

ENCUESTA DE INCIDENCIA SOBRE EL HÁBITO DE FUMAR

La dirección del Complejo Hospitalario de Albacete, siguiendo las recomendaciones del INSALUD para la modificación del hábito de fumar entre los trabajadores del hospital, y en colaboración con la Asociación Española contra el Cáncer, y su programa "Hospitales sin Tabaco", ha creado un grupo de trabajo para el estudio del tabaquismo. El siguiente cuestionario ha sido diseñado por este grupo de trabajo y pretende conocer cuál es la incidencia del hábito de fumar en nuestro hospital, para así orientar futuras medidas.

Por favor, rellene la siguiente encuesta y envíela en mano o por correo interno al REGISTRO GENERAL, Entreplanta del Hospital General. **Los datos de la encuesta son anónimos. Tanto su contenido como los resultados serán tratados con la máxima confidencialidad.**

Edad años

Sexo Varón

Mujer

1) Categoría Profesional: (ponga sólo una cruz donde proceda)

Facultativo

Enfermería

Auxiliar

Técnico de laboratorio, rayos y anatomía patológica

Limpiadora

Celador

Administrativo

Técnico Superior

Mantenimiento

Otros

2) ¿Cuál es la especialidad o servicio en el que trabaja?

3) Nivel de estudios: (ponga sólo una cruz donde proceda)

Sin Estudios

Estudios Primarios

Estudios Secundarios

Estudios Universitarios

Otros

4) ¿Cuántos años ha trabajado en el Sistema Sanitario?años

5) ¿Es o ha sido usted fumador/a?

Si

No

ATENCION:

En el caso de ser NO FUMADOR pase a la pregunta 40. Si es FUMADOR o HA SIDO FUMADOR continúe contestando.

Fuma diariamente.

Fuma ocasionalmente

No fuma pero ha fumado diariamente.

No fuma pero ha fumado ocasionalmente.

6) ¿A qué edad aproximada comenzaron sus primeros contactos con el tabaco?..... años

7) Edad en la que comenzó a fumar regularmente.....años

8) ¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba diariamente? cigarrillos

9) ¿Qué tipo de tabaco fuma o fumaba habitualmente?

- Negro Marca:.....
 Rubio

10) ¿Es o era fumador de pipa? Si No ¿Cuántas fuma o fumaba al día?...pipas.

11) ¿Es o era fumador de puros? Si No ¿Cuántos fuma o fumaba al día?...puros

12) ¿Piensa que el tabaco perjudica la salud del fumador? Si No

13) ¿Siente que el tabaco ha perjudicado su salud? Si No

14) ¿De qué manera le ha perjudicado?

- Cansancio
 Tos
 Trastornos
 Problemas de garganta
 Otros

15) ¿Piensa que el humo del tabaco perjudica la salud del no fumador?
 Si No

16) ¿Cuándo alguien le sugiere que no fume, fuma o fumaba en su presencia?
 Si No

17) ¿Pregunta o preguntaba a los no fumadores si les molesta que fume, antes de encender el cigarrillo?
 Si No

18) ¿Apaga o apagaba su cigarrillo cuando ve una señal de “Prohibido Fumar”?
 Si No

**SI HA DEJADO DE FUMAR,
por favor , continúe. SI SIGUE FUMANDO pase a la pregunta 21 y siguientes**

19) ¿A qué edad dejó de fumar? A losaños.

20) ¿Por qué dejó de fumar? (Señale tantas opciones como crea necesarias)

- Aumentó mi preocupación por el peligro del tabaco.
- Dar buen ejemplo a los compañeros, pacientes y/o familia.
- Noté molestias o síntomas relacionados con el tabaco .
- Consejo Médico.
- Presiones de familiares o amigos.
- Otros..... (indique cuáles).

**SI FUMA DIARIAMENTE U OCASIONALMENTE
conteste a las siguientes preguntas. Si YA NO FUMA pase a la pregunta 40 y
siguientes.**

21) ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- 10 ó menos .
- De 11 a 20
- De 21 a 30
- 31 o más.

22) ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?

- Menos de 5 minutos.
- De 31 a 60 minutos.
- De 6 a 30 minutos.
- Más de 60 minutos.

23) ¿Fuma más durante la mañana que durante el resto del día? Si No

24) ¿Tiene dificultad para NO fumar donde está prohibido? Si No

25) ¿Fuma cuando está enfermo? Si No

26) ¿Qué cigarrillo le produce más satisfacción? El primero del día
 Otros

27) ¿Ha intentado dejar de fumar alguna vez? Si No

28) ¿Cuántas veces ha intentado dejar de fumar?veces

29) La última vez que se propuso dejar de fumar, ¿cuánto tiempo estuvo sin hacerlo?

- Días
- Semanas
- Meses
- Años

30) ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que dejó de fumar?..... años

31) ¿Por qué cree que intentó dejar de fumar? (elija todas las que considere oportunas)

- Aumentó mi preocupación por el peligro del tabaco.
- Noté molestias o síntomas relacionados con el tabaco.
- Dar buen ejemplo a los pacientes y/o familia.
- Presiones de familiares o amigos, compañeros,
- Consejo Médico
- Propia voluntad
- Otros(indique cuáles)

32) ¿Por qué cree que volvió a fumar otra vez? (elija todas las que considere oportunas)

- Dificultad para controlar los deseos de fumar
- Ganancia de peso
- Situaciones sociales (fiestas, reuniones
- Estar rodeado de otros fumadores,...)
- Situaciones estresantes (accidentes, muerte familiar, separación,...)
- Otro: especifique cuáles.....

33) ¿Piensa o ha pensado dejar de fumar en los próximos 6 meses? Si No

34) ¿Piensa o ha pensado dejar de fumar en el próximo mes? Si No

**SI PIENSA DEJAR DE FUMAR EN LOS PROXIMOS SEIS MESES
conteste a las siguientes preguntas. SI NO LO PIENSA pase a la 38 y siguientes**

35) ¿Hace más de 2 años que intenta dejar de fumar? Si No

36) De las siguientes situaciones indique en cuál o cuáles usted fuma habitualmente:

- Cuando está solo y se siente deprimido
- Cuando está nervioso
- Con amigos en una fiesta
- Con su pareja o amigo íntimo que fuma
- En su trabajo cuando está experimentando alguna presión
- En un Bar, Pub o lugar público tomando una bebida
- Cuando se despierta cada mañana cara a un nuevo día en su actividad
- Cuando está aburrido y no tiene nada que hacer
- Cuando está feliz y en plan festivo
- Cuando ve que está ganando peso
- Cuando podría sufrir una crisis emocional

37) Por qué cree que quiere dejar de fumar?

- Aumento mi preocupación o por el peligro del tabaco síntomas
- Noté molestias relacionadas con el tabaco
- Dar buen ejemplo a los compañeros, amigos
- Presiones de familiares o pacientes y/o familia
- Propia voluntad
- Consejo Médico
- Otros

38) ¿Cree usted que necesita ayuda para dejar de fumar? Si No

39) ¿Estaría dispuesto a seguir algún tipo de plan o consejos para dejar de fumar? Si No

40) ¿Cree que en el hospital, el personal y los compañeros están sensibilizados por el problema o los efectos adversos del tabaco? Si No

41) ¿Considera que el hábito de fumar es un problema a tener en cuenta en el funcionamiento habitual del hospital?

Si

No

42) ¿Le parecería bien que en su centro de trabajo se decidiera la limitación de zonas para el consumo de tabaco? Si No

43) En caso afirmativo usted optaría por:

- Restricción Parcial (limitación del consumo de tabaco en algunas áreas del centro de trabajo)
- Restricción Total (Restricción del consumo en todas las áreas del centro de trabajo menos en una zona habilitada para tal fin)

44) Si ha elegido restricción parcial :¿Qué zonas elegiría para la limitación?

- Si No Recepción
- Si No Pasillos
- Si No Cafetería
- Si No Despachos individuales
- Si No Ascensores
- Si No Comedor
- Si No Aseos
- Si No Lugares de trabajo comunes

¡GRACIAS POR SU COLABORACION!