči razlikujejo glede na stopnjo izobrazbe. Nižje izobraženi v višjem deležu kadijo kot višje izobraženi. Enako oziroma podobno kaže raziskava, opravljena med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami (Koprivnikar, et al., 2012) in raziskava, opravljena na NIJZ (2015a) med splošno populacijo, kjer so zaznali višje deleže kadilcev v nižjih izobrazbenih skupinah.

Za razliko od naše raziskave, kjer smo ugotovili enak delež med rednimi kadilci in nekdanjimi kadilci, pa sta raziskavi, ki sta se osredotočili na kajenje splošne populacije (NIJZ, 2015a) in na medicinske sestre, babice in zdravstvene tehnike (Koprivnikar, et al., 2012) pokazali, da približno tri četrtine kadilcev kadi redno, vsak dan. Precej podobnosti med vsemi tremi raziskavami je glede uporabe vrste tobačnih izdelkov, kjer prevladujejo tovarniško izdelane cigarete, sledi jim brezdimni tobak. Najmanj pa so v uporabi ročno zvite cigarete in cigare. Največ zaposlenih v nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske pokadi med 6 in 20 cigaretami dnevno, enako kot splošna populacija in medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki, kjer redni kadilci dnevno v povprečju

pokadijo manj kot en zavojček cigaret (16,2 cigarete dnevno). V povprečju moški dnevno pokadijo večje število cigaret kot ženske. Podobno kažejo tudi druge raziskave (Koprivnikar, 2012).

Kadilske navade se, kot smo ugotovili v raziskavi, razlikujejo tudi glede na starostno skupino. Naša raziskava je pokazala višje deleže kadilcev v nižjih starostnih skupinah. Podobno ugotavljata raziskavi, opravljeni med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami (Koprivnikar, et al., 2012) in med odraslim prebivalstvom Republike Slovenije (NIJZ, 2015a).

Kadilske navade zaposlenih v nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske se razlikujejo tudi glede na delovno dobo zaposlenih. Raziskava je pokazala, da se delež nekdanjih kadilcev viša glede na leta delovne dobe, kar pomeni, da se zaposleni z več delovne dobe pogosteje odločajo za prenehanje kajenja.

Glede na samooceno materialnega standarda, ali posameznik živi v skupnosti s partnerjem ali ne, v naši raziskavi nismo zaznali razlik v kadilskih navadah med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči. Drugače je pokazala raziskava, opravljena med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami, kjer so te razlike zaznali (Koprivnikar, et al., 2012). Ugotovili so, da kadi več tistih, ki so svoj materialni standard ocenili nižje in tisti, ki ne živijo v skupnosti s partnerjem. V raziskavi navajajo, da bi bilo treba te dejavnike dodatno upoštevati pri programih in ukrepih za opuščanja kajenja, ki so namenjeni tej poklicni skupini.

V naši raziskavi smo ugotovili pomembno statistično povezavo med kadilskimi navadami anketirancev in tem, ali imajo predšolske oziroma starejše otroke ali ne. Raziskava je pokazala, da je razmerje tistih, ki kadijo in imajo otroka/e, precej višje od tistih, ki ne kadijo in nimajo otrok. Drugače je pokazala raziskava, opravljena med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami, kjer so ugotovili, da kadi več tistih, ki nimajo predšolskih oziroma starejših otrok (Koprivnikar, et al., 2012). Podobno je pokazala tudi raziskava, opravljena med splošno populacijo, in sicer, da je delež kadilcev, ki imajo otroke, nižji od tistih, ki kadijo in nimajo otrok (Lavtar, et al., 2014).

V raziskavi smo ugotovili, da so zaposleni v nujni medicinski pomoči prvič poskusili kaditi v povprečju pri nekaj več kot 18 letih, oziroma večinoma v srednji šoli, torej v času, ko so se že pripravljali na svoj poklic. V naši raziskavi je bilo takšnih več kot četrtnina vseh anketiranih. Iz tega lahko sklepamo, da so na zaposlene v tem poklicu vplivali podobni dejavniki za začetek kajenja, kot na drugo družbeno skupino. Nezanemarljiv pa je tudi delež tistih, ki so prvič poskušali kaditi v prvih letih zaposlitve, torej po končanem šolanju in predvidevamo, da so začeli kaditi z vsem znanjem o škodljivem vplivu kajenja na zdravje. Enako potrjuje raziskava, opravljena med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami (Koprivnikar, et al., 2012), kjer je v srednji šoli prvič poskusila kaditi kar polovica, skoraj 16 % pa jih je začela kaditi v prvih letih zaposlitve. Spodbuden pa je podatek, da je večina kadilcev v naši raziskavi razmišljala o prenehanju kajenja. V raziskavi, opravljeni med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstveni tehnikami (Koprivnikar, et al., 2012), so prišli do zaključka, da se je večina zaposlenih v zdravstvu šolala na srednjih zdravstvenih šolah in jih šolanje in želja po poklicu očitno nista odvrnila od prvih poskusov kajenja in napredovanja do rednega kajenja. Podobno lahko sklepamo tudi iz naše raziskave. Koprivnikarjeva (2012) navaja, da podatki iz različnih držav, tudi iz Slovenije, kažejo, da kaditi začnejo in s kajenjem nadaljujejo večinoma mladostniki in mladi odrasli.

Prepoved kajenja v vseh zdravstvenih ustanovah je v veljavi že od leta 1996 naprej (Koprivnikar, 2012). V naši raziskavi smo ugotovili, da vsi zaposleni v nujni medicinski pomoči oziroma vsi kadilci upoštevajo prepoved kajenja v zaprtih prostorih na delovnem mestu. V raziskavi, opravljeni med medicinskimi sestrami in ostalim zdravstvenim osebjem (Koprivnikar, et al., 2012), pa jih je približno tretjina navedla kršitev prepovedi kajenja v bolnišnici. Iz zbranih podatkov lahko sklepamo, da se je kršitev kajenja na delovnem mestu pomembno zmanjšala, ali kot kaže v našem primeru, celo v celoti odpravila.

V raziskavi smo poskušali ugotoviti, kako zaposleni v nujni medicinski pomoči doživljajo svoje delo in ali več kadijo tiste dni, ko so na delu ali več tiste dni, ko so dela prosti. Kot navaja Campbell (2007), je izvajanje nujne medicinske pomoči eno od zahtevnejših in

najbolj stresnih področij dela v zdravstvu. Delo v ekipi nujne medicinske pomoči zahteva zelo dobro fizično in psihično sposobnost, kar pomeni, da morajo biti zaposleni ves čas v optimalni telesni in čustveni kondiciji, ter le tako lahko stres aktivno obvladujejo. Reševalci v zdravstvu so osebe, ki so iz dneva v dan izpostavljeni različnim dejavnikom stresa. V naši raziskavi smo ugotovili, da je med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči, ki kadijo, več takšnih, ki pogosteje kadijo v prostem času, kot takšnih, ki kadijo v času službe, čeprav na splošno velja prepričanje, da kajenje sprošča in zmanjšuje stres. Podobno je pokazala tudi raziskava, opravljena med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami (Koprivnikar, et al., 2012).

V naši raziskavi smo ugotavljali, kakšna je seznanjenost zdravstvenih delavcev, zaposlenih v nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske o vplivu tobaka na zdravje. Ugotovili smo, da je znanje o škodljivih učinkih kajenja precej visoko, saj so se zaposleni v veliki večini z navedenimi trditvami strinjali ali pa zelo strinjali. Najnižjo oceno so dodelili trditvi, da otroci kadilcev pogosteje tudi sami začnejo kaditi, najbolj enotni pa so bili pri trditvi o škodljivosti vdihovanja tobačnega dima tudi pri nekadilcih.

Omejitev raziskave je v vzorčenju, ker smo vključili samo zaposlene v NMP Gorenjske, zato rezultatov ne moremo posplošiti na vse zaposlene v NMP v Sloveniji. Omejitev je tudi relativno majhno število preiskovancev (manj kot 100), saj bi vključitev večjega števila morda vplivala na statistično značilnost rezultatov.

4 ZAKLJUČEK

Večina zaposlenih v nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske je nekadilcev in se na splošno zavedajo škodljivega vpliva tobaka na zdravje. Kljub temu kadi približno slaba četrтина zaposlenih, kar je precej podobno, oziroma nekaj več kot predstavlja delež kajenja med ostalimi zdravstvenimi delavci v Sloveniji, ter nekaj manj kot v slovenski splošni populaciji podobne starosti. V Sloveniji podobnih tovrstnih raziskav ni, zato je zaenkrat nemogoče primerjati dobljene rezultate in bi bilo za to poklicno skupino treba izvesti nadaljnje raziskave, tudi za širše področje Slovenije. Primerjave s podobnimi raziskavami iz drugih držav prav tako niso izvedljive, ker so tovrstne raziskave redke in se večinoma usmerjajo med vse zaposlene zdravstvene delavce, ki pa v splošnem kažejo dokaj podobne rezultate.

Ugotavljamo, da kajenje med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči na območju Gorenjske še vedno predstavlja prepogost pojav, ki lahko vpliva na njihovo delo glede spodbujanja in podpore pri preprečevanju in opuščanju kajenja, ter sami promociji zdravja.

Z raziskavo smo dokazali pomembno povezavo med kadilskimi navadami zaposlenih glede na starost, pridobljeno izobrazbo, glede na delovno dobo in tudi v povezavi s tem, ali imajo anketiranci otroka/e ali ne. Ugotovili smo, da je večina zaposlenih začela kaditi v času šolanja, ko so se že pripravljali na svoj poklic, zato bi bilo treba okrepiti in prilagoditi programe preprečevanja in opuščanja kajenja že v času izobraževanja, ter v prihodnje podrobneje raziskati dejavnike, ki vplivajo na začetek kajenja med mladimi, ki se odločajo za zdravstvene poklice.

Glede na to, da se delež nekdanjih kadilcev povečuje z višanjem delovne dobe, bi bilo pri kadilcih, ki začnejo kaditi v prvih letih zaposlitve, treba tudi povečati motivacijo ter možnosti za prenehanje kajenja. Treba bi bilo zmanjšati prehod od začetka do rednega kajenja ter tako na dolgi rok vplivati na zmanjšanje števila kadilcev v tej poklicni skupini.

5 LITERATURA

Albreht, T., 2005. *Splošni podatki o kajenju*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

American Cancer Society, 2014. *Guide to Quitting Smoking*. [pdf] American Cancer Society. [online] Available at: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002971-pdf.pdf> [Accessed 06 September 2017].

Banks, E., Joshy, G., Weber, M.F., Liu, B., Grenfell, R. & Egger, S., 2015. Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. *BioMed Centralwhich of Springer Nature*, pp. 13-38.

Bernat, D.H., Klein, E.G. & Forster, J.L., 2012. Smoking initiation during young adulthood: a longitudinal study of a population-based cohort. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), pp. 497-502.

Bilban, M., 2006. Aktivno in pasivno kajenje v delovnem okolju. *Delo in varnost*, 51(4), pp. 26-28.

Campbell, P., 2007. Self-care for the caregiver. In: K.S. Oman & J. Koziol-Mclain, eds. *Emergency nusing secrets*. 2nd ed. St. Louis: Mosby Esevier, pp. 61-65.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične ne eksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, p. 49.

Česar, I. & Topolovec, E., 2009. *Mladi in tobak*. Maribor: Slovenska zveza za tobačno kontrolo RS, pp. 7-9.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J. & Sutherland, I., 2004. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, (328), pp. 1519-

1528.

Drglin, Z., 2012. Zdrav način življenja, zdravstvene tegobe in težave ter zdravstveni zapleti v nosečnosti. In: Z. Drglin, ed. *Iz naročja do prvih korakov: Vodnik za zdravje družine: nosečnost, porod, prvo leto z otrokom*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, p. 21.

European Commission, 2015. *Attitudes of Europeans towards tobacco 2015*. [pdf] Key findings of the 2015 Eurobarometer. Tobacco consumption. [online] Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/2015_infograph_en.pdf [Accessed 15 December 2017].

GHK, 2012. GHK, University of Exeter, Public Health Advocacy Institute. *A study on liability and the health costs of smoking*. DG Sanco 2008/C6/046, updated final report, April 2012. [online] Available at: http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco_liability_final_en.pdf. [Accessed 12 December 2017].

Glasser, W., 2007. *Kako vzpostaviti učinkovit nadzor nad svojim življenjem: teorija nadzora*. Ljubljana: samozal. Urbančič A.

Jiménez-Ruiz, C.A., Riesco Miranda, J.A., Ramos Pinedo, A., de Higes Martinez, E., Lourdes Marquez, F., Palomo Cobos, L., Solano Reina, S., de Granda Orive, J.I. & de Lucas Ramos, P., 2015. *Prevalence of and Attitudes towards Smoking among Spanish Health Professionals*, [pdf] Smoking Research Programme of the Spanish Respiratory Society (SEPAR), Barcelona, Spain [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26484660> [Accessed 12 December 2017].

Kamenšak, T., 2014. *Razširjenost uporabe psihoaktivnih substanc pri študentih zdravstvene nege Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 15-44.

Kamholz, L.S., 2004. Pulmonary and cardiovascular consequences of smoking. *The Medical Clinics of North America*, (88), pp. 1415-1430.

Koprivnikar, H., 2005. *Zdravstveni delavci in nadzor nad tobakom: informacije za zdravstvene delavce*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 5-8.

Koprivnikar, H., 2008. *Dejstva o škodljivostih kajenja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, Center za promocijo zdravja, pp. 5-7.

Koprivnikar, H., 2009. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. *Preprečevanje začetka kajenja in zmanjševanje njegovega obsega med mladimi* (specialistična naloga s področja javnega zdravja). [online] Available at: http://www.zzv-go.si/fileadmin/pdfdoc2010/45_2.pdf [Accessed 12 September 2017].

Koprivnikar, H., Zupanič, T., Pucelj, V. & Gabrijelčič Blenkuš, M., 2012. Raziskava: *Razširjenost kajenja med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji*. [pdf] Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. [online] Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-0GMFYOBS/88da8da6-0c90.../PDF> [Accessed 05 September 2017].

Koprivnikar, H., 2012. Trendi v kajenju tobaka. In: H. Jeriček Klanšček, H. Koprivnikar, T. Zupanič, V. Pucelj, M. Bajt & B. Artnik, eds. *Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 165-182.

Koprivnikar, H., 2014. Tobak. In: S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & J. Maučec Zakotnik, eds. *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja: Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje RS, pp. 53-62.

Lavtar, D., Drev, A., Koprivnikar, H., Zorko, M., Rostohar, K. & Štokelj, R., 2014. *Uporaba prepovedanih drog, tobaka in alkohola v Sloveniji 2011–2012: Metodologija raziskave in izbrani statistični podatki*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje,

pp. 37-41.

Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A.D., Danaei, G., Shibuya, K. & Adair-Rohani, H., 2012. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 380(9859), pp. 2224-2260.

Magajne, M., 2013. *Skupaj za zdravje*. Uvodni nagovor. In: M. Bobak, J. Maučec Zakotnik & T. Poplas Susič, eds. *Programska knjižica. Konferenca skupaj za zdravje. Obležitev 10. obletnice, Brdo pri Kranju, 7. in 8. oktober 2013*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republika Slovenija, p. 2.

Malone, R.E., 2006. Nursing's Involvement in tobacco control: Historical Perspective and Vision for the Future. *Nursing Research*, 55(4), pp. 51-57.

Marinšek, K., 2012. Bolezni, ki jih dokazano povzroči, sproži ali poslabša kajenje. *Naša lekarna*, 59(6), pp. 53-57.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015a. *Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe*. [pdf] In: H. Koprivnikar, M. Zorko, A. Drev, M. Hovnik Kešmanc, I. Kvaternik, M. Macur, eds. Ljubljana, 2015. [online] Available at: http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/uporaba_tobaka_alkohola_in_drog.pdf [Accessed 22 Avgust 2017].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015b. *Slovenija brez tobaka – kdaj ?* [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. [online] Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacijedatoteke/slovenija_brez_tobaka_kdaj.pdf [Accessed 08 September 2017].

Novak Mlakar, D. & Čuš, B., 2012. *Recite cigareti ne*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Pöld, M. & Pärna, K., 2017. *Smoking prevalence and attitudes towards smoking among Estonian physicians: results from cross-sectional studies in 2002 and 2014*. [pdf] [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5719261/> [Accessed 12 April 2018].

Primic Žakelj, M. & Žagar, T., 2012. Razširjenost, preprečevanje in zgodnje odkrivanje pljučnega raka. In: M. Matković, ed. *Pacienti in pljučni rak – trendi in novosti: zbornik predavanj z recenzijo, Zreče, 23. marec 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, pp. 19-31.

Ranchal Sánchez, A., Pérula de Torres, L.A., Santos Luna, F. & Ruiz-Morall, R., 2018. *Prevalence of tobacco consumption among young physicians at a regional university hospital in southern Spain: a cross-sectional study*, [pdf] Spain [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29391377> [Accessed 12 April 2018].

Razboršek, V. & Krištof, M., 2005. *Kaj vem o alkoholizmu in drugih boleznih zasvojenosti*. Ljubljana: Škofijska Karitas Ljubljana.

Rupret, S., 2008. Diagnoza: Odvisnost od nikotina. *Naša lekarna*, 02(22), pp. 42-47.

Schultz, A.S.H., 2003. Nursing and tobacco reduction: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 40, pp. 571-586.

Simonič, A., 2015. Kratek nasvet bolniku o opuščanju kajenja. In: S. Kadivec, ed. *Golniški simpozij 2015. Zagotavljanje varnosti pri bolniku z obolenji pljuč. Zbornik predavanj: program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege. Bled, 2. in 3. oktober 2015*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 104-110.

Smith, D.R. & Leggat, P.A., 2007. An international review of tobacco smoking in the

nursing profession, 1976-2006. *The Journal of Nursing Research*, 12(165), p. 181.

Smoke free Europe Partnership, 2005. Smoke Free Europe makes economic sense. ERSJ Ltd. [online] Available at: <https://smokefreepartnership.eu/our-policy-work/events/smokefree-europe-conference> [Accessed 22 Avgust 2017].

Trotter, J., 2014. *The prevalence of smoking in nursing students*. S.I.: East Tennesse State University.

Turk, A., 2012. Dejstva o cigaretah. *Ona*, pp. 40-41.

U.S. Department of Health and Human Services, 2014. *The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.

World Health Organization, 2005. *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations*. [pdf] Copenhagen: WHO. [online] Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf [Accessed 03 Avgust 2017].

World Health Organization, 2008. *Who report on the global tobacco epidemic: The mpower package*. [pdf] Geneva: WHO. [online] Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282_eng.pdf [Accessed 03 Avgust 2017].

World Health Organization, 2011. *Who report on the global tobacco epidemic 2011: Warning about the dangers of tobacco*. [pdf] Geneva: WHO. [online] Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44616/1/9789240687813_eng.pdf [Accessed 08 Avgust 2017].

World Health Organization, 2013. *Who report on the global tobacco epidemic: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. [pdf] S.I.: WHO. [online]

Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf
[Accessed 03 Avgust 2017].

Zadnik, B., 2008. Kajenje in KOPB – opustitev, svetovanje. In: S. Kadivec, ed. *4. slovenski pneumološki in alergološki kongres 2008: zbornik predavanj: program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege. Portorož, 14.–15. september 2008*. Golnik: Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 121-122.

Zidarn, M., 2015. Škodljivost cigaretne dima. In: S. Kadivec, ed. *Golniški simpozij 2015. Zagotavljanje varnosti pri bolniku z obolenji pljuč. Zbornik predavanj: program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege. Bled, 2. in 3. oktober 2015*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 111-112.

Župec, M., 2012. *Kajenje v povezavi z nastankom kronične obstruktivne pljučne bolezni: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Vprašalnik za zaposlene v NMP Gorenjske

VPRAŠALNIK ZA ZAPOSLENE V NMP GORENJSKE

Sem Andrej Branc, izredni študent 3. letnika na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin na Jesenicah in vas vabim k sodelovanju v anketi, ki jo izvajam v sklopu raziskovalne naloge. Pripravljam diplomsko delo pod mentorstvomizr. prof. dr. Maje Sočan z naslovom **RAZŠIRJENOST KAJENJA MED ZAPOSLENIMI V NUJNI MEDICINSKI POMOČI**. Vljudno vas prosim, da si vzamete nekaj minut časa in iskreno odgovorite na vprašanja. Vprašalnik je popolnoma anonimen in bo uporabljen izključno za namen izdelave diplomskega dela.

Vprašalnik je sestavljen iz 20 vprašanj, vsebina pa je razdeljena v tri sklope, in sicer:

1. SKLOP: Demografski podatki.
2. SKLOP: Kajenje.
3. SKLOP: Seznanjenost.

Za sodelovanje se vam že vnaprej najlepše zahvaljujem in vas lepo pozdravljam.

Andrej Branc

1. SKLOP – DEMOGRAFSKI PODATKI

1. STAROST _____ let

2. SPOL

- A. ženski
- B. moški

3. IZOBRAZBA

- A. srednješolska izobrazba
- B. višješolska izobrazba
- C. visokošolska izobrazba
- D. univerzitetna izobrazba
- E. podiplomska izobrazba

4. DELOVNA DOBA _____ let

5. DELOVNA DOBA V NUJNI MEDICINSKI POMOČI _____ let

6. V SLUŽBI NUJNE MEDICINSKE POMOČI OPRAVLJAM DELO:

- A. zdravnika
- B. medicinske sestre/zdravstvenega tehnika
- C. dipl. med. sestre/dipl. zdravstvenika

7. KAKO OCENJUJETE SVOJ MATERIALNI STANDARD?

- A. nadpovprečen
- B. povprečen
- C. podpovprečen

8. KAKŠEN JE VAŠ ZAKONSKI STAN?

- A. življenje v skupnosti s partnerjem (poročen/a, zunajzakonska skupnost)
- B. samski, življenje ločeno od partnerja, ločen, ovdovel

9. ALI IMATE OTROKA/E?

- A. da, imam predšolske/ga otroke/otroka
- B. da, imam starejše/ga otroke/otroka
- C. nimam otrok

2. SKLOP – KAJENJE

10. ALI KADITE?

- A. da
- B. ne

11. KAKŠEN/KAKŠNA KADILEC/KADILKA STE?

- A. redni kadilec/redna kadilka
- B. občasni kadilec/občasna kadilka
- C. nekdanji kadilec/nekdanja kadilka
- D. nikoli nisem kadil/kadila

12. KOLIKO CIGARET POVPREČNO POKADITE NA DAN?

- A. 0–5
- B. 5–10
- C. 10–20
- D. več kot 20
- E. nisem kadilec/kadilka

13. ALI STE KDAJ RAZMIŠLJALI, DA BI PRENEHALI KADITI?

- A. da
- B. ne
- C. nisem kadilec/kadilka

14. ALI VEČ KADITE V PROSTEM ČASU ALI V DELOVNEM ČASU?

- A. v prostem času

- B. v delovnem času
- C. kadim enako veliko na delu in izven dela
- D. nisem kadilec/kadilka

15. KATERE TOBAČNE IZDELKE UPORABLJATE?

- A. tovarniško izdelane cigarete
- B. ročno zvite cigarete
- C. cigare
- D. cigarilose
- E. pipe
- F. vodne pipe
- G. brezdimni tobak (fuge, snus, tobak za žvečenje, sesanje, njuhanje)
- H. elektronske cigarete
- I. nisem kadilec/kadilka

16. PRI KATERI STAROSTI STE ZAČELI KADITI?

17. KDAJ STE ZAČELI KADITI?

- A. v osnovni šoli
- B. v srednji šoli
- C. na višji ali visoki šoli
- D. na fakulteti
- E. v prvih letih zaposlitve
- F. nikoli nisem kadil/a

18. ALI UPOŠTEVATE PREPOVED KAJENJA V ZAPRTIH PROSTORIH V ZDRAVSTVENI USTANOVI, KJER DELATE?

- A. da
- B. ne
- C. večinoma
- D. nisem kadilec/kadilka

3. SKLOP – SEZNANJENOST

19. MISLITE, DA KAJENJE ŠKODUJE ZDRAVJU?

- A. da
- B. ne
- C. ne vem

20. PROSIM VAS, OZNAČITE OD 1–5, V KOLIKŠNI MERI SE STRINJATE S SPODAJ NAVEDENIMI TRDITVAMI.

1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
1	Vdihovanje tobačnega dima škodljivo vpliva na zdravje tistih, ki ne kadijo.	1	2	3	4	5
2	Tobačni dim vsebuje več kot 70 snovi, ki povzročajo raka.	1	2	3	4	5
3	Kajenje povzroča 9 od 10 primerov pljučnega raka.	1	2	3	4	5
4	Kajenje povzroča srčni infarkt.	1	2	3	4	5
5	Kajenje povzroča možgansko kap in invalidnost.	1	2	3	4	5
6	Kajenje maši žile.	1	2	3	4	5
7	Kajenje škoduje pljučem.	1	2	3	4	5
8	Kajenje povzroča raka ust in žrela.	1	2	3	4	5
9	Kajenje povzroča tveganje za slepoto.	1	2	3	4	5
10	Kajenje škoduje zobem in dlesnim.	1	2	3	4	5
11	Kajenje med nosečnostjo škoduje še nerojenemu otroku.	1	2	3	4	5
12	Otroci kadilcev pogosteje tudi sami začnejo kaditi.	1	2	3	4	5
13	Kajenje zmanjšuje plodnost.	1	2	3	4	5

14	Kajenje povečuje tveganje za impotenco.	1	2	3	4	5
15	Kajenje lahko povzroči počasno in boleče umiranje.	1	2	3	4	5
16	Kajenje povzroča staranje kože.	1	2	3	4	5
17	Kadilci umirajo mlajši.	1	2	3	4	5
18	Kajenje povzroča hudo zasvojenost.	1	2	3	4	5
19	Opustitev kajenja zmanjša tveganje za smrt zaradi bolezni srca in pljuč.	1	2	3	4	5