

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Prevalence kouření u studentů ZSF JU

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
MUDr. Květoslava Kotrbová, Ph. D.

Autor:
Klára Slavičková

2009

ABSTRAKT

Prevalence kouření u studentů ZSF JU.

Kouření se stává velkým problémem nejen v České republice, ale ve všech vyspělých zemích světa. Jedná se tedy o celosvětovou pandemii, proti které je třeba zavést účinná opatření. Přesto, že prevalence kouření klesá u mužů i žen středního věku, naopak narůstá u obou pohlaví v mladších věkových skupinách. Obzvláště velkým problémem je jak příležitostné, tak pravidelné kuřáctví dětí již od desátého roku věku. Právě to zvyšuje význam prevence kouření. Velkou roli zde hraje výchova ke zdravému životnímu stylu, na které by se měla podílet jak rodina, tak školský vzdělávací systém.

U kuřáků se zvyšuje riziko onemocnění dýchacího a kardiovaskulárního ústrojí a mají vyšší sklon ke vzniku nádorových onemocnění než nekuřáci. Tím nejzávažnějším onemocněním je bronchogenní karcinom.

Bakalářská práce byla zpracována kvantitativním způsobem za využití dotazníků. Výzkumný soubor byl tvořen studenty prezenčního studia ZSF JU. Hlavním cílem mé práce bylo zmapovat výskyt kouření u studentů vybraných oborů fakulty.

Pro výzkum jsem stanovila tři hypotézy. Hypotéza č. 1, studenti ZSF JU závislí na nikotinu jsou nespokojeni se svou závislostí, se potvrdila. Hypotéza č. 2, ve zkoumaném vzorku studentů převažují kuřáci nad nekuřáky, tato hypotéza se nepotvrdila. Hypotéza, že studenti nemají pocit nedostatku informací o škodlivosti kouření se potvrdila.

Výzkumem jsem dále došla k závěru, že 41,1% žen a 40% mužů trpí střední závislostí na nikotinu.

Tato bakalářská práce by měla sloužit jako informační zdroj pro studenty nebo profesory na ZSF JU a dále by mohla být motivem pro zřízení fakultní protikuřácké poradny.

Smoking prevalence in students of the Faculty of Health and Social Studies, the
University of South Bohemia.

Smoking is becoming a huge problem not only in the Czech Republic but in all developed countries of the world. It is thus worldwide pandemics, which is necessary to take precautions against. Although the smoking prevalence in middle aged men and women is decreasing, it is increasing in both sexes of younger age groups. Especially, the big problem is occasional as well as regular smoking since the age of ten already. This exactly increases the importance of smoking prevalence. Significant role is played by the healthy life style education which should be provided by a family as well as the school educational system.

In smokers there is a higher risk of respiratory and cardiovascular diseases; smokers have also higher inclination toward the onset of cancer than non-smokers. The most serious is bronchogenic carcinoma.

The thesis was processed by a quantitative way using questionnaires. The research groups were the students of full-time study in the Faculty of Health and Social Studies, the University of South Bohemia. The main objective was to map the occurrence of smoking in students in selected study programmes of the faculty.

I stated three hypotheses for the research. Hypothesis 1, students of the faculty are addicted to nicotine and are not satisfied with their addiction, was proved. Hypothesis 2, smokers prevail non-smokers in the group of investigated students, was not proved. Hypothesis 3, students do not lack information on smoking harmfulness, was proved.

The research showed that 41.1% women and 40% men suffer from middle addiction to nicotine.

The thesis should serve as an information source for the students and lecturers of the faculty and further it might initiate the establishment of the faculty anti-smoking clinic.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Prevalence kouření u studentů ZSF JU“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 17. 8. 2009

.....

Podpis studenta

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí práce MUDr. Květoslavě Kotrbové, Ph. D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování a vyhodnocení této práce. Dále děkuji studentům ZSF JU za jejich ochotnou spolupráci při vyplňování dotazníků.

OBSAH

ÚVOD	9
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Historie kouření	10
1.2 Kouření	13
1.3 Kuřák	14
1.4 Způsoby aplikace tabáku	14
1.5 Tabákový kouř	14
1.6 Škodliviny v tabákovém kouři	15
1.6.1 Látky toxické	15
1.6.1.1 Nikotin	15
1.6.1.2 Oxid uhelnatý	16
1.6.2 Látky dráždivé	17
1.6.3 Karcinogenní látky	17
1.6.4 Kokarcinogenní látky	17
1.6.4.1 Dehet	18
1.7 Prevalence kouření u nás a ve světě	18
1.8 Závislost	19
1.8.1 Sociální a psychická závislost	20
1.8.2 Fyzická (drogová) závislost	21
1.8.3 Abstinenční příznaky při nedostatku nikotinu	22
1.9 Zdravotní rizika kouření	22
1.9.1 Nemoci dýchacího ústrojí	23
1.9.1.1 Vleklý zánět průdušek	23
1.9.1.2 Rozedma plic	24
1.9.1.3 Astma bronchiale	24
1.9.1.4 Chronická obstrukční plicní nemoc	25
1.9.2 Nemoci kardiovaskulární soustavy	25
1.9.2.1 Ischemická choroba srdeční	26

1.9.2.2	<i>Cévní mozková příhoda</i>	27
1.9.3	Nádorová onemocnění	28
1.9.3.1	<i>Bronchogenní karcinom</i>	28
1.9.3.2	<i>Malignity dutiny ústní a krku</i>	29
1.9.3.3	<i>Karcinom močového měchýře</i>	30
1.9.3.4	<i>Karcinom pankreatu</i>	31
1.9.3.5	<i>Karcinom děložního čípku</i>	31
1.9.3.6	<i>Karcinom žaludku</i>	31
1.10	Prevence závislosti na tabáku	32
1.10.1	Primární prevence	32
1.10.2	Sekundární prevence	34
1.10.3	Terciální prevence	35
1.11	Léčba závislosti na tabáku	35
1.11.1	Krátká intervence praktického lékaře	36
1.11.2	Motivace	36
1.11.3	Psychosociální podpora	38
1.11.4	Farmakologická léčba	38
1.11.4.1	<i>Náhradní terapie nikotinem</i>	39
1.11.4.2	<i>Bupropion</i>	40
1.11.4.3	<i>Vareniklin</i>	41
1.11.5	Linka pro odvykání kouření	41
1.12	Kouření a legislativa v ČR	42
2	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	44
2.1	Cíl práce	44
2.2	Hypotézy	44
3	METODIKA	45
3.1	Použité metody	45
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	45
4	VÝSLEDKY	46
4.1	Vyhodnocení otázek dotazníku	46

4.2	Vyhodnocení Fagerströмова testu závislosti na nikotinu	78
5	DISKUZE	80
6	ZÁVĚR	87
7	KLÍČOVÁ SLOVA	89
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	90
9	PŘÍLOHY	96

ÚVOD

Celosvětová pandemie kouření se týká také České republiky. Prevalence kouření sice klesá u mužů i žen středního věku, na druhou stranu stoupá počet kuřáků v mladších věkových skupinách u obou pohlaví. Nárůst kuřáctví jak příležitostného, tak pravidelného je možné pozorovat u dětí již od desátého roku věku.

Měli bychom si uvědomit, že prevence kouření a závislosti na tabáku je úkolem celospolečenským. Důraz by měl být kladen především na prevenci primární, tedy na předcházení vzniku závislosti. Životní styl dětí je do značné míry ovlivněn rodinou a prostředím, ve kterém vyrůstají a v neposlední řadě činností pedagogů. Pokud rodič vystavuje své dítě působení tabákového kouře, je vysoká pravděpodobnost, že dítě bude více náchylné ke vzniku závislosti v pozdějším věku. Důležitou roli hraje také dostatečná informovanost rodičů o rizicích kouření a schopnost její aplikace na své potomstvo.

Kouření s sebou nese řadu zdravotních a socioekonomických následků. Bohužel kouření neovlivňuje zdraví pouze konzumentů, ale také ostatních lidí, kteří jsou produktům nedokonalého spalování vystaveni.

Problematika kouření je v současné době velice aktuálním tématem, je proto důležité se mu podrobněji věnovat. Z tohoto důvodu jsem se také rozhodla zjistit, jak jsou na tom s kouřením studenti naší fakulty.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě základní části, a to část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se zabývala historií kouření, složením tabákového kouře, prevalencí kouření u nás a ve světě, jeho prevencí, léčbou a současnou legislativou v České republice, která s problematikou kouření souvisí.

V praktické části jsem se rozhodla zmapovat výskyt kouření u studentů a zjistit jejich postoje ke kouření a jejich názory na něj. Pro výzkum jsem zvolila metodu dotazování. Součástí dotazníků byl také Fagerströmův test závislosti na nikotinu. Výzkumný soubor tvořilo 289 studentů z osmi oborů prezenčního studia Zdravotně sociální fakulty.

1 SOUČASNÝ STAV

Tabák je rozšířen po celé planetě. V České republice kouří asi 30% lidí ve věku nad 15 let, v ostatních zemích Evropské unie je podíl kuřáků podobný nebo nižší. V současnosti umírají ročně 4 miliony lidí (v České republice 23 tisíc každý rok) na následky nemocí způsobené kouřením. Při dnešním stoupajícím trendu spotřeby cigaret to za 20 – 30 let bude už 10 milionů mrtvých ročně, tedy jeden mrtvý za každé 4 vteřiny. Z tohoto pohledu patří tabák mezi drogy s nejvyšší mírou rizika a tím se také stává kouření celosvětovou pandemií (6, 12).

Kouření je tedy nejvýznamnější preventabilní příčinou úmrtí na světě. V důsledku nemocí způsobených kouřením zemře polovina kuřáků. U nekuřáků pozvolna klesá mortalita na nádorová onemocnění, celková mortalita dokonce rychle. U kuřáků je tomu jinak. Ti, kdo zemřou v důsledku kouření ve středním věku, ztrácejí v průměru 20 – 25 let svého života. Celkově ztrácí kuřák 8 let z očekávané délky života nekuřáka.

Cigarety jsou jediným spotřebním zbožím, které, používáno k tomu účelu, k němuž bylo vyrobeno, způsobuje smrt. Navíc tři čtvrtiny kuřáků by si přáli přestat kouřit. Z toho vyplývá, že cigarety jsou spotřební zboží, které si tři čtvrtiny konzumentů kupují proti své vůli.

Přestat kouřit má smysl, pokud kuřák přestane kouřit dřív, než onemocní rakovinou nebo jinou závažnou nemocí z kouření (12).

1.1 Historie kouření

Lidstvo je s kouřením spojeno od pradávna. Již ve starověku se doporučovalo inhalovat kouř z dýmajícího kravského trusu k léčbě melancholie (8). Prvními doloženými uživateli tabáku byli Mayové kolem roku 500 př. n. l. Kouření z počátku považovali za jakýsi náboženský či slavnostní obřad. Z palmových listů si vytvářeli kornouty, které plnili usušeným tabákovým listím a poté je na jednom konci zapalovali.

Z druhého konce sáli dým, který vyfukovali nosem nebo ústy. Kouření tabáku u nich vyvolávalo určité stavy opojení. A právě díky jeho příjemným účinkům se tabák rozšířil do všech koutů tehdejší Ameriky (23).

Po roce 1492, tedy po objevení nového světadílu Kryštofem Kolumbem, se kouření rozšířilo do celé Evropy (23). Námořníci Kolumbovy výpravy se jako první Evropané setkali s domorodci, kteří inhalovali dým vznikající hořením tabáku a pozorovali u nich zřejmé opojné účinky. Mnozí z nich se tomuto počínání naučili, a protože jim kouření zachutnalo, rozhodli se přivést tabákové listy s sebou do Španělska (36). Prvním evropským kuřákem se stal Rodrigo de Jerez, Kolumbův věrný druh. Ve Španělsku a Portugalsku však bylo kouření nejprve považováno za hříšné počínání a kuřáci za posedlé děblem. Rodrigo de Jerez byl obžalován jako čaroděj a hrozilo mu upálení. Tomuto trestu unikl jen díky přímluvě Kryštofa Kolumba. Jerez byl za svůj ďábelský zvyk „pouze“ vsazen na deset let do vězení (23). Kvůli vzkvétajícímu obchodu mezi kontinenty a národy, byl tabák rozšířen také do Asie, Afriky a Austrálie (8).

V roce 1559 dostal jako dar rostlinu tabáku francouzský vyslanec Jean Nicot. Ten ji popsal a zdůraznil její „léčebné účinky“ (8). Údajně byla doporučována jako nová zázračná americká bylina, která vyléčí jakékoli onemocnění, především však rakovinné vředy. Právě proto se pak po dlouhá desetiletí všeobecně považovalo kouření za zdravé a prospěšné (23). V českých zemích se tabák objevil až koncem 16. století v době panování císaře Rudolfa II., známého ctitele alchymie. Pravděpodobně prvním opravdovým kuřákem u nás byl Mikuláš Dačický z Heslova (8). Postupně, jak se rozšiřovalo povědomí o prospěšnosti tabáku a zlepšovala se také jeho dostupnost, zvyšoval se i počet kuřáků. Zpočátku však rozhodně nebylo kouření masové. Jeho užívání bylo občasné a to především u šlechty a vysokých církevních hodnostářů. Když se později ukázalo, že léčivé účinky tabáku jsou plané, začal se pěstovat jako droga ke kouření, šňupání a žvýkání (23).

Názory na to, že kouření ovlivňuje lidské zdraví negativně se dostávaly do povědomí lidí jen velmi pomalu. Tabák měl své přívržence i odpůrce, jeho užívání bylo vychvalováno, odsuzováno i trestáno. K prvním odpůrcům kouření patřil anglický král

Jakub I. V roce 1603 vydal latinskou publikaci *Protest proti tabáku* a rozhodl se kuřáky stíhat a trestat (23). Dokonce i papež Urban VIII. ostře kázal o ohavnosti kouření a vydal bulu odsuzující tabák v jakékoli formě. Všichni kuřáci byli exkomunikováni z církve (8). Nesmiřitelný boj s kuřáctvím vyhlásili i turečtí sultáni vládnoucí v 17. století. Denně umučili k smrti a popravili několik kuřáků (23). Ve Švýcarsku byli kuřáci trestáni pranýřem, v Persii udušením kouřem, v Turecku do nosu vraženou dýmku, v Číně setnutím hlavy a v Rusku zbičováním, kastrací, vyříznutím rtů nebo vyhnáním na Sibiř (36). V roce 1857 Dr. Hodgkin prohlásil, že tabák vysušuje žaludek a je tudíž příčinou zvýšené konzumace alkoholu. V témže roce uveřejnil zprávu, která varovala před tabákem způsobenými demencemi (8).

Přes tato všechna opatření se bohužel kouření tabáku nepodařilo vymýtit. Stal se běžnou rutinou života a denně se mu oddávalo stále více a více lidí. Tento fakt byl pochopitelně výhodný jak pro soukromníky, kteří s tabákem obchodovali, tak pro vlády, které ve zvyšující se poptávce viděli snadný zdroj příjmu (8). Ke vzednutí přílivové vlny kouření ve 20. století přispěla řada faktorů. Ať už vynález zápalek nebo revolučního stroje na výrobu cigaret, který byl schopen za jeden den vyprodukovat až 120 000 cigaret (31).

Od počátku mnozí lékaři tušili, že kouření má neblahé účinky na zdraví, avšak teprve v roce 1859 předložil francouzský lékař M. Bouisson klinickou studii o škodlivosti tabáku. Domníval se, že teplo a zplodiny tabáku dráždí tkáň. To pak vedlo u kuřáků dýmek ke vzniku rakoviny úst. V roce 1936 dva chirurgové z New Orleans zjistili, že téměř všichni nemocní rakovinou plic byli kuřáky cigaret. Výrok významného lékařského statistika Raymonda Pearla že kuřáci mají daleko menší naději na dlouhý život než ti, kteří nikdy nekouřili, potvrdil, že kouření je spojeno i s jinými nemocemi než plicní rakovinou (23). Roku 1964 byl v USA na popud politických tlaků a stále častěji se objevujících důkazů přímého spojení mezi kouřením a rakovinou, založen Lékařský poradní výbor pro otázky kouření a zdraví (31). Ten vydal 387 stran dlouhou zprávu nazvanou „Surgeon General’s Report on Smoking and Health“, kde byl formulován závěr: „Kouření cigaret je zdraví škodlivý návyk tak závažný, že si vyžaduje přiměřenou zdravotnickou protiakci“. Světová zdravotnická organizace o

několik let později toto stanovisko formulovala podobně a vyzvala členské státy, aby zavedly účinná opatření směřující k omezování kuřáctví (23).

1.2 Kouření

Jedná se o všechny formy spotřeby tabáku, tj. kouření cigaret, doutníků, dýmky, žvýkání tabáku nebo jeho šňupání. Společně s pasivním vystavením splodinám hoření tabáku přispívají ke vzniku více než 20 různých nemocí a předčasnému úmrtí jejich důsledkem. Nejzávažnějšími nemocemi jsou nemoci srdce a cév a rakovina (28).

Doktorka Králíková uvádí, že kouření je naučené chování, které si kuřák fixoval mnoho měsíců, nebo spíše mnoho let. Proto také bude trvat řádově několik měsíců, než se opět stane nekuřákem. Nejedná se o zlovyk, nýbrž o závislost. U většiny kuřáků převažuje závislost fyzická nad psychosociální (13).

Pro pasivní kouření se v odborné literatuře často používá anglická zkratka ETS neboli environmental tobacco smoke. Jde o proces, při kterém dochází k vdechování tabákového kouře, aniž by to daná osoba činila úmyslně (16). Také pasivní kouření má vliv na zdraví. Kromě subjektivního diskomfortu a krátkodobého vlivu (např. iritace sliznic, bolesti hlavy) způsobuje většinu onemocnění jako kouření aktivní (13). Asi polovina dětí na světě je vystavena pasivnímu kouření, většinou kvůli kouření rodičů. Tyto děti mívají častější infekce dýchacích cest, záněty středouší, snížené plicní funkce, astma. Pasivní kouření je příčinou téměř desetiny případů dětské leukémie (24).

Z údajů velkých epidemiologických studií se roční počet úmrtí v důsledku pasivního kouření v České republice odhaduje zhruba na 120 – 160 (13).

Vedlejší proud kouře, který vzniká mezi potažením a tvoří až 85% kouře v místnosti, je toxičtější než kouř, který vdechuje kuřák. Příčinou je mimo jiné nižší teplota volně ležících cigaret. Ventilace v místnosti nestačí, protože jakákoli dávka kancerogenních a jiných škodlivin je nebezpečná a není znám systém, který by odstranil tabákový kouř z prostředí (10).

1.3 Kuřák (smoker)

Podle Mezinárodní unie proti rakovině platí pro dospělé tyto kategorie: Pravidelný nebo také současný kuřák kouří nejméně jednu cigaretu za den. Příležitostný kuřák kouří méně než jednu cigaretu denně, nejčastěji ve spojení s určitou společenskou událostí nebo s konzumací alkoholu. Bývalý kuřák kouřil nejméně jednu cigaretu za den déle než 6 měsíců po sobě jdoucích a nyní nejméně 6 měsíců nekouří. Nekuřák je člověk, který nekouřil buď vůbec nebo méně během svého života vykouřil méně než 100 cigaret (12).

1.4 Způsoby aplikace tabáku

Nejčastějším způsobem užívání tabáku je jeho kouření. Dalšími, méně častými způsoby jsou žvýkání nebo šňupání. Při kouření se kouř vstřebává buď z dutiny ústní (v případě kouření doutníků nebo dýmek) nebo z plic (při kouření cigaret). Při vstřebávání nikotinu v plicích se dostaví účinek velice rychle, kdežto při vstřebávání přes dutinu ústní je nástup účinku pomalejší. Proto významným faktorem pro vznik závislosti není nikotin, ale způsob aplikace tabáku (6).

1.5 Tabákový kouř

Tabákový kouř je komplexem více než 4000 plynných (92%) a hmotných (8%) látek. Obsahuje 64 karcinogenů, z nichž IARC (International Agency for Research on Cancer) označila 11 jako prokázaných, 6 pravděpodobných a 46 možných lidských karcinogenů. V tabákovém kouři jsou dále obsaženy mutageny, alergeny a toxické látky. V souvislosti se srdečně cévními onemocněními je poměrně důležitý i vysoký obsah oxidu uhelnatého. Součástí tabákového kouře jsou také aditiva, neboli látky přidané. V cigaretovém kouři je jich dnes okolo 700 (34).

Tabákový kouř vzniká nedokonalým spalováním tabáku, které je ovlivňováno řadou faktorů, z nichž se nejvíce uplatňují nedostatečný přísuv kyslíku, kolísající

teplota při kouření (835 – 884°C) a přítomnost málo hořlavých součástí tabákových listů (23).

Tabákový kouř je v podstatě směs plynů, nekondenzovaných par a tekutých a pevných částic. Při vstupu do úst kuřáka je to koncentrovaný aerosol, jehož hlavními součástmi jsou dusík, kyslík, oxid uhelnatý a uhličitý, vodík, metan, argon, vodní pára a těkavé látky o nízké molekulární váze jako jsou aldehydy, ketony, alkoholy, estery a organické kyseliny. Přibližně 10% celkového obsahu kouře tvoří jemně rozptýlené tekuté částice, které jsou díky své velikosti schopny pronikat až do nejmenších bronchiolů. Tyto částice obsahují nejvíce kancerogenních látek i ostatních škodlivin (23).

1.6 Škodliviny v tabákovém kouři

Podle způsobu účinku rozeznáváme v tabákovém kouři následující typy škodlivin: toxické, dráždivé, kancerogenní a kokancerogenní (23).

1.6.1 Látky toxické

K látkám vysloveně toxickým patří především alkaloidy nikotin, nornikotin, myosmin, anabasin a některé dusíkaté báze, zejména pyridin, pyrolidin a metylpyrolidin. Nejúčinnější z nich je nikotin (23).

1.6.1.1 Nikotin

Nikotin je mitotický jed postihující buněčná jádra. Narušuje funkci vegetativního nervstva a může vyvolat ochrnutí až smrt v důsledku obrny dýchacího centra. Smrtná dávka nikotinu je 50 – 60 mg. Kouř z jedné cigarety obsahuje 1% tj. 10 mg nikotinu, z nichž kuřák inhaluje podle způsobu kouření 1 – 3 mg. K smrtelným otravám však prakticky nedochází, neboť začátečník po prvních nepříjemných zážitcích z kouření zvyšuje počet vykouřených cigaret nebo doutníků jen velmi opatrně (23).

Nikotin působí na receptory neurotransmiteru acetylcholinu. Nervové spoje, které v mozku uvolňují acetylcholin, fungují mimo jiné jako aktivátory mozkových hemisfér – oblastí zodpovědných za myšlení. Kuřáci proto tvrdí, že jim to díky nikotinu lépe myslí a že na ně tato látka má také mírně uklidňující účinky. Při spalování tabáku přejde nikotin do plynného skupenství, inhalací se dostane do plic a přes jejich velký vnitřní povrch rychle přechází do krve. Mozek ovlivní už několik vteřin poté, co kuřák dým vdechl (4). Dále se váže se na receptory vegetativního nervového systému, který řídí vnitřní orgány. Zde vyvolává zvýšenou aktivitu trávicího traktu: vzestup produkce slin a trávicích šťáv a vzestup aktivity hladké svaloviny. V první fázi působí nikotin stimulačně a pak přechází do fáze mírného útlumu. Nikotin dále zvyšuje krevní tlak, zrychluje činnost srdce, stahuje cévy, zvyšuje obsah mastných kyselin v krvi, inhibuje syntézu estrogenu, stoupá produkce potu a může dojít ke stažení zornic. Při dlouhodobějším užívání dochází k posílení syntézy endorfinů (nicméně za cenu vzniku závislosti) (21).

Vzhledem k tomu, že je nikotin prudký jed, téměř jako cyankáli, může vyvolat akutní otravu. Ta se projevuje studeným potem a bledostí, zvracením, bolestí hlavy a skleslostí. K chronické otravě nikotinem (nikotinismu) dochází u již navyklých kuřáků.

Na nikotin vznikne ve tkáních tolerance, tzn. že jeho účinnost klesá v závislosti na tom, jak si na nikotin kuřák zvykl. Tolerance umožňuje zvyšovat množství vykouřených cigaret či doutníků a dodávat do těla větší dávku nikotinu, který za cenu chronické otravy působí změnu duševního stavu a nálady. Na chronické otravě se spolupodílí i ostatní škodlivé látky, které jsou obsaženy v cigaretovém kouři. (30).

1.6.1.2 Oxid uhelnatý

Další významnou složkou tabákového kouře je oxid uhelnatý (CO). Vzniká nedokonalým spalováním tabáku a cigaretového papíru. Plynná fáze cigaretového kouře obsahuje 1 – 5% CO v závislosti na teplotě spalování, přístupu kyslíku, poréznosti papíru a hustotě tabákové náplně. Množství CO stoupá, když cigareta dohořívá. CO je

krevní jed, který tlumí transport kyslíku ke tkáním tím, že se váže na hemoglobin 230 krát snadněji než kyslík (23).

1.6.2 Látky dráždivé

Významnou složku škodlivin tvoří látky dráždivé. K nejúčinnějším patří formaldehyd, acetaldehyd, akrolein, metanol, aceton, metyletylketon, některé těkavé i netěkavé mastné kyseliny, oxid dusičitý a sirovodík. Dráždivé látky narušují sliznici dýchacího ústrojí, vyvolávají akutní i chronické záněty cest dýchacích, tlumí aktivitu řasinkového epitelu a vytvářejí podmínky pro vznik nádorových i nenádorových onemocnění dýchacího ústrojí (23).

1.6.3 Karcinogenní látky

Mezi nejzhubnější škodliviny tabákového kouře patří chemické karcinogeny. Podle současných poznatků jsou v tabákovém kouři přítomny karcinogeny charakteru organických i anorganických sloučenin radioaktivní prvky.

Nejvýznamnější skupinu karcinogenů tvoří polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU). Z tabákového kouře jich bylo izolováno více než 60. PAU mají fotosenzibilizační a karcinogenní účinky, jsou toxické pro buňky parenchymatozních orgánů (ledviny, játra). Karcinogenní účinek byl zatím laboratorně prokázán celkem u 11 sloučenin. Nejvýznamnější z nich zůstává stále benzpyren a chinolin.

Z anorganických sloučenin, které se vyznačují silnými kancerogenními účinky, je nutno zmínit arzenik a tetrakarbonyl niklu (23).

1.6.4 Kokarcinogenní látky

Kokarcinogeny jsou látky, které samy o sobě nemají schopnost vyvolat nádorový růst, ale jejich přítomnost stimuluje účinnost vlastních karcinogenů. Většina kokarcinogenů vyvolává zánik nebo poškození buněk s následným rozvojem

reparačních mechanismů, které jsou určitou dispozicí pro ireverzibilní zásah karcinogenů. Nejvýznamnější zástupce ze skupiny kokarcinogenů je dehet (23).

1.6.4.1 Dehet

Dehet je hnědá páchnoucí hmota, která se tvoří během chladnutí a kondenzace kouře. Je nositelem chuti a vůně. Obsah dehtu v jedné cigaretě se postupně snižuje tak, jak se zákazníci přiklání k méně škodlivému kouři přecházejícímu přes filtrační špičku (41).

1.7 Prevalence kouření u nás a ve světě

Závislost na tabáku je nejvýznamnější preventabilní příčinou morbidity a mortality. Přesto, že život kuřáka podstatně zkracují nejen nádorová a plicní onemocnění, ale také onemocnění kardiovaskulárního systému, kouří v České republice 30% populace starší 15 let. Jedná se o přibližně 34% mužů a 26% žen. O tom, jak nepříznivé jsou dopady kouření na zdraví, podávají důkaz čísla statistiky příčin úmrtí. V České republice je kouření příčinou 23 000 úmrtí ročně, čili 63 úmrtí denně (38). Tito kuřáci ztrácejí v průměru 15 let života ve srovnání s délkou života v případě, že by nekouřili. Ve světě v roce 2006 zemřelo na následky kouření 5 milionů lidí. Vzhledem k vzestupu kuřáctví v rozvojových zemích se toto číslo bude zvyšovat. V našem století na nemoci způsobené kouřením zemře nejméně miliarda lidí (14). Nejčastější příčinou smrti mezi kuřáky jsou nádorová onemocnění. V roce 2007 tvořilo v České republice ze všech zemřelých v důsledku kouření cigaret 44% úmrtí na onkologická onemocnění. Druhou nejčastější příčinou smrti u kuřáků jsou onemocnění oběhového systému. Kouření cigaret je zodpovědné za téměř 15% všech úmrtí zapříčiněných onemocněními oběhového systému. Podle výsledků posledního průzkumu EUROASPIRE III, kterého se tradičně účastní i Česká republika, bylo zjištěno, že z nemocných s anamnézou kardiovaskulárního onemocnění je 22% kuřáků, což je naprosto stejné jako při prvním sledování EUROASPIRE I v roce 1995. Zdá se, že ani u nejrizikovější skupiny

populace s již manifestními oběhovými komplikacemi se za 12 let situace nezměnila. Přes všechna úsilí v oblasti vzdělávání, nové léčebné možnosti při odvykání kouření a společenský tlak zůstává kouření významným rizikem pro opakování kardiovaskulární příhody u téměř jedné čtvrtiny nemocných. (38)

Kouření je zdravotním problémem ve většině evropských zemí. Prevalence kuřáctví sice poklesla mezi muži severovýchodních a západoevropských států, ale na druhé straně zde stoupají počty kouřících mezi mládeží a ženami. Vyšší výskyt kuřáctví je v mladších věkových skupinách prokázán u obou pohlaví. Významný je také rostoucí počet kuřáček v mladších věkových skupinách. Postupný nárůst kuřáctví jak příležitostného, tak pravidelného je možné pozorovat již od věku 10 let. V zemích střední a východní Evropy kuřáctví stále stoupá. Prevalence kuřáctví je obecně vyšší v populačních skupinách s nižším sociálním postavením (28).

V České republice by si kolem 70% kuřáku (1,75 milionu) přálo přestat, kolem 40% (1 milion) to každý rok zkouší. Vzhledem k tomu, že naprostá většina z nich přestává kouřit bez jakékoli pomoci lékaře nebo léků, je úspěšnost maximálně 3%. Přitom při intenzivní intervenci společně s farmakoterapií může úspěšnost abstinence dosáhnout i více než 30% (12).

V České republice, podle výsledků, které zpracoval Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR v roce 2002, je podle dosaženého vzdělání nejvíce pravidelných kuřáků mezi muži se základním a učňovským vzděláním (45,3% resp. 41,1%). U žen se základním vzděláním je to 27% pravidelných kuřáček, u vyučených žen 25%. Nejméně pravidelných kuřáků je mezi osobami s vysokoškolským vzděláním. Ženy vysokoškolačky kouří v 10%, muži ve 13%. Celkově se však v České republice kouří v šedesáti pěti domácnostech ze sta (40).

1.8 Závislost

Pojem závislost, jak již bylo uvedeno výše, je dle expertů Světové zdravotnické organizace skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání některé látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než

jiné jednání, kterého si kdy cenil více. Hlavní popisnou charakteristikou syndromu závislosti je silná, přemáhající touha užívat psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák tzv. craving (20).

K pojmu závislost často řadíme přívlástek patologická. Patologická závislost je podle odborníků: „každá i původně užitečná resp. prospěšná závislost, jejímž důsledkem je utrpení (fyzické i duševní) jedince a jeho sociálního okolí, resp. v jejímž důsledku dochází ke snížení a ochuzení kvality života závislostí postiženého jedince či osob v jeho okolí a zprostředkovaně pak celého společenství“. Z této skutečnosti lze odvodit, že kuřáctví skutečně patří mezi patologické závislosti. Řadí ho mezi ně i Mezinárodní klasifikace nemocí - desátá revize, která pod číslem F 17.2 obsahuje klinickou diagnózu: Závislost na tabáku (25).

Pro stanovení definitivní diagnózy závislosti se musí u postiženého během jednoho roku objevit tři nebo více z následujících jevů: silná touha užívat látku, potíže v sebeovládání při užívání látky, tělesný odvykací stav, průkaz tolerance k účinku látky, postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů nebo pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (19).

1.8.1 Sociální a psychická závislost

Sociální závislostí kouření začíná. V určité skupině, většinou vrstevníků obvykle ve věku 12 – 14 let, dochází k prvnímu kontaktu s cigaretou. Na akutní negativní účinky kouření (nauzea, zvracení apod.) vzniká brzy tolerance. I později kuřák většinou kouří ve společnosti. Významnou roli zde hraje také rituál zapalování, nabízení cigarety a překlenutí rozpaků.

Psychická závislost se objevuje po neustále se opakujících příležitostech a situacích, kdy kuřák sahá po cigaretě. Pro kuřáka je typická cigareta u kávy, po jídle, při telefonování, čekání na autobus apod. Jedná se pouze o závislost na cigaretě jako předmětu bez ohledu na její složení a účinky. Je to potřeba s cigaretou manipulovat, držet ji, pozorovat její kouř atd. (12).

1.8.2 Fyzická (drogová) závislost

Fyzická závislost na nikotinu se projeví až po určité době. Tato doba není předem dána, většinou se však objeví do dvou let po zahájení kouření. U příležitostných kuřáků nemusí tato závislost vzniknout nikdy. Na nikotinu je závislých 85% kuřáků.

Fyzická závislost je v řadě farmakologických aspektů podobná závislosti na heroinu nebo kokainu, podobné jsou také počty relapsů.

Závislost kuřáků na nikotinu lze snadno zjistit podáním dvou otázek: kolik cigaret denně vykouří a jak brzy po probuzení si musí zapálit první cigaretu. Kuřák v noci spal a neměl přísun drogy, tzn. čím dříve si zapálí cigaretu, tím více je na nikotinu závislý. Dále lze ke stanovení diagnózy závislosti na tabáku použít Fageströmův test nikotinové závislosti.

Nikotin se váže na acetylcholinové receptory v mozku, proto působí jako sympato- a parasympatomimetikum. Touto vazbou je podmíněno uvolňování dopaminu s důsledkem vyšší sekrece katecholaminů, serotoninu, kortikosteroidů, pituitárních hormonů a beta-endorfinů. To vše vede k ovlivňování nálady a chování kuřáka. V mozku jsou také specifické nikotinové receptory. U kuřáka závislého na nikotinu se počet těchto receptorů zmnoží, a to je pak jednou z příčin abstinenčních příznaků.

Účinky nikotinu na organismus jsou jemné, ale téměř okamžité. Dávka drogy je snadno dostupná podle okamžité potřeby. Po potažení z cigarety se nikotin dostává do mozku za necelých 10 sekund. Při cca 10 potaženích z jedné cigarety dostane mozek kuřáka krabičky cigaret denně kolem 200 denních dávek drogy. Za rok je to kolem 73 000 dávek. Tento konstantní příjem drogy ovlivňující náladu, koncentraci a výkonnost podmiňuje vznik závislosti (12).

Jedním z charakteristických rysů somatické závislosti je tolerance (18). Jedná se o snášenlivost, snižující se nebo chybějící odpověď na určitý podnět při jeho trvalém nebo opakovaném působení (41). Toleranci na kouření rozdělujeme na akutní a chronickou. Akutní toleranci můžeme pozorovat u člověka, který se kuřákem teprve stává. Je to stav, kdy kuřák přestává vnímat nepříjemné důsledky kouření, které vnímal při prvním pokusu. Tolerance chronická se projevuje u dlouhodobých kuřáků. Je to jev,

při kterém kuřák subjektivně pociťuje potřebu stále vyšších dávek tabáku, aby dosáhl stejného účinku. Je to způsobeno tím, že nervová tkáň postupně zvyšuje počet svých receptorů pro nikotin a pro jejich aktivaci je třeba přijímat stále vyšší dávky tohoto alkaloidu (3).

1.8.3 Abstinenční příznaky při nedostatku nikotinu

Ne všichni kuřáci pociťují při zanechání kouření abstinenční příznaky. Je ovšem možné, že se abstinenční příznaky projeví u každého, ale někdo je ignoruje a dobře se s nimi vypořádá. Většina kuřáků však při přerušení přísunu drogy abstinenční příznaky vnímá. Spousta kuřáků má s těmito příznaky zkušenost díky pokusům o zanechání kouření. Rozlišujeme abstinenční příznaky subjektivní a objektivní. Subjektivními abstinenčními příznaky jsou především podrážděnost, úzkost, dezorientace, deprese, hlad a touha po cigaretě, lehká bolest hlavy, buzení se v noci, neschopnost koncentrace atd. Mezi objektivní příznaky řadíme sníženou tepovou frekvenci (průměrně o 8 pulzů za minutu), snížení adrenalinu, snížení kortizolu, změny v EEG, snížený tremor, snížený klidový metabolismus, zvýšenou teplotu kůže, zvýšení hmotnosti, obštipaci nebo pocení (12).

1.9 Zdravotní rizika kouření

Ve zprávě komise Světové zdravotnické organizace z roku 1975 „Kouření a zdraví“ je uvedeno, že „nemoci spojené s kouřením cigaret jsou tak významnou příčinou onemocnění a předčasné smrti, že kdyby se přestalo kouřit, zlepšil by se zdravotní stav a prodloužil se život více, než by bylo možno dosáhnout jakoukoli jinou samostatnou akcí preventivního lékařství“ (23).

Kouření je dlouhodobá intoxikace organismu celou řadou toxických, mutageních, karcinogenních, dráždivých a alergizujících látek. Má tedy schopnost poškodit lidský organismus. Odolnost organismu je modifikována individuálními faktory, mezi něž patří především věk, genetická zátěž, aktuální zdravotní stav, vlivy

vnějšího prostředí, např. stres a schopnost ho zvládat, psychický stav aj. Při dlouhodobé expozici škodlivinám dochází postupně k poškození téměř všech orgánových systémů (16). S kouřením souvisí závažné choroby dýchacího ústrojí (rakovina plic a hrtanu, chronická bronchitida, plicní emfyzém), kardiovaskulárního ústrojí (ischemická choroba srdeční, poruchy prokrvení mozku a periferních cév), gastrointestinálního ústrojí (rakovina rtu, dutiny ústní, jícnu, slinivky břišní, vředová choroba žaludku a dvanáctníku) a ústrojí vylučovacího (rakovina močového měchýře). Kouření v těhotenství může mít za následek zpomalení vývoje plodu. To se projeví sníženou porodní hmotností, předčasným porodem i zvýšeným rizikem úmrtí novorozence. Kouření a pobyt v zakouřeném prostředí mohou vyvolat projevy alergie (23).

1.9.1 Nemoci dýchacího ústrojí

Souvislost mezi kouřením a onemocněním dýchacího ústrojí byla prokázána především u chronické bronchitidy, plicní rozedmy, bronchogenního karcinomu a některých dalších chorob.

1.9.1.1 Vleký zánět průdušek (chronická bronchitis)

Chronická bronchitida je definována jako kašel spojený s expektorací, který se opakuje v období dvou let každý rok nejméně ve 3 měsíčních intervalech několik dní v týdnu. Její etiologie je převážně exogenní, až devadesát procent všech nemocných jsou kuřáci nebo bývalí kuřáci. K dalším exogenním vlivům patří opakované respirační infekce a vlivy pracovního prostředí. K etiologickým vlivům endogenním patří alergie, věk, mužské pohlaví, imunodeficit nebo mukoviscidóza. Toto onemocnění, stejně tak jako ostatní chronická plicní onemocnění je výborně preventabilní. Důležité je nekouřit a vyhýbat se prašnému pracovnímu prostředí. Prvotní fáze léčby spočívá především v těchto preventivních opatřeních a v počátečním stádiu onemocnění může vést i k trvalému vyléčení. Důležité je léčení případných ložisek infekce a akutních exacerbací nemoci antibiotiky. Pozitivní vliv mají dechová cvičení, poklepové masáže a aktivní

imunizace. V případě obstrukce se podávají bronchodilatancia a inhalační kortikoidy (35).

1.9.1.2 Rozedma plic (plicní emfyzém)

Plicní rozedmou se rozumí abnormální rozšíření vzduchových prostorů v plicní tkáni, spojené s destruktivními změnami ve stěnách plicních sklípků. Ve většině případů navazuje na vleklý zánět průdušek. Onemocnění se projevuje především dušností, která se zprvu objevuje při námaze nebo práci, kterou postižený dříve vykonával bez obtíží. Tato námahová dušnost se průběhu let postupně zhoršuje (23).

1.9.1.3 Astma bronchiale

Astma bronchiale je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, které je charakterizováno bronchiální hyperreaktivitou na různé podněty vedoucí k bronchiální obstrukci. Ta může být reverzibilní buď spontánně nebo vlivem terapie.

Nejčastějšími etiologickými faktory jsou inhalované alergeny (pyly, plísňe, roztoči), aditiva, léky, opakované respirační infekce, genetické vlivy, tělesná námaha, stres a psychické faktory (2). Kouření tabákových výrobků obvykle hraje důležitou roli z hlediska vzniku onemocnění, jeho progresu a frekvence exacerbací. Významné je zde jak kouření aktivní tak pasivní. Je prokázáno, že jedinci, jejichž matka je kuřačka, nebo byli v dětství vystavováni tabákovému kouři, jsou výrazněji ohroženi vznikem astmatu (16).

Onemocnění se projevuje záchvatovitou dušností, která je provázena distančními pískoty, často se suchým dráždivým kašlem a expektorací vazkého sputa ke konci záchvatu (35).

1.9.1.4 Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN)

Chronická obstrukční plicní nemoc je nejzávažnějším chronickým plicním onemocněním především díky vysoké mortalitě. Z celosvětového hlediska je CHOPN čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí. Z celkového počtu 600 miliónů nemocných každoročně zemře na toto onemocnění 2,9 miliónu lidí. Mortalita stále stoupá a u žen je vyšší než u mužů. V ČR zemřelo v roce 2000 na toto onemocnění 1713 lidí (44).

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

V 90% vzniká CHOPN v důsledku kouření cigaret, v 10% má jiné příčiny, např. opakované bronchiální infekce, vdechování profesionálních škodlivin, znečištění životního prostředí, poruchy imunity, opakované sinusitidy, gastroezofagiální reflux s opakovanými mikroaspiracemi.

Onemocnění postihuje především kuřáky cigaret ve věku okolo 50 let. Stěžují si na kašel s expektorací a námahovou dušnost (2).

Odvykání kouření je u kuřáka trpícího CHOPN základním předpokladem, bez něhož je efekt léčby výrazně snížen. Současná léčba závislosti na tabáku je založena na podpoře a spolupráci, je komplexní a spočívá ve správné edukaci, režimových opatřeních a farmakoterapii (44).

1.9.2 Nemoci kardiovaskulární soustavy

Kouření cigaret má zcela jednoznačně prokázané negativní dopady na kardiovaskulární systém u každého kuřáka. Z hlediska populace je kouření jedním z nejvýznamnějších preventabilních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. U pacientů s manifestním srdečně cévním onemocněním je úplná abstinence základem úspěšné léčby.

Kuřáctví zvyšuje riziko vzniku ischemické choroby srdeční (ICHS) dvojnásobně až čtyřnásobně. Pravděpodobnost, že kuřák s ICHS v důsledku ischemie myokardu zemře,

je o 70% vyšší než u stejně postiženého nekuřáka. Vzhledem k tomu, že vztah dávky cigaretového kouře a účinku není u ICHS vyjádřený jako u nádorových onemocnění, tzn., že k poškození stačí i malá dávka, je podstatný i vliv pasivního kouření. Riziko kardiovaskulárních komplikací u osoby exponované cigaretovému kouři představuje přibližně 80 - 90% rizika aktivního kuřáka. Tomu odpovídají data ze západoevropských zemí, kterým se podařilo prosadit zákaz kouření v restauracích a hotelích. Všechny státy po zavedení této legislativy hlásí významné snížení výskytu infarktu myokardu a cévních mozkových příhod přibližně o 10 – 15%.

Inhalace tabákového kouře zasahuje do procesu aterosklerogeneze na mnoha úrovních. Toxiny cigaretového kouře poškozují strukturu a funkci endotelu a spouštějí endoteliární dysfunkci. Kouření má negativní vliv na proces hemokouagulace. Zvyšuje se agregabilita trombocytů, stoupá hladina fibrinogenu. Významné jsou také neurohumorální vlivy kouření. Složky tabákového kouře aktivují sympatikus a celou sympatoadrenální osu. To se projeví nepříznivě na hemodynamických ukazatelích. Aktivací sympatiku dochází ke zvýšení krevního tlaku a srdeční frekvence, stoupá srdeční výdej. Narůstá spotřeba kyslíku myokardem (38).

1.9.2.1 Ischemická choroba srdeční (ICHS)

Ischemickou chorobu srdeční můžeme charakterizovat jako nedostatečné zásobení myokardu kyslíkem a živinami, které vzniká z důvodu postižení koronárních tepen. Nejčastějším etiologickým faktorem je aterosklerotický proces v koronárních tepnách a na něj nasedající trombus a koronární spasmus.

K rizikovým faktorům patří familiární dispozice, věk, mužské pohlaví, diabetes mellitus, hyperlipidemie, arteriální hypertenze, kouření a metabolický syndrom.

ICHS dělíme na formu chronickou (např. stabilní angína pectoris) a formu akutní (např. akutní infarkt myokardu, nestabilní angína pectoris, náhlá smrt při ICHS).

Stabilní angína pectoris je onemocnění vznikající na podkladě zúžení jedné či více koronárních artérií aterosklerotickým plátem. Nedochozí ke vzniku nekrózy. Onemocnění se projevuje tlakovou, pálivou bolestí na hrudníku, která je vyprovokována

vždy stejně silnými podněty, např. námahou, příjmem potravy. Po eliminaci vyvolávajícího faktoru nebo po podání nitrátů bolest pomine během pěti až deseti minut.

Akutní infarkt myokardu vzniká na podkladě úplného uzavření koronární artérie, nejčastěji nasednutím trombu na aterosklerotický plát. Dochází k velmi rychlému rozvoji nekrózy tkáně myokardu spojeného s prudkou svíravou, pálivou či tlakovou bolestí za sternem. Bolest se propaguje do levé končetiny, krku, čelisti nebo epigastria. Dalšími symptomy jsou nauzea, zvracení, úzkost, pocení. U 10 – 20% nemocných se nemusí objevit žádné příznaky proběhlého infarktu. Léčba musí být včasná a dostatečně intenzivní, jelikož jde o stav ohrožující život pacienta. Spočívá v oxygenoterapii, zajištění žilní linky, analgezií, podávání antikoagulancií a perkutánní transluminální koronární angioplastice či trombolýze. Tyto invazivní výkony jsou prováděny na specializovaných pracovištích a zajišťují nemocnému velmi dobrou prognózu onemocnění. Po výkonu následuje postupná rehabilitace a dlouhodobá farmakologická i režimová terapie (17).

1.9.2.2 Cévní mozková příhoda (CMP)

Cévní mozková příhoda je náhle vzniklá ohraničená porucha mozkového prokrvení vzniklá na podkladě hemoragie do mozkové tkáně nebo uzávěru cévy se vznikem ischemie.

Ischemické CMP tvoří až 80% a vznikají na podkladě uzavření mozkové cévy embolem nebo trombem. Nejčastěji jde o spojení s aterosklerotickým procesem a hypertenzí. Aterosklerotický proces může postihovat samotnou mozkovou cévu. CMP se může vyskytovat ve formě tranzitorní ischemické ataky, která vzniká na podkladě krátkodobého přerušování krevního toku v mozku a projevuje se krátkodobou mozkovou dysfunkcí. Jde o motorické a senzorické poruchy, poruchy paměti, úsudku, volných pohybů a řeči.

Hemoragické mozkové příhody vznikají nejčastěji na podkladě hypertenze. Méně častými příčinami jsou nádory, leukémie, antikoagulancia atd. Velmi časté je

prasknutí mozkové cévy v místě aneurysmatu. Zvýšené riziko prasknutí souvisí s kouřením, častou konzumací alkoholu a používáním orálních antikoncepčních prostředků po dosažení pětatřiceti let věku. Projevuje se výraznou bolestí hlavy, poruchami až ztrátou vědomí a rozvojem závažného poškození mozkové tkáně. Oba typy mozkové příhody doprovází mozkový edém ohrožující pacienta na životě (7).

1.9.3 Nádorová onemocnění

Jedná se o zhoubné bujení nádorových buněk různého původu. Maligní tumory mají snahu prorůstat do okolních tkání a tím způsobovat další destrukci. Mohou se rovněž lymfatickými nebo krevními cestami šířit a vytvářet nové kolonie nádorových buněk, tzv. metastázy.

K druhům rakoviny, u kterých je prokázána nebo předpokládána souvislost s kouřením, patří rakovina plic, hrtanu, dutiny ústní, jícnu, močového měchýře a slinivky břišní (23).

1.9.3.1 Bronchogenní karcinom (rakovina plic)

Bronchogenní karcinom je zhoubný novotvar vycházející z plicního parenchymu nebo tkáně bronchů. V celosvětovém měřítku zaujímá druhé místo mezi všemi zhoubnými nádory, v ČR zaujímá první místo v incidenci zhoubných nádorů u mužů. Incidence v této skupině dosahuje 99,1 na sto tisíc obyvatel a tento trend trvale stagnuje. Naopak přibývá onemocnění u žen a mladších věkových skupin (42).

Většinu plicních nádorů (90%) lze rozdělit do 4 skupin. Dlaždicový karcinom se vyskytuje ve 40 – 45% a má centrální charakter, tzn. že se vyskytuje kolem hlavním nebo lobárních bronchů. Adenokarcinom tvoří 15 – 20% plicních karcinomů a je lokalizován spíše periferně. Malobuněčný karcinom se vyskytuje ve 25% a nemalobuněčný karcinom v 10% (28).

Prognóza onemocnění je velice špatná. V 80 – 90% případů je při stanovení diagnózy karcinom inoperabilní. Pouze 5% nemocných přežívá 5 let (2).

Jednou z hlavních příčin vzniku bronchogenního karcinomu je kouření. Pokud kuřák vykouří více než 20 cigaret denně po dobu 20 let zvyšuje se riziko vzniku rakoviny dvacetkrát. Kromě trvání kouření záleží také na způsobu a hloubce inhalace cigaretového kouře. Je zde patrný také vliv pasivního kouření.

Mezi další faktory přispívající ke vzniku karcinomu patří profesionální expozice plicním karcinogenům (azbest, arzen, nikl, ionizující záření aj.), znečištěné ovzduší (oxid siřičitý), genetická dispozice nebo asociace karcinomu s některými afekcemi (sklerodermie, jizevnaté změny v plicích) (42).

Symptomatologie onemocnění závisí na velikosti, lokalizaci a typu tumoru. Dlouho probíhá asymptomaticky, později se začne projevovat kašlem nebo zhoršením kuřáckého kašle, hemoptýzou, hypertermií, únavou, nechutenstvím, hubnutím. Při prorůstání nádoru do hrudní stěny má nemocný kruté bolesti, při generalizaci na pleuru dušnost, při postižení hrudního sympatiku je přítomna Hornerova trias (ptóza, mióza, enoftalmus). Někdy je prvním příznakem bronchogenního karcinomu chrapot nebo stridor. Při útlaku horní duté žíly má nemocný otok hlavy a krku. Metastázy primárního tumoru postihují především mozek, skelet a nadledviny (2).

Vzhledem k jasné příčinné souvislosti mezi kouřením a plicním karcinomem je možná dobrá prevence kontrolováním kuřácké epidemie. Je nutné předpokládat, že od snížení kouření a snížení incidence nádorů plic uplyne dlouhá doba, protože časová prodleva mezi expozicí a rozvojem karcinomu je dlouhá (28).

1.9.3.2 Malignity dutiny ústní a krku

Nádory dutiny ústní se vyskytují v ústech, orofaryngu a hypofaryngu. Tvoří okolo 40% všech nádorů hlavy a krku. Nejčastější lokalizací těchto nádorů je jazyk následovaný orofaryngem, patrem a dolním rtem. Jde především o funkční a estetické poškození oblasti těla pacienta, která hraje velkou roli v mezilidském kontaktu, komunikaci i příjmu potravy. Často bývá postižena řeč, polykání i dýchání.

Mezi hlavní rizikové faktory patří kouření tabáku, užívání tabáku v jiných formách a nadměrné požívání alkoholu. Dalšími rizikovými faktory jsou věk,

prekancerózy, nedostatečná hygiena dutiny ústní a některé celkové faktory, např. nedostatek železa, nutriční vlivy nebo virová onemocnění (28).

Nádory dutiny ústní či jejích orgánů se nejčastěji projevují bolestí v krku, zápachem z úst, pocitem cizího tělesa v ústech, krvácením, zhoršeným polykáním.

Nádory laryngu se v případě lokalizace na hlasivce projevují chrapotem, při lokalizaci nad hlasivkou jde o pocit cizího tělesa a polykací potíže a při nádorech pod hlasivkami se v pokročilejších stádiích projevuje přítomností krve ve sputu, dýchacími a polykacími potížemi, bolestí či exulcerací. V případě patologického zduření v oblasti krku může docházet k šíření tumoru do lymfatických uzlin či přímému prorůstání tumoru do okolní tkáně (1).

1.9.3.3 Karcinom močového měchýře

Karcinom močového měchýře je nejčastějším nádorem močového ústrojí. V České republice je šestým nejčastějším nádorem u mužů a třináctým u žen a jeho incidence stále stoupá.

Hlavní etiologický faktor je kouření cigaret. Předpokládá se, že kouření zvyšuje čtyřnásobně riziko jeho výskytu a u poloviny pacientů se podílí na vzniku. Riziko vzniku rakoviny močového měchýře stoupá s počtem vykouřených cigaret. U kuřáků je i vyšší riziko agresivnějších forem i horšího průběhu nemoci. K dalším rizikovým faktorům patří nadměrná expozice průmyslovým karcinogenům, dlouhodobý vliv ionizujícího záření, chronické infekce močového měchýře a močové kameny.

V počáteční fázi onemocnění jsou obtíže pacienta minimální. Nejčastějším příznakem, který se vyskytuje téměř u 75% pacientů, je hematurie. Celkové příznaky, jako nechutenství, úbytek na váze a anémie jsou příznaky pokročilého stádia onemocnění. Přibližně u 1/3 pacientů se objevuje tzv. iritační symptomatologie s dysuriemi, polakisuriemi, až urgencemi. Výjimečně se onemocnění může projevit bolestmi v bederní krajině, které jsou způsobeny městnáním moči ve vývodném systému nad močovým měchýřem při uzavření vývodu močovodu nádorem (46).

1.9.3.4 Karcinom pankreatu

Karcinom pankreatu je dalším zhoubným onemocněním podmíněným kouřením, které je v současné době jediným prokázaným etiologickým faktorem. U kuřáků je riziko vzniku karcinomu pankreatu dvakrát vyšší než u nekuřáků. Jeho incidence je nejvyšší ve věku pětasedesáti až pětasedmdesáti let. Z dlouhodobého hlediska incidence trvale stoupá, prevalence stoupá mírně.

Klinicky se projevuje až v pozdějších stádiích pocitem břišního dyskomfortu, nechutenstvím, nevolnostmi, pomalým úbytkem na váze, bolestmi v břiše a zádech. Karcinom v hlavě pankreatu může způsobit útlak žlučovodu a ikterus. Při prorůstání tumoru do okolních struktur se objevuje krvácení do gastrointestinálního traktu. Často dochází k migrujícím tromboflebitidám (1).

1.9.3.5 Karcinom děložního čípku

Karcinom děložního čípku je etiologicky podmíněn především sexuální promiskuitou, přítomností papilomaviru, časným začátkem pohlavního života a kouřením, při kterém se karcinogeny vylučují do cervikálního hlenu, který je v úzkém kontaktu se sliznicí děložního hrdla. Z pohledu epidemiologického jde o nejčastější zhoubný nádor ženské pohlavní soustavy. Jeho incidence v posledních letech v rozvinutých zemích klesá a to především díky preventivnímu vyhledávání a odstraňování prekanceróz (1).

1.9.3.6 Karcinom žaludku

Kouření spolu s častou konzumací alkoholu je důležitým rizikovým faktorem vzniku karcinomu žaludku. Dále se na jeho rozvoji podílí atrofická gastritida způsobená přítomností *Helicobacteru pylori*, nadměrná konzumace konzervované, solené a sušené stravy, nedostatečný příjem vitamínů a genetické vlivy.

V ČR incidence i mortalita v posledních letech trvale klesají. Častěji jsou postiženi muži a incidence je maximální v období po sedmdesátém roku věku.

Z klinických projevů, které se objevují spíše v pozdních stádiích onemocnění, jsou typické pocity dyskomfortu a tlaku v epigastriu, ztráta chuti k jídlu, nevolnost a zvracení. V pokročilých stádiích onemocnění se objevují výrazné bolesti v epigastriu, odpor k masu, slabost, anemizace z krevních ztrát. V některých případech i hemateméza a meléna (1).

1.10 Prevence závislosti na tabáku

Prevence je slovo latinského původu znamenající soustavu opatření, která mají předcházet nežádoucímu jevu, např. nemocem, drogovým závislostem, zločinům, nehodám, neúspěchu ve škole, sociálním konfliktům, násilí, ekologickým katastrofám a podobně. Rozlišujeme prevenci primární, která se soustřeďuje na veškeré obyvatelstvo a jejím úkolem je zkoumat předpoklady, podmínky a příčiny jevů, jimž se má bránit, a hledá způsoby, jak jim předcházet a prevence sekundární, která se snaží nepříznivé jevy včas zachytit a bránit jejich prohlubování a šíření. Především je aplikována na ohrožené skupiny populace, mládež nebo sociálně slabé jedince. Pojem terciární prevence znamená předcházení škodám vzniklých v důsledku patologického jevu a zároveň zabránění jejich recidivě (27).

Podílet se na prevenci kouření a závislosti na tabáku je úkolem celospolečenským, tudíž celosvětovým. Pokud budou přijata účinná opatření a podaří se je úspěšně aplikovat na společnost jako celek a ne jen na populaci kuřáků, jejich výsledky budou znatelné po řádově čtyřech desítkách let. Prevence v souvislosti s kouřením a jeho zdravotními následky je tedy procesem dlouhodobým (22).

1.10.1 Primární prevence

V případě závislosti na tabáku by měl být kladen důraz především na prevenci primární, tedy na předcházení vzniku závislosti. Došlo by tak k eliminaci vzniku

fatálních zdravotních následků dlouhodobého abúzu tabákových výrobků v populaci kuřáků i mezi nekuřáky vystavenými účinkům tabákového kouře (22).

S prevencí závislosti na tabáku je třeba začínat již v období předškolního věku. V této době dochází mimo jiné k formování osobnosti a vytváření vlastních postojů dítěte. Proto je výchova ke zdravému životnímu stylu v tomto věku tolik důležitá. Je však třeba připomenout, že prevence by měla začínat u rodičů již v době před početím dítěte. Pokud je dítě chronicky vystavováno působení tabákového kouře, je potencionálně více tolerantní k subjektivně nepříjemným příznakům působení tabáku na organismus a pozdější vznik závislosti je pravděpodobnější. Rodina a její fungování ve výchově a citovém i intelektuálním rozvoji dítěte by měly tvořit jeden z nejdůležitějších prvků prevence kouření. Za nejzásadnější způsob působení rodiny v prevenci vzniku závislosti dětí na tabáku je považováno nekuřáctví rodičů. Pozitivní nekuřácké vzory v rodině, zabránění jakémukoli vystavení dětí tabákovému kouři, podpora zdravého sebevědomí a citové stability dítěte, to vše jsou způsoby, jak maximálně snížit riziko vzniku závislosti. Rodiče by měli dítě přiměřeným způsobem upozornit na negativní vlivy kouření.

Další velmi důležitou složkou podílející se na prevenci kuřáctví je vzdělávací systém. Výchovná činnost pedagogů by se měla soustředit především na ujasnění si vlastních hodnot, vysvětlování představ a norem společnosti k užívání tabáku, zvládnutí stresu, nabízení způsobů jak se ubránit sociálnímu tlaku atd.

Nedílnou součástí komplexního boje proti kouření tvoří legislativa. V rámci společnosti jako celku je třeba nastavit legislativní rámec tak, aby nebylo umožněno libovolné působení propagace kouření jako něčeho žádoucího. Jde především o naprostý zákaz reklamy a sponzorování, omezení marketingu, daně pokrývající 70% ceny a reagující na inflaci, výrazná barevná a obměňující se varování na obalech tabákových výrobků, zákaz kouření ve veřejných prostorách včetně všech restaurací a omezení přístupu k cigaretám, zvláště pro nezletilé (14).

1.10.2 Sekundární prevence

Ve vztahu ke kouření si pod pojmem sekundární prevence můžeme představit především aktivní vyhledávání kuřáků a jejich edukace a motivace k zanechání kouření, léčbu závislosti, vyhledávání onemocnění podmíněných kouřením a jejich léčba. Všechny tyto činnosti spadají především do kompetence zdravotnických pracovníků.

Léčba se uskutečňuje v centrech léčby závislosti na tabáku, která vznikla s podporou Ministerstva zdravotnictví ČR na základě projektu české kanceláře Světové zdravotnické organizace. Tato centra byla založena při fakultních nemocnicích a jde o specializovaná pracoviště nejčastěji v rámci pneumologických či interních klinik, která poskytují behaviorální a farmakologické intervence. V současné době je jich v ČR devět. Existuje také velké množství poraden pro odvykání kouření, které poskytují především psychosociální podporu a podporující konzultace. Tyto poradny však nejsou součástí léčebně-preventivní péče jako centra pro léčbu závislosti na tabáku (9).

Ve formě tzv. krátké intervence by se měli podílet na realizaci prevence kouření zdravotníci na všech úrovních péče. Tato krátká intervence spočívá v aplikaci postupu „5P“, tzn. „ptát“ se na kuřáctví a zjištěné zapisovat do dokumentace, „poradit“ kuřákům přestat kouřit a vysvětlit jim výhody nekuřáctví v jejich konkrétním případě, „posoudit“ motivaci přestat, „pomoci“ kuřákům přestat kouřit v rámci možností a „plánovat“ celý proces odvykání i kontrolní návštěvy. Účinnost této intervence lze zvýšit tím, že pacient dostane do rukou psané instrukce, jimiž by se měl řídit (14). Důležité je vždy zhodnocení předchozích zkušeností s odvykáním a vypracování individuálního plánu, stejně tak jako podpora rodiny a přátel či poskytnutí adekvátního druhu a dávky farmakoterapie pro překonání abstinčních příznaků. Tyto postupy je nejvhodnější realizovat v rámci intenzivní intervence specialisty v odvykání kouření (27).

Farmakoterapie je vhodná pouze pro kuřáky fyzicky závislé na nikotinu. Jejím základem je náhradní nikotinová terapie a léčba bupropionem. Náhradní terapie nikotinem se na našem trhu vyskytuje ve formě žvýkaček, náplastí a inhalátoru s nikotinem. Tyto léky jsou volně prodejné v lékárnách. Asi nejužívanější formou je náplast, která uvolňuje nikotin kontinuálně, ale pomaleji než ostatní formy. Je třeba

upozornit, že se nejedná o léky proti kouření, nýbrž o lék zabraňující vzniku abstinenciho syndromu. Bupropion, původně antidepressivum, je dnes zatím neúčinnější lék proti závislosti na tabáku. U silných kuřáků je vhodné kombinovat bupropion s některou z forem náhradní nikotinové terapie. Tento lék je vázán na recept, ale bez omezení odbornosti, tudíž ho může předepsat jakýkoli lékař (5).

1.10.3 Terciární prevence

Hlavní složkou terciární prevence je tzv. chemoprevence. Jedná se o cílené podávání látek, které jsou buď přirozenou součástí plnohodnotné potravy nebo je dodáváme ve formě farmakologické. Cílem chemoprevence je zabránit nebo oddálit vznik určitého onemocnění. Úlohou zdravotníků je edukovat především kuřáky o těchto zásadách posilujících jejich zdraví a alespoň částečně eliminujících negativní dopad kouření na organismus. Nejvýznamnějšími účinky celé řady pozitivně působících látek jsou účinky antikancerogenní, které mají obrovský význam právě pro volnými radikály zatížený organismus kuřáka. Dále mohou tyto látky působit protizánětlivě, imunostimulačně a pozitivně ovlivňovat krevní tlak, hladinu glykémie a cholesterolu v krvi. Mezi nejdůležitější látky podílející se na chemoprevenci následků kouření patří selen, vitamíny E a C, karotenoidy, kyselina listová, fyto-sloučeniny a další. K nejvýznamnějším zdrojům fyto-sloučenin patří česnek, len, zázvor, zelený čaj a ženšen spolu s širokou škálou nejrůznějších druhů ovoce a zeleniny (43).

1.11 Léčba závislosti na tabáku

Má-li se kuřák odpoutat od vazeb na cigaretu, musí aktivně vyhledat jinou formu chování, tzn. změnit životní styl. Svou závislost si upevňoval řadu měsíců či let, bude tedy trvat měsíce, než se jí zcela zbaví. O úspěchu lze hovořit po naprosté a objektivizované roční abstinenci.

1.11.1 Krátká intervence praktického lékaře

Krátká intervence (3 – 5 minut) je jedna z možností léčby, která je všude reálná. Přesto, že je její úspěšnost relativně malá (5 – 8% dlouhodobé abstinence), tím, že bude aplikována na každého kuřáka, se stává nejefektivnější metodou léčby závislosti na tabáku. Krátká intervence je dnes doporučována ve všech rozvinutých zemích. Tato intervence má 5 bodů. V anglickém jazyce začínají od A, proto „5A Metod“.

1. **Ask** – Ptát se každého klienta na kuřácký návyk, nekuřáka pochválit a podpořit v nekuřáctví (další body se týkají pouze kuřáků).
2. **Advise** – Poradit kuřákům přestat kouřit a vysvětlit jim adekvátním způsobem výhody nekuřáctví v jejich konkrétním případě.
3. **Assess** – Posoudit motivaci a ochotu přestat.
4. **Assist** – Pomocť kuřákům přestat v rámci možností. To může znamenat nabídku podpory, doporučení náhradní terapie nikotinem nebo bupropionu a podání správných informací o jejich použití a účinku, doporučení do poradny pro odvykání kouření v případě potřeby.
5. **Arrange controls** – Plánovat kontroly; zejména v prvním týdnech nás klient potřebuje (diskuze abstinčních příznaků, dávky léků, relapsu).

1.11.2 Motivace

Nejčastějšími důvody k rozhodnutí přestat kouřit jsou důvody zdravotní (zejména u starších jedinců), sociální (kvůli rodině) nebo finanční. Důvody pro abstinenci jsou i jiné a žádný není horší nebo lepší. Jakýkoli důvod je ten správný, pokud vede k tomu, že kuřák přestane kouřit.

Lékař by se měl ptát na klientovu motivaci a tu podporovat. Pakliže klient motivaci dosud postrádá, měl by se lékař pokusit mu pomoci ji najít – např. metodou „4R“ (12).

1. Relevance - Jde o povzbuzení klienta k vyjádření osobních důvodů, proč chce přestat kouřit. Motivační informace má největší sílu, pokud souvisí s jeho nemocí, či rizikem jejího vzniku, rodinnou a sociální situací (děti v domě), s jeho věkem, pohlavím a osobními charakteristikami. Např. pro kuřáka po infarktu myokardu je důležitá informace, že rok poté, co přestane kouřit, klesne riziko dalšího infarktu na polovinu. Pro ženu ve středním věku může být podstatné, že kouření urychluje nástup menopauzy, stárnutí pleti a osteoporózu apod.

2. Risks (rizika) - Lékař by měl spolu s pacientem identifikovat negativní důsledky kouření a osvětlit ty, které se mu zdají pro daného klienta nejdůležitější. Mezi nejzávažnější rizika patří:

Akutní rizika: dušnost, exacerbace astmatu, poškození plodu v těhotenství, impotence, neplodnost, zvýšení sérového karboxyhemoglobinu.

Dlouhodobá rizika: infarkty myokardu, cévní mozkové příhody, rakovina plic a jiných orgánů (hrtan, dutina ústní, jícen, pankreas, močový měchýř, děložní hrdlo aj.), chronická obstrukční plicní nemoc, chronická bronchitis, plicní emfyzém apod.

Rizika pro okolí: zvýšené riziko plicního karcinomu a kardiovaskulárních onemocnění u ostatních členů domácnosti, vysoké procento kouřících dětí z kuřáckých rodin, riziko narození dětí s nízkou porodní hmotností, astma bronchiale, zánět středního ucha a respirační infekce u dětí kuřáků.

3. **Rewards (odměny)** - Lékař by měl klientovi pomoci nalézt potenciální benefity nekouření. Měl by vyzdvihnout ty, které jsou relevantní pro konkrétního klienta. Např. zlepšení zdravotního stavu, zlepšení chuti, ušetřené peníze, lepší pocit sama ze sebe, domov, dech, auto se zbaví zápachu, odpadnou starosti s tím, jak přestat kouřit, dobrý příklad dětem, zdravější děti, odpadnou obavy a potíže s obtěžováním okolí kouřem, lepší fyzická kondice, osvobození od závislosti aj.
4. **Repetition (opakování)** - Motivační intervence má být opakována vždy, když nemotivovaný klient navštíví ambulanci. Ti, kteří v předchozím pokusu ve snaze přestat kouřit neuspěli, by měli dostat informaci, že většina kuřáků musí zkoušet přestat opakovaně (37).

1.11.3 Psychosociální podpora

Lékař kuřákovi pomůže pochopit jeho závislost, jeho typické kuřácké situace a pomůže mu najít pro tyto chvíle náhradní činnosti.

Je nutné, aby spolu s klientem stanovili „den D“- den, odkdy si kuřák už nikdy nezapálí. Nemusí to být hned, je lépe, když je možnost se s tímto datem dopředu smířit, sžít. Na stanovení „dnu D“ z velké míry závisí úspěch.

Lékař by neměl šetřit chválou i za malé úspěchy. Motivace a chvále a jsou rovněž jedním ze základních kamenů úspěchu (12).

1.11.4 Farmakologická léčba

Tato léčba je vhodná pro kuřáky závislé na nikotinu (ti, co kouří 10 a více cigaret denně a po probuzení si do hodiny zapalují první cigaretu). Zabraňuje především abstinenčním příznakům. K tomu, aby pacient přestal kouřit, je nutné jeho rozhodnutí a aktivní změna životního stylu. Tato léčba zahrnuje náhradní terapii nikotinem a lék bupropion (20).

1.11.4.1 Náhradní terapie nikotinem (NTN)

Náhradní terapie nikotinem se na našem trhu vyskytuje ve formě žvýkaček, náplastí a inhalátoru s nikotinem a nikotinového nosního spreje. Všechny formy jsou volně prodejné v lékárnách a žádná zdravotní pojišťovna na ně nepřispívá. Jedná se o lék proti vzniku abstinenčních příznaků, proto je třeba klienty upozornit, že se nejedná v žádném případě o lék proti kouření.

Kontraindikace se týkají především nekuřáků. Je-li alternativou cigareta, samotný nikotin znamená vždy menší zlo. U pacientů po infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhodě byl tento účinek prokázán, avšak u těhotných žen i nikotin samotný může poškodit plod. Světová zdravotnická organizace doporučuje v těch případech, kdy kuřák nedokáže přestat bez léčby, NTN vždy aplikovat, její podávání monitorovat a poskytnout pro centrální vyhodnocení, které povede v budoucnu ke zrušení veškerých kontraindikací NTN (5).

- ***Žvýkačka s nikotinem***

Nikotinová žvýkačka obsahuje 2 nebo 4 mg nikotinu. Nikotin je zde vázán na pryskyřici, ze které se uvolňuje žvýkáním a vstřebává bukalní sliznicí v lehce zásaditém prostředí. Proto je nutné při žvýkání a těsně před ním nejíst ani nepít a kyselé nápoje (káva, džusy) lze konzumovat nejpozději 15 minut před zahájením žvýkání.

Žvýkačka se žvýká pomalu, v intervalu jedné sekundy a po třech až deseti skousnutích se na půl minuty nechá volně ležet v dutině ústní. Při správném žvýkání je žvýkačka aktivní 30 minut, pak se stává obyčejnou žvýkačkou.

- ***Náplast s nikotinem***

Nikotinová náplast zajišťuje kontinuální hladinu nikotinu v krvi. Dávku nelze titrovat podle okamžité situace, nástup efektu je dlouhodobý. Existují náplasti s 24 hodinovou aplikací a se 16 hodinovou aplikací.

Náplast s nikotinem se aplikuje ráno, ihned po probuzení na suchou, nemastnou a neochlupenou kůži, nejlépe na vnitřní stranu paže, předloktí či na krajinu ledvin, hýždí, ne však tam, kde se kůže ohýbá (loketní jamka, pas). Stanoví se několik míst, na která se náplast střídavě vždy po několika dnech lepí.

- ***Nikotinový inhalátor***

Nikotinový inhalátor je plastová špička, do níž se vkládají nikotinové kapsle, které se po uzavření špičky z obou stran otevřou a kuřák může inhalovat nikotin.

- ***Nikotinový nosní sprej***

Nikotinový nosní sprej uvolňuje při jedné aplikaci 0,5 mg nikotinu, tedy při aplikaci do obou nostril 1 mg nikotinu. Touto cestou se nikotin dostává do mozku téměř tak rychle jako při kouření cigarety.

- ***Kombinace preparátů NTN***

Vzhledem k tomu, že z náplastí se nikotin vstřebává kontinuálně a poskytuje určitou hladinu nikotínémie po celý den, může někdy dojít ke krizi, kdy kuřák, většinou na nikotinu silně závislý, pocítí v určité situaci náhlou chuť na cigaretu, potřebuje rychle zvýšit hladinu drogy ve svém organismu. Pak je vhodné k náplasti přidat žvýkačku s nikotinem, z níž se nikotin dostane do mozku za několik desítek vteřin a zajistí požadovaný rychlý vzestup nikotínémie. Stejně je možné s náplastí kombinovat inhalátor nebo jiné formy NTN (12).

1.11.4.2 Bupropion (Zyban)

Jedná se o tablety s obsahem 150 mg látky. Bupropion je neúčinnější nenikotinovou léčbou závislosti na tabáku. Zdvojnásobuje úspěšnost podobně jako

náhradní terapie nikotinem. U silně závislých kuřáků je doporučena kombinace těchto léků (5).

1.11.4.3 Vareniklin

Vareniklin je lékem vyvinutým pro léčbu závislosti na tabáku, který neobsahuje nikotin. Jeho aktivita spočívá v tom, že se naváže na nikotinové receptory v mozku a tak zabrání abstinčním příznakům. Zároveň působí antagonisticky-pokud si klient s vareniklinem zapálí, cigareta mu neposkytne takový užitek.

Začíná se užívat ještě v době kouření, „den D“ by měl být kolem druhého týdne léčby. Nemá žádné lékové interakce ani se neobjevily žádné závažné vedlejší příznaky, přestože jej užívalo více než 6 milionů osob.

Vareniklin se užívá nejméně 3 měsíce, raději však 6 měsíců i déle. Nejvyšší abstinence bylo dosaženo při 6měsíčním užívání.

Varenilin i bupropion jsou vázané na recept, ale bez preskripčního omezení, může jej tedy napsat jakýkoli lékař (11).

1.11.5 Linka pro odvykání kouření

Národní linka pro odvykání kouření byla založena na začátku roku 2005 jako součást širšího projektu Centra léčby závislosti na tabáku. Hlavním cílem bylo začlenění léčby závislosti na tabáku do zdravotnického systému a zpřístupnění této zdravotnické služby těm, kdo ji potřebují.

Linka pro odvykání kouření je standardní součástí kontroly tabáku ve vyspělých zemích a osvědčila se také její dostupnost pro široké spektrum klientů včetně těch, kteří nemohou, nebo nechtějí vyhledat intenzivní odbornou pomoc, nebo mají zájem pouze o konkrétní informaci, případně kontakt na specializované pracoviště.

Linka je anonymní, pouze pokud chce klient i nadále spolupracovat s jedním konzultantem, zvolí si přezdívku, pod kterou je vedena jeho dokumentace.

Odbornými konzultanty jsou medicí vyšších ročníků lékařských fakult, kteří před samotným nástupem procházejí intenzivním školením, praxí v Referenčním centru léčby závislosti na tabáku a následovými hodinami (13).

1.12 Kouření a legislativa v ČR

V současné době není v České republice žádný moderní zákon, který by vytvořil komplexní legislativní rámec pro celou problematiku týkající se kouření. Celá řada zákonů a vyhlášek se této problematice více, či méně dotýká, bohužel v dnešní době, kdy je zájem celé společnosti, aby postupy směřující k ochraně zdraví a primární prevenci kouření byly zcela programové, je to nedostačující.

Reklamou v oblasti kouření se zabývá zákon č. 132/2003 Sb., který stanovuje zákaz reklamy na tabákové výrobky, a to včetně jejich sponzorování. Za reklamu na tabákové výrobky se také považuje distribuce tabákových výrobků zdarma, jejímž účelem je propagace tabákového výrobku. Dále je to reklama, která se nezmiňuje přímo o tabákovém výrobku, ale využívá ochranné známky, emblému nebo jiného charakteristického rysu tabákového výrobku. Jeden z odstavců se také zabývá podmínkami označení reklamních produktů reklamním nápisem: „Ministerstvo zdravotnictví varuje: kouření způsobuje rakovinu“. Toto sdělení musí být rozsahu nejméně 20% reklamní plochy. Dále je v zákoně uvedeno, že reklama na tabákové výrobky nesmí být zaměřena na osoby mladší 18 let a nesmí nabádat ke kouření slovy nebo tím, že zobrazuje scény s otevřenými krabičkami cigaret nebo scény, kde lidé kouří nebo drží cigarety atd.

Zákon č. 231/2001 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání a o změně dalších zákonů se zabývá mimo jiné i problematikou reklamy na tabákové výrobky při provozování rozhlasového a televizního vysílání. Dále uvádí, že provozovatelé jsou povinni nezařazovat do vysílání reklamy a teleshoppingu reklamu na tabák a tabákové výrobky a pořad nesmí být sponzorován osobami, které vyrábí výrobky či poskytují služby, které podle zákona nesmějí být předmětem reklamy.

Paragraf č. 3 vyhlášky č. 344/2003 Sb., kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky, se zabývá označením obalů tabákových výrobků. Na obalu musí být uveden údaj o obsahu dehtu, nikotinu a oxidu uhelnatého. Dále vyhláška uvádí, že na obalech tabákových výrobků musí být uvedeno jedno obecné a jedno dodatkové varování.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, obsahuje povinnost zaměstnavatele zajistit na pracovišti dodržování zákazu kouření (32).

Zákon číslo 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů se věnuje omezení dostupnosti tabákových výrobků a zákazu kouření. Uvádí, že tabákové výrobky a pomůcky lze prodávat pouze v prodejnách stanovených zvláštním předpisem a to na vyčleněném místě bez možnosti samoobsluhy. Osobám mladším osmnácti let nesmí být tyto výrobky prodány a nesmí je ani prodávat, pokud nejsou žákem připravujícím se na budoucí povolání v oboru hotelnictví a turismus, kuchař-číšník, prodavač. Je zakázáno prodávat potraviny či hračky, které mají vzhled tabákových výrobků. Provozovatel je povinen na místě prodeje umístit viditelný text o zákazu prodeje tabákových výrobků osobám mladším osmnácti let. Dále jsou v zákoně specifikována místa, na kterých se zakazuje kouřit. Jsou to uzavřené prostory přístupné veřejnosti mezi něž patří veřejné dopravní prostředky, nástupiště, přístřešky a čekárny s výjimkou prostor ke kouření vyhrazených. Dále je zakázáno kouřit ve vnitřních i vnějších prostorách školních zařízení, v zařízeních společného stravování nemajících vyhrazený a označený prostor pro kouření, v uzavřených zábavních prostorách, sportovních halách a prostorách, kde jsou pořádána pracovní jednání, ve vnitřních prostorách zdravotnických zařízení s výjimkou psychiatrických klinik a léčeben. Dalšími místy podléhajícími zakazu kouření jsou budovy státních orgánů, orgánů územně správních celků, zařízení poskytující veřejné služby a finanční instituce. Veškeré prostory vyhrazené pro kuřáky musí jejich provozovatel označit zjevně viditelným nápisem udávajícím, že se zde může kouřit. V prostorách podléhajících zakazu kouření musí být provozovatelem taktéž umístěn nápis o tomto zakazu (45).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cíl 1 – Zmapovat výskyt kouření u studentů ZSF JU.

Cíl 2 – Zjistit věk prvního experimentu s cigaretou.

2.2 Hypotézy

H 1: Studenti ZSF JU závislí na nikotinu jsou nespokojeni se svou závislostí.

H 2: Ve zkoumaném vzorku studentů převažují kuřáci nad nekuřáky.

H 3: Studenti ZSF JU nemají pocit nedostatku informací o škodlivosti kouření.

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Výzkumné šetření v rámci této bakalářské práce jsem realizovala kvantitativním způsobem. Pro shromáždění potřebných kvantitativních dat jsem zvolila techniku dotazníku s uzavřeným a polootevřeným typem otázek. Dotazník byl složen ze dvou částí a byl zcela anonymní. V části první jsem se zaměřila na zjištění věku, pohlaví, oboru a informací týkajících se kouření studentů, tzn. zda kouří, jak dlouho a jak intenzivně apod. Druhá část dotazníku se zabývá zjištěním závislosti studentů na nikotinu. K těmto potřebám jsem využila Fagerströmův test závislosti na nikotinu. Otázek v první části dotazníku bylo 18, ve druhé části 6.

Pro snadnější orientaci ve výsledcích šetření jsem se rozhodla použít grafy, ve kterých srovnávám jednotlivé odpovědi studentů na položené otázky. Údaje zpracované v grafech jsou udávány v relativních hodnotách (%) a jsou zpracované v počítačovém programu Microsoft Excel.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Realizace výzkumu proběhla v akademickém roce 2008/2009 ve vybraných oborech Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výzkumný soubor tvořilo 289 studentů z 8 oborů prezenčního studia. Dotazníky byly rozdány jak do ročníků prvních, tak druhých i třetích. Z celkového počtu 289 rozdaných dotazníků se jich vrátilo 244, což odpovídá 84,4% návratnosti.

4 VÝSLEDKY

4.1 Vyhodnocení otázek dotazníku

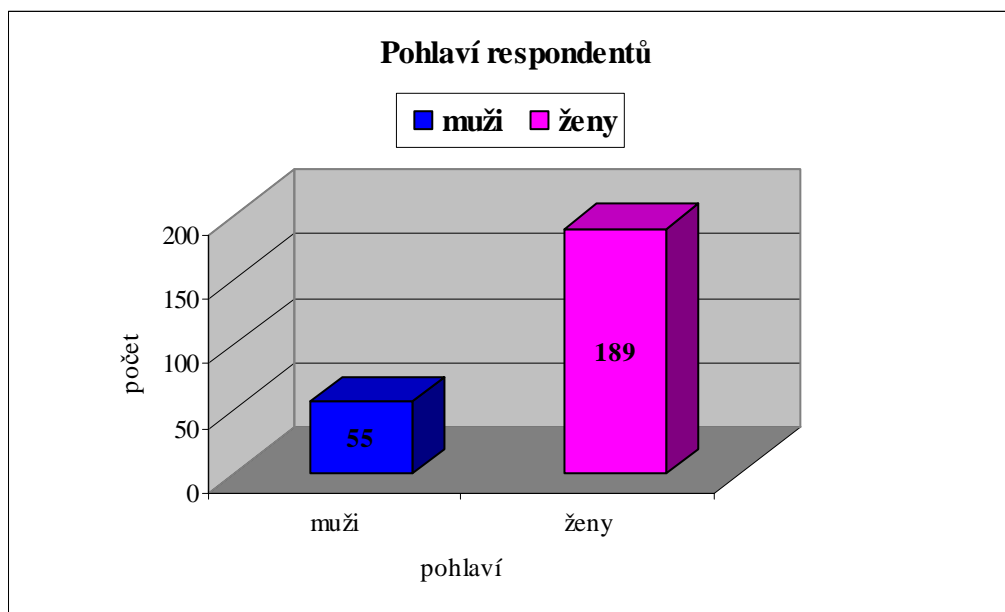
Otázka č. 1: Jste:

Tab. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet
Muži	55
Ženy	189

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 244 (100%) respondentů bylo 189 (77,5%) žen a 55 (22,5%) mužů.

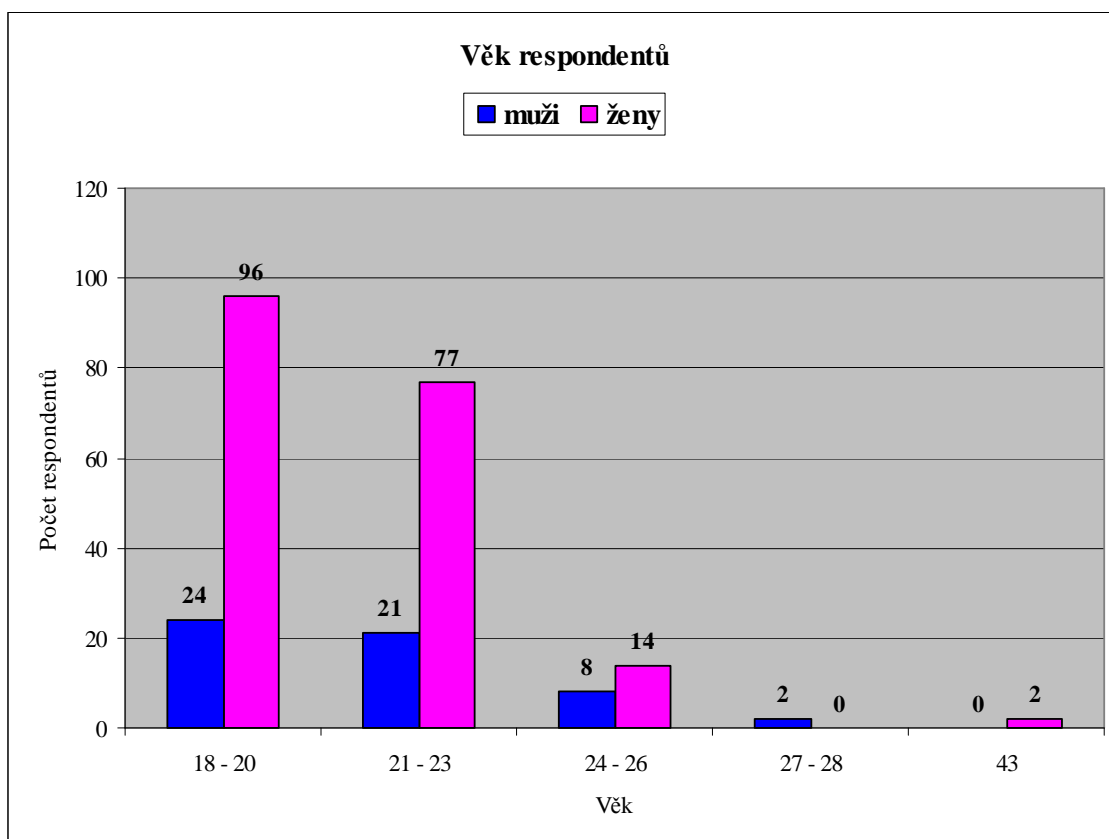
Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

Tab. 2: Věk respondentů

Věk	Muži	Ženy
18 – 20	24	96
21 - 23	21	77
24 - 26	8	14
27 - 28	2	0
43	0	2

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2



Zdroj: vlastní výzkum

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 244 studentů ve věkové kategorii 18 – 43 let. Z tohoto počtu bylo 189 (100%) žen. 96 (50,8%) žen bylo ve věku 18 – 20 let, 77 (40,7%) žen ve věku 21 – 23 let, 14 (7,4%) ve věku 24 – 26 let a 2 (1,1%) ženy ve věku 43 let.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 55 (100%) mužů. 24 (43,6%) respondentů ve věku 18 – 20 let, 21 (38,2%) respondentů ve věku 21 – 23 let, 8 (14,6%) respondentů ve věku 24 – 26 let, 2 (3,6%) a 0 (0%) respondentů ve věku 43 let.

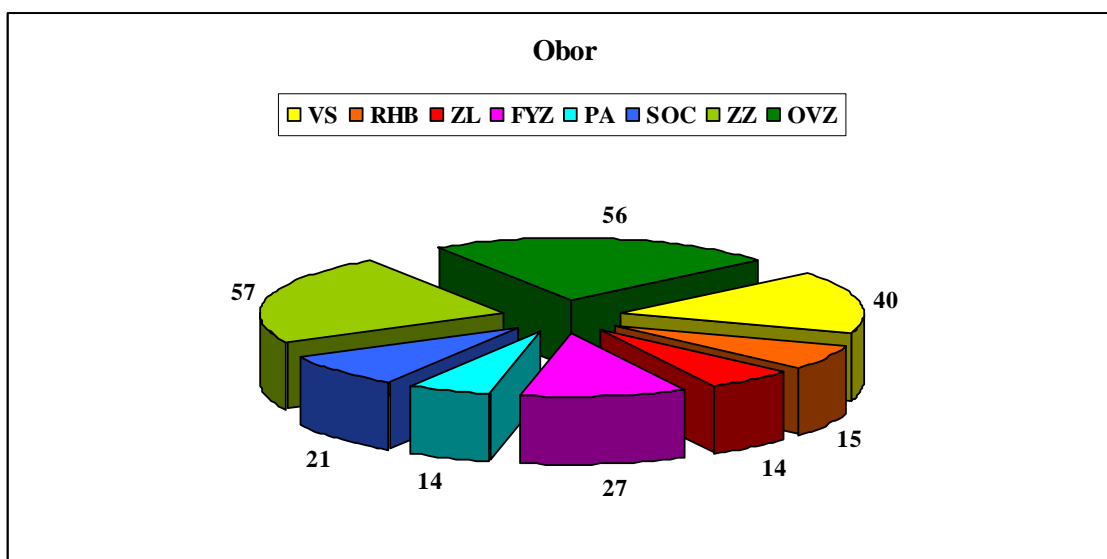
Otázka č. 3: Jaký obor studujete?

Tab. 3: Obor

Obor	Počet
Všeobecná sestra (VS)	40
Prevence a rehabilitace sociální patologie (RHB)	15
Zdravotní laborant (ZL)	14
Fyzioterapie (FYZ)	27
Porodní asistentky (PA)	14
Sociální práce ve veřejné správě (SOC)	21
Zdravotnický záchranář (ZZ)	57
Ochrana veřejného zdraví (OVZ)	56

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 244 (100%) respondentů bylo 56 (23%) respondentů studentů oboru Ochrany veřejného zdraví, 40 (16,4%) respondentů studujících obor Všeobecná sestra, 15 (6,1%) respondentů z oboru Prevence a rehabilitace sociální patologie, 14 (5,7%) studujících obor Zdravotní laborant, 27 (11,1%) respondentů studujících Fyzioterapii, 14 (5,7%) respondentů z oboru Porodní asistentka, 21 (8,6%) studujících obor Sociální práce ve veřejné správě a 57 (23,4%) respondentů studujících obor Zdravotnický záchranář.

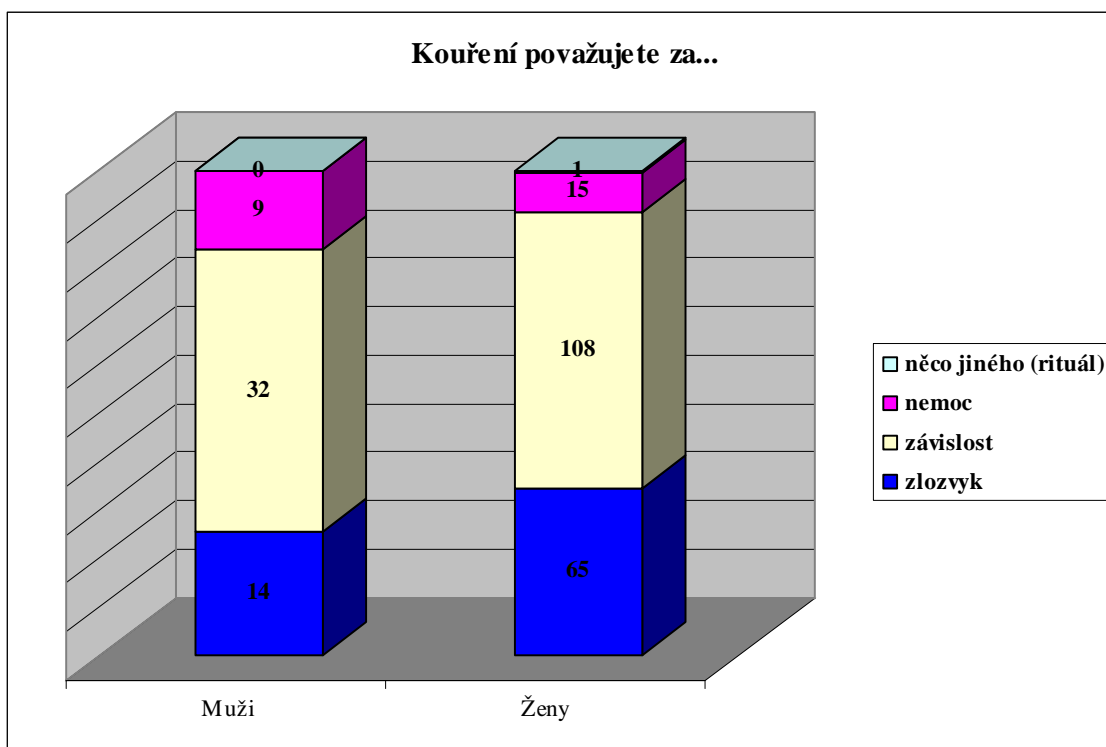
Otázka č. 4: Kouření považujete za:

Tab. 4: Kouření považujete za...?

Odpověď	Ženy	Muži
Zlozvyk	65	14
Závislost	108	32
Nemoc	15	9
Něco jiného	1	0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, „Kouření považujete za“, z celkového počtu dotazovaných žen 189 (100%) odpovědělo: 65 (34,4%) žen považuje kouření za zlozvyk, 108 (57,1%) žen považuje kouření za závislost, 15 (7,9%) žen za nemoc a 1 (0,6%) žena za rituál.

Mužů na tuto otázku odpovědělo celkem 55 (100%). 14 (25,5%) mužů považuje kouření za zlovyk, 32 (58,1%) za závislost, 9 (16,4%) mužů za nemoc a 0 (0%) mužů za něco jiného.

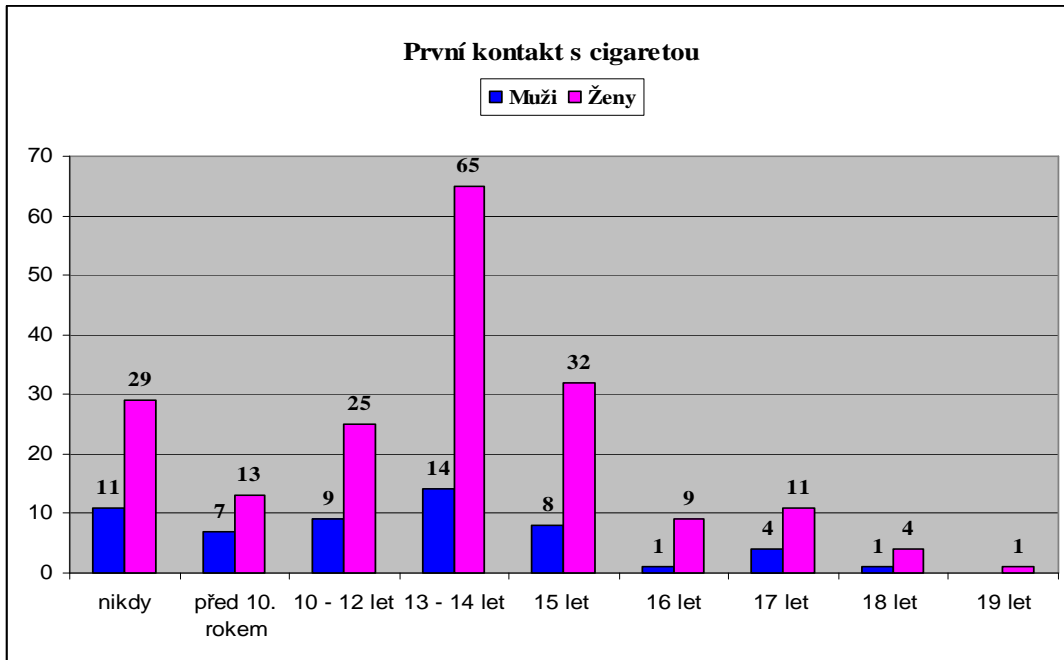
Otázka č. 5: V kolika letech jste poprvé kouřil/a cigaretu?

Tab. 5: První styk s cigaretou

Odpověď		Muži	Ženy
Nikdy jsem kouření ani nevyzkoušel/a		11	29
Před 10. rokem		7	13
V 10 – 12 letech		9	25
Ve 13 – 14 letech		14	65
V 15 letech		8	32
Později	V 16 letech	1	9
	V 17 letech	4	11
	V 18 letech	1	4
	V 19 letech	0	1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, „V kolika letech jste poprvé kouřil/a cigaretu?“, odpovědělo z celkového počtu 189 (100%) žen 29 (15,3%) žen, že nikdy kouření ani nevyzkoušelo, 13 (6,9%) žen poprvé kouřilo před 10. rokem života, 25 (13,2%) žen ochutnalo první cigaretu v 10 – 12 letech, 65 (34,4%) žen poprvé kouřilo ve 13 – 14 letech, 32 (17%) žen v 15 letech, 9 (4,8%) žen v 16 letech, 11 (5,8%) žen v 17 letech, 4 (2,1%) ženy v 18 letech a 1 (0,5%) žena poprvé kouřila v 19 letech.

Mužů na tuto otázku odpovídalo 55 (100%). 11 (20%) mužů nikdy nevyzkoušelo kouřit, 7 (12,7%) mužů poprvé kouřilo před 10. rokem života, 9 (16,4%) mužů poprvé ochutnalo první cigaretu v 10 – 12 letech, 14 (25,5%) mužů poprvé kouřilo v 13 – 14 letech, 8 (14,5%) mužů v 15 letech, 1 (1,8%) muž v 16 letech, 4 (7,3%) muži v 17 letech a 1 (1,8%) muž v 18 letech.

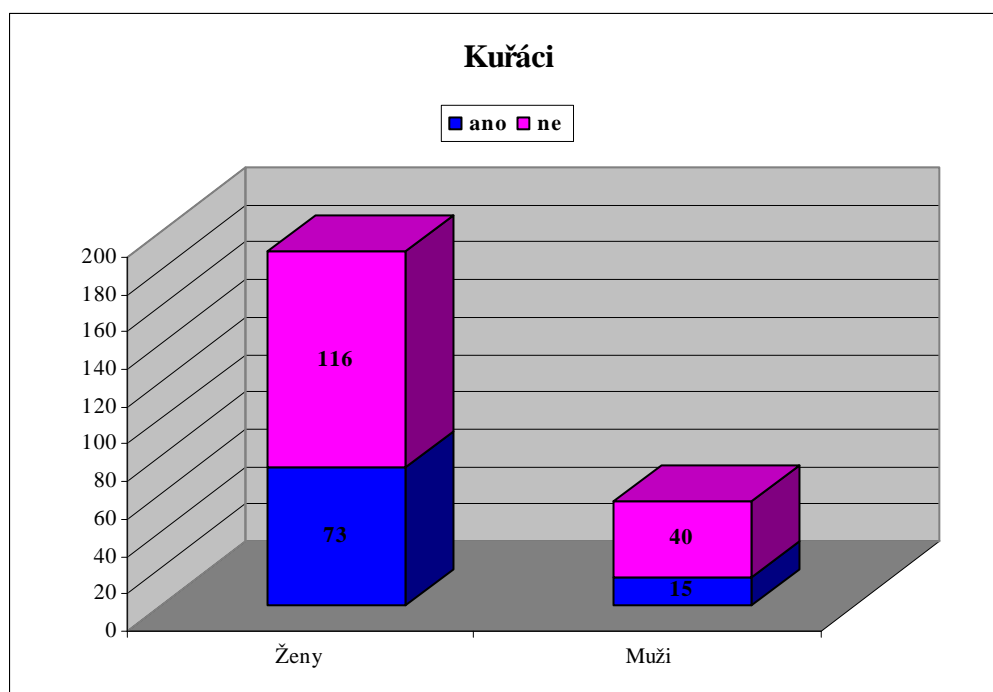
Otázka č. 6: Kouříte?

Tab. 6: Kouříte?

Odpověď	Ženy	Muži	Celkem	Celkem v %
Ano	73	15	88	36,1
Ne	116	40	156	63,9

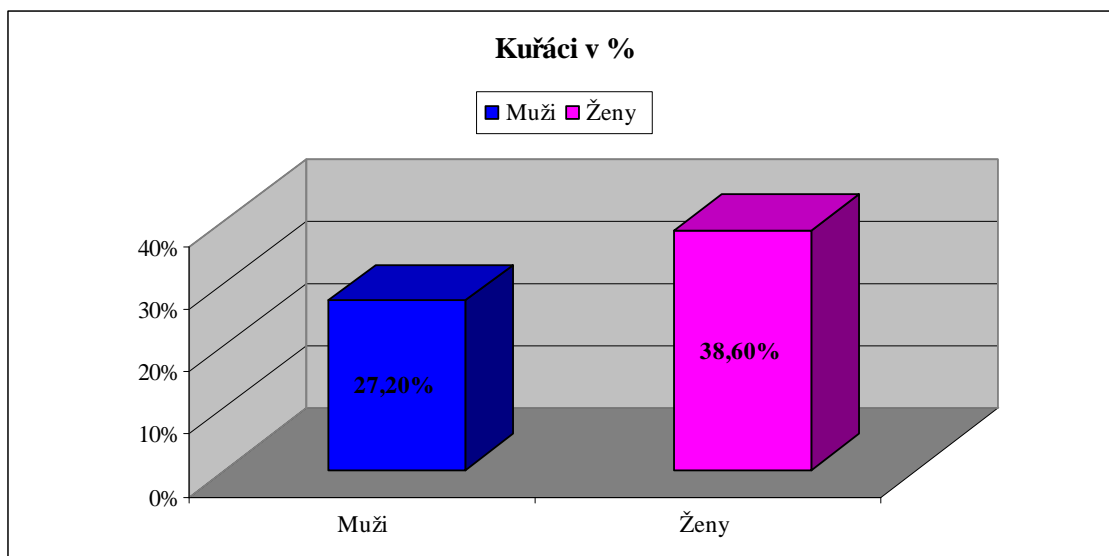
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6



Zdroj: Vlastní výzkum

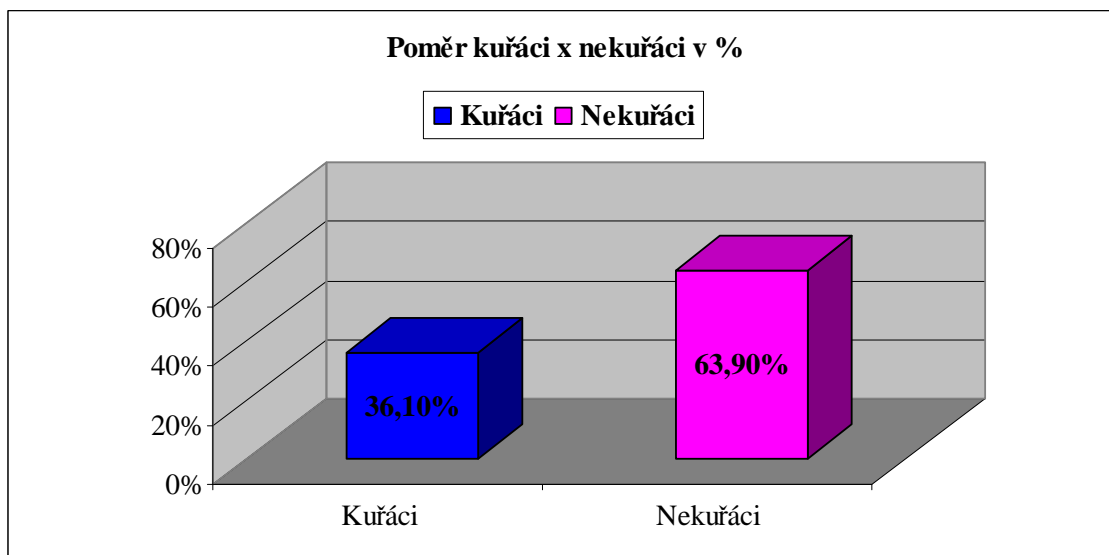
Graf 7



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku „Kouříte?“ uvedlo z celkového počtu 189 (100%) studentek 73 (38,6%) studentek ANO a 116 (61,4%) studentek NE. Z celkového počtu 55 (100%) studentů uvedlo 15 (27,3%) studentů ANO a 40 (72,7%) studentů NE.

Graf 8



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 244 (100%) respondentů je 88 (36,1%) kuřáků a 156 (63,9%) nekuřáků.

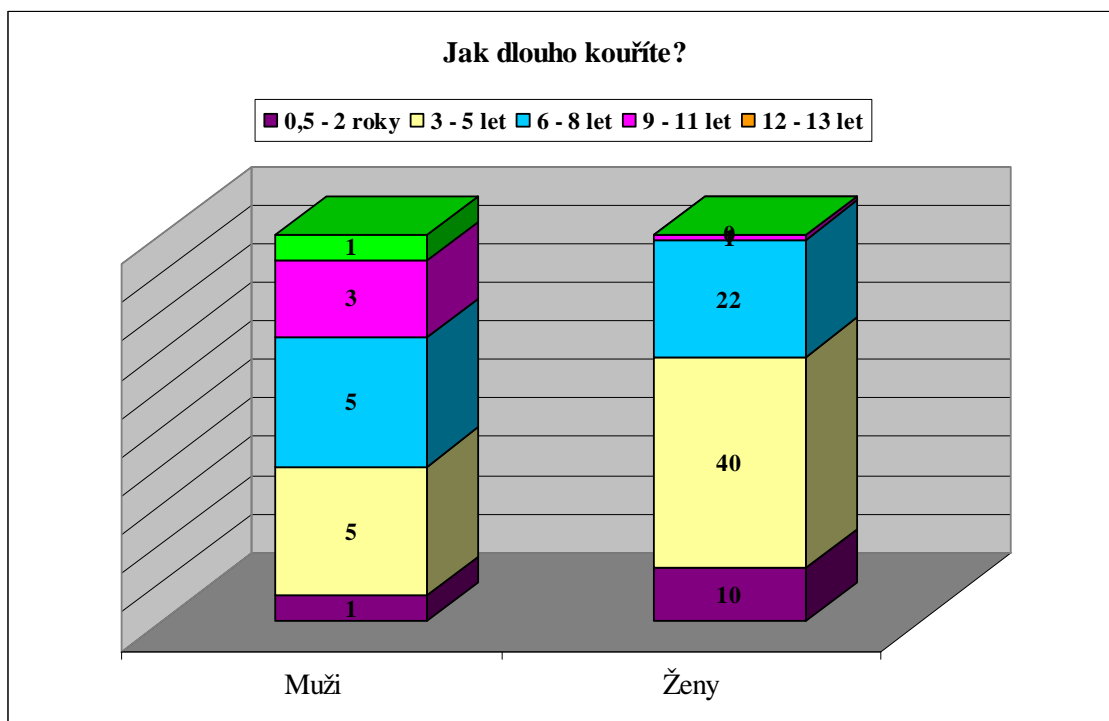
Otázka č. 7: Jak dlouho kouříte?

Tab. 7: Jak dlouho kouříte?

Odpověď	Ženy	Muži
0,5 – 2 roky	10	1
3 – 5 let	40	5
6 – 8 let	22	5
9 – 11 let	1	3
12 – 13 let	0	1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku „*Jak dlouho kouříte?*“ odpovědělo 73 (100%) kuřáček. 10 (13,7%) žen uvedlo, že kouří 0,5 – 2 roky, 40 (54,8%) žen kouří 3 – 5 let, 22 (30,1%) žen uvedlo, že kouří 6 – 8 let a 1 (1,4%) žena uvedla, že kouří 9 – 11 let.

Na tuto otázku odpovědělo 15 (100%) kuřáků. 1 (6,7%) muž uvedl, že kouří 0,5 – 2 roky, 5 (33,3%) mužů odpovědělo, že kouří 3 – 5 let, 5 (33,3%) mužů uvedlo, že kouří 6 – 8 let, 3 (20%) muži kouří 9 – 11 let a 1 (6,7%) muž uvedl, že kouří 12 – 13 let.

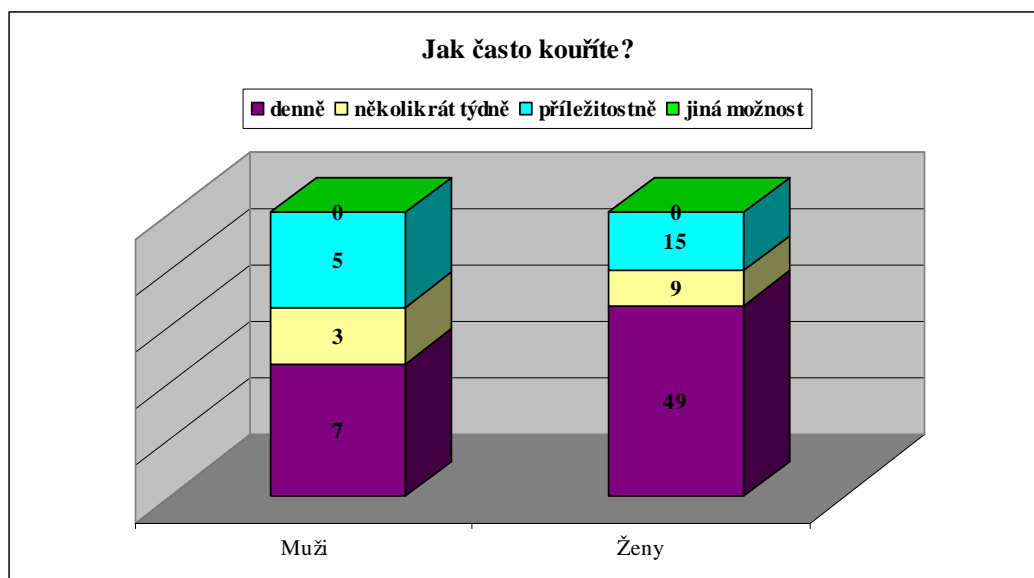
Otázka č. 8: Jak často kouříte?

Tab. 8: Jak často kouříte?

Odpověď	Muži	Ženy
Denně	7	49
Několikrát týdně	3	9
Příležitostně	5	15
Jiná možnost	0	0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, „*Jak často kouříte?*“ odpovědělo 73 (100%) kouřících žen, 49 (67,1%) žen v dotazníku uvedlo, že kouří denně, 9 (12,4%) žen kouří několikrát týdně, 15 (20,5%) žen uvedlo, že kouří příležitostně, 0 (0%) žen neuvedlo jinou možnost.

Na tuto otázku odpovědělo 15 (100%) kouřících mužů, 7 (46,7%) kuřáků opovědělo, že kouří denně, 3 (20%) muži odpověděli, že kouří několikrát týdně, 5 (33,3%) mužů uvedlo, že kouří příležitostně a 0 (0%) mužů uvedlo jinou možnost.

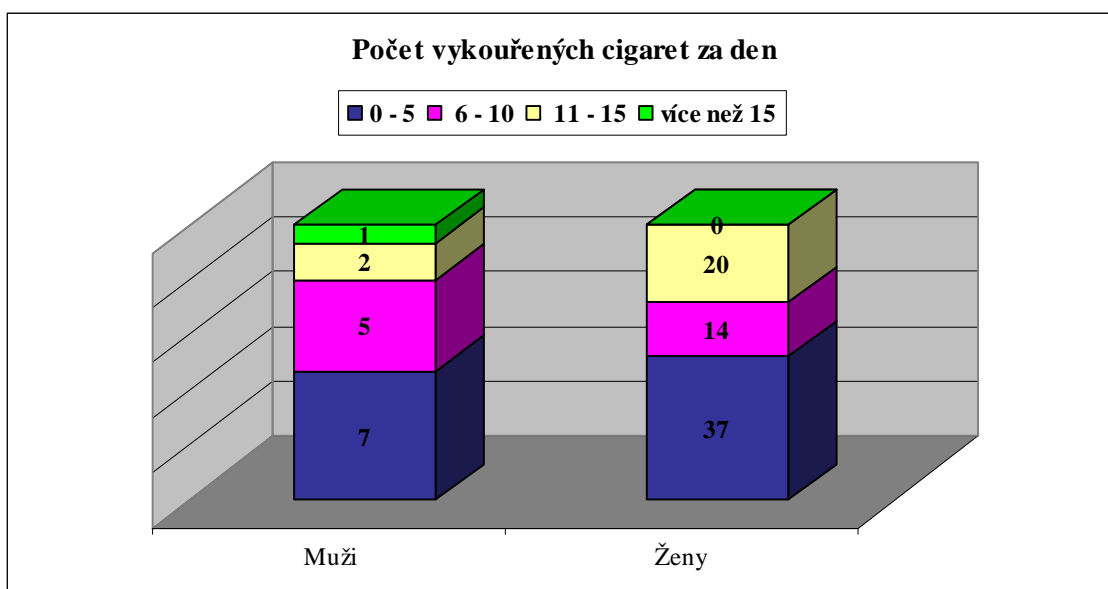
Otázka č. 9: Kolik cigaret denně vykouříte?

Tab. 9: Počet cigaret za den

Odpověď	Muži	Ženy
0 – 5	7	37
5 – 10	5	14
10 – 15	2	20
Více než 15	1	2

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „*Kolik cigaret denně vykouříte?*“ odpovědělo 73 (100%) kouřících žen, 37 (50,7%) kuřáček odpovědělo, že denně vykouří 0 – 5 cigaret, 14 (19,2%) kouřících žen v dotazníku uvedlo, že jejich denní spotřeba cigaret je 6 – 10, 20 (27,4%) žen kouří 11 – 15 cigaret denně a 2 (2,7%) žen kouří více než 15 cigaret denně.

Dále na tuto otázku odpovědělo 15 (100%) mužů takto: 7 (46,7%) mužů uvedlo, že jejich denní spotřeba cigaret je 0 – 5, 5 (33,3%) mužů kouří denně 6 – 10 cigaret, 2 (13,3%) muži v dotazníku uvedli, že kouří 11 – 15 cigaret denně a 1 (6,7%) muž kouří více než 15 cigaret denně.

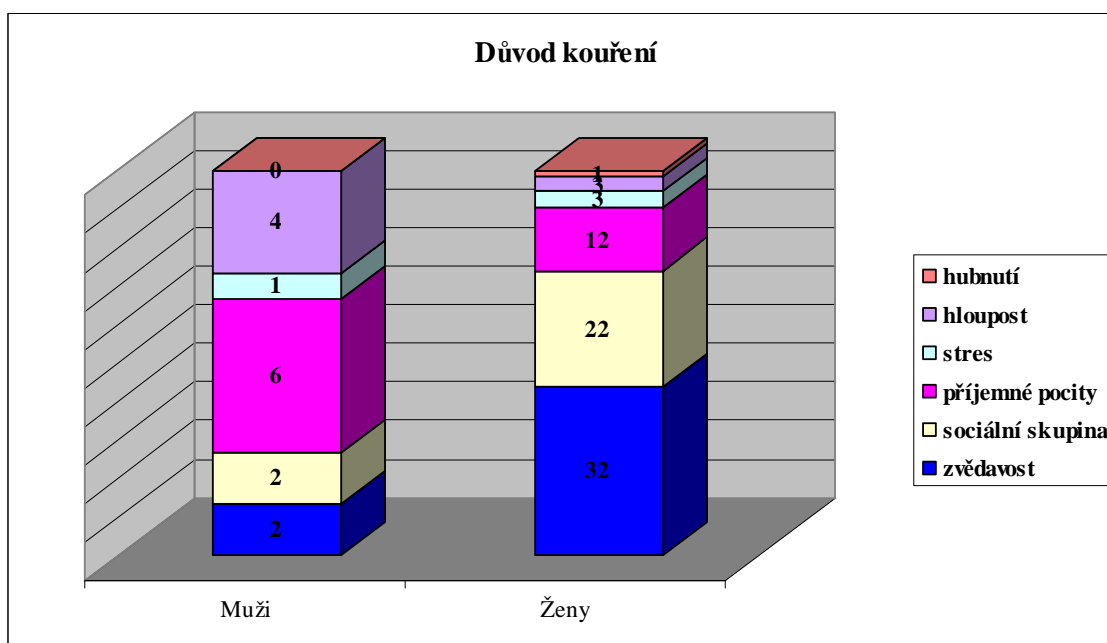
Otázka č. 10: Z jakého důvodu jste začal/a kouřit?

Tab. 10: Důvod kouření

Odpověď		Muži	Ženy
Ze zvědavosti		2	32
Kvůli přizpůsobení, parta		2	22
Navození příjemných pocitů		6	12
Jiný důvod	Stres	1	3
	Hloupost	4	3
	Hubnutí	0	1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „Z jakého důvodu jste začal/a kouřit“ odpovědělo z celkového počtu 73 (100%) kouřících žen 32 (43,8%), že začalo kouřit ze zvědavosti, 22 (30,2%) žen začalo kouřit kvůli přizpůsobení se sociální skupině, 12 (16,4%) žen kvůli navození příjemných pocitů, 3 (4,1%) ženy byly v té době ve stresu, 3 (4,1%) uvedly jako příčinu hloupost a 1 (1,4%) žena uvedla, že chtěla zhubnout.

Z celkového počtu 15 (100%) kouřících mužů uvedli 2 (13,3%) muži, že začali kouřit ze zvědavosti, 2 (13,3%) muži kvůli přizpůsobení se sociální skupině, 6 (40%) mužů začalo kouřit pro navození příjemných pocitů, 1 (6,7%) muž byl v té době vystaven stresu, 4 (26,7%) muži uvedli jako příčinu hloupost a 0 (0%) mužů uvedlo, že chtěli zhubnout.

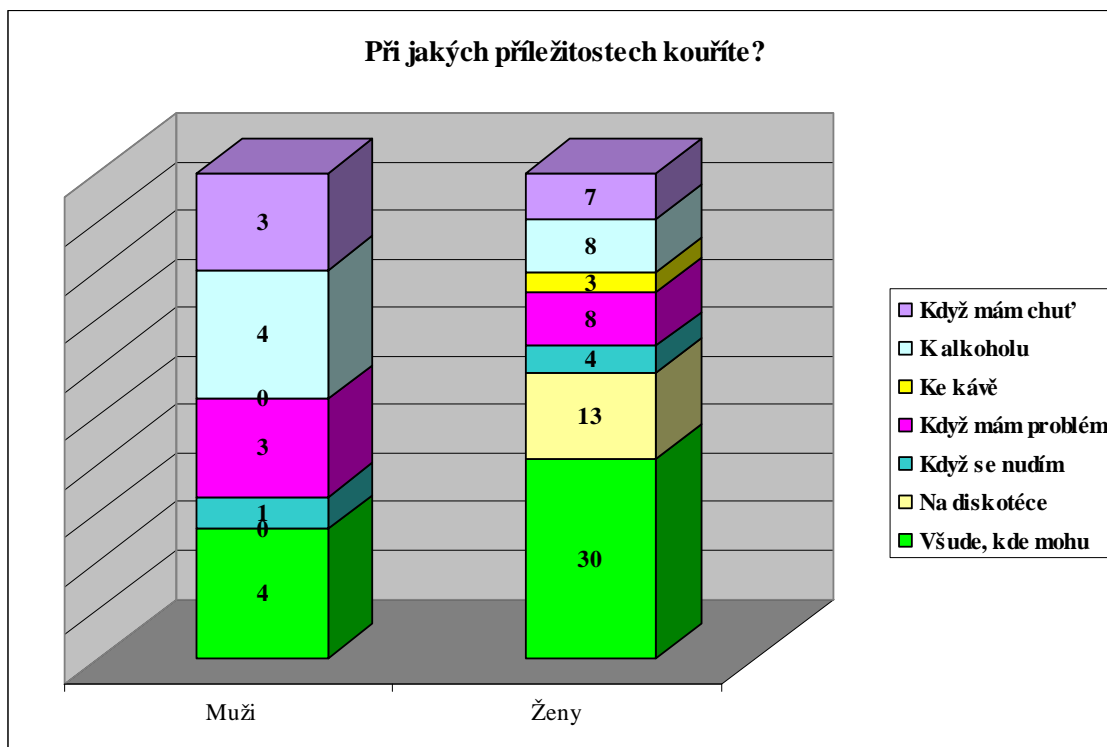
Otázka č. 11: Při jakých příležitostech kouříte?

Tab. 11: Příležitosti

Odpověď		Ženy	Muži
Všude, kde mohu		30	4
Na diskotéce		13	0
Když se nudím		4	1
Když mám problém		8	3
Jiná možnost	Ke kávě	3	0
	K alkoholu	8	4
	Když mám chuť	7	3

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „*Při jakých příležitostech kouříte?*“ odpovídali studenti takto: Z celkového počtu 73 (100%) kouřících žen odpovědělo 30 (41,1%) žen, že kouří kdykoli mohou, 13 (17,8%) žen kouří na diskotéce, 4 (5,4%) ženy kouří, když se nudí, 8 (11%) žen kouří, když má problém, 3 (4,1%) ženy kouří cigarety ke kávě, 8 (11%) žen kouří při konzumaci alkoholu a 7 (9,6%) žen kouří, kdykoli mají chuť.

Z celkového počtu 15 (100%) kouřících mužů odpověděli 4 (26,7%) muži, že kouří kdykoli mohou, 0 (0%) mužů kouří na diskotéce, 1 (6,6%) muž kouří, když se nudí, 3 (20%) muži v dotazníku uvedli, že kouří, když mají problém, 0 (0%) mužů kouří, ke kávě, 4 (26,7%) muži kouří při konzumaci alkoholu a 3 (20%) muži kouří, kdykoli mají chuť.

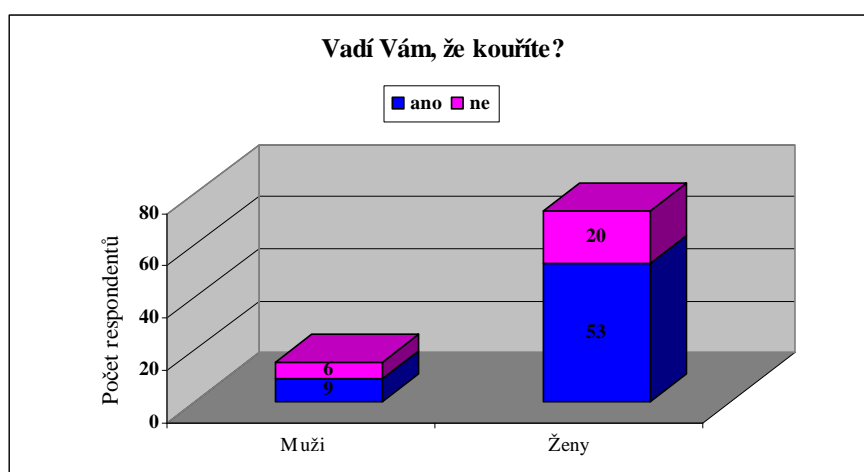
Otázka č. 12: Vadí Vám, že kouříte?

Tab. 12: Vadí vám, že kouříte?

Odpověď	Muži	Ženy
Ano	9	53
Ne	6	20

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „Vadí vám, že kouříte?“ odpovědělo z celkového počtu 73 (100%) kouřících žen takto: 53 (72,6%) žen odpovědělo ANO, 20 (27,4%) žen odpovědělo NE.

Z celkového počtu 15 (100%) kouřících mužů odpovědělo 9 (60%) mužů ANO a 6 (40%) mužů NE.

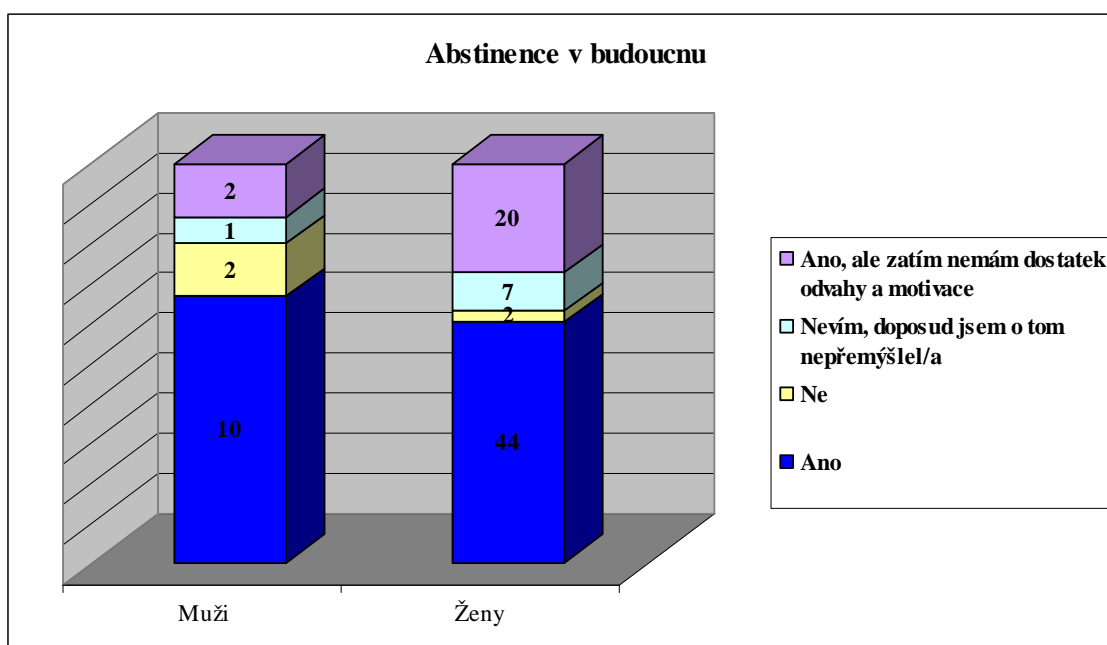
Otázka č. 13: Chtěl/a byste s kouřením v budoucnu přestat?

Tab. 13: Chtěl/a byste s kouřením v budoucnu přestat?

Odpověď	Muži	Ženy
Ano	10	44
Ne	2	2
Nevím, doposud jsem o tom nepřemýšlel/a	1	7
Ano, ale zatím nemám dostatek odvahy a motivace	2	20

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „Chtěl/a byste s kouřením v budoucnu přestat?“ odpovědělo z celkového počtu 73 (100%) 44 (60,3%) žen odpovědělo ANO, 2 (2,7%) ženy odpověděly NE, 7 (9,6%) kouřících žen o tom doposud nepřemýšlelo a 20 (27,4%) kouřících žen zatím nemá dostatek odvahy a motivace.

Z celkového počtu 15 (100%) kouřících mužů odpovědělo 10 (66,7%) mužů ANO, 2 (13,3%) muži odpověděli NE, 1 (6,7%) muž o tom doposud nepřemýšlel, 2 (13,3%) muži zatím nemají dostatek odvahy a motivace.

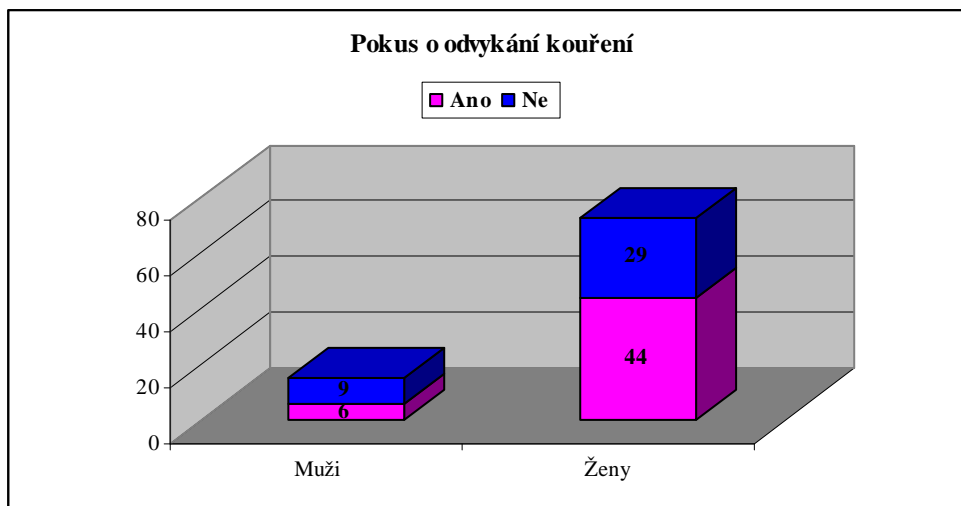
Otázka č. 14: Pokoušel/a jste se někdy odvykat kouření?

Tab. 14: Odvykání

Odpověď	Muži	Ženy
Ano	6	44
Ne	9	29

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „Pokoušel/a jste se někdy odvykat kouření?“ odpovědělo z celkového počtu 73 (100%) kouřících žen 44 (60,3%) žen ANO a 29 (39,7%) žen NE.

Z celkového počtu 15 (100%) kouřících mužů odpovědělo 6 (40%) kuřáků ANO a 9 (60%) kuřáků NE.

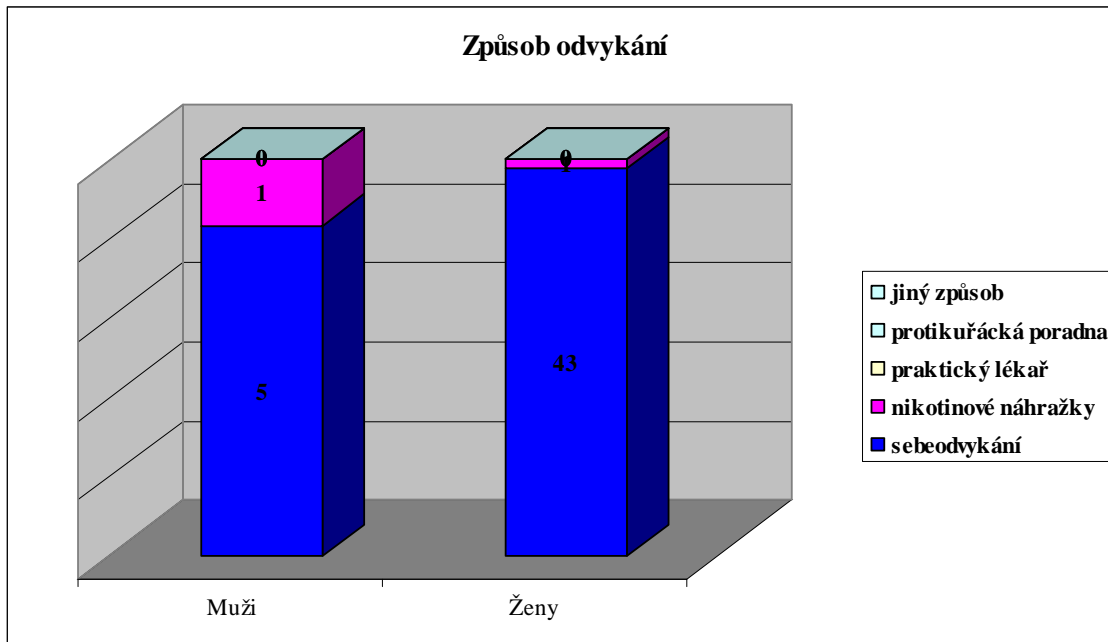
Otázka č. 15: Jaký způsob odvykání jste zvolil/a?

Tab. 15: Způsob odvykání

Odpověď	Muži	Ženy
Sebeodvykání	5	43
Nikotinové náhražky	1	1
Praktický lékař	0	0
Protikuřácká poradna	0	0
Jiný způsob	0	0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „*Jaký způsob odvykání jste zvolil/a?*“ z celkového počtu 44 (100%) studentek, které se pokusily odvykat ,43 (97,7%) odpovědělo, že jako způsob odvykání kouření zvolily sebeodvykání, 1 (0,3%) studentka odpověděla, že zvolila náhradní nikotinovou terapii.

Z celkového počtu 6 (100%) studentů, kteří se pokusili odvykat kouření jich 5 (83,3%) odpovědělo, že jako způsob odvykání zvolili sebeodvykání, 1 (16,7%) zvolil náhradní nikotinovou terapii.

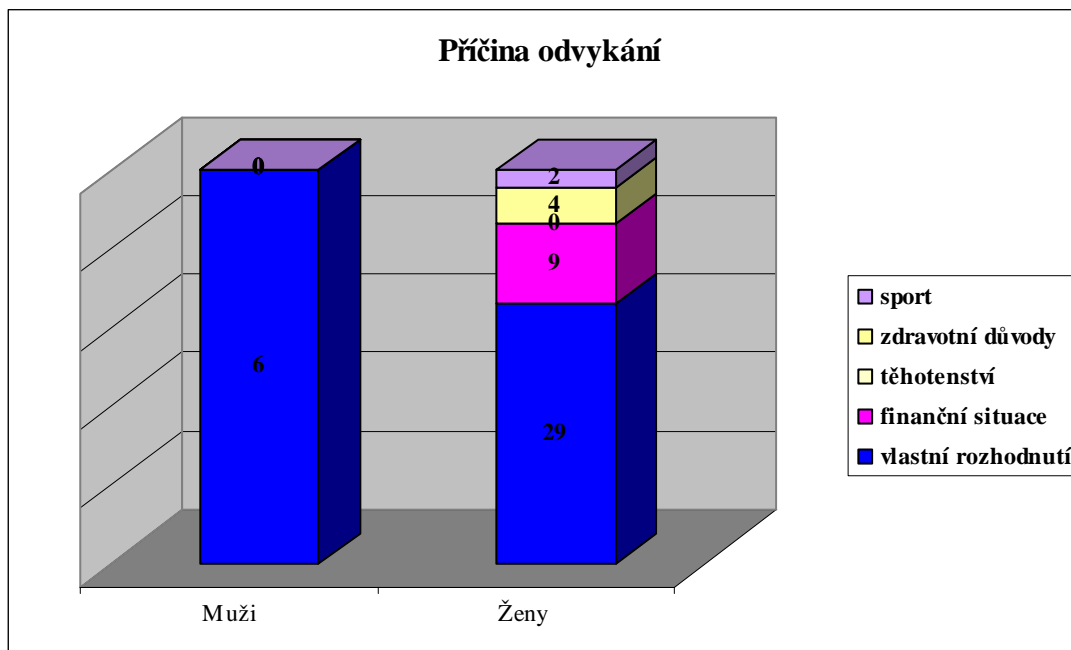
Otázka č. 16: Jaký důvod Vás přiměl k odvykání kouření?

Tab. 16: Důvod odvykání

Odpověď	Muži	Ženy
Vlastní rozhodnutí	6	29
Finanční situace	0	9
Těhotenství	0	0
Zdravotní důvody	0	4
Jiný důvod Sport	0	2

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18



Zdroj: vlastní výzkum

K otázce: „*Jaký důvod Vás přiměl k odvykání kouření?*“ se vyjádřilo 44 (100%) žen, 29 (66%) žen se rozhodlo odvykat z vlastního rozhodnutí, 9 (20,5%) žen tak učinilo kvůli finanční situaci, 0 (0%) žen z důvodu těhotenství, 4 (9%) ženy ze zdravotních důvodů a 2 (4,5%) ženy se tak rozhodly kvůli sportu.

Dále se k otázce vyjádřilo 6 (100%) mužů, 6 (100%) mužů se rozhodlo odvykat kouření z vlastního rozhodnutí.

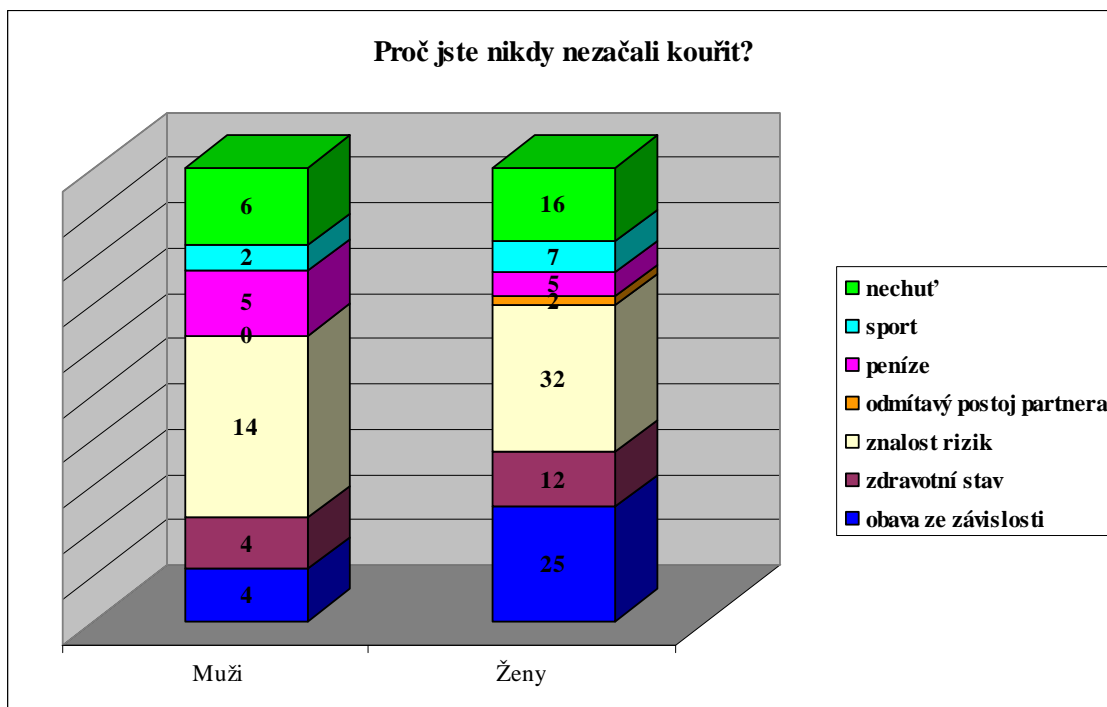
Otázka č. 17: Pokud jste nikdy nezačali kouřit, jaký motiv Vás k tomu vedl?

Tab. 17: Proč jste nikdy nezačali kouřit?

Odpověď		Muži	Ženy
Obava ze závislosti		4	25
Zdravotní stav		4	12
Znalost rizik		14	32
Odmítavý postoj partnera		0	2
Jiný důvod	Peníze	5	5
	Sport	2	7
	nechuť	6	16

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 99 (100%) studentek, které nikdy nezačaly kouřit odpovědělo na otázku „*Jaký motiv Vás vedl k tomu, že jste nikdy nezačali kouřit?*“ 25 (25,3%) studentek, že mají obavy ze závislosti, 12 (12,1%) studentek nikdy nezačaly kouřit kvůli jejich zdravotnímu stavu, 32 (32,3%) studentek kvůli znalosti rizik spojených s kouřením, 2 (2%) studentky kvůli partnerovi, 5 (5,1%) studentek kvůli financím, 7 (7,1%) studentek nekouří z důvodu vrcholového sportu a 16 (16,1%) studentkám kouření nezachutnalo.

Na tuto otázku odpovědělo dále 35 (100%) studentů, kteří nikdy nezačali kouřit. 4 (11,4%) studenti mají strach ze závislosti, 4 (11,4%) studenti nikdy nezačali kouřit kvůli jejich zdravotnímu stavu, 14 (40%) studentů kvůli znalosti rizik spojených s kouřením, 0 (0%) studentů kvůli odmítavému postoji partnera, 5 (14,2%) studentů kvůli financím, 2 (5,7%) studenti nekouří kvůli vrcholovému sportu a 6 (17,1%) studentům kouření nechutná.

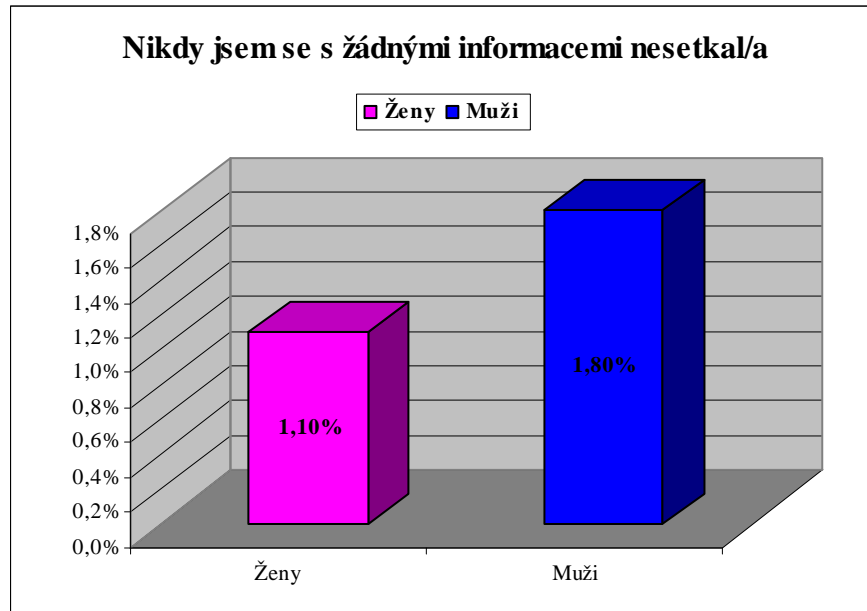
Otázka č. 18: Uved'te, kde nebo jak jste získával/a informace o následcích kouření, popřípadě o pomoci při odvykání:

Tab. 18: Informace o kouření

Odpověď	Muži		Ženy		
	počet	v %	počet	v %	
Nikde	1	1,8	2	1,1	
Na ZŠ	38	69,1	131	69,3	
Na SŠ	41	74,5	131	69,3	
Na VŠ	16	29,1	56	29,6	
Z letáků	26	47,3	90	47,6	
Na internetu	29	52,7	68	36	
Na přednáškách	6	11	23	12,2	
U Lékaře	8	14,5	22	11,6	
Jinde	Literatura	1	1,8	1	0,5
	Televize	1	1,8	0	0
	Rodiče	4	7,3	8	4,2

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20

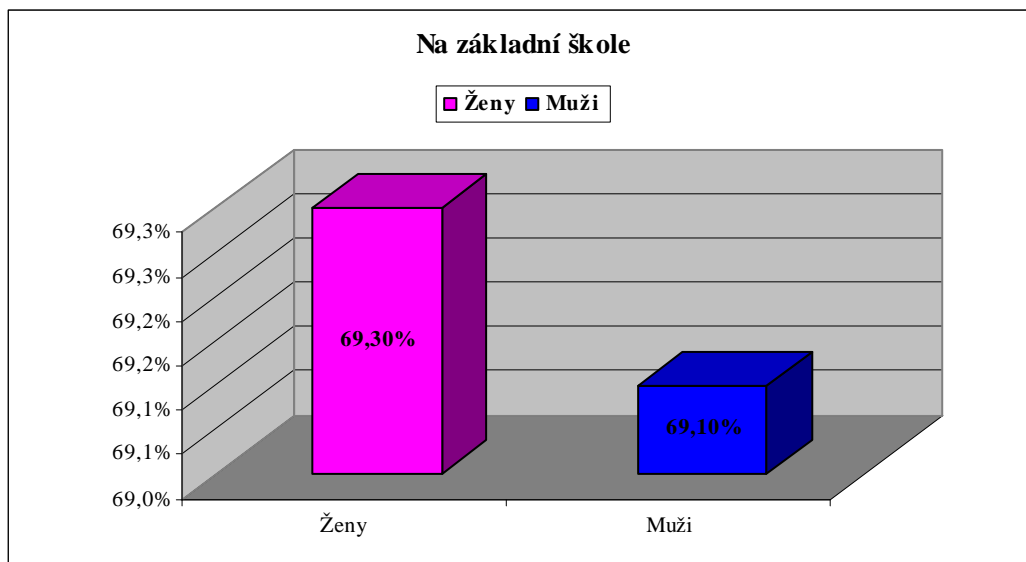


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „Kde nebo jak jste získal/a informace o následcích kouření, popřípadě pro pomoc při odvykání?“ odpověděly ze 189 (100%) žen 2 (1,1%) ženy, že se nikdy s žádnými informacemi nesetkaly.

Na tuto otázku odpověděl z 55 (100%) mužů 1 (1,8%) muž, že se nikdy s žádnými informacemi nesetkal.

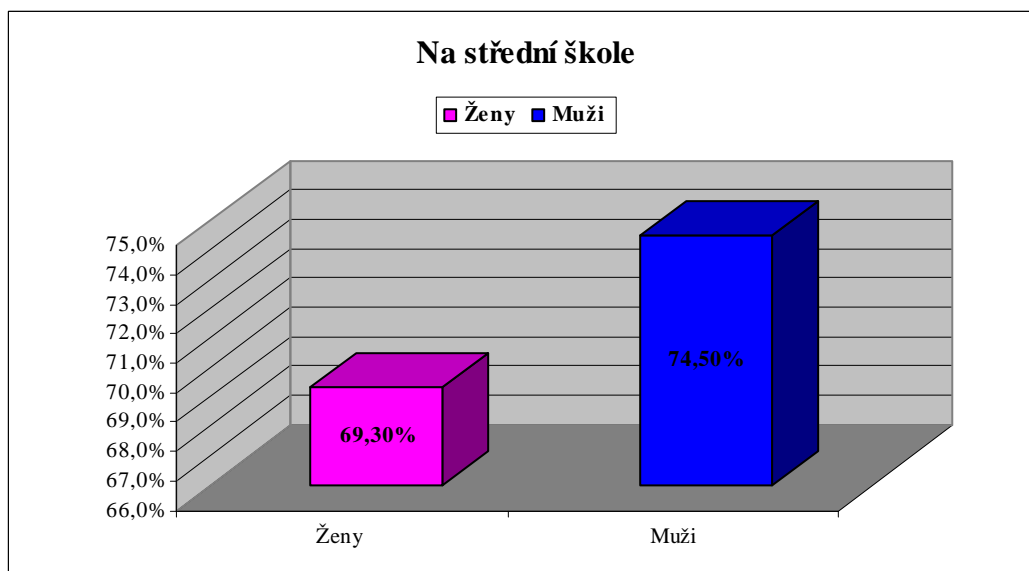
Graf 21



Zdroj: vlastní výzkum

Odpověď: „Na základní škole“, označilo ze 189 (100%) žen, 131 (69,3%) žen. Z 55 (100%) mužů tuto odpověď označilo 38 (69,1%).

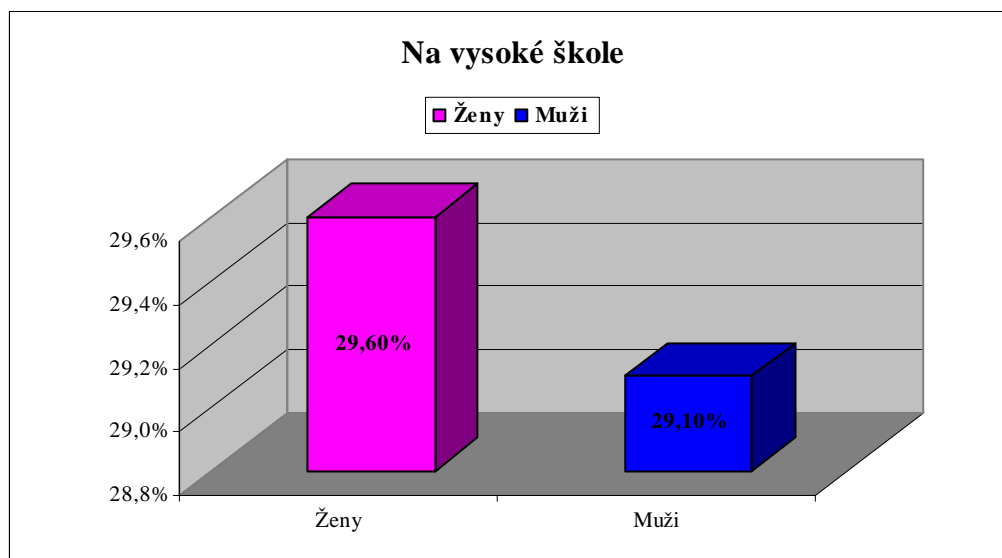
Graf 22



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 189 (100%) žen označilo odpověď, „*Na střední škole*“, 131 (69,3%). Z celkového počtu 55 (100%) mužů tuto odpověď označilo 41 (74,5%).

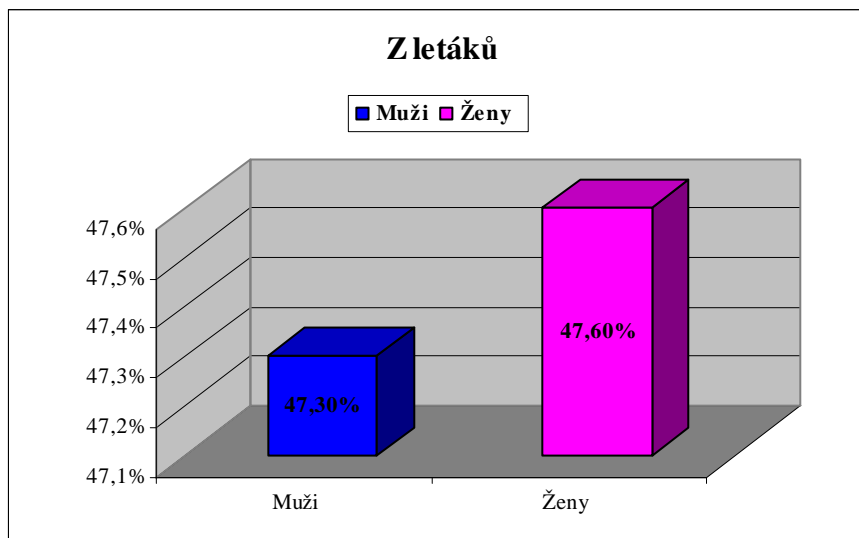
Graf 23



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 189 (100%) žen označilo odpověď, „*Na vysoké škole*“, 56 (29,6%). Tuto odpověď označilo z 55 (100%) mužů 16 (29,1%).

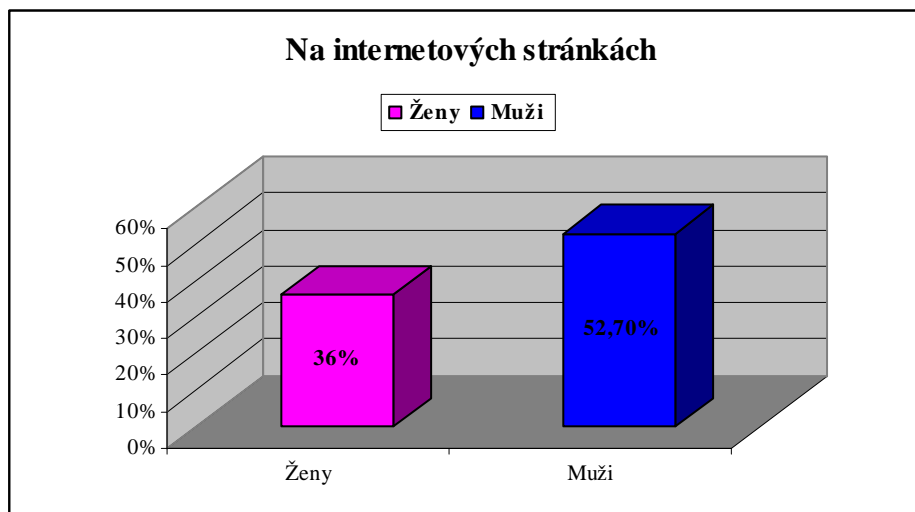
Graf 24



Zdroj: vlastní výzkum

Odpověď „Z letáků“ označilo z celkového počtu 189 (100%) žen 90 (47,6%) a z celkového počtu 55 (100%) mužů 26 (47,3%).

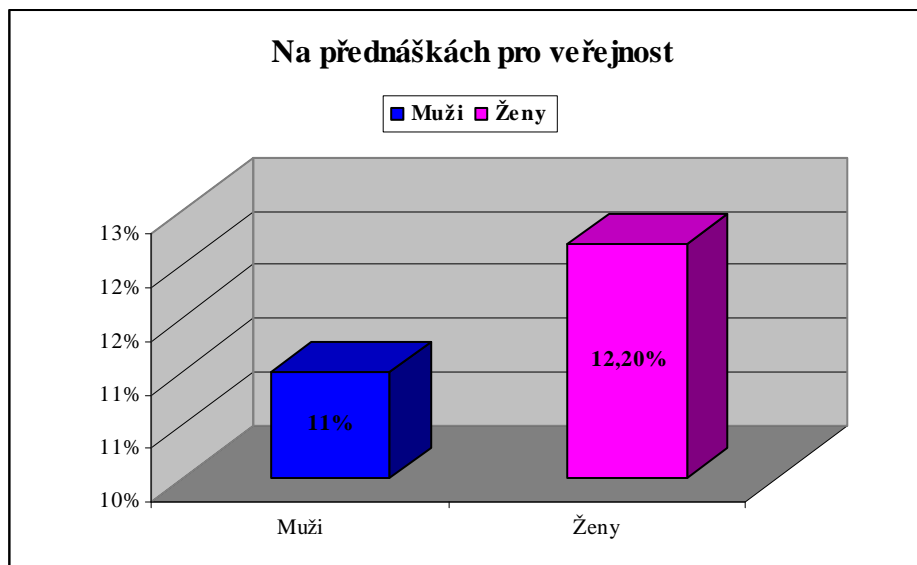
Graf 25



Zdroj: vlastní výzkum

Odpověď „Na internetových stránkách“ označilo z celkového počtu 189 (100%) žen 68 (36%) žen a z celkového počtu 55 (100%) mužů tuto odpověď označilo 29 (52,7%) mužů.

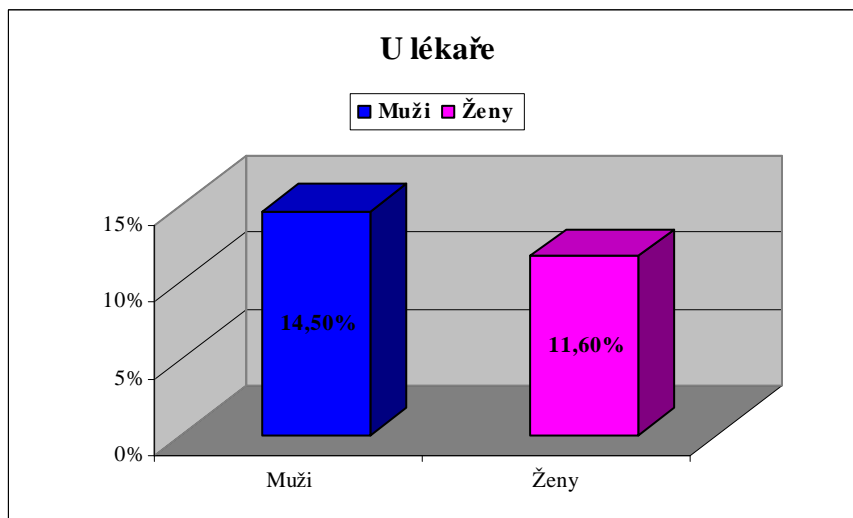
Graf 26



Zdroj: vlastní výzkum

Odpověď „Na přednáškách pro veřejnost na toto téma“ označilo z celkového počtu 189 (100%) žen 23 (12,2%) a z celkového počtu 55 (100%) mužů tuto odpověď označilo 6 (11%).

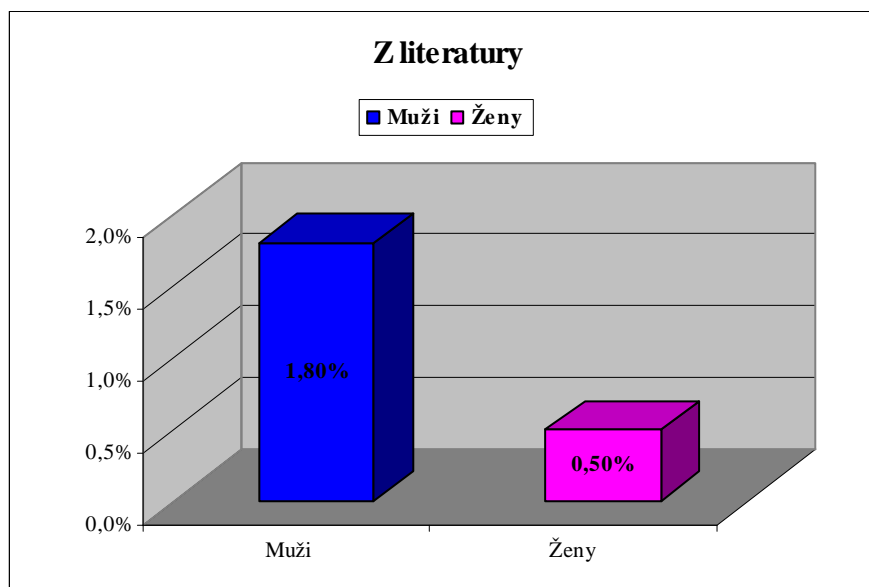
Graf 27



Zdroj: vlastní výzkum

Odpověď „U lékaře“ označilo z celkového počtu 189 (100%) žen 22 (11,6%) a z celkového počtu 55 (100%) mužů 8 (14,5%) mužů.

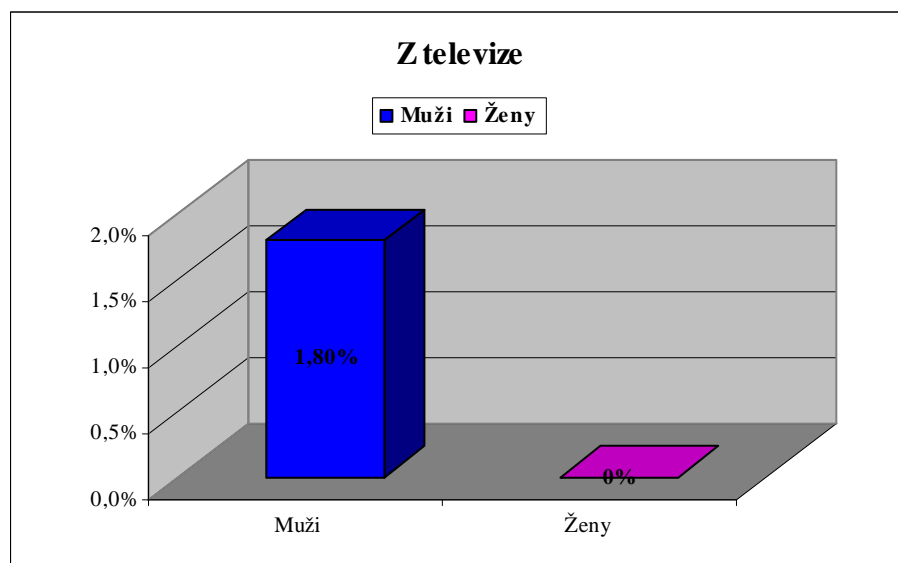
Graf 28



Zdroj: vlastní výzkum

Do odpovědi, „Jiné (uvedte jaké)“, dopsala z celkového počtu 189 (100%) žen 1 (0,5%) žena možnost „Z odborné literatury“. Tuto možnost doplnil také z celkového počtu 55 (100%) mužů 1 (1,8%) muž.

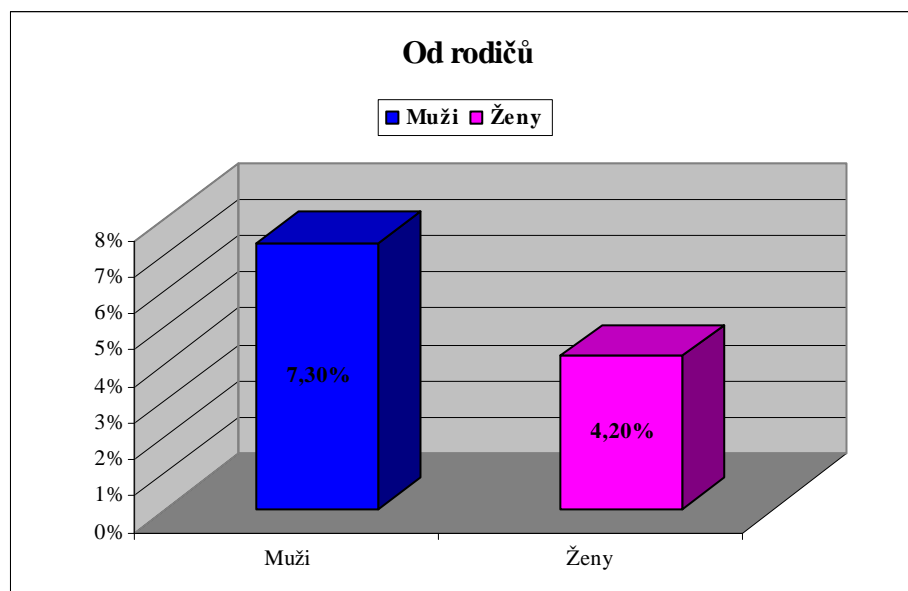
Graf 29



Zdroj: vlastní výzkum

Do odpovědi „*Jiné (uveďte jaké)*“ dopsal z celkového počtu 55 (100%) mužů 1 (1,8%) muž možnost „*Z televize*“. Tuto možnost doplnilo z celkového počtu 189 (100%) žen 0 (0%) žen.

Graf 30



Zdroj: vlastní výzkum

Do odpovědi „*Jiné (uved'te jaké)*“ dopsalo z celkového počtu 189 (100%) žen 8 (4,2%) žen možnost „*Od rodičů*“. Tuto možnost doplnili také z celkového počtu 55 (100%) mužů 4 (7,3%) muži.

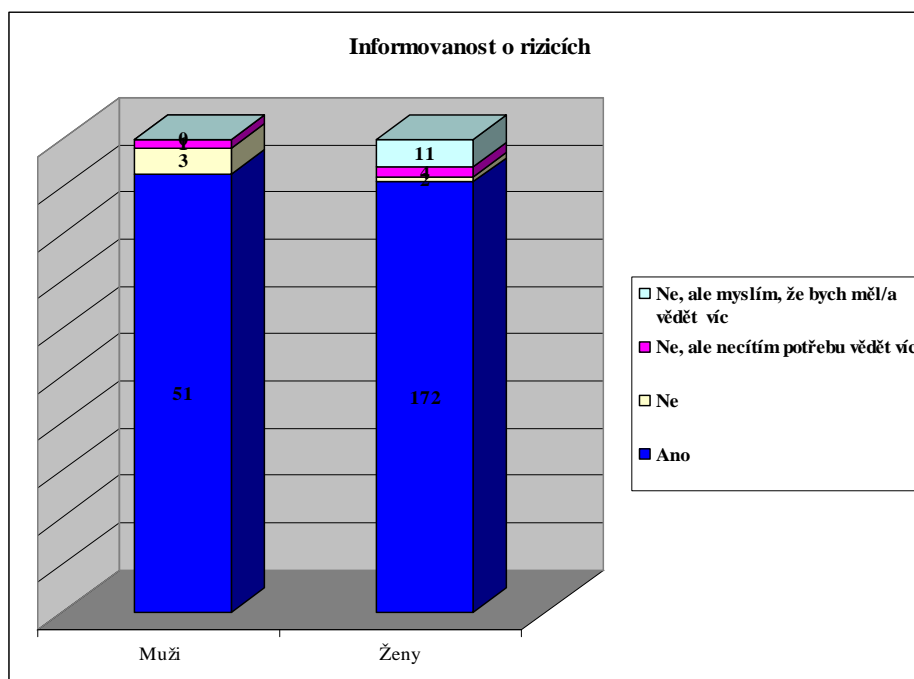
Otázka č. 19: Máte pocit, že máte dostatečné vědomosti o zdravotních rizicích spojených s kouřením?

Tab. 19: Informovanost

Odpověď	Muži	Ženy
Ano	41	172
Ne	3	2
Ne, ale necítím potřebu vědět víc	1	4
Ne, ale myslím, že bych měl/a vědět víc	0	11

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 31



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku „*Máte pocit, že máte dostatečné vědomosti o zdravotních rizicích spojených s kouřením?*“ odpovědělo z celkového počtu 189 (100%) studentek 172 (91%) studentek ANO, 2 (1,1%) studentky odpověděly NE, 4 (2,1%) studentky necítí potřebu vědět víc a 11 (5,8%) studentek si myslí, že by měly o rizicích vědět víc.

Na tuto otázku odpovědělo dále z celkového počtu 55 (100%) studentů 51 (92,7%) studentů ANO, 3 (5,5%) studenti odpověděli NE, 1 (1,8%) student necítí potřebu vědět víc a 0 (0%) studentů si myslí, že by měli o rizicích vědět víc.

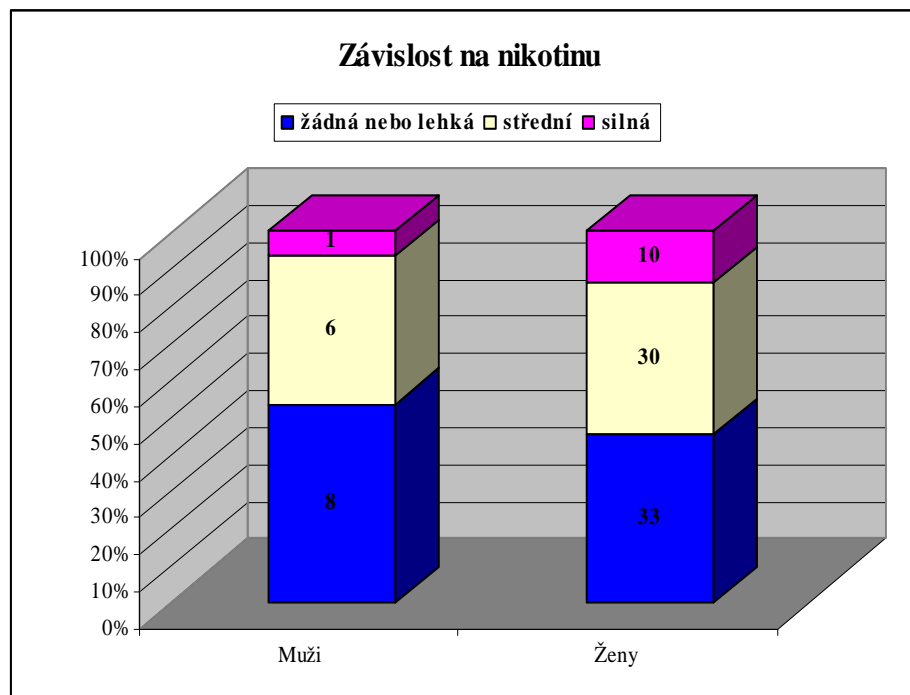
4.2 Vyhodnocení Fagerströмова testu závislosti na nikotinu

Tab. 20: Fagerströmův test

Stupeň závislosti	Ženy	Muži
Žádná nebo lehká	33	8
Střední	30	6
Silná	10	1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 32



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 73 (100%) kouřících žen netrpí 33 (45,2%) žen žádnou nebo pouze lehkou závislostí na nikotinu, 30 (41,1%) žen trpí střední závislostí na nikotinu a 10 (13,7%) žen trpí těžkou závislostí na nikotinu.

Z celkového počtu 15 (100%) kouřících mužů netrpí 8 (53,3%) mužů žádnou nebo pouze lehkou závislostí na nikotinu, 6 (40%) mužů trpí střední závislostí na nikotinu a 1 (6,7%) muž trpí těžkou závislostí na nikotinu.

5 DISKUZE

V bakalářské práci jsem se snažila zjistit prevalenci kouření u studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, jejich kuřácké návyky a důvody kouření, ale také důvody abstinence či intenzitu kuřáctví. Dále jsem se u kuřáků zaměřila na stupeň jejich závislosti, který jsem hodnotila pomocí Fagerströмова testu závislosti na nikotinu.

V části věnované diskuzi bych chtěla nejdříve upřesnit informace o velikosti zkoumaného souboru. Rozdáno bylo celkem 289 dotazníků, k vyhodnocení jich bylo navraceno 244, což odpovídá 84,4% návratnosti.

Pro výzkum byl vytvořen dotazník, který byl předložen studentům osmi oborů Zdravotně sociální fakulty. Dotazník se skládal ze dvou částí. Část první tvořilo 19 otázek, část druhou tvořil Fagerströmův test závislosti na nikotinu, na který odpovídali pouze kuřáci. Při vyhodnocování dotazníků jsem porovnávala rozdíly mezi muži a ženami.

Otázky č. 1 a 2 se zabývají základními charakteristikami dotazovaného souboru. Jedná se o věk a pohlaví respondentů. Ve zkoumaném souboru převažují ženy (189 respondentů) nad muži (55 respondentů). Ženy tvoří 77,5% souboru a muži jsou v zastoupení 22,5%. Tento markantní rozdíl je dán především tím, že na Zdravotně sociální fakultě převažují studentky nad studenty.

Zvolená skupina respondentů se pohybovala ve věkovém rozmezí 18 – 43 let. Největší zastoupení respondentů bylo ve věkovém rozmezí 18 – 20 let. Z celkového počtu 189 (100%) žen tuto věkovou skupinu zastupovalo 96 žen, čili 50,8%. Z celkového počtu 55 (100%) mužů se v tomto věkovém rozmezí nacházelo 24 mužů, tzn. 43,6%. Dále je z grafu patrné, že skupinu respondentů tvořili také dvě ženy ve věku 43 let, přestože dotazníky byly rozdány pouze studentům prezenčního studia. Dle mého názoru je to dáno tím, že v poslední době je kladen důraz na dosažené vzdělání a spousta lidí je tím donucena ke studiu na vysoké škole.

V otázce č. 3 se zaměřuji na zastoupení respondentů v jednotlivých oborech, ve kterých bylo prováděno výzkumné šetření. Jak je již uvedeno výše, dotazníky byly

rozdány studentům osmi oborů prezenčního studia. Největší skupinu respondentů tvořili studenti oboru Zdravotnický záchranář. Výzkumného šetření se jich zúčastnilo 57, což tvoří 23,4% celkového dotazovaného souboru. V těsném závěsu byli studenti oboru Ochrana veřejného zdraví, kterých bylo ve zkoumaném vzorku 56, tedy 23%, a studenti oboru Všeobecná sestra, kterých bylo 40, tzn. 16,4%.

Otázky č. 4 – 19 už jsou zaměřeny na problematiku kouření. V otázce č. 4 se ptám studentů, zda kouření považují za zlovyk, závislost, nemoc, či něco jiného. Nejvíce studentů volilo možnost závislost. Z celkového počtu 189 (100%) žen tuto možnost označilo 108 (57,1%) žen a z 55 (100%) mužů tuto možnost zvolilo 32 (58%) mužů. Pouze jedna žena (0,6%) označila možnost „něco jiného“. Do kolonky „*uved'te*“ napsala, že kouření považuje za rituál.

Otázka č. 5 se zabývala věkem prvního experimentu s cigaretou. Zajímavé je, že z celkového počtu 189 žen 29 (15,3%) žen nikdy kouření ani nevyzkoušelo. Takto odpovědělo z 55 mužů 11 (20%). Nejvíce studentů poprvé experimentovalo s kouřením ve věku 13 – 14 let. Žen takto odpovědělo 65, tedy 34,4% a mužů 14, tedy 25,5%. Před desátým rokem vyzkoušelo kouření 7 (12,7%) mužů a 13 (6,9%) žen a ve věku 10 – 12 let to bylo 9 (16,3%) mužů a 25 (13,2%) žen.

V dotazníkové studii „*Užívání drog, alkoholu, tabáku a životní styl středoškoláků a učňů v České republice*“ z roku 1997, kterou vedl MUDr. Vladimír Polanecký, je uvedeno, že největší přírůstek aktuálních kuřáků je zaznamenán mezi čtrnáctým a patnáctým rokem věku, avšak zároveň uvádí, že první kontakt s cigaretou je již mnohem dříve, což odpovídá i výsledkům mého šetření (26).

Otázka č. 6 je zaměřena na výskyt kuřáctví u studentů ZSF JU. Z grafu 6 je patrné, že na fakultě převažují nekuřáci nad kuřáky, což vyvrací mou hypotézu č. 2 – Ve zkoumaném vzorku studentů převažují kuřáci nad nekuřáky. Z celkového počtu 189 žen jich 38,6% uvedlo, že kouří. Mužů kuřáků je méně. Z 55 mužů jich kouří 27,2%, což ukazuje Graf 7. Avšak Graf 8 znázorňuje celkový počet kuřáků zkoumaného souboru. Ten činí 88 (36,1%) kuřáků. Vzhledem k tomu, že se studie týkala studentů je zřejmé, že 36,1% je mnoho.

Otázka č. 7 – 16 jsou určeny pouze pro kuřáky. V otázce č. 7 se studentů dotazují jak dlouho kouří. V Grafu 8 si můžeme povšimnout, že nejvíce studentů kouří 3 – 5 let, a to u obou pohlaví. Z celkového počtu 73 (100%) kouřících žen kouří 3 – 5 let 40 (54,8%) žen a z 15 (100%) kouřících mužů 5 (33,3%). Zarážející je, že jedna žena uvedla, že kouří 9 - 11 let, a jeden muž dokonce 12 – 13 let.

V otázce č. 8 se studentů ptám, jak často kouří. Nejvíce respondentů zvolilo možnost „denně“. Z celkového počtu 73 (100%) žen kuřáček jich takto odpovědělo 49, čili 67%. Mužů takto odpovědělo 7 z 15, tedy 46,7%. Příležitostnými kuřáky je v našem souboru 15 (20,5%) žen a 5 (33,3%) mužů.

Otázka č. 9 je zaměřena na zjištění počtu cigaret, které studenti vykouří během jednoho dne. Z grafu 10 je patrné, že největší podíl kuřáků vykouří denně 1 – 5 cigaret. V ženském vzorku tak činí 50,7% kuřáček, u mužů tak činí 46,7%. Z uvedeného vyplývá, že je u obou pohlaví počet nejčastěji vykouřených cigaret srovnatelný. Rozdíl je patrný u spotřeby 6 – 10 a 11 – 15 cigaret denně. Mužů kouřících 6 – 10 cigaret denně je 33,3% a žen 19,2%. 11 – 15 cigaret denně vykouří 13,3% mužů a 27,4% žen.

Ve sborníku lékařky Sovinové „Zdraví a škodlivé návyky“, který vydal Státní zdravotní ústav v roce 1999, je uvedeno, že 1 – 5 cigaret vykouří denně 21,3% žen a 18,6% mužů a 6 – 10 cigaret vykouří denně 38,8% žen a 28,6% mužů. Z tohoto vyplývá, že se za posledních 10 let snížil počet kuřáků kouřících 6 – 10 cigaret denně a navýšil se počet kuřáků, kteří vykouří 0 – 5 cigaret (33).

Na otázku č. 10 „Z jakého důvodu jste začal/a kouřit?“ odpovědělo nejvíce žen (43,8%), že ze zvědavosti. Nejvíce mužů (40%) odpovědělo, že kouřit začali pro navození příjemných pocitů. Kvůli přizpůsobení se sociální skupině - takto odpovědělo 30,1% žen a 13,3% mužů. V zastoupení byly i jiné možnosti odpovědi, a to stres, hloupost a hubnutí. Hloupost uvedlo 26,7% mužů.

Otázka č. 11 zjišťuje, při jakých příležitostech studenti kouří. Zarážející je, že 41,1% žen kouří všude, kde mohou. Tuto odpověď zvolilo 26,7% mužů. Stejný počet mužů doplnil do dotazníku možnost „k alkoholu“. Tuto možnost doplnilo pouhých 11% žen. 5,4% žen a 6,6% mužů uvedlo, že kouří, když se nudí. Dle mého názoru je toto

důkazem nedostačující nespecifické primární prevence. Studenti se nudí, neví co s volným časem, tak volné chvíle vyplňují kouřením.

Graf 14 znázorňuje odpovědi na otázku č. 12, „*Vadí Vám, že kouříte?*“. Obě pohlaví odpovídala převážně ANO. Žen 72,6% a mužů 60%. Z uvedeného vyplývá, že studenti nejsou spokojeni se svou závislostí.

Na otázku č. 13, zda by chtěli s kouřením v budoucnu přestat, jich převážná většina odpovídala ANO. Žen 60,3% a mužů 66,7%. Graf 15 dále poukazuje na fakt, že velké procento studentů nemá dostatek odvahy a motivace pro odvykání kouření. Jak uvádí Lenka Štěpánková v časopise *Florence*, důležitá je motivace ze strany lékaře. Pakliže klient motivaci postrádá, měl by se každý praktický lékař pokusit mu pomoci ji najít nebo mu pomoci vyhledat odbornou poradnu pro odvykání kouření (36).

Graf 16 znázorňuje odpovědi na otázku č. 14 „*Pokoušel/a jste se někdy odvykat kouření?*“. 60,3% žen v dotazníku označilo odpověď ANO, mužů tak učinilo pouhých 40%.

Na otázku č. 15 a 16 odpovídali pouze ti studenti, kteří se o odvykání pokusili. V otázce č. 15 se studentů ptám, jaký způsob odvykání zvolili. 97,7% žen a 83,3% mužů zvolilo možnost sebeodvykání.

Vzhledem k tomu, že naprostá většina z nich přestává kouřit bez jakékoli pomoci lékaře nebo léků, je úspěšnost maximálně 3%. Toto uvádí MUDr. Králíková ve svém článku „*Závislost na tabáku: Prevence, diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře*“ (11). Výsledky mého šetření, které jsem pomocí dotazníku získala ukazují podobné závěry. Studenti se nepokouší vyhledat odbornou pomoc, a proto je úspěšnost jejich vyléčení mizivá.

Na otázku č. 16, „*Jaký důvod Vás přiměl k odvykání kouření?*“, odpovědělo celých 100% mužů, že se pokusili odvykat z vlastního rozhodnutí. Tuto možnost označilo 66% žen. U žen se v menší míře vyskytovaly také odpovědi „*sport*“, „*zdravotní stav*“ i „*finanční situace*“.

Otázka č. 17 byla určena studentům, kteří nikdy kouřit nezačali. V Grafu 19 je patrný důvod toho, proč tak nikdy neučinili. Největší část studentů obou pohlaví uvádí, že kouřit nikdy nezačali, protože mají dostatek znalostí o rizicích, které kouření

způsobuje. Žen takto odpovědělo 32,3% a mužů 40%. Dalším často vyskytujícím se faktorem byla obava ze závislosti, kterou označilo 25,3% žen a 11,4% mužů. 16,2% žen a 17,1% mužů doplnilo do kolonky „jiný motiv (uved'te)“, že příčinou jejich nekuřáctví je skutečnost, že jim cigareta nikdy nezachutnala.

Na otázku č. 18, „Uved'te kde nebo jak jste získal/a informace o následcích kouření, popřípadě pro pomoc při odvykání.“ měli studenti možnost označit více odpovědí. Z tohoto důvodu jsem každou odpověď vyhodnotila samostatně.

Graf 20 znázorňuje, že 1,8% mužů a 1,1% žen se nikdy s žádnými informacemi nesetkalo. Myslím, že vzhledem k tomu, že jsou studenty Zdravotně sociální fakulty, je tento výsledek zarážející. Právě oni by se měli angažovat v osvětových programech a v boji proti kouření.

Graf 21 zobrazuje, že vysoké procento žen i mužů získalo informace o kouření na základních školách. Z celkového počtu 189 (100%) žen tuto odpověď označilo 131 (69,3%) žen a z celkového počtu 55 (100%) mužů takto odpovědělo 38 (69,1%) mužů. To potvrzuje, že se vzdělávací systém do velké míry zabývá primární prevencí, která má právě u dětí nezanedbatelný význam. Jak uvádí Iva Žaloudíková v článku „*Prevence kouření ve škole*“, pro výchovu ke zdraví jsou školy vytvořeny podmínky v rámci vzdělávacím programu. Školy si také vytvářejí vlastní školní vzdělávací programy. Pomoc školám také poskytují odborníci, kteří pro děti vytvářejí různé multifaktoriální programy. Nejvhodnější formou u dětí staršího školního věku jsou peer programy, kdy dospělý lektor zasahuje jen minimálně a o problematice diskutují, úkoly řeší a prezentují děti samy (47).

V grafu 22 si můžeme povšimnout, že i na středních školách se pedagogové prevencí kouření zabývají. Poskytování informací o problematice kouření na středních školách je prakticky srovnatelné s poskytováním informací na školách základních. Ženy tuto možnost označily ve stejném procentu, tedy 69,3%. Mužů, kteří označili tuto možnost, bylo o něco více – 74,5%.

S poskytováním informací na vysokých školách už je to poněkud horší. Pouze 29,6% žen a 29,1% mužů v dotazníku uvedlo, že informace o rizicích kouření či o abstinenci získalo na vysoké škole.

Graf 24 je zaměřen na informovanost studentů z letáků. Tuto odpověď v dotazníku zakroužkovalo 47,6% žen a 47,3% mužů. Jak je vidět, obě pohlaví jsou tímto způsobem o problematice kouření informována téměř stejně.

V Grafu 25 je zobrazeno, kolik studentů získává informace o kouření z webových serverů. Zde je patrný rozdíl 17%. Tuto odpověď označilo celých 36% žen a 52,7% mužů. Dle mého názoru se tento rozdíl vyskytl díky tomu, že muži jsou techničtější založení a mají kladnější vztah k počítačům než ženy.

Graf 26 nám ukazuje, jak je to s přednáškami pro veřejnost na toto téma. Je škoda, že tuto odpověď označilo pouhých 11% mužů a 12,2% žen. Abych řekla pravdu, sama jsem se žádné veřejné přednášky nikdy nezúčastnila. Pouze v rámci mé praxe ve třetím ročníku bakalářského studia. Ovšem tuto praxi studenti z ostatních oborů nemají. Troufám si říci, že tato nedostačující návštěvnost je odrazem nezájmu studentů o tuto problematiku a dále nedostatku podnětů pro jejich účast. Studenti neví, kde a jak získat informace o tom, že se taková přednáška koná, o místě jejího konání ani datu. V neposlední řadě tu hraje roli studium. Přednášky, semináře a kvanta učení, která by měl student během jednoho dne vstřebat musí zákonitě vést k únavě. Proto si (i ze své vlastní zkušenosti) myslím, že téměř každý student bude raději aktivně či pasivně odpočívat, než aby se zúčastnil nepovinné přednášky, která pro něj vlastně „nemá žádný význam“.

V Grafu 27 si můžeme všimnout, jaké procento studentů získává informace o kouření u lékaře. Výsledky jsou opět zarážející. Tuto odpověď označilo pouhých 11,6% žen a 14,5% mužů.

Jak uvádějí ve své publikaci MUDr. Králíková a MUDr. Kozák, přestože úspěšnost krátké intervence praktického lékaře je relativně malá (5 – 8% dlouhodobé abstinence), tím, že bude aplikována na každého kuřáka, se stává nejefektivnější metodou léčby závislosti na tabáku (12). S tím souhlasím. Kdo jiný by měl laikům poskytnout adekvátní informace, jestliže ne člověk, který této problematice rozumí a který je jedním z článků primární prevence. Bohužel v dnešní době velkou část kuřácké populace tvoří lékaři a zdravotní sestry.

Grafy 28, 29 a 30 zobrazují možnosti, které si studenti sami dopsali do kolonky „jiné (uved'te jaké)“. Jiné odpovědi se vyskytly pouze tři, a to televize, literatura a rodiče. Jedná se však o zanedbatelné množství studentů, kteří tyto možnosti doplnili. Že informace získali z literatury, dopsalo pouhých 0,5% žen a 1,8% mužů, z televize získává informace o kouření 0% žen a 1,8% mužů. Vyšší výskyt můžeme zaznamenat u studentů, kterým informace poskytli rodiče. U žen je to 4,2% a u mužů 7,3%. Troufám si tvrdit, že tyto hodnoty jsou tak nízké proto, že si studenti v tu chvíli, kdy dotazník vyplňovali, jednoduše nevzpomněli na to, že jim rodiče den co den říkali, že kouření škodí zdraví, že v dětství kouřili potají a báli se, aby to rodiče nezjistili a že se denně dívají na televizi nebo poslouchají rádio.

Graf 31 zobrazuje, zda studenti mají pocit dostatečné informovanosti o rizicích kouření. Převážnou většinu odpovědí zde tvoří možnost ANO. To znamená, že studenti nemají pocit nedostatku informací o škodlivosti a následcích kouření. Ženy takto odpovídaly v 91% a muži v 92,7%.

Poslední Graf 32 je zaměřen na zobrazení stupně závislosti studentů na nikotinu. Tento je graf ukazuje výsledky druhé části dotazníku - Fagerströmův test závislosti na nikotinu. Je nutno podotknout, že druhou část dotazníku vyplňovali pouze kuřáci. Test dopadl následovně: 42,5% žen a 53,3% mužů buď netrpí žádnou nebo pouze lehkou závislostí na nikotinu. 41,1% žen a 40% mužů trpí střední závislostí na nikotinu a 13,7% žen a 6,7% mužů trpí těžkou závislostí na nikotinu. Vzhledem k tomu, že nejpočetnější je věková skupina ve zkoumaném souboru je 18 – 20 let, si dovolím poznamenat, že výskyt střední závislosti je vysoký.

6 ZÁVĚR

V mé bakalářské práci jsem se věnovala problematice kouření u studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V teoretické části jsem se snažila shrnout nejdůležitější poznatky související s tímto tématem. Praktická část byla zaměřena na výzkum problematiky kouření na naší fakultě.

Na základě údajů získaných při zpracování dotazníků byly vyhodnoceny tři hypotézy. Cílem výzkumu bylo zmapovat výskyt kouření u studentů na ZSF JU. Cíl se mi podařilo splnit a výsledky znázorněné v grafech ukazují, že kouří 38,6% studentek a 27,3% studentů. Bez ohledu na pohlaví je 36,1% kuřáků. Jako druhý cíl jsem si stanovila zjistit věk prvního experimentu s cigaretou. Ve výzkumné části jsem došla k závěru, že největší počet studentů poprvé okusil cigaretu ve svých 13 – 14 letech, a to jak u mužů, tak u žen. Tímto byl i můj druhý cíl splněn.

Pro výzkum byly stanoveny tři hypotézy. Hypotéza 1, studenti ZSF JU závislí na nikotinu jsou nespokojeni se svou závislostí, se potvrdila. Výsledky zobrazuje Graf 14. Na otázku, č. 13 „*Vadí vám, že kouříte?*“ odpovědělo ano 72,6% žen a 60% mužů.

Hypotéza 2, ve zkoumaném vzorku studentů převažují kuřáci nad nekuřáky, se nepotvrdila. Nekuřáci převažují nad kuřáky o téměř 2/3. Na ZSF JU je 61,4% nekuřáček a 72,7% nekuřáků. Celkem se jedná o 63,9% nekuřáků. Tyto výsledky jsou zobrazeny v Grafem 7 a 8. Přesto, že převažují nekuřáci nad kuřáky, je výskyt kuřáků na fakultě vysoký. Zejména proto, že se jedná o mladé lidi nejčastěji ve věku 18 – 20 let.

Hypotéza 3, studenti nemají pocit nedostatku informací o škodlivosti kouření, se také potvrdila, jak ukazuje Graf 31. Celých 91% žen a 92,7% mužů má dojem dostatečné informovanosti o důsledcích kouření.

Dle mého názoru nejdůležitější roli v boji proti kouření hraje prevence. Již od počátku formování osobnosti dítěte by měl být kladen důraz na jeho zdraví jako na jednu z nejdůležitějších hodnot, které vůbec máme. Preventivní programy vedené interaktivním způsobem by měly být přirozenou součástí vzdělávání už od věku tří let dítěte. Nejen z mé práce je patrné, že cesta ke nekuřácké společnosti je v podstatě běh na dlouhou trať. Možná, že právě dostatečně kvalitní prevencí alespoň zamezíme

„řetězové reakci“ k níž dochází v rodinách, kde jeden nebo dokonce oba rodiče jsou aktivními kuřáky.

Odnaučit kuřáka kouřit není otázkou několika hodin, ale mnohdy několika měsíců, až let. Jestliže nebudeme schopni pochopit jejich touhu a vnitřní motiv, nikdy nebudeme s to jim pomoci. V první řadě by si měli všichni ti, kteří kouření odsuzují uvědomit, že kouření není jen nějaký rozmar, ale závažná chronická mnohdy nevléčitelná choroba, která má řadu dalších důsledků. Je to jejich slabost a my bychom je měli motivovat a podpořit jejich úsilí v boji proti ní.

7 KLÍČOVÁ SLOVA

Kouření

Nikotin

Závislost

Prevalence

Prevence

Léčba

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČEK, Jiří, VORLÍČKOVÁ, Hilda, a kolektiv. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
2. HOMOLKA, Jiří. *Pneumologie : Vnitřní lékařství*. Praha : Galén, 2001. 126 s. ISBN 80-7262-131-9.
3. HRUBÁ, Drahoslava, MATĚJOVÁ, Halina. *Závislost na nikotinu*. *Hygiena*, 2001, roč. 46, č. 2, s. 100 – 107. ISSN 1210-7840.
4. IVERSEN, Leslie. *Léky a drogy : Průvodce pro každého*. Praha : Dokořán, 2006. 143 s. ISBN 80-7363-061-3.
5. KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
6. KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada Publishing, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
7. KAŇKOVÁ, Kateřina, a kolektiv. *Patologická fyziologie pro bakalářské studijní programy*. 1. vydání Brno: Masarykova univerzita, 2003. 161 s. ISBN 80-210-3112-3.
8. KOZÁK, Jiří, T., et al. *Rizikový faktor kouření*. Praha : KPK, 1993. 242 s. ISBN 80-85267-42-X.
9. KRÁLÍKOVÁ, Eva, BÝMA, Svatopluk, et al., *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. *Časopis lékařů českých*, 2005, roč. 144, č. 5, s. 327 - 333. ISSN 0008-7335.

10. KRÁLÍKOVÁ, Eva. Co nás stojí pasivní kouření?. *Vesmír*, 2006, roč. 85, č. 7, s. 383 – 384. ISSN 0042-4544.
11. KRÁLÍKOVÁ, Eva, BÝMA, Svatopluk, KONŠTACKÝ, Stanislav, Závislost na tabáku: prevence, diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře, *Praktický lékař*. 2008, roč. 88, č.5, s. 258 – 261. ISSN 032-6739.
12. KRÁLÍKOVÁ, Eva., KOZÁK, Jiří,T. *Odvykání kouření v denní praxi lékaře*. Maxdorf, 1997. 32 s. ISBN 80-85800-66-7.
13. KRÁLÍKOVÁ, Eva, Léčba závislosti na tabáku. *Lékařské listy*, 2007, roč. 2, s. 10 – 12.
14. KRÁLÍKOVÁ, Eva. Prevence závislosti na tabáku. *Československá Pediatrie*, 2006, roč. 61, č. 3, s. 149 – 154. ISSN 0069-2328.
15. KUBEŠOVÁ, H. *Vnitřní lékařství I.: pro bakalářské studium ošetřovatelství*. 1. vyd., Brno: Masarykova univerzita, 2003. 103 s. ISBN 80-210-3138-7.
16. LANGEROVÁ, Kateřina. Zdravotní důsledky expozice pasivnímu kouření. *Zdravotní politika a ekonomika*, 2004, č. 1, 28 s. ISSN 1213-8096.
17. MARTÍNKOVÁ, Jiřina, et al. *Farmakologie : pro studenty zdravotnických oborů*. Praha : Grada Publishing, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
18. NEŠPOR , Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí : příručka pro praxi*. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN 80-85121-52-2.
19. NEŠPOR , Karel. *Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha : Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

20. NEŠPOR, Karel, PERNICOVÁ, Hana, CSÉMY, Ladislav. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. 1. vydání, Praha: Portál, 1999. 127 s. ISBN 80-7178 -299-8.
21. Nikotin [on line]. [cit. 2009-05-08]. Dostupné z <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/197855-nikotin>.
22. NOVÁ, Eva. Aby děti nekouřily (ani pasivně). *Hygiena*, 2002, roč. 47, č. 1, s. 32 – 33. ISSN 1210-7840.
23. NOVÁK, Miroslav, et al. *O kouření*. Praha : Avicenum, 1980. 163 s.
24. POHLOVÁ, Ludmila. Jaké jsou argumenty proti kouření. *Florence*, 2008, roč. 4, č. 10, s. 397. ISSN 1801-464X.
25. POKORNÝ, Vratislav, TELCOVÁ, Jana, a TOMKO, Anton. *Patologické závislosti*. 2. vydání Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s.Brno, 2002. 196 s. ISBN 80-86568-02-04.
26. POLANECKÝ, Vladimír. Užívání drog, alkoholu, tabáku a životní styl středoškoláků a učňů v České republice - 1997: II. dotazníková studie. Praha: Hygienická stanice hl.m. Prahy, 1998. 72 s.
27. Prevence [on line]. [cit. 2008-12-22]. Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Prevence>.
28. PROVAZNÍK, Kamil. *Prevence v primární péči : Doporučené postupy WHO*. Praha : Fortuna, 1997. 135 s. ISBN 80-7071-107-8.

29. PROVAZNÍK, Kamil, KOMÁREK, Lumír. *Manuál prevence v lékařské praxi*. Souborné vyd. Praha: Fortuna, 2003, 2004. 730 s. ISBN 80-7168-942-4.
30. RIESEL, Petr. *Lesk a bída drog*. Olomouc : Votobia, 1999. 94 s. ISBN 80-7198-348-9.
31. SHAPIRO, Harry. *Obrazový průvodce drogy*. Praha : Svojtka & Co., 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0.
32. SOVINOVÁ, Hana, CSÉMY, Ladislav. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9.
33. SOVINOVÁ, Hana, CSÉMY, Ladislav, SADÍLEK, Petr. *Zdraví a škodlivé návyky: tématický sborník věnovaný problematice kouření, spotřeby alkoholických a nápojů a užívání drog u dospělých a mládeže*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 56 s. ISBN 80-7071-141-8.
- 34 Složení tabákového kouře [on line]. [cit. 2008-12-10]. Dostupné z http://www.dokurte.cz/?stranka=slozeni_tabakoveho_koure&typ=sablony.
- 35 SPRANDEL, Ulrich, STARK, Franz. *Kompendium vnitřního lékařství*. Praha: Victoria publishing, 1994. 381 s. ISBN 80-85605-66-X.
36. ŠEBEK, Zdeněk. *O kouření*. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1956. 42 s.
37. ŠTĚPÁNKOVÁ, Lenka, *Intervence k odvykání kouření ve zdravotnických zařízeních*. *Florence*, 2007, roč. 11, č. 3, s. 257 – 258. ISSN 1801-464X.

38. ŠTĚPÁNKOVÁ, Lenka, VRABLÍK, Michal, Kouření a léčba závislosti u nemocných s manifestním kardiovaskulárním onemocněním. *Remedia*, 2008, roč. 18, č. 5, s. 352 – 355. ISSN 0862-8947.
- 39 TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích : mýty-fakta-rady*. Praha : Ivo Železný, 2000. 426 s. ISBN 80-237-3606-X.
40. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky*. Praha: ÚZIS ČR, 2003, s. 63. ISBN 80-7280-262-3.
41. VOKURKA, Martin, et al. *Praktický slovník medicíny*. Praha : Maxdorf, 2007. 512 s. ISBN 978-80-7345-123-3.
42. VOTAVA, Vladimír. *Pneumologie v praxi*. Praha : Galén, 1996. 279 s. ISBN 80-85824-32-9.
43. WILHELM, et al. *Výživa v onkologii*. 2. přepracované a doplněné vydání Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 260 s. ISBN 80-7013-410-0.
44. ZATLOUKAL, Jaromír. Chronická obstrukční plicní nemoc. *Lékařské listy*, 2007, roč. 5, č. , s. 22 – 25.
45. Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.
- 46 Zhoubné nádory močového měchýře [on line]. [cit. 2009-06-04]. Dostupné z http://www.linkos.cz/pacienti/mechyr_clanek.php?t1=1.

47. ŽALOUĐÍKOVÁ, Iva, HRUBÁ, Drahoslava, Prevence kouření ve škole.
Onkologická péče, 2008, roč. 12, č. 1, s. 5 – 7. ISSN 1214-5602.

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Varování na obalech tabákových výrobků určených ke kouření

Příloha 3: Bronchogenní karcinom

Příloha 4: Rakovina jazyka

Příloha 5: Rakovina rtu

Příloha 6: Centra léčby závislosti na tabáku

Dotazník

Vážení studenti,
jmenuji se Klára Slavičková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Ochrana veřejného zdraví Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rukou držíte dotazník zabývající se monitoringem prevalence kouření u studentů ZSF JU. Výsledky šetření budou tvořit obsah empirické části mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní – nebude obsahovat Vaše jména ani jiné údaje, které by Vás mohly identifikovat. Má-li být tato studie úspěšná, je důležité, abyste odpovídali uvážlivě a upřímně. Děkuji za spolupráci.

I. část:

1. Jste:

- a) žena
- b) muž

2. Jaký je Váš věk?

3. Jaký obor studujete?

4. Kouření považujete za:

- a) zlovyk
- b) závislost
- c) nemoc
- d) něco jiného (uveďte)

5. V kolika letech jste poprvé kouřil/a cigaretu?

- a) nikdy jsem kouření ani nevyzkoušel/a
- b) před 10. rokem
- c) v 10 – 12 letech
- d) ve 13 – 14 letech
- e) v 15 letech
- f) později (uveďte kdy)

6. Kouříte?

- a) ano
- b) ne

7. Jak dlouho kouříte? (Pokud nekouříte, přeskočte k otázce č. 17)

8. Jak často kouříte?

- a) denně
- b) několikrát týdně
- c) příležitostně (méně než 1 cigareta denně)
- d) jiná možnost

9. Kolik cigaret denně vykouříte?

- a) 0 – 5
- b) 6 – 10
- c) 11 – 15
- d) více než 15

10. Z jakého důvodu jste začal/a kouřit?

- a) ze zvědavosti
- b) kvůli přizpůsobení se sociální skupině
- c) pro navození příjemných pocitů
- d) jiný důvod (jaký?)

11. Při jakých příležitostech kouříte?

- a) všude, kde mohu
- b) na diskotéce
- c) když se nudím
- d) když mám problém
- e) jiná možnost (uveďte)

12. Vadí vám, že kouříte?

- a) ano
- b) ne

13. Chtěl/a byste s kouřením v budoucnu přestat?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, doposud jsem o tom nepřemýšlel/a
- d) ano, ale zatím nemám dostatek odvahy a motivace

14. Pokoušel/a jste se někdy odvykat kouření?

- a) ano
- b) ne

15. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, jaký způsob odvykání jste zvolil/a?

- a) sebeodvykání
- b) v lékárně zakoupené nikotinové náhražky
- c) vyhledal/a jsem pomoc u svého praktického lékaře
- d) navštívil/a jsem protikuřáckou poradnu
- e) jiný způsob (jaký?)

16. Jaký důvod Vás přiměl k odvykání kouření?

- a) vlastní rozhodnutí
- b) finanční situace
- c) těhotenství
- d) zdravotní důvody
- e) jiný důvod (jaký?)

17. Pokud jste nikdy nezačali kouřit, jaký motiv Vás k tomu vedl? (pokud kouříte nebo jste kouřili a kouřit přestali, přeskočte na otázku č. 18)

- a) obava ze závislosti
- b) zdravotní stav
- c) znalost rizik spojených s kouřením
- d) odmítavý postoj partnera
- e) jiný (uved'te):

18. Uved'te, kde nebo jak jste získal/a informace o následcích kouření, popřípadě o pomoci při ovykání: (možno více odpovědí)

- a) nikdy jsem se s žádnými informacemi nesetkala
- b) na základní škole
- c) na střední škole
- d) na vysoké škole
- e) z letáků
- f) na internetových stránkách
- g) na veřejných přednáškách na toto téma
- h) u lékaře
- i) jiné (uved'te jaké)

19. Máte pocit, že máte dostatečné vědomosti o zdravotních rizicích spojených s kouřením?

- a) ano
- b) ne
- c) ne, ale necítím potřebu vědět víc
- d) ne, ale myslím, že bych měl/a vědět víc

II. část: (Vyplňují pouze kuřáci!)

FAGERSTRÖMŮV TEST ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu ?

- a) do 5 minut
- b) za 6 – 30 minut
- c) za 31 – 60 minut
- d) po 60 minutách

2. Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde je kouření zakázáno ?

- a) ano
- b) ne

3. Kterou cigaretu byste si rozhodně neodepřel/a ?

- a) první ráno
- b) kteroukoliv jinou

4. Kolik cigaret denně vykouříte ?

- a) 0 – 10
- b) 11 -20
- c) 21 -30
- d) 31 a více

5. Kouříte intenzivněji během dopoledne než odpoledne a večer ?

- a) ano
- b) ne

6. Kouříte, i když jste nemocný/á ?

- a) ano
- b) ne

Zdroj: vlastní

Příloha č. 2

Varování na obalech tabákových výrobků určených ke kouření

Pozn. Každé varování musí být uvozeno textem: „Ministerstvo zdravotnictví varuje:“

U tabákových výrobků určených ke kouření musí být na obalech pro spotřebitele uvedeno jedno obecné varování a jedno dodatečné varování.

Obecná varování zní:

„Kouření může zabíjet.“

„Kouření vážně škodí Vám i lidem ve Vašem okolí.“

Dodatečná varování zní:

„Kuřáci umírají předčasně.“

„Kouření ucpává tepny a způsobuje infarkt a mrtvici.“

„Kouření způsobuje smrtelnou rakovinu plic.“

„Kouření v těhotenství škodí zdraví Vašeho dítěte.“

„Chraňte děti: nenuťte je vdechovat Váš kouř.“

„Váš lékař nebo lékárník Vám může pomoci přestat s kouřením.“

„Kouření je vysoce návykové, nezačínejte s ním.“

„Přestat kouřit znamená snížit riziko vzniku smrtelných onemocnění srdce a plic.“

„Kouření může způsobit pomalou a bolestivou smrt.“

„Požádejte o pomoc při odvykání kouření: poraďte se se svým lékařem nebo lékárníkem.“

„Kouření může zpomalovat krevní oběh a způsobuje neplodnost.“

„Kouření způsobuje stárnutí kůže.“

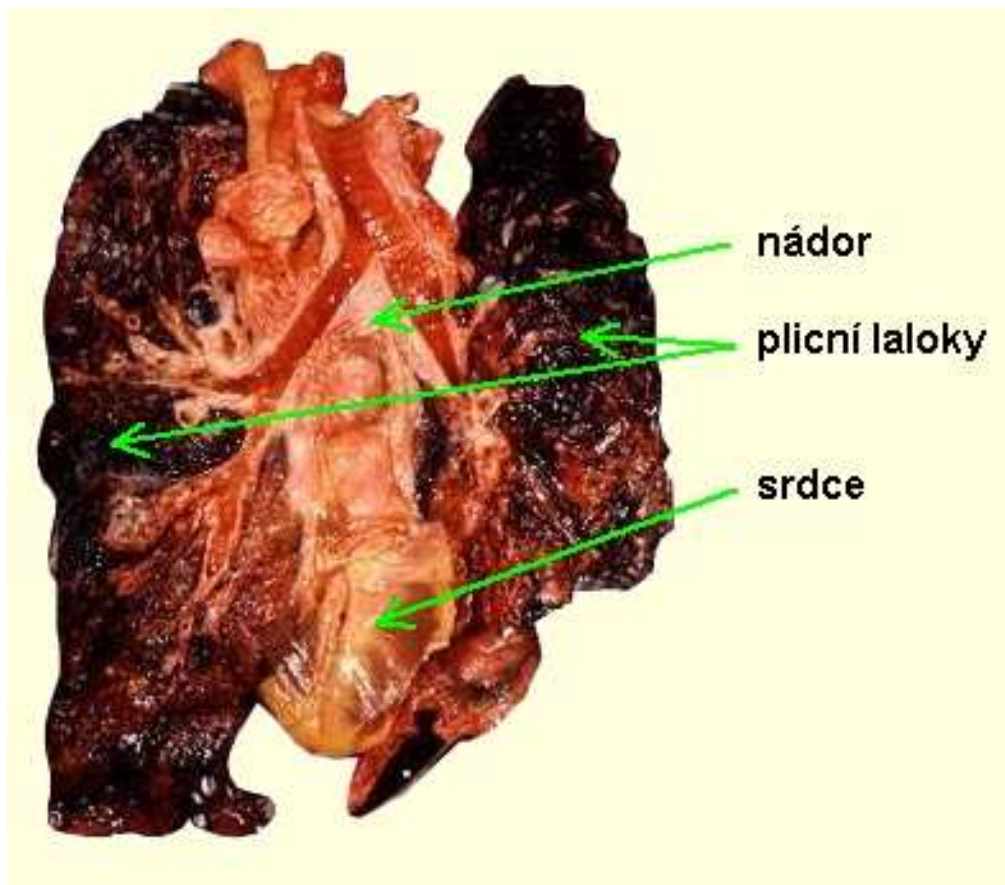
„Kouření může poškodit sperma a snižuje plodnost.“

„Kouř obsahuje benzen, nitrosaminy, formaldehyd a kyanovodík.“

Zdroj: http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/2003/344003/Sb_344003_-----_.php

Příloha č. 3

Bronchogenní karcinom



Zdroj: <http://orisky.webz.cz/cgr/kr08.jpg>

Příloha č. 4

Rakovina jazyka



Zdroj: <http://st.blog.cz/r/radysek.blog.cz/obrazky/1318687.jpg>

Příloha č. 5

Rakovina rtu



Zdroj: <http://kurakovaplice.cz/foto/rakovina-rtu.jpg>

Příloha č. 6

Centra léčby závislosti na tabáku

Brno: *Centrum léčby závislosti na tabáku*

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy Fakultní nemocnice Brno - Bohunice

Jihlavská 20

Brno

T.: 532 233 198

České Budějovice: *Centrum léčby závislosti na tabáku*

Nemocnice České Budějovice, a.s.

B. Němcové 585/54

České Budějovice

T.: 387 871 111

Liberec: *Centrum léčby závislosti na tabáku*

Krajská nemocnice Liberec

Husova 10

Liberec

T.: 485 312 871

Olomouc: *Centrum léčby závislosti na tabáku*

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, Fakultní nemocnice Olomouc

I.P. Pavlova 6

Olomouc

T.: 588 443 561

Ostrava: *Centrum léčby závislosti na tabáku*

Plicní odd. při Vítkovické nemocnici, a.s.

Zalužanského 1192/15

Ostrava

T.: 595 633 402

Plzeň: *Centrum léčby závislosti na tabáku*

Klinika TRN, Fakultní nemocnice Plzeň

Třída Dr. E. Beneše 13

Plzeň

T.: 377 402 969

Praha: *Referenční centrum léčby závislosti na tabáku*

III. interní klinika 1.LF UK a VFN

Poliklinika VFN

Karlovo náměstí 32

Praha 2

T.: 224 966 608 (telefonické objednávání denně 8-10h)

MUDr. Eva Králíková,CSc., MUDr. Lenka Štěpánková, MUDr. Kamila Zimová

Centrum léčby závislosti na tabáku

Pneumologická klinika 2.LF UK a Fakultní nemocnice Motol

V Úvalu 84

Praha 5

T.: 224 436 664

MUDr. Soňa Csemyová

Centrum léčby závislosti na tabáku

Fakultní nemocnice na Bulovce

Klinika pneumologie a hrudní chirurgie 3.LF UK

Pavilon 10

Budínova 2

Praha 8

T.: 266 082 081

Zdroj: <http://www.clzt.cz/centra.php>