

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Problematika kouření u zdravotnických pracovníků

Zita Cupalová

**Bakalářská práce
2008**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zita CUPALOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Problematika kouření u zdravotnických pracovníků**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis problematiky kouření.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz práce.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr vhodných respondentů a rozdělení dotazníků.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 30 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. BÁRTLOVÁ, S. , HNILICOVÁ, H. , Vybrané metody a techniky výzkumu, Zjišťování spokojenosti pacientů, 1. vyd. , Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000, ISBN 80-7013-311-2.
2. HOCH, J., LEFFLER, J. a kol. , Speciální chirurgie, 2. vyd. , Praha: Maxdorf, 2003, ISBN 80-85912-06-6.
3. KOTULÁN, J. , Zdraví a životní prostředí, 1. vyd. , Praha: Avicenum, 1991, ISBN 80-201-0158-6.
4. VESELKA, J. , Infarkt myokardu, 1. vyd. , Praha: Vašut, 2001, ISBN 80-7236-241-0.
5. ZATLOUKAL, P. , PETRUŽELKA, L., Karcinom plic, 1. vyd. , Praha: Grada Publishing, spol s.r.o. , 2001, ISBN 80-7169-819-9.

Vedoucí bakalářské práce:


Bc. Vladimíra Pašková

Datum zadání bakalářské práce:


30. listopadu 2007

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. června 2008


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. ledna 2008

Poděkování

Tímto bych velmi chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Bc. Vladimíře Paškové za věnovaný čas, pomoc, ochotu a důležité rady, které mi poskytla při zpracování mé práce. Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickému personálu, který mi s ochotou vyplňoval můj dotazník.

Ve Frýdku-Místku dne 20. 6. 2008

Zita Cupalová

Souhrn

Bakalářská práce je věnována problematice kouření u zdravotnického personálu. Práce je zaměřena na historii tabáku, vliv kouření, metody odvykání a některá onemocnění, které kouření způsobuje. Součástí je i dotazníkové šetření, které má nastínit poměry mezi kuřáky a nekuřáky v nemocnici.

Klíčová slova

Kouření, tabák, nikotin, cigarety, karcinom plic

Title

Smoking problems of hospital staff

Abstract

The bachelor work is focused on smoking problems of hospital staff. Work is specialized on history of tobacco, influence of smoking, methods of treatment and some diseases which smoking causes. Part of my work is questionnaire examination which should show the situation between smoker and nonsmoker in hospital.

Keywords

Smoking, tobacco, nicotine, cigarettes, lung carcinoma

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	9
ÚVOD	10
CÍL PRÁCE	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1. Historie tabáku	12
2. Kuřáctví	14
3. Ženy a kouření	18
3.1. Kouření a těhotenství	19
4. Různé metody odvykání kouření	20
4.1. Tablety	20
4.2. Mechanické pomůcky	21
4.3. Omezování kouření, cigarety s nízkým obsahem dehtů	21
4.4. Herbální, rostlinné cigarety	21
4.5. Hypnóza, akupunktura	22
4.6. Náhradní léčba nikotinem	22
5. Onemocnění související s kouřením	23
5.1. Karcinom plic	23
5.1.1. Faktory ovlivňující výskyt plicní rakoviny	23
5.1.2. Projevy plicní rakoviny	24
5.1.3. Diagnostika	24
5.1.4. Léčba	25
5.2. Chronická obstrukční plicní nemoc	25
5.2.1. Příčiny vzniku	25
5.2.2. Příznaky chronické obstrukční nemoci	25
5.2.3. Diagnostika	26
5.2.4. Léčba	26
5.3. Maligní nádory močového měchýře	26
5.3.1. Příznaky	27
5.3.2. Diagnostika	27
5.3.3. Léčba	27

5.4. Nádory slinivky břišní	27
5.4.1. Etiopatogeneze	28
5.4.2. Klinický obraz	28
5.4.3. Diagnostika	28
5.4.4. Léčba	28
5.5. Ischemická choroba srdeční	28
5.5.1. Klinický obraz	29
5.5.2. Diagnostika	29
5.5.3. Léčba	29
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	30
6. HYPOTÉZY	30
7. METODIKA VÝZKUMU	31
7.1. Veličiny užívané v tabulkách	32
8. PREZENTACE VÝSLEDKŮ	33
ZÁVĚR	59
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	60
SEZNAM PŘÍLOH	62
PŘÍLOHA A Dotazník	63

Seznam zkratek

BCG	bacillus Calmette-Guérin
CT	computer tomography - počítačová tomografie
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
EKG	elektrokardiograf
ICHS	ischemická choroba srdeční
RTG	rentgen

ÚVOD

V první polovině minulého století patřilo kouření k poměrně moderním a společensky plně akceptovatelným činnostem. Kouřili běžně téměř všichni, zvláště ve vyšších vrstvách patřilo kouření cigaret k dobrému společenskému tónu. Se zapálenou cigaretou tak můžeme dodnes ve filmech pro pamětníky vidět kouřit významné lékaře, továrníky, bankéře i jiné příslušníky společenské smetánky.

Kouření způsobuje či výrazně podporuje několik závažných nemocí, na které umírají ročně na světě miliony lidí. Jedná se především o rakovinu plic a nemoci srdce. Častou chorobou kuřáků je rozedma plic, která je prakticky spojena téměř výhradně s kouřením.

Jedná se o krutou loterii osudu a smrti. Zakoupením každé další krabičky cigaret si kuřák obrazně řečeno koupí „los“, který zvyšuje jeho šanci na vylosování. A v průběhu roku je vylosován a touto „výhrou“ odsouzen k smrti jeden z osmdesáti kuřáků. (1, str. 7, 11)

Téma kouření u zdravotnického personálu jsem si vybrala proto, že kouření patří v dnešní době k hodně diskutovaným tématům. Asi v mnoha z nás se myšlenka na zdravotníka pojí se smyslem pro zdraví a vědomím škodlivosti návykových látek. Zdravotník je však také „jenom člověk“ se špatnými i dobrými vlastnostmi a důvody jako zvládání stresových situací, zapadnutí do kolektivu, vyzkoušení něčeho nového, aj. jsou u něho stejně jako u jiného člověka důvodem, proč kouří.

Má práce je teoreticko – výzkumná. Teoretická část je zaměřena na popis historie tabáku, dále na kuřáctví a působení nikotinu. Protože ve zdravotnických zařízeních pracují převážně ženy, je v další kapitole rozebírán vliv kouření na ženu a to i v době těhotenství. V práci jsou uvedeny také některé metody odvykání kouření a několik nemocí, na které má kouření vliv.

Ve výzkumné části bylo zjišťováno na vzorku 80 respondentů přibližný poměr mezi kuřáky a nekuřáky v nemocnici. U kuřáků bylo zjišťováno, jak dlouho kouří, zda se již pokoušeli přestat kouřit nebo jestli by vůbec chtěli přestat. U nekuřáků bylo zjišťováno, jestli již v minulosti kouřili, případně, co bylo důvodem, proč přestali. Zjišťováno také bylo to, jaký mají názor na kouření u zdravotnického personálu.

CÍL

Cílem mé práce bylo nastítn poměry mezi kuřáky a nekuřáky v nemocnici. Chtěla jsem zjistit, zda převažuje více kuřáků nebo nekuřáků. Dále jsem chtěla zjistit, zda je mezi zdravotnickým personálem více kuřáků a těch, kteří v minulosti již kouřili nebo nekuřáků, kteří kouřit nikdy nezkusili. V nemocnici, kde jsem dotazníkové šetření prováděla je zákaz kouření v celém areálu, pouze na jediném místě je dovoleno kouřit, proto mým dalším cílem bylo zjistit, zda personál dodržuje tyto nařízení. Vzhledem k většímu zastoupení ženského pohlaví, jsem nemohla zhodnotit, zda kouří více ženy nebo muži.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Historie tabáku

Tabák a řada jeho odrůd roste v Jižní Americe a začal se pěstovat na mnoha místech ve světě. Již první evropští dobyvatelé Ameriky spatřili domorodce, jak kouří svinuté listy tabáku zvané „tobago“. Jedním z prvních, kdo semena tabáku poslal zpět do Evropy, byl Jean Nicot do Villemain a po něm byla rostlina nazvána *Nicotiana tabacum*. (2, str. 364)

Tato rostlina se na tomto kontinentě pila, pojídala i kouřila, byla součástí rituálních a posvátných obřadů, ale i běžného dne od delty Mississippi až po Ohňovou zemi. Když tabák došel, domorodci říkali, že „kmen je chudý“.

Už první domorodci, na které Kolumbus narazil, kouřili tabák. Je známo, že jako první je napodobili Rodrigo de Jerez a Luis de la Torre, dva účastníci první Kolumbovy výpravy. Také je jako první začala pro tento zvyk vyšetřovat inkvizice, protože – jak stálo v žalobě – „pouze Satan může člověka obdařit schopností vydechovat kouř ústy“. Nicméně si tato droga získala záhy přízeň řady lidí a rozšířila se neslýchanou rychlostí po Evropě, Africe a Asii. Proto se v roce 1611 španělská koruna rozhodla zdanit její vývoz z Kuby a Santa Dominga a zanedlouho poté vyhlásila na celý obchod státní monopol.

Následujícího roku se kolonizátoři státu Virginie, obou Karolín a Marylandu pustili do pěstování této rostliny ve velkém, přestože se jednalo o velmi riskantní podnik. Docházelo k rychlému vyčerpání nejurodnějších pozemků a rostlina vyžadovala neustálou péči. Zemědělci často přišli o celou úrodu bez možnosti uživit sebe i domácí zvířata. O pár měsíců později zakázal anglický král Jakub I. užívání této látky, „jejíž kouř, prosycený dehtem, vyvolával hrůzu pekelného utrpení“, a přitom se rozhodl zdanit její dovoz. Neuplynula dlouhá doba a Virginie produkovala ročně 35 milionů kilogramů tabáku určeného k žvýkání i kouření.

Celý svět byl doslova zaplaven neznámou drogou, jejíž obchod kontrolovala Anglie a Španělsko. Ani ostatní státy nezůstávaly stranou a v polovině 17. století car Michal III. Fjodorovič přikázal mučit každého kuřáka, aby prozradil, kdo mu tabák poskytl, a potom nechal uříznout oběma nos. Tou dobou sultán Murad IV. „s oblibou nachytával muže při kouření, dokonce i na bitevním poli, a trestal je useknutím hlavy, končetin či zmrzačením rukou a nohou“. V roce 1640 poslední císař dynastie Ming trestal smrtí obchodování s tabákem a jeho kouření. O dva roky později v roce 1642 císař Urban VIII. exkomunikoval

ty, „kteří se opovážili oddávat něčemu tak odpornému v blízkosti diecézí a přilehlých budov“, což se patrně týkalo i duchovních. O osm let později bylo jakékoliv použití tabáku zakázáno také v Bavorsku, Sasku a Curychu, a zanedlouho i v Sedmihradsku, Bernu, Sankt Allenu a Švédsku. Perský šáh trestal smrtí tento „zlořád“ a v roce 1691 německé knížectví Lüneberg posílalo na šibenici každého, kdo žvýkal, vdechoval nosem či ústy tabákový kouř. Tuto novotu, cizáckou ohavnost, nebylo možné tolerovat.

Nicméně po Španělsku a Anglii se rozhodli zdanit obchod s tabákem i v Portugalsku (1644), Rakousku (1670) a Francii (1674). V liberálním ovzduší 18. století se snižovaly vyměřené tresty, případně mizely úplně. Petr I. Veliký ustoupil od mučení a tělesných trestů a prodal anglickému trustu legalizaci této drogy za patnáct tisíc liber šterlinků. Také Svatý stolec přehodnotil svou exkomunikační politiku a Benedikt XIII. povolil takzvané „suché opojení“, čímž chtěl „uchránit věřící před skandálním pohledem na církevní hodnostáře, jak si odskakují ze svatostánku, jen aby si mohli potají zapálit“.

V roce 1626 se objevilo pojednání *Tabák, univerzální všelék*, napsané jistým J. Leaderem, v němž se obhajovala jeho schopnost „povznášet duši a zprostředkovávat spojení s bohy“.
(3, str. 54 – 55)

2. Kuřáctví

Tabákový kouř je aerosol, vznikající nedokonalým spalováním preparovaných tabákových listů. Je velmi bohatou směsí nejrůznějších chemických látek, zatím v něm bylo identifikováno na 1200 sloučenin. Ochlazením tabákového kouře vzniká vysoce karcinogenní žlutohnědý kondenzát, tabákový dehet, jehož silně karcinogenní účinky lze snadno prokázat pokusem na zvířeti.

Škodliviny v tabákovém kouři lze rozdělit na toxické, dráždivé, karcinogenní a kokarcinogenní.

K látkám toxickým patří především alkaloid nikotin, nornikotin, myosmin, anabazin a dále některé dusíkaté báze, zejména pyridin, pyrolidin a metylpyrolidin, dále pikolin, lutidin a piperidin. Nejvýznamnější je z nich nikotin. Má vlastnosti pravé drogy; vzniká závislost, tolerance se v průběhu abúzu zvyšuje, při vynechání se dostavují abstinenční příznaky. (4, str. 240)

Působením nikotinu může dojít k akutní otravě. Projevuje se zblednutím, bolestmi hlavy, závratěmi, studeným potem, nucením na zvracení nebo zvracením. V těžších případech dochází i k psychickým poruchám spojeným s poruchami vědomí. Někdy se mohou vyskytovat stavy zmatenosti a obluzenosti. Otrava obvykle nemá dlouhé trvání a potíže zanedlouho odezní. Je známo, že nikotin zvyšuje účinek alkoholu.

Obtíže psychické, které mohou vznikat po dlouhodobém nadměrném kouření, se projevují nesoustředěností, nervozitou, sklony k výbušnosti, sklony ke zvýšenému sebepozorování, strachu o své zdraví, snížením celkové psychické aktivity nebo otupělosti. (5, str. 51 – 52)

Nikotin se vstřebává sliznicí ústní dutiny nebo plicemi a během několika vteřin se dostává na příslušná místa v mozku. Pro jeho vstřebání je důležité slabě zásadité pH: kouř doutníku nebo dýmky je zásaditý, proto se z něho nikotin vstřebává přímo sliznicí dutiny ústní, aniž by bylo třeba šlukovat. Kouř cigarety je ale kyselý a to je důvod, proč kuřák cigarety musí kouř vdechnout až do plic, aby se mohl nikotin vstřebat. Neexistuje tedy kuřák cigaret, který by nešlukoval a byl závislý na nikotinu. Naopak, kuřáci dýmek nebo doutníku šlukovat nemusí a přitom na nikotinu závislí být mohou.

Neexistuje žádná jiná droga, která by byla tak snadno dostupná, legální, oficiálně doporučená (reklama!), společensky přijatelná.

Nikotin v mozku povzbuzuje činnost (soustředění), velké dávky nikotinu vedou k tlumivému efektu (uklidnění). Nikotin ovlivňuje téměř celý endokrinní systém, především

zvyšuje uvolňování katecholaminů, kortikosteroidů, pituitárních hormonů i beta-endorfinů. To vše ovlivňuje náladu a chování kuřáka, podporuje motivaci k dalšímu kouření a kuřáckému životnímu stylu. Kouření se stává pravidelnou, nutkavou potřebou, nelze je už ovlivnit vůlí. Tato psychoaktivní látka ale také působí na cévy a srdce, podporuje peristaltiku zažívacího traktu a má mnoho dalších vlivů, z nichž mnohé jistě ještě neznáme. (6, str. 51)

Při opakovaném kouření tabáku se svalové buňky i receptory stanou na nikotinu méně citlivými a tělo je schopné nikotin rychleji rozkládat, takže účinek na svaly mizí. Mozkové receptory se však od svalových poněkud liší a jsou na nikotin citlivější, takže opakované kouření má stále ještě stimulační účinek. Časem se však vyvine tolerance, takže se i mozkové receptory stanou méně citlivé a množství nikotinu potřebné k dosažení stejné úrovně duševního povzbuzení se postupně zvyšuje. (2, str. 364 – 365)

Další významnou toxickou součástí tabákového kouře je oxid uhelnatý, vznikající nedokonalým spalováním tabáku a cigaretového papíru. K dalším toxickým složkám tabákového kouře patří arsenik, prudce jedovatý tetrakarbonyl niklu a mnohé jiné (např. metan, kyanovodík, sirovodík, amoniak, oxidy dusíku).

Z velkého počtu látek dráždivých lze uvést např. formaldehyd, acetaldehyd, akrolein, metanol, aceton, metyletylketon a sirovodík. Tyto látky dráždí sliznice dýchacího ústrojí, tlumí aktivitu řasinkového epitelu a vyvolávají akutní a chronické záněty dýchacích cest.

Mimoriádně závažný je v tabákovém kouři obsah karcinogenů. Jsou to zejména dobře známé polycyklické aromatické uhlovodíky. K dalším karcinogenům tabákového kouře patří chinolin a jeho deriváty, nitrozaminy, již zmíněné sloučeniny arsen a nikl a také radioaktivní izotopy, zejména polonia a olova, které se zadržují v bronchiálním epitelu a jsou tam stálým zdrojem záření β a α .

Ze skupiny kokarcinogenů, podmiňujících nebo potencujících účinek karcinogenů, jsou v tabákovém kouři přítomny fenol, substituované polyfenoly, aldehydy, mastné kyseliny a jejich estery a další.

Pokud jde o druh kouření, je značný rozdíl mezi kouřením dýmek či doutníků na straně jedné a cigaret na straně druhé. U dýmek a doutníků je zvýšené riziko karcinomu úst, jazyka, hltanu a jícnu, nebezpečí poškození plic je však menší. Kouř je v tomto případě alkalický, nikotin je málo ionizován a je rozpustný v lipidech. Kouř cigaret je naopak kyselý, nikotin je relativně ionizován a nerozpustný v lipidech. Absorpce je zde možná jen v plicích, jejichž velká vnitřní plocha kompenzuje horší rozpustnost.

Nejbezprostřednější je vliv kuřáctví cigaret na dýchací ústrojí. U kuřáků nastávají změny bronchiálního epitelu (hyperplazie, poškození řasinkové výstelky s ochromením až ztrátou

řasinek a konečně i řasinkových cylindrických buněk, degradace seriózních žlázek), podslizničního vaziva (fibrotické změny, svrašťování, jizevnatějí), zúžení průsvitu bronchiolů a rozrušování alveolů – tedy projevy emfyzematické, doprovázené i zánikem části krevních kapilár. V důsledku ztráty řasinkového epitelu klesá samočisticí funkce dýchacího ústrojí; jedinou možností odstraňování nahromaděného hlenu se stává známý kuřácký kašel.

Zcela běžným patogenetickým projevem je u kuřáků chronická bronchitida. Mimořádně významná je souvislost kuřáctví cigaret s rakovinou plic a s dalšími druhy zhoubného bujení. U kuřáků také výrazně roste riziko z jiných karcinogenů, s nimiž se účinek vlastního kouření v některých případech sčítá a v některých i vzájemně potencuje.

Kouření patří k významným rizikovým faktorům ischemické choroby srdeční. Nikotin stimuluje produkci katecholaminů a způsobuje tak zvýšení krevního tlaku, minutového i tepového objemu srdce a tepové frekvence; to vše představuje zvýšenou zátěž levé komory, vyšší spotřebu kyslíku a v některých situacích i zvýšenou pohotovost k arytmiím. Karbonylhemoglobin zhoršuje zásobování tkání kyslíkem a usnadňuje pronikání lipidů do intimy artérií.

Pokud jde o hypertenzi, kouření cigaret nezvyšuje její incidenci, ale podporuje její progresi a vznik generalizované aterosklerózy. Zhoršuje tak zásobování tkání tepennou krví s různými důsledky podle orgánové lokalizace.

Další chorobou spjatou s kuřáctvím je vředová nemoc. U kuřáků se peptický vřed hůře hojí, léčba je méně úspěšná.

Epidemiologicky je zjištěno, že kouření snižuje fertilitu žen, zvyšuje výskyt menstruačních poruch a snižuje věk menopauzy, přičemž toto snížení roste s intenzitou a délkou kuřáctví. U mužů kuřáctví tlumí spermiogenezi a zvyšuje výskyt morfologických abnormalit spermií; při zanechání kouření se tyto poruchy postupně upravují.

Celkově se zdravotní důsledky projevují v úmrtnosti. Hlavními příčinami předčasných úmrtí jsou ischemická choroba srdeční, karcinom plic a dalších orgánů, chronická obstrukční plicní choroba a některá onemocnění cévního systému.

Zdravotním problémem je i pobyt nekuřáků v zakouřených místnostech, tzv. pasivní kouření. Při kouření totiž uniká mnohem více škodlivin do ovzduší, než se zachytí v kuřákově organismu.

Na nekuřáky má pasivní kouření také účinky dráždivé (na sliznici spojivek, nosní a bronchiální sliznici; bolesti hlavy, v krku, pálení očí, zhoršené dýchání, nauzea), toxické (zejména z resorpce oxidu uhelnatého: zhoršení psychické činnosti, zručnosti a pohotovosti)

a alergizující (zhoršení obtíží astmatiků, zhoršování stavu osob s alergickou anamnézou).
(4, str. 240 – 243)

3. Ženy a kouření

Tabákový kouř obsahuje látky, které jsou nebezpečné jak lidem, kteří kouří, tak i těm, kteří jen vdechují vzduch obsahující kouř z cigaret jiných lidí. Jedná se hlavně o dehet, nikotin a oxid uhelnatý. Kromě zdravotního rizika spojeného s poškozením plic vdechováním kouře obsahujícího dehet a oxid uhelnatý je nikotin návyková látka, která je absorbována plícemi a působí na centrální nervový systém.

S výjimkou těch žen a mladých dívek, které kouření shledávají přitažlivým a považují jej za doklad dospělosti, má kouření ve všech ostatních populačních skupinách klesající tendenci. Návyk na nikotin není jednoduché žádným způsobem kontrolovat. Jednou cigaretou kouření začíná a pravděpodobnost, že by se ženy kouření vzdaly, klesá, protože příležitostná cigareta je častější a častější a následně se naše kouření zvrhne v každodenní zvyk.

Stoupající tendence kouření u žen je přímo zarážející a ruku v ruce s kouřením jde i rakovina plic. Výskyt rakoviny plic mezi ženami-kuřačkami je v současné době vyšší než u mužů.

Kouření samo o sobě je dost špatná věc, ale tento zvyk postihuje i ty, kteří nekouří. Je známo, že existuje o 30% větší riziko onemocnění rakovinou plic u nekuřáka, který žije nebo pracuje s kuřákem, než u nekuřáka, který žije v prostředí, které není zamořováno nikotinem. (7, str. 64 - 65)

Kouření je hlavní příčinou koronární srdeční choroby u žen mladých a ve středním věku. Ženy, které kouří pouze jednu až čtyři cigarety denně, mají třikrát vyšší riziko srdečního infarktu než ženy, které nekouří. Kombinace kouření cigaret a antikoncepčních pilulek vystavuje ženu vážnému riziku mozkové cévní příhody i srdečního infarktu. Ženy, které kouří více než 1 balíček denně, mají ve srovnání s nekuřačkami čtyřikrát vyšší pravděpodobnost, že u nich vznikne Alzheimerova choroba. Dále je dobře dokumentováno, že kuřáci trpí chronickými respiračními chorobami, včetně bronchitidy, emfyzému a astmatu; mají vyšší výskyt pneumonií; a jsou vystaveni většímu riziku spojenému s anestezií během chirurgického výkonu. Mají také závažnější pooperační dýchací potíže.

Kouřící ženy mají vyšší pravděpodobnost, že budou trpět bolestmi hlavy, způsobenými kyslíčkem uhličitým v kouři. Pro ženy, které mají peptické vředy, je kouření nejen největší překážkou hojení, i když užívají protivředové léky, je také nejčastější příčinou toho, že se vředy znovu objeví po zotavení. (8, str. 649)

3.1. Kouření a těhotenství

Jestliže není žena schopna vzdát se kouření během těhotenství, pak by měla myslet na své nenarozené dítě. Následky kouření postihnou prakticky celkový vývoj dítěte. Děti matek - kuřaček mívají obvykle malou porodní hmotnost. Znamená to, že jejich odolnost vůči chorobám, jejich schopnost normálně dýchat, dokonce způsob jak jsou živeny, může být nežádoucím způsobem narušeno, jestliže jejich matky kouří. Každé vdechnutí kouře odesílá nikotin, dehet a oxid uhelnatý prostřednictvím mateřské placentární bariéry k dítěti.

Pravděpodobně nejhorším důsledkem kouření během těhotenství je ta skutečnost, že oxid uhelnatý přítomný v matčině krevním oběhu zabraňuje hemoglobinu vázat na sebe kyslík. Místo toho se hemoglobin přeměňuje na karboxyhemoglobin, který odolává kyslíku. Z toho tedy vyplývá, že dítě je tímto způsobem připravováno o nejdůležitější látku, již ho matka zásobuje, a tou je kyslík. (7, str. 66)

Těhotné ženy, které kouří, snižují dodávku kyslíku plodu, a tak narušují fetální metabolismus a systém endokrinních žláz. Zvyšují pravděpodobnost nedonošenosti, potratu a úmrtí plodu. Nikotin přecházející do mléka kojících matek může u kojence vyvolat zvracení, průjem, rychlou srdeční akci a neklid.

Rodiče, kteří kouří, se podle zdravotnických odborníků proviňují zneužíváním dětí. Rostoucí dítě neustále exponované cigaretovému kouři bude s vyšší pravděpodobností trpět infekcemi uší, nosu a krku, bronchitidou, záchvaty astmatu a sníženou účinností plic. A co se týká budoucího poškození, jestliže rodič kouří, je pravděpodobné, že potomek bude kouřit také. (8, str. 649)

4. Různé metody odvykání kouření

4.1. Tablety

Mohou obsahovat:

- náhražky nikotinu
- chemikálie reagující s nikotinem za vzniku nepříjemné chuti
- rostlinné nebo chemicky neaktivní látky včetně homeopatik

Náhražkou nikotinu bývá nejčastěji lobelin, který se získává z rostliny příbuzné tabáku, účinkuje však stejně jako placebo.

Do druhé skupiny patří soli stříbra, které se rozpouštějí v ústech, pokrývají sliznici dutiny ústní a reagují s tabákovým kouřem, přičemž vzniká nepříjemná pachůť. Jak pro malou nebo vůbec žádnou účinnost, tak pro vedlejší účinky stříbra na zdraví se však tento způsob příliš nedoporučuje (tmavnutí zubů, podráždění dutiny ústní, nekontrolované užívání může výjimečně vést až k hromadění stříbra v organismu).

Poslední skupinu látek není třeba zvlášť komentovat. Pokud nejsou zdraví škodlivé a někdo si to přeje, není důvod je nezkusit. Takový člověk by však měl být informován, že nejsou zázračnou kúrou, ani že nemohou nahradit pevnou vůli nekouřit či účinky nikotinu. Patří sem např. eukalyptový olej nebo homeopatické přípravky, které rovněž způsobují nepříjemnou chuť cigarety v ústech, či ústní sprej s propolisem, výtažky magnólie a dalšími látkami.

Při léčbě nikotinismu je využíván bupropion, který potlačuje úzkost, běžnou součást abstinčních příznaků. Zdá se však, že bupropion působí i přímo na touhu po nikotinu. Je to asi dáno působením na mozkové buňky obsahující dopamin a noradrenalin, protože bupropion tlumí změny její aktivity při odnětí nikotinu. (2, str. 365)

Nejnovější a momentálně nejúčinnější lék, který neobsahuje nikotin a první, vyvinutý přímo k léčbě závislosti na tabáku je vareniklin. Působí tak, že v mozku obsadí receptory místo nikotinu a způsobuje stejně jako nikotin vyplavení dopaminu, a tedy zmírnění abstinčních příznaků. Tento lék není vhodný pro těhotné a kojící ženy, pro pacienty v pokročilém stádiu selhání ledvin.

4. 2. Mechanické pomůcky

Jsou to jednak různé filtry k cigaretám, někdy s mentolem, které mají omezit množství nikotinu a dehtů: ale – za první znamenají, že kuřáci setrvávají u kouření a za druhé, žádný filtr nezachytí vše. Tedy s odvykáním kouření nemají nic společného.

Druhou skupinou mohou být různé špičky, někdy také s mentolovou vůní (bez tabáku, bez kouře, bez možnosti zapálit, jen pro možnost mít něco v ústech) . Takovou pomůcku je možné bez obav použít.

4. 3. Omezování kouření, cigarety s nízkým obsahem dehtů

Jsou prezentovány jako možnosti omezení rizika. Má například smysl snížit spotřebu ze 60 cigaret denně na 10, ale pak je stejně třeba přestat úplně a navždy. Nemá smysl trápit se dlouhé měsíce tím, že se přechodně kouří méně: pořád kouříte! Navíc, se po určité době většinou takový kuřák vrací na ještě vyšší počet cigaret než původně kouřil. Kromě toho je to pro něho těžké, plýtvá elánem a energií na to, aby opravdu přestal.

Na podobném principu je také propichování cigaret v oblasti filtru, aby se tahem přibíral „falešný vzduch“.

Problematickým se rovněž jeví přechod z cigaret na dýmku nebo doutníky. Obojí obsahuje nikotin, dehty a většinu dalších škodlivin. Kromě toho je u dýmky a cigaret rozdílný způsob kouření: z dýmky se kouř jen „bafá“, dostává se jen do úst, kdežto kuřáci cigaret kouř většinou inhalují (vdechují) až do plic, tedy šlukují. Přejde-li kuřák cigaret na dýmku či doutník, obvykle šlukuje a riziko tím naopak zvyšuje.

4. 4. Herbální, rostlinné cigarety

Tabák je sice také rostlina, ale tímto názvem se většinou myslí cigarety z jiných rostlin než z tabáku.

Někteří je doporučují, protože rozkládají odvykání kouření na dvě stádia: ztrátu nikotinu, teprve pak ztrátu návyku.

Ze zdravotního hlediska je ovšem doporučit nelze: obsahují všechny produkty nedokonalého spalování a složení jejich kouře většinou není známo – jistě se v něm také vyskytuje řada látek poškozujících zdraví, včetně kancerogenů a oxidu uhelnatého. Jejich používání navíc představuje setrvání u psychické a sociální závislosti na cigaretě.

4. 5. Hypnóza, akupunktura

Hypnóza či akupunktura (podobně jako akupresura) účinkuje u těch kuřáků, kteří si ji přejí (kteří jsou rozhodnutí přestat kouřit a jsou přesvědčeni, že jim právě tato metoda pomůže). Obě metody jsou populární a znějí slibně. Účinek obou se rovná zhruba placebo, tedy efektu neúčinné látky. Ale ti, kdo chtějí přestat a přejí si těchto metod použít, není důvod odrazovat. Ani jedna z nich nepoškozuje zdraví.

4. 6. Náhradní léčba nikotinem

Kuřáctví je vedle sociálních a psychologických vazeb, které formují chování každého jedince, dále ovlivňováno i farmakologickou závislostí, která je pro mnohé obtížně zvládnutelná. Projevuje se vznikem nepříjemných abstinčních příznaků, kterých se lze ale zbavit poměrně snadno: zapálit si cigaretu. Tak to řeší velká část kuřáků, kteří se odhodlali s kouřením skoncovat, ale opět se k němu vrátili. Abstinční příznaky vznikají z nedostatku nikotinu v určitých centrech mozku, z poklesu jeho hladiny v krvi. Je tomu tak především ráno, po probuzení, kdy nikdo po dobu spánku nekouřil. Po probuzení si musí v co nejkratší době zapálit svou první cigaretu – a pak „je mu dobře“.

Tady přichází na pomoc náhradní léčba nikotinem. Nedostatku nikotinu lze předejít tak, že se tato látka do těla dostane jinou cestou než z cigaretového kouře: z náplasti nebo ze žvýkačky. Je třeba od prvního dne absolutně přestat kouřit – náhradní léčba nikotinem není v žádném případě slučitelná s kouřením: jednak můžete nikotin předávkovat, jednak by to nemělo smysl. Abstinční příznaky se neobjeví nebo se objeví jen v malé intenzitě. Můžete tak v jistém poklidu a nadhledu řešit své kuřácké chování, učit se žít bez cigarety, hledat a najít nový životní styl, život bez cigarety. (6, str. 42 – 44)

5. Onemocnění související s kouřením

Kouření způsobuje onemocnění srdce, cév a dýchacích cest. Nezpůsobuje jen rakovinu plic, ale může souviset i se vznikem rakoviny hrtanu, dutiny ústní, jícnu, močového měchýře, ledvin, slinivky břišní a děložního čípku. Kouření také nepříznivě ovlivňuje hojení ran, kožní onemocnění a urychluje tvorbu vrásek.

5. 1. Karcinom plic

Karcinom plic je v České republice ze všech nádorových onemocnění nejčastější příčinou úmrtí u mužů. U žen je sice méně častý, ale mortalita na toto onemocnění u žen rychle vzrůstá.

Začátkem dvacátého století se jednalo o vzácně se vyskytující onemocnění, koncem dvacátého století umírá na plicní karcinom každoročně více než 5000 obyvatel naší republiky. Hlavní příčinou tohoto nepříznivého stavu je kouření.

5. 1. 1. Faktory ovlivňující výskyt plicní rakoviny

Plicní rakovina je onemocnění s komplexní multifaktoriální etiologií. I když kouření cigaret se přičítá rozhodující úloha, nelze význam ostatních faktorů opomíjet, protože vedle samostatného působení se projevují v mnoha případech potenciací účinku kouření.

Riziko onemocnění plicní rakovinou nejvíce ovlivňují tyto faktory:

1. Aktivní kouření:

- a) druh kuřiva – riziko je vyšší pro kuřáky cigaret než pro kuřáky doutníků a dýmky,
- b) denní počet cigaret,
- c) doba kouření, věk při začátku kouření,
- d) obsah karcinogenních látek a nikotinu, cigaretový filtr,
- e) po zanechání kouření se v průběhu abstinence riziko onemocnět plicní rakovinou postupně snižuje v porovnání s osobami, které v kouření pokračují.

2. Ostatní faktory:

Pasivní kouření, profesionální expozice kancerogenním vlivům radioaktivní látky a ionizujícího záření, emise radioaktivních látek z přirozených zdrojů, extrémní znečištění

ovzduší, nevhodné složení potravy, zánětlivá/fibrotická plicní onemocnění, chronická obstrukční plicní nemoc, familiární a genetické aspekty patogenezy plicní rakoviny.

5. 1. 2. Projevy plicní rakoviny, příznaky a znaky lze rozdělit do čtyř kategorií

1. projevy růstu primárního tumoru,
2. projevy postižení regionálních uzlin, především mediastinálních,
3. projevy vzdálených metastáz,
4. paraneoplastické projevy.

Projevy: kašel, úbytek na hmotnosti, dušnost, bolest na hrudi, hemoptýza, chrapot, syndrom horní duté žíly, otok tváře a krku, periorbitální otoky, otok tváře a horních končetin, injekce spojivek, dilatace krčních žil, letora obličejů, prominující kožní žíly na horní části trupu, někdy bývá pozorována cyanóza, Hornerův syndrom, pleurální syndrom.

Projevy vzdálených metastáz - nejčastější lokalizace vzálených metastáz bronchogenního karcinomu jsou játra, skelet, mozek, nadledviny a ledviny, ale metastázy se mohou vyskytovat prakticky ve všech orgánech včetně plic.

Paraneoplastický syndrom je soubor příznaků a projevů sdružených s maligním nádorem, které nejsou způsobeny přímým šířením primárního nádoru nebo metastáz. Jsou způsobeny produkcí biologicky aktivních látek nádorovými buňkami, nebo se jedná o reakci nenádorových buněk organismu na přítomnost nádoru.

Patří zde: hyperkalcemie, syndrom zvýšené sekrece antidiuretického hormonu, hypertofická plicní osteoartopatie, karcinoidový syndrom, endokrinní, kožní, neurologické a svalové, periferní, centrální, neuromuskulární, svalové, oční, hematologické a kardiovaskulární paraneoplastické syndromy. (9, str. 13 – 195)

Bronchogenní karcinom metastazuje hematogenně do jater, skeletu, nadledvin a mozku. Časté je také lymfatické šíření, zejména při adenokarcinomu.

5. 1. 3. Diagnostika

Přesná klasifikace nádorů, anamnéza, rtg, CT, v případě zvětšených uzlin se provádí mediastinoskopie s odběrem uzlin, histologické vyšetření, při pátrání po metastázách se provádí sono jater, scintigrafie skeletu, CT nadledvin, CT lebky, punkce kostní dřeně

5. 1. 4. Léčba

Chirurgická (kurativní resekce, pneumektomie, lobektomie, parenchym šetřící výkony: segmentomie, klínovitá resekce, excize, atypická resekce), radioterapie (teleterapie, brachyterapie), endobronchiální terapie (mechanické odstranění nádoru, laserová léčba, kryoterapie, fotodynamická terapie, zavádění endobronchiálních protéz (stentů), chemoterapie. (10, str. 31 – 32)

5. 2. Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN)

Chronická obstrukční plicní nemoc je obstrukce dýchacích cest způsobená chronickou bronchitidou nebo plicním emfyzémem. Tato obstrukce progreduje, je částečně reverzibilní a může být spojena s bronchiální hyperreaktivitou.

Chronická prostá bronchitida je definována přítomností produktivního kašle, který trvá nejméně 3 měsíce ve dvou po sobě následujících letech, přičemž jiné příčiny chronického kašle musí být vyloučeny.

Emfyzém je abnormální trvalé rozšíření dýchacích cest periferně od terminálních bronchiolů spojené s destrukcí jejich stěn bez přítomnosti fibrózy.

V průběhu CHOPN vzniká i chronická hypoxémie, která vyvolá plicní hypertenzi a hypertrofii pravé komory.

5. 2. 1. Příčiny vzniku CHOPN

Kouření cigaret, pasivní kouření, znečištění ovzduší, profesionální expozice škodlivinám, plicní infekce během prvního roku života, nutrice, atopie, genetické vlivy.

5. 2. 2. Příznaky CHOPN

Typické příznaky: kašel a tvorba sputa, dušnost

Ostatní příznaky: sípání, bolesti na hrudi, otoky kloubů, nechutenství a hubnutí

Příznaky, které nejsou pro CHOPN typické: hemoptýza, trvalá expektorace hnisavého sputa, dušnost bez produktivního kašle nebo sípání

Fyzikální známky CHOPN: soudkovitý hrudník; prominující pomocné dýchací svaly; nízko uložená, oploštělá bránice vyvolávající vklesávání dolních žeber při nádechu, oslabené dýchání, prodloužený výdech se sípáním převážně v expiriu, pokles jater, která nejsou zvětšená.

U onemocnění typu A („pink-puffer“ – emfyzematózní typ) je navíc výdech proti sešpulným rtům a astenický habitus.

U onemocnění typu B („blue bloater“ – bronchitický typ) je navíc cyanóza v klidu nebo při mírné námaze, otoky kolem kotníků, chrůpky na plicních bázích.

5. 2. 3. Diagnostika

Správná anamnéza, fyzikální vyšetření hrudníku, laboratorní vyšetření – krevní obraz, vyšetření krevních plynů, spirometrie, skiagram hrudníku, počítačová tomografie s vysokou rozlišovací schopností. (11, str. 80 – 92)

5. 2. 4. Léčba

Antibiotika a chemoterapeutika, bronchodilatační léčba, kortikosteroidy, mukolytika, kyslíková terapie, léčba srdečního selhání, léčba respirační insuficience, plicní rehabilitace, fyzioterapie, vakcinace, imunomodulační preparáty, paliativní chirurgická léčba emfyzému (volumredukční operace) nebo transplantace plic, zanechání kouření. (12, str. 23 – 24)

5. 3. Maligní nádory močového měchýře

Zhoubné nádory měchýře jsou druhou nejčastější malignitou urogenitálního systému. Vyskytují se v každém věku, ale maximum incidence se pohybuje kolem sedmdesáti let. Postihuje častěji muže. Ve výčtu možných etiopatogenetických faktorů se uvádí kouření, chronická infekce, fenacetin, cyklofosfamid, kontakt s metabolity tryptofanu a metabolických aminů. Nejčastějším maligním nádorem měchýře je uroteliální karcinom. Zřídka se vyskytuje v močovém měchýři dlaždicobuněčný karcinom. Biologicky značně agresivní je vzácný anaplastický karcinom a byly popsány i malobuněčné formy karcinomu měchýře. Velmi vzácný je adenokarcinom. Zcela ojediněle je diagnostikován v dospělosti mezenchymální nádory měchýře – rabdomyosarkom, leiomyosarkom. Spíše raritní je výskyt jiných typů nádoru v měchýři (melanoblastom, karcinosarkom, choriokarcinom, feochromocytom, lymfom). Nádorem dětského předškolního věku je embryonální rabdomyosarkom botryoidního typu, který je lokalizován typicky v trigonu měchýře a má hroznovitý typ růstu.

5. 3. 1. Příznaky

Nejčastějším prvním příznakem je symptomatická hematurie. Mikční symptomologie zahrnuje dysurie, strangurie, polakisurie, imperativní nutkání k mikci nebo příznaky intravezikální obstrukce. Vzácněji se u nádoru močového měchýře objeví narůstající tupá bolest v bederní krajině, někdy s teplotami.

5. 3. 2. Diagnostika

Anamnéza, vyšetření per rektum nebo per vaginam, vylučovací urografie, ultrazvukové vyšetření, magnetická rezonance, počítačová tomografie, cystouretrie, biopsie, cytologické vyšetření moče.

5. 3. 3. Léčba

Kombinace transureterální resekce a instilace BCG vakcíny do měchýře, cystektomie, systémová chemoterapie, radioterapie. V současné době dáváme přednost kontinentním nízkotlakým rezervoárům vytvořeným modelací na antimezenterální straně podélně rozstřižené střevní kličky exkludované ze střevní pasáže. Do novovytvořeného měchýře jsou implantovány oba močovody a vývod (většinou do pupku) je technicky upraven tak, že nedovoluje samovolný odtok moče.

Při indikaci léčebného postupu musíme mít na mysli nejen rozsah nádoru a nezbytnou radikalitu výkonu, ale i celkový stav nemocného a kvalitu jeho dalšího života. (13, str. 200 – 204)

5. 4. Nádory slinivky břišní

Nejčastějším nádorem slinivky břišní je zhoubný adenokarcinom, vyrůstající z epitelu pankreatických vývodných cest. Mnohem méně často se vyskytují nádory cystické (cystadenom a cystoadenokarcinom). Jen asi 5% všech nádorů slinivky tvoří nádory vycházející z endokrinní tkáně slinivky břišní (např. inzulinom, gastrinom aj.).

Většinou se jedná o nádor u starších jedinců, postihuje pacienty mezi 45 – 80 rokem života, průměrný věk v době stanovení diagnózy je 60 let.

5. 4. 1. Etiopatogeneze

Etiologie je nejasná. Zdá se, že tento nádor postihuje častěji kuřáky, alkoholiky, diabetiky a nemocné s chronickou pankreatitidou. Ve vysokém procentu se vyskytuje u pacientů s geneticky definovanou, vzácně se vyskytující, hereditární chronickou pankreatitidou.

5. 4. 2. Klinický obraz

Mezi základní příznaky patří bolesti břicha, váhový úbytek a progredující ikterus. Charakter symptomů je závislý především na lokalizaci nádoru. Pokud je nádor lokalizován v hlavě pankreatu, dominuje ikterus, který je většinou bezbolestný. Pokud je umístěno ložisko v těle a kaudě, hlavním příznakem jsou bolesti. Mezi další příznaky patří únava, slabost, zvracení při obturaci duodena nádorem, kdy může být přítomna hemateméza a meléna. Až u 40% nemocných je přítomen diabetes mellitus. Někdy se může onemocnění manifestovat atakami akutní pankreatitidy či projevy zevně sekretorické insuficience pankreatu a steatoreou. V neposlední řadě má mnoho pacientů různé psychické poruchy, jako jsou deprese a úzkostné stavy.

5. 4. 3. Diagnostika

Anamnéza, fyzikální vyšetření, abdominální ultrasonografie, počítačová tomografie, magnetická rezonance se zobrazením pankreatického a žlučového vývodného systému, pozitronová emisní tomografie, endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie, endoskopická ultrasonografie, biopsie, laboratorní vyšetření.

5. 4. 4. Léčba

Chirurgická (radikální chirurgická resekce, spojkové operace), endoskopická (obnovena drenáž žluče zavedením stentu do žlučových cest), onkologická (chemoterapie, radioterapie, antiemetická, antidepressivní, anxiolytická). (14, str. 242 – 246)

5. 5. Ischemická choroba srdeční (ICHS)

Ischemická choroba srdeční je definována jako nedokrevnost myokardu, způsobená patologickým procesem v koronárním řečišti.

Základní dělení je na formy akutní (nestabilní angína pectoris, akutní infarkt myokardu, náhlá smrt) a chronické (angína pectoris, vazospastická angína pectoris, němá ischemie, syndrom X, ICHS se srdečním selháním, ICHS s arytmiemi).

Porucha perfuze myokardu může mít původ organický (ateroskleróza, trombus, embolie, arteriitis, direkce koronární tepny) nebo funkční (spasmus koronární tepny). Nejčastější příčinou ischemie je aterosklerotický plát, který je umístěn excentricky v epikardiální části koronární tepny.

Ischémie se objeví tehdy, jestliže nároky na dodávku kyslíku převáží možnosti perfuze. Zvýšené nároky na dodávku kyslíku mohou být navozeny fyzickou námahou, zvýšením systolického tlaku nebo tachykardií.

Srdce za vzniklou ischemii reaguje rozvojem kolaterálního cévního řečiště, které pomáhá krvi obejít stenózu a zásobuje myokard za stenózou.

Existují rizikové faktory, které zvyšují riziko vzniku ischemické choroby srdeční. Mezi hlavní rizikové faktory patří hypertenze, porucha lipidového metabolismu, kouření, diabetes mellitus, obezita, nedostatek fyzické aktivity, stres, pozitivní rodinná anamnéza, mužské pohlaví a další.

5. 5. 1. Klinický obraz

Bolest na hrudi, která je typicky svíravá, pálivá (stenokardie), vyzařování může být do horních končetin, do zad, do epigastria, vyvolávajícím momentem bývá námaha, stres, jídlo, chůze na větru a mrazu, pohlavní styk. Dalším příznakem je tlak na hrudi, pocit nedostatečnosti dechu, otoky, palpitace.

5. 5. 2. Diagnostika

Anamnéza, fyzikální vyšetření, EKG, zátěžové testy, echokardiografie, ventrikulografie, laboratorní vyšetření.

5. 5. 3. Léčba

Farmakologická léčba - antianginózní léky (nitráty, kalcioví antagonisté, betablokátory), antiagregancia (kyselina acetylsalicylová, klopidogrel, tiklopidin), antikoagulancia (kumaríny), ACE inhibitory a léky, které ovlivňují rizikové faktory a endoteliální dysfunkci (antidiabetika, antihypertenziva, hypolipidemika), intervenční léčba - perkutánní transluminální angioplastika, zavedení stentu, obroušení sklerotického plátu, chirurgická léčba - žilní bypass, implantace arteria mammaia. (15, str. 55 -57)

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

6. Hypotézy

Stanovila jsem si 5 hypotéz:

- 1) Domnívám se, že se mezi zdravotníky vyskytuje více nekuřáků než kuřáků.
- 2) Domnívám se, že více než 50 % zdravotnického personálu kouří, nebo již v minulosti kouřili.
- 3) Domnívám se, že u zdravotnického personálu, který kouří, má počet jimi vykouřených cigaret sestupnou tendenci.
- 4) Domnívám se, že více než 50 % zdravotnického personálu, který kouří, by chtěl kouření zanechat.
- 5) Domnívám se, že zdravotnický personál, který kouří, nedodržuje zákaz kouření v areálu nemocnice.

7. Metodika výzkumu

Má práce je teoreticko – výzkumná, k získání potřebných informací jsem použila anonymní dotazník. Dotazník byl určen zdravotnickému personálu a byl sestaven z dvaceti otázek.

Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, řádně vyplněných bylo vráceno 80, další 3 vrácené dotazníky musely být pro neúplnost odpovědí vyřazeny, 17 dotazníků vráceno nebylo. Dotazníky byly rozdány v Nemocnici ve Frýdku-Místku, na různých odděleních. 30 dotazníků bylo rozdáno na gynekologicko – porodním oddělení, dalších 30 dotazníků na interním oddělení, 20 dotazníků bylo rozdáno na dětském oddělení a 20 na chirurgickém oddělení.

V dotazníku jsem použila většinou uzavřené otázky, a to celkem 17x. U těchto otázek si respondenti mohli vybrat jednu odpověď z nabízených možností. Součástí těchto otázek byly také 4 identifikační otázky. Dalším typem byly otázky otevřené a ty byly použity celkem 2x. Zde měli respondenti možnost uvést svůj názor na danou problematiku. Posledním typem otázek byla otázka polozavřená, která se vyskytuje pouze 1x. U této otázky si respondenti mohli vybrat z nabízených možností nebo mohli uvést svou vlastní odpověď. V dotazníku se objevují také filtrační otázky, které neslouží pro všechny respondenty a rozdělují je podle určitých kritérií. V mém dotazníku se tato otázka týká kuřáků a nekuřáků, těch, co nikdy nekouřili a těch, kteří v minulosti již kouřili.

Každá otázka je rozvedena v tabulce a zpracována pomocí grafu. U otevřených otázek byly shromážděny shodné nebo podobné odpovědi a následně zapsány do tabulky a byl vypracován graf. Dotazník je přiložen v Příloze A.

7. 1. Veličiny užívané v tabulkách

Rozsah souboru – n

Absolutní četnost - n_i

Relativní četnost - f_i

Celková četnost – Σ

Vzorec pro výpočet – $f_i = n_i / n \times 100$

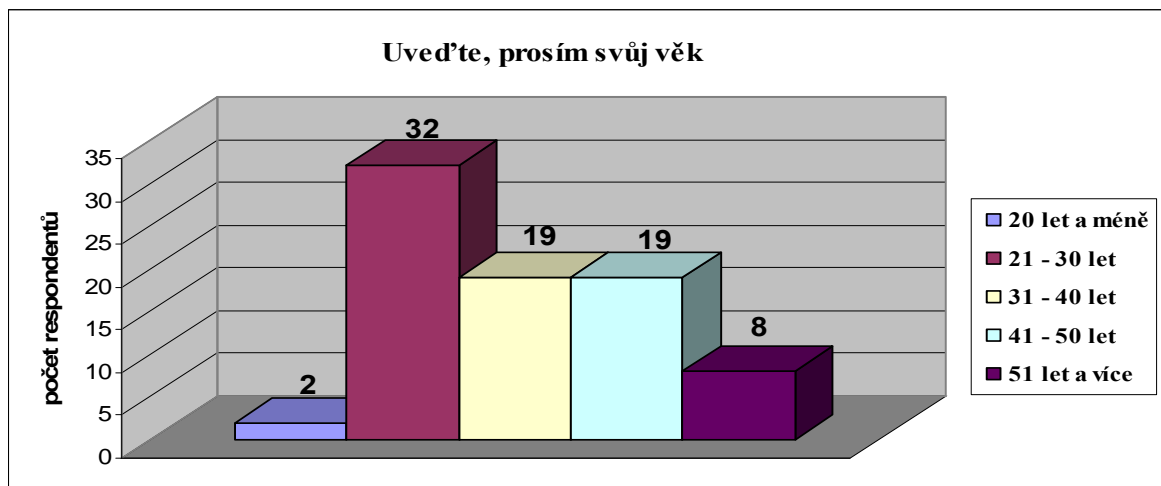
8. Prezentace výsledků

Otázka č. 1 - Uveďte prosím svůj věk:

- 20 let a méně
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 let a více

Tab. 1 Věková kategorie respondentů

n	n _i	f _i
20 let a méně	2	2,50
21 – 30 let	32	40,00
31 – 40 let	19	23,75
41 – 50 let	19	23,75
51 let a více	8	10,00
Σ	80	100,00



Obr. 1. Graf věků respondentů

V této otázce měli respondenti uvést svůj věk. 32 respondentů bylo ve věkové kategorii 21 – 30 let (40 %), pak byla kategorie 31 – 40 let a 41 – 50 let (23,75 %), obě byly

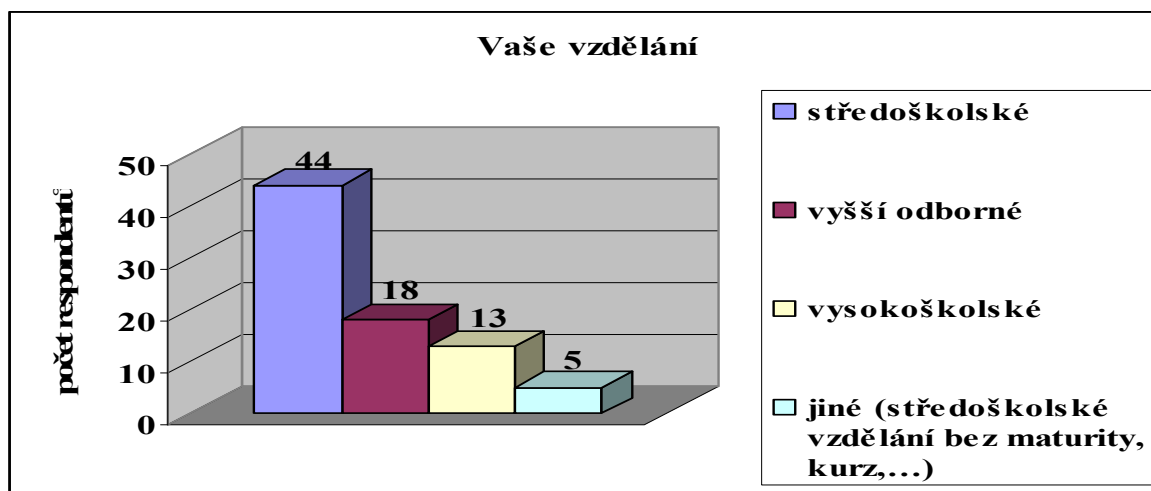
zastoupeny 19 respondenty, dále 8 respondentů bylo v kategorii 51 let a více (10 %) a poslední věkovou kategorií byla 20 let a méně (2,5 %), která byla zastoupena 2 respondenty.

Otázka č. 2 - Vaše vzdělání:

- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské
- jiné (středoškolské bez maturity, kurz, ...)

Tab. 2 Přehled vzdělání

n	n_i	f_i
středoškolské s maturitou	44	55,00
vyšší odborné	18	22,50
vysokoškolské	13	16,25
jiné (středoškolské vzdělání bez maturity, kurz, ...)	5	6,25
Σ	80	100,00



Obr. 2 Graf vzdělání respondentů

V této otázce měli respondenti uvést své dosažené vzdělání. 44 respondentů bylo se středoškolským vzděláním s maturitou (55 %), pak následovalo 18 respondentů s vyšším odborným vzděláním (22,50 %), za nimi 13 vysokoškolsky vzdělaných (16,25 %) a poslední skupinou bylo 5 respondentů s jiným vzděláním (6,25 %).

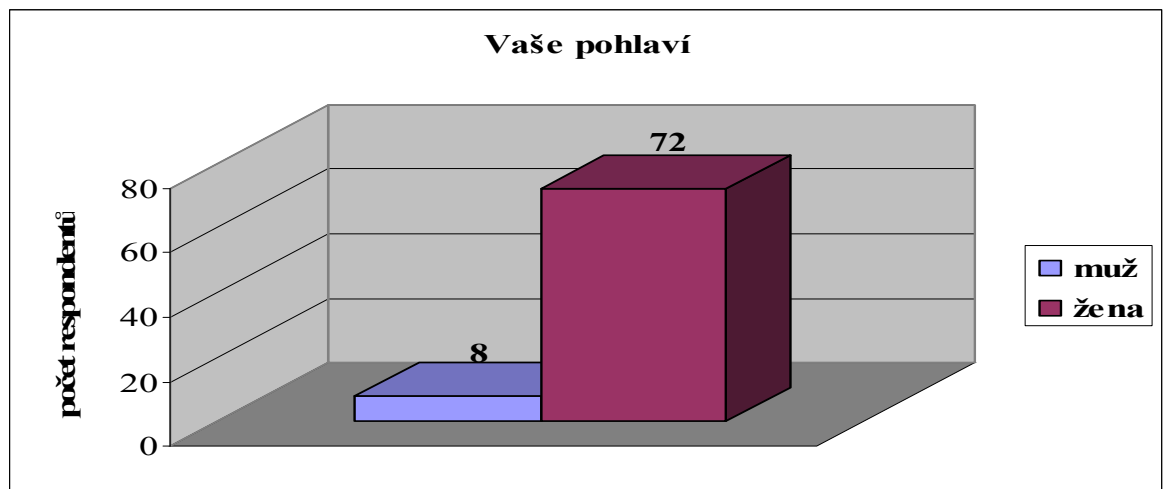
Otázka č. 3 - Vaše pohlaví:

muž

žena

Tab. 3 Přehled pohlaví respondentů

n	n_i	f_i
muž	8	10,00
žena	72	90,00
Σ	80	100,00



Obr. 3 Graf pohlaví respondentů

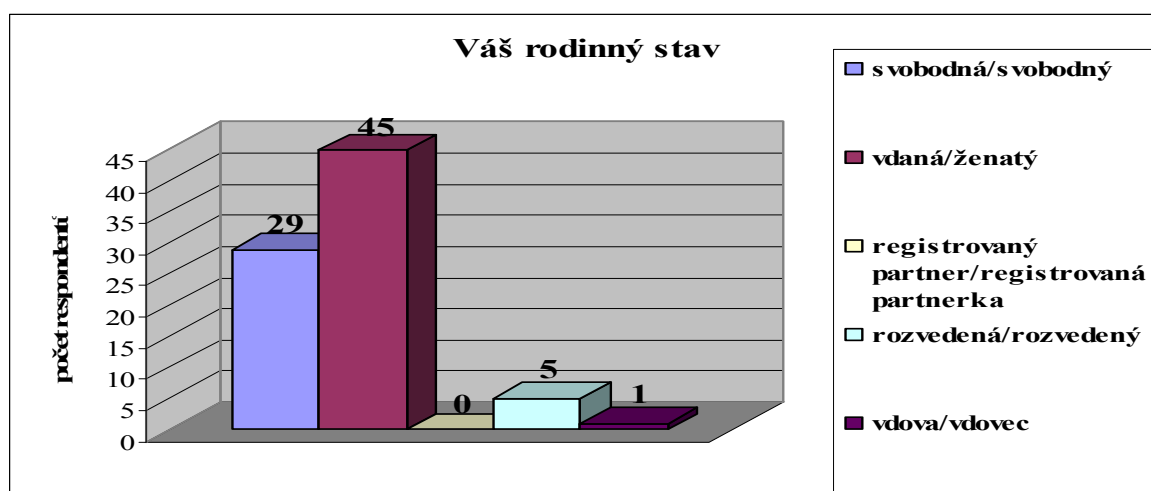
V této otázce měli respondenti uvést své pohlaví. Mezi respondenty bylo 72 žen (90%) a 8 mužů (10%). Tato otázka byla pouze identifikační, dále jsem s hodnotami nepracovala.

Otázka č. 4 - Váš rodinný stav:

- svobodná/svobodný
- vdaná/ženatý
- registrovaný partner/registrovaná partnerka
- rozvedená/rozvedený
- vdova/vdovec

Tab. 4 Přehled rodinného stavu respondentů

n	n _i	f _i
svobodná/svobodný	29	36,25
vdaná/ženatý	45	56,25
registrovaný partner/registrovaná partnerka	0	0,00
rozvedená/rozvedený	5	6,25
vdova/vdovec	1	1,25
Σ	80	100,00



Obr. 4 Graf rodinného stavu respondentů

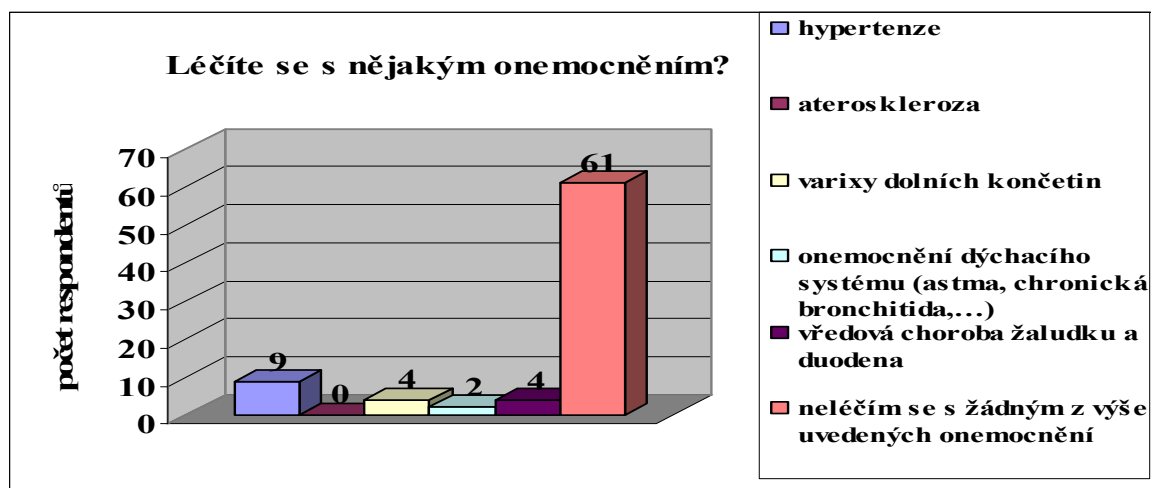
Zde měli respondenti uvést svůj rodinný stav. 45 respondentů bylo mezi vdanými a ženatými (56,25 %), za nimi bylo 29 respondentů svobodných (36,25 %), dále 5 rozvedených respondentů (6,25 %) a poslední skupinou byl 1 ovdovělý respondent (1,25 %). Žádný z mých respondentů nebyl registrovaný partner či partnerka.

Otázka č.5 - Léčíte se s nějakým onemocněním uvedených v možnostech?

- hypertenze
- ateroskleróza
- varixy dolních končetin
- onemocnění dýchacích cest
- vředová choroba žaludku a duodena
- neléčím se s žádným z výše uvedených onemocnění

Tab. 5 Přehled onemocnění, s kterými se léčí respondenti

n	n _i	f _i
hypertenze	9	11,25
ateroskleróza	0	0,00
varixy dolních končetin	4	5,00
onemocnění dýchacích cest	2	2,50
vředová choroba žaludku a duodena	4	5,00
neléčím se s žádným z výše uvedených onemocnění	61	76,25
Σ	80	100,00



Obr. 5 Graf onemocnění respondentů

U této otázky měli respondenti uvést, zda se léčí s nějakým onemocněním, které měli v možnostech. 61 respondentů odpovědělo, že se neléčí se žádným z uvedených nemocí (76,25 %). Za nimi následovala skupina 9 respondentů, která se léčí s hypertenzí

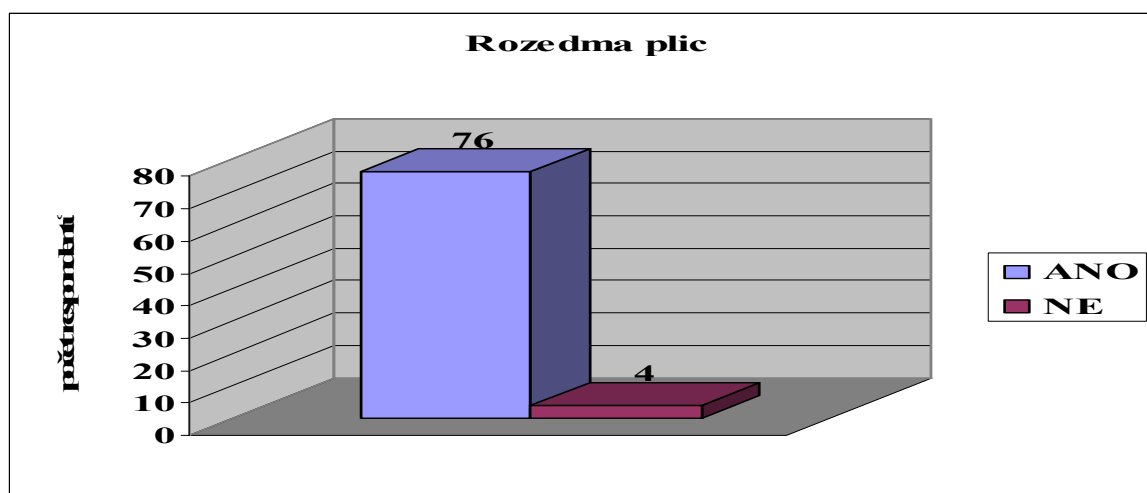
(11,25 %), dalšími byly skupiny po 4 respondentech léčících se s vředovou chorobou žaludku a duodena (5,00 %) a s varixy dolních končetin (5,00 %) . Poslední skupinu tvořili 2 respondenti s onemocněním dýchacího systému (2,50 %). S aterosklerózou se žádný z mých respondentů neléčí.

Otázka č. 6 - Myslíte si, že kouření má vliv na některou nemoc uvedenou ve výčtu?

- a) rozedma plic ANO NE
- b) vředová choroba žaludku a duodena ANO NE
- c) neplodnost ANO NE
- d) kožní onemocnění ANO NE

Tab. 6 Přehled odpovědí na otázku o rozedmě plic

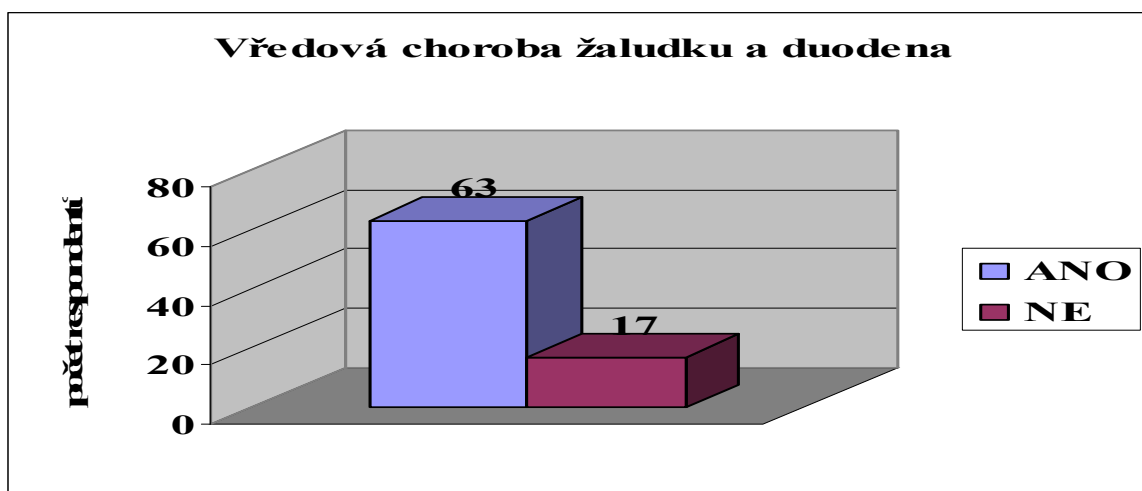
n	n _i	f _i
ano	76	95,00
ne	4	5,00
Σ	80	100,00



Obr. 6 Graf odpovědí na otázku o rozedmě plic

Tab. 7 Přehled odpovědí na otázku o vředové chorobě žaludku a duodena

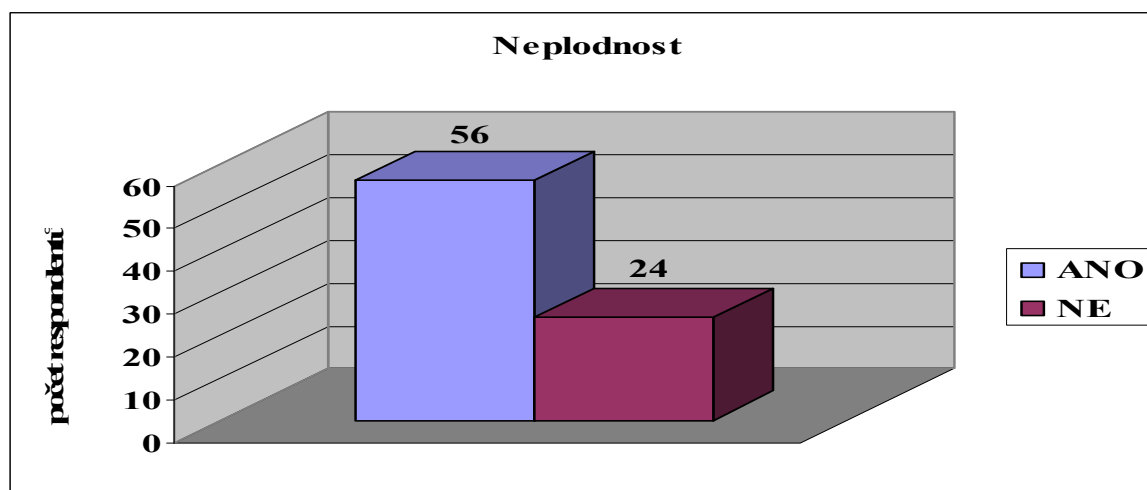
n	n _i	f _i
ano	63	78,75
ne	17	21,25
Σ	80	100,00



Obr. 7 Graf odpovědí na otázku o vředové chorobě žaludku a duodena

Tab. 8 Přehled odpovědí na otázku o neplodnosti

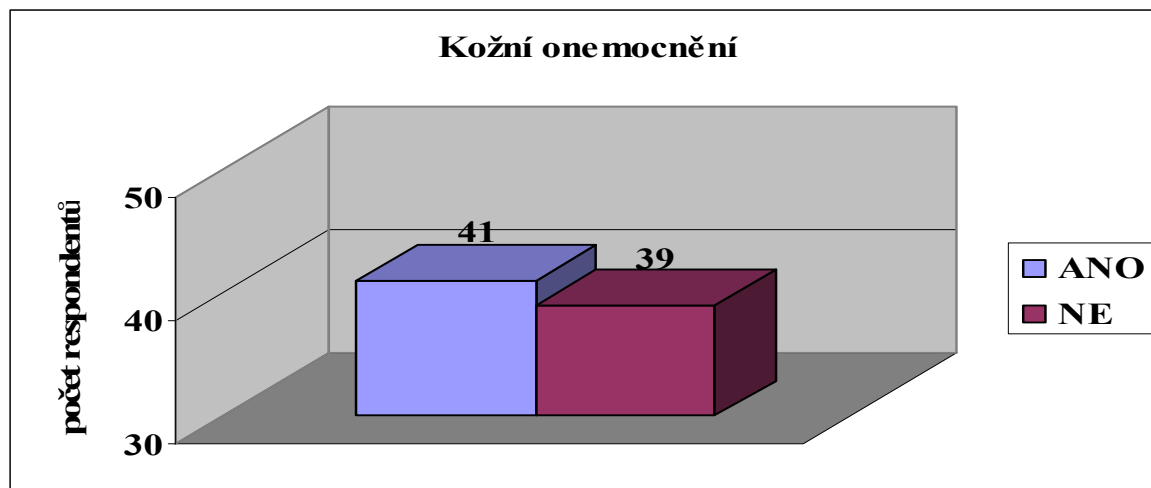
n	n _i	f _i
ano	56	70,00
ne	24	30,00
Σ	80	100,00



Obr. 8 Graf odpovědí na otázku o neplodnosti

Tab. 9 Přehled odpovědí na otázku o kožním onemocnění

n	n _i	f _i
ano	41	51,25
ne	39	48,75
Σ	80	100,00



Obr. 9 Graf odpovědí na otázku o kožním onemocnění

V této otázce měli respondenti uvést, zda si myslí, že kouření má vliv na některé onemocnění, které měli uvedené ve výčtu.

U rozedmy plic odpovědělo kladně 76 respondentů (95,00%) a pouze 4 respondenti odpověděli záporně (5,00%).

Vliv kouření na vředovou chorobu označilo 63 respondentů kladně (78,75%) 17 záporně (21,25%).

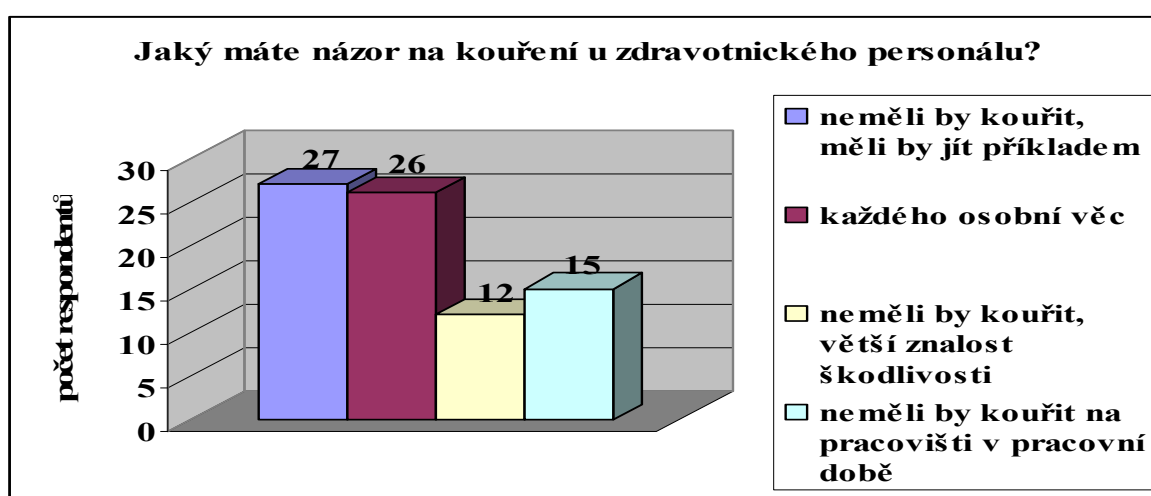
U neplodnosti označilo 56 respondentů kladnou odpověď (70,00%) a 24 respondentů zápornou odpověď (30,00%).

Vliv kouření na kožní onemocnění sice označilo 41 respondentů kladnou odpovědí (51,25%) a zápornou odpovědí 39 respondentů (48,75%), ale tyto výsledky signalizují, že se moc o tomto negativním vlivu mezi zdravotnickými pracovníky neví.

Otázka č. 7 - Jaký máte názor na kouření u zdravotnického personálu?

Tab. 10 Přehled názorů na kouření u zdravotnického personálu

n	n _i	f _i
ne měli by kouřit, měli by jít příkladem	27	33,75
každého osobní věc	26	32,50
ne měli by kouřit, větší znalost škodlivosti	12	15,00
ne měli by kouřit na pracovišti v pracovní době	15	18,75
Σ	80	100,00



Obr. 10 Graf názoru na kouření u zdravotnického personálu

Zde mohli respondenti napsat svůj názor na tuto problematiku. U 27 respondentů převládá názor, že by zdravotnický personál neměl kouřit, že by měl jít ostatním lidem příkladem (33,75 %). 26 respondentů uvedlo, že kouření je každého osobní věc, ať pracuje ve zdravotnictví nebo v jiné sféře (32,50 %). Dále se u 15 respondentů objevil názor, že by neměli zdravotníci kouřit v pracovní době na pracovišti (18,75 %). Není pak vhodné, když pečují o pacienty a zapáchají cigaretovým kouřem. Dalších 12 respondentů zdůrazňovalo zdravotnické vzdělání a větší povědomí o škodlivosti kouření, kdy zdravotník ví daleko víc než laik, jak mu cigarety škodí a co všechno mohou způsobit (15,00 %).

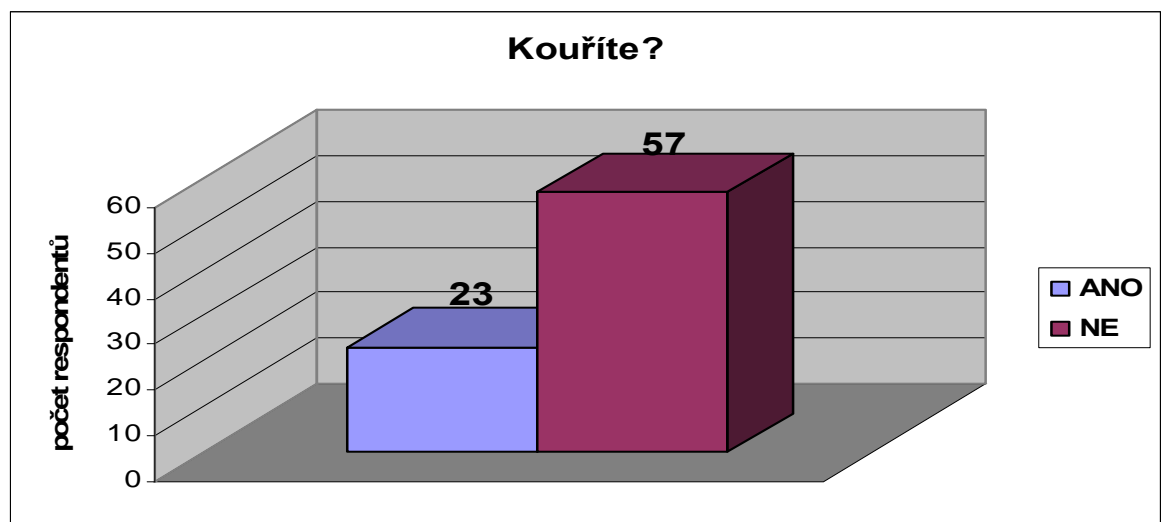
Otázka č. 8 - Kouříte?

ANO

NE

Tab. 11 Přehled kouřících a nekouřících zdravotnických pracovníků

n	n _i	f _i
ano	23	28,75
ne	57	71,25
Σ	80	100,00



Obr. 11 Graf kuřáků a nekuřáků mezi zdravotnickým personálem

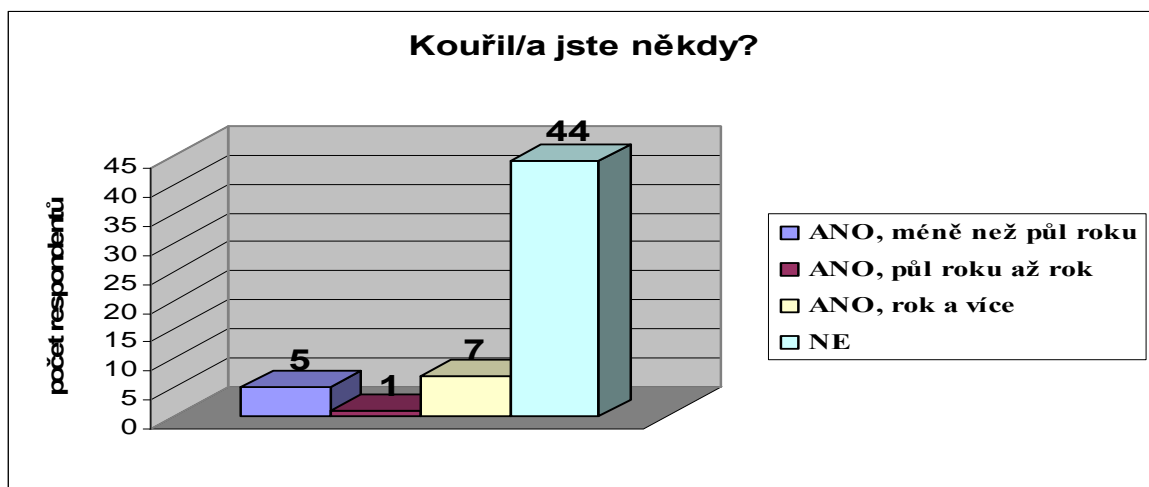
U této otázky měli respondenti uvést, zda kouří nebo ne. Mezi mými respondenty bylo 23 kuřáků (28,75 %) a 57 nekuřáků (71,25 %).

Otázka č. 9 - Kouřil/a jste někdy?

- ANO, méně než půl roku
- ANO, půl roku až rok
- ANO, rok a více
- NE

Tab. 12 Přehled odpovědí, zda již někdy kouřili

n	n _i	f _i
ANO, méně než půl roku	5	8,77
ANO, půl roku až rok	1	1,75
ANO, rok a více	7	12,28
NE	44	77,19
Σ	57	100,00



Obr. 12 Graf odpovědí, zda již někdy kouřili

Zde měli respondenti, kteří u předchozí otázky označili zápornou variantu, odpovídat, zda někdy kouřili. 44 respondentů označilo zápornou odpověď (77,19 %), pak následovala skupina 7 respondentů, kteří kouřili rok a více (12,28 %), dalších bylo 5 respondentů, kteří kouřili méně než půl roku (8,77 %) a poslední byl 1 respondent, který odpověděl, že kouřil půl roku až rok (1,75 %).

Otázka č. 10 - Proč jste přestal/a kouřit?

Tab. 13 Přehled důvodů zanechání kouření

n	n _i	f _i
těhotenství	2	15,38
vlastní rozhodnutí	4	30,77
finanční důvody	2	15,38
vyzkoušení	3	23,08
zdravotní důvody	2	15,38
Σ	13	99,99



Obr. 13 Graf důvodů zanechání kouření

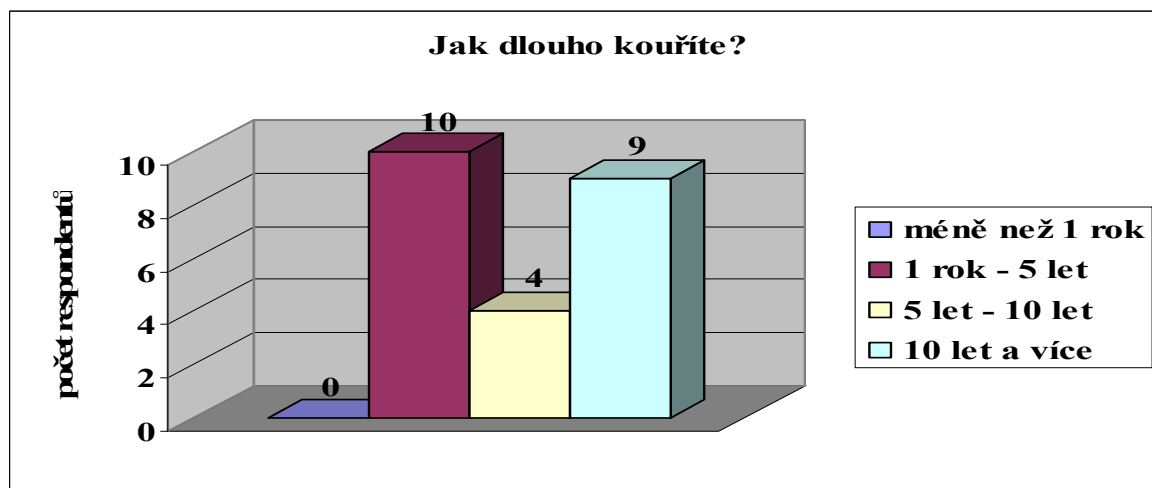
Tato otázka se týkala respondentů, kteří u předchozí otázky odpověděli kladně a tudíž již někdy kouřili. V této otázce měli odpovídat, co je přimělo přestat kouřit. 4 respondenti se shodovali na odpovědi, že přestali kouřit z vlastního rozhodnutí (30,77 %). Další skupinou byli 3 respondenti, kteří chtěli kouření pouze vyzkoušet, ale nic pozitivního jim nepřineslo, proto se kouření vzdali (23,08 %). Po nich následovaly tři skupiny po 2 respondentech, které kouřit přestali ze zdravotních důvodů (15,38 %), z finančního důvodu (15,38 %) a skupina respondentek, které přestaly kouřit, kvůli tomu, že se chystaly otěhotnět (15,38 %).

Otázka č. 11 - Jak dlouho kouříte?

- méně než 1 rok
- 1 rok – 5 let
- 5 let – 10 let
- 10 let a více

Tab. 14 Přehled délky kouření

n	n _i	f _i
méně než 1 rok	0	0,00
1 rok – 5 let	10	43,48
5 let – 10 let	4	17,39
10 let a více	9	39,13
Σ	23	100,00



Obr. 14 Graf délky kouření

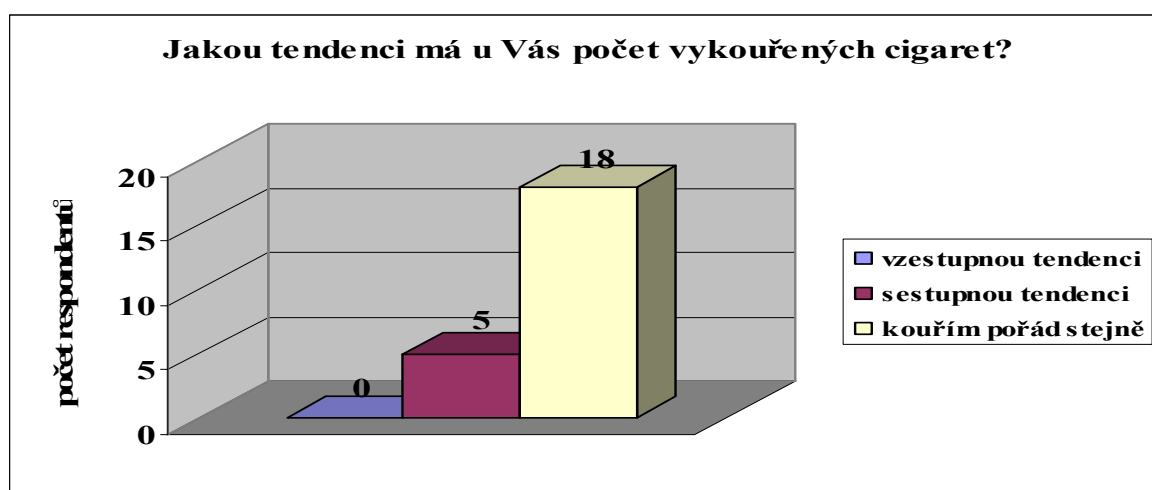
U této otázky měli respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku, zda kouří odpovídat, jak dlouho již kouří. 10 respondentů kouří 1 rok – 5 let (43,48 %), další skupina 9 respondentů uvedla, že kouří 10 let a více (39,13 %), následovali 4 respondenti, kouřící 5 let – 10 let (17,39 %). Mezi mými respondenty nebyl žádný, který by kouřil méně než 1 rok.

Otázka č. 12 - Jakou tendenci má u Vás počet vykouřených cigaret?

- vzestupnou tendenci
- sestupnou tendenci
- kouřím pořád stejně

Tab. 15 Přehled tendence počtu vykouřených cigaret

n	n_i	f_i
vzestupnou tendenci	0	0,00
sestupnou tendenci	5	21,74
kouřím pořád stejně	18	78,26
Σ	23	100,00



Obr. 15 Graf tendence počtu vykouřených cigaret

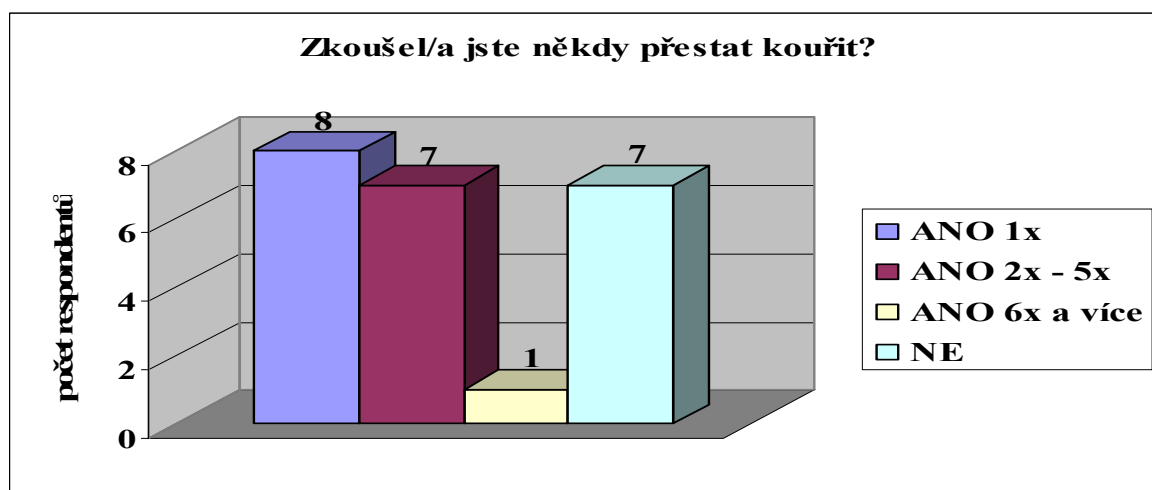
Zde měli respondenti uvést, jakou tendenci má u nich počet vykouřených cigaret. 18 respondentů mi uvedlo, že kouří pořád stejně (78,26 %) a 5 respondentů uvedlo, že jejich kouření má tendenci sestupnou (21,74 %).

Otázka č. 13 – Zkoušel/a jste někdy přestat kouřit?

- ANO 1x
- ANO 2x – 5x
- ANO 6x a více
- NE

Tab. 16 Přehled počtů pokusů zanechání kouření

n	n _i	f _i
ANO 1x	8	34,78
ANO 2x – 5x	7	30,43
ANO 6x a více	1	4,35
NE	7	30,43
Σ	23	99,99



Obr. 16 Graf počtů pokusů zanechání kouření

U této otázky měli respondenti uvést, jestli se kdy pokoušeli přestat kouřit a pokud ano, tak kolikrát. 8 respondentů uvedlo jeden pokus o zanechání kouření (34,78 %). Dalších 7 respondentů uvedlo, že se pokoušeli zanechat kouření 2x – 5x (30,43 %) a skupina dalších 7 respondentů se nepokoušela vůbec přestat kouřit (30,43 %). Pouze 1 respondent se pokoušel zanechat kouření 6x a více (4,35 %).

Otázka č. 14 – Dodržujete zákaz kouření v nemocnici?

ANO

NE

Tab. 17 Přehled dodržování zákazu kouření v nemocnici

n	n_i	f_i
ANO	13	56,52
NE	10	43,48
Σ	23	100,00



Obr. 17 Graf dodržování zákazu kouření v nemocnici

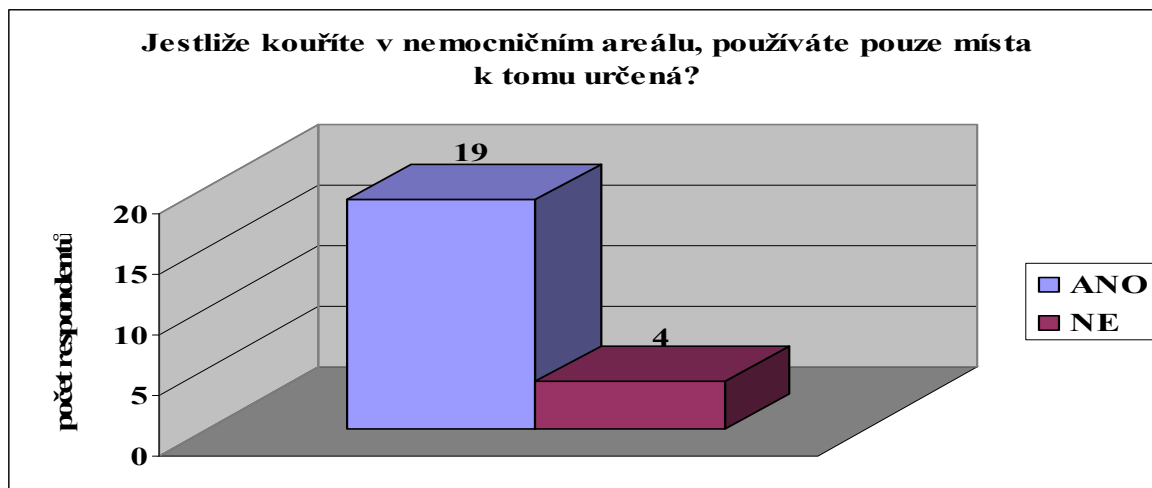
V této otázce měli respondenti uvést, zda dodržují zákaz kouření v nemocnici. 13 respondentů odpovědělo kladně (56,52 %) a 10 respondentů záporně (43,48 %).

Otázka č. 15 – Jestliže kouříte v nemocničním areálu, používáte místa pouze k tomu určená?

- ANO
 NE

Tab. 18 Přehled dodržování určeného místa ke kouření

n	n_i	f_i
ANO	19	82,61
NE	4	17,39
Σ	23	100,00



Obr. 18 Graf dodržování určeného místa ke kouření

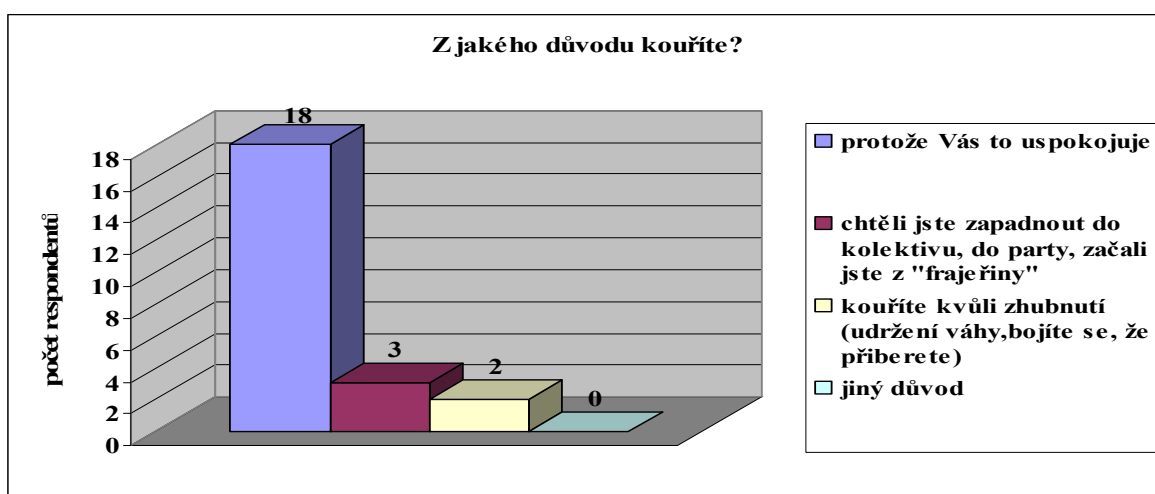
U této otázky měli respondenti odpovědět, zda kouří na místě, vyhrazeném pro tyto účely. 19 respondentů odpovědělo kladně (82,61 %) a 4 respondenti porušují nařízení nemocnice a nedodrží kouření na určeném místě (17,39 %).

Otázka č. 16 – Z jakého důvodu kouříte?

- protože Vás to uspokojuje
- chtěli jste zapadnout do kolektivu, do party, začali jste z „frajeřiny“
- kouříte kvůli zhubnutí (udržení váhy, bojíte se, že přiberete)
- jiný důvod (prosím napište)

Tab. 19 Přehled důvodů kouření

n	n _i	f _i
protože Vás to uspokojuje	18	78,26
chtěli jste zapadnout do kolektivu, do party, začali jste z „frajeřiny“	3	13,04
kouříte kvůli zhubnutí (udržení váhy, bojíte se, že přiberete)	2	8,70
jiný důvod	0	0,00
Σ	23	100,00



Obr. 19 Graf důvodů kouření

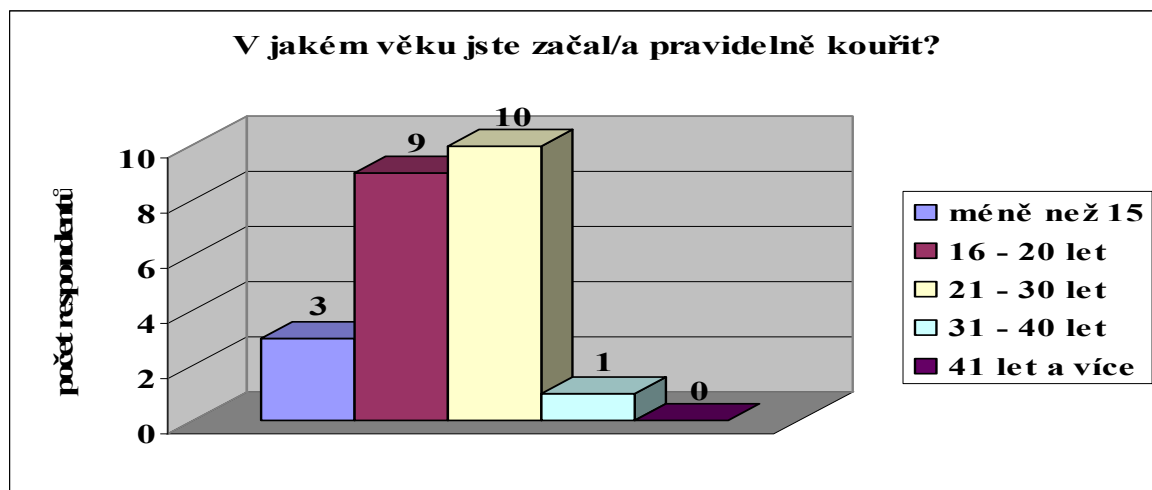
V této otázce měli uvést, co je důvodem jejich kouření. 18 respondentů uvedlo, že je kouření uspokojuje (78,26 %). Dalším důvodem kouření pro 3 respondenty bylo to, že chtěli zapadnout do kolektivu, do party nebo začali z „frajeřiny“ (13,04 %). Poslední skupina 2 respondentů uvedla jako důvod zhubnutí, udržení váhy (8,70 %). Žádný z respondentů nevedl jiný důvod kouření.

Otázka č. 17 – V jakém věku jste začal/a pravidelně kouřit?

- méně než 15 let
- 16 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 let a více

Tab. 20 Začátek pravidelného kouření

n	n _i	f _i
méně než 15 let	3	13,04
16 – 20 let	9	39,13
21 – 30 let	10	43,48
31 – 40 let	1	4,35
41 let a více	0	0,00
Σ	23	100,00



Obr. 20 Graf začátku pravidelného kouření

U této otázky měli respondenti uvést, v kolika letech začali pravidelně kouřit. 10 respondentů uvedlo začátek kouření mezi 21 – 30 let (43,48 %), další skupinou bylo 9 respondentů, kteří začali pravidelně kouřit v období 16 – 20 let (39,13 %). V období méně než 15 let začali kouřit 3 respondenti (13,04 %). A jen 1 respondent začal

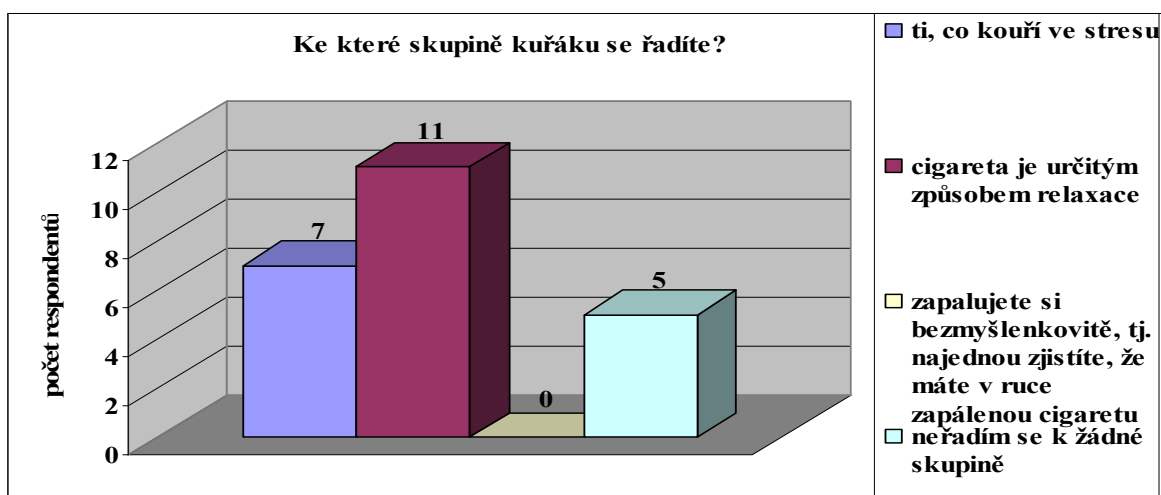
pravidelně kouřit v období 31 – 40 let. Žádný z mých respondentů nezačal pravidelně kouřit po čtyřicátém roce.

Otázka č. 18 – Ke které skupině kuřáků se řadíte?

- ti, co kouří ve stresu (cigareta jen pomáhá zvládat stresové situace)
- cigareta je určitým způsobem relaxace
- zapalujete si bezmyšlenkovitě, tj. najednou zjistíte, že máte v ruce cigaretu
- neřadím se k žádné skupině

Tab. 21 Přehled „skupin kuřáků“

n	n _i	f _i
ti, co kouří ve stresu (cigareta jen pomáhá zvládat stresové situace)	7	30,34
cigareta je určitým způsobem relaxace	11	47,83
zapalujete si bezmyšlenkovitě, tj. najednou zjistíte, že máte v ruce cigaretu	0	0,00
neřadím se k žádné skupině	5	21,74
Σ	23	100,00



Obr. 21 Graf „skupin kuřáků“

U této otázky se měli respondenti zařadit k nějaké skupině, které byly uvedeny v možnostech. 11 respondentů uvedlo, že cigareta je určitým způsobem relaxace (47,83 %), další skupinou bylo 7 respondentů, kteří uvedli, že kouří ve stresu, cigareta jim pouze pomáhá zvládnout stresovou situaci (30,43 %). 5 respondentů se nezařadilo k žádné nabídnuté možnosti (21,74 %) a bezmyšlenkovitě si nezapaluje žádný z mých respondentů.

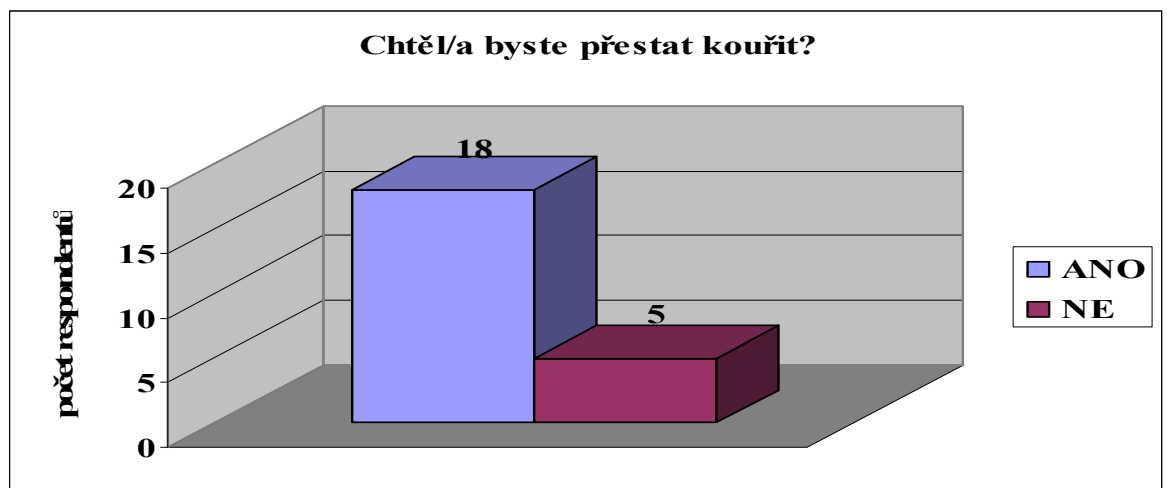
Otázka č. 19 – Chtěl/a byste přestat kouřit?

ANO

NE

Tab. 22 Zanechání kouření

n	n _i	f _i
ANO	18	78,26
NE	5	21,74
Σ	23	100,00



Obr. 22 Graf zanechání kouření

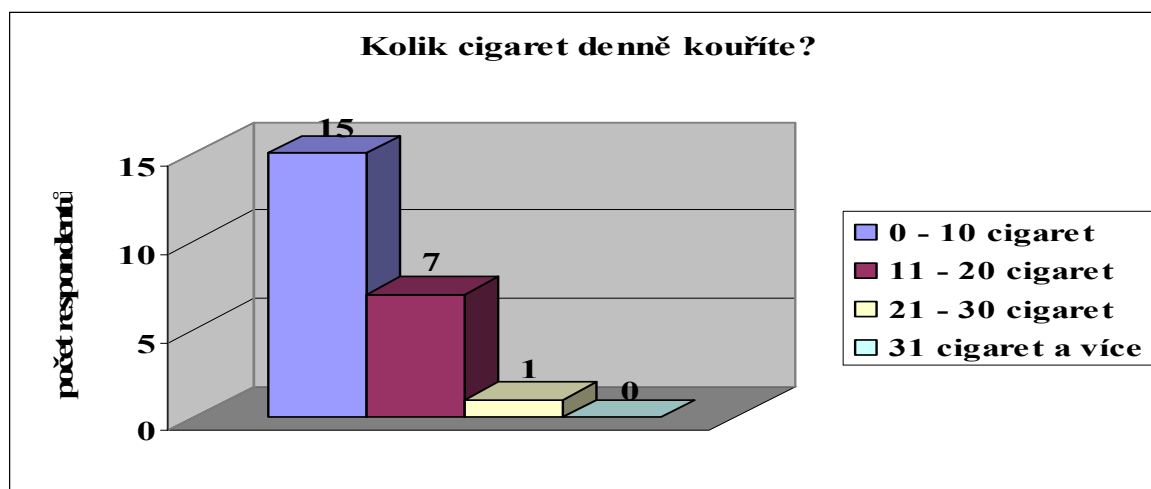
U této otázky měli respondenti uvést, zda by chtěli přestat kouřit. 18 respondentů odpovědělo, že by chtělo přestat kouřit (78,26 %). A 5 respondentů uvedlo zápornou odpověď (21,74 %).

Otázka č. 20 – Kolik cigaret denně kouříte?

- 0 – 10 cigaret
- 11 – 20 cigaret
- 21 – 30 cigaret
- 31 cigaret a více

Tab. 23 Počet cigaret vykouřených za den

n	n _i	f _i
0 – 10 cigaret	15	65,22
11 – 20 cigaret	7	30,43
21 – 30 cigaret	1	4,35
31 cigaret a více	0	0,00
Σ	23	100,00



Obr. 23 Graf počtu vykouřených cigaret za den

V této otázce měli respondenti uvést kolik cigaret za den vykouří. 15 respondentů se přiklonilo k možnosti 0 – 10 cigaret (65,22 %). Další skupinou bylo 7 respondentů, kteří uvedli 11 – 20 cigaret za den (30,43 %). A posledním byl 1 respondent, který uvedl 21 – 30 cigaret za den. Žádný z mých respondentů nevedl možnost 31 cigaret a více.

Diskuze

Stanovila jsem si 5 hypotéz. Z toho se 3 nepotvrdily a 2 se potvrdily.

1. hypotéza – Domnívám se, že se mezi zdravotníky vyskytuje více nekuřáků než kuřáků.

Tato hypotéza se potvrdila. Z 80 respondentů 71,25 %, tedy 57 respondentů uvedlo, že nekouří. Z toho vyplývá, že 23 respondentů, tedy 28,75 % kouří.

2. hypotéza – Domnívám se, že více než 50 % zdravotnického personálu kouří, nebo již v minulosti kouřili.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Z 80 dotazovaných uvedlo 23, tedy 28,75 % respondentů, že kouří. Z 57 nekuřáků uvedlo dalších 13, že v minulosti někdy kouřili. Celkem tedy kouří nebo v minulosti kouřilo 36 respondentů z 80, tj. 45,00 %.

3. hypotéza - Domnívám se, že u zdravotnického personálu, který kouří, má počet jimi vykouřených cigaret sestupnou tendenci.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Z kouřících respondentů 78,26 %, tedy 18 dotazovaných uvedlo, že kouří pořád stejně. Pouze u 21,74 % respondentů má sestupnou tendenci. Je pozitivním zjištěním, že u žádného dotazovaného nemá počet vykouřených cigaret vzestupnou tendenci.

4. hypotéza – Domnívám se, že více než 50 % zdravotnického personálu, který kouří, by chtěl kouření zanechat.

Tato hypotéza se potvrdila. Z 23 respondentů, kteří kouří, by 78,26 %, tedy 18 respondentů chtělo kouření zanechat. 5 dotazovaných, tedy 21,74 % by nechtělo přestat kouřit.

5. hypotéza – Domnívám se, že zdravotnický personál, který kouří, nedodržuje zákaz kouření v areálu nemocnice.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Z 23 dotazovaných respondentů mi 56,52 % uvedlo, že zákaz kouření respektují a 43,48 % respondentů porušuje tento zákaz. Jestliže si už cigaretu zapálí, 82,61 % respondentů - kuřáků dodržuje vymezené místo na kouření a 17,39 %, tedy 4 respondenti i tento zákaz porušují.

Závěr

Kouření cigaret se stává nemoderní záležitostí. Přestat s kouřením není nikdy pozdě, ale bohužel závislost na kouření je jedním z nejobtížněji přemožitelných návyků. Málokdo si uvědomí všechny následky, které kouření tabákových výrobků způsobuje. V dnešní době je řada možností, jak s tímto zvykem nadobro skončit. Na každém je pak rozhodnutí, kdy a zda vůbec přijde „den D“ a dá kouření sbohem.

Studiem literatury k bakalářské práci jsem se dozvěděla mnoho zajímavých informací o historii tabáku, metodách odvykání kouření, o působení nikotinu na lidský organismus a také o onemocněních, které kouření způsobuje. Nejvíce zarážející asi je to, že je stále mnoho kuřáků, kteří si své zdraví nadále dobrovolně ničí i přes všechn nápor protikuřáckých reklam a kampaní.

Pozitivním zjištěním při výzkumu byl fakt, že na vybraných odděleních sledovaného zdravotnického zařízení byl větší počet nekuřících zdravotnických pracovníků než počet kuřáků. Určitě ne moc pěknou vizitku oddělení dělá zdravotnický personál, který kouří v pracovní době a zapáchá cigaretovým kouřem. Už i kvůli pacientovu komfortu by si dle mého názoru měli zdravotníci, kteří kouří uvědomit, že ne každému je tento pach příjemný.

Tento dotazník jsem nerozdala na všech odděleních v nemocnici. Možná by výsledky vyšly trochu jiné. Domnívám se však, že u poměru kuřáků a nekuřáků v nemocnici by se výsledek moc nelišil od mého.

Soupis bibliografických citací

1. BUDINSKÝ, V. , *10 osvědčených způsobů jak přestat kouřit*, 1. vyd. , Praha: Public History, 2001, ISBN 80-86445-06-2.
2. STONE, T. , DARLINGTONOVÁ, G. , *Léky, drogy, jedy*, 1. vyd. , Praha: Academia, 2003, ISBN 80-200-1065-3.
3. ESCOHOTADO, A. , *Stručné dějiny drog*, 1. vyd. , Praha: VOLVOX GLOBATOR, 2003, ISBN 80-7207-512-8.
4. KOTULÁN, J. , *Zdraví a životní prostředí*, 1. vyd. , Praha: AVICENUM, zdravotnické nakladatelství, 1991, ISBN 80-201-0158-6.
5. JANÍK, A. , DUŠEK, K. , *Drogy a společnost*, 1. vyd. , Praha: AVICENUM, zdravotnické nakladatelství, 1990, ISBN 80-201-0087-3.
6. KRÁLIKOVÁ, E. , KOZÁK, J., T. , *Jak přestat kouřit*, 1. vyd. , Praha: Maxdorf, 1997, ISBN 80-85800-62-4.
7. STOPPARDOVÁ, M. , *Žena od A do Z*, 1. vyd. , Martin: NEOGRAFIA, 1993, ISBN 80-85186-26-8.
8. přel. JELÍNEK, J. , *Encyklopedie zdravé ženy*, 1. vyd. , Praha: Pragma, 1997, ISBN 80-7176-479-5.
9. ZATLOUKAL, P. , PETRUŽELKA, L. , *Karcinom plic*, 1. vyd. , Praha: GRADA Publishing, 2001, ISBN 80-7169-819-9.
10. HOCH, J. , LEFFLER, J. , a kol. , *Speciální chirurgie*, 2. vyd. , Praha: Maxdorf, 2003, ISBN 80-85912-06-6.
11. MUSIL, J. , PETŘÍK, F. , *PNEUMOLOGIE, příručka pro praktické lékaře*, 1. vyd. , Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-073-8.
12. KOLEK, V. , *Antimikrobiální léčba plicních zánětů*, 1. vyd. , Praha: Triton, 1997, ISBN 80-85875-34-9.
13. KAWACIUK, I. , *Urologie*, 1. vyd. , Jinočany: H+H, 2000, ISBN 80-86022-60-9.
14. LUKÁŠ, K. , ŽÁK, A. , *Gastroenterologie a hepatologie*, 1. vyd. , Praha: Grada Publishing, a. s. , 2007, ISBN 978-80-247-1787-6.
15. SOVOVÁ, E. , ŘEHOŘOVÁ, J. , *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*, 1. vyd. , Praha: Grada Publishing, a. s. , 2004, ISBN 80-247-1009-9.

16. BÁRTLOVÁ, S. , HNILICOVÁ, H. , *Vybrané metody a techniky výzkumu, Zjišťování spokojenosti pacientů*, 1. vyd. , Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000, ISBN 80-7013-311-2.
17. VESELKA, J. , *Infarkt myokardu*, 1. vyd. , Praha: Vašut, 2001, ISBN 80-7236-241-0.

Seznam příloh

Příloha A Dotazník.....	63
-------------------------	----

Příloha A

Vážený pane, vážená paní,

dovoluji si Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, který se zabývá problematikou kouření u zdravotnických pracovníků.

Jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice a Vaše odpovědi budou zpracovány pro mou bakalářskou práci. Dotazník je anonymní, získané informace nebudou zneužity.

Přečtěte si, prosím pozorně následující otázky a pravdivě na ně odpovězte. U jednotlivých otázek prosím zakřížkujte jednu odpověď, pokud nebude přímo o otázky uvedeno jinak.

Děkuji za Vaše odpovědi a spolupráci.

Zita Cupalová

1) Uveďte, prosím svůj věk:

- 20 let a méně
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 let a více

2) Vaše vzdělání:

- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské
- jiné (středoškolské bez maturity, kurz, ...)

3) Vaše pohlaví:

- muž
- žena

4) Váš rodinný stav:

- svobodná/svobodný
- vdaná/ženatý
- registrovaný partner/registrovaná partnerka
- rozvedená/rozvedený
- vdova/vdovec

5) Léčíte se s nějakým onemocněním uvedených v možnostech?
Zde je možno zakřížkovat více odpovědí.

- hypertenze
- ateroskleróza
- varixy dolních končetin
- onemocnění dýchacích cest (astma, chronická bronchitida...)
- vředová choroba žaludku a duodena
- neléčím se s žádným z výše uvedených onemocnění

6) Myslíte si, že kouření má vliv na některou nemoc uvedenou ve výčtu?

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| a) rozedma plic | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| b) vředová choroba žaludku a duodena | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| c) neplodnost | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| d) kožní onemocnění | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

7) Jaký máte názor na kouření u zdravotnického personálu? Prosím napište svou odpověď.

8) Kouříte?

- ANO
 NE

Pokud jste odpověděli „ANO“ pokračujte otázkami 11-20 .

Pokud jste odpověděli „NE“ pokračujte následujícími otázkami 9-10 .

9) Kouřil/a jste někdy?

- ANO, méně než půl roku
 ANO, půl roku až rok
 ANO, rok a více
 NE

10) Proč jste přestal/a kouřit? Prosím napište svou odpověď.

11) Jak dlouho kouříte?

- méně než 1 rok
 1 rok – 5 let
 5 let – 10 let
 10 let a více

12) Jakou tendenci má u Vás počet vykouřených cigaret?

- vzestupnou tendenci
 sestupnou tendenci
 kouřím pořád stejně

13) Zkoušel/a jste někdy přestat kouřit?

- ANO 1x
- ANO 2x – 5x
- ANO 6x a více
- NE

14) Dodržujete zákaz kouření v nemocnici?

- ANO
- NE

15) Jestliže kouříte v nemocničním areálu, používáte pouze místa k tomu určená?

- ANO
- NE

16) Z jakého důvodu kouříte?

- protože Vás to uspokojuje
- chtěli jste zapadnout do kolektivu, do party, začali jste z „frajeřiny“
- kouříte kvůli zhubnutí (udržení váhy, bojíte se, že přiberete)
- jiný důvod (prosím napište) _____

17) V jakém věku jste začal/a kouřit pravidelně?

- méně než 15 let
- 16 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 let a více

18) Ke které skupině kuřáků se řadíte?

- ti, co kouří ve stresu (cigareta jen pomáhá zvládat stresové situace)
- cigareta je určitým způsobem relaxace
- zapalujete si bezmyšlenkovitě, tj. najednou zjistíte, že máte v ruce zapálenou cigaretu
- neřadím se k žádné skupině

19) Chtěl/a byste přestat kouřit?

- ANO
- NE

20) Kolik cigaret denně kouříte?

- 0 – 10 cigaret
- 11 - 20 cigaret
- 21 - 30 cigaret
- 31 a více

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci.