

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Motivace nemocných s kritickou končetinovou
ischemií pro odvykání kouření

Jiřina Zrůstová

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jiřina Zrůstová**
Osobní číslo: **Z12282**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Motivace nemocných s kritickou končetinovou ischemií pro odvykání kouření**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

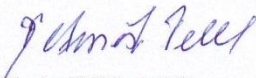
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**
Seznam odborné literatury:


1. PURKYNĚ, J. E. Vnitřní lékařství: orgán Československé společnosti pro vnitřní lékařství, sekce Československé lékařské společnosti 2010, ISSN: 0042-773X; 1801-7592.
2. BLÁHA, M. a kol. Vnitřní lékařství.1. díl. Brno: Institut pro další vzdělávání v Brně, 1997. ISBN 80-7013256-6.
3. ČERTÍK, B. Akutní končetinová ischémie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0624-5.
4. ČIHÁK, R. Anatomie 3 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-1132-X.
5. ROZTOČIL, K. Angiologie 2006. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-415-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2015**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2015

Prohlášení:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., (autorský zákon), zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezentačním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

Jiřina Zrůstová

Poděkování:

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Kateřině Čermákové za odborné vedení a cenné podněty při psaní této práce.

Také děkuji všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumné části práce.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku nemocných s kritickou končetinovou ischemií a jejich motivaci k odvykání kouření.

V teoretické části je shrnuta problematika ischemické choroby dolních končetin, problematika kouření a jeho negativním vlivu na zdraví člověka, především na cévy dolních končetin a na motivaci přestat kouřit.

Empirická část zjišťuje pomocí dotazníkového šetření sílu jednotlivých argumentů k získání pacienta kuřáka s kritickou končetinovou ischemií pro odvykání kouření.

KLÍČOVÁ SLOVA

amputace, ischemická choroba dolních končetin, kouření, motivace

TITLE

Motivation of the sick with critical limb ischemia for smoking quitting.

ANNOTATION

The bachelor thesis is focused on the issue of the sick with critical limb ischemia and their motivation to quit smoking.

The theoretical part summarizes the issues of the limb ischemia, smoking, and its negative influence on the humans' health, especially blood vessels of the lower limbs and the motivation to quit smoking.

Using surveys, the empirical part determines the particular arguments' strength to persuade a patient smoker with limb ischemia to quit smoking.

KEYWORDS

amputation, peripheral arterial disease, smoking, motivation

Obsah

Úvod.....	8
1 Anatomie tepen dolních končetin	10
2 Fyziologie tepen dolních končetin	11
3 Ischemická choroba dolních končetin.....	12
3.1 Rozdělení a klinický obraz.....	12
3.2 Etiologie	13
3.3 Diagnostika	13
3.4 Léčba	15
3.4.1 Farmakologická léčba	15
3.4.2 Intervenční léčba.....	16
3.4.3 Chirurgická léčba.....	16
3.4.4 Léčba akutních tepenných uzávěrů.....	17
4 Vliv kouření na cévy dolních končetin	19
5 Motivace	21
5.1 Motivace přestat kouřit	22
6 Výzkumná část.....	24
6.1 Cíl výzkumu	24
6.2 Metody průzkumu	25
7 Interpretace výzkumu	26
7.1 Otázka č. 1.....	27
7.2 Otázka č. 2.....	28
7.3 Otázka č. 3.....	29
7.4 Otázka č. 4.....	30
7.5 Otázka č. 5.....	31
7.6 Otázka č. 6.....	32

7.7	Otázka č. 7.....	33
7.8	Otázka č. 8.....	34
7.9	Otázka č. 9.....	35
7.10	Otázka č. 10.....	36
7.11	Otázka č. 11.....	37
7.12	Otázka č. 12.....	38
7.13	Otázka č. 13.....	39
7.14	Otázka č. 14.....	40
7.15	Otázka č. 15.....	41
7.16	Otázka č. 16.....	42
8	Diskuze.....	43
9	Závěr.....	49
10	Přílohy:.....	53

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka 1 Četnostní tabulka počtu mužů a žen kuřáků/exkuřáků	27
Tabulka 2 Četnostní tabulka věkových skupin kuřáků a exkuřáků	28
Tabulka 3 Četnostní tabulka nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů	29
Tabulka 4 Četnostní tabulka frekvence kouření (kuřáci).....	30
Tabulka 5 Četnostní tabulka doby nekouření (exkuřáci).....	30
Tabulka 6 Četnostní tabulka počtu let	31
Tabulka 7 Četnostní tabulka počtu cigaret	32
Tabulka 8 Četnostní tabulka upozornění na škodlivost kouření a jeho následky	33
Tabulka 9 Četnostní tabulka vlivu upozornění na škodlivost cigaret na množství vykouřených cigaret.....	34
Tabulka 10 Četnostní tabulka pokusů o přestání kouření.....	35
Tabulka 11 Četnostní tabulka používání nikotinových náhražek pro odvykání kouření	36
Tabulka 12 Četnostní tabulka vlivu zdražování cigaret na množství vykouřených cigaret	37
Tabulka 13 Četnostní tabulka vlivu protikuřácké kampaně na množství vykouřených cigaret	38
Tabulka 14 Četnostní tabulka setkání se s osobou po amputaci dolní končetiny.....	39
Tabulka 15 Četnostní tabulka vlivu události amputace na motivaci k odvykání kouření	40
Tabulka 16 Četnostní tabulka vlivu hrozby amputace dolní končetiny na motivaci k odvykání	41
Tabulka 17 Četnostní tabulka vlivu hrozby amputace dolní končetiny na motivaci k odvykání	42
Tabulka 18 Četnostní tabulka vlivu hrozby amputace dolní končetiny na motivaci k odvykání kouření	42

Úvod

Ischemická choroba dolních končetin je definována jako obturační tepenné onemocnění, při kterém změny na končetinových tepnách vedou v konečném důsledku ke svalové a kožní ischemii. Kritická končetinová ischemie je stav závažné ischemie, kdy hrozí ztráta končetiny nebo její části. Do této skupiny spadají pacienti odpovídající stadiu tři a čtyři Fontainovy klasifikace, což jsou pacienti s gangrénou či s klidovými ischemickými bolestmi. Odhadovaný výskyt kritické končetinové ischemie v populaci je 500 – 1 000 pacientů/1 milion obyvatel. Vyvine se přibližně u 1 – 3 % pacientů s postižením tepen dolních končetin. (Anon, 2014)

Nejčastější příčinou zúžení a uzávěrů tepen dolních končetin je více než z 90 % případů obliterující ateroskleróza. Mezi její ovlivnitelné rizikové faktory patří především kouření. U kuřáků je riziko vzniku kritické ischemie 3 x častější než u nekuřáků. (Anon, 2014)

Kouření nepříznivě působí na zdraví člověka. O jeho škodlivých následcích jsou napsány tisíce stran v odborných knihách, časopisech a člancích. Stále jsou nacházeny nové a nové důvody, proč je nekouření jednou z hlavních složek zdravého životního stylu. Lidé však nadále - i přes mnohá upozornění odborníků o jeho škodlivosti - kouří. Hlavním důvodem je prožitek z cigarety, pocit uvolnění, zdánlivé zmírnění stresu a strachu. Dalšími důvody jsou i sociální tlaky a životní styl. Hlavním aspektem je však drogová závislost na nikotinu, což je droga sloužící k uklidnění a podpoře soustředění. Na druhé straně škodí lidskému organismu a to především kardiovaskulárnímu a respiračnímu systému. (Bartlová, 1997)

Při své několikaleté praxi na oddělení cévní chirurgie jsem se setkala s mnoha pacienty s kritickou končetinovou ischemií, kterým musela být na základě tohoto onemocnění amputována dolní končetina. Drtivá většina z nich byli kuřáci. Pacienti, kteří trpí kritickou končetinovou ischemií a hrozí jim amputace dolní končetiny, jsou při příjmu na cévní chirurgii, informováni o nutnosti okamžitě přestat kouřit, a přesto někteří kouří i nadále. Tato skutečnost mi byla motivem k výběru tématu bakalářské práce, ve které bych se chtěla dozvědět, jaké argumenty jsou pro pacienta s kritickou končetinovou ischemií motivující k tomu, aby přestal kouřit a snížil tak rizika spojená s kuřáctvím a tím zlepšil kvalitu svého života.

Cíle práce:

1. Upřesnit problematiku onemocnění ischemické choroby dolních končetin v souvislosti s rizikovým faktorem kouření.
2. Zjistit úspěšnost v získávání compliance nemocných s kritickou končetinovou ischemií pro odvykání kouření.
3. Zjistit sílu jednotlivých argumentů pro získání nemocného s kritickou končetinovou ischemií pro odvykání kouření.
4. Vytvořit informační materiál pro nemocné s ischemickou chorobou dolních končetin s cílem redukovat kuřáctví v této skupině pacientů.

1 Anatomie tepen dolních končetin

Stěny tepen jsou tvořeny třemi vrstvami. Jsou to tunika intima (neboli vnitřní vrstva), která je tvořena jednoduchým vrstevnatým epitelem - endotelem. Tunika intima je v přímém kontaktu s krví, proudící tepnami. Další vrstvou je tunika media (střední vrstva), tvořená vrstvami hladké svaloviny, proložené elastinem a kolagenními vlákny. Pomocí hladké svaloviny je možná vazokonstrikce (zúžení průsvitu cév), a vazodilatace (roztážení průsvitu cév). Vnější vrstva se nazývá tunika externa, dříve označována jako tunika adventicia. Je tvořena pojivovou tkání, zesiluje stěny tepen, chrání je a zakotvuje do okolní tkáně. (Marieb, 2005)

Funkcí tepen je odvádění krve ze srdce do periferních částí těla. Krev do dolních končetin je přiváděla arterií iliaca externa, jejíž větve zásobují část břišních svalů, část stěny velké pánve, u mužů obal varlete a u žen ligamentum teres uteri. Arteria iliaca externa z malé pánve dále míří pod tříselný vaz do cévní lakuny, kde pokračuje jako arteria femoralis. Ta je umístěna v hloubi stehna a vede po vnitřní straně kosti stehenní. Krví zásobuje kůži dolní části břicha, přední části skrota u mužů, stydké pysky u žen a všechny útvary stehna a kolenní kloub. V proximální části stehna je uložena mezi musculus iliopsoas a musculus iliacus. V tomto místě je možné hmatat pulzaci. Dále arteria femoralis pokračuje v podkolenní jamce jako arteria poplitea. Uložena je hluboko ve tkáni a tím je chráněna před poraněním. Stěna arterie poplitea má zvláštní úpravu stěny. Tunika media má redukovanou svalovinu, která je nahrazena elastickými membránami. Zvenčí je tepna obklopena pruhy vaziva, což zajišťuje dostatečný průtok krve i při maximální flexi kolenního kloubu. Tato změna stavby stěny způsobuje, že arteria poplitea je nejčastější periferní tepnou, u které se vyskytují výdutě neboli aneurysmata. Těsně pod hlavicí lýtkové kosti se arteria poplitea rozděluje na arteria tibialis anterior a arteria tibialis posterior. Arteria tibialis anterior je uložena pod přední skupinou svalů na bérce mezi tibií a fibulou a sestupuje až na dorzum nohy. Vyživuje přilehlé svalstvo zvedačů nártu nohy. V oblasti kotníku přechází v arterii dorsalis pedis a dále pak v oblasti zánártních kostí v arterii arcuata. Arteria dorsalis pedis je uložena povrchově, vyživuje dorsum nohy a svojí polohou umožňuje snadné vyšetření pulsace na periferii dolních končetin u pacientů s končetinovou ischemií. Arteria tibialis posterior sestupuje po hlubokých svalech zadní strany bérce až za vnitřní kotník, kde tvoří další vhodné místo k vyšetření nemocného. V horní části se větví na arterii fibularis, za vnitřním kotníkem na arterii plantaris medialis et lateralis, které vyživují chodidlo. (Dokládál, 2000; Čihák, 2004; Šrám, 2012)

2 Fyziologie tepen dolních končetin

Proudění krve ve zdravé tepně je laminární. Dojde-li ke zúžení tepny, krevní proud se zrychlí a pokud překročí určité kritické meze, nastane vířivé proudění na všechny strany. To vede k přetížení stěny tepny za zúžením, které může mít za následek poststenotickou dilataci. Vířivé proudy se dají zaznamenat auskultačně a palpačně. Šelesty na tepnách jsou slyšitelné nejprve v systole, později i v diastole, což je známkou výrazné stenózy. (Puchmayer, 2000)

Zúžení tepny o 50 % a více se považuje za klinicky významné. Tlak krve působí v tepně směrem vpřed a laterálně. Pokud rychlost stoupá, zvyšuje se krevní tlak směrem vpřed, avšak snižuje se směrem do stran. Při zrychlení za určitou hranici, může vzniknout do stran tlak nulový nebo až negativní. Hovoří se o takzvaném vývěvovém efektu. Negativní tlak v tepnách může vést k poškození tepenné výstelky, což může být spouštěcím faktorem pro další patologické procesy. Při zúžení tepny nemusí klesnout klidový průtok krve, ale stenóza se může projevit při funkční zátěži nebo při reaktivní hyperémii. Malé stenózy se někdy neprojeví ani po zátěži a pacienti tak zůstávají bez symptomů. (Puchmayer, 2000)

Ischemický syndrom je způsoben nedostatečným zásobením tkání okysličenou krví, ale také nedostatečným odplavováním metabolických zplodin. Kompenzace je metabolická a vaskulární. Dochází ke zvýšené extrakci kyslíku z krve. Aktivním cvičením a tréninkem nastává anatomická přestavba svalových vláken, ale také přesun uvolňování energie od anaerobního k aerobnímu. Výstavba kolaterálního oběhu není jen prostá dilatace existujících cév, ale jedná se o aktivní děj, při kterém dojde k hypertrofii stěny a zmnožení počtu buněk. Čím je překážka uložena výše, tím je lepší možnost bočního oběhu. Při pracovní zátěži nastává především ve svalech snížení periferního cévního odporu. Svaly jsou při pracovní zátěži přednostně zásobovány krví na úkor přívodu krve do kůže. Na základě nahromaděných vazodilatačních metabolitů vytváří relativní ischemie při práci opakované vazodilatační podněty pro tvorbu bočního oběhu. (Puchmayer, 2000)

Kolaterály lze rozdělit na přemostňující, u kterých je relativně menší vzestup periferního odporu a tlakový gradient mezi distálním a proximálním pahýlem nemusí být velký. Tyto kolaterály se uplatňují především u kratších stenóz. Dalším typem jsou kolaterály ztrácivé, které se uplatňují u těžší ischemie. Vznikají na vazodilatační podněty z ischemické tkáně a ztrácejí se v zásobované tkáni. Periferní odpor je vysoký. (Puchmayer, 2000)

3 Ischemická choroba dolních končetin

3.1 Rozdělení a klinický obraz

Ischemickou chorobu dolních končetin dělíme na akutní (kdy je končetina bezprostředně ohrožena), a chronickou, při níž se průtok krve dolními končetinami zhoršuje postupně. Akutní forma vzniká většinou na podkladě trombembolie. Náhle vzniká prudká bolest, končetina je chladná, tupá, bledá, bez hmatné pulzace na periferii. Během několika hodin až dní vznikají trofické defekty. Chronická forma je postupně rozvíjející se onemocnění, které se projevuje klaudikačními bolestmi o různém klaudikačním intervalu. (Janíková, 2013)

Ischemickou chorobu dolních končetin můžeme rozdělit do čtyř stádií dle Fontaina. První stadium probíhá bez klinických obtíží. V druhém stádiu jsou již přítomné klaudikační bolesti. To jsou bolesti v dolní končetině vznikající při chůzi a ustupující po zastavení. Bolest je nejčastěji lokalizována v lýtku, v oblasti stehna nebo na plosce nohy. Klaudikační interval představuje vzdálenost, kterou je pacient schopen ujít do zastavení pro bolest ve svalech dolní končetiny. Po několika málo minutách stání bolest vymizí a nemocný je schopen pokračovat v chůzi. Toto stadium se dělí na 2a, kdy nemocný ujde více než 200 metrů bez bolesti, 2b, při němž je klaudikační interval kratší než 200 metrů a 2c, při kterém je interval kratší než 50 metrů. Pro třetí stadium jsou charakteristické klidové bolesti končetiny. Dostavují se v horizontální poloze a donutí nemocného ke svěšení končetiny dolů z postele. Tím dojde ke zvýšení hydrostatického tlaku, zvýšení průtoku krve končetinou a ischemická bolest zpravidla ustoupí nebo se alespoň zmírní. Dělí se na 3a stadium, při němž je perfuzní kotníkový tlak větší než 50 mm Hg a prstový větší než 30 mm Hg a 3b stadium, kdy je perfuzní kotníkový tlak menší nebo roven 50 mm Hg a prstový menší nebo roven 30 mm Hg. Ve čtvrtém stádiu se objevuje defekt na postižené končetině. (Dítě, 2007; Pafko, 2008)

V současné literatuře je přijímáno jednoduché dělení ischemické choroby dolních končetin na klaudikační stadium a kritickou ischemii. Kritická končetinová ischemie je charakterizována jako pokročilá ischemie, při níž hrozí ztráta končetiny nebo její části. U nemocných jsou přítomny klidové bolesti obtížně tišitelné analgetiky, dalším znakem je úleva po svěšení končetiny a přítomnost defektu na končetině. (Dítě, 2007)

3.2 Etiologie

Ischemická choroba dolních končetin je multifaktoriální onemocnění tvořené z převážné většiny obliterující aterosklerózou. Vlivem degenerativního procesu dojde v tepenné stěně k postupnému nánosu aterosklerotických plátů, který může vést až k úplnému uzávěru tepny. V případě postupné progresy vznikají chronické formy ischemické choroby dolních končetin. Dalšími příčinami chronických tepenných uzávěrů mohou být mediokalcinoza, diabetická mikroangiopatie a makroangiopatie nebo neaterosklerotické postižení cév. Vznik této nemoci je podmíněn vzájemně se doplňujícími rizikovými faktory, jako jsou věk, pohlaví, obezita, kouření, hypertenze, hyperglykémie a hyperinzulinémie, zvýšená agreabilita trombocytů, dyslipoproteinémie, hyperkoagulační stavy, poškození cév, infekce a další. Zbývající – menšinová skupina příčin - je tvořena degenerativním onemocněním struktur cévní stěny, vaskulitidami, embolizacemi do periferních tepen, traumaty, nádory nebo také cévními anomáliemi. (Zeman, 2001; Valenta, 2007; Pafko, 2008)

Akutní forma je způsobena náhlou obstrukcí tepny způsobené embolem, trombem nebo traumatem. Kromě embolů může být uzavřena trombem v místě již existujícího plátu, popřípadě v místě rekonstrukce tepny například bypassem nebo angioplastikou. Závažnost ischemie končetiny je závislá na rozsahu a anatomickém uložení obstrukce a na kapacitě kolaterálního řečiště. (Karetová, 2011)

3.3 Diagnostika

Základními prostředky při diagnostice ischemické choroby dolních končetin jsou především kvalitní anamnéza a klinické vyšetření. Anamnestické otázky směřujeme především na charakter, intenzitu, výskyt klaudikačních bolestí a na délku klaudikačního intervalu. Důležité je odlišit pseudoklaudikace, což jsou bolesti traumatické a ortopedické etiologie, bolesti způsobené na podkladě revmatických a neurologických onemocnění, bolesti podmíněné žilními záněty či posttrombotickým syndromem a podobně. V osobní anamnéze zjišťujeme především přítomnost rizikových faktorů, jako je kouření, arteriální hypertenze, diabetes mellitus, hyperlipoproteineimie, nedostatek fyzické aktivity, ale také dosavadní medikaci. V rodinné anamnéze nás zajímá především výskyt ischemické choroby dolních končetin, infarkt myokardu, angina pectoris nebo cévní mozkové příhody a to především v mladším a středním věku. Po odebrání anamnézy zhodnotíme celkový stav pacienta a stav kardiopulmonální kompenzace. Pátráme po šelestech a rezistencích v břiše. Pohledem hodnotíme barvu a charakter zbarvení kůže, otoky, vymizení ochlupení, přítomnost svalových

atrofií, kožních defektů nebo jizvách po prodělaných defektech či revaskulizačních výkonech. (Puchmayer, 2000), (Zeman, 2001; Dítě, 2007; Anon., 20014)

Základem fyzikálního vyšetření je pohmat. Zjišťujeme přítomnost pulzací až do oblasti periferních tepen nohy. Místa vhodná k vyšetření jsou arteria femoralis communis v třísle, arteria poplitea v podkolenní jamce, arteria dorsalis pedis na nártu nohy a arteria tibialis posterior za vnitřním kotníkem. Oslabený, špatně hmatný nebo nehmatný pulz může být způsoben úzkou stenózou, obliterací tepny nebo kontrakcí cévy. Palpační vyšetření může být ztíženo například adipozitou nebo otokem. Někdy je také obtížné odlišit vlastní tep špiček prstů od tepu pacienta. V tomto případě je doporučováno hmatat pulz pacienta a zároveň pulz vlastní. Další důležitou fyzikální metodou diagnostiky ischemické choroby dolních končetin je auskultace. Při poslechu hodnotíme přítomnost šelestů. Jejich intenzita závisí na rychlosti proudění krve tepnou a na tloušťce měkkých tkání. Nejčastější příčinou přítomnosti šelestů bývá arteriální stenóza, aneurysmata, píštěle, atriovenózní spojky nebo cévní malformace. (Puchmayer, 2000; Zeman, 2001; Dítě, 2007; Anon., 20014)

Funkční vyšetření tepen dolních končetin umožňuje řada námahových a polohových testů, z nichž nejčastěji používaný je Ratschowův test. Je to polohový test spojený s námahou. V první fázi musí ležící pacient zvednout dolní končetiny nad podložku tak, aby s ní svíraly úhel 45° - 60°. V této poloze pacient setrvá v klidu 30 sekund. Hodnotíme barvu kůže na ploskách, která při ischemii bledne. V druhé fázi provádí nemocný plantární a dorzální flexi nohou takovou rychlostí, aby oba pohyby stihl vykonat za 1 sekundu. V této fázi hodnotíme čas, za jak dlouho začne mít pacient bolesti v lýtku a sledujeme barvu končetiny. Ve třetí fázi pacient v sedě svěsí dolní končetinu dolů z lůžka a hodnotí se začátek návratu barvy na nártách, který by měl trvat do pěti sekund, dále pak náplň žil na nártách, která by měla nastat do deseti sekund a homogenní zčervenání celých nohou, které u zdravého člověka trvá do patnácti sekund. Tento test nelze provádět u pacientů s chronickou žilní insuficiencí. (Puchmayer, 2000; Chrobák, 2007)

Nejjednodušší vyšetřovací metodou po fyzikálním vyšetření je duplexní dopplerovská ultrasonografie, podávající informaci o charakteru průtoku krve tepnou. Nejčastěji používanou metodou je RTG kontrastní angiografie. Při ní se vstříkne kontrastní látka přímo do tepny a to nejčastěji do arteria femoralis communis v třísle. Pro zobrazení tepen naplněných kontrastní látkou se provádí seriografické zaznamenání na rentgenové filmy rychlostí 1-3 snímky za sekundu. Před provedením angiografie je nutné pamatovat, že se jedná o invazivní metodu, při které hrozí riziko alergické reakce na kontrastní látku a také na

možnost nefrotoxického účinku kontrastní látky, který může být způsoben sníženou funkcí ledvin. Další často používanou metodou je CT angiografie. Jedná se také o invazivní vyšetřovací metodu, neboť vyžaduje podání kontrastní látky do cévního řečiště pacienta a zatěžuje nemocného ionizačním zářením. Další možnou metodou je angiografie pomocí magnetické resonance, která se používá ke zhodnocení anatomie periferních tepen s 3D rekonstrukcí. Nevýhodou je délka vyšetření a obecné kontraindikace k provedení magnetické resonance. K vyšetření tepen dolních končetin slouží mnoho metod, avšak tato vyšetření patří mezi nejčastěji používaná. (Puchmayer, 2000; Anon., 2014)

3.4 Léčba

Terapie obliterujících tepenných onemocnění se vždy řídí stádiem nemoci. Zásadním předpokladem léčby ischemické choroby dolních končetin je úprava životosprávy. Okamžité zanechání kouření, úprava dietetických zvyklostí a dostatečná fyzická aktivita a to alespoň hodina chůze denně. Nedílnou součástí je důsledná léčba rizikových onemocnění, jako je hypertenze, diabetes mellitus, hyperlipoproteinemie, případně hypofunkce štítné žlázy. Důležitým preventivním opatřením je důkladná péče o nohy s denním mytím, denním měněním ponožek, nošení pohodlné prodyšné obuvi, návštěvy pedikéra a vyvarování se úrazu. (Zeman, 2001; Dítě, 2007)

3.4.1 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba spočívá především v podávání antitrombotické medikace. U ischemické choroby dolních končetin se trvale podává kyselina acetylsalicylová v dávce 100 mg denně. Po intervenčních výkonech, podle jejich průběhu a použité techniky se kyselina acetylsalicylová kombinuje s podáváním clopidogrelu 75 mg denně nebo ticlopidinu 250 mg 2x denně. Antiagregační terapie chrání pacienta především před cévními příhodami v oblasti mozkových a věnčitých tepen, ale také mírně prodlužuje klaudikační interval. Po implantaci bypassů a trombembolických příhodách jsou zpravidla podávána perorální antikoagulancia, většinou v kombinaci s kyselinou acetilsalicylovou. U podávání antikoagulancí je nutné sledovat hladinu INR v krvi, jejíž hodnota by se měla pohybovat v rozmezí mezi 2 – 3. Další důležitá farmaka jsou antihypertenziva, snižující krevní tlak, statiny, snižující hypercholesterolemii a upravující hladinu LDL cholesterolu v krvi a vasodilatancia, která rozšiřují cévy, čímž výrazně prodlužují klaudikační interval. (Puchmayer, 2000; Karetová, 2011; Anon., 2014)

3.4.2 Intervenční léčba

Další možnou léčbou jsou intervenční výkony, které nesmírně obohacují terapii ischemické choroby dolních končetin a často zachraňují končetinu při kritické končetinové ischemii. V klaudikačním stádiu je však třeba tyto zákroky zvážit, neboť nejsou vždy bez komplikací. K intervenčním výkonům patří perkutánní transluminální angioplastika, eventuálně s primární implantací stentu, která je vhodná k léčbě krátkých stenóz a uzávěrů do 3 cm. Existují různé techniky provedení. Laserová, rotablační a zatím nejrozšířenější balonková. Jedná se o dilataci stenózy nebo uzávěru arterie balonkem pod skiaskopickou kontrolou. Jako doplněk může být do místa postižení tepny zaveden stent, který je prevencí častých restenóz a uzávěrů. Z dlouhodobého hlediska jsou výsledky perkutánní transluminální angioplastiky a aplikace stentu dobré, zejména v úseku aortoiliackém, horší jsou pak v úseku femoropopliteokrurálním, kde dochází často i přes zavedení stentu k restenozám a uzávěrům. U akutních a subakutních uzávěrů lze použít lokální trombolýzu, většinou s angioplastickou metodou. Mezi další metody patří tromboendardektomie, subintimální rekanalizace nebo kombinace těchto metod. (Puchmayer, 2000; Zeman, 2001; Dítě, 2007; Pafko, 2008)

3.4.3 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba zahrnuje mnoho možností. Patří sem bifurkační protézy, bypassy s použitím cévní protézy z umělých materiálů nebo s použitím autologní žíly, různé tepenné spojky, embolektomie, implantace omenta do bérce, amputace, elektrostimulace bederní míchy u gangrén nebo konečně lumbální sympatektomie. Bypassové operace dělíme na anatomické a extraanatomické, přičemž anatomické tvoří absolutní většinu. Mezi ně patří pánevní, neboli aortobifemorální, aortofemorální, aortoiliacké a iliofemorální rekonstrukce, ale také femoropopliteální a femorokrurální rekonstrukce. Extraanatomické rekonstrukce (to jsou axilofemorální a bifemorální bypassy), jsou indikovány u uzávěrů v oblasti pánevního řečiště, a to především u nemocných, jejichž zdravotní stav nedovoluje založení anatomické rekonstrukce. Výsledky extraanatomických rekonstrukcí jsou podstatně horší ve srovnání s anatomickými. Výjimku tvoří extraanatomické femorofemorální nebo iliofemorální rekonstrukce, takzvané zkřížené neboli cross-over rekonstrukce, které mají prakticky srovnatelné výsledky s anatomickými pánevními rekonstrukcemi. Mezi další rekonstrukční operace patří endarterektomie, neboli odstranění postižené vrstvy cévy aterosklerotickým procesem, s použitím žilní nebo umělé záplaty. K paliativním chirurgickým výkonům řadíme lumbální sympatektomii, která spočívá v odstranění paravertebrálního sympatického

provazce, což vede k vazodilataci v oblasti kůže, podkoží a kostí a tudíž k naději na zhojení trofických defektů a ulcerací. Indikována je zejména u nemocných nediabetiků ve čtvrtém stádiu Fonteineovy klasifikace. Amputace končetiny je využívána jako poslední metoda po vyčerpání všech možností léčby. Je indikována u pacientů s nekontrolovatelnou infekcí, dlouhotrvajícími bolestmi, které neustupují po podání analgetik a při postupující gangréně. Měla by být prováděna co nejvíce distálně, a to na úrovni, kde je na základě předchozích vyšetření předpoklad, že se amputační pahýl dobře zhojí. (Zeman, 2001; Valenta, 2007; Pafko, 2008; Janíková, 2013; Anon., 2014)

3.4.4 Léčba akutních tepenných uzávěrů

Při terapii akutních tepenných uzávěrů je v přednemocniční péči důležité tlumení bolesti, zabránění vzniku šokového stavu, udržení končetiny v teple například zabalením do vaty. Dále pak podání 5 000 – 10 000 j Heparinu intravenózně, eventuálně podání scavengerů volných radikálů například vitamin C a vitamin E. Hlavním cílem u akutních tepenných uzávěrů je záchrana končetiny. Pokud není možné končetinu zachránit, je důležitá alespoň snaha zabránit velké amputaci neboli amputaci nad kolenem. Čím nižší amputace je, tím je větší naděje na záchranu funkce končetiny. U velkých embolií centrálních tepen, jako je aortální bifurkace a větvení pánevních či stehenních tepen, provádíme operační embolektomii pomocí Fogartyho katetru. Akutní trombóza velkých tepen je léčena pomocí trombektomie, trombandarterektomie nebo bypassem. Katetrizační techniky jako je aspirační embolektomie, lokální trombolýza a perkutánní transluminární angioplastika se využívají u embolických i trombotických akutních uzávěrů v oblasti femoropopliteální a v oblasti horní třetiny bérceových tepen, dále také u akutních komplikací po invazivních zákrocích. U větších tepen se katetrizační techniky využívají, jestliže je operace kontraindikována nebo nejsou vhodné podmínky k operaci. Systémová trombolýza se využívá málo, a to v případě, že není možné provést operaci ani regionální trombolýzu. U kompletního systémového syndromu se nevyužívá z důvodu pozdějšího začátku působení a možné časové ztráty. Jedinou konzervativní léčbou je kontrolovaná heparinizace většinou ve spojení s vazodilatačními látkami. Používá se v případě, kdy není možná rekonstrukce ani jiná intervence, u nekompletní chirurgické rekonstrukce nebo u ischemického syndromu vzniklého po chirurgické rekonstrukci. Kontrolovaná heparinizace také doplňuje všechny zmíněné terapeutické postupy. Prognóza závisí především na výšce uzávěru, na délce trvání ischemie a také na úspěšnosti revaskulizační nebo konzervativní léčby. Neléčený akutní vysoký uzávěr

vede zpravidla ke smrti, periferní uzávěr může vést k amputaci a celkové sepsi. (Puchmayer, 2000; Anon., 2014)

Operačními a intervenčními zákroky je v dnešní době možné zachránit až 80 % končetin před amputací. Pokud u mladších pacientů nevzniknou v prvních dnech nekrózy, může se končetina většinou považovat za zachráněnou. U polymorbidních pacientů zvláště nad 70 let je vysoká mortalita. Organismus těchto pacientů nemá již takovou schopnost tvorby kolaterál ani rezistencí vůči infekci, proto bývají nekrózy rozsáhlejší. Z těchto důvodů by se nemělo dlouho váhat nad amputací, bohužel často i vysokou. (Puchmayer, 2000)

4 Vliv kouření na cévy dolních končetin

Kouření tabákových výrobků je v současné době nejrozšířenější způsob užívání návykových látek ve vyspělých, tak i v rozvojových zemích. (Hrubá, 2011, str.2) Je to nejvýznamnější rizikový faktor, nepříznivě působící na zdraví člověka. Cigaretový kouř obsahuje více než 4000 chemických látek a sloučenin škodících lidskému zdraví. Mezi hlavní a nejvíce obsažené složky patří kysličník uhelnatý, čpavek, kyanidy, dusičnany, benzen, nitrosamidy, nikotin, fenol, dehet a další organismu neprospěšné látky. Byla dokázána i přítomnost herbicidů, chemických hnojiv a radioaktivních látek. Nikotin je hlavní příčinou vzniku návyku kuřáctví. Je to alkaloid, který se šlukováním dostává do krevního oběhu a k nervovým buňkám mozku, kde způsobuje uvolňování biologicky aktivních látek, především adrenalinu. V důsledku toho se zvýší srdeční činnost a krevní tlak, a dále dojde k zúžení cév a kapilár. Zplodiny se dostávají do celého organismu a působí toxicky. Kysličník uhelnatý se váže na hemoglobin a tím vzniká neúčinný karboxyhemoglobin. Jeho působením vznikají četné zdravotní problémy, neboť tkáně jsou postiženy nedostatkem kyslíku. Většinou je kouření spojováno pouze s dýchacími obtížemi, ty však představují v souvislosti s kouřením jen část problémů. Kouření cigaret je také hlavní příčinou vzniku srdečních a cévních onemocnění. (Bartlová, 1997; Niederle, 1999; Hrubá, 2011)

Cigaretový kouř dočasně ovlivňuje stav srdce a cév kuřáka i jedince pobývajícího v prostředí s vysokou koncentrací tabákového kouře. Nikotin přítomný v tabákovém kouři zvyšuje tepovou frekvenci srdce, krevní tlak, množství krve přečerpané srdcem a tím také zvyšuje průtok krve srdečními tepnami. Působením nikotinu dojde ke stažení cév a postupnému zúžení tepen dolních končetin. Nikotin však není jedinou složkou tabákového kouře, která škodí lidskému organismu. Přítomnost oxidu uhelnatého způsobuje snížené množství kyslíku v krvi přenášené k srdci a ostatním tělesným orgánům. Další složky cigaretového kouře zvyšují srážlivost krve. Krevní destičky mají tendenci ulpívat jedna na druhé a vytvářet shluky. Tím se snižuje životnost destiček, zrychluje se proces srážení krve a zvyšuje se viskozita krve. Složky obsažené v tabákovém kouři také poškozují výstelku cévy. (Niederle, 1999)

Kuřáci nejsou jediní, kdo jsou vystavováni škodlivým důsledkům kouření. Také pobyt v zakouřeném prostředí, které bývá označováno jako pasivní kouření nebo také kouření z druhé ruky, představuje pro nekuřáky zdravotní rizika. Tabákový kouř vydechovaný kuřáky v uzavřeném prostředí obsahuje stejné škodlivé látky jako kouř vdechovaný aktivním

kuřákem. Jen s tím rozdílem, že je méně koncentrovaný. Nekuřáci vdechují nejen vydechovaný kouř, ale také kouř, který vzniká z volně hořící cigarety. Ten obsahuje ještě větší množství rakovinotvorných a dráždivých látek, protože tabákové listy obsažené v cigaretě hoří za podstatně nižších teplot a jsou tedy méně dokonale spalovány. Tato rizika jsou zvláště výrazná, pokud v zakouřeném prostředí pobývá dítě. (Bartlova, 1997; Niederle, 1999)

Onemocněním periferních cév trpí častěji kuřáci než nekuřáci, protože kouření je hlavním rizikovým faktorem. Průběh choroby také bývá závažnější u kouřících pacientů. Pokud dotyčná osoba přestane kouřit, může znatelně snížit závažnost onemocnění cév. V případě provedení chirurgického zákroku je vyšší pravděpodobnost úspěchu u pacientů, kteří přestali kouřit. (Niederle, 1999)

Všechny cigarety jsou pro zdraví škodlivé. Neexistuje žádný důkaz, že cigarety s nízkým obsahem dehtu a nikotinu jsou méně škodlivé pro cévní systém člověka. Mnoho kuřáků, kteří začali kouřit cigarety s nižším obsahem dehtu a nikotinu, kouří více cigaret a kouř vdechují hlouběji. Snaží se tak kompenzovat nižší příjem nikotinu do organismu, což se může stát zdrojem dalších problémů. Hlubším vdechováním škodlivých látek z cigaretového kouře dostávají do těla více škodlivin a tím se zvyšuje riziko jejich onemocnění. (Niederle, 1999)

Odvykání kouření není jistě snadné. Při odvykání se dříve či později dostaví abstinenci příznaky. Mezi nejčastější patří chuť a touha po cigaretě, nervozita, neschopnost se soustředit, hlad a chuť na sladké. Tyto příznaky je možné zmírnit a nenechat se jimi ovládat. Chuť na cigaretu během několika minut ustoupí. Pro zmírnění chuti se doporučuje rychle vypít sklenici sodovky, zacvičit si, vyčistit si zuby nebo se osprchovat. Při silnější intenzitě abstinenci příznaků je možné použití nikotinových preparátů, jako jsou žvýkačky nebo náplasti. Tyto preparáty velmi účinně potlačují nebo zmírňují nelibé pocity. Plynulé uvolňování nikotinu do těla pomáhá bývalému kuřákovi v nelehké době, kdy se učí žít bez cigarety v ruce. Používání nikotinových preparátů je bezpečné, i když nikotin obsažený v nich má stejné účinky jako v cigaretách. Rozdíl je ten, že je ho méně a nejsou přítomny další škodlivé látky jako při kouření cigaret. Nejdůležitějším faktorem při odvykání kouření je však vždy především motivace. (Bartlová, 1997)

5 Motivace

Dle slovníku Hartla (2004) je motivace „*proces řídicí síly odpovědné za zahájení, usměrňování, udržování a energetizaci za cíleného chování*“ (Hartl, 2004, str. 141)

Naše chování zaměřujeme na realizaci nebo dosahování určitých cílů. Pojem motivace chápeme jako souhrnné označení pro působení všech hybných sil, které vyvolávají aktivitu zaměřenou směrem k určitému cíli. Pudy, potřeby, zájmy, sklony, postoje, vztahy, tendence a ideály vyjadřují strukturální základnu motivace. Souhrnně jsou označovány jako motivy. (Jobánková, 2004)

Hovoříme-li o motivech, klademe si otázku, proč člověk jedná určitým způsobem nebo dělá určitou věc. Každé jednání člověka je více či méně motivované a regulované, ať už za ním stojí jakákoli potřeba či zájem. Činnosti námi realizované mohou být podmiňovány mnoha motivy, přičemž všechny motivy svého jednání si člověk nemusí nutně uvědomovat nebo připouštět. Naše snažení je také prožíváno, což vyjadřujeme pojmy jako touha, přání, chtění, žádost a podobně. Dosažení cílů je provázeno sebeuspokojením, hrdostí, pýchou, radostí, vzrušením a dalšími emocemi. Uspokojení potřeby tedy znamená uvolnění motivačního napětí. Člověk ale zdaleka nedosahuje všech cílů, o které se snaží. Musí překonávat různé překážky, vybírat mezi neslučitelnými cíli nebo strpět časový odklad. Dobře motivovaný jedinec často pracuje více, než má v náplni práce, nenechá se odradit překážkami, má lepší výsledky a práce ho těší. Motivace pramení z přesvědčení, že přinese člověku očekávané výsledky. Nedostatečně motivovaný, neboli demotivovaný jedinec pracuje nesvědomitě, povrchně a nestále. Příčina demotivace je individuální u každého člověka. Motivovaná osoba pocítuje žádostivost nebo nechuť a podle toho se k cíli buď přibližuje nebo se od něj vzdaluje. Úspěch motivace je závislý především na schopnostech jedince. Chování směřující k cíli je regulováno emocemi, očekávanými výsledky a také elementy, jež se opírají o předchozí zkušenost. Je modifikováno přítomností a zahrnují očekávání, které se týká budoucnosti. (Kohoutek, 2002; Jobánková, 2004)

Každý člověk ve svém životě neustále hodnotí, co je pro něho dobré, co prospěšné a co naopak špatné nebo nežádoucí. Věc nebo idea, která je někomu drahá a potřebná, se nazývá hodnota. Různí lidé mají různé hierarchie hodnot podle významu. Co je velmi hodnotné pro jednoho člověka, může být pro druhého zcela bezcenné a naopak. Společensky uznávané hodnoty se označují jako ideály. Hodnoty a ideály jsou důležitými motivy chování. Určují

stanoviska, která jednotlivce zaujímá k situaci okolo něj. Hierarchie hodnot je z části stálá a z části se během času mění. (Kohoutek, 2002)

5.1 Motivace přestat kouřit

Evropská komise v roce 2012 provedla rozsáhlý průzkum ve všech státech Evropské unie ohledně kuřáckých návyků a vlivu kouření na běžný život obyvatel. V České republice se průzkumu zúčastnilo celkem 1 000 respondentů. Výsledkem je, že Češi nejčastěji vykouří mezi 70 – 140 cigaretami týdně. Česká republika se ve srovnání s ostatními státy Evropské unie řadí na dvanáctou příčku v počtu pravidelných kuřáků. Do řad kuřáků spadají téměř tři miliony obyvatel České republiky. (Evropská komise, 2012)

Průzkum ukázal, že jen 38,8 % českých kuřáků by chtělo přestat s kouřením do jednoho roku. Nejčastěji - téměř z padesáti procent - nedokážou přestat s kouřením kvůli slabé vůli a nedostatku motivace. Necelých třicet procent kuřáků nechce s kouřením vůbec přestat kvůli jeho subjektivním pozitivním vlivům, jako je například lepší zvládnutí stresu. Dalším důvodem je, že rádi kouří při popíjení alkoholu. Ten je nejčastějším motivačním prvkem si zapálit cigaretu. 33,5 % respondentů nemůže cigaretě při pití alkoholu odolat. Mezi nejčastější subjektivní problémy, které kouření Čechům způsobuje, se řadí problémy s líbáním a se sportem. Až na třetím místě se umístily problémy spojené s negativním vlivem kouření na zdravotní stav. (Evropská komise, 2012)

Téměř čtyřicet procent dotazovaných chce s kouřením přestat do jednoho roku, dalších sedmnáct procent o tom uvažuje v delším časovém horizontu. Nejčastější důvody k nekouření jsou zdraví, finanční náročnost a rodina. Většina Čechů chce kouření odvykat sama, bez pomoci tradičních odvykacích metod. Jen malé procento chce využít nikotinové náhražky, pomoc svého lékaře nebo internetového online kouče. (Evropská komise, 2012)

Najít dobrou motivaci je základem úspěchu k trvalému odvyknutí kouření. K získání skutečné motivace je třeba silný, osobní důvod. Zanechat kouření vyžaduje velké odhodlání a pevnou vůli. Je to dlouhodobý proces. Než se kuřák rozhodne přestat kouřit, měl by si vytyčit cíle, kterých chce nekouřením dosáhnout. Tím nalezne motivaci, která mu pomůže zvládat krizové situace v průběhu odvykání. Kuřáka, který vykouří krabičku denně, stojí cigarety až 25 000 Kč za rok. Pokud přestane kouřit, tyto peníze může investovat jinak, a zpravidla účelněji. Napsáním seznamu věcí, které by si chtěl za ušetřené peníze pořídit, zcela jistě podpoří jeho motivaci. Postupné odškrtnutí splněných položek dává exkuřákovi důkaz o tom, jak se za své úsilí odměňuje. Již v prvních minutách po přerušení kouření se

začne tělo kuřáka čistit od škodlivin a jeho vitalita se bude zvyšovat. Postupně dojde ke zlepšení okysličení krve, což vede k celkovému zvýšení energie. Tu pak lze investovat například do nového sportu, jazykového kurzu nebo jednoduše do procházek s blízkými osobami. Odvyknutí kouření prodlužuje život přibližně o deset let oproti dalšímu kouření. Navíc každý den ušetří nekuřák desítky minut svého času, které by jinak strávil kouřením. (Evropská komise, 2012; Novotná, 2015)

K motivaci ze strany zdravotníka je důležité vyzvat pacienta k vyjádření, v čem je pro něj nekouření důležité. Mezi nejčastější motivy může patřit zdravotní pohled, ohled na kolegy v zaměstnání či rodinu a ty může dále rozvíjet k prohloubení motivace. Zdravotník by se měl dále zajímat o překážky k uskutečnění abstinence, měl by zmínit techniky, opatření a prvky, které by mohly pomoci překonat závislost. Při každé návštěvě je možné tyto informace opakovat. Vyjmenování rizik či negativních důsledků kouření společně s pacientem, ale také zdůraznění pozitiv s nekouřením spojených jsou důležitým faktorem při motivaci. Pozitiva, která se dostaví velmi brzy po zahájení abstinence, jsou zlepšení zdraví, lepší vnímání chutí a vůní, ale také finanční úspory, ohleduplnost k okolí a celkově lepší tělesný pocit. Nekouření má také nesporně kladný výchovný vliv na děti. (Zoulová, 2012)

6 Výzkumná část

6.1 Cíl výzkumu

Kouření způsobuje v České republice přibližně 15 % všech onemocnění srdce a cév, na které v současné době umírá až 53 % lidí. Přestat kouřit by pro nemocné znamenalo snížit rizika spojená s kuřáctvím a tudíž i zlepšit kvalitu jejich života. Hlavním cílem práce je zjistit, které argumenty jsou pro pacienta kuřáka natolik motivující, aby přestal kouřit nebo alespoň omezil počet vykouřených cigaret. Na základě výše uvedeného byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Ovlivňuje věk a vzdělání pacienta motivaci přestat kouřit?
2. Má největší vliv na motivaci přestat kouřit u exkuřáků jejich zdravotní stav?
3. Jsou pacienti, kteří dosud s kouřením nepřestali, ošetřujícím lékařem dostatečně informováni o škodlivosti kouření a jeho následcích, a přesto v kouření i nadále pokračují?
4. Využili respondenti, kteří alespoň jednou v životě zkusili úspěšně či neúspěšně přestat kouřit při těchto pokusech nikotinové náhražky?
5. Má hrozba amputace dolní končetiny v důsledku ischemického onemocnění dolních končetin způsobeného kouřením významný vliv na motivaci odvykání kouření jak u skupiny respondentů kuřáků, tak u skupiny exkuřáků?
6. Má protikuřácká kampaň na krabičkách cigaret a neustále zdražování cigaret vliv na množství vykouřených cigaret za den?

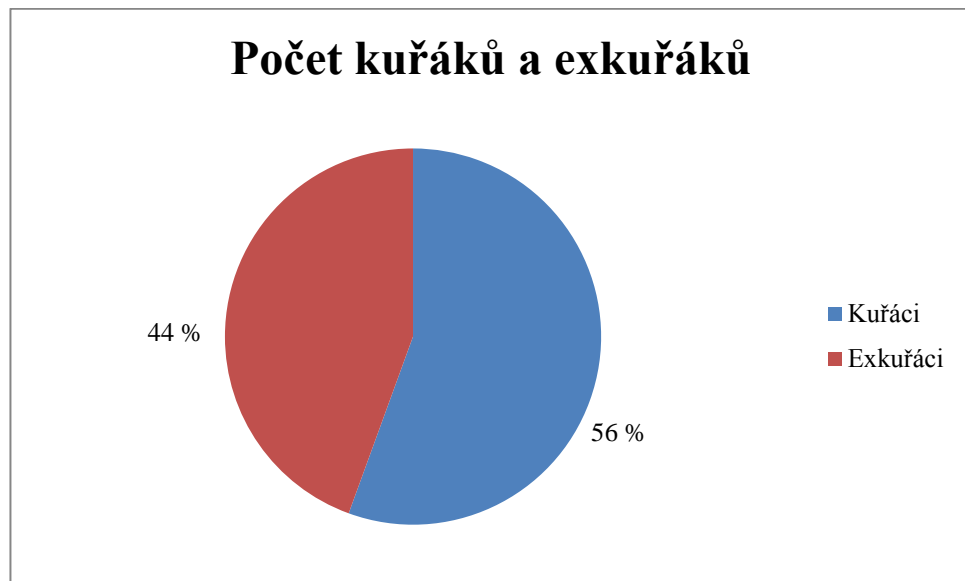
6.2 Metody průzkumu

Výzkumné šetření jsem prováděla pomocí dvou typů nestandardizovaných anonymních dotazníků vlastní tvorby. Dotazníkové šetření je jedna z nejčastěji používaných kvantitativních metod výzkumu, díky níž lze sesbírat velké množství dat, které může být aplikováno na širší okruh lidí. Výhodou je nízká časová a finanční náročnost, ale také anonymita. Nevýhodou je, že respondenti sdělují svůj individuální pohled na věc, který může být zkreslený nebo lživý. (Giddens, 2013) Dotazníky v mém výzkumu byly určeny pro nemocné kuřáky s kritickou končetinovou ischemií a exkuřáky s tímto onemocněním, kteří byli ochotni mi při mém výzkumu pomoci a dotazníky anonymně vyplnit. Dotazník pro kuřáky (příloha A) i exkuřáky (příloha B) obsahoval 16 otázek. Celkem 3 z nich byly identifikační, v nichž jsem zjišťovala pohlaví, věk a vzdělání respondentů. Dalších 12 otázek bylo uzavřených s možností výběru jen jedné odpovědi a jedna otázka otevřená s možností vyjádřit se vlastními slovy. Výzkum jsem prováděla v nejmenované krajské nemocnici na standartním oddělení cévní chirurgie.

Náhodně vybraným pacientům bylo rozdáno pět pilotážních dotazníků a na základě získaných připomínek byly některé otázky upraveny a dvě zcela vypuštěny. Celkově bylo rozdáno 60 dotazníků. Návratnost činila 45 dotazníků, z nichž 25 bylo od kuřáků a 20 od exkuřáků. Zbýlých patnáct dotazníků nebylo vráceno vůbec nebo bylo vyplněno jen z části a nemohla jsem je tak do svého průzkumu zahrnout.

Data byla zpracována pomocí grafů a tabulek popisné statistiky. Pro výpočty a zpracování grafů byl použit program Microsoft Excel.

7 Interpretace výzkumu



Obrázek 1 Počet kuřáků a exkuřáků, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření

Obrázek 1 znázorňuje počet kuřáků a exkuřáků, kteří správně vyplnili dotazník a byli zařazeni do výzkumu. Zúčastnilo se 25 kuřáků a 20 exkuřáků.

7.1 Otázka č. 1

Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1 Četnostní tabulka počtu mužů a žen kuřáků/exkuřáků

Pohlaví	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žena	9	36 %	6	30 %
Muž	16	64 %	14	70 %
Suma	25	100 %	20	100 %

Tabulka 1 znázorňuje pohlaví kuřáků a exkuřáků. Z celkového počtu 25 kuřáků se zúčastnilo 9 žen a 16 mužů. Z řad exkuřáků se zúčastnilo 6 žen a 14 mužů, tedy celkem 20 respondentů. V obou skupinách byl větší počet mužů než žen.

7.2 Otázka č. 2

Kolik Vám je let?

Tabulka 2 Četnostní tabulka věkových skupin kuřáků a exkuřáků

Věk	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0 - 40	0	0 %	1	5 %
41 - 50	5	20 %	0	0 %
51 - 60	10	40 %	5	25 %
61 - 70	5	20 %	11	55 %
71 - 80	3	12 %	2	10 %
81 - 90	2	8 %	1	5 %
91 a více	0	0 %	0	0 %
Suma	25	100 %	20	100 %

Tabulka 2 znázorňuje věk respondentů v jednotlivých skupinách.

U kuřáků bylo nejvíce respondentů ve věkové skupině mezi 51 – 60 lety. U exkuřáků odpovídalo nejvíce respondentů ve věku mezi 61 – 70 lety.

7.3 Otázka č. 3

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3 Četnostní tabulka nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů

Vzdělání	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	5	20 %	1	5 %
Vyučen	9	36 %	10	50 %
Středoškolské	8	32 %	8	40 %
Vysokoškolské	3	12 %	1	5 %
Suma	25	100 %	20	100 %

Tabulka 3 uvádí vzdělání kuřáků i exkuřáků.

Nejvíce kuřáků bylo vyučeno. Druhou nejčetnější skupinu tvořili středoškolsky vzdělání. Nejmenší skupinu zastupovali vysokoškolsky vzdělání. U exkuřáků byly výsledky velmi podobné. Nejvíce z dotazovaných exkuřáků bylo vyučeno, zato nejméně mělo vysokoškolské vzdělání.

7.4 Otázka č. 4

Jak často kouříte? /Jak dlouho již nekouříte?

Otázka č. 4 se týkala u skupiny kuřáků frekvence jejich kouření a u exkuřáků doby, po kterou již nekouří.

Tabulka 4 Četnostní tabulka frekvence kouření (kuřáci)

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Denně	21	84 %
Příležitostně	4	16 %
Suma	25	100 %

V tabulce 4 je uveden počet kuřáků, kteří kouří denně a těch, kteří kouří jen příležitostně.

Převážná většina respondentů kouří denně.

Tabulka 5 Četnostní tabulka doby nekouření (exkuřáci)

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Méně než měsíc	6	30 %
Méně než rok (více než měsíc)	5	25 %
Rok a více	9	45 %
Suma	20	100 %

Tabulka 5 obsahuje informace o tom, jak dlouho již exkuřáci nekouří.

Největší procento dotazovaných nekouří již rok a více. Druhou nejčetnější skupinou jsou čerství exkuřáci, kteří skončili s kouřením teprve před necelým měsícem.

7.5 Otázka č. 5

Kolik let kouříte? / Kolik let jste kouřil/a?

Tabulka 6 Četnostní tabulka počtu let

Počet roků	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
< 5	1	4 %	3	15 %
5 - 10	2	8 %	2	10 %
11 - 20	6	24 %	3	15 %
20 a více	16	64 %	12	60 %
Suma	25	100 %	20	100 %

Tabulka 6 udává u kuřáků dobu, po kterou kouří, a u exkuřáků dobu, po kterou kouřili.

Ve skupině kuřáků převládá odpověď 20 a více let.

U exkuřáků bylo shodně nejvíce obsaženou skupinou 20 a více let.

7.6 Otázka č. 6

Kolik cigaret vykouříte za den? / Kolik cigaret jste vykouřil/a za den?

Tabulka 7 Četnostní tabulka počtu cigaret

Počet roků	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
< 5	4	16 %	3	15 %
6 - 10	7	28 %	3	15 %
11 - 15	5	20 %	4	20 %
15 a více	9	36 %	10	50 %
Suma	25	100 %	20	100 %

Tabulka 7 znázorňuje počet cigaret vykouřených kuřáky během jednoho dne a počet cigaret, který vykouřili exkuřáci během jednoho dne v době, kdy kouřili.

U kuřáků se počet vykouřených cigaret za den pohyboval nejčastěji v rozmezí 15 cigaret a více.

U exkuřáků byl nejčastější počet vykouřených cigaret uváděn shodně 15 a více cigaret za den.

7.7 Otázka č. 7

Byl/a jste upozorněn na škodlivost kouření a jeho následky ošetřujícím lékařem?

Tabulka 8 Četnostní tabulka upozornění na škodlivost kouření a jeho následky

	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	17	68 %	17	85 %
Ne	4	16 %	3	15 %
Nevím	4	16 %	0	0 %
Suma	25	100 %	20	100 %

Z tabulky číslo 8 jasně vyplývá, že většina dotazovaných z obou skupin byla svým ošetřujícím lékařem na škodlivost kouření a jeho následky upozorněna.

7.8 Otázka č. 8

Pokud jste byl/a upozorněn/a lékařem na škodlivost kouření a jeho následky, měla tato edukace vliv na počet Vámi vykouřených cigaret za den?

Tabulka 9 Četnostní tabulka vlivu upozornění na škodlivost cigaret na množství vykouřených cigaret

	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, přestal(a)	0	0 %	11	65 %
Ano, snížení	11	65 %	1	6 %
Ne	6	35 %	5	29 %
Suma	17	100 %	17	100 %

Tabulka 9 zahrnuje pouze ty respondenty, kteří v předešlé otázce odpovídali, že byli edukováni.

Ve skupině kuřáků bylo edukováno 17 z dotazovaných. U většiny z nich následkem edukace došlo ke snížení počtu vykouřených cigaret, ale kouřit úplně nepřestali. Ve skupině exkuřáků bylo edukováno také 17 respondentů. Edukace měla kladný vliv na většinu respondentů. Ti přestali na doporučení ošetřujícího lékaře úplně kouřit. Zbytek respondentů uvedlo, že jejich exkuřáctví má jiný původ.

7.9 Otázka č. 9

Zkoušel/a jste někdy přestat kouřit?

Tabulka 10 Četnostní tabulka pokusů o přestání kouření

	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, několikrát - neúspěšně	11	44 %	0	0 %
Ano, jednou - neúspěšně	8	32 %	0	0 %
Ano, úspěšně	0	0 %	20	100 %
Ne, nikdy	6	24 %	0	0 %
Suma	25	100 %	20	100 %

Tabulka 10 uvádí počet kuřáků, kteří se snažili přestat kouřit. Většina zkoušela přestat opakovaně, ale vždy neúspěšně. U exkuřáků je jasné, že jejich pokus byl úspěšný a tvoří tedy 100 %.

7.10 Otázka č. 10

Vyzkoušel/a jste při odvykání kouření využít např. elektronické cigarety, náplasti proti kouření, bonbony, žvýkačky apod.?

Tabulka 11 Četnostní tabulka používání nikotinových náhražek pro odvykání kouření

	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, přestala jsem	0	0 %	5	25 %
Ano, kouřím el. Cigaretu	0	0 %	1	5 %
Ano, bez výsledku	11	44 %	2	10 %
Nezkoušela	14	56 %	12	60 %
Suma	25	100 %	20	100 %

Tabulka 11 uvádí počet dotazovaných kuřáků a exkuřáků, kteří vyzkoušeli při odvykání kouření využít elektronickou cigaretu nebo jinou nikotinovou náhražku. Z řad kuřáků tyto náhražky většina nikdy nevyzkoušela. Druhá nejčetnější skupina náhražky vyzkoušela, ale bez efektu. U exkuřáků bylo nejčastější odpovědí, že kouřit přestali bez pomoci nikotinových náhražek.

7.11 Otázka č. 11

Má pro Vás neustálé zdražování cigaret vliv na množství Vámi vykouřených cigaret za den?

Tabulka 12 Četnostní tabulka vlivu zdražování cigaret na množství vykouřených cigaret

	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, přestala jsem	0	0 %	2	10 %
Ano, kouřím méně	6	24 %	3	15 %
Ano, kouřím el. Cigaretu	0	0 %	2	10 %
Ano, kupuji levnější cigarety	11	44 %	1	5 %
Ne, nemělo	8	32 %	12	60 %
Suma	25	100 %	20	100 %

Tabulka 12 zobrazuje výsledky odpovědí na otázku o vlivu zdražování cigaret na počet vykouřených cigaret za den.

Díky zdražování cigaret si většina kuřáků začala kupovat levnější cigarety, ale počet jimi vykouřených cigaret za den se nesnížil. U exkuřáků zdražování cigaret vliv povětšinou nemělo. Důvodem, proč přestali kouřit, bylo něco jiného.

7.12 Otázka č. 12

Má protikuřácká kampaň na krabičkách cigaret vliv na motivaci přestat kouřit?

Tabulka 13 Četnostní tabulka vlivu protikuřácké kampaně na množství vykouřených cigaret

	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, přestala jsem	0	0 %	0	0 %
Ano, kouřím méně	5	20 %	4	20 %
Ne, nemělo	20	80 %	16	80 %
Suma	25	100 %	20	100 %

V tabulce číslo 13 je procentuálně zpracována otázka číslo 12, která se týkala motivace přestat kouřit na základě protikuřácké kampaně na krabičkách cigaret.

Ve skupině kuřáků odpověděla většina dotazovaných, že kampaň na krabičkách cigaret vliv neměla. Také u exkuřáků byla většina respondentů toho názoru, že kampaň na jejich nekouření vliv neměla a kouřit přestali z jiného důvodu.

7.13 Otázka č. 13

Znáte někoho ve svém okolí, komu musela být amputována dolní končetina jako následek dlouholetého kouření?

Tabulka 14 Četnostní tabulka setkání se s osobou po amputaci dolní končetiny

	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	8	32 %	10	50 %
Ne	12	48 %	6	30 %
Nevím	5	20 %	4	20 %
Suma	25	100 %	20	100 %

V otázce číslo 13 jsem se dotazovaných respondentů ptala na to, jestli znají nějakou osobu ve svém okolí, které musela být amputována dolní končetina jako následek dlouholetého kouření.

Ve skupině kuřáků většina respondentů nikoho ve svém okolí nezná.

Z řad exkuřáků bylo nejčastější odpovědí ano, tedy že znají někoho ve svém okolí po amputaci dolní končetiny.

7.14 Otázka č. 14

Měla tato událost vliv na Vaši motivaci přestat kouřit?

Tabulka 15 Četnostní tabulka vlivu události amputace na motivaci k odvykání kouření

	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	6	75 %	9	90 %
Ne	0	0 %	1	10 %
Nevím	2	25 %	0	0 %
Suma	8	100 %	10	100 %

Na otázku číslo 14 odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli, že znají někoho ve svém okolí, komu musela být amputována dolní končetina jako následek dlouholetého kouření.

Na většinu z dotazovaných kuřáků měla tato událost vliv na jejich motivaci nekouřit. Drtivá většina exkuřáků, kteří znají někoho ve svém okolí po amputaci dolní končetiny, odpovědělo, že tato událost jejich motivaci podpořila.

7.15 Otázka č. 15

Je pro Vás hrozba amputace dolní končetiny motivací k odvykání kouření?

Tabulka 16 Četnostní tabulka vlivu hrozby amputace dolní končetiny na motivaci k odvykání

	Kuřáci		Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	12	48 %	14	70 %
Ne	7	28 %	4	20 %
Nevím	6	24 %	2	10 %
Suma	25	100 %	20	100 %

V otázce číslo 15 jsem se respondentů ptala, jestli je pro ně hrozba amputace motivací přestat kouřit.

Kuřáci nejčastěji odpovídali, že hrozba amputace pro ně je motivací přestat kouřit, ale přesto kouří nadále.

Většina exkuřáků byla názoru, že hrozící amputace pro ně byla motivací přestat kouřit.

7.16 Otázka č. 16

Uveďte, prosím, pravý důvod, proč s kouřením nemůžete přestat. / Uveďte, prosím, skutečný důvod, proč jste s kouřením přestal/a.

Otázka číslo 16 byla jako jediná otevřená.

Tabulka 17 Četnostní tabulka vlivu hrozby amputace dolní končetiny na motivaci k odvykání

	Kuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Návyk, závislost	11	44 %
Slabá vůle	7	28 %
Nevím	2	8 %
Nemám důvod	1	4 %
Nedostatečná motivace	1	4 %
Nervozita	1	4 %
Jiný důvod	2	8 %
Suma	25	100 %

Kuřáci se mohli vlastními slovy vyjádřit, proč s kouřením nemohou přestat. Nejčastější odpovědí byl návyk a závislost. Dva respondenti svou odpověď více rozvedli. Jednou z nich byla tato odpověď: „Nedovedu si představit kávu bez cigarety. V soukromém podnikání mi kouření uklidňovalo nervy a pomáhalo zvládnout stresové situace.“ Druhá zněla následovně: „Závislost, chutná mi ti, patří to k mému životu.“

Tabulka 18 Četnostní tabulka vlivu hrozby amputace dolní končetiny na motivaci k odvykání kouření

	Exkuřáci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zdravotní stav	5	25 %
Riziko amputace	4	20 %
Finance	2	10 %
Jiný důvod	9	45 %
Suma	20	100 %

Také exkuřáci se mohli vlastními slovy vyjádřit, proč s kouřením skutečně přestali. Odpovědi byly různorodé, ale téměř všechny odpovědi se týkaly zdravotního stavu respondentů.

8 Diskuze

Záměrem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaká je motivace k odvykání kouření u pacientů s kritickou končetinovou ischemií. Pro získání dat byly sestaveny dva dotazníky, které byly určeny pro pacienty kuřáky s kritickou končetinovou ischemií a pro exkuřáky se stejným onemocněním.

Před zahájením svého výzkumu jsem si stanovila 6 výzkumných otázek, které měly tento výzkum potvrdit nebo vyvrátit.

Výzkumná otázka č. 1 Ovlivňuje věk a vzdělání pacienta motivaci přestat kouřit?

K výzkumné otázce číslo 1 se vztahovaly dotazníkové otázky číslo 2 a 3. Ve skupině kuřáků bylo nejvíce dotazovaných (40 %) ve věku mezi 51 – 60 lety, zatímco u exkuřáků bylo největší procento (55 %) dotazovaných ve věku 61 – 70 let. Z toho vyplývá, že mladší lidé z mého výzkumného vzorku kouří nadále a vyšší věková skupina se stává exkuřáky. Vysvětlit se to dá tím, že starší pacienti mají větší zdravotní obtíže a uvědomují si, že pokud přestanou kouřit, jejich zdravotní stav se zlepší a sníží se tak rizika spojená s kuřáctvím.

Výsledky z mého výzkumného vzorku respondentů se shodují s výzkumem Oplové (2007), uvedeném v bakalářské práci s názvem Informovanost populace kuřáků o zdravotních rizicích kouření, kde autorka uvádí: „ *Zajímavé je, že s rostoucím věkem mírně stoupá i touha respondentů zanechat kouření. V nejmladší věkové skupině si přeje přestat kouřit 49,06 % respondentů, ve střední 50 % a v nejstarší 52,94 % respondentů.*“ (Oplová, 2007, str. 84)

Nejčastější odpověď na nejvyšší dosažené vzdělání byla u kuřáků a exkuřáků z mého výzkumného vzorku stejná. Většina dotazovaných byla vyučena. Ve skupině kuřáků tuto odpověď zvolilo 9 respondentů (36 %) a u exkuřáků 10 dotazovaných (50 %). Z čehož vyplývá, že celkově nejvíce kuřáků i exkuřáků z mého výzkumného vzorku, mělo nižší stupeň vzdělání. Ve skupině kuřáků měli vysokoškolské vzdělání 3 respondenti (12 %) a z řad exkuřáků 1 odpovídající (5 %). Závěrem tedy je, že podle výsledků ze skupiny respondentů v mém výzkumném vzorku, více kouří lidé s nižším stupněm vzdělání.

Tento výsledek mohu porovnat s bakalářskou prací Bendové (2000) na téma Tabáková epidemie a motivace k odvykání kouření. Autorka v této práci uvádí reálné výsledky při odvykání kouření s odbornou pomocí, konkrétně v Centru léčby závislosti na tabáku v Praze. Autorka zde použila data získaná z databáze pacientů, kteří nastoupili léčbu. Z celkového počtu 1923 (100 %) respondentů mělo základní vzdělání 205 pacientů (10,5 %), středoškolské

1184 respondentů (61,6 %) a vysokoškolské 534 odvykajících (27,8 %). Závěrem tohoto výzkumu je, že největší procento pacientů, kteří nastoupili léčbu k odvykání kouření pod odbornou pomocí, bylo středoškolsky vzdělaných. (Bendová, 2010)

Výzkumná otázka č. 2 Má největší vliv na motivaci přestat kouřit u exkuřáků jejich zdravotní stav?

K výzkumné otázce číslo 2 se vztahovaly odpovědi na jedinou otevřenou otázku dotazníku a to otázku číslo 16. V této otázce se respondenti exkuřáci mohli vlastními slovy vyjádřit, proč s kouřením opravdu přestali. Nejčastěji uváděnou odpovědí byl zdravotní stav. Tento důvod uvedlo 5 dotazovaných exkuřáků, tedy 25 %. Další nejčastěji uváděnou odpovědí bylo riziko amputace dolní končetiny, kterou uvedli 4 dotazovaní (20 %), což úzce souvisí se zdravotním stavem respondentů. Další odpovědi jako silný kašel, defekty na dolních končetinách a imobilita, stav po operaci plic, nemocné cévy dolních končetin, bolesti nohou a nachlazení také souvisí se zdravotním stavem dotazovaných. Z toho vyplývá, že u exkuřáků z mého výzkumného vzorku má zdravotní stav největší vliv na motivaci přestat kouřit.

Tato fakta se shodují s výzkumným vzorkem pacientů, kteří nastoupili odvykání kouření pod odbornou pomocí v Centru léčby závislosti na tabáku v Praze, jak uvádí bakalářská práce Bendové (2010) s názvem Tabáková epidemie a motivace k odvykání kouření. Tuto skupinu pacientů tvořilo celkem 1923 respondentů, přičemž naprostá většina respondentů odpověděla, že nejčastějším motivem k odvykání kouření je zdraví, které uvedlo 1205 dotazovaných (62,7 %). Dalšími důvody jsou peníze, ty uvedlo 98 respondentů (5,1 %), společenské důvody napsalo 173 pacientů (9 %) a důvod těhotenství uvedly 3 dotazované (0,2 %). (Bendová, 2010)

Další práce, se kterou mohu porovnat svůj výzkum, je diplomová práce Slobodníkové (2013) Motivace a úspěšnost v odvykání kouření u seniorů, ve které se autorka ptá respondentů, kvůli čemu by se kouření vzdali. Nejčastější odpovědí bylo zlepšení zdravotního stavu, a to u 67 dotazovaných (55,37 %) z celkového počtu 121 respondentů (100 %). (Slobodníková, 2013)

Výzkumná otázka č. 3 Jsou pacienti, kteří dosud s kouřením nepřestali, ošetřujícím lékařem dostatečně informováni o škodlivosti kouření a jeho následcích, a přesto v kouření i nadále pokračují?

K této výzkumné otázce se vztahovaly dotazníkové otázky číslo 7 a 8. Celkem 17 z 25 dotazovaných kuřáků, což je 68 %, bylo svým ošetřujícím lékařem informováno o škodlivosti kouření, a přesto i nadále kouří. 4 exponenti kuřáci (16 %) uvádí, že edukováni nebyli a 4 (16 %) nevědí, zda byli či nebyli informováni. V otázce číslo 8 jsem se ptala pouze těch, kteří byli

edukováni, zda měla tato edukace vliv na počet jimi vykouřených cigaret. U 11 odpovídajících (65 %) měla informovanost vliv na množství vykouřených cigaret za den. Tito respondenti uvedli, že na podkladě edukace se snížil počet vykouřených cigaret za den, ale kouřit úplně nepřestali. U 6 respondentů (35 %) tato edukace vliv neměla vůbec. Z toho vyplývá, že edukace ošetřujícím lékařem není pro kuřáky z mého výzkumného vzorku natolik motivující, aby s kouřením úplně přestali.

Ve výzkumu bakalářské práce Bendové (2010) Tabáková epidemie a motivace k odvykání kouření je výsledkem výzkumu tento závěr: „ *Motivaci k odvykání kouření formovala vlastní snaha získat informace o kouření a možnostech odvykání kouření. Obě respondentky prohlásily, že nezaznamenaly žádnou intervenci ze strany lékařů, ke kterým docházejí.*“ (Bendová, 2010, str. 43)

Další práce, s kterou mohu porovnat svůj výzkum, je bakalářská práce Oplové (2007) s názvem Informovanost populace kuřáků o zdravotních rizicích kouření, kde se autorka respondentů ptala, jestli si myslí, že mají dostatečné vědomosti o zdravotních rizicích spojených s kouřením. Z celkového počtu 94 respondentů (100 %) si většina, tedy 56,38 %, myslí, že má dostatečné vědomosti o rizicích spojených s kouřením. Dále 18,09 % dotazovaných se shoduje, že jejich vědomosti nejsou dostatečné, ale necítí potřebu vědět víc, 14,89 % si myslí, že jejich vědomosti nejsou dostatečné a měli by vědět víc, 10,64 % si myslí, že nemá dostatečné vědomosti o rizicích spojených s kouřením. Respondenti z tohoto výzkumného vzorku získali informace o škodlivosti kouření z různých zdrojů. Nejčastěji uváděli informační letáky (57,45 %), dále internetové stránky (28,72 %) nebo také přednášky pro veřejnost (21,28 %) a jiné další zdroje. Od lékaře získává informace 15,96 % respondentů. I když je většina respondentů v tomto výzkumném vzorku informována o škodlivosti kouření a o zdravotních rizicích spojených s kouřením, kouří nadále stejně jako respondenti z mého výzkumného vzorku. (Oplová, 2007)

Výzkumná otázka č. 4 Využili respondenti, kteří alespoň jednou v životě zkoušeli úspěšně či neúspěšně přestat kouřit při těchto pokusech nikotinové náhražky?

K výzkumné otázce číslo 4 se vztahovaly otazníkové otázky číslo 9 a 10. Ve skupině kuřáků z mého výzkumného vzorku zkoušelo s kouřením několikrát přestat 11 dotazovaných (44 %), ale vždy neúspěšně a 8 respondentů (32 %) zkoušelo přestat kouřit pouze jednou, ale také neúspěšně. Pouze 6 z dotazovaných respondentů (24 %) se o nekouření nikdy nesnažilo. Při

pokusech přestat kouřit využilo nikotinové náhražky 11 dotazovaných (44 %), ale bez výsledku. Většina, tedy 14 respondentů (56 %), nikotinové náhražky nikdy nevyzkoušela.

Ve skupině exkuřáků z mého výzkumného vzorku je jasné, že 100% z dotazovaných s kouřením úspěšně přestalo. Při odvykání kouření pouze 5 respondentů exkuřáků (25 %) s úspěchem využilo nikotinových náhražek. Jeden dotazovaný (5 %) využil elektronickou cigaretu, kterou nadále používá jako nikotinovou náhražku. Dva respondenti (10 %) nikotinové náhražky při odvykání vyzkoušeli, ale bez úspěchu a přestali kouřit na základě vlastní motivace. Většina z dotazovaných (60 %) při odvykání kouření nikotinové náhražky vůbec nevyzkoušela.

Na základě výše uvedených výsledků, mohu usuzovat, že nikotinové náhražky určené jako pomoc k odvykání kouření využívá malé procento kuřáků z mého výzkumného vzorku. Důvodem může být vysoká cena nebo nedůvěra k těmto produktům.

Ve výzkumu v bakalářské práci Bendové (2010) Tabáková epidemie a motivace k odvykání kouření jedna respondentka uvedla, že jako významný faktor ulehčující abstinenci používá náhradní terapii nikotinem a skupinovou psychoterapii v Centru léčby závislosti na tabáku v Praze. (Bendová, 2010)

Další srovnání mohu provést s diplomovou prací Slobodníkové (2013) na téma Motivace a úspěšnost v odvykání kouření u seniorů, kde se autorka v jedné z otázek ptala respondentů, které metody odvykání kouření považují za účinné. Pouze 9 respondentů (7,44 %), z celkového počtu 121 (100 %), uvedlo náhražky cigaret. Většina (52,07 %) se shodla, že za neúčinnější metodu považuje vlastní vůli. (Slobodníková, 2013)

Výzkumná otázka č. 5 Má hrozba amputace dolní končetiny v důsledku ischemického onemocnění dolních končetin způsobeného kouřením významný vliv na motivaci odvykání kouření jak u skupiny respondentů kuřáků, tak u skupiny exkuřáků?

K této výzkumné otázce se vztahovaly dotazníkové otázky číslo 13, 14 a 15. V otázce číslo 13 jsem se respondentů ptala, jestli znají ve svém okolí někoho, komu musela být amputována dolní končetina jako následek dlouholetého kouření.

Ve skupině kuřáků z mého výzkumného vzorku byla nejčastější odpovědí ne, a to u 12 z dotazovaných (48 %). Dále 8 respondentů (32 %) zná někoho ze svého okolí, komu musela být amputována dolní končetina jako následek dlouholetého kouření a 5 z dotazovaných (20 %) uvedlo, že neví.

Ve skupině exkuřáků mi odpovědělo 10 respondentů (50 %), že ve svém okolí zná osobu po amputaci dolní končetiny jako následek dlouholetého kouření, 6 dotazovaných, tedy 30 %, nikoho nezná a 4 exkuřáci (20 %) nevědí, jestli někoho znají.

Na otázku číslo 14 odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce číslo 13 odpověděli, že znají někoho ve svém okolí, komu musela být amputována dolní končetina jako následek dlouholetého kouření. Z řad kuřáků tedy odpovídalo 8 respondentů. U 6 z nich (75 %) měla tato událost vliv na jejich motivaci přestat kouřit, ale kouří nadále. Pouze 2 odpovídající (25 %) nevědí, jestli tato událost měla vliv na jejich motivaci přestat kouřit.

Ve skupině exkuřáků na tuto otázku odpovídalo 10 z dotazovaných respondentů. Většina z odpovídajících, tedy 9 (90 %), uvedlo, že tato událost měla vliv na jejich motivaci kouřit a také s kouřením přestali. Jeden odpovídající (10 %) napsal, že tato událost na jeho motivaci vliv neměla a kouřit tedy přestal z jiného důvodu.

Hlavní otázkou vztahující se k výzkumné otázce číslo 5 byla dotazníková otázka číslo 15. V této dotazování odpovídali, jestli je pro ně hrozba amputace motivací k odvykání kouření. V obou skupinách odpovídali opět všichni respondenti. Ve skupině kuřáků odpovídala většina, 12 z nich (48 %), že hrozba amputace je pro ně motivací k odvykání kouření, ale přesto kouří nadále. Celkem 7 respondentů (28 %) odpovědělo, že pro ně hrozba amputace motivací k odvykání kouření není a 6 odpovídajících (24 %) neví.

Z řad exkuřáků napsala většina respondentů (70 %), že riziko amputace pro ně bylo motivací k odvykání kouření. Pouze 4 dotazování (20 %) odpověděli, že toto riziko motivací přestat kouřit nebylo a 2 exkuřáci (10 %) napsali nevim.

Z výše uvedeného vyplývá, že odpověď na výzkumnou otázku číslo 5 je pozitivní. Většina exkuřáků (70 %) uvedla, že riziko amputace pro ně mělo významný vliv na motivaci přestat kouřit. U kuřáků je sice hrozba amputace, dle výsledků v mém výzkumném vzorku, také motivací k odvykání kouření, ale přes to respondenti kouří dále.

Výzkumná otázka č. 6 Má protikuřácká kampaň na krabičkách cigaret a neustále zdražování cigaret vliv na množství vykouřených cigaret za den?

Tuto výzkumnou otázku lze zodpovědět na základě vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 11 a 12. Otázka číslo 11 se respondentů kuřáků ptala, jestli má neustálé zdražování cigaret vliv na množství jimi vykouřených cigaret za den. U exkuřáků byla otázka směřována na dobu, kdy ještě kouřili.

Většina odpovídajících kuřáků, tedy 11 (44 %), odpovědělo, že zdražování cigaret vliv mělo, ale tak, že si začali kupovat levnější cigarety. Tudiž zdražování nemělo vliv na počet jimi vykouřených cigaret za den. U 8 respondentů (32 %) zdražování cigaret vliv vůbec nemělo a pouze 6 kuřáků (24 %) omezilo kvůli zdražování počet vykouřených cigaret za den.

U exkuřáků bylo nejčastější odpovědí, že neustálé zdražování cigaret nemělo vliv na množství jimi vykouřených cigaret v době, kdy ještě kouřili. Takto dopovídalo 12 z dotazovaných (60 %). Pouze 2 respondenti (10 %) uvedli, že na základě zdražování cigaret přestali kouřit, 3 odpovídající (15 %) snížili počet vykouřených cigaret za den. Další 2 odpovídající exkuřáci (10 %) začali kvůli neustálému zdražování kouřit elektronickou cigaretu a 1 respondent (5 %) uvedl, že si kvůli zdražování začal kupovat levnější cigarety.

V otázce číslo 12 jsem se respondentů ptala, zda má protikuřácká kampaň v médiích a na krabičkách cigaret vliv na jejich motivaci přestat kouřit. U exkuřáků se tato odpověď opět týkala období, ve kterém ještě kouřili.

Ve skupině kuřáků odpovídalo 20 z dotazovaných (80 %), že protikuřácká kampaň neměla vůbec žádný vliv na jejich motivaci přestat kouřit. Pouze 5 odpovídajících (20 %) uvedlo, že díky této kampani snížili počet jimi vykouřených cigaret za den.

Výsledky u skupiny exkuřáků byly velmi podobné jako u kuřáků. Na 16 z dotazovaných respondentů (80 %) protikuřácká kampaň vliv neměla a u 4 odpovídajících (20 %) měla protikuřácká kampaň vliv na snížení počtu jimi vykouřených cigaret.

Ani jeden respondent z obou skupin neodpověděl, že by díky protikuřácké kampani na krabičkách či v médiích přestal kouřit úplně.

Výsledky této výzkumné otázky mohou porovnat s bakalářskou prací Bendové (2010) s názvem *Tabáková epidemie a motivace k odvykání kouření*, kde autorka uvádí: *„Legislativní opatření kontroly tabáku, jako zvyšování spotřební daně či nápisy na krabičkách cigaret se ukázala z hlediska motivace jako bezvýznamná (v případě rozvinuté závislosti na nikotinu).“* (Bendová, 2010)

9 Závěr

V úvodu bakalářské práce jsem si stanovila 4 cíle.

Mým teoretickým cílem bylo upřesnit problematiku onemocnění ischemické choroby dolních končetin v souvislosti s rizikovým faktorem kouření. Této problematice jsem se věnovala v teoretické části této práce na základě aktuální odborné literatury.

Ve výzkumné části jsem se zabývala motivací nemocných s kritickou končetinovou ischemií k odvykání kouření. Pomocí dotazníkového šetření bylo osloveno celkem 60 respondentů. Z řad kuřáků jsem oslovila 30 respondentů, návratnost činila 25 dotazníků a z řad exkuřáků také 30 respondentů, návratnost činila 20 dotazníků.

Cílem praktické části bylo zjistit sílu jednotlivých argumentů v získávání compliance nemocných s kritickou končetinovou ischemií pro odvykání kouření. Tento cíl byl splněn pomocí vyhodnocení výzkumných otázek číslo 1, 2, 3 a 4. Výzkumná otázka číslo jedna se dotazovala, jestli věk a vzdělání respondentů ovlivňuje motivaci přestat kouřit. Výsledkem je, že mladší lidé v mém výzkumném vzorku kouří nadále a ti ve vyšším věku kouřit přestávají. Co se týče vzdělání, byla většina dotazovaných vyučena. Z toho vyplývá, že v mém výzkumném vzorku více kouří a kouřili lidé s nižším stupněm vzdělání. Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, jestli největší vliv na motivaci přestat kouřit u exkuřáků má jejich zdravotní stav. Odpovědi většiny respondentů se týkaly jejich zdravotního stavu. Výzkumná otázka číslo tři se dotazovala, jestli pacienti, kteří dosud s kouřením nepřestali, jsou ošetřujícím lékařem dostatečně informováni o škodlivosti kouření a jeho následcích, a přesto v kouření i nadále pokračují. Odpovědí je, že 68 %, tedy většina z dotazovaných kuřáků, bylo lékařem edukováno, ale přesto kouří nadále. Čtvrtá výzkumná otázka se dotazovala, zda respondenti, kteří alespoň jednou v životě zkusili úspěšně či neúspěšně s kouřením přestat, využili při těchto pokusech nikotinové náhražky. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že většina respondentů z mého výzkumného vzorku nikotinové náhražky nikdy nevyužila.

Dalším cílem mé bakalářské práce bylo zjistit sílu jednotlivých argumentů pro získání nemocného pro odvykání kouření. Tento cíl byl splněn pomocí výzkumných otázek číslo 5 a 6. Výzkumná otázka číslo 5 se dotazovala, zda má hrozba amputace dolní končetiny v důsledku ischemického onemocnění dolních končetin způsobeného kouřením významný vliv na motivaci k odvykání kouření jak u skupiny respondentů kuřáků, tak u skupiny exkuřáků. Ve skupině kuřáků uváděla většina respondentů v mém výzkumném vzorku, že hrozba amputace dolní končetiny pro ně motivací k odvykání kouření je, ale přesto kouří

nadále. U exkuřáků většina odpovídala tak, že hrozba amputace dolní končetiny pro ně motivací přestat kouřit nebyla. Poslední výzkumná otázka se dotazovala, zda má protikuřácká kampaň v médiích a na krabičkách cigaret vliv na množství vykouřených cigaret za den. Na většinu z dotazovaných kuřáků i exkuřáků z mého výzkumného vzorku zdražování cigaret vliv nemělo. Nikdo z dotazovaných nevedl, že by přestal kouřit díky protikuřácké kampani v médiích či na krabičkách cigaret.

Posledním cílem mé práce bylo vytvořit informační leták o škodlivosti kouření (příloha C) pro nemocného s ischemickou chorobou dolních končetin s cílem redukovat kuřáctví v této skupině pacientů. Tímto informačním materiálem bych chtěla zlepšit informovanost pacientům s onemocněním tepen dolních končetin a podpořit jejich snahu přestat kouřit. Kouření je hlavním rizikovým faktorem onemocněním cév a trpí jím častěji kuřáci než nekuřáci. Pokud dotyčná osoba přestane kouřit, může tak znatelně snížit závažnost onemocněním cév a zvýšit úspěšnost případného chirurgického zákroku. Přála bych si, aby tento materiál pomohl pacientům s motivací a jejich snahou přestat kouřit a usnadnil zdravotníkům na cévním oddělení edukaci pacientů kuřáků.

Podle zjištění z mého výzkumu je patrné, že nejvíce motivující je pro kuřáky z mého výzkumného vzorku zdravotní stav. Proto je třeba kuřáky důkladněji, častěji a obsáhleji edukovat o škodlivosti kouření a jeho zdravotních následcích. Poskytnout jim edukační letáky, doporučit informační materiály, internetové stránky, které by pacienta účinně varovaly před kouřením a jeho zdravotními i společenskými následky. Mnoho kuřáků z mého výzkumného vzorku je nepoučitelných, neboť většina respondentů kuřáků uvedla, že je hrozba amputace dolní končetiny motivací pro jejich odvykání kouření, ale přesto kouří nadále. Proto je třeba, aby byla edukace více zaměřena na vážné následky kouření a konkrétní případy pacientů. Potom by možná mohla být efektivnější. Dalším prostředkem je pozitivní motivace a podpora snahy pacientů kuřáků k zanechání kouření. Závěrem tedy je, že je třeba důsledná, společná a nepřetržitá spolupráce pacienta, zdravotníka a společnosti k odvykání kouření.

Seznam použité literatury

1. BENDOVIÁ, Alena. *Tabáková epidemie a motivace k odvykání kouření*. Praha, 2010. Bakalářská práce. Universita Karlova v Praze Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Richterová.
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3. 2.*, upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 673 s. ISBN 80-247-1132.
3. DÍTĚ, Petr. *Vnitřní lékařství. 2.*, dopl. a přepr. vd. Praha: Galén, 2007, xx, 586 s. ISBN 978-807-2624-966.
4. DOKLÁDAL, Milan a Libor PÁČ. *Anatomie člověka: Splachnologie a cévní systém*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000, 133 s. ISBN 80-210-2413-5.
5. EVROPSKÁ KOMISE. Téměř 40 % českých kuřáků chce s kouřením přestat. *Top Lékař* [online]. 15.12.2012 [cit. 2015-03-17]. Dostupné z: <http://www.toplekar.cz/archiv-clanku/temer-40-ceskych-kuraku-chce-s-kourenim.html>
6. GIDDENS, Anthony. GIDDENS. *Sociologie*. Vyd. 1., aktualiz. a rozš. / Editor Philip W Sutton. Překlad Tereza Jiroutová Kynčlová. Praha: Argo, 2013, 1049 s. ISBN 978-802-5708-071
7. HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 311 s. ISBN 80-717-8803-1.
8. HRUBÁ, Drahoslava. *Mýty a fakta o kouření: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině Praha, 2011. ISBN 80-260-0669-0.
9. CHROBÁK, Ladislav. *Propedeutika vnitřního lékařství*. Nové, zcela přeprac. vyd. doplněné testy. Ilustrace Josef Bavor. Praha: Grada, 2007, 246 s. ISBN 978-802-4713-090.
10. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978-802-4744-124.
11. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003, 225 s. ISBN 80-701-3390-2.
12. KARETOVÁ, Debora, Karel ROZTOČIL, Otto HERBER, Dana MORAVČÍKOVÁ a Jana VOJTÍŠKOVÁ. *Ischemická choroba dolních končetin: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. 1. vyd. Praha: Společnost

- všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011. ISBN 978-808-6998-435.
13. KOHOUTEK, Rudolf. *Základy užití psychologie*. 1. vyd. Brno: CERM, 2002, 544 s. ISBN 80-214-2203-3.
 14. MARIEB, Elaine N. *Anatomie lidského těla*. 1. vyd. Brno: CP Books, 2005, 863 s. ISBN 80-251-0066-9.
 15. NOVOTNÁ, Veronika. Jak přestat s kouřením ve 13+1 tipech. In: *Vyvážené zdraví* [online]. © 2014 [cit. 2015-03-18]. Dostupné z: <http://vyvazenezdravi.cz/jak-prestat-s-kourenim-ve-131-tipech>
 16. OPLOVÁ, Helena. *Informovanost populace kuřáků o zdravotních rizicích kouření* [online]. 2007 [cit. 2015-04-06]. 110 l. Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA V BRNĚ LÉKAŘSKÁ FAKULTA Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Marta Šenkýřová.
 17. PAFKO, Pavel. *Základy speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 385 s. ISBN 978-807-2624-027.
 18. PUCHMAYER, Vladimír a Karel ROZTOČIL. *Praktická angiologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000, 191 s. ISBN 80-725-4099-8.
 19. *Angiologie*. Vyd. 1. Editor Karel Roztočil. Praha: Triton, 2014, 263 s. Lékařské repertorium, sv. č. 10. ISBN 978-807-3877-163.
 20. SLOBODNÍKOVÁ, Jana. *Motivace a úspěšnost v odvykání kouření u seniorů*. 2013. 119 l. Diplomová práce. Masarykova univerzita Lékařská fakulta Studijní obor: Ošetřovatelská péče v gerontologii. Vedoucí práce PhDr. Marie MACKOVÁ, Ph.D.
 21. ŠRÁM, Jaroslav, Blanka POSPÍŠILOVÁ a Procházková OLGA. *Anatomie pro bakaláře II: systém kardiovaskulární, systém nervový, smyslové orgány, soustava kožní, žlázy s vnitřní sekrecí*. Vyd. 1. V Liberci: Technická univerzita, 2012. ISBN 978-807-3728-496.
 22. VALENTA, Jiří. *Základy chirurgie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 277 s. ISBN 978-802-4613-444.
 23. ZEMAN, Miroslav. *Speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, 575 s. ISBN 80-726-2093-2.
 24. ZOULOVÁ, Andrea. Časopis: Kuřák v péči dentální hygienistky. *StomaTeam* [online]. 22.10.2012 [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <http://www.stomateam.cz/cz/kurak-v-peci-dentalni-hygienistky/>

10 Přílohy:

Příloha A *Dotazník pro kuřáky*

Příloha B *Dotazník pro exkuřáky*

Příloha C *Informační leták o škodlivosti kouření*

Příloha A *Dotazník pro kuřáky*

Dobrý den,

Jmenuji se Jiřina Zrůstová a jsem studentkou Pardubické univerzity, fakulty zdravotnických studií, obor Všeobecná sestra. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který použiji pro vypracování své bakalářské práce na téma: Motivace nemocných s kritickou končetinovou ischemií pro odvykání kouření. Veškeré informace jsou zcela anonymní a budou využity pouze pro mou bakalářskou práci. Předem děkuji za vyplnění a Váš čas. Vybrané odpovědi prosím zakroužkujte, případně doplňte.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) Muž
 - b) Žena

2. Kolik je Vám let:
 - a) do 40 let
 - b) 41 – 50 let
 - c) 51 – 60 let
 - d) 61 – 70 let
 - e) 71 – 80 let
 - f) 81 – 90 let
 - g) 91 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Vyučen
 - c) Středoškolské
 - d) Vysokoškolské

4. Jak často kouříte?
 - a) Denně
 - b) Příležitostně

5. Kolik let již kouříte?
 - a) Méně než 5
 - b) 5 – 10
 - c) 11-20
 - d) 20 a více

6. Kolik cigaret vykouříte za den?
 - a) Méně než 5
 - b) 6 – 10
 - c) 11-15
 - d) Více než 15

7. Byl/a jste upozorněn/a na škodlivost kouření a jeho následky ošetřujícím lékařem?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
8. Pokud jste byl/a lékařem upozorněn/a na škodlivost kouření a jeho následky, mělo tato edukce vliv na počet Vámi vykouřených cigaret za den?
- Ano, přestal/a jsem kouřit
 - Ano, zmenšil/a jsem počet vykouřených cigaret z den
 - Ne, edukace vliv neměla
9. Zkoušel/a jste někdy přestat kouřit?
- Ano, více než jednou, ale neúspěšně
 - Ano, pouze jednou a neúspěšně
 - Ano, úspěšně, již nekouřím
 - Ne, nikdy
10. Vyzkoušel/a jste při odvykání kouření využít např. elektronické cigarety, náplasti proti kouření, bonbóny, žvýkačky apod.?
- Ano, s kladným efektem – přestal/a jsem kouřit
 - Ano, kouřím elektronickou cigaretu
 - Ano, bez efektu – kouřím dál
 - Ne, nezkoušel/a
11. Má pro Vás neustálé zdražování cigaret vliv na množství Vámi vykouřených cigaret za den?
- Ano, přestal/a jsem kouřit
 - Ano, zmenšil se počet vykouřených cigaret za den
 - Ano, přešel/a jsem na kouření elektronické cigarety
 - Ano, přešel/a jsem na levnější cigarety nebo balený tabák
 - Ne, zdražování nemá vliv na množství vykouřených cigaret za den
12. Má protikuřácká kampaň na krabičkách cigaret vliv na motivaci přestat kouřit?
- Ano, také díky této kampani jsem přestal/a kouřit
 - Ano, díky této kampani jsem omezil/a počet vykouřených cigaret za den
 - Ne, tato kampaň nemá vliv na mou motivaci přestat kouřit
13. Znáte někoho ve svém okolí, komu musela být amputována dolní končetina jako následek dlouholetého kouření?
- Ano
 - Ne
 - Nevím

14. Měla tato událost vliv na Vaši motivaci přestat kouřit?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. Je pro Vás hrozba amputace dolní končetiny motivací k odvykání kouření?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16. Uveďte, prosím, skutečný důvod, proč s kouřením nemůžete přestat.

Příloha B *Dotazník pro exkuřáky*

Dobrý den,

Jmenuji se Jiřina Zrůstová a jsem studentkou Pardubické univerzity, fakulty zdravotnických studií, obor Všeobecná sestra. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který použiji pro vypracování své bakalářské práce na téma: Motivace nemocných s kritickou končetinovou ischemií pro odvykání kouření. Veškeré informace jsou zcela anonymní a budou využity pouze pro mou bakalářskou práci. Předem děkuji za vyplnění a Váš čas. Vybrané odpovědi prosím zakroužkujte, případně doplňte.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) Muž
 - b) Žena

2. Kolik je Vám let:
 - a) do 40 let
 - b) 41 – 50 let
 - c) 51 – 60 let
 - d) 61 – 70 let
 - e) 71 – 80 let
 - f) 81 – 90 let
 - g) 91 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Vyučen
 - c) Středoškolské
 - d) Vysokoškolské

4. Jak dlouho již nekouříte?
 - a) Méně než měsíc
 - b) Méně než rok, ale více než měsíc
 - c) Déle než rok

5. Kolik let jste kouřil/a?
 - a) Méně než 5 let
 - b) 5 – 10 let
 - c) 11 – 20 let
 - d) Více než 20 let

6. Kolik cigaret jste vykouřil/a za den?
 - a) Méně než 5
 - b) 6 – 10
 - c) 11-15

- d) Více než 15
7. Byl/a jste upozorněn/a na škodlivost kouření a jeho následky ošetřujícím lékařem?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
8. Pokud jste byl/a lékařem upozorněn/a na škodlivost kouření a jeho následky, mělo tato edukce vliv na počet Vámi vykouřených cigaret za den?
- Ano, přestal/a jsem kouřit
 - Ano, zmenšil/a jsem počet vykouřených cigaret z den
 - Ne, edukace vliv neměla
9. Zkoušel/a jste někdy přestat kouřit?
- Ano, více než jednou, ale neúspěšně
 - Ano, pouze jednou a neúspěšně
 - Ano, úspěšně, již nekouřím
 - Ne, nikdy
10. Vyzkoušel/a jste při odvykání kouření využít např. elektronické cigarety, náplasti proti kouření, bonbóny, žvýkačky apod.?
- Ano, s kladným efektem – přestal/a jsem kouřit
 - Ano, kouřím elektronickou cigaretu
 - Ano, bez efektu – kouřím dál
 - Ne, nezkoušel/a
11. Mělo pro Vás neustálé zdražování cigaret vliv na množství Vámi vykouřených cigaret za den?
- Ano, přestal/a jsem kouřit
 - Ano, zmenšil se počet vykouřených cigaret za den
 - Ano, přešel/a jsem na kouření elektronické cigarety
 - Ano, přešel/a jsem na levnější cigarety nebo balený tabák
 - Ne, zdražování nemá vliv na množství vykouřených cigaret za den
12. Měla protikuřácká kampaň na krabičkách cigaret vliv na motivaci přestat kouřit?
- Ano, také díky této kampani jsem přestal/a kouřit
 - Ano, díky této kampani jsem omezil/a počet vykouřených cigaret za den
 - Ne, tato kampaň nemá vliv na mou motivaci přestat kouřit
13. Znáte někoho ve svém okolí, komu musela být amputována dolní končetina jako následek dlouholetého kouření?
- Ano

- b) Ne
- c) Nevím

14. Měla tato událost vliv na Vaši motivaci přestat kouřit?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. Byla pro Vás hrozba amputace dolní končetiny motivací k odvykání kouření?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16. Uveďte, prosím, skutečný důvod, proč jste s kouřením přestal/a.

Informační leták o škodlivosti kouření

Výstup bakalářské práce na téma: **Motivace nemocných s kritickou končetinovou ischemií pro odvykání kouření**

Vypracovala: **Jiřina Zrůstová**

Rok zpracování: **2015**

Univerzita **Pardubice**

Fakulta **zdravotnických studií**

Nemoci způsobené kouřením:

Kouření způsobuje řadu nemocí, které se u nekuřáků téměř nevyskytují. Zhoršuje také průběh většiny ostatních nemocí. Podle statistik umírá v České republice na **následky kouření**, ať již aktivního nebo pasivního, každý pátý člověk.

Mezi nejčastější onemocnění způsobené kouřením patří:

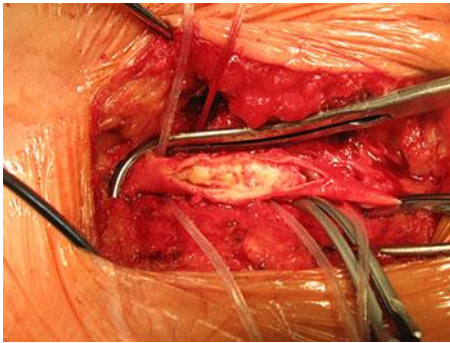
- **Rakovina plic (bronchiální karcinom)**
- **Rakovina hrtanu**
- **Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN)**
- **Další zhoubné nádory** - nádor jazyka, nádor rtu, nádor žaludku, nádor močového měchýře nádory děložního čípku, ledvin a slinivky břišní
- **Onemocnění cév – podporuje kornatění tepen (aterosklerózu), která působuje:**
 - vysoký krevní tlak
 - riziko infarktu myokardu
 - riziko cévní mozkové příhody
 - ischemickou chorobu dolních končetin (velmi časté onemocnění kuřáků. Cévy vedoucí do dolních končetin se velmi snadno zanáší a ucpávají, tím se zhoršuje prokrvenost dolních končetin. Projevuje se prudkou bolestí, která přichází po určité době pohybu dle závažnosti onemocnění. Může vzniknout až gangréna, která se léčí velmi těžko a může skončit až amputací. Kouřící cukrovkář má 40x vyšší riziko, že mu amputují s gangrénou než nekuřák bez cukrovky.)
- **Psychické obtíže**
- **Onemocnění zažívacího traktu – rakovina žaludku, vředová choroba žaludku a duodena**
- **Neplodnost u mužů i u žen**
- **Zvyšuje srážlivost krve**



Obrázek 2 ateroskleróza
(Ateroskleróza. 2013)

- **Negativní účinky na oči, uši, vlasy a zuby**
- **prodloužené hojení ran** - průměrně si poleží kuřáci v nemocnici asi o 3 dny déle než nekuřáci

(Exnico, 2014)



Obrázek 3 Tepna s aterosklerotickým plátem **Obrázek 4** Aterosklerotický plát
(Diagnostika a léčba, 2015)



Obrázek 5 (Redakce, 2012)

Když přestanete kouřit

- obnovíte si normální životní rytmus a osvěžující spánek
- Vráti se vyrovnanost a zapomenutá chuť žít; stres, úzkost a vznětlivost vyvolané abstinencí se pozvolna vytratí
- Pokožka a vlasy budou vypadat zdravěji
- A kolísání hmotnosti, které nastává v období abstinence, se ustálí během asi tří měsíců

Pokud tento výčet nestačí, podívejme se, co se děje v těle po vykouření poslední cigarety:

- **do 20 minut** ... krevní tlak a tepová frekvence se vracejí k normálu, krevní cirkulace se zlepšuje v horních i dolních končetinách, obě začínají být teplejší
- **do 8 hodin** ... koncentrace kyslíku v krvi se vrací k normálu, riziko srdečního infarktu počíná klesat
- **do 24 hodin** ... oxid uhelnatý je z těla vyloučen, plíce se začínají čistit, nečistoty s hlenem se začínají vykašlávat
- **do 48 hodin** ... v těle již nelze nikotin prokázat, chuť a čich se zlepšují
- **do 72 hodin** ... dýchání začíná být snadnější a dechové cesty širší
- **do 2–12 týdnů** ... krevní oběh se zlepšuje, chůze je snadnější
- **do 3–9 měsíců** ... příznaky postižení plic jako jsou kašel, dušnost nebo pískoty na hrudi se zlepšily, funkce plic se v průměru zlepší o 5–10%
- **do 5 let** ... riziko srdečního infarktu klesne na polovinu rizika kuřáka
- **do 10 let** ... riziko vzniku plicní rakoviny kleslo na polovinu rizika kuřáka, riziko srdečního infarktu je podobné jako u nekuřáka

(Henzl); (Mediatorial, 2015)

Pomoc při odvykání kouření

- **Praktický lékař** - Nestyďte se se svého lékaře zeptat a poradit se s ním o postupu svého nastávajícího pokusu přestat kouřit.
- **Odborný lékař** - Dbejte jeho doporučení a cíleně se ho ptejte, jak by vám v novém pokusu přestat mohl pomoci. Ptejte se ho na nové možnosti řešení kouření a medicínské pomoci.
- **Specializovaná centra a poradny** - Centra pro léčbu závislosti na tabáku nabízejí komplexní odbornou péči při odvykání kouření. Vysoce specializovaný zdravotnický personál zajistí vhodnou formu terapie. Lékařská péče je hrazena z prostředků zdravotního pojištění, je tedy pro pacienty zdarma. Pacienti mají v centrech a poradnách možnost získat příspěvek na léky v hodnotě od 500 do 2 000 Kč.
<http://www.odvykani-koureni.cz/kde-vam-pomohou>

Úmrtí na nemoci z kouření cigaret na Zemi

- každá vykouřená cigareta **zkracuje život o 5 minut**
- **na Zemi zemře na následky kouření 560 lidí každou hodinu, 13 400 lidí každý den, 4,8 milionu lidí za rok**
- **za dobu 20. století zemřela na následky nemocí z kouření 1 miliarda lidí**
- **na následky kouření umírá celosvětově až 50 % kuřáků.**

(Zajímavosti a statistiky, 2013)

Seznam zdrojů:

1. Ateroskleróza (kornatění tepen a cév) a kouření cigaret. *Kuřákovi plíce* [online]. 2013 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/srdce-cevy-ateroskleroza/116-ateroskleroza-kornateni-tepen-a-cev-a-koureni-cigaret.html
2. Diagnostika a léčba onemocnění tepen. *Chirurgická ambulance Poliklinika s.r.o.: Všeobecná chirurgie, cévní a estetická chirurgie* [online]. 2015 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: <http://www.chirurgierk.cz/cevni-chirurgie-lecba-lecba-onemocneni-tepen.htm>
3. EXNICO. Zdravotní následky kouření. EXNICO. *Exnico: Centrum odvykání kouření* [online]. 7.4.2014 [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: <http://www.exnico.com/zdravotni-nasledky-koureni/>
4. MEDITORIAL. Motivace k léčbě. *Odvykání kouření* [online]. 2015 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: <http://www.odvykani-koureni.cz/motivace-k-lecbe>
5. MUDR. HENZL, Jiří. KOUŘENÍ. MUDr. *Jiří Henzl: Všeobecný praktický lékař* [online]. [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: <http://www.mudrhenzl.info/koureni.html>
6. REDAKCE.CZ. Biorezonance a odvykání kouření - Hradec Králové. *Zdravotní magazín* [online]. 8.12.2012 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: <http://www.zdravotnimagazin.cz/lecba.5/biorezonance-a-odvykani-koureni-hradec-kralove.10234.html>
7. Zajímavosti a statistiky. *Kuřákovi plíce* [online]. 2013 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html