

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Karolína Jarošová

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

Vliv prostředí na počátky kouření u dětí
(bakalářská práce)

Autor práce: Karolína Jarošová, Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: MUDr. Šárka Mičanová

České Budějovice, 2012

UNIVERSITY OF SOUTH BOHEMIA ČESKÉ BUDĚJOVICE
PEDAGOGICAL FACULTY
DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION

**Influence of environment on the beginnings of smoking
among children
(bachelor theses)**

Author: Karolína Jarošová, Health education

Supervisor: MUDr. Šárka Mičanová

České Budějovice, 2012

Jméno a příjmení autora: Karolína Jarošová

Název bakalářské práce: Vliv prostředí na počátky kouření u dětí

Pracoviště: Katedra Výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Šárka Mičanová

Rok obhajoby bakalářské práce: 2012

Abstrakt: Předmětem bakalářské práce je zmapování situace týkající se kouření u dětí 2.stupně základních škol. Cílem práce bylo zjistit, jak jsou děti ovlivňovány společenskými trendy, jejich vlastním prostředím a jaké mají všeobecné znalosti o kouření a jeho vlivu na lidský organismus.

Práce byla rozdělena na praktickou a teoretickou část. V teoretické části byly shrnuty poznatky z historie kouření, obecné informace o kouření a vlivu na lidské zdraví, část byla také věnována charakteristice vybrané věkové skupiny a preventivním programům. Pro výzkum k praktické části práce byly vybrány dvě hypotézy. Jako výzkumný nástroj byly použity dotazníky, které byly rozdány na předem vytipovaných základních školách v Českých Budějovicích. Hypotéza č.1, že děti pocházející z kuřáckých rodin ke kouření inklinují častěji, než děti z rodin nekuřáků, se potvrdila. Hypotéza č.2, že více než polovina respondentů není dostatečně informována o možných rizicích kouření, se výzkumem také potvrdila.

Celkově mě tyto výsledky překvapily a přijde mi alarmující, kolik se v dnešní době najde mezi dětmi těch, kteří už mají v tomto útlém věku zkušenost s kouřením cigaret nebo jsou dokonce pravidelnými kuřáky. Myslím si, že nedostatečná osvěta a málo věnovaná pozornost preventivním programům proti kouření k tomuto „trendu“ jen přispívá. Bylo by dobré, kdyby se společnost nad tímto fenoménem zamyslela a začala se snažit o to, aby pro nové generace kouření již nebylo běžnou součástí každodenního života.

Klíčová slova: kuřák, závislost, droga, prostředí, děti, cigareta, prevence, tabák

Name and Surname: Karolína Jarošová

Title of Bachelor Thesis: Influence of environment on the beginnings of smoking among children

Department: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: MUDr. Šárka Mičanová

The year of presentation: 2012

Abstract: This bachelor thesis examines the current situation concerning the beginnings of smoking among second grade pupils, the social trends and influence of social environment. This thesis also focuses on smoking education and its knowledge among these pupils and it tries to discover whether they know about health risks of smoking. In the theoretical part, I described history of smoking, general information about smoking, and health risks of smoking. In the practical part of this thesis, I chose two hypotheses to be confirmed or disproved. I used questionnaires as a research instrument at selected primary schools in České Budějovice. The first hypothesis says that children whose parents smoke are more likely to start smoking themselves than children from non-smoking families. This hypothesis was confirmed. The second hypothesis says that more than a half of respondents are not fully informed about possible health risks of smoking. This hypothesis was also confirmed. I was surprised by the results of my research. It is alarming how many children have smoking experience or how many of them are even regular smokers these days. In my opinion, lack of education and not enough attention focused on anti-smoking prevention programs only contribute to this trend. Our society should think a lot more about this phenomenon, and we should try harder for our new generations not to take smoking as a part of their daily life.

Keywords: smoker, addiction, drug, environment, child, cigarette, prevention, tobacco

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Vliv prostředí na počátky kouření u dětí vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury a pod odborným dohledem MUDr. Šárky Mičanové.

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

V Českých Budějovicích, dne

Karolína Jarošová

Poděkování:

Děkuji paní MUDr. Šárce Mičanové za odborné vedení, cenné rady a ochotu při vypracování mé bakalářské práce.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| 1. ÚVOD..... | 8 |
| 2. TEORETICKÁ ČÁST..... | 9 |
| 2.1. Kouření..... | 9 |
| 2.1.1 Pojem kouření..... | 9 |
| 2.1.2 Definice kouření..... | 9 |
| 2.1.3 Historie kouření..... | 9 |
| 2.2 Vznik a dělení kuřáctví..... | 13 |
| 2.2.1 Pasivní kouření..... | 14 |
| 2.2.2 Kouření v těhotenství a vliv na plod..... | 15 |
| 2.2.3 Kouření a děti..... | 17 |
| 2.3. Složení tabákového kouře..... | 19 |
| 2.3.1 Nikotin..... | 20 |
| 2.3.2 Dehet a oxid uhelnatý (CO)..... | 20 |
| 2.4. Vliv kouření na lidský organismus..... | 22 |
| 2.4.1 Onemocnění dýchacích cest..... | 24 |
| 2.4.2 Kardiovaskulární onemocnění..... | 25 |
| 2.4.3 Karcinogenní onemocnění..... | 25 |
| 2.5 Vznik závislosti..... | 26 |
| 2.5.1 Fyzická závislost na nikotinu..... | 26 |
| 2.5.2 Psychosociální závislost na cigaretě..... | 27 |
| 2.5.3 Abstinenční příznaky..... | 28 |
| 2.6 Léčba závislosti..... | 29 |
| 2.6.1 Farmakologická léčba..... | 30 |
| 2.6.2 Bupropion (Zyban, Wellbutrin SR)..... | 30 |
| 2.6.3 Vareniclin..... | 30 |
| 2.6.4 Náhradní nikotinová terapie..... | 31 |
| 2.6.5 Akupunktura..... | 32 |

| | |
|---|-----------|
| 2.6.6 Hypnóza | 33 |
| 2.7 Prevence kouření..... | 35 |
| 2.7.1 Primární prevence ve škole..... | 35 |
| 2.7.2 Minimální preventivní program jako nástroj prevence ve školách..... | 38 |
| 2.7.3 Rámcově vzdělávací program na ZŠ | 38 |
| 2.7.4 Program podpory zdraví a prevence kouření pro mladší školní věk (7-11let) „Normální je nekouřit“ | 39 |
| 2.7.5 Reklama na tabákové výrobky a její vliv..... | 40 |
| 2.8 Charakteristika vybrané věkové skupiny (10-12 let)..... | 42 |
| 2.8.2 Socializace | 42 |
| 2.8.3 Vliv rodiny | 43 |
| 2.8.4 Vliv školního prostředí | 45 |
| 2.9 Zákony a legislativy | 47 |
| 2.9.1 Rámcová úmluva o kontrole tabáku (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)..... | 47 |
| 3. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY | 50 |
| 3.1 Cíl práce..... | 50 |
| 3.2 Hypotézy | 50 |
| 4. METODIKA..... | 51 |
| 4.1 Použitá metodika..... | 51 |
| 4.2 Charakteristika výzkumného souboru | 51 |
| 5. VÝSLEDKY | 53 |
| 6. DISKUZE | 80 |
| 7. ZÁVĚR | 85 |

| | |
|--|-----------|
| 8. REFERENČNÍ SEZNAM LITERATURY | 86 |
| 9. PŘÍLOHY..... | 91 |

1. ÚVOD

Téma mé bakalářské práce „Vliv prostředí na počátky kouření u dětí“ jsem si vybrala, protože si myslím, že je v dnešní době alarmující kolik mladých lidí, zejména dětí, ke kouření inklinuje. Považuji za důležité, aby bylo tomuto tématu věnováno více pozornosti. Především proto, že v České Republice je kouření tabákových výrobků velice tolerované a společnost se již nepodivuje nad tím, že si cigaretu zapalují rok od roku mladší a mladší děti. Myslím si, že by se společnost nad tímto faktem měla více pozastavovat a situaci se snažit řešit. Především by měla pro děti utvářet zdravé a ke kouření neevokující prostředí.

V bakalářské práci se zabývám kouřením obecně, vysvětlením důležitých pojmů, zdravotními důsledky kouření na lidský organismus a v teoretické části bakalářské práce věnuji pozornost také vlivu rodiny a školního prostředí na děti.

Považuji za samozřejmé, že právě rodina formuje a ovlivňuje identitu dítěte, a proto by děti již od narození měly žít v nekuřáckém a zdravém prostředí. Troufám si také říct, že pokud dítě vyrůstá v zakouřeném prostředí a každodenně vidí kouření cigaret u svých rodičů či blízkých, vzniká tak velká pravděpodobnost, že se bude snažit své rodiče v budoucnu napodobovat a bude brát kouření jako normální a běžnou součást života, což by mohlo vést k tomu, že i ono bude v budoucnu na této droze závislé. Nesmíme opomíjet fakt, že i školní prostředí má na dítě velký vliv. Pedagogové a škola sama o sobě by měli děti vést ke zdravému životnímu stylu a předcházet tak rizikovému chování u žáků. S tím souvisí preventivní programy, na které ve své práci poukazují. Myslím si, že sem jim stále nevěnuje taková pozornost, jaké by bylo potřeba.

Poukazuji také na to, že by kouření nemělo být bráno jako běžná součást denního života, zmiňuji samozřejmě i zdravotní a jiná rizika, která s sebou užívání tabákových výrobků nes.

V praktické části mapuji vliv rodinného prostředí na počátky kouření u dětí a také informovanost dětí v této oblasti. Potřebná data jsem získala z dotazníkového šetření, které jsem prováděla na vybraných základních školách v Českých Budějovicích.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Kouření

Kouření patří mezi nejrozšířenější toxikománii s velkou závislostí na nikotinu, který má mimo krátkodobé stimulace pozornosti celkově depresivní vliv na centrální nervový systém. Kouření často slouží jako úvodní druh závislosti vedoucí k dalším formám závislosti – na alkoholu a užívání dalších drog. Důvody proč lidé kouří jsou multifaktoriální – fyziologické, sociální a psychické. To je také jednou z hlavních příčin, proč je odvykání kouření v mnohých případech tak obtížné (35).

2.1.1 Pojem kouření

Kouření je zvláštní druh toxikomanie, který škodlivě působí na zdraví kuřáků i nekuřáků bezprostředně vystaveným účinkům kouření (34). Kouření se stává významným a vážným problémem zdravotnickým, ale i celospolečenským nejen u nás, ale i ve světě. Podle WHO tvoří počet kuřáků asi jednu třetinu dospělé populace, zvyšuje se však i prevalence kuřáctví v mladších věkových skupinách u obou pohlaví (26).

2.1.2 Definice kouření

Kouření je chronické, progredující, a recidivující onemocnění – dg. F 17. Samotné kouření je považováno za psychiatrické onemocnění, pokud se u kuřáka vyvinula závislost (poruchy duševní a poruchy chování vyvolané kouřením – diagnóza F 17). Zdravotnická organizace WHO považuje kouření za návykové a závislost vyvolávající (26). K rozvoji závislosti vedou všechny formy užívání tabáku (35).

2.1.3 Historie kouření

Rostlina tabáku je známa již mnoha let. Kouření jejích usušených lístků je však relativně mladou záležitostí. Do dnešního masového měřítka se rozvinulo teprve před pár desetiletími (35).

Kouření vzniklo v Americe – kolébce tabáku. Vyvinulo se z náboženského kultu Indiánů, kteří při rozdmýchávání „svatých ohňů“ vdechovali aromatický kouř z tabákových listů. Pozvolna si na něj začali zvykat, až se jim stal požitkem. Doklady o tom jsou dochovány v památkách starých Mayů (21). Indiáni si zhotovovali z palmových listů kornouty, které plnili rozmělněným suchým tabákovým listím. Kouření těchto nezpracovaných listů tabáku vyvolávalo určitý stav opojení. A tak se kouření pomalu začalo rozšiřovat do Střední Ameriky a pronikalo i na severní území Ameriky (21).

Objevením nového světadílu v r. 1492 bylo příčinou rozšíření kouření i do Evropy, která kouření do té doby neznala. První informace o kouření přivezla Kolumbova výprava. Kolumbovi vyslanci se při pátrání po zlatě tomuto neobvyklému počínání Indiánů naučili, a poněvadž jim kouření chutnalo a působilo jim příjemné pocity, nosili si zpět na loď tabákové listy a potají je, stočené v jakési doutníky, kouřili tak, jak to viděli u Indiánů. Kolumbův věrný druh Rodrigo de Jerez del Ayamonte si při návratu do Evropy 15. března 1493 přivezl s sebou velkou zásobu tabákových listů. Stal se tak prvním evropským kuřákem (21). Ve Španělsku a Portugalsku bylo kouření zpočátku považováno za čarodějnické a hříšné, dábelický návyk. Přes veškerá pronásledování se kouření tabáku velice rozmohlo, především proto, že tabáku byly připisovány nadpřirozené léčivé účinky. Byl doporučován jako nová zázračná bylina, také byl pěstován jako léčivá bylina ve dvorských zahradách ve Španělsku a Portugalsku. Když se později ukázalo, že pověst o zázračné léčivé síle tabáku je planá, přestal se využívat jako léčivá bylina, ale stal se drogou ke šňupání a kouření.

Kolem r. 1565 se dostal tabák z Portugalska a Francie do Anglie. Během 17. Století se kouření rozšířilo po celé Evropě. Portugalci je přenesli do svých kolonií, zejména Číny, Japonska a Anglie.

V naší zemi se tabakismus ujal poprvé za vlády Rudolfa II. Více se rozmohl za třicetileté války. Tabák se stal nezbytným průvodcem bojujících vojáků (20).

Roku 1596 - 1645 Michal III. Fjodorovič Romanov prohlásil užívání tabáku za smrtelný hřích a zakázal držení tabákových listů za jakýmkoli účelem. Vydal tak zákaz holdování tabáku. Obvyklým trestem za porušení bylo řezání rtů nebo kruté bičování mnohdy s fatálním koncem.

V roce 1600 je produkce tabáku v Evropě již dobře etablovaná. Kouření se stává stále více populárním přes odsuzující stanovisko papeže Klementa VIII., který každému kuřákovi pohrozil exkomunikací (2).

I přes tyto mocenské zásahy se kouření tabáku nepodařilo ze společnosti odstranit. Nakonec Napoleon ustanovil ve Francii státní monopol na hospodaření s tabákem, který se stal zdrojem vysokých státních příjmů. Francouzský příklad však nezůstal bez následků, a tak je dnes tabák nejen drogou nejrozšířenější, ale také státem oficiálně tolerovanou a podporovanou (20). Už od počátku užívání tabáků lékaři intuitivně tušili, že kouření poškozuje zdraví. První klinickou doloženou studií o škodlivosti kouření doložil až v roce 1859 francouzský lékař M. Bouisson. Jeho pozorování se týkalo časté rakoviny úst u kuřáků dýmek. V roce 1936 A.Ochsner a M.E. de Bakey, chirurgové z New Orleans, zjistili, že téměř všichni jejich pacienti s rakovinou plic byli kuřáky cigaret. Pozorovali, že nárůst plicní rakoviny v populaci roste v závislosti na vzestupu kouření cigaret ve společnosti, a tak vyslovili domněnku o příčinném vztahu mezi těmito jevy. V roce 1938 sdělil R. Pearl, významný lékařský statistik University Johna Hopkinse, že kuřáci mají mnohem menší naději na delší život, než nekuřáci. Šlo o velmi značný rozdíl, který také potvrzoval hypotézu, že je kouření spojeno i s jinými onemocněními, než je rakovina plic. V nové době je mezníkem vědomostí o škodlivosti kouření rok 1964. V tomto roce vydal hlavní lékař Spojených států amerických publikaci „Surgeon General’s Report on Smoking and Health“. V této publikaci bylo poprvé shrnuto stanovisko všech lékařů a badatelů ze všech do té doby známých výzkumných prací a byl vytvořen závěr : Kouření cigaret je zdraví škodlivý návyk tak závažný, že si vyžaduje přiměřenou zdravotnickou protiakci (21).

O rok později, tedy v roce 1965, bylo ve Spojených státech amerických zavedeno povinné varování na krabičkách cigaret. V Anglii zase došlo k zákazu televizní reklamy na cigarety. Roku 1971 byla ve Spojených státech amerických natočena poslední televizní reklama na cigaretovou značku Virginia Slims. O dva roky později byl v USA vydán federální zákon omezující kouření na území Spojených amerických států. Později, v roce 1994 došlo v USA k velkému boomeru, když vedoucí management sedmi největších amerických tabákových společností přísáhl před kongresem, že nikotin není návykový. O čtyři roky později, v roce 1998, vedení amerických tabákových společností před kongresem přiznává, že nikotin návykový je a že kouření může způsobovat rakovinu a jiná onemocnění (2).

V současné době vládne ve světě tabákového průmyslu šest mezinárodních gigantů. Mezi ně patří Philip Morris Incorporated, R. J. Reynolds Industries Inc., American Brands Inc. Tyto společnosti vládnu ve Spojených státech amerických.

Dalšími giganty tabákového průmyslu jsou společnosti British-American Tobacco Industries, Imperial Group ve Velké Británii a Rembrandt Group v Jihoamerické republice (14).

2.2 Vznik a dělení kuřáctví

Kouření tabáku je komplexní jev podmíněný psychosociálními vlivy a udržovaný psychickými, sociálními a ekonomickými stimuly. Je to souhrn stavů a činností, které jsou doprovázeny hedonistickými pocity založenými na různých biochemických a fyziologických pochodech. Kouření, v naší společnosti kouření cigaret je obvykle zahajováno v dětském či dospívajícím věku jako výsledek sociálních jevů a tlaků, či imitací modelů, jako jsou vrstevníci a vzorů dospělých jako jsou rodiče, učitelé, sourozenci apod. (14).

Formování kuřáka až do osoby, která je na kouření závislá, je dlouhodobý proces, který je ovlivněn řadou faktorů: je třeba doznat, že jsou známy jen některé z nich. Vývoj kuřáka je tedy dlouhodobý a několikastupňový proces (35).

Za prvořadé jsou považovány osobní postoje každého jednotlivce ke kouření. Jejich utváření začíná v podstatě hned po narození, i když pro dítě jsou v prvních letech neuvědomělé. Kouření rodičů či blízkých osob vyskytujících se v blízkém okolí dětství má rozhodující význam pro to, zda bude dítě pokládat kouření jako běžnou součást způsobu života (35).

Znalosti o podstatě a mechanismech vzniku závislosti na kouření jsou zatím jen kusé. Jde v zásadě o pediatrický problém a přímé metody výzkumu jsou z etického hlediska nepřijatelné. V tomto případě bylo utvořeno několik velmi pravděpodobných hypotéz (35).

Určitý význam na vznik kuřáctví má také dědičnost. Zdá se, že budoucí závislí kuřáci mají odlišné geny, které ovlivňují jejich zvýšenou vnímavost k metabolismu a účinkům nikotinu. Nezanedbatelná je také role kontaktu nikotinu s vyvíjejícím se mozkem plodu před narozením (35).

Dle klasifikace Schmidta se kuřáci rozdělují do několika kategorií. Řadí se mezi ně příležitostní kuřák, návykový kuřák, kuřák s psychickou závislostí, kuřák s psychickou a fyzickou závislostí. Příležitostní kuřák kouří občas, na základě svých zvyklostí, které ho stimulují. V zásadě ale potřebu nepocítuje. Pokud se však potřeba dostaví, uspokojí ji. Pokud tento kuřák nekouří, nevyvolává to v něm žádné abstinční příznaky (30).

Návykový kuřák kouří ze zvyku dle kuřáckých zvyklostí a napodobení. Psychodynamické procesy nejsou u něho tak fixované, aby se mohla vyvinout také psychická závislost (30).

Kuřák s psychickou závislostí, tzv. kuřák z požitku. V popředí u něj stojí vůně, chuť a kuřácký rituál. Lze sem řadit i ty kuřáky, kteří kouření vyhledávají z důvodů navození pocitu uvolnění, uklidnění a odstranění pocitů prázdnoty (30).

U kuřáka s psychickou a fyzickou závislostí do popředí vstupují farmakodynamické účinky nikotinu, které vyhledává pro emoční i tělesné prožitky (30).

Kuřáky lze také dělit, dle množství cigaret, které pravidelně vykouří na pravidelné (denní) kuřáky, příležitostní kuřáky, bývalé kuřáky, nekuřáky. Pravidelný kuřák denně vykouří nejméně jednu cigaretu. Příležitostní kuřák méně, než jednu cigaretu denně. Bývalý kuřák je ten kuřák, který vykouřil během svého života více než 100 cigaret, ale již nekouří. Nekuřák nikdy nevykouřil sto a více cigaret (15).

2.2.1 Pasivní kouření

Kouření neovlivňuje jenom zdraví kuřáka samotného, ale i osob kolem něho (8). Pasivní kouření je děj, kdy je vdechován cigaretový kouř osobou, která sama aktivně v danou chvíli nekouří (22).

Vlivu pasivního kouření na zdraví se začala věnovat pozornost až v 80. letech minulého století. Dnes již víme, že je příčinou 79 000 úmrtí v Evropě každý rok. V České republice na následky pasivního kouření každoročně zemře 3 500 lidí (23).

Tabákový kouř, který vdechují i nekuřáci, je směsí několika tisíc chemických látek. Bylo prokázáno, že více než 40 látek, obsažených v tabákovém kouři vdechovaném při pasivním kouření, způsobuje zhoubné bujení. Pasivní kouření má okamžitý a dlouhodobý vliv na zdraví člověka. Mezi okamžité negativní účinky patří podráždění očí, nosu, hrdla a plic. Toxický tabákový kouř vyvolává u citlivějších nekuřáků bolesti hlavy, pocitu nevolnosti a mohou se objevit i závratě. Řada studií prokázala, že v místnostech, kde jsou kuřáci, mohou dosáhnout koncentrace toxických a karcinogenních škodlivin dostatečně vysokých hodnot pro vyvolání klinických příznaků otravy, poškození imunitního systému, a při mnohaleté expozici také chronické onemocnění plic, včetně rakoviny (37). Pasivní kouření zatěžuje srdce a postihuje hospodaření organismu s přijímáním a využíváním kyslíku. Dlouhodobě

pasivní kouření zvyšuje riziko výskytu nádorových onemocnění a onemocnění srdce (26).

Nejvíce ohroženou skupinou lidské populace, nedobrovolně vystavené působení zakouřeného prostředí, jsou děti. Mohou být poškozeny ještě před jejich narozením(35).

Škodliviny z cigaretového kouře pronikají do krevního oběhu plodu nejen tehdy, když těhotná žena kouří, ale stačí jen pobyt nekuřačky v zakouřeném prostředí. Následkem této expozice jsou vážná ohrožení tělesného i duševního vývoje plodu. Nikotin je silnou psychoaktivní drogou, která může v mozku působit ještě před narozením (36).

Pobyt dětí v zakouřeném prostředí může být příčinou vyššího výskytu zánětu průdušek, zápalu plic, zánětu středního ucha, astmatických onemocnění (26).

Pasivní kouření ohrožuje bezesporu také dospělé: chronický zánět průdušek, rozedma i rakovina plic se častěji vyskytuje u dlouhodobě nedobrovolně exponovaných nekuřáků, ve srovnání s nekuřáky, kteří nemusejí pracovat a pobývat v zakouřeném prostředí (36).

Nekuřák, který pasivně vdechuje tabákový kouř je vystaven nejednomu zdravotnímu riziku. U pasivních kuřáků je o 20% vyšší pravděpodobnost onemocnění rakoviny plic, třikrát větší šance na onemocnění rakovinou nosních dutin, dvakrát větší možnost infekce dýchacích cest, několikrát vyšší riziko vzniku infarktu myokardu, vyšší pravděpodobnost vzniku zánětu středního ucha, možnost mozkové příhody stoupá o 82% a je zde velká pravděpodobnost vzniku astmatu (33).

2.2.2 Kouření v těhotenství a vliv na plod

Několik desítek šetření došlo k naprosto jednoznačnému závěru: kouření v těhotenství představuje riziko pro vývoj plodu v matčině těle (21).

Kouření především negativně ovlivňuje činnost jednotlivých orgánů těhotné. Nikotin svým působením na vegetativní nervstvo vyvolává nebo zhoršuje poruchy spánku, snižuje adaptabilitu na změny prostředí, práce a stravy, způsobuje bušení srdce, bolesti hlavy a závratě. Mění se však i reaktivita děložního svalstva, což může mít za následek předčasný nebo vážnoucí porod. Zvláště závažný je fakt, že nikotin narušuje správné vytváření placenty a tak zhoršuje předpoklad pro dobrou výživu a vývoj plodu. V pokusech na zvířatech se zjistilo, že nikotin narušuje tvorbu cévních kapilár a posléze

placenty. Vyvolává rozpad buněčných jader výstelky kapilár, ale i ostatních částí kapilárních stěn. V placentě tak vznikají drobné nekrózy, krvácení a otoky. Proto se v tkáni placenty u rodiček nacházejí nekrotická nebo skleroticky změněná ložiska. Může také nastat větší retroplacentární krvácení, placenta se začne odlučovat a nastane předčasný porod. Kromě tohoto nikotin placentou volně prochází a působí na jemnou a nesmírně vnímavou organizující se tkáň plodu. Toto lze názorně pozorovat na zrychlené srdeční akci plodu během doby, kdy matka kouří. Bylo zjištěno, že hladina karboxylhemoglobinu v krvi plodu i kouřící matky je 1,8 krát vyšší než u nekuřáček. Odborníci toto odvozují z toho, že kouření matky v těhotenství snižuje schopnost přenosu kyslíku nejen v mateřské, ale také ve fetální krvi, respektive snižuje okysličovací procesy zvýšenou příměsí žilní krve do arteriální krve v plicích a snižuje tak celkové množství kyslíku, který má plod k dispozici pro svůj dobrý růst a vývoj (21).

Děti narozené kuřáčkám a pasivně exponovaným nekuřáčkám mívají často nižší porodní hmotnost, kratší délku a menší obvod hlavičky a hrudníku (36). Kuřáčkám se rovněž častěji rodí děti nedonošené nebo mrtvě narozené. Podle anglických výzkumů bylo zjištěno, že je 20% úmrtí plodů (spontánní potraty, mrtvě narozené děti) je zaviněno kouřením matek. Děti narozené kuřáčkám mají těžší start do života, protože v matčině těle nebyl vlivem kouření jen zpomalen růst a vývoj kostry a svalů, ale i vnitřních orgánů, především plic, pravděpodobně i mozku. U dětí aktivních kuřáček jsou také častěji nacházeny vrozené vývojové vady, např. rozštěpy rtů a patra, deformace končetin. Řada studií z různých částí světa také shodně naznačuje tomu, že děti narozené kouřícím matkám mají častěji různé výchovné problémy v předškolním a školním věku. Často tyto děti trpí zvýšenou hyperaktivitou. Dokonce jsou také studie, které našly vyšší výskyt kriminálních delikventů mezi mladými muži narozenými matkám kouřících v těhotenství (36).

S kouřením v těhotenství také souvisí následné kojení novorozence. Obecně mívají matky kuřáčky méně mléka. Toto mléko mívá nepříjemnou chuť po nikotinu, která novorozencům nechutná. Matky častokrát tuší, že kouření a kojení nejde dohromady a proto raději ošídí novorozence, než sebe. Neposkytnutí mateřského mléka je pro novorozence velkou ztrátou. V prvních měsících není pro novorozence nic vhodnějšího, než mateřské mléko. Matka v něm poskytuje nejen snadno stravitelnou výživu, ale také živiny bohaté na minerály, vitamíny a ochranné látky proti infekcím. Neopomenutelný je také intimní vztah mezi matkou a dítětem, který byl porodem

narušen a kojením se znovuobnovuje a dítěti přináší příjemné pocity – slyší známý zvuk tlukotu matčina srdce, poznává její hlas a podobně. Dítě, které je živeno umělou stravou, o tyto prožitky přijde (36).

2.2.3 Kouření a děti

I mezi dětmi se v dnešní době najde velké množství kuřáků, aktivních kuřáků. Je velice pravděpodobné, že osoby, které začnou s kouřením v dětském věku se v budoucnosti stanou silnými kuřáky. Také je u nich větší riziko, že později zemřou na nějakou nemoc spojenou s kouřením (8).

Děti se stávají závislými na nikotinu velmi rychle, a čím dříve se u nich aktivní kuřáctví rozvine, tím horší může zanechat následky na jejich zdravotním stavu. Uvádí se, že po cigaretě nyní sahá stále více mladých lidí. Závislost na tabáku vzniká většinou v adolescentním věku (4).

Kuřáctví u dětí ve většině případů vzniká z popudu společnosti. Ať už jsou to kamarádi ve třídě, rodiče nebo jiné blízké osoby v okolí. Okruh vzorů, nabízejících napodobování, se v průběhu dětského věku a dospívání podstatně rozrůstá. Postupně se pro dítě stává model chování ostatních dětí jedním z nejvýznamnějších. V řadě případů je cigareta jakousi „vstupenkou“ do party vrstevníků, v níž má kouření význam utajovaného rituálu. To, zda občasné pokusy přerostou do pravidelného chování a závislosti je ovlivněno postojem společnosti: je-li tolerantní a kouření mladistvých i dospělých akceptuje, není zde bariéra, která by patologickému procesu zabránila (36).

V období dětství a dospívání se uplatňují při vzniku závislostí na kouření různé vlivy, které byly roztříděny do několika teoretických modelů:

Klasický model učení: kouření vyvolává fyziologické změny subjektivně vnímané jako příjemné, které lze opakovat

Sociální učení: jedinec konfrontuje vlastní poznatky s tím, co pozoruje ve svém okolí (sociální, kulturní, psychické, fyzické souvislosti)

Sociálních souvislostí: společenské a legislativní normy, které ovlivňují dosažitelnost kouření a rovněž socioekonomické situace jedince

Kulturního kontextu: kouření je atributem příslušnosti k určité sociální skupině a součástí jejích společných aktivit.

Jednotlivé metody se vzájemně doplňují a ukazují na mnohostrannou problematiku iniciace kuřáctví a postupný rozvoj závislosti. Zatím se zdá obtížně určit „pořadí“ významnosti jednotlivých faktorů, protože se liší nejen u jednotlivých osob, ale i u stejných jedinců v průběhu jejich života (35).

2.3. Složení tabákového kouře

Tabákový kouř je dynamickým komplexem více než 4000 plynných (92%) i hmotných (8%) látek. Obsahuje 64 karcinogenů, z nichž IARC (International Agency for Research on Cancer) určila 11 jako prokázaných lidských karcinogenů, 6 pravděpodobných a 46 možných lidských karcinogenů (IARC, 1988-1996), např. dibenzantracen, benz-a-pyren, dimetylnitrosamin, dietylnitrosamin, NNK (metylnitrosamino-butanon), NNN (nitrosoornikotin), vinylchlorid, hydrazin, arzén). Další jsou mutageny, alergeny, toxické látky. Důležitý je také vysoký obsah oxidu uhelnatého (běžně 5-10% COHb u kuřáků), zejména v souvislosti s kardiovaskulárními onemocněními: cigarety s nižším obsahem dehtů mohou sice nepatrně snížit riziko např. epidermoidní rakoviny plic, ale riziko KVO zůstává stejné (25).

Dnešní cigarety obsahují kolem 700 aditiv, tedy látek přidávaných z různých důvodů - kvůli lepšímu vstřebávání nikotinu, ladnému vinutí kouře nebo udržení popela na oharku (11).

Kouř z cigaret, neboť o něj jde především, je vysoce koncentrovaným aerosolem tekutých částic, které tvoří „dehet“ cigaretového kouře. Každá částice je složena ze značně rozdílných organických a anorganických látek, které jsou disperzně rozděleny v plynném prostředí, složeným především z dusíku, kyslíku, vodíku, oxidu uhličitého, oxidu uhelnatého a velkého množství těkavých a polotěkavých látek. Tabákový kouř je stále se měnící směs látek, jejichž stárnutí je další příčinou změn ve fyzikálních a chemických vlastnostech kouře (14).

K usnadnění rozboru tabákového kouře jej rozdělujeme na plynnou a hmotnou část. V plynné části je oxid uhelnatý a uhličitý, oxidy dusíku, amoniak, prchavé N-nitrosaminy, kyanovodík, prchavé sloučeniny síry, prchavé nitrily, sloučeniny obsahující dusík, prchavé uhlovodíky, alkoholy, aldehydy a ketony. Hmotná fáze cigaretového kouře obsahuje nikotin a další alkaloidy, neprchavé N-nitrosaminy, aromatické aminy, alkany a alkeny, izoprenoidy, benzeny, naftaleny, polynukleární aromatické uhlovodíky, radioaktivní látky a podobně (14).

Tabákový kouř obsahuje také četné toxické látky, z nichž nejdůležitější jsou nikotin, oxid uhelnatý, oxid dusíku a fenoly. Každá z těchto látek má specifický vliv na živý organismus (14).

2.3.1 Nikotin

Nikotin je silně toxická, bezbarvá látka, rostlinný alkaloid obsažený v tabáku. Patří mezi jeden z nejtoxičtějších jedů a je to velmi silně účinná látka. Při kouření se uvolňuje do kouře a dostává se do organismu s malým množstvím dehtu. V koncentrátech, v nichž se vyskytuje v cigaretách, působí jako mírné stimulantium. Nikotin se váže na nikotinové receptory (normálně se na ně v těle váže acetylcholin) a dráždí je. Jeho vliv je patrný jak na činnost mozku, tak na další části těla. V mozku povzbuzuje činnost (soustředění), velké dávky nikotinu vedou k tlumivému efektu (uklidnění) (13). Nikotin ovlivňuje téměř celý endokrinní systém, především zvyšuje uvolňování katecholaminů, kortikosteroidů, pituitárních hormonů i beta-endorfinů (16). Také vyvolává zvýšenou aktivitu trávicího traktu (vzestup produkce slin, trávicích šťáv a vzestup aktivity hladké svaloviny). Stoupá také produkce potu a může dojít ke stažení zornice (13). Nikotin také zvyšuje tepovou frekvenci, krevní tlak (5).

Účinky nikotinu nastupují krátce po jeho užití, a to díky rychlému vstřebávání v plicních sklípcích. U nezkušených, respektive nezávislých, netolerantních jedinců probíhá intoxikace tabákem jako nepříjemný stav spojený s bolestí hlavy, studeným potem, závratí, nevolností a také se může objevit zvracení. Tento stav je doprovázen celkovou zemdlelostí a zúžením zornic (13).

Velmi vysoké dávky vedou ke změněnému stavu vědomí, cyanose (modré zabarvení kůže a sliznic spojené s nedostatečným okysličením krve), zvyšuje se tep, dochází k silnému pocení. Může dojít až ke ztrátě vědomí s křečemi. Stav se normalizuje až za několik dní (20).

U pravidelných kuřáku příznaky spojené s akutní otravou chybějí, respektive se vyskytují jen v mírné míře (13).

2.3.2 Dehet a oxid uhelnatý (CO)

Dehet je hnědá, páchnoucí tekutina, která je kondenzátem z tabákového kouře. Dehet uchyťává v dýchacích cestách a v plicích. Pokud přestane kuřák kouřit, trvá polovinu doby, co kouřil, než se úplně zbaví všeho dehtu (5). Obsahuje látky způsobující rakovinné bujení a mnoho dalších toxinů. Veškeré cigarety produkují

dehet. Průměrný obsah dehtu v cigaretách, produkovaných v rozvinutých zemích, byl v posledních letech díky novým vědeckým poznatkům níže (25).

Dehet způsobuje tzv. ranní kuřácký kašel, který se zklidní se zapálením první ranní cigarety a je příčinou dlouhotrvajícího zánětu dýchacích cest. Průměrný kuřák, který kouří krabičku denně, dostane do svých plic každý rok 150ml dehtu. Dehet se dále používá k výrobě asfaltu (25).

Oxid uhelnatý je hlavním jedem ve výfukových plynech vozidel a je obsažen také v cigaretovém kouři. Váže se na hemoglobin daleko rychleji než kyslík, což má za následek, že krev přenáší méně kyslíku. Silní kuřáci mohou mít sníženou schopnost krve přenášet kyslík až o 15 procent (25).

2.4. Vliv kouření na lidský organismus

Kouření se stává významným a závažným problémem zdravotnickým, ale i celospolečenským nejen u nás, ale i ve světě. Podle odhadů WHO tvoří kuřáci asi jednu třetinu dospělé populace, zvyšuje se prevalence kuřáctví v mladších věkových skupinách u obou pohlaví. Významný je i rostoucí počet kuřáček v mladších věkových skupinách (26).

Zdravotní následky kouření jsou mnohoznačné a často působí závažné onemocnění a mnohdy končí smrtí. Tabák je nebezpečný v každé formě a v každém způsobu jeho užívání. Neexistuje forma tabákového výrobku, která by byla méně nebezpečná. Nikdy se nedá spolehlivě říct, že příčinou nemoci je ten či onen způsob chování. Je prokázán vztah výše rizika k vyšší dávky a době trvání pravidelného kouření, a proto lze říci že „Bezpečná cigareta a neškodlivé kouření neexistují.“ (26).

O tom, že kouření na lidský organismus působí negativně není žádných pochyb. Základ moderních vědeckých metod hodnocení účinků kouření na zdraví se datuje od období po 2. světové válce. Každoročně jsou publikovány výsledky několika set různě pojatých studií, které opakovaně potvrzují, že kouření je největší masový vrah v historii lidstva. Dle zjištění je kouření spojeno se vznikem 25 různých onemocnění a přispívá k rozvoji a progresi dalších 25 onemocnění. Kuřáci nejčastěji umírají na onemocnění srdce a cév. Kouření patří v této skupině nemocí k hlavním rizikovým faktorům (36).

Nemoci srdce a cév se projevují různými klinickými formami: jako chronická angina pectoris či akutní srdeční infarkt, jako mozková mrtvice (s možným dlouholetým ochrnutím), jako život ohrožující výduť aorty či jiných velkých cév, jako onemocnění na končetinách spojených s jejich uzávěrem (a následnou nekrózou a nutností amputace končetiny) (36).

Kouření také způsobuje závažná onemocnění dýchacího ústrojí (chronický zánět průdušek, rozedma plic). Tyto onemocnění jsou každoroční příčinou téměř milionu úmrtí. Jde o umírání pomalé a kruté, postupným udušením. Řadu let před definitivním koncem jsou postižení pacienti postupně omezováni v tělesné činnosti, neobejdou se bez dýchacích přístrojů a ani upoutání na lůžko jim život nezachrání. Asi tři čtvrtiny obětí této kruté smrti jsou kuřáci (36).

Kouření prokazatelně ovlivňuje také vznik zhoubného bujení. Vznikají jak v místech přímého styku se škodlivinami uvolňovanými z tabáku (rakovina jazyka, slinných žláz, dutiny ústní, hrtanu, hltanu) tak i v orgánech vzdálených, do kterých jsou karcinogenní látky přinášeny krví (rakovina ledvin, močového měchýře, slinivky břišní, děložního čípku, střev a konečníku) (36).

Smrtící následky kouření se začínají objevovat v populačních stádiích už po 20 letech kouření. U mnoha lidí, kteří pravidelně kouří od 15 let, se nemoci klinicky manifestují už po 30. roce jejich života. Nejdříve se závažné následky kouření projevují v sexuálním životě a reprodukci. Kouřící muži mívají častěji problémy s potencí i s plodností, protože škodlivé látky z cigaretového kouře poškozují jak tvorbu a zrání spermií, tak i erektilní funkce pohlavního údu. Veřejnost je málo informována o tom, že kouřením poškozené spermie mohou být příčinou nejrůznějších vrozených vývojových vad, protože narušená genetická informace se přenesou při oplodnění vajíčka na zárodek a plod. Naopak kouření u žen ovlivňuje tvorbu a uvolňování jejich pohlavních hormonů a narušuje tak rovnováhu ve složitém hormonálním cyklu regulujícím plodnost i samotné těhotenství. Obvykle mívají kuřáčky častěji menstruační potíže, o 5 až 8 let dřívější přechod (klimakterium) a problémy s otěhotněním. V těhotenství jsou častěji než nekuřáčky ohroženy různými závažnými komplikacemi (mimoděložní těhotenství, včestné lůžko, poruchy placenty, předčasný porod). Poslední dobou se věnuje velká pozornost zkoumání účinků kouření na nervový systém, zejména na mozkovou činnost. Nikotin obsažen v cigaretách je silnou psychoaktivní drogou, která v mozku vyvolává řetězec reakcí souvisejících s vyplavováním různých hormonů a také látek přenášejících nervové vzruchy. Tyto reakce ovlivňují náladu a chování, v jistém smyslu i výkonnost kuřáků. I ostatní látky z cigaretového kouře působí těžká poškození nervových buněk, ty poté předčasně stárnou a odumírají. S největší pravděpodobností je kouření příčinou toho, že kuřáci mívají rychlejší úbytek rozumových schopností (zjistitelných např. měřením IQ), častěji a v mladším věku se u nich můžou vyskytovat různé těžké psychické nemoci, jako je například Alzheimerova choroba, schizofrenie, ale také různé deprese, sebevražedné chování a úzkosti. Kouření také přispívá k rychlejšímu stárnutí lidského organismu. Kůže kuřáků je vrásčitá, naředlá a vysušená. Dochází k větší kazivosti chrupu, předčasné ztrátě chrupu a onemocněním dásní. Oční čočky kuřáků jsou častěji a dříve postiženy šedým zákalem. Citlivost smyslů chuti, čichu a sluchu ochabuje dříve a rychleji, než u nekuřáků (36).

V České Republice umírá ročně celkem asi 120 000 osob. Z toho skoro pětina, tedy 22 000 osob, na nemoci způsobené kouřením – jsou to nemoci cév, na nichž se kouření podílí asi pětinou, dále různé nádory, kde má kouření asi třetinový podíl (např. u rakoviny plic asi 90%, u rakoviny močového měchýře asi 50 – 70%, u rakoviny děložního čípku asi 30%, u rakoviny slinivky břišní asi 30% a tak podobně) a třetí skupinou nemocí způsobených kouřením jsou chronická plicní onemocnění, která zaviní kouření ze tří čtvrtin (tedy asi 75% lidí s chronickým onemocněním průdušek by nemuselo onemocnět, kdyby nekouřili). Z těchto 22 000 úmrtí ročně způsobených tabákem připadají dvě třetiny (15000) na osoby ve středním věku (35-69 let) (16).

2.4.1 Onemocnění dýchacích cest

Mezi nejčastější onemocnění dýchacích cest u kuřáků se řadí chronická obstrukční pulmonální nemoc (CHOPN). Bez nadsázky můžeme říci, že CHOPN je nemoc kuřáků. Kouření cigaret je příčinou 90% onemocnění CHOPN (9).

Chronická obstrukční pulmonální nemoc je zánětlivé onemocnění průdušek. Má za následek postupné zužování průdušek a může způsobit poškození až zánik plicní tkáně.

Vzniká především inhalováním cigaretového kouře, postihuje tedy především náruživé kuřáky. Do diagnózy CHOPN se nyní počítá i chronická obstrukční bronchitida a plicní emfyzém. Jedná se o nebezpečné onemocnění, z hlediska úmrtnosti je nyní na čtvrtém místě a situace se bude zhoršovat. CHOPN trpí podle oficiálních statistik v České republice zhruba 700 000 až 800 000 lidí a ročně na ni zemře asi 1 700 lidí. Počet nemocných chronickou obstrukční pulmonální nemocí stále stoupá (9).

Charakteristickými příznaky jsou kašel, vykašlávání hlenů a dušnost – ta je přítomna zpočátku při námaze, později i v klidovém stavu. Tyto potíže jsou následkem chronického zánětu průdušek, který vede k jejich zužování a ke zvýšené tvorbě hlenu. Vyšetřování nemocného je zaměřeno hlavně na předchozí rizikové faktory nemoci – tedy především na kouření cigaret, na rizikové (prašné) pracovní prostředí, na prodělaná onemocnění dýchacího ústrojí. Hlavní metodou pro potvrzení diagnózy je vyšetření funkce plic – *spirometrie* (24).

Prevence CHOPN znamená především nezačínat s kouřením, nebo okamžitě s kouřením přestat (9).

Dále kouření působí jako rizikový faktor při vzniku chronické bronchitidy, častější exacerbaci astmatu, vzniku plicních a laryngeálních nádorů, emfyzému plic a při vzniku onemocnění dolních dýchacích cest ve všech věkových kategoriích (9).

2.4.2 Kardiovaskulární onemocnění

Na základě výsledků velkých epidemiologických studií i výsledků intervenčních studií je potvrzen přímý vztah mezi počtem vykouřených cigaret a nemocností a úmrtností na kardiovaskulární nemoci (KVN) (24).

První zpráva o souvislosti kouření s kardiovaskulárními nemocemi byla publikována již v roce 1904 Erbem, který našel velkou podíl kuřáků u nemocných s intermitentními klaudikacemi. Pouze 10% jeho nemocných byli nekuřáci (14).

Kardiovaskulární onemocnění postihují srdce a cévy a mohou mít mnoho podob, jako jsou například vysoký krevní tlak, ischemická choroba srdeční, onemocnění srdce a mozková mrtvice. Jsou nejčastější příčinou úmrtí v EU a ročně způsobují přibližně 40 % neboli 2 miliony úmrtí (10).

2.4.3 Karcinogenní onemocnění

V tabákovém kouři bylo zjištěno přes 60 látek s karcinogenními účinky. Tyto látky jsou obsaženy přímo v tabáku nebo vznikají během jeho hoření. Vyskytují se převážně jako malé částičky a jsou to látky jak organického, tak anorganického původu. Samotný tabákový kouř je zařazen do seznamu karcinogenů I A třídy (nejvyšší nebezpečnost). Přestože většina kovů zůstává v popelu, část se vypařuje, nebo je přenášena navázána na částice obsažené v kouři; karcinogenní jsou např. arsen, kadmium nebo chrom (7).

S každou vykouřenou cigaretou se zvyšuje riziko vzniku rakoviny, přestat se tedy vyplatí v každém věku. Naopak čím dříve začne mladý člověk kouřit, tím je riziko mnohem větší, že se u něj rozvine zhoubný nádor. Kromě rakoviny plic, močového měchýře a slinivky břišní způsobuje kouření také rakovinu rtu, jazyka, hrtanu, hltanu, jícnu, žaludku, střev a také leukémie (12).

2.5 Vznik závislosti

Syndrom závislosti (statický kód F1x.2, na místo x před desetinnou tečku se doplňuje látka). Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání některé látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovovat pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z těchto jevů: silná touha nebo pocit puzení užívat látku, potíže sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o ukončení nebo množství látky, průkaz tolerance k účinku látky, tělesný odvykací stav, postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů, pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (20).

2.5.1 Fyzická závislost na nikotinu

Tabák obsahuje nikotin, který mezinárodní lékařské organizace řadí mezi látky vyvolávající závislost. Kuřácká závislost je zařazena do Mezinárodní klasifikace nemocí. Nikotin splňuje klíčová kritéria pro závislost, tedy nutkání jej užívat, a to i přes přání a opakované pokusy užívání nechat, psychoaktivní efekty vyvolané působením látky na mozek a chování motivované „posilujícími“ vlivy psychoaktivní látky. Na rozdíl od žvýkání tabáku se při kouření cigaret dostává nikotin k mozku rychle, během několika vteřin od okamžiku vdechnutí kouře, a kuřák si může dávku každým vdechnutím regulovat (8).

Fyzická závislost na nikotinu se vyvíjí po určité době a může být u různých osob velice odlišná. Tato závislost se většinou objevuje do dvou let po zahájení kouření. U velmi malé skupiny kuřáků se se fyzická závislost nemusí objevit vůbec. Jsou to ti, kteří kouří celý život jen příležitostně, epizodicky a málo, a to jak z hlediska frekvence kouření v čase, tak z hlediska počtu vykouřených cigaret. Dále existuje velké

množství kuřáků, kteří přestanou kouřit, a zakrátko se ke své neřesti vrací. Hlavním nutkáním je snaha o udržení hladiny nikotinu v těle. Když hladina klesne pod určitou hranici, toto nutkání je velmi intenzivní, kuřáci začínají být podráždění, rozladění, nervózní a zapalují si další cigaretu (26).

U mladých adolescentů, kteří s kouřením začali v dětském věku, se koncentrace nikotinu (rozpadový produkt nikotinu) ve slinách se časem prudce vystoupají k hodnotám, jaké nalézáme u trvalých kuřáků. Průměrné hladiny vdechovaného nikotinu postačují k farmakologickému působení a k tomu, aby se kuřáctví posilovalo. Přitom riziko toho, že se stanou na nikotinu závislími, mladí lidé podceňují (8).

Účinky nikotinu na organismus jsou jemné a okamžité. Po prvním potažení z cigarety se nikotin do organismu dostává během deseti sekund. V první cigaretě má nikotin vliv na zvýšení činnosti srdce, zvýšení krevního tlaku, zvýší se výdej krve ze srdce a dojde k zúžení cév. Jak stoupá hladina nikotinu, dostavuje se jeho uklidňující účinek, v mozku se uvolňují hormony endorfiny (nazývané také hormony štěstí), což jsou látky, které ovlivňují nejen náladu, ale mohou mít vliv na krátkodobé zlepšení koncentrace pozornosti, k němuž při kouření prokazatelně dochází (26).

2.5.2 Psychosociální závislost na cigaretě

Zapálená a vdechovaná chemická továrna, kterou cigareta je, nemá pro kuřáka význam pouze z hlediska závislosti na nikotinu, ale vzniká na ni také závislost psychosociální. Proti této nebezpečné závislosti často kuřáci, kterým se podařilo překonat fyzickou potřebu nikotinu, prohrávají. Psychosociálně závislý je každý kuřák, tedy i ten, který není fyzicky (drogově) závislý (26).

Psychosociální závislost na kouření bývá spojena s první cigaretou. Většina lidí, kteří vdechli poprvé cigaretový kouř, pocítili spíše negativní účinky kouření. Mezi tyto patří pocit nevolnosti, oblužení či bolest břicha. Na tyto pocity však časem vzniká tolerance. Toleranci doprovází psychosociální závislost na situacích a vztazích, které kouření provází. Pro kuřáka je situace, kdy si zapaluje cigaretu, velmi osobní, typická je pouze jen ta cigareta. Při psychosociální závislosti vzniká závislost na cigaretě jako předmětu či prostředku komunikace, bez ohledu na její obsah. Vše úzce souvisí s rituály, které kouření doprovází – nabízení cigaret, zapalování, pozorování plamene zápalek či cigaretového dýmu. U mnoha osob rituál zapalování a kouření cigaret

znamená dočasné snížení stresu, úzkosti, překonání osobních komunikačních bariér s kolegy, blízkými, partnery či úplně neznámými lidmi (26).

Překonání psychosociální závislosti je pro velkou řadu osob tou hlavní příčinou opakovaného selhání a návratu ke kuřáctví, přestože se jim podařilo zvládnout boj se závislostí fyzickou. K překonání situací, ve kterých člověk selhává, slouží řada psychotherapeutických postupů, takže i tento problém je řešitelný (26).

2.5.3 Abstinenční příznaky

Abstinenční syndrom je tvořen kombinací příznaků, které se objevují při úplném nebo částečném vysazení látky, která byla dlouhodobě užívána. Pramení z narušení vnitřního prostředí organismu, které je již na dané látce závislé. Podílí se na něm vysazení pravidelných dávek drogy, předchozí předávkování a vyčerpání rezerv organismu (1). Při každém pokusu o zanechání kouření dochází k abstinenčnímu syndromu. Nedostatek drogy, na kterou vznikla závislost, vede ke vzniku abstinenčních příznaků. Tak je tomu také v případě závislosti na nikotinu. Pokud kuřák, závislý na nikotinu výrazně omezí počet vykouřených cigaret nebo je přestane kouřit úplně, pak se v krátké době objeví především neovladatelná a nutkavá touha po nikotinu (cigaretě), podrážděnost a nervozita, úzkost, strach až sklon k depresím, neschopnost se soustředit, neklid, netrpělivost, nespavost, pokles tepové frekvence a krevního tlaku, zvýšená chuť k jídlu a přibývání na váze, zácpa. Doba trvání těchto obtíží (většina kuřáků netrpí všemi, ale jen některými z nich) je různá, individuální a nedá se předem předpovědět. Nejhorší bývají první 3 týdny, průměrná doba obtíží bývá 3 týdny až 3 měsíce. V každém případě ale dříve či později všechny obtíže přestanou. Vše také závisí na závažnosti rozhodnutí nekouřit (16).

2.6 Léčba závislosti

Kouření je naučené chování a ve většině případů jej kuřák fixuje několik let. Odvykání je proto velmi postupný proces. Během kuřácké periody dochází ke zvyšování počtu tzv. nikotinových receptorů v mozku, které jsou zafixovány trvale a nikdy již nezmizí. Proto také lidé, kteří byli v minulosti kuřáky, už nemohou být kuřáky příležitostnými. Jakmile znovu sáhnou po cigaretě, riziko znovuzplanutí závislosti je velice vysoké. Samotné odvykání má několik stádií a to zvažování možnosti přestat, rozhodnutí se, zahájení odvykání, vytrvání v závislosti nebo naopak návrat závislosti. Obecně platí, že má-li se kuřák odpoutat od vazeb na cigaretu, musí aktivně hledat jinou formu chování a především musí změnit svůj životní styl (18).

Metod odvykání kouření je v dnešní době vskutku velké množství a lze jej rozdělit do čtyř velkých skupin:

Podle přístupu, tj. výchovný, lékařský apod. (14).

Podle typu terapeuta, například vychovatel, psycholog, lékař, odborník pro odvykání kouření, laik apod. (14).

Podle organizace, která odvykání zajišťuje, jako je zdravotnictví, klinika, výchovný ústav, dobrovolná organizace apod. (14).

Podle metody, kam patří sebeodvykání, skupinová terapie, hypnóza, akupunktura apod. (14).

Pro účely praxe je nejvhodnější rozdělení poslední, tedy podle metody odvykání kouření, a to do následujících skupin – sebeodvykání, výchovné programy, poradny pro odvykání kouření, telefonické programy, farmakologická léčba, hypnóza, akupunktura poradenství lékaře, preventivní ovlivňování rizikových faktorů, programy hromadných sdělovacích prostředků, společenské programy, behaviorální metodiky (14).

2.6.1 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba je nejvhodnější pro kuřáky závislé na nikotinu, tedy ty, kdo kouří 10 a více cigaret denně a po probuzení si do hodiny zapalují první cigaretu. Farmakologická léčba však především zabraňuje abstinenčnímu syndromu – pacient nesmí očekávat, že mu tato léčba zabrání kouřit (17).

2.6.2 Bupropion (Zyban, Wellbutrin SR)

Bupropion se původně užíval jen jako antidepresivum, inhibice raaptaku nonadrenalinu a dopaminu však nevysvětluje zcela jeho účinnost při odvykání kouření – přesný mechanismus účinku není znám (29).

Kuřáci, kteří se Bupropionem léčili proti depresím, udávali, že u nich při jeho užívání dochází ke snížení touhy po cigaretě, což se potvrdilo pozdějším testováním tohoto preparátu. V indikaci odvykání kouření se v USA používá od 80 let 20. Století (29).

Preparát se začíná užívat ještě před dnem D, v úvodní dávce 150 mg (1tbl) denně, po týdnu se dávka zvýší na 2 tbl á 150 mg denně, které by se mělo dále zvyšovat. V průběhu druhého týdne užívání by mělo dojít ke dni D. V dávce 300 mg denně by se mělo pokračovat minimálně 8-12 týdnů (29).

Vydání Bupropionu je vázané na lékařský recept, v indikaci odvykání kouření ale není vázán na odbornost (29).

Kontraindikacemi jsou především křečové stavy typu epilepsie, historie bulimie či anorexie a současné užívání jiné psychiatrické medikace (29).

2.6.3 Vareniclin

Vareniclin je v EU také nazýván Champix a v USA se nazývá Chantix. Jedná se o látku, která byla vyvinuta speciálně k odvykání kouření a je v současné době nejúčinnějším prostředkem při léčbě závislosti na tabáku. Účinnost této látky se udává kolem 21 - 45%. Na Evropském trhu je od roku 2006 (29).

Vareniclin je parciálním agonistou acetylcholinových receptorů. Při kouření se nikotin naváže na nikotinové receptory dopaminergních neuronů a stimuluje uvolnění

dopaminu. Pokud se tento při abstinenci neuvolňuje, dochází k abstinenčním příznakům. Vareniclin se váže na nikotinové receptory, stimuluje uvolňování dopaminu (ovšem v menší míře než nikotin) a tím zmírňuje abstinenční příznaky (29).

Vareniclin se začne užívat 1-2 týdny před dnem D, kdy kuřák přestane kouřit. První až třetí den se užívá jedna tableta 0,5mg denně. Čtvrtý až sedmý den se užívá jedna tableta 0,5 mg dvakrát denně a osmý (zároveň poslední den léčby) se užívá jedna tableta 1 mg dvakrát denně. Pokud se u pacienta vyskytnou nežádoucí účinky, je možné dávku trvale či dočasně snížit na jednu tabletu á 0,5mg dvakrát denně (29).

Léčba Vareniclinem by měla trvat minimálně 12 týdnů. V případě, že pacient dosáhne v prvních 12 týdnech abstinence, lze zvážit prodloužení léčby o dalších 12 týdnů. U pacientů se zvýšenou pravděpodobností návratu ke kouření lze dávku snižovat (29).

Nejčastějšími nežádoucími účinky po požití této látky jsou hlavně bolesti hlavy, nauzea a nespavost (29).

2.6.4 Náhradní nikotinová terapie

Tzv. náhradní léčba nikotinem (NTN) oslabuje abstinenční příznaky tím, že lidskému tělu dodává nikotin v „čisté“ formě, tedy oproti cigaretám, jejichž kouř obsahuje dalších cca. 5000 látek zdraví poškozujících (19).

Studie prokázaly, že náhradní nikotinová terapie dvojnásobně zvyšuje úspěšnost odvykání kouření oproti placebu. Na českém trhu jsou dostupné náplasti, žvýkačky, inhalátory, pastilky (29).

Náplasti jsou vhodné spíše pro kuřáky kouřící cigarety pravidelně, se středně silnou a silnou závislostí na nikotinu. Pokud se jedná o velmi závislého kuřáka, je možné, aby si dávku přísunu nikotinu do těla zvyšoval kombinací s dalším přípravkem NTN, např. žvýkačkami, inhalátorem či mikrotabletami Nikotin dodávají do organismu rovnoměrně po dobu, co jsou nalepeny na těle. Nalepují se na neochlupené části těla a na místa, kde se člověk tolik nepotí. Vhodným místem jsou například paže, záda, oblasti ledvin. Nikotinové náplasti se rozdělují na šestnáctihodinové a dvacetičtyřhodinové. Šestnáctihodinové se nalepují ráno po probuzení a na noc se sundávají. Dvacetičtyřhodinové náplasti se na noc nechávají nalepené na těle (19).

Nikotinové žvýkačky jsou vhodné pro všechny kuřáky, u kterých je přítomna závislost na nikotinu. Dle stupně závislosti si kuřáci mohou zvolit, jakou žvýkačku

budou užívat. Slabší kuřák spíše sáhne po žvýkačce slabší, tzn. žvýkačce s nižším obsahem nikotinu. Naopak silnější kuřák spíše zvolí žvýkačku silnější a žvýkaček během dne užije více. Žvýkačky jsou vhodné také pro příležitostné kuřáky, kteří žvýkačku použijí jen v době, kdy mají neodolatelnou chuť na cigaretu. Specifické je u nikotinových žvýkaček jejich užití. Žvýkačky se nesmí žvýkat příliš intenzivně. Jelikož se nikotin vstřebává jen v ústech a příliš intenzivním „žvýkání“ se dostává se slinami do žaludku, kde již není účinný (a může vyvolat podráždění). Důležité je se před užitím žvýkačky vyvarovat jakékoliv konzumace jídla a pití. Zvláště by se neměla konzumovat jídla kyselá (19).

Dalším přípravkem je inhalátor. Inhalátor je opět vhodný pro všechny typy kuřáků. Především pro ty, kterým chybí zvyk držet cigaretu v ruce. Inhalátor je tvořen umělohmotnou trubičkou, do které se vkládá kapsle obsahující nikotin. Skrze inhalátor je pak vdechován vzduch obohacený nikotinem; z této formy se nikotin vstřebává jak v dutině ústní, tak v horních i dolních dýchacích cestách (19).

Mezi přípravky se také řadí mikrotablety. Mikrotablety se vkládají do úst pod jazyk a v ústech se nechávají pomalu rozplynout. Nesmí se polykat, protože se nikotin pomocí slin rozpustí a sliznicí dutiny ústní se dostává do těla (19).

2.6.5 Akupunktura

Existují dvě metody léčby akupunkturou. První je nazoakupunktura, která spočívá v zavedení jehliček do jistých bodů nosu. Tímto je dosaženo dekongesce plicní tkáně a u léčeného se vyvolá nechuť ke kouření. Druhou metodou je aurikulopunktura, o které se soudí, že reguluje neurovegetativní systém. V tomto směru je velice důležitá lateralita, protože jedno ucho je vždy tzv. vedoucí. Tato metoda je bolestivější, ale velice oblíbená na Dálném východě (14).

Další z metod je aplikace jehličky do tragu každého ucha. Jehla musí být fixována koloidem, aby nevypadla, a ještě se fixuje náplastí. První tři týdny se jehla mění jednou týdně. Ve čtvrtém týdnu je z ucha odstraněna. Kuřákovi je také doporučeno, aby se vyhýbal místům, které ho ke kouření svádí, a aby vyhledal podporu okolí. Jiný způsob je aplikace jehliček na určité body ucha, které je možno i elektronicky dráždit. Jedná se o tzv. elektroakupunkturu. Existují různé názory na to, do jakého místa má být jehlička aplikována. Většinou se však doporučují dva body: bod „ucho-O“ a „plicní bod“. Samozřejmě jsou užívány i další body. Jedním z nich je také

bod na zápěstí, který se nazývá „tim mee“ neboli „sladká chuť, kterým je ovlivňována chuť na cigaretu. Při metodě akupunkturou je však také důležitá lidská vůle a odhodlanost s kouřením přestat (14).

2.6.6 Hypnóza

Odvykání kouření pomocí hypnózy je v některých zemích velice oblíbené, avšak zprávy o výsledcích si často odporují. Existuje pět způsobů aplikace hypnózy: 1. přímý příkaz kuřákovi kouření zanechat; 2. působit na kuřáka tak, že se ovlivní jeho percepční závislost na droze; 3. hypnoterapie jako součást verbální psychoterapie; 4. hypnoaverze pomáhající kuřákovi vytvořit si averzi vůči droze, na kterou se vyvinula závislost a 5. autohypnóza využívaná jako dodatek k hypnotické léčbě (14).

Z hlediska praxe lze hypnózu rozdělit na tři skupiny: individuální léčba v jednom sezení, individuální léčba ve více sezeních a skupinová terapie (14).

V první formě léčby se pacient naučí sám sebe hypnotizovat a tuto techniku opakuje několikrát denně. Důraz se klade na kombinaci hypnózy a posilování motivace nekouřit (14).

Druhá forma léčby se provádí týdně po dobu 4 – 6 měsíců. Pacient si začne vyvolávat pocity nauzey při ochutnávání a inhalování tabákového kouře a vytváří se tak u něj averze k cigaretovému kouři. Jinou formu představuje hypnotické sezení ve třech následujících dnech a čtvrté nehypnotické sezení o jeden měsíc později. Pacientovi je přikázáno, že v budoucnu již nebude mít touhu po cigaretě a že bude od kouření osvobozen. Pacient je povinný pravidelně denně volat svému terapeutovi mezi třetím a čtvrtým sezením o výsledku svého nekuřáctví (14).

Třetí skupinou je skupinová hypnóza. Jde o kombinaci skupinového poradenství se skupinovou hypnózou. Po 6týdenním léčení se skupina schází jednou měsíčně po dobu půl roku (14).

Většina hypnotizérů používá techniky představ, snění, relaxace a autohypnózy. Jiní zase používají desenzitizaci, meditaci, koncentraci na nekouření, cvičení a poradenství. Smyslem léčby hypnózou je, aby došlo ke snížení vnímání abstinčních příznaků alespoň v prvních týdnech po zanechání kouření. Proto je obvykle po hypnotickém sezení kuřákovi zapůjčena kazetová páska, kterou si může přehrávat doma a upevňovat tak vliv terapeuta. Poradenství, vysvětlení způsobu účinku a smyslu léčby je velice nezbytné pro konečný úspěch. Léčba hypnózou je v určitých případech velice

účinná, ale je důležité, aby došlo k silnému vztahu mezi léčeným a léčitelem, aby bylo hypnóze věnováno dostatečně času, důležitá je také vlastní motivace a vlastní přesvědčení (14).

2.7 Prevence kouření

Úspěšný globální program na zanechání kouření musí být hlavně propracovaný. Musí zahrnovat zdravotnickou edukaci, veřejnou politiku a programy na šíření informací. Vzdělání musí probíhat především v médiích, ve školách a zdravotnických institucích (26).

Komplexní plán boje proti kouření by měl zahrnovat: zákaz reklamy a podpory distribuce tabákových výrobků a ostatních forem nepřímé reklamy; účinné varování před zdravotními důsledky kouření a spolupráce s médii; nutné je také předkládat informace strategickým způsobem s cílem přesvědčit o tématu a o smyslu sdělení, podporujícím změnu prostředí směrem k nekuřáckému životnímu stylu; plán opatření na ochranu práv nekuřáků a zákonná úprava nároku na nekuřácké prostředí; plán daňových a cenových opatření a ekonomická alternativa, která by nahradila ztráty z produkce a prodeje tabákových výrobků; pro podporu zdravého chování a celkově zdravé společnosti je třeba využívat globálních dat o nebezpečnosti kouření, která jsou veřejnosti předkládána; programy k zanechání kouření musí zahrnovat společenskou podporu, nácvik dovedností a řešení problémů, osvojení si zdravého životního stylu, možnost substituční terapie a behaviorální léčbu; základem úspěchu intervence proti kouření je, že se sami zdravotníci zapojí do boje proti celosvětové epidemii kuřáctví; ukončení kouření není jen otázkou výchovy a prevence, ale je také součástí léčby a rehabilitace; do komplexního plánu boje proti kouření také musí být zahrnuta informační kampaň a zdravotní výchova (26).

V boji proti kouření jsou také velice důležitá různá regulační opatření státu zaměřená na ochranu nekuřáků před pasivním kouřením (zákazy kouření na veřejnosti, na pracovištích) a kampaně napojené na mezinárodní aktivity proti kouření pomáhají kuřákům, aby si uvědomili rizika spojená s tímto návykem a společností, aby nebyla lhostejná a tolerantní (35).

2.7.1 Primární prevence ve škole

Škola s odbornými pedagogickými pracovníky má ve výchově dětí a mládeže nezastupitelnou roli. Na děti se působí v jejich přirozeném kolektivu vrstevníků

prostřednictvím erudovaných pedagogických pracovníků. Na pomoc školám je třeba vypracovávat a aktuálně novelizovat výchovně vzdělávací programy pro různé věkové kategorie dětí, zaměřené na primární prevenci kouření. Zásadními principy těchto programů je: poskytovat adekvátní formou potřebné znalosti o zdravotních důsledcích kouření, o ekonomických aspektech kouření, o reklamních tricích výrobců a prodejců kuřiva; ovlivňovat postoje dětí ke kouření tak, aby nekuřácké chování bylo jejich svobodným rozhodnutím; učit děti dovednosti rozpoznávat a předvídat rizikové situace a odmítat nabídky cigaret i jiných drog; nabízet dětem jiné volnočasové aktivity, jejichž důsledkem bude stejný efekt jaký u nich způsobuje příjemná stránka kuřácké činnosti (35).

Základní škola je vedle rodiny klíčovým prostředím, které se podílí na přímém ovlivňování dítěte, rozvoji jeho osobnosti, hodnotovém žebříčku a utváření správných životních postojů. Je třeba si uvědomit, že děti ve škole tráví podstatnou část svého života, proto má pro dospívajícího jedince tak zásadní význam (37). U nejmenších dětí v mateřských školách a prvních dvou až třech ročnících základních škol se cíle programů zaměřují především na ovlivnění postojů: má-li člověk získat ke kouření nedůvěru, musí být na estetické a akutní zdravotní důsledky kouření upozorněn již v útlém dětském věku. Děti by si měly především osvojit způsoby aktivní ochrany před nedobrovolnou expozicí tabákovému kouři (35). Vedle přípravy na každodenní život a schopnost začlenit se do společnosti po stránce sociální a pracovní je jednou ze stěžejních rolí, kterou škola ve vztahu k dítěti má, připravit dospívajícího mladého člověka na nežádoucí jevy, které s sebou dennodenní životní realita nese a zformovat klíčové kompetence ke všem rizikům, se kterými se může dítě setkat a která ho mohou negativně ovlivnit, narušit jeho psychosociální vývoj a poznamenat ho na celý jeho život (37).

V tomto případě se jedná o primární prevenci rizikového chování, kam se kromě kouření řadí také řadí zneužívání jiných návykových látek včetně experimentování s nimi, nelátkové závislosti a rizika jejich vzniku (závislost na televizi, počítači atp.), negativní psychosociální chování (agresivita, šikana atd.), nežádoucí sexuální chování. Podstatou primární prevence sociopatologických jevů a rizikového chování je ovlivnit dospívajícího jedince dříve, než bude bezprostředně vystaven riziku, na které nebude schopen adekvátně a kompetentně reagovat. Primární prevence se proto zaměřuje převážně na širší populaci a jejím cílem je všechny, na které působíme, imunizovat před negativními vlivy, vytvořit a zformovat správné životní postoje a hodnoty a vybavit tak

mladého člověka nutnými kompetencemi, díky kterým bude schopen hrozící riziko včas poznat, nenechat se jím negativně ovlivnit a adekvátně vzniklé situace řešit. Primární prevence hraje v životě člověka opravdu velkou roli, ať už v rovině nespécifické prevence, která podporuje žádoucí formy chování obecně a koresponduje s výchovou (výchova ke zdravému životnímu stylu, otázky mravní výchovy, utváření správných životních postojů, kvality trávení volného času apod.) nebo prevence specifické, která je již zaměřena na konkrétní riziko (37).

V mnohých případech a na mnoha školách bývá primární prevence velice opomíjena a podceňována. A proto se její realizace často vyznačuje mnohými nedostatky. Tyto nedostatky jsou příčinou, že školy ve své preventivně-výchovné funkci selhávají a nedokáží dítě včas vybavit potřebnými kompetencemi ve vztahu ke všem formám rizikového chování. Není možné tvrdit, že se tak všechny děti stanou deviantními, tzn. že se jejich chování nebude slučovat s normami a očekáváními s ohledem na ontogenetický stupeň vývoje dítěte, ale jakýkoliv zátěžový faktor v životě dítěte zvyšuje možnost, že při nedostatečně rozvinutých kompetencích se bude jedinec vyvíjet disharmonicky. Za zátěžové faktory lze považovat nefunkční a nepodnětné rodinné prostředí nebo jakýkoliv handicap, a to jak mentální, tělesný nebo smyslový, ale také sociální (sociokulturní prostředí, původ dítěte, odlišná rasová příslušnost) nebo vrozené predispozice, např. k poruše chování, učení atp. (37).

Primární prevence ve školách by měla splňovat několik zásad. Primární prevence by měla být včasná a dlouhodobá, ucelená a systematická, koordinovaná, odborná a fundovaná, nenásilná a nenucená. Avšak, aby byla primární prevence úspěšná a splnila očekávání, musí přijít mnohem dříve, než je dítě bezprostředně ohroženo konkrétním rizikem. Záleží především na postojích dítěte, zda dokáže adekvátně reagovat na negativní situaci – postoj se u dětí vytváří přibližně 2 roky, proto je důležité na postoji pracovat minimálně s dvouletým předstihem. Standartně se děti do prvního kontaktu s nikotinem či jinou drogou dostanou mezi sedmým a devátým rokem života, znamená to, že by specifická prevence u dětí měla začít již v předškolním věku (37).

V období před pubertou je třeba nejen posilovat protikuřácké postoje, ale zaměřit se také na problematiku vzniku závislosti. Je třeba, aby si děti uvědomily, že kuřáků je ve společnosti menšina a že kouření není symbolem dospělosti, spíše naopak symbolem přetrvávajícího infantilního jednání. Ve věku puberty je velice důležité změnit strategii výchovného přístupu k dětem a zohlednit fyziologickou zvláštnost

tohoto období, kdy děti odmítají autoritu dospělých lidí, zejména tak rodičů a učitelů. V preventivních programech se poté uplatňuje tzv. peer-forma spočívající v aktivní práci dětí ve skupinách vedených mluvčími z řad spolužáků nebo jen o něco málo starších dětí, kdy učitel má roli koordinátora a moderátora. Ve vzdělávací oblasti programu jsou informace o zdravotních následcích kouření spojovány se snahou oslabit tzv. syndrom osobní imunity proti nejružnějším nebezpečím, které dítě sice chápe rozumem, ale nedokáže uvěřit tomu, že i ono samo může být ohroženo. Už od 8. třídy je třeba předpokládat možnost vzniku závislosti a už v tomto věku děti předávat specialistům k léčbě, samozřejmě za aktivní spolupráce rodičů (35).

Samozřejmostí pro správnou primární prevenci je nekuřácké prostředí ve škole, které musí bezvýhradně respektovat nejen děti, ale také všichni dospělí. Nemístná je jakákoliv kuřárna v budově školy (35).

2.7.2 Minimální preventivní program jako nástroj prevence ve školách

Minimální preventivní program, jak uvádí Metodický pokyn ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže, je konkrétní dokument školy zaměřený na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, zaměřený na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností. Tento program je založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce se žáky, zapojení celého pedagogického sboru školy a spolupráci se zákonnými zástupci žáků školy. Program je zpracován na jeden školní rok školním metodikem prevence a podléhá kontrole České školní inspekce. Je průběžně vyhodnocován a písemně vyhodnocován. Na tvorbě a realizaci Minimálního preventivního programu se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy; koordinace tvorby a kontrola realizace patří do kompetencí školního metodika prevence (37).

2.7.3 Rámcově vzdělávací program na ZŠ

Zavedení RVP pro základní vzdělávání a s ním povinnost vytvářet školní vzdělávací program přineslo také vhodný nástroj pro zakomponování primárně-preventivních témat a aktivit do každodenního života školy. To velice pomáhá k naplnění jedné z nejdůležitějších zásad preventivního (výchovného) ovlivňování dětí. Pokud má být toto ovlivňování co nejefektivnější, musí být co nejvíce nenásilné,

nenucené a především musí být přirozené. Nabízí se tak možnost efektivně prolnout preventivní činnost s výukou a dalšími aktivitami školy, také snížit procento jednostranné, účelové a nárazové preventivní aktivity, které bývají pro mnohé školy z hlediska preventivní práce příznačné. Hlavním cílem edukačního procesu ve školách prostřednictvím RZP je rozvoj klíčových kompetencí dětí, které chápeme jako souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot potřebných pro osobní rozvoj dítěte, projevující se připraveností jejich využití v praktickém životě. Jako zásadní lze vnímat rozvoj kompetencí dítěte ve vztahu k rizikovým formám chování, do kterých se řadí především experimentování s návykovými látkami apod. (27).

Hlavní prostor v RVP pro implementaci témat směřujících k předcházení všech forem rizikového chování se jeví v těchto oblastech:

Člověk a jeho svět. Oblast je vymezena pro 1. stupeň ZŠ, klíčovou je tématická oblast Člověk a zdraví.

Člověk a zdraví. Obsahuje dvě zásadní tématické oblasti Výchovu ke zdraví (pro 2. st ZŠ) a Tělesnou výchovu (pro 1. i 2. stupeň ZŠ, z hlediska prevence se zabývá významem pohybu, zdraví, bezpečnosti apod.) (37).

2.7.4 Program podpory zdraví a prevence kouření pro mladší školní věk (7-11let) „Normální je nekouřit“

Program „Normální je nekouřit“ je zaměřený v širším slova smyslu na komplexní podporu zdravého životního stylu u dětí mladšího školního věku (7-11let). Průvodcem celého programu je veverka Věrka, která si s dětmi povídá o zdraví, o nemoci, o zdravé výživě, aktivním pohybu ve volném čase apod. V pohádce na videu, které program doprovází, se děti seznamují s cigaretou Retkou. Takto se děti zábavnou formou seznamují s tím, že kouření není normální součástí běžného způsobu života. Dozvídají se o tom, co je a není zdravé, o možných rizicích, se kterými se mohou setkat a účinné prevenci tak, aby byly připraveny si své zdraví uchovat i v dospělém věku (36).

Celý program vychází se státních programů a výsledků současných studií. Opírá se o Rámcový vzdělávací program zavádějící vzdělávací oblast „Člověk a zdraví“, jehož součástí je výchova ke zdraví, kde je tento program možno využít; Program „Zdraví 21“ v němž je podpora zdraví u dětí a omezování kouření jednou z priorit (35).

Program „Normální je nekouřit“ vyplňuje mezeru v edukačním působení pro mladší školní věk (7-11let) (35).

Hlavním cílem programu je dosáhnout toho, aby se dítě stalo nekuřákem, a to vědomě. Tento cíl je však dlouhodobý a proto byly programu vytyčeny krátkodobější cíle. Program by měl přispět k formování pozitivního postoje k zdravému způsobu života, formování odpovědného přístupu ke svému zdraví, snížení počtu dětí vystavených pasivnímu kouření (nutná spolupráce s rodiči), získání poznatků a dovedností, jak si chránit své zdraví (poznat, co je na kouření tak škodlivé) (36).

Samotný obsah programu je zaměřen na ovlivňování postojů a chování dítěte ke zdravému životnímu stylu, zajištění dostatku pohybu, získávání základních znalostí o svém těle a o jeho funkci, dodržování hygienických návyků a zásad zdravého stravování, informovanost o zdravotních důsledcích kouření atd. Součástí programu je část věnovaná dětem s pracovními listy na každou lekci, motivačním vyprávěním ve verky Věrky a domácími úkoly pro společnou činnost rodičů a dětí. Důležitou částí programu jsou připravené informační dopisy pro rodiče, jelikož bez současného a souhlasného výchovného působení rodičů by měl program jen malou účinnost a úspěšnost (35).

2.7.5 Reklama na tabákové výrobky a její vliv

Reklama na tabákové výrobky je v České republice poměrně rozšířená. Pokusy odpůrců kouření a její omezení se prozatím nesetkaly s výraznějším úspěchem. V tomto smyslu Česká republika přes značný tlak odpůrců kouření nevytvořila odpovídající legislativní rámec umožňující omezit propagaci tabákových výrobků a značně zatím zaostává za ostatními zeměmi Evropské unie (27).

Výrobci cigaret a ostatních výrobků obsahujících tabák se v rámci reklamy nejvíce zaměřují na mladé lidi. Tato orientace vychází z postulátu, že čím dříve začne člověk kouřit, tím více v průběhu života vykouří cigaret a tím bude společnost na tabákové výrobky více prosperovat (27).

V ČR se stále zvyšuje podíl žen a dívek kuřáček a to zejména v dětském věku je kouření dívek stále větším problémem. Na tento trend má velký vliv právě reklama na tabákové výrobky, která se velmi často zaměřuje na mladé dívky. Reklama zaměřená na dívky se vyznačuje zejména jemnějšími pastelovými barvami, cigaretami typu Slim a designem krabičky, která působí jako hezký módní doplněk. Častá strategie je rovněž

zobrazit na reklamě dívku s chlapcem, což v dívkách vzbuzuje dojem, že cigareta zvyšuje sex-appeal a dopomůže jim k navázání vztahu (27).

Obecně se reklama na tabákové výrobky zaměřuje na děti a mladistvé, což je logické vzhledem k tomu, že 90% kuřáků začalo kouřit před 18-tým rokem a tabákový průmysl se tak zaměřuje na svoji cílovou skupinu začínajících kuřáků, tedy na děti. Základními rysy tabákové reklamy jsou živé atraktivní barvy, zejména modrá a červená, mladí lidé, kteří mají představovat vitalitu, volnost a mají působit sexy. Celkově má reklama v dětech a mladistvých navodit dojem, že kouření je vstupenka do světa dospělosti, svobody a kouření zvýší jejich atraktivitu (27).

Jedním z řešení, které by pomohlo zvrátit tento trend je úplný zákaz reklamy na tabákové výrobky (27).

2.8 Charakteristika vybrané věkové skupiny (10-12 let)

Tato věková kategorie dětí se řadí mezi střední školní věk. Toto období trvá od 8-9 let do 11-12 let, tj. do doby, kdy dítě přechází z 1. stupně základní školy na 2. stupeň a začíná dospívat. V průběhu této fáze také dochází k různým změnám, které lze označovat za přípravu na dospívání (31).

Střední školní věk neobsahuje žádný velký mezník, biologický ani sociální. Matějček (1994) jej charakterizuje jako dobu vyrovnané konsolidace. Erikson (1963) o něm mluví jako o fázi citové vyrovnanosti, Freud (1991) jej označil jako fázi latence, tj. klidového stavu. Střední školní věk je chápán jako období pohody a klidu. Přesněji řečeno by jím mohl být, kdyby dítě nebylo vystavováno sociálnímu tlaku, který vychází ze školního prostředí, rodiny či vrstevnické skupiny. Dítě se v tomto období rozvíjí ve všech směrech a začínají se u něj vytvářet předpoklady pro budoucí proměnu, zatím jenom na psychické úrovni. Střední školní věk lze považovat za období přípravné, kdy se dítě připravuje na další, vývojové dynamičtější období dospívání (31).

2.8.2 Socializace

Ve školním věku se rozvíjejí vztahy s různými lidmi mimo vlastní rodinu, jak s učiteli, kteří pro děti znamenají významnou a mocnou autoritu, tak se svými vrstevníky. V rámci různých sociálních skupin se postupně diferencují jeho role a postavení, které se mu zde podařilo zaujmout. Ve školním věku jsou pro rozvoj dětské osobnosti důležité tyto tři oblasti:

- Rodina i v tomto věku představuje bazální sociální a emoční zázemí, ale zároveň ovlivňuje i extrafamiliární uplatnění dítěte, např. svými nároky na školní výkon a jeho hodnocením, respektive oceněním.
- Škola je významnou institucí, která umožňuje rozvoj obecně sociálně požadovaných a ceněných kompetencí i způsobů chování. Jejím prostřednictvím získává dítě předpoklady k dalšímu společenskému uplatnění.
- Vrstevnická skupina umožňuje rozvoj jiných vlastností a dovedností, které jsou užitečné pro život v lidské společnosti. S vrstevnickou skupinou se dítě postupně stále

více ztotožňuje, rozvíjí se zde symetrické vazby, vrstevníci představují dostupný model chování i výkonu, dítě se s nimi může srovnávat a snažit se dosáhnout stejné úrovně – někdy i té negativní (31).

2.8.3 Vliv rodiny

Rodina je velmi důležitou součástí identity školáka (v mladším a středním školním věku). Dítě považuje svou příslušnost k rodině za samozřejmost, která zároveň funguje jako emoční zázemí a opora jeho osobní prestiže. Rodina v tomto období zatím uspokojuje většinu jeho potřeb. Vztahy dítěte pubertálního věku k rodičům jsou stále velmi silné a postupně se dále diferencují (31).

Rodinné soužití představuje komplex rozmanitých a v zásadě stabilních interakcí, které jsou projevem specifického vztahu mezi rodiči a jejich dětmi. Rodina je tzv. vztahový rámec, který zahrnuje rodiče, dítě, popřípadě i další členy rodiny, jako jsou sourozenci, prarodiče atp. Ti všichni jsou samozřejmou součástí rodiny jako jedné z velmi významných složek dětského života. Sdílejí s ním jeho život, jsou zapojeni do společné dennodenní rutiny. V této době si rodina nahromadí různé zážitky, které vytvářejí její společnou historii, společný rodinný příběh. Pro děti jsou velice důležité také společné rituály, jichž se všichni účastní, které mají svůj význam a rodinu spojují (31).

Trvalá přítomnost rodičů a společné sdílení života je nejdůležitější podmínkou funkčního vztahu mezi rodiči a dětmi školního věku. Dítě potřebuje, aby mu byl rodič na blízku, když to potřebuje. Rodiče uspokojují celou řadu psychických potřeb školáka:

- Rodiče specifickým způsobem přispívají k naplnění potřeby smysluplného učení, protože slouží jako model určité role, vzor nějakého způsobu chování (ne vždy pozitivním). Mohou být nejen reálným modelem pro učení napodobováním či v rámci identifikace, ale i ideálem, kterému by se dítě chtělo přiblížit. Přestože je to zatím nemožné. Představují vzor daleké budoucnosti. Ve školním věku dítě rodiče ovlivňují i přímým způsobem, např. rozhodují o tom, do jaké školy bude dítě chodit a co se bude učit. V této době jsou rodiče pro dítě jednoznačnou autoritou, jejíž rozhodnutí dítě přijímá. Takto mohou rodiče napáchat také i mnoho škody, pokud dítě nutí do něčeho, k čemu nemá předpoklady nebo je toho na něj moc.

- Rodiče jsou samozřejmě také zdrojem emoční opory. Dítě školního věku si představuje, že takto tomu bude navždycky, považovalo by to za nejlepší. V tomto období je rodina reálně fungujícím zázemím, ale postupně se změní spíše v symbolický pocit jistoty.
- Rodiče ovlivňují uspokojování potřeby seberealizace. Mohou tak činit prostřednictvím svých požadavků na dítě (výběrem aktivit, které bude dítě navštěvovat), ale především svým vlastním hodnocením. Pokud rodiče po dětech požadují velmi vysoké cíle nebo nejsou s nějakou činností dítěte spokojeni, dítě začne mít pocit nedostačivosti a neúspěšnosti, což ho může do příští aktivity demotivovat. V mladším školním věku se posiluje identifikace dětí s rodiči, dcera se ztotožňuje s matkou, syn s otcem. Když se dítě ztotožňuje s rodičem, alespoň symbolicky přijímá část jeho prestiže.
- Rodiče představují také určitý model pro budoucnost dítěte, vzor dospělého chování, které naplňuje představu dítěte o dosud otevřené budoucnosti. Potřeba naplnění budoucnosti začne hrát důležitou roli až v období dospívání.

Každý z rodičů hraje v rodině určitou roli. Role matky ani její chování se příliš nemění. Matka žije v těsném spojení s dětmi, je každodenní součástí jejich života, stará se o jejich běžné tělesné i psychické potřeby. Dítě v raném školním věku je na ni vázáno v rámci každodenní interakce. Tato závislost je velmi nenápadná a mohla by se viditelněji ukázat v určité zátěžové situaci. Matka je v rodině ochránkyní dětského bezpečí a jistoty, reguluje míru stresu, jemuž je dítě vystaveno, a zároveň je garantem plnění povinností, kontroluje, do jaké míry se děti chovají žádoucím způsobem (31).

Otec v rodině doplňuje působení matky a občas vyrovnává případné problémy z toho vztahu vyplývající. Je alternativním modelem dospělé osoby, v kontaktu s ním může dítě získat jiné zkušenosti než v interakci s matkou. Otec je zásobárnou poznatků, které jsou pro dítě ve školním věku velice důležité. Funguje jako opora dětské samostatnosti, sebejistoty, sebedůvěry a nezávislosti. Učí je respektovat pravidla, přijmout prohru, ovládat svoje emoce a mnoho dalšího. Otec v rodině také často představuje větší autoritu než matka. To je dáno tím, že matka s dětmi více tráví každodenní aktivity a více se podílí na společném soužití v běžném životě. Zde matka stále řeší nějaké problémy a její zásahy se pro děti časem stanou stereotypními a méně účinnými. Otec je sváteční autorita, její vyšší kategorie (31).

Také vztahy se sourozenci jsou v tomto období důležité. Ve školním věku se vztahy mezi sourozenci až do puberty nemění. Soužití se sourozencem umožňuje i v tomto období získat specifickou socializační zkušenost. Sourozenec představuje trvalou součást jejich života, ať už hodnocenou pozitivně, negativně nebo

ambivalentně. Sourozenci se vzájemně ovlivňují přímo i nepřímo, jejich existence modifikuje postoj, jaký k nim zaujímají rodiče. Ve vztahu k sourozenci získává dítě nějaké postavení, z něhož vyplývá i pravděpodobnost hodnocení a očekávání rodičů, ať už je to ke vztahu k rodině, škole či obecně (31).

2.8.4 Vliv školního prostředí

Škola je insitucí, která se dítěti zdá zcela zákonitě jako velmi mocná, mocnější než rodiče, protože i oni musí rozhodnutí školy respektovat. Ve škole dítě získává nové role, které pro ně mohou mít různý osobní význam, mohou být různě uspokojující či zatěžující. Dítě dostane roli školáka, roli žáka a roli spolužáka. Role školáka, tj. role dítěte, které už chodí do školy a vzhledem k tomu získává určité sociální postavení. Jde o obecnější roli, která v sobě zahrnuje následující a více diferencované role. Další rolí je role žáka určité školy a třídy. Dítě se také řadí do role spolužáka, vymezující vztahy k dětem, které chodí do stejné třídy (31).

Škola dítěti umožňuje postupnou integraci do společnosti. Spoluurčuje následný vývoj dítěte nabídkou určité perspektivy, prezentuje žádoucí cíl a stimuluje rozvoj schopností, dovedností i osobních vlastností, které jedinec potřebuje k jejich dosažení. Chování a výkony dítěte škola také klasifikuje a toto hodnocení má vliv pro jeho budoucí sociální pozici, neboť dobré výsledky ve škole znamenají základ profesní volby. Působení školy je pro dětský vývoj velice důležité, neboť škola ovlivňuje vývoj dítěte v době, kdy se teprve začínají formovat jeho psychické vlastnosti a psychosociální kompetence. Škola rozvíjí i sociální kompetence, přestože současná společnost má tendenci význam socializace podceňovat a hodnotu výkonu přeceňovat. Škola přispívá k socializaci dítěte jiným způsobem než tomu bylo v rodině. Dítě zde získává nové a mnohdy rozdílné zkušenosti, než jaké v rodině získalo. Stimuluje vznik nových hodnot. Nástup do školy lze chápat jako významnou fázi v procesu odpoutání ze závislosti na rodině (31).

Ve středním školním věku je pro děti velice důležité také působení vrstevnické skupiny. Dítě potřebuje být akceptováno nejen dospělými, ale především také vrstevníky. Pro rozvoj přijatelného sebehodnocení je v tomto období důležitý nejen úspěch ve škole, ale také v dětské skupině. Skupina se tak stává významným sociálním teritoriem, k němuž se dítě přičleňuje. To je projevem celkového dětského rozvoje a jeho odpoutání se ze závislosti na rodině. Vrstevníci se stávají postupně důležitějšími a

důležitějšími, aby nakonec v budoucnu rodiče nahradili (31). V tomto období je také velice možné, že dítě vlivem vrstevnické skupiny inklinuje k rizikovému vzorci chování.

2.9 Zákony a legislativy

V České republice bohužel neexistuje jediný zákon, který by se přímo zabýval kontrolou tabáku. Existuje však několik zákonů, kterých se problematika, tedy problematika kontroly tabáku, dotýká (28).

Mezi tyto zákony patří například zákon č.379/2005 Sb. – zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami; zákon č. 40/1995 Sb. (novelizován zákonem č. 132/2003 Sb.) – zákon o regulaci reklamy; vyhláška Ministerstva zemědělství č. 113/2005 Sb. - vyhláška o způsobu označování potravin a tabákových výrobků; vyhláška Ministerstva financí č. 467/2003 Sb. (novelizováno vyhláškou 276/2005 Sb.) o používání tabákových nálepek při značení tabákových výrobků atd. Velmi důležitou roli v problematice kontroly tabákových výrobků hraje Rámcová úmluva o kontrole tabáku (FCTC), o které se zmiňuji v další kapitole (28).

2.9.1 Rámcová úmluva o kontrole tabáku (*Framework Convention on Tobacco Control, FCTC*)

Rámcová úmluva o kontrole neboli FCTC (Framework Convention on Tobacco Control) je mezinárodní světová úmluva o veřejném zdraví. Tato úmluva uznává škodu, kterou mohou páchat tabákové společnosti, jež tyto výrobky vyrábějí. Úmluva formuluje právně závazné cíle a zásady, jimiž se musí řídit země nebo organizace pro regionální hospodářskou integraci, jako například Evropské společenství (označované jako smluvní strany), které úmluvu ratifikovaly a vyjádřily tím souhlas s jejím prováděním (28).

Úmluva byla vypracována v průběhu čtyř let. Během těchto čtyř let probíhala jednání a diskuse mezi členskými státy Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation, WHO). Dohodu po jejím odsouhlasení v roce 2004 podepsalo 192 smluvních stran (včetně Evropského společenství). Oficiálně vstoupila v platnost v únoru 2005 (28).

Ani po podepsání však není úmluva pro smluvní stranu závazná. Smluvní strana připojením svého podpisu pouze vyjadřuje svou podporu FCTC. Všechny jednotlivé

strany musí úmluvu rovněž ratifikovat. Znamená to, že musí (na základě absolvování příslušného vnitrostátního legislativního procesu) oficiálně potvrdit svůj záměr zavázat se k úmluvě. K prosinci roku 2007 byla úmluva FCTC ratifikována 151 smluvními stranami (včetně ES a 25 členských států EU) (28).

Cílem FCTC je ochránit naše nynější, ale také budoucí generace před zdravotními, sociálními, environmentálními a ekonomickými důsledky spotřeby tabáku a vystavování se tabákovému kouři. Úmluva FCTC také uznává, že tabákový průmysl, jakožto průmysl globální, se ve stále rostoucí míře zaměřuje na rozvojové země, aby si tak kompenzoval ztráty odbytu na tradičních trzích (28).

Na veškeré finanční i technické aspekty úmluvy dohlíží Konference smluvních stran (Conference of the Parties, COP), jež zastupuje všechny strany, které ratifikovaly FCTC. Konference bude na základě zásad zakotvených v hlavním textu FCTC přijímat protokoly a směrnice a bude sledovat provádění úmluvy a podávat o něm zprávy (28).

Klíčovými ustanoveními úmluvy FCTC je ovlivnění tabákového průmyslu (jak se shodují představitelé úřadů veřejného zdraví i zastánci zdraví na celém světě, je potřebné, aby tabákový průmysl neměl vůbec žádný vliv na politiku veřejného zdraví), ochrana před vystavováním se tabákovému kouři (úmluva FCTC uznává, že jak prokazují vědecké důkazy, vystavování se tabákovému kouři způsobuje smrt, nemoc a invaliditu. Od všech smluvních stran se vyžaduje, aby přijaly a zavedly účinná opatření na ochranu nekuřáků před kouřem na veřejných místech, a to včetně pracovišť a veřejné dopravy, a také aby se zaměřily na dosažení komplexního přístupu, tedy bez výjimek), dohled na značení (obaly výrobků ponесou jednoznačná zdravotní varování, která pokrývají nejméně 30 % lícové plochy obalu tabákového výrobku. Zakázáno je používání slov jako „lehké/light“, „slabé/mild“ nebo „nízký obsah dehtu/low tar“), dohled nad reklamou (práce smluvních stran se musí ubírat k cíli komplexního zákazu reklamy (tedy přímé i nepřímé). Smluvní strany, jejichž ústavy komplexní zákaz neumožňují, musí přesto v mezích umožněných jejich vnitrostátními zákony zavést omezení na reklamu a propagaci nebo sponzorství týkající se tabáku), dalšími klíčovými ustanoveními je odpovědnost (zařazením ustanovení o odpovědnosti sleduje FCTC cíl přimět tabákové společnosti k vyšší odpovědnosti za jejich chování v minulosti a zároveň je odradit od toho, aby působily škodu v budoucnosti. Smluvní strany se žádají, aby zvážily trestní postih tabákových společností a vymáhání náhrad od nich za jakékoli závadové jednání), dohled nad nezákonným prodejem (druhé zasedání COP rozhodlo o zahájení jednání o protokolu o potírání nezákonného

obchodu. Mezi návrhy je požadavek, aby veškerá balení tabákových výrobků nesla značení umožňující vysledování jejich původu i místa konečného určení. Na formulování tohoto protokolu se aktivně podílejí Evropský úřad pro boj proti podvodům a Evropská komise), regulace obsahu tabákových výrobků (zpracovatelé tabáku musí státním orgánům v souladu s příslušnou vnitrostátní právní úpravou vykazovat obsah svých výrobků), daňová opatření (úmluva FCTC uznává úlohu, kterou mohou při snižování spotřeby tabáku sehrávat daňová a cenová opatření. Smluvní strany se žádají, aby při zavádění daňových a cenových politik pro tabákové výrobky přihlížely k cílům veřejného zdraví) (28).

3. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

3.1 Cíl práce

V této bakalářské práci byly určeny dva cíle. Prvním cílem je zmapování stávající situace výskytu kouření u dětí 2. stupně ZŠ vycházející ze společenských trendů a vlivu prostředí. Druhým cílem je zmapování znalostí rizik kouření u dětí cílové skupiny.

3.2 Hypotézy

H 1: Předpokládám, že děti pocházející z kuřáckých rodin ke kouření inklinují častěji, než děti z rodin nekuřáků.

H 2: Předpokládám, že více než polovina respondentů není dostatečně informována o možných rizicích kouření.

4. METODIKA

4.1 Použitá metodika

Výzkum byl proveden v prostředí dvou záměrně vybraných základních škol v Českých Budějovicích, a to u žáků 5. a 6. tříd, formou anonymního dotazníkového šetření. Formulář dotazníku uvádím v příloze č. 1.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Sběr dat byl proveden v březnu 2012 metodou dotazníkového šetření na Základní škole Kubatova ve třídách se sportovním zaměřením a Základní škole Máj v Českých Budějovicích. Tyto školy byly vybrány cíleně. Ve výzkumu bych také ráda zjistila, zda sportovní zaměření žáků má vliv na zkušenosti s cigaretami a jejich užívání.

Dotazník obsahuje úvodní formulí, která zahrnuje zdůvodnění výzkumu, představení se respondentovi a dále celkem 27 tématických otázek. V úvodu jsou položeny otázky, které přibližují věk a pohlaví respondenta. Za úvodními otázkami následují otázky, které mají za úkol zmapovat situaci v rodině respondenta. Další část dotazníku obsahuje otázky, které zjišťují vztah respondenta ke kouření a zaměřují se spíše na respondenty, kteří již nějakou zkušenost s kouřením cigaret mají nebo jsou pravidelnými kuřáky. Zbylé otázky zjišťují informovanost respondenta o problematice kouření a jeho postoj k této závislosti. V této části již odpovídají všichni, kuřáci i nekuřáci. Otázky byly modifikovány s přihlédnutím na cílovou skupinu respondentů, tedy žáky 5. a 6. tříd. Dotazníkové šetření na školách proběhlo po předešlé domluvě s řediteli škol.

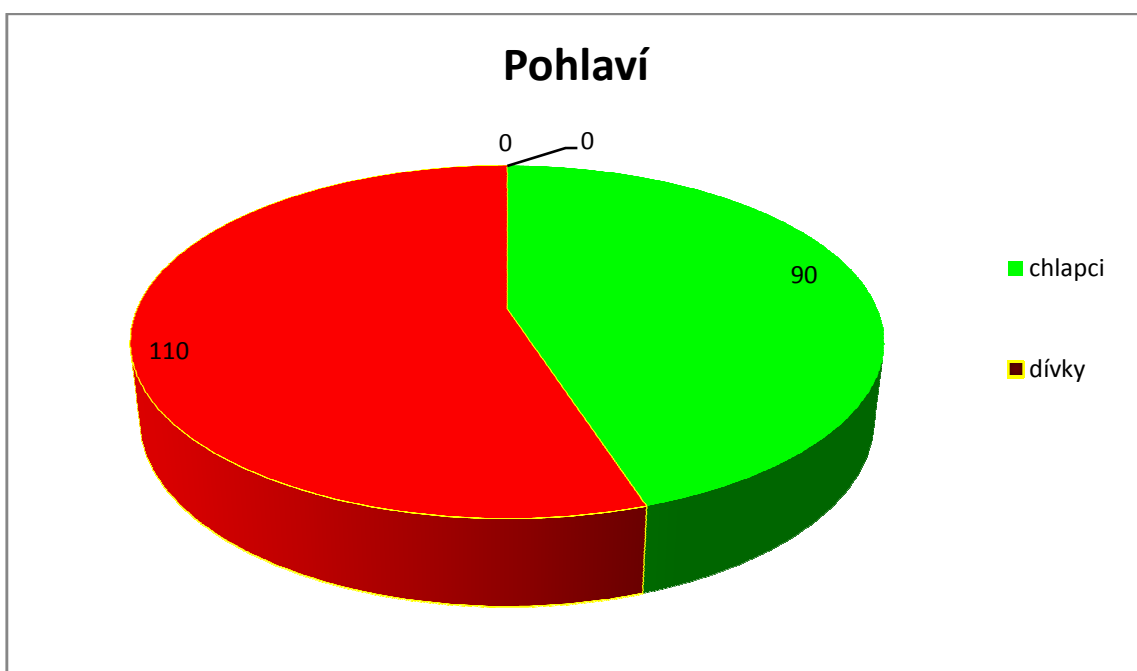
Před rozdělením dotazníků byli respondenti seznámeni s tím, že je dotazník anonymní. Také bylo vysvětleno, jaký je cíl tohoto výzkumu a že odpovědi budou zkoumány pouze jako souhrnné výsledky, které budou použity pro tuto bakalářskou práci. Dotazníky byly ve třídách osobně rozděleny a také vybrány, tím byla zaručena jejich stoprocentní návratnost.

Rozdáno bylo celkem 200 dotazníků. Jak jsem již zmínila, návratnost byla stoprocentní. Dotazníkového šetření se účastnilo 130 žáků ze Základní školy Kubatova v Českých Budějovicích a 70 žáků ze Základní školy Máj v Českých Budějovicích, celkem se dotazníkového šetření tedy účastnilo přesně 200 respondentů.

5. VÝSLEDKY

Dotazník obsahuje celkem 27 otázek. V prvních dvou otázkách byl zjišťován věk a pohlaví respondentů. V dalších otázkách byla zjišťována rodinná situace respondenta, jeho samotné zkušenosti s cigaretami, jeho postoje ke kouření a informovanost v této oblasti. Veškeré zjištěné údaje jsou graficky zaznamenány.

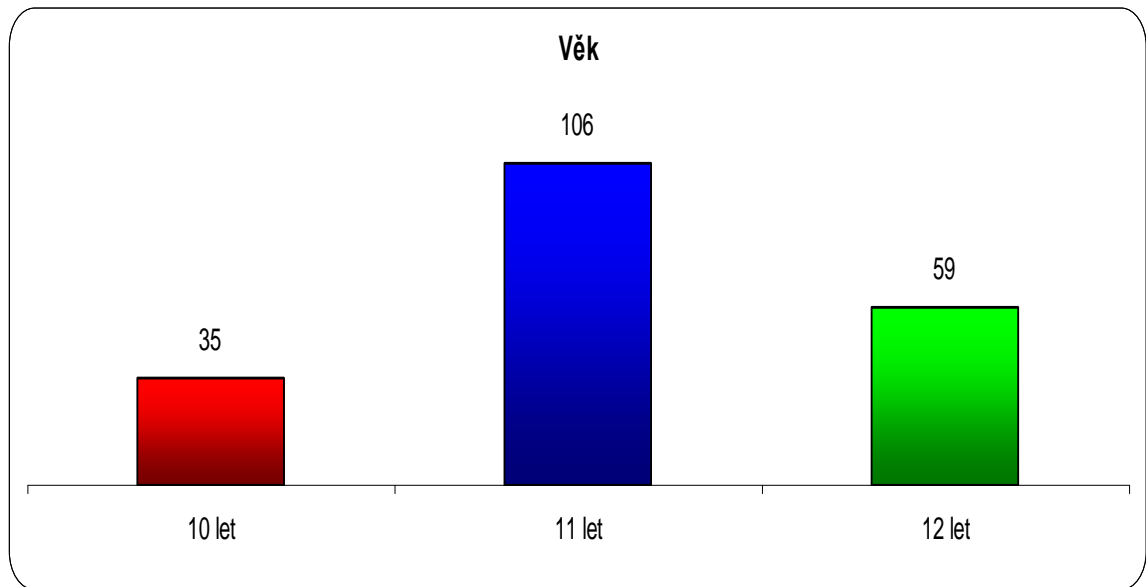
Graf č.1 : Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumu se z celkového počtu respondentů 200 /100%/ účastnilo 110 / 55%/ dívek a 90 /45%/ chlapců.

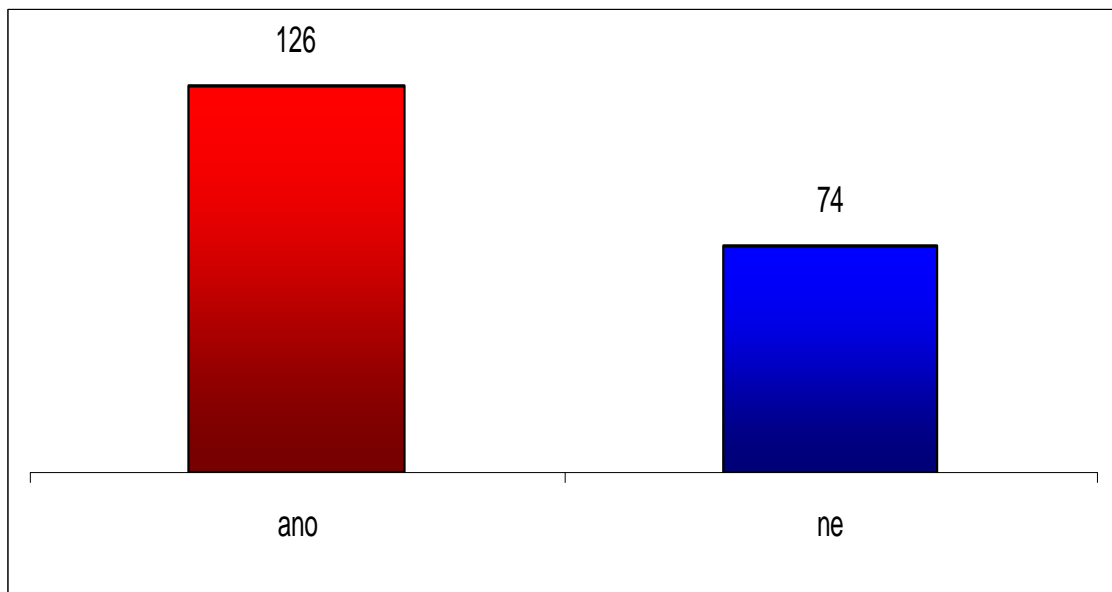
Graf č. 2 : Věkové zastoupení respondentů (v absolutních číslech)



Zdroj: vlastní výzkum

Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo od 10 do 12 let. Z toho největší procento zastupovali respondenti ve věku 11 let – 106 respondentů /53%/, následovali respondenti ve věku 12 let – 59 respondentů /29,5%/ a nejmenší procento zastupovali respondenti ve věku 10 let – 35 respondentů /17,5%/. Průměrný věk respondentů byl 11,12 let.

Graf č. 3 : Pochází z rodiny, kde alespoň jeden její člen kouří?

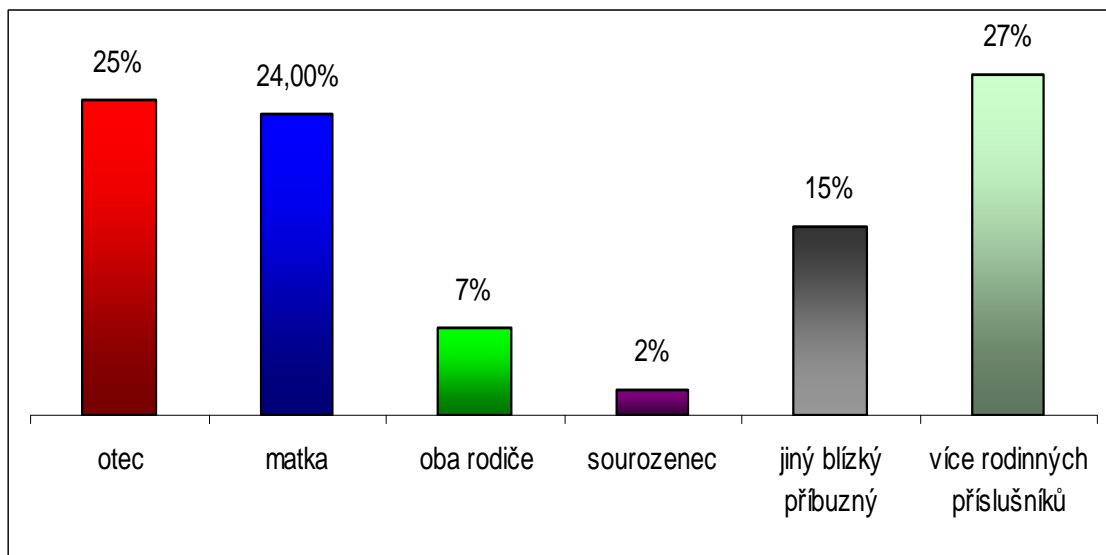


Zdroj: vlastní výzkum

V grafu č. 3 jsou zaznamenány odpovědi na otázku, zda respondent pochází z rodiny, kde alespoň souboru 200 /100%/ respondentů jich 126 /63%/ odpovědělo, že pochází z kuřácké rodiny, zbylých 74 /37%/ respondentů pochází z rodiny, kde nikdo nekouří.

V grafu č. 4 – 7 jsem se zaměřila pouze na soubor respondentů, kteří pocházejí z rodiny, kde alespoň jeden její člen kouří.

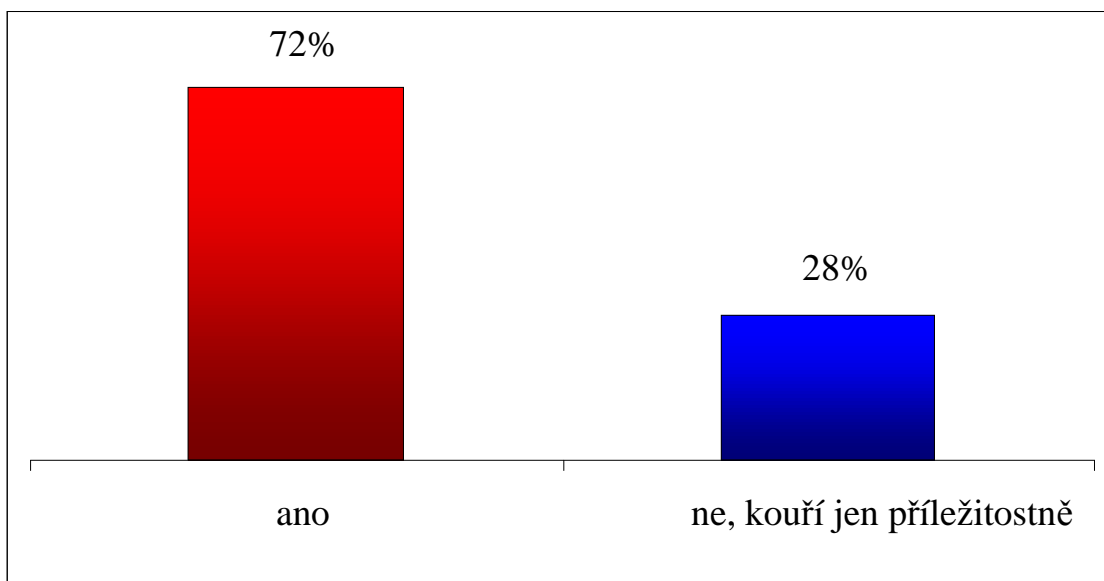
Graf č. 4 : V tvé rodině kouří:



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu č. 4 jsou znázorněny odpovědi na otázku, kdo v rodině respondenta kouří. Z celkového souboru 126 /100%/ respondentů, kteří pocházejí z kuřácké rodiny jich 34 /27%/ odpovědělo, že v rodině kouří více rodinných příslušníků, 32 /25%/ respondentů označilo za kuřáka v rodině otce, 30 /24%/ respondentů označilo matku, 18 /15%/ odpovědělo, že v rodině kouří jiný blízký příbuzný (prarodič, teta, strýc apod.), u 9 /7%/ respondentů jsou v rodině kuřáci oba rodiče a zbylí 3 /2%/ respondenti označili za kuřáka sourozence.

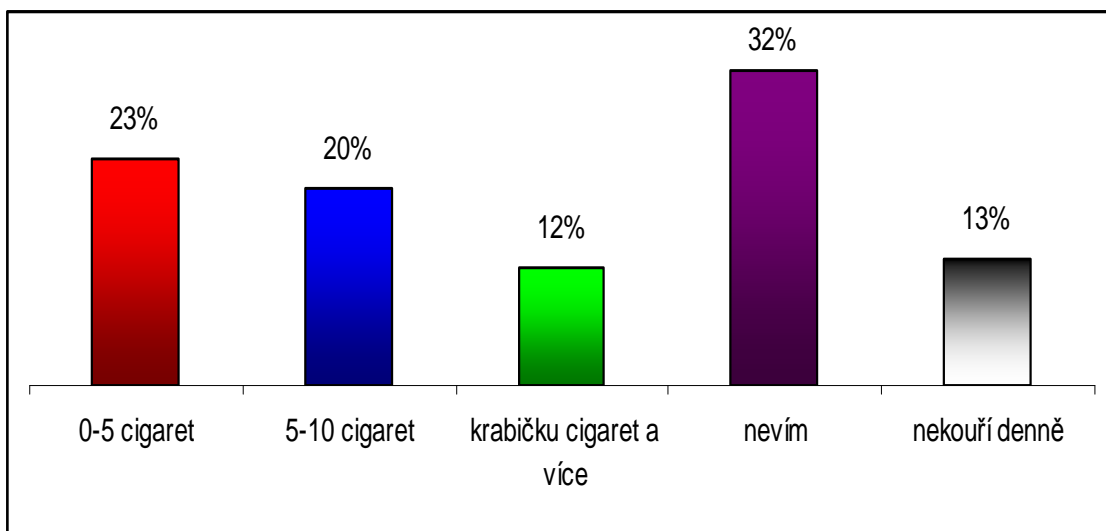
Graf č. 5 : Kouří člen tvé rodiny pravidelně:



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu č. 5 jsou zaznamenány odpovědi na otázku č. 5, kde jsem zjišťovala, zda rodinní příslušníci, které respondenti označili za kuřáky, jsou kuřáky pravidelnými či nepravidelnými. Ze 126 /100%/ respondentů jich 91 /72%/ odpovědělo, že člen či členi jejich rodiny kouří pravidelně. Zbýlých 35 /28%/ respondentů odpovědělo, že se u nich v rodině kouří pouze příležitostně.

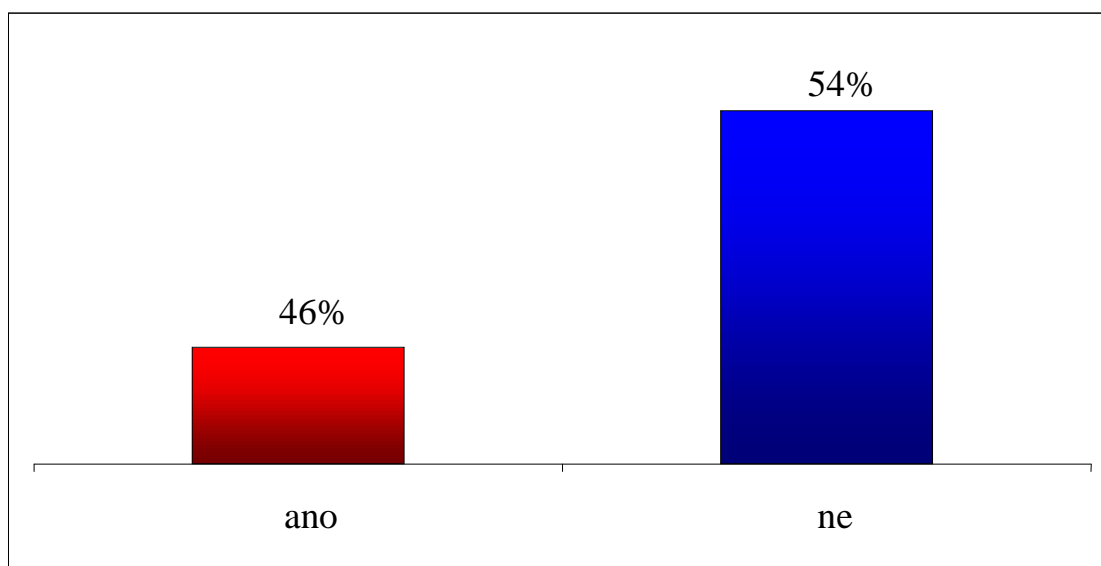
Graf č. 6 : Kolik cigaret vykouří člen tvé rodiny denně?



Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce jsem se respondentů ptala, zda ví, kolik člen jejich rodiny vykouří cigaret denně. Z počtu 126 /100%/ respondentů jich 41 /32%/ neví, kolik kouřící člen jejich rodiny denně vykouří, 29 /23%/ respondentů si myslí, že denně vykouří přibližně 0-5 cigaret, 25 /20%/ respondentů odpovědělo, že člen jejich rodiny denně vykouří 5-10 cigaret, u 16 /15%/ respondentů se nekouří denně a u zbylých 15 /12%/ respondentů vykouří člen jejich rodiny denně krabičku a více cigaret.

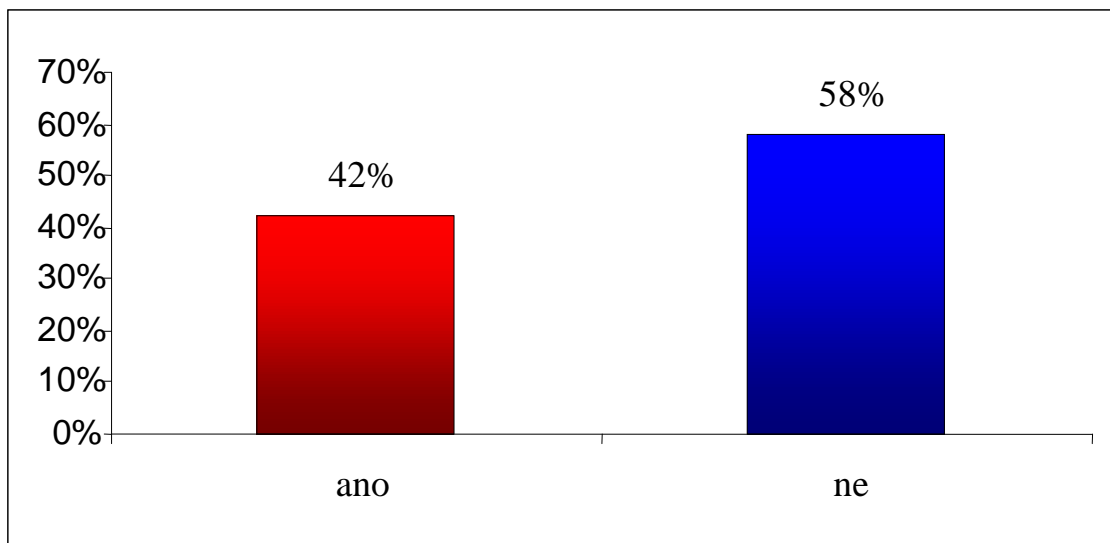
Graf č. 7: Kouří se u vás v rodině přímo doma (tzn. v obýváku, kuchyni apod.)?



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu č. 7 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda se kouří u respondenta přímo doma (v obýváku, kuchyni apod.). U více než poloviny respondentů (54%) se přímo doma nekouří. Zbývající respondenti (46%) odpověděli, že se u nich doma kouří.

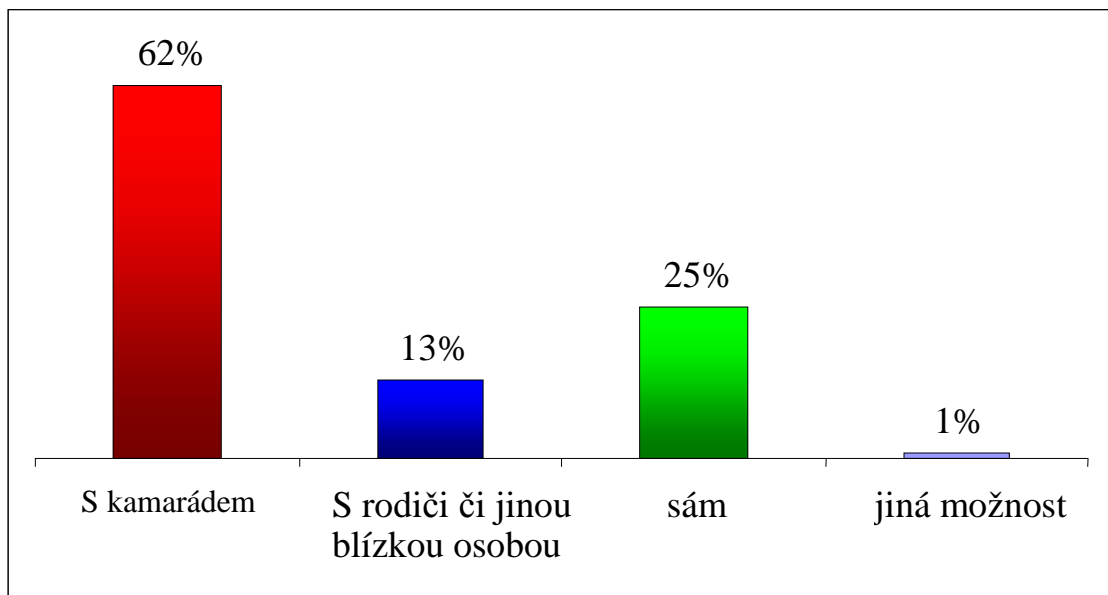
Graf č. 8 : Zkusil/a jsi někdy kouřit? (200=100%)



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 8, která je graficky znázorněna v grafu č. 8, již odpovídal celý soubor respondentů bez ohledu na to, zda se u nich v rodině kouří či nekouří. V otázce jsem se ptala, zda respondent zkusil někdy kouřit. Z 200 /100%/ respondentů jich 117 /58%/ odpovědělo, že nikdy kouřit nezkusilo. Zbýlých 83 /42%/ respondentů již kouřit zkusilo.

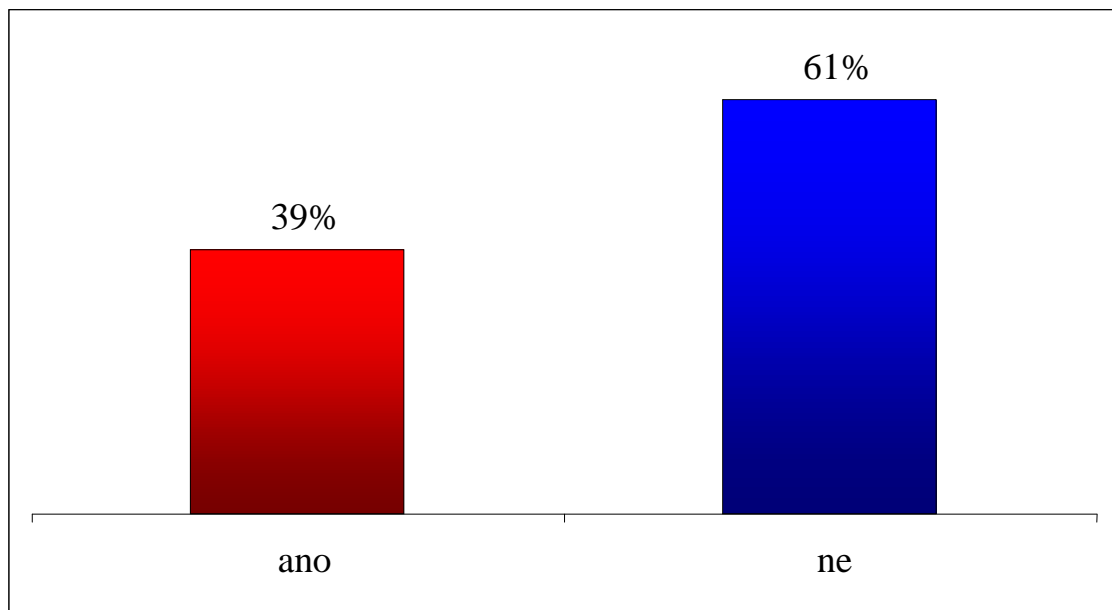
Graf č. 9 : První cigaretu jsi ochutnal/a :



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 9 jsem zjišťovala, s kým respondent ochutnal první cigaretu. Z 83 /100%/ respondentů jich převážná většina (62%) vyzkoušela první cigaretu s kamarádem, 25% respondentů kouřilo první cigaretu samo, 13% respondentů ochutnalo první cigaretu s rodiči či jinou blízkou osobou a zbylé 1% respondentů označilo jako odpověď jinou možnost.

Graf č. 10 : Kouříš pravidelně? (83=100%)

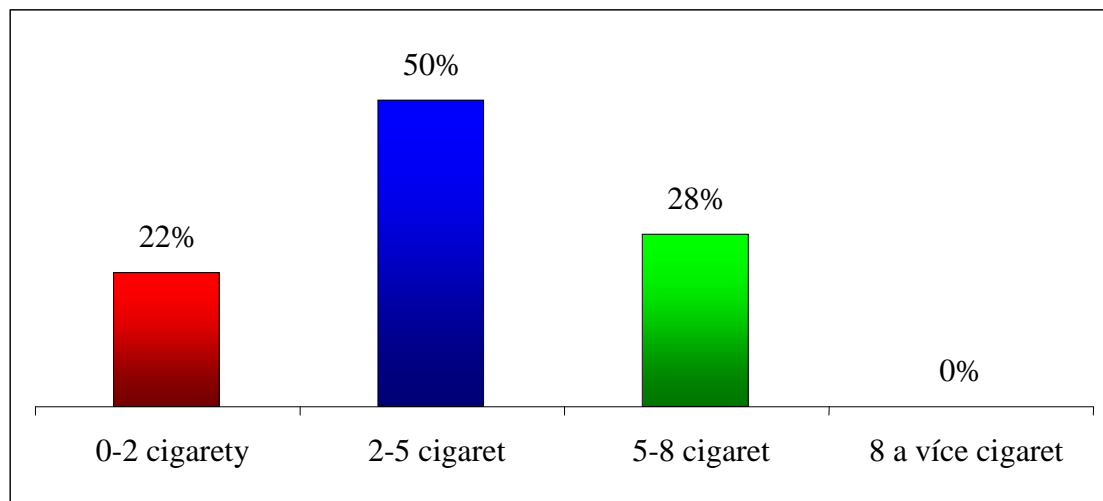


Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce jsem zjišťovala, zda respondent kouří pravidelně či nepravidelně. Ze souboru 83 /100%/ respondentů jich 51 /61%/ odpovědělo, že pravidelně nekouří. Zbýlých 32 /39%/ respondentů se označilo za pravidelné kuřáky.

V grafech č. 11-20 jsem pracovala pouze se skupinou pravidelných kuřáků, tj. 32 /100%/ respondentů.

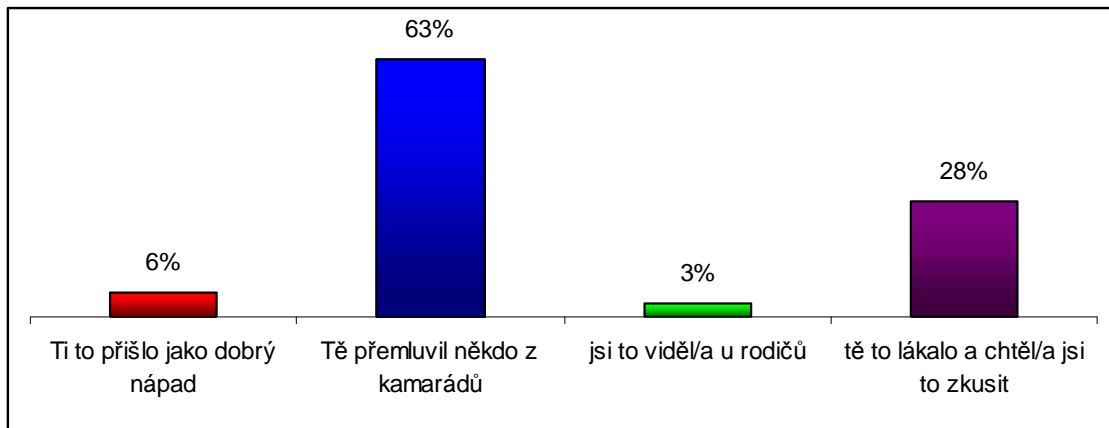
Graf č. 11: Denně vykouříš:



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 11 jsem se zaměřila na to, kolik cigaret vykouří respondent denně. Z celkového souboru 32 /100%/ respondentů jich 16 /50%/ uvedlo, že denně vykouří 2-5 cigaret, 9 /28%/ respondentů denně vykouří 5-8 cigaret a zbylých 7 /22%/ respondentů vykouří 0-2 cigarety denně.

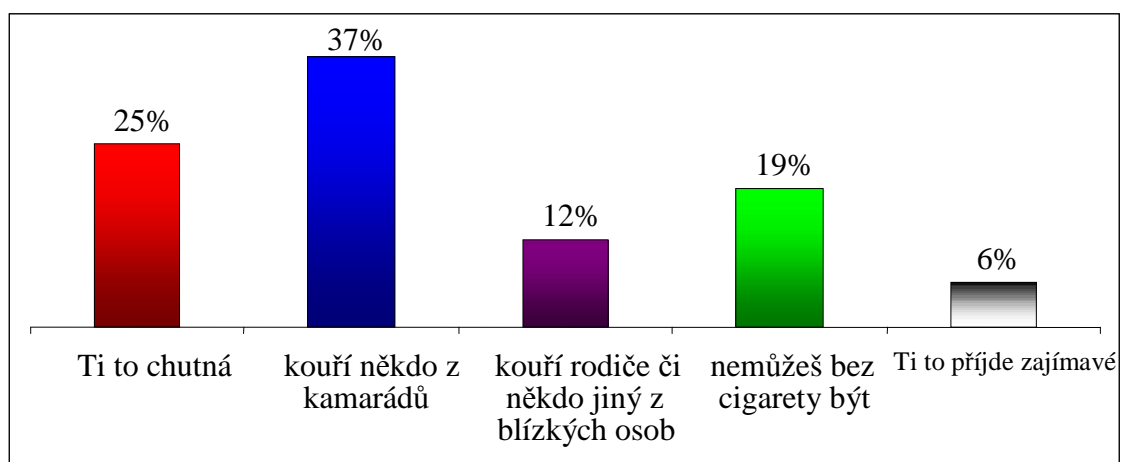
Graf č. 12 : S kouřením si začal/a, protože:



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 12 jsem se respondentů ptala, proč s kouřením začali. 20/63%/ respondentů s kouřením začalo, protože je přemluvil někdo z kamarádů, 9 /28%/ respondentů kouření lákalo a proto s ním začali, 2 /6%/ respondenti udali, že s kouřením začali, protože jim to přišlo jako dobrý nápad a zbylé 3% respondentů kouří, protože to viděli u rodičů.

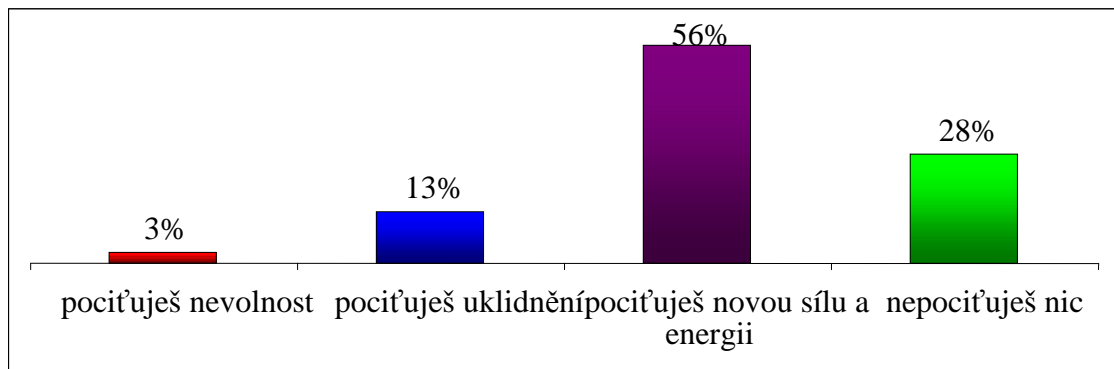
Graf č. 13 : V kouření pokračuješ, protože:



Zdroj: vlastní výzkum

Také mě zajímalo, proč v kouření dále pokračují. Většina respondentů, tj. 12 /37%/, kouří, protože kouří i někdo z jejich kamarádů, 8 /25%/ uvedlo, že jim kouření chutná, 6 /19%/ dotázaných v kouření pokračuje, protože již nemůže bez cigarety být, 4 /12%/ odpovědělo, že kouří, protože kouří někdo z rodiny a 2 /6%/ respondentům přijde kouření zajímavé a proto kouří dál.

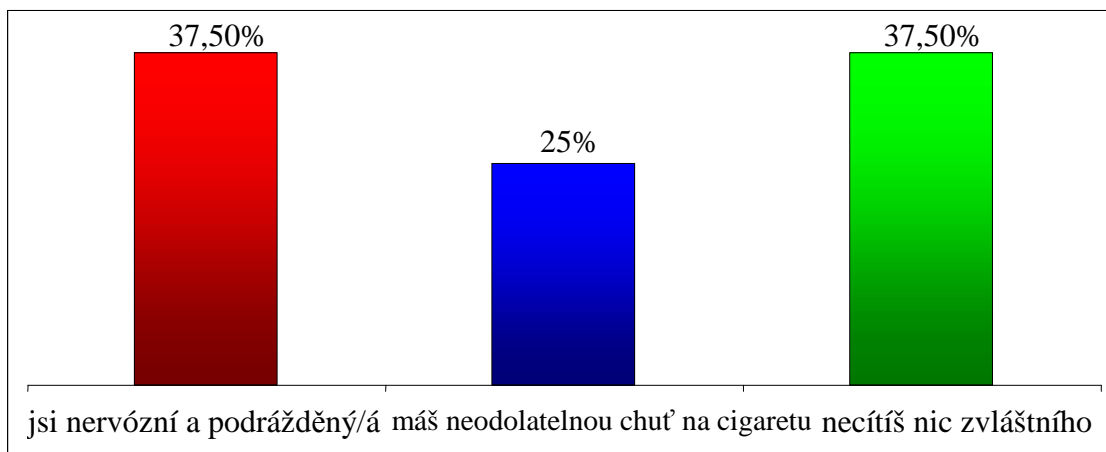
Graf č. 14 : Při kouření cigarety:



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 14 jsem se zajímala o pocity, které respondent při kouření cigarety cítí. Většina, tj. 18 /56%/ respondentů odpovědělo, že kouří, protože cítí novou energii, 9 /28%/ respondentů nepocit'uje nic, 4 /13%/ respondentů pocit'uje uklidnění a 1 /3%/ pocit'uje nevolnost.

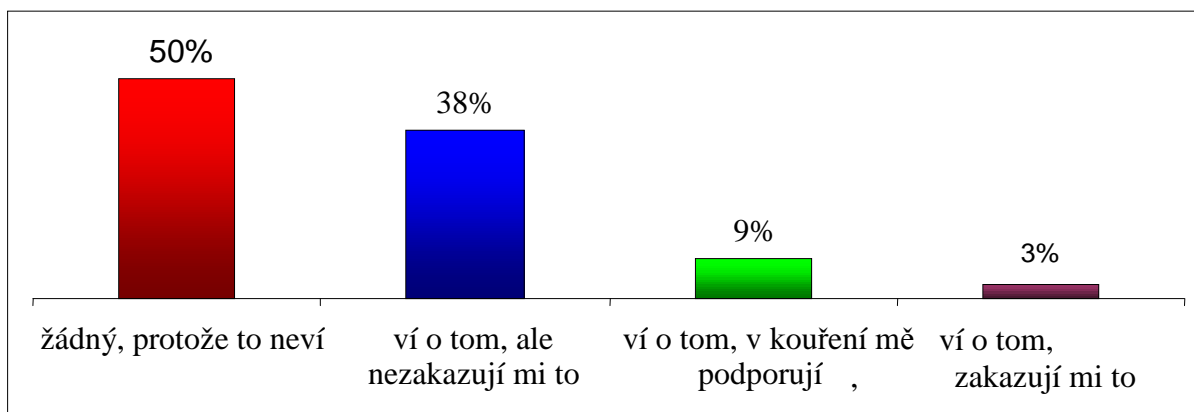
Graf č. 15 : Když delší dobu nekouříš:



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 15 jsem se respondentů ptala, co se s nimi děje, když delší dobu nekouří. Z odpovědí jsem zjistila, že 12 /37,5%/ respondentů je nervózních a podrážděných, dalších 12 /37,5%/ respondentů nepocítuje žádné zvláštní pocity a zbylých 8 /25%/ respondentů má po delší době nekouření neodolatelnou chuť na cigaretu.

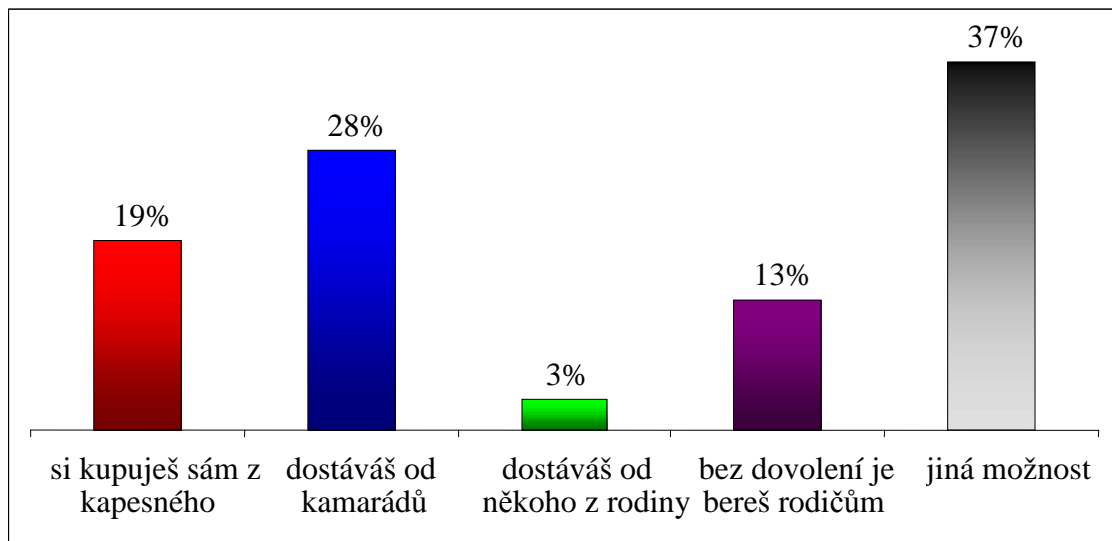
Graf č. 16 : Jaký názor mají rodiče na to, že kouříš?



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 16 „ Jaký názor mají rodiče na to, že kouříš?“ odpovědělo 16/50%/ respondentů, že rodiče o jeho závislosti neví, tudíž nemají žádný názor, 12 /38%/ respondentů uvedlo, že rodiče o jeho závislosti ví, ale nezakazují mu to, 3 /9%/ respondenti odpověděli, že rodiče o tom ví a v kouření je podporují, 1 /3%/ respondent uvedl, že o tom rodiče ví a zakazují mu to.

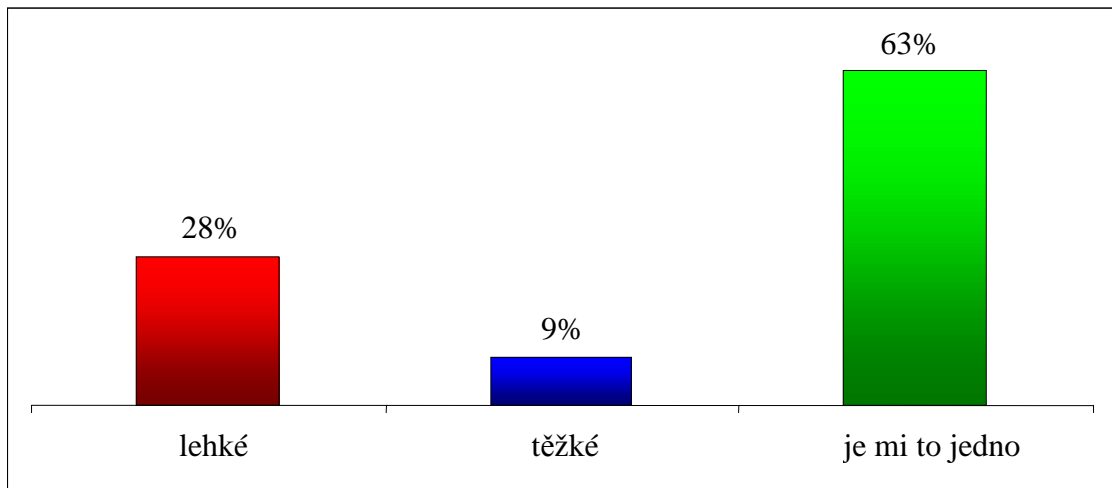
Graf č. 17 : Cigarety:



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 17 jsem zjišťovala, jakým způsobem se respondenti k cigaretám dostávají. 9 /28%/ respondentů uvedlo, že cigarety dostávají od kamarádů, 6 /19%/ respondentů si cigarety kupuje samo, 4 /13%/ je bere bez dovolení rodičům a zbylých 12 /37%/ respondentů zvolilo jako odpověď jinou možnost.

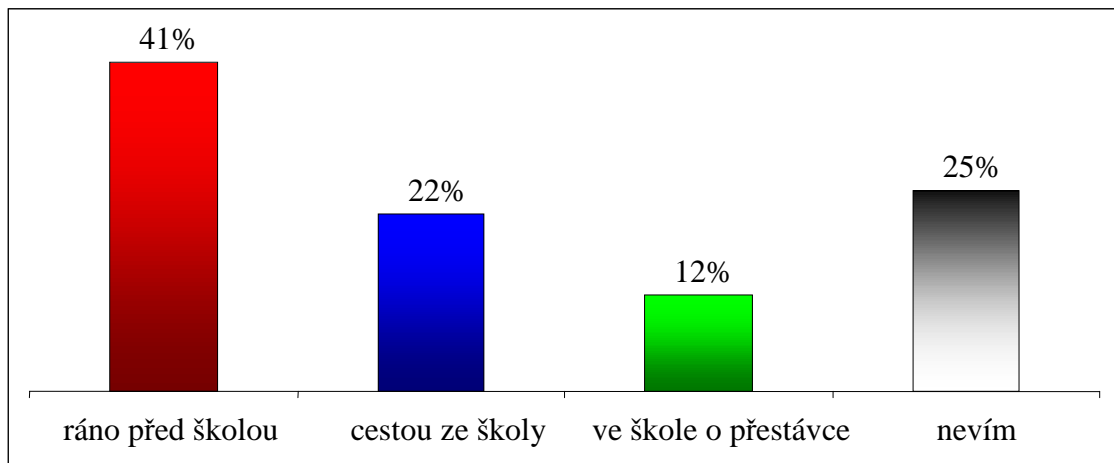
Graf č. 18 : Jaké cigarety kouříš?



Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí na otázku č. 18 jsem se dozvěděla, že 20 /63%/ respondentů je jedno jaké cigarety kouří, 9 /28%/ respondentů kouří cigarety lehké a 3 /9%/ kouří těžké cigarety.

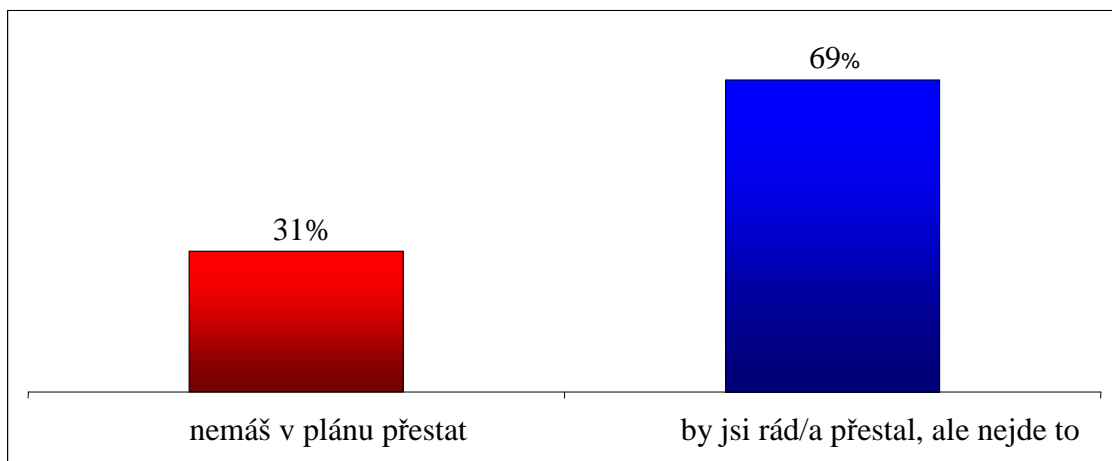
Graf č. 19 : První cigaretu si zapálíš vždy:



Zdroj: vlastní výzkum

Zajímalo mě, kdy si respondent zapaluje první cigaretu. Odpovědi na tuto otázku jsem zaznamenala do grafu č. 19. Z odpovědí je patrné, že nejvíce respondentů, tj. 13 /41%/ si první cigaretu zapaluje už cestou do školy, 8 /25%/ respondentů neví, kdy si zapaluje první cigaretu, 7 /22%/ respondentů si cigaretu zapaluje cestou ze školy a 4 /12%/ respondentů kouří svou první cigaretu ve škole o přestávce.

Graf č. 20 : S kouřením :

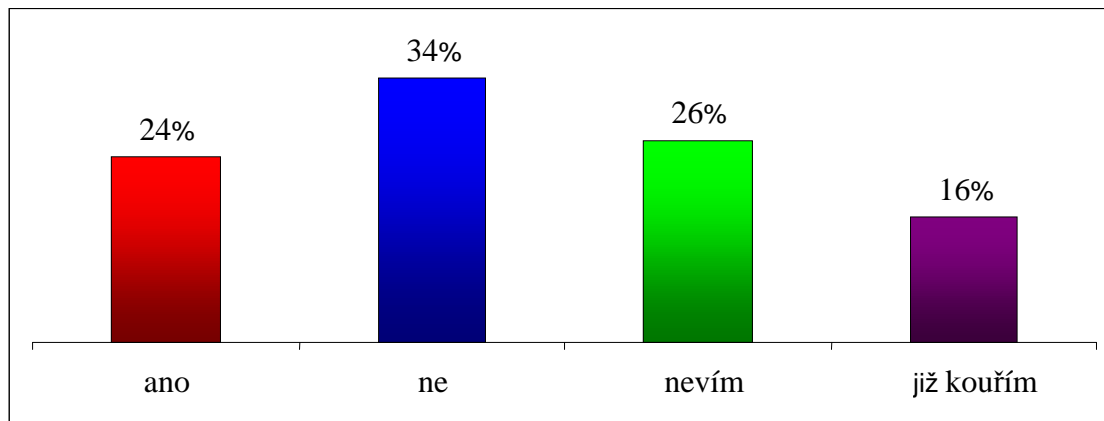


Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 20 jsem zjišťovala, zda by respondent s kouřením rád přestal nebo ne. 22 /69%/ respondentů odpovědělo, že by s kouřením rádi přestali, ale již to nejde a zbylých 10 /31%/ nemá v plánu přestat.

V grafu č. 21- 27 jsem pracovala již s celou skupinou respondentů, tj. 200 /100%/ respondentů. V grafech č. 23 – 27 jsem navíc porovnávala i výsledky jednotlivých škol.

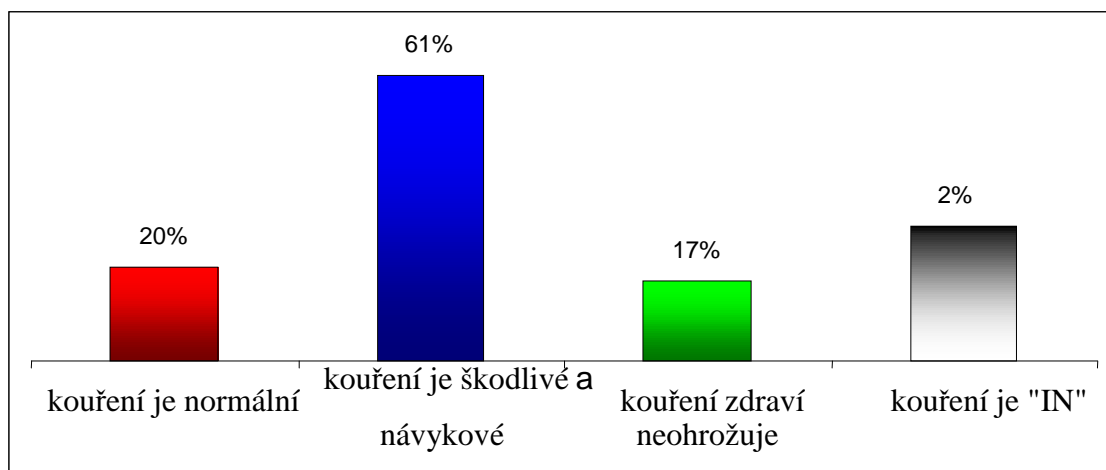
Graf č. 21: Myslíš si, že v budoucnu neodoláš a kouřit začneš?



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku „Pokud ještě nekouříš, myslíš si, že v budoucnu neodoláš a kouřit začneš?“ , který je znázorněna v grafu č. 2, odpovědělo 68 /34%/ respondentů, že s kouřením nezačne, 53/26%/ neví, 47 /24%/ si myslí, že v budoucnu neodolá a s kouřením začne, 32 /16%/ se již řadí mezi kuřáky.

Graf č. 22 : Jaký je tvůj názor na kouření?

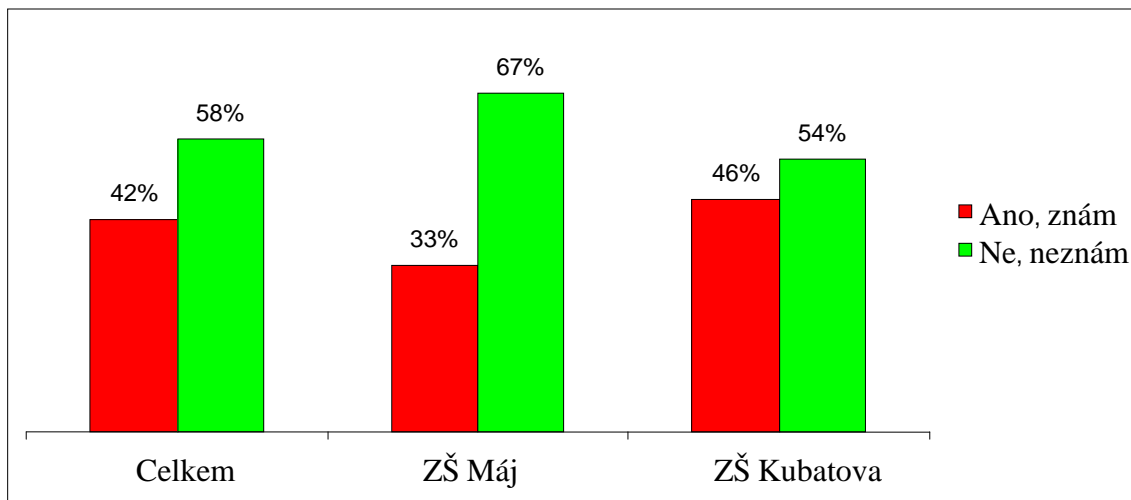


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku „ Jaký je tvůj názor na kouření?“, která je znázorněna v grafu č. 22, odpovědělo 123 /61%/, že je kouření škodlivé a návykové, 39 /20%/ si myslí, že je kouření normální, 34 /17%/ uvedlo, že kouření zdraví neohrožuje a 4 /2%/ považuje kouření za „IN“.

V grafech č. 23 – 27 jsou znázorněny také výsledky odpovědí dle jednotlivých škol, přičemž jedna škola vždy tvoří 100%.

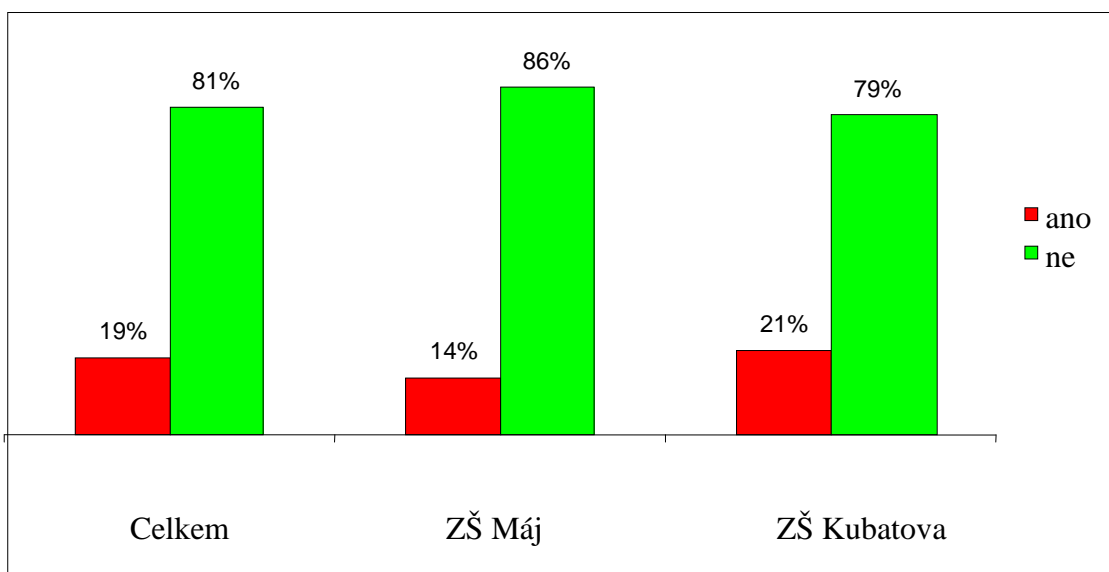
Graf č. 23 : Znáš alespoň nějaká rizika, která s sebou kouření nese?



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 23 jsem se respondentů ptala, zda znají nějaká rizika, která s sebou kouření nese. Ze ZŠ Máj odpovědělo 23 /33%/ respondentů, že rizika kouření znají, zbylých 47 /67%/ jich tato rizika nezná. Na ZŠ Kubatova byly výsledky podobné. Celkem 60 /46%/ odpovědělo, že rizika zná, zbylých 70 /54%/ udalo, že rizika kouření nezná. Z celkového souboru respondentů jich 42 % odpovědělo, že zná rizika, která s sebou kouření nese. Více než polovina, tj. 117 /58%/ respondentů nemá v této oblasti přehled a rizika nezná.

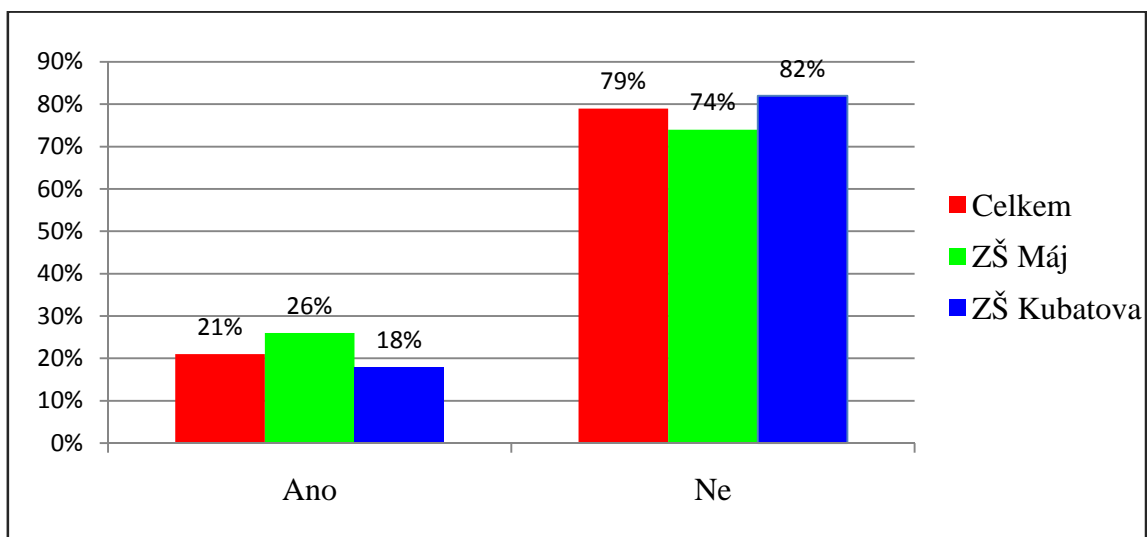
Graf č. 24 : Myslíš si, že máš dostatek informací o kouření?



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku „Myslíš, že máš dostatek informací o kouření?“ odpovědělo ze ZŠ Máj 10 /14%/ respondentů kladně, 60 /86%/ respondentů udalo, že dostatek informací nemá. Ze ZŠ Kubatova byly výsledky podobné. 27 /21%/ respondentů si myslí, že má dostatek informací a zbylých 103 /79%/ přiznalo, že v této oblasti znalosti nemá. Z celkového souboru 200 /100%/ respondentů jich 37 /19%/ udalo, že má v této oblasti dostatek informací, zbylých 163 /81%/ respondentů se přiznalo k tomu, že nemá dostatečné informace o kouření.

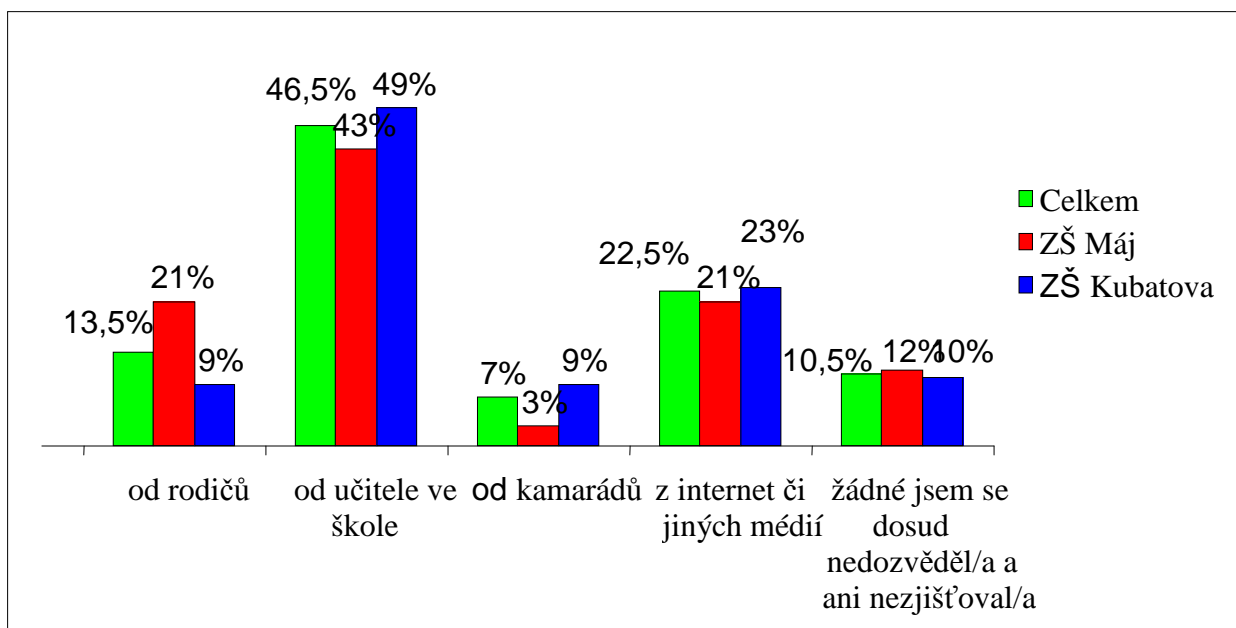
Graf č. 25 : Setkal/a jsi se někdy s nějakým preventivním programem proti kouření?



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 25 jsem se respondentů ptala, zda se někdy setkali s nějakým preventivním programem zabývajícím se problematikou kouření. Z celkového souboru respondentů se jich 158 /79%/ nikdy s podobným programem nesetkalo, 42 /21%/ uvedlo, že se s podobným programem již setkali. 18 /26%/ respondentů ze ZŠ Máj se s podobným programem již setkalo, zbylých 52 /74%/ jich odpovědělo, že se nikdy s podobným programem nesetkali. Na ZŠ Kubatova byly odpovědi podobné, 24 /18%/ respondentů se s preventivním programem již setkalo, zbylých 106 /82%/ respondentů nikoliv.

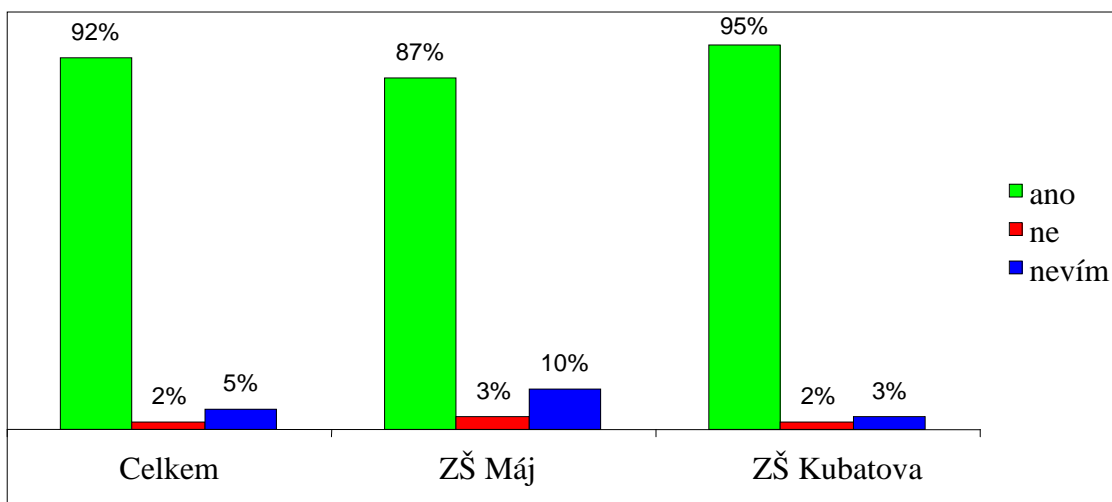
Graf č. 26 : Od koho jsi se dozvěděl/a nejvíce informací ohledně kouření?



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku „Od koho ses dozvěděl/a nejvíce informací ohledně kouření?“ odpovědělo 93 /46,5%/ respondentů, že od učitelů ve škole, 45 /22,5%/ respondentů se nejvíce informací dozvěděl z internetu či médií, 27 /13,5%/ respondentů získalo nejvíce informací od rodičů, 21 /10,5%/ uvedlo, že se žádné informace nezvěděl a ani si je aktivně nezjišťoval, zbylých 14 /7%/ respondentů získalo nejvíce informací od kamarádů. V odpovědích se základní školy téměř shodovaly.

Graf č. 27 : Myslíš, že by bylo dobré dozvídat se o kouření a jeho dopadu na lidské zdraví více informací?



Zdroj: vlastní výzkum

V poslední otázce mě zajímalo, zda by se respondenti rádi dozvíдали více informací o kouření. Z celkového počtu respondentů by se jich 185 /95%/ rádo dozvělo více informací, jen 4 /2%/ respondenti odpověděli, že se nechtějí dozvídat více informací a 11 /5%/ respondentů neví. Na ZŠ Máj by se nové informace rádo dozvědělo 61 /87%/ respondentů, 7 /10% respondentů neví, zda by se chtělo dozvědět více informací a 2/3%/ respondentů se nechce dozvídat více informací. Mezi respondenty ze ZŠ Kubatova by se nové informace rádo dozvědělo 124 /95%/ respondentů, 4 /3%/ respondentů neví, zda by se chtěli dozvídat více informací a 2 /2%/ respondentů se nechce dozvídat další informace o kouření.

6. DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat stávající situaci výskytu kouření u dětí základních škol, vycházející ze společenských trendů a vlivu prostředí, dalším cílem bylo zmapovat znalost rizik kouření u stejné skupiny respondentů. Jak uvádí Csémy a Sovinová, po cigaretě sahá v Česku stále více mladých lidí. Odborníci dokonce nazývají kouření „nemocí mladých lidí“. Zhruba 90 % kuřáků začalo ještě před 18. rokem. Typickým začátkem pro pravidelné kouření je u českých dětí věk 12 až 13 let. První vykouřená cigareta zpravidla přichází o několik let dříve **(26)**. Jelikož mi tato fakta přijdou alarmující, zaměřila jsem se na zjištění podnětů, proč děti v tomto věku vůbec kouřit začínají. To, zda občasné pokusy přerostou do pravidelného chování a závislosti je ovlivněno postojem společnosti: je-li tolerantní a kouření mladistvých i dospělých akceptuje, není zde bariéra, která by patologickému procesu zabránila **(36)**. Dle mého názoru je vznik závislostí u dětí z velké míry ovlivněn právě rodinným prostředím, které dítě ke kouření přímo evokuje nebo jsou rodiče k této problematice lhostejní.

Ve výzkumné části bakalářské práce jsem se proto zaměřila především na rodinné prostředí a jeho vliv na počátek kouření u dětí. Vycházela jsem ze svého předpokladu, že děti z rodin kuřáků ke kouření inklinují podstatně častěji, než děti z rodin, kde se nekouří. Dále jsem se zabývala informovaností respondentů v oblasti kouření a jeho dopadu na lidské zdraví. Zajímalo mě, zda mají dostatek informací o vlivu kouření na lidské zdraví, zda se setkali s nějakým preventivním programem a podobně. Zde jsem vycházela ze svého druhého předpokladu, že více než polovina respondentů nemá dostatečné informace o rizicích kouření. Také jsem v této části pro zajímavost porovnávala zvláště vybrané základní školy, na kterých výzkum probíhal. Zajímalo mě, zda děti ze sportovně zaměřených tříd na ŽŠ Kubatova mají větší znalost v oblasti problematiky kouření. Myslím si, že pokud dítě vedeno ke zdravému životnímu stylu a aktivně se věnuje nějakému sportu, šance na to, že se stane závislým kuřákem je podstatně nižší. Jak píše Nešpor, jedním z důvodů, proč mladý člověk může sáhnout po alkoholu nebo po droze, je nuda a lenivá zvědavost. Je důležité povzbudit dítě ke kvalitním zálibám mimo rodinu. Kvalitní záliby jsou pro ně obzvláště důležité. Dospívající mívají mnoho energie, s níž si často nevědí rady, proto jsou pro ně tak vhodné různé sporty, tělesná a duševní práce. Jejich energie se tak odvádí bezpečnými kanály **(20)**.

Dotazníkového šetření, které jsem prováděla na ZŠ Máj a ZŠ Kubatova v Českých Budějovicích se účastnilo celkem 200 respondentů, a to 70 žáků ZŠ Máj a 130 žáků ZŠ Kubatova. V celkovém souboru respondentů bylo 110 dívek a 90 chlapců.

Jak jsem již zmiňovala na začátku diskuze, v praktické části jsem se zaměřila především na zjištění, zda má rodinné prostředí vliv na vznik kuřáctví u dětí. Jak uvádí Ladislav Csémy et al., u kouřících rodičů je kuřáctví dětí dvojnásobné proti rodičům, kteří nekouří (3). Toto tvrzení se potvrdilo i v mém výzkumu. Při potvrzování hypotézy 1, že děti pocházející z kuřáckých rodin ke kouření inklinují častěji, než děti z rodin nekuřáků jsem došla k těmto výsledkům. Z celkového počtu 200 /100%/ respondentů odpovědělo 126 /63%/, že pochází z rodiny, kde alespoň jeden její člen kouří. Zbýlých 74 /37%/ respondentů pochází z rodiny, kde nikdo nekouří (graf 3). Jak je znázorněno v grafu 4, u 30 /24%/ respondentů v rodině kouří matka, u 32 /25%/ respondentů je v rodině kuřákem otec, u 9 /7%/ respondentů kouří matka i otec. Na rodiče tedy spadá 71%. Dalších 34 /27%/ respondentů odpovědělo, že v rodině kouří více rodinných příslušníků, 3 /2%/ respondenti označili za kuřáka v rodině sourozence a zbylých 18 /15%/ jiného blízkého příbuzného (prarodiče, strýc, teta apod.). Z celkového souboru respondentů jich 91 /72%/ odpovědělo, že člen jejich rodiny kouří pravidelně. Zbýlých 35 /28%/ označilo člena či členy své rodiny za nepravidelné kuřáky (graf 5).

V další otázce jsem se zaměřila na frekvenci kouření v rodině respondenta. 41 /32%/ respondentů nemá přehled o tom, kolik člen jejich rodiny vykouří cigaret denně, 29 /23%/ respondentů si myslí, že člen jejich rodiny denně vykouří 0-5 cigaret, 25 /20%/ respondentů odpovědělo, že člen jejich rodiny vykouří denně 5-10 cigaret, 15 /12%/ respondentů si myslí, že člen jejich rodiny denně vykouří krabičku a více cigaret, zbylých 16 /13%/ respondentů odpovědělo, že člen jejich rodiny nekouří každý den (graf 6). Na otázku, zda se kouří u respondenta přímo doma (v obýváku, kuchyni apod.), odpovědělo 58 /46%/ respondentů kladně, u 68 /54%/ respondentů se přímo doma nekouří (graf 7).

V dalších několika otázkách jsem se zaměřila na respondenta samotného. Zjišťovala jsem, zda kouřit vůbec někdy zkusil, zda v kouření pokračuje a proč. Z celkového souboru 200 respondentů jich 83 /42%/ již někdy kouřit zkusilo, 117 /58%/ respondentů nikdy nekouřilo. Z 83 /100%/ respondentů jich pochází 78 /93%/ z kuřácké rodiny. Zbýlých 5 /7%/ respondentů, kteří někdy zkusili kouřit, pochází z nekuřácké rodiny. Při hlubším rozboru dotazníků jsem také došla k závěru, že mezi dětmi z rodin kuřáků se častěji vyskytují kuřáci pravidelní. Z dotazníkového šetření

jsem zjistila, že z 83 /100%/ respondentů, kteří někdy zkusili kouřit, jich 32 /38,5%/ kouří pravidelně a zbylých 51 /61,5%/ nepravidelně (graf 10). Z pravidelných kuřáků jich 29 /90%/ pochází z kuřácké rodiny. Což jen potvrzuje fakt, že rodinné prostředí z velké části ovlivňuje, zda se dítě stane či nestane kuřákem. Toto zjištění potvrzuje hypotézu 1, že děti pocházející z kuřáckých rodin ke kouření inklinují častěji, než děti z rodin nekuřáků. **Hypotéza 1 byla potvrzena.**

Také je potřeba zdůraznit, co vedlo respondenty k prvnímu okusení cigarety a z jakého důvodu kouří dál. Tlak vrstevníků a snaha přizpůsobit se, je také jeden z možných důvodů, proč mladí začínají kouřit (20). I toto tvrzení se z mého výzkumu potvrdilo. Z 32 respondentů, kteří jsou pravidelnými kuřáky jich 20 /62%/ začalo kouřit, protože kouří někdo z kamarádů. Toto potvrzuje fakt, že děti jsou velmi ovlivňovány svým nejbližším okolím. Jak uvádí Žaloudíková (37), právě experimentování a riskování je důležitou součástí dospívání. Mnoho dospívajících zkouší nové věci a chování, aby zjistili nebo ostatním dokázali, kdo vlastně jsou, co nechtějí a chtějí. Z mého výzkumu také plyne, že z 32 pravidelných kuřáků jich 12 /37%/ kouří dál, protože kouří i jeho kamarádi. Jen 8 25%/ respondentům kouření chutná. Což mě utvrzuje v tom, že v tomto věku je cigareta spíše módním doplňkem. V řadě případů je cigareta jakousi „vstupenkou“ do party vrstevníků, v níž má kouření význam utajovaného rituálu (36).

Při potvrzování či vyvracení hypotézy 2, že více než polovina respondentů není dostatečně informována o možných rizicích kouření, jsem vycházela s odpovědí na otázky č. 23 – 27. Při potvrzování této hypotézy jsem došla k velmi zajímavým výsledkům. Zjistila jsem, že z celého souboru 200 /100%/ respondentů jich celých 58,5% nezná žádná rizika, která s sebou kouření nese, 83 /41,5%/ udalo, že nějaká rizika zná. Na ZŠ Kubatova z 130 /100%/ respondentů rizika zná 60 /46 %/, zbylých 70 /54%/ nemá přehled. Na ZŠ Máj ze 70 /100%/ respondentů má znalost rizik kouření pouhých 23 /33%/ respondentů, zbylých 47 /63%/ žádná rizika nezná. V tomto případě mají větší znalost rizik kouření na ZŠ Kubatova.

V další otázce jsem se respondentů ptala, zda si myslí, že mají dostatek informací o kouření. Z celkového souboru 200 /100%/ respondentů si jich 163 /81,5%/ myslí, že v této oblasti dostatečné informace nemá, pouhých 37 /18,5%/ tvrdí, že informace o kouření má. Obě základní školy dopadly podobně. Na ZŠ Máj má dostatečné informace jen 10 /14%/ respondentů, ZŠ Kubatova je na tom o něco lépe, zde si myslí, že má

dostatečné množství informací o kouření 27 /21%/ respondentů. Tato čísla mi přijdou opravdu mizivá. Myslím si, že by se školy této problematice měly více věnovat.

. Jak uvádí Csémy, Sadílek a Sovinová, je z hlediska preventivních programů orientovaných na děti a mládež v České republice v dnešní době podceňena zejména problematika užívání a nadužívání alkoholu u mládeže a problematika dětského kuřáctví (27). Výsledky mi ukázaly, že z celkového souboru 200 /100%/ respondentů se jich 158 /79%/ nikdy nesešlo s žádným preventivním programem, pouhých 42 /21%/ se s tímto programem setkalo. Zde na tom byla opět o něco lépe ZŠ Kubatova, kde ze 130 respondentů se jich 38 /29%/ s preventivním programem setkalo. Na ZŠ Máj se s preventivním programem setkali ze 70 respondentů jen 4 /6%/ respondenti. Myslím si, že školy by se této problematice měli více věnovat. Kde jinde by se dítě s podobným programem mělo setkat, než ve školním prostředí. Troufám si říct, že škola by mohla dostatečným informováním žáků zamezit tomu, aby se dítě stalo v budoucnu kuřákem. A Jak uvádí Žaloudíková (36) v mnohých případech a na mnoha školách bývá primární prevence velice opomíjena a podceňována. A proto se její realizace často vyznačuje mnohými nedostatky. Tyto nedostatky jsou příčinou, že školy ve své preventivně-výchovné funkci selhávají a nedokáží dítě včas vybavit potřebnými kompetencemi ve vztahu ke všem formám rizikového chování.

Z odpovědí na otázku „Od koho ses dozvěděl/a nejvíce informací ohledně kouření?“ jsem se dozvěděla, že z celkového počtu respondentů se jich 93 /46,5%/ nejvíce informací dozvědělo ve škole od učitelů, 45 /22,5%/ respondentů se informace dozvědělo z internetu a médií, 27 /13,5%/ respondentů dostalo informace od rodičů, 21 /10,5%/ respondentů se dosud žádné informace nedozvědělo a ani po nich aktivně nepátralo, 14 /7%/ respondentů se dozvědělo informace od kamarádů. Na obou základních školách se nejvíce informací respondenti dozvěděli od učitelů.

V poslední otázce jsem zjišťovala, zda by se respondenti rádi dozvěděli více informací. Převážná většina a to 185 /92,5%/ respondentů by uvítalo nové informace v této oblasti, 4 /2%/ respondenti se nechtějí dozvídat nové informace a 11 /5,5%/ respondentů neví, zda by se chtělo dozvídat více informací.

Při shrnutí těchto výsledků dojdeme k závěru, že 58,5% respondentů nezná rizika, která s sebou kouření nese, 81,5% respondentů si myslí, že nemá dostatečné informace v této oblasti, 79% respondentů se nikdy nesešlo s preventivním programem proti kouření a celých 92,5% respondentů by se rádo dozvědělo o kouření více informací.

Výsledky zjištěné z odpovědí na položené otázky potvrzují hypotézu 2, že více než polovina respondentů není dostatečně informována o možných rizicích kouření.

Hypotéza 2 byla potvrzena.

Při rozboru samotných škol jsem došla k závěru, že ve třídách se sportovním zaměřením na ZŠ Kubatova mají respondenti větší přehled v oblasti kuřácké problematiky, ale rozdíly oproti ZŠ Máj se lišily jen v několika málo procentech. Co se kuřáctví týče, výsledky potvrzují mou myšlenku, že se na ZŠ Kubatova ve sportovně zaměřených třídách najde méně kuřáku. Z celkové počtu 32 pravidelných kuřáků jich 25 navštěvuje ZŠ Máj.

7. ZÁVĚR

V mé bakalářské práci jsem se věnovala problematice kouření u dětí základních škol. Do teoretické části jsem shrnula poznatky související s tématem práce. Práce obsahuje také část praktickou, která je věnovaná výzkumu. Výzkum byl prováděn na předem vytipovaných základních školách v Českých Budějovicích, a to dotazníkovým šetřením.

Úkolem mé bakalářské práce bylo zjistit jakou roli hraje vliv prostředí na počátky kouření u dětí. Protože si myslím, že největší roli v tomto případě hraje rodina, zaměřila jsem se především na rodinné zázemí. V hypotéze č. 1 jsem předpokládala, že děti z rodin kuřáků, budou častěji inklinovat ke kouření, než děti z rodin, kde nikdo nekouří. Tato hypotéza se mi výzkumem potvrdila. Z dotazníkového šetření jsem došla k závěru, že 93% respondentů, které měli někdy zkušenost s cigaretou nebo jsou dokonce pravidelnými kuřáky, pochází z kuřácké rodiny. V rodinách kuřáků se také častěji objevili kuřáci pravidelní.

Dalším úkolem práce bylo zjistit, zda mají děti dostatečné informace o kouření, o jeho vlivu na lidské zdraví a také zda se ve školách setkaly s nějakým preventivním programem proti kouření. V hypotéze č. 2 jsem předpokládala, že více než polovina respondentů není dostatečně informována o možných rizicích kouření. I tato hypotéza se mi potvrdila. Z celkového souboru respondentů jich 58,5% přiznalo, že neznají rizika, která s sebou kouření nese, 81,5% respondentů si myslí, že nemá dostatečné informace v této oblasti a 79% respondentů se nikdy nesetkalo s žádným preventivním programem proti kouření. Z výsledků mi také přišlo zajímavé, že celých 92,5% respondentů by se o kouření rádo dozvíдалo více informací.

Z výsledků mé bakalářské práce mě překvapilo, že i mezi takto malými dětmi se najdou pravidelní kuřáci. Myslím si, že dnešní společnost tomuto faktu jen nahrává. Především rodiče by měli být ke svým dětem ohleduplní a nenechat je dýchat nebezpečný kouř z cigaret. Pokud by se dětem od narození vytvářelo zdravé a ke kouření neevokující prostředí, je možné, že by toto procento bylo o podstatnou část nižší. Také si myslím, že by se školy měly více zamyslet nad prevencí proti kouření. Z výzkumu plyne, že děti se s preventivními programy spíše nesetkaly a samy by uvítaly více informací v této oblasti.

8. REFERENČNÍ SEZNAM LITERATURY

1. *Abstinenční příznaky* [online]. [Citováno 2011-23-04]. Dostupné z: <http://www.odvykani-koureni.cz/abstinencni-priznaky>
2. *Historie kouření* [online]. [Citováno 2011-03-12]. Dostupné z: <http://www.stop-koureni.cz/historie-koureni>
3. CSÉMY, L. et al. *Životní styl a zdraví českých školáků*. 1.vydání. Praha: Psychiatrické centrum. 2005. 140 s. ISBN 80-85121-94-8.
4. HOLÁ, M. *Kouření: Děti a kouření*. [online]. [cit. 2012-05-11]. Dostupné z: <http://koureni.zdrave.cz/koureni-a-deti/>
5. Chemické složení cigaretového kouře [online]. [Citováno 2011-05-09]. Dostupné z: <http://www.bezcigaret.cz/slozeni>
6. *Chronická obstrukční pulmonální nemoc* [online]. [Citováno 2011-08-09]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/chronicka-obstrukcni-plicni-nemoc-chopn/>
7. *Jak škodí pasivní kouření* [online]. [Citováno 2011-20-04]. Dostupné z: <http://www.stopkoureni.cz/index.php?obsah=3>
8. JHA, P., CHALOUPKA, F. J. *Jak zvládnout kuřáckou epidemii : vlády a ekonomika kontroly tabáku*. 1. vydání. Praha : Státní zdravotní ústav. 2004. ISBN 80-7071-234-1
9. KALINA, P. *CHOPN* [online]. [Citováno 2011-10-08]. Dostupné z: <http://www.plicni-kalina.cz/chopn.php>

10. *Kardiovaskulární onemocnění* [online]. [Citováno 2011-05-07]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/health_problems/cardiovascular_diseases/index_cs.htm
11. *Kouření* [online]. [Citováno 2011-10-1]). Dostupné z: http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=6
12. *Kouření a naše zdraví* [online]. [Citováno 2011-22-04]. Dostupné z: <http://www.stop-koureni.cz/koureni-a-nase-zdravi>
13. KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. Ivan PFEIFER a Josef RICHTER. *Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 242 s. Zdravotnické aktuality Ministerstva zdravotnictví ČR, Sv. 225. ISBN 80-736-7223-5.
14. KOZÁK, Jiří T, Ivan PFEIFER a Josef RICHTER. *Rizikový faktor kouření*. 1. vyd. Praha: KPK, 1993, 242 s. Zdravotnické aktuality Ministerstva zdravotnictví ČR, Sv. 225. ISBN 80-852-6742-X.
15. KRÁLÍKOVÁ, E. et al. *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Brno: Česká kardiologická společnost Medica Healthworld a. s., 2006. 22 s. ISBN 80-239-7362-2.15.
16. KRÁLÍKOVÁ, E, KOZÁK, J. T. *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf. 2000. 92 s. ISBN 80-85800-62-4.
17. KRÁLÍKOVÁ, E. *Závislost na tabáku. Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči* [online]. [citováno 2012-04-01] 2008. Dostupné z: http://www.dashofer.cz/download/pdf/pks2/pks2_ukazka.pdf

18. *Léčba kouření* [online]. [Citováno 2011-23-04]. Dostupné z:
<http://www.odvykani-koureni.cz/lecba>
19. *Léčba kouření* [online]. [Citováno 2011-05-06]. Dostupné z:
<http://dokurte.cz/?stranka=lecba&typ=clanky>
20. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 2.vydání. 2003. Portál. ISBN 80-7178-831-7
21. NOVÁK, M. *O kouření*. 1.vydání. Avicenum. 1980. 163 s. K
22. *Pasivní kouření* [online]. [Citováno 2011-05-09]. Dostupné z:
<http://bezcigaret.cz/pasivni-koureni>
23. *Pasivní kouření je stejně nebezpečné jako aktivní* [online]. [Citováno 2011-05-09]. Dostupné z:
<http://www.ordinace.cz/clanek/pasivni-koureni-je-temer-stejne-nebezpecne-jako-aktivni-odvykani>
24. ROSLOVÁ, H., PETRLOVÁ, B. *Kouření jako rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění – možnost terapie* [online]. [Citováno 2011-07-10]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/koureni-jako-rizikovy-faktor-kardiovaskularnich-onemocneni-mozno-300327>
25. *Složení tabákového kouře* [online]. [Citováno 2011-02-10]. Dostupné z:
http://www.dokurte.cz/index.php?stranka=slozeni_tabakoveho_koure&typ=sablony
26. SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České Republice*. 1. vydání. Praha : Státní zdravotní ústav. 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9.

27. SOVINOVÁ, H. – CSÉMY, L.- SADÍLEK, P. *Zdraví a škodlivé návyky*. 1. vydání. Praha: SZÚ. 1999. 56 s. ISBN 80-7071-141-8.
28. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Rámcová úmluva o kontrole tabáku* [online]. [Citováno 2011-04-12]. Dostupné z: <http://www.dokurte.cz/download/FCTC-cesky.pdf>
29. TURANSKÁ, K. Pomocná farmaka při odvykání kouření. *Praktické lékařství* [online]. 2009, roč. 5, č. 1 [cit. 2011-03-04], s. 26-28. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/artkey/lek-200901-0006.php>
30. *Typologie kuřáků* [online]. [Citováno 2011-25-11]. Dostupné z: <http://www.odvykani-koureni.cz/typologie-kuraku>.
31. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. 1. Vydání. Praha: Karolinum. 2006. 467s. ISBN 80-246-0956-8.
32. *Vliv kouření na zdraví* [online]. [Citováno 2011-09-10]. Dostupné z: http://www.volny.cz/nekurak/vliv_NA_ZDRAVI.htm
33. VORBOVÁ, R. *Jak škodí pasivní kouření?* [online]. [Citováno 2011-25-9]. Dostupné z: <http://www.vylecit.cz/364/jak-skodi-pasivni-koureni/>
34. *Zákon České národní rady o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi* [online]. [Citováno 2011-12-10]. Dostupné z: http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1989/037989/Sb_037989_---_---.php

35. ŽALOUĐÍKOVÁ, I., HRUBÁ, D. *Normální je nekouřit: program podpory zdraví a prevence kouření pro mladší školní věk (7-11 let)*. 2., dopl. vyd. Brno: Paido, 2005, 5 s. ISBN 80-731-5105-7.
36. ŽALOUĐÍKOVÁ, I., HRUBÁ, D. *Normální je nekouřit: program podpory zdraví a prevence kouření pro mladší školní věk (7-11 let)*. 2., dopl. vyd. Brno: Paido, 2006-2011, 5 s. ISBN 978-80-7392-159-05.
37. ŽALOUĐÍKOVÁ, I. *Normální je nekouřit: program podpory zdraví a prevence kouření pro mladší školní věk (7-11 let)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 104 s. ISBN 978-802-1050-211.

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 : Dotazník pro žáky

Příloha č.1

DOTAZNÍK k bakalářské práci na téma „Vliv prostředí na počátky kouření u dětí“

Dobrý den,

jmenuji se Karolína Jarošová a jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Nyní se k Vám dostal dotazník, který slouží k výzkumu pro mou bakalářskou práci na téma „Vliv prostředí na počátky kouření u dětí“. Dotazník je anonymní a údaje, které z něho získám, budou použity jen pro výzkumné účely. Tímto Vás moc prosím o jeho pravdivé vyplnění.

Za spolupráci a vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

Karolína Jarošová

Pravdivé odpovědi zakroužkujte či dopište.

- 1) Jsi?
 - a) dívka
 - b) chlapec

- 2) Kolik je ti let?
.....

- 3) Pocházíš z rodiny, kde alespoň jeden její člen(otec,matka,sourozenec,babička..) kouří?
 - a) ano
 - b) ne

Pokud jsi odpověděl/a možností „NE“ přeskoč na otázku č. 8

- 4) V tvé rodině kouří:
 - a) matka
 - b) otec
 - c) oba rodiče
 - d) sourozenec
 - e) více rodinných příslušníků
 - f) jiný blízký příbuzný

- 5) Kouří člen tvé rodiny pravidelně?
 - a) ano
 - b) ne, kouří jen příležitostně

- 6) Kolik cigaret vykouří člen tvé rodiny denně?
 - a) 0-5 cigaret
 - b) 5-10 cigaret

- c) krabičku cigaret a více
- d) nevím
- e) nekouří denně

- 7) Kouří u vás v rodině někdo přímo doma (např. v kuchyni, v obýváku apod.)?
- a) ano
 - b) ne
- 8) Zkusil/a jsi někdy kouřit?
- a) ano
 - b) ne

Pokud jsi odpověděl/a možností „NE“, přeskoč na otázku č. 21

- 9) První cigaretu jsi ochutnal/a:
- a) s kamarádem
 - b) s rodiči či jinou blízkou osobou
 - c) sám
 - d) jiná možnost

- 10) Kouříš pravidelně?
- a) ano
 - b) ne

Pokud jsi odpověděl/a možností „NE“, přeskoč na otázku č.21

- 11) Denně vykouříš:
- a) 0-2 cigarety
 - b) 2-5 cigaret
 - c) 5-8 cigaret
 - d) 8 a více cigaret
- 12) S kouřením jsi začal/a, protože
- a) ti to přišlo jako dobrý nápad
 - b) tě přemluvil někdo z kamarádů
 - c) jsi to viděl/a u rodičů
 - d) tě to lákalo a chtěl/a jsi to zkusit
- 13) V kouření pokračuješ, protože:
- a) ti to chutná
 - b) kouří někdo z kamarádů
 - c) kouří rodiče či někdo jiný z blízkých osob
 - d) nemůžeš bez cigarety být
 - e) ti to přijde zajímavé
- 14) Při kouření cigarety:
- a) pociťuješ nevolnost
 - b) pociťuješ uklidnění

- c) pociťuješ novou energii a sílu
 - d) nepociťuji nic
 - e) si přijdeš zajímavě
- 15) Když delší dobu nekouříš:
- a) jsi nervózní a podrážděný/á
 - b) máš neodolatelnou chuť na cigaretu
 - c) necítíš nic zvláštního
- 16) Jaký mají rodiče názor na to, že kouříš?
- a) žádný, protože to neví
 - b) ví o tom, ale nezakazují mi to
 - c) ví o tom, v kouření mě podporují
 - d) ví o tom, zakazují mi to
- 17) Cigarety:
- a) si kupuješ sám z kapesného
 - b) dostáváš od kamarádů
 - c) dostáváš od někoho z rodiny
 - d) bez dovolení je bereš rodičům
 - e) jiná možnost
- 18) Jaké cigarety kouříš?
- a) lehké
 - b) těžké
 - c) je mi to jedno
 - d) nevyznám se v tom
- 19) První cigaretu si zapálíš vždy:
- a) ráno před školou
 - b) cestou ze školy
 - c) ve škole o přestávce
 - d) nevím
- 20) S kouřením:
- a) nemáš v plánu přestat
 - b) by jsi rád/a přestal, ale nejde to
- 21) Myslíš, že v budoucnu neodoláš a kouřit začneš?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
 - d) již kouřím
- 22) Jaký je tvůj názor na kouření?
- a) kouření je normální
 - b) kouření je škodlivé a návykové
 - c) kouření zdraví neohrožuje
 - d) kouření je „IN“

- 23) Znáš alespoň nějaká rizika, která s sebou kouření nese?
- a) Ano, znám
 - b) Ne, neznám
- 24) Myslíš si, že máš dostatek informací o kouření?
- a) ano
 - b) ne
- 25) Setkal/a ses s nějakým preventivním programem zabývajícím se kouřením?
- a) ano
 - b) ne
- 26) Od koho ses dozvěděl/a nejvíce informací ohledně kouření?
- a) od rodičů
 - b) od učitele ve škole
 - c) od kamarádů
 - d) z internetu či jiných médií
 - e) žádné jsem se dosud nedozvěděl/a a ani si je nezjišťoval/a
- 27) Myslíš, že by bylo dobré dozvídat se o kouření a jeho dopadu na lidské zdraví více informací?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím