

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Nejvýznamnější motivační činitelé v odvykání kouření a udržení
abstinance**

(diplomová práce)

Mgr. et Mgr. Josef Havlík

Bc. Simona Křížková

20. 5. 2009

Prohlášení:

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

Datum.....

podpis

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce panu Mgr. et Mgr. J. Havlíkovi, který mi byl velmi nápomocen při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat své matce, paní Ing. Ireně Křížkové, která mě celých 5 let mého vysokoškolského studia podporovala nejen finančně, ale také v osobním životě.

Abstrakt:

Tématem mé diplomové práce byla problematika zanechání kouření a udržení trvalé abstinence v návaznosti na nejvýznamnější motivační činitele. Konkrétním cílem bylo zjistit nejvýznamnější motivační faktory a potvrdit vliv ceny cigaret na zanechání kouření u generace 25-55 let mající geografickou příslušnost na jihu Čech.

Kvantitativní výzkum byl prováděn formou internetového dotazníku. Dotazník obsahoval 13 otázek zaměřených na otázky týkající se identifikace, léčby, motivace a financí. Dotazník vyplnilo 63 respondentů. Největší věkové zastoupení měli mladí lidé od 25 do 35 let, za nimi byli nejpočetnější starší lidé ve věku 45 – 55 let. Z 80 % byly vzdělání středoškolsky s maturitou nebo vysokoškolsky. Přestat kouřit se jim podařilo většinou na 2 – 4 pokus (40%), ale i první úspěšné pokusy byly hojně zastoupeny (40%). Nejčastějším motivačním činitelem byla změna životního stylu, poté zdravotní důvody a těhotenství. Jako motivátor se nejlépe uplatnil kuřák sám. Silná osobní motivace a odhodlání vedla většinu z dotázaných k abstinenci. Jako další úspěšní motivátoři se projevíli životní partneři, děti či lékař, se kterým se respondenti setkali. 51 % abstinujících se bez cigaret cítí lépe a celých 83 % z nich teší především pocit osobního uspokojení nad tím, že svůj boj se závislostí vyhráli. Většina z nich nepoužila během odvykání žádné podpůrné prostředky. Nejčastějšími komplikacemi provázejícími odvykání byla zvýšená chuť k jídlu, podrážděnost a nutkání kouřit. Na 2/3 z nich neměly vliv ceny cigaret při odvykání.

Tato práce může být využita jako jeden z informačních zdrojů pro práci protikuřáckých poraden tak i pro preventivní aktivity realizované dalšími institucemi i aktivisty v rámci uvedené věkové skupiny v praxi. Ze závěrů lze i čerpat při výuce na ZSF JU a při výukových kurzech nabízených dobrovolníkům v oblasti protikuřácké prevence.

Abstract:

My dissertation deals with the issue of quitting smoking and keeping permanent abstinence in relation to the most significant motivation factors. My particular objective was to specify the most important motivation factors as well as to confirm what effect the price of cigarettes has on giving up smoking with the 25-50 year old generation of South Bohemian geographic classification.

A quantitative research was carried out via an internet questionnaire. It contained 14 questions concerning identification, treatment, motivation and finances. 63 respondents filled in the questionnaire. The largest part of the respondents were of the 25-35 age group, followed by a 45-55 year old group. 80% had A levels or university graduates. They managed to give up smoking mostly on the 2nd - 4th attempts (40%), however 1st successful attempts were also frequent (40%). The most common motivation factor was a change in a lifestyle, followed by health reasons and pregnancy. The smokers themselves were the best motivators. Strong personal motivation and determination led most of the respondents to abstinence. Life partners, children and doctors turned out to be other successful motivators which the respondents met. 51% abstaining individuals feel better without a cigarette and the total of 83% enjoy particularly the feeling of personal satisfaction that they have managed to beat their addiction. Most of them used no support means. The most common complications accompanying their quitting were increased appetite, irritation and urge to smoke. 2/3 of the respondents felt that the price of cigarettes had no effect on their giving up.

This dissertation can be used as one of the information sources for the work of anti-smoking consultancies as well as for prevention activities carried out by other institutions and activists within the above-mentioned age group in a practice. Furthermore, the outcome can be used also during the teaching process at the Health and Social Faculty at the University of South Bohemia and during training courses offered to volunteers in the field of anti-smoking prevention.

Citát: „Když jsem to dokázal já, tak proč bys to nemohl nedokázat i ty?”

Obsah:

1. Úvod	7
2. Současný stav.....	8
2.1. Historie kouření	10
2.2. Obsah tabákového kouře.....	12
2.3. Teorie kouření.....	17
2.4. Zdravotní rizika kouření	20
2.5. Závislost, mechanismus vzniku závislosti, léčba.....	27
2.6. Protikuřácká legislativa.....	33
2.7. Motivace	37
2.8. Prevence.....	43
2.9. Statistika kouření	51
3. Cíl práce a předpokládané hypotézy.....	53
3.1. Cíl práce.....	53
3.2. Předpokládané hypotézy	53
4. Metodika	54
5. Výsledky výzkumu:.....	55
5.1. Identifikační část:.....	55
5.2. Motivační část:.....	60
5.3. Léčebná část:	65
5.4. Finanční část:	68
6. Diskuse	69
7. Závěr	78
8. Využití v praxi.....	79
9. Klíčová slova.....	80
10. Seznam použité literatury:.....	81

1. Úvod

Problematiku odvykání kouření v návaznosti na význam motivace považuji z hlediska mého budoucího povolání za jednu z nejdůležitějších součástí ochrany veřejného zdraví, proto jsem si ji zvolila jako téma mé diplomové práce. Nemalou mírou ve prospěch této volby přispěla také skutečnost, že jsem se v rodině setkala s riziky, která pro nás představovali aktivní kuřáci z řad její členů. Ráda bych tak i díky této osobní motivaci přispěla k prohloubení prevence kouření v širším měřítku.

2. Současný stav

Problematika kouření a jeho vliv na zdraví člověka je velmi rozsáhlá. Stále se jí však nevěnuje taková pozornost, jakou by si zasloužila. Orgány ochrany veřejného zdraví se samozřejmě ve svých programech osvětě věnují a snaží se na problémy spojené s kouřením upozorňovat, ovšem je to velmi obtížné. Jednou z cest jak tyto aktivity ještě prohloubit se jeví popularizace zkušeností abstinujících kuřáků, vycházejících především ze znalosti nejvýznamnějších motivačních činitelů v odvykání kouření a udržení trvalé abstinence. Přitom jako nejúčinnější se dá předpokládat uplatnění tohoto postupu u nejčetnější kuřácké generace 25-55 let.

Motivací k odvykání kouření se rozumí připravenost ke změně (přestat kouřit, nekouřit) či touha po takové změně. V této souvislosti se také mluví o odporu, což je naopak více či méně uvědomovaná snaha zachovat stávající stav, tedy dál kouřit. Jsou různé druhy motivace. Pozitivní motivací je myšleno to, co získám, když přestanu kouřit (např. zlepší se můj zdravotní stav). Negativní motivací se rozumí to, čemu se vyvaruji, když kouřit nebudu (např. sníží se pravděpodobnost, že onemocním rakovinou plic). Motivace se projevuje jednak ve slovech (mnoho kuřáků o tom, že chtějí přestat kouřit jenom mluví), jednak v činech (někteří kuřáci si někdy skutečně dojdou pro radu a opravdu, alespoň dočasně, kouřit přestanou).

Důslednější medializace a podpora zkušeností odvyknuvších si kuřáků v médiích různého typu by dané věci velmi prospěla a jistě i otevřela veřejnosti víc očí. Podobně jak to učinily kampaně „Nekuřácký podnik“, „Nekuřácká restaurace“, „Sportem proti kouření“, „Dejme K.O. tabáku“ nebo „Správná volba napořád“, slibné jsou i začátky „Klubu správné volby“, který sjednocuje kuřáky usilující o překonání svého návyku.

Inspirovat v tomto smyslu mohou být i celounijní kampaně vedené pod hlavičkou EU. První velká kampaň byla „Feel Free to Say No“ („Nebojte se říct Ne“), která probíhala v letech 2002 až 2004 a v níž bylo dosaženo více než jedné miliardy kontaktů s mladými lidmi po celé EU. Jako druhou kampaň představila EU „HELP - pro život

bez tabáku“. Ta probíhala v letech 2005 až 2008 a byla zaměřena především na dospívající (15 až 18 let) a mladé lidi (18 až 30 let). Poslední uskutečněnou akcí byl Světový den bez tabáku připomínaný Světovou zdravotnickou organizací dne 31. května 2009 a zaměřený na zdravotní varování před škodlivostí tabáku.

2.1. *Historie kouření*

Rostlina tabáku je tu s námi již mnoho let. Kouření jejích usušených listů je však relativně mladou záležitostí a do dnešního masového měřítka se rozvinulo teprve před pár desetiletími. (12)

2.1.1. *Historie v datech:*

- 6000 př.n.l. – Na americkém kontinentě vyrašila první rostlina tabáku.
- 2000 př.n.l. – Lidé začínají užívat listy tabáku ke kouření a žvýkání. Nikdo neví, jak a proč se to stalo. Prvními uživateli byli pravděpodobně příslušníci Mayské civilizace, která žila ve Střední Americe. Jejich zvyk se postupně rozšířil do celé Střední a větší části Jižní a Severní Ameriky.
- 1493 n.l. – Rodrigo de Jerez se stal prvním evropským kuřákem v dějinách. Jeden z druhů Kryštofa Kolumba si dal prvního „evropského šluka“ na Kubě a po návratu domů si neopatrně zapálil na veřejnosti. Španělská inkvizice ho za to uvrhla na tři roky do vězení.
- 1566-1625 – Král Jakub I. Stuart v Anglii roku 1604 vydal své slavné pojednání „Protest proti tabáku“. Tabákovou rostlinu popisuje jako „satanův vynález“ a zakazuje užívání tabáku v londýnských pivnicích. Král svůj nesmiřitelný postoj později změnil a počínající tabákový průmysl podpořil.
- 1575-1611 – Rozšíření tabáku v českých zemích podporoval panovník Rudolf II., milovník alchymie a všeho neobvyklého.
- 1596-1645 – Michal III. Fjodorovič Romanov prohlásil užívání tabáku za smrtelný hřích a zakázal držení tabákových listů za jakýmkoli účelem. Obvyklým trestem bylo řezání rtů nebo kruté bičování mnohdy s fatálním koncem.
- 1600 – Produkce tabáku je v Evropě již dobře etablovaná. Kouření se stává stále více populárním přes odsuzující stanovisko papeže Klementa VIII., který každému kuřákovi pohrozil exkomunikací.
- 1783 – Císař Josef II. zavedl státní tabákový monopol, který se přidružil ke stávajícímu monopolu solnímu.

- 1832 – Světlo světa spatřila první v papíru balená cigareta. Je rozšířený názor, že balit tabák do papíru začali egyptští vojáci bojující v turecko – egyptské válce.
- 1856 – Otevřena byla první továrna na cigarety. Bylo to v Anglii ve městě Walworth a továrna patřila Robertu Golagovi, veteránovi z Krymské války.
- 1858 – v britském lékařském časopise Lancet vyšly první články upozorňující na škodlivý vliv kouření na lidské zdraví.
- 1914 – v první světové válce dostávají vojáci pravidelné příděly cigaret. Kouření se stalo mezi vojáky v zákopech obrovsky populární.
- 1950 – v časopise British Medical Journal byl uveřejněn článek dokazující spojitost mezi kouřením a karcinomem plic.
- 1965 – v USA je zavedeno povinné varování na krabičkách cigaret. v Británii je zakázána televizní reklama na cigarety.
- 1970 – v USA je zakázána televizní reklama na cigarety. Poslední byla natočena v roce 1971 na značku Virginia Slims.
- 1973 – První federální zákon omezující kouření v Americe. Všechny aerolinky musí povinně zavést nekuřácká oddělení.
- 1990 – v USA je kouření zakázáno v autobusech na mezistátních linkách a v letadlech na letech trvajících šest hodin nebo méně.
- 1992 – Na trh je uvedena první nikotinová náplast.
- 1993 – První stát v USA, Vermont, zakazuje kouření ve veřejných budovách.
- 1994 – Vedoucí management sedmi největších amerických tabákových společností přísahá před kongresem, že nikotin není návykový. Zároveň se spouští vlna žalob na tabákové společnosti, kterou spustila Diana Castano, vdova po kuřákovi zemřelém na karcinom. Kouření ve všech svých restauracích zakazuje společnost MacDonald.
- 1998 – Vedení amerických tabákových společností dosvědčuje před kongresem, že nikotin je návykový podle platných definic a že kouření může způsobovat rakovinu.
- 2003 – Město New York zakazuje kouření na veřejných místech. Británie zakazuje veškerou reklamu na tabákové výrobky. (15)

2.2. *Obsah tabákového kouře*

Kuřáci ví, že cigarety obsahují nikotin. Ti závislí na nikotinu, a těch je většina, kvůli tomu nemohou s kouřením přestat. Ví také, že při hoření vznikají karcinogenní látky, ale jsou přesvědčeni, že většina z nich je zachycena cigaretovým filtrem. Málo kuřáků ale tuší, že v tabákovém kouři bylo až dosud identifikováno více než 4000 chemických substancí, které se také podílejí na škodlivých účincích kouření. Část těchto látek pochází z tabáku, část jich pochází z mnoha přísad (do amerických cigaret se přidává až 599 různých aditiv), na celém světě je to pak kolem 700 látek, které se do cigaret přidávají pro zlepšení jejich sensorických vlastností. Ale také proto, aby stejnoměrně hořely a neuhasínaly, aby váleček popele upadl až po poklepnutí cigarety nad popelníkem a ne dříve, aby se kouř pěkně vinul a nestoupal jak z továrního komínu, a z mnoha dalších důvodů. Těch látek je opravdu mnoho a největší část jich vzniká při hoření cigarety, pyrolýzou látek v cigaretě obsažených, které se vysokou teplotou mění na jiné chemické substance. Obsahové látky cigaretového kouře dělíme do několika skupin: pyridinové alkaloidy, toxické plyny, nitrosaminy, polycyklické aromatické uhlovodíky, těžké kovy a pevné částice. (7)

2.2.1. *Pyridinové alkaloidy*

Nejvýznamnějším alkaloidem tabákového kouře je nikotin, kterého je v cigaretě 1 až 4 mg. Již během několika sekund po vtáhnutí kouře do plic se dostává krevním řečištěm do mozku, kde obsazuje specifické nikotinové receptory. Váže se i na receptory v periferním, vegetativním nervovém 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. Nikotin je vysoce návyková psychoaktivní látka. Farmakologický a behaviorální proces determinující vznik závislosti je u tabáku podobný jako u heroinu

či kokainu. Závislost na nikotinu je stav, který nutí člověka kouřit i přes znalosti zdravotních následků a úsilí přestat, nejde o nedostatek vůle nebo o poruchu osobnosti, ale o progresivní, chronické a recidivující onemocnění. Při dlouhodobém užívání vzniká na nikotin i fyzická závislost. Asi 10 – 15 % nikotinu je z organismu vylučováno v nezměněné formě, ale zbytek nikotinu je v organismu kuřáka transformováno na kotinin, který je v současné době pokládán za nejlepší dostupný biologický marker expozice tabákovému kouři. Deponuje se zejména ve vlasech, kde se dá prokázat ještě po dlouhé době. Byl např. nalezen i ve vlasech malých dětí ze silně kuřáckých domácností, resp. u těch dětí, jejichž matky nepřestaly kouřit ani během těhotenství. Dalšími alkaloidy tabákového kouře jsou anatabin a anabasin. Oba se vylučují močí a mohou také sloužit jako marker kouření. Minoritním alkaloidem tabákového kouře je také anatalin. (7)

2.2.2. *Toxické plyny*

Spalováním tabáku vzniká řada plynných zplodin, z nichž toxikologicky nejvýznamnějším je oxid uhelnatý. Tento bezbarvý plyn bez chuti a zápachu s vysokou afinitou k hemoglobinu (220krát vyšší než ke kyslíku) je značně jedovatý. Znesnadňuje přenos kyslíku z plic do tkání a vyvolává tkáňové dušení. Pro postiženého je typické třesňové zbarvení kůže a sliznic. Součástí tabákového kouře jsou i oxidy dusíku, směs kyslíkatých sloučenin v nichž je mocenství dusíku + 1 až + 5. Z hlediska vlivu na lidského zdraví je nejvýznamnějším oxid dusičitý (NO₂). Ten velice snadno proniká z plic do krve a představuje riziko obtíží zejména pro děti a citlivé jedince nebo lidi s astmatickými potížemi. Pro ně je za bezpečnou považována koncentrace desetkrát nižší než pro zdravé lidi. Podle lékařů a hygieniků jsou oxidy dusíku asi 6-10x nebezpečnější než oxid siřičitý, který se také v cigaretovém kouři vyskytuje, ale jen ve zcela nepatrném množství. Hlavním toxickým účinkem oxidu dusičitého je dráždění sliznic. Nebezpečné pro lidské zdraví jsou už velmi malé koncentrace, jestliže působí po dobu delší než 30 minut, což je právě případ kuřáků. První náznaky otravy se projevují pálením očí, poklesem krevního tlaku, bolestmi hlavy a dýchacími potížemi. Chronické otravy mohou být příčinou častější a větší kazivosti zubů, zánětů spojivek a zejména

prokazatelně vyšším rizikem pro výskyt respiračních onemocnění. Dalším významným plynným toxikantem tabákového kouře je formaldehyd, bezbarvý plyn s pronikavým zápachem, velmi silný dezinfekční a sterilizační prostředek a látka s pravděpodobným karcinogenním účinkem pro člověka. Akutní expozice malým dávkám formaldehydu vyvolává bolesti hlavy a zánět nosní sliznice. Vyšší koncentrace způsobují vážné podráždění sliznic a respirační problémy, např. zánět průdušek a otok nebo zánět plic. U citlivých jedinců může formaldehyd vyvolávat astma a záněty kůže. Chronická expozice způsobuje zánět průdušek. Formaldehyd dráždí oči a vyvolává slzení. Podobně nebezpečný jako formaldehyd je i aldehyd kyseliny akrylové, akrolein. Je toxický, dráždí sliznice nosu, dýchacích orgánů, oči, kůži apod. Ve vyšších koncentracích funguje jako slzný plyn. V cigaretovém kouři je obsažen také kyanovodík, jedovatý plyn, který je jedním z nejrychleji působících a nejprudších jedů, letální dávka činí asi 1 mg. kg – 1kg hmotnosti. Byl používán za II. světové války k usmrcování vězňů v plynových komorách nacistických koncentračních táborů (Cyklon B). Kyanovodík je jedovatý tím, že způsobuje blokádu buněčného dýchání vazbou na Fe³⁺ v cytochromoxidáze v mitochondriích. Inhibice cytochromoxidázy znamená přerušení oxidativní fosforylace a aerobního využívání glukózy. Proto se anaerobní glykolýzou tvoří laktát a rozvíjí se metabolická acidóza. (7)

2.2.3. Nitrosaminy

Z toxikologického hlediska a z pohledu rizika ohrožení lidského zdraví představují nitrosaminy nejvýznamnější skupinu škodlivých látek tabákového kouře. Protože jejich zdraví nebezpečné účinky jsou již dlouho známy, státní orgány přísně kontrolují jejich obsah v potravinách. Například ve slanině nebo pivu nesmí jejich obsah přesáhnout 5 až 10 ppb. Běžnou potravou přijímáme asi jeden mikrogram nitrosaminů denně, ale kuřák který vykouří jednu krabičku cigaret denně inhaluje 17krát větší množství těchto látek, které v experimentech na zvířatech spolehlivě vyvolávají plicní karcinomy a jsou s největší pravděpodobností také příčinou vzniku plicní rakoviny u člověka.

2.2.4. *Polycyklické aromatické uhlovodíky*

Polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU) představují rovněž riziko pro vznik rakoviny, protože jsou v organismu člověka metabolizovány na reaktivní substance, které mají tzv. "prokancerogenní účinek". Po chemické stránce představují PAU velmi širokou škálu různých látek vyznačujících se tím, že ve své molekule obsahují kondenzovaná aromatická jádra a nenesou žádné heteroatomy ani substituenty. Do skupiny PAU náleží látky jako je naftalen, fenantren nebo antracen. Celá řada látek ze skupiny PAU představuje závažné zdravotní riziko pro člověka. Jejich nebezpečí spočívá především v karcinogenitě a ohrožení zdravého vývoje plodu. Cigareta je významným zdrojem jednoho z nejnebezpečnějších představitelů této skupiny látek, benzo(a)pyrenu. Jedna vykouřená cigareta znamená pro kuřáka průměrný příjem 20 ng této látky. Pro člověka kouřícího 20 cigaret denně to představuje expozici benzo(a)pyrenem, jako kdyby se celý den pohyboval v prostředí kontaminovaném touto látkou o koncentraci 20 ng.m⁻³, tedy někde na křižovatce se silným automobilovým provozem, kde převážná část automobilu není vybavena katalyzátorem. (7)

2.2.5. *Těžké kovy*

Ve stopách je v cigaretovém kouři přítomna řada kovů (asi 30). Z těch nebezpečných pro zdraví jsou to zejména nikl a kadmium. Přítomen je však také arsen. Přítomnost těchto kovů má svůj původ v půdě ve které rostou rostliny tabáku, v umělých hnojivech a zemědělských postřicích. Sloučeniny niklu jsou klasifikovány jako prokázaný lidský karcinogen ve skupině 1, kovový nikl jako možný karcinogen ve skupině 2B. Monitoring kvality ovzduší prokázal, že jeho koncentrace v ovzduší 32 českých měst se pohybuje v širokém rozmezí 1 až 86 ng / m³ (v evropských a amerických městech od 9 do 60 ng/m³ a v silně průmyslových regionech přes 100 ng/m³). V kouři jedné cigarety byl podle publikovaných studií nalezen obsah asi 40 až 580 ng niklu. Kritickým cílovým orgánem při dlouhodobé expozici nízkých koncentrací kadmia jsou ledviny. Důsledkem vyšší expozice kadmiumu je porušení metabolismu vápníku, hyperkalcémie a tvorba ledvinových kamenů. Kadmium a jeho sloučeniny jsou

klasifikovány jako lidský karcinogen ve skupině 1. Koncentrace kadmia v krvi vyjadřují aktuální celkovou expozici. Hladiny kadmia v krvi dospělých osob se pohybují mezi 0,5 $\mu\text{g/l}$ a 1,0 $\mu\text{g/l}$, v literatuře uváděné hladiny kadmia v krvi jsou obvykle nižší než 5 $\mu\text{g/l}$. Hladiny kadmia v krvi kuřáků jsou signifikantně vyšší než hodnoty nekuřící populace. Cigarety také obsahují radioaktivní polonium. Není přesně známo, jak se polonium do tabáku dostává, ale protože je produktem přeměn isotopu uranu ^{238}U v tzv. uran-radiové rozpadové řadě, musí být jeho zdrojem půda. Zvýšený obsah polonia v tabáku se datuje od 50.let minulého století a zřejmě souvisí s umělým přihnojováním rostlin fosfátovými hnojivy, protože uran se váže na fosfáty. Množství polonia v jedné cigaretě odpovídá radioaktivitě 16,6 (9,7 až 22,5) mBq, takže kuřák, který kouří jednu krabičku cigaret denně inhaluje v průměru 123 mBq/den. Na této radioaktivitě se vedle ^{210}Po podílí také radioisotop olova ^{210}Pb , který je rovněž produktem uran-radiové rozpadové řady. Roční souhrn dávkového ekvivalentu inhalovaného kuřákem (20 cigaret denně), odpovídá 193 až 251 microSv. (7)

2.2.6. *Pevné částice*

Viditelný kouř produkovaný hořícím tabákem je tvořen drobnými pevnými částicemi, které označujeme jako dehet. V 1 cm^3 cigaretového kouře je až 50 miliard takových částic, což je až 10 000krát více, než na dálnici v době největšího provozu. Dehtové částice jsou díky své malé velikosti zanášeny při vdechování až do plicních sklípků, které zanáší černým lepkavým materiálem. Plíce kuřáka jsou ohroženy dehtem více, než kteroukoliv jinou součástí tabákového kouře. Silný kuřák vdechne za rok půl až $\frac{3}{4}$ kg dehtu a i když jej většinu vykašle, pořád je dost toho, který se v plicích usadí natrvalo. Plicní tkáň kuřáka se od plicní tkáň nekuřáka liší na první pohled barvou. Kuřákovy plíce jsou černé. (7)

2.3. Teorie kouření

2.3.1. Teorie sociálního učení

Podle teorie sociálního učení je kouření výsledek sociálního posílení, typickým příkladem sociálního posílení je tlak skupiny vrstevníků. Na počátku je inhalování kouře doprovázeno averzivními pocity, ale vlivem sociálního posílení a po dostatečné praxi (nebo toleranci) se dostaví návyk. Zvyk pak produkuje tolik pozitivního posílení, že se osamostatní a je nezávislý na sociálním posílení. Kouření se pak generalizuje i na další situace, než za kterých se klient naučil kouřit. Podle teorie sociálního učení je kouření naučené od samého počátku. Odvyknutí kouření si teorie představuje jako vyhasnutí všech podmíněných podnětů (např. asociace chutě při kouření s prázdným balíčkem cigaret), vyhasnutí sekundárních posílení (příkladem sekundárního posílení jsou např. plné balíčky cigaret v trafice) a diskriminačních stimulů (např. dysforické stavy jako podrážděnost, napětí, nuda). Z hlediska teorie sociálního učení se odvyknutí těžko ovlivňuje, poněvadž možnost okamžitého posílení nekouření je minimalizována. (16)

2.3.2. Teorie nikotinové náchylnosti

Pravým opakem teorie sociálního učení je teorie nikotinové náchylnosti. Teorie zdůrazňuje úlohu nikotinu jako posilujícího faktoru. Tento fyziologicky orientovaný model předpokládá v člověku regulační mechanismus, který je také citlivý na množství nikotinu v krvi a který udržuje tuto hladinu v určitých mezích. Místem regulace hladiny nikotinu by např. mohly být tzv. circumventrikulární orgány. Stoupenci této teorie se zabývali např. otázkou proč kouří kuřáci více při stresu. Odpověď zní: při stresu se ještě více snižuje hladina nikotinu, kterou onen vnitřní mechanismus registruje a snaží se ji vyrovnat. Výsledkem je „chuť“ na cigaretu. Další experimenty posilovaly tuto teorii. Při pokusech s mecamylaminem, který měl působit jako „antagonista“ nikotinu, se zvyšoval počet vykouřených cigaret. Kuřáci by tak podvědomě regulovali hladinu nikotinu v krvi. Farmakologické ovlivňování zvyku tabletami s nikotinem, terapie žvýkačkami s nikotinem nebo lobelinem, různé náplasti atd. vycházejí z tohoto modelu. (16)

2.3.3. *Mythus o dominujícím vlivu nikotinu*

Závislost kuřáka na fyziologických a biochemických procesech v jeho těle, které souvisejí s metabolismem produktů kouření, je všeobecně známa a uvádí se jako příčina špatného odvykání. Dlouholetým kouřením se fyziologické procesy kuřáka údajně tak změnilo, že nyní „vyžadují“ soustavný přísun nikotinu. Uvádí se, že převést tyto procesy na normální hodnoty nelze ze dne na den. Známa je skutečnost, že silný kuřák kouří proto tak silně, že si zvykl na vyšší hladinu nikotinu v krvi a v důsledku rychlého rozpadu nikotinu jej musí neustále do krve kouřením dodávat. Tím se vysvětluje, proč lidé v kouření pokračují. Účinek nikotinu se ale pravděpodobně přeceňuje. Jedním z důsledků této teorie by musela být víceméně pravidelná konzumace nikotinu. Ale první nápadnou nesrovnalostí je, že během spánku lidé nekouří, pouze během dne. Regulační mechanismus by musel být proto jiný v noci a jiný ve dne. Nemusel by být principiálně jiný, stačil by zpomalený metabolismus nikotinu nebo změněná citlivost regulačního mechanismu na jiné hodnoty, apod. Ale banální skutečnost, že člověk kouří ve vědomém stavu, že je zapojena paměť a že člověk je pod vlivem popudu zapálit si, nás vedou k závěru, že kouření je především psychologicky podmíněno. A to jak na počátku, tak i v plně rozvinuté závislosti. Teprve na druhém místě jde o nikotinovou závislost. (16)

2.3.4. *Teorie protikladných procesů*

Tento komplexnější pohled na kouření nabízí teorie protikladných procesů. Teorie se pokouší spojit psychologické a fyziologické mechanismy:

- (1) Reakce na cigaretu je bifázická: krátce trvající příjemná komponenta (proces A) je následována nepříjemnou déletrvající komponentou (proces B), protože schází prvotní příjemný proces.
- (2) Výsledný stav - příjemný pocit a nebo nepříjemný pocit –vzniká algebraickou sumou protikladných procesů „A“ a „B“.
- (3) Podněty asociované s výsledným stavem mohou v daném okamžiku tento výsledný stav opět vyvolat jako podmíněnou odpověď na opakované asociace. Model

protikladných procesů předvádí, jak vzniká závislost a jak se udržuje. Předpokládá se, že cigareta obsahuje substance, které iniciují příjemný pocit (prožitek A jako důsledek procesu) a následný nepříjemný pocit (prožitek B jako důsledek procesu) je v počátečních fázích vzniku návyku potlačován - např. skupinovým tlakem vrstevníků („Bez cigarety nejseš chlap!"). Není-li pocit B potlačován, nedojde k návyku.

Navození příjemného pocitu se dociluje (a lze zvýšit) dvěma mechanismy:

1. vykouřením další cigarety se navodí další proces „A“
2. následným potlačováním nepříjemného pocitu B se zmenšuje vliv procesu B. Nepříjemný pocit B lze zmenšovat buďto tlakem skupiny nebo asociacemi mezi příjemným stavem a jinými podněty nebo další cigaretou. Zmenšení procesu B zvyšuje vliv procesu A. Plná krabička cigaret, zápalky, atd., zkrátka vše, co podporuje nebo umožňuje kouření se asociuje se stavem A. Vše, co nepodporuje nebo znemožňuje kouření, se asociuje se stavem B. Tak například prázdná krabička od cigaret, zákazy kouření, symboly odvykání. (16)

2.3.5. *Teorie transakční analýzy*

Teorie transakční analýzy vychází z teorie učení a z psychoanalýzy a je jedním z humanistických psychoterapeutických směrů. Oproti psychoanalýze je zdokonalením v tom, že provádí analýzu psychických struktur a dlouhodobou analýzu života jedince. V psychoanalýze je reálná pouze struktura „já“. Ostatní struktury osobnosti v psychoanalýze reálné nejsou a jsou to konstrukty. (16)

2.4. Zdravotní rizika kouření

2.4.1. Kardiovaskulární onemocnění

Kouření se podílí 20% na výskytu kardiovaskulárních onemocnění na která u nás umírá 53% obyvatel. Nejčastěji na infarkt myokardu, na který lze nahlížet jako na důsledek dlouhodobého procesu aterosklerózy, která je kouřením velmi akcelerovaná. Složky tabákového kouře totiž přímo poškozují stěny tepen. Ale to zdaleka není všechno, mechanismy vedoucí k rozvoji kardiovaskulárních onemocnění jsou komplexní. Jsou to vasokonstrikce v důsledku aktivace sympatiku, zvýšení viskozity krve a stavu zvýšené srážlivosti krve v důsledku zvýšení hladiny fibrinogenu, zvýšení inhibitoru aktivace plasminogenu, zvýšení leukocytů v důsledku chronických zánětů (kouření snižuje imunitu), zvýšená glukosová tolerance může vést až k diabetu II. typu, zvýšená hladina homocysteinu, non-HDL cholesterolu, triglyceridů, zvýšená peroxidace LDL cholesterolu, zvýšený tlak spolu s diabetem vedou k progresi aterosklerózy a zvýšená tepová frekvence zbytečně zatěžuje srdce. Kardiovaskulární systém zatěžuje i vysoká hladina Carboxylhemoglobinu (COHb) díky obsahu CO v tabákovém kouři. Kuřáci často argumentují, že na frekventované křižovatce nadýchá člověk to samé co kuřák, ne li více. Není to pravda, pobyt v místech s velmi frekventovanou dopravou vede max. ke 2% COHb, ale vykouření jediné lehké cigarety k 6% COHb, obsah COHb, bývá u kuřáků běžně 6-10 % COHb.

Aterosklerosa je v podstatě zánět ve vrstvě intimy stěny artérie, který se pomalu zvětšuje a občas perforuje do průsvitu artérie - změní se na "prasklý vřed". "Prasknutí vředu" do artérie má za následek okamžitý vznik krevní sraženiny nad tímto defektem. Lumen tepny je utlačováno rostoucím "vředem" a přidáme-li k tomu krevní sraženinu, která na "vřed" nasedá, pak se průsvit tepny zúží natolik, že oblast srdečního svalu za defektem se může dostat do existenčních potíží v důsledku příliš nízké dodávky O₂. Pokud se krevní sraženina nerozpustí, přísun O₂ bude i nadále nízký a sval za překážkou nebude schopen podávat adekvátní výkon. Pokud se tepna zcela uzavře, myokard za překážkou odumře. Proces poškozování kardiovaskulárního systému je spojitý, někdy

jsou změny skokovité. Člověk proto relativně dlouhou dobu před vlastním infarktem dostává od svého těla varovné signály, nejčastěji ve formě pálivé či řezavé bolesti a tlaku na hrudi zejména při fyzické námaze a stresu, což se označuje jako angina pectoris. Aterosklerosa se samozřejmě nemusí a nevyskytuje pouze v tepnách zásobujících srdce, ale např. v mozkových tepnách. Následkem pak bývají cévní mozkové příhody (CMP), lidově mrtvice. Zasažení tepen nohou způsobuje ischemickou chorobu dolních končetin, onemocnění omezující pohyblivost člověka pro bolest svalů zapříčiněnou jejich nedostatečným zásobováním O₂, nezřídka vedoucí až odumření končetiny s nutností její amputace. Další kardiovaskulární onemocnění u kterých kouření hraje negativní roli jsou trombangitis obliterans tzv. Buergerova nemoc u nás dnes již vzácná a aneurysma aorty. Částečně sem lze zařadit i impotenci. Na ní se kouření podílí hned několika mechanismy. Jednak je to výše zmíněná aterosklerosa pánevních tepen - zúženým řečištěm tepny nemůže protékat tolik krve, ale podílí se na ní fakt, že kouření snižuje hladinu testosteronu (kouření může vyvolávat dojem mužnosti kuřáka, ale biochemicky působí opačně.) Dále působí fakt, že kouření aktivuje sympatikus, což vede k vasokonstrikci (zúžení tepen). (10)

2.4.2. *Nádorová onemocnění*

Kouření se podílí na výskytu široké palety nádorových onemocnění. Nejčastěji je to rakovina plic - 90% případů jsou kuřáci, objeví se až u 24% kuřáků. 30% rakoviny plic nekuřáků je způsobeno pasivním kouřením. Kuřáci jsou vystaveni 13x většímu riziku vzniku rakoviny plic, než kdyby nekouřili. Rakovina plic je záluďná tím, že přichází poměrně pozdě zhruba po 20 až 30 letech kouření, což je pro většinu lidí příliš dlouhá doba, aby přemýšleli o tom, co s nimi bude. Jiným důsledkem pozdního výskytu rakoviny je, že i kdyby teď všichni přestali kouřit, tak se výskyt rakoviny plic začne snižovat až za 20 let. Kouření ovšem nezpůsobuje pouze rakovinu plic, ale i nádory v ústní dutině včetně jazyka - současné požívání alkoholu násobí karcinogenní účinky kouření, nádory hrtanu, hltanu, jícnu, žaludku, žlučníku, pankreatu, ledvin, močového měchýře, u žen cervixu, leukemie. (10)

2.4.3. *Ostatní onemocnění*

Kouření též poškozují dýchací systém a vyvolává nemoci jako je emfyzém. Je to onemocnění, při kterém dochází k úbytku plicních sklípků, čímž se zmenšuje plocha, na níž dochází k výměně dýchacích plynů, chronické bronchitidy, zhoršuje astma. Dále je to vředová choroba žaludku a dvanácterníku. Pokud jde o reprodukční systém, je prokázána nižší plodnost kuřáček i kuřáků, vyšší riziko spontánních potratů, nižší porodní váha u dětí kuřáček, zvýšená perinatální mortalita a impotence u mužů. (10)

2.4.4. *Kouření a těhotenství*

Vlivem kouření se snižuje schopnost matky přijít do jiného stavu (platí i v případě umělého početí). Na to má vliv i budoucí otec, protože kouření snižuje kvalitu semene (spermie jsou pomalejší a je jich méně). Navíc má kouření vliv také na potenci. (1)

2.4.4.1. *Kouření v průběhu těhotenství*

Při kouření v průběhu těhotenství se zvyšuje pravděpodobnost mimoděložního těhotenství, vzniku vcestného lůžka, předčasného odlučování placenty, spontánních potratů, předčasných porodů, komplikací v době kolem porodu, riziko narození mrtvého dítěte.

Vliv kouření v těhotenství na plod mají chemické látky obsažené v cigaretovém kouři. Ty se dostávají prostřednictvím budoucí matky do těla plodu. Nikotin např. snižuje průtok krve dělohou, kadmium poškozují drobné cévy v placentě, oxid uhelnatý se váže na červené krevní barvivo a tvoří tzv. karboxyhemoglobin, který omezuje přenos kyslíku (dítě se v děloze dusí), olovo narušuje vývoj psychických schopností mozku. Mutagenní účinky látek obsažených v cigaretovém kouři mají za následek vyšší počet poškozených chromozomů plodu, může být narušen vývoj orgánů dítěte. Novorozenci žen, které v těhotenství kouřily, mívají v průměru o 250 gramů nižší porodní hmotnost, než novorozenci žen, které nekouřily. Změny v mozku plodu způsobené vlivem nikotinu zvyšují riziko vzniku syndromu náhlého úmrtí novorozenců a kojenců (SIDS). Děti kuřáček jsou náchylnější ke vzniku nádorových a srdečně-cévních onemocnění, děti, jejichž matky v těhotenství kouřily, mívají častější nálezy odchylek až poruch

mentálního vývoje, bývají často negativistické, impulsivní, agresivní a mívají poruchy chování. Působením nikotinu pronikajícího do těla plodu vzniká závislost, která po porodu vede k abstinčním příznakům. (1)

2.4.4.2. Kouření po porodu

Ženy které kouří, méně často kojí, mají méně mateřského mléka a kojí kratší dobu. Při kojení se do těla dítěte dostávají i toxické látky obsažené v mateřském mléce. Zvyšuje se tím riziko vzniku syndromu náhlého úmrtí kojence (až 50% je přičítáno kouření). Děti kuřáček bývají častěji postiženy zhoubným nádorem a to jak v dětství, tak i v dospělosti, mívají oslabený imunitní systém, což vede k častějším zánětům dýchacích cest, zánětům středního ucha, kašli a astmatu

Každá těhotná žena musí být plně informována o riziku kuřáctví a musí jí být poskytnuta pomoc v jeho zanechání. Těhotná kuřáčka by měla být ve středu pozornosti jak praktického lékaře, gynekologa i porodníka. V situaci, kdy těhotná žena není schopna bez medikace kouření zanechat, je léčba možná i přes dočasný přísun nikotinu do organismu matky a plodu je přerušen přísun toxických látek z nedokonalé pyrolýzy, především přísun oxidu uhelnatého. Těhotenství je ideálním časem pro ženu kuřáčku a jejího partnera kuřáka, aby se rozhodli přestat kouřit. Jsou vnímavější na informace, mají častější přístup ke zdravotnickým službám a jsou spíše schopni změnit svůj dosavadní životní styl. Převážná většina žen je motivována přáním, aby očekávané dítě bylo zdravé. Často stačí k zanechání kouření varování, že je kouřením plod ohrožen. Čím dříve žena přestane kouřit, tím více získá nejen pro zdraví svého dítěte, ale i pro zdraví své. Porodní asistentky, praktičtí lékaři, gynekologové i porodníci mají neustálý kontakt s těhotnými. To přináší ideální příležitost ovlivnit chování těhotných kuřáček i jejich partnerů. Ženy potřebují specifickou a soustavnou podporu i po narození dítěte. (1)

2.4.5. Pasivní kouření

Expozice pasivnímu kouření hrozí všude, kde se kouří: v domácnostech, na pracovištích a dalších veřejných místech. Podle WHO zemře předčasně každý rok kolem 200 000 zaměstnanců jen proto, že jsou v práci vystaveni tabákovému kouří, zatímco kolem 700 milionů dětí, tedy asi polovina dětí na světě, dýchá vzduch znečištěný tabákovým kouřem a to hlavně doma. Na základě posledních na důkazech založených publikací vyzvala WHO 29. května 2007 ke globálnímu zákazu kouření na pracovištích a ve veřejných prostorech. (11)

2.4.5.1. Rizika pasivního kouření

Pasivní kouření zvyšuje i u nekuřáků riziko vzniku chronického zánětu průdušek, exacerbace astmatických záchvatů, i náhlého infarktu myokardu. Všeobecný zákaz kouření ve veřejných budovách, dopravních prostředcích, na pracovištích a prostranstvích je s ohledem na pohodu a ochranu zdraví nekuřáků plně opodstatněný. Jeho vymáhání je nutné aplikovat postupně, za spoluúčasti široké aktivity veřejnosti, sdělovacích prostředků a zaměstnavatelů. Široké spektrum veřejně přístupných míst, kde je zakázáno kouřit, bývá doprovázeno větší ohleduplností dospělých kuřáků k jejich dětem a snížením počtu pasivně exponovaných dětí. Zdravotní riziko plynoucí z nedobrovolného vdechování tabákového kouře je jasné. Pasivní kouření je rizikové, i když ve srovnání s aktivním kouřením je riziko podstatně menší. Nekuřák žijící nebo pracující v zakouřeném prostředí po delší dobu, je vystaven o 20 až 30% většímu riziku vzniku plicní rakoviny ve srovnání s nekuřákem, který nežije či nepracuje s kuřáky. Desítky lidí v našem státě umírají v důsledku vysoké expozice tabákovému kouří v prostředí. Nelze jistě požadovat všeobecný zákaz kouření ve všech veřejných prostranstvích za opodstatněný. Lze ovšem zajistit rychlý a podstatný pokrok ve spolupráci s průmyslem. Některé země přijaly požadavek naprostého zákazu kouření v restauracích a barech, jako např. v Kalifornii, USA . Takováto omezení lze jen s obtížemi dodržet. Je nutné spolupracovat s obchodem, dosáhnout změny a nalézt nejvhodnější řešení. Veřejné prostory a prostranství bez tabákového kouře jsou jistě ideálním stavem. Je ovšem jasné, že tohoto stavu lze dosáhnout jen velmi těžko. Bude

proto nejvhodnější oddělit místnosti pro ty, kteří chtějí kouřit od těch, kteří nechtějí vdechovat znečištěný vzduch. Pokud to nelze uskutečnit, bude nejschůdnější, i když ne nejideálnější, zajistit prostředí účinnou ventilací a čištěním vzduchu, takže prostředí bude snesitelné pro každého (oxid uhelnatý totiž nelze odfiltrovat). V některých západních státech vytvořila spolupráce majitelů barů, restaurací a hotelů podmínky pro snesitelné soužití nekuřáků s kuřáky. Tato zařízení pochopila, že významnou součástí jejich pohostinství je poskytnout to, co si většina zákazníků přeje. Postupné zlepšování a zřizování nezakouřeného prostředí veřejných prostor a pracovišť se v mnoha zemích děje již po desetiletí. Podporou těchto změn je soustavná výchova. Největší pokrok byl učiněn právě v nejmenších zařízeních: v hostincích, klubech a restauracích. Konečně je zodpovědností všech jednotlivců, zaměstnavatelů, zaměstnanců a spotřebitelů zlepšit obecně stav veřejných prostor. Obecné zdraví a pohoda jsou v sázce. (11)

2.4.5.2. Kouření na veřejnosti

Sedm z deseti lidí nekouří. Tito lidé si nezaslouží, aby při vstupu do hostince či restaurace byli nuceni vdechovat tabákový kouř. Na druhé straně ten, kdo kouří, by rád strávil večer v hostinci s přáteli kuřáky. Je to otázka vyváženosti. Je potřebné, aby zpočátku byl naplněn zákon a bylo dodržováno nekouření během podávání hlavních jídel; ve druhé fázi je nutné vyčlenit pro nekuřáky a kuřáky oddělené místnosti, přičemž odvětrání jednotlivých místností musí být oddělené. Čím více bude klesat prevalence kuřáků, naprosto nekuřácké restaurace, bary a jídelny budou mít větší obrat, než je tomu nyní, kdy jistá část nekuřácké populace tato místa právě pro zakouřené prostředí nenavštěvuje. Není zanedbatelná ani skutečnost, že zaměstnanci těchto zařízení jsou vystaveni značnému riziku pasivního kuřáctví a že tato opatření u nich sníží riziko onemocnět. Lze tedy poskytnout následující výběr: v nekuřáckém prostředí není dovoleno kouřit. V separované prostředí je kuřácké a nekuřácké prostředí v oddělených prostorách. Označená místa jsou oblasti, kde je možno kouřit a kde ne. Ventilované prostředí jsou neoznačené prostory se speciální ventilací, snižující riziko pasivního kouření na minimum. Kuřácké prostředí je bez jakýchkoliv omezení a bez ventilace. Ventilace může výrazně zlepšit prostředí pro veřejnost a zaměstnance. Klimatizační

systemy jsou schopny odfiltrovat některé pevné, rozhodně však ne plynné části tabákového kouře, např. oxid uhelnatý, proto je nutné, aby filtrační systém pro kuřácká a nekuřácká prostředí byl vždy oddělen. (17)

2.4.5.3. Vliv pasivního kouření na děti

V ČR je více než 70 % dětí předškolního a školního věku alespoň občas vystavováno kouření pobyt v zakouřených prostorách. V letech 1996 - 1997 bylo zjištěno, že 48 % astmatických dětí je u nás vystavováno pasivnímu kouření. Děti, jejichž jeden rodič nebo oba rodiče jsou kuřáci, jsou častěji léčeny pro plicní onemocnění, mají častěji záněty středouší a bronchiální astma. Dětské plíce jsou menší a jejich imunitní systém je méně rozvinutý, čímž u nich při vystavení cigaretovému kouři dochází mnohem snáze k rozvoji infekcí dýchacího ústrojí a středního ucha. Děti dýchají rychleji než dospělí, takže nadýchají za stejnou dobu mnohem více škodlivých látek na kilogram tělesné hmotnosti než dospělí. Také si často nemohou vybírat, mají menší šanci odejít z místnosti plné kouře, i kdyby tak chtěly učinit - zvláště malé děti mívají problém požádat o to, aby mohli odejít, a některým dětem nemusí být toto vůbec dovoleno, i když o to požádají. U dětí způsobuje pasivní kouření vyšší četnost nemocí jako jsou pneumonie, bronchitida a kašel. Je také příčinou sníženého plicního růstu a opakovaných zánětů středního ucha. S dávkou vystavování se cigaretovému kouři stoupá riziko onemocnění dýchacích cest. Toto je významnější u novorozenců, kojenců a batolat, u kterých není vyvinuta imunita vůči jedovatým látkám, které jsou obsaženy v tabákovém kouři. Pasivní kouření může také způsobit astma a zhoršuje příznaky u dětí, které jsou astmatem již postiženy. Studie z posledních desetiletí ukázaly, že zveřejňování informací o důsledcích pasivního kouření vede k trvalému poklesu spotřeby cigaret u kuřáků. Např. v období let 1960 - 1994 se v USA spotřeba cigaret snížila mnohem rychleji u osob, které jsou rodiči dětí, než u dospělých osob osamělých nebo u osob žijících bez dětí. Byla vyvozena domněnka, že rostoucí povědomí rodičů o nebezpečí, které pasivní kouření představuje pro jejich děti, je od kouření odrazuje. (8)

2.5. *Závislost, mechanismus vzniku závislosti, léčba*

2.5.1. *Definice závislosti: Syndrom závislosti*

Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- c) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku, nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolanými nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení. Je zapotřebí snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být

vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození. Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu různých látek. (4)

2.5.2. *Závislost na tabáku*

Je to nemoc (diagnóza F 17) a jako taková by se měla i léčit. Správně vedená léčba je zaměřena na obě složky závislosti, tedy na psychickou i fyzickou. Dnes máme k dispozici moderní léky, které dokáží odstranit nebo aspoň výrazně zmírnit abstinenci příznaky. Nejdůležitějším faktorem ale zůstává rozhodnutí přestat kouřit. Pokud je kuřák pevně odhodlán si již nikdy nezapálit, je na té správné cestě. V současnosti dostupná moderní farmakologická terapie je účinným pomocníkem, nicméně vlastní rozhodnutí zůstává při odvykání kouření základní podmínkou úspěšnosti. (4)

2.5.2.1. Oblast psychické závislosti:

Je důležité si uvědomit, kolik času stráví kuřák svým kuřáckým chováním. Vezmeme-li příklad kuřáka, který za den vykouří 15 cigaret, pak „kuřáckým“ způsobem stráví asi dvě hodiny každý den. Když vezmeme v úvahu ještě počet let, které dotyčný strávil s cigaretou, je jasné, že přestat kouřit a naučit se „nekuřáckému“ chování není lehké. Jednoznačným doporučením je určit si den „D“ a přestat úplně a jednou pro vždy. Především to, jak silně se pro toto pacient rozhodne je určující pro úspěch. Měl by si uvědomit, jaké jsou jeho typické situace, při kterých sahá po cigaretě (ranní káva s cigaretou, zvládání stresu, odpočinek u televize,..) a pokud je to možné, je dobré se jim alespoň během prvních měsíců odnaučování kouření vyhnout. Pokud to možné není, je třeba si pro ně dopředu připravit náhradní řešení (pomůže třeba změna stereotypu: místo kávy si dát zelený čaj, případně si ji připravit jinak, než je obvyklé – s mlékem, bez mléka, přestat/začít sladit,...). (4)

2.5.2.2. Oblast fyzické, drogové závislosti:

U kuřáků, u kterých je přítomna drogová složka závislosti na tabáku, je k dispozici farmakologická léčba, která oslabuje nebo dokonce odstraní abstinenci příznaky při zanechání kouření. (4)

2.5.3. *Mechanismus vzniku závislosti na nikotinu*

Závislost je neurobiologicky zprostředkovaná mozková porucha. Mozek „na něčem závislý“ je kvalitativně odlišný od mozku „nezávislého“. Vdechnutím tabákového kouře u kuřáka dochází do sedmi sekund ke stimulaci acetylcholinových nikotinových receptorů. Kuřák velmi rychle pocítí zvýšení nabídky představ, lépe si vybavuje, má pocit, že mu to lépe myslí. Interakcí acetylcholinových a dopaminových neurotransmisí dochází do 10 minut od počátku kouření ke zvýšení spontaneity, iniciativity. Zanechání kouření je následováno řadou vážných patofyziologických příznaků provázejících odnětí nikotinu a dlouhotrvající lačnění po nikotinu. Neurobiologickým podkladem abstinenci příznaků je noradrenalinová dráha.

Tato dráha je mediována noradrenalinem a je soustředěna v neuronech locus coeruleus. Kouření znamená podráždění nikotinových receptorů v locus coeruleus. Pokud se aktivita kouření opakuje, dochází k neuroadaptaci na opakovanou stimulaci acetylcholinové neurotransmise. To má za následek, že při odvykání kouření nastává řada příznaků svědčících pro jejich snížení (např. zácpa, palpitace, poruchy koncentrace pozornosti, zvýšená chuť k jídlu, obezita, dysforie).

Pokud tedy člověk abstinguje od kouření, hladina nor-adrenalinu klesá a stoupá frekvence výbojů nonadrenergických neuronů v locus coeruleus do předního mozku.

Dalším mechanismem, na jehož podkladě dochází ke vzniku a rozvoji závislosti na nikotinu z tabáku resp. vzniku závislosti obecně, je dopaminová dráha odměny. Tato dráha začíná v dopaminových neuronech ventrálního tegmentu středního mozku a probíhá vzhůru, k nucleus accumbens do prefrontální oblasti mozkové kůry. Amfetaminy, kokain, opiáty, kofein, nikotin, alkohol stimulují vzestup dopaminu v ncl. accumbens. Přesný význam zvýšení koncentrace dopaminu není přesně znám, je však popsán jako systém odměny. Nikotin tedy stimuluje uvolňování dopaminu a vytváří tak

„neurobiologický punc“ návykových látek. Dopaminergní aktivace je prožívána jako velmi příjemná. Dopamin spouští chování důležité pro přežití druhu, jako je přijímání potravy, pití, sexuální aktivity. Toto chování totiž musí být spojováno s pocity libosti, které se stávají motorem pro pozitivní posilování. Jakmile dojde k uspokojení, nastoupí pocit sytosti, který proces zastaví. Jestliže se farmakologickým zásahem zvýší koncentrace dopaminu v synapsi, pocit nasycení je potlačen a přetrvává aktivita nervových drah, která způsobuje touhu drogu znova užít. Opakované dlouhodobé požívání drogy vede k rozvoji adaptačních mechanismů až na úrovni genové exprese. Při chronickém podávání se začínají rozvíjet takové neuroadaptace, které jsou obranou proti akutním účinkům drogy. Tyto adaptace se uskutečňují na místech primárního účinku drogy nebo v následně ovlivněných mediátorových systémech. Chronická expozice droze vede ke změnám v expresi genů, což vyvolává změny ve funkcích receptorů v místech centrálního nervové systému, které regulují chování. Tyto adaptace zůstávají aktivní i v okamžiku, kdy se droga přestane podávat. Abstinence tedy vede k poklesu dopaminergní transmise v limbické oblasti mozku v důsledku výše zmíněných neuroadaptačních změn. Žádný jiný stimul tak nedokáže „znormlizovat“ hladinu dopaminu v těchto oblastech CNS, pouze opětovná dávka drogy. Tímto mechanismem dochází ke změnám v motivačních systémech, tzn. jedinec začne dávat přednost droze před jinými formami odměny. To ústí i ve ztrátu kontroly v užívání, což je jeden z příznaků závislosti obecně.

WHO zařadilo kouření jako závislost, dle klasifikace MKN 10 – F 17.2, Syndrom závislosti na nikotinu.(9)

2.5.4. *Léčba závislosti na nikotinu*

2.5.4.1. Náhradní léčba nikotinem

V lékárnách jsou volně prodejné preparáty obsahující nikotin (v současné době na českém trhu ve formě náplastí, žvýkaček, inhalátorů a mikrotablet). Tzv. náhradní léčba nikotinem (NRT) oslabuje abstinenční příznaky tím, že tělu dodává nikotin v „čisté“ formě, tedy oproti cigaretám jejichž kouř obsahuje dalších asi 4000 látek, zdraví poškozujících.

2.5.4.2. Specifika jednotlivých forem NRT:

Náplasti

Jsou vhodné spíše pro kuřáky kouřící pravidelně, se středně silnou a silnou závislostí na nikotinu. Ten dodávají rovnoměrně během doby, kdy jsou nalepeny na těle. Nalepují se na neochlupené místo na těle, kde se člověk příliš nepotí - vhodná je například paže, na zádech „oblast ledvin“ (tj. zhruba v úrovni pasu). Především silně závislí kuřáci mohou v případě potřeby nárazově zvýšit hladinu nikotinu v organismu (v době „krizí“) tím, že náplasti kombinují s některou s dalších forem NRT (žvýkačky, inhalátor nebo mikrotablety). Šestnáctihodinové náplasti se nalepují ráno po probuzení a večer před spaním se odstraní. Dvacetičtyřhodinové náplasti se na noc nesundávají.

Žvýkačky

Nikotin se uvolňuje vždy po konzumaci žvýkačky, vstřebává se sliznicí dutiny ústní. Žvýkačky jsou vhodné pro všechny kuřáky, u kterých je přítomna fyzická závislost na nikotinu. Ti, kdo mají pouze malou závislost, používají žvýkačky „slabší“ (s menším obsahem nikotinu); silněji závislí použijí „silnější“ žvýkačky a použijí jich větší množství za den. U silně závislých je výhodou kombinovat s náplastmi, které jsou v případě potřeby (projeví se některý z abstinčních příznaků) doplněny žvýkačkami. Jsou také vhodné i pro nepravidelné kuřáky, kteří je mohou použít jen příležitostně, v případě „krize“. Žvýkají se speciálním způsobem. Spíše se nakusují a po 3 až 10 nakousnutích žvýkačku na zhruba půl minuty odložíme v ústech a postup opakujeme. Je důležité „nežvýkat“ příliš intenzivně, neboť nikotin se vstřebává jen v ústech a při příliš intenzivním „žvýkání“ se dostává se slinami do žaludku, kde již není účinný (a může vyvolat podráždění). Těsně před a během použití žvýkačky je třeba se vyvarovat konzumace jídla a pití, zvláště kyselých potravin (káva, džusy,...)

Inhalátor

Je vhodný pro všechny kuřáky, u nichž vznikla fyzická závislost a jimž chybí zvyk držet cigaretu v ruce. Špička zaměštnává ruce kuřáka. Je tvořen umělohmotnou trubičkou, do které se vkládá kapsle obsahující nikotin. Skrz inhalátor je pak vdechován vzduch

obohacený nikotinem. Z této formy se nikotin vstřebává jak v dutině ústní, tak v horních i dolních dýchacích cestách. Může se tedy, ale nemusíte „šlukovat“. Těsně před a během použití inhalátoru je nutné se vyvarovat konzumace jídla a pití a to zvláště kyselých potravin jako je káva, džusy apod. Inhalátor je vhodné použít ve stejných případech jako žvýkačku.

Mikrotablety

Vkládají se pod jazyk, kde se nechají rozpustit. Nikotin z mikrotablet se rozpustí ve slinách a z nich se vstřebává sliznicí dutiny ústní, proto nelze tablety polykat. Těsně před a během použití mikrotablety je třeba se vyvarovat konzumace jídla a pití a to zvláště kyselých potravin jako je káva, džusy a jiné. Jsou vhodné pro stejné případy jako žvýkačky.

Druhou možností farmakologické léčby jsou preparáty, které neobsahují nikotin (u nás registrovány vareniklin a bupropion hydrochlorid) a které jsou vázány na lékařský předpis. O vhodnosti jejich užití rozhoduje lékař.

2.5.4.3. Účinnost náhradní nikotinové terapie

Studie prokázaly, že účinnost jednotlivých forem náhradní terapie nikotinem se neliší. Důležité je také dostatečné dávkování a dostatečně dlouhá doba užívání léčby.

2.5.4.4. Nežádoucími účinky náhradní nikotinové léčby

Preparáty náhradní nikotinové léčby dodávají tělu v době odvykání kouření čistý nikotin v dávce, která je menší než pokud člověk kouří, ale dostatečná pro potlačení abstinčních příznaků. Navíc v této podobě tělo dostává pouze nikotin v čisté formě, naproti tomu tabákový kouř obsahuje asi 4000 látek, vesměs jedovatých. Není tedy důvod k obavám z této léčby. Náhradní léčbu nikotinem lze použít pouze pokud se abstinuje, případně pokud se překonává určitá doba bez cigaret (např. pracovní dobu). Kombinace kouření a náhradní nikotinové léčby je nejen neúčelná, ale též zatěžuje organismus.

2.5.4.5. Další možnosti léčby

U naprosté většiny kuřáků náhradní terapie nikotinem potlačí nebo výrazně potlačí abstinenční příznaky v době odvykání kouření. Pokud ale člověk pociťuje, že náhradní nikotinová léčba neodstraňuje abstinenční příznaky nebo pokud předchozí pokusy přestat kouřit selhaly právě z důvodů abstinenčních příznaků, je nutné se obrátit na svého lékaře nebo specializované centrum, kde posoudí vhodnost další léčby, která je dostupná pouze na lékařský předpis.

2.5.4.6. Psychoterapie

Psychoterapie je neoddělitelnou součástí léčby závislosti na tabáku. Bohužel mnoho kuřáků, kteří se snaží abstinovat od kouření tento druh léčby podceňují a soustředí se především na farmakologické metody léčby, a to zpravidla nestačí.

2.6. Protikuřácká legislativa

2.6.1. Protikuřácká legislativa v ČR

V České republice platí od 1.1. 2006 takzvaný „protikuřácký zákon“. Jedná se o zákon č.379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Nejdůležitější body „protikuřáckého zákona“:

- Zákon zavedl především zákaz kouření ve školách, v kinech a divadlech, sportovních halách, v budovách státních úřadů, na vlakových nástupištích, zastávkách tramvají a autobusů a na dalších veřejně přístupných místech.
- Podnikateli, který prodá tabák osobě mladší 18 let, hrozí pokuta 50.000 korun.
- Společnosti, která prodá tabák osobě mladší 18 let, hrozí pokuta až 500.000 korun.
- Zákon zakazuje prodej menšího balení cigaret než po 20 kusech.

Platná česká legislativa související s kouřením:

- Zákon č. 379/2005 Sb.: o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami
- Zákon č. 262/2006 Sb.: Zákoník práce
- Vyhláška č. 137/2004 Sb.: o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných
- Zákon č. 40/1995 Sb.(novelizován zákonem č. 132/2003 Sb.): o regulaci reklamy
- Zákon č. 231/2001 Sb.: o rozhlasovém a televizním vysílání
- Vyhláška č. 344/2001 Sb.: Vyhláška Ministerstva zemědělství, kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky
- Zákon č. 353/2003 Sb.(novelizován zákonem č. 217/2005 Sb.): o spotřebních daních
- Vyhláška č. 275/2005 Sb.: Vyhláška Ministerstva financí, kterou se stanoví postup při zpracování návrhů cen pro konečného spotřebitele u cigaret
- Vyhláška č. 113/2005 Sb.: Vyhláška Ministerstva o způsobu označování potravin a tabákových výrobků
- Vyhláška č. 467/2003 Sb.(novelizováno vyhláškou 276/2005 Sb.): Vyhláška Ministerstva financí o používání tabákových nálepek při značení tabákových výrobků
- Zákon č. 258/2000 Sb.: o ochraně veřejného zdraví
- Zákon č. 251/2005 Sb.: o inspekci práce
- Nařízení vlády č. 469/2000 Sb.: Nařízení vlády, které stanoví obsahové náplně jednotlivých živností (13)

2.6.2. Protikuřácká legislativa v Evropě

- Belgie - Od ledna 2006 platí zákaz kouření na veřejných místech. Počátkem roku 2007 se týká zákaz i restaurací, ale ne kaváren, barů, bister či venkovních zahrádek.
- Bosna a Hercegovina - Platí zákon zakazující kouření na veřejných prostranstvích, ale téměř nikdo ho nedodržuje.
- Černá hora - Od července 2004 zakazuje kouření ve veřejných budovách i prostranstvích, včetně restaurací, barů, kin a škol.
- Dánsko - Zákon zakazující kouření v barech, klubech a restauracích platí od srpna 2007. V oddělených místnostech ale kouřit lze.
- Estonsko – Od června 2007 zde platí zákaz kouření v barech a restauracích s výjimkou podniků, kde budou oddělené místnosti pro kouření se samostatnou ventilací.
- Finsko - Zákaz kouření ve veřejných prostorách se od 1. června 2007 týká i barů a restaurací. Za přísných podmínek jsou povoleny speciální kuřácké místnosti.
- Francie - Od začátku roku 2008 platí zákaz kouření pro kavárny a zastřešené bary. Podle zákona nyní hrozí osobě, která si zapálí cigaretu na veřejném uzavřeném prostranství pokuta šedesát tři euro a provozovateli zařízení, který by nechal své zákazníky kouřit, až sto třicet pět euro. Kouření ve veřejných budovách, jako například v nemocnicích, školách, na pracovištích, na letištích a podobně je zakázáno již od února 2007.
- Irsko – Jako první z evropských zemí skoncovalo s kouřením na veřejných místech. Od dubna roku 2004 Irsko zavedlo absolutní zákaz kouření na všech veřejných místech, tedy i v restauracích a barech. Dodržování přísného má na starost čtyři sta kontrolorů, kteří v případě jeho porušení mohou udělit pokutu v přepočtu až 100 tisíc korun.
- Island - Od 1. června 2007 zde platí zákaz kouření ve všech veřejných zařízeních včetně restaurací.
- Itálie – Zákaz kouření platí v kavárnách, barech, diskotékách, restauracích a úřadech pod pokutou až 275 eur (asi 8300 Kč) a hostinskému, který to umožní,

hrozí pokuta až 2000 eur (asi 60 000 Kč). Zákon byl schválen již v prosinci 2002, uvedení do praxe však bylo dvakrát odloženo. Zákaz začal platit až v roce 2005.

- Kypr - Kouření je zakázáno ve všech veřejných prostorech s výjimkou restaurací a barů.
- Litva - Od ledna 2007 platí zákon zakazující kouření na všech veřejných místech, včetně barů, restaurací či diskoték.
- Lotyšsko - Zákaz kouření na většině veřejných míst v zemi platí od roku 2006. Jeho dodržování je vymáháno od července 2006.
- Makedonie - Zákaz kouření platí od ledna 2005 ve všech veřejných prostorech, v restauracích a barech (mohou v nich však za přísných podmínek vyčlenit prostory pro kuřáky).
- Malta - Od dubna 2005 zakazuje kouření ve veřejných prostorech, výjimku mají restaurace a bary.
- Německo - Ve spolkové republice platí zákaz kouření na veřejnosti, včetně barů a restaurací v osmi zemích, přičemž v Bavorsku jsou restrikce nejrozsáhlejší. Na celém území spolkové republiky je zakázáno kouřit na nádražích, na letištích, ve vlacích a taxících, stejně jako ve federálních institucích a justičních budovách. Dále si pravidla určují jednotlivé spolkové země samy.
- Nizozemí – Přísný zákaz kouření na veřejných prostranstvích platí od roku 2004. Zakázáno je i kouření na pracovišti s výjimkou speciálních místností s odsávacím větráním.
- Norsko - Jako druhá země Evropy po Irsku zakázala v červnu 2004 kouření i v restauracích a barech.
- Portugalsko - Zákaz kouření v barech a restauracích platí od ledna 2008. v barech o výměře menší než sto metrů se však kouřit smí. Ve veřejných budovách je kouření povoleno pouze ve vyhrazených místnostech s dobrou ventilací.
- Rakousko - Od ledna 2005 je zakázáno kouření na všech veřejných místech s výjimkou barů a restaurací.

- Rumunsko - Od července 2008 začne platit zákaz kouření v barech a klubech. Řecko - Zákaz kouření v uzavřených veřejných prostorách sice platí již od května 1980, ale příliš se nerespektuje.
- Slovinsko - Od 5. srpna 2007 se nesmí kouřit ve veřejných prostorách. v restauracích a barech jen na speciálních místech.
- Španělsko –Zákaz kouření platí od roku 2005 pro veřejná místa, jako jsou letiště nebo železniční stanice. Od roku 2006 se nesmí kouřit na pracovištích. Zákon pouze omezuje, nikoli zakazuje kouření v hospodách a restauracích.
- Švédsko - Zákaz kouření platí ve všech veřejných prostorách, v restauracích a barech od 1. června 2005.
- Ukrajina - Od října 2005 zakázáno kouření na veřejných místech a na pracovištích.
- Vatikán - Od července 2002 se nesmí kouřit ve veřejných prostorách a v uzavřených pracovních místnostech.
- Velká Británie – Ve Skotsku se nesmí na všech veřejných místech včetně všech míst, kde je podáváno jídlo, kouřit od 26. března 2006. Ve Walesu od 2. dubna 2007 a v Severním Irsku od 30. dubna 2007. v Anglii od 1. července 2007.
- Evropská unie – v roce 1989 přijala Rada ministrů zdravotnictví členských zemí ES Rezoluci o zákazu kouření v prostorách určených veřejnosti. Rada vyzvala členské země k přijetí závazných opatření podle individuální národní praxe. (15)

2.7. Motivace

Motivace je psychický proces vedoucí k energizaci organismu. Motivace usměrňuje chování a jednání pro dosažení určitého cíle. Vyjadřuje souhrn všech skutečností: radost, zvědavost, pozitivní pocity, radostné očekávání, které podporují nebo tlumí jedince, aby něco konal nebo nekonal.

Motivy jsou osobní příčiny určitého chování – jsou to pohnutky, psychologické příčiny reakcí, činnosti a jednání člověka zaměřené na uspokojování určitých potřeb. Za základní formu motivů jsou pokládány potřeby a ostatní formy se vyvíjejí z potřeb.

Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku něčeho, co nás vede k činnostem, jimiž tuto potřebu uspokojujeme.

Potřeby dělíme na:

- biologické (primární, vrozené) - potřeba dýchaní, potravy, bezpečí, spánku apod.
- sociální (získané) - kulturní (vzdělání, kulturní život apod.) a psychické (radost, štěstí, láska apod.)

Další motivy (motivační činitelé)

- Pud - Vrozená pohnutka činnosti, označení pro energii nebo cílenou činnost až nutkání (pud pohlavní, mateřský apod.).
- Zájem - Získaný motiv, který se projevuje kladným vztahem člověka k předmětům nebo činnostem, které ho upoutávají po stránce poznávací nebo citové. Vyhraněný zájem označujeme pojmem záliba.
- Aspirace (ambice) - Snaha o sebeuplatnění, vyniknutí. Někdy se označuje také jako ctižádost.
- Cíl - Uvědomělý směr aktivity, když chceme něčeho dosáhnout, něco vykonat, něčemu se vyhnout, něco dělat či nedělat apod.
- Ideály - Jsou vzorové cíle, např. ideál životního partnera, způsobu života apod.
- Zvyk - Tendence vykonávat za určitých okolností určitou činnost. (18)

2.7.1. *Motivace k odvykání kouření*

Motivací se rozumí připravenost ke změně (přestat kouřit, nekouřit) či touha po takové změně. V této souvislosti se také mluví o odporu, což je naopak více či méně uvědomovaná snaha zachovat stávající stav, tedy dál kouřit. Jsou různé druhy motivace. Pozitivní motivací je myšleno to, co získám, když přestanu kouřit (např. lepší se můj zdravotní stav). Negativní motivací se rozumí to, čemu se vyvaruji, když kouřit nebudu (např. sníží se pravděpodobnost, že onemocním rakovinou plic).

Motivaci lze také rozdělit na vnější („měl bych“, „musím“ přestat kouřit) a vnitřní („chci“ přestat kouřit). Motivace se projevuje jednak ve slovech (mnoho kuřáků o tom, že chtějí přestat kouřit jenom mluví), jednak v činech (někteří kuřáci si někam skutečně dojdou pro radu a opravdu, alespoň dočasně, kouřit přestanou). Ve spojitosti s motivací přestat kouřit (i užívat jiné drogy) bylo vysledováno několik zákonitostí, přesněji řečeno fází. (8)

2.7.2. *Motivační fáze*

2.7.2.1. fáze prekontemplace - kuřák nemá zájem o změnu

Dříve než kuřák chce zanechat kouření, tak se nachází ve stádiu, kdy o této změně moc neuvažuje, chce dál kouřit a také dál kouří. Popírá nebo bere na lehkou váhu problémy, které se už objevily nebo které se mohou objevit v souvislosti s jeho kouřením. Problémy mají podle něj spíše ti, kteří mu kouření rozmlouvají a mají o něj „přehnanou“ starost. Nebo si kuřák připouští, že může mít, nebo už má určité problémy, např. zdravotní, ale velmi je zlehčuje. Jak to v této fázi vnímá kuřák? Neuvědomuje si žádný konkrétní problém, může však cítit nejasnou nespokojenost se svým současným stavem, tj. s kouřením. Motivace přestat kouřit je nulová nebo jen velmi nízká. Více cítí problém jiní lidé (rodiče, partneři, děti, spolupracovníci), kteří mohou po kuřákovi žádat, aby „s tím kouřením začal něco dělat“ - na základě jejich tlaku může kuřák přestat kouřit, ale většinou to nevydrží dlouho. Co v této fázi může udělat odborník nebo blízká osoba? Probrat s kuřákem jeho současnou situaci ve spojitosti s kouřením. Shromáždit informace, ukazující na možné problémy současné i do budoucnosti, a vzbudit v něm pochybnosti, zda je opravdu všechno tak v pořádku, jak si namlouvá. Je neúčinné kuřáka přesvědčovat, protože tím u něj vzniká odpor a hádky. Také se nevyplácí moralizovat. (8)

2.7.2.2. fáze kontemplace - kuřák uvažuje o změně

V tomto stádiu kuřák začíná více uvažovat o tom, že má nějaké problémy v souvislosti s kouřením. Typická je ambivalence - kuřák o změně uvažuje, ale zároveň ji odmítá. V praxi se to projevuje např. tak, že když odborník nebo blízká osoba mluví o rizicích

z kouření, kuřák aktivně hledá protiargumenty (např. dává příklad svého dědečka, který také kouřil a dožil se 90ti let). V této fázi kuřák už více připouští, že má problémy s kouřením, ale často popírá potřebu odborné pomoci („Možná problém s kouřením mám, ale pořád to mám pod kontrolou). Když se rozhodnu s tím přestat, tak to jistě zvládnou sám, bez cizí pomoci...“). Jak to v této fázi vnímá kuřák? Uvědomuje si, že má s kouřením určitý problém. Je stále ambivalentní. Kouření mu stále přináší zjevné klady a změny se zcela přirozeně obává. Nechce se vystavovat nepříjemným pocitům z abstinence, nebo neví, co by měl dělat, aby svůj problém s kouřením vyřešil. Motivace je v této fázi kolísavá. Co v této fázi může udělat odborník nebo blízká osoba?

Posílit argumenty pro změnu, připomenout rizika vyplývající z kouření. Může se použít metoda motivační váhy (viz. dále). Kuřáka lze opakovaně a citlivě upozorňovat na to, že změna je možná a že existují účinné způsoby léčby. (8)

2.7.2.3. fáze rozhodnutí a příprav - kuřák vážně uvažuje o změně

Kuřák si stále více uvědomuje narůstající množství a intenzitu nevýhod z kouření a přestává vidět další kladnou perspektivu vlastního kouření. Někdy smlouvá a snaží se s odborníkem nebo blízkými osobami uzavřít obchod („Přestanu kouřit, ale chci takový typ léčby, u které nebudu mít abstinenci příznaky...“). V této fázi je prospěšné absolvovat motivační rozhovor (viz. dále). Jak to v této fázi vnímá kuřák? Je rozhodnutý, že chce přestat kouřit, ale často neví jak toho dosáhnout. Připravuje se na dosažení změny, získává potřebné informace. Jeho motivace může být dosti vysoká.

Co v této fázi může udělat odborník nebo blízká osoba? Pomáhat kuřákovi vytvořit reálný plán pro dosažení změny, tj. přestat kouřit. Navrhovat různé způsoby, jak přestat kouřit. (8)

2.7.2.4. fáze akce - kuřák realizuje změnu a přestává kouřit

Kuřák zahajuje určitý typ léčby. Na začátku terapie se může pasivně podrobovat („Tak mě tady máte, paní doktorko, a chci, abyste mě vyléčila...“). Následně během léčby, zpravidla opakovaně, začíná sám vyvíjet intenzivnější aktivitu a nápady, pomoc přijímá a očekává za to uznání (např. za to, že dodržuje plán léčby). Zároveň se může cítit zraněný, nevytváří-li se kolem něj vhodné podmínky pro jeho úsilí („Já se tady snažím

a vy, místo toho, aby jste mě oceňovali a pomáhali mi, tak mi to jenom ztěžujete různými narážkami...“). Jak to v této fázi vnímá kuřák? Účastní se nějakého druhu léčby a provádí jednotlivé metody nutné k udržení se v abstinenci od kouření. Co v této fázi může udělat odborník nebo blízká osoba? Nabízí a vysvětluje terapeutické metody, poskytuje kuřákovi informace a zpětnou vazbu. Pomáhá mu. Slouží jako vzor. Oceňuje úsilí kuřáka, chválí dosažený pokrok. V případě problémů pomáhá s hledáním jejich řešení. (8)

2.7.2.5. fáze udržování - kuřák abstínuje (nekouří)

Kuřák setrvává ve stádiu změny a určitou dobu nekouří. Může vyvíjet stále zralejší iniciativy pro řešení svých problémů ve spojitosti s nekouřením (např. nahrazuje bývalé kuřácké rituály jinými nekuřáckými způsoby chování). Stále si připomíná a posiluje svou motivaci pro nekouření. Jak to v této fázi vnímá (abstinující) kuřák? Samostatně využívá metody, které mu umožňují nekouřit. Rozvíjí nový životní styl, který snižuje riziko, že se ke kouření zase vrátí. Co v této fázi může udělat odborník nebo blízká osoba? Probírat s abstinujícím kuřákem rizikové situace, které v něm zvyšují chuť si zapálit. Oceňovat jeho úsilí o nekouření. Zdůrazňovat pozitivní změny v jeho životě. Upozorňovat na nebezpečí návratu ke kouření. Stále připomínat jeho motivaci nekouřit. (8)

2.7.2.6. fáze relapsu - abstinující kuřák se vrací zpět ke kouření

Praxe ukazuje, že dlouhodobě úspěšná abstinence od kouření je obvykle podmíněná skutečností opakovaného relapsu (recidivy, znovunavrácení se ke kouření), kdy se kuřák vrací zpět do fáze kontemplace (viz. výše) a celé „kolečko“ si i několikrát ještě znovu „oběhne“. Jak se v této fázi chová kuřák? Opět se vrací ke kouření, a to se vším, co tento zlovyk předtím provázelo. Co v této fázi může udělat odborník nebo blízká osoba? Převést klienta zpět do fáze rozhodnutí a příprav. Podněcovat v kuřákovi naději, že i přes recidivu je možné dlouhodobě abstínovat. Připomenout dřívější úspěchy ve spojení s abstinencí, konstruktivně zpracovat recidivu (co konkrétně abstinujícího kuřáka „spustilo“ k tomu, že znovu začal kouřit, čemu se tak příště vyvarovat apod.). (8)

2.7.3. *Metoda motivační váha*

Motivační váha je metoda, které měří orientační motivaci kuřáka zanechat kouření. Tuto metodu si může každý kuřák vyzkoušet sám na sobě a bezbolestně. Nad oblastmi rozloženými na motivační váze se kuřák zamýšlí z různých hledisek (ze zdravotního, psychického, sociálního). Jednotlivé výhody a nevýhody v těchto položkách by měly být co nejvíce konkrétní. Není důležitý počet položek na každé straně motivační váhy, ale součet kvality (na škále 1 - 10) jednotlivých položek na obou stranách váhy. Jednotlivé výhody a nevýhody a jejich hodnota (1 - 10) se mohou v čase měnit. Proto je užitečné tyto výhody a nevýhody a jejich důležitost opakovaně zkoumat, upravovat, přehodnocovat a doplňovat. (8)

2.7.4. *Motivační rozhovory*

Motivační rozhovory patří do prvních fází každého poradenství. Tyto rozhovory nemusí uplatňovat jenom lékaři a další odborníci, ale mohou je šikovně využívat i blízké osoby kuřáků (např. rodiče, partneři kuřáků). Motivačními rozhovory se zjišťuje, zda-li je kuřák dostatečně motivovaný řešit svůj problém s kouřením. Zároveň ten, kdo správně rozhovory provádí (motivátor), zvyšuje kuřákovu motivaci přestat kouřit. Důležité je uvědomit si, že kuřák musí sám nejdříve vědět proč chce přestat kouřit, a teprve potom může uvažovat o tom, jak to provede (v praxi to bývá často naopak a to samozřejmě nevede k moc velkým úspěchům). V první řadě je třeba si uvědomit, že ambivalence vůči změně („chci a zároveň nechci přestat kouřit“) je normální a přirozená součást procesu změny, a motivátor by s ní měl počítat u všech kuřáků. Je třeba také mít na mysli, že je to kuřák, nikoliv motivátor, kdo argumentuje ve prospěch změny. Motivátor by měl v úvodu rozhovoru vyjádřit pochopení k tomu, že daná osoba kouří (pochopení ještě neznamená souhlas s kouřením a s klientovými názory na kouření).

Motivátor by neměl kuřáka soudit, kritizovat a obviňovat ho, neměl by moralizovat. Důležité je vyhýbat se sporům, protože se tím u kuřáka vytváří odpor, což je pro motivátora signál, že by měl změnit přístup. Odpor kuřáka se projevuje v námitkách, v přerušování, v ignorování (je nepozorný, neodpovídá). Není úkolem motivátora

přesvědčovat kuřáka, aby přestal kouřit, není jeho úkolem, aby za kuřáka řešil jeho problémy spojené s kouřením. Motivátor by měl kuřáka podporovat v jeho schopnostech, zvyšovat jeho sebevědomí a vytvářet v něm reálnou naději, že je schopný svůj problém s kouřením zvládnout. (8)

2.8. Prevence

Prevence je jedním z hlavních motivačních činitelů. Posláním prevence je motivovat závislého, aby se svou nemocí bojoval. Jako jeden z motivačních faktorů mu dodává oporu a pomoc při zvládnání obtíží spojených s odvykáním.

2.8.1. Historie prevence v ČR

Před rokem 1989 primární prevence drogových závislostí téměř neexistovala. Tato problematika spadala metodicky hlavně pod speciální zařízení ministerstva zdravotnictví - Ústav zdravotní výchovy, který byl garantem vzdělávání a výchovy v oblastech týkajících se ochrany zdraví a prevence. Prevence závislostí se dlouho týkala pouze alkoholu a tabáku. Vycházelo se z dokumentů vlády, většinou z kapitoly s názvem Boj proti negativním jevům mládeže. Lektoři veškerých preventivních aktivit byli většinou starší lékaři a jejich působení spočívalo převážně v besedách, které měly charakter zastrašování, zákazů, mentorování apod. Často se jednalo o monotónní čtení přednášky, osvědčenější lékaři nabídli alespoň možnost zodpovězení dotazů, diskuse byla téměř nemožná. Všechny aktivity ve školách byly jednorázové, většinou až ve vyšších ročnících základních škol.

Po roce 1989, díky různým mezinárodním projektům, které měly za cíl nastartovat preventivní práci v České republice, přibýlo odborníků i institucí, které se začaly zabývat primární prevencí teoreticky i prakticky.

Od roku 1989 se začaly rozvíjet i vzdělávací aktivity pro pedagogy v oblasti drogové prevence. Jednak proto, že docházelo k nárůstu problémů s drogami v naší společnosti, ale také proto, že experti upozorňovali na skutečnost, že škola je po rodině tím nejdůležitějším prostředím, ve kterém je zapotřebí realizovat preventivní práci. Učitelé měli o této problematice minimálně informací. (3)

Metody

Metody prevence se opírají o metody psychologické, pedagogické, sociologické, ale i o metody politiky, reklamy, marketingu a motivace. Prevence se dá obecně dělit na primární, sekundární a terciární.

2.8.2. *Primární prevence*

V nejširším pojetí lze tak nazvat všechny aktivity a činy, které mají za cíl změnit názory, postoje a chování lidí tak, aby u nich nedošlo ke vzniku daného nežádoucího jevu. Prevence je důležitý motivační nástroj, který ukazuje potenciálním kuřákům negativní stránky závislosti na nikotinu a tím je motivuje k tomu, aby s kouřením nikdy nezačali.

Cílem primární prevence v nejobecnějším pojetí je zamezení vzniku nežádoucího jevu, ke kterému se prevence vztahuje. Případně minimalizace tohoto jevu, pokud již nastal. Dosažení základního cíle primární prevence se děje stanovováním různých "mezicílů", které by k tomuto stavu měly směřovat. Velmi často se pracuje v projektech s rizikovými faktory osobnosti vztahujícími se k pravděpodobnosti vzniku nežádoucího chování. Lze se setkat s cíli jako je zvýšení sebevědomí u cílové populace, zvýšení komunikačních dovedností či dosažení dovednosti odmítat nabízené nežádoucí chování apod. Při jejich posuzování je vždy důležité vycházet z kritéria jejich dopadu a z jejich možnosti ovlivnit postoje a chování cílové populace. (3)

2.8.2.1. *Specifická prevence*

Ve specifické prevenci se jedná o preventivní působení zaměřené přímo na problematiku daného jevu, kterému se prevence snaží předejít.

Specifické primárně-preventivní programy v oblasti prevence užívání návykových látek se explicitně zaměřují na určité cílové skupiny a snaží se hledat způsoby, jak motivovat k nebrání drog. Právě jasná profilace těchto programů (snaha působit selektivně, specificky) na určitou formu rizikového chování odlišuje tyto programy od programů nespecifických. Specifičnost programů je dále dána nutností zaměřit se na určitou

cílovou skupinu, jevící se jako ohroženější či rizikovější než skupiny jiné. Není (ekonomicky ani odborně) smysluplné, aby všemi typy těchto programů procházely např. všechny děti, ale pouze ty, u nichž předpokládáme vyšší pohotovost k rizikovému chování (ať již z hlediska věkového, sociálního apod.). Nejjednodušší definicí specifických preventivních programů je tzv. ekonomická negativní definice: Programy specifické primární prevence užívání návykových látek jsou všechny takové programy, které by neexistovaly, kdyby neexistoval problém drogové závislosti, tj. tyto programy by za neexistence fenoménu drogové závislosti nevznikaly a nebyly rozvíjeny. (3)

2.8.2.2. Nespecifická prevence

Nespecifická prevence má své místo v širokém pojetí primární prevence a jejím obsahem jsou všechny techniky umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových a sportovních aktivit. V krátké historii primární prevence v České republice došlo několikrát k výraznému přeceňování, stejně tak jako k podceňování nespecifické prevence. Nespecifické primárně-preventivní programy užívání návykových látek zahrnují veškeré aktivity nemající se zneužíváním těchto látek přímou souvislost. Jedná se tedy o aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje rizikových forem chování prostřednictvím lepšího využívání a lepší organizace volného času. Znamená to, že mají určitý obecný protektivní potenciál. Motivujícím faktorem mohou být zájmové kroužky, dále sportovní aktivity (na všech úrovních) apod. Patří sem také programy zaměřené na zlepšení životního stylu. Všechny tyto programy by existovaly a byly žádoucí i v případě, že by neexistoval problém nazvaný drogová závislost, tj. bylo by i v takovém případě smysluplné tyto programy rozvíjet a podporovat. (3)

2.8.2.3. Výchovné působení v rodině.

Malé dítě se vše učí napodobováním, sleduje své rodiče, získává od nich modelový vzor chování. Pokud jsou rodiče nebo alespoň jeden z nich závislý na nikotinu a kouří před svými dětmi, nelze se potom podívat nad žákem první třídy s cigaretou v ústech. Liberální styl výchovy, který představuje benevolentní postoj rodičů ke kuřáctví vlastního potomka, často přerůstá až v nevšímavost a lhostejnost vůči dítěti a jeho

zdravotnímu stavu. Argument, že si to stejně jednou zkusí, tak proč ne teď je scestný. Zvláště u malých dětí může fáze zkoušení snadno přerůst ve fázi závislosti. Rodiče by své dítě měly motivovat pozitivním vzorem v tom, že nekouří vůbec, ale i v odrazování a objektivní, danému věku vhodnou edukací. Například poznámka typu „Cítíš to? Ten člověk ale smrdí, vid’? To je tím, že kouří, a také bude nemocný, když kouří.“ je velmi účinná. Zdůraznění onemocnění je u malých dětí tím nejlepším strašákem. Účinnosti pozbývá výchova kouřícího rodiče, který poukazuje na to, že se to nedělá, protože by byl člověk nemocný a smrděl by. On sám přece kouří jen proto, že má mnoho stresu v práci a potřebuje se odreagovat. Toto malé dítě pochopit nemůže.

2.8.2.4. Školní metodik prevence

V současnosti se zavádí již na základní školy funkce školního metodika prevence. Tento metodik má za úkol motivovat děti, ve vhodné formě, vzhledem k věku žáků výchovně působit na jejich sociální vývoj, erudovaně je edukovat v oblasti zdravého životního stylu, nejvýznamněji v otázkách závislosti na návykových látkách, problematice prevence úrazů (nejčastější příčina úmrtí dětí v naší republice), socializaci do společnosti a dalších. Jeho role by neměla být jen rolí poradní v případech individuálního zájmu, ale měl by působit na všechny děti. Může tak činit v rámci hodin občanské či rodinné výchovy, nebo přidáním specializovaného předmětu do osnov školy. Bohužel jako všechno je i toto odvětví prevence závislé na financích a proto si jeho zavedení mohou dovolit jen některé instituce a většinou jsou to až střední školy, gymnázia nebo vysoké školy. Na školách učňovského typu a základních školách, kde by případná preventivní činnost padla na nejúrodnější půdu a zamezila tak mnoha problémům, není dostatek finančních prostředků na zavedení těchto aktivit.

2.8.2.5. Lékař pro děti a dorost

Pokud nefunguje ani pozitivní rodinné působení ani školní prevence, může děti ovlivnit jejich lékař. Ten při zjišťování zdravotního stavu pokládá různé otázky, jednou z nich by měla být i otázka, zda rodiče kouří, a pokud ano, zda i dítě samo již někdy kouřilo. Děti kuřáků jsou samozřejmě vystavováni pasivnímu kouření, které má významný vliv na jejich zdraví. Apel na rodiče tak může pomoci nejen dítěti, ale i rodičům samotným.

2.8.2.6. Osvěta ze stran lékařů, zdravotnického personálu

Pro dospělou pracující populaci, která již nepodléhá ani vlivu rodičů ani není školou povinná je nejvýznamnější spouštěcí faktor kouření stres. Toho se lze vyvarovat správným životním stylem a zdravým způsobem života. K tomu samozřejmě přispívá i osvěta ze stran zdravotnických pracovníků. K lékařům musíme chodit všichni, ať se jedná o preventivní prohlídky u gynekologa, stomatologa, nebo návštěv svého obvodního lékaře. I zde funguje vzorové chování. V současnosti je ovšem problémem nabízet pozitivní vzory, když samotný zdravotní personál kouří a to i na veřejnosti před zraky pacientů.

Také obor odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví by měl propagovat zdravý životní styl a být vzorem pro ostatní populaci. Ovšem i v těchto řadách se najdou černé ovce, které jsou závislé na nikotinu. Je to až s podivem, když má k dispozici takové množství informací a negativních příkladů. Ale v tom je evidentně problém závislosti. Může to postihnout úplně každého.

Do primární prevence lze zařadit i snahu státu. Nejen zákonné normy omezující práva kuřáků a zákazy kouření, ale i celostátní programy se snaží na problémy s kouřením upozornit a odradit co nejvíce případných závislých.

2.8.3. Sekundární prevence

Sekundárně preventivní aktivity mají co nejvíce zabránit zdravotním, psychickým, sociálním i ekonomickým škodám. Mezi nejčastější aktivity z oblasti sekundární prevence patří:

- informace o nejméně poškozujícím způsobu braní (elektronická cigareta)
- minimalizace nebezpečí při inhalaci pro v okolí se vyskytující osoby
- služby zdravotní, sociální, psychologické

Cílem sekundární prevence je motivovat kuřáky k odvyknutí, přistoupení na léčbu závislosti, zmírnit následky užívání návykových látek, případně zabránit škodám, které mohou vzniknout.

Ve snaze zbavit kuřáky jejich návyku existují tři různé a různě účinné možnosti. Krátké intervence zdravotníků v rámci jejich rutinní práce, intenzivnější podpora specialistů ve specializovaných centrech a farmaceutická intervence, při jejímž využití se šance přestat kouřit zdvojnásobuje. (3)

2.8.3.1. Krátká intervence zdravotníků

Tato intervence by měla být asi 3-5 minut trvající rutinní součást kontaktu každého zdravotnického pracovníka s kuřákem. V českých doporučeních je uvedena česká modifikace "5 A" vycházející z angličtiny jako "5 P" - Ask - Ptát se na kouření při každé příležitosti, Advise - Poradit a doporučit všem kuřákům přestat, Asses - Posoudit ochotu přestat, Assist - Pomoci kuřákovi přestat, Arrange follow up - Plánovat kontroly. Obecně se doporučuje kuřákovi pomoci následujícím postupem: určit den D, kdy přestane zcela kouřit, zhodnotit zkušenosti z předešlých pokusů přestat kouřit a poučit se z nich, stanovit osobní individuální plán a snažit se nalézt slabá místa a možné budoucí problémy při snaze přestat, zapojit i okolí kuřáka a doporučit vhodnou farmakoterapii.

2.8.3.2. Intenzivní podpora specialistů

Na interních a plicních klinikách fakultních nemocnic vznikají od roku 2004 specializovaná Centra léčby závislosti na tabáku podporovaná MZ ČR a Českou kancelář WHO, kde pracují placení odborníci - minimálně jedna sestra a jeden lékař. Je nabízena individuální konzultace, základní klinické vyšetření a pomoc psychologa s dlouhodobou dispenzarizací kuřáků, kteří chtějí přestat.

2.8.3.3. Farmakologická léčba

Je vhodná pro kuřáky, kteří si zapálí první cigaretu do hodiny po probuzení a kteří kouří 10 a více cigaret denně. Lékem volby je nikotinová substituční terapie formou žvýkaček, transdermálních náplastí, nosního spreje, pastilek, tablet a inhalátoru. Všechny tyto formy jsou v účinku srovnatelné, volně dostupné v lékárnách bez lékařského receptu. Další možností je na lékařský předpis dostupný bupropion, původně používaný jako antidepresivum. Mechanismem účinku je inhibice zpětného vychytávání

noradrenalinu a dopaminu, což ale nevysvětluje účinnost v odvykání kuřáckého návyku. Je známo, že použití jakéhokoliv typu farmakoterapie zvyšuje pravděpodobnost odvyknutí kouření při současném psychologicko - behaviorálním přístupu na 10-30 %.

(8)

2.8.4. *Terciární prevence*

Pokud neexistuje motivace ke změně životního stylu či léčbě, nezbyvá, než snižovat rizika spojená se závislostí na nikotinu nebo onemocněních vzniklých z důvodů závislosti.

Ve smyslu definice WHO patří do terciární prevence i tzv. harm reduction programy. V programech se počítá s tím, že tu jsou lidé, kteří své brání drog dosud nevidí a nebo nechtějí vidět jako problém a tudíž ani necítí potřebu se léčit. Je nutné si uvědomit, že to nejsou jen jedinci na první pohled rozeznatelní, žijící mimo společnost, ale že je to dost podstatná část mládeže. (3)

2.8.5. *Mýty v prevenci*

O prevenci se traduje celá řada mýtů a nesprávných předpokladů, které jsou založeny na emocionálním přístupu a neznalosti problematiky.

- *Jedině nespécifická prevence je účinná*

Přeceňování nespécifické prevence, zvláště tzv. volnočasových aktivit, v duchu hesla „kdo si hraje, nezlobí“, může být zpochybněno už tím faktem, že mezi závislými lidmi je i mnoho těch, kteří dříve sportovali a měli kvalitní koníčky.

Realistický pohled ukáže, že nespécifická prevence snižuje pravděpodobnost rizika, ale pouze v průměru. Přeceňování nespécifické prevence, často i nepoučenými politiky, vede rodiče aktivních dětí k falešné víře, že udělali vše nejlepší a že se vlastně dál o drogovou problematiku a možnosti prevence nemusí vůbec zajímat.

- *Znalosti o drogách vedou k experimentu*

Tento předsudek jde většinou ruku v ruce s předcházejícím. Říká se, že když člověk slyší, co všechno může s drogou zažít, bude se tím podporovat jeho chuť to zkusit. Jakákoliv tabuizace vede k nemístnému zájmu. Nemůžeme někoho ochránit před něčím,

co nezná. Když se například snažíme děti ochránit před dopravními úrazy, nelze to zabezpečit tím, že bychom jim neprozradili, že existují auta.

Postupné získávání pravdivých informací může vést ke snížení rizikového chování u většiny mladých lidí. Samozřejmě, když preventivní působení bude ojedinělé a jednorázové, navíc spíše zaměřené pouze na účinky drog než na ovlivňování postojů, je opravdu možné, že to pro některé jedince bude spíše inspirující.

Nevyhýbat se informacím o drogách je nutné i z toho důvodu, že žijeme v době, kdy se každé dítě nebo mladý člověk s drogou či drogovou problematikou setká. Není možné zatajovat jejich existenci.

- *O drogách se nemůže říkat pravda*

Toto mínění opět bývá spojeno s předcházející snahou o drogách raději nemluvit. A když už, tak pouze vybrané přefiltrované informace typu: všechny drogy jsou stejně nebezpečné, když zkusíš drogu, bude z tebe narkoman a zemřeš. Správně by tyto věty měly zaznít v podobě: Všechny drogy jsou nebezpečné. Když zkusíš drogu, můžeš se stát závislým a můžeš i zemřít.

- *Represe je všemocná*

Mnoho lidí se domnívá, že peníze na léčení, resocializaci a prevenci jsou zbytečně vyhozené a že prostředky by se měly věnovat na důsledná represivní opatření. Ale i v drogové problematice platí to, co v jiných oblastech: prevence je nejdůležitější, nejúčinnější a nejlevnější. Protože, ať se zdá síla drogových mafií sebevětší, v momentě, kdy by nebyla poptávka po drogách, nekvetl by obchod s nimi. Represe nemá natolik odstrašující sílu, aby odvrátila mladé lidi od experimentů s drogami, ale měla by mít schopnost zabránit dalšímu rozšiřování těchto látek.

Mýtů v prevenci je celá řada, a proto je třeba jednoznačně přijmout, že pravdivá informace je předpokladem úspěchu primární prevence. (3)

2.9. Statistika kouření

České statistiky v roce 2007 upozorňují, že v ČR kouří 2.300.000 osob. To je zhruba čtvrtina obyvatel. Polovina z toho jsou děti do 18 let. Na následky kouření u nás pak ročně umírá 18.000 lidí (celosvětově je to 5 miliónů úmrtí), z toho 8.000 na nádorová onemocnění a 7.000 na nemoci srdce a cév. V důsledku kouření vzniká zhruba 25 % nádorových onemocnění, přibližně 20 % onemocnění kardiovaskulárních a téměř 80 % plicních onemocnění. Statistiky rovněž ukazují, že z kuřáků, kteří se pokusili přestat kouřit bez cizí pomoci, "jen tak", jsou úspěšná pouze 2 %. Do roka se 98 % z nich ke kouření opět vrátilo. Paradoxem je, že kouří 1/3 lékařů a 2/5 zdravotních sester. Podle lékařských statistik je zanechání kouření spolu se snížením tělesné váhy a změnou stravovacích návyků jednou z možností, jak si prodloužit život. Čím více let se kouří, tím více se zvyšuje riziko předčasné smrti. Statistiky též udávají, že kuřáci mnohem častěji pijí kávu a alkohol. Každá vykouřená cigareta zkracuje život o 5 minut (kouřím-li denně 1 krabičku, život si zkracuji o asi jednu a půl hodiny, za rok je to pak asi 23 dní). Denně u nás umírá 60 osob na nemoci z kouření - to je jakoby každý den informovali ve zprávách, že se naboural autobus plný lidí a nikdo z nich nepřežil. Kvůli pasivnímu kouření umře v České republice ročně 5-8 dětí mladších 18 měsíců, 120 lidí na rakovinu plic, 26-63 tisíc dětí musí k lékaři s infekcí středního ucha.

Oběti pasivního kouření ročně mají též vývojové defekty jako např. nízká porodní hmotnost u dětí (pod 3500 g) a to v 400-730 případech, syndrom náhlé dětské smrti a to 40 úmrtí. Mají též vliv na dýchací ústrojí dětí a to na vznik průduškového astmatu (320-1040 onemocnění), zhoršení astmatu (16-40 tisíc případů), zánět průdušek či plic (6-12 tisíc případů).

90 % onemocnění rakovinou plic u mužů a 52 % rakoviny plic u žen je způsobeno kouřením. Zatímco závislost na kouření se získá velmi brzy, rakovina se vyskytuje přibližně za 20 - 30 let. Doba a pravděpodobnost výskytu rakoviny plic závisí i na množství denně vykouřených cigaret. Kouření je příčinou každého pátého úmrtí v ČR.

Je příčinou 30 % všech nádorových onemocnění. Kromě rakoviny plic jsou to např. rakovina dutiny ústní, hrtanu, hltanu, jícnu, ale i ledvin, močového měchýře, žaludku, pankreatu atd. U žen kuřáček je o 74% vyšší pravděpodobnost, že zemřou na rakovinu prsu.

Kouření způsobuje 20 krát vyšší úmrtnost než dopravní nehody, 34 krát vyšší úmrtnost než selhání ledvin, 33 krát vyšší úmrtnost než tvrdnutí jater (jaterní alkoholická cirhóza).

V současnosti kouří 29 % dospělé populace (starší 15 let), tj.ca 2,5 milionu osob. V roce 1974 kouřilo ve věku 15 až 18 let denně 13 %, v roce 1984 to bylo již 21 % a v roce 1995 stoupla procenta na 26 % dětí. v roce 1999 vykouřilo nejméně jednu cigaretu 45 % 13 až 14letých dětí.

Roční spotřebou cigaret na osobu se řadíme mezi prvních pět států v Evropě. Přes 80 % současných kuřáků začalo kouřit před svým 18. rokem věku. Kuřáci si zkracují průměrný věk života o 10 - 15 let.

Ročně stojí léčba nemocí, které způsobuje kouření zhruba 20 miliard korun.

3. Cíl práce a předpokládané hypotézy

3.1. Cíl práce

Cílem práce je zjistit nejvýznamnější motivační činitele pro zanechání kouření a udržení trvalé abstinence. Zaměřila jsem se na generaci produktivního věku, tj. ve věku 25 až 55 let. Lokálně je vzorek omezen na Jihočeský kraj.

3.2. Předpokládané hypotézy

První hypotéza se zaměřuje na stanovení nejvýznamnějších motivačních činitelů k odvykání kouření v generaci dospělých. V návaznosti na výzkum, který provedla společnost STEM/MARK, a. s. pro farmaceutickou společnost Pfizer, spol. s r.o (6) lze předpokládat, že i pro generaci jedinců ve věku 25-55 let je tímto hlavním motivačním činitelem vlastní zdraví a zdraví blízkých (s ohledem na vliv pasivního kouření).

Druhá hypotéza vychází z téhož zdroje a tvrdí, že na zanechání kouření má významný vliv i případné zvyšování cen cigaret.

4. Metodika

Kvantitativní výzkum byl prováděn formou anonymních internetových dotazníků na stránkách www.vyplnto.cz, které využívají jak studenti vysokých škol, tak i menší podnikatelské či výzkumnické subjekty pro zmapování možností uplatnění na trhu. Tento server má velmi přísná pravidla při tvoření dotazníků a každý dotazník musí být nejprve schválen, popřípadě opraveny nedostatky, než je umožněno ho prezentovat. Také tématické okruhy, na které je možné se ptát jsou omezeny a cenzurovány. Server zabezpečuje rovněž velmi dobrou výpovědní hodnotu dotazníků jedinečnou I.P.adresou, což znamená, že z jedné I.P. adresy tedy z jednoho počítače se dá odeslat pouze jeden dotazník, každý další odeslaný z téže I.P.adresy bude ignorován.

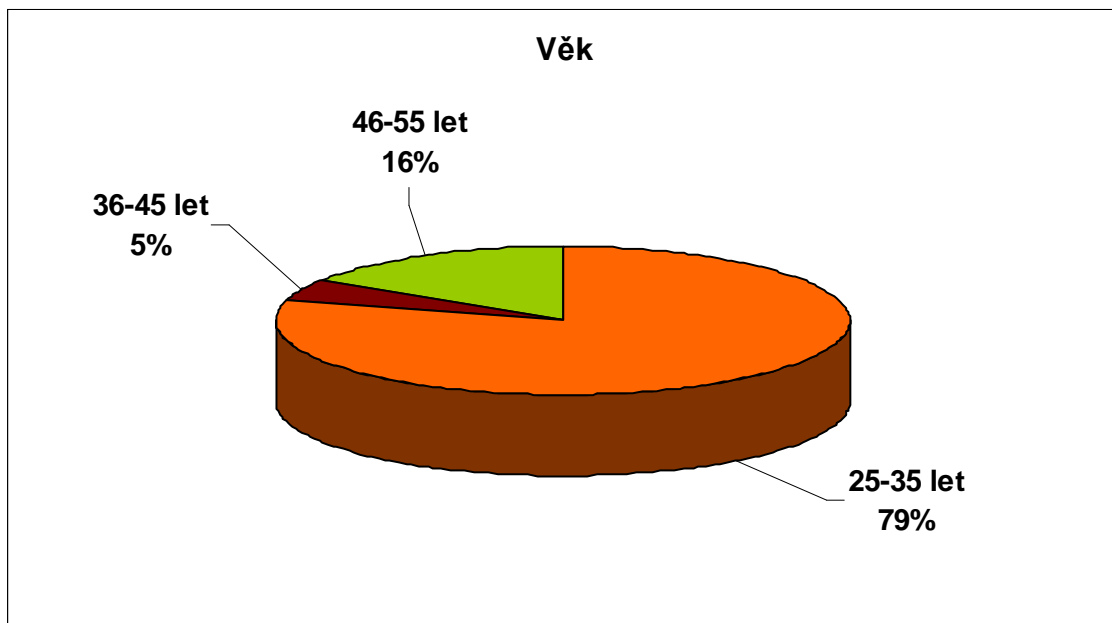
Vzhledem ke skutečnosti, že diagnostikované pacienty nelze pro ochranu osobních údajů a zachování lékařského tajemství bezprostředně oslovit, zvolila jsem si jako reprezentativní vzorek osoby produktivního věku, které se spontánně samy zapojily do průzkumu realizovaného ve spolupráci s uvedeným serverem.

Dotazníky vyplnilo celkem 63 lidí z oblasti Jihočeského kraje. Pohlaví nebylo regulováno, do výzkumu byly zpracovány odpovědi dotazovaných obou pohlaví ve věkovém rozpětí 25 až 55 let. Dotazník obsahoval 13 otázek a byl rozdělen na identifikační část s otázkami na věk, pohlaví s vzdělání a na motivační část s otázkami vztahující se přímo na motivaci.

5. Výsledky výzkumu:

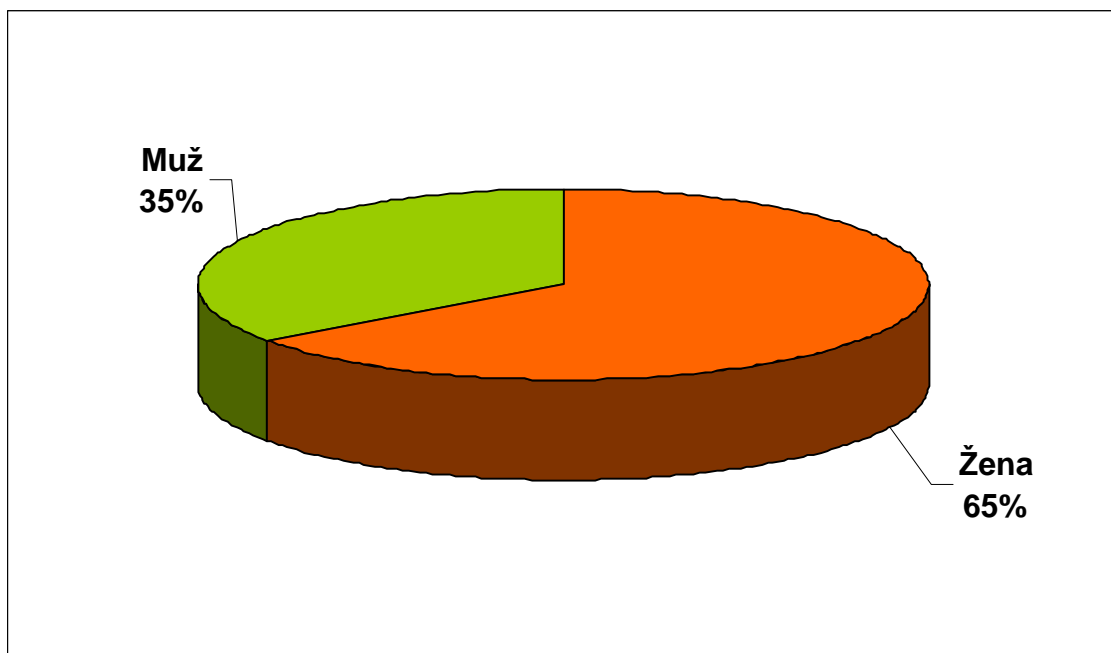
5.1. Identifikační část:

Graf č. 1



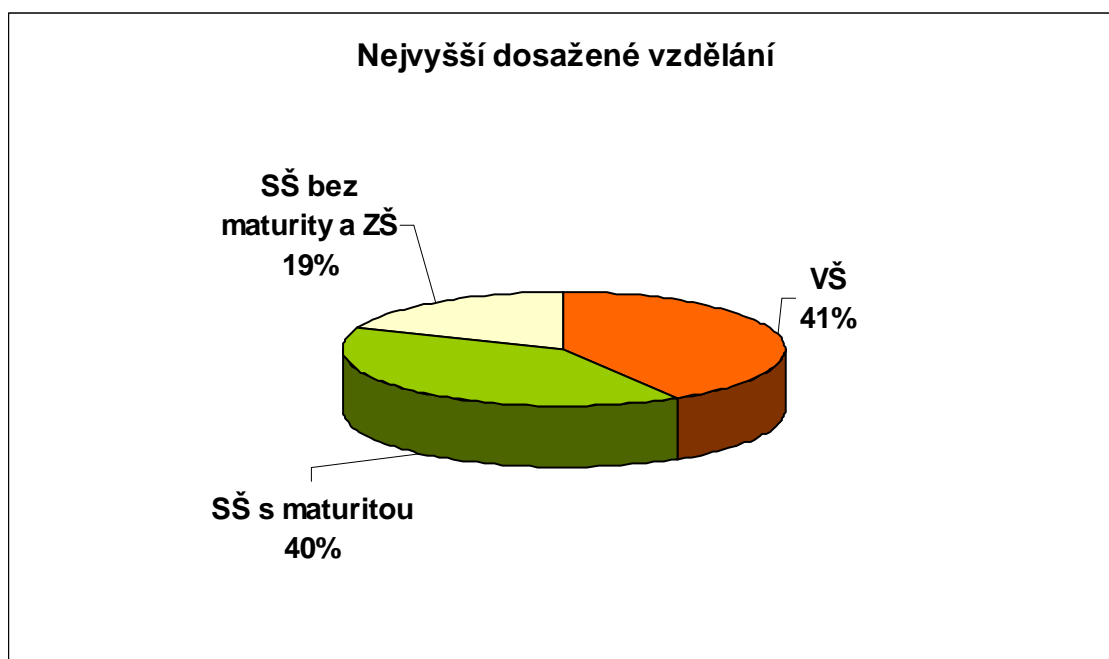
Výzkumu se účastnilo 79 % lidí ve věku 25-35 let, dále pak 16% ve věku 46-55 lety a nejméně 5 % měli 36 ti – 45 ti letí.

Graf č. 2



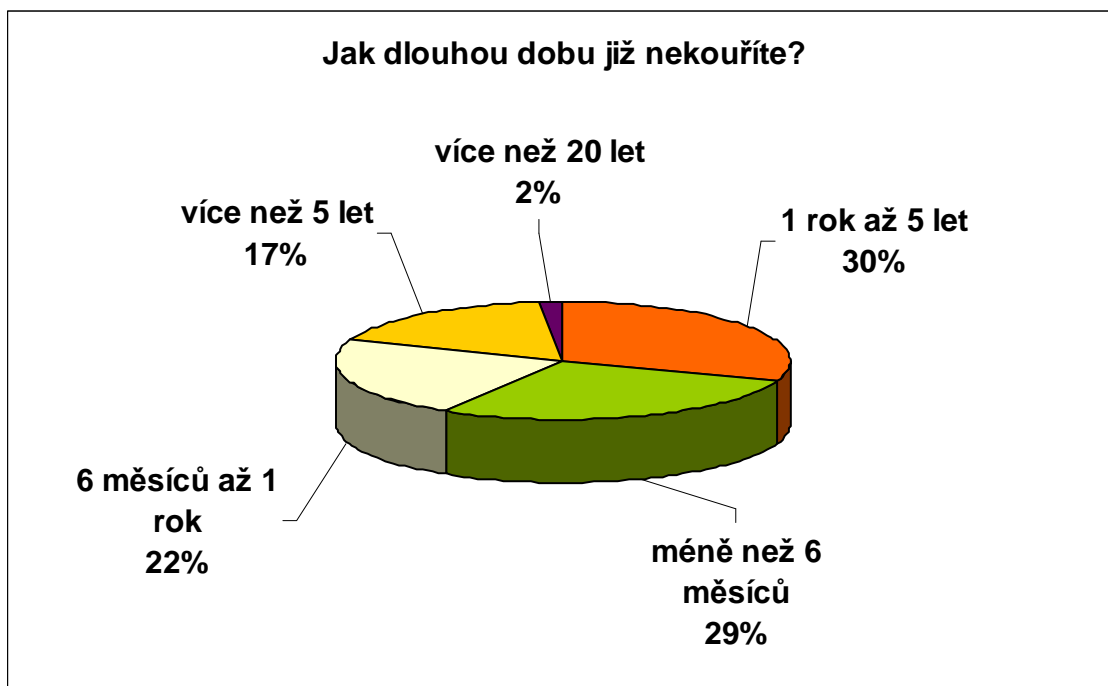
Procentuální zastoupení mužů a žen vypovídá o větší vnitřní síle a motivaci u žen, a nižší ochotě přestat kouřit u mužů. Ženy jsou obecně psychicky mnohem silnější a pokud mají tu správnou motivaci, není pro ně problém s kouřením přestat.

Graf č. 3



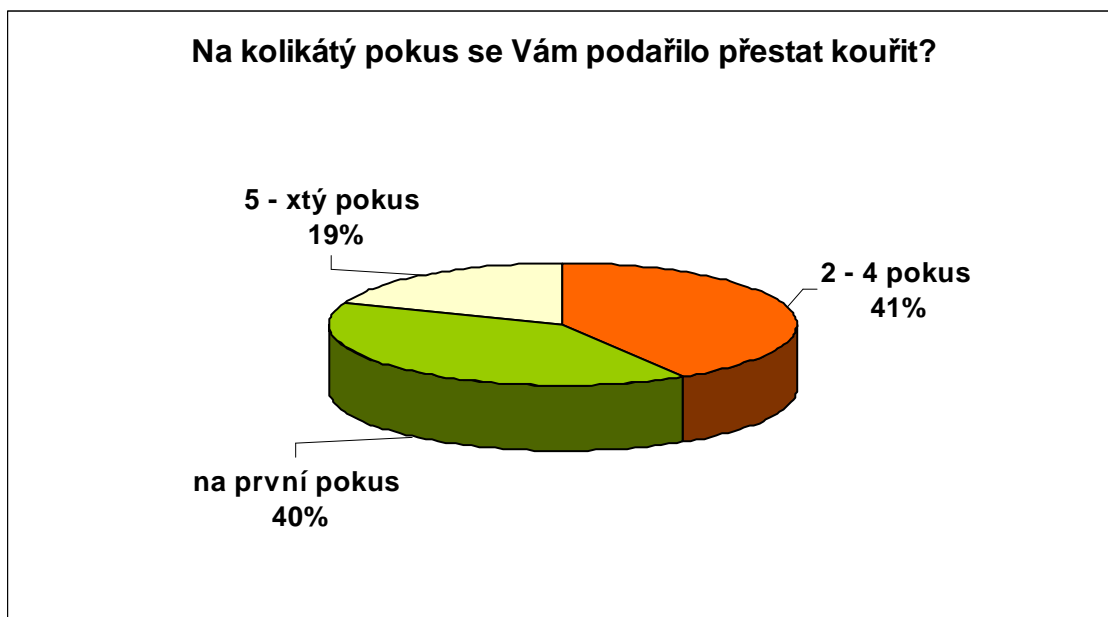
Vzdělanost se v tomto výzkumu ukázala jako velmi důležitý faktor. Jak již graf napovídá, většina odvyknuvších respondentů dosáhla vysokoškolského či středoškolského vzdělání, z čehož vysokoškoláků bylo nejvíce, a to 41 %. Pouze 19 % dotázaných se základním vzděláním či s vyučením se rozhodlo a přestalo s kouřením.

Graf č. 4



V grafu č. 4 je znázorněno, po jakou dobu kuřák již abstinuje v době dotazování. Je potěšující, že celých 30 % dotázaných abstinuje více jak jeden rok. Ukazuje to, že pokud se člověk jednou rozhodne s kouřením přestat, jde to vydržet. 51 % dotázaných v současnosti nekouří méně než jeden rok. Také dlouhodobých abstinujících je potěšitelné množství. 17 % nekouří více než 5 let a dokonce se zde našly i 2 % těch, kteří se s cigaretou rozloučili před více než 20 lety.

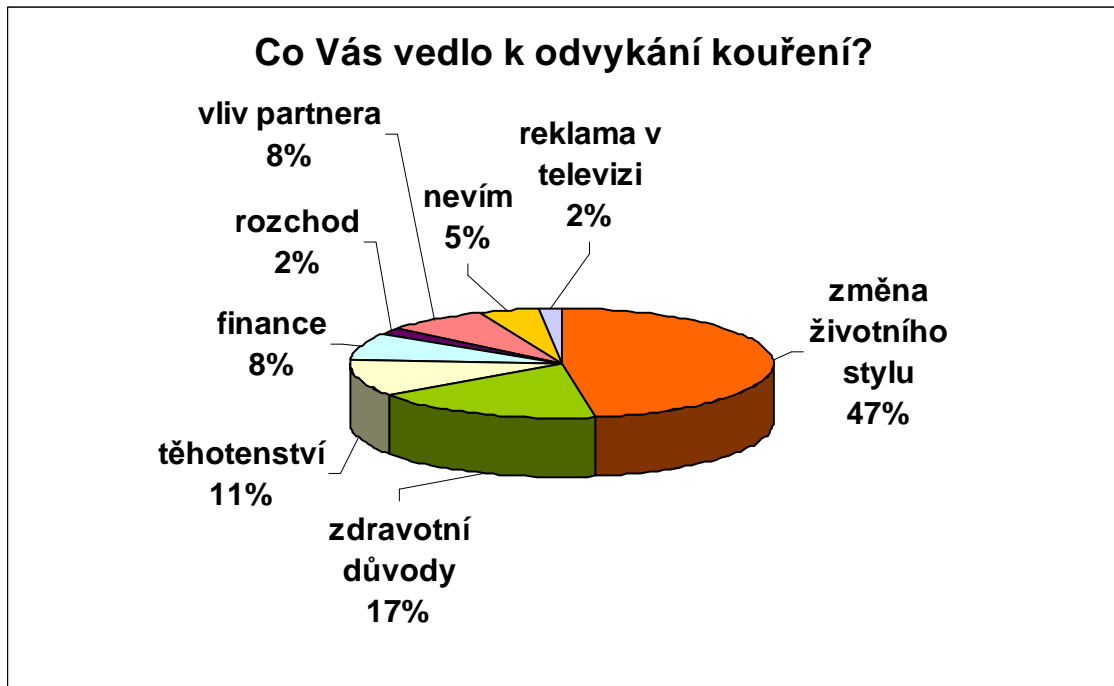
Graf č. 5



Z grafu č. 5 vyplývá, že většině dotazovaných (41 %) se podařilo přestat kouřit až na 2, 3 nebo 4 pokus. Je zde vidět, že boj s touto závislostí není jednoduchý a že často končí nezdarem. Oproti tomu celých 40 % kuřáků, která přestali na první pokus je důkazem toho, že pokud je člověk silně motivován, může se mu to povést již na první pokus. Sečteme-li ony první a 2 až 4 pokusy, tak nám vyjde úctyhodných 81 % a to lze považovat za jednoznačně pozitivní výsledek.

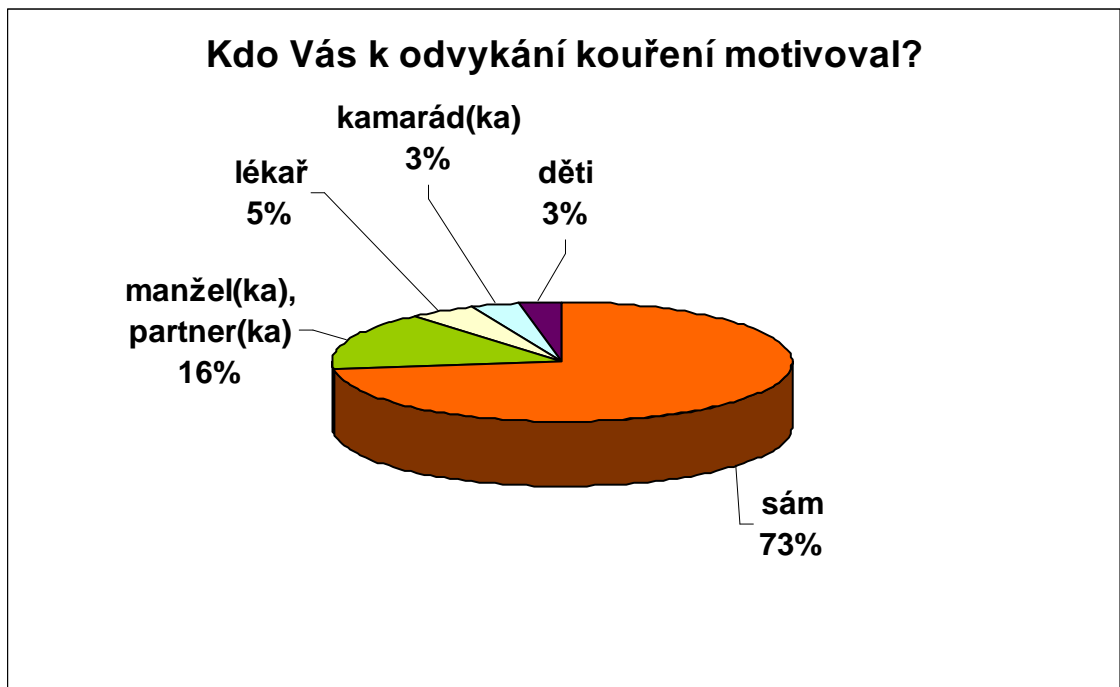
5.2. Motivační část:

Graf č. 6



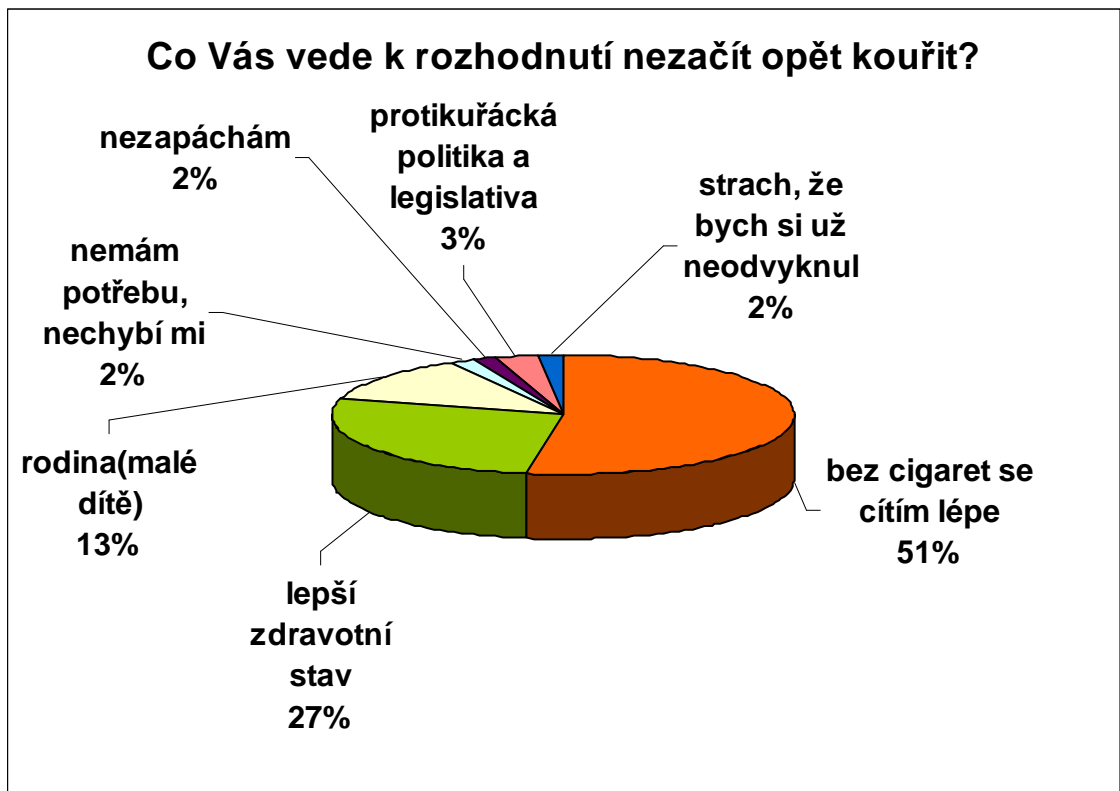
Výsledky napovídají že nejvýznamnější motivací je změna životního stylu (47%). Často to bylo spojeno s rozhodnutím zhubnout, či s touhou po lepší fyzické kondici. Odlišný způsob stravování a větší fyzická zátěž na organismus vlastně samo o sobě vyvolalo pocit, že cigareta toto úsilí jen ztěžuje. Také hrozba nemoci nebo již nastalá nemoc se podílela na tak vysokých procentech u zdravotních důvodů (17%). Těhotenství je považováno za významný důvod a také zde v tomto výzkumu se to potvrdilo hned z 11%. Osobní život, vliv partnera a případné partnerské krize vedly hned z 10 % k rozhodnutí přestat kouřit. Finanční zatížení považovalo za důležité pouze 8 % dotazovaných.

Graf č. 7



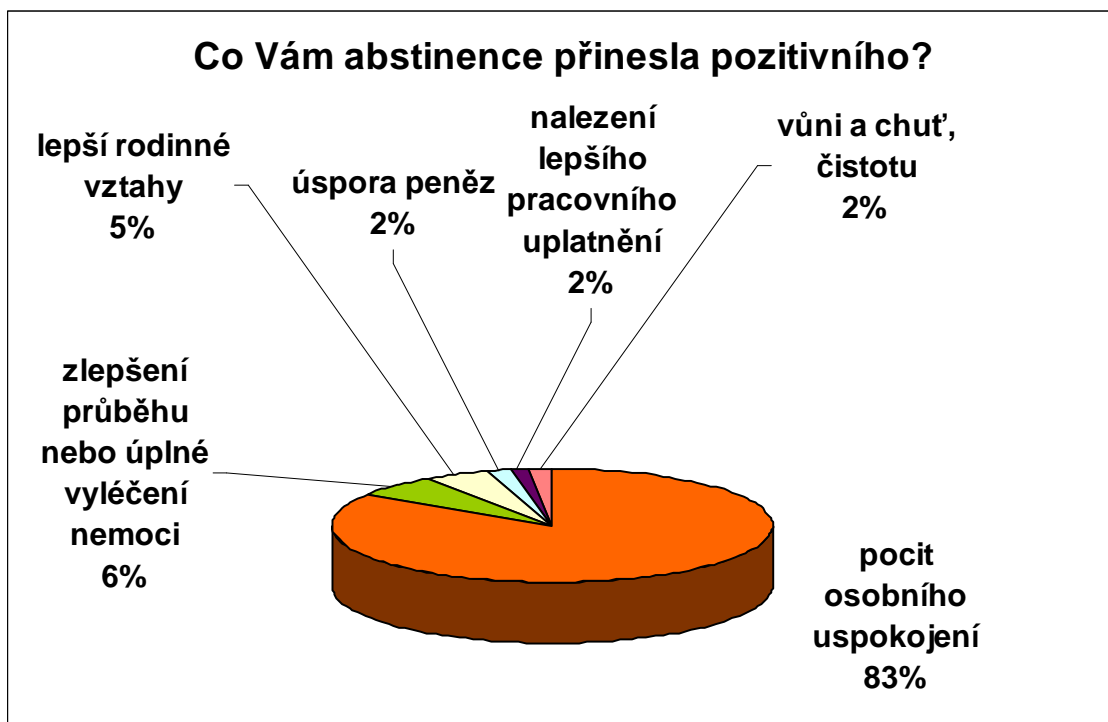
Graf č.7 ukazuje, že většinu a to 73% dotazovaných nikdo druhý k abstinenci nemotivoval. Těž blízké osoby jako jsou manželé a partneři (16%) dokáží člověka motivovat k tomu, aby v zájmu kvalitního a pevného vztahu přestaly kouřit.

Graf č. 8



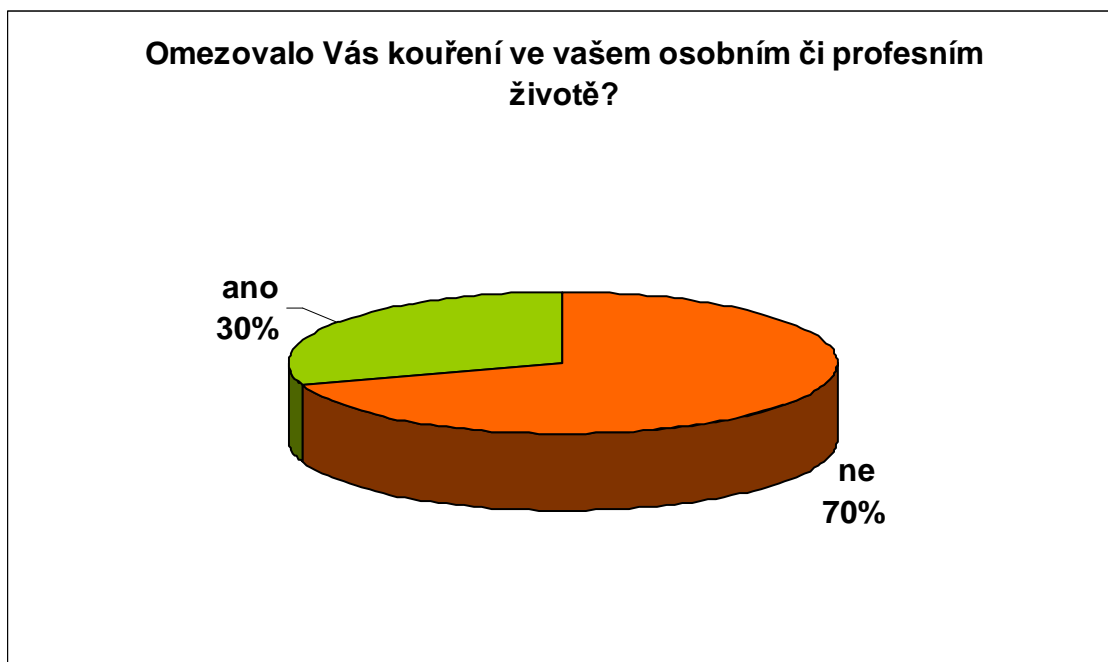
Graf č.8 poukazuje na důvody, proč odvyknuvší abstinují a nezačnou opět kouřit. Bez cigaret se lépe cítí 51 %, souvisí to i s oním pocitem osobního uspokojení. Lepší zdravotní stav zmiňuje 27 % dotazovaných, 13 % se odkazuje na malé dítě v rodině.

Graf č. 9



V grafu č.9 je názorně vidět, že psychická stránka odvykání je nejdůležitější. Pocit osobního uspokojení z toho, že se abstinujícímu daří nekouřit je zastoupen z 83 %. Je zde patrné, že vítězství nad sebou samým a nad vlastní závislostí je dostatečnou motivací. V 6 % se zlepšila nebo úplně vyléčila probíhající nemoc. Tento výsledek lze porovnat s výsledkem informování lékařem o škodlivosti a léčbě, která také vyšla na 6 %. V 5 % se vylepšily rodinné vztahy a po 2 % se podělila úspora peněz, vůně a čistota a lepší pracovní příležitost.

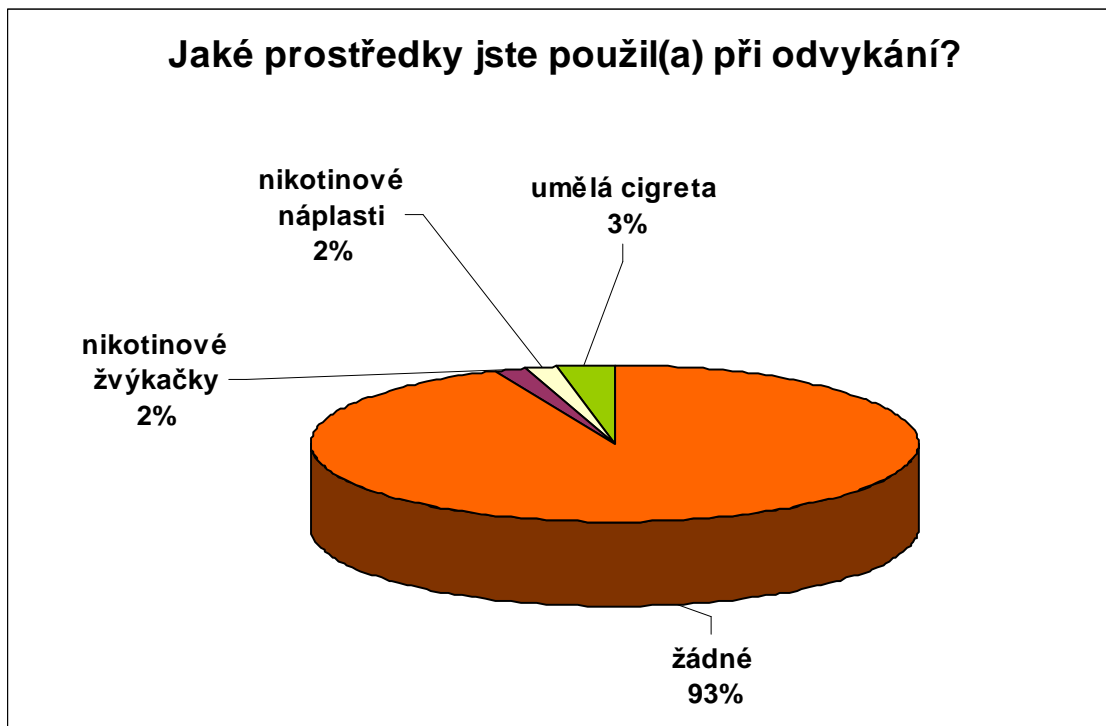
Graf č. 10



Graf č. 10 poukazuje na neustálou shovívavost ke kuřákům v naší společnosti. Celých 70 % dotazovaných nebylo nijak omezováno. 30% omezeno více či méně bylo.

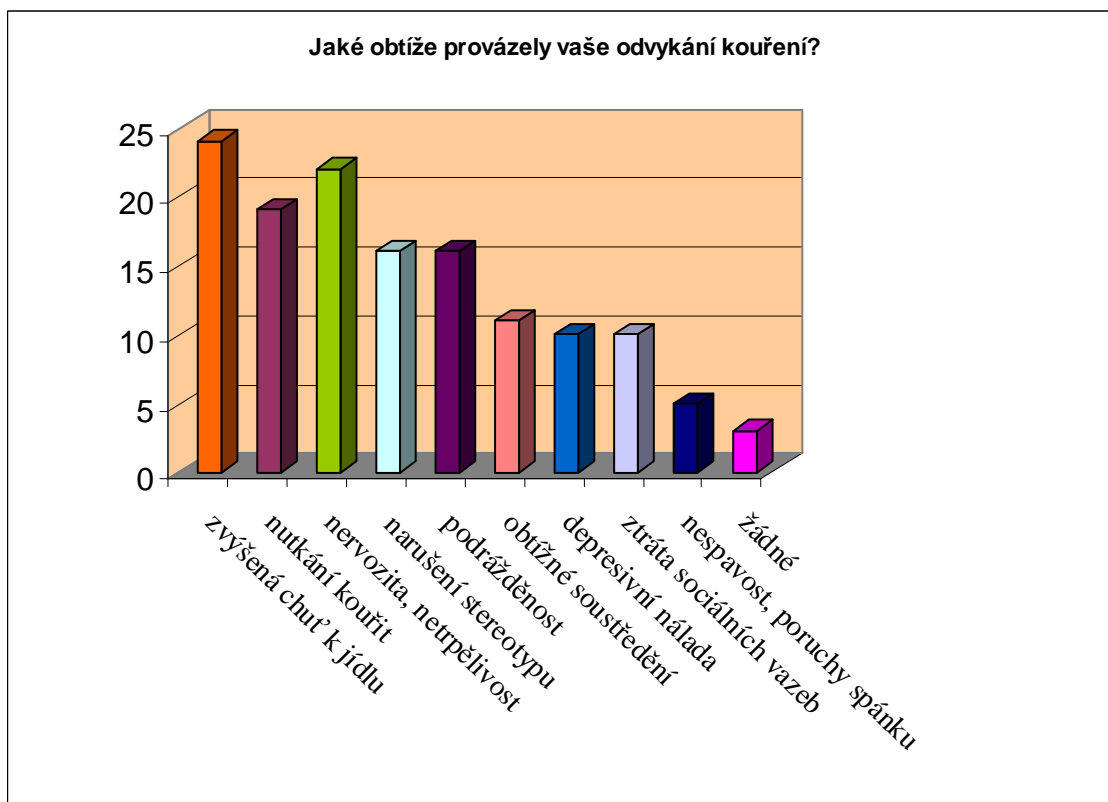
5.3. Léčebná část:

Graf č. 11



Jako podpůrné prostředky pro odvyknutí dotazník nabízel léky, žvýkačky, náplasti a jiné prostředky. Samozřejmě jsem zařadila i možnost žádné. Celých 93 % dotázaných nepoužilo žádné podpůrné prostředky, pouze do poznámky připisovali sílu motivace, volní úsilí. To je základem každého rozhodnutí přestat kouřit, ostatní si pomáhají náplastí či žvýkačkou, ovšem ve výzkumu se ukázalo, že v minimální míře.

Graf č. 12



Nejčastěji byla zmiňována zvýšená chuť k jídlu a nervozita. Nervozita je způsobena nedostatkem nikotinu v mozku. Třetí nejčastěji jmenovanou komplikací bylo nutkání kouřit.

Graf č. 13



Celých 66 % respondentů lékař neinformoval ani o škodlivosti kouření, ani o možnosti léčby. Pouze 6 % dotázaných se od lékaře dozvědělo tyto informace, a 28 % se dozvědělo buďto o škodlivosti kouření nebo o možnosti léčby.

5.4. Finanční část:

Graf č.14



Pouhých 33 % dotazovaných odpovědělo, že zvyšování cen cigaret mělo vliv na jejich odvyknutí. Zbytek tj. 67 % odpovědělo, že ne.

6. Diskuse

Identifikační část:

Výzkumu se účastnilo 79 % lidí ve věku 25-35 let, dále pak 16% ve věku 46-55 lety a nejméně 5 % měli 36 ti – 45 ti letí. Výsledek lze ve své podstatě interpretovat jako výpověď o síle motivace dvojího charakteru. První souvisí s rozhodnutím zapojit se do samotného průzkumu, druhá s motivací k odvykání. Ta druhá prezentuje skutečnost, že mladí lidé do 35 let se snaží žít zdravě. Po studiu mají v plánu najít si zaměstnání, vydělat dostatek peněz, aby si mohli nejen užívat, ale aby byli schopni zabezpečit rodinu, kterou si většina populace do svých 35 let pořídí. Lidé ve věku 36-45 let jsou v tom největším stresu. Musí se starat o rodiny, chodit do zaměstnání, také se v začínají projevovat nemoci. Nemají příliš času na to starat se o svoje zdraví, a jejich motivace k odvyknutí kouření je minimální. Oproti tomu lidé od 46 do 55 roku mají děti již odrostlé, téměř samostatné. Na tyto lidi doléhá dosavadní životní styl. Kdo žil zdravě, má mnohem více šancí, že ne onemocní, naopak, kdo se ve svém životě hodně stresoval, nedbal na zdravý životní styl a kouřil, tomu se dostávají následky v podobě různých nemocí či obtíží spojených s následky nejen kouření. Tito lidé hledají motivaci právě ve zlepšení zdravotního stavu, či průběhu nemocí.

Pohlavní zastoupení bylo následující: 65 % žen a 35 % mužů. Ženy mají obecně větší zájem o své zdraví i vzhledem k jejich poslání matek. Více se zajímají o zdravý životní styl, stravovací návyky, pohybovou aktivitu. U mužů se kult zdravého těla objevuje u v mladší generace (2. až 3. dekadě života). I z reprodukčního pohledu se mladí lidé, zatím bezdětní, začínají zajímat o své zdraví, protože jak je známo, zdravotní stav rodičů ovlivňuje i jejich potomky. Také je známo, že děti závislých rodičů v porovnání s běžnou populací častěji trpí vrozenými vadami ať už fyzického nebo psychického vývoje.

Středoškoláci a vysokoškoláci jsou mnohem více a podrobněji informováni nejen o věcech obecných, ale mají také mnohem více kvalitních informací vztahujících se

k jejich zdraví. Proto také v průzkumu zauímají celých 81 %. Zbýlých 19% jsou lidé se základním nebo učňovským vzděláním. Lze si to vysvětlit kvalitnější a systematictější osvětou a výchovným působením na středních a vysokých školách, kde jsou běžné diskuse a přednášky na drogová témata obecně, tedy i na vliv cigaret na zdraví kuřáka. Primární prevence je v tomto ohledu nejdůležitější. Výchovné působení by mělo začínat již na prvním stupni základní školy, samozřejmě vhodnou formou přijatelnou pro 10-ti leté děti. Problémem jsou samozřejmě finance. Oproti středním školám a univerzitám je základní školy a učňovská centra velmi těžko shánějí a nemohou si dovolit hradit výdaje na jakoukoliv primární prevenci. Jenže právě v tomto věku se u dospívajících formuje myšlení a náhled na svět a těžko se v dospělosti zbavují špatných návyků, které se naučily jako děti. Sociální postavení též hraje roli, když učeň nekouří, je to černá ovce a není přijat do kolektivu, na rozdíl od vysokoškoláka, který je považován za „divného“, když kouří. Totéž platí v pracovním kolektivu, pokud převládají nekuřáci, je pohlíženo na kuřáky s despektem.

Vlastní výzkumné výsledky

Na otázku jak dlouho již nekouří byly zjištěny následující odpovědi. Buďto se jedná o interval méně než 6 měsíců (29%), nebo o interval 1 rok a ž 5 let (30%).

Velmi pozitivně vyšla procenta u pokusů přestat kouřit. Na první pokus se to povedlo celým 40 % V mém průzkumu vyšlo u 2 – 4 pokusu 41 %. Problém několikanásobných pokusů řeší každý kuřák, který chce odvyknout. V této fázi je důležité najít si vhodnou dobu, kdy bude odvykání nejlehčí. Jistě je dobré mít informace z erudovaných zdrojů a pokud kuřák odvyká bez lékařského dohledu, dostatečně se na toto období připravit. Odvykání bez lékařského dohledu je mnohem častější než odvykání s ním. V roce 2008 se v jihočeském kraji do centra pro léčbu závislosti na tabáku přihlásilo 98 pacientů. Kdo nechce být pod lékařským dohledem, může využít pomoci poraden pro odvykání kouření, ta se ale spíše orientuje na poradenskou a konzultační činnost. Většina kuřáku však zkouší přestat sama nebo za pomoci v dnešní době velmi mocného média,

internetu. Zde je velké množství webových stránek věnujících se problematice kouření a je důležité vybírat jen kvalitní a erudované stránky.

Léčebná část:

Jednou z otázek byla i otázka na podpůrné prostředky při odvykání. Celých 93 % dotazovaných nepoužilo žádné podpůrné prostředky. Vypovídá to o tom, že kde je silná motivace a odhodlání, tam nejsou medikamenty zapotřebí. Ve zbylých procentech se objevily nikotinové náplasti, žvýkačky a též inhalátory.

Potíže při odvykání vycházejí z obecných potíží při abstinenci u jakékoliv návykové látky. Zde se nejčastěji projevovale zvýšená chuť k jídlu, která vlastně zvýšenou ani není. Při závislosti na nikotinu se kuřákovy hodnoty mění a na prvé místo se řadí cigareta. Tento žebříček potřeb se v abstinenci biologicky stabilizuje. Přirozenou a základní potřebou člověka je kromě jiného jíst. Takže při abstinenci se opět navrácí potřeba normální konzumace. Abstinujícímu se samozřejmě zdá, že více jí, ale ve většině případů se jen tělesné potřeby vrací do starých zdravých kolejí. Na druhém místě je podrážděnost, která se dá očekávat vzhledem k tomu, že kuřák přijde o svou drogu. Nutkání kouřit na třetím místě u většiny abstinujících přetrvává velmi dlouhou dobu a někteří, se jí nikdy nezbaví. Nesnášenlivost některých nekuřáků vůči kuřákům je částečně zapříčiněna i tím, že se jedná o bývalé kuřáky, kteří prostě mají na cigaretu chuť. I po dlouhých letech abstinence odvyknuvší komentovali chuť na cigaretu jako něco, čeho se nejde zbavit. Negativní postoj odvyklých kuřáků k současným kuřákům není zamítavý proto, že by jim kouř z cigaret smrděl, nebo je obtěžoval. Oni se snaží eliminovat jakýkoliv kontakt s cigaretou a kouřem z ní proto, aby se nedostavovalo ono bažení po cigaretě. Mozek abstinujícího si po nasátí kouře vybaví ony příjemné pocity a vyžaduje tyto pocity opakovat.

Mezi další potíže se řadí narušení stereotypu. Pokud je abstinent ze svého kuřáckého období naučen na jisté rituály, jako např. cigareta ke kávě, po obědě, při stresové

situaci nebo ve společnosti přátel na večerní akci, je pro něj těžké nahradit tyto rituály a vyplnit volný čas, který mu tímto vzniká. Také ztráta sociálních vazeb je jednou z potíží při odvykání. Jedná se především o vyčlenění z jinak kuřáckého kolektivu, který se schází „na cigárku“ a zde vede komunikaci týkající se všedního i pracovního života. V tomto průzkumu se objevily potíže se spaním, deprese, obtížné soustředění. Pouze ve 3 případech uvedli respondenti, že nepociťovali žádné potíže.

Informování ze strany lékaře patří do všech stupňů prevence. V primární prevenci má lékař, se kterým přijde pacient do styku, možnost svým vhodným seznámením s negativními účinky cigaret na organismus motivovat člověka k tomu, aby s kouřením ani nezačal. Pokud se lékař setká s již závislým na nikotinu, je jeho úlohou motivovat kuřáka k rozhodnutí, které by vedlo k léčbě a zbavení se závislosti. Pokud nemá kuřák zájem o léčbu a chce s kouřením pokračovat i přes případnou nemoc, měl by lékař zmírňovat negativní následky kouření. V tomto výzkumu byla dotazovaným položena otázka zaměřená pouze na informování ze strany lékaře. Výsledky nejsou příliš pozitivní. Celých 66 % dotazovaných lékařů neinformoval ani o škodlivosti kouření, ani o možnosti léčby. To je ale na druhou stranu pochopitelné. Obvodní lékaři mají příliš mnoho pacientů, při návštěvě v ordinaci vyřídí nejpálčivější problémy a odesílají pacienta ke specialistovi nebo s receptem domů. Pro další zkoumání zdravotního stavu není prostě čas. Prvotní informaci by se měl kuřák dovědět právě od lékaře, se kterým se setkává v první linii. Samozřejmě by mu měly být podány základní informace a po konzultaci a vzájemné dohodě by měl být odeslán do poradny pro odvykání kouření. Pokud se nechce svého návyku zbavit, měl by mu být minimálně doporučen jídelní a pohybový režim, který by případné následky dlouhodobého kouření zmírnil či úplně eliminoval. Ale jsou i lékaři, kteří si ten čas umí najít. 17 % z nich alespoň pacienta informuje o škodlivosti kouření a že by s tím měl přestat. Ovšem jen 6 % lékařů nabídne pacientovi vhodnou léčbu. Najde se ale také 11 % lékařů, kteří neopomenou zmínit jak škodlivé účinky cigaret, tak možnost léčby. Stále je to ale zoufale málo.

Motivační část:

Nejčastějším spouštěcím faktorem k zanechání kouření byla změna životního stylu a to z 41 %. To je sám o sobě dost široký pojem a může zahrnovat různé důvody, jako je např. hubnutí, zvýšení fyzické aktivity, změna stravovacích návyků, přehodnocení pohledu na dosavadní životní styl. Zdravotní důvody zaujaly druhé místo se 17 %. Většina závažných onemocnění kardiovaskulárního aparátu si vyžaduje zanechání kouření při své léčbě. Ovšem je doporučováno přestat s kouřením při každém nově zjištěném onemocnění. Bohužel není možné provádět primární prevenci, většina pacientů je již v dospělém věku a jediní, kdo jim mohou promlouvat do duše jsou jejich obvodní lékaři. Těhotenství (8%) je považováno za opodstatněný důvod, proč přestat kouřit. Kuřačka tím neohrožuje totiž jen své zdraví, ale zároveň ohrožujeme zdraví další osoby, i když je to zatím jen plod. Vystavuje ho riziku změn a nenávratného poškození. Vliv partnerského života se zapsal 10 %, z toho 2 % jsou rozchody. Občas je nutné prožít v životě velkou stresovou zátěž, aby se člověk odhodlal svůj život změnit.

Jako motivátor byl nejčastěji označen sám dotazovaný a to v 73 %. Zde se ukazuje, že silná motivace a odhodlání je nejlepším hnacím motorem a většina respondentů se spoléhá jen na sebe. Ovšem významné místo zde zaujal i partner, partnerka, manžel, manželka. Svědčí o tom 16 % odpovědí, neboť příznivé prostředí plné podpory nejbližších je důležité v procesu odvykání. Zarážející je pouhých 5 % u lékaře jako motivátora. Právě lékař by měl být ten, kdo pacienta jako první o nebezpečích spojených s kouřením informuje a pokusí se ho přesvědčit, že by se měl léčit. Jedná se o krátkou intervenci zdravotníků. Své místo zde má i kamarád, či kamarádka a vliv vlastních dětí, ovšem každý pouze ze 3 %. Motivace je při rozhodnutí s kouřením přestat tím nejdůležitějším faktorem. Vlastě po celou dobu je nejdůležitější složkou celého odvykacího procesu, pokud člověk ztratí motivaci, ztratí důvod, proč s kouřením přestat a opět začne. Jako motivační prostředek se dá použít i slib, či nějaká odměna. U mladých žen dobře funguje popud partnera, že když přestanou kouřit, pořídí si miminko. U starších žen to může být třeba vysněná dovolená či rekonstrukce koupelny. U mužů mladšího věku by se dalo jako o motivačním prostředku hovořit například

o adrenalinových zážitcích, poznávacích zájezdech, u starších mužů by to mohl být například příslib každodenní teplé večeře nebo oddělených dovolených, či propustka na tramp s kamarády (bez manželky). Ale takových motivačních prostředků by se dalo najít ještě mnoho.

Proč vlastně abstinent nezačne opětovně kouřit? Z 51% je to díky tomu, že bez cigaret se prostě cítí lépe. Zlepšení svého zdravotního stavu si povšimlo 27 % dotazovaných a ohled na dítě bralo 13 % dotazovaných. Jen 3 % uvedla, že k rozhodnutí nezačít opět kouřit je vedla protikuřácká politika a legislativa. To příliš nelichotí současným vládním snahám o omezování kouření.

Pokud kouření má své negativní stránky, pak abstinence má své pozitivní stránky. Na ty byla směřována otázka znázorněna grafem č.9. 83 % dotazovaných uvedlo, že jako největší pozitivum berou pocit osobního uspokojení. To samozřejmě souvisí s tím, že člověk porazil sám sebe a svou závislost a je na to patřičně hrdý. Svou hrdost také staví na obdiv celému světu. 6% dotázaných uvedlo, že abstinence přispěla k zlepšení průběhu nemoci nebo k jejímu úplnému vyléčení. 5 % účastníků se zlepšily rodinné vztahy. Pouze 2 % uvedla jako pozitivum úspor peněz. Opět se zde ukazuje, že cena cigaret nemá na počty kuřáků vliv. Lepší pracovní uplatnění našla 2 % dotázaných a pocit vůně čistoty označily jako pozitivum také 2 %.

S touto otázkou souvisela i otázka týkající se omezení v pracovním či osobním životě. 70 % odpovědělo, že nebyla nijak omezena. Z toho je patrné, že ač se stát svými zásahy a normami snaží upřednostňovat nekuřácké podniky, stále to není dostatečně na to, aby se to nějak výrazněji projevilo. Oproti západní Evropě a Americe, kde se za kouření i vypovídají pracovní poměry a při přijímání nových zaměstnanců je to jedna ze základních podmínek přijetí, se u nás dosud na rozlišování a upřednostňování nekuřáků nebere zřetel. Jen v nadnárodních firmách, které působí na našem trhu se na tuto otázku ptají. Zaměstnavatelé si uvědomili, že když je pracovník kuřák, tak že je jeho pracovní výkonnost mnohem nižší než u nekuřáků. Denně ve svých pauzách kouří celkem až

50 minut. Přičemž doba vykouření jedné cigarety trvá přibližně 5 minut. V takovém případě platí firma měsíčně 10% mzdy na zaměstnancovy přestávky na kouření. V ČR zaměstnavatelé mohou vynakládat až 17 miliard Kč na prokouřenou pracovní dobu. Kouření je pro firmu nemalá finanční zátěž. Přidáme-li ochranu zdraví nekuřáků, pak by většina zaměstnavatelů měla všude vydat zákaz kouření na pracovišti. 30 % odpovědí ano lze brát jako uvítací vlašťovku, která přináší lepší časy pro všechny zaměstnavatele i zaměstnance a jejich zdraví.

Finanční část:

Státní protikuřácká politika je sice rozšířená ale příliš nezabírá. Zaměřuje se především na boj s kuřáky místo toho, aby se jim pokusila pomoci. Není divu uvědomíme - li si, že výrobní cena jedné krabičky cigaret je asi 10 korun. Zbytek ceny jde do kapes právě státu ve formě zdanění a samozřejmě výrobcí. Lze tedy pochybovat o dobrých záměrech státního aparátu pokud se týká snažení o snížení počtu kuřáků (deficit státního rozpočtu by výrazně vzrostl). Finance hrají v životě současného kuřáka významnou roli. Vezmeme-li v potaz cenu například žvýkaček či náplastí proti kouření, tj. cca 300 Kč za 30 žvýkaček a doporučená denní dávka je v rozmezí 12 – 15 ks denně, je ihned patrné, že tímto kuřák neušetří. Cena cigaret neovlivňuje chuť na cigaretu, proto nebyla pro 67% důvodem, proč přestat kouřit. Pouze 30 % dotazovaných míní, že cena cigaret je příliš vysoká a je motivací pro odvyknutí. Ovšem s odkazem na výsledky výzkumu si pouhých 8 % vybralo finance jako motivaci. Obecně to funguje tak, že kuřák po zdražení cigaret nahradí doposavad kouřené cigarety za levnější. Ovšem s klesající cenou klesá i kvalita. Zatímco původně kouřil například lehké cigarety s dvojitým filtrem, nyní je vyměnil za těžké cigarety s jednoduchým filtrem nebo dokonce bez filtru. To mu samozřejmě ušetří peníze, ovšem výrazně mu to zhorší zdravotní stav. Zatímco originální výrobci se snaží za dané peníze vyrobit co nejkvalitnější produkt s nejnižším možným obsahem škodlivých látek, a předcházet tím rychlému poškození zdraví, takzvané padělky cigaret (nelegálně vyráběné především v Číně) nemají s cigaretou nic moc společného, snad jen vzhled krabičky a cigarety. V těchto

cigaretách je minimum nikotinu a obrovské množství škodlivých látek, jak již těch uvedených na krabičce, tak i těch bokem přidaných. V celosvětovém měřítku mohou tyto „pajcované“ cigarety způsobovat mnohem vyšší nárůst nemocí vzniklých kouřením. Mnohdy jsou na tržnicích k dostání za nižší ceny, než v trafikách. Nižší cena samozřejmě mnohé zláká a takové cigarety si koupí. Ovšem důsledky kouření takovýchto cigaret si již neuvědomí. V současné době proběhlo v tisku několik zpráv o tom, jak s kuřáky bojovat. Ceny se stále zvedají, kvalitní celorepublikové medializované a úspěšné preventivní programy nejsou a snaha státu je zdá se jen tak na oko. Je to patrné i z dostupnosti tabákových výrobků. Jen těžko by člověk hledal obchod, kde se cigarety neprodávají. Vznikají stále nové obchodní řetězce a podobné obchody nabízející tabákové výrobky. Podle prognózy Světové zdravotnické organizace budou ve vyspělých zemích v roce 2020 až 2030 cigarety k dostání pouze na lékařský předpis, v každé zemi bude daň z tabáku ve výši 75%, výrobci se budou podílet na úhradě nákladů za lékařskou péči způsobených aktivním a pasivním kouřením a 85 % kuřáků bude žít v chudých zemích. V roce 2030 až 2040 bude výroba, propagace a prodej tabáku zcela a přísně regulována vládou. Díky pokrokům v genetice se tabák stane důležitou plodinou ve výrobě vakcín a léčiv. V roce 2040 až 2050 budou objeveny nové komerční způsoby využití tabáku (19). Ať se tato prognóza jeví jako hodně nejistá a vzdálená, může vnést do státního úsilí o prevenci řád a také požadované výsledky.

Hypotéza H1 byla tímto výzkumem potvrzena

Výše uvedené výsledky výzkumu potvrdily, že hlavní motivací při odvykání kouření u generace 25-55 let je ohled na vlastní zdraví a zdraví svých blízkých. Ukázaly to výsledky grafu č. 6, které říkají, že důvodem k odvyknutí byl především ohled na zdraví a to jak vlastní, tak svých blízkých. Změna životního stylu, zdravotní důvody a těhotenství společně obsáhlo 75 %. Jako důvod opětovného nezapočetí s kouřením se v grafu č. 8 ukázaly opět ohledy na vlastní zdraví a zdraví blízkých. 51 % dotázaných se bez cigarety cítí lépe, 27 % má lepší zdravotní stav a 13 % bere ohled na rodinu, především malé děti. To je plných 91 % ze všech dotazovaných.

Hypotéza H2 nebyla tímto výzkumem potvrzena.

V tomto výzkumu nebyla zjištěna souvislost mezi zvyšující se cenou cigaret a vyšším počtem odvyknuvších kuřáků. Ukázaly to výsledky grafu č.14, které říkají, že vysoká cena cigaret ovlivnila jen 33 % dotazovaných. Ostatních 67 % odpovědělo, že cena cigaret je nijak neovlivnila. Potvrzuje to i současný trend zvyšování cen cigaret a neklesající počet kuřáků. Pokud je člověk závislý, je mu jedno, kolik jeho droga stojí. Raději si odepře jiné, pro něj nepodstatné věci (například zdravá strava, zelenina, ...) a cigarety si koupí i za vyšší cenu. Také graf č. 6 ukazuje, že finance hrály roli při odvykání jen z 8 %, oproti tomu zdraví životní styl, zdravotní důvody a těhotenství, (které se dají shrnout jako jeden důvod) měly plných 75 %.

7. Závěr

Význam tohoto průzkumu sledujícího populaci 25 – 55 let je v seznámení s jejich postoji po zanechání kouření a může být i vzorem pro kuřáky, kteří se chystají své závislosti zbavit. Generace 25 – 55 let se v tomto výzkumu ukázala silně motivována především zdravým životním stylem. Ten ovlivnil hlavně lidi ve 3. a 5. dekádě života, které jsou v životě každého člověka zlomové. Nejčastějším motivátorem byl odvyknuvší sám. Zde se potvrzuje obecně známá pravda, že pokud kuřák nechce přestat kouřit sám, tak ho k tomu nikdo nedonutí. Vlastní svobodné rozhodnutí a silná motivace, optimální duševní stav, úspěšnost v pracovním procesu a odpovídající rodinné zázemí je tedy nejsilnější zbraní proti závislosti. Programy realizované jak státními či nestátními organizacemi, tak i evropskou unií jsou zaměřeny především na prevenci kouření u mladých, ještě nezávislých kuřáků do 30 let. Již existující programy „Nekuřácký podnik“ a „Nekuřácká restaurace“ jsou účelně zaměřeny na zaměstnance a návštěvníky restaurací. Proto má tento průzkum význam především pro případné budoucí programy, které by byly zaměřeny na sledovaný vzorek populace.

8. Využití v praxi

Tato práce může být využita jako jeden z informačních zdrojů pro práci protikuřáckých poraden tak i pro preventivní aktivity realizované dalšími institucemi i aktivisty v rámci uvedené věkové skupiny v praxi. Ze závěrů lze i čerpat při výuce na ZSF JU a při výukových kurzech nabízených dobrovolníkům v oblasti protikuřácké prevence.

9. Klíčová slova

Abstinence

Zdrženlivost, zřeknutí se prožitků(alkohol, drogy, kouření, sex)

Abstinenční syndrom:souhrn fyziologických reakcí organismu a psychického stresu po přerušení užívání alkoholu, drog, cigaret.

Motivace

je psychický proces vedoucí k energetizaci organismu. Motivace usměřuje naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle. Vyjadřuje souhrn všech skutečností – radost, zvědavost, pozitivní pocity, radostné očekávání, které podporují nebo tlumí jedince, aby něco konal nebo nekonal.

Motivační činitel (faktor)

Je důvod, proč se rozhodnout pro změnu stávajícího stavu. Může to být například pud, zájem, aspirace(ambice), cíl, ideály, zvyky.

Motivátor

Je to člověk, který dokáže druhého motivovat ke změně stávajícího stavu, v našem případě je to osoba, která dotazované motivovala k zanechání kouření.

Závislost na tabáku

Závislost na tabáku je nemoc, patřící mezi klasické drogové závislosti (diagnóza F 17 dle MKN-10)

10. Seznam použité literatury:

1. Kouření a těhotenství. *DIS- Drogový informační server* [online]. 2007 [cit. 2009-04 20]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy.net/portal/nikotin/koureni-a-tehotenstvi/koureni-a-tehotenstvi_2007_10_01.html>.
2. KRÁLÍKOVÁ, Eva, KOZÁK, Jiří T. *Jak přestat kouřit* . Praha : Maxdorf, 1997. 92 s. ISBN 80-85800-62-4.
3. MIOVSKÝ, Michal, et al. Vybrané termíny primární prevence. *Pracovní skupina primární prevence Phare twinning project \ "Drug Policy" příloha III/1/8 závěrečné zprávy III/1* [online]. 2007 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <http://www.kr-karlovarsky.cz/NR/rdonlyres/542554C0-C258-4FEF-B6DA-14570D107BEB/0/skol_terminy.doc>.
4. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislosti*. 3. doplněné a opravené vyd. Praha : Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6
5. NEŠPOR, Karel. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. 1. vyd. Praha : Portál, 1995. 126 s. ISBN 80-7178-086-3.
6. *Odvykání kouření : Jak kuřáka motivovat* [online]. 2009 , 20.5.2009 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <http://www.odvykani-koureni.cz/jak-kuraka-motivovat?confirm_rules=1>. ISSN 1803-8204.
7. PATOČKA, Jiří. Jedy tabákového kouře. *Toxicology.cz* [online]. 2007 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://toxicology.emtrading.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=99>>.
8. PEŠEK, Roman, NEČESANÁ, Kateřina. *Kouření aneb závislost na tabáku : Rizika, projevy, motivace, léčba*. 1. vyd. Písek : Arkáda, c2008. 42 s. Informační a poradenská příručka. ISBN 978-80-254-3580-9
9. PILAŘOVÁ, Lucie. Problematika závislosti na nikotinu. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2003, roč. 2003, č. 5 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/1177.pdf>>.

10. PRADÁČOVÁ, Jarmila. *Kouření a zdraví*. 1. vyd. Praha : [s.n.], 2003. 12 s.
11. Prohlášení World Medical Association k tabákové pandemii . *Prohlášení World Medical Association k tabákové pandemii* [online]. 2007 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <http://www.cls.cz/dokumenty/prohlaseni_WMA_k_tabakove_pandemii.doc>. ISSN 1802-1891.
12. SOVINOVÁ, Hana, CSÉMY, Ladislav, SADÍLEK, Petr. Zdraví a škodlivé návykové látky : Tématický sborník. 1. vyd. Praha : Fortuna, 1999. 56 s. ISBN 80-7071-141-8.
13. *Stop-kouření.cz* [online]. 2009 , 7.4.2009 [cit. 2009-04-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.stop-koureni.cz/protikuracka-legislativa-v-cr>>. ISSN 1803-5469.
14. *Stop-kouření.cz* [online]. 2009 , 7.4.2009 [cit. 2009-04-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.stop-koureni.cz/protikuracka-legislativa-v-evrope>>. ISSN 1803-5469.
15. *Stop-kouření.cz* [online]. 2009 , 7.4.2009 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.stop-koureni.cz/historie-koureni>>. ISSN 1803-5469.
16. TUREČEK, Igor. Proč kouříme? : o teoriích kouření. *Osel.cz* [online]. 2008 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW:<<http://www.osel.cz/index.php?clanek=4121>>.
17. VOTRUBA, Jiří, ŠKAPÍK, Miroslav. *Www.nekurte.cz : Bílá kniha tabáku* [online]. 2003 , 2003 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.nekurte.cz/index.php?i=7&f=kniha>>.
18. *Wikipedie, otevřená encyklopedie : Motivace* [online]. 1995- , 12.5.2009 [cit. 2009-04-21]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Motivace>>.
19. *Www.investujeme.cz : Černý osud tabákového průmyslu* [online]. 2006 , 6.6.2007 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.investujeme.cz/clanky/cerny-osud-tabakoveho-prumyslu/>>. ISSN 1802-590

Přílohy

Dotazník prezentovaný na internetu (upraveno pro word)

Dobrý den, Jmenuji se Simona Křížková a jsem studentkou Jihočeské univerzity Zdravotně sociální fakulta obor Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví. Jako téma mé diplomové práce jsem si vybrala „Nejvýznamnější motivační činitele v odvykání kouření a udržení trvalé abstinence“. Tímto vás žádám o pomoc při vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a jeho obsah bude zpracován v podobě statistických výpočtů a grafů. Je zaměřen na osoby, které kouření odvykly ve věkovém rozmezí 25 – 55 let z oblasti Jihočeského kraje.

Pohlaví muž žena

Věk

1) Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) ZŠ
- b) SŠ bez maturity
- c) SŠ s maturitou
- d) VŠ

2) Kolik let jste kouřil(a)?

3) Jak dlouhou dobu již nekouříte?

- a) méně než 6 měsíců
- b) 6 měsíců – 1 rok
- c) 1 rok - 5 let
- d) více než 5 let

4) Na kolikátý pokus se vám podařilo přestat kouřit na trvalo?

- a) Na první pokus
- b) 2 – 4 pokus
- c) 5 – x pokus

5) Co vás vedlo k odvykání kouření

- a) zdravotní důvody
- b) rodinné důvody
- c) finance
- d) těhotenství
- e) změna životního stylu
- f) jiné:.....

6) Co Vás vede k rozhodnutí nezačít opět kouřit?

- a) lepší zdravotní stav
- b) rodina(malé dítě)
- c) protikuřácká politika a legislativa
- d) lepší pracovní příležitosti
- e) bez cigaret se cítím lépe
- f) jiné.....

7) Co vám abstinence kouření přinesla pozitivního?

- a) zlepšení průběhu nebo úplné vyléčení nemoci
- b) lepší rodinné vztahy
- c) nalezení lepšího pracovního uplatnění
- d) pocit osobního uspokojení
- e) jiné

8) Jaké prostředky jste použil/a při odvykání kouření

- a) žádné
- b) nikotinové náplasti
- c) nikotinové žvýkačky
- d) léky (vareniklin a bupropion)
- e) jiné.....

9) Pokud jste použil/a léky, uveďte

jaké:.....

10) Jaké obtíže provázely vaše odvykání kouření? (zaškrtněte více odpovědí)

- a) podrážděnost
- b) zvýšená chuť k jídlu, nárůst hmotnosti
- c) nutkání kouřit
- d) nervozita, netrpělivost
- e) depresivní nálada
- f) obtížné soustředění
- g) nespavost a poruchy spánku
- h) narušení stereotypu
- i) ztráta sociálních vazeb (vyčlenění z jinak kuřáckého kolektivu)
- j) jiné.....

11) Informoval vás lékař/ka se kterým jste setkal (a) o škodlivosti kouření

a o možnosti léčby?

- a) ano, pouze o škodlivosti
- b) ano, pouze o možnosti léčby
- c) ano, o škodlivosti i možnosti léčby
- d) ne

12) Měly vliv na vaše odvyknutí kouřit ceny cigaret?

- a) ano
- b) ne

13) Omezovalo vás kouření ve vašem osobním či profesním životě?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne