NÁZORY, POSTOJE A CHOVÁNÍ RODIČŮ DĚTÍ PRACUJÍCÍCH S PROGRAMEM „NORMÁLNÍ JE NEKOUŘIT“

OPINIONS, ATTITUDES AND BEHAVIOUR OF PARENTS PARTICIPATING IN THE „NON-SMOKING IS NORMAL“ PROGRAMME

DRAHOSLAVA HRUBÁ¹, IVA ŽALOUĐÍKOVÁ²

¹Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Ústav preventivního lékařství, Brno

²Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra psychologie, Brno

SOUHRN

Úvod: V rozvinutých zemích je expozice dětí zakouřenému ovzduší v bytech jedním z nejzávažnějších zdravotních rizikových faktorů. Ve školním výchovném programu „Normální je nekouřit“ je zahrnuta i aktivní spolupráce rodičů s cílem podpořit jejich dobrovolné vytváření nekuřáckých domovů. Účinnost programu byla testována v pilotní studii na 10 základních školách v Brně a Frýdku-Místku a následně v širší studii na 25 základních školách z Brna, Zlína, z okresních i menších měst Čech a Moravy, které měly o program zájem; k nim byly přiřazeny školy kontrolní ze stejných lokalit.

Metody: Během pětileté prospektivní semilongitudinální studie byli rodiče opakovaně informováni o hlavních tématech programu a žádáni o spolupráci při některých domácích úkolech. Předmětem domácích úkolů byly diskuse o zdravotních následcích kouření a typech závislosti, zařazení tělesné aktivity do každodenního rozvrhu dětí, přijetí doporučení ke zdravé výživě. Každoročně byly u rodičů sledovány jejich znalosti, názory a úroveň expozice dětí pasivnímu kouření pomocí krátkých anonymních dotazníků. V poslední etapě byly porovnávány údaje získané od 266 rodičů dětí s programem, odlišných, zda tolerují, či netolerují kouření v bytech, použitím statistického programu EPI INFO.

Výsledky: Významně méně rodičů tolerujících kouření v bytech bylo informováno o zdravotních rizicích kouření (46,9 % vs. 70,8 %, $p < 0,001$), o vysokém riziku závislosti (57,8 % vs. 79,7 %, $p < 0,01$) a o významu kouřících členů rodiny pro iniciaci kouření u dětí, pro které jsou špatným vzorem (12,5 % vs. 23,3 %, $p < 0,05$). Tito rodiče byli také častěji skeptičtí k prevenci (29,7 % vs. 12,9 %, $p < 0,05$) a méně z nich hovořilo s dětmi o kouření (76,6 % vs. 88,6 %, $p < 0,05$). Rodiče podhodnocovali kouření v bytech, jejich děti až dvakrát častěji uváděly tento zdroj znečištění domácího ovzduší. Jen 3,4 % rodičů změnilo dřívější toleranci ke kuřákům na striktní pravidla „domovů bez kouře“. Téměř 11 % rodičů uvádělo zanechání kouření v průběhu studie hodnotící působení programu.

Závěr: Program měl jen malý vliv na znalosti a názory rodičů o kouření a na vytváření nekuřáckých domovů pro jejich děti.

Klíčová slova: prevence kouření, kouření pasivní, kouření dětí

SUMMARY

Introduction: In developed countries, child exposure to tobacco smoke at home poses a major health risk. In the school-based educational programme „Non-smoking is normal“, active parental cooperation is requested for the purpose of creating voluntary smoke-free homes. The effectiveness of the programme was tested both in the pilot study involving 10 primary schools in Brno and Frýdek Místek, and in the wider study that comprised 25 primary schools in Brno, Zlín, and smaller regional towns involved in the project. A further 25 schools from the same localities were taken as a control.

Methods: During the five-year follow-up semi-longitudinal study, parents were repeatedly informed of the main themes of the programme and asked for participation in several tasks. The objectives of these home tasks were discussion about the health consequences of smoking and types of dependence, as well as inclusion of physical exercise as part of the children's daily schedule and adoption of dietary guidelines. Every year, a short anonymous questionnaire testing knowledge, opinions and the level of children's exposure to passive smoking was sent to participating parents. In the last stage of the programme, data obtained from 266 parents of children was processed using EPI INFO software.

Results: Significantly less parents who tolerated smoking at home were well informed about the health hazards of smoking (46.9% vs. 70.8%, $p < 0.001$), about the high risk of addiction (57.8% vs. 79.7%, $p < 0.01$), and about the role of smoking family members as bad role models (12.5% vs. 23.3%, $p < 0.05$). These parents were also more often sceptical on the issue of prevention (29.7% vs. 12.9%, $p < 0.05$) and fewer of them discussed the subject of smoking with their children (76.6% vs. 88.6%, $p < 0.05$). Parents underestimated the effects of smoking at home, and only 3.4% of parents changed their prior tolerance to smokers in order to adopt strict smoke-free rules at home. Almost 11% of parents reported cessation of smoking during the period of the study.

Conclusion: The programme had only a limited impact on the opinions, attitudes and behaviour of parents participating in the Non-Smoking is Normal programme.

Key words: prevention of smoking, passive smoking, smoking in children

Úvod

Ve vyspělých zemích existuje řada opatření, která mají chránit zdraví dětí a podporovat jejich tělesný a psychický vývoj: zahrnují širokou preventivní i terapeutickou zdravotní péči, specifická výživová doporučení, zvýšenou kontrolu nezávadnosti dětské výživy a předmětů, s nimiž děti přicházejí do styku, legislativní normy k omezení následků dopravních a sportovních úrazů a ke snížení dostupnosti legálních i ilegálních drog, ochranu dětí před šikanou, týráním či sexuální zneužíváním. Při dodržování těchto legislativních norem se tak paradoxně pro děti, zejména ty mladší, stává největším rizikem jejich domácí expozice toxickým a karcinogenním emisím z kouření a vliv kuřáků na jejich postoje a budoucí kuřácké chování.

Program „Normální je nekouřit“ byl vytvořen pro žáky mladšího školního věku s cílem snížit expozici dětí pasivnímu kouření, vytvořit žádoucí postoje k nekouření, zabránit nebo alespoň oddálit věk iniciace kouření. Zahrnuje ovšem i další aspekty výchovy ke zdraví, zejména v oblasti výživy, tělesné aktivity, tvorby nekonfliktních vzájemných vztahů. Byl ověřován jednak v pilotní studii na 10 základních školách v Brně a ve Frýdku-Místku a poté v širší studii na 25 základních školách v Brně, Zlíně, z okresních (např. Chrudim, Bruntál, Frýdek-Místek, Klatovy) i menších měst (např. Holice, Dolní Roveň, Broumov-Bylnice), které projevíly o program zájem; ze stejných lokalit bylo vybráno i 25 základních škol kontrolních. V průběhu pětileté studie se počet dětí v programovém souboru postupně snižoval, v závěru bylo ovlivňováno kolem 60 % původního počtu. Některé třídy se sloučily, některé školy účast ve studii předčasně ukončily, v 5. třídě řada dětí odešla do víceletých gymnázií.

V rámci semilongitudinální studie ověřující účinnost programu v jednotlivých cílech byly sledovány vybrané aspekty znalostí, postojů a chování dětí v 1.–5. třídách základních škol. V koncepci programu je také zahrnuto úsilí o navázání aktivní spolupráce s rodiči. Proto na začátku každého školního roku předávaly děti rodičům informativní dopisy, zdůrazňující priority, které konkrétní obsah jednotlivých ročníků zahrnuje, a prosby o podporu dětí při řešení vybraných úloh. V rámci programu byly také pro rodiče (a učitele) vytvořeny brožury (Aby Vaše dítě nekouřilo a Mýty a fakta o kouření). Anonymním dotazníkem byli každý rok osloveni kromě dětí i rodiče. V některých etapách byli rodiče i děti tázáni na stejné věci, i když jinak formulovanými otázkami. Dotazníky pro rodiče byly zasílány prostřednictvím dětí pouze ve třídách, kde byl program používán, ne ve skupině kontrolní, neovlivňované programem.

Metodika

Vzhledem k předchozím anketám u rodičů, z nichž jsme získali řadu informací, byl závěrečný dotazník v 5. třídě formulován stručně (6 otázek) s nabídnutým výběrem odpovědí a možností napsat i vlastní – jiný názor. Otázky se týkaly znalostí a názorů rodičů na:

- význam kouření jako rizika pro poruchy zdraví a vznik závislosti;
- význam vzorů pro iniciaci kouření dětí, expozici dětí pasivnímu kouření v domácím prostředí;

- možnosti prevence kouření u dětí a aktivní přístup rodiny k prevenci kouření.

Dotazník byl, stejně jako ty předchozí, anonymní. Vzhledem k tomu, že v předchozích letech někteří rodiče odmítali odpovídat na dotaz, zda sami kouří, byli tentokrát tázáni, zda se doma smí kouřit. Frekvence odpovědí byla sumarizována jednak pro celý soubor, jednak byly porovnávány odpovědi rodičů, kteří uvedli, že se doma kouří, s těmi, kteří kouření v bytech ani jejich bezprostřední blízkosti nepovolují; rozdíl mezi těmito dvěma skupinami byly hodnoceny v programu EPI INFO (testy Mantel-Haenszel a Yated corrected).

Výsledky

V 5. třídě byl počet dětí v kohortě ovlivňované programem 375, vyplněný dotazník byl vrácen zpět 266 rodičů, tj. návratnost byla 70,93%.

Do podskupiny rodičů tolerujících kouření (n 64 = 24 %) byli zařazeni ti, kteří odpověděli kladně na otázku, že v posledních 3 letech se doma kouřilo a kouří jako dřív (23 osob = 8,7 %), a ti, kteří uvedli, že doma se kouří občas, zejména návštěvy (41 osob = 15,5 %). Začleněni byli i respondenti, kteří sice uváděli, že se doma nekouří, ale v dotazníku slovně doplňovali, že kouří jen na chodbě či na balkoně, případně venku. Ve skupině, která kouření doma netoleruje, bylo celkem 202 respondentů (= 76 % z celkového souboru), z toho 157 (59,2 %) osob volících odpověď, že doma se nikdy nekouřilo a nekouří (ani návštěvy), dále 9 osob (3,4 %), které kouření v bytě dřív tolerovaly, ale v posledních 3 letech striktně zakazují kouřit (i návštěvám), a 28 osob (10,6 %) uvádějících, že rodinný příslušník přestal kouřit.

Absolutní většina rodičů si sice uvědomuje, že kouření poškozuje zdraví, ale v názorech na velikost rizika v porovnání s ostatními rizikovými faktory se obě podskupiny významně liší. Rodiče, kteří netolerují kouření v bytech, častěji volili odpověď, že kouření patří k nejvýznamnějším zdravotním rizikům, zatímco většina respondentů tolerantních ke kontaminaci domácího prostředí hodnotila kouření jako méně významné riziko (tab. 1). Jen ojedinělí (dva) respondenti vybrali odpověď, že riziko kouření se zbytečně dramatizuje. Pod znakem „jiný názor“ byly zahrnuty především odpovědi „nevím, nedovedu posoudit“.

Také v názorech rodičů na psychické důsledky kouření, které vyvolává u většiny kuřáků drogovou závislost, se obě skupiny respondentů lišily: Tuto odpověď zvolilo téměř 80 % rodičů, kteří kouření doma netolerují, a jen necelých 58 % rodičů ke kouření tolerantních. Desetina respondentů z celého souboru (více ze skupiny tolerujících kouření) uznávala závislost behaviorální (kouření při určitých situacích), ale nesouhlasila s tím, že by podstatou závislosti byla klasická psychoaktivní droga. Tyto úvahy byly ještě rozváděny ve slovních odpovědích („jiný názor“) s nejčastějšími námitkami, že kuřáci nemají podobné příznaky (halucinace, poruchy vědomí, poruchy koordinace) jako alkohol či klasické nelegální drogy (tab. 1).

V nabídce odpovědí na dotaz, jaký význam má pro kouření dětí vzor kuřáků z jejich okolí, nebylo úmyslně uvedeno kuřácké chování rodičů, resp. vliv rodiny. Necelých 20 % respondentů uvedlo stěžejní úlohu rodiny

Tab. 1: Názory na zdravotní (A) a psychické (vznik závislosti – B) riziko kouření (% odpovědí)

Znak	celý soubor	doma se		p
		kouří	nekouří	
Počet respondentů	266	64	202	
A) Zdravotní následky kouření				
Zdravotní následky kouření se zbytečně dramatizují	0,8	1,6	0,5	ns
Riziko kouření je menší než jiná rizika	30,9	48,4	25,2	<0,001
Kouření je nejvýznamnějším zdravotním rizikem	64,9	46,9	70,8	<0,001
Jiný názor	3,4	3,1	3,5	ns
B) Psychické následky kouření				
Kuřáci bývají závislí	75,3	57,8	79,7	<0,01
Většina kuřáků závislých není	8,0	14,1	5,9	<0,05
Tabák není droga	10,6	15,6	8,9	<0,05
Jiný názor	6,1	10,9	4,5	<0,05

Statistická významnost testována mezi skupinami rodičů tolerujících a netolerujících kouření v bytě

jako vzoru ve slovním vyjádření, zařazeném pod znak „jiný názor“; téměř dvakrát častější byla frekvence těchto odpovědí ve skupině netolerujících kouření. Do tohoto znaku byly zařazeny i odpovědi, v nichž rodiče uváděli kumulativní vliv kuřáků v rodině a mezi vrstevníky. Téměř třetina rodičů tolerujících kouření (dvakrát víc než ve druhé skupině) se domnívá, že rozhodující pro kouření dětí jsou jiné důvody, a někteří napsali i konkrétní příčiny (snaha vypadat jako dospělý, postavení v partě, reklama). Ovšem většina respondentů (víc než 58 %) pokládá za rozhodující vliv kouření vrstevníků (tab. 2).

Naprostá většina (téměř 79 %) rodičů netolerujících kouření se domnívá, že k problematice dětského kuřáctví se musí přistupovat komplexně, v celé společnosti. Ze druhé skupiny, ve které téměř třetina vyjadřovala skeptické názory na účinnost prevence, volilo nutnost komplexního přístupu necelých 60 %. Časté aktivní diskuse s dětmi o nevhodnosti či škodlivosti kouření deklaruje většina respondentů, i v tomto znaku byly rozdíly ve frekvenci odpovědí mezi oběma podskupinami. Ojedinelé byly názory, že stačí výuka ve škole nebo že dítě slíbilo, že kouřit nebude, a proto jsou další diskuse na toto téma zbytečné. Víc než dvojnásobně častěji vyjádřili rodiče tolerující kouření skepsi k možné prevenci kouření u dětí. Téměř čtyřnásobně víc rodičů tolerujících kouření se nemohlo upamatovat, zda s dětmi o kouření hovořili (tab. 3).

U některých údajů bylo možno posoudit, jak se vyvíjely v čase (protože otázky byly zadávány opakovaně), a také je porovnat s frekvencí výpovědí dětí (ve 3. a 4. třídě). Frekvence údajů rodičů o kouření v bytech poskytované ve 2. a ve 3. třídě se v podstatě shodují, v dalších

letech (4., 5. tř.) je frekvence odpovědí, že doma se nikdy nekouřilo a nekouří, významně nižší. V 5. třídě mohli rodiče volit i odpovědi o změně postojů (dříve kouření tolerovali, teď netolerují – uvedlo 3,4 %) a o zanechání kouření (10,6 %). Jejich frekvence byla zahrnuta pod znak „jiná odpověď“, a pokud předpokládáme, že v těchto rodinách se aktuálně už nekouří, pak celkový počet „nekuřáckých“ bytů (73,2 %) je podle výpovědí rodičů dětí v 5. tř. podobný jako v letech, kdy děti navštěvovaly 2. a 3. třídu. Ve 3. a 4. třídě byly tázány na kouření doma i děti. Ty uváděly častěji než rodiče občasné i každodenní kouření a naopak frekvence odpovědí o nekuřáckých domovech byla výrazně nižší (tab. 4).

Během pokračování programu bylo rovněž možno hodnotit vývoj názorů, resp. znalostí rodičů o velikosti rizika kouření pro zdraví. Zatímco rodiče (kouřící i nekouřící) v době, kdy jejich děti navštěvovaly 2. třídu, téměř jednomyslně označili kouření za nejvýznamnější riziko pro zdraví (95,5 %), za další tři roky došlo k významnému, bohužel negativnímu, posunu v těchto názorech. Kouření (bez rozlišení aktivního a pasivního) pokládá za největší riziko jen 64,9 % rodičů dětí z 5. tříd, zatímco téměř třetina (31,7 %) vysokou míru rizika nevnímá (tab. 4).

Diskuse

Náš soubor rodičů je malý a nereprezentativní, během semilongitudinálního sledování některé školy přestaly spolupracovat nebo byly dokonce zrušeny, takže počet ovlivňovaných dětí i dotazovaných rodičů klesal. Návrh

Tab. 2: Kuřáci jako vzor pro iniciaci kouření u dětí (% odpovědí)

Znak	celý soubor	doma se		p
		kouří	nekouří	
Počet respondentů	266	64	202	
Děti kouření dospělých nevnímají	3,4	4,7	3,0	ns
Vliv má kouření vrstevníků	58,2	53,1	58,4	ns
Děti mají jiné důvody pro kouření	19,0	29,7	15,3	<0,05
Jiný názor	19,4	12,5	23,3	<0,05

Tab. 3: Názory na účinnost prevence kuřáckého chování dětí (A), vlastní aktivity (B) (% odpovědí)

Znak	celý soubor	doma se		p
		kouří	nekouří	
Počet respondentů (n)	266	64	202	
A) Účinnost prevence				
Prevence je marná snaha	4,9	10,9	3,0	ns
Zkusit se má, ale výsledky jsou pochybné	12,0	18,8	9,9	ns
Suma skeptických názorů na prevenci	16,9	29,7	12,9	<0,05
Stačí to, co dělá škola	4,5	6,3	4,0	ns
Komplexní přístup celé společnosti	74,1	59,4	78,7	<0,01
Jiný názor	4,5	4,7	4,5	ns
B) Vlastní aktivity rodičů				
Hovořit doma s dětmi o kouření je zbytečné, učí se o tom ve škole	4,9	4,7	5,0	ns
Mluvíme o tom často	85,7	76,6	88,6	<0,05
Nevzpomínám si, že bychom mluvili o kouření	7,5	17,2	4,5	<0,01
Jiná odpověď	1,9	1,6	2,0	ns

Tab. 4: Vývoj frekvence vybraných odpovědí rodičů dětí mladšího školního věku ovlivňovaných programem „Normální je nekouřit“

Znak	2. třída	3. třída		4. třída		5. třída
		rodiče	děti	rodiče	děti	
n odpovědí	565	298	373	334	450	266
Návratnost (%)	81,0	79,9		74,2		70,9
Doma se nikdy nekouří (%)	73,8	79,5	58,1	69,0	59,2	59,2
Jiná odpověď stejného významu (%)						14,0
Suma doma se nikdy nekouří (%)						73,2
Doma se občas kouří (%)	13,5	12,5	*	6	16,7	15,5
Doma se denně kouří (%)	7,1	7,5	*	21,4	24,1	8,7
Suma doma se občas + denně kouří (%)	20,6	20,0	41,9	31,0	40,8	24,2
Chybějící odpovědi (%)	5,6	0,5		0,0		2,4
Kouření je nejvýznamnějším zdravotním rizikem (%)	95,5					64,9
Jiná rizika jsou větší (%)	2,2					31,7

* v dotaznících pro děti ve 3. třídě se nerozlišovalo, zda se doma kouří denně, či jen občas

nost vyplněných dotazníků od rodičů je sice relativně vysoká, nicméně s ohledem na velikost souboru je počet chybějících respondentů významný a jejich odpovědi by mohly výsledky podstatně změnit. Tyto okolnosti výsledky studie limitují.

Na druhou stranu je to skupina, která byla po dobu pěti let pravidelně informována o problematice kuřáctví u dětí a vyzývána k aktivní spolupráci na preventivním programu výchovy ke zdraví. Program zahrnoval nejen prevenci kouření, ale i další aspekty: zásady zdravé výživy, podporu každodenní tělesné aktivity, psychickou pohodu při dobrých interpersonálních vztazích. Kromě v úvodu zmíněných informačních dopisů a tematických brožur se rodiče mohli seznámit s programem při školních schůzkách s třídními učiteli a zejména při řešení různých „domácích úkolů“, které byly dětem zadávány s cílem vzbudit zájem rodiny o výchovu ke zdraví. Anketní dotazníky byly rodičům dětí ve školách, kde se program „Normální je nekouřit“ ověřoval, zasílány každý rok a jejich výpovědi hodnoceny a publikovány. Je tedy možné posoudit, zda program, přenášený do rodin

prostřednictvím dětí, ovlivnil u rodičů některé faktory působící na expozici dětí pasivnímu kouření a na jejich postoje ke kouření, případně kuřácké chování.

Při dřívějším šetření, kdy děti navštěvovaly 3. třídu, vyplynulo z výpovědí rodičů, že i když většina (téměř 80 %) potvrdila, že informativní dopisy dostávají, tak s programem aktivně spolupracuje jen polovina rodičů pravidelně (52 %), asi čtvrtina občas. Zbývající respondenti se nemohli na protikuřácký program vůbec upamatovat (1).

Program, který je určen pro mladší školní věk, akcentoval zejména ochranu dětí před expozicí pasivnímu kouření. Zatímco pro ochranu dospělé nekouřící populace máme možnost využít legislativních přístupů zakazujících kouření na veřejných místech, v domácím prostředí je chování kuřáků ponecháno čistě na dobrovolném rozhodnutí (2). Děti, které jsou k účinkům kontaminovaného ovzduší a prostředí nejcitlivější (3), nemají prakticky žádnou možnost aktivně se chránit a vzdálit se z nebezpečného prostoru (4).

V některých vyspělých zemích mají dobré zkušenosti s programy, kterými usilují o denormalizaci kuřáckého

chování (5). Nejčastěji je připomínán nepříjemný zápach zejména v uzavřených prostorech, který signalizuje kontaminaci ovzduší dokonce i poté, co je kuřáci opustili. Bydlení v bytových domech bývá spojeno s některými obtěžujícími vlivy sousedů, k nimž patří i zápach z kouření. Ten proniká otevřenými okny, spárami ve zdech, ventilací či šachtovými světlíky. Až v 89 % bytů, jejichž nekuřící obyvatelé si stěžovali na zápach kouření, byly nalezeny měřitelné koncentrace nikotinu, podobně byly detekovány i vyšší koncentrace respirabilních prašných částic. Proto se zvyšuje poptávka po vytvoření nekuřáckých obytných bloků (6). Hotely stále častěji inzerují, že mají celá podlaží nekuřácká, přičítají další poplatky za úklid při ubytování kuřáků. Reklama na osvěžovače vzduchu, na zubní pasty či žvýkačky upozorňuje na vhodnost použití kuřáky. V nových sídlištních celcích developeri dávají přednost nekuřákům. Dřívější zákazy kouření ve veřejně přístupných interiérech se rozšířily i na restaurace a bary, do hledišť sportovních stadionů či venkovních koncertů, na vyhlášené přímořské pláže (7).

Kampaně vedené v polovině 80. let v Austrálii propagovaly, aby obyvatelé bytů nekuřili a žádali své hosty, aby se při návštěvě zdrželi kouření. Kampaně úspěšně ovlivnily postoje dospělých: při šetření v r. 2006 se zjistilo, že ve 43 % bytů je vyžadován od všech absolutní zákaz kouření a že se stalo obecnou normou kouřit pouze v případech, že je to výslovně dovoleno (7). Také v Anglii je propagace „Smoke-Free Homes“ úspěšná: v období 1996–2007 se zvýšil počet dětí obývaných bytů se zákazem kouření v nekuřáckých rodinách z 95 % na 99 %, v bytech s jedním kuřákem z 21 % na 37 % a v bytech s oběma kuřícími rodiči ze 6 % na 21 %. Anketní výpovědi jsou získávány od reprezentativně vybraných souborů dětí a objektivně verifikovány stanovením kotininu. Podobné trendy jsou popisovány i v USA, kde mají rovněž v některých státech legislativní zákaz kouření v autech s převáženým dítětem. Systém Family Course sleduje mimo jiné ochranu dětí s chronickými respiračními nemocemi před domácí expozicí pasivnímu kouření. Apely na ochranu dětí před expozicí rizikovému pasivnímu kouření mají základní oporu v dokumentech UNICEF i WHO (8).

V našem souboru jsme zjistili nejen vysokou frekvenci dětí mladšího školního věku, jejichž rodiče a další nejbližší příbuzní před nimi kouří (cca 75 %), ale i opakovaně rozpory ve výpovědích dětí a rodičů o toleranci kouření v domácím prostředí. Frekvence dětí, které ve 3. a 4. třídě uváděly podstatně častěji než rodiče, že se u nich doma kouří (cca 40 %), se nápadně shoduje s jejich údaji ze 2. třídy o prevalenci kuřících rodičů (9). Příčiny těchto diskrepancí můžeme zvažovat jen teoreticky. Je možné, že děti, jejichž rodiče kouří, automaticky oznamují, že se „kouří doma“, a nezohledňují případné striktně dodržované závazky kuřáků kouřit mimo dům. Jiným – a zřejmě pravděpodobnějším – vysvětlením by bylo, že dospělí kuřáci pokládají kouření na balkóně, na WC, v chodbě bytu či schodišti domu za udržování nekuřáckého prostředí v bytě. Lze také předpokládat, že i tyto dobrovolné dohody někteří dospělí kuřáci občas poruší. Podle výsledků získaných ve 3. třídě se nejčastěji toleruje kouření v bytech, kde kouří oba rodiče (67 %), o něco méně často tam, kde kouří jeden z rodičů (50 %), ale i v nekuřáckých rodinách se kouření toleruje u návštěv (5 %) (9).

Také některé zahraniční studie konfrontovaly údaje rodičů o expozici jejich dětí pasivnímu kouření s objektivními nálezy kotininu v biologickém materiálu: moči (10) nebo vlasech (11). Autoři téměř shodně zjistili, že až u 50 % dětí anamnestické údaje získané od dospělých podhodnotily expozici, prokázanou objektivními nálezy.

Znalosti o zdravotních následcích kouření a o problematice závislosti obecně a na kouření/nikotinu zvlášť jsou v programu s dětmi probírány opakovaně, formami, které jim umožní pochopení problému a zaujmou jejich pozornost. Některé poznávací úkoly (riziko pasivního kouření, výživa podle potravinové pyramidy, organizace volného času s důrazem na každodenní tělesnou aktivitu apod.) byly dětem zadávány jako „domácí úkoly“ s předpokladem aktivní participace rodičů. Záměrem autorů programu bylo ovlivnit příznivě nejen expozici pasivnímu kouření, ale i vybrané aspekty výchovy ke zdraví u celé rodiny (12).

Znalosti dětí ovlivňovaných programem byly každoročně porovnávány s kontrolní skupinou ze stejné lokality a vždy byly v mnoha specifických oblastech signifikantně lepší. Bohužel, nelze jednoznačně potvrdit, že by program splnil také předpokládaný záměr o zlepšení informovanosti rodičů. Hodnocení rizikovitosti kouření pro zdraví měla klesající tendenci: zatímco ve 2. třídě naprostá většina rodičů (95,5 %) pokládala kouření za závažné riziko (13), v 5. třídě už tento názor sdílelo jen necelých 65 %. Téměř třetina se domnívala, že jiné faktory ohrožují zdraví víc; významně vyšší počet respondentů podceňující zdravotní riziko kouření byl ve skupině, která kouření doma toleruje (cca 48 % vs. 25 %). Je pravděpodobné, že rodiče posuzují kouření jako závažnější zdroj ohrožení menších dětí než ve vztahu k dětem starším.

Podobně se projevila i neznalost oslovených rodičů o silné potenci kouření vyvolat fyzickou i behaviorální závislost, kde kladně odpovědělo téměř 80 % rodičů netolerujících kouření doma a jen necelých 58 % z tolerujících skupiny. Naopak názor, že kouření vyvolá u většiny kuřáků závislost, tj. psychické onemocnění označené jako poruchy chování vlivem užívání psychoaktivní látky, zcela odmítlo 15,6 % a necelých 9 % respondentů z tolerujících, resp. netolerujících skupiny. Někteří rodiče při výběru odpovědi doplňovali, že u kuřáků nejsou pozorovány podobné příznaky intoxikace jako u alkoholu nebo nelegálních drog. V předchozím šetření (14) měla většina respondentů z řad rodičů názor, že pití alkoholu a kouření marihuany v dětském věku může vést až k rozvoji psychických poruch – 88 % – u kouření jen 70 %. Děti v 5. třídě, které dostaly podobnou otázku na závislost kuřáků, byly více informované v souboru s programem, kde byla této problematice věnována speciální lekce, než ve skupině kontrolní (80,2 % vs. 67,3 %, $p < 0,001$), naopak odmítavé stanovisko uvedlo v obou souborech kolem 7,5 % (15).

Studie, které se zabývají hodnocením znalostí a postojů dospělé veřejnosti ve vztahu ke kouření, téměř shodně popisují, že ani odborná či populárně-naučná literatura ani různé výchovně-vzdělávací kampaně neplní zatím dostatečně své cíle. Znalosti dospělých kuřáků o zdravotních a psychologických rizicích pasivního kouření jsou stále omezené nebo zmatené, s tendencí podceňovat ohrožení a omlouvat kuřácké chování řadou sociálních,

psychologických důvodů (12). Politici v České republice pak opakovaně připojují argumenty o ekonomické výhodnosti kouření pro státní rozpočet, podložené v zahraničí kritizovanou a námi i zahraničními odborníky zpochybněnou studií společnosti Philip Morris (16, 17).

Je pravděpodobné, že základ obecně benevolentních postojů české společnosti ke kouření je právě v nedostatečných znalostech o širokém spektru závažných onemocnění, včetně psychických, která se u kuřáků vyskytují významně častěji, zkracují jejich život a zhoršují jeho kvalitu. Organizovat výchovu ke zdraví v komunitě rodičů předškolních a školních dětí je sice nesmírně žádoucí, ale velmi obtížné. Přesvědčili jsme se o tom při realizaci programu „Normální je nekouřit“ opakovaně, a to nejen ve vztahu k problematice kouření, ale i při vysoké frekvenci zásadních neznalostí rodičů o výživových doporučeních. Přitom potravinovou pyramidu děti používaly doma k návrhu vzorových jídelníčků, které měly ovlivňovat jejich stravovací zvyklosti (18).

Problémem, jak zvýšit zdravotní znalosti dospělých o konkrétních důsledcích kouření, se zabývají i v zahraničí. V historickém pohledu měly příznivé efekty varovné nápisy o zdravotních následcích kouření na krabičkách s cigaretami a v reklamě tabákových výrobků. Stále častěji jsou v řadě zemí textové informace nahrazeny grafickými varováními, která zabírají mnohem větší plochu obalu. V novější studii publikovali autoři výsledky pilotního šetření, při kterém před plošným zavedením grafických varování předkládali skupinám dospělých osob buď písemnou nebo grafickou formu stejných varovných informací. Po dvou letech zjišťovali, kolik respondentů si jednotlivá upozornění na konkrétní poškození pamatuje. Rozdíly byly významné: konkrétní znalosti uvedlo 50 % těch, kteří viděli text, a 83 % těch, kteří viděli obrázky (19).

Oslovit kouřící rodiče menších dětí je organizačně velmi obtížné. Zřejmě největší příležitost mají lékaři a ostatní zdravotníci při preventivních i kurativních návštěvách rodičů a dětí v ordinacích. Byly rovněž vyvinuty programy pro přímou individuální intervenci sester v bytech dětských klientů; přes vynaložené úsilí však byla jejich účinnost relativně velmi nízká. Nicméně angažovanost ošetřujících lékařů, kteří mají velkou společenskou autoritu a mohou varování i rady opakovat v každodenní preventivní i kurativní praxi, by mohla postupně zlepšovat situaci dětí ohrožených pasivním kouřením (8).

Prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, žije a socializuje se, ovlivňuje jeho postoje i chování v mnoha směrech. U nejmladších dětí má dominantní úlohu rodina, v níž dítě napodobuje chování a zvyky rodičů a dalších příbuzných. Teprve později se uplatňují vzory učitelů, spolužáků, kamarádů, širší společnosti, reklamy. Kuřáctví rodičů působí na dítě nejen prostřednictvím sociálních, ale i biologických a genetických mechanismů (20–22). I v průběhu naší studie jsme potvrdili, že kouřící rodina častěji normalizuje kuřácké chování, naznačuje modelové situace, při nichž se kouří, zvyšuje dostupnost kuřiva. Mezi devítiletými žáky 3. tříd zkoušelo kouřit téměř 19 % dětí z kuřáckých rodin, ale cca 8 % dětí z nekuřáckých rodin. Alkohol „ochutnaly“ dvě třetiny dětí z nekuřáckých a tři čtvrtiny dětí z kuřáckých rodin. Rodinní příslušníci byli prvními dárči cigaret (u 46 % dětí) a alkoholických nápojů (u 90 % dětí) (1). Děti z kuřáckých

rodin častěji uváděly mezi důvody svého případného budoucího kouření očekávání příjemné změny nálady, pomoc při zvládání stresu, zatímco pro děti nekuřáků byly hlavními důvody zvědavost a image. Je zřejmé, že děti kuřáků pozorují, při jakých příležitostech si rodiče nejčastěji zapalují novou cigaretu (23).

Dospělí lidé si často svoji modelovou roli neuvědomují a nepřipouštějí. Přitom jde o zásadní výchovný prostředek především v období předškolního a mladšího školního věku. V našem souboru za hlavní vzory motivující děti ke kouření pokládala více než polovina rodičů (58 %) vrstevníky a kamarády a jen pětina respondentů zdůraznila ve slovním doplnění jako hlavní vliv kouřících rodičů i dalších příbuzných. Mezi skupinami s odlišnou tolerancí kouření doma nebyly rozdíly statisticky významné. Je možné, že relativně nízkou frekvenci názorů na význam kuřáků v rodině ovlivnilo částečně to, že tato možnost nebyla explicitně uvedena v nabídce odpovědí, ale formulace záměrně testovala, zda dojde k aktivní reakci rodičů.

Většina rodičů (74 %) pokládá za nejúčinnější způsob prevence kouření dětí komplexní celospolečenský přístup, naopak téměř 17 % volilo spíše skeptické postoje. Vlastní aktivní přístup k ochraně dětí však byl minimální: jen ojedinělí rodiče (3,4 %) změnili pravidla chování kuřáků a kouření v bytech teď netolerují. I v těchto ukazatelích byly signifikantní rozdíly ve frekvenci odpovědí netolerujících a tolerujících skupiny. Frekvence odpovědí rodičů o časté diskusi s dětmi o kouření (téměř 86 %) by mohla vést k uspokojivému závěru o aktivním preventivním přístupu rodičů; i tyto odpovědi byly méně často uváděny rodiči tolerujícími kouření. Hovory s rodiči o kouření si ovšem pamatovalo jen asi 66 %, tj. o 20 % méně dětí, které byly dotazovány ve stejném období. Je tedy otázka, zda rodiče mají správné komunikační dovednosti a do jaké míry nadhodnocují intenzitu svého preventivního působení (24). Jako pozitivní lze hodnotit informaci, že desetina původních kuřáků v rodině přestala kouřit.

Závěr

Tolerantní postoje české veřejnosti ke kouření i politická podpora výrobců a prodejců kuřiva přispívají významným způsobem k četným iniciačním začátkům kuřáckých pokusů v časném dětském věku. Školní výchovně-vzdělávací programy na ochranu dětí před pasivním kouřením a na primární prevenci kouření mají silně omezenou účinnost u dětí z kuřáckých rodin. Znalosti o rizicích kouření a postoje rodičů k ochraně dětí před domácí expozicí pasivnímu kouření se nepodařilo ovlivnit.

LITERATURA

1. Hrubá D, Žaloudíková I. Úloha rodiny pro vývoj vybraných postojů ke kouření a kuřácké chování dětí. *Hygiena*. 2008;53(4):135-40.
2. Jarvie JA, Malone RE. Children's secondhand smoke exposures in private homes and cars: an ethical analysis. *Am J Public Health*. 2008 Dec;98(12):2140-5.
3. Winickoff JP, Friebely J, Tanski SE, Sherrod C, Matt GE, Hovell MF, et al. Beliefs about the health effects of „third-

- hand“ smoke and home smoking bans. *Paediatrics*. 2009 Jan;123(1):e74-9.
4. Ritchie D, Amos A, Phillips R, Cunningham-Burley S, Martin C. Action to achieve smoke-free homes: an exploration of experts' views. *BMC Public Health*. 2009 Apr 22;9:112.
 5. Kim SH, Shanahan J. Stigmatizing smokers: public sentiment towards cigarette smoking and its relationship to smoking behaviors. *J Health Commun*. 2003 Jul-Aug;8(4):343-67.
 6. Køster B, Brink AL, Clemmensen IH. „Neighbour smoke“-exposure to secondhand smoke in multiunit dwellings in Denmark in 2010: a cross-sectional study. *Tob Control*. 2012 Jun 12; doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050393.
 7. Chapman S, Freeman B. Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry. *Tob Control*. 2008 Feb;17(1):25-31.
 8. Hrubá D, Matějová H, Žaloudíková I. Jak chránit děti před expozicí pasivnímu kouření v jejich domovech? *Hygiena*. 2010;55(3):86-91.
 9. Hrubá D, Žaloudíková I. Rodiče, děti a legální drogy. *Alkohol Drog Závist*. 2009;44(5):257-71.
 10. Chen X, Stanton B, Hopper J, Khankari N. Sources, locations, and predictors of environmental tobacco smoke exposure among young children from inner-city families. *J Pediatr Health Care*. 2011 Nov-Dec;25(6):365-72.
 11. Biagini Myers JM, Khurana Hershey GK, Dekker R, Burkle JW, Levin LS, Bernstein DI, et al. Asking the right questions to ascertain early childhood secondhand smoke exposures. *J Pediatr*. 2012 Jun;160(6):1050-1.
 12. Žaloudíková I, Hrubá D. Normální je nekouřit. *Hygiena*. 2008;53 Suppl:S23-8.
 13. Hrubá D, Žaloudíková I. Kuřáctví a názory rodičů školních dětí. *Hygiena*. 2007;52(4):105-9.
 14. Hrubá D, Žaloudíková I. Zkušenosti dětí mladšího školního věku s legálními drogami. *Čes-slov Pediat*. 2009;64(10):461-8.
 15. Hrubá D, Žaloudíková I. What limits the effectiveness of school-based anti-smoking programmes? *Cent Eur J Public Health*. 2012 Mar;20(1):18-23.
 16. Habrová D, Hrubá D. Ekonomika kuřáctví v České republice. *Hygiena*. 2007;52(4):110-4.
 17. Shirane R, Smith K, Ross H, Silver KE, Williams S, Gilmore A. Tobacco industry manipulation on tobacco excise and tobacco advertising policies in the Czech Republic: an analysis of tobacco industry documents. *PLoS Med*. 2012;9(6):e1001248.
 18. Hrubá D, Žaloudíková I, Matějová H. Similarities and differences between smoking and non-smoking ten-year-old children in primary schools. *Cent Eur J Public Health*. 2010 Mar;18(1):19-24.
 19. Strasser AA, Tang KZ, Romer D, Jepson C, Cappella JN. Graphic warning labels in cigarette advertisement: recall and viewing patterns. *Am J Prev Med*. 2012 Jul;43(1):41-7.
 20. Avenevoli S, Merikangas KR. Familial influences on adolescent smoking. *Addiction*. 2003 May;98 Suppl 1:1-20.
 21. Rainio SU, Rimpelä AH, Luukkaala TH, Rimpelä MK. Evolution of the association between parental and child smoking in Finland between 1977 and 2005. *Prev Med*. 2008 Jun;46(6):565-71.
 22. Wang JC, Kapoor M, Goate AM. The genetics of substance dependence. *Annu Rev Genomics Hum Genet*. 2012;13:241-61.
 23. Hrubá D, Žaloudíková I. Why to smoke? Why not to smoke? Major reasons for children's decisions on whether or not to smoke. *Cent Eur J Public Health*. 2010 Dec;18(4):202-8.
 24. Žaloudíková I, Hrubá D, Samara I. Parental education and family status - association with children's cigarette smoking. *Cent Eur J Public Health*. 2012 Mar;20(1):38-44.

Došlo do redakce: 16. 7. 2012

Přijato k tisku: 8. 1. 2013

*Prof. MUDr. Draboslava Hrubá, CSc.
Ústav preventivního lékařství, LF MU
Kamenice 5
625 00 Brno
E-mail: hruba@med.muni.cz*