

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav zdraví dětí a mládeže



Užívání tabákových výrobků u studentů 3. LF UK

*The use of tobacco products by students
from the 3rd Medical Faculty of Charles University*

Bakalářská práce

Kateřina Kočová

Praha, 2014

Autor práce: Kateřina Kočová

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Veřejné zdravotnictví

Vedoucí práce: **Doc. MUDr. Dagmar Schneidrová, CSc.**

Pracoviště: **Ústav zdraví dětí a mládeže, 3. LF UK v Praze**

Předpokládaný termín obhajoby: září 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 19. 8. 2014

Kateřina Kočová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Doc. MUDr. Dagmar Schneidrové, CSc. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, poskytnutí výsledků dotazníkového šetření a dalších studijních materiálů, panu Mgr. Viktorovi Hynčičovi za pomoc při statistickém zpracování a všem ve svém okolí, kteří mě podporovali a měli se mnou během mého studia a při psaní práce trpělivost.

Obsah

ÚVOD	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1. Historie tabáku a kouření	8
1.2. Tabák	9
1.3. Tabákové výrobky	10
1.3.1. Cigarety.....	10
1.3.2. Doutníky, dýmky.....	11
1.3.3. Vodní dýmka.....	12
1.3.4. Bezdýmý tabák.....	13
1.3.5. Elektronická cigareta.....	14
1.4. Složení cigaretového kouře	15
1.5. Pasivní kouření	16
1.6. Kouření a jeho vliv na organismus	17
1.6.1. Kouření a kardiovaskulární onemocnění.....	17
1.6.2. Kouření a onemocnění dýchacího systému.....	18
1.6.3. Kouření a nádorová onemocnění.....	19
1.7. Prevalence kuřáctví v ČR	19
1.8. Kouření zdravotníků	22
1.9. Definice kuřáctví	22
1.10. Závislost na tabáku	22
1.11. Abstinenční příznaky	23
1.12. Prevence závislosti na tabáku	24
1.12.1. Prevence kouření na 3. LF UK.....	24
1.13. Léčba závislosti na tabáku	26
1.13.1. Krátká intervence („5A-5P“).....	27
1.13.2. Behaviorální a psychosociální intervence.....	27
1.13.3. Farmakoterapie.....	28
1.13.3.1. <i>Vareniklin (Champix)</i>	28
1.13.3.2. <i>Náhradní terapie nikotinem (NTN)</i>	28
1.13.3.3. <i>Bupropion</i>	29

1.13.4. Odborná pomoc při odvykání kouření	29
2. PRAKTICKÁ ČÁST	31
2.1. Cíl práce	31
2.2. Metodika práce	31
2.3. Hypotézy	31
2.4. Sběr dat	31
2.5. Sledovaný soubor	32
2.6. Výsledky	33
2.7. Diskuze	38
ZÁVĚR	40
SOUHRN	41
SUMMARY	42
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	43
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	46
SEZNAM PŘÍLOH	47
PŘÍLOHY	48

ÚVOD

„Kouření škodí zdraví.“ „Kouření může zabíjet.“ „Kouření vážně škodí Vám i lidem ve Vašem okolí.“ „Kouření ucpává tepny a způsobuje infarkt a mrtvici.“ „Chraňte děti: nenuťte je vdechovat Váš kouř.“ A plno dalších varování a zdravotních upozornění můžeme najít na krabičkách cigaret. I přesto však na nemoci způsobené kouřením umírá polovina kuřáků, a to v průměru o 15 let dříve, než kdyby nekouřili. A já se ptám: „Proč?!“ Co lidi nutí, aby se cigareta nebo jiný tabákový výrobek stal jejich nejlepším a nerozlučným přítelem? Kuřáci jsou přeci vesměs inteligentní a rozumní lidé, kteří vědí, že na sebe berou velké zdravotní riziko a že je to během života bude „něco“ stát. Nicméně to stále většinu z nich nepřiměje tento problém řešit. Skutečným důvodem, proč kuřáci nepřestávají kouřit, je závislost.

A pokud oni sami sebe nedokáží vymanit z tohoto bludného kruhu, nabízí se lékař a další zdravotníci, kteří by měli být k dispozici a pomoci kuřákům od jejich návyku. Právě praktický lékař a zdravotní sestra mohou svojí přirozenou autoritou kuřákům významně pomoci realizovat jejich rozhodnutí přestat kouřit, pokud ale pacientovu důvěru nezničí tím, že sami budou cítit kouřem. Základem pro úspěšnou léčbu závislosti na tabáku je tedy i nekuřácký personál na nekuřáckém pracovišti.

Cílem mé práce bylo zmapovat problematiku kuřáctví a vytvořit přehled o užívání tabákových výrobků studenty 3. lékařské fakulty UK v Praze. Teoretická část obsahuje obecné poznatky o kouření, tabáku, tabákových výrobcích a s nimi spojených zdravotních rizicích, diagnostice závislosti, léčbě závislosti na tabáku a možnostech prevence. V praktické části se zaměřím na hodnocení výsledků studie zaměřené na zjištění prevalence užívání tabákových výrobků u studentů 3. LF UK v Praze.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1. 1. HISTORIE TABÁKU A KOUŘENÍ

Počátky kouření tabáku můžeme vysledovat v civilizacích amerických Indiánů kolem roku 500 před naším letopočtem, kteří tabák původně využívali pro náboženské obřady a rituály. Kouření, žvýkání, šňupání nebo pojidání tabákových listů bylo také považováno za lék na různé choroby. Do Evropy se rostlina tabáku rozšířila po objevení Ameriky Kryštofem Kolumbem v roce 1492. Přibližně o 20 let později byla přivezena z Kuby z provincie Tabacco první tabáková semena. Odtud tedy pochází název tabák. Mezi Evropany se tabák stává populárním v roce 1560 díky francouzskému velvyslanci v Portugalsku Jeanovi Nicotovi, který tabák přivezl ve formě šňupacího prášku na francouzský královský dvůr. Alkaloid obsažený v tabákových listech byl pak při jeho objevení pojmenován právě po Nicotovi. Tabák se brzy začíná pěstovat po celém světě. Do českých zemí přichází tabák za vlády Rudolfa II. ve druhé polovině 16. století. Kouření bylo zpočátku záležitostí bohatých, protože používané dýmky a další náčiní bylo na tehdejší dobu drahé. Až s výrobou hliněných nebo dřevěných dýmek se kouření tabáku dostává do povědomí i chudších lidí. Rozšířilo se i šňupání tabáku.^{1,2,3}

První cigaretu vyrobil až v roce 1832 egyptský voják při turecko-egyptské válce, který zabalil tabák do papírového tubusu od střelného prachu, když se mu rozbila dýmka. Od této doby začínají cigarety postupně vytlačovat ostatní způsoby používání tabáku. V roce 1847 londýnský trafikant Philip Morris začíná prodávat ručně balené cigarety. Následně byl v USA (1882) patentován stroj na výrobu cigaret a jejich výroba se rozběhla ve velkém. Průmyslově balené cigarety tím získávají dominantní postavení na trhu. Od roku 1913 jsou na trh uváděny moderní cigarety značky Camel, v roce 1924 cigarety značky Marlboro.³ Po masovém rozšíření kouření tabáku se pomalu ale jistě začínají objevovat i tmavé stránky tohoto počínání - nemoci, které byly dříve jen občasnou diagnózou, se začínají vyskytovat mnohem častěji.

1. 2. TABÁK

Tabák je rod rostliny *Nicotiana* patřící do čeledi lilkovitých (*Solanaceae*). Druh *Nicotiana* zahrnuje celkem 67 druhů těchto rostlin. Pro tento rod je charakteristický obsah alkaloidu nikotinu v celé rostlině, včetně kořene. Jsou to jednoleté byliny s jedinou přímou, 1 - 2 metry vysokou žláznatě chlupatou lodyhou. Na ní postupně dorůstají jednoduché, velké a celokrajné listy, které jsou hlavním zpracovávaným produktem. Květy vyrůstají ve vrcholičnatých květenstvích. Plodem je dvoupouzdrá tobolka s velkým počtem drobných semen. K získávání suroviny pro tabákové výrobky se však pěstují především dva druhy:

- *Nicotiana tabacum* (obr. 1), tabák obecný (viržinský), je nerozšířenější. Má listy široce kopinaté, řapík křídlatě rozšířený, květy s trubkovitými až nálevkovitými korunami, růžovými až červenými.
- *Nicotiana rustica* (obr. 2), tabák selský tzv. machorka, je méně využívaným druhem. Listy má výrazně řapíkaté, vejčitého tvaru, květy krátce trubkovité s nazelenale žlutou korunou.⁴

Obr. 1: *Nicotiana tabacum*, tabák obecný (viržinský)

(Zdroj:

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Nicotiana_tabacum_-_K%C3%B6hler%E2%80%93Medizinal-Pflanzen-098.jpg)





Obr. 2: *Nicotiana rustica*, tabák selský

(Zdroj:

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Nicotiana_rustica_-_K%C3%B6hler%E2%80%93Medizinal-Pflanzen-226.jpg)

Alkaloid nikotin je obsažen především v tabákových listech, jeho obsah závisí na druhu tabáku, stanovišti, kultuře a dalších podmínkách. *Nicotiana tabacum* obsahuje od 0,6 % do 6 % nikotinu, v *Nicotiana rustica* ho můžeme nalézt 10 % i více.³

1.3. TABÁKOVÉ VÝROBKY

Dle vyhlášky Ministerstva zemědělství České republiky č. 344/2003 Sb., kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky, se tabákovým výrobkem rozumí výrobek určený ke kouření, šňupání, sání nebo žvýkání, pokud je vyroben zcela nebo zčásti z tabáku, včetně tabáku geneticky upraveného.

1.3.1. CIGARETY

Cigarety jsou nejoblíbenější formou užívání tabáku po téměř celém světě. Ze všech tabákových výrobků mají největší schopnost vyvolat a udržet závislost.⁵ Běžná cigareta je jemně nařezaná tabáková směs zabalená v cigaretovém papírku. Obsahuje až třicet druhů tabáku, ke kterým se přidávají některá z povolených aditiv, např. přísady pro rychlejší a vyšší vstřebávání nikotinu, přípravky udržující směs tabákových jemných řízků

při sobě nebo zvlhčovací prostředky, aby byla dodržena přiměřená a vhodná vlhkost a zároveň také zajišťují udržení vůně, vyvolávají pro kuřáka příjemnou chuť tabáku.^{6,7} V současnosti jsou průmyslově vyráběné cigarety většinou opatřeny filtrem z acetátu celulózy.⁶

Cigaretový papír je obal obklopující tabákovou směs. Jde o speciální papír určený pro průmyslovou výrobu a ruční balení cigaret. Používá se lněný nebo konopný, kvalitní celulózový papír, do kterého se přidávají různé chemikálie, např. uhličitán vápenatý pro zlepšení poréznosti a hoření, uhličitán hořečnatý pro vylepšení barvy popela, oxid titaničitý zbělující popel nebo dusičnan draselný, který zkvalitňuje hoření a dává popelu soudržnost.³

V České republice je od 17. listopadu 2011 zavedena povinnost úpravy cigaret na tzv. RIP - Reduced Ignition či LIP - Lower Ignition Propensity, označující cigarety se sníženou schopností k zapálení, jsou-li hořící volně položeny například na stole či na koberci. Jejich cigaretový papírek obsahuje dva proužky s menší propustností vzduchu, které by měly v případě dohoření cigarety k proužku oheň zhasnout. Kouření jako takové to nenarušuje, kuřák žádný rozdíl nepocítí.⁵

1.3.2. DOUTNÍKY, DÝMKY

Dýmkový tabák a doutníky nepředstavují bezpečnou variantu cigaret. Celkové riziko bývá o něco nižší než u cigaret, ale riziko nádorových onemocnění ústní dutiny a jícnu je podobné jako u kuřáků cigaret. Malé doutníky obsahují většinou 1,3 - 2,5 gramu tabáku, velké pak až 17 gramů tabáku (cigareta méně než jeden gram). Kouř doutníků obsahuje vyšší koncentrace toxických a kancerogenních látek než kouř cigaret. Kuřáci doutníků ale nemusejí potahovat kouř až do plic, aby se nikotin vstřebal

- díky vyššímu pH se nikotin snadno vstřebává bukalní sliznicí, což vede k pomalejší distribuci do mozku než při vstřebávání plicními alveoly u cigaret a to by mohl být důvod nižší návykovosti v porovnání s cigaretami.⁵

Kvalitní doutníky se skládají zpravidla z tří vrstev tabáku. Jádro doutníku tvoří náplň (filler) tvořená celými tabákovými listy (Long Filler) procházející skrze celý doutník či menšími listy (Medium Filler), které

nevyplňují celou délku doutníků nebo z řezaných tabákových listů (Short Filler) u méně kvalitních doutníků. Náplň se může skládat i z více druhů tabáku. Tato náplň je obalena vázacím listem (binder) a na povrchu doutníku je krycí list (wrapper) tvořící doutníkový obal.⁸

1.3.3. VODNÍ DÝMKA

Kouření vodní dýmky je známo více jak 400 let a je běžné v Arábii, Turecku, Indii či Pákistánu nebo v některých oblastech Číny. Užívání vodní dýmky je považováno za typickou sociální aktivitu. Hořící dýmka je centrem skupiny při konverzaci a stává se jedním ze způsobů společného trávení volného času. Sdílení náustku při kouření vodní dýmky představuje vysoké riziko přenosu infekcí (např. hepatitidy A, viru herpes simplex, respiračních infekcí). V posledních letech je tato aktivita oblíbená i ve vyspělých zemích, i u nás, a to zejména u mladých lidí.⁵ Kouření vodní dýmky vnímáme především jako zajímavou, netradiční, exotickou aktivitu, která je ale velmi nebezpečná tím, že je spojována s celou řadou mýtů a neuvědomujeme si skutečné zdravotní riziko pro kuřáky i pro další lidi vystavené jejímu kouři.⁹

Vodní dýmka se skládá z hlavy, těla, skleněné nádoby na vodu a hadičky s náustkem. Vodou se naplní skleněná nádoba a k ní se připevní tělo vodní dýmky. Do hlavy dýmky umístíme 10 - 20 gramů tabákové směsi, která se obvykle přikrývá alobalem s otvory, a navrch položíme hořící uhlík. Kuřák šlukuje skrz hadičku s náustkem, ve skleněné nádobě se tím vytváří podtlak, který přechází do hlavy vodní dýmky a do nádoby je natahován vzduch skrz rozžhavený uhlík a tabákovou směs. Dým probublává vodou, kde se ochlazuje a poté je nasáván hadičkou do náustku. Dým se však ve vodě nepročistí, jak se často uživatelé vodních dýmek domnívají, nýbrž naopak v něm většina produkovaných toxických látek zůstává.¹⁰ Při vykouření jedné vodní dýmky (průměrně za 50 minut) kuřák vdechne přibližně 100 - 200krát více kouře, než při vykouření jedné cigarety. V souvislosti s použitím dané směsi tabáku a velikostí zápalného uhlíku se také vytváří 30 - 100krát více dehtu, 17 - 50krát více oxidu uhelnatého a kouř obsahuje až 6krát více nikotinu než jedna cigareta.⁹ Přesto však i v dnešní době stále značně

převládá přesvědčení, že kouření vodní dýmky neškodí nebo že je o něco méně škodlivé než kouření cigaret a to na základě dalších klamných dojmů jako například, že kouř vodních dýmek obsahuje méně nikotinu, jejich kouř méně dráždí a je méně nebezpečný pro dýchací systém, tabákové směsi obsahují ovoce, a jsou proto zdravé.^{5, 10}

Nicméně postupně začíná narůstat počet těch kuřáků, kteří si jistě riziko připouštějí. Zejména pro tyto případy jsou nyní nově nabízeny tzv. steam stones („parní kamínky“), které slouží jako náhražka místo tabáku. Jedná se o stoprocentní přírodní porézní materiál, který se ponoří do glycerinu a po zahřívání ve vodní dýmce produkuje páry podobné kouři, které kuřák vdechuje. Údajně neobsahují žádné minerály, prach, dehet, oxid uhelnatý nebo další karcinogenní látky. Zdravotní rizika však zatím nejsou známa.^{12, 13}

Nabídka tabáků do vodní dýmky je velmi pestrá. Rozlišujeme tři základní formy:

1. muessel - medový - tabák tvoří jen 30 % této směsi, zbytek tvoří med nebo melasa (vedlejší produkt při výrobě cukru z cukrové třtiny); většinou je ochucený umělými ovocnými příchutěmi
2. tumbak - tmavá, pouze tabáková pasta
3. urak - přechodná forma, může také obsahovat různé příchutě.⁵

Kouřit lze i ochucené, často ovocné, bylinné směsi bez příměsí tabáku, které jsou tvořeny drtí stvolů cukrové třtiny (odpad po vyluhování cukru). Právě sladká a ovocná chuť dýmu z vodní dýmky ho dělá tak atraktivní především pro mladé lidi.⁹

1.3.4. BEZDÝMÝ TABÁK

Jedná se o skupinu tabákových výrobků, které při konzumaci nepotřebují hořet - řadíme sem tabák šňupací (do nosní dutiny) a orální (do ústní dutiny). Orální tabák může být buď žvýkací (sušené tabákové listy) nebo „moist snuff/snus“ (tabák porcovaný v pytlíčcích, které se cucají). V Evropské unii je od roku 1992 snus zakázán (výjimku má Švédsko, kde tuto formu tabáku užívá kolem 20 % obyvatelstva) a ačkoliv se u nás oficiálně

prodávat nesmí, lze jej získat přes internet. V České republice však není užívání tohoto tabáku moc rozšířeno.

Přestože bezdýmý tabák obsahuje méně škodlivin než tabák, který hoří, nelze o něm říci, že je bezpečný, jelikož každá forma tabáku a každá dávka poškozují zdraví. V souvislosti s dlouhodobým užíváním žvýkacího tabáku jsou prokázány lokální zdravotní dopady na organismus - abraze zubní skloviny, paradentóza, ale také celkové účinky - karcinogeneze (dutina ústní, jícen, hrtan, pankreas) nebo vliv na kardiovaskulární systém (onemocnění srdce, cévní mozkové příhody).^{5, 11}

1.3.5. ELEKTRONICKÁ CIGARETA

Elektronická cigareta se řadí mezi ENDS (Electronic Nicotine Delivery Systems), tedy systémy, které dodávají nikotin elektronicky. Označují se tak všechny podobné výrobky na stejném principu - zahříváním tabákového extraktu se uvolňuje nikotin. Elektronická cigareta je plastová tyčinka, kterou lze rozšroubovat. Obsahuje dobíjecí baterii s mikroprocesorem pro řízení chodu cigarety; atomizér, který do proudícího vzduchu při potažení vstříkne kapičky roztoku (výtažek z tabáku, obsahuje například propylenglykol nebo nikotin). Současně je rozsvícena dioda, simulující hoření cigarety. Nedochozí k hoření, teplota je zde kolem 60 °C a kuřák vdechuje „páru“, připomínající kouř, která se po vydechnutí rozplyne. Vizuální vnímání kouře i iluze hořící cigarety je součástí psychosociálních vazeb na kouření. Na stejném principu fungují i e-dýmky (e-pipe) a e-doutníky (e-cigar).^{5, 14}

Do elektronické cigarety se vkládají vyměnitelné náplně tzv. e-patrony (cartridge) s volitelnou koncentrací nikotinu (velmi vysoké koncentrace odpovídají obsahu nikotinu v standardní cigaretě, nízké napodobují obsah nikotinu v cigaretách „light“ a „ultralight“), a také s různými příchutěmi. Dle testování Úřadu pro kontrolu potravin a léků v USA se však ukázalo, že údaje o nikotinu na obalech patron se mohou výrazně lišit od jeho skutečného obsahu.⁵

Elektronickou cigaretu lze považovat za méně nebezpečnou alternativu kouření (ačkoliv zatím stále neznáme přesné složení látek, které

uživatel e-cigarety vdechuje) a to zejména kvůli tomu, že elektronická cigareta se nezapaluje, respektive nic v ní nehoří a tím nevzniká kouř s obsahem řádově tisíce látek jako u klasické cigarety. V e-kouři byla při testování prokázána přítomnost potenciálně toxických a karcinogenních látek (např. acetaldehyd, formaldehyd, aceton, nitrosaminy), ale v 9 - 450krát nižším množství než v kouři z klasických cigaret¹⁵ a velmi variabilním dle druhu použitého roztoku a baterie v e-cigaretě.¹⁶

Legislativa v oblasti elektronických cigaret se v různých zemích liší, od zákazu prodeje až po doporučenou pomoc při odvykání. V Evropské unii se stále vedou spory, zda elektronické cigarety posuzovat jako léky nebo jako tabákové výrobky.¹⁷ Česká republika je explicitně zařazuje zákonem č. 379/2005 Sb. a jeho novelou č. 305/2009 Sb. mezi tabákové výrobky.

1.4. SLOŽENÍ CIGARETOVÉHO KOUŘE

Poškození organismu kouřením je způsobeno látkami obsaženými v tabáku a produkty vznikajícími při jeho hoření. Cigaretový kouř je podle IARC (Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny WHO) jako takový řazen do skupiny 1 mezi prokázané karcinogeny pro člověka. Obsahuje směs více než 4000 chemických anorganických i organických látek, z nichž většina vzniká v průběhu hoření nebo se vytváří v důsledku interakcí. Přibližně 100 látek můžeme klasifikovat jako kancerogeny, kouř dále také obsahuje prokázané mutageny, alergeny, toxické nebo psychoaktivní látky.

Kouř aktivně vdechovaný kuřákem nazýváme hlavním (primárním) proudem kouře, kouř vycházející z hořícího konce mezi jednotlivými tahy je vedlejší (sekundární) proud. Kvalitativní a kvantitativní složení kouře ovlivňuje především teplota. Během šlukování dosahuje teplota v oharku cigarety 900 °C, s místy na periferii až 1050 °C. Během pasáže kouře tabákem dochází k ochlazení až na 40 °C. Na základě tohoto teplotního gradientu rozlišujeme na cigaretě tři teplotní zóny: zóna vysoké teploty 900 - 600 °C, kde není přítomen kyslík; zóna s odčerpaným kyslíkem a teplotou mezi 600 - 100 °C, kde dochází k destilaci a zóna nízkých teplot pod 100 °C. V těchto zónách dochází k tvorbě hlavního proudu kouře těmito reakcemi -

hydrogenací, pyrolýzou, oxidací, dekarboxylací, dehydratací, chemickou kondenzací, destilací a sublimací. Konečná výchozí teplota hlavního proudu kouře pak kolísá mezi 25 - 50 °C v závislosti na délce nedopalku. Vedlejší proud kouře je tvořen během doutnání cigarety, kdy je nejvyšší teplota uprostřed žhavého oharku nejvýše 800 °C, ale v okolí několika centimetrů od oharku je už teplota stejná jako teplota okolí.

Kouř lze rozdělit na plynnou a pevnou fázi. Plynná část představuje až 90 % hmotnosti hlavního proudu kouře. Obsahuje oxid uhelnatý, oxid uhličitý, oxidy dusíku, amoniak, těkavé N-nitrosaminy, kyanovodík, těkavé sloučeniny síry, těkavé nitrily, uhlovodíky, alkoholy, aldehydy a ketony. Pevná fáze cigaretového kouře je tvořena z nikotinu, netěkavých N-nitrosaminů, aromatických aminů, alkanů a alkenů, izoprenoidů, benzenu, naftalenu, radioaktivních látek a dalších sloučenin.⁷

1.5. PASIVNÍ KOUŘENÍ

Pasivní kouření neboli „secondhand smoke“ (kouř z druhé ruky) či „involuntary smoking“ (nedobrovolné kouření) prokazatelně způsobuje nemoci a předčasná úmrtí (cca 1 % celosvětové mortality). Tabákový kouř v místnosti je přibližně z 80 % tvořen vedlejším proudem kouře. Je to dáno tím, že u volně hořící cigarety probíhá pyrolýza za nižší teploty, tím je méně kvalitní, a proto je vedlejší proud kouře po kvantitativní stránce odlišný od hlavního proudu - koncentrace kancerogenů je zde díky nedokonalému spalování mnohonásobně vyšší.

Pasivní kouření má podobný vliv jako kouření aktivní, ovšem v menší míře, protože dávka kouře je menší než u kuřáka. Neexistuje tedy žádná bezpečná dávka tabákového kouře, vdechování jakéhokoliv množství může být zdraví nebezpečné. U dětí zvyšuje riziko syndromu náhlého úmrtí dítěte, děti mají častější záněty dýchacích cest, astma, ušní infekce, zhoubné leukémie (10 % všech leukémií je způsobeno nedobrovolným vdechováním kouře z cigaret).

Od roku 2009 se můžeme setkat i s pojmem kouř ze třetí ruky, „thirdhand smoke“. Pod tento výraz zahrnujeme látky, které zůstávají

na povrchu v místnosti, na šatech, vlasech či pokožce i po vyvětrání tabákového kouře nebo poté, co vyjdeme ze zakouřené místnosti. Zbytkový nikotin navázaný na povrchy v místnosti reaguje s kyselinou dusitou, běžnou součástí znečištěného prostředí, a vznikají silně kancerogenní tabákově specifické nitrosaminy (TSNA). Jednou z důležitých vlastností TSNA je jejich vysoká stabilita v podmínkách místností, a tak se jejich koncentrace při pravidelném kouření ve stejné místnosti může dlouhodobě zvyšovat. Všechny vnitřní prostory by tak měly být výhradně nekuřácké. Kuřáci, kteří žijí s dětmi, by proto neměli kouřit nikdy doma a ani v autě.⁵

1.6. KOUŘENÍ A JEHO VLIV NA ORGANISMUS

Všechny formy tabáku negativně ovlivňují celý lidský organismus, přispívají ke vzniku mnoha různých nemocí a k předčasnému úmrtí na ně. Nejzávažnější z těchto nemocí jsou kardiovaskulární, nádorová onemocnění a onemocnění dýchacího systému. Mají také vliv na ještě nenarozený plod - kouření v těhotenství zvyšuje riziko potratu, nižší porodní váhy novorozence, úmrtí plodu, retardovaného tělesného a duševního rozvoje dítěte.

1.6.1. KOUŘENÍ A KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Kouření je hlavním rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění (KVO). Přibližně polovina úmrtí na KVO je způsobena kouřením.²² Užívání tabáku výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu a průsvit cév v organismu. Kouření vede ke změnám na výstelce cévní stěny a tím se podílí a urychluje vznik aterosklerózy. Ta vede k ischemii orgánů, dolních končetin a závažným nemocem, například k akutnímu infarktu myokardu.

Mechanismy vedoucí ke KVO jsou velmi rozmanité - vazokonstrikce v důsledku aktivace sympatiku, zvýšení viskozity krve a zvýšená srážlivost krve v důsledku zvýšení hladiny fibrinogenu, zvýšení leukocytů v důsledku chronických zánětů, zvýšená glukózová tolerance (vede až k diabetes mellitus II. typu) nebo ovlivnění hladin spektra krevních lipidů. Kardiovaskulární systém zatěžuje i vysoká hladina karboxylhemoglobinu v krvi (COHb = oxid

uhelnatý navázaný na hemoglobinu a tím blokuje vazbu kyslíku) díky obsahu oxidu uhelnatého v tabákovém kouři a to vede k nedostatečné výživě srdce a vzniku ischemické choroby srdeční, anginy pectoris, která se projeví pálivou či řezavou bolestí a tlakem na prsou, zejména při fyzické námaze.

Nepříjemnou a životu ohrožující komplikací aterosklerózy je cévní mozková příhoda. Je způsobena na podkladě uzávěru mozkové tepny nebo na podkladě krvácením do mozku. Její projevy jsou pestré - slabost až ochrnutí jedné poloviny těla, náhlá porucha řeči, sluchu, nevolnost, zvracení, silné bolesti hlavy a další neurologické poruchy dle lokalizace postižení.

Velmi často se vyskytuje ischemie dolních končetin. Cévy vedoucí do dolních končetin bývají postupně zužovány aterosklerotickými pláty, což vede k omezení či ucpaní lumen cévy a zastavení krevního toku. Porucha prokrvení se projeví prudkou bolestí v noze. U diabetiků může vzniknout gangréna, která se ve většině případů řeší amputací příslušné končetiny. Kuřák diabetik má až 40krát vyšší riziko, že u něj dojde k amputaci nohy s gangrénou než diabetik nekuřák.

V souvislosti s vyšší srdeční zátěží se u kuřáků objevuje hypertenze (poškození plic znemožňuje správný průtok krve plicním parenchymem a v důsledku toho je srdce nuceno zvýšit svůj výkon). Kombinace aterosklerózy a hypertenze může vést až k aneurysmatu (výduti) aorty. Aneurysma se někdy projevuje vystřelujícími bolestmi do zad. V případě prasknutí cévní stěny dochází k masivnímu krvácení, které má velmi vysokou úmrtnost.²³

1.6.2. KOUŘENÍ A ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU

Kouření je přisuzována převážná většina úmrtí na chronickou obstrukční nemoc (CHOPN). CHOPN je charakterizována omezením proudění vzduchu v dolních cestách dýchacích, tzv. bronchiální obstrukcí. Tato obstrukce je progresivní, není zcela vratným dějem a bývá spojena s abnormálně zesílenou a chronickou zánětlivou odpovědí dýchacích cest a plic na vdechované částice a/nebo plyny. Hlavními klinickými projevy CHOPN jsou dušnost, omezení akceptovatelné fyzické zátěže a kašel. Většina

nemocných je starších 40 let věku, rizikovou skupinou jsou především kuřáci - ve věku 65 - 70 let trpí CHOPN až 50 % z nich. Kuřáci mívají těžší symptomy, výraznější mortalitu a rychlejší pokles plicních funkcí v porovnání s CHOPN trpícími nekuřáky.⁵

1.6.3. KOUŘENÍ A NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ

Mezi chemickými látkami v tabákovém kouři můžeme detekovat kolem sta kancerogenů, tedy látek schopných způsobit nádorové onemocnění. Kouření však nezpůsobuje jen karcinom plic, ale zvyšuje riziko prakticky všech onkologických onemocnění. Incidence malignit stoupá s věkem, přibližně 80 % vzniká po 50. roku života.

Kouření tabáku zodpovídá za téměř 90 % případů bronchogenního karcinomu a úzce souvisí s množstvím vykouřených cigaret. Kuřáci, kteří denně vykouří jednu krabičku cigaret, mají po 30 letech 20krát vyšší riziko vzniku plicního karcinomu než nekuřáci. Po ukončení kouření se u bývalých kuřáků riziko postupně snižuje a po 10 - 15 letech dosahuje úrovně nekuřáka.²² Asi třetina bronchogenních karcinomů, které jsou diagnostikovány u nekuřáků, vzniká díky vlivu pasivního kouření.

Velmi nebezpečné je podceňování prvních příznaků přítomnosti nádoru u kuřáka. Projevuje se dráždivým kašlem s expektorací i bez, častými infekcemi horních i dolních cest dýchacích, doprovázených i teplotami a poslechovým nálezem na plicích. Přítomnost nádoru v plíci, která je u chronického kuřáka často již postižena CHOPN, může podněcovat častější výskyt sekundárních infekcí díky stagnujícímu hlenu, který se tak často stává příčinou sekundární infekce.⁵

1.7. PREVALENCE KUŘÁCTVÍ V ČR

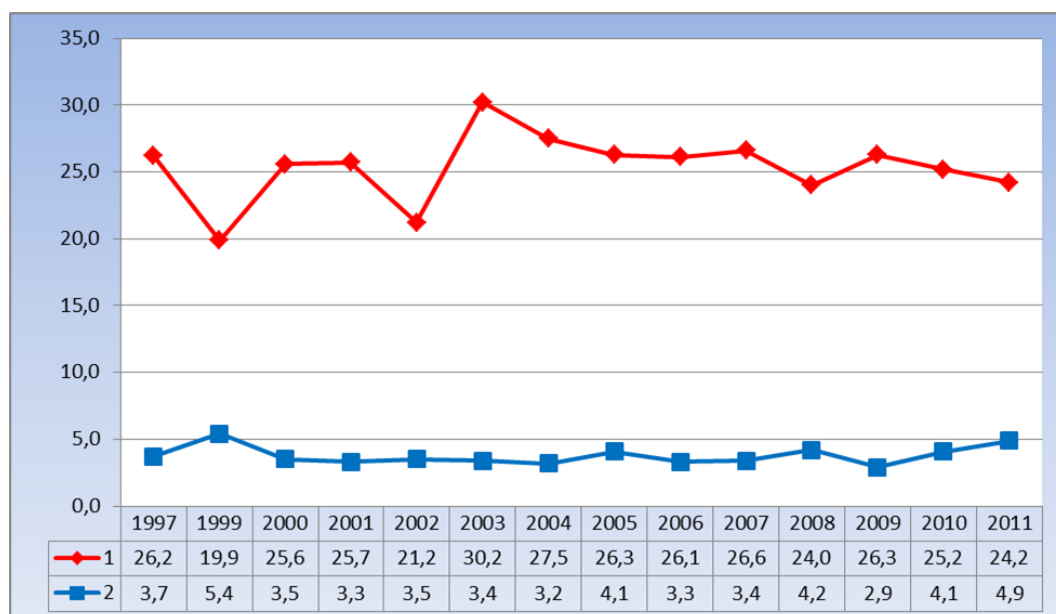
Výzkum názorů a postojů občanů České republiky k problematice kuřáctví je prováděn pravidelně od roku 1997. Výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro populaci České republiky ve věku 15 - 64 let z hlediska pohlaví, věku a regionu.¹⁸

Podle výzkumného šetření z roku 2011 lze v České republice 24,2 % občanů označit za pravidelné kuřáky. Dalších 4,9 % tvoří nepravidelní (příležitostní) kuřáci. Znamená to, že dle vlastní výpovědi 29,1 % občanů České republiky ve věku 15 - 64 let v roce 2011 kouřilo a lze je označit jako kuřáky.

Pokud bychom vzali v úvahu výsledky platné pro celou populaci (včetně nejstarší věkové skupiny nad 65 let, u které je prevalence kouření výrazně nižší), potom podíl kuřáků, kouřících nejméně jednu cigaretu denně činí 21,7 % a těch, kteří kouří méně než jednu cigaretu denně, je 4,1 %. Dalších 11,0 % se označilo za bývalé kuřáky, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří, 22,6 % jsou nekuřáci, kteří to kdysi zkoušeli, a zbývajících 40,6 % nikdy v životě nekouřilo.

Porovnání prevalence kouření v české populaci v jednotlivých letech ukazuje, že zde v období 1997 - 2011 nedochází k výraznějším změnám.“ (Sovinová a kol., 2012) - viz graf č. 1

Graf č. 1: Vývoj prevalence kouření v populaci v letech 1997 - 2011 - ti, kteří kouří nejméně jednu cigaretu denně a méně než jednu cigaretu denně (v %)



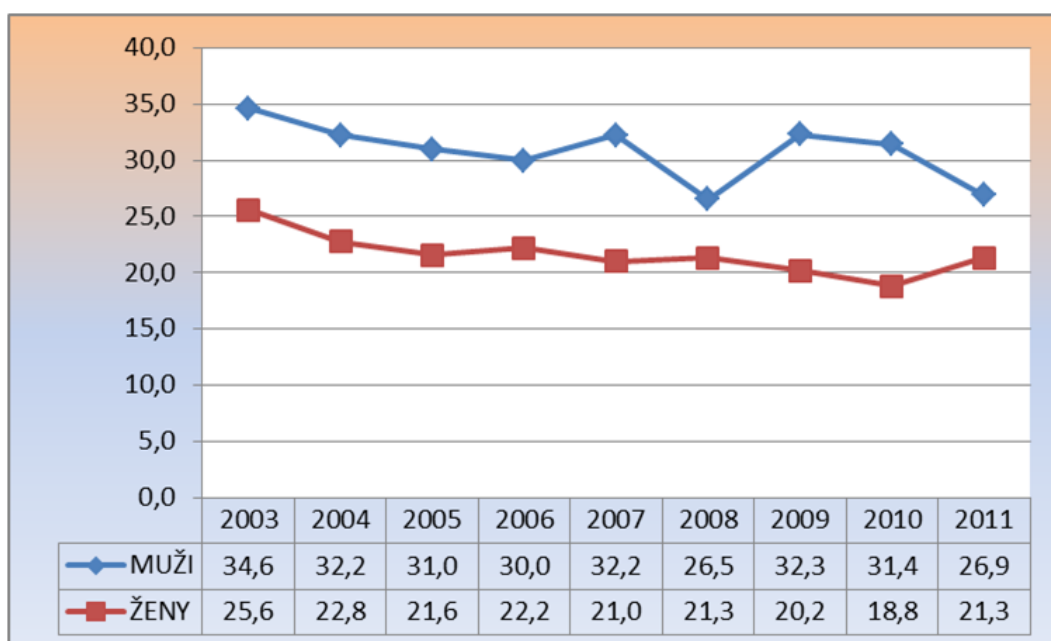
Legenda: 1 - kuřák v současné době kouřící nejméně 1 cigaretu denně

2 - kuřák v současné době kouřící méně než 1 cigaretu denně

(Zdroj: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/zprava-kuractvi-2011.pdf>)

Nejvíce kuřáků se vyskytuje ve věkové skupině 15 - 34 let. Po 35. roce věku začíná prevalence klesat, po 55. roce věku je tento pokles nejvýraznější. Muži kouří významně častěji než ženy - v roce 2011 kouřilo nejméně jednu cigaretu denně 26,9 % mužů a 21,3 % žen v populaci 15 - 64 let (viz graf č. 2).

Graf č. 2: Vývoj prevalence kouření v populaci v letech 1997 - 2011 - ti, kteří kouří nejméně jednu cigaretu - dle pohlaví (v %)



(Zdroj: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/zavislosti/koureni/zpravakuractvi-2011.pdf>)

V rámci sociologického šetření bylo také sledováno v souvislosti s kouřením cigaret i kouření vodní dýmky. Kouření vodní dýmky dle odpovědí respondentů nikdy nevyzkoušelo 61,9 % obyvatel České republiky. Dalších 23,5 % uvedlo, že to zkusilo jedenkrát, 13,6 % občas. Mezi pravidelné kuřáky vodní dýmky lze zařadit cca 1,0 % populace (respondenti, kteří uvedli, že vodní dýmku kouří jedenkrát za týden nebo častěji). Z výzkumu také vyplynulo, že zcela jednoznačně souvisí kouření vodní dýmky s věkem - tento způsob kouření je vyhledáván zejména nejmladšími věkovými skupinami, s přibývajícím věkem se kouření vodní dýmky vyskytuje méně.¹⁸

1.8. KOUŘENÍ ZDRAVOTNÍKŮ

Lékaři, zdravotní sestry i další zdravotníci by měli být nekuřáckým vzorem svým pacientům, ale i svému sociálnímu prostředí. Zdravotníci mají zásadní roli v kontrole tabáku - jsou důvěryhodnými články nejen pro ostatní v populaci, ale i pro média a vedoucí osobnosti a to napříč sociálními, ekonomickými či politickými oblastmi. Nekuřáctví zdravotnického personálu je tedy základní předpoklad pro důvěryhodnou léčbu závislosti na tabáku. Velmi důležitá je edukace pacientů i veřejnosti k nekuřáctví se zvláštním důrazem na mládež. Lékař, z něhož je cítit kouř, si při doporučení přestat s kouřením, jen těžko získá pacientovu důvěru.

V České republice kouří kolem 16 % lékařů. Mezi zdravotními sestrami kouření za posledních 20 let sice kleslo o 10 %, ale i přesto je stále výrazně zvýšeno oproti běžné populaci žen - kolem 40 % (tedy téměř dvojnásobně než u žen v populaci).⁵

1.9. DEFINICE KUŘÁCTVÍ

- Pravidelný (denní) kuřák – kouří v době šetření nejméně jednu cigaretu denně.
- Příležitostný kuřák – v době šetření kouří, ale méně než jednu cigaretu denně.
- Bývalý kuřák – kouřil (vykouřil během života více než 100 cigaret), ale v době šetření nekouří.
- Nekuřák – nekouří a během života nevykouřil nikdy 100 a více cigaret.
- Abstinence – dlouhodobá abstinence se definuje jako doba nejméně 6, raději však 12 měsíců od poslední cigarety, s biochemicky validizovanou abstinencí.¹⁹

1.10. ZÁVISLOST NA TABÁKU

Kuřáctví je dnes považováno za nemoc, kterou je možné vykázat podle 10. verze Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených

zdravotních problémů jako skupinu diagnóz F17 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku.²⁰

Kouření je naučené chování vyvolávající závislost na tabáku. Má tedy dvě složky: psychosociální (behaviorální) závislost a fyzickou, tj. závislost na nikotinu.

Kouření začíná sociální závislostí. První cigareta se ve společnosti vrstevníků obvykle objevuje ve věku kolem 12 - 14 let. Tolerance akutních negativních příznaků (nevolnost, zažívací potíže) se vyvíjí velmi rychle a kouření je považováno za společenskou aktivitu. Při nepřetržitých a opakujících se příležitostech, během kterých si kuřák zapálí, se postupně rozvíjí psychická závislost. Vyjadřujeme ji jako potřebu mít v ruce cigaretu v určitých situacích. Nezáleží nám na složení cigarety, ale na cigaretě jako na nepostradatelném předmětu, který je spojen s určitým rituálem. Tyto situace jsou velmi individuální, avšak časté: např. cigareta u kávy, po jídle, ve stresu nebo odpočinku, během telefonování. Cigareta je tak určitým pomocníkem, berličkou, při řešení daných situací a stává se běžnou součástí životního stylu a chování kuřáka.

Závislost na nikotinu neboli fyzická závislost se objevuje teprve po určité době, která je velmi individuální a vyskytuje se až u 80 % kuřáků. Je způsobena množstvím acetylcholinových receptorů v mozku, na které se nikotin váže a vyvolává neurochemické reakce. Člověk dostává odměnu v podobě stavu uvolnění a stimulace myšlení a pozornosti. Fyzickou závislost snadno diagnostikujeme pomocí dvou jednoduchých otázek: „Kolik cigaret vykouříte za den?“ (více než 10 -15 cigaret značí závislost) a „Jak brzy po probuzení si potřebujete zapálit první cigaretu?“ (kuřák závislý na nikotinu si obvykle zapaluje do jedné hodiny po probuzení).²¹ Tuto závislost lze také podrobněji posoudit Fagerströmovým testem nikotinové závislosti (FTND), viz příloha č. 1 a 2.

1.11. ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY

Pokud kuřák pravidelně nedodává receptorům v mozku nikotin, projevují se u něj abstinenční příznaky. Aby je překonal, vrací se zpět

k užívání a musí si zapálit cigaretu. Tyto příznaky se objevují řádově po hodinách od poslední cigarety. Patří sem touha po cigaretě (craving), špatná nálada až deprese, podrážděnost, frustrace, úzkost, nespavost, poruchy koncentrace, neschopnost odpočívat, zvýšený tep a tlak krve, zvýšená chuť k jídlu, zvyšování hmotnosti. Příznaky většinou trvají kolem čtyř týdnů, ale některé mohou přetrvávat i déle (přibližně až 3 měsíce).⁵

1.12. PREVENCE ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Z hlediska prevence zdravotních problémů způsobených kouřením je optimální nezačínat kouřit vůbec - to je naším cílem u dětí a dospívajících. Nekuřáctví je pozitivní model úspěšného chování ve společnosti. Tabákový průmysl a jeho výrobky jsou původcem tabákové epidemie, a proto bez jejich odstranění nemůže být tato epidemie zastavena. Pro prevenci kouření je nutný komplexní přístup společnosti a plán boje proti kouření. Účinná bývají zejména opatření, proti nimž tabákový průmysl ostře vystupuje, např. zvýšit daně a tím cenu krabičky cigaret, naprostý zákaz reklamy a podpory distribuce tabákových výrobků, včetně sponzorství a ostatních forem nepřímé reklamy, plán opatření na ochranu práv nekuřáků a zákonná úprava nároku na nekuřácké vnitřní i vnější prostředí, odstranění automatů na cigarety, prodej tabákových výrobků z neprůhledných zásobníků a jejich jednotná balení se zdravotním varováním o následcích kouření. Osvědčily se i zdravotní výchova, osvěta v podobě mediálních a dalších informačních kampaní, dostupnost léčby závislosti na tabáku a také vnímání kouření jako nemoci.^{5, 24} Preventivní snahy však neustále brzdí nedůslednost v oblasti dostupnosti tabákových výrobků a silný vliv reklamy.

1.12.1. PREVENCE KOUŘENÍ NA 3. LF UK

V posledních letech se 3. lékařská fakulta připojila k záměru Světové zdravotnické organizace a Evropské unie zabránit kouření a snížit výskyt kuřáků mezi členy fakulty a studenty. Tato činnost byla zařazena do různých

oblastí týkajících se akademického života - vzdělání, poradenství, výzkumu, organizačních opatření a protikuřáckých kampaní.

Témata spojená s kouřením byla zahrnuta do vzdělávání studentů medicíny i do bakalářských studií. Pro studenty jsou v daných úsecích studia připraveny povinné kurzy v rámci předmětů farmakologie a preventivní lékařství a zároveň se zájemci mohou zúčastnit volitelného předmětu „Drogy a drogové závislosti“ (PharmDr. M. Šustková, CSc. - Ústav farmakologie), kde je jeden seminář věnován výhradně kouření.

Od akademického roku 2010/11 je poskytováno poradenství při odvykání kouření ve Studentské poradně při Ústavu zdraví dětí a mládeže. Poradenství zahrnuje první kontakt s klientem, motivační dialog a behaviorální podporu při odvykání kouření. Klienti, kteří vyžadují farmakologickou léčbu, jsou odesláni do specializovaného centra pro léčbu závislosti na tabáku na Klinice pracovního a cestovního lékařství FNKV.

Při příležitosti Světového dne bez tabáku (31. květen) je každoročně pro studenty vyhlašována výtvarná soutěž se záměrem upozornit na závislost na tabáku jako na vážný problém u mladých lidí a zdravotníků jako vzorů pro pacienty i veřejnost. Nejpůsobivější umělecká díla jsou vybírána s cílem navrhnout plakát, který poté bude distribuován na 3. LF UK a FNKV.

Také studenti ve spolupráci s IFMSA (International Federation of Medical Students Associations) každoročně pořádají protikuřáckou kampaň formou Smoke Free Party.

V rámci organizačních opatření se 3. lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady staly nekuřáckými místy se zákazy kouření po celém jejich areálu. Také v etickém kodexu studenta 3. lékařské fakulty UK, který student podepisuje při zápisu do studia, je zařazen odstavec o kouření, který zní: „Student 3. lékařské fakulty UK si je vědom, že jeho chování a životospráva má vliv na pacienty a ostatní studenty a zejména se vyvaruje kouření na místech, kde je kouření výslovně zakázáno.“²⁵

1.13. LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Předpokladem k úspěšné léčbě závislosti na tabáku je pevné rozhodnutí kuřáka přestat kouřit. Za základní kámen považujeme motivaci - nejčastějšími důvody, proč lidé chtějí přestat kouřit, jsou zdravotní, ekonomické nebo estetické důvody, osvobození se od závislosti či změna životního stylu.

Kuřáci přistupují k řešení své závislosti na cigaretách různým způsobem:

- sebeodvykání,
- využití poraden pro odvykání kouření, výchovných a telefonických programů,
- farmakologická léčba,
- hypnóza,
- poradenství lékaře,
- programy hromadných sdělovacích prostředků, společenské programy,
- behaviorální terapie.⁷

Žádná metoda nebo kombinace metod však nebude nikdy účinná, pokud kuřák nechce zanechat kouření.

Prvním krokem k léčbě je zjištění lékaře, že pacient užívá nebo užíval tabák. Existují čtyři možnosti:

- a) pacient užívá tabák a nyní chce přestat
- b) pacient užívá tabák a nyní nechce přestat
- c) pacient užíval tabák dříve a přestal
- d) pacient nikdy tabák neužíval

Podle toho je pak cílena intervence pro daného pacienta (příloha č. 2).⁵

1.13.1. KRÁTKÁ INTERVENCE („5A - 5P“)

Tato metoda umožňuje lékaři v ordinaci, aby se i ve velmi krátkém čase věnoval pacientovi kuřákovi a pomohl mu buď přestat kouřit, nebo alespoň posiloval jeho přesvědčení o nutnosti přestat kouřit.

Lékař krátkou intervencí pomocí pěti bodů získá snadno a rychle pacientovu celkovou kuřáckou anamnézu:

- 1) ASK - PTÁT SE - ptát se na kuřáctví (od kolika, případně do kolika let věku kouří/-il; co kouří, případně jiná forma tabáku; v jakém množství denně/týdně)
- 2) ADVISE - PORADIT - doporučit kuřákům přestat
- 3) ASSESS - POSOUDIT - posoudit ochotu přestat; nechce-li, pokusit se pacienta motivovat vhodným způsobem k nekuřáctví
- 4) ASSIST - POMOCI - pokud kuřák chce přestat - nabídka podpory, farmakoterapie, eventuálně doporučení do specializovaného centra léčby závislosti na tabáku
- 5) ARRANGE - PLÁNOVAT - připravit plán dalších kontrol.²⁶

1.13.2. BEHAVIORÁLNÍ A PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE

Tuto intervenci by měl poskytovat specialista na léčbu závislosti na tabáku. Odborník by měl poradit a pomoci pacientovi s plánem odvykání: stanovit den D, kdy přestane pacient kouřit; zajistit nekuřácké prostředí - odstranit tabákové výrobky a vše, co s kouřením souvisí, ze svého okolí; předvídat možné krizové situace, při kterých si kuřák obvykle zapaluje cigaretu a naplánovat si, jak je zvládnout bez kouření; oznámit rozhodnutí, že nekouří, rodině, přátelům a spolupracovníkům a požádat je o podporu, pochopení apod. Odborník podpoří pacienta v jeho pokusu přestat, dává najevo svůj zájem a pobízí pacienta, aby mluvil o svém odvykání. Dále může také doporučit farmakoterapii nebo nabídnout informační materiály či možnost dalších konzultací.⁵

1.13.3. FARMAKOTERAPIE

Užívané farmakologické přípravky především snižují bažení po cigaretě a abstinenční příznaky. Můžeme je rozdělit na léky první a druhé linie. Do první linie řadíme vareniklin, náhradní terapii nikotinem (NTN) a bupropion. Do druhé linie se zahrnují přípravky nortriptylin a klonidin, v České republice se však tato skupina léků zatím nepoužívá.⁵

Objevují se i nové metody, které jsou v současnosti klinicky testované, např. nové galenické formy vareniklinu (náplasti a roztok), nikotinové vakcíny, ale výsledky klinických testů zatím nesplňují očekávané účinky, nebo cytisin - agonista nikotinu ve vazbě na nikotinové acetylcholinové receptory.²⁷

1.13.3.1. VARENIKLIN (CHAMPIX)

Vareniklin je lék určený cíleně k léčbě závislosti na tabáku, který neobsahuje nikotin. Váže se na acetylcholinové receptory v mozku namísto nikotinu. Protože receptory jsou obsazeny vareniklinem, nikotin z tabákového kouře se na ně nemůže navázat a kýžená odměna se nedostaví. Pacienti pak kouření popisují jako „není to ono“ či „chutná to jinak“. Nejčastějším nežádoucím účinkem (cca 30 %) bývá lehká nevolnost po spolknutí tablety, která trvá přibližně do 30 minut po požití a po několika týdnech mizí.

Vareniklin je lék na lékařský předpis. Doporučuje se užívat nejméně 3 měsíce, lépe však až 6 měsíců i déle, jelikož se jeho účinnost zvyšuje s délkou užívání. V doporučené dávce 2 x 1 mg/den je úspěšnost léčby až třikrát vyšší v závislosti na míře intervence.⁵

1.13.3.2. NÁHRADNÍ TERAPIE NIKOTINEM (NTN)

Tato terapie se využívá již od osmdesátých let 20. století. Na našem trhu jsou v lékárně volně prodejné přípravky ve formě náplastí, žvýkaček, pastilek a inhalátoru pod obchodními názvy Nicorette a NiQuitin. Existují

i další formy (např. nosní sprej), u nás zatím ale nejsou registrovány. Dle návrhu Evropské unie bychom mohli do této skupiny zařadit i elektronickou cigaretu, její skutečná pomoc při odvykání kouření je v současnosti testována.

Náhradní terapie nikotinem slouží k potlačení abstinenčních příznaků alternativním přísunem nikotinu, který se vstřebává z náplastí transdermálně - pomalu, ale plynule po celou dobu aplikace, zatímco ostatní formy působí rychleji, ale kratší dobu. Pro zvýšení účinnosti pro odvykání kouření je tedy vhodná kombinace náplasti s některou z ostatních orálních forem. Léčba trvá minimálně tři měsíce a dávku bychom měli postupně snižovat.⁵

1.13.3.3. BUPROPION

Bupropion patří mezi běžně užívaná antidepresiva. Přípravek je jako jediné antidepresivum určen pro léčbu závislosti na tabáku u pacientů bez deprese. Přesný mechanismus účinku není znám, ale zdá se, že blokuje acetylcholinové receptory pro nikotin.

Prodává se pod obchodními názvy Wellbutrin nebo Elontril a je vázán na lékařský předpis, ale bez omezení odbornosti. Je kontraindikován u pacientů s epilepsií, bulimií, anorexií a u pacientů, kteří současně užívají blokátory monoaminoxidázy a léky obsahující bupropion.

Léčba opět trvá 3 - 6 měsíců, v kombinaci s NTN je úspěšnost terapie až dvakrát vyšší než bez léku a nikotinové náhrady.^{5, 28}

1.13.4. ODBORNÁ POMOC PŘI ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ

Při odvykání kouření se každý může obrátit na svého praktického lékaře, který by měl pacientovi poskytnout potřebné informace a informační materiály. Lékař také předepisuje léky na snížení abstinenčních příznaků, které pomohou výrazně zvýšit šanci na úspěch. S dávkováním náhradní terapie nikotinem poradí i lékárník.

Pacient také může zamířit do center závislých na tabáku, kde je odborně vyškolený personál a nabízí komplexní pomoc při odvykání kouření. Tato centra obvykle fungují ve větších městech, často v rámci tamějších nemocnic.²⁹

Další možností, jak získat potřebné informace, je telefonní linka pro odvykání kouření, která je k dispozici na telefonním čísle 844 600 500 každý pracovní den od 11 do 16 hodin. Linka pro odvykání kouření je projekt České koalice proti tabáku z.s. poskytující informační a motivační zázemí všem kuřákům, kteří se rozhodli přestat kouřit.³⁰

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1. CÍL PRÁCE

Cílem práce je zhodnotit chování a postoje k užívání tabákových výrobků u studentů 3. LF UK v Praze.

2.2. METODIKA PRÁCE

Na základě získaných poznatků a informací jsem si nejprve stanovila pracovní hypotézy. Poté jsem se věnovala popisu získaných hodnot a nakonec jsem porovnála zjištěné výsledky s určenými hypotézami.

2.3. HYPOTÉZY

Na základě svých dosavadních znalostí a získaných poznatků si vytvářím tyto hypotézy:

- Hypotéza č. 1: Ve sledovaném souboru studentů 3. LF UK budou užívat tabák více muži.
- Hypotéza č. 2: Nejužívanějším tabákovým výrobkem je cigareta, na druhém místě bude stát vodní dýmka s ohledem na věkovou skupinu zastoupenou ve výzkumu.
- Hypotéza č. 3: Většina studentů kuřáků má v úmyslu s kouřením přestat.
- Hypotéza č. 4: Studenti 3. LF UK v Praze považují za nesprávné, aby lékař nebo zdravotník kouřil.
- Hypotéza č. 5: Prevalence užívání tabáku v posledním ročníku studia bude nižší než prevalence v prvním ročníku studia.

2.4. SBĚR DAT

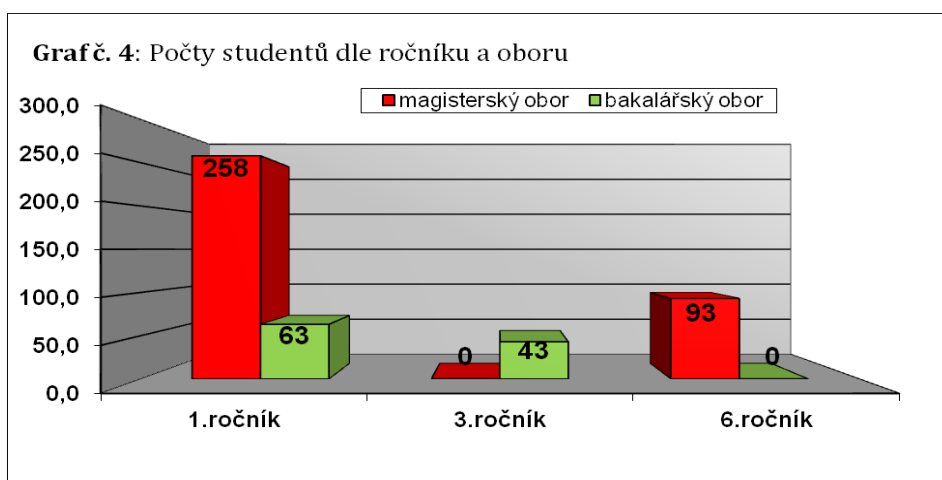
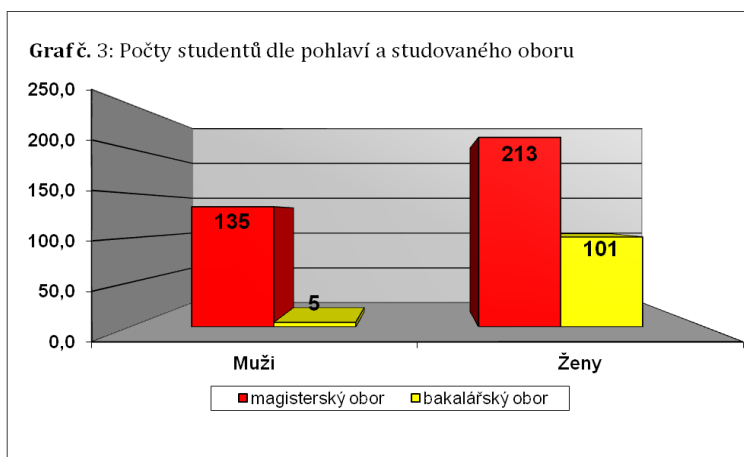
Ke zjištění informací o postojích ke kouření a kuřáckému chování respondentů byl použit dotazník uvedený v Příloze č. 4. Sběr dat byl prováděn v rámci výuky v akademickém roce 2011 - 2012 pod vedením Mgr. Terezy Kopřivové Herotové, Ph.D. a v roce 2012 - 2013 byl veden

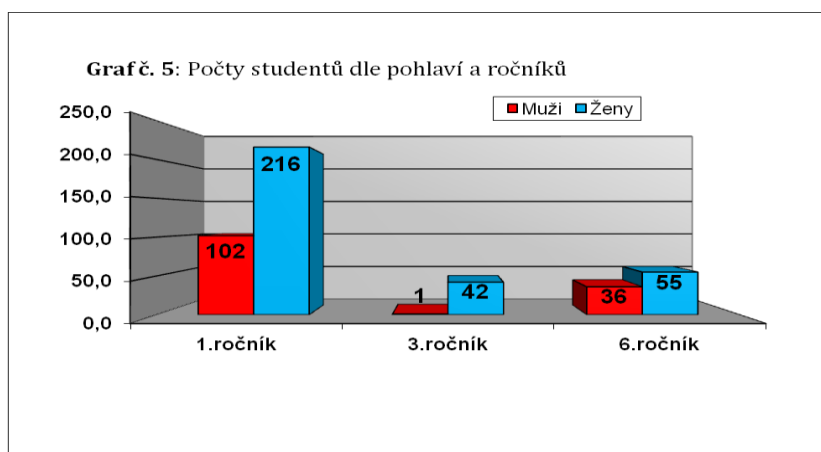
Doc. MUDr. Dagmar Schneidrovou, CSc. z Ústavu zdraví dětí a mládeže 3. LF UK ve spolupráci s PharmDr. Magdalénou Šustkovou, CSc. z Ústavu farmakologie 3. LF UK. Získané údaje byly následně uloženy do programu Epi Data 3.1.

2.5. SLEDOVANÝ SOUBOR

Pro účely tohoto výzkumu byly vybrány dvě skupiny respondentů. První skupinu tvoří studenti prvních ročníků bakalářského (63 studentů) a magisterského studia (258 studentů). Ve druhé skupině se nacházejí studenti závěrečných ročníků, tedy 3. ročníků bakalářského studia (43 studentů) a 6. ročníků magisterského studia (93 studentů).

Daného výzkumu se reálně zúčastnilo celkem 457 studentů, z toho 140 mužů a 314 žen uvedlo v dotazníku své pohlaví. Celkem 351 studentů bylo z magisterského studia, 106 studentů z bakalářského studia.





2.6. VÝSLEDKY

Dle získaných odpovědí od respondentů je pravidelnými kuřáky a uživateli tabákových výrobků 5,7 % studentů magisterského studia a 4,8 % studentů bakalářského studia. Více kouří muži, a to konkrétně o 5 % více než ženy. Naopak nikdy nekouřilo 61 % mediků a 46,7 % studentů bakalářského studia (viz tab. č. 1, 2 a graf č. 6).

Tab. č. 1: Kouříte nebo užíváte jiné tabákové výrobky? - podle oboru

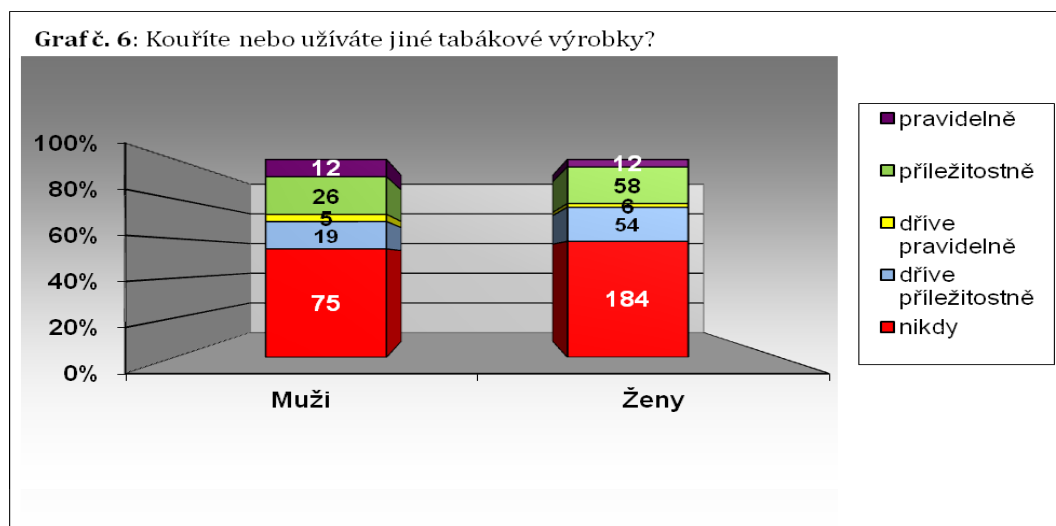
	nikdy	dříve příležitostně	dříve pravidelně	příležitostně	pravidelně
Magisterský	214 (61 %)	47 (13,4 %)	4 (1,1 %)	66 (18,8 %)	20 (5,7 %)
Bakalářský	49 (46,7 %)	26 (24,8 %)	7 (6,7 %)	18 (17 %)	5 (4,8 %)

($p=0,0005$)

Tab. č. 2: Kouříte nebo užíváte jiné tabákové výrobky? - podle pohlaví

	nikdy	dříve příležitostně	dříve pravidelně	příležitostně	pravidelně
Muži	75 (54,7 %)	19 (13,9 %)	5 (3,6 %)	26 (19 %)	12 (8,8 %)
Ženy	184 (58,6 %)	54 (17,2 %)	6 (1,9 %)	58 (18,5 %)	12 (3,8 %)

($p=0,167$)



Tab. č. 3: Kouříte nebo užíváte jiné tabákové výrobky? - podle oboru a ročníku

Magisterské	nikdy	dříve příležitostně	dříve pravidelně	příležitostně	pravidelně
1. ročník	159 (61,9 %)	31 (12 %)	3 (1,2 %)	54 (21 %)	10 (3,9 %)
6. ročník	54 (58 %)	16 (17,2 %)	1 (1,1 %)	12 (12,9 %)	10 (10,8 %)

(p = 0,05)

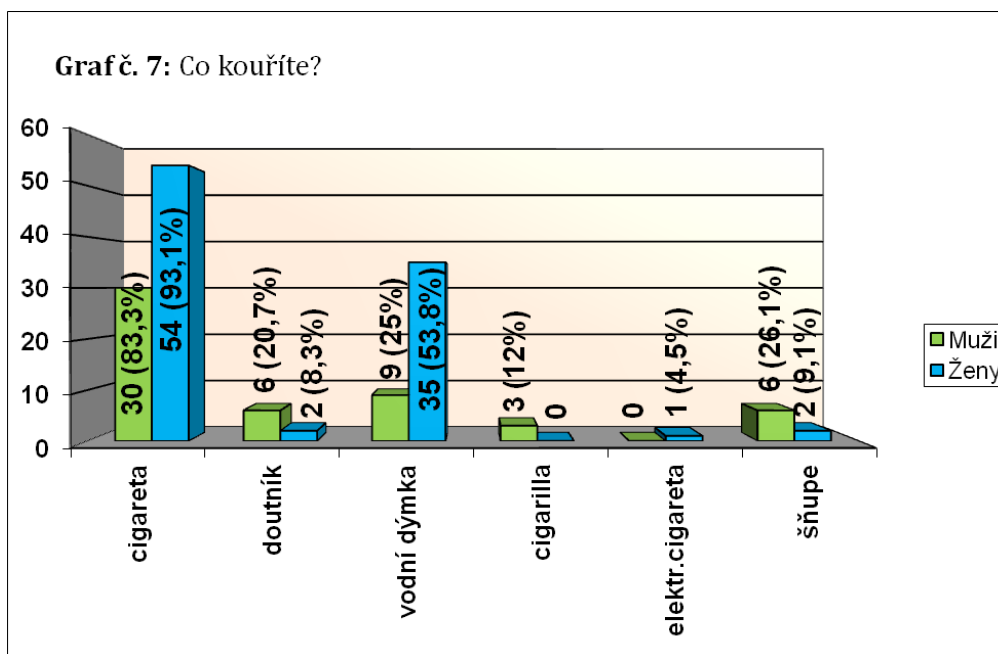
Bakalářské	nikdy	dříve příležitostně	dříve pravidelně	příležitostně	pravidelně
1. ročník	29 (46,8 %)	18 (29 %)	3 (4,9 %)	10 (16,1 %)	2 (3,2 %)
3. ročník	20 (46,5 %)	8 (18,6 %)	4 (9,3 %)	8 (18,6 %)	3 (7 %)

(p = 0,61)

Celkem 30 dotázaných mužů (83,3 %) užívá tabák ve formě cigaret, 6 mužů (20,7 %) kouří doutník, 9 mužů (25 %) kouří vodní dýmku, 3 muži (12 %) kouří cigarilly a 6 mužů (26,1 %) žvýká nebo šnupe tabák. Z žen kouří cigarety 54 respondentek (93,1 %), doutník pouze 2 ženy (8,3 %), vodní dýmku užívá 35 žen (53,8 %), elektronickou cigaretu 1 žena (4,5 %) a 2 ženy (9,1 %) žvýkají nebo šňupou tabák (viz tab. č. 3 a graf č. 7).

Tab. č. 4: Co kouříte?

	muži	ženy	celkem
cigareta	30 (83,3%)	54 (93,1%)	84 (89,4%)
doutník	6 (20,7%)	2 (8,3%)	8 (15,1%)
vodní dýmka	9 (25%)	35 (53,8%)	44 (43,6%)
cigarilla	3 (12%)	0	3 (6,3%)
elektr. cigareta	0	1 (4,5%)	1 (2,2%)
žvýká, šnupe	6 (26,1%)	2 (9,1%)	8 (17,8%)

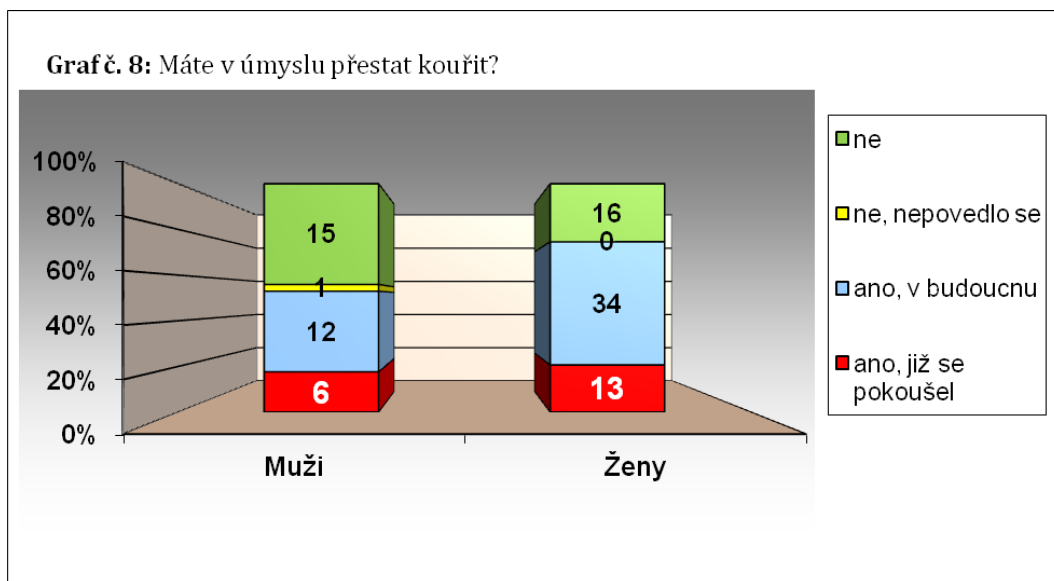


Z dotazníku též víme, že se již celkem 19 studentů (19,6 %), kteří užívají tabákové výrobky, pokoušelo dříve přestat. 46 studentů (47,4 %) má v úmyslu s kouřením přestat, protože v budoucnu kouřit nechtějí, ale zatím se o to ještě nepokoušeli (viz tab. č. 4 a graf č. 8).

Tab. č. 5: Užíváte-li tabákové výrobky, máte v úmyslu s tím přestat?

	ano, již se pokoušeli	ano, v budoucnu	ne, nepovedlo se	ne
Muži	6 (17,6 %)	12 (35,3 %)	1 (2,9 %)	15 (44,1 %)
Ženy	13 (20,6 %)	34 (54,0 %)	0	16 (25,4 %)
Celkem	19 (19,6 %)	46 (47,4 %)	1 (1,0 %)	31 (32 %)

(p=0,112)

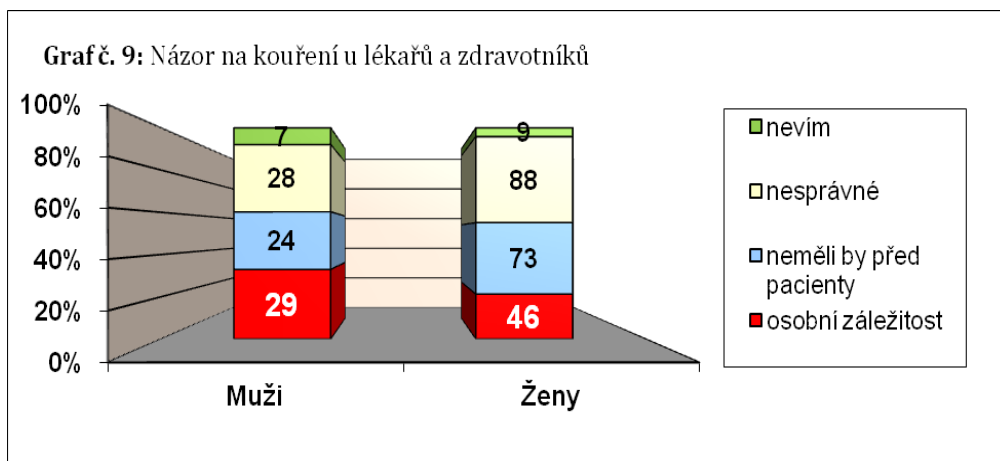


Přibližně čtvrtina studentů zastává názor, že kouření je osobní záležitostí lékaře či zdravotníka. Téměř 32 % studentů souhlasí s tím, že by lékař neměl kouřit před pacienty a 38,2 % studentů si myslí, že není správné, aby lékař či zdravotník kouřil (viz tab. č. 5 a graf č. 9).

Tab. č. 6: Jaký je Váš názor na kouření u lékařů a zdravotníků?

	osobní záležitost	neměli by před pacienty	nesprávné	neví
Muži	29 (33,0 %)	24 (27,3 %)	28 (31,8 %)	7 (8,0 %)
Ženy	46 (21,3 %)	73 (33,8 %)	88 (40,7 %)	9 (4,2 %)
Celkem	75 (24,7 %)	97 (31,9 %)	116 (38,2 %)	16 (5,3 %)

($p=0,063$)

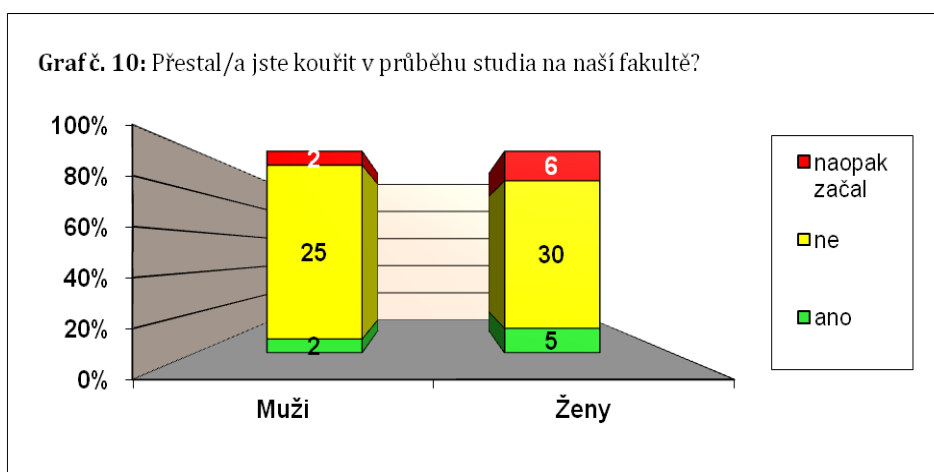


Celkem 10 % studentů (6,9 % mužů a 12,2 % žen) uvedlo, že přestalo kouřit v průběhu studia na 3. LF UK. Naopak 11,4 % studentů (6,9 % mužů a 14,6 % žen) uvedlo, že kouřit během studia začalo (viz tab. č. 6 a graf č. 10).

Tab č. 7: Přestal/a jste kouřit v průběhu studia na naší fakultě?

	ano	ne	naopak jsem kouřit začal/a
Muži	2 (6,9 %)	25 (86,5 %)	2 (6,9 %)
Ženy	5 (12,2 %)	30 (73,2 %)	6 (14,6 %)
Celkem	7 (10,0 %)	55 (78,6 %)	8 (11,4 %)

(p=0,42)



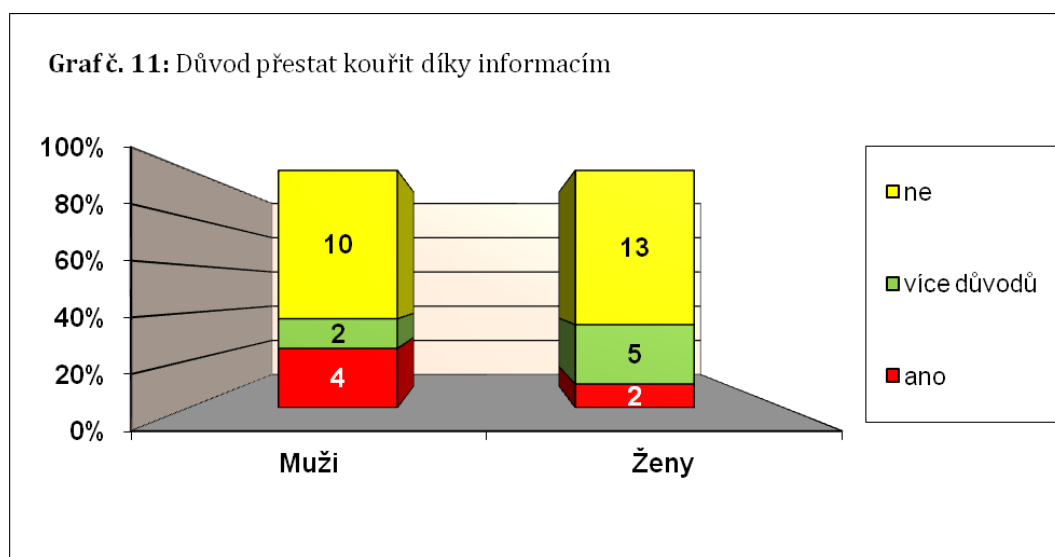
Pokud studenti přestali kouřit, byly hlavním důvodem získané informace a vědomosti o škodlivosti a následcích kouření u čtvrtiny mužů

a 10 % žen, další čtvrtina žen a 12,5 % mužů uvedlo, že to byl jen jeden z více důvodů. Přesto však zůstává výrazný počet těch kuřáků (přibližně celkem 64 %), které získané informace o škodlivosti kouření stále nepřesvědčily, aby s kouřením skoncovali (viz tab. č. 7 a graf č. 11).

Tab. č. 8: Důvod přestat kouřit díky informacím

	ano	jeden z důvodů	ne
Muži	4 (25,0 %)	2 (12,5 %)	10 (62,5 %)
Ženy	2 (10,0 %)	5 (25,0 %)	13 (65,0 %)
Celkem	6 (16,7 %)	7 (19,4 %)	23 (63,9 %)

($p=0,382$)



2.7. DISKUZE

Při vytváření hypotézy č. 1 jsem vycházela ze studie Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR (Sovinová a kol., 2012), kde jasně vyplývá, že v současné populaci užívají tabák více muži než ženy (viz graf č. 2). Podle získaných odpovědí z našeho dotazníku lze tuto hypotézu jednoznačně potvrdit - studenti 3. LF UK v Praze kouří nebo pravidelně užívají tabákové výrobky v 8,8 % případů, tedy o 5 % více než studentky této lékařské fakulty (viz tab. č. 2). Je to však stále méně než denní prevalence užívání tabáku v celé dospělé populaci ČR (v roce 2011 - 26,9 % kuřáků a 21,3 % kuřaček).

Hypotéza č. 2 byla také potvrzena - nejužívanějším tabákovým výrobkem je dle našeho výzkumu cigareta (téměř 90 % studentů ji užívá). Na druhém místě se vyskytuje vodní dýmka, kterou užívá 43,6 % respondentů (viz tab. č. 3) - je to dáno především tím, že užívání vodní dýmky je považováno za sociální aktivitu a mladí lidé se tak s ní mohou setkat na společenských akcích pro své vrstevníky.

V hypotéze č. 3 jsem předpokládala, že studenti kuřáci mají v úmyslu s kouřením přestat. Tuto hypotézu však nelze jednoznačně potvrdit ani vyvrátit. 35,3 % mužů a 54 % žen má v úmyslu s kouřením přestat a v budoucnu už nechtějí kouřit. Tento pohlavní rozdíl vzniká dle mého soudu hlavně díky tomu, že studentky si jsou vědomy, že později nebudou zodpovídat jen za své zdraví, ale také za zdraví svého dítěte. Naopak 44,1 % mužů a 25,4 % žen nemají v úmyslu s kouřením přestat (viz. tab. č. 4).

Celkem 38,2 % studentů považuje za nesprávné, aby lékař nebo zdravotník kouřil. V tomto ohledu jsou však mnohem více striktní ženy, které ve 40,7 % případů uvedly, že není správné, aby lékař kouřil (muži pouze v 31,8 % případů) - tab. č. 5. Hypotézu č. 4, která se touto otázkou zabývá, tedy nelze jednoznačně potvrdit.

Vzhledem k tomu, že 3. LF UK má ve svém výukovém programu také zahrnutou prevenci kuřáctví, očekává se, že prevalence užívání tabáku v posledním ročníku bude nižší než prevalence v prvním ročníku studia (viz Hypotéza č. 5). Tato hypotéza nebyla potvrzena, vzhledem k tomu, že došlo pouze k poklesu podílu příležitostných kuřáků a naopak vzrostl počet pravidelných kuřáků na konci studia (viz tab. č. 3). 10 % studentů přestalo kouřit v průběhu studia na 3. LF, dalších 11,4 % studentů naopak kouřit začalo (viz tab. č. 7). Pozitivním zjištěním je však to, že skoro 17 % studentů uvádí, že přestalo kouřit díky nabytým informacím a vědomostem o škodlivosti a následcích kouření, které získali během studia na fakultě. Dalších 19,4 % uvádí, že to byl jeden z důvodů, proč také kouřit přestali (viz tab. č. 7).

ZÁVĚR

V předložené práci jsem se snažila shrnout nejdůležitější poznatky o kouření a užívání tabákových výrobků a poukázat na chování a postoje ve vztahu k užívání tabáku u studentů 3. LF UK v Praze.

Pokud se člověk rozhodne kouřit, měl by znát všechny následky, které kouření může způsobit. Většinou kouří právě ti lidé, kteří rizika kouření neznají, nebo je podceňují, jelikož nemají dostatečné a kvalitní informace o možných důsledcích kouření.

Mezi studenty 3. lékařské fakulty UK se vyskytuje přibližně 5 % pravidelných a 18 % příležitostných kuřáků. Jelikož se domnívám, že by nejen vystudovaní lékaři a zdravotníci měli jít příkladem pro ostatní, mělo by se ještě více dbát na prevenci a zdůrazňování vlivu kouření a jeho následků na zdraví již během studia na fakultě, ať už zvýšením zájmu a aktivního přístupu studentů k tématu kuřáctví během výuky či větším rozšířením propagačních materiálů o kouření a informacemi o možnosti návštěvy Studentské poradny, pokud se chtějí závislosti na tabáku zbavit. Důraz by měl být také kladen na kontrolu dodržování zákazu kouření v areálu 3. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

SOUHRN

Vybrala jsem si bakalářskou práci na téma „Užívání tabákových výrobků u studentů 3. LF UK“. Práce je rozdělena na dvě části (teoretickou a praktickou).

V teoretické části shrnuji nejdůležitější poznatky o kouření. Tato část obsahuje obecný úvod o kouření: historii kouření, informace o tabáku a tabákových výrobcích, zdravotních důsledcích kouření. Vysvětluje podstatu závislosti na kouření a popisuje možnosti léčby závislosti na tabáku a prevence užívání tabákových výrobků u studentů 3. LF UK.

V praktické části jsou interpretovány vybrané výsledky dotazníkového šetření u studentů magisterského a bakalářského studia uspořádaného na 3. lékařské fakultě UK v Praze v letech 2011 - 2013.

SUMMARY

I have chosen the bachelor thesis on The use of tobacco products by students from the 3rd Medical Faculty of Charles University. The thesis is divided into two parts (theoretical and practical).

The theoretical part summarizes the most important facts about smoking. It contains general introduction about smoking: the history of smoking, information about tobacco and tobacco products, health consequences of smoking. It explains the mechanism of developing smoking addiction and offers the current guidelines for smoking cessation and strategies of smoking prevention in students of the 3rd Medical Faculty of Charles University in Prague.

The practical part presents and interprets selected results of the questionnaire survey carried out at the 3rd Medical Faculty of Charles University between 2011 and 2013.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) Historie kouření cigaret a tabáku - informace. *Kuřáková plíce* [online]. [cit. 2014-03-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/fakta-o-koureni/25-historie-koureni-tabaku-a-jine-zajimave-informace.html
- 2) Z historie tabáku aneb bud' me rádi, že máme nos na svém místě a nekuřme. *Liga proti rakovině Brno* [online]. [cit. 2014-03-12]. Dostupné z: <http://www.onko.cz/lekar-historie-tabaku/>
- 3) KUBÁNEK, Vladimír. *TABÁK A TABÁKOVÉ VÝROBKY (historie, přestování, zpracování, legislativa)*. 3. vyd. Brno: Tribun EU s.r.o., 2011. ISBN 978-80-263-0157-8. s. 174
- 4) Encyklopedie psychotropních rostlin: Tabák viržinský, T. selský. *Enpsyro* [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3rnic.html>
- 5) KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. 1. vyd. Břeclav: Adamira, 2013, 503 s. ISBN 978-809-0421-745.
- 6) Tabák. *Drogová poradna* [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/tabak.html>
- 7) KOZÁK, Jiří T, Ivan PFEIFER a Josef RICHTER. *Rizikový faktor kouření*. 1. vyd. Praha: KPK, 1993, 242 s. Zdravotnické aktuality Ministerstva zdravotnictví ČR, Sv. 225. ISBN 80-852-6742-X.
- 8) ŠITAVANC, Radim. *Doutníky: výroba*. [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.doutnicky.cz/doutniky-vyroba.html>
- 9) SOVINOVÁ, Hana. *Sladké vábení: Vodní dýmka - sladký dým pro mladé* (propagační materiál). Státní zdravotní ústav. Praha, 2009.
- 10) Detailní informace o vodní dýmce. *Kuřáková plíce* [online]. [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/kurak-a-koureni/vodni-dymka/69-detailni-informace-o-vodni-dymce.html
- 11) Bezdýmý tabák - informace, definice, vysvětlení. *Kuřáková plíce* [online]. [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/ruzne/85-bezdymy-tabak/302-bezdymy-tabak-informace.html
- 12) Steam stones. [online]. [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: <http://steam-stones.info/>

13) HRUBÁ, Drahoslava. Kuřáci přecházejí od elektronických cigaret k vodním dýmům s parními kamínky. *Hygiena: časopis pro ochranu a podporu zdraví*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2013, roč. 58, č. 2, s. 89. ISSN 1802-6281.

14) Elektronické cigarety, e-cigarety - aktuální informace - rok 2013. *Kuřáková plíce* [online]. [cit. 2014-04-18]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/odvykani/elektronicka-cigareta-a-dymka/386-elektronicke-cigarety-e-cigarety-aktualni-informace-rok-2013.html

15) GONIEWICZ, M. L., J. KNYSAK, M. GAWRON, L. KOSMIDER, A. SOBCZAK, J. KUREK, A. PROKOPOWICZ, M. JABLONSKA-CZAPLA, C. ROSIK-DULEWSKA, C. HAVEL, P. JACOB a N. BENOWITZ. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tobacco Control*. 2014-02-11, vol. 23, issue 2, s. 133-139. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2012-050859. Dostupné z: <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/doi/10.1136/tobaccocontrol-2012-050859>

16) KOSMIDER, L., A. SOBCZAK, M. FIK, J. KNYSAK, M. ZACIERA, J. KUREK a M. L. GONIEWICZ. Carbonyl Compounds in Electronic Cigarette Vapors--Effects of Nicotine Solvent and Battery Output Voltage. *Nicotine*. DOI: 10.1093/ntr/ntu078. Dostupné z: <http://ntr.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/ntr/ntu078>

17) E-cigarety - je to tabákový výrobek nebo lék z lékárny?. *Kuřáková plíce* [online]. [cit. 2014-04-18]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-novinky-studie-a-clanky/413-e-cigarety-tabakovy-vyrobek-nebo-lek-z-lekarny.html

18) SOVINOVÁ, Hana, Petr SADÍLEK a Ladislav CSÉMY. *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997-2011)*. Výzkumná zpráva. Státní zdravotní ústav, 2012. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/zprava-kuractvi-2011.pdf>

19) Pracovní postup: Léčba závislosti na tabáku. Česká asociace sester, o.s. [online]. [cit. 2014-05-10]. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/dokumenty/DoporCAS.pdf>

20) *International statistical classification of diseases and related health problems: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009*. 10th revision, 2nd edition. Geneva: World Health Organization, 2004, 3 v. ISBN 92415465493.

- 21) BENCKO, Vladimír. *Hygiene & Epidemiology: selected chapters*. 1st ed. Prague: Karolinum, 2004, 270 s. ISBN 978-80-246-0793-12. s. 173-175.
- 22) KOMÁREK, Lumír, Kamil PROVAZNÍK. *Ochrana a podpora zdraví*. 1. vyd. Praha: Nadace CINDI ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou UK Praha, 2011. ISBN 978-80-260-1159-0. s. 51, 56
- 23) Srdce, cévy a kouření - kardiovaskulární nemoci způsobené, ovlivněné kouřením cigaret. [online]. [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/srdce-cevy-aterosklerozu/79-srdce-cevy-a-koureni-kardiovaskularni-nemoci-zpusobene-ovlivnene-kourenim-cigaret.html
- 24) *Prevence v primární péči: doporučené postupy WHO*. 1. vyd. Redaktor Kamil Provazník, Lumír Komárek. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997, 135 s. ISBN 80-707-1107-8. s. 31,32
- 25) SCHNEIDROVÁ, Dagmar, Tereza KOPŘIVOVÁ HEROTOVÁ a Magdaléna ŠUSTKOVÁ. Smoking prevention activities at the Third Faculty of Medicine of Charles University in Prague, Czech Republic. *Central European Journal Of Public Health: No.1/Vol.20 (JHEMI vol.56)*. March 2012. s. 67. ISSN 1210-7778.
- 26) Krátká intervence lékaře k pacientovi o kouření (5P, 5A). *Kuřáková plíce* [online]. [cit. 2014-05-11]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/ruzne/pro-lekare-a-zdravotni-sestry/340-kratka-intervence-lekare-k-pacientovi-o-koureni-5p-5a.html
- 27) HRUBÁ, Drahoslava. Farmakoterapie pro odvykání kouření: farmakologické principy a klinická praxe. *Hygienu: časopis pro ochranu a podporu zdraví*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2014, roč. 59, č. 1, s. 9. ISSN 1802-6281.
- 28) Zyban (bupropion) a odvykání kouření - cena, princip účinku. *Kuřáková plíce* [online]. [cit. 2014-05-15]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/odvykani/jak-prestat-kourit-vyhody-nekoureni/169-zyban-bupropion-a-odvykani-koureni-cena-princip-ucinku.html
- 29) Pomoc při odvykání kouření: kam se obrátit. [online]. [cit. 2014-05-15]. Dostupné z: <http://www.odvykani-koureni.cz/novinky/pomoc-pri-odvykani-koureni-kam-se-obratit-1069>
- 30) Linka pro odvykání kouření. [online]. [cit. 2014-05-15]. Dostupné z: <http://www.bezcigaret.cz/linka-pro-odvykani-koureni/>

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obr. č. 1: Nicotiana tabacum, tabák obecný s. 9

Obr. č. 2: Nicotiana rustica, tabák selský s. 10

Tab. č. 1: Kouříte nebo užíváte jiné tabákové výrobky? - podle oboru s. 33

Tab. č. 2: Kouříte nebo užíváte jiné tabákové výrobky? - podle pohlaví s. 33

Tab. č. 3: Kouříte nebo užíváte jiné tabákové výrobky? - podle oboru a ročníku s. 34

Tab. č. 4: Co kouříte? s. 34

Tab. č. 5: Užíváte-li tabákové výrobky, máte v úmyslu s tím přestat? s. 35

Tab. č. 6: Jaký je Váš názor na kouření u lékařů a zdravotníků? s. 36

Tab. č. 7: Přestal/a jste kouřit v průběhu studia na naší fakultě? s. 37

Tab. č. 8: Důvod přestat kouřit díky informacím s. 38

Graf č. 1: Vývoj prevalence kouření v populaci v letech 1997 - 2011 - ti, kteří kouří nejméně jednu cigaretu denně a méně než jednu cigaretu denně s. 20

Graf č. 2: Vývoj prevalence kouření v populaci v letech 1997-2011 - ti, kteří kouří nejméně jednu cigaretu - dle pohlaví s. 21

Graf č. 3: Počty studentů dle pohlaví a studovaného oboru s. 32

Graf č. 4: Počty studentů dle ročníku a oboru s. 32

Graf č. 5: Počty studentů dle pohlaví a ročníků s. 33

Graf č. 6: Kouříte nebo užíváte jiné tabákové výrobky? s. 33

Graf č. 7: Co kouříte? s. 35

Graf č. 8: Máte v úmyslu přestat kouřit? s. 36

Graf č. 9: Názor na kouření u lékařů a zdravotníků s. 37

Graf č. 10: Přestal/a jste kouřit v průběhu studia na naší fakultě? s. 37

Graf č. 11: Důvod přestat kouřit díky informacím s. 38

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Fagerströmův test závislosti na nikotinu určený pro dospělé kuřáky s. 48

Příloha č. 2: Modifikovaný Fagerstömův test závislosti na nikotinu pro adolescenty s. 49

Příloha č. 3: Základní algoritmus přístupu k pacientovi s. 50

Příloha č. 4: Dotazník - kouření s. 51

PŘÍLOHY

Příloha č. 1:

Fagerströmův test závislosti na nikotinu určený pro dospělé kuřáky

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

do 5 min.	3 body
za 6-30 min.	2 body
za 31-60 min.	1 body
po 60 min.	0 bodů

2. Je pro Vás obtížné nekouřit tam, kde to není dovoleno?

ano	1 bod
ne	0 bodů

3. Které cigarety byste se nejméně rád vzdal/a?

té první ráno	1 bod
kterékoli jiné	

3. Kolik cigaret denně kouříte?

10 nebo méně	0 bodů
11-20	1 bod
21-30	2 body
31 a více	3 body

5. Kouříte víc v prvních hodinách dne po probuzení než ve zbytku dne?

ano	1 bod
ne	0 bodů

6. Kouříte, i když jste nemocný/á tak, že strávíte většinu dne na lůžku?

ano	1 bod
ne	0 bodů

Po sečtení získaných bodů hodnotíme závislost na nikotinu takto:

0 - 1 bod	žádná nebo velmi nízká
2 - 4 body	nízká
5 bodů	střední
6 - 7 bodů	vysoká
8 - 10 bodů	velmi vysoká

(převzato z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zavislosti/edukacni-materialy.html>)

Příloha č. 2:

Modifikovaný Fagerströmův test nikotinové závislosti pro adolescenty

(Králíková, E. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. Časopis lékařů českých, 5, 2005, s. 327-330.)

Odpověz na následující otázky a spočítej si body uvedené v závorce. Čím vyšší bodové skóre, tím závažnější je tvoje závislost.

1. Kolik cigaret denně kouříš?

- a) Více než 25 (3 body)
- b) 6-25 (2 body)
- c) 1-15 (1 bod)
- d) Méně než 1 (0 bodů)

2. Kouříš víc během prvních dvou hodin po probuzení než ve zbytku dne?

- a) Ano (1 bod)
- b) Ne (0 bodů)

3. Jak brzy po probuzení si zapaluješ první cigaretu?

- a) Do 30 minut (2 body)
- b) Za déle než 30 minut, ale před polednem (1 bod)
- c) Odpoledne nebo večer (0 bodů)

4. Které cigarety by ses nejméně rád/a vzdal/a (která je nejdůležitější, nejvíc si ji vychutnáš)?

- a) První ranní (2 body)
- b) Kterákoli před polednem (1 bod)
- c) Kterákoli odpoledne nebo večer (0 bodů)

5. Je pro tebe těžké nekouřit tam, kde to nejde?

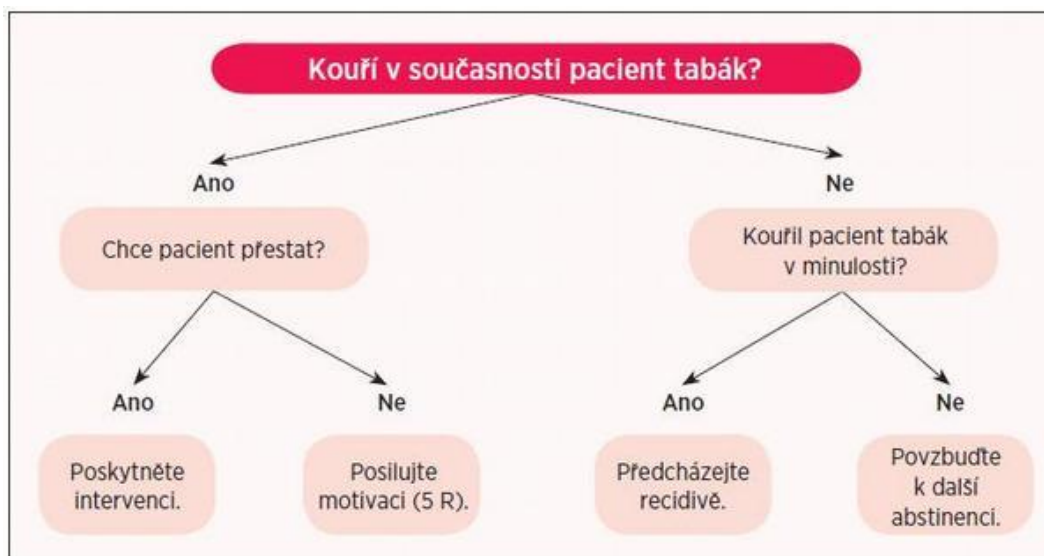
- a) Ano (1 bod)
- b) Ne (0 bodů)

6. Kouříš, i když jsi nemocný/á a většinu dne jsi v posteli?

- a) Ano (1 bod)
- b) Ne (0 bodů)

Příloha č. 3:

Základní algoritmus přístupu k pacientovi



(převzato z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/lecba-zavislosti-na-tabaku-v-ordinaci-praktickeho-lekare-461859>)

Příloha č. 4: Dotazník - kouření

(Doc. MUDr. Dagmar Schneidrová, CSc., Mgr. Tereza Kopřivová Herotová, PhD., Poradna pro odvykání kouření, Ústav zdraví dětí a mládeže, 3. LF UK v Praze)

Jste: **Věk:**.....let

- 1) muž 2) žena

Obor studia: **Ročník:**

- 1) všeobecné lékařství
2) bakalářský obor - uveďte jaký

Na lékařskou fakultu jste přišel/la z:

- 1) gymnázia
2) střední zdravotnické školy
3) jiné střední školy
4) učebního oboru s maturitou
5) od jinud (zaměstnání, mateřské dovolené...)

Kouříte nebo užíváte jiné tabákové výrobky?

- 1) ne, nikdy jsem nekouřil/a
2) ne, ale dříve jsem kouřil/a příležitostně
3) ne, ale dříve jsem kouřil/a pravidelně
4) ano, kouřím jen příležitostně
5) ano, kouřím pravidelně

Pokud kouříte, zaškrtněte, co kouříte:

- 1) cigarety 4) cigarilly
2) doutníky 5) elektronické cigarety
3) vodní dýmku 6) žvýkám či šňupu tabák

Pokud kouříte, kolik kusů cigaret, doutníků, atd. denně vykouříte?

- 1) nekouřím denně, jen příležitostně
2) 1-5 4) 11-20
3) 6-10 5) více než 20

V kolika letech jste poprvé vyzkoušel/a cigaretu nebo jiný tabákový výrobek?

- 1) nikdy jsem cigaretu ani jiný tabákový výrobek nezkusil/a
2) před 10. rokem věku
3) mezi 11.-14. rokem věku
4) mezi 15.-18. rokem věku
5) později

Co bylo příčinou, že jste s užíváním tabákových výrobků začal/a?

- 1) parta, kamarádi, spolužáci
2) vlastní rozhodnutí
3) nuda

- 4) kouřili nejbližší příbuzní, rodiče, prarodiče
- 5) jiný důvod - prosím stručně specifikujte.....

Pocházíte z „kuřácké“ rodiny?

- 1) ano, kouří oba rodiče
- 2) ano, kouří jeden z rodičů
- 3) ano, kouří sourozenci
- 4) ano, kouří prarodiče
- 5) ne, v nejbližší rodině není žádný kuřák

Užíváte-li tabákové výrobky, máte v úmyslu s tím přestat?

- 1) ano, již jsem se o to dříve pokoušel/a - uveďte kolikrát.....
- 2) ano, ještě jsem se o to nepokoušel/a, ale v budoucnu kouřit nechci
- 3) ne, pokoušel/a jsem se přestat, nepovedlo se, znovu přestávat nebudu
- 4) ne, kouřit nepřestanu

Přestal/a jste kouřit v průběhu studia na naší fakultě?

- 1) ano (Využil/a jste pomoc odborníka? ano - ne)
- 2) ne
- 3) ne, naopak jsem kouřit začal/a

Pokud ano, byly hlavním důvodem informace a vědomosti o škodlivosti a následcích kouření, které jste získal/a v průběhu studia?

- 1) ano
- 2) byl to jeden z více důvodů - prosím upřesněte.....
- 3) ne

Jaký je Váš názor na kouření u lékařů a zdravotníků?

- 1) je to jejich osobní záležitost
- 2) neměli by kouřit před pacienty
- 3) považuji za nesprávné, aby lékař, zdravotník kouřil
- 4) nevím
- 5) jiný názor - upřesněte.....

Víte o existenci poradny pro odvykání kouření při Ústavu zdraví dětí a mládeže?

- 1) ano
- 2) ne

Pokud ano, jak jste se o poradně dozvěděl/a?

- 1) z webových stránek fakulty
- 2) z nástěnek na fakultě
- 3) od spolužáků
- 4) od učitelů při výuce
- 5) jinak - upřesněte.....

Využil/a byste služeb poradny, pokud byste se rozhodl/a skončit s kouřením?

- 1) ano
- 2) nevím
- 3) ne