

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta  
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

---

**Navazující magisterské studium  
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Problematika závislosti na nikotinu**

**2006/2007**

**Lenka Kroniková**

**Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.**

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze dne 19. 4. 2007

.....

Lenka Kroniková

### **Poděkování:**

Děkuji vedoucí diplomové práce paní PhDr. Aleně Mellanové, CSs. za odborné vedení, za cenné rady, připomínky a poskytnuté informace. Dále děkuji paní Ing. Jaroslavě Šenitkové ředitelce Českého statistického úřadu v Karlových Varech za ochotu, poskytnuté informace a trpělivost při vyhledávání dostupných zdrojů.

Obhajoba diplomové práce dne:

Jméno oponenta:

# Obsah

<b>Anotace</b> .....	<b>7</b>
<b>Annotation</b> .....	<b>8</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 Teorie drogové závislosti</b> .....	<b>11</b>
1.1 Definice závislosti.....	11
1.2 Drogová závislost.....	13
1.3 Modely drogové závislosti .....	15
<b>2 Historie a současnost kouření</b> .....	<b>23</b>
2.1 Historie kouření.....	23
2.2 Prevalence kuřáctví v ČR.....	26
2.3 Typologie kuřáků .....	30
2.4 Tabákový kouř a nikotin .....	31
<b>3 Účinky kouření na lidský organismus</b> .....	<b>35</b>
3.1 Účinky kouření na kardiovaskulární systém .....	36
3.2 Účinky kouření na dýchací ústrojí .....	37
3.3 Karcinogenní účinky kouření.....	38
3.4 Kouření a reprodukce .....	40
3.5 Závislost na nikotinu .....	42
3.6 Pasivní kouření.....	44
<b>4 Léčba závislosti na nikotinu</b> .....	<b>46</b>
4.1 Behaviorální psychoterapie.....	46
4.2 Farmakologická léčba .....	48
4.3 Další metody léčby.....	50
<b>5 Prevence kouření</b> .....	<b>51</b>
<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>54</b>
<b>6 Charakteristika Karlovarského kraje</b> .....	<b>55</b>

<b>7</b>	<b>Organizace výzkumu .....</b>	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>Metodika výzkumu .....</b>	<b>59</b>
<b>9</b>	<b>Charakteristika výběrového souboru.....</b>	<b>61</b>
<b>10</b>	<b>Výsledky .....</b>	<b>63</b>
10.1	Prevalence kouření v populaci Karlovarského kraje.....	63
10.2	Charakteristiky kuřáků .....	71
10.3	Počátky kouření.....	80
10.4	Místo kouření .....	84
10.5	Úmysl zanechání kouření.....	88
10.6	Zdravotní stav kuřáků .....	95
10.7	Kuřáctví rodičů.....	97
10.8	Pobyt v zakouřeném prostředí.....	99
10.9	Stanovisko občanů k zákazu kouření v restauracích.....	103
10.10	Stanovisko občanů k zákazu kouření ve veřejných prostorech.....	108
	<b>Diskuze .....</b>	<b>113</b>
	<b>Závěr.....</b>	<b>118</b>
	<b>Seznam použité literatury.....</b>	<b>122</b>
	<b>Seznam příloh .....</b>	<b>127</b>

## Anotace

<b>Titul a jméno autora:</b>	Bc. Lenka Kroniková
<b>Instituce:</b>	Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 121 00 Praha 2
<b>Obor:</b>	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
<b>Název práce:</b>	Problematika závislosti na nikotinu
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Alena Mellanová, CSc.
<b>Počet stran:</b>	127 + přílohy
<b>Počet příloh:</b>	10
<b>Rok obhajoby:</b>	2007

### Klíčová slova:

závislost, kuřáctví, tabakismus, nikotin, aktivní kouření, pasivní kouření, naučené chování, prevalence, léčba závislosti, prevence, analýza, Karlovarský kraj

### Shrnutí:

Tato práce si klade za cíl analyzovat současný stav kuřáctví v Karlovarském kraji. Kouření představuje v současné době vážný celospolečenský problém, který vede k mnoha předčasným úmrtím a způsobuje celou řadu vážných onemocnění.

Úvodní část práce je věnována teoretickým poznatkům závislosti na nikotinu, jeho účinkům na lidský organismus, léčbě a prevenci.

Výzkumná část se zaměřuje na prevalenci kuřáctví v populaci Karlovarského kraje ve věku 15 a více let. Provedená studie srovnává situaci kuřáctví v Karlovarském kraji a v České republice.

## Annotation

<b>Author's Title and Name:</b>	Bc. Lenka Kroniková
<b>Institution:</b>	Universitas Carolina Pragensis 1st Faculty of Medicine Institute of the Nursing Theory and Practice Studničkova 5, 121 00 Prague
<b>Branch:</b>	The Magistral Study following with the teaching profession of the medical subjects on secondary schools
<b>Name of the work:</b>	Problematics of the Nicotine Dependence
<b>Work's Leader:</b>	PhDr. Alena Mellanová, CSc.
<b>Pages' Numbers:</b>	127 + Enclosures
<b>Enclosures' Numbers:</b>	10
<b>Year of Defence:</b>	2007

### Key words:

Dependence, Nicotinism, Tobbaconism, Nicotine, Active Smoking, Passive, Smoking, Accustomed Behaviour, Prevalence, Dependence Treatment, Prevention, Analysis, Karlovy Vary Region

### Summary:

This work takes as an aim to analyse the contemporary situation of nicotinism in Karlovy Vary region. The smoking presents a serious social problem at the present times for leading to many premature deaths, and to the sequence of serious disorders.

The introducing part of the work deals with the theoretical knowledge of the nicotine dependence, and its efficiency for human organism, its medication as well as the prevention.

The research part finds the bearings of the nicotinism prevalence in the population Karlovy Vary region of the at the age of 15 up to more years. This study compares the nicotinism situation of Karlovy Vary region with the one in Czech Republic.



## Úvod

Zdravý způsob života je jednou z nejdůležitějších podmínek ovlivňující lidské zdraví. Kouření, konzumace alkoholu, užívání návykových látek se podílí na vzniku řady onemocnění, invalidity a přispívají také k předčasné úmrtnosti. Zejména kouření tabáku je považováno za nejrozšířenější legální drogu v naší společnosti. Mezi nejčastější nemoci spojené s kuřáctvím se řadí choroby dýchacího ústrojí, kardiovaskulární onemocnění a karcinomy. Kouření má také významný vliv na lidskou reprodukci. Cigarety jsou jediným prodávaným zbožím, které celé polovině konzumentů prokazatelně způsobuje smrt. Ve 20. století zabily cigarety víc lidí než obě světové války dohromady. Při současném trendu tento počet ještě vzroste, přestože je možné očekávat výraznou regulaci prodeje tabákových výrobků. (Zikmundová, Zavázalová, Zaremba, 2005)

Pro úspěšný boj se závislostí na nikotinu je nutné shromáždit dostatek informací o kuřácích a jejich naučenému chování. Významné jsou především celorepublikové, ale i regionální výsledky šetření, zabývající se důležitými sociodemografickými znaky a faktory, které mohou mít souvislost s kuřáckým chováním.

V Karlovarském kraji je kouření v současné době velkým společenským problémem, který vyžaduje zvláštní pozornost. Jelikož nebyla v minulých letech v kraji prováděna podrobná studie zabývající se touto problematikou, bude výzkum zaměřen právě tímto směrem. Cílem tohoto výzkumu je analýza současného stavu kuřáctví v populaci Karlovarského kraje. Teoretické poznatky v rámci řešené problematiky budou směřovány na podstatu drogové závislosti, historii a současnost kouření, účinky kouření na lidský organismus, na léčbu závislosti na nikotinu a na prevenci. Samotná analýza pak bude zaměřena nejen na prevalenci kuřáctví ale i na charakteristiku kuřáků, počátky a místo kouření, úmysl zanechání kouření, kuřáctví rodičů, zdravotní stav kuřáků, nutnost pobývání v zakouřeném prostředí, a také na názory a postoje občanů Karlovarského kraje k zákazu kouření v restauracích a ve veřejných prostorách.

Výběr tohoto tématu byl ovlivněn nejen jeho samotnou zajímavostí, ale i specifikou daného regionu a následného porovnání s výsledky jiných studií. Dalším vlivem byla absence obdobné analýzy v tomto kraji.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 Teorie drogové závislosti

## 1.1 Definice závislosti

Existuje celá řada pojetí a definic drogové závislosti či závislosti na návykových látkách. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10), která u nás platí od roku 1992, označuje závislost statistickým kódem F1\_.2. Místo nad \_ před desetinnou tečkou slouží k doplnění látky, na kterou vzniká závislost. Definice zní následovně: *"Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisovanou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:*

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,*
- b) postižení v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,*
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K zmírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky,*
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),*
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,*

f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.

*Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu různých látek."*

Jak už bylo uvedeno výše, na místo před desetinnou čárkou se doplňuje příslušná návyková látka. Jednotlivé druhy závislosti se kódují takto:

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách (tlumivých lécích)

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulantcích, včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Diagnózu závislosti také stanovila Americká psychiatrická asociace ve svém Diagnostickém a statistickém manuálu (DSM-IV). Definice zní následovně: „*Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:*

1. *Růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování).*
2. *Odvykací příznaky po vysazení látky.*
3. *Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu.*
4. *Dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky.*
5. *Trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků.*
6. *Zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení.*
7. *Pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.“*

Je nutné podotknout, že kritéria závislosti podle Americké psychiatrické

asociace (DSM-IV) jsou velmi podobná kritériím Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10). Dokonce 1., 2. a 7. známka DSM-IV jsou prakticky totožné se známkami MKN-10. Pouze mezi známkami závislosti v DSM-IV se neobjevuje silná touha nebo pocit puzení užívat látku tzv. craving-bažení. (Nešpor, 2000)

## 1.2 Drogová závislost

Drogová závislost byla v roce 1969 definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jako „*psychický a někdy i fyzický stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými (dalšími) reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu, a to stále nebo pravidelně pro její psychologické účinky a někdy i proto, aby se zabránilo nepříjemnostem vyplývajícím z její nepřítomnosti.*“ (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002) Drogová závislost by se dala také definovat jako duševní a tělesný stav periodické nebo chronické intoxikace organismu, který poškozuje jak jedince, tak i společnost, přičemž je tento stav vyvolán opakovaným užíváním přírodní nebo syntetické drogy.

Pojem intoxikace znamená otravu a pojem droga omamující látku-původně léčivá látka rostlinného, živočišného nebo nerostného původu. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2003)

V souvislosti s drogovou závislostí jsou podle míry efektu a rizik rozlišovány tzv. měkké (lehké) a tvrdé (těžké) drogy. Např. v Nizozemí užívají jiný způsob dělení. Drogy dělí na skupinu s akceptovatelným, přijatelným rizikem a na skupinu s rizikem nepřijatelným. Do první skupiny lze zařadit drogy, které lze užívat v přijatelných intervalech a v přijatelných množstvích, aniž by došlo ke vzniku závislosti nebo k jiným negativním důsledkům. Přesto může dojít v určitém procentu populace ke ztrátě kontroly a ke vzniku závislosti nebo k tělesnému poškození. Do druhé skupiny patří drogy, u nichž je vznik závislosti velmi vysoký, drogy s tzv. neakceptovatelným, nepřijatelným rizikem. (Presl, 1995)

Mezi měkké drogy lze zařadit např. kávu, tabák, marihuanu, hašiš apod. Tyto drogy mají mírně aktivizující a současně utěšující účinek na duševní rozpoložení. Mezi tvrdé drogy patří např. heroin, kokain, pervitin. Tyto drogy působí na rozdíl od měkkých drog velmi prudce, rychle a explozivně na duševní rozpoložení.

Dále můžeme drogy rozdělit na drogy tolerované naší společností, tzv. legální drogy (např. káva, tabák, alkohol, ale i některé léky) a na drogy, které jsou naší společností zakázány, respektive jejich výroba a distribuce, tzv. drogy nelegální (např. marihuana, hašiš, pervitin, heroin). (Nožina, 1997)

Aby jedinec mohl být diagnostikován jako drogově závislý, musí být splněna určitá diagnostická kritéria drogové závislosti. Na začátku každé závislosti je nejprve pokus, zkouška, experiment. Poté následuje fáze užívání, která může být různě dlouhá, přičemž závislost vůbec nemusí nastat. A jako poslední nastává fáze vlastní závislosti. U drogově závislého jedince musí být přítomny následující tři skutečnosti (Pokorný, Telcová, Tomko, 2003):

1. Nutkavé tendence pokračovat v užívání drogy a snaha získat drogu jakýmkoli prostředky.
2. Tendence zvyšovat dávku drogy.
3. Fyzická a psychická závislost na droze (není-li droga podána, vzniká tzv. syndrom z odnětí drogy).

Fyzická závislost je stav organismu, který vzniká zpravidla dlouhodobým a častým užíváním drogy. Při vysazení návykové látky vzniká tzv. syndrom z odnětí drogy (abstinenční syndrom). Organismus si drogu zabuduje do svého metabolismu a v případě, kdy není taková látka k dispozici, protože není v organismu přítomna, nemohou jeho metabolické procesy probíhat normálním způsobem.

Syndrom z odnětí drogy je soubor příznaků, které se dostavují po vysazení návykové látky. Tyto příznaky se u různých drog a různých lidí liší (viz příloha č. 1).

Psychická závislost představuje psychický stav vyvolaný podáváním drogy, který se projevuje různým stupněm naruživosti, nutkavosti po další dávce. V případě jejího nedostatku vzniká úzkost. Tato úzkost způsobuje, že se jedinec snaží drogu získat jakýmkoli způsobem. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

## **1.3 Modely drogové závislosti**

### **1.3.1 Biomedicínský model**

Biomedicínský model dominoval v oblasti závislosti několik desítek let. Zabývali se jím lékaři-psychiatři (ještě přesněji lékaři chorob nerovnových a duševních, protože psychiatrie se od neurologie oddělila až v polovině minulého století).

V biomedicínském modelu je drogová závislost charakterizována jako onemocnění. V zásadě jde o chorobnou poruchu mozkových funkcí, do určité míry s dědičnými dispozicemi. Jde o nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami a pravděpodobně nevyléčitelnou. Můžeme jí například srovnat s diabetem mellitem nebo ischemickou chorobou srdeční. Přestože není drogová závislost zcela vyléčitelná, může dojít k úpravě stavu trvalou abstinencí. Další užití drogy je recidivou onemocnění.

Biomedicínský model v současnosti problematiku závislosti zužuje, jedná se o tzv. model redukcionistický, nesmí se však zapomenout, že ve své době znamenal velký převrat. Odmítnul tradiční pojetí duševní choroby jako škodlivé sociální deviace a nazval jí onemocněním.

V současné době je biomedicínský model částečně překryt bio-psycho-socio-spirituálním modelem. (Kalina, 2003)

### **1.3.2 Bio-psycho-socio-spirituální model**

Příčiny drogových závislostí jsou velmi komplexní. Prozatím nebyly jednoznačně prokázány predispozice pro vznik závislosti. U někoho se rozvíjí závislost na základě nadměrného užívání návykových látek pro psychické problémy, jinde převažují genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na návykové látky. Nejčastěji však jde o kombinaci faktorů.

Zneužívání drog vede k vytvoření psychofyziologických stavů, které jsou nevědomé, nedobrovolné a mají charakter bludného kruhu. (Kudrle, 2003)

### 1.3.2.1 Biologická dimenze

Mozek je elektrochemický systém, který zpracovává informace. Výzkumy CNS identifikovaly důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony, které se vztahují k závislosti. Drogy vstupují do chemického prostředí mozku a způsobují v něm hluboké změny, které mají pozitivní i negativní vlivy na kognitivní funkce, emoce, nálady a chování. (Rotgers, 1999)

Mezi biologické faktory můžeme zařadit i některé okolnosti, které nastanou během těhotenství matky dítěte. Například zda matka během těhotenství užívala návykové látky a zda se plod setkal s účinky těchto látek ještě před narozením. Patří sem i určité okolnosti porodu, například zda byly použity psychotropní nebo tlumivé látky, které mohou ovlivnit neurobiologii jedince a jeho psychomotorický vývoj, dále přítomnost traumat, různých nemocí apod.

Jediná ověřená genetická souvislost byla prokázána u dětí alkoholiků, kteří mají vrozenou vyšší toleranci vůči alkoholu. Ta se projevuje tolerancí většího množství alkoholu od prvních zkušeností s alkoholem.

Za rozvoj epidemie drogové závislosti ve světě nemohou jen biologické faktory, ale i jevy jako je popularizace, reklama, módní trendy, ztráta duchovních hodnot atd. (Kudrle, 2003)

### 1.3.2.2 Psychologická dimenze

Psychogenní faktory lze najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Nejde o biologické faktory perinatálních poškození, ale o psychické zážitky, které způsobily nějaké biologické poškození. Například jestliže žena v těhotenství prožívá nějakou stresovou záležitost přenáší se informace o stresu i na plod. Pokud matka začne užívat tlumivé látky k utlumení stresu přenesou se tato informace na plod a vytváří jakýsi vtisk (kód) o efektu tlumivě působících látek při stresu. Tento kód pak čeká na oživení v postnatálním období. Po aplikaci stejně působící látky v pozdějším věku zažije jedinec nový, ale zároveň již poznatý efekt. Pozitivní zpětná vazba může vést rychle k návyku.

Mezi další faktory můžeme zařadit postnatální péči, péči o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb a jejich přiměřené uspokojování, dále podpora



v období dospívání a adekvátní pomoc v případě objevení se duševní poruchy, psychotického onemocnění a chorob, jako je deprese, úzkost apod. V případě, že není poskytnuta včas adekvátní pomoc, je to počátek sebemedikace, která vede později k rozvoji abusu a vzniku závislosti.

Existuje celá řada psychologických faktorů, které vznikají jako důsledek abusu, obvykle posilují další abusus a vedou tak jedince k závislosti. Například na počátku užívání má alkohol anxiolytický a antidepressivní účinek. Později je příčinou depresivních a úzkostných stavů, které stimulují další pití. (Kudrle, 2003)

### **1.3.2.3 Sociální dimenze**

Jedná se o vliv vztahů s okolím, které formují zrání jedince, eventuelně toto zrání brzdí nebo deformují. Existuje široká škála těchto vlivů například rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti, prostředí ve kterém jedinec žije apod. Nesmí se opomenout, že jinak dospívá člověk na vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta. Dále sem patří i kvalita rodinných vztahů, eventuelně absence rodiny. Dospívání je proces sociálního učení, na kterém se nejvíce podílí rodina se svými pravidly a morálkou. (Kudrle, 2003)

Manželství drogově závislých je často narušeno frustrací, pocity viny, lítostí, depresemi, zlostí, která ústí v nenávisť, strachem, stavy beznaděje a bezmoci. Tento emocionální stres je charakteristický pro většinu závislých jedinců a díky tomuto velmi často dochází k dalšímu užití drogy, ve kterém postižení hledají úlevu. Také problémy při výchově dětí přinášejí další stres, což vede opět k užívání drog. Závislí jedinci mají mnoho dalších problémů, jako jsou potíže v zaměstnání, finanční problémy, rozpory se zákonem, narušená přátelství, pokles sociálního statusu, problémy s přijetím identity a sociálních rolí, ztráta společenského postavení apod. (Rotgers, 1999). Pokud dítě vyrůstá v takovémto rodinném prostředí, začíná být tento stav pro něj normou. Velmi často jsou jedinci, kteří žijí v blízkosti závislých osob, vystaveni zneužití jak fyzickému, tak emocionálnímu. Jedinec se obvykle na toto spoluzití adaptuje a vytváří si vazby, které se označují jako kodependence-závislost na druhém. Ve většině případů se kodependent ve svém dalším vývoji stává sám závislým.

V procesu sociálního učení hrají také významnou roli vrstevníci. Důležitý je výběr kamarádů, přátel, s tím souvisí i podpora zájmových činností a vyrovnání se s autoritami. (Kudrle, 2003)

#### **1.3.2.4 Spirituální dimenze**

Jde o intimní oblast, která se vztahuje ke smyslu každodenního úsilí a ke smyslu života vůbec. Tuto úroveň nejvíce popularizovali Anonymní alkoholici ve svých 12. krocích k uzdravě. Jedná se o vztah k vyšší moci, která má obnovit zdraví a navrátit smysl života. Přitom je odlišen pojem spirituální od pojmu náboženský. Nejde o účast v nějaké konkrétní církvi, ale o přímý prožitek Božství. (Kudrle, 2003)

U většiny lidí vrcholí užívání drog v intenzivních pocitech odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu života. Tyto pocity jsou velmi často důsledkem užívání návykových látek, ale zároveň podnětem k dalšímu abusu. Nic nemůže vnitřní prázdnotu závislých jedinců naplnit tak jako droga. Tyto nepříjemné stavy, jako je duchovní prázdnota, odcizení a utrpení, jsou schopni velmi rychle napravit. Tato náprava je pouze dočasná a následuje po ní ještě větší stres než předtím. Závislí jedinci se tímto zpožděným trestem nezabývají, protože okamžitá úleva od nepříjemných stavů je vede k tomu, že se rozhodují v rozporu se svými zájmy. (Rotgers, 1999)

#### **1.3.3 Neurobiologie závislosti**

Drogovou závislost je nutné brát jako komplexní bio-psycho-socio-spirituální onemocnění, kde se jednotlivé faktory ovlivňují a prolínají. V CNS dochází ke změnám na všech úrovních od neuronálních systémů až k submolekulárním jednotkám, dochází k rozvoji tzv. adaptačních změn. (Fišerová, 2003)

Při výzkumu drogové závislosti byly prokázány určité genetické predispozice k závislosti. Geneticky přenášené rizikové biologické faktory některé jedince predisponují k závislosti při vystavení účinků návykových látek. Existuje několik modelů predispozice tohoto onemocnění. První je tzv. model genetické determinace,

kdy je závislost zcela determinována geny. U tohoto modelu je nutné najít gen pro určitou závislost (např. gen pro alkoholismus, gen pro kokainismus apod.). Druhým modelem je tzv. model genetického vlivu. Tento model nepředpokládá existenci genů pro určitou závislost, ale závislost determinují biologické rizikové faktory v interakci s faktory psychosociálního prostředí. Třetím modelem je model kombinované genetické determinace/vlivu. Tento model popisuje různé typy drogových závislostí, k jejichž objasnění jsou nutné různé etiologické teorie, např. kombinace genetických vlivů a vlivů prostředí nebo pouze determinace genetických faktorů nezávislých na prostředí. (Rotgers, 1999)

Dále byly prokázány osobnostní dispozice, které souvisejí se syndromem nerušené závislosti na odměně. Lidé závislí na návykových látkách jsou velmi často zvědaví, rádi vyhledávají nové zážitky, rádi a hodně riskují, cestují a věnují se umění. Účinek drogy lze zpočátku zaměnit za tyto intenzivní prožitky. Tyto činnosti (stejně jako drogy) aktivují dopaminergní mesokortikolimbické dráhy. Proto se na rozvoji závislosti mohou podílet určité odchylky dopaminergního systému a následný syndrom narušené závislosti na odměně. Závislí lidé jsou velmi často depresivní, nevyrovnaní, úzkostní a impulsivní, což svědčí o účasti serotoninu při rozvoji drogové závislosti. (Fišerová, 2003)

### **1.3.3.1 Neurobiologické mechanismy drogové závislosti**

Mechanismus vzniku a udržování závislosti se u jednotlivých typů závislosti liší, ale přesto lze najít určité společné a opakující se rysy. Droga je téměř vždy psychotropní látkou, která působí na CNS a po její aplikaci vyvolá náhlou změnu vnímání nebo bdění, jako je euforie, stimulace nebo útlum, uvolnění, odstranění strachu, snění, halucinace atd. Akutní účinky mohou být v počátečních fázích závislosti pociťovány jako příjemné (viz příloha č. 2).

Aplikace drogy způsobí vychýlení přirozené rovnováhy systémů CNS, např. vyplavení neuromediátorů v některých oblastech CNS, účinky na receptorech apod. Při opakované aplikaci návykových látek se rovnováha v CNS vychyluje dlouhodobě. Zachování homeostázy je důležité pro organismus a udržení integrity. Proto při chronickém užívání návykových látek se začnou rozvíjet tzv. adaptační mechanismy, které směřují k znovunastolení ztracené rovnováhy v organismu. Při

opakovaném užívání návykových látek se organismus snaží přizpůsobit opakovanému přísunu cizorodé látky v mozku a postupně tak nastoluje novou patologickou homeostázu. Jakmile návyková látka chybí, dojde k narušení rovnováhy ve směru vyvolaných adaptačních změn, které při abstinenci nejsou vyvažovány drogou. Tyto adaptační změny se projeví tzv. abstinčním syndromem, který bývá nepříjemný, někdy i nebezpečný a zpravidla vede k dalšímu užívání drogy a postupně se tak rozvíjí závislost na droze (viz příloha č. 1).

Závislost může být provázena tzv. tolerancí, kdy pro navození účinku je nutné aplikovat stále vyšší dávku drogy, protože droga působí proti adaptačnímu mechanismu. Při odvykání se musí tělo během abstinence zbavit drogy, tj. odstranit adaptační mechanismy, což je velmi dlouhodobý proces a není zcela jisté, zda se CNS vrátí do stejného nastavení jako před závislostí. Ještě po několika měsících abstinence je citlivost CNS nastavena jinak, než byla před závislostí. Proto při opětovném užití drogy bývá reakce ještě bouřlivější, účinek ještě větší než při prvním užití. Tento stav se nazývá senzitivace k droze a je to jeden z mechanismů udržení závislosti. (Fišerová, 2003)

### **1.3.3.2 Neurobiochemie účinků drog**

Téměř všechny návykové látky mají centrální účinky, dobře pronikají hematoencefalickou bariérou a vážou se na specifické receptory podle chemické struktury drogy, nebo droga působí přímo změny prostupu některých iontů, změny fluidity membrán (např. alkohol). Specifické receptory v těle (i v CNS), mediátory a neuromediátory zprostředkovávají přenos neuronálního impulsu mezi neurony. Tyto látkové přenosy informací probíhají na synapsích mezi neurony a jsou součástí vnitřních regulačních systémů. Droga na tyto systémy působí podle svých vazebních schopností. Například heroin a morfin se vážou na opioidní receptory, marihuana a hašiš na kanabinoidní receptory. Zatímco stimulancia, jako je např. kokain, amfetamin, nikotin, působí nepřímo. Ovlivňují transportní mechanismy katecholaminů (dopamin, noradrenalin, adrenalin) a vyplavují tyto neuromediátory v některých oblastech CNS. Vyplavené katecholaminy působí na příslušné dopaminergní a adrenergní receptory.

Většina návykových látek působí více mechanismy, tím zasahují přímo nebo nepřímo do řady neuromediátorových systémů (viz příloha č. 2). Problematika je však daleko komplikovanější, na účinku jedné návykové látky se zpravidla účastní přímo nebo zprostředkovaně více systémů. Tyto systémy bývají vzájemně propojeny.

Vysazením návykové látky dochází k tzv. syndromu z odnětí drogy (abstinenční syndrom), kdy je přítomen opačný efekt, než je účinek návykové látky (viz příloha č. 1). Pokud dojde k další aplikaci návykové látky, prohlubuje se poškození CNS. Neuroadaptační změny při chronickém užívání návykových látek (např. změny v reaktivitě neuronů, receptorové změny apod.) mohou být dlouhodobé a jsou součástí mechanismu, který způsobuje senzitivizaci CNS při opakovaném styku jedince s návykovou látkou. Jak už bylo zmíněno, tento stav může přetrvávat měsíce, ale i roky a podílí se na relapsu závislosti i po relativně dlouhé době abstinence. Z tohoto důvodu většina bývalých toxikomanů nemůže po léčbě a úspěšné abstinenci přejít na příležitostné užívání návykových látek. Jediným řešením je naprostá doživotní abstinence.

Při vzniku závislosti se rozvíjí nejprve psychické změny, tzv. psychická závislost, jako je např. nutkavost, nárůživost po další dávce (viz příloha č. 1). Teprve následně dochází (nemusí to být však pravidlem) k rozvoji somatických změn, tzv. fyzická závislost, kdy se vytvoří celá řada změn mimo CNS, např. poškození srdce, parenchymatických orgánů apod. (viz příloha č. 1). Průvodním znakem somatických změn jsou fyzické abstinenční příznaky, které bývají velmi často drastické, ale i nebezpečné, zejména u alkoholu nebo opiátů.

Návykové látky mají kromě centrálního psychického účinku i dalších centrální a somatické účinky, které jsou parametrem škodlivosti, toxicity a rizik užívání drog (viz příloha č. 1). Tyto účinky se mohou vlivem dlouhodobého užívání měnit nebo prohlubovat. (Fišerová, 2003)

### **1.3.3.3 Mechanismus pozitivního posilování**

Pro navození drogové závislosti je důležitý tzv. mechanismus pozitivního posilování. Což znamená, že návyková látka musí navodit takový účinek, že člověk touží jej zopakovat. Biologickým základem tohoto mechanismu je kortikolimbický dopaminergní systém CNS. Dopaminergní aktivace je součástí systému chování,

které vede k přežití druhu (libost = odměna např. potrava = uspokojení základních životních potřeb = princip pozitivního posilování). Aktivací dopaminergních neuronů reaguje CNS i na příjem návykové látky. Během dlouhodobého užívání návykových látek dochází vlivem neuroadaptačních změn k poklesu dopaminergní transmise v limbickém systému. Abstinence, ani žádný jiný stimul, nedokáže změnit hladinu dopaminu v oblastech CNS, pouze již návyková látka. Z tohoto důvodu dochází u závislého jedince ke změně zájmů, kdy se stává jediným jeho zájmem droga. (Fišerová, 2003)

## 2 Historie a současnost kouření

### 2.1 Historie kouření

Tabák je rostlina, která pochází z Ameriky, kde kouření listů bylo známo již celá tisíciletí. (Janík, Dušek, 1990) Začali ho pěstovat indiáni, původní obyvatelé Ameriky. (Králíková, Kozák, 1997) Ti ho nejen kouřili, ale i žvýkali, šňupali a užívali v kombinaci s jinými látkami. Používali ho jako lék proti bolestem zubů, kdy si jej vtírali do dásní, nebo při bolestech hlavy a také proti některým infekčním chorobám. (Janík, Dušek, 1990) Kouření u indiánů nebylo každodenní součástí jejich života, ale kouřili jen rituálně při obřadech. (Králíková, Kozák, 1997) Zajímavostí je, že indiáni nikdy kouř nešlukovali. (Králíková, 2003)

Tabák byl objeven pro Evropu v roce 1492 výpravou Kryštofa Kolomba. (Králíková, Kozák, 1997) Do Evropy (do Španělska, a později také do Portugalska) byla první semena tabáku přivezena v roce 1518 z provincie Tabasco na ostrově San Domingo, mnichem druhé Kolumbovy výpravy, který se jmenoval Romano Pano. Podle provincie Tabasco pravděpodobně pochází název tabák.

Již v roce 1556 se začal pěstovat tabák v Portugalsku, z počátku pouze jako okrasná rostlina, používaná zároveň k lékařským účelům. (Landa, 2005) O jeho popularizaci a rozšíření po Evropě se zasloužil francouzský velvyslanec Jean Nicot de Villemaina. (Pejml, 1947) Nicot poznal tabák v portugalském hlavním městě Lisabonu. Na podivuhodnou americkou rostlinu a její léčivou moc ho upozornil jeho přítel historiograf krále portugalského Damián de Goes. Jeana Nicot začal tabák sám pěstovat. Věřil v léčebné účinky této rostliny. Zejména obkládání různých vředů listy tabáku mělo znamenitý úspěch. Sám Nicot užíval tabákové listy na čelo, nebo k nim čichal při bolestech hlavy, jimiž často trpěl. Proto později tabák zaslal francouzské královně Kateřině Medicejské ke zmírnění záchvatů migrény a také, že prostřednictvím tabáku může snadněji ovládnout své poddané. Lidé se oddávají kouření tabáku, což se projeví větší poddajností.

Šňupání tabáku se dostalo do střední Evropy ze Španělska a Portugalska přes Francii a zpočátku bylo výsadou pouze vyšších vrstev. Kouření tabáku přišlo z Anglie přes Holandsko prostřednictvím námořníků, kteří se vraceli z Ameriky. Této vášni holdovala zejména nižší společenská třída. (Landa, 2005)

Ještě několik století se kouření tabáku šířilo poměrně pomalu. Roku 1640 vydal papež Urban VIII. bulu, která zakazovala kouřit v kostele. Ve středověku byly za kouření velmi kruté tresty, například v Rusku useknutí nosu nebo rozseknutí horního rtu tak, aby již nesrostl a jeho majitel už nikdy neměl požitek z kouření. Tyto tresty zrušil až Petr Veliký, který byl sám náruživým kuřákem. (Králíková, Kozák, 1997) Dokonce v Turecku hrozil za kouření až trest smrti. (Landa, 2005)

Tabák se rozšířil postupně i na Dálný východ. Přicházel od západu z Turecka, ale i Ruska. Roku 1626 se objevil v Persii. Na sklonku 16. století byl tabák přivezen Portugalci do svých kolonií v Číně, Indii a Japonsku. O něco později Španělé přivezli tabák na Filipínské souostroví.

Francouzi a Španělé přivezli tabák postupně i do krajín severní Afriky. Portugalci, ale i Španělé, nenechali přijít o požitek z kouření národy východního a západního pobřeží Afriky. Holanďané si vzali na starost rozlehlé kraje jižní Afriky. V Africe se velmi znamenitě dařilo obchodu s tabákem, a to zejména protože černoši, kteří byli velmi náchylní k požívání omamných prostředků, byli ochotni dát vše za trochu tabáku.

Jako poslední světadíl se s kouřením tabáku seznámila Austrálie. Díky nepatrnému zalidnění země se kouření nešířilo tak rychle jako na jiných kontinentech. Ale i tady nakonec rostlina tabáku zdomácněla. (Pejml, 1947)

V Čechách se tabák objevil na konci 16. století díky podpoře Rudolfa II., který se velmi zajímal o alchymii. Roku 1658 český sněm kouření tabáku zakázal, zatímco šňupání bylo stále povoleno. Přes všechny možné pokuty, jiné těžší tresty i přes církevní kletby, lidé kouřili nadále. O několik let později se začal tabákový průmysl rychle rozmáhat. Čeští stavové se zachovali trzně a v roce 1664 zrušili zákaz kouření a povolili pěstování tabáku jako zdroj nových příjmů pro zemskou pokladnu. Byly založeny virginské tabákové plantáže. Po čtrnácti letech domácí produkce pokryla spotřebu a určité množství tabáku mohlo být vyvezeno. Veškeré tabákové hospodářství podléhalo státnímu monopolu, který přiděloval pěstitelům semena a nemajetným rolníkům propůjčoval půdu pod podmínkou, že je budou řádně obdělávat a hnojit a veškerý výnos odevzdají ke zpracování státním manufakturám. Během 18. století pěstování tabáku vzkvétalo, sklízelo se přibližně kolem 14 000 metrických centů ročně. Na začátku 19. století tabákový monopol pod tlakem z vyšších míst usoudil, že tabák pěstovaný v Čechách nemá potřebnou kvalitu a pozemky, na kterých se pěstoval, by se měly využít pro pěstování obilí, které bylo



v té době daleko finančně výnosnější. Poslední ránou pro pěstitele tabáku byl dvorní dekret ze 7. března 1806, který od roku 1807 zakazoval pěstování tabáku v našich zemích. Veškeré zásoby semen musely být pod hrozbou přísných trestů zničeny. (Landa, 2005)

Alkaloid obsažený v tabáku-nikotin, byl objeven až v roce 1828 a nese jméno francouzského velvyslance Jeana Nicota de Villemaina až dodnes. (Janík, Dušek, 1990) Tabák se nejdříve kouřil v dýmce, o něco později jako doutník. Cigareta se začala vyrábět až kolem roku 1830. Díky rozvoji automatizace strojní výroby v tabákovém průmyslu v polovině 19. století vzrostla výroba tabáku, došlo k rychlému rozšíření cigaret, které vytlačily dýmky a doutníky. Koncem 19. století začaly vznikat i u nás první manufaktury na stáčení cigaret. (Skála, 1988)

Největší rozmach kuřáctví byl během 1. světové války a kulminace v rozvinutých zemích nastala koncem 2. světové války. Na škodlivé účinky kouření se přišlo až v roce 1950. V této době byl již tabákový průmysl rozšířen po celém světě. (Králíková, 2003)

V současné době světová spotřeba tabáku stále stoupá, zejména v rozvojových zemích. Naopak v rozvinutých částech světa, jako je například Amerika nebo západní Evropa, se kouření tabáku postupně eliminuje. V těchto zemích je veden intenzivní boj proti kouření. Zejména evropské státy přitvrzují v boji proti kuřákům. Například od 1. dubna 2004 zakázalo Irsko kouření ve všech restauracích, o něco později se k nim přidali Norové, kteří nemohou kouřit v restauracích od 1. května 2004. A postupně se přidávají i další státy Evropské unie. V České republice platí od 1. ledna 2006 zákon č. 379/2005 Sb., v platném znění, který v § 8 zakazuje kouřit na veřejných místech, jako jsou například úřady, školy, zdravotnická zařízení, nástupiště, zastávky, čekárny veřejné hromadné dopravy, dále v zařízeních společného stravování provozovaných na základě hostinské činnosti, pokud zařízení nemá zvláštní prostor vyhrazený pro kuřáky apod. (Zákon č. 379/2005 Sb., v platném znění)

Kouření je velmi závažný celosvětový problém. Této závislosti propadají jak muži tak ženy ve všech věkových kategoriích. Bohužel, většina lidí s tímto zlovykem začíná již ve velmi mladém věku. Je nutné si uvědomit, že kuřák poškozuje zdraví nejen sobě, ale i ostatním členům společnosti.

## 2.2 Prevalence kuřáctví v ČR

Česká republika se po roce 1989 vrátila mezi demokratické země, což přineslo nejen výrazné změny v ekonomické a společenské oblasti, ale také se to odrazilo na vývoji zdravotního stavu obyvatelstva. Mezi rokem 1989 až 2002 se střední délka života prodloužila u mužů z 68,1 na 72,1 roku a u žen z 75,4 na 78,5 roku. Ve stejném období se míra úmrtnosti snížila u mužů z 1528,7 na 1146,2 a u žen z 902,9 na 685,8 na 100 000 obyvatel. K těmto pozitivním změnám došlo v důsledku působení více faktorů. Vedle zkvalitnění léčebné a ošetrovatelské péče sehrála svojí roli změna životního stylu a výživových zvyklostí obyvatelstva. V České republice se nejvíce podílejí na celkové nemocnosti a úmrtnosti populace nemoci oběhové soustavy a nádorová onemocnění. Kouření tabáku je nejzávažnějším rizikovým faktorem, který ovlivňuje vznik, rozvoj a průběh těchto onemocnění. Ve vyspělých zemích se z důvodu formulování preventivních cílů a pro sledování efektu již přijatých opatření, které omezují kuřáctví, provádějí specializovaná šetření, která zjišťují prevalenci kuřáctví v dospělé populaci. Tato šetření ukazují, že mezi dospělými dochází v 90. letech k poklesu prevalence kuřáctví, přičemž tento pokles je výraznější u mužů. (Csémy, Krch a kol., 2005) Zcela opačné trendy byly zjištěny u výskytu kuřáctví mezi dětmi a dospívajícími. (Sovinová, Csémy, 2003)

### 2.2.1 Prevalence kuřáctví v dospělé populaci

V České republice jsou dostupné výsledky několika reprezentativních studií, které sledují výskyt kuřáctví v dospělé populaci. Jednou z nich je například studie WHO MONICA (World Health Organization Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease Project). Z této studie vyplývá zřetelný pokles prevalence kuřáctví u dospělých mužů ze 49 % na 37 % v období od roku 1985 do roku 1997. Podíl žen kuřáček se v tomto období příliš nezměnil (28 % v roce 1985 a 26 % v roce 1997/98). Dále z této studie vyplývá, že muži jsou nejen častějšími kuřáky než ženy, ale také kouří v průměru více cigaret. Průměrná denní spotřeba cigaret byla v roce 1985 u mužů 16,4, u žen 11,3, a v roce 1997/98 u mužů 8,6 a u žen 7,0. (Škodová a kol., 2000)

Ústav zdravotnických informací a statistiky provádí „Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace“, kde mimo jiné zjišťuje rozšířenost kuřáctví. Jedná se o dotazníkové šetření, které se provádí jednou za tři roky metodikou WHO HIS (World Health Organization Health Interview Survey). Podle výsledků šetření HIS (Health Interview Survey) z roku 2002 nikdy nekouřilo přibližně 40 % mužů a 60 % žen. Naopak pravidelně kouřilo 30,9 % mužů a 18,1 % žen, z toho bylo u mužů silných kuřáků (20 a více cigaret denně) 29,9 % a u žen pouze 12,7 %. Dalším zajímavým ukazatelem je rozdělení kuřáků podle dosaženého vzdělání. Mezi muži je nejvíce pravidelných kuřáků se základním a učňovským vzděláním (základní 45,3 %, učňovské 41,1 %). U žen je rovněž vysoký podíl pravidelných kuřáček u těchto skupin (základní 27 %, učňovské 25 %). Nejméně pravidelných kuřáků je mezi osobami s vysokoškolským vzděláním (muži 13 %, ženy 10 %). (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2003; Brožová, Daňková a kol., 2003)

Státní zdravotní ústav (SZÚ) provádí vlastní šetření kuřáctví v populaci od roku 1996. Zpočátku byl výzkum prováděn vždy po dvou letech a od roku 1999 probíhá každý rok. Podle výsledků šetření SZÚ z roku 2005 lze v České republice označit 24,3 % občanů za pravidelné kuřáky, kteří kouří v současné době více než 1 cigaretu denně. Dalších 3,5 % tvoří příležitostní kuřáci, kteří kouří méně než 1 cigaretu denně. To znamená, že v roce 2005 kouřilo v populaci České republiky celkem 27,8 % občanů. Dalších 14,9 % jsou bývalí kuřáci, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří. Za nekuřáky lze označit 57,2 % občanů České republiky. Z nich 20,3 % jsou nekuřáci, kteří to kdysi zkusili (vykouřili však v životě méně než 100 cigaret) a zbývajících 36,9 % jsou ti, kteří v životě nevykouřili ani jednu cigaretu.

Výzkum prokázal, že muži častěji kouří více než 1 cigaretu denně a také jsou častěji bývalými kuřáky, zatímco ženy významně častěji uvádějí, že nikdy nekouřily. V roce 2005 v populaci 15-64 let je 31,0 % mužů a 21,6 % žen, kteří kouří nejméně jednu cigaretu denně a 3,5 % mužů a 4,6 % žen, kteří kouří méně než 1 cigaretu denně.

Zajímavé a zároveň logické jsou výsledky analýzy souvislostí mezi věkem a kouřením. Ukazuje se, že nejvíce se na kouření (ti, kteří kouří nejméně 1 cigaretu denně) podílí věková skupina 45-54 let. Výrazný je rovněž podíl na kouření u věkové skupiny 25-34 let.

Dalším zajímavým ukazatelem je porovnání podílu kuřáků uvnitř jednotlivých věkových skupin. Výsledky z roku 2005 poukazují na to, že ve věkové skupině 15-24 let je nejvyšší podíl všech kuřáků (pravidelných i příležitostných), který činí 36,2 %.

Kritickým obdobím pro počátky kouření je věk od 14-15 let. Muži začínali s kouřením ve věku do 10 let, zatímco ženy uvádějí pozdější začátky až po 21. roce věku. Počátky pravidelného kouření, kdy vzniká návyk na nikotin, spadá do období 17-18 let, což také vyplývá z analýzy z roku 2005, kdy uvedlo 29,5 % respondentů, že začalo pravidelně kouřit právě v tomto období.

V roce 2004 byla zjišťována délka kouření. Největší část kuřácké populace kouří nebo kouřili 11 a více let, a to 56,5 %. Druhá nejpočetnější skupina kouří či kouřila od 4 do 10 let, a to 31,5 %.

Dalším důležitým indikátorem závislosti kuřáků na nikotinu je množství vykouřených cigaret za jeden den. Nejvíce kuřáků (31,2 %) vykouří v průběhu dne 6-10 cigaret. Jiným indikátorem závislosti na nikotinu je doba, která uplyne mezi probuzením a zapálením si první cigarety. Z analýzy z roku 2005 vyplývá, že 61,1 % kuřáků si zapálí cigaretu do 1 hodiny po probuzení, 28,9 % kuřáků si první cigaretu zapálí do 30 minut po probuzení a 9,5 % kouří ihned po probuzení.

Z výše uvedených skutečností vyplývá, že mezi současnými kuřáky je okolo 60 % silných kuřáků. Tito lidé kouří již ráno před odchodem do zaměstnání nebo školy. Přibližně 10 % kuřácké populace je velmi výrazně závislá na nikotinu, což se projevuje kouřením na lačný žaludek ihned po probuzení.

Dále jsou uvedeny statisticky významné souvislosti zjištěné mezi kouřením a ostatními sociodemografickými znaky.

Z hlediska rodinného stavu byl v roce 2005 identifikován vyšší podíl kuřáků mezi rozvedenými. Mezi ženatými/vdanými je vyšší podíl bývalých kuřáků.

Velmi zajímavým ukazatelem je vazba kouření na stupeň dosaženého vzdělání, který byl zjišťován v letech 2000-2004. Bylo zjištěno, že více kuřáků je mezi vyučenými (v dělnických a řemeslnických profesích) než mezi respondenty s maturitou a VŠ vzděláním.

Dále byla také prokázána souvislost mezi náboženskou vírou a kouřením. Mezi silně věřícími občany je podstatně méně pravidelných kuřáků a podstatně více těch, kteří nikdy v životě nekouřili než mezi občany bez vyznání. (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006)

## 2.2.2 Prevalence kuřáctví u dětí a dospívajících

Jednu z možností sledování vývoje kuřáctví mezi dospívajícími dává reprezentativní a pravidelně se opakující studie Světové zdravotnické organizace The Health Behaviour of School (HBSC) a mezinárodní projekt The European School Survey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD). (Sovinová, Csémy, Sadílek, 2003)

Studie HBSC se Česká republika účastní od roku 1994. Jde o studii, která je opakovaná vždy po čtyřech letech. Dotazníkem je vyšetřován reprezentativní soubor žáků 5., 7. a 9. tříd základní školy, odpovídající věkové skupiny jsou 11, 13 a 15 let. Toto šetření probíhalo v letech 1994, 1998 a 2002.

Z výsledků studie HBSC vyplývá, že ve věkové skupině jedenáctiletých je pravidelné kouření ještě vzácným jevem a rozdíly mezi roky 1994 a 2002 nejsou významné. U třináctiletých je již rozdíl patrný u obou pohlaví, zatímco v roce 1994 kouřilo 7,3 % chlapců a 4,2 % dívek, tak v roce 2002 to bylo již 13,8 % chlapců a 8,6 % dívek. Nejstrmější nárůst kouření je patrný u věkové skupiny patnáctiletých, kde v roce 1994 kouřilo 15,9 % chlapců a 11,9 % dívek, zatímco v roce 2002 již kouřilo 28,6 % chlapců a 30,6 % dívek. V posledním sledovaném období se téměř stírá rozdíl výskytu kuřáctví podle pohlaví.

Výzkum prokázal nejvyšší nárůst u průměrné týdenní spotřeby cigaret mezi roky 1994 a 2002. Ve věkové skupině jedenáctiletých byla v roce 1994 průměrná týdenní spotřeba cigaret 5,1 ks a v roce 2002 13,8 ks, ve věkové skupině třináctiletých v roce 1994 7,9 ks a v roce 2002 16,1 ks a ve věkové skupině patnáctiletých v roce 1994 27,8 ks a v roce 2002 33,6 ks.

V roce 2002 bylo zjištěno u souboru patnáctiletých, že 66,6 % chlapců a 62,2 % dívek jsou nekuřáci. Za slabé kuřáky (ti co kouří, ale méně často než jednou týdně) se považuje 4,7 % chlapců a 7,3 % dívek. Mezi silné kuřáky (pravidelní kuřáci, kteří současně vykouří více než 40 cigaret týdně) patří 9,1 % chlapců a 9,3 % dívek. Zbytek chlapců (19,6 %) a dívek (21,3 %) je možné považovat za kuřáky (jsou to všichni ti, kdo kouří alespoň jednou týdně nebo častěji, ale týdně nevykouří více než 40 cigaret). (Csémy, Krch a kol., 2005)

Mezinárodní projekt ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) proběhl v roce 1995, 1999 a 2003. Cílem tohoto mezinárodního projektu, který byl koordinovaný Švédskou radou pro informace o alkoholu a drogách (CAN),

bylo zjistit data o užívání návykových látek mezi mládeží v Evropě. Tato studie se týkala populace dospívajících ve věku 16 let.

Z výsledků studie z roku 2003 vyplývá, že mezi chlapci je 29,2 % denních kuřáků a dívek 25,3 %. Dívky v průměru vykouří méně cigaret než chlapci. Každý 10. chlapec je silným kuřákem, tj. vykouří denně více než 10 ks cigaret. Dívek silných kuřáček je 6 %. V roce 1995 bylo silných kuřáků celkem 5,4 %, v roce 1999 8,5 % a v roce 2003 o něco málo méně 7,6 %. (Csémy, Sadílek a kol., 2003)

## 2.3 Typologie kuřáků

Pro posuzování prevalence kuřáctví se užívají definice, které charakterizují jednotlivé typy kuřáků. Nejčastěji je užívána definice z roku 1976 stanovená Mezinárodní unií proti rakovině (UICC):

Kategorie platné pro dospělou populaci:

Současný kuřák (daily smoker)–kouří nejméně 1 cigaretu za den.

Příležitostný kuřák (occasional smoker)–kouří méně než 1 cigaretu za den.

Bývalý kuřák (exsmoker)–kouřil nejméně 1 cigaretu za den déle než 6 měsíců následujících po sobě a nyní nejméně 6 měsíců nekouří.

Nekuřák (nonsmoker)–nikdy nekouřil 1 a více cigaret za den déle než 6 měsíců. (Baláková, 2003)

Kategorie charakterizující skupinu dětí a mládeže do 16 let:

Současný kuřák–kouří 1 a více cigaret za týden.

Příležitostný kuřák–kouří méně než 1 cigaretu za týden.

Experimentující kuřák–kouří méně než 1 cigaretu za týden, avšak nejméně 1 za měsíc.

Bývalý kuřák–kouřil občas, ale v současné době již nejméně 6 měsíců nekouří.

Nekuřák–nikdy nevykouřil celou cigaretu. (Baláková, 2003)

Státní zdravotní ústav (SZÚ) ve své studii „*Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Názory a postoje občanů k problematice kouření (období 1997-2005)*“ použil následující typologii kuřáků:

Kategorie charakterizující populaci ve věkové skupině 15 a více let:

Kuřák–v současné době kouří nejméně 1 cigaretu denně.

Příležitostný kuřák–v současné době kouří méně než 1 cigaretu denně.

Bývalý kuřák–kuřák, který v životě vykouřil více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří.

Nekuřák, který kdysi zkoušel kouřit, ale vykouřil však méně než 100 cigaret v životě. Nekuřák, který nikdy nekouřil. (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006)

Dále je známa typologie kuřáků, která byla použita v mezinárodním projektu Světové zdravotnické organizace (WHO) The Health Behaviour of School (HBSC).

Typologie kuřáků ve věkové skupině do 15 let:

Nekuřáci, kteří nikdy nekouřili.

Slabí kuřáci–kouří, ale méně často než jednou týdně.

Kuřáci–kouří alespoň jednou týdně nebo častěji, ale týdně nevykouří více než 40 cigaret.

Silní kuřáci–kouří pravidelně a současně vykouří více než 40 cigaret týdně. (Csémy, Krch a kol., 2005)

Typologie kuřáků podle Schmidta:

Příležitostný kuřák–kouří občas, na základě kuřáckých zvyklostí, které stimulují. Necítí potřebu, pokud se objeví, uspokojí ji, pokud ne, nezpůsobí žádné komplikace.

Návykový kuřák–kouří ze zvyku ve vleku kuřáckých zvyklostí a napodobení. Psychodynamické procesy nejsou fixovány, aby se mohla vyvinout psychická závislost. Kouření může ukončit bez větší námahy.

Kuřák s psychickou závislostí–kouří z požitku, u něhož stojí v popředí vůně, chuť a kuřácký ceremoniál. Jedinci jsou motivováni prožívaným uvolněním, uklidněním, odstraněním dysforie a pocitu prázdnoty.

Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí–do popředí vystupují farmakodynamické účinky nikotinu, které kuřák vyhledává pro emočně vegetativní prožitky. Na tělesnou závislost upozorňuje bušení srdce, návaly pocení, třes a neklid po absenci kouření. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2003)

## **2.4 Tabákový kouř a nikotin**

### **2.4.1 Tabákový kouř**

Tabák, který se kouří, se připravuje sušením a následnou fermentací tabákových listů. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002) Tabákový kouř obsahuje

přibližně 4 700 chemických organických a anorganických látek, z nichž většina vzniká v průběhu hoření nebo se vytváří v důsledku interakcí. Pouze jedna z těchto látek-nikotin-je návyková. Asi dalších 50 látek v cigaretovém kouři má karcinogenní účinky. Více než 90 % tabákového kouře tvoří plynná fáze, zbytek pak je tuhá (hmotná) část.

Plynná fáze obsahuje oxid uhelnatý, dále řadu zdravotně nebezpečných látek. Mezi ně patří například kyanovodík, který ochromuje činnost řasinek epitelu a inhibuje enzymy tkáňového dýchání, dále formaldehyd, který má alergizující, mutagenní a karcinogenní účinky. Dalšími karcinogeny jsou nitrosaminy specifické pro tabákový kouř, které vznikají pyrolýzou dusičnanů a nikotinu přítomných v tabáku. Další zdravotně nebezpečné látky jsou akrolein (dráždivé účinky), těkavé uhlovodíky, jako je např. vinylchlorid, hydrazin apod.

Hmotná (tuhá) část tvoří vysoce koncentrovaný aerosol, který obsahuje polycyklické aromatické uhlovodíky, z nichž se některé účastní karcinogenního procesu.

Další látky, které jsou obsaženy v tabákovém kouři kromě nikotinu, který je hlavní příčinou závislosti, je nutné zmínit aromatické aminy, heterocyklické aminy, dioxiny, z anorganických látek pak radioaktivní polonium, kadmium, olovo, nikl.

Primární proud cigaretového kouře je ta část kouře, kterou kuřák po inhalaci vydechuje. Obsahuje méně škodlivin než sekundární proud kouře. A to proto, že plíce kuřáka jsou částečný filtr a při potažení vzniká vyšší teplota hoření tabáku, cigaretového papíru a dalších příměsí. Aktuální teplota oharku dosahuje 900 °C až 1100 °C.

Sekundární proud cigaretového kouře vzniká z volně hořící cigarety. Tvoří asi 85 % veškerého kouře. Teplota oharku postupně klesá na 300 °C až 80 °C. Sekundární proud kouře obsahuje vyšší množství škodlivin než kouř primární, například 78x více amoniaku, 52x více dimetylnitrosaminu, 1,7x více dehtů, 2,7x více nikotinu, 8,1x více CO<sub>2</sub>, 2,5x více CO, 3,1x více metanu, 10x více pyridinu apod.

Podle IARC (International Agency for Research on Cancer-Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny) je cigaretový kouř jako takový zařazen do skupiny 1 mezi prokázané karcinogeny pro člověka. Výzkumem bylo zjištěno, že vlivem tabákového kouře vznikají především nádory plic, dutiny ústní, jícnu a močového měchýře. (Provazník, Komárek, 2003)



## 2.4.2 Nikotin

Nikotin je hlavní alkaloid tabáku, jehož množství v listech se pohybuje od 1 do 7 % sušiny. Jeho chemická struktura napovídá, že jde o derivát pyridinu a pyrrolidinu. Čistý nikotin je bezbarvá nebo jen lehce nažloutlá kapalina, která je rozpustná ve vodě a lihu. Jeho bod varu je 246 °C (při 230 mm Hg) a bod tuhnutí - 79 °C. Na vzduchu velmi rychle hnědne a vydává charakteristický tabákový zápach. (Strunecká, Patočka, 2000) Nikotin je velmi prudký jed s rychlým průběhem otravy. Z hlediska toxicity ho lze přirovnat ke kyanidu draselnému. (Bečková, Višňovský, 1999) Pouhé dvě kapky nikotinu, tj. asi 6-8 mg, usmrtí psa do jedné až dvou minut. Smrtelná dávka pro člověka je asi 60-80 mg a smrt nastane přibližně po 40-60 minutách. Cigareta průměrně obsahuje 15-25 mg nikotinu, ale v tabákovém kouři cigarety bez filtru se pohybuje obsah nikotinu od 1,2-2,4 mg a u cigarety s filtrem od 0,2-1,0 mg. Z tohoto množství kuřák vstřebá až 90 % nikotinu. U lidí, ale i zvířat, dochází velmi rychle k návyku na nikotin a vyvíjí se vůči němu značná tolerance. (Strunecká, Patočka, 2000)

Nikotin se absorbuje sliznicí dutiny ústní nebo plícemi a během 7-8 sekund se dostává na příslušná místa v mozku, odbourává se po 3-4 dnech v játrech. Ke vstřebání potřebuje lehce zásadité prostředí, při kterém není ionizován a rychle tak přechází sliznicí do krve. Takový je kouř z dýmky nebo doutníku, proto se z nich nikotin vstřebává přímo sliznicí dutiny ústní, aniž by bylo potřeba šlukovat. Kouř cigarety je slabě kyselý, téměř veškerý nikotin je ionizován, a proto je nutné kouř vtáhnout až do plic, aby se mohl nikotin absorbovat. (Králíková, 2003)

Nikotin působí v organismu prostřednictvím nikotinových acetylcholinových receptorů (nAChR), které jsou ve svalech, mozku a v periferních vegetativních nervech. Tyto receptory fungují jako chemicky závislé iontové kanály, složené z pěti podjednotek, které v membráně vytvářejí vertikální pór. V nervosvalových ploténkách se nikotinový acetylcholinový receptor skládá ze dvou podjednotek  $\alpha$  a podjednotky  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\sigma$ . Přírodním ligandem tohoto receptoru je acetylcholin, což je neuromediátor cholinergního nervového systému, ale váže se na něj i nikotin, který má stejný efekt. Proto se dá hovořit o nikotinu jako o agonistovi nikotinových acetylcholinových receptorů. Neuronální nikotinové acetylcholinové receptory (nAChR) jsou složeny také z pěti podjednotek, avšak na jejich stavbě se podílejí

pouze podjednotky  $\alpha$  a  $\beta$ . Neuronální nAChR nemají jednotnou strukturu, ale jsou tvořeny celou rodinou receptorů. V současné době je známo 12 genů, které kódují různé izoformy podjednotek. (Strunecká, Patočka, 2000)

Psychoaktivní účinky tabáku nastávají tedy v důsledku schopnosti se navázat na cholinergní receptory, které jsou umístěné na nervových buňkách a jejich výběžcích. Důležité je tyto receptory aktivovat a následně vyvolat vyplavování neurotransmiterů, např. acetylcholinu, serotoninu, dopaminu, epinefrinu, norepinefrinu, beta-endorfinu. Nikotin také ovlivňuje vyplavování některých hormonů (například růstový hormon, prolaktin, adrenokortikotropní hormon) a glukózy. (Hrubá, 2001)

Nikotin může způsobit akutní a chronickou intoxikaci. Akutní intoxikace se projevuje bolestmi hlavy, závratěmi, zblednutím, nauzeou, zvracením, průjmem, studeným potem. U těžších případů může dojít k psychickým poruchám s poruchami vědomí. Mohou se vyskytnout stavy zmatenosti, obluzenosti, zrakové a sluchové halucinace. Otrava zpravidla netrvá dlouho a velmi rychle odezní. S těmito potížemi je možné se setkat zejména u začínajících kuřáků, kteří nedovedou odhadnout množství tabáku, které mohou vykouřit.

Chronická intoxikace vzniká dlouhodobým a nadměrným kouřením tabáku. Dochází k fyzickému i psychickému postižení. Nejvíce je ohrožen dýchací a kardiovaskulární systém. Velmi častý je výskyt karcinomu plic, chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) a dalších onemocnění. Psychické obtíže se projevují nespavostí, nesoustředěností, nervozitou, snížení psychické aktivity, sklony k výbušnost apod. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2003)

### 3 Účinky kouření na lidský organismus

Kouření poškozuje mnoho tělesných orgánů, má vliv na rozvoj různých chronických onemocnění a některých patologických procesů. Kouření cigaret je přímo spojováno se vznikem 25 různých onemocnění, k rozvoji a progresi dalších 25 významně přispívá. Všeobecně má vliv na rozvoj kardiovaskulárních chorob, onemocnění dýchacího ústrojí, karcinomy plic, průdušek, hltanu, hrtanu, úst, jícnu, močového měchýře, ledvin, slinivky břišní, žaludku, tlustého střeva, konečníku a děložního čípku. Dále poškozuje i reprodukční systém mužů a žen. Mezi onemocnění, které souvisejí s kouřením, lze zařadit i kataraktu, makulární degeneraci, Crohnovu chorobu, žaludeční a dvanácterníkové vředy, periodontitidu atd. Kouření také zhoršuje výkonnost, koordinaci, rovnováhu, přispívá ke zpomalení hojení ran u kuřáků. Ve spojení s kuřáctvím je také znám vyšší výskyt úrazů, sebevražd, nehod a otrav. (Baláková, 2003)

Ze statistických analýz vyplývá, že každý rok umírá na následky kouření asi 5 milionů lidí. Nemoci související s kouřením jsou příčinou úmrtí každého druhého kuřáka v produktivním věku, z nich polovina umírá předčasně. Dnes je již známo, že nejvíce kuřáků nezemře na rakovinu plic, přestože 90 % tohoto onemocnění je způsobeno kouřením, ale na kardiovaskulární nemoci. Téměř 1,7 milionů lidí ročně umírá právě na nemoci srdce a cév. (Hrubá, 2005)

Kouření způsobuje (Králíková, Kozák 2000):

- 20-25 % kardiovaskulárních onemocnění  
(příčina asi 56 % úmrtí)
- 30 % všech nádorových onemocnění  
(příčina 22 % úmrtí, 90 % podíl kouření na vzniku rakoviny plic)
- 75 % chronických plicních onemocnění  
(příčina asi „jen“ 1 % úmrtí)

V České republice v současné době umírá v důsledku kouření kolem 22 000 osob ročně, což je každé páté úmrtí, jinak řečeno 60 mrtvých denně. Většina těchto lidí umírá ve středním věku (39-65 let). Celkové kuřák ztrácí 8 let života z očekávané délky nekuřáka. (Králíková, Kozák, 2000) Každá vykouřená cigareta ubírá v průměru 5 minut života, tedy čas potřebný pro její vykouření. (Baláková, 2003)

Zanechání kouření v jakémkoliv věku a stavu zdraví má vždy jednoznačně pozitivní účinky na lidský organismus (Hrubá, 2005):

- do 30 minut po poslední cigaretě se vrací zvýšený krevní tlak a zrychlená tepová srdeční frekvence k hodnotám před kouřením
- do 6 hodin se odstraní z těla oxid uhelnatý, který brání přenosu kyslíku ke tkáním
- do 4 dnů se zlepší dechové a srdeční funkce
- do 2 let významně klesne riziko akutní srdeční nebo cévní příhody
- do 5 let je riziko nemoci srdce a cév podobné jako u nekuřáků
- za 10-15 let se sníží riziko onemocnění zhoubným nádorem na úroveň nekuřáků
- přestane-li kouřit těhotná žena v prvních 3 měsících těhotenství, je riziko komplikací a poškození plodu stejné, jako kdyby nikdy nekouřila

### **3.1 Účinky kouření na kardiovaskulární systém**

Ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění přispívají specifické chemické sloučeniny v tabákovém kouři, jako je oxid uhelnatý, oxidy dusíku a další oxidující plyny, dehet, tabákové glykoproteiny a nikotin. (Baláková, 2003)

Nemoci kardiovaskulárního systému v důsledku kouření se projevují různými klinickými formami, zahrnující akutní infarkt myokardu, náhlou smrt srdeční, ischemickou chorobu srdeční (ICHS), mozkové cévní příhody, aneurysma aorty, onemocnění periferních cév (ICHDK). Zejména nikotin a oxid uhelnatý podporují vznik ischemické choroby srdeční (ICHS) a ischemické choroby dolních končetin ICHDK. Oxid uhelnatý vazbou na hemoglobin snižuje okysličování krve, a tak vyvolává ischemii cévní stěny a tkání. Dále hraje i významnou úlohu při vzniku aterosklerózy.

Ateroskleróza je dlouhodobý a progredující proces, který zpravidla začíná již v mladistvém věku a klinicky se manifestuje až ve středním nebo vyšším věku. Ateroskleróza je příčinou uzávěru koronárních cév, infarktu myokardu, anginy pectoris, iktu, aneurysmatu aorty a aterosklerotických změn v periferních cévách. (Baláková, 2003)

Na vzniku ischemické choroby srdeční se podílí především kouření cigaret, vysoká hladina cholesterolu, hypertenze a malá pohybová aktivita. Toto jsou hlavní rizikové faktory, které se podílejí na vzniku srdečního infarktu a náhlé smrti srdeční. Angina pectoris je první klinickou manifestací tohoto onemocnění. Je způsobena spasmem věnčitých cév a zúžením jejich průsvitu s následným nedostatečným zásobováním srdečního svalu kyslíkem. Kouření tedy snižuje množství přiváděného kyslíku a nutí srdce rychleji pracovat, a tím tedy zvyšuje spotřebu kyslíku. Kouření se podílí z 25 % na mortalitě v souvislosti s touto chorobou. Riziko onemocnění ICHS závisí na počtu vykouřených cigaret, věku, začátku kouření, počtu kuřáckých let a na hloubce inhalace cigaretového kouře. Incidence vzniku ICHS je dvojnásobná u kuřáků a čtyřnásobná u silných kuřáků ve srovnání s nekuřáky. (Baláková, 2003)

Náhlá smrt srdeční se vyskytuje u kuřáků asi 10x častěji než u nekuřáků. Zdraví kuřáci, kteří zanechají kouření, snižují riziko vzniku infarktu myokardu i náhlé smrti. Toto snížení rizika se zvětšuje s dobou po zanechání kouření.

Riziko vzniku ischemické choroby dolních končetin (ICHDK) se zvyšuje u kuřáků s jiným onemocněním, například s diabetem mellitem, s metabolickými nebo hormonálními onemocněními, s hypertenzí a s dalšími faktory, jako je například užívání některých léků.

Nikotin zvyšuje spotřebu kyslíku pro srdeční činnost, zvyšuje agregaci krevních destiček a napomáhá vzniku arytmií. (Provazník, Komárek, 2003)

### **3.2 Účinky kouření na dýchací ústrojí**

Souvislost kouření a onemocnění dýchacího ústrojí byla jednoznačně prokázána. Tvorba emfyzému plic je podmíněna následujícími mechanismy působení cigaretového kouře:

- snížením hladiny antiproteáz, čímž se zvyšuje hladina elastázy a následně dochází k převaze proteolytické aktivity v plicích a poškození elastické plicní tkáně
- snížením imunitní odpovědi u alveolárních mikrofágů
- snížením mukociliárního transportu
- hypersekrecí mukózních bronchiálních žlázek s následnou hypertrofií stagnací hlenu a tvorbou zánětlivých změn bronchiální sliznice.

Důsledkem těchto procesů je vznik chronické bronchitidy, hypertrofie bronchiálního svalstva a vznik chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN). (Provazník, Komárek, 2003)

Americká plicní společnost definovala v roce 1995 chronickou obstrukční plicní nemoc takto:

*„CHOPN je obstrukce dýchacích cest způsobená chronickou bronchitidou nebo plicním emfyzémem. Tato obstrukce progreduje, je částečně reverzibilní a může být spojena s bronchiální hyperaktivitou.“* (Baláková, 2003)

Převážná většina úmrtí na CHOPN je zapříčiněna kouřením, a to až v 75 %. Riziko rozvoje této choroby je u kuřáků 5x-8x vyšší než u nekuřáků (Provazník, Komárek, 2003) Chronické plicní onemocnění se projevuje omezením průtoku vzduchu v průduškách. Tento stav je ve většině případů irreverzibilní. Omezení průtoku je spojeno s abnormální zánětlivou odpovědí plic na škodliviny, které jsou obsaženy v cigaretovém kouři.

Kouření jako rizikový faktor, který vyvolává další nenádorová onemocnění dýchacího ústrojí, jako je chronická bronchitis či astma bronchiale. Chronická bronchitida je velmi časté onemocnění u kuřáků. Tato choroba bývá příčinou smrti 18x častěji než u nekuřáků. (Baláková, 2003)

### **3.3 Karcinogenní účinky kouření**

Tvorba maligního onemocnění je komplexní multifaktoriální a víceetapový proces, na němž se podílejí iniciátoři fyzikální, chemické nebo biologické povahy s různým mechanismem účinku. (Baláková, 2003; Provazník, Komárek, 2003).

V iniciační fázi karcinogeneze jsou zapojeny látky s genotoxickým působením. V důsledku změn v přenosu genetické informace postupně dochází k přeměně normální buňky na buňku maligní.

V průběhu promoční fáze se uplatňují epigenetické karcinogeny, jejichž různé mechanismy působení (např. podpora proliferace, omezení mezibuněčné komunikace, ovlivnění apoptózy apod.) rozvíjejí karcinogenní proces k nekontrolovatelnému dělení buněk a metastatickému rozsevu. Dále je také celý karcinogenní proces ovlivňován látkami, které vznikají v důsledku oxidačního stresu. (Provazník, Komárek, 2003)

V počátečních fázích karcinogeneze se mohou ještě uplatnit reparační mechanismy nebo imunitní systém, který maligní buňku rozpozná a zneškodní ji. (Tichý, 1998)

Oxidanty z cigaretového kouře vytvářejí četné kovalentní vazby s DNA. V současné době se k hodnocení zvýšeného genotoxického rizika aktivních i pasivních kuřáků používá stanovení DNA adduktů benzo/a/pyrenu (v plicích), nitrosaminů, 4-aminobifenyly, 2-naftylaminu (v krvi, tkáni močového měchýře, děložního čípku).

Jsou již i důkazy o vyšší vnímavosti mladých osob ke karcinogenním následkům kouření: kouření během dospívání může vyvolat změny, které vedou ke vzniku vyššího počtu perzistujících adduktů DNA. Tyto důkazy vysvětlují výsledky epidemiologických studií, které dokumentují vyšší relativní riziko zhoubných nádorů u osob, které začaly kouřit před dosažením plné biologické zralosti. (Hrubá, 2001)

Cigaretový kouř je v důsledku svého chemického složení jednoznačně prokázaným komplexním karcinogenem. Riziko vzniku nádorového onemocnění vlivem kouření je závislé na množství denně vykouřených cigaret, na počtu kuřáckých let, na hloubce inhalace a na věku, kdy kuřák začal kouřit. Samozřejmě čím dříve jedinec začal kouřit, tím je riziko maligního onemocnění větší.

Riziko onemocnění karcinomem plic a průdušek je u osob ve věku 45 let, jenž kouří zhruba 20 let 20 cigaret denně (tzn. více než 150 000 vykouřených cigaret) asi 18x vyšší než u nekuřáků. U bývalých kuřáků, kteří nekouří již 10 let, klesá riziko onemocnění karcinomem plic a průdušek na úroveň rizika trvalých nekuřáků. (Provazník, Komárek, 2003)

Karcinom průdušek-bronchu a plic je velmi závažným problémem u obou pohlaví. Zatímco incidence u mužů (i když je stále vysoká) v posledních několika letech spíše stagnuje, u žen incidence stále a dlouhodobě roste. Jednou z hlavních příčin tohoto onemocnění je kouření a zejména nedostatečná výchova mladé generace. Zejména úmrtnost na toto onemocnění je vysoká, a proto z tohoto hlediska je zhoubný novotvar průdušek-bronchu a plic nejzávažnější ze všech maligních onemocnění. Na vysoké úmrtnosti se podílí nejen pozdní diagnóza, ale dosud poměrně málo efektivní léčba, a to i přes velmi razantní komplexní léčbu.

V roce 2003 bylo v České republice hlášeno 5 986 nových případů onemocnění zhoubným novotvarem průdušek-bronchu a plic (dg. C 33-C 34). U mužů se počet hlášených nových případů proti roku 2002 nepatrně zvýšil ze 4 536

na 4 596 (92,5 na 100 000 mužů). Počet zemřelých na tuto diagnózu v roce 2003 činil 4 227 mužů (85,1 na 100 000 mužů) proti 4 268 zemřelým v roce 2002. U žen se počet hlášených nových onemocnění v roce 2003 nepatrně snížil na 1 399 (26,7 na 100 000 žen) proti 1 405 v roce 2002, počet zemřelých žen v roce 2003 činil 1 341 (25,6 na 100 000 žen) proti 1 273 v roce 2002. (Ústav zdravotnických informací ČR, 2006)

V Karlovarském kraji bylo v roce 2003 hlášeno 236 nových případů onemocnění zhoubným novotvarem průdušek-bronchu a plic (dg. C 33-C 34). U mužů se počet hlášených nových případů proti roku 2002 snížil ze 193 na 167 (112,2 na 100 000 mužů). U žen bylo hlášeno v roce 2003 nových případů 69 (44,4 na 100 000 žen), což bylo téměř stejné jako v roce 2002, kdy bylo hlášeno 71 případů. (Ústav zdravotnických informací ČR, 2005; Ústav zdravotnických informací ČR, 2006)

Epidemiologické studie prokázaly, že tabákový kouř vyvolává zhoubné bujení jak ve tkáních, s nimiž jsou v přímém kontaktu (např. dutina ústní, hrtan, hltan, plíce), tak v orgánech vzdálených (např. močový měchýř, slinivka břišní, ledviny, děložní čípek apod.) U všech nádorů s kauzálním vztahem ke kouření byly zjištěny vztahy mezi dávkou a účinkem, a snížení rizika po zanechání kouření. (viz příloha č. 3) (Hrubá, 2001; Čupka, 2006)

### 3.4 Kouření a reprodukce

Na škodlivé účinky kouření v lidské reprodukci poukázaly různé epidemiologické studie, které popisovaly opakovaně vyšší výskyt různých poruch u aktivních i pasivních kuřáků ve srovnání s nekuřáky.

Kouření je tedy významný rizikový faktor, který přispívá k:

- snížené fertilitě
- mužské impotenci
- narušení spermiogeneze
- zvýšenému výskytu menstruačních poruch
- snižování věkové hranice menopauzy

Fertilita je definována jako „*neschopnost partnerského páru dosáhnout otěhotnění ženy během 18 měsíců při nechráněných souložích.*“



Příčiny primární neplodnosti žen:

- ovariální (zrání oocytů)
- tubární (transport oplodněného vajíčka)
- uterinní (při implantaci vajíčka)

Ke všem těmto příčinám kouření významně přispívá. (Crha, Hrubá, 2000)

U kouřících žen je asi 60-70 % vyšší riziko neplodnosti, zvýšený výskyt zdravotních obtíží při menstruaci a dřívější nástup klimakteria. (Baláková, 2003)

Neplodnost mužů může být způsobena těmito faktory (Crha, Hrubá, 2000):

- testikulární faktory (kryptorchismus, traumatické poškození testes, postinfekční poškození varlat a prostaty apod.)
- gonadotoxické faktory (kouření, konzumace marihuany, alkoholismus, užívání anabolických steroidů, chemické škodliviny, radioaktivní záření, hypertermie apod.)
- koitální faktory (vaskulární změny v kavernózních tělesech, fyzické, psychické a behaviorální aspekty spojené s impotencí, předčasnou ejakulací apod.)

Kouření se zejména podílí na poruchách erekce a na spermiogenezi. U kuřáků ve srovnání s nekuřáky bylo prokázáno (Crha, Hrubá, 2000):

- snížení průměrného objemu ejakulátu
- snížení počtu spermií asi o 22 %
- snížení hustoty spermií asi o 13-17 %
- snížení prevalence normálně vyvinutých spermií asi o 17 %
- snížená motilita a zkrácená doba pohyblivosti spermií

Kouření se podílí významným způsobem na vyšším výskytu (Crha, Hrubá, 2000):

- mimoděložních tubálních těhotenství
- spontánních potratů
- abrupce placenty
- polyhydramnionu
- placenty previa
- předčasného protržení plodových blan
- předčasných porodů
- vrozených vývojových vad plodu (např. rozštěpy patra, vrozené srdeční vady, malformace končetin)
- syndromu náhlé smrti novorozenců

- zhoubných nádorů v dětském věku
- respiračních onemocnění v dětském věku

### 3.5 Závislost na nikotinu

Závislost na nikotinu je považována za nemoc, která má v mezinárodní klasifikaci nemocí své vlastní číslo diagnózy: F17.2 Závislost na tabáku. Jde o nemoc chronickou a velmi obtížně léčitelnou. (Kučerová, 2000)

U kouření se uplatňuje, kromě farmakologických účinků nikotinu na nervovou tkáň, i mnoho sociálních souvislostí. Kouření se jedinec učí pozorováním svého okolí, dále ze sociálních, kulturních, psychických a fyzických situací, které kouření provázejí. Mezi další významné faktory patří zejména dosažitelnost tabákových výrobků. Sem je možné zařadit jednak legislativní normy společnosti (ceny, způsoby prodeje), jednak postoje společnosti (tolerance takového chování), dále kuřáctví v rodině (matka, otec, sourozenci), ale také i socioekonomická situace jedince.

Zejména u dětských a mladistvých kuřáků mají tabákové výrobky určitou sociální hodnotu, která jim umožňuje příslušnost v určité sociální skupině. Kuřáci tak získávají ve společnosti pocit normálnosti svého chování a pokud tato společnost toto chování toleruje, zařazuje původně sociální rituál do každodenního života i mimo skupinu. (Hrubá, 2001)

Kouření je tedy naučené chování, které si kuřák fixuje mnoho let. Z toho vyplývá, že závislost na tabáku vzniká nejprve závislostí psychosociální a po určité době vzniká asi u 60-70 % kuřáků fyzická drogová závislost na nikotinu. (Králíková, 2003) Dokonce se uvádí v odborné literatuře, že na pomyslném žebříčku drogových závislostí nikotin vede před heroinem, kokainem, ale dokonce i před alkoholem a kofeinem. (Levý, 2005)

Závislost se vyvíjí tím rychleji, čím častěji je droga podávána. U kouření je frekvence opakované expozice nikotinu vyšší než u ostatních psychoaktivních látek. Kouřit lze kdykoliv během dne, účinek nikotinu je sice výrazný, ale krátkodobý. Kuřák zpravidla vykouří cigaretu pomocí 10 a více vdechů (šluků). Při spotřebě 1 krabičky za den dostane kuřák až 200 dávek, za rok vykouří pak více než 7 tisíc

cigaret pomocí 85 tisíc vdechů (šluků) a každý z nich představuje dávku drogy. (Hrubá, 2001)

Vývoj závislosti na kouření je v jednotlivých stádiích důsledkem různých druhů vlivů působících při kouření cigaret. První stádium je začátek kouření, kdy jsou nejdůležitější psychosociální vlivy, kdy každý druhý adolescent vyzkouší svojí první cigaretu s kamarády. Dalším stádiem je stádium pravidelného kouření a následně stádium ukončení závislosti, kdy se k psychosociálním vlivům přidávají vlivy fyziologické. Poslední stádium závislosti je dodržování abstinence, kde jsou opět důležité hlavně psychosociální vlivy. (Kubů, Urbancová, 2000)

### **3.5.1 Psychosociální závislost**

Psychosociální závislost na tabáku nesouvisí s chemickým složením cigarety, ale je to potřeba v určité situaci nebo společnosti mít v ruce cigaretu, manipulovat s ní, pozorovat vinoucí se kouř apod. Jde tedy o závislost na cigaretě jako předmětu či prostředku komunikace, bez ohledu na její obsah. Toto vše úzce souvisí s rituály nabízení cigaret, zapalováním, pozorováním plamene zápalek nebo cigaretového dýmu. U mnoha jedinců rituál zapalování a kouření cigaret znamená dočasné snížení stresu, úzkosti, překonání komunikačních bariér se známými i neznámými lidmi. Psychosociální závislost je pro řadu osob hlavní příčinou opakovaného selhání při odvykání kouření a navrácení se ke kuřáctví, přestože zvládli fyzickou drogovou závislost na nikotinu. (Kernová, Kebza, 2003)

### **3.5.2 Fyzická závislost**

Jak už bylo výše uvedeno, fyzická drogová závislost na nikotinu vzniká po určité době asi u 60-70 % kuřáků a může být u různých osob velmi odlišná. (Králíková, 2003) Většinou se závislost na nikotinu objevuje do dvou let po zahájení kouření. (Marádová, 2006) U velmi malé skupiny kuřáků nemusí vzniknout fyzická drogová závislost nikdy. Jsou to ti jedinci, kteří kouří celý život jen příležitostně a málo, a to jak z hlediska frekvence kouření v čase, tak z hlediska počtu vykouřených cigaret. Dále je velké množství těch, kteří přestanou kouřit, ale po velmi krátké době

se ke kouření opět vrací. Hlavním důvodem opětovného kouření je snaha o udržení hladiny nikotinu v krvi. Když jejich hladina nikotinu v krvi klesne pod určitou hranici, nutkání zapálit si cigaretu je velmi intenzivní, tyto kuřáci začínají být podráždění, rozladění, nervózní a opět začínají kouřit. (Kernová, Kebza, 2003)

Ve svalech, v mozku a v periferních vegetativních nervech člověka jsou acetylcholinové receptory. U pravidelného fyzicky závislého kuřáka se tyto receptory zmnožují a jejich počet zůstává zvýšený až do konce života. Proto i bývalí kuřáci, kteří si zapálí cigaretu i po letech abstinence, se obvykle ke kouření vrací. (Kučerová, 2000)

Každý fyzicky drogově závislý kuřák, pokud chce přestat kouřit, musí počítat s abstinenčními příznaky. Abstinenční příznaky z nedostatku nikotinu se objevují zpravidla po několika hodinách a projevují se touhou po droze (bažení-craving), nervozitou, nesoustředěností, depresi, podrážděností, bolestmi hlavy, nespavostí, zvýšenou chutí k jídlu, zácpou apod. U velmi těžkých závislostí se může nedostatek nikotinu projevovat i fyzickou nevolností. (Kernová, Kebza, 2003)

### **3.6 Pasivní kouření**

Pasivní kouření je vdechování kouře jedincem, který sám nekouří. Má stejný vliv na zdraví člověka jako aktivní kouření, pouze dávka vdechovaných škodlivin je menší. Vedlejší proud kouře (z oharku na popelníku) je koncentrovanější než hlavní kouř (ten, který vdechne a vydechne kuřák), což je dáno teplotou spalování. Při vyšší teplotě spalování vzniká méně škodlivin než při nižší teplotě. Oharek cigarety má při potažení asi 1000 °C, zatímco mezi tahy hoří asi při teplotě 400 °C. Neznamená to však, že pasivní kouření je více škodlivé než aktivní. U aktivního kuřáka je dávka vždy výrazně větší-vdechne mnohem více kouře. (Králíková, Kozák, 2003)

Pasivní kouření ohrožuje zdraví lidí, zvířat i rostlin, znehodnocuje životní prostředí. Má okamžitý i dlouhodobý vliv na lidské zdraví. Mezi okamžité účinky patří podráždění očních spojivek, nosní sliznice, horních i dolních cest dýchacích. U citlivějších jedinců může vyvolat bolesti hlavy, pocit nevolnosti a závratí. Pasivní kouření dlouhodobě zatěžuje srdce, cévy, vede ke špatnému hospodaření organismu s kyslíkem (Kernová, Kebza, 2003) a zvyšuje riziko vzniku nádorů plic až o 30 %, dále nádorů mozku, orofaciální oblasti, močového měchýře, prsu a jiných

gynekologických nádorů, zvýšené riziko malignit endokrinní soustavy, 4-6x vyšší riziko vzniku leukémie atd.

Pasivní kuřáci mají změny i v imunitním systému, z čehož lze usoudit na zvýšenou frekvenci onemocnění horních i dolních cest dýchacích, vysokou frekvenci otitid, konjunktivitid apod. Důsledkem pasivního kouření jsou i poruchy cholesterolového metabolismu (LDL, HDL) a změny celého lipidového profilu organismu.

Nízké hodnoty plicních funkcí nacházíme nejen u aktivních kuřáků, ale i některých pasivních kuřáků, a také u dětí matek kuřáček. Nespecifická bronchiální hyperreaktivita je rizikem vzniku CHOPN. (Provazník, Komárek, 2003)

Nejzranitelnější ve spojitosti s pasivním kouřením je dětská populace. Kouření gravidních žen nebo jejich pasivní kuřáctví zvyšuje riziko mimoděložních těhotenství, spontánních potratů, abrupce placenty, polyhydramnionu, placenta previa, předčasných porodů apod. U dětí bývá zhoršená poporodní výživa-redukce kojení, dochází často k růstové retardaci, zvyšuje se riziko syndromu náhlého úmrtí, respirační nemocnost a je zde vyšší riziko zhoubných nádorů v dětském věku. (Crha, Hrubá, 2000)

Pasivní kouření je tedy nutné považovat za velmi rizikové a nebezpečné pro jedince, ale i celou společnost, jelikož je příčinou řady kardiovaskulárních, respiračních, nádorových a dalších onemocnění.

## 4 Léčba závislosti na nikotinu

Léčba je velmi obtížná a časově náročná, protože kouření je především naučené chování, které si kuřák fixuje mnoho let. Proto terapie závislosti na nikotinu předpokládá motivaci kuřáka k tomu, aby se odnaučil kouřit. Tato motivace zpravidla nepřichází ze dne na den, ale většinou trvá měsíce až roky. Přestat s kouřením okamžitě je zejména těžké tam, kde je silná závislost na nikotinu. Proto je nutné v průběhu odnaučování kouření počítat s abstinenčními příznaky. Ty závisí nejen na době, po kterou kuřák kouřil, ale také na celkovém fyzickém stavu. Mezi abstinenční příznaky patří především pocit únavy, dysforie, pseudoneurastenický syndrom, psychomotorický neklid, nauzea, obstipace, meteorismus, eventuelně brnění ve svalech až slabé křeče atd. Nejvýznamnějším symptomem je však porucha spánku.

Při léčbě závislosti na nikotinu se proto doporučuje kombinovat behaviorální psychoterapie s farmakologickou léčbou. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2003)

### 4.1 Behaviorální psychoterapie

Jak už bylo uvedeno psychosociální závislost znamená potřebu mít v určitých situacích v ruce cigaretu a hrát si s ní. Jedná se o tzv. závislost na předmětu-v tomto případě cigareta. V behaviorální psychoterapii jde o to rozbít zažitě stereotypy, které jsou vázané na určitou situaci při kouření cigarety. (Králíková, 2003) Léčba může probíhat individuálně nebo hromadně resp. formou skupinové terapie. A však i skupinová terapie vychází z principů individuální prevence či terapie. Behaviorální psychoterapie tedy zahrnuje nácvik zvládnání problémů, zvládnání bažení (cravingu), nahrazování kuřáckých rituálů, relaxační techniky, práce s rodinou apod. (Čupka a kol., 2005)

Aktivity odvykání kouření mají dvě části: část diagnostickou a část intervenční. Obě části nelze od sebe oddělit, jelikož jsou vzájemně propojeny.

### 4.1.1 Diagnostická část

Diagnóza kuřáctví je založena na dotazníkových metodách a individuálním pohovoru. Také se užívá k potvrzení výpovědi klientů analýza vydechovaných plynů.

1. Fagerströmův dotazník závislosti na nikotinu (FTQ) umožňuje určit stupeň závislosti na nikotinu jako droze (viz příloha č. 4).
2. Dotazník kuřáckých návyků (HSBI-Heavy Smokers Baseline Inventory) je zaměřen na zjištění spotřeby kuřáckých produktů, na počátky kouření, na jeho dynamiku, na roli pasivního kuřáctví a na dřívější odvykací pokusy (viz příloha č. 5).
3. Dotazník na míru odolnosti vůči nutkání kouřit v různých životních situacích (CQ-Confidence Questionnaire) je založen na vytipovaných situacích, v kterých kuřák nejčastěji podlehně kouření, a na hodnocení osobního vztahu člověka k těmto situacím včetně osobní odolnosti v každé z nich (viz příloha č. 6).
4. Analýza vydechovaného vzduchu přístrojem Micro Smokerlyzer.  
Přístroj umožňuje okamžité zjištění hladiny vydechovaného CO (v ppm/l) a karboxy-hemoglobinu (v %). (Kernová, Kebza, 2003)

### 4.1.2 Intervenční část

Postup při odvykání kouření, ať už je volena jakákoliv metoda, by měl obsahovat následující kroky:

1. Tento krok vychází z úvodní analýzy podle výše uvedených dotazníků a podle výsledků anamnestického rozhovoru. Nejprve je nutné zjistit klientovu motivaci k odvykání a podle ní naplánovat postupnou eliminaci situací, stavů a vzorců chování, které kouření provázejí. Současně je potřeba začít snižovat denní počet vykouřených cigaret, a to až na denní spotřebu maximálně 5-8 cigaret, což je považováno v této fázi za nejnižší počet.
2. Také je velmi důležité zjistit počet dřívějších odvykacích pokusů včetně příčin neúspěchu, okolností jejich realizace a délky průběhu.
3. Dalším krokem je přesné určení dne, kdy kuřák zanechá kouření naráz a úplně. Tento den je nutné stanovit s předstihem několika týdnů. Důležité je změnit

stereotypy chování, které souvisejí s kouřením a najít si v těchto oblastech adekvátní náhradní činnost.

4. Podle sociálně kognitivní teorie učení amerického psychologa A. Bandury je doporučováno využít klientovy víry ve vlastní schopnosti, možnost jejich uplatnění, identifikovat jejich současnou úroveň a posilovat jejich růst plněním lehkých, krátkodobých a dobře plnitelných cílů. Tato víra ve vlastní schopnosti je považována za základ nekuřáckého chování a měla by prostupovat celým procesem odvykání kouření.
5. Dále je dobré zařadit do denního režimu více pohybové aktivity. Při chuti na cigaretu se doporučuje jednoduchý manévr-rychlými vdechy a výdechy proventilovat plíce a co možná nejdéle vydržet v maximálním nádechu. Důležité je také důsledné dodržování pitného režimu.
6. Chuť na cigaretu bývá velmi často nahrazována jídlem, což vede k obavám ze zvyšování tělesné hmotnosti a následně je to pro mnohé hlavním důvodem se ke kouření vrátit. Proto je vhodné pít větší množství neslazených nápojů, konzumovat hodně ovoce a zeleniny, které zasytí a zároveň plní ochrannou funkci.
7. Nejdůležitější je však absolutní kuřácká abstinence, která začíná dohodnutým termínem tzv. dnem „D“. Jedna jediná vykouřená cigareta znamená návrat ke kouření. Velmi důležité je klientovi posilovat sebedůvěru a ujistit ho, že jednotlivé selhání neznamena totální prohru. (Kernová, Kebza, 2003)

## 4.2 Farmakologická léčba

U většiny kuřáků se objevuje kromě psychosociální závislosti také závislost fyzická (drogová závislost). Ta se projevuje vznikem abstinenciho syndromu, kterého se lze velmi jednoduše zbavit zapálením cigarety. Abstinenciho syndrom vzniká z nedostatku nikotinu v určitých centrech mozku a z poklesu hladiny v krvi. (Králíková, Kozák, 2003) V případě fyzické závislosti je tedy vhodná farmakologická léčba, zejména pro ty jedince, kteří kouří 10 a více cigaret denně a po probuzení si do hodiny zapalují první cigaretu.. Tato léčba především zabraňuje abstinenciho příznakům a pacient by neměl očekávat, že mu zabráni kouřit.



Za léky první linie se považují: 1. náhradní terapie nikotinem v různých lékových formách; 2. bupropion (Zyban), který zvyšuje úspěšnost léčby zejména v kombinaci s náhradní léčbou nikotinem.

Léky druhé linie jsou Nortriptylin a Clonidin. Tyto prostředky mají časté vedlejší účinky, proto se v praxi užívají velmi zřídka. Jejich hlavní výhodou je nízká cena. Používají se hlavně tam, kde není možná nebo dostačující léčba NTN a bupropionem. (Čupka a kol., 2005)

#### **4.2.1 Náhradní terapie nikotinem (NTN)**

U nás jsou k dispozici tyto náhradní prostředky s nikotinem:

- žvýkačka (2 a 4 mg)
- inhalátor (10 mg)
- náplast (5, 10 a 15 mg/ 16 hod.; 7, 14 a 21 mg/ 24 hod.)
- sublinguální tablety (2 mg)

Všechny výše uvedené prostředky jsou u nás volně prodejné v lékárně (bez receptu). Dále se ještě vyrábí nosní spray a pastilky, které se prozatím v ČR nedistribuuji. Účinnost jednotlivých forem se neliší, proto záleží jen na individuální volbě pacienta (viz příloha č. 7).

Náplast, která je umístěná na kůži, uvolňuje nikotin kontinuálně a pomaleji než ostatní formy, které pružně reagují na craving (bažení) a umožňují přizpůsobit dávkování. Proto se u silných kuřáků doporučuje kombinovat náplast s některou z jiných orálních forem. Léčba by měla trvat minimálně 8-12 týdnů. (Čupka a kol., 2005)

#### **4.2.2 Bupropion**

Bupropion se používá jako antidepresivum a je považován za nejúčinnější lék závislosti na nikotinu. Začíná se užívat 1-2 týdny před dnem „D“, 1 tableta (150 mg) ráno. Po třech dnech se většinou dávka zvýší na 2 x 150 mg, což je doporučená dávka. Léčba by měla rovněž trvat minimálně 8-12 týdnů.

Bupropion je od roku 2001 pouze na lékařský předpis, ale může ho předepsat kterýkoliv lékař, bez omezení odbornosti. U velmi silných kuřáků se doporučuje kombinovat bupropion s některou z forem NTN. (Čupka a kol., 2005)

### **4.3 Další metody léčby**

Mezi další odvykací metody kouření, které se všeobecně používají, patří akupunktura a hypnóza, Tyto metody nejsou doporučovány, a to zejména pro nedostatek důkazů o úspěšnosti léčby. Ani jedna z nich přímo zdraví nepoškozuje, ale mají jen účinnost placebo. (Austinová, 2001)

Mezi další patří například prostředek lobelin, který vyvolává odpor ke kouření, což netrvá dlouho, protože po odeznění účinku opět nastupuje chuť ke kouření. Dále acetát stříbra, který je zdraví škodlivý, nebo benzodiazepiny, které jsou zde nevhodné nejen proto, že jsou neúčinné, ale i proto, že mohou následně vyvolat odvykací potíže a na nich obtížně léčitelnou závislost. (Čupka a kol., 2005)

## 5 Prevence kouření

V oblasti prevence a léčby kouření hraje velmi důležitou roli legislativa. V roce 2003 byla přijatá Rámcová úmluva o kontrole tabáku WHO, která shrnuje základní body kontroly tabáku. Tato úmluva začala platit 27. února 2005. Mezi základní body, které souvisejí s prevencí patří:

1. Naprostý zákaz reklamy (včetně nepřímé) a sponzorování. Dílčí zákaz reklamy má na spotřebu malý nebo vůbec žádný vliv. Pokud stát zakáže reklamu pouze v jednom médiu, například v televizi, může se tabákový průmysl zaměřit na reklamu v jiných médiích, aniž by to mělo výrazný vliv na celkové výdaje marketingu.
2. Omezení marketingu.
3. Daně pokrývající nejméně 70 % prodejní ceny, složka daní reagující na inflaci. Vyšší zdanění postihuje nejvíce mladé lidi, kteří na ceny reagují více než starší lidé. Cenové zvýšení dokáže některé lidi přimět k tomu, aby přestali kouřit, a jiné to odradí od toho, aby s kouřením začali, a rovněž se snižuje počet bývalých kuřáků, kteří opět začnou kouřit.
4. Obměňovaná a výrazná varování na obalech (alespoň 50 % velkých ploch s obrázky). Přestože mají spotřebitelé tabákových výrobků dostatečný přístup k informacím o zdravotních důsledcích kouření, bývají tyto důsledky často chápány chybně. Částečně k tomu přispívá i balení cigaret a nápisy na nich. Mnozí výrobci opatřují určité druhy cigaret označením „s nízkým obsahem dehtu“ nebo „s nízkým obsahem nikotinu“. Mnoho kuřáků se domnívá, že jsou tyto cigarety bezpečnější než ostatní, přestože bylo prokázáno, že žádné cigarety nejsou bezpečné. Proto od počátku šedesátých let se ve stále více státech vyžaduje, aby výrobci tabákových výrobků tiskli na své produkty zdravotní varování.
5. Zákaz kouření ve veřejných prostorách včetně restaurací. Stále více zemí uplatňuje restriktce kouření na veřejných místech, jako jsou veřejné dopravní prostředky, úřady, restaurace apod. V některých zemích, například ve Spojených státech, se restriktce vztahují i na pracoviště. Největší prospěch z toho mají samozřejmě nekuřáci, kteří tak nejsou vystaveni zdravotním rizikům a nepříjemnostem, které pro ně tabákový kouř představuje.

6. Omezení přístupu k cigaretám. Například prodej tabákových výrobků pouze ve specializovaném obchodě (trafika), výhradně přes pult (ne samoobslužně), zákaz instalace automatů na cigarety (nemožnost kontroly) apod. (Jha, Chaloupka, 2004; Králíková, 2006)

Výše uvedená opatření jsou zejména v rukou politiků řídicích národního hospodářství.

Světová zdravotnická organizace také každoročně vyhláší 31. květen Světovým dnem bez tabáku. V roce 2005 se Světový den bez tabáku zaměřil na roli zdravotníků v omezování spotřeby tabáku. V oblasti legislativy zdravotníci mohou využívat svůj vliv k podpoře zavádění preventivních opatření na místní, národní i mezinárodní úrovni. Světový den bez tabáku 2005 mobilizoval a posiloval profesní zdravotnické organizace v kontrole tabáku. Studie prokázaly, že i krátkodobá intervence zdravotníka, zaměřená na nebezpečí kouření a jeho ukončení, je jednou z nejracionálnějších metod snižování kuřáctví. (Státní zdravotní ústav, 2005)

Mezi další preventivní opatření patří restriktivní zákony, které zakazují koupi, užívání nebo vlastnictví tabákových výrobků osobám mladším 18 let. V České republice platí od 1. ledna 2006 zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Tento zákon zakazuje nejen prodej cigaret osobám mladším 18 let, ale upravuje i zákaz kouření ve veřejných prostorech. (Zákon č. 379/2005 Sb.)

Dalšími preventivními opatřeními jsou různé protitabákové informační kampaně, speciální programy boje proti kouření, zdravotní výchova, výchova v médiích, na webových stránkách, komunitní intervence, intervence vrstevníky apod. (Králíková, 2006)

Mnohem efektivnější než samotná represe je včasná a soustavná primární prevence. Ta by měla být zejména v rodině a ve škole. (Kříž, 2004/2005) Rodiče, ale i učitelé by měli být nekuřáckým příkladem, měli by zvyšovat sebevědomí dětí (více kouří děti, které si nevěří), starat se, aby děti byly doma i ve škole spokojené, zajímat se o jejich volný čas, kamarády, upozorňovat je na negativní vliv kouření (například zápach z úst, stárnutí kůže, zhoršení pleti, riziko infarktu a rakoviny apod.). (Králíková, 2006)

Jak už bylo výše uvedeno, důležitou roli v oblasti prevence kouření hrají zdravotničtí pracovníci. Každý zdravotník, lékař i sestra primární péče při kontinuálním styku s pacienty, jejich rodinami a dětmi, mají dávat jednoduchou osobní radu formou poselství: „Nekuř! Nikdy ani kouřit nezkoušej!“ Kouřícím

rodičům musí zdůrazňovat riziko pasivního kouření pro jejich děti. Je nutné si uvědomit, že „nekuřáctví je pozitivní model úspěšného chování ve společnosti.“ Každý zdravotník by se měl zapojit do boje proti celosvětové epidemii kuřáctví, dále by si měl uvědomit, že ukončení kouření není jen otázkou výchovy a prevence, ale i součástí léčby a rehabilitace a v neposlední řadě by měl být on sám především nekuřákem. Zdravotníci by měli při jakémkoliv kontaktu s pacientem zjišťovat, zda on sám nebo někdo v jeho rodině kouří, zabezpečit, aby jeho zdravotní záznamy obsahovaly informaci, zda kouří či nekouří, vyhledávat příležitost k rozhovoru o problematice kouření, poradit všem kuřákům, aby přestali kouřit, pomoci těm, kteří chtějí přestat kouřit a naplánovat jim individuální strategii, zajistit jim možnost pravidelné kontroly, povzbuzovat je a případně je odeslat na specializované pracoviště, které se zabývá odvykáním kouření. (Provazník, Komárek, 2003)

## **EMPIRICKÁ ČÁST**

## 6 Charakteristika Karlovarského kraje

Karlovarský kraj se nachází v nejzápadnější části České republiky. Více než polovinu celkové délky hranic tvoří hranice se Spolkovou republikou Německo, a to na západě s Bavorskem a na severu se Saskem. Jižním sousedem je Plzeňský kraj a na východě se rozkládá Ústecký kraj. Skoro celé území kraje spadá do povodí Ohře, jihovýchodní oblast zasahuje povodí Berounky a ze severních svahů Krušnohoří jsou vody odváděny do saských přítoků Labe. Směrem na sever od Ohře se táhnou Smrčiny a Krušné hory, které tvoří hranici s Německem. Jižně od Ohře leží Český les a směrem do vnitrozemí Slavkovský les a Doupovské hory. Na jihu území se rozprostírá Tepelská vrchovina. Nejvyšším bodem kraje je v Krušných horách Klínovec (1 244 m n.m.), nejnižší místo (320 m n.m.) leží na hranicích kraje v okrese Karlovy Vary.

Karlovarský kraj je svojí rozlohou 3 314,4 km<sup>2</sup> druhým nejmenším krajem, zaujímá 4,25 % rozlohy České republiky. Zalesněná plocha 1 429 km<sup>2</sup> představuje 43,1 % plochy kraje, což je téměř 1,3 násobek průměru České republiky.

Karlovarský kraj se skládá ze 3 okresů (Karlovy Vary, Sokolov a Cheb). V současné době je na území kraje celkem 132 obcí nejrůznější velikosti, které jsou tvořeny z 513 částí, což z něj v rámci České republiky dělá kraj s nejnižším počtem obcí. K 1. 3. 2001 žilo na území kraje celkem 304 343 obyvatel. Nejvíce obyvatel 121 998 žije v okrese Karlovy Vary, na druhém místě je okres Sokolov s 93 607 obyvateli a nejméně obyvatel 88 738 žije v okrese Cheb. Ke dni sčítání v roce 2001 bylo ve městech nad 5 000 obyvatel soustředěno 68,5 % obyvatelstva v kraji, zatímco v malých obcích do 500 obyvatel to bylo jen 5,5 % obyvatelstva. Nejméně lidí žije v obcích do 500 obyvatel v okrese Sokolov a naopak nejvíce lidí ve velkých městech nad 5 000 obyvatel žije v okrese Karlovy Vary. Karlovarský kraj je počtem obyvatel nejmenším krajem republiky, rozlohou zaujímá 2. místo za Libereckým krajem a hustotou osídlení je na 4. místě v republice.

Vlivem nižší porodnosti a stále se zvyšujícího věku obyvatel Karlovarského kraje je věkové složení obyvatelstva v současné době nejpočetnější kolem věku 25 let a o něco méně ve věku 50-54 let. Tento jev se projevil i na rodinném stavu, kdy byl v dřívějších dobách převažující podíl vdaných/ženatých ve věku nad 20 let a v současné době je to ve věku nad 28 let. V manželství žije přibližně 52 % mužů a

49 % žen. Stoupá i počet rozvodů, a to ve všech věkových kategoriích. Ovdovělých žen ve věku nad 50 let je nejméně dvojnásobné množství a s přibývajícím věkem jejich poměr stoupá. Tato skutečnost velmi úzce souvisí s tím, že muži se dožívají nižšího věku než ženy.

V Karlovarském kraji jsou nejpočetnější skupinou lidé se vzděláním učňovským a středním bez maturity (38,4 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvoří lidé se základním vzděláním (27,9 %). Největší počet obyvatel se základním vzděláním je u osob ve věku nad 65 let, pokud není brána v úvahu věková skupina 15-24 let, ve které zatím nemohlo dojít k dosažení zamýšleného vzdělání. Osob se středním vzděláním je v kraji 25,8 %. Středoškoláci jsou nejvíce ve věkové kategorii 25-34 a 35-44 let a s přibývajícím věkem podíl středoškoláků opět klesá. Vysokoškolské vzdělání má v Karlovarském kraji pouhých 5,6 % obyvatelstva.

Karlovarský kraj patří mezi kraje s nejmenším počtem věřících obyvatel. Pouhých 20,5 % obyvatel udává, že jsou věřící a více jak 70 % obyvatel uvádí, že jsou bez vyznání.

Karlovarský kraj se také vyznačuje pestrou strukturou hospodářství. V okresech Karlovy Vary a Cheb je hlavní prioritou lázeňství a cestovní ruch. Okres Sokolov se vyznačuje zejména těžbou hnědého uhlí, energetickou, chemickou a strojírenskou výrobou. V kraji mají své postavení i tradiční odvětví, jako je výroba skla, porcelánu, lihovin (Becherovka), minerálních vod, hudebních nástrojů a textilu. Dále je nutné zmínit, že v Karlovarském kraji se nachází nejvýznamnější koncentrace lázeňských míst v České republice. V karlovarském okrese leží lázeňská města Karlovy Vary a Jáchymov a v chebském okrese pak Mariánské lázně, Františkovy Lázně a Lázně Kynžvart. V kraji poskytuje lázeňské služby celkem 75 lázeňských zařízení, tj. přes 41 % z celé České republiky. Skladba lázeňských hostů je různorodá a z většiny je tvořena zahraničními hosty, přibližně ze 60 zemí všech světadílů. (Český statistický úřad, Krajská reprezentace Karlovy Vary, 2003)

Demografická analýza základního souboru Karlovarského kraje je uvedena v příloze č. 8.



## 7 Organizace výzkumu

Kouření je v současné době velkým problémem Karlovarského kraje, kterému je nutné věnovat zvláštní pozornost. Jelikož nebyla v minulých letech v kraji prováděna podrobná studie zabývající se touto problematikou, byl výzkum zaměřen právě tímto směrem. Výzkum problematiky závislosti na nikotinu byl koncipován jako sociologický, jehož cílem byla analýza současného stavu závislosti na nikotinu v Karlovarském kraji. Základem tohoto výzkumu jsou následující vstupní hypotézy:

H 1 V Karlovarském kraji je více nekuřáků než kuřáků.

H 2 V Karlovarském kraji kouří více mužů než žen.

Pro účely této studie byla použita následující typologie kuřáctví z výzkumné zprávy „*Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Názory a postoje občanů k problematice kouření (období 1997–2005)*“ Státního zdravotního ústavu (SZÚ) (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006):

Kuřák – osoba v současné době kouří nejméně 1 cigaretu denně.

Příležitostný kuřák – osoba v současné době kouří méně než 1 cigaretu denně.

Bývalý kuřák – kuřák, který v životě vykouřil více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří.

Nekuřák, který kdysi zkoušel kouřit, ale vykouřil však méně než 100 cigaret v životě.

Nekuřák, který nikdy nekouřil.

Dále je nutné vysvětlit některé z použitých pojmů vyskytujících se v empirické části diplomové práce.

Bydlištěm se rozumí zda osoba žije ve městě nebo na venkově. Město je v současné době podle zákona o obcích č. 128/2000 Sb., v platném znění, taková obec, která má alespoň 3 000 obyvatel, pokud tak stanoví předseda Poslanecké sněmovny po vyjádření vlády. Obec může získat statut města i při nesplnění počtu obyvatel, pokud věrohodným způsobem prokáže, že tento status již v minulosti měla. (Zákon č. 128/2000 Sb., v platném znění) Venkovem je taková obec, která má méně než 3 000 obyvatel.

Rodinný stav je stav de iure, tedy právní manželský stav každého jednotlivce. (Český statistický úřad, Krajská reprezentace Karlovy Vary, 2003)

Vzděláním se rozumí nejvyšší dosažené (ukončené) vzdělání. Pro účely výzkumu bylo vzdělání rozčleněno do čtyř skupin, a to na základní, vyučen a střední

bez maturity, dále vzdělání s maturitou, včetně vyššího odborného a vysokoškolské vzdělání.

Náboženství je ustálená soustava představ o existenci vyšší moci, boha, bohů či bohyň. Náboženství má zpravidla vlastní morální kodex, hodnoty, instituce, rituály a praxi. V dotazníku bylo zjišťováno v souvislosti s náboženstvím, zda jsou jedinci věřící nebo bez vyznání. (41)

## **Časový harmonogram výzkumu**

Časový harmonogram výzkumu byl rozložen do několika fází. V přípravné fázi byl zpracován záměr a projekt výzkumu, probíhal sběr informací a byly stanoveny hypotézy. Přípravná fáze trvala přibližně 4 měsíce (červen-září 2006).

Poté následovalo vlastní terénní šetření, které bylo uskutečněno v průběhu října a listopadu 2006. Shromáždění dotazníků, jejich optická a logická kontrola a vkládání dat do počítače proběhlo v prosinci 2006, v měsíci lednu 2007 byla provedena matematicko-statistická analýza, v únoru 2007 interpretace výsledků výzkumu a jejich zhodnocení.

Závěrečnou fází bylo shrnutí výsledků, závěry, doporučení dalšího výzkumu a dokončení vlastní diplomové práce. Tato fáze probíhala v měsících březnu-duben 2007.

## 8 Metodika výzkumu

Výzkumu se zúčastnili občané Karlovarského kraje ve věku 15 a více let. Anonymní dotazník vyplnilo celkem 380 respondentů, z toho 189 mužů (49,74 %) a 191 žen (50,26 %).

Pro šetření byl sestaven anonymní dotazník (viz příloha č. 10), který obsahoval 26 uzavřených otázek a pouze 1 otázku otevřenou. Jako předloha pro sestavení čtyř otázek byla použita výzkumná zpráva „Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Názory a postoje občanů k problematice kouření (období 1997-2005)“ Státního zdravotního ústavu (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006), ostatní otázky byly sestaveny v souladu se zadaným tématem, hypotézami a požadavky na výsledky výzkumu. Na začátku dotazníku byly zjišťovány sociodemografické údaje dotázaných, a to zejména pohlaví, věk, rodinný stav, vzdělání, bydliště, náboženství. Kromě výše uvedených údajů byly zahrnuty v dotazníku tyto okruhy: prevalence kuřáctví, charakteristiky kuřáků, počátky a místo kouření, úmysl zanechání kouření, zdravotní stav kuřáků, kuřáctví rodičů, pobyt v zakouřeném prostředí a postoj občanů k zákazu kouření v restauracích a ve veřejných prostorech.

Sběr dotazníků byl proveden na předem vytipovaných místech regionu. Sběrná místa byla určena náhodným výběrem tak, aby došlo k rovnoměrnému pokrytí Karlovarského kraje. Počet dotazníků byl vztažen na počet obyvatel jednotlivých odběrných míst. Rozdělení sběrných míst a jim příslušné počty dotazníků jsou uvedeny v tabulce č. 1 a č. 2.

Tab. č. 1 Rozdělení počtu dotazníků podle odběrných míst

Město			
Obce	obyvatel	[%]	dotazníků
Karlovy Vary	53 358	35	108
Cheb	32 893	21	67
Sokolov	25 081	16	51
Ostrov	17 451	11	35
Mariánské Lázně	14 741	10	30
Kraslice	7 273	5	15
Žlutice	2 869	2	6
<b>Celkem</b>	<b>153 666</b>	<b>100</b>	<b>311</b>

Tab. č. 2 Rozdělení počtu dotazníků podle odběrných míst

<b>Venkov</b>			
<b>Obce</b>	<b>obyvatel</b>	<b>[%]</b>	<b>dotazníků</b>
Hroznětín	1 633	31	21
Dolní Žandov	1 187	22	15
Citice	855	16	11
Krásno	652	12	8
Stružná	502	9	7
Šemnice	488	9	6
<b>Celkem</b>	<b>5 317</b>	<b>100</b>	<b>69</b>

Každý vyplněný dotazník prošel důkladnou optickou a logickou kontrolou. Kontrolovány byly logické vazby, úplnost a věrohodnost vyplněných informací.

Výsledky dotazníku byly zpracovány prostřednictvím počítačového programu Microsoft Excel s využitím datových filtrů a přednastavených statistických funkcí. Bylo provedeno jednostupňové třídění a u vybraných ukazatelů kontingenční tabulky druhého stupně třídění. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě chí-kvadrátu ( $\chi^2$ ). Na základě této analýzy byla provedena interpretace dat a zpracovány příslušné tabulky a grafy.

## 9 Charakteristika výběrového souboru

Výběrový soubor je reprezentativním vzorkem populace Karlovarského kraje ve věku 15 let a více, je určen jako 1,5 promile základního souboru. Velikost souboru je 380 respondentů vybraných náhodným výběrem pomocí kvót. Reprezentativnost výběrového souboru je odvozena ze základních sociodemografických ukazatelů, a to z hlediska pohlaví, věku, vzdělání a bydliště (viz příloha č. 9). Podkladem pro charakteristiku základního souboru byly údaje ze sčítání lidu z roku 2001. (Český statistický úřad, Krajská reprezentace Karlovy Vary, 2003)

Výběrový soubor z hlediska pohlaví tvoří 49,74 % mužů a 50,26 % žen, což odpovídá skladbě populace Karlovarského kraje ve věku 15 a více let. Přehled relativních četností je uveden v tabulce č. 3.

Tab. č. 3 Složení výběrového souboru z hlediska pohlaví a bydliště  $N = 380$

Pohlaví	Bydliště				Celkem	
	město		venkov			
	počet	[%]	počet	[%]	počet	[%]
<b>Muži</b>	<b>154</b>	<b>81,48</b>	<b>35</b>	<b>18,50</b>	<b>189</b>	<b>49,74</b>
<b>Ženy</b>	<b>157</b>	<b>82,20</b>	<b>34</b>	<b>17,80</b>	<b>191</b>	<b>50,26</b>
<b>Celkem</b>	<b>311</b>	<b>81,84</b>	<b>69</b>	<b>18,16</b>	<b>380</b>	<b>100,00</b>

Složení výběrového souboru z hlediska věku odpovídá rozložení relativních četností základního souboru populace Karlovarského kraje. Věkové skupiny výběrového souboru jsou uvedeny v tabulce č. 4.

Tab. č. 4 Složení výběrového souboru z hlediska věku a bydliště  $N = 380$

Věkové kategorie	Město		Venkov	
	poč.	[%]	poč.	[%]
15-19	25	6,58	6	1,58
20-24	32	8,42	8	2,11
25-34	58	15,26	12	3,16
35-44	51	13,42	11	2,89
45-54	62	16,32	14	3,68
55-64	40	10,53	8	2,11
nad 65 let	43	11,32	10	2,63
<b>Celkem</b>	<b>311</b>	<b>81,84</b>	<b>69</b>	<b>18,16</b>

Z hlediska vzdělání je výběrový soubor shodný se základním souborem populace Karlovarského kraje. Složení výběrového souboru podle pohlaví a vzdělání je uveden v tab. 5.

Tab. č. 5 Složení výběrového souboru podle pohlaví a vzdělání  $N = 380$

Vzdělání	Muži		Ženy		Celkem	
	poč.	[%]	poč.	[%]	poč.	[%]
Základní	43	40,95	62	59,05	105	28
Vyučen a střední bez maturity	81	57,45	60	42,55	141	37
Střední s maturitou včetně vyššího	46	46,00	54	54,00	100	26
Vysokoškolské	19	55,88	15	44,12	34	9
<b>Celkem</b>	<b>189</b>	<b>49,74</b>	<b>191</b>	<b>50,26</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

Výběrový soubor z hlediska bydliště je tvořen 81,84 % bydlících ve městech a 18,16 % respondentů bydlících na venkově. Rozložení relativních četností tak odpovídá složení obyvatelstva Karlovarského kraje, jak je patrné z tabulek č. 3 a č. 4.

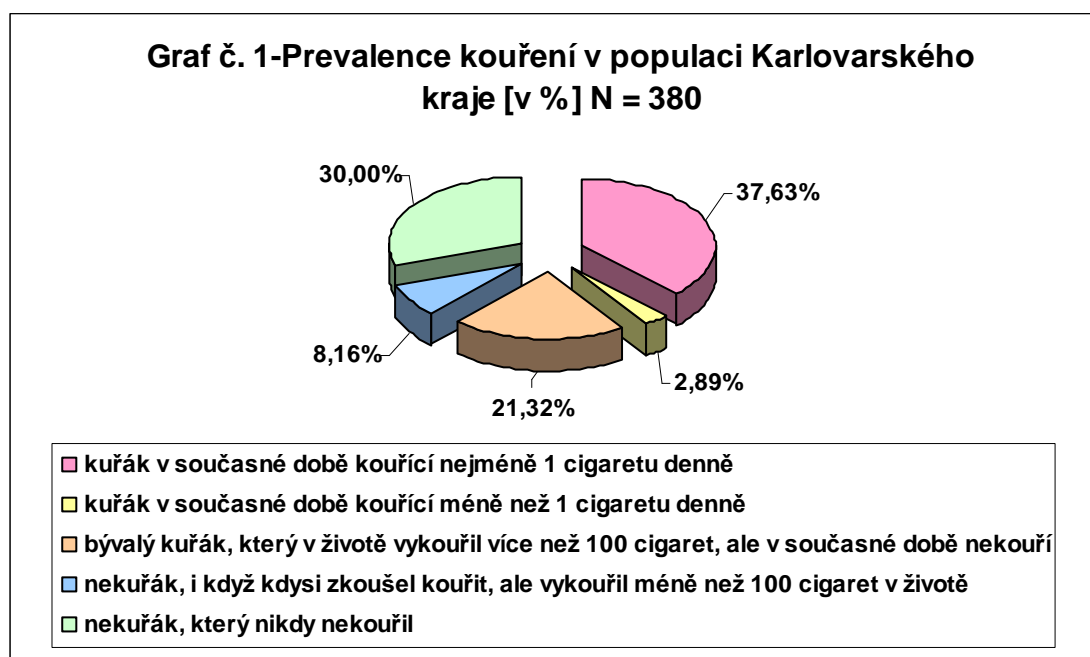
Lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro populaci Karlovarského kraje ve věku 15 a více let z hlediska pohlaví, věku, vzdělání a bydliště.

Z dalších znaků, u kterých nebyla reprezentativnost sledována, ale které byly v rámci výzkumu zjišťovány, lze uvést rodinný stav, počet dětí a náboženství. Pokud se ukázala statisticky významná souvislost u výše uvedených znaků, je ve výsledcích analyzována. Takto zjištěné souvislosti lze interpretovat pouze jako tendence vzhledem k jejich nereprezentativnosti.

## 10 Výsledky

### 10.1 Prevalence kouření v populaci Karlovarského kraje

Podle prováděného výzkumu v populaci Karlovarském kraji lze označit za pravidelné kuřáky, kouřící v současné době nejméně 1 cigaretu denně, 37,63 % respondentů. Za kuřáky v současné době kouřící méně než 1 cigaretu denně (příležitostní kuřáci) lze považovat 2,89 % dotázaných. Dalších 21,32 % tvoří bývalí kuřáci, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří. Nekuřáků, kteří kdysi zkoušeli kouřit, ale vykouřili méně než 100 cigaret v životě bylo zjištěno 8,16 % a zbývajících 30,00 % tvoří nekuřáci, kteří nikdy nekouřili.

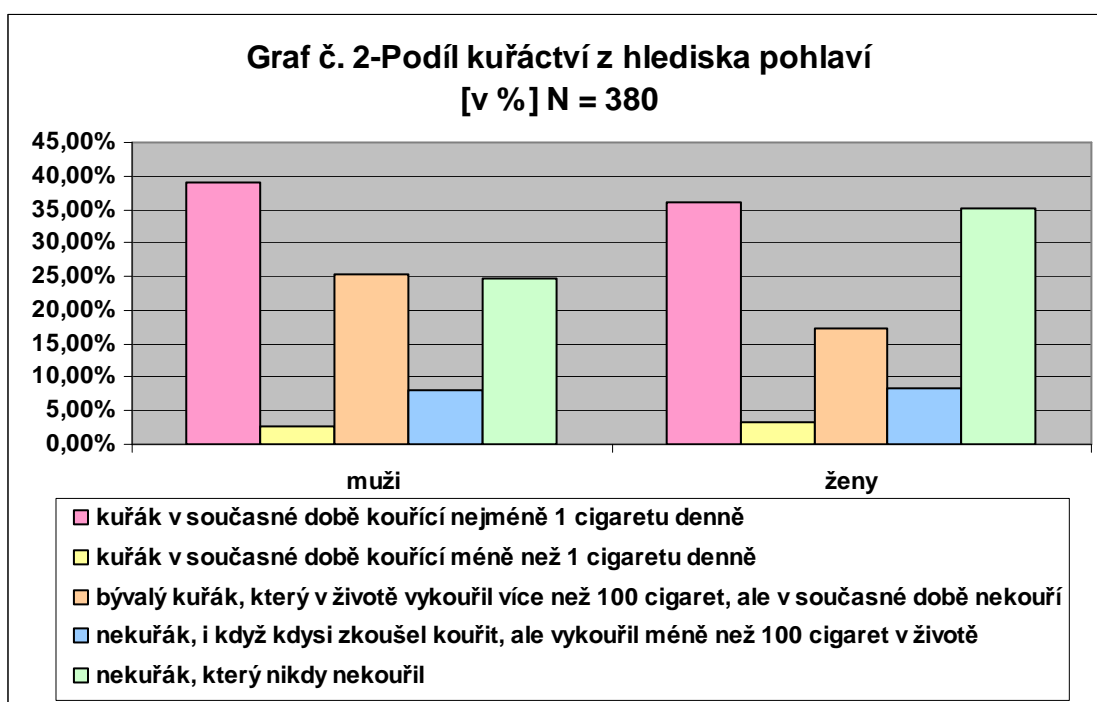


Analýza kuřáctví v populaci Karlovarského kraje dále ukazuje, že není výrazný rozdíl mezi muži a ženami, kteří kouří více než 1 cigaretu denně a naopak mezi ženami je větší podíl těch, které uvádějí, že nikdy nekouřily. V roce 2006 kouřilo v Karlovarském kraji více než 1 cigaretu denně 39,15 % mužů a 36,13 % žen, méně než 1 cigaretu denně 2,65 % mužů a 3,14 % žen. Bývalých kuřáků, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří, bylo zjištěno 25,40 % mužů a 17,28 % žen. Za nekuřáky, kteří kdysi zkoušeli kouřit, ale v současné době nekouří, můžeme označit 7,94 % mužů a 8,38 % žen. Nekuřáků,

kterí nikdy nekouřili, je 24,87 % mužů a 35,08 % žen. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 6 a grafu č. 2.

Tab. č. 6 Prevalence kuřáctví podle pohlaví v populaci Karlovarského kraje  $N = 380$

$x_i$	Pohlaví			
	muži		ženy	
	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]
Kuřák v současné době kouří nejméně 1 cigaretu denně	74	39,15	69	36,13
Kuřák v současné době kouří méně než 1 cigaretu denně	5	2,65	6	3,14
Bývalý kuřák, který v životě vykouřil více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří	48	25,40	33	17,28
Nekuřák, i když kdysi zkoušel kouřit, ale vykouřil méně než 100 cigaret v životě	15	7,94	16	8,38
Nekuřák, který nikdy nekouřil	47	24,87	67	35,08
<b>Celkem</b>	<b>189</b>	<b>100,00</b>	<b>191</b>	<b>100,00</b>

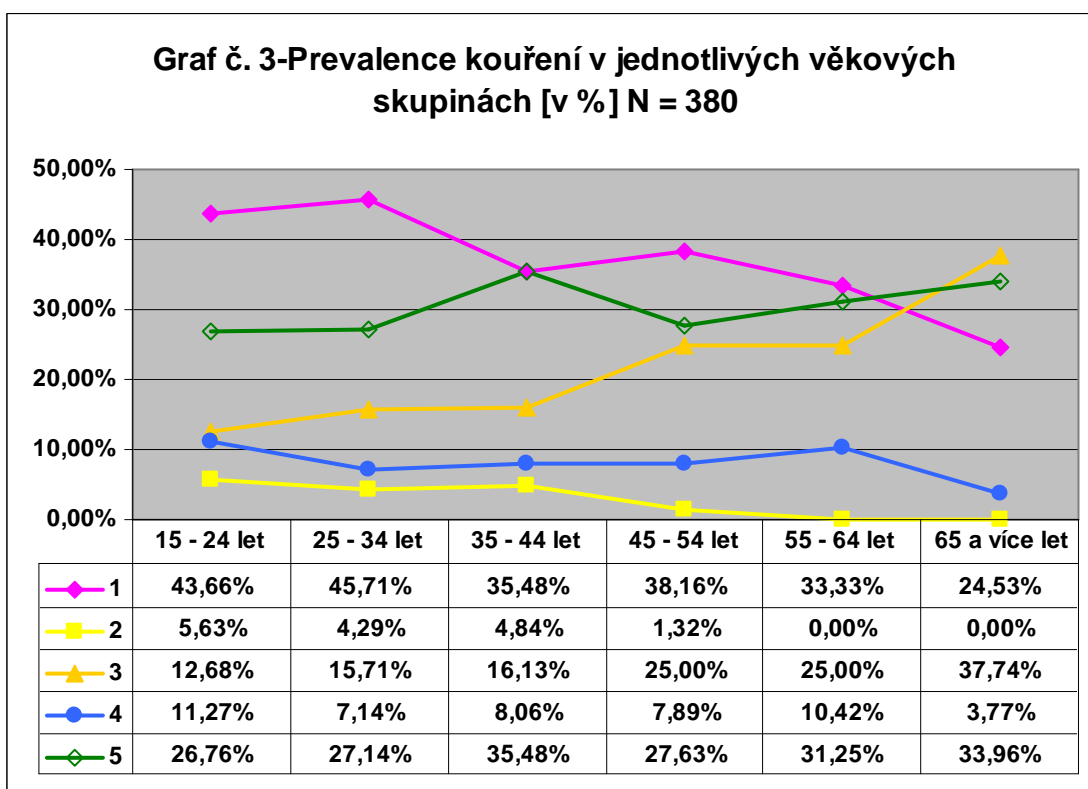


Další zajímavou skutečností je porovnání podílu kuřáků v jednotlivých věkových skupinách. Výsledky poukazují na to, že nejvyšší podíl všech kuřáků (tj. pravidelných i příležitostných) je ve věkové skupině 25–34 let, kde činil 50,00 %.



Téměř stejný výsledek vykazuje věková skupina 15–24 let se 49,29 %. Naopak nejmenší podíl všech kuřáků (tj. pravidelných i příležitostných) se ukázal ve věkové skupině nad 65 a více let, a to 24,53 %. Skutečnost, že počet kuřáků v nejnižších věkových kategoriích je vysoký, nám naznačuje, že do budoucna je vhodné zaměřit protikuřáckou kampaň zejména na nižší věkové skupiny.

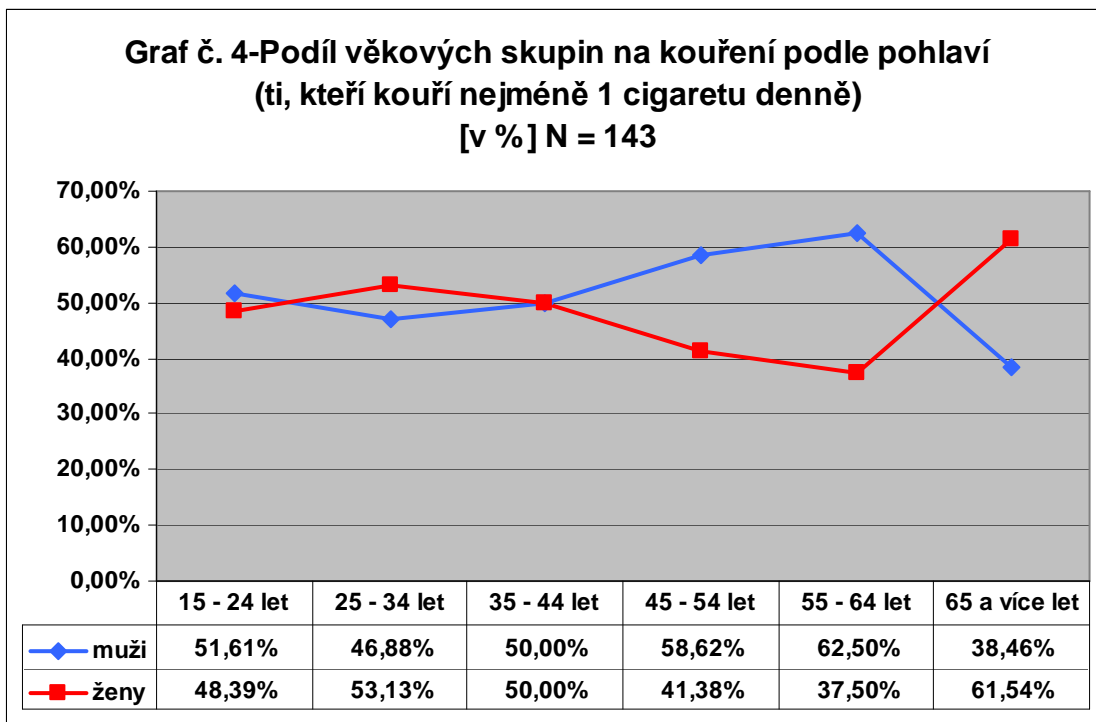
Nekuřáků, kteří nikdy nekouřili, je nejvíce ve věkové skupině 35–44 let, a to 35,48 %, a také ve věkové skupině nad 65 a více let, kde činí 33,96 %. Další zajímavou skutečností je, že s přibývajícím věkem roste podíl bývalých kuřáků (tj. těch, kteří v minulosti vykouřili více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří). Největší podíl bývalých kuřáků je ve věkové skupině nad 65 a více let, a to 37,74 %. Z grafu č. 3 jsou patrné další výsledky v jednotlivých věkových skupinách.



*Legenda: 1-kuřák v současné době kouřící nejméně 1 cigaretu denně; 2-kuřák v současné době kouřící méně než 1 cigaretu denně; 3-bývalý kuřák, který v životě vykouřil více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří; 4-nekuřák, i když kdysi zkusil kouřit, ale vykouřil méně než 100 cigaret v životě; 5-nekuřák, který nikdy nekouřil.*

Zajímavé je rovněž porovnání podílu věkových skupin na kouření podle pohlaví. (viz graf č. 4) Zatímco v nižších věkových kategoriích není mezi muži a

ženami v kuřáctví výrazný rozdíl, v kategorii 45-54 let je již mužů kuřáků o 17,24 % více a v kategorii 55–64 let je to dokonce rozdíl o 25 %. Naopak ve věkové kategorii 65 a více let je mnohem více žen kuřeček 61,54 % a mužů je pouze 38,46 %, což je rozdíl 23,08 %. Takto vysoký podíl žen kuřeček ve věkové kategorii nad 65 a více let je pravděpodobně zapříčiněn tím, že v populaci začínají převládat ženy.

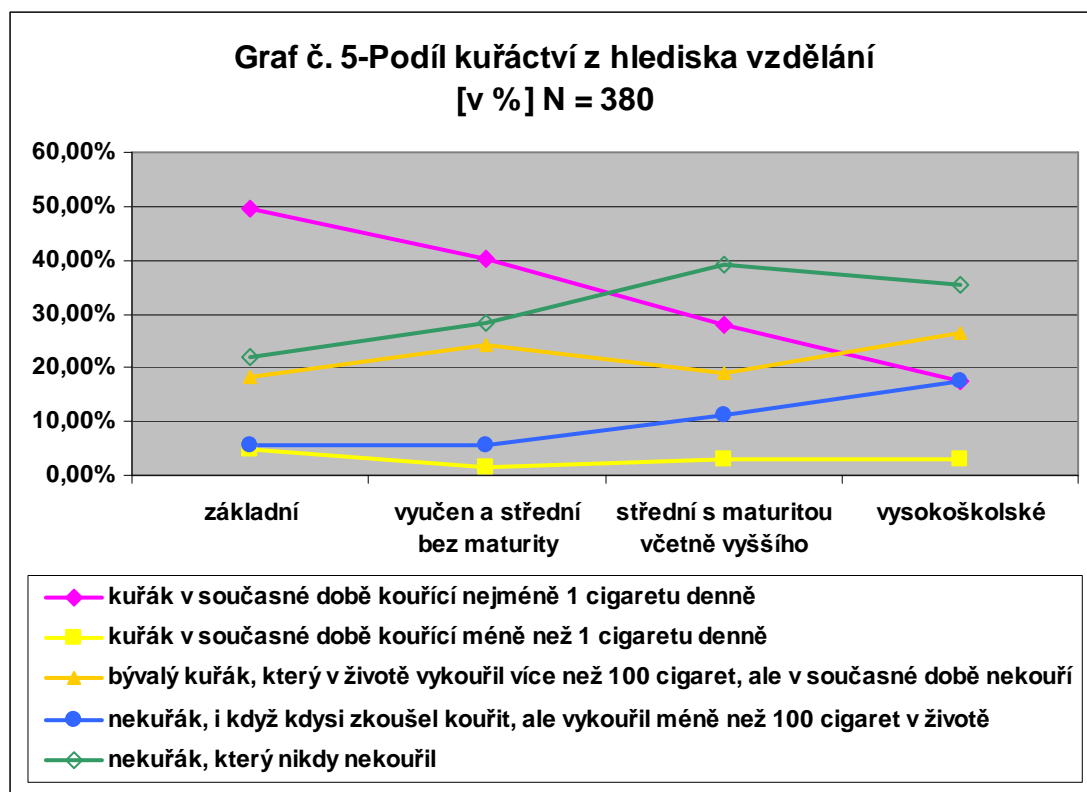


V případě vazby kouření na stupeň dosaženého vzdělání nám ukazuje na to, že je vyšší podíl pravidelných kuřáků (ti, kteří kouří v současné době nejméně 1 cigaretu denně) mezi respondenty se základním vzděláním (49,52 %) a vyučenými (40,43 %). Naopak u respondentů s maturitou je pravidelných kuřáků již méně (28 %), nejmenší podíl je však u vysokoškolsky vzdělaných lidí (17,65 %). Skutečnost je pravděpodobně taková, že nejvíce pravidelných kuřáků je v dělnických a řemeslnických profesích.

Nekuřáků, kteří nikdy nevykouřili ani jednu cigaretu, je nejvyšší podíl u respondentů s maturitou (39 %) a s vysokoškolským vzděláním (35,29 %). Naopak nejmenší podíl nekuřáků, kteří nikdy nekouřili, je u dotazovaných se základním vzděláním (21,90 %) a mezi vyučenými (28,37 %). Z této skutečnosti opět vyplývá, že nejvíce nekuřáků, kteří nikdy nevykouřili ani jednu cigaretu, je mezi respondenty s vyšším stupněm vzdělání. Přehled výsledků je uveden v tabulce č. 7 a grafu č. 5.

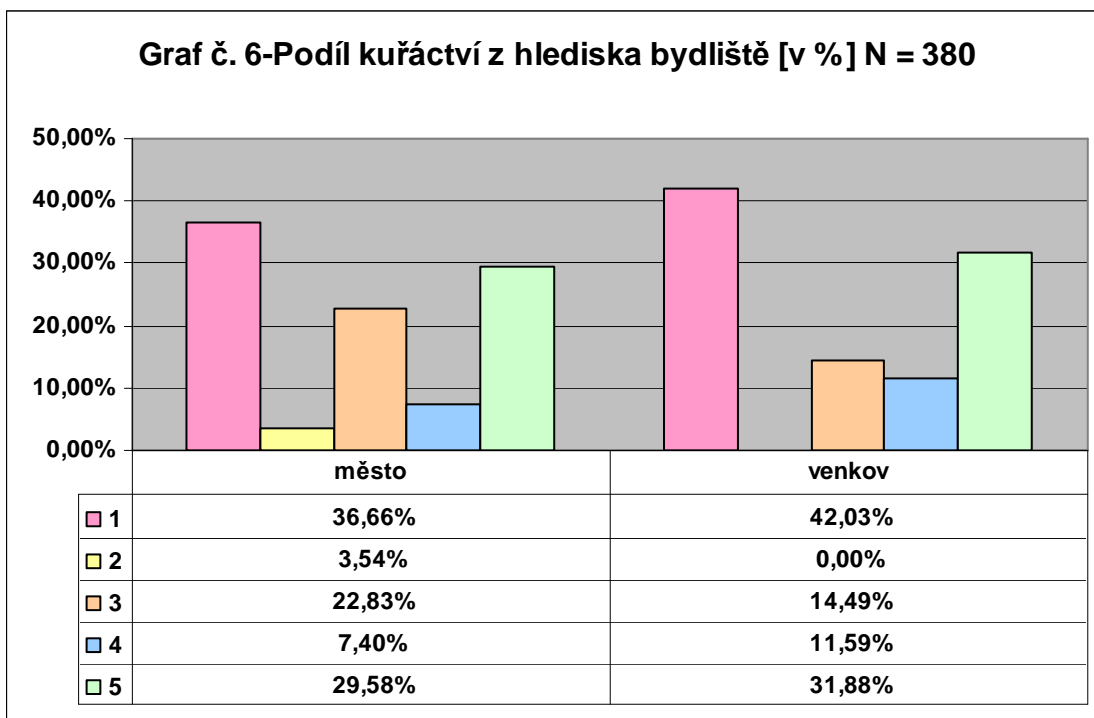
Tab. č. 7 Prevalence kuřáctví podle vzdělání v populaci Karlovarského kraje N = 380

X <sub>i</sub>	Vzdělání							
	základní		vyučen a střední bez maturity		střední s maturitou vč. vyššího		vysokoškolské	
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]
Kuřák v současné době kouřící nejméně 1 cigaretu denně	52	49,52	57	40,43	28	28,00	6	17,65
Kuřák v současné době kouřící méně než 1 cigaretu denně	5	4,76	2	1,42	3	3,00	1	2,94
Bývalý kuřák, který v životě vykouřil více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří	19	18,10	34	24,11	19	19,00	9	26,47
Nekuřák, i když kdysi zkoušel kouřit, ale vykouřil méně než 100 cigaret v životě	6	5,71	8	5,67	11	11,00	6	17,65
Nekuřák, který nikdy nekouřil	23	21,90	40	28,37	39	39,00	12	35,29
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100,00</b>	<b>141</b>	<b>100,00</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>



Další zjišťovanou skutečností byl podíl kuřáctví z hlediska bydliště. Analýza poukazuje na velmi slabou statistickou závislost ( $\chi^2 = 6,0351$ ,  $C < 0,25$ ) mezi bydlištěm a kuřáctvím. Podíl pravidelných i příležitostných kuřáků je na venkově

téměř shodný jako ve městě. Stejný podíl je také u nekuřáků, kteří nikdy nekouřili. Pouze u bývalých kuřáků byl zjištěn nepatrný rozdíl mezi respondenty z města a z venkova. Podrobné výsledky jsou uvedeny v grafu č. 6.

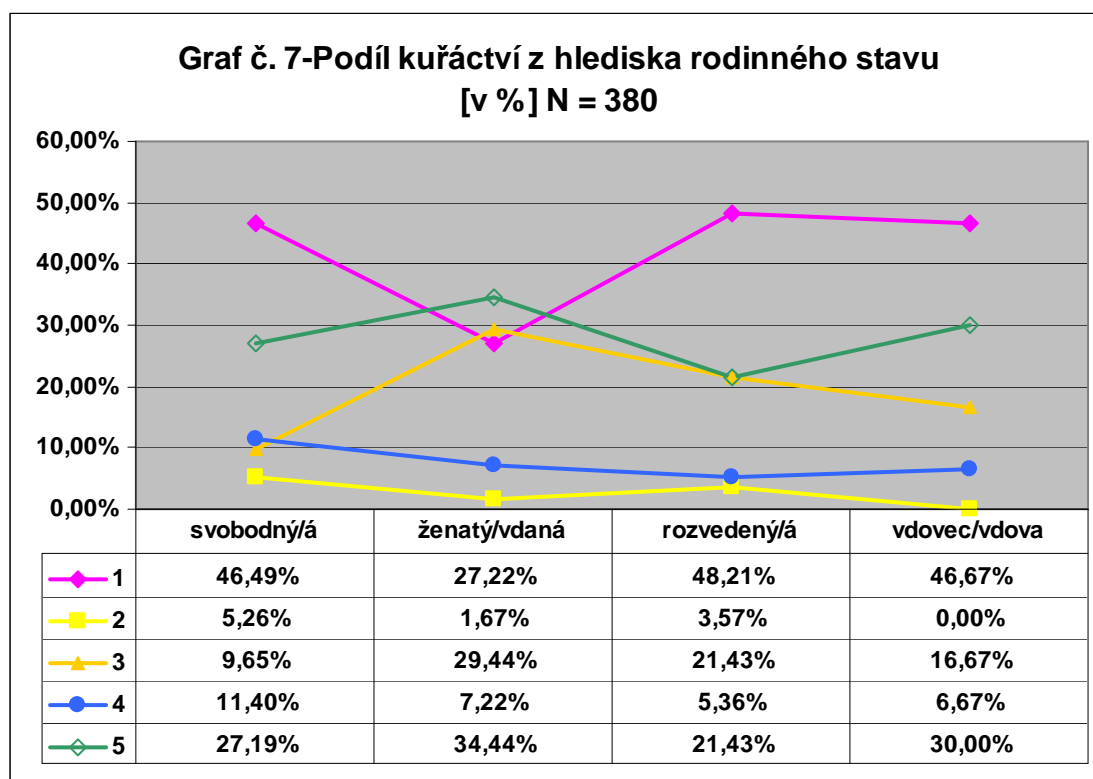


*Legenda: 1-kuřák v současné době kouřící nejméně 1 cigaretu denně; 2-kuřák v současné době kouřící méně než 1 cigaretu denně; 3-bývalý kuřák, který v životě vykouřil více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří; 4-nekuřák, i když kdysi zkoušel kouřit, ale vykouřil méně než 100 cigaret v životě; 5-nekuřák, který nikdy nekouřil.*

V další části jsou uvedeny statisticky významné souvislosti zjištěné mezi kouřením a dalšími sociodemografickými znaky. Tyto znaky již nezajišťují reprezentativnost, proto je nutné brát tyto výsledky pouze jako tendence.

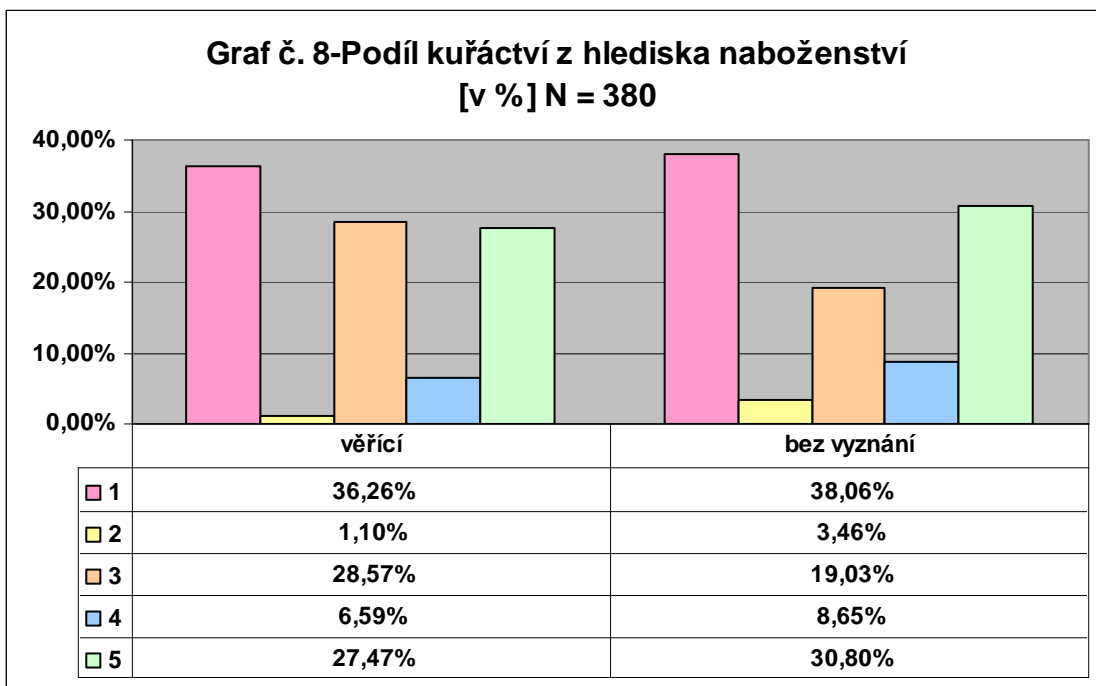
Z hlediska rodinného stavu byl identifikován přibližně stejný podíl pravidelných kuřáků (ti, kteří kouří v současné době nejméně 1 cigaretu denně) mezi svobodnými, rozvedenými a vdovci/vdovami, který se pohybuje kolem 47 %. Naopak výrazně nižší podíl pravidelných kuřáků (ti, kteří kouří v současné době nejméně 1 cigaretu denně) je mezi ženatými/vdanými, kde činil 27,22 %. Mezi ženatými/vdanými je oproti tomu o něco vyšší podíl bývalých kuřáků (ti, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří), a to 29,44 %.

Z toho vyplývá skutečnost, že mezi respondenty se stálým partnerem je více bývalých kuřáků. Přehled výsledků je uveden v grafu č. 7.



*Legenda: 1-kuřák v současné době kouřící nejméně 1 cigaretu denně; 2-kuřák v současné době kouřící méně než 1 cigaretu denně; 3-bývalý kuřák, který v životě vykouřil více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří; 4-nekuřák, i když kdysi zkusil kouřit, ale vykouřil méně než 100 cigaret v životě; 5-nekuřák, který nikdy nekouřil.*

Z analýzy výsledků studie v Karlovarském kraji byla zjištěna velmi slabá statistická závislost mezi náboženstvím a kouřením ( $\chi^2 = 4,9615$ ,  $C < 0,25$ ). Mezi věřícími občany je téměř stejný podíl pravidelných i příležitostných kuřáků jako mezi respondenty bez vyznání. Shodné výsledky jsou i u nekuřáků, kteří nikdy nekouřili. Mezi věřícími respondenty je více bývalých kuřáků (ti, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří), a to 28,57 %, zatímco mezi respondenty bez vyznání je to pouze 19,03 %, jak je uvedeno v grafu č. 8.



*Legenda: 1-kuřák v současné době kouřící nejméně 1 cigaretu denně; 2-kuřák v současné době kouřící méně než 1 cigaretu denně; 3-bývalý kuřák, který v životě vykouřil více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří; 4-nekuřák, i když kdysi zkoušel kouřit, ale vykouřil méně než 100 cigaret v životě; 5-nekuřák, který nikdy nekouřil.*

## 10.2 Charakteristiky kuřáků

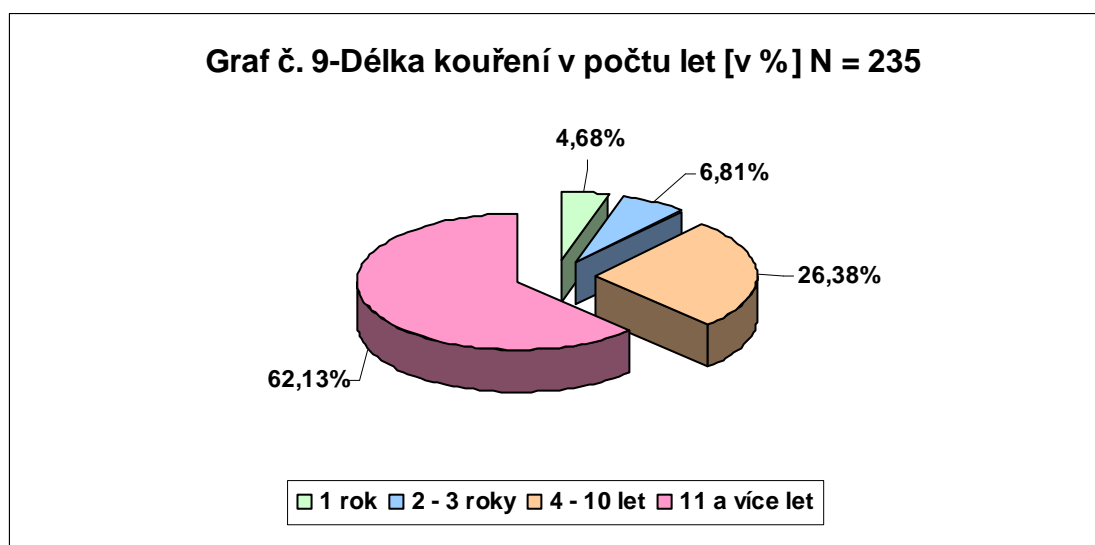
Mezi základní charakteristiky kuřáků, které byly součástí prováděné studie, patří délka kouření, množství vykouřených cigaret a doba, která uplyne mezi probuzením a zapálením si první cigarety. Všechny výše uvedené ukazatele nepřímo poukazují na charakter a intenzitu závislosti na nikotinu.

Délka kouření byla zjišťována prostřednictvím otázky: „Kolik let jste celkem kouřil/a. Nepočítejte dobu, kdy jste nekouřil/a. Tento údaj nás zajímá, i když jste bývalý kuřák a dnes již nekouříte.“

Největší část kuřácké populace (62,13 %) uvádí, že kouří 11 a více let, druhá nejpočetnější skupina kouří od 4 do 10 let (26,38 %). Z tohoto vyplývá, že pokud kuřák propadne tomuto návyku, pak zpravidla na velmi dlouhou dobu. S tím samozřejmě souvisí zvýšené riziko vzniku chorob, která vznikají v důsledku dlouhodobého kouření. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 8 a grafu č. 9.

Tab. č.8 Délka kouření v počtu let  $N = 235$

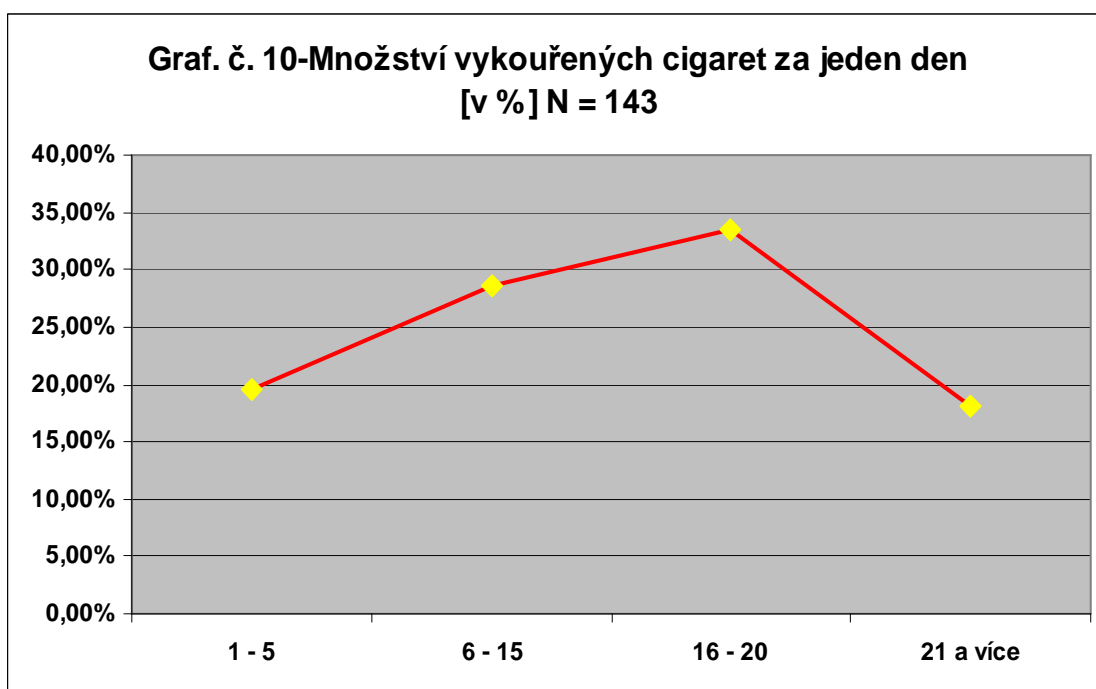
$x_i$	$n_i$	$f_i$ [%]
1 rok	11	4,68
2-3 roky	16	6,81
4-10 let	62	26,38
11 a více let	146	62,13
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100,00</b>



Dalším důležitým ukazatelem závislosti na nikotinu u kuřácké populace je množství vykouřených cigaret za jeden den. Z provedené analýzy vyplývá, že nejvíce kuřáků vykouří 16-20 cigaret denně, a to 33,57 %. Kuřáků, kteří vykouří denně 6-15 cigaret, je 28,67 %. Podíly kuřáků, kouřících 1-5 a 21 a více cigaret denně, jsou téměř shodné a pohybují se okolo 19 %. Podrobnější výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 9 a grafu č. 10.

Tab. č. 9 Množství vykouřených cigaret za jeden den  $N = 143$

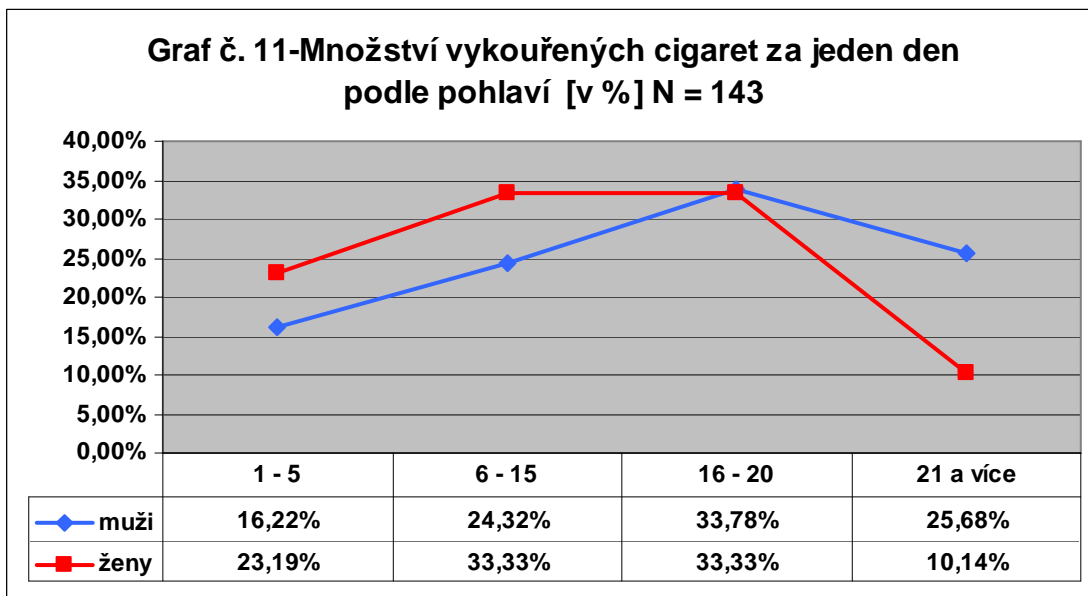
$x_i$	$n_i$	$f_i$ [%]
1-5	28	19,58
6-15	41	28,67
16-20	48	33,57
21 a více	26	18,18
<b>Celkem</b>	<b>143</b>	<b>100,00</b>



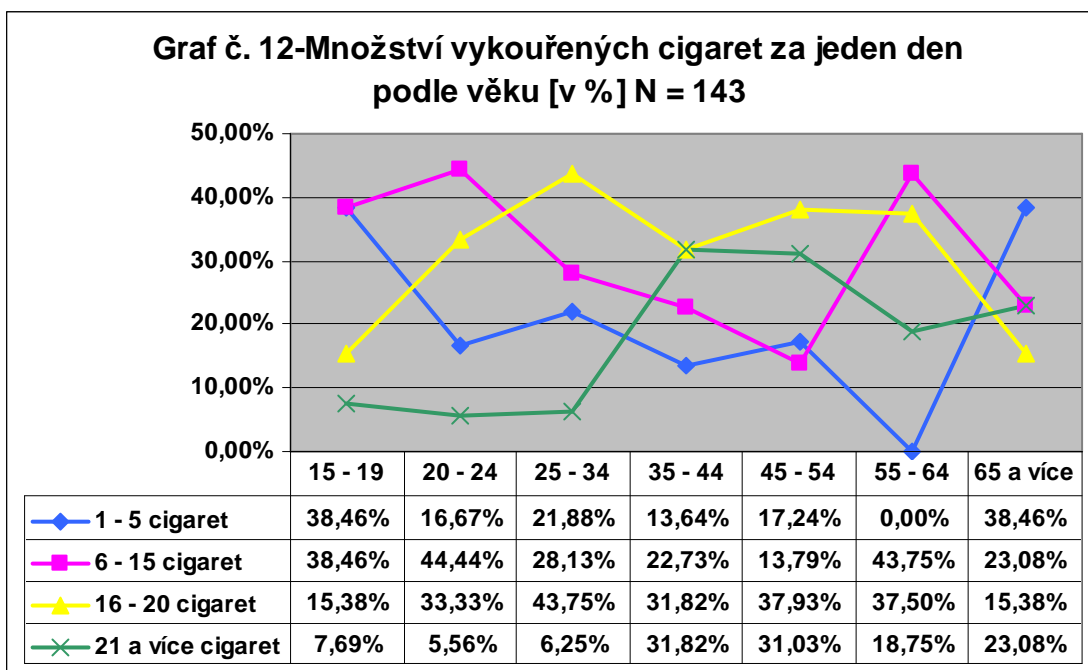
Statisticky významnější rozdíly jsou v počtu vykouřených cigaret denně mezi muži a ženami. Z mužů kuřáků 25,68 % vykouří 21 a více cigaret denně, zatímco žen kuřáček pouze 10,14 %. Naopak ženy častěji uvádějí menší množství vykouřených cigaret za jeden den. Z žen kuřáček 23,19 % vykouří 1-5 cigaret denně, 33,33 % vykouří 6-15 cigaret denně, zatímco muži 1-5 cigaret denně 16,22 % a 6-15 cigaret



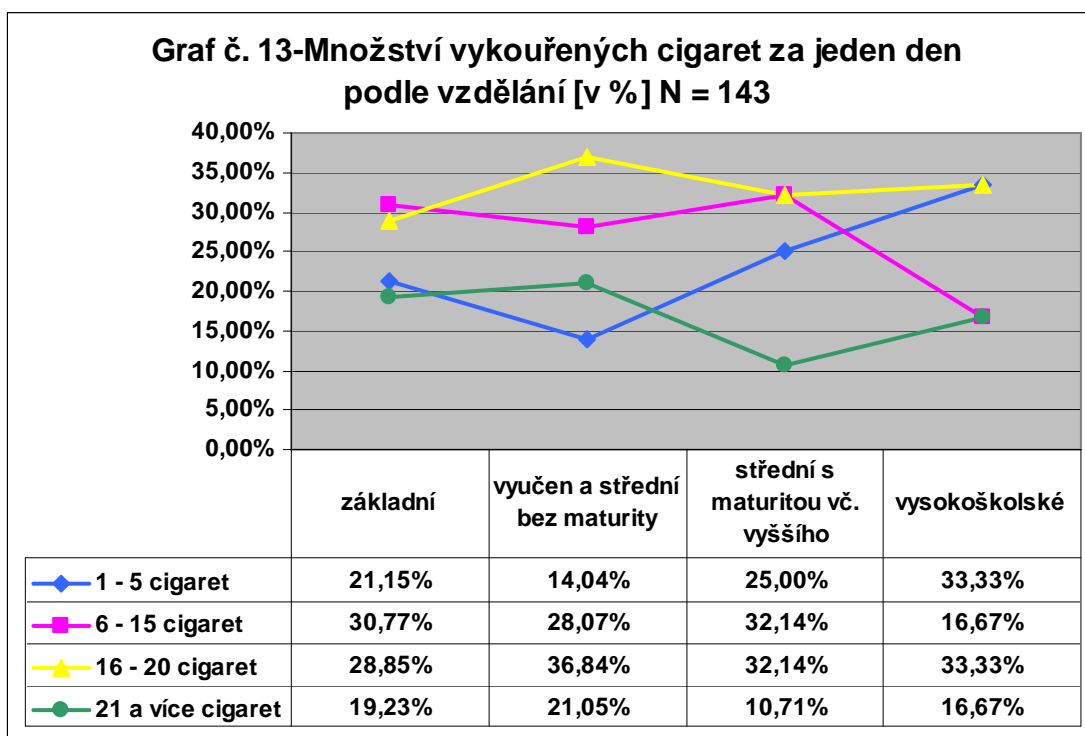
denně 24,32 %. Přibližně stejný podíl 33 % je mezi muži a ženami, kteří kouří 16-20 cigaret denně. (viz graf č. 11)



Porovnání množství vykouřených cigaret za jeden den podle věku nepřineslo žádné statisticky významné výsledky. Na počátku kuřácké kariéry ve věkové kategorii 15-19 let je nejvíce těch, kteří kouří 1-5 cigaret denně. S přibývajícím věkem pravděpodobně kuřáci zvyšují své denní dávky cigaret. Ve věku od 25 do 64 let převládají ti, co vykouří 16-20 cigaret denně. V pozdních věkových kategoriích dochází opět k poklesu vykouřených cigaret denně. (viz. graf č. 12)



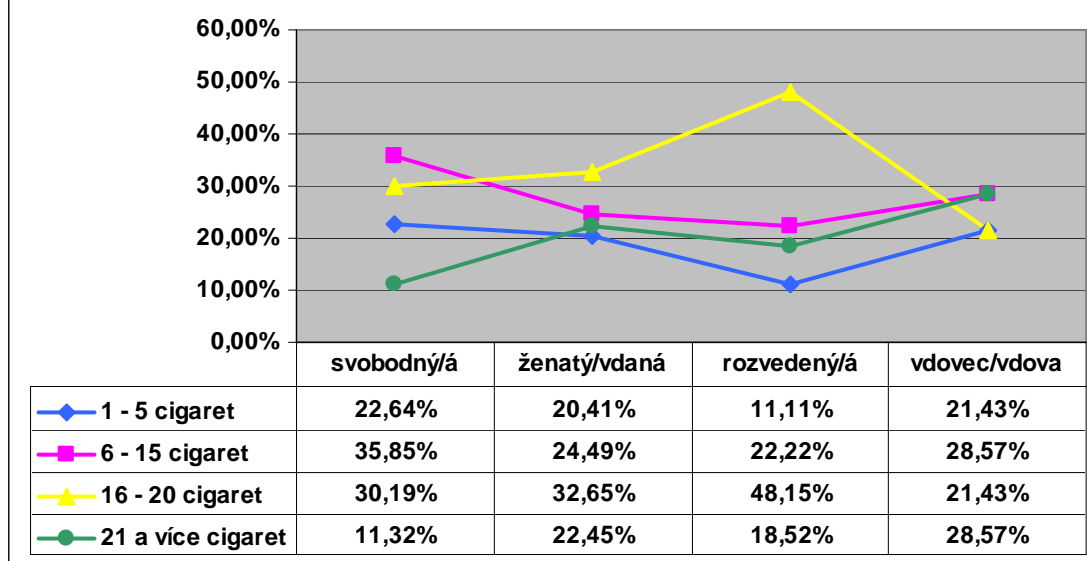
Další vyhodnocenou skutečností je množství vykouřených cigaret za jeden den podle vzdělání. V kategorii 1-5 vykouřených cigaret denně je největší počet vysokoškoláků (33,33 %) a nejméně vyučených (14,04 %). Nejsilnější kuřáci, kouřící 16-20 a 21 a více cigaret denně, jsou naopak mezi vyučenými (36,84 %, 21,05 %). Podrobnější přehled výsledků je uveden v grafu č. 13.



Statisticky významným indikátorem je také množství vykouřených cigaret za jeden den z hlediska rodinného stavu. K těmto výsledkům je nutné přistupovat s určitou rezervou, jelikož kuřáci zpravidla uvádějí menší počty vykouřených cigaret denně než doopravdy vykouří, proto mohou být tyto výsledky do jisté míry zkresleny.

Z uvedené studie vyplývá, že největší množství cigaret za jeden den (16 a více cigaret) vykouří rozvedení (cca 67 %). Naopak u nejmenšího množství vykouřených cigaret za jeden den (1-5 cigaret) nebyl zaznamenán výrazný rozdíl mezi skupinami svobodných, ženatých/vdaných a vdovců/vdov (přibližně 21 %). V kategorii 6-15 cigaret vykouřených za jeden den byl zaznamenán nejvyšší počet u svobodných (35,85 %) a nejnižší počet u rozvedených respondentů (22,22 %). Výsledky v jednotlivých kategoriích jsou uvedeny v grafu č.14.

**Graf č. 14-Množství vykouřených cigaret za jeden den podle rodinného stavu [v %] N = 143**



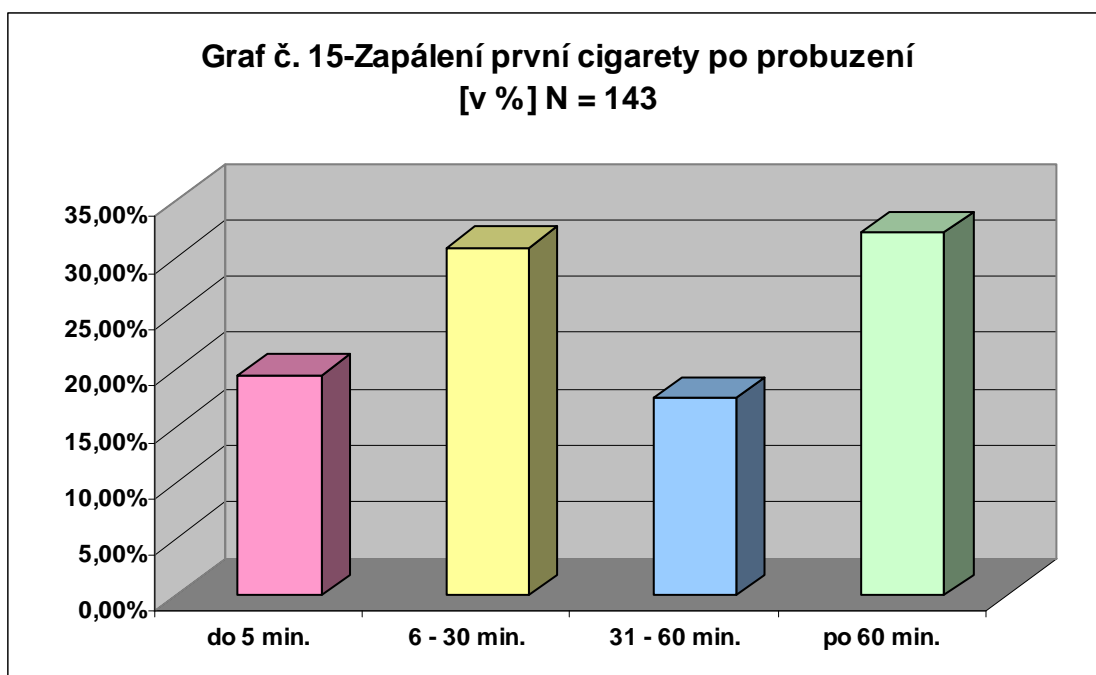
Jiným ukazatelem závislosti na nikotinu je doba, která uplyne mezi probuzením a zapálením si první cigarety. Tato skutečnost byla zjišťována položenou otázkou následujícího znění: „*Jak brzy po probuzení si zapálíte cigaretu?*“

Podíl nejsilnějších kuřáků (ti, kteří si zapálí cigaretu do 5 minut po probuzení) činí 19,58 %. Od 6 do 30 minut si zapálí první cigaretu po probuzení 30,77 % a od 31 do 60 minut je to 17,48 % dotázaných. Po první hodině po probuzení si zapálí cigaretu 32,17 % respondentů. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 10 a grafu č. 15.

*Tab. č. 10 Zapálení první cigarety po probuzení N = 143*

$x_i$	$n_i$	$f_i$ [%]
do 5 min.	28	19,58
6-30 min.	44	30,77
31-60 min.	25	17,48
po 60 min.	46	32,17
<b>Celkem</b>	<b>143</b>	<b>100,00</b>

Z odpovědí respondentů vyplývá, že více než polovina kuřáků (cca 68 %) si zapálí první cigaretu do 60 minut po probuzení, což je známka velmi silné závislosti na nikotinu. Nejhůře jsou však na tom ti, kteří si zapálí svou první cigaretu do 5 minut po probuzení (cca 20 %). Tato skupina je nejvíce ohrožená, protože první zapálená cigareta se stává součástí jejich ranní hygieny a snídane. Jde o extrémně silné kuřáky, jejichž první myšlenka po probuzení je pravděpodobně věnována cigaretě.



Analýza dvoustupňového třídění ukazuje, že do 5 minut si nejčastěji zapálí respondenti se základním vzděláním (26,92 %) a vdovci/vdovy (35,71 %). Jiné statisticky významné souvislosti nebyly zjištěny. Přehled výsledků je v tabulkách č. 11 a č. 12.

Tab. č. 11 Zapálení první cigarety po probuzení z hlediska rodinného stavu N = 143

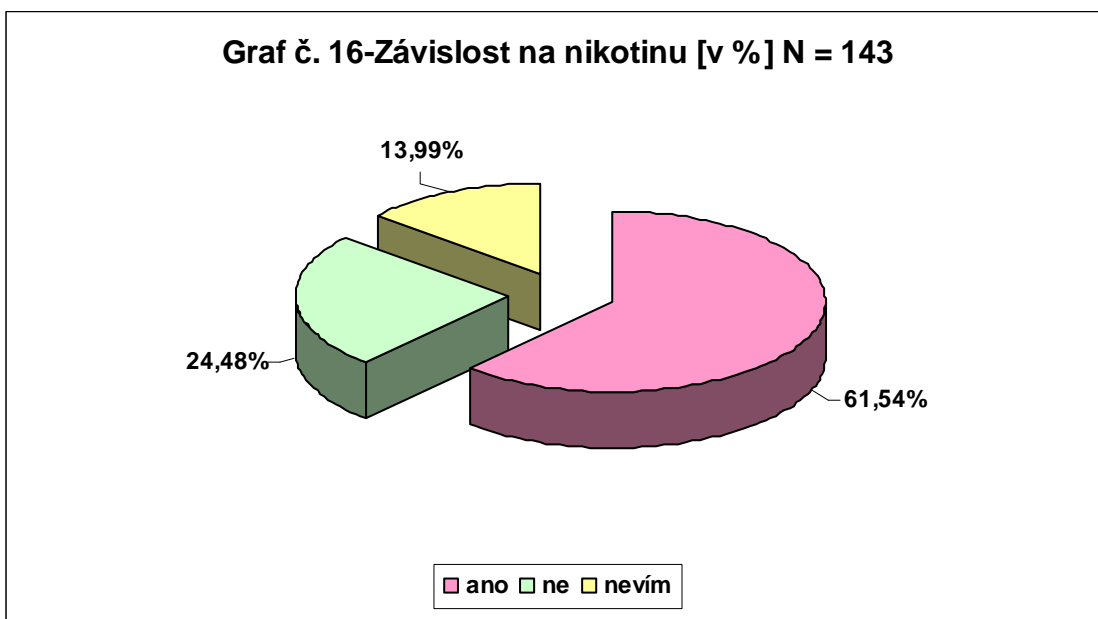
$x_i$	Zapálení první cigarety po probuzení								Celkem	
	do 5 min.		6-30 min.		31-60 min.		po 60 min.		$n_i$	$f_i$ [%]
	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]		
Svobodný/á	9	16,98	14	26,42	11	20,75	19	35,85	53	100,00
Ženatý/vdaná	10	20,41	16	32,65	7	14,29	16	32,65	49	100,00
Rozvedený/á	4	14,81	11	40,74	3	11,11	9	33,33	27	100,00
Vdovec/vdova	5	35,71	3	21,43	4	28,57	2	14,29	14	100,00

Tab. č. 12 Zapálení první cigarety po probuzení z hlediska vzdělání  $N = 143$

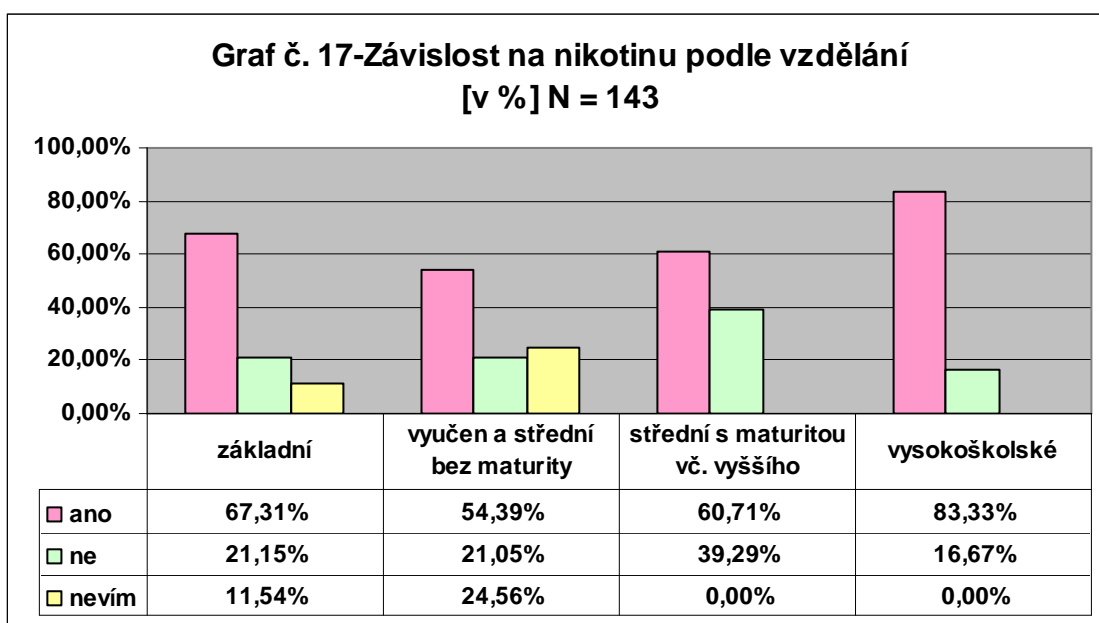
$x_i$	Zapálení první cigarety po probuzení								Celkem	
	do 5 minut		6-30 minut		31-60 minut		po 60 minutách			
	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]
Základní	14	26,92	13	25,00	9	17,31	16	30,77	52	100,00
Vyučen a střední bez maturity	9	15,79	20	35,09	11	19,30	17	29,82	57	100,00
Střední s maturitou vč. vyššího	4	14,29	10	35,71	4	14,29	10	35,71	28	100,00
Vysokoškolské	1	16,67	1	16,67	1	16,67	3	50,00	6	100,00

V souvislosti se zjišťováním závislosti na nikotinu byla respondentům položena otázka: „Myslíte si, že jste závislí na nikotinu?“

Více než polovina kuřáků (61,54 %) si myslí, že jsou závislí na nikotinu, přibližně čtvrtina (24,48 %) uvádí, že není závislá na nikotinu, a necelá šestina (13,99 %) kuřáků odpověděla, že neví, zda jsou závislí na nikotinu. Výsledky tohoto jednostupňového třídění jsou uvedeny v grafu č. 16.

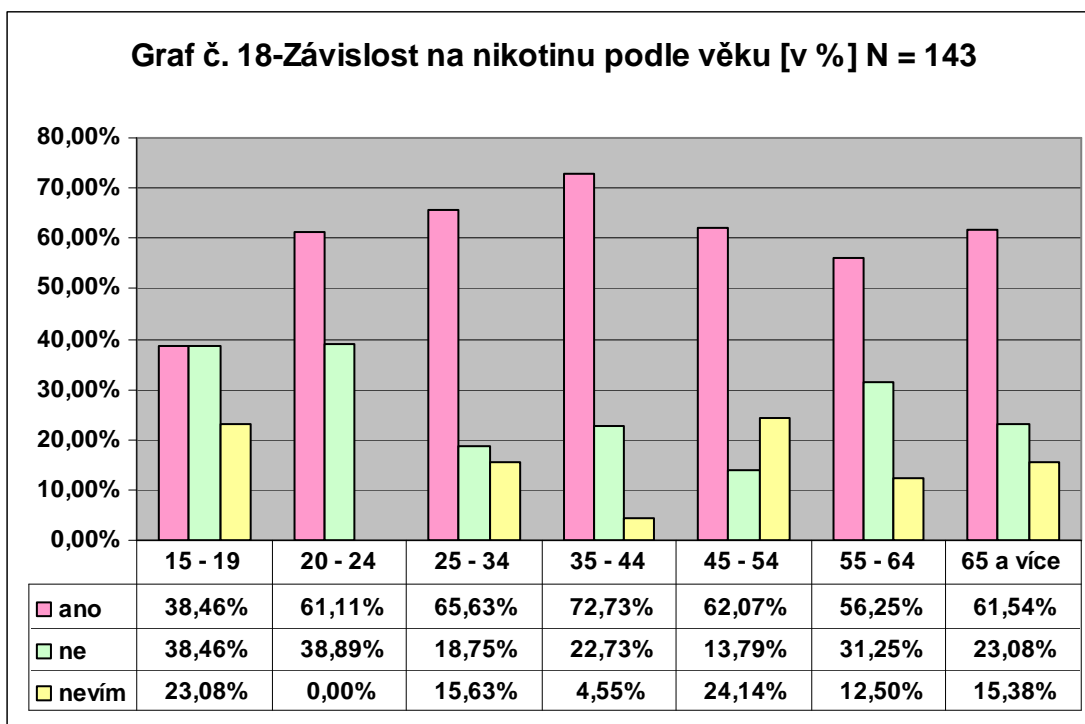


Z analýzy závislosti na nikotinu podle vzdělání vychází, že vysokoškolsky vzdělaní kuřáci se z 83,33 % domnívají, že jsou závislí na nikotinu, pouhých 16,67 % dotázaných si myslí, že nemají závislost. Další zajímavé výsledky byly zjištěny ve skupině středoškoláků, kde 60,71 % uvedlo, že jsou závislí a necelých 40 % si myslí, že nejsou závislí na nikotinu. V ostatních vzdělanostních kategoriích není výrazný rozdíl v závislosti na nikotinu oproti celkovému průměru vyplývajícímu z jednostupňového třídění. Přesné hodnoty jsou uvedeny v grafu č. 17.



Z výsledků závislosti na nikotinu podle věkových kategorií lze za nejzajímavější označit odpovědi nejmladší věkové skupiny (15-19 let), ve které respondenti uvádějí z 38,46 %, že jsou závislí na nikotinu a stejný počet dotázaných naopak uvádí, že nejsou závislí na nikotinu. Tento jev pravděpodobně poukazuje na počínající závislost, kterou si respondenti v tomto věku zřejmě příliš neuvědomují a často se také domnívají, že mohou kdykoliv s kouřením přestat. S přibývajícím věkem si kuřáci pravděpodobně začínají svou závislost na nikotinu uvědomovat, a proto ji také častěji přiznávají. Závislost na nikotinu podle věkových kategorií je podrobně uvedena v grafu č. 18.

V dalším dvoustupňovém třídění závislosti na nikotinu nebyly zjištěny žádné výrazné rozdíly oproti jednostupňovému třídění, zejména pak u závislosti na nikotinu podle pohlaví a podle rodinného stavu. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách č. 13 a č. 14.



Tab. č. 13 Závislost na nikotinu podle pohlaví N = 143

X <sub>i</sub>	Závislost na nikotinu						Celkem	
	ano		ne		nevím		n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]		
Muži	44	59,46	19	25,68	11	14,86	74	100,00
Ženy	44	63,77	16	23,19	9	13,04	69	100,00

Tab. č. 14 Závislost na nikotinu podle rodinného stavu N = 143

X <sub>i</sub>	Závislost na nikotinu						Celkem	
	ano		ne		nevím		n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]		
Svobodný/á	32	60,38	15	28,30	6	11,32	53	100,00
Ženatý/vdaná	28	57,14	13	26,53	8	16,33	49	100,00
Rozvedený/á	19	70,37	5	18,52	3	11,11	27	100,00
Vdovec/vdova	9	64,29	2	14,29	3	21,43	14	100,00

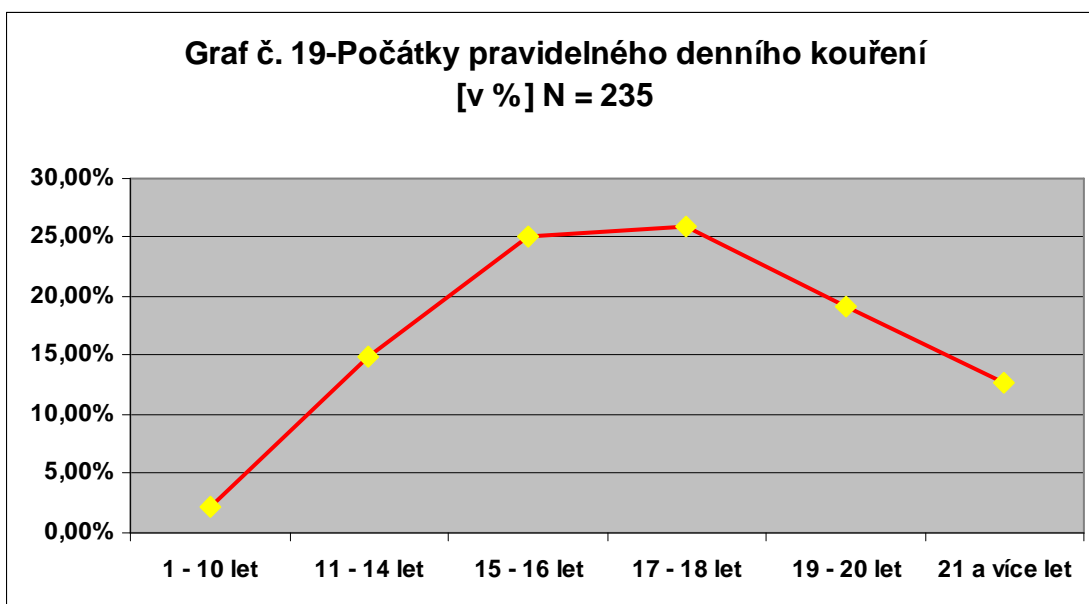
### 10.3 Počátky kouření

Aby bylo možné lépe pochopit vznik závislosti na nikotinu a také možnou prevenci, je nutné zjistit, v jakém věku současní ale i bývalí kuřáci začali s pravidelným kouřením, a kdo je na počátku kouření ovlivnil. Tato skutečnost byla zjišťována dotazy: „V kolika letech jste začal/a pravidelně kouřit?“ a „Kdo Vás ovlivnil?“

Počátky pravidelného kouření, kdy vzniká návyk na nikotin, spadá do období 15-16 let a 17-18 let, kdy uvedlo 25,11 % a 25,96 % respondentů, že začalo pravidelně kouřit v tomto období. Z toho vyplývá, že rozhodujícím obdobím pro vznik kuřáckého návyku v podobě pravidelného denního kouření je právě období mezi 15.-18. rokem. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 15 a grafu č. 19.

Tab. č. 15 Počátky pravidelného denního kouření  $N = 235$

$x_i$	$n_i$	$f_i$ [%]
1-10 let	5	2,13
11-14 let	35	14,89
15-16 let	59	25,11
17-18 let	61	25,96
19-20 let	45	19,15
21 a více let	30	12,77
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100,00</b>



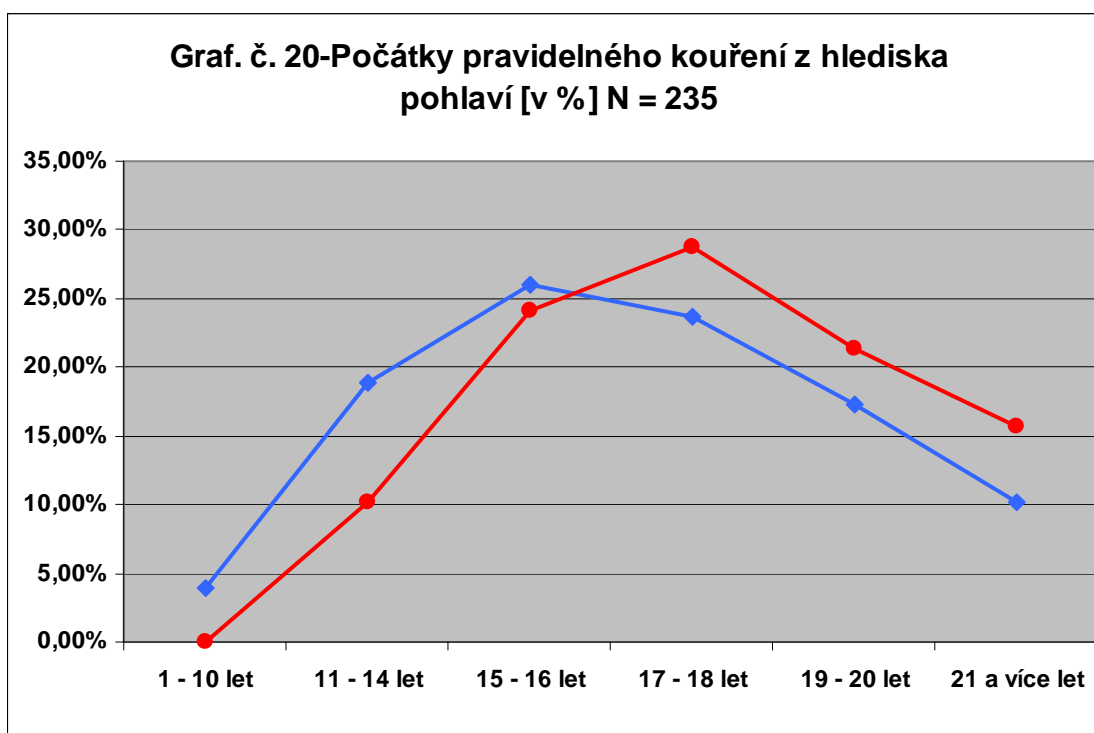


Z analýzy dále vyplývá, že muži začínají s pravidelným denním kouřením dříve (11-16 let), zatímco ženy uvádějí počátky pravidelného denního kouření později (17-18 let). Podrobnější výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 16 a grafu č. 20.

Tyto výsledky nám naznačují skutečnost, že téměř 70 % současných i bývalých kuřáků začalo s pravidelným kouřením ještě v období, kdy navštěvují základní eventuelně střední školu či učiliště.

Tab. č. 16 Počátky pravidelného denního kouření z hlediska pohlaví N = 235

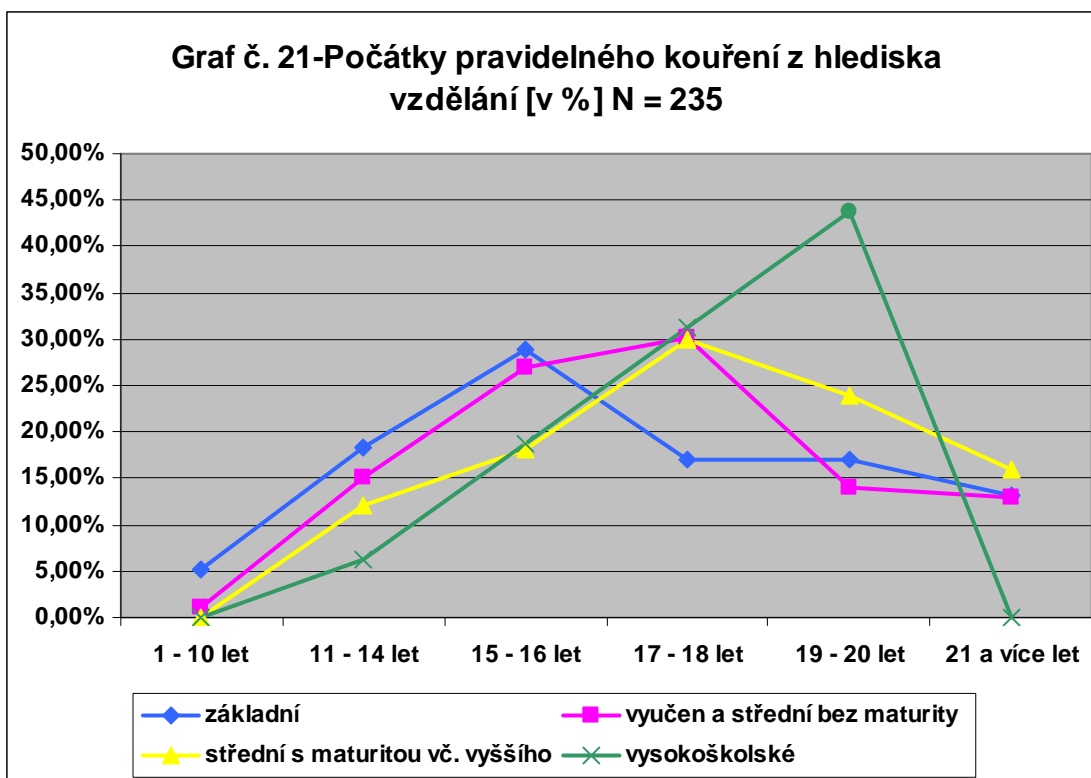
$x_i$	Pohlaví			
	muži		ženy	
	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]
1-10 let	5	3,94	0	0,00
11-14 let	24	18,90	11	10,19
15-16 let	33	25,98	26	24,07
17-18 let	30	23,62	31	28,70
19-20 let	22	17,32	23	21,30
21 a více let	13	10,24	17	15,74
<b>Celkem</b>	<b>127</b>	<b>100,00</b>	<b>108</b>	<b>100,00</b>



Rovněž vysokoškoláci uvádějí, že začali s pravidelným kouřením později. Téměř 44 % uvádí, že začali kouřit ve věku 19-20 let. Naopak respondenti se základním vzděláním uvádějí počátek pravidelného kouření již ve věku 15-16 let, a to 28,95 %. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 17 a grafu č. 21.

Tab. č. 17 Počátky pravidelného denního kouření z hlediska vzdělání N =235

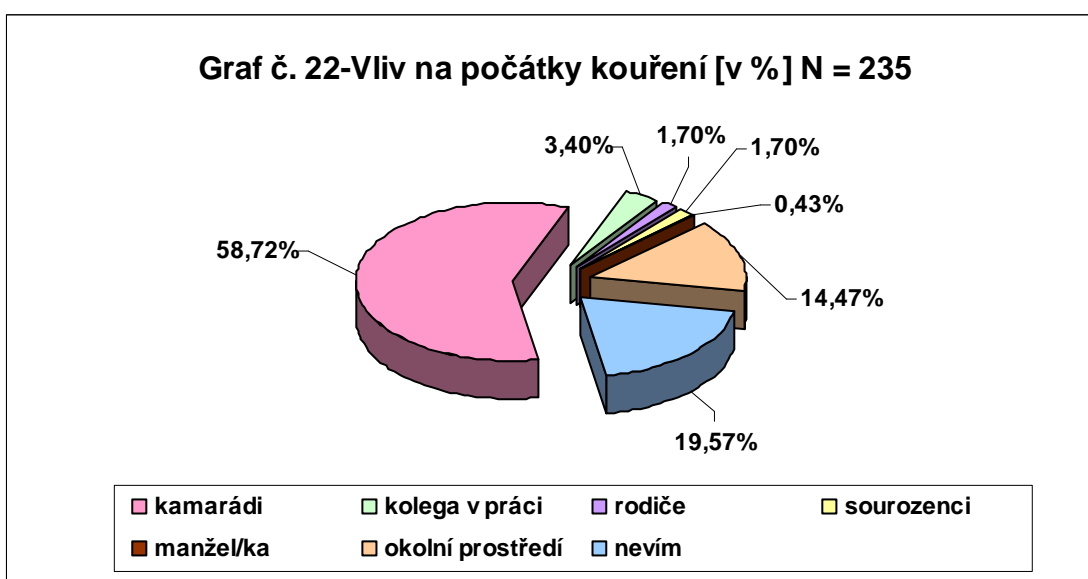
x <sub>i</sub>	Vzdělání							
	základní		vyučen a střední bez maturity		střední s maturitou vč. vyššího		vysokoškolské	
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]
1-10 let	4	5,26	1	1,08	0	0,00	0	0,00
11-14 let	14	18,42	14	15,05	6	12,00	1	6,25
15-16 let	22	28,95	25	26,88	9	18,00	3	18,75
17-18 let	13	17,11	28	30,11	15	30,00	5	31,25
19-20 let	13	17,11	13	13,98	12	24,00	7	43,75
21 a více let	10	13,16	12	12,90	8	16,00	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>76</b>	<b>100,00</b>	<b>93</b>	<b>100,00</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>



S počátky kouření úzce souvisí i to, kdo současné a bývalé kuřáky na počátku kouření ovlivnil. Respondenti nejčastěji uvádějí, že nejvíce je ovlivnili jejich kamarádi, což vypovědělo 58,72 %. Přibližně 14,47 % dotázaných uvádí, že je ovlivnilo okolní prostředí, ve kterém se pohybovali, a asi pětina respondentů (19,57 %) vypověděla, že neví, kdo je ovlivnil. Přehled výsledků je uveden v tabulce č. 18 a grafu č. 22.

Tab. č. 18 Vliv na počátky kouření  $N = 235$

$x_i$	$n_i$	$f_i$ [%]
Kamarádi	138	58,72
Kolega v práci	8	3,40
Rodiče	4	1,70
Sourozenci	4	1,70
Manžel/ka	1	0,43
Okolní prostředí	34	14,47
Nevím	46	19,57
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100,00</b>



Z výše uvedených výsledků vyplývá, že je velmi důležité začít s preventivním působením již v období před 14. rokem věku, tj. na 2. stupni základní školy či v nižších ročnících osmiletého gymnázia. Toto preventivní působení má zabránit vzniku závislosti na nikotinu, neboť je mnohem lepší návyku nepodlehnout, než se ho obtížně zbavovat.

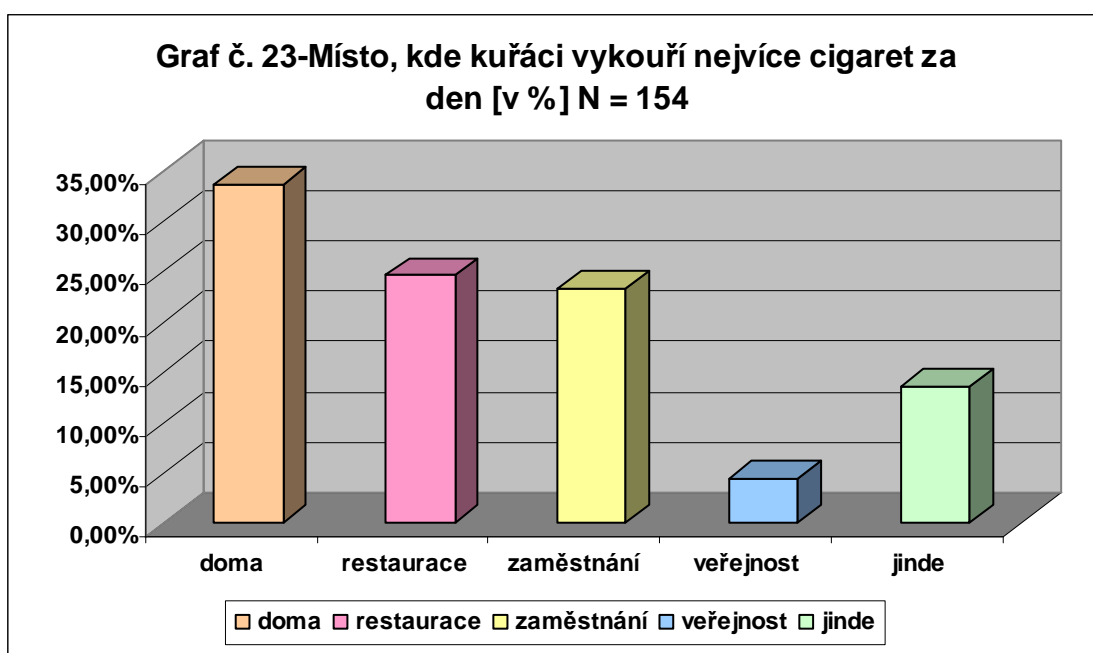
## 10.4 Místo kouření

Další zjišťovanou skutečností bylo místo, kde kuřáci vykouří nejvíce cigaret za den. Tato skutečnost byla zjišťována jak u pravidelných (ti, kteří kouří v současné době nejméně 1 cigaretu denně), tak i u příležitostných kuřáků (ti, kteří kouří v současné době méně než 1 cigaretu denně) prostřednictvím uzavřené otázky následujícího znění: „Kde vykouříte nejvíce cigaret za den?“

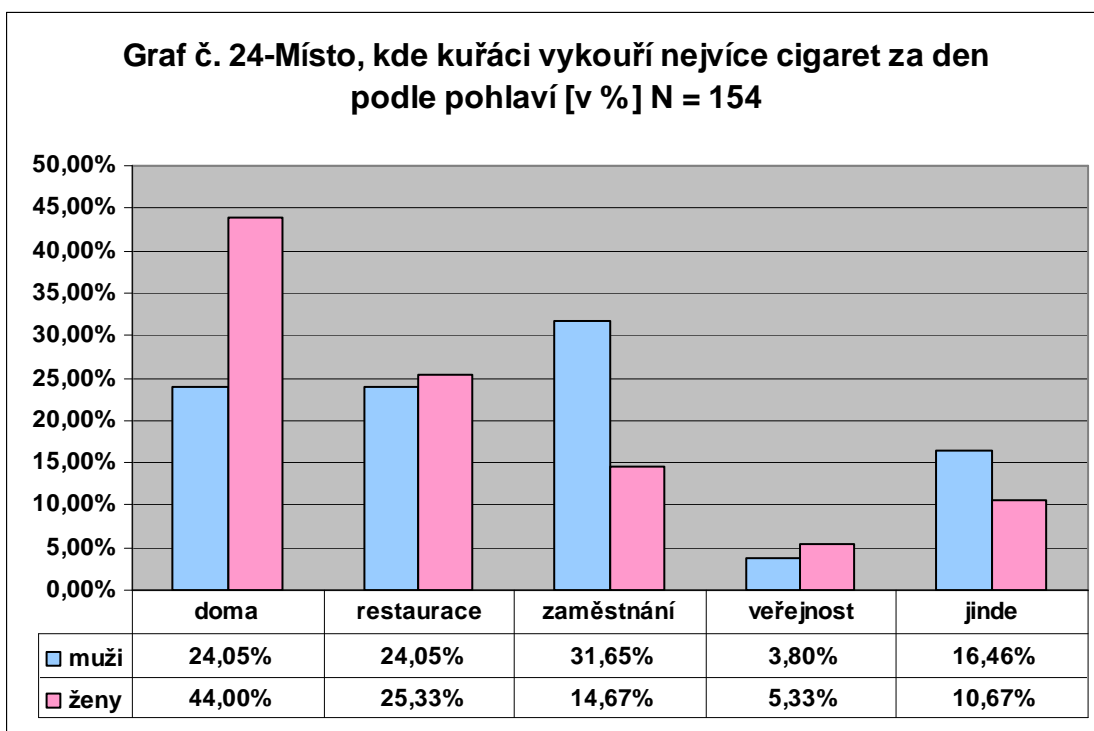
Z provedené analýzy vyplývá, že 33,77 % dotázaných vykouří nejvíce cigaret za den v domácím prostředí. Přibližně čtvrtina dotázaných kouří nejvíce cigaret za den v restauraci (24,68 %) a také v zaměstnání (23,38 %). Na veřejnosti vykouří nejvíce cigaret za den pouhých 4,55 % respondentů. Přibližně 14 % dotázaných uvedlo, že vykouří nejvíce cigaret za den v jiném prostředí, než která byla uvedena v dotazníku. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 19 a grafu č. 23.

Tab. č. 19 Místo, kde kuřáci vykouří nejvíce cigaret za den  $N = 154$

$x_i$	$n_i$	$f_i$ [%]
Doma	52	33,77
Restaurace	38	24,68
Zaměstnání	36	23,38
Veřejnost	7	4,55
Jinde	21	13,64
<b>Celkem</b>	<b>154</b>	<b>100,00</b>

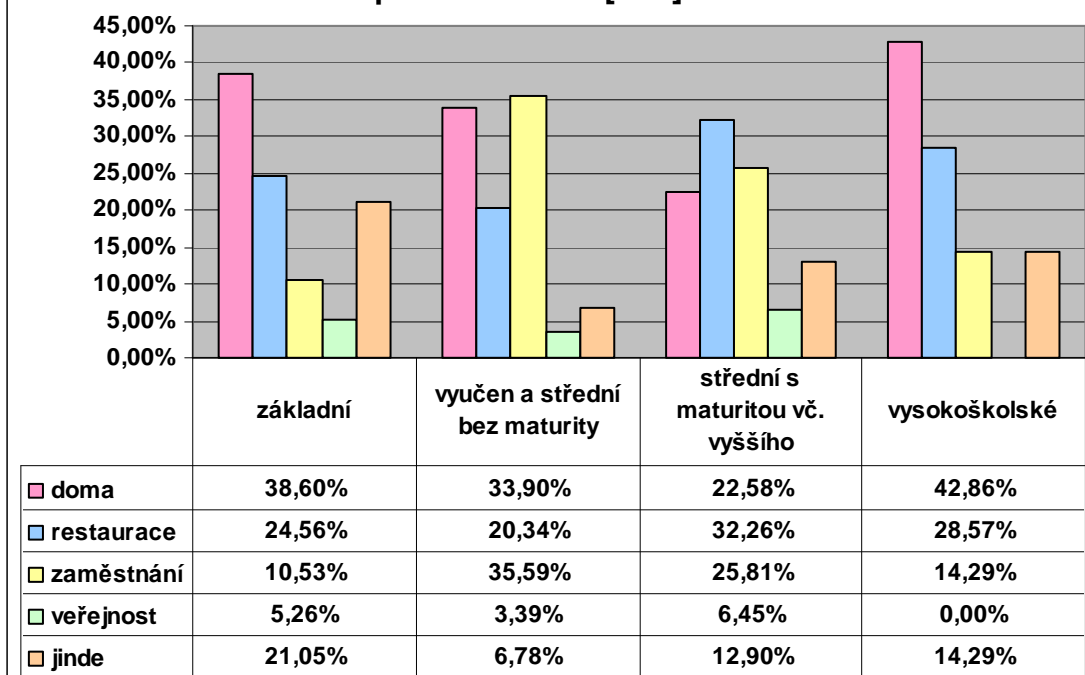


Z porovnání místa, kde kuřáci vykouří nejvíce cigaret za den z hlediska pohlaví, je zřejmé, že ženy kouří častěji doma (44,00 %) než muži (24,05 %) a naopak muži (31,65 %) kouří častěji na pracovišti než ženy (14,67 %). V dalších místech, kde kuřáci vykouří nejvíce cigaret za den, nebyl zjištěn výrazný rozdíl v počtu odpovědí mužů a žen. Přehledné výsledky tohoto šetření jsou uvedeny ve srovnávacím grafu č. 24.



Další sledovanou závislostí bylo místo, kde kuřáci vykouří nejvíce cigaret za den z hlediska vzdělání. Výsledky ukazují na to, že doma vykouří nejvíce cigaret vysokoškoláci (42,86 %), dále respondenti se základním vzděláním (38,60 %) a vyučení (33,90 %), nejméně kouří doma lidé se středním vzděláním (28,58 %). V restauracích vykouří nejvíce cigaret za den středoškoláci (32,26 %) a v ostatních vzdělanostních kategoriích je v počtu odpovědí zanedbatelný rozdíl. Největší rozdíl byl zaznamenán v kouření na pracovišti, kde nejvíce cigaret vykouří vyučení (35,59 %), následují středoškoláci (25,81), vysokoškoláci (14,29 %) a respondenti se základním vzděláním (10,53 %). Podrobné hodnoty v jednotlivých vzdělanostních kategoriích jsou uvedeny v grafu č. 25.

**Graf č. 25-Místo, kde kuřáci vykouří nejvíce cigaret za den podle vzdělání [v %] N = 154**

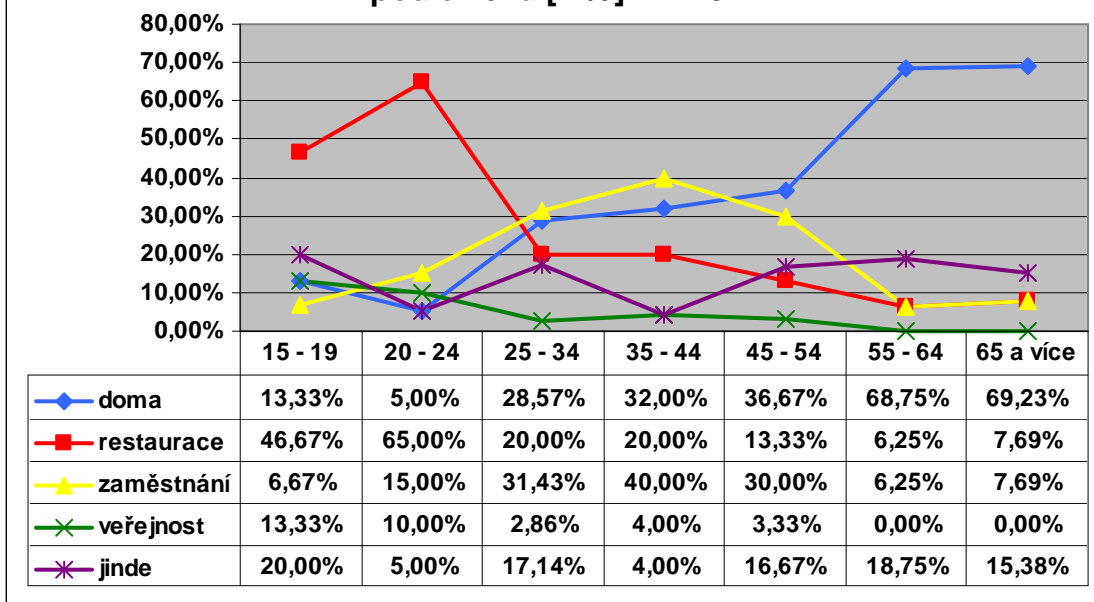


V souvislosti s místem, kde kuřáci vykouří nejvíce cigaret za den, byl také sledován vliv věku respondentů na místo, kde nejčastěji kouří. Analýza získaných dat ukazuje, že v nejnižších věkových kategoriích restaurace a veřejná prostranství zřejmě nahrazují vlastní rodinné zázemí mladých kuřáků. V kategorii 15-19 let odpovědělo 46,67 % a v kategorii 20-24 let 65 % dotázaných, že nejvíce cigaret vykouří v restauraci. Dále se ukazuje, že s přibývajícím věkem pravděpodobně získávají kuřáci možnost vlastního bydlení, a také si upevňují pracovní pozice, proto nejvíce cigaret vykouří doma a v zaměstnání. Ke zvratu dochází přibližně ve věku 55 let, kdy kuřáci začínají nejspíše odcházet do důchodu, a proto se pravděpodobně snižuje počet kouřících v zaměstnání a prudce stoupá počet respondentů uvádějících, že nejvíce cigaret za den vykouří doma. V kategorii 55-64 let je 68,75 % a v kategorii 65 a více let 69,23 % respondentů nejvíce kouřících v domácím prostředí. V grafu č. 26 je uveden přehled výsledků.

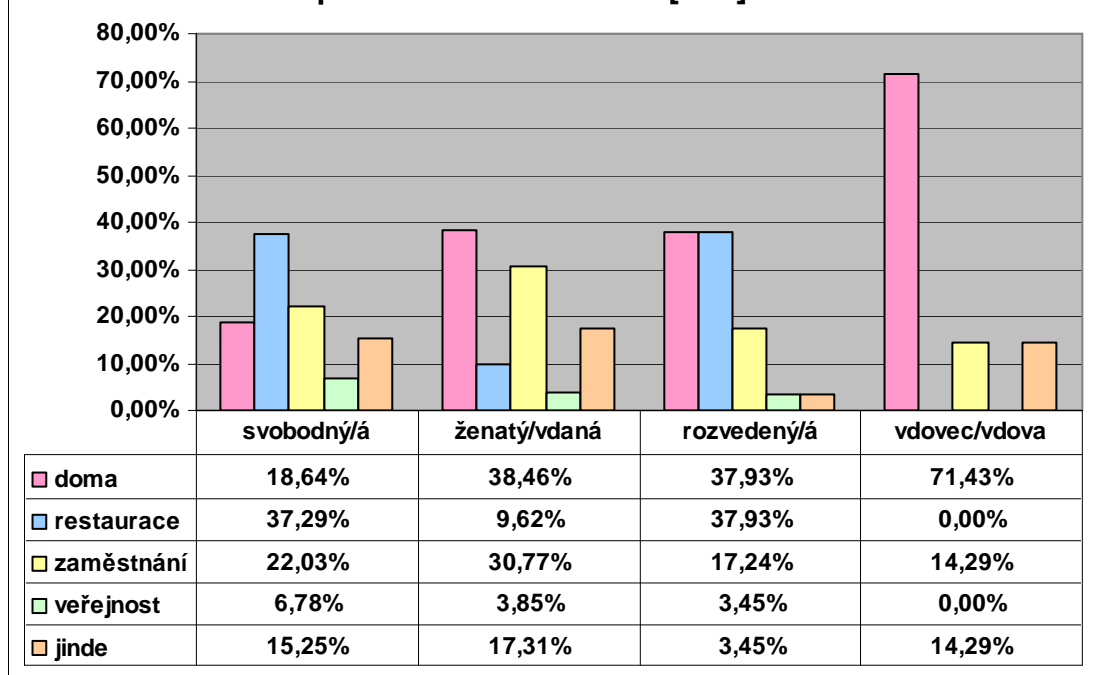
Poslední sledovanou skutečností této kapitoly bylo porovnání místa, kde kuřáci vykouří nejvíce cigaret za den, s rodinným stavem respondentů. V kategorii svobodných uvádí 37,29 % kuřáků, že nejvíce cigaret vykouří v restauraci. Mezi ženatými/vdanými je 38,46 % kouřících doma a 30,77 % kouřících v zaměstnání. Rozvedení vykouří nejvíce cigaret za den doma (cca 38 %) a stejné množství

rozvedených kouří také v restauraci. Vdovci/vdovy pravděpodobně z důvodu vyššího věku nejčastěji uvádějí, že nejvíce cigaret vykouří doma (cca 72 %), jak vyplývá z grafu č. 27.

**Graf č. 26-Místo, kde kuřáci vykouří nejvíce cigaret za den podle věku [v %] N = 154**



**Graf č. 27-Místo, kde kuřáci vykouří nejvíce cigaret za den podle rodinného stavu [v %] N = 154**



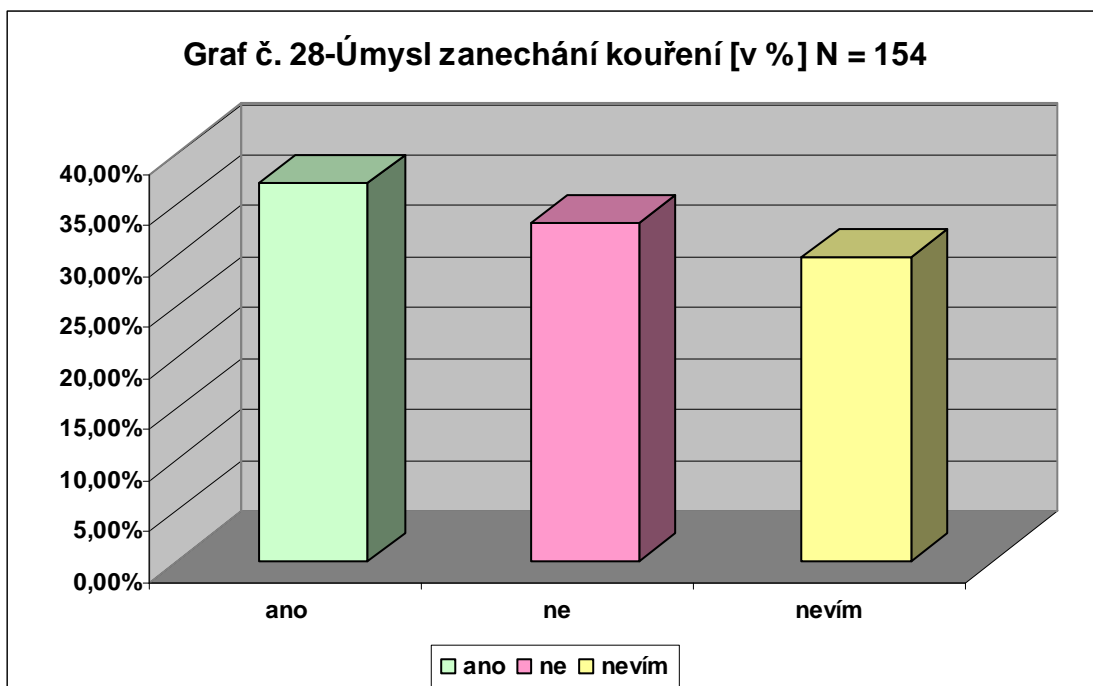
## 10.5 Úmysl zanechání kouření

V souvislosti s úmyslem zanechat kouření a zbavit se tak závislosti na nikotinu byla kuřákům položena otázka ve znění: „*Chcete přestat kouřit?*“

Ukázalo se, že přibližně 33,12 % nechce vůbec přestat kouřit, dalších 37,01 % uvádí, že chce přestat kouřit, a 29,87 % zatím není rozhodnuto, zda chce či nechce přestat kouřit. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 20 a grafu č. 28.

Tab. č. 20 Úmysl zanechání kouření  $N = 154$

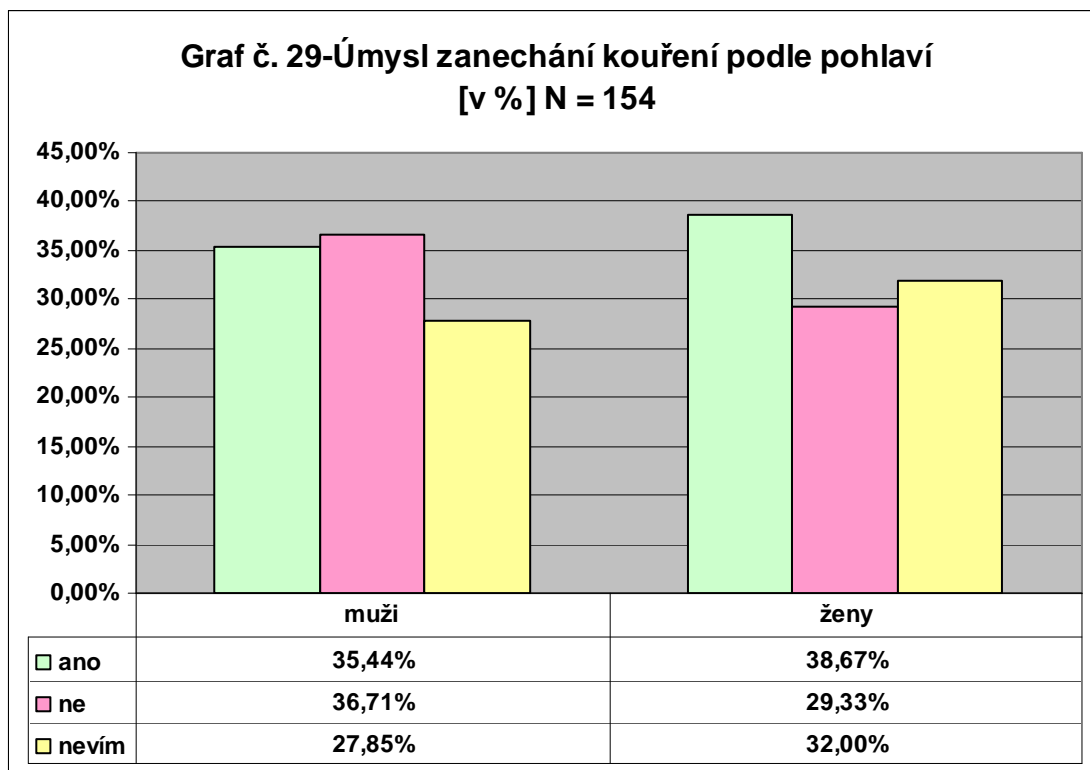
$x_i$	$n_i$	$f_i$ [%]
Ano	57	37,01
Ne	51	33,12
Nevím	46	29,87
<b>Celkem</b>	<b>154</b>	<b>100,00</b>



Analýza druhého stupně třídění neukazuje statisticky významné rozdíly v odpovědích na výše uvedenou otázku z hlediska pohlaví. To znamená, že nelze zcela jasně konstatovat, že by jedna ze skupin chtěla zanechat kouření více než ta druhá. Muži ze 35,44 % uvádějí, že by chtěli přestat kouřit, a žen by chtělo zanechat



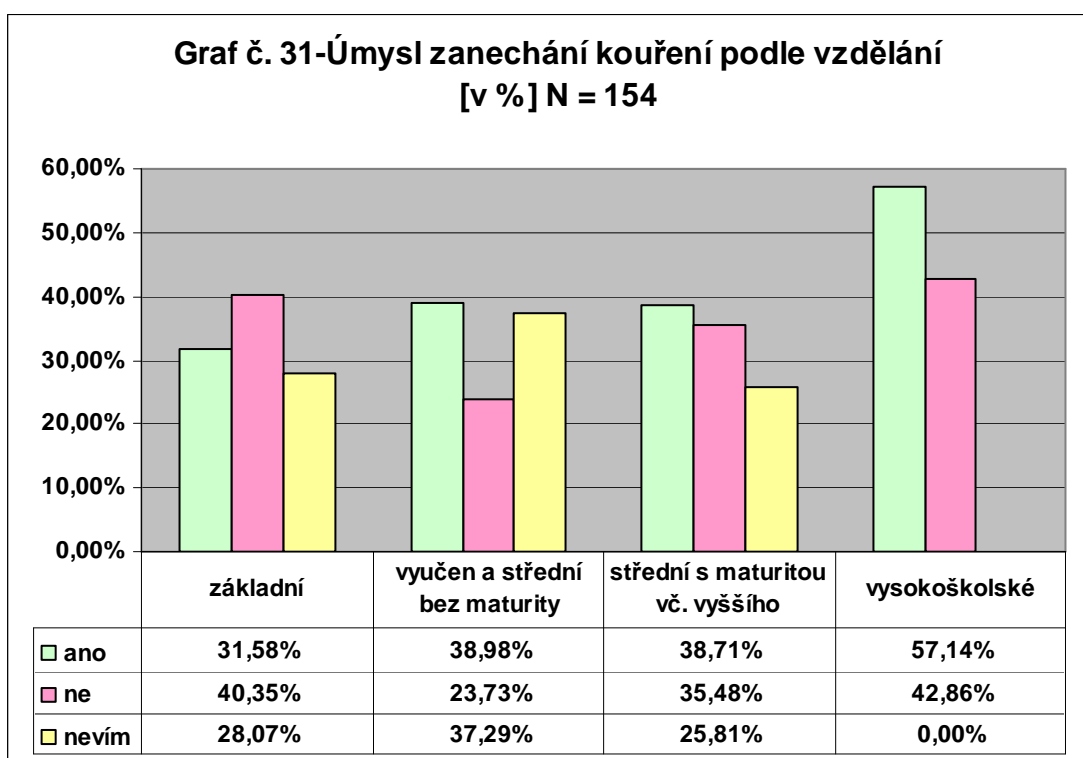
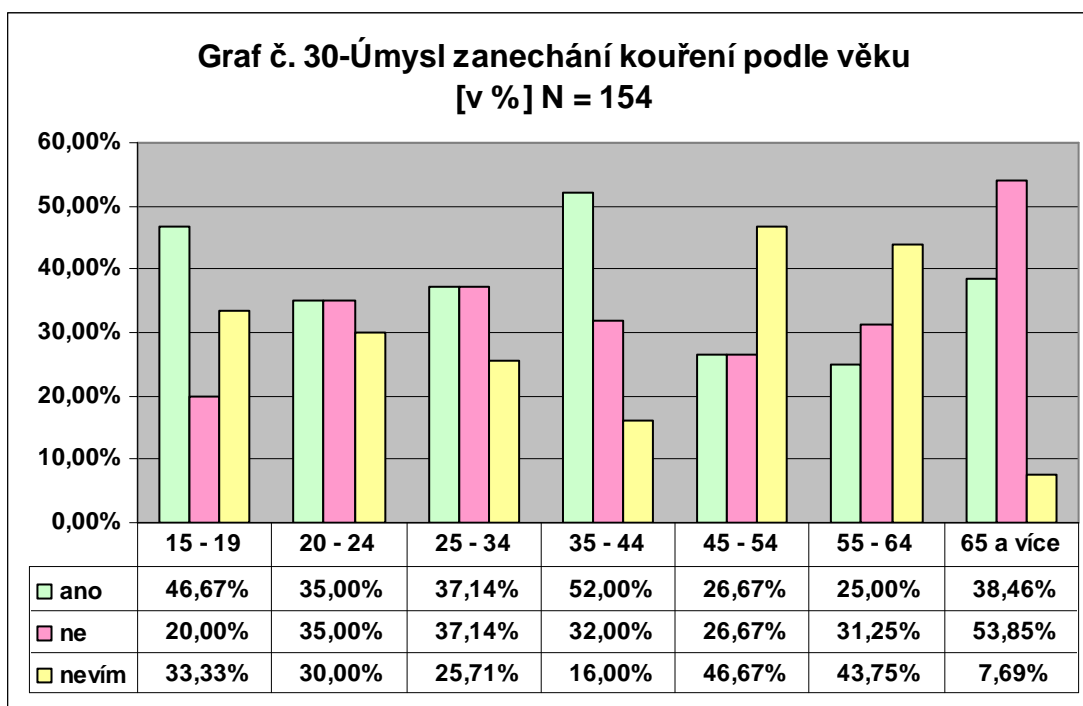
kouření 38,67 %. Mužů, kteří nechtějí přestat kouřit, je 36,71 % a žen 29,33 %. Ti, kteří nejsou rozhodnuti zda přestat kouřit či ne, je u mužů 27,85 % a u žen 32 %. Přehled výsledků je uveden v grafu č. 29.



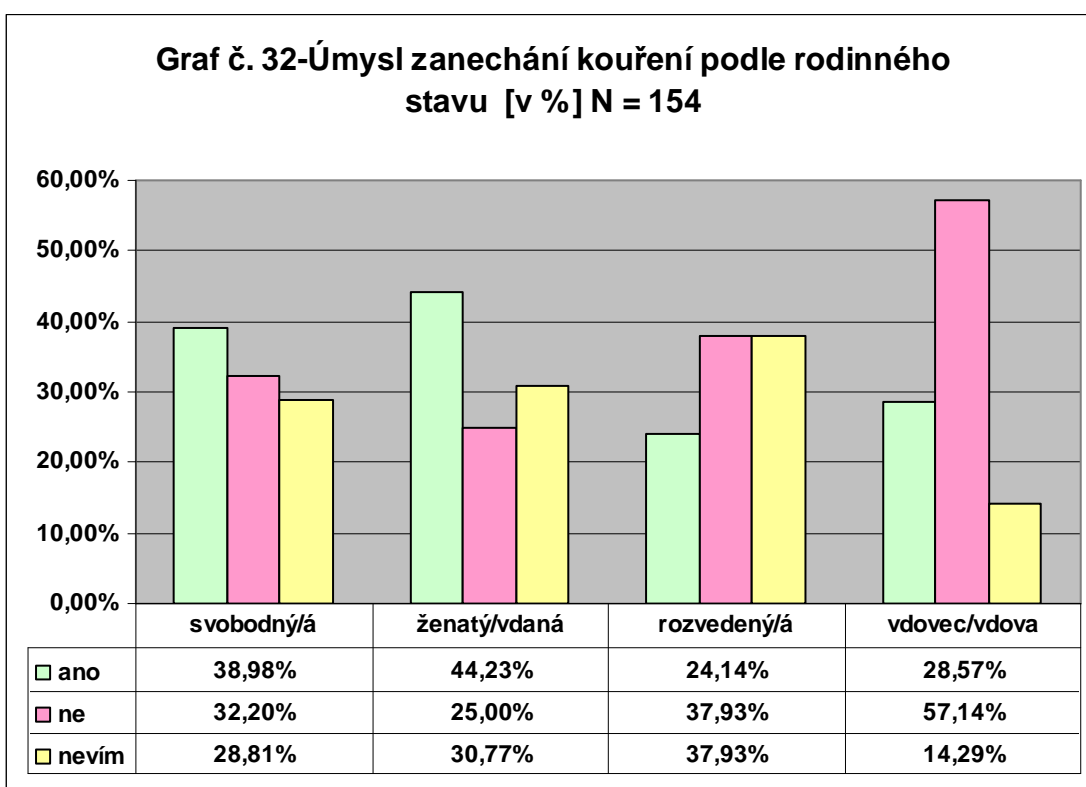
Další hodnocenou skutečností byl úmysl zanechání kouření z hlediska věku. Ve věkové kategorii 15-19 let téměř 46,67 % respondentů odpovědělo, že chce přestat kouřit a přibližně 20 %, že nemá úmysl přestat a 33 % není rozhodnuto. Ve věku 35-44 let chce přestat kouřit 52 % dotázaných a 32 % nechce přestat a pouhých 16 % není opět rozhodnuto. Zajímavou skutečností je, že s přibývajícím věkem převažují odpovědi respondentů, že nechtějí s kouřením přestat, takže ve věkové kategorii 65 a více let odpovědělo již 53,85 % dotázaných, že nechce přestat kouřit a téměř o 15 % méně respondentů odpovědělo, že chce přestat kouřit a pouhých 8 % není rozhodnuto. V ostatních věkových kategoriích nebyl zaznamenán žádný výrazný rozdíl v odpovědích. Výsledky jsou uvedeny v grafu č. 30.

Analýza úmyslu zanechání kouření z hlediska vzdělání také neukazuje příliš statisticky významné rozdíly v odpovědích. Nejvíce chtějí přestat s kouřením vyučení (38,98 %) a vysokoškoláci (57,14 %) a nejméně chtějí přestat kouřit

respondenti se základním vzděláním (40,35 %). Výsledky všech vzdělanostních kategorií jsou uvedeny v grafu č. 31.



Úmysl zanechat kouření z hlediska rodinného stavu přinesl skutečnost, že 44,23 % ženatých/vdaných by chtělo přestat kouřit, 25 % nechce zanechat kouření a 30,77 % zatím neví, zda chce či nechce s kouřením skoncovat. Poměrně jednoznačný výsledek byl zaznamenán v odpovědích vdovců/vdov, kdy 57,14 % z nich nechce přestat kouřit a 28,57 % by chtělo kouření zanechat, pouhých 14,29 % není zcela rozhodnuto. U svobodných a rozvedených není příliš velký rozdíl v odpovědích. V grafu č. 32 jsou uvedeny výsledky všech kategorií.



Z výše uvedených výsledků vyplývá, že kuřáci nejsou příliš přesvědčeni o negativním dopadu kouření na jejich organismus, a zřejmě proto také není podstatný rozdíl v počtu odpovědí, zda kouřit či s kouřením skoncovat. Tato skutečnost příliš nepřispívá rychlosti trendu snižování počtu kuřáků.

V souvislosti se snahou o zbavení se závislosti na nikotinu byla kuřákům položena následující otázka: „*Kolikrát jste se pokoušel/a přestat kouřit?*“

Z odpovědí vyplývá, že přibližně 30 % dotázaných se nikdy nepokoušelo přestat kouřit, a téměř 70 % z nich mělo za sebou jeden nebo i více pokusů. Nejvíce respondentů 31,06 % se pokoušelo přestat kouřit jedenkrát, téměř 12,34 % dotázaných to zkusilo dvakrát, dalších 9,79 % mělo za sebou tři pokusy, čtyřikrát a

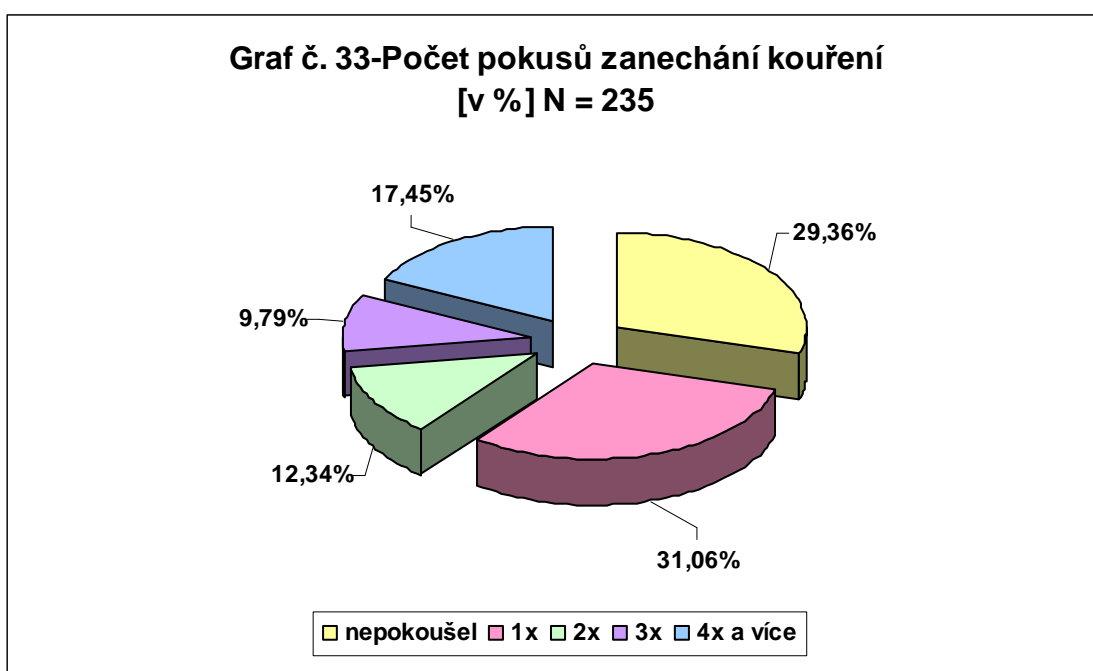
více to zkoušelo 17,45 % respondentů. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 21 a grafu č. 33.

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že řada kuřáků by se ráda zbavila závislosti na nikotinu, ale zřejmě nemají potřebnou motivaci, pevnou vůli a také dostatek informací, jak proti své závislosti účinně bojovat. Protikuřácká kampaň v Karlovarském kraji by se pravděpodobně měla zaměřit právě tímto směrem.

Analýza dvoustupňového třídění přinesla u všech ostatních znaků (pohlaví, vzdělání, věk a rodinný stav) obdobné rozložení hodnot jako jednostupňové třídění. V každé zkoumané kategorii bylo zjištěno, že přibližně 70 % respondentů se jednou či vícekrát pokoušelo přestat kouřit a zbylých cca 30 % se nikdy nepokoušelo zanechat kouření.

Tab. č. 21 Počet pokusů zanechání kouření  $N = 235$

$x_i$	$n_i$	$f_i$ [%]
Nepokoušel	69	29,36
1x	73	31,06
2x	29	12,34
3x	23	9,79
4x a více	41	17,45
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100,00</b>



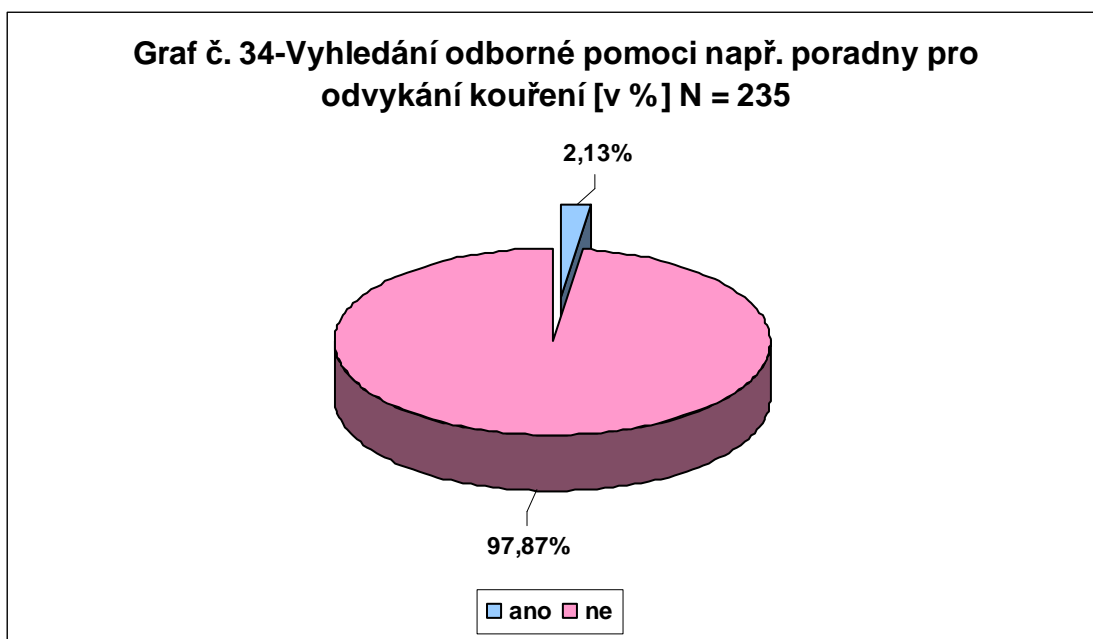
Další otázka, která byla respondentům položena, souvisela s vyhledáním odborné pomoci při odvykání kouření. Uvedená skutečnost byla zjišťována prostřednictvím otázky následujícího znění: „Když jste se rozhodl/a přestat kouřit, vyhledal/a jste odbornou pomoc např. poradnu pro odvykání kouření?“

Výsledky poukázaly na skutečnost, že lidé v Karlovarském kraji při odvykání kouření téměř nevyhledávají odbornou pomoc a pokud chtějí přestat kouřit, spoléhají se sami na sebe eventuelně na své nejbližší okolí. Téměř 97,87 % respondentů vypovědělo, že při odvykání kouření nevyhledalo odbornou pomoc a pouze 2,13 % odborné pomoci využilo, což je patrné z tabulky č. 22 a grafu č. 34.

Vzhledem k silně převažujícímu počtu respondentů, kteří při odvykání kouření nevyhledali odbornou pomoc, nebyly zjišťovány další staticky významné souvislosti.

Tab. č. 22 Vyhledání odborné pomoci např. poradny pro odvykání kouření N = 235

$x_i$	$n_i$	$f_i$ [%]
Ano	5	2,13
Ne	230	97,87
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100,00</b>



S vyhledáním odborné pomoci úzce souvisí i používání prostředků pro odvykání kouření. Proto také byla respondentům položena následující otázka: „Když jste se rozhodl/a přestat kouřit, používal/a jste některý z prostředků pro odvykání kouření např. žvýkačky, náplasti apod.?“

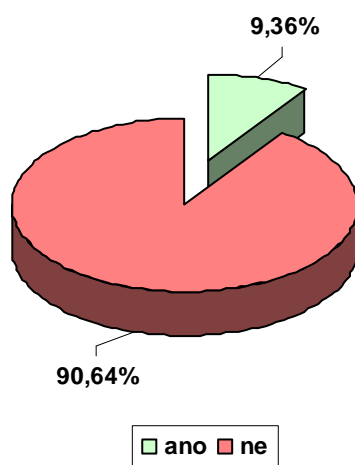
Rozborem získaných dat se ukázalo, že převážná většina (90,64 %) kuřáků nepoužila žádný z prostředků pro odvykání kouření, pokud se rozhodla s tímto zlovykem skoncovat, zatímco pouhých 9,36 % dotázaných některý z prostředků již použilo. Velmi nízký podíl používání prostředků pro odvykání kouření ukazuje s největší pravděpodobností na nízkou informovanost o účincích těchto prostředků a zřejmě také na malou finanční dostupnost vzhledem k tomu, že v Karlovarském kraji je nejvíce kuřáků vyučených a se základním vzděláním.

Další statisticky významné souvislosti nebyly zjišťovány pro velmi malý počet respondentů, kteří použili některý z prostředků pro odvykání kouření.

Tab. č. 23 Používání prostředků pro odvykání kouření N = 235

$x_i$	$n_i$	$f_i$ [%]
Ano	22	9,36
Ne	213	90,64
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100,00</b>

Graf č. 35-Používání prostředků pro odvykání kouření  
[v %] N = 235



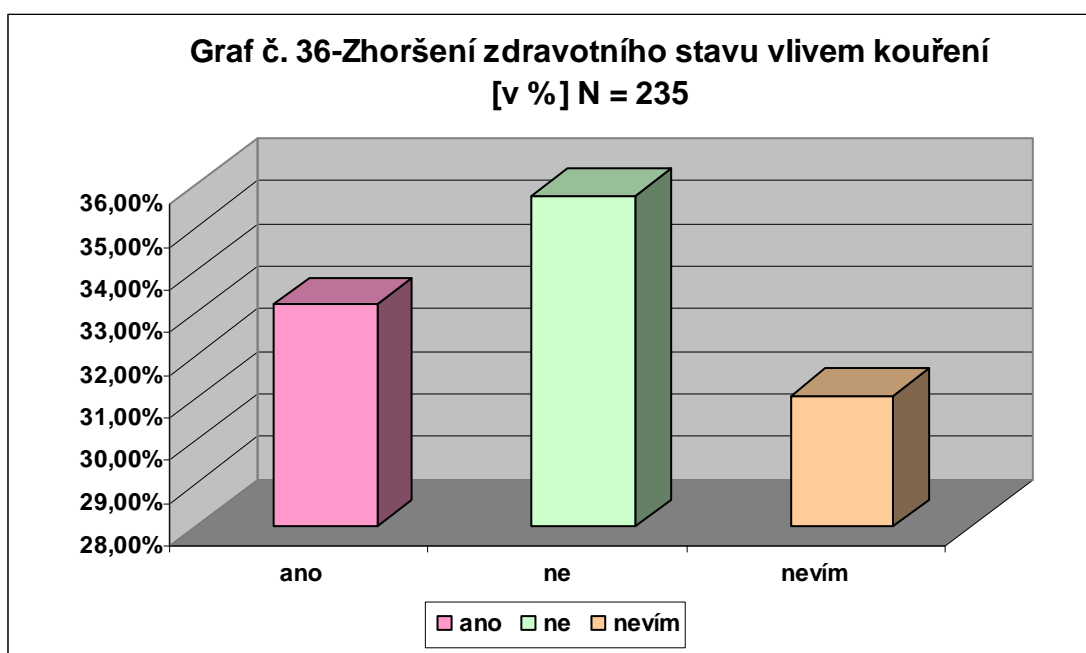
## 10.6 Zdravotní stav kuřáků

Vlivem dlouhodobého kouření dochází u pravidelných kuřáků k postupnému zhoršování zdravotního stavu. Také se zvyšuje riziko vzniku řady onemocnění, které vznikají v důsledku kouření. Proto v této souvislosti byla respondentům položena otázka v následujícím znění: „Myslíte si, že se Váš zdravotní stav vlivem kouření zhoršil?“

Analýza získaných dat nepřinesla žádné jednoznačné výsledky. Přibližně 33,19 % dotázaných si myslí, že se jim zdravotní stav vlivem kouření zhoršil, téměř shodný výsledek (35,74 %) byl u respondentů, kteří si myslí, že se jim zdravotní stav vlivem kouření nezhoršil. Téměř 31,06 % neví, zda došlo vlivem kouření ke zhoršení jejich zdravotního stavu. Výsledky analýzy jsou uvedeny v tabulce č. 24 a grafu č. 36.

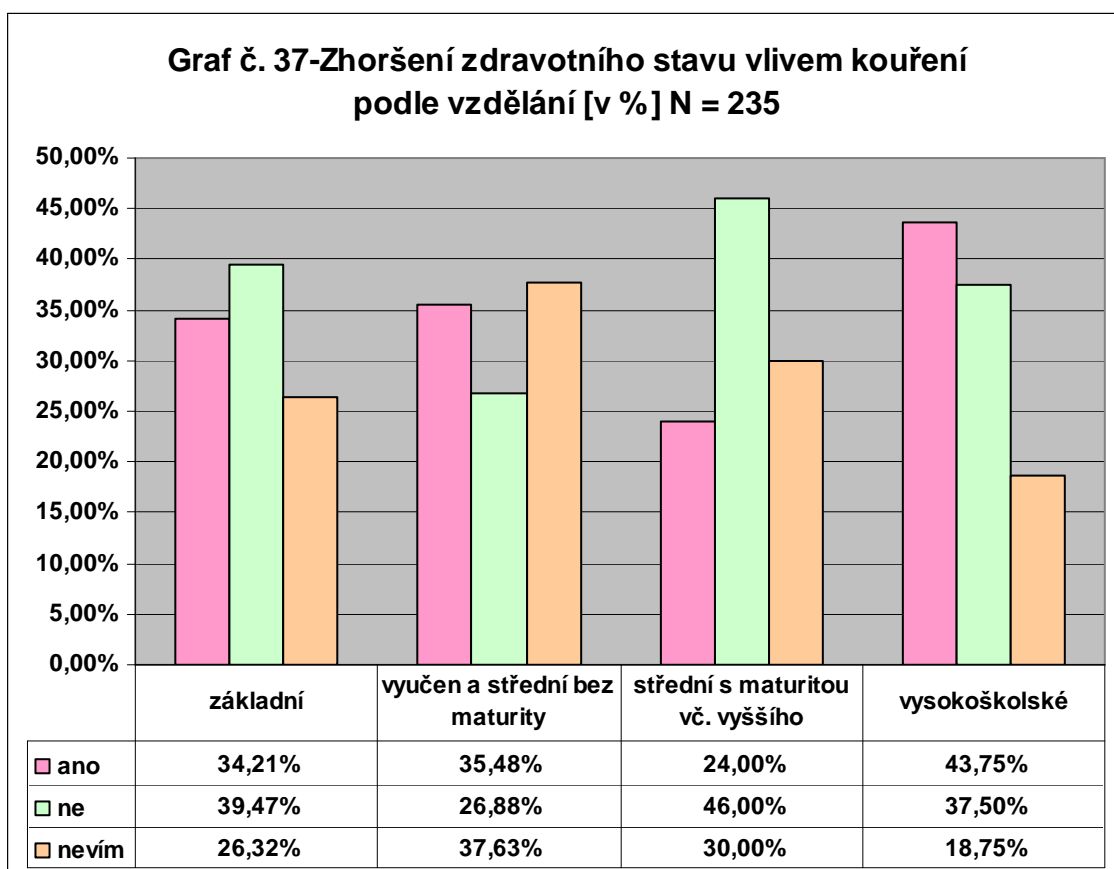
Tab. č. 24 Zhoršení zdravotního stavu vlivem kouření  $N = 235$

$x_i$	$n_i$	$f_i$ [%]
Ano	78	33,19
Ne	84	35,74
Nevím	73	31,06
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100,00</b>



Analýza dvoustupňového třídění ukázala závislost pouze v případě zhoršení zdravotního stavu vlivem kouření z hlediska vzdělání. Zhoršení zdravotního stavu nejčastěji uvádějí vysokoškoláci (43,75 %). Nejméně přiznávají zhoršení stavu respondenti se středním vzděláním (24 %), a naopak spíše uvádějí, že se jejich stav vlivem kouření nezhoršil (46 %). Přehled výsledků je v grafu č. 37.

Z hlediska pohlaví, věku a rodinného stavu nebyla zjištěna žádná významná statistická závislost.





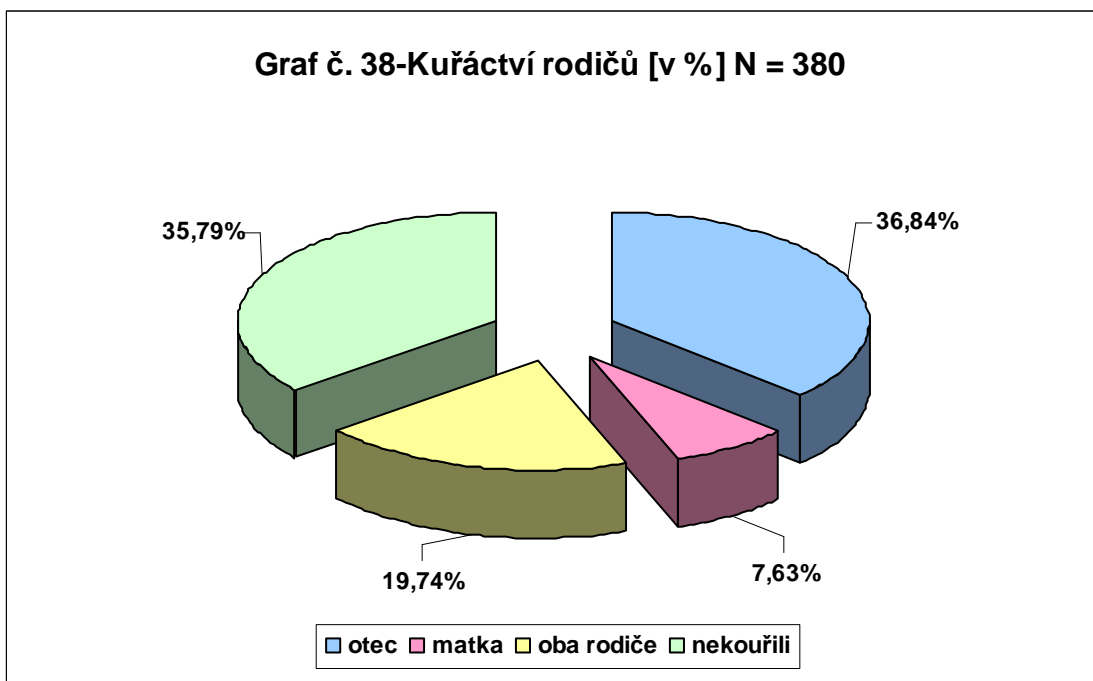
## 10.7 Kuřáctví rodičů

Spouštěcím mechanismem na počátku kouření může být rodiči vytvářené kuřácké prostředí. Proto jedním z cílů výzkumu bylo zjistit, zda existuje vztah mezi kouřením respondentů a kuřáctvím jejich rodičů. Uvedené skutečnosti byly zjišťovány prostřednictvím uzavřené otázky ve znění: „*Kouří (kouřili) Vaše rodiče?*“

Analýza výsledků prvního stupně třídění ukázala, že téměř 65 % rodičů dotázaných kouří eventuelně kouřilo, pouze necelých 36 % respondentů uvedlo, že rodiče nekouří či nekouřili. Přehled výsledků v jednotlivých kategoriích je uveden v tabulce č. 25 a v grafu č. 38.

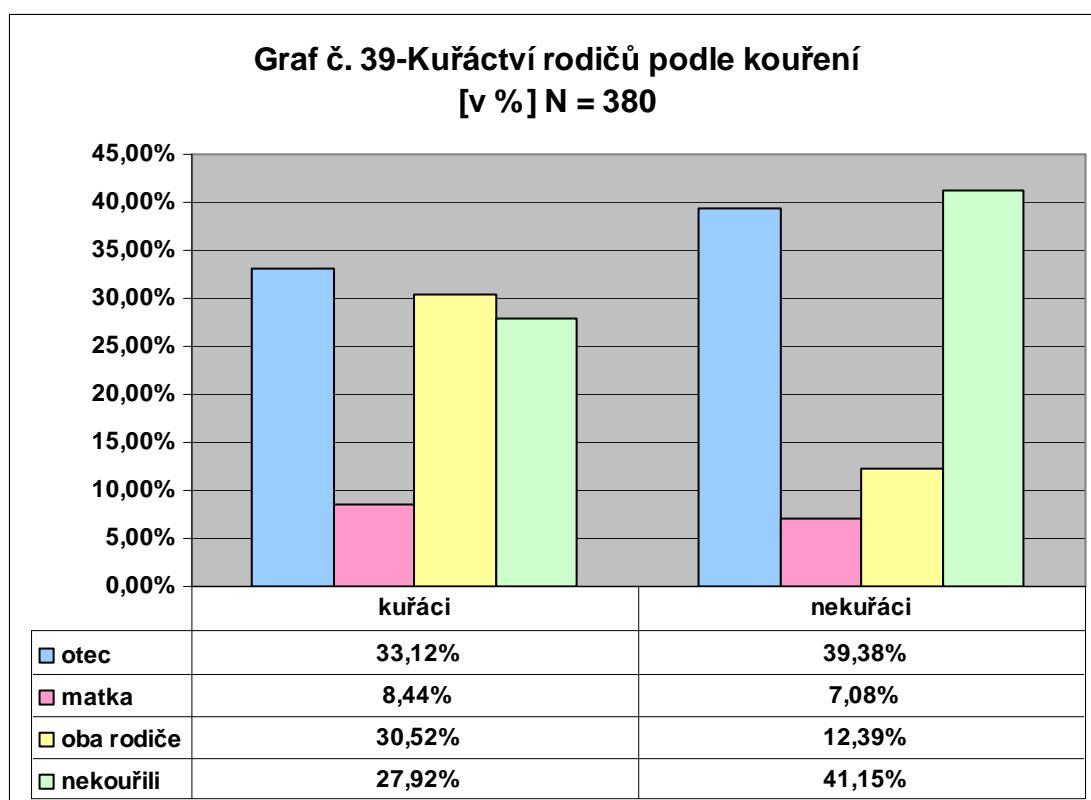
Tab. č. 25 Kuřáctví rodičů  $N = 380$

$x_i$	$n_i$	$f_i$ [%]
Otec	140	36,84
Matka	29	7,63
Oba rodiče	75	19,74
Nekouřili	136	35,79
<b>Celkem</b>	<b>380</b>	<b>100,00</b>



V souvislosti s kuřáctvím rodičů byla sledována závislost mezi kuřáctvím respondentů a kouřením jejich rodičů. Pro lepší přehled prezentovaných výsledků byli sloučeni do jedné kategorie pravidelní kuřáci (ti, kteří kouří nejméně jednu cigaretu denně) a příležitostní kuřáci (ti, kteří kouří méně než 1 cigaretu denně). V druhé kategorii jsou zahrnuti bývalí kuřáci (ti, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří), nekuřáci, kteří kdysi zkoušeli kouřit, ale vykouřili méně než 100 cigaret v životě, a nekuřáci, kteří nikdy nekouřili.

Výsledky ukázaly, že u současných kuřáků kouřili častěji oba rodiče (30,52 %), dále byl u nich zjištěn menší podíl rodičů, kteří nikdy nekouřili (27,92 %), zatímco u současných nekuřáků byl menší podíl obou kouřících rodičů (12,39 %) a výrazný rozdíl v počtu rodičů, kteří nikdy nekouřili (41,15 %). V obou kategoriích je velmi vysoký podíl kouřících otců (u kuřáků 33,12 % a u nekuřáků 39,38 %) a malý podíl kouřících matek (cca 8 %), jak je uvedeno v grafu č. 39.



## 10.8 Pobyť v zakouřeném prostředí

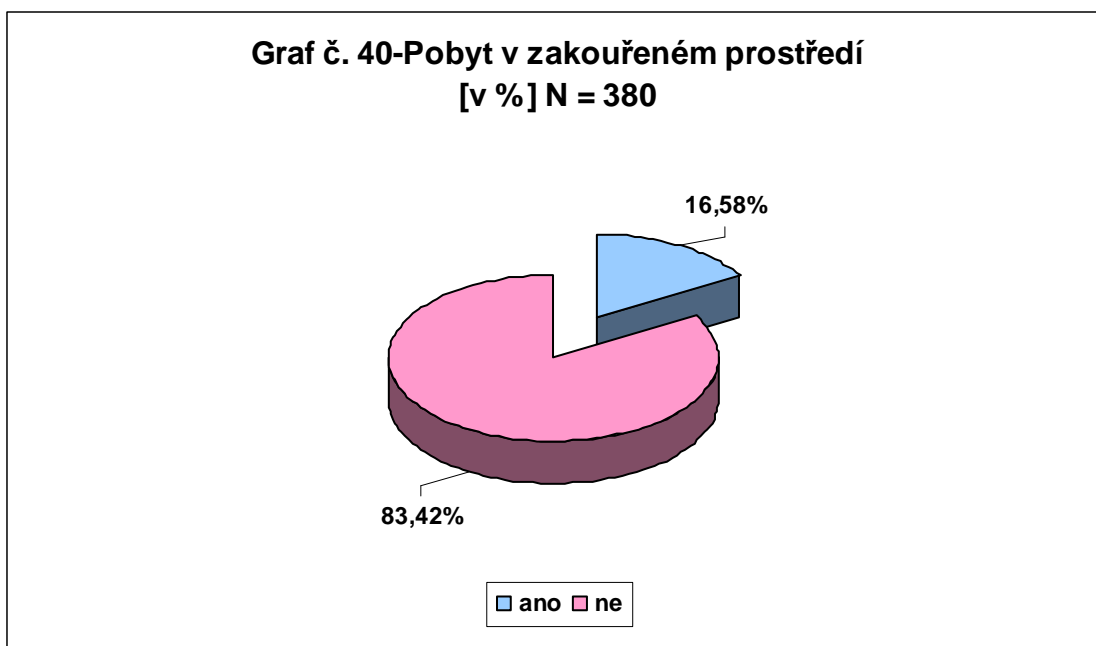
Negativní vliv kouření se projevuje nejen prostřednictvím aktivního kouření, ale i tzv. pasivním kouřením. Pasivní kouření znamená pobyt v zakouřeném prostředí, nebo-li sdílení společných, nejčastěji uzavřených prostor s osobami, které kouří. Za velmi nežádoucí lze považovat zejména skutečnost, že v takovémto prostředí jsou nuceni pobývat především děti v kuřáckých rodinách.

V rámci výzkumu byla všem respondentům položena otázka v následujícím znění: „*Jste nuceni pobývat v prostředí zakouřeném cigaretovým dýmem?*“

Celkem 83,42 % dotázaných uvedlo, že není nuceno pobývat v zakouřeném prostředí a pouhých 16,58 % respondentů pobývá v prostředí zamořeném cigaretovým dýmem. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 26 a grafu č. 40.

Tab. č. 26 Pobyť v zakouřeném prostředí  $N = 380$

$x_i$	$n_i$	$f_i$ [%]
Ano	63	16,58
Ne	317	83,42
<b>Celkem</b>	<b>380</b>	<b>100,00</b>

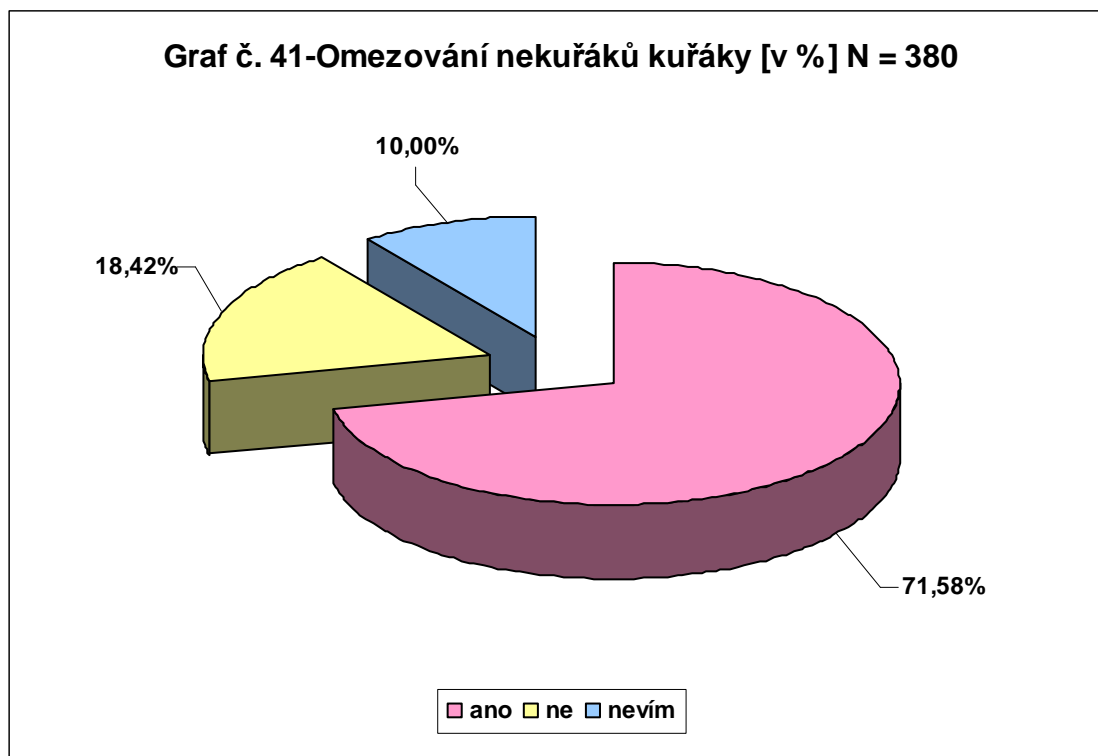


Analýza druhého stupně třídění nepřinesla žádné překvapivé výsledky. Ve všech sledovaných znacích (pohlaví, vzdělání, věk a rodinný stav) bylo zjištěno, že přibližně 80 % respondentů nepobývá a 20 % pobývá v zakouřeném prostředí. Kdybychom přesto měli určit, kdo stráví nejvíce času v prostředí zamořeném cigaretovým dýmem, tak jsou to spíše svobodní vyučení muži ve věku 55-64 let.

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že v Karlovarském kraji je podstatně méně těch, kteří jsou nuceni pobývat v prostředí zakouřeném cigaretovým dýmem. Tato skutečnost ukazuje na příznivý vývoj ve snižování počtu pasivních kuřáků.

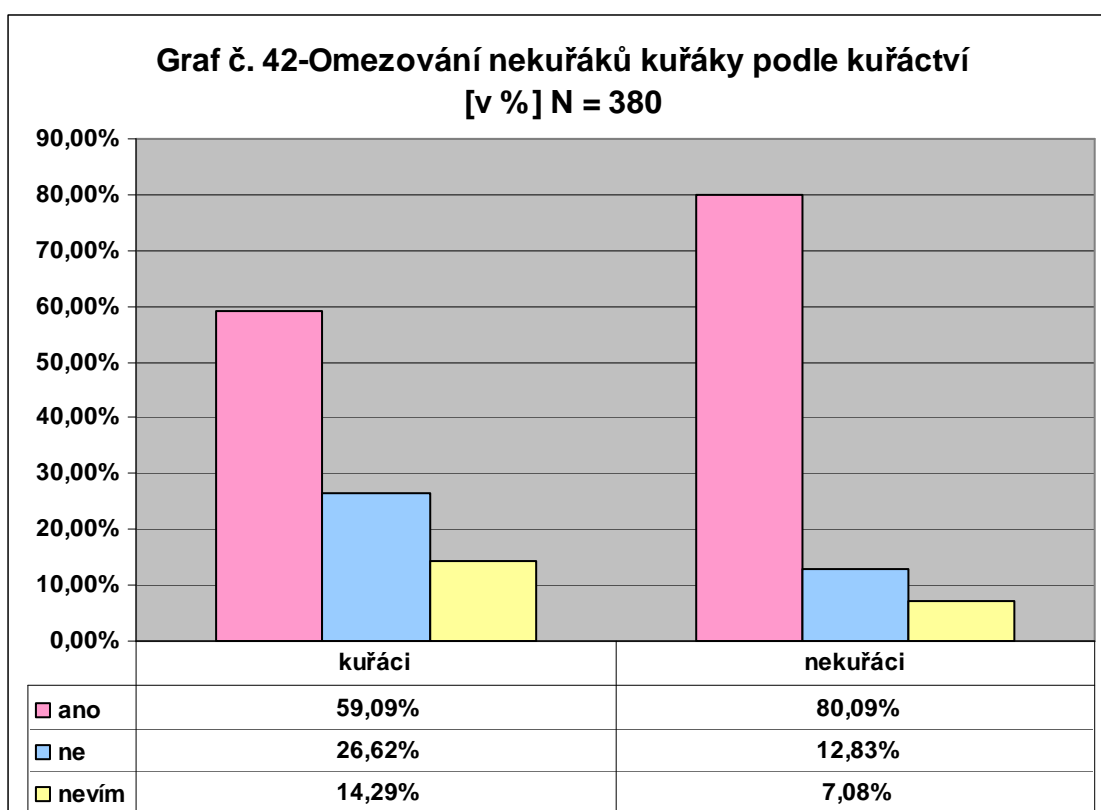
Všeobecně je známo, že kuřáci jsou svým naučeným chováním často ke svému okolí bezohlední. Jednak vytváří prostředí zamořené cigaretovým kouřem, dále znečišťují okolí nedopalky cigaret a jinými odhozenými odpadky. Proto byla v rámci výzkumu respondentům položena následující otázka: *Myslíte si, že kuřáci svým kouřením omezují nekuřáky?*“

Z výsledků studie vyplývá, že 71,58 % dotázaných uvedlo, že je kuřáci svým chováním omezují, dalších 18,42 % si nemyslí, že jsou kuřáky omezováni, a zbylých 10 % na tuto otázku odpovědělo, že neví. Přehled je uveden v grafu č. 41.



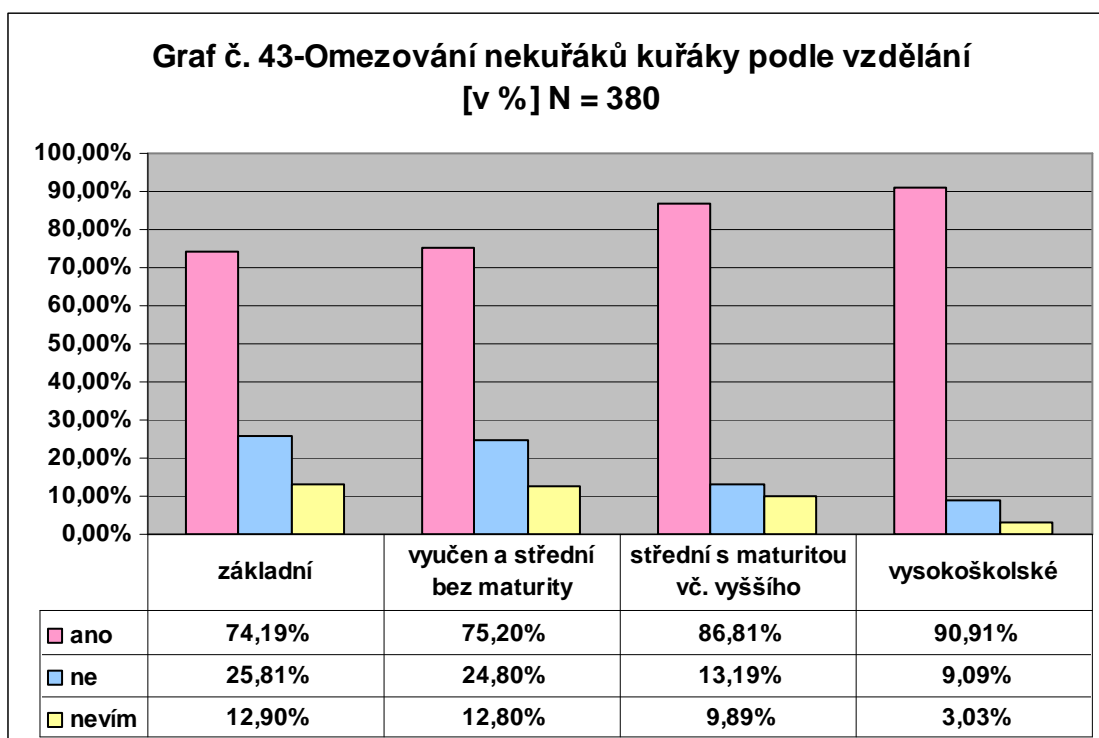
Dále se výše uvedená skutečnost sledovala z hlediska kuřáctví. Pro lepší přehled prezentovaných výsledků byli opět sloučeni do jedné kategorie pravidelní kuřáci (ti, kteří kouří nejméně jednu cigaretu denně) a příležitostní kuřáci (ti, kteří kouří méně než 1 cigaretu denně). V druhé kategorii jsou také zahrnuti bývalí kuřáci (ti, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří), nekuřáci, kteří kdysi zkoušeli kouřit, ale vykouřili méně než 100 cigaret v životě, a nekuřáci, kteří nikdy nekouřili.

Nekuřáci si z 80,09 % myslí, že jsou omezováni kuřáky, pouhých 12,83 % si myslí, že je kuřáci svým kouřením neomezují. Zajímavým jevem se ukázalo, že i mezi kuřáky je překvapivě více než polovina (59,09 %) těch, kteří si myslí, že svým chováním omezují nekuřáky. Téměř čtvrtina kuřáků (26,62 %) si naopak myslí, že své okolí kouřením neomezuje. Podrobný přehled je v grafu č. 42.



Analýza druhého stupně třídění z hlediska vzdělání ukázala, že o omezování nekuřáků kuřáky jsou spíše přesvědčeni respondenti s vysokoškolským vzděláním (90,91 %). Přibližně stejný názor byl zaznamenán u středoškoláků (86,81 %). Nejméně jsou přesvědčeni, že kuřáci svým kouřením omezují nekuřáky, dotázaní se

základním vzděláním (74,19 %) a vyučení (75,20 %). Podrobné výsledky jsou uvedeny v grafu č. 43.

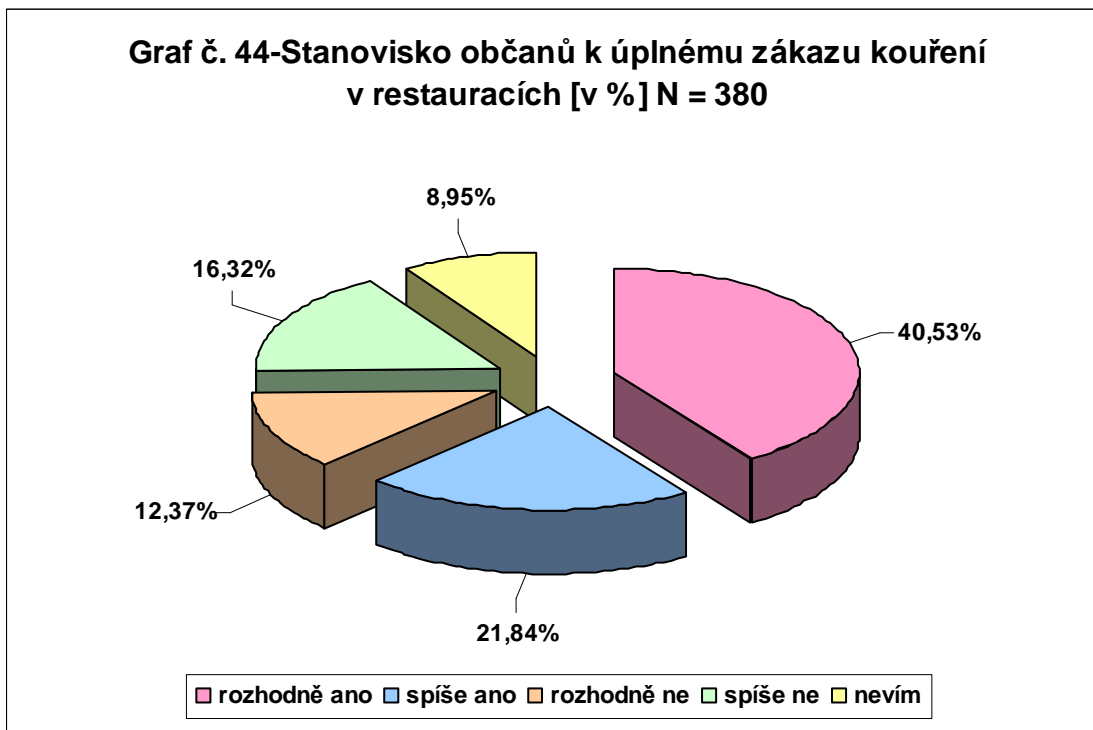


Další analýza provedená na základě druhých stupňů třídění podle ostatních sociodemografických znaků (pohlaví, věk a rodinný stav) nepřinesla žádné statisticky významné rozdíly v rozložení odpovědí na otázku, zda kuřáci svým kouřením omezují nekuřáky. Přibližně 70 % dotázaných si myslí, že kuřáci svým kouřením omezují nekuřáky, cca 20 % si nemyslí, že jsou nekuřáci omezováni, a kolem 10 % neví, zda dochází k omezování nekuřáků kuřáky.

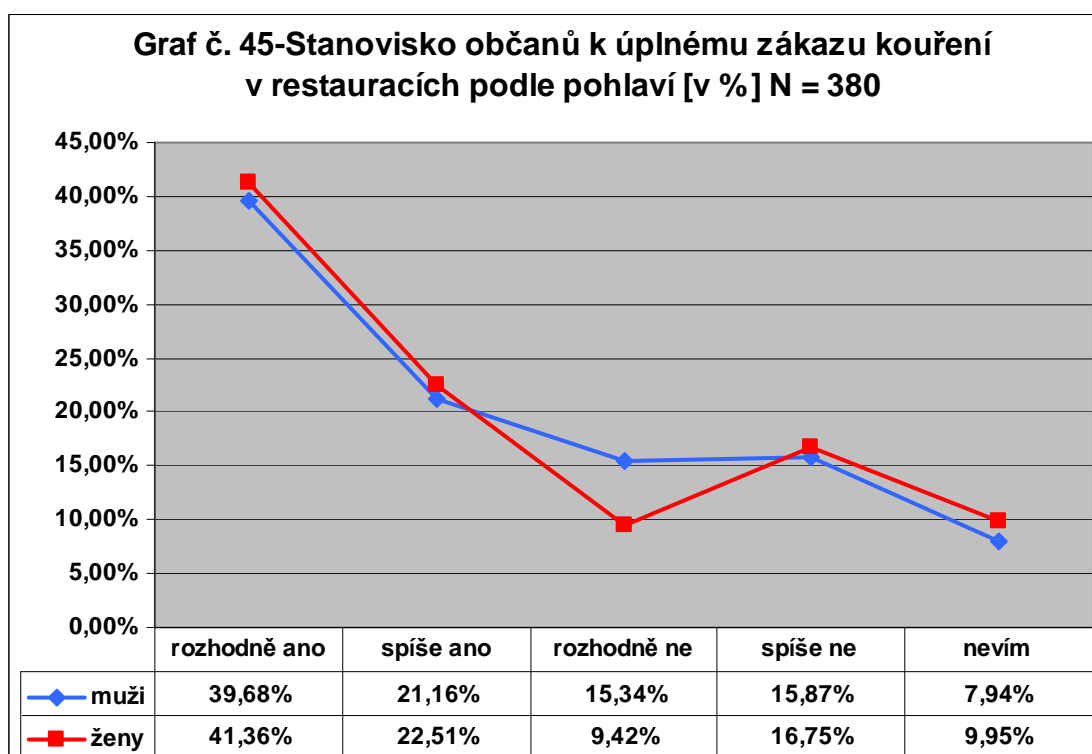
## 10.9 Stanovisko občanů k zákazu kouření v restauracích

Ve studii jsou interpretována také data, týkající se postojů občanů Karlovarského kraje k úplnému zákazu kouření v restauracích. Znění uzavřené otázky zjišťující tuto skutečnost bylo následující: „V souvislosti s kouřením vzbudil nejvíce pozornosti úplný zákaz kouření v restauracích, přijatý v některých evropských zemích. Vy osobně byste byl/a pro zavedení takového zákazu v ČR?“

Téměř  $\frac{2}{3}$  (62,37 %) občanů Karlovarského kraje rozhodně nebo spíše souhlasí s tím, aby byl v České republice zaveden úplný zákaz kouření v restauracích. Rozhodně se pro tento zákaz staví 40,53 % dotázaných, spíše by tento zákaz podpořila necelá  $\frac{1}{4}$  občanů. Rozhodně nebo částečně nesouhlasí s takovým zákazem více jak  $\frac{1}{4}$  (28,69 %) respondentů, zbylých 8,95 % zatím nemá v řešení této otázky zcela jasno. Lze tedy konstatovat, že veřejnost Karlovarského kraje většinou podporuje zavedení úplného zákazu kouření v restauracích. Výsledky jsou uvedeny v grafu č. 44.



Analýza druhého stupně třídění z hlediska pohlaví ukazuje na převládající stanovisko mužů (přibližně 31 %), kteří jsou rozhodně nebo spíše proti zákazu a naopak větší počet žen (cca 64 %), které jsou rozhodně nebo spíše pro úplný zákaz kouření v restauracích. Přehled výsledků v jednotlivých kategoriích je uveden v grafu č. 45.

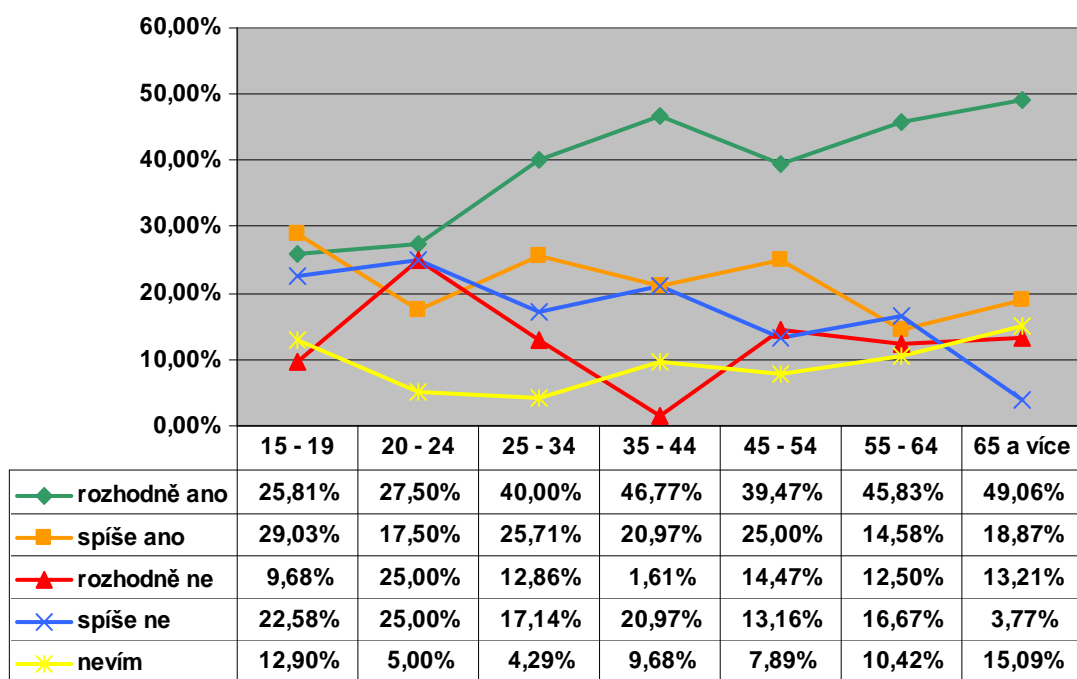


Dalším sociodemografickým znakem, který byl zkoumán, je věk respondentů a jejich stanovisko k úplnému zákazu kouření v restauracích. Z výsledků vyplývá, že je rozhodně pro tento zákaz především věková kategorie nad 65 a více let (49,06 %), naopak rozhodně nebo spíše proti zákazu jsou respondenti ve věku 20-24 let (50 %). Nejméně dotázaných nesouhlasí se zákazem kouření v restauracích ve věkové kategorii 35-44 let (1,61 %). Podrobné výsledky jsou v grafu č. 46.

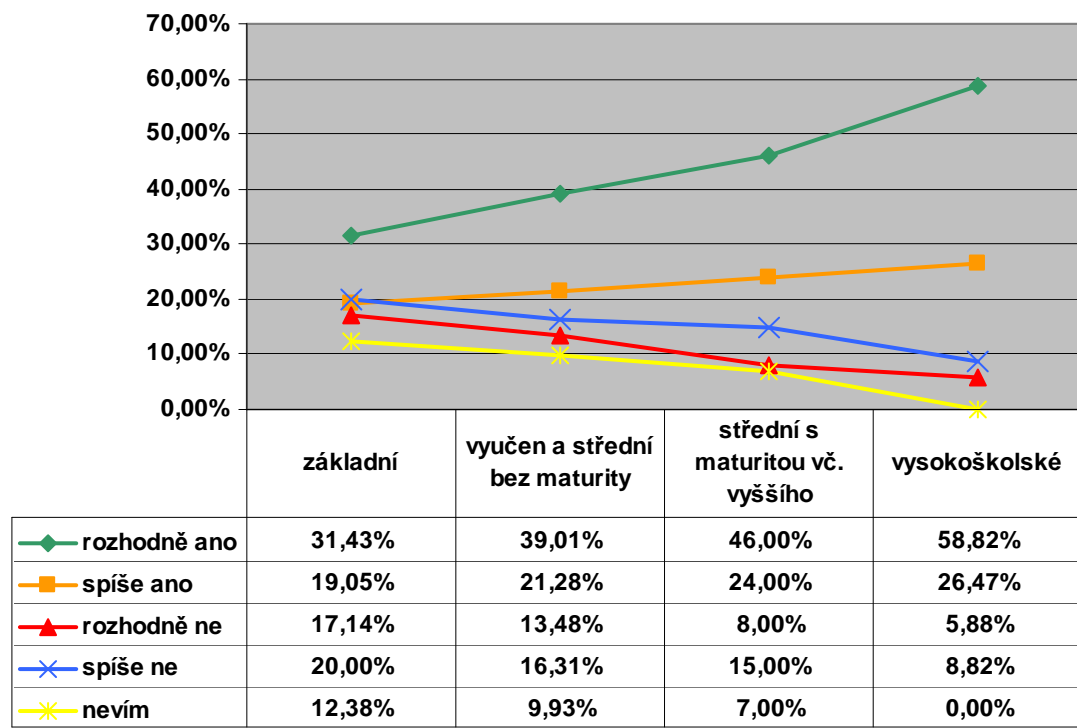
Postoj k zákazu kouření v restauracích je ovlivněn i vzděláním. Se zákazem se rozhodně nebo spíše ztotožňují respondenti s vysokoškolským vzděláním (85,29 %) a s maturitou (70 %), méně se k zákazu kouření v restauracích přiklánějí vyučení (60,29 %) a osoby se základním vzděláním (50,48 %). Naopak rozhodně nebo spíše proti zákazu kouření v restauracích jsou častěji dotázaní se základním vzděláním (37,14 %) a vyučení (29,79 %), méně pak jsou proti tomuto zákazu středoškoláci (23 %) a vysokoškoláci (14,7 %), což je patrné z grafu č. 47.



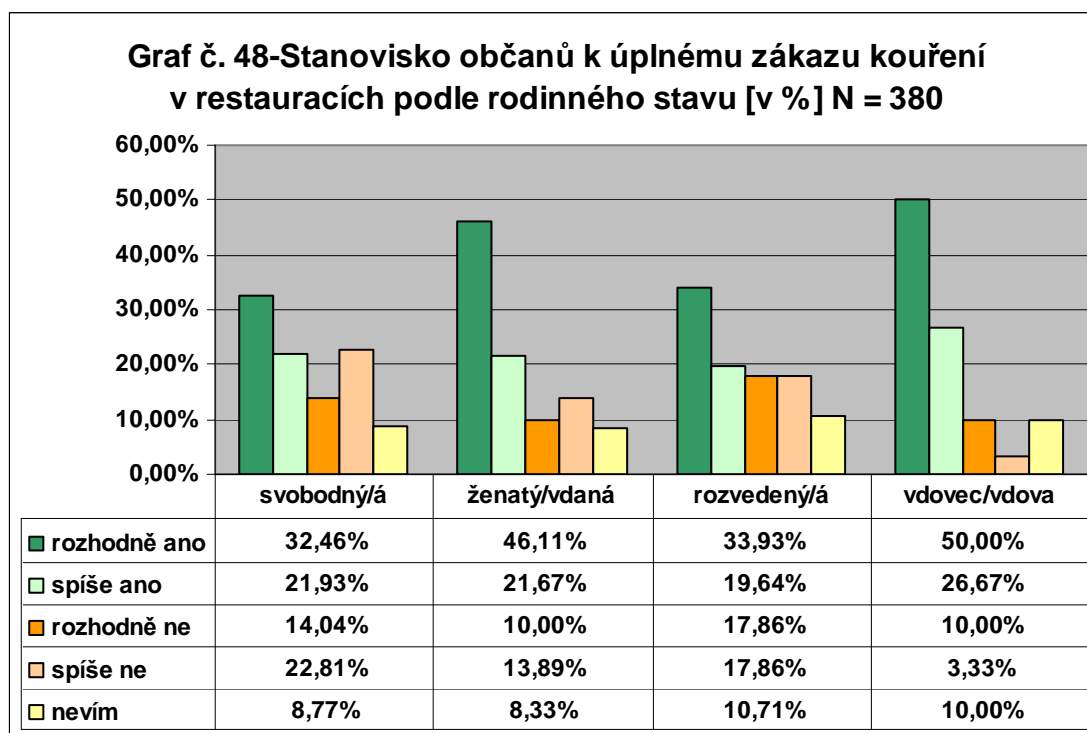
**Graf č. 46-Stanovisko občanů k úplnému zákazu kouření v restauracích podle věku [v %] N = 380**



**Graf č. 47-Stanovisko občanů k úplnému zákazu kouření v restauracích podle vzdělání [v %] N = 380**



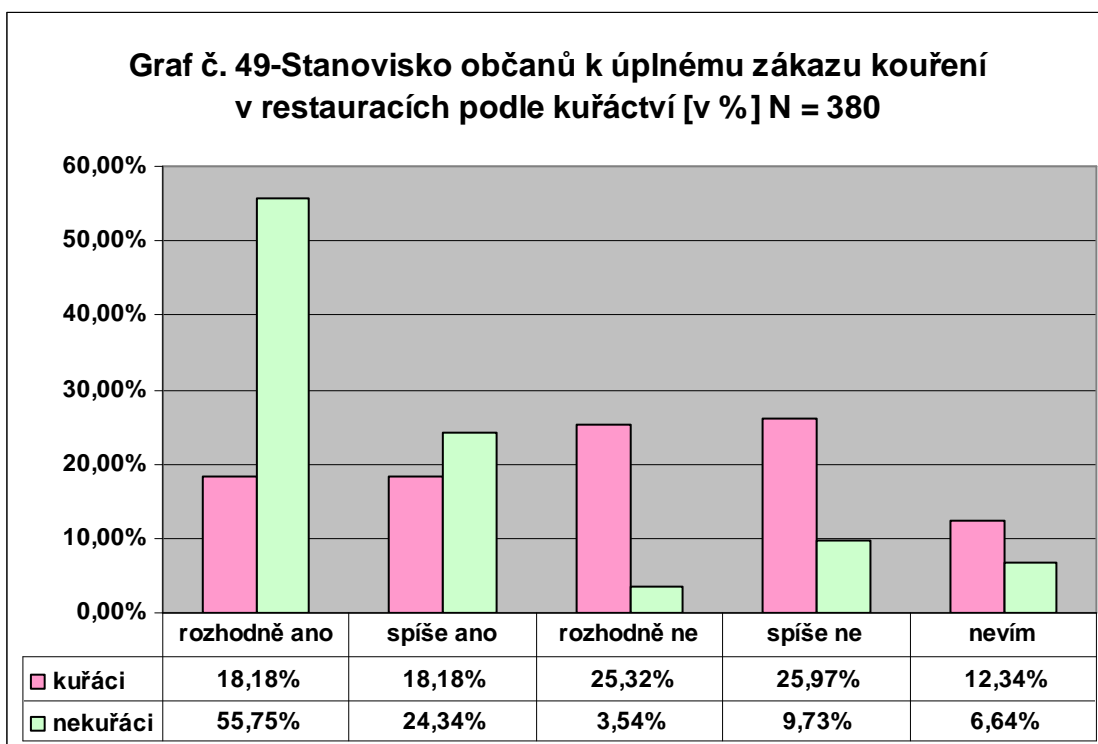
Silné souvislosti byly identifikovány mezi názory na úplný zákaz kouření v restauracích a rodinným stavem. Ženatí/vdané (67,78 %) a vdovci/vdovy (76,67 %) se k zákazu častěji rozhodně nebo spíše přiklánějí, naopak svobodní (36,85 %) a rozvedení (35,72 %) s ním častěji rozhodně nebo spíše nesouhlasí. Podrobný přehled výsledků jednotlivých kategorií je uveden v grafu č. 48.



Stanovisko k úplnému zákazu kouření v restauracích bylo sledováno také z hlediska kuřáctví. Pro lepší názornost byli sloučeni do jedné kategorie pravidelní kuřáci (ti, kteří kouří nejméně jednu cigaretu denně) a příležitostní kuřáci (ti, kteří kouří méně než 1 cigaretu denně). V druhé kategorii jsou zahrnuti bývalí kuřáci (ti, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří), nekuřáci, kteří kdysi zkusili kouřit, ale vykouřili méně než 100 cigaret v životě, a nekuřáci, kteří nikdy nekouřili.

Rozbor výsledků ukázal skutečnost, že nekuřáci jsou přibližně z 80 % rozhodně nebo spíše pro úplný zákaz kouření v restauracích. Rozhodně se pro tento zákaz staví 55,75 % nekuřáků a spíše jich souhlasilo se zákazem 24,34 %, pouze cca 13 % nekuřáků je rozhodně nebo spíše proti zákazu kouření v restauracích. Kuřáci jsou naopak z více než 51 % rozhodně nebo spíše proti tomuto zákazu, rozhodně se zákazem nesouhlasí 25,32 % a spíše nesouhlasí 25,97 % dotázaných. Rozhodně nebo

spíše chce úplný zákaz kouření v restauracích pouze necelých 37 % kuřáků. Z následujícího grafu č. 49 jsou patrné výsledky šetření v jednotlivých kategoriích.

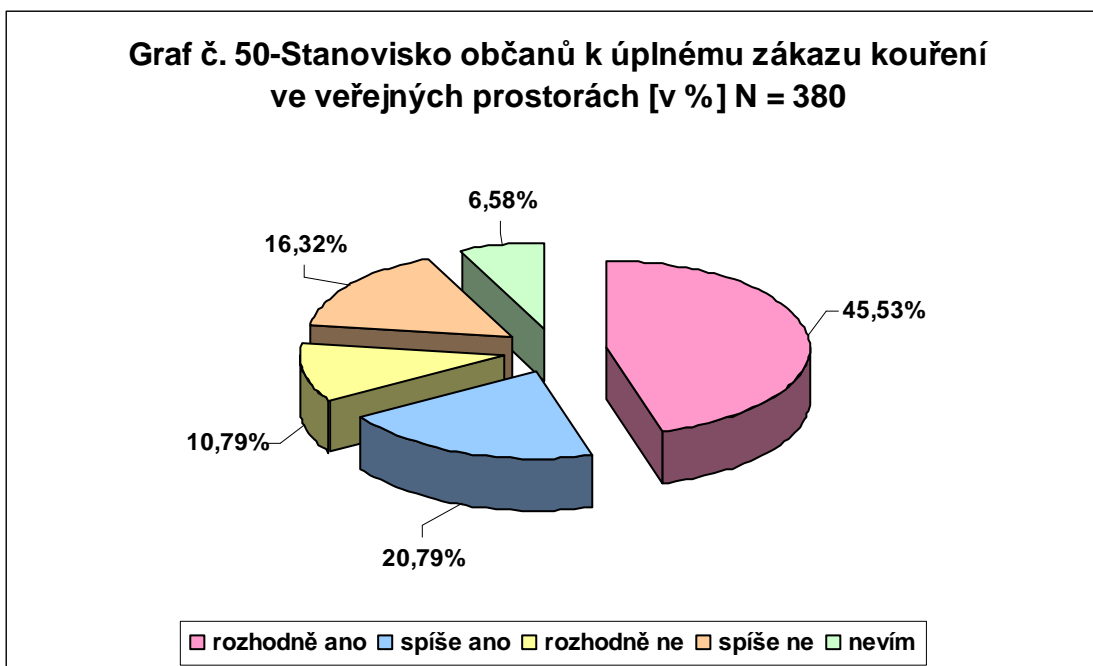


Z analýz druhého stupně třídění lze opět konstatovat, že většina veřejnosti v Karlovarském kraji podporuje zavedení úplného zákazu kouření v restauracích.

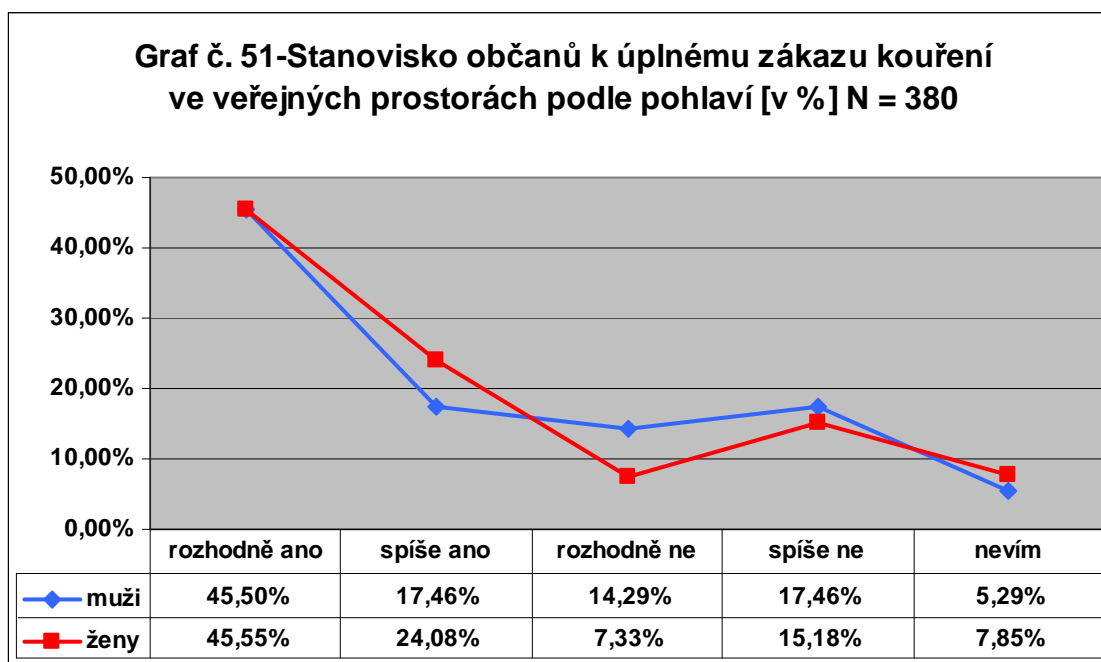
## 10.10 Stanovisko občanů k zákazu kouření ve veřejných prostorách

Jako poslední jsou prezentovány výsledky týkající se postojů občanů Karlovarského kraje k úplnému zákazu kouření ve veřejných prostorách, jako jsou například úřady, autobusové nebo vlakové zastávky, restaurace, veřejná prostranství apod. Respondentům byla položena uzavřená otázka ve znění: „*Jste pro úplný zákaz kouření ve veřejných prostorách např. úřady, autobusové nebo vlakové zastávky, restaurace, veřejná prostranství apod.?*“

Přibližně  $\frac{2}{3}$  (66,32 %) dotázaných v Karlovarském kraji rozhodně nebo spíše souhlasí s úplným zákazem kouření ve veřejných prostorách. Rozhodně je pro tento zákaz 45,53 % respondentů, spíše by tento zákaz podpořilo 20,79 % občanů. Nesouhlas (úplný nebo částečný) s takovým zákazem vyjádřila více než  $\frac{1}{4}$  (27,11 %) dotázaných a pouhých 6,58 % nemá v této otázce zcela jasno. Opět by se dalo konstatovat, že lidé v Karlovarském kraji jsou pro úplný zákaz kouření ve veřejných prostorách, jako jsou například úřady, autobusové nebo vlakové zastávky, restaurace, veřejná prostranství apod. Přehled výsledků je uveden v grafu č. 50.



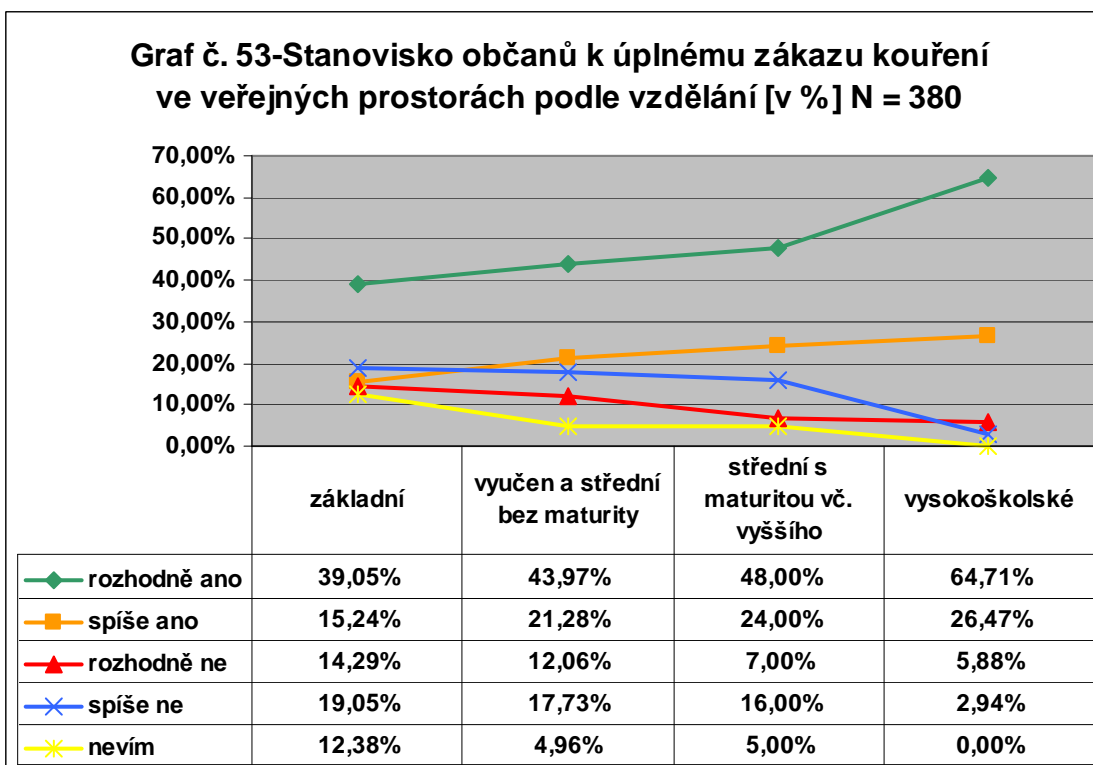
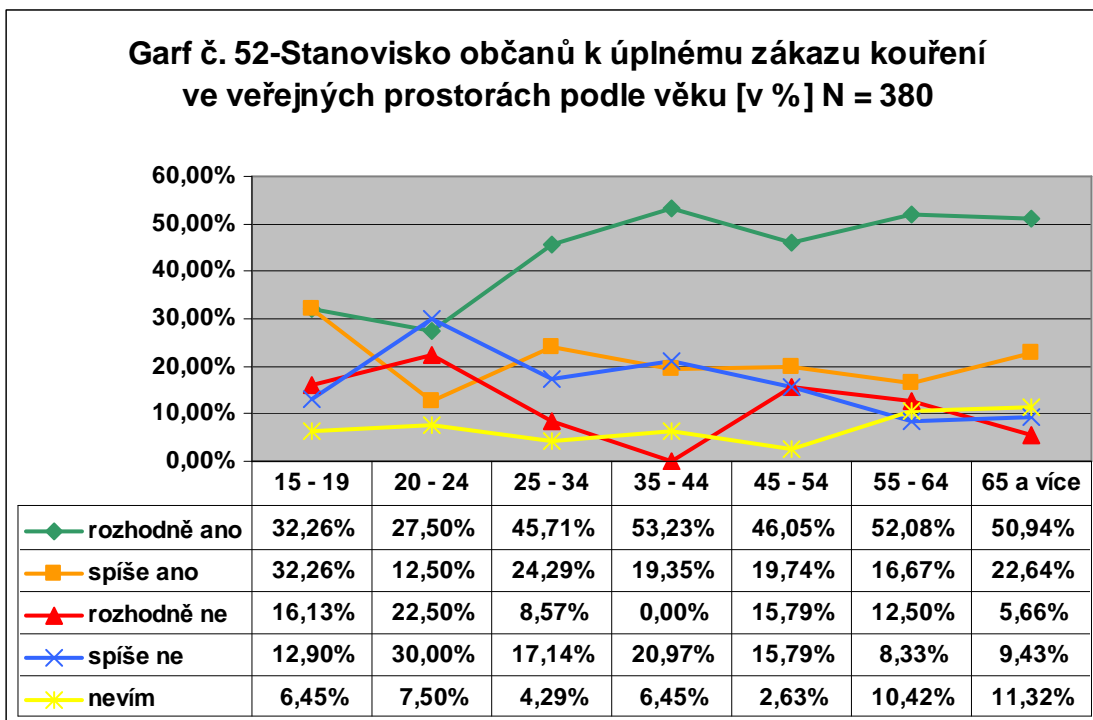
Analýza provedená na základě druhého stupně třídění z hlediska pohlaví ukázala, že muži i ženy jsou přibližně ze 45 % rozhodně pro úplný zákaz kouření ve veřejných prostorech. Přibližně 14,29 % mužů se staví rozhodně proti tomuto zakazu, zatímco žen je proti pouze 7,33 %. Všechny výsledky třídění z hlediska pohlaví jsou v grafu č. 51.



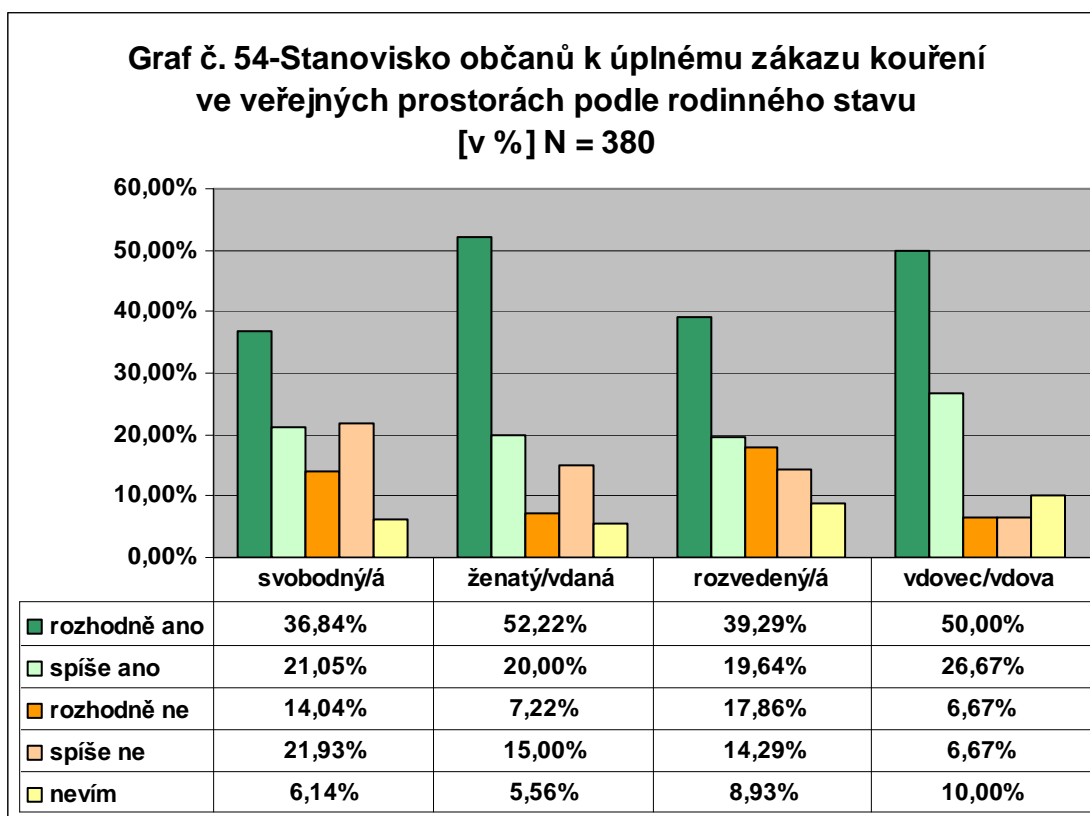
Dalším sledovaným ukazatelem bylo stanovisko občanů k úplnému zakazu kouření ve veřejných prostorech z hlediska jejich věku. Nejvíce se pro úplný zákaz staví nejstarší věková kategorie (65 a více let), rozhodně nebo spíše je pro takový zákaz téměř ¾ dotázaných (73,58 %). Nejméně podporují úplný zákaz kouření ve veřejných prostorech respondenti ve věku 20-24 let. Rozhodně nebo spíše jich je pro tento zákaz 40 %. V této kategorii (20-24 let) byl také zjištěn největší počet (cca 53 %) respondentů, kteří jsou rozhodně nebo spíše proti zakazu kouření ve veřejných prostorech. Podrobný přehled výsledků je uveden v grafu č. 52.

Stanovisko k úplnému zakazu kouření ve veřejných prostorech je také ovlivněno dosaženým vzděláním. Se zákazem se rozhodně nebo spíše ztotožňují vysokoškoláci (91,18 %) a respondenti se středním vzděláním (72 %), méně souhlasí se zákazem kouření ve veřejných prostorech vyučení (65,25 %) a osoby se základním vzděláním (54,29 %). Naopak rozhodně nebo spíše proti zakazu kouření ve veřejných prostorech se staví častěji respondenti se základním vzděláním (33,34 %) a

vyučení (29,79 %), méně pak jsou proti tomuto zákazu středoškoláci (23 %) a vysokoškoláci (8,82 %). Přehled výsledků v jednotlivých vzdělanostních kategoriích je uveden v grafu č. 53.



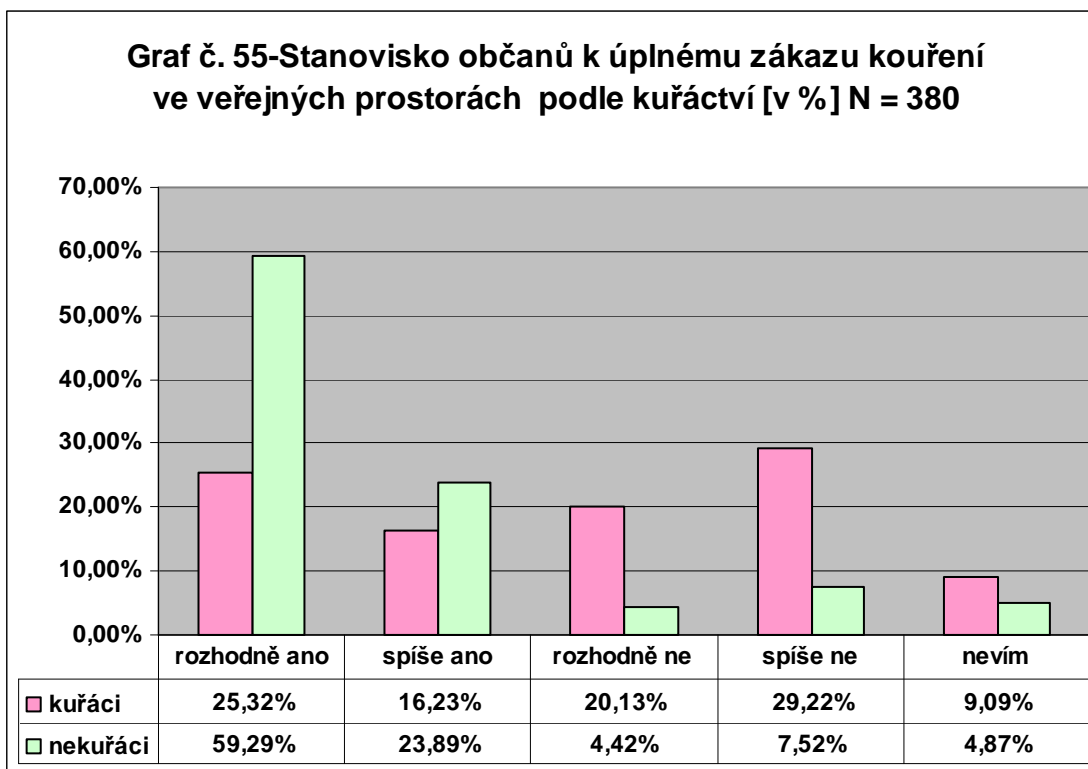
Dalším sociodemografickým znakem, který byl zkoumán, je rodinný stav a stanovisko občanů k úplnému zákazu kouření ve veřejných prostorách. Rozhodně nebo spíše se k zákazu častěji přiklánějí ženatí/vdané (72,22 %) a vdovci/vdovy (76,67 %), naopak svobodní (35,97 %) a rozvedení (32,15 %) s ním častěji rozhodně nebo spíše nesouhlasí. Výsledky jsou uvedeny v grafu č. 54.



Poslední sledovaným znakem bylo stanovisko občanů k úplnému zákazu kouření ve veřejných prostorách z hlediska kuřáctví. Opět byli pro přehlednou prezentaci výsledků sloučeni do jedné kategorie pravidelní kuřáci (ti, kteří kouří nejméně jednu cigaretu denně) a příležitostní kuřáci (ti, kteří kouří méně než 1 cigaretu denně). V druhé kategorii jsou zahrnuti bývalí kuřáci (ti, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří), nekuřáci, kteří kdysi zkoušeli kouřit, ale vykouřili méně než 100 cigaret v životě, a nekuřáci, kteří nikdy nekouřili.

Z analýzy výsledků vyplývá, že se častěji rozhodně nebo spíše staví pro úplný zákaz kouření ve veřejných prostorách nekuřáci (83,18 %). Rozhodně je pro tento zákaz 59,29 % nekuřáků a spíše jich souhlasí se zákazem 23,89 %, přibližně 12 % nekuřáků je rozhodně nebo spíše proti tomuto zákazu. Kuřáci jsou téměř z poloviny

(49,35 %) rozhodně nebo spíše proti úplnému zákazu kouření, rozhodně se zákazem nesouhlasí 20,13 % a spíše nesouhlasí 29,22 % dotázaných. Více než 40 % kuřáků by rozhodně nebo spíše podpořilo úplný zákaz kouření ve veřejných prostorách. Rozbor výsledků v jednotlivých kategoriích je v grafu č. 55.





## Diskuze

Šetření kuřáctví v Karlovarském kraji přineslo velmi znepokojivé výsledky. Snadná dostupnost cigaret, nedostatečná preventivní opatření, téměř žádná protikuřácká kampaň, nedostatečná a nedůsledně dodržovaná legislativa, nízká vzdělanost v kraji, výchova v rodině a postoj rodičů ke kuřáctví a v neposlední řadě nezájem dětí o mimoškolní aktivity jsou jen některé z faktorů, které negativně ovlivňují postoje a následné kuřácké chování v populaci Karlovarského kraje. Z porovnání výsledků prevalence kouření v populaci Karlovarského kraje se studií prováděnou SZÚ (Státní zdravotní ústav) v roce 2005 v populaci České republiky (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006) vyplývá, že v Karlovarském kraji je přibližně o 10 % více pravidelných a příležitostných kuřáků než v celé populaci České republiky. Dále bylo také potvrzeno, že muži jsou častěji pravidelnými kuřáky, zatímco ženy významně častěji uvádějí, že nikdy nekouřily. To je pravděpodobně dáno tím, že v minulosti kouřili převážně jen muži a tento trend, přestože se neustále zvyšuje podíl žen kuřáček, pokračuje i v současné době. Dále můžeme vzít v úvahu, že ženy se podvědomě připravují na budoucí založení rodiny a mateřství, proto jsou zřejmě více zodpovědnější ke svému zdraví než muži.

Další skutečností, která byla tímto šetřením potvrzena, je nejvyšší prevalence kouření v nejmladších věkových skupinách (15-24 a 25-34 let) v porovnání s ostatními věkovými skupinami. (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006) Mladí lidé v tomto věku zřejmě kouří proto, že se snaží předvádět před okolím, zejména před svými vrstevníky, a také se touží vyrovnat dospělým. Omezovat kouření u mladých lidí se stále nedaří a dlouhodobě je kladen důraz na její maximální pozornost, a proto by měla být protikuřácká kampaň zaměřena především na tyto věkové skupiny.

Vzdělanost obyvatel Karlovarského kraje hraje důležitou roli v oblasti kouření a postoji k němu. Lidé s nižším stupněm vzdělání si pravděpodobně méně uvědomují negativní důsledky svého kuřáckého chování. Je velmi pravděpodobné, že tyto lidé vyrůstali ve stejném sociálním prostředí. Z různých předchozích českých šetření (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2003; Brožová, Daňková a kol., 2003; Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006) vyplývá, že nejvyšší podíl pravidelných kuřáků, je mezi osobami se základním vzděláním a vyučenými a nejméně mezi vysokoškoly.

Opakovaně bylo zjištěno (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006), že z hlediska rodinného stavu byl identifikován vyšší podíl pravidelných kuřáků mezi svobodnými, rozvedenými a vdovci/vdovami a naopak mezi ženatými/vdanými je vyšší podíl bývalých kuřáků. Lidé, kteří mají stálého partnera, mají silnou motivaci k zanechání kouření. Roli zde hraje skutečnost, že tito lidé berou ohled na své nejbližší okolí (zejména děti), které v tomto prostředí musí žít a vyrůstat. Zatímco osoby bez stálého partnera se nemusejí na nikoho ohlížet, nemají zodpovědnost vůči svému okolí, a to je pro ně velmi slabá motivace k zanechání kouření.

Při srovnání výsledků statistické závislosti mezi náboženstvím a kouřením v populaci Karlovarského kraje a v populaci České republiky (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006) bylo zjištěno, že v Karlovarském kraji je velmi slabá statistická závislost mezi náboženstvím a kouřením, zatímco v populaci České republiky je vazba mezi vztahem k náboženské víře a kuřáctvím silná. I když z výsledků nelze vyvozovat jednoznačné závěry, lze říci, že je to nejspíše zapříčiněno nízkým počtem věřících obyvatel v tomto kraji. Nízký počet věřících občanů je pravděpodobně dán tím, že se do tohoto kraje v poválečném období stěhovali lidé nejen ze všech částí země, ale i ze zahraničí, a proto zde nejsou předávány tradice z generace na generaci, tak jako v jiných krajích České republiky.

Výsledky studií (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2003; Brožová, Daňková a kol., 2003) potvrdily, že největší část kuřácké populace kouří 11 a více let. Pokud kuřák propadne svému návyku, pak je to zpravidla na velmi dlouhou dobu, což nejspíše souvisí s problematikou odvykání kouření. Kuřáci po určité době chtějí většinou přestat kouřit, a také se o to pokoušejí, ale protože nemají zpravidla dostatek motivace a pevnou vůli, tak se k tomuto zlovyku opět vracejí.

Porovnáním s výsledky šetření SZÚ v roce 2005 v populaci České republiky (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006) lze shrnout, že v Karlovarském kraji kuřáci vykouří více cigaret denně (16-20) než v České republice (6-10), což je opět zapříčiněno nejspíše nízkou vzdělaností v kraji a finanční dostupností cigaret. Rozhodující vliv na počet vykouřených cigaret za den má, jak vyplývá ze studie, rodinný stav kuřáků. Největší počet cigaret za den vykouří rozvedení, nejspíše proto, že ve většině případů žijí sami bez rodiny a také častěji navštěvují restaurační zařízení.

Více než 60 % kuřáků Karlovarského kraje si zapálí první cigaretu po probuzení do 60 minut, což koresponduje se studií SZÚ z roku 2005. (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006) To znamená, že většina kuřáků kouří ještě před odchodem do zaměstnání nebo školy, což je známka velmi silné závislosti na nikotinu. V Karlovarském kraji je významně více kuřáků, kteří si zapálí svou první cigaretu již do 5 minut po probuzení, než v ČR. U této skupiny se první cigareta stává součástí ranní hygieny a snídaně, to znamená, že tito kuřáci zpravidla kouří na lačný žaludek, což velmi zvyšuje riziko zdravotních potíží a onemocnění v důsledku kouření. Jejich závislost je tak extrémní, že první myšlenku po probuzení věnují zřejmě cigaretě.

V Karlovarském kraji si myslí více než polovina kuřáků, že jsou závislí na nikotinu. Pravděpodobným důvodem jejich domněnek bude nejspíše nepříjemná zkušenost při pokusu o zanechání kouření. Symptomy, které provázejí abstinenci jim způsobují psychosociální a fyzické obtíže, s kterými se obvykle nedokážou sami vypořádat. Svoji závislost na nikotinu si nejčastěji uvědomují kuřáci s vysokoškolským vzděláním, kteří patrně disponují větším množstvím a hloubkou informací související s touto problematikou. Nejméně si svoji závislost na nikotinu uvědomuje nejmladší věková skupina (15-19 let), u které se teprve závislost postupně rozvíjí. Mladí lidé v tomto věku si jí příliš neuvědomují a velmi často se domnívají, že mohou kdykoliv s tímto zlovykem skoncovat.

Počátky pravidelného kouření jsou v České republice problematikou věkové kategorie do 20 let. (Hrubá, Kukla, Tyrlík, 2000) Také v populaci Karlovarského kraje se potvrdilo, že počátky pravidelného kouření spadají do období 15-18 let. Protože v tomto věku má kouření na nevyzrálý organismus výrazně poškozující vliv než u dospělého, je nutné věnovat velkou pozornost rizikovým faktorům, které začátky kouření u mladistvých determinují. Důvody, které vedou mladé lidi ke kuřáctví, jsou nejspíše v objevování nových zkušeností, zvědavost, dalším podstatným vlivem je určitě parta kamarádů a také nedostatek preventivních opatření, jak ze strany rodičů, tak celé společnosti.

Kuřáci v Karlovarském kraji vykouří nejvíce cigaret v domácím prostředí. Častěji doma kouří ženy než muži, což je nejspíše dáno tím, že ženě nejvíce času zabere starání se o děti a domácnost. Naopak muži vykouří nejvíce cigaret na pracovišti, jelikož jsou zřejmě nuceni pracovat z finančních důvodů větší část dne. Mladí lidé ve věku 15-24 let a také svobodní vykouří nejvíce cigaret za den v restauraci, což je pravděpodobně tím, že jim tato zařízení nahrazují vlastní rodinné

zázemí a také zatím nemají možnost vlastního bydlení. Tento jev se samozřejmě mění s přibývajícím věkem, kdy se začíná u těchto lidí upevňovat pracovní pozice a je zde možnost získání finančních prostředků a následně vlastního bydlení.

O úmyslu zanechat kouření a zbavit se tak závislosti na nikotinu v Karlovarském kraji neuvažuje přibližně  $\frac{1}{3}$  kuřáků, což bylo zjištěno také v celorepublikové studii SZÚ z roku 2005. (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006) Hlavní důvod tohoto jednání je možné hledat v samotné závislosti, kdy si kuřák raději zapálí další cigaretu, než aby se pustil do obtížného boje s tímto zlovykem. Dalším důvodem by mohla být také ztráta komunikačních schopností kuřáka se svým kuřáckým okolím a vytvořením si tak pomyslné komunikační bariery.

S výše uvedenými důvody souvisí také počet pokusů, při kterých se kuřáci snažili přestat kouřit. V Karlovarském kraji má téměř  $\frac{3}{4}$  kuřáků za sebou alespoň jeden či více takových pokusů. Řada těchto kuřáků by se zřejmě velmi ráda zbavila závislosti, ale chybí jim potřebná motivace, pevná vůle a pomoc nejen nejbližšího okolí, ale i odborníků. Odborná pomoc při odvykání kouření ze strany kuřáků v Karlovarském kraji není téměř vyhledávána. Kuřáci pravděpodobně ani neví, kde a jakou odbornou pomoc mají vlastně hledat. S touto problematikou souvisí i používání prostředků pro odvykání kouření, kterých opět kuřáci využívají velmi málo, zřejmě i pro vyšší náklady těchto přípravků a poměrně nízké mzdy v tomto kraji.

Na kouření a postoj k němu má rozhodující vliv rodinné zázemí a nejbližší prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje a vyrůstá. Rodiče jsou dětem velkým vzorem, zvláště kuřáci, kteří vytvářejí kuřácký profil rodiny a vystavují tak své děti dvojímu nebezpečí, jednak, že také začnou kouřit, ale hlavně budou žít a vyrůstat v zakouřeném prostředí.

Pasivní kouření znamená pobyt v zakouřeném prostředí čili sdílení společných prostor s kuřáky. Šetřením bylo zjištěno, že v Karlovarském kraji je více těch, kteří nejsou nuceni pobývat v prostředí zakouřeném cigaretovým dýmem, než uvádí studie SZÚ z roku 2005. (Sovinová, Sadílek, Csémy, 2006) Tento výsledek může být zapříčiněn přílišnou tolerancí nekuřáků ke svému kuřáckému okolí a také vysokým počtem kuřáků v kraji. Dále je nutné hledat příčinu i v nekuřácích, kteří si zřejmě neuvědomují, že nemají možnost výběru, například při návštěvě restaurace či kavárny, a jsou tak podvědomě smířeni s pobytem v zakouřeném prostředí. Naopak zajímavým výsledkem je skutečnost, že většina dotázaných uvedla, že je kuřáci svým

chováním omezují. Toto omezování nemusí být způsobeno pouze samotným zakouřeným prostředím, ale také i znečišťováním veřejných prostor neustálým odhazováním nedopalků cigaret, prázdných krabiček, vyhořelých zápalek, různých papírků a dalších odpadků souvisejících s kouřením.

Srovnáním výsledků se studií SZÚ z roku 2005 (Sovínová, Sadílek, Csémy, 2006) se jednoznačně potvrdilo, že téměř 2/3 občanů jsou rozhodně nebo spíše pro zavedení úplného zákazu kouření v restauracích. Téměř shodné výsledky byly zjištěny také u stanoviska občanů k úplnému zákazu kouření ve veřejných prostorách. Ukazuje se, že naše společnost začíná být již připravena pro legislativní změny omezující kuřáky v jejich bezohledném chování. V České republice byl v roce 2006 přijat nový protikuřácký zákon, který ale nezakazuje například kouření v restauracích, a to ani v době podávání hlavních jídel. (Zákon č. 379/2005 Sb., v platném znění) Je nutné připomenout, že velmi přísné protikuřácké zákony platí v mnoha zemích EU. Příkladem může být Irsko, Španělsko, Itálie apod.

Škodlivý vliv kouření na zdraví je vědecky prokázán řadou studií u nás i ve světě. Aktivní i pasivní kouření způsobuje častější výskyt řady onemocnění, jak u dospělých, tak u dětí. Šetřením v Karlovarském kraji bylo u kuřáků zjišťováno, zda si myslí, že se jejich zdravotní stav vlivem kouření zhoršil. Výsledky této analýzy nepřinesly žádné jednoznačné stanovisko, u respondentů byl zjišťován pouze subjektivní pocit, a proto je nutné takové výsledky považovat pouze za tendence. Zjišťování zdravotního stavu kuřáků je velmi náročné, jelikož kuřáci svoje zdravotní problémy často popírají, anebo si je nedávají do souvislosti s kouřením. Proto není možné zjistit pouze jednou otázkou zda došlo ke zhoršení zdravotní stavu, ale nejspíše je nutné zaměřit celý výzkum na sledování zdravotních problémů u kuřáků.

Dalším identifikačním sociodemografickým znakem, který byl zjišťován, je počet dětí respondentů. U tohoto znaku nebyly prokázány žádné statistické souvislosti s jinými znaky, a proto jako jediný nebyl ve výsledcích vyhodnocen a prezentován. Počet dětí nemá zřejmě žádný vliv na vznik závislosti na nikotinu či na další vývoj kuřáctví.

## Závěr

Výzkum problematiky závislosti na nikotinu byl koncipován jako sociologický, jehož cílem byla analýza současného stavu kuřáctví v populaci v Karlovarského kraje. Výzkumu se zúčastnili občané Karlovarského kraje ve věku 15 a více let. Anonymní dotazník vyplnilo celkem 380 respondentů, z toho 189 mužů (49,74 %) a 191 žen (50,26 %). Výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro populaci Karlovarského kraje ve věku 15 a více let z hlediska pohlaví, věku, vzdělání a bydliště.

Podle prováděného výzkumu lze v Karlovarském kraji označit za pravidelné kuřáky, kouřící v současné době nejméně 1 cigaretu denně, 37,63 % respondentů. Za kuřáky v současné době kouřící méně než 1 cigaretu denně (příležitostní kuřáci) lze považovat 2,89 % dotázaných. Dalších 21,32 % tvoří bývalí kuřáci, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří. Nekuřáků, kteří kdysi zkusili kouřit, ale vykouřili méně než 100 cigaret v životě bylo zjištěno 8,16 % a zbývajících 30,00 % tvoří nekuřáci, kteří nikdy nekouřili.

Analýza kuřáctví dále ukazuje, že není výrazný rozdíl mezi muži (39,15 %) a ženami (36,13 %), kteří kouří více než 1 cigaretu denně a naopak mezi ženami (35,08 %) je proti mužům (24,87 %) větší podíl těch, které uvádějí, že nikdy nekouřily.

Nejvyšší podíl pravidelných i příležitostných kuřáků je ve věkové skupině 25-34 let (50,00 %) a ve věku 15-24 let (49,29 %), nejvyšší podíl všech nekuřáků je ve věkové skupině nad 65 a více let, kde činí 75,47 %.

V případě vazby kouření na stupeň dosaženého vzdělání nám ukazuje na to, že je vyšší podíl pravidelných kuřáků mezi respondenty se základním vzděláním (49,52 %) a vyučenými (40,43 %). Naopak u respondentů s maturitou je pravidelných kuřáků již méně (28 %), nejmenší podíl je však u vysokoškolsky vzdělaných lidí (17,65 %).

Z hlediska rodinného stavu byl identifikován přibližně stejný podíl pravidelných kuřáků mezi svobodnými, rozvedenými a vdovci/vdovami, který se pohybuje kolem 47 %. Naopak výrazně nižší podíl pravidelných kuřáků je mezi ženatými/vdanými, kde činil 27,22 %.

Největší část kuřácké populace (62,13 %) uvádí, že kouří 11 a více let, druhá nejpočetnější skupina kouří od 4 do 10 let (26,38 %).

Z provedené analýzy vyplývá, že nejvíce kuřáků vykouří 16-20 cigaret denně, a to 33,57 %. Kuřáků, kteří vykouří denně 6-15 cigaret, je 28,67 %. Podíly kuřáků, kouřících 1-5 a 21 a více cigaret denně, jsou téměř shodné a pohybují se okolo 19 %. Z mužů kuřáků 25,68 % vykouří 21 a více cigaret denně, zatímco žen kuřáček pouze 10,14 %. V kategorii 1-5 vykouřených cigaret denně je největší počet vysokoškoláků (33,33 %) a nejméně vyučených (14,04 %). Nejsilnější kuřáci, kouřící 16-20 a 21 a více cigaret denně jsou naopak mezi vyučenými (36,84 %, 21,05 %).

Přibližně 68 % kuřáků si zapálí první cigaretu do 60 minut po probuzení, což je známka velmi silné závislosti na nikotinu. Nejhůře jsou však na tom ti, kteří si zapálí svou první cigaretu do 5 minut po probuzení (cca 20 %), což jsou především respondenti se základním vzděláním (26,92 %) a vdovci/vdovy (35,71 %).

Více než polovina kuřáků (61,54 %) si myslí, že jsou závislí na nikotinu, přibližně čtvrtina (24,48 %) uvádí, že není závislá na nikotinu, a necelá šestina (13,99 %) kuřáků odpověděla, že neví, zda jsou závislí na nikotinu.

Počátky pravidelného kouření, kdy vzniká návyk na nikotin, spadá do období 15-16 let a 17-18 let, kdy uvedlo 25,11 % a 25,96 % respondentů, že začalo pravidelně kouřit v tomto období. Z analýzy dále vyplývá, že muži začínají s pravidelným denním kouřením dříve (11-16 let), zatímco ženy uvádějí počátky pravidelného denního kouření později (17-18 let). Rovněž vysokoškoláci uvádějí, že začínali s pravidelným kouřením později. Téměř 44 % uvádí, že začali kouřit ve věku 19-20 let. Naopak respondenti se základním vzděláním uvádějí počátek pravidelného kouření již ve věku 15-16 let, a to 28,95 %.

S počátky kouření úzce souvisí i to, kdo současné a bývalé kuřáky na počátku kouření ovlivnil. Respondenti nejčastěji uvádějí, že nejvíce je ovlivnili jejich kamarádi, což vypovědělo 58,72 %.

Z provedené analýzy vyplývá, že 33,77 % dotázaných vykouří nejvíce cigaret za den v domácím prostředí. Přibližně čtvrtina dotázaných kouří nejvíce cigaret za den v restauraci (24,68 %) a také v zaměstnání (23,38 %). Ženy kouří častěji doma (44,00 %) než muži (24,05 %) a naopak muži (31,65 %) kouří častěji na pracovišti než ženy (14,67 %). Kuřáci v nejmladších věkových kategoriích (15-19 a 20-24 let) kouří nejčastěji v restauracích a na veřejných prostranstvích. S přibývajícím věkem vykouří kuřáci nejvíce cigaret doma a v zaměstnání.

Další hodnocenou skutečností byl úmysl zanechání kouření. Zatímco ve věkových kategoriích 15-19 a 35-44 let převládají kuřáci, kteří chtějí přestat kouřit (46,67 % a 52 %), tak ve věkové kategorii 65 a více let jsou to kuřáci, kteří nemají úmysl skoncovat s kouřením (53,85 %). Nejvíce chtějí přestat s kouřením vysokoškoláci (57,14 %) a nejméně vdovci/vdovy (57,14 %).

Přibližně 30 % dotázaných se nikdy nepokoušelo přestat kouřit, a téměř 70 % z nich mělo za sebou jeden nebo i více pokusů.

Z výsledků vyplývá skutečnost, že lidé v Karlovarském kraji při odvykání kouření téměř nevyhledávají odbornou pomoc. Necelých 98 % respondentů takovou to pomoc nevyhledalo a pouze 2 % odborné pomoci využilo.

Dále se ukázalo, že převážná většina (90,64 %) kuřáků nepoužila žádný z prostředků pro odvykání kouření, pokud se rozhodla s tímto zlovykem skoncovat, zatímco pouhých 9,36 % dotázaných některý z prostředků již použilo.

Analýza výsledků odhalila, že téměř 65 % rodičů dotázaných kouří eventuelně kouřilo, pouze necelých 36 % respondentů uvedlo, že jejich rodiče nekouří či nekouřili. U současných kuřáků kouřili častěji oba rodiče (30,52 %), dále byl u nich zjištěn menší podíl rodičů, kteří nikdy nekouřili (27,92 %), zatímco u nekuřáků byl menší podíl obou kouřících rodičů (12,39 %) a vysoký podíl rodičů, kteří nikdy nekouřili (41,15 %).

V rámci výzkumu byla všem respondentům položena otázka, zda jsou nuceni pobývat v prostředí zakouřeném cigaretovým dýmem. Celkem 83,42 % dotázaných uvedlo, že není nuceno pobývat v zakouřeném prostředí, a pouhých 16,58 % respondentů pobývá v prostředí zamořeném cigaretovým dýmem.

Z výsledků studie vyplývá, že 71,58 % dotázaných uvedlo, že je kuřáci svým chováním omezují, dalších 18,42 % si nemyslí, že jsou kuřáky omezováni, a zbylých 10 % na tuto otázku odpovědělo, že neví. Nekuřáci si z 80,09 % myslí, že jsou omezováni kuřáky. Zajímavým jevem se ukázalo, že i mezi kuřáky je překvapivě více než polovina (59,09 %) těch, kteří si myslí, že svým chováním omezují nekuřáky.

Téměř  $\frac{2}{3}$  (62,37 %) občanů Karlovarského kraje rozhodně nebo spíše souhlasí s tím, aby byl v České republice zaveden úplný zákaz kouření v restauracích. Rozhodně se pro tento zákaz staví 40,53 % dotázaných, spíše by tento zákaz podpořila necelá  $\frac{1}{4}$  občanů. Rozhodně nebo částečně nesouhlasí s takovým zákazem více jak  $\frac{1}{4}$  (28,69 %) respondentů, zbylých 8,95 % zatím nemá v řešení



této otázky zcela jasno. Rozhodně je pro tento zákaz především věková kategorie nad 65 a více let (49,06 %) a respondenti s vysokoškolským vzděláním (85,29 %). Ženatí/vdané (67,78 %) a vdovci/vdovy (76,67 %) se k zákazu častěji rozhodně nebo spíše přiklání, naopak svobodní (36,85 %) a rozvedení (35,72 %) s ním častěji rozhodně nebo spíše nesouhlasí. Nekuřáci jsou z 80 % rozhodně nebo spíše pro úplný zákaz kouření v restauracích, kuřáci jsou naopak z více než 51 % rozhodně nebo spíše proti tomuto zakazu.

Přibližně 2/3 (66,32 %) dotázaných v Karlovarském kraji rozhodně nebo spíše souhlasí s úplným zákazem kouření ve veřejných prostorách. Rozhodně je pro tento zákaz 45,53 % respondentů, spíše by tento zákaz podpořilo 20,79 % občanů. Nesouhlas (úplný nebo částečný) s takovým zákazem vyjádřila více než ¼ (27,11 %) dotázaných a pouhých 6,58 % nemá v této otázce zcela jasno. Nejvíce se pro tento zákaz kloní věková kategorie 65 a více let (73,58 %) a vysokoškolsky vzdělaní občané (91,18 %), dále ženatí/vdané (72,22 %) a vdovci/vdovy (76,67 %). Rozhodně nebo spíše jsou pro úplný zákaz kouření ve veřejných prostorách nekuřáci (83,18 %), naopak kuřáci jsou téměř z poloviny (49,35 %) rozhodně nebo spíše proti úplnému zakazu kouření.

Předem určený cíl diplomové práce byl splněn. Analýza výsledků studie potvrdila obě stanovené vstupní hypotézy (H 1 a H 2). Přestože hypotéza H 2 byla potvrzena, nebyl zaznamenán výrazný rozdíl mezi kuřáky muži a ženami.

Studie přinesla celou řadu zajímavých a cenných informací o stavu kuřáctví v Karlovarském kraji, které lze použít v budoucnu i pro další nová šetření. Další výzkum v tomto kraji by se mohl zaměřit především na preventivní opatření, protikuřáckou kampaň, na oblast poskytování odborné pomoci při odvykání kouření, na dodržování legislativy v oblasti zákazu kouření a na zdravotní problémy kuřáků. Nejvíce ohrožené jsou nejmladší věkové kategorie (15-24 let), ve kterých byl zjištěn téměř nejvyšší podíl kuřáků. V praxi to znamená, že protikuřácká kampaň a preventivní opatření by se měly zaměřit právě na tyto věkové skupiny.

## Seznam použité literatury

1. AUSTINOVÁ, V. *Přestat kouřit? Za hodinku! Chcete?* 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 2001. 96 s. ISBN 80-240-1957-4.
2. BALÁKOVÁ, L. *Expozice a závislost mladistvých kuřáků na nikotinu.* 1. vyd. Brno, 2003. 243 s.
3. BEČKOVÁ, I., VIŠŇOVSKÝ, P. *Farmakologie drogových závislostí.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.
4. BROŽOVÁ, J., DAŇKOVÁ, Š. a kol. *Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky.* Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2003. 64 s. ISBN 80-7280-262-3.
5. CSÉMY, L., KRCH, DF. a kol. *Životní styl a zdraví českých školáků.* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2005. 140 s. ISBN 80-85121-94-8.
6. CSÉMY, L., SADÍLEK, P. a kol. *ESPAD 03. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách.* Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 13 s.
7. CRHA, I., HRUBÁ, D. *Kouření a reprodukce.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000. 54 s. ISBN 80-210-2284-1.
8. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, KRAJSKÁ REPREZENTACE KARLOVY VARY. *Sčítání lidu, domů a bytů 2001 Karlovarský kraj (Population and Housing Census 2001 Karlovarský Region).* Karlovy Vary: Český statistický úřad, Krajská reprezentace Karlovy Vary, 2003. 165 s. ISBN 80-250-0561-5.
9. ČUPKA, J. Nové aspekty závislosti na tabáku a její léčba. *Practicus.* 2006, roč. 5, č. 8, s. 348-352. ISSN 1213-8711.
10. ČUPKA, J. a kol. *Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře : doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře : 2005.* Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. 10 s.+1. příl. ISBN 80-903573-7-7.
11. FIŠEROVÁ, M. Neurobiologie závislostí. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup.* 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kapitola 2/2, s. 96–106. ISBN 80-86734-05-6.
12. HRUBÁ, D. Nikotin je tvrdá droga. *Universitas.* 2001, roč. 2001, č. 1, s. 11-16. ISSN 1211-3384.
13. HRUBÁ, D. *Aby Vaše dítě nekouřilo.* Praha: Liga proti rakovině, 2005. 19 s.

14. HRUBÁ, D. Kouření a zhoubné bujení. In BEŇA, F., BRÁZDOVÁ, Z., ČADOVÁ, L. a kol. *Onkologická rizika*. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. 96 s. ISBN 80-238-7620-1.
15. HRUBÁ, D., KUKLA, L., TYRLÍK, M. Vztah vzdělání a kouření k výskytu stresorů v anamnéze těhotných žen. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 2000, roč. 35, č. 3, s. 209-221. ISSN 0555-5574.
16. JANÍK, A., DUŠEK, K. *Drogy a společnost*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. 344 s. ISBN 80-201-0087-3.
17. JHA, P., CHALOUPKA J., F. *Jak zvládnout kuřáckou epidemii : vlády a ekonomika kontroly tabáku* . 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 117 s. il. ISBN 80-7071-234-1.
18. KALINA, K. Modely závislostí a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kapitola 1/8, s. 78-82. ISBN 80-86734-05-6.
19. KERNOVÁ, V., KEBZA, V. Prevence kuřáctví a možnosti odvykání kouření. In SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9.
20. KOZÁK, T., J. Závislost na tabáku; důsledky a léčba. In BEŇA, F., BRÁZDOVÁ, Z., ČADOVÁ, L. a kol. *Onkologická rizika*. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. 96 s. ISBN 80-238-7620-1.
21. KRÁLÍKOVÁ, E. Prevence závislosti na tabáku. *Česko-slovenská pediatrie*. 2006, roč. 61, č. 3, s. 149-154. ISSN 0069-2328.
22. KRÁLÍKOVÁ, E., KOZÁK, T., J. *Jak přestat kouřit*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1997. ISBN 80-85800-62-4.
23. KRÁLÍKOVÁ, E ., KOZÁK, T., J. Kouřit, nebo nekouřit : Co se vyplatí - a komu? *Vesmír*. 2000, roč. 79, č. 4, s. 206-208. ISSN 0042-4544.
24. KRÁLÍKOVÁ, E., KOZÁK, T., J. *Jak přestat kouřit*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. 130 s. ISBN 80-85912-68-6.
25. KRÁLÍKOVÁ, E. Tabák a závislost na tabáku. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kapitola 3/10, s. 205–211. ISBN 80-86734-05-6.
26. KŘÍŽ, R. Střípky z minimálního preventivního programu. *Učitelské listy*. 2004/2005, roč. 12, č. 9, s. 16-17.

27. KUBŮ, P., URBANCOVÁ, K. Subjektivní hodnocení důležitosti mimofarmakologických komponent kouření cigaret. *Psychiatrie*. 2000, roč. 4, č. 4, s. 284-289. ISSN 1211-7579.
28. KUČEROVÁ, B. Kouř, který přináší smrt. *Regena*. 2000, roč. 10. č. 8, s. 23. ISSN 1212-2289.
29. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislostí. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 : Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kapitola 2/1, s. 91-95. ISBN 80-86734-05-6.
30. LANDA, Z. *Pěstování tabáku v Čechách*. 1.vyd. Praha: Zdeněk Landa, 2005. 26 s. ISBN 80-239-4662-5.
31. LEVÝ, J. Kuřáka zbaví závislosti jen jeho pevná vůle. *Sondy*. 2005, roč. 15, č. 35, s. 12. ISSN 1210-9452.
32. MARÁDOVÁ, E. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-70-9.
33. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize, duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. (Překl. z angl. orig.) vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 182 s. ISBN 80-85121-37-9.
34. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.
35. NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP-Koniasch Latin Press; Orlick nad Vltavou : Livingstone, 1997. 347 s. ISBN 80-85917-36-X.
36. PEJML, K. *Celý svět kouří. Dějiny tabáku*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Za svobodu, 1947. Č.E.: 22.
37. POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. il. ISBN 80-86568-02-04.
38. POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Prevence sociálně patologických jevů. Manuál praxe*. 3. vyd. rozš. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s., 2003. ISBN 80-86568-04-0.
39. PRESL, J. *Drogová závislost : může být ohroženo i Vaše dítě?* 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
40. PROVAZNÍK, K., KOMÁREK, L. *Manuál prevence v lékařské praxi : souborné vydání*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2003. 736 s. ISBN 80-7168-942-4.

41. ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9.
42. *Seznam encyklopedie* [online]. ČR: Náboženství [cit. 2007-22-2]. Dostupné na WWW: <<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/140995-nabozenstvi>>.
43. SKÁLA, J. *...až na dno!?: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách : Zneužívání a závislost*. 4. přepr. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1988. 139 s.
44. SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., SADÍLEK, P. Kouření v České republice. In SOVINOVÁ, H., CSÉMY L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9.
45. SOVINOVÁ, H., SADÍLEK, P., CSÉMY, L. *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Názory a postoje občanů k problematice kouření (období 1997 – 2005). Výzkumná zpráva*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2006. Dostupné na www: <[http://www.szu.cz/dokumenty\\_soubory/ZPR2A.pdf](http://www.szu.cz/dokumenty_soubory/ZPR2A.pdf)>.
46. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Světový den bez tabáku 2005. *Tabák a zdraví : informační bulletin*. Praha: Státní zdravotní ústav, I.Q 2005.
47. STRUNECKÁ, A., PATOČKA, J. Nikotin: jed, nebo lék? : vliv nikotinu na funkce mozku. *Vesmír*. 2000, roč. 79, č. 4. s. 204-206. ISSN 0042-4544.
48. ŠKODOVÁ, Z. a kol. Vývoj kuřáckých zvyklostí obyvatelstva České republiky v období 1985-1997/98. *Časopis lékařů českých*. 139, 2000, č. 5, s. 143-147. ISSN: 0008-7335.
49. TICHÝ, M. *Toxikologie pro chemiky*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 90 s. ISBN 80-7184-625-2.
50. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Novotvary 2003 ČR. (Cancer Incidence 2003 in the Czech Republic)*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR ve spolupráci s Národním onkologickým registrem ČR, 2006. 242 s. ISBN 80-7280-525-8. Dostupné na www: <[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search\\_name=Novotvary&region=100&kind=1&mnu\\_id=5300](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=Novotvary&region=100&kind=1&mnu_id=5300)>.
51. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace : HIS CR 2002*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2003. 137 s. ISBN 80-7280-296-8. Dostupné na www: <[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search\\_name=HIS&region=100&kind=2&mnu\\_id=5300](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=HIS&region=100&kind=2&mnu_id=5300)>.

52. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2004*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2005. 270 s. ISBN 80-7280-520-7. Dostupné na [www: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search\\_name=ročenka&region=100&mnu\\_id=5300>](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ročenka&region=100&mnu_id=5300).
53. Zákon č. 128/2000 Sb., v platném znění, o obcích (obecní zřízení), ze dne 12. dubna 2000.
54. Zákon č. 379/2005 Sb., v platném znění, o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ze dne 19. srpna 2005.
55. ZIKMUNDOVÁ, K., ZAVÁZALOVÁ, H., ZAREMBA, V. Děti staršího školního věku a nikotinismus. *Kontakt*. 2005, roč. 7, č. 1-2 s. 94-99. ISSN 1212-4117.

## Seznam příloh

1. Příklady drog, typy závislosti, jejich abstinenční příznaky a škodlivé účinky
2. Příklady drog, jejich odměna, hlavní mechanismy účinku a hlavní neurotransmitery
3. Relativní riziko nádorů, které mají kauzální vztah ke kouření
4. Fagerströmův dotazník závislosti na nikotinu (FTQ)
5. Dotazník kuřáckých návyků (HSBI)
6. Dotazník odolnosti vůči nutkání kouřit (CQ)
7. Farmakoterapie F.17 dostupná v ČR k 31. 12. 2005. Přehled farmakoterapie pro léčbu závislosti na tabáku na našem trhu (náhradní terapie nikotinem a bupropion)
8. Základní soubor-demografie obyvatel Karlovarského kraje ve věku 15 a více
9. Výběrový soubor-demografie obyvatel Karlovarského kraje ve věku 15 a více
10. Dotazník pro obyvatele Karlovarského kraje