



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Michaela Štěpánková

Kouření a jeho odraz v postojích české
společnosti

Smoking habit and its reflection in the
Czech society

Bakalářská práce

Praha, květen 2010

Autor práce: Michaela Štěpánková

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Veřejné zdravotnictví

Vedoucí práce: **Prof. MUDr. Milena Černá, DrSc.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav obecné hygieny 3. LF**

Datum a rok obhajoby: 25.6.2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31.května 2010

Michaela Štěpánková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Prof. MUDr. Mileně Černé, DrSc., za pomoc, cenné rady a konzultace. Dále děkuji své rodině za trpělivost a podporu.

Obsah

Úvod	9
1. Historie kouření tabáku	10
1.1 Historie kouření.....	10
1.2 Definice kuřáctví.....	11
2. Rostlina tabáku	12
3. Biochemie kouření	13
3.1 Složení tabákového kouře.....	13
3.2 Tabákové alkaloidy.....	14
3.2.1. Nikotin a jeho metabolity.....	14
3.2.2. Harmalové alkaloidy.....	16
3.2.3. Myosmin.....	17
3.3. Karcinogenní účinky tabákového kouře.....	17
3.3.1. Tabákově specifické N – nitrosaminy.....	17
3.3.2. Polycyklické aromatické uhlovodíky.....	18
3.3.3. Ostatní kancerogeny.....	20
3.4. Vodní dýmka.....	21
4. Vliv kouření na zdraví	23
4.1. Krátkodobé účinky kouření.....	24
4.2. Dlouhodobé účinky kouření – nemoci související s kouřením.....	24
4.2.1. Rakovina plic.....	24
4.2.2. Ischemická choroba srdeční.....	27
4.2.3. Chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc – CHOPN.....	27
4.2.4. Další nádorová onemocnění.....	28
4.3. Účinky kouření na kardiovaskulární systém.....	29
4.3.1. Ateroskleróza.....	29
4.3.2. Ischemická choroba srdeční ICHS.....	30
4.3.3. Cerebrovaskulární nemoci.....	30
4.3.4. Onemocnění periferních tepen: trombongitis obliterans.....	30
4.3.5. Aneurysma aorty.....	31
4.3.6. Vyšší riziko subarachnoidálního krvácení u žen užívající orální	

kontraceptiva.....	31
4.4. Účinky kouření na dýchací cesty.....	32
4.5. Účinky kouření na gastrointestinální trakt.....	32
4.5.1. Nádorová onemocnění dutiny ústní.....	32
4.5.2. Nádorová onemocnění laryngu, jícnu.....	32
4.5.3. Vředová choroba gastroduodena.....	32
4.6. Účinky kouření na reprodukční systém.....	33
4.7. Účinky kouření na děti a mládež.....	34
5. Pasivní kouření.....	36
6. Prevence kouření.....	38
7. Společenský postoj proti kouření.....	40
7.1. Nekuřácké veřejné prostory.....	40
7.2. Světový den bez tabáku.....	42
7.3. Kdo přestane, vyhraje.....	44
7.4. Zdraví 21.....	44
8. Léčba kouření.....	46
8.1. Motivace k zanechání kouření.....	46
8.1.1. Proč přestat kouřit.....	46
8.1.2. Důvody k zanechání kouření.....	46
8.1.3. Poradenství.....	47
8.2. Abstinenční příznaky.....	48
8.3. Léky.....	50
8.3.1. Náhradní léčba nikotinem.....	50
8.3.1.2. Žvýkačky Nicorette.....	51
8.3.1.3. Inhalátor Nicorette.....	51
8.3.1.4. Náplast Nicorette.....	52
8.3.2. Bupropion.....	53
8.3.3. Vareniklin.....	53
8.4. Co se děje v těle po vykouření poslední cigarety.....	55
9. Legislativa týkající se kouření.....	56
9.1. Legislativa u nás.....	56
9.2. Rámcová úmluva o kontrole tabáku.....	59

10. Praktická část	65
10.1. Stanovení cíle práce.....	65
10.2. Stanovení hypotézy.....	65
10.3. Metody výzkumu.....	65
10.3.1. Metoda sběru dat.....	65
10.4. Výběr respondentů.....	66
10.5. Analýza výsledků dotazníkového šetření.....	66
10.6. Výsledky v jednotlivých otázkách.....	67
10.7. Posouzení platnosti stanovené hypotézy.....	85
11. Diskuze	86
Závěr	89
Souhrn	90
Summary	92
Seznam použité literatury	94
Seznam příloh	97
Přílohy	98

Motto:

*Návyk nelze jen tak vyhodit oknem. Musíte ho laskavě svést ze schodů,
doprovodit ho ke vchodu a vypoklonkovat ze dveří.*

Mark Twain

Úvod

Téma své bakalářské práce „Kouření a jeho odraz v postojích české společnosti“ jsem si vybrala na základě svého zájmu o tuto problematiku.

Kouření je v současnosti největší preventabilní příčinou předčasných úmrtí v celosvětovém měřítku. Světová zdravotnická organizace tuto situaci označuje jako „tabákovou epidemii“. Na důsledky chorob majících souvislost s kouřením umírá na světě ročně více než 5 milionů lidí, tzn. jedno úmrtí každých 8 vteřin. V České republice na následky kouření umírá ročně 18000 – 22000 lidí, což znamená 50 – 62 úmrtí za den, tedy mnohem více, než činí například důsledky dopravních nehod (1316 osob v roce podle údajů ÚZIS). Na následky kouření tak v současnosti umírá každý šestý občan naší země, což znamená, že v Česká republika tak patří k zemím s nejvyšší úmrtností v důsledku kouření. Průměrná doba života kuřáků je i u nás o 15 let kratší při porovnání s nekuřáky. Ekonomické náklady spojené jen s nemocniční léčbou chorob způsobených kouřením činily v roce 1999 již 23 miliard Kč.

Cigarety jsou jediným spotřebním zbožím, které, používáno k tomu účelu, k němuž bylo vyrobeno, tj. ke kouření, způsobuje smrt (podle American Cancer Society). Navíc, tři čtvrtiny kuřáků by si přály přestat kouřit – cigarety jsou tedy spotřební zboží, které si tři čtvrtiny jeho konzumentů kupují proti své vůli.

Ve srovnání s jinými „nebezpečími“ pro zdraví, kterých se většina lidí alespoň podvědomě obává, je význam kouření nesrovnatelný.

Přestat kouřit má smysl: zejména přestane – li kuřák ještě dřív, než onemocní rakovinou nebo jinou závažnou nemocí způsobenou kouřením. Zbaví se většiny rizika, které kouření znamená (Peto et al., 1994) (3).

Cílem mé bakalářské práce je poskytnout základní informace o problematice kouření a jeho odraz v postojích naší společnosti.

V teoretické části jsem se věnovala počátkům kouření, tabáku jako rostlině, biochemii kouření, vlivu kouření na zdraví, pasivnímu kouření, prevenci, společenskému postoji proti kouření, léčbě a legislativě.

V praktické části uvádím výsledky výzkumu, který jsem prováděla u náhodně dotázaných respondentů v Praze.

1. Historie kouření tabáku

1.1. Historie kouření

Tabák má svůj původ na americkém kontinentě. Archeologické nálezy dokazují, že Mayové kouřili tabákové listy již v prvním století před Kristem. Sám Kolumbus pozoroval Arawaky, kteří používali suché tabákové listy při rituálních obřadech a byl těmito listy obdarován. Jedna stará indiánská pověst praví, že v jakémsi období hladu sestoupila z oblak nahá dívka, posadila se na zem a položila na ni dlaně: pod levou jí vyrostla kukuřice, pod pravou boby a tam, co seděla, tabák. Jeho kouření začalo mezi americkými Indiány spíše při obřadech, nebylo tedy nikdy součástí jejich každodenního života. Indiáni také kouř neinhalovali – to je až záležitost našeho století a cigaret. Do Evropy tuto rostlinu přivezla Kolumbova loď roku 1492. Jean Nicot, francouzský vyslanec v Portugalsku, dal své jméno jediné návykové látce v tabáku, tj. nikotinu. Byl totiž nadšeným propagátorem této rostliny, jíž se přisuzovaly zázračné léčivé schopnosti – zejména obkládání různých vředů listy tabáku prý vedlo zaručeně k úspěchu. Sám Nicot si obklady z tabákových listů léčil migrénu.

Tabák byl už tehdy používán v mnoha formách. Původní američtí obyvatelé „lokali“ kouř ručně točených svitků tabáku zabaleného do palmového nebo kukuřičného listu. Evroptští námořníci naopak dávali přednost žvýkání – ze strachu z požáru lodi.

Ještě několik století se kouření tabáku šířilo pomalu. Roku 1640 vydal papež Urban VIII. bulu, zakazující kouřit v kostele. V 16. a 17. století byly za kouření různé tresty, např. v Rusku useknutí nosu nebo rozseknutí horního rtu tak, aby už nesrostl a jeho majitel už nikdy nemohl pohodlně kouřit. Tyto tresty zrušil až Petr Veliký, který byl sám náruživým kuřákem. V českých zemích se kouření dýmky rozšířilo během třicetileté války.

Zlomem se stal vynález stroje na výrobu cigaret roku 1881. Například Bonsackův stroj byl v polovině 80. let 19. století schopen vyrobit již 100 000 cigaret za denně. Masový marketing a zavedení bezpečných zápalek



v roce 1885 způsobily, že se cigarety staly velmi populárními. Z pouhých 8 cigaret na osobu za rok se v USA koncem 19. století jejich počet zvýšil více než čtyřikrát. S příchodem 20. století následovalo další rychlé rozšíření tohoto zboží, které znamenalo především skvělý obchod. Tabáková epidemie tedy začala s dvacátým stoletím, během něhož tabák stačil zabít víc lidí než obě s větové války dohromady: asi 100 milionů. V 21. století už bude mít na svém kontě přes miliardu životů.

Desátá verze Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace, která platí od roku 1992, už uvádí závislost na tabáku jako samostatnou nemoc – je to diagnóza F 17.2. (3).

1.2. Definice kuřáctví

Pravidelný (denní) kuřák: kouří v době šetření nejméně 1 cigaretu denně.

Příležitostný kuřák: v době šetření kouří, ale méně než 1 cigaretu denně.

Bývalý kuřák: kouřil (vykouřil během života více než 100 cigaret), ale v době šetření nekouří.

Nekuřák: nikdy nevykouřil 100 a více cigaret (7).

2. Rostlina tabáku



Tabák (*Nicotiana L.*) je rod rostlin z čeledi lilkovité. Tento rod zahrnuje asi 100 druhů domácích převážně v Jižní Americe, na Sundských ostrovech, v Austrálii a Oceánii.

Pochází z Ameriky. Do Evropy se tabák dostal z Ameriky díky Walterovi Raleighovi v době Alžběty I.

Zdroj: <http://www.pestovanitabaku.szm.com/druhy.html>

K získání suroviny pro tabákové výrobky se pěstují především dva druhy: *Nicotiana tabacum L.*, tabák obecný (viržinský, který je nejrozšířenější.



Zdroj: <http://www.pestovanitabaku.szm.com/druhy.html>

Druhým, méně využívaným je *Nicotiana rustica L.*, tabák selský (machorka).



Zdroj: <http://www.pestovanitabaku.szm.com/druhy.html>

V listech tabáku se koncentruje až 10 % pyridinových alkaloidů, zvláště nikotinu, doprovázeného normikotinem, anabasinem aj. Tabákový kouř kromě nikotinu obsahuje i pyridinové zásady, kyanovodík, amoniak, kysličník uhelnatý, kysličník uhličitý, metan a sirovodík. Kyselá netěkavá složka tabákového kouře obsahuje převážně kyselinu mléčnou, glykolovou, jantarovou, malonovou, pyrosilizovou, jablečnou aj.

Rostlina tabáku byla původně divokým keřem. Nyní se modifikuje tak, aby měla co možná co nejvyšší obsah nikotinu. Sbírají se proto záměrně listy z nejokrajovějších částí větví (29).

3. Biochemie kouření

Při popisech škodlivých účinků abusu tabáku a kouření tabákových produktů, zejména cigaret, se oba tyto pojmy často zaměňují. Vzhledem k naprosté převaze kuřáků cigaret nad uživateli jiných forem tabáku (kouření doutníků a dýmek, žvýkání a šňupání tabáku) v současné domácí populaci lze tuto záměnu pojmů tolerovat.

Cigaretový kouř obsahuje přinejmenším 3050 různých chemických sloučenin. Značná část z nich má pro lidský organizmus účinky toxické a karcinogenní. Škodlivé vlivy nikotinu a škodlivé vlivy jiných látek obsažených v tabákovém či cigaretovém kouři lze jen těžko oddělit a přesně definovat.

Ze všech způsobů abusu tabákových produktů se nejškodlivějším jeví kouření cigaret. Potenciálně nejméně rizikovými způsoby abusu tabáku jsou žvýkání a šňupání („smokeless tobacco“), neboť počet chemických látek uvolňovaných a vznikajících při žvýkání a šňupání je výrazně nižší (asi 1500 sloučení) (26).

3.1. Složení tabákového kouře

Tabákový kouř má fázi plynnou a fázi pevnou s částicemi menšími než 0,1 mm. Plynná fáze obsahuje látky v plynném skupenství včetně sublimujícího nikotinu, který činí 1 – 2 % hlavního proudu kouře. Oxid uhličitý činí 65 % hmotnostních vdechovaného tabákového kouře. Pevná fáze tabákového kouře obsahuje tekuté neodpařené a tuhé látky.

Látky vznikající při nedokonalém spalování tabáku, celulózy a různých proteinů mají dohromady účinky centrálně stimulační, jsou toxické pro řadu orgánů a systémů včetně CNS, imunitního a reprodukčního systému. Mnohé z nich jsou karcinogenní.

Podle obsahu dehtu a nikotinu se někdy cigarety dělí na normální a lehké či nízkodehtové („light“). Studie porovnávající sérovou koncentraci kotininu (ukazatel expozice nikotinu) a obsah jednoho z tabákově specifických nitrosaminů

a hemoglobinového aduktu 4-aminobifenylu (ukazatelé rizika karcinogeneze) v moči však prokázala, že mezi kuřáky cigaret obou skupin nebyly v hladinách těchto biomarkerů patrné žádné rozdíly. Neexistují tedy žádné „méně škodlivé“ a „více škodlivé“ tabákové produkty určené ke kouření (26).

3.2. Tabákové alkaloidy

Tabák obsahuje v sušených listech několik látek ze skupiny alkaloidů. Nejznámější z nich jsou sloučeniny odvozené od pyridinu, mezi něž patří i nejproslulejší tabákový alkaloid - nikotin. Významný je rovněž obsah harmalových alkaloidů norharmanu a harmanu.

Alkaloidy (sekundární metabolity rostlinného původu) jsou dusíkaté sloučeniny slabě zásadité povahy, které mají velice různou chemickou strukturu. Jejich biologický význam není zcela jasný, svým producentům pravděpodobně pomáhají v boji o přežití (ochrana rostlin před spásáním). Většina alkaloidů má u vyšších živočichů silné fyziologické účinky, podmíněné zejména vlivem alkaloidů na funkci CNS. Řada z nich je prudce jedovatá, jiné však slouží jako léčiva. Některé jeví v malých dávkách stimulační účinky (kofein, nikotin), a proto jsou zneužívány v podobě relativně snadno dostupných drog rostlinného původu. Vytváří se však na ně různě rychle různě silná závislost. Většina alkaloidů požitá ve větším množství vede ke vzniku akutní otravy, relativně často s letálními účinky (26).

3.2.1. Nikotin a jeho metabolity

Nikotin, je hlavním tabákovým alkaloidem. V kouři z jedné cigarety je obsaženo asi 2,9 mg nikotinu. Je – li inhalován s cigaretovým kouřem, dosahuje CNS během 10 sekund. Sérová hladina nikotinu dosahuje maxima přibližně v době, kdy je cigareta vykouřena. Dobře se vstřebává sliznicemi a také kůží.

Nikotin má stimulační účinky pro CNS (excitační a anorektický) a aktivuje sympatoadrenální systém. Působí vazokonstrikci na úrovni periferních kapilár kůže, mozku, myokardu, placenty, relaxuje kosterní svalstvo. Vasokonstrikce

podmíněná vykouřením jedné cigarety trvá 30 – 45 minut i déle. Její negativní důsledky lze omezit pravidelnou fyzickou aktivitou. Nikotin stimuluje žaludeční sekreci a střevní peristaltiku a má také antidiuretický účinek. Je návykovou látkou se všemi úrovněmi závislosti (tzv. behaviorální typ závislosti se složkou fyziologickou, psychologickou a sociálně kulturní). Vyvíjí se na něj silná tolerance vyžadující zvýšené dávky pro dosažení účinku předchozích nižších dávek. Abstinenční příznaky objevující se při odvykání kouření jsou jen mírné a objevují se i u jedinců, u nichž dosud nedošlo k vývoji tolerance. K vývoji tolerance dochází jen pomalu (u mladistvých přibližně během dvou let). U abstinujících kuřáků tolerance dlouhodobě přetrvává. Kouření také vede u mužů velmi často k současnému požívání větších dávek alkoholu při srovnání s nekuřáky.

Jsou známy akutní i chronické formy otravy nikotinem. Při akutní otravě nikotinem se objevuje mydriáza, bledost, hypersalivace, bradykardie, dechové potíže, křeče, poruchy vědomí i smrt. Projevy chronické otravy jsou necharakteristické (cefalea, nechutenství, srdeční poruchy, potraty) a splývají zčásti s účinky tabákového kouře na organismus kouřících jedinců. Průmyslově se nikotin využívá jako kontaktní insekticid.

Samotný nikotin nemá účinky karcinogenní, což však neplatí pro deriváty vznikající při jeho nedokonalém spalování během kouření. Toto tvrzení však není zcela jednoznačné.

Nikotin stimuluje proliferaci endotelových buněk a mění některé jejich vlastnosti. Účinkem na imunitní systém potlačuje schopnost subsetu TH1 T – lymfocytů produkovat protinádorově působící interferon γ . Zároveň stimuluje aktivitu subsetu TH2 T – lymfocytů se zvýšenou produkcí pro – angiogenetického cytosinu IL – 4. Fibroblasty lidské gingivy v pokusech in vitro váží nikotin nespecifickou vazbou a později jej uvolňují beze změny do okolního prostředí. Intracelulární přítomnost nikotinu však vede k změně vlastností těchto buněk.

Nejznámějším přirozeným metabolitem nikotinu s dlouhým biologickým poločasem je kotinin. Jeho sérová hladina koreluje s počtem vykouřených cigaret, a proto v současnosti slouží k odlišení pravidelných kuřáků (plazmatická hladina kotininu > 25 mg/l) od kuřáků příležitostních a pasivních ($< 0-25$ mg/l).

Senzitivita tohoto testu činí 96 – 97 %, specificita 99 – 100%. Pro různé účely je možné sledovat hladinu kotininu také v moči a ve slině. Nikotin i kotinin lze u kuřáků detekovat také v gingivální tekutině a na povrchu zubních kořenů v parodontálních chobotech u jedinců s parodontitidou. Demethylací nikotinu vzniká při sušení a fermentaci tabákových listů sekundární tabákový alkaloid nornikotin, který je prekursorem N'-nitrosornikotinu (NNN). Dalšími známějšími metabolity vznikajícími zejména hydroxylací kotininu, jsou 5'-hydroxykotinin, trans-3'-hydroxykotinin (THOC) a N-(hydroxymethyl)nornikotin. V metabolismu nikotinu se uplatňují některé enzymy z rozsáhlé nadrodiny hepatálních a extrahepatálních enzymů označované jako cytochrom P450 (CYP), zejména CYP2A6 a extrahepatální CYP2A13. Podílejí se též na degradaci mnoha kancerogenů včetně nitrosaminů, arylaminů a polycyklických aromatických uhlovodíků. Kouření vede ke snížení jejich geneticky determinované aktivity a ve spojení s určitými genotypovými polymorfismy pro CYP2A6 může souviset s rozvojem karcinogeneze.

Nikotin je výživovým substrátem některých bakterií (např. *Arthrobacter nicotinovorans*). Jeho využití, spíše však využití jeho „bezpečnějšího“ metabolitu kotininu v humánní medicíně v léčbě kognitivních poruch v budoucnu nelze vyloučit (26).

3.2.2. Harmalové alkaloidy

Norharman a harman patří mezi tzv. β – karboliny, heterocyklické, pyridoindolové aromatické aminy, jež jsou biologicky velmi aktivními a značně významnými látkami. Tvoří se i v lidském organismu, avšak většina β – karbolinů detekovaných v lidském organismu je původně exogenního – jejich hlavními zdroji jsou tabákový kouř a některé potraviny (káva, mražená a tepelně upravená masa a ryby, alkoholické nápoje, některé fermentované mléčné výrobky, ochucovadla typu sojových omáček). V kouři z jedné cigarety se nachází 207 – 2780 ng těchto látek, přičemž obsah norharmanu je asi trojnásobný oproti obsahu harmanu. Vyšší sérové hladiny norharmanu a harmanu jsou nacházeny u kuřáků, alkoholiků, jedinců trpících nádorovými chorobami a Parkinsonovou nemocí.

Harman a příbuzný alkaloid tetrahydroharman izolovaný z některých rostlin mají účinek antimalarický, harman získaný z rostliny *Symplocos setchuensis* inhibuje replikaci HIV v lidských monocyttech. Na druhou stranu slouží β – harmaliny i jako substrát pro výživu některých mikroorganismů.

Biologicky významný je inhibiční vliv β – harmalinů endogenního i exogenního původu na aktivitu obou izoform monoaminoxidázy, a to zejména vzhledem ke skutečnosti, že podle některých epidemiologických studií je mezi kuřáky a jedinci pijícími pravidelně kávu méně pacientů trpících Parkinsonovou chorobou. Norharman a harman se tak v současnosti stávají potenciálně využitelnými psychofarmakologicky aktivními látkami s neuroprotektivním účinkem (26).

3.2.3. Myosmin

Myosmin je (podobně jako nikotin a nornikotin) tabákovým alkaloidem odvozeným od pyridinu. Vzniká rovněž jako degradační produkt N'-nitrosonornikotinu. Je také obsažen v některých potravinách, jimiž jsou například některé ořechy a jedlé plody lilkovitých rostlin. Myosmin, jeho příjem a účinky na lidský organismus jsou v současnosti předmětem bádání (26).

3.3. Karcinogenní účinky tabákového kouře

Mezi nejznámější tabákové karcinogeny patří tzv. tabákově specifické N – nitrosaminy (TSNA) a polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU) (26).

3.3.1. Tabákově specifické N – nitrosaminy

Do této skupiny patří zejména:

- N'-nitrosonornikotin (NNN)
- N – nitrosodimethylamin (syn. dimethylnitrosamin, NDMA)
- N – Nitrou – N – methylethylamin NEMA)
- 4 – (methylnitrosoamino) -1-(3-pyridyl)-1 – butanon (NNK)

Tyto látky se dobře vstřebávají ústní sliznicí. Vzorky leukoplakicky změněné i klinicky zdravé ústní sliznice kuřáků získané při bioptickém vyšetření byly pro N' - nitrosornikotin výrazně prostupnější. Nejznámějším a také prvním tabákově specifickým nitrosaminem s prokázaným karcinogenním účinkem byl již výše zmíněný N'- nitrosornikotin. Jeho prekursorem je nornikotin. V lidském organismu jsou tyto látky degradovány za vzniku značného množství volných radikálů, DNA – adduktů a proteinových adduktů, takže společně s ionizujícím a ultrafialovým zářením a některými infekčními činiteli patří mezi nejznámější exogenní faktory působící poškození lidského genomu. Organismus je buď schopen pomocí opravných mechanismů, z nichž nejznámější je protein p53, rozhodnout, zda bude rozpoznané chyby reparovat, anebo zahájí apoptózu čili programovanou smrt buněk. Dojde – li k poruše těchto fyziologických dějů, výsledkem přežití a nekontrolované a neregulované proliferace buněk s poškozenou genetickou výbavou může být nádorové bujení (26).

3.3.2. Polycyklické aromatické uhlovodíky

Mezi polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU) patří více než 450 izomerů různých chemických látek s dvěma a více aromatickými cykly, které jsou primárně pouze mírně toxické pro lidský organismus, avšak během biotransformace se stávají výrazně nebezpečnějšími (sekundární toxicita). Nejznámějšími těmito chemickými karcinogeny ve vztahu ke kouření jsou:

- Benzpyren
- Benzantracen
- Dibenzpyren
- Dibenzanthracen

Množství jednotlivých polycyklických aromatických uhlovodíků v tabákovém kouři se různí, závisí na druhu tabáku, popřípadě též na kvalitě

cigaretového papíru (řádově 10^2 ng PAU/cigareta). Tabákový kouř dýmky však obsahuje těchto látek více než kouř cigaretový.

Vznikají zejména při nedokonalém spalování organických uhlíkatých látek včetně tabáku. Některé jsou vyráběny pro různá průmyslová odvětví včetně farmaceutického průmyslu. Existují i nitrované deriváty PAU.

Zdroje PAU v zevním prostředí jsou v zásadě dvojího typu – přírodní (vulkanická činnost, požáry) a antropogenní (spalování fosilních paliv a ropných produktů, spalovací motory všech typů, nezabezpečené odpady). Vznikají i při tepelné přípravě jídel, zejména při grilování na dřevěném uhlí, opékání na otevřeném ohni, při smažení a pečení. Jsou proto v našem životním prostředí všudypřítomné, tzn. Nacházejí se v ovzduší, půdě, vodě, potravinách (obilí, ovoce, zelenina, maso, mléko). Vstřebávají se transdermálně (přímým kontaktem), respiračním (aerosoly) a trávicím traktem.

Polycyklické aromatické uhlovodíky jeví svým vlivem na DNA významný genotoxický efekt, podmiňující jejich účinky biologické – mutagenní a karcinogenní. Toxicita je prokázána pro parenchymatózní orgány (ledviny, játra, gonády), kostní dřeň a pro tkáň imunitního systému (imunotoxicita, imunosupresivní efekt).

Karcinogenní účinek je laboratorně prokázán celkem u 15 těchto sloučenin, jež ve formě drobných částic pronikají až do plicních alveolů (nejvyšší karcinogenitu jeví sloučeniny s pěti aromatickými jádry). Jsou jednou z hlavních příčin karcinomů plic a také karcinomu močového měchýře. Podílejí se na vzniku karcinomů trávicího ústrojí včetně dutiny ústní. Při kožní expozici vyvolávají rakovinu kůže.

Vnímavost jedince vůči těmto sloučeninám je individuálně různá, souvisí s genetickou výbavou daného jedince, věkem, výživou, dobou expozice. Vyšší je u nejmenších dětí, starých lidí, stavů s geneticky podmíněnou nižší schopností reparace poškozené DNA pomocí vrozených opravných mechanismů, jimiž jsou excizní reparace nukleotidů (NER) a excizní reparace bazí (BER), dále u kuřáků, imunodeficitních jedinců, při dlouhodobě zvýšené expozici UV záření, v graviditě, při chorobách jater a kůže.

Protektivní účinek mohou mít flavonoidy a retinoly, vitamin A, selen, molybden, o-kresol, rostlinné fenoly, interferující s polycyklickými aromatickými uhlovodíky (PAU) na úrovni cytochromu P450 (26).

3.3.3. Ostatní karcinogeny

Kouření je hlavním zdrojem benzenu, dlouho známého karcinogenu, v zevním prostředí. Dalšími karcinogeny tabákového kouře jsou polycyklické dusíkaté areny a jiné dusíkaté sloučeniny, aldehydy akrolein, acetaldehyd a formaldehyd, v experimentech in vitro též působící toxicky na gingivální fibroblasty. Oxid uhelnatý brání přenosu kyslíku do tkání, jeho koncentrace v periferní krvi kuřáků mnohonásobně stoupá. Další poruchy prokrvení nastávají v důsledku vývoje aterosklerózy, k jejímuž vzniku kouření významně napomáhá.

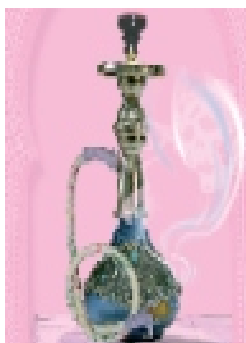
U části kuřáků a alkoholiků se na vzniku dlaždicobuněčných karcinomů v oblasti hlavy a krku pravděpodobně dosti výrazně podílí rovněž dlouhodobý příjem stravy s nedostatkem vlákniny a antioxidantů. Za rizikovou látku při vzniku dlaždicobuněčných karcinomů v dutině ústní je některými autory pokládána v současnosti také marihuana.

Zanedbatelná není ani expozice těžkým kovům (arsen, kadmium, olovo) přítomným v tabákovém kouři (26).



Zdroj: <http://www.kurakovaplice.cz>

3.4. Vodní dýmka



Kouření vodní dýmky je vnímáno jako zajímavá, netradiční, exotická aktivita. Není však ale tak neškodná, jak se mnozí domnívají.

Tabák vodní dýmky se nejčastěji skládá z 30 % tabáku, zbytek tvoří melasa, vedlejší produkt při výrobě cukru z cukrové třtiny, a případně je přidáván med či různé

Zdroj: <http://www.szu.cz> umělé příchuti. Tabáková směs se vlhčí glycerolem. Kouřit je možno i bylinné směsi bez tabáku, které z velké části tvoří drť stvolů cukrové třtiny, které jsou odpadem po vyluhování cukru. Tyto drtě bývají ochuceny umělými příchutěmi, často ovocnými, ale i například karamelovou, kávovou apod., a přidávkem melasy, dávající kouři sladkou chuť. Právě sladká a často ovocná chuť dýmu z vodná dýmky ho dělá velmi atraktivním především pro mladé lidi.

- Nikotin – vyvolává závislost.
- Dehet – směs chemických látek olejovité konzistence vznikající při tepelném

rozkladu organických látek. Obsahuje mnoho jedovatých látek, z nichž celá řada vyvolává rakovinu.

- Oxid uhelnatý – jedovatý plyn, který vzniká mimo jiné při nedokonalém spalování. Vytěsňuje kyslík z vazby na červené krvinky a je hlavní příčinou nemožnosti přenosu kyslíku do tkání včetně životně důležitých orgánů.

Během jednoho posezení s vodní dýmku se vytvoří průměrně 70 litrů kouře.

V souvislosti s použitým způsobem zapálení tabáku a velikostí zápalného uhlíku se vytváří 30 – 100krát více dehtu, 17 – 50krát více oxidu uhelnatého a kouř obsahuje až 6krát více nikotinu než jedna cigareta.

Při průměrném hodinovém posezení u vodní dýmky kuřák vdechne přibližně 100 – 200krát více kouře, než při vykouření jedné cigarety.

Voda v nádobce vodní dýmky dým především ochlazuje. I po průchodu vodou obsahuje kouř vysoké dávky jedovatých složek, zahrnující oxid uhelnatý, těžké kovy a řadu látek, vyvolávajících rakovinu.

Běžně užívané zdroje žáru (uhlíky), které jsou aplikovány na tabák, pravděpodobně vedou ke zvýšení zdravotních rizik, protože při jejich hoření se uvolňují do kouře další toxické látky včetně těžkých kovů a oxid uhelnatý.

Sdílení náustku při kouření vodní dýmky představuje riziko přenosu infekčních chorob zahrnující tuberkulózu a infekční zánět jater.

Pasivní kouření směsi tabákového kouře a kouře z uhlíku z vodních dýmek je rizikové i pro nekuřáky..

Pravidelné kouření vodní dýmky může vést ke vzniku závislosti na nikotinu (11).

4. Vliv kouření na zdraví

Závislost na tabáku je nejčastější diagnóza v ČR. Kouří kolem 30 % dospělých, to je víc než 2 500 000 pacientů s diagnózou závislost na tabáku. Nemoci v důsledku kouření u nás zaviní každý rok 18 000 úmrtí, tedy skoro pětinu všech úmrtí. Těchto 18 000 postižených ztrácí v průměru 15 let života. Umírají především na nádorová onemocnění (8000 úmrtí včetně 5000 úmrtí na rakovinu plic), na nemoci srdce a cév (7000 úmrtí) a nemoci dýchacího ústrojí (2000 úmrtí) – to je především právě CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc). Zbylá tisícovka úmrtí připadá na několik dalších desítek nemocí, kouření totiž ovlivňuje úplně celé tělo.

Kouření dospělých u nás sice velmi pomalu, ale přece jen klesá, a to především u mužů. Dospělých žen kouří sice stále ještě méně než mužů, ale dohánění je, především pak mladé dívky. Ve věku kolem 15 – 18 let jich už kouří víc než stejně starých chlapců. Tabáková epidemie je klasickou epidemií, má svého původce (cigarety a další tabákové výrobky), zdroj (tabákový průmysl), vektor, kterým se šíří (marketing), i vnímavý organizmus (začínajícího kuřáka) – většinou dítě.

Rizikové faktory: Ten, kdo poprvé sáhne po cigaretě, je většinou (zhruba v 90 %) nedospělý. Průměrný věk při zapálení první cigarety je u nás kolem 10 let. To je doba, kdy nemáme ani dostatek schopností ani znalostí pro poučené a svobodné rozhodnutí, zda chceme být závislí. Když kuřákovi dojde, co vlastně kouření znamená, a chce přestat, zjistí, že to není tak jednoduché, jak si kdysi myslel. Rizikovými faktory pro kuřáctví jsou především snadná dostupnost cigaret (nízká cena), vnímání kuřáctví jako normy ve společnosti – tedy například kouření v restauracích, agresivní marketing, ale i snížené sebevědomí, nuda, nižší vzdělání a nižší příjem, stres. To platí i pro odvykajícího kuřáka. Nejčastěji se k cigaretě vrací právě v kuřáckém prostředí, ve stresu nebo chvíli pohody. Rizikem pro kuřáctví je i psychické onemocnění. Mezi psychicky nemocnými najdeme vysoké procento kuřáků a naopak mezi kuřáky hodně psychicky nemocných. I když

cigareta může krátkodobě vyvolat příjemný pocit, například při depresi, psychická onemocnění, například právě depresi, celkově zhoršuje.

Deprese je nejčastějším psychickým onemocněním a špatná nálada až deprese může být jedním z abstinčních příznaků z nedostatku nikotinu. Je dobré si to uvědomit v souvislosti s chronickými respiračními nemocemi. Kuřák, který chce, ale není schopen přestat kouřit, často alespoň své kouření omezuje. Protože nemá dávku nikotinu, na jakou byl zvyklý, může mít abstinční příznaky, mezi které patří deprese. Tak se prohloubí jeho depresivní stavy, které už má ze svého onemocnění a z faktu, že se mu přes diagnózu respiračního onemocnění ještě nepovedlo přestat kouřit.

4.1. Krátkodobé účinky kouření

- pokles kožní teploty
- zvýšení tepové frekvence
- zvýšení krevního tlaku
- změny na EEG (elektroencefalograf) (8).

4.2. Dlouhodobé účinky kouření – nemoci související s kouřením

- rakovina plic (90 % podíl kouření)
- ischemická choroba srdeční (25 %)
- chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc (75 %)

4.2.1. Rakovina plic

Nejnebezpečnějšími látkami hmotné povahy obsaženými v cigaretovém kouři, jsou bezesporu dehty a polycyklické uhlovodíky. Proč jsou někdy nazývány časovanou bombou kuřáctví vysvitne z faktu, že rakovinné změny, které tyto látky způsobují, se všeobecně projeví až po 25 – 40 letech kouření, kdy již bývá na jakoukoliv úspěšnou léčbu pozdě.

Ale nejen dehet se podílí na výrazném rakovinotvorném účinku tabákového kouře. Japonští vědci již před časem vyslovili názor, že aktivní

kyslíkové radikály vznikající při kouření cigaret by mohly být příčinou určitých změn geneticky důležitých deoxyribonukleových kyselin. Tyto změny spočívají v tom, že v jednotlivých provazcích kyselin dochází k jakémusi nalomení. Pokus ukázal, že vykouření jedné cigarety vedlo v jediné buňce asi k 10 000 těchto zlomů. Většina z nich se sice ihned napravuje, jestliže však i jen některé z nich přetrvávají, pak se během života kuřáků tato poškození tak nahromadí, že nakonec dojde k přeskupení celé buněčné řady s možným růstem nádoru.

Další škodlivina obsažená v tabákovém kouři, která se zřejmě aktivně podílí na vzniku plicní rakoviny, je radioaktivní záření. Toto záření způsobují přírodní radionuklidy. Ty se při kouření dostávají jako jemně rozptýlené částice ve vzduchu (radonová depozita) do dýchacích cest nejen kuřáků, ale i přítomných nekuřáků.

Všechny tyto látky obsažené v tabákovém kouři se v plných 90% podílejí na vzniku rakoviny průdušek, zbylých 10% činitelů způsobujících zhoubné bujení nádorových buněk dýchacího ústrojí je nutné přičíst rakovinotvorným látkám zevního životního prostředí – především chemické povahy.

Vedle jasného vztahu mezi úmrtím na rakovinu plic a kouřením je prokázán i vztah mezi počtem denně vykouřených cigaret a úmrtností na tuto chorobu. Rovněž hloubka inhalace má ve vztahu k rakovině svůj význam. Cigarety s vyšším obsahem dehtových látek vedou k častějším projevům rakoviny plic. Plicní rakovina je nemocí závažnou. Klinicky zjištělné je, bohužel, až velmi pokročilé stádium choroby, jejíž vznik musíme posunout dvacet, třicet i více let zpět. Probíhá ve své ještě léčitelné fázi bez příznaků, přesto je možné s účastí pacienta odhalit některé příznaky a obtíže, vypovídající o existenci choroby. Je to zejména dlouhotrvající kašel, vykašlávání krve, přetrvávající chrapot, znenadání se vyskytující paličky (zduření) posledních článků prstů rukou, eventuálně opakovaná horečnatá onemocnění považovaná za chřipky. Dále se může objevit hubnutí, slabost a nechutenství.

Velice zjednodušeně si lze vznik a růst nádoru vysvětlit tak, že na normální buňku působí podněcovatel (iniciátor), což může být záření, viry apod., který vytvoří tzv. možnou (potenciální) nádorovou buňku. Ta se pod vlivem urychlovače (promotora) – viru apod. – změní v ustálenou nádorovou buňku, která

teprve dalším působením promočních faktorů zevního a vnitřního prostředí (cigarety, infekce, věk, alkohol, azbest aj.) – přejde v rostoucí nádorovou buňku.

Je tedy nesporné, že převážná část osob, postižených průduškovou rakovinou, kouřila pravidelně po určitou dobu cigarety. Jiné vdechované látky sice mohou působit doplňkově, samy však tuto nemoc nevyvolávají. Občasné průduškový zhoubný nádor ze žlázových průduškových buněk, který může být vyvolán některými průmyslovými exhalacemi – radioaktivními látkami, parami a částicemi arzenu, osinku, niklu, chrómu, dehtovými látkami apod. Množství a vliv znečištění běžného zevního ovzduší měst a průmyslových aglomerací je přece jen významně menší než množství znečištění inhalovaných přímo z cigarety. Zvýšenému riziku onemocnění plicní rakovinou jsou vystaveni i lidé s výrazně nízkým příjmem vitamínu A a jiných tomuto vitamínu blízkých látek (retinolů) v potravě. Ovšem vznik plicní rakoviny je ovlivněn genetickou vnímavostí, pro což svědčí též mnohdy popisované hromadění jejího výskytu v některých rodinách.

Ale nemysleme si, že kdo nekouří cigarety, ale dýmku nebo doutníky, není ohrožen rakovinou dýchacích cest. Dnes je zjištěno, že zhruba tři čtvrtiny dnešních kuřáků dýmek a doutníků jsou bývalí kuřáci cigaret. Tito „druhotní“ dýmkaři se většinou přes vysokou dráždivost zásaditého dýmu proti kyselému dýmu cigaret snaží – tak, jak byli zvyklí – i tento „šlukovat“, a proto se většinou vystavují stejným zdravotním rizikům, jako by vlastně v kouření cigaret pokračovali. Kromě toho mohou onemocnět rakovinou úst, krku nebo hrtanu, zvláště pijí – li ve větší míře alkohol.

K prostředkům boje proti rakovině patří i metody tzv. druhotné neboli sekundární prevence. V sekundární prevenci jde na rozdíl od primární (odstranění vyvolávající škodliviny) o vyhledávání onemocnění ve včasném, místně dobře ohraničeném stadiu, případně o zjišťování chorobných stavů s možnou zhoubností, hlavně tzv. předrakovinných stadií (8).

4.2.2. Ischemická choroba srdeční – ICHS

Kouření dospělých osob je jedním ze tří nezávislých rizikových faktorů nefatálního i fatálního srdečního infarktu a náhlé srdeční smrti. Vzhledem k množství dospělých osob v populaci, které kouří, lze kouření považovat za nejdůležitější modifikovatelný rizikový faktor pro ICHS. Kuřáci cigaret vykazují několikrát vyšší úmrtnost na ICHS než nekuřáci. Riziko onemocnění ICHS stoupá s počtem vykouřených cigaret, s počtem kuřáckých let, se stupněm inhalace a s časným věkem zahájení kouření. Kouření cigaret je hlavním nezávislým rizikovým faktorem ICHS a působí synergicky s ostatními rizikovými faktory, především s vyšší hladinou cholesterolu a hypertenzí. Ženy vykazují nižší incidenci ICHS než muži, především před menopauzou. Tento rozdíl je částečně též důsledkem nižší prevalence kouření u žen vyššího věku a u žen, které kouří, hraje roli tendence kouřit v průměru méně cigaret a inhalovat povrchněji než muži. U žen, které kouří stejně intenzivně jako většina mužů kuřáků, je zvýšení úmrtnosti na ICHS stejné jako u mužů. Ženy, které užívají orální kontraceptiva a současně kouří, zvyšují riziko onemocnění infarktem myokardu téměř desetkrát ve srovnání se ženami, které ani nekouří, ani neuvžívají hormonální kontraceptiva. Kouření zvyšuje pravděpodobnost dalšího infarktu u osob, které po první atace nepřestaly kouřit. Bylo prokázáno, že kouření cigaret významně ovlivňuje výskyt náhlé smrti. Riziko stoupá s množstvím denně vykouřených cigaret a snižuje se po zanechání kouření. Podíl úmrtnosti na ICHS u kuřáků je vyšší v nižších věkových skupinách než ve vyšších. Přesto, že se podíl úmrtnosti u kuřáků a nekuřáků se stoupajícím věkem k sobě přibližuje, kuřáci vykazují ve všech věkových skupinách vyšší úmrtnost na ICHS (8).

4.2.3. Chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc – CHOPN

Kouření je významným prediktorem pro vznik CHOPN; ostatní faktory, jako pracovní prostředí, zvyšují jen lehce prediktivní hodnotu. Úmrtnost na CHOPN je vyšší u mužů než u žen, což odráží skutečnost, že existují rozdíly

v délce kuřáctví, v množství denně vykouřených cigaret a hloubce inhalace mezi oběma pohlavími. Expozice tabákovému kouří, měřeno počtem denně vykouřených cigaret, nebo doba kouření výrazně ovlivňují riziko úmrtí na CHOPN jak u mužů, tak u žen. Stejně kuřáci, kteří hluboce inhalují kouř, vykazují vyšší úmrtnost oproti těm, kteří inhalují povrchně. Zanechání kouření vede ve srovnání s trvalými kuřáky ke snížení rizika úmrtí na CHOPN (8).

4.2.4. Další nádorová onemocnění

Karcinom hrtanu – kouření cigaret je hlavní příčinou vzniku karcinomu hrtanu. Kouření dýmky a cigár přináší stejně závažné riziko. Riziko vzniku karcinomu hrtanu stoupá s expozicí tabákovému kouří, měřeno počtem denně vykouřených cigaret, dobou kuřáctví a je nepřímo závislé na věku zahájení kouření. Úmrtnost na karcinom hrtanu je u těžkých kuřáků cca 20 až 30 krát vyšší než u nekuřáků. Zanechání kouření snižuje riziko vzniku karcinomu hrtanu. Čím déle trvá nekuřáctví, tím více se riziko snižuje. Současné kouření a pití alkoholu působí synergicky na vznik karcinomu hrtanu.

Karcinom oesophagu (jícnu) – hlavní příčinou vzniku karcinomu oesophagu je kouření cigaret, dýmek a cigár. Riziko vzniku tohoto onemocnění stoupá s počtem denně vykouřených cigaret, dobou kouření a klesá po zanechání kouření. Současné pití alkoholických nápojů a kouření působí synergicky a výrazně zvyšuje riziko vzniku a úmrtí na karcinom oesophagu.

Karcinom močového měchýře – kouření cigaret je přispívajícím faktorem ve vývoji karcinomu močového měchýře. Vztah není tak silný jako mezi kouřením a karcinomem plic, laryngu, dutiny ústní či oesophagu. Termín „přispívající“ však nevylučuje kauzální úlohu ve vývoji tohoto onemocnění.

Karcinom ledvin – z hlediska histologické skladby se vyskytuje nejčastěji karcinom z renálních buněk, který zastupuje asi 90 % všech karcinomů ledvin, a to především v populaci 55 – 60 letých osob. Dalším druhem jsou Wilmsův tumor, neuroblastom, sarkom a konečně epitelový tumor ledvinné pánvičky. I zde byl prokázán vztah mezi kouřením a vznikem karcinomu ledvin.

Karcinom pankreatu – karcinom slinivky břišní je obvykle diagnostikován v pozdním stadiu pro obtížnou diagnostiku a pro nespecifické příznaky onemocnění. Nejčastějším typem je adenokarcinom. Studie poukazují na vztah mezi kouřením a onemocněním karcinomem pankreatu a zdůrazňují i zde vztah k počtu denně vykouřených cigaret.

Karcinom děložního čípku.

Některé leukemie (celkem 30 % nádorových onemocnění).

4.3. Účinky kouření na kardiovaskulární systém

První zpráva o souvislosti kouření s kardiovaskulárními nemocemi byla publikována již v roce 1904 Erbem, který našel vysoký podíl kuřáků u nemocných s intermitentními klaudikacemi. Pouze 10 % jeho nemocných byli nekuřáci. Ve 30. letech Howard upozornil na zvyšující se prevalenci koronární srdeční nemoci po první světové válce jako důsledek stoupající spotřeby cigaret. První prospektivní studie byla provedena ve Spojených státech v roce 1954 Hammondem a Hornem, která objektivizovala kauzální vztah mezi kouřením mužů a koronární srdeční nemocí. Upozornili rovněž na vztah dávky, to je množství cigaret vykouřených za den (8).

4.3.1. Ateroskleróza

Výsledky prospektivních studií doplněné pitevními nálezy a patologicko – anatomické studie doplněné dodatečně získanými údaji o kouření prokazují jednoznačně pozitivní souvislost mezi kouřením cigaret a vznikem aterosklerózy. Kouření urychluje a podporuje vývoj aterosklerotických lézí ve stěně artérie. Důsledky jsou patrné především na vývoji aterosklerotických plátů v aortě. Významně pozitivní vztah je mezi kouřením a aterosklerotickými lézemi koronárních artérií: přinášejí riziko trombózy, hemoragií, a vazokonstrikcí, které vedou k uzavěru cévy a ischemii. Existují důkazy o vlivu kouření na koncentraci cholesterolu v séru a na skladbu lipoproteinu ve smyslu tvorby podmínek aterosklerózy. Současné byl prokázán vliv kouření na hemostatický systém, což

dokumentuje vliv na funkci krevních destiček. Je bezpečně prokázán vliv kouření na vznik aterosklerózy, která podmiňuje onemocnění kardiovaskulárního systému (8).

4.3.2. Ischemická choroba srdeční – ICHS – (uvedeno výše)

4.3.3. Cerebrovaskulární nemoci

Existují tři specifické formy cerebrovaskulární nemoci. Mozková nedostatečnost spojená s deficiencí průtoku krve mozkovými cévami, mozková infarkce způsobená buď bloádou cév embólem či trombózou, a konečně mozková hemoragie parenchymu nebo subarachnoidální krvácení. Vznik cerebrovaskulárních onemocnění ovlivňuje pět hlavních rizikových faktorů. Jsou to systolická hypertenze, sérový cholesterol, glukózová intolerance, kouření cigaret a levostranná srdeční hypertrofie prokazatelná na EKG. Z nich nejdůležitější je systolická hypertenze a hypertrofie levé srdeční komory. Predisponujícími faktory jsou ICHS, srdeční selhání, fibrilace síní. Kouření cigaret je jedním z hlavních prediktivních faktorů ICHS a je tedy – i když v menší míře – prediktivním faktorem cerebrovaskulárních nemocí.

4.3.4. Onemocnění periferních tepen: trombangitis obliterans

Kouření cigaret je významným rizikovým faktorem aterosklerotických onemocnění periferních tepen a jeho závažnost se zvyšuje při současném onemocnění cukrovkou. Zanechání kouření snižuje riziko onemocnění periferních cév, zlepšuje prognózu stávajícího onemocnění a přináší výhody při eventuální chirurgické léčbě. U aterosklerotických onemocnění se syndromem angíny pectoris či u nemocných s intermitentní klaudikací při ischemické chorobě dolních končetin snižuje expozice cigaretovému kouři či expozice oxidu uhelnatému práh vzniku bolesti či klaudikace. Jak oxid uhelnatý, tak nikotin zhoršují výskyt angíny pectoris vyvolané námahou. Úmrtí na rupturu

aterosklerotického aneurysmatu abdominální aorty jsou častější u kuřáků než u nekuřáků (8).

4.3.5. Aneurysma aorty

Většina aneurysmat aorty je aterosklerotického původu, i když jsou další příčiny, jako zánět, úraz či hereditární metabolické onemocnění. Dilatace může postihovat jen část stěny, často však jde o většinou generalizovanou dilataci aorty. Většina dilatací je lokalizována pod odstupem renálních artérií, proximálně od bifurkace, ale současně postižení ilických arterií není nijak vzácné. Méně často je postižena celá aorta včetně suprarenálního a torakálního úseku.

Epidemiologické studie dokazují zvýšenou incidenci a vyšší počet úmrtí v důsledku ruptury aneurysmatu abdominální aorty u kuřáků ve srovnání s nekuřáky. Auerbach a spol (1980) hodnotili aterosklerotické změny a nález aneurysmatu aorty ve vztahu ke kouření na 1412 preparátů aorty mužů. Aortální léze se stupňovaly od tvorby plátů přes ulcerace ke kalcifikacím. Četnost změn stoupala s počtem vykouřených cigaret a u bývalých kuřáků a kuřáků dýmek byly nálezy větší než u trvalých nekuřáků.

Je tedy nutno chápat kouření tabáku jako pravděpodobně nejhlavnější, modifikovatelný rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění, který je podporován dalšími, již obtížněji ovlivnitelnými rizikovými faktory (8).

4.3.6. Vyšší riziko subarachnoidálního krvácení u žen užívající orální kontraceptiva

Hormonální antikoncepční preparáty výrazně zvyšují riziko akutní příhody mozku. Jak kouření cigaret, tak orální kontraceptiva jsou nezávislými rizikovými faktory subarachnoidálního krvácení.

4.4. Účinky kouření na dýchací cesty

- Plicní a laryngální nádory
- Chronická bronchitida
- Predisponující faktor pro častější onemocnění dolních dýchacích cest ve všech věkových kategoriích
- Častější exacerbace astmatu

4.5. Účinky kouření na gastrointestinální trakt

4.5.1. Nádorová onemocnění dutiny ústní

Mezi novotvary dutiny ústní patří karcinom rtu, jazyka, slinných žláz, spodiny ústní, mezofaryngu a hypofaryngu. Šest prospektivních studií prokázalo kauzální vztah těchto onemocnění ke kouření. Se stoupajícím počtem denně vykouřených cigaret stoupá i počet úmrtí. Karcinom ústní dutiny se převážně vyskytuje v mužské kuřácké populaci, ale v posledních letech, především v západních zemích, se výskyt u žen soustavně přibližuje výskytu u mužů. I zde je to podmíněno rozdíly v počtu denně vykouřených cigaret a ve způsobu inhalace. Histologické změny sliznice dutiny ústní kuřáků prokazují abnormální ztlustění a keratinizaci ústní sliznice, což se považuje za předchůdce malignity (8).

4.5.2. Nádorová onemocnění laryngu, jícnu

4.5.3. Vředová choroba gastroduodena

Kuřáci trpí 1,7 krát častěji vředovým onemocněním žaludku a duodena, než nekuřáci. Po zanechání kouření dochází k rychlému hojení vředového onemocnění (8).

4.6. Účinky kouření na reprodukční systém

- Zvýšené riziko rakoviny cervixu
- Snížená fertilita kouřících žen a pravděpodobně i kouřících mužů
- Zvýšené riziko kardiovaskulárních komplikací u žen užívajících orální kontraceptiva
- Zvýšené riziko spontánních potratů
- Nižší porodní váha s relevantními komplikacemi

Porodní hmotnost je kouřením ovlivňována nezávisle na jiných faktorech. Čím více těhotná žena kouří během těhotenství, tím dochází k větší redukci porodní hmotnosti dítěte. Novorozenci matek kuřáček mají obvykle o 200 g nižší porodní hmotnost ve srovnání s novorozenci matek nekuřáček. Kuřáčky rodí dvakrát častěji děti s porodní váhou pod 2500 g. Podíl hmotnosti placenty k hmotnosti plodu stoupá s intenzitou kouření těhotné ženy. Vzestup podílu reprezentuje redukovaný přísun kyslíku a vyšší nabídku oxidu uhelnatého pro plod. V souvislosti s kouřením v těhotenství nebylo prokázáno zkrácení doby těhotenství. To potvrzuje skutečnost, že příčinou nižší hmotnosti plodu je retardace jeho růstu. Retardace růstu plodu vlivem kouření matky se projevuje i v jiných parametrech: v délce těla, obvodu hrudníku i obvodu hlavy novorozence. Na základě dlouhodobých studií bylo prokázáno, že kouření matky neovlivňuje pouze fyzický vývoj, ale i mentální sféru a projevy chování dítěte až do 11. roku věku. Existují četné důkazy o tom, že kouření během těhotenství ovlivňuje růst plodu přímo a že růst není ovlivněn charakteristikami kouřící matky, ale pouze kouřením.

- Zvýšená perinatální mortalita (úmrtnost)

Riziko perinatální úmrtnosti ve vztahu ke kouření, po standardizaci dle věku matky, socioekonomického postavení a těhotenství v anamnéze je významně závislé na dávce vykouřených cigaret a nezávislé na jmenovaných faktorech. Kouření během těhotenství zvyšuje riziko úmrtí plodu v důsledku komplikací v těhotenství, jako jsou abrupce placenty, placenta previa, krvácení během těhotenství a prolouvaná ruptura vaku blan. Přesto, že kouření neovlivňuje dobu gestace, dochází u kuřáček k předčasným porodům a značný podíl neonatálních úmrtí je ovlivněn právě předčasným porodem. Kouření těhotných žen přispívá k vyššímu riziku vzniku syndromu náhlé smrti dítěte, SIDS – Sudden Infant Death Syndrome. Kouření matky může být též přímou příčinou fetálního či neonatálního úmrtí u jinak normálního dítěte. Bezprostřední příčinou většiny úmrtí souvisejících s kouřením během těhotenství je pravděpodobně anoxie, kterou lze přičíst komplikacím v placentě a ke krvácením, které se vyskytují ve 30 i více procentech. V ostatních případech je příčinou nižší přísun kyslíku pro plod v důsledku přítomnosti karboxyhemoglobinu. K vyšší novorozenecké úmrtnosti dochází též v důsledku vyššího rizika předčasného porodu kuřáček, což může být sekundárně ovlivněno krvácením v průběhu časného těhotenství a předčasnou rupturou vaku blan.

4.7. Účinky kouření na děti a mládež

- Matky – kuřáčky: vliv na fetus

- Rodiče – kuřáci: vliv na dítě

- a) zvýšený výskyt infekcí dýchacích cest u dětí
- b) zvýšený výskyt ekzémů a astmatu u dětí z neatopických rodin
- c) zvýšené riziko syndromu náhlého úmrtí (pravděpodobně 25 % v důsledku pasivního kouření)
- d) plicní funkce: malé snížení

- Aktivní kouření dětí mládeže

- a) zvýšené množství respiračních infekcí – častější nemocnost
- b) častější chronické nachlazení
- c) astmatici – kuřáci: zhoršení plicních funkcí a symptomů astmatu
- d) snížení plicních funkcí
- e) kuřáci: nižší fyzická aktivita
- f) subarachnoidální krvácení 4 krát častější u kuřáků
- g) ženy – 2 až 3 krát větší pravděpodobnost neplodnosti (8).

Podle názoru odborníků kouří v České republice více dětí, než dospělých. Ve velkých městech podléhá tomuto škodlivému zlovyku polovina dětí ve věku 12 – 14 let, běžné je ale i kouření u devítiletých. Kouření bez věkového omezení je u nás vlastně legální. Není přitom pravda, že účinky tabáku nastupují až v dospělosti. Už s první cigaretou klesne krevní oběh v periferní oblasti o jednu pětinu až třetinu, podle citlivosti dítěte.

5. Pasivní kouření

Pasivním kouřením označujeme expozici nekuřáků tabákovému kouři. Je spojeno s řadou potíží a také velmi závažných zdravotních důsledků, mezi něž patří zejména:

- dyskomfort z obtěžujícího zápachu spojený s vývojem chronického stresu
- dráždění sliznic respiračního traktu a konjunktivy
- negativní vliv na vývoj imunitního systému dětí pobývajících delší dobu v zakouřeném prostoru a s tím spojený častější výskyt některých typů leukemií a bronchiálního astmatu
- podíl na vzniku chronické obstrukční plicní nemoci
- podíl na exacerbacích akutního infarktu myokardu, zvýšení rizika vzniku ischemické srdeční choroby o 20 – 30 % (změny v průtoku krve koronárním řečištěm jsou měřitelné již po 30 minutách pobytu nekuřáka v zakouřeném prostředí)
- zvýšení rizika vzniku cévních mozkových příhod u nekuřáků
- podíl na vzniku karcinomů plic i nekuřáků
- podíl na vzniku samovolných abortů nekuřáček

Při hoření cigarety vznikají dva kvalitativně odlišné typy kouře.

Primární proud je ta část cigaretového kouře, kterou inhaluje a vydechuje kuřák. Obsahuje vždy méně škodlivin než sekundární proud kouře, což je dáno jednak tím, že část látek se zachytí v kuřákově těle, jednak teplotou hoření: obecně při vyšší teplotě spalování vzniká méně zplodin a teplota hořícího oharku při potažení z cigarety je kolem 1000°C, zatímco teplota oharku ležícího na popelníku je kolem 400°C.

Sekundární kouř tvoří většinu, asi 85 %, veškerého kouře z cigarety. Je to kouř z volně hořící cigarety. Podíl některých škodlivin je vyšší než v kouři primárním, obsahuje např. 78x více amoniaku, 52x více dimetylnitrosaminu, 1,7x více dehtů, 2,6x více fenolů, 28x více metylnaftalenu, 3,4x více benzo-A-pyrenu,

39x více 2-naftylaminu, 2,7x více nikotinu, 30x více anilinu, 16x více naftalenu, 5,6x více toluenu, 8,1x více CO₂, 2,5x více CO, 3,1x více metanu, 10x více pyridinu, 28x více 3-vinylpyridinu, 27x více nitrospyrolidinu, 57x více tabákově specifických nitrosaminů (TSN).

Je pravděpodobné, že negativní vliv pasivního kouření na lidské zdraví je daleko výraznější, než bylo dosud předpokládáno. Několikahodinová expozice zplodinám kouření přibližuje organismus nekuřáka expozici organismu aktivního kuřáka, neboť obsah karcinogenních sloučenin ve vzduchu místnosti, v níž se kouří, je značná (prokázáno dosud minimálně 60 kancerogenů, přítomných někdy v koncentracích výrazněji vyšších než v hlavním proudu tabákového kouře, primárně vdechovaného aktivním kuřákem). Zvláště alarmující jsou údaje o vlivu pasivního kouření rodičů na vyvíjející se dětský organismus. Tabákový kouř je jednou z příčin náhlého úmrtí kojenců.

Výsledky studií z řady ekonomicky vyspělých zemí již dnes zcela jasně ukazují, že jediným skutečně účinným způsobem ochrany proti důsledkům pasivního kouření je zákaz kouření na veřejných místech.

Na následky pasivního kouření zemře v Česku ročně 3000 lidí. V zemích Evropské unie 22 tisíc (3).

6. Prevence kouření

Nejúčinnější prevencí jsou zákony, které nejenže stát nic nestojí, dokonce by na nich vydělal. Jsou to především vysoké daně a tím daná vysoká cena cigaret, dále zcela nekuřácké všechny uzavřené prostory včetně restaurací, naprostý zákaz jakékoli reklamy a marketingu tabákových výrobků včetně místa prodeje. Cigarety by dokonce ani v trafice neměly být vidět, ale měly by být zavřené v neprůhledné skřínce, kuřák si jen řekne, co chce. Samozřejmě by měl být prodej jen ve specializovaném obchodě s licenci, tedy v trafice, ne dohromady například s potravinami. Na krabičkách by měla být zdravotní varování s obrázkem, a to na více než 50 % plochy.

V žádné zemi, kde se v restauracích nekouří, pohostinský průmysl neprodělal, naopak se jeho tržby zvýšily. Však také u nás většina Čechů nekouří. Světová banka nedoporučuje brát příjem z tabákových daní jako zisk: těžko bychom hledali kuřáka, který, když přestal kouřit, ušetřené peníze zahodil. Prostě je utratil za něco jiného. Navíc následky kouření nás stojí mnohem víc, než se vybere z daní za tabák. Stát by měl financovat nejen vzdělávací kampaně, ale i léčbu závislosti na tabáku dostupnou všem kuřákům, včetně hrazení léků. To vše se totiž bohatě vyplatí. Navíc se to dá vyřešit velmi elegantně: a sice právě z daní za cigarety. Stačí je o 1 % zvednout a toto 1 % z nich investovat do prevence a léčby závislosti na tabáku. Kuřáci by si tak sami přispívali na léčbu. Jinou rozumnou formou to opravdu nejde, protože závislost na tabáku je velmi úporná. Není možné kontrolovat, kdo přestal nebo se ke kouření zase vrátil. Je to ostatně uznaná nemoc. Nemůžeme a nechceme nikomu vyčítat, že kouří. Většinou s tím začal, když ještě neměl rozum, a zbavit se cigaret je opravdu těžké. Podobně se nezlobíme ani na diabetiky, ačkoli cukrovka je v naprosté většině důsledkem přejídání a nedostatku pohybu.

Prevence v rodině – rodiče by měli být nekuřáckým příkladem. Pokud ale sami kouří a nemohou nebo nechtějí přestat, neměli by alespoň kouřit doma (nikde doma), natož v autě. Jednak tím dají najevo, že kouření do životního prostředí nepatří, jednak nebudou své děti poškozovat (například opakované záněty středního ucha, vyšší riziko astmatu nebo rakoviny plic v dospělosti je

zaviněno rodiči – kuřáky, kteří kouří v blízkosti svých dětí). Rodiče by měli zvyšovat jejich sebevědomí, (spíše začnou kouřit ti, co si moc nevěří) a vytvářet příjemný domov (spíše začnou kouřit děti, které doma nejsou spokojené). Vliv na zdraví by ale měli zmiňovat opatrně – nestrašit rakovinou ani infarkty, ale spíše mluvit o tom, co děti zajímá víc: zápach nejen kouře, ale i zápach z úst (kouření ovlivňuje mikrobiální osídlení ústní dutiny), rychlejší stárnutí pleti a vrásky, zhoršené akné, u mužů impotence (poruchy erekce, horší kvalita spermií). Dobré je také dětem spočítat, kolik utratí průměrný kuřák týdně, měsíčně, ročně za cigarety a co by se za to dalo koupit jiného (2).

7. Společenský postoj proti kouření

7.1. Nekuřácké veřejné prostory

Právě liberální země v rámci svobody dýchat čistý vzduch dávno nekuřácké veřejné prostory mají. Kouří se dnes už převážně jen v zemích východní Evropy, Asie či Afriky. Ačkoli se zdá jasné jako facta, že kuřák si zkrátka má zapalovat jen tam, kde tím neobtěžuje, ale hlavně neohrožuje někoho jiného, naši zákonodárci o tom jednali dva roky. Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, nakonec v ostudné podobě prošel Parlamentem (10. 6. 2009), Senátem (24. 7. 2009) a byl podepsán prezidentem (11. 8. 2009). Tento zákon nabývá účinnosti dne 1.7.2010.

Pokud jde o restaurace, vůbec nic se přitom nemění: provozovatel si může stejně jako dnes vybrat, zda bude kuřácká, nekuřácká nebo smíšená (stavebně oddělené kuřácké a nekuřácké prostory). Jediný rozdíl je v tom, že tento fakt má označit nálepkou na vchodu. Asi většinu z nás napadne: Vyhozené peníze za dvouleté projednávání i za tisk nálepek. Bohužel také za léčbu 450 infarktů měsíčně, o utrpení a ceně lidského života nemluvě.

Nepomohl ani fakt, že většina obyvatel ČR = většina voličů by si nekuřácké restaurace přála. Upozornila na to kampaň na 300 lavičkách v Praze v červnu 2009. Nekuřácké restaurace si přeje 76 % Čechů. Bohužel ne většina z 200 poslanců ani 81 senátorů (31).

Plakáty na 300 lavičkách, které se objevily v Praze:



Zdroj: <http://www.dokurte.cz>

Grafické značky:

Grafická značka "Kouření zakázáno" charakteru zákazové grafické značky má obdélníkový tvar s poměrem šířka/výška 3 : 4, bílým pozadím, černým



okrajem a s kruhem s červeným okrajem, červeným šikmým pruhem a s černou hořící cigaretou na bílém pozadí a černými tiskacími písmeny "KOUŘENÍ ZAKÁZÁNO".

Zdroj: <http://www.dokurte.cz>

Grafická značka "Kouření povoleno" charakteru výstražné grafické značky (má obdélníkový tvar s poměrem šířka/výška 3 : 4, bílým pozadím, černým



okrajem a s trojúhelníkem s černým okrajem a s černou hořící cigaretou na žlutém pozadí a černými tiskacími písmeny "KOUŘENÍ POVOLENO" a "KOUŘENÍ VÁŽNĚ škodí VÁM I LIDEM VE VAŠEM OKOLÍ". Slova "KOUŘENÍ POVOLENO" jsou uvedena dvojnásobnou velikostí písma než slova "KOUŘENÍ VÁŽNĚ škodí VÁM I LIDEM VE VAŠEM OKOLÍ".

Zdroj: <http://www.dokurte.cz>

Grafická značka "Stavebně oddělené prostory pro kuřáky a nekuřáky", má obdélníkový tvar s poměrem šířka/výška 4 : 6, bílým pozadím, černým okrajem a jsou na ní znázorněny symboly "Kouření zakázáno" s kruhem s červeným okrajem, červeným šikmým pruhem a s černou hořící cigaretou na bílém pozadí a "Kouření povoleno" s trojúhelníkem s černým okrajem a s černou hořící cigaretou na žlutém pozadí, mezi nimi je znázorněn symbol zdi z červených cihel. Pod oběma symboly je černými tiskacími písmeny "stavebně oddělené prostory pro kuřáky a nekuřáky".(31)



Zdroj: <http://www.dokurte.cz>

7.2. Světový den bez tabáku

Světová zdravotnická organizace každoročně vyhlašuje **31.květen** jako **Světový den bez tabáku.**

Dne 16.listopadu 2009 vybrala Světová zdravotnická organizace (WHO) téma „**Užívání tabáku s důrazem na marketing zaměřený na ženy**“.

Zvládnutí tabákové epidemie mezi ženami je důležitou součástí každé komplexní strategie omezování spotřeby tabáku. Světový den bez tabáku 2010 bude navržen tak, aby upozornil na škodlivé dopady marketingu tabáku především na ženy a dívky. Také bude zdůrazňovat potřebnost zákazu veškeré reklamy na tabákové výrobky, jejich propagace a sponzoringu v téměř 170 členských zemích Rámcové úmluvy o kontrole tabáku WHO v souladu s jejich ústavami a ústavními principy.

Ženy představují v celosvětovém měřítku přibližně 20 % z více než jedné miliardy kuřáků. A toto číslo stále narůstá. Počty kuřáků mezi muži dosáhly vrcholu, zatímco počty kuřáků mezi ženami jsou na vzestupu. Ženy se staly hlavním příležitostným cílem pro tabákový průmysl, který potřebuje získávat nové uživatele tabákových výrobků, aby nahradil téměř poloviční ztrátu současných kuřáků, kteří předčasně zemřou na onemocnění vyvolaná užíváním

tabáku. Obzvlášť znepokojující je nárůst počtů kouřících dívek. Nová zpráva WHO *„Ženy a zdraví: dnešní důkazy, zítřejší program“* podává důkazy o tom, že reklama na tabákové výrobky je stále častěji zaměřena na dívky. Data ze 151 zemí ukazují, že přibližně 7 % dospívajících děvčat kouří cigarety, oproti tomu chlapců kouří okolo 12 %. V některých zemích kouří téměř tolik děvčat jako chlapců.

Světový den bez tabáku 2010 poskytne již dávno potřebné uznání důležitosti kontroly tabákové epidemie mezi ženami. Jak napsala ve výše citované zprávě generální ředitelka WHO Margaret Chan: „Ochrana a podpora zdraví žen je pro zdraví a rozvoj zásadní – nejenom pro občany dneška, ale i pro příští generace.“

Rámcová úmluva o kontrole tabáku WHO, která vstoupila v platnost v roce 2005, vyjadřuje obavy v souvislosti s tím „jak narůstá kuřáctví cigaret a užívání jiných forem tabákových výrobků u žen a mladých dívek po celém světě“.

Přestože se kampaň ke Světovému dni bez tabáku 2010 zaměří na marketing tabáku pro ženy, bude rovněž brát v úvahu potřebu chránit chlapce a muže před taktikami tabákových společností. Jak vyjádřila WHO ve své zprávě z roku 2007 *„Pohlaví a kontrola tabáku: souhrn politik“*, „obecná opatření v omezování spotřeby tabáku nemohou být stejná či obdobně účinná u obou pohlaví ... musí zde být zohledněno genderové hledisko ... Proto je důležité, že politiky omezování spotřeby tabáku rozpoznávají a berou v potaz normy podle jednotlivých pohlaví, jejich rozdílnost a citlivost vůči tabáku, aby ... došlo k omezení užívání tabáku a zlepšení zdraví mužů i žen celosvětově“.

V další zprávě z roku 2007 *„Prověření důkazů: pohlaví a kontrola tabáku“* WHO zmínila: „Muži i ženy potřebují úplné informace o účincích užívání tabáku specifických pro jednotlivá pohlaví, stejnou ochranu před genderově zaměřenou reklamou a marketingem nadnárodních tabákových společností a vývojem tabákových výrobků specificky podle pohlaví ... (a) genderově citlivé informace o pasivním kuřáctví a expozici tabáku či nikotinu na pracovištích a o ochraně před ním.“

Rámcová úmluva WHO uznává „potřebu strategií kontroly tabáku podle pohlaví“, stejně tak „plnou účast žen na všech úrovních tvorby politik (kontroly tabáku) a implementace (opatření k omezení spotřeby tabáku)“.

Při příležitosti Světového dne bez tabáku 2010 a v průběhu celého následujícího roku Světová zdravotnická organizace vyzývá vlády, aby věnovaly mimořádnou pozornost ochraně žen před pokusy tabákových společností vlákat je do celoživotní závislosti na nikotinu. Pokud budou na výzvu WHO reagovat, mohou vlády omezit počty smrtelných obětí a invalidity v důsledku srdečních infarktů, mrtvice, rakoviny a plicních onemocnění, které začínají převažovat právě mezi ženami.

Užívání tabáku může zabít v průběhu tohoto století miliardu lidí. Tím, že uznáme důležitost omezení spotřeby tabákových výrobků mezi ženami a budeme podle toho postupovat, bude zachráněno mnoho lidských životů (30).



7.3. Kdo přestane, vyhraje

Národní síť podpory zdraví, o.s. ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem pořádají soutěž pro všechny kuřáky, kteří chtějí skoncovat se svým návykem. Podmínkou účasti v soutěži je dosažení věku 18 let a kouření tabákových výrobků nejméně po dobu předcházejících 365 dní. Termín soutěže je od 3.5. do 28.5.2010 a po tuto dobu se soutěžící zaváže nekouřit (30).



Zdroj: <http://www.dokurte.cz>

7.4. Zdraví 21

Zdraví 21 – zdraví do 21.století je stanoven do roku 2015 konkrétní úkol „Ve všech zemích by mezi osobami staršími 15 let mělo být 80 % nekuřáků a mezi osobami mladšími 15 roků by nekuřáci měli představovat téměř 100 %. K těmto prohlášením se Česká republika zavázala připojit v důsledku svého

členství v Evropské unii, avšak cílů stanovených Světovou zdravotnickou organizací není u nás dosahováno z řady důvodů, mezi něž patří zejména:

- Stagnace prevalence kouření v posledních letech
- Nedostačující a zastaralá legislativa
- Nedobrá mezinárodní pověst naší země v důsledku aféry se studií o „blahodárném vlivu“ kouření na stav státních financí v důsledku předčasných úmrtí kuřáků.
- Uplatňování neúčinných přístupů odborníků směrem k laické veřejnosti.
- Zcela nedostačující stávající síť protikuřáckých poraden při zdravotnických a hygienických institucích (30).

8. Léčba kouření

8.1. Motivace k zanechání kouření

8.1.1. Proč přestat kouřit

- **Vliv na zdraví** – podílí se na vzniku nejméně 24 diagnóz onemocnění
- **Způsobuje závislost** – a) sociální a psychická (Fagerstömův test nikotinové závislosti FTND, uveden v příloze č. 1.)
- b) fyzická
- **Nebezpečí pasivního kouření**
- **Možnosti objektivizace expozice tabákovému kouři**
- **Dá se léčit** – kód F 17.2.
- **Komplexní plán boje proti kouření (25).**



Zdroj: http://kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/odvykani/posledni-cigareta.html

8.1.2. Důvody k zanechání kouření

- zdravotní důvody
- estetické důvody
- ekonomické důvody
- osvobození od závislosti
- změnit životní styl
- vzorové chování – pomoc lékaře
- poradny pro odvykání kouření (25).

8.1.3. Poradenství

Základní algoritmus přístupu k pacientovi

Kouří v současnosti pacient tabák

ANO

NE

Chce pacient přestat?

Kouřil pacient tabák v minulosti?

ANO

NE

ANO

NE

Poskytněte

Posilujte

Předcházejte

Povzbud'te

intervenci (5 P)

motivaci

recidivě

k další

(5 R)

abstinenci

Hodnocení - koho léčit?

Chcete přestat kouřit navždy?

ANO/NE

Máte zájem o seriózní pokus přestat kouřit v blízké budoucnosti?

ANO/NE

Máte zájem o pomoc při odvykání kouření?

ANO/NE

(25).

Krátká intervence

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

Schéma krátké intervence:

Ask / Ptát se na kuřáctví a zaznamenat poznatky do dokumentace, záznam aktualizovat:

Otázky na důležité údaje:

1. Od kolika, případně do kolika let věku kouří/il
2. Co kouří, případně v jaké jiné formě tabák užívá
3. Kolik denně, případně týdně vykouří

Advise / Poradit, jasně doporučit kuřákům zanechat kouření

(Pane/paní X, v zájmu vašeho zdraví je nutné, abyste přestal/přestala kouřit).

Assess / Posoudit ochotu přestat. Nemá-li kuřák zájem zanechat kouření, je možné ho k tomu jen motivovat: vysvětlit adekvátním způsobem výhody nekuřáctví v jeho konkrétním případě (např. vzhledem k jeho klinickému nálezu, diagnóze, obtížím, prognóze apod.). Pokud nezájem přetrvává, je třeba intervenci ukončit, ale při další návštěvě je nutno ji opakovat (ovšem empaticky, s pochopením pro obtížnost zanechání kouření!).

Assist / Pomoci těm kuřákům, kteří chtějí přestat:

- Nabídnout podporu (předem si připravit náhradní činnost pro typické kuřácké situace)
- Doporučit NTN nebo bupropion a podat informaci o jejich správném použití a účinku
- Eventuálně doporučit návštěvu specializovaného centra léčby závislosti na tabáku.

Arrange follow up / Plánovat kontrolní návštěvy (7).

Poradenství může být individuální či skupinové.

8.2. Abstinenční příznaky

Když člověk začíná kouřit, mozek dostává první dávky nikotinu a ty mu v zásadě dělají dobře. Nikotin způsobí v mozku rychlé a intenzivní vyplavení dopaminu, jednoho z přenašečů vzruchu mezi nervovými buňkami. Dopamin

souvisí s náladou, asi jako chápeme souvislost inzulínu s cukrovkou. Abstinenční příznaky jsou různé trváním a intenzitou.

Nejčastěji to je:

- silné nutkání kouřit (craving)
- špatná nálada až deprese
- úzkost, pocity napětí
- podrážděnost
- neschopnost odpočívat
- nesoustředěnost
- poruchy spánku
- zvýšená chuť k jídlu
- zácpa

Pokud někdo celý život špatně spí, ať kouřil nebo ne, nespavost nebude abstinenční příznak. Většina abstinenčních příznaků trvá řádově týdny, některé (zejména potřeba kouřit) mohou trvat měsíce. Proto je důležité užívat léky dostatečně dlouho.

Abstinenční příznaky: kombinace fyzického a psychického stavu, která komplikuje léčbu závislosti na tabáku:

- podrážděnost, frustrace, vztek (4 týdny)¹
- nutkání kouřit (> 10 týdnů)¹
- nervozita, netrpělivost (> 4 týdny)¹
- depresivní nálada (> 4 týdny)¹
- nespavost, poruchy spánku (> 4 týdny)¹
- zvýšená chuť k jídlu, nárůst hmotnosti (> 10 týdnů)¹
- obtížné soustředění (> 4 týdny)¹

¹(West RW, et al. Fast Facts: Smoking Cessation. 1st ed. Oxford, United Kingdom. Health Press Limited. 2004) (1).

8.3. Léky

Dnes jsou k dispozici 3 druhy léků: nikotin volně prodejný v lékárně a dva léky vázané na recept – bupropion a vareniklin. Recepty může napsat každý lékař. Princip všech léků je potlačení abstinčních příznaků. Odvykání se tak rozloží na dvě části: během asi 3 až 6 měsíců, po které se léky užívají, se člověk naučí prožívat den a jednotlivé situace bez kouření. Změní své stereotypy, své naučené chování. S léky ho nemusí trápit abstinční příznaky. Když pak přestane léky užívat, je to už snazší, protože se mezitím naučil žít bez cigaret. Člověk nemůže čekat, že mu lék zabráni kouřit či sáhnout po cigaretě, je to výhradně na něm. Ale léky mu to významně usnadní (2).

8.3.1. Náhradní léčba nikotinem

Nikotin je volně prodejný v lékárnách ve třech formách: žvýkačka, inhalátor a náplast. Všechny formy v zásadě zdvojnásobují úspěšnost, protože si kuřák může sám zvolit typ, který mu vyhovuje. Náplast uvolňuje nikotin trvale, ale pomaleji než žvýkačka nebo inhalátor. Ty umožňují vnímat náhlé zvýšení nikotinu v krvi a upravit tak dávkování podle okamžité potřeby a chuti. Proto se u silných kuřáků doporučuje kombinace náplasti s některou z ostatních (ústních) forem. Léčba by měla trvat v plné dávce minimálně 8, raději 12 i více týdnů (kratší léčba než 8 týdnů ztrácí uvedenou účinnost).

Stanovení dávky – orientačně: z náplasti se vstřebá za danou dobu (16 nebo 24 hodin) množství uvedené na obalu. Ze žvýkačky je ale vstřebatelná většinou maximálně polovina uvedeného množství, z inhalátoru dokonce jen pětina, tedy 2 mg. Nikotin se vstřebává při lehce zásaditém pH, kolem 8,5. Proto při žvýkání nebo inhalování nikotinu není dobré současně jíst či pít, zejména ne kyselé. Pokud jde o dávkování, odpovídá zhruba jedna žvýkačka či jeden inhalátor jedné cigaretě. Kuřák vstřebá z jedné cigarety 1 – 3 mg nikotinu, podle intenzity kouření a bez souvislosti s druhem cigarety a údajem na krabici.

Kolem 5 % uživatelů ústních forem náhradní léčby nikotinem ji používá déle než rok, nejčastěji žvýkačky. To znamená přetrvávající závislost na nikotinu, která ale vzniká z cigaret. Že by vznikla z lékové formy, není prakticky možné, protože z léků se nikotin vstřebává pomaleji než z cigaret.

Jako kontraindikace (tedy kdy není vhodné užívat náhradní nikotinovou léčbu) se nejčastěji uvádějí akutní kardiovaskulární onemocnění (tj. infarkty, mrtvice), těhotenství nebo dětský věk. To už ale neplatí ve Velké Británii nebo Francii. Čistý nikotin je vždy méně nebezpečný než kouření a proto jej lékaři doporučují všem kuřákům závislým na nikotinu, kteří nemohou přestat bez léčby, včetně kardiovaskulárních pacientů, dospívajících nebo těhotných žen.

Také pro ty, kdo nedokázali přestat naráz, znamená nikotin v kombinaci s omezeným počtem cigaret poznání, že jsou schopni určitou dobu bez kouření přežít. Mají tak vyšší pravděpodobnost, že jednoho dne přestanou úplně. Samotná redukce kouření sice významné snížení rizika neznámá, jinak řečeno rozdíl mezi tím, zda kouříte dvacet nebo čtyřicet denně, není tak velký, jak bychom možná čekali. Ale redukce kouření s náhradní léčbou nikotinem znamená vyšší pravděpodobnost abstinence v budoucnu, a to je důvod této nové indikace.

Náhradní léčba nikotinem je vhodná i k potlačení abstinčních příznaků během krátkodobého nekouření, třeba v letadle nebo během pobytu v nemocnici.

Přitom je víc než paradoxní, že čistý nikotin podléhá přísné regulaci jako lék, ačkoli cigarety (a kouř z nich), které obsahují kromě nikotinu víc než 4000 chemikálií, z toho řadu toxických, jsou v prodeji volně a bez jakéhokoli omezení.

8.3.1.2. Žvýkačky Nicorette, 2 nebo 4 mg nikotinu (bez příchutě, mentolové či ovocné)

U žvýkaček je důležitý způsob žvýkání: několikrát jen nakousnout, jakmile se začnou polykat sliny a začne člověka pálit v krku, je třeba přestat žvýkat a odložit žvýkačku zhruba 30 vteřin pod jazyk nebo za dásně, pak se opakuje několikrát nakousnutí. Při příliš rychlém žvýkání nikotin člověk spolyká-může mu být špatně od žaludku a může mít škytavku, navíc ze žaludku se prakticky žádný nikotin nevyužije. Nikotin se ze žvýkačky uvolňuje zhruba půl hodiny, ta se pak stává obyčejnou žvýkačkou (2).

8.3.1.3. Inhalátor Nicorette, (10 mg nikotinu)

Náustek se rozdělí a vloží se do něj nikotinová náplň – je to váleček z obou stran zatavený staniolem. Po sestavení náustku se staniol z obou stran

propíchně a může se začít vdechovat nikotin. Vstřebává se v ústech i sliznicí dýchacích cest, je tedy jedno, jestli „se šlukuje“ (vdechuje se až do plic) nebo se bafá jen do úst. Aby se vstřebaly 2 mg nikotinu z deseti, které náplň obsahuje, je třeba asi 80x potáhnout během doby, kdy je nikotin aktivní, to znamená zhruba do hodiny po propíchnutí náplně. Pak nikotin reaguje se vzduchem a bez ohledu na to, zda byl potahován nebo ne, v inhalátoru už aktivní nikotin není. Rychlost, s jakou z náplně zmizí, záleží na okolní teplotě: v zimě vydrží déle (1 – 2 h), v teple krátce (20 minut).

Inhalátor mají rádi ti, kdo potřebují „něco do ruky“, „něco do úst“, „něco na hraní“. Někdo jej používá i dávno potom, co aktivní nikotin zmizel, právě jen jako hračku a mechanickou náhražku cigarety. To je jistě také v pořádku, pak se ale musí počítat s tím, že abstinční příznaky už ovlivňovat nebude (2).

8.3.1.4. Náplast Nicorette, 5, 10 a 15 mg/16 h, Niquitin, 7, 14 a 21 mg/24 hodin

Nikotin se z náplasti uvolňuje pomalu, ale po celou dobu nalepení. Nepomůže tedy při náhlé chuti kouřit, ale zajistí po celý den určitou hladinu nikotinu. U silně závislých je vhodné v momentě chuti na cigaretu kombinovat náplast se žvýkačkou nebo inhalátorem.

Náplast se lepí na neochlupené, nemastné místo na těle, většinou na vnitřní stranu paží, pod klíční kost. Nalepí se ráno a odlepí, když se jde spát (Nicorette) nebo druhý den ráno (Niquitin). Místa by se měla střídát., na stejné místo by se měla nalepit nejdřív čtvrtý den. Mírné svědění a zarudnutí je v normě, v náplasti jsou látky podporující prokrvení kůže, aby se nikotin vstřebával. Zarudnutí by ale nemělo přetrvávat do druhého dne, pak by se mohlo jednat o alergii (většinou na lepidlo) a v takovém případě je třeba náplast přestat užívat. Její používání je jednoduché, nemusí se na nic myslet. Když se odlepí, sice ještě nějaký nikotin obsahuje (proto je třeba ji zajistit například před zneužitím dětmi), ale už ne v takovém množství, aby se vstřebávala pro kuřáka účinná dávka. Proto nemá smysl si ji nechávat nalepenou déle (2).

8.3.2. Bupropion (Zyban SR)

Lék na předpis (může napsat kterýkoli lékař). Bupropion je původně antidepressivum. V USA se používá od konce 20. století. V polovině 90. let si všimli, že pacienti s depresí léčení bupropionem (antidepressivum Wellbutrin) nápadně často přestávají kouřit a ani letitým kuřákům už cigarety údajně „nic neříkají“. Studie účinnost potvrdila. Byla registrována stejná látka, bupropion, pod názvem Zyban SR, jako lék závislosti na tabáku vhodný i u kuřáků bez deprese. I když mechanismus účinku není přesně jasný, předpokládá se, že souvisí se schopností bupropionu blokovat zpětné vstřebávání v synapsích (tedy v mezerách mezi nervovými buňkami) dopaminu a/nebo noradrenalinu či serotoninu. Kontraindikace: křečové stavy (např. epileptický záchvat), současná či dřívější diagnóza bulimie nebo anorexie, užívá určitých léků (zejména z psychiatrické oblasti) v současné době nebo během posledních dvou týdnů, nebo jiné léky obsahující bupropion (=Wellbutrin). Není dobrá kombinace s větší dávkou alkoholu (pohotovost ke křečím).

Zyban SR se začne užívat v době, kdy pacient ještě kouří, jedna tableta (150 mg) ráno. Po týdnu se přidá tableta tak, aby mezi jejich užitím bylo 8 hodin, tedy 1-1-0. V průběhu druhého týdne- asi desátý den léčby- by měl přijít den D, kdy pacient přestane kouřit. Léčba by měla trvat nejméně 2-3 měsíce, může být ale i delší. Bupropion podobně jako nikotin zdvojnásobuje úspěšnost (2).

8.3.3. Vareniklin (Champix)

Lék vázaný na předpis, může jej napsat kterýkoli lékař. Je to nejnovější a momentálně nejúčinnější lék a první, vyvinutý přímo k léčbě závislosti na tabáku, který neobsahuje nikotin. Úspěšnost léčby ztrojnásobuje. Působí dvojím způsobem:

- Tím, že obsadí v mozku receptory namísto nikotinu, způsobuje stejně jako nikotin vyplavení dopaminu, a tedy zmírnění abstinčních příznaků („Už prakticky nepotřebují kouřit.“).
- Pokud si s vareniklinem zapálíte, nikotin se nemá kam navázat, protože receptory (= vazebná místa) jsou obsazená vareniklinem a obvyklý pocit

odměny po potažení se nedostaví („Cigareta už mi nic neříká, jako bych kouřil seno.“).

Den D, kdy se chystáte zcela přestat kouřit, je proto nejvhodnější si určit v průběhu druhého týdne užívání Champixu. Do té doby můžete kouřit a užívat Champix. Lék tak má dost času začít působit, a protože z kouření už nemáte takový požitek, přestává ho mozek neodbytně vyžadovat.

Jak je dobře patrné z prvního „startovacího“ balení Champixu, užívá se první 3 dny 1 tableta denně ráno, od 4 dne pak jedna tableta ráno a jedna večer. Celý první týden se užívají tablety s polovičním obsahem účinné látky (0,5 mg). Je to proto, aby lék začal účinkovat postupně a zabránilo se tak nejčastějšímu nežádoucímu účinku (zároveň prakticky jedinému), totiž nevolnostipo spolknutí tablety. Tu může pociťovat až 30% lidí, kteří vareniklin užívají. Tato nevolnost není nebezpečná, může však být nepříjemná. Lze jí většinou předejít užitím tablety po jídle a zapitím dostatečným množstvím vody (i 2 sklenice). Někdo může mít živější sny. U vareniklinu nejsou dosud popsány žádné takové interakce, můžete ho proto bez obav užívat spolu s jakýmkoli léky, které běžně berete.

Vareniklin není vhodný pro kuřáky, příležitostné kuřáky a ty, kteří nejsou závislí na nikotinu, pro těhotné a kojící ženy, pro pacienty v pokročilém stadiu selhání ledvin, při mírném stadiu této nemoci je vhodné dávku léku po konzultaci s lékařem přiměřeně snížit, přes 90% vareniklinu se vyloučí ledvinami.

Délka užívání vareniklinu by měla být nejméně 3 měsíce, když se ale užívá 6 měsíců, nekouří po roce dvakrát tolik pacientu, než kdyby vareniklin užívali jen měsíce (více než 40%).

Jiné obtíže, které člověk může prožívat (zácpa, neklid, špatná nálada, změny nálad aj.), nesouvisejí pravděpodobně s užíváním léků. Jsou to abstinenční příznaky z nedostatku nikotinu, které by bez léků doporučených k odvykání kouření byly pravděpodobně ještě intenzivnější. Je však třeba vše sledovat a případné změny nálad sdělit lékaři (2).

8.4. Co se děje v těle po vykouření poslední cigarety

- 20 minut po poslední cigaretě se krevní tlak a tepová frekvence vracejí k normálním hodnotám.
- Za 8 hodin je oxid uhelnatý téměř vyloučen a nasycení krve kyslíkem se vrací k normě (nikotin je téměř vyloučen nebo metabolizován).
- Za 24 hodin je oxid uhelnatý z těla vyloučen zcela, plíce se začínají zbavovat nečistot a obnovuje se samočisticí funkce sliznice.
- Za 48 hodin se výrazně zlepší chuť a čich.
- Za 72 hodin se lépe dýchá - dýchací cesty se začínají čistit.
- Za 2 – 12 týdnů se zlepšuje prokrvení celého těla, člověku se lépe chodí a běhá.
- Za 3 – 9 měsíců kašel a dýchací obtíže ustupují, funkce plic se zlepšuje.
- Za 1 rok výrazně klesá riziko onemocnění v důsledku kouření.
- Za 5 let je riziko infarktu ve srovnání s kuřákem poloviční.
- Za 10 let je riziko rakoviny plic ve srovnání s kuřákem poloviční (28).

9. Legislativa týkající se kouření

9.1. Legislativa u nás

- **Zákon č. 379/2005 Sb. - O opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů**, ze dne 19. srpna 2005 (12).

Tento zákon obsahuje řadu restriktivních opatření týkajících se prodeje/podávání tabákových výrobků, zákazu kouření ve výčtu míst, např. na veřejně přístupné prostory související s veřejnou dopravou, zařízení společného stravování provozované na základě hostinské činnosti (restaurace apod. – nemají – li prostory vyhrazené pro kouření, které musí být zřetelně označené a dostatečně větrané), budovy státních orgánů, školy, zdravotnická zařízení atd. Dále tento zákon také obsahuje ustanovení, dle kterého jsou zdravotničtí pracovníci při výkonu svého povolání povinni provádět u osob užívajících tabákové výrobky krátkou intervenci spočívající ve včasné diagnostice škodlivého užívání. Kontrolu dodržování povinností stanovených tímto zákonem vykonává městská policie, Policie ČR, obec v přenesené působnosti, Státní zemědělská a potravinářská inspekce, orgán ochrany veřejného zdraví (u stravovacích služeb).

V návaznosti na poznatky z praktické aplikace tohoto předpisu byla v roce 2009 přijata na základě poslanecké iniciativy novela tohoto zákona - zákon č. **305/2009 Sb.**, kterým se mění zákon č. 379/2005 Sb., jenž **vstoupí v účinnost dne 1.7.2010**. Tento zákon přináší řadu zpřesnění a úprav, které by měly napomoci lepší vymahatelnosti zákona a zlepšení ochrany dětí a mládeže před škodlivými účinky tabáku (25).

Ochrana nekuřáků:

- **Zákon č. 379/2005 Sb. - O opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (12).**
- **Vyhláška č. 137/2004 - O hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných (13).**

(Zákon 379/2005 Sb. O opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami se odvolává na tuto vyhlášku v §8 odst.1) písm.c).

- **Zákon č. 262/2006 Sb. Zákoník práce (14).**

Reklama na tabákové výrobky:

- **Zákon č. 40/1995 (novelizován zákonem č. 132/2003 Sb.) O regulaci reklamy.**
- **Zákon č. 231/2001 Sb., – o rozhlasovém a televizním vysílání (15).**

Zdravotní varování na obalech a další požadavky na tabákové výrobky:

- **Vyhláška Ministerstva zemědělství č. 344/2003 Sb., kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky (16).**

Prodej tabákových výrobků:

- **Zákon č. 379/2005 Sb. - O opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (12).**

- **Vyhláška Ministerstva financí č. 275/2005 Sb., kterou se stanoví postup při zpracování návrhů cen pro konečného spotřebitele u cigaret (17).**
- **Zákon č. 353/2003 Sb. (novelizován zákonem č. 217/2005 Sb.). O spotřebních daních (18).**
- **Zákon č. 231/2001 Sb. – O rozhlasovém a televizním vysílání (19).**

Prodej a značení tabákových výrobků - Vyhlášky:

- **Vyhláška Ministerstva zemědělství č. 113/2005 Sb. - o způsobu označování potravin a tabákových výrobků (20).**
- **Vyhláška Ministerstva financí č. 467/2003 Sb. (novelizováno vyhláškou 276/2005 Sb.) o používání tabákových nálepek při značení tabákových výrobků (21).**

Některé další zákony týkající se kontroly tabáku:

- **Zákon č. 258/2000 o ochraně veřejného zdraví, platném znění (22).**
- **Zákon č. 251/2005 Sb. O inspekci práce (23).**
- **Nařízení vlády č. 469/2000 Sb., který stanoví obsahové náplně jednotlivých živností (24).**

(Zákon č.37/1989 Sb.–O ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi-
ZRUŠEN!!)

9.2. RÁMCOVÁ ÚMLUVA O KONTROLE TABÁKU

(THE FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL)

Rámcová dohoda je typem multilaterální smlouvy. Jednotlivé země jednají o úmluvě, která vyžaduje spolupráci za účelem dosažení obecně vytyčených cílů a která může obsahovat konkrétní smlouvy o jednotlivých tématech, o kterých je shoda. Současně mohou probíhat oddělená jednání o protokolech- smlouvách o více technických podrobnostech. Tento popsany přístup byl použit při řešení globálních problémů jako např. změny klimatu.

SOUHRN OBSAHU

Cílem Rámcové úmluvy o kontrole tabáku je: „ochraňovat současné i budoucí generace před zhoubnými a zdravotními, sociálními a ekonomickými následky užívání tabáku a expozice tabákovému kouři.“ Předmluva poukazuje na potřebu dát přednost právu na ochranu zdraví a upozorňuje na naprostou ojedinělost tabákových výrobků a na škody, které způsobují firmy, které je vyrábějí.

Rámcová úmluva ponechává členským zemím dostatek prostoru k přijetí vlastních zákonných opatření mimo tuto mezinárodní dohodu. Článek 2.1. Rámcové úmluvy doslova uvádí, že „všem členským zemím je **doporučeno přijmout opatření přísnější, než minimální standardy vyžadované Úmluvou**“

Souhrn opatření vyplývajících z Rámcové úmluvy o kontrole tabáku:

Reklama, propagace a sponzorování (Článek 13)

Rozsáhlý zákaz obsahuje:

- Rámcová úmluva vyžaduje, aby všechny členské země přijaly rozsáhlý zákaz

reklamy na tabákové výrobky, včetně propagace a sponzorování v období do pěti let od ratifikace; zákaz musí obsahovat také nadnárodní reklamu, která má původ na teritoriu daného státu.

- Definice reklamy, propagace a sponzorování je široká a zahrnuje jak přímé, tak nepřímé formy. V zemích kde by to mohlo být v rozporu s ústavou, vyžaduje úmluva přijetí omezení reklamy, propagace a sponzorování, včetně reklamy přesahující hranice, v rámci vlastních ústavních principů.
- Členské země souhlasí s možností vypracovat protokoly o hranice přesahujících opatření, např. technické aspekty předcházení nebo zablokování reklamy prostřednictvím internetu a satelitní televize.

Balení a označování (Článek 11)

Vyžadována jsou velká zdravotní varování. Členské státy souhlasí, že ideálně by zdravotní varování měla zabírat 50% nebo více velké plochy každého balení, což pro běžné balení znamená přední a zadní strany. Členské státy jsou zavázány přijmout zdravotní varování, která zahrnují min. 30% hlavní plochy každého balení do tří let od ratifikace. Zdravotní varování musí obsahovat soubor několika variant v oficiálních jazycích země, mohou obsahovat obrázky a piktogramy.

Zavádějící a klamná označení musí být zakázána. Členské země souhlasí se zákazem zavádějících a klamných označení na obalech tabákových výrobků do tří let od ratifikace. Výzkumy ukázaly, že cigarety označené jako „light“, „mild“, „lehké“, „low tar“, „s nízkým obsahem dehtu“ jsou stejně nebezpečné jako ty označované za běžné a proto zákazníka klamou ohledně rizika, které způsobuje jejich užívání. Přestože Úmluva nespécifikuje označení, která by měly členské země zakázat, vědecký výzkum jednoznačně podporuje zákaz termínů jako „light“, „mild“, „lehké“, „low tar“, „s nízkým obsahem dehtu“.

Pasivní kouření (Článek 8)

Nekuřáci musí být chráněni před tabákovým kouřem na pracovištích, ve veřejné dopravě a ve vnitřní veřejných prostorách. Úmluva konstatuje, že bylo prokázáno, že expozice tabákovému kouři způsobuje smrt, onemocnění a postižení. Požaduje, aby všechny členské státy přijali efektivní opatření k ochraně kuřáků před tabákovým kouřem na veřejných místech včetně pracovišť, veřejné dopravy a vnitřních veřejných prostor – důkazy potvrzují, že pouze úplný zákaz kouření je účinná ochrana nekuřáků.

Pašování (Článek 15)

Je požadován účinný postup proti pašování. Požadovaná opatření zahrnují obchodování s tabákem takovým způsobem, aby byl jasný původ a určení výrobku, dále spolupráci při omezování pašování, dodržování zákonů a soudních procesech.

Zdanění & bezcelní prodej (duty-free) (Článek 6)

Je doporučeno zvýšení zdanění. Úmluva uvádí, že „každý členský stát má vzít v úvahu národní cíle ochrany zdraví týkající se kontroly tabáku“ při zdanění cigaret a cenové politice. Zvýšení cen prostřednictvím zdanění a jinými způsoby „je efektivní prostředek ke snížení spotřeby tabáku v různých sociálních skupinách populace, především mezi mladými lidmi.“

Bezcelní prodej (duty-free) je nyní žádoucí. Členské země mohou zakázat nebo omezit bezcelní prodej tabákových výrobků.

Regulace výrobků & složení výrobků (Články 9 & 10)

Tabákové výrobky musí být regulovány. Členské státy souhlasí se zavedením principů a doporučených postupů, které by umožnily všem zemím regulovat složení tabákových výrobků.

Složení výrobků musí být deklarováno. Členské státy by měly na výrobcích vyžadovat, aby vládě odhalili složení svých tabákových výrobků.

Odpovědnost (Články 4,5 a 19)

Zákonná opatření jsou doporučována jako strategie kontroly tabáku. Úmluva uvádí, že otázka odpovědnosti a povinností je důležitou součástí komplexního programu na kontrolu tabáku a že členské země souhlasí, že zváží legislativní a další právní postupy ke kontrole tabáku. Členské státy také souhlasí se vzájemnou spoluprací v zákonných postupech na kontrolu tabáku.

Dohled nad Úmluvou (Článek 23)

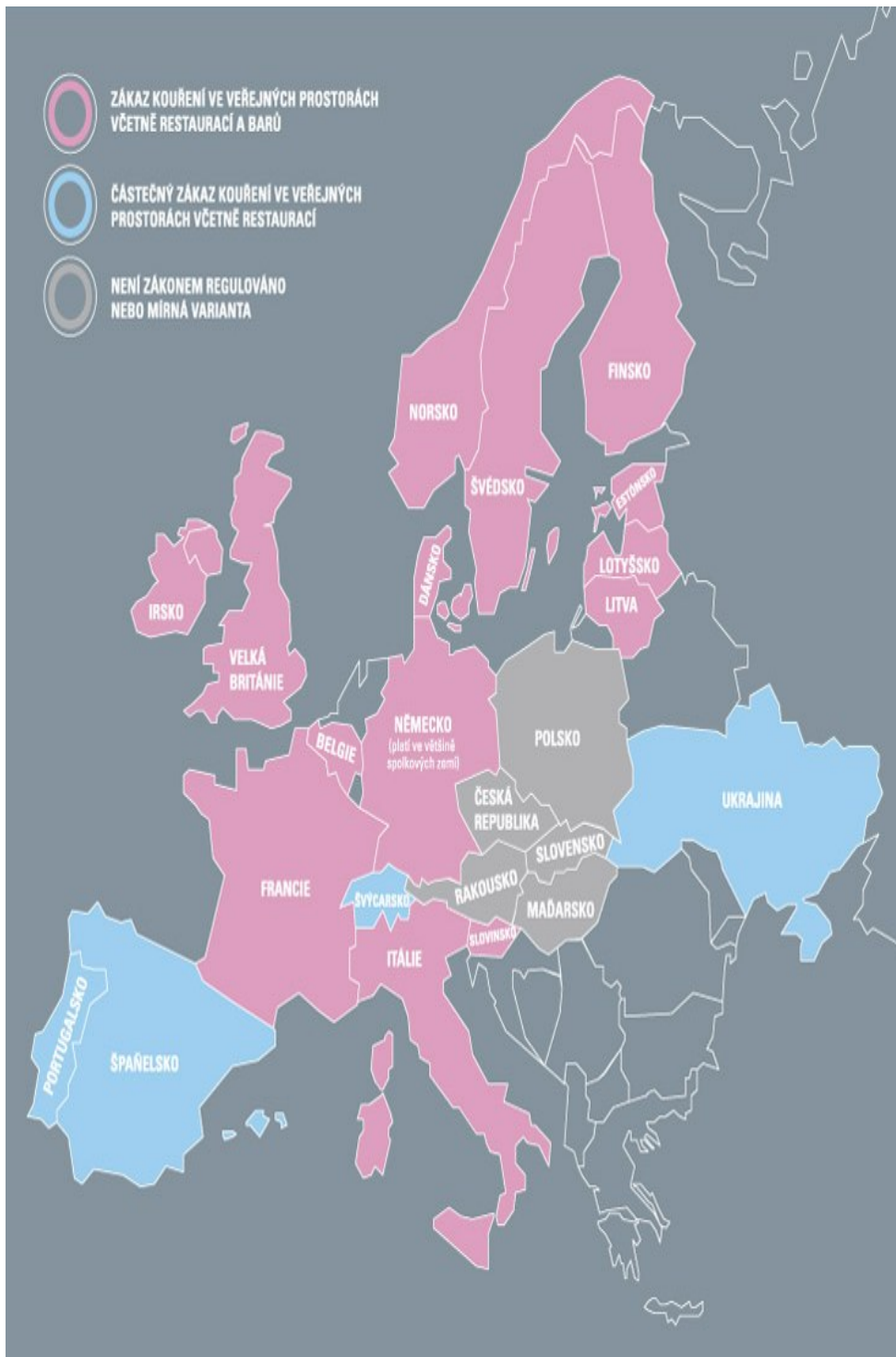
Nad dodržováním Úmluvy bude dohlížet Konference členských států. Rámcová úmluva zakládá Konferenci členských států (Conference of the Parties (COP)), která se sejde do jednoho roku od vstoupení Úmluvy v platnost. Konference má pravomoc monitorovat uplatňování dohody, přijímat protokoly, dodatky a pozměňovací návrhy Úmluvy a také ustanovovat podřízené orgány k plnění specializovaných úkolů.

Financování (Článek 26)

Členské státy se zavazují k podpoře financování globální kontroly tabáku. Členské státy souhlasí, že budou mobilizovat finanční pomoc ze všech dostupných zdrojů iniciativy na kontrolu tabáku v rozvojových zemích a v zemích s transformující se ekonomikou, včetně regionálních, mezinárodních a mezivládních organizací a jiných, veřejných i soukromých zdrojů (31).

Jiné důležité závazky

- každý členský stát založí nebo posílí a bude financovat národní koordinační mechanismus nebo centrum pro kontrolu tabáku. (Článek 5)
- členské státy budou usilovat o zahrnutí služeb souvisejících s odvykáním kouření do národních zdravotních programů. (Článek 14)
- členské státy zakáží nebo budou propagovat zákaz bezplatné distribuce tabákových výrobků (Článek 16)
- členské státy budou propagovat spoluúčast nevládních organizací v rozvoji národních programů na kontrolu tabáku. (Článek 12)
- členské státy zakáží prodej tabákových výrobků osobám mladším než je určeno v národním zákonu, nebo mladší 18 let. (Článek 16)
- rámcová úmluva o kontrole tabáku vstupuje v platnost 90 dní po ratifikaci čtyřicátou zemí, (Článek 36)
- žádné výjimky z Rámcové úmluvy o kontrole tabáku nejsou povoleny. (Článek 30) (31).



Zdroj: <http://www.stopkoureni.cz>

10. Praktická část

10.1. Stanovení cíle práce

Hlavním cílem anonymního šetření bylo zjistit postoje náhodně vybraných respondentů v Praze k problematice kouření, názory kuřáků, příležitostných kuřáků, bývalých kuřáků a nekuřáků.

Mým cílem bylo zjistit, zda se názory v otázkách týkajících se kouření liší podle toho, zda dotyčný kouří, kouřil, nekouří či nekouřil.

10.2. Stanovení hypotézy

Stanovila jsem si následující hypotézu.

Negativní hypotéza

Kuřáci, příležitostní kuřáci, bývalý kuřáci a nekuřáci se neliší v názorech a postojích ke kouření.

10.3. Metody výzkumu

10.3.1. Metoda sběru dat

Ve své bakalářské práci jsem použila metodu dotazníku. Sestavila jsem dotazník s 20 -ti otázkami (příloha č.2.). V prvních třech otázkách jsem chtěla zjistit pohlaví, věk a vzdělání respondentů. Dále jsem zjišťovala počet kuřáků, příležitostných kuřáků, bývalých kuřáků a nekuřáků. První část otázek byla zaměřena na kuřáky a příležitostné kuřáky s dotazy na počátky kouření, počet vykouřených cigaret a návyky spojené s kouřením. Dále byly v dotazníku vyčleněny otázky pro bývalé kuřáky a v poslední části byly otázky určené pro všechny 4 uvedené skupiny, které se týkaly názoru na kouření ve společnosti

nekuřáků, samotného názoru na kouření, názor na zákaz kouření v restauracích, současnou legislativu v ČR a dále co by mohlo vést ke snížení kuřáctví.

Z důvodu zjištění co nejpravdivějších odpovědí jsem zvolila dotazník anonymní.

Před rozdáním dotazníků jsem provedla „pilotní studii průchodnosti“, na jejímž základě jsem chtěla ověřit, zda jsou dotazníky srozumitelné a následně tak vyplnitelné. V okruhu svých přátel jsem rozdala 15 - ti osobám dotazníky a po jejich navrácení opravila zjištěné nesrovnalosti, které by mohly dělat při vyplňování problémy.

10.4. Výběr respondentů

Výzkum jsem prováděla u vybraných skupin osob a to pracujících v oborech zahrnující služby, dopravu, státní správu a administrativu v Praze, které jsem vybrala na základě možnosti kontaktů v těchto oborech.

Dotazníkový sběr dat proběhl od 1.3.2010 do 15.4.2010.

Respondenti dotazník vyplňovali anonymně, uváděli pouze pohlaví, věk a vzdělání.

Dotazník vyplnilo celkem 200 dotázaných, z toho 116 žen a 84 mužů. Při odevzdávání vyplněných dotazníků v daných podnicích byla zkontrolována úplnost vyplnění dat pověřenou osobou.

10.5. Analýza výsledků dotazníkového šetření

Dotazník vyplnilo 200 respondentů, z toho bylo 116 žen a 84 mužů. Jednalo se respondenty pracující v Praze. Při zpracování výsledků byly jednotlivé odpovědi dány do tabulek a výsledky vyjádřeny v procentech (zaokrouhлено na jedno desetinné místo). Tabulky k jednotlivým otázkám jsou doplněny o grafy.

Pro vyhodnocení tabulek jsem použila počítačový program Microsoft Office Excel 2003.

10.6. Výsledky v jednotlivých otázkách

V následujících tabulkách a následně v grafech uvádím výsledky dotazníkového šetření získané od 200 náhodně vybraných dotázaných osob, včetně komentáře.

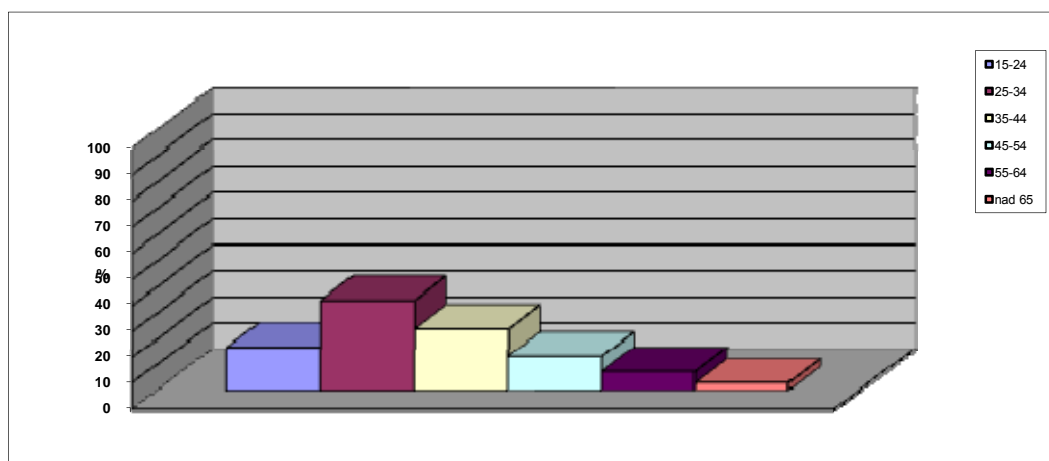
Tabulka č. 1 **Pohlaví**

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
muž	84	42,0
žena	116	58,0
Σ	200	100,0

Průzkumu se zúčastnilo 200 respondentů. Mužů bylo 84, což je 42 %, žen bylo 116, což je 58 %.

Tabulka č. 2 **Věk**

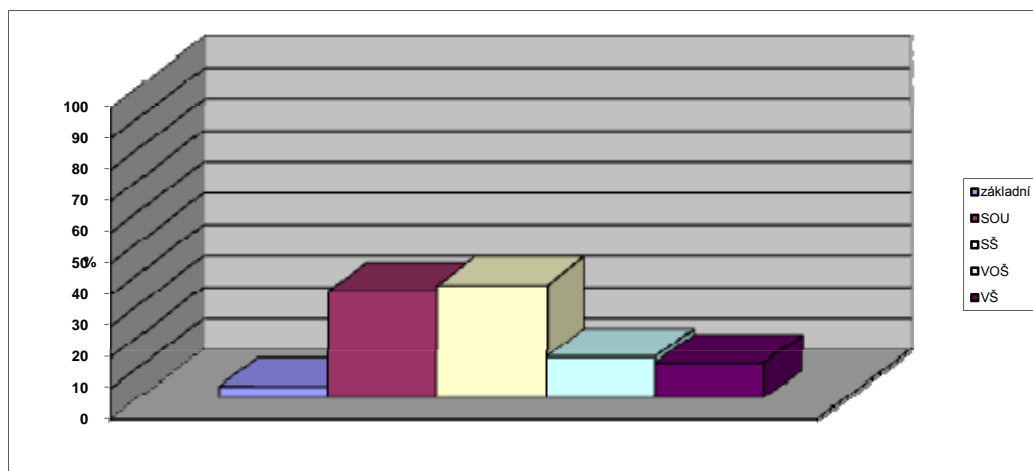
Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
15-24	34	17
25-34	70	35
35-44	48	24
45-54	27	13,5
55-64	15	7,5
nad 65	6	3
Σ	200	100,0



Věk dotázaných byl nejvíce zastoupen v rozmezí 25 – 34 let.

Tabulka č. 3 **Vzdělání**

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
základní	8	4
SOU	69	34,5
SŠ	73	36,5
VOŠ	27	13,5
VŠ	23	11,5
Σ	200	100,0



Nejvíce z počtu dotázaných osob uvedlo dosažené vzdělání SŠ a to 73 osob, což je 36,5 % a dále SOU 69 osob, což je 34,5 %.

Otázka č. 1: Kouříte cigarety?

Tabulka č. 4

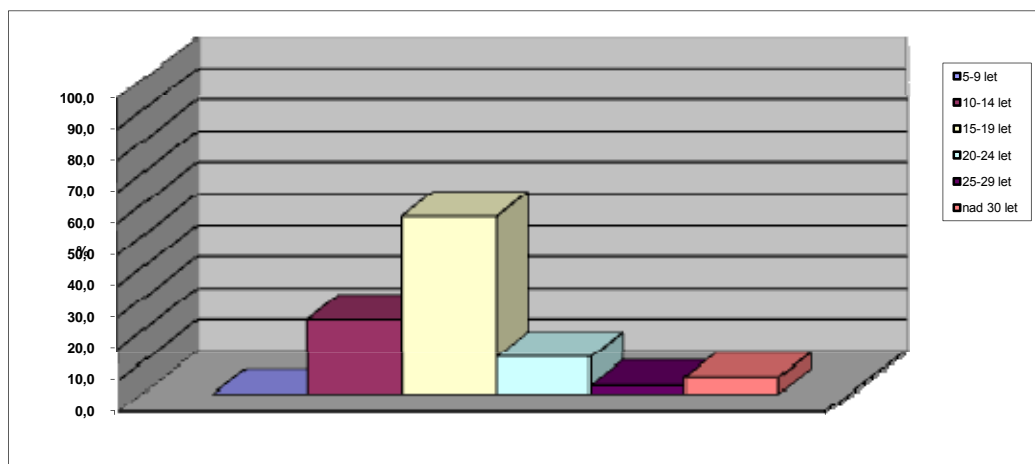
Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
ano, pravidelně (nejméně 1 cigaretu denně)	76	38
ano, příležitostně (méně než 1 cigaretu denně)	13	6,5
ne, ale dříve jsem kouřil/a (vykouřeno během života více než 100 cigaret, ale v době šetření nekouří)	32	16
ne, nikdy jsem nekouřil/a (nikdy nevykouřeno 100 a více cigaret)	79	39,5
Σ	200	100,0

Skutečnost, že pravidelně kouří potvrdilo 76 dotázaných, což je 38 %, naopak to, že nekouří potvrdilo 79 dotázaných, což je 39,5 %.

Otázka č. 2: Kolik Vám bylo, když jste poprvé začal(a) kouřit?

Tabulka č. 5: Věk začínajících kuřáků – kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
5-9 let	0	0,0
10-14 let	18	23,7
15-19 let	43	56,6
20-24 let	9	11,8
25-29 let	2	2,6
nad 30 let	4	5,3
Σ	76	100,0



Nejčastěji uváděný věk kuřáků související s prvním kouřením je uváděn v rozmezí 15–19 let a to u 43 osob, což je 56,6 %. Naopak rozmezí 5–9 let pro první kouření neuvedl nikdo.

Tabulka č.6: Věk začínajících kuřáků – příležitostní kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
5-9 let	0	0,0
10-14 let	2	15,4
15-19 let	9	69,2
20-24 let	2	15,4
25-29 let	0	0,0
nad 30 let	0	0,0
Σ	13	100,0

Nejčastěji uváděný věk příležitostných kuřáků související se začátkem kouření je uváděn v rozmezí 15 – 19 let a to u 9 osob, což je 69,2 %. Jelikož je příležitostných kuřáků malý počet, je tedy velmi obtížné s touto skupinou pracovat, proto výsledky budou komentovány v diskuzi.

Otázka č. 3: Kolik let celkem kouříte?

Tabulka č.7: - kuřáci

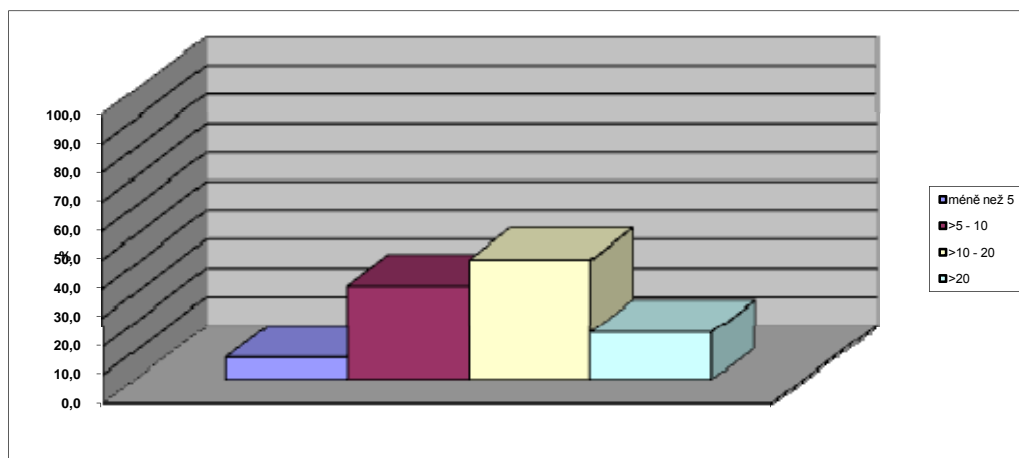
Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
1-4 let	6	7,9
5-9 let	14	18,4
10-14 let	16	21,1
15-19 let	11	14,5
20-24 let	10	13,2
25-29 let	15	19,7
nad 30 let	4	5,3
Σ	76	100,0

Kuřáků bylo v souboru 76. Nejčastěji uváděn á délka kouření byla v rozmezí 10 – 14 let, což uvedlo 16 osob (21,1 %).

Otázka č. 4: Kolik cigaret vykouříte denně?

Tabulka č. 10: Počet cigaret vykouřených za den – kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
méně než 5	6	7,9
>5 – 10	25	32,9
>10 – 20	32	42,1
>20	13	17,1
Σ	76	100,0



Kuřáků bylo v souboru 76. 6 z nich kouří méně než 5 cigaret, naopak 45 z nich kouří 10 a více cigaret.

Otázka č. 5: Pokoušel (a) jste se v posledním roce (tj. 2009) přestat kouřit?

Tabulka č.12: -kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
ne	46	60,5
ano, jednou	23	30,3
ano, vícekrát	7	9,2
Σ	76	100,0

Ze souboru 76 kuřáků uvedl o 46 osob (což je 60,5 %), že se posledním roce nepokoušelo přestat kouřit. Naopak snahu přestat kouřit projevilo 30 dotázaných, což je 39,5 %.

Otázka č. 6: Kouříte při jízdě autem?

Tabulka č.14: - kuřáci

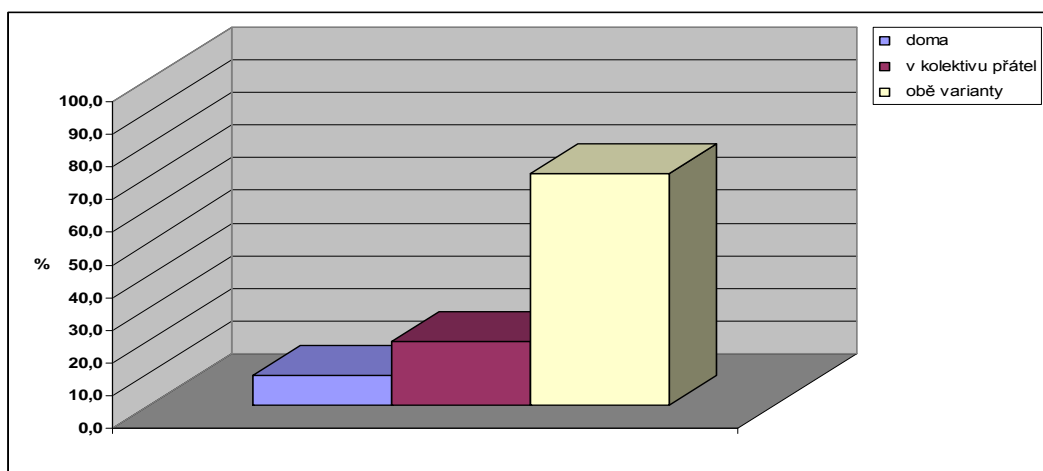
Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
ano	36	47,4
ne	40	52,6
Σ	76	100,0

Ze souboru kuřáků 40 osob (52,6 %) uvedlo, že nekouří při jízdě autem. Naopak 36 dotázaných (47,4 %) uvedlo, že při jízdě autem kouří.

Otázka č.7: Kouříte doma nebo jen v kolektivu přátel?

Tabulka č.16: - kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
Doma	7	9,2
v kolektivu přátel	15	19,7
obě varianty	54	71,1
Σ	76	100,0

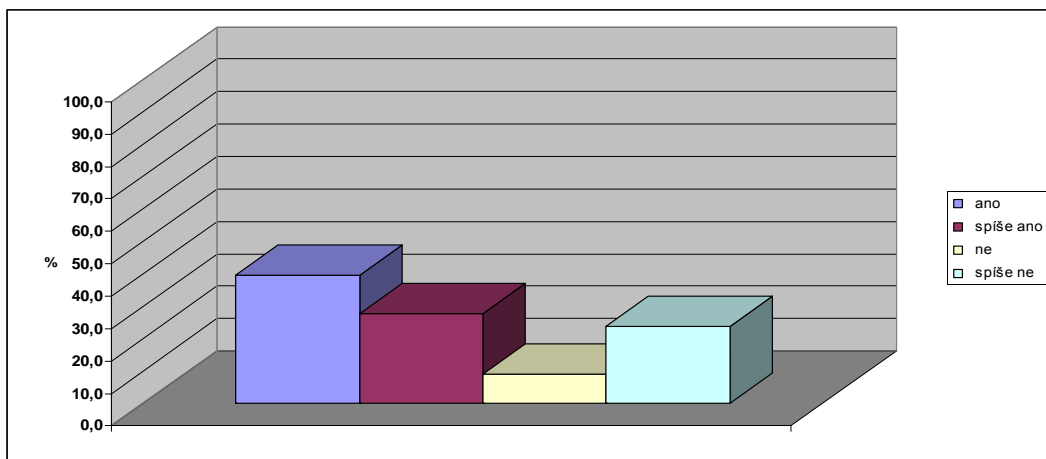


Dotázaní kuřáci uvedli jako nejčastější odpověď, že kouří doma i v kolektivu přátel a to 54 osob, což činí 71,1 %. Naopak nejméně osob uvedlo, že kouří jen doma a to 7 % (což je 9,2 %).

Otázka č.8: Kouříte, i když jste ve společnosti lidí, kteří nekouří?

Tabulka č.18 – kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
Ano	30	39,5
spíše ano	21	27,6
Ne	7	9,2
spíše ne	18	23,7
Σ	76	100,0

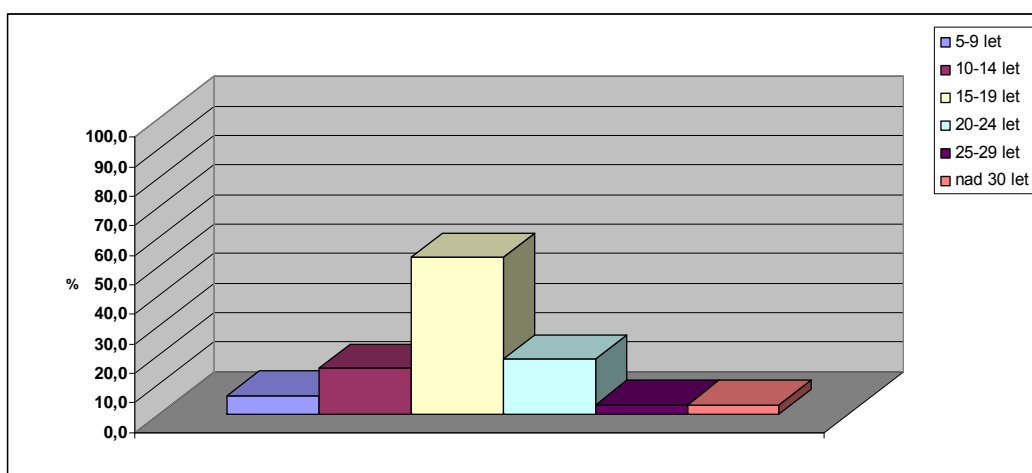


Nejčastější odpověď kuřáků byla, že kouří, i když jsou ve společnosti lidí, kteří nekouří a to 51 dotázaných, což je 67,1 %. Naopak 25 osob (což je 32,9 %) odpovědělo, že ve společnosti nekouřících lidí nekouří.

Otázka č. 9: Kolik Vám bylo, když jste poprvé začal (a) kouřit?

Tabulka č. 20 – bývalí kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
5-9 let	2	6,3
10-14 let	5	15,6
15-19 let	17	53,1
20-24 let	6	18,8
25-29 let	1	3,1
nad 30 let	1	3,1
Σ	32	100,0



Bývalí kuřáci jako nejčastější odpověď uvedli, že věk, kdy poprvé začali kouřit byl v rozmezí 15 – 19 let a to u 17 respondentů, což činí 53,1%. Naopak ve věku nad 25 let uvedli začátek kouření pouze 2 osoby, což je 6,2 %.

Otázka č. 10: Pokud již nekouříte, jak dlouho (v rocích)?

Tabulka č. 21 – bývalí kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
1 – 4 roky	13	40,6
5 – 8 roků	5	15,6
9 – 13 roků	2	6,3
14 – 17 roků	2	6,3
18 – 21 roků	4	12,5
22 – 25 roků	3	9,4
26 – 29 roků	2	6,3
30 – 33 roků	0	0,0
34 – 37 roků	0	0,0
38 – 41 roků	0	0,0
42 – 45 roků	0	0,0
46 – 50 roků	1	3,1
Σ	32	100,0

13 bývalých kuřáků (tedy 40,6 %) uvedlo jako nejčastější odpověď, že již nekouří 1 – 4 roky. Naopak nejdéle uvedená doba nekouření byla v rozmezí 46 -50 roků a to u 1 respondenta, což je 3,1 %.

Otázka č. 11: Kolik let jste kouřil(a)?

Tabulka č. 22 – bývalí kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
1-10 let	18	56,3
11-20 let	5	15,6
21-30 let	5	15,6
31-40 let	2	6,3
41-50 let	2	6,3
Σ	32	100,0

Bývalí kuřáci nejčastěji uvedli, že kouřili 1 – 10 let a to 18 dotázaných, což činí 56,3 %. Nad 21 let již nekouří 9 z dotázaných, což je 27,9 %.

Otázka č. 12: Jaký máte názor na člověka, který kouří ve společnosti nekuřáků?

Tabulka č. 23 – kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
bezohlednost	22	28,9
lhostejnost	6	7,9
přirozenost	22	28,9
bez názoru	26	34,2
Σ	76	100,0

Tabulka č. 24 – příležitostní kuřáci

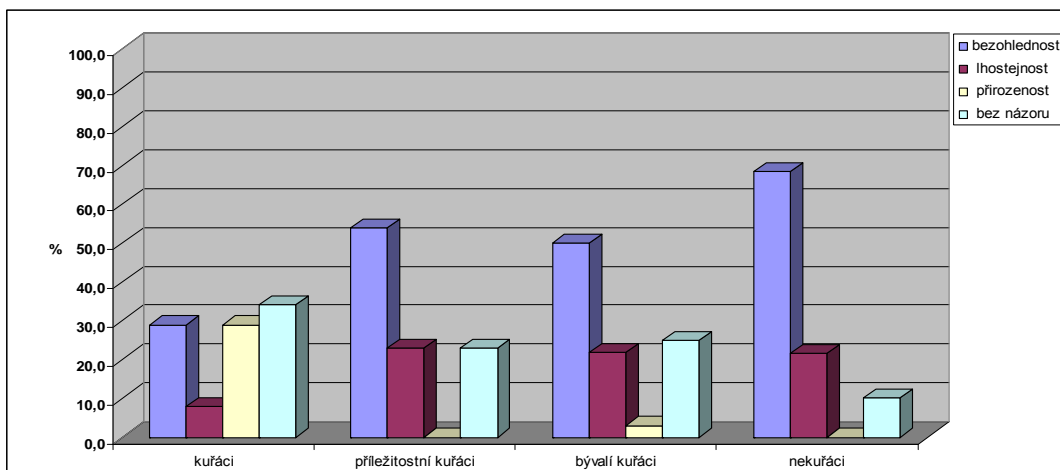
Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
bezohlednost	7	53,8
lhostejnost	3	23,1
přirozenost	0	0,0
bez názoru	3	23,1
Σ	13	100,0

Tabulka č. 25 – bývalí kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
bezohlednost	16	50,0
lhostejnost	7	21,9
přirozenost	1	3,1
bez názoru	8	25,0
Σ	32	100,0

Tabulka č. 26 – nekuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
bezohlednost	54	68,4
lhostejnost	17	21,5
přirozenost	0	0,0
bez názoru	8	10,1
Σ	79	100,0



Většina z dotázaných se shodla na názoru, že člověka kouřícího ve společnosti nekuřáků považují za bezohledného.

Otázka č. 13: Čím je podle Vašeho názoru kouření? (lhostejno, zda Vaše nebo jiných lidí)

Tabulka č. 27 – kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
zvyšuje společenskou atraktivitu	12	15,8
kompensuje pocit méněcennosti	2	2,6
zlozvyk	44	57,9
relaxace	10	13,2
nemocí, patřící mezi drogové závislosti	1	1,3
prostředek k zvládnutí stresu	6	7,9
prostředek k ovlivnění tělesné hmotnosti	1	1,3
Σ	76	100,0

Tabulka č. 28 – příležitostní kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
zvyšuje společenskou atraktivitu	2	15,4
kompensuje pocit méněcennosti	0	0,0
Zlozvyk	9	69,2
Relaxace	1	7,7
nemocí, patřící mezi drogové závislosti	0	0,0
prostředek k zvládnutí stresu	1	7,7
prostředek k ovlivnění tělesné hmotnosti	0	0,0
Σ	13	100,0

Tabulka č. 29 – bývalí kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
zvyšuje společenskou atraktivitu	0	0,0
kompensuje pocit méněcennosti	0	0,0
Zlozvyk	24	75,0
Relaxace	3	9,4
nemocí, patřící mezi drogové závislosti	3	9,4
prostředek k zvládnutí stresu	2	6,3
prostředek k ovlivnění tělesné hmotnosti	0	0,0
Σ	32	100,0

Tabulka č. 30 – nekuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
zvyšuje společenskou atraktivitu	3	3,8
kompensuje pocit méněcennosti	9	11,4
Zlozvyk	43	54,4
Relaxace	5	6,3
nemocí, patřící mezi drogové závislosti	11	13,9
prostředek k zvládnutí stresu	8	10,1
prostředek k ovlivnění tělesné hmotnosti	0	0,0
Σ	79	100,0

Všichni z dotázaných považují kouření především za zlozvyk. Pro kuřáky a příležitostné kuřáky dále představuje kouření zvýšení společenské atraktivitu. Naopak pro bývalé kuřáky a nekuřáky představuje nemoc, patřící mezi drogové závislosti. Žádná z uvedených skupin nepovažuje kouření za prostředek k ovlivnění tělesné hmotnosti.

Otázka č. 14: Pobýváte v zakouřeném prostředí?

Tabulka č. 30 – kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
Ano	40	52,6
Ne	36	47,4
Σ	76	100,0

Tabulka č. 31 – příležitostní kuřáci

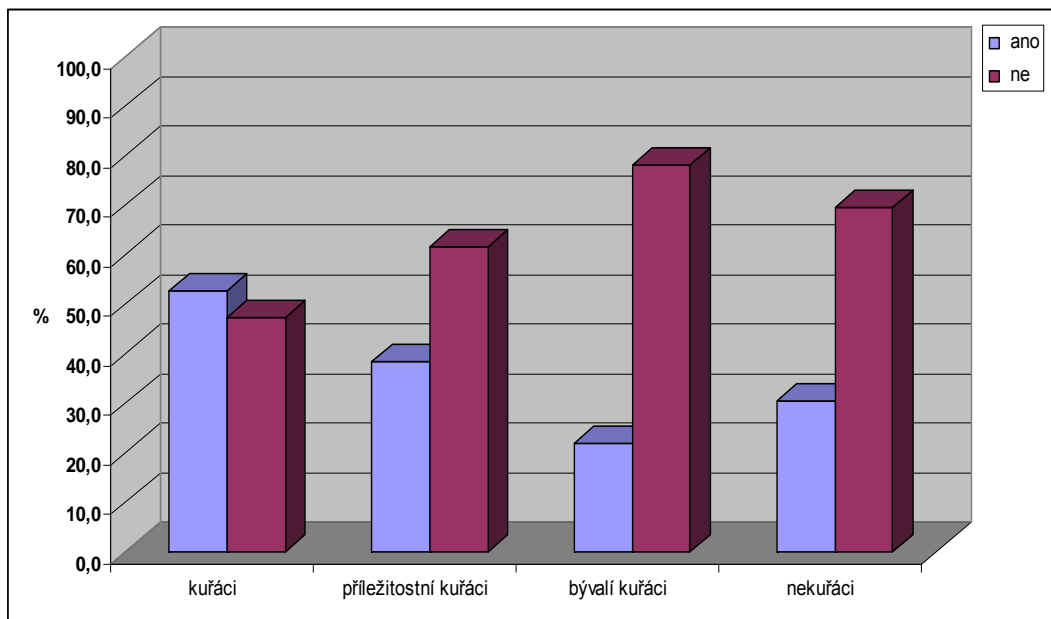
Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
Ano	5	38,5
Ne	8	61,5
Σ	13	100,0

Tabulka č. 32 – bývalí kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
Ano	7	21,9
Ne	25	78,1
Σ	32	100,0

Tabulka č. 33 – nekuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
Ano	24	30,4
Ne	55	69,6
Σ	79	100,0



Z dotázaných pouze kuřáci uvádějí, že většina z nich pobývá v zakouřeném prostředí. Naopak ostatní skupiny v zakouřeném prostředí spíše nepobývají.

Otázka č. 15: Znáte rizika, která přináší kouření?

Tabulka č. 34 – kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
Ano	72	94,7
Ne	4	5,3
Σ	76	100,0

Tabulka č. 35 – příležitostní kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
ano	13	100,0
ne	0	0,0
Σ	13	100,0

Tabulka č. 36 – bývalí kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
Ano	32	100,0
Ne	0	0,0
Σ	32	100,0

Tabulka č. 37 – nekuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
ano	79	100,0
ne	0	0,0
Σ	79	100,0

Přestože kuřáci i příležitostní kuřáci znají téměř ve 100 % rizika, která kouření přináší, i přesto kouří a v kuřáctví je to neodrazuje !!!

Otázka č. 16: Souhlasil (a) byste se zákazem kouření v restauracích?

Tabulka č. 38 – kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	10	13,2
spíše ano	14	18,4
rozhodně ne	31	40,8
spíše ne	21	27,6
Σ	76	100,0

Tabulka č. 39 – příležitostní kuřáci

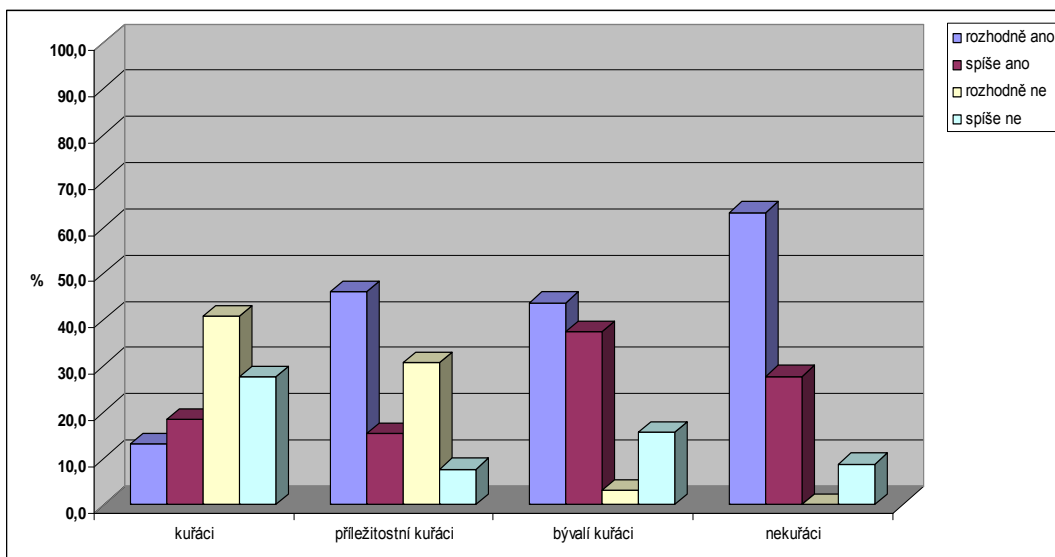
Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	6	46,2
spíše ano	2	15,4
rozhodně ne	4	30,8
spíše ne	1	7,7
Σ	13	100,0

Tabulka č. 40 – bývalí kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	14	43,8
spíše ano	12	37,5
rozhodně ne	1	3,1
spíše ne	5	15,6
Σ	32	100,0

Tabulka č. 41 – nekuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	50	63,3
spíše ano	22	27,8
rozhodně ne	0	0,0
spíše ne	7	8,9
Σ	79	100,0



Většina z dotázaných kuřáků rozhodně nesouhlasí se zákazem kouření v restauracích. Naopak většina příležitostných kuřáků, bývalých kuřáků a nekuřáků se zákazem kouření v restauracích rozhodně souhlasí.

Otázka č. 17: Domníváte se, že zvýšení cen tabákových výrobků přispívá ke snížení kuřáctví?

Tabulka č. 42 – kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	3	3,9
spíše ano	17	22,4
rozhodně ne	26	34,2
spíše ne	30	39,5
Σ	76	100,0

Tabulka č. 43 – příležitostní kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	1	7,7
spíše ano	3	23,1
rozhodně ne	5	38,5
spíše ne	4	30,8
Σ	13	100,0

Tabulka č. 44 – bývalí kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	3	9,4
spíše ano	2	6,3
rozhodně ne	11	34,4
spíše ne	16	50,0
Σ	32	100,0

Tabulka č. 45 – nekuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	4	5,1
spíše ano	8	10,1
rozhodně ne	21	26,6
spíše ne	46	58,2
Σ	79	100,0

Většina ze všech dotázaných se domnívá, že zvýšení cen tabákových výrobků spíše či rozhodně nepřispívá ke snížení kuřáctví.

Otázka č. 18: Myslíte si, že výraznější varovné nápisy na krabičkách cigaret mohou snížit výskyt kuřáctví?

Tabulka č. 46 – kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	1	1,3
spíše ano	8	10,5
rozhodně ne	35	46,1
spíše ne	32	42,1
Σ	76	100,0

Tabulka č. 47 – příležitostní kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	0	0,0
spíše ano	0	0,0
rozhodně ne	3	23,1
spíše ne	10	76,9
Σ	13	100,0

Tabulka č. 48 – bývalí kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	1	3,1
spíše ano	2	6,3
rozhodně ne	16	50,0
spíše ne	13	40,6
Σ	32	100,0

Tabulka č. 49 – nekuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	2	2,5
spíše ano	8	10,1
rozhodně ne	30	38,0
spíše ne	39	49,4
Σ	79	100,0

Většina ze všech dotázaných se domnívá, že výraznější varovné nápisy na krabičkách cigaret spíše či rozhodně nemohou snížit výskyt kuřáctví.

Otázka č. 19: Souhlasíte se zákazem reklamy propagující tabákové výrobky?

Tabulka č. 50 – kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	25	32,9
spíše ano	18	23,7
rozhodně ne	13	17,1
spíše ne	20	26,3
Σ	76	100,0

Tabulka č. 51 – příležitostní kuřáci

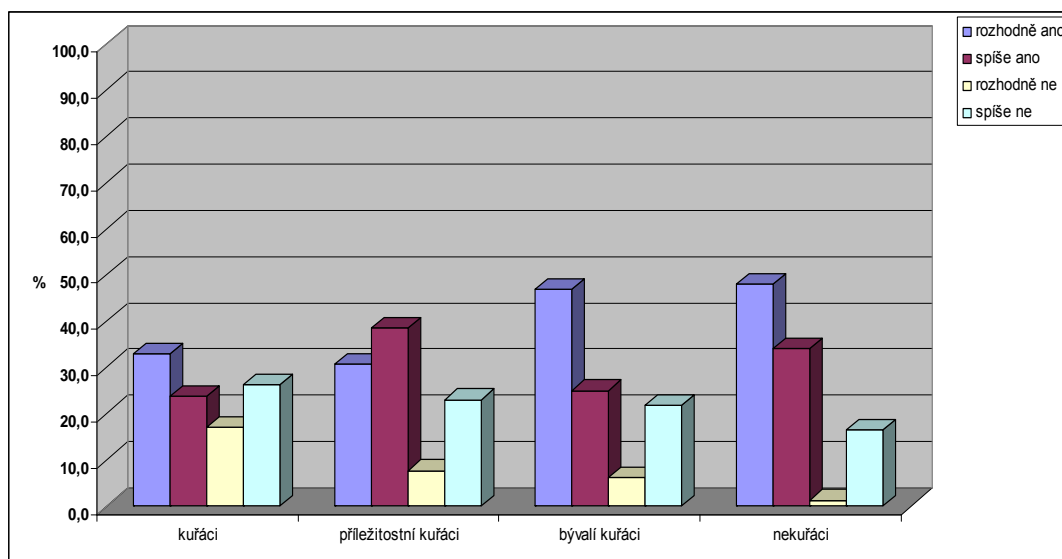
Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	4	30,8
spíše ano	5	38,5
rozhodně ne	1	7,7
spíše ne	3	23,1
Σ	13	100,0

Tabulka č. 52 – bývalí kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	15	46,9
spíše ano	8	25,0
rozhodně ne	2	6,3
spíše ne	7	21,9
Σ	32	100,0

Tabulka č. 53 – nekuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
rozhodně ano	38	48,1
spíše ano	27	34,2
rozhodně ne	1	1,3
spíše ne	13	16,5
Σ	79	100,0



Většina z dotázaných respondentů spíše či rozhodně souhlasí se zákazem reklamy propagující tabákové výrobky.

Otázka č. 20: Co soudíte o legislativě, která platí v České republice, týkající se kouření?

Tabulka č. 54 – kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
je dostačující	26	34,2
je nedostačující	19	25,0
je přísná	14	18,4
je benevolentní	17	22,4
Σ	76	100,0

Tabulka č. 55 – příležitostní kuřáci

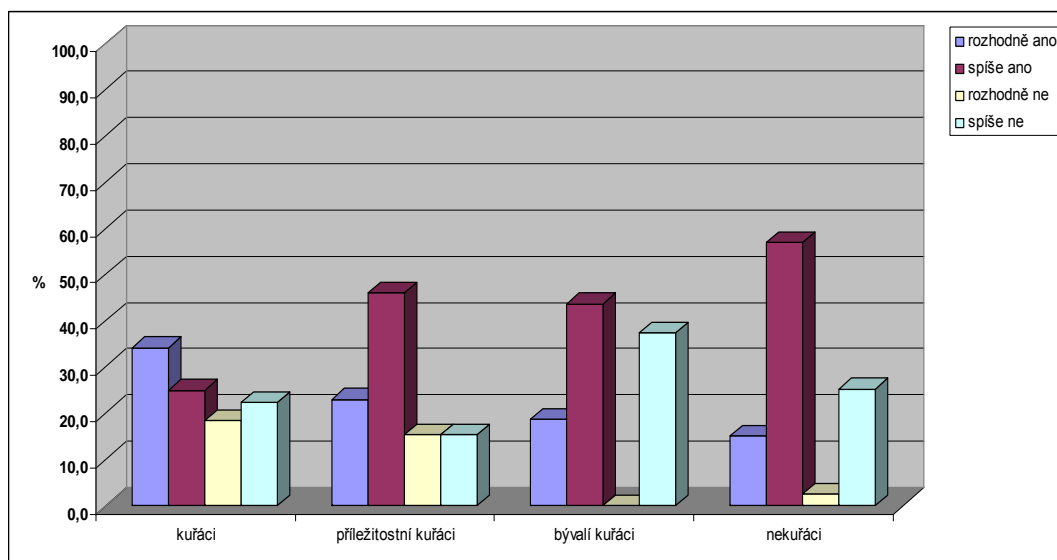
Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
je dostačující	3	23,1
je nedostačující	6	46,2
je přísná	2	15,4
je benevolentní	2	15,4
Σ	13	100,0

Tabulka č. 56 – bývalí kuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
je dostačující	6	18,8
je nedostačující	14	43,8
je přísná	0	0,0
je benevolentní	12	37,5
Σ	32	100,0

Tabulka č. 57 – nekuřáci

Odpověď	Četnost	Relativní četnost [%]
je dostačující	12	15,2
je nedostačující	45	57,0
je přísná	2	2,5
je benevolentní	20	25,3
Σ	79	100,0



Pouze většina kuřáků považuje legislativu platící v České republice týkající se kouření za dostačující. Naopak pro ostatní dotázané je legislativa nedostačující a v menší míře benevolentní.

10.7. Posouzení platnosti stanovené hypotézy

Stanovená hypotéza - **kuřáci, příležitostní kuřáci, bývalí kuřáci a nekuřáci se neliší v názorech a postojích ke kouření.**

Hypotéza byla ověřována na základě srovnávání odpovědí kuřáků, příležitostných kuřáků, bývalých kuřáků či nekuřáků na otázky, které byly pro jednotlivé skupiny společné (tedy od otázky č. 12 do otázky č. 20 dotazníku).

Z výsledků je patrné, že se názory v postojích ke kouření výrazněji liší zejména mezi kuřáky a nekuřáky. Z toho plyne, že stanovená hypotéza nebyla potvrzena.

Některé zjištěné údaje z dotazníku byly srovnávány s poznatky uvedené ve Výzkumné zprávě „**Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997 – 2009)**“, zpracované autorským kolektivem MUDr. Hana Sovinová, PhDr. Petr Sadílek, PhDr. Ladislav Csémy (vydal SZÚ, 2010) (27).

11. DISKUSE

Svůj průzkum jsem zaměřila na zhodnocení postojů jednotlivých dotázaných skupin v otázkách problematiky kouření.

V souboru, který jsem sledovala, bylo 116 žen a 84 mužů, věkově byla nejvíce zastoupena skupina věkového rozhraní 25 – 34 let.

Z celkového počtu dotázaných bylo 89 kuřáků (pravidelných a příležitostných), což představuje přibližně polovinu ze souboru.

Varovné je zjištění, že nejčastěji uváděný věk související se začátkem kouření bylo uvedeno **věkové rozmezí 15 – 19 let**, což dle dotazníku uvedlo **52 osob z dotázaných** (kuřáci a příležitostní kuřáci). V porovnání s výše citovanou výzkumnou zprávou se jedná o podobný údaj, neboť dle zprávy začátek kouření ve věku 15 – 18 uvádí **56,6 osob**.

Z tohoto poznatku vyplývá, že by měla být zaměřena zvýšená pozornost na prevenci u adolescentů a to formou přednášek, do kterých by se mohly sami zapojit kvůli zvýšení pozornosti. Důležité je začít více zdůrazňovat zdravotní rizika plynoucí jako následky kouření.

Při porovnání délky kouření z dotazníků vyplynulo, že **déle než 10 let kouří více než 61 z dotázaných** (kuřáci a příležitostní kuřáci), v porovnání s výzkumnou zprávou (rok 2009) **déle než 11 let kouří 57,3 osob**. Z dotazníku dále vyplynulo, že déle než 30 let kouří 5 z dotázaných.

Dle dotazníku byl počet vykouřených cigaret za den nejčastěji uváděn **v rozmezí > 10 – 20 cigaret a to 33 z dotázaných** (kuřáci a příležitostní kuřáci). Podle výzkumné zprávy tento počet vykouřených cigaret uvedlo **34 osob** (v roce 2009). Je však potřeba zvážit, zda kuřáci, kteří jistě vědí, jaké negativní účinky může mít kouření na jejich zdraví, uvádějí skutečný počet vykouřených cigaret.

53 z dotázaných kuřáků (kuřáci a příležitostní kuřáci) se nepokoušelo v posledním roce přestat kouřit. Dle výzkumné zprávy se nepokoušelo za poslední rok (2009) přestat kouřit **55 osob**.

Dle dotazníku **49 osob** (kuřáci a příležitostní kuřáci) nekouří při jízdě autem, naopak v autě kouří **40 z dotázaných**, což je přibližně polovina ze souboru kuřáků. Tato otázka nebyla ve výzkumné zprávě uvedena.

Na otázku „Kouříte doma nebo jen v kolektivu přátel“ byla nejčastější odpověď, že kouří doma i v kolektivu přátel a to od **56 osob**. Je hrozné, že mnozí rodiče podceňují riziko pasivního kouření pro své děti. Tato otázka nebyla ve výzkumné zprávě uvedena.

54 osob uvedlo, že kouří, i když jsou ve společnosti lidí, kteří nekouří, což ukazuje, jak dokáží být kuřáci bezohlední vůči nekuřákům a potvrzují tím svojí závislost na nikotinu. Tato otázka nebyla ve výzkumné zprávě uvedena.

Bývalí kuřáci jako nejčastější věk spojený se začátkem kouření uvedli rozmezí **15 – 19 let a to 17 z dotázaných**. Ve věku nad 20 let je počet lidí, kteří začali kouřit minimální.

Jako nejčastěji uváděná doba, po kterou již bývalí kuřáci nekouří, bylo rozmezí 1 – 4 roky a tento údaj uvedlo **13 osob**.

18 z dotázaných bývalých kuřáků uvedlo, že již nekouří 1 – 10 let, což byl nejčastěji uváděný údaj.

Porovnání odpovědí kuřáků, příležitostných kuřáků, bývalých kuřáků a nekuřáků na otázky, které byly pro tyto 4 skupiny společné:

Nejčastější odpovědí na otázku „Jaký máte názor na člověka, který kouří ve společnosti nekuřáků“ byla kromě kuřáků, **bezohlednost (99 osob)**; kuřáci na tuto otázku nejčastěji odpověděli možností – **bez názoru (26 osob)**. Z pohledu kuřáka je jistě pochopitelné, že tento postoj vůči nekuřákovi nepovažuje v největší míře za bezohlednost a spíše se k této otázce nechce vyjadřovat.

120 osob ze souboru dotázaných považuje kouření za zlovyk a tento názor vyjádřili i kuřáci.

124 z dotázaných dotazníkem uvádí, že nepobývá v zakouřeném prostředí. Z výzkumné zprávy vychází, že v zakouřeném prostředí pobývá 38,8 osob (údaj za rok 2009).

Téměř všichni z dotázaných respondentů znají rizika, která kouření přináší, je tedy otázkou, proč i přes tuto znalost nepřestanou kuřáci s tímto zlovykem???

130 osob ze souboru uvádí, že **rozhodně či spíše ano** souhlasí se zákazem kouření v restauracích. Proti tomuto zákazu se vyslovilo **52 z dotázaných kuřáků**. Dle výzkumné zprávy se vyslovilo pro tento zákaz 67 osob (za rok 2009), **11,9 názor nevyslovilo a 21,1 osob bylo proti tomuto zakazu**.

Pochopitelná a logická je souvislost mezi postojem k zakazu kouření v restauracích a vztahem ke kouření. Jednoznačně platí, že kuřáci jsou největší odpůrci zakazu, zatímco nekuřáci jeho největšími zastánci.

159 z dotázaných respondentů je názoru, že zvýšení cen tabákových výrobků rozhodně či spíše nepřispívá ke snížení kuřáctví.

Téměř většina z respondentů (178 osob) si myslí, že výraznější varovné nápisy na krabičkách cigaret rozhodně či spíše nemohou snížit výskyt kuřáctví.

Se zákazem reklamy propagující tabákové výrobky vyslovilo **souhlas 140 z dotázaných**, což představuje přibližně tři čtvrtiny z dotázaných osob.

Legislativu platící v České republice a týkající se kouření považuje, kromě kuřáka, za **nedostačující 65 osob**. Dle kuřáka je legislativa **dostačující** a to pro **26 z dotázaných kuřáků**.

Jelikož byl soubor **příležitostných kuřáků** zastoupen pouze 13 osobami z dotázaných a bylo by s ním obtížné pracovat, jsou shrnuty zjištěné výsledky této skupiny v následujícím odstavci, nikoliv v tabulkách či grafech.

Jako nejčastěji uváděný věk pro začátek kouření bylo uvedeno věkové rozhraní **15 – 19 let**, což je velmi alarmující a bylo by tedy potřeba začít s osvětou již na základní škole a dále pokračovat na škole střední či učilišti. Na otázku „Kolik let celkem kouříte“ bylo nejčastěji uvedeno rozhraní **5 – 9 let**. Pouze **1** z dotázaných uvedl, že **kouří déle než 30 let**. Jako nejvyšší počet vykouřených cigaret za den byl uveden počet **méně než 5 cigaret**. Naopak více než 20 vykouřených cigaret za den neuvedl nikdo. Smutné je zjištění, že se z 13 dotázaných **7 osob nepokoušelo v posledním roce přestat kouřit**. Naopak je pozitivní zjištění, že **více než tři čtvrtiny z dotázaných nekouří při jízdě autem**, čímž zabraňují nepříznivému vnitřnímu prostředí v autě či dokonce chrání spolucestující před pasivním kouřením. Většina z **příležitostných kuřáků kouří jen v kolektivu přátel**, což chrání ostatní členy rodiny před vystavením tabákovému kouří. Více než tři čtvrtiny z dotázaných se projeví jako ohleduplní lidé, kteří nekouří ve společnosti lidí, kteří nekouří. Nejčastěji uváděný názor na

člověka, který kouří ve společnosti nekuřáků byl **bezohlednost**. Dle příležitostných kuřáků **nejčastěji kouření představuje zlovyk**. Dále zvyšuje **společenskou atraktivitu, je prostředkem k zvládnutí stresu či relaxaci**. **Více než polovina nepobývá v zakouřeném prostředí**. Všichni z dotázaných příležitostných kuřáků **znají rizika, která kouření přináší, ale i přesto kouří**, což je opravdu zarážející skutečnost. **Přibližně polovina z dotázaných by souhlasila se zákazem kouření v restauracích**. **Tři čtvrtiny z dotázaných si nemyslí, že by mohlo zvýšení cen tabákových výrobků přispět ke snížení kuřáctví**. **Celá skupina příležitostných kuřáků zastává názor, že výraznější varovné nápisy na krabičkách cigaret nemohou vést ke snížení kuřáctví**. **Se zákazem reklamy propagující tabákové výrobky souhlasí většina z dotázaných**. **Polovina z dotázaných příležitostných kuřáků považuje legislativu platící v ČR a týkající se kouření za nedostačující**. Naopak jako dostačující ji považují pouze 3 z dotázaných.

Závěr

V bakalářské práci na téma „Kouření a jeho odraz v postojích české společnosti“ jsem shrnula teorii týkající se historie kouření a tabáku, rostliny tabáku, biochemie kouření, kde jsou popisovány jednotlivé složky tabákového kouře. Dále je uveden vliv kouření na zdraví včetně popisu jednotlivých onemocnění. Další kapitoly jsou věnovány pasivnímu kouření, prevenci kouření, společenskému postoji proti kouření a léčbě včetně uvedení možností pro odvykání. V závěrečné kapitole teoretické části je uvedena legislativa.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na orientační dotazníkové šetření. Z tohoto šetření vyplynulo, že kuřáci, příležitostní kuřáci, bývalí kuřáci a nekuřáci mají rozdílné názory v otázkách problematiky kouření v závislosti na jejich vlastním postoji ke kouření.

Závěrem mohu říci, že cíl bakalářské práce byl splněn. Díky dotazníkovému výzkumu vyplynulo, že skutečně záleží na tom, zda dotyčný člověk kouří či nekouří a od této skutečnosti se dále odvíjí jeho názory na problematiku kouření.

Souhrn

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

Vysoká je prevalence kuřáků především v populaci dospívajících a mladých dospělých do 24 let. Úroveň ochrany nekuřáků před tabákovým kouřem v prostředí je nízká, zejména u dětí předškolního a školního věku. Vysoká je prevalence fatálních i nefatálních následků kouření, vyšší úroveň úmrtnosti na nádory související s kouřením v porovnání s ostatními státy.

Prevalence kuřáctví mezi dospělými od poloviny 90.let stagnuje, mírný je pokles u mužů. Důsledky kuřáctví lze prokázat nejen v kontextu objektivních zdravotních důsledků, ale také v rovině subjektivního vnímání zdravotního stavu (u nekuřáků příznivější ukazatelé kvality života).

Podle výzkumu v roce 2009 v ČR je 29,2 % občanů ve věku 15 – 64 let označeno jako pravidelní kuřáci. Z dlouhodobého hlediska nelze říci, že by docházelo ke snížení počtu kuřáků v populaci a to znamená, že by dosud přijatá protikuřácká opatření přispěla ke snížení počtu kuřáků. **Z hlediska věku je zaznamenán nejvyšší podíl kuřáků ve věkové kategorii 15 -24 let a to 36,7 % (25).**

Z důvodu svého dlouholetého zájmu o problematiku kouření, jsem si právě toto téma zvolila pro svou bakalářskou práci. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena do několika kapitol, které shrnují historii kouření a tabáku, rostlinu tabáku, složení tabákového kouře, vliv kouření na zdraví s popisem jednotlivých onemocnění jako možných důsledků kouření. Dále jsou v práci uvedeny kapitoly týkající se pasivního kouření, prevence kouření, společenského postoje proti kouření a léčbě, kde jsou uváděny možné prostředky pro odvykání kouření. Poslední kapitola teoretické části práce je věnována legislativě; zejména legislativě platící v České republice.

Praktická část byla zaměřena na orientační dotazníkové šetření, které mělo za cíl zjistit, zda kuřáci, příležitostní kuřáci, bývalí kuřáci a nekuřáci mají či nemají shodné názory v otázkách problematiky kouření. Do dotazníkového šetření se zapojilo 200 osob, 116 žen a 84 mužů. Respondenti odpovídali na celkem 20 otázek, z toho první 3 byly zjišťující. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že se názory v otázkách kouření liší v závislosti na skutečnosti, zda dotyčný člověk kouří či nekouří

Kouření je nejen vážné zdravotní riziko, ale také společensky nevhodné chování.

Summary

Smoking becomes an important and serious problem for the health service but also for all society, not only in our country but also in the world. According to the estimations of the WHO, smokers constitute approximately one third of the adult population and a prevalence of smoking in the younger age cluster of both sexes increases. A growing number of smoking women in the younger age group is significant.

A prevalence of smokers is high especially in the population of teenagers and young adults up to 24 years. The level of protection of non-smokers from the tobacco smoke is low, especially concerning children in the preschool and elementary school age. A prevalence of both fatal and non-fatal consequences of smoking, a higher level of mortality caused by tumors related to smoking in comparison with the other states.

A prevalence of smoking among adults since the mid 90-ies stagnates, a decrease in the men's side is moderate. The consequences of smoking can be proved not only in the context of objective effects on health but also in the field of the subjective perception of the health status (concerning non-smokers more favourable life quality indices).

According to the research from 2009, 29,9% of citizens in the age from 15 to 64 in the Czech republic are identified as regular smokers. In the long term it is not possible to express that the number of smokers in the population might decrease or that so far adopted measures might contribute to a decrease in the number of smokers. **From the age point of view, a largest rate of smokers is registered in the age category 15 – 24 years, i.e. 36,7%.**

By reason of my long- term interest in the smoking problem I chose this topic for my bachelor work. My work is divided into theoretical and practical work. The theoretical part is divided into several chapters which summarize a history of smoking and the tobacco, the plant of tobacco, the composition of a tobacco smoke, the implication for the health with a description of particular diseases as possible consequences of smoking. Further in my work there are chapters concerning a passive smoking, a prevention of smoking, social attitude

against smoking and towards a treatment where there are indicated possible means for the weaning the smoke. The last chapter of the theoretical part is dedicated to the legislation, especially the legislation valid in the Czech republic.

The practical part has been focused on orientation questionnaire research whose goal was to find out whether smokers, occasional smokers, former smokers and non-smokers have the same opinion in the area of smoking or not. In the questionnaire there has been engaged 200 people out of which 116 women and 84 men. Respondents replied 20 questions from which the first 3 were ascertaining. The result of the questionnaire research was that opinions differ dependant on whether a relevant questioned person smokes or not.

**Smoking is not only a serious health risk but also sociably improper
behaviour.**

Seznam použité literatury

- 1) **Sekněte s cigaretami, než cigarety seknou s Vámi**, MUDr. Eva Králíková, CSc., Praha, 2008, Vydala: Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 15 s. ISBN 978-80-254-1939-7.
- 2) **Nekuřáctví – základní podmínka zdravých plic**, MUDr. Eva Králíková, CSc., Vydal: SOLEN, s.r.o.,Lazecká 297/51, Olomouc, 26 s. ISBN 978-80-87327-27-2.
- 3) **Jak přestat kouřit**, MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Jiří T. Kozák, CSc., 2. přepracované a doplněné vydání, Vydal: MAXDORF, Na Šejdru 247/6a, Praha 4, 2003, 130 s. ISBN 80-85912-68-6.
- 4) **Odvýkání kouření v denní praxi lékaře**, MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Jiří T. Kozák, CSc., Vydal: MAXDORF s.r.o., Kukučínova 1148, Praha 4, 32 s. ISBN 80-85800-66-7.
- 5) **Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice**, MUDr. Hana Sovinová, PhDr. Ladislav Csémy, 92 s. ISBN – 80-7071-230-9.
- 6) **Ne děkuji, lékaři a kouření**, MUDr. Eva Králíková, CSc.,Sazba a tisk: JESSENIUS, Kukučínova 1151, Praha 4.
- 7) **Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku**, MUDr. Eva Králíková, CSc., [et al.], Česká kardiologická společnost, Pekařská 962/72, Brno, 2006, 22 s. ISBN 80-239-7362-2.
- 8) **Rizikový faktor kouření**, MUDr. Jiří T. Kozák, CSc.,a kol, 1993, 242 s. ISBN 80-85267-42-X.
- 9) **Časopis lékařů českých**, 1-6 + příloha 2004, MK ČR E 77 ISSN 0008 – 7335, 143 – 2004.
- 10) **Časopis lékařů českých**, 7-12/2004, MK ČR E 77 ISSN 0008 – 7335, 143 – 2004.
- 11) Brožurka „**Sladké vábení vodní dýmka – sladký dým pro mladé**“, MUDr. Hana Sovinová, Státní zdravotní ústav, Praha 10, ALFILE design 2009.
- 12) **Zákon č. 379/2005 Sb.** - O opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

- 13) **Vyhláška č. 137/2004 Sb.**, - O hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných.
- 14) **Zákon č. 262/2006 Sb.** Zákoník práce.
- 15) **Zákon č. 231/2001 Sb.**, – o rozhlasovém a televizním vysílání.
- 16) **Vyhláška Ministerstva zemědělství č. 344/2003 Sb.**, kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky.
- 17) **Vyhláška Ministerstva financí č. 275/2005 Sb.**, kterou se stanoví postup při zpracování návrhů cen pro konečného spotřebitele u cigaret.
- 18) **Zákon č. 353/2003 Sb.** (novelizován zákonem č. 217/2005 Sb.). O spotřebních daních.
- 19) **Zákon č. 231/2001 Sb.**, – O rozhlasovém a televizním vysílání.
- 20) **Vyhláška Ministerstva zemědělství č. 113/2005 Sb.**, - o způsobu označování potravin a tabákových výrobků.
- 21) **Vyhláška Ministerstva financí č. 467/2003 Sb.**, (novelizováno vyhláškou 276/2005 Sb.) o používání tabákových nálepek při značení tabákových výrobků.
- 22) **Zákon č. 258/2000 S.**, o ochraně veřejného zdraví, platném znění.
- 23) **Zákon č. 251/2005 Sb.**, O inspekci práce.
- 24) **Nařízení vlády č. 469/2000 Sb.**, který stanoví obsahové náplně jednotlivých živností.
- 25) „**Poradenství – odvykání kouření**“, přednáška od paní doktorky MUDr. Věry Kernové, Státní zdravotní ústav.
- 26) **Kouření a dutina ústní**, Doc.MUDr. Radovan Slezák, CSc., Prof. MUDr. Aleš Ryška, Ph.D., 2006, 63 s. ISBN 80-903609-6-3.
- 27) Výzkumná zpráva „**Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997 – 2009)**“, autorský kolektiv MUDr. Hana Sovinová, PhDr. Petr Sadílek, PhDr. Ladislav Csémy (vydal SZÚ, 2010).

Internetové zdroje:

28) <http://www.kurakovaplice.cz>

29) <http://www.pestovanitabaku.szm.com/druhy.html>

30) <http://www.szu.cz>

31) <http://www.dokurte.cz>

32) <http://www.nekurte.cz>

33) <http://www.stopkoureni.cz>

Seznam příloh

Příloha č. 1:

Fagerströmův test nikotinové závislosti – FTND – kritéria pro dospělé

Příloha č. 2:

Dotazník

Přílohy

Příloha č. 1:

Fagerströmův test nikotinové závislosti – FTND – kritéria pro dospělé

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?

do 5 minut	3 body
za 6 – 30 minut	2 body
za 31 – 60 minut	1 bod
po 60 minutách	0 bodů

2. Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

ano	1 bod
ne	0 bodů

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

první ráno	1 bod
kteroukoli jinou	0 bodů

4. Kolik cigaret denně kouříte?

0 – 10	0 bodů
11 – 20	1 bod
21 – 30	2 body
31 a více	3 body

5. Kouříte častěji během dopoledne?

ano	1 bod
ne	0 bodů

6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?

ano	1 bod
ne	0 bodů

Orientační hodnocení:

0 – 1: žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu

2 – 4: střední

5 – 10: silná závislost na nikotinu

(7)

Příloha č. 2:

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Štěpánková a jsem studentka 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, obor Veřejné zdravotnictví – kombinovaná forma.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění následujícího dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce na téma **„Kouření a jeho odraz v postojích české společnosti“**.

Předem Vám děkuji za Váš čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku.

U všech otázek prosím zakroužkujte jen jednu odpověď.

Veškeré údaje získané tímto dotazníkem budou použity pouze pro mou bakalářskou práci.

Uved'te, prosím, Vaše pohlaví ? muž - žena

Jaký je Váš věk ?

Vzdělání a) základní vzdělání b) SOU c) SŠ d) VOŠ e) VŠ

1.) Kouříte cigarety?

- a) ano, pravidelně (*nejméně 1 cigaretu denně*)
- b) ano, příležitostně (*méně než 1 cigaretu denně*)
- c) ne, ale dříve jsem kouřil/a (*vykouřeno během života více než 100 cigaret, ale v době šetření nekouří*)
- d) ne, nikdy jsem nekouřil/a (*nikdy nevykouřeno 100 a více cigaret*)

Následující otázky jsou určeny pro současné kuřáky (včetně otázek od č. 12.).

Bývalí kuřáci přejdou k otázce č. 9

Nekuřáci přejdou k otázce č. 12.

2.) Kolik Vám bylo, když jste poprvé začal(a) kouřit?

3.) Kolik let celkem kouříte?

4.) Kolik cigaret vykouříte denně?

- a) méně než 5
- b) >5 - 10
- c) >10 - 20
- d) >20

5.) Pokoušel (a) jste se v posledním roce (tj. 2009) přestat kouřit?

- a) ne
- b) ano, jednou
- c) ano, vícekrát

6.) Kouříte při jízdě autem?

- a) ano
- b) ne

7.) Kouříte doma nebo jen v kolektivu přátel?

- a) doma

- b) v kolektivu přátel
- c) obě varianty

8.) Kouříte, i když jste ve společnosti lidí, kterí nekouří?

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

Následující otázky jsou určeny pro bývalé kuřáky (nekouřící nejméně 6 měsíců)

9.) Kolik Vám bylo, když jste poprvé začal(a) kouřit?

10.) Pokud již nekouříte, jak dlouho (v rocích)?

11.) Kolik let jste kouřil(a)?

12.) Jaký máte názor na člověka, který kouří ve společnosti nekuřáků?

- a) bezohlednost
- b) lhostejnost
- c) přirozenost
- d) bez názoru

13.) Čím je podle Vašeho názoru kouření? (lhostejno, zda Vaše nebo jiných lidí)

- a) zvyšuje společenskou atraktivitu
- b) kompenzuje pocit méněcennosti
- c) zlozvyk
- d) relaxace
- e) nemocí, patřící mezi drogové závislosti
- f) prostředek k zvládnutí stresu
- g) prostředek k ovlivnění tělesné hmotnosti

14.) Pobýváte v zakouřeném prostředí?

- a) ano
- b) ne

15.) Znáte rizika, která přináší kouření?

- a) ano
- b) ne

16.) Souhlasil(a) byste se zákazem kouření v restauracích?

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

17.) Domníváte se, že zvýšení cen tabákových výrobků přispívá ke snížení

kuřáctví?

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

18.) Myslíte si, že výraznější varovné nápisy na krabičkách cigaret mohou snížit výskyt kuřáctví?

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

19.) Souhlasíte se zákazem reklamy propagující tabákové výrobky?

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

20.) Co soudíte o legislativě, která platí v České republice, týkající se kouření?

- a) je dostačující
- b) je nedostačující
- c) je přísná
- d) je benevolentní

Děkuji za Vaše odpovědi.