

Informovanost kuřáků o nemoci chronická obstrukční plicní nemoc

Michaela Křivánková DiS.

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Křivánková, DiS.**

Osobní číslo: **H15517**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Informovanost kuřáků o nemoci chronická obstrukční plicní nemoc**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kouření a chronické obstrukční plicní nemoci.

Příprava metodiky kvantitativního výzkumu.

Realizace výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KOBLÍŽEK, Vladimír. CHOPN: doporučený postup ČPFS pro diagnostiku a léčbu chronické obstrukční plicní nemoci. Praha: Maxdorf, c2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-358-9.

KOLEK, Vítězslav, Viktor KAŠÁK a Martina VAŠÁKOVÁ. Pneumologie. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-387-9.

KON, Onn Min, T. T. HANSEL a Peter J. BARNES. Chronic obstructive pulmonary disease: (COPD). New York: Oxford University Press, c2008. Oxford respiratory medicine library. ISBN 978-0-19-954914-6.

KRÁLÍKOVÁ, Eva. Diagnóza F17: závislost na tabáku. Praha: Mladá fronta, 2015.

Aeskulap. ISBN 978-80-204-3711-2.

KRÁLÍKOVÁ, Eva. Nekuřáctví – základní podmínka zdravých plic: jak přestat kouřit?. Olomouc: Solen, 2010. ISBN 978-80-87327-27-2.

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Jana Pelková

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 30.4.2019

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Bakalářská práce na téma Informovanost kuřáků o nemoci chronická obstrukční plicní nemoc je zaměřená na širokou kuřáckou veřejnost a jejich informovanost o nemoci, která jde ruku v ruce s kouřením – chronická obstrukční plicní nemoc. Práce se skládá se ze dvou částí, v teoretické části se zaměřujeme na kouření obecně a jeho škodlivé účinky na organismus, závislost na nikotinu a s tím spojené abstinenční příznaky. Dále jsme do této části práce také zahrnuli nejčastější onemocnění, jehož hlavním rizikovým faktorem pro vznik je právě kouření. Jedná se o chronickou obstrukční plicní nemoc, kde jsme se zaměřili na vznik a patofyziologii tohoto onemocnění, rizikové faktory, klinický průběh onemocnění, prognózu, diagnostiku a terapii. V druhé, empirické části zkoumáme širokou kuřáckou veřejnost včetně zdravotního personálu. Výzkum byl prováděn technikou dotazníkového šetření. Přičemž jsme zjišťovali informovanost uživatelů tabákových výrobků o chronické obstrukční plicní nemoci. V závěru práce vyhodnocujeme stanovené cíle pomocí grafického zobrazení a porovnáváme míru informovanosti o chronické obstrukční plicní nemoci mezi laickou kuřáckou populací a zdravotním personálem.

Klíčová slova: kouření, tabák, cigarety, chronická obstrukční plicní nemoc, dušnost

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

The bachelor work, on topic Smokers awareness about chronic obstructive pulmonary disease, is aiming on general public of smokers and their awareness about illness, which is connected with smoking. The thesis is divided on two parts, theoretical part is focused on smoking widely and its harmful effects on organism, tobacco addiction and related withdrawal symptoms. As next is included in this work the most common disease whose main risk factor for emergence is smoking. It is about chronic obstructive pulmonary disease, where information is targeted on origin and pathophysiology this illness, risk factors, clinical course of the disease, prognosis, diagnostics and therapy. In second empirical part, a wide range of smokers is being studied, including medical staff. Research was conducted by questionnaire survey technique. While is being detected awareness of tobacco product

users, about chronic obstructive pulmonary disease. In the end of work, by using a graphical representation, is evaluate established goals and compares level of awareness, about chronic obstructive pulmonary disease, between smoking population and medical staff.

Keywords: smoke, tabacco, cigaretes, chronic obstructive pneumonary disease, dyspnoea

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Velké poděkování patří všem, kdo mi pomáhali a podporovali mě, především pak vedoucí práce paní MUDr. Janě Pelkové za její náměty, užitečné připomínky, komunikaci a podporu při psaní bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KOUŘENÍ – DIAGNÓZA F17	13
1.1 KUŘÁK.....	14
1.2 TABÁKOVÝ KOUŘ.....	14
1.2.1 Nikotin.....	15
1.2.2 Oxid uhelnatý – CO	15
1.2.3 Dehet	15
1.3 FORMY UŽÍVÁNÍ TABÁKU	16
1.3.1 Cigarety	16
1.3.2 Elektronické cigarety	16
1.3.3 IQOS	16
1.3.4 Bezdýmný tabák.....	17
1.3.5 Vodní dýmky.....	17
1.3.6 Dýmky a doutníky.....	17
1.4 ZÁVISLOST	17
1.5 ABSTINENCE.....	19
1.6 KUŘÁCKÁ POPULACE V ČESKÉ REPUBLICE A CELOSVĚTOVĚ	20
1.7 LEGISLATIVA SPOJENÁ S UŽÍVÁNÍM TABÁKOVÝCH VÝROBKŮ.....	21
1.7.1 Výroba tabákových výrobků	22
1.7.2 Zdanění tabákových výrobků	22
1.7.3 Reklama spojená s tabákovými výrobky.....	23
1.7.4 Prodej tabákových výrobků.....	23
1.7.5 Zákaz kouření.....	23
1.8 ÚLOHA ZDRAVOTNÍ SESTRY PŘI ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ.....	24
1.8.1 Postup zdravotní sestry při pomoci s odvykáním kouření v několika krocích.....	24
1.9 KOUŘENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ	25
2 CHRONICKÁ OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOC – CHOPN	26
2.1 PATOFYZIOLOGIE	26
2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY	27
2.3 KLINICKÝ OBRAZ A PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ	27
2.3.1 Příznaky onemocnění CHOPN	28
2.3.2 Klasifikace chronické obstrukční plicní nemoci	29
2.3.3 Rozdělení CHOPN dle fenotypu	31
2.3.4 Terminální fáze onemocnění	33
2.4 DIAGNOSTIKA CHRONICKÉ OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCI.....	33
2.5 TERAPIE ONEMOCNĚNÍ CHOPN	36
2.6 ÚLOHA ZDRAVOTNÍ SESTRY V PÉČI O PACIENTY S CHOPN.....	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	44

3	METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI	45
3.1	VÝBĚR RESPONDENTŮ	45
3.2	CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMU	46
	Hlavní cíl práce	47
3.2.1	Dílčí cíle práce	47
3.2.2	Pracovní hypotézy	48
4	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	49
5	DISKUSE	77
6	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	83
	ZÁVĚR	84
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	86
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	91
	SEZNAM OBRÁZKŮ	93
	SEZNAM TABULEK.....	94
	SEZNAM GRAFŮ	96
	SEZNAM PŘÍLOH.....	97

ÚVOD

„Nejvíce fascinujícím objevem medicíny 20. století byl fakt, že tolik nemocí a utrpení je způsobeno kouřením. Poněkud méně fascinují je fakt, že tomu věnujeme tak málo pozornosti“

Richard Doll

Kouření, lidský nešvar, který je znám od nepaměti. Tabák kouřili již američtí indiáni a poté, co ho přivezli Kolumbovi námořníci do Evropy, postupně vznikl velký fenomén dnešní doby – kouření. Ne každý kuřák i nekuřák si uvědomuje skutečnost, že tabák, ve kterém je obsažený nikotin je droga, která na lidský mozek a organismus působí stejně jako tvrdé drogy například heroin, nebo kokain. Z pohledu historie bylo kouření považováno za společenský status a málo kdo si dovede představit elegána, nebo slečnu z filmů pro pamětníky bez cigarety s dlouhou špičkou. V dnešní době 21. století WHO mluví o pandemii kouření. Málokdo ví, že kouření ať už aktivní nebo pasivní zabije ročně kolem 5 milionů lidí, což je více než AIDS. Nyní celosvětově kouří asi 1,1 miliardy lidí, což je obrovské číslo, které se podepisuje ve všech odvětvích. Jak známo cigaretový kouř obsahuje více než 4000 chemických látek, které přímo ohrožují lidské zdraví a asi 100 látek je prokazatelně karcinogenních. Tento fakt je prokazatelný, protože pacientů s bronchiálním karcinomem celosvětově, ale i v České republice stále přibývá. Dokonce drží první příčky nejvyšší incidence a bohužel trend kouření stoupá především u žen. Dalším typickým zástupcem onemocnění spojených s kouřením je chronické, velmi plíživé, zdánlivě nenápadné a o to víc zákeřné onemocnění chronická obstrukční plicní nemoc – CHOPN, což si většina uživatelů tabáku vůbec neuvědomuje nebo takové onemocnění bohužel vůbec nezná. Podle WHO se odhaduje celosvětová prevalence osob trpících právě touto nemocí na 210 milionů a jsou předpoklady, že díky tabákové pandemii bude toto číslo narůstat. Především u žen je celosvětový nárůst zaznamenán ve velkých číslech. Onemocnění CHOPN má za následek až v 75 % aktivní nebo pasivní kouření. Jen málo kuřáků si uvědomí, když pokuřuje s přáteli cigaretku, že pokašlává a tento zdánlivý „kašlík“, připomínající obyčejnou virózu znamená počínající velký problém pro jeho zdraví a do budoucna i pro normální a plnohodnotný nádech, po kterém bude tolik toužit. Co se dá s tímto celosvětovým problémem dělat? Na típnutí cigarety léky nenajdeme je to o našem vlastním přesvědčení. A je to jediné, co můžeme pro naše plíce a zdraví udělat.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOUŘENÍ – DIAGNÓZA F17

Návykové látky jsou staré jako lidstvo samo, a již od nepaměti lidé na všech kontinentech a ve všech sociálních vrstvách užívali jakékoliv návykové látky. Avšak kouření tabáku postupně nabylo až pandemický charakter. Poprvé se kouření tabákových listů objevilo u indiánů v Americe, odkud tabák do Evropy přivezli Kolumbovi námořníci v 16. století a velmi rychle se užívání tehdy řezaného tabáku rozšířilo. K prvnímu velkému rozmachu kouření došlo koncem 19. století, kdy začala tovární výroba cigaret. Do počátku 1. světové války kouřili pouze muži a to především ti z vyšších sociálních vrstev. U žen nebo dětí bylo kouření zcela společensky nepřijatelné a vyloučené. Avšak od konce 1. světové války došlo k postupné emancipaci žen a trend kouření se stal dokonce žádoucím. Ve 30.–40. letech minulého století si snad nikdo nedovede představit film, aniž by tam elegantní muž nebo žena nadrželi v ruce cigaretu s velmi dlouhou špičkou. Druhá světová válka trend kouření ještě zvýšila, ale již v té době začalo přibývat nádorů především plic a úmrtí s touto nemocí spojených. V současné době je trend kouření na ústupu, především díky řadě protikuřáckých programů, avšak kuřáků je stále velká spousta mezi oběma pohlavími a přetrvává především u žen. Věk u dětí, které poprvé kouří se stále snižuje a nyní se pohybuje na hranici kolem desátého roku. Je prokázáno, že v čím nižším věku začne jedinec kouřit tím je rychlejší vznik závislosti a také jsou horší dopady na zdraví. (Pradáčová, 2-3; Vokurka, Hugo 2009, s. 548; O kouření, 2019)

„Kouření je vdechování tabákového kouře, které má charakter naučeného chování spojeného jak s určitými fyzickými, psychickými a sociálními prožitky a souvislostmi vedoucí k jeho opakování. Při kouření se morganismu dostává víc než 4000 látek, z nichž některé mají významný vliv na lidský organismus.“ (Vokurka, Hugo, 2009, s. 548)

Při kouření se nejedná jenom o společenský zlovyk, ale je to chronická a progredující nemoc, která je zakódovaná v mezinárodní klasifikaci nemocí dle WHO jako diagnóza F17 a jedná se o podobnou závislost jako u alkoholu, nebo na tvrdých drogách. Tabákový kouř obsahuje velké množství škodlivých látek, a tak ničí zdraví nejen aktivního kuřáka, ale i osob, které se pohybují v bezprostřední blízkosti – pasivní kuřáci. Cigaretový kouř obsahuje velké množství škodlivin a zplodin přibližně asi 4000 a z toho je alespoň 100 prokazatelně karcinogenních, jiné jsou jedovaté nebo mají mutagenní účinek. Protože je v první řadě vdechován do plic cigaretový kouř nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro vznik plicních nádorů a dalších onemocnění. (Králíková, 2015, s. 9-12; 2010, s. 7)

1.1 Kuřák

Je člověk, užívající tabáku v míře 1 a více cigaret za den. Jedná se jak o naučené chování jedince, tak i závislost na nikotinu, nejde tedy o zlovyk, ale díky závislosti o nemoc. Pro každého kuřáka je nedílným každodenním rituálem vytažení cigarety z krabičky, plamínek na zapalovači a samotné zapálení cigarety. Příležitostný kuřák je takový, který vykouří méně než 1 cigaretu za den, a tedy kouření cigarety je u něj vázáno na společenskou událost a vztah k alkoholu. Za bývalého kuřáka označujeme takového člověka, který za celý svůj život vykouřil více než 100 cigaret, nyní nekouří, ale abstinční doba je minimálně 4-12 měsíců. Bohužel recidivy jsou velmi časté, a právě abstinující kuřák musí mít nejen pevnou vůli a přesvědčení, ale i přátele, kteří jeho rozhodnutí respektují a podporují. Za nekuřáka je považován takový člověk, který za celý svůj život vykouřil méně než 100 cigaret. (Typologie kuřáků, 2019; Pracovní postup, 2010, s. 3-5)



Obrázek č. 1 Plíce kuřáka (vlevo), plíce nekuřáka (vpravo) (Fotografie, 2019)

1.2 Tabákový kouř

Tabákový kouř je soustava toxických látek v plynném nebo pevném stavu. Je vysoce koncentrovaný aerosol poměrně stálého složení. Obsahuje více než 4000 chemických látek z toho 92 % plynů a 8 % pevných částic. Mezi toxické látky obsažené v tabákovém kouři je při nejmenším 100 karcinogenních a řadí se do skupiny 1A třídy, které pokládáme za nejvíce nebezpečné. Dalšími jsou toxické jedy, mutageny, reprodukčně toxické látky, radioaktivní látky – kdy bylo prokázáno, že v místnostech, kde se kouřilo byla zvýšená hladina polonia a olova, alergeny a další, které dráždí oči, dýchací cesty a sliznice. Část škodlivin je obsažena přímo v tabákových listech vlivem pěstování, hnojení, druhu půdy, na které roste a fermentací. Za zbytek škodlivin nese vinu samotný výrobce, díky přidávání nejrůznějších aditiv do tabáku. Aditiva a jiné látky se do tabáku přidávají kvůli lepším vlastnos-

tem cigarety. Je to především stejnoměrné hoření a vinutí kouře, neuhasínání, upadnutí válečku popele až po odklepnutí a podobně. Většina těchto chemických látek vzniká až při hoření cigarety díky pyrolyze látek. (Mlčoch, 2019; Pradáčová, s. 3-4)

1.2.1 Nikotin

Je látka obsažená v cigaretách, která vyvolává závislost, a patří do skupiny pyritových alkaloidů. V jedné cigaretě je obsah 1-4 mg nikotinu. Nikotin se po nasátí cigaretové kouře dostává do dutiny ústní a do plic. Již během několika vteřin se dostává také do krevního oběhu a aktivuje buněčné receptory v mozku, které mají za následek zvyšování endorfinů, čímž nutí kuřáka k dalšímu kouření – má tedy podobný účinek jako například heroin.

Účinky nikotinu na lidský organismus:

- Zvyšuje aktivitu trávicího traktu, čímž dochází i k vyprázdnění
- Zvyšuje produkci trávicích šťáv
- Zvyšuje produkci slin
- Zvyšuje srdeční tlak a činnost srdce, způsobuje vazokonstrikci
- Snižuje pocit hladu

(Mlčoch, 2019; Pradáčová, s. 4)

1.2.2 Oxid uhelnatý – CO

Nejtypičtějším zástupcem toxických plynů, které jsou obsaženy v kouři cigaret je oxid uhelnatý – CO. Jedná se o značně jedovatý plyn, který znemožňuje prostup kyslíku z plic do tkání organismu. Díky nemožnosti prostupu kyslíku vyvolává hypoxii, která má negativní vliv na všechny orgánové soustavy, především pak na kardiovaskulární systém. Typická onemocnění mimo plicních pro kuřáky jsou ischemická choroba srdeční, cévní mozkové příhody nebo infarkt myokardu. (Mlčoch, 2019; Pradáčová, s. 4)

1.2.3 Dehet

Z pevných částic obsažených v kouři je nejškodlivější dehet, ve kterém jsou obsaženy látky prokazatelně vyvolávající nádorová onemocnění. Dehet je produkován díky hoření a v plicích sklípcích vytváří mazlavou černou hmotu, která má za následek neprostupnost plicních sklípků a usazování karcinogenů. Díky dehtu se mění barva plic, proto jsou kuřákovy plíce černé. (Mlčoch, 2019; Pradáčová, s. 4)

1.3 Formy užívání tabáku

1.3.1 Cigarety

První klasická cigareta byla představena roku 1914 od značky Camel. Cigarety jsou tabákové výrobky určené pro kouření, tedy inhalací teplého kouře hluboko do plic. Díky spalování, ke kterému v důsledku hoření cigarety dochází se do organismu uživatele dostává 4000 a více zdraví ohrožujících látek, přičemž asi 100 je prokazatelně karcinogenních a další jsou přinejmenším jedovaté. V dnešní době jsou na trhu nejrůznější druhy cigaret, ať už jsou to mentolové příchutě, ovocné, light a podobně. Je prokázáno, že uživatelé, jakkoliv ochucených cigaret nebo „mentolek“ mají větší problém přestat kouřit. Mentol obsažený v cigaretách simuluje pocit čistého a chladnějšího vzduchu a tím se snáze dostává hlouběji do plic. V případě označení cigarety „light“ bylo v kouřicím přístroji prokázáno, že tyto výrobky obsahovaly vyšší hodnoty škodlivin než ty bez přídavného názvu. Kuřáci, kteří se snažili přestat kouřit a začali své kouření „omezovat“ tím, že kouřili cigarety „light“ dostali v konečném důsledku do svého těla stejné nebo i vyšší množství nikotinu, protože kouřili intenzivněji. V některých zemích Evropské unie je označování cigaret „light“ zakázáno, výrobci tak cigarety balí do stříbrných, bílých nebo zlatých obalů, které psychicky navozují pocit čistoty a luxusu. (Králíková, 2015, s. 23-27)

1.3.2 Elektronické cigarety

Nejedná se o cigarety v pravém slova smyslu, protože nedochází ke spalování tabáku, nýbrž k zahřívání tekutiny jako je propylenglykol nebo glycerin s obsahem nikotinu, bez anebo příchutí. Výrobky určené k takovému kouření obsahují také zdraví škodlivé látky, avšak v mnohonásobně menší koncentraci než u běžných cigaret. Některé výrobky se cigaretám nepodobají ani nejsou elektronické, proto je nazýváme inhalační systémy bez hoření a jedná se tedy o vapování. Vaporizéry představují zdravotní riziko blížící se k nule v porovnání s cigaretou. (Králíková, 2015, s. 28-30)

1.3.3 IQOS

Je vynálezem 21. století společnosti Philip Morris. Při kouření tohoto druhu tabáku nedochází ke klasickému hoření a tím zvyšování vdechovaných škodlivin, ale pouze k zahřívání na teplotu okolo 350°C. Výrobek je v České republice prodejný od léta 2017 a za tu dobu si ho oblíbila velká spousta kuřácké populace. S mírou škodlivosti je na tom tento výrobek

lépe než běžné cigarety jenom proto, že nedochází ke vzniku zplodin ze samotného hoření. Výrobek ovšem také obsahuje nikotin a další zdraví neprospěšné látky. (Revoluční bezkouřová cigareta, 2017)

1.3.4 Bezdýmný tabák

Je forma přirozeného tabákového listu, který se užívá buď jako žvýkací smotek nebo drť porcovaná v pytlíčku jako čaj. Tento druh tabáku obsahuje mnohem méně škodlivin, protože u něj nedochází k hoření a spalování, ale i tento druh obsahuje nikotin, karcinogeny a další toxické látky. (Králíková, 2015, s. 23-27)

1.3.5 Vodní dýmky

Jsou oblíbeným způsobem kouření „tabáku“ především u mladých lidí, avšak v konečném důsledku nedochází ke spalování samotného tabáku, protože pyrolýza je kvůli nízké teplotě u vodních dýmek nekvalitní, takže dochází ke spalování především uhlíku. Kouř, jak si většina uživatelů myslí se ve vodě nepročistí, pouze se ochlazuje, tak vytváří větší hustotu a efektivitu pro uživatele. Studený kouř, který uživatelé vodních dýmek kouří se mnohem lépe vdechuje hluboko do plic, takže celková dávka kouře je mnohonásobně větší než u cigarety, a to až 120 ml. Jeden potah z vodní dýmky se rovná až stovkám cigaret.

(Králíková, 2015, s. 23-27)

1.3.6 Dýmky a doutníky

Zásadní rozdíl u kouření dýmky nebo doutníku je ten, že jejich kouř má zásaditější pH, a proto je jej obtížné vdechnout do plic. V případě zásaditého pH kouře dochází ke vstřebávání nikotinu již v dutině ústní tedy na bukalní sliznici. Riziko onemocnění není primární v plicích, nýbrž v dutině ústní. (Králíková, 2015, s. 23-27)

1.4 Závislost

10 .revize Mezinárodní klasifikace nemocí říká, že syndrom závislosti je: „Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický

odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“ (Poruchy duševní, 2018)

Závislost na tabákových výrobcích, tedy nikotinu, což je složka, která zapříčiňuje závislost. Nikotin je droga, která způsobuje stejnou závislost jako například heroin nebo kokain není však na něj brán takový zřetel, protože u uživatelů nepozorujeme asociální chování jako u uživatelů jiných drog. O to spíš je závislost jednodušší a má pro společnost v dnešní době až pandemický dopad. Nikotin způsobuje v mozku uživatele vyplavení dopaminu a endorfinů, což vyvolává příjemný pocit při kouření cigarety jak pro uživatele, tak pro receptory v mozku, které při nižší hladině vyžadují další přísun drogy. V případě nedostatku se dostávají abstinенční příznaky. Časem se vytváří tolerance k určité dávce a organismus potřebuje stále více a více nikotinu, nakonec kuřák kouří především proto, aby zamezil nástupu abstinенčních příznaků. Závislost se vyvíjí velmi rychle a obecně platí, že čím mladší organismus přijde do styku s drogou, tím rychleji se závislost vyvíjí. U dětí a mladiství nastupuje závislost v rádech týdnů, u dospělých může trvat až roky a asi u 15 % jedinců se závislost nevyvine nikdy. Takoví můžou s kouřením přestat ze dne na den, aniž by se u nich projeвили abstinенční příznaky. Obecně se na vzniku závislosti podílí z 60 % genetická dispozice a zbylých 40 % je ovlivněna prostředím, ve kterém se jedinec nachází.

Jak se pozná závislost:

- Tabák je užíván stále ve větším množství a dlouhodobě
- Tolerance k nikotinu, což má za následek navyšování dávek vedoucích k uspokojení
- Projev abstinенčních příznaků po vysazení nikotinu
- Užívání látky i přes znalost její škodlivosti

Fagerströmův test je základní metodou pro zjištění míry závislosti na nikotinu. Závislí bude nejspíše člověk, který kouří 10 a více cigaret denně a zhruba do hodiny od probuzení pociťuje touhu si cigaretu zapálit. (Jak vzniká závislost, 2019; Praktické lékárenství, 2018, s. 39-39; Králíková, 2010, s. 14-16; Pracovní postup, 2010, s. 3-4)

Fagerströmův test nikotinové závislosti		
Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?	do 5 minut	3 body
	6-30 minut	2 body
	31-60 minut	1 bod
	po 60 minutách	0 bodů
Je pro Vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno?	ano	1 bod
	ne	0 bodů
Které cigarety byste se nejméně rád vzdal?	první ráno	1 bod
	kterékoli jiné	0 bodů
Kolik cigaret denně kouříte?	0-10	0 bodů
	11-20	1 bod
	21-30	2 body
	30 a více	3 body
Kouříte víc během dopoledne?	ano	1 bod
	ne	0 bodů
Kouříte i během nemoci, když musíte ležet v posteli?	ano	1 bod
	ne	0 bodů
0-1 žádná, nebo velmi malá závislost na nikotinu; 2-4 střední; 5-10 silná závislost na nikotinu		

Tabulka č. 1 Fagerströmův test nikotinové závislosti (Králiková, 2015, s. 50)

1.5 Abstinence

K abstinenci dochází v momentě, kdy u uživatele drogy dojde ke snížení dávky nebo k úplnému odnětí drogy. Následný stav je doprovázen mnoha subjektivními nepříjemnými pocity, ale i objektivním chováním. Absták pramení z narušení vnitřního prostředí organismu, díky nepřítomnosti látky, na kterou byl doposud zvyklý. V případě kuřáka jsou to neuspokojené nikotinové receptory v mozku. Tento stav je vysoce individuální a abstinenci příznaky u uživatelů nikotinu se projevují po několika hodinách od posledního užití. Nejhorší bývají abstinenci příznaky pociťovány v prvních 3 týdnech a mohou trvat až 3 měsíce. To, jak se abstinující kuřák cítí záleží i na jeho vlastním přesvědčení

o škodlivosti kouření a cílem přestat. Je vhodné, aby se každý kuřák, který chce přestat se závislostí na nikotinu obrátil na lékaře, protože díky speciální medikaci budou jeho abstinенční příznaky minimální a dobře zvládnutelné.

Nejčastější abstinенční příznaky jsou:

- Craving – silné nutkání kouřit
- Deprese a špatná nálada
- Pocit úzkosti a napětí
- Podrážděnost a nervozita
- Neschopnost odpočívat
- Nesoustředěnost
- Poruchy spánku
- Zvýšená chuť k jídlu
- Zácpa

Své abstinенční příznaky si mohou kuřáci zhodnotit na Minnesotské škále abstinенčních příznaků. (Abstinенční příznaky, 2019; Králíková, 2010, s. 16; Králíková 2015, s. 49-51)

1.6 Kuřácká populace v České republice a celosvětově

Jak známo kouření velmi ohrožuje zdraví našeho organismu. S nejméně čtyřmi tisíci chemických látek, z čehož je minimálně 100 prokazatelně karcinogenních neodradí kuřáky od každodenního rituálu. Kouření je nemoc a drogová závislost na nikotinu. Uživatelů tabáku stále celosvětově přibývá a bilance této nemoci je katastrofická. Ve spojení s kouřením mluví WHO o pandemickém stavu. Ve světě se odhaduje počet kuřáků na více než 1,1 miliardy a ročně zemrou na následky kouření až 4 miliony lidí. Kouření má negativní dopad nejen na zdraví organismu, ale svou škodlivostí a obsahem látek obsažených v kouři se negativně podepisuje na životním prostředí, mikroklimatu, makroklimatu a nezanedbatelné jsou i ekonomické dopady.

V České republice proběhla v roce 2017 studie organizovaná Státním zdravotním ústavem Praha, která sledovala užívání tabáku v České republice. Tato studie mluví o množství dospělé kuřácké populace a zjistila, že v roce 2017 bylo celkem 25,2 % kuřáků v dospělé populaci, z čehož více než 2/3 (18,4 %) byli kuřáci kouřící nejméně jednu cigaretu denně. Studie zjistila, že česká populace kouří nejčastěji klasické cigarety, uživatelů elektronických

kých cigaret je 5,2 % a bezdýmného tabáku pouze 2,5 %, což se nedá srovnat s kuřáckou populací například ve Švédsku, kde je bezdýmný tabák používán standartně.

Čeští muži kouří v průměru (35,7 %) 15-24 cigaret denně, české ženy pak 10–14 cigaret (33,6 %). Z výsledků prováděného výzkumu také vyplynulo, že až pětina respondentů je vystavena tabákovému kouři ve svých domovech, a jak je známo pasivní kouření má stejně negativní vliv na zdraví jedince jako kouření aktivní. Jedná se pak nejvíce o skupinu lidí ve věku 15–24 let. Pozitivní na celém výzkumu je fakt, že oproti dřívějším rokům, kdy probíhaly studie podobného charakteru, se počet kuřáků nepatrně, ale přeci snížil. Přibližně třetina dotazovaných kuřáků se pokusila v průběhu posledního roku s kouřením přestat.

(Váňová, Skývová a Malý, 2018)

1.7 Legislativa spojená s užíváním tabákových výrobků

Mezi základní opatření boje s kouřením a vystavováním se tabákovému kouři patří neopomíjené legislativní normy a zákony. Mezi základní lidská práva na ochranu lidského života a zdraví patří i právo před vystavováním se kouři. Především pak tomu tabákovému ať už aktivně nebo pasivně v zakouřených prostorách. Tato celospolečenská ochrana má za cíl uvědomit společnost o sociálních, ekonomických a zdravotních dopadech škodlivosti tabákového kouře. Aktivní prosazování a upozorňování ochrany obyvatel je jedním ze základních právních aspektů každého vyspělého státu. Účelem právního ustanovení o kontrole užívání tabáku je především ochrana před vystavováním se kouři, škodlivost užívání tabáku na zdraví organismu, ale také celkové snížení spotřeby tabáku což má negativní ekonomický a sociální dopad na celkovou společnost daného společenství. Normy daného státu musí splňovat přinejmenším požadavky Evropské unie a mezinárodního práva, které jsou obsaženy v mezinárodních předpisech. V České republice existuje řada vyhlášek a zákonů, týkajících se kouření, prevence a obecného vymezení užívání nebo zneužívání tabákových výrobků.

Legislativu spojenou s užíváním tabákových výrobků můžeme rozdělit na pět skupin:

- Výroba tabákových výrobků
- Zdanění tabákových výrobků
- Reklama spojená s tabákovými výrobky
- Prodej tabákových výrobků
- Zákaz kouření (Kindl, 2018)

1.7.1 Výroba tabákových výrobků

Vyznačuje normy, podle kterých má být tabákový výrobek vyroben a jak musí vypadat obal v němž bude tabákový výrobek prodáván. Tabákové výrobky obsahovat pouze přípustné množství škodlivých látek, které jsou přesně stanoveny **vyhláškou ministerstva zemědělství č. 344/2003 Sb.**, která stanoví požadavky na tabákové výrobky. Z celkového množství toxických látek což je kolem 4000, z čehož je asi 100 karcinogenních se sleduje obsah pouze tří látek v cigaretách obsažených. Jedná se o množství nikotinu, přičemž jedna cigareta nesmí obsahovat více než 1 mg nikotinu, dále množství dehtu nesmí přesáhnout množství 10 mg na jednu cigaretu a množství oxidu uhelnatého v maximálním množství na jednu cigaretu 10 mg. Nedílným požadavkem při výrobě cigaret a tabáku je obal, ve kterém jsou tabákové výrobky distribuovány uživatelům a o tomto ustanovení mluví **vyhláška ministerstva zemědělství č. 113/2005 Sb.**, která stanoví způsob označování potravin a tabákových výrobků. Informace o množství dehtu, nikotinu a oxidu uhelnatém obsaženy v jedné cigaretě, musí být uvedeny na krabičce cigaret a zároveň zaujímat alespoň 10 % její plochy. Dalším aspektem je označení hlavní strany obalu cigaret pokrývající minimálně 30 % plochy obecným varováním o škodlivosti kouření jako je „kouření může zabíjet“ a 40 % protější strany musí být pokryto dalším varováním o škodlivosti kouření, jako je „kouření vážně škodí Vám i lidem ve Vašem okolí“. Ve většině zemích i v České republice je zakázáno milné označování cigaret pod názvem „light“. Zákon vztahující se k problematice o výrobě tabákových výrobků je **zákon č. 110/1997 Sb.**

(Výroba tabákových výrobků, 2018; Česká republika, 2005)

1.7.2 Zdanění tabákových výrobků

Vyhláška ministerstva financí č. 275/2005 Sb., která stanoví postup při zpracování návrhů cen pro konečného spotřebitele u cigaret a při změnách těchto cen obecně mluví o tom, jak má být tabákový výrobek zdaněn a kam se daň odvádí. Zdanění podléhá 20 % daně z přidané hodnoty a spotřební daně. U doutníků činí tato daň od 1.1. 2012 1,25 Kč na kus a u cigaret je spotřební daň od 1.1.2012 v hodnotě 1400 Kč na jeden kilogram, minimální spotřební daň u cigaret tedy činí od 1.1.2012 2,10 Kč na kus. Daň z tabáku je placena díky tabákovým nálepkám, na nichž je uvedena jednotná maloobchodní cena. Zákon ustanovující zdanění tabákových výrobků jsou **zákon č. 353/2003 Sb.**, a **zákon č. 235/2004 Sb.** (Zdanění tabákových výrobků, 2018)

1.7.3 Reklama spojená s tabákovými výrobky

Legislativa spojená s reklamou o tabákových výrobcích se zaměřuje na způsob propagace, sponzorství těchto výrobků v médiích a na veřejných místech. **Zákon č. 132/2010 Sb.** zakazuje reklamu tabákových výrobků, sponzorství a distribuci zdarma za účelem propagace. Reklama nesmí být zaměřena na osoby mladší 18 let a nesmí, jakkoliv nabádat k užívání tabáku. Pokud je reklamní sdělení povoleno, jeho obsah musí minimálně z 20 % obsahovat varování ministerstva zdravotnictví: „kouření způsobuje rakovinu“. **Zákon č. 231/2001 Sb.** o rozhlasovém a televizním vysílání, ve znění pozdějších předpisů zakazuje zařadit do televizního a rozhlasového vysílání reklamu o tabákových výrobcích. (Reklama na tabákové výrobky, 2018; Česká republika, 2010)

1.7.4 Prodej tabákových výrobků

Je legislativně zahrnut v **zákoně č. 379/2005 Sb.**, který jasně vymezuje dostupnost tabákových výrobků a mluví také o zákazu kouření na určitých místech. Dle zákona je možné zakoupit tabákové výrobky pouze v prodejnách a na místech, které podléhají zvláštnímu předpisu, bez možnosti samoobsluhy. Tabákové výrobky nesmí být prodávány osobám mladších 18 let a takové osoby je nesmí ani prodávat. S výjimkou přípravy na budoucí povolání v oboru hotelnictví a turismu. Pokud není možné zajistit prodej osobám mladších 18 let jsou zakázány i samoobslužné automaty. (Prodej tabákových výrobků, 2018; Česká republika, 2005)

1.7.5 Zákaz kouření

Zákaz kouření na určených veřejných místech je jediným nástrojem pro ochranu prostředí a lidského zdraví před toxickým tabákovým kouřem. O zákazu kouření hovoří **§ VIII zákonu 379/2005 Sb.**, ve kterém je ustanoveno, že kuřácký prostor musí být od nekuřáckého zcela oddělen, neprodyšnou stěnou a musí mít zcela samostatným přístup venkovním vchodem. Zákon zakazuje kouření na veřejných místech a na místech, kde se shromažďují lidé. Obecně to jsou úřady, banky, autobusová a vlaková nádraží, zastávky a nástupiště hromadné dopravy, zábavní parky a prostory jako je například ZOO. Absolutní zákaz platí ve vnitřních, ale i vnějších prostorách škol, školských zařízeních a zdravotnických zařízeních mimo psychiatrické kliniky a nemocnice. Pokud provozovatel veřejného místa povoluje kouření, musí k tomu být speciálně vyhrazené místo. Mimo uvedené místa, zakazuje protipožární ochrana také kouření v lesích. Protikuřácký zákon České republiky ustanovuje

úplný zákaz kouření v restauracích a barech od 27.5.2017, v případě porušení pod pokutou 5000 Kč. **Zákon č. 65/2017 Sb.** o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. (Zákazy kouření, 2018; Česká republika, 2005)

1.8 Úloha zdravotní sestry při odvykání kouření

Z pohledu WHO se zdravotní sestry řadí mezi skupinu zdravotnických pracovníků, kteří by měli být kompetentní a nápomocní při odvykání kouření. Zdravotnické profese jako jsou lékaři, zdravotní sestra, dentisté a farmaceuti by měli jít především příkladem a být vzorem pro kuřáckou populaci ať už zdravotníky nebo laickou veřejnost. Především od této skupiny je očekáváno, že sami nejsou uživateli tabákových výrobků a měli by být aktivní nejen v osvětě o léčbě závislosti na nikotinu, ale i podporovat nekuřácké prostředí. Obecně jsou zdravotní sestry velmi málo využívány k boji proti kouření a cílem WHO je podpořit asociace sester, aby se aktivně angažovali v boji proti užívání tabáku, včetně léčby. Tyto organizace navrhly ustanovit globální sesterskou síť proti užívání tabáku, jejíž cílem má být maximalizace kontroly užívání tabáku. (Pracovní postup, 2010, s. 14-15)

1.8.1 Postup zdravotní sestry při pomoci s odvykáním kouření v několika krocích

Zdravotník, jímž je pomoc kuřákovi zprostředkovávána je pouze nápomocný a motivační prostředník. Veškerá pomoc ztrácí smysl, pokud sám uživatel není pevně přesvědčen, že sám chce s kořením přestat.

- **Rozdělení závislosti**

Podléhá zjištění informací, zda se u pacienta závislého na tabáku jedná o závislost psychosociální, nebo fyzickou, podle čehož se odvíjí další postup pomoci.

- **Diagnostika**

Zjištění míry závislosti na nikotinu, k čemuž je nejčastěji používán Fagerströmův test, který je modifikován pro dospělé, adolescenty i pro děti.

- **Změna životního stylu**

Jedna z nejdůležitějších a stěžejních částí samotného odvykání je právě změnit dosavadní rituály, na které byl uživatel tabáku zvyklý. Je nutné, aby si předem připravil a našel aktivity, které budou nahrazovat cigaretu.

- **Režimová opatření**

Souhrn veškerých intervencí a informací spojených s odvykáním kouření. Do režimových opatření můžeme zahrnout například informace o abstinčních příznacích a farmakách.

- **Farmakologická léčba**

Spočívá v předání informací o medikamentech chránících před abstinčními příznaky. Preparáty nahrazující nikotin nebo antidepresiva – vždy po poradě s lékařem.

- **Motivace**

Zahrnuje odměňování se při úspěchu a vytrvalost při opakování prvotních neúspěchů.

- **Informovanost**

Předání informací o centrech pro závislé na tabáku, telefonických linkách, webech a lékařské pomoci. (Pracovní postup, 2010, s. 6-12)

1.9 KOUŘENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

V České republice kouří asi 40 % zdravotních sester a 16 % lékařů, což je stále šokující číslo, avšak počet kuřáků u zdravotnických profesí má klesající tendenci. Přesto, že zdravotní sestry denně vidí negativní dopad kouření na lidské zdraví jsou stále nejpočetnější skupinou kouřících zdravotníků. Předpokládané nejčastější důvody, proč zdravotní sestry tolik kouří je nedostatek přestávek, přičemž cigareta představuje pauzu dále stres a špatné platové podmínky to uvádí profesorka Eva Králíková. V roce 2003 byla založena skupina Tabacco free nurse, která sestřám závislým na tabáku poskytuje podporu a zároveň je školí v prevenci užívání. S trendem nekouření a zákazy kouření na veřejných místech vstal projekt nekuřáckých nemocnic, což je základní aspekt pozitivního působení na širokou kuřáckou veřejnost. (Koubová, 2016)

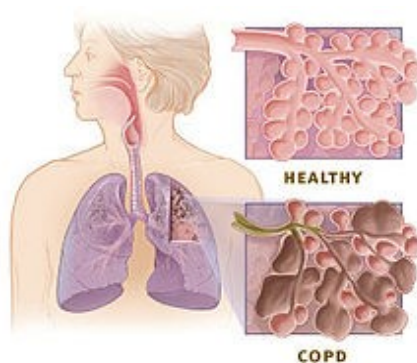
2 CHRONICKÁ OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOC – CHOPN

Definice dle standardu CHOPN 2013 říká, že: „CHOPN představuje léčitelný a preventabilní klinicky heterogenní syndrom s dominujícími plicními projevy a s různě vyjádřenými asociovanými komorbiditami.“ (Kolek, Kašák, Vašáková a kol., 2014, s. 128)

CHOPN se řadí mezi hlavní příčiny české, ale i světové mortality, a to především díky vdechování toxických látek. Bronchiální obstrukce vzniká plíživě řadu let jako primárně neinfekční zánět plicního parenchymu, díky dlouhodobé inhalaci toxických látek. Hlavní příčinou vzniku CHOPN je vdechování tabákového kouře, a to až ze 75 %. Aktuální situace prevalence CHOPN se ve světě odhaduje podle GOLD na 600 milionů osob, čímž se toto onemocnění zařadilo na 4. místo příčin úmrtí. V České republice je odhadovaná prevalence CHOPN asi na 8 %, to je 700-800 tisíc dospělých, s předpokládajícím vzestupem kvůli trvající pandemii kouření. (Kolek, Kašák, Vašáková a kol., 2014, s. 131; Koblížek, 2013a, 13-15; Janáčková, 2018, s. 11, KON, 2008, s. 2; Kolek, 2016, s.16)

2.1 Patofyziologie

U onemocnění chronická obstrukční plicní nemoc postupně dochází k celé řadě morfologických změn nejen v plicním parenchymu, ale i v celých dýchacích cestách, včetně jejich cévního zásobení. Nejvýznamnější poškození vzniká na úrovni alveolů, čímž se snižuje celková poddajnost a elasticita plicní tkáně. Toto poškození nevyhnutelně vede ke zpomalení vydechaného proudu vzduchu, omezení celkového průtoku vzduchu v dýchacích cestách a k změně plicních objemů. Jedná se o chronické neinfekční zánětlivé onemocnění, kde díky dlouhodobému zánětu dojde k trvalému otoku stěny průdušek a tvorbě hlenů. (Koblížek, 2013a, s. 17-21; Sedlák, s. 4)



Obrázek č. 2 Poškození alveolů u CHOPN (Chronická obstrukční plicní nemoc, 2018)

2.2 Rizikové faktory

- **Vnější vlivy podílející se na vzniku onemocnění**

Jednoznačně nejvýznamnějším vnějším rizikovým faktorem je kouření cigaret, literatura uvádí, že podíl vzniku je 75-80 %. Dalšími neméně důležitými faktory jsou pasivní kouření zejména v dětství, kouření marihuany, doutníků, dýmek, dlouhodobá expozice průmyslových zplodin, dlouhodobé vystavování se dopravních zplodin, práce v zemědělství, inhalace čpavku a plísní. (Koblížek, 2013a, s. 22; Musil, Petřík, Trefný, 2005, s. 100-101)

- **Vnitřní vlivy podílející se na vzniku onemocnění**

U vnitřních faktorů pro vzniku CHOPN hraje důležitou a rozhodující roli individuální interakce mezi genetickými, epigenetickými faktory a vlivy prostředí na každého jedince zvláště. Prokazatelná je i dědičná dispozice. (Koblížek, 2013a, s. 23; Musil, Petřík, Trefný, 2005, s. 100-101)

- **Faktory vyvolávající exacerbaci**

Dle Kašáka a Koblížka je: „Exacerbace CHOPN je definovaná jako příhoda v průběhu nemoci, která je charakterizovaná změnou obvyklé dušnosti, kašlem a/nebo vykašláváním nad obvyklé každodenní kolísání těchto obtíží, která začíná náhle a může zdůvodňovat změnu v zavedené léčbě nemocného s CHOPN“. U CHOPN je exacerbace nejčastější důvod, hospitalizace. Závažnost stavu pak závisí na patologických vlivech, které oslabují, nebo napadají organismus. Dle GOLD z roku 2010 jsou exacerbace rozděleny do tří skupin dle potencionálního agens. (Kašák, Koblížek, 2008, s. 250)

Nejčastějšími bakteriemi jsou: Haemophilus influenzae, nebo Streptococcus pneumoniae.

Nejčastějšími viry jsou: rinoviry až z 50 %, koronaviry, adenoviry, viry influenzy a další.

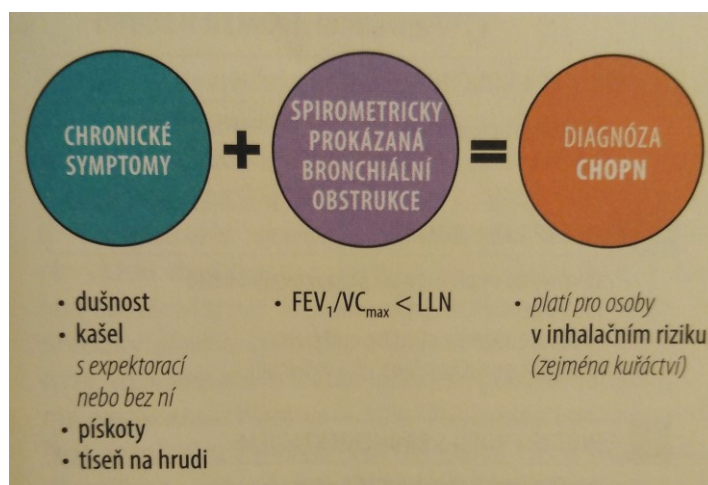
Ostatní vlivy jsou: především smogové situace, odpařující se chemikálie, chladné a sychravé počasí, přerušování léčby, nebo nežádoucí účinky léků.

(Kašák, Koblížek, 2008, s. 258-260)

2.3 Klinický obraz a průběh onemocnění

Chronická obstrukční nemoc je zrádná právě ve svém pomalém a plíživém nástupu jak příznaků, které mají tendenci se zhoršovat tak celkovému klinickému zhoršování onemocnění. Onemocnění je spjato především s dušností a obtížným vydechováním vzduchu z plic

díky vzniklé obstrukci. Kromě tohoto relativně stabilního nástupu onemocnění bývá většina nemocných ohrožena exacerbacemi, což je náhlé zhoršení stavu nemocného díky bakteriím, virům, nebo jiným zevním vlivům. Pokud ataka zhoršení trvá déle než 3 dny je nezbytné, aby byl pacient léčen antibiotiky, nebo systémovými kortikosteroidy a případně hospitalizován. Obecný klinický obraz onemocnění není, ale můžeme ho dobře rozdělit dle fenotypu a kategorií CHOPN dle GOLD 2013. (Kolek, Kašák, 2010, s. 42; Kolek, Kašák, Vašáková, 2014, s. 135-136)



Obrázek č. 3. Klinický obraz CHOPN (Koblížek, 2013a, s. 25)

2.3.1 Příznaky onemocnění CHOPN

- **Dušnost**

Je nejtypičtějším příznakem, kterou nejprve pacient pociťuje pouze při větší fyzické námaze jako je chůze do schodů, běh, chůze do kopce. S postupem času začíná pacienta dušnost limitovat i při běžných denních aktivitách například při úklidu, běžné procházce nebo nákupu. V pozdějším stádiu onemocnění je dušnost přítomná i v klidovém stavu. Aktuální stav dušnosti můžeme dobře zhodnotit dle mMRC modifikované škály dušnosti. (Koblížek, 2013a, s. 24; Kašák, Koblížek, 2008, s. 60)

mMRC škála dušnosti dle Medical Research Council	
0. stupeň	Bez dušnosti při běžné fyzické aktivitě, dušnost jen při velké námaze (chůze do kopce)
1. stupeň	Obtíže s dýcháním při rychlé chůzi po rovině, či při chůzi do nepatrného kopce
2. stupeň	Pro dušnost je třeba chodit pomaleji než jiní lidé stejného věku
3. stupeň	Zastavení pro dušnost po 100 m, či po několika minutách chůze po rovině
4. stupeň	Dušnost při minimální námaze (oblékání, svlékání, hygiena), nebo v klidu

Tabulka č. 2 mMRC modifikovaná škála dušnosti dle Medical Research Council

(Koblížek, 2013b, s. 11)

- **Kašel**

Většina pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí trpí kašlem. U některých se vyskytuje kašel produktivní, u jiných pouze suchý, dle fenotypu, do kterého spadají. (Koblížek, 2013a, s. 24)

- **Další příznaky v závislosti na fenotypu, nebo exacerbaci**

Pískoty a vrzoty při auskultaci dýchání, pocit tísně na hrudi, úzkost, snížená kvalita vědomí, zmatenost, psychomotorický neklid, vznik centrální a periferní cyanózy, otoky dolních končetin, známky pravostranného srdečního selhávání, soudkovitý tvar hrudníku, používání pomocných dýchacích svalů, únava a pokles tělesné hmotnosti. (Kašák, Koblížek, 2008, s. 256; Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 135; Sedlák, s. 4-8,)

2.3.2 Klasifikace chronické obstrukční plicní nemoci

Kombinovaná klasifikace CHOPN dle standardu 2013 se řídí podle čtyř léčebno – diagnostických kategorií (A, B, C, D), dle spirometrické klasifikace čísla (1-4), do kterých řadíme pacienty podle aktuální bronchiální obstrukce, dále dle přítomnosti symptomů CHOPN, frekvenci exacerbací za posledních 12 měsíců a stavu dušnosti podle modifikované škály škály mMRC. (Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 126-127)

- **Kategorie A**

Do kategorie A řadíme pacienty s minimem příznaků a dle spirometrické klasifikace s lehkou až středně těžkou bronchiální obstrukcí post – BDT a $FEV_1 \geq 80 \%$, což značí 1. stupeň obstrukce. Příznaky se u nemocných vyskytují zřídka a akutní exacerbací trpí pacient maximálně 1 x za 12 měsíců. Pacienty zařazený do této kategorie lze sledovat pouze v ordinaci praktického lékaře a hlavním cílem je eliminace rizikových faktorů. (Koblížek 2013a, s. 37-40; Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 126-127, s. 136)

- **Kategorie C**

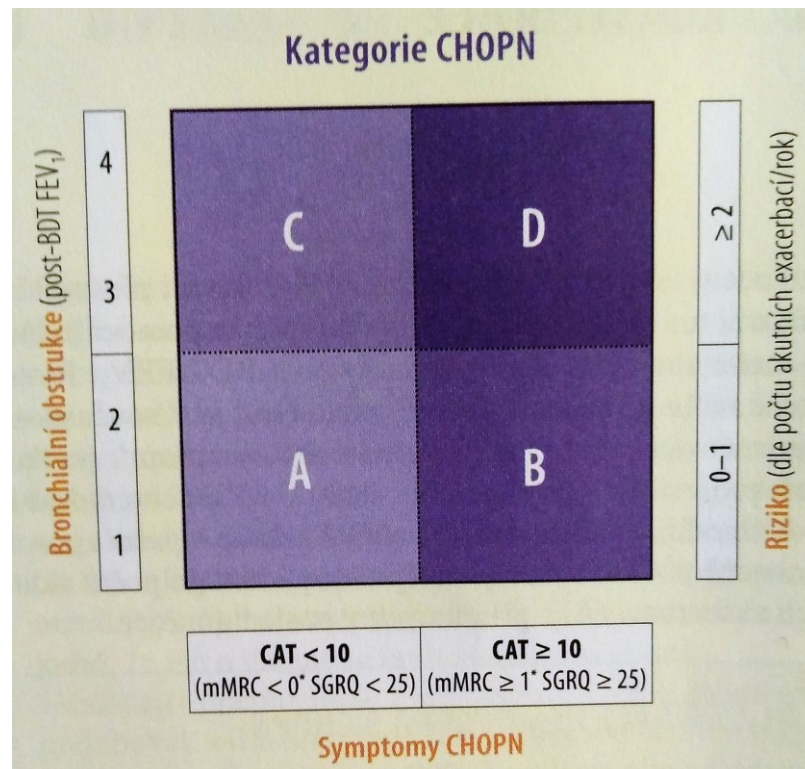
Pacienti s 3. stupněm, tedy těžkou až velmi těžkou bronchiální obstrukcí, dle spirometrického vyšetření post – BDT a $FEV_1 30-50 \%$. Jsou zvláštní především díky oligosymptomatickému projevu CHOPN, avšak jejich plicní funkce již vykazují výrazné poškození. Proto je u takových pacientů nutná dispenzarizace u pneumologa a komplexní inhalační léčba. Akutní exacerbace se vyskytují více než 2 x za 12 měsíců. (Koblížek 2013a, s. 37-40; Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 126-127, s. 136)

- **Kategorie B**

V kategorii B jsou zařazeni takový pacienti, kteří mají více subjektivních příznaků, naopak menší pokles plicních funkcí. Dle spirometrické klasifikace trpí jen lehkou nebo středně těžkou bronchiální obstrukcí, tedy 2. stupněm. post – BDT a $FEV_1 \geq 50-80 \%$, akutní exacerbacemi trpí maximálně 1 x za 12 měsíců. Pacientům v této kategorii je potřeba věnovat velkou pozornost, protože jsou ohroženi velkým mortalitním rizikem díky kardiovaskulárním a maligním komorbiditám. Takoví pacienti musí být jednoznačně dispenzarizováni v pneumologické ambulanci. (Koblížek 2013a, s. 37-40; Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 126-127, 136)

- **Kategorie D**

Velmi těžká forma CHOPN, dle spirometrického vyšetření 4. stupeň, post – BDT a $FEV_1 < 30 \%$, pacienti trpí častými akutními exacerbacemi, to je více než 2 x za 12 měsíců. Pacienti spadající do kategorie D, jsou extrémně ohroženi kardiovaskulární a maligní mortalitou. Dispenzarizace u pneumologa spolu s komplexní a maximální možnou léčbou je nezbytná. (Koblížek 2013, s. 37-40; Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 126-127, 136)



Obrázek č. 4 Kategorie chronické obstrukční plicní nemoci (Koblížek, 2013a, s. 38)

2.3.3 Rozdělení CHOPN dle fenotypu

Je rozdělení vhodné pro běžnou praxi v České republice, vycházející ze standardu CHOPN 2013. Bylo klasifikováno 6 klinických fenotypů, nejen k rychlé a přehledné orientaci, ale také pro správné nastavení farmakologické i nefarmakologické léčby. (Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 136)

- **Fenotyp bronchitický**

Mimo jiné příznaky je u pacientů přítomen typický produktivní kašel, který trvá delší dobu než 3 měsíce minimálně dva roky. (Koblížek, 2013a, s. 24-26)

- **Fenotyp emfyzematický**

Pacient s tímto fenotypem CHOPN má celoživotní nepřítomnost produktivního kašle, s výjimkou suchého, který může být přítomen. Současně má však známky plicního emfyzému, které jsou prokázány vyšetřovací metodou HRCT a funkčním vyšetření plic. Plicní emfyzém vzniká díky porušení stěny plicních sklípků, které praskají a vznikají emfyzematické buly, které již neplní plnohodnotnou funkci výměny plynů mezi vněj-

ším a vnitřním prostředí. V těle pacienta se hromadí CO₂ a hrudník pacientů má typický soudkovitý tvar. (Koblížek, 2013a, s. 24-26; Sedlák, s. 7)



Obrázek č. 5 Soudkovitý hrudník u pacienta s emfyzematickým fenotypem

(Sedlák, s. 6)

- **Fenotyp CHOPN s bronchiektáziemi**

Relativně častý fenotyp CHOPN, kdy je u pacientů typické vykašlávání hnisavého sputa s občasnou přítomností krve. Typické symptomy pro CHOPN s bronchiektáziemi jsou expirační písky a vrzoty, pocit tísně a stažení hrudníku, únava a intolerance námahy. Postihuje pacienty v mladším věku, nekuřáky, nebo málo intenzivní kuřáky, kteří opakovaně a často trpí infekcemi dolních cest dýchacích. Bronchiektázie jsou prokázány díky vyšetřovací metodě HRCT. (Koblížek, 2013a, s. 24-26)

- **Fenotyp overlapu CHOPN s bronchiálním astmatem**

Je fenotyp onemocnění, kdy se překrývají charakteristické symptomy pro obě onemocnění zároveň. Pro splnění podmínky CHOPN s bronchiálním astmatem musí být splněny 2 hlavní a 2 vedlejší následující kritéria.

Hlavní kritéria: výrazně pozitivní bronchodilatační test, pozitivní bronchokonstriční test, bronchiální astma v anamnéze, ↑FeNO, nebo ↑eozinofily ve sputu.

Vedlejší kritéria: pozitivní bronchodilatační test, atopie v anamnéze, ↑ celkové IgE. (Koblížek, 2013a, s. 26-28)

- **Fenotyp frekventní exacerbace**

Přítomnost atak zhoršování stavu, které trvají déle než 3 dny, stav vyžaduje antibiotickou, nebo kortikosteroidovou léčbu a četnost akutní exacerbace je minimálně 2 x za posledních 12 měsíců. (Koblížek, 2013a, s. 26-28)

- **Fenotyp plicní kachexie**

U některých nemocných dochází v průběhu nemoci k úbytku netukové – svalové tkáně bez jiné zjevné příčiny. Ukazatelem je BMI, které je <než 21 kg/m² u obou pohlaví, nebo FFMI u mužů <než 16 kg/m² u mužů a <než 15 kg/m² u žen. (Koblížek, 2013a, s. 26-28)

2.3.4 Terminální fáze onemocnění

O terminální fázi onemocnění CHOPN mluvíme tehdy, pokud pacienti trpí progresivním a vysoce symptomatickým průběhem onemocnění, bez rozdílu věku a nejsou z nějakého důvodu indikovány k plicní transplantaci a pokud mu zbývá do konce předpokládané délky života méně než 6 měsíců, trpí klidovou dušností, špatně, nebo vůbec nereaguje na farmakoterapii, má přítomnost hypoxie a denní režim je minimalizován na křeslo – postel. Riziko úmrtí na chronickou obstrukční plicní nemoc můžeme orientačně stanovit dle BODE indexu, ale rychlost progresu onemocnění je vysoce individuální a někteří nemocní se do terminální fáze nemusejí nikdy dostat, u jiných je progresu fází velmi rychlá. Pojem end-of-life zahrnuje poslední týdny – hodiny života. (Koblížek, 2013a, s. 42-43; Koblížek, 2013b, s. 14)

2.4 Diagnostika chronické obstrukční plicní nemoci

Kvalitní diagnostika chronické obstrukční plicní nemoci a správného zařazení do kategorie a fenotypu podléhá mnoha aspektům, především pak správné určení příznaků a zjištění rizikových faktorů díky kvalitní anamnéze. (Kolek, Kašák, 2010, s. 42-59; Kašák, Kolek, Vašáková, 2011, s. 126)

- **Anamnéza**

V průběhu zjišťování pacientovy anamnézy se zaměřujeme zejména na expozici rizikových faktorů, jako je aktivní kouření, pasivní kouření, výskyt onemocnění CHOPN v rodině, četnost infekcí dýchacích cest, sociální zázemí, pracovní anamnézu a v jakém

prostředí je zaměstnání vykonáváno, alergická anamnéza. Důležité je zjištění onemocnění před návštěvou lékaře a nynější onemocnění. Farmakoterapie a komorbidity, kterými pacient trpí. V případě diagnostiky chronické obstrukční plicní nemoci nesmíme nikdy opomenout vliv fyzické zátěže na zdravotní stav. (Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 135-136)

- **Fyzikální vyšetření**

Není zcela přínosná vyšetřovací metoda u chronické obstrukční plicní nemoci. Fyzikální vyšetření se řadí mezi základní vyšetřovací metody všech onemocnění, v plicní problematice zejména auskultace a perkuse. (Kolek, 2005, s. 18)

- **Funkční vyšetření plic – spirometrie**

Je základním vyšetřením pro stanovení diagnózy chronická obstrukční plicní nemoc. Jedná se o jednoduché vyšetření, během kterého dochází k měření maximálního nádechu, průtoku – objemu a dalších plicních objemů. Pro stanovení diagnózy je důležitý průkaz bronchiální obstrukce, tzv. limitace výdechového proudění vzduchu ($FEV_1/VC_{max} < LLN$), kterou zjistíme pomocí spirometrického vyšetření prováděného před a po inhalaci bronchodilatačních léků (salbutamol), tzv. post-bronchodilatační test postBDT, který nám stanoví jednak bronchiální obstrukci, tak krátkodobou či dlouhodobou reverzibilitu po použití bronchodilatací. Naměřené hodnoty jsou zaznamenávány do spirometrické křivky – spiogramu. Doporučená frekvence vyšetření spirometrie s bronchodilatačním testem je 4 x ročně. (Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 136-137; 2011, s. 88; Kolek, 2005, s. 19)



Obrázek č. 6 Provedení spirometrie (Sedlák, s. 9)

- **Další funkční vyšetření chronické obstrukční plicní nemoci**

Analýza krevních plynů: jedná se o odběr arteriální, nebo kapilární krve, ve které se pomocí analyzátoru stanoví patologické hodnoty. Zejména hypoxemie, což značí pokles P_aO_2 < než 8,0 kPa a hyperkapnie P_aCO_2 > než 6,5 kPa. (Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 141)

Zátěžové testy: mezi nejčastěji využívané zátěžové testy patří šestiminutový test chůzí – 6MWT, jehož doporučená frekvence vyšetření je 1 x za rok. Dalšími, méně používanými testy jsou bicyklová ergometrie, přírůstkový test kyvadlovou chůzí – ISWT, vytrvalostní test při konstantní rychlosti ESWT a CPET což je běhátková, nebo bicyklová spirometrie. (Koblížek, 2013a, s. 31, Kašák, Kolek Vašáková, 2014, s. 141; 2011, s. 130)

- **Vyšetřovací zobrazovací metody**

Zobrazovací metody jsou důležitým aspektem při vyšetřování chronické obstrukční plicní nemoci, přesto, že tento druh vyšetření sám o sobě nedokáže chronickou obstrukční plicní nemoc odhalit, je nezbytný pro vyšetření jeho komorbidit. Mezi nejdůležitější metody patří RTG hrudníku, EKG, UZ srdce, scintigrafie hrudníku, počítačová tomografie CT a vysoce rozlišující počítačová tomografie HRCT, spirální počítačová angio – tomografie hrudníku CTA a plicní scintigrafie. (Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 145-146)

- **Laboratorní vyšetřovací metody**

Laboratorní vyšetření krve: patří mezi základní vyšetření všech onemocnění a zaměřujeme se především na zánětlivé mediátory v séru jako C – reaktivní protein CRP, faktor nádorové nekrózy $TNF\alpha$, počet neutrofilů v krevním obraze, leukocytóza, ale s jistotou provedeme i další základní vyšetření krve, jako je krevní obraz a diferenciál, koagulace a základní biochemické vyšetření. (Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 143-144)

Laboratorní vyšetření sputa: sputum odebíráme nejčastěji na mikrobiologické vyšetření s aerobní kultivací klasicky po ránu před čištěním zubů. Indukované sputum podpoříme inhalací hypersalinického roztoku 3 % NaCl. (Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 143-144)

Vyšetření buněk v bronchoalveolární laváži: BAL – bronchoalveolární laváž se provádí v průběhu bronchoskopického vyšetření pomocí laváže vlažným roztokem NaCl 0,9 %. Takto odebraná tekutina se vyšetřuje z nejrůznějších hledisek. (Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 143-144)

Další laboratorní vyšetřovací metody můžou být: potní test, sacharinový test, alergologické vyšetření, vyšetření autoimunity, genetické vyšetření, bronchoskopické vyšetření a biopsie. (Koblížek, 2013a, s. 32, Kolek, 2005, s. 26)

- **Doplňující vyšetřovací metody**

BODE index, což je parametr prognózy onemocnění a rizika úmrtí, vyšetření indexu tělesné hmotnosti dle BMI, nebo FFMI, kvalifikace dušnosti dle mMRC, vyhodnocení testů, jako je monitorace běžné denní aktivity ADL, nebo stanovení kvality života QOL, pacient by neměl být poučen o selfmonitoringu a zapisování si vlastní denní fyzické aktivity ve vztahu k vývoji zdravotního stavu. (Kašák, Kolek, Vašáková, 2014, s. 142-143)

2.5 Terapie onemocnění CHOPN

Léčba onemocnění chronické obstrukční plicní nemoci je vysoce individuální a komplexní péče spojující farmakologickou i nefarmakologickou medikaci. Nejzákladnější strategií úspěšné léčby je eliminace rizik spojených s onemocněním, a to především vyvarování se expozici tabákového kouře okamžitým zanecháním kouření, ale i vyhýbání se pasivnímu kouření. Léčbu můžeme rozdělit do čtyř základních kroků. (Kofta, 2005, s. 105)

- **Obecné cíle léčby**

Snížení symptomů onemocnění a snaha o zabránění komplikací onemocnění

Zlepšení kvality života pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí

Prevence akutních exacerbací a snížení progresu onemocnění

Zlepšení tolerance fyzické zátěže a prodloužení života (Koblížek, 2013a, s. 45)

- **Eliminace rizik**

Je základní a nedílnou součástí léčby pro všechny pacienty bez rozdílu fenotypu, nebo kategorie. Eliminací rizik rozumíme především zamezení kontaktu s tabákovým kouřem jak aktivní, tak pasivní kuřáctví, eliminaci pracovních rizik jako jsou výpary a plyny chemikálií, změna sociálního zázemí, očista domácího prostředí od vlhkosti a plísní a omezení pobytu v prostředí s alergeny. (Koblížek, 2013a, s. 46-50; Kolek, Kašák, 2010, s. 60-63)

- **Paušální léčba**

Pod pojmem paušální léčby rozumíme farmakologickou léčbu pomocí inhalační bronchodilatací, která je určena všem symptomatologickým pacientům, bez ohledu na fenotyp.

Užívání inhalační bronchodilatačních preparátů trvale snižuje symptomy chronické obstrukční nemoci, účinně zvyšuje míru tolerance fyzické zátěže a zároveň zlepšuje kvalitu života pacientů, předchází vzniku akutní exacerbace a komorbiditám vázaných na CHOPN. Do paušální léčby také radíme léčbu komorbidit, jako je ischemická choroba srdeční, fibrilace síní, hypertenzní nemoc, diabetes mellitus II. typu, deprese a další onemocnění, které jsou často s chronickou obstrukční plicní nemocí spojovány. Pacienti by také neměli zapomínat na každoroční vakcinaci před chřipkou a pneumokokem, což snižuje potenciální náchylnost k akutním exacerbacím a celkové progresi stavu. Samozřejmostí u pacientů s CHOPN je psychologická a nutriční podpora, plicní rehabilitace a přiměřená pohybová aktivita. (Kolek, Kašák, 2010, s. 60-63; Musil, Vondra, Konštacký, 2008, s. 6-9)

Inhalační bronchodilatační látky zařazené do paušální léčby CHOPN			
SAMA	β_2 agonista s krátkodobým účinkem	Úlevová a krátkodobá léčba, nepoužívají se k dlouhodobé léčbě	Berodual
SABA	β_2 agonista s krátkodobým účinkem		Ventolin
LAMA	Anticholinergikum s dlouhodobým účinkem	Užívají se k dlouhodobé léčbě a nemocnému přináší větší komfort a adherenci než krátkodobá	Genuair
U-LAMA	Anticholinergikum s ultra dlouhodobým účinkem		Spiriva
LABA	Anticholinergikum s dlouhodobým účinkem		Formano
U-LABA	Anticholinergikum s ultra dlouhodobým účinkem		Ultibro
Kombinace obou typů bronchodilatancí, přináší lepší komfort než zvyšování dávky jednoho typu.			

Tabulka č. 3 Inhalační bronchodilatační látky zařazené do paušální léčby CHOPN

(Koblížek, 2013a, s. 50-55; Kolek, Kašák, Vašáková, 2014, s. 147)

- **Léčba dle fenotypu**

Specificky zaměřená léčba na konkrétní fenotyp chronické obstrukční plicní nemoci. Do této terapie patří například podávání antibiotik, inhalačními kortikosteroidy, mukoaktivní medikace a zvýšená nutriční podpora, vždy v kombinaci s nastavenou paušální léčbou. (Koblížek, 2013a, s. 18-21)

- **Léčba respirační insuficience a terminálního stádia CHOPN**

V případě respirační insuficience vzniká řada komplikací spojená s tímto stádiem onemocnění a jsou to především hypoxemie a hyperkapnie, kterým lze alespoň částečně zabránit specifickými léčebnými postupy. (Koblížek, 2013a, s. 22-26)

Domácí dlouhodobá kyslíková terapie – DDOT: spočívá v podávání O₂ nejčastěji kyslíkovými brýlemi přes O₂ koncentrátor a musí být pacientem užíván minimálně 16 hodin denně. Kritéria pro získání DDOT jsou následující: naprostá absence kouření pacienta i v domácnosti, dobrá spolupráce pacienta s maximálním nasazením konzervativní léčby, PaO₂ v arteriální krvi <než 7,3 kPa, nebo PaO₂ 7,3 - 8,0 kPa s přítomností klidové denaturace a těžké námahové denaturace. Pacient, který užívá DDOT nesmí trpět hyperkapnií. (Musil, Vondra, Konštický, 2008, s. 9; Kořta, 2005, s. 109)

Neinvazivní ventilační podpora – NIPV: je vhodnou metodou léčby pro pacienty s hyperkapnickým respiračním selháváním, klinickými symptomy, denurací a hypoxemií. nejčastěji se používá u pacientů v kategorii D a posledním stádiu onemocnění. Pro používání NIPV je nutná dobrá spolupráce a edukace nejen pacienta, ale i jeho rodiny. Kvalitní efekt NIPV je díky nastavenému vysokému inspiračnímu tlaku (25-30 cmH₂O), tak aby probíhala potřebná alveolární ventilace. NIPV je možné používat i v domácí péči. (Kolek, Koblížek, 2009, s. 452-453; Kolek, Kašák, Vašáková, 2014, s. 150-151)

Chirurgické řešení: do této méně využívané metody léčby CHOPN můžeme zařadit transplantaci plic, která je určena pacientům s vysokým BODE indexem (7-10 bodů) a podléhá další spoustě specifických kritérií, která jsou nezbytná pro transplantaci. Bulektomie, což je operační řešení, při kterém se odstraní velké buly utlačující zdravou plíci. výkon je možné provádět přes videoasistovanou torakoskopii – VATS. Volumredukční operace – LVRS je chirurgickou paliativní metodou, která však příznivě ovlivňuje kvalitu pacientova života. (Kolek, Kašák, Vašáková, 2014, s. 152; Musil, Vondra, Konštický, 2008, s.9; Musil, Petřík, Trefný, 2005, s. 107)

Terminální stádium chronické obstrukční plicní nemoci: léčba spočívá v potlačení symptomů, útrpné dušnosti a psychické nepohody. Péče o takového nemocného úzce souviset s postupy paliativní a psychiatrické péče, tak aby nemocný v poslední fázi svého života netrpěl diskomfortem a byla zachována veškerá úcta. Terminální fáze bývá spojena s velmi častými atakami akutní exacerbace, pravostranným srdečním selháváním, plicními infekcemi a dalšími komorbiditami. V případě souhlasu rodiny a konziliární domluvě

všech zdravotníků je možné stanovit pacientovi v terminální fázi onemocnění limit péče jako je například DNR. Nedílnou součástí péče je podávání opiátů, benzodiazepinů, inhalace furosemidu, ale i podávání O₂ jako psychologická podpora. (Koblížek, 2013a, s. 68-69)

Bode index				
	0 bodů	1 bod	2body	3 body
FEV ₁ (postBDT)	≥ 65 %	50-64 %	36-49 %	≤ 35 %
6MWT	≥ 350 m	250-349 m	150-249 m	≤ 149 m
Dušnost	0-1 mMRC	2 mMRC	3 mMRC	4 mMRC
BMI	> 21 kg.m ²	≤ 21 kg.m ²	---	---
Čím vyšší celkový počet bodů, tím vyšší riziko úmrtí				

Tabulka č. 4 Bode index – více rozměrový ukazatel mortality CHOPN

(Kolek, Kašák, Vašáková, 2014, s. 137)

Léčba akutní exacerbace: spočívá buď v ambulantní péči nebo v nemocniční péči. V obou případech je nutné potlačit aktuálně zhoršené symptomy, zvýšit terapeutickou dávku bronchodilatačních léků, v tomto případě se nasazují systémové kortikoidy a antibiotická terapie. Pokud se jedná o těžkou exacerbaci bývá pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče nebo ARO. (Kašák, Koblížek, 2008, s. 265; Sedlák, s. 18)

2.6 Úloha zdravotní sestry v péči o pacienty s CHOPN

Ošetrovatelská péče o pacienta s chronickou obstrukční plicní nemocí je širokospektrální a specializovaná činnost, která je konkrétně zaměřená dle místa, kde zdravotní sestra působí a aktuálního stavu pacienta. Zdravotní sestra pracující na plicní ambulanci se zaměřuje a pravidelnost docházky pacienta k pneumologovi, sleduje frekvenci plnění kontrolních vyšetření, edukuje pacienta v oblasti inhalačních léků, předává nejnovější poznatky o onemocnění CHOPN, odebírá biologický materiál, zajišťuje další potřebná vyšetření, působí ve funkční a spirometrické laboratoři, doprovází pacienta u zátěžových testů, podporuje pacienta při odvykání kouření a informuje o možnostech odborné pomoci. Případně zajišť-

tuje hospitalizaci na lůžkovém oddělení. Úloha zdravotní sestry na lůžkovém oddělení, nebo jednotce intenzivní péče je cíleně zaměřená a specifikována na pacienta s respirační insuficiencí, v případech chronické obstrukční plicní nemoci se jedná o stav z důvodu těžké akutní exacerbace. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 13-16)

Příjem pacienta na jednotku intenzivní péče: jako první zajistí zdravotní sestra uložení pacienta na lůžko a ihned po té trvalou monitoraci fyziologických funkcí. Pacienta s respirační insuficiencí vždy ukládáme do Fowlerovy polohy, zajistíme přívod O₂, nebo správnou funkčnost umělé plicní ventilace/neinvazivní plicní ventilace. Zajistíme bezpečnost pacienta a informuje o signalizačním zařízení. Dále postupujeme dle stavu pacienta a řídíme se ordinacemi lékaře. Dle aktuálního stavu nemocného zjišťuje ošetřovatelkou anamnézu, jinou administrativu a vyhodnocuje škály. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 75-89)

Monitoring: zdravotní sestra vede dokumentaci pacienta, kde zaznamenává nezbytnou trvalou monitoraci fyziologických funkcí: krevní tlak, srdeční akci a rytmus, dechovou frekvenci, saturaci krve kyslíkem, tělesnou teplotu, případně jiné parametry. Zaznamenává hodinovou diurézu a celkovou bilanci tekutin, sleduje a vyhodnocuje pomocí škál (SAS, GCS) stav vědomí a bolest (VAS). Pozoruje vývoj a celkový stav pacienta, cyanózu, psychomotorický neklid a nedílnou součástí je odběr biologického materiálu, monitorace výsledků a informování lékaře. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 75-89)

Péče o dýchací cesty: na jednotku intenzivní péče je přijímán pacient v akutním stavu nejčastěji na umělé, nebo neinvazivní plicní ventilaci. V případě pacienta na UPV se péče specifikuje na předcházení vzniku dekubitu v ústním koutku pomocí polohování ETK, sleduje správnou obturaci manžety, zajišťuje vhodnou fixaci a sleduje délku zavedení EKT. Provádí odsávání z dutiny ústní a hlenů z dolních cest dýchacích pomocí uzavřeného odsávacího systému a aplikuje léčebné nebulizace. V případě pacienta s tracheostomickou kanýlou postupuje podobně s rozdílem péče o TSK. V případě spontánně ventilujícího pacienta zajistí aplikaci kyslíku, při které nezapomínáme na možnost hyperkapnie. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 75-89)

Hygienická péče a péče o kůži: odvíjí se od aktuálního stavu pacienta, vyhodnocených škál ADL a ošetřovatelské kategorie. Zdravotní sestra zajišťuje celkovou hygienickou péči v celkové míře, nebo je pacientovi nápomocná a podporuje jeho soběstačnost. Součástí hygienické péče a péče o kůži je udržování čistoty ložního prádla. Všimá si zbarvení pa-

cientovi kůže, předchází vzniku opruzenin, dekubitů a ošetřuje případné kožní defekty. Zdravotní sestra zajišťuje aktivizaci a polohování pacienta s využitím polohovacích anti-dekubitních pomůcek. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 75-89)

Výživa: vzhledem k dušnosti pacienta a celkovému stavu se pro lepší zvládnání příjmu potravy podává mletá strava, nebo taková, která pacienta fyzicky nezatěžuje. Vhodné je podávání vysoko nutričních výrobků, jako je sipping, sestra sleduje celkový stav výživy pomocí BMI a stav hydratace. Zajišťuje parenterální výživu a v případě enterálního příjmu, kontroluje průchodnost sondy, provádí odtahy v pravidelných intervalech a sleduje toleranci enterální výživy. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 75-89)

Vyprazdňování: zdravotní sestra sleduje pravidelnost, příměsi a konzistenci stolice, případně pečuje o pacienta se stomií. Dále sleduje hodinovou i celkovou diurézu, příměsi moči a vyhodnocuje celkovou bilanci tekutin. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 75-89)

Péče o invazivní vstupy: asepticky pečuje o všechny zavedené invazivní vstupy, pravidelně kontroluje expirace krycích materiálů, sleduje známky zánětu a hodnotí okolí zavedeného invazivního vstupu. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 75-89)

Rehabilitace: nedílnou součástí a základem paušální léčby chronické obstrukční plicní nemoci je dechová, ale i kondiční rehabilitace. Zdravotní sestra spolupracuje s fyzioterapeutem, podporuje a motivuje pacienta nejen ke správnému pohybu, ale i nádechu. Celkový koncept plicní rehabilitace zahrnuje multioborovou spolupráci, edukaci, léčebnou rehabilitaci, pohybové aktivity, nutriční a psychosociální podporu, ergoterapii a pomoc s odvykáním kouření. Efektivní délka rehabilitačního procesu by měla trvat 8–12 týdnů s plynulým pokračováním v domácí péči, lázeňské terapii, případně pobyt u moře a další dýchání prospěšné aktivity. Plicní rehabilitace u nemocných s CHOPN prokazatelně zlepšuje kvalitu života, pocit dušnosti, snižuje riziko vzniku akutní exacerbace, má psychosociální přínos, zvyšuje toleranci fyzické zátěže, zlepšuje svalovou sílu včetně svalů dýchacích a zlepšuje celkovou denní aktivitu nemocného. Plicní rehabilitace zahrnuje edukaci o správném dechovém vzoru, osvojení si technik k usnadnění expektorace například pomocí výdechových trenažérů jako je flutter, nebo acapella, nácvik aktivizace dechových svalů a edukace o správném používání inhalátorů. (Guidelines, 2014; Neumannová, Kolek, 2018, s. 79-84)

Inhalace a inhalační systémy: inhalace bronchodilatačních léků je naprostou součástí léčby onemocnění CHOPN, která účinně snižuje symptomy a pozitivně působí na vzniklou akutní exacerbaci. Největší potíží je v tom, že velká část pacientů neumí inhalační léky správně používat a tím pádem není léčba dostatečně účinná. Úkolem zdravotní sestry a fyzioterapeuta je opakovaná edukace pacienta v oblasti správného používání inhalačních preparátů, kterých je na trhu celá řada. Správný inhalační postup se skládá z:

Příprava inhalačního systému: do které patří například vynětí a vložení inhalační kapsle do inhalátoru, protřepání inhalační směsi uvnitř systému, nebo natažení inhalační dávky v inhalátoru, což může dělat problém pacientům s poruchou jemné motoriky.

Manipulace s inhalačním systémem před inhalací: po přípravě inhalační látky v inhalačním systému si pacient ověří správnost aplikace látky díky ukazateli a počítadlu, které jsou ve většině případů na inhalačních systémech umístěny. Poté provede maximální výdech, vloží náustek do úst a pevně jej obemknout rty.

Vlastní inhalace: před inhalací je vhodné, aby pacient provedl takzvanou dechovou rozvíčku (několikrát opakoval nádech a výdech). Samotný způsob inhalace se rozlišuje podle typu inhalačního systému. Obecně se ale aerosol inhaluje pomalým, plynulým a dostatečně dlouhým nádechem (4-5 sekund). Práškové inhalační formy se naopak inhalují od začátku silným, prudkým a rychlým nádechem. Po nainhalování každého léčiva bez rozdílu inhalačního systému je nutné zadržet dechu na dobu 10 sekund, poté se vydechne nosem mimo inhalátor. V případě inhalačních kortikosteroidů ještě výplach dutiny ústní vodou, čímž předcházíme u pacienta vzniku kandidózy. Nejvhodnějším a neúčinnější metodou inhalace pro všechny pacienty je nebulizace, nevýhodou je její logistika v domácím prostředí a omezená dostupnost inhalačních roztoků. U pacientů s nedostatečnou svalovou silou můžeme použít objemové nástavce, které dovolí pacientům vyinhalovat léčivo minimálně 5 klidnými dechy. Po ukončení inhalace by si měl pacient zkontrolovat, zda byla léčebná látka vyinhalovaná, což zjistí na počítadle, které je téměř na každém inhalačním systému. (Koblížek, 2013, s. 96-105; Vašáková, 2013, s. 14-22)



Obrázek č. 6 Druhy inhalačních systémů A – objemové nástavce, B – aplikátory práškových aerosolů, C – nebulizátory (Vašáková, 2013, s. 18)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Výzkumná část práce je hlavní součástí k dosažení stanoveného hlavního a dalších dílčích cílů práce. Byla použita kvantitativní metoda výzkumu, která byla realizovaná technikou polostrukturovaného dotazníku se souborem polostandardizovaných otázek. Dotazník odpovídá kvantitativní metodě šetření, jejímž úkolem je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů. (Kutnohorská, 2009, s. 21-22) Vzhledem ke zvolenému tématu a cílům práce jsme se rozhodli pro šetření technikou dotazníku, což nám umožnilo pracovat s velkým množstvím respondentů v různých věkových kategoriích nezávisle na pohlaví a pracovnímu zařazení, což bylo pro náš výzkum podmínkou, aby došlo ke správnému vyhodnocení cílů a pracovních hypotéz. Proto, že kouření je velmi škodlivý faktor pro lidský organismus a prokazatelně způsobuje řadu závažných onemocnění včetně chronické obstrukční plicní nemoci jsme předpokládali, že by mohlo být respondentům nepříjemné o možných problémech, které jim způsobuje kouření otevřeně mluvit byl dotazník zvolen jako vhodná forma získávání tížených dat. Charakteristiku dotazníkového šetření podněcuje nepřítomnost výzkumníka, což pro nás bylo výhodou. Získaná data byla poté analyticky vyhodnocena a převedena do grafického znázornění. Sestavený dotazník vystihuje všechny podstatné rysy dané problematiky, jehož cestou hledáme odpovědi na stanovené cíle zkoumaného tématu. Formulace otázek byla zcela jednoznačná a nezavádějící, což potvrdila pilotní studie deseti respondentů. Dotazník, který nám slouží k výzkumnému šetření je složen ze sedmnácti polostandardizovaných otázek, které jsou ve většině případů uzavřené a pouze jedna otázka je polouzavřená, kde má respondent možnost se vyjádřit. Úvodem, zde bylo krátké vysvětlení, za jakým účelem bude výzkum prováděn, kde nechybí ani potvrzení anonymity šetření. Zcela náhodně vybraní respondenti – kuřáci, vyplňovali otázky dle svého vlastního uvážení a dosavadních informací o tématu nezávisle na emocionálním postoji tazatele.

(Kutnohorská, 2009, s. 41-42, s. 45-46)

3.1 Výběr respondentů

Skupinou dotazovaných respondentů pro výzkumné šetření byla široká kuřácká veřejnost ve věku nad 18 let bez ohledu na pohlaví, vzdělání a pracovní zařazení, která splňovala kvalitní analýzu dat o celkovém množství sta respondentů, což pro nás činilo 100 %.

Z celkového množství 100 respondentů se výzkumu zúčastnilo 56 žen, z čehož bylo 22 se zdravotnickým vzděláním a 34 bez zdravotnického vzdělání. Mužů se zúčastnilo méně a to 44, z čehož 10 uvedlo, že mají zdravotnické vzdělání a 34 mužů bylo bez zdravotnického vzdělání.

Respondenti podléhali kvantitativnímu výzkumu, jehož pilířem byl polostrukturovaný dotazník. Otázky byly formulovány a zaměřeny tak, abychom dosáhli co nejrelevantnějších výsledků. Výzkum mohl být prováděn u skupiny respondentů a analýza dat byla výstižná. Výzkumné šetření probíhalo u náhodně vybrané kouřící veřejnosti, u známých, rodinných příslušníků a neznámých lidí v kuřáckých prostorách Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Bylo rozdáno 105 dotazníků, vráceno bylo 100, což pro naše účely vyhodnocení znamená 100 %.

V úvodní fázi byla provedena pilotní studie, čímž jsme ověřili správnou funkci výzkumu, vědeckou stránku, vhodnou formulaci, porozumění respondentů stanoveným otázkám, a především správnost dosažení cílů. Pilotní studie podléhala deseti náhodným kouřícím respondentům a byla uskutečněna během jednoho týdne. A na jejím základě byly navrženy a stanoveny pracovní hypotézy. Celkový výzkum, včetně pilotní studie probíhal v době od poloviny února 2019, do půle března 2019. (Kutnohorská, 2009, s. 54, 68)

3.2 Cíle a hypotézy výzkumu

Nejdůležitější fází úspěšného a kvalitního výzkumného šetření, je nezbytné stanovení a jasné vymezení cílů zkoumání, které podléhá kvalitním znalostem dané problematiky. Každý sestavený cíl je nutné důkladně promyslet a co nejpřesněji formulovat tak, aby přesně vycházel z celého výzkumného tématu. Naše práce obsahuje jeden hlavní cíl a čtyři dílčí cíle, které jsou aktuální k danému tématu práce. Dále jsme dle výsledků pilotní studie sestavily tři pracovní hypotézy, kterými předpokládáme potvrzení zkoumaného problému, ale jde pouze o úvahu a určitou představu vztahu mezi výzkumníkem a respondenty. Kutnohorská 2009, ve své publikaci na s. 50 říká, že: „hypotéza je vědecký předpoklad, který splňuje určité metodologické požadavky. Vyžaduje potvrzení prostřednictvím příslušných výzkumů“.

Hlavní cíl práce

Hlavním cílem celého výzkumu bylo zjistit míru informovanosti dotazované široké kuřácké veřejnosti včetně zdravotnických pracovníků o nemoci chronická obstrukční plicní nemoc – CHOPN.

3.2.1 Dílčí cíle práce

Dílčí cíl 1.

Zjistit, zda respondenti ví, co znamená onemocnění chronická obstrukční plicní nemoc, a zda si jsou vědomi, že se toto onemocnění může týkat i jich.

Dílčí cíl 2.

Zjistit, zda respondenti ví, co je hlavním rizikovým faktorem pro vznik chronické obstrukční plicní nemoci.

Dílčí cíl 3.

Zmapovat aktuální dechové potíže respondentů, které mohou být zároveň příznaky chronické obstrukční plicní nemoci.

Dílčí cíl 4.

Zhodnotit podíl dotazovaných respondentů, kteří již byli vyšetřeni pro podezření na chronickou obstrukční plicní nemoc a zda jim byla diagnostikována.

3.2.2 Pracovní hypotézy

Hypotéza 1.

Předpokládám, že zdravotničtí pracovníci užívající tabákové výrobky mají celkově větší míru informovanosti a vědí, jaké jsou rizikové faktory onemocnění chronické obstrukční plicní nemoci než běžná laická veřejnost.

Hypotéza 2.

Předpokládám, že více než polovina dotazovaných respondentů trpí nějakými dechovými obtížemi.

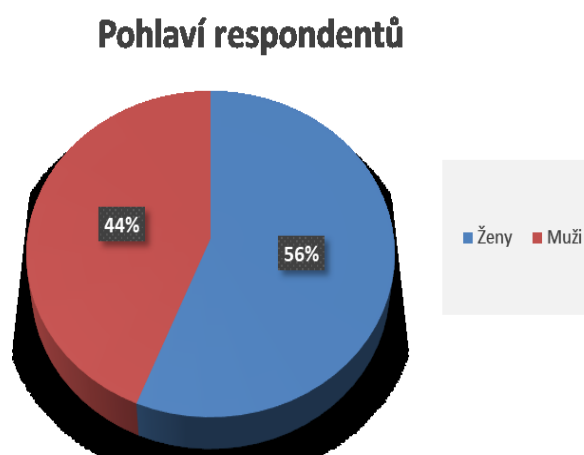
Hypotéza 3.

Předpokládám, že méně než polovina respondentů byla vyšetřena odborníkem se stanovením diagnózy chronická obstrukční plicní nemoci.

4 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Otázka č. 1

Pohlaví respondentů



Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena	56	56,00 %
Muž	44	44,00 %
Celkem	100	100,00 %

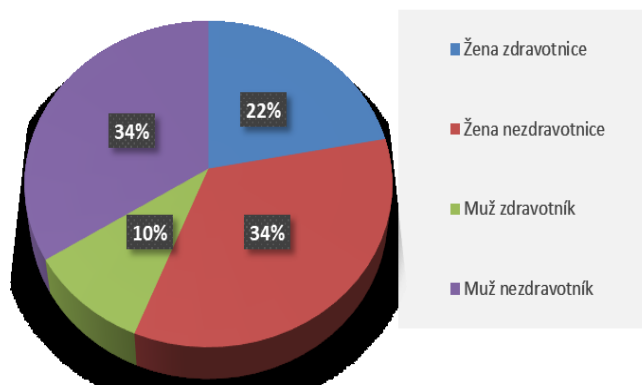
Tabulka č. 5 Pohlaví respondentů

Komentář

První otázka dotazníku zjišťovala pohlaví respondentů. Z výsledků vyplynulo, že z celkového množství respondentů – aktivních kuřáků 100 (100,00 %) se výzkumu zúčastnilo 56 (56,00 %) žen a 44 (44,00 %) mužů.

Otázka č. 2

Dotazuje se respondentů, zda mají zdravotnické vzdělání, nebo pracují jako zdravotnický personál, či nikoliv.

Odbornost respondentů

Graf č. 2 Odbornost respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena zdravotnice	22	22,00 %
Žena nezdravotnice	34	34,00 %
Muž zdravotník	10	10,00 %
Muž nezdravotník	34	34,00 %
Celkem	100	100,00 %

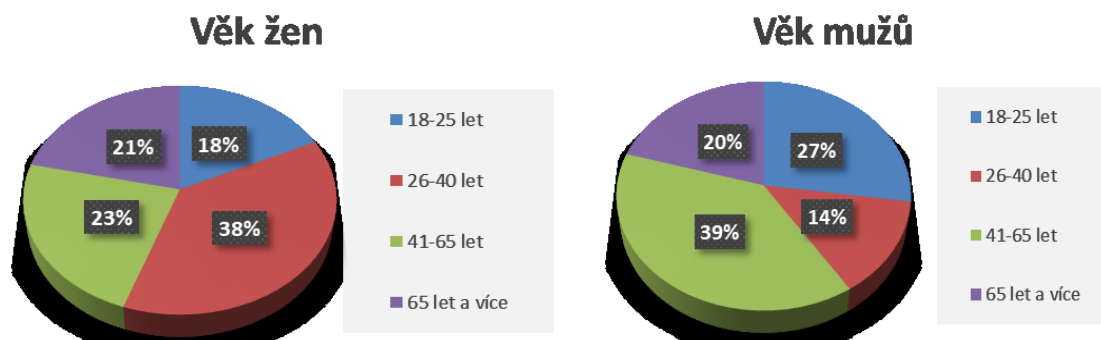
Tabulka č. 6 Odbornost respondentů

Komentář

Otázka zjišťovala, kolik dotazovaných respondentů mělo zdravotnické vzdělání v závislosti na pohlaví pro lepší následnou orientaci při vyhodnocování stanovených cílů. Z odpovědí respondentů vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo z celkového množství 54 žen 22 (22,00 %) respondentek se zdravotnickým vzděláním a 34 (34,00 %) žen bez zdravotnického vzdělání. Mužů bylo celkově méně a to 44 z čehož bylo 10 (10,00 %) respondentů se zdravotnickým vzděláním a 34 (34,00 %) respondentů nemělo zdravotnické vzdělání.

Otázka č. 3

Věk respondentů s ohledem na pohlaví.



Graf č. 3 Věk respondentů dle pohlaví

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odpověď	Věk žen		Věk mužů	
18-25 let	10	18,00 %	12	27,27 %
26-40 let	21	38,00 %	6	13,64 %
41-65 let	13	23,00 %	17	38,64 %
65 let a více	12	21,00 %	9	20,45 %
Celkem	56	100,00 %	44	100,00 %

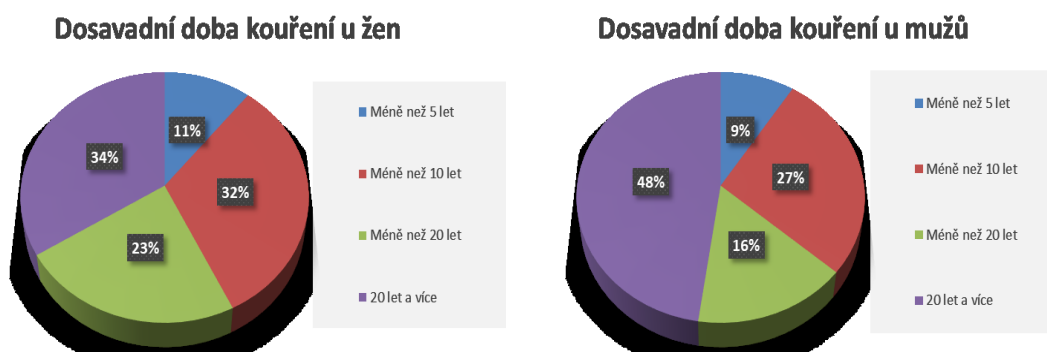
Tabulka č. 7 Věk respondentů dle pohlaví

Komentář

Z výsledků výzkumu otázky č. 3 vyplývá, že nejvíce dotazovaných respondentů – žen bylo ve věkovém rozmezí 26-40 let, což činilo z celkového množství 21 (38,00 %), naopak nejméně respondentek 10 (18,00 %) bylo ve věkovém rozmezí 18-25 let. U dotazovaných mužů byl nejčastější věk v rozmezí 41-65 let a to u 17 (38,64 %) respondentů, nejméně mužů bylo ve věkovém rozmezí 26-40 let, což činilo pouze 6 (13,64 %).

Otázka č. 4

Zjišťuje, jak dlouhou dobu respondenti kouří.



Graf č. 4 Dosavadní doba kouření u žen a mužů

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odpověď	Ženy		Muži	
Méně než 5 let	6	10,71 %	4	9,09 %
Méně než 10 let	18	32,16 %	12	27,27 %
Méně než 20 let	13	23,21 %	7	15,91 %
20 let a více	19	33,92 %	21	47,73 %
Celkem	54	100,00 %	46	100,00 %

Tabulka č. 8 Dosavadní doba kouření u žen a mužů

Komentář

Z celkového množství dotazovaných žen 54 (100,00 %) kouřilo nejvíce respondentek 20 let a více. Z celkového počtu to činilo 19 (33,92 %) dotazovaných. U dotazovaných mužů byla tato odpověď jednoznačná a z celkového množství 46 (100,00 %) kouřilo více než 20 let celých 21 (47,73 %) respondentů.

Otázka č. 5

Úroveň dosaženého vzdělání respondentů bez ohledu na odbornost a pohlaví.



Graf č. 5 Vzdělání respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní	9	9,00 %
Střední	56	56,00 %
Vyšší odborné	15	15,00 %
Vysokoškolské	20	20,00 %
Celkem	100	100,00 %

Tabulka č. 9 Vzdělání respondentů

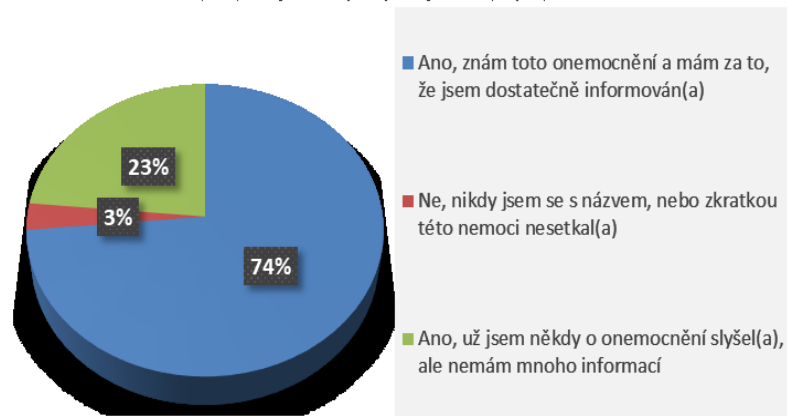
Komentář

Z otázky, která zjišťovala míru dosaženého vzdělání respondentů jasně vyplývá, že nejvíce dotazovaných kuřáků mělo střední vzdělání, což činilo celkového množství 100 (100,00 %) více než polovinu a to 56 (56,00 %) dotazovaných.

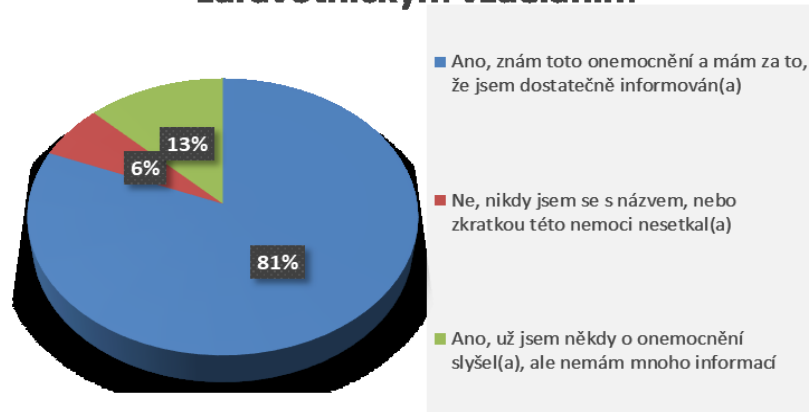
Otázka č. 6

Slyšel(a) jste již někdy o onemocnění, které má zkratku CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc?

Informovanost respondentů bez zdravotnického vzdělání



Informovanost respondentů se zdravotnickým vzděláním



Graf č. 6 Informovanost respondentů o CHOPN

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odpověď	Respondenti bez zdravotnického vzdělání		Respondenti se zdravotnickým vzděláním	
Ano, znám	50	73,53 %	26	81,25 %
Ne, neznám	2	2,94 %	2	6,25 %
Ano, nemám mnoho informací	16	23,53 %	4	12,50 %
Celkem	68	100 %	32	100 %

Tabulka č. 10 Informovanost respondentů o CHOPN

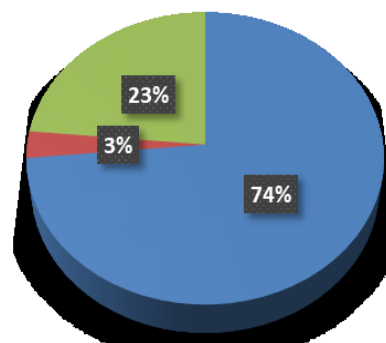
Komentář

Z výsledku výzkumu této otázky zjišťujeme, že v obou případech dotazovaných respondentů je úroveň dostatečné informovanosti o onemocnění CHOPN vyšší než 50%. U respondentů bez zdravotnického vzdělání je dostatečná informovanost u 50 (73,53 %) respondentů, a pouze 2 respondenti (2,94 %) nemají o CHOPN žádné informace a toto onemocnění neznají, přičemž celkové množství nezdravotníků činilo 68 (100,00 %). U dotazovaných se zdravotnickým vzděláním je situace obdobná. 26 respondentů (81,25 %) vykazuje dostatečné informace o onemocnění, ale je zarážející, že 2 respondenti - zdravotníci (6,25 %) z celkového množství 32 (100,00 %) odpověděli, že onemocnění CHOPN vůbec neznají.

Otázka č. 7

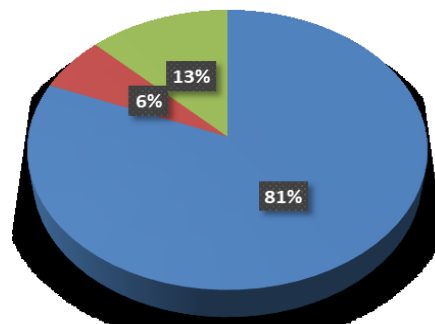
Jedná se o onemocnění dýchacích cest, je nejčastěji způsobeno vdechováním toxických látek (včetně tabákového kouře), domníváte se, že by se nemoc mohla týkat i Vás?

Respondenti bez zdravotnického vzdělání



- Ano, domnívám se, že může, protože aktivně kouřím
- Ne, CHOPN se mě asi netýká, protože nevdechuji žádné toxické látky a nikdy jsem neměl(a) problémy s dýcháním
- Nevím, zda se CHOPN může týkat i mě

Respondenti se zdravotnickým vzděláním



- Ano, domnívám se, že může, protože aktivně kouřím
- Ne, CHOPN se mě asi netýká, protože nevdechuji žádné toxické látky a nikdy jsem neměl(a) problémy s dýcháním
- Nevím, zda se CHOPN může týkat i mě

Graf. 7 Může se Vás týkat onemocnění CHOPN?

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odpověď	Respondenti bez zdravotnického vzdělání		Respondenti se zdravotnickým vzděláním	
Ano	50	73,53 %	26	81,25 %
Ne	2	2,94 %	2	6,25 %
Nevím	16	23,53 %	4	12,50 %
Celkem	68	100 %	32	100 %

Tabulka č. 11 Může se Vás týkat onemocnění CHOPN?

Komentář

Otázka se dotazovala respondentů, zda si myslí že se jich onemocnění CHOPN může týkat, když jsou aktivními kuřáky. Respondenti bez zdravotnického vzdělání se více než z poloviny - 50 respondentů (73,53 %) z celkového množství 68 (100,00 %) domnívají, že ano může, což je pozitivní, že si tuto skutečnost uvědomují. Avšak kouří stále i přes veškerá rizika. Dotazovaní respondenti se zdravotnickým vzděláním se z většinové míry 26 (81,25 %) z celkového množství 32 (100,00 %) taktéž domnívají, že se jich onemocnění může týkat, protože aktivně kouří.

Otázka č. 8

Při onemocnění CHOPN je v dýchacích cestách přítomen trvalý zánět, zúžení průdušek, tím zhoršené dýchání a přenos kyslíku do těla. Myslíte si, že onemocnění CHOPN je přesto vyléčitelné?



Graf č. 8 Je onemocnění CHOPN vyléčitelné?

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odpověď	Respondenti bez zdravotnického vzdělání		Respondenti se zdravotnickým vzděláním	
Ano	29	42,65 %	4	12,50 %
Ne	39	57,35 %	28	87,50 %
Celkem	68	100,00 %	32	100,00 %

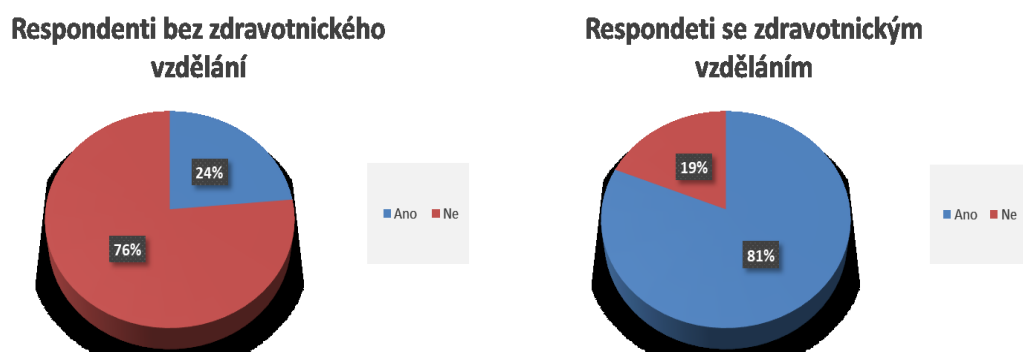
Tabulka č. 12 Je onemocnění CHOPN vyléčitelné?

Komentář

Na otázku zda si respondenti myslí, že je onemocnění CHOPN vyléčitelné, či nikoliv se odpovědi rozcházejí dle dotazovaných respondentů se zdravotnickým vzděláním, nebo bez. Téměř většina respondentů se zdravotnickým vzděláním 28 (87,50 %) z celkového množství 32 (100,00 %) je přesvědčena o tom, že CHOPN není vyléčitelné onemocnění. U respondentů bez zdravotnického vzdělání je množství odpovědí podobné, avšak více respondentů 39 (57,35 %) z celkového množství 68 (100,00 %) dotazovaných odpovědělo, že není CHOPN vyléčitelné, což není pravda.

Otázka č. 9

Domníváte se, že onemocnění CHOPN onemocní více kuřáci, než nekuřáci?



Graf č. 9 Onemocní CHOPN více kuřáci, než nekuřáci?

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odpověď	Respondenti bez zdravotnického vzdělání		Respondenti se zdravotnickým vzděláním	
Ano	16	23,53 %	26	81,25 %
Ne	52	76,47%	6	18,75 %
Celkem	68	100,00 %	32	100,00 %

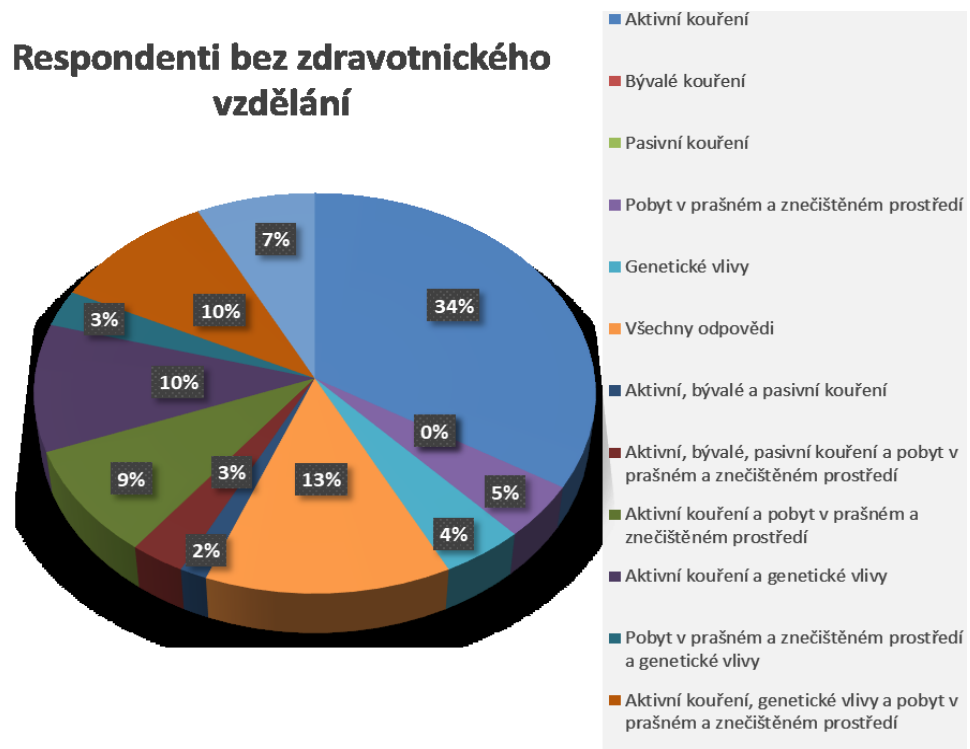
Tabulka č. 13 Onemocní CHOPN více kuřáci, než nekuřáci?

Komentář

Na tuto otázku, se odpovědi rozcházejí dle odpovědí respondentů se zdravotnickým vzděláním, nebo bez. Více než polovina respondentů bez zdravotnického vzdělání si myslí, že kuřáci ne onemocní více, než nekuřáci a to 52 respondentů (76,47 %). Naopak respondenti se zdravotnickým vzděláním jsou ve většině 26 (81,25 %) opačného názoru a myslí si, že více onemocní kuřáci.

Otázka č. 10

Co myslíte, že může být významným rizikovým faktorem pro vznik CHOPN? Můžete vybrat i více možností.



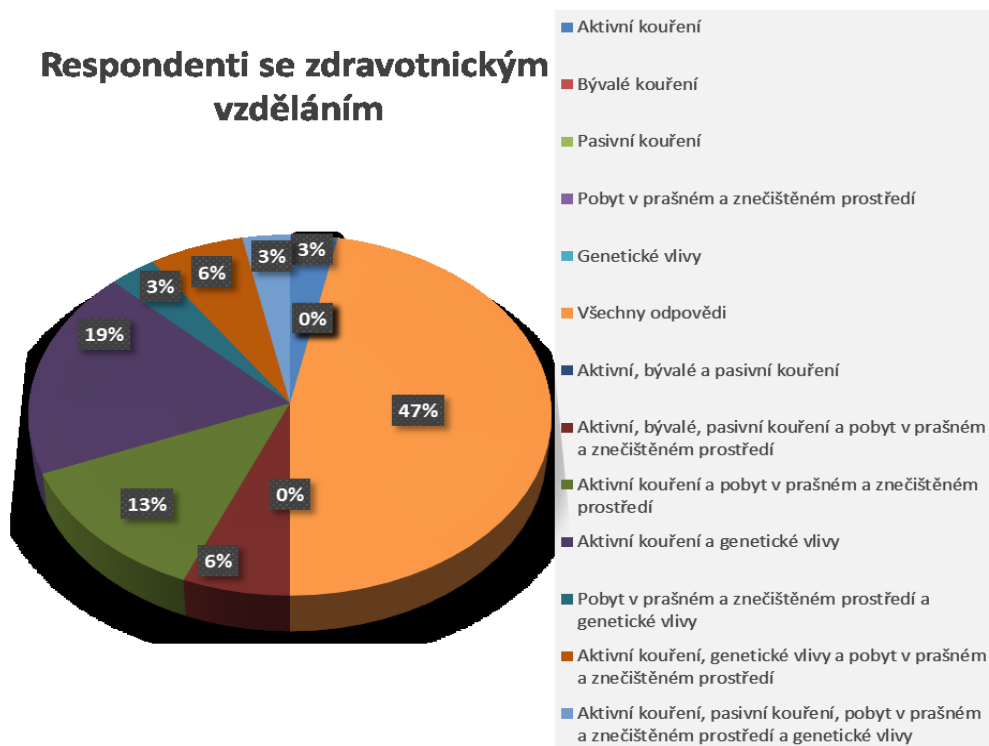
Graf. 10a Významné rizikové faktory pro vznik CHOPN dle respondentů bez zdravotnického vzdělání.

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Aktivní kouření	23	33,82 %
Bývalé kouření	0	0,00 %
Pasivní kouření	0	0,00 %
Pobyt v prašném a znečištěném prostředí	3	4,41 %
Genetické vlivy	3	4,41 %
Všechny odpovědi	9	13,24 %

Aktivní, bývalé a pasivní kouření	1	1,47 %
Aktivní, bývalé, pasivní kouření a pobyt v prašném a znečištěném prostředí	2	2,94 %
Aktivní kouření a pobyt v prašném a znečištěném prostředí	6	8,82 %
Aktivní kouření a genetické vlivy	7	10,29 %
Pobyt v prašném a znečištěném prostředí a genetické vlivy	2	2,94 %
Aktivní kouření, genetické vlivy a pobyt v prašném a znečištěném prostředí	7	10,29 %
Aktivní kouření, pasivní kouření, pobyt v prašném a znečištěném prostředí a genetické vlivy	5	7,37 %
Celkem	68	100,00 %

Tabulka č. 14a Významné rizikové faktory pro vznik CHOPN dle respondentů bez zdravotnického vzdělání.

Respondenti se zdravotnickým vzděláním



Graf č. 10b Významné rizikové faktory pro vznik CHOPN dle respondentů se zdravotnickým vzděláním.

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Aktivní kouření	1	3,13 %
Bývalé kouření	0	0,00 %
Pasivní kouření	0	0,00 %
Pobyt v prašném a znečištěném prostředí	0	0,00 %
Genetické vlivy	0	0,00 %
Všechny odpovědi	15	46,86 %
Aktivní, bývalé a pasivní kouření	0	0,00 %
Aktivní, bývalé, pasivní kouření a pobyt v prašném a znečištěném prostředí	2	6,25 %
Aktivní kouření a pobyt v prašném a znečištěném prostředí	4	12,50 %
Aktivní kouření a genetické vlivy	6	18,75 %

Pobyt v prašném a znečištěném prostředí a genetické vlivy	1	3,13 %
Aktivní kouření, genetické vlivy a pobyt v prašném a znečištěném prostředí	2	6,25 %
Aktivní kouření, pasivní kouření, pobyt v prašném a znečištěném prostředí a genetické vlivy	1	3,13 %
Celkem	32	100,00 %

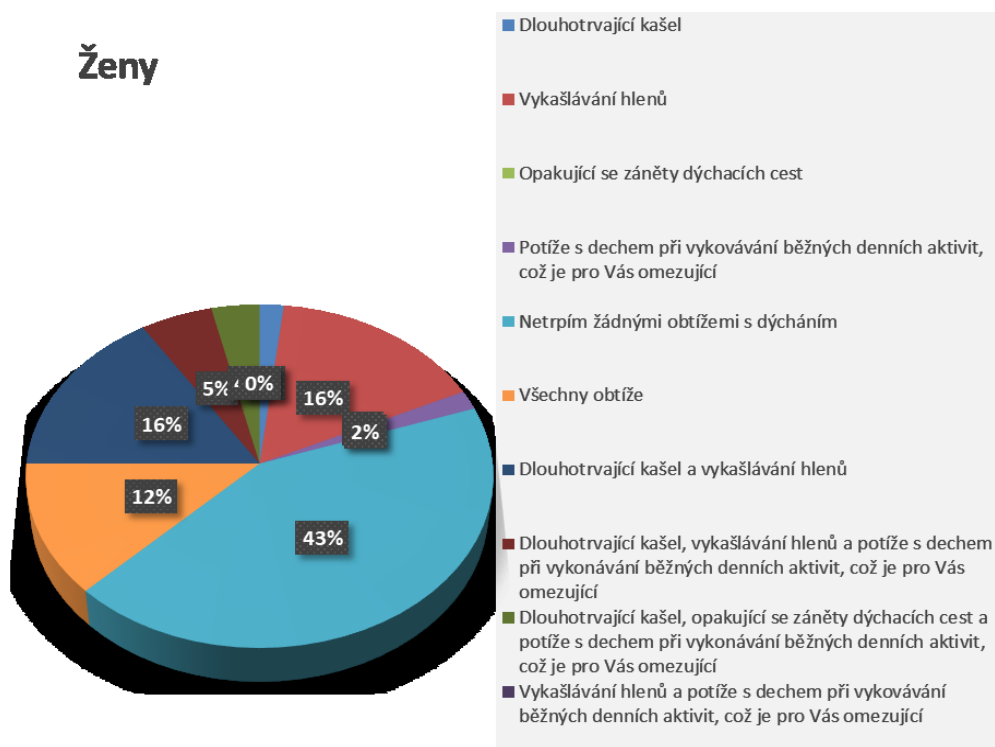
Tabulka 14b Významné rizikové faktory pro vznik CHOPN dle respondentů se zdravotnickým vzděláním.

Komentář

Onemocnění CHOPN způsobuje řada faktorů, k těm nejrizikovějším patří aktivní kouření, pasivní kouření, bývalé kouření, pobyt v prašném a znečištěném prostředí ale i genetické vlivy. Odpovědi se výrazně liší, dle odbornosti respondentů, přičemž respondenti bez zdravotnického vzdělání si ve většině 23 respondentů (33,82 %) myslí, že onemocnění CHOPN způsobuje pouze aktivní kouření cigaret, všechny odpovědi byly respondenty zodpovězeny 9x (13,24 %). Respondenti se zdravotnickým vzděláním nejčastěji odpovídali že rizikovými faktory pro vznik onemocnění CHOPN jsou všechny odpovědi. Takto odpovědělo 15 respondentů (46,86 %).

Otázka č. 11

Uvedl(a) jste, že jste kuřák tabáku – mohl(a) byste uvést, zda náhodou netrpíte některou z uvedených možností z následujících obtíží? Je možné, že si ani některé obtíže nemusíte uvědomovat. Tabákový kouř obsahuje velké množství škodlivých látek, které dráždí dýchací cesty, tyto obtíže mohou souviset s dlouhodobým kouřením.

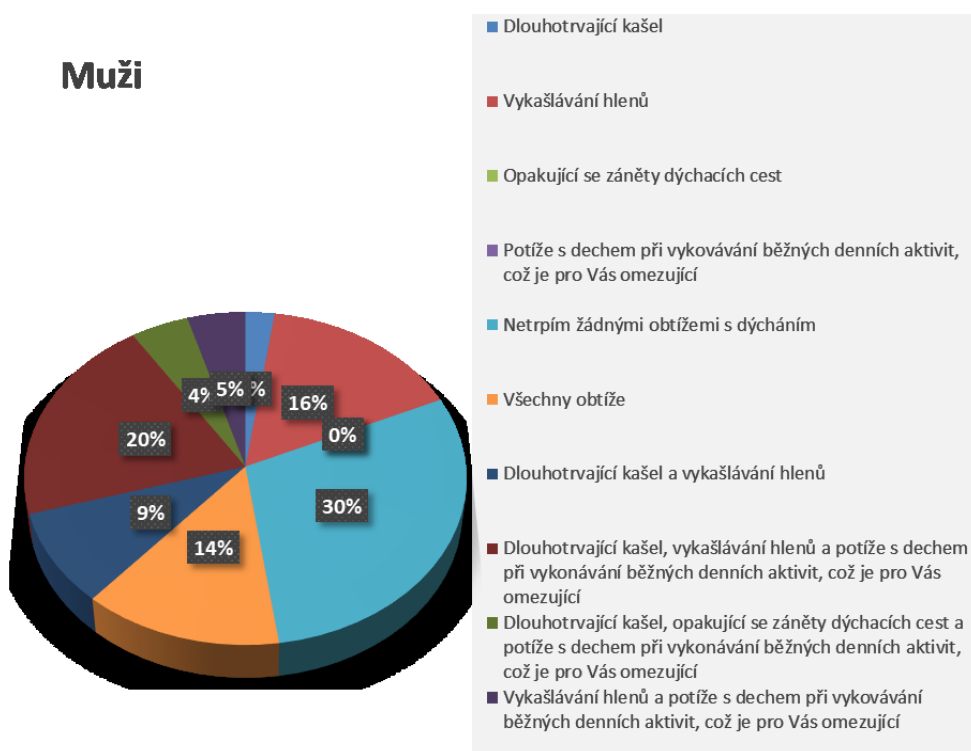


Graf č. 11a Obtíže žen spojeny s užíváním tabáku

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dlouhotrvající kašel	1	1,79 %
Vykašlávání hlenů	9	16,07 %
Opakující se záněty dýchacích cest	0	0,00 %
Potíže s dechem při vykonávání běžných denních aktivit, což je pro Vás omezující	1	1,79 %

Netrpím žádnými obtížemi s dýcháním	24	42,85 %
Všechny obtíže	7	12,50 %
Dlouhotrvající kašel a vykašlávání hlenů	9	16,07 %
Dlouhotrvající kašel, vykašlávání hlenů a potíže s dechem při vykonávání běžných denních aktivit, což je pro Vás omezující	3	5,36 %
Dlouhotrvající kašel, opakující se záněty dýchacích cest a potíže s dechem při vykonávání běžných denních aktivit, což je pro Vás omezující	2	3,57 %
Vykašlávání hlenů a potíže s dechem při vykonávání běžných denních aktivit, což je pro Vás omezující	0	0,00 %
Celkem	56	100,00 %

Tabulka č. 15a Obtíže žen spojeny s užíváním tabáku



Graf č. 11b Obtíže mužů spojeny s užíváním tabáku

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dlouhotrvající kašel	1	2,27 %
Vykašlávání hlenů	7	15,90 %
Opakující se záněty dýchacích cest	0	0,00 %
Potíže s dechem při vykonávání běžných denních aktivit, což je pro Vás omezující	0	0,00 %
Netrpím žádnými obtížemi s dýcháním	13	29,55 %
Všechny obtíže	6	13,64 %
Dlouhotrvající kašel a vykašlávání hlenů	4	9,09 %
Dlouhotrvající kašel, vykašlávání hlenů a potíže s dechem při vykonávání běžných denních aktivit, což je pro Vás omezující	9	20,45 %
Dlouhotrvající kašel, opakující se záněty dýchacích cest a potíže s dechem při vykonávání běžných denních aktivit, což je pro Vás omezující	2	4,55 %
Vykašlávání hlenů a potíže s dechem při vykonávání běžných denních aktivit, což je pro Vás omezující	2	4,55 %
Celkem	44	100,00 %

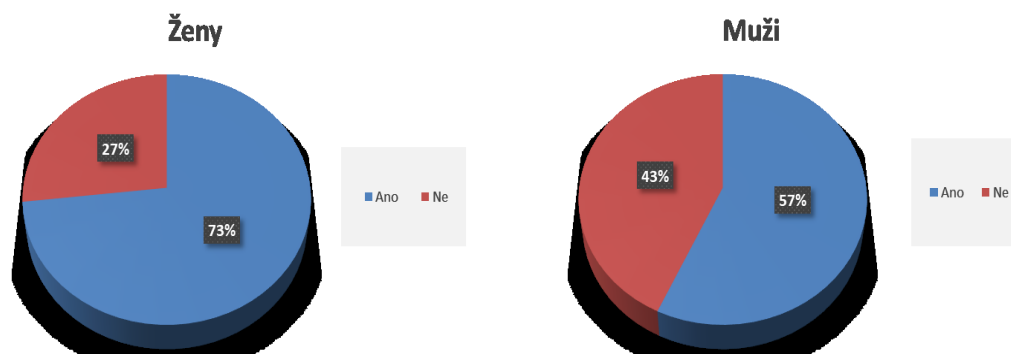
Tabulka č. 15b Obtíže mužů spojeny s užíváním tabáku

Komentář

Většinu dotazovaných respondentek nejčastěji trápí dlouhotrvající kašel a vykašlávání hlenů takto odpovědělo 9 žen (16,07 %). 9 mužů (20,45 %) nejčastěji trápí dlouhotrvající kašel, vykašlávání hlenů a potíže s dechem. 24 (42,85 %) žen a 13 (29,55 %) mužů netrápí žádné obtíže i přes stálé aktivní kouření.

Otázka č. 12

Pokoušel(a) jste se někdy s kouřením přestat?



Graf č. 12 Pokoušely se ženy a muži s kouřením přestat?

	Absolutní čet- nost (n)	Relativní čet- nost (%)	Absolutní čet- nost (n)	Relativní čet- nost (%)
Odpověď	Ženy		Muži	
Ano	41	73,21 %	25	56,82 %
Ne	15	26,79 %	19	43,18 %
Celkem	56	100,00 %	34	100,00 %

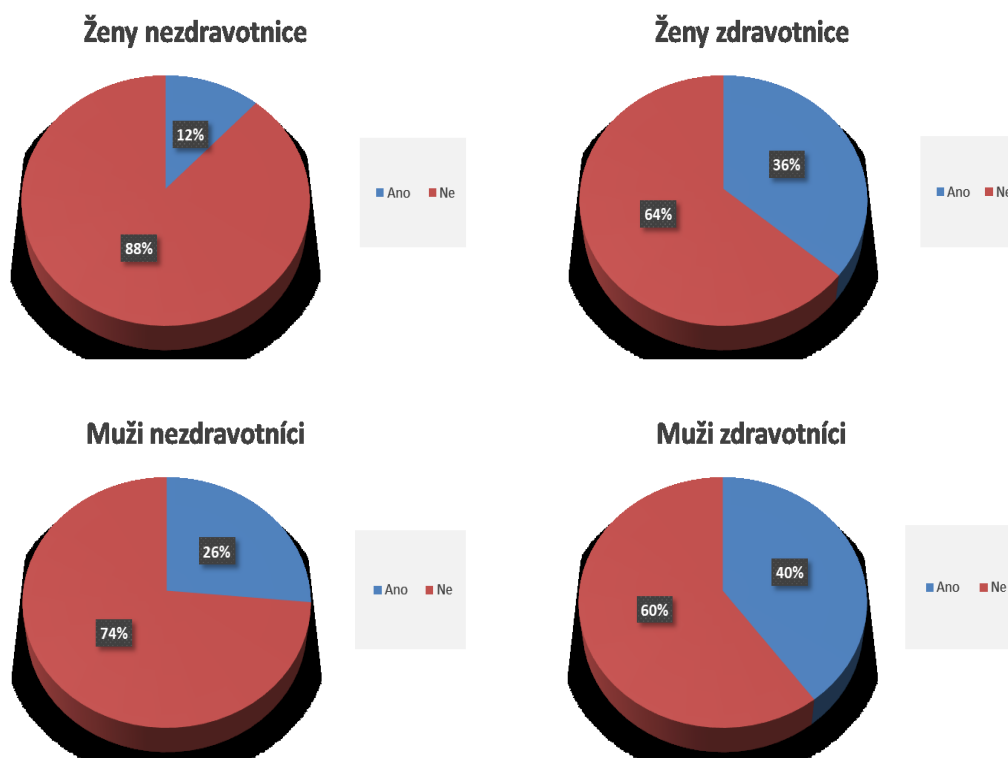
Tabulka č. 16 Pokoušely se ženy a muži s kouřením přestat?

Komentář

Na otázku, zda se respondenti pokoušeli přestat kouřit odpovídaly ženy ve většině 41x (73,21 %) že ano, pokoušely. A 22 (56,82 %) mužů, což je více než polovina, se taktéž pokoušeli s kouřením přestat. Stále však poměrně velká část respondentů obou pohlaví se zatím vůbec nepokusila s kouřením přestat. Ženy 15x (26,79 %) a 19 mužů (43,18 %).

Otázka č. 13

Napadlo Vás, kdybyste uvažoval(a) o odvykání kouření, vyhledat odbornou (lékařskou) pomoc?



Graf č. 13 Kdyby respondenti uvažovali o odvykání kouření, vyhledaly by odbornou (lékařskou) pomoc?

	Absolutní čet- nost (n)	Relativní čet- nost (%)	Absolutní čet- nost (n)	Relativní čet- nost (%)
Odpověď	Ženy nezdravotnice		Ženy zdravotnice	
Ano	4	11,76 %	8	36,36 %
Ne	30	88,24 %	14	63,64 %
Celkem	34	100,00 %	22	100,00 %

Tabulka č. 17a Kdyby respondentky uvažovaly o odvykání kouření, vyhledaly by odbornou (lékařskou) pomoc?

	Absolutní čet- nost (n)	Relativní čet- nost (%)	Absolutní čet- nost (n)	Relativní čet- nost (%)
Odpověď	Muži nezdravotníci		Muži zdravotníci	
Ano	9	26,47 %	4	40,00 %
Ne	25	73,53 %	6	60,00 %
Celkem	34	100,00 %	10	100,00 %

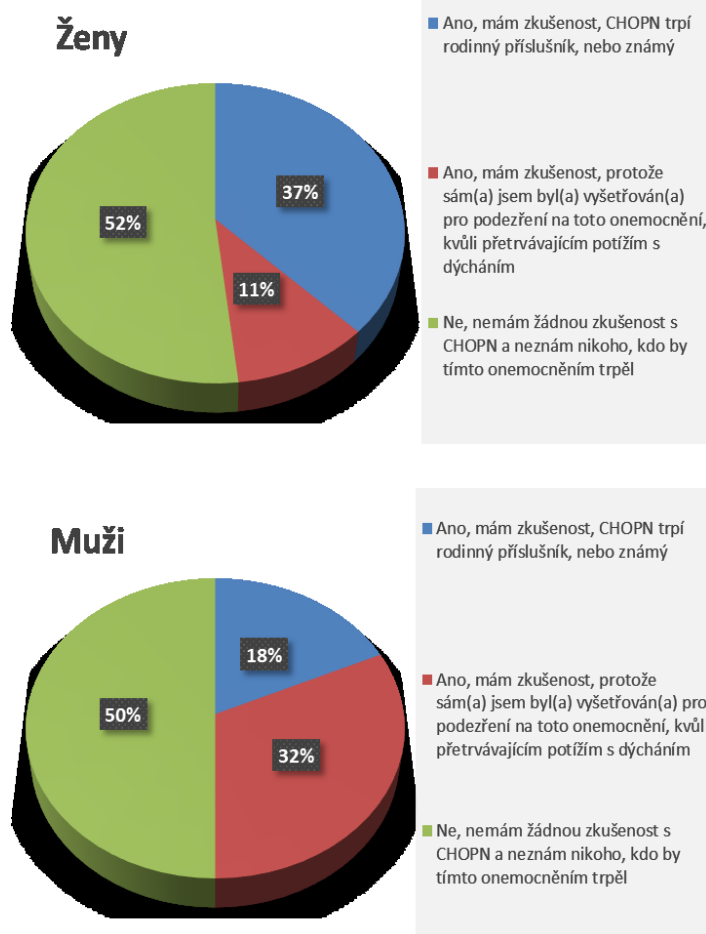
Tabulka č. 17b Kdyby respondenti uvažovali o odvykání kouření, vyhledali by odbornou (lékařskou) pomoc?

Komentář

Z průzkumu otázky, zda by respondenti vyhledali odbornou lékařskou pomoc v případě, že by se rozhodli s kouřením přestat odpovídaly ženy zdravotnice 14x (63,64 %) a nezdravotnice 30x (88,24 %) ve větší míře že ne, nevyhledaly by odbornou lékařskou pomoc. Podobně odpovídali i muži, kdy většina zdravotníků 6 (60,00 %), ale i nezdravotníků 23 (73,53%) by odbornou lékařskou pomoc taky nevyhledalo.

Otázka č. 14

Trpí někdo ve Vašem okolí chronickou obstrukční plicní nemocí, nebo máte již nějakou zkušenost s onemocněním vy sám(a)?



Graf č. 14 Trpí někdo v okolí dotazované ženy, nebo muže CHOPN, nebo má respondent vlastní zkušenost s tímto onemocněním.

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Odpověď	Ženy		Muži	
Ano, mám zkušenost	21	37,50 %	8	18,18 %
Ano, sám(a) jsem byl(a) vyšetřována	6	10,71 %	14	31,82 %
Ne, nemám žádnou zkušenost	29	51,79 %	22	50,00 %
Celkem	56	100,00 %	44	100,00 %

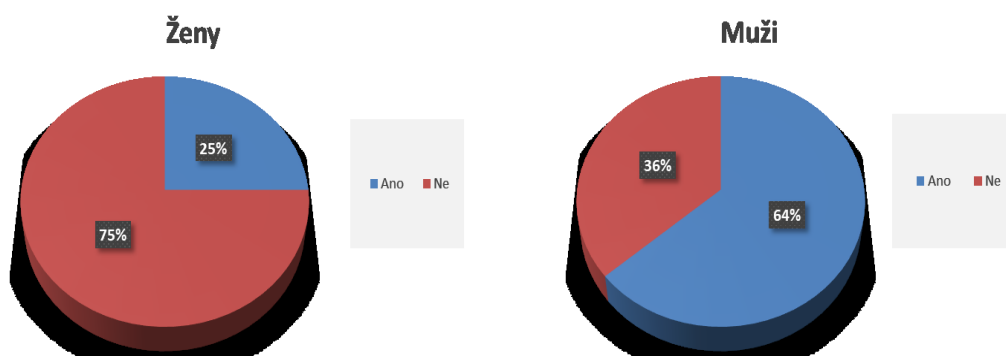
Tabulka č. 18 Trpí někdo v okolí dotazované ženy, nebo muže CHOPN, nebo má respondent vlastní zkušenost s tímto onemocněním.

Komentář

Při mapování otázky, zda mají respondenti nějakou zkušenost s onemocněním CHOPN odpovídaly ženy, že mají zkušenost, protože onemocněním trpí známý, nebo rodinný příslušník 21x (37,50 %), muži v tomto případě pouze 8x (18,18 %) nejvíce respondentů nemá žádnou zkušenost s onemocněním - 29 žen (51,79 %) a 22 mužů (50,00 %). 6 žen (10,71 %) a 14 mužů (31,82 %) absolvovalo vyšetření na plicním oddělení kvůli podezření na onemocnění CHOPN.

Otázka č. 15

Jestliže na sobě pozorujete potíže s dýcháním, které Vás začínají limitovat při běžných denních aktivitách navštívil(a) jste lékaře a informoval(a) ho?



Graf č. 15 Informovanost a návštěva lékaře pokud respondenti pozorují potíže s dýcháním, které je začínají limitovat.

	Absolutní čet- nost (n)	Relativní čet- nost (%)	Absolutní čet- nost (n)	Relativní čet- nost (%)
Odpověď	Ženy		Muži	
Ano	14	25,00 %	28	63,64 %
Ne	42	75,00 %	16	36,36 %
Celkem	56	100,00 %	44	100,00 %

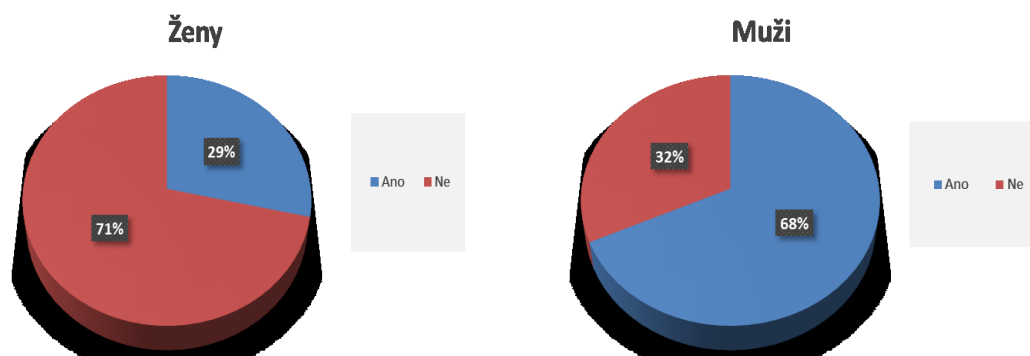
Tabulka č. 19 Informovanost a návštěva lékaře pokud respondenti pozorují potíže s dýcháním, které je začínají limitovat.

Komentář

Pro přetrvávající potíže s dýcháním informovalo svého lékaře pouze 14 žen (25,00 %), načež v otázce č. 11 uvedlo 32 žen, že trpí nějakými obtížemi s dýcháním. Muži informovali svého lékaře ve 23 případech (63,64 %). V otázce č. 11 uvedlo 31 mužů, že trpí nějakými obtížemi s dýcháním, které jsou spojeny s kouřením.

Otázka č. 16

Byl(a) jste někdy vyšetřován(a) specialistou na plicním oddělení z důvodu obtíží s dechem?



Graf č.16 Byli respondeti někdy vyšetřováni specialistou na plicním oddělení z důvodu obtíží s dechem?

	Absolutní čet- nost (n)	Relativní čet- nost (%)	Absolutní čet- nost (n)	Relativní čet- nost (%)
Odpověď	Ženy		Muži	
Ano	16	28,57 %	30	68,18 %
Ne	40	71,43 %	14	31,82 %
Celkem	56	100,00 %	44	100,00 %

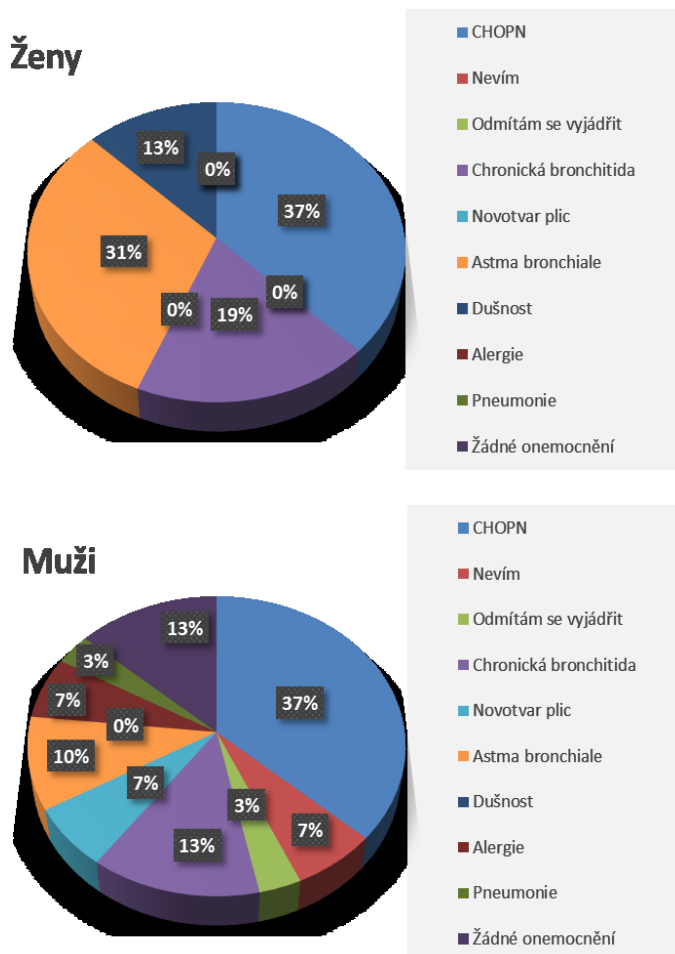
Tabulka č. 20 Byli respondeti někdy vyšetřováni specialistou na plicním oddělení z důvodu obtíží s dechem?

Komentář

Specialistou na plicním oddělení bylo vyšetřeno 16 (28,57 %) žen a 30 (68,18 %) mužů.

Otázka č. 17 – podmíněna pouze kladnou odpovědí na předchozí otázku

Jaká Vám byla stanovena lékařská diagnóza specialistou na plicním oddělení?



Graf č. 17 Jaká byla ženám, nebo mužům stanovena lékařská diagnóza specialistou na plicním oddělení?

Odpověď	Absolutní čet- nost (n)	Relativní čet- nost (%)	Absolutní čet- nost (n)	Relativní četnost (%)
	Ženy		Muži	
CHOPN	6	37,50 %	11	36,67 %
Nevím	0	0,00 %	2	6,67 %
Odmítám se vyjádřit	0	0,00 %	1	3,33 %
Chron. bronchitida	3	18,75 %	4	13,33 %
Novotvar plic	0	0,00 %	2	6,67 %

Astma bronchiale	5	31,25 %	3	10,00 %
Dušnost	2	12,50 %	0	0,00 %
Alergie	0	0,00 %	2	6,67 %
Pneumonie	0	0,00 %	1	3,33 %
Žádné onemocnění	0	0,00 %	4	13,33 %
Celkem	16	100,00 %	30	100,00 %

Tabulka č. 21 Jaká byla ženám, nebo mužům stanovena lékařská diagnóza specialistou na plicním oddělení?

Komentář

Ženám i mužům, kteří byli vyšetřováni specialistou na plicním oddělení byla nejčastěji sdělena lékařská diagnóza CHOPN, a to u žen v 6 případech (37,50 %) u mužů dokonce v 11 (36,67 %). Druhým nejčastějším onemocněním je u žen astma bronchiale 5x (31,25 %) a u mužů chronická bronchitida 4x (13,33 %). Dvou mužům (6,67 %) byla dokonce sdělena nádorová diagnóza. Všichni respondenti, i přes diagnózy, kterými trpí byli nadále aktivními kuřáky.

5 DISKUSE

Cílem celé bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti dotazované široké kuřácké veřejnosti včetně zdravotnických pracovníků o nemoci chronická obstrukční plicní nemoc – CHOPN. Výzkum na téma informovanost byl zjišťován kvantitativní výzkumnou metodou technikou polostrukturovaného dotazníku, který se skládal ze 16 uzavřených otázek a jedna otázka byla s možností otevřené odpovědi. Celého výzkumu se zúčastnilo 100 aktivně kouřících respondentů, z čehož bylo 32 respondentů (32,00 %) se zdravotnickým vzděláním a 68 respondentů bez zdravotnického vzdělání (68,00 %), žen bylo celkově 54 (54,00 %) a mužů 44 (44,00 %). Téměř ze (40,00 %) byl nejčastější věk u žen v rozmezí od 25-40 let a u mužů pak v rozmezí 41-65 let. Ženy i muži nejčastěji kouřily cigarety 20 a více let. Dosažené vzdělání respondentů bylo střední, vysokoškolské, vyšší odborné a 9 respondentů uvedlo základní. V analýze získaných dat jsou jednotlivé otázky vyhodnoceny grafologicky pomocí výsečových grafů a tabulkou s přehledem o absolutní (n) a relativní četnosti (%) odpovědí respondentů. Některé otázky jsou dle potřeby vyhodnocení cílů a přehlednosti rozděleny dle odbornosti, nebo pohlaví respondentů.

Vyhodnocení dílčího cíle č. 1

Zjistit, zda respondenti ví, co znamená onemocnění chronická obstrukční plicní nemoc a zda si jsou vědomi, že se toto onemocnění může týkat i jich.

Cíl číslo 1 lze zhodnotit dle odpovědí na otázky č. 6-9, které se vztahují k obecným znalostem o chronické obstrukční plicní nemoci a také zda si kuřáci uvědomují riziko škodlivosti působení tabákového kouře na jejich organismus především plíce. Na otázku č. 6 – zda respondenti už někdy slyšeli o zkratce CHOPN odpovídali bez větších rozdílů. 50 respondentů bez zdravotnického vzdělání (73,53 %) již někdy slyšelo o zkratce CHOPN, a dokonce měli dostatečné informace o tomto onemocnění. Pouze 2 dotazovaní (2,94 %) neměli žádné informace a se zkratkou CHOPN se doposud nikdy neseťkali. Respondenti se zdravotnickým vzděláním na tom byli s odpověďmi o trochu lépe, a odpovídali, že se se zkratkou CHOPN setkala 26 respondentů (81,25 %), ale je překvapivé, že 2 dotazovaní (6,25 %) i přes svou odbornost uvedli, že se s CHOPN nikdy neseťkali. Otázka č. 7 se dotazovala, zda se domnívají, že se jich onemocnění může týkat. Respondenti se zdravotnickým 26 (81,25 %) i bez zdravotnického vzdělání 50 (73,53 %) odpovídali ve většinové míře že ano, může, protože aktivně kouří. Na otázku, zda si respondenti myslí, že je one-

mocnění CHOPN vyléčitelné, nebo není odpovídali zdravotníci ve většinové míře 28x (87,50 %), že není vyléčitelné, což je pravdou a respondenti bez zdravotnického vzdělání si tuto skutečnost mysleli pouze v (57,35 %) což činilo 39 dotazovaných. Poslední otázkou, která se vztahovala k dílčímu cíli č. 1 se dotazovala, zda si respondenti myslí, že CHOPN onemocní více kuřáci než nekuřáci. Odpovědi na tuto otázku se výrazně rozcházejí dle odbornosti respondentů. Zdravotníci byli přesvědčeni z (81,25 %) o tom, že více onemocní kuřáci a respondenti bez zdravotnického vzdělání si až ze (76,47 %) mysleli, že ne. Literatura přitom mluví o vzniku onemocnění CHOPN a přímém vlivu kouření ze 75-80 %.

Dílčí cíl č. 1 byl splněn a téměř u všech otázek, které se vztahovaly k tomuto cíli odpovídali respondenti bez ohledu na odbornost minimálně z 50 % správně. Míra informovanosti respondentů se zdravotnickým vzděláním a bez je tedy z mého pohledu kvalitní. Obecně však můžeme říci, že vyšší míra informovanosti byla u respondentů se zdravotnickým vzděláním, což se dalo očekávat. Toto tvrzení potvrzuje bakalářská práce na téma Informovanost populace kuřáků o zdravotních rizicích kouření, kde se uvádí, že více než polovina dotazovaných má nedostatečné vědomosti o rizicích, které jsou s kouřením spojeny, a to z důvodu lhostejnosti. O dostatečné, nebo nedostatečné informovanosti toho v odborné literatuře příliš nenajdeme, ale domnívám se a konzultovala jsem s pneumology skutečnost informovanosti a pro zvyšování obecné míry informovanosti se pořádají na toto téma workshopy, probíhá vysílání v českém rozhlasu nebo v televizi, což jsou stále největší a nejrozšířenější sdělovací a informační kanály.

Vyhodnocení dílčího cíle č. 2

Zjistit, zda respondenti ví, co je hlavním rizikovým faktorem pro vznik chronické obstrukční plicní nemoci.

K dílčímu cíli č. 2 se vztahovala poměrně rozsáhlá otázka č. 10, kterou jsem při vyhodnocování rozdělila na znalosti respondentů dle odbornosti. Otázka se dotazovala respondentů, jaké si myslí, že mohou být rizikové faktory pro vznik onemocnění CHOPN. Dle odborné literatury patří mezi nejrizikovější faktory aktivní kouření, pasivní kouření, bývalé kouření, genetické vlivy a pobyt v prašném a znečištěném ovzduší, dle našeho dotazníku to znamenalo všechny odpovědi. Respondenti mohli v této otázce vybrat více „správných“ možností. Z výzkumu odpovědí respondentů bez zdravotnického vzdělání z celkového počtu 68 (100,00 %) vyplynulo, že 23 dotazovaných (33,82 %) považovalo za významný rizikový

faktor pouze aktivní kouření. Překvapující je, že v pasivním ani bývalém kouření neshledali respondenti téměř žádné riziko. Vysvětlují si to tím, že pasivní a bývalé kouření jakožto nepřímé vdechování tabákového kouře nebo nyní již žádné, byť dříve bylo je nemůže na zdraví již nijak ohrozit nebo že se do organismu nedostane. Všechny odpovědi vyznačilo pouze 9 dotazovaných (13,34 %). Další odpovědi byly různé kombinace rizikových faktorů. Respondenti se zdravotnickým vzděláním nejčastěji uvedli jako rizikové faktory všechny odpovědi, a to 15x což činilo (46,88 %) z celkového množství 32 (100,00 %). Aktivní kouření uvedl pouze jeden respondent (3,13 %) na rozdíl od respondentů bez zdravotnického vzdělání, kde tato odpověď byla nejčastější. Znamená to, že zdravotníci mají vyšší míru informovanosti o rizikových faktorech onemocnění, protože jsou více v kontaktu s odbornými informacemi. Pacienty trpící touto nemocí a pravděpodobně se i více zajímají o zdravotní rizika kouření. Avšak ani jejich odpovědi nebyly podle mě dostatečné a odpovídající vzdělání a odbornosti.

Dílčí cíl č. 2 byl splněn a u otázky, která se k cíli vztahovala odpovídali poněkud rozlišeně respondenti se zdravotnickým vzděláním a bez. Informovanost o rizikových faktorech onemocnění CHOPN je z mého pohledu poněkud nedostatečná především u respondentů bez zdravotnického vzdělání, ale i u dotazovaných osob se zdravotnickým vzděláním bych čekala vyšší úroveň informovanosti. V mnoha odborných publikacích se dočteme o nejzávažnějších rizikových faktorech, které přímo jsou aktivní kouření, pasivní kouření, bývalé kouření, pobyt ve znečištěném prostředí a genetické vlivy, což uvádí Koblížek a další pneumologové.

Vyhodnocení dílčího cíle č. 3

Zmapovat aktuální dechové potíže respondentů, které mohou být zároveň příznaky chronické obstrukční plicní nemoci.

Cíli č. 3 odpovídá otázka 11, která zjišťuje aktuální dechových obtíže kuřáků, které mohou být způsobeny díky vdechování tabákového kouře. Ten prokazatelně obsahuje velké množství chemických, jedovatých a karcinogenních látek. Vyhodnocení otázky záviselo na pohledu respondentů, protože z předchozích otázek již víme, že dotazovaní respondenti nejčastěji kouřili 20 a více let. Ženy byly v nejčastějším věkovém rozmezí 26-40 let a muži 41-60 let. Proto se mohou jejich dechové obtíže lišit. Z výzkumu vychází, že nejčastějšími dechovými obtížemi u žen jsou dlouhotrvající kašel společně s vykašláváním hlenů, nebo

pouze vykašlávání hlenů. Takto odpovědělo 19 respondentek (32,14 %). 7 respondentek (12,50 %) uvedlo, že trpí všemi možnostmi, kterými byly dlouhotrvající kašel, vykašlávání hlenů, opakující se záněty dýchacích cest a potíže s dýcháním, které je omezují v běžných denních aktivitách. 24 dotazovaných žen (42,86 %) netrpělo žádnými obtížemi s dýcháním. Celkově trpělo nějakými dechovými potížemi 32 respondentek (57,14 %) z celkového množství 56 (100,00 %), což je více než polovina. Nejvíce mužů - 9 (20,45 %) uvedlo, že je trápí dlouhotrvající kašel, vykašlávání hlenů a potíže s dechem, které je omezují v běžných denních aktivitách. 6 mužů (13,64 %) uvedlo všechny obtíže a 13 mužů (29,55 %) netrápily žádné obtíže. Celkově trpělo nějakými dechovými potížemi 31 dotazovaných mužů (70,45 %) což dělá více než polovinu, stejně jako u žen.

Dílčí cíl č. 3 byl splněn a bylo zjištěno, že celkově muži i ženy, kteří jsou aktivními kuřáky trpí více než z poloviny nějakými dechovými obtížemi, které mohou být i příznaky onemocnění chronické obstrukční plicní nemoci. Z uvedených možností obě pohlaví nejčastěji trápil dlouhotrvající kašel s vykašláváním hlenů. Mnoho aktivních kuřáků si nemusí být vědomo svých zdravotních obtíží, dennodenní pokašlávání a vykašlávání hlenů berou jako svůj denní rituál a vůbec jej nevnímají jako velký počínající problém a možné plicní onemocnění. Proto je možná určitá míra podcenění jejich obtíží a nemají potřebu vyhledávat odbornou pomoc, nebo se zamýšlet na tím, co tyto obtíže způsobuje a jak by se jim dalo předejít.

Vyhodnocení dílčího cíle č. 4

Zhodnotit podíl dotazovaných respondentů, kteří již byli vyšetřováni pro podezření na chronickou obstrukční plicní nemoc a zda jim byla diagnostikovaná.

Cíli č. 4 náležely otázky č. 14–17. Otázka č. 14 zjišťovala, zda respondenti znají ze svého okolí někoho, koho se onemocnění CHOPN týká, nebo mají vlastní zkušenost s onemocněním. Nejčastější odpověď byla u obou pohlaví negativní, tedy bez zkušenosti. U žen tomu tak bylo 29x (51,79 %), u mužů 22x (50,00 %). 21 žen (37,50 %) mělo zkušenost s onemocněním CHOPN pouze od známých, nebo rodinných příslušníků a 6 respondentek (10,71 %) bylo vyšetřováno pro podezření na onemocnění CHOPN. Dotazovaní muži byli vyšetřováni častěji pro podezření na onemocnění než ženy a to 14x (31,82 %). Otázka č. 15 a 16 se dotazovala na předání informací ošetřujícímu lékaři o obtížích s dechem a následným vyšetřením specialistou na plicním oddělení. Dle vyhodnocení díl-

čího cíle č. 3 jsme zjistili, že dechovými obtížemi trpí 32 žen (57,14 %) a 31 mužů (70,45 %), přesto z následujících odpovědí na otázky vyplývá, že lékaře informovalo pouze 14 žen (25,00 %) a mužů 28 (63,64 %), specialistu na plicním oddělení pak navštívilo 16 žen a 30 mužů. Otázka č. 17 zjišťovala lékařskou diagnózu, která jim byla sdělena po návštěvě lékaře na plicním oddělení. Z celkového množství 16 respondentek (100,00 %) bylo onemocnění CHOPN diagnostikované 6 ženám (37,50 %) a dalším nejčastějším onemocněním bylo astma bronchiale 5x (31,25 %). Z celkového množství 30 mužů (100,00 %) bylo také nejčastějším diagnostikovaným onemocněním CHOPN a to v 11 případech (36,47 %). Dalším nejčastějším onemocněním byla chronická bronchitida, astma bronchiale a dokonce 2 respondenti (6,67 %) uvedli, že jim byla sdělena nádorová diagnóza.

Dílčí cíl č. 4 byl splněn a z výzkumu vyplynulo, že dechovými obtížemi trpělo více než polovina dotazovaných respondentů, avšak svého lékaře informovala a navštívila pouze polovina žen a ale téměř většina mužů, což z dotazovaných žen dělá méně odpovědné osoby vůči svému zdravotnímu stavu, nebo je jejich potíže méně limitují. Odborná literatura uvádí, že onemocněním trpí více muži než ženy, ale také je obecně více kuřáků mužů než žen. Tento fakt vyvrací náš výzkum, kterého se zúčastnilo 44 mužů a 56 žen. Výsledky potvrzuje také prezentace projektu na téma Časný záchyt chronické obstrukční plicní nemoci v rizikové populaci. Projekt probíhá pod odbornou garancí doc. Koblížka, Ph.D. z plicní kliniky ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. V projektu se mluví o 7-8 % prevalenci CHOPN při 10,5 milionu obyvatel dospělé populace. Podle dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR je lékaři sledováno necelých 300 tisíc pacientů s CHOPN s převahou mužů. Větší míra incidence tohoto onemocnění u mužů není zcela známá. Z dotazovaných osob, které lékaře navštívily byla sdělena diagnóza chronické obstrukční plicní nemoci vícekrát, než bych očekávala. A je velmi překvapivé, že respondenty a zároveň pacienty neodradí jejich diagnóza od kouření cigarety. Předpokládám, že za neodepření si cigarety i přes vážné onemocnění může především silná závislost, z které není bez odborné pomoci lehká cesta ven a nedostatečná informovanost o škodlivosti kouření vůči onemocnění CHOPN.

Zhodnocení hypotézy č. 1

Hypotézou č. 1 jsme předpokládali, že zdravotničtí pracovníci užívající tabákové výrobky mají celkově vyšší míru informovanosti a vědí jaké jsou rizikové faktory onemocnění chronické obstrukční plicní nemoci.

Potvrzení hypotézy č. 1 vyplývá z odpovědí na otázky č. 6; 7; 8; 9 a 10 podle kterých se nám potvrdilo, že informovanost o onemocnění CHOPN je u zdravotníků vyšší, než u laické veřejnosti, s čímž souvisí i informovanost o rizikových faktorech, kdy všechny „správné“ odpovědi byly uvedeny častěji u respondentů se zdravotnickým vzděláním.

Zhodnocení hypotézy č. 2

Při stanovení hypotézy č. 2 jsme předpokládali, že více než polovina dotazovaných respondentů trpí nějakými dechovými obtížemi.

Tento předpoklad byl jednoznačně potvrzen díky odpovědím na otázku č. 11. Ze všech dotazovaných žen 56 (100,00 %) uvedlo dechové obtíže 32, což činilo (57,14 %). Z celkového množství mužů 44 (100,00 %) uvedlo dechové obtíže 31 což činilo (70,45 %). U obou pohlaví je tedy výskyt dechových obtíží vyšší než polovina a tím se hypotéza potvrzuje.

Zhodnocení hypotézy č. 3

Hypotézou č. 3 jsme předpokládali, že méně, než polovina respondentů byla vyšetřena odborníkem se stanovením diagnózy chronická obstrukční plicní nemoc.

Předpoklad byl potvrzen díky odpovědím na otázky č. 14; 15; 16 a 17. Z analýzy odpovědí respondentů vyšlo, že celkového množství žen, které mají potíže s dýcháním 32 byla odborníkem vyšetřena přesně polovina, tedy 16 žen, ale diagnóza CHOPN byla stanovena pouze v 6 případech, což činí (37,50 %), tedy méně než polovinu. A z celkového množství mužů, kteří uváděli obtíže s dýcháním 31, byla vyšetřena téměř většina, přesně 30 respondentů (96,77 %) a diagnóza CHOPN byla stanovena v 11 případech, což činí (36,67 %), tedy méně než polovina. Dohromady byla sdělena diagnóza CHOPN 17 respondentům (36,96 %) a tím se hypotéza č. 3 potvrzuje.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem k poměrně dobré informovanosti široké kuřácké veřejnosti o onemocnění chronická obstrukční plicní nemoc – CHOPN jsem se rozhodla pro vytvoření posteru, který bude následně umístěn na všeobecné ambulance plicní kliniky v Hradci Králové. Poster bude zaměřen na jednoduché doporučení pro nelékaře s bojem proti kouření. Domnívám se, že právě v této oblasti má nejen české zdravotnictví velké mezery a nevyužívá odborné znalosti zdravotnických pracovníků, především zdravotních sester v boji proti kouření nejen pro laickou veřejnost, ale i pro ostatní kolegy ze zdravotnictví. Protože, kdo jiný má nekouřit a jít příkladem ostatním než ten, kdo o škodlivosti kouření na organismus ví nejvíce, a tím je zdravotník.

ZÁVĚR

Bakalářská práce zjišťovala míru informovanosti aktivní kuřácké veřejnosti včetně zdravotnických pracovníků o onemocnění chronická obstrukční plicní nemoc – CHOPN, která, jak uvádí odborná literatura přímo souvisí s kouřením, až ze 75-80 %. Kouření, jak uvádí WHO je celosvětovým pandemickým stavem, který má velmi negativní vliv nejen na jedince, který je uživatelem tabáku, ale i na jeho široké okolí, ekonomiku a ekologii. Populace kuřáků ve světě stále stoupá, především u žen je poslední roky zaznamenám velký nárůst, stejně jako u dětí, kde se věková hranice začátku kouření cigaret rapidně snižuje. V České republice z výzkumů vyplývá, že tendence užívání tabáku se velmi pomalu proti předešlým rokům snižuje, což je pozitivní. Chronická obstrukční plicní nemoc, o které mají kuřáci z většinové míry nějaké informace je velmi zákeřné, plíživé a nevléčitelné onemocnění, které často končí terminální fází s následnou smrtí. U postižených lidí se zkracuje život až o 15 let ve srovnání se zdravými lidmi. Základní prevence je přitom velmi jednoduchá. Nevystavovat se vdechováním toxických látek především tabákovému kouři, který obsahuje více než 4000 chemických, jedovatých, karcinogenních, mutagenních a dalších organismu škodlivých látek.

Výzkumná část práce byla tvořena pomocí kvantitativní výzkumné metody technikou anonymního, polostrukturovaného dotazníku. Byly stanoveny čtyři dílčí cíle, které se týkaly informovanosti. Celkově můžeme říci, že vyšší míru informovanosti vykazovali respondenti se zdravotnickým vzděláním, což náleží odbornosti a zdravotnickým znalostem, kterými disponují, což potvrdila i jedna z hypotéz. Vzhledem k vysoké škodlivosti tabákového kouře se potvrdilo a i bylo předpokladem, že vdechovaný kouř je natolik škodlivý, že způsobuje více než polovině dotazovaných nějaké dechové potíže, které by nejspíše neměli, pokud by aktivně nekouřili cigarety. Vzhledem k velkému počtu respondentů s dechovými potížemi jsme pátrali kolika z nich bylo již onemocnění chronická obstrukční plicní nemoc diagnostikováno. Chronická obstrukční plicní nemoc byla sdělena sedmnácti respondencům. Toto číslo není nikterak vysoké, ale nejedná se jenom o CHOPN, nýbrž o řadu dalších pneumologických onemocnění, které mohou úzce souviset s chronickou obstrukční plicní nemocí. Zarážející na celém výzkumu a skutečností je to, že i přes onemocnění, kterými respondenti trpí, nadále zůstávají aktivními kuřáky a smutným faktem je, že mezi ně patří i zdravotničtí pracovníci, kteří mají jít společnosti příkladem a být nápomocní v boji proti užívání tabáku. Jak známo, rizika kouření nejsou soustředěna jen na plicní onemocnění, ale komorbidit je celá řada na všech orgánových soustavách. Na kouření lék nenajdeme a ani

za kuřáka neodloží cigaretu někdo jiný. Přestat kouřit stojí na chtění, pevné vůli a přesvědčení kuřáka.

V průběhu psaní této práce a získávání informací o tabákovém kouři jsem si uvědomila o jak vážně škodlivý faktor se jedná a zároveň, jak jednoduché, ale i složité je se pustit do boje proti kouření. Na celé práci mě nejvíce zaujaly a překvapily nejenom výsledky výzkumu, ale i ochota kuřácké veřejnosti spolupracovat a pozitivní zpětná vazba od respondentů na dotazník, který byl pro řadu z nich informativním prvkem a dle jejich slov i námětek k zamyšlení se nad nekouřením. Já sama respektuji každého rozhodnutí nad tím, zda kouřit bude, či nikoliv. Avšak povinností každého zdravotníka by mělo být jít příkladem a primárně preventivními opatřeními proti kouření bojovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- GUIDELINES, 2014. *Doporučený postup plicní rehabilitace*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. Česká pneumologická a ftizeologická společnost.
- HUGO, Jan a Martin VOKURKA, 2009. *Velký lékařský slovník 8. vydání*. 8. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-166-0.
- JANÁČKOVÁ, Laura, 2018. *CHOPN: jak rozdýchat plicní nemoc*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4858-3.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.
- KAŠÁK, Viktor a Vladimír KOBLÍŽEK, c2008. *Naléhavé stavy v pneumologii*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-158-5.
- KOBLÍŽEK, Vladimír, c2013a. *CHOPN: doporučený postup ČPFS pro diagnostiku a léčbu chronické obstrukční plicní nemoci*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-807345-358-9.
- KOBLÍŽEK, Vladimír, 2013b. *Chronická obstrukční plicní nemoc pohledem nových doporučení: souhrn aktuálního fenotypově zaměřeného standardu České pneumologické a ftizeologické společnosti pro internisty*. Brno: Ambit Media. ISBN 978-80-905474-0-7.
- KROFTA, Kamil, 2005. *Pneumologie: postgraduální klinický projekt*. Praha: Triton. Vnitřní lékařství. ISBN 80-7254-710-0.
- KOLEK, Vítězslav, 2005. *Pneumologie pro magistry a bakaláře*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1175-x.
- KOLEK, Vítězslav a Viktor KAŠÁK, c2010. *Pneumologie: vybrané kapitoly pro praxi*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-220-9.
- KOLEK, Vítězslav, Viktor KAŠÁK a Martina VAŠÁKOVÁ, c2011. *Pneumologie*. Vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-255-1.
- KOLEK, Vítězslav, Viktor KAŠÁK a Martina VAŠÁKOVÁ, c2014. *Pneumologie*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-387-9.

- KOLLAROVÁ, Jana, 2014. *Kouření a chronická obstrukční plicní nemoc*. Brno. Diplomová práce. Masarikova Univerzita, lékařská fakulta, katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneiderová.
- KON, Onn Min, T. T. HANSEL a Peter J. BARNES, c2008. *Chronic obstructive pulmonary disease: (COPD)*. New York: Oxford University Press. Oxford respiratory medicine library. ISBN 978-0-19-954914-6.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2010. *Nekuřáctví – základní podmínka zdravých plic: jak přestat kouřit?* Olomouc: Solen. ISBN 978-80-87327-27-2.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2015. *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-2043711-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- MUSIL, Jaromír, Vladimír VONDRA a Stanislav KONŠTACKÝ, c2008. *Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN): doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné a praktické lékaře: [novelizace 2008]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-27-5.
- MUSIL, Jaromír, František PETŘÍK a Martin TREFNÝ, 2005. *Pneumologie: (učebnice pro studenty lékařství)*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0993-2.
- NEUMANNOVÁ, Kateřina a Vítězslav KOLEK, 2018. *Asthma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc: možnosti komplexní léčby z pohledu fyzioterapeuta. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4942-9.
- OPLOVÁ, Helena, 2007. *Informovanost populace kuřáků o zdravotních rizicích kouření*. Brno. Bakalářská práce. Masarikova Univerzita, lékařská fakulta, katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Marta Šenkyříková.
- PRADÁČOVÁ, Jarmila, 2003, *Kouření a zdraví: Obecné informace pro pacienty*. Praha 8. SEDLÁK, Vratislav, *CHOPN chronická obstrukční plicní nemoc: otázky a odpovědi*. Mediforum.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1148-6.

VAŠÁKOVÁ, Martina, c2013. *Moderní farmakoterapie v pneumologii*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-351-0.

Online

Abstinenční příznaky, 2019. Nejčastější projevy abstinence u kuřáka. *Kurakova-plice.cz* [online]. Olomouc [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/odvykani/odvykaci-abstinencni-priznaky-u-kuraka/86-abstinencni-priznaky-u-kuraka-nejcastejsi-projevy-abstinence-nikotinu.html

ČESKÁ REPUBLIKA, 2005. Vyhláška o způsobu označování potravin a tabákových výrobků. In: *Sbírka zákonů*. Ministerstvo zemědělství, částka 37, číslo 113. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-113>

ČESKÁ REPUBLIKA, 2005. Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákon. In: *Sbírka zákonů*. Parlament České republiky, ročník 2005, číslo 379. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-379>

ČESKÁ REPUBLIKA, 2010. Zákon o audiovizuálních mediálních službách na vyžádání a o změně některých zákonů (zákon o audiovizuálních mediálních službách na vyžádání). In: *Sbírka zákonů*. Parlament České republiky, ročník 2010, číslo 132. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-132>

Fotografie: Fotografie orgánů, 2019. In: *Kurakova-plice.cz* [online]. Olomouc [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/k-prohlednuti/fotografie/category/1-fotografie-organu.html

Chronická obstrukční plicní nemoc, 2018. In: *Wikiskripta.eu* [online]. Mefanet [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/CHOPN#/media/File:Copd_versus_healthy_lung.jpg

Jak vzniká závislost, 2019. *Odvykani-koureni.cz* [online]. Praha: MeDitorial [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.odvykani-koureni.cz/jak-vznika-zavislost>

KINDL, Tomáš, 2018. Legislativa. *Společnost pro léčbu závislosti na tabáku* [online]. Praha: MeDitorial [cit. 2019-02-18]. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/legislativa>

- KOUBOVÁ, Michaela, 2016. Sester kuřáček pomalu ubývá. V Česku jich ale stále máme skoro šestkrát víc než v USA. *Zdravotnický deník* [online]. Praha: Media Network [cit. 2019-02-21]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/08/sester-kuracek-pomalu-ubyva-v-cesku-jich-ale-stale-mame-skoro-sestkrat-vic-nez-v-usa/>
- MLČOCH, Zbyněk, 2019. Chemické složení cigaretového kouře, co obsahuje kouř z cigaret. *Kurakova-plice.cz* [online]. Olomouc [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/co-obsahuje-cigaretovy-kour-dym/5-chemicke-slozeni-cigaretoveho-koure-co-obsahuje-kour-z-cigaret.html
- O kouření, 2019. Jaká je historie tabáku a kouření?. *Odvykani-koureni.cz* [online]. Praha: MeDitorial [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.odvykani-koureni.cz/o-koureni>
- Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99), 2018. Syndrom závislosti. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Pracovní postup, 2010. *Pro léčbu závislosti na tabáku* [online]. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. Praha: Česká asociace sester [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: http://www.slzt.cz/dokumenty/Doporuceny_postup_sestry_2018.pdf
- Praktické lékařství, 2018. *Odvykání kouření – jak může pomoci lékárník?* [online]. Olomouc: Solen, 14(1) [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2018/01/08.pdf>
- Reklama na tabákové výrobky, 2018. *Společnost pro léčbu závislosti na tabáku* [online]. Praha: MeDitorial [cit. 2019-02-18]. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/reklama-na-tabakove-vyrobky>
- Revoluční bezkouřová cigareta IQOS a jak funguje kouření bez zapálení, 2017. Co je IQOS. *My-iqos.cz*[online]. cIQOSmag.com2019 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: https://www.my-iqos.cz/Co-je-revolucni-bezkourova-cigareta-IQOS-a-jak-funguje-koureni-bez-zapaleni-A_6438
- Typologie kuřáků, 2019. *Odvykani-koureni.cz* [online]. Praha: MeDitorial [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.odvykani-koureni.cz/typologie-kuraku>

- VÁŇOVÁ, Alena, Miroslava SKÝVOVÁ a Marek MALÝ, 2018. Užívání tabáku v České republice 2017. *Szu.cz*[online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_2017.pdf
- Výroba tabákových výrobků, 2019. *Společnost pro léčbu závislosti na tabáku* [online]. Praha: MeDitorial [cit. 2019-02-18]. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/vyroba-tabakovych-vyrobku/>
- Zákazy kouření, 2018. *Společnost pro léčbu závislosti na tabáku* [online]. Praha: MeDitorial [cit. 2019-02-18]. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/zakazy-koureni>
- Zdanění tabákových výrobků, 2018. *Společnost pro léčbu závislosti na tabáku* [online]. Praha: MeDitorial [cit. 2019-02-18]. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/zdaneni-tabakovych-vyrobku>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

6MWT	Šestimínutový test chůzí
ADL	Běžné denní aktivity
AIDS	Syndrom získaného deficitu imunity
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BAL	Bronchoalveolární laváž
BDT	Bronchodilatační test
BMI	Index tělesné hmotnosti (body mass index)
CAT	COPN assessment test
CO	Oxid uhelnatý
CO ₂	Oxid uhličitý
CPET	Cardio pulmonary exercise testing
CRP	C-reaktivní protein
CTA	CT angiografie
CT	Počítačová tomografie
DDOT	Dlouhodobá domácí oxygenoterapie
DNR	Do not resuscitate
EKG	Elektrokardiogram
ESWT	Endurance shuttle walk test
ETK	Endotracheální kanyla
FeNO	Frakce oxidu dusnatého ve vydechovaném vzduchu
FEV ₁	Usilovně vydechovaný objem vzduchu za 1 sekundu
FFMI	Index tukuprosné tkáně (fat free mass index)
GCS	Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
GOLD	Global initiative for chronic obstructive lung disease

HRCT	Vysoce rozlišující počítačová tomografie
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
IgE	Imunoglobulin E
ISWT	Incremental shuttle walk test
LLN	Dolní limit normálních hodnot
LVRS	Volumredukční operace
mMRC	Modifikovaná škála dušnosti dle Medical Research Council
NIV	Neinvazivní ventilace
PaO ₂	Alveoloarteriální diference parciální tlak kyslíku
post-BDT	Po provedení bronchodilatace
QOL	Kvalita života
RTG	Rentgenologické vyšetření
SAS	Hodnotící škála analgosedace
TNF α	Tumor necrosis factor lafa (kachektin)
TSK	Tracheostomická kanyla
UPV	Umělá plicní ventilace
VATS	Videoasistovaná torakoskopie
VCmax	Maximální vitální kapacita
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 Plíce kuřáka, plíce nekuřáka.....	14
Obrázek č. 2 Poškození alveolů u CHOPN.....	26
Obrázek č. 3 Klinický obraz CHOPN.....	28
Obrázek č. 4 Kategorie CHOPN.....	31
Obrázek č. 5 Soudkovitý tvar hrudníku.....	32
Obrázek č. 6 Provedení spirometrie.....	34
Obrázek č. 7 Druhy inhalačních systémů.....	43

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Fagerströmův test nikotinové závislosti.....	19
Tabulka č. 2 mMRC modifikovaná škála dušnosti.....	29
Tabulka č. 3 Inhalační bronchodilatační látky.....	37
Tabulka č. 4 BODE index.....	39
Tabulka č. 5 Pohlaví respondentů.....	49
Tabulka č. 6 Odbornost respondentů.....	50
Tabulka č. 7 Věk respondentů dle pohlaví.....	51
Tabulka č. 8 Dosavadní doba kouření u žen a mužů.....	52
Tabulka č. 9 Vzdělání respondentů.....	53
Tabulka č. 10 Informovanost respondentů o CHOPN.....	55
Tabulka č. 11 Může se Vás týkat onemocnění CHOPN?.....	57
Tabulka č. 12 Je onemocnění CHOPN vyléčitelné?.....	59
Tabulka č. 13 Onemocní CHOPN více kuřáci, než nekuřáci?.....	60
Tabulka č. 14a Významné rizikové faktory pro vznik CHOPN dle respondentů bez zdravotnického vzdělání.....	61
Tabulka č. 14b Významné rizikové faktory pro vznik CHOPN dle respondentů se zdravotnickým vzděláním.....	63
Tabulka č. 15a Obtíže žen spojeny s užíváním tabáku.....	65
Tabulka č. 15b Obtíže mužů spojeny s užíváním tabáku.....	67
Tabulka č. 16 Pokoušely se ženy a muži s kouřením přestat?.....	68
Tabulka č. 17a Kdyby respondentky uvažovaly o odvykání kouření, vyhledaly by odbornou (lékařskou) pomoc?	69
Tabulka č. 17b Kdyby respondenti uvažovali o odvykání kouření, vyhledaly by odbornou (lékařskou) pomoc?.....	70
Tabulka č. 18 Trpí někdo v okolí dotazované ženy, nebo muže CHOPN, nebo má respondent vlastní zkušenost s tímto onemocněním.....	72

Tabulka č. 19 Informovanost a návštěva lékaře pokud respondenti pozorují potíže s dýcháním, které je začínají limitovat.....	73
Tabulka č. 20 Byli respondenti někdy vyšetřováni specialistou na plicním oddělení z důvodu obtíží s dechem?.....	74
Tabulka č. 21 Jaká byla ženám, nebo mužům stanovena lékařská diagnóza specialistou na plicním oddělení?.....	75

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	49
Graf č. 2 Odbornost respondentů.....	50
Graf č. 3 Věk respondentů dle pohlaví.....	51
Graf č. 4 Dosavadní doba kouření u žen a mužů.....	52
Graf č. 5 Vzdělání respondentů.....	53
Graf č. 6 Informovanost respondentů o CHOPN.....	54
Graf č. 7 Může se Vás týkat onemocnění CHOPN?.....	56
Graf č. 8 Je onemocnění CHOPN vyléčitelné?.....	58
Graf č. 9 Onemocní CHOPN více kuřáci, než nekuřáci?.....	60
Graf č. 10a Významné rizikové faktory pro vznik CHOPN dle respondentů bez zdravotnického vzdělání.....	61
Graf č. 10b Významné rizikové faktory pro vznik CHOPN dle respondentů se zdravotnickým vzděláním.....	63
Graf č. 11a Obtíže žen spojeny s užíváním tabáku.....	65
Graf č. 11b Obtíže mužů spojeny s užíváním tabáku.....	66
Graf č. 12 Pokoušely se ženy a muži s kouřením přestat?.....	68
Graf č. 13 Kdyby respondenti uvažovali o odvykání kouření, vyhledaly by odbornou (lékařskou) pomoc?.....	69
Graf č. 14 Trpí někdo v okolí dotazované ženy, nebo muže CHOPN, nebo má respondent vlastní zkušenost s tímto onemocněním.....	71
Graf č. 15 Informovanost a návštěva lékaře pokud respondenti pozorují potíže s dýcháním, které je začínají limitovat.....	73
Graf č. 16 Byli respondenti někdy vyšetřováni specialistou na plicním oddělení z důvodu obtíží s dechem?.....	74
Graf č. 17 Jaká byla ženám, nebo mužům stanovena lékařská diagnóza specialistou na plicním oddělení?.....	75

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Dotazník

Příloha P II Minnesotská škála nikotinových abstinčních příznaků

Příloha P III Stanovisko ISCINN k užívání tabáku

Příloha P IV Plicní objemy a funkční vyšetření plic

Příloha P V Výstup práce – poster Doporučení pro nelékaře s bojem proti kouření

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Křivánková a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně fakulty humanitních studií, oboru všeobecná sestra. Nedílnou součástí ukončení mého studia je závěrečná bakalářská práce, proto se na Vás obracím s prosbou o pomoc při výzkumném šetření. Zajímám se o informovanost Vás kuřáků ohledně nemoci „chronická obstrukční plicní nemoc“. Dotazník, je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze pro potřeby mé závěrečné práce. Touto cestou Vás prosím o zodpovězení otázek dle Vašeho uvážení.

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

2. Vyberte jednu z následujících možností:

- Pracuji jako zdravotnický personál, nebo mám zdravotnické vzdělání
- Nejsem zdravotník

3. Kolik je Vám let?

- 18-25 let
- 26-40 let
- 41-65 let
- 65 let a více

4. Z následujících možností vyberte, jak dlouhou dobu kouříte?

- Méně než 5 let
- Méně než 10 let
- Méně než 20 let
- 30 let a více

5. Vyznačte prosím, jaká je úroveň Vašeho dosaženého vzdělání?

- Základní
- Střední
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

6. Slyšel(a) jste již někdy o onemocnění, které má zkratku CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc?

- Ano, znám toto onemocnění a mám za to, že jsem dostatečně informován(a)
- Ne, nikdy jsem se s názvem, nebo zkratkou této nemoci nesetkal(a)
- Ano, už jsem někdy o onemocnění slyšel(a), ale nemám mnoho informací

7. Jedná se o onemocnění dýchacích cest, je nejčastěji způsobeno vdechováním toxických látek (včetně tabákového kouře), domníváte se, že by se nemoc mohla týkat i Vás?

- Ano, domnívám se, že může, protože aktivně kouřím
- Ne, CHOPN se mě asi netýká, protože nevdechuji žádné toxické látky a nikdy jsem neměl(a) problémy s dýcháním
- Nevím, zda se CHOPN může týkat i mě

8. Při onemocnění CHOPN je v dýchacích cestách přítomen trvalý zánět, zúžení průdušek, tím zhoršené dýchání a přenos kyslíku do těla. Myslíte si, že onemocnění CHOPN je přesto vyléčitelné?

- Ano, myslím, že CHOPN je vyléčitelné onemocnění
- Ne, myslím, že CHOPN není vyléčitelné onemocnění

9. Domníváte se, že onemocněním CHOPN onemocní více kuřáci, než nekuřáci?

- Ano
- Ne

10. Co myslíte, že může být významným rizikovým faktorem pro vznik CHOPN?

Můžete vybrat i více možností.

- Aktivní kouření cigaret
- Bývalé kuřáctví
- Pasivní kouření
- Pobyt v prašném a znečištěném prostředí
- Genetické vlivy

11. Uvedl(a) jste, že jste kuřák tabáku – mohl(a) byste uvést, zda náhodou netrpíte některou z uvedených možností z následujících obtíží? Je možné, že si ani některé obtíže nemusíte uvědomovat. Tabákový kouř obsahuje velké množství škodlivých látek, které dráždí dýchací cesty, tyto obtíže mohou souviset s dlouhodobým kouřením.

- Dlouhotrvající kašel
- Vykašlávání hlenů
- Opakující se záněty dýchacích cest
- Potíže s dechem při vykonávání běžných denních aktivit, což je pro Vás omezující
- Netrpím žádnými obtížemi s dýcháním

12. Pokoušel(a) jste se někdy s kouřením přestat?

- Ano
- Ne

13. Napadlo Vás, kdybyste uvažoval(a) o odvykání kouření, vyhledat odbornou (lékařskou) pomoc?

- Ano
- Ne

14. Trpí někdo ve Vašem okolí chronickou obstrukční plicní nemocí, nebo máte již nějakou zkušenost s onemocněním vy sám(a)?

- Ano, mám zkušenost, CHOPN trpí rodinný příslušník, nebo známý
- Ano, mám zkušenost, protože sám(a) jsem byl(a) vyšetřován(a) pro podezření na toto onemocnění, kvůli přetrvávajícím potížím s dýcháním
- Ne, nemám žádnou zkušenost s CHOPN a neznám nikoho, kdo by tímto onemocněním trpěl

15. Jestliže na sobě pozorujete potíže s dýcháním, které Vás začínají limitovat při běžných denních aktivitách navštívil(a) jste lékaře a informoval(a) ho?

- Ano
- Ne

16. Byl(a) jste někdy vyšetřován(a) specialistou na plicním oddělení z důvodu obtíží s dechem?

- Ano
- Ne

17. Jestliže jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, jaká Vám byla stanovena lékařská diagnóza specialistou na plicním oddělení? Pokud NE, na otázku neodpovídejte.

- Chronická obstrukční plicní nemoc – CHOPN
- Nevím
- Odmítám se vyjádřit
- Byla mi sdělena diagnóza:

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

PŘÍLOHA P II: MINNESOTSKÁ ŠKÁLA NIKOTINOVÝCH ABSTINENČNÍCH PŘÍZNAKŮ

Czech



Protocol ID: A3051075

CENTER
SUBJECT ID

DATE OF VISIT

-

-

dd MMM yyyy

Visit:

MINNESOTA NICOTINE WITHDRAWAL SCALE:
(MINNESOTSKÁ ŠKÁLA NIKOTINOVÝCH ABSTINENČNÍCH PŘÍZNAKŮ:)

(1) NOT DONE Language Administered: (27) Czech for Czech Republic

POKYNY: U každé z následujících položek ohodnotte, jak jste se cítil(a) během posledních 24 hodin.
Označte křížkem (X) pouze JEDNO políčko, které se pro vás hodí.

	Vůbec ne (0)	Nepatrně (1)	Středně (2)	Celkem dost (3)	Extrémně (4)
Nutkání kouřit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresivní nálada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podrážděnost, frustrace nebo zlost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úzkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtížné soustředování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neklid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zvýšená chuť k jídlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtížné usínání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potíže s častým probouzením	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PŘÍLOHA P III: STANOVISKO ISNCC K UŽÍVÁNÍ TABÁKU



WWW.ISNCC.ORG

Mezinárodní společnost sester v onkologické péči
(International Society of Nurses in Cancer Care, ISNCC)
WWW.ISNCC.ORG

Název stanoviska: Stanovisko ISNCC k užívání tabáku
Datum vypracování: květen 2014

Datum schválení představenstvem: červenec 2014

Cíl:

Kontrola tabáku má být nedílnou součástí zdravotní péče.

Situace

Užívání tabáku a expozice tabákovému kouři jsou známé lidské karcinogeny, které přispívají k celosvětové epidemii a obecně k ohrožení zdraví. Tabák je ve světovém měřítku i nadále hlavní příčinou úmrtí a onemocnění, jímž lze předcházet. Vedle dalších chronických a akutních onemocnění je s užíváním tabáku kauzálně spojena i více než desítky různých druhů rakoviny¹ a v souvislosti s kouřením tabáku dochází každoročně k šesti milionům úmrtí. Pokud bude tento trend pokračovat, zemře do roku 2030 v souvislosti s užíváním tabáku každoročně více než 8 milionů lidí, z toho 80 % v rozvojových zemích.¹ Kontrola tabáku by mohla vést k prevenci vzniku těchto onemocnění, postižení a úmrtí předcházením vzniku nově závislých, léčbou závislosti na tabáku a ochranou před expozicí pasivnímu kouření.

Zdravotní sestry se mohou účinně zapojit na základě vědeckých důkazů a významně tak snížit užívání tabáku, a to i u pacientů, u kterých již byla diagnostikována rakovina. Přestane-li pacient kouřit poté, co je mu diagnostikována rakovina, zlepšuje se prognóza, výsledky léčby a snižuje se riziko sekundárního onemocnění a úmrtí. S užíváním tabáku je kauzálně spojena více než desítky různých druhů nádorů.²

Základem řešení tohoto problému je zapojení zdravotních sester do komunitní činnosti, pomoc pacientům s odvykáním kouření, podpora prostředí bez tabákového kouře, denormalizace užívání tabáku a podpora účinné kontroly tabáku.^{iv} Zdravotní sestry spolu s ostatními pracovníky ve zdravotnictví musí být v čele tohoto procesu.^v S cílem bojovat proti tabákové epidemii iniciovala Světová zdravotnická organizace první mezinárodní, právně závaznou smlouvu zaměřenou na problém veřejného zdraví – Rámcovou úmluvu WHO o kontrole tabáku (FCTC).^{vi} Tato smlouva požaduje zavedení celé řady politických opatření, která prokazatelně snižují užívání tabáku a jeho dopad na populaci. Tento přístup podporují zdravotní sestry na celém světě; je však zapotřebí ještě většího úsilí.

Pacienti, kteří kouří, jsou často nespravedlivě obviňováni nebo se sami obviňují za to, že si přivodili své onkologické onemocnění užíváním tabáku. Ale většina kuřáků se stala závislými na nikotinu v době svého dospívání nebo mládí vinou průmyslu, který vynakládá miliardy dolarů na podporu výrobku, který - pokud se používá k tomu účelu, k němuž byl vyroben - zabije až 50 % svých uživatelů. Zdravotní sestry se musí aktivně zapojit do úsilí ke snížení tohoto stigma. Závislost na tabáku je chronický recidivující stav, který vyžaduje dlouhodobou léčbu.² Tabákový průmysl veřejnosti prokazatelně zatajoval důkazy, mařil vědecký výzkum a mátl odborníky^{1,2} a objevují se výzvy, aby profesní organizace a akademická centra odmítala financování výzkumu nebo služeb tabákovým průmyslem.

V uplynulém desetiletí došlo zejména v zemích s vyššími příjmy k nárůstu marketingu a dostupnosti elektronických zařízení pro dodání nikotinu (ENDS), známých také jako elektronické cigarety, elektronické vodní dýmky apod. Postupně dochází k vytváření regulačních rámců pro tyto nové produkty, nejsou však k dispozici žádné údaje, které by podporovaly bezpečnost těchto produktů nebo jejich účinnost jako doplňku léčby závislosti na tabáku. WHO doporučila spotřebitelům, aby tyto produkty nepoužívali, dokud tyto údaje nebudou k dispozici.^{vii} Odborná činnost v oblasti kontroly tabáku a léčby závislosti na tabáku vedená zdravotními sestrami může

významně přispět k rozvoji účinných opatření, týkajících se všech kuřáků, včetně těch, jimž bylo diagnostikováno onkologické onemocnění.² Stále je však zapotřebí dalšího úsilí a podpory vědeckého výzkumu v této oblasti. Svá stanoviska ve vztahu k tabáku, kouření a zdraví vyjádřilo nebo přijalo mnoho zdravotnických organizací. Mezi tyto organizace patří: Světová zdravotnická organizace (WHO), Společnost onkologických sester v USA (Oncology Nursing Society, ONS), Royal College of Nursing v UK a Mezinárodní rada sester (International Council of Nurses, ICN). Všechna tato stanoviska doporučují kontrolu užívání tabáku a podporují opatření proti kouření.

Stanovisko

Mezinárodní společnost sester v onkologické péči (ISNCC) se domnívá, že prevence užívání tabáku, prevence expozice pasivnímu kouření, hodnocení závislosti na nikotinu a podpora při odvykání kouření jsou cennými nástroji zdravotních sester s cílem snížit zdravotní problémy související s tabákem. Dále se ISNCC zavázala maximalizovat potenciál zdravotních sester jakožto největší profesní zdravotnické skupiny omezením užívání tabáku dospělými a mládeží, podporou odvykání kouření, chráněním všech osob před expozicí pasivnímu kouření a zvyšováním přístupu ke službám v oblasti prevence a léčby závislosti na tabáku. Kromě prevence užívání tabáku za účelem snížení rizika rakoviny jsou zapotřebí i intervence u již onkologicky nemocných kuřáků a těch, kdo nádorové onemocnění překonali – také ti jsou vystaveni zvýšenému riziku nežádoucích účinků léčby, sekundárním nádorům způsobeným kouřením, zvýšenému riziku úmrtí, snížené šanci na přežití a snížené kvalitě života. Dalším benefitem této sesterské aktivity může být i snížení počtu kuřáků v rodinách pacientů, u nichž sestry intervenovaly.

Doporučení ISNCC:

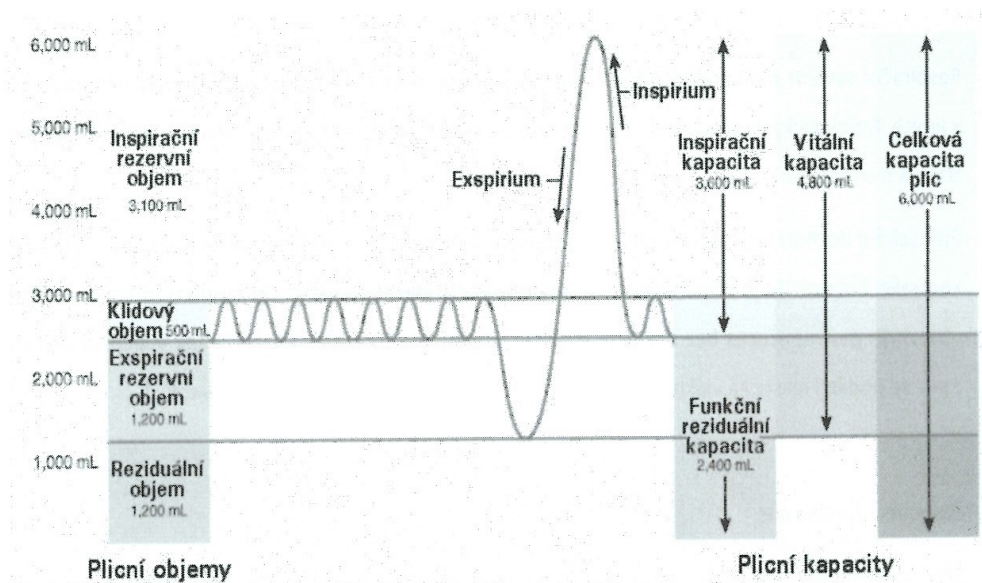
1. Zdravotní sestry a ošetřovatelé musí mít kompletní znalosti o účincích tabákových výrobků.
 - a) Učební osnovy by měly obsahovat informace o zdravotních dopadech užívání tabáku a expozici pasivnímu kouření, o prevenci užívání tabáku a o vědecky podložených strategiích pro léčbu závislosti na tabáku v klinické praxi, aby bylo zajištěno, že všechny sestry budou mít odborné znalosti v oblasti kontroly tabáku a intervencí při odvykání kouření založených na vědeckých důkazech.
 - b) Zdravotní sestry v praxi by měly mít příležitosti k dalšímu odbornému vzdělání v kontrole tabáku a na důkazech založených intervencích při odvykání kouření.
 - c) Kontrola tabáku má být součástí odborných vzdělávacích programů pro zdravotní sestry.
 - d) V rámci plánů ošetrovatelské péče musí být stanoveny a zformulovány benefity odvykání kouření ve všech klinických souvislostech (např. pohlaví, věk, typ nemoci).
 2. Zdravotní sestry musí podporovat implementaci Rámcové úmluvy WHO o kontrole tabáku.
 3. Zdravotní sestry musí být připraveny vykonávat vedoucí úlohu v oblasti kontroly tabáku na místní, regionální, národní a mezinárodní úrovni včetně účasti na Světovém dni bez tabáku WHO (31. května každého roku).
 4. Zdravotní sestry se musí aktivně podílet na iniciaci a podpoře místní, národní a mezinárodní politiky a právních předpisů v oblasti kontroly tabáku.
 5. Zdravotní sestry musí zajistit, aby hodnocení, dokumentace a léčba závislosti na tabáku byla očekávanou součástí péče ve všech programech a protokolech nemocničních a ambulantních postupů onkologické léčby, včetně řešení stigmatu, jemuž čelí mnoho pacientů postižených nádorovým onemocněním v důsledku kouření, s důrazem na benefity odvykání kouření v souvislosti s onkologickou diagnózou.
 6. Zdravotní sestry musí být připraveny hovořit s pacienty a jejich rodinami o expozici pasivnímu kouření doma a na pracovištích, včetně strategií pro vytvoření nekuřáckého prostředí.
 7. Zdravotní sestry by měly být nekuřáckým příkladem, v zájmu zdraví vlastního i zdraví svých pacientů.
 8. Organizace zdravotních sester by měly podporovat snahy sester o snížení počtu kuřáků, dále by měly udržovat nekuřácká pracoviště nebo se zasazovat o jejich vytvoření.
 9. Zdravotní sestry by měly spolupracovat s dalšími zdravotnickými organizacemi, s orgány veřejného zdraví a skupinami pro kontrolu tabáku s cílem posílit a financovat kontrolu tabáku na všech úrovních, včetně rozšíření a podpory výzkumu vedeného sestrami v oblasti užívání tabáku, dále včetně prevence, intervencí při odvykání kouření a snížení expozice pasivnímu kouření u osob s nádorovým onemocněním či osob tímto onemocněním ohrožených.
- ISNCC dále prohlašuje, že veškerá její setkání, vědecké a společenské aktivity budou nekuřácké. ISNCC doporučuje všem organizacím, aby podpořily nekuřáctví na odborných a dalších akcích souvisejících se zdravím.

PŘÍLOHA P IV: PLICNÍ OBJEMY A FUNKČNÍ VYŠETŘENÍ PLIC

Plicní objemy

MVR (minutová ventilace) – množství vdechovaného vzduchu za 1 minutu.

MVV (maximální vůlí řízená ventilace) – spočívá v hyperventilaci po dobu 15 s., výsledek je roven čtyřnásobku naměřeného objemu.



Hlavní parametry spirometrie

VC (vitální kapacita) – nadechnutý maximální objem vzduchu po maximální výdechu EVC a nádechu IVC.

FVC (usilovná vitální kapacita) – maximální objem vzduchu po maximálním EVC a IVC, který je pacient schopen s maximálním úsilím prudce vydechnout.

VC_{max} (maximální vitální kapacita) – nejvyšší hodnota z IVC, EVC a FVC

FEV_1 (usilovně vydechnutý objem vzduchu za 1 s.) – objem vzduchu vydechnutý s největším úsilím po maximálním nádechu.

MEF_{25-75}/FEF_{25-75} – maximální a usilovný průtok výdechu ve střední polovině FEV.

FEF_{75-85} – průtok vzduchu na konci usilovného výdechu za 1 s.

TIFFENEAUŮV INDEX – poměr jednosekundové vitální kapacity k usilovné, nebo neusilovné vitální kapacitě, vyjádřený v %.

ČAS VÝDECHU STŘEDNÍCH 50 % FVC – čas potřebný k vydechnutí druhé a třetí čtvrtiny usilovného výdechu.

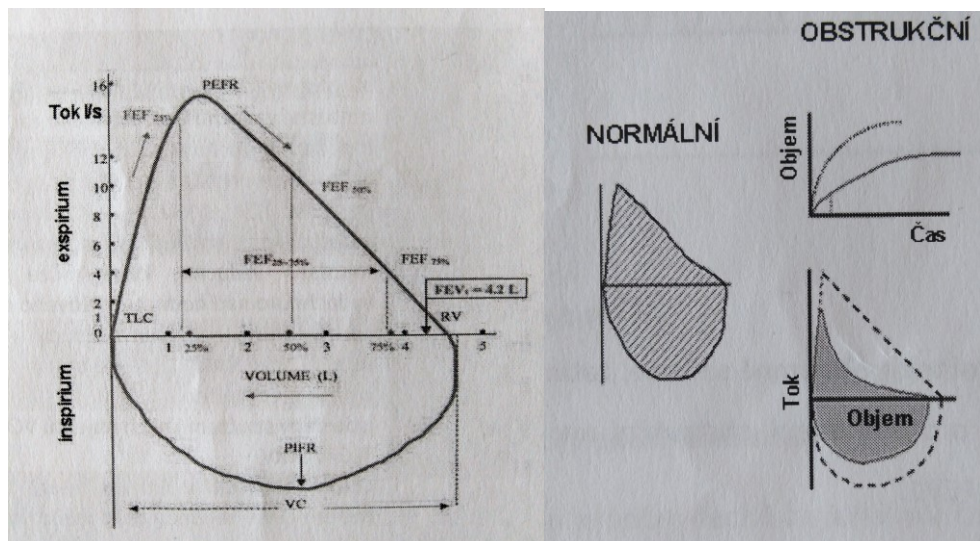
IRV – inspirační rezervní objem

ERV – expirační rezervní objem

V_1 – dechový objem

PEF – vrcholná expirační tok

Výsledné spirometrické parametry jsou zaznamenávány na spirometrickou křivku, tzv. spirogram.



PŘÍLOHA V: VÝSTUP PRÁCE

DOPORUČENÍ PRO NELÉKAŘE S BOJEM PROTI KOUŘENÍ

INTERVENUJ

Veď s pacientem empatický rozhovor, který bude zároveň informační a anamnestický
Pomoz pacientovi stanovit den "D"
Doporuč odstranit veškeré pomůcky, které jakkoliv souvisí s kouřením
Připrav pacienta na dosavadní změnu stereotypu
Pomoz najít plnohodnotné řešení za chvíle s cigaretou
Zdůrazni a vyzdvihni pozitiva nekouření
Odměňování se, pochyvaly a povzbuzování za nekouření i od okolí

MOTIVUJ

Opakovaná motivace nejen od zdravotnického personálu, ale především od blízkých
V případě neúspěchu a relapsu opakovaná motivace
NLP nikdy neodsuzuje neúspěch, naopak zjistí co bylo důvodem a zvýší intervenci v nedostatečné oblasti
Zohledníme věk, dobu kouření a předchozí zkušenosti s odvykáním

"5P" NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA

Ptej se
Porad
Posuď ochotu přestat kouřit
Pomoz
Plánuj další postup

FARMAKOTERAPIE A INTENZIVNÍ PODPORA

Informuj o náhradní nikotinové terapii (dostupnost a výrobky)
Léky na snížení abstinčních příznaků (antidepresiva)
Specializované centra pro léčbu závislosti na nikotinu
Skupiny STOPkuřáků nejen na sociálních sítích
Telefonické linky

MAPOVÁNÍ POJMŮ A DIAGNOSTIKA

Diagnostikuj pacientovu závislost
Kategorizuj podle abstinčního tabákového syndromu
Diagnostikuj podle Fagerströмова testu nikotinové závislosti

PACIENTOVO PEVNÉ, SVÉVOLNÉ
ROZHODNUTÍ PŘESTAT KOUŘIT

www.slzt.cz, telefonická linka v boji proti kouření, tel.: 800 350 000, Poradna pro odvykání kouření při plicní klinice FN HK, ve čtvrtek a pátek, dle předchozí domluvy na tel.: 495 834 377, e-mail: stopkoureni@fnhk.cz
Facebook: skupina – Jdi pro zdraví/STOP kouření, Odvykání kouření

ZJISTĚTE MÍRU SVÉ ZÁVISLOSTI NORMÁLNÍ JE NEKOUŘIT

Fagerströmův test nikotinové závislosti

Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?	Do 5 minut	3 body
	6-30 minut	2 body
	31-60 minut	1 bod
	Po 60 minutách	0 bodů
Je pro Vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno?	Ano	1 bod
	Ne	0 bodů
Které cigarety byste se nejméně rád/a vzdal/a?	První ráno	1 bod
	Kterékoliv jiné	0 bodů
Kolik cigaret denně kouříte?	0-10	0 bodů
	11-20	1 bod
	21-30	2 body
	30 a více	3 body
Kouříte víc během dopoledne?	Ano	1 bod
	Ne	0 bodů
Kouříte i během nemoci, když musíte ležet v posteli?	Ano	1 bod
	ne	0 bodů
0-1 žádná, nebo velmi malá závislost; 2-4 střední; 5-10 silná závislost na nikotinu		

Minnesotská škála abstinenčních příznaků

0 = vůbec; 1 = nepatrně; 2 = středně; 3 = celkem dost; 4 = velmi	
Zlost, podrážděnost, nespokojenost	0 1 2 3 4
Úzkost, nervozita	0 1 2 3 4
Špatná nálada, smutek	0 1 2 3 4
Touha kouřit	0 1 2 3 4
Obtížné soustředění	0 1 2 3 4
Zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti	0 1 2 3 4
Nespavost, obtížné usínání, buzení v noci	0 1 2 3 4
Neschopnost odpočívat	0 1 2 3 4
Netrpělivost	0 1 2 3 4
Zácpa	0 1 2 3 4
Závratě	0 1 2 3 4
Kašel	0 1 2 3 4
Neobvyklé sny, noční můry	0 1 2 3 4
Nevolnost	0 1 2 3 4
Bolest v krku	0 1 2 3 4

Výstup bakalářské práce 2019

Informovanost kuřáků o nemoci Chronická obstrukční plicní nemoc

Křivánková Michaela DiS.; vedoucí práce: MUDr. Jana Pelková

Pracovní postup, 2010. *Pro léčbu závislosti na tabáku* [online]. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. Praha: Česká asociace sester [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: http://www.slzt.cz/dokumenty/Doporuceny_postup_sestry_2018.pdf