

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ  
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ O ETIKOVATELSTVÍ**

**POSTOJE STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY  
K PROBLEMATICE KOUŘENÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Šárka Kaplanová**

Vedoucí práce: **MUDr. Pavel Slezák**

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**  
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**THE ATTITUDES OF THE STUDENTS OF THE NURSING  
SCHOOL TO THE SMOKING PROBLEM**

Bachelor's thesis

Author: **Šárka Kaplanová**

Supervisor: **MUDr. Pavel Slezák**

2008

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 2. května 2008

.....

Děkuji panu MUDr. Pavlovi Slezákovi za odborné vedení mé bakalářské práce a za cenné a včasné poskytování odborných rad.

## **MOTTO :**

„ Kdo začne v mládí kouřit, má 70% naději, že bude kuřákem nad smrti. Jedna cigareta stojí kuřáka v průměru 5 – 15 minut života.“

E.P.Eckhol

## OBSAH

Úvod .....	8
<b>1. Historický vývoj tabáku.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Složení tabákového kou e .....</b>	<b>12</b>
2. 1 Cigaretový tabák.....	12
2. 1. 1 Fyzikální, chemické vlastnosti a chemická skladba tabákového kou e .....	12
2. 1. 2 Kancerogenní látky tabákového kou e .....	13
<b>3. Prevalence ku áctví u nás a ve sv t .....</b>	<b>14</b>
<b>4. Princip ku áctví.....</b>	<b>16</b>
4. 1 Definice ku áka .....	16
4. 2 Vznik ku áctví.....	16
4. 2. 1 Psychosociální a fyzická drogová závislost ku áka.....	17
4. 2. 2 Abstinence a příznaky jejího nedostatku nikotinu.....	18
4. 3 Diagnostické metody ke zjištění závislosti na nikotinu .....	19
4. 4 Pasivní, nedobrovolné kou ení .....	19
<b>5. Vliv kou ení na zdraví.....</b>	<b>21</b>
5. 1 Kou ení v t hotenství .....	21
5. 1. 2 Kou ení u mladistvých .....	21
5. 2 Onemocnění související s kou ením.....	21
5. 3 Kou ení a úmrtnost.....	24
<b>6. Aktivity za neku áctví.....</b>	<b>26</b>
6. 1 Instrukce omezující kou ení .....	26
6. 2 Edukační plán pro pedagogy .....	26
6. 2. 1 Základní zásady výchovného působení školy a pedagoga v prevenci .....	27
6. 3 Edukační plán v rámci neku áctví pro zdravotníky.....	28
<b>7. Legislativa .....</b>	<b>29</b>
7.1 Dostupné zákony .....	29
7.1.2 Rámcová úmluva o kontrole tabáku .....	30
7.2 Požadavky nevládních organizací a institucí na kontrolu kou ení .....	31

<b>8. Odvykání kouření</b> .....	33
8. 1 Motivace .....	33
8. 2 Základní léčba .....	33
8. 2. 1 Náhradní terapie nikotinem .....	34
<b>9. Charakteristika období adolescence</b> .....	36
<b>10. Empirická část</b> .....	38
10. 1 Cíle a hypotézy .....	38
10. 2 Metoda použitá ve výzkumu .....	39
10. 3 Způsob zpracování výsledků dotazníkového šetření .....	39
10. 4 Charakteristika vzorku.....	40
10. 5 Postup při výzkumu.....	40
10. 6 Interpretace výsledků dotazníku.....	41
<b>11. Diskuze</b> .....	53
<b>Závěr</b> .....	56
<b>Anotace</b> .....	58
<b>Literatura a prameny</b> .....	59
<b>Seznam tabulek</b> .....	60
<b>Seznam grafů</b> .....	60
<b>Seznam zkratk</b> .....	61
<b>Seznam příloh</b> .....	61
<b>Přílohy</b> .....	62
Fagerstromův test závislosti na nikotinu .....	62
Dotazník kuřáckých návyků .....	63
Dotazník odolnosti vůči nutkání kouřit .....	64
Dotazník ke zjištění postojů studentů k problematice kouření.....	65





## ÚVOD :

Na tomto místě bych ráda napsala pár slov o důvodech, které mě vedly k výběru tématu postojů studentů střední zdravotnické školy k problematice kouření.

Učím a vychovávám budoucí zdravotní sestry. „V České republice kouří dle statistických odhadů 21% lékařů a 40% zdravotních sester“ (Králíková, 2005, s.1). Práv proto jsem se rozhodla zjistit, kolik studentů v prvních ročnících kouří, co pro ně kouření znamená, co soudí o kouření lékařů a sester, jaké mají znalosti o vztahu kouření ke vzniku vybraných onemocnění, jaké postoje zaujímají k aktivitám zaměřeným proti kouření.

Kouření je v naší společnosti silně zakotveno a více, než je žádoucí, je společností tolerováno. Velkou roli zde sehrává osobnost zdravotníka. Práv na něj společnost nahlíží jako na vzory svého chování v životě. Zdravotník je v každém ohledu pro běžného občana ten, kdo má nejvyšší znalosti o zdraví a nemoci. Předpokládá se tedy, že jeho osobní přístup k vlastnímu zdraví nepřímo vystihuje míru rizika. Nakolik je kouření vnímáno jako rizikové chování, za to jsou odpovědní především zdravotníci. Pokud budou lékaři a sestry v takovém měřítku kouřit, nemůžeme od zbytku populace očekávat jiný postoj.

Trend prevalence kouření má od devadesátých let minulého století mírný sestupný charakter, přičemž tento pokles je výraznější u mužů. Zcela opačná situace je u dospívajících, kde počet kuřáků trvale stoupá, nad 18 let kouří 26% populace, mezi 15 – 18 lety 40% (Králíková, 2006, p. ednáška). Důvody, proč někteří dospívající sahají k tabáku nejsou příliš složité. Patří k nim snadná dostupnost, zvědavost, snaha uniknout nepříjemným pocitům nebo nepříznivé životní situaci, napodobování dospělých či tlak reklamy.

Kouření je naučené chování. Zařinajícím kuřákovi obvykle první cigareta nechutná, na rozdíl od koláče nebo bonbónu. Vtřinou k ní a k další sáhne v partě, aby se nelišil od ostatních. Každá další vykouřená cigareta ho však přitáhne do závislosti a to tím dříve, čím je kuřák mladší.

Práce je založena na teoretickém zhodnocení postojů studentů ke kouření. Opírá se o výsledky vlastního výzkumného šetření u studentů prvních ročníků.

Pro zpracování teoretické části jsem užívala metodu práce s literaturou. Jako základní zdroj informací jsem používala odbornou literaturu, odborné časopisy, odborné

příručky, slovníky, internet, kde jsem vyhledávala a seznamovala jsem se s poznatky dané problematiky.

Pro získání údajů v empirické části jsem použila dotazníkovou metodu. Výzkumné šetření jsem realizovala u studentů prvních ročníků ve třech třídách.

Výsledky výzkumu byly procentuálně zpracovány. Pro vyhodnocení jsem použila práci s tabulkami a grafy v tabulkovém procesoru Microsoft Excel.

Součástí výzkumu jsou cíle, hypotézy, charakteristika respondentů, dotazník s položkami, postup při výzkumu, způsob zpracování výsledků dotazníku, interpretace výsledků dotazníku, diskuze a vyslovení závěru výzkumu.

Na konci práce uvádím seznam použité literatury, seznam tabulek, grafů, zkratk a příloh.

# 1. HISTORICKÝ VÝVOJ TABÁKU A KOUŘENÍ

**P** i pohledu na vývoj kouření v historii, lze koeny tabakizmu hledat již ve starověku. O tom již informuje Herodotos, Plinius starší a Mela Pompinius. Setkáváme se hlavně s inhalací různých dýmů. Tak například léčba melancholie bylo doporučenou inhalovat kouř z dýmajícího kravského trusu. Kouření tabákových listů zavedli jako první američtí Indiáni kmene Huron, kteří kouřili tabákové listy při svých náboženských prosebných obřadech k Velkému duchu a přisuzovali mu tak neobyčejné psychické účinky ve formě představy o budoucím světě, stimulace k rituálním tancům, eliminace únavy, bolesti a hladu. Jeho listy také užívali k léčebným obkladům, i jako pastu k léčbě vedlejších.

**Tabákové listy do Evropy přivezli Kolumbovi námořníci z Jižní Ameriky v roce 1492.** Brzy poté, po objevení Kubu, Kanady, Floridy, Brazílie a Virginie, začali obyvatelé těchto oblastí kopírovat způsob užití tabáku Indiány a kouřili ho nejen v dýmce jako doutník, ale šupali i tabákový prach a pili jeho odvar. Jako obchod mezi národy a kontinenty se tabák rozšířil do Evropy, Asie, Afriky a Austrálie. **Do českých zemí se tabák dostal až koncem 16. století v době panování Rudolfa II.** Právě podobným prvním kouřákem byl Mikuláš Dačický z Heslova. Byla to éra oslavování léčebných účinků tabáku, přestože již někteří lékaři vyjadřovali skepticismus a doporučovali omezit jeho používání. Osobnosti tehdejšího světa, jako Kateřina Veliká, Petr Veliký nebo Napoleon používali tabák jako pomocníka k jejich činnosti (Kozák, 1993).

V roce 1559 francouzský vyslanec Jean Nicot tabákovou rostlinu prozkoumal, popsal a zdůraznil její „léčebné účinky“. Alkaloid obsažený v jeho listech byl pak později nazván jeho jménem. Písemné zprávy o léčivých účincích tabáku se množily a pojednávaly o jeho zevním i vnitřním použití. Byla to doba, kdy byl tabák královnou farmakopéy, ale již někteří lékaři, jako Van der Meer z Delfu, vyjadřovali skepticismus a doporučovali omezit jeho používání. V roce 1605 zorganizoval Jakub I. v Oxfordu první veřejnou debatu o vlivu tabáku. Nejenže bylo zdůrazněno, že tabák nemá léčivé účinky, ale naopak byl srovnáván s „šerými páchnoucími výparry, unikajícími z pekla“. Byly demonstrovány šerý mozek a šeré vnitřnosti získané z tabáku „nenapravitelných kouření“ (Kozák, 1993).

Kouřáci byli exkomunikováni z církve, v Rusku byli trestáni uříznutím nosu, kastrací, bitím nebo bastonádou, v Turecku propíchnutím nosu samotnou dýmku.

Tímto trestem u něj byl konec Petr Veliký, který byl také náruživým kuřákem. Na které náboženské sekty zakazují užívání tabáku dodnes, například Adventisté sedmého dne (Králíková, 1997).

Užívání tabáku se přesto začalo oddávat stále více lidí a národů a jeho spotřeba stoupla. **Ke značnému rozvoji tabákového průmyslu došlo po zavedení strojové výroby cigaret koncem občanské války v USA.** James Bonsack z Virginie zkonstruoval stroj na výrobu cigaret a umožnil tak výrobu 120 000 cigaret denně. Dnes 1 stroj vyrobí 6 milionů cigaret denně. Dnešní tabákový průmysl je představován nadnárodními koncerny včetně gigantů jako Phillip Morris (např. Marlboro, L&M, Sparta, Start, Bond atd.); R.J.Reynolds (Camel, Winston, Monte Carlo...); Liggett and Myers; Japan Tobacco a další.

## 2. SLOŽENÍ TABÁKOVÉHO KOU E

### 2.1 Cigaretový tabák

Tabák, *Nicotiana tabacum* je jednoletá asi 1,5m vysoká rostlina z rodu lilkovitých, jež má asi 50 druhů. Cigaretový tabák je směsí několika druhů tabáku a zvlhčovačích prostředků, které udržují nejen jeho vlhkost, ale i aroma a chuť. K zachování fyzikální integrity tabáku je používáno vhodné papír s přísádkem mnoha aditiv, jež ovlivují porozitu, hořlavost a počet možných inhalací cigarety. V současné době jsou prodávané cigarety z velké části vyrobeny z acetátu celulózy.

„Tabák je ekonomicky velmi dležitou plodinou, vyžadující vysoké investice při jeho pěstování a ošetřování, zůstává však neoddiskutovatelnou skutečností, že je v jakékoliv formě zdrojem toxických látek, které nepříznivě a ireverzibilně ovlivňují zdravotní stav člověka“ (Kozák, 1993, s. 12).

#### 2.1.1 Fyzikální a chemické vlastnosti tabákového kou e

„Cigaretový kou e, vznikající nedokonalým spalováním tabákových listů, je dynamickým komplexem více než 4000 chemicky plynných i hmotných látek, které škodí lidskému zdraví“ (Bartlová, 1997, s.4).

Kou e aktivně vdechovaný člověkem nazýváme *hlavním proudem* kou e. Více jak 90% hmotnosti hlavního proudu tvoří plynná část.

Aerosol, který vychází z hlavního kou e cigarety mezi jednotlivými tahy, je *vedlejším proudem* a je chemicky rozdílný od hlavního. Obvykle jeden tah trvá 2 sekundy, další tah následuje za 1 minutu, objem tahu činí 35ml a délka nedopalku ve velikosti filtru většinou odpovídá na cigaretový papír 3mm. Hlavním faktorem ovlivňující kvalitativní a kvantitativní složení kou e je teplota. Ta je závislá na délce a tloušťce cigarety, složení, hustotě a druhu tabáku, jeho přísádkách, vlhkosti a kvalitě cigaretového papíru. Během šlukování dosahuje teplota oharku 900-1100 stupňů Celsia. Konečná výchozí teplota hlavního proudu pak kolísá pod 100 (25-50) stupňů Celsia (Kozák, 1993).

#### Chemická skladba cigaretového kou e

V plynné části tabákového kou e lze nalézt nesčetné množství toxických látek, jsou to: oxid uhelnatý, oxid uhličitý, oxidy dusíku, amoniak, prchavé nitrosaminy,

kyanovodík, prchavé sloučeniny síry, prchavé nitrily, sloučeniny obsahující dusík, prchavé uhlovodíky, alkoholy, aldehydy a ketony. Více jak 70% plynné části hlavního proudu tvoří dusík a kyslík, ve zbytku plynné části lze nalézt oxid uhličitý a uhelnatý.

Hmotná část tabákového kouře obsahuje nikotin, další alkaloidy, neprchavé nitrosaminy, aromatické aminy, alkany, alkeny, izoprenoidy, benzeny, naftaleny, polynukleární aromatické uhlovodíky, radioaktivní látky a další. V závislosti na druhu cigarety je podíl hmotné fáze v hlavním proudu kouře až 8%. Tento dehet je definován jako hmotná fáze hlavního proudu bez vody a nikotinu. Cigareta obsahuje 20-30mg dehtu a nikotinu do 2mg.(Kozák, 1993)

### **2.1.2 Kancerogenní látky tabákového kouře**

Z jedné cigarety může kuřák získat cca 1-9 mikrogram karcinogenů. *Oxid uhelnatý* sice není kancerogenem, ale přispívá také ke karcinogenezi inhibicí mukociliární clearance. V souvislosti s cigaretovým kouřem je třeba zmínit *orgánově specifické kancerogeny*, které mají vaznost ke karcinomu ezofágu, pankreatu, močového měchýře, přestože nepřicházejí přímo do kontaktu s těmito orgány, nýbrž prostřednictvím metabolitů. Zatímco *tabákově specifické nitrosaminy* (nikotin, kotinin ad.) konvertují s karcinogenezi plic, nosní dutiny, ezofágu, pharyngu a trachey.(Kozák,1993)

### 3. PREVALENCE KOUŘÁCTVÍ U NÁS A VE SVĚTĚ

Kouření ročně celosvětově narůstá o 3%. V zemích se stabilizovanou tržní ekonomikou (např. USA, Kanada, Velká Británie, Austrálie) kouří v průměru kolem 25% populace nad 15 let. U nás je to 1/3 dospělé populace kolem 32% (35% muži a 27% ženy).

„Lékaři a sestry hrají nepochybně důležitou roli ve vzoru chování jak ve své sociální roli tak pro své pacienty. Zatímco v západních zemích kouří dnes asi 3% lékařů a kolem 20% sester - u nás dosavadní výzkumy potvrzují desetinásobek v případě lékařů – 33% a více než dvojnásobek v případě sester – 48%“ (Králíková, 1997, s. 8).

„Porovnání prevalence kouření v české populaci v jednotlivých letech ukazuje, že zde v období let 1997 – 2006 nedochází k výraznějším změnám. Zejména v posledních dvou letech se podíl kuřáků (včetně pľežitostných) pohybuje okolo 30%. Nebyl ani zaznamenán trend, že by se více kuřáků než v minulých letech pokoušelo svého návyku zbavit. Zdá se, že úsilí společnosti o omezení kouření zatím nepřináší žádoucí výsledky a podíl kuřáků v populaci neklesá. Ilustruje to mimo jiné i skutečnost, že výsledky týkající se prevalence kouření v roce 2006 v podstatě odpovídají výsledkům zjištěným v roce 1997. Z dlouhodobého hlediska lze tedy konstatovat, že zatím nebyl zaznamenán trend, signalizující snížení prevalence kouření v populaci. Zastoupení kuřáků mezi oběma pľekami je poměrně stabilní a dosud přijatá protikuřácká opatření ke snížení jejich podílu nepřispěla.“

Výsledky zjištěné v roce 2006 signalizují (stejně jako v předchozích letech) nejvyšší podíl všech kuřáků (tj. těch, kteří kouří nejméně 1 cigaretu denně a těch, kteří kouří méně než jednu cigaretu denně) v nejmladší věkové skupině 15 – 24 let, kde činil 35,8%. Skutečnost, že prevalence kouření v nejmladší věkové skupině je v porovnání s ostatními věkovými skupinami nejvyšší, nedává dobré vyhlídky do budoucnosti. Ukazuje se, že omezovat kouření u mladých lidí se stále nedaří a dlouhodobě si vyžaduje maximální pozornost“ (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2007).

Devadesát procent kuřáků zažije než v 18 letech. Marketing útočí na 14 – leté děti. Model tabákové epidemie v ČR je o 20 let pozadu než v západních zemích, tudíž největší procento kuřáků bude na následky kouření umírat o 20 let později, nebo jsme

o 20 let později začali chápat jeho škodlivost. Je prokázáno, že 1/5 úmrtí je způsobena dýchacím systémem. Globální statistika se zmiňuje o potu 14 let zkrácení života kuřáků. Podobně 23 miliard ročně stojí hospitalizace v důsledku kouření. Pravidelný kuřák, který vykouří 20 cigaret denně, je vystaven podobnému nebezpečí jako by 250 x za rok podstoupil RTG plíc. (Kráľková, 2003)

Další významné souvislosti, zjištěné mezi kouřením a ostatními sociodemografickými znaky jsou například podíl kuřáků mezi svobodnými a rozvedenými je vyšší, než-li podíl kuřáků mezi ženatými a vdanými. S tímto zjištěním koresponduje i skutečnost, že mezi lidmi žijícími se stálým partnerem je více bývalých kuřáků zatímco mezi těmi, kteří nemají stálého partnera je více aktivních kuřáků.

„V případě vazby kouření na stupeň dosaženého vzdělání platí dlouhodobý trend zjištěný v letech 2000 – 2005, spočívající v tom, že vyšší podíl pravidelných kuřáků je mezi respondenty, kteří uvedli, že jsou vykuřeni, zatímco u respondentů s maturitou a VŠ vzděláním bylo pravidelných kuřáků méně. Tomu odpovídá i skutečnost, že nejvíce kuřáků je v důlnických a řemeslnických profesích“ (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2007).



## 4. PRINCIP KU ÁCTVÍ

### 4.1 Definice ku áka

**„Kou ení je nutkavé, nekontrolovatelné užívání nikotinu“** (Králíková, Kozák, 1997, s. 28). **Závislost na tabáku je nemoc, v mezinárodní klasifikaci nemocí (10.revize) je označena diagnózou F 17.**

Podle Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic, WHO 1996

**Ku ák ( smoker ) – ten, kdo v době kouření kouří**

- *pravidelný ku ák ( daily smoker ) - kouří denně,*
- *příležitostný ku ák ( occasional smoker ) – kouří, ale ne denně.*

**Neku ák ( non smoker ) – ten kdo v době kouření nekouří**

- *bývalý ku ák ( ex –smoker ) – dříve kouřil denně, nyní nekouří,*
- *nikdy nekouřil ( never smoker ) – nekouřil buď vůbec nebo méně než 100 cigaret během svého života,*
- *bývalý příležitostný ku ák ( ex occasional smoker ) – nekouřil nikdy denně, ale vykouřil více než 100 cigaret během svého života.*

Kouření je naučené chování, které si ku ák fixoval mnoho měsíců i mnoho let. Jde o komplexní jev podmíněný psychosociálními vlivy a udržovaný psychickými, sociálními a ekonomickými stimuly. Je to soubor stavů a činností, které jsou doprovázeny hedonistickými pocity založenými na různých fyziologických a biochemických pochodech.

### 4.2 Vznik kouření

**„Kouření není zlovyk, jak mnohdy nesprávně slýcháme, ale závislost: psychosociální a u většiny ku áků i fyzická-drogová“** (Králíková, Kozák 1997, s. 9).

Kouření cigaret je v naší společnosti obvykle zahájováno již v dětství i dospívajícím v ku, jako následek sociálních tlaků, a to především imitací modelů vrstevníků, stereotypů chování a vzorů dospělých jako jsou rodiče, učitelé a sourozenci. Je alarmující skutečností, že v současné době se rozdíly v kouření dívek a chlapců stírají pozvolnou emancipací, dokonce existují i skupiny populace, kde kouří více dívky. Kouření žen je v dnešní společnosti sociálně tolerováno a akceptováno.

#### 4.2.1 Psychosociální závislost kuřáka

Sociální závislost kouření začíná ve společnosti určitých vrstevníků, obvykle ve věku 12-14 let. Na akutní negativní účinky kouření jako nevolnost a gastrointestinální obtíže vzniká brzy tolerance a tak kuřák později kouření opakovaně ve společnosti s určitými osobami a stává se tak pozvolně kuřákem. Rituál zapalování, nabízení cigarety, překlenutí rozpak – to vše hraje v této fázi důležitou roli.

S kouřením souvisí i smysl pro kontrolu vlastního jednání. Při neustále se opakujících příležitostech a situacích, kdy kuřák sahá po cigaretě, se pak vyvíjí závislost psychická. Pro kuřáka jsou takové situace specifické, typická bývá cigareta u kávy, po jídle, při telefonování, při čekání na autobus a podobně. Je to závislost na cigaretě jako předmětu, bez ohledu na její složení. Vzniká zde potřeba v určitých situacích s cigaretou manipulovat, držet ji, pozorovat její kouř a ohřev, relaxovat a další návyky (Králíková, Kozák, 1997).

#### Fyzická, drogová závislost

Fyzická drogová závislost na nikotinu se zpravidla vyvine po určité době, která je individuální, většinou však do dvou let po zahájení kouření. Nemusí k ní dojít u všech kuřáků, některé zstanou příležitostnými, svátečními kuřáky bez závislosti na nikotinu celý život. Přesto je však 85% kuřáků na nikotinu závislých. Tato závislost se v ad farmakologických aspektech podobá závislosti na kokainu i heroinu, také tyto relapsy jsou podobné. Závislost na nikotinu však kontrolovat nelze. Mnozí kuřáci tak musí kouřit v pravidelných intervalech, bez ohledu na situace a okolnosti. Diagnostikovat tento stupeň závislosti je snadné pomocí dvou klíčových otázek: *Kolik cigaret denně kouří a jak brzy ráno po probuzení si zapaluje první cigaretu* (kuřák je v noci bez drogy a čím dříve si musí zapálit, tím více je zejména přítomnost abstinence příznakem závislosti na nikotinu). Fagerstrom v testu nikotinové závislosti kvantifikuje závislost body viz. příloha 1. (Králíková, Kozák, 1997).

Jak už jsem zmínil, hlavní roli na vzniku drogové závislosti hraje nikotin v kontextu s typem vykouřené cigarety, počtem vykouřených cigaret, množstvím vykouřené tabáky v cigaretě, počtem cigaret, hloubce a době inhalace. Nikotin je absorbován sliznicí, k tomu nejlépe však v alveolech, je absorbován i kuřákem, který neinhuluje. Při šupání jen sliznicí ústní si nosí (Kozák a kol., 1993).

„Je více než zřejmé, že kuřák kouření především pro účinky kouření a nikotinu. Výsledným efektem vykouřené cigarety je buď stimulace a povzbuzení nebo na straně

druhé sedace a uklidnění, pozitivní ovlivnění stresu, úzkosti, zvládnutí práce a nálady, chuti k jídlu“ (Kozák, 1990, s. 1).

#### 4.2.2 Abstinenciální příznaky při nedostatku nikotinu

Změny nálad a chování kuřáků jsou podmíněny vyšší sekrecí katecholaminů, serotoninu, kortikosteroidů, pituitárních hormonů a beta-endorfinu jako důsledků vazby nikotinu na acetylcholinové receptory. Vliv je nepochybně individuální, obecně je však známo, že menší dávky působí soustředně, větší dávky uklidňují kuřáka. V mozku i jinde v těle kuřáka jsou také specifické nikotinové receptory, jejichž počet se u pravidelného kuřáka zmnoží, čím lze mimo jiné vysvětlit vznik abstinenciálních příznaků.

„Po požití cigarety se nikotin velmi rychle transportuje do mozku za 10 sekund. Při cca 10 inhalacích z jedné cigarety a dvaceti cigaret denně, vstupává mozek kuřáka kolem 200 denních dávek drogy, za rok je to 73 000 dávek. Prostednictvím cigarety je tedy dávka drogy dostupná zcela podle okamžité potřeby, neexistuje jiná droga, kterou je možné tak často a legálně aplikovat. Kouření cigaret je branou k užití drogy jiné“ (Králíková, Kozák, 1997, s.11).

Abstinenciální příznaky jsou buďž dočasné fyzické a psychické změny vznikající v důsledku omezení nebo přerušení příjmu drogy nebo jsou výsledkem fyzické i psychologické adaptace na dlouhodobý příjem drogy.

<b>Symptom</b>	<b>doba trvání</b>	<b>prevalence</b>
<b>Subjektivní</b>		
Podrážděnost, agrese	4 týdny	50%
Deprese	4 týdny	60%
Neschopnost odpočívat	4 týdny	60%
Neschopnost koncentrace	2 týdny	60%
Zvýšená chuť k jídlu	10 týdn	70%
Lehké bolesti hlavy	48 hodin	10%
Buzení během noci	1 týden	25%
Nutkavá touha po cigaret	2 týdny	70%
<b>Objektivní</b>		
Snížená srdeční frekvence	dlouhodob	80%
Snížení adrenalinu	krátkodob	není známo
Snížení kortizolu	není známo	není známo

Zvýšení alfa vln (EEG)	není známo	není známo
Snížený tremor	dlouhodob	80%
Snížený metabolismus	dlouhodob	není známo
Zvýšená teplota kůže	dlouhodob	80%
Snížený metabolismus kofeinu	dlouhodob	80%
Zvýšení hmotnosti (průměrně 3-4 kg/rok)	dlouhodob	80%

(Králíková, Kozák, 1997, s. 11. Odvykání kouření v denní praxi lékaře)

#### 4.3 Diagnostické metody ke zjištění závislosti na nikotinu

Diagnóza kouření je především založena na dotazníkových metodách a individuálním pohovoru. Objektivní hodnocení pomocí analýzy vydechovaných plynů a biochemické hodnocení jsou spíše pomocnou metodou potvrzující výpovědi klientů.

Fegerstrom v dotazník závislosti na nikotinu umožňuje jednoduchým způsobem určit stupeň závislosti na nikotinu jako na droze (Příloha .1).

V kurzech odvykání kouření se pro úvodní diagnostickou orientaci používá dotazník kuřáckých návyků. Je zaměřen na zjištění hlavních tendencí ve spotřebě kuřáckých produktů, detekci počátku kouření, jeho dynamiky, potenciální role pasivního kouření a zaznamenání důležitějších odvykacích pokusů. Analýza jednotlivých položek a jejich syntetický rozbor umožní určit jakýsi „kuřácký profil“ (Příloha .2).

Na míru odolnosti vůči nutkání kouřit v různých životních situacích je založen dotazník, kde jsou vytipované situace, v nichž dochází nejčastěji k podlehnutí kouření, hodnotí se osobní vztah každého člověka k těmto situacím v etně osobní úrovni rezistence v každé z nich (Příloha .3).

#### 4.4 Pasivní, nedobrovolné kouření

Tabákový kouř ohrožuje nejen samotné kuřáky, ale znamená nebezpečí i pro ostatní osoby, které vzduch znečištěný kouřem vdechují, mluvíme o tzv. ETS- Environmental Tobacco Smoke, tabákovém kouři v prostředí. Hořící cigareta totiž vedle hlavního vydechovaného, profiltrovaného proudu, který inhaluje kuřák (teplota 900°-1100° C), produkuje vedlejší proud (300° C), v němž je obsah zplodin několikrát vyšší pro nedokonalé spalování, 5x více CO, 3x více nikotinu a dehtu, 52x více nitrosaminů a dalších. Nekuřák trávící 1 hodinu v zakouřeném prostředí je vystaven takovému množství

škodlivin , jako by vykouřil 15 cigaret (Wassebauer a kol., 2001). Celkově se udává ročně 3000 úmrtí v důsledku pasivního kouření v ČR.

Kromě subjektivního diskomfortu nekouřáků a krátkodobého vlivu na lidský organismus ve formě iritace sliznic očí a dýchacích cest, bolestí hlavy a nepříjemného nosového vjemu, způsobuje v těsné blízkosti jako kouření aktivní, v závislosti na příslušném poměru k expozici (Králíková, Kozák, 1997).

Pasivní kouření zvyšuje o 20-50% riziko rakoviny plic u kouřáků, v 17% u nekouřáků a onemocnění srdce a cév. Lze doložit 63% astmatických dětí exponovaných cigaretovému kouři v domácím prostředí, také časté hospitalizace dětí ve věku 0-2 roky pro akutní bronchitidy, pneumonie, záněty středního ucha a horních cest dýchacích. Dále pak fatální i nefatální infarkty myokardu, malé ale významné snížení plicních funkcí u dětí, úmrtí na plod kouření matky - snížená porodní váha v průměru o 250g a dopad na další rozvoj, souvislost se syndromem náhlého úmrtí kojence. Zhruba 75-80% dětí je doma exponováno cigaretovému kouři, jehož šíření nezabrání ani kouření v jedné místnosti bytu. Jeho expozici lze doložit přítomností thiocyanátu v moči a kotininu v krvi, moči i slinách, na což je nikotin postupně změřitelný po dobu 5 dnů po kouření. Dalším objektivním ukazatelem kouření je analýza CO ve vydechovaném vzduchu do 24 hodin po kouření (Králíková, 1993).

## 5. VLIV KOU ENÍ NA ZDRAVÍ

### 5.1 Kou ení v t hotenství

Kou ení v t hotenství poškozuje plod p edevším permanentní hypoxií, vznikající úinky nikotinu a oxidu uhelnatého. Drogy užívané v prvním trimestru t hotenství mají zvláš závažné d sledky pro vývoj plodu, transplacentární p enos zajiš uje vst ebávání do krevního ob hu dít te a ovliv ování jeho funkcí. Nízkou porodní hmotností, sníženou imunitou a zhoršenou poporodní adaptací a vývojem se stává dít mén odolné a zraniteln jší. astá nemocnost, sklon k alergiím, astmatu, chorobám dýchacích cest je da dít te za kou ení matky. Také oslabená imunita matky vlivem kou ení b hem gravidity asto inklinuje k infekcím, která pak mohou poškodit vývoj plodu. Novorozenec je závislý na droze své matky a vykazuje abstinen ní p íznaky. U ku a ek ast ji dochází ke krvácení v t hotenství, p ed asnému odlou ení placenty od d ložní st ny, nedostatku energie k porodu a dušnosti (Bartlová, 1997).

#### 5.1.2 Kou ení u mladistvých

Mladí lidé, kte í se navykají kou it, tak ne iní ze skute né fyzické pot eby, ale ze zcela iracionálních d vod elegantního gesta cigarety. P i kou ení jsou cévky a vláse nice zásobující pokožku kyslíkem a živinami zužovány, což lze diagnostikovat zm nou prokrvení a teploty na periferních ástech t la, nap íklad prstech rukou. Podobné zm ny se odehrávají i na pokožce obli eje opakovaným porušováním její výživy. Již v pom rn mladém v ku je v nadpoloviní v tšin ku a ek z ejmá takzvaná „nikotinová tvá“, která ztrácí sv žest, elasticitu, nabývá žlutavého nádechu, tvo í vrásky kolem o í i úst, puchý ky, defekty a kožní poran ní se déle a h e hojí. Tuto typickou tvá dokresluje tabákový pach z úst, zažloutlý chrup, zast ený hlubší hlas a mnohdy i neuv dom lost pro okolí nep íjemné prosycenosti od vu, vlas , dechu i pleti, jakou p ipravuje cigaretový kou . Je to nep íliš ú inný zp sob, jak prezentovat naše t lo pro n koho jiného p itažlivým (Bartlová, 1997).

### 5.2 Onemocn ní související s kou ením

Zdravotní následky kou ení jsou alarmující. Kou ení ovliv uje negativn tém všechny orgány a tkán lidského t la. Doba, za kterou dojde k rozvoji onemocn ní, a míra postižení závisí nejen na individuální vnímavosti, ale i na denním po tu

vykouřených cigaret, startovacím v ku kouření, způsobu inhalace a druhu cigaret. Hlavními zabijáky jsou v případě kouření ischemická choroba srdce, chronická obstrukční choroba bronchopulmonální a rakovina plic.

Prvořadý negativní dopad kouření lze v 25% odvodit na vznik kardiovaskulárních nemocí, kdy ischemická choroba srdce je nejčastější příčinou úmrtí. Kouření lze tak zařadit mezi rizikové faktory tohoto onemocnění vedle hypertenze, pozitivní anamnézy, vyšší hmotnosti a hypercholesterolemie. Kouření jako rizikový faktor lze relativně nejnáze odstranit a tím pozitivně působí na vazbu ovlivnit hypertenzi a hypercholesterolemii. Patogenezi nemoci je obstrukce krevního proudu nebo vznik trombu v koronární artérii postižené arteriosklerotickou změnou (Kozák, 1993).

Také arterioskleróza je bezprostřední příčinou uzavření koronárních cév, koronární trombózy, infarktu myokardu, anginy pectoris, cerebrální trombózy a infarktu. Mnohé hypotézy pojednávající o vzniku arteriosklerózy považují kouření za jeden z hlavních rizikových faktorů pro vznik a vývoj arteriálních lézí. V případě arteriosklerózy je kouření na vině ze 33% (Kozák, 1993).

„Ischemické nebo hemoragické cerebrovaskulární nemoci jsou v pořadí příčin smrti na tomto místě za ICHS a maligními nádory. Existují i specifické formy této nemoci: mozková nedostatečnost spojená s deficiencí průtoku krve mozkem, mozková infarce tromboemboliem a mozková hemoragie parenchymu i subarachnoideální krvácení. Cerebrovaskulární onemocnění ovlivňuje především hlavními rizikovými faktory, nepochybně i kouření: systolická hypertenze, sérový cholesterol, glukózová intolerance a levostranná hypertrofie prokazatelná na EKG. Jak kouření tak i orální kontraceptiva jsou výraznými nezávislými rizikovými faktory subarachnoidálního krvácení“ (Kozák, 1993, s. 89, 90, 91).

Kouření nejen podporuje vznik a zhoršuje léčbu hypertenze a arteriosklerózy, ale následkem obou nemocí přispívá k periferní cévní nedostatečnosti především dolních končetin, cévní hypoxii a arteriální okluzi (Kráľková, 1993).

Také většina aneurysmat aorty je arteriosklerotického původu, který koreluje s jedním z rizikových faktorů s kouřením.

„Kouření se z 80% podílí na vzniku chronické obstrukční choroby bronchopulmonální, která je kombinací chronické bronchitidy, bronchiolitidy a emfyzému plic. Chronické zánětlivé změny alveol s hypertrofií mukózních žlázek a jejich hypersekrecí a stagnací adhézního hlenu způsobí i jiné abnormální dilataci prostor od terminálních bronchiolů a destrukci alveolárních stěn. Dávka kouření způsobí ochrnutí

a anestezii mukociliárního výtahu na 24 hodin, jehož základním principem je ochrana dýchacích cest proti noxám, tudíž expektorace hlenu z dýchacích cest je nedostatečná a prakticky nulová. Dlouhodobé studie prokázaly, že úmrtnost na chronickou obstrukční chorobu bronchopulmonální je u kuřáků podstatně vyšší než na bronchogenní karcinom“ (Kozák, 1993, s. 103, 104, 105, Svobodová, 1990, s. 30).

Kromě rakoviny plic způsobuje kouření další nádorová onemocnění hltnu, hrtanu, jícnu, močového měchýře, pankreatu, cervixu a některé leukémie. Celkově se na úmrtí pro všechny druhy zhoubných novotvarů podílí kouření zhruba 30 procenty. Karcinom plic je z 90% způsoběn kouřením. Zahrnuje v sobě 4 druhy buněčných typů malignit respiračního ústrojí, jsou to: epidermoidní karcinom, adenokarcinom, malobuněčný a velkobuněčný karcinom. Vyšší prevalence je u mužů. Existuje vztah mezi dávkou vykouřených cigaret a mortalitou na bronchogenní karcinom, zanechání kouření ovlivňuje incidenci i mortalitu. Po 15-20 letech abstinence kouření je riziko úmrtí na karcinom plic prakticky stejné jako u nekuřáků (Kozák, 1993, Svobodová, 1990).

„Karcinom laryngu se podílí na výskytu všech malignit více jak jedním procentem. Nejmálo jde o epidermoidní karcinom glotické nebo supraglotické oblasti, na rozdíl od karcinomu plic je zde pítileté pění podstatně vyšší a dosahuje až 60%“ (Kozák, 1993, s. 133, 134).

Mezi novotvary dutiny ústní patří karcinom rtu, jazyka, slinných žláz, spodiny dutiny ústní, mezofaryngu a hypofaryngu u mužů ze 4,1% a u žen 0,8%. Nejmálo se vyskytující karcinomem je epidermoidní, pítileté pění se vyazuje ve 25-45%. Se stoupajícími počty vykouřených cigaret stoupá i počet úmrtí podobně jako u karcinomu plic. Zde i konzumace alkoholu má potencující roli (Kozák, 1993).

„Karcinom ezofágu je vysoce fatální malignitou s průměrnou dobou přežití kolem 6 měsíců, pítileté pění se vyskytuje asi jen ve 3%. Není to onemocnění asté 1,3% mužů a 0,2% žen. Zde je nejvýznamnější synergie konzumace alkoholu“ (Kozák, 1993, s. 137).

U karcinomu močového měchýře je specifika vztahu kouření a onemocnění méně výrazná než u dříve zmíněných malignit, je označováno za pispívající faktor v 50 – 70%. Často probíhá bez klinických příznaků a pokud nevyvolá obstrukci vývodných močových cest nebo hematurii, zůstává dlouho nediagnostikován. Prognosticky pítileté pění dosahuje zhruba 72% nemocných při lokalizovaném ohraničení (Kozák, 1993).



„Karcinom ledvin z hlediska histologické skladby odpovídá renálním buňkám, zastupuje populaci 55-60 letých a i zde byl prokázán negativní vliv kouření jako rizikový faktor“ (Kozák, 1993, s. 140).

Karcinom pankreatu je obvykle diagnostikován v pozdním stádiu pro obtížný screening a nespecifické příznaky onemocnění. Metastázy se objevují velmi brzy a ovlivní tak krátkou dobu přežití. Také zde je zjevná souvislost mezi nádorem a požitím vykouřených cigaret, podíl 30% (Kozák, 1993).

Karcinom žaludku – několik prospektivních studií prokázalo slabý vztah mezi kouřením a cigaretou. Zatímco kuřáci ho reagují na léčbu a hojení v edové choroby žaludku a duodena, také úmrtnost na tuto chorobu je u kuřáků vyšší (Svobodová, 1990).

Karcinom děložního čípku souvisí s brzy začatým sexuálním životem, promiskuitou a taktivním v mladém věku. Dalšími rizikovými faktory jsou venerické infekce a exogenní hormony. Na které studie rovněž označují kouření za rizikový faktor pro vznik tohoto nádoru, podíl kouření asi 30%.

Závěrem nelze opomenout citovat názor Komise expert Světové zdravotnické organizace: „*vyloučení kouření z populace by snížilo úmrtnost na malignity o 30%*“ (Kozák, 1993, s.143, 144).

### 5.3 Kouření a úmrtnost

Kouření je nejvýznamnější preventabilní příčinou smrti na světě, neboť na jeho následky umírá ročně přibližně 3,5 milionu lidí, to je každých deset vteřin jeden lidský život. Budou-li se po této skutečnosti zvyšovat stejným tempem, narostou tyto počty v příštích 25 letech na 10 milionu za rok, to je jeden mrtvý každé tři vteřiny. Kouření je přitom nejčastější příčinou onemocnění a úmrtí, kterým lze úspěšně předcházet prevencí (Wassebauer, 2001).

„V ČR umírá nyní na nemoci způsobené kouřením kolem 22 000 osob ročně, což je 60 úmrtí denně“ (Králíková, Kozák, 1997, s. 5).

Celkově se na úmrtí pro všechny druhy malignit kouření podílí přibližně 30%, na úmrtí pro ischemickou chorobu srdeční 25%. V ekonomicky vyspělých zemích umírá celkem na následky kouření sotva pětina (Králíková, 1993).

Cigarety jsou jediným spotřebním zbožím, které plní úlohu, za kterou bylo vyrobeno, tj. ke kouření způsobující smrt. Výzkumy ukazují, že tři čtvrtiny lidí se pokoušeli nebo si přáli přestat kouřit, lze tedy shrnout, že tři čtvrtiny konzumentů nakupují cigarety proti své vůli (Králíková, Kozák, 1997).

Úmrtnost kuřáků v průměru roste s počtem vykouřených cigaret a délkou kouření. Kuřák mladší 65 let je vystaven dvojnásobnému riziku úmrtí v porovnání s nekuřákem. Odhaduje se, že kouření je příčinou 90% všech úmrtí na rakovinu plic, 75% úmrtí na chronickou obstrukční chorobu bronchopulmonální a 25% na ischemickou chorobu srdeční. Zpočtu 22 000 úmrtí ročně v důsledku kouření tabáku připadají dvě třetiny – 15 000 na osoby ve středním věku (35-69 let). Každý druhý muž, kterému je v R 35 let se nedožije své sedmdesátky a každý pátý z těchto mužů zemře v důsledku kouření. A nakonec jeden průměr, přestože vnímavost a podíl kouření na úmrtí je velmi individuální: za ne-li průměrný kuřák kouřit jako náctiletý (tch je v tšina) a kouřil-li průměrně 20 cigaret denně, zkracuje si život o 10-15 let (Králíková, Kozák, 1997).

Z několika prospektivních studií lze tedy shrnout **vztahy mezi mortalitou a kouřením** :

- úmrtnost stoupá s počtem denně vykouřených cigaret,
- existuje závislost úmrtnosti na době kouření,
- existuje závislost na věku, kdy kuřák začal kouřit,
- vyšší mortalitu vykazují kuřáci, kteří cigaretový kouř inhalují hluboko,
- úmrtnost je vyšší při kouření cigaret s vyšším obsahem dehtu a nikotinu,
- úmrtnost kuřáka je menší než úmrtnost kuřáka, ale vyšší než u nekuřáka a nekuřáka, rozdíl je podmíněn množstvím denně vykouřených cigaret a zahájením kouření ve vyšším věku,
- u bývalých kuřáků dochází k poklesu úmrtnosti ve srovnání se souasnými kuřáky po 10-15 letech nekouření je riziko mortality velmi blízké riziku trvalých nekuřáků,
- úmrtnost bývalých kuřáků je průměrně závislá na množství dříve vykouřených cigaret,
- kuřáci, kteří zanechají kouření z důvodu nemoci, vykazují v prvních letech nekouření vyšší mortalitu než ti, kteří zanechali kouření z jiných důvodů,
- mortalita kuřáka dýmek a doutník je nižší než kuřáka cigaret, ale vyšší než mortalita nekuřáka,
- úmrtnost kuřáka dýmek a doutník je závislá na množství vykouřeného tabáku, na věku, kdy kuřák začal kouřit a na době, po kterou kouřil (Kozák, 1993).

## 6. AKTIVITY ZA NEKU ÁCTVÍ

### 6.1 Instrukce omezující kouření

Souboj s výnosným tabákovým průmyslem není jednoduchý. Ve většině zemí se ukázaly v rámci prevence nekuřáctví jako ideální následující kroky:

- progresivnější sazby daní za tabákové výrobky než míra inflace snižuje trvale konzumaci cigaret, ale zvyšuje příjem státu z daní za tyto výrobky,
- dostatečná zdravotní varování na krabíčkách cigaret,
- trvalé vzdělávání ve společnosti s využitím médií,
- snižování obsahu dehtu v cigaretách,
- zákaz veškerých forem propagace tabákových výrobků,
- zákaz kouření v prostorách zdravotnictví, školství, ve veřejných prostranstvích, dopravě a na pracovištích (zákon č. 379),
- zákaz prodeje tabákových výrobků dětem.

### 6.2 Edukační plán pro pedagogy

Protože v tšina kuřáků začíná s tímto návykem již ve věku teenagerů, to znamená na základních a středních školách, je prioritou protikuřácká kampan, aby se významnou měrou na této primární prevenci podíleli nejen rodiče, média, ale především učitelé. Vždy jedním z hlavních faktorů vzniku kuřáctví vedle kouření rodiče je nepochybně sociální tlak ústní skupiny a školního prostředí. Úloha učitelů jako dalších modelů je nepopíratelná. V osnovách základních i středních škol sice existují požadavky na výchovu k nekuřáctví, ale z hlediska dnešních poznatků jsou nedostatečné jak svým rozsahem, tak obsahem (Kozák, 1993).

Stále ještě dosti typickým jevem se zdá být, že děti a mládež kouření mezi sebou přece ují. Je vhodné uvědomit si, že kouření souvisí s osobností člověka jako jiné návyky. Dětští i mladiství kuřák je spíše nervózní, s převahou emocionality v jednání, nepřilíhající k úspěšný ve studiu, méně výkonný ve sportu, více neupravený, impulzivní. Práv takový typ okolí imponuje a bývá vedoucím party. Cílem učitelů by mělo být úsilí o oceňování a posilování pozitivních vlastností, především volní úsilí a rizikové osoby odrazovat od upevnění závislosti na droze.

Mnoha výzkumy byly sjednoceny charakteristiky a p í jiné faktory kou ení d tí a mládeže:

**A, osobní:** za ínají kou it osobnosti extrovertované, neurotické, s menšími znalostmi rizik, s menší úctou k sob , toužící po vyšším sebev domí, stát se zajímav jším, vyniknout, zdát se dosp lejším.

Tyto p í jiné faktory se m ní s v kem. Zatímco dít v mladším školním v ku kou í ze zv davosti a snaží se napodobit starší mládež, ve starším v ku je to prost edek a rituál sjednocování, snaha nez stat za módou, vlivy v d í osobnosti party.

**B, sociální:**

- vázané na rodinu (ku áctví rodi , sourozenc , menší znalost rodi o škodlivosti kou ení, nižší zájem o dít , malá kontrola),
- vázané na školu (slabší prosp ch, ásté konflikty ve škole, osobnostní vzor u itel , kte í kou í),
- vázané na skupinu vrstevník ( ku áctví spolužák , party, p átel).

**C, dostupnost cigaret**

**D, propagace tabákových výrobk**

**6.2.1 Základní zásady výchovného p sobení školy v prevenci kou ení**

Seznamovat žáky od první t ídy s nevhodností a škodlivostí kou ení podle jejich stupn rozumového vývoje:

**Mladší školní v k:** p edevším rodi e a pedagogové jsou v tomto v ku pozitivním p íkladem, lze názorn ě demonstrovat pokus ukazující ne istoty, jež obsahuje kou .

**Starší školní v k:** je dominantní negativní motivací vrstevník a party, d ležitě je, aby již byly vybudovány základní negativní postoje ke kou ení, které lze posilovat novými fakty a v domostmi.

**Dorostový v k:** na st edních školách platí metodika uvedená výše se specifikou na informace ohledn odvykání kou ení. Je z ejmé, že tém ě polovina adolescent , která si v tomto v ku navykla kou it, má ke konci období snahu p estat. Také r zné druhy zákaz p íspívají ke všeobecnému pov domí o škodlivosti kou ení a oficiálnímu nesouhlasu spole nosti s kou ením, p estože jsou p ekra ovány. Seznámit studenty s kontrolou, omezováním a výchovou k neku áctví, s ekonomickými stránkami následk kou ení i nevýhodami kou ení, informovat o zn ní a platnosti nového zákona . 379.

**Studenti zdravotnických škol mají problematiku kouření komplexní a velmi podrobně zakomponovanou ve všech klinických podmínkách.**

Každá škola a školské zařízení má mít svůj **nekuřácký program**, který má vytyčené cíle pro studenty i pedagogy a vychovatele, spolupráce s odděleními zdravotní výchovy, kulturními a jinými organizacemi.

Protikuřácký program školy je tehdy účinný, přesáhne-li hranice školy i školského zařízení.

### **6.3 Edukační plán v rámci nekuřáckého programu pro zdravotníky**

Lékaři a zdravotnický personál by měli v rámci své profesionality respektovat:

- osobní příklad nekuřáckého programu pro pacienty a veřejnost,
- osobní relevantní znalosti o problematice a vlivu kouření na zdraví,
- anamnesticky zjišťovat u všech pacientů kuřácké návyky, všem kuřákům nekompromisně doporučit zanechání,
- stimulaci členů rodin pacientů, aby participovali snahu o zanechání a sami přestali kouřit,
- znalosti v oblasti základního poradenství při odvykání kouření a znalost a ovládnutí všech metod v etně lokální dostupnosti všech lékařů i sester,
- sledování lokálních trendů prevalence kouření a výskytu nemocí souvisejících s kouřením.

Další povinnosti lékařů a sester při prosazování nekuřáckého společenského klimatu:

- povinnost diskutovat o vlivu kouření na zdraví s ostatními vedoucími představiteli,
- účast na sběru národních i lokálních dat a jejich šíření,
- stimulace a podpora státních akcí,
- podpora národních protikuřáckých organizací,
- dodržování zákazu kouření ve všech zdravotnických zařízeních v etně lékařských fakult (Králíková, 1993).

## 7. LEGISLATIVA

### 7.1 Dostupné zákony

Nejaktuálnější zákonem, v němž se hovoří o kouření, je zákon č. 379 ze dne 19. srpna 2005 o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Účinnost nabyl dnem 1. ledna 2006.

Tento zákon zakazuje :

- prodávat tabákové výrobky osobám mladším 18 let,
- prodej výrobků napodobující tvar a vzhled tabákových výrobků ve formě potravinářských výrobků nebo hraček,
- prodej tabákových výrobků a tabákových potřeb pomocí prodejních automatů, ale i další formy prodeje, u nichž nelze vyloučit prodej osobám mladším 18 let v ků.

Dále zákon obsahuje zákazy kouření :

- na veřejných místech, kterými jsou uzavřené prostory přístupné veřejnosti, prostředky veřejné dopravy, veřejné přístupné prostory budov související s veřejnou dopravou, nástupiště, přístřešky a čekárny veřejné silniční a drážní dopravy a městské hromadné dopravy, s výjimkou stavebně oddělených prostor ke kouření vyhrazených a při pobytu osob trvale vtrávených do prostor mimo budovu
- ve vnějších a vnitřních prostorech všech typů škol a školských zařízení,
- ve vnitřních prostorách zdravotnických zařízení všech typů, s výjimkou uzavřených psychiatrických oddělení nebo jiných zařízení pro léčbu závislosti, a to v prostorách, které jsou stavebně oddělené a při pobytu osob s možností vtrávením do prostoru mimo budovu,
- v zařízeních společného stravování, pokud nemají zvláštní prostory vyhrazené pro kouření,
- v prostorách kina, divadla, výstavní a koncertní síně, sportovní haly, a kde jsou prováděny pracovní jednání s výjimkou zvláštních, stavebně oddělených prostor ke kouření vybraných se zajištěným dostatečným vtrávením,

- prostory vyhrazené pro kouřáky musí jejich provozovatel označit zjevně viditelným nápisem „Prostor vyhrazený pro kouření“ nebo jiným obdobným způsobem.

Dalšími zákony, které se dotýkají problematiky kontroly tabáku jsou například :

- Zákon č. 40/1995 (novelizován zákonem č. 132/2003 Sb.) O regulaci reklamy
- Zákon č. 231/2001 Sb. – O rozhlasovém a televizním vysílání – paragrafy týkající se tabáku
- Vyhláška Ministerstva zemědělství č. 344/2003Sb., kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky ( zdravotní varování na obalech a další požadavky)
- Vyhláška Ministerstva financí č. 275/2005Sb, kterou se stanoví postup při zpracování návrhů cen pro konečného spotřebitele u cigaret atd.

### 7.1.2 Rámcová úmluva o kontrole tabáku

Framework Convention Alliance, mezinárodní sdružení více než 180 nevládních organizací celého světa, které podporují silnou Rámcovou dohodu o kontrole tabáku.

Vznik tzv. Rámcové úmluvy o kontrole tabáku ( FCTC – The Framework Convention on Tobacco Control) iniciovala Světová zdravotnická organizace ( WHO ).

- Proces přípravy úmluvy byl zahájen rezolucí již v roce 1996.
- Další rezoluce z roku 1999 vyjádřila WHO jednomyslnou podporou práce na přípravě Rámcové úmluvy. Zřízena byla pracovní skupina a mezivládní vyjednávací orgán, jejichž úkolem bylo připravit návrh úmluvy. Tato pracovní skupina uskutečnila v průběhu let 1999 a 2000 dvě setkání, kterých se zúčastnili delegáti ze 153 zemí reprezentujících 95% světové populace.
- V květnu 2000 přijala WHO rezoluci, kterou zahájila politická negociační jednání směřující k přijetí Rámcové úmluvy. V rámci prvního negociačního jednání vlády odsouhlasily pracovní plán negociací.
- Návrh textu Rámcové úmluvy byl zveřejněn v únoru roku 2000. Následně se v květnu roku 2001 uskutečnilo druhé negociační jednání – vlády zveřejnily oficiální přístup svých zemí k úmluvě .

- V únoru 2003 byl schválen finální text Rámcové úmluvy, která byla v květnu stejného roku přijata. K Rámcové úmluvě o kontrole tabáku se připojila v červnu roku 2003 také ČR.

Úmluva shrnuje hlavní kroky, které je nutné přijmout k zastavení tabákové epidemie na jednotlivých úrovních. Obsahuje rovněž celou řadu doporučení. Jedním z nejvýznamnějších je zavedení diagnostiky a léčby závislosti na tabáku do systému zdravotní péče. S tabákem a kouřením je také spojena skupina závažných mezinárodních problémů (např. reklama na tabákové výrobky, neexistující omezení mezinárodního trhu, pašování oslabujících opatření na ochranu veřejného zdraví a zároveň připravující státy o příjmy z daní apod.). Řešení těchto a dalších souvisejících problémů je cílem Rámcové úmluvy o kontrole tabáku.

## 7.2 Požadavky nevládních organizací a institucí na kontrolu kouření

Mezinárodní unie proti rakovině považuje za nezbytné:

- zastávat se práv nekouřáků,
- zmanipulovat postoje společnosti tak, aby kouření bylo chápáno jako zbytečné a hazardní chování, sebepoškozování zdraví,
- vytvořit legislativní a ekonomické klima obtížnější dostupnosti cigaret pro mladé lidi,
- posílit výchovu k nekouřáctví,
- u vyráběných cigaret snížit obsah dehtu a kyslíku uhelnatého,
- zabezpečit program informování veřejnosti o škodlivých následcích kouření (Svobodová, Kozák, 1990).

Cílem zákonných opatření je získat úinný prostředek k vyrovnaní rozdílů mezi vědeckými poznatky o tabáku a kouření a sociální politikou:

- zajistit úinnou kontrolu nad produkcí a spotřebou tabáku,
- podpořit úsilí kouřáků zanechat kouření a odradit potenciální kouřáky, především mládež,
- chránit právo nekouřáků na čistý vzduch, podmínky aby nebyli pasivně nuceni inhalovat tabákový kouř,



- přispívat k tvorbě takového sociálního klimatu, kde kouření je společensky nepřijatelné a je nenormálním projevem chování,
- poskytnout podklady pro určení a tvorbu finančních zdrojů a podporu ústředního programu kontroly kouření (Kozák, 1993).

### **Charta proti tabáku**

- čerstvý vzduch bez tabákového kouře je základní součástí práva na zdravé a neznečištěné životní prostředí,
- každé dítě a dospívající jedinec mají právo být ochráněni před jakoukoli propagací tabáku a obdržet veškerou výchovnou a jinou pomoc, aby se mohli ubránit
- pokušení začít užívat tabák v jakékoli formě,
- všichni občané mají právo na vzduch bez tabákového kouře ve všech uzavřených prostorách a v dopravních prostředcích,
- každý pracovník má právo dýchat na svém pracovišti vzduch, který není znečištěn tabákovým kouřem,
- každý kuřák má právo obdržet podporu a pomoc, aby se mohl zbavit svého návyku
- každý občan má právo být informován o nezměrném zdravotním riziku, kterým je užívání tabáku (Kozák, 1993).

V České republice byla v roce 1993 založena česká komise European Medical Association Smoking or Health (ČKEMASH), v roce 2005 Společnost pro léčbu závislosti na tabáku sdružující lékaře, zdravotní sestry a další zdravotníky zabývající se léčbou závislosti na tabáku. Byla vytvořena Centra léčby závislosti na tabáku ve většině krajských měst. Kromě toho funguje celá řada odborných poraden pro léčbu závislosti na tabáku.

Preventivní program FIT IN, program prevence problémů s osobními návykovými látkami vznikl v roce 1990, je nevládní iniciativou, cílem programu je pozitivní zdraví.

## 8. ODVYKÁNÍ KOU ENÍ

### 8.1 Motivace

Prestat kouření znamená změnit životní styl. Upevnění závislosti na nikotinu trvá několik měsíců i let, trvá tedy i několik měsíců, než se ji úplně zcela zbaví. O úspěchu lze seriózně hovořit po naprosté a objektivizované roční abstinenci.

Pokud sám kuřák motivaci postrádá je v rukou lékaře i odborníka z poradny pro odvykání kouření pomoci ji nalézt prostřednictvím metody 4 R:

- **Relevance:** najít motivaci relevantní zdravotnímu stavu, rodinné a sociální situaci, věku, pohlaví, vzdělání apod.
- **Risk:** probrat potenciální rizika kouření
- **Rewards:** odměny a prospěchy z ukončení kouření
- **Repetition:** opakování motivační intervence dle potřeby

### 8.2 Základní léčba

- stanovit den D, optimálně 2 týdny po rozhovoru s lékařem, termín si stanovuje klient sám dle svého přesvědčení,
- ve večer před dnem D odstranit ze svého okolí vše, co s kouřením souvisí, nesmí být v dosahu cigarety,
- dokonale se připravit na překonání situací dříve spojovaných s kouřením náhradní aktivitou (nepít kávu, vyčistit si zuby, změnit místnost....),
- kouření v domácnosti, na pracovišti, kouření přítelů představují riziko relapsu: tzn. požádat je o sounáležitost,
- změnit stereotyp dne, pít hodně tekutin, ale vyhnout se kávě a alkoholu,
- zvýšit tělesnou aktivitu 2-3x týdně sportovat,
- pravidelně kontrolovat svou hmotnost, jíst hodně ovoce, zeleniny, luštěnin a obilnin, málo tučného a sladkého,
- zajistit blízkou osobu, která by byla podporou,
- vytipovat nebezpečné situace (alkohol, špatná nálada, spěch, dodržení termínu, kouření společně),
- možnost komunikace o problematice a zvládnutí odvykání.

### 8.2.1 Náhradní terapie nikotinem

Náhradní terapie nikotinem není lékem proti kouření. Je založena na principu potlačení vzniku abstinence příznakem alternativním přísunem nikotinu. U nás je na trhu nikotinová žvýkačka, náplast, mikrotablety, pastylky a inhalátor. Pacient si ji hradí sám a jsou volně dostupné v lékárně. Výzkumy ukazují na zvýšení úspěšnosti při odvykání kouření. Lze ji doporučit každému kuřákově, jen u těch, kteří kouří méně než deset cigaret denně je třeba začít s menší dávkou.

**Náplast s nikotinem** zajišťuje kontinuální hladinu nikotinu v krvi. Existují náplasti s 16 a 24 hodinovou aplikací s uvolňováním 0,9 mg dávky nikotinu za 1 hodinu. Aplikují se ráno po probuzení na suchou nemastnou neochlupenou kůži, zpravidla na vnitřní stranu paže, předloktí či krajinu ledvin, hýždí. Optimální délka podávání nikotinových náplastí je minimálně 8 týdnů, v tšinou však po dobu 12 týdnů. Dlouhodobá úspěšnost činí cca 19%. Při sledné behaviorální léčbě je procento úspěšnosti podstatně vyšší.

**Žvýkačka s nikotinem** 2mg nebo 4mg. Nikotin je žvýkáním uvolněn a vstřebáván bukalními sliznicemi v lehce zásaditém prostředí navozeném žvýkáním. Před jejím požitím je nevhodné konzumovat kyselé pokrmy či tekutiny alespoň 15 minut. Množství uvolněného nikotinu odpovídá kvalitě a způsobu žvýkání, vstřebává se zhruba polovina z dané dávky. Žvýkačka je vhodné žvýkat pomalu v intervalu jedné sekundy a po 3-10 skousnutích odložit v dutině ústní. Žvýkačka je takto aktivní 30 minut, pak se stává bezúčinnou. Efektivita abstinence výsledkem je závislá na více faktorech, jedním z nich je i stupeň závislosti: u silných kuřáků je léčba zahajována pomocí vyšší dávky, která je postupně snižována. Také opakované dostatečné dávkování je nutné, alespoň každé 1-2h jednu žvýkačku po dobu 3 měsíců.

Další nikotinové preparáty, které jsou na našem trhu dostupné: **nicorette inhaler** je plastová špička, do které se vkládají nikotinové kapsle, prostřednictvím nichž můžeme kuřák inhalovat dávku nikotinu.

Vhodná je také kombinace náplastí a žvýkaček nebo pastylek a mikrotablet u kuřáka se silnou závislostí pro okamžitou dostupnost zvýšení hladiny nikotinu v krizových situacích. Nikotin zvyšuje uvolnění dopaminu do synapse a MAOB snižuje jeho rozkládání v synapsy, proto při odvykání dochází často k depresím a změnám nálad. Těhotné kuřáky by se měly nejprve pokusit přestat kouřit bez farmakologické léčby, vždy však platí, že adekvátní náhradní nikotinová terapie je méně nebezpečná než

kou ení. Také v p ípad kardiovaskulárních onemocnění je pot eba konzultace s léka em.

Výzkumy dokazují 20% úsp šnost p i lé b náhradní nikotinovými prost edky, zatímco pomocné metody jako akupresura, akupunktura a hypnóza vykazují 95% relaps .

Abstinence musí být trvalá, nebo nikotinové receptory jsou lé bou jen utlumeny s možností se vždy vzbudit.

Je prokázáný 80% výskyt kou ení u pacient s depresí, proto je dnes jako další podp rný prost edek pro odvykání ku áckého návyku užíván preparát Zibam, Bupropion ze skupiny **antidepresiv**. Lé bu p edepisuje pouze léka , je kontraindikována u k e ových stav a epileptických stav . Lé ba trvá 2-3 m síce . Zcela novým lékem používaným v lé b závislosti na tabáku je Vareniclin (p ípravek Champix), který p sobí p ímo na zmnožené nikotinové receptory v mozku a u ady ku ák poskytuje velmi ú innou pomoc p i lé b jejich závislosti.

## 9. CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ ADOLESCENCE

Vzhledem k v ku dotazovaných respondent si myslím, že bych zde m la také charakterizovat jejich vývojové období z hlediska psychologie.

Tato etapa je pro jedince náro ná, protože se ukon uje doba mezi d tstvím a dosp lostí. Vymezuje se zpravidla asovým úsekem od 16 do 20 až 24 let. Je to období psychického a racionálního dospívání.

### **Znaky psychické dosp losti:**

- výb r povolání,
- tendence k uvážlivé volb životního partnera,
- osamostatn ní se od rodi ovské kontroly a opory, p echod na sebekontrolu a spoléhání na sebe samého, samostatnost v rozhodování, jednání a chování,
- získání emocionální rovnováhy s p evahou pozitivních cit ,
- racionální (nikoli emocionální), objektivní posouzení situací, životních problém a konflikt , cílev domé úsilí o jejich ešení (nikoli unikání p ed nimi),
- za azení do spole nosti, spole enské skupiny, p im ená tolerance ve spole enských vztazích,
- samostatnost a kriti nost myšlení,
- utvá ení vlastních názor postoj , morálních hodnot, sv tového názoru,
- smysluplné trávení volného asu aj..

### **T lesný vývoj:**

T lesný vývoj se dokon uje, menší r stové i hmotnostní zm ny, proporcionalita t la nabývá forem dosp lého lov ka. Výrazn jší vývoj v pohybové oblasti – pohyby koordinované, harmonické, ladné. Vrchol fyzické výkonnosti a v domí dobrého zdravotního stavu m že vést k p ece ování vlastních sil a k nebezpe í úraz .

### Intelektuální vývoj:

Vrchol intelektuálních schopností. Nedostatek v domostí a zkušeností způsobují, že rozumové výkony adolescent nejsou na úrovni dospívajícího člověka. Nové poznatky nepřijímají mechanicky, informace si ověřují, zaujímají k nim vlastní postoje a názory.

### Citový vývoj:

Emocionální rovnováha s převahou pozitivních citů. Výrazný rozvoj vyšších citů, především etických a estetických.

### Vývoj sociálních vztahů :

Sociální vztahy s rodiči jsou ovlivněny ekonomickou závislostí. Do těchto vztahů se promítá i způsob jednání rodičů k dospívajícím, které by mělo být již na partnerské úrovni.

Vznikají generační spory. Adolescenti se někdy přisuzují povinnosti dospívajícího člověka, ale neposkytují se jim stejné pravomoci. V tomto období je výraznější hyperkritičnost k dospělým, shovívavost k vlastní osobě a vrstevníkům, neschopnost kompromisu ( černé x bílé), nedostatek tolerance ( snášenlivosti), problém jim není rozlišit mezi upřímností a drzostí, což bývá častý zdroj konfliktu.

Vztah k vrstevníkům se prohlubuje v kamarádských vztazích. Podmínkou bývá názorová shoda, vzájemné respektování, vzájemná důvěra a nezištná pomoc.

Zakládání partnerských vztahů, první lásky, milostné vztahy. Atraktivnost sexuální problematiky přetrvává, závisí jak probíhala sexuální výchova v předchozích obdobích. Adolescenti touží po uznání vrstevníků, formuje se sebevědomí, sebepojetí, sebekoncepce. **Dospívající, který nenachází dostatečné zájemství v rodině a ve skupině vrstevníků, může být snadným terčem pro distributory drog, případně zástupce náboženských sekt.**

V období adolescence dochází k formování životního stylu, způsobu života, k formulování zásadních životních cílů a k postupnému realizování.

## 10.EMPIRICKÁ ÁST

### 10.1 Cíle a hypotézy

Hlavní cíl : zjistit názory studentů na kouření

Hlavní cíl je konkretizován dílčími cíli.

Dílčí cíle :

- 1) zjistit, kolik studentů kouří,
- 2) zjistit, co je podle jejich názoru kouření,
- 3) zjistit, co studenti soudí o kouření lékaře a sestry,
- 4) zjistit, jaké znalosti mají studenti o vztahu kouření a vzniku některých onemocnění,
- 5) zjistit, jaké postoje studenti zauímají k aktivitám proti kouření.

V rámci výzkumu jsem na základě stanovených cílů, vlastních zkušeností s výchovou adolescentů a nastudované problematiky stanovila tyto hypotézy :

**H 1 :** Předpokládám, že bude kouřit jedna čtvrtina studentů

**H 2:** Předpokládám, že nejčastější odpovědí na otázku „, co je kouření “ uvedou studenti zlozvyk.

**H 3 :** Předpokládám, že kouření u lékaře a sestry odsoudí většina studentů

**H 4 :** Předpokládám, že studenti 1. ročníků nebudou mít znalosti o všech onemocněních souvisejících s kouřením.

**H 5 :** Předpokládám, že více jak polovina studentů bude aktivně vystupovat proti kouření.

## 10.2 Metoda použitá ve výzkumu

K získání dat jsem si zvolila dotazník (viz. příloha 4). Jedná se v podstatě o explorativní metodu, kterou se zjišťují předloženým souborem položek (otázek) hromadné údaje od respondentů. Umožňuje vyzkoumat, jak jednotlivci posuzují tento jev.

V úvodu dotazníku jsem vysvětlila účel prováděného výzkumu. Respondenty jsem informovala, jak dotazník vyplnit a podíkovala jsem za objektivní posouzení.

Druhá část obsahovala vlastní otázky. Dotazník se skládá ze tří částí. V první části jsem zjišťovala, kolik studentů má, jaké zámy mají s kouřením do budoucna, co je kouření, co soudí o kouření zdravotník. Obsahuje 7 položek, jejichž součástí byly výpovědi. Položka 2 obsahuje 5 výpovědí, položka 3 obsahuje 3 výpovědi a položka 4 má 4 výpovědi, z kterých si studenti vybírali jen jednu položku. Položka 5, 6, 7 má 5 výpovědí, u nichž volili respondenti jakýkoliv počet odpovědí. Ve druhé části byly voleny otázky na zjištění znalostí studentů o vztahu kouření k vybraným nemocem. Studenti označovali položky 8 – 22 postupovou škálou: 1 – určitě ano, 2 – ano, asi ne, 3 – jen málo, 4 – ne, 5 – nevím. Ve třetí části studenti vyjádřili své postoje k aktivitám za kouření. U položek 23 – 38 označili pomocí čísla od 1 – 5 svůj názor podle následujícího členění: 1 – bezvýhradně souhlasím, 2 – vcelku souhlasím, 3 – nevím, zatím jsem o tom nepřemýšlela, 4 – spíše nesouhlasím, 5 – zásadně nesouhlasím.

V dotazníku byly voleny uzavřené otázky. Jejich nevýhodou je, že nabízejí hotové alternativní odpovědi. Dotazovaného omezují, vnucují mu volbu, neumožňují proniknout hlouběji do zkoumaného jevu. Jejich výhodou je jednoduché vyhodnocení.

## 10.3 Způsob zpracování výsledků dotazníkového šetření

V první části dotazníku jsem u každé výpovědi vypočítala, kolik procent respondentů její označilo.

Ve druhé části jsem u studentů hodnotila v procentech správné odpovědi, které se týkaly znalostí o vztahu kouření k vybraným onemocněním.



Ve této části dotazníku jsem souhlasně výpovědi s položkami procentuálně zpracovala.

Výsledky jsem pro lepší názornost zanesla do grafů a tabulek, které jsem vypracovala v tabulkovém procesoru Microsoft Excel.

#### 10.4 Charakteristika vzorku

Pro výzkum jsem oslovila studenty 1. ročníku. Všichni oslovení studenti vyplnili tento dotazník dobrovolně a všichni ho odevzdali vyplněný celý. Celkem odpovědělo 75 oslovených ve věku 15-16 let. Dotazník vyplnilo 5 chlapců a 70 dívek. Bohužel interpretace výsledků je zatížena chybou malého vzorku respondentů. Také nelze soubor hodnotit dle pohlaví, vzhledem k velmi výrazné nevyváženosti počtu zastoupených chlapců a dívek.

**Tabulka .1**

<b>Charakteristika vzorku</b>			
<i>V k</i>	<i>Chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>celkem</i>
15 let	3	40	43
16 let	2	30	32
Celkový počet	5	70	75

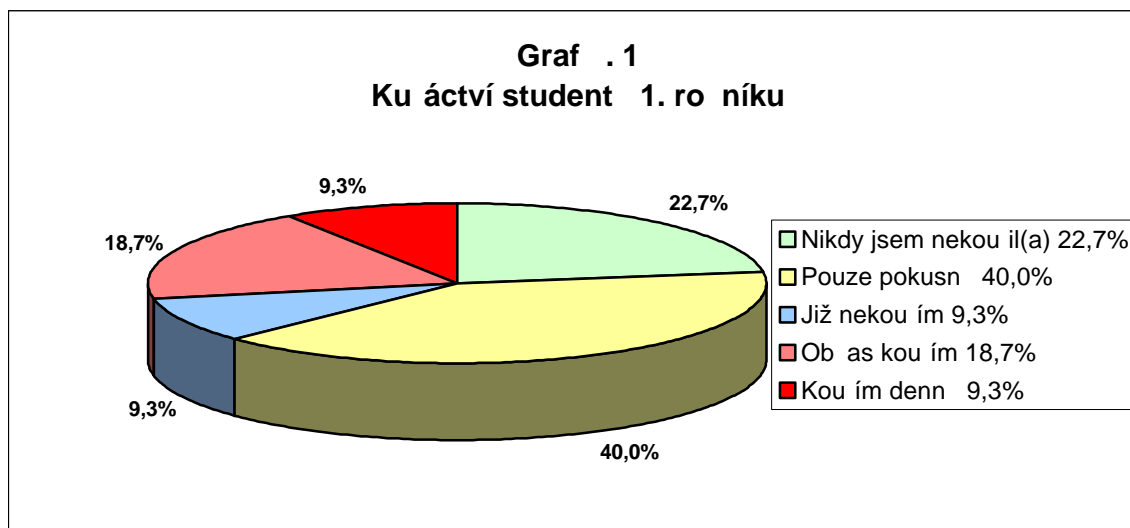
#### 10.5 Postup při výzkumu

Kontakt na studenty jsem získala přes třídní učitele. V třídnických hodinách jsem postupně oslovila studenty těchto prvních ročníků. Vysvětlila jim způsob vyplnění, zaručila anonymitu a poskytla dostatečný čas (45 minut) na vyplnění dotazníku. Bohem vyplňování dotazníku jsem byla pouze já, třídní učitel přítomný nebyl.

## 10.6 Interpretace výsledků dotazníku

Tabulka . 2

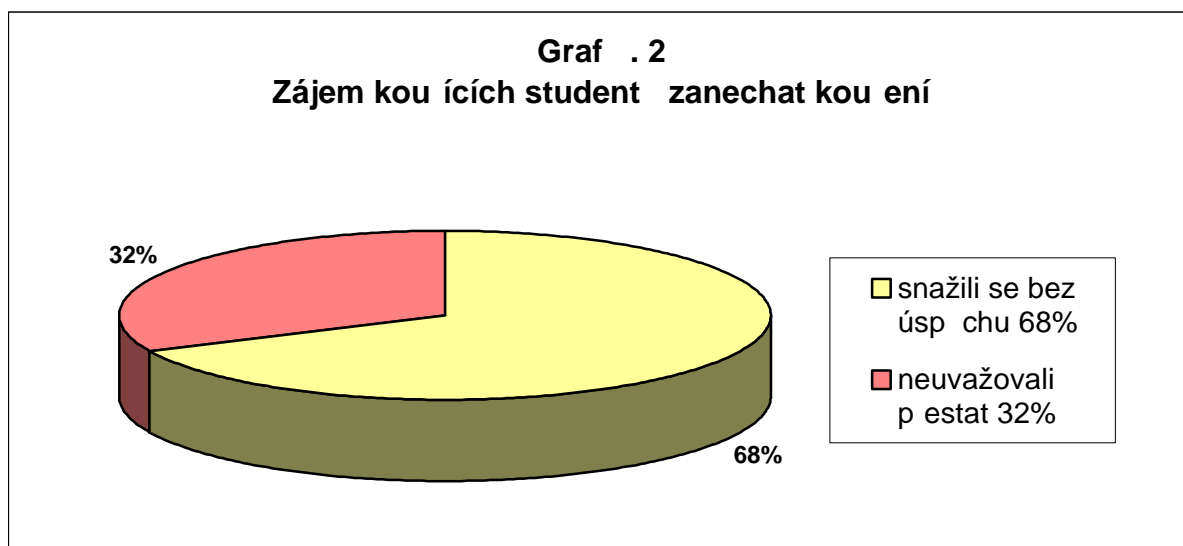
Kuřáci student 1. ročníku		
<i>Hodnotící výroky</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>%</i>
Nikdy jsem nekouřil(a)	17	22,7
Pouze pokusně	30	40,0
Již nekouřím	7	9,3
Občas kouřím	14	18,7
Kouřím denně	7	9,3



Z celkem 75 dotazníků vyplynulo, že kouří celkem 28% ( 21 ) studentů . Z tohoto počtu jich kouří 9,3% ( 7 ) denně a 18,7% ( 14 ) příležitostně .

**Tabulka . 3**

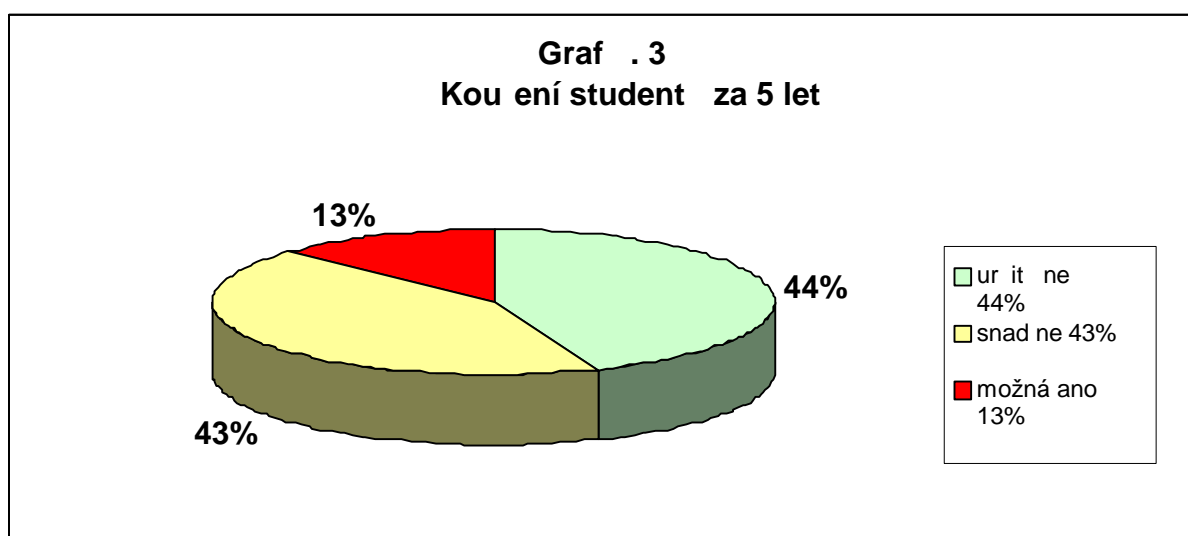
<b>Zájem kou ících student zanechat kou ení</b>		
<i>Hodnotící výroky</i>	<i>Absolutní etnost</i>	<i>%</i>
Snažili se bez úspěchu	14	68
Neuvažovali p estat	7	32



Ze všech kou ících respondent se jich v minulosti 68% (14) pokusilo p estat, ale nebyli úspěšní. Zbýlých 32% (7) student o zanechání kou ení zatím neuvažovalo.

**Tabulka .4**

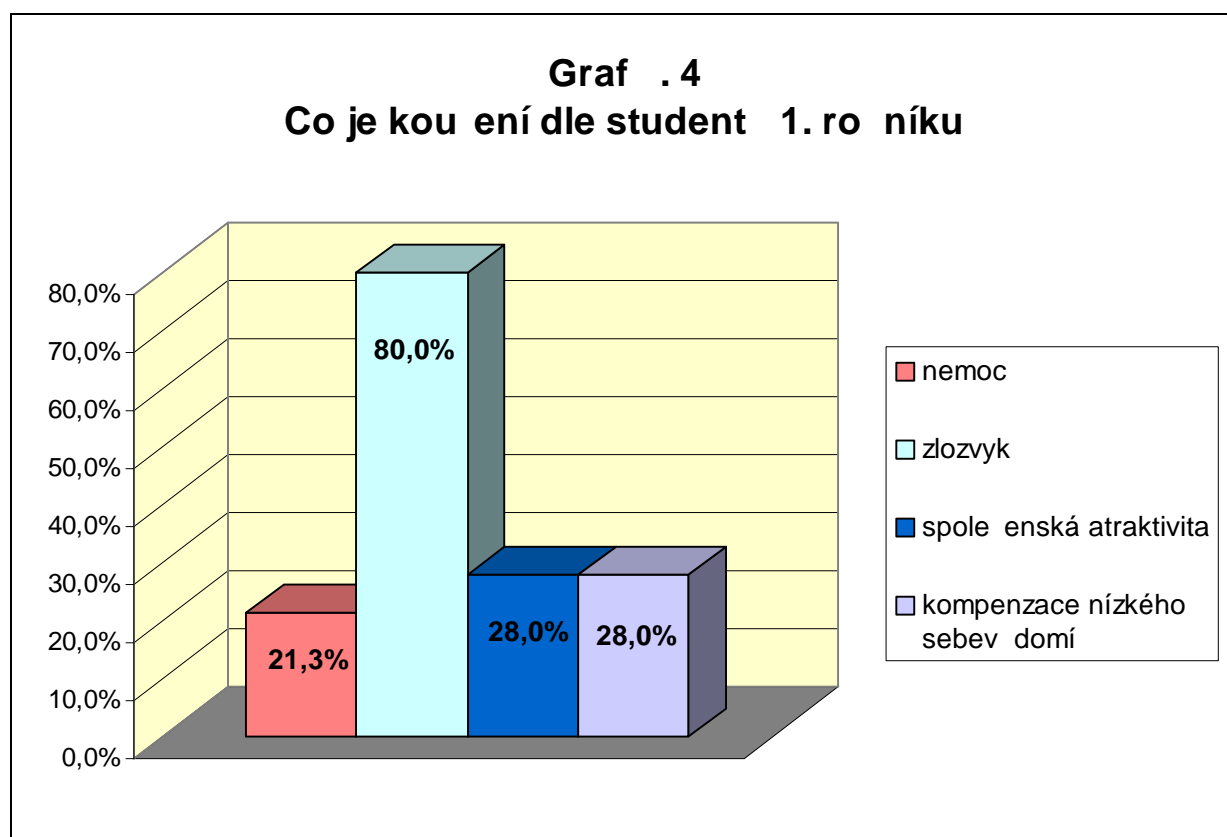
<b>Kou ení student za 5 let</b>		
<i>Hodnotící výroky</i>	<i>Absolutní etnost</i>	<i>%</i>
Ur it ne	33	44,0
Snad ne	32	42,7
Možná ano	10	13,3



Student m byla položena také otázka, zda se domnívají, že budou za 5 let kou it. Více než polovina sou asn kou ících své kou ení v budoucnu nep edpokládá. Pozitivních odpov dí se dostalo od 44% (33) student , kte í s ur itostí ví, že kou it nebudou. 42,7% (32) doufá, že nebude za 5 let kou it a pouze 13,3% (10) své ku áctví v budoucnu p ipouští.

**Tabulka . 5**

<b>Co je kou ení dle student 1. ro níku</b>		
<i>Hodnotící výroky</i>	<i>Absolutní etnost</i>	<i>%</i>
Nemoc	16	21,3
Zlozvyk	60	80,0
Spole enská atraktivita	21	28,0
Kompenzace nízkého sebev domí	21	28,0



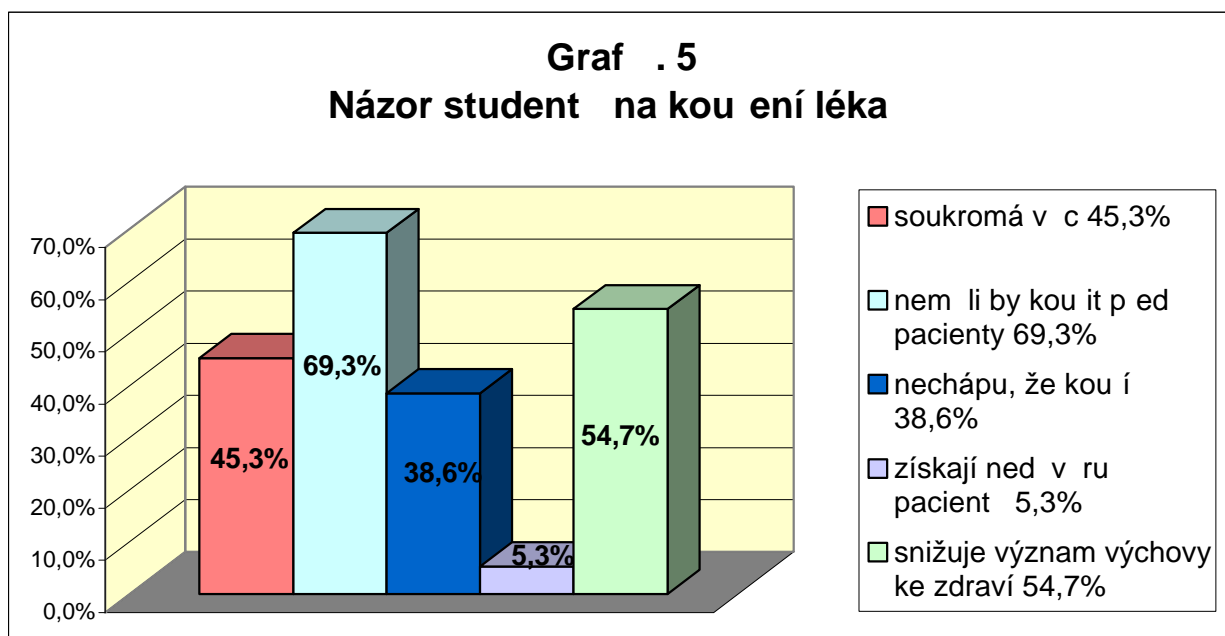
Z p ti možných odpov dí na otázku „co je podle Vás kou ení“ byla málokterá odpov jednozna ná. V tšina dotazovaných uvedla více odpov dí. V 80% (60) p evažuje názor, že kou ení je mimo jiné zlozvyk. Kou ení jako spole enskou záležitost zvyšující osobní

atraktivitu označilo 28% (21) studentů. Shodné procento odpovědí bylo i v případě názoru, že kouření je společenská záležitost, kterou kuřáci kompenzují své pocitem méněcennosti.

Kouření jako nemoc, patřící mezi drogové záležitosti, správně označilo 21,3% (16) dotázaných studentů.

**Tabulka . 6**

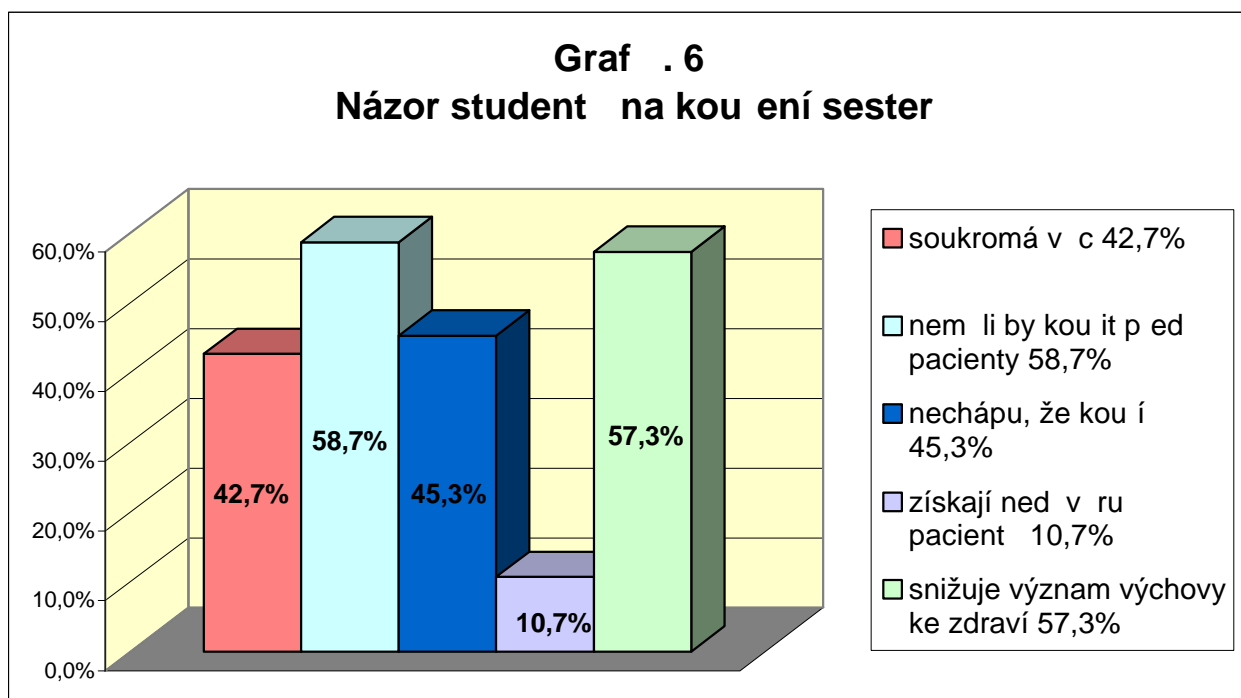
<b>Názor studentů na kouření léka</b>		
<i>Hodnotící výroky</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>%</i>
Soukromá věc	34	45,3
Neměli by kouřit před pacienty	52	69,3
Nechápu, že kouří	29	38,6
Získají nedvěru pacient	4	5,3
Snižují význam výchovy ke zdraví	41	54,7



Na otázku mohli studenti zvolit více odpovědí. Většina studentů 69,3% (52) se shoduje na tom, že by lékaři neměli kouřit před pacienty a 54,7% (41) respondentů soudí, že lékaři jsou pro mnohé lidi vzorem a jejich kouření snižuje význam výchovy ke zdraví. Mnozí studenti 45,3% (34) však stále považují kouření jen za soukromou věc.

**Tabulka . 7**

<b>Názor studentů na kouření sester</b>		
<i>Hodnotící výroky</i>	<i>Absolutní etnost</i>	<i>%</i>
Soukromá věc	32	42,7
Neměli by kouřit před pacienty	44	58,7
Nechápu, že kouří	34	45,3
Získají nedvěru pacientů	8	10,7
Snižují význam výchovy ke zdraví	43	57,3



Jednoznačných odpovědí se nedostávalo ani na otázku, co studenti soudí o kouření zdravotních sester. Není překvapením, že podíl jednotlivých odpovědí na otázky týkajících se kouření sester se výrazně nelišily od názorů na kouření lékaře. Většina po et studentů se však domnívá, že lidé nebudou mít k sestře velkou důvěru, bude-li závislá na tabáku. 42,7 % (32) však považuje kouření sester jen za jejich soukromou věc.

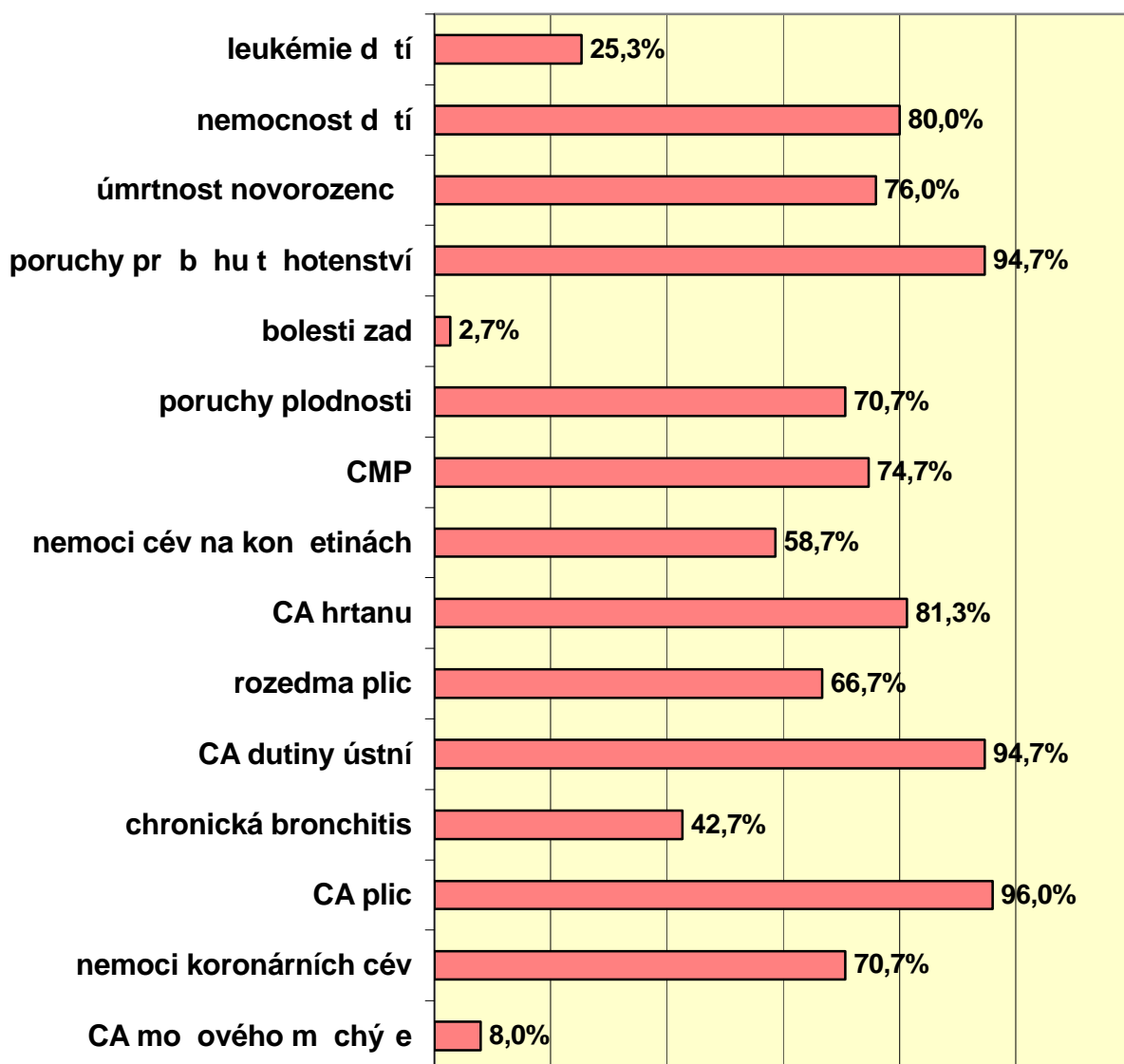
**Tabulka . 8**

<b>Správné odpovědi studentů o vztahu kouření k vybraným onemocněním</b>		
<i>Hodnotící výroky</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>%</i>
Leukémie dítí	19	25,3
Nemocnost dítí	60	80,0
Úmrtnost novorozenců	57	76,0
Poruchy průbhu těhotenství	71	94,7
Bolesti zad	2	2,7
Poruchy plodnosti	53	70,7
CMP	56	74,7
Nemoci cév na končetinách	44	58,7
CA hrtanu	61	81,3
Rozedma plic	50	66,7
CA dutiny ústní	71	94,7
Chronická bronchitida	32	42,7
CA plic	72	96,0
Nemoci koronárních cév	53	70,7
CA močového měchýře	6	8,0

Tabulka . 8 a graf . 7 znázorňují procento správných odpovědí. Většina studentů uvedla kouření jako hlavní příčinu vzniku nádorového onemocnění : CA plic 96% (72), CA dutiny ústní 94,7% (71), CA hrtanu 81,3% (61). V případě chronické bronchitidy uvedlo jen 42,7% (32) studentů správné odpovědi a u rozedmy plic prokázalo 66,7% (50) studentů dobré vědomosti. Nejmenší procento správných odpovědí se týkalo podílu rizika kouření na vznik leukémie u dítí 25,3% (19) a bolesti zad 2,7% (2).

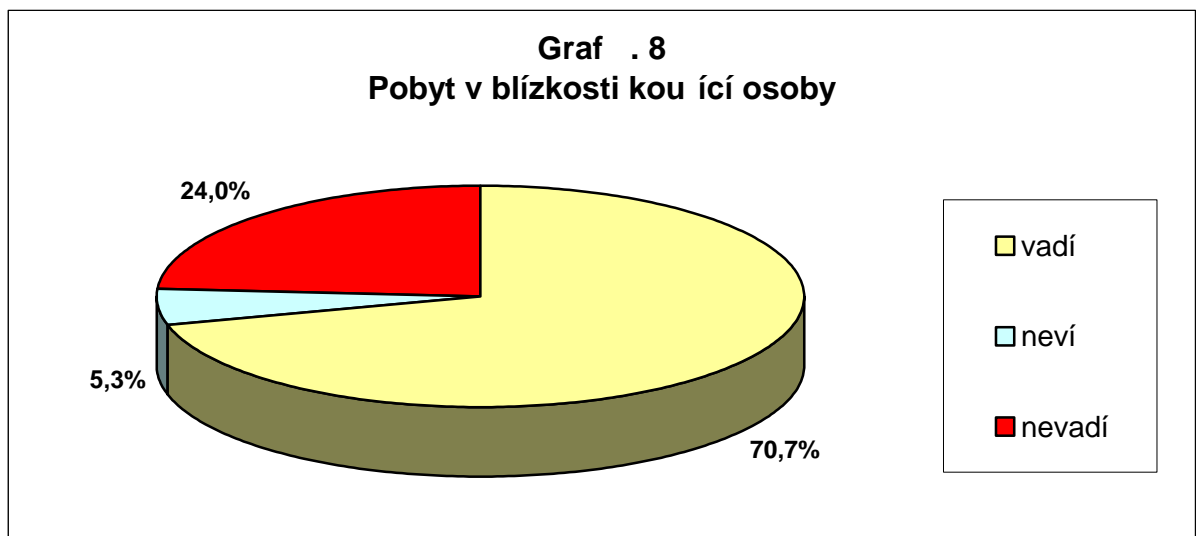


**Graf . 7**  
**Znalosti studentů o vztahu onemocnění k vybraným onemocněním**



**Tabulka . 9**

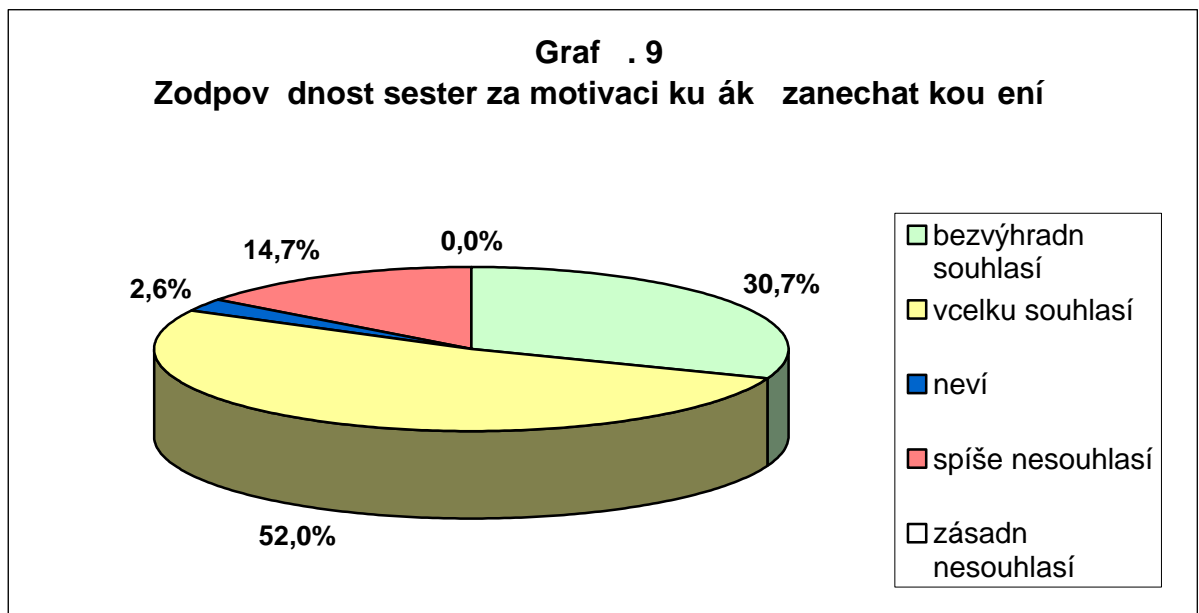
<b>Pobyt v blízkosti kouřící osoby</b>		
<i>Hodnotící výroky</i>	<i>Absolutní etnost</i>	<i>%</i>
Vadí	53	70,7
Neví	4	5,3
Nevadí	18	24,0



Pro 53 dotázaných (70,7%) je pobyt v přítomnosti kouřící osoby nepříjemný. 5,3% (4) student nemá vyhraněný názor nebo o tom doposud nepřemýšleli. 24% (18) student nevdí, pokud sdílí společně prostředí s kouřící osobou.

**Tabulka . 10**

<b>Zodpov dnost sester za motivaci ku ák zanechat kou ení</b>		
<i>Hodnotící výroky</i>	<i>Absolutní etnost</i>	<i>%</i>
Bezvýhradn souhlasí	23	30,7
Vcelku souhlasí	39	52,0
Neví	2	2,6
Spíše nesouhlasí	11	14,7
Zásadn nesouhlasí	0	0



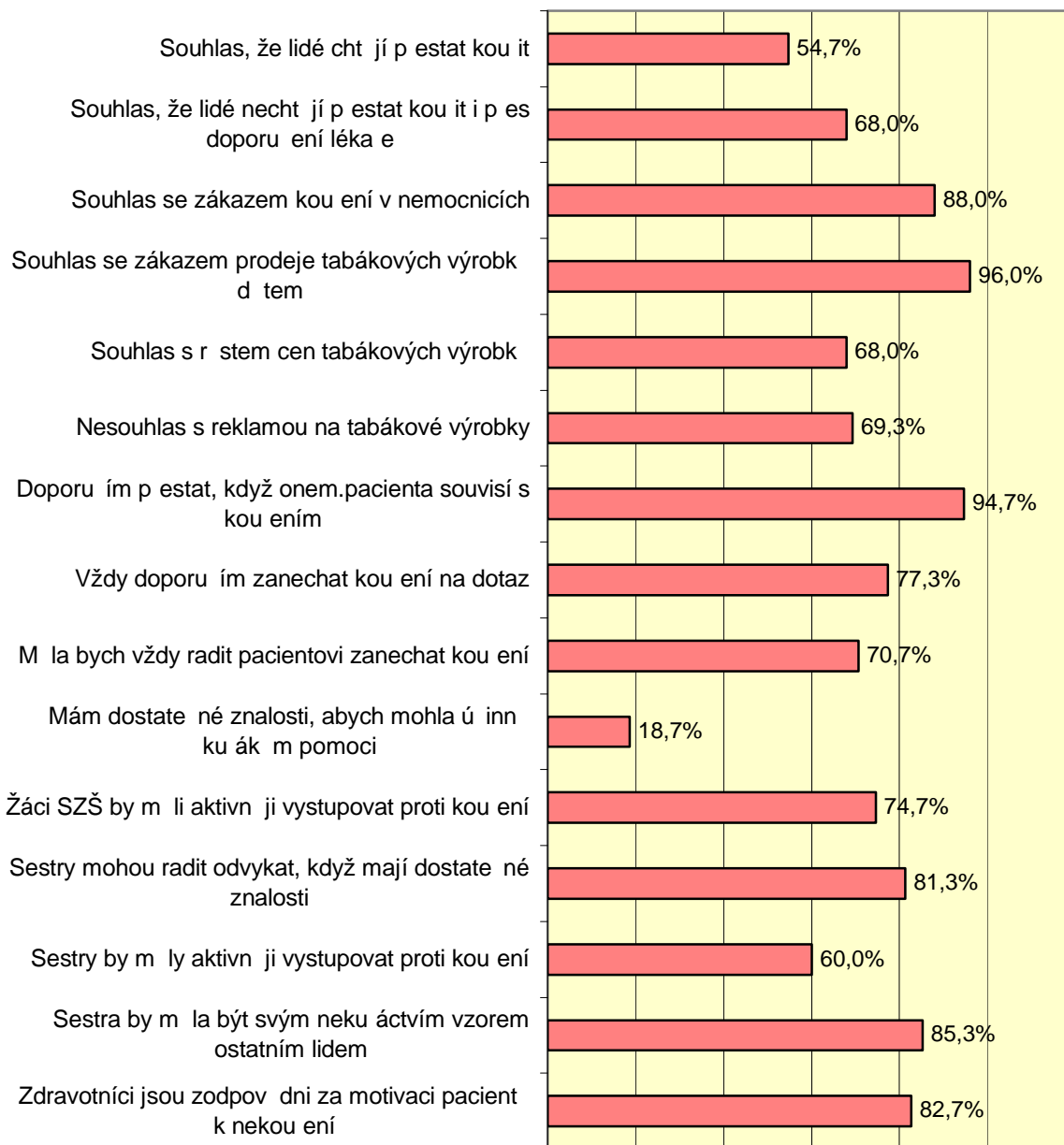
Pozitivní je názor student , kte í v 82,7% (62) souhlasí s tím, že má sestra spolu s léka em zodpov dnost za motivaci a p esv d ování ku ák , aby zanechali kou ení. 14,7% (11) student spíše nesouhlasí a 2,6% (2) neví.

**Tabulka . 11**

<b>Postoje student 1. ročníku na kouření</b>		
<b>Hodnotící výroky</b>	<b>Absolutní etnost</b>	<b>%</b>
Souhlas, že lidé chtějí přestat kouřit	41	54,7
Souhlas, že lidé nechtějí přestat kouřit i přes doporučení lékaře	51	68,0
Souhlas se zákazem kouření v nemocnicích	66	88,0
Souhlas se zákazem prodeje tabákových výrobků dětem	72	96,0
Souhlas s růstem cen tabákových výrobků	51	68,0
Nesouhlas s reklamou na tabákové výrobky	52	69,3
Doporučím přestat, když nemoc pacienta souvisí s kouřením	71	94,7
Vždy doporučím zanechat kouření na dotaz	58	77,3
Mohl(a) bych vždy radit pacientovi zanechat kouření	53	70,7
Mám dostatečné znalosti, abych mohl(a) užít kouřícímu pomoci	14	18,7
Žáci SZŠ by mohli aktivněji vystupovat proti kouření	56	74,7
Sestry mohou radit odvykat, když mají dostatečné znalosti	61	81,3
Sestry by měly aktivně vystupovat proti kouření	45	60,0
Sestra by měla být svým kouřícím vzorem ostatním lidem	64	85,3
Zdravotníci jsou zodpovědní za motivaci pacientů k nekouření	62	82,7

Názorové postoje studentů na problematiku kouření jsou zpracované v přehledu, který zaznamenává v procentech souhlas s nabídnutými tvrzeními. Z pohledu budoucích zdravotníků je vysoké % aktivního přístupu za propagaci, aby lidé nekouřili. Mezi 5 nejčastěji volených odpovědí patří: Souhlas se zákazem prodeje tabákových výrobků dětem 96% (72). Doporučení přestat, když onemocnění pacienta souvisí s kouřením 94,7% (71). Souhlas se zákazem kouření v nemocnicích 88% (66). Sestra by měla být svým kouřícím vzorem ostatním lidem 85,3% (64). Zdravotníci jsou zodpovědní za motivaci pacientů k nekouření 82,7% (62). Naopak nepříznivé zjištění je v tom, že jen 18,7% (14) studentů by umělo užít kouřícímu pomoci, ale ostatní nemají dostatečné znalosti.

**Graf . 10**  
**Postoje student I. ročníku na kouření**



## 11. DISKUZE

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit názory studentů na kouření. Důležitými cíli byly zjištění, kolik studentů 1. ročníku kouří. Zajímalo mě, co podle jejich mínění kouření znamená. Chtěla jsem se dozvědět, co soudí o kouření lékaři a sestry. Dalším cílem bylo poznat, jaké mají studenti znalosti o vztahu kouření ke vzniku některých onemocnění. Dále mě zajímalo, jaké postoje zaujímají k aktivitám proti kouření. Z uvedených cílů jsem sestavila hypotézy, jejichž platnost jsem ověřovala ve výzkumu.

V hypotéze 1 (dále jen **H 1...**) jsem předpokládala, že bude kouřit jedna čtvrtina studentů. Tato hypotéza byla **potvrzena**. Vypovídá o tom položka 2.

Jak je to s Vaším kouřením? 28% (21) studentů kouří, 9,3% (7) již nekouří, 40% (30) pouze pokusně a 22,7% (17) nikdy nekouří.

V **H 2** jsem předpokládala, že kouření označí studenti jako zlozvyk. Tato hypotéza byla **potvrzena**. Vypovídá o tom položka 5.

Co je podle Vašeho názoru kouření? 80% (60) studentů uvedlo zlozvyk, 28% (21) napsalo, že lidé kouří, protože si tím zvyšují osobní atraktivitu a kompenzují své pocity méně cennosti. Jen 21,3% (16) označilo kouření za nemoc, která patří mezi drogové závislosti. Na toto zjištění je nutné reagovat tím, že do odborných přednášek a praktických hodin by měli učitelé zařadit přednášky na téma „kouření je droga.“

V **H 3** jsem předpokládala, že většina studentů kouření lékaři a sestry odsoudí, protože by mohli být vzorem pro ostatní lidi. Tato hypotéza byla **potvrzena**. Vypovídá o tom položka 6,7.

Co soudíte o kouření zdravotníků a lékařů? Kouření lékařů z pohledu budoucích zdravotníků dopadlo tímto zjištěním: 69,3% (52) studentů odpovědělo, že by lékaři neměli kouřit před pacienty, 54,7% (41) uvedlo, že lékaři jsou pro ostatní lidi vzorem a jejich kouření snižuje význam výchovy ke zdraví, 45,3% (34) považuje však stále kouření za soukromou věc, 38,6% (29) nechápe, že lékaři kouří a 5,3% (4) se domnívá, že lidé přestanou vyhledávat lékaře závislé na tabáku. Obdobně studenti odpovídali na názor kouření sester. Většina respondentů se však domnívá, že lidé nebudou mít k sestře velkou důvěru, bude-li závislá na tabáku. 42,7% (32) však

považuje kou ení sester jen za jejich soukromou v c. Tento názor studenti nepromýšlí v kontextu s odbornými v domostmi, které má zdravotník o škodlivosti kou ení na zdraví.

V **H 4** jsem p edpokládala, že studenti 1. ro níku nebudou mít znalosti o všech nemocech souvisejících s kou ením. Tato hypotéza byla **potvrzena**. Vypovídá o tom položka . 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

Má kou ení vztah k rakovin mo ového m chý e ? Správn odpov d lo 8% (6)

Má kou ení vztah k nemocem koronárních cév ? Správn odpov d lo 70,7% (53)

Má kou ení vztah k rakovin plic ? Správn odpov d lo 96% (72)

Má kou ení vztah k chronické bronchitid ? Správn odpov d lo 42,7% (32)

Má kou ení vztah k rakovin dutiny ústní ? Správn odpov d lo 94,7% (71)

Má kou ení vztah k rozedm plic ? Správn odpov d lo 66,7% (50)

Má kou ení vztah k rakovin hrtanu ? Správn odpov d lo 81,3% (61)

Má kou ení vztah k nemocem cév na kon etinách ? Správn odpov d lo 58,7% (44)

Má kou ení vztah k mozkové mrtvici ? Správn odpov d lo 74,7% (56)

Má kou ení vztah k poruchám plodnosti ? Správn odpov d lo 70,7% (53)

Má kou ení vztah k bolestem zad ? Správn odpov d lo 2,7% (2)

Má kou ení vztah k poruchám pr b hu t hotenství ? Správn odpov d lo 94,7% (71)

Má kou ení ( rodi ) vztah k úmrtnosti novorozenc ? Správn odpov d lo 76% (57)

Má kou ení ( rodi ) vztah k nemocnosti d tí ? Správn odpov d lo 80% (60)

Má kou ení ( rodi ) vztah k leukémií u d tí ? Správn odpov d lo 25,3% (19)

Studenti projevíli dobré znalosti o riziku kou ení ve vztahu k nádorovým onemocn ním a k riziku pr b hu t hotenství. Naopak nedostate né znalosti mají o vztahu kou ení k onemocn ní ob hového systému a p ekvapiv nízké v domosti o p í inách rozedmy plic a chronické bronchitid . Nejmenší procento správných odpov dí se týkalo podílu rizika kou ení na vznik karcinomu mo ového m chý e, leukémie u d tí a bolesti zad.

Z výsledk výzkumu lze soudit , že studenti neprojevují optimální v domosti o p í inách vzniku n kterých onemocn ních, kde je kou ení v p ímé souvislosti. Z toho vyplývá, že studenti ješt nemají dostate né znalosti o p í inách vzniku onemocn ní, které získají v pr b hu studia.

V **H 5** jsem p edpokládala, že víc jak polovina student bude aktivn vystupovat proti kou ení. Tato hypotéza byla **potvrzena**. Vypovídá o tom položka . 23, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34.

Sestra s lékařem má zodpovědnost za motivaci a přesvědčení ku kouření, aby zanechali kouření. Souhlasné odpovědi 82,7% (60).

Sestry by měly být pro ostatní lidi vzorem svým nekuřáctvím.

Souhlasné odpovědi 85,3% (64).

Většina lidí nechce přestat kouřit, i když jim to radí jejich lékař a zdravotní sestra.

Souhlasné odpovědi 68% (51).

Sestry by měly na veřejnosti aktivněji než dosud vystupovat proti kouření. Souhlasné odpovědi 60% (45).

Sestry by mohly mnohem lépe radit lidem jak zanechat kouření, kdyby znaly osvědčený a vhodný způsob. Souhlasné odpovědi 81,3% (61).

Už jako student/ka zdravotnické školy bych měla aktivně vystupovat a prosazovat nekuřáctví. Souhlasné odpovědi 74,7% (56).

Mám dostatečné znalosti k tomu, abych mohla úinně pomoci kuřákům přestat kouřit. Souhlasné odpovědi jen 18,7% (14).

Měla bych prakticky při každém kontaktu s kouřícím pacientem doporučovat, aby zanechal kouření, a to i tehdy, když jeho onemocnění nesouvisí bezprostředně s kouřením. Souhlasné odpovědi 70,7% (53).

Kdykoliv se mne pacient – kuřák zeptá na kouření, budu mu radit, aby přestal kouřit, i když jeho onemocnění nebude souviset s jeho kouřením. Souhlasné odpovědi 77,3% (58).

Kdykoliv bude mít pacient – kuřák klinické příznaky onemocnění související s kouřením, budu mu radit, aby přestal kouřit. Souhlasné odpovědi 94,7% (71).

Z výsledků šetření vyplynuly pozitivní názory studentů na aktivity zaměřené proti kouření. Většina dotázaných sdílí názor, že zdravotníci jsou odpovědní za motivaci a přesvědčení kuřáků, aby zanechali kouření. Zajímavé bylo zjištění, že jen 19% studentů má dostatečné znalosti, aby mohli úinně kuřákům pomoci přestat kouřit. Obdobných výsledků dosáhl také výzkum na SZŠ ve Svitavách u studentů ve stejném ročníku studia. Z toho průběhu vyplývá, aby studenty naučili dovednostem, které by pomohly při odvykání kouření.



## Závěr

Kouření vyvolává smrtelné nemoci a invaliditu. V celé historii lidstva patří tabák mezi nejvýznamnější příčiny předčasných úmrtí, kterým by se dalo předjet. Kouření se stalo obrovskou světovou epidemií.

Z dnešní světové populace na kouření pravděpodobně žije 500 milionů lidí. Více než polovina z nich to jsou děti a mladiství. V současnosti umírá na kouření každý desátý dospělý člověk na světě. Do roku 2030 se předpokládá, že se tento počet zvýší na každého šestého. Kouření se stane celosvětově nejastější samostatnou příčinou smrti. Bude mít na světě ročně 10 milionů úmrtí.

„V České republice patří nyní ke kouření podobně jako předtím jedna třetina dospělé populace a na následky kouření umírá více než 60 lidí denně a 18 tisíc ročně“ (Králíková, Kozák, 1997, s. 5).

Většina kouření začíná s tímto návykem již ve věku teenager, to znamená na základních a středních školách. Proto je prioritou protikuřácké kampaně, aby se významnou měrou na této primární prevenci podíleli nejen rodiče, ale především zdravotníci a učitelé.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že v prvních ročních studiích kouří celkem 28% (21) studentů.

Zajímavým zjištěním je, že 68% (14) respondentů – kouření se již pokusilo v minulosti přestat kouřit, ale jejich pokus nebyl úspěšný. Je známé z odborné literatury, že úspěšnost zanechání kouření je asi 1:5. Tento fakt je opět potvrzením míry závažnosti kouření u mladistvých kouření. I přes osobní zkušenosti studentů s kuřáctvím jich pouze 21,3% (16) označilo kouření za nemoc. Zde se nabízí možnost zaměřit se v odborných přednáškách, ale i v třídnických hodinách více na pomoc odvykajícím kuřákům. Výzkumem se překvapivě odhalilo, že jen 18,7% (14) studentů by umělo učinně poradit pacientům, jak zanechat kouření. Učitelé odborných přednášek je třeba s tímto výsledkem seznámit a konkrétní způsoby odvykání kouření u studentů v odborných přednáškách doplnit.

Více než 80% studentů souhlasí s tím, že by měla být sestra svým nekuřáckým vzorem ostatním lidem a že zdravotníci jsou odpovědní za motivaci pacientů, aby nekouřeli nebo kouřili přestali.

Na rozdíl od vcelku pozitivních názorových postojů neprojevíli studenti výrazné znalosti o příčinách vzniku onemocnění, kde je kouření v kauzální souvislosti. Vysoké procento prokázalo nedostatečné znalosti o příčinách vzniku chronického zánětu průdušek, rozedmy plic, kardiovaskulárních onemocnění, ale i dalších nemocí. Je proto důležité novat se v odborných klinických podmínkách vlivu nikotinu a jeho účinku na vzniku onemocnění.

Stále ještě dosti typickým jevem se zdá být, že mládež kouření přeceňuje. Je vhodné uvědomit si, že kouření souvisí s osobnostními rysy jako jiné návyky. Mladistvý kuřák je spíše nervózní, s pevnou emocionalitou v jednání, nepřítelstý, méně úspěšný ve studiu, méně výkonný ve sportu, více neupravený, impulzivní. Právě takový typ okolí imponuje a bývá vedoucím party. Myslím si, že cílem učitelů odborných předmětů by mělo být úsilí o obohacování a posilování pozitivních vlastností, především volní úsilí a rizikové osoby odrazovat od upevnění závislosti na droze.

Moje práce by mohla inspirovat k dalšímu výzkumnému šetření, které by zahrnovalo porovnat rozdíly v názorech a znalostech na kouření u studentů stejné skupiny v rámci celé délky jejich studia.

## ANOTACE

<b>Autor:</b>	Šárka Kaplanová
<b>Instituce:</b>	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
<b>Název práce:</b>	Postoje studentů střední zdravotnické školy k problematice kouření
<b>Vedoucí práce:</b>	MUDr. Pavel Slezák
<b>Počet stran</b>	67
<b>Počet příloh:</b>	4
<b>Rok obhajoby:</b>	2008
<b>Clíčová slova:</b>	kouření, princip a definice kouření, onemocnění a úmrtnost, motivace odvykání, náhradní terapie, pasivní kouření, charakteristika období adolescence, kouření mladistvých, prevence, vzdělávací plán pro pedagogy a zdravotníky, legislativa

V teoretické části se bakalářská práce zabývá problematikou kouření a je zaměřena na princip kouření. Všíhá si škodlivosti a vlivu kouření na zdraví, vzdělávacího plánu v rámci prevence proti kouření a jeho odvykání. V praktické části se zjišťují návyky, postoje, názory a informovanost studentů ke kouření.

In the theoretical part of the thesis I engaged in the smoking problem, especially in the principal of smoking. I occupy by the smoking malignity and its influence on our health, the educational plan of the smoking prevention and how to stop smoking.

In the practical part are located the habits, attitudes, opinions and the adolescent's informedness.

## POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

- 1) KOZÁK, J. a kol. *Rizikový faktor kouření*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 1993. ISBN 80-85267-42-X
- 2) KRÁLÍKOVÁ, E. a kol. *Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství LS JEP, 2005. ISBN 80-903573-7-7
- 3) KÍŽ, J. a kol. *Zdravotní stav populace*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2004. ISBN 80-7071-247-3
- 4) PRDÁLOVÁ, J. *Kouření a zdraví*. Praha: Liga proti rakovině, 2002
- 5) KRÁLÍKOVÁ, E., KOZÁK, J. T. *Odvěkáání kouření v denní praxi lékaře*. Praha: Maxdorf, 1997. ISBN 80-85800-66-7
- 6) SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L. *Kouření a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-230-9
- 7) RÁŽOVÁ, J. a kol. *Prevence nádorových onemocnění ve 21. století*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2001
- 8) ÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-7097-953-0
- 9) BÁRTLOVÁ, E. a kol. *Odvěkáání kouření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997. ISBN 80-7071-041-1
- 10) SOVINOVÁ, H. *Zdraví a škodlivé návyky v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. ISBN 80-70-71-141-8
- 11) KOZÁK, J. T. *Nekouřte*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 1990
- 12) WASSERBAUER, S. a kol. *Výchova ke zdraví pro vyšší zdravotnické a střední školy*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2001

### Elektronické zdroje

- 13) SOVINOVÁ, H., SADÍLEK, P., CSÉMY, L. *Vývoj prevalence kouření v dospělou populaci. Náhledy a postoje odborníků k problematice kouření (období 1997 – 2006)*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007. (online). Dostupné na [WWW.szu.cz/uploads/documents/czsp/zavislosti/koureni/zprsu06.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/zavislosti/koureni/zprsu06.pdf)
- 14) *Dostupné zákony a legislativa*. (online). Dostupné na [WWW.dokurte.cz](http://WWW.dokurte.cz)
- 15) *Společnost pro léčbu závislosti na tabáku*. (online). Dostupné na [WWW.slzt.cz/http://www.slzt.cz/](http://www.slzt.cz/)

## SEZNAM TABULEK

1. Charakteristika vzorku	str. 40
2. Koučtví student 1. ro níku	str. 41
3. Zájem kou ících student zanechat kou ení	str. 42
4. Kou ení student za p t let	str. 43
5. Co je kou ení dle student 1. ro níku	str. 44
6. Náзор student na kou ení léka	str. 45
7. Náзор student na kou ení sester	str. 46
8. Správné odpov di student o vztahu kou ení k vybraným onemocn ním	str. 47
9. Pobyt v blízkosti kou ící osoby	str. 49
10. Zodpov dnost sester za motivaci ku ák zanechat kou ení	str. 50
11. Postoje student 1.ro níku na ku áctví	str. 51

## SEZNAM GRAF

1. Koučtví student 1. ro níku	str. 41
2. Zájem kou ících student zanechat kou ení	str. 42
3. Kou ení student za p t let	str. 43
4. Co je kou ení dle student 1. ro níku	str. 44
5. Náзор student na kou ení léka	str. 45
6. Náзор student na kou ení sester	str. 46
7. Správné odpov di student o vztahu kou ení k vybraným onemocn ním	str. 48
8. Pobyt v blízkosti kou ící osoby	str. 49
9. Zodpov dnost sester za motivaci ku ák zanechat kou ení	str. 50
10. Postoje student 1.ro níku na ku áctví	str. 52

## SEZNAM ZKRATEK

nap .	na p íklad
atd.	a tak dále
aj.	a jiné
apod.	a podobn
tzn.	tak zvan
s.,str.	strana
.	íslo

## SEZNAM P ÍLOH

- .1. Fagerstrom v test závislosti na nikotinu
- .2. Dotazník ku áckých návyk
- .3. Dotazník odolnosti v í nutkání kou it
- .4. Dotazník ke zjišt ní postoj student k problematice kou ení

### **Fagerstrom v test závislosti na nikotinu**

- 1. Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu ?**

do 5 minut	3 body
za 6 – 30 minut	2 body
za 31 - 60 minut	1 bod
po 60 minutách	0 bod
  
- 2. Je pro Vás obtížné nekouřit v místnostech, kde není kouření dovoleno ?**

ano	1 bod
ne	0 bod
  
- 3. Kterou cigaretu byste neradi postrádali ?**

první ráno	1 bod
kteroukoli jinou	0 bod
  
- 4. Kolik cigaret denně kouříte ?**

0 – 10	0 bod
11 – 20	1 bod
21 – 30	2 body
31 a více	3 body
  
- 5. Kouříte aspoň ji během dopoledne ?**

ano	1 bod
ne	0 bod
  
- 6. Kouříte i když jste nemocní a upoutání na lůžko ?**

ano	1 bod
ne	0 bod

#### **Orientační hodnocení :**

- 0 – 1 bod: žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu  
2 – 4 body: střední závislost na nikotinu  
5 – 10 bod : silná závislost na nikotinu

**Dotazník ku závislých návyk**

1. Kolik Vám bylo let, když jste začal(a) pravidelně kouřit ?

.....  
.....

2. Kolik cigaret vykouříte průměrně denně ?

.....

3. Kolik cigaret jste průměrně vykouřil(a) denně před šesti měsíci ?

.....  
.....

4. Kolik cigaret jste vykouřil(a) za den v době, kdy jste kouřil(a) nejvíce ?

.....

5. Jste vystaven(a) vzhledem k vlivu cigaretového kouře druhých lidí ?

.....  
.....

6. Zkoušel(a) jste někdy zanechat kouření ? ANO NE

7. Jaká byla nejdelší doba, po kterou jste vydržel(a) nevykouřit ani jednu cigaretu denně ?

rok .....

měsíc .....

dní.....

8. Kolikrát jste se vážně pokoušel(a) zanechat kouření v uplynulých 12 měsících ?

.....



### Dotazník odolnosti v situaci nutkání kouřit

Máte před sebou soupis 15 situací, ve kterých lidé často kouří. Pečlivě si každou z nich pročtěte a zakroužkujte číslo, vyjadřující v procentech pravděpodobnost, s níž byste mohli být schopni odolat nutkání ke kouření, jestliže byste se do této situace dostali.

Pokud jste si zcela jisti, že můžete cigaret za těchto okolností zítra odolat, zakroužkujte „100%“, pokud nemáte o své schopnosti odolat kouření vysoké mínění, zakroužkujte nějaké číslo od levého kraje stupnice „0%“ nebo „10%“, nebo samozřejmě cokoli mezi tím podle vlastního realistického odhadu.

**1. Když pociťuji nervozitu.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**2. Když chci relaxovat.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**3. Když mi někdo nabídne cigaretu.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**4. Když se nudím.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**5. Když nevím, co z rukama.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**6. Když se chci soustředit.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**7. Když si dám nějaký alkoholický nápoj.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**8. Když se cítím nepříjemně.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**9. Když řídím auto.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**10. Když jsem ve společnosti lidí, kteří kouří.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**11. Když piji kávu nebo čaj.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**12. Když pociťuji netrpělivost.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**13. Když se dívám na televizi.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**14. Když telefonuji.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**15. Po dobrém jídle.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**16. Jaká je pravděpodobnost, že budete schopni odolat kouření v průběhu zítřka, bez ohledu na jednotlivé situace ?**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

*Vážené studentky/vážený studente,*

*Jmenuji se Šárka Kaplanová a jsem studentkou 4. ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Dotazník, který se Vám dostal do rukou je součástí mé závěrečné bakalářské práce s názvem „Postoje studentů SZŠ k problematice kouření“. Ráda bych vás požádala o spolupráci, dotazník je anonymní a jeho výsledky budou využity pro zpracování bakalářské práce.*

*Dotazník se skládá ze tří částí. V prvním oddíle u otázek 2,3,4 zakroužkujte jednu odpověď se kterou souhlasíte a u otázek 5,6,7 můžete označit více odpovědí. V druhé a třetí části dotazníku označte odpovědi šifrou podle níže uvedeného legendu. Děkuji za objektivní posouzení dotazníku.*

1. Kolik let Vám bylo při posledních narozeninách?.....let
2. Jak je to s Vaším kouřením? (vyberte jednu z odpovědí)
  1. Nikdy jsem nezkusila kouřit.
  2. Kouření jsem vyzkoušela, ale jen několik cigaret.
  3. Dříve jsem kouřila, ale teď ne.
  4. Ano, občas si zakouřím, ale není to každý den.
  5. Ano, mám tabák každý den.
3. Pokusil/a jste se někdy vážně zanechat kouření?
  1. Nebylo třeba, jsem nekuřák.
  2. Ano, snažil/a jsem se přestat, ale nepodařilo se mi to.
  3. Kouřím a o zanechání kouření jsem neuvažovala.
4. Domníváte se, že od nyní šance za 5 let budete kouřit?
  1. Ne, určitě vím, že nebudu kouřit.
  2. Ne, myslím, že asi nebudu kouřit.
  3. Ano, je možné, že budu kouřit.
  4. Ano, s největší pravděpodobností budu kouřit.
5. Čím je podle Vašeho názoru kouření? (možno vybrat více odpovědí)
  1. Společenskou záležitostí zvyšující osobní atraktivitu
  2. Společenskou záležitostí, kterou někteří lidé kompenzují své pocitu méněcennosti
  3. Zlovykem
  4. Nemoci, patřící mezi drogové závislosti
  5. Mám jiný názor.....
6. Co soudíte o kouření lékářů? (možno vybrat více odpovědí)
  1. Je to stejné jako u ostatních lidí, je to jejich soukromá věc
  2. Asi by neměli kouřit před pacienty
  3. Nechápu, že kouří, když vidí následky kouření
  4. Obávám se, že lidé přestanou vyhledávat lékaře závislé na tabáku
  5. Lékaři jsou vzorem pro mnohé lidi a jejich kouření snižuje význam výchovy ke zdraví.

**7. Co soudíte o kouření zdravotních sester? (možno vybrat více odpovědí)**

1. Je to stejné jako u ostatních lidí, je to jejich soukromá věc
2. Asi by neměly kouřit před pacienty
3. Nechápu, že kouří, když vidí následky kouření
4. Obávám se, že lidé nebudou mít velkou důvěru k sestře závislé na tabáku
5. Sestry stejně jako lékaři jsou pro mnohé lidi vzorem a proto jejich kouření snižuje význam výchovy ke zdraví

V dalším oddíle budete odpovídat, zda má kouření nějakou jinou souvislost s n kterým onemocněním:

**Určit ano.....1**

**Ano, ale ne .....2**

**Jen málo.....3**

**Ne.....4**

**Nevím .....5**

8. Má kouření vztah k rakovině močového měchýře? -----
9. Má kouření vztah k nemocem koronárních cév? -----
10. Má kouření vztah k rakovině plic? -----
11. Má kouření vztah k chronické bronchitidě? -----
12. Má kouření vztah k rakovině dutiny ústní? -----
13. Má kouření vztah k rozedmně plic? -----
14. Má kouření vztah k rakovině hrtanu? -----
15. Má kouření vztah k nemocem cév na končetinách? -----
16. Má kouření vztah k mozkové mrtvici? -----
17. Má kouření vztah k poruchám plodnosti? -----
18. Má kouření vztah k bolestem zad? -----
19. Má kouření vztah k poruchám průbhuťhotenství? -----
20. Má kouření (rodičů) vztah k úmrtnosti novorozenců? -----
21. Má kouření (rodičů) vztah k nemocnosti dětí? -----
22. Má kouření (rodičů) vztah k leukémiím u dětí? -----

Dostáváme se ke třetí části dotazníku, ve které se zjišťují Vaše postoje k aktivitám zanechání. Prosím, abyste u každé otázky označil/a pomocí číslice Váš názor podle následujícího klíče:

- Bezvýhradně souhlasím .....1*  
*Vcelku souhlasím.....2*  
*Nevím, zatím jsem o tom nepřemýšlel/a.....3*  
*Spíše nesouhlasím.....4*  
*Zásadně nesouhlasím.....5*

23. Sestra (spolu) s lékařem má zodpovědnost za motivaci a přesvědčování kuřáka, aby zanechal kouření -----
24. Kuřáci v tšinou chtějí zanechat kouření -----
25. Je mi nepřijemné být v blízkosti kouření osoby -----
26. Sestry by měly být pro ostatní lidi vzorem svým chováním -----
27. V tšina lidí nechce přestat kouřit, i když jim to radí jejich lékař a zdravotní sestra -----
28. Sestry by měly na veřejnosti vystupovat aktivněji proti kouření než dosud -----
29. Sestry by mohly mnohem lépe radit lidem jak zanechat kouření, kdyby znaly osvědčený a vhodný způsob -----
30. Už jako student/ka zdravotnické školy bych měla aktivně vystupovat a prosazovat nekuřáctví -----
31. Mám dostatečné znalosti k tomu, abych mohla účinně pomoci kuřákům přestat kouřit -----
32. Měla bych prakticky při každém kontaktu s kouřícím pacientem doporučit, aby zanechal kouření a to i tehdy, když jeho onemocnění nesouvisí bezprostředně s kouřením -----
33. Kdykoliv se mne pacient – kuřák zeptá na kouření, budu mu radit, aby přestal kouřit, i když jeho onemocnění nebude souviset s jeho kouřením -----
34. Kdykoliv bude mít pacient/kuřák klinické příznaky onemocnění související s kouřením, budu mu radit, aby přestal kouřit -----
35. Je správné, že je zákaz propagace tabákových výrobků -----
36. Ceny tabákových výrobků by měly stoupat progresivněji -----
37. Prodej tabákových výrobků dětem by měl být zakázán -----
38. Všem pacientům i veškerému personálu je zakázáno v nemocnici kouřit -----

