

# NEKUŘÁCKÉ DOMOVY – NÁZORY STUDENTŮ 5. ROČNÍKU VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ NA PREVENCI PASIVNÍHO KOUŘENÍ

## SMOKE-FREE HOMES – OPINIONS OF FIFTH-YEAR STUDENTS OF GENERAL MEDICINE ON THE PREVENTION OF PASSIVE SMOKING

JANA FIALOVÁ, JANA STÁVKOVÁ, DRAHOSLAVA HRUBÁ

*Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ochrany a podpory zdraví, Brno*

### SOUHRN

Názory a postoje studentů 5. ročníku všeobecného lékařství aktivně zapojených do projektu Nekuřácké domovy ukazují na důležitost komplexního přístupu k prevenci kouření. Účast studentů na projektu otevírá nový pohled na možnosti preventivního působení. Budoucí lékaři tak mohou lépe porozumět postojům kuřáků a nekuřáků a tyto zkušenosti pak mohou uplatňovat ve svém vlastním přístupu k prevenci kouření.

*Klíčová slova:* kouření pasivní, programy prevence kouření, studenti

### SUMMARY

The opinions and attitudes of medical students involved in the project Smoke-free homes shows the importance of a comprehensive approach to smoking prevention. Student participation in the project indicates a new perspective on the possibilities of prevention. Future doctors can better understand the attitudes of smokers and non-smokers and they can apply that experience in their approach to smoking prevention.

*Key words:* passive smoking, smoking prevention programs, students

<http://dx.doi.org/10.21101/hygiena.a1497>

### Úvod

Pasivní kouření, tj. nedobrovolná expozice nekuřáků v zakouřeném prostředí, může mít fatální důsledky pro zdraví. Předpokládá se, že ročně předčasně zemře až sto tisíc lidí proto, že pobývají v prostředí kontaminovaném tzv. „second-hand smoke“ (SHS), který vzniká jako směs kouře z doutnajícího konce cigarety nebo jiných tabákových výrobků (side stream) a vzduchu vydechovaného aktivním kuřákem (1). Koncentrace škodlivin v zakouřeném prostředí nemají nějaký bezpečný práh, i velmi nízké hladiny mohou vyvolat poškození zdraví (2).

Na celém světě stoupá počet zákonných opatření omezujících kouření na veřejných místech s cílem omezit expozici SHS a ochránit nekuřáky před rizikem poškození zdraví. Legislativa zahrnuje především pracoviště, veřejné budovy včetně škol, zdravotnických zařízení, úřadů, v řadě zemí i provozovny pohostinství, sportovní a kulturní instituce (3). Tuto legislativu však nelze použít pro opatření v bytech a domech, které se tak stávají hlavním zdrojem SHS, kterému jsou vystaveni jejich obyvatelé, především pak děti (4).

Ochrana nekuřáků v jejich domovech je založena na dobrovolném rozhodnutí kuřáků nekouřit v těchto prostorech (5). Počty nekuřáckých domovů („smoke-free homes“ – SFH) narůstají každým rokem v mnoha zemích (6, 7). Pravidla programů SFH zahrnují absolutní zákaz kouření kohokoliv v bytě, včetně kouření u otevřeného okna, protože toto částečné opatření nezabrání expozici SHS a nesnižuje riziko následných zdravotních důsledků. Nenutí také kuřáky přestat kouřit. Za přijatelná opatření lze pokládat kouření na balkoně při zavřených dveřích do interiéru bytu (8). Je však třeba zmínit, že kuřáci nepředstavují pro děti jen zdroj nebezpečných chemických látek, ale i vzor chování, které děti pokládají za normu a chtějí je napodobovat (9).

Akceptování dobrovolného zákazu kouření v bytech se obvykle zjišťuje anamnesticky podle výpovědí rodičů, event. dětí. Ze subjektivní výpovědi nemusí vždy odrážet skutečnost, prokázaly některé studie objektivně hodnotící účinnost programů SFH měřením markerů kontaminace ovzduší cigaretovým kouřem. V systematickém přehledu byly popsány výsledky prací zaměřených na hodnocení kontaminace ovzduší kuřáckých bytů.

V nich bylo zjištěno, že po přijetí programu se hladiny nikotinu a jemných prašných částic sice snížily, ale i nadále v ovzduší perzistovaly, což může znamenat buď porušování striktních zákazů kouření v interiéru, nebo vytvoření third-hand smoke (10).

V zemích, kde byla přijata přísná legislativní opatření zakazující kouření na všech veřejných místech, pracovištích i restauracích, byly opakovaně vyjadřovány obavy, že kuřáci budou častěji kouřit doma. Na tuto skutečnost poukázala pouze jedna publikovaná studie (11), zatímco jiné popsaly snížení hladin kotininu u dětí (6), snížení počtu dětí hospitalizovaných pro respirační infekce (12) i snížení novorozenecké a kojenecké úmrtnosti a počtu předčasných porodů (13).

Preventivní program SFH byl české odborné veřejnosti podrobněji představen již v roce 2010 (14).

Během roku 2015 byl pak realizován (v rámci jednotlivých projektů z dotačního programu MZ ČR Národní program zdraví – projekty podpory zdraví 2015) projekt Nekuřácké domovy. Kladl si za cíl oslovit děti předškolního věku v mateřských školách a děti ve 2. třídách základních škol i jejich rodiče a v rámci edukační intervence zaměřené především na rodiče pomoci zajistit dětem nekuřácké prostředí v jejich domovech (15).

Projekt probíhal na vybraných školách v Brně. Původním záměrem bylo celoročně otestovat program SFH v českých podmínkách, nakonec ale vzhledem k administrativnímu zdržení a významnému krácení rozpočtu mohl být realizován jen v 1. pololetí školního roku 2015/2016.

V následujícím textu předkládáme shrnutí postojů a názorů studentů všeobecného lékařství, kteří na programu aktivně participovali, na projekt Nekuřácké domovy, na jeho možný dopad pro sledovanou cílovou populaci a na přínos pro samotné studenty.

### Metodika

Úloha studentů 5. ročníku všeobecného lékařství (VI) v projektu spočívala jednak ve sběru dat od dětí, který probíhal formou krátkých rozhovorů vedených podle polostrukturovaného dotazníku, jednak v zapojení studentů do krátké edukace dětí o pasivním kouření (second-hand smoke, third-hand smoke).

Na počátku týdenního bloku výuky v rámci předmětu Preventivní lékařství byli studenti podrobně seznámeni s projektem, jeho smyslem, zaměřením, cílem a průběhem. Byli zaškoleni v přístupu k vedení rozhovorů s dětmi, byl jim vysvětlen postup vedení polostrukturovaného rozhovoru, pokládání doplňujících otázek a základní postupy zvládnutí neobvyklých reakcí dětí. Následně navštívili za doprovodu pedagogů vybrané třídy dětí – předškoláky v MŠ a žáky 2. tříd v ZŠ, kde probíhala praktická část. Setkání se uskutečňovala vždy podle stejného schématu. Každý ze studentů vedl nejprve jednotlivě s dětmi rozhovor, při kterém studenti pokládali otázky podle základní struktury dotazníku a v případě potřeby kladli doplňující dotazy; odpovědi dětí zaznamenávali do záznamového archu. Poté měli za úkol si ve skupině připravit krátkou přednášku, pohádku nebo hranou scénku k tématu pasivního kouření, většinou se inspirovali ilustrovanými materiály projektu. Odpovídali také na dotazy dětí v následné diskusi.

Celý program trval (podle počtu dětí ve třídě) přibližně jednu vyučovací hodinu.

Závěrem týdenního bloku měli studenti za úkol vypracovat esej hodnotící projekt v jeho formě a obsahu, hodnotili podobu projektu, obsah i grafiku edukačních materiálů pro děti i pro rodiče, i praktickou zkušenost ve školách – dojem z reakcí dětí a úrovně jejich informovanosti o vlivu kouření na zdraví. Na základě těchto textů a společné diskuse v rámci závěrečného semináře pak byly reakce a názory studentů vyhodnoceny.

### Výsledky

Šetření s dětmi se účastnilo 41 studentů 5. ročníku všeobecného lékařství. Při návštěvách mateřských a základních škol se dotázali celkem 183 dětí (67 z MŠ a 116 ze ZŠ).

Již během spolupráce se studenty byl zřejmý zcela minimální zájem rodičů a dokonce i domluvené besedy s rodiči se nakonec pro jejich nezájem neuskutečnily. Rodičům byly tedy pouze předány edukační materiály informující o rizicích pasivního kouření (second-hand smoke, third-hand smoke).

Nejčastěji deklarované názory, reakce a námitky, stejně jako postřehy a návrhy na úpravu projektu jsou pro přehlednost sloučeny do tří základních tematických oblastí:

1. Názory studentů na podobu a formu projektu, výběr cílové skupiny a formu preventivního působení:

Převážné většině studentů se projekt líbil. Oceňovali jak zaměření projektu na děti i rodiče (popř. prarodiče), tak výběr cílových skupin dětí raného věku, stejně jako tematické zaměření především na pasivní kouření (second-hand a third-hand smoke). Zpracování edukačních materiálů pro rodiče považovali za vydařené po stránce obsahové (stručné, srozumitelné a přesto plné informací) i grafické. Naopak se některým příliš nelíbily omalovánky s pohádkou pro děti. Část studentů je považovala za příliš schematizující a málo nápadité a zajímavé, část naopak za příliš komplikované a nepřehledné, s velkým množstvím vjemů na jednom obrázku. Projekt jako celek však všichni shledávali potřebným, přínosným a přiměřeným způsobem oslovujícím. Způsob oslovení rodičů skrze školu považovali za nejúčinnější a přitom dostatečně „decentní“.

2. Pohledy studentů na možný přínos projektu pro rodiče a děti (názor na účinnost projektu):

Na účinnost, či pozitivní dopad projektu na reálné chování rodičů-kuřáků měla naopak většina studentů spíše skeptický pohled, který přetrvával i po praktické zkušenosti ve školách. Často ve svých výpovědích uváděli, že si nedovedou představit, že by rodiče, kteří dosud kouří i doma, na základě jednorázové informace o škodlivosti pasivního kouření v tiskovinách nebo i na případné besedě, kouřit opravdu přestali. Na druhou stranu si dovedou představit možnost působení dětí na rodiče (přestože děti v rozhovorech často uváděly, že rodičům či prarodičům říkají, aby nekouřili, a oni stejně nepřestanou). Koncept projektu zaměřeného na rodiče skrze děti tedy považují za vůbec jedinou možnou cestu, jak rodiny ovlivnit, muselo by se však jednat o projekt dlouhodobý, nikoli jednorázový. Na závěr ale studenti často vyjadřovali názor, že navzdory prozatímnímu nezájmu rodičů by projekt měl pokračovat a že má smy-

sl tímto směrem upírat úsilí v rámci edukace a prevence. Jako jednoznačný přínos programu pak uváděli zvýšení úrovně znalostí dětí o pasivním kouření a pomoc pedagogům při výchově ke zdravému životnímu stylu.

3. Dojmy studentů ze setkání s dětmi, přínos této formy praxe pro jejich studium či budoucí povolání:

Zpočátku převážně negativní a skeptický postoj studentů k jejich aktivní účasti v projektu se během týdne výuky prakticky u všech studentů změnil na pozitivní, oceňující, v některých případech až nadšený. Někteří studenti otevřeně přiznávali strach z nové zkušenosti v prostředí, které je jim cizí. Někteří měli pocit, že nejsou odborně pedagogicky zdatní. Ve výsledku pak naopak právě zkušenost komunikace se zdravými dětmi ve školním prostředí (která byla úplně odlišná od komunikace s nemocnými dětmi v rámci jejich klinické praxe) nejvíce oceňovali. Děti se s nimi nebály otevřeně mluvit a ptát se, vyjadřovaly často nadšení z povídání se studenty, líbily se jim omalovánky, logo projektu i pohádka. Z rozhovorů s dětmi dle studentů vyplynulo, že děti kuřáků se stejnou úrovní znalostí o škodlivosti kouření jsou většinou tolerantnější ke kouření ve svém okolí, než děti z nekuřáckých rodin. Někteří studenti také uváděli, že dotazníkové otázky byly pro menší, či méně vyzrálé děti poměrně složité. Například byly schopny „vyjadřovat názory“ a s použitím poměrně odborných pojmů vyslovovat teze o škodlivosti kouření, které slyšely od učitelů, ale nedokázaly vyjádřit svůj skutečný postoj nebo vůbec nerozuměly některým otázkám. Některé děti prý také působily až vyděšeně z informací, které jim škola do té doby o kouření a jeho následcích prezentovala. Studenti proto často apelovali na přiměřenost vzdělávání dětí v těchto tématech. Oceňovali praktickou zkušenost ze škol jako cenný příspěvek k formování jejich pohledu na důležitost prevence nejen u dětí, ale také u generací rodičů a prarodičů.

## Diskuse

Program Smoke-free homes a Smoke-free cars se úspěšně šíří v mnoha zemích a je součástí vládami podporovaných edukačních kampaní o sociální neakceptovatelnosti kouření a o jeho škodlivosti pro zdraví kuřáků i exponovaných nekuřáků. V recentním systematickém přehledu se autoři zaměřili na vyhledání bariér a podmínek, které limitují lepší efektivitu programů SFH (16). Prostudovali výsledky 18 studií publikovaných v angličtině v letech 1990–2014 zahrnujících údaje o sociálních, kulturních a osobních důvodech ochrany nekuřáků, zejména dětí, před pasivním kouřením. Případné překážky v implementaci komplexního zákazu kouření v bytech začlenili do sedmi okruhů: I. znalosti a percepce rizika pasivního kouření, II. osobní zkušenosti, III. společenské normy a osobní morální odpovědnost, IV. sociální vztahy, V. vnímání prospěchu, priorit a zálib, VI. závislost, VII. praktičnost a dostupnost opatření. Přestože přehled zahrnoval především studie organizované ve vyspělých zemích, bylo možno formulovat hlavní důvody menší úspěšnosti ochrany nekuřáků v jejich domovech. Jednou ze zásadních bariér akceptování programu SFH byla nízká zdravotní gramotnost a tolerantní názory na expozici ostatních zakouřenému prostředí. Mnozí kuřáci, zejména ti silně závislí, odmítali

li filozofii nekuřáckých domovů jako zásah do jejich svobod v privátním prostředí, bez ohledu na porušování práv nekuřáků na čistý vzduch.

Na prevalenci kouření v populaci i chování kuřáků mají z velké části vliv také postoje a chování autorit v této oblasti, tedy pedagogů a zdravotníků. V ČR podle některých studií dlouhodobě podíl kuřáků mezi lékaři a učiteli klesá. Lékařů – kuřáků bylo kolem roku 2010 asi 16 %, mezi učiteli pak kolem 17,5 %. Mezi studenty zdravotnických oborů se prevalence kouření podle globální studie provedené v letech 2007 a 2011 pohybuje kolem 20 % u studentů medicíny a kolem 33 % u studentů ošetrovatelství. V celorepublikovém průzkumu současně až 80 % studentů vyjadřovalo přesvědčení, že by měli být vzory pro své pacienty i veřejnost a 50 % z aktivních kuřáků přiznalo, že by se rádi své závislosti zbavili (17).

Výuka o problematice kouření a léčbě závislosti na kouření je součástí kurikula všech lékařských fakult v ČR. Podle toho, jak se daří soustavně zapojit všechny výukové lékařské obory, se prevalence kuřáků mezi absolventy na konci studia často významně liší. Na LF MU v Brně, kde vedení fakulty v 90. letech výrazně a systematicky podporovalo komplexně pojatou výchovu studentů k nekouření, kouřilo již na konci minulého století každoročně méně než 10 % studentů 6. ročníků (18). Při posledním šetření ve školním roce 2011/2012 se pokládalo za kuřáky 5,5 % mediků a v posledním měsíci studia kouřilo jen 2,8 % studentů. V rámci výzkumu mezi studenty lékařství na LF MU bylo také patrné, že studenti si jsou vědomi své budoucí role autorit: 52,8 % studentů 3. ročníku a 68 % studentů 6. ročníku souhlasilo, že zdravotníci jsou vzory chování v oblasti kouření (19).

Někteří autoři také souhlasí s názorem, že v zemích s nižší prevalencí kuřáctví mezi zdravotníky je obecně prosazování prevence kouření snazší, současně nicméně zpochybňují význam preventivních programů ve školách (20).

## Závěr

Vzhledem k tomu, že v České republice je znatelná poměrně vysoká tolerance ke kouření, a to i u dětí a mladistvých, stejně jako nedostatečná zdravotní gramotnost populace a současně nízká politická vůle přijmout komplexní preventivní opatření na ochranu nekuřáků, je žádoucí zapojit do komunitní výchovy ke zdraví nejširší lékařskou veřejnost. Úspěšné výsledky pokusu o aktivní účast studentů všeobecného lékařství při praktické komunikaci s dětskou populací naznačují, že tato cesta by mohla přispět k formování pozitivního postoje zdravotníků k prevenci, a tím i k ochraně a podpoře zdraví populace.

## LITERATURA

1. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*. 2011 Jan 8;377(9760):139-46.
2. US Surgeon General. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, US: US Department of Health and Human Services; 2006.

3. Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Apr 14;(4):CD005992.
4. Semple S, Apsley A, Azmina Ibrahim T, Turner SW, Cherie JW. Fine particulate matter concentrations in smoking households: just how much secondhand smoke do you breathe in if you live with a smoker who smokes indoors? *Tob Control*. 2015 Oct;24(e3):e205-11. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-051635.
5. 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. doi: 10.1186/1471-2458-9-112.
6. Jarvis MJ, Feyerabend C. Recent trends in children's exposure to second-hand smoke in England: cotinine evidence from the Health Survey for England. *Addiction*. 2015 Sep;110(9):1484-92.
7. King BA, Patel R, Babb SD. Prevalence of smokefree home rules - United States, 1992-1993 and 2010-2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014 Sep 5;63(35):765-9.
8. Blackburn C, Spencer N, Bonas S, Coe C, Dolan A, Moy R. Effect of strategies to reduce exposure of infants to environmental tobacco smoke in the home: cross sectional survey. *BMJ*. 2003 Aug 2;327(7409):257.
9. Robinson J, Kirkcaldy AJ. Disadvantaged mothers, young children and smoking in the home: mothers' use of space within their homes. *Health Place*. 2007 Dec;13(4):894-903.
10. Rosen LJ, Myers V, Winickoff JP, Kott J. Effectiveness of interventions to reduce tobacco smoke pollution in homes: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Dec 18;12(12):16043-59.
11. Ho SY, Wang MP, Lo WS, Mak KK, Lai HK, Thomas GN, et al. Comprehensive smoke-free legislation and displacement of smoking into the homes of young children in Hong Kong. *Tob Control*. 2010 Apr;19(2):129-33.
12. Been JV, Millett C, Lee JT, van Schayck CP, Sheikh A. Smoke-free legislation and childhood hospitalisations for respiratory tract infections. *Eur Respir J*. 2015 Sep;46(3):697-706.
13. Been JV, Mackay DF, Millett C, Pell JP, van Schayck OC, Sheikh A. Impact of smoke-free legislation on perinatal and infant mortality: a national quasi-experimental study. *Sci Rep*. 2015 Aug 13;5:13020. doi: 10.1038/srep13020.
14. Hrubá D, Matějová H, Žaloudíková I. Jak chránit děti před expozicí pasivnímu kouření v jejich domovech? *Hygiena* 2010;55(3):86-90.
15. Fialová J, Stávková J, Hrubá D. Podmínky pro program „Nekouřácké domovy“: předběžné výsledky. *Ceskoslov Pediatr*. 2016;71(4):187-95.
16. Passey ME, Longman JM, Robinson J, Wiggers J, Jones LL. Smoke-free homes: what are the barriers, motivators and enablers? A qualitative systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 2016 Mar 17;6(3):e010260. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010260.
17. Sovinová H, Csémy L, Kernová V. Užívání tabáku a alkoholu v České republice: zpráva o situaci za období posledních deseti let [Internet]. Praha: Státní zdravotní ústav; 2014 [cit. 11. května 2016]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/TabakAlko2004\\_2013.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/TabakAlko2004_2013.pdf).
18. Hrubá D, Kachlík P. Teaching medical students about smoking: evaluation of the effect of a 7-year-period of education. *Scr Med Fac Med Univ Brun Masaryk*. 1998;71(2/3):153-60.
19. Šikolová V, Sovinová H, Hrubá D. Global Health Professions Student Survey (GHPSS): výsledky u studentů Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. *Hygiena* 2013;58(3):106-10.
20. Hosák L, Hrdlička M, Libiger J a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum; 2015.

*Došlo do redakce: 27. 6. 2016*

*Přijato k tisku: 5. 10. 2016*

*Mgr. Jana Fialová, Ph.D.  
Ústav ochrany a podpory zdraví  
LF Masarykovy univerzity  
Kamenice 753/5  
625 00 Brno  
E-mail: fialova@med.muni.cz*