

JAK CHRÁNIT DĚTI PŘED EXPOZICÍ PASIVNÍMU KOUŘENÍ V JEJICH DOMOVECH?

PROTECTION OF CHILDREN FROM PASSIVE SMOKING IN THEIR HOMES

DRAHOSLAVA HRUBÁ¹, HALINA MATĚJOVÁ¹, IVA ŽALOUĐÍKOVÁ²

¹*Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno*

²*Katedra psychologie, Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, Brno*

SOUHRN

Expozice pasivnímu kouření je prokazatelným zdravotním rizikem, zejména pro děti, které jsou k účinkům škodlivin vnímavější než dospělí. Legislativní opatření chránící nekuřáky formou zákazů kouření na veřejných místech se májeji účinkem u dětí, které jsou nejvíce exponovány ve svých domovech, případně v osobních autech. Proto je nutné zvýšit edukační činnost ve společnosti i u jednotlivců zaměřenou na ochranu dětí před expozicí kuřákům. V některých zemích se rozvíjí aktivní poradenství zdravotníků v rodinách nemocných dětí a programy „Smoke-free homes“ s různou efektivitou. V České republice zahrnují školní programy výchovy k nekouření i působení na rodiče, aby chránili děti před expozicí pasivnímu kouření. Výsledky jsou zatím spíše rozpačité: chybí politická vůle podporovat intenzivně omezování tabakismu a společnost je ke konzumaci legálních drog tolerantní.

Klíčová slova: pasivní kouření, možnosti ochrany dětí

SUMMARY

Exposure to passive smoking has been recognized as serious health hazard, especially for children who are more vulnerable than adults to the damage caused by chemicals. Legislation restricting smoking in public places cannot protect children as they are primarily exposed in their homes and/or cars. Therefore, it is necessary to improve both public and individual health education concerned with protection of children against exposure to tobacco smoke. In some countries, the active advice services by health professionals are targeted on families with ailing children and „Smoke-free homes“ programmes are being developed. In the Czech Republic, school-based educational anti-smoking programmes address parental interest in protecting children against passive smoking. The results so far have been ambiguous: there is a lack of intensive political support of tobacco control and society tolerates the consumption of legal drugs.

Key words: passive smoking, child protection

Pasivní – nedobrovolné – kouření je vdechování ovzduší kontaminovaného dýmem z doutnajícího konce cigarety (tzv. sidestream) a zbytků kouře, který vdechuje aktivní kuřák (mainstream). Již v r. 1986 uveřejnil hlavní lékař USA (60) důkazy, že expozice takto znečištěnému ovzduší může vyvolat u nekuřáků zdravotní problémy: dráždění spojivek a sliznic horních cest dýchacích, poruchy imunity, exacerbaci astmatických záchvatů, infarktu myokardu, chronickou obstrukční plicní nemoc. Později toxikologové z Environmental Protection Agency klasifikovali cigaretový kouř jako prokázaný humánní karcinogen třídy A (59) a badatelé k výčtu následků expozice přiřadili i některé typy leukémií a rakovinu plic (22, 32, 52). Speciální problematiku zahrnuje studium následků prenatální expozice plodů cigaretovému kouři. Nejnovější

odborná literatura popisuje tzv. „thirdhand smoke“, který vzniká reakcí volného nikotinu, oxidu dusného a kyseliny dusičné, emitovaných z cigaretového kouře. Chemické látky dávají vznik toxickým, mutagenním a karcinogenním nitrosaminům (NNK, NNN, NNA), které dlouhodobě ulpívají na prašných částicích bytových interiérů, oděvech a pokožce. Děti, zejména kojenci a batolata, mají vyšší expozici než dospělí ve stejném prostředí, protože v relaci k tělesné hmotnosti mají vyšší příjem vdechovaného vzduchu a díky specifickému chování (olizování předmětů i rukou) i větší příjem alimentární cestou (53).

Nezpochybnitelné poznatky o zdravotních rizicích expozice zakouřenému prostředí vedly ve většině zemí k legislativním opatřením na ochranu nekuřáků formou zákazů kouření na veřejných místech.

Tato opatření však poskytují jen malou, či dokonce žádnou ochranu dětem, které jsou k následkům nejvíce ohroženy, a jejichž expozice je ponejvíc determinována kuřáctvím jejich rodičů a lokalizována v prostředí domovů (25).

V české studii, která hodnotí úspěšnost intervenčního výchovně vzdělávacího programu určeného žákům 1. až 5. tříd základních škol „Normální je nekouřit“, je kolem 75 % šesti- až jedenáctiletých dětí exponováno vlivům kuřáků z řad nejbližších rodinných příslušníků: téměř 30 % dětí má kouřící rodiče, více než 20 % má kouřící prarodiče, u dalších téměř 10 % dětí kouří rodiče i prarodiče v domácím prostředí nebo v autě. Pokud se připojí sledování kuřáckého chování i u dalších příbuzných, s nimiž se děti často stýkají (tety, strýcové, starší sourozenci), je jen asi jedna čtvrtina dětí mimo dosah tohoto rizikového chování dospělých (18). Podobné údaje jsou popisovány i v jiné české studii z programu Teplice-Prachatic (10), nebo ve studii ze Skotska, kde přes 80 % dětí ve věku 8 až 15 let je exponováno zakouřenému prostředí, nejčastěji ve svých domovech (6). V studiích z USA je počet dětí exponovaných cigaretovému kouři zhruba pětkrát vyšší než počet exponovaných dospělých nekuřáků (29). Dokonce i v rodinách, kde dospělí členové nekouří, je až čtvrtina dětí exponována denně při povoleném kouření návštěv (51).

Dalším místem zdravotně významné expozice jsou osobní vozy, v nichž děti cestují se svými rodiči (27). Různé studie ukázaly, že v autech, kde se kouří, bývá vyšší koncentrace nikotinu, prашných částic, oxidu uhelnatého a dalších chemických škodlivin i několikanásobně vyšší než v barech (30) a nepodaří se je zcela odstranit ani použitím klimatizace, ani otevřením všech okének (49).

Zvýšená nemocnost dětí ovlivněná expozicí zakouřenému prostředí je provázána často zhoršením školní docházky, slabším prospěchem. Spolu s opakovaně zjišťovaným faktem, že kuřáctví dospělých koreluje s jejich nižším vzděláním, horšími sociálními podmínkami a nekompletními či restrukturalizovanými rodinami (29), mívají kouřící rodiče tolerantnější postoje ke kouření a problémy s komunikací při projednávání osobních problémů jejich dětí (36). Život dětí v kuřáckých rodinách tak představuje komplex různých negativních podmínek, jejichž následky se projeví v pozdějším životě (35, 50).

Podle četných vědeckých studií jsou hodnoty koncentrací chemických látek v zakouřeném prostředí takové, že představují významnou toxickou expozici, u níž neexistuje nějaký bezpečný práh (34, 58). Závažnost a naléhavost problému umocňuje skutečnost, že děti většinou nemají schopnost účinně se bránit pobytu v zakouřeném prostředí a možnost odejít z blízkosti kuřáků (55). Při přijímání zákonů o zákaze kouření na veřejnosti byly dokonce obavy, že pro expozici dětí budou mít tato opatření kontraproduktivní výsledky, protože jejich rodiče budou víc kouřit v domácím prostředí (26).

Druhým významným problémem expozice dětí pasivnímu kouření je, že kouření rodičů a dalších osob, k nimž mají děti blízký vztah, představuje inspirující motivaci k napodobování tohoto chování, což prokázaly nejen četné zahraniční (11), ale i naše studie (19).

Kouření matek zvyšuje riziko kouření dětí výrazněji než kouření otců (15, 28, 39, 45); naopak, pokud rodiče přestanou kouřit, snižuje se i frekvence kuřáctví u jejich dětí (4, 5, 21, 39).

Pro vysvětlení vlivu rodičů na kuřácké chování dětí byly vypracovány různé modely, např.

- teorie sociálního učení (napodobování pozorovaného chování),
- teorie problémového chování (založená na interakci jedince s okolním společenským prostředím), nebo
- teorie sociální vazby (podle níž vztah dětí k rodičům v útlém dětství ovlivní jejich chování v době dospívání i v dospělosti) (48).

Postoje rodičů ke kouření, pravidla o kouření v domácím prostředí a sociální vzory jsou významné faktory, které ovlivňují děti a jejich kuřácké chování (23, 31, 61). Kouřící rodiče obvykle častěji tolerují kuřácké pokusy a později i pravidelné kouření dětí, poskytují jim kuřivo či ekonomické prostředky na jeho zakoupení (17, 47). Děti kouřících rodičů začínají kouřit v mladším věku (19), častěji se stávají pravidelnými a závislými kuřáky, což ve svém důsledku znovu vede k většímu riziku, že jejich zdraví bude v budoucím životě ohroženo.

Význam vlivu kouřící rodiny jako modelu chování bývá někdy zpochybňován poukazem na společenský vývoj ve vyspělých zemích, kde začíná pubertální zrání v mladším věku, zvyšuje se využívání informačních technologií i aktivit dětí konaných mimo rodinu. S tím je spojen i snižující se socializační proces mezi školními dětmi a dospělými příslušníky rodiny (37) a zkracování doby vzájemných kontaktů rodičů s dospívajícími dětmi (65). Tyto okolnosti vedou k logickým předpokladům, že vyšší nezávislost dětí na rodičích se projeví i v oblasti kouření; tento předpoklad však nepotvrdila studie z Finska, která naopak zjistila, že kouření rodičů představuje permanentní vliv na kuřáctví dětí, který sociální ani kulturní společenské změny, ani dřívější dospívání dětí nejsou schopny modifikovat (39).

Přes množství odborné literatury dokumentující přesvědčivě zdravotní rizika tzv. pasivního kouření, i přes různé výchovně vzdělávací kampaně, se opakovaně ukazuje, že znalosti dospělých o této problematice jsou omezené, nebo zmatené (38). Kuřáci uvádějí mnoho sociálních, fyzických, psychologických a ekonomických důvodů jejich přetrvávající neochoty či neschopnosti zabezpečit dětem nekuřácké domácí prostředí; konkrétně obtíže spojené s trvalejším dohledem na děti, nedostatek možností kouřit mimo domov, přání kouřit v příjemném a privátním prostředí domova, nedostatek pochopení rizika a obavy z negativních reakcí kouřících na snahy o omezení kouření v bytech (13, 42, 43). Matky obvykle vyvíjely snahu chránit před expozicí děti, pokud byly v kojeneckém věku, ale jen málo z nich pokračovalo v tomto úsilí i poté, co byly děti starší (42). Podobné zkušenosti máme i v České republice (33).

Snahy o opatření na zabezpečení zdravých životních podmínek v prostředí rodiny narážejí na řadu úskalí. Z pohledu společenských norem a zákonů mají rodiče právo vychovávat děti bez zásahu státu, s výjimkou, kdy jejich činnost či naopak nečinnost může

děti vystavit vážnému ohrožení. Přesto řada zákonů opatření na ochranu dětí v rodinném prostředí již existuje: před fyzickým násilím, pohlavním zneužíváním, povinné jsou příkazy na používání helmy či bezpečnostních pásů v dopravě apod. V tomto kontextu je zřejmé, že ti rodiče, kteří kouří v přítomnosti dětí, nejednají v jejich nejlepší zájmu a představují pro děti prokázané zdravotní ohrožení. Proto by legislativní úprava zakazující kouření doma, pokud žijí v domácnosti děti, byla logickým krokem (9).

Principiální přístup k řešení problematiky zásahu státu do soukromí občanů zahrnuje otázky autonomie, nepoškozování, prospěchu a oprávněnosti (8). Autonomie je chápána jako právo jedince na svobodné jednání podle osobních pravidel, vytvořených na základě znalostí, které není limitováno ani zásahy ostatních, ani osobními omezeními. Ve společenství ostatních lidí však bezbřehá autonomie naráží na omezování práv ostatních a proto musí být v mnoha oblastech chování regulována. Z pohledu expozice dětí pasivnímu kouření je autonomie kuřáckého chování dospělých v přímém rozporu s jejich povinností chránit dítě před poškozením (1).

Další úhel pohledu nabízí i rozbor plného významu autonomie, zejména s důrazem na promyšlenou volbu jednání na základě dobré informovanosti. V této souvislosti se nabízí otázka, zda je kuřák skutečně plně svéprávnou osobou, když jeho chování ovlivňuje závislost na psychoaktivní droze. Není naopak osobou, která potřebuje pomoc od společnosti v oblasti informační, výchovné, i restriktivní a především léčebné? Jestliže většina kuřáků začala s pravidelným užíváním drogy v dětském věku a v této době si už vytvořili závislost, pak celý závažný proces začal v době, kdy kuřáci nebyli schopni zvažovat své chování ve všech jeho důsledcích a rozhodně nejednali autonomně. Proto je třeba využívat všechny možnosti k poskytování potřebných informací a účinné léčby. Léčba kouření ovšem nesmí být vnucována, ale nabízena. Pokud kuřák nabídku akceptuje, pak se jeho autonomie skutečně posílí a jeho dřívější chování přestane být zdravotním rizikem pro něho i jeho okolí. Prospěch získá i v oblasti společenské a ekonomické.

Obecný pojem „prospěšnosti“ je někdy konfrontován s „paternalismem“, jehož ústředním problémem je „kdo určuje, co je dobré a správné“. Lidé jsou obvykle ochotni akceptovat názory odborníků a tradičně bývá v tomto ohledu nejméně problémů v medicíně. Nicméně i zde se vztah mezi lékařem a pacientem vyvíjí od dřívějšího vysoce paternalistického postoje k rovnocennému partnerství. Zásadní podmínkou této změny je plná informovanost pacienta o nemoci a možnostech léčby a jeho vůle učinit samostatné rozhodnutí či ponechat další postup lékaři (7). V problematice kuřáckého chování jsou zdůrazňována práva kuřáků na komplexně poskytované informace nejen v obecně pojaté rovině, ale i na úrovni individuální personifikace rizika.

Oprávněnost státem řízených omezení práv kuřáků kouřit kdekoli je dána vědeckými doklady o zdravotních poškozeních exponovaných nekuřáků. Měla by se týkat především dětí. Není-li dospělý kuřák plně autonomní, protože má buď málo informací a/nebo jedná pod vlivem závislosti, pak uplatnění restriktiv-

ních opatření ve prospěch jím ohrožovaných nekuřáků je plně opodstatněný. Příkazy omezující kouření v přítomnosti nekuřáků znamenají pro mnoho kuřáků zvýšení zájmu o doplnění zdravotního vzdělání a o odvykání kouření. Edukace a léčba je cestou k dosažení skutečné autonomie.

Na ochranu nekuřáků byla vytvořena účinná obrana, která legislativními opatřeními zakazuje kouření na veřejnosti; v USA byly zákazy kouření na pracovištích a veřejných místech nejdříve ustanoveny ve státě Minnesota (1975), v současné době jsou určité formy restrikce uplatňovány na celém světě, Českou republiku nevyjímaje. Dosud nejkomplexnější přístup k ochraně nekuřáků zahrnuje článek 8 Rámcové úmluvy o kontrole tabáku (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC – 64); Česká republika je jednou z mála zemí, jejichž politici tento dokument dosud neratifikovali. Dosavadní výzkum ukazuje, že jakmile lidé pochopí smysl ochrany nekuřáků před expozicí tabákovému, resp. cigaretovému kouří, podporují legislativně přijatá opatření, a to i kuřáci, kteří zpočátku s regulací jejich kuřáckého chování nesouhlasili. Omezení kouření na pracovištích, ve školách a zdravotnických zařízeních, veřejné dopravě, restauracích a barech, na veřejných prostranstvích ovlivňuje postupně žádoucí, tj. odmítavé postoje většiny společnosti ke kouření (20).

V Anglii prospektivně sledují trendy vývoje počtu domácností, kde se dospělí po vzájemné dohodě rozhodli dodržovat zákaz kouření, na reprezentativně vybraném vzorku dětí ve věku 4–15 let a anketní odpovědi verifikují objektivním vyšetřením kotininu ve slinách. V období mezi lety 1996–2007 je pozorován velmi slibný vývoj: v domácnostech nekuřících rodičů se zvýšilo zastoupení bytů s domluveným a uplatňovaným zákazem kouření z 95 % na 99 %; tam, kde kouří jeden z rodičů, vzrostl počet „Smoke-free homes“ z 21 % na 37 % a pokud kouří oba rodiče, je zákaz kouření doma nyní uplatňován u 21 % v porovnání se 6 % v r. 1996. V mnoha ostatních domácnostech kuřáci omezili počet denně vykouřených cigaret z původního průměru 16 na polovinu (8), což bylo potvrzeno i snížením průměrných koncentrací kotininu u kuřáků z 319 na 189 ng/ml a úměrně i u pasivně exponovaných nekuřáků (26). Podobné trendy popisují i studie z USA (58) a z Austrálie (2, 3). Autoři se shodují na tom, že dospělí kuřáci akceptují názor, že kouření opravdu ohrožuje nedobrovolně exponované nekuřáky, a proto legislativní omezení kouření na veřejnosti dobrovolně přenášejí i do svého soukromého prostředí. Tento postup je však nekoordinovaný a pokusy zasáhnout do této oblasti jsou zatím ojedinělé; proto miliony dětí zůstávají bez ochrany před expozicí škodlivinám, které produkují jejich kouřící rodiče, příbuzní a návštěvníci v jejich privátních domovech a osobních autech.

V USA existuje systém Family Courts (rodinní soudci), kteří se mimo jiné zabývají i problematikou domácí expozice pasivnímu kouření především u dětí s chronickými respiračními nemocemi. V jednotlivých kazuistikách, při kterých odborní soudní znalci definovali podíl expozice pasivnímu kouření na zdravotním poškození dětí, byl prosazen požadavek na úplný zákaz kouření v jejich přítomnosti (9).

Kouření v autech je posuzováno v některých zemích z pohledu bezpečnostního rizika, které představuje kouřící řidič držící či manipulující s cigaretou, což mu ztěžuje ovládání vozidla, analogicky jako při používání mobilního telefonu. Riziko smrtelných havárií vozidel s kouřícím řidičem je dvojnásobně vyšší, než je-li řidič nekuřák (62). Většina zákonných omezení se vztahuje na řidiče v hromadné dopravě, v některých zemích se zákaz týká i řidičů osobních aut. Legislativní zákaz kouření ve vozech za přítomnosti malého dítěte je uplatňován několik let ve 3 státech USA (Arkansas, Louisiana, Kalifornie) a v řadě dalších je na pořadu jednání zákonodárců (24).

Český program pro děti mladšího školního věku „Normální je nekouřit“ nezahrnuje, bohužel, reprezentativní soubor dětí, protože je vázán na zájem škol o jeho využívání, a proto jeho výsledky nelze generalizovat. Nicméně je používán školami ve všech typech urbanizačního prostředí, což toto omezení alespoň částečně snižuje. Většina oslovených rodičů – 86 % – souhlasí se zákazy kouření na veřejných místech, legislativně definovaných v zákonech České republiky, a kupodivu v tomto ohledu nejsou rozdíly mezi kouřícími a nekouřícími respondenty; jen kolem 6 % se zákazy nesouhlasí a dalších více než 5 % pokládá rozsah zakázaných míst za příliš široký. Většina respondentů je však skeptická v tom, že zákonné prostředky ochraňující nekuřáky na veřejných místech ovlivní kuřáky v jejich chování doma, které ohrožuje jejich nejbližší. Téměř dvě pětiny jejich dětí, žáků 4. tříd, uvedly, že se u nich doma kouří, zatímco tento fakt přiznala jen necelá třetina rodičů (17).

Přes uvedená zdůvodnění, opravňující legislativní ochranu dětí před pasivním kouřením v jejich domovech, není v současné době tento způsob v praxi realizovatelný a přednost mají programy výchovy ke zdraví. V Anglii vyvinuli několik variant programů „Smoke-free homes“, podporující omezení či úplný zákaz kouření v bytech s dětmi. Projekty jsou podobné a pravidla umožňují odstupňování omezení od úplného zákazu kouření v celém bytě („zlatý stupeň“), přes povolení kouření v jediné dobře větrané místnosti („stříbrný stupeň“) až po dohodu nekouřit v přítomnosti dětí, ani ostatních nekuřáků („bronzový stupeň“) (40). K těmto strategiím existují ještě různé varianty regulující kouření v bytech a osobních autech, jako kouření u otevřeného okna či na chodbě a WC apod. Z hlediska fyzické i psychické expozice dětí jsou však taková opatření odborníky pokládána za neúčinná (34).

Zbývá řešit problém, jak oslovit komunitu kouřících rodičů a těch, kteří sice sami nekouří, ale své děti aktivně nechraňují před ostatními kuřáky. Pozornost je v tomto ohledu upřena zejména na lékaře a ostatní zdravotníky: mají jedinečnou příležitost upozorňovat rodiče na rizika související s expozicí pasivnímu kouření a to nejen při ošetřování dětí v jejich nemoci, ale i při četných preventivních prohlídkách. Některé kontrolované studie již byly publikovány a naznačují určitý stupeň úspěšnosti; intervence zdravotních sester prováděná přímo v bytech rodin s dětmi přinesla snížení expozice dětí, ale nebyl zaznamenán úbytek frekvence kouřících rodičů (12). Jiná studie založená na stejném principu domácích intervencí měla efekt velmi nízký (54) a podobný neúspěch prezento-

valy i práce Hovella et al. (14) a Mullera (35). Přehled 18 programů, který přinesla databáze Cochrane, neposkytl závěry, z nichž by vyplývalo jednoznačné doporučení některého z nich (44). I přes určité rozpaky a s nimi spojenou neochotou pediatrii angažovat se v ovlivňování kuřáckého chování rodičů, jsou doporučení odborníků jednoznačná a zahrnují jak postupy chránící děti před expozicí, tak i poradenství k zanechání kouření a pomoc při léčbě kuřácké závislosti (56).

Další možnost zahrnují školní výchovné protikuřácké programy, které procvičují s dětmi různé způsoby, kterými si mohou v rodinách zajistit určitou ochranu před toxickou expozicí. V České republice byla vytvořena unikátní sada výchovně vzdělávacích protikuřáckých programů určených pro děti různých věkových skupin: v mateřských školách se děti učí o zdravotních rizicích kouření z pohádek, omalovánek a hravých scének a spontánně pak utíkají z blízkosti kuřáků. Navazující programy pro mladší a starší školní věk pokračují nejen v dalším předávání znalostí o zdravotním riziku, ale rozšiřují poznatky o škodách kouření v oblasti ekonomické a ekologické, iniciují spolupráci rodičů na různých „domácích úkolech“ a učí děti strategickým postupům při jednání s dospělými o podmínkách respektujících právo dětí na zajištění domácího bezpečí, včetně ochrany před expozicí pasivnímu kouření. Součástí školních programů je i nácvik dovedností při rozpoznávání rizikových situací a způsobů odmítání nabídky drog i jiných aspektů rizikového chování. Pro školáky, kteří už aktivně kouří, a ty, kteří jsou už závislí, je vytvořen program s třístupňovou formou intervence (16).

Protikuřácký vliv školy je především v tom, že zajišťuje nekuřácké prostředí a tím snižuje dobu expozice dětí a adolescentů pasivnímu kouření. Dále poskytuje vzdělání v oblasti výchovy ke zdraví a to nejen v oblasti teoretické, ale i při nácviku praktických dovedností. Může však i modifikovat působení nevhodného sociálního vzoru rodiny a tak pozitivně formovat nekuřácké chování mladých. Dobré vztahy ve škole a úspěšné studijní výsledky měly výrazný preventivní vliv v souboru 13–15letých žáků ve studii HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) (41), její skandinávské části (50), u adolescentních děvčat (36), i u slovenských středoškoláků (46). Nejen učitelé, ale i politici by měli akceptovat, že komplexně pojatá tvorba podporujícího a tvůrčího prostředí ve školách je významnou prioritou a všemi prostředky posilovat její realizaci. Tímto způsobem mohou přispět ke zlepšení zdraví populace a ke snížení nerovností ve zdraví.

Závěr

Ochrana dětí před jejich expozicí škodlivinám z cigaretového kouře je významnou primárně preventivní prioritou. Tento jasný cíl má etický problém ve střetávání pohledů dvou skupin populace: na jedné straně stojí liberální názory na soukromí domova zahrnující i práva kuřáků na volnost chování, které ohrožuje i jiné. Proti tomu stojí dokumenty WHO (63) a UNICEF (57) hájící práva dětí, mimo jiné i ochranu před účinky tabáku.

Zdravotníci, především odborníci v pediatrii, musí více využívat svých jedinečných možností, informovat rodiče o zdravotních rizicích pasivního kouření a motivovat je k přijímání takových opatření, která by expozici dětí omezila či zcela vyloučila.

Školní výchova může účinným způsobem posílit teoretické znalosti dětí o riziku kouření, ovlivnit jejich postoje a zvýšit praktické schopnosti dětí bránit se nedobrovolné expozici cigaretovému kouři.

Pozornost je třeba věnovat vytvoření žádoucích **postojů společnosti** a účinných strategických postupů k ochraně dětí před pasivním kouřením v jejich domovech, které by na jedné straně nestigmatizovaly kouřící rodiče, zejména z nižších sociálních skupin, ale současně posilovaly práva jejich dětí na růst a vývoj ve zdravém prostředí

Politická reprezentace v České republice by konečně měla akceptovat varování odborníků před nepříznivými trendy konzumace legálních drog ve stále mladších věkových skupinách dětí a připojit se k opatřením, která v zahraničí mají dobré výsledky.

Poděkování: *Publikace byla podpořena Výzkumným záměrem MŠMT ČR č. 0021622421.*

LITERATURA

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4th ed. New York: Oxford Press; 1994.
2. Borland R, Yong HH, Siahpush M, Hyland A, Campbell S, Hastings G, et al. Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2006 Jun;15 Suppl 3:iii34-41.
3. Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2006 Jun;15 Suppl 3:iii42-50.
4. Bricker JB, Rajan KB, Andersen MR, Peterson AV Jr. Does parental smoking cessation encourage their young adult children to quit smoking? A prospective study. *Addiction*. 2005 Mar;100(3):379-86.
5. Bricker JB, Otten R, Liu JL, Peterson AV Jr. Parents who quit smoking and their adult children's smoking cessation: a 20-year-follow-up study. *Addiction*. 2009 Jun;104(6):1036-42.
6. Bromley C, Sproston K, Shelton N. Scottish health survey 2003. Edinburgh: The Stationary Office; 2005.
7. Buchanan DR. Autonomy, paternalism, and justice: ethical priorities in public health. *Am J Public Health*. 2008 Jan;98(1):15-21.
8. McCarthy J. Principlism or narrative ethics: must we choose between them? *Med Humanit*. 2003 Dec;29 (2):65-71
9. Daschille KH, Callahan K. Secondhand smoke and the Family Courts: the role of smoke exposure in Custody and Visitation Decisions [Internet]. St. Paul: Public Health Law Center; 2005 [cited 2008 May 2]. Available from: <http://www.publikealthlawcenter.org/>.
10. Dostál M, Milcová A, Binková B, Kotesovec F, Nozicka J, Topinka J, et al. Environmental tobacco smoke exposure in children in two districts of the Czech Republic. *Int J Hyg Environ Health*. 2008 Jul;211(3-4):318-25.
11. Eureka Strategic Research. Youth tobacco prevention literature review. Project no. 3032. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2005.
12. Greenberg RA, Strecher VJ, Bauman KE, Boat BW, Fowler MG, Keyes LL, et al. Evaluation of a home-based intervention program to reduce infant passive smoking and lower respiratory illness. *J Behav Med*. 1994 Jun;17(3):273-90.
13. Hill L, Farquharson K, Borland R. Blowing smoke: strategies smokers use to protect non-smokers from environmental tobacco smoke in the home. *Health Prom J Australia*. 2003;14:196-201.
14. Hovell MF, Zakarian JM, Wahlgren DR, Matt GE. Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke: the empirical evidence and directions for future research. *Tob Control*. 2000;9 Suppl 2:II40-7.
15. Hrubá D. Kouření a já - projekt výchovy žáků základních škol. II. Předběžné výsledky pilotní studie. *Hygiena*. 1996;41(1):21-7.
16. Hrubá D. Primární preventivní protikuřácké programy v České republice. *Hygiena*. 2001;46(3):157-64.
17. Hrubá D, Žaloudíková I. Kuřáctví a názory rodičů školních dětí. *Hygiena*. 2007;52(4):105-9.
18. Hrubá D, Žaloudíková I. Úloha rodiny pro vývoj vybraných postojů ke kouření a kuřácké chování dětí. *Hygiena*. 2008;53(4):135-40.
19. Hrubá D, Žaloudíková I. Where do our children learn to smoke? *Cent Eur J Public Health*. 2008 Dec;16(4):178-81.
20. Hyland A, Higbee C, Borland R, Travers M, Hastings G, Fong GT, et al. Attitudes and beliefs about secondhand smoke and smoke-free policies in four countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res*. 2009 Jun;11(6):642-9.
21. Chassin L, Presson C, Rose J, Sherman SJ, Prost J. Parental smoking cessation and adolescent smoking. *J Pediatr Psychol*. 2002 Sep;27(6):485-96.
22. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 83. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2004.
23. Jackson C. Perceived legitimacy of parental authority and tobacco and alcohol use during early adolescence. *J Adolesc Health*. 2002 Nov;31(5):425-32.
24. Jarvie JA, Malone RE. Children's secondhand smoke exposure in private homes and cars: an ethical analysis. *Am J Public Health*. 2008 Dec;98(12):2140-5.
25. Jarvis MJ, Goddard E, Higgins V, Feyerabend C, Bryant A, Cook DG. Children's exposure to passive smoking in England since the 1980s: cotinine evidence from population surveys. *BMJ*. 2000 Aug 5;321(7257):343-5.
26. Jarvis MJ, Mindell J, Gilmore A, Feyerabend C, West R. Smoke-free homes in England: prevalence, trends and validation by cotinine in children. *Tob Control*. 2009 Dec;18(6):491-5.
27. Kabir Z, Manning PJ, Holohan J, Keogan S, Goodman PG, Clancy L. Second-hand smoke exposure in cars and respiratory health effects in children. *Eur Respir J*. 2009 Sep;34(3):629-33.
28. Kandel DB, Wu P. The contributions of mothers and fathers to the intergenerational transmission of cigarette-smoking in adolescence. *J Res Adolesc*. 1995;5(2):225-52.
29. King K, Martynenko M, Bergman MH, Liu YH, Winickoff JP, Weitzman M. Family composition and children's exposure to adult smokers in their homes. *Pediatrics*. 2009 Apr;123(4):e559-64.
30. Klepeis NE, Nelson WC, Ott WR, Robinson JP, Tsang AM, Switzer P, et al. The National Human Activity Pattern Survey (NHAPS): a resource for assessing exposure to environmental pollutants. *J Expo Anal Environ Epidemiol*. 2001 May-Jun;11(3):231-52.
31. Kodl MM, Mermelstein R. Beyond modeling: parenting practices, parental smoking history, and adolescent cigarette smoking. *Addict Behav*. 2004 Jan;29(1):17-32.

32. Korte JE, Hertz-Picciotto I, Schulz MR, Ball LM, Duell EJ. The contribution of benzene to smoking-induced leukemia. *Environ Health Perspect.* 2000 Apr;108(4): 333-9.
33. Kukla L, Hrubá D, Týrlík M. Vývoj respirační morbidity dětí ve vztahu k jejich expozici pasivnímu kouření. *Čas Lék Čes.* 2008;147(4):215-21.
34. Matt GE, Quintana PJ, Hovell MF, Bernert JT, Song S, Novianti N, et al. Household contaminated by environmental tobacco smoke: sources of infant exposures. *Tob Control.* 2004 Mar;13(1):29-37.
35. Muller T. Breaking the cycle of children's exposure to tobacco smoke. London: British Medical Association; 2007.
36. DiNapoli PP. Early initiation of tobacco use in adolescent girls: key sociostructural influences. *Appl Nurs Res.* 2009 May;22(2):126-32.
37. Niemi I, Pääkkönen H, editors. Time use changes in Finland through the 1990s. Helsinki: Statistics Finland; 2002.
38. Phillips R, Amos A, Ritchie D, Cunningham-Burley S, Martin C. Smoking in the home after the smoke-free legislation in Scotland: qualitative study. *BMJ.* 2007 Sep 15;335(7619):553-7.
39. 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.
40. 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.
41. Roberts C, Currie C, Samdal O, Currie D, Smith R, Maes L. Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross-national survey research. Recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *J Publ Health.* 2007 Jun;15(3):179-86.
42. Robinson J, Kirkcaldy AJ. „You think that I'm smoking and they're not“: why mothers still smoke in the home. *Soc Sci Med.* 2007 Aug;65(4):641-52.
43. Robinson J, Kirkcaldy AJ. Imagine all that smoke in their lungs: parents' perception of young children's tolerance of tobacco smoke. *Health Educ Res.* 2009 Feb;24(1):11-21.
44. Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD001746.
45. Rosendahl KI, Galanti MR, Gilljam H, Ahlbom A. Smoking mothers and snuffing fathers: behavioural influences on youth tobacco use in a Swedish cohort. *Tob Control.* 2003 Mar;12(1):74-8.
46. Salonna F, van Dijk JP, Geckova AM, Sleskova M, Groothoff JW, Reijneveld SA. Social inequalities in changes in health-related behaviour among Slovak adolescents aged between 15 and 19: a longitudinal study. *BMC Public Health.* 2008 Feb 12;8:57.
47. Scragg R, Laugesen M, Robinson E. Parental smoking and related behaviours influence adolescent tobacco smoking: results from the 2001 New Zealand national survey of 4th form students. *N Z Med J.* 2003 Dec 12;116(1187):U707.
48. Scragg R, Reeder AI, Wong G, Glover M, Nosa V. Attachment to parents, parental tobacco smoking and smoking among year 10 students in the 2005 New Zealand national survey. *Aust N Z J Public Health.* 2008 Aug;32(4):348-53.
49. Sendzik T, Fong GT, Travers MJ, Hyland A. An experimental investigation of tobacco smoke pollution in cars. *Nicotine Tob Res.* 2009 Jun;11(6):627-34.
50. Schnohr CW, Kreiner S, Rasmussen M, Due P, Diderichsen F. School-related mediators in social inequalities in smoking: a comparative cross-sectional study of 20,399 adolescents. *Int J Equity Health.* 2009 May 14;8:17.
51. Schuster MA, Franke T, Pham CB. Smoking patterns in household members and visitors in homes with children in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002 Nov;156(11):1094-100.
52. Siegel M. Smoking and leukemia: evaluation of a causal hypothesis. *Am J Epidemiol.* 1993 Jul 1;138(1):1-9.
53. Sleiman M, Gundel LA, Pankow JF, Jacob P 3rd, Singer BC, Destailats H. Formation of carcinogens indoors by surface-mediated reactions of nicotine with nitrous acid, leading to potential thirdhand smoke hazards. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2010 Apr 13;107(15):6576-81.
54. Tanski SE, Klein JD, Winickoff JP, Auinger P, Weitzman M. Tobacco counseling at well-child and tobacco-influenced illness visits: opportunities for improvement. *Pediatrics.* 2003 Feb;111(2):E162-7.
55. Thomson G, Wilson N, Howden-Chapman P. Population level policy options for increasing the prevalence of smokefree homes. *J Epidemiol Community Health.* 2006 Apr;60(4):298-304.
56. Tyc VL, Hovell MF, Winickoff J. Reducing secondhand smoke exposure among children and adolescents: emerging issues for intervening with medically at-risk youth. *J Pediatr Psychol.* 2008 Mar;33(2):145-55.
57. UNICEF. The Convention on the rights of the child. New York: The United Nations Children's Fund; 1989.
58. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health; 2006.
59. U.S. Environmental Protection Agency, Office of Health and Environmental Assessment. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. EPA/600/6-90/006F. Washington DC: US EPA; 1992.
60. U.S. Public Health Service Office of the Surgeon General. The health consequences of involuntary smoking: a report of the Surgeon General. DHHS Publication No. (CDC) 87-8398. Rockville: US DHHS; 1986.
61. Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Orleans CT, Barker DC, Ruel EE. Effect of restriction on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ.* 2000 Aug 5;321(7257):333-7. Erratum in: *BMJ* 2000 Sep 9;321(7261):623.
62. Wen CP, Tsai SP, Cheng TY, Chan HT, Chung WS, Chen CJ. Excess injury mortality among smokers: a neglected tobacco hazard. *Tob Control.* 2005 Jun;14 Suppl 1:i28-32.
63. World Health Organisation. Tobacco and the rights of the child. Geneva: WHO; 2001.
64. World Health Organisation. WHO framework convention on tobacco control: article 8. Geneva: WHO; 2003.
65. Zuzanek J. The effects of time use and time pressure on child-parent relationships. Health Canada Research Report. Waterloo: Otium Publications; 2000.

Došlo do redakce: 24. 2. 2010

Přijato k tisku: 30. 4. 2010

*Prof. MUDr. Draboslava Hrubá
Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta,
Masarykova univerzita
Kamenice 5
625 00 Brno-Bobunice
E-mail: hruba@med.muni.cz*