

VÝVOJ TABAKISMU VE SVĚTĚ A V ČR

DEVELOPMENT OF NICOTINISM IN THE WORLD AND IN THE CZECH REPUBLIC

Kastnerová Markéta^{1,2}, Žižková Blanka³

¹Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra veřejného a sociálního zdravotnictví

²Krajská hygienická stanice Jihočeského kraje sídlem v Českých Budějovicích

³Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra psychiatrie a psychologie

Summary

About 40 species of tobacco are known, but two of them are grown most frequently: Virginia tobacco (*Nicotiana tabacum*) and wild tobacco (*Nicotiana rustica*). Each epidemic begins, achieves its peak and thereafter, it subsides. The tobacco epidemic started with the beginning of the 20th century, when mass manufacture of cigarettes by machines was initiated. Since then, it was propagated in accordance with the same model in all countries: At the beginning, men start smoking, the prevalence of their smoking achieves its peak and subsequently decreases, but the peak of the mortality due to diseases resulting from smoking occurs with a delay of 30 to 40 years. This is also repeated with a certain delay in women. Our current situation is similar to that in the USA, Canada or Great Britain 20 to 30 years ago. The dependence on tobacco, diagnosis F 17, is an independent condition in the International classification of diseases of the American Psychiatric Society. The origination of the dependence is prevalently a paediatric problem, since most adult smokers started smoking in their childhood and adolescence periods. A reversal of this development should be provided by the framework agreement on the control of tobacco. This is the first legally binding document in the WHO history, which was agreed by WHO member states after 5-year negotiations in May 2003. A process of its ratification at national levels is currently being implemented. The agreement came in force in February 2005.

Key words: Tobacco – dependence – epidemic

Souhrn

Tabáku je známo asi 40 druhů, ale nejčastěji jsou pěstovány dva: tabák viržinský (*nicotiana tabacum*) a tabák selský (*nicotiana rustica*). Každá epidemie má svůj začátek, vrchol a pak odeznívá. Tabáková epidemie začala s příchodem 20. století, kdy se cigarety začaly vyrábět masivně strojevě. Od té doby se šíří podle stejného modelu ve všech zemích: nejdříve začnou kouřit muži, pak prevalence jejich kouření dosáhne vrcholu a klesá, ale se 30-40letým zpožděním ještě přichází vrchol mortality na nemoci způsobené kouřením. S jistým zpožděním se totéž opakuje u žen. To, co se odehrálo před 20 či 30 lety v USA, Kanadě nebo Velké Británii, prožíváme nyní my. Závislost na tabáku, diagnóza F 17, je samostatným stavem v Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO a v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické společnosti. Vznik závislosti je převážně pediatrický problém, neboť většina dospělých kuřáků začíná kouřit v období dětství a adolescence. Zvratem v rozvoji by měla být Rámcová úmluva o kontrole tabáku. Jedná se o první právně závazný dokument v historii WHO, který byl členskými státy WHO po pětiletém jednání odsouhlasen v květnu roku 2003. Nyní probíhá proces jeho ratifikace na národních úrovních. Úmluva vstoupila v platnost v únoru 2005.

Klíčová slova: tabák – závislost – epidemie

HISTORIE TABÁKU A KOUŘENÍ

Jak nás o tom informuje Herodotos, Plinius starší či Mela Pompinius, setkáváme se s inhalací různých dýmů již ve starověku. Tak např. k léčbě melancholie bylo doporučeno inhalovat kouř z dýmajícího kravského trusu. Kouření tabákových listů zavedli jako první američtí Indiáni kmene Huronů, kteří kouřili tabákové listy při svých náboženských prosebných obřadech k Velkému duchu. Tabák považovali za jednu z nejdůležitějších plodin, jak o tom svědčí pověst o jeho vzniku. Nahé huronské dívky se kdysi posadily na suchou zem a položily obě ruce na půdu. Pod levou dlaní vyrostlo obilí, pod pravou brambory a tam, kde seděly, vyrostl tabák. Pro Indiány měl tabák nesmírný význam a připisovali mu neobyčejné účinky. Listy tabáku byly u nich používány k léčebným účelům ve formě obkladů či aplikovány jako pasta k léčení vředů na kůži. Jeho důležitost potvrzuje „kalumet míru“. Kouři tabáku připisovali psychické účinky. Poskytoval jim představy o budoucím světě, stimuloval je k rituálním tancům, pomáhal v boji proti únavě, bolestem a hladu.

První Evropan, který se setkal s tabákem, byl námořník Kolumbovy výpravy. Byl jím buď Luis de Torres, nebo Rodrigo de Jeres, kteří poprvé v roce 1492 viděli indiánské muže a ženy kouřit tabák. Brzy po objevení Kuby Španěly, Kanady a Floridy Francouzi, Brazílie Portugalci a Virginie Angličany obyvatelé těchto oblastí tabák přijali a kouřili ho v dýmce, jako doutník, později pili i odvar tabáku podle Indiánů. Jak obchod mezi národy a kontinenty vzkvétal, rozšířil se tabák do Evropy, Asie, Afriky a Austrálie. V roce 1512 byl tabák přivezen do Portugalska Juanem Ponce de Leon a za 44 let poté André Thevet dovezl tabák do Francie z Brazílie. V roce 1558 byl tabák již pěstován v Portugalsku a Francesco Hernandez z Toleda jej přinesl z Portugalska do Španělska. Rok nato Damien de Goes poskytl francouzskému velvyslanci Jeanu Nicotovi možnost tuto rostlinu prozkoumat. Ten ji popsal a zdůraznil její „léčebné účinky“. Alkaloid obsažený v jeho listech byl pak později nazván jeho jménem. Tentýž rok Francesco Hernandez, osobní lékař Filipa II., přivezl semena tabáku z Mexika a začal jej pěstovat. V roce 1565 Sir John Hopkins přive-

zl semena tabáku do Anglie a tentýž rok Sir Walter Raleigh zavedl kouření tabáku ve své zemi. Do střední Evropy byl tabák dovezen ve stejný rok, a to do Švýcar, kam ho přivezl Konrád Gesner. Do českých zemí se dostal až koncem 16. století v letech 30leté války v době panování Rudolfa II., když Turci vpadli do Uher. Pravděpodobně jedním z prvních kuřáků v českých zemích byl Mikuláš Dačický z Heslova.

Písemné zprávy o léčivých účincích tabáku se množily a pojednávaly o jeho zevním i vnitřním použití. Jmenujme za mnohé Leibaulta z Paříže, Gohoryho z Paříže, Nicholase Normatese ze Sevilly, Williama Vaighana z Anglie, Francise Bacona a další. Též název tabáku doznal různých podob: Květina vyslančova (po J. Nicotovi), Nicotinae, Catarina Medicia (podle Kateřiny Medicejské), Květ Svatého kříže, Svatý květ nebo Sacrea, Herbe divine, Herba panacea, Sana Sancta Indorum, Sacra Herba, Indianisch Wunderkraut, Heilkraut a další.

Byla to doba, kdy byl tabák královnou farmakopéy, ale již někteří lékaři jako Van der Meer z Delfu vyjadřovali skepticismus a doporučili omezit jeho používání. Osobnosti tehdejšího světa však používaly tabák ke kouření a šňupání a prohlašovaly, že jim pomáhá v jejich činnosti: Kateřina Veliká, Kateřina Medicejská, Petr Veliký, Fridrich Vilém I., Jiří I., Napoleon, Napoleon III., Moltke, Blücher, ale i Molière, Corneille, Bacon, Voltaire, Metternich, Talleyrand, Bismarek. S rostoucím rozšířením tabáku, jeho chválou a vyzdvihováním jeho „léčivých“ účinků vznikala i odpor k jeho užívání. V roce 1601 vyšel v Londýně spis od neznámého autora „Work for chimney sweepers or warning for tabacconists“ a brzy nato vydal Jakub I., anglický král, Protest proti tabáku, „Counterblaste to tobacco.“ V Kodani vyšel v roce 1665 od Simona Paulli Komentář k užívání tabáku „Commentarius de abusa tobaci“ a v roce 1670 v Amsterdamu „Spicilegium anatomicum“, tzv. Klasobraní (výbor) z anatomie. Začaly se objevovat zákazy a tresty za užívání tabáku. V roce 1605 zorganizoval Jakub I. v Oxfordu první veřejnou debatu o vlivu tabáku. Nejen že bylo zdůrazněno, že tabák nemá léčivé účinky, ale byl srovnáván s „černými páchnoucími výpary“,

unikajícími z pekla. Byly demonstrovány černý mozek a černé vnitřnosti získané z těl „nenapravitelných kuřáků“. Papež Urban VIII. vydal bulu odsuzující tabák v jakékoli formě. Kuřáci byli exkomunikováni z církve. V Rusku byli trestáni uříznutím nosu, kastrací, bičováním, bastonádou. Těmto trestům učinil konec Petr Veliký, který sám kouřil dýmku jako projev západní kultury. V Turecku bylo kouření dýmky trestáno propíchnutím nosu samotnou dýmku. Důvodem bylo přesvědčení, že kouření způsobuje sterilitu a snižuje bojovnost tureckých vojáků.

Lékaři začali upozorňovat na projevy užívání tabáku, především v oblasti gastrointestinálního ústrojí: kolitidy, diarrhoe, nauzea, emesis; v dýchacím ústrojí: vředy v plicích, astma, kašel; v kardiovaskulárním aparátu: bolesti u srdce, apoplexia atd. Dr. Hodgkin v roce 1857 prohlásil, že užívání tabáku „vysušuje“ žaludek a vyvolává touhu po pití. V témže roce uveřejnil v Lancetu zprávu, že tabák způsobuje demenci. Některé náboženské sekty zakazovaly a zakázaly užívání tabáku a mnohé z nich tento zákaz do dnešní doby dodržují: mormoni, adventisté sedmého dne, indiští Pársové, sikhové, mniši ze střední Koreje, sekta Tsai Li v Číně, některé křesťanské sekty v Etiopii, někteří Beduíni a potomci Mahdiho v Súdánu.

Užívání tabáku se však začalo oddávat stále více a více lidí a národů a jeho spotřeba stoupla. Stal se z něho jak pro soukromníky, tak pro vlády vhodný a snadný zdroj příjmů. Státní monopol tabáku byl poprvé ustanoven francouzskými králi, „Le monopol du tabac“, který byl zrušen za francouzské revoluce a znovu objeven za Napoleona I. Vlády mnoha zemí začaly uvalovat na tabák daně, např. Spojené státy daň z uskladněných listů, daň z vyrobených tabákových produktů, Spojené království a evropské země daně z importu. Státní tabákový monopol vlastnila vedle Francie Itálie, Japonsko a Rakousko-Uhersko. V našem státě převzala státní monopol Čs. tabáková režie, po druhé světové válce československý tabákový průmysl.

Ke značnému rozvoji tabákového průmyslu došlo po zavedení strojové výroby cigaret. Stalo se tak koncem občanské války ve Spojených státech amerických. James Buck Duke,

majitel 300akrové farmy poblíž Raleigh v Severní Karolině začal prodávat nejprve tabák do dýmek a tabák ke šňupání. Pro značnou poptávku po ručně vyráběných cigaretách využil nálezu Jamese Bonsacka z Virginie, který zkonstruoval stroj na výrobu cigaret. Ten umožnil výrobu 120 000 cigaret denně, které dříve za stejnou dobu vyrobilo 40 pracovníků (dnes po 100 letech jeden stroj vyrobí denně 6 milionů cigaret). Obchod se rychle rozšiřoval, spotřeba stále stoukala, takže již v roce 1890 mohl Duke ustavit společnost American Tobacco Company s kapitálem 25 milionů amerických dolarů. Tím byl položen základ k jednomu z největších průmyslových odvětví na světě.

V současné době vládne ve světě tabákového průmyslu šest mezinárodních gigantů, Transnational Tobacco Conglomerates. Jsou to Philip Morris Incorporated, R. J. Reynolds Industries Inc., American Brands Inc., vládnoucí ve spojených státech, British American Tobacco Industries a Imperial Group ve Velké Británii a Rembrandt Group v Jihoafrické republice. Asi 84 až 90 % vypěstovaného tabáku se dostává do mezinárodního obchodu, který je většinou pod kontrolou těchto monopolů (1).

PĚSTOVÁNÍ A VÝROBA TABÁKU

Dnes je tabák pěstován téměř po celém světě, v tropech i v mírných pásmech, všude tam, kde je vhodná půda a kde jsou příznivé poměry klimatické. Daří se mu nejlépe v lehké a písčité půdě, která obsahuje hojně draselných solí. Hlavními producenty jsou: Jižní Amerika (zvláště Brazílie), Kuba a okolní ostrovy, Jáva, Sumatra, Filipíny, Malá Asie, Balkán, Krym, Ukrajina, Francie, Holandsko, Belgie a Maďarsko s Bulharskem. Severní hranice jeho rozšíření sahá až do jižního Švédska (7). V současné době je tabák pěstován ve 120 zemích světa na 0,3 % orné půdy. V rozvojových zemích je pěstováno 63 % světové produkce a tabákové plantáže zabírají velké rozlohy půdy. Dalšími producenty tabáku jsou především bývalý Sovětský svaz a Čína.

Botanicky patří tabák do čeledi lilkovitých rostlin (solanaceae). Je tedy blízkým příbuzným užitečných brambor a rajských jablíček, ale i rostlin jedovatých, jichž se využívá v lékařství pro jejich obsah důležitých alkaloi-

dů (blín, rulík, durman aj.). Tabáku je známo asi 40 druhů, ale nejčastěji jsou pěstovány dva: tabák viržinský (*nicotiana tabacum*) a tabák selský (*nicotiana rustica*).

Tabák viržinský je jednoletá rostlina mohutného vzrůstu. Lodyha, dosahující výšky až dvou metrů, je porostlá střídavými listy a na vrcholu nese latu drobných, úhledných kvítků, barvy nachově červené. Plodem jsou tobolky, naplněné drobným hnědým semenem. Z celé rostliny jsou nejdůležitější listy, dosahující délky až 60 cm a šířky až 30 cm, porostlé jemnými žlaznatými chloupky. Na jedné rostlině jich bývá 10 až 20. Jsou oválného či kopinatého tvaru a směrem k vrcholu lodyhy se zmenšují. Viržinský tabák pochází z Jižní Ameriky a rozšířil se v mnoha odrůdách po všech teplých oblastech.

Selský tabák se liší od viržinského hlavně tím, že dosahuje jen asi poloviční výšky a jeho listy a květy jsou menší. Květy žlutozelené a rozeznávají se ještě druhy velkolisté a malolisté. Pochází pravděpodobně ze Střední Ameriky a dnes se pěstuje hlavně v jihovýchodní Evropě, Asii a Africe.

Vedle těchto dvou hlavních druhů je ještě poměrně často pěstován tabák marylandský (*nicotiana glauca*), hlavně v Maďarsku a Turecku. Jsou i druhy bělokvěté a druhy, které se pěstují jenom pro ozdobu. Jejich listy se ke zpracování na kuřivo nehodí, ale přesto je jejich pěstování ve státech s tabákovým monopolem zakázáno.

Tabák je rostlina velmi náročná, neboť během růstu vyžaduje značnou péči: kypření půdy, přihnojování draselnými solemi a časté postřikování ochrannými prostředky proti četným škůdcům. Spodní listy se olamují, aby rostliny vyhnaly více do výše. Když se objeví na vrcholu lodyhy poupata, seřezávají se, aby se mohly rovnoměrněji vyvinout a dozrát. Nejjakostnější z celé rostliny jsou prostřední listy. Listy u země, znečištěné hlinou a pískem, a drobné lístky pod květenstvím jsou horší kvality. Listy jsou zralé pro sklizeň tehdy, když ztratí svou sytě zelenou barvu a začínají žloutnout a vadnout. Sklízet se může dvojím způsobem: buď se celá rostlina u země uřízne a suší v sušárně zavěšena květenstvím dolů, nebo se ulamují jednotlivé listy postupně podle toho, jak dozrávají. Při tomto častějším

způsobu sklizně se navlékají na šňůry a suší ve stínu pod zvláštními kůlnami nebo ve vytápěných sušárnách. Při sušení dostanou listy typickou hnědou barvu, ale chuť a aroma tabáku ještě zdaleka nemají. Tyto vlastnosti získají až při tzv. fermentaci, což je složitý kvasný proces, prováděný různými způsoby a někdy ještě doplňovaný tzv. mořením tabáku různými roztoky. Při zpracování na kuřivo se z listů odstraňují prostřední žilky, tabák se krájí a zvlhčuje. Potom se nechává ještě několik měsíců „zrát“.

Kdybychom provedli chemický rozbor tabáku, zjistili bychom asi toto: zelené tabákové listy obsahují podle druhu od 2 do 9 % nikotinu. Byly vypěstovány i druhy tabáku, které nikotin vůbec neobsahují. Nikotin však nebývá v listech v čisté formě – je vázán na ústrojně kyseliny, a to na jablečnou, citronovou a šřavelovou. Vedle nikotinu jsou v listech obsaženy i jiné alkaloidy: nikotein, nikotin, nikotellin, nikotylin, normikotin, anabasin a anatabin, vesměs v nepatrných množstvích. Dále jsou v listech obsaženy: amoniak, dusičnany, kyselina dusičná, pyrrolidin, bílkoviny, uhlohydráty, vosky, pryskyřice, třísloviny, rostlinné silice a četné jiné látky. Látky karcinogenní vznikají při spalování tabáku.

Při fermentaci probíhají v tabákovém listu důležité změny. Množství nikotinu se snižuje na 0,8 až 0,5 %, stejně jako se zmenšuje obsah škrobu a bílkovin. Vznikají četné nové látky, které dodávají tabáku jeho typickou vůni a příchut'. Jsou to hlavně rostlinné silice, ale tvoří se i alkohol a aceton. Aby tabák při dlouhém skladování nepřesychal, přidává se k němu i malé množství glycerinu.

Při hodnocení tabáku obvykle vystačíme s tím, že udáváme, kolik nikotinu obsahuje. To je u různých druhů tabáku různé. Obvykle obsahují tabáky dýmkové od 1,6 do 4,0 %, tabáky doutníkové od 1,1 do 1,9 % a tabák cigaretový od 1,1 do 2,3 % (1).

PREVALENCE KOUŘENÍ VE SVĚTĚ A V ČR
Kouření se stává významným a závažným problémem zdravotnickým, ale i celospolečenským nejen u nás, ale i ve světě. Podle odhadů WHO tvoří kuřáci asi jednu třetinu dospělé populace, zvyšuje se prevalence kuřáctví v mladších věkových skupinách u obou pohlaví

ví. Významný je i rostoucí počet kuřáček v mladších věkových skupinách (3).

Každá epidemie má svůj začátek, vrchol a pak odeznívá. Tabáková epidemie začala s příchodem 20. století, kdy se cigarety začaly vyrábět masivně strojově. Od té doby se šíří podle stejného modelu ve všech zemích: nejdříve začnou kouřit muži, pak prevalence jejich kouření dosáhne vrcholu a klesá, ale se 30-40letým zpožděním ještě přichází vrchol mortality na nemoci způsobené kouřením. S jistým zpožděním se totéž opakuje u žen. To, co se odehrálo před 20 či 30 lety v USA, Kanadě nebo Velké Británii, prožíváme nyní my. V rozvojových zemích boom tabákového marketingu teprve začíná.

Výzkumníci z Harvardské univerzity v USA a z Queenslandské univerzity v Austrálii v časopisu Lancet uvedli, že v roce 2000 podlehl následkům kouření téměř 5 milionů lidí na světě. Nejčastější příčinou smrti jsou kardiovaskulární choroby (1,7 milionů lidí), chronická obstrukční plicní nemoc (970 tisíc) a rakovina plic (850 tisíc). Muži tvoří 2/3 z celkového počtu obětí, v rozvojových zemích se toto číslo zvyšuje na 84 %. Na celém světě kouří přibližně 1,1 miliardy lidí, 85 % kuřáků přitom žije v rozvojových státech. Tabákový průmysl se v poslední době soustředí právě na země s méně vyspělou ekonomikou, které mají vyšší nárůst populace a postupně silící kupní sílu. Počet úmrtí souvisejících s kouřením se ve světě do roku 2020 zdvojnásobí. Na nemoci způsobené kouřením zemře patrně 10 milionů lidí. Podle Centra pro kontrolu a prevenci nemocí v americké Atlantě (CDC) tomu nahrává nejen větší počet kuřáček mezi dívkami, který ukázal mezinárodní průzkum mezi mládeží ve věku 13 až 15 let, ale také užívání dalších tabákových výrobků a skutečnost, že účinkům nikotinu jsou běžně vystavováni i nekuřáci. Centrum uskutečnilo průzkum mezi 750 000 13-15letými ze 131 zemí světa. Ukázalo se, že 9 % z nich kouří. Podle předchozích průzkumů bylo množství kuřáků 4x větší než počet kuřáček. Nyní kouří již jen 2,3x více mužů než žen. V některých zemích je to vyrovnané. V Evropě i ČR, je příčinou každého pátého úmrtí, a to především na kardiovaskulární nemoci, dále způsobuje asi třetinu onkologických onemocnění, přes

80 % chronických plicních onemocnění a další nemoci ve všech klinických oborech. V ČR je každoročně 18 000 úmrtí, tedy 50 denně, způsobeno kouřením. Podíl úmrtí způsobených kouřením začal u nás roku 2000 oproti roku 1995 lehce klesat u mužů (celkově z 27 % na 26 %), naopak u žen jsme na začátku vzestupu (z 5 % v roce 1995 na 7 % v roce 2000). Jak u mužů, tak u žen však převažuje počet úmrtí na kardiovaskulární onemocnění (KVO) v důsledku kouření nad počtem úmrtí na nádorová onemocnění. V ČR kouří cca 30 % dospělé populace, tedy přes 2 miliony osob. Počet kuřáků v Evropě ovšem zároveň za posledních 10 let poklesl o 15 %. Ještě rapidněji, o 40 %, se snížil počet pasivních kuřáků, tedy osob, které se cítí být obtěžovány kouřením druhých. Vyplývá to z mezinárodní studie, již se zúčastnilo 9000 lidí ze 14 evropských zemí. Výsledky byly zveřejněny v březnovém vydání European Respiratory Journal. Počet kuřáků poklesl rychleji mezi muži než mezi ženami. Odborníci to přičítají legislativním omezením kouření na veřejnosti (např. v restauracích) v mnoha zemích, ale i silnějšímu povědomí o škodlivosti pasivní inhalace cigaretového kouře (2).

Bohužel, celosvětovým trendem je, že začátky kouření se posunují do stále nižší, věkových skupin. Podle studií v USA byl počátkem 90. let minulého století průměrný věk prvních pokusů s kouřením 14,5 let, pravidelnými kuřáky se mladí lidé stávali ve věku 17,7 let (4). Podle rozsáhlé studie HBSC (The Health Behaviour in School Aged Children) dochází ke zřetelnému nárůstu počtu kuřáků mezi dětmi: v roce 1994 kouřilo denně 8,8 % dětí ve věku 15-16 let, o 4 roky později v roce 1998 bylo v této věkové kategorii už 13,3 % pravidelných denních kuřáků.

V souboru pražských středoškoláků zařazeném do mezinárodní studie ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Drugs) ti, kteří ve svém životě kouřili alespoň desátkát, začínali kouřit v průměru ve věku 11,9 let (hoši) až 12,9 let (dívky). Silní kuřáci (10 a více cigaret za den) začínali kouřit v průměrném věku 11,8 let, slabší kuřáci o téměř rok později (12,6 let). Mezinárodní srovnání ukázalo, že kouření a jiné rizikové chování se vztahem k návykovým látkám se

u české mládeže vyskytovalo ve větší míře než u vrstevníků z jiných evropských zemí (5).

Ústav zdravotnických informací a statistiky zjišťuje od roku 1993 rozšířenost kuřáctví v rámci Výběrového šetření o zdravotním stavu české populace. Jde o dotazové šetření prováděné vždy jednou za tři roky metodikou WHO HIS – Health Interview Survey. Podrobné výsledky šetření HIS ČR jsou dostupné na internetové adrese ÚZIS (www.uzis.cz). Počet kuřáků v populaci se podle této studie mění jen málo, ale při podrobnějším rozboru je patrné, že v období 1993 až 2002 mírně klesl počet silných kuřáků a vzrostlo procento současných nekuřáků (prevalence u mužů v roce 1993 byla 31,9 % a v roce 2002 30,9 %, prevalence u žen v roce 1993 21 % a v roce 2002 18,1 %) (10). Státní zdravotní ústav provádí šetření v populaci od roku 1996. Základní soubor otázek, které se týkají kouření, je ve stejné formě kladen při každém opakování výzkumu. Zpočátku byl výzkum opakován s dvouletou periodicitou, od roku 1999 běží každý rok. Souhrnná zpráva s detailními informacemi je dostupná na internetové stránce SZU (3).

ZÁVISLOST NA TABÁKU

Závislost na tabáku, diagnóza F 17, je samostatným stavem v Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO (8) a v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické společnosti (9). Vznik závislosti je převážně pediatrický problém, neboť většina dospělých kuřáků začíná kouřit v období dětství a adolescence. Dříve se předpokládalo, že pro rozvoj závislosti je nutná relativně vysoká každodenní dávka (alespoň 10 cigaret za den). Nejnovější výzkumy ukazují, že u mladistvých kuřáků vzniká závislost mnohem dříve a po mnohem menších dávkách. Některé 11leté děti, které kouří jen občas (po dobu 4 týdnů) nebo sice denně, ale méně než 5 cigaret, už typické příznaky závislosti mají (5).

ZÁVĚR

Kouření je nežádoucí forma sociálního chování a má v dospívání specifický sociální význam a funkci. Je třeba zaměřit pozornost na taková preventivní opatření, která zasáhnou sociální prostředí dětí a mládeže a demonstrují negativní mínění o kouření jako chování, které

je nenormální, neatraktivní, nedospělé a závislé. Je třeba vyzdvihnout úlohu těch vůdčích vrstevníků, kteří nekouří, nabízet atraktivní alternativy pro volný čas, výrazně omezit klamavou reklamu a snížit dostupnost radikálním zvyšováním cen a omezením prodejních míst. Počáteční stadia kouření jsou pediatrickou epidemií spojenou s dalšími formami rizikového chování a se zdravotními problémy v dospívání i dospělosti. Dospělí mají zodpovědnost za to, že připouští, aby se tato epidemie, ohrožující mládež a děti, šířila. Zdravotní výchova dětí, pubescentů a adolescentů má svá specifika, daná psychologickými charakteristikami jednotlivých věkových období (5). Výchova ke zdraví zahrnuje činnosti, jejichž cílem je poskytnout lidem přístupným způsobem dostatek informací o možnostech a způsobech, jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti, motivovat, ovlivnit postoje a přivést lidi k aktivnímu zájmu o své zdraví a konečně ke změně chování vedoucí k posílení zdraví (6). Podání informací o riziku musí být spojeno se způsobem ovlivňování postojů a nabízení vhodných alternativ, aby si každý jedinec mohl způsob svého života zvolit (5).

Různá legislativní opatření (na ochranu čistého vzduchu, zákazy kouření na veřejných místech) a důsledné vyžadování jejich plnění, dávají dětem a mládeži jasný signál, že společnost nehodlá kouření akceptovat a tolerovat. Další legislativní opatření jsou zaměřena na výrazné omezení reklamy a snížení dostupnosti kuřiva radikálním zvyšováním cen a omezením prodejních míst. Zvratem ve vývoji by měla být Rámcová úmluva o kontrole tabáku (Framework Convention on Tobacco control). Jedná se o první právně závazný dokument v historii WHO, který byl 192 členskými státy WHO po pětiletém jednání odsouhlasen v květnu roku 2003. Nyní probíhá proces ratifikace na národních úrovních. Úmluva vstoupila v platnost v únoru 2005. FCTC shrnuje zásady minimální kontroly tabáku, které by měly platit mezinárodně, stanovuje minimální standard pro každou zemi právě kvůli celosvětovému dopadu této pandemie. Dosud ratifikovalo úmluvu více než 120 zemí, jež pak mají 3 roky na implementaci těchto opatření do lokální legislativy. Mj. jde o kontrolu prodeje, úpravu reklamy na tabákové výrobky

(doporučuje se zákaz, včetně sponzoringu, zvýšení daní z tabákových výrobků a ochrana občanů omezením kouření ve veřejných prostorách). Úmluva zahrnuje i další témata jako např. poskytování léčby závislým na tabáku (na prevenci a léčbu by mělo jít 1-2 % z daní za tabákové výrobky) a podporu výzkumu a výměny informací mezi zeměmi. Do roku 2050 by úmluva měla pomoci snížit o polovinu počet začínajících kuřáků, což by mohlo na celém světě uchránit asi 200 milionů lidských životů (2). Legislativní orgány v České republice přistupují k přijetí zásadního moderního zákona proti tabáku vážavě. Není to způsobeno tím, že by poslanci neměli dostatečnou podporu veřejnosti: ve studii SZÚ se vyslovilo 82 % respondentů pro zákaz kouření na veřejných prostorách, 93 % pro dodržování zákazu kouření na pracovištích, 68 % podpořilo zákaz přímé i nepřímé reklamy (3). Přesto jsou poslanci i nadále silně ovlivňováni tabákovou lobby a přijetí moderních zákonných norem na podporu omezení šíření tabákové epidemie opakovaně zamítají (5).

LITERATURA

1. Kozák, J. a kol.: Rizikový faktor kouření, 1. vyd. Praha: 1993. KPK, s. 242. ISBN 80-85267-42-X.
2. Králíková at al.: Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. In: Časopis lékařů českých. 2005, 144,5, s. 327-333. ISSN 0008-7335.
3. Sovinová, H., Csémy, L.: Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice. 1. vyd. Praha: 2003. SZÚ, s. 96. ISBN 80-7071-230-9.
4. Elders, M. M.: The Report of the Surgeon General: Preventing tobacco use among young people. Am. J. Publ. Health, 84, 1994, s. 543-547.
5. Hrubá, D. et al.: Začátky kouření českých adolescentů. In: Hygiena. Časopis pro ochranu a podporu zdraví. 2003, 48, 1, s. 29-41, ISSN 1210-7840.
6. Kastnerová, M. et al.: Prevence vzniku sociálně patologických jevů. In: Prevence úrazů, otrav a násilí. 2006, 2, 2, s. 119-125, ISSN 1801-0261.
7. Novák, M. a kol.: O kouření, 1. vyd. Praha: 1980. Avicenum, s. 164. ISBN 08-060-80.
8. World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. Geneva: 1992, WHO.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders, 4th edition (DSM – IV) Washington: 1995. American Psychiatric Association.
10. Ústav zdravotnických informací a statistiky. Údaje o zdraví – dynamické tabulky. [online], [cit. 2007-06-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/dpS>.

*Markéta Kastnerová a Blanka Žižková
marketa.kastnerova@khscb.cz*