

ÚVOD

Jak již samotný název bakalářské práce napovídá, předmětem mého zájmu bude dětské kuřáctví, a to, jakými způsoby mu lze zabránit.

Je vskutku zarážející, jaké množství skupinek dětí běžně potkáváme na ulicích, zastávkách autobusů, v restauracích,.. s cigaretou v ruce a nás už ani nenapadne se nad tímto problémem pozastavit. A právě kouření mezi vrstevníky tyto potencionální budoucí kuřáky ovlivňuje nejvíc. Když se najde v partě spolužáků jeden, který nekouří, je najednou oddělen určitou pomyslnou hranicí od ostatních. Tento trend není jen mezi dětmi. To znamená, že děti, které začínají experimentovat s kouřením, nechápou, že kouření vede k závislosti, nevidí, že kouření má následky na zdraví, jelikož nemoci z kouření se neprojeví hned, ale až po několika letech pravidelného kuřáctví. Takto mladí lidé nepřemýšlejí, co bude za dvacet, třicet let, zda jim hrozí rakovina či nikoli. Bohužel toho tabákový výrobci zneužívají ve svůj prospěch a výše popsané statistiky kouřících dětí to jen potvrzují. **Vznik závislosti na kouření je v dnešní době již problémem dětského věku. Asi 90% dospělých kuřáků začíná kouřit během dospívání...**

V teoretické části se zabývám kuřáctvím jako rizikovým faktorem, jinak jsem bakalářskou práci rozčlenila do několika dílčích celků. První kapitoly této práce se týkají historie kuřáctví a složením cigaretového kouře. V další části popisují, jakým způsobem kouření negativně ovlivňuje dýchací systém, jak se kouření podílí na vzniku rakoviny a srdečně-cévních onemocnění, na poškození reprodukčního systému a na zvýšení rizika výskytu dalších onemocnění. Ve stěžejní části práce zmiňuji možnosti prevence kuřáctví u dětí. Patří sem prevence ve školských zařízeních, preventivní protikuřácké programy a projekty na podporu prevence dětského kuřáctví. Závěrečné kapitoly jsou souhrnem vysvětlující podstatu vzniku závislosti na kouření a následně nabízí možnosti léčby při odvykání kouření. Finální částí je grafické zpracování dotazníků, kterými jsem zjistila nejen to, v jakém věku se většina žáků setkala s cigaretou, kolik žáků již cigaretu ochutnalo, kolik jich kouří v současnosti pravidelně a jakým způsobem si obstarávají cigarety.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Definice kouření

Kouření (závislost na nikotinu) je podle klasifikace Světové zdravotnické organizace onemocnění s diagnózou F17. F17.2, vyjadřuje závislost na tabáku a F17.3 stav odvykání. Kouření je definováno jako: „duševní porucha a porucha chování při užívání tabáku“ (22).

Na počátku 20.století bylo v zemích s vysokými příjmy více kuřáků mezi lidmi z vyšších společenských vrstev, než mezi lidmi z vrstev nižších. Před 30 až 40 lety se tento trend obrátil a lidé z vyšších společenských vrstev kouřit přestávají, zatímco mezi lidmi s nižšími příjmy počet kuřáků vzrůstá. V České republice je kolem 2,5 milionu kuřáků. Mezi lidmi staršími 18 let, tvoří kuřáci přibližně 26 %, u lidí nad 15 let je to téměř 30 %. Zatímco u dospělých počet kuřáků pomalu klesá, stoupá obliba kouření mezi mladými lidmi. Ve věkové skupině 15 až 18 let kouří polovina populace. Varující ale je, že kouří stále mladší lidé a výjimkou nejsou ani desetiletí kuřáci. **Z toho tedy vyplývá, že se jedná o nemoc, která vzniká v dětském a pubertálním věku (2).**

Kouření představuje nejen ohrožení aktivních kuřáků, ale i těch nekuřáků, kteří jsou nuceni nedobrovolně inhalovat tabákový kouř. Jedná se o tzv. pasivní kouření (22).

1.1.1. Pasivní kouření

Pasivní kouření je kombinace kouře ze zapálené špičky cigarety s kouřem, který vydechuje kuřák. Zástupci odborné zdravotní veřejnosti dospěli k názoru, že pasivní kouření způsobuje anebo zvyšuje riziko onemocnění, jakými jsou rakovina plic a srdeční choroby u dospělé nekuřácké populace. U dětí pak dále vytváří podmínky pro vznik astmatu, onemocnění horních cest dýchacích, zánětu středního ucha a syndromu náhlého úmrtí u novorozenců. U dospělých může zhoršit astma a způsobovat podráždění očí, krku a nosu.

Zdravotní riziko plynoucí z nedobrovolného vdechování tabákového kouře je jasné. Pasivní kouření je rizikové, i když ve srovnání s aktivním kouřením je riziko

podstatně menší. Nekuřák, žijící nebo pracující v zakouřeném prostředí po delší dobu, je vystaven o 20 až 30% většímu riziku vzniku plicní rakoviny ve srovnání s nekuřákem, který nežije či nepracuje s kuřáky (31).

1.1.2. Kuřák

Pravidelný kuřák je člověk, který kouří nejméně jednu cigaretu denně. Příležitostný kuřák kouří nepravidelně, nejčastěji v návaznosti na určitou společenskou příležitost spojenou i s konzumací alkoholu. Bývalý kuřák je ten, kdo v současné době nekouří, ale během svého dosavadního života vykouřil více než 100 cigaret. Z kuřáka se bývalý kuřák stane po abstinenci trvající šest až dvanáct měsíců a ta musí být biochemicky validizována. Recidivy kouření jsou bohužel časté. Nekuřák je člověk, který za svůj život vykouřil méně než sto cigaret (2).

1.2. Historie poznání tabáku a rozvoj kuřácké módy ve světě i u nás

Tabák se kouřil již v dobách dávno minulých, dokazují to nálezy dýmek v hrobech starých Aztéků, ti jej také žvýkali, šňupali a pravděpodobně i polykali. **Tabák nepoužívali všichni indiáni kmene**, nýbrž jen šamani k náboženským účelům a léčebným metodám. Jen oni si mohli, či lépe řečeno museli otravovat tělo nikotinem, aby se trénovali a posléze v době nutnosti se dostali do stavu vytržení a vidění jako v případě jakékoliv jiné drogy. I v současnosti je mezi indiány, dosud nepřilíš narušenými naší civilizací, kouření věcí posvátnou. Ani náčelníka kmene nenapadne si zakouřit, jelikož tato výsada patří jen šamanům, kterým pomáhá léčit, vidět zlo, zabíjet nepřítele anebo formálně uzavírat přátelství nebo mír.

Starověk a středověk v Evropě neznal tabák, avšak kouření vonných listů, vonného koření a drog je původu dávného. S užíváním tabáku se jako první seznámil Kolumbus, který v roce 1492 přistál u břehů Kuby. Tentýž rok byl dovezen tabák do Evropy, semena dorazila až o dvacet let později. Zásluhy o seznámení Evropanů s tabákem jsou však připisovány francouzskému velvyslanci v Portugalsku Jeanu Nicotovi, který jej v roce 1560 dovezl na francouzská královská dvůr, a to **ve formě šňupacího prášku**. Tento návyk se potom rozšířil po celém Starém světě. V roce 1603

sepsal anglický král Jakub I. filipiku proti kouření, ve které uvedl: „Člověk se snaží vše nové napodobovat a velká většina nerozumných lidí si tak ničí své nejlepší síly kouřením tabáku. A ti, kteří jednou propadli této neřesti stálého vyčerpávání, vedou vinou kouření bezútešný život. Nemohou přestat kouřit, protože zvyk příliš vnikl do jejich povahy. Nová páchnoucí rostlina podryvá zdraví, šírá jmění, je hanba se na ni podívat, je ohavná k čichání, škodlivá mozku, neprospěšná plicím a pachem černého kouře představuje co nejživěji dým pekelný.“ A přece se nepodařilo kouření vymýtit ani Jakubu I., ani nikomu z tisíců „tabákobijců“ po něm.

Kouření doutníků a dýmek neznamenal pro lidstvo významný zdravotní problém, protože to vždy byl ojedinělý úkaz. **První cigarety vznikly až okolo roku 1830** a nyní vytlačují ostatní způsoby aplikace tabáku, neboť spěchu moderního člověka vyhovují nejlépe. Je pozoruhodné a typické, že nejpronikavější zvýšení konzumace i produkce tabákových výrobků a počtu kuřáků přinesla válečná období. **Vůbec největším zlomem v historii kouření se stal vynález stroje na výrobu cigaret,** k němuž došlo v době americké občanské války Severu proti Jihu v šedesátých letech 19. století. Tabáková epidemie začala s masivním rozšířením cigaret na začátku 20. století, kdy jich automaty na jejich výrobu začaly chrlit miliardy kusů. Jestliže například ještě během roku 1914 vykouřili obyvatelé USA 18 miliard cigaret, v roce 1918 to už bylo 47 miliard! Právě po 1.světové válce se také v souvislosti s tehdejším výrazným vzestupem produkce cigaret začalo prudce rozšiřovat kouření i mezi příslušnicemi slabého pohlaví. K ještě většímu skoku došlo vlivem 2.světové války. Po jejím ukončení se z kouření stala doslova moderní záležitost. S masovým rozšířením kuřáckých návyků se však začaly objevovat i jejich negativní důsledky (38).

1.3. Názory na škodlivost kouření

Už dříve mnozí lékaři tušili, že kouření poškozuje zdraví, jejich domněnky ale nebyly podloženy žádným faktografickým materiálem. Teprve v roce 1859 francouzský lékař **M. Bouisson** předložil první klinickou studii o škodlivosti tabáku. Zjistil, že u kuřáků dýmek vzniká častěji rakovina úst. Domníval se, že rakovina vzniká drážděním tkáně zplodinami tabáku a teplem. **A. Ochsner a M. E. de Bakey**, chirurgové z New

Orleansu, v roce 1936 zjistili, že téměř všichni jejich pacienti, kteří onemocněli rakovinou plic, byli kuřáky. V roce 1939 **A. H. Roffo** z Argentiny provedl pokus, kdy natíral králíkům kůži na zádech extraktem z tabákového kouře podobným dehtu a tím vyvolal u těchto zvířat rakovinu. Významným mezníkem je rok 1964, kdy byla vydána zpráva hlavního lékaře Spojených států amerických s názvem „Surgeon General's Report on Smoking and Health“. V této zprávě bylo poprvé shrnuto stanovisko lékařů a badatelů ze všech do té doby známých výzkumných prací a byl učiněn tento závěr: „Kouření cigaret je zdraví škodlivý návyk tak závažný, že si vyžaduje přiměřenou zdravotnickou protiakci“(20).

V roce 1967 se v New Yorku uskutečnila první celosvětová konference o škodlivosti kouření. První rezoluce Světové zdravotnické organizace (WHO) proti kouření byla vydána v roce 1973. WHO vyzvala členské státy, aby provedly účinná opatření směřující k omezování kuřáctví. V té době se také na cigaretové krabičky dostává upozornění o škodlivosti kouření (39).

1.4. Druhy tabákových výrobků

Cigareta je tabákový výrobek složený z jemně řezané tabákové směsi zabalené v cigaretovém papírku. Jde o speciální papír určený buď pro průmyslovou výrobu nebo pro ruční balení cigaret. Nejčastěji je používán lněný či konopný, vysoce kvalitní celulóзовý papír. Ten ale bývá napuštěn různými chemikáliemi. Jedním z nich je uhličitán vápenatý, který zlepšuje hoření cigarety či oxid titaničitý, který popel vyběluje. Další látka obsažená v cigaretovém papíru - dusičnan draselný zlepšuje hoření a dává popelu soudržnost. Další součástí je u většiny dnes vyráběných cigaret cigaretový filtr. Je vyroben z acetátu celulózy a v cigaretě je obalen vnitřním obalovým papírem, který je prodyšný. Vnější obal filtru tvoří náústkový papír, který je obvykle perforovaný, aby byl prodyšný. V současné době se cigarety ve své většině vyrábějí průmyslově. Tabák v těchto průmyslově vyráběných cigaretách je směsí až třiceti druhů tabáku různého původu s různými postupy fermentace a dalších přísad. Výsledkem je, že různé značky cigaret mají různou chuť.

Doutník je tabákový smotek, který má specifické vlastnosti. Patří k nim to, že je složen převážně a výlučně z přírodního tabáku, má krycí list z přírodního tabáku a tabákovou náplň, vše v normální barvě. Může obsahovat filtr. Tento ale musí být zakryt krycím listem. U doutníků rozlišujeme sedm barev a šedesát odstínů. Čím je list tmavší, tím má sladší a plnější chuť. Kvalita doutníku je dána různými faktory, patří mezi ně především kvalita tabáku, způsob namíchání listů a ubalení doutníku. [editovat]Doutníkové tabáky mají obvykle vyšší obsah dehtu a volného nikotinu oproti cigaretám (28).

1.5. Tabákový kouř

Tabákový kouř vzniká nedokonalým spalováním tabáku, které je ovlivňováno řadou faktorů, z nichž se nejvíce uplatňují nedostatečný přívod kyslíku, přítomnost málo hořlavých součástí tabákových listů a teplota, při které je tabák spalován. Při teplotě kolem 900 stupňů Celsia, v době aktivního nasátí kouře kuřákem, dochází k dokonalejší pyrolýze, je tedy více látek rozloženo na potencionálně méně škodlivé produkty a vzniká tak primární kouř. Jeho konečná teplota se pohybuje od pětadvaceti do padesáti stupňů Celsia. V době mezi vdechy nebo při odložení cigarety, nám při teplotě kolem 300 stupňů Celsia vzniká kouř sekundární, obsahující relativně více toxických látek. Tohoto kouře vzniká během vykouření jedné cigarety více než polovina. **Je zde tedy jasný důkaz, že i pasivní kouření nekuřáka s sebou nese vážná rizika ohrožující jeho zdraví.**

Mezi další faktory ovlivňující složení kouře patří druh tabákového výrobku, obsah aditivních látek dodávaných výrobcem, druh cigarety ve významu „light“ nebo tvrdá. Cigarety s označením light jsou propagovány jako zdraví méně škodlivé. V podstatě je ale opak pravdou, jelikož je v nich pouze sníženo množství dehtu a nikotinu, tj. látky způsobující fyzickou závislost. Je-li ale kuřák zvyklý na určitou hladinu nikotinu v krvi po vykouření své cigarety, jeho tělo si žádá tuto hladinu stále. Pro uspokojení této potřeby musí tedy kuřák vdechovat kouř déle a intenzivněji nebo vykouřit větší množství cigaret. Efekt je tedy takový, že dochází k větší expozici inhalovaným škodlivinám, než je tomu u běžné značky (8).

Tabákový kouř je v podstatě směs plynů, nekondenzovaných par a tekutých i pevných částic. Při vstupu do úst kuřáka je to koncentrovaný aerosol, jehož hlavní součástí jsou dusík, kyslík, oxid uhličitý, oxid uhelnatý, oxid dusičitý, čpavek, formaldehyd, kyanovodík, akrolein, metan, vodík, vodní pára a těkavé látky o nízké molekulární váze jako aldehydy, ketony, alkoholy, estery a organické kyseliny. Přibližně 10% z celkového obsahu kouře tvoří jemně rozptýlené tekuté částice, které jsou tak malé velikosti, že mohou pronikat až do nejmenších bronchiolů. Tyto částice obsahují nejvíce kancerogenních látek i ostatních škodlivin. Kouř, který kuřáci vdechují do plic, obsahuje i velké množství tuhých částic. Tuhé částice obsahují především nikotin, benzen, dehet, fenol, katechol, naftalen a benzpyren.

1.6. Škodliviny v tabákovém kouři

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

1.6.1. Látky toxické

K látkám vysloveně toxickým patří především alkaloidy, nikotin, nornikotin, myosmin, anabasin a některé dusíkaté báze, zejména pyridin, pyrrolidin a metylpyrrolidin. **Nejúčinnější z nich je nikotin** ((S)-3-(1-methyl-2-pyrrolidiny) pyridin). Molekulová hmotnost: 162,23 g/mol. Sumární vzorec: C₁₀H₁₄N₂. LD₅₀: 3-50 mg/kg. Nikotin je mitotický jed postihující buněčná jádra. Čerstvý je bez zápachu, jinak odporně páchne a palčivě chutná. Snadno se vypařuje a dobře se rozpouští ve vodě, lihu i rostlinných olejích. Při kouření se naštěstí většina nikotinu spálí. Tato část je uvolněna do kouře, zbytek do organismu. Obsah nikotinu v cigaretách, je po dlouhých výzkumech považován za příčinu závislosti na tabáku. Co do návykovosti je nikotin srovnatelný s heroinem. Tělo si na něj rychle vytváří toleranci a k vyvolání příjemných pocitů člověk potřebuje stále vyšší dávky. V lidském organismu narušuje funkci vegetativního nervstva a může vyvolat ochrnutí až smrt v důsledku obrny dýchacího centra. **Obsah nikotinu v cigaretách uváděných do oběhu nesmí být vyšší**

než 1 mg na cigaretu (Vyhl.č. 344/2003 Sb.). Smrtelná (letální) dávka čistého nikotinu je cca 50 - 60 mg (20).

1.6.1.1. Působení nikotinu na organismus

Nikotin vyvolává podráždění vegetativní nervové soustavy a stimuluje N-receptory (nikotinové) v mozku a svalech. Zvýšená aktivita vegetativního nervstva se projeví zvýšeným vylučováním žaludeční šťávy a zrychlením střevní peristaltiky doprovázeným případným vyprázdněním (defekační efekt ranní cigarety), zrychlením srdeční činnosti a vzestupem krevního tlaku v důsledku stahu stěny cév.

Aktivace metabolismu vede ke zvýšenému odbourávání glykogenu a k uvolnění mastných kyselin, zároveň se snižuje pocit hladu. V důsledku dráždění mozku dochází ke zvýšení dechové frekvence, do určité míry se aktivizuje duševní činnost, ale objevuje se třes a ve vyšších dávkách i křeče. Zvláště z počátku je drážděno i centrum pro zvracení. Podrážděním receptorů ve svalech se může projevit křečemi lýtkových svalů.

Nikotin je velmi dobře absorbován, a to nejen v žaludku, ale i sliznicí úst. Jestliže se tabákový dým zadrží v ústech po dobu 2 sekund, tak se zde absorbuje až 70% v něm obsaženého nikotinu. V plicích se takto může absorbovat až 98% nikotinu. Nikotin snadno proniká všemi bariérami organismu a prochází i do mozku. V první fázi působí nikotin stimulačně a pak přechází do fáze mírného útlumu. Nikotin dále zvyšuje krevní tlak, zrychluje činnost srdce, stahuje cévy, zvyšuje obsah mastných kyselin v krvi, inhibuje syntézu esterogenu, zvyšuje produkci potu a může dojít ke stažení zornic. Při dlouhodobějším užívání dochází k posílení syntézy (25).

1.6.1.2. Intoxikace nikotinem

Prudká otrava nikotinem se v důsledku narušení funkce vegetativního nervového systému projevuje: bledostí a pocením, bolestí hlavy, pocitem nevolnosti, závratěmi, skleslostí, zmateností, průjmem a sliněním. **Chronická otrava nikotinem se nazývá nikotinismus.** Dochází k němu tehdy, kouří-li kuřák více jak 20 cigaret denně. Nikotinismus se projevuje: nespavostí, chronickým zánětem dýchacích cest, nechutenstvím, střídáním průjmu a zácpy, zvracením, poruchami tepové frekvence

(bušení srdce), pocitem sevřenosti, zvýšenou produkcí moči, u mužů sníženou schopností potence až impotencí, u žen poruchami menstruačního cyklu, v případě gravidity se lze setkat s častějším výskytem potratů, u gravidních dochází rovněž k poškození vývoje plodu (26).

1.6.1.3. Oxid uhelnatý

Další významnou toxickou složkou kouře je **oxid uhelnatý**, který vzniká nedokonalým spalováním tabáku a cigaretového papíru. Tento plyn je bezbarvý a bez chuti i zápachu. Znemožňuje přenos kyslíku z plic do tkání a vyvolává tkáňové dušení. Silní kuřáci mohou mít sníženou schopnost krve přenášet kyslík až o 15 procent. Množství oxidu uhelnatého stoupá, když cigareta dohořívá (27).

1.6.1.4. Kyanovodík

Patří mezi jeden z nejrychleji působících a nejprudších jedů, používaný za druhé světové války k usmrcování vězňů v plynových komorách. Nesl označení Cyklon B (27).

1.6.2. Látky dráždivé

Významnou složku škodlivin v tabákovém kouři tvoří látky dráždivé, jež jsou velmi početné a chemicky rozdílné. Dráždivé látky narušují sliznici dýchacího ústrojí, vyvolávají akutní a chronické záněty dýchacích cest, tlumí aktivitu řasinkového epitelu a vytvářejí tak podmínky pro vznik nádorových i nenádorových onemocnění dýchacího ústrojí. K nejúčinnějším dráždivým látkám patří formaldehyd, acetaldehyd, akrolein, aceton, oxid dusičitý a sirovodík (28).

1.6.2.1. Oxid dusičitý

Dráždí především sliznice. Je nebezpečný zvláště pro děti a astmatiky. Způsobuje vyšší výskyt respiračních onemocnění. Dále chronická otrava oxidem dusičitým může být příčinou častější kazivosti zubů a zánětů spojivek

1.6.2.2. Formaldehyd

Bezbarvý, štiplavě páchnoucí, jedovatý plyn, který při dlouhodobém vdechování působí jako karcinogen. Vyvolává astma, záněty průdušek a kůže.

1.6.2.3. Akrolein

Látka, která dráždí sliznici nosu, dýchacích orgánů, očí a kůže. Ve vyšších koncentracích funguje jako slzný plyn.

1.6.2.4. Sirovodík

Bezbarvý plyn zapáchající po zkažených vejcích. Patří mezi silně jedovaté látky. Ve větších koncentracích může způsobit smrtelné otravy.

1.6.3. Karcinogenní látky

Celkově je v tabákovém kouři obsaženo přibližně **pět tisíc toxických látek, z nichž je více než šedesát karcinogenních**, tzn. způsobujících nádorové bujení. Mezi nejznámější tabákové karcinogeny patří dvě skupiny látek, označované jako polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU) a tzv. tabákově specifické N-nitrosaminy (TSNA). PAU vznikají zejména při nedokonalém spalování organických uhlíkatých látek včetně hoření tabáku. PAU mají fotosenzibilizační a karcinogenní účinky, jsou toxické pro buňky parenchymatozních orgánů (ledviny, játra). Karcinogenní účinek byl zatím laboratorně prokázán celkem u 15 sloučenin. Nejvýznamnější z nich tůstává stále benzyren a chinolin. Ve formě drobných částic pronikají až do plicních alveolů. Inhalované PAU podléhají v plicní tkáni metabolickým pochodům, které vedou ke vzniku zhoubného bujení.

Z anorganických karcinogenů, které se nacházejí v tabákovém kouři se silnými karcinogenními účinky vyznačují sloučeniny arzenu a niklu. V tabákovém kouři byla prokázána rovněž řada radioaktivních izotopů, např. izotop vápníku, radia či thoria (4).

1.6.4. Kokarcinogenní látky

Kokarcinogeny jsou látky, které samy o sobě nemají schopnost vyvolat nádorový růst, ale jejich přítomnost stimuluje účinnost vlastních karcinogenů. Těmito účinky se vyznačují fenol a dehet.

1.6.4.1. Dehet

Hustá, hnědá, tmavá, olejovitá kapalina vznikající při tepelném rozkladu organických látek bez přístupu vzduchu. Je to páchnoucí tekutina, která je kondenzátem z tabákového kouře. Patří mezi rakovinotvorné složky kouře. Je nositelem chuti a vůně. V Evropské unii je nyní zakázáno vyrábět cigarety s obsahem dehtu vyšším než 12 mg (4).

1.7. Vliv kouření na lidské zdraví

Kouření je dlouhodobá intoxikace organismu celou řadou toxických, mutagenních, karcinogenních, dráždivých a alergizujících látek. Má tedy schopnost poškodit lidský organismus. Odolnost organismu je modifikována individuálními faktory, mezi něž patří především věk, genetická zátěž, aktuální zdravotní stav, vlivy vnějšího prostředí, např. stres a schopnost ho zvládat, psychický stav, aj. Při dlouhodobé expozici škodlivinám dochází postupně k poškození téměř všech orgánových systémů. Mezi ty nejcitlivější patří kardiovaskulární systém, respirační systém, urogenitální systém včetně poruch schopnosti reprodukce (7). Nástup výskytu onemocnění podmíněných kouřením obecně nastává u konkrétních jedinců přibližně se čtyřicetiletým zpožděním. V dnešní době ovšem dochází k posunu. Vlivem zvýšené zátěže působící na člověka, ať už díky stresu či znečištění prostředí, dochází ke snížení odolnosti organismu. Projevem je objevení zdravotních následků, včetně fatálních, v nižším časovém horizontu od počátku kuřáctví.

Jen v České republice umírá každý rok celkem kolem 100 000 osob, z toho zhruba jedna pětina, tj. 23 000, na nemoci způsobené kouřením. Denně u nás zemře asi 60 lidí na následky kouření. Začne-li průměrný kuřák kouřit jako teenager, tedy jako –

náctiletý (a to je většina kuřáků, asi 9 z 10), a kouří-li kolem 20 cigaret denně, zkrátí si život průměrně o 10 až 15 let.

Chronická plicní onemocnění kouření zaviní ze tří čtvrtin (tedy asi 75 % lidí s chronickým onemocněním průdušek by neonemocnělo, kdyby nekouřilo). Kouření má celkově asi třetinový podíl na vzniku nádorových onemocnění (u rakoviny plic je podíl 90 %, u rakoviny močového měchýře 50 – 70 %, u rakoviny děložního čípku asi 30 %, u rakoviny slinivky břišní 30 %). Asi jedna čtvrtina onemocnění srdce a cév je způsobená kouřením (23).

1.7.1. Působení účinků kouření na strukturu a činnost dýchacího ústrojí

Onemocnění dýchacího ústrojí bývá nejčastějším a také většinou prvním následkem působení cigaretového kouře. Škodlivé látky obsažené v cigaretovém kouři poškozují nejdříve strukturu a činnost průdušek a později i plic.

Působením škodlivých látek dochází ke zmnožení počtu pohárkových buněk a hypertrofii hlenotvorných žlázek. Vytváří se tak větší množství hlenu, někdy silně vazkého, někdy s příměsí leukocytů. Vlivem škodlivin zároveň dochází k ochromení činnosti řasinek na povrchu cylindrických buněk. Takto je porušena samočistící funkce dýchacího ústrojí, hlen není dostatečně odstraňován, množí se v něm bakterie a důsledkem může být vznik zánětlivého otoku průduškové stěny. Zánětlivý proces proniká při porušení výstelky do stěny průdušek a průdušinek a při jeho hojení může vzniknout tzv. peribronchiální fibróza. Jizvy v bronchiální stěně vedou ke zúžení průdušek a distálně od tohoto zúžení může dojít naopak k místnímu rozšíření průdušky. Svršťující se jizevnatá tkáň působí tahem deformaci, popřípadě rozšíření dalších průdušek v okolí.

Při městnání hlenu vznikají také předpoklady pro působení dalších škodlivých látek, především kancerogenních, které jsou součástí cigaretového kouře a zachytily se v dýchacích cestách (20).



Obr. č. 1 Plíce nekuřáka a kuřáka

1.7.1.1. Vleklý zánět průdušek (chronická bronchitida)

Toto onemocnění se projevuje zvýšenou tvorbou hlenu v průduškách a následným kašlem. Nejdříve se objevuje ranní vykašlávání hlenu v zimních měsících, postupně kuřáci trpí kašlem a vykašláváním hlenu celý den, případně i v letních měsících. Takto probíhající onemocnění se nazývá prostou chronickou bronchitidou. U některých nemocných se postupně vyvíjí hlenohnisavá chronická bronchitida. Vyznačuje se opakujícími se vzplanutími zánětu v průduškách, zejména v chladném ročním období. Není-li zánět včas léčen, může přejít v zápal plic (20).

1.7.1.2. Astma Bronchiale

Astma bronchiale je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest charakterizované zvýšenou reaktivitou a reverzibilní obstrukcí dýchacích cest. Tato obstrukce může vznikat mechanismem alergickým nebo nealergickým. Podstatou alergické reakce je navázání antigenu zevního prostředí na protilátky, které jsou součástí membrány žírných buněk ve tkáních i cévách. Dochází k degranulaci žírných buněk, uvolnění zánětlivých mediátorů podmiňujících zvýšenou permeabilitu kapilár a kontrakci bronchiálního svalstva. Dochází k rozvoji otoku sliznic bronchů, bronchospazmu a zvýšené sekreci vazkého hlenu. K nejčastěji působícím alergenům patří zevní alergen

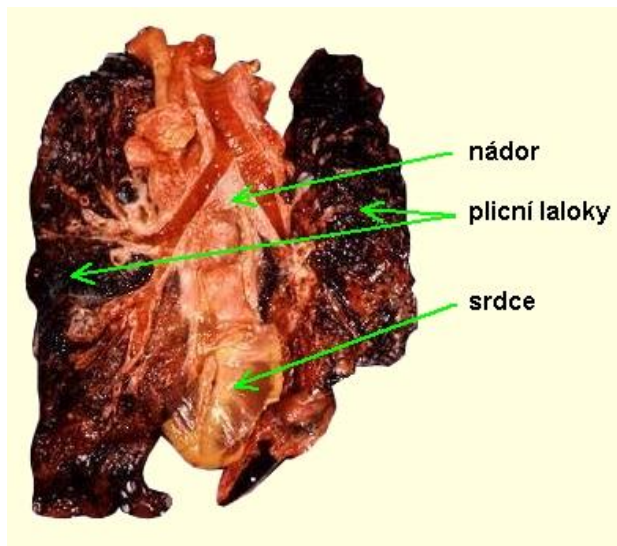
rostlinného, živočišného nebo mikrobiálního původu, dráždivé a toxické látky.

Kouření tabákových výrobků obvykle hraje důležitou roli z hlediska vzniku onemocnění, jeho progresu a frekvence exacerbací. Roli zde hraje jak kouření aktivní tak pasivní. **Je prokázáno, že jedinci, jejichž matka je kuřáčka, nebo byli v dětství vystavováni tabákovému kouři, jsou výrazněji ohroženi vznikem astma bronchiale.**

Chronické plicní onemocnění se projevuje záchvatovitou dušností doprovázenou expiračním stridorem a dráždivým kašlem. V důsledku bronchiální obstrukce dochází ke ztížené exspiraci, nárůstu reziduálního plicního objemu a hypoxemii (20).

1.7.1.3. Bronchogenní karcinom (rakovina plic)

Bronchogenní karcinom je zhoubný novotvar vycházející z plicního parenchymu nebo tkáně bronchů. Neexistují včasné varovné signály, které by umožnily zachytit chorobu v počátečním stádiu, většinou se příznaky choroby objeví, když už je nádor v pokročilém stádiu.



Obr. č. 2 Plíce s nádorem a srdce u kuřáka

Mezi plicní příznaky patří nově vzniklý dlouhotrvající kašel, který trvá déle než tři až čtyři týdny a neustupuje ani v případě léčby chronické bronchitidy. Kašel bývá

obvykle suchý, neproduktivní. Dalšími příznaky jsou vykašlávání krve a neustupující záněty plic. Při pokročilém nádoru, který se šíří do pohrudnice, svalstva, žeber nebo kůže, se dostavuje bolest neurčitého charakteru, často při nádechu. Pokud dojde k zasažení nervových vláken nádorem, vyskytují se kruté bolesti horní končetiny. Asi 78 % nemocných má dechové obtíže. Dalšími plicními příznaky jsou: chrapot, syndrom horní duté žíly (projevuje se otokem krku a obličeje) a polykací obtíže (důsledek útlaku jícnu nebo prorůstání nádoru do jícnu). **Prognóza onemocnění je velmi špatná.** Průměrná doba přežití od stanovení diagnózy činí šest měsíců (32).

1.7.2. Působení účinků kouření na kardiovaskulární soustavu

Kouření je významným rizikovým faktorem, který se podílí na vzniku celé řady srdečních a cévních onemocnění. K nejvýznamnějším chorobám patří ischemická choroba srdeční spolu s mozkovými cévními příhodami. Kouření rovněž ovlivňuje vznik arteriosklerózy a zánětlivých onemocnění tepen (20).

1.7.2.1. Účinky kouření na krevní oběh

Při kouření dochází ke změně mnoha parametrů ovlivňujících činnost kardiovaskulární soustavy. Zpočátku se tento vliv projevuje pouze půlhodinovým nárůstem krevního tlaku po vykouření cigarety. Jelikož mezi účinky nikotinu spadá vazokonstrikce a zvýšení srdeční frekvence, dochází následně i k dočasnému vzniku hypertenze. V případě, že kuřák trpí hypertenzí, zvyšuje kouření riziko rozvinutí kardiovaskulárního onemocnění a urychluje rozvoj maligní hypertenze ohrožující jeho život (26). Dalším negativním projevem kouření na kardiovaskulární soustavu a s ní bezprostředně spjatou **krevní tkáň** je snížení množství kyslíku přinášeného erytrocyty k tkáním vlivem oxidu uhelnatého a zvyšování adhezivity trombocytů s následným zvýšením viskozity krve a snadnější tvorbou trombů. Kouření také významně ovlivňuje hladiny cholesterolu v krvi. Dochází ke snížení hladiny lipoproteinů s vysokou hustotou (HDL), které se významným způsobem podílejí na odstraňování cholesterolu z organismu tím, že ho na sebe navazují a transportují ho do jater, kde je vyloučen do žluči. Naopak, vlivem kouření dochází ke zvýšení hladin lipoproteinů s nízkou hustotou

(LDL), které transportují cholesterol k periferním buňkám. Dochází tedy k jeho ukládání v cévní stěně, která je již postižena endoteliální dysfunkcí v důsledku poškození ischemií, toxiny (oxidační stres), viry, mechanickým stresem apod., a postupnému rozvoji aterosklerotického procesu, který je výrazným rizikovým faktorem pro vznik kardiovaskulárních onemocnění. K nejzávažnějším z nich řadíme ischemickou chorobu srdeční, cévní mozkové příhody a ischemickou chorobu dolních končetin (26).

1.7.3. Vliv kouření na nádorové bujení

Z patofyziologického hlediska vzniká maligní nádorové bujení na principu zrychleného a nekontrolovatelného dělení buněk tkáně. Příčina spuštění tohoto procesu není úplně známa. Velkou roli zde hraje porucha kontrolních mechanismů uplatňovaných v průběhu buněčného cyklu, který trvá od vzniku buňky mateřské až po vznik jejích dvou buněk dceřiných. K těmto mechanismům patří nádorové supresorové geny, kódující proteiny, které potlačují buněčnou proliferaci a udržují buňku v klidu. Patří k nim například gen p53 kódující protein p53, jež se mimo jiné podílí na programové smrti buňky v případě, že její DNA je poškozena v rozsahu, který nelze opravit enzymatickými systémy. Dalšími kontrolními mechanismy jsou protoonkogeny, které zajišťují regulaci dělení buněk a jejich diferenciaci. V případě poškození protoonkogenů mutací či jinými mechanismy, nazýváme tyto geny onkogeny. Tyto onkogeny jsou jednou z příčin podmiňujících maligní bujení. Nejsou dědičné. Také je známa celá řada faktorů vnějšího prostředí, které se významným způsobem podílí na vzniku maligních onemocnění. K nejvýraznějším patří vlivy výživové, pohybová aktivita, infekce a vliv ionizujícího záření, chemická zátěž karcinogeny. Do této chemické zátěže můžeme zařadit i kouření, jelikož jeho vliv na vznik některých zhoubných nádorů je nesporný. K nádorům významně podmíněným kouřením patří zhoubné nádory plic a průdušek, dutiny ústní a orgánů v krku, ledvin a močového měchýře, pankreatu, děložního čípku, střev a žaludku.

1.7.3.1. Malignity dutiny ústní a krku

Nádorové onemocnění dutiny ústní, jejích orgánů a laryngu nejsou příliš časté co do incidence, přesto je jejich přítomnost velmi závažná. Jde především o funkční a estetické poškození oblasti těla pacienta, která hraje velkou roli v mezilidském kontaktu, komunikaci i příjmu potravy. Často bývá postižena řeč, polykání i dýchání.



Obr. č. 3 Rakovina jazyka

K hlavním etiologickým příčinám patří kouření a nadměrné užívání alkoholu, kouření marihuany, nízká úroveň hygieny dutiny ústní, viry apod. Nádory dutiny ústní či jejích orgánů se nejčastěji projevují bolestí v krku, zápachem z úst, pocitem cizího tělesa v ústech krvácením, zhoršeným polykáním.



Obr. č. 4 Rakovina rtu

Nádory laryngu se v případě lokalizace na hlasivce projevují chrapotem, při lokalizaci nad hlasivkou jde o pocit cizího tělesa a polykací potíže a při nádorech pod hlasivkami se v pokročilejších stádiích projevuje přítomností krve ve sputu, dýchacími a polykacími potížemi, bolestí či exulcerací. V případě patologického zduření v oblasti krku může docházet k šíření tumoru do lymfatických uzlin či přímému prorůstání tumoru do okolní tkáně (32).

1.7.3.2. Karcinom pankreatu

Karcinom pankreatu je dalším zhoubným onemocněním podmíněným kouřením, které je v současné době jediným prokázaným etiologickým faktorem. U kuřáků je riziko vzniku karcinomu pankreatu dvakrát vyšší než u nekuřáků. Jeho incidence je nejvyšší ve věku pětasedesáti až pětasedmdesáti let. Z dlouhodobého hlediska incidence trvale stoupá, prevalence stoupá mírně. Nejčastěji se vyskytuje adenokarcinom lokalizovaný v hlavě pankreatu. Klinicky se projevuje až v pozdějších stádiích pocitem břišního dyskomfortu, nechutenstvím, nevolnostmi, pomalým úbytkem na váze, bolestmi v břiše a zádech. Karcinom v hlavě pankreatu může způsobit útlak žlučovodu a ikterus (32).

1.7.3.3. Karcinomu žaludku

Kouření spolu s častou konzumací alkoholu je důležitým rizikovým faktorem vzniku karcinomu žaludku. Častěji jsou postiženi muži a incidence je maximální v období po sedmdesátém roku věku. Z klinických projevů, které se objevují spíše v pozdních stádiích onemocnění, jsou typické pocity dyskomfortu a tlaku v epigastriu, ztráta chuti k jídlu, nevolnost a zvracení. V pokročilých stádiích onemocnění se objevují výrazné bolesti v epigastriu, odpor k masu, animizace z krevních ztrát. V některých případech i hemateméza a meléna. **Celková prognóza tohoto onemocnění je špatná, jelikož v době diagnózy je u 80% nemocných onemocnění diseminováno (32).**

1.7.4. Vliv kouření na reprodukci člověka

V porovnání s kardiovaskulárními a karcinogenními účinky kouření se zdají být jeho negativní vlivy na plodnost mužů i žen, průběh těhotenství a vývoj plodu méně výrazné. Nicméně kombinace nikotinu, radioizotopu polonia 210 (alfa záření), oxidu uhelnatého, těžkých kovů a mnoha dalších toxinů a mutagenů je důvodem, proč užívání tabáku, ovlivňující reprodukci (19).

1.7.4.1. Kouření a zvyšující se počet neplodných žen a mužů

Do ovarií (vaječníků) mohou pronikat různé látky obsažené v cigaretovém kouři. Ve folikulární tekutině byly nalezeny různé chemické komponenty z cigaretového kouře. Nejvýznamnější byl průkaz nikotinu a jeho specifického metabolitu kotininu v krevním séru i folikulární tekutině u kuřáček. Na neplodnosti partnerského páru se muži podílejí asi 40 %. Kouření má vliv na poruchy erekce a na spermiogenezi. Nikotin indukuje vyplavení katecholaminů a stimuluje tak sympatikus, důsledkem je konstrikce (zúžení) cév v různých částech těla a také v oblasti pánve a kavernózních tělesech. Zúžením cév dojde ke sníženému přítoku krve do topořivých těles a tím také ke snížení schopnosti erekce nebo úplné neschopnosti erekce. Kuřáci mají také zvýšený výskyt abnormálních morfologických forem spermií. Účinek cigaretového kouře na kvalitu spermatu kouřících mužů umocňuje současná konzumace kávy v množství větším než 4 šálky za den (19).

1.7.5. Nemoci dětského věku vlivem kouření

Děti jsou pokládány za nejvímavější populaci k následkům prenatální a postnatální expozice cigaretovému kouři. V novorozeneckém období je dítě exponováno nejen respiračně, ale i alimentárně. Přes mateřské mléko přechází od kouřící matky nejen nikotin, ale i všechny další toxické chemické látky obsažené v cigaretovém kouři. Pro děti kuřáček je typické, že jsou kojeny méně než ostatní děti jejich věku. Jednak je to tím, že nikotin inhibuje tvorbu prolaktinu, takže matky ztrácejí předčasně mléko. Dále často kojenec mléko odmítá pro jeho pachůl pocházející od složek tabákového

kouře, které do něj přešly. Také respirační cestou dostává kojenec větší dávku toxinů než dospělý člověk vzhledem k vysoké dechové frekvenci. Dále po porodu dochází k rychlému a extenzivnímu růstu a vývoji plic, které v tomto období jsou citlivější k účinkům chemických i biologických kontaminantů v ovzduší. V poporodním období a v časném dětském věku nejsou ještě vyvinuty obranné mechanismy v dýchacích cestách, hlavně čistící schopnost řasinkového epitelu. Také imunitní systém je ještě nezralý. Proto dráždivé a toxické látky z cigaretového kouře mohou poškodit sliznice dýchacích cest tak, že zvyšují jejich vnímavost k různým patogenům. Děti exponované tabákovému kouři jsou obecně více nemocné v důsledku snížení imunity. Dvojnásobně se zvyšuje riziko zánětu středního ucha, který se nejčastěji vyskytuje jako komplikace akutních respiračních infekcí. Uvádí se, že kuřáctví matky zvyšuje riziko exacerbace astma bronchiale a přítomnost atopie. Riziko je ještě vyšší, pokud žena kouřila během těhotenství a v kouření pokračovala i po porodu. Z hlediska psychosociálního jsou děti kuřáků ohroženy vznikem vlastního kuřáckého návyku. Jeho tvorba je snadnější vzhledem k postojům zafixovaným v průběhu celého života. Tyto děti totiž vnímají kuřáctví jako něco běžného a spojují si ho s dospělostí. V období dospívání se tak mnohem snadněji rozvíjí závislost, která má na dozrávající organismus mnohem fatálnější vliv než u kuřáků biologicky zralých (19).

1.8. Definice závislosti a její hodnocení

Podle WHO lze drogovou závislost (toxikomanií, závislost na omamných látkách) definovat jako psychický někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její psychické účinky a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu. Pod pojmem „drogy“ jsou zde myšleny látky, jejichž užití je spojeno s rizikem vzniku závislosti (20).

1.8.1. Podstata vzniku závislosti

Závislost vzniká na základě psychické deprivace, tedy psychického stavu, kdy

není možno uspokojovat některé ze základních potřeb, např. potřeby určitého množství kvalitních podnětů, potřeby stálosti, řádu a smyslu, potřeby prvotních emocionálních a sociálních vztahů, potřeby společenského uplatnění a společenské hodnoty, potřeby otevřené budoucnosti. Pokud tyto potřeby není možné uspokojit přirozenou cestou, deprivovaný jedinec se pokouší hledat jiné způsoby. Velmi často ale momentální a krátkodobé uspokojení a naplnění potřeb „nachází“ při užívání psychoaktivních látek, díky čemuž u něj postupně vzniká závislost (17).

Jak již bylo uvedeno, nikotin obsažený v tabáku je velmi silnou drogou z hlediska vzniku návyku. Vědci se shodují na tom, že určitou roli ve vzniku závislosti hraje i genetická predispozice. Ta může mít u daného jedince vliv na percepci a ovládání stresu, vnímavost specifických receptorů k účinkům nikotinu nebo na rychlost metabolické biotransformace nikotinu, tedy na faktory ovlivňující vznik závislosti. Odhaduje se, že dědičné dispozice přispívají ke vzniku závislosti na tabákových výrobcích z 52%.

Vznik závislosti na kouření je v dnešní době již problémem dětského věku. Asi 90% dospělých kuřáků začíná kouřit během dospívání. V České republice začne denně kouřit přibližně sto dětí a to nejčastěji ve věku čtrnácti let. Ve věku třinácti až patnácti let u nás kouří pětatřicet procent dětí a dalších devět procent užívá jiné formy tabáku. S věkem výskyt kouření stoupá. Tragické pro budoucí generace je to, že dívky dnes kouří více než chlapci. Na tomto stavu se podle vědců mimo jiné také podílí fakt, že u mladistvých kuřáků vzniká závislost mnohem dříve a po menších dávkách než u dospělých (16).

1.8.2. Projevy závislosti

Podle Světové zdravotnické organizace se jedná o závislost, tehdy pokud je po dobu jednoho měsíce nebo opakovaně v kratších obdobích v průběhu dvanácti měsíců vykazuje alespoň tři z těchto znaků:

1. Silná touha nebo nutkání užívat látku (=craving, bažení)
2. Potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a konec nebo množství látky.

3. Je přítomen tělesný odvykací stav (abstinenční příznaky), ke zmírnění těchto příznaků musí být znovu užita látka.
4. Vzniká tolerance. K dosažení původního účinku musí být užíváno více látky.
5. Postupné zanedbávání jiných zálib a zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z účinků.
6. Pokračování užívání i přes jasné důkazy škodlivých následků (36).

1.8.3. Rozdělení závislosti

Závislost na tabáku můžeme rozdělit na dva druhy závislosti: psychosociální a fyzickou (23).

1.8.3.1. Psychosociální závislost

Sociální závislostí kouření začíná. Většinou jsme v nějaké společnosti, kde je nám dobře a kde se kouří. Zůstat nekuřákem v takovém prostředí, kde jsme jinak rádi, je těžké, a proto většinou po nějakém čase podlehneme a zapálíme si s ostatními. Pak se pomalu staneme kuřákem.. **Kouřit ve společnosti určitých lidí, to je závislost sociální.** Je třeba přiznat, že ve společnosti kuřáků má kouření i kladné stránky: rituál zapalování cigarety pomůže při sblížování, překonání rozpaků při setkání. Může zakrýt naši momentální bezradnost nebo nerozhodnost, vyřeší problém kam s rukama. Při prvních kuřáckých pokusech člověk může mít různé nepříjemné pocity, ale brzy se objeví tolerance, nepříjemné stavy zmizí a člověk si na kouření zvykne. Kromě sociální vazby se začne vytvářet další vazba - **psychická. Cigareta začne být vaším pomocníkem, berličkou při řešení různých situací a stane se samozřejmou součástí vašeho životního stylu a chování.** Závislost psychická znamená kouřit v typických situacích: po jídle, po práci, ve stresu, při návalu práce, při odpočinku, při kávě, při telefonování. Tohle spojení je zafixované. **Psychosociální závislost, je závislostí na cigaretě jako takové,** bez ohledu na její složení, bez ohledu na nikotin a na to, co poskytuje: je to jen

potřeba držet v ruce tu kouřící tyčinku, manipulovat s ní, pozorovat ladně se vinoucí tabákový kouř (23).

1.8.3.2. Fyzická závislost

Teprve po určité době, která je u každého různá, se objevuje závislost fyzická. Nemusí k ní dojít u všech kuřáků, někteří mohou zůstat příležitostnými kuřáky celý život, aniž by byli závislí na nikotinu. To jsou však spíše výjimky, **na nikotinu je závislých kolem 85 % kuřáků** (23).

1.8.4. Abstinенční syndrom

„Nikotinový abstinенční syndrom“ se nejčastěji projevuje chutí na cigaretu, zvýšenou nervozitou, nesoustředěností, změnou nálad až depresí, podrážděností, někdy také nespavostí, únavou, kterou doprovázejí problémy s trávením, bolesti žaludku či zácpa. Abstinенční příznaky trvají průměrně tři měsíce (9).

1.9. Závislost rizikových skupin s ohledem na téma této práce

1.9.1. Kouření těhotných žen

Každá žena uvažující o těhotenství musí být plně informována o riziku kuřáctví a musí jí být poskytnuta pomoc v jeho zanechání. Pomoc těmto ženám zanechat kouření je prioritou porodníků, gynekologů a praktických lékařů. Dětské lékaři přebírají zodpovědnost po narození dítěte, kdy nízká porodní hmotnost je příčinou nutné intenzivní péče. Bylo zjištěno, že tato péče je 3 – 6 krát finančně náročnější než náklady na léčbu závislosti na tabáku u těhotné ženy. Budoucí těhotenství je ideálním časem pro ženu kuřačku a jejího partnera kuřáka, aby se rozhodli přestat kouřit. Jsou vnímavější na informace, mají častější přístup ke zdravotnickým službám a jsou spíše schopni změnit svůj dosavadní životní styl. Převážná většina žen je motivována přáním, aby očekávané dítě bylo zdravé. Často stačí k zanechání kouření varování, že je kouřením plod ohrožen

(10). Nejčastějším následkem kouření ženy v těhotenství je proporcionální růstová retardace novorozence narozeného v termínu. Projevuje se snížením porodní hmotnosti (v průměru o 100 až 300 g), zkrácením tělesné délky, obvodu hlavičky a obvodu hrudníku. Dvojnásobně je zvýšeno riziko narození dítěte s porodní hmotností nižší než 2 500 g. K zpomalení tělesného vývoje plodu, které bývá někdy označováno jako **fetální tabákový syndrom**, přispívá nedostatek kyslíku a výživy plodů kuřáček. Ze známých látek se podílí vazokonstrikční účinek nikotinu, přestup oxidu uhelnatého placentou a jeho vazba na plodový hemoglobin, případné toxické poškození placenty (např. kadmium vyvolává cévní změny s následnou nekrotizací tkáně) (17). Příznivý vývoj plodu je závislý na zásobení placenty mateřskou krví. Nikotin snižuje průtok krve z matky do plodu a tím i přísun kyslíku. To má za následek hypoxii plodu. Prenatální hypoxie přetrvává u novorozenců postižených fetálním tabákovým syndromem i po porodu, neboť spolu s tělesným růstem je narušen i normální vývoj vnitřních orgánů, nejvíce plic, ovlivněn je také vývoj a funkční schopnosti mozku. Také **předčasné porody** jsou častější mezi kuřáčkami (riziko je 36 – 47 %). Chronický nedostatek kyslíku vyvolává změny v placentě a u plodu a tím může vést k předčasnému ukončení těhotenství. U kuřáček byl také nalezen zvýšený tonus dělohy a amplituda děložních stahů (10).

1.9.1.1. Matky a kojení

Kouření nepříznivě ovlivňuje **kojení**. Nikotin inhibuje produkci hormonu prolaktinu, který řídí produkci mléka při kojení, kuřáčky tedy mívají sníženou produkci mléka. Četné látky z cigaretového kouře (včetně nikotinu) pronikají do mateřského mléka a kromě jeho toxické kontaminace narušují i jeho chuťové vlastnosti (10).

1.9.2. Kouření u dětí a mládeže

„Kdo začne v mládí kouřit, má 70% naději, že bude kuřákem nadosmrti.“

E. P. Eckhol

Fyzická závislost u dětí vzniká rychleji než u dospělých. Mozek dospívajících se ještě vyvíjí a je ke vzniku závislosti náchylnější. Děti se stávají závislými na nikotinu ještě dříve, než se stanou pravidelnými kuřáky.

Velmi brzy, už kolem 2. a 3. roku věku, dítě pozoruje a napodobuje chování rodičů, kteří jsou pro něj přirozeným a samozřejmým vzorem. Vůbec si nepřipouští, že by lidé, kteří pro ně představují záštitu bezpečí a autoritu, dělali věci, které nejsou správné. Napodobování je zpočátku jen neuvědomělé, bez pochopení nějakých souvislostí. Jestliže se některá činnost dítěte stane předmětem většího zájmu jeho okolí, dítě ihned pochopí, že dělá něco výjimečného, což si potvrdí při každém opakování toho, co vzbuzuje rozruch. Také napodobování kouření patří mezi činnosti malých předškoláků, které vyvolávají mezi dospělými veselý zájem a úsměvné komentáře. Mnozí rodiče se dokonce pyšní před návštěvami šikovností svého potomka, který umí přinést krabičku cigaret, dvorně nabídnou dospělým a ještě jim i připálit. Není vzácností, že rodiče posílají děti nakupovat cigarety jejich oblíbených značek do blízké trafiky. Dokonce i skutečné pokusy dětí s kouřením v tomto věku komentují dospělí shovívavým „počkej si, až budeš větší“.

Malé děti nepřemýšlejí o kouření, neplánují, zda budou nebo nebudou kouřit. Přesto přijímají informace, které zásadním způsobem ovlivňují jejich postoj ke kouření: jde o něco zcela běžného a normálního. „Je to správné, když to dělá máma a táta. Není to něco, čeho se mám bát“. Určující význam pro orientaci, jaký způsob života si člověk jednou zvolí, má tedy rodina. Dalším významným faktorem je prostředí, které je pro dítě hned po domově nejbližší, školské zařízení. Docházka do školy představuje pro dítě mimo jiné velké rozšíření jeho sociálních kontaktů. I když tráví stále převážnou část doby se svými vrstevníky ze třídy, skuteční se každý den několik setkání se staršími žáky: na chodbách, na hygienickém zařízení, v jídelně, v okolí školy, při mimoškolní činnosti. Okruh vzorců napodobování se podstatně rozrůstá, postupně se pro dítě stává model chování ostatních dětí významnější než původní rodina. Hledání postavení ve společnosti je pro každého jedince náročné a nesnadné. Nástup puberty je spojen s přirozenou touhou dítěte být respektováno a uznáváno ve světě vrstevníků i dospělých, na druhé straně se však v tomto věku teprve začínají rozvíjet oblasti prozíravosti,

odpovědnosti, zvažování důsledků. Dospělí nemají často čas nebo možnosti rozebírat z tohoto pohledu nápady jejich potomků a jen je stroze odmítají. Děti pak reagují po svém, často ovlivněny negativismem ke všemu, co dospělí uznávají jako významné hodnoty. Jejich kuřáctví je výrazem rebelantství a vzdoru. První cigarety mívají u většiny dětí příchut' „zakázaného ovoce“ a jednotlivé pokusy s kouřením nejsou zdraví nebezpečné. V řadě případů je cigareta „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, které by patologickému procesu zabránila.

1.9.2.1. Příčinné faktory kouření u dětí

Osobní příčinné faktory se mění s věkem. Děti mladšího školního věku kouří ze zvědavosti a snaží se napodobit starší mládež a dospělé. Ve starším školním věku je spíše snaha nezůstat za módou, elegantní manipulace s cigaretou je přitažlivá, působí zde silný vliv vedoucí osobnosti ve třídě, v partě. Kouření je rituálem sjednocování. V adolescenci je typická snaha vypadat dospěleji, ale brzy je kouření diktováno jako u dospělých – farmakologickým účinkem (povzbuzení, uklidnění). Avšak v tomto adolescentním a mladém věku se kouří nejčastěji ve chvílích zábavy a kouření se váže stále úžeji k pití alkoholických nápojů.

Sociální příčinné faktory jsou vázané na rodinu, školu a vrstevníky.

Dostupnost cigaret: přijatelná cena a rozšířený prodej v obchodech.

Propagace tabákových výrobků: V České republice je reklama zakázána, existuje však reklama tzv. implicitní, kouření umělců a vzorových osobností (v televizních programech, filmech). Děti toto počínání, bohužel, velice často napodobují.

V současné době se posunuje upevňování návyku kouření až do věku mezi 20. – 30. rokem. Je často vyprovokováno zátěžemi, které mladý člověk nemůže zvládnout. Kouření je všeobecně tolerovaným zvykem a pomáhá napětí odreagovat, i když situace neřeší (18).

1.10. Prevence

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

Z časového hlediska prevence můžeme prevenci rozdělit na primární, sekundární a terciární (6).

1.10.1. Prevence primární

Prevence je soubor činností a opatření, jejichž cílem je zachování zdraví či zlepšení kvality života člověka nemocného. **V případě závislosti na tabáku by měl být kladen důraz především na prevenci primární, tedy na zabránění vzniku závislosti.** Tak by došlo k eliminaci vzniku fatálních zdravotních následků dlouhodobého abúzu tabákových výrobků v populaci kuřáků i mezi nekuřáky vystavenými účinkům tabákového kouře.

Podle výsledků dlouhodobého pozorování, je třeba **s prevencí závislosti na tabáku začínat již v období předškolního věku.** V této době dochází k formování osobnosti dítěte a jeho trvalých postojů. Vhodná forma intervencí pro podporu zdravého životního stylu je tedy v tomto věku velmi účinná (7). Je však třeba připomenout, že prevence by měla začínat u rodičů již v době před početím dítěte. Každé dítě, které je chronicky vystavováno působení tabákového kouře, je potencionálně více tolerantní k subjektivně nepříjemným příznakům působení tabáku na organismus a pozdější vznik závislosti je pravděpodobnější. Důležitý je také postoj dítěte ke kouření jako k něčemu normálnímu, ne nijak nežádoucímu, který je vybudován kuřáckou rodinou a jejím vzorem.

Prevence kouření by měla vycházet z více zdrojů. **Základem je rodina** a její fungování ve výchově a citovém i intelektuálním rozvoji dítěte. Za nejdůležitější způsob působení rodiny v prevenci vzniku závislosti dětí na tabáku je považováno nekuřáctví

rodičů. Pozitivní nekuřácké vzory v rodině, zabránění jakémukoli vystavení dětí tabákovému kouři, podpora zdravého sebevědomí a citové stability dítěte, to vše jsou způsoby, jak maximálně snížit riziko vzniku závislosti. Velmi důležité je, aby se dítě cítilo v rodině bezpečně. Aby cítilo lásku a zázemí, podporu a pomoc při řešení veškerých problémů. Musí být rozvíjeno po všech stránkách, podporováno ve svých zájmech a koníčcích. Rodiče by měli znát jeho kamarády a způsob, jakým tráví volný čas. Měli by dítě přiměřeným způsobem upozornit na negativní vlivy kouření, vysvětlit mu, že cigarety nejsou symbolem dospělosti, ale lidské slabosti.

Další důležitou složkou podílející se na prevenci kuřáctví je **vzdělávací systém**. Pedagogové by se v rámci svých možností a s přihlédnutím k věku dítěte měli podílet na prevenci kuřáctví. Jejich výchovná činnost by se měla soustředit především na vyplňování informačního deficitu, ujasnění si vlastních hodnot, vysvětlování představ a norem společnosti k užívání tabáku, zvládání stresu, objasnění vlivu vrstevníků, sociálního a rodinného prostředí na vznik závislosti na tabáku, nabízení způsobů jak se ubránit sociálnímu tlaku, pochopení taktiky reklamy, atd. Tyto postupy musejí být především interaktivní. Děti a mládež musejí mít možnost se aktivně podílet na tvorbě svých vlastních postojů v průběhu vzdělávacího a výchovného procesu. **Ideální je samozřejmě koordinovaná spolupráce** pedagogů, rodiny, zdravotníků, psychologů a dalších odborníků na prevenci závislosti na tabáku.

Velmi důležité jsou postoje společnosti jako celku. Ten se odráží nejen v legislativních normách týkajících se kouření, ale i v postojích a chování lidí veřejně známých, oblíbených či populárních. Tolerance a nepřímá propagace kouření na veřejnosti je v dnešní době běžnou záležitostí. V rámci společnosti jako celku je třeba nastavit legislativní rámec tak, aby nebylo umožněno libovolné působení propagace kouření jako něčeho žádoucího. Jde především o naprostý zákaz reklamy a sponzorování, omezení marketingu, daně pokrývající 70% ceny a reagující na inflaci, výrazná barevná a obměňující se varování na obalech tabákových výrobků, zákaz kouření ve veřejných prostorách včetně všech restaurací a omezení přístupu k cigaretám, zvláště pro nezletilé (20).

1.10.2. Prevence sekundární

Tento typ prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě před tím než nemoc způsobila poškození.

1.10.3. Prevence terciální

Je používána tehdy, kdy nemoc již způsobila poškození. Jejím cílem je předejít dalším možným škodám, překrývá se s léčbou závislosti na návykových látkách a zmírnění škod.

1.11. Prevence ve škole a školní programy

Bylo opakovaně potvrzeno, že kuřáci, kteří začali kouřit pravidelně již v dětství, bývají v dospělosti silnějšími kuřáky a také u mladých kuřáků se závislost rozvíjí rychleji. Nezralý organismus dětí má horší obranné mechanismy a hlavní roli hrají také psychické zvláštnosti dětského věku (menší odpovědnost a větší odvaha riskovat). Toto vše spolu s tolerantním postojem společnosti ke kouření má za následek rychlejší rozvoj závislosti u dětí a rychlejší nástup poruch zdraví.

Bohužel, celosvětovým trendem je, že počátky kouření se posunují do stále nižších věkových skupin. Právě proto je důležitá prevence již od dětského věku a hlavní roli vedle výchovného působení rodiny by měla mít škola.

Školní řád zakazuje kouření v prostorách školního zařízení jen žákům a studentům. Bohužel i mezi učiteli najdeme kuřáky a právě učitel by měl být příkladem pro žáky a studenty. Učitel, který kouří veřejně, se chová neprofesionálně.

Sledování kuřáctví dětí by nemělo končit za branami školy. Při opakovaném zjištění, že dítě kouří, by si měl učitel s ním promluvit a popřípadě tento případ řešit za pomoci školního metodika pro otázky prevence drogových závislostí. Důležitá je spolupráce s rodiči. Bohužel, mnozí rodiče však kouření svých dětí tolerují a nereagují na upozornění školy, že jejich dítě kouří (21).

Vhodnou součástí výchovy ke zdraví na základních školách jsou nejrůznější programy a projekty podpory zdraví.

1.11.1. RVP

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání zavádí devět vzdělávacích oblastí, mezi nimi i oblast Člověk a zdraví. Do vzdělávací oblasti Člověk a zdraví patří vzdělávací obory výchova ke zdraví a tělesná výchova (do níž je zahrnuta zdravotní tělesná výchova).

Vzdělávací obor výchova ke zdraví je v rámcovém vzdělávacím programu vymezen následovně: „Výchova ke zdraví přináší základní poznání o člověku v souvislosti s preventivní ochranou jeho zdraví. Učí žáky aktivně rozvíjet a chránit zdraví v propojení všech jeho složek (sociální, psychické a fyzické) a být za ně odpovědný. Žáci si upevňují hygienické, stravovací, pracovní i jiné zdravotně preventivní návyky, rozvíjejí dovednosti odmítat škodlivé látky, předcházet úrazům a čelit vlastnímu ohrožení v každodenních i mimořádných situacích. Rozšiřují a prohlubují si poznatky o rodině, škole a společenství vrstevníků, o přírodě, člověku, vztazích mezi lidmi a učí se dívat na vlastní činnosti z hlediska zdravotních potřeb a životních perspektiv dospívajícího jedince a rozhodovat se ve prospěch zdraví.“

Mezi specifické cíle výchovy ke zdraví na 2. stupni ZŠ patří:

- osvojit si základní dovednosti a nejdůležitější způsoby chování související s péčí o zdraví
- umět poskytnout první pomoc při ohrožení zdraví a života;
- pochopit význam zdravé výživy
- vědět, jak odolávat různým tlakům vedoucím k protispolečenskému jednání a poškozování sebe sama (kriminalita, drogy,...)
- pochopit význam domova, rodiny a svou měnící se roli v rodině v souladu s vlastním dospíváním;
- získat základní poznatky v oblasti lidské sexuality, dokázat se vyvarovat rizikovým formám sexuálního chování a odpovědně se rozhodovat v oblasti sexuálního zdraví

- získat schopnost orientace v informacích vztahujících se k problematice zdravého způsobu života
- pochopit, že zdravý životní styl je důležitou součástí systému vlastních životních hodnot a upřednostňovat aktivní a zdraví prospěšné formy využívání volného času.

Na 2. stupni ZŠ souvisí s výchovou ke zdraví některé specifické cíle a učivo (3). Rámcové programy stanovují závazný rámec vzdělávání a standardizují vzdělávací obsah pro předškolní, základní i střední vzdělávání. Školní úroveň je dána školními vzdělávacími programy.

1.11.2. ŠVP

Školní vzdělávací program (dále jen ŠVP), si vytváří každá škola podle zásad stanovených v příslušném RVP. ŠVP se stává povinným dokumentem, který je stanoven školským zákonem. Ředitel školy odpovídá za jeho přípravu a realizaci. Při tvorbě vlastních ŠVP mohou školy zohlednit specifika žáků, záměry a podmínky školy i regionu. ŠVP dává příležitost k propojení úsilí a zkušeností jednotlivých učitelů, které by mělo vést k vytvoření společné představy o tom, jaké postupy zvolíme k realizaci požadavků RVP na škole. Jak je budeme zajišťovat, jaký vzdělávací obsah zvolíme, jak jej přizpůsobíme potřebám žáků, podmínkám školy, jak budeme společně působit na žáky, jejich rodiče, partnery školy atd. Dává nebývalou možnost promýšlet a projednávat množství společných úkolů i problémů (11).

1.11.3. Peer programy

Slovo peer pochází z angličtiny. Jedním z jeho významů je vrstevník. Peer program je tedy vrstevnický program, kterého se může zúčastnit kdokoli ve věku od 15 do 20 let. Cílem takového programu je vytvořit skupiny dobrovolníků, kteří by aktivně působili v oblasti primární prevence (11).

1.12. Programy a projekty podpory zdraví

Péče o individuální zdraví je především záležitostí každého občana, v některých oblastech však překračuje jeho možnosti. Tam pak zajišťuje potřebné předpoklady stát realizací své zdravotní politiky. Základní téma této politiky je obsaženo v „Dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21“ (15).

1.12.1. Zdraví 21

Členské státy WHO přijaly na svém zasedání v roce 1998 program Zdraví pro všechny v 21. století. Jde o komplexní dokument, podle něhož se má dosáhnout v prvních dvou deseti-letích 21. století podstatného zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva evropských států. Konkrétní úkoly programu Zdraví 21 týkající se základních škol nebo přípravy učitelů jsou následující:

1. Děti a dospívající mládež by měly být způsobilější ke zdravému životu a měly by získat schopnost dělat zdravější rozhodnutí.
2. Podstatně snížit podíl mladých lidí, kteří se podílejí na zdraví škodlivých formách chování, ke kterým patří konzumace drog, tabáku a alkoholu.
3. Mezi osobami staršími než 15 let by mělo být 80 procent nekuřáků a mezi osobami mladšími než 15 let by nekuřáci měli představovat téměř 100 procent – účinná ochrana nekuřáků, především dětí, před pasivním kouřením, podpora účinných preventivních programů a podpora osvětových kampaní zaměřených na zvýšení informovanosti o rizicích kouření pro zdraví, na změnu postojů a chování ve prospěch zdravého způsobu života.
4. Počty smrtelných a vážných zranění v důsledku dopravních nehod snížit alespoň o 30 % – do celostátního programu školní dopravní výchovy zavést individuální a skupinový přístup s větším důrazem na výcvik v reálné situaci, vybudovat systém výchovy dětí,

mládeže a dospělých k poskytování první pomoci.

5. Počty úmrtí a vážných úrazů na pracovišti, doma a při rekreaci snížit nejméně o 50 % – zvýšit úroveň preventivních a výchovných aktivit v oblasti prevence úrazů.
6. Spotřeba alkoholu na osobu by neměla přesáhnout 6 litrů za rok a u osob mladších 15 let by měla být nulová – snížit poptávku po alkoholu a jiných návykových látkách u dětí a dospívajících realizací cílených programů ve školách.
7. Snížit rozšiřování drog alespoň o 25 % a úmrtnost v důsledku jejich užívání alespoň o 50 % – snížit poptávku po návykových látkách u dětí a dospívajících zavedením preventivních programů do škol.
8. Připravit a realizovat začlenění státní správy a samosprávy na úrovni krajů do odpovědností při koordinaci aktivit ve prospěch rozšiřování počtu škol (ZŠ a MŠ), které se na jejich území budou programově orientovat na podporu zdraví.
9. Rozšiřovat pravidelně informace o programu podpory zdraví do sítě škol v ČR prostřednictvím zavedených tištěných periodik a webových stránek (20).

1.12.2. Projekt řetěz lásky k dětem

Základním mottem tohoto projektu je, ochránit děti od tabáku. Tento projekt byl vydán 5.11. 2003. Návrhy vzešly studiemi mnoha odborných prací a medicínských statistik. Na vzniku se podílela řada odborníků, kteří prosí naše vážené zákonodárce, aby zákonem upravili:

1. Zákaz obchodování tabákových výrobků v síti potravinových prodejen či spolu s potravinami a zdravotně nezávadným zbožím. Nastavit jasná pravidla prodeje této drogy již nemocným kuřákům tak, aby se minimalizoval prodej tabákových výrobků dětem. Ideálním stavem by byl prodej výhradně v certifikovaných prodejnách tabáku a to samozřejmě i za cenu rozšíření této kontrolovatelné sítě. Velmi zajímavým se ukazuje také návrh prodávat tabák v lékárnách, kde by si dospělý kuřák uvědomil, že

kouření je nemoc a lékárny disponují nejen širokou prodejní sítí, ale také odborným personálem, tedy je zde reálný předpoklad, že se touto formou prodeje tabák k dětem dostane v minimální míře a s velkým preventivním dopadem.

2. Povinnost informovat o nemoci kouření a jejích důsledcích před filmovým dílem či hudebním klipem, kde je kouření tabákových výrobků předváděno.

3. Zákaz kouření na všech veřejných prostorech, nikoliv jen v budovách. V parcích, na náměstích, ale i ostatních veřejně přístupných vnějších i vnitřních prostorech spravovaných státem je nejčastěji cigareta propagována nemocnými, neboť tam chodí také a dominantně nekuřáci, mladí lidé, maminky s dětmi. Dochází tak k velmi častému šíření této nemoci napodobováním a také ke znečišťování ovzduší zejména v uzavřených prostorech a životního prostředí, (nedopalky, poházené krabičky, tabákové propriety), ve vnějším prostředí - parky, náměstí, prostory před zábavními středisky, kiny a restauracemi, bary, kluby.

4. Povinné informace v celoplošných médiích o nemoci kouření a tabáku (5).



1.13. Kouření a legislativa ČR

Kouření, problematiku tabákových výrobků a tabákových pomůcek upravují v České republice, tyto zákony:

- **Zákon č. 379/2005 Sb.** – O opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, ve znění pozdějších předpisů. Zákon se zabývá okolnostmi, které sledují ochranu před škodami na zdraví vlivem tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek. Zákon dále stanovuje opatření omezující dostupnost tabákových výrobků a alkoholu. Také vymezuje působnost správních orgánů při tvorbě a realizaci programů, které mají chránit před škodami způsobenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a dalších návykových látek.

- **Zákon č. 110/1997 Sb.** – O potravinách a tabákových výrobcích, ve znění pozdějších předpisů. Stanovuje povinnosti provozovatelů potravinářských podniků a osob, které vyrábějí nebo uvádějí do oběhu tabákové výrobky, a to v souladu s právem Evropských společenství a na základě bezprostředně závazných předpisů tohoto společenství.

- **Zákon č. 231/2001 Sb.** – O provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů. Reklama na tabákové výrobky nesmí být zaměřena na osoby mladší 18 let, zejména zobrazením těchto osob nebo užitím prvků, prostředků nebo akcí, které tyto osoby převážně oslovují. Dále takováto reklama nesmí nabádat ke kouření slovy nebo tím, že zobrazuje scény s otevřenými krabičkami cigaret nebo scény, kde lidé kouří nebo drží cigarety nebo jiné tabákové výrobky. V reklamě se dále zakazuje bezplatné dodávání vzorků tabákových výrobků široké veřejnosti (20).

- **Vyhláška č. 344/2003 Sb.** - Zdravotní varování na obalech a další požadavky na tabákové výrobky

- **Zákon č. 353/2003 Sb.** – O spotřebních daních, ve znění pozdějších předpisů.

- **Zákon č. 561/2004 Sb.** - Školský zákon, ve znění pozdějších předpisů. Zakazuje kouření ve vnějších i vnitřních prostorách všech typů škol a školských zařízení (35).

- **„Bílá kniha“** – je zde popsána současná situace kouření v České republice. Dále jsou v ní vymezeny postupy co učinit, aby se stav zlepšil. Cílem není pouze eliminovat počet kuřáků, ale především podpořit současný zdravotní stav populace. Návrhy strategie jsou podloženy zkušenostmi jiných států, které již v kontrole tabáku úspěšně pokročily. Výčet jednotlivých kroků a cílů je následující: zvyšování spotřební daně tabákových výrobků, důslednější kontrola pašování cigaret do a z České republiky, zřízení poraden pro odvykání kouření ve všech okresech státu, uplatňování krátkodobého poradenství v každodenní praxi lékaře, mediální kampaně zaměřené na lepší informovanost důsledků kouření, zřizování nekuřáckých restaurací, pohostinství a barů, v hotelích zřizování nekuřáckých pokojů, nekuřáctví ve vládních budovách a v budovách státní správy (20).

1.14. Léčba

Většina kuřáků proklíná den, kdy se dala zlákat k tomu, aby si zapálila první cigaretu. Zvyknout si na nikotin pak už nebylo nijak těžké. Podstatně horší však je zbavit se léta hýčkané závislosti. Nad rozumovými argumenty, že návyk leze čím dál víc do peněz, o dýchavičnosti či typickém kašli ani nemluvě, většinou vítězí touha dát si ještě jednu lákavou tabákovou tyčinku. Zejména ke kávě či alkoholu, k nimž tolik chutná. Lékaři nabízejí východisko z tohoto v podstatě začarovaného kruhu. Podle jejich doporučení je třeba od základu změnit navyklé stereotypy a najít si takřikajíc náhradní rituály, v nichž už nebude cigareta hrát důležitou roli. Mimo jiné je třeba vzdát se nápojů, které jsou s ní těsně spjaty. Místo kávy či skleničky něčeho ostřejšího si raději dopřát bylinkový čaj nebo ovocnou šťávu, s nimiž zrovna neladí. Kuřácké přestávky, během nichž se každý snaží horečně doplnit klesající hladinu nikotinu, může spolehlivě nahradit procházka. Zpočátku pomáhá i žvýkačka či nikotinové náplasti, jež

zmírňují abstinenci příznaky a snižují chuť si zapálit. Důležitou roli hrají i sportovní aktivity.

Většinou se kuřáci pokouší přestat bez cizí pomoci, ale úspěšnost těchto pokusů bývá nízká. Ročně úspěšně přestane kouřit kolem 2 % kuřáků. Proto vznikají centra pro podporu a léčbu kuřáků, kteří chtějí přestat kouřit.

1.14.1. Centra léčby závislosti na tabáku

V ČR vznikají od roku 2004 specializovaná centra léčby závislosti na tabáku zatím při fakultních nemocnicích, většinou na pneumologických nebo interních klinikách. V centru pracuje minimálně jeden lékař a jedna sestra. Nabízejí diagnostiku, základní klinické vyšetření, intenzivní psychosociální a behaviorální intervence (skupinové nebo individuální) a předepisují léky (10).

1.14.2. Poradny pro odvykání kouření

Existuje také velké množství poraden pro odvykání kouření, které poskytují především psychosociální podporu a podporující konzultace. Tyto poradny nejsou součástí léčebně - preventivní péče jako centra pro léčbu závislosti na tabáku. Ve formě tzv. krátké intervence by se měli podílet na realizaci prevence kouření zdravotníci na všech úrovních péče. Tato krátká intervence spočívá v aplikaci postupu „5P“, tzn. „ptát“ se na kuřáctví při každé příležitosti, „poradit“, tj. doporučit přestat kouřit, „posoudit“ ochotu přestat a pokud není dostatečná, snažit se motivovat, „pomoci“ těm, kteří chtějí přestat a „plánovat“ celý proces odvykání i kontrolní návštěvy (10).

1.14.3. Behaviorální a psychosociální intervence

Každý lékař by měl každému kuřákovi jasně doporučit přestat kouřit. Pokud pacient přestat nechce, měl by se pokusit motivovat ho (např. vysvětlil souvislost mezi kouřením a jeho zdravotními problémy). Pokud pacient přestat chce, měl by se ho zeptat na nejčastější kuřácké situace a zkusit pacienta přimět k tomu, aby si dopředu připravil náhradní řešení (tj. jak je prožít bez cigarety, nebo jak se těmito situacím vyhnout).

Lékař by také měl poučit pacienta o vzestupu tělesné hmotnosti po zanechání kouření, kterému lze předejít mírným omezením energetického příjmu. V případě závislosti na nikotinu by měl doporučit farmakologickou léčbu. I když tato konzultace s lékařem trvá 3 až 5 minut a má účinnost 3 až 5 %, má obrovský význam.

Dlouhodobějším a intenzivnějším programem je individuální nebo skupinová terapie, čím je delší a intenzivnější, tím je účinnější (po více než 3 hodinách se ale účinnost nezvyšuje). Při současné farmakologické léčbě lze dosáhnout abstinence u 10 až 30 % kuřáků (18).

1.14.4. Farmakologická léčba

Tato léčba je vhodná pro kuřáky závislé na nikotinu (ti, co kouří 10 a více cigaret denně a po probuzení si do hodiny zapalují první cigaretu). Tato léčba ale zabraňuje především abstinčním příznakům. K tomu, aby pacient přestal kouřit, je nutné jeho rozhodnutí a aktivní změna životního stylu. Tato léčba zahrnuje náhradní terapii nikotinem a lék bupropion (11).

1.14.5. Náhradní terapie nikotinem (NTN)

K léčbě závislosti na tabáku se využívá tzv. náhradní nikotinové terapie. Jejím smyslem je nahradit kouření dodáváním samotného nikotinu v snižujících se dávkách až do jeho úplné eliminace či užití jiného léčiva (bupropionu).

Terapie je kontraindikována v graviditě, při epilepsii, zažívacích poruchách, kardiovaskulárních chorobách, doporučována není u pacientů mladších 18 let. Léková forma a denní dávka nikotinu je dána tíží závislosti. Lze ji zjistit relativně snadno např. Fagerströmovým dotazníkem, viz příloha č. 4. Na základě dosaženého skóre lze závislé jedince rozdělit do 4 skupin se závislostí nízkou, střední, silnou a velmi silnou.

Na prostředky náhradní nikotinové terapie vzniká jen velmi vzácně závislost. Doba trvání terapie činí 10-12 týdnů. K náhradní nikotinové terapii v současnosti slouží tyto přípravky:

1. Nikotinové žvýkačky s obsahem 2 mg a 4 mg nikotinu. Nikotin se z ní vstřebává pouze v dutině ústní, měla by se proto jen několikrát nakousnout a pak nechat půl minuty působit (pod jazykem, mezi zuby a tváří), pak se znovu nakousne a znovu odloží, takto by se mělo postupovat půl hodiny (po dobu, kdy se z ní vyplavuje nikotin).

2. Nikotinové náplasti - náplast se nalepí na kůži a nikotin se vstřebává po celou dobu aplikace (jejich účinek nastupuje pomaleji než u žvýkaček, ale je stálý po celou dobu nalepení náplasti). Náplast není vhodná pro osoby s kožním onemocněním postihujícím celý povrch těla (např. lupénka). Také se může vyskytnout alergická reakce na lepidlo nebo na jinou součást náplasti.

3. Inhalační nikotin - jedná se plastovou špičku, do které se vkládají náplně s 10 mg nikotinu, z nich se při správném potahování vstřebají asi 4 až 5 mg. Nikotin se vstřebává ústní sliznicí, náplň je po otevření aktivní nejméně 20 minut. Denní dávka je přibližně 6 až 12 náplní a léčba by měla trvat nejméně 3 měsíce.

4. Nosní sprej s obsahem 500 mg nikotinu.

5. Nikotinové tablety s obsahem 2 mg nikotinu. Užívají se tak, že se rozpouštějí pod jazykem.

6. Bupropion - tablety s obsahem 150 mg látky. Bupropion je nejúčinnější nenikotinovou léčbou závislosti na tabáku. Zdvojnásobuje úspěšnost podobně jako náhradní terapie nikotinem. U silně závislých kuřáků je doporučena kombinace těchto léků (23).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

3.1. Cíle práce

1. Porovnat výskyt kuřáctví v dětských kolektivech dvou základních škol, venkovského a městského typu.
2. Zpracování návrhu na účinná opatření ke snížení počtu dětských kuřáků.

3.2. Hypotézy

1. V kolektivu žáků venkovské školy je nižší výskyt kuřáctví než ve škole městského typu.

3. METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Jde o práci výzkumnou s kvantitativním zpracováním získaných dat.

3.1. Metodika

K získání údajů o kuřáctví mezi žáky 6.-9. třídy jsem zvolila šetření formou dotazníků, které jsem distribuovala na základní škole venkovského a městského typu. Dotazník byl anonymní a obsahoval 23 otázek. Pomocí dotazníku jsem se pokusila zmapovat postoje dětí ke kouření, zjistit jakým způsobem si žáci shánějí cigarety, jakou mají výši kapesného, kolik cigaret denně vykouří či zda-li se rodiče zajímají o to, jak a s kým jejich děti tráví svůj volný čas.

Dotazování byli seznámeni s formální stránkou vyplňování dotazníku, jakou formou mají odpovídat, aby nedošlo ke zkreslení odpovědí. Dotazníky byly následně vybrány mojí osobou, aby byla snížena možnost obav žáků z případných postihů ze strany učitelů, kdyby odpověděli, že mají zkušenost s kouřením. Celkem jsem rozdala 132 dotazníků ve věkové skupině 11. – 16. let.

Pro snadnější orientaci vyhodnocených dotazníků jsem se rozhodla použít grafy, ve kterých budu srovnávat jednotlivé školy a odpovědi žáků na položené otázky. Údaje zpracované v grafech jsou udávány v relativních hodnotách (%) a zpracované v počítačovém programu Microsoft Excel.

3.2. Zkoumaný soubor

Pro představu o prostředí, kde byl prováděn výzkum, je níže uvedena stručná charakteristika jednotlivých základních škol.

ZŠ Linecká

Základní škola Linecká je základní škola běžného typu. Dělí se na 1. a 2. stupeň,

školní kuchyni s jídelnou a dvě oddělení školní družiny. Jako samostatný právní subjekt byla zřízena k 1. 1. 1994. K materiálnímu vybavení školy patří specializované učebny, jazykové učebny, dílny, cvičná kuchyňka, učebny informatiky i školní tělocvična. Tato škola se nachází ve středu města Český Krumlov, nedaleko náměstí Svornosti u mostu E. Beneše. Budova má dlouholetou historii, byla postavena koncem 19. století a otevřena v roce 1894. Rozsáhlou rekonstrukcí prošla škola v 80. letech 20. století.

K dotazníku se zde vyjádřilo 71 žáků. V šesté třídě 17, v sedmé 18, v osmé 18 a 71 v deváté třídě dotazovaných.

ZŠ Chvalšiny

Tato základní škola se nachází v obci Chvalšiny, v lokalitě Českého Krumlova. Byla zřízena k 1.1. 1995 jako samostatný právní subjekt. Součástí školy je školní družina, školní jídelna od 1.12. 2002 i mateřská škola. Škola má řadu zájmových (jazykové, sportovní, turistické, výtvarné, keramické) kroužků. Děti mají také možnost navštěvovat hru na hudební nástroje. Nabídka zájmové činnosti je široká a vede žáky k efektivnímu využívání volného času. Největší problémem je čas mezi odjezdem žáků domů, kde se může nacházet prostor pro vznik případných nežádoucích jevů, se kterými v menší míře tato škola bojuje. Celkově školu navštěvuje 158 žáků. Vzhledem k tomu, že se jedná o spádovou školu pro 5 okolních vesnic, byla pro další zpracování zařazena tato škola do kategorie „školy vesnické“.

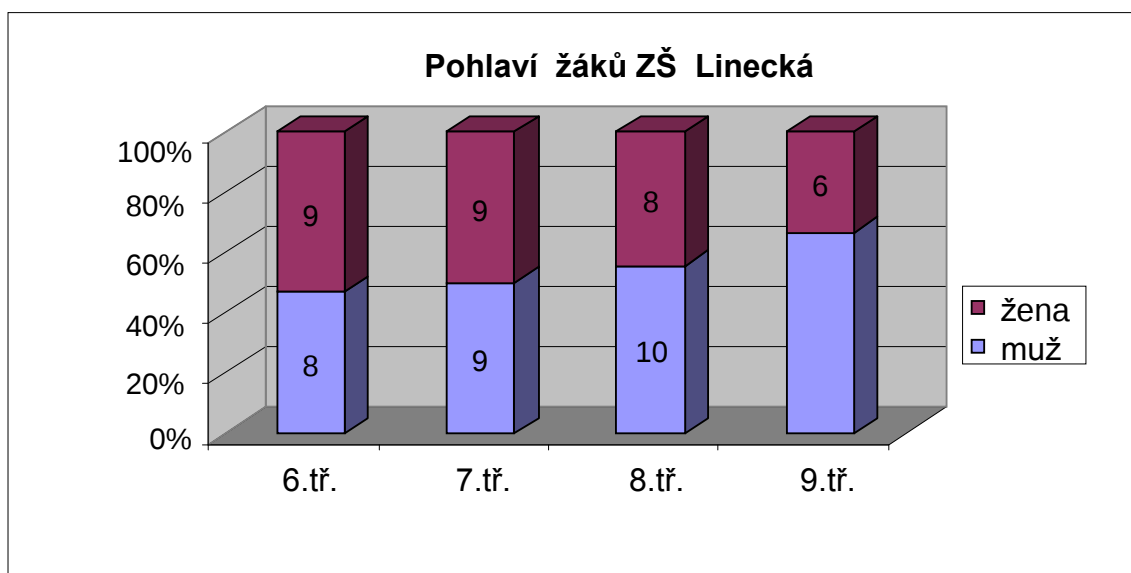
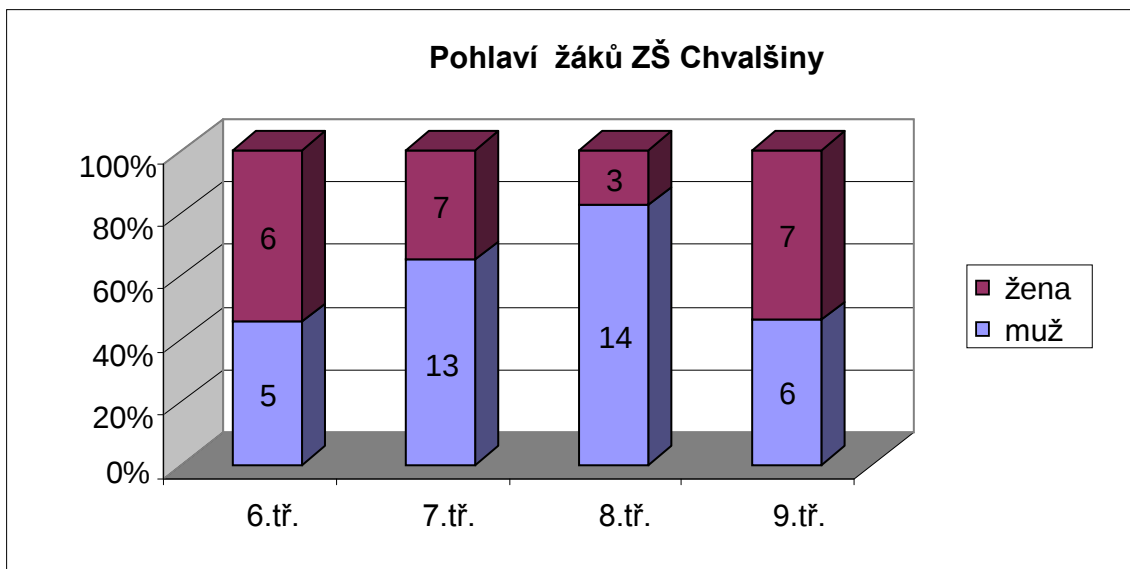
K dotazníku se zde vyjádřilo 61 žáků. V šesté třídě 11, v sedmé 20, v osmé 17 a v deváté třídě 13 dotazovaných.

4. VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

4.1. Děti a kouření

Výsledky jsou prezentovány grafickou a textovou formou. Otázky z dotazníku jsou uvedeny vždy nad grafem.

1.Otázka: Jaké je tvé pohlaví?

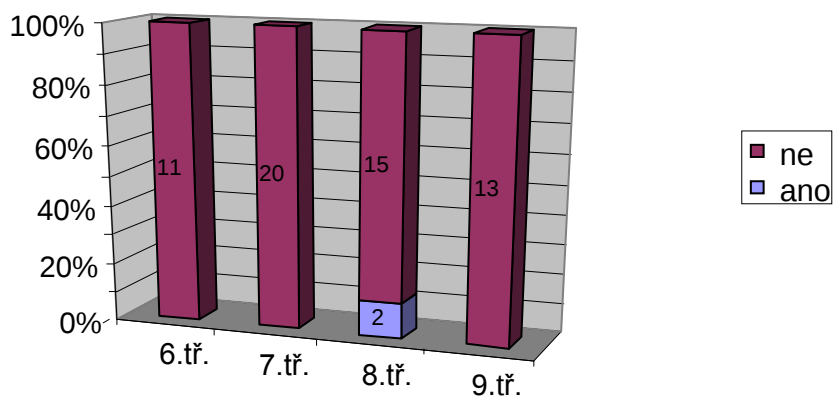


První otázka zjišťovala věk. Soubor respondentů zastoupilo 77 chlapců a 55 dívek.

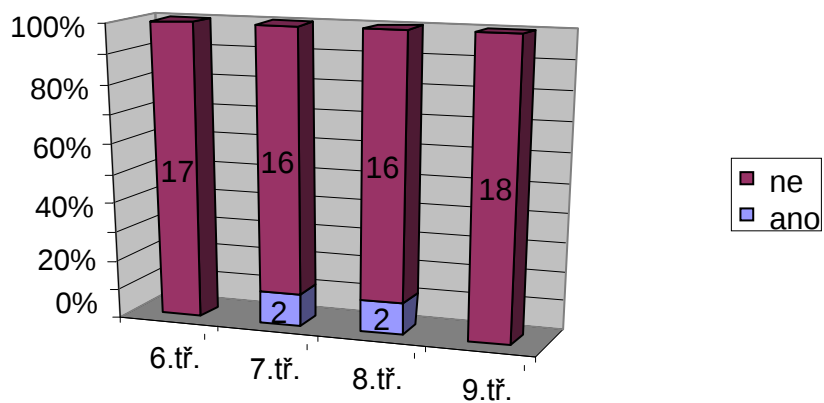
U **ZŠ Chvalšiny** to bylo 23 dívek a 38 chlapců a u **ZŠ Linecká** 32 dívek a 39 chlapců.

2.Otázka: Chodíš za školu?

Poměr žáků ZŠ Chvalšiny, kteří chodí za školu



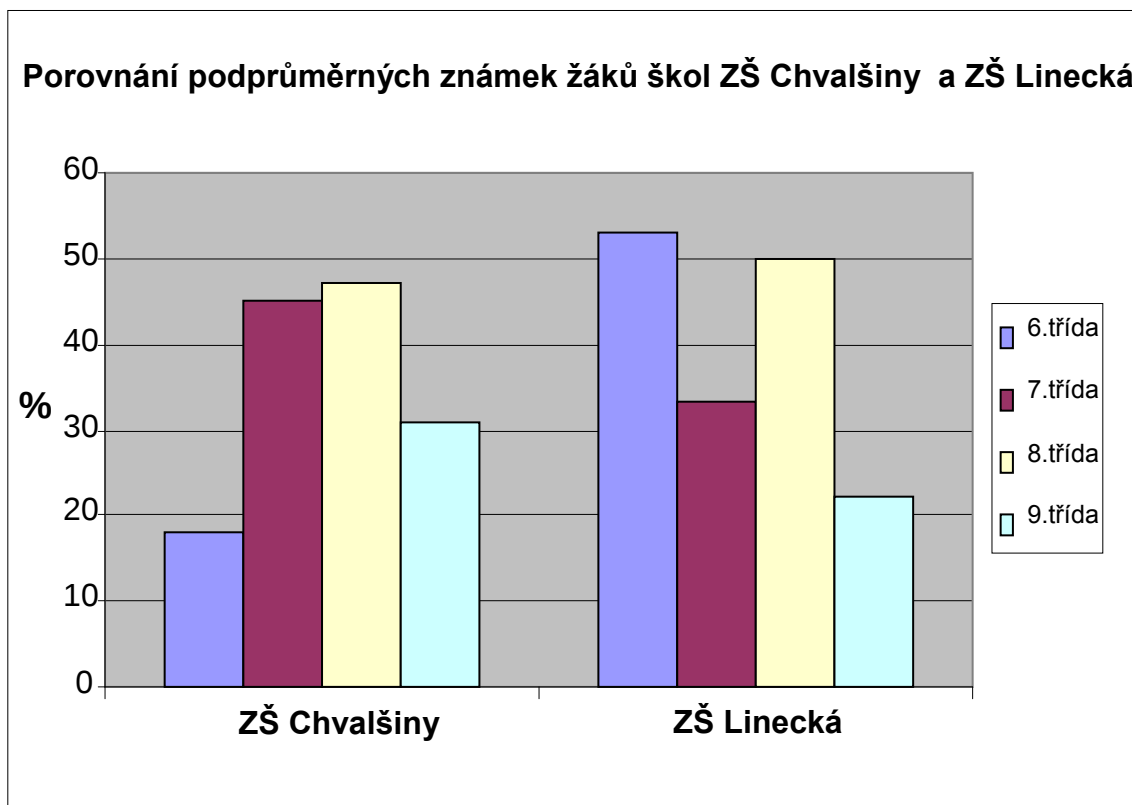
Poměr žáků ZŠ Linecká, kteří chodí za školu



V počtu zameškaných hodin, v důsledku záškoláctví, není mezi žáky ZŠ Chvalšiny a ZŠ Linecká téměř žádný rozdíl.

Zdroj: vlastní výzkum

3.Otázka: Máš podprůměrné známky?



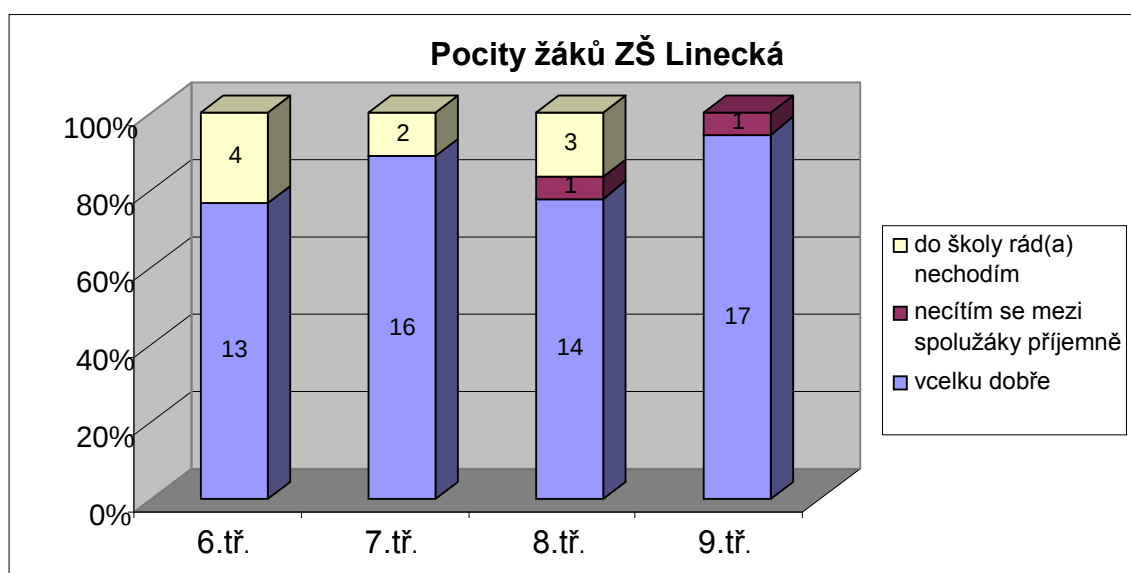
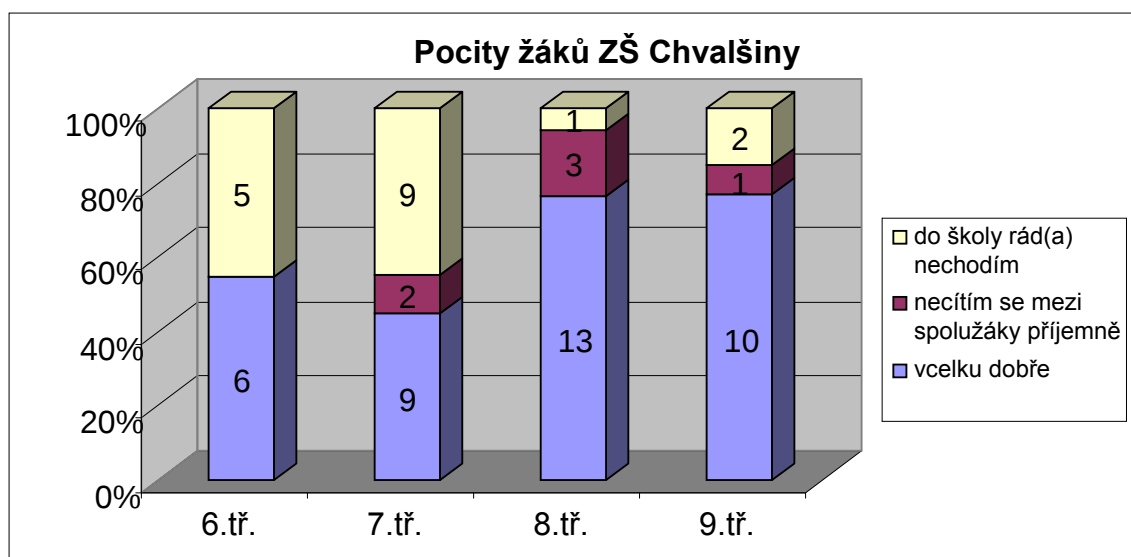
Během dotazníkového šetření bylo žákům vysvětleno co je zamýšleno pod pojmem podprůměrná známka. Tímto hodnocením se myslí prospěch s převahou známek dostatečný a nedostatečný. Na grafu jsou znázorněny odpovědi varianty a), tedy **ano, mám** podprůměrné známky.

Na ZŠ Chvalšiny se v 6. třídě učí podprůměrně 2 žáci (tj. 18%), v 7. třídě 9 respondentů (tj. 45%), v 8. třídě 8 (tj. 47%) a v 9. třídě 4 žáci (tj. 31%), ze všech dotázaných.

Na ZŠ Linecká se v 6. třídě učí podprůměrně 9 repondentů (tj. 53%), v 7. třídě 6 (tj. 33%), v 8. třídě 9 (tj. 50%) a v 9. třídě 4 žáci (tj. 22%), ze všech dotázaných.

Zdroj: vlastní výzkum

4.Otázka: Jak se cítíš ve škole?



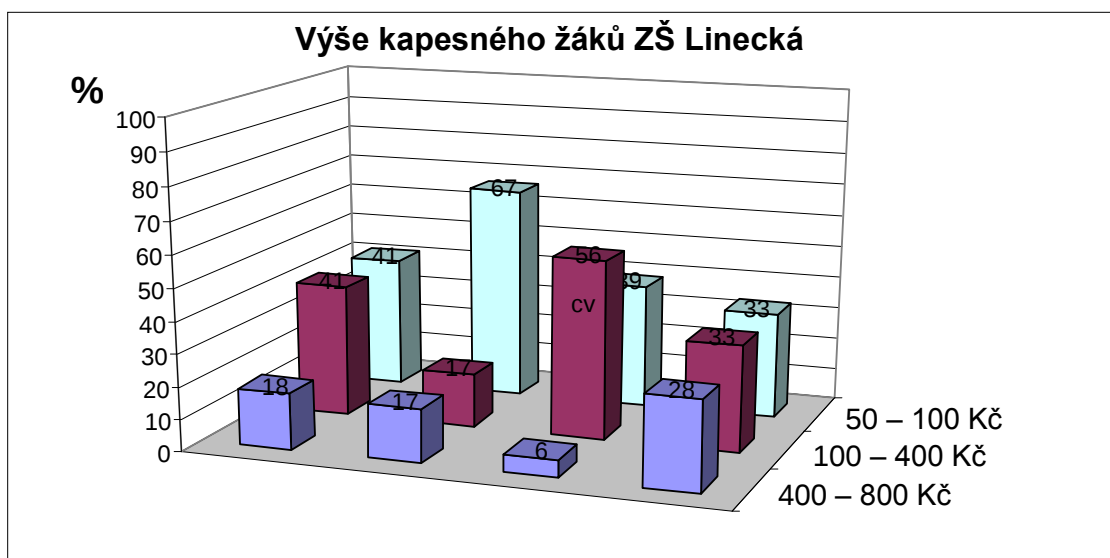
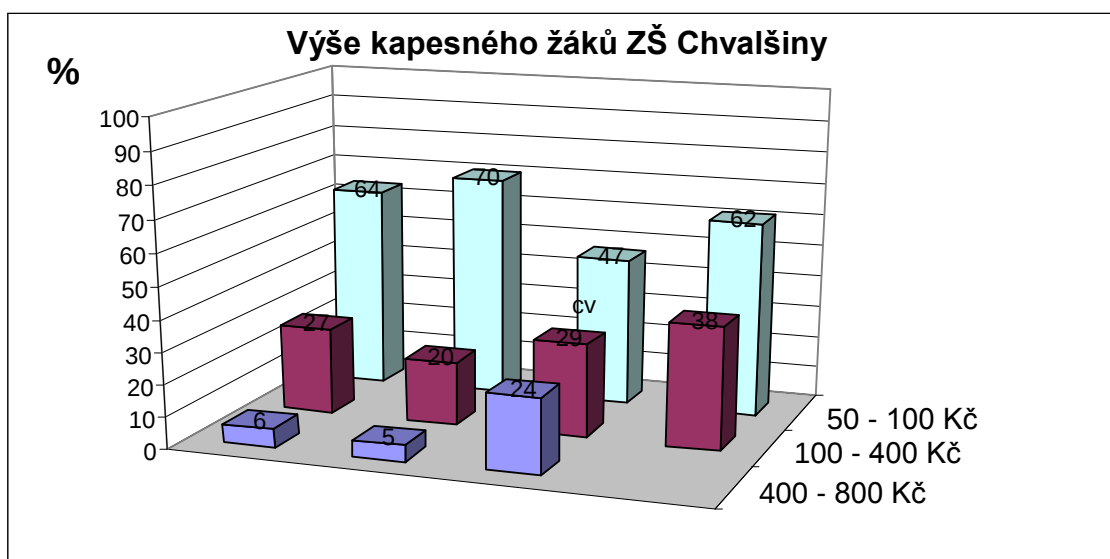
Na **ZŠ Chvalšiny** se z celkového množství 61 respondentů cítí ve škole **23 žáků dobře**, 6 z nich se necítí mezi spolužáky příjemně a **17 ze všech dotázaných nechodí do školy rádo.**

Na **ZŠ Linecká** se z celkového množství 71 respondentů cítí ve škole **60 žáků dobře**, 2 z nich se necítí mezi spolužáky příjemně a **9 ze všech dotázaných nechodí do školy rádo.**

Lze říci, že spokojenost ve škole koreluje s prospěchem.

Zdroj: vlastní výzkum

5.Otázka: Jakou výši kapesného dostáváš od rodičů?



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jestli může být kouření u žáků staršího školního věku podmíněno výškou kapesného. Pokud má žák k dispozici větší sumu peněz než opravdu potřebuje, může ho to vést k tomu, že neví co s penězi a proto investuje například do cigaret.

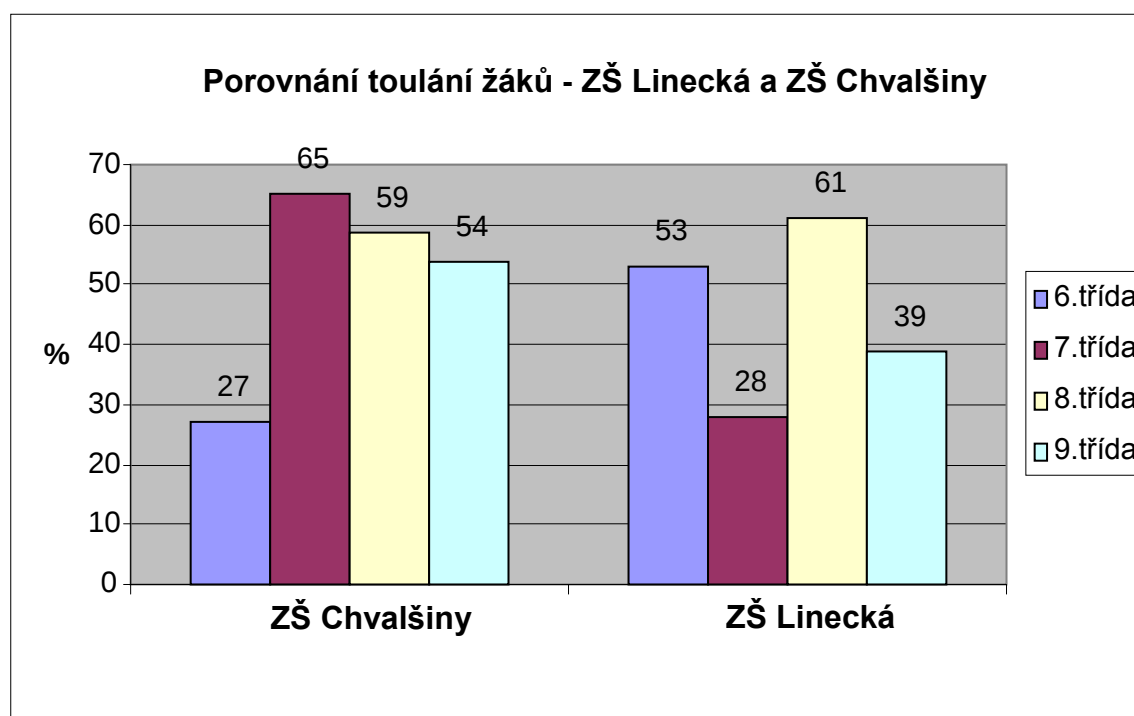
Většina žáků od 6. - 9. třídy dostává kapesné 50 – 100 Kč měsíčně. Vyšší částku, 100 – 400 Kč na měsíc, dostává 3 žáci 6.třídy, 4 žáci 7. třídy, 5 žáků 8. třídy a 5 žáků 9.

třídy, **ZŠ Chvalšiny**. U **ZŠ Linecká** takto vysokou částku dostává 7 žáků 6. třídy, 3 žáci 7. třídy, 10 žáků 8. třídy a 6 žáků 9. třídy. Měsíční kapesné 400 – 800 Kč má na **ZŠ Chvalšiny** k dispozici 1 žák v 6. třídě, v 7. třídě 1 žák, v 8. třídě 4 žáci, z celkového počtu dotázaných (61). Měsíční kapesné 400 – 800 Kč má na **ZŠ Linecká** k dispozici 3 žáci v 6. třídě, 3 žáci v 7. třídě, 1 žák v 8. třídě žáků a 5 žáků 9. třídy, z celkového počtu dotázaných (71).

Poslední možnou variantou v dotazníkovém šetření byla varianta d) - jiná částka. Tuto variantu uvedl 1 žák 7. třídy ZŠ Chvalšiny dostává měsíčně od rodičů 1000 Kč a 1 žák 9. třídy ZŠ Linecká disponuje částkou 1500 Kč na měsíc.

Zdroj: vlastní výzkum

6.Otázka: Trávíš většinu volného času tím, že se jen tak touláš?

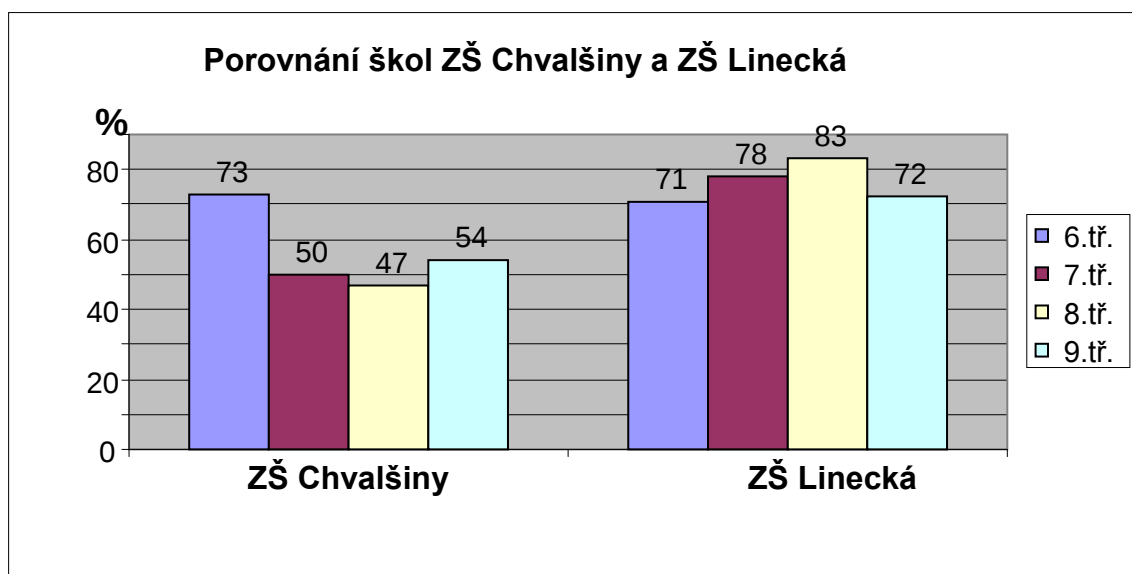


V této otázce jsem se zabývala tím, zda-li děti tráví většinu volného času tím, že se jen tak bezcílně potulují s kamarády. Graf znázorňuje odpovědi z dotazníkového šetření, variantu a - (ano, toulám). Z celkového počtu dotázaných za obě školy = 132 žáků, takto

tráví volné chvíle 59 respondentů. Z grafu vyplývá, že největší rozdíly mezi jednotlivými školami jsou zvláště v 6. a 7. třídě.

Zdroj: vlastní výzkum

7.Otázka: Zajímají se rodiče a to, s kým se stýkáš a kamarádíš?



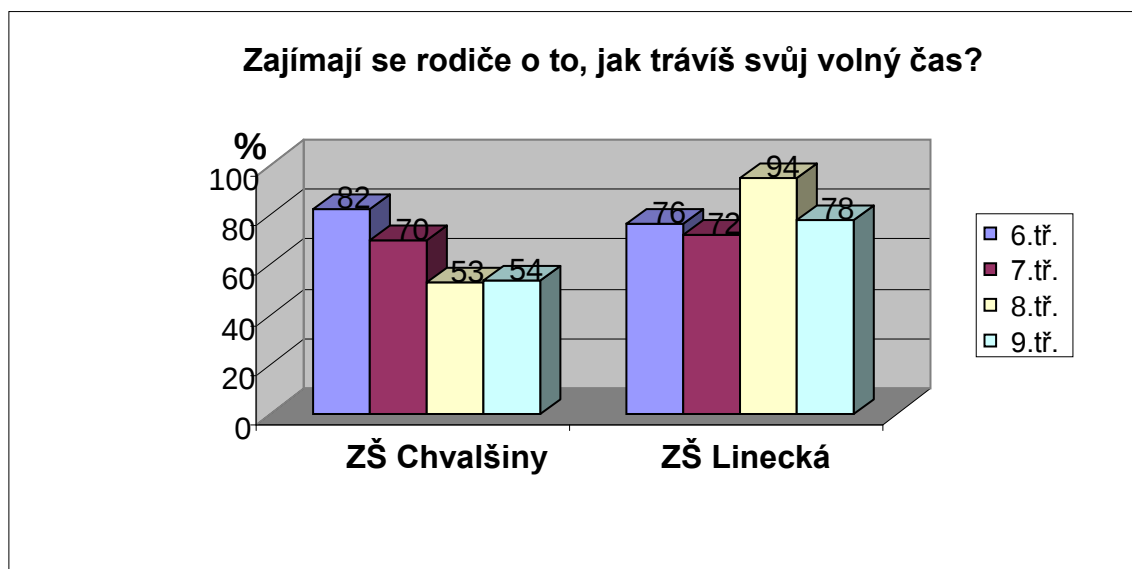
V této otázce jsem se zabývala tím, zda-li se rodiče zajímají o to, s kým se jejich potomci stýkají. Otázka je uzavřená a žák si mohl vybrat z odpovědí ano a ne. Graf znázorňuje odpovědi z dotazníkového šetření, variantu a - (ano, zajímají).

Na ZŠ Chvalšiny se v 6. třídě zajímá 73% rodičů, v 7. třídě již pouhých 50%, v 8. třídě 47% a v 9. třídě 54% rodičů. **Zájem rodičů má na této škole tendenci spíše klesat ke stále nižším číslům.**

Na ZŠ Linecká je v 6. třídě stav téměř shodný jako na ZŠ Chvalšiny. Zájem rodičů je v 71% kladný. V 7. třídě odpovědělo 78% dotázaných, že se jejich rodiče zajímají o to, s kým kamarádí, v 8. třídě takto odpovědělo dokonce 83% a v 9. třídě 72% žáků. **Zájem rodičů má spíše stoupavou tendenci.**

Zdroj: vlastní výzkum

8.Otázka: Zajímají se rodiče o to, jak trávíš svůj volný čas?



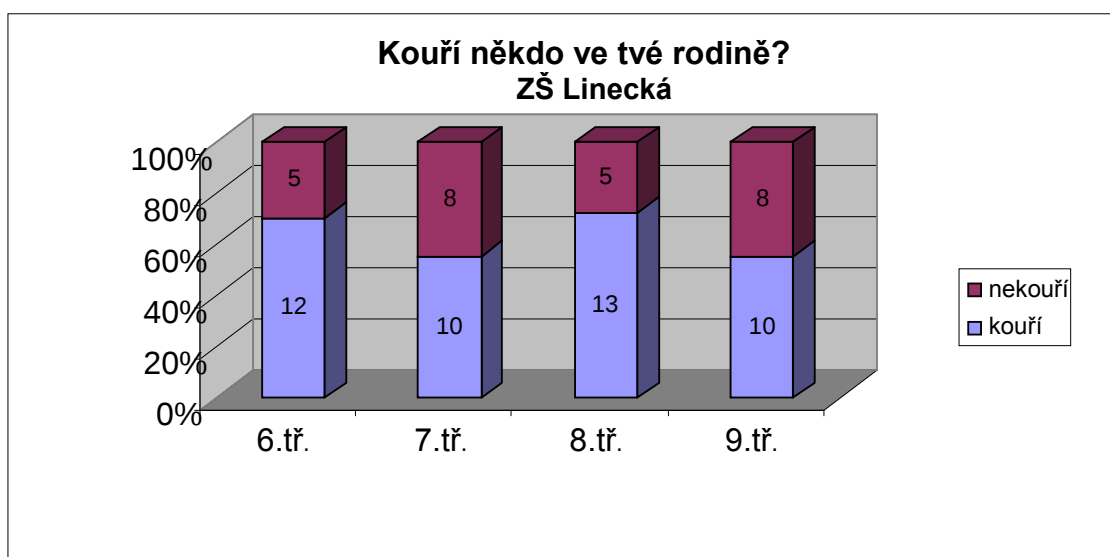
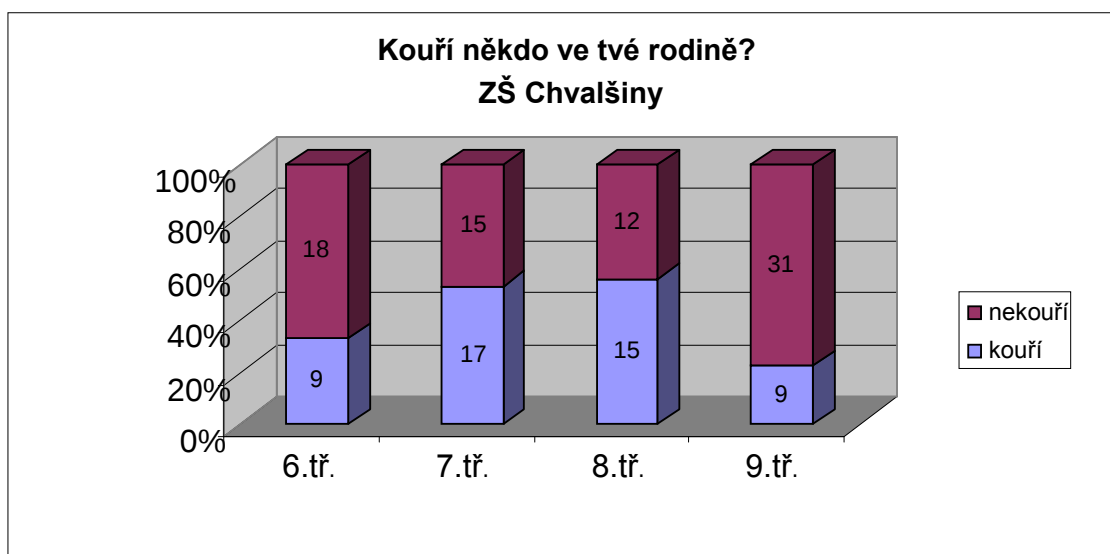
I tato otázka byla žákům pokládána uzavřenou formou a žák si mohl vybrat z odpovědí ano a ne. Graf znázorňuje odpovědi z dotazníkového šetření, variantu a - (ano, zajímají).

Na ZŠ Chvalšiny se v 6. třídě zajímá o volno-časové aktivity svých dětí 82% rodičů, v 7. třídě 70%, v 8. třídě 53% a v 9. třídě 54% rodičů.

Na ZŠ Linecká se v 6. třídě zajímá o volno-časové aktivity svých dětí 76% rodičů, v 7. třídě 78%, v 8. třídě takto odpovědělo dokonce 94% a v 9. třídě 78% žáků.

Zdroj: vlastní výzkum

9.Otázka: Kouří někdo ve tvé rodině?



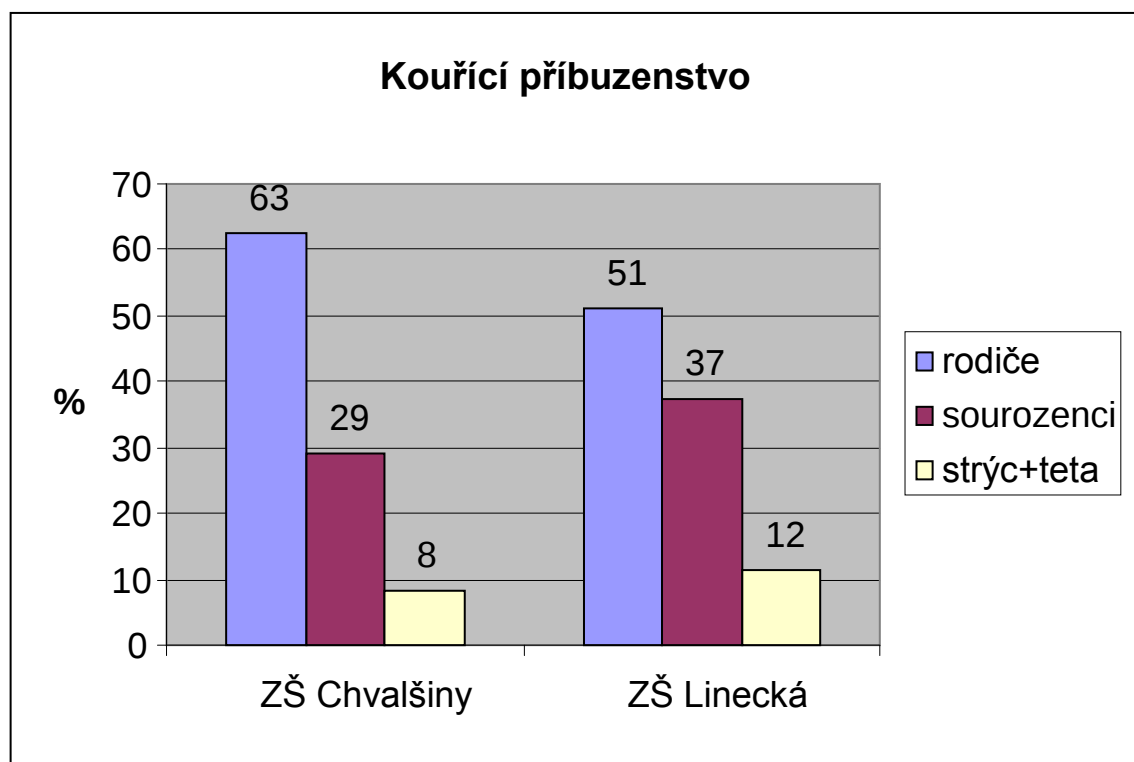
Tato otázka měla ukázat vliv kuřáka v rodině na žáka ZŠ. Není zde rozhodující věk žáka, neboť podle mého názoru kouření ovlivňuje všechny školou povinné a je jedno zda je dítě žákem 7. nebo 9. třídy. Rodiče i všichni ostatní členové rodiny by si měli uvědomit, že svým chováním a způsobem života působí na své dítě. **Ve výsledku tohoto grafu mne překvapilo, že i po různých kampaních proti kouření je v rodinách více kuřáků než nekuřáků.**

Na **ZŠ Chvalšiny** z celkového počtu 61 dotázaných žáků odpovědělo celkem 50 z nich, že žijí v rodině s nějakým kouřícím členem domácnosti.

Na **ZŠ Linecká** z celkového počtu 71 dotázaných žáků odpovědělo celkem 45 z nich, že žijí v rodině s nějakým kouřícím členem domácnosti.

Zdroj: vlastní výzkum

10.Otázka: Kdo kouří u vás v rodině?



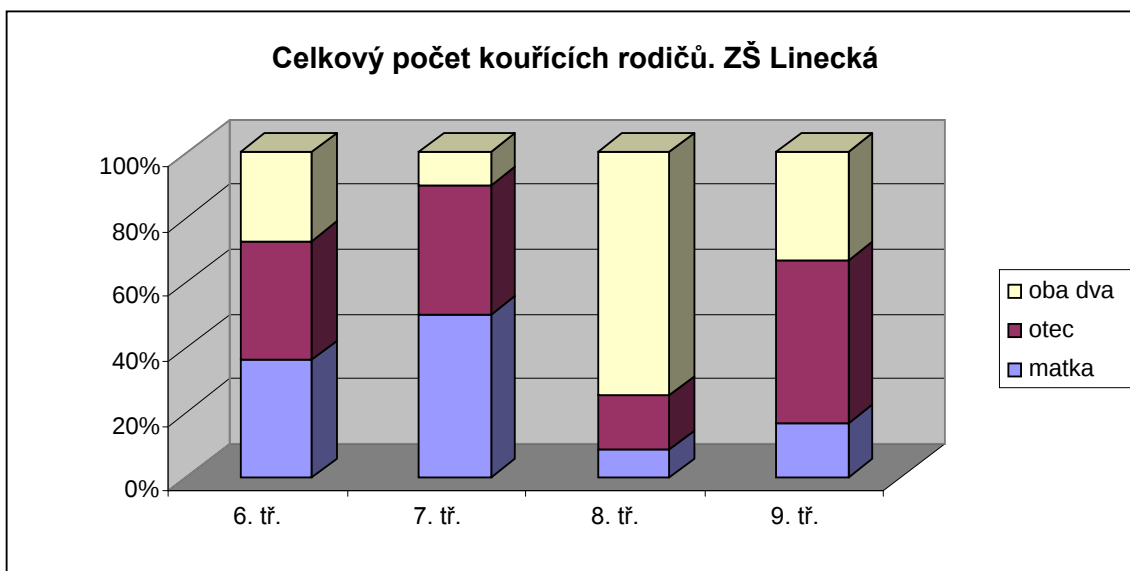
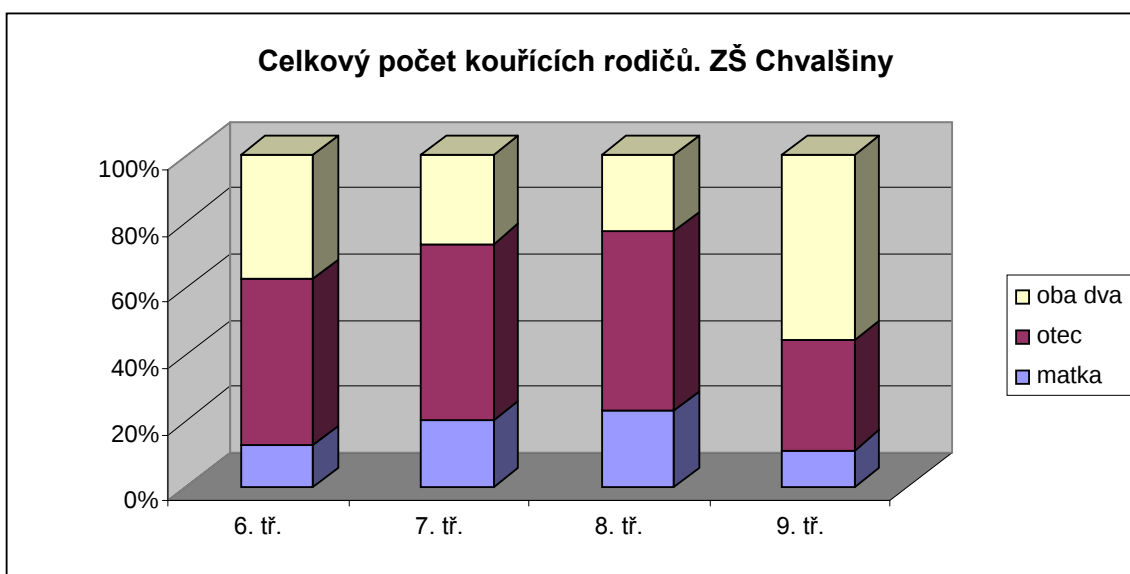
V tomto grafu je rozpracováno, kolik procent tvoří kouřící rodiče, sourozenci či jiní příbuzní (strýcové, tety,...).

Na **ZŠ Chvalšiny** kouří rodiče ve 45 rodinách (tj. 63%) dětí. Kouřící sourozence nalezneme ve 21 rodinách (tj. 29%) a jiné kouřící příbuzné v 6 rodinách (tj. 8%).

Na **ZŠ Linecká** kouří rodiče ve 40 rodinách (tj. 51%) dětí. Kouřící sourozence nalezneme ve 29 rodinách (tj. 37%) a jiné kouřící příbuzné v 9 rodinách (tj. 12%).

Zdroj: vlastní výzkum

10. a) Celkový počet kouřících rodičů.

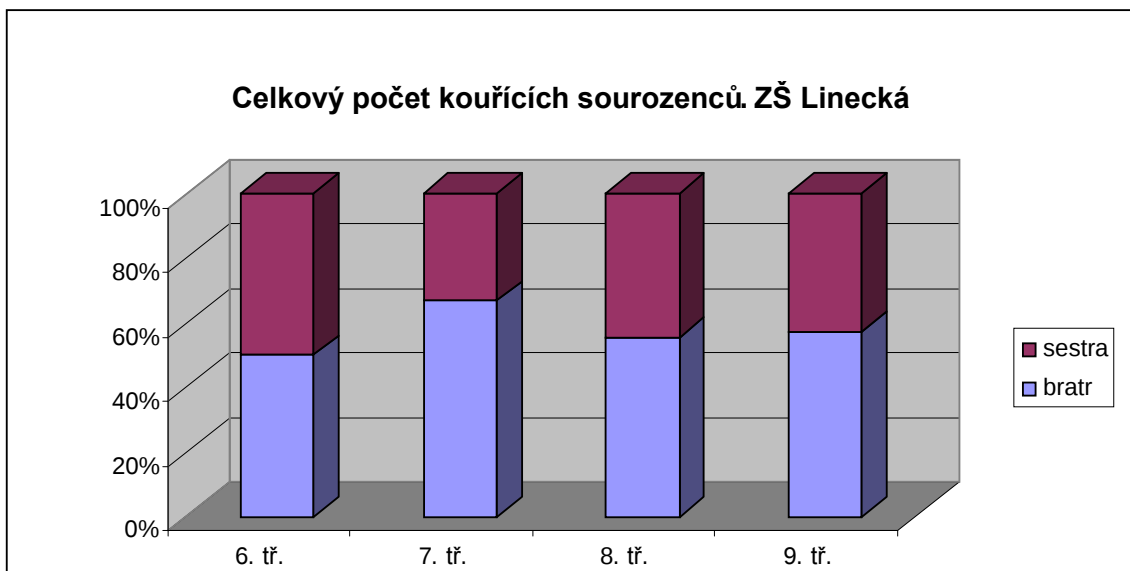
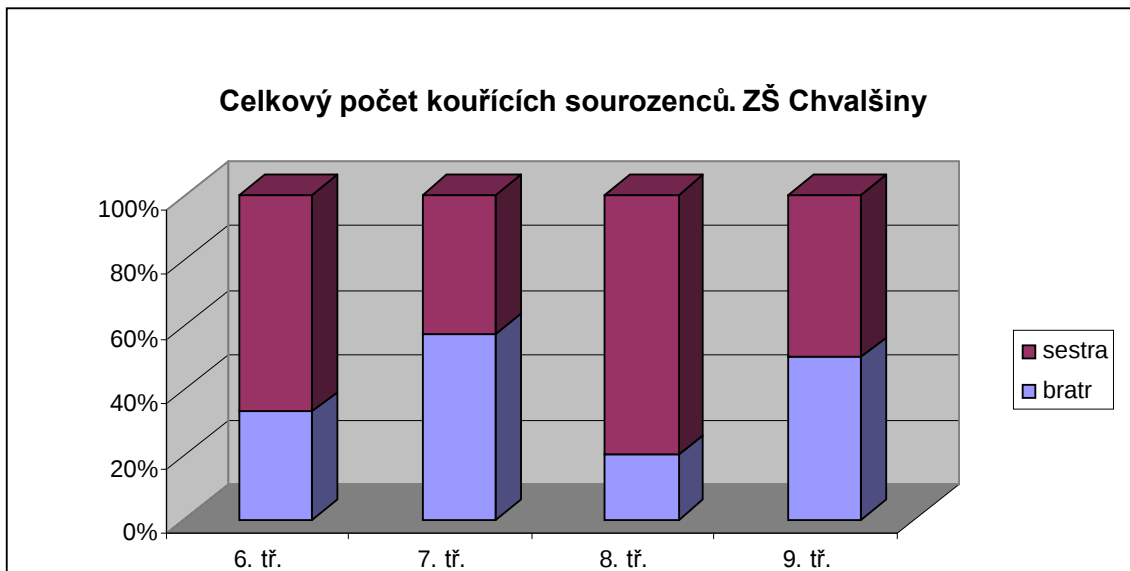


Celkový počet kouřících rodičů na ZŠ Chvalšiny je 45, tj. 63%. Nekouří celkem 16 rodičů, tj. 37%, z celkového množství (100% = 61).

Celkový počet kouřících rodičů na ZŠ Linecká je 40, tj. 51%. Nekouří celkem 31, tj. 49%, z celkového množství (100%=71).

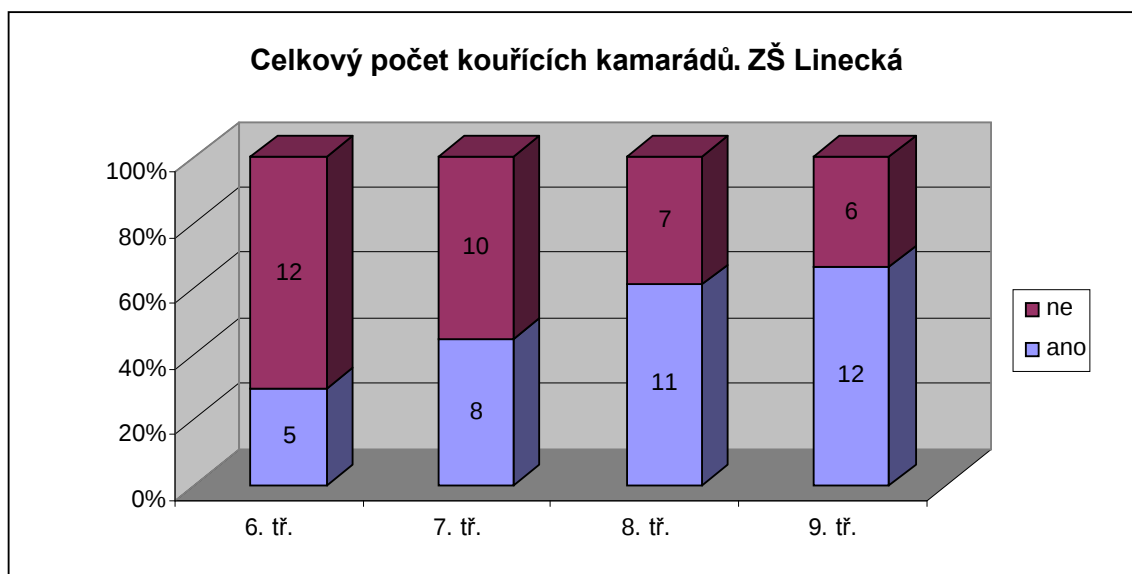
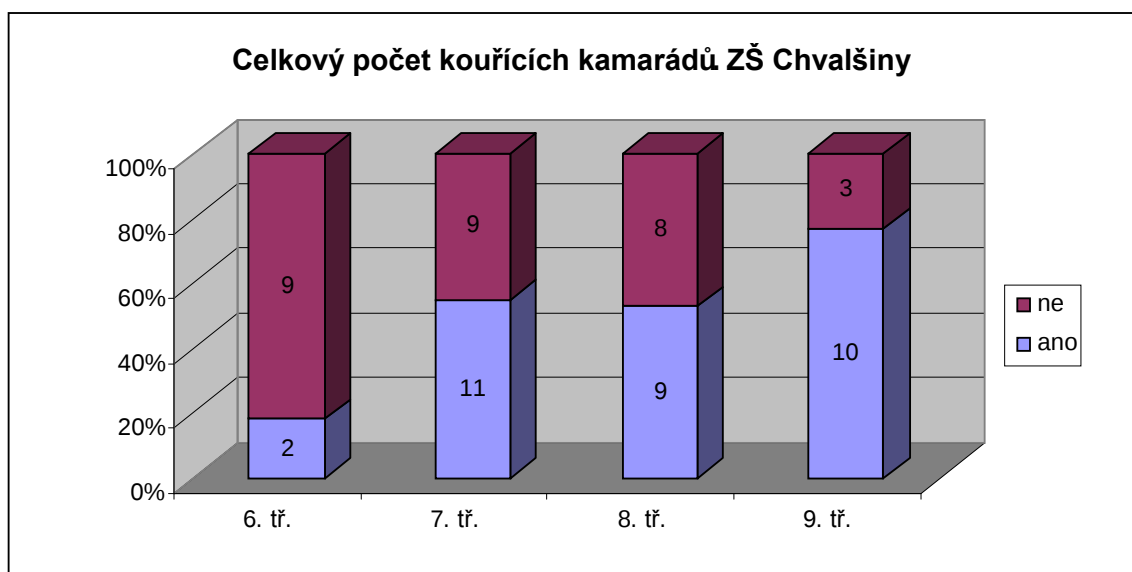
Zdroj: vlastní výzkum

10. b) Celkový počet kouřících sourozenců.



Celkový počet kouřících sourozenců na ZŠ Chvalšiny je 9, tj. 29%. Na ZŠ Linecká je to 17 sourozenců, tj. 37%, ze všech dotázaných .

10. c) Celkový počet kouřících kamarádů.

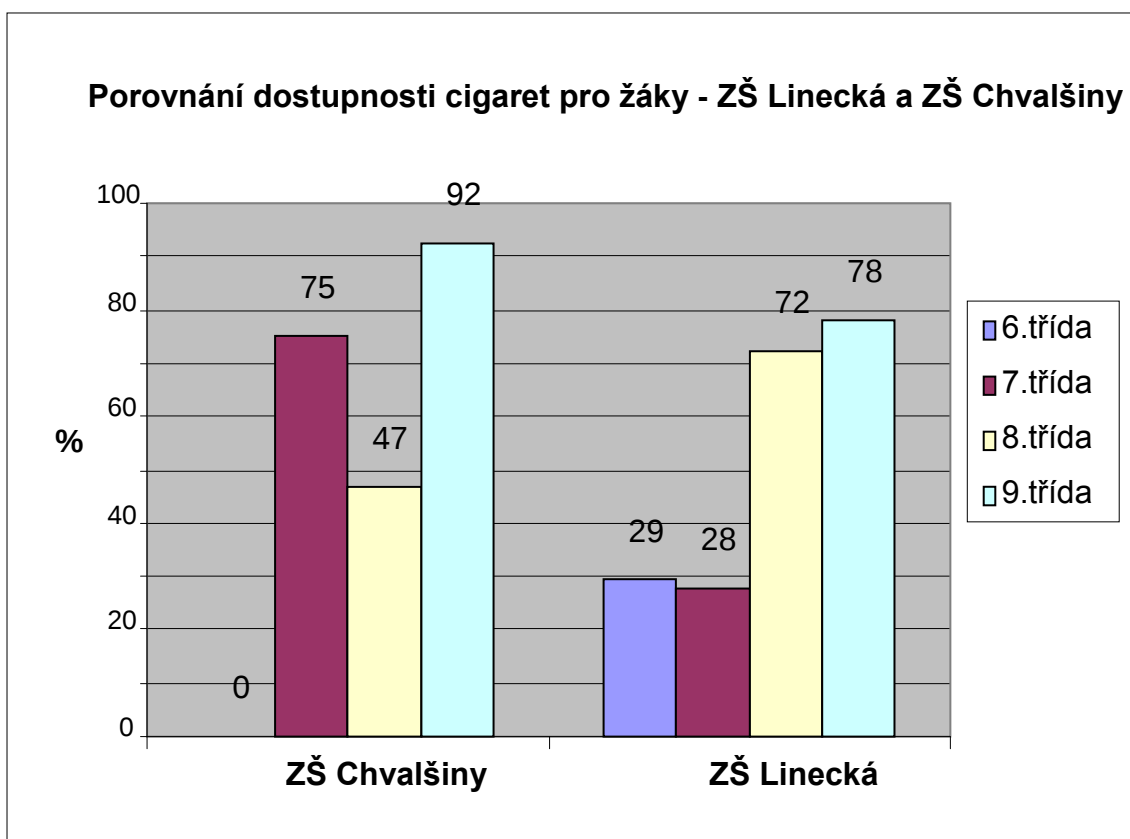


Na ZŠ Chvalšiny má v 6. třídě z celkového počtu 11 dotázaných 2 kouřícího kamaráda a 9, kteří mají kamarády nekuřáky. V 7. třídě jsem dotazník rozdala 20 žákům. 11 z nich mají kamarády kuřáky, zbývajících 9 dětí se kamarádí s nekuřáky. V 8. třídě má z celkového počtu 17 dotázaných 9 kouřícího kamaráda a 8, kteří mají kamarády nekuřáky. V 9. třídě je to 10:3.

Na ZŠ Linecká má v 6. třídě z celkového počtu 17 dotázaných 5 kouřícího kamaráda a 12, kteří mají kamarády nekuřáky. V 7. třídě jsem dotazník rozdala 18 žákům. 8 z nich mají kamarády kuřáky, zbývajících 10 dětí se kamarádí s nekuřáky. V 8. třídě má z celkového počtu 18 dotázaných 11 kouřícího kamaráda a 7, kteří mají kamarády nekuřáky. V 9. třídě je to 12:6.

Zdroj: vlastní výzkum

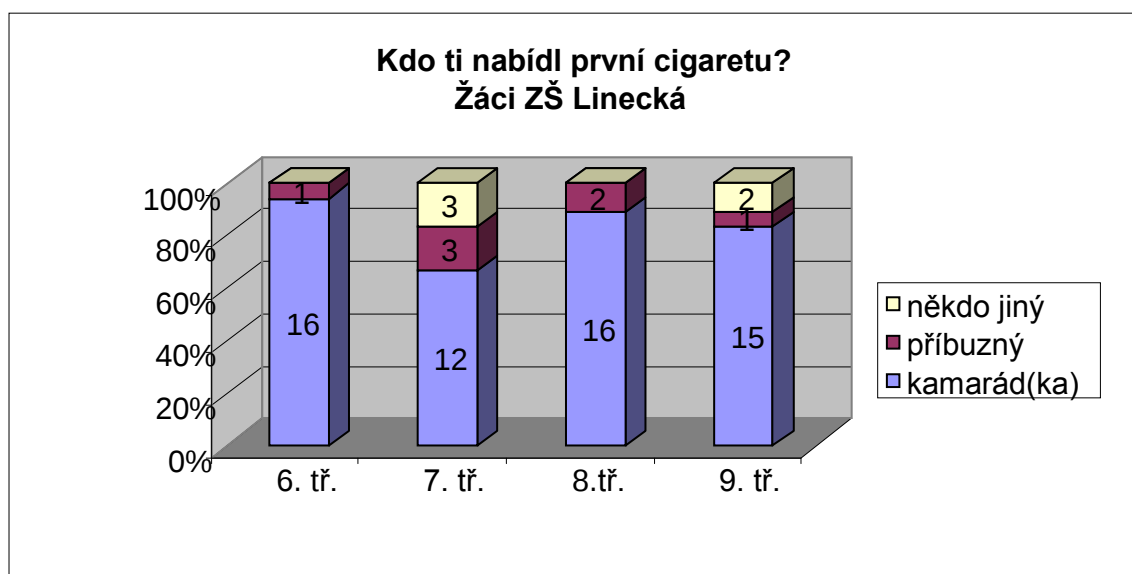
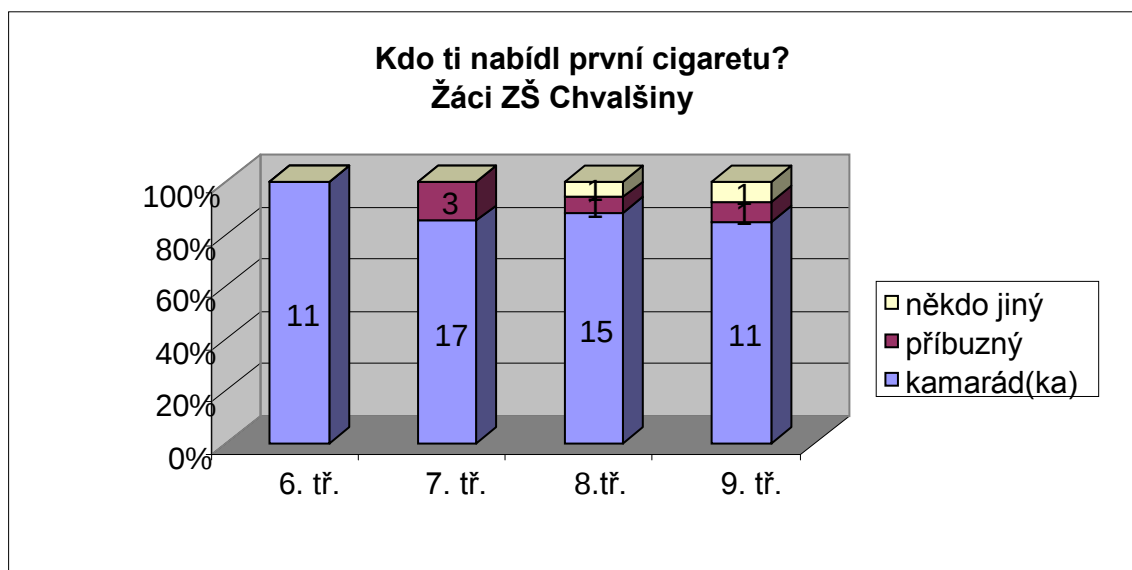
11. Otázka: Myslíš si, že je přístup k cigaretám pro tebe dostupný?



V této otázce jsem se žáků ptala na jejich zkušenosti se sehnáním cigaret. Děti měly na výběr z možností a)- ano, jsou pro mě dostupné a za b)- ne, nejsou pro mě sehnatelné. Výsledky, které jsou zde prezentovány značí odpovědi: ano, jsou pro mě dostupné.

Zdroj: vlastní výzkum

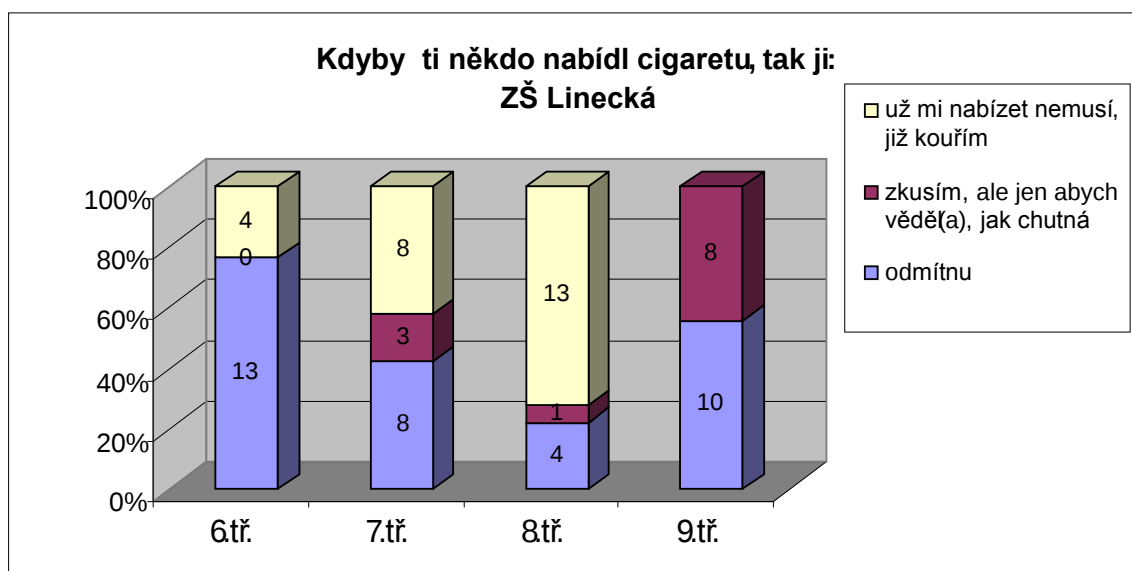
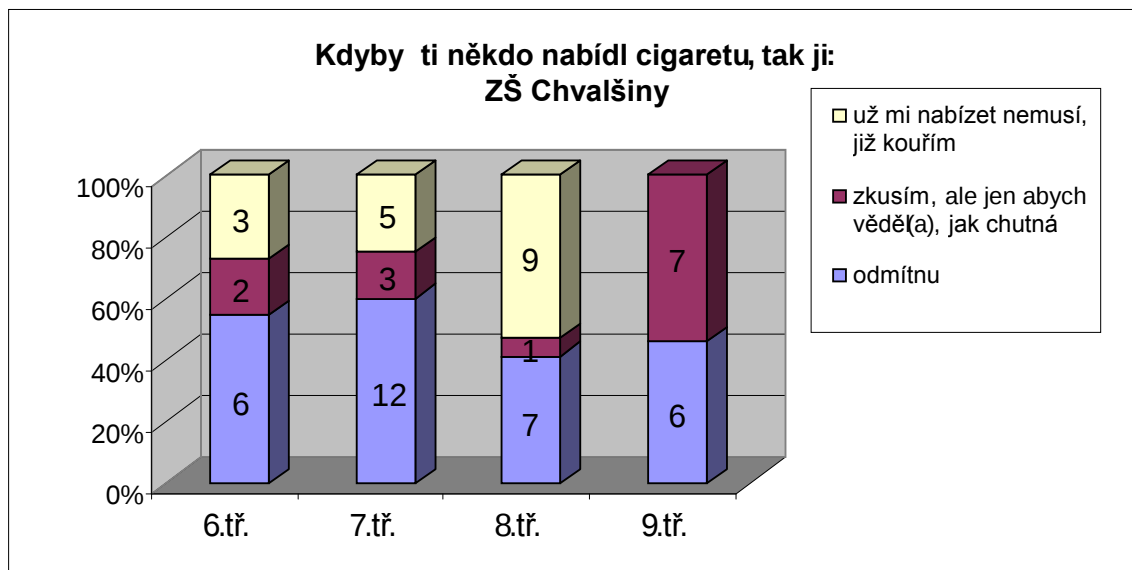
12.Otázka: Kdo ti nabídl první cigaretu?



Tyto grafy znázorňují odpovědi žáků na otázku č. 12. Drtivá většina respondentů obou škol uvádí, že cigaretu jim poprvé nabídl kamarád či kamarádka. V případě, že jim cigaretu nabídl někdo z příbuzných, děti vždy uvedly, že jím byl strýc.

Zdroj: vlastní výzkum

13.Otázka: Kdyby Ti někdo nabídl cigaretu, tak ji:

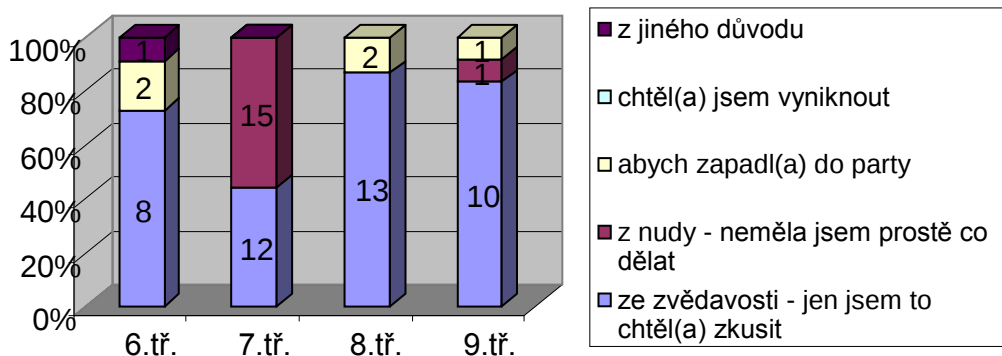


V této otázce je zajímavé, že v 6.-8. třídě se sloupčky spíše rozdělují do dvou částí a to: již kouřím, tak mi už nikdo nabízet nemusí a na jestli mi někdo cigaretu nabídne, odmítnu. V 9. třídách zřejmě žáci zcela nepochopili otázku. Nikdo neoznačil variantu již mi nabízet nemusí, kouřím. A přesto se u velké části z nich setkáváme s kuřáctvím.

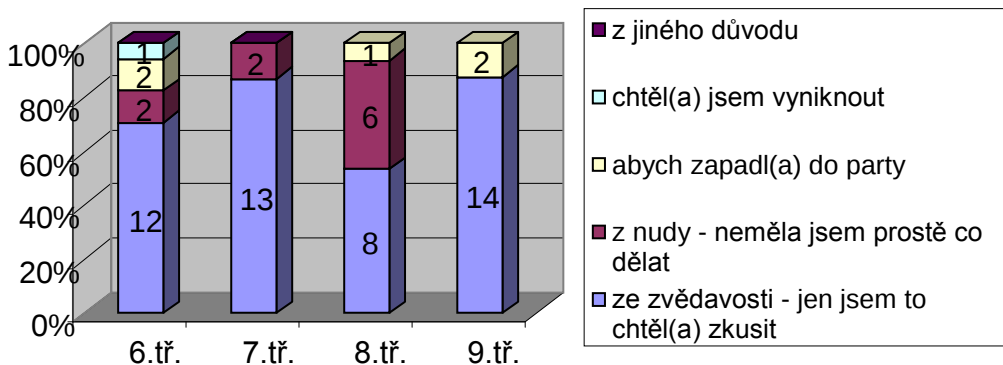
Zdroj: vlastní výzkum

14.Otázka: Když jsi si poprvé zapálil(a) cigaretu – z jakého to bylo důvodu?

Jaký byl důvod první zapálené cigarety žáků ZŠ Chvalšiny



Jaký byl důvod první zapálené cigarety žáků ZŠ Linecká



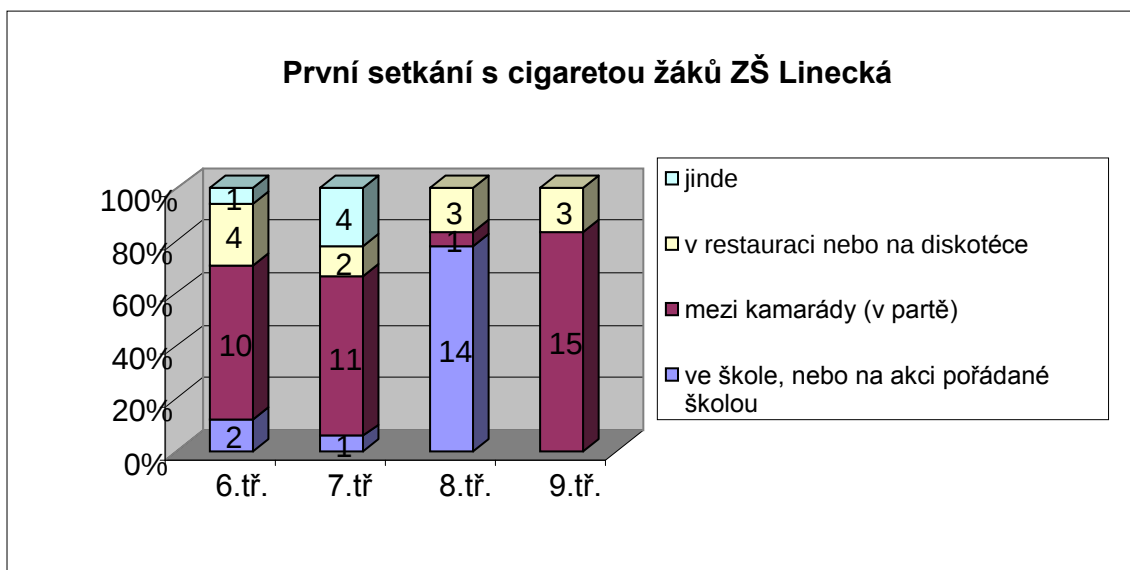
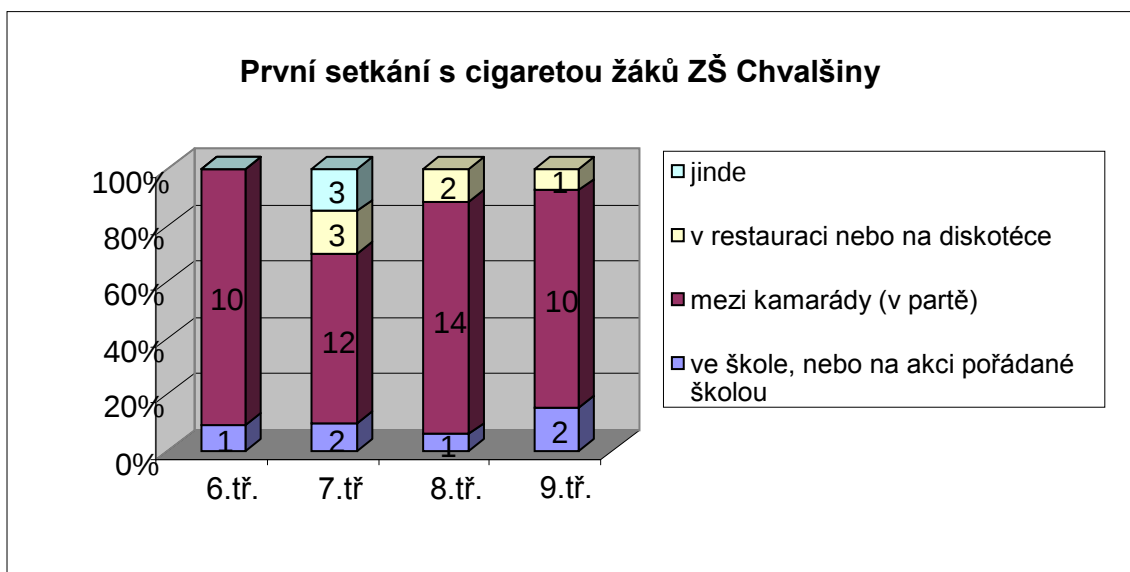
Tyto grafy znázorňují procentuální vyjádření odpovědí respondentů na důvody prvního užití tabákových výrobků. Přičemž každá základní škola je 100%.

Na ZŠ Chvalšiny uvedlo v 6. třídě 8 (tj. 73 %), v 7. třídě 12 (tj. 40 %), v 8. třídě 13 (tj. 86 %), v 9. třídě 10 (tj. 88%) respondentů, že poprvé užilo cigaretu ze **zvědavosti**. **Z nudy** poprvé kouřilo v 7. třídě 15 žáků (tj. 60%) a v 9. třídě 1 žák (tj. 10%). **Vliv party** byl významný v 6. a 8. třídě.

Na ZŠ Linecká uvedlo v 6. třídě 12 (tj. 68 %), v 7. třídě 13 (tj. 81 %), v 8. třídě 8 (tj. 44 %), v 9. třídě 14 (tj. 81%) respondentů, že poprvé užilo cigaretu ze **zvědavosti**. Z **nudy** poprvé kouřilo v 6. třídě 2 (tj. 14 %) a v 7. třídě 2 žáci (tj. 19%), v 8. třídě 6 žáků (tj. 33 %). **Vliv party** byl významný v 6. a 9. třídě.

Zdroj: vlastní výzkum

15.Otázka: Kde jsi se s cigaretami setkal(a) poprvé?



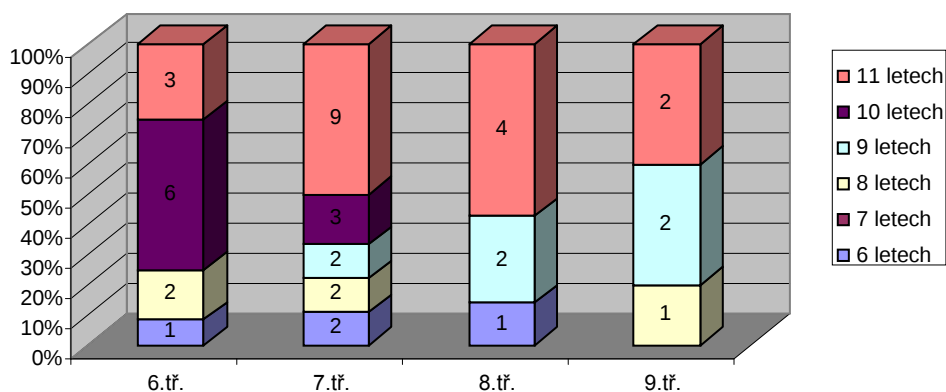
Tyto grafy znázorňují odpovědi respondentů na otázku č. 15. 46 žáků ze ZŠ Chvalšiny

a 37 ze ZŠ Linecká uvádí, že se poprvé setkala s cigaretami **mezi kamarády**. Na veřejnosti (restaurace, diskotéka, bar,..) se poprvé setkala 6 žáků ze ZŠ Chvalšiny a 12 ze ZŠ Linecká. 6 žáků ze ZŠ Chvalšiny a 17 ze ZŠ Linecká uvádí, že se s kouřením setkali **poprvé ve škole**, nebo na akci pořádané školou. V několika případech bylo za první setkání s cigaretou uvedena rodina.

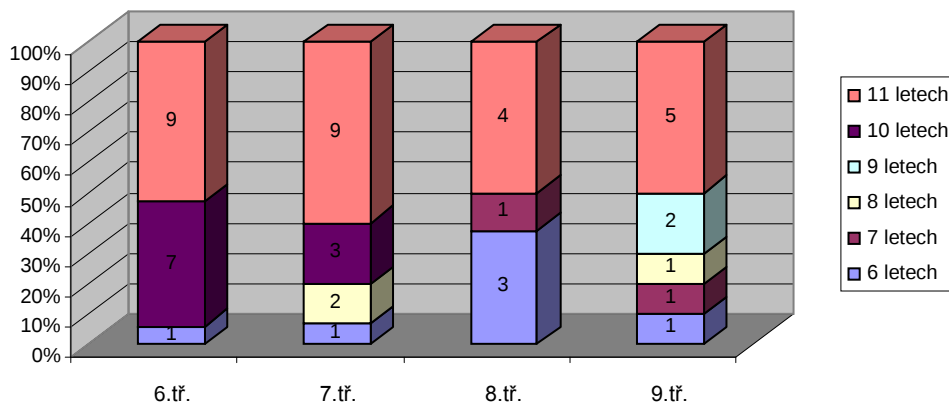
Zdroj: vlastní výzkum

16.Otázka: V kolika letech jsi poprvé užil(a) cigaretu?

První zapálení cigarety žáků ZŠ Chvalšiny v závislosti na věku



První zapálení cigarety žáků ZŠ Linecká v závislosti na věku

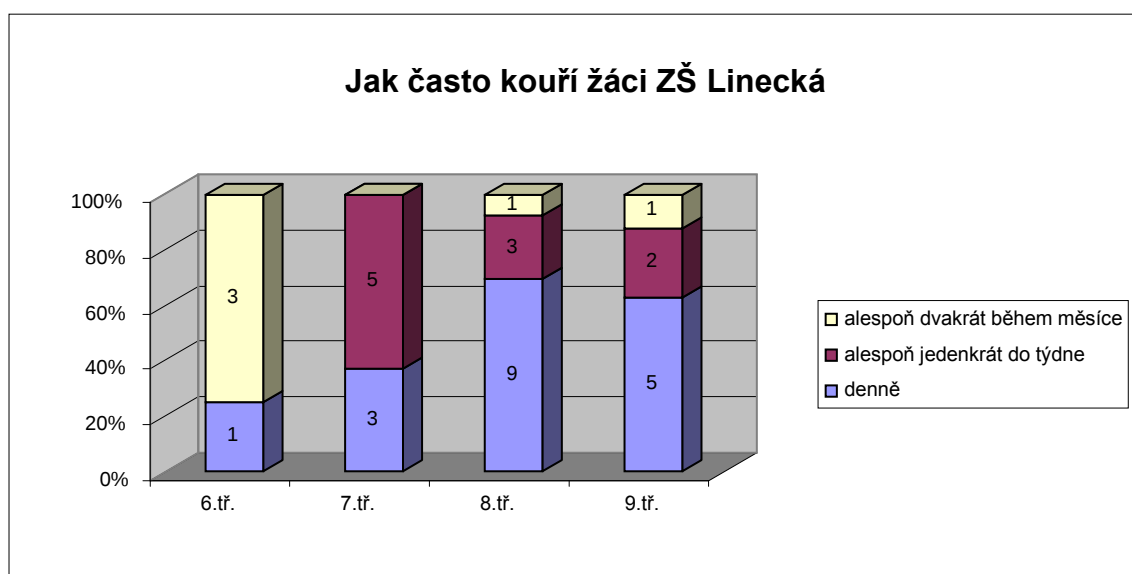
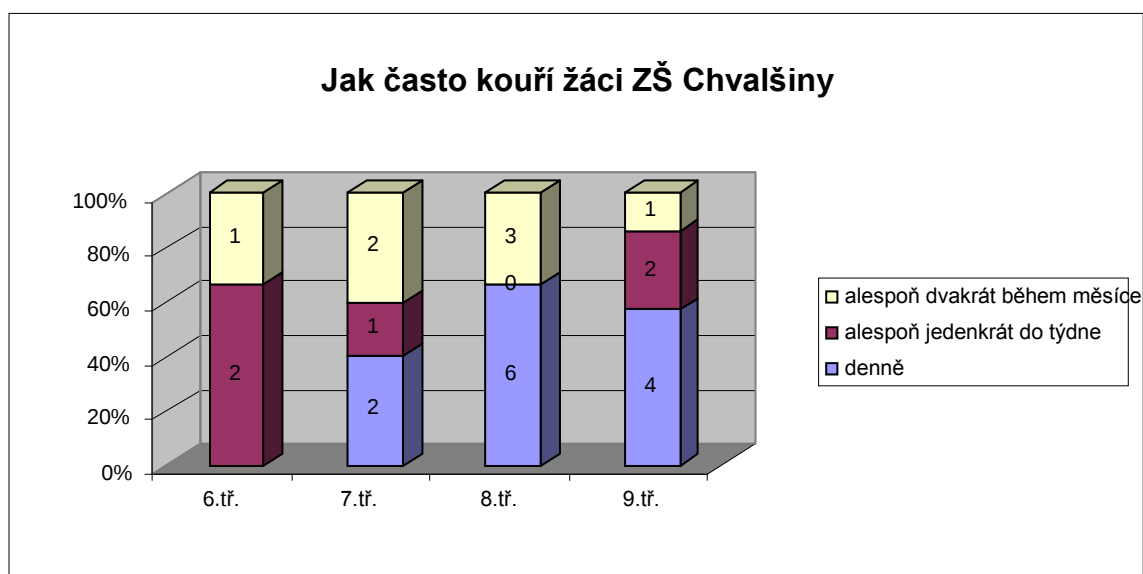


Grafy udávají věk respondentů, ve kterém poprvé užíli cigaretu. Celkem 28 dotázaných užilo cigaretu před desátým rokem věku. V 10 letech užilo celkem 19 žáků. V 11 letech jich bylo již 45. 40 respondentů cigaretu ještě nikdy neužilo.

(ZŠ Chvalšiny=100%=61 dotázaných; ZŠ Linecká=100%=71 dotázaných)

17. – 21. otázku vyplňovali pouze stálí kuřáci.

17. Otázka: Jak často kouříš?



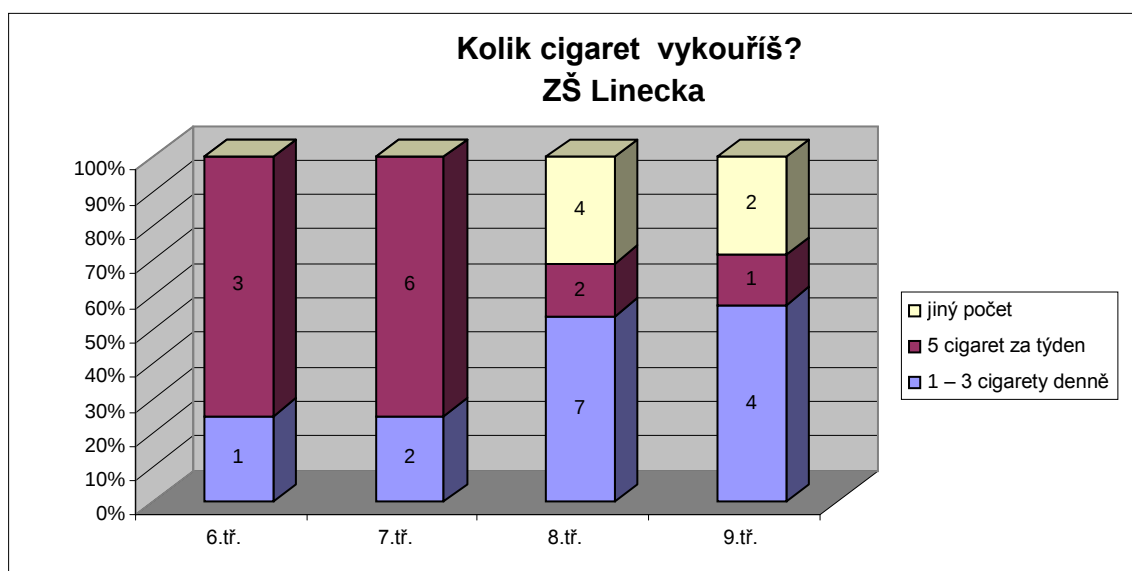
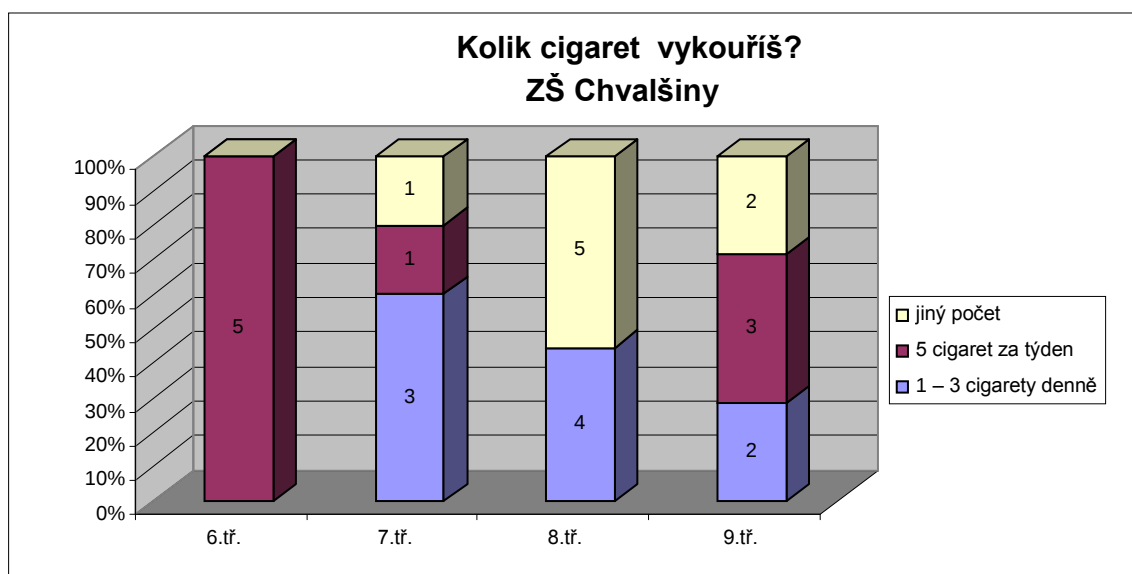
Tyto grafy ukazují na častost kouření u těch žáků, kteří již běžně kouří.

Na **ZŠ Chvalšiny** z celkového počtu 61 dotázaných kouří denně 12 žáků, alespoň 1 do týdne 5 žáků a alespoň 2-krát do měsíce 7 žáků.

Na **ZŠ Linecká** z celkového počtu 71 dotázaných kouří denně 18 žáků, alespoň 1 do týdne 10 žáků a alespoň 2-krát do měsíce 5 žáků.

Zdroj: vlastní výzkum

18. Otázka: Kolik cigaret vykouříš?



Na těchto grafech je znázorněna míra užívání tabákových výrobků u těch žáků, kteří

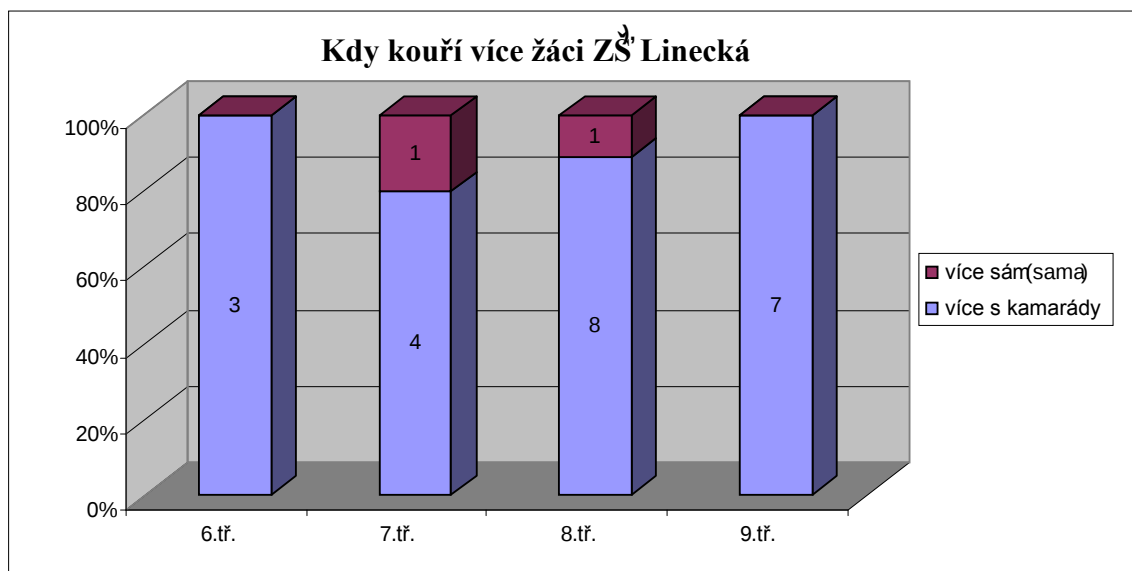
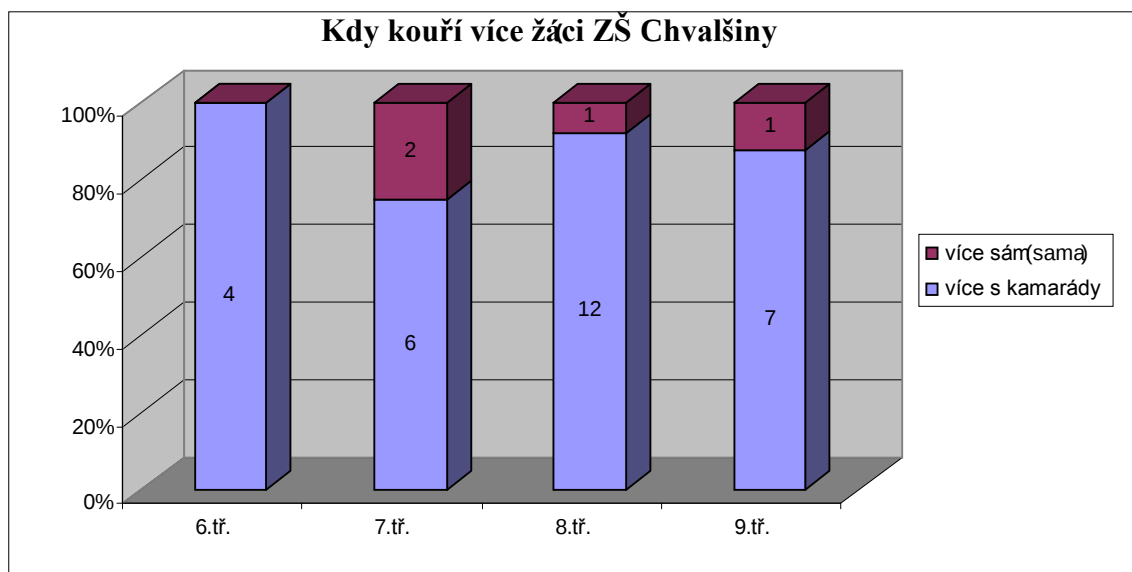
kouří denně.

Na **ZŠ Chvalšiny** z celkového počtu 61 dotázaných vykouří denně 9 žáků 1-3 cigarety, 9 žáků 5 cigaret za týden, dále 2 žáci 8. a 9. třídy tvrdili, že vykouří krabičku denně a tři respondenti v 8. třídě udali, že vykouří krabičku do týdne.

Na **ZŠ Linecká** z celkového počtu 71 dotázaných vykouří denně 14 žáků 1-3 cigarety, 12 žáků 5 cigaret za týden, dále 2 žáci 8. a 1 žák 9. třídy tvrdili, že vykouří krabičku denně, zbývajících počet udal, že vykouří krabičku do týdne.

Zdroj: vlastní výzkum

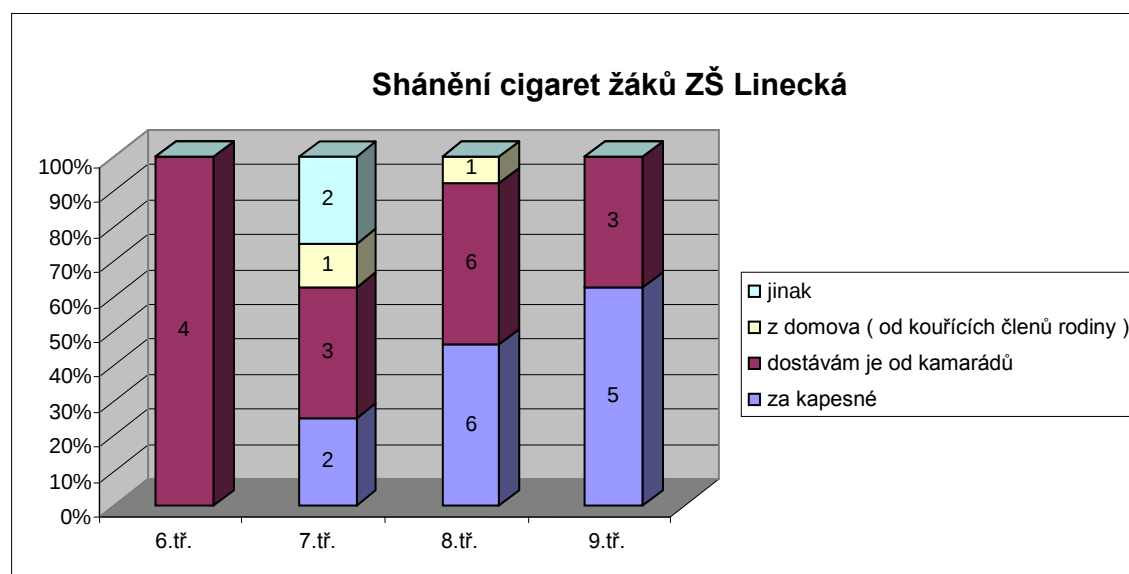
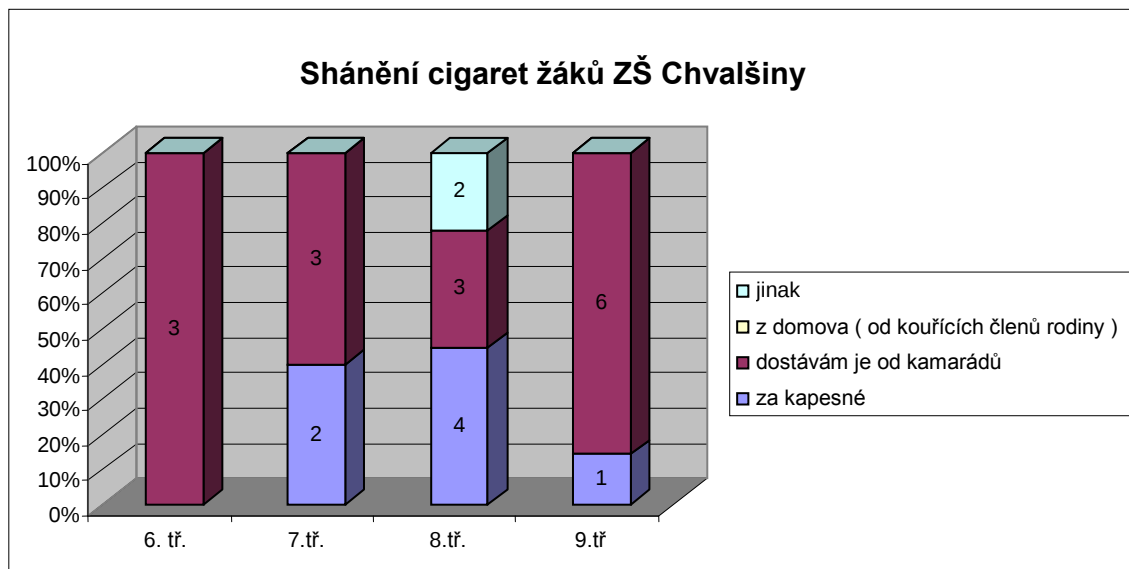
19. Otázka: Kouříš více s kamarády, než sám(sama), někde v ústraní?



Z této otázky je zřejmé, že žáci obou škol kouří v naprosté převaze raději s kamarády.

Zdroj: vlastní výzkum

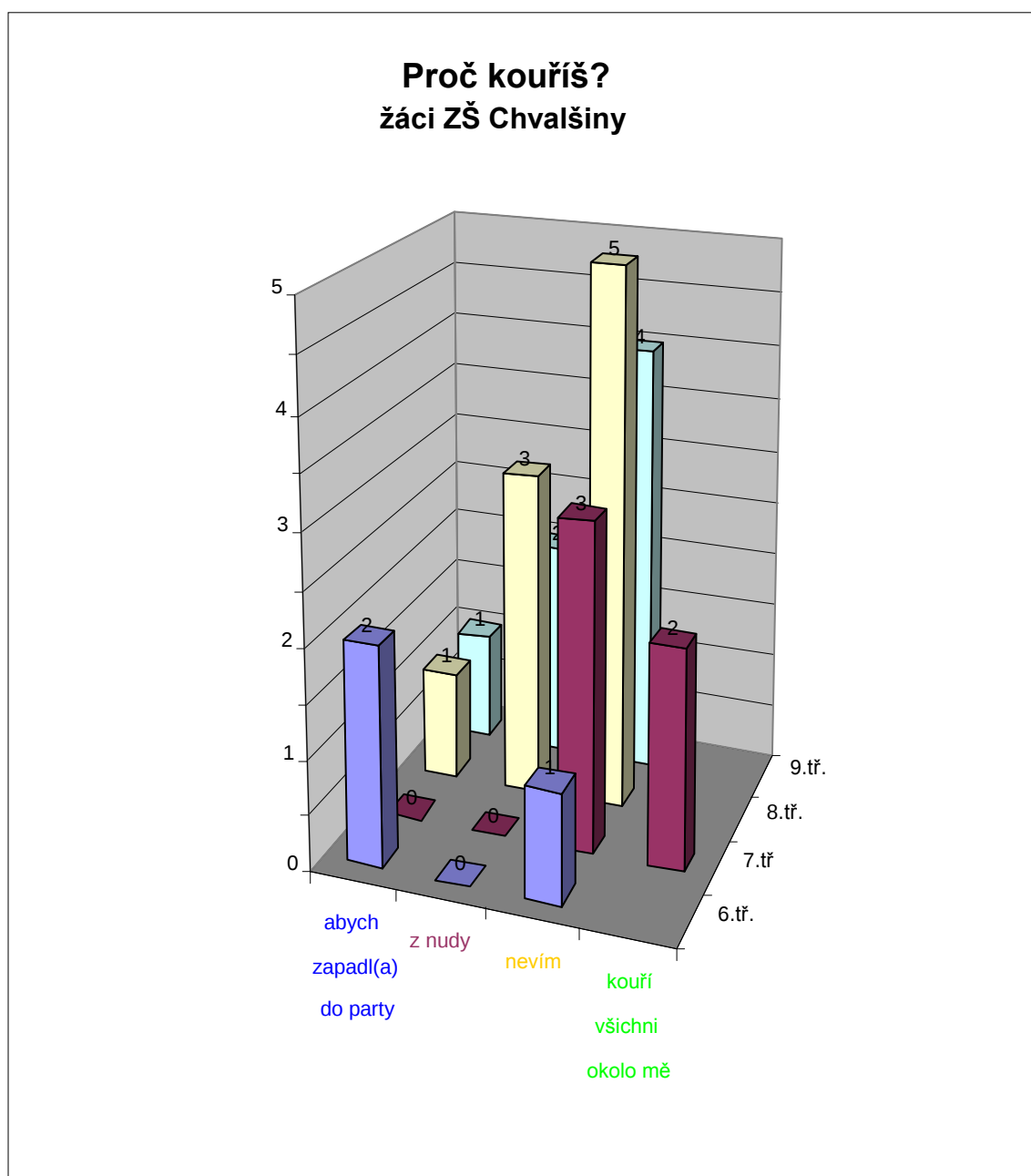
20. Otázka: Jak si nejčastěji obstaráváš cigarety?



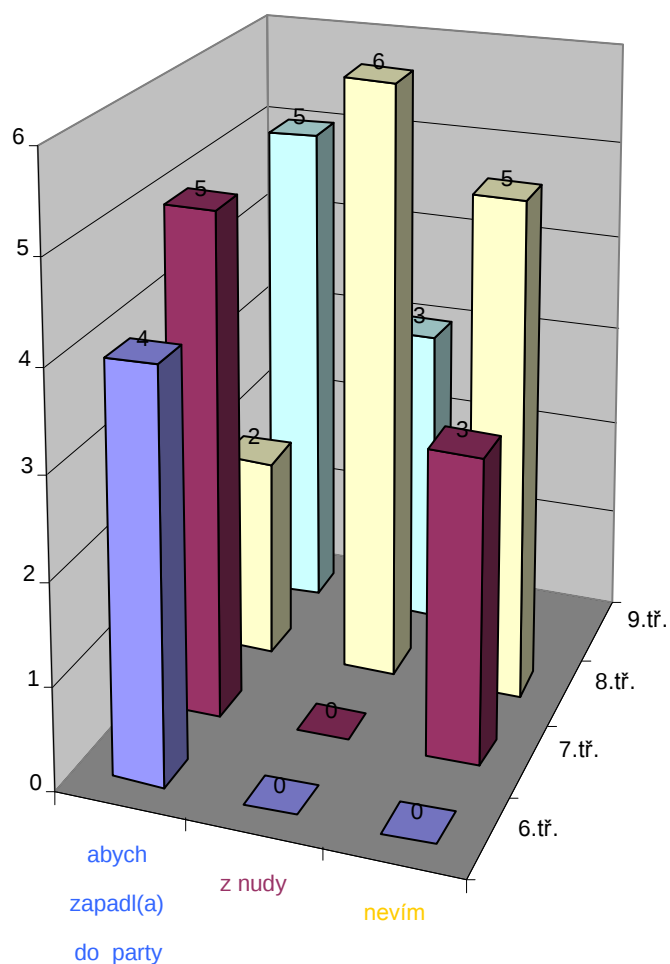
Mezi dva nejčastější způsoby shánění cigaret žáků obou škol patří: za kapesné nebo od kamarádů. Ovšem, na **ZŠ Chvalšiny – 8. třída**, se vyskytují dvě existence, kteří **PO VZORU VLKA SBÍRAJÍ NEDOPALKY ZE ZEMĚ** a vždy je ještě „dojedou“. Myslím si, že by nebylo od věci, uspořádat v této třídě nějaké hygienické minimum.

Zdroj: vlastní výzkum

21. Otázka: Proč kouříš?



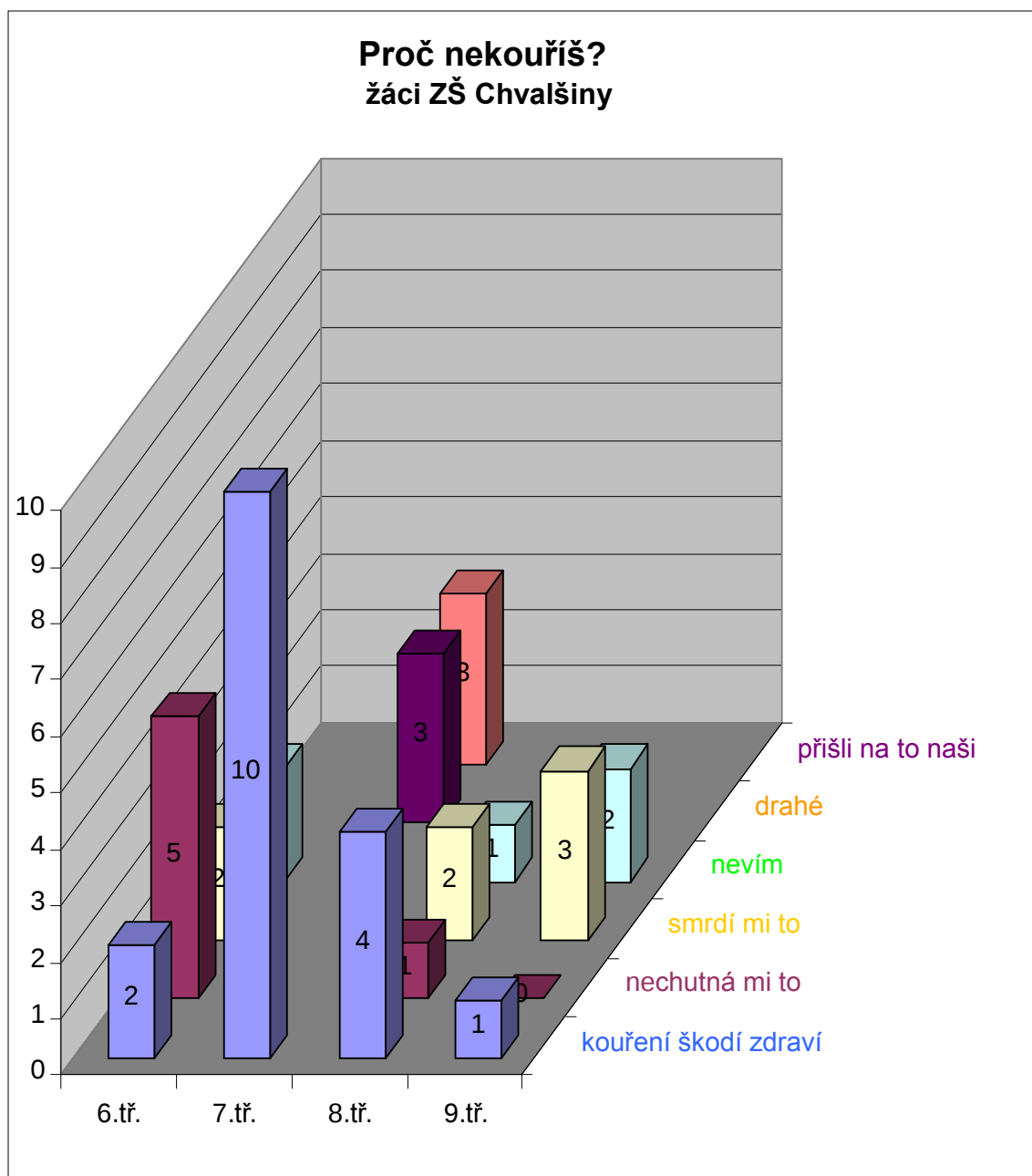
Proč kouříš? žáci ZŠ Linecká

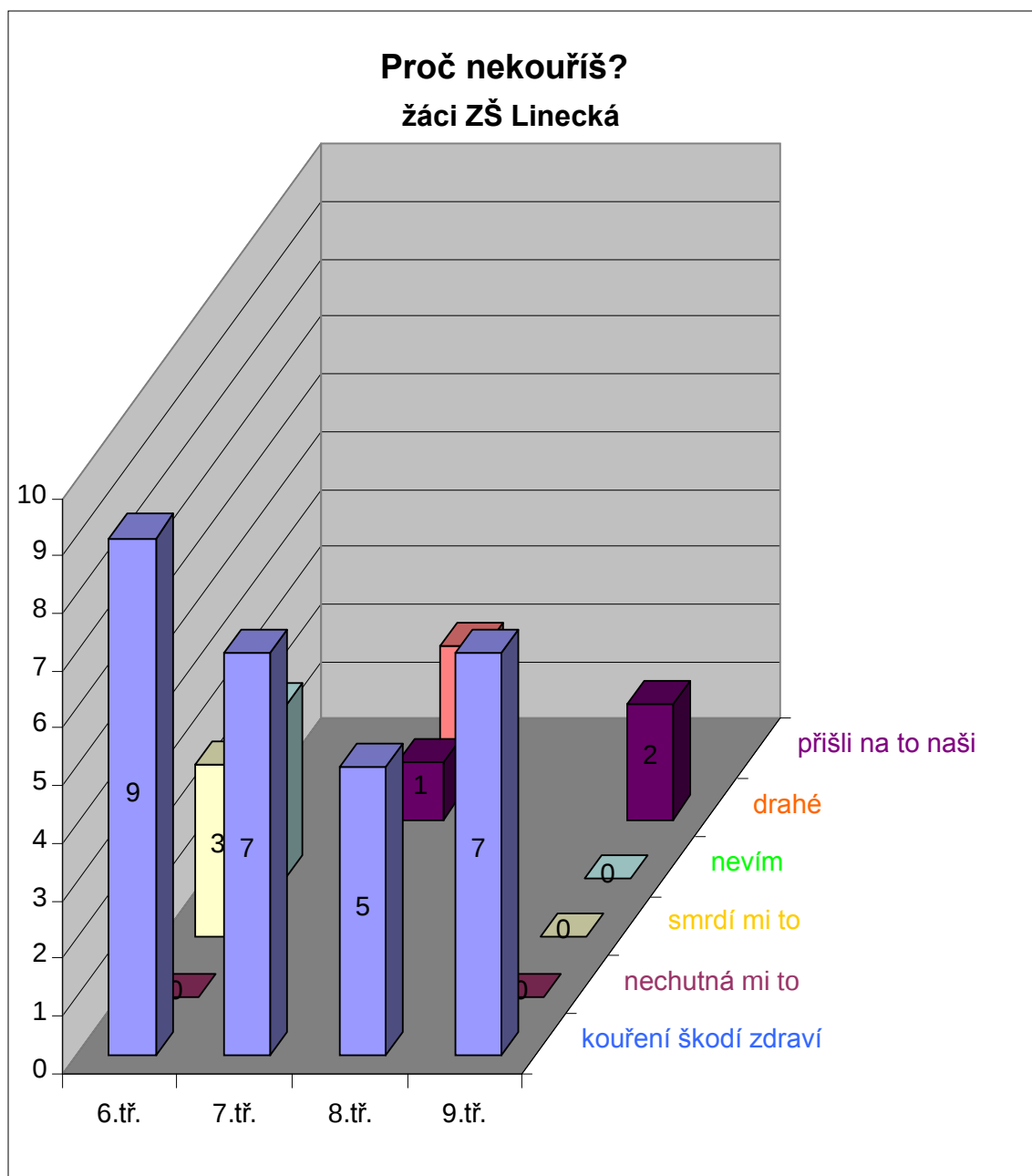


V této otázce jsem nepoužila procentuální vyjádření, ale hodnoty jsou vyjádřeny v reálných číslech (levý sloupeček). Dotazovaní měli sami vyjádřit důvod svého kuřáctví. V mnohých případech, na obou školách, jsem v dotazníku našla jen slovo nevím...

Zdroj: vlastní výzkum

22. Otázka: Proč nekouříš?

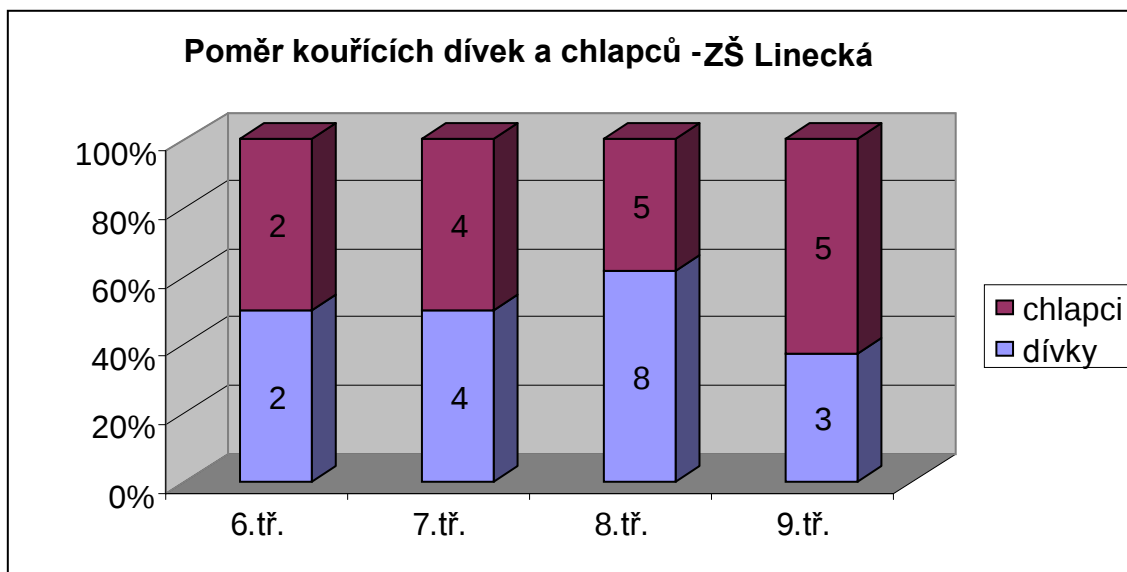
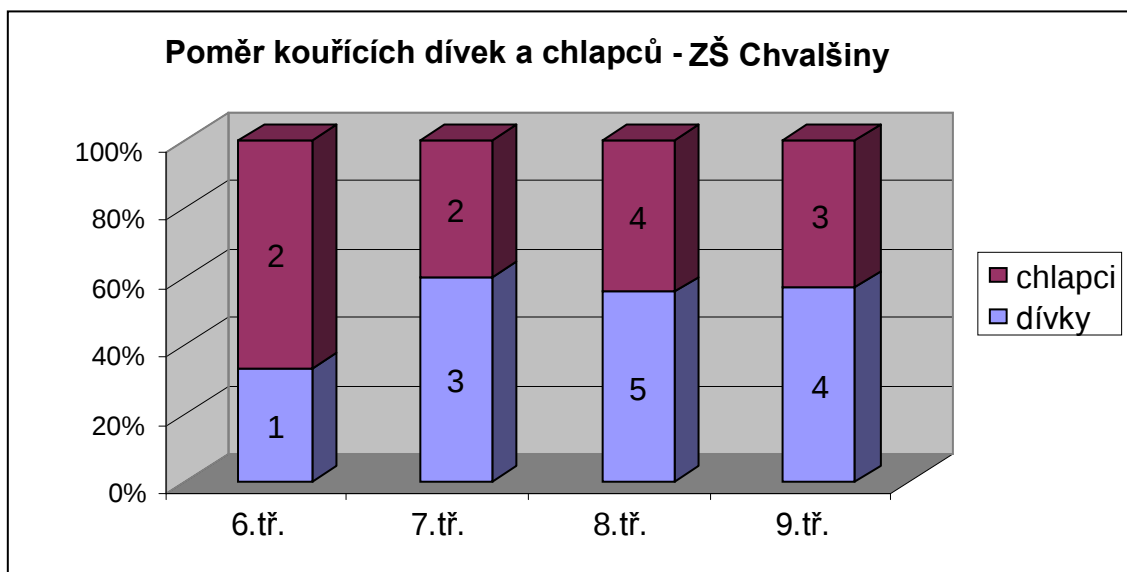




Tuto otázku jsem žákům také pokládala otevřenou formou a dotazovaní měli sami, podle svého názoru zdůvodnit své nekuřáctví. Musím, říci že jsem byla vcelku potěšena z důvodů, které jsem v této části dotazníku našla. Pro doplnění - v této otázce jsem také nepoužila procentuální vyjádření, ale hodnoty jsou vyjádřeny v reálných číslech.

Zdroj: vlastní výzkum

23. Poměr kouřících dívek a chlapců na každé škole zvlášť.



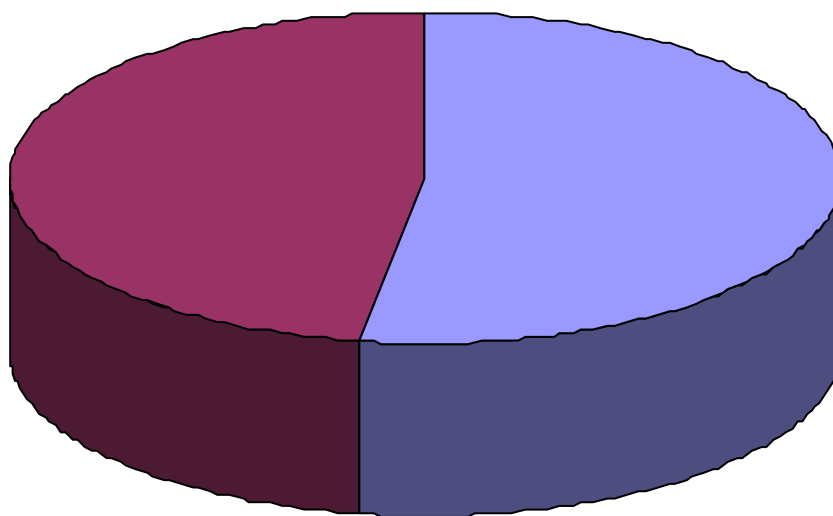
Na tomto grafu je patrná frekvence užívání tabákových výrobků mezi chlapci a děvčaty a každou dotazovanou základní školou, zvlášť. Na **ZŠ Chvalšiny** kouří 13 dívek a 11 chlapců. Na **ZŠ Linecká** je to 17 dívek a 16 chlapců.

Zdroj: vlastní výzkum

24. Poměr kouřících děvčat a chlapců jako ucelený soubor obou škol dohromady.

27 chlapců

47%



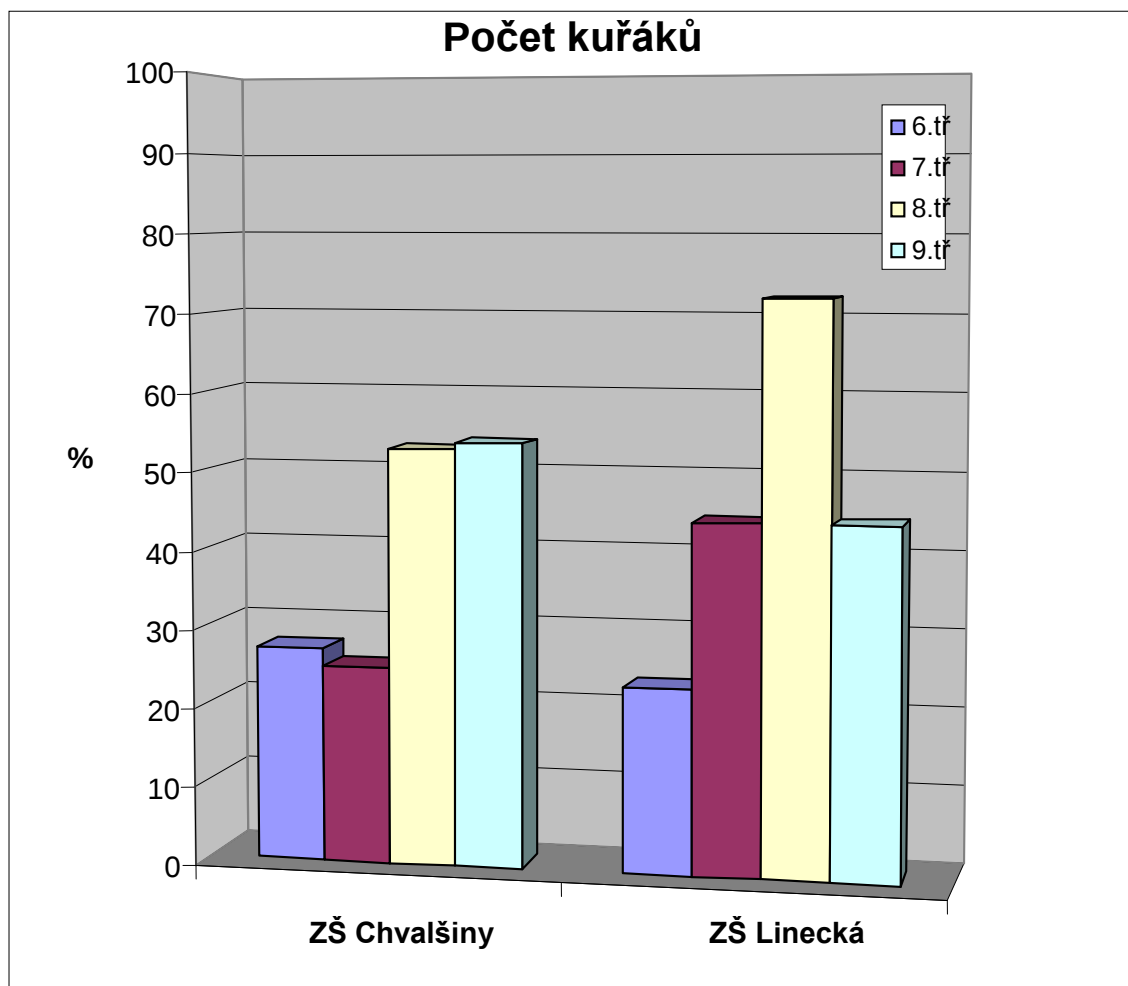
53%

30 děvčat

Pro lepší přehlednost jsem použila tento typy grafu, do kterého jsem sečetla počet kouřících dívek a chlapců z obou škol dohromady. Ve výsledném počtu převažují kouřící dívky nad chlapci. Myslím si, že pro budoucí generace je tento fakt poměrně alarmující.

Zdroj: vlastní výzkum

25. Celkový počet kuřáků – každá škola zvlášť.



Do tohoto grafu jsem sečetla kouřící zástupce jednotlivých tříd a výsledky jsem porovnala mezi oběma školami. **ZŠ Chvalšiny** mají procentuálně méně kuřáků v 7. a 8. třídě. Naopak **ZŠ Linecká** dopadla lépe v 6. a 9. třídě. z Grafu jasně vyplývá, že nelze jednoznačně určit, na jakém typu školy se kouří více a na kterém méně. Myslím, že výsledky obou škol jsou téměř srovnatelné a stejně zdrcující. Z mého pohledu je právě tento graf vyvrcholením mé práce.

Zdroj: vlastní výzkum

5. DISKUZE

Dotazník, který jsem použila, ukazuje na několik skutečností. Především na to, že **děvčata stále podceňují zdravotní rizika kouření**. Chlapci zase naopak kouří více pravidelně. U některých respondentů jsem při distribuci dotazníků spatřovala, jaký mají obdiv ke kouření a zároveň to, jak malou mají znalost celé problematiky. **Zjednodušeně, lze pozorovat lhostejnost respondentů**. Je to vcelku smutné a zarážející.

Obě školy, které jsem s výzkumem oslovila, mají rozpracovanou protikuřáckou kampaň. V rámci ní, mají žáci možnost zúčastnit se různých besed a seminářů, ale ti to berou spíše jako důvod k nicnedělání a možnému zpestření, bez přímé aktivity.

Dle Králíkové (31) průměrný věk vykouření první cigarety je v ČR někde mezi 12 a 14 lety. **S tímto tvrzením zcela nesouhlasím**. Otázkou č. 16, kde jsem sledovala věk prvního zapálení cigarety, mi vyšel věk ještě nižší. **Celkový počet dotázaných žáků se rovnal 132. Z toho 92 z nich, již zažilo zkušenost s cigaretou**. V dotazníkovém šetření byly zaškrtnuty pouze „tři varianty“ věku. A to, poprvé jsem si zapálil(a) ještě před 10. rokem věku, druhá alternativa v 10 a třetí v 11 letech. Od 11 let věku nebyla zaznamenána žádná první zkušenost s užitím cigarety. Poprvé si před desátým rokem věku zapálilo 28 dotázaných, což je z mého pohledu dosti znepokojující. V několika případech se jak na ZŠ Chvalšiny tak na ZŠ Linecká **objevily odpovědi, že cigaretu poprvé okusili ve 5, 6-ti letech**. Vůbec nechápu, kde tak malé děti mohly sehnat cigaretu. V 10 letech okusilo svou první cigaretu celkem 19 žáků. **Vyšší výskyt prvního užití cigarety je patrný v 11 letech**. Z odpovědí respondentů mi vyšlo, že průměrný věk prvního experimentu s tabákovým výrobkem je **10, 5 let**.

Králíková také (31) uvádí, že nepříznivým trendem je fakt, že přibývá kuřáček mezi dívkami. Toto problematikou jsem se zabývala v otázkách č. **23 a 24. Dotazníkového šetření toto tvrzení zcela potvrdilo**. Je zde zřejmá vyšší míra užívání cigaret u dívek než u chlapců.

Dále Kozák (16) uvádí, že v užívání tabákových výrobků převažuje město nad

venkovem. **S jeho tvrzením se však zcela ztotožnit nemohu.** Z mého šetření vyplývá, že počet experimentujících kuřáků je mezi respondenty, téměř vyrovnaný. Tento fakt nalezneme v graf. zpracování **otázky č. 25. *Tlak vrstevníků a snaha přizpůsobit se, je zřejmě jeden z nejhlavnějších důvodů, proč mladí lidé začínají kouřit a je jedno, zda-li se nacházíme na vesnici či ve městě.*** Průměrné dnešní dítě, žák základní školy, se jen zcela výjimečně baví ve svém volném čase jinak, než sledováním televize, surfováním po internetu, nebo hraním počítačových her. Dokonce i děti na vesnicích již tráví čas většinou tímto způsobem (viz.zpracování DP). Ti starší tráví volný čas se svými kamarády, většinou v nějaké partě, kde ctí daná pravidla společného bytí. A je zde další problém. Naše děti jsou neustále pod nějakým vlivem!

Potěšující bylo povědomí dětí o škodlivosti působení kouření na zdraví člověka, které respondenti uváděli ve volném vyjádření k tématu nejčastěji. Na školách, kde byl tento výzkum prováděn, **kladně hodnotím zájem ředitelů** o výsledky výzkumu a dotazy na možná řešení této situace, kterou si všichni dobře uvědomují a kterou by rádi změnili k lepšímu, což se ale nedaří...

6. ZÁVĚR

V bakalářské práci byl vytyčen cíl zmapovat situaci kouření cigaret dětmi a dospívajícími na dvou typech škol a porovnat výsledky získané z dotazníkového šetření. Cíl práce byl splněn. Hypotéza předpokládala nižší výskyt kuřáctví u žáků venkovské školy než ve škole městského typu. Tuto hypotézu výzkum nepotvrdil. Četnost kuřáků na obou školách je ve výsledku téměř vyrovnaný.

Výsledky šetření by mohly posloužit k lepší informovanosti rodičů a vyučujících o stávající situaci dětského kouření na ZŠ Chvalšiny a ZŠ Linecká. Dále by mohly pedagogům naznačit cestu, kterou by žákům ukázali, že kouření není nic moderního a atraktivního, nýbrž nemoc, která zabíjí. Proto jsem se snažila bakalářskou práci zpracovat tak, aby mohla být využívána širokou pedagogickou veřejností. V první části jsem se snažila obsáhnout všechny oblasti problematiky kouření teoreticky. Tyto informace by mohly pomoci učitelům seznámit se se základními fakty o kouření od historických kořenů až po současnost. Do přílohy č.3 jsem zpracovala některé oblasti metodicky. Jsou zde obsaženy hry a různé alternativní činnosti. Hra jako nej přirozenější způsob učení předává dětem potřebné informace zábavně a nenásilně. V oblasti prevence kouření může mít podstatný význam.

Myslím si, že je zcela patrné, nejen z mé práce, že cesta k nekuřácké společnosti bude dlouhá. Celá problematika má totiž mnoho úrovní a existuje celá řada úhlů pohledu, ze kterých ji lze posuzovat. Začíná u jednotlivce, který je závislý na tabákových výrobcích a mnohdy si neuvědomuje nebo uvědomit nechce související rizika, pokračuje přes jeho nejbližší, kteří jsou mnohdy přehnaně tolerantní a neuvědomují si, že pasivní kouření je stejně rizikové jako kouření aktivní. Celá společnost nekuřáků má tendenci raději mlčet než vyjádřit svůj postoj nebo si ani daná rizika neuvědomuje. I my, nekuřáci, tak přispíváme k celé situaci tím, že si klidně a s nadhledem, neumíme hájit právo na zdravé prostředí. Neupřednostňujeme nekuřácké restaurace a tím nezvyšujeme poptávku po těchto zařízeních. Nemáme snahu vytvářet a podporovat ve společnosti atmosféru toho, že nekouřit je přirozené a „normální“. Stejně tak jako kuřáci si neuvědomujeme dostatečně cenu svého života. Základním

předpokladem pro změnu situace je změna onoho lhostejného postoje kuřáků ke zdravotním rizikům kouření. Je třeba uzákonit masivní mediální kampaně cílené na zvýšení informovanosti kuřácké i nekuřácké populace o zdravotních rizicích kouření. Preventivní programy vedené interaktivním způsobem, by měly být běžnou součástí školského systému už od věku tří let dítěte. Od počátku formování osobnosti mladých lidí, by měl být kladen důraz na život a zdraví jako na jednu z nejdůležitějších hodnot.

Důležitým postojem všech, kteří by chtěli pomoci lidem závislým na tabákových výrobcích, je snaha o pochopení jejich vnitřních motivů a ponutek, jejich duše. To není možné v případě, že je odsoudíme za jejich slabost. Je třeba najít silné stránky jejich osobnosti, motivovat je ke změně a podpořit v úsilí.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

• Odborné publikace:

1. ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČEK, J., VORLÍČKOVÁ, H. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
2. CRHA, I., HRUBÁ, D. *Kouření a reprodukce*. 1.vyd. Brno: MU, 2000. 54 s. ISBN 80-210-2284 -1.
3. CSÉMY, L., SOVINOVA, H. *Kouření cigaret a pití alkoholu v ČR*. 1. vyd., Praha: SZÚ, 2003. 96 s. ISBN 80-70 71-230-9.
4. HUGO, J., PRESL, J., a VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 3. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 409 stran. ISBN 80-85800-27-6.
5. KOZÁK, J.T., PFEIFER, I., RICHTER, J. *Rizikový faktor kouření*. 1. vyd. Praha: KPK, 1993. 242 stran. ISBN 80-85267-42-X.
6. KRÁLÍKOVÁ, E., KOZÁK, J.T. *Jak přestat kouřit*. 2.vyd., Praha: Maxdorf, 2003. 130 s. ISBN 80-85912-68-6.
7. KUBEŠOVÁ, H. *Vnitřní lékařství I.: pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd., Brno: Masarykova univerzita, 2003. 103 s. ISBN 80-210-3138-7.
8. *Manuál pro tvorbu školních vzdělávacích programů v základním vzdělávání*, VÚP Praha, 2005. ISBN 80-87000-03-X.
9. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky perspektivy léčby*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.
10. NEŠPOR, K. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportprag, 1999, 40 s.

11. NEŠPOR, K., PERNICOVÁ, H., CSÉMY, L. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. 1. vydání, Praha: Portál, 1999. 127 s. ISBN 80-7178 -299-8.
12. NIEDERLE, P.: *Kouření a onemocnění srdce*. 1.vyd., Praha: Triton, 1999. 7 s. ISBN 80-7254-061-0.
13. NOVÁK, M.. a kol. *O kouření*. 1.vyd., Praha: Avicenum, 1980. 164 s.
14. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 235 s. ISBN 80-85931-65-6.
15. POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2.vyd, Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-04.
16. SVOBODOVÁ, A., KOZÁK, J.: *Mládež a kouření*. 2.vyd., Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1990. 41stran.
17. VOJTOVÁ, V.: *Kapitoly z etopedie I. – Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*, 1. vyd, Brno: MU, 2004. 94 stran. ISBN 80-210-3532-3.
- **Internetové zdroje:**
18. BÍLÁ KNIHA. *Tabák v České republice* [on line]. [cit. 2006-11-02] Dostupné z <http://www.nekurte.cz/index.php?i=7&8=kniha>.
19. Hrubá D., Brázdová Z. *Význam primární prevence v perinatologii – doporučení pro primární prevenci*. [on line]. [cit. 2003-12-03] Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2003/03/15.pdf>.
20. Legislativa týkající se kouření v ČR [on line]. [cit. 2007-02-10]. Dostupné z http://www.dokurte.cz/?stranka=ceska_republika&typ=sablony.

21. Řetěz lásky k dětem [on line]. [cit. 2007-03-28]. Dostupné z.
<http://www.retezlasky.cz/view.php?cislocclanku=1>.
22. Složení tabákového kouře [on line]. [cit. 2007-02-10]. Dostupné z
http://www.dokurte.cz/?stranka=slozeni_tabakoveho_koure&typ=sablony.
23. Účinky tabáku [on line]. [cit. 2006-02-10]. Dostupné z
<http://www.drogy.net/portal/nikotin/zakladni-informace4/farmakologicky-pruvodce>
24. Co to je cigareta [on line]. [cit. 2007-04-25]. Dostupné z
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Cigareta>
25. Různé pojmy [on line]. [cit. 2007-01-29]. Dostupné z
<http://www.encyklopedie.seznam.cz>
26. Historie [on line]. [cit. 2006-04-03]. Dostupné z
<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=46>
27. Tabák [on line]. [cit. 2005-09-23]. Dostupné z
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Tabák>
28. Složení tabáku a kouře [on line]. [cit. 2007-04-01]. Dostupné z
<http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3rnic.html>
29. Poradny podpory zdraví [on line]. [cit. 2007-04-25]. Dostupné z
http://www.zubarno.cz/studie/kap09.htm#k09_905
30. Peer program [on line]. [cit. 2007-04-25]. Dostupné z
<http://www.poradenskecentrum.cz/peer.html>

• **Časopisy:**

31. KRÁLÍKOVÁ, Eva. Prevence závislosti na tabáku. *Československá Pediatrie*, 2006, roč. 61, č. 3, s. 149 – 154. ISSN 0069-2328.
32. KRÁLÍKOVÁ, E., BÝMA, S., et al., Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis lékařů českých*, 2005, roč. 144, č. 5, s. 327 - 333. ISSN 0008-7335.

33. KUKLA, L. Rizikové chování rodičů v době očekávání dítěte a po jeho narození. *Československá Pediatrie*, 2003, roč. 58, č. 11, s. 705 – 709. ISSN 0069-2328.

34. KUSENDA, L. Kouření a nemoci respiračního ústrojí. *Lékařské listy*, 2006, roč. 55, č. 4, s. 24 – 25. ISSN 0044–1996.

35. LOUCKÁ, P. Z historie kouření. *Vesmír*, 2004, roč. 83, č.1, s.30 - 31.

36. NOVÁ, E. Aby děti nekouřily. *Hygiena*, 2002, roč. 47, č. 1, s. 32 – 33. ISSN 1210-7840

37. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*, VÚP Praha, 2004, s. 46–48.

38. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*, VÚP Praha, 2004, s. 81–92.

• **Zdroj fotografií:**

Obr.č. 1: <http://www.kurakovaplice.cz/index.php?strana=rizikakoureni>

Obr.č. 2: <http://orisky.webz.cz/cz/cgr/cgr.htm>

Obr.č. 3: www.kurakovaplice.cz/index.php?strana=fotografie

Obr.č. 4: www.prevencenadoru.cz/mouprev/section

8. KLÍČOVÁ SLOVA

dítě

kouření

prevence