



tabák a zdraví

Informační bulletin

III. Q 2006

Vydává Státní zdravotní ústav
KMVP
Šrobárova 48, 100 42 Praha 10

13. světová konference Tabák nebo zdraví (WCTOH)

se konala v červenci 2006 ve Washingtonu, D.C. za účasti cca 5000 delegátů ze 139 zemí a 80 prezentujících firem. Bylo předneseno téměř 400 odborných příspěvků a prezentováno 1200 posterů.

13. WCTOH navázala úspěšně na tradici, umožnila setkání zkušených odborníků s novými aktivisty z celého světa k výměně zkušeností, vědeckých poznatků a praktických přístupů k řešení problémů smrtící tabákové pandemie. Kromě plenárních zasedání se konalo mnoho satelitních sympozií, workshopů a seminářů.

Prezentace českých účastníků konference tvoří obsah tohoto zpravodaje.

Poster Úloha školy v českém programu „Zdraví 21“ – prevence kuřáctví
D. Hrubá, E. Řehulka, MÚ v Brně

Primární prevence kouření je prioritou, neboť zdravotní následky i vznik závislosti probíhají u dětí závažnější formou než u dospělých. Nezastupitelnou úlohu má v tomto ohledu škola, která sdružuje profesionální pedagogické odborníky, působí na všechny děti i na většinu rodičů. V komplexním pojetí primární prevence kouření má škola různé úlohy:

- **vzdělávací:**

zahrnuje nejen výuku o zdravotních následcích kouření, ale učí děti, že většina závažných onemocnění středního a vyššího věku má příčiny v životním stylu už od dětství; více než dosud by se měla zaměřit na zvýšení zájmu dětí o život dospělých a seniorů, aby byly motivovány k přijetí takového způsobu života, který by jim později dospělost a stáří usnadnil a zpříjemnil

- **psychologická:**

kouření příjemným způsobem ovlivňuje nálady, nicméně stejného pocitu lze dosáhnout i jiným, zdravějším způsobem. Školní prostředí by nemělo zvyšovat stres dětí, mělo by podporovat jejich individuální schopnosti a nabízet pomoc v nesnázích různého druhu

- **modelová:**

téměř dvě třetiny českých dětí mají kouřící rodiče. Také kouření učitelů, lékařů a dalších veřejně známých osobností, tolerované českou společností, je pro děti špatným vzorem. Ve škole musí být striktně dodržováno nekuřácké prostředí, děti se učí ochraně před pasivním kouřením a poznávají, že kuřák není hrdina, ale slabá, nedospělá, závislá osoba

- **sociální:**

kuřáci tvoří ve společnosti menšinu, chovají se agresivně nejen k sobě, ale i k ostatním a představují pro ekonomiku velkou přítěž. Pro veřejně známé osobnosti, zejména učitele a lékaře, je jediným akceptovatelným standardem nekuřácké chování. Příprava učitelů musí zahrnout do curricula protikuřáckou edukaci, aby

učitelé mohli iniciovat aktivity dětí na ochranu před pasivním kouřením, protikuřáckou reklamu

- **terapeutická:**

vznik závislosti na kouření a nikotinu je pediatrickým problémem, už mezi školními dětmi jsou závislí kuřáci. Učitelé mohou rozpoznat první příznaky závislosti a zahájit behaviorální terapeutický proces, upozornit na nutnost komplexní léčby závislých dětí za účasti rodiny

- **komunitní:**

škola může nabídnout profesionální psychologické poradenství rodičům, pomoci při organizování mimoškolních aktivit dětí, včetně protikuřáckých akcí.

Varování: školní programy prevence kouření mohou u dětí vyvolat jak obavy o zdraví jejich nejbližších kuřáků, tak i snížení přirozené autority kuřících rodičů i učitelů v souvislosti s poznáním jejich závislosti. Děti musí pochopit, že závislí kuřáci nejsou špatní, ale nemocní lidé, kterým je nutno pomáhat.

Závěr: škola má několik různých úloh v primární prevenci kouření a k jejich řešení může využívat různé metody.

Poster Podpora zdraví a výchova ke zdravému způsobu života ve škole:
Normální je nekouřit; vzdělávací školní program pro první stupeň
základních škol

I. Žaloudíková, D. Hrubá, MU v Brně

Program je zaměřen na děti 1. až 3. tříd ZŠ a jeho **cílem** je budování odpovědného a pozitivního přístupu dětí k jejich zdraví; ve vztahu ke kouření pak snížení počtu pasivně exponovaných dětí i aktivních kuřáků. Navazuje na úspěšné programy pro děti v mateřských školách.

Metodicky program využívá pohádkových příběhů, her a hraní rolí, písniček, kresby a také videa, to vše v 5 tématických lekcích v každém školním roce. Novátorským způsobem bylo nutno přistoupit k hodnocení účinnosti programu u dětí v 1. třídě (pomocí strukturovaného rozhovoru s učitelem/lektorem kombinovaného s výběrem obrázkových znaků a kresbou dětí).

Výsledky: v první etapě pilotní studie se ve srovnání s kontrolní skupinou vlivem programu statisticky významně zvýšily znalosti dětí o škodlivých zdravotních následcích kouření, a příznivým způsobem ovlivnily jejich názory a postoje o kouření. Naprostá většina rodičů program uvítala, učitelé i děti jej přijali se zájmem a aktivitou.

Závěr: program cílený na věkovou skupinu 7 až 9letých dětí ojedinělý nejen v ČR, ale i v zahraničí. Jeho účinnost je znovu ověřována v širší epidemiologické intervenční studii zahrnující zhruba dvacetinásobně větší soubory dětí.

PP Prezentace Léčba závislosti na tabáku ve střední a východní Evropě

Eva Králíková, Centrum léčby závislosti na tabáku, Karlova universita, Praha

- Prevalence 25 – 35 %
- Většina kuřáků si přeje přestat
- Závislost na tabáku není považována za nemoc
- Léčba není lékařům hrazena
- Léky nejsou hrazeny pacientům
- Chybí doporučení léčby
- Jazyková bariéra (angličtina/lokální jazyk), potřeba publikovat v odborných časopisech s impact faktorem

Většina kuřáků si přeje přestat

- Přes 50 % kuřáků
- Např. v ČR 75 % kuřáků
- Velké počty pacientů
- Existuje účinná léčba
- Většině kuřáků není dostupná

Závislost na tabáku = nemoc

- Prevence považována za důležitou, léčba ještě ne
- Diagnóza F 17 (MKN -10 WHO, 1992)
- Rozšiřující se možnosti léčby podporují potřebu medikalizace
- Léčba se musí stát součástí klinické medicíny

Léčba není zdravotníkům hrazena

- Platby nejsou součástí běžného systému zdravotní péče
- Pokud je léčba hrazena, tak pouze v rámci projektů nebo zvláštních akcí (Česká republika, Polsko, Maďarsko)

Léky nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění

- Pacienti si musí kupovat léky (náhradní léčba nikotinem a další), vysoká cena (odpovídající 2 – 3 balíčkům cigaret denně)
- Pouze v rámci projektů může pacient dostat léky za nižší cenu nebo zdarma
- Nízká aktivita lékáren

Chybí doporučení léčby

- Doporučení léčby závislosti na tabáku chybí ve většině zemí (dostupné jsou v ČR, připravují se v Polsku a Rumunsku).
- Guidelines by pomohly vzbudit pozornost odborných špiček z různých lékařských oborů a přivést závislost na tabáku blíže ke klinické medicíně.

Jazykové problémy

- Většina lékařů čte odbornou literaturu ve vlastním jazyku
- Většina odborných článků je dostupná v angličtině
- Lékaři jsou nuceni publikovat v časopisech s impact faktorem, které většinou nejsou místní.

Česká doporučení léčby 2005

- Schválena 19 odbornými lékařskými společnostmi
- Publikována v hlavních lékařských časopisech (se schválením Časopisu lékařů českých)
- Reprinty na velkých konferencích
- Dostupná online na webových stránkách různých lékařských společností včetně www.cls.cz
- Zvýšila zájem různých zdravotnických profesí o léčbu F 17
- Jsou zahrnuta i do jiných pokynů (pokyny pro diabetes, hypertenzi, pokyny pro praktické lékaře)

Hrazení

- V ČR: zdravotníci/nemocnice placeni podle bodového systému
- Body pro léčbu závislosti na tabáku – probíhá jednání se zdravotními pojišťovny pro intenzivní léčbu
- V rámci systému zdravotní péče není dosud léčba placena
- V rámci projektu „Centra pro léčbu závislosti na tabáku“ placeni lékaři a sestry a částečně jsou pacientům hrazeny léky.
- WWW.CLZT.CZ

Centra pro léčbu závislosti na tabáku

Projekt zahájen v roce 2004

Partneři:

Ministerstvo zdravotnictví

PharmTop

Česká koalice proti tabáku

Pfizer

Boehringer-Ingelheim

WHO ČR liaison office

11 center ve velkých nemocnicích

Linka pro odvykání kouření, součást doporučené léčby – každý pracovní den 12,00-20,00 na čísle 844 600 500 za místní hovorné z celé republiky

Důležitá podpora

- Rámcová úmluva o kontrole tabáku FCTC, WHO WWW.FCTC.ORG článek 14 (b,c): dostupnost diagnostiky, prevence a léčby závislosti na tabáku v systémech zdravotní péče
- Medicína založená na důkazech
- Mezinárodní doporučení

Užitečné webové stránky

- www.treatobacco.net
- www.cdc.gov
- www.cochrane.org
- www.doctorsandtobacco.org

Doporučení

- Publikovat v místním jazyku
- Vypracovat doporučení léčby
- Požadovat platbu za péči zdravotníkům a proplácet léky pacientům

PROJEKT NEKUŘÁCKÝ PODNIK **– CESTA K INTENZIVNÍ INTERVENCI A ZMĚNĚ POSTOJŮ KE KOUŘENÍ**

Kateřina Langrová, Česká koalice proti tabáku www.dokurte.cz

Motto:

Nekuřácké pracovní prostředí šetří životy, čas a peníze

Program Nekuřácký podnik:

- Je určen podnikům, které se rozhodly následovat světové i evropské trendy a zavést nekuřácké pracovní prostředí.
- Cílem je pomoci zaměstnancům-kuřákům i managementu podniku, aby se s novou situací - nekuřáckým pracovištěm - dokázali vyrovnat.
- Smyslem je zajistit efektivitu při pokusech zaměstnavatelů o zavedení nekuřáckých pracovišť (samotný zákaz řeší jen malé procento případů).
- Umožňuje úspěšné přijetí nekuřáckého pracovního prostředí ze strany zaměstnanců, a to zejména poskytnutím dostatečných informací a kvalifikované pomoci.
- Jde o boj proti kouření (nemoci, závislosti), nikoli proti kuřákům (lidem).
- Program se opírá o zázemí vedoucích odborníků, vypracovanou komunikační strategii, guidelines - doporučené postupy, zahraniční i vlastní studie a průzkumy.

Teoretická východiska:

a) kontrola tabáku – význam nekuřáckého pracovního prostředí

Masové užívání tabáku je pro svůj extrémní rozsah a rozšíření mezi všemi skupinami obyvatelstva označováno Světovou zdravotnickou organizací za tabákovou epidemii¹

Výzkumy bylo prokázáno, že nekuřácká veřejná prostředí (a především pracovní prostředí) jsou jedním z nejefektivnějších nástrojů ke snížení prevalence kouření v populaci (např. ve studii ENSP založené na analýze situace ve 28 evropských zemích jsou tato opatření identifikována jako druhá nejdůležitější hned po ceně

¹ www.who.int/tobacco/en/

cigaret²). Odhaduje se, že kdyby byla všechna pracoviště nekuřácká, počet kuřáků by klesl asi o 10%³.

b) Nekuřácký podnik – ekonomické souvislosti v praxi

- Podnikové programy zaměřené na odvykání kouření u zaměstnanců jsou uskutečňovány ve velkém měřítku od 80. let 20. stol. (především USA, do Evropy se začínají rozšiřovat na přelomu 80. a 90. let)
- Četné studie prokázaly, že úspěšnost závisí především na intenzitě intervence. Na jejich základě byla vypracována základní doporučení pro „nekuřácké podniky“, která shrnuje např. Světová zdravotnická organizace⁴.
- Zavedení nekuřáckého pracovního prostředí je ekonomicky výhodné pro všechny zainteresované strany: pro zaměstnance (kuřáky i nekuřáky), pro zaměstnavatele i pro stát.
- Je prokázáno, že zaměstnávání kuřáka je spojeno s vyššími náklady, které jsou způsobeny především těmito faktory:
 - vyšší nemocnost a častější absence kuřáků zhruba o 50%^{5,6}
 - snížená produktivita práce (spojená s „prokouřenou dobou“ – průměrně 40 min. denně)⁷
 - předčasný odchod do důchodu v důsledku nemoci, invalidní důchod⁸
 - vyšší úrazovost a vyšší riziko vzniku nemoci z povolání⁹
 - 11% požárů má příčinu v cigaretě¹⁰
 - náklady na provoz (častější obnova elektronických zařízení, malování a úklid pracovišť, výměny podlahových krytin, záclon apod.)¹¹

c) Od kuřáctví k nekuřáctví

Intervenčními zásahy lze proces urychlit, resp. akcelarovat přechod k další fázi. Pozitivním výsledkem tak může být nejen větší počet kuřáků zanechavších kouření, ale také nárůst těch, kdo o zanechání kouření uvažují (kontemplační stádium) případně se již pro zanechání rozhodli (přípravné stádium).

² www.ensp.org/file/effectivfinal.pdf

³ Králíková, E., Kozák, J.T.: Kouření na pracovišti, Pracovní lékařství, 52, 2000, 2, 85-89

⁴ Why smoking at workplace matter: an employers guide, WHO, Tobacco Free Initiative, Copenhagen, 2002

⁵ Robbins, A., et al: Short Term Effects of Cigarette Smoking on Hospitalization and Associated Lost Workdays in a Young Health Population, Tobacco Control, 2000, 9:389-396

⁶ Why smoking at workplace matter: an employers guide, WHO, Tobacco Free Initiative, Copenhagen, 2002

⁷ EPIC/MRA, 2000 ; Králíková, E., Kozák, J.T.: Kouření na pracovišti, Pracovní lékařství, 52, 2000, 2, 85-89

⁸ Why smoking at workplace matter: an employers guide, WHO, Tobacco Free Initiative, Copenhagen, 2002

⁹ Ryan, J., et al: Occupational risks associated with cigarette smoking : a prospective study, American Journal of Public Health, 1992, 82, 29-32

¹⁰ Repace, J.L., Lowerey A.H.: Issues and answers on passive smoking in the workplace: rebutting tobacco industry arguments, Tobacco Control, 1, 1992, 208-219

¹¹ Králíková, E., Kozák, J.T.: Kouření na pracovišti, Pracovní lékařství, 52, 2000,2, 85-89

d) Právní rámec

Rámová úmluva o kontrole tabáku věnuje velkou pozornost ochraně před pasivním kouřením a v Článku 8 výslovně uvádí ochranu před pasivním kouřením na pracovištích. (*Česká republika dosud neratifikovala*)

Právo Evropské unie zmiňuje zajištění bezpečného (a tedy i výslovně nekuřáckého) pracovního prostředí v několika direktivách a legislativních opatřeních (např. Regulation 25 Workplace Health, Safety 7 Welfare Regulation z roku 1992, platné od r. 1996)

V českém právním rámci se týká ochrany před tabákovým kouřem na pracovišti především §133 Zákonníku práce (zákon 65/1965 Sb.) (zákaz kouření na pracovištích, kde pracují také nekuřáci)

Průběh programu Nekuřácký podnik:

Na přípravě i realizaci se podílí odborníci z oblasti léčby závislosti na tabáku, psychologie, sociologie a komunikace.

Program se na základě zhodnocení situace v daném podniku (a možností podpory zaměstnavatele) přizpůsobuje „na míru“. Obecně se skládá ze dvou fází:

I. část

Potřeby podniku - analýza, výzkum, rozpočet, strategie.

(Zmapování individuálního prostředí podniku, aplikování programu na konkrétní prostředí - záleží na poloze, druhu výroby, poměru pohlaví zaměstnanců, funkční struktury, stávající komunikace směrem k zaměstnancům apod.)

Před vyhlášením Nekuřáckého podniku - šoková, informační a motivační kampaň. (Šoková reklama - konkrétní zdravotní rizika kouření, informace o způsobech boje s abstinenčními příznaky, o tom jak přestat, motivační kampaň - soutěže apod.)

II. část

Den D – vyhlášení Nekuřáckého podniku - vyhlášení nekuřáckého pracoviště.

Po vyhlášení - odborná pomoc, náhradní nikotinová terapie, motivační kampaň. (Odborná pomoc při odvykání kouření, zpětná vazba, odměna úspěšných absolventů programu, vyhodnocování spokojenosti zaměstnanců atd.)

Analýza- vyhodnocení, zpětná vazba.

(Na základě zpětné vazby vyhodnocení úspěšnosti, doporučení dalších aktivit, spolupráce celého realizačního týmu - obvykle lékař, psycholog, komunikační odborník, vyškolení medicí.)

Úmrtnost na nemoci vyvolané kouřením v České republice

*Hana Sovinová, Ladislav Csémy, Bohumír Procházka, Stanislava Kottbauerová,
Státní zdravotní ústav*

CÍLE: Cílem studie je odhadnout podíl kouření na úmrtnosti v České republice v roce 2002 a porovnat tento odhad s odhady provedenými v dřívějších letech.

METODY: Odhad podílu kouření na mortalitě v ČR byl vypočítán s využitím metody podílů přiřaditelných kouření (SAF). Pro výpočet SAF byly použity relativní rizika z americké studie Cancer Prevention Study II a odhady prevalence kouření z celonárodní studie provedené v roce 2002. Základem pro výpočet byla data o úmrtnosti podle podrobného seznamu příčin smrti v ČR za rok 2002.

VÝSLEDKY: V roce 2002 bylo v ČR 20 827 (95% CI 18 851-21 981) úmrtí, která je možno připsat vlivu kouření (14 800 u mužů a 6 027 u žen). Úmrtí zaviněná kouřením představují 19% celkové úmrtnosti země v roce 2002 (27 % mortality mužů a 11 % mortality žen). Dřívější odhady publikovali Peto and Lopez pro rok 1995 (22 300 úmrtí způsobených kouřením) a rok 2000 (17 790 úmrtí). Odhad získaný metodou SAF pro rok 2002 se kryje s odhadem Peto a Lopeze pro rok 2000. Rozdíl je způsoben nižším odhadem úmrtí u žen (3 653 pro rok 2000 oproti 6 027 pro rok 2002).

DISKUSE: Ezzati et al. (2005) udávají, že v celosvětovém měřítku se úmrtí na rakovinu plic podílejí 60 % na celkové mortalitě pro novotvary, které lze připsat kouření. V případě našeho odhadu jde o srovnatelnou hodnotu (66 %). Čeští autoři (Kubík et al., 2002) uvádějí, že riziko onemocnění rakovinou plic je u žen kuřaček 10,3 krát vyšší oproti nekuřačkám. Zvýšené riziko onemocnění měly též bývalé kuřačky (OR=3,79). Rozdíly ve výskytu karcinomu plic mezi zeměmi nelze pochopitelně plně vysvětlit jen rozdíly v kouření, protože zde mohou v různé míře přispívat další faktory, jako je například znečištění ovzduší, škodliviny na pracovišti, ionizující radiace atd.

Naše výsledky jasně prokázaly, že kardiovaskulární onemocnění představují více než polovinu všech úmrtí na nemoci vyvolané kouřením. Vliv kouření na tuto skupinu nemocí je diskutován v celé řadě zahraničních prací. Podle Banegase et. al. (2003) je kouření tabáku po hypertenzi nejzávažnějším rizikovým faktorem pro infarkt a cévní onemocnění mozku. Závažnost kouření je zdůrazňována i v českých pracích (Cífková, Škodová, 2004). Unal et al. (2004) sledovali prospektivně faktory, které ovlivnily pokles mortality pro kardiovaskulární onemocnění v Anglii a Walesu v letech 1981 až 2000. Zjistili, že léčebné intervence odpovídají za 42 % poklesu mortality, zbývajících 58% připadá na snížení výskytu rizikových faktorů v populaci, přičemž omezení kouření vysvětluje 48 % poklesu mortality. V kontextu výsledků této práce je pravděpodobné, že pokles kuřáctví v ČR by vedl ke snížení míry úmrtnosti pro kardiovaskulární onemocnění.

ZÁVĚRY: Relativně vysoká míra mortality související s kouřením je výsledkem vysoké prevalence kuřáctví a nevýznamné fluktuace kuřáckých zvyklostí dospělé populace během posledních let (mírný pokles u mužů a nárůst u žen). Efektivní politika omezující kuřáctví by mohla přispět ke snížení úmrtnosti a úspoře výdajů spojených s léčbou nemocí vyvolaných kouřením.

Tento výzkum byl podpořen Grantem IGA MZ NR/7866-3

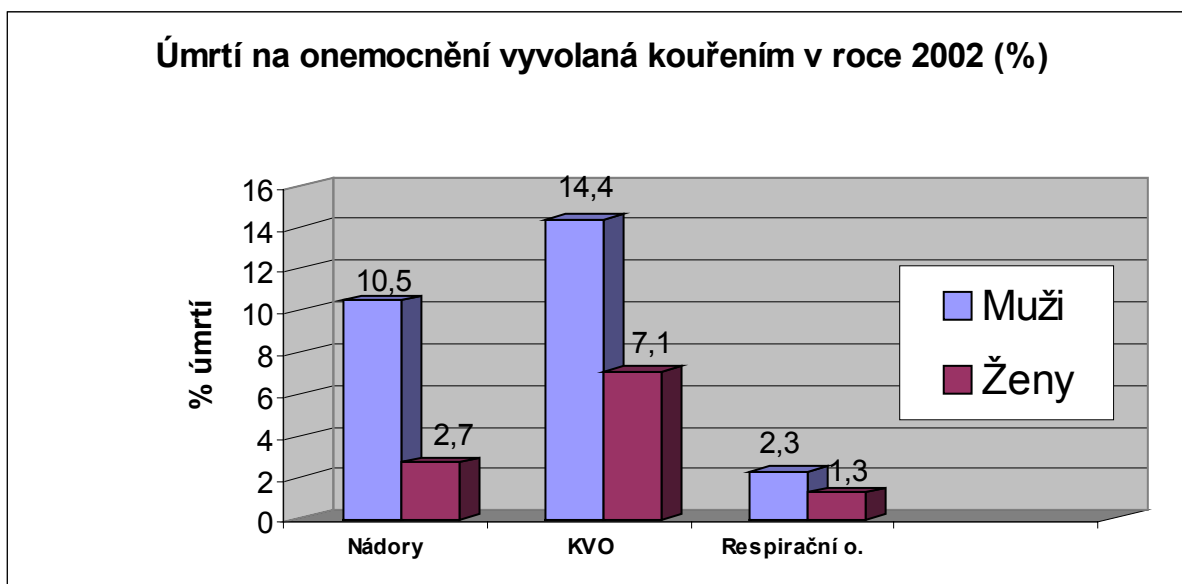
Tab. 1 Prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR (2002)

| | Ženy | Muži |
|-----------------|-------|-------|
| Současní kuřáci | 20,4% | 37,1% |
| Bývalí kuřáci | 14,4% | 22,9% |
| nekuřáci | 65,2% | 39,9% |

Tab. 2 Porovnání dvou odhadů

| Studie | muži | ženy | celkem |
|---------------------------|--------|-----------------------|--------|
| Peto et al. (rok 2002) | 14 137 | 3 653 | 17 790 |
| Tato studie (rok 2002) | 14 800 | 6 027 | 20 827 |
| | | 95% CI: 18 851-21 981 | |

Graf 1



Trendy v kouření cigaret u dětí a dospívajících v České republice v období 1994 až 2002

Ladislav Csémy, Hana Sovinová, Hana Provazníková, Jarmila Rážová a František David Krch

Psychiatrické centrum Praha, Státní zdravotní ústav, 3. Lékařská fakulta UK Praha, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Psychiatrická klinika VFN Praha

Úvod

Ve vyspělých zemích i v České republice se na celkové nemocnosti a úmrtnosti populace největší měrou podílí nemoci oběhové soustavy a nádorová onemocnění. Kouření tabáku je nejzávažnějším známým a preventabilním rizikovým faktorem, ovlivňujícím vznik, rozvoj a průběh mnoha z těchto onemocnění. Peto a spol. (2003) odhadli na základě mortalitních statistik ČR, že kouření lze připsat v roce 2000 celkem 17 700 úmrtí a každé úmrtí související s kouřením vede k průměrné ztrátě 15 let života. Soustředěné úsilí vyspělých společností omezovat kouření a tím i nežádoucí zdravotní škody, které působí, je proto nejen pochopitelné, ale v posledních letech také stále zřetelnější (Rámcová konvence o tabáku iniciovaná WHO). Pro formulování preventivních cílů, ale také pro sledování efektu již dříve přijatých opatření omezujících kuřáctví se ve vyspělých zemích provádějí specializovaná šetření zjišťující prevalenci kuřáctví v populaci.

Cíle

Hlavním cílem sdělení je přehlednout vývojové trendy v kuřáctví dětí školního věku a dospívajících v České republice v období 1994 až 2002 a analyzovat rodinný a psychosociální kontext kouření cigaret.

Metody, zdroje dat

Analýzy vycházejí z dat získaných v rámci řešení mezinárodní studie Mládež a zdraví (Health Behaviour in School-aged Children: a WHO collaborative cross-national study). Informace byly získávány formou školní dotazové studie v náhodně vybraných školách a třídách. Reprezentativní vzorky v letech 1994, 1998 a 2002 byly složeny ze školních dětí ve věku 11, 13 a 15 let, a jejich velikost byla 3585, 3703 a 5012 osob.

Výsledky

Změny v prevalenci kuřáctví

- V letech 1994, 1998 a 2002 byly prevalence pravidelného kouření 1,9 %, 1,4 % a 2,0 % ve věkové skupině 11letých žáků; 5,8%, 8,6%, and 11,1% ve skupině 13 letých, a konečně 13,9 %, 19,9 %, a 29,7 % ve skupině 15letých. Odpovídající hodnoty pro chlapce a dívky jsou naznačeny v grafech 1a a 1b.
- Ve skupině 15letých bylo 21 % denních kuřáků v roce 2002, zatímco v roce 1994 to bylo pouze 8,8 % (viz tabulka 1).

Kontext kuřáckého chování

Analýzu kontextových vztahů jsme omezili na skupinu 15letých žáků z výzkumu provedeného v roce 2002.

- Vyšší prevalence kuřáctví byla zjištěna u žáků, kteří vyrůstali v neúplné resp. doplněné rodině (viz tabulka 3).

- pravidelné (nebo denní) kouření rodičů a blízkých přátel predikovalo kouření u dotázaného (viz tabulka 4).
- Pravidelní kuřáci a silní kuřáci udávali častěji také jiné formy rizikového chování jako například nadužívání alkoholu a užívání nelegálních drog (viz tabulka 5).
- Kuřáci udávali také více psychosomatických obtíží ve srovnání s jejich nekuřáckými vrstevníky.
- Vyšší socioekonomický status rodiny a vyšší vzdělanostní úroveň rodičů měla inverzní vztah ke kouření u dětí.

Závěry

Výsledky výzkumu prokázaly markantní nárůst kouření v období mezi roky 1994 a 2002. Tento nárůst byl výrazný ve věkové skupině 13letých a zejména 15letých.

Rozdíl v prevalenci kuřáctví mezi pohlavími se k roku 2002 vyrovnal.

Kouření dítěte mělo silnou souvislost s kouřením rodičů a blízkých přátel.

Pravidelné a silné kouření přispívalo k rozvoji jiných forem rizikového chování.

Data, která máme k dispozici neumožňují analyzovat příčiny nárůstu kuřáctví u dětí školního věku. Domníváme se však, že na tomto vývoji se patrně spolupodílelo více faktorů, zejména málo důsledná regulace prodeje tabákových výrobků a reklama na tabák.

Tabulka 1 Prevalence denních kuřáků ve věkové skupině 15 let v roce 1994, 1998 a 2002

| Rok | 1994 | 1998 | 2002 |
|---------|--------|--------|--------|
| Chl.+D. | 8,8 % | 13,3 % | 21,6 % |
| Chlapci | 11,4 % | 15,5 % | 20,2 % |
| Dívky | 6,2 % | 11,3 % | 22,9 % |

Tabulka 2 Kuřácký status podle pohlaví

| Typ kuřáka | Chlapci | Dívky |
|-------------|---------|--------|
| Nekuřák | 66,6 % | 62,2 % |
| Slabý kuřák | 4,7 % | 7,3 % |
| Kuřák | 19,6 % | 21,3 % |
| Silný kuřák | 9,1 % | 9,3 % |

Tabulka 3 Výskyt kouření podle struktury rodiny

| Struktura rodiny | Nekouří | Kouří slabě | Kouří (kategorie kuřáci a silní kuřáci) | Statistická významnost (χ^2) |
|------------------------|---------|-------------|---|-------------------------------------|
| Úplná rodina | 68,7 % | 6,2 % | 25,1 % | p<0,01 |
| Restrukturovaná rodina | 52,7 % | 3,6 % | 43,7 % | |
| Jeden (vlastní) rodič | 56,8 % | 6,6 % | 36,6 % | |
| Jiná | 41,0 % | 10,3 % | 58,7 % | |

Tabulka 4 Kouření v závislosti na kouření rodičů a blízkých přátel

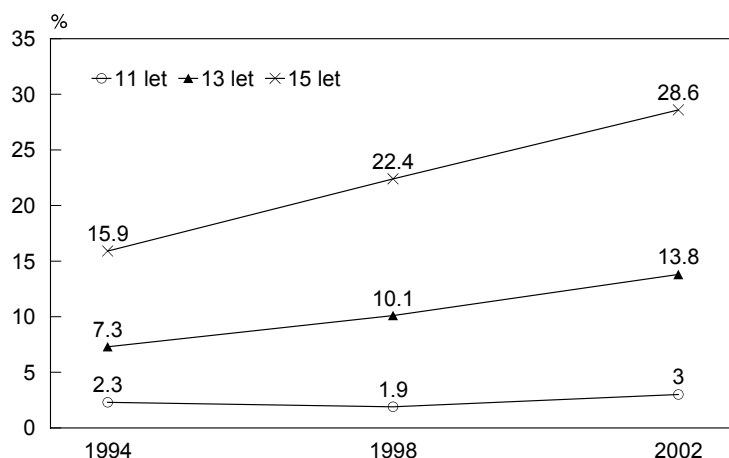
| | Nekouří | Kouří slabě | Kouří (kategorie kuřáci a silní kuřáci) | Statistická významnost (χ^2) |
|---------------------------|---------|-------------|---|-------------------------------------|
| Otec nekouří | 72,2 % | 6,5 % | 21,3 % | p<0,001 |
| Otec kouří (denně) | 48,9 % | 5,0 % | 46,1 % | |
| Matka nekouří | 72,6 % | 6,3 % | 21,1 % | p<0,001 |
| Matka kouří (denně) | 54,5 % | 5,4 % | 40,1 % | |
| Kamarád/-ka nekouří | 89,9 % | 4,0 % | 6,1 % | p<0,001 |
| Kamarád/-ka kouří (denně) | 34,9 % | 5,8 % | 59,3 % | |

Tabulka 5 Výskyt jiných forem návykového chování podle kuřáckého statusu

| Typ kuřáka | Opilost | Pití nadměrných dávek alkoholu | Užití marihuany v posledním roce | Užití extáze v posledním roce |
|-------------|---------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Nekuřák | 4,6 % | 6,5 % | 10,3 % | 1,0 % |
| Slabý kuřák | 9,0 % | 15,0 % | 29,6 % | 3,1 % |
| Kuřák | 31,2 % | 30,3 % | 55,8 % | 5,0 % |
| Silný kuřák | 57,2 % | 53,3 % | 78,5 % | 15,5 % |

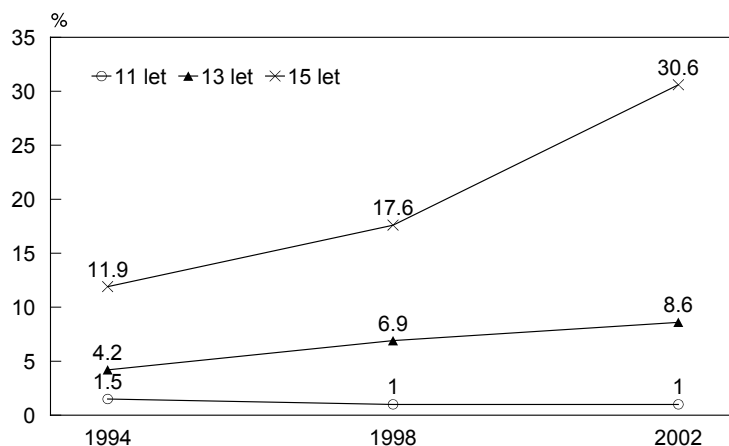
Obr. 1a

Vývoj pravidelného kuřáctví u chlapců v období 1994 až 2002



Obr. 1b

Vývoj pravidelného kuřáctví u dívek v období 1994 až 2002



Poster Evropská soutěž NEKUŘÁCKÁ TŘÍDA

R. Hanewinkler, et al., V. Zachovalová, MU v Brně (jako jedna ze spoluautorů)

Program je zaměřen na děti staršího školního věku a jeho **filosofií** je využít přirozeného vlivu vrstevníků k přijetí nekuřáckého modelu chování; **cílem** je snížit prevalenci dětských kuřáků.

Metodika: formou soutěže se třída za souhlasu všech příslušníků zaváže k abstinenci kouření po dobu čtyř až šesti měsíců: děti své úsilí medializují vlastním logem, dodržování podmínek samy kontrolují. Škola pomáhá přijetím protikuřáckých programů nebo besedami, s kuřáky jsou vedeny skupinové nebo i individuální behaviorální pohovory.

Výsledky: byly prezentovány výsledky 4 studií ze 3 různých evropských zemí, v nichž už nejen proběhl termín soutěžního období, ale bylo možno hodnotit účinnost programu po jednom až dvou letech; celkem zahrnuje 12.812 dětí. Zatímco počáteční prevalence kuřáků byla v ovlivňovaném i intervenčním souboru obdobná (12%, resp. 14%), byl počet kuřáků v prospektivním sledování významně nižší v souboru s programem (28%, vs. 36% v kontrolním, $p < 0,001$).

Závěr: nový způsob prevence kouření může úspěšně snížit prevalenci kuřáctví v dětském věku. Forma soutěže, možnost elektronické výměny zkušeností a publicita na veřejnosti jsou prvky, které mládež zaujmou.