

NEKUŘÁCKÉ DOMOVY: UTOPIE NEBO NUTNOST A BUDOUCÍ REALITA?

Drahlava HRUBÁ, Iva ŽALOUĐÍKOVÁ

Abstrakt: *Programy pro „Smoke-free homes“ podporují omezení či úplný zákaz kouření v bytech s dětmi. 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 ani v přítomnosti dětí ani v přítomnosti ostatních nekuřáků („bronzový stupeň“). K těmto strategiím existují ještě různé varianty. Odborníci se shodují, že hlavním cílem musí být komplexní ochrana dětí, kterou lze zajistit jediné dohodou o úplném zákazu kouření v jejich domovech; lze podporovat etapovitý přístup. Školní výchovné protikuřácké programy nejen v zahraničí, ale i v České republice zahrnují i tuto problematiku: 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.*

Klíčová slova: *nekuřácké domu, komplexní ochrana dětí, školní výchovné protikuřácké programy, expozice pasivnímu kouření*

Pasivní – nedobrovolné – kouření je vdechování ovzduší kontaminovaného dýmem z doutnajícího konce cigarety (tzv. sidestream) a zbytků kouře, který vydechuje aktivní kuřák (mainstream). Již v r. 1986 uveřejnil US Surgen General důkazy, že expozice takto znečištěnému ovzduší může vyvolat u nekuřáků zdravotní problémy. Později toxikologové z Environmental Protection Agency klasifikovali cigaretový kouř jako prokázaný humánní karcinogen (třídy A- EPA 1992) a vědci stále doplňují nové poznatky o nebezpečnosti pasivního kouření. Veřejnost však dosud tyto informace nevnímá jako výzvu pro aktivní ochranu nejvzrostlejších osob – dětí.

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 vlivem 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. 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 (Hrubá 2008 a). Podobné údaje jsou popisovány i v jiné české

studii z programu Teplice-Prachatice (Dostál 2008), nebo ve studii ze Skotska, kde přes 80 % dětí ve věku 8 až 15 let je exponováno zakouřenému prostředí, nejčastěji ve svých domovech (Bromley 2005). V studiích z USA je počet dětí exponovaných v domácím prostředí cigaretovému kouři zhruba pětikrát vyšší než počet exponovaných dospělých a pohybuje se už 20 let kolem 35 % (King 2009). Dokonce i v rodinách, kde dospělí členové nekouří, je až čtvrtina dětí exponována denně při povoleném kouření návštěv (Schuster 2002). Dalším místem zdravotně významné expozice jsou osobní vozy, v nichž děti cestují se svými rodiči: např. podle novější studie z Irska je takto často exponováno téměř 15 % školních dětí (Kabir, 2009). To jsou jen vybrané příklady z bohaté odborné literatury.

Tzv. pasivní, nebo též nedobrovolné kouření představuje pro děti větší riziko než pro dospělé, a to z několika důvodů. Příмым důsledkem jsou zdravotní poškození vlivem působení škodlivin z cigaretového kouře, k nimž jsou děti nejvímavější. U exponovaných se častěji vyskytují různá onemocnění, zejména respiračního ústrojí, jeho komplikací (hlavně záněty středního ucha), exacerbace astmatu, nutnost častější hospitalizace (US DHHS 2006). Mnohé studie popisují i častější výskyt leukémií (Siegel 1993, Korte 2000). Podle četných vědeckých studií jsou hodnoty koncentrací chemických látek v zakouřeném prostředí takové, že představují významnou toxickou expozici, u níž neexistuje nějaký bezpečný práh (US DHHS 2006, Matt 2004). Závažnost a naléhavost problému umocňuje skutečnost, že děti většinou nemají schopnost účinně se bránit pobytu v zakouřeném prostředí a odejít z blízkosti kuřáků (Thomson 2006).

Zvýšená nemocnost je provázena často zhoršením školní docházky, slabším prospěchem, a proto život dětí v kuřáckých rodinách představuje komplex příčin různých negativních podmínek v pozdějším životě (Muller 2007). Mezinárodní studie Health Behavior in School-aged Children (HBSC), na které participuje 32 zemí z Evropy, Severní Ameriky a Izrael shromažďuje údaje, které mimo jiné dovolují hodnotit vztahy mezi kouřením, sociálním postavením, uspokojením ze školní práce a prospěchem. V dílčí studii zahrnující země Skandinávie a UK bylo jednoznačně potvrzeno, že podprůměrný školní prospěch byl významně asociován s vyšší prevalencí kuřáků (Schnohr 2009).

Druhým významným rizikem je, že kouření rodičů a dalších osob, k nimž mají děti blízký vztah, je inspirující motivací k napodobování tohoto chování, což prokázaly nejen četné zahraniční, ale i naše studie (Eurekac 2005, Hrubá 2008 b). Kouření matek zvyšuje riziko kouření dětí výrazněji než kouření otců (Kandel 1995, Rosendahl 2003, Rainio 2008, Hrubá 1996), naopak, pokud rodiče přestanou kouřit, snižuje se i frekvence kuřáctví u jejich dětí (Chasin 2002, Bricker 2005, Rainio 2008). Prospektivní sledování ukázalo, že pokud rodiče přestanou kouřit brzy, nejpozději v době, kdy děti začínají školní docházku, přetrvává protektivní efekt dalšího života v nekuřáckém prostředí až do doby mladé dospělosti jejich dětí: kouří jich téměř dvakrát méně než jejich vrstevníků ve věku 20 let, jejichž rodiče kouření nezanechali (Bricker 2009).

Při hledání rizikových faktorů ovlivňujících kuřáctví v rodinách s dětmi se opakovaně potvrzuje sociální aspekt, konkrétně nízký stupeň vzdělání a chudoba. Dalšími důležitými faktory jsou: přítomnost většího počtu dospělých v rodině, třígenerační bydlení rodičů u prarodičů, zejména když dominantní postavení má jiná dospělá osoba, než některý z rodičů. Častěji jsou kouření exponovány také děti v rodinách, kde jeden z partnerů není biologickým rodičem (King 2009).

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 (Niemi 2002) a zkracování doby vzájemných kontaktů rodičů s dospívajícími dětmi (Zuzanek 2000). 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 ani sociální ani kulturní společenské změny, ani dřívější dospívání dětí nejsou schopny modifikovat (Rainio 2008).

Využívání různých technických možností (čas věnovaný sledování televize či videa, hraní počítačových her, používání sítí mobilních telefonů) bylo podle některých studií spojeno s horším školním prospěchem (Durkin 2002, Gentile 2004). Široká diskuse odborníků i politiků se rozvíjí kolem počítačových her a programů s násilným obsahem, neboť v některých výzkumech byla tato činnost v korelaci s vyšší mírou agrezivity mladých (Gentile 2004). Také užívání internetu se u dospívajících vázalo k vyššímu výskytu různých psychologických problémů (osamocenenost, úzkost, deprese (Kraut 1998). Na druhé straně není sporu o tom, že moderní informační technologie mají i řadu pozitivních vlivů: posilování vizuálních schopností, paměti (Green 2007), užší kontakty s přáteli (Valkenburg 2007).

Novější americká studie (Ohannessian 2009) zkoumala užívání moderních technologií ve vztahu ke kouření a konzumaci alkoholu u mladistvých a zjistila řadu zajímavých asociací, které by měly být brány v úvahu při tvorbě komplexních preventivních programu:

- délka denního sledování televize korelovala u chlapců s časnějším věkem začátků kouření;
- děti, které trávily denně více než hodinu posiláním a příjmem elektronické pošty, pily větší množství alkoholu a tento vztah ještě posiloval současný výskyt alkoholismu u rodičů; signifikantní asociace byly u této činnosti i ke kuřáctví dětí;
- naopak žádný vztah ke konzumaci legálních drog nebyl nalezen u hraní počítačových her, telefonování nebo hledání na webových stránkách.

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) (Scragg 2008). Postoje rodičů ke kouření, pravidla o kouření v domácím prostředí a sociální vzory jsou významné faktory, které ovlivňují děti a jejich kuřácké chování (Jackson 2002, Kodl 2004, Wakefield 2000). Kouřící rodiče obvykle častěji tolerují kuřácké pokusy a později i pravidelné kouření dětí, poskytují jim kuřivo či ekonomické prostředky na jeho zakoupení (Scragg 2003, Hrubá 2007). Děti kouřících rodičů začínají kouřit v mladším věku (Hrubá 2008 b), častěji se stávají pravidelnými a závislými kuřáky, což ve svém důsledku znovu vede k ohrožení zdraví v jejich budoucím životě.

Za těchto okolností máme v současné době v zásadě 3 alternativy (Jarvis, 2008):

1. nedělat na ochranu dětí vůbec nic, jako dosud
2. přijmout opatření, která by bránila expozici dětí pasivnímu kouření
3. přimět rodiče, aby přestali kouřit

První alternativu je třeba zavrhnout jako vysoce neetickou a zkoumat, s jakými podmínkami jsou spojeny další dvě možnosti.

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 (Philips 2007). Studie, které analyzovaly příčiny přetrvávající neochoty či neschopnosti zabezpečit dětem nekuřácké domácí prostředí, byly realizovány v Liverpoolu a Austrálii a našly řadu sociálních, fyzických, psychologických a ekonomických faktorů, které rodiče vnímali jako překážku pro aktivní ochranu jejich dětí před expozicí zakouřenému ovzduší. Konkrétně byly uváděny tyto důvody: obtíže spojené s trvalejším dohledem na děti, nedostatek možností kouřit mimo domov, prání rodičů kouřit v příjemném a privátním prostředí domova, nedostatek pochopení kuřáků, zejména závislých a obavy z jejich negativních reakcí na snahy o omezení kouření v bytech (Hill 2003, Robinson 2009). 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 (Robinson 2007). Podobné zkušenosti máme i v České republice (Kukla 2008).

Místem největší expozice dětí pasivnímu kouření jsou jednoznačně byty a osobní auta; zde jsou děti podstatně méně chráněny než na veřejných místech. Úvahy o opatřeních redukcijících tuto expozici však naráží na etické otázky o možnostech použití vynucených opatření vedoucích ke změně chování v těchto privátních prostorách.

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. Řada zákonných opatření na ochranu dětí již existuje: před fyzických násilím, pohlavním zneužíváním, povinné jsou příkazy na používání helmy či bezpečnostních pásů apod. V tomto kontextu je zřejmé, že ti rodiče, kteří kouří v přítomnosti dětí, nejednají v jejich nejlepším zájmu, představují pro děti prokázané zdravotní ohrožení. Proto legislativní úprava by byla logickým krokem (Daschille 2005).

Principiální přístup k řešení problematiky zásahu státu do soukromí občanů zahrnuje otázky **autonomie, nepoškozování, prospěchu a oprávněnosti** (Mc Carty 2003). **Autonomie** je chápána jako 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 ostatních, a proto musí být v mnoha oblastech chování regulována. Z pohledu expozice dětí pasivnímu kouření je autonomie chování kouřících dospělých v přímém rozporu s jejich povinnostmi chránit dítě před poškozením (Beauchamp 1994).

Další úhel pohledu nabízí i rozbor plného významu autonomie, zejména s důrazem na promyšlenou volbu jednání na základě dobré informovanosti. 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 mu 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 obvykle jsou 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 (Buchanan 2008). V problematice kuřáckého chování jsou zdůrazňována práva kuřáků na komplexně pojaté poskytování informací nejen v obecně pojaté rovině, ale i na úrovni individuální personifikace rizika.

Oprávněnost státem řízených omezení práv kuřáků kouřit kdekoliv je dána vědeckými doklady o zdravotních poškozeních exponovaných nekuřáků a týká se především dětí. Není-li dospělý kuřák plně autonomní, protože má buď málo informací a/nebo jedná pod vlivem závislosti, pak uplatnění restriktivních 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 nejdříve ustanoveny ve státě Minnesota (1975), v současné době jsou určité formy restrikce uplatňovány na celém světě. Dosud nejkomplexnější přístup k ochraně nekuřáků zahrnuje článek 8 Rámcové úmluvy o kontrole tabáku (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC – WHO 2003): 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/cigaretovému kouři, 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 (Hyland 2009).

V praxi chrání především dospělé, zatímco **milióny dětí zůstávají bez ochrany před expozicí škodlivinám, které produkují jejich kouřící rodiče, příbuzní a návštěvníci v jejich privátních domovech a osobních autech.** Přestože pod vlivem zákazů kouření na veřejnosti je řada kuřáků ochotna zabezpečit nekuřácké prostředí i v domovech, pokud tam žijí nekuřáci (Borland, 2006), je tento postup nekoordinovaný a pokusy zasáhnout do této oblasti jsou zatím ojedinělé.

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 (Daschille 2005).

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. 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 (Jarvie 2008).

Ve UK vytvořili programy pro „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“) (Ritchie 2009). K těmto strategiím existují ještě různé varianty regulující kouření v bytech a osobních autech, jako kouření u otevřeného okna či na chodbě a WC, které jsou však odborníky pokládány za neúčinné (Matt 2004).

Odborníci, kteří posuzují tyto projekty, se shodují na tom, že hlavním cílem musí být komplexní ochrana dětí, kterou lze zajistit jedině dohodou o úplném zákazu kouření v jejich domovech. Vzhledem ke zmíněným problémům lze podporovat etapovitý přístup od nekouření v přítomnosti dětí a nekuřáků, přes omezení kouření jen na vybrané prostory, kam nekuřáci a děti nechodí až ke konečnému cíli znamenajícímu úplný zákaz v bytě i v domě (Ritchie, 2009). Ve studii, která se zabývala analýzou sociálních determinantů ovlivňujících riziko časně iniciace pokusů s kouřením, bylo významné nejen kuřáctví členů rodiny a expozice v zakouřeném prostředí, ale rovněž percepce dětí, jaké postoje mají jejich rodiče ke kouření a zda mohou s rodiči projednávat své osobní problémy (DiNapoli 2009).

V programu pro děti mladšího školního věku – „Normální je nekouřit“ – uvedly téměř dvě pětiny dětí, žáků 4. tříd, že se u nich doma kouří; z jejich rodičů přiznala tento fakt jen necelá třetina (tab. 1). Většina 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.

Tab. 1: Údaje dětí a rodičů o kouření v domácím prostředí (% odpovědí)

DOMA SE:	DĚTI	RODIČE
Nikdy nekouří	59,2	69,0
Občas kouří	16,7	9,6
Kouří	24,1	21,4

Zbývá řešit problém, jak oslovit komunitu kouřících rodičů a těch, kteří sice sami nekouří, ale své děti aktivně nechrání před ostatními kuřáky. Pozornost je v tom-

to 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 (Greenberg 1994). Jiná studie založená na stejném principu domácích intervencí měla efekt velmi nízký (Tanski 2003) a podobný neúspěch prezentovaly i práce Hovella (2000) a Mullera (2007). Přehled 18 programů, který přinesla databáze Cochrane, neposkytl závěry, z nichž by vyplývalo jednoznačné doporučení některého z nich (Roseby 2003). I přes určité rozpaky a s nimi spojenou neochotou pediatriů 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 (Tyc 2008).

Další možnost zahrnují školní výchovné protikuřácké programy, které připravují děti na různé způsoby, kterými si mohou v rodinách zajistit určitou ochranu před toxicou 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, omalovánků a hraných 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 (Hrubá 2001).

Protikuřácké vliv školy je především v tom, že zajišťuje nekuřácké prostředí, a tím snižuje expozici 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 v HBSC (Roberts 2007), její skandinávské části (Schnohr 2009), u adolescentních děvčat (DiNapoli 2009), i u slovenských středoškoláků (Salonna 2008). 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

1. 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 (2001) a UNICEF (1989) hájící práva dětí, mimo jiné i ochranu před účinky tabáku.

2. 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.
3. Školní výchova může účinným způsobem posílit snahu a zvýšit praktické schopnosti dětí bránit se nedobrovolné expozici cigaretovému kouři.
4. Pozornost je třeba věnovat k 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.

Literatura

- BAEUCHAMP, TL; CHILDRESS, JF *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed. New York. Oxford Press 1994. In: Jarvie JA, Malone RE Children's secondhand smoke exposure in private homes and cars An Ethical analysis. AM J Public Health 2008; 98 (12): 2140 – 2145
- BORLAND, R; YONG, HH; SIAHPUSH M 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; 15:34-41
- BRICKER, JB; RAJAN, KB; ANDERSEN, MR; PETERSON, Jr.AV *Does parental smoking cessation encourage their young adult children to quit smoking? A prospective study*. Addiction 2005; 100: 379-386
- BRICKER, JB; OTTEN, R; LIU, JL; PETERSON, JR.AV *Parents who quit smoking and their adult children's smoking cessation: a 20-year-follow-up study*. Addiction 2009; 194(6): 1036-1042
- BROMLEY, C; SPROSTON, K; SHELTON, N *Scottish Health Survey 2003*. Edinburgh Scottish executive; 2005 In: Jarvie JA, Malone RE Children's secondhand smoke exposure in private homes and cars An Ethical analysis. AM J Public Health 2008; 98 (12): 2140 – 2145
- BUCHANAN, DR *Autonomy, paternalism, and justice ethical priorities*. Am J Public Health 2008; 98: 15-21
- McCURTHY, J *Principlism or narrative ethics must we choose between them?* Med Humanit 2003; 29: 65-71
- DASCHILLE, KH; CALLAHAN, K *Secondhand smoke and the Family Courts: the role of smoke exposure in Custody and Visitation Decisions*. Tob Control Legal Consortium 2005; <http://www.tobaccolawcenter.org/resources/family/20law.pdf>. May 2, 2008
- DOSTÁL, M; MILCOVÁ, A; BINKOVÁ, B; KOTĚŠOVEC, F aj *Environmental to-*

- bacco smoke exposure in children in two districts of the Czech Republic.* Int J Hyg Environ Health 2008; 211: 318-325
- DURKIN, K; BARBER, B Not so doomed *Computer game play and positive adolescent development.* Appl Develop Psychol 2002; 23(4): 373-392
- Eureka Strategic Research: *Youth tobacco prevention literature review.* Project No 3032, Canberra, Australia, 2005
- GENTILE, DA; LYNCH, PJ; LINDER, JR; WALSH, DA *The effect of violent video game habits on adolescent hostility, aggressive behaviour, and school performance.* J Adolesc 2004; 27: 5-22
- GREEN, CS; BAVELIER, D *Action-video-game experience alters the spatial resolution of vision.* Psychol Sci 2007; 18(1): 88-94
- GREENBERG, RA; STRECHER, VJ; BAUMAN, KE et al *Evaluation of a home-based intervention program to reduce infant passive smoking and lower respiratory illness.* J Behav Med 1994; 17: 273-290
- 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
- HOVELL, MF; ZAKARIAN, JM; WAHLGREN, DR; MATT, GR *Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke the empirical evidence and directions for future research.* Tob Control 2000; 9:ii40-47
- HRUBÁ, D; ŽALOUDÍKOVÁ, I *Kuřáctví a názory rodičů školních dětí.* Hygiena 2007; 52: 105-109
- HRUBÁ, D; ŽALOUDÍKOVÁ, I *Úloha rodiny pro vývoj vybraných postojů ke kouření a kuřácké chování dětí.* Hygiena 2008 a; 53: 138-143
- HRUBÁ, D; ŽALOUDÍKOVÁ, I *Where do our children learn to smoke? Cent Europ J Public Health 2008 b; 16: 71-76*
- HRUBÁ, D *Kouření a já – projekt výchovy žáků základních škol. II Výsledky.* Hygiena 1996; 41: 21-27
- HRUBÁ, D *Primárně preventivní protikuřácké programy v České republice.* Hygiena 2001; 46 (3): 157-164
- HYLAND, A; HIGBEE, CH; BORLAND, R 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; Advance Access, doi: 10.1093/ntr/ntp063
- CHASSIN, L; PRESSON, C; ROSE, J et al *Parental smoking cessation and adolescent smoking.* J Pediatr Psychol 2002; 27:485-496
- JACKSON, C *Perceived legitimacy of parental authority and tobacco and alcohol use during early adolescence.* J Adolesc Health 2002; 31: 425-432
- JARVIE, JA; MALONE, RE *Children's secondhand smoke exposure in private homes and cars: An Ethical analysis.* AM J Public Health 2008; 98 (12): 2140 – 2145
- KABIR, Z; MANNING, PJ; HOLOHAN, J et al *Second hand smoke exposure in cars and respiratory health effects in children.* Eur Respir J 2009; April doi: 10.1183/09031936.00167608
- KANDEL, DB; Wu, P *The contributions of mothers and fathers to the intergenerational*