

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**Podíl kouření na vzniku bronchogenního karcinomu
Smoking as one of the lung cancer's reason**

2008/2009

Alena Pacanová

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na zjištění míry dopadu kouření na zdraví člověka. Počet lidí, kteří zemřeli na následky kouření během 20. století se odhaduje na 100 milionů. Na následky kouření umírá ročně 3 miliony lidí, což zcela určitě není zanedbatelné číslo, v Evropské unii kouří přibližně třetina obyvatel. I Česká republika vykazuje v tomto směru nepříznivá data: kouří asi 2,3 milionu lidí, cigarety má v oblibě až polovina mladistvých mezi 15 a 18 lety života, čtyři pětiny všech kuřáků kouří pravidelně, průměrná česká spotřeba cigaret je 13,3 cigarety denně. Každý rok je diagnostikováno nejméně 6 000 nových případů rakoviny plic, ročně jí podlehnou 4 300 mužů a 1 300 žen, konzumace tabáku se na vzniku nemoci podílí z 85 až 90 %. Šanci na vyléčení má přibližně jedna čtvrtina případů. Zákaz kouření v barech by podpořilo přes 60 % obyvatel Evropské unie, ale jen 35 % Čechů, což je nejméně z Evropanů.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit kolik pacientů ze zkoumaného souboru s diagnostikovaným karcinomem plic má v osobní anamnéze jak aktivní tak pasivní kouření.

Annotation

My bachelor work examines the level of our health's devastation caused by the smoking. The number of people killed by the smoking during 20th century is appraised to 100 million individuals approximately. It's approximately 3 million persons per year, it isn't a trivial number. One third of the European union's citizens are smokers. The Czech republic presents an alarming ciphers, too: 2,3 million smokers, half of them are young people between 15-18 years, 4/5 are every day smokers. As to the Czech population, the average of cigarets consumption reaches 13,3 cigarets per day. There are 6000 new causes of lung cancer every year in the Czech republic, 4300 men and 1300 women of them die because of this illness. 85-90% of the lung cancer tumors are caused by the tobacco products consumption. Only 1/4 of individuals suffering of this illness have a good prognosis. 60% of the European union's population support the ban smoking in bars, but only 35% of the Czech citizens.

The main goal of this work consists in the following fact: find out how many patients suffering of the lung cancer are active or passive smokers.

Obsah

1. Úvod	1
2. Kouření	2
2.1 Historie kouření.....	2
2.2 Nikotin a závislost na něm.....	2
2.3 Dopad kouření na zdraví.....	3
2.4 Pasivní kouření.....	4
2.5 Kouření v těhotenství.....	4
2.6 Odvykání kouření.....	5
2.7 Kouření v číslech.....	6
3. Plic a bronchogenní karcinom	7
3.1 Anatomie plic a fyziologické děje.....	8
3.2 Patologie karcinomu plic.....	8
3.2.1 Diagnostika.....	10
3.2.2 Terapie.....	13
3.2.3 Screening versus prevence.....	15
4. Cíle výzkumu	17
5. Metodika výzkumu-výběr souboru a organizace sběru dat	18
6. Analýza dat	20
7. Diskuse	31
9. Závěr	33
Přílohy	34

1. Úvod

Při výběru tématu na bakalářskou práci jsem odpočátku věděla, že se chci věnovat problematice pacientů s bronchopulmonálním karcinomem-speciálně nemocných po operaci plic pro zhoubné bujení. Původně jsem si zvolila kazuistiku protože ošetrovatelská péče o tyto pacienty je náročná a skrývá mnoho potencionálních komplikací. Zvláště důležité je se věnovat správné edukaci nemocného.

Až po čase, kdy jsem měla možnost se opakovaně setkat s pacienty, kteří měli diagnostikovaný bronchopneumonální karcinom a tvrdili, že v životě nekouřili jsem se rozhodla udělat výzkum při kterém bych zjistila do jaké míry se vyskytuje v anamnéze těchto pacientů nikotinismus.

Dalším podnětem, který mě utvrdil v tom, že tento výzkum bude přínosem bylo to, že i v mém okolí se nachází mnoho lidí kteří tuto drogu berou jako nedílnou součást dne a svého života a nevěří tomu, že čísla udávající počty kuřáků, kteří na svou kuřáckou vášeň doplatili infarkty, amputacemi a nebo dokonce smrtí, nejsou pravdivá. Navíc omluva „já toho přece tolik nevykouřím“ nebo „mě se to přece stát nemůže“ stále působí jako chlácholení vlastního svědomí.

Nejsmutnější na celé věci je fakt, že nemalé procento zdravotníků také kouří a přitom oni sami by měli jít příkladem svému okolí a navíc jakožto pracovníci starající se o zdraví ostatních by měli dbát především na to svoje.

Bagatelizace kouření i přes všeobecně známou škodlivost se dostala i do pořekadel typu: „Každá cigareta je hřebíček do rakve, proto kuřmě abychom z ní nevypadli“

Dobrym příkladem nejsou ani filmy a seriály, ve kterých je cigareta nebo doutník naprosto běžnou záležitostí. Nemůžeme se tedy divit tomu, že u nás stoupá počet nezletilých aktivních kuřáků. Dokonce se hovoří o tom, že děti okusí svou první cigaretu již ve 11 letech. I proto je důležité stále dokola varovat, upozorňovat a strašit nemocemi způsobenými nikotinismem.

2. Kouření

Kouření je činnost při které jedinec vdechuje tabákový kouř spolu se 2000 různých látek schopných dalších reakcí. Ty mají mnohdy významné účinky na organismus.

Kuřáctví je počítáno mezi nemoci. Je vedena pod číselnou diagnózou F-17 (drogová závislost).

Tento zlozvyk (nemoc) je považován za jednu z příčin vzniku zhoubných i nezhoubných onemocnění z toho důvodu **Mezinárodní unie boje proti rakovině** dala podnět k založení Mezinárodního nekuřáckého dne, který má od roku 1992 své místo i v kalendáři v Čechách. Připadá na 31.květen.

V tento den probíhá mnoho akcí upozorňující na škodlivost kouření. Odborníci z řad lékařů, zdravotníků a dobrovolníků se snaží ovlivnit kuřáky a nabídnout jim možnosti jak se svou závislostí bojovat ¹

2.1 Historie kouření

Tabák sloužil v dřívější předkolumbovské době až asi do roku 1700 př.n.l. indiánům v první řadě k náboženským účelům a léčebným metodám. Že se tabák kouřil již v dobách dávno minulých, dokazují nálezy dýmek v hrobech starých Aztéků.

Z Evropanů se s užíváním tabáku jako první seznámil Kolumbus, který v roce 1492 přistál u břehů Kuby. Tentýž rok byl dovezen tabák do Evropy, semena dorazila až o dvacet let později. Zásluhy o seznámení Evropanů s tabákem jsou však připisovány francouzskému velvyslanci v Portugalsku Jeanovi Nicotovi, který jej v roce 1560 dovezl na francouzský královský dvůr, a to ve formě šňupacího prášku. Tento návyk se potom v různých formách rozšířil po celém Starém světě.

2.2 Nikotin a závislost na něm

Nikotin je mitotický jed, postihující buněčné jádro, zvyšuje dráždivost centrálního nervstva, které pak ochrnuje. Patří mezi nejnávykovější a nejčastěji používanou drogu na světě.²

¹ www.kurakovaplice.cz

² J.Hutina, J.Kadlec, Výzkum: Kouření-primárně zaměřeno na soužití kuřáků a nekuřáků, 2003

Vzhledem k tomu, že při kouření dochází k uvolňování dopaminu dostávají se u lidí příjemné pocity. Avšak při dlouhodobém kouření se ztrácí schopnost libé pocity vnímat a kouření pouze potlačuje pocity nepříjemné-abstinenční příznaky, které se vyskytují u závislých jedinců ve chvílích kdy si delší čas nemohou dopřát cigaretu.

Závislost: fyzická závislost (podstatou je zmnožení nikotinových receptorů v mozku), která se v Čechách vyskytuje u 60-70% kuřáků, vzniká až po letech kouření, v počátcích můžeme hovořit o psychosociální závislosti kdy je kuřák fixovaný na cigaretu jako předmět-má potřebu ji držet, manipulovat s ní apod.

Při vykouření jedné cigarety obsahující gram tabáku s 1% nikotinu přechází do úst okolo 30% (tj. až 3 mg) nikotinu. Při kouření do úst (bez šlukování) se z tohoto množství vstřebá asi jen 5%, při mírném inhalování 70% a při inhalaci se zadržením dechu až 95%. Při kouření kyselých tabáků z cigaret a některých dýmkových tabáků se přivádí nikotin ve formě solí, které pokud nejsou dostatečně inhalovány (šlukovány) jsou opět vydechovány. Naproti tomu zásaditý kouř (doutníky) obsahuje nikotinové base, které se dobře vstřebávají i z dutiny ústní. Při kouření jednoho doutníku se vstřebá až 10 mg (proto mívá šlukování doutníků tak drastické účinky). Akutní otrava při kouření nebývá většinou nebezpečná, protože takto nelze dosáhnout akutní smrtelné dávky nikotinu, která se pohybuje okolo 50 mg. Akutní otrava při kouření se projevuje bolestí hlavy, bledostí, smrtelným potem, závratí a zvracením.

Po přijetí větší dávky nikotinu začíná proces počáteční nevolnosti s prudkým dýcháním, zvracením a prostrací, následuje třes, křeče nebo záchvaty (agónie) a končí periferním ochrnutím dýchacího svalstva, smrt. Dávka 40-60 mg nikotinu je spolehlivě smrtelná do 10 minut a jejím účinkům nelze zabránit. Kvůli lehké dostupnosti, bývá často prostředkem sebevražd (extrakt z 2-3 cigaret).¹

2.3 Dopad kouření na zdraví

To, že je spojováno kouření se vznikem rakoviny plic je všeobecně známé, ale už méně se ví, že nikotinismus skýtá i další zdravotní rizika. Kromě rakoviny úst,

¹ Hutina J., Kadlec J., Výzkum: Kouření-primárně zaměřeno na soužití kuřáků a nekuřáků, 2003

jazyka, hrtanu, hltanu a žaludku působí toxicky i na cévy v celém organismu. Působí na vnitřní výstelku cév a podporuje tak vznik aterosklerozy, která postupem času úplně ucpává cévy vedoucí k životně důležitým orgánům. Výsledkem je, že se zvyšuje riziko ischemické choroby srdeční až šestkrát. Každý třetí kuřák kouřící krabičku denně umírá na srdeční infarkt ještě před dosažením důchodového věku.

Kromě toho dochází při kouření k navazování oxidu uhelnatého na hemoglobin a tím otravě buněk.

Dalším problémem se týká především mužů, u kterých důsledkem poškození cév v penisu dochází k impotenci.¹

2.4 Pasivní kouření

Na následky pasivního kouření zemře v Čechách ročně až 3000 lidí a v zemích Evropské unie 22 000.

Dlouhodobý pobyt v zakouřených prostorech způsobuje nekuřákům především katary cest dýchacích, nádory plic a také infarkty.

Kouř vdechovaný nekuřákem pochází jednak z doutnajícího konce odložené cigarety a poté vydechovaný z úst kuřáka.

Ve vzduchu znečištěném tabákovým kouřem bylo prokázáno více než 5000 látek, které vznikají během procesu hoření. Odhady, ale hovoří o tom, že skutečný počet látek je 10-20krát vyšší a nejméně 60 z nich jsou karcinogenní.

Pasivní kouření u dětí vede často ke vzplanutí astmatu a ke vzniku zánětů středního ucha.¹

2.5 Kouření v těhotenství

Děti kuřaček mají nižší porodní hmotnost minimálně o 200g (díky vlivu oxidu uhelnatého, který „přidušuje“ plod) a jsou ohroženy syndromem náhlého umrtí plodu (dojde k tomu cca 40krát ročně), které je způsobeno poškozením mozku v průběhu vývoje.

V průběhu života tyto děti navíc trpí častěji astmatem, ekzémy a dýchacími problémy.

¹ www.kurakovaplice.cz

Oproti kouření v době těhotenství je kouření při kojení neškodné protože nikotin nepřechází do mateřského mléka.¹

2.6 Odvykání kouření

Je mnoho způsobů jak se závislosti na nikotinu skončit. Slabší kuřáci většinou zvládnou přestat bez jakýchkoli podpůrných prostředků, ale silně závislý kuřáci to kvůli abstinenčním příznakům nejsou schopni zvládnout bez odborné pomoci. Kromě nikotinových náplátí a žvýkaček, které se užívají při pocitu chuti na cigaretu je možnost využít nabídku protikuřáckých poraden.

Centrum léčby závislosti na tabáku je určeno pro pacienty se silně rozvinutou fyzickou závislostí na nikotinu. Oproti tomu většina **Poraden pro odvykání kouření** je zaměřena spíše na konzultační činnost.

Na lince pro odvykání kouření tel.:844 600 500 jsou odborníci připraveni zodpovědět zájemcům veškeré otázky.

Centra léčby závislosti na tabáku²

Praha

Pneumologická klinika 1.LFUK a FTN s poliklinikou

Thomayerova nemocnicemi

Vídeňská 800

Praha 4

Referenční centrum léčby závislosti na tabáku

III. interní klinika 1.LFUK a VFN

Karlovo náměstí 32

Praha 2

Brno

Fakultní nemocnice Brno-Bohunice

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy

Jihlavská 20

¹ www.kurakovaplice.cz

² www.odvykanikoureni.cz

Ostrava
Centrum léčby závislosti na tabáku
Plicní odd.při Vátkovické nemocnici, a.s.
Zalužanského 1192/15

Seznam těchto center je dlouhý a většinou se vyskytují ve větších městech v rámci kardiologických, interních a pneumologických klinik.

Poradny pro odvykání kouření ¹

Praha
Centrum preventivního lékařství
3.LFUK
Ruská 87
Praha 10

Poradna pro odvykání kouření „Oxygen“
Kartouzská 6
Praha 5

Poděbrady
Poradna pro odvykání kouření
Lézně Poděbrady a.s.

I seznam poraden je delší. Podle mého zjištění se nachází prakticky v každém městě v Čechách. I to je důkazem, že problém kouření je velice závažný.

2.7 Kouření v číslech ²

- každých 6 sekund na naší planetě zemře jeden člověk na nemoci z kouření
- v ČR kouří přibližně 40% populace
- u kuřáků je 3krát větší pravděpodobnost úmrtí na infarkt
- kouření způsobuje 30% všech nádorových chorob

¹ www.odvykanikoureni.cz

² www.kurakovaplice.cz

- nejvíce se kouří v Dánsku (46%), Francii (40%), Řecku, ČR a Španělsku (37-40%), Německu (36%), Itálii a Británii (32%)
- většina kuřáků začíná v dětství a dospívání
- na míru závislosti na nikotinu ukazuje to, že 40-50% osob po vážné operaci (odstranění hrtanu, operace rakoviny plic apod.) se ke kouření vrací
- schopnost zvládat stres je u kuřáků bez nikotinu snížena
- po roce abstinence je riziko smrti z kouření o 50% nižší
- u žen kuřaček je o 74% vyšší pravděpodobnost, že zemřou na rakovinu prsu
- na zemi je 1 miliarda kuřáků
- ženy, které užívají hormonální antikoncepci a současně kouří se vystavují nebezpečí úmrtí na infarkt myokardu před 50. rokem života
- každá vykouřená cigareta zkracuje život o 5 minut
- kuřáci mnohem častěji podléhají i kávě a alkoholu
- denně se utratí za cigarety 16 miliard korun
- paradoxem je, že kouří 1/3 lékařů a 2/5 zdravotních sester

Z výzkumné zprávy vydané Státním zdravotním ústavem v roce 2007 vyplývá, že v roce 2006 kouřilo 30% mužů a 22,2% žen ve věkovém rozmezí 15-64 let nejméně jednu cigaretu denně, 2,5% mužů a 4,1% žen pak méně než jednu cigaretu denně.

Tento výzkum dále ukázal, že 4,2% respondentů kouří 1 rok, 9,9% respondentů 2-3 roky, 33,6% 4-10 let a 52,3% 11 let a déle.

3. Plíce a bronchogenní karcinom ¹

3.1 Anatomie plic a fyziologické děje

Plíce (pulmones) jsou párový orgán pokrytý poplicnicí uložený v hrudní dutině po obou stranách srdce, kde dochází k výměně plynů mezi vzduchem a krví. Pravá plíce je tvořena 3 laloky a levá dvěma. Kromě dýchání se plíce podílejí také na udržování acidobazické rovnováhy a metabolismu řady látek.

¹ MUDr. Vladislav Hytych, MUDr. Alice Vernerová, MUDr. Pavel Horažďovský, učební materiál

Tento orgán je součástí malého krevního oběhu při kterém je neokysličená krev vedena cestou a.pulmonalis z pravé srdeční síně do alveol, ve kterých je obohacena o kyslík a pokračuje čtyřmi plicními žilami (a.pulmonales) do levé srdeční síně a odtud přes levou komoru a aortu do celého těla

Ventilace je proudění vzduchu do dýchacího ustrojí a ven z něj. Součást dýchání, které je zabezpečeno dýchacími svaly. Je řízena centrálně z prodloužené míchy.

Nádech (inspirium) je aktivní děj realizovaný **hlavními** (mezižeberní svaly a bránice) a **pomocnými** (m.sternocleidomastoideus, velký a malý prsní sval,) dýchacími svaly.

Výdech (expirium) je naopak děj pasivní při němž bránice relaxuje a její klenba se zdvíhá, čímž zmenšuje hrudní dutinu zdola

3.2 Patologie karcinomu plic

Karcinom plic je jedním z nejčastějších maligních nádorů. Incidence plicního karcinomu je v ČR 95/100 000 mužů a 26/100 000 žen. Ročně je diagnostikováno více než 6 000 nových onemocnění a stejný počet nemocných umírá.

V etiologii se uplatňuje především kouření cigaret, méně doutníků či dýmky. Z dalších faktorů se při vzniku onemocnění uplatňuje životní prostředí, genetická výbava, expozice těžkými kovy, polycyklickými uhlovodíky a radioaktivními látkami zejména radonem.

Kuřáková plíce

Porovnání plíce nekuřáka (nalevo) a kuřáka (napravo)



Histologický typ (typing)

Maligní epitelové nádory plic tvoří 9 podjednotek :

- 1) dlaždicobuněčný karcinom
- 2) malobuněčný karcinom
- 3) adenokarcinom
- 4) velkobuněčný karcinom
- 5) adenoskvamózní karcinom,
- 6) pleomorfní karcinom
- 7) neuroendokrinní karcinom (dříve karcinoid)
- 8) karcinom typu buněk slinných žláz (dříve bronchialveolární karcinom)
- 9) neklasifikovaný karcinom

Prakticky dělíme tyto nádory na **malobuněčný karcinom** (SCLC – small cell lung carcinoma) a **nemalobuněčné karcinomy** (dlaždicobuněčný, velkobuněčný a adenokarcinom, NSCLC – non- small cell lung carcinoma).

Nádory jednoho histologického typu se liší biologickou aktivitou, proto určujeme stupeň malignity nádoru (grading) na základě histologických a cytologických kritérií. Rozlišujeme dobrou, střední a nízkou diferenciaci (G1, G2, G3).

Rozsah rakoviny (staging)

Určení rozsahu rakoviny plic je nezbytné pro zvolení léčebného plánu. Stejně jako u ostatních maligních onemocnění používáme klasifikaci TNM

T1 – periferní tumor do 3 cm v průměru

T2 – tumor větší než 3 cm v průměru, je-li v hlavním bronchu, pak ve vzdálenosti větší než 2cm od kariny

T3 – tumor pronikající do stěny hrudní, bránice, perikardu, a je-li v hlavním bronchu blíže než 2 cm od kariny

T4 – tumor pronikající do mediastina, obratlů, infiltrace kariny, pleurální výpotek, metastáza ve stejném laloku plic

N1 – metastázy v uzlinách subsegmentárních, segmentárních nebo hilových

N2 – metastázy v uzlinách mediastinálních

N3 – metastázy v druhostranných uzlinách mediastinálních

M1 – vzdálené metastázy

3.2.1 Diagnostika

Cílem diagnostiky je určit, zda se jedná o plicní karcinom, dále stanovit histologický typ (typing) a stupeň dediferenciace (grading), stádium onemocnění (staging) a celkový stav nemocného s přidruženými chorobami.

Diagnostika se opírá o **anamnézu, fyzikální vyšetření, laboratorní a radiodiagnostické vyšetření, bronchoskopii, cytologické a histologické vyšetření**. Při stanovení diagnózy a stadia onemocnění využíváme i chirurgických vyšetřovacích metod

V anamnéze pacienta se zaměřujeme na následující faktory:

- **kouření** - aktivní (počet let, denní dávka, celkový počet vykouřených cigaret) či pasivní.
- **životní prostředí**
- **pracovní anamnéza**
- **kašel a hemoptýza** – změna charakteru a intenzity kašle, stejně jako změna barvy a kvality sputa, hemoptýza, jsou vedoucími příznaky při podezření na tumor plic.
- **dušnost** - je způsobena obstrukcí průdušek nádorem při již existující CHOPN, pleurálním nebo perikardiálním výpotkem, mnohočetnými metastázami v plicích či nádorovou lymfangiopatií.
- **opakované „virózy“** – ataky horečnatých onemocnění s třesavkami, únavností, malátností, s kašlem a vykašláváním hnisavého sputa, které jsou na RTG snímku lokalizované do stejného místa opakovaně v průběhu několika týdnů. Způsobuje je pneumonitida za překážkou.
- **chrpot** – bývá způsoben parézou levé hlasivky při postižení n. recurrens

- vlevo nádorovou infiltrací nebo útlakem zvětšených lymfatických uzlin pod obloukem aorty v místě, kde zvrtný nerv opouští n. vagus (vpravo odstupuje n. recurrens ve vrchole na úrovni a. subclavia).
- **bolest** – je příznakem pokročilého onemocnění, při prorůstání do nástěnné pleury, stěny hrudní a žeber (plicní parenchym nebolí)

Fyzikální vyšetření

Objektivní nález se mění podle pokročilosti onemocnění. Na počátku je negativní, později nacházíme cyanózu, paličkové prsty, gynekomastii, otoky, cushingoidní vzhled, apod. Při poslechu objevíme pískoty, vrzoty nebo vlhké fenomény. Bubínkový poklep a neslyšné dýchání nacházíme u atelektázy.

Laboratorní vyšetření

- **anémie, polycytémie, leukemoidní reakce**
- **hyperkalcémie** – nadprodukce parathyreoidního hormon-related peptidu (slabost, nechutenství, bolesti břicha, zácpa)
- **hyponatrémie** – neadekvátní sekrece antidiuretického hormonu (únava, slabost, nechutenství, zvracení)

Zobrazovací metody

- přehledný **RTG** snímek hrudníku vstoje v zadopřední projekci a boční snímek jsou základním radiologickým vyšetřením. Zobrazují i prostory za srdečním stínem a za sternem. Dávají nám prostorovou představu o lokalizaci nálezu
- **výpočetní tomografie (CT)** se stala bazálním vyšetřením v pneumologii a pneumochirurgii. Při vyšetření hrudníku se užívá řezů po 1-1,5 cm, které na sebe navazují. Standardem je použití kontrastní látky
- **magnetickou rezonanci (MRI)** používáme k vyšetření cév, mediastina, bránice, hrudní stěny a zejména k diagnostice metastáz do mozku
- **sonografií** vyšetřujeme dutinu břišní a diagnostikujeme pleurální výpotky.
- **pozitronová emisní tomografie (PET)** využívá sledování metabolismu

- glukózyznačené izotopem fluóru 18. V místech zvýšené metabolické
- aktivity dochází ke zvýšení konzumpce glukózy. Nověji je PET integrována do jednoho přístroje s CT (PET/CT). Používá se v diferenciální diagnostice periferních plicních uzlů. Negativní nález s vysokou pravděpodobností svědčí pro nezhoubnou lézi (výjimku tvoří bronchioalveolární karcinom), pozitivní nález může vedle nádoru představovat i zánětlivé změny
- **bronchoskopie**-endoskopická technika, která umožňuje přímé vizuální ověření endobronchiálního procesu. Vyšetření je možno provést v celkové snestezii, analgosedaci či lokální anestézii. Provádí se rigidním bronchoskopem, fibroskopem nebo videofibrobronchoskopem. Cílem výkonu je stanovit rozsah a stupeň patologického postižení a odebrat cíleně vhodný materiál na cytologické a histologické vyšetření klíšťkovou excizí, kartáčkovou biopsií, aspirací, laváží či punkční biopsií transtracheální nebo transbronchiální
- progresivní metodou je **sonografické vyšetření dýchacích cest** (EBUS - endo-bronchial ultra-sound). Ultrazvuková sonda je součástí endoskopu a umožňuje získat obraz stěny bronchu a přilehlých uzlin. Barevně zachycuje proudění krve v cévách.
- **transtorakální punkce**-pod CT kontrolou je zavedena v místním znecitlivění tenká pružná jehla do hrudníku ve snaze zastihnout podezřelou lézi a odebrat vzorek na cytologické vyšetření. Výkon může být komplikován iatrogením pneumotoraxem při úniku vzduchu do pleurální dutiny nebo hemotoraxem při poškození parenchymu nebo a. intercostalis. Negativní výsledek nevyloučí malignitu a můžeme způsobit vznik implantačních metastáz v punkčním kanále. Výkon je indikován pouze u inoperabilních nemocných s velkou periferní lézí těsně při stěně hrudní.
- **pleurální punkce**-místo pro punkci se volí na základě rtg vyšetření, CT nebo po označení místa podle sonografického nálezu. Přítomnost maligních buněk svědčí pro pokročilé onemocnění. Při negativním nálezu lze určit na základě punkce příčinu tvorby fluidotoraxu.

Chirurgické vyšetřovací metody

Cílem je odebrat vzorek k cytologickému, histologickému a mikrobiologickému vyšetření pro stanovení diagnózy plicní choroby.

- **skalénová biopsie** - exstirpace tuku s lymfatickými uzlinami v nadklíčkové krajině z trigonum omoclaviculare.
- **parasternální mediastinotomie** - odběr tkáně z horního předního mediastina.
- **mediastinoskopie** - vizualizace a odběr tkáně z horního středního mediastina.
- **torakoskopie** - přímé vyšetření plic, mediastina, bránice a pleury pohledem a cílený odběr tkáně.
- **otevřená plicní biopsie** - vyšetření zrakem a v dosahu prstu také pohmatem. Plicní tkáň se klínovitě resekuje, lze též odebrat vzorky pleury a přístupné mediastinální uzliny.
- **videomediastinoskopie** - pod kontrolou monitoru lze exstirpovat uzliny ve středním mediastinu k úrovni hlavních bronchů.
- **videotorakoskopie (VTS) a video-asistovaná torakoskopie (VATS)** - nahradily torakoskopii a otevřenou biopsii. VATS spojuje výhody torakoskopie s palpací plicní tkáně cestou minitorakotomie.

Funkční vyšetření plic

Vyšetření funkce plic umožňuje odhadnout rozsah plicní tkáně, která může být z diagnostických či terapeutických důvodů odstraněna

Sledujeme zejména vitální kapacitu a usilovně vydechnutý objem za 1 sekundu

3.2.2 Terapie

Terapie a prognóza nemocných s plicní rakovinou je dána typem nádoru a stadiem onemocnění. Chirurgická léčba je indikovaná u nemocných s **nemalobuněčným bronchogenním karcinomem**. Pětileté přežití se pohybuje v závislosti na stadiu choroby mezi 5 až 80%. Za nejmenší radikální výkon je považována lobektomie. Vždy vyžadujeme

provedení radikální mediastinální lymfadenektomii. Chirurgický výkon u nemocných s **malobuněčným plicním karcinomem** přichází v úvahu v rámci diagnostiky neověřených plicních lézí či resekce pro reziduální infiltrát po úspěšné kombinované chemo- a aktinoterapii

- **Mediastinální lymfadenektomie**

Výkony, kdy odstraňujeme mediastinální lymfatické uzliny dělíme na:

-**sampling** – odstraňují se pouze některé zvětšené uzliny nebo uzliny podezřelé z metastatického postižení. Výběr závisí na lokalizaci primárního tumoru a lymfatické drenáži plic.

-**systematická mediastinální lymfadenektomie** - znamená revizi všech oblastí a skupin uzlin mediastina, odstranění veškerého tuku s mediastinálními uzlinami od apertury hrudní po bránici, a ošetření přívodných a odvodných lymfatických cest a cév.

-**extenzivní mediastinální lymfadenektomie** - je extrémně radikální výkon, kdy je plicní resekce doplněna oboustrannou radikální mediastinální lymfadenektomií. Přístup je obvykle volen ze sternotomie. Je však možné kombinovat torakotomii a sternotomii s videomediastinoskopií.

- **Resekce plic**

-**lobektomie** - je základní anatomickou resekci plic kdy se odstraňuje leden z plicních laloků. Komplikace jsou krvácení, pomalé rozvíjení plíce, bronchopleurální píštěl a empyém.

-**bilobektomie** - znamená současné odstranění dvou sousedních laloků. Přichází v úvahu pouze vpravo. Můžeme provést horní bilobektomii, to je odstranění horního a středního laloku, nebo dolní bilobektomii, to je odstranění středního a dolního laloku.

Komplikace jsou stejné jako u lobektomie.

-**pneumonektomie** - je odstranění celého plicního křídla. U rozsáhlých centrálně uložených tumorů je v indikovaných případech nutno resekovat perikard.

Indikací jsou centrálně uložené tumory u nemocných s dobrými ventilačními parametry.

Komplikace jsou závažnější než u ostatních operací, ať jde o krvácení, srdeční insuficienci při práci proti zvýšenému odporu plicního řečiště nebo při tzv. vlání mediastina. Možnost vzniku hnisavé komplikace (empyém, bronchopleurální píštěl) je výrazně vyšší než u jiných plicních resekcí.

-plastické operace trachey a velkých bronchů - indikujeme u nemocných s centrálně uloženými nádory. Na jedné straně jako výkony radikální, na druhé jako parenchym šetřící u nemocných neschopných pneumonektomie. Provádíme buď klínovité resekcce (wedge resection), u kterých ponecháme část stěny intaktní, nebo kompletní resekcce (sleeve resection) s anastomózou end to end.

-resekcce hrudní stěny - je rozsáhlý výkon, který je vedle ztráty plicní tkáně doprovázen poruchou mechaniky dýchání. Z operačně taktického hlediska se nejprve resekuje hrudní stěna často i se svaly a teprve potom se provádí vlastní resekcce plicní. Nedochozí tak ke kontaminaci operačního pole maligními buňkami.

3.2.3 Screening versus prevence

Dopad kouření na lidský organismus je v podvědomí každého z nás-kuřáka i nekuřáka proto snaha o preventivní působení roste. Antitabákové reklamy a programy se snaží o to aby se kuřáci zamysleli nad svou závislostí a snažili se s ní bojovat. U mladistvích bojují za to aby s nikotinismem vůbec nezačali. Důležité je působit jako kladný vzor. Mládež má potřebu se identifikovat se svým vzorem, kterým jsou často rodiče, učitelé, sportovci, herci, umělci kamarádi a v neposlední řadě vrstevníci.

Protikuřácká výchova zahrnuje nejen sdělování informací o následcích kouření, ale musí ovlivňovat i postoj dětí ke kouření. V ČR bylo vytvořeno několik programů primární výchovy k nekouření (pro mateřské, základní a střední školy, speciálně pak pro školy vychovávající zdravotníky). Jsou založeny na respektování psychologických zvláštností jednotlivých věkových kategorií a podporují aktivní práci dětí.

Otázka je zda do boje proti kouření a s tím spojených nemocí nezapojit i screeningová vyšetření. Jako nejvhodnější se jeví funkční vyšetření plic a ze zobrazovacích metod-rtg srdce a plic protože další metody (koronarografie, bronchoskopie apod.) jsou velice nákladné a invazivní pro pacienta.

4. Cíle výzkumu a hypotézy

Kouření je v 21.století stále diskutovanější téma. Speciálně pak ve spojení s legislativou. O nepříznivém vlivu na zdraví člověka se všeobecně ví a dokola se o tom informuje veřejnost. Odborníci se snaží působit na děti a mládež.

Hlavním cílem tohoto výzkumu je potvrdit předem stanovené hypotézy týkající se právě dopadu kouření na zdraví člověka. Nezaměřuji se na úzkou skupinu kuřáků aktivních, ale v dotazníku jsou i otázky pro lidi ohrožené pasivním kouřením a genetickou zátěží.

Hypotézy

Při stanovování hypotéz jsem vycházela z výsledků získaných z předchozích průzkumů odborníků :

- v roce 1993 proběhla studie agentury EPA(Enviromental protection agency-www.epa.gov týkající se dopadu pasivního kouření na zdraví člověka
- výsledky výzkumu WHO věnující se počtu umrtí na následky kouření uveřejněné v roce 2008
- data výzkumníků z Harvardské univerzity v Bostonu z roku 2000. Výzkum byl zaměřen na zjištění počtu umrtí na následky kouření. Dalším cílem bylo zjistit podíl mužů a žen z celkového počtu zemřelých

Celkem jsem si určila 5 hypotéz na jejichž základě jsem konstruovala dotazník.

- 90% lidí s bronchogenním karcinomem kouří nebo kouřilo
- U osob s bronchogenním karcinomem se více uplatňuje kouření cigaret než kouření doutníků nebo dýmky
- U osob s bronchogenním karcinomem se vyskytuje toto onemocnění v první příbuzenské linii
- Osoby s bronchogenním karcinomem upřednostňují cigarety s označením classic
- 30% lidí s bronchogenním karcinomem jsou pasivní kuřáci

5. Metodika výzkumu-výběr souboru a organizace sběru dat

Dotazník

Pro tento výzkum jsem zvolila formu dotazníku vlastní konstrukce protože mi připadala jako nejvhodnější řešení.

V úvodu dotazníku respondentům představuji sebe a téma výzkumu, dále prosím o vyplnění, zaručuji anonymitu a použití dat pouze pro mou bakalářskou práci.

Další část obsahuje nečíslované otázky zaměřené na zjištění pohlaví, věku, vzdělání a vykonávané profese. Všechny tyto otázky nemají nabízené možnosti odpovědi.

Další, hlavní část, je věnována číslovaným otázkám saturující jednotlivé hypotézy stanovené na počátku celého výzkumu. Všechny tyto otázky mají nabízené možnosti. Otázka č.1, 5 a 6 obsahují pět nabízených možností, otázky č.4 a 7 mají čtyři možné odpovědi, otázky č. 2 a 3 obsahují jen dvě možnosti. Otázka č.8 má dvě možné odpovědi kdy u možnosti a) má pacient prostor pro bližší specifikaci.

Pouze dvě otázky (č. 4 a 7) obsahují možnost vícečetné odpovědi.

Nakonec jsem nechala prostor pro názory respondentů a mé poděkování,

Organizace výzkumu

Před rozdělením dotazníku většímu počtu pacientů jsem předala vzorek 5 lidem. 2 zdravotním sestřím, 1 lékaři a 2 pacientům. Nechala jsem je si dokument pročíst a vyplnit. Při vybírání jsem se dotazovala na názor každého zúčastněného týkající se srozumitelnosti otázek, časové náročnosti a názorů na případné zlepšení. Nesetkala jsem se s kritikou ani doplňujícími otázkami proto jsem se domluvila s vrchní sestrou na pneumologické klinice fakultní Thomayerovi nemocnice na osobním setkání při kterém jsem jí vysvětlila čeho se výzkum týká, kterým pacientům má dotazníky předat, zodpověděla veškeré její otázky a poté předala 50 dotazníků.

Domluvily jsem se, že měsíc je dostatek času na získání všech dokumentů zpátky. Návratnost byla velmi malá - pouhých 33 dotazníků. Nevím bohužel, zda se tak stalo z důvodu nespolupráce zdravotních sester a nebo nezájmu pacientů. Je to pro mě podnět k tomu, abych při další výzkumné práci dotazníky předávala a vybírala osobně.

Spracování dat

Zjištěné výsledky byly statisticky zpracovány do tabulek a grafů pomocí programu Open office excel.

V tabulkách je zanesen rozsah výběru značený *ni* a jeho procentuální vyjádření *fi*[%].

Výzkumný vzorek

Hlavním kritériem při výběru výzkumného vzorku respondentů byla diagnóza - bronchogenní karcinom. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků v období 25.2-24.3.2008. Návratnost byla 33 vyplněných dotazníků, 22 z nich vyplnili muži a 11 respondentů bylo ženského pohlaví, které jsem použila ke zpracování (tabulka č.1) Nejvyšší počet nemocných (17 respondentů) bylo starší než 60 let. 7 respondentů se pohybovalo ve věkovém rozmezí 51-60 let, 4 respondenti byli ve věku 41-50 let, 3 respondenti ve věku 31-40 let a 2 ve věku 20-30 let. (tabulka č.2)

4 účastníci výzkumu dosáhli pouze základního vzdělání, 5 respondentů získalo výuční list, 17 středoškolské vzdělání a 7 vysokoškolské (tabulka č.3)

Na konci dotazníku jsem nechala prostor pro komentáře, kam vyléčení kuřáci poznamenali jak dlouho abstinuují, kolik cigaret dříve kouřili a jak dlouho.

5 z celkového počtu respondentů jsou vyléčení kuřáci (tabulka č.4)

Tabulka č.1 *Podíl mužů a žen z celkového počtu respondentů*

Kategorie-pohlaví	ni	fi[%]
Mužské	22	66,66
Ženské	11	33,33
Celkem	33	100

Tabulka č.2 *Věkové rozmezí respondentů*

Kategorie-věk	ni	fi[%]
20-30 let	2	6,06
31-40 let	3	9,09
41-50 let	4	12,12
51-60 let	7	21,21
60 a více let	17	51,51
Celkem	33	100

Tabulka č.3 *Vzdělání výzkumného vzorku*

Kategorie-vzdělání	ni	fi[%]
Základní	4	12,12
Střední vzdělání s výučním listem	5	15,15
Střední vzdělání s maturitou	17	51,51
Vysokoškolské	7	21,21
Celkem	33	100

Tabulka č.4 *Počet vyléčených kuřáků*

Kategorie-vyléčení kuřáci	ni	fi[%]
Délka abstinence		
0-10 let	1	20
11-20 let	1	20
21-30 let	3	60
Celkem	5	100

6. Analýza dat

6.1. Otázka č.1 „Jak často se pohybujete v zakouřených prostorech (restaurace, kavárny, bary, pivnice, pracoviště aj.)?“

Saturuje hypotézu týkající se škodlivosti pasivního kouření. Na tuto otázku odpovídalo všech 33 respondentů. Na výběr měli z 5 možností:

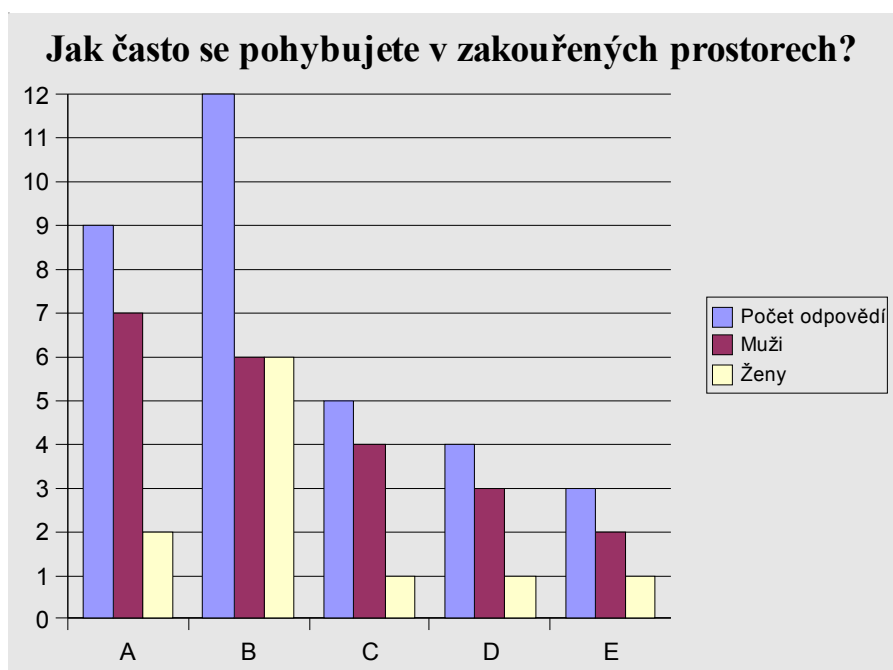
- A) nikdy
- B) 1-4krát měsíčně
- C) 2-3krát týdně
- D) 4-6krát týdně
- E) denně

9 z respondentů odpovědělo, že se nikdy nepohybují v prostředí kde se kouří, 12 lidí zaškrtnulo možnost 1-4krát měsíčně, 5 zúčastněných navštěvuje zakouřené prostory 2-3krát týdně, 4 respondenti 4-6krát týdně a pouze 3 se pohybují v kuřáckém prostředí denně (tabulka č.5)

	ni	fi[%]
Nikdy	9	27,27
1-4krát týdně	12	36,36
2-3krát týdně	5	15,15
4-6krát týdně	4	12,12
Denně	3	9,09
Celkem	33	100

V tabulce č.5 je patrné, že 72,73% respondentů jsou pasivními kuřáky tzn., že tráví čas v zakouřených prostorech. Z toho 36,36% 1-4krát měsíčně, 15,15% 2-3krát týdně, 12,12% 4-6krát týdně a 9,09% denně.

Graf č.1 Podíl mužů a žen pohybujících se v zakouřených prostorech



Výsledky ukazují, že 72 % respondentů tráví čas v zakouřených prostorech několikrát týdně. Naopak 6 mužů a 6 žen se pohybuje v zakouřených prostorech 1-4krát měsíčně. Častěji, konkrétně 2-3krát týdně navštěvují kuřácké prostředí 4 muži a pouze 1 žena. 4-6 krát týdně pobývají ve společné místnosti s kuřáky 3 muži a 1 žena. Denně poškozují své zdraví pasivním kouřením 2 muži a 1 žena. 7 mužů a 2 ženy, kteří se zúčastnili výzkumu nejsou pasivními kuřáky.

domácnosti?

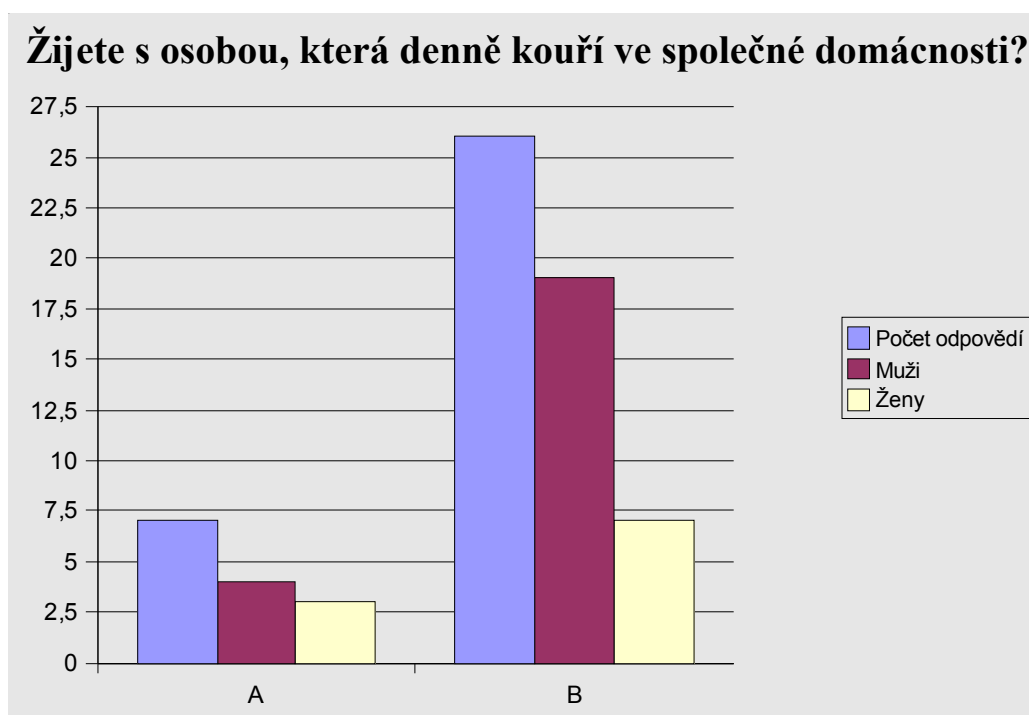
Taktéž saturuje hypotézu týkající se pasivního kouření. Vzhledem k tomu, že na otázku bylo možné odpovědět pouze ANO nebo NE odpovídali všichni účastníci výzkumu. 7 z respondentů odpovědělo kladně a 26 z nich záporně (tabulka č.6)

Tabulka č.6 Počet lidí žijících ve společné domácnosti s kuřákem

	ni	fi[%]
Ano	7	21,21
Ne	26	78,78
Celkem	33	100

Procentuální vyjádření nám ukazuje, že 78,78% respondentů nežije ve společné domácnosti s kuřákem, naproti tomu 21,21% lidí ano.

Graf č.2 Ukazuje kolik mužských a ženských respondentů žije či nežije ve společné domácnosti s osobou, která denně kouří



Graf č.2 ukazuje, že 4 muži a 3 ženy spolužijí s kuřákem, naproti tomu 19 mužů a pouze 7 žen nežije ve společné domácnosti s kuřákem.

6.3 Otázka č.3: Jste aktivní kuřák?

Je otázka zjišťující zda je hypotéza: „90% lidí s bronchogenním karcinomem

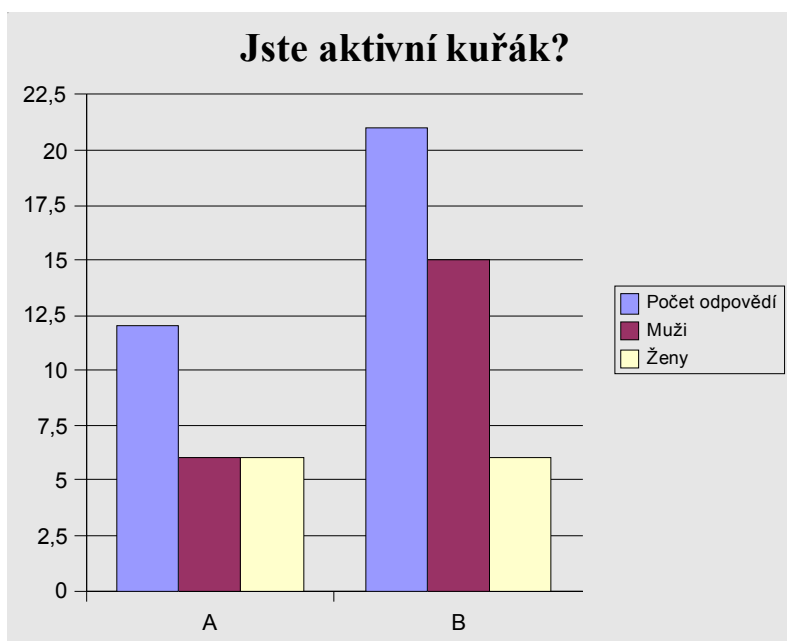
kouří nebo kouřilo“ pravdivé. I u této otázky bylo možné odpovědět pouze ANO nebo NE. 12 z respondentů odpovědělo, že jsou aktivními kuřáky a 21 popíralo, že by v současné době kouřili (tabulka č.7). 5 ze současných nekuřáků přiznalo, v místě určené pro komentáře, že v minulosti byli aktivními kuřáky (tabulka č.8). 4 z nich byli muži a 1 žena.

Tabulka č.7 *Počet kuřáků a nekuřáků ve výzkumném vzorku*

	ni	fi[%]
Ano	12	36,36
Ne	21	63,63
Celkem	33	100

Tabulka č.7 ukazuje, že pouze 36,36% z výzkumného vzorku jsou aktivní kuřáci. Celých 63,63% respondentů nikotinismus negovalo.

Graf č.3 *Podíl mužů a žen jakožto aktivních kuřáků a nekuřáků*



Graf č.3 znázorňuje, že z celkové počtu 12 kuřáků účastnících se výzkumu bylo 6 mužů a stejný počet žen aktivních kuřáků. Ve zbylém počtu 21 respondentů nekuřáků (popř.vyléčených kuřáků) bylo zastoupeno 15 mužů a pouze 6 žen.

Tabulka č.8 *Vyléčení kuřáci*

Kategorie-vyléčení kuřáci	ni	fi[%]
Délka abstinence		
0-10 let	1	20
11-20 let	1	20
21-30 let	3	60
Celkem	5	100

6.4 Otázka č.4: Co kouříte?

Zjišťuje které kuřivo lidé preferují. Je to první otázka kde měli respondenti možnost vícečetné odpovědi.

A) cigarety

B) doutníky

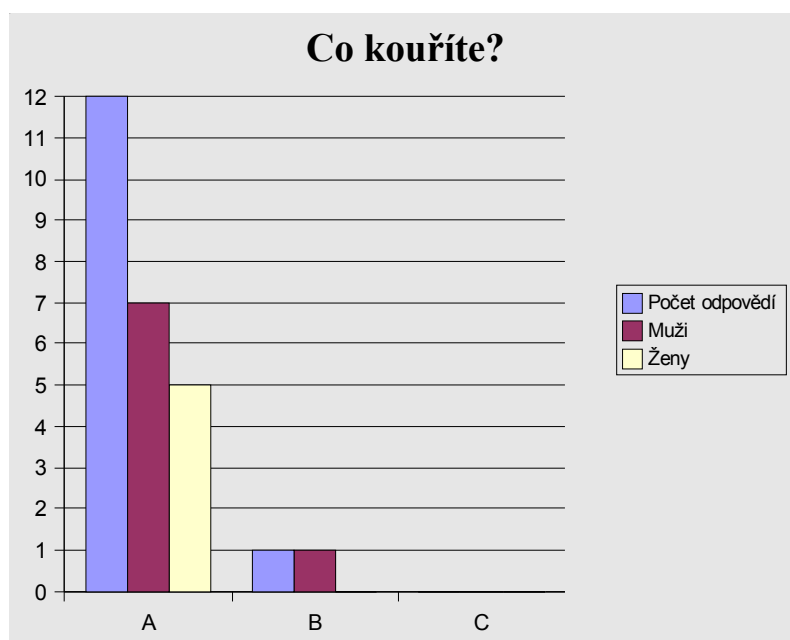
C) dýmka

Z celkového počtu aktivních kuřáků všech 12 lidí odpovědělo, že kouří cigarety a jeden muž přiznal i kouření doutníků (tabulka č.9)

Tabulka č.9 *Kuřáky preferované kuřivo*

	ni	fi[%]
Cigarety	12	100
Doutníky	1	8,33
Dýmka	0	0
Celkem	13	100

U osob s bronchogenním karcinomem se více uplatňuje kouření cigaret než kouření doutníků nebo dýmky. Všech 12 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli, že jsou aktivními kuřáky kouří cigarety. Pouze jeden muž (=8,33%) kouří cigarety i doutníky.



Z grafu č.4 je patrné, že 7 mužů a 5 žen z celkového počtu 12 aktivních kuřáků preferuje cigarety. Pouze jeden muž uvedl, že je aktivním kuřákem jak cigaret, tak i doutníků. Žádný z respondentů neuvěděl, že by kouřil dýmku.

6.5 Otázka č.5: Kolik cigaret denně vykouříte?

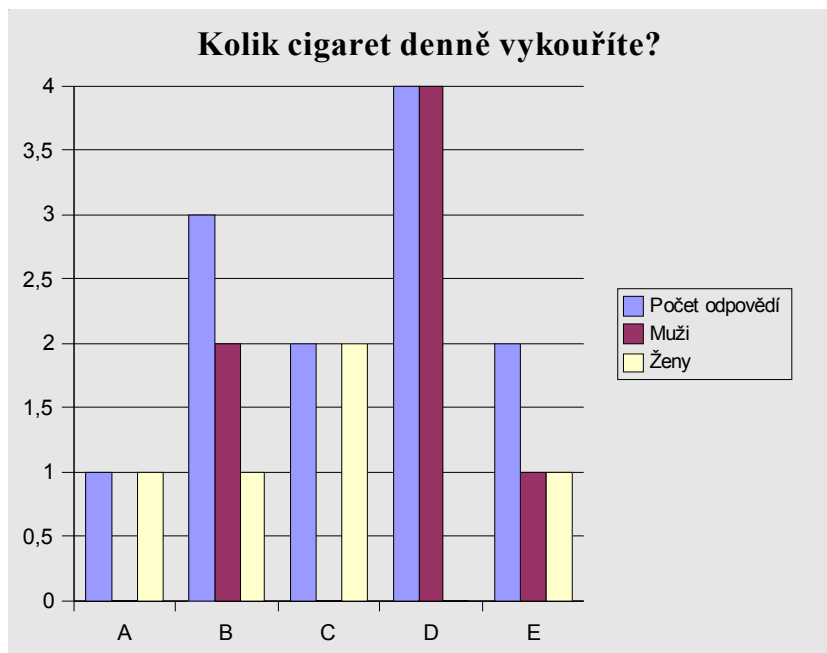
Tato otázka se skládá z pěti nabízených možností:

- A) do 5 cigaret denně
- B) 6-10 cigaret denně
- C) 11-20 cigaret denně
- D) 21-30 cigaret denně
- E) 31 a více cigaret denně

V tabulce č.10 vidíme, že jeden z účastníků výzkumu kouří maximálně 5 cigaret denně, 3 zvolili možnost B, 2 kuřáci přiznali, že kouří 11-20 cigaret denně. Největší skupina (4 respondenti) užijí v průběhu dne 21-30 cigaret. Pouze 2 respondenti kouří více než 31 cigaret za den.

	ni	fi[%]
do 5 cigaret	1	8,33
6-10 cigaret	3	25
11-20 cigaret	2	16,67
21-30 cigaret	4	33,33
více než 30 cigaret	2	16,67
Celkem	12	100

Graf č.5 *Udává kolik cigaret denně vykouří muži a ženy aktivní kuřáci, účastníci se výzkumu*



Z grafu č. 5 lze vyčíst, že jediný z respondentů, který odpověděl, že kouří maximálně 5 cigaret denně, je žena. 2 muži a opět jedna žena přiznali užívání 6-10 cigaret denně. 11-20 cigaret denně si dopřejou 2 ženy, které se zúčastnily výzkumu. 20-29 cigaret je denní dávka 4 respondentů mužského pohlaví. Poslední odpověď (více než 30 cigaret denně) při vyplňování dotazníku zvolil jeden muž a jedna žena.

6.6. Otázka č.6: Jak dlouho kouříte?

Zjišťuji délku závislosti jednotlivých respondentů.

Z nabízených možností vybral 1 respondent odpověď A) 1-5 let, žádný z pacientů

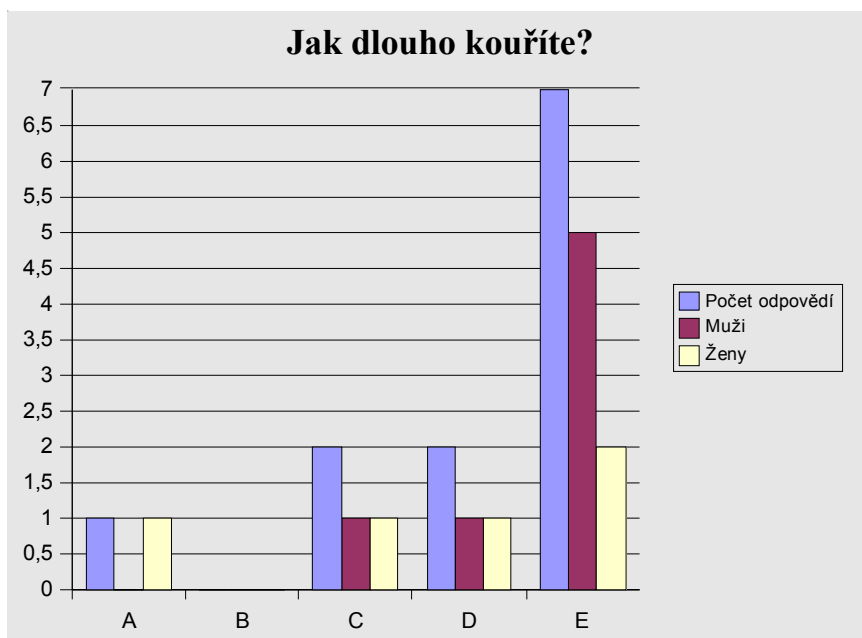
neodpověděl B) 6-10 let, pouze 2 lidé kouří 11-20 let (odpověď C), stejný počet lidí kouří 21-30 let (možnost D), největší skupina z respondentů-7 lidí-kouří 31 a

více let (odpověď E). Tabulka č.11

Tabulka č.11 *Délka návyku na cigaretách*

	ni	fi[%]
1-5 let	1	8,33
6-10 let	0	0
11-20 let	2	16,67
21-30 let	2	16,67
31 a více let	7	58,33
Celkem	12	100

Graf č.6 *Zastoupení mužů a žen odpovídajících na otázku „Jak dlouho kouříte“*



Na grafu č.6 je vidět, že nejkratší dobu 1-5 let kouří pouze 1 žena, v rozmezí 6-10 let se nepohybuje žádný respondent, 1 muž a 1 žena kouří 11-20 let, stejný počet i poměr respondentů kouří 21-30 let, největší počet z výzkumného vzorku (5 mužů a 2 ženy) kouří 31 let nebo déle.

6.7 Otázka č.7: Jaké cigarety kouříte?

Saturuje hypotézu týkající se cigaret s označením classic, light a extra light (hypotéza zní „Osoby s bronchogenním karcinomem upřednostňují cigarety s

označením classic“)

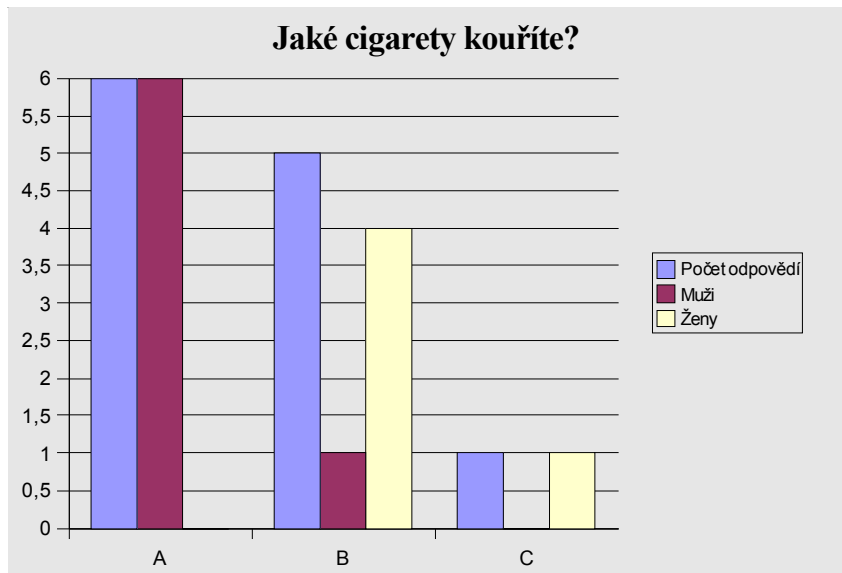
50% respondentů (6 osob) kouří cigarety s označením classic (možnost A), 5 cigarety light a pouze 1 respondent preferuje cigarety extra light (tabulka č.12)

Tabulka č.12 *Respondenty upřednostňovaný druh cigaret*

	ni	fi[%]
Classic	6	50
Light	5	41,67
Extra light	1	8,33
Celkem	12	100

Graf č. 7 ukazuje že všech 6 respondentů, kteří zvolili možnost A-cigarety classic, jsou mužského pohlaví, odpověď B-cigarety light kouří pouze 1 muž a 4 ženy, poslední nabízenou možnost, C zvolila jen 1 žena z celkového počtu 12 respondentů

Graf č. 7 *Zastoupení mužů a žen kouřících cigarety classic, light a extra light*



6.8 Otázka č.8: **Byl zjištěn bronchogenní karcinom (BGC) u některého z členů vaší rodiny?“**

Jediná otázka, u které bylo možné rozšířit jednu z odpovědí o bližší informace. Na tuto dotazníkovou položku bylo možné odpovědět pouze ANO nebo NE

U první odpovědi jsem prosila respondenty, aby v případě, že ji zvolí, uvedli příbuzenský vztah s nemocným. Na tuto poslední otázku odpovídalo všech 33 respondentů-kuřáků i nekuřáků

Pouze 3 lidé z výzkumného vzorku jsou si vědomi toho, že mají v rodinné anamnéze bronchogenní karcinom (tabulka č.13). Ve všech případech onemocněním trpěl otec respondenta-tabulka č. 14

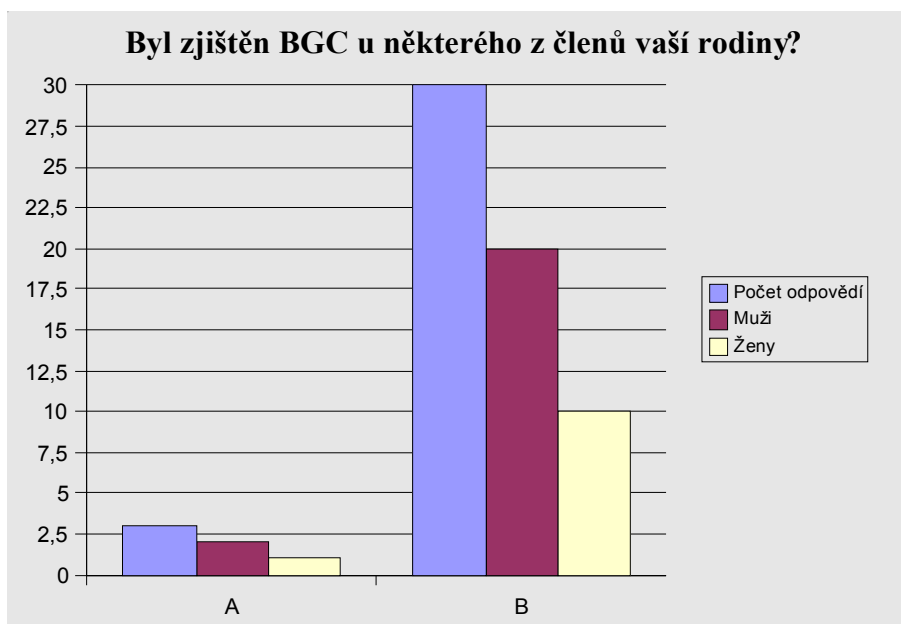
Tabulka č.13 *Počet výskytu bronchogenního karcinomu(BGC) v rodině respondentů*

	ni	fi[%]
Ano	3	9,09
Ne	30	90,91
Celkem	33	100

Tabulka č.14 *Výskyt bronchogenního karcinomu (BGC) v rodině respondentů*

Kategorie-nemocní příbuzní	ni	fi[%]
Otec	3	100
Matka	0	0
Jiný	0	0
Celkem	3	100

Na grafu č.8 můžeme vidět, že 2 muži a 1 žena mají v rodinné anamnéze přítomný bronchogenní karcinom. Zbytek respondentů (20 mužů a 10 žen) odpovědělo negativně-tzn.nemají nebo nevědí o tom, že by se vyskytlo toto onemocnění u některého z členů jejich rodiny.



7. Diskuze

I přes to, že tento výzkum probíhal pouze jeden měsíc a zúčastnilo se ho 33

respondentů, potvrdil, že kouření je stále velkým problémem. Je smutné, že čísla získaná ve výzkumech proběhlých v minulých letech se opakovaně potvrzují. Jak je vidět v konečném zhodnocení tak se **nepotvrdila** pouze první hypotéza, která zní: „90% lidí s bronchogenním karcinomem kouří nebo kouřilo“ Ve výzkumném vzorku 33 lidí se vyskytlo pouze 12 aktivních kuřáků a 5 osob, které mi do míst pro komentáře napsali, že v minulosti aktivními kuřáky byli. Otázka je zda ve výzkumném vzorku nebyli vyléčení kuřáci, kteří nepovažovali za důležité svůj nikotinusmus v minulosti přiznat, proto by bylo vhodné při opakování tohoto výzkumu doplnit dotazník buď o otázky zaměřující se na vyléčené kuřáky a nebo o rozhovor s pacientem.

Hypotéza druhá „U osob s bronchogenním karcinomem se více uplatňuje kouření cigaret než kouření doutníků nebo dýmky“ se **potvrdila** neboť 100% z 12 aktivních kuřáků kouří cigarety. Jeden muž zároveň uvedl, že je aktivním kuřákem nejenom cigaret, ale i doutníků.

Třetí hypotéza „U osob s bronchogenním karcinomem se vyskytuje toto onemocnění v první příbuzenské linii“ se **potvrdila**. 3 osoby z celkového počtu respondentů si je vědoma toho, že se v jejich rodině vyskytuje bronchogenní karcinom. Ve všech případech tímto onemocněním trpěl otec respondenta. Zajímavé je zjištění, že všichni 3 účastníci výzkumu, kteří jsou si vědomi toho, že je jejich rodinná anamnéza zatížena bronchogenním karcinomem, jsou aktivními kuřáky.

Hypotéza „Osoby s bronchogenním karcinomem upřednostňují cigarety s označením classic“ se taktéž **potvrdila**. 50% tzn.6 respondentů jsou aktivními kuřáky cigaret s označením classic. 5 kuřáků udalo, že preferuje cigarety light a pouze jedna osoba cigarety extra light.

Je fakt, že cigarety light mají menší obsah dehtu, ale neznámá to, že jsou méně nebezpečné. Jak už bylo v úvodu řečeno v cigaretovém kouři je více než 5000 látek a nejméně 60 z nich je karcinogenních. Tyto látky vznikají hořením tabáku.

Fakt, že 50% z 12 aktivních kuřáků preferuje cigarety classic může být dán tím, že 7 aktivních kuřáků bylo starších 51 roku, tudíž začínali kouřit v době kdy cigarety light neexistovaly.

Hypotéza „30% lidí s bronchogenním karcinomem jsou pasivní kuřáci“ se **potvrdila** protože 72,73% respondentů přiznalo, že se pohybují v zakouřených prostorech, navíc 7 osob (21,21%) udalo soužití s aktivním kuřákem ve společné

domácnosti.

Při pohledu na celkové výsledky mohu konstatovat, že kouření je opravdu veliký problém zasahující negativně do životů nejenom lidí, kteří se dobrovolně rozhodli, že budou své zdraví ničit kouřením, ale i lidí zdravých pohybujících se v jejich okolí.

Proč to tak ale je? Proč si lidé stále chtějí tímto zlozvykem ničit život? V současné době jsou nám varovná čísla snadno dostupná jak v médiích tak i na internetu. Mezinárodní nekuřácký den, který se koná 31.května, je viditelně propagován a doprovázen akcemi při, kterých je veřejnost informována o aktuálních poznatcích a statistikách.

Ignorujeme je záměrně a nebo máme mylný pocit, že nás se to přece netýká?

Závěr

Tento výzkum zabývající se souvislostí mezi kouřením a bronchogenním

karcinomem by si jistě zasloužil více času a širší spektrum respondentů protože celkový počet respondentů byl pouze 33, navíc většina (22) z nich byla mužského pohlaví. Věkově byl výzkumný vzorek rozmanitý, 17 respondentů bylo starších 60 let a zbytek(16) se pohyboval věkově mezi 20-60 lety.

Co se týče vzdělání, tak největší skupinu tvořili středoškoláci, kteří ukončili své vzdělání maturitou, 4 z respondentů dosáhli pouze základního vzdělání, 5 středoškolského vzdělání s výučním listem a 7 pacientů účastnících se výzkumu bylo vysokoškolsky vzděláno.

5 respondentů-nekuřáků rozšířilo dotazník, v místě určeném pro komentáře, o informace o jejich nikotinismu v minulosti. Nejdelší dobu (21-30 let) abstinují 3 respondenti, naopak méně než 10 let se řadí mezi nekuřáky jen 1 respondent, mezi 11-20 lety abstinuje taktéž jeden respondent.

Z celkového počtu 5 hypotéz, které jsem si na začátku výzkumu stanovila, se jedna hypotéza nepotvrdila a 4 potvrdily. Výsledky ukazují, že 12 z 33 respondentů jsou aktivními kuřáky, ukázalo se, že aktivní kuřáci skutečně upřednostňují cigarety před doutníky a dýmky. Navíc 50% z 12 aktivních kuřáků preferuje cigarety s označením classic.

72,73% z výzkumného vzorku přiznalo, že se pohybují v zakouřených prostorech a potvrzují tak hypotézu „30% lidí s bronchogenním karcinomem jsou pasivní kuřáci“

Vzhledem k tomu, že jsem při tvorbě hypotéz vycházela z čísel, která byla získána v předchozích výzkumech, ukazuje se, že i přes veškeré kampaně a snahy odborníků se prozatím nic nezměnilo.

Přílohy

Příloha č.1 : Dotazník vlastní konstrukce

Vážená paní, vážený pane,

dostává se Vám do rukou dotazník, který je součástí mé bakalářské práce, který se zabývá kouřením-jedním z faktorů příčiny vzniku bronchogenního karcinomu.

Předem děkuji za ochotu, upřímnost a čas, který věnujete vyplňování tohoto dotazníku. Veškeré vyplněné údaje budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Alena Pacanová

Bakalářský obor ošetrovatelství 1. lékařská fakulta UK v Praze

Osobní údaje

Pohlaví:

Věk:

Vzdělání:

Zaměstnání (profese):

1. Jak často se pohybujete v zakouřených prostorech (restaurace, kavárny, bary, pivnice, pracoviště aj.)?

- a) nikdy
- b) 1-4krát měsíčně
- c) 2-3krát týdně
- d) 4-6krát týdně
- e) denně

2. Žijete s osobou, která denně kouří ve vaší společné domácnosti?

- a) ano
- b) ne

3. Jste aktivní kuřák?

- a) ano

b) ne

4. Co kouříte?

a) cigarety

b) doutníky

c) dýmku

5. Kolik cigaret denně vykouříte?

a) do 5 cigaret

b) 6-10 cigaret

c) 11-20 cigaret

d) 21-29 cigaret

e) více než 30 cigaret

6. Jak dlouho kouříte?

a) 1-5 let

b) 6-10

c) 11-20

d) 21-30

e) 31 a více

7. Jaké cigarety kouříte?

a) classic

b) light

c) extra light

8. Byl zjištěn bronchogenní karcinom u některého z členů vaší rodiny?

a) ano- doplňte u koho (příbuzenský vztah)

.....

b) ne

Komentáře

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Děkuji za spolupráci

S úctou

Alena Pacanová

Prohlášení:

Prohlašuji, že předkládanou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně.
Vycházela jsem přitom ze svých znalostí, odborných konzultací a literatury
uvedené v seznamu.

.....
Alena Pacanová

V Praze dne 14.5.2008

Poděkování:

Mé poděkování patří především Mgr. Evě Markové za cenné rady, podněty a čas, který mi ochotně věnovala v průběhu celé přípravy této bakalářské práce.

Další dík patří MUDr. Vladislavu Hytychovi za poskytnutí odborných materiálů a v neposlední řadě všem pacientům, kteří byli ochotni se výzkumu zúčastnit.