

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

KOUŘENÍ U SENIORŮ

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:
MUDr. Kvetoslava Kotrbová, Ph.D.

Autor diplomové práce:
Linda Dvořáková

2009

Kouření u seniorů

Diplomová práce se zabývá tématem „Kouření u seniorů“. Kouření tabáku je nejvýznamnější samostatnou preventabilní příčinou onemocnění a předčasného úmrtí v České republice. Závislost na nikotinu má diagnózu F17.2 uvedenou v MKN-10. Omezení kouření je základní podmínkou pro snížení počtu úmrtí na nádorová a srdeční onemocnění. Je také zásadní pro obecné zlepšení zdraví v České republice.

Senioři mají vzhledem ke své autoritě v rodině velký sociální vliv na rodinné příslušníky, zejména děti. Děti jsou velmi senzitivní k příkladům – ty pro ně nevhodné přijímají stejně ochotně jako žádoucí. Sociální vliv je u prarodičů možno považovat za velmi významný.

Cílem diplomové práce je zmapovat prevalenci kouření u seniorů a zjistit informovanost seniorů o problematice kouření. Pro naplnění cíle byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Výzkumný vzorek tvořilo 206 respondentů ve věku od šedesáti let. Z tohoto počtu respondentů 50 % uvedlo, že nikdy nekouřilo, v době provádění dotazníkového šetření se řadilo mezi aktivní kuřáky 20 % seniorů. 55 % seniorů uvedlo, že závislost na nikotinu považuje za nemoc.

Autor zjišťuje verifikaci hypotézy týkající se kouření seniorů, kteří trpí chronickým onemocněním. 44 % z dotázaných aktivních kuřáků trpělo v době dotazníkového šetření chronickým onemocněním.

Druhou hypotézou chce výzkumník potvrdit fakt, že senioři zaujímají kladný postoj k zákazu kouření v restauracích a na veřejném prostranství. Výzkum tuto hypotézu verifikoval – 72 % respondentů zaujímá kladný postoj k zákazu kouření na veřejnosti.

V rámci problematiky kouření seniorů jsou možnosti zlepšení ve vhodnějším přizpůsobení odvykacích programů dané cílové skupině. Z toho by mohla plynout vyšší účinnost a větší motivovanost seniorů k léčbě závislosti na nikotinu, větší projevení intenzivnějšího zájmu lékaře o klienta ve vyšším věku.

Smoking of seniors Citizens

This thesis deals with Smoking of senior Citizens. Smoking of tobacco is the most significant reason of illnesses and early death in the Czech Republic. Nicotine addiction has a diagnosis F17.2, stated in MKN-10. Reduction of smoking is a basic condition for decrease of deaths caused by tumour and cardiac diseases.

Senior citizens have a strong social influence on their family members, especially children, thanks to their authority. Children are very sensitive to models. They accept proper and improper models in the same way. Social influence of grandparents is considered very important.

The goal of the thesis is to monitor prevalence of smoking in senior citizens and detect their awareness of smoking. The method of quantitative research was selected to reach the goal. 206 respondents at the age of sixty and above participated in this research. 50 % of these people wrote that they had never smoked. 20 % of informants were active smokers, at the time of this survey, and 55 % of senior citizens wrote that they considered nicotine addiction to be a disease.

The author tries to verify the hypothesis concerning smoking of senior citizens who suffer from chronic disease. 44 % of the respondents, who were active smokers at the time of the survey, suffered from chronic disease.

The researcher uses the next hypothesis because she wants to confirm the fact that senior citizens have a positive attitude to prohibition of smoking in the restaurants and in public areas. The research verified this hypothesis – 72 % of the informants had a positive attitude to prohibition of smoking in public.

In the issue of senior citizens who smoke, there are some possibilities for improvement, especially in adjustment of stop-smoking programs for desired age groups. This could bring higher efficiency and bigger motivation of senior citizens in the treatment of nicotine addiction. Also, the doctors could show more intensive interest in clients at higher age.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Kouření u seniorů“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě.

V Českých Budějovicích dne 25.5.2009

Linda Dvořáková

Poděkování

Touto cestou chci poděkovat své vedoucí práce MUDr. Kvetoslavě Kotrbové, Ph.D. za cenné rady, nápady, připomínky a odborné vedení diplomové práce. Dále děkuji Jiřímu Svobodovi za potřebnou motivaci, inspiraci a psychickou oporu kdykoliv jí bylo třeba; Haně Káplové, Lucii Jelínkové a Evě Zuzákové za klidné studijní zázemí. V neposlední řadě děkuji všem osloveným seniorům za vyplnění dotazníků, vedoucím pracovníkům domovů seniorů a pečovatelských zařízení za ochotu a spolupráci.

Obsah

Úvod	6
1. Současný stav	8
1.1 Stáří	8
1.2 Demografické stárnutí	13
1.3 Historie epidemiologie kouření	15
1.4 Tabák	16
1.5 Závislost na nikotinu	21
1.6 Účinky nikotinu na organismus	27
1.7 Pasivní kouření	30
1.8 Tabáková problematika v právní úpravě	33
1.9 Prevence kouření	38
1.10 Léčba závislosti na nikotinu	42
2. Cíl práce a hypotézy	52
3. Metodika	53
3.1 Metodický postup	53
3.2 Formulář dotazníku	53
3.3 Charakteristika souboru	55
4. Vyhodnocení výzkumu	58
5. Diskuze	86
6. Závěr	97
7. Seznam použitých zdrojů	99
8. Klíčová slova	107
9. Přílohy	108

Úvod

Kouření tabáku, zejména kouření cigaret, je nejrozšířenější závislostí lidstva. Tabakizmus je nejvýznamnější, nejsnáze ovlivnitelnou příčinou morbidity, invalidity a předčasného úmrtí v České republice. Na základě studií je odhadováno, že v Česku zemře ročně 18 000 osob na nemoci způsobené tabákem. V Evropské unii činí toto číslo asi půl milionu osob, ve světě 1,1 miliardy. I přes tato alarmující čísla je tento fakt většinou kuřáků ignorován. Zde bych zmínila rys závislosti na nikotinu, který je specifický i pro jiné drogové závislosti; jedinec i přes uvědomování si zdravotních rizik danou látku opakovaně užívá. Mimo to vnímám jako podstatný dopad látek obsažených v cigaretovém dýmu na kuřákovo okolí.

Senioři mají vzhledem k postavení v rodině (autorita stáří) velký vliv na rodinné příslušníky, zejména děti. V rodinách jsou děti v naprosté většině případů svědky kouření svých rodičů. Je třeba se zamyslet nad tím, že pouze třetina dětí má oba rodiče nekuřáky. Zbývající dvě třetiny dětí je vystaveno nežádoucímu zdravotnímu vlivu kouření – jedním, nebo dokonce oběma rodiči. Nelze opomenout ani vliv sociální. Děti jsou velmi senzitivní k příkladům – ty pro ně nevhodné přijímají stejně ochotně jako žádoucí. Sociální vliv, jak již bylo zmíněno, je u prarodičů možno považovat za velmi významný.

Toto byl jeden z mých hlavních motivačních faktorů pro zvolení tématu „Kouření u seniorů“ k vypracování diplomové práce.

Mým záměrem bylo zmapovat prevalenci kouření u seniorů a zjistit informovanost seniorů o problematice kouření; zda mají odlišnou motivaci ke skoncování s kouřením než mladí lidé a nejvýznačnější motivační faktory k abstinenci. Tento výzkumný záměr se promítl do dotazníku o 23 otázkách. Jednalo se o kvantitativní výzkum. Byly vytyčeny dva cíle. Hlavním cílem bylo zmonitorování prevalence kouření u seniorů. Dílčím cílem bylo zjištění informovanosti seniorů o problematice kouření. Hypotézy práce byly stanoveny následovně – hypotézou číslo jedna bylo, zda senioři kouří i přes své chronické onemocnění. Druhá hypotéza se zaměřila na postoj k zákazu kouření v restauracích a na veřejném prostranství.

Na starší populaci nebyla nikdy příliš upřena pozornost a lékaři málokdy doporučovali starším pacientům, aby přestali kouřit. Lékaři by měli vyvíjet ke starším klientům větší aktivitu nabádající k abstinenci, protože nikdy není pozdě přestat kouřit. Vládní aktivity by měly zahrnovat lepší odvykací programy pro seniory - kuřáky. Toto je třeba zvážit hlavně s ohledem na komorbiditu seniorů, která je typická pro toto životní období. Nelze ani opomenout, že kuřák si dobrovolně zkracuje život. Zanecháním kouření i v pozdějším věku může senior svůj život prodloužit a zkvalitnit.

1. Současný stav

1.1 Stáří

Stáří je životní etapa začínající od šedesáti let **(30)**. Dříve se z lékařského i demografického pohledu považovalo za počátek stáří obvykle věk 65 let. Na Druhém světovém shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu (v dubnu roku 2002) se hovořilo o novém rozdělení jednotlivých etap stáří. Hovořilo se o *seniorech* jako o lidech šedesátiletých a starších a o *starých seniorech* jako o lidech starších osmdesáti let **(15)**.

Existuje dvojitý dělení jednotlivých etap stáří **(15)**:

60 - 74 let – počínající stáří	nebo:	65 – 74 let – mladí senioři
75 - 89 let – vlastní stáří		75 – 84 let – staří senioři
90 let a více – dlouhověkost		85 let a více – velmi staří senioři

O délce života rozhodují vnější podmínky a genetické faktory. Pro zpomalení stárnutí bývají uváděny tři základní faktory. Za první faktor lze považovat zlepšení kvality výživy a snížení celkového objemu konzumovaných potravin. Duševní i pracovní aktivity, tělesné a relaxační cvičení, samozřejmě v přiměřeném rozsahu, pomohou zpomalit stárnutí, navodit příjemnou náladu a seniora celkově duševně osvěžit **(30)**.

1.1.2 Problematika stáří a stárnutí

Mezi nejčastější problémy, kterým je třeba v seniorském věku věnovat pozornost patří *zlepšení životního stylu*: omezení kouření, alkoholu a jiných škodlivých návyků, zlepšení výživy, zvýšení fyzické aktivity. Dále pak *zlepšení životního prostředí*: uspokojivé bydlení seniorů, jejich bezpečnost doma i venku, bezpečná doprava, prevence špatného zacházení se seniory doma i ze strany profesionálních pečujících, integrace do společnosti, omezení izolace a osamocení.

V neposlední řadě je třeba věnovat pozornost *společenským aspektům zdraví*: výše příjmů, zlepšení či nahrazení sociálních vztahů, které s věkem ubývají, příprava na odchod do důchodu, podpora a pomoc rodinným pečujícím v případě, že senior potřebuje péči **(15)**.

1.1.3 Podpora zdraví ve vyšším věku dle Světové zdravotnické organizace

Světová zdravotnická organizace ve své publikaci Zdraví 21 – Zdraví pro všechny ve 21. století zdůrazňuje jako jeden z důležitých aspektů zdravé stárnutí **(15)**. V dokumentu Zdraví 21 se tato problematika soustředí v cíly číslo 5 pod názvem Zdravé stárnutí.

Osmnáct z dvaceti zemí s nejvyšším podílem stárnoucího obyvatelstva na světě se nachází v Evropském regionu WHO: v těchto zemích tvoří skupina obyvatel starších šedesáti pěti let asi 13,2 % až 17,9 % celkové populace. Světová zdravotnická organizace odhaduje, že v průběhu dalších dvaceti let výrazně vzroste podíl osob této věkové skupiny, přičemž nejrychleji rostoucí skupinou budou lidé ve věku osmdesáti let a více. V příštích třiceti letech vzroste podíl evropských obyvatel starších osmdesáti let z 22 % na 30 % **(61)**.

V tomto dokumentu je stáří a stárnutí definováno jako: „*přirozený fyziologický proces, při němž organismus postihuje řada změn.*“ Jednotlivé osoby se se stářím vyrovnávají individuálně, někteří mohou vést i nadále velmi aktivní a plně nezávislý život až do samého konce. Hlavními zdravotními riziky, které ovlivňují kvalitu života a stárnutí jsou: demence, deprese a sebevraždy, rakovina, osteoporóza, inkontinence, kardiovaskulární choroby a úrazy **(62)**.

V dokument Zdraví 21, v kapitole Zdravé stárnutí se dále tvrdí, že jednotlivé společnosti by měly učinit kroky pro to, aby se překonala a změnila negativní image stáří. Lidé by měli v závěru produktivního života pomalu měnit své zvyklosti, ubírat na pracovním nasazení (a aby jim to bylo umožněno!), aby se tak pozvolna mohli připravit na další životní program, která je čeká ve třetím věku. Senioři se potřebují zapojovat do jednotlivých sociálních vztahů a aktivit, a to nejen v rámci rodiny, ale zejména v komunitě.

Hlavní podmínkou, aby starší občané mohli být nadále sociálně a ekonomicky užiteční společnosti a aby se mohli těšit z uspokojivé kvality života, je jejich dobré zdraví. Právě zde může nejen zdravotní výchova, ale podpora zdraví obecně sehrát velmi výraznou roli **(23)**.

Preventivní strategie ve stáří zahrnují jak primární, tak sekundární a terciální prevenci. Doporučení pro osoby ve věku od šedesáti pěti do sedmdesáti let se zaměřují na snížení rizika vzniku onemocnění, úrazů a poranění a udržení funkční zdatnosti a soběstačnosti. Screening ve stáří je pro vyšší prevalenci chorob přínosnější než ve středním věku (vyšší záchyt), ale jeho efektivita je negativně ovlivněna kratším celkovým očekávaným přežitím **(25)**.

Prevalenci provádí praktický lékař v primární péči – preventivní prohlídka jedenkrát za dva roky je hrazena ze zdravotního pojištění. Česká gerontologická a geriatrická společnost doporučuje preventivní prohlídku jedenkrát ročně u rizikových seniorů a u všech osob nad sedmdesát pět let.

Mezi obecná preventivní opatření patří fyzická aktivita a cvičení, nekuřáctví, vhodné stravovací návyky, přiměřená hmotnost (měření BMI jednou ročně), imunizace a prevence úrazů.

Potenciálně preventabilní onemocnění ve stáří, tedy onemocnění, kterým lze v průběhu života správným životním stylem předcházet jsou: osteoporóza (cvičení, příjem vápníku, hormonální substituční léčba v postmenopauze), ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda, obezita, bronchogenní karcinom (snížení rizika nekuřáctvím), malnutrice, divertikulární choroba a iatrogenní poruchy **(52)**.

Nejčastější onemocnění seniorů způsobené kouřením!

1.1.4 Nová strategie pro veřejné zdraví

V květnu roku 2000 navrhla Evropská komise novou strategii pro veřejné zdraví. Nová strategie také zahrnuje návrhy na koordinování programů jednotlivých zemí v podpoře zdraví a prevenci onemocnění. „Každý pátý evropský občan předčasně umírá před 65 rokem věku, velmi často v důsledku takové příčiny smrti, které bylo možné předejít“, Holmerová **(15)** cituje ze zprávy D. Byrna, evropského komisaře

zodpovědného za veřejné zdraví a ochranu spotřebitelů: „Jestli se nám podaří zredukovat příčiny předčasných úmrtí například efektivními protikuřáckými strategiemi, včasnou detekcí rakoviny a podobně, zlepšíme velmi zásadním způsobem zdraví občanů Evropy. Cílem strategie je shromáždit zkušenosti jednotlivých členských zemí v podpoře zdraví a prevenci onemocnění a hledat ty metody, které budou nejefektivnější.“

Tato strategie je zakotvena v legislativě Evropské unie v rozhodnutí 1786/2002/EC Evropského parlamentu a Rady ze dne 23. září 2002 jako Akční program v oblasti veřejného zdravotnictví (2003 – 2008) (15).

1.1.5 Nejčastější onemocnění ve vyšším věku

Onemocnění respiračního traktu

Výskyt onemocnění respiračního traktu stoupá s věkem. Chronická respirační morbidita postihuje asi 10 – 15 % seniorů s větším zastoupením mužů. Příznivým trendem je stacionární výskyt v ČR v posledních dvaceti letech a mírný pokles celkové mortality.

Ukázalo se, že asi 80 % nemocných, kteří trpí chronickou obstrukční plicní nemocí, kouří nebo jsou bývalí kuřáci. Postihuje 7 – 10 % seniorů na venkově a až 20 % ve městech. Nejvíce nemocných je ve věku 60 – 75 let. V důsledku vyšší mortality prevalence po sedmdesátém roce věku klesá.

Dalším, ale už méně častým onemocněním u lidí vyšší věku, je astma bronchiale. Toto onemocnění se vyskytuje především v dětství, incidence i prevalence ve stáří spíše klesá a dosahuje 3 – 5 %. Spouštěcími faktory mohou být alergeny, respirační infekty, znečištěný vzduch včetně tabákového kouření (aktivní i pasivní kuřáci), tělesná zátěž (tzv. námahové astma), psychický stres a další faktory.

Nefarmakologická terapie chronické obstrukční plicní nemoci i astma bronchiale je především ***nekuřáctví*** (jak aktivní tak pasivní) a vyhnutí se provokujícím faktorů, očkování proti chřipce a Streptokoku pneumoniae a edukace pacienta (52).

Onemocnění trávicího traktu

Onemocnění gastrointestinálního traktu jsou čtvrtou nejčastější skupinou chorob u seniorů a postihují až 20 % seniorské populace. Jejich výskyt trvale roste. Hlavní příčinou těchto onemocnění nemusí být jen kouření, v mnoha případech se jedná o soubor různých příčin **(52)**.

Kouření způsobuje již v oblasti úst častou a rychle progredující parodontózu, dále pak vředovou chorobu žaludku a dvanáctníku, chronickou refluxní chorobu jícnu a zánět pankreatu **(8)**.

Kuřáci mají celkově horší průběh onemocnění, komplikovanější léčbu a delší rekonvalescenci.

Cévní mozková příhoda

Cévní onemocnění mozku je druhou nejčastější příčinou smrti v České republice, u přežívajících osob způsobují významnou invaliditu. S věkem exponenciálně roste incidence i prevalence. Hlavním rizikovým faktorem tohoto onemocnění je především kouření, dále nevhodná dieta, nízká fyzická aktivita, diabetes a další faktory. Prognóza je obecně nepříznivá **(52)**.

Pokud jde o jiné systémy, je třeba uvést poruchy činnosti ledvin, zejména jde-li zároveň o diabetiky, kdy navíc vážne správná funkce mikrocirkulace a endotelu cév obecně.

U kuřáků je také prokazatelně větší sklon k rozvoji osteoporózy a pravděpodobně v souvislosti s ní i častá přítomnost úporných bolestí zad **(55)**.

1.2 Demografické stárnutí

Demografické stárnutí postihuje od poloviny 20. století ve vyšší či nižší míře všechny vyspělé země a stává se tak v současnosti jednou z nejzávažnějších otázek.

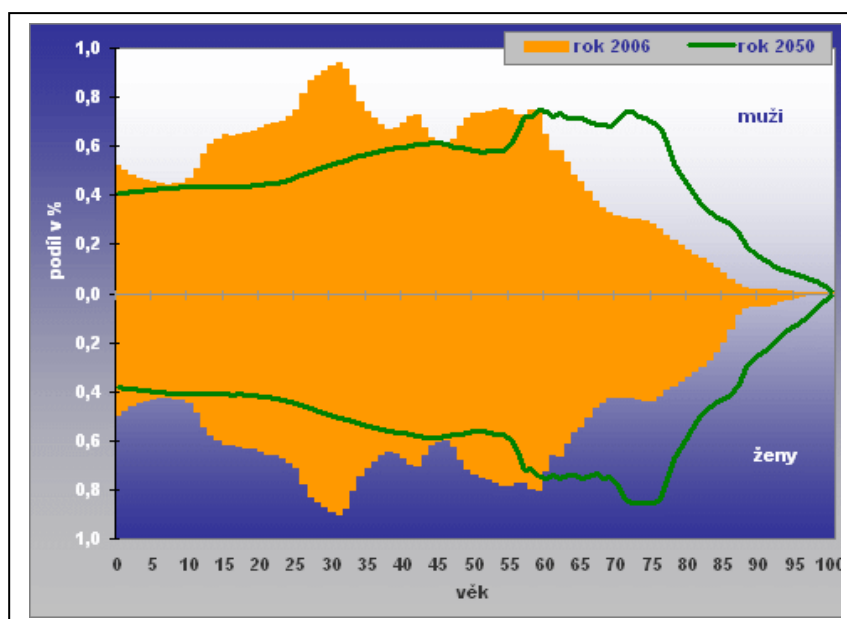
Demografické stárnutí je proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl seniorů a snižuje se podíl dětí mladších patnácti let. To znamená, že starší věkové skupiny rostou početně rychleji než populace jako celek (51).

1.2.1 Budoucí perspektiva populačního stárnutí u nás

Při stávajícím trendu nízké porodnosti a zvyšující se naději dožití je pravděpodobné, že podíl seniorů v populaci ČR bude i nadále narůstat, což je patrné například z výsledků projekce Českého statistického úřadu z roku 2003. Předpokládá se velmi rapidní nárůst podílu osob ve věku šedesáti a více let po celé sledované období. Podle Svobodové (51) v horizontu prognózy, tj. v roce 2050, by měly být již necelé dvě pětiny všech obyvatel České republiky starší 59 let, což v absolutním vyjádření představuje více jak 3,6 milionu osob (oproti 2,1 milionu seniorů v roce 2006). Nárůst podílu této složky obyvatelstva přitom nebude již zejména na úkor složky dětské, ale půjde ruku v ruce rovněž s poklesem podílu produktivní složky obyvatelstva.

Z Obrázku 1 znázorňujícího reálnou věkovou strukturu obyvatelstva České republiky v roce 2006 ve srovnání s věkovou strukturou prognózovanou Českým statistickým úřadem pro rok 2050 je patrná rapidní změna, která zasáhne celou populaci České republiky. Zatímco skupina obyvatel ve věku šedesát a více let bude početně narůstat, počet obyvatel jako celku by se měl do roku 2050 o více než 8 % snížit, z hodnoty 10 266 646 osob v roce 2006 na předpokládaných 9 438 334 osob.

Obrázek 1: Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva České republiky v letech 2006 a 2050



Zdroj: ČSÚ

Znatelné změny způsobené dalším nárůstem naděje dožití při narození se promítanou zejména uvnitř skupiny samotných seniorů – zatímco v roce 2006 tvořily polovinu ze všech seniorů osoby ve věku 60 - 69 let, v roce 2050 bude tato věková skupina zaujímat pouze 38 %. Věková skupina 70 - 79 by měla ve srovnání s rokem 2006 vzrůst o 96 %, skupina osob ve věku 80 a více let dokonce o plných 175 %. Tzn. i samotná seniorská populace postupně stárne. Růst počtu osob ve věku osmdesáti a více let však má mnoho důležitých důsledků pro společnost, jelikož právě osoby v tomto věku již mají většinou horší zdravotní stav a tudíž vyžadují častější sociální a zdravotní péči než mladší osoby důchodového věku.

Demografické stárnutí nicméně neprobíhá uvnitř České republiky zcela rovnoměrně, proto se předpokládají regionální rozdíly mezi jednotlivými kraji ČR.

1.3 Historie epidemiologie kouření

V roce 1950 publikoval mladý oxfordský epidemiolog Richard Doll v deskriptivní studii, že stoupající výskyt rakoviny plic u mužů nesouvisí s automobilovou dopravou, jak si sám myslel, ale s kouřením cigaret. To bylo překvapení jak pro výrobce cigaret, tak pro lékařskou obec i samotného autora. Sám tehdy dost kouřil a po zhlédnutí svých výsledků cigarety zahodil.

Článek byl publikován v roce 1950. Lékaři Dollově práci nevěřili. V té době totiž známá jen infekční epidemiologie a platily například Kochovy postuláty („Když dané agens vyvolává danou nemoc, musí se toto agens najít ve všech případech dané nemoci.“) Lékaři argumentovali proti Dollově práci tím, že znají případy rakoviny plic u nekuřáků.

Doll se rozhodl prokázat své výsledky studií prospektivně. Vybral si britské lékaře, kteří ochotně a věrohodně odpovídali. Sledoval jich 40 000 celkem padesát let (1951 - 2001). Tato studie se řadí k nejdelší prospektivní studii na světě. Mladý lékař prokázal rozdíl v délce života kuřáků a nekuřáků deset let. Studie také splnila i výchovnou roli: už po publikaci prvních výsledků po třech letech začalo klesat kouření britských lékařů z cca 70 % na dnešní méně cca 3 % **(20)**.

Tabáková epidemie začala s příchodem dvacátého století, kdy se ve Spojených státech masově rozšířily automaty na výrobu cigaret. Do té doby byly počty úmrtí v důsledku užívání tabáku v celosvětovém měřítku zanedbatelné. Od roku 1900 ale dramaticky stouply. Během roku 2007 způsobilo kouření pět milionů úmrtí, v tomto století více než miliardu **(22)**.

1.4 Tabák

1.4.1 Tabáková rostlina

Tabáková rostlina pochází z Ameriky, kde tabák sloužil v době předkolumbovské především k náboženským účelům a léčebným metodám. S užíváním tabáku se jako první z Evropy seznámil Kolumbus. Francouzský velvyslanec a botanik z Portugalska, Jean de Villemaina Nicota, po němž nese rostlina latinský název *Nicotiana Tabacum*, *N. rustica*, má zřejmě zásluhy o seznámení Evropanů s tabákem. Tento botanik jako první popsal rostlinu tabáku setého. V roce 1560 jej dovezl na francouzský královský dvůr ve formě šňupacího prášku. Tabák se dlouho považoval za všelék. První cigarety vznikly až kolem roku 1830 a postupně vytlačily ostatní způsoby konzumace tabáku (37).

Sušené a fermentované listy lilkovité rostliny *Nicotiana Tabacum* se označují jako tabák (29). Zahrnuje asi šedesát druhů tabáku, pocházejících z tropických a subtropických oblastí Jižní a Střední Ameriky. Jsou jednoletými letničkami či rostlinami vytrvalými, polokeřovitými nebo i keřovitými. Některé z nich se pěstují jako rostliny užitkové (*N. tabacum*, *N. rustica*) a okrasné (*N. alata*, *N. forgentiana*, *N. sanderae*).

Tabák selský (*N. rustica* L.) pochází ze Střední Ameriky a ze severní části Jižní Ameriky. Jako kulturní rostlina využívaná pro požitkové a omamné účinky je tabák selský pěstován mnohem řidčeji než tabák virginský (*N. tabacum*). V současnosti se zpracovává zejména na žvýkací tabák.

Tabák virginský (*N. tabacum* L.) je mezidruhovým křížencem jihoamerických horských druhů *N. silvestris* a *N. otophora*. Tento druh tabáku byl na počátku 17. století využíván především ke kouření v dýmkách a ke žvýkání. Později se začal drtit na prášek a užívat jako šňupací tabák. Ještě později se začaly používat suché tabákové listy svinuté do ruliček v podobě doutníků (45).

Nyní se tabák modifikuje, aby měl co nejvyšší obsah nikotinu. Sbírají se proto listy z nejokrajovějších částí větví (29).

1.4.2 Složení tabáku, účinky tabáku na zdraví

Při hoření tabáku vzniká přes 4000 plyných (92 % - oxid uhelnatý, amoniak, dimethylnitrosamin, formaldehyd, kyanovodík a akrolein) a hmotných (8 % - nikotin, dehty, benzen a bezn-a-pyren) sloučenin, přičemž zatížení kuřáka cizorodými látkami nezávisí jen na kvalitě tabáku nebo použití filtru, ale i na rychlosti hoření, teplotě spalování a na hloubce inhalace tabákového kouře (27).

Prokazatelných karcinogenních látek v tabákovém kouři je 64, z nichž IARC (Internatiolna Agency for Research on Cancer) určila 11 jako prokázaných lidských karcinogenů, 6 pravděpodobných a 46 možných lidských karcinogenů, např. dibenzantracen, benz-a-pyren, dimetylnitrosamin, dietylnitrosamin, NNK (metylnitrosamino-butanon), NNN (nitrosornikotin), vinylchlorid, hydrazin, arzén (46), chrom, radioaktivní polonium ²¹⁰Po (54). Další sloučeniny jsou mutageny, alergeny, toxické látky. V tabákovém kouři je také cca 700 aditiv, herbicidy, DDT, chemická hnojiva i radioaktivní látky (1). Důležitý je i vysoký obsah oxidu uhelnatého, zejména v souvislosti s kardiovaskulárními onemocněními (46).

1.4.3 Poškození zdraví tabákovým kouřem

Obsah oxidu uhelnatého v hlavním proudu cigaretového kouře činí 1 – 3 %, u dýmky cca 2 % a doutníku cca 6 %. Protože resorbované množství oxidu uhelnatého je malé, nedochází k otravám (54). Oxid se váže na hemoglobin daleko rychleji než kyslík, což má za následek, že krev přenáší mnohem méně kyslíku (46). V krvi kuřáka, který vykouří denně průměrně dvacet cigaret, je asi 5 % hemoglobinu ve formě karboxyhemoglobinu. U silných kuřáků byly naměřeny hodnoty 10 – 15 % a dokonce i více. Pro trvalé potlačování funkce hemoglobinu byla u některých silných kuřáků zjištěna poglobulie.

Mezi dráždivými plyny mají význam zejména různé aldehydy, u některých tabáků také amoniak. Dráždivé plyny způsobují chronický kašel, chronickou bronchiolitidu a bronchitidu a emfyzém plic. Některé složky kouře tlumí pohyb řasinkového epitelu. Četnost onemocnění horních dýchacích cest je u kuřáků významně

vyšší než u nekuřáků. Trvalý zánět sliznic respiračního traktu sám o sobě představuje vysoké riziko vzniku karcinomu.

Z látek s prokazatelným karcinogenním účinkem by v tabákovém kouří přicházely v úvahu především látky obsahující dehet a samotný dehet **(54)**. Průměrný obsah dehtu v cigaretách byl v posledních letech podstatně snížen. Dehet je směs různých sloučenin, je to hnědá, páchnoucí tekutina, která je kondenzátem z tabákového kouře. Obsahuje látky způsobující rakovinné bujení a další toxiny **(46)**.

Onemocnění bronchogenním karcinomem se rozvíjí po desetileté až patnáctileté expozici tabákovému kouří. Ullmann ve své knize prezentuje výsledky velmi podrobné a kritické britské studie, která ukázala, že kouření cca čtyřicet cigaret denně zvyšuje oproti nekuřákům mortalitu na rakovinu plic přibližně třicetkrát. Avšak i při kouření dvacetkrát cigaret denně je mortalita vyšší patnáctkrát a po cca osmi cigaretách denně desetkrát vyšší.

Bylo rovněž potvrzeno, že existuje statisticky významná souvislost mezi kouřením a rakovinou hrtanu, dutiny ústní, močového měchýře, pankreatu a kolorektálního karcinomu. U velmi silných kuřáků se objevují metaplastické změny bronchiální sliznice často současně s karcinomem bronchů. Tato metaplazie se po zanechání kouření značnou měrou upravuje.

Riziko rakoviny je zvýšeno u chronické bronchitidy s produkcí sputa. Při vzniku rakoviny bronchů pravděpodobně působí společně několik látek. V tabákovém dehtu se vedle karcinogenů vyskytují také *kokarcinogeny* (např. fenoly). Kokarcinogeny mění podprahové dávky karcinogenů na účinné **(54)**.

Během kouření se objevují akutní změny EKG, tonu cév a bronchů, které lze vysvětlit aktivací cholinergního nebo adrenergního nervového systému. Již při vykouření jediné cigarety mohou stoupnout plazmatické hladiny noradrenalinu cca o 50 % a adrenalinu cca o 15 % **(27)**. Vyplavením adrenalinu zvyšuje koncentraci glukózy a volných mastných kyselin v plazmě, přičemž substráty, které jsou bohaté na energii, nemají využití. Mimoto nikotin zvyšuje agregabilitu krevních destiček, snižuje fibrinolytickou kreativitu krve a zvyšuje sklon ke tvorbě krevních sraženin **(54)**.

Kouření cigaret zvyšuje riziko letální ischemické choroby srdeční na trojnásobek – kouří-li se více než 15 cigaret denně, a na pětinasobek – kouří-li se 40 cigaret denně.

Při silném kouření je také zvýšená hladina plazmatických lipidů. U kuřáků, kteří prodělali srdeční infarkt, kouření snižuje výkonnost srdce a zvyšuje riziko reinfarktu. Pravděpodobnost cévní mozkové příhody je u kuřáků ve srovnání s nekuřáky třikrát vyšší. Riziko se při vysokém krevním tlaku zvyšuje až dvacetkrát.

Thrombangiitis obliterans (Bürgerova choroba, „kuřácká nemoc“) se vyskytuje pouze u silných kuřáků a zastavit se dá jedině nekuřáctvím.

Kouření přímo nevyvolává onemocnění žaludečními ani duodenálními vředy, asi však zpomaluje jejich hojení.

U některých kuřáků je vyskytující se primárně degenerativní poškození nervus opticus (tabáková amblyopie) spojeno s poklesem plazmatických hladin vitamínu B12. Kuřáci, kteří netrpí těmito poruchami vidění, mají normální hodnoty vitamínu B12.

U kuřáček dochází v menopauze ve srovnání s nekuřáčkami k rychlejšímu snižování kostní denzity. Ve věku osmdesáti let jsou zlomeniny stehenní kosti u kuřáček dvakrát četnější než u nekuřáček. U kuřáček mimoto nastupuje menopauza o 2-3 roky dříve než u kontrolní skupiny nekuřáček (27).

Chemické látky v cigaretovém kouři porušují tvorbu a zrání spermií. Kuřáci rovněž mívají větší procento pohlavních buněk se změněnými genetickými kódy, a tím i větší pravděpodobnost, že se jejich dítě narodí s vrozenou vadou (1).

Kouření v těhotenství zvyšuje riziko předčasného porodu. Zvýšená je i perinatální úmrtnost. Tělesný i duševní vývoj je v první dekádě života zpomalen. U určitého počtu novorozenců je porodní hmotnost výrazně snížena v závislosti na počtu vykouřených cigaret v průběhu těhotenství (54).

Existuje individuální citlivost na ony čtyři tisíce škodlivých látek v cigaretovém kouři. Teoreticky je možné, že jedna molekula karcinogenu (či prekarcinomu) vyvolá nádorové bujení. Existují lidé, kteří na žádnou z těchto látek nejsou citliví. V tomto případě se jedná o tzv. *Churchillově syndromu*. (Tento anglický politik nežil zdravě a přesto se dožil vysokého věku.)

Na druhé straně lidského spektra jsou výjimky opačné. Tito lidé jsou na jednu či více látek v cigaretovém kouři maximálně citliví a onemocní nebo zemřou po prvních stovkách či dokonce desítkách vykouřených cigaret, ale i jako nekuřáci v důsledku pasivního kouření (20).

1.4.4 Vliv kouření na délku života

Hodnotí-li se kouření celkově na délku života, udává se, že pravděpodobnost úmrtí v příštích deseti letech je u silného kuřáka ve věku 35 let 1:23, u nekuřáka za stejných podmínek je 1:90. 15 % (tj. 1 ze 6) nekuřáků zemře před dosažením věku šedesáti pěti let, u silných kuřáků je toto číslo 33 % (tj. 2 ze 6). I když se tyto rozdíly nedají přičítat jen kouření, tyto údaje ukazují podstatný vliv kouření na délku života (54).

1.5 Závislost na nikotinu

Závislost je syndrom, který přesně definovala Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). Syndrom závislosti má obecný statistický kód F1x.2 (na místo x se doplňuje látka). V případě závislosti na tabáku je kód F17.2.

Obecná definice závislosti podle MKN-10 zní: Závislost je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, z nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, 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 **(34)**.

Diagnóza F17.2 („Syndrom závislosti na nikotinu“, dle MKN-10) je samostatným stavem v Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO a v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické společnosti (DSM-IV). Škodlivé užívání tabáku má tyto znaky:

1. Musí být jasně prokázáno, že užívání tabáku je zodpovědné za tělesné nebo duševní poškození (nebo k němu podstatně přispívá), včetně zhoršeného úsudku nebo dysfunkčního chování, a může vést k neschopnosti nebo k nepříznivým důsledkům v interpersonálních vztazích.
2. Charakter poškození by měl být jasně prokazatelný a specifikovaný.
3. Užívání trvalo alespoň 1 měsíc nebo se vyskytovalo opakovaně během 12 měsíců.
4. Porucha nespĺňuje kritéria pro žádnou jinou duševní nebo behaviorální poruchu nebo poruchu chování spojenou s užitím stejné látky ve stejném časovém období **(33)**.

1.5.1 Diagnostika závislosti

Aby mohla být u pacienta diagnostikována závislost, musí být splněna tyto kritéria:

1. Pacient cítí silnou touhu nebo pocit puzení užívat látku („craving“, „bažení“).
2. Pacient má potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky **(34)**. Látka je často používána ve větším množství či po

delší časový úsek, než bylo zamýšleno. Např. většina kuřáků nemá v úmyslu ještě o pět let později kouřit, ale dvě třetiny kuřáků v kouření pokračují. Většina dospělých kuřáků lituje, že vůbec začalo **(37)**.

3. U závislého pacienta se po vysazení návykové látky objevuje somatický odvykací stav. (Některé látky mohou být v odvykacím stavu nebezpečné a mohou ohrožovat život. Tabák v odvykacím stavu život neohrožuje) **(34)**. Mnoho lidí kouří, aby předešli či měli pod kontrolou příznaky (podrážděnost a obtížné soustředění, nervozita). Látka je užívána k dosažení úlevy od abstinčních příznaků či k jejich předejití **(37)**.

4. Dalším znakem závislosti je růst tolerance. Je potřeba zřetelně vyššího množství látky k dosažení intoxikace, resp. žádoucího účinku.

5. Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů. Důležité společenské, pracovní či rekreační aktivity jsou kvůli užívání látky opuštěny či omezeny. Například odmítnutí zaměstnání kvůli omezení kouření na pracovišti.

6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků. Např. mnoho kuřáků trpí srdečními chorobami, chronickou obstrukční plicní nemocí či žaludečními vředy a stále pokračuje v kouření. Téměř polovina pokračuje v kouření po operaci rakoviny jícnu.

7. Pilařová uvádí sedmý znak, a to, že velkou část času zabírají činnosti nezbytné k opatření látky, užívání látky či zotavení z jejích účinků. Např. opouštění pracoviště za účelem kouření **(37)**.

Definice závislosti a kritéria, které by měl pacient vykazovat pro stanovení diagnózy závislosti podle Americké psychiatrické asociace, mají velmi blízko k definici a kritériím Světové zdravotnické organizace uvedené v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Tři z těchto kritérií jsou totožné s MKN-10. Mezi známkami závislosti v DSM- IV se neobjevuje bažení (craving) **(34)**.

1.5.2 Závislost ve vyšším věku

„Závislost ve vyšším věku a její léčba bude nabývat na významu úměrně tomu, jak ve většině vyspělých zemí stárne populace“, zdůrazňuje Nešpor (33). Dále se Nešpor zabývá specifiky působení návykových látek na seniory. Prvním specifikem je, že odolnost vůči návykovým látkám ve vyšším věku často klesá. Menší odolnost seniorů proti alkoholu a jiným návykovým látkám může být do jisté míry výhodou, protože související nepříjemné pocity mohou zvyšovat motivaci ke změně. Ovšem pokles tolerance návykové látky může zvýšit riziko těžkých intoxikací.

Senioři bývají často dlouhodobě léčeni léky, např. kvůli vysokému tlaku, cukrovce, srdečním chorobám. Tyto látky mohou vstupovat do interakce s návykovými látkami a působit zdravotní komplikace. Dle Nešpora dochází u seniorů ke zdravotním škodám rychleji než ve středním věku. Cigarety a alkohol pronikavě zvyšují krevní tlak, zvyšují riziko cévních mozkových příhod a podobně. Staří lidé mají nedostatek bílkovin a vitamínů, především vitamínů ze skupiny B. Kouření tuto již nízkou hladinu vitamínů B ještě snižuje.

Pro dlouhodobou stabilizaci stavu je důležité pomoci staršímu pacientovi vytvořit fungující síť sociálních vztahů. Mohou pomoci například kontakty z dřívějšího zaměstnání, oživení vztahů v rodině, mezilidské vztahy, které člověk získá při pěstování nějaké záliby.

Výsledky léčby závislostí ve vyšším věku mohou být příznivé, zejména se daří vytvořit přiměřený životní styl (34).

1.5.3 Závislost na nikotinu

Závislost na nikotinu je chronické, recidivující a letální onemocnění, které zkracuje život polovině kuřáků v ČR v průměru o 15 let. V Evropě i ČR je příčinou každého pátého úmrtí a to především na kardiovaskulární choroby, nádorová onemocnění a chronické respirační onemocnění. V ČR je každoročně 18 000 úmrtí, tedy 50 denně, způsobeno kouřením.

V ČR kouří přibližně 26 % dospělé populace, tedy kolem 2 milionů osob. Asi 60 – 70 % z nich, tedy přes 1,5 milionu, by raději nekouřili, kdyby si mohli vybrat **(19)**.

Závislost na tabáku splňuje kritéria závislosti na psychoaktivních látkách. Společnost ji toleruje mnohem více než jiné závislosti. Kouření tabáku totiž nevyvolává fyzickou agresí nebo alteraci psychického stavu, který vyvolává například alkohol, pervitin a jiné drogy. Vzhledem k rozšířenosti tabáku je zdravotní dopad kouření v populaci enormní **(33)**.

Závislost na kouření lze rozdělit na dva druhy závislosti. Na psychosociální a fyzickou závislost.

Psychosociální závislost

Sociální závislost na kouření začíná většinou v příjemné společnosti lidí, přátel a vrstevníků, kde se kouří. Zůstat nekuřákem v této situaci a v prostředí je těžké. Proto člověk sáhne po cigaretě. Je třeba přiznat, že ve společnosti kuřáků má kouření i kladné stránky: rituál zapalování cigarety pomůže při sblížení, překonání rozpaků při setkání, pomáhá překonat momentální bezradnost co s rukama. Také v práci je přestávka na cigaretu tolerovaná, všeobecně se chápe, že kuřák si zkrátka musí zakouřit.

Při prvních kuřáckých pokusech se skoro vždy objevují spíše nepříjemné pocity, brzy se ale dojde k toleranci. Kromě sociální vazby se začíná vytvářet i vazba psychická.

Závislost psychická znamená kouřit v situacích, které jsou u každého jiné, ale lze o nich říci, že jsou typické: např. kouření cigarety po jídle, při kávě, po práci, ve stresu, při návalu práce, při odpočinku, při telefonování, po sexu atd. Často si lidé tyto situace spojují s cigaretou a mají je zafixované.

Psychosociální závislost je závislostí na cigaretě jako takové, bez ohledu na složení a na nikotin. Je potřeba držet v ruce a manipulovat se zapálenou cigaretou.

Fyzická (drogová závislost)

Teprve po určité individuálně dlouhé době se objevuje fyzická závislost na nikotinu. Většinou se vyvine během dvou let kouření.

Závislost v užším slova smyslu i další návykové nemoci, které označujeme jako „závislosti“ mají řadu příčin. Příčinu závislosti nebo jejich léčbu není snadné najít nebo, v některých případech, je to přímo nemožné. Řada závislostí nemají jedinou příčinu, ale je dána mnohaúrovňovou pokračující interakcí protektivních a rizikových činitelů. K zjišťování preventivních a rizikových faktorů se dají použít i diagnostické pomůcky jako screeningový dotazník R.E. Tartera.

Příkladové příčiny vzniku závislosti na návykové látce jsou například na úrovni vrstevníků (dotyčný se přizpůsobí partě, připadá mu život zajímavější, začíná partu vyhledávat častěji), na úrovni rodiny (rodina nevěnuje potřebnou pozornost dospívajícímu), na úrovni prostředí a dostupnosti návykových látek (ovlivnění partou ze sousedství, z nichž řada při nejmenším experimentovala s drogami). Setkání s návykovou látkou přidalo rizikové faktory na psychologické rovině.

Mezi protektivní faktory patří například osobnost, dobrý vliv rodiny (která na nastalou situaci včas a adekvátně zareaguje), příznivý vliv v širším prostředí atd (20).

1.5.4 Definice kuřáctví

- Kuřák: kouří v době šetření
- Pravidelný denní kuřák: kouří nejméně jednu cigaretu denně
- Příležitostný kuřák: kouří méně než jednu cigaretu denně
- Bývalý kuřák: vykouřil během života více než sto cigaret, ale v současné době již nekouří
- Nekuřák: nekouřil vůbec nebo nikdy nevykouřil sto a více cigaret za svůj život

- Bývalý příležitostný kuřák: nekouřil nikdy denně, ale vykouřil více než sto cigaret během svého života **(2)**.

1.6 Účinky nikotinu na organizmus

Požitek z tabáku je především z kouření. Šňupání nebo žvýkání tabáku je rozšířeno velmi málo. Z farmakologického hlediska a toxikologického hlediska je důležité odlišovat působení alkaloidu nikotinu obsaženého v tabáku od působení tabákového kouře obecně (54).

Nikotin je hlavním alkaloidem tabáku, tvoří jednu z více než 4000 chemických sloučenin obsažených v tabáku. Je prokazatelně hlavní farmakologicky aktivní látkou s vysokým potenciálem závislosti (37). Závislost vzniká u naprosté většiny kuřáků. Přibližně z 50 % je podmíněna geneticky (typ acetylcholin – nikotinového receptoru) (22).

Čistý nikotin nemá žádné karcinogenní účinky, avšak je silný jed. Letální dávky nikotinu začínají zhruba od 50mg. V krátkém čase vyvolávají tonicko-klonické křeče a depresí dechu vedou ke smrti. Menší množství nikotinu působí stimulačně v oblasti vegetativních ganglií a ve dření nadledvin. Prokazatelné jsou určité centrálně dráždivé účinky, ty představují důležitou příčinu, proč kuřák stále znovu kouří. Kouřením se nedá dosáhnout akutní letální dávky nikotinu, která se pohybuje kolem 40 – 50 mg (dvě cigarety) (54). Většina nikotinu obsaženého v cigaretovém kouři je rozložena vysokou teplotou nebo uniká cestou neinhálovaného kouře. Při vykouření jedné cigarety obsahující cca 1gram tabáku s 1 % nikotinu, přechází do úst okolo 30 %, tj. asi 3 mg nikotinu, z čehož se vstřebává asi 5 %. Extrakt z 2-3 cigaret (dávka 40 – 60 mg nikotinu) je spolehlivě smrtelná do deseti minut (37). Cesta nikotinu z plic do mozku trvá pouhých 7,5 sekundy.

Množství nikotinu, které při kouření vstoupí do organismu, záleží na řadě faktorů: na obsahu nikotinu v tabáku, na hodnotě pH tabáku, na způsobu kouření (na frekvenci vdechů, na době setrvání kouře v ústech a dýchacích cestách, na hloubce inhalace) a zcela zásadně také na to, zda je v kouři obsažen nikotin jako báze nebo jako kyselina. Jako báze nikotin snadno proniká sliznicí, naproti tomu, např. z kyselých tabáků (cigaretových tabáků), se amfifilní alkaloid resorbuje špatně. To je příčina, proč kuřáci musí inhalovat, aby zvětšení resorpční plochy plic si přišli na své požadované množství nikotinu. A to je také příčina, proč tabákové firmy své cigarety alkalizují (54).

Acetylcholin, přenašeč vzruchu, je transmitter v gangliích sympatiku a parasimpatiku. Zde působí na typ cholinergních receptorů, které nestimuluje muskarin, nýbrž nikotin: *nikotinové cholinergní receptory* (54). Tyto receptory jsou lokalizovány především v kortexu, hipokampu, thalamu, hypothalamu, substantia nigra, locus coeruleus, ve vegetativních gangliích a nervosvalových ploténkách kosterních svalů (37). Jde o iontové kanály, které jsou řízeny ligandem. Otevření iontového kanálu vyvolá influx sodíkových iontů (Na^+) s následnou polarizací membrány a excitací buňky. Nikotinové cholinergní receptory (N-receptory) mají sklon k rychlému uzavření, to znamená, že při dlouhodobějším obsazení agonistou se iontový kanál spontánně uzavře a může se znovu otevřít teprve po uvolnění molekuly agonisty (54).

Stimulací nikotinových receptorů dochází k uvolňování acetylcholinu, dopaminu, serotoninu, noradrenalinu, vazopresinu, ACTH, růstového hormonu, glutamátu a GABA (37).

1.6.1 Změna tělesných funkcí účinkem nikotinu

Jako alkaloid tabáku užívá nikotin dennodenně a soustavně značný podíl lidstva, aby se „nadopoval“ jeho stimulačními centrálními účinky (54). Nikotin je centrální gangliomimetikem, má lehce povzbuzující účinky, při stupňování dávky vyvolává třes, zvracení, stimuluje dechové centrum (37).

Nikotin aktivuje „systém odměny“, což podporuje vznik závislosti. Pravidelný přívod způsobuje návyk, což z určitého hlediska je prospěšné. Při návyku vyvolá přerušování přívodu nikotinu přednostně psychické abstinenční příznaky. Snaha zabránit mu představuje další závažný důvod proč pokračovat v přívodu nikotinu do těla. Periferní účinky dané stimulací vegetativních ganglií mají často projímavý účinek („projímavé účinky první cigarety“), nucení na močení, nevolnosti, zvracení (54).

Mezi kladné účinky nikotinu patří to, že podporuje sekreci některých látek jak např. beta-endorfinů (ze skupiny látek podobných morfinu), které naše tělo vnímá jako příjemný pocit. Nikotin také zvyšuje práh bolesti. Snižuje stres, chuť k jídlu (mění vnímání chuti jídla a pocit požitku z jídla), celkově povzbuzuje, zlepšuje koncentraci a pozornost. Zdá se také, že kuřáci mají méně často Parkinsonovu a Alzheimerovu

chorobu. Ovšem, může to být spojeno s tím, že tyto nemoci se vyskytují především u osob vyššího věku a že kuřáci se tohoto vyššího věku často nedožijí (20).

Nikotin zabraňuje likvidaci patologických buněk imunitního systému, umožňuje tedy lepší prorůstání cév v nádoru. To platí i pro přípravky s nikotinem – žvýkačky, náplasti apod.

Aktivace sympatiku bez odpovídající tělesné zátěže („tichý stres“) však může navodit kardiovaskulární problémy (54). Injekční podání nikotinu provází hypertenze, tachykardie z aktivace sympatiku se může střídat s vagovou bradykardií.

Akutní intoxikace nikotinem je charakterizována nespavostí, emoční labilitou, pocity derealizace, bizarními sny, malátností, zvracením, pocením, tachykardií.

Pro chronickou otravu jsou typické bolesti hlavy, nechutenství, poruchy srdeční činnosti, gynekologické potíže (37).

Při experimentu nikotin zlepšuje paměť a vizuální pozornost. Po aplikaci nikotinu laboratorním zvířatům vykazovala ve vodním bludišti statisticky lepší výsledky.

1.6.2 Eliminace nikotinu z organismu

Asi 10 % nikotinu se v nezměněné formě vylučuje ledvinami, 80 % podléhá biotransformaci převážně v játrech. Hlavní produkty metabolismu jsou kotinin a 3-hydroxykotinin, které se dají prokázat v krvi a moči (44).

1.7 *Pasivní kouření*

Na následky pasivního kouření zemře v Česku ročně asi 3000 lidí. V zemích Evropské unie asi 22 tisíc **(17)**. Většina těchto obětí je intoxikována ve svém domově. Některá pracovní odvětví jsou mimořádně citlivá na nebezpečí pasivního kouření, jako jsou pohostinská odvětví či podniky nočního zaměstnání (bary, noční kluby atd.)

Pasivním kouřením se označuje expozice nekuřáků tabákovému kouři. Je spojeno s řadou potíží a s velmi závažnými zdravotními důsledky **(45)**.

Do kuřákových úst se „hlavním proudem“ (kouř, který kuřák vtahuje přes filtr do úst) kouře z cigaret nebo doutníků dostává jen asi 30 % nikotinu. Hlavní podíl nikotinu se spolu s ostatními prchavými látkami dostává do „vedlejšího proudu“ (kouř, která vychází ze špičky hořící cigarety na popelníku či v ruce kuřáka), tedy přímo do vzduchu. Měření prokázala, že nekuřáci, kteří se zdržují v zakouřených místnostech, denně pasivně přijímají přibližně takové množství nikotinu, které odpovídá vykouření asi jedné třetiny normální cigarety **(27)**.

Dlouhodobé pobyty v zakouřených místnostech způsobují nekuřákům okamžitý vliv na zdraví – podráždění očí, nosu, hrdla, plic, u citlivějších jedinců bolesti hlavy, pocit nevolnosti a závratí. Dlouhodobé pasivní kouření zvyšuje riziko častých zánětů dýchacích cest, nádorů plic, infarktů **(47)**. Pasivní kouření způsobuje diskomfort z obtěžujícího zápachu spojený s vývojem chronického stresu **(45)**.

Kouř vdechovaný při pasivním kouření pochází jednak z doutnajícího konce cigarety mezi dvěma potáhnutími a jednak je vydechován kuřákem.

Ve vzduchu znečištěném tabákovým kouřem bylo prokázáno více než 5000 látek, které vznikají během procesu hoření. Odhaduje se, že počet látek obsažených ve „vedleším proudu“ může být 10-20krát vyšší, tedy více než 100 000 látek.

Ve „vedleším“ tabákovém kouři je přítomna řada látek, které způsobují závažné zdravotní problémy. Například látky dráždící oči a dýchací systém, toxické látky, mutageny, karcinogeny, reproduktivně-toxické látky.

Podmínky, které nastávají v hořícím konci cigarety, jsou příznivé pro vznik polycyklických aromatických uhlovodíků – v tabákovém kouři jich bylo nalezeno přes 35 a některé z nich jsou karcinogenní (např. benz(a)pyren, dibenz(a)antracen).

N-nitrosaminy (např. N-nitrosodimethylamin, N-nitrosodimethanolamin, N-nitrosornicotin) vznikají během sušení tabákových listů a ve velké míře během hoření cigarety. Většina z těchto látek jsou karcinogeny. Jejich obsah ve „vedlejším proudu“ kouře (doutnající odložená cigareta) je 10 -200krát vyšší než v hlavním proudu (který vdechuje kuřák při potáhnutí).

Tabák obsahuje také radioaktivní látky, mezi kterými je nejvýznamnější alfa-zářič polonium ^{210}Po . Přestože tabák není přímým zdrojem radonu, byla v místnostech, kde se kouří, naměřena jeho vyšší koncentrace. Je to pravděpodobně proto, že rozpadové produkty se z mnohem větší pravděpodobností naváží na drobné částice kouře, než na povrch místnosti **(17)**.

Nejzranitelnější v souvislosti s pasivním kouřením jsou děti. Kouření budoucích matek či jejich pasivní kuřáctví výrazně zvyšuje riziko syndromu náhlého úmrtí kojenců. Pobyt dětí v zakouřeném prostoru zvyšuje riziko zápalu plic a zánětu středního ucha, zánětu průdušek, funguje jako spouštěč astmatických záchvatů **(3)**. Je příčinou desetin všech dětských leukémií **(17)**.

Pasivní kouření způsobuje respirační onemocnění. Vliv pasivního kouření byl opakovaně prokázán u rakoviny plic. Riziko onemocnět rakovinou plic při vystavení pasivnímu kouření vzrůstá průměrně o 20 %.

Rakovina nosních dutin je až třikrát častější u pasivních kuřáků, než u lidí, kteří nejsou vystaveni pasivnímu kouření.

Často také dochází ke vzplanutí astmatu. Astma je chronické onemocnění dýchacího traktu charakterizované zánětem a zúžením dýchacích cest. Typickými příznaky jsou kašel, pocit svírání na hrudi, obtížné dýchání, sípot. Jedním ze znaků nemoci je přecitlivělost dýchacích cest na různé podněty (chemické látky, chlad, suchý vzduch). Výzkumy prokazují, že aktivní i pasivní kouření zvyšuje riziko vzplanutí astmatu a astmatického záchvatu.

Infekce dýchacích cest u dětí jsou nejčastějším akutním onemocněním v dětství. Tabákový kouř zvyšuje riziko infekcí dýchacího systému u dětí 1,5 - 2krát. Výrazné snížené plicní funkcí u dětí je u dětí, jejichž matky v těhotenství kouřily i u těch, které jsou vystaveny pasivnímu kouření v dětství.

Chronické dýchací obtíže u dětí jako opakovaný kašel, sípot a zvýšená tvorba hlenu je pozorována často u dětí vystavených pasivnímu kouření, odhaduje se, že těmito obtížemi trpí 1,2 – 2,4krát častěji než děti, které pasivnímu kouření vystaveny nejsou.

Zvýšené riziko zánětu středního ucha je u dětí vystavených pasivnímu kouření. Komplikací a následkem onemocnění může být poškození až ztráta sluchu **(4)**.

Bylo prokázáno, že i jen krátkodobé vystavení pasivnímu kouření (po třiceti minutách v zakouřeném prostředí) jsou patrné změny v průtoku krve koronárními cévami, a to má velký vliv na ischemickou chorobu srdeční. Pasivní kuřáci mají o 23 % zvýšené riziko tohoto onemocnění, které se může projevit jako infarkt myokardu, angina pectoris nebo náhlé úmrtí **(26)**.

Riziko infarktu myokardu je téměř dvakrát vyšší u lidí, jejichž partner kouří, nebo kteří musí pracovat v zakouřeném prostředí.

Pasivní kouření zvyšuje riziko cévních mozkových příhod až o 82 % **(17)**.

1.8 Tabáková problematika v právní úpravě

1.8.1 Resorty v protidrogové politice

Meziresortní protidrogová komise je poradní a koordinační orgán vlády České republiky. Komunikuje s resorty a jednotlivými články veřejné správy a se státními i nestátními organizacemi. Vyhodnocuje a koordinuje opatření a aktivity protidrogové politiky. To se realizuje spoluprací na centrální úrovni se zástupci věcně příslušných resortů. Významnou úlohu hraje síť protidrogových koordinátorů a protidrogových komisí městských a magistrátních úřadů a statutárních měst ČR. Za realizaci opatření, která vyplývá z protidrogové koncepce vlády, nese zodpovědnost věcně příslušný ministr a místní statutární zástupce příslušného úřadu.

Ministerstvo Zdravotnictví odpovídá za legislativu týkající se návykových látek, pomocných látek, prekurzorů, s výjimkou trestního postihu. Dále povoluje zacházení s návykovými látkami. Vykonává kontrolu. Odpovídá za realizaci programů terapie, zdravotní osvěty a výchovy ke zdraví.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Cílem zájmu v této oblasti jsou sociální aspekty a problémy související s užíváním drog.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy odpovídá především za primární prevenci užívání všech typů drog. Tato prevence se uskutečňuje výchovou ke zdravému způsobu života, poskytováním informací a nabídku aktivního využívání volného času.

Ministerstvo vnitra potlačuje nabídku drog, odpovídá za ochranu veřejného pořádku a bezpečnost, za potírání kriminality související s výrobou, distribucí nebo držením drog.

Ministerstvo spravedlnosti tvoří legislativní návrhy v oblasti trestního práva, vytváří podmínky pro činnost soudů, nese odpovědnost za vzdělávání soudců a státních zástupců.

Ministerstvo financí uvolňuje finance ze státního rozpočtu vázané na programy protidrogové politiky na centrální i místní úrovni **(13)**.

1.8.2 Právní protikuřácké předpisy

Mezi právní předpisy, které se zabývají problematikou kouření, se řadí zákon 379/2005 Sb., ve znění zákona č. 225/2006 Sb. v platném znění (zákon o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů). Tento zákon se zabývá opatřeními, která sledují ochranu před škodami na zdraví vlivem tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek. Zákon dále omezuje dostupnost tabákových výrobků a alkoholu, vymezuje působnost správních orgánů při tvorbě a realizaci programů, které mají chránit před škodami způsobenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a dalších návykových látek **(12)**.

Zákon zakazuje prodej tabákových výrobků:

- osobám mladším 18 let
- pomocí prodejních automatů, u nichž nelze vyloučit prodej osobám mladším 18 let věku
- sladkostí, pokud tvarem nebo vzhledem napodobují tabákové výrobky, nelze prodávat ani rozdávat
- tabákové výrobky nesmějí být prodávány ani na kulturních, společenských a sportovních akcích, které jsou určeny pro nezletilé osoby
- kouření je zakázáno na veřejných místech (tj. v uzavřených prostorách přístupných veřejnosti, v prostředcích veřejné dopravy, nástupištích, přístřešcích a čekárnách veřejné silniční a drážní dopravy a městské hromadné dopravy; zákaz se netýká stavebně oddělených prostor ke kouření vyhrazených a při pobytu osob trvale větraných, a to do prostor mimo budovu) **(60)**.

Regulace reklamy

Zákon č. 40/1995 Sb., ve znění zákona č. 109/2007 Sb. v platném znění (zákon o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů), zpracovává příslušné předpisy Evropských společenství v souladu s odpovídající směrnici (Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2003/33/ES ze dne 26. května 2003

o sblížení právních a správních předpisů členských států týkajících se reklamy na tabákové výrobky a sponzorství souvisejícího s tabákovými výrobky), a to mimo jiné v oblasti regulaci reklamy na tabákové výrobky. Upravuje obecné požadavky na reklamu a její šíření včetně postihů za porušení zákonných povinností. Podle sortimentu výrobků a služeb zákon specifikuje orgány dozoru v oblasti regulace reklamy. Zmíněný právní předpis zakazuje přímou, nepřímou i skrytou reklamu tabákových výrobků v televizním vysílání a v rozhlase. Reklama na tabákové výrobky nikdy nesmí znázorňovat nezletilé osoby a nesmí být na ně zaměřena. Dále tato reklama nesmí být umístěna v tiskových médiích určených pro mládež ani na billboardech ve vzdálenosti menší tří sta metrů od škol, dětských hřišť a podobných zařízení, nesmí nabádat ke kouření (59). Každá reklama musí obsahovat zřetelné zdravotní varování, které je přesně specifikováno, jak má být text tištěn: „*Ministerstvo zdravotnictví varuje: kouření způsobuje rakovinu*“ (56).

Obecná ustanovení v oblasti reklamy, která jsou uplatňována ve vztahu k nezletilým, jsou dále zejména tato: reklama nesmí být v rozporu s dobrými mravy, nesmí ohrožovat obecně nepřijatelným způsobem mravnost, nesmí obsahovat prvky pornografie, násilí, nebo prvky využívající motivu strachu. Reklama rovněž nesmí podporovat chování poškozující zdraví; zákon nepřipouští ani reklamu, která ohrožuje bezpečnost osob či majetku nebo jednání poškozující zájmy na ochranu životního prostředí (58).

Reklama na cigarety, a tabákové výrobky vůbec, nesmí nabádat ke kouření slovy ani zobrazením situace s otevřenou krabičkou cigaret nebo scény s mladými lidmi, kteří kouří nebo drží cigarety, balíčky cigaret, jiné tabákové výrobky či kuřácké potřeby.

Problematika tabáku je řešena také zákonem o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů - zákon č. 110/1997 Sb., ve znění zákona č. 229/2006 Sb. Tento právní předpis stanoví povinnosti provozovatelů potravinářských podniků a osob, které vyrábějí nebo uvádějí do oběhu tabákové výrobky, a to v souladu s právem Evropských společenství a na základě bezprostředně závazných předpisů tohoto společenství.

Prodej tabákových výrobků

Tabákové výrobky (výrobky určené ke kouření, šňupání, sání nebo žvýkání, pokud jsou vyrobeny zcela nebo zčásti z tabáku, i tabáku geneticky upraveného) je dovoleno prodávat na právním předpisem stanovených prodejních místech: Prodej "tabákového sortimentu" lze provozovat na vyčleněném místě, ve stáncích s prodejem denního a periodického tisku, v zařízeních společného stravování, která jsou provozována v rámci podnikání v hostinské činnosti, nebo v ubytovacích zařízeních, avšak kromě zařízení, která slouží k ubytování dětí a mládeže Tyto osoby (tj. osoby mladší osmnáct let) také nemohou prodávat tabákové výrobky; výjimka platí pro žáky, kteří se soustavně připravují na budoucí povolání ve stanovených oborech (hotelnictví a turismus, kuchař - číšník, prodavač).

Provozovatel musí pro zákazníky, a to na místech prodeje tabákových výrobků, umístit zjevně viditelný text o zákazu prodeje tabákových výrobků osobám mladším osmnácti let. Text zákazu musí mít stanovené parametry - musí být pořízen v českém jazyce, na bílém podkladě a černými tiskacími písmeny o velikosti písma nejméně pěti centimetrů.

Zákaz kouření

Zákaz kouření je dalším omezujícím opatřením, ve vztahu k dětem a mládeži. Školský zákon č. 561/2004 Sb. (o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) zakazuje kouření ve vnějších i vnitřních prostorách všech typů škol a školských zařízení **(12)**.

Kouření je dále zakázáno v zařízeních společného stravování, která jsou provozována v rámci podnikání v hostinské činnosti, pokud tato zařízení nemají zvláštní prostory vyhrazené pro kuřáky s označením zjevně viditelného nápisu "Prostor vyhrazený pro kouření" a nemají-li zajištěno dostatečné větrání podle požadavků stanovených příslušným předpisem z oblasti hygieny (viz vyhláška č. 137/2004 Sb., o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných) **(57)**.

Kouření je podle zákona nepřípustné v zábavních prostorách. Tzn. v kinech, divadlech, výstavních a koncertních sálách, sportovních halách a prostorách, kde se

konají pracovní jednání. Výjimky z tohoto zákazu platí pro zvláštní stavebně oddělené prostory, vyhrazené ke kouření s dostatečným větráním v souladu s příslušnou hygienicko-právní úpravou.

Zákaz kouření se vztahuje také na vnitřní prostory zdravotnických zařízení, a to všech typů. Výjimka z tohoto zákazu se týká uzavřených psychiatrických oddělení, jiných zařízení pro léčbu závislostí, a to v prostorách stavebně oddělených, které při pobytu osob umožňují větrání do prostoru mimo budovu (24).

Školní akce sponzorovaná výrobcem tabákových výrobků

Platná právní úprava, která se zabývá reklamou a její regulací, zakazuje nejen reklamu na tabákové výrobky, ale také sponzorování, pokud je účelem nebo přímým (i nepřímým) účinkem reklama na tabákové výrobky. Tento obecný princip platí rovněž pro sponzorování akcí nebo činností, které se týkají např. několika členských států Evropské unie. Sponzorování kulturní akce pro žáky školy, a to výrobcem tabákových výrobků, se záměrem uplatnit zde reklamu na cigarety - je zákonem zakázáno.

Povinnosti provozovatele zařízení veřejného stravování

V zařízeních veřejného stravování mají osoby pověřené jejich řízením povinnost zajistit, aby zde občané byli chráněni před škodami způsobenými kouřením. Tato povinnost se vztahuje také na budovy státních orgánů atd. Prostory, kde kuřáci mohou kouřit, musí být zjevně a viditelně označeny nápisem, např. "Prostor vyhrazený pro kouření".

Ve veřejné drážní dopravě musí být v každém vlaku zařazena alespoň polovina "nekuřáckých" vozů (tj. vozů bez prostor vyhrazených ke kouření) (12).

1.9 Prevence kouření

Prevence je jedinečná tím, že na rozdíl od přímé léčby určitého zdravotního problému zejména ovlivňuje příčiny, podmínky a pravděpodobnost jeho vzniku. Účinná prevence je pro společnost vždy levnější než následné léčení **(36)**.

Protidrogovou prevenci dělíme na všeobecnou, selektivní a indikovanou. Všeobecná prevence je zaměřena na celou populaci. Selektivní se soustředí na děti a dospívající ve zvýšeném riziku a indikovaná je určena dětem a dospívajícím, u kterých není možné prokázat škodlivé užívání látky nebo závislost, ale vykazují varovné známky užívání.

Protidrogová prevence disponuje třemi hlavními kategoriemi. První kategorie spadá do primární prevence, která má za úkol předcházet problémům s návykovými látkami u těch osob, které ještě nezačali s užíváním. Dále se člení na efektivní, specifickou a nespecifickou primární prevenci:

- a) Efektivní primární prevence je odbornou veřejností akceptovaná úroveň poskytovaných služeb, která splňuje její zásady a umožňuje tak dosáhnout maximální kvality a efektivity preventivního působení. Cílem je předcházet problémům a následkům souvisejících se vznikem závislosti.
- b) Specifická primární prevence zahrnuje aktivity, které se zaměřují přímo na primární prevenci užívání návykových látek.
- c) Nespecifická primární prevence podporuje zdravý životní styl, napomáhající snižovat riziko vzniku a rozvoje sociálně patologických forem chování, zaměřující se na projektivní faktory vzniku závislosti.

Sekundární prevence poskytuje efektivní pomoc těm, kteří začali užívat návykovou látku, ale stav u nich tolik nepokročil.

Terciální prevence se kryje s léčbou závislostí a mírněním vzniklých škod. Týká se předcházení vážnému nebo trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození v souvislosti s užíváním návykových látek **(34)**.

Kouření tabákových výrobků je nejčastější závislostí ve vyspělých státech. Navíc se jedná o legálně rozšiřovanou drogu, v případě, že se cigarety prodávají osobám mladším osmnácti let. Mladší jedinci se ale k tabákovým výrobkům snadno dostanou, ať porušuje zákon prodejce cigaret nebo si obstarají cigarety od starší osoby sami.

Člověk si vytvoří závislost na cigaretě tím rychleji, čím dříve začne kouřit. Odborné studie uvádějí časový interval několika málo týdnů užívání cigaret a vznikem závislosti u dvanáctiletých dětí. Vyvíjející se mozek je citlivější ke změnám, jež způsobuje nikotin z cigaret. Proto se projekty týkající se prevence kouření koncentrují především na žáky základních a středních škol **(38)**.

1.9.1 Preventivní programy

Na základě epidemiologických studií a mezinárodních zkušeností týkajících se kouření nezletilých osob jsou vypracovány preventivní programy, v jehož rámci se realizují některé aktivity. Jsou to například intervenční semináře a projekty pro základní a střední školy, jejichž obecným cílem je poskytnout informace o tabáku a kouření odpovídající formou. Konkrétní cíle seminářů se soustředí na vyjasňování faktů a mýtů o kouření. Zdůrazňují, že pravidelné kouření je závislost srovnatelná se závislostí na tvrdých drogách. Dále jsou podávány informace o škodlivosti aktivního a pasivního kouření, poukazuje se na ekonomické aspekty pravidelného i nepravidelného kuřáka a prezentuje se možnost léčby závislosti na tabáku.

Cílovou skupinou těchto seminářů jsou sedmi až jedenáctileté děti mladšího školního věku (3. – 5. třída ZŠ). Pro tuto věkovou kategorii jde o typickou primární prevenci. Děti se s cigaretou v tomto věku již potkaly a vytvářejí si svůj budoucí vztah k požitkům, které jim cigareta může přinášet. Dále se semináře zaměřují na pubescenty, 15 – 16 let (1. – 2. ročník střední školy), pro něž jsou tyto semináře jak primární, tak sekundární intervencí. V této věkové kategorii řada mladých lidí denně kouří a u některých lze očekávat vytvořenou závislost na nikotinu.

Do projektů proti kouření se také aktivně zapojují sami žáci některých základních škol, kteří pracují formou skupinové diskuse. Vytvářejí prezentace

informačních materiálů, letáků apod.; počítají, kolik utratí kuřák denně, měsíčně, za deset a dvacet let. Žáci si také zkoušejí, jak odolávat tlaku okolí a kamarádů, zkoušejí si způsoby odmítání nabídnutých cigaret **(39)**. Příkladem projektu proti dětskému kouření může být projekt Řetěz lásky k dětem, jehož základním mottem je ochránit děti od tabáku **(63)**, dalším projektem je Kouření a já. Projekty jsou zaměřeny i na vzdělávání odborníků (zejména zdravotníků, sociálních pracovníků a psychologů), kteří jsou schopni poskytnout profesionální pomoc kuřákům rozhodnutým přestat kouřit. Tento projekt nese název Nekuřácké zdravotnictví **(62)**.

Pro ty, kteří již kouří a chtěli by přestat, se zakládají různé kluby, pořádají protikuřácké aktivity, víkendové kurzy, semináře, které chtějí kuřákům nabídnout všechny potřebné vědomosti, zkušenosti a prostředky, které jim mohou pomoci přestat kouřit a zřizují se poradenská centra pro odvykání kouření.

Pomocnou ruku nabízí Česká koalice proti tabáku, která vyhlásila kampaň „Správná volba napořád“. V rámci této kampaně vznikl „Klub správné volby“, který sjednocuje kuřáky usilující o překonání svého návyku **(35)**.

Dále vznikl program Nekuřácký podnik, jehož motto zní: „Smoke-free pracovní prostředí šetří životy, čas a peníze.“ Tento program je určen podnikům, které se rozhodly následovat evropské trendy a zavést nekuřácké pracovní prostředí **(40)**. Dalším projektem zaměřeným proti kouření je projekt „Sportem proti kouření“, který proběhl v roce 2007 a obsahoval desetitýdenní tréninkové cykly Chůze pro zdraví a Běh pro zdraví, určené těm, kteří při odvykání kouření potřebují zlepšit svůj dosavadní životní styl. Již dlouho probíhající motivační akcí k nekouření je soutěž „Přestaň a vyhraň“, kdy vítěz získá peněžitou výhru či zájezd. Zúčastnit se mohou všichni kuřáci od osmnácti let věku, kteří kouří nejméně jednu cigaretu denně a rozhodnou se čtyři týdny po dobu trvání soutěže nekouřit **(41)**.

1.9.2 Činnosti Světové zdravotnické organizace

Prevenčí i represí se dále zabývá Světová zdravotnická organizace, která vydala Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku (FCTC), ke které se v červnu 2003 připojila také České republika. Úmluva shrnuje hlavní kroky, které je nutné přijmout k zastavení tabákové epidemie na jednotlivých úrovních a také obsahuje celou řadu doporučení na národní, regionální a mezinárodní úrovni. Cílem Úmluvy a jejích protokolů je chránit současné a budoucí generace před ničením zdraví, sociálními, ekologickými a ekonomickými následky spotřeby tabáku a před vystavováním se tabákovému kouři **(14)**.

Velmi významným doporučením Světové zdravotnické organizace a FCTC je začlenění diagnostiky a léčby závislosti na tabáku do zdravotnického systému. Navíc článek 2.1 Rámcové úmluvy doslova uvádí, že "všem členským zemím je doporučeno přijmout opatření přísnější než minimální standardy vyžadované úmluvou." **(7)**

Světová zdravotnická organizace v dokumentu Zdraví 21: „*Zdraví pro všechny v 21. století výrazně apeluje na snížení nepříznivých důsledků návykových látek jako je tabák, alkohol a psychotropní drogy.*“

V roce 2007 vydala Komise evropských společenství Zelenou knihu s podtitulem „K Evropě bez tabákového kouře: možnosti politiky na úrovni EU“.

1.10 Léčba závislosti na nikotinu

Léčba závislosti na tabáku zahrnuje intervence behaviorální, psychosociální a farmakologickou. Mohou se uplatňovat buď jednotlivě nebo kombinovaně. Tyto intervence probíhají jednak jako krátká doporučení a poradenství (které by měl provádět každý lékař) a jednak jako intenzivní podpora a léčba (specializovaná pracoviště – centra léčby závislosti na tabáku). U závislých na nikotinu zahrnuje tato léčba farmakoterapii, a u všech jsou vhodné kontroly (19).

Správně vedená léčba je zaměřena na obě složky závislosti - na psychickou i fyzickou. V dnešní době jsou k dispozici moderní léky, které dokážou odstranit nebo alespoň výrazně zmírnit abstinenci příznaky. Nejdůležitějším faktorem ale zůstává samo rozhodnutí kuřáka přestat kouřit.

Nedílnou součástí komplexního přístupu je léčba psychické závislosti na tabáku. Je důležité si uvědomit, kolik času stráví kuřák svým kuřáckým chováním. Kuřák, který za den vykouřil patnáct cigaret, strávil nad cigaretou asi dvě hodiny denně. Kouřil-li například třicet let, není jednoduché se tohoto „kuřáckého“ chování zbavit a začít se chovat jako „nekuřák“.

Základem léčby fyzické závislosti je potlačení abstinenci příznaků, které se u kuřáků závislých na nikotinu při zanechání kouření projeví a jež jsou častou příčinou neúspěchu. Současná medicína má k dispozici účinné preparáty, které abstinenci příznaky odstraní nebo výrazně potlačí a pravděpodobnost úspěchu minimálně zdvojnásobují.

1.10.1 Hodnocení úspěšnosti současné léčby

Intenzivní intervence zahrnuje psychosociální a behaviorální intervencí a farmakologickou léčbu. Lékem první volby je náhradní terapie nikotinem a bupropion. Za úspěch se považuje i jen dlouhodobá (nejméně šest, nejlépe dvanáct měsíců) abstinence. Biochemik dokáže tuto abstinenci verifikovat buď stanovením oxidu uhelnatého ve vydechovaném vzduchu nebo stanovením kotininu (metabolit nikotinu) v plazmě nebo séru (kotinin v moči nebo slinách je méně přesný).

Při léčbě závislosti na nikotinu je z 10 % účinná intenzivní psychobehaviorální intervence a to nejméně jednu hodinu týdně. Velmi neúspěšné je podání placebo nebo neasistované pokoušení o nekuřáctví – úspěšnost je asi 3 – 5 %. Farmakoterapie (náhradní terapie nikotinem nebo podání bupropionu nebo kombinace obojího) vždy zdvojnásobuje úspěšnost léčby. Kombinovaná terapie, tedy podávání farmakoterapie společně s intenzivní intervencí, může dosáhnout abstinence u cca 20 % kuřáků.

1.10.2 Behaviorální a psychosociální intervence

Každý lékař by měl v dokumentaci každého pacienta identifikovat kuřáka a každému kuřákovi jasně doporučit přestat.

Lékař by měl posoudit motivaci přestat. Jestliže pacient přestat nechce, lékař se ho pokusí motivovat. Vysvětlí souvislost kouření s nálezem, diagnózou, prognózou, obtížemi atd. Při další návštěvě opakuje dotaz na kuřáctví a doporučuje přestat, ovšem musí se vždy chovat empaticky.

Pokud pacient motivaci dosud stále postrádá, lékař mu ji pomůže najít podle metody „4R“:

Relevance – najít motivaci relevantní zdravotnímu stavu, rodinné a sociální situaci, věku, pohlaví, vzdělání a podobně.

Risks – probrat potenciální rizika kouření. Například akutní rizika (dušnost, neplodnost, zhoršení astmatu, impotence, zvýšený obsah oxidu uhelnatého v krvi), dlouhodobá rizika (infarkty a mozkové mrtvice, rakovina, chronické plicní onemocnění a znečišťování ovzduší, které vede ke zvýšenému riziku rakoviny plic pro partnery a děti, vznik astmatu u dětí...atd.)

Rewards – odměny pro pacienta, v případě, že přestane kouřit. Například zlepšení zdraví, zlepšení chuti, ušetřené peníze, dobrý příklad dětem, lepší kondice...atd.

Repetition – opakování motivační intervence podle potřeby (2).

Pokud pacient chce přestat kouřit, lékař se pacienta zeptá na nejčastější kuřácké situace a pokusí se ho přimět k tomu, aby si dopředu připravil náhradní řešení, jak je prožívá bez cigarety, popřípadě jak se jim vyhnout (10).

Součástí doporučení by mělo být poučení o vzestupu tělesné hmotnosti po zanechání kouření, které je úměrné předchozí intenzitě kouření a kterému lze předejít mírným omezením energetického příjmu.

V případě závislosti na nikotinu (kouří nejméně deset cigaret denně a první si zapaluje do hodiny po probuzení) lékař doporučí některou z možností farmakoterapie. Dále si pozve pacienta na kontroly, zejména v prvních týdnech a měsících. I když tato intervence trvá 3-5 minut a má účinnost 3-5 %, má obrovský význam.

1.10.3 Krátká intervence

Každý zdravotník by měl jako samozřejmou součást své klinické práce aplikovat krátkou intervenci (3-5 minut, tzv. „schéma 5A“ - podle anglické verze, česky „schéma 5P“).

Schéma krátké intervence vypadá takto:

Ptát se (ask): Ptát se na kuřáctví a zaznamenat do zdravotnické dokumentace následující informace:

- od kolika/popřípadě do kolika let věku kouří/kouřil
- co kouří, případně v jaké jiné formě tabák užívá
- kolik cigaret kouří denně, týdně

Poradit (advice): Poradit, jasně doporučit kuřákům zanechat kouření.

Posoudit (assess): Posoudit ochotu pacienta přestat. Není-li pacient přesvědčen přestat s kouřením, je možné ho k tomu motivovat. Důležité je adekvátně pacientovi vysvětlit výhody nekuřáctví vzhledem k jeho klinickému nálezu. Pokud jeho nezájem přestat kouřit nadále přetrvává, je třeba s intervencí skončit.

Pomoci (assist): Pomoci těm kuřákům, kteří chtějí přestat kouřit. Lze pomoc doporučením náhradní nikotinové terapie nebo bupropionu a podat informace o jejich účinku a správném užívání. Dále je dobré nabídnout podporu – například předem si připravit náhradní činnost pro typické kuřácké situace, eventuálně doporučit návštěvu specializovaného centra léčby závislosti na tabáku

Plánování (arrange follow up): Plánovat kontrolní návštěvy (19).

1.10.4 Specializovaná pomoc zdravotníků

V České republice vznikaly od roku 2004 specializovaná centra léčby závislosti na tabáku zatím při fakultních nemocnicích (v rámci projektu Center léčby závislosti na tabáku s podporou Ministerstva zdravotnictví ČR a České kanceláře Světové zdravotnické organizace, České koalice proti tabáku a farmaceutickou společností Pfizer a Boehringer Ingelheim. Hlavním realizátorem Centra pro léčbu je společnost PharmTop), většinou na pneumologických nebo interních klinikách **(19)**. Cílem projektu bylo vybudovat řízenou síť center pro léčbu závislosti na tabáku a tím napomoci začlenění léčby této závažné nemoci do struktury zdravotní péče **(7)**.

Centra léčby závislosti na tabáku jsou specializovaná pracoviště s nejméně jedním speciálně vyškoleným lékařem a jednou sestrou nejsou začleněna do léčebně preventivní péče, většinou jsou součástí pneumologických nebo interních klinik. Nabízejí diagnostiku, základní klinické vyšetření, intenzivní psychosociální a behaviorální intervence (skupinové či individuální), indikují farmakoterapii a dlouhodobě dispenzarizují kuřáky, kteří chtějí přestat kouřit. Poskytují také informace, které se týkají užívání tabáku.

Hlavním úkolem center bude působit jako terapeutické a diagnostické pracoviště, jako edukační zařízení a zdroj dat, která bude možno využít pro další začlenění léčby závislosti na tabáku do systému zdravotnictví. Dalším úkolem center bude působení v rámci nemocnice jako odborné konzultační centrum.

Centra léčby závislosti na tabáku se nacházejí v těchto městech: Brno, Břeclav, Česká Lípa, České Budějovice, Frýdek-Místek, Hořovice, Chomutov, Jeseník, Krnov, Liberec, Litoměřice, Olomouc, Ostrava, Pardubice, Plzeň, Praha, Strakonice. Kontakty na tyto centra jsou uvedeny v příloze 3 **(7)**.

Poradny pro odvykání kouření

Poradny pro odvykání kouření vznikaly především v 90. letech 20. století. Měly různé zázemí a nabízely možnost především psychosociální podpory a podrobnější konzultace, nebývaly součástí léčebně preventivní péče. Seznam poraden pro odvykání kouření lze najít na stránkách České koalice proti tabáku www.dokurte.cz. Poradny

v České republice se nacházely asi ve čtyřiceti městech České republiky (19). Pro úplnost považuji za důležité zmínit současný stav problematiky protikuřáckých poraden. V souvislosti s restrukturalizací soustavy zdravotních ústavů a jejich provázaností s protikuřáckými poradnami, neshledávám stav sítě zmíněných poraden v dnešních dnech utěšeným.

1.10.5 Individuální nebo skupinová behaviorální terapie

Individuální nebo skupinovou behaviorální terapii by měl poskytovat specialista na léčbu závislosti na tabáku. Je to dlouhodobý program, čím dlouhodobější a intenzivnější, tím účinnější (po více než 3 hodinách trvání terapeutického sezení se však účinnost nezvyšuje), při současné aplikaci farmakoterapie lze dosáhnout abstinence u 10 – 30 %.

1.10.6 Náhradní nikotinová terapie

Smyslem náhradní nikotinové terapie (dále jen NNT) je nahradit kouření dodáváním samotného nikotinu ve snižujících se dávkách až do jeho úplné eliminace či užití léčiva (bupropionu) (45). Existuje několik forem NNT, jejichž účinnost se vzájemně neliší: nikotinová náplast, nikotinové žvýkačky, inhalační nikotin, dále pak přichází na řadu farmakologická léčba (vareniclin, bupropion) Přípravky NNT jsou volně prodejné (10).

Náplast

Náplast se nalepí na neochlupené místo na těle (např. na paži), kde se ponechá podle typu náplasti 16 nebo 24 hodin. Po tuto dobu se z nich uvolňuje nikotin kontinuálně, ale pomaleji než ostatní formy, které umožňují vnímat „peaky“ a moderovat dávkování podle okamžité potřeby. Jeho přísun je tedy trvalý a pravidelný, a proto jsou náplasti vhodné především pro středně až silně závislé kuřáky, kteří kouří pravidelně (50). U silných kuřáků se doporučuje kombinace náplastí s některou z ostatních (orálních) forem.

Léčba by měla trvat v plné dávce minimálně osm až dvanáct i více týdnů (kratší léčba než 8 týdnů ztrácí uvedenou účinnost).

Stanovení dávky se provádí orientačně: z náplasti se vstřebá za danou dobu (16 nebo 24 hodin) množství uvedené na obalu. U ostatních třech orálních forem se ale vstřebá většinou maximálně polovina uvedeného množství. Navíc vstřebávání závisí na pH. Nikotin se vstřebává při lehce zásaditém pH (kolem 8,5), proto při užití orální formy NTN se doporučuje současně nejíst ani nepít, zejména kyselé potraviny a nápoje.

Žvýkačky

U žvýkaček je důležité dodržet způsob žvýkání: několikrát jen nakousnout, odložit na cca 30 vteřin pod jazyk nebo za dásně, pak opakovat. Při příliš rychlém žvýkání totiž pacient větší část dávky nikotinu spolýká – ze žaludku se prakticky žádný nikotin nevyužije, dále se jako nežádoucí vedlejší účinek tvoří více slin, může se objevit pálení v krku, nauzea, škytavka. Pro orientaci o nutné substituční dávce nikotinu je dobré si uvědomit, že kuřák vstřebá z jedné cigarety 1-3 mg nikotinu, podle intenzity kouření, a bez souvislosti s druhem cigarety **(10)**.

Žvýkačky mají ze všech používaných forem náhradní nikotinové léčby asi nejširší použití. Jsou vhodné pro všechny odvykající kuřáky závislé na nikotinu, ať už silně nebo pouze slabě **(50)**.

Jako kontraindikace jsou nejčastěji uvedeny akutní kardiovaskulární onemocnění, těhotenství nebo dětský věk. Náhradní nikotinová terapie je však vždy méně nebezpečná než samotné kouření. Proto je podle doporučení Světové zdravotnické organizace indikována pro všechny kuřáky závislé na nikotinu, kteří nemohou přestat bez léčby, včetně kardiovaskulárních pacientů, adolescentů nebo těhotných žen, doporučen je dohled lékaře. Také pro ty, kteří nedokážou přestat, znamená nikotinová terapie v kombinaci s omezeným počtem cigaret vyšší pravděpodobnost abstinence v budoucnosti. Rovněž dlouhodobá léčba (měsíce i roky) je vždy lepší než kouření. NTN je vhodná i k potlačení abstinčních příznaků během krátkodobé abstinence např. v letadle nebo během hospitalizace v nemocnici **(10)**.

Inhalátor

Inhalátor je umělohmotná trubička, která obsahuje kapsli s nikotinem. Vdechováním vzduchu z inhalátoru se vstřebává nikotin sliznicí ústní dutiny nebo přímo v plicích. Inhalátor je vhodný pro stejný typ kuřáků jako žvýkačka s tím rozdílem, že jim umožní manipulaci se špičkou inhalátoru podobně jako s cigaretou. Během používání inhalátoru není vhodné jíst či pít.

1.10.7 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba je vhodná pro kuřáky závislé na nikotinu, tedy ty, kteří kouří deset a více cigaret denně a po probuzení si do hodiny zapalují první cigaretu. Farmakologická léčba však zabraňuje nebo zmírňuje především abstinenci příznaky. Pacient by neměl očekávat, že mu zabrání kouřit. K tomu je nutné jeho rozhodnutí a aktivní změna životního stylu **(10)**.

Bupropion

Bupropion se původně používal jen jako antidepresivum. Je však jako jediné antidepresivum indikován pro léčbu závislosti na tabáku u pacientů bez deprese. Tento lék ovlivňuje metabolismus dopaminu (inhibuje jeho zpětné vychytávání) a aktivitu noradrenalinu v cévní nervové soustavě. Jeho účinnost (přibližně ztrojnásobení počtu dosažení abstinence, podobně jako NTN) se příliš neliší podle míry závislosti, anamnestických údajů deprese nebo alkoholizmu.

Léčba bupropionem začíná jeho podáním 1 - 2 týdny před „dnem D“, v dávce 1 tableta (150 mg) ráno. Po 1 týdnu se dávka zvětšuje na dávku 2krát 150 mg což je doporučená dávka. Léčba by neměla trvat déle než 7 – 9 týdnů. Bupropion je u silných kuřáků vhodné kombinovat s některou z forem NTN **(10)**.

Bupropion je výhradně vázán na recept, ale bez omezení odbornosti.

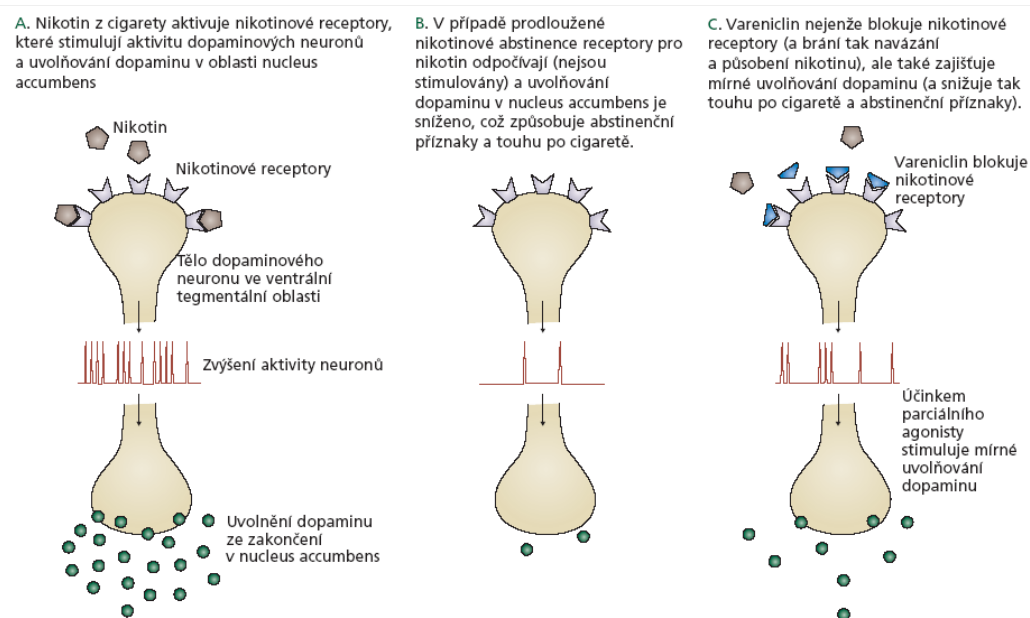
Kontraindikacemi jsou především křečové stavy typu epilepsie, bulimie a anorexie v anamnéze.

Vareniclin

V roce 2006 byl v USA schválen a do klinické praxe zaveden lék Vareniclin. Patří mezi první léky, které neobsahují nikotin a byl cíleně vyvinut k léčbě závislosti na tabáku (21).

Vareniclin je účinnější než bupropion. Elektrofyzilogické studie in vitro a neurochemické studie in vivo prokázaly, že se vareniclin váže na neuronální nikotinové acetylcholinové receptory a stimuluje aktivitu zprostředkovanou těmito receptory, ovšem na významně nižší úrovni než nikotin. Nikotin soutěží o stejná vazebná místa, ke kterým má vareniclin vyšší afinitu. Proto může vareniclin účinně blokovat schopnost nikotinu plně aktivovat receptory a mesolimbický dopaminergní systém – což je neuronální mechanismus, který je podkladem pro upevnění návyku a pocit odměny prožívaný při kouření. Předpokládá se, že účinnost při odvykání kouření je dána částečným agonistickým účinkem vareniclinu na nikotinovém receptoru, kde jeho navázání vyvolává účinek dostatečný k úlevě od abstinčních symptomů a zároveň snižuje odměňující a posilující účinky kouření tím, že zabraňuje navázání nikotinu na receptory (9).

Obrázek 1



Zdroj: Králíková (20)

Další metody odvykání kouření, které nejsou příliš doporučované pro nedostatek důkazů o úspěšnosti, jsou akupunktury, hypnózy, užívání lobelinu a jiné alternativní metody. Tyto metody neškodí lidskému zdraví, mají však účinnost placebo (cca kolem 5 %), přesto mohou pomáhat lidem, kteří si je přejí a důvěřují jim. Mohou být součástí psychické podpory **(10)**. Dále jsou to rostlinné nebo homeopatické přípravky, které v dnešní době spíše ustupují do pozadí léčby. Tyto přípravky mají stejnou vlastnost jako výše popsané metody. Dále se užívaly přípravky, které „zhoršovaly chuť cigaret“ (například acetát stříbra) tím, že reagovaly s cigaretovým kouřem. Některé tyto látky mohou mít nežádoucí účinky **(31)**.

Silní kuřáci také někdy využívají především pro psychickou podporu tzv. špičky. Se špičky, někdy s mentolovou vůní, se pouze manipuluje v prstech nebo se drží v ústech. Nemohou se zapálit, neobsahují žádný nikotin. Špičky jsou určeny pro ty, kteří potřebují neustálou manipulaci s cigaretou **(50)**.

Příspěvky zdravotních pojišťoven na léčbu odvykání kouření se pohybují v rozmezí od 500 do 2000 Kč, přičemž nejvyšší příspěvek 2000 Kč dostanou těhotné ženy a kojící ženy. Pacienti musí předložit doklad z lékárny, musí se léčit lékařem z centra závislosti na tabáku, musí splňovat věk osmnáct let. Některé pojišťovny vyžadují trvání léčby minimálně tři měsíce.

1.10.8 Společnost pro léčbu závislosti

Společnost pro léčbu závislosti na tabáku sdružuje lékaře a další zdravotníky, kteří se zabývají léčbou závislosti na tabáku. Tato společnost má v rámci své činnosti tyto aktivity:

- Získávat nejnovější informace ze světa (například na webových stránkách Society for Research on Nicotine and Tobacco, www.srnt.org)
- Šířit současná doporučení léčby mezi zdravotníky
- Zařadit, případně rozšířit výuku této léčby do sylabů lékařských fakult
- Pořádat konference a semináře, včetně možností získávat kredity ČLK
- Kurzy v rámci postgraduálního vzdělávání, až několik desítek do roka
- Zvýšit dostupnost účinné léčby závislosti na tabáku v rámci naší zdravotní péče
- Propagace projektu proti kouření na stránkách SLZT.

Dlouhodobým cílem SLZT je používání krátké intervence všemi lékaři, zřídit specializované centrum léčby v každé okresní nemocnici, vyškolení lékaře a sestry v této léčbě, medializovat možnosti této léčby, proplácet léky pacientům, pochopit závislosti na tabáku jako nemoci a zavést účinná opatření podle Rámcové úmluvy o kontrole tabáku Světové zdravotnické organizace. SLZT požaduje ratifikaci a naplnění Rámcové úmluvy o kontrole tabáku. Je to první právně závazný dokument v historii WHO (podobný princip jako Kyotský protokol), který shrnuje základní body mezinárodní kontroly tabáku vzhledem k celosvětové pandemii kouření (daně, zdravotní varování, ochranu nekuřáků, informace o obsahu tabákového kouře, naprostý zákaz reklamy, dostupnou léčbu závislosti na tabáku a další) **(16)**.

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

Hlavní cíl: Monitoring prevalence kouření u seniorů.

Dílčí cíl: Zjištění informovanosti seniorů o problematice kouření.

2.2. Hypotézy

H₁: Seniori kouří i přes své chronické onemocnění.

H₂: Seniori zaujímají kladný postoj k zákazu kouření v restauracích a na veřejném prostranství.

3. Metodika a charakteristika souboru

3.1 Metodický postup

Pro monitoring prevalence kouření u seniorů a zjištění jejich informovanosti o problematice kouření byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Úkolem kvantitativního šetření je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje se s velkým souborem respondentů.

Terénní sběr dat byl uskutečněn formou anonymního dotazníkového šetření.

Dotazník je standardizovaný soubor otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Jde o relativně nejrozšířenější a nejpopulárnější techniku sociologického výzkumu (5).

Cílovou skupinu tvoří respondenti ve věku od šedesáti let. Horní věková hranice nebyla určena.

3.2 Dotazník

Dotazník použitý v diplomové práci byl inspirován prací „Kouření u seniorů“ Kotrbové, publikované v časopisu Kontakt (18).

Formulář dotazníku je tvořen celkem dvaceti třemi otázkami (viz příloha 1) a mimo jiné obsahuje údaje o pohlaví a věku respondenta.

Osmnáct otázek tvoří tzv. uzavřené otázky, které nabízejí soubor možných variant odpovědí, ze kterých respondent vybere vhodnou odpověď. Odpovědi na otázky jsou předem formulovány a dotazovaný respondent vybírá odpověď, která je nejbližší jeho názoru nebo postoji k dané problematice.

Uzavřené otázky mají v tomto dotazníku několik variant odpovědí. Šest otázek nabízí dvě varianty odpovědi: *ano* a *ne* (otázky č. 3, 4, 13, 19, 20, 22). Těmito šesti otázkami se dotazujeme respondenta na kouření v současnosti, v minulosti, na chronické onemocnění, na vliv reklamy a zdravotní prevence a na kouření jako onemocnění. Pět otázek má tři možnosti odpovědi: *ano*, *ne*, *občas/nevím* (otázky č. 14, 15, 16, 18, 23). Uvedené otázky se týkají kouření v bytě a před rodinnými příslušníky,

dotazování lékaře pacientů na kouření a doporučení přestat s tímto zvykem, a zda dotazovaný respondent ví o zařízení pro odvykání kouření v místě jeho bydliště. Další uzavřené otázky mají čtyři až pět možností pro výběr vhodné odpovědi (otázky 11, 12, 17, 19, 21), respondent má dovoleno vybrat si jednu i více možností. Jsou to např. dotazy zaměřené na důvody začátku kouření, důvody přestat kouřit, jaký typ nikotinové náhradní léčby respondent vyzkoušel atp.

Otevřené otázky byly položeny tak, aby respondent vypsál jednoznačnou odpověď. Odpovědi se týkají počtu vykouřených cigaret, v kolika letech začal respondent kouřit, časového rozpětí od probuzení do zapálení první ranní cigarety či zdravotního problému či nemoci. U otázky č. 12 mohli respondenti doplnit vlastní komentář k důvodu přestat kouřit. Taktéž v otázce č. 20, kde se mohli rozepsat o formě zdravotní prevence o škodlivosti kouření, která na ně měla vliv.

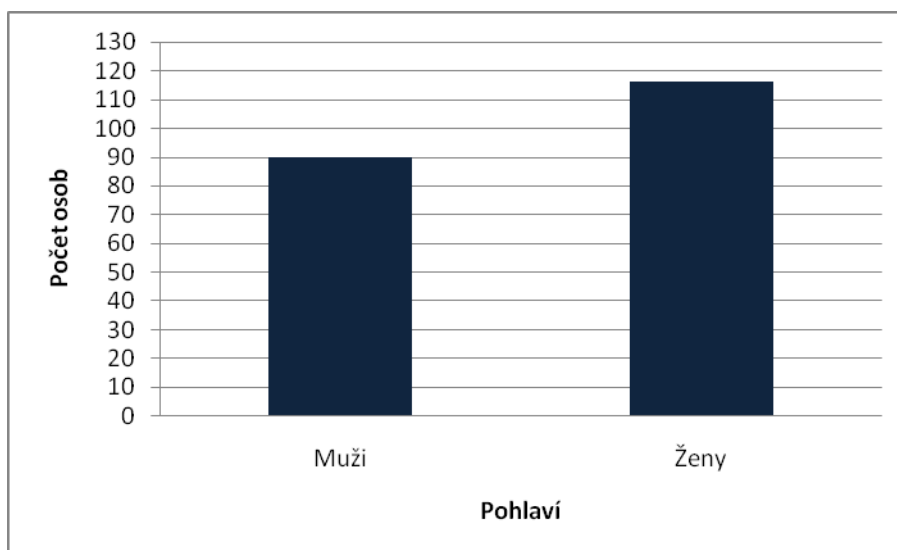
3.3 Charakteristika souboru

Ke zjištění informovanosti seniorů o problematice kouření byli osloveni senioři ve věku nad šedesát let, kterým byl určen anonymní dotazníkový formulář.

Celkem bylo rozdáno 210 dotazníků. Na základě 98,08 % návratnosti byl soubor tvořen s 206 respondenty.

V dotazníkovém šetření bylo zjištěno rozložení souboru v poměru 90 mužů (44 % mužů) a 116 žen (56 % žen) – viz Graf 1.

Graf 1. Zastoupení respondentů podle pohlaví

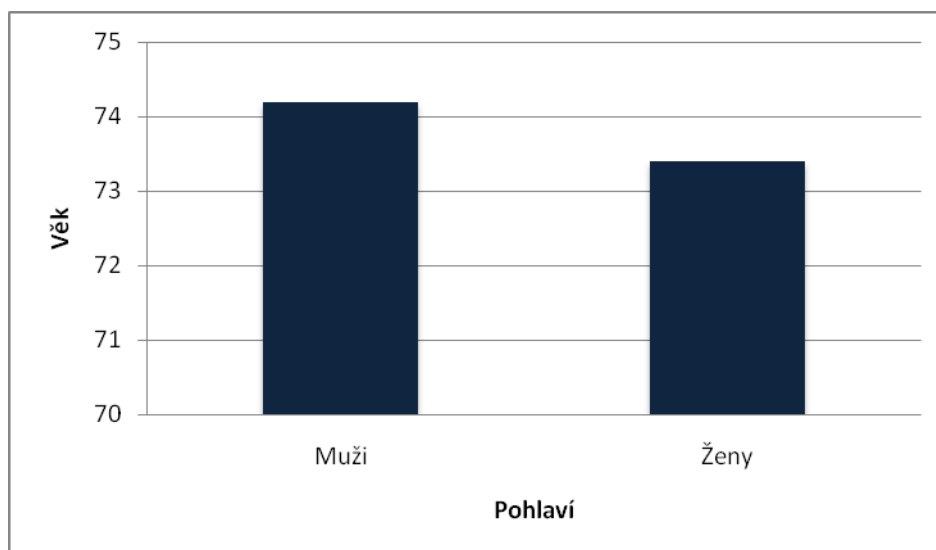


Zdroj: Vlastní výzkum

Druhým identifikačním znakem souboru byl věk. Průměrný věk mužů byl 74,2 let, průměrný věk žen byl 73,4 let (viz Graf 2). Celkový věkový průměr respondentů byl 73,7 let.

Věkový rozptyl souboru byl od 60 do 97 let. Medián, odhad střední hodnoty, spočítaný pro věkovou charakteristiku souboru byl 73 let. Modus, hodnota udávaná nejčastěji, byl 65 let.

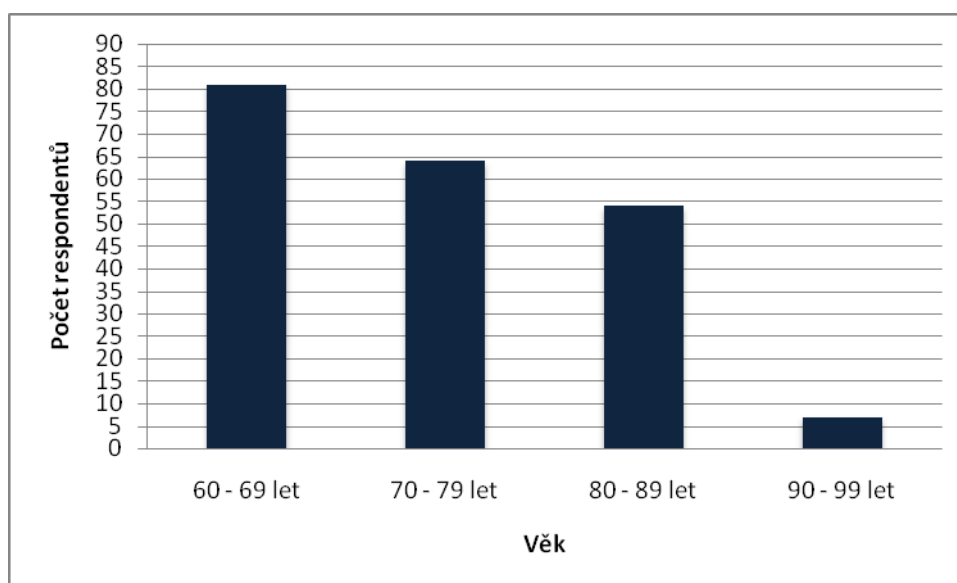
Graf 2. Průměrný věk respondentů podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Rozložení respondentů podle věkových skupin sleduje v absolutní četnosti Graf 3. Skupinu respondentů ve věkovém intervalu 60 – 69 let tvoří 81 respondentů (tj. 39 % z celého souboru dotazovaných). V intervalu 70 – 79 let se nachází 64 respondentů (31 % ze souboru); 54 respondentů (26 %) tvoří věkový interval od 80 do 89 let. Nejmenší soubor seniorů, kteří se účastnili dotazníkového šetření, se nachází ve věku od 90 – 99 let. Je tvořen sedmi seniory (3 % seniorů z celkového počtu respondentů).

Graf 3. Věkové rozložení respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

4. Vyhodnocení výzkumu

4.1 Kouření respondentů v minulosti

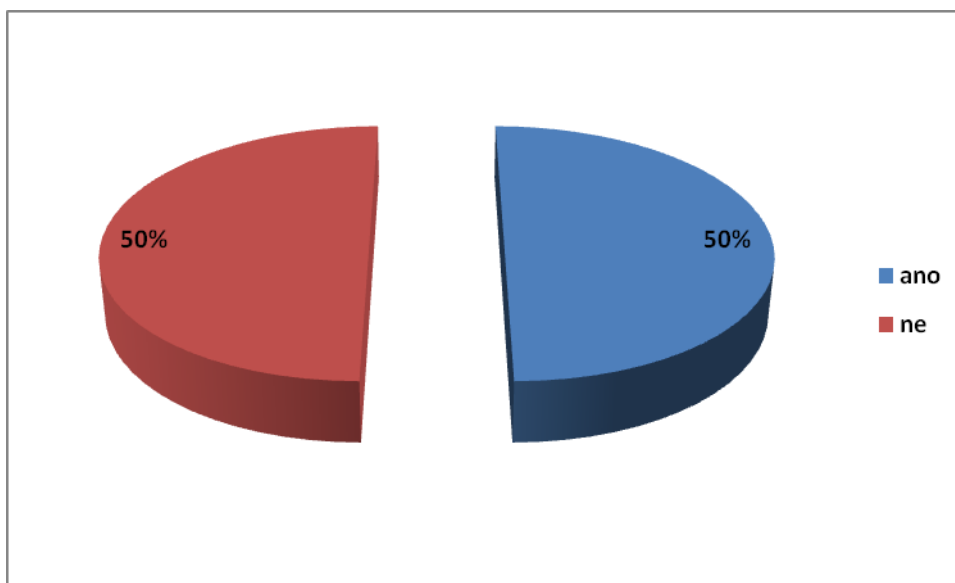
Otázka číslo tři dotazníku zjišťuje vztah respondentů k cigaretám v minulosti. Respondenti odpovídali na otázku „*Kouřil(a) jste v minulosti?*“ následovně:

Tabulka 1. Kouření respondentů v minulosti

	Ano (kuřáci)	Ne (nekuřáci)
muži	60	43
ženy	43	60
celkem	103	103

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4. Kouření respondentů v minulosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Z dotazníkového průzkumu je zřejmé, že celkový poměr seniorů kouřících v minulosti a nekuřáků je 1:1. Dále můžeme konstatovat, že počet mužů kuřáků je o 30 % vyšší než žen kuřáček (Tab. 1). Z celkového počtu 90 mužů jich v minulosti

kouřilo 67 %, z celkového počtu 116 žen je 37 % kuřáček (v minulosti). Padesát procent seniorů je nekuřáků.

4.2 Kouření respondentů v současné době

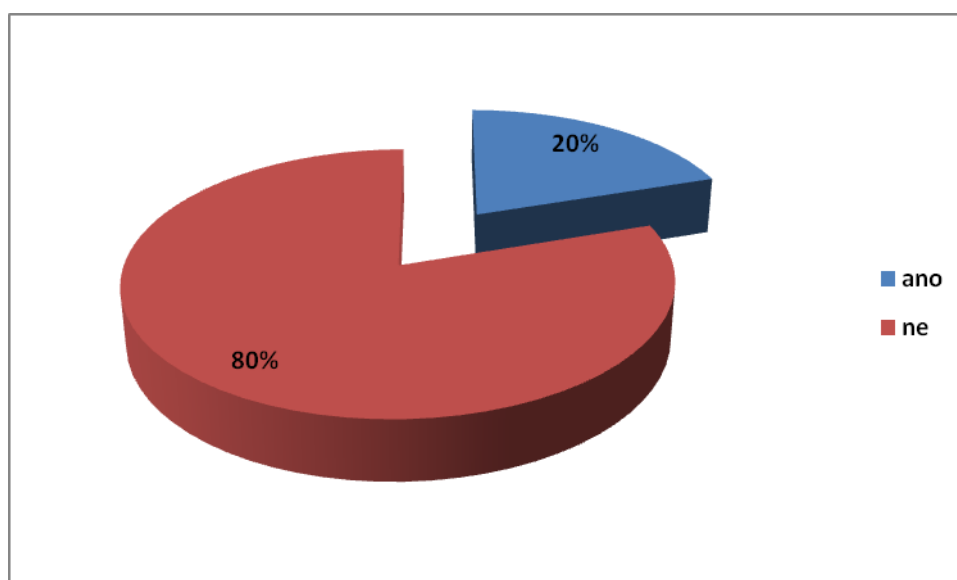
Otázka č. 4: „Kouříte v současné době?“ je hodnocena pro úplnost dvěma způsoby:

a) ze skupiny všech respondentů (206 respondentů)

b) ze skupiny respondentů, kteří kouřili i v minulosti (103 respondentů)

- a) Z celkového počtu respondentů (206) odpovědělo „ano“ 41 respondentů (tj. 20 %). Zbylých 165 dotazovaných (80 %) udalo, že nekouří (Graf 5).

Graf 5. Kouření respondentů v současné době

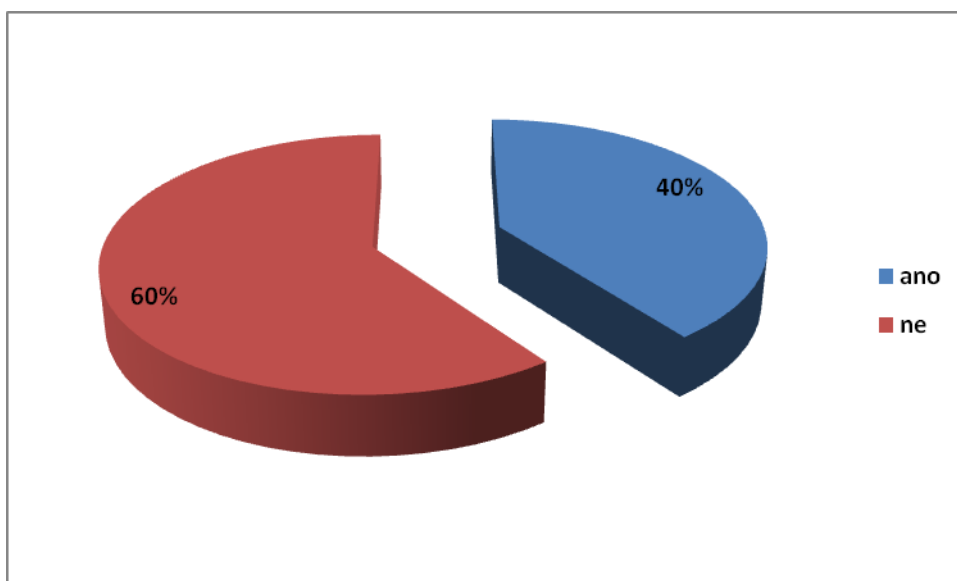


Zdroj: Vlastní výzkum

b) Z počtu respondentů, kteří kouřili i v minulosti (103), jich v současné době stále kouří 40 %.

60 % respondentů lze zařadit mezi bývalé kuřáky. U této skupiny respondentů lze konstatovat, že se zbavili závislosti na nikotinu (Graf 6).

Graf 6. Kouření respondentů v současnosti



Zdroj: Vlastní výzkum

4.3 Počet vykouřených cigaret denně

Otázky číslo pět a šest dotazníku se zaměřují na aktivní kuřáky, kteří tvoří 40 % z celkového počtu respondentů (41 respondentů).

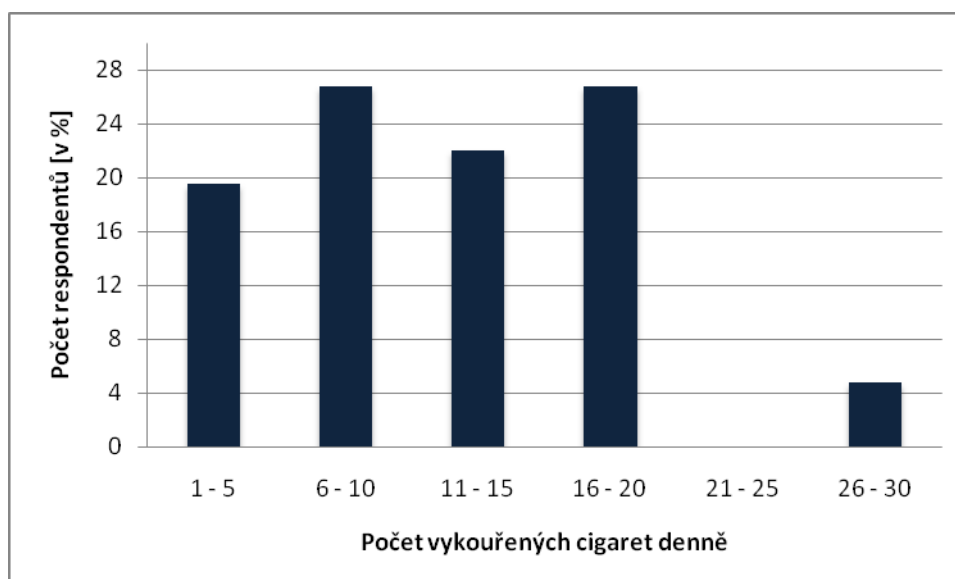
K největšímu počtu vykouřených cigaret za den se přiznalo 5 % kuřáků. Vykouří třicet cigaret denně. 27 % respondentů kouří jednu krabičku cigaret denně, to je dvacet cigaret. Deset až patnáct cigaret denně vykouří 39 % respondentů, sedmnáct procent kuřáků si dopřeje pět až osm cigaret denně a 12 % seniorů kouří méně než pět cigaret denně. Za příležitostné kuřáky lze považovat 2 % respondentů, kteří kouří méně než jednu cigaretu denně.

Tabulka 2. Počet vykouřených cigaret denně

Počet cigaret	Počet odpovědí	Počet cigaret	Počet odpovědí
1	1	8	3
2	1	10	7
3	1	12	2
4	2	15	7
5	3	20	11
6	1	30	2
		celkem	41

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7. Počet vykouřených cigaret denně



Zdroj: Vlastní výzkum

4.4 Doba, která uplyne od probuzení do zapálení si první cigarety

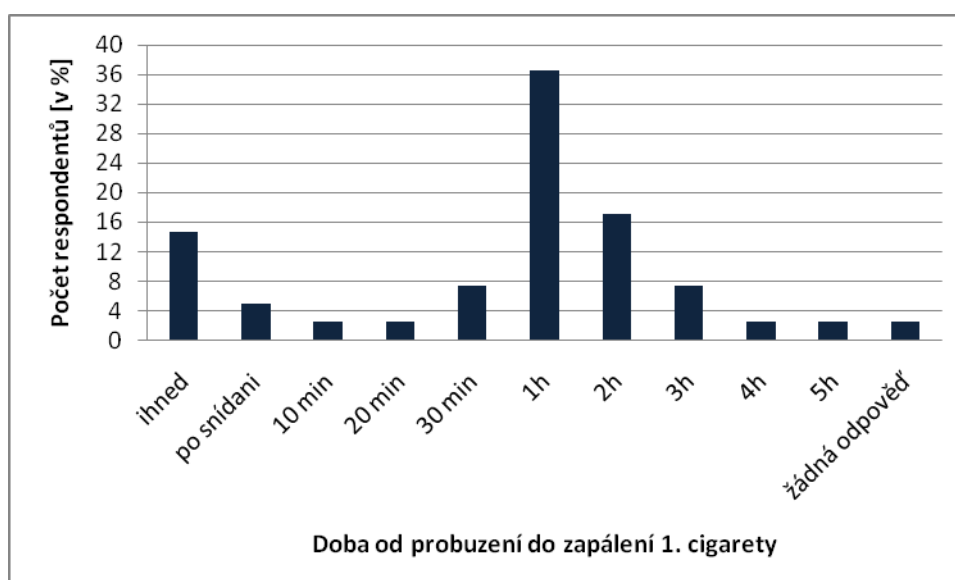
Otázka č. 6 byla zaměřena na současné kuřáky (skupina čítající 41 respondentů, tj. 40 % z celkového počtu dotázaných seniorů). Odpověď „ihned“ uvedlo 14,6 % respondentů, odpověď „po snídani“ 4 % dotázaných. Nejčastější časový interval od probuzení po zapálení první cigarety byl „za hodinu po probuzení“, uvedlo ji více než 36 % respondentů. Další nejčastější odpověď zněla „za dvě hodiny“, za tuto dobu od probuzení si zapálí cigaretu 17 % seniorů. Více než dvě hodiny od probuzení si zapálí cigaretu 12 % respondentů. Na tuto otázku neodpověděl jeden respondent patřící do skupiny současných kuřáků.

Tabulka 3. Jak brzy po probuzení si zapálíte cigaretu

Doba od probuzení po zapálení první cigarety	Počet odpovědí	Doba od probuzení po zapálení první cigarety	Počet odpovědí
ihned	6	2 hodiny	7
po snídani	2	3 hodiny	3
10 minut	1	4 hodiny	1
20 minut	1	5 hodin	1
30 minut	3	žádná odpověď	1
1 hodina	15	celkem	41

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8. Jak brzy po probuzení si zapálíte cigaretu



Zdroj: Vlastní výzkum

4.5 Počátek prvního kouření

Na otázky č. 7 až 17 dotazníku odpovídali jen kuřáci (současní nebo bývalí) - ti tvoří skupinu se 103 respondenty, z nichž v době průzkumu kouřilo 41 seniorů.

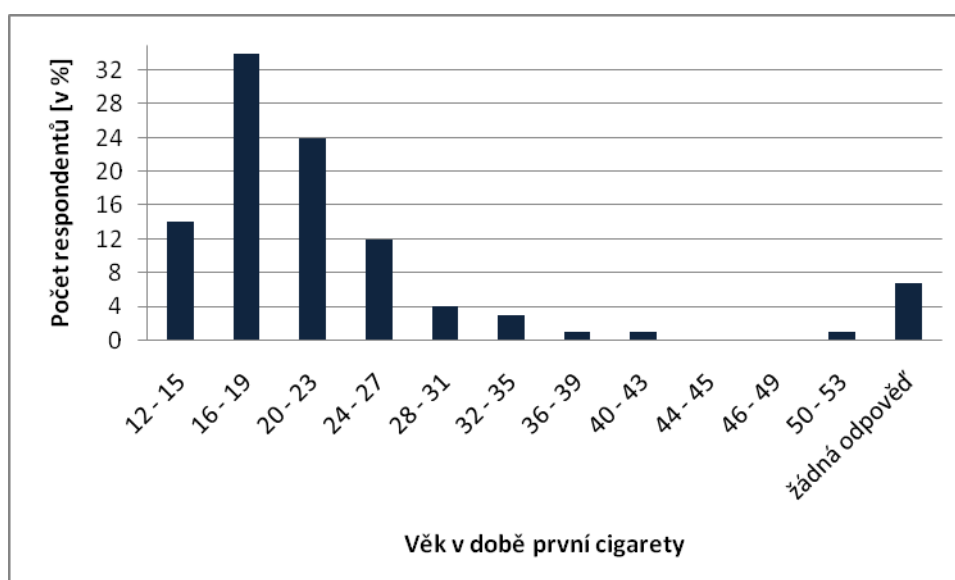
Otázka č. 7 zněla: *V kolika letech jste začal(a) s kouřením?*

Tabulka 4. První vykouřená cigareta

První cigareta (věk)	Počet odpovědí	První cigareta (věk)	Počet odpovědí
12 let	1	25 let	9
13 let	1	26 let	1
15 let	12	30 let	4
16 let	10	32 let	1
17 let	2	35 let	2
18 let	17	38 let	1
19 let	6	40 let	1
20 let	19	50 let	1
21 let	4	žádná odpověď	7
22 let	2	celkem	103
24 let	2		

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9. Věk v době vykouření první cigarety



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro pochopení vzniku závislosti na nikotinu je důležité zjistit, v jakém věku současní i bývalí kuřáci začínali s kouřením. Kritickým obdobím pro začátek kouření je věk 20 let (Tab. 4), který uvedlo největší procento respondentů 18,4 %. Ovšem velmi silný věkový interval počátku kouření je také od 16 – 19 let (Graf 9). Dále respondenti uváděli věk 15 let. Naopak nejméně respondentů, méně než 1 %, zkusilo první cigaretu ve věku: 12 let, 13 let, 26 let, 32 let, 38 let, 40 let, 50 let. Sedm procent respondentů nevedlo žádnou odpověď. Průměrný věk respondentů, kdy vyzkoušeli kouřit první cigaretu, je 19 let.

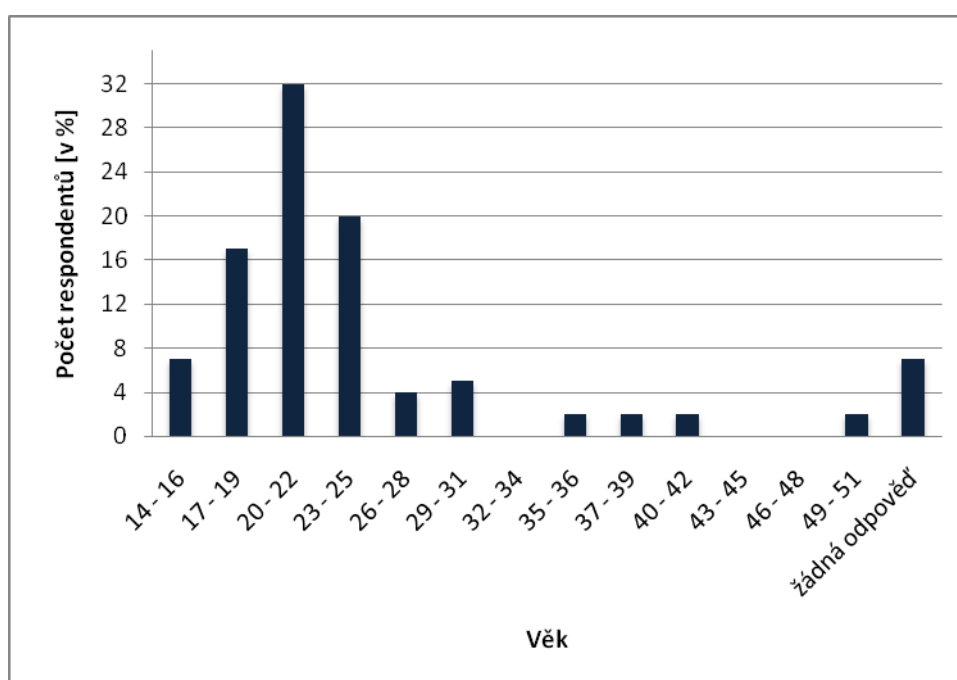
4.6 Počátek pravidelného denního kouření

Tabulka 5. Začátek denního kouření respondentů

Začátek pravidelného kouření (věk)	Počet odpovědí	Začátek pravidelného kouření (věk)	Počet odpovědí
14 let	2	25 let	16
15 let	1	26 let	2
16 let	4	27 let	1
17 let	2	28 let	1
18 let	13	30 let	5
19 let	3	35 let	2
20 let	23	37 let	1
21 let	5	38 let	1
22 let	5	40 let	2
23 let	4	50 let	2
24 let	1	žádná odpověď	7
		celkem	103

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 10. Vývoj počátku pravidelného kouření



Zdroj: Vlastní výzkum

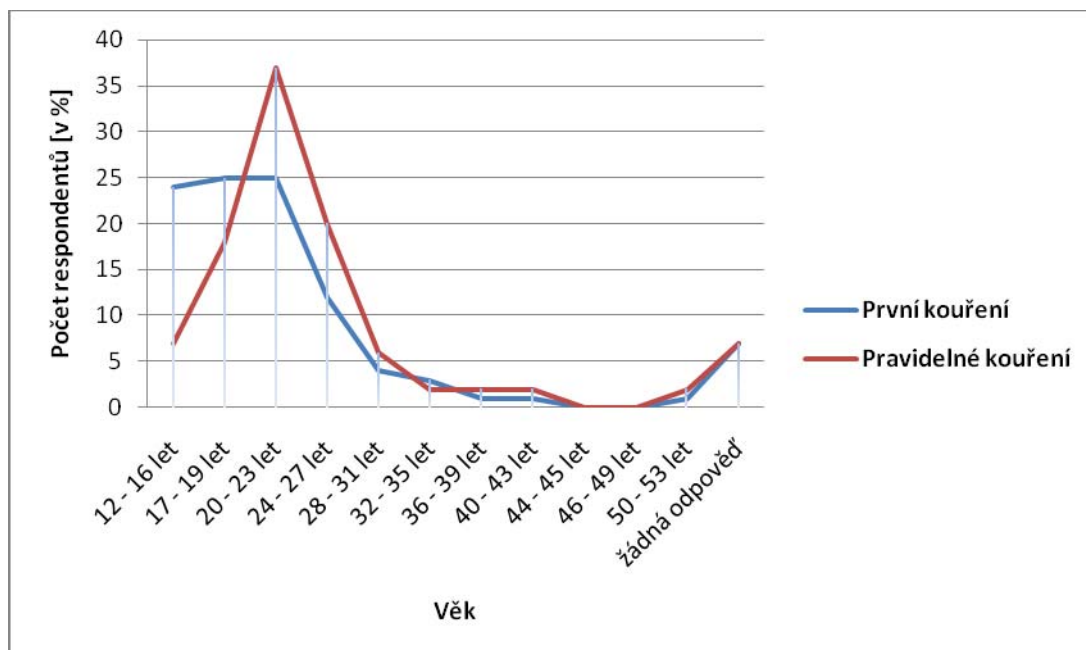
Na otázku číslo osm dotazníku odpovědělo celkem 93 % bývalých či současných kuřáků. 7 % se k tomuto dotazu nevyjádřilo. 22 % respondentů pravidelně kouří od dvaceti let věku. Tento věk byl uváděn nejčastěji. V Grafu 10 lze vyčíst nejsilnější interval od 20 do 23 let, kdy se dotazovaným seniorům stala cigareta součástí každodenního života. Jednotlivé roky tohoto intervalu jsou popsány v Tabulce 5.

Druhým nejčastěji uváděným věkem bylo 25 let. Věkový interval od 23 - 25 je rozmezí, ve kterém začalo 20 % respondentů pravidelně kouřit. Jen o 3 % méně dotazovaných seniorů uvedlo svůj začátek denního kouření v rozmezí od 17 do 19 let, z čehož 18 let je nejčastěji uváděný věk – uvedlo jej 13 respondentů. Ve věkovém intervalu od 14 - 16 let začalo pravidelně kouřit 9 % respondentů. Dva respondenti dokonce uvedli 14 let. V Grafu 10 se vyskytují „prázdné“ věkové intervaly od 32 - 34 let a 43 - 48 let.

Průměrný věk počátku pravidelného denního kouření je 23 let.

Porovnání počátku kouření a vznik kuřáckého návyku

Graf 11. Porovnání počátku kouření a vznik kuřáckého návyku



Zdroj: Vlastní výzkum

Po provedeném výzkumu můžeme říci, že rozhodujícím věkem pro počátek kouření je věk mezi 17 až 23 lety (resp. 19 let věku), zatímco klíčovým obdobím pro vznik každodenního kouření je 20 – 23 let.

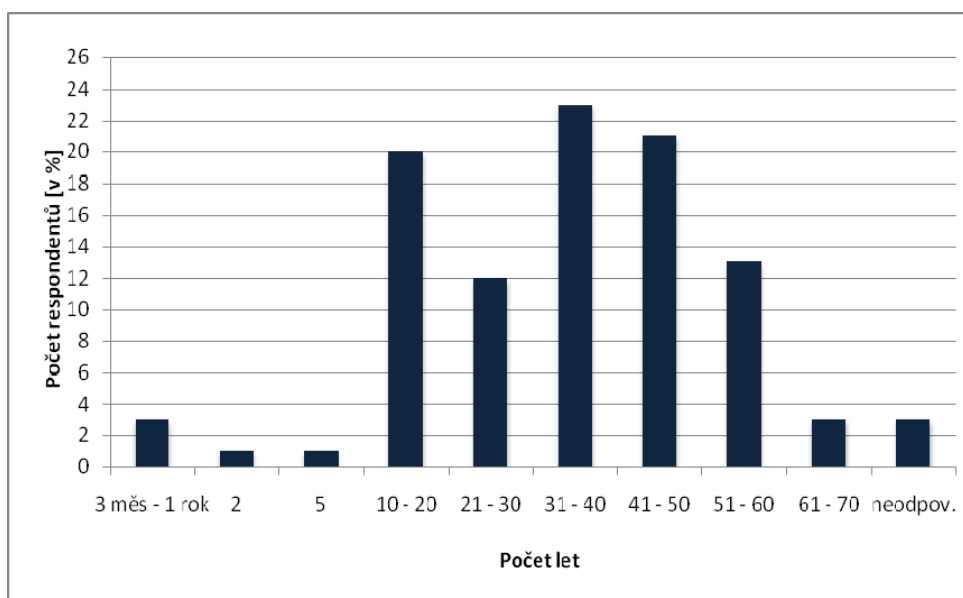
4.7 Délka kouření v počtu let

Tabulka 6. Délka kouření respondentů v počtu let

Doba kouření	Počet odpovědí	Doba kouření	Počet odpovědí
3 měsíce – 1 rok	3	31 let – 40 let	24
2 roky	1	41 let – 50 let	22
5 let	1	51 let – 60 let	13
10 let – 20 let	21	61 let – 70 let	3
21 let – 30 let	12	žádná odpověď	3
		celkem	103

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12. Délka kouření v počtu let



Zdroj: Vlastní výzkum

Délka kouření patří mezi základní charakteristiky kuřáků. Dotaz hodnotím ze skupiny bývalých i současných kuřáků. Největší skupina kuřáků, 23 %, uvádí celkovou dobu kouření 31 – 40 let. 21 % respondentů kouří/kouřilo 41 – 50 let a 20 % deset až dvacet let. Nejmenší skupinu kuřáků - jen jedno procento - tvoří kuřáci, kteří kouřili dva a pět let. Tři procenta respondentů kouřilo méně než jeden rok.

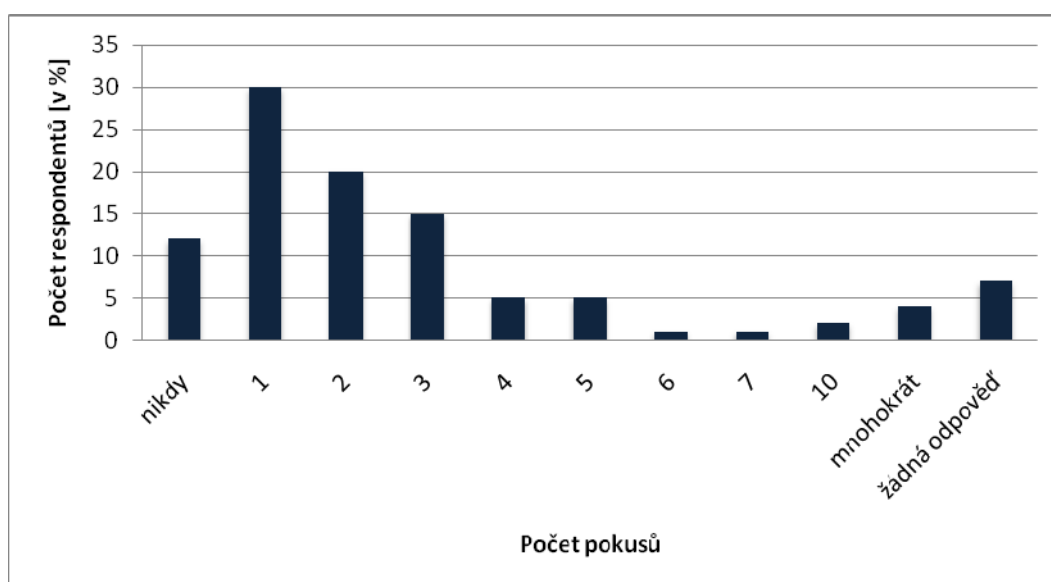
4.8 Počet pokusů přestat kouřit

Tabulka 7. Počet pokusů zbavit se závislosti na nikotinu

Počet pokusů přestat kouřit	Počet odpovědí	Počet pokusů přestat kouřit	Počet odpovědí
nikdy	12	6x	1
1x	30	7x	1
2x	21	10x	2
3x	15	mnohokrát	4
4x	5	žádná odpověď	7
5x	5	celkem	103

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13. Počet pokusů přestat kouřit



Zdroj: Vlastní výzkum

V souvislosti se zbavením se závislosti na nikotinu byla seniorům - kuřákům položena otázka, kolikrát se pokoušeli přestat kouřit. Na otázku odpovědělo 96 respondentů (93 %). Ukázalo se, že dvanáct procent kuřáků se nikdy nepokoušelo zbavit se závislosti na nikotinu. Jedenkrát se o to pokoušelo 29 % respondentů, dvakrát 20 procent, tři pokusy vyčerpalo 14 % kuřáků. Po těchto pokusech prudce klesá počet respondentů se čtyřmi pokusy (5 %). Stejné procento seniorů zkoušelo bojovat s nikotinem celkem pětkrát. Šest a sedm pokusů uvedlo jen jedno procento kuřáků. K deseti a více mnohdy marným pokusům se přiznaly dvě a čtyři procenta respondentů.

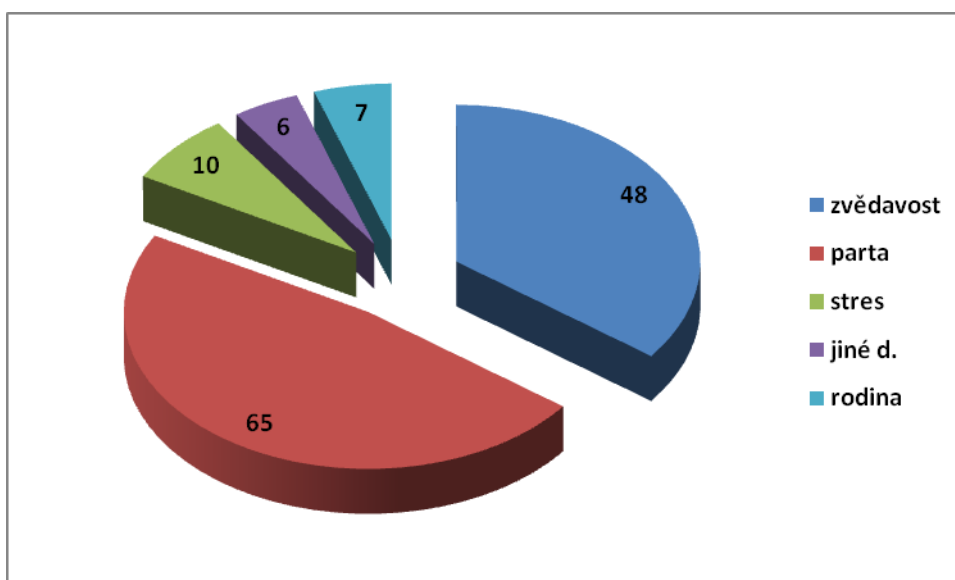
4.9 Hlavní důvody počátku kouření

Tabulka 8. Důvody počátku kouření

Důvody	Počet odpovědí
zvědavost	48
parta	65
stres	10
rodina	7
jiné	6

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 14. Důvody počátku kouření



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 11 se zabývala důvody, kvůli kterým začali respondenti kouřit. Nejčastějším důvodem byl vliv party, vrstevníků a kolektivu, ve kterém dotazovaní trávili volný čas. V průzkumu tento vliv party uvedlo 65 respondentů. 48 respondentů uvedli jako důvod proč zkusit cigaretu zvědavost. Vliv party a zvědavost patří mezi obecně nejčastější a „nejzákeřnější“ důvody proč většina mladých lidí kouří.

Strmý pád v počtu odpovědí zaznamenaly důvody jako je stres (10 respondentů), rodinné důvody (7 respondentů) a jiné důvody (6 respondentů), kterými se budu zabývat v diskusní části diplomové práce.

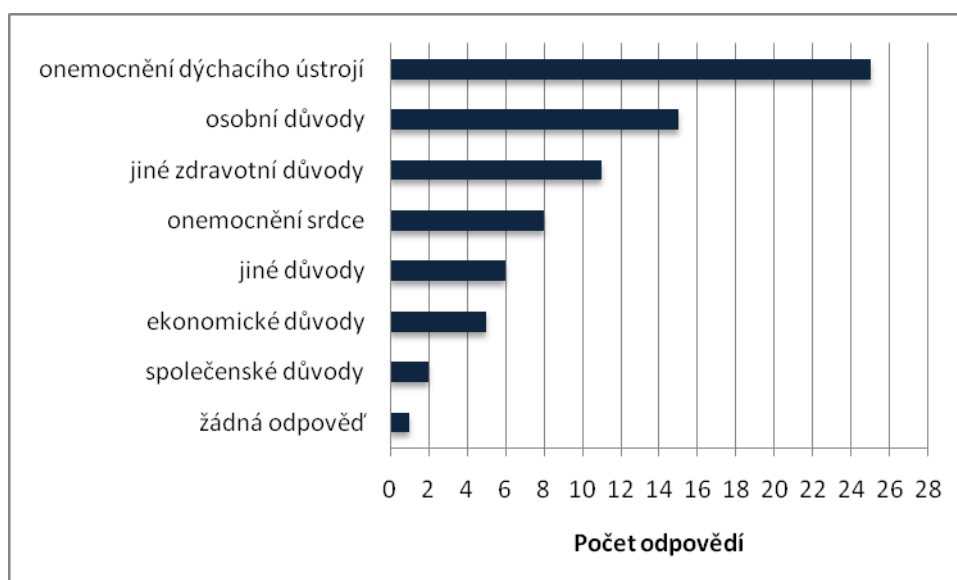
4.10 Hlavní důvody pro skončení s kouřením

Tabulka 9. Důvody pro zbavení se závislosti

Důvody	Počet odp.	Důvody	Počet odp.
onemocnění srdce	8	společenské důvody	2
onemocnění dýchacího ústr.	25	osobní důvody	15
jiné zdravotní důvody	11	jiné důvody	6
ekonomické důvody	5	žádná odpověď	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 15. Důvody pro zbavení se závislosti



Zdroj: Vlastní výzkum

8 respondentů uvedlo hlavní důvod k zanechání kouření onemocnění srdce. 25 respondentů vedlo k tomuto rozhodnutí onemocnění dýchacího ústrojí, jedenáct respondentů pak jiné zdravotní důvody (viz kapitola Diskuze). Z dotazníkového průzkumu vyplývá, že pět respondentů přestalo kouřit kvůli ekonomickým problémům. Osobní důvody uvedlo 15 respondentů, 2 respondenti uvedli společenské důvody a 6 bývalých kuřáků jiné důvody, které jsou rozepsány v diskusní části. Na tuto otázku neodpověděl jeden respondent, který patří do skupiny bývalých kuřáků.

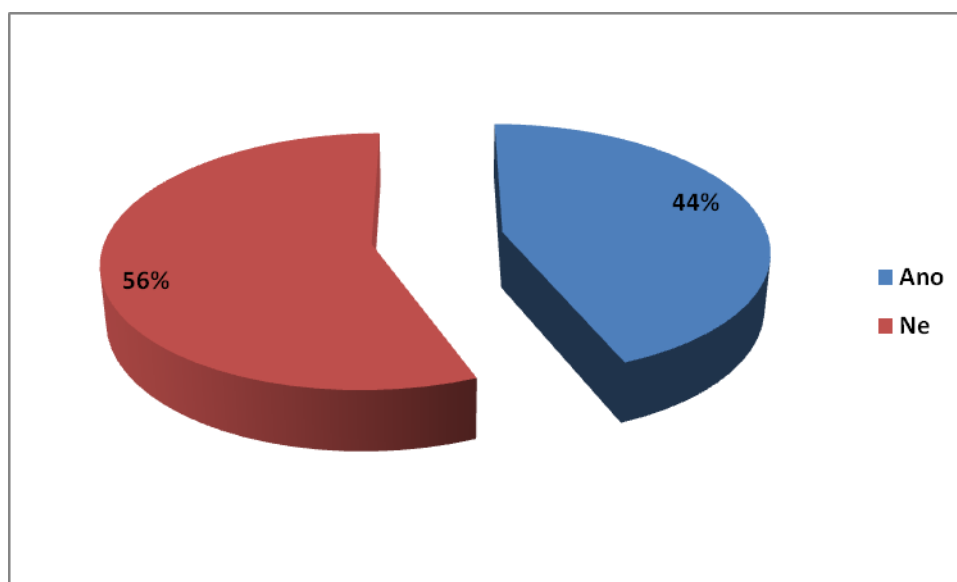
4.11 Chronické onemocnění u kuřáků

Tabulka 10. Výskyt chronického onemocnění u respondentů - kuřáků

Výskyt chronického onemocnění	Počet odpovědí
ano	18
ne	23
celkem	41

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 16. Chronické onemocnění u respondentů – kuřáků



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „*Trpíte nějakým chronickým onemocněním?*“ odpovědělo všech čtyřicet jedna respondentů, kteří v současné době kouří. 44 % respondentů trpí chronickým onemocněním. Zbýlých 56 % kuřáků nebyli v době dotazníkového průzkumu chronicky nemocní.

Všichni kuřáci, kteří trpí chronickým onemocněním, uvedli nejčastěji chronické onemocnění dýchacího ústrojí, poté astma, vysoký krevní tlak a dále následovalo jmenování onemocnění kardiovaskulární soustavy, diabetes mellitus, onemocnění jater, slinivky a štítné žlázy.

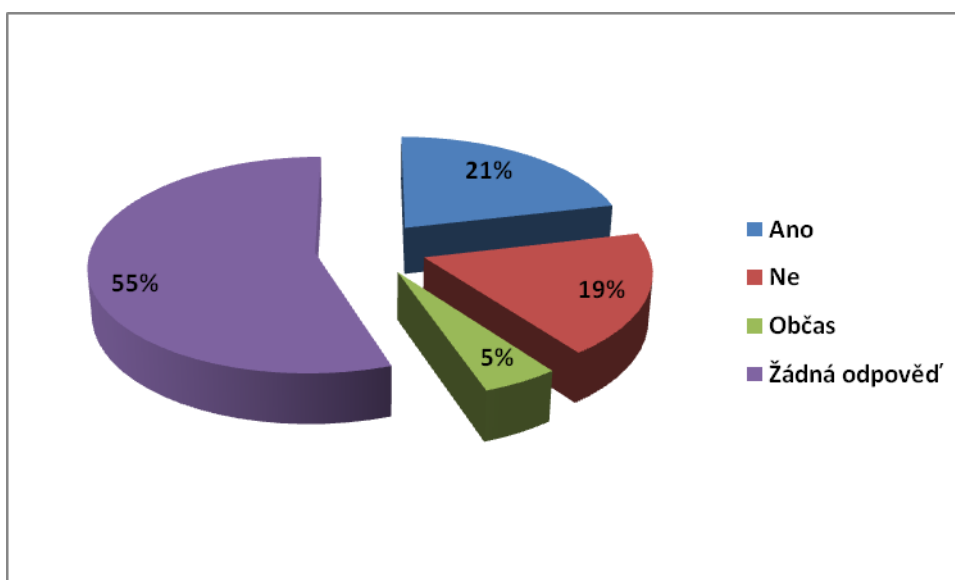
4.12 Kouření respondentů v domácnosti

Tabulka 11. Kouříte/kouřila(a) jste v bytě?

Odpověď	Počet odpovědí
ano	22
ne	19
občas	5
žádná odpověď	57
celkem	103

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 17. Kouříte/kouřila(a) jste v bytě?



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku týkající se kuřáctví respondentů v bytě odpovídali bývalí či současní kuřáci, kteří tvoří skupinu o 103 respondentech. 56 % kuřáků na dotaz neodpovědělo, 21 % respondentů odpovědělo kladně, 18 % v bytě nekouří a 5 % si vybralo odpověď „občas“.

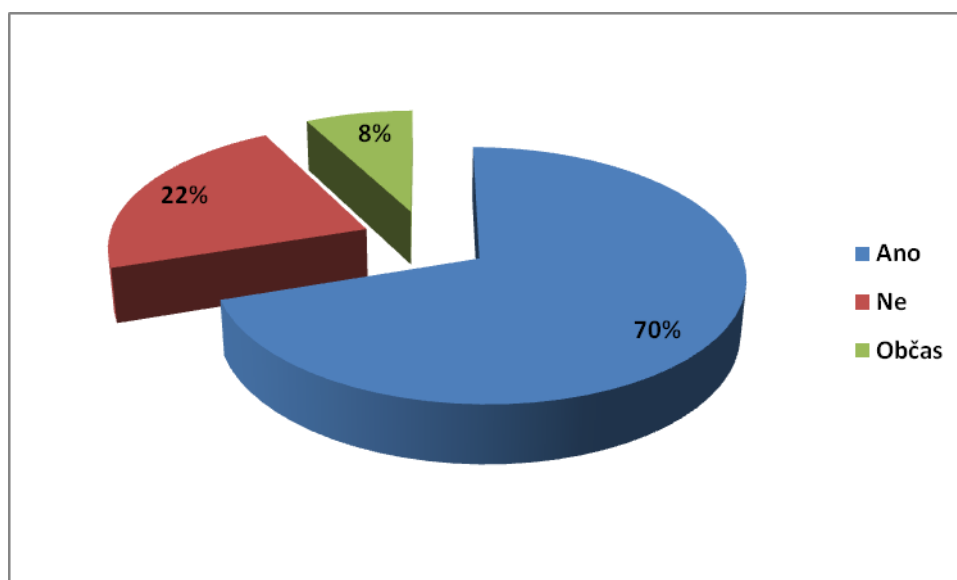
4.13 Kouření respondentů před rodinnými příslušníky – nekuřáky

Tabulka 12. Kouření respondentů před nekuřáky

Kouření před rodinnými příslušníky	Počet odpovědí
ano	72
ne	23
občas	8
celkem	103

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 18. Kouření respondentů před nekuřáky



Zdroj: Vlastní výzkum

Z Grafu 18 je zřejmé, že sedmdesát procent dotazovaných seniorů kouří/kouřilo před rodinnými příslušníky, kteří sami kuřáci nejsou. 22 % respondentů nekouří či nikdy nekouřilo v přítomnosti rodinných nekuřáků. Dále v dotazníku 8 % respondentů uvedlo, že si občas mezi nekuřáky v rodině cigaretu zapálí.

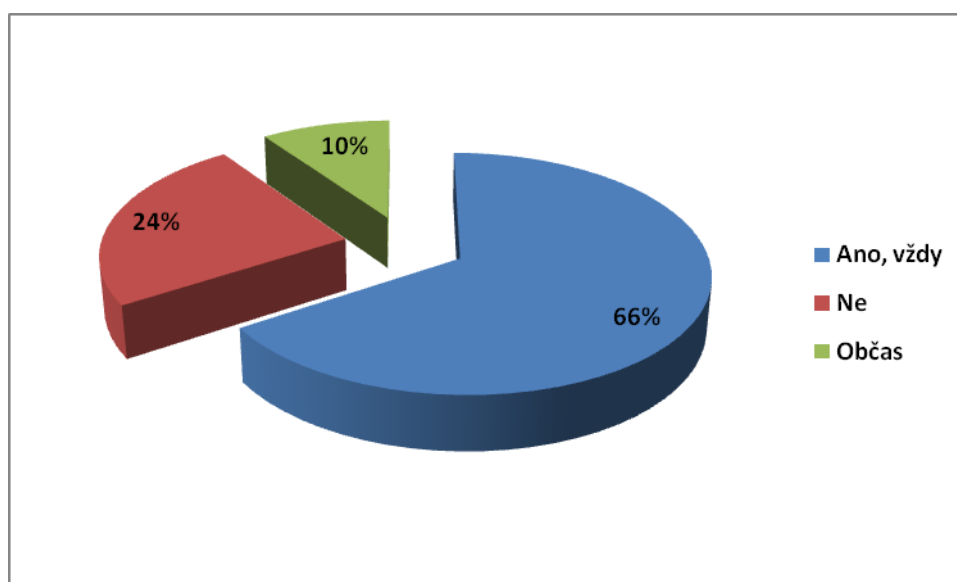
4.14 Doporučení od lékaře přestat kouřit

Tabulka 13. Doporučuje ošetřující lékař seniorům přestat kouřit?

Odpověď	Počet odpovědí
ano	27
ne	10
občas	4
celkem	41

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19. Doporučuje lékař pacientům přestat kouřit?



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázku č. 16 zabývající se tím, zda ošetřující lékař zajišťuje lékařskou osvětu pacientů o zdravotních rizicích kouření, zodpovídali aktivní kuřáci (41 kuřáků). 66 % respondentů uvedlo, že jim lékař vždy doporučuje přestat kouřit. Dvaceti čtyřem procentům kuřáků lékař nedoporučuje přestat kouřit a 4 % kuřáků uvedli odpověď „občas“.

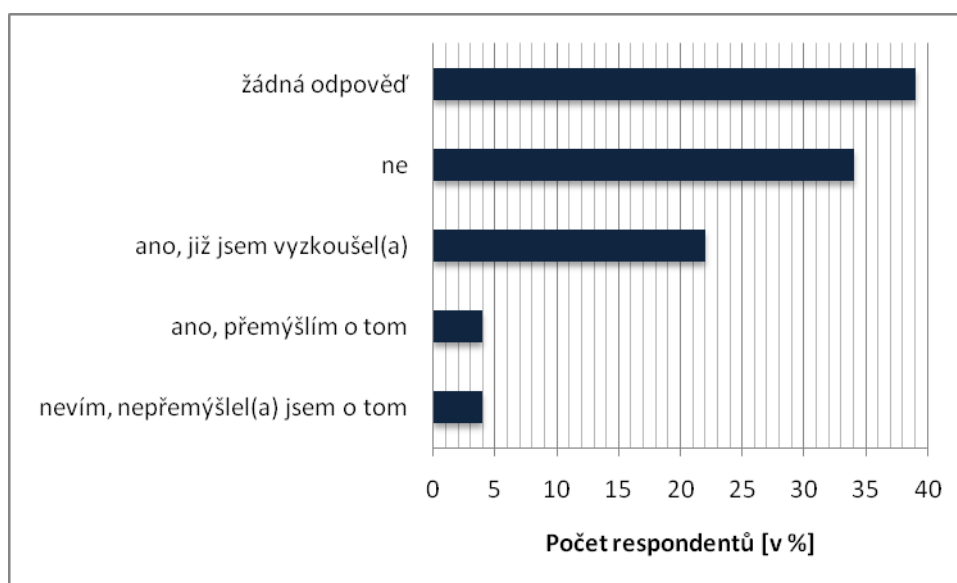
4.15 Nikotinová náhradní terapie (NNT)

Tabulka 14. Zkoušel(a)/vyzkoušel(a) byste některý způsob nikotinové léčby?

Odpověď	Počet odpovědí
ano, již jsem vyzkoušel(a)	22
ano, přemýšlím o tom	4
ne	34
nevím, nepřemýšlel(a) jsem o tom	4
žádná odpověď	39
celkem	103

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 20. Podstoupení nikotinové náhradní léčby



Zdroj: Vlastní výzkum

38 % respondentů nevedlo žádnou možnost odpovědi. 21 % respondentů již vyzkoušelo nikotinovou náhradní léčbu, pouhé 4 % seniorů o této léčbě přemýšlí, odpověď „ne“ si vybralo 33 % respondentů. Tuto nikotinovou léčbu nevyzkoušelo ani o ní nepřemýšlí 4 % seniorů kuřáků.

Tabulka 15. Jaký způsob NNL respondent vyzkoušel

Způsob NNL	Počet odpovědí
žvýkačky	6 (27 %)
náplasti	4 (18 %)
inhalátor	2 (9 %)
sublinguální tablety	1 (5 %)
žvýkačky + náplasti	6 (27 %)
žvýkačky + inhalátor	1 (5 %)
žvýkačky + náplast + inhalátor	2 (9 %)
celkem	22

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 15 popisuje vyzkoušené způsoby nikotinové náhradní terapie (NNT). Hodnotíme ze skupiny seniorů, kteří nikotinovou terapii podstoupili (21 % z celkového počtu současných/bývalých kuřáků). Nejoblíbenější způsob NNT jsou žvýkačky, které senioři vyzkoušeli v 27 %. Kromě nikotinových žvýkaček vyzkoušeli dvě možnosti, žvýkačky a náplasti (27 %) a žvýkačky a inhalátor (5 %). 9 % respondentů vyzkoušelo tři možnosti NNT: žvýkačky, náplast i inhalátor (9 %). V boji proti nikotinu využilo 18 % respondentů náplasti, 9 % kuřáků inhalátor a 5 % kuřáků sublinguální tablety.

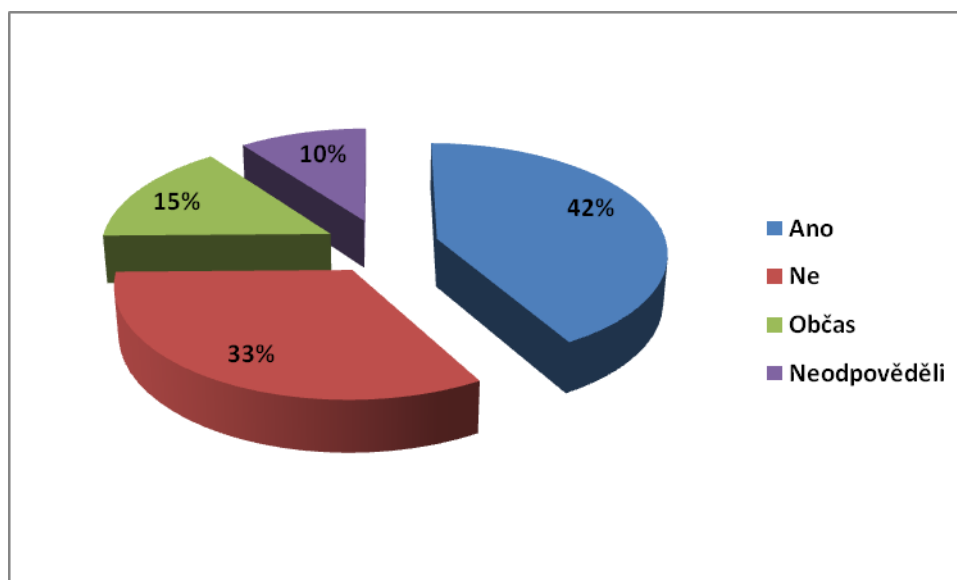
4.16 Ptá se lékař pacientů, zda kouří?

Tabulka 16. Ptá se lékař, zda respondent kouří?

Odpověď	Počet odpovědí
ano	86
ne	68
občas	31
žádná odpověď	21
celkem	206

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 21. Ptá se lékař, zda respondent kouří



Zdroj: Vlastní výzkum

Od otázky č. 18 do otázky č. 23 již odpovídali všichni respondenti (206 respondentů).

Na otázku „Ptá se Vás ošetřující lékař, zda kouříte?“ odpovědělo celkem 90 % respondentů. 42 % respondentů odpovědělo kladně, lékaři se tedy více informují o tom, zda jejich pacient kouří. 33 % respondentů vybralo odpověď „ne“ a patnácti procent respondentů se lékař dotazuje na kouření jen občas.

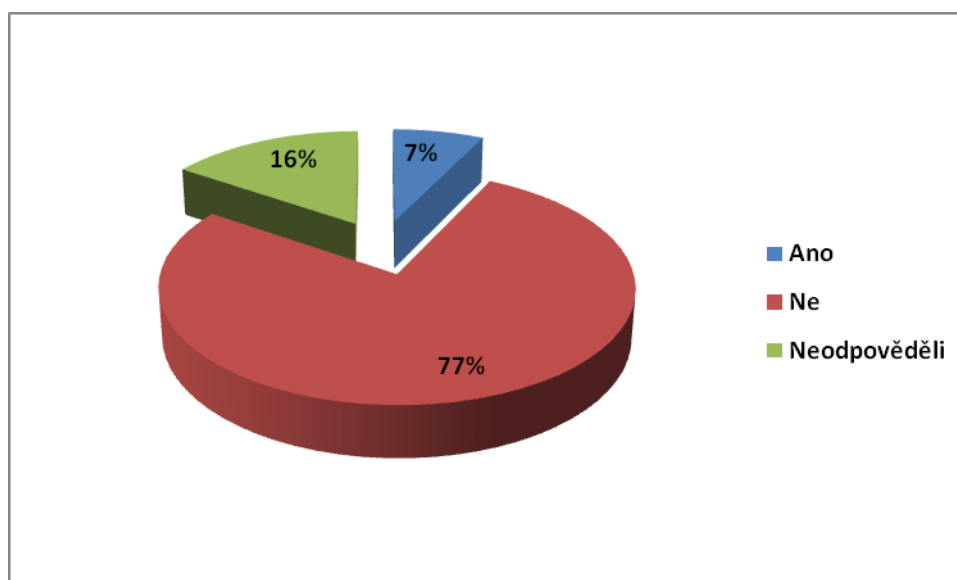
4.17 Psychické působení reklamy propagující tabákové výrobky

Tabulka 17. Působení reklamy na respondenty

Působení reklamy	Počet odpovědí
ano	15
ne	159
žádná odpověď	32
celkem	206

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 22. Působení reklamy na respondenty



Zdroj: Vlastní výzkum

Reklama na tabákové výrobky působila jen na 7 % respondentů. 77 % respondentů odpovědělo záporně, tedy, že na ně reklama neměla žádný vliv. 16 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Následující tabulka uvádí výčet druhů reklamy na tabákové výrobky, které mohly na určitou skupinu respondentů působit. Tato skupina respondentů tvoří ty, na které reklama působila. Jde o 7 % respondentů. Největší vliv měla televizní reklama (47 %), dále billboardy (z 27 %), plakáty (13%) a reklama v tisku (13 %).

Tabulka 18. Druhy reklamy, které na respondenty působily

Nabídnutá odpověď	Počet odpovědí
televize	7
billboardy	4
plakáty	2
tisk	2
jiná	0

Zdroj: Vlastní výzkum

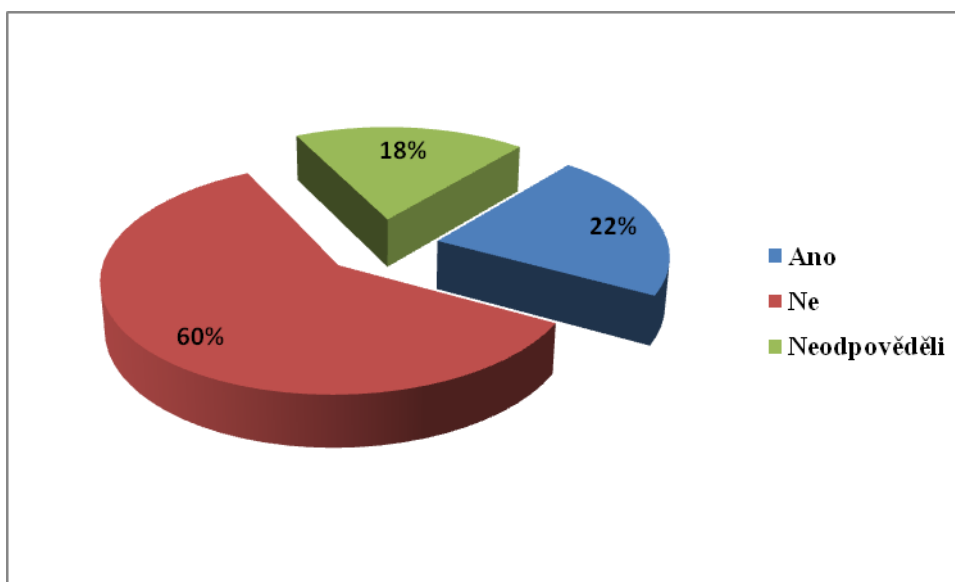
4.18 Působení zdravotní prevence o škodlivosti kouření na respondenty

Tabulka 19. Působení zdravotní prevence na respondenty

Odpověď	Počet odpovědí
ano	45
ne	123
žádná odpověď	38
celkem	206

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 23. Působení zdravotní prevence na respondenty



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo dvacet dotazníku zjišťuje kvalitu působení zdravotní prevence o škodlivosti kouření. Dotaz zněl: „Máte pocit, že na Vás někdy působila nějaká forma zdravotní prevence?“ Dotazovaní z 60 % odpovídali „ne“, z celkového počtu respondentů 206 jich takto odpovědělo 123. 22 % respondentů (tj. 45 respondentů) odpovědělo „ano“. 18 % seniorů se k této otázce nevyjádřilo.

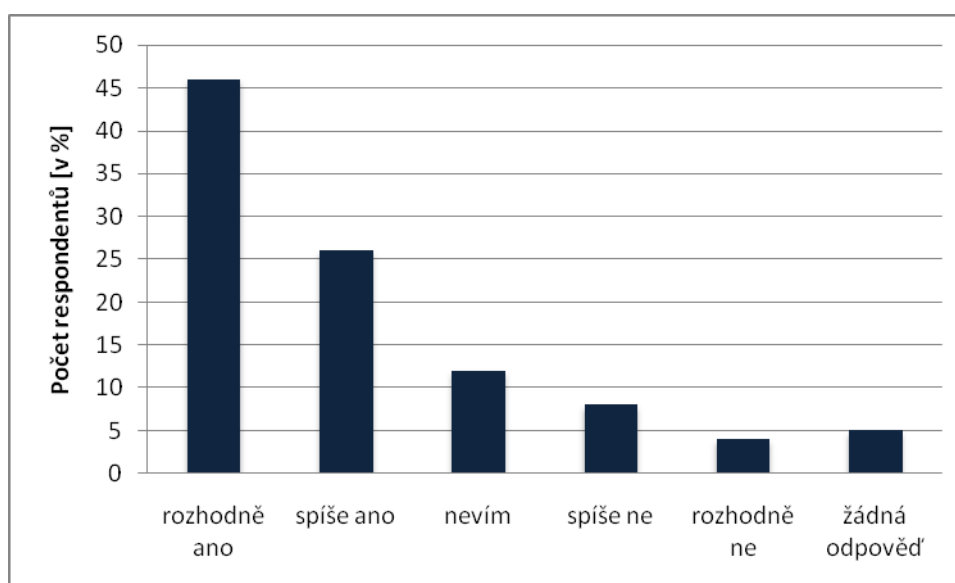
4.19 Zákaz kouření v restauracích a na veřejném prostranství

Tabulka 20. Souhlasíte s úplným zákazem kouření?

Odpověď	Počet odpovědí	Odpověď	Počet odpovědí
rozhodně ano	94	rozhodně ne	8
spíše ano	54	žádná odpověď	10
nevím	24	celkem	206
spíše ne	16		

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 24. Stanovisko respondentů k úplnému zákazu kouření na veřejnosti



Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce jsem se zabývala postojem seniorů k úplnému zákazu kouření v restauracích a na veřejném prostranství. Téměř 46 % respondentů (tj. 94) rozhodně souhlasí s tím, aby byl v České republice zaveden úplný zákaz kouření v restauracích. Dále pak 26 % seniorů (tj. 54) spíše souhlasí se zavedením zákazu. Celkem tedy souhlasí 72 % respondentů.

Nesouhlas (úplný nebo částečný) s takovým zákazem vyjádřilo 24 (téměř 12 %) dotázaných, zbývajících 12 % nemá v této otázce jasno. Na tuto otázku neodpovědělo 5 % respondentů.

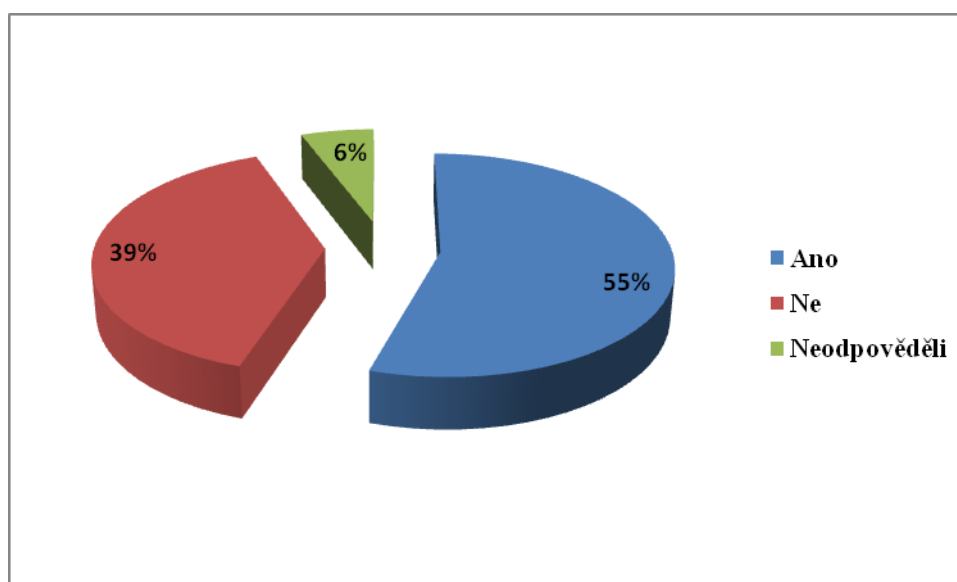
4.20 Postoj respondentů k závislosti na nikotinu jako nemoci

Tabulka 21. Myslíte si, že závislost na nikotinu je nemoc?

Odpověď	Počet odpovědí
ano	113
ne	81
žádná odpověď	12
celkem	206

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 25. Myslíte si, že závislosti na nikotinu je nemoc?



Zdroj: Vlastní výzkum

Informovanost respondentů o závažnosti závislosti na nikotinu řeší otázka číslo 22 dotazníku. Celkem 113 seniorů (55 %) uvedlo názor, že závislost na nikotinu nemoc je. Opačný názor má 39 % respondentů, kteří nepovažují závislosti na nikotinu jako nemoc s určitou diagnózou. 6 % dotazovaných respondentů na otázku vůbec neodpovědělo.

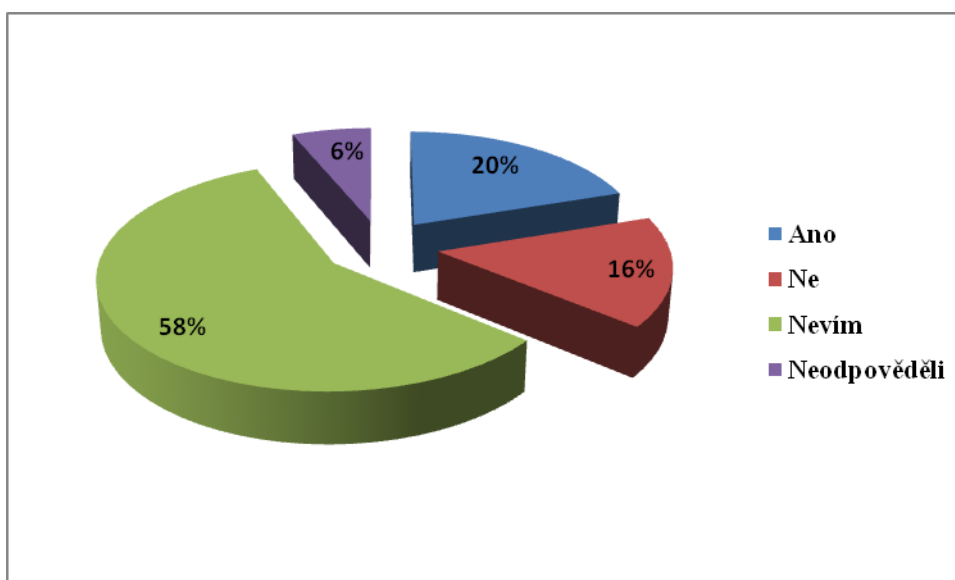
4.21 Informovanost respondentů o zařízení pro odvykání kouření

Tabulka 22. Nachází se ve Vašem městě zařízení pro odvykání kouření?

Odpověď	Počet odpovědí
ano	41
ne	33
nevím	119
žádná odpověď	13
celkem	206

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 26. Informovanost respondentů o poradnách zdravotních ústavů



Zdroj: Vlastní výzkum

Cílem této otázky bylo zjistit, nakolik jsou poradny občanům, zejména kuřákům známy. Dotaz se zabýval přímo zjištěním, zda se tyto kuřácké poradny nacházejí ve městě, kde dotazovaní respondenti žijí. 20 % respondentů vědí o existenci poraden a odpověděli „ano“ – ve městě se nachází zařízení pro odvykání kouření. 16 % respondentů myslí, že v jejich městě neexistuje tato poradna a odpověděli na otázku „ne“. Největší část respondentů - 58 % - neví, zda se poradna vyskytuje v místě jejich bydliště. Těchto 119 respondentů zahrnuje i nekuřáky, kteří se o poradny pro odvykání kouření nezajímají a nemají pro ně žádný význam.

5. Diskuze

Ke zjištění informovanosti seniorů o problematice kouření byli osloveni senioři ve věku nad šedesát let, kterým byl určen anonymní dotazníkový formulář.

Celkem bylo rozdáno 210 dotazníků. Na základě 98,08 % návratnosti byl soubor tvořen s 206 respondenty.

První otázka se zaměřuje na identifikační znak souboru – pohlaví. Bylo zjištěno rozložení souboru v poměru 90 mužů (44 % ze souboru) a 116 žen (56 % ze souboru).

Druhým identifikačním znakem souboru byl věk. Průměrný věk mužů byl 74 let, průměrný věk žen byl 73 let (zaokrouhлено na celé roky). Věkový rozptyl souboru byl od 60 do 97 let. Medián, odhad střední hodnoty, spočítaný pro věkovou charakteristiku souboru byl 73 let. Modus, hodnota udávaná nejčastěji, byl 65 let.

Třetí otázka dotazníku se zaměřuje na zjištění kuřácké anamnézy respondentů. Otázka byla formulována takto: „*Kouřil(a) jste v minulosti?*“ Z výsledků vyplývá, že celkový poměr seniorů kouřících v minulosti oproti nekuřákům je 1:1 (tj. 103 kuřáků a 103 nekuřáků). Počet mužů kuřáků je o 30 % vyšší než žen kuřáček. Z celkového počtu 90 mužů jich v minulosti kouřilo 67 % (tj. 60 kuřáků). Z celkového počtu 116 žen jich v minulosti kouřilo 37 % (tj. 43 kuřáček). Padesát procent seniorů je nekuřáků. Výzkumník předpokládal vyšší zastoupení mužů bývalých kuřáků v souboru. Tento předpoklad se potvrdil.

Další otázkou byl zjišťován aktuální stav kouření respondentů v souboru. Znění otázky č. 4 je následující: „*Kouříte v současné době?*“ Tato otázka byla pro úplnost hodnocena ze dvou hledisek. Prvním cílem bylo zjištění počtu aktuálně kouřících jedinců *v celém souboru*. Machálková, Reichl (28) zjistili, že pravidelně kouří třetina seniorů. Podle mého výzkumu je 20 % seniorů (tj. 41 seniorů) aktivních kuřáků. Průměrný věk aktivních kuřáků v souboru je 69,3 let. Průměrný věk mužů - aktivních kuřáků - je 69,6 let, průměrný věk kuřáček je 68,8 let.

Druhé hledisko sledovalo rozložení aktuálně kouřících jedinců v *souboru kuřáků* (103). 40 % seniorů (41 osob) je stále aktivními kuřáky. Zbývajících 60 % seniorů se v době dotazníkového šetření označilo za „nekuřáky“. V tomto bodě podle zjištěných dat Machálkové a Reichla (28) je situace následující: dvacet procent seniorů vypovědělo, že kouřili, ale už přestali. Tato data se neshodují s výstupy mého výzkumu. V mém vzorku respondentů byla skupina abstinujících kuřáků třikrát větší (60 % respondentů v porovnání s 20 % respondentů ve výzkumu Machálkové a Reichla). Všechny otázky výše uvedené byly koncipovány jako otázky dichotomické (alternativní).

Další blok otevřených otázek byl zaměřený na charakteristiky skupiny kouřících seniorů. V dotazníku byly tyto otázky očíslovány čísly 5, 6, 7, 8 a 9. Otázky č. 5 a 6 byly určeny pouze pro současné kuřáky; tato skupina čítá 41 jedinců (tj. 40 % ze skupiny kuřáků). Všechny ostatní otázky (tj. otázky č. 7 – 23) se vztahovaly na soubor respondentů kuřáků – bývalých i současných (103 respondentů).

Výjimku z tohoto pravidla tvoří otázky č. 13 a 16. Tyto dvě otázky byly hodnoceny ze souboru aktivně kouřících seniorů (41 respondentů).

Otázka číslo pět zněla: „*Uved'te přibližný počet vykouřených cigaret denně*“. Z celkového počtu 206 respondentů jich v současné době kouří 41. K největšímu počtu vykouřených cigaret za den se přiznalo 5 % „silných“ kuřáků. Vykouří třicet cigaret denně. 27 % respondentů kouří jednu krabičku cigaret denně, to je dvacet cigaret. Deset až patnáct cigaret denně vykouří šestnáct respondentů (39 %), sedm kuřáků (17 %) si dopřeje pět až osm cigaret denně a 12 % seniorů kouří méně než pět cigaret denně. Za příležitostné kuřáky lze považovat 2 % respondentů, kteří kouří méně než jednu cigaretu denně. Průměrně aktivně kouřící senior z výzkumného souboru vykouří 13 cigaret.

Následuje otázka č. 6: „*Jak brzy po probuzení si zapálíte cigaretu?*“ Tato otázka je jediným indikátorem míry závislosti na nikotinu. Odpověď „ihned“ uvedlo 14,6 % respondentů. Pro tuto skupinu je první ranní cigareta nedílnou součástí ranních rituálů, svou první cigaretu si zapálí ještě před snídaní. Odpověď „po snídani“ zvolilo 4 %

dotázaných. Nejčastější časový interval od probuzení do zapálení první cigarety byl „za hodinu po probuzení“, uvedlo ji více než 36 % respondentů. Další nejčastější odpověď zněla „za dvě hodiny“, za tuto dobu od probuzení si zapálí cigaretu 17 % seniorů. Více než dvě hodiny od probuzení si zapálí cigaretu 12 % respondentů.

Otázka č. 7 zjišťovala, v kolika letech respondent okusil svou první cigaretu. Pro pochopení vzniku závislosti na nikotinu je důležité zjistit, v jakém věku současní i bývalí kuřáci začínali s kouřením. Kritickým obdobím pro začátek kouření je věk 20 let (viz tabulka 4, str. 64). Silný věkový interval počátku kouření je také od 16 – 19 let. Průměrný věk respondentů, kdy vyzkoušeli kouřit první cigaretu, je 19 let. Výzkum prevalence kouření v letech 1997 - 2006 **(48)** signalizuje skutečnost, že dnes je kritickým obdobím pro začátky kouření věk od 10 – 14 let.

Osmá otázka: „*Od kolika let jste byl(a)/jste pravidelným denním kuřákem?*“ V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že 22 % respondentů pravidelně kouří od dvaceti let věku. Druhým nejčastěji uváděným věkem bylo 25 let. Zajímavým zjištěním bylo, že 9 % respondentů se nachází ve věkovém intervalu 14 - 16 let. Dva respondenti uvedli věk 14 let. V Grafu 10 (str. 66) se vyskytují „prázdné“ věkové intervaly od 32 - 34 let a 43 - 48 let. Toto bylo způsobeno zvolením šíře intervalových rozpětí pro celkovou přehlednost grafu.

Průměrný věk počátku pravidelného denního kouření je 23 let, modus je 20 let a věkový rozptyl je 14 – 50 let. V časopisu Kontakt **(18)** Kotrbová et al uvádí, že v průměru začali kuřáci ze sledované skupiny kouřit ve 20 letech a třech měsících svého věku. Modus, v tomto případě nejčastější věk počátku kouření, je ve výzkumu Kotrbové a v mém výzkumu shodný.

Výsledky průzkumu prevalence kouření v letech 1997 – 2006 signalizují, že se počátek kouření posouvá do nižšího věku. Respondenti ze starších věkových skupin statisticky významně častěji uvádějí, že začínali s kouřením později, zpravidla až po 19. roce věku. Lze konstatovat, že současná mladší generace začíná pravidelně kouřit dříve a začátky kouření se posouvají směrem k nižšímu věku (12 až 15 let) **(48)**.

Poslední z bloku otázek věnovaných charakteristikám skupiny kouřících seniorů je otázka č. 9 ve znění: „*Kolik let celkem jste kouřil(a)?*“ Dotaz hodnotíme ze skupiny bývalých i současných kuřáků. Největší skupina kuřáků - 23 %, uvádí celkovou délku kouření 31 – 40 let. 21 % respondentů kouří/kouřilo 41 – 50 let a 20 % deset až dvacet let. Nejmenší skupinu kuřáků, jen jedno procento, tvoří kuřáci, kteří kouřili dva a pět let. Tři procenta respondentů kouřilo méně než jeden rok. Rozpětí délky kouření je 3 měsíce – 67 let. V průměru pravidelně kouřili sledovaní kuřáci 35,2 let.

V tomto bodě výsledky mého výzkumu nekorelují s výsledky průzkumu Kotrbové **(18)**, která uvádí, že sledovaní kuřáci kouřili průměrně dvacet let svého života a nejčastěji uváděli délku kouření deset let. Možným zdůvodněním je fakt, že průměrný věk respondentů ve zmiňovaném výzkumu je 64,5 let a rozpětí délky kouření je 1 rok až 57 let. Průměrný věk seniorů v mém výzkumu je 73,7 let a rozpětí délky kouření tři měsíce až 67 let.

Rozdíly v úmrtnosti kuřáků a nekuřáků se epidemiologicky projevují po dvaceti letech kuřáctví.

Otázka č. 10 sledovala u respondentů počet pokusů přestat kouřit. Zhruba každý druhý z kouřících seniorů (51 %) se někdy v minulosti pokoušel opakovaně přestat kouřit. Nejvýznamnějším motivačním faktorem pro skoncování s kouřením byly faktory zdravotní **(18)**. Oproti tomu, v tomto výzkumu pouze 12 respondentů (což odpovídá 12 %) ze 103 dotázaných kuřáků se nikdy nepokusilo přestat kouřit. (tab. 7, str. 70)

Výzkum Státního zdravotního ústavu z roku 2007 **(48)** uvádí, že cca 39 % kuřáků vůbec neuvažuje o tom, že by přestalo kouřit, dalších 27 % uvádí, že „někdy později“. Zbývajících 34 % se odvážíla stanovit konkrétní termín. Disproporce ve výsledcích mezi výzkumem SZÚ a výsledky získané pro tuto diplomovou práci mohou být způsobené tím, že výzkum SZÚ byl zaměřen na všechny věkové kategorie. Diplomová práce byla zaměřena na věkovou skupinu seniorů. Tato věková skupina se vyznačuje pocitem větší zodpovědnosti k rodině – silnější uvědomění si specifických sociálních rolí (vnoučata,...).

Další uvažované faktory mohou být ztráta partnera, přátel a uvědomění si blízkosti smrti. V neposlední řadě senioři vnímají mnohem intenzivněji zdravotní stesky než mladší věkové skupiny.

Otázka č. 11: „*Vzpomenete si na důvody, proč jste vůbec začal(a) kouřit?*“ Tato otázka byla vyhodnocena v absolutních číslech. Dle Kotrbové et al (**18**) je hlavním impulzem počátku kuřácké „kariéry“ snaha o potvrzení statutu v neformální vrstevnické skupině. V této práci byl potvrzen dominantní vliv neformálních vrstevnických skupin na formování postojů ke kouření. Druhým významným faktorem byla zvědavost. Další faktory seřazené podle významnosti: stres, rodina. Část respondentů nedokázala definovat přesný důvod, který je vedl k začátku kouření – 9,21 % respondentů ze souboru (**18**). V tomto výzkumu bylo mezi „jiné důvody“ zařazeno: „Abych neusínala při učení k maturitě“; „Lepší stolice“; „Osobní problémy“; „Z vlastní hlouposti“.

Dvanáctá otázka byla ve znění: „*Pokud jste přestal(a) kouřit, co Vás k tomu donutilo?*“ Respondenti měli na výběr sedm variant odpovědí. Každá z variant mohla být rozšířena o vlastní názor.

Rizika spojená s kouřením jsou dnes velmi dobře známá. Přesto panuje všeobecný dojem, že zdravotní stav si nejvíce zlepši ti, kteří přestanou kouřit brzy. Těžko se ale dokazuje, že obdobné to může být i u člověka v pokročilém věku.

Dle očekávání nejvýznamnějším impulzem k zanechání kouření bylo onemocnění dýchacího ústrojí kuřáka. Odhaduje se, že kouření je příčinou 90 % všech úmrtí na rakovinu plic, 75 % úmrtí na chronickou bronchitidu a 25 % úmrtí na ischemickou chorobu srdeční (**43**).

Zajímavostí mohou být pitevní zkušenosti Turečka, který v článku „*Proč kouříme? O teoriích kouření*“ (**53**) popisuje pitvu plic kuřáka, které připomínají „houbu s dehtem namočenou do prachu“. Dále popisuje, že třetina až polovina hmotných částic tabákového kouře se usazuje v alveolech. Plíce nemají žádný mechanismus, jak se zbavit usazeného dehtu. Kuřák umírá s cca 3 kg až 4 kg dehtu v plicích.

Druhým nejčastěji seniory zmiňovaným důvodem pro zbavení se závislosti na nikotinu byly osobní důvody (např. vědomí škodlivosti kouření, kvůli sportu, úmrtí partnera,

obtěžování okolí zápachem, nedostatek financí, dohoda s partnerem, nedostatek pohybu a tím pádem těžší přístup k cigaretám, ztráta požitku z cigarety, nepříjemné pocity po vykouření cigarety...atd). Tato data korelují se zjištěními obsaženými v práci Kotrbové et al (18). Zde autoři uvádí za nejčastější důvody k ukončení kouření abstinující okolím, to, že partner byl nekuřák, nebo že jim začal vadit zápach z dýmu. Takto se vyjádřilo 19 % dotázaných.

Třetím významným faktorem pro rozhodnutí přestat kouřit byly „jiné zdravotní důvody“. Uvedeny byly: vysoký krevní tlak, onemocnění štítné žlázy, embolie, cukrovka, cévní mozková příhoda, onemocnění cév, choroby žaludku, operace očí, amputace končetiny atd.

K ověření hypotézy sloužila otázka č. 13, která byla formulována následujícím způsobem: „*Jste-li současný kuřák, trpíte nějakým chronickým onemocněním?*“ Otázka měla dichotomické rozložení odpovědí (ano, ne). Byla hodnocena ze skupiny 41 respondentů – aktivních kuřáků. 44 % z dotázaných aktivních kuřáků trpělo v době dotazníkového šetření chronickým onemocněním. Můžeme konstatovat, že toto zjištění má dostatečnou sílu k tomu, abychom hypotézu H1 potvrdili. Hypotéza zněla: „Senioři kouří i přes své chronické onemocnění“.

Kuřáci trpící chronickým onemocněním uváděli tato chronická onemocnění: onemocnění dýchacího ústrojí, astma, vysoký krevní tlak, nemoci kardiovaskulární soustavy, diabetes mellitus, onemocnění jater, slinivky a štítné žlázy.

Čtrnáctá otázka zjišťovala, zda respondent kouří ve své domácnosti. 21 % bývalých i aktivních kuřáků uvedlo, že ve své domácnosti kouří. 19 % uvedlo, že nikoliv. Kouření v bytě se může spolupodílet na vzniku alergií u dětí. Tento zvyk je také nejčastější příčinou požárů v domácnostech (z důvodů odhazování nedopalků do odpadkového koše, pokládání cigaret na hořlavé materiály, kouření v posteli, pod vlivem alkoholu či jiných omamných látek...). Rozšířené je i kouření na balkóně, z okna; možná příčina obtěžování sousedů (především s malými dětmi).

Výsledky této otázky nepovažuji za zcela vypovídající, vzhledem k velkému počtu respondentů, kteří na tuto otázku neuvodli svou odpověď (55 %).

Negativní vliv kouření se projevuje nejen prostřednictvím aktivního kouření cigaret či jinou formou vpravování nikotinu do lidského organismu. Neméně nebezpečné je rovněž tzv. pasivní kouření, projevující se především pobytem v zakouřeném prostředí. Za velmi nežádoucí lze v této souvislosti považovat zejména skutečnost, že v takovém prostředí jsou v kuřáckých rodinách nuceny pobývat zejména děti. Tuto oblast sledovala otázka č. 15 ve znění: „*Kouříte/kouřil(a) jste i před rodinnými příslušníky – nekuřáky?*“ (s variantami odpovědí - ano, občas, ne). Téměř tři čtvrtiny kouřících respondentů uvádí kouření před abstinujícími rodinnými příslušníky. V této souvislosti se můžeme zamyslet nejen nad škodlivým vlivem na zdraví; podráždění očí, nosu, hrdla, plic, u citlivějších jedinců bolesti hlavy, pocit nevolnosti. Dlouhodobé pasivní kouření zvyšuje riziko častých zánětů dýchacích cest, nádorů plic, infarktů tohoto jednaní, ale také nad psychologickým dopadem na rodinné příslušníky, zejména děti.

Zajímavou otázkou z pohledu lékařské praxe byla otázka č. 16. Tato sledovala práci praktického lékaře s klientem. Otázka byla formulována následovně: „*Doporučuje Vám ošetřující lékař, abyste přestal(a) kouřit?*“

Otázku zodpovídali jen současní kuřáci. 66 % (tj. 27) současných kuřáků uvedlo, že jim lékař doporučuje vždy přestat kouřit. 24 % (tj. 10) kuřákům toto doporučováno nikdy nebylo. "Na starší populaci nebyla nikdy příliš upřena pozornost a lékaři málokdy doporučovali starším pacientům, aby přestali kouřit," doktorka Whitsonová interpretuje výsledky publikované v lékařském časopise *Journal of the American Geriatrics Society* **(14)**.

Studie ukazuje, že se musí vyvíjet aktivita i směrem k této starší populaci, protože nikdy není pozdě přestat kouřit.

Na lékaře je obecně kladena velká odpovědnost a důvěra lidí v provádění včasné intervence a prevence, že lékaři budou klást důraz na podání informací seniorům o škodlivosti kouření...atd. Tato činnost je zakotvena i legislativně v zákoně č. 379/2005 Sb. v platném znění, hlava IV. § 19 **(60)** – „Zdravotničtí pracovníci jsou při výkonu svého povolání povinni u osob užívajících tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky provést krátkou intervenci spočívající ve včasné diagnostice škodlivého užívání.“ S touto otázkou úzce souvisí otázka osmnáctá, viz dále.

Zkušenosti seniorů s nikotinovou náhradní terapií (dále jen NNT) sledovala otázka č. 17. Téměř pětina kuřáků vyzkoušela některou z forem náhradní nikotinové terapie. Třetina kouřících respondentů nevyzkoušela žádnou z metod NNT. Čtyři jedinci ze souboru aktivně kouřících seniorů o NNT uvažovali. U této otázky musíme brát v potaz fakt, že 39 % kuřáků neuvedlo svou odpověď.

Kuřáci, kteří mají zkušenost s NNT uváděli jako nejoblíbenější způsob léčby závislosti - tyto vyzkoušeli v 27 %. Kromě nikotinových žvýkaček vyzkoušeli dvě možnosti v kombinaci - žvýkačky a náplasti (27 %) a žvýkačky a inhalátor (5 %). Kombinace dvou metod NNT se doporučuje u silných kuřáků.

Zbývající otázky, č. 18 – 23, byly zodpovídaný všemi respondenty v souboru (206 dotazovaných) bez ohledu na jejich kuřáckou anamnézu.

Stanovisko lékařů ke kouření pacientů má často rozhodující význam pro další vývoj kuřáckého návyku. Významnou úlohu zde mohou sehrát zejména praktičtí lékaři pro dospělé, se kterými občané přicházejí nejčastěji do styku. Mělo by být samozřejmostí, aby ošetřující lékař zjišťoval, zda pacient kouří či nikoliv a upozorňoval kuřáky na zdravotní rizika, která z kouření vyplývají. Tato okolnost byla sledována v rámci výzkumu prostřednictvím uzavřené otázky následujícího znění: „*Ptá se Vás ošetřující lékař, zda kouříte?*“, otázka č. 18.

Dle výzkumné zprávy SZÚ (48) lékaři zjišťují kouření zejména u starších pacientů (nad 55 let). Zajímavé je zjištění, že kouření u svých pacientů častěji zjišťují lékaři v Praze, naopak méně se na ně ptají lékaři z Ústeckého a Libereckého kraje. 26 % občanů (vzorek byl zaměřen na celkovou populaci) uvedlo, že se jich praktický lékař na kouření dotazuje. 41 % občanů z tohoto souboru uvedlo odpověď „občas se lékař dotazuje“. Zbýlých 33 % respondentů tvrdí, že lékař tuto skutečnost nezjišťuje.

Ve svém výzkumu zaměřený na skupinu seniorů byly výsledky následující: 42 % seniorů na tuto otázku odpovědělo kladně. Naopak třetina respondentů popřela, že by se jich praktický lékař dotazoval, zda kouří. Tento stav neshledávám jako utěšený, neboť u 33 % seniorů není zjišťována kuřácká anamnéza, tím pádem nemůže být provedena intervence dle zákona č. 379/2005 Sb. v platném znění hlava IV. § 19 (60):

„Zdravotničtí pracovníci jsou při výkonu svého povolání povinni u osob užívajících tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky provést krátkou intervenci spočívající ve včasné diagnostice škodlivého užívání.“ Situace je v tomto případě o to závažnější, že pro starší věk je typický komorbidismus.

Vliv reklamy propagující tabákové výrobky na respondenty zkoumá otázka č. 19 dotazníku. Sledovány byly oblasti reklamy: televize, billboardy, plakáty v obchodech, tisk, a jiné.

Převážná většina respondentů (77 %) se necítila reklamou na tabákové výrobky zasažena. Toto číslo je zajímavé porovnat s počtem kuřáků v souboru. Kuřáků v souboru dotazovaných seniorů bylo 50 %. Ze 103 kuřáků (zmiňovaných 50 %) v souboru jich 85 uvedlo, že se reklamou na tabákové výrobky necítilo dotčeno.

Zde je na místě říci, že respondenti mohli být ovlivňováni reklamou na tabákové výrobky do roku 1995. Do této doby nebyla zpracována problematika reklamy na tabákové výrobky.

Reklama ovlivňuje člověka způsobem, který je špatně čitelný, zrádný a jehož vlivu se lze jen těžko ubránit. Proto je těžké posuzovat, jestli byli respondenti touto reklamou v minulosti reálně ovlivňováni. Lze se zamyslet i nad faktem, zda vliv reklamy nebyl pouze podprahový (respondent při své nejlepší vůli uvádí na dotaz zápornou odpověď), nebo zda nevstupuje do hry faktor časový – dotazníkové šetření na konci roku 2008 oproti omezení/zákazu na tabákové výrobky v roce 1995, potažmo v roce 2003.

V roce 1995 vešel v platnost zákon č. 40/1995 Sb. o regulaci reklamy. Ovšem došlo jen k její částečné regulaci, která nedostatečně omezovala reklamu na tabákové výrobky. Nová direktiva o regulaci tabákových výrobků přijatá v roce 2003 obsahuje úplné omezení reklamy na tabákové výrobky a zdravotní varování na krabičkách cigaret. Jedná se o zákon č. 132/2003 Sb. o regulaci reklamy, v platném znění, který nahrazuje zákon č. 40/1995 Sb.

Působení preventivních aktivit sledovala otázka č. 20 – „*Máte pocit, že na Vás někdy působila nějaká forma zdravotní prevence o škodlivosti kouření?*“ Bylo možné dichotomické rozložení odpovědí (ano, ne). V 60 % se respondenti necítili zasaženi

zdravotní prevencí tabakismu. Kotrbová et al (18) zjistila, že na téměř dvě třetiny respondentů nepůsobila zdravotnická prevence o škodlivosti kouření. Ve stejné práci na 36 % respondentů prevence působila. Jako její nejčastější formy uváděli články v tisku, publikace a přednášky odborníků. V rámci mého výzkumu jsem zjistila, že 22 % respondentů se necítilo dotčeno zdravotní prevencí. Tito respondenti uvedli některé z forem prevence, kterou považovali jako účinnou – besedy v rádiu, brožury, varovné nápisy na krabičkách cigaret, tisk, odborníci, odstrašující kampaně v médiích (fotky kuřácké plíce), rakovina plic u rodinného příslušníka, preventivní působení zdravotnického personálu při návštěvě zdravotnického zařízení, Mezinárodní nekuřácký den. Z méně obvyklých názorů na prevenci byl zmíněn příklad onemocnění bývalého prezidenta Václava Havla a výstava plastinátů lidských těl „Body“ v Praze.

Hypotézu H2 ověřovala otázka č. 21 ve znění: „*Souhlasíte s úplným zákazem kouření v restauracích a na veřejném prostranství?*“ Varianty odpovědí byly následující: Rozhodně ano – Spíše ano – Nevím – Spíše ne – Rozhodně ne.

S úplným zákazem kouření v restauracích v ČR rozhodně souhlasí téměř 46 % respondentů (tj. 94). Dále pak 26 % seniorů (tj. 54) spíše souhlasí se zavedením zákazu. Celkem tedy souhlasí 72 % respondentů. Nesouhlas (úplný nebo částečný) s takovým zákazem vyjádřilo 24 (téměř 12 %) dotázaných.

Ve výzkumu SZÚ, který mapoval názory obecné populace týkající se tabakismu, bylo zjištěno, že téměř 64 % obyvatelstva ČR rozhodně nebo spíše souhlasí se zavedením úplného zákazu kouření v restauracích (48). Tento výsledek ve své podstatě koreluje s výstupy mého výzkumu; osmiprocentní rozdíl ve výsledcích si vysvětlují potenciálním větším uvědomováním si sociální zodpovědnosti seniorů.

Přehled stavu zákazu kouření v evropských restauracích lze nalézt v příloze č. 2.

V souvislosti s dílčím cílem diplomové práce byla zamýšlena otázka č. 22: „*Myslíte si, že závislost na nikotinu je nemoc?*“ 55 % seniorů uvedlo, že závislost na nikotinu považuje za nemoc. Tuto hodnotu považuji z mého hlediska za uspokojivou, vzhledem k cílové skupině výzkumu. Zůstává 39 % seniorů, kteří nikotinismus nepovažují za nemoc. Zde vidím příležitost k působení informační osvětové kampaně

o závislosti na nikotinu, jeho rizicích a nikotinismu jako nemoci, protože uvědomění si nemoci je prvním krokem k její léčbě.

Poslední otázka dotazníkového šetření se zaměřila na informovanost seniorů o možnostech odvykání kouření v místě jejich bydliště. 58 % (tj. 119) respondentů neví, zda se poradna vyskytuje v místě jejich bydliště. Z tohoto počtu je 25 aktivních kuřáků, kteří by v případě potřeby nevěděli kam se obrátit na odbornou pomoc v místě jejich bydliště. Oproti tomu pouze pět aktivních kuřáků ví, kam se v místě svého bydliště obrátit o odbornou pomoc v případě odvykání kouření.

Pro úplnost považuji za důležité zmínit současný stav problematiky protikuřáckých poraden. V souvislosti s restrukturalizací soustavy zdravotních ústavů a jejich provázaností s protikuřáckými poradnami, neshledávám stav sítě zmíněných poraden v dnešních dnech utěšeným. K hlavním důvodům nízké informovanosti seniorů o existenci poraden byla nedostatečná reklama. Mezi 119 v této oblasti neinformovaných respondentů, patří i nekuřáci, kteří se o poradny pro odvykání kouření nezajímají a nemají pro ně žádný význam.

V dnešní době se poradny pro odvykání kouření přesouvají např. do nemocnic na psychiatrická oddělení. Klienti, kteří by měli zájem o návštěvu této poradny, by se mohli cítit stigmatizováni v souvislosti s nutností návštěvy psychiatrického oddělení.

Aktuálním problémem dnešní doby je fakt, že po redukci počtu protikuřáckých poraden (ze 46 na 6 poraden) došlo nejen k omezení jejich celkového počtu, ale i ke změně pracovní doby (například v Českých Budějovicích jedenkrát týdně).

Z analýzy projektu podpory zdraví za období od 2004 – 2008, který byl zaměřen na seniory vyplynulo, že žádný z projektů podpory zdraví nebyl zaměřen na kouření seniorů.

6. Závěr

V této diplomové práci byly stanoveny dva výzkumné cíle – hlavní a dílčí.

Hlavní cíl sledoval prevalenci kouření u seniorů. Výzkumný vzorek tvořilo 206 respondentů ve věku od šedesáti let. Nejstarší respondent dosáhl věku 97 let. Z tohoto počtu respondentů 50 % uvedlo, že nikdy nekouřilo. Druhá polovina dotázaných měla nebo má dlouhodobější zkušenost s kouřením tabákových výrobků. V době provádění dotazníkového šetření se řadilo mezi aktivní kuřáky 20 % seniorů.

Autor práce si jako hledisko informovanosti seniorů o problematice kouření zvolil náhled seniorů na nikotinismus jako nemoc, informovanost o možnostech odvykání kouření v místě bydliště a snahu seniorů – kuřáků - o léčbu závislosti na nikotinu.

V souvislosti s tímto dílčím cílem diplomové práce ve znění „zjištění informovanosti seniorů o problematice kouření“, byla zamýšlena jedna z otázek dotazníku o třidvaceti bodech. Otázka byla formulována následovně: „Myslíte si, že závislost na nikotinu je nemoc?“ Tímto výstupem chtěl výzkumník zjistit, zda senioři chápou nikotinismus jako nemoc. 55 % seniorů uvedlo, že závislost na nikotinu považuje za nemoc. Tuto hodnotu považuji z mého hlediska za uspokojivou vzhledem k cílové skupině výzkumu. Zůstává 39 % seniorů, kteří nikotinismus nepovažují za nemoc. Zde vidím příležitost k působení informační osvětové kampaně o závislosti na nikotinu, jeho rizicích a nikotinizmu jako nemoci, protože uvědomění si nemoci je prvním krokem k její léčbě.

Druhá otázka s cílem zjistit dílčí cíl práce byla z oblasti snahy seniorů – kuřáků zbavit se závislosti na nikotinu moderními metodami. Pouze pětina kuřáků vyzkoušela některou z forem náhradní nikotinové terapie, a to především nikotinové žvýkačky nebo kombinaci dvou metod – nikotinové žvýkačky a inhalátor.

Třetí z otázek se záměrem objasnit dílčí cíl sledovala informovanost seniorů o možnostech odvykání kouření v místě jejich bydliště. 58 % (tj. 119) respondentů neví, zda se poradna vyskytuje v místě jejich bydliště. Mezi 119 v této oblasti neinformovaných respondentů, patří i nekuřáci, kteří se o poradny pro odvykání kouření

nezajímají a nemají pro ně žádný význam. K dalším důvodům nízké informovanosti seniorů o existenci poraden byla nedostatečná reklama poraden.

V souvislosti s restrukturalizací soustavy zdravotních ústavů a jejich provázaností s protikuřáckými poradnami, neshledávám stav sítě zmíněných poraden v dnešních dnech utěšeným.

K ověření první hypotézy - „Senioři kouří i přes své chronické onemocnění“ - sloužila otázka formulována v dotazníku následujícím způsobem: „Jste-li současný kuřák, trpíte nějakým chronickým onemocněním?“ 44 % z dotázaných aktivních kuřáků trpělo v době dotazníkového šetření chronickým onemocněním. Můžeme konstatovat, že toto zjištění má dostatečnou sílu k tomu, abychom hypotézu potvrdili.

Druhou hypotézu ve znění: „Senioři zaujímají kladný postoj k zákazu kouření v restauracích a na veřejném prostranství“ výzkum verifikoval. S úplným zákazem kouření v restauracích v České republice rozhodně souhlasí 46 % respondentů. Dalších 26 % seniorů spíše souhlasí se zavedením zákazu. Celkem tedy souhlasí 72 % respondentů.

V rámci problematiky kouření seniorů vidím možnosti zlepšení ve vhodnějším přizpůsobení odvykacích programů dané cílové skupině. Z toho by mohla plynout vyšší účinnost a větší motivovanost seniorů k léčbě závislosti na nikotinu. Přestože je legislativně zakotvena povinnost lékaře provádět cílenou intervenci u kuřáka, i v této oblasti vidím prostor k jejímu důslednějšimu dodržování - projevení intenzivnějšího zájmu lékaře o klienta ve vyšším věku.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BARTLOVÁ, E. et al. Odvykání kouření. *Národní program zdraví*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997, s. 36 - 37.
2. BENCKO, V. *Hygiena: učební texty k seminářům a praktickým cvičením*. 2. přepracované vydání. Praha: Karolinum, 1998. 185 s. ISBN 80-7184-551-5.
3. Bílá kniha. *Pasivní kouření* [online]. [cit. 2008-11-24]. Dostupné z <<http://www.kurakovaplice.cz/web/bilakniha.php#pasivni>>
4. Bílá kniha tabáku [online]. [cit. 2009-01-12]. Dostupné z <<http://www.kurakovaplice.cz/index.php?strana=bilakniha>>
5. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 A ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3. Dostupné z <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>
6. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 A ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.1. Dostupné z <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>
7. Centrum léčby závislosti na tabáku [online]. [cit. 2008-11-10]. Dostupné z <<http://www.clzt.cz/index.php2005>>
8. Česká koalice proti tabáku [online]. [cit. 2009-01-23]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/?stranka=ceska_republika&typ=sablony>
9. Vareniclin – medikamentöse Therapie der Tabakabhängigkeit. *WMW Wiener Medizinische Wochenschrift*. Wien: 2009. ročník 159, číslo 1-2, s. 17-23. ISSN 0043-5341.

10. ČUPKA, J., NEŠPOR K. et al. *Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. 10 s. ISBN: 80-903573-7-7.
11. FERNÁNDEZ, E. SCHIAFFINO, A. BORRÁS, JM. *Epidemiology of smoking in Europe* [online]. [cit. 2009-04-20]. Dostupné z <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12055733>>
12. FLEISCHMANOVÁ, I. *Některé aspekty tabákové problematiky v právní úpravě* [online]. [cit. 2009-01-26]. Dostupné z <<http://dane.aspionline.cz/ao/cs/dokument/nahled-dokumentu/?doc=d3078v4062&query=N%C4%9Bkter%C3%A9+aspekty+tab%C3%A1kov%C3%A9+problematiky&count=5&&docno=1>> Aktualizace 29.11.2007.
13. HEJDA, J., DUBEN, R. *Veřejně prospěšné organizace a jejich postavení v systému prevence a ochrany proti drogové závislosti*. 1. vyd. Praha: Vltavín, 2002. 187 s. ISBN 80-86-587-02-9.
14. *Help for a life without. Tobago Report says smoking costs NHS 2.7 billion pounds a year* [online]. [cit. 2009-04-19]. Dostupné z <http://en.help-eu.com/pages/fic-actu-0-4-ALL_THE_NEWS.html> Aktualizace 7.10.2008.
15. HOLMEROVÁ, I. et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Vydání neuvedeno. Praha: Gema, 2002. 110 s. Ostatní neuvedeno.
16. *Charitativní projekt ZPMV ČR proti kouření* [online]. [cit. 2009-01-19]. Dostupné z <<http://www.mineralfit.cz/clanek/2449--charitativni-projekt-zpmv-cr-proti-koureni.html>> Aktualizace 16.5.2007.
17. *Jak škodí pasivní kouření* [online]. [cit. 2009-03-20]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/?stranka=pasivni_koureni&typ=sablony>

18. KOTRBOVÁ, K. et al. Kouření u seniorů. *Kontakt*. České Budějovice: 2008, ročník 10, číslo 2, s. 354 – 359. ISSN 1212-4117.
19. KRÁLÍKOVÁ, E. et al. *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. 1. vyd. Brno: Česká kardiologická společnost, 2006. 22 s. ISBN 80-239-7362-2.
20. KRÁLÍKOVÁ, E. et al. *Jak přestat kouřit*. Vydání neuvedeno. Praha: Maxdorg, 1997. 92 s. ISBN 80-85800-62-4.
21. KRÁLÍKOVÁ, E. et al. Vareniclin. *Farmakoterapie*. Praha: 2007, ročník 7, číslo 1, str. 11 – 14. ISSN 1801-7509.
22. KRÁLÍKOVÁ, E. Závislost na tabáku je třeba léčit stejně jako jiné nemoci. *Alergie*. Praha: 2007, ročník 2007, číslo 3, s. 249. ISSN 1212-3536.
23. KRÍŽ, J. Podpora zdraví – Vývoj a perspektivy. *Hygiena*. Praha: 2008, ročník 53, číslo 1, s. 19-22. ISSN 0862-5956.
24. KUCHOVÁ, I. *Úplný zákaz kouření na veřejných místech v ČR* [online]. [cit. 2009-03-23]. Dostupné z <<http://st.vse.cz/~XKUCI03/soubory/xkuci03.ppt>>
25. Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. 1.vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. 55 s. ISBN 978-80-86878-65-2.
26. LANGROVÁ, K. *Zdravotní důsledky expozice pasivnímu kouření: souhrn publikace Smoking and tobacco control, Monograph 10: Health effects of exposure to environmental tobacco smoke, National Cancer Institute*. Vydání neuvedeno. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 28 s. ISBN neuvedeno.

27. LÜLLMANN, H. et al. *Barevný atlas farmakologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 384 s. ISBN 978-80-247-1672-5.
28. MACHÁLKOVÁ J., REICHL, J. *Důchodcům nemoci nevadí* [online]. [cit. 2008-04-16]. Dostupné z <http://www.lidovky.cz/duchodcum-nemoci-nevadi-0so/ln_domov.asp?c=A080306_081923_ln_domov_nev> Aktualizace 6.3.2008.
29. MLČOCH, Z. *Fakta o nikotinu* [online]. [cit. 2009-01-30]. Dostupné z <<http://www.kurakovaplice.cz/index.php?strana=nikotinfakta>>
30. MOKRÁ, J. *Etapy života - dospělost a stáří* [online]. [cit. 2009-02-20]. Dostupné z <<http://ucebnice.ssgak.cz/ucebnice.aspx?kod=V-09&kap=1-5>>
31. Náhradní nikotinová léčba [online]. [cit. 2008-12-28]. Dostupné z <<http://www.stop-koureni.cz/nahradni-nikotinova-lecba>> Aktualizace 30.11.2008.
32. Nařízení vlády č. 469/2000 Sb., kterým se stanoví obsahové náplně jednotlivých živností, v platném znění [online]. [cit. 2009-01-21]. Dostupné z <<http://www.zakonywebu.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khc:SBA0469A>>
33. NEŠPOR, K. *Léčba závislosti na tabáku v praxi*. [online]. [cit. 2009-01-20]. Dostupné z <www.solen.cz/pdf>
34. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.
35. Některé aspekty "tabákové" problematiky v právní úpravě a v praxi. Drogový informační server [online]. [cit. 2009-01-18]. Dostupné z <http://www.drogy.net/portal/nikotin/legislativa/nektere-aspekty-tabakove-problematiky-v-pravni-uprave-a-v-praxi_2007_12_05.html> Aktualizace 5.12.2007.

36. Oslavme mezinárodní nekuřácký den nekouřením [online]. [cit. 2009-01-20]. Dostupné z <http://www.drogy.net/portal/nikotin/prevence-2/oslavme-mezinarodni-nekuracky-den-nekourenim_2006_11_13.html> Aktualizace 13.11.2006.
37. PILAŘOVÁ, L. Problematika závislosti na nikotinu. *Psychiatrie pro praxi*. Solen: 2003, ročník 2003, číslo 5, s. 205-208. ISSN 1803-5272 [online]. [cit. 2009-01-10]. Dostupné z <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200305-0004.php>>
38. PRABHAT, J., FRANK, J. et al. *Jak zvládnout kuřáckou epidemii: vlády a ekonomika kontroly tabáku*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 117 s. ISBN 80-7071-234-1.
39. PRADÁČOVÁ, J. *Kouření a zdraví*. 1.vyd. Praha: Liga proti rakovině, 2003. 12 s. ISBN 80-239-3610-7.
40. Program pro podniky [online]. [cit. 2009-03-20]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/?stranka=program_pro_podniky&typ=sablony>
41. Protikuřácká legislativa v ČR [online]. [cit. 2009-01-17]. Dostupné z <<http://www.stop-koureni.cz/protikuracka-legislativa-v-cr>> Aktualizovace 1.9.2009.
42. Protikuřácká legislativa v Evropě [online]. [cit. 2009-01-17]. Dostupné z <<http://www.stop-koureni.cz/protikuracka-legislativa-v-evrope>> Aktualizace 9.1.2009.
43. Pro život bez tabáku [online]. [cit. 2008-11-24]. Dostupné z <http://cs.help-eu.com/pages/lsv-tp_2-3-14-N-1-LE_SAVIEZ_VOUS.html>
44. SANDER, L. ZHOU XUN. *Příběh kouře: člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*. Překl. M. König. 1.vyd. Praha: Dybbuk, 2006. 457 s. ISBN 80-86862-23-2.

45. SLEZÁK, R., RYŠKA, A. *Kouření a dutina ústní*. 1. vyd. Praha: Česká stomatologická komora, 2006. ISBN: 80-903609-6-3.
46. Složení tabákového kouře [online]. [cit. 2008-11-18]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/?stranka=slozeni_tabakoveho_koure&typ=sablony>
47. SOVINOVÁ, H. CSÉMY, L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071- 230-9.
48. SOVINOVÁ, H. et al. *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření - období 1997-2007* [online]. [cit. 2009-01-23]. Dostupné z <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prevalence-kuřactvi-v-dospěle-populaci-cr>> Aktualizace 29.5.2008.
49. SOVINOVÁ, H. *Jak kouří Češi - Kuřácké zvyklosti české populace* [online]. [cit. 2009-01-23]. Dostupné z <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/jak-kouri-cesi-kuřacke-zvyklosti>> Aktualizace 27.5.2008.
50. Stop kouření [online]. [cit. 2009-01-17]. Dostupné z <<http://www.stop-koureni.cz/protikuracka-legislativa-v-cr>> Aktualizace 9.1.2009.
51. SVOBODOVÁ, K. *Analýza: Dostupnost institucionální péče o seniory z regionálního pohledu* [online]. [cit. 2008-11-15]. Dostupné z <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=569> Aktualizace 15.9.2008.
52. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galen, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
53. TUREČEK, I. *Proč kouříme? O teorii kouření* [online]. [cit. 2009-04-10]. Dostupné z <<http://www.osel.cz/index.php?clanek=4121>> Aktualizace 4.12.2009

54. ULLMANN, H. et al. *Farmakologie a toxikologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 728 s. ISBN: 80-247-0836-1.
55. VOŽEH, F. *Kouření očima patofyziologa* [online]. [cit. 2008-11-15]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/?stranka=nemoci_zpusobene_kourenim&typ=clanky&vypsat=1306>Aktualizace 7.11.2005.
56. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 113/2005 Sb., o způsobu označování potravin a tabákových výrobků, v platném znění [online]. [cit. 2009-01-20]. Dostupné z <<http://www.zakonnawebu.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khc:SBA5113A>>
57. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 137/2004 Sb. o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných, v platném znění [online]. [cit. 2009-01-19]. Dostupné z <<http://www.zakonnawebu.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khc:SBA4137A>>
58. Vyhláška Ministerstva zemědělství č. 344/2003 Sb., kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky, v platném znění [online]. [cit. 2009-01-20]. Dostupné z <<http://www.zakonnawebu.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khc:SBA3344A>>
59. Zákon č. 40/1995 Sb. o regulaci reklamy a doplnění zákon a č. 468/1991 Sb. o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2009-01-19]. Dostupné z <<http://www.zakonnawebu.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khc:SB95040A>>
60. Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů [online]. [cit. 2009-01-19]. Dostupné z <<http://www.zakonnawebu.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khc:SBA5379A>>

61. Zdraví 21 - Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace [online]. [cit. 2008-11-15]. Dostupné z <<http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>>
62. *Zdraví 21 – zdraví do 21. století*. Praha, 2001. ISBN 80-85047-19-5.
63. ŽÁK, J. Řetěz lásky k dětem [online]. [cit. 2009-01-19]. Dostupné z <<http://www.retezlasky.cz/>>

8. Klíčová slova

Prevalence

Senioři

Kouření

Nikotin

Závislost

Prevence

9. Přílohy

Příloha 1. Dotazník

Příloha 2. Kouření v Evropě

Příloha 3. Centra pro odvykání kouření

Příloha 1. Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Linda Dvořáková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento dotazník, týkající se problematiky kouření, bude využit k vypracování diplomové práce s názvem Kouření u seniorů.

Dotazník je určen věkové skupině 60 + let a **JE ANONYMNÍ**.

Mnohokrát děkuji za jeho vyplnění.

Vybrané odpovědi prosím zakroužkujte nebo případně doplňte.

- | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Pohlaví: | <input type="checkbox"/> Muž | <input type="checkbox"/> Žena |
| 2. Váš věk: | | |
| 3. Kouřil(a) jste v minulosti? | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| 4. Kouříte v současné době? | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |

V případě kladné odpovědi pokračujte v otázce 5 a 6.

- 5. Uved'te přibližný počet vykouřených cigaret denně:**
- 6. Jak brzy po probuzení si zapálíte cigaretu?**

Pokud jste SOUČASNÝ nebo BÝVALÝ KUŘÁK, odpovězte na otázky 7 až 23.

Pokud jste NEKUŘÁK odpovězte na otázky 18 až 23.

7. V kolika letech jste začal(a) s kouřením?

8. Od kolika let jste byl(a) / jste pravidelným denním kuřákem?

9. Kolik let celkem jste kouřil(a)? Nepočítejte prosím dobu, kdy jste nekouřil(a):

10. Kolikrát jste se pokoušel(a) přestat kouřit?

11. Vzpomenete si na důvody, proč jste vůbec začal(a) kouřit?

- a) ze zvědavosti
- b) vliv kolektivu
- c) stres
- d) rodinné problémy
- e) jiné důvody (vypište):

12. Pokud jste přestal(a) kouřit, co Vás k tomu donutilo?

Můžete zaškrtnout více odpovědí, případně doplňte vlastní komentář:

- a) onemocnění srdce:
- b) onemocnění dýchacího ústrojí:
- c) jiné zdravotní důvody (vypište):

d) ekonomické důvody:

e) společenské důvody:

f) osobní důvody:

g) jiné důvody (vypište):

13. Jste-li současný kuřák, trpíte nějakým chronickým onemocněním? Ano
Ne

Jakým?

14. Kouříte/kouřil(a) jste v bytě? Ano
Občas
Ne

15. Kouříte/kouřil(a) jste i před rodinnými příslušníky – nekuřáky? Ano
Občas
Ne

16. Doporučuje Vám ošetřující lékař, abyste přestal(a) kouřit? Ano, vždy
Občas
Ne

17. Zkoušel(a) jste/vyzkoušel(a) byste některý způsob nikotinové náhradní léčby?

- a) Ano, již jsem vyzkoušel(a)
- b) Ano, přemýšlím o tom
- c) Ne
- d) Nevím, nepřemýšlel(a) jsem o tom

Pokud ano, jaký způsob?

- a) nikotinové žvýkačky
- b) náplasti
- c) inhalátor
- d) tablety

18. Ptá se Vás ošetřující lékař, zda kouříte?

Ano, vždy

Občas

Ne

19. Máte pocit, že na Vás někdy působila reklama na tabákové výrobky?

Ano

Ne

Pokud ano, vyberte jaká nejvíc:

- a) televize
- b) billboardy
- c) plakáty v obchodech
- d) tisk
- e) jiná, napište jaká:

20. Máte pocit, že na Vás někdy působila nějaká forma zdravotní prevence o škodlivosti kouření?

Ano

Ne

Pokud ano, jaká:

21. Souhlasíte s úplným zákazem kouření v restauracích a na veřejném prostranství?

a) Rozhodně ano

b) Spíše ano

c) Nevím

d) Spíše ne

e) Rozhodně ne

22. Myslíte si, že závislost na nikotinu je nemoc?

Ano

Ne

23 . Nachází se ve Vašem městě zařízení, kde lze vyhledat pomoc při odvykání

kouření (Centrum pro léčbu, Poradny pro odvykání kouření) ?

Ano

Ne

Nevím

Příloha 2. Evropa a kouření

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

Bulharsko – Bary a restaurace musejí mít oddělená místa pro kuřáky, ale podle bulharských médií se nařízení téměř vůbec nedodržuje.

Černá Hora – Od července 2004 zakazuje kouření ve veřejných budovách i prostranstvích, včetně restaurací, barů, kin a škol.

Česká republika – Od roku 2006 platí zákon, který zakazuje kouření v restauracích, jež nenabízejí pro kuřáky oddělený prostor. Novela takzvaného protikuřáckého zákona je také uvedena mezi prioritními legislativními změnami v Programovém prohlášení české vlády.

Dánsko – Od roku 2007 vchází v platnost zákon o zákazu kouření ve všech veřejných budovách včetně škol, restaurací, hospod a barů. V oddělených místnostech ale kouřit lze.

Estonsko – Zákaz kouření v barech i restauracích začal platit 5. června 2007. Výjimku mají ty podniky, kde budou oddělené místnosti pro kouření se samostatnou ventilací.

Finsko – Již od roku 1995 se nesmělo kouřit na pracovištích, ve veřejných budovách s výjimkou pohostinských zařízení a v hromadné dopravě. V barech a restauracích se nekouří od 1. června 2007.

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 – První země, která přijala tvrdé protikuřácké zákony. Stalo se tak už v roce 2004. Nesmí se kouřit ani v barech a restauracích.

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 euro a hostinskému, který to umožní, hrozí pokuta až 2000 euro. Zákon byl schválen již v prosinci 2002, uvedení do praxe však bylo dvakrát odloženo. Zákaz kouření začal platit až v roce 2005.

Litva – Na začátku roku 2007 vstoupil v platnost jeden z nejtvrděších evropských protikuřáckých zákonů. Zakazuje kouření na všech veřejných místech včetně barů a restaurací.

Lotyšsko – Stejně jako v Litvě platí úplný zákaz kouření i v barech a restauracích.

Maďarsko – Zakázáno je kouření ve všech veřejných zařízeních. Zaměstnavatelé mají povinnost zajistit svým zaměstnancům ochranu před cigaretovým kouřem. Totéž se týká i dětí.

Makedonie – Zákaz kouření platí od ledna 2005 ve všech veřejných prostorech, v restauracích a barech.

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.

Nizozemsko – Od roku 2004 platí zákaz kouření na úřadech a na vlakových nádražích. Později byl rozšířen i na restaurace a bary.

Norsko – Norsko kouření v pohostinských zařízeních zakázalo v červnu 2004, jen o tři měsíce později než Irsko.

Polsko – většina Poláků je pro úplný zákaz kouření na veřejnosti. Zákaz platí ve školách, nemocnicích, na nádražích a letištích.

Portugalsko – Parlament odhlasoval zákaz kouření na veřejných místech. Zákon má začít platit v polovině roku 2009.

Rakousko – Jen 43 % Rakušanů je pro zákaz kouření na všech veřejných místech. V barech i restauracích se dosud kouřit může. Zákaz platí pro vládní budovy, kina a všechny školské a vzdělávací instituce.

Rumunsko – Zákaz na veřejných místech jako jsou úřady či nádraží platí od roku 2002. Nevztahuje se ale na bary a restaurace.

Řecko – Spolu s Kyprem zde kouří přes 40 % obyvatel, oba dva státy patří k „nejkuřáctějším“ zemím Evropské unie. V barech a restauracích jsou pro kuřáky oddělené prostory.

Slovensko – Slováci nepřijali velmi tvrdý zákon, je podobný tomu českému. V restauracích musí být oddělené zóny pro kuřáky.

Slovinsko – Od roku 2007 platí zákaz na veřejných místech, v restauracích jsou speciální zóny pro kuřáky. Od srpna 2007 je zakázáno kouření ve veřejných budovách a na pracovištích.

Španělsko – Zavedlo zákaz kouření v nemocnicích, školách a úřadech na začátku roku 2006.

Švédsko – Od 1. června 2005 je kouření zakázáno ve všech provozovnách prodávajících jídlo nebo pití. Kouření v nově vytvořených kuřárnách a venku je povoleno. Zákaz ve veřejné dopravě a většině veřejných míst platí již od roku 1983. Podle průzkumů přísný zákon podporuje devět z deseti Švédů.

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 – Skotsko zakázalo kouření v barech a restauracích už v březnu 2006, Anglie se připojila od 1. července 2007. Zákaz se ve Skotsku podle údajů dodržuje. Během roku 2008 má vstoupit v Anglii v platnost zákon zakazující kouření ve veřejných prostorách **(44,11)**.

První zákaz kouření tabáku vydal anglický král Jakub I. v roce 1604. Jedna z prvních lékařských zpráv o negativních účincích kouření na zdraví pojednávala v roce 1859 o skupině 68 nemocných kuřáků s rakovinou rtů a dutiny ústní v Montpellier ve Francii (42).

Příloha 3. Kontaktní informace - Centrum léčby závislosti na tabáku

Brno: *Centrum léčby závislosti na tabáku*

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy Fakultní nemocnice Brno - Bohunice
Jihlavská 20
Brno
T.: 532 233 198

České Budějovice: *Centrum léčby závislosti na tabáku*

Nemocnice České Budějovice, a.s.
B. Němcové 585/54
České Budějovice
T.: 387 871 111

Liberec: *Centrum léčby závislosti na tabáku*

Krajská nemocnice Liberec
Husova 10
Liberec
T.: 485 312 871

Olomouc: *Centrum léčby závislosti na tabáku*

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, Fakultní nemocnice Olomouc
I.P. Pavlova 6
Olomouc
T.: 588 443 561

Ostrava: *Centrum léčby závislosti na tabáku*

Plicní odd. při Vítkovické nemocnici, a.s.
Zalužanského 1192/15
Ostrava
T.: 595 633 402

Plzeň: *Centrum léčby závislosti na tabáku*

Klinika TRN, Fakultní nemocnice Plzeň
Třída Dr. E. Beneše 13
Plzeň
T.: 377 402 969

Praha: *Referenční centrum léčby závislosti na tabáku*

III. interní klinika 1.LF UK a VFN
Poliklinika VFN
Karlovo náměstí 32
Praha 2
T.: 224 966 608 (telefonické objednávání denně 8-10h)
MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Lenka Štěpánková, MUDr. Kamila Zimová

Centrum léčby závislosti na tabáku

Pneumologická klinika 2.LF UK a Fakultní nemocnice Motol

V Úvalu 84

Praha 5

T.: 224 436 664

MUDr. Soňa Csemyová

Centrum léčby závislosti na tabáku

Fakultní nemocnice na Bulovce

Klinika pneumologie a hrudní chirurgie 3.LF UK

Pavilon 10

Budínova 2

Praha 8

T.: 266 082 081