Stavovi zdravstvenih djelatnika o pušenju nikotinskih proizvoda

Karniš, Dunjica

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:042310

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Dunjica Karniš

Stavovi zdravstvenih djelatnika o pušenju nikotinskih proizvoda

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2018.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Dunjica Karniš

Stavovi zdravstvenih djelatnika o pušenju nikotinskih proizvoda

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2018.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Katedri za zdravstvenu ekologiju, medicinu rada i sporta Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar" Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom prof. dr. sc. Jagode Doko Jelinić i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2017. / 2018.

KRATICE:

Bacc. - prvostupnik

DALY- Disabiliti Adjusted Life Years-onesposobljene godine života

ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and other Drugs - Europsko istraživanje o pušenju, pijenju i uzimanju droga među učenicima

HZJZ - Hrvatski zavod za javno zdravstvo

KOPB - kronična opstruktivna plućna bolest

MKB - Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

N – Number - broj

NN - Narodne novine

OHK - oralna hormonalna kontracepcija

SSS - srednja stručna sprema

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

UICC - Union International Contre Cancer- Međunarodna unija za borbu protiv raka

VSS - visoka stručna sprema

WHO – World Health Organization - Svjetska zdravstvena organizacija

SADRŽAJ:

1 SAŽETAK 1
2 SUMMARY 2
3 UVOD 3
3.1 Korištenje nikotinskih proizvoda kroz povijest 4
3.2 Štetni sastojci nikotinskih proizvoda 6
3.3 Ovisnost o nikotinskim proizvodima 7
3.4 Učinci pušenja na zdravlje 9
3.5 Pasivno pušenje 14
3.6 Preventivne mjere protiv pušenja 16
4 HIPOTEZA 18
5 CILJ RADA 19
6 ISPITANICI I METODE RADA 20
6.1 Ispitanici 20
6.2 Upitnik 20
6.3 Statističke metode 21
7 REZULTATI 22
7.1 Sociodemografski podatci 22
7.2 Navike pušenja zdravstvenih djelatnika 23
7.3 Spoznaje o štetnosti pušenja 29
7.4 Stavovi zdravstvenih djelatnika o pušenju 32
8 RASPRAVA 36
9 ZAKLJUČCI 43
10 ZAHVALA 45
11 LITERATURA 46
12 ŽIVOTOPIS 54
13 PRILOZI 55

1 SAŽETAK

Stavovi zdravstvenih djelatnika o pušenju nikotinskih proizvoda

Pušenje je veliki javnozdravstveni problem. Sve više bolesti povezuje se s aktivnim i pasivnim unosom duhanskog dima u organizam. Zdravstveni djelatnici trebali bi prvi upozoravati populaciju o štetnosti pušenja.

Cilj rada je bio ispitati navike pušenja, spoznaje o štetnosti pušenja kao i stavove o pušenju zdravstvenih djelatnika.

Istraživanje znanja, navika i stavova o pušenju provedeno je putem upitnika od rujna 2017. do veljače 2018. godine među zdravstvenim djelatnicima u bolnicama: Lipik, Daruvar, Koprivnica, Pakrac, Rijeka i Zagreb. U radu su korištena dva upitnika pripremljena u svrhu ovog istraživanja; za pušače i nepušače. Anketirano je 299 zdravstvenih djelatnika, 221 (73,9%) žena i 78 (26,1%) muškaraca. Prosječna dob ispitanika je 40,5 godina.

Među ispitanicima bilo je 115 pušača (38,5%), 146 nepušača (48,81%) te 38 bivših pušača (12,7%).

Više od polovice ispitanih zdravstvenih djelatnika, njih 58,9%, smatra da bi moglo educirati o štetnostima pušenja, a da su nedovoljno educirani smatra njih 23,4%. Po stručnoj spremi bacc i VSS davalo je više točnih odgovora vezanih uz oboljenja i pušenja naspram SSS koji su češće odgovarali sa „Ne znam“.

Želja nam je prikazati razliku u stavovima ispitanih zdravstvenih djelatnika, te tim načinom pokušati utjecati na promjenu stavova zdravstvenih djelatnika u želji da se još više osvijeste o štetnosti pušenja, da budu spremniji savjetovati druge o štetnosti pušenja te tako smanjimo pojavu te štetne navike.

KLJUČNE RIJEČI: zdravstveni radnici, pušenje, stavovi, znanje, navike

2 SUMMARY

Attitudes of health professionals about smoking nicotine products

Smoking is a big public health problem; more and more illnesses are linked to active and passive intake of nicotine smoke. Health workers should be the first to warn the population of the harmful effects of smoking.

The aim of this paper was to test the knowledge of the harmful effects of smoking, smoking habits and attitudes on smoking. Survey included 299 health workers divided by groups smoker (115 persons, 38,5%), non-smoker (146 persons, 48,81%), former smoker (38 persons, 12,7%). Survey was conducted from September 2017 to February 2018. Health workers who participated are nurses, physiotherapists and physicians working in hospitals in Lipik, Daruvar, Rijeka and Zagreb.

Amongst interviewees there are 221 (73,9%) women and 78 (26,1%) men. Average age is 40,5.

More than a half of interviewees think they could educate more about the harmful effects of smoking, 58,9% of them, and to be not educated enough responded 23,4%. Interviewees with higher education gave more accurate answers linked to illnesses and smoking compared to interviewees with lower education who answered more often with “I don’t know”.

Existence of rooms for smoking in health institutions’ psychiatric wards are met with approval by health workers with 226 positive answers (75,6%), and for other wards they give 132 positive answers or 44,1%, therefore considerably less.

We want to show a difference in attitudes and in that way try to influence a change of attitudes of health workers in a desire to increase their awareness on the harmful effects of smoking, to be even more ready to counsel others on the harmful effects of smoking and so decrease the occurrence of that harmful habit.

KEY WORDS: health workers, smoking, attitudes, knowledge, habits.

3 UVOD

Pušenje duhana i duhanskih proizvoda danas je veliki javnozdravstveni i gospodarski problem. Osim što povećava rizik za razvoj kardiovaskularnih bolesti i kronične opstruktivne plućne bolesti, rizični je čimbenik za razvoj raka bronha i pluća, usne šupljine, grla, jednjaka, gušterače, mokraćnog mjehura i bubrega (1-4). Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), svake godine umire više od 6 milijuna ljudi zbog neposrednog pušenja, a 890 000 zbog pasivnog pušenja. Od ukupnog broja umrlih zbog pušenja, pola umire u radno produktivnoj dobi, između 35. i 69. godine starosti te gube u prosjeku oko 20 godina života (5). U Hrvatskoj se svaka peta smrt povezuje s izloženošću ili unosom nikotinskih proizvoda (3, 4). U Austriji zbog pušenja duhana prosječno umire 13 000 ljudi, u Republici Hrvatskoj 14 000, u USA oko 400 000 ljudi, a u Europi oko 1,5 milijuna (2). Pušenje ubija veći broj ljudi nego alkohol, prometne nesreće, ubojstva, samoubojstva, droga i AIDS zajedno. Prema SZO pušenje je globalni problem, koji izražen u onesposobljenim godinama života (DALY), iznosi 12,2%. 2005 godine u Hrvatskoj isti indeks iznosi 15,8%, a ako ga usporedimo s DALY kod povišenog tlaka koji je tada iznosio 13,8%, možemo vidjeti koliko pušenje velik javnozdravstveni problem (6).

Istovremeno utječe i na onečišćenje radne i životne okoline (4). U Međunarodnoj klasifikaciji bolesti pušenje je u kategoriji bolesti, pod šifrom F 17, kao poremećaji ponašanja vezani uz duhan (Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom duhana - *Disordines mentales et disiordines mortum propter usum tabaci* (tabaccomania)), a duhanski dim svrstan je kao humani kancerogen (7, 8).

Ne postoje cigarete koje imaju manje štetnih sastojaka, tzv. „light” cigarete, isto kao što ne postoji ni sigurna razina pušenja (6).

Pušenje djeluje štetno na zdravlje, povećava mogućnost oboljenja od raznih bolesti, time smanjuje radnu sposobnost, te povećava troškove u zdravstvu. Zbog štetnih posljedica za zdravlje, navika pušenja nastoji se smanjiti u populaciji.

Zdravstveni djelatnici trebali bi biti temelj u edukaciji o štetnosti pušenja i primarnoj prevenciji rizičnih stilova življenja i primjer ostalim članovima društva (9).

3.1 Korištenje nikotinskih proizvoda kroz povijest

Od najranijih vremena u brojnim djelima opisano je inhaliranje isparavanja raznih narkotičnih biljaka u medicinske i ritualne svrhe. Na arheološkim iskopinama plemena Maja, nalaze se prikazi njihovih svećenika koji za vrijeme obreda puše lulu (10). Herodot (485. – 425. pr.n.e.) u svojim zapisima opisuje kako su Skiti koristili dim konoplje, a rimski učenjak, Plinije Stariji u „Povijesti prirode" opisuje ljekovite učinke na kašalj. Plutarh (46. – 120. godine) spominje da su Teutonci upotrebljavali neku vrstu trave koju su stavljali u vatru, a nastali dim inhalirali kako bi se relaksirali (2).

Pradomovinom biljke duhan smatra se Sjeverna Amerika. Indijanska plemena su pušili „lule mira“, a smrvljeno lišće duhana stavljali na rane te ga koristili protiv umora, gladi i žeđi. Zapis u dnevniku Cristofora Columba iz 1492. g. spominje urođenike koji drže smotuljke (tabake) trave u ustima i ispuhuju dim, (2, 11-13). Prve sjemenke duhana u Europu je donio francuski veleposlanik na lisabonskom dvoru Jean Nicot, 1560. godine, po kojem je biljka dobila botaničko ime *Nicotiana***.** U početku duhan se uzgajao kao rijetka ukrasna biljka s ljekovitim svojstvima. No, ubrzo se duhan proširio Europom brzinom kojoj nije mogao konkurirati niti jedan prekomorski proizvod. Do kraja 16. stoljeća *Herba nicotiana* – znanstveno ime koje je duhanu dao botaničar Delachamp – bila je poznata u svim europskim zemljama. Tada se smatralo da je duhan sveta biljka (*Herba santa*), lijek za mnoge bolesti i koristila se za pušenje, žvakanje, ušmrkavanje (navodno protiv glavobolje) i čak pijenje duhanskog soka (korišten protiv sifilisa). Duhana ima više vrsta, no među najčešćim spominje se virginijski duhan (*Nicotiana mecrephylla Lehm*) - jednogodišnja biljka koja naraste do 150 centimetara, duguljastih listova i ružičasto-crvenih cvjetova. Uz nju često se spominju i turski - seoski duhan (*Nicotiana rustica)* te djevičanski duhan (*Nicotiana quarivalviis Pursh*) (2, 14).

Do kraja 18. stoljeća najviše se pušila lula, a od 1856. godine počinje proizvodnja cigareta.

Paralelno uz razvoj duhana postoje i zapisi o ljudima koji su željeli spriječiti taj razvoj. Još 1961. godine engleski kralj Jakov I., zabranjuje sadnju i pušenje duhana u Engleskoj i pogubljuje pomorca Waltera Raelighta koji je prenio duhan iz Amerike u

Englesku. Karlo I., nasljednik Jakova, ukida tu zabranu i stvara duhanski monopol donoseći tako prihode državi. U 17. stoljeću Papa Urban VIII. duhan naziva „Đavoljom bakljom“, a pušače izopćuje iz Katoličke crkve. Car Mihajlo, (Rusija, 1613.g.) izdaje dekret o zabrani pušenja te kažnjavanju osoba koje puše. Kazne su se sastojale u batinjanju, odrezivanju nosa, progonstva u Sibir, itd. Turski sultan Murat IV. (1633.g.) zabrinut da će pušači uzrokovati nepažnjom požare (nakon velikog požara 1633.g. kada je izgorio veliki dio Carigrada), zabranjuje pušenje pod prijetnjom smrtne kazne jer je veliki dio grada bio sagrađen od drveta. Engleska kraljica Elizabeta zabranjuje šmrkanje burmuta u crkvi te ako se tko u tome zatekne, oduzima mu se burmutica. U Švedskoj je donesen protupušački zakon koji zabranjuje pušenje mladeži mlađoj od dvadeset godina još davne 1647. godine. Najveće zabrane protiv pušenja donosile su se od 1970. do 1990. godine (2, 15).

Do dvadesetog stoljeća, upotreba duhana se povećava, muškarci su češći konzumenti. Amerikanci pušenje nazivaju „kugom 20. stoljeća“. Luther Terry, 1962.g. počinje promatrati ulogu pušenja i zdravlja te 1964.g. objavljuje izvješće o štetnosti duhana na zdravlje što se naziva „Terijevom bombom“ (2, 16-18). Zanimljivo je da je još davne 1902. u našoj zemlji dr. Gundrum u monografiji „Duhan“ navodi štetnost duhana za zdravlje ljudi i navodi potrebu zdravstvenih i prosvjetnih radnika u suzbijanju pušenja (2) što pokazuje da smo tada u tom pogledu „bili ispred svog vremena“, no unatoč tome kod nas umjesto smanjenja pušenja pušenje tek dobiva određeni zamah prvo među muškarcima a zatim i među ženama.

Strategija unapređenja zdravlja pod geslom „Zdravlje za sve do 2000 godine“, koja je donesena 1977. godine imala je za cilj suzbijanje pušenja.

3.2 Štetni sastojci nikotinskih proizvoda

Glavni sastojak duhana je nikotin, prirodni alkaloid, koji na ljudsko tijelo može djelovati kao stimulator ili sedativ, što ovisi o dužini pušačkog staža i količini unesenog nikotina u tijelo. Nikotin u početku stvara osjećaj ugode i smirenja, a nakon nekog vremena i ovisnost koja se smatra vrlo teškom, čak težom od ovisnosti o teškim drogama (heroinu). U malim količinama nikotin nije opasan za organizam, no u većim dozama, nikotin postaje otrovan. Nakon izlaganja nikotinu dolazi do povišenja krvnog tlaka, ubrzava se srčani ritam i disanje te dolazi do naglog otpuštanja glukoze u krv, tako da se kod pušača može naći blago povišena razina šećera u krvi, što dovodi do poremećaja metabolizma i gubitka apetita. Veće doze nikotina imaju sedativan učinak kao što su pad koncentracije i sposobnosti pamćenja. Udisanjem duhanskog dima nikotin dospijeva u mozak za samo 7 sekundi. Pušenje je naročito štetno kod mlađih osoba jer se plućne alveole razvijaju do 25 godine (19).

Prava opasnost leži u duhanskom dimu koji sadrži 4 000 kemijskih sastojaka, od kojih je oko 400 otrovnih i 43 kancerogenih. Kancerogen je tvar (biološka ili kemijska) koja može promijeniti zdravu stanicu u zloćudnu stanicu. Smatra se da najviše kancerogena ulazi u organizam hranom (oko 40%), zatim pušenjem (oko 30%) te slijede infekcije sa 10%. Duhanski dim sadrži oko 50 kancerogena. Tri najštetnija sastojka dima su nikotin, ugljični monoksid i katran. Katran nastaje iz suhe destilacije lišća duhana, visoko kancerogena materija koja se taloži u plućima i odgovorna je za razvoj pušačkog malignoma. Ugljični monoksid je otrovan plin, bez boje, mirisa i okusa, koji nakon udisaja iz duhanskog dima izaziva ubrzan rad srca, veže se za eritrocite te ometa normalan prijenos kisika kroz krv. Krv „težih" pušača (onih koji puše više od 20 cigareta dnevno) ima čak 15% ugljičnog monoksida umjesto kisika. Europska regulativa ograničava sadržaj nikotina na 1 mg, katrana 10 mg, a ugljičnog monoksida na 10 mg po cigareti (6). Ali u dimu cigarete koncentracija ugljičnog monoksida može biti i tisuću puta viša od propisano dozvoljene.

U dimu cigarete nalaze se i drugi štetni sastojci pogubnog djelovanja na pušače i pasivne pušače među kojima su i teški metali (kadmij, olovo), benzen, DDT, aceton, arsen, metanol, cijanid, amonijak, naftalelen. Stearinska kiselina, toluen, olovo, kadmij

i benzen su također vrlo štetni sastoji duhanskog dima, pogubnog djelovanja na pušače i na ljude iz njihove okoline (2, 3, 6, 8, 12, 13, 19).

3.3 Ovisnost o nikotinskim proizvodima

Ovisnost o nikotinu kao posljedica pušenja duhana problem je još od staroga vijeka, no napredovanjem istraživanja o štetnosti duhana ta se tema u posljednjih pedesetak godina aktualizira.

Ovisnost o pušenju razvija se kroz određeni period pušenja, a djeluje na sve segmente života. Potrebno je u prosjeku jedna do tri godine da bi se pušilo više od jedne kutije dnevno.

Pušenje stvara ovisnost jer izaziva ugodu. Ovisnost se opisuje kao potreba za korištenjem opojnih sredstava, čak i unatoč negativnim posljedicama koje uživanje tih supstanci može ostaviti po zdravlje, a pušenje svakako ulazi u tu definiciju, jer kao ovisnosti o duhanskim proizvodima je u MKB pod šifrom F-17.

Osim činjenice da nikotin stvara ovisnost, razlog tome su i drugi čimbenici: laka dostupnost duhanskih proizvoda, nepostojanje ili postojanje malog broja zakonskih i društvenih posljedica pušenja, koje se rjeđe provode, te marketinške metode koje koriste proizvođači duhana. Mladi ljudi najčešće puše kako bi izrazili pobunu te im pušenje daje „izgled zrelosti“. Kod mladih je često razlog pritisak vršnjaka, kako bi se osjetili dijelom grupe ili imitiranje odraslih (2, 19, 26-28).

Obiteljski modeli ponašanja posebice roditelji pušači, utjecajna reklamna propaganda duhanske industrije i blaga zakonska regulativa ograničavanja pušenja te blagonaklono gledanje društva na konzumiranje nikotinskih proizvoda stavlja mlade u kušnju hoće li štetnu naviku pušenja duhana prihvatiti kao dio svog ponašanja ili će tu štetnu naviku odbaciti.

Europsko istraživanje o pušenju, pijenju i uzimanju droga među učenicima (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs- ESPAD) (19) provedeno među mladima u dobi od 16 godina pokazalo je da mladi u Hrvatskoj puše više od svojih vršnjaka u Europi. Zadnjih godina trend pušenja u drugim europskim zemljama

je u padu, dok je u Hrvatskoj u fazi stabilizacije. 33,1% hrvatskih učenika puši za razliku od vršnjaka u drugim zemljama kod kojih je zabilježeno 21% trenutnih pušača (19). Isto tako postoje pokazatelji koji pokazuju da sve mlađe osobe počinju pušiti. Čak 40% osoba koje počinju pušiti sa 14 godina postaju i ostaju ovisnici o pušenju (2, 19, 26, 27).

Razlog pušenja može biti osjećaj usamljenosti, depresije, problema u obitelji, ali i dosade. Okorjeli pušač tješi se tvrdnjom da mu cigareta koristi, da ga umiruje, da mu podiže radnu sposobnost i raspoloženje. Prema nekim istraživanjima žene puše kako bi bolje podnijele stres ili bolje kontrolirale tjelesnu masu (20, 29).

Milijuni su ljudi prestali pušiti ili pokušavali prestati pušiti. Odvikavanje od pušenja je proces koji dugo traje. Akutni fizički simptomi sustezanja pri odvikavanju od nikotina relativno su blagi u usporedbi sa smetnjama sustezanja pri apstinenciji od alkohola i droge, te traju svega 3-5 dana. Mnogi pokleknu pod psihičkom ovisnosti čiji se simptomi aktualiziraju u raznim životnim okolnostima i situacijama, pogotovo onima koji su povezani uz neke njihove rituale.

Većina pušača u svom pušačkom stažu ima nekoliko pokušaja apstinencije, ali što više pokušaja, to je zapravo više recidiva koji upravo ukazuju na jačinu potrebe za nikotinom. Misao procesa odvikavanja od pušenja bi trebala biti „postati i ostati nepušač", dakle održati apstinenciju i promijeniti svoj životni stil pušača u životni stil života nepušača (20).

Nakon odluke da ne puši osoba može imati „učinke ustezanja“ - fizičke i psihičke simptome; porive za pušenjem, nemir, nadraženost/agresivnost, pojačan tek - mnogi se žale da su se jako udebljali kada su prestali pušiti, imaju probleme s koncentracijom, omaglicu, poremećaje sna, glavobolje i vrtoglavice. (7, 23, 29, 30).

Neurobiološka objašnjenja ovisnosti o cigaretama objašnjavaju toleranciju kao prvu stepenicu – fenomen potrebe sve veće doze nikotina da bi se stvorila ugoda. Nakon toga dolazi do fizičke ovisnosti - prepoznaje se kod prestanka pušenja kroz apstinencijski sindrom te u konačnici postoji i psihička žudnja (7, 23, 29-33).

3.4 Učinci pušenja na zdravlje

Sredinom 20. stoljeća započela su brojna istraživanja učinaka pušenja, duhanskog dima i duhanskih proizvoda na zdravlje koja su potvrdila da je pušenje vodeći rizični čimbenik za obolijevanje i prijevremeni mortalitet koji se može spriječiti. Posljedice pušenja odražavaju se ljudsko zdravlje; uzrokujući razne bolesti koje smanjuju kvalitetu života i dovode do prerane smrti. Međutim, pušenje i izlaganje nepušača duhanskom dimu djeluje i na društveno - gospodarske prilike. Bolovanja zbog bolesti koje su nastale kao posljedica izlaganja duhanskom dimu; smanjena radna sposobnost, odsutnost s posla, povećani troškovi liječenja i rehabilitacije, predstavljaju veliki ekonomski teret svakoj zajednici. Osim bolesti i smrti uzrokovanih pušenjem u izvješćima o uzrocima požara navodi se da je oko 25% požara uzrokovano neugašenim opušcima (2).

Pušenje znatno povećava rizik od nastanka **bolesti srca i krvnih žila**, osobito srčanog i moždanog udara te bolesti periferne cirkulacije. Štetnost pušenja za srce uglavnom uzrokuju nikotin i ugljični monoksid zbog svoje prisutnosti u dimu cigarete. Nikotin povećava potrebu srca za kisikom i hranjivim tvarima, dok ugljični monoksid smanjuje sposobnost krvi da osigura srcu potrebnu količinu kisika. Nikotin na krvnim žilama uzrokuje suženje krvnih žila, ubrzan protok krvi, povećan arterijski krvni tlak. Nedostatak kisika u srčanom mišiću kao posljedica nedovoljnog protoka krvi kroz srčane arterije uzrokuje bolove u predjelu prsne kosti (anginozni bolovi), a prekid arterijske opskrbe srca krvlju dovodi do propadanja srčanog mišića što može biti uzrokom srčanog infarkta ili infarkta miokarda. Zbog prolaznog ili trajnog poremećaja protoka krvi u moždanoj cirkulaciji, može nastati moždana ishemija i moždani udar. Ugljični monoksid iz duhanskog dima povećava propusnost stijenki krvnih žila za kolesterol te pospješuje stvaranje ateroma. Te promjene u stijenkama arterija s nakupljanjem masnih tvari u obliku ploča i razvojem ateroskleroze, pridonose razvoju bolesti srca i krvnih žila. Buergerova bolest je neposredno povezana s pušenjem. U svjetskoj literaturi samo je jedan slučaj te bolesti opisan u nepušača. Javlja se većinom kod muškaraca uz bol u nozi te šepanje - tzv. klaudikacije. Kada bolest napreduje

bolovi se javljaju i u vrijeme mirovanja, a završava infekcijama stopala i prstiju te u konačnici gangrenom.

Prsti i usta osobe koja godinama puši imaju smanjen osjet dodira, topline, hladnoće i boli (2). Suženja arterija prstiju šake povezuju se isto s pušenjem i dovode do tzv. Raynaudove bolesti, koja se očituje cijanozom ili bljedoćom prstiju zbog spazma arterija. Bitno je pušačima naglasiti da je nakon prestanka pušenja u slučaju Raynaudove bolesti moguće spontano izlječenje.

Pušači od **infarkta miokarda** obolijevaju četrdeset puta učestalije od nepušača**.** U prvom satu nakon razvijenog srčanog udara, pušači će češće imati smrtni ishod od nepušača (6, 12, 24, 29, 31, 34, 35). Rizik od raka pluća povećava se s brojem popušenih cigareta, udisanjem dima, ranim početkom pušenja, uvlačenjem dima iste cigarete nekoliko puta te ponovnim paljenjem polupopušene cigarete. Kod teških pušača (preko 20 cigareta dnevno) rizik od ishemijskog moždanog udara je 2,7 puta veći nego kod nepušača.

Na **dišnim organima** pušenje uzrokuje pojačano stvaranje sluzi, opstruktivne bolesti pluća sa suženim promjerom bronhiola i smanjenim strujanjem zraka kroz pluća, kronični bronhitis, emfizem (propadanje plućnih mjehurića s posljedičnom smanjenom površinom disanja). Oko 70 - 80% umrlih zbog opstruktivnih bolesti pluća bili su pušači (6, 21, 22, 24, 29).

Prosječni pušač godišnje unese više od polovice šalice katrana. Katran se taloži u bronhima i oštećuje alveole, smanjuje im elastičnost, uzrokuje kašalj, kratki dah i pojačanu sekreciju bronha (6, 22, 33). Duhanski dim uništava cilije i pokrovni sloj stanica koje služe za izbacivanje nečistoće iz dišnih puteva pa se pokreće obrambeni sustav tijela - nastaju upalne promjene u stanicama i dolazi do smanjenja protoka zraka. Zbog toga može doći do pucanja alveola i nastanka emfizema, smanjuje se respiracijska uloga pluća i cijeli organizam pati od nedostatka kisika. Na istraživanju provedenom sa saharinskim testom kod starijih pušača koji duže puše dokazano je veće oštećenje mukocilijarnog transporta (36). Stalni porast raka pluća povezuje se s porastom pušenja duhana.

Pušenje utječe na **živčani sustav** - nikotin u malim dozama potiče, a u velikim dozama zaustavlja živčane impulse. Duhanski dim narušava funkcioniranje vegetativnog

sustava pa pušači osjećaju tegobe u predjelu srca, želuca, probleme sa snom, različite tjelesne nelagode, smanjuju kvalitetu života i koncentraciju te radnu sposobnost. Kod predoziranja nikotinom dolazi do nemira, razdražljivosti, pada koncentracije. Porastom doze dolazi do tremora i konvulzija nakon čega daljnjim porastom unošenja nikotina može doći do paralize i smrti (16, 21, 30).

Pušenje znatno utječe na **reproduktivno zdravlje**: ako majka puši tijekom trudnoće ili bude izložena svakodnevnom dimu cigarete, može doći do prijevremenog poroda ili pobačaja (37-40). Kada puši, trudnica udiše dim pun štetnih tvari koje odlaze do bebe kroz krvotok koji je jedini bebin izvor kisika i hranjivih tvari što negativno utječe na njezin rast i razvoj. Rađene su ultrazvučne slike bebe kod kojih se trudnicama pokazalo da se nakon udahnutog dima njihovo nerođeno dijete grči i „bori“. Na kraju, postoji i moralna odluka majke da prestane pušiti u trudnoći jer pušenjem šteti ne samo sebi, nego i nerođenom djetetu (40). Postoje dokazi o mladim ženama koje su doživjele cerebrovaskularni inzult jer su uz oralnu hormonalnu kontracepciju (OHK) i pušile nikotinske cigarete (6, 34), a rizik srčanog infarkta je čak 39 puta veći kod žena koje uzimaju OHK u odnosu na žene koje ne puše. Isto tako, dokazano je da zbog štetnosti duhanskih proizvoda može doći do impotencije muškaraca za 30% češće naspram nepušača. Muškarci koji puše dnevno više od 20 cigareta imaju 60% veće izglede da dožive erektilnu disfunkciju u usporedbi s nepušačima, štetni sastojci cigarete uneseni u organizam mogu oštetiti spermatozoide, a kod žena može dovesti do oštećenja jajne stanice, poremetiti menstrualne cikluse i dovesti do potpune sterilnosti. Ako se s pušenjem započinje u doba puberteta može izostati menstrualni ciklus, doći do pobačaja, sterilnosti ili impotencije. Dokazano je da žene koje popuše više od 20 cigareta na dan imaju tri puta veći rizik od neplodnosti ili od izvanmaternične trudnoće (40-42).

U koštano-mišićnom sustavu pušenje uzrokuje smanjenje razine kalcija i fosfora u organizmu (čije su posljedice poremećaji kalcifikacije odnosno mineralizacije kosti). Također se povećava mogućnost za osteoporozu jer dolazi do smanjenje količine koštanog tkiva pa je povećan rizik za nastanak prijeloma. Nikotin smanjenje ili povisuje mišićni tonus ili kontrakcije (2, 21).

U probavnom sustavu pušenje uzrokuje smanjeno izlučivanje sline u ustima, promjene na sluznici usne šupljine (leukoplakiju), mijenja boju cakline i ispune zubi,

dovodi do pomanjkanja apetita, žgaravice, podrigivanja, kronične upale želučane sluznice, te u konačnici do želučanog i duodenalnog čira (2, 21).

Danas znamo da se pušenje smatra glavnim čimbenikom rizika za **nastanak raka** bronha i pluća, usne šupljine, ždrijela, nosne šupljine, grkljana, jednjaka, gušterače, karcinoma vrata maternice, raka želuca, bubrega i mokraćnoga mjehura te mijeloidne leukemije. Kod raka grkljana je dokazana čvrsta veza između količine i dužine pušenja i pojave raka jer je dokazano da nepušači imaju znatno manji rizik oboljenja, čak 1:6 puta (21, 22). SZO procjenjuje da se 90-95% svih smrti od raka bronha i pluća kod muškaraca pripisuje ulozi pušenja. Kod žena su postotci nešto niži, ali moramo biti svjesni da se kod žena povećava broj žena koje konzumiraju duhanske proizvode (4, 23, 43). Nastanak karcinoma bronha počinje s atipijom bronhalnih stanica, pa se preko Ca in situ nastavlja do oboljenja. Početak je obično nejasan; kašalj koji traje duže od tri tjedna i kod muškaraca pušača iznad 40 godina zahtjeva daljnju obradu a kasnije nastaju još i: umor, povišena temperatura, opća slabost , gubitak na težini (6, 22, 24, 43). Unošenjem duhanskog dima u organizam i njegovim prolaskom na mjestima dugotrajnog unosa može doći do pojave raka jezika, nepca, ždrijela (farinks), glasnica (larinks), dišnih puteva (bronha) i pluća. U Hrvatskoj je rak drugi na ljestvici smrtnosti, a u muškarca na prvom mjestu je rak bronha i pluća koji se usko vezuje uz navike pušenja (6, 21, 44).

Sastojci duhanskog dima oštećuju **endotel krvnih žila** i tako aktiviraju pucanje ateroma i dovode do trombogeneze. 30-40% smrti uslijed koronarnog sindroma dovodi se u vezu s pušenjem. Kod pušača je nađena povišena koncentracija tromboksana i povećana reaktivnost trombocita pa je pušenje velik čimbenik za razvoj aterosklerotskog procesa. Suženje krvnih žila može dovesti do tromboze pa samim tim i prestanka cirkulacije krvi u određenim dijelovima tijela. Osim nikotina u duhanskom dimu se nalazi i ugljikov monoksid koji se veže u obliku karboksihemoglobina koji ne može prenijeti kisik pa se smanjuje tolerancija bolesnika s anginom pektoris. Ugljični monoksid se 245 puta lakše veže za hemoglobin nego kisik (6, 7, 33-35).

Početak pušenja, dužina pušenja, količina cigareta pokazuju i na povećan ili smanjen rizik od raka pluća. Nikotin unesen dimom cigarete za 7 sekundi prolazi moždanu barijeru, dovodi do ugode i promjene raspoloženja, ali isto tako djeluje na nadbubrežnu

žlijezdu - oslobađa adrenalin i noradrenalin pa dovodi do ubrzanog rada srca, stezanja malih krvnih žila i do porast tlaka, spazma bronha, glavobolje i probavnih smetnji.

Nikotin isto tako **oštećuje arterije očne mrežnice** pa dolazi do slabijeg vida, teškoća pri raspoznavanju boja. Izaziva upale perifernih živaca, pospješuje bore. Pušač koji puši u automobilu stvara 50 pars pro milion CO u vremenu od pet minuta. Kada udiše takav zrak nakon dvadeset minuta smanjuje si oštrinu vida za 5,5% a nakon jednog sata čak za 17,5% (2). Rizični čimbenik su i za **nastanak parodontalne bolesti**; od svih ispitanika, čak 60% pušača je imalo parodontnu bolest dok je 25% od ispitanih nepušača imalo isti nalaz (45, 46). Isto tako, ispitanici u radu „Duhan i tkiva usne šupljine“ osim karakterističnog zadaha po nikotinu, spominju se i promjene u boji cakline, estetskih komponenti ispuna zubi kod 80% ispitanika pušača dok su nepušači imali sa 15% isti nalaz. Neki sastojci cigaretnog dima dovode do oslabljenja funkcije alveolarnih makrofaga, pa u neutrofilima koči fagocitozu i sposobnost ubijanja bakterija. Pušači imaju povišene vrijednosti imunoglobulina - IG, a smanjenu količinu antibakterijskog IgG protutijela pa dovodi kod pušača do lakše podloženosti bakterijskim infekcijama (6, 7, 44). Osim nabrojenih štetnih utjecaja na kardiovaskularni, plućni, reproduktivni sustav, pušenje može pospješiti pojavnost raka i na: usnoj šupljini, jednjaku, bubregu, mokraćnom mjehuru, gušterači, vratu maternice te nekih oblika leukemije (22-24). Povezuje se s korolektralnim karcinomom te karcinomom dojke, (8, 47, 48) gdje povećava rizik za 70% u premenopauzalnih žena. Spominje se i mogućnost da pušenje u ranoj adolescenciji (early teenage) lagano povezuje rizik pušenja s razvojem raka dojke. Kod žena je utjecaj pušenja jači nego kod muškaraca. Mogu znatno manje količinski i kraće vremenski pušiti, a da prije obole od muškarca pušača. Problem je u tome što je primijećen porast žena pušača.

Kod pušača je nađena povezanost **poremećaja razgradnje masnoća**, a pušači isto tako imaju značajno višu razinu totalnog kolesterola, triglicerida i aterogenog VLDL i LDL kolesterola (7, 34, 35).

Pušenjem se **smanjuje i djelotvornost lijekova**, naročito protu-ulkusnih lijekova, lijekove za liječenje KOPB, kod oralnih antikoagulansa i kako je kod pušača smanjen protok krvi kroz kožu i tkivo, smatra se da pušenje može usporiti apsorpciju inzulina iz potkožnog tkiva (7). Kod pušača se savjetuje mjerenje tlaka kad prođe barem 15 minuta od popušene cigarete.

Postoje **profesionalna trovanja nikotinom** kod djelatnika koji rade s duhanom, bilo u poljoprivredi, u proizvodnji ili u tvornici duhana. *Green tobacco sicknes* naziv je zelene duhanske bolesti kod osoba koje u doticaju s duhanom, putem dermalne apsorpcije razviju slijedeće simptome trovanja: slabost, vrtoglavicu, bljedilo, smušenost, glavobolju, mučnina, povraćanje, grčeve, varijacije pulsa i krvnog tlaka (6, 13).

Osobe koje uživaju duhanski dim izgube najmanje 10 godina života u usporedbi s ljudima koji nisu nikada pušili. Ako osoba prestane pušiti prije svoje 40. godine života, rizik od smrti povezane s pušenjem smanjit će se za približno 90 % (9).

3.5 Pasivno pušenje

Duhanski dim štetno djeluje na nepušače koji su izloženi pasivnom pušenju odnosno udisanju tog dima. Na svaku četvrtu popušenu cigaretu, nepušač koji udiše dim kao da je popušio jednu cigaretu. Meta analiza u Velikoj Britaniji pokazala je da bračni partneri koji su nepušači, a žive uz pušača, skloniji su oboljeti od bolesti koje pospješuje duhanski dim za čak 24% više naspram ljudi koji nisu u doticaju s duhanskim dimom. Dim cigarete može ostati u zatvorenoj prostoriji i do 8 sati (6).

Smatra se da sagorijevanjem cigarete nastaje dvije litre duhanskog dima, pušači udahnu 15-20% dima svoje zapaljene cigarete, a ostatak odlazi u okoliš. Time su ugroženi nepušači koji su primorani udisati duhanski dim. Zbog toga su uvedene zabrane pušenja u radnim prostorijama, u bolnicama i nekim drugim javnim mjestima.

Posljedice pasivnog pušenja možemo podijeliti na akutne i kronične. Pod akutnim smatramo: iritaciju sluznice oka, crvenilo i suzenje očiju, podražajni kašalj, glavobolju (naročito u zatvorenim prostorijama), asmatične napade. Kod koronarnih bolesnika može doći do boli zbog manje opskrbe kisikom. Kronične posljedice: povećan rizik od oštećenja pluća i raka pluća, povećan rizik od koronarne bolesti, smanjenje plućne funkcije, itd.

Znanstvenici su došli do spoznaja o štetnom izlaganju pasivnom pušenju u mlađoj životnoj dobi i oštećenja u koronarnim arterijama te iznenadnim smrtima mlađih osoba od 15 do 35. godina (24). Kod malene djece zbog manje površine pluća, smatra se da

otrovni sastojci duhanskog dima rade veću štetu organizmu nego kod odrasle populacije. Na meta analizi svjetskih istraživanja, povezana je učestalost pušenja s hospitalizacijom djece 500 do 2500 slučajeva i s infekcijama dišnih sustava sa 1000 do 5000 djece na 100 000 djece mlađe dobi. Pušenje roditelja smatra se trećim najvažnijim štetnim čimbenikom za razvoj plućne funkcije djece (49-51).

Stavovi roditelja i njihovo ponašanje - koje dijete svakodnevno gleda, utječu na ponašanje i formiranje djetetove ličnosti. Od važnih čimbenika za pušenje kod mlađih osoba smatraju se stavovi, znanja i vjerovanja o štetnosti (ili ne) pušenja-koje najčešće upijaju u obitelji, utjecaj vršnjaka, dostupnost cigareta, reklamiranje i promocija duhanskih proizvoda (6, 26). Prema istraživanju koje je provedeno u Hrvatskoj 2011. godine 67% mladih je izloženo duhanskom dimu, a čak 56% ima jednog ili oba roditelja pušače (51). Istraživanja su pokazala da djeca izložena duhanskom dimu imaju veće šanse da budu skloniji infekcijama dišnog sustava (bronhitis, upala pluća, astma), atopijskim dermatitisima, prehladama, upalama srednjeg uha, a može dovesti i do sindroma iznenadne dojenačke smrti. U dječjoj dobi pasivno pušenje se dovodi u vezu s oboljenjima djece i kod Crohnove bolesti, usporenog psihomotoričnog razvoja, tuberkuloze i do oštećenja zubi. Kod mladih postoji problem zadimljenih ugostiteljskih objekata i disko klubova. Smatra se da četiri sata u takvom prostoru imaju isti utjecaj kao da su bili mjesec dana u svom kućanstvu uz pušača. Djeca majki koje su pušile u trudnoći imaju lošije rezultate plućnih funkcionalnih testova bez obzira imaju li ili nemaju astmu (6, 40-42, 49, 50).

3.6 Preventivne mjere protiv pušenja

Statistički podatci o obolijevanjima i smrtnosti vezanih uz pušenje porazni su te ukazuju na to da je potreban plan borbe protiv pušenja. Bitno je naglasiti da se ne napada pušača nego pušenje kao štetnu ovisnost. Cilj borbe (12) je potpuni prestanak pušenja i izbjegavanje prostorija za pušenje. Postoji potreba za edukacijom, osviještenosti o štetnosti pušenja i promjenama ponašanja u cijeloj zajednici, a uloga zdravstvenih djelatnika je od velike koristi.

Medicinske sestre kao najbrojnija skupina zdravstvenih djelatnika mogu pomoći u toj borbi. Promatranjem 49 radova u meta analizi, došlo se do spoznaje da su medicinske sestre imale uspjeha u prekidanju navike pušenja kod hospitaliziranih pacijenata, a malo manje u savjetodavnim službama prilikom zdravstvenih pregleda ili u akcijama prevencije (52).

Edukacije je potrebno prilagoditi populaciji; djeci uvesti bolje programe na vrijeme (u ovom radu jedna anketirana osoba počela je pušiti sa 12.godina!), odraslima odašiljati preporuke prestanka pušenja, oboljelima i njihovim obiteljima objasniti probleme nastale zbog izloženosti duhanskom dimu. U jednoj anketi upitanih 100 trudnica odgovorilo je da su informacije o štetnosti duhanskog dima za plod njih 90% čule na radiju, a 10% od zdravstvenih djelatnika (2).

Dobro su poznate dobrobiti prestanka pušenja; za 20 minuta snižava se broj otkucaja srca i krvni tlak, a u roku od 12 sati snižava se razina ugljikovog monoksida u krvi. Za 2 do 12 tjedana popravlja se cirkulacija i plućna funkcija, najkasnije nakon 9 mjeseci smanjuje se kašalj i teškoće disanja, nakon godinu dana je rizik srčanožilne bolesti srca upola manji nego kod pušača, a poslije 10 godina je rizik raka pluća oko polovice onoga kod pušača. Nakon 15 godina je rizik koronarne bolesti srca jednak onome kod nepušača, te konačno, nakon desetak dana od prestanka pušenja, nalaz spirometrije je znatno bolji jer se značajno smanjuje sluz u bronhima te upala i otok sluznice (6, 9, 23, 24). Tome dodajmo fizičke prednosti: hrana je boljeg okusa, osjetilo mirisa je bolje, zubi su bjelji, dah iz usta je svježiji, koža ima bolji izgled. Prednosti na emocionalnom planu su: zadovoljstvo zbog svog ponašanja, raste osjećaj osobne vrijednosti, pozitivan primjer djeci i osobama u okolini. Nepušenje doprinosi društveno prihvatljivom ponašanju: ne smeta se drugim osobama sa svojom navikom pušenja. Kućni prostor i auto imaju svjež miris, ne postoji opasnost izazivanja požara zbog

neugašene cigarete. Mnogi poslodavci biraju nepušače za zaposlenike, pušači se odvajaju u ugostiteljskim lokalima na pušače/nepušače, zabranjuje se pušenje u zdravstvenim i javnim ustanovama. Financijski gledano cijene cigareta su u stalnom porastu te tako opterećuju kućni budžet.

1972. godine Hrvatskoj, u bolnici „Sestre Milosrdnice“ organiziran je tzv. Petodnevni plan odvikavanja od pušenja po američkim autorima Folkenbergu i McFarlandu (12).

Hrvatski dan nepušenja se obilježava od 2003. godine. Uključeni smo u tri međunarodna programa za borbu protiv pušenja; obilježavanje Svjetskog dana nepušenja, zdravstvena akcija „prestani pušiti i pobijedi“ i ratifikacija i implementacija Okvirne konferencije WHO-a o kontroli duhan (53).

Zdravstveni djelatnici trebali bi utjecati na populaciju potičući zdravo ponašanje i osviještenost o štetnosti pušenja.

Programom „Edukacija i informiranje putem WEB-a o prevenciji i odvikavanju od pušenja“ nastavnici su uključili srednjoškolce, buduće zdravstvene djelatnike da se bore protiv navike pušenja duhana i odluče na vrijeme biti nepušači (54). U Kliničkom bolničkom centru „Sestre milosrdnice“ na Klinici za psihijatriju postoji Škola odvikavanja od pušenja „Postani i ostani nepušač“. Cilj programa je pušačima pružiti profesionalnu pomoć, kroz edukaciju, podršku i ostvarenju cilja - nepušenja (55) .

U istraživanju o navikama pušenja kod odraslih naveden je podatak da je 47% populacije dobilo savjet o prestanku pušenja od doktora ili bilo kojeg drugog zdravstvenog djelatnika (9).

4 HIPOTEZA

Zdravstveni djelatnici s obzirom na spoznaje o štetnosti pušenja manje puše od kada je nastupila zabrana pušenja u zdravstvenim ustanovama i spremni su educirati druge osobe o štetnostima konzumiranja duhanskih proizvoda.

5 CILJ RADA

Cilj rada je prikazati stavove djela zdravstvenih djelatnika o konzumiranju nikotinskih proizvoda.

Specifični ciljevi:

1. Prikazati navike pušenja među zdravstvenim djelatnicima uključenih u ovo istraživanje prema sociodemografskim varijablama
2. Ispitati razloge pušenja među ispitanicima
3. Ispitati spoznaje zdravstvenih djelatnika o štetnosti pušenja
4. Ispitati spoznaju o zabrani pušenja u zdravstvenim ustanovama
5. Ispitati stavove zdravstvenih djelatnika o pušenju
6. Ispitati spremnost educiranja drugih osoba o štetnostima pušenja

6 ISPITANICI I METODE RADA

6.1 Ispitanici

Istraživanje znanja, navika i stavova o pušenju provedeno je od rujna 2017. Do veljače 2018. godine među zdravstvenim djelatnicima u bolnicama: Lipik, Daruvar, Koprivnica, Pakrac, Rijeka, Zagreb. U istraživanju je sudjelovalo 315 ispitanika zdravstvenih struka u koje spadaju medicinske sestre/tehničari, fizioterapeuti te liječnici svih specijalizacija.

6.2 Upitnik

U radu se korištena dva upitnika pripremljena u svrhu ovog istraživanja, ovisno da li su ispitanici pušači ili nepušači (u Prilogu). Upitnici korišteni u anketiranju, sastojali su se od nekoliko skupina pitanja, a odnosili su se na: socio-demografska pitanja (dob, spol, stručnu spremu, visinu primanja, mjesto stanovanja-u smislu grad/selo, te jesu li pušači/nepušači), skupine pitanja o stavovima vezanim uz pušenje, spoznajama o štetnosti pušenja, te o sposobnosti educiranja o štetnosti pušenja.

Pitanja vezana o stavovima sastojala su se od pitanja vezana uz pušenje i dopuštenje djeci da puše, o stavovima dopuštanja pušenja na određenim odjelima, o mišljenju utječe li značajnije poskupljenje cigareta na prestanak pušenja te kako slike oboljelih organa na kutijama cigareta utječu na prestanak pušenja.

Pitanja su bila većinom zatvorenog tipa, na neka su ispitanici odgovarali s većim brojem odgovora, a na nekim pitanjima mogli su dopisati svoje mišljenje.

6.3 Statističke metode

Za obradu podataka korišteni su statistički paketi SPSS Statistics. Razlike između ispitivanih grupa utvrđene su χ^2 testom (Fisherovim egzaktnim testom) uz statističku značajnost određenu na razini $p<0,05$ za testiranje značajnosti razlika izmjerenih vrijednosti.

7 REZULTATI

Od ukupnog broja podijeljenih upitnika (315) zdravstvenim djelatnicima u daljnju obradu uzeti su samo potpuno popunjeni uputnici, njih 299.

7.1 Sociodemografski podatci

Od ukupnog broja ispitanika 221 ispitanik je ženskog spola (74%), a 78 ispitanika je muškog spola (26%) u dobi od 18 do 61 i više godina života. Dob je u anketama bila određena po grupama. Prosječna dob ispitanika je bila je 40,5 godina. Distribucija po spolu i dobi vidi se u Tablici 1. Najviše ispitanika je u dobnoj skupini od 31 do 40 godina života, njih 97 (32,5%). Preko 70% ispitanika živi u gradu.

Tablica 1. Obilježja ispitanika prema spolu i dobi, po mjestu stanovanja

	Živite u gradu		Živite na selu		Dob 18-30		Dob 31-40		Dob 41-50		Dob 51-60		Dob 61 i >61		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ženski	157	52,5	64	21,4	46	15,4	69	23,1	59	9,7	38	2,7	9	3	221	73,9
Muški	56	18,7	22	7,4	19	6,4	28	9,4	14	4,7	13	4,3	4	1,3	78	26,1

Tablica 2. Kategorizacija ispitanika prema školskoj spremi i visini primanja

	SSS		Bacc		VSS		Nezaposlen/a		Primanja <5.500,00		Primanja između 5.500,00 i 10.000,00		Primanja >10.000,00		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ženski	108	36,1	75	25,1	38	12,7	13	4,3	67	22,4	128	42,8	13	4,3	221	73,9
Muški	33	11	17	5,7	28	9,4	5	1,7	23	7,7	40	13,4	10	3,3	78	26,1

Među ispitanicima, najviše ispitanika je sa srednjom stručnom spremom 142 (47,1%) i s prosječnim primanjima u kategoriji od 5.500-10.000 kn (56) (Tablica 2.)

7.2 Navike pušenja zdravstvenih djelatnika

U Tablici 3 prikazane su navike pušenja medu ispitanicima: 115 ispitanika su pušači (38,5%), 146 nepušači (48,82%), te je 38 ispitanika prestalo pušiti (12,7%). Nepušači su najbrojniji i među ženskim 106 (35,5%) i muškim 40 (13,4%) Od ispitanika koji su prestali pušiti najkraći rok prestanka pušenja je 6 mjeseci. Nije pronađena značajna razlika između ispitanika s obzirom na navike pušenja i spola (x2=131,16;df=2;p<0.01).

Tablica 3. Navike pušenja zdravstvenih djelatnika prema spolu

	Pušač		Nepušač		Bivši pušači		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ženski	84	28,1	106	35,5	31	10,4	221	73,9
Muški	31	10,4	40	13,4	7	2,3	78	26,1

X2=131,16; df=2; p<0,01

Tablica 4. Navike pušenja zdravstvenih djelatnika ovisno o dobi i stručnoj spremi

	Dob 18-30		Dob 31-40		Dob 41-50		Dob 51-60		Dob 61 i >		SSS		bacc		VSS		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pušač	25	8,4	29	9,7	43	14,4	12	4	6	2	52	17,4	39	13	24	8	115	38,5
Nepušač	35	11,7	53	17,7	30	10	23	7,7	5	1,7	67	22,4	44	14,7	35	11,7	146	48,8
Prestao sam pušiti	5	1,7	6	2	16	5,4	9	3	2	0,7	16	5,4	16	5,4	6	2	38	12,7

Dob ispitanika - $\chi 2=19,6$; df=8; p<0,05
Stručna sprema ispitanika - $\chi 2=2,4$; df=4; p>0,05

Nisu nađene značajne razlike u navikama pušenja s obzirom na stručnu spremnu ispitanika, dok je s obzirom na dob ispitanika pronađena značajna razlika (p<0,05). Značajno više nepušača je mlađe dobi (do 40 godina). S obzirom na visinu primanja, nije nađena statistički značajna razlika između tri kategorije vezane uz navike pušenja.

Prosječna dob pušenja među ispitanicima je 17,8 godina. Najniža dob početka pušenja je 12 godina, a najviša dob 39 godina. U prosjeku, ženski ispitanici su počeli pušiti sa 17,6 godina, a muški sa 17,7 te između ove dvije grupe nije nađena značajna razlika. Također, nije pronađena značajna razlika u godinama početka pušenja s obzirom na

niti jednu sociodemografsku varijablu (mjesto stanovanja, dob, stručna sprema i visina primanja).

Među ispitanicima prestati pušiti je pokušalo njih 84 koji su pušači (73%). Ne nalazi se razlika između skupina ispitanika u pokušajima prestanka pušenja s obzirom na dob, visinu primanja, mjesto stanovanja ili stručnu spremu. S obzirom na spol ispitanika, istraživanje je pokazalo da je značajno više žena pokušalo prestati pušiti od muškaraca ($\chi2=4,12$; df=1; $p<0,05$) (Tablica 5).

Tablica 5. Pokušaji prestanka pušenja među ispitanicima ovisno o spolu

Jeste li pokušali prestati pušiti ?	Ženski		Muški		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
Da	58	79,45	15	20,54	73	63,47
Ne	26	61,9	16	38,09	42	36,52
UKUPNO	84	73,04	31	26,95	115	100

Od 153 osobe koje su se izjasnili da su pušači (ili su bili u jednom trenu svog života), ukupno 131 (85,6%) ispitanika puši (ili je pušilo) više od 5 godina, dok 22 (14,4%) ispitanika puši manje od 5 godina . Nije nađena značajna razlika u duljini pušenja s obzirom sociodemografsku varijablu. S obzirom na količinu popušenih cigareta, ispitanici su najčešće izjavljivali da puše više od 10 cigareta dnevno, njih 68 (44,4%) što je prikazano u Tablici 6.

Tablica 6. Prosječni broj popušenih cigareta među ispitanicima; pušačima i bivšim pušačima

Prosječni broj popušenih cigareta											UKUPNO	
do 5 cigareta dnevno		do 10 cigareta dnevno		>10 cigareta dnevno		ponekad u tjednu		samo u nekim prilikama			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
28	18,3	47	30,7	68	44,4	3	2	7	4,6	153	100

S obzirom na sociodemografske varijable nađena je značajna razlika u količini popušenih cigareta s obzirom na visinu primanja, na način da ispitanici s višim primanjima puše manje cigareta, dok ispitanici u srednjem rangu primanja puše više cigareta u danu ($\chi2 = 26,3$, df=12; $p<0,01$). Ostale sociodemografske varijable nisu se pokazale značajnima.

Tablica 7. Broj izlazaka s radnog mjesta (pauza za pušenje) među ispitanicima

Koliko puta izlazite sa radnog mjesta u smjeni radi pušenja?									
manje od 3 puta		od 4 do 6 puta		više od 6 puta		nešto drugo		ne pušim na radnom mjestu	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
47	40,9	32	27,8	5	4,3	7	6,1	24	20,9

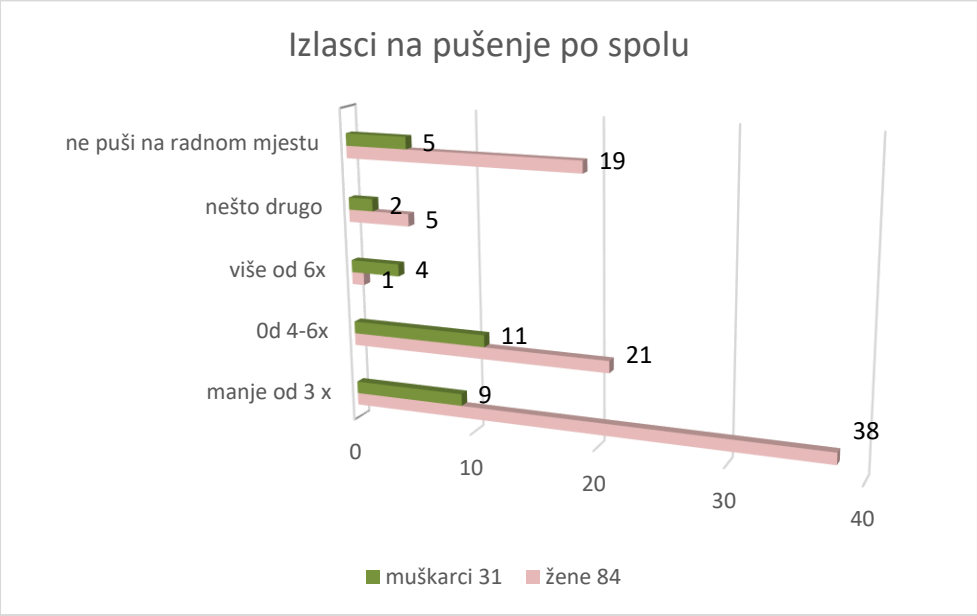
Najveći broj ispitanika izlazi na pauzu radi pušenja manje od 3 puta (N=47; 40,9%).

Tablica 8. Izlazak na pušenje po dobnim skupinama

	Manje od 3x		4-6x		Više od 6x		Nešto drugo		Ne pušim na radnom mjestu		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18-30	7	6,1	10	8,7	2	1,7	4	3,5	2	1,7	25	21,7
31-40	14	12,2	10	8,7	2	1,7	2	1,7	1	0,9	29	25,2
41-50	16	13,9	7	6,1	0		0		20	17,4	43	37,4
51-60	7	6,1	3	2,6	1	0,9	1	0,9	0		12	10,4
61 i više	3	2,6	2	1,7	0		0		1	0,9	6	5,2
Zbroj	47	40,9	32	27,8	5	4,3	7	6,1	24	20,9	115	100

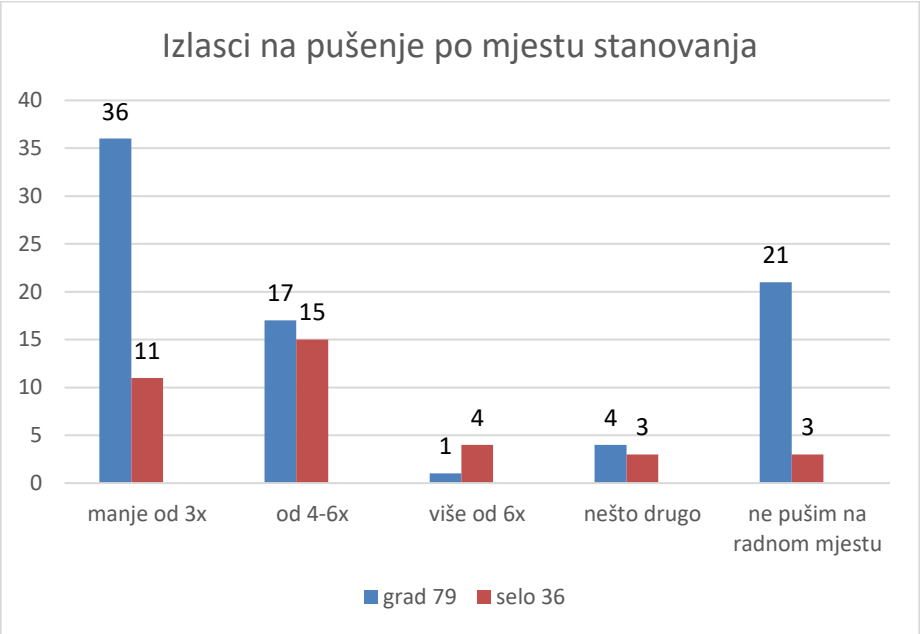
Percepcija pušačkog ponašanja od strane nepušača pokazuje da nešto više od tri četvrtine nepušača (76,6%) smatra da pušači imaju više pauza tijekom radnog vremena od nepušača. Da imaju jednaki broj pauza smatra 7,6% nepušača, dok su se ostali izjasnili da ne znaju. Nema razlika u ovom odgovoru s obzirom na sociodemografske podatke.

Analiza odgovora je pokazala da ispitanici s višim obrazovanjem manje puši na radnom mjestu uopće (χ^2 = 15,35, df=8; p<0,05).



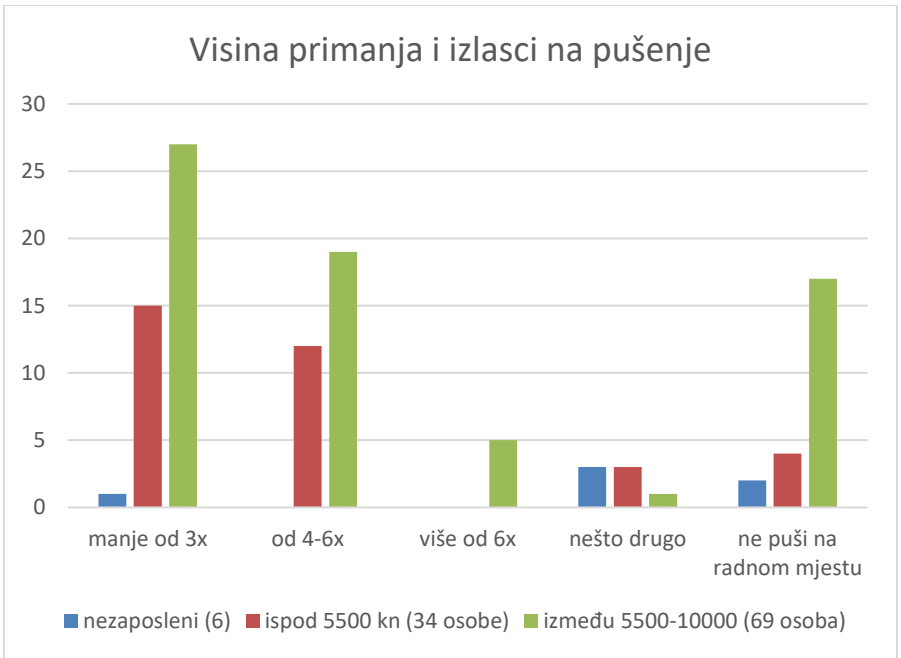
Slika 1. Izlasci na pušenje po spolu

Statistički značajno više žena rjeđe izlazi na pauzu za pušenje u odnosu na muškarce ($\chi 2 = 9{,}96$, $df=4$; $p<0{,}05$); žena je 84, muškaraca 31.



Slika 2. Izlasci na pušenje po mjestu stanovanja

Značajno više ispitanika iz grada rjeđe izlazi na pauzu za pušenje u odnosu na ispitanike sa sela ($\chi 2 = 14{,}87$, $df=4$; $p<0{,}01$).



Slika 3. Visina primanja i izlasci na pušenje

Uočeno je da ispitanici sa srednjim primanjima nikada ne puše na radnom mjestu (χ^2 = 35,5, df=12; p<0,01).

Na pitanje o navikama odlaska u ugostiteljske objekte gdje je dozvoljeno pušenje, pokazalo se da većina ispitanika odlazi u ugostiteljske objekte gdje se puši ako nema izbora (41,8%), dok ih nešto manje (35,8%) ne gleda koji su objekti za pušače, a koji ne. Značajno više nepušača u odnosu na pušače odgovara da ide u takve ugostiteljske objekte samo ako nema izbora. Značajno više sadašnjih pušača te značajno manje nepušača ne gleda koji su objekti za pušače, a koji nisu (χ2 = 35,9, df=6; p<0,01). (Tablica 9.)

Tablica 9. Navike ispitanika o odlasku u ugostiteljske objekte gdje je dozvoljeno pušenje

	Pušači		Nepušači		Prestao/la sam pušiti		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Samo u takve idem	31	10,4	26	8,7	1	0,3	58	19,4
Nikada	4	1,3	4	1,3	1	0,3	9	3
Ako nemam izbora	25	8,4	78	26,1	22	7,4	125	41,8
Ne gledam koji su objekti za pušače a koji ne	55	18,4	38	12,7	14	4,7	107	35,8

Tablica 10. Razlozi pušenja među ispitanicima

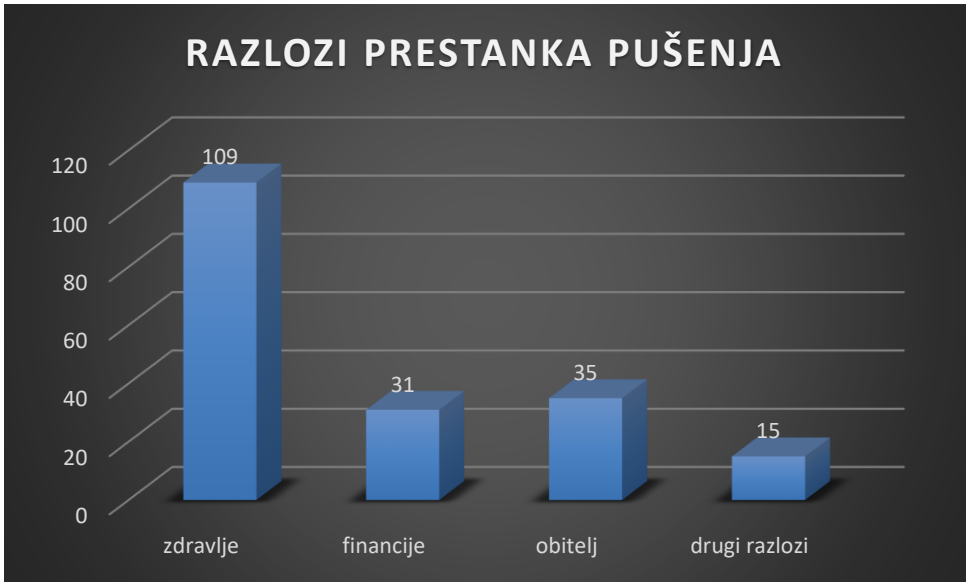
Rang		Muški		Ženski		UKUPNO	
		N	%	N	%	N	%
1	Navika	19	16,5	41	35,7	60	52,2
2	Smiruje me	7	6,1	33	28,7	40	34,8
3	Opušta me	6	5,2	22	19,1	28	24,3
4	Radi društva	4	3,5	5	4,3	9	7,8
5	Iz dosade	5	4,3	4	3,5	9	7,8
6	Radi drugih razloga	0		2	1,7	2	1,7

Samoprocjena razloga za pušenje provedenom kod ispitanika zdravstvenih djelatnika, pušača i bivših pušača (N=153) prikazana je u Tablici 10. Ispitanici su mogli dati više odgovora na ovo pitanje. Kao značajna varijabla se u ovom pitanju pokazala dob ispitanika na način da radi smirenja (χ2 = 8,9, df=2; p<0,05) ili radi opuštanja (χ2 = 8,4, df=2; p<0,05) puno češće puše mlađi ispitanici. Ostale sociodemografske varijable nisu bile značajne kao razlog pušenja.

Kao odgovor na pitanje „Zašto ste počeli pušiti?“ ispitanici su izjavili da su najčešće počeli pušiti radi društva (56,2%) i taj odgovor su značajno češće davali muški ispitanici u odnosu na ženske ispitanike ($\chi 2 = 4,52$, $df=1$; $p<0,05$). Znatiželja kao razlog za početak pušenja je bila kod 37,9% ispitanika, i kod ovog razloga nije nađena razlika niti po jednoj sociodemografskoj varijabli. Neke ostale razloge kao razloge za početak pušenja navelo je 9,2% ispitanika (Slika 4.).



Slika 4. Razlozi početka pušenja



Slika 5. Razlozi prestanka pušenja

Kao razlog za prestanak pušenja ispitanici su najčešće naveli zdravlje (71,9%), zatim obitelj (22,9%), te na kraju financije (20,3%). Neke druge razloge za prestanak pušenja

navelo je 9,8% ispitanika. Stariji ispitanici značajno češće navode zdravlje kao razlog prestanka pušenja ($\chi 2 = 23,5$, $df=4$; $p<0,01$), dok mlađi ispitanici značajno češće navode financije kao razlog prestanka pušenja ($\chi 2 = 11,1$, $df=4$; $p<0,05$). Ostala sociodemografska obilježja nisu se pokazala značajnima.

7.3 Spoznaje o štetnosti pušenja

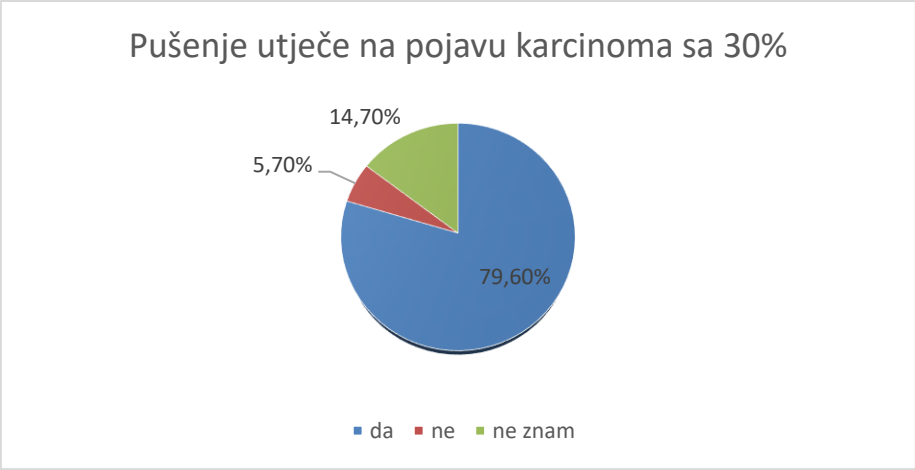
Spoznaje o štetnosti pušenja ispitivala su se pomoću pet pitanja, a na ta pitanja su odgovarale sve skupine ispitanika.

93% ispitanika smatra da je pušenje štetno za zdravlje, dok je 2% ispitanika izjavilo da ono nije štetno za zdravlje. 5% ispitanika je odgovorilo „ne znam“ na ovo pitanje. Značajno više ispitanika s nižom stručnom spremom je na ovo pitanje odgovorilo „ne“ u odnosu na ispitanike s višom stručnom spremom ($\chi 2 = 12,7$, $df=4$; $p<0,05$). Ostale sociodemografske varijable nisu se pokazale značajne kod odgovaranja na ovo pitanje.

Tablica 11. Spoznaje o štetnosti pušenja prema stupnju obrazovanja zdravstvenih djelatnika

Stručna sprema	Je li pušenje štetno za zdravlje ?						UKUPNO	
	Da		Ne		Ne znam			
	N	%	N	%	N	%	N	%
SSS	120	40,1	6	2,0	9	3,0	135	45,2
bacc	98	32,8	0		1	0,3	99	33,1
VSS	60	20,1	0		5	1,7	65	21,7
Ukupno	278	93,0	6	2,0	15	5,0	299	100

Iz tablice je vidljivo da su odgovor „ne znam“ najviše davale osobe SSS, isto kao što su imale i odgovor „ne“ što kod prvostupnika i VSS nije bilo tako.



Slika 6. Spoznaje ispitanika koliko pušenje utječe na pojavnost karcinoma

Na pitanje o tome da li znaju da je 30% karcinoma je uzrokovano pušenjem, 79,6% ispitanika odgovara potvrdno, 5,7% negativno, a 14,7% ne zna te nije nađena razlika između skupina ispitanika u odgovaranju na ovo pitanje.

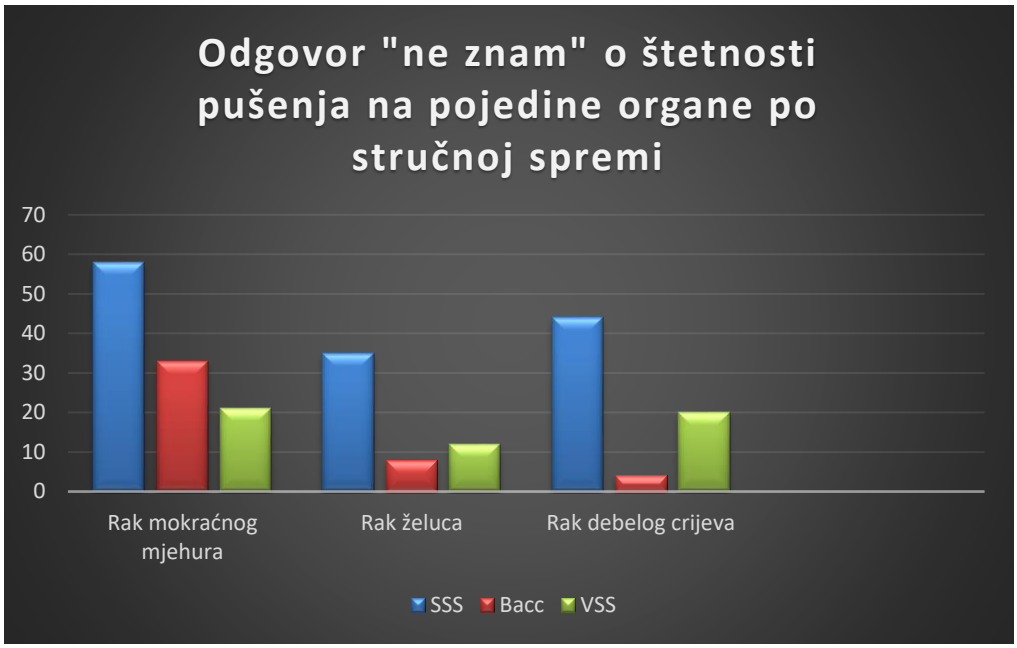
Tablica 12. Spoznaje o štetnosti pušenja na pojedine organe među ispitivanim zdravstvenim djelatnicima

		SSS		Bacc		VSS		UKUPNO	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Može li pušenje uzrokovati rak mokraćnog mjehura?	**Da**	52	17,4	47	15,7	41	13,7	140	46,8
	Ne	31	10,4	12	4	4	1,3	47	15,7
	Ne znam	58	19,4	33	11	21	7	112	37,5
Može li pušenje uzrokovati rak želuca?	**Da**	94	31,4	81	27,1	52	17,4	227	76
	Ne	12	4	3	1	2	0,7	17	5,6
	Ne znam	35	11,7	8	2,7	12	4	55	18,4
Može li pušenje uzrokovati rak debelog crijeva?	**Da**	71	23,7	76	25,4	41	13,7	188	62,9
	Ne	20	6,7	10	3,3	4	1,3	34	11,4
	Ne znam	44	14,7	4	1,3	20	6,7	77	25,8

Analiza odgovora ispitanika pokazuje da stupanj obrazovanja utječu na spoznaje o pojavnosti raka na pojedinim organskim sustavima .

Pušenje cigareta može uzrokovati rak mokraćnog mjehura smatra 47,8% ispitanika, dok 17,4% ispitanika ne smatra. Na ovo pitanje ne zna odgovor skoro trećina ispitanika (34,8%). Pokazalo se da postoji značajna razlika u odgovoru na ovo pitanje s obzirom na razinu obrazovanja ispitanika – značajno više obrazovanijih ispitanika (bacc i VSS)

na ovo pitanje odgovara potvrdno, dok ih značajno manje visoko obrazovanih odgovara s odgovorom „ne znam“ ($\chi 2 = 15,6$, $df=4$; $p<0,01$). (Slika 8)

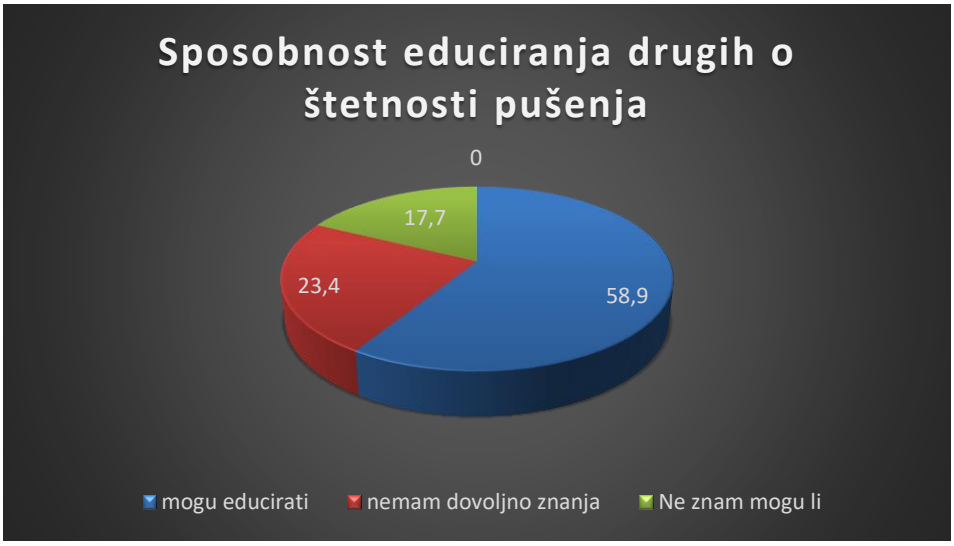


Slika 7. Distribucija odgovora „ne znam" prema stručnoj spremi

Da pušenje može biti uzrokom raka želuca smatra 75,6% ispitanika, dok 5,4% ispitanika ne smatra pušenje uzrokom raka želuca. Na ovo pitanje ne zna odgovor oko petine ispitanika (19,1%). Pokazalo se da postoji značajna razlika u odgovoru na ovo pitanje s obzirom na razinu obrazovanosti ispitanika – značajno više obrazovanijih ispitanika na ovo pitanje odgovara potvrdno ($\chi 2 = 14,6$, $df=4$; $p<0,01$).

Da pušenje može uzrokovati rak debelog crijeva smatra 62,9% ispitanika, dok 11,4% ispitanika ne smatra. Na ovo pitanje ne zna odgovor više od četvrtine ispitanika (25,8%). Pokazalo se da postoji značajna razlika u odgovoru na ovo pitanje s obzirom na razinu obrazovanosti ispitanika u jednakom smjeru kao i u prethodnom pitanju – značajno više obrazovanijih ispitanika na ovo pitanje odgovara potvrdno, dok ih značajno više ispitanika srednje stručne spreme ne zna odgovor na ovo pitanje ($\chi 2 = 17,43$, $df=4$; $p<0,01$). Također se pokazala značajna razlika s obzirom na dob – značajno više starijih ispitanika odgovara potvrdno na ovo pitanje ($\chi 2 = 25,7$, $df=8$; $p<0,01$).

Najviše potvrdnih odgovora na pitanja koja uključuju znanja o tome koje tipove karcinoma uzrokuje pušenje je u slučaju raka debelog crijeva (62,9%%), dok su ispitanici najnesigurniji u slučaju raka mokraćnog mjehura (37,5%).



Slika 8. Sposobnost ispitanika o educiranju o štetnosti pušenja

Samoprocjena svojih znanja o pušenju, koja je vezana uz procjenu jesu li dovoljno educirani da podučavaju druge, pokazuju da više od polovice ispitanika vjeruje da je u stanju educirati pacijente ako je potrebno (58,9%). Nedovoljno educiranima se osjeća manje od četvrtine zdravstvenih djelatnika (23,4%), dok je odgovor „ne znam“ dalo 17,7% ispitanika (Slika 8). Nisu se pokazale značajne razlike po niti jednoj sociodemografskoj varijabli.

7.4 Stavovi zdravstvenih djelatnika o pušenju

Stavovi o pušenju ispitivali su se pomoću šest pitanja na koje su odgovarali svi ispitanici.

Na pitanje: „Biste li dozvolili svom maloljetnom djetetu da puši?“, najčešći odgovor bio je „ne“ – ukupno 66,9% ispitanika. „Ne mogu na to utjecati“, odgovorilo je 20,1%, dok je najmanje ispitanika odgovorilo pozitivno na ovo pitanje (4,3%) (Slika 9 i 10). Značajna razlika u odgovorima nađena je prema spolu - više muških ispitanika je na ovo pitanje odgovorilo sa „da“ ($\chi 2 = 9,24$, $df=3$; $p<0,05$). Potvrdan odgovor dalo je

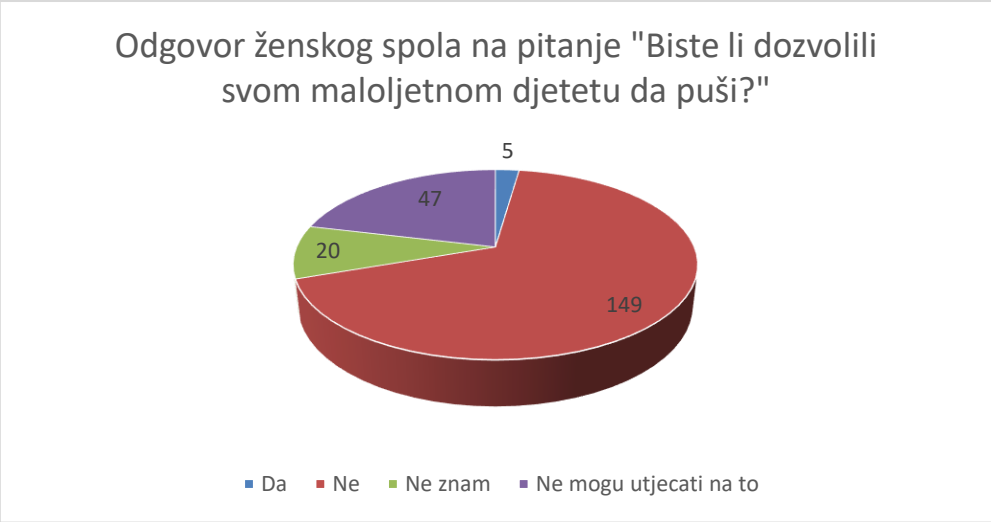
značajno više ispitanika mlađih dobnih skupina na ovo pitanje odgovorilo sa „da“ ($\chi 2$ = 27,92, df=12; p<0,01).(Tablica 13).

Tablica 13. Odgovori na pitanje „Biste li dali svom maloljetnom djetetu da puši?“

	Dob ispitanika										UKUPNO	
	18-30		31-40		41-50		51-60		61 i >			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Da	7	2,3	3	1	2	0,7	3	1	0		15	4,3
Ne	36	12	65	21,7	52	17,4	45	15,1	7	2,3	205	66,9
Ne znam	7	2,3	11	3,7	3	1	0		4	1,3	25	8,7
Ne mogu na to utjecati	15	5	18	6	16	5,4	3	1	2	0,7	54	20,1



Slika 9. Stavovi muških ispitanika o dozvoli pušenja vlastitom maloljetnom djetetu



Slika 10. Stavovi ženskih ispitanika o dozvoli pušenja vlastitom maloljetnom djetetu

Na pitanje „Smatrate li prihvatljivim da odjel psihijatrije ili drugi odjeli imaju odjel za pušače?“ oko dvije trećine ispitanika smatra da odjel psihijatrije treba imati odjel za pušače (75,6%), dok za ostale odjele to isto smatra nešto manje od polovice ispitanika (44,1%). Analizirajući odgovore došlo se do podatka da za ostale odjele nema razlike u odgovorima između pušača i nepušača, dok za odjel psihijatrije značajno više pušača od nepušača smatra da je potreban odjel za pušenje ($\chi 2 = 11,94$, $df=4$; $p<0,05$).

Tablica 14. Stavovi o postojanju odjel za pušače na odjelima bolnice

	Odjel psihijatrije		**Ostali odjeli**	
	N	**%**	**N**	**%**
Da	226	75,6	132	44,1
Ne	34	11,4	116	38,8
Ne znam	39	13	51	17,1

Na pitanja koja se odnose na utjecaj poskupljenja i slika na kutijama na prestanak pušenja prikazani su odgovori u tablici 15 .

Tablica br. 15 – Odgovori na pitanje o poskupljenju cigareta i slikama oboljelih organa na kutiji cigareta

	Poskupljenje cigareta		Slike na kutijama	
	N	%	N	%
Da	99	33,1	37	12,4
Ne	162	54,2	209	69,9
Ne znam	33	11	38	12,7
Nešto drugo	5	1,7	15	5

Većina ispitanika smatra da ni značajno poskupljenje cigareta (54,2%), ni slike oboljelih organa na kutijama cigareta (69,9%) neće utjecati na navike pušenja, odnosno neće smanjiti broj pušača.

Značajno više ispitanika srednjih dobnih skupina (18 – 50 godina) smatraju da poskupljenje nema utjecaj na navike pušenja ($\chi2 = 21,3$, df=12; $p<0,05$). Isto smatraju niže obrazovani ispitanici ($\chi2 = 14,9$, df=6; $p<0,05$) te ispitanici nižih primanja ($\chi2 = 23,6$, df=9; $p<0,01$). Da slike bolesnih organa mogu utjecati na smanjenje navike pušenja smatraju značajno češće ispitanici u najvišem rangu primanja – iznad 10.000 kn ($\chi2 = 25,2$, df=9; $p<0,01$) te srednje obrazovani ispitanici – bacc ($\chi2 = 13,45$, df=6 $p<0,05$) te mlađi ispitanici - 18-40 godina ($\chi2 = 21,1$, df=12; $p<0,05$).

Da je ustanova u kojoj je zatečena osoba koja puši podložna kaznama, zna većina ispitanika (88,3%), značajno više ženskih ispitanica odgovorilo sa „da“ na ovo pitanje, dok je značajno više muških ispitanika na ovo pitanje odgovorilo sa „ne znam“ ($\chi2 = 8,1$, df=2; $p<0,05$).

8 RASPRAVA

U ovom radu su detaljno prikazane navike pušenja, spoznaje o bolestima koje uzrokuje pušenje i stavovi o pušenju među zdravstvenim djelatnicima koji su bili uključenih u ovo istraživanje.

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da je prevalencija pušača među zdravstvenim djelatnicima 38,5% i najniža je u mlađim dobnim skupinama (do 40 godina) usporedivi su s istraživanjem iz 2015. godine koje je provedeno među općom populacijom u Hrvatskoj gdje je evidentirano 38% pušača, najviše u skupini između 25 i 34 godine i više među muškarcima nego među ženama (4).

Ako usporedimo rezultate ovog istraživanja s istraživanjem koje je provedeno u zdravstvenim ustanovama Koprivničko-križevačkoj županiji tijekom 2011. godine vidljivo je da postoje neke razlike. U zdravstvenim ustanovama Koprivničko-križevačke županije evidentirano je 26,4%, pušača, 20,5%, bivših pušača i 53,1% onih koji su se izjasnili da nikada nisu pušili (57).

U ovom istraživanju ne nalaze se značajne razlike u navikama pušenja s obzirom na stručnu spremu ispitanika, dok se s obzirom na dob ispitanika pronašla značajna razlika i to da je značajno više nepušača u mlađim dobnim skupinama (do 40 godina). Također nije nađena značajna razlika s obzirom na visinu primanja.

U Koprivničko-križevačkoj županiji liječnici manje puše nego medicinske sestre, a čak je 61,9% liječnika prema 49,1% medicinskih sestara izjavilo da nikada nisu pušili. Medicinske sestre nižeg obrazovanja (SSS) puše više od medicinskih sestara višeg obrazovanja. Osobe mlađe od 45 godina puše više nego starije od 45 godina (28,0% prema 25,1%). (57)

Od 1970. do 1997.godine udio pušača u Hrvatskoj se smanjio dok je udio žena pušača porastao (37,47,55). Istraživanje 2011. godine je pokazalo da muškarci manje puše od žena kao i da je među njima više bivših pušača nego u žena, dok u ovom radu nije pronađena značajna razlika između ispitanika s obzirom na navike pušenja i spol. Ženski ispitanici su počeli pušiti sa 17,6 godina, a muški sa 17,7 te između ove dvije grupe nije nađena značajna razlika u dobi početka pušenja.

Većina zdravstvenih djelatnika je na pitanje „Biste li svom maloljetnom djetetu dozvolili da puši?“ odgovorila sa „ne“ (66,9%), a 20,1% osoba smatra da ne može utjecati na to. Jedna anketirana osoba napisala je da ne može zabraniti pušenje svom djetetu kada je i sama pušač, što znači da je svjesna da je kao roditelj loš primjer, ali i dalje to radi.

Ovaj rad je pokazao da u prosjeku većina puši više od 10 komada cigareta u danu dok je istraživanje iz 2011.godine pokazalo da je prosjek dnevno popušenih cigareta 12 komada. U istraživanju provedenom u bolnici Hospital University Center Mohammed VI, Marrakech prosječno puše do 9 cigareta dnevno što je pokazatelj da su ti zdravstveni djelatnici više osviješteni o štetnosti i količini popušenih cigareta (58).

U Italiji u periodu od 1998.-1999. godine u istraživanju liječnika, 26,3% bilo je pušača a u ponovnom istraživanju od 2010.-2011. godine bilo ih je 19,2%, dakle manje pušača i to u oba spola i u svim dobnim skupinama (59).

U radu „Malignomi dušnika i pluća“ naglašava se da je već dokazano u raznim studijama koliko je bitan staž i količina popušenih cigareta dnevno. Pušači i do dvadeset puta češće obolijevaju od raka pluća nego nepušači (60).

Godine 2011. dvije trećine pušača (67,9%) je izjavilo da je pokušalo prestati pušiti, dok u ovom radu prestati pušiti je pokušalo 84 ispitanika koji su pušači (73%), što je dobar podatak da su zdravstveni djelatnici iz bilo kojeg razloga shvatili da ne bi trebali pušiti te se pokušali riješiti te štetne navike. Ne nalazi se razlika između skupina ispitanika u pokušajima prestanka pušenja s obzirom na dob, visinu primanja, mjesto stanovanja ili stručnu spremu. S obzirom na spol ispitanika, istraživanje je pokazalo da je značajno više žena pokušalo prestati pušiti od muškaraca. U bolnici „Mami Ariana“ (61), od ispitanih 700 zdravstvenih djelatnika i djelatnika u zdravstvu, u 2010.godini, njih 50% je pokušalo prestati pušiti, a isto tako je više žena pokušalo prestati s tom lošom navikom.

Ono što je zabrinjavajuće je da su većina zdravstvenih djelatnika svjesni da se ne smije pušiti u zdravstvenim ustanovama, a ipak to čine. Novčanom kaznom kažnjava se prekršaj zabrane pušenja. Već spomenuto ispitivanje na 700 zdravstvenih radnika i djelatnika u zdravstvu, dokazalo je da unatoč zabranama od 2009.g. ipak 75% pušača puši na radnom mjestu (61). U ovom istraživanju na radnom mjestu unatoč zabrani za

koju znaju, zdravstveni djelatnici, njih 115 pušača, 40,9% izlaze na pušenje manje od 3%, a na radnom mjestu ne puši 20,9%, dok 4-6x izlaze sa 27,8%. 4,3% djelatnika je priznalo da izlazi čak više od šest puta. Da je ustanova u kojoj je zatečen osoba koja puši podložna kaznama, zna većina ispitanika (88,3%). Dobiven je podatak da je značajno više ženskih ispitanica odgovorilo sa „da“ na ovo pitanje, dok je značajno više muških ispitanika na ovo pitanje odgovorilo sa „ne znam“. Značajno više žena manje i rjeđe izlazi na pauzu za pušenje u odnosu na muškarce; značajno više ispitanika srednjih dobnih skupina (41 - 50 godina) ne puši na radnom mjestu uopće; značajno više ispitanika više obrazovanih ne puši na radnom mjestu uopće; značajno više ispitanika srednje visine primanja (5500–10000 kn) ne puši na radnom mjestu uopće. Percepcija pušačkog ponašanja od strane nepušača pokazuje nam da nešto više od tri četvrtine nepušača (76,6%) smatra da pušači imaju više pauza tijekom radnog vremena od nepušača.

Rad na temu prestanka pušenja (62) govori kako se sve veći broj zemalja zalaže za djelomičnu ili potpunu zabranu pušenja i zaštitu od pasivnog pušenja, a pokazalo se, naročito kod ugostiteljskih djelatnika, da postoji korist od smanjene izloženosti duhanskom dimu. U literaturi se navodi da prestanak pušenja za 17% smanjuje pojavu infarkta miokarda (34, 35). Izvješća iz raznih zemalja idu u prilog dobrobiti zabrane pušenja jer se pokazalo kroz određeni vremenski period od zabrane pušenja i tako smanjenja pušenja do smanjenja bolničkih troškova kod kardiovaskularnih, respiratornih oboljenja i kod trudnica (63, 64).

U velikom istraživanju provedenom u Finskoj od 1987. do 2011. godine na 9627 trudnica, usporedbom trudnica nepušača, pušača i bivših pušača zdravstveni djelatnici su primijetili da su bili uspješni samo kod žena od 30 ili više godina starosti koje su ih poslušale i prestale pušiti (65). Ultrazvukom rađenim kod trudnica primijećeno je kako fetus podražen nikotinom unesenim majčinim pušenjem cigareta, trza rukama i nogama kao da ima grčeve i to je način kako pokazati majkama koliko štete svom djetetu (2, 40). Djeca koja udišu dim oba roditelja pušača u dvostrukom su riziku od oboljenja od prehlade u odnosu na djecu roditelja nepušača (49).

Pušenja u psihijatrijskoj ustanovi podržava 75,6% zdravstvenih djelatnika, iako ispitivanja u Južnoafričkoj Republici pokazuju da za to nema opravdanja. Istraživanje provedeno na 66 ispitanika koji su bili smješteni na psihijatriju (njih 91,4% bili su

pušači, od toga 55,6% visoko ovisni o duhanu) većina ih je motivirana da prestanu pušiti, neki su i pokušali, međutim, malo ih je dobilo potrebne savjete o prestanku pušenja od zdravstvenog osoblja. Istraživanja provedena u Općoj bolnici Koprivnica (67), o evidentiranju o preventabilnim rizicima i zdravstvenim ponašanjima hospitaliziranih pacijenata na psihijatrijskom odjelu, pokazuje da su sestre i liječnici pušenje evidentirali kao prisutno ili ne, ali u kasnijim zapisima preporuka o štetnosti nisu svugdje uneseni pa postoji potreba davanja dodatnih informacija. Pokazao se problem jer je u otpusnom pismu prisutan opis pacijentovog stanja i potreba koje on ima u smislu promocije zdravlja, ali nema dobrih preporuka za programima izvan bolničkog okruženja i za plan oporavka.

Istraživanja su dokazala da niža primanja ne pokazuju da ima manje pušača, dapače u niže situiranih navika pušenja je učestalija. Isto tako niža primanja mogu biti povezana s većom smrtnošću te lošijim fizičkim, psihičkim zdravljem, osjećajem lošijeg funkcioniranja i osjećajem manje sreće. Naročito kod mladih koji su tada podložni ovisnostima pa tako ako rano počnu s tom lošom navikom postaju tzv. „doživotni korisnici“ i podložniji su kao takvi oboljenjima koje „nosi“ navika redovnog konzumiranja duhanskih proizvoda. Povećanjem cijena duhanskih proizvoda moglo bi se utjecati da se smanji pušenje u mlađoj dobnoj skupini (10, 27, 28, 35, 60, 68 -72).

Samoprocjenom svojih znanja o pušenju, koja je vezana uz procjenu jesu li dovoljno educirani da podučavaju druge, pokazuju da više od polovice ispitanika vjeruje da je u stanju educirati pacijente ako je potrebno (58,9%). Nedovoljno educiranima se osjeća manje od četvrtine zdravstvenih djelatnika (23,4%), dok je odgovor „ne znam“ dalo 17,7% ispitanika. Nisu se pokazale značajne razlike po niti jednoj sociodemografskoj varijabli. Istraživanje o pušenju provedeno u Dominikanskoj Republici (73) koje je ispitivalo zdravstvene djelatnike koji educiraju populaciju, 94,39% složilo se s tvrdnjom da je štetno, dok se u ovim anketama s tom tvrdnjom složilo 93% ispitanika. U 2% odgovora na ovo pitanje s odgovorom „ne“ , odgovorili su zdravstveni djelatnici niže stručne spreme, dakle, ovdje se pokazala razlika u znanju i školskoj spremi. Jedna osoba je napisala da nije spremna educirati druge kada je i sama pušač pa smatra nemoralnim da educira o štetnosti pušenja. Specifična znanja koja su u Dominikanskoj Republici uključivala pitanja štetnosti pušenja za rak pluća odgovorilo je 98,1%, a 41,1% za upalu srednjeg uha. U odgovorima ispitanika iz ovog istraživanja 79,6% složilo se s tvrdnjom da oko 30% uzroka karcinoma izaziva pušenje, da pušenje može

izazvati rak želuca potvrdilo je 75,6%, rak crijeva 62,9% ispitanika, a najmanje ispitanika (47,8%) je potvrdilo da je pušenje rizičan čimbenik za nastanak raka mokraćnog mjehura. U odgovorima specifičnog znanja o štetnosti pušenja i oboljenja organa pokazalo se u sva tri odgovora da stručna sprema igra značajnu ulogu jer su obrazovaniji (više od SSS) davale točan odgovor u većem postotku.

Istraživanje stavova medicinskih sestara o njihovoj ulozi u provođenju zdravstvenog odgoja u školi provedeno 2013. godine pokazalo je da većina ispitanika diplomskog studija Medicinskog fakulteta u Zagrebu bila za to da medicinska sestra s dodatnom edukacijom educira Zdravstveni odgoj u školi sa 39,8% (74). Taj podatak bi išao u prilog da bi se medicinske sestre koje educiraju druge morale dodatno educirati (9, 12, 16, 19, 24, 27, 28, 35, 61, 62). U anketi koja se provodila 2005. godine u Primorsko-goranskoj županiji poražavajući podatak je bio da su djeca prvi susret s cigaretom imala u desetoj godini, što ide u prilog uvođenju zdravstvenog odgoja u osnovnu školu budući da su to djeca četvrtih razreda osnovne škole. Isto tako je prikazano da su djevojke značajno više pušile od vršnjaka dječaka, što ide u prilog tvrdnjama da žene više puše nego prije (75).

Medicinske sestre koje su najvećim dijelom vremena uz bolesnike mogu potaknuti promjene kod bolesnika, međutim bitna stavka je njihova spremnost da educiraju druge, a ovisi o tome jesu li one same pušači, nepušači ili bivši pušači (76).

U Indiji, patronažne sestre koje su skrbile za zdravlje u zajednici i pratile intervencije kroz dvije godine, nakon promatranja stila života i preporuka za promjenu stila života, u ishodu studije dokazale su značajno smanjenje krvnog tlaka, glukoze u krvi kod dijabetičara i smanjenje prosječnog broja cigareta popušenih na dnevnoj bazi kod pušača s kardiovaskularnim rizikom u dobi između 35-70 godina (77). Važnost edukacije i sama edukacija dobar su put prema zdravijem stilu života (52). Medicinske sestre imaju značajnu ulogu u edukaciji bolesnika i utjecaju na prevenciju štetnih rizika koji igraju značajnu ulogu u kroničnim oboljenjima (78).

Prema neslužbenim podatcima hrvatskog liječničkog zbora, u RH puši oko 14 000 liječnika. Prije dvadesetak godina u Norveškoj postotak liječnika pušača bio je oko 70% a sada je ispod 10%, a u Kanadi, Velikoj Britaniji, Australiji, Finskoj liječnika pušača je sada ispod 5%.

Liječnici primarne prakse u Švicarskoj i Francuskoj učinili su probir pušača sa 95% upita; većina korisnika je upitana o navici pušenja / ne pušenja i njih 95% je dobilo kratki savjet o štetnosti pušenja (79). U radu „Što učiniti s bolesnikom koji puši?“, doktorica (interne medicine) koja podržava prevenciju navodi da zbog pritiska liječenja bolesnika i puno administrativnog posla nema vremena posvetiti se savjetovanju bolesnika o prestanku pušenja (80).

Po međunarodnoj anketi koju je provedena poslije preporuka WHO (81), pokazalo se da zemlje s niskim i srednjih prihodima nisu prijavile nikakav program protiv pušenja. Istraživanje je provedeno 2013. godine sa 75 % odaziva iz raznih zemalja (84 od 115 se odazvalo upitniku). 66 zemalja je imalo barem jedan program, većina je u programe uključivala zdravstvene djelatnike sa 84%, dok je 54% uključivalo i nastavnike, djelatnike u zajednici i predstavnike vjerskih zajednica. Velika većina je navela problem financiranja takvih programa. Zaključak je bio da postoji potreba osposobljavanja više zdravstvenih djelatnika, ali i drugih djelatnika koji će educirati populaciju o štetnosti pušenja u predjelima gdje je ograničen pristup zdravstvenoj zaštiti.

Istraživanje provedeno u Požeško-slavonskoj županiji gdje je sudjelovalo 94 ispitanika zdravstvenih djelatnika (41% pušača, 9% bivših pušača) napominje se da je poražavajuća činjenica da zdravstveni djelatnici koji su upoznati sa štetnostima pušenja ipak u toliko velikom broju puše (82). Dodamo li tome da je rizik pušenja trostruko veći kod djece u obiteljima u kojima barem jedan roditelj puši (8, 19-28, 31, 37, 38, 41, 51, 74, 75), zaključuje se da zdravstveni djelatnici osim što nisu dobar primjer korisnicima zdravstvene usluge, nisu niti dobar primjer svojoj djeci, koja odrastaju kao budući korisnici duhana. U velikom ispitivanju mladih o pušenju, „Upotreba duhana u mladih u Hrvatskoj“ prikazana je poražavajuća statistika mladih i pušenja; 2002.godine 59,9% mladih pokušalo je pušiti, a 2006.godine pokušalo je pušiti 67.1% što znači da je pušenje kod mladih u porastu. Isto tako svaki sedmi tadašnji pušač (njih 13,6%) izjavljuje da voli popušiti cigaretu kao prvu stvar ujutro. 72,5% izjavilo da su imali edukacije o štetnosti pušenja (27). Mlade osobe koje navode da su počele pušiti zbog društva i toga da „izgledaju“ odraslije, znaju da je pušenje štetno, i ono što je bitno smatraju da bi značajno povećanje cijene cigareta kod mladih zaista uzrokovalo smanjenje pušača (83).

Važna ulogu imaju liječnici obiteljske prakse koji bi trebali pitati korisnike zdravstvene usluge o navikama pušenja te pokušati djelovati naročito na mladu populaciju da ne puši (84). Ipak bi se trebalo držati zakona izglasanog u Saboru o smanjenju upotrebe duhanskih proizvoda (85).

Nedostatak ovog istraživanja je što nisu u VSS razgraničene diplomirane medicinske sestre/fizioterapeuti, magistre sestrinstva/fizioterapije od liječnika, što nisu podijeljeni po županijama, iako su ispitanici iz različitih gradova. Distribucija pušača/nepušača bi trebala biti bolja, i bilo bi dobro kao u istraživanju u Križevačko-koprivničkoj županiji ponoviti istraživanje na istim ispitanicima da se vidi koliki je trend smanjenja pušenja u zdravstvenoj populaciji i koliko se popravlja stav o znanju o štetnosti pušenja i spremnost educiranja drugih osoba.

9 ZAKLJUČCI

Analizom provedenog upitnika među zdravstvenim djelatnicima prikazani su stavovi zdravstvenih djelatnika, navike i znanja o konzumiranju nikotinskih proizvoda.

Od anketiranih osoba, 38,5% je pušača, 48,82% nepušača te 12,7% bivših pušača.

Prema dobnim skupinama značajno više nepušača je u mlađim dobnim skupinama (do 40 godina). Mlađi ispitanici bi prestali pušiti zbog financija dok bi stariji prestali pušiti zbog zdravlja.

Po spolu, žene bi više branile svom djetetu da puši, manje izlaze na pauze za pušenje, počele su malo ranije pušiti; žene sa 17,6 godina dok su muškarci počinjali u prosjeku sa 17,7 godina. Značajno više žena od muškaraca pokušalo je prestati pušiti.

Kao razlog pušenja najčešći odgovori su bili: iz navike i jer ih pušenje opušta.

Postoji značajna razlika u odgovorima na pitanja vezana uz štetnost pušenja i oboljenja. S obzirom na razinu obrazovanosti ispitanika, značajno više obrazovanijih ispitanika (bacc i VSS) na ovo pitanja odgovara potvrdno, dok ih značajno manje visoko obrazovanih odgovara „ne znam“. S obzirom na navike pušenja ne nalaze se značajne razlike u navikama pušenja s obzirom na stručnu spremnu ispitanika, ali značajno više ispitanika više obrazovanih ne puši na radnom mjestu uopće, dok osobe niže stručne spreme puše za vrijeme rada.

Što se tiče prostorija za pušenje na odjelima; oko dvije trećine ispitanika smatra da odjel psihijatrije treba imati odjel za pušače (75,6%), dok za ostale odjele to isto smatra nešto manje od polovice ispitanika (44,1%). Analizirajući odgovore došlo se do podatka da za ostale odjele nema razlike u odgovorima između pušača i nepušača, dok za odjel psihijatrije značajno više pušača od nepušača smatra da je potreban odjel za pušenje.

Većina ispitanika smatra da ni značajno poskupljenje cigareta (54,2%), ni slike na kutijama cigareta (69,9%) neće utjecati na navike pušenja, odnosno neće smanjiti broj pušača. Isto smatraju niže obrazovani ispitanici te ispitanici nižih primanja. Međutim, mlađe osobe navode da bi prestale pušiti zbog financija pa se stoga može promisliti o

tome da bi značajnije poskupljenje cigareta ipak moglo utjecati na prestanak pušenja barem kod dijela ispitanika.

Samoprocjena svojih znanja o pušenju, koja je vezana uz procjenu jesu li dovoljno educirani da podučavaju druge, pokazuju da više od polovice ispitanika vjeruje da je u stanju educirati pacijente ako je potrebno (58,9%). Nedovoljno educiranima se osjeća manje od četvrtine pacijenata (23,4%), dok je odgovor „ne znam“ dalo 17,7% ispitanika. Nisu se pokazale značajne razlike ni po jednoj sociodemografskoj varijabli.

Pušenje u zdravstvenih djelatnika unatoč zabranama pušenja u zdravstvenim ustanovama još uvijek je prilično prisutno, no pozitivni pomaci su u tome da je u novije vrijeme sve više zastupljen stav nepušenja, potiču se javne edukacije te edukativni materijali o nepušenju i što zdravstveni djelatnici shvaćaju da im je potrebna edukacija. Povećanjem školovanja većeg od SSS vidi se da je i svijest o štetnosti pušenja veća pa bi samim tim trebalo raditi na većem poticanju školovanja zdravstvenih djelatnika.

10 ZAHVALA

Veličina čovjeka ne ogleda se u njegovu bogatstvu, već u njegovom integritetu i sposobnosti da na ljude oko sebe utječe pozitivno.

Bob Marley(85)

Neopisivo hvala svim osobama koje su me podržale i u mom školovanju i u mom osobnom životu. Zbog Vas se i dalje smijem i smatram da je život zaista lijep.

Mojoj mentorici, prof. dr. sc. Jagodi Doko Jelinić veliko hvala na odvojenom vremenu i strpljenju dok se ovaj rad nije priveo kraju.

Još jednom veliko hvala svim anketiranim osobama - bez njih ovog rada ne bi bilo.

11 LITERATURA :

1. Strnad M. Etiologija i epidemiologija. Šamija M. i sur. Rak pluća. Zagreb: Nakladni zavod Globus; 1998. Str. 17-25.
2. Šimunić M. Zašto ne pušiti? Zagreb: M.A.K.-GOLDEN; 2000.
3. Ebling Z, Eljuga D. Bolesti uzrokovane pušenjem. Zagreb: Kratis; 1998.
4. Dečković Vukres V, Ivičević Uhernik A, Mihel S. Istraživanje o uporabi duhana u odrasloj populaciji Republike Hrvatske. 2015- [pristupljeno 06.04.2018.] Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/02/Duhan_2015.pdf
5. WHO/WHO report on the global tobacco epidemic; Monitoring tobacco use and prevention policies). 2017 -[pristupljeno 15.05.2018.] Dostupno na : http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/
6. Popović-Grle S. Pušenje i dišni sustav . Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2007.- [pristupljeno 20.02.2018.] Dostupno na: https://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/1397/1348
7. Čop N. Pušenje i moždani udar. Medicus. 2001;10(1). Str. 55-62.
8. Rojnić Palavra I,, Pejnović Franelić I, Musić Milanović S, Puljić K. Pasivno pušenje-aktivni ubojica. Liječnički vjesnik: 2013. Str. 135
9. WHO. Europski kodeks protiv raka. 2016. -[pristupljeno 06.04.2018.] Dostupno na: https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/hr/12-nacina/duhan/2599-utjece-li-moje-pusenje-na-pusenje-drugih-ljudi-%20
10. Jonjić A. Zašto pušiti i piti? Rijeka: Tiskara; 1993.
11. Blažić-Čop N, Đorđević V. SOS za (ne)pušače. Zagreb: Global komunikacije; 1991.
12. Jakšić Ž, Ebling Z, Tiljak H, Šoštić Z. Primarna prevencija raka. Fajdić J. i sur. Pojavnost raka u Požeškoj regiji. Požega: Zrinski d.d.;1966. Str.127-134.
13. Čop N, Tomek R, Pavelić Lj, Šamija M. Prevencija - glavna strategija za smanjenje smrtnosti. Šamija M. i sur. Rak pluća. Zagreb: Nakladni zavod Globus; 1998. Str.31-49.
14. Opća enciklopedija. Duhan. 2017. -[pristupljeno 20.02.2018] Dostupno na: http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=16512

15. Poljak Ž. Neprijatelj čovječanstva osvaja svijet. Život i zdravlje. Zagreb; 1987; br. 3-4.
16. HZJZ. Dubrovačko-neretvanska županija. 2017 -[pristupljeno 25.02.2018.] Dostupno na: http://www.zzjzdnz.hr/hr/zdravlje/pusenje-i-zdravlje/268-ch-0?&l_over=1
17. The Reports of the Surgeon General . The 1964 Report on Smoking and Health. 2017.- [pristupljeno 28.05.2018.] Dostupno na: https://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/NN/p-nid/60
18. Luther L. Terry Awards. 2018.- [pristupljeno 28.05.2018.] Dostupno na: https://www.cancer.org/about-us/recognition/awards/luther-terry-award.html
19. ESPAD. 2016.- [pristupljeno 15.05.2018.] Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/10/HR_ESPAD_2015_RGB_3.pdf
20. Blažić- Čop N, Đorđević V. I vi možete prestati pušiti. Zagreb: Genesis ;2006.
21. Hrabak-Žerjavić V, Kralj V. Pušenje-čimbenik rizika za zdravlje. HZJZ. 2014.- [pristupljeno 12.05.2018.] Dostupno na: http://javno-zdravlje.hr/pusenje-cimbenik-rizika-za-zdravlje/
22. Grabovac S, Opačić M, Ceronja I, Puharić Z, Bonet A. Izvještaj o pušenju cigareta među školskom djecom i razlike u kvaliteti života i glasa između bivših pušača-laringektomiranih osoba i zdravih nepušača. 2017 - [pristupljeno 12.05.2018] Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/166466.
23. Hrabak-Žerjavić V, Strnad M. Epidemiologija i prevencija raka. Klinička onkologija. Zagreb: Nakladni zavod Globus; 1996. Str.125-142
24. Roglić M, Vladović-Relja T, Čučević I, Šamija M, Miculinić N. Tumori bronhopulmonalnog sustava i medijastinuma. Klinička onkologija. Zagreb: Nakladni zavod Globus; 1996. Str.264-310.
25. D. Cikojević, M. Krnić, S. Marčina. Utjecaj pušenja na mukocilijarni transport sluznice nosa. Acta Med Croatica. 2014; 68 : 247-251
26. Bognar L. Pedagoški aspekt problema ovisnosti kod mladih. 2015. -[pristupljeno 25.05.2018.] Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/139342 .

27. Kuzman M, Mayer D. Uporaba duhana u mladih u Hrvatskoj. 2007.-[pristupljeno 28.05.2018.] Dostupno na: http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/1400/1351

28. Kuzman M, Pavić Šimetin I, Pejnović Franelić I. Može li se pušenje smatrati ulaskom u svijet rizičnih ponašanja mladih? 2007. -[pristupljeno 28.05.2018.] Dostupno na: http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/1401/1352

29. Matešan K. Štetni učinci pušenja. Javno zdravstvo. 2013. -[pristup 25.05.2018.] Dostupno na: **https://issuu.com/nzjz/docs/casopis6_2013**

30. Blažić-Čop N. Ovisnost o pušenju i suvremene metode liječenja. 2007.-[pristupljeno 28.05.2018.] Dostupno na: http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/1402/1353

31. Ceronja I. Zašto ograničiti upotrebu duhanskih proizvoda? Liječnički vjesnik. 2013; 135: 104-109.

32. Kaplan HI, Sadock BJ. Priručnik kliničke psihijatrije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1997. Str. 64.

33. Cop-Blazic N, Zavoreo I. There is no healthy level of smoking.2009. -[pristupljeno 15.05.2018.] Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/70063

34. Krstačić G. Pušenje i krvožilne bolesti. 2007. - [pristupljeno 15.05.2018.] Dostupno na: http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/1398/1349

35. Rainer Ž. Što se može poduzeti na razini pučanstva da se smanji rizik za kardiovaskularne bolesti? Cardiologija Croatica. 2012; 7(9-10): 234

36. D. Cikojević, M. Krnić, S. Marčina. Utjecaj pušenja na mukocilijarni transport sluznice nosa. Acta Med Croatica. 2014; 68: 247-251

37. Pavić I, Golmajer Vlahović I, Pavić I, Čurlin M. Pasivno pušenje i poremećaji dišnog sustava u djece. Paediatrica Croatia. 2015; 59: 25-31.

38. HZJZ. Više niste sami. Trudnoća i pušenje. 2017.- [pristupljeno 06.04.2018.] Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/02/Vise-niste-sami_trudnoca-i-pusenje.pdf

39. Počekaj A. Škola odvikavanja od pušenja. 2005. -[pristupljeno 20.04.2018.] Dostupno na: http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/1734%20
40. Frković A, Katalinić S. Pušenje i alkohol u trudnoći. Pitanje sukoba interesa majka – plod. Gynaecol Perinatol. 2006;15(3):166–171
41. Čatipović M. i sur. Navika pušenja u školske djece. Med.vjesnik. 1998; 30(3-4): 239-245.
42. Fistonić I, Radaković B, Zekan J, Lozo P., Fistonić N, Maletić A. Kriza plodnosti. Gynaecol Perinatol. 2009;18 (2):72-75.
43. Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije. Štetni učinci pušenja. 2013.- [pristupljeno 06.04.2081.] Dostupno na: http://www.nzjz-split.hr/web/index.php/hr/ostale-vijesti/308-stetni-ucinci-pusenja
44. Grbac I, Bašić-Grbac M, Ostojić J. Rak pluća. Medicus. Vol.10,No-2 Maligni tumori Studeni 2001. - [pristupljeno 12.05.2018.] Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/19348
45. Brkić H, Keros J, Mravak-Stipetić M, Žiger T. Djelovanje pušenja duhana na tvrda i meka tkiva usne šupljine . Acta Stomatolog Croat. 1994; 28: 287—294
46. Jindra Lj, Cindrić G, Girotto M. Utjecaj pušenja na razvoj i progresiju parodontalne bolesti. Acta Stomatolog Croat. 2003; Vol. 37, br. 3.
47. Rudan N, Gamulin S, Fajdić J. Rak dojke. Fajdić J. i sur. Bolesti dojke. Zagreb: Nakladni zavod Globus; 1998.
48. Strnad M. Hrabak-Žerjavić V. Prevencija raka dojke. Fajdić J. i sur. Bolesti dojke. Zagreb: Nakladni zavod Globus; 1998.
49. Gomzi M, Bobić J, Pavlović M. Pušenje roditelja i učestale prehlade djece. 2002.- [pristupljeno 15.05.2018.]Dostupno na: http://www.academia.edu/33867764/Pu%C5%A1enje_Roditelja_I_U%C4%8Destale_Prehlade_Djece?auto=download
50. Hajdić J, Pavlov N, Dragišić-Ivulić S. Utjecaj pasivnog pušenja na kontrolu astme u djece. Paediat Croat. 2016;60:45-50.
51. HZJZ Svjetsko istraživanje o uporabi duhana u mladih. 2017.- [pristupljeno 10.02.2018.] Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/05/GYTS_HZJZ_WEB_000.pdf
52. Hill Rice V, Hartmann-Boyce J, Stead L.F. Nursing interventions for smoking cessation. 2013. - [pristupljeno 12.05.2018.] Dostupno na:

http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001188.pub4/abstract;jsessionid=60BEDE2DA075F559D4FE590AFAB1E693.f04t03

53. Mayer D. Mjere u provođenju borbe protiv pušenja duhana. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2017; Vol 13: broj 51.
54. Sudar Š. i suradnici. Edukacija i informiranje putem WEB-a o prevenciji i odvikavanju od pušenja. 2017. - [pristupljeno 05.05.2018.] Dostupno na: http://stari.skolamedvinogradska.hr/projekti.html
55. Škola nepušenja. 2014. - [pristupljeno 25.05.2018.] Dostupno na: http://www.medikus.hr/novosti/1525-skola-nepusenja.html
56. Državni zavod za statistiku RH. 2017. - [pristupljeno 06.04.2018.] Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2017/09-01-01_12_2017.htm
57. Gazdek D. Trend navike pušenja u zdravstvenim ustanovama Križevačko-koprivničke županije i politika kontrole pušenja –komparativna studija:1988.-2011.- [pristupljeno 06.04.2018.] Dostupno na: http://www.zzjz-kkz.hr/dokumenti/Trend_navike_pusenja.pdf
58. Badri F, Sajiaji H, Amro L. Prevalence of smoking among doctors and paramedical staff in Hospital University Center Mohammed VI, Marrakech.2017. - [pristupljeno 12.05.2018.] Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28451023
59. doll¨Omo M, Abbritti G, Folletti I, Gambelunghe A, Muzi G, Rossi LE, Murgia N. Reduction of tobacco smoking among physicians of a hospital in central Italy. 2012. - [pristupljeno 12.05.2018.] Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23405688
60. Sušac A. Malignomi dušnika i pluća. Znanjem protiv deset vodećih bolesti u Hrvatskoj. Zagreb: HKLD; 45-48.
61. Ammar J, Hamzoui A, Berraies A, Hamzaoni A. Smoking prevalence in A Mami hospital of Ariana: prospective study about 700 health professionals. 2013.- [pristupljeno 12.05.2018.] Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24458673
62. Kelleher CC, Frazer K. An international smoking ban-how many lives will be saved? 2014. - [pristupljeno 12.05.2018.] Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24771033-

63. Kulcar Z, Kovacić L, Bedenić B. Smoking in the population of Croatia. Liječnički Vjesnik.1974. - [pristup 06.04.2018.] Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_10_125_3560.htmp
64. Turek S, Rudan I, Smolej-Narancić N, Szirovicza L, Cubrilo-Turek M, Zerjavić-Hrabak V et al. A large cross-sectional study of health attitudes, knowledge, behaviour and risks in the post-war Croatian population (the First Croatian Health Project). Coll Antropol. 2001. - [pristupljeno 06.04.2018.] Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11787568
65. Mannisto T, Bloigu A, Heino A, Gissler M, Surcel HM. Changes in objectively measured smoking in prtegnancy by time and legislative changes in Finland: a retrospective cohort study. 2016. - [pristupljeno 12.05.2018.] Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Mannisto+T.%2C+Bloigu+A.%2C+Heino+A.%2C+Gissler+M.%2C+Surcel+HM.+Changes+in+objectively+measured+smoking+in+prtegnancy+by+time+and+legislative+changes+in+Finland%3A+a+retrospective+cohort+study
66. Du Plooy JL, Marcharia M, Verster C. Cigarette smoking, nicotine dependence, and motivation to quit smoking in South African male psychiatric in patients. 2016. -[pristupljeno 12.05.2018.] Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112714/
67. Zagrajski Brkić M, Šogorić S, Lovrić S, Sertić V, Galinec A, Tomas M, Mikulan M, Gašparić-Sikavica M, Markovčić D. Bolnice koje promiču zdravlje – samoprocjena aktivnosti promicanja zdravlja na primjeru Odjela za psihijatriju Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica • Acta Med Croatica. 2018; 72 : 233-239.
68. Bloom DE, Canning D. The health and wealth of nations. Science 2000 Feb; 287:1207-1208.
69. Ajduković, M. i Rajhvajn Bulat, L. Doživljaj financijskog statusa obitelji i psihosocijalno funkcioniranje srednjoškolaca. Revija za socijalnu politiku. 2012;19: 233-25.
70. Mihić, J. i Bašić, J. Preventivne strategije- eksternalizirani poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja djece i mladih. Ljetopis socijalnog rada. 2008; 1: 445-47

71. Brborović O. Povezanost formalne edukacije i pritiska okoline sa subjektivnim osjećajem duševnog i tjelesnog zdravlja. Disertacija Medicinski fakultet. Zagreb: 2010.
72. Pilić L., Džakula A. Socioekonomski status i rizična zdravstvena ponašanja odrasle Hrvatske populacije. Acta Med Croatica. 2013; 67: 25-35
73. Prucha MG, Fisher SG, McIntosh S, Grable JC, Holderness H, Thevent-Morrison K, deMonegro ZQ, Sanchez JJ, Bautista A, Diaz S, Ossip DJ. Health care workers' knowledge, attitudes and practices on tobacco use in economically disadvantaged dominican republic communities. 2015.-[pristupljeno 15.05.2018.] Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25872018
74. Ptiček M. Stavovi medicinskih sestara o njihovoj ulozi u provođenju zdravstvenog odgoja u školi. Diplomski rad. Zagreb, 2014-[pristupljeno 05.05.2018.] Dostupno na: https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef:480/preview
75. Malatestinić Đ. Roviš D, Mataija-Redžović A, Dabo J, Janković S. Prevalencija rizičnih ponašanja adolescenata:anketni upitnik. 2008. -[pristupljeno 15.05.2018.] Dostupno na: https://scholar.google.hr/scholar?q=Prevalencija+rizi%C4%8Dnih+pona%C5%A1anja+adolescenata:anketni+upitnik&hl=hr&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart
76. Mackereth P, Finchett C, Holt M. Bolnički razgovori bez duhanskog dima: i medicinske sestre mogu potaknuti promjene. Plavi fokus; 2017; br.1: 44-45
77. Khetan A, Purushothaman R, Zullo M, Gupta R, Hejjaji V, Agarwal S, Mohan SK, Josephson R. Rationale and design of a cluster-randomized controlled trial to evaluate the effects of a community health worker-based program for cardiovascular risk factor control in India. 2017. - [pristupljeno 12.05.2018.] Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28267470
78. Mustajbegović J. Način života i zdravlje. Medicus. 2000; Vol 9.No.1: 7-15
79. Sebo P, Maisouneuve H, Cerutti B, Fournier JP, Senn N, Rat C, Haller DM. Overview of preventive practices provided by primary care physicians: A cross-sectional study in Switzerland and France. 2017. - [pristupljeno 15.05.2018.] Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28873433

80. Schroeder S. Što učiniti s bolesnikom koji puši? JAMA. 2005; br.6: 454-459.
81. Tobacco Dependence Treatment Training Programs: An International Survey. 2016. - [pristupljeno 12.05.2018.] Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26117835
82. Krijan M, Domić S, Jerković Gavran K, Martić B. Navika pušenja među zdravstvenim djelatnicima u primarnim zdravstvenim ustanovama Požeško-slavonske županije. 2017. - [pristupljeno 14.05.2018.] Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=292794
83. Perković D, Čivljak M. Stavovi mladih korisnika Facebooka iz Hrvatske o pušenju duhana. Sestrinski glasnik. 2016; 21: 117-24.
84. Katić M. Mjesto i uloga obiteljskog liječnika u sprečavanju suzbijanja pušenja. 2007. - [pristupljeno 25.05.2018.] Dostupno na: http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/1403/1354
85. Zastupnički dom Hrvatskog državnog sabora. Zakon o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda. Zagreb: Narodne novine; 128/1999.
86. Mudre misli. 2018. -[pristupljeno 06.04.2018.] Dostupno na: http://citati.hr/

12 ŽIVOTOPIS:

Rođena sam 04.06.1971.godine u Zagrebu. U Zagrebu pohađam osnovnu i srednju medicinsku školu (Vinogradska, Zagreb), gdje završavam pripravnički staž te počinjem raditi u Klinici za očne bolesti.

1994. udajom se selim u Daruvar, radim u Virovitici, Daruvaru i u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju u Lipiku gdje sada radim preko 20-tak godina.

Nakon teške bolesti shvaćam koliko je bitna edukacija ljudi pa upisujem daljnje školovanje za prvostupnicu sestrinstva u VTŠBJ u Bjelovaru a nakon završetka tog školovanja upisujem magisterij u Zagrebu.

Ponosna sam majka dvoje djece, u slobodno vrijeme bavim se slikanjem.

Volim učiti, provoditi anketiranja da bih saznala i druga mišljenja te tako došla do novih spoznaja.

13. PRILOZI: 13 a-PUŠAČI

STAVOVI ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA O PUŠENJU =PUŠAČI

Poštovani,
anketa je anonimna i upotrijebiti će se samo u svrhu prikupljanja podataka za magistarski rad. Pojam pušenje odnosi se na duhanske proizvode, ne na električne cigarete.

Unaprijed zahvaljujem na odvojenom vremenu za ispunjavanje ankete.

1. Živite u : a) gradu b) na selu

2. Po spolu ste: a) žena b) muškarac

3. Po dobi ste:
a) između 18-30 godina
b) između 31-40 godina
c) između 41-50 godina
d) između 51-60 godina
e) imate 61 ili više godina

4. Završili ste: a) SSS b) prvostupnik/ca c) VSS

5. Vaša primanja su:
a) nemam primanja-nezaposlen/na
b) ispod 5500 kn
c) između 5500 i 10000 kn
d) iznad 10000 kn

6. Smatrate li da je pušenje štetno za zdravlje?
a) da b) ne c) ne znam

7. Znate li da je oko 30% karcinoma uzrokovano pušenjem?
a) da b) ne c) ne znam

8. Smatrate li da osim raka pluća pušenje može utjecati i na pojavu nekog drugog raka npr.:
=) raka mokraćnog mjehura? a) da b) ne c) ne znam
=) raka želuca? a) da b) ne c) ne znam
=) raka debelog crijeva? a) da b) ne c) ne znam

9. Biste li dozvolili svom maloljetnom djetetu da puši?
a) da b) ne c) ne znam d) ne mogu utjecati na to

10. Znate li da ustanova u kojoj radite podliježe kazni ako se pronađe osoba koja puši u prostorima te ustanove?
a) da b) ne c) ne znam

12. Smatrate li prihvatljivim da i drugi odjeli poput onkologija, kirurgija imaju prostorije za pušače?
a) da b) ne c) ne znam

13. Smatrate li da značajnije poskupljenje cigareta može smanjiti broj pušača?
a) da b) ne c) ne znam d) nešto drugo _____

14. Smatrate li da slike bolesnih organa na kutijama cigareta mogu odvratiti osobu od pušenja?
a) da b) ne c) ne znam d) nešto drugo _____

15. Zalazite li u ugostiteljske objekte gdje je dozvoljeno pušenje?
a) samo u takve idem
b) nikada
c) ako nemam izbora
d) ne gledam koji su objekti za pušače a koji nisu

16. Mislite li da biste mogli educirati pacijente o štetnosti pušenja kada bi to bilo potrebno?
a) da, ako je potrebno
b) ne, nisam dovoljno educiran/na o štetnostima pušenja
c) ne znam

17. Koliko puta izlazite s radnog mjesta u smjeni zbog pušenja?
a) manje od 3 puta
b) od 4 do 6 puta
c) više od 6 puta
d) nešto drugo_____
e) uopće ne pušim na radnom mjestu

18. Ako biste prestali pušiti zašto biste to napravili?
a) zbog zdravlja
b) zbog financija
c) zbog obitelji
d) nešto drugo_____

19. Zašto ste počeli pušiti?
a) iz znatiželje
b) zbog društva
c) nešto drugo_____

20. Zašto pušite?
a) iz navike
b) smiruje me
c) opušta me
d) zbog društva
e) iz dosade
f) nešto drugo_____

21. Koliko u prosjeku pušite?
a) do 5 cigareta dnevno
b) do 10 cigareta dnevno
c) više od 10 cigareta dnevno
d) ponekad u tjednu do _____
e) samo u nekim prilikama (npr. proslave)i koliko_____?

22. Kada ste počeli pušiti?_____

23. Koliko godina pušite?
a) manje od 5 godina
b) 5 godina i više

24. Jeste li pokušali prestati pušiti?
a) da
b) ne

13 b-NEPUŠAČI

STAVOVI ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA O PUŠENJU = ZA NEPUŠAČE

Poštovani,

anketa je anonimna i upotrijebiti će se samo u svrhu prikupljanja podataka za magistarski rad. Pojam pušenje odnosi se na duhanske proizvode, ne na električne cigarete.

Unaprijed zahvaljujem na odvojenom vremenu za ispunjavanje ankete.

1. Živite u : a) gradu b) na selu

2. Po spolu ste: a) žena b) muškarac

3. Po dobi ste:

a) između 18-30 godina

b) između 31-40 godina

c) između 41-50 godina

d) između 51-60 godina

e) imate 61 ili više godina

4. Završili ste: a) SSS b) prvostupnik/ca c) VSS

5. Vaša primanja su:

a) nemam primanja-nezaposlen/na

b) ispod 5500 kn

c) između 5500 i 10000 kn

d) iznad 10000 kn

6. Vi ste:

a) nepušač b) pušio/la sam i prestao/la sam i kada

_____

7. Smatrate li da je pušenje štetno za zdravlje? a) da b) ne
c) ne znam

8. Znate li da je oko 30% karcinoma uzrokovano pušenjem?

a) da b) ne c) ne znam

9. Smatrate li da osim raka pluća pušenje može utjecati i na pojavu nekog drugog raka npr.:

=) raka mokraćnog mjehura? a) da b) ne c) ne znam

=) raka želuca? a) da b) ne c) ne znam

=) raka debelog crijeva? a) da b) ne c) ne znam

10. Biste li dozvolili svom maloljetnom djetetu da puši?

a) da b) ne c) ne znam d) ne mogu utjecati na to

11. Znate li da ustanova u kojoj radite podliježe kazni ako se pronađe osoba koja puši u prostorima te ustanove?

a) da b) ne c) ne znam

12. Smatrate li prihvatljivim da odjeli psihijatrije imaju prostorije za pušače?

a) da b) ne c) ne znam

13. Smatrate li prihvatljivim da i drugi odjeli poput onkologija, kirurgija imaju prostorije za pušače?

a) da b) ne c) ne znam

14. Smatrate li da značajnije poskupljenje cigareta može smanjiti broj pušača?

a) da b) ne c) ne znam d) nešto drugo

_____

15. Smatrate li da slike bolesnih organa na kutijama cigareta mogu odvratiti osobu od pušenja?

a) da b) ne c) ne znam d) nešto drugo

_____

16. Zalazite li u ugostiteljske objekte gdje je dozvoljeno pušenje?

a) samo u takve idem

b) nikada

c) ako nemam izbora

d) ne gledam koji su objekti za pušače a koji nisu

17. Mislite li da biste mogli educirati pacijente o štetnosti pušenja kada bi to bilo potrebno?

a) da, ako je potrebno

b) ne, nisam dovoljno educiran/na o štetnostima pušenja

c) ne znam

18. Mislite li da pušači imaju u osmosatnom radnom vremenu više pauza nego nepušači (izlaze s radnog mjesta pušiti)?

a) da b) ne c) ne znam d) nešto drugo_____

PITANJA ZA OSOBE KOJE SU PUŠILE I PRESTALE

19. Zašto ste počeli pušiti?

a) iz znatiželje

b) zbog društva

c) nešto drugo_____?

20. Kad ste prestali pušiti koji je bio razlog?

a) zdravlje

b) financije

c) obitelj ili prijatelji

d) nešto
drugo_____

21. Kad ste pušili koliko ste pušili?

a) do 5 cigareta dnevno

b) do 10 cigareta dnevno

c) više od 10 cigareta dnevno

d) ponekad u tjednu do
_____

e) samo u nekim prilikama (npr. proslave) i
koliko_____

22. Kada ste počeli pušiti?_____

23. Koliko godina ste pušili?

a) Manje od 5 godina

b) 5 i više godina