

# RAZŠIRJENOST KAJENJA MED MEDICINSKIMI SESTRAMI, BABICAMI IN ZDRAVSTVENIMI TEHNIKI V SLOVENIJI

## THE PREVALENCE OF SMOKING AMONG NURSES, MIDWIVES AND NURSING TECHNICIANS IN SLOVENIA

Helena Koprivnikar<sup>1</sup>, Tina Zupanič<sup>1</sup>, Vesna Pucelj<sup>1</sup>, Mojca Gabrijelčič Blenkuš<sup>1</sup>

Prispelo: 5. 4. 2012 – Sprejeto: 6. 8. 2012

Izvirni znanstveni članek  
UDK 613.84

### Izveleček

**Uvod:** Medicinske sestre lahko s svetovanjem za opustitev kajenja pomembno prispevajo k zmanjšanju rabe tobaka; pri tem jih pomembno ovira njihovo lastno kajenje. Namen raziskave je prikazati kadilske navade te poklicne skupine v Sloveniji.

**Metode:** Analiza temelji na podatkih iz presečne raziskave na nacionalno reprezentativnem vzorcu medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov (spletna anketa). Naključno izbrani člani Zbornice zdravstvene in babiške nege so se odzvali v 51% (N = 1.500), o tem, ali kadijo ali ne, pa smo dodatno pridobili podatke še od 218 oseb, ki sicer v anketi niso želele sodelovati.

**Rezultati:** V Sloveniji kadi 20,9% medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov, več moških (32,9%) kot žensk (19,6%), več tistih s srednjo stopnjo izobrazbe (25,1%) kot z višjo ali več (12,1%), z nižjo samooceno materialnega standarda, ki ne živijo s partnerjem in ki nimajo (predšolskih) otrok ter med njihovimi najbližjimi sodelavci, prijatelji in sorodniki kadi nadpovprečen delež oseb. Več kot polovica (52,9%) jih je začela kaditi med šolanjem na srednjih šoli, znaten delež (15,6%) pa tudi v prvih letih zaposlitve. 20% jih navaja, da v ustanovi, v kateri delajo, zaposleni kršijo prepoved kajenja.

**Zaključek:** Kajenje med medicinskimi sestrami, bobicami in zdravstvenimi tehniki je v Sloveniji še vedno prepogost pojav ter lahko znatno vpliva na njihovo poslanstvo in delo na področju promocije nekajenja in pomoči pri opuščanju kajenja. Pomembno je, da za to poklicno skupino okrepimo promocijo nekajenja že od začetka šolanja in organiziramo ustrezne programe opuščanja kajenja.

**Ključne besede:** kajenje, prevalenca, medicinske sestre

Original scientific article  
UDC 613.84

### Abstract

**Background:** Nurses can contribute significantly to tobacco control efforts with smoking cessation advise and/or counselling, but the most important barrier for this is their own smoking. The aim of this study is to assess the prevalence of smoking among nurses in Slovenia.

**Methods:** The analysis is based on data from a cross-sectional study on a nationally representative sample of nurses, midwives and health technicians (online survey). Randomly chosen members of the Nurses and Midwives Association of Slovenia responded in 51% (n=1500). We additionally obtained data on smoking status only from 218 persons, who otherwise did not want to participate in the survey.

**Results:** 20.9% of nurses, midwives and health technicians in Slovenia smoke, more men (32.9%) than women (19.6%), more in the group with secondary education (25.1%) than in the group with a higher level of education (12.1%) and more in the group more with a lower self-assessed material standard, not living with a partner, without (preschool) children and among those whose close co-workers, friends and relatives smoke in high proportion. More than half (52.9%) started to smoke during secondary school and a significant proportion (15.6%) during the first years of employment. 20% of them state that employees violate the ban on smoking in the institution where they work.

<sup>1</sup>Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija  
Kontaktni naslov: e-pošta: helena.koprivnikar@ivz-rs.si

**Conclusion:** *Smoking among nurses, midwives and health technicians in Slovenia is still a too-common phenomenon and can greatly affect their mission and work on the promotion of non-smoking and smoking cessation interventions. For this occupational group, it is important to strengthen promotion of non-smoking from the beginning of the high school on and to organize appropriate smoking cessation programs.*

**Key words:** smoking, prevalence, nurses

## 1 UVOD

V svetu in pri nas je tobak med najpomembnejšimi dejavniki tveganja za umrljivost in obolevnost (1). Zdravstveni delavci lahko pomembno vplivajo na zmanjšanje rabe tobaka (2, 3). Medicinske sestre kot največja skupina zdravstvenih delavcev, ki imajo ugled in znanje, neposreden stik z bolniki, dajejo zgled in z zagovorništvo nekajenja, motivacijo za opustitev kajenja ter s pomočjo pri opuščanju kajenja lahko pomembno prispevajo k zmanjšanju rabe tobaka (4, 5). Raziskave potrjujejo, da je svetovanje za opustitev kajenja, ki ga izvajajo medicinske sestre, učinkovito (6), tisto, kar jih pri tem pomembno ovira, pa njihovo lastno kajenje (5, 7). V tej poklicni skupini je raziskovanje kadilskih navad eno prednostnih raziskovalnih področij (8). V Sloveniji imamo na voljo le malo raziskav na tem področju (9–11).

Z namenom, da pridobimo podatke o razširjenosti kajenja med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji, smo izvedli nacionalno raziskavo. Namen prispevka je prikazati kadilske navade skupno, glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe, vrsto delovnega okolja in glede na druge izbrane dejavnike.

## 2 UDELEŽENCI IN METODE

Raziskavo »Kajenje ter dejavniki, povezani s kajenjem in z opuščanjem kajenja med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji« smo izvedli na Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije v sodelovanju z Zbornico zdravstvene in babiške nege – Zvezo strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Presečna raziskava je bila izvedena na nacionalno reprezentativnem vzorcu medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Vzorčni okvir je predstavljal register Zbornice zdravstvene in babiške nege. Izvedeno je bilo naključno vzorčenje brez ponavljanja, pri čemer je bila upoštevana struktura članov zbornice glede na spol. Naključno smo izbrali 3.000 članov zbornice, naknadno pa zaradi neustreznosti izločili 40 posameznikov (upokojeni, ki so se zaradi manjše ažurnosti registra znašli v naključno izbranem vzorcu), tako da smo po pošti k sodelovanju

v anketi povabili 2.960 posameznikov. Osnovni način anketiranja je predstavljala spletna anketa, na željo posameznika pa smo anketo izvedli tudi prek običajne pošte, telefona ali elektronske pošte. Raziskava je potekala od maja do avgusta 2010.

V raziskavi smo medicinske sestre, babice in zdravstvene tehnike spraševali o njihovih kadilskih navadah, začetku kajenja in o s tem povezanih dejavnih, opuščanju kajenja, življenjskem slogu, delovnem okolju in o demografskih kazalnikih. Uporabili smo strukturiran in pilotsko preverjen vprašalnik. Raziskavo je odobrila Komisija RS za medicinsko etiko na seji 20. 4. 2010 (št. odločbe 95/04/10).

Podatki so bili analizirani s programom SPSS 19, in sicer smo s pomočjo dvo- in večrazsežnih kontingenčnih tabel, s katerimi smo ugotavljali kadilske navade medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe, materialni standard in druge opazovane spremenljivke. Za ugotavljanje povezanosti med posameznimi opazovanimi spremenljivkami smo uporabili  $\chi^2$ -test, ki nam omogoča sklepanje iz vzorca na populacijo, pri čemer smo za raven značilnosti vzeli vrednost statistične značilnosti  $p \leq 0,05$ .

V nadaljevanju besedila so nekatere ocene zaradi majhnih podvzorcev posameznih populacijskih podskupin lahko manj natančne, zato so stopnje natančnosti ocen populacijskih vrednosti ponekod označene s črko M, to je v primeru, ko je posamezna ocena manj natančna, vendar še sprejemljiva, kar pomeni, da se standardna napaka ocene deleža giblje na intervalu od 5 % do vključno 15 %. Kadar pa je standardna napaka ocene deleža večja od 15 %, je ocena premalo natančna za objavo in ti deleži v besedilu niso predstavljeni. Kadar pri posameznih ocenah ni posebnih oznak, to pomeni, da so ocene dovolj natančne (12).

## 3 REZULTATI

Na naše povabilo k sodelovanju v raziskavi se je odzvalo 1.500 oseb oziroma 51% vseh oseb, izbranih v vzorec. Podatek o tem, ali kadijo ali ne, nam je dodatno zaupalo še 218 oseb, ki sicer niso želele izpolnjevati vprašalnika. Značilnosti vzorca anketiranih, katerih podatki so bili analizirani, so predstavljeni v Tabeli 1.

V nadaljevanju predstavljeni podatki so analizirani po skupinah glede na kadilski status (kadilci, nekdanji kadilci in nekadilci).

Tabela 1. Značilnosti vzorca.

Table 1. Sample characteristics.

	n	%
<b>SKUPAJ/TOTAL</b>	<b>1718</b>	<b>100%</b>
<b>Spol/Sex</b>	<b>1714</b>	
Ženski/Female	1574	90,3%
Moški/Male	167	9,3%
<b>Starost/Age</b>	<b>1604</b>	
20-29 let/20-29 years	231	14,4%
30-39 let/30-39 years	441	27,5%
40-49 let/40-49 years	553	34,5%
50 in več let/50 years and more	379	23,6%
<b>Stopnja izobrazbe/ Education</b>	<b>1582</b>	
Srednja/Secondary	986	62,3%
Višja ali več/Higher or more	596	37,7%
<b>Delovno mesto/ Workplace</b>	<b>1600</b>	
Bolnišnica/Hospital	793	49,6%
Izven bolnišnic/ non-hospital	666	41,6%
Drugo/Other	141	8,8%

### 3.1 Kadilske navade medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov skupno, glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe in druge dejavnike

Prevalenca kajenja (redno in občasno kajenje) je 20,9% (95% IZ je med 19% in 22,8%). 29,1% (95% IZ je med 26,9% in 31,3%) je nekdanjih kadilcev, nikoli jih ni kadilo 50% (95% IZ je med 47,6% in 52,4%).

#### 3.1.1 Spol in starost

Kadilske navade se statistično značilno razlikujejo glede na spol ( $p < 0,001$ ;  $n = 1.714$ ), kadi 19,6% žensk (95% IZ je med 17,6% in 21,6%) in 32,9% moških (95% IZ je med 25,8% in 40%).

Kadilske navade se statistično značilno razlikujejo tudi glede na desetletne starostne skupine ( $p < 0,001$ ;  $n = 1604$ ), statistično značilna razlika obstaja med starostnima skupinama od 20 do 29 let in od 30 do 39 let, med preostalimi starostnimi skupinami pa ni statistično značilnih razlik v deležu kadilcev. V starostni skupini od 20 do 29 let je delež kadilcev 26,4% (95% IZ je med 20,7% in 32,1%), od 30 do 39 let 16,8% (95% IZ je med 13,3% in 20,3%), od 40 do 49 let 21,5% (95% IZ je med 18,1% in 24,9%) in v starostni skupini 50 let in več 17,9% (95% IZ je med 14% in 21,8%).

#### 3.1.2 Stopnja izobrazbe in delovno okolje

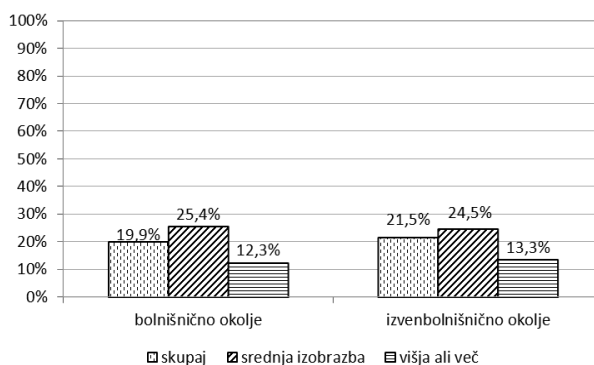
Kadilske navade se statistično značilno razlikujejo glede na stopnjo izobrazbe ( $p < 0,001$ ;  $n = 1.596$ ), kadi 25,1% (95% IZ je med 22,4% in 27,8%) tistih s srednjo stopnjo izobrazbe in 12,1% (95% IZ je med 9,5% in 14,7%) tistih z višjo stopnjo izobrazbe ali več.

V kadilskih navadah pa ni statistično značilnih razlik glede na delovno okolje, to je bolnišnično ali zunajbolnišnično. To je lahko do neke mere tudi odraz tega, da je v bolnišničnem okolju statistično značilno nižji delež tistih s srednjo stopnjo izobrazbe, ki sicer kadijo v višjem deležu ( $p < 0,001$ ;  $n = 1.573$ ).

Statistično značilne razlike v kadilskih navadah glede na stopnjo izobrazbe so prisotne v obeh delovnih okoljih, v bolnišničnem ( $p < 0,001$ ;  $n = 780$ ) in zunajbolnišničnem ( $p = 0,001$ ;  $n = 657$ ) (Slika 1).

Slika 1. Delež kadilcev glede na delovno okolje in stopnjo izobrazbe.

Figure 1. Share of smokers by workplace and education.



#### 3.1.3 Samoocena materialnega standarda

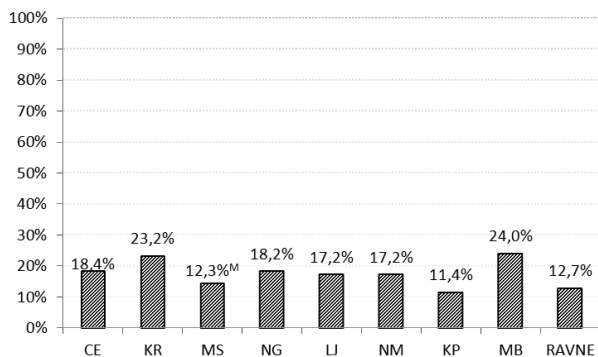
Anketiranci so svoj materialni standard ocenili s pomočjo številčne lestvice od 1 do 6, na kateri 1 pomeni podpovprečen in 6 nadpovprečen standard. Odgovore na 6-stopenjsko lestvico smo združili v dve skupini, in sicer z nižjo oziroma višjo samooceno materialnega standarda. Kadilske navade se glede na samoocenjeni materialni standard statistično značilno razlikujejo ( $p = 0,003$ ;  $n = 1.335$ ). Delež kadilcev je med tistimi z nižjo samooceno materialnega standarda 21,9% (95% IZ je med 18,9% in 24,9%), med tistimi z višjo pa 15,1% (95% IZ je med 12,2% in 18%). Do neke mere je to tudi odraz tega, da je statistično značilno več tistih s srednjo stopnjo izobrazbe (ki kadijo v višjem deležu kot tisti z višjo stopnjo izobrazbe ali več) ocenilo svoj materialni standard nižje ( $p < 0,001$ ;  $n = 1.329$ ).

### 3.1.4 Zdravstvene regije

V kadilskih navadah ni statistično značilnih razlik glede na zdravstveno regijo (Slika 2).

Slika 2. Delež kadilcev glede na zdravstveno regijo

Figure 2. Share of smokers by health region.



### 3.1.5 Življenje s partnerjem ali brez njega

Kadilske navade se statistično značilno razlikujejo glede na to, ali posameznik živi v skupnosti s partnerjem (poročen ali zunajzakonska skupnost) ali ne (ovdovel, ločen, samski, živi ločeno od partnerja) ( $p < 0,001$ ;  $n = 1.375$ ). Delež kadilcev je med tistimi, ki ne živijo v skupnosti s partnerjem, 30,6% (95% IZ je med 24,7% in 36,5%), med tistimi, ki živijo v skupnosti s partnerjem, pa 16% (95% IZ je med 13,9% in 18,1%).

### 3.1.6 Otroci, otroci v predšolskem obdobju

Kadilske navade se statistično značilno razlikujejo glede na to, ali ima posameznik otroke ali ne ( $p < 0,001$ ;  $n = 1.282$ ). Med tistimi, ki nimajo otrok, jih kadi 29,7% (95% IZ je med 23,9% in 35,5%), med tistimi z otroki pa 16,1% (95% IZ je med 14% in 18,2%).

Skupino tistih, ki imajo otroke, smo razdelili v skupino s predšolskimi otroki in skupino s starejšimi otroki. Kadilske navade obeh skupin se statistično značilno razlikujejo ( $p = 0,015$ ;  $n = 1377$ ). Med tistimi s predšolskimi otroki kadi 13,5% (95% IZ je med 9,7% in 17,3%), v drugi skupini pa 19,4% (95% IZ je med 16,9% in 21,9%).

### 3.1.7 Prosti in delovni čas

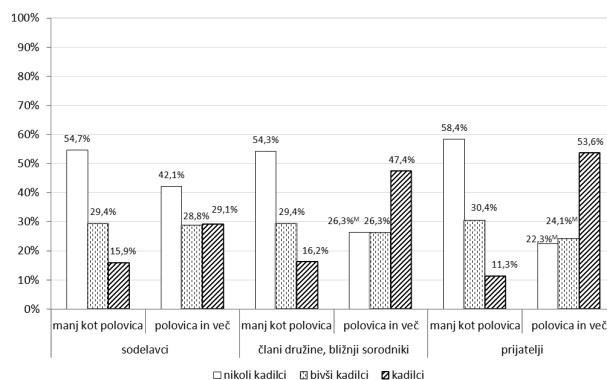
Medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki v 81,7% (95% IZ je med 76,6% in 86,8%) kadijo več v prostem času. V delovnem času jih kadi več le 5% (95% IZ je med 2,1% in 7,9%), približno enako v prostem in delovnem času pa jih kadi 12,3% (95% IZ je med 8% in 16,6%).

### 3.1.8 Kajenje sodelavcev, članov družine in sorodnikov ter prijateljev, s katerimi posameznik preživi največ časa

Kadilske navade se statistično značilno razlikujejo glede na to, koliko njihovih sodelavcev ( $p < 0,001$ ,  $n = 1.413$ ), družinskih članov in bližnjih sorodnikov ( $p < 0,001$ ,  $n = 1.431$ ) ter njihovih prijateljev, s katerimi preživijo največ svojega časa, kadi ( $p < 0,001$ ,  $n = 1.429$ ) (Slika 3).

Slika 3. Deleži kadilcev, nekdanjih kadilcev in tistih, ki niso nikoli kadili, glede na kajenje sodelavcev, članov družine in sorodnikov ter prijateljev, s katerimi posameznik preživi največ časa.

Figure 3. Share of smokers, ex-smokers and never smokers considering the smoking of close co-workers, relatives and friends.



M ocena je manj natančna.

### 3.2 Pogostost kajenja, raba in souporaba različnih tobačnih izdelkov

Med redne kadilce uvrščamo tiste, ki kadijo vsak dan, preostale pa med občasne kadilce. 76,7% (95% IZ je med 71,9% in 81,5%) medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, ki kadijo, kadi redno, vsak dan, občasno pa 23,3% (95% IZ je med 18,5% in 28,1%). V deležu rednih in obasnih kadilcev obstajajo statistično značilne razlike glede na to, ali posameznik živi v skupnosti s partnerjem ali ne (redno kadi več tistih, ki ne živijo v skupnosti s partnerjem;  $p = 0,029$ ;  $n = 253$ ), ne pa glede na spol, starost, izobrazbo, delovno okolje, materialni standard in otroke.

Kadilci v 85,1% (95% IZ je med 81% in 89,2%) uporabljajo eno vrsto tobačnih izdelkov, v 9% (95% IZ je med 5,7% in 12,3%) dve vrsti tobačnih izdelkov, v 5,2% (95% IZ je med 2,6% in 7,8%) tri vrste tobačnih izdelkov in v 0,6% (95% IZ je med 0% in 1,5%) od štiri do največ pet vrst tobačnih izdelkov.

99,3% kadilcev (rednih in občasnih skupaj) (95% IZ je med 98,3% in 100%) kadi tovarniško izdelane cigarete, 9% (95% IZ je med 5,4% in 12,6%) ročno zvite cigarete. To sta edina tobačna izdelka, ki ju kadilci uporabljajo redno in občasno. Izključno občasno kadilci uporabljajo cigare (6,2%, 95% IZ je med 3,2% in 9,2%) in vodne pipe (5%, 95% IZ je med 2,2% in 7,8%). Nikotinsko nadomestno zdravljenje, elektronske cigarete in pipe so kadilci uporabljali v manj kot 5%, nihče pa ni navedel rabe tobaka za njuhanje, žvečenje ali za sesanje.

### 3.3 Povprečno število pokajenih cigaret dnevno med trenutnimi rednimi kadilci

94,6% (95% IZ je med 91,6% in 97,6%) rednih kadilcev pokadi največ en zavojček dnevno, torej 20 cigaret ali manj.

V povprečju redni kadilci pokadijo 14,3 cigarete dnevno (95% IZ je med 13,4 in 15,1). Ženske pokadijo povprečno 13,6 cigarete dnevno (95% IZ je med 12,7 in 14,5), moški pa statistično značilno več, to je 17,3 (95% IZ je med 15,2 in 19,5;  $p=0,001$ ;  $n=222$ ).

### 3.4 Starost ob začetku kajenja

V povprečju so medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki prvič kadili v starosti 16,6 leta (95% IZ je med 16,6 in 16,9 leta), redno pa so začeli kaditi v povprečju pri starosti 19,4 leta (95% IZ je med 19,1 in 19,6 leta), torej 2,6 leta pozneje.

V srednji šoli je začelo kaditi 52,9% (95% IZ je med 49,3% in 56,5%) vseh nekdanjih in trenutnih kadilcev, na višji ali visoki zdravstveni šoli 5,6% (95% IZ je med 3,5% in 7,7%), v prvih letih zaposlitve pa 15,6% (95% IZ je med 12,9% in 18,3%).

### 3.5 Kajenje v zdravstvenih ustanovah

79,4% (95% IZ je med 77,2% in 81,6%) medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov navaja, da prepoved kajenja v zaprtih prostorih v zdravstveni ustanovi, v kateri delajo, zaposleni popolnoma upoštevajo. Tisti, ki delajo v bolnišnicah, v 68,8% (95% IZ je med 65% in 72,6%) navajajo, da zaposleni popolnoma upoštevajo prepoved, zaposleni v drugih zdravstvenih ustanovah pa 89,3% (95% IZ je med 86,8% in 91,8%), kar je statistično značilno različno ( $p<0,001$ ,  $n=1.224$ ).

## 4 RAZPRAVA

V raziskavi smo prikazali, da v Sloveniji kadi nekaj več kot petina medicinskih sester, babic in zdravstvenih

tehnikov, podobno kot v tujini (raziskave iz Avstralije, Bosne in Hercegovine, Kanade, Kitajske, Danske, Finske, Francije, Nemčije, Grčije, Hongkonga, Izraela, Italije, Japonske, Nove Zelandije, Južnoafriške republike, Tajvana, Velike Britanije in iz ZDA), kjer je povprečna prevalenca kajenja 20% (8). Primerjave s posameznimi raziskavami iz drugih držav večinoma niso mogoče zaradi razlik v zasnovi raziskav in ker so raziskave na nacionalno reprezentativnih vzorcih redke, še posebej v evropskem prostoru, v katerem so najpogosteje starejšega datuma ali omejene na zaposlene v bolnišnicah. Raziskava iz Severne Irske kaže, da kadi okoli 25,8% medicinskih sester (13), v Nemčiji 28,8% (14), na Danskem pa 23,4% medicinskih sester ženskega spola, starejših od 44 let (15). V ZDA je delež medicinskih sester, ki kadijo, od 12- do 13-odstoten (16, 17). V tujini prevalenca kajenja v tej poklicni skupini večinoma pada (8, 13, 16, 18–21), ne pa povsod (8). V Sloveniji je na voljo malo raziskav za tovrstne primerjave, je pa raziskava »Medicinske sestre v Sloveniji« iz leta 2001 prikazala 26,2-odstotni delež kadilcev (10), torej se je prevalenca kajenja med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami med letoma 2001 in 2010 prav tako znižala, in sicer za nekaj več kot 5 odstotnih točk, kar je spodbudno.

Primerjave prevalence kajenja med medicinskimi sestrami in splošno populacijo podobne starosti v tujini kažejo na podoben (13, 21, 22), nižji (15, 23, 24), nekatere pa tudi na višji delež kadilcev med medicinskimi sestrami (25–28). V Sloveniji je leta 2007 v splošni populaciji kadilo 29,8% prebivalcev primerljive starosti, to je 20–65 let (29), delež kadilcev je višji kot med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami. Naša raziskava je sicer izvedena tri leta pozneje in v času po uvedbi ukrepa prepovedi kajenja v vseh javnih in delovnih prostorih zaprtega tipa, ko bi mogoče lahko pričakovali upad kajenja med splošnim prebivalstvom, vendar pa drugih primerljivih raziskav po letu 2007 nimamo, zato ni mogoče oceniti, kolikšna je razlika v deležih. V primerjavi z zdravniki družinske medicine, pri katerih se delež kadilcev giblje okoli 10% (9, 30, 31), pa medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki v Sloveniji kadijo v višjem deležu, podobno kot druge (14, 17, 18, 32).

V raziskavi smo prikazali, da kadi več moških kot žensk, podobno kot v tujini (8, 18, 19, 22–24, 27). Razliko po spolu je prikazala tudi raziskava »Medicinske sestre v Sloveniji« iz leta 2001, in sicer 26,4% kadilk in 32,1% kadilcev (10). Delež kadilcev je torej med letoma 2001 in 2010 ostal skoraj nespremenjen, medtem ko se je delež kadilk v tej poklicni skupini znižal za skoraj 7

odstotnih točk. Primerjava s splošno populacijo, staro 20–65 let, v kateri je leta 2007 kadilo 27% žensk in 32,4% moških (29), pa kaže, da med medicinskimi sestrami, bobicami in zdravstvenimi tehnikami kadi manjši delež žensk in podoben delež moških. Na splošno v tej poklicni skupini v svetu in pri nas močno prevladujejo ženske. Med 17.000 osebami je v Sloveniji moških nekaj manj kot 12% (33), torej približno 15.000 žensk in približno 2.000 moških, razmerje med spoloma pa je 7,5:1. Naša raziskava kaže, da je med kadilci razmerje med spoloma 4,5:1. Ne glede na majhen delež moških v tej poklicni skupini nas ta podatek, višji delež kadilcev med njimi in ne prav spodbudni dostopni podatki glede sprememb med letoma 2001 in 2010 ter primerjave z deležem moških, ki kadijo v splošni populaciji, opozarjajo, da pri zasnovi morebitnih programov preprečevanja in opuščanja kajenja ne smemo pozabiti na moški del kadilcev v tej poklicni skupini.

Kadilske navade medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov se, kot smo prikazali v raziskavi, razlikujejo glede na stopnjo izobrazbe. To večinoma potrjujejo tuje in domače raziskave, ki zaznavajo višje deleže kadilcev v nižjih izobrazbenih skupinah te poklicne skupine (9–11, 18, 25, 27, 28), v nekaterih primerih pa razlik po izobrazbi niso našli (34). Tudi v splošni populaciji se delež kadilcev razlikuje glede na stopnjo izobrazbe in je višji v nižjih izobrazbenih skupinah (29).

Med kajenjem splošne populacije in medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov obstajajo še nekatere podobnosti, npr. približno tri četrtine kadilcev kadijo redno, vsak dan, velika večina kadi tovarniške cigarete, le redko uporabljajo druge tobačne izdelke; redni kadilci dnevno v povprečju pokadijo manj kot en zavojček cigaret (16,2 cigarete dnevno) in v povprečju moški pokadijo dnevno večje število cigaret kot ženske ( $p < 0,001$ ;  $n = 222$ ) (29).

Kadilske navade se, kot smo prikazali v raziskavi, razlikujejo tudi glede na starostne skupine, podobno kot ugotavljajo tuje in domače raziskave (10, 11, 22–24). Raziskave, vključno z našo, večinoma zaznavajo višje deleže kadilcev v nižjih starostnih skupinah, podobno kot raziskave kajenja med odraslim prebivalstvom (29). Kadilske navade medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov se razlikujejo tudi glede na samooceno materialnega standarda, ali posameznik živi s partnerjem ali ne, ali ima (predšolske) otroke ali ne ter koliko je kadilcev med bližnjimi sodelavci, člani družine in sorodniki ter prijatelji, ne pa glede na to, ali delajo v bolnišnicah ali zunaj njih in glede na zdravstveno regijo. Kadi več tistih, ki svoj materialni standard ocenjujejo nižje, ki ne živijo s partnerjem, ki nimajo (predšolskih

otrok) in katerih bližnja družba na delovnem mestu in v osebnem življenju kadi nadpovprečno. Te dejavnike bi bilo treba dodatno upoštevati pri programih opuščanja kajenja in drugih programih, namenjenih tej poklicni skupini. Tudi v splošni populaciji obstajajo razlike v deležu kadilcev med tistimi, ki imajo otroke ali ne, oziroma med tistimi, ki živijo s partnerjem ali ne (29). Kot kažejo raziskave iz tujine, se kadilske navade v tej poklicni skupini razlikujejo glede na specialnost, v kateri posameznik dela. V raziskavah poročajo o višji prevalenci kajenja med medicinskimi sestrami, ki delajo v psihiatriji (8, 18, 21–23, 27, 28, 35) ter o nižji prevalenci kajenja med sestrami v pediatriji (22, 27, 28) in onkologiji (8). V naši raziskavi zaradi premajhnega števila anketirancev žal ne moremo predstaviti podatkov po posameznih specialnostih, saj so deleži premalo natančni za objavo in ne moremo izpostaviti nobene od skupin kot posebej ogrožene in visoko prioritete za nadaljnje delovanje. Prav tako nam ni znana tovrstna raziskava iz slovenskega prostora.

V raziskavi smo prikazali, da so medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki prvič poskusili kaditi in prestopili med redne kadilce večinoma v srednji šoli, torej v času, ko so se že pripravljali na svoj poklic, kar potrjuje še ena slovenska raziskava (11). V naši raziskavi je bilo takih več kot polovica. Glede na to, da se je večina medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov šolala na srednjih zdravstvenih šolah, jih želja po tem poklicu in šolanje zanj očitno nista odvrnila od prvih poskusov kajenja in napredovanja do rednega kajenja. Predvidevamo lahko, da so na mladostnike, ki so se odločili za ta poklic, vplivali podobni dejavniki kot na vrstnike in pretehtali nad dejavniki in znanjem, povezanim z odločitvijo za poklic medicinske sestre, babice ali zdravstvenega tehnika. Problem kajenja med učenci srednjih zdravstvenih šol je bil v preteklosti izpostavljen že nekajkrat. Podatki iz leta 2005 za Slovenijo kažejo, da je v tretjih letnikih srednjih zdravstvenih šol kadilo kar 55% vseh vprašanih (36). Ni pa zanemarljiv tudi podatek, da jih je skoraj 16% začelo kaditi v prvih letih zaposlitve, torej že konec najstniških let in z vsem znanjem o škodljivih posledicah kajenja za zdravje. Raziskave iz tujine predvsem kažejo, da je večina začela kaditi pred vstopom v šolanje za omenjeni poklic (22, 13, 21), posamezne pa ugotavljajo podobno kot naša raziskava (25).

Prepoved kajenja v vseh zdravstvenih ustanovah je v veljavi že od leta 1996 naprej. Ne glede na to smo v preteklih raziskavah zaznavali znaten delež kršitev, npr. približno tretjina anketiranih medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov, ki so delali različnih zdravstvenih ustanovah v Pomurju, je navedla kršitve te prepovedi

(11). V naši raziskavi zaznavamo, da še vedno 20% medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov navaja, da zaposleni popolnoma upoštevajo prepoved kajenja v ustanovah, v katerih delajo, kar je po več kot 15-letni prepovedi kajenja v zdravstvenih ustanovah znaten delež. V bolnišnicah je kršitev pomembno več. V letu 2005 je nekaj več kot polovica anketiranih bolnišničnih sester navedla kršitve prepovedi v bolnišnici, v kateri so zaposlene (9), v naši raziskava pa približno tretjina, kar pomeni, da je delež sicer padel, a je kršitev še vedno veliko preveč. Mogoče pa je omenjena prepoved vplivala na to, da – kot kaže naša raziskava – medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki kadijo večinoma več v prostem času v primerjavi z delovnim. Prednosti raziskave so predvsem velik, naključno izbrani vzorec, ki je reprezentativen za to poklicno skupino; takih raziskav na tem področju je v Sloveniji izjemno malo. Glede na to, da smo izvajali prvenstveno spletno raziskavo, smo zaznali tudi kar visoko odzivnost. Omejitve naše raziskave so vezane predvsem na uporabo vprašalnikov za samoporočanje, kar je lahko vedno predmet pristranskosti, še posebej pri tako občutljivi temi, kot je kajenje med zdravstvenimi delavci, zato obstaja možnost navajanja družbeno zaželenih odgovorov. Kajenja posameznikov v raziskavi tudi nismo biokemično verificirali. Pristranskost sodelovanja smo v raziskavi skušali zmanjšati na najmanjšo mogočo mero, vendar je zaradi odklanjanja sodelovanja ali nedosegljivosti oziroma neodzivnosti lahko prisotna in bi po naši oceni verjetneje vodila v podcenjevanje kot precenjevanje deleža kadilcev. Pri nekaterih vprašanih o preteklih dogodkih glede kajenja, npr. starost ob začetku kajenja in starost ob prehodu v redno kajenje, je lahko prisotna pristranskost razvrščanja (spominjanja).

## 5 ZAKLJUČEK

Kadijo približno vsaka peta medicinska sestra, babica in zdravstveni tehnik, kar je podobno kot povprečna prevalenca v tujini, manj kot v slovenski splošni populaciji podobne starosti in manj kot pred desetletjem. Vendar pa je kajenje med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami še vedno prepogost pojav v Sloveniji, ki lahko močno vpliva na njihovo poslanstvo in delo na področju promocije zdravja, promocije nekajenja in pomoči pri opuščanju kajenja. Začetek kajenja in napredovanje do rednega kajenja se med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji umeščata večinoma v čas srednje šole, zato je pomembno, da poleg programov preprečevanja kajenja v slovenskih osnovnih šolah okrepimo vsebine

preprečevanja kajenja v srednjih zdravstvenih šolah (pa tudi drugih srednjih šolah). Aktivnostmi je treba pričeti takoj ob začetku srednje šole in jih nadaljevati vsa štiri leta. Čim prej, že v srednjih šolah in prvih letih zaposlitve, bi morali ponuditi ustrezne in tej poklicni skupini prilagojene programe opuščanja kajenja ob upoštevanju dejavnikov, za katere smo pokazali, da vplivajo na kadilsko vedenje v tej poklicni skupini. Še posebej pa bi se morali usmeriti v ciljne kvalitativne in kvantitativne raziskave nekadilskega vedenja pri medicinskih sestrah in tehnikih ter na osnovi zbranih podatkov krepiti programe promocije nekadilskega vedenja, kar bi skupaj s strukturnimi spremembami v okolju lahko dolgoročno pomembno vplivalo na zmanjšanje deleža kadilcev v tej poklicni skupini. Tudi različne iniciative po vzorih iz tujine »Medicinske sestre proti kajenju« (neprofitna organizacija, katere cilj je izobraževanje medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev ter splošne javnosti o motiviranju za opuščanje kajenja, izvajanju opuščanja kajenja in ukrepih nadzora nad rabo tobaka) so eden izmed načinov, kako delovati s ciljem zmanjševanja kajenja v tej skupini zdravstvenih delavcev, ki bi še dodatno okrepila vlogo te poklicne skupine pri zmanjševanju kajenja med prebivalci ter poudarila pomen zgleada in njihovo poslanstvo.

## Literatura

1. World Health Organization. The European health report 2005: public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2008: the mpower package. Geneva: World Health Organization, 2008.
3. Malone RE. Nursing's Involvement in tobacco control. *Nurs Res* 2006; 55(4S): S51-S57.
4. International Council of Nurses. Tobacco use and health: position statement. adopted in 1999, reviewed and revised in 2006. Pridobljeno 8.9.2011 s spletne strani: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/A18\\_Tobacco\\_Use\\_Health.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A18_Tobacco_Use_Health.pdf).
5. Sarna I, Bialous S. Tobacco control in the 21st century: a critical issue for the nursing profession. *Res Theory Nurs Pract* 2005; 19: 15-24.
6. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation: review. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 1. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub3.
7. Schultz ASH. Nursing and tobacco reduction: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 571-586.
8. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the nursing profession, 1976-2006. *J Res Nurs* 2007; 12: 165-181.
9. Koprivnikar H. Zdravstveni delavci in tobak – rezultati pilotske raziskave. In: Povzetki strokovnega srečanja ob Svetovnem dnevu brez tobaka 2005. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.
10. Živič Z. Medicinske sestre o zdravju, zdravstvenih navadah in zdravstveni službi. In: Medicinske sestre v Sloveniji. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo.

- Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2001.
11. Šuklar S. Razširjenost kajenja med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehniki v Pomurju ter njihova vloga v boju proti kajenju. *Obzor Zdr Nege* 2000; 34: 151-154.
  12. Statistični urad Republike Slovenije. Navodila za označevanje stopnje natančnosti statističnih ocen v publikacijah Statističnega urada RS. Sektor za splošno metodologijo in standarde, Oddelek za vzorčenje in anketno metodologijo. Interna navodila. Ljubljana, 2007.
  13. McKenna H, Slater P, McChance T, Buting B, Spiers A, McElwee G. Qualified nurses' smoking prevalence: their reasons for smoking and desire to quit. *J Adv Nurs* 2001; 35: 769-775.
  14. John U, Hanke M. Tobacco-smoking prevalence among physicians and nurses in countries with different tobacco-control activities. *Eur J Cancer Prev* 2003; 12: 235-237.
  15. Friis K, Ekholm O, Hundrup YA. Comparison of lifestyle and health among Danish nurses and the Danish female population: is it possible to generalize findings from nurses to the general female population? *Scand J Caring Sci* 2005; 19: 361-367.
  16. Kenfield SA, Wei EK, Rosner BA, Glynn RJ, Stampfer MJ, Colditz GA. Burden of smoking on cause-specific mortality: application to the Nurses' Health Study. *Tob Control* 2010; 19: 248-254.
  17. Tong Ek, Strouse R, Hall J, Kovac M, Schroeder SA. National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. *Nicotine Tob Res* 2010; 12: 724-733.
  18. Edwards R, Bowler T, Atkinson J, Wilson N. Low and declining cigarette smoking rates among doctors and nurses: 2006 New Zealand census data. *N Z Med J* 2008; 121: 43-51.
  19. Sarna L, Bialous SA, Jun HJ, Wewers ME, Cooley ME, Feskanich D. Smoking trends in the Nurses' Health Study (1976-2003). *Nurs Res* 2008; 57: 374-382.
  20. Sekijima K, Seki N, Suzuki H. Smoking prevalence and attitudes toward tobacco among students and staff nurses in Niigata, Japan. *Tohoku J Exp Med* 2005; 206: 187-194.
  21. Rowe K, Macleod Clark J. The incidence of smoking amongst nurses: a review of the literature. *J Adv Nurs* 2000; 31: 1046-1053.
  22. Nurses' smoking behaviour related to cessation practice. *Nurs Times* 2006; 102: 32-37.
  23. O'Donovan G. Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation. *Int Nurs Rev* 2009; 56: 230-236.
  24. Smith DR, Wei N, Wang RS. Contemporary smoking habits among nurses in Mainland China. *Contemp Nurse* 2005; 20: 258-266.
  25. Sezer H, Guler N, Sezer RE. Smoking among nurses in Turkey: comparison with other countries. *J Health Popul Nutr* 2007; 25: 107-111.
  26. Beletsoti-Stika P, Scriven A. Smoking among Greek nurses and their readiness to quit. *Int Nurs Rev* 2006; 53: 150-156.
  27. Ohida T et al. Behaviors and attitudes towards smoking among the nurses in Japan. *J Epidemiol* 2000; 10: 344-348.
  28. Ohida T, Osaki Y, Kobayashi Y, Sekiyama M, Minowa M. Smoking prevalence of female nurses in the national hospitals of Japan. *Tob Control* 1999; 8: 192-195.
  29. Lavtar D, Zupanič T. et al. Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007.
  30. Bulc M. Odnos mentorjev splošne medicine do izvajanja preventivnih dejavnosti. *Zdrav Var* 2006; 45: 81-89.
  31. Rajšek M S. Primarna preventiva kajenja in zdravniki splošne oziroma družinske medicine v RS: diplomska naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2002.
  32. Nakata A, Swanson NG, Caruso CC. Nurses, smoking, and immunity: a review. *Rehabil Nurs* 2010; 35: 198-205.
  33. Statistični urad Republike Slovenije. Mednarodni dan medicinskih sester 2011. Pridobljeno 28. 12. 2011 s spletne strani: [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=3892](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3892).
  34. McKenna H, Slater P, McChance T, Buting B, Spiers A, McElwee G. The role of stress, peer influence and education levels on the smoking behaviour of nurses. *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 359-366.
  35. Trinkoff AM, Storr CI. Substance use among nurses: differences between specialties. *Am J Publ Health* 1998; 88: 581-585.
  36. Giuliani T, Petričič N. Povzetek raziskovalne naloge o kajenju tretjih letnikov na srednjih zdravstvenih šolah. In: Povzetki strokovnega srečanja ob Svetovnem dnevu brez tobaka 2005. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.