

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**Katedra antropologie a zdravovědy**

**Bakalářská práce**

Natálie Hadašová

Společenské vědy se zaměřením na vzdělávání  
a výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

**Analýza projektů, programů a organizací  
ve vazbě na podporu zdraví a prevenci rizikového chování**

Olomouc 2023

Vedoucí práce: doc. Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předloženou práci jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne 20.6.2023

Natálie Hadašová

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí své práce doc. Mgr. Michaelae Hřivnové, Ph.D., za cenné rady a poskytování materiálových podkladů k práci.

## OBSAH

ANOTACE .....	6
ÚVOD .....	9
1 CÍLE .....	10
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....	11
2.1 Definice pojmu zdraví .....	11
2.2 Definice pojmu podpora zdraví .....	13
2.3 Definice pojmu nemoc .....	14
2.4 Pojetí zdraví a nemoci .....	15
2.5 Definice pojmu prevence .....	17
2.6 Definice pojmu rizikové chování .....	19
2.7 Preventivní programy primární prevence rizikového chování .....	21
2.8 Podpora zdraví ve světě a České republice .....	23
2.8.1 Zdraví pro všechny do roku 2000 .....	24
2.8.2 Zdraví pro všechny v 21. století .....	25
2.8.3 Zdraví 2020 .....	27
2.8.4 Zdraví 2030 .....	28
2.9 Definice závislosti .....	30
2.9.1 Psychoaktivní látky .....	30
2.9.2 Faktory zvyšující pravděpodobnost závislosti na psychoaktivních látkách .....	31
2.9.3 Stádia užívání, vedoucí k závislosti .....	32
2.9.4 Závislost na alkoholu .....	33
2.9.5 Závislost na nealkoholových látkách .....	34
2.10 Problematika závislostního chování v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání .....	36
3 ANALÝZA PROGRAMŮ ZAMĚŘENÝCH NA PREVENCI UŽÍVÁNÍ TABÁKOVÝCH VÝROBKŮ .....	38

3.1	Analýza celosvětově užívaných strategických programů .....	38
3.2	Analýza strategických programů v České republice.....	45
3.2.1	Analýza vlivu programů a opatření v České republice .....	53
	ZÁVĚR .....	61
	SOUHRN .....	63
	SUMMARY .....	63
	ZDROJE.....	64
	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	70
	SEZNAM TABULEK .....	72
	SEZNAM ZKRATEK .....	73

## **ANOTACE**

Bakalářská práce „Analýza projektů, programů a organizací ve vazbě na podporu zdraví a prevenci rizikového chování“ pojednává o funkčnosti vytvořených strategických programů, především na prevenci užívání tabákových výrobků. V teoretické části jsou definovány pojmy zdraví, nemoci, podpora zdraví, rizikové chování a závislost. V praktické části jsou analyzovány programy zaměřené na rizika užívání tabákových výrobků celosvětově i na národní úrovni.

<b>Jméno a příjmení:</b>	Natálie Hadašová
<b>Katedra nebo ústav:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	doc. Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2023

<b>Název práce:</b>	Analýza projektů, programů a organizací ve vazbě na podporu zdraví a prevenci rizikového chování
<b>Název v angličtině:</b>	Analysis of projects, programs and organizations in relation to health promotion and risk behavior prevention
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce „Analýza projektů, programů a organizací ve vazbě na podporu zdraví a prevenci rizikového chování“ pojednává o funkčnosti vytvořených strategických programů, především na prevenci užívání tabákových výrobků. V teoretické části jsou definovány pojmy zdraví, nemoci, podpora zdraví, rizikové chování a závislost. V praktické části jsou analyzovány programy zaměřené na rizika užívání tabákových výrobků celosvětově i na národní úrovni.
<b>Klíčová slova:</b>	Zdraví, nemoc, podpora zdraví, rizikové chování, závislosti, kouření
<b>Anotace v angličtině:</b>	The bachelor's thesis "Analysis of projects, programs and organizations in relation to health promotion and risk behavior prevention" discusses the functionality of the created strategic programs, especially for the prevention of the use of tobacco products. In the theoretical part, the concepts of health, diseases, health support, risky behavior and addiction are defined. In the practical part, programs focused on the

	risks of using tobacco products are analyzed worldwide and at the national level.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Health, disease, health promotion, risky behavior, addictions, smoking
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	
<b>Rozsah práce:</b>	73 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk



## ÚVOD

Podpora zdraví a prevence nemocí je pro lidstvo důležitým tématem. Tvoří nedílnou součást každodenního života a ovlivňuje ho. Zdraví je jednou ze základních potřeb člověka. Bez jejich naplnění se jedinec nemůže soustředit na svůj rozvoj a seberealizaci. Zdraví lidí může ohrozit nemoc virového či bakteriálního původu, ale také se může jednat o následek rizikového chování. Nemoci se mohou projevit v důsledku špatné životosprávy nebo například užíváním drog.

Pro specifikaci ohledně problematiky rizikového chování jsem si vybrala užívání tabákových výrobků a výrobků obsahujících nikotin. Téma je mi blízké, protože vnímám, že mám ve svém okolí velké množství kuřáků a že se pohled na cigarety ve společnosti mění a vyvíjí. Také se více zaměřuji na své zdraví a zajímá mě, jak tuto problematiku vnímají nejen lidé jako jedinci ale i různé instituce.

Zajímá mě, jakým způsobem se společnost snaží chránit zdraví osob. Zda využívá nějakých opatření, která pomohou omezit dostupnost tabákových výrobků, ať už se jedná o zvýšení ceny zboží nebo omezení rozmanitosti nabídky těchto produktů. Zda se společnost snaží aktivně rozšiřovat informace o škodlivosti tabáku nejen osobám mladších 18 let. Také zda zakazuje využívání reklamních prostředků ve veřejném prostoru. Nebo se snaží změnit pohled na kouření především oproti minulosti, kdy bylo rozšířené a tolik se nekladl důraz na negativní účinky, jaké kouření má.

Práce se dělí na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část má osm kapitol. Práce se zabývá vymezením pojmů zdraví, podpora zdraví, nemoci, prevence, rizikového chování. V další kapitole popisuje preventivní programy primární prevence rizikového chování. Dále se zabývá podporou zdraví ve světě a v České republice a v poslední kapitole definuje závislosti.

Praktická část má čtyři kapitoly. Postupně analyzuje programy, projekty a dokumenty, které se zabývají prevencí rizikového užívání tabákových výrobků. Zkoumá míru užívání cigaret a ostatních tabákových výrobků mezi obyvateli České republiky.

# 1 CÍLE

Cílem této bakalářské práce je analyzovat dostupné organizace, programy a projekty na národní úrovni ve vztahu k podpoře zdraví a prevenci rizikového chování s akcentem na závislostní chování, specificky na problematiku užívání tabákových výrobků a výrobků obsahujících nikotin.

Mezi dílčí cíle patří:

- vymezit stěžejní pojmy: zdraví, nemoc, podpora zdraví, prevence, rizikového chování a závislosti. existující programy, které již byly v minulosti realizovány jak na světové, tak i národní úrovni.
- analyzovat výsledky konkrétní problematiky, v této práci užívání tabákových výrobků a výrobků obsahujících nikotin. Posledním dílčím cílem práce je vyhodnocení chování spotřebitelů s ohledem na využívání preventivních programů, které společnost používá.

## 2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

### 2.1 Definice pojmu zdraví

Pojem zdraví není jednoduché přesně vymezit. Lze najít řadu výkladů a vymezení tohoto pojmu. Na Mezinárodní konferenci o zdraví, která se konala v roce 1948 v New Yorku, byla přijata Preambule Ústavy WHO. V ní byl vymezen význam slova zdraví. Podepsalo ji 61 zástupců států (WHO, 1948).

Světová zdravotnická organizace v této definici uvádí, že zdraví není pouze stav, kdy není jedinec nemocný a nic jej nebolí. Záleží také na stavu naprosté tělesné, duševní a sociální pohody. Za předpokladu, že jsou naplněny všechny tyto podstaty, lze člověka považovat za naprosto zdravého. Zdraví je podmíněno mnoha faktory, mezi které řadí například způsob života, prevenci zdraví, kvalitu životního prostředí či mezilidských vztahů (Machová, Kubátová a kol., 2016).

Pátrání po původu zdraví a výchovy vede až k nejstarším civilizacím. Ze spisů Babyloňanů, Egypťanů nebo starého zákona lze vyčíst užívání nejrůznějších technik k podpoře zdraví. Jedná se o způsob řešení přístřešků, bezpečí, potravy nebo vody. Dochovaly se zmínky o sběru dešťové vody, nebo řešení pitné vody a likvidaci odpadních vod. Zajímali se také o osobní hygienu, zdravotní omezení při přípravě jídla, ale také o různé dietní omezení. Ve většině raných civilizací se zdraví překrývalo s náboženskou tematikou. Objevovali se zde různí léčitelé, u některých civilizací sloužili chrámy jako první nemocnice. Nedílnou součástí náboženství byla potřeba zlepšit zdraví a výchovu (Public health globe, 2021).

Pojem zdraví v mnoha jazycích vychází z původního slova „celek“. Zdraví lze tedy považovat jako komplexní a složitý soubor různých částí, které mohou být subjektivní či objektivní (Jochmannová, Kimplová, 2022).

Zdraví je řazeno na nejvyšší příčky hodnot v životě každého člověka, nemělo by ale být považováno za životní cíl nýbrž jako předpoklad naplněného života (Čevela a Čeledová, 2010).

Lidské zdraví může být ovlivněno velkým množstvím faktorů. Tento vliv může být kladný či záporný. Může zdraví ovlivnit pozitivně, a tedy ho chránit, ale také může působit negativně a zdraví oslabit. Hovoříme o determinantech zdraví (Machová,

Kubátová a kol., 2016). Tyto faktory lze rozlišit na 4 základní, které ovlivňují kvalitu našeho zdraví. Jsou jimi:

- životní styl (ovlivňuje zdraví asi z 50 %)
- životní prostředí (ovlivňuje zdraví z 15-20 %)
- genetika (ovlivňuje zdraví z 10-15 %)
- zdravotní péče (ovlivňuje zdraví z 10-15 %)

Determinanty jsou souborem jevů a podmínek, které ovlivňují zdraví jedince i společnosti. Lze zde zařadit mimo osobní a sociální činitele také vliv ekonomických činitelů nebo životního a pracovního prostředí (Hamplová, 2020).

Fabio Leonardo (2018) ve svém článku uvádí, že v dnešní době je potřeba na definici zdraví komplexně a již nestačí současná definice, kterou formulovala Světová zdravotnická organizace. Ideálním stavem vnímá jako přítomnost mnoha komplexních definic, které by měly mít alespoň 9 rysů pro sledování.

## 2.2 Definice pojmu podpora zdraví

Ottawská charta, podepsaná v roce 1986 v Ottawě, popisuje podporu zdraví jako postup umožňující člověku mít kontrolu nad svým zdravím. Pro dosažení úplné fyzické, duševní a sociální pohody musí být rozeznány a naplněny touhy a potřeby každého. Podpora zdraví tedy nezávisí pouze na zdravotnictví, ale velkou část tvoří náš životní styl a péče o naše tělo a duševní zdraví (WHO, 2023).

Podpora zdraví se začala rozvíjet od 80. let jako odpověď na rostoucí nespokojenost se zdravotní péčí, příbytek neinfekčních nemocí nebo nedostatečný dopad tradičních postupů zdravotní výchovy v té době. Vychází z pěti základních principů:

- Je zaměřena na celou populaci a její existenci.
- Věnuje se okolnostem ovlivňující faktory zdraví a nemoci.
- Zaměřuje se na doplňkové metody, které spojují jednotlivé postupy.
- Věnuje pozornost zapojení veřejnosti.
- Nedílnou součástí je i zdravotní sektor, zejména základní zdravotní péče.

Podpora zdraví by měla být tématem i politické sféry a prostředí, ve kterém žijeme, by mělo vybízet k jeho rozvoji (Janovská a kol., 2013)

Péče o zdraví tedy nezávisí jen na finančních a materiálních prostředcích. Velkou roli hrají lidé a jejich postoj k životnímu stylu. Nelze se spoléhat pouze na vybavenost a schopnost zdravotních služeb, důležitější je přístup společnosti v péči o zdraví. Ovlivňuje ji činnost politických, ekonomických nebo výchovných činitelů, kteří si kladou za cíl chránit aktuální zdraví společnosti ale také vývin nových generací (Machová, Kubátová a kol., 2016).

## 2.3 Definice pojmu nemoc

Nemoc byla vždy považována jako opak zdraví. Pojednává o stavu, kdy tělo není v bezbolestné a bezproblémové kondici. Do poloviny 20. století nebývaly dlouhodobé nemoci časté. V dnešní době čím dál častěji hovoříme o moderních civilizačních chorobách, pro které je typický dlouhodobější průběh nemoci, avšak nemívají tak závažné příznaky či vážný průběh. Hojně dnes slyšíme také o psychosomatických nemocech, které neoddelitelně provází spojení tělesného a duševního zdraví (Křížová, 2018).

Nemoc se z pravidla rozvíjí ve stádiích, která se u jednotlivých osob mohou lišit:

- Stadium před samým vypuknutím nemoci se nazývá premorbidní. Jinými slovy se jedná o stav, kdy je člověk ještě zdravý.
- Latentní stadium značí, že nemoc je již v těle přítomná, avšak skrytá bez projevu. Jedinec se necítí nijak omezen.
- Při projevení příznaků jako je například únava či zvýšená teplota hovoříme o prodromálním stadiu. Tyto příznaky jsou typické pro širokou škálu nemocí.
- Propuknutí příznaků specifických pro konkrétní nemoc nazýváme manifestním stadiem.
- Poslední je závěrečné stadium. Vede buď k úplnému vyléčení, nebo k uzdravení s následky, k chronicitě (dlouhodobému setrvání nemoci) nebo ke smrti.

Na základě délky a vážnosti příznaků hovoříme o akutní či chronické nemoci. Akutní nemoc probíhá v řádech dnů nebo týdnů a provází ji silné příznaky. Oproti tomu chronická onemocnění trvají měsíce až roky a příznaky bývají mírnější (Orel a kol., 2014).

Výskyt chronických onemocnění je stále častější v celosvětovém měřítku. Vliv na ně má mimo globalizace i špatný životní styl. Zvyšuje se také délka přežití, hovoříme o tom, že populace stárne (Gurková, 2017). Dobrá edukace či motivace ke zlepšení nezdravého životního stylu napomáhá ke snížení výskytu rizika neinfekčních nemocí. Jedná se o zlepšení v oblasti výživy, pohybových aktivit, zvládání stresu ale také závislostí jako jsou cigarety, alkohol, drogy apod. Podle světové zdravotnické organizace by zdravá výživa, přiměřený pohyb a omezení návykových látek mohlo snížit výskyt nejčastějších chronických obtíží. Jedná se zejména o obezitu, srdeční choroby, cukrovku 2. typu a nádorová onemocnění (Zdraví 2020, 2014).

## 2.4 Pojetí zdraví a nemoci

Zdraví a nemoc lze zkoumat z mnoha pohledů.

Biologické pojetí zdraví a nemoci se zabývá konkrétním fyziologickým problémem organismu. Pacient je vnímán jako biologický předmět medicíny. Jedná se o medicínský přístup a zabývá se diagnostikou a léčbou onemocnění organismu. Zabývá se výhradně biologickou stránkou lidského těla a vynechává lidské jednání, city, myšlenky a sociální aspekt. Nemoc je zkoumána jako jasně definovatelný stav. Tento přístup stále přetrvává u některých lékařů, kteří naprosto opomíjí psychosociální aspekt nemoci (Kuzníková, 2013).

Duální pojetí obsahuje fyziologickou i psychickou stránku zdravotního stavu jedince. Jeden z představitelů, M. F. X. Bichat, uvedl že, nemoc je vnímána jako porucha hmotných struktur těla. Bolest, city nebo smutek jsou považovány za vnější struktury. Ve 20. století došlo ke změně tohoto vnímání. Lidský organismus byl zkoumán více systémově jako celek. Na zdraví se začalo pohlížet nejen jako na soubor tělesných a biofyzikálních struktur, ale také jako na soubor fyzických a psychických, později sociálních aspektů. Jedná se o etapu ve vývoji pojetí zdraví a nemoci, která vede k celistvému chápání nemoci (Kuzníková, 2013).

Holistické pojetí zdraví a nemoci zkoumá komplexně fyzický, psychický i sociální stav lidského zdraví a nemoci. Pro toto pojetí je důležitá komplexnost a vzájemné doplňování jednotlivých částí. Důležitý vliv má intuice, empatie či psychoterapie. Zdraví je chápáno a zkoumáno ze široka, s ohledem na biologické a psychické funkce, vliv přírody a sociálního prostředí (Kuzníková, 2013).

Socioekonomické důsledky ovlivňují jedince ale i celé rodiny či společnosti. Ekonomicky vliv se projevuje v pracovním potenciálu, pracovní neschopnosti, možné invalidity nebo předčasné smrti. Lze zaznamenat snížení výkonů a možné náklady na zdravotní péči. Sociální důsledky mohou být dočasné nebo trvalé. Trvalé důsledky se mohou zhoršovat a ovlivnit všechny oblasti života jedince. Mohou ovlivnit rodinný i pracovní život, ale také volný čas. V těchto oblastech může nastat narušení mezilidských vztahů, pracovní pozici, finanční i emoční stav rodiny nebo narušit partnerské vztahy (Vrtišková, 2012).

Ekologické pojetí zabývá vztahem mezi člověkem, zvířetem a ekosystémem. Zkoumá zvyšující se riziko veřejného zdraví v podobě nově se objevujících patogenů přenášených zvířaty, v potravinách nebo vodou. Hlavním cílem tohoto pojetí je důkladně zmapovat vliv potravin ale také celého zemědělství na zdraví člověka. Mimo to se zabývá otázkami správného a zdravého životního prostředí a veškerými riziky, které přináší jak pro zdraví lidí, tak pro planetu. Hovoří o eko-zdravotní gramotnosti jejíž vizí je „Jedno zdraví a Jeden svět“. V rámci tohoto ekologického modelu se snaží o udržení veřejného zdraví, našeho životního prostředí a planety Země (Li, 2017)



## 2.5 Definice pojmu prevence

Prevence je úzce spjata s podporou zdraví. Navazuje na ni a její úlohou je předcházet nemocem. Cílem podpory zdraví je aktivní péče o zdraví, oproti tomu aktivita prevence je zaměřena na nemoc. Zabývá se konkrétními jedinci ale i celou společností. Nejčastěji se dělí na základě času, a rozlišujeme tři stupně prevence:

- Primární prevence je zaměřena na dobu, kdy nemoc ještě nevznikla a má za cíl vzniku nemoci zabránit. Řadí se sem aktivity spojené s předcházením rizikovým faktorům jako je nadměrné užití alkoholu nebo cigaret, dbát na osobní hygienu, ale také třeba očkování.
- U sekundární prevence je nejdůležitější včasná diagnostika nemoci a zvolení správné léčby. Hlavním cílem je zabránit špatnému průběhu již vzniklé nemoci a vyvarovat se komplikacím nebo horšímu stavu nemoci. Jako příklad lze uvést preventivní lékařské prohlídky.
- Poslední terciární prevence se soustředí na předcházení následků nemoci, vad nebo dysfunkcí či handicapů. Za cíl si klade snížení následků nemoci na co nejnižší možnou hranici. Využívá se k tomu například rehabilitace (Machová, Kubátová a kol., 2016).

S prevencí se lze setkat v širším či užším pojetí. Do užšího pojetí řadíme zejména primární prevenci, která se soustředí na konkrétní osoby ale i celou společnost. Její náplní je zásah v oblasti vzdělávací, výchovné, zdravotní nebo sociální, který předchází vzniku rizikového chování. Či zamezuje jeho rozvoji nebo zmírňuje už vzniklou podobu a dopady rizikového chování. Pokud intervence primární prevence nestačí, přechází se k užití prevence sekundární případně terciární. Z toho vyplývá, že největší důraz a pozornost by měla být kladena právě na primární prevenci. Podstatou by měla být jistá ochrana před rizikovými faktory. Nejedná se o izolaci a bránění kontaktu s riziky, ale o nastavení a formování správných postojů a znalostí, které zajistí rozpoznání těchto rizik a zabrání osobám nechat se jimi ovlivnit (Miovský a kol., 2015b).

Primární prevence si za cíle klade předejít užívání návykových látek, včetně tabáku a alkoholu, nebo alespoň jeho užívání oddálit do pozdějšího věku jedince. Zaměřuje se také na omezení či bránění experimentům s různými návykovými látkami. Předchází tím negativním vlivům na tělesném i duševním zdraví. Podstatou není tedy pouze lepší informovanost, ale to, aby se populace chovala zdravěji. Pro efektivní šíření prevence se

využívají nejrůznější programy. Často se s nimi setkáme už ve škole. Jedná se o krátké programy, které odpovídají věku žáků, měly by být interaktivní a komplexní. Měly by využívat různé strategie, zaměřit se na získávání dovedností potřebných pro sociální život, včetně odmítání rizik, nebo například zvládání stresu (Nešpor, 2011).

Za častou a účinnou formu sekundární prevence považujeme screeningové programy. Jedná se o ve společnosti poměrně rozšířená vyšetření, která slouží k rozpoznání raných stádií nemoci a případně včasné nastavení léčby. Jako nejznámější příklady takových vyšetření lze uvést mamografický screening k odhalení rakoviny prsu nebo cytologické vyšetření stěru z děložního čípku k rozpoznání karcinomu (Janovská a kol., 2013).

## 2.6 Definice pojmu rizikové chování

Obecně lze rizikové chování charakterizovat jako chování, které má špatný vliv na tělesné i duševní zdraví jedince. Nebo které může negativně ohrožovat také sociální okolí daného člověka. Ohrožení těmito jevy může být předpokládané nebo reálné. Jedná se o různé typy chování. Může se jednat o extrémní projevy „běžného“ chování (například adrenalinové sporty). Ve vážnějších případech hovoříme o projevech na hranici patologie (například užívání návykových látek) (Miovský a kol., 2015b). Hovoříme o komplexním pojmu, kterým se nezabývají pouze společenskovední obory, má přesah také do medicínských. Ze společenskovedního hlediska jej chápeme především jako chování, které přímo či nepřímo ovlivňuje sociální i zdravotní stav jedince, dalších osob, majetek nebo prostředí (Sobotková, 2014). Z medicínského hlediska se rizikové chování považuje za faktor rozvoje nemocí, které mohou vést k úmrtí. Například kouření se ze zdravotnického pohledu považuje za riziko rozvoje kardiovaskulárních onemocnění. Oproti tomu sociální vědy kladou důraz na psychosociální stránku rizikového chování. Řeší především vliv na kognitivní schopnosti, emocionální a sociální vztahy jedince. Za problémové chování označuje takové, které vede k porušování obecně přijímaných sociálních norem (Miovský a kol., 2015b)

Můžeme rozlišovat vzorce rizikového chování. Jedná se o soubor jevů, které se mohou vědecky zkoumat a lze je ovlivnit preventivními nebo léčebnými postupy. V oblasti školské prevence rozlišujeme 7 základních typů rizikového chování:

- záškoláctví,
- šikana a extrémní projevy agrese,
- extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě,
- rasismus a xenofobie,
- negativní působení sekt,
- sexuální rizikové chování,
- závislostní chování.

V širším pojetí k těmto základním typům přiřazujeme ještě dva okruhy, které se z hlediska výskytu stávají stále větším rizikem, ale nelze je jednoznačně zařadit mezi rizikové chování. Hovoříme o:

- poruchách a problémech spojených se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte,
- poruchách příjmu potravy (Hutyrová a kol., 2013).

Podle Sobotkové (2014) mezi rizikové chování řadí mimo již zmíněné jevy také:

- lhaní (avšak není zatím společností vnímáno jako dostatečně rizikové),
- agresivitu a násilné chování,
- kyberšikanu,
- kriminální jednání (především krádeže),
- vandalismus,
- rizikové chování na internetu (nelegální stránky, oslovení cizí osobou, příliš času stráveného online),
- užívání antibiotik a steroidů,
- nezdravé stravovací návyky.

Adolescence je nejvýraznější vývojovou fází, kterou člověk prochází. V průběhu dochází k velkým změnám ve všech oblastech osobnosti. Toto období provází nejrůznější druhy experimentování a poznávání světa, ale i sebe sama. Mimo zájmové kroužky, sport či kulturu lákají dospívající jedince i nebezpečnější aktivity, díky kterým chce poznat svět a své okolí. Hovoříme o rizikových aktivitách, kterými mohou být drogy, vandalismus, nebezpečné sporty, nezkušené řízení motorových vozidel a další (Dolejš a Orel, 2017). V adolescenci dochází k prudkému nárůstu počtu rizikového chování. V tomto období dospívání se značně zvyšuje počet psychiatrických diagnóz, často se jedná o deprese, problémy s chováním a poruchy příjmu potravy. K ohrožení fyzického zdraví dochází kvůli experimentům s užíváním drog, kouření nebo nezodpovědnému či nechráněnému sexuálnímu chování (Sobotková, 2014).

Ve spojitosti s problémovým chováním adolescentů se také hovoří o tzv. syndromu rizikového chování. Jedná se o nadměrné užívání alkoholu, kouření cigaret, užívání marihuany, páchání trestné činnosti nebo předčasné zahájení sexuálního života. Tyto jevy spolu úzce souvisí. Syndrom rizikového chování popisuje, že adolescent, který začne aktivně provozovat jednu z forem problémového chování, obvykle časem přidá i další formy rizik (Mioviský a kol., 2015b).

## 2.7 Preventivní programy primární prevence rizikového chování

Prevenici rizikového chování dělíme na specifickou a nespecifickou. Specifickou lze dále členit na všeobecnou, selektivní a indikovanou.

Nespecifická školská primární prevence obsahuje činnosti, které přímo nesouvisí s rizikovým chováním a které napomáhají snížit riziko vzniku a rozvoje problémového chování za pomoci zkvalitnění využití volného času. Řadí se zde například zájmové a sportovní kroužky. Jejich úkolem není přímo předcházet negativním vlivům a rizikům. Jejich působení je nespecifické, obecné, vede k rozvoji osobnosti, odpovědnosti za sebe a své jednání nebo k dodržování společenských pravidel.

Specifická školská primární prevence se zaměřuje na aktivity a programy, které jsou přímo zaměřeny na některou z forem rizikového chování. Za cíl mají působit konkrétně na informovanost dětí a jejich postoje a názory na daný typ rizikového chování (Martanová, 2014).

Specifickou prevenci členíme do tří úrovní, které jsou podmíněny zejména intenzitou programu a prostředky, které program využívá. S každou úrovní se zvyšuje intenzita programu a tím více se využívá speciálně pedagogických, psychologických nebo terapeutických metod. V jednotlivých úrovních se zvyšuje náročnost a požadavky na vzdělání organizátora programu. První úroveň se nazývá všeobecná primární prevence. Zaměřuje se na běžnou populaci dětí. Nerozděluje se na žádné rizikové skupiny. Za kritéria je považován pouze věk, případně faktory jako například sociální postavení skupiny. Řadí se zde programy organizované pro větší skupiny jako například školní třídy. Tyto programy může vést školní metodik prevence s úplným vzděláním. Za cíl si klade zabránit či oddálit užívání návykových látek. Další úrovní je selektivní primární prevence určená pro skupiny osob, u kterých je vyšší míra výskytu rizikových faktorů pro vznik a případný rozvoj typů problémového chování. Tyto skupiny lze rozpoznat pomocí biologických, psychologických, sociálních nebo enviromentálních faktorů. Dalšími faktory může být věk, pohlaví, rodinné zázemí či bydliště. Hovoříme například o dětech alkoholiků nebo studentech s horším prospěchem či nedokončeným studiem. Tyto programy jsou určené pro menší skupiny nebo jednotlivce. Cílem je posílit sociální dovednosti, komunikaci nebo vztahy. Je kladen větší důraz na vzdělání preventisty v oblasti speciální pedagogiky nebo psychologie.

Poslední úroveň nazývaná indikovaná primární prevence se zabývá jedinci, kteří čelí výraznému působení rizikových faktorů nebo se již projevilo rizikové chování. Cílem

je včasné zaznamenání problému a správné vyhodnocení potřebného řešení. Důležité je včas zahájit vhodnou intervenci. Cílem je mimo oddálení kontaktu s drogou také zamezení případným negativním následkům užívání nebo snížení frekvence. Jedná se o úroveň, pro kterou je nezbytně nutné vzdělání v oblasti speciální pedagogiky, psychologie nebo adiktologie (Klinika adiktologie, 2019).

V obecném měřítku prevence můžeme také dělit programy podle cílových skupin, pro které je určen.

- obecná populace – důležitá především pro primární prevenci;
- rizikové skupiny – dělené podle věku, profese, zájmů apod., jsou negativně ovlivněny daným jevem více než zbytek populace;
- rizikovní jednotlivci – řadíme zde všechny ty, kdo mají psychické problémy nebo poruchy chování či učení, ale také dysfunkční rodinu (patří zde i děti, sourozenci nebo partneři rizikových jedinců)
- experimentátoři – označení osob, které „zkoušejí“ drogy, nepravidelně a střídají různé druhy;
- příležitostní a rekreační uživatelé – užívání drog je již součástí jejich životního stylu, avšak užívání není časté, prozatím se nejedná o vzniklou závislost; častým příkladem je marihuana nebo LSD;
- pravidelní uživatelé – drogy užívají častěji než jednou týdně, což ovlivňuje jejich životní styl a má škodlivé účinky na jejich zdraví;
- problémoví uživatelé – jedná se o pravidelné a dlouhodobé užívání především opiátů, kokainu a amfetaminových drog;
- závislí uživatelé – splňují kritéria syndromu závislosti, mohou, ale nemusí, být zároveň problémovými uživateli;
- rodiny a partneři uživatelů – cílová skupina, která by neměla být opomíjena, má velkou roli především v sekundární a terciární prevenci (Hutyrová a kol., 2013).

## 2.8 Podpora zdraví ve světě a České republice

Podpora zdraví má základy v raném původu lidské populace, jako vědní disciplína vznikla v 70. letech 20. století. Světová zdravotnická organizace v roce 1948 stanovila podporu zdraví jako proces umožňující lidem zvýšit kontrolu nad svým zdravím a zlepšovat jej.

Historii podpory zdraví lze rozdělit do tří fází:

### I. Období 19. století.

Byly zavedeny ekologická hygienická opatření z důvodu prevence nemocí. Byla vypracována politika veřejného zdraví, hlásila se infekční onemocnění. Začala léčba pohlavně přenosných onemocnění. Lékař John Snow například učinil epidemiologické šetření propuknutí cholery. Na základě šetření se pokusil zjistit příčinu onemocnění, aby se zabránilo jeho opakování. Provedl náčrty mapy a pitné vody, aby poukázal na ohnisko a oblast zasažení cholerou.

### II. Období mezi lety 1900–1970

Začal se vyvíjet společenský vliv na veřejné zdraví. Prováděly se aktivity zaměřené na podporu preventivní medicíny. Velký důraz se kladl na zdraví matky a dítěte. S tím souvisely pokusy o podporu kojení a navýšení standardu bydlení.

### III. Období po roce 1970 až do současnosti

V Británii se ve 30. a 40. letech 20. století rozvinula sociální medicína. Jedná se o vědní obor, který se zabývá zdravím populace a péčí o něj. Začíná se věnovat pozornost kouření a stravě jako možnému rizikovému faktoru onemocnění jako například rakovině plic.

V roce 1948 byla založena Světová zdravotnická organizace (WHO). Na mezinárodní konferenci o primární zdravotní péči (1978) byla přijata Deklarace z Alma-Aty. Vyjadřovala potřebu naléhavé intervence ze stran všech vlád a zdravotnických pracovníků na ochranu a podporu zdraví všech lidí.

V roce 1977 na Světovém zdravotnickém shromáždění bylo rozhodnuto, že hlavní cíle vlády a Světové zdravotnické organizace související se zdravím v nadcházejících desetiletích by měly směřovat k zajištění takové úrovně zdraví všech lidí, která jim zajistí vést společensky a ekonomicky produktivní život. Toto

usnesení je dnes známé pod názvem „Globální strategie zdraví pro všechny do roku 2000“. Významnou částí bylo poznání, že hlavní determinanty nejsou přímo vázané na sektor zdravotnictví. Jedná se o potraviny, vodu, hygienu, bydlení nebo zaměstnání (Public health globe, 2021).

Významem zdraví pro všechny je zajistit dosažitelnost zdravotní péče pro všechny obyvatele jednotlivých zemí. Nejedná se jen o dostupnost zdravotních služeb, ale o komplexní stav fyzického a duševního zdraví, který zajistí lidem vést společensky a ekonomicky produktivní život (WHO, 2023).

### **2.8.1 Zdraví pro všechny do roku 2000**

První mezinárodní konference o podpoře zdraví v Ottawě roku 1986 byla především reakcí na rostoucí očekávání nového hnutí veřejného zdraví ve světě. Zahájila řadu akcí mezinárodních organizací, vlád a komunit k dosažení stanoveného cíle „Zdraví pro všechny do roku 2000“ (WHO, 2023).

Bylo zde vymezeno 5 oblastí, na které by se měla opatření na podporu zdraví zaměřit:

- I. Budování veřejné politiky zohledňující zdraví v politických aktivitách.
- II. Vytváření příznivého životního prostředí a ochrana přírodních zdrojů.
- III. Posílení komunitních akcí v oblasti posílení zdraví.
- IV. Rozvíjení dovedností a schopností lidí, jejich vzdělávání a informování v otázkách zdraví.
- V. Reorientace zdravotní péče směrem k podpoře zdraví (Public health globe, 2021)



Obrázek 1: Zdraví pro všechny



ZDROJ: MZČR, 2019

Základní strategií podpory zdraví bylo obhajovat a posilovat faktory podporující zdraví, umožnit všem lidem dosáhnout rovnosti ve zdraví a zprostředkovat spolupráci napříč všemi sektory (WHO, 2023).

### 2.8.2 Zdraví pro všechny v 21. století

V květnu 1998 proběhlo 51. světové zdravotnické shromáždění, na kterém se členské státy Světové zdravotnické organizace dohodly na deklaraci, která obsahuje základní principy péče o zdraví. Deklarace byla přijata jako podpora programu Světové zdravotnické organizace, cílem programu je ochrana a rozvoj zdraví lidí po celý jejich život. Snaží se o snížení výskytu nemocí a úrazů. Jedním ze signatářů se stala také Česká republika (WHO, 2023).

Na vývoji dokumentu se podílely týmy předních světových odborníků z lékařských oborů a odborníků pro zdravotní politiku a ekonomiku. Program ZDRAVÍ 21 má sloužit

jako návod a podnět pro členské státy k vlastnímu řešení otázek péče o zdraví, jak dosáhnout 21 stanovených cílů pro zlepšení zdraví obyvatel. Důležitou částí je zmenšit rozdíly zdravotního stavu uvnitř států, ale také mezi jednotlivými státy Evropy. Jedná se o jeden z faktorů sociální nerovnosti. Toto může ovlivňovat stabilitu společnosti. Česká republika nepatří ke státům se špatnou úrovní zdravotního stavu obyvatel. Lze zde ovšem najít nedostatky, a i přes značný pokrok se úrovní nerovná nejspíše státním.

ZDRAVÍ 21 pokládá za důležité do zlepšování zdraví zapojení všech složek společnosti a jejich odpovědnost. Jedná se o zdravotní dopady v oblasti energetiky, dopravě, legislativě, zemědělství, vzdělávání nebo daňových otázkách (MZČR, 2008).

### **Přehled dílčích cílů ZDRAVÍ 21**

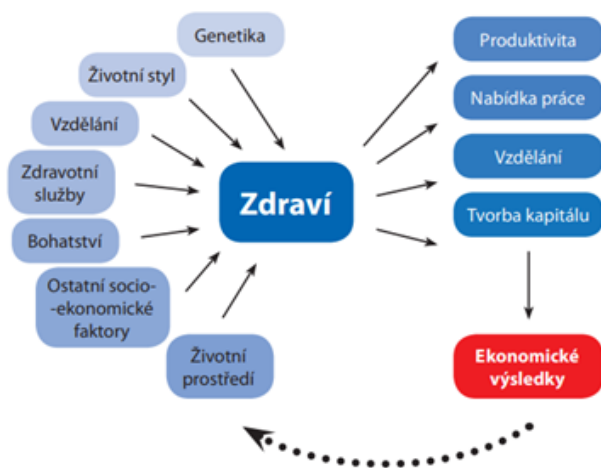
- I. Solidarita ve zdraví v evropském regionu
- II. Spravedlnost ve zdraví
- III. Zdravý start do života
- IV. Zdraví mladých
- V. Zdravé stárnutí
- VI. Zlepšení duševního zdraví
- VII. Prevence infekčních onemocnění
- VIII. Snížení výskytu neinfekčních nemocí
- IX. Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
- X. Zdravé a bezpečné životní prostředí
- XI. Zdravější životní styl
- XII. Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem,
- XIII. Zdravé místní životní podmínky
- XIV. Zdraví, důležité hledisko v činnosti všech resortů
- XV. Integrovaný zdravotnický sektor
- XVI. Řízení v zájmu kvality péče
- XVII. Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů
- XVIII. Příprava zdravotnických pracovníků
- XIX. Výzkum a znalosti v zájmu zdraví
- XX. Mobilizace partnerů pro zdraví
- XXI. Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny (MZČR, 2008)

### 2.8.3 Zdraví 2020

V září 2012 byl schválen na 62. zasedání Regionálního výboru Světové zdravotnické organizace pro Evropu dokument Zdraví 2020, který vymezil strategický plán pro zlepšení zdraví a který navazuje na program Zdraví pro všechny v 21. století. Jedná se o strategický rámec, který umožňuje jedinečné a specifické postupy, které zohledňují například věk, pohlaví, nebo sociální prostředí lidí. K dosažení společných cílů Zdraví 2020 se využívá Národní strategie, která se zaměřuje na rozpracování jednotlivých bodů dokumentu. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí vznikla jako souhrn opatření pro rozvoj veřejného zdraví v České republice. Cílem Národní strategie je hlavně stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví. Také implementace účinných a dlouhodobě stabilních procesů ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel. Zapojuje do řešení nejen instituce veřejné správy ale také jedince, komunity, neziskový a soukromý sektor (MZČR, 2014).

Mottem Zdraví 2020 se stalo „Zdraví znamená bohatství“. Významem je, že dobré zdraví je velmi důležité pro sociální a ekonomický rozvoj společnosti. Má neodmyslitelný význam jak v životě jedince, tak i pro rodiny společenské skupiny. Hlavní důraz je kladen na prevenci rizikového chování, zapojení občana v péči o vlastní zdraví, boj proti infekčním onemocněním a informovanost o vakcinaci. Zaměřuje se také na podporu a ochranu duševního zdraví, lepší dostupnost zdravotní péče, která zahrnuje také péči následnou a dlouhodobou. V neposlední řadě se zabývá tématy primární a sekundární prevence (Lesenková, 2018).

**Obrázek 2: Zdraví znamená bohatství**



ZDROJ: MZČR, 2014

#### 2.8.4 Zdraví 2030

V červenci roku 2020 byl schválen Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. Tento rámec je základním dokumentem Ministerstva zdravotnictví, který udává směr, jakým se bude ubírat péče o zdraví obyvatel České republiky v následujícím desetiletí (MZČR, 2022).

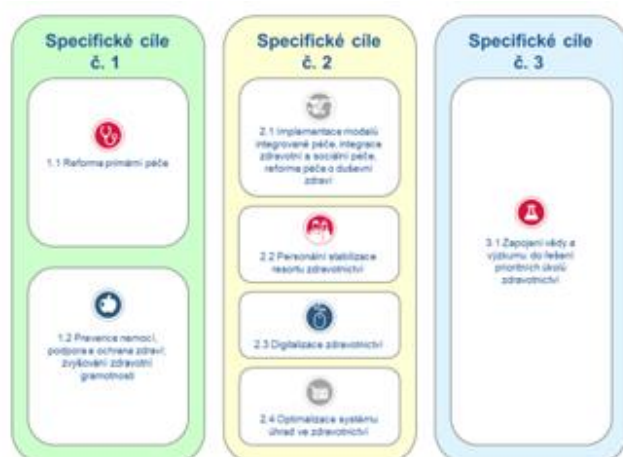
V souvislosti epidemiologické situace spojené s pandemií COVID-19 byly původní cíle Strategického plánu aktualizovány, aby zahrnovaly větší důraz na oblast ochrany a podpory veřejného zdraví. Pandemie ukázala, jak je nezbytné klást důraz na podporu a ochranu veřejného zdraví a vytvořit fungující plán schopný rychle reagovat na možné hrozby zdraví obyvatel nejen České republiky. Zdraví 2030 souvisle navazuje na předchozí plán Zdraví 2020. Základní cíl zastřešující všechny dílčí oblasti byl nazván „Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje“ (Dataplán, 2021).

Strategický plán je rozdělen do tří základních cílů:

- I. Ochrana a zlepšení zdraví obyvatel
- II. Optimalizace zdravotnického systému
- III. Podpora vědy a výzkumu

Zmíněné tři hlavní cíle se dále rozdělují do sedmi specifických cílů, které jsou vázány na priority Ministerstva zdravotnictví pro období hospodářské, sociální a uzemní politiky soudržnosti Evropské unie a budou postupně realizovány pomocí implementačních plánů (MZČR, 2022).

**Obrázek 3: Implementační plány**



ZDROJ: MZČR, 2022

Systém implementačního plánu a cílů byl nastaven na základě analýz, které zjistily, že systém zdravotní péče v České republice není dostatečně pružný, aby dokázal rychle reagovat na případné hrozby, velkým ukazatelem byla pandemie COVID-19. Dále bylo zjištěno, že chronická neinfekční onemocnění jsou nejčastějším důvodem úmrtí a na jejich rozvoje se značnou mírou podílí životní prostředí. Klesá míra proočkování, zvyšuje se globalizace a pohyb obyvatel, který má za následek nárůst infekčních onemocnění. S tím roste riziko šíření epidemií. Obyvatelé České republiky jsou na předních místech mezinárodního žebříčku osob s obezitou. Alarmující je především vysoká míra obezity u dětí. Přední místa v mezinárodních srovnáních zaujímá Česká republika také v nezdravém životním stylu, nevyhovující výživě, chybných stravovacích návycích, malé pohybové aktivitě, ale především v nadměrné konzumaci alkoholu a užívání tabákových výrobků. Česká republika patří ke státům s nízkou konzumací ovoce a zeleniny, a naopak k vysokému dennímu příjmu soli. Preventivní programy zabývající se úmrtností v důsledku zhoubných nádorů mají podle analýz pozitivní dopad, avšak stále lze pozorovat nízkou účast obyvatel v těchto programech a prevencích (Dataplán, 2021).

Výše zmíněná zjištění poukazují na nedostatky ochrany zdraví a prevence onemocnění, které je potřeba v budoucnu vylepšit. A právě o tyto zjištění se opírá vytvořený implementační plán, aby pomohl vytvořit a posílit ochranu zdraví obyvatel (Dataplán, 2021).

## 2.9 Definice závislosti

Definice závislostí podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí vychází z tvrzení, že se jedná o uskupení fyziologických (tělesných), behaviorálních (chování) a kognitivních (poznávacích) fenoménů, v nichž užívání určité látky nebo skupiny látek má pro daného člověka o mnoho větší váhu a přednost než jiné jednání, kterého si předtím cenil více. Hlavním charakteristickým bodem syndromu závislosti je touha užívat psychoaktivní látky, alkohol, tabák (Nešpor, 2007).

Podle Nešpora (2007) lze závislost diagnostikovat, pokud se v období jednoho roku projeví tři a více z těchto jevů:

- a) Silná touha nebo pocit nutkání užívat látku.
- b) Potíže v sebeovládání při užívání látky.
- c) Tělesný odvykací stav.
- d) Průkaz tolerance k účinku látky.
- e) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů.
- f) Pokračování v užívání přes zjevný důkaz škodlivých následků.

Syndrom závislosti se může projevovat pro určitou látku (např. tabák), třídu látek (např. opioidy), nebo širší škálu různých látek (Nešpor, 2007).

### 2.9.1 Psychoaktivní látky

Za psychoaktivní látku je považována každá látka, která ovlivňuje psychickou činnost. Některé psychoaktivní látky mohou vyvolávat závislosti (Malá a Pavlovský, 2010). V takovém případě hovoříme o látkách návykových. Za návykovou látku lze považovat každou chemickou látku, která mění psychický stav a na kterou si může jedinec vytvořit návyk a závislost (Fischer a Škoda, 2014).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí jsou za psychoaktivní látky označeny právě ty látky, které vyvolávají závislost. V uvedeném dokumentu jsou kategorizovány psychoaktivní látky, jejichž zneužívání může vést k rozvoji duševních a behaviorálních

poruch nebo také různé přírodní látky či léky, které mohou být zneužívány (Fischer a Škoda, 2014).

### **2.9.2 Faktory zvyšující pravděpodobnost závislosti na psychoaktivních látkách**

Příčiny vzniku závislostního chování jsou multifunkcionální. Ke vzniku a rozvoji závislosti mohou vést různé biologické a sociální faktory (Fischer a Škoda, 2014):

#### **I. Genetické predispozice**

Není jednoznačně dáno, zda existují specifické genetické informace vedoucí ke vzniku závislostního chování. Komplexní porucha se nevyvíjí pouze na základě genetického podkladu. Nejčastěji je tato problematika zkoumána ve spojení s alkoholismem, kde ohroženou skupinou jsou mladí muži, jejichž otec je závislý na alkoholu (Fischer a Škoda, 2014).

#### **II. Biologické predispozice**

Užívání psychoaktivních látek může být ovlivněno fyziologickými reakcemi, zejména průběhem metabolického zpracování. Někteří jedinci mohou mít po požití látky oproti druhým zvlášť příjemné pocity, proto je větší pravděpodobnost vyššího užívání látky (Fischer a Škoda, 2014).

#### **III. Fyzická závislost**

Jedná se o stav organismu vzniklý zpravidla dlouhodobějším a častým užíváním drogy. Může se jednat ale i o krátkodobou konzumaci. Fyzicky závislý organismus si vytvořil potřebu přísunu drogy, zahrnul ji do své látkové výměny. Na vysazení přísunu této látky reaguje abstinenčními příznaky i přes to, že mu absence drogy prospívá (Nožina, 1997).

#### **IV. Sociální závislost**

Mezi významné faktory, které mohou zvyšovat sklony k závislosti, patří vliv rodiny, vliv sociálních skupin (party, subkultury), vliv životního prostředí (město, sídliště, migrace obyvatel), sociální konformita (uchování a tvorba sociálních kontaktů a vazeb) (Fischer a Škoda, 2014). Závislost na droze je doprovázena i na sociální závislosti na skupině lidí, ve které se droga distribuuje a užívá (Hajný, 2001).

## **V. Psychické faktory**

Užívání psychoaktivních látek zvyšuje tendence k určitému prožívání, emocionální ladění spojené se zvýšenou úrovní aktivace, labilitou, depresí. Mohou se vyskytovat sklony k sebepodceňování či naopak přeceňování. Určití jedinci mohou mít nižší míru sebekontroly a volných vlastností (Fischer a Škoda, 2014).

### **2.9.3 Stádia užívání, vedoucí k závislosti**

#### **I. Experiment**

Experimentátor bere drogy s druhými, jen jestliže jsou mu nabídnuty, prožívá euforické zážitky. Není narušeno zdraví ani pracovní způsobilost či výkonnost. V této fázi užívání neovlivňuje finanční stránku jedince. V emocionální oblasti převažuje zvědavost (Zábranský, 2003).

#### **II. Stádium aktivního vyhledávání**

V této fázi se jedinec sblíží s ostatními uživateli, vyčleňuje se z původního okruhu osob. Vytváří si vlastní zdroje a zásoby drog, dělí se s osobami, které drogy berou s ním. V této fázi zdraví většinou není porušeno, dostavují se první „dojezdy“ a „kocoviny“. Pracovní aktivita je někdy tímto stavem dotčena, utrácí již peníze za drogy. V emocionální oblasti vyhledává slast, může se projevovat smutek či úzkost (Zábranský, 2003).

#### **III. Stádium zaujetí drogou**

Spotřeba drog narůstá, s tím také utrácené peníze za drogy, distancuje se od původního prostředí a mění své postoje. Mohou se vyskytovat poruchy příjmu potravy a spánku. V zaměstnání podává horší výkony, může mít výpadky, působí neupraveným vzhledem. Distancuje se od druhých. Utrácí nadměrné finanční prostředky za drogy, zadlužuje se. V emocionální oblasti se velmi často střídají nálady, pokusy o kontrolu nad situací a nepříjemné stavy (Zábranský, 2003).

#### **IV. Stádium závislosti**

Pohybuje se jen v kruzích drogově závislých. Lže, krade, prodává drogy. Zadlužuje se. Bere často drogy i sám, nejen v přítomnosti kamarádů. Většinou již vysoké dávky. Zdraví je narušeno mnohými fyzickými i duševními problémy.



Působí neupraveným dojmem. Dochází ke ztrátě práce, projevují se velmi výrazné finanční problémy. Drogy užívá proto, aby se cítil normálně. Snaží se překonat pocit viny. Jeho pozornost je polně soustředěna na drogy (Zábranský, 2003).

#### **2.9.4 Závislost na alkoholu**

Alkohol je v našem sociokulturním prostředí nejrozšířenější, nejčastěji užívanou a výrazně akceptovanou psychoaktivní látkou. Ve většině světa je alkohol spolu s cigaretami běžně dostupným zbožím. Masivně podporovaným a propagovaným pomocí reklamních kampaní (Fischer a Škoda, 2014). Na základě účinku alkoholu na tělesné a duševní zdraví patří někam na rozhraní lehkých a tvrdých drog. Nadmíra alkoholu, aniž by došlo k závislosti, může působit vysoce rizikově pro lidský organismus (Nožina, 1997).

Nešpor a Csémy (2003) popisují rozdělení čtyř typů osob z hlediska dlouhodobého užívání alkoholu:

- I. Abstinent – neužívá žádný alkohol.
- II. Konzument – užívá alkohol v souladu se společenskými normami a zvyklostmi.
- III. Piják – aktivně vyhledává společensky akceptovatelné příčiny pro konzumaci alkoholu. Pije za účelem navození dobré nálady a vyvoláním příjemného pocitu.
- IV. Alkoholik – je na alkoholu zcela závislý.

Fischer a Škoda (2014) ve své publikaci popisuje proces rozvoje závislosti na alkoholu podle amerického alkoholologa českého původu E. M. Jellineka ve čtyřech fázích:

- I. Stadium počáteční, prealkoholické, kdy si jedinec připustí, že pije odlišně než druzí. Alkohol mu přináší úlevu, a proto zvyšuje míru a frekvenci požívání alkoholu.
- II. Stadium varovné, pro které je charakteristické navyšování tolerance k alkoholu, nezvladatelná kontrola nad množstvím pití.
- III. Stadium rozhodné, kdy tolerance stále roste a v důsledku narůstající konzumace se vyskytují konflikty. Jedinec je přesvědčen, že kdyby chtěl, mohl by přestat.

- IV. Stadium konečné, odpovídá syndromům závislosti. Jedinec se rychle opije, není ale schopen bez alkoholu vydržet. Konzumuje alkohol téměř nepřetržitě.

Dlouhodobá konzumace alkoholu navozuje změny ve většině mozkových struktur. Zejména má vliv na funkci mezimozku. Mohou se objevit obtíže spojené s neklidem, depresí, úzkostí, pocit únavy, vyčerpání (Fischer a Škoda, 2014).

### **2.9.5 Závislost na nealkoholových látkách**

Fischer a Škoda (2014) uvádí, že k rozvoji dochází v mnohem kratším časovém úseku, než je potřeba u závislosti na alkoholu. Závislost nevzniká náhle, probíhá v několika po sobě jdoucích fázích:

- I. Stadium experimentální. Jedinec občasně užívá drogy, přináší mu to příjemné pocity a neznámé prožitky. Droga slouží jako únik z reality. Školu, práci a problémy zvládá lépe než kdykoli předtím.
- II. Stadium příležitostného užívání. Droga pomáhá zvládat situace osobní a sociální nouze či nudy. Jedinec ještě není závislý a je si vědom nesprávného chování.
- III. Stadium pravidelného užívání. V této fázi již dotyčný bere drogu čím dál častěji avšak nepřipouští si možná rizik s tím spojená. Objevuje se lhostejnost k okolí a upřednostňuje vše spojené s drogou. Může ztratit zaměstnání, zavinit rozpad rodiny
- IV. Stadium návyku a závislosti. V této chvíli pro dotyčného existuje pouze motivace k droze. Sociální vazby jsou omezeny pouze na okruh přátel-narkomanů. Projevují se závažné psychické a somatické změny.

Vedle alkoholu je druhou nejrozšířenější tolerovanou drogou, lehce dostupnou a výrazně návykovou tabák (nikotin) (Kachlík, 2011). Užívání tabáku je charakterizováno pravidelností a nutkavostí. Procesy určující závislost na nikotinu jsou podobné závislosti na „tvrdých“ drogách (Kubů a kol., 2003).

Mimo nikotin se může závislost projevit na celé řadě dalších látek. Patří zde v první řadě opiáty neboli sloučeniny extrahované z máku setého. Mezi nejznámější řadíme opium a morfin. Opiáty navozují stav uvolnění a útlumu (Fischer a Škoda, 2014). Další skupinou jsou kanabionidy, tedy látky s psychotropní složkou konopí. Z rostliny se získává především hašiš a marihuana (Fischer a Škoda, 2014).

Dále zde patří látky ze skupin sedativ a hypnotik (např. Neurole, Xanax), stimulanty v podobě amfetaminu a metamfetaminu, organická rozpouštědla (např. lepidla, čističe, rozpouštědla) a halucinogeny, které lze získat z pozemských rostlin. Za nejznámější je považováno LSD (Fischer a Škoda, 2014).

## **2.10 Problematika závislostního chování v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání**

Zdraví je jedním z důležitých aspektů pro spokojený a aktivní život a pro dobrou pracovní výkonnost, proto je poznávání a podpora ochrany zdraví jednou z priorit základního vzdělávání. Tuto problematiku řadíme do oblasti nazývané se Člověk a zdraví. Jejím cílem je pozitivní ovlivňování zdraví, se kterými se žáci seznamují a učí se je používat ve svém životě. Hlavní vzdělávací oblastí tohoto okruhu je poznávání sebe sama jako živé bytosti, chápání hodnoty zdraví a jak jej chránit. Zabývá se problémy spojenými s nemocemi nebo poškozením zdraví. Žákům jsou představena možná rizika ohrožení zdraví. Jsou vedeni k poznávání situací běžných i rizikových s nutností rozhodování se, jak se zachovat. Tímto si osvojují míru odpovědnosti za své zdraví i zdraví jiných. Při realizaci je potřeba klást důraz na praktické dovednosti a jejich aplikaci v modelových situacích v každodenním životě. U menších žáků je nutný kladný vzor v podobě učitele, u kterého mohou pozorovat správné zásady péče o své zdraví. U starších žáků se postupně rozvíjí jejich samostatnost a větší odpovědnost za sebe sama (Metodický portál RVP, 2015a).

Téma Člověk a zdraví je s ohledem na věk žáků vyučován v oborech Výchovy ke zdraví a Tělesné výchově. Výchova ke zdraví směřuje žáky k aktivnímu životu a ochraně zdraví. Zaměřuje se na všechny jeho složky (sociální, psychické i fyzické). Vede žáky k odpovědnosti za své zdraví. Osvojují si téma zásad zdravého životního stylu a jeho uplatnění v běžném životě. Zaměřuje se také na mezilidské vztahy a osobnostní a sociální výchovu. Cílem je rozšířit a prohloubit znalosti v oblasti zdraví jedince i společnosti, vztazích mezi lidmi, partnerských vztazích, manželství, rodině nebo škole. Tělesná výchova se zaměřuje na poznání svých pohybových možností a zájmů, ale také účinky pohybové aktivity na tělesnou zdatnost, duševní a sociální pohodu. Základem je žákův prožitek z pohybu a dobře zvládnutá dovednost. Je zde velmi důležité motivační hodnocení žáků (Metodický portál RVP, 2015a).

Učivo vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví je v RVP ZV strukturováno do šesti tematických okruhů:

- Vztahy mezi lidmi a formy soužití;
- Změny v životě člověka a jejich reflexe;
- Zdravý způsob života a péče o zdraví;

- Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence;
- Hodnota a podpora zdraví;
- Osobnostní a sociální rozvoj

Mezi očekávané výstupy ve Výchově ke zdraví zaměřené na problematiku zdraví se řadí vysvětlení souvislostí mezi tělesným, duševním a sociálním zdravím, a nejen jako stav nepřítomnosti nemoci či úrazu. Dále popis vztahu mezi uspokojováním základních lidských potřeb a hodnotou zdraví. Žák je schopen uvést determinanty ovlivňující lidské zdraví a také možné klady a zápory jednotlivých odvětví životního stylu. Učivo se zaměřuje také na problematiku základních biologických ale také tzv. vyšších lidských potřeb a jejich možné negativní vlivy na zdraví v případě neuspokojení. Řeší problematiku rizikového chování. Žák se učí rozlišit, které způsoby chování ohrožují jeho zdraví i zdraví ostatních (například užívání návykových látek, alkoholu, drog či rizikové sexuální chování). Problematika zdraví člověka se zaměřuje také na celospolečenskou odpovědnost zdraví. Jedná se o péči o životní prostředí, vodu, ovzduší nebo zdravotnický systém. Zohledňuje otázku vlastní péče o zdraví a životního stylu. Vede žáky k určení osobních životních hodnot a odůvodnění proč je zdraví člověka tak důležité (Metodický portál RVP, 2015b).

Jedním z témat Tělesné výchovy je tak odmítání drog a jiných škodlivých látek jako část, naprosto neslučitelnou se sportovní etikou a zdravím. Zabývá se vlivem užívání podpůrných látek a jiných rizik na zdraví a výkon u pohybových aktivit. Řeší negativní vliv drog, alkoholu nebo například kouření na zdraví a možné ovlivnění či snížení výkonů ve sportovních aktivitách (Metodický portál RVP, 2015c).

## **3 ANALÝZA PROGRAMŮ ZAMĚŘENÝCH NA PREVENCI UŽÍVÁNÍ TABÁKOVÝCH VÝROBKŮ**

### **3.1 Analýza celosvětově užívaných strategických programů**

Pro většinu vyspělých států je užívání tabákových výrobků považováno za jednu z nejvýznamnějších příčin výskytu chronických neinfekčních nemocí nebo úmrtí. Řadí se zde široká škála nemocí, především kardiovaskulární, nádorová a respirační. Léčba takových onemocnění není snadná a je považována za ekonomickou zátěž zdravotnického systému.

Kouření ovlivňuje míru nemocí a úmrtí populace a tím způsobuje dopad i na střední délku života. Negativní vliv na zdraví má nejen tabák samotný, ale také látky obsažené v jeho kouři. Mimo zdravotní rizika spojená přímo s konzumací má negativní vliv také na pracovní aktivitu a sníženou produktivitu. U kuřáků pozorujeme vyšší pracovní neschopnost, invalidní důchody a takzvané „kuřácké pauzy“ během pracovní doby. Má za následek také vyšší úmrtnost v produktivním věku (Váňová a kol., 2018).

Negativní vliv cigarety mají nejen na kuřáky ale i na osoby vystavené cigaretovému kouři (tzv. second-hand smoking nebo pasivní kouření). Zdravotní potíže jsou pozorovatelné téměř u 13 % pasivních kuřáků.

Škodlivost tabáku je především v jeho kouři. Ten obsahuje asi 7000 chemických látek, u 70 z nich byly prokázány karcinogeny. Jednou z nejznámějších obsažených látek je nikotin. Ten ovšem není karcinogenní a v porovnání s jinými složkami není natolik škodlivý (NMS, 2022).

Užívání tabákových výrobků je vnímáno jako velké riziko nejen v České republice ale také globálně. A proto vzniká řada programů, které se snaží omezovat míru užívání tabáku.

**Tabulka 1: Nadnárodní programy**

Název programu	Iniciátor	Rok vzniku	Cíl
Harm reduction	Nizozemí, Velká Británie	80. – 90. léta 20. století	Snižování či minimalizace poškození u závislých uživatelů. Neusiluje o celkovou eliminaci, ale snaží se zmenšovat negativní důsledky.
Globální systém surveillance tabáku (GTSS)	WHO	1998	Sledování užívání tabáku v konkrétních oblastech světa. Studie zaměřené na věkové a profesní skupiny od dětí až po dospělé jedince.
Rámcová úmluva o kontrole tabáku (FCTC)	WHO	2003	Reakce na globalizaci tabákové epidemie. Je považována za první krok v boji proti pandemii úmrtí a onemocnění vyvolaných tabákem. Za cíl si klade omezení spotřeby tabáku, strategii kontroly tabáku ve veřejném prostoru (reklamy, zvýšení daní a cen, zákazy kouření na veřejných prostranstvích, výrazná zdravotní varování)
MPOWER	WHO	2008	Prostředek ke splnění cílů FCTC. Jedná se o šest opatření kontroly tabáku, které vedou ke snížení spotřeby tabáku.

V záležitosti užívání tabáku můžeme hovořit o tzv. „harm reduction“. Jedná se o veřejnou politiku v oblasti zdravotnictví, která se zabývá minimalizací nebo snižováním rizik škodlivých následků spojených s tabákovými výrobky. Soustředí se na méně rizikové alternativní výrobky či způsoby aplikace a čerpá z velkého množství výzkumů a dat, která jsou v dnešní době dostupná. Na úrovni národní politiky není harm reduction

natolik využívaný. Jedním z důvodů jsou obavy, že propagace alternativních zařízení povede k opětovnému navýšení či normalizaci kouření (NMS, 2022).

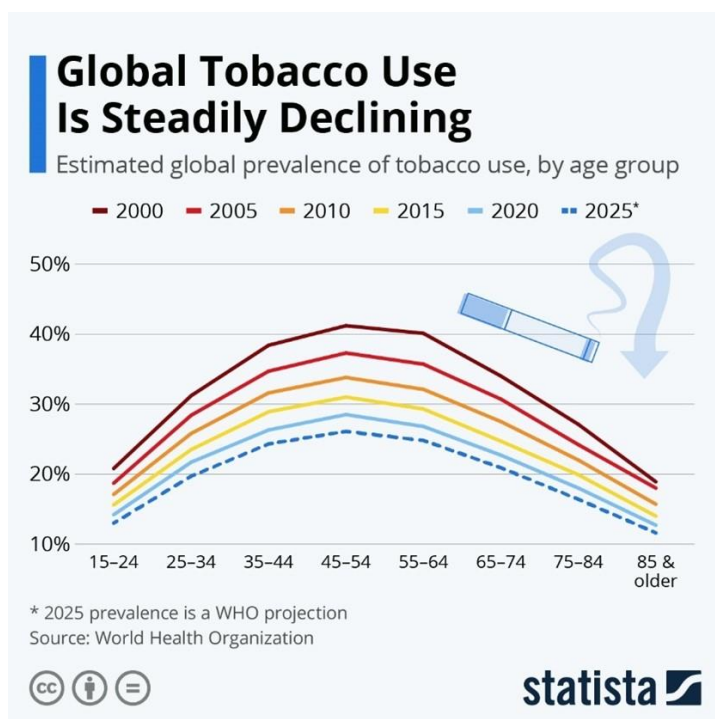
Pro snadné a jednotné porovnání celosvětového užívání tabáku byl ve spolupráci Světové zdravotnické organizace a Center pro kontrolu nemocí a prevence vytvořen Globální systém sledování tabáku (GTSS) (Váňová a kol., 2018). Tento systém zahrnuje více než 20 témat tabákových údajů včetně užívání tabáku, reklamy na tabák, odvykání, pasivní kouření a další. V dnešní době již dokáže zpracovávat výsledky pro konkrétní země a věkové kategorie, aby dokázal vyhodnocovat vývoj závislosti v daných oblastech.

Jako první oficiální opatření pro ochranu současné a budoucí generace před ničivými zdravotními, sociálními, environmentálními a ekonomickými následky spotřeby tabáku vznikla rámcová úmluva o kontrole tabáku (FCTC – Framework Convention on Tobacco Control). Tato úmluva byla schválena v roce 2003, oficiálně vstoupila v platnost v únoru 2005. V návaznosti na tuto úmluvu vypracovala WHO dokument zvaný MPOWER, ve kterém se nachází návody, jak s touto hrozbou účinně bojovat. Dokument obsahuje šest hlavních strategií:

- I. Monitorovat užívání tabáku
- II. Chránit lidi před tabákovým kouřem
- III. Nabídnout pomoc při odvykání kouření
- IV. Varovat před nebezpečím užívání tabáku
- V. Prosazovat zákaz reklamy na tabák, jeho propagaci a sponzorství
- VI. Zvyšovat daně na tabák



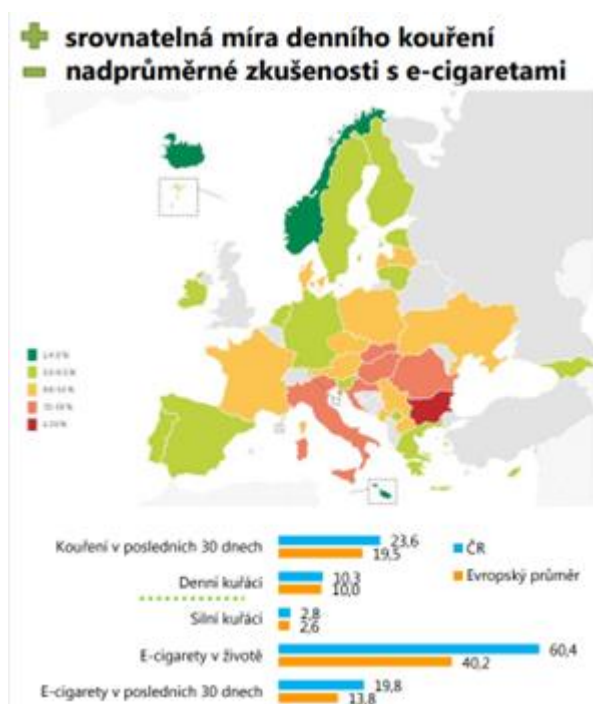
Obrázek 4: Užívání tabáku ve světě



ZDROJ: WHO, 2023

Na grafu je jednoznačně pozorovatelné, že programy, které jsou ve světě nastaveny fungují a užívání tabákových výrobků klesá napříč všemi věkovými kategoriemi. Například věková kategorie 45–54 let byla v roce 2000 nejvíce závislá na kouření, o dvacet let později došlo o 13% snížení závislosti v této kategorii. Podle projekce WHO by měl tento klesající trend i nadále pokračovat a podíl kuřáků by měl být menší.

Obrázek 5: Rozložení kuřáků v Evropě



ZDROJ: NMS, 2021

Jak lze na přiloženém obrázku sledovat, Česká republika se v evropském srovnání pohybuje v průměrných, v některých oblastech i lehce v nadprůměrných hodnotách užívání cigaret.

Každý den je ve světě vykouřeno zhruba 15 miliard cigaret. V globálním měřítku užívá tabákové výrobky 1 miliarda mužů a 250 milionů žen. Na 50 % zmíněných mužů je z rozvojových zemí a 35 % ze zemí rozvinutých. U žen hovoříme o 22 % v rozvinutých a 9 % v rozvojových zemích (Mackay, 2002).

**Obrázek 6: Míra vykouřených cigaret ve světě**



ZDROJ: Česko v datech, 2017

Na přiloženém grafu lze dokázat, že zavedení globálních strategií v boji proti užívání tabákových výrobků má kladný vliv především na státy Evropy, Severní a Jižní Ameriky. V Evropě pozorujeme největší pokles vykouřených cigaret za rok od roku 2008. Nárůst tohoto počtu lze pozorovat do roku 2003. Mezi lety 2004 až 2008 lze hovořit o přibližně stejném počtu. Nepozorujeme zde žádný pokles ani nárůst. Severní a Jižní Amerika je již od počátku druhého tisíciletí v neustálém úbytku počtu vykouřených cigaret. V Číně naopak počet cigaret rostl až do roku 2014 a jednoznačně se zde vykouřilo největší množství cigaret, téměř 2600 miliard ročně. O další dva roky později je vidět pokles na méně než 2400 miliard ročně. Evropa se hned za Čínou drží na vrcholu celkového počtu vykouřených cigaret za rok. Podle posledních dostupných údajů z roku 2016 se jedná zhruba o 1200 miliard ročně. Z grafu vyplývá, že ve většině světa, je kouření na ústupu a zaznamenává pokles počtu vykouřených cigaret. V Evropě, Americe, Pacifiku a Číně můžeme hovořit o výrazném úbytku. Státy Afriky a Blízkého východu se dlouhodobě drží na stejné úrovni počtu vykouřených cigaret. Pouze státy Jihovýchodní Asie se

naprosto liší a dlouhodobě je zde pozorovatelný nárůst. Mezi roky 2000 a 2016 o více než 200 miliard cigaret ročně.

### 3.2 Analýza strategických programů v České republice

Vláda České republiky vydala Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním. Tato strategie je rozplánovaná do let 2019 až 2027. Navazuje na předchozí strategii pro roky 2010-2018 která měla stanovené čtyři strategické cíle:

- I. Snižit míru experimentálního a příležitostného užívání návykových látek zejména mladými lidmi.
- II. Snižit míru hazardního hraní mezi dětmi a mládeží, snížit míru problémového a intenzivního užívání návykových látek a problémového hráčství v populaci.
- III. Snižit rizika spojená s užíváním návykových látek a s problémovým hráčstvím pro jedince a společnost.
- IV. Snižit dostupnost návykových látek zejména pro mladé lidi, posílit zákonnou regulaci hazardního hraní.

Na základě vyhodnocení dosažení cílů z let minulých byla upravena a vytvořena nová Národní strategie. Na závislosti se nahlíží komplexně, nejedná se o otázku silné či slabé vůle. Jedná se o problém vycházející z biologických, psychologických, sociálních a spirituálních modelů závislosti. Národní strategie se aktuálně zaměřuje především na:

- I. Posílení prevence a zvýšení informovanosti.
- II. Zajištění kvalitní a dostupné sítě adiktologických služeb.
- III. Efektivní regulaci trhů s návykovými látkami a závislostními produkty
- IV. Posílení řízení, koordinace a efektivní financování protidrogové politiky
- V. Strategie se bude zabývat i problematikou léčivých přípravků s obsahem psychoaktivních látek, nadužívání internetu a nových technologií a problematikou konopí a kanabinoidů (Vláda ČR, 2019)

Mezi nejvýznamnější kroky v prevenci bylo zavedení zdravotních varování na obalech (jedná se o text a obrázek) na základě evropské tabákové směrnice v září 2016. Podle průzkumu v roce 2020 si varování všimlo 90 % současných kuřáků a 15 % v souvislosti s varováním uvažovalo o možnosti přestat kouřit. V období průzkumu si téměř 46 % lidí všimlo informací o zdravotních rizicích kouření v médiích. Dalším významným krokem prevence byl zákaz kouření v restauracích. V roce 2020 bylo 70 % z dotázaných s tímto opatřením spokojeno. Avšak z výsledků vyplývá, že toto opatření

nemá velký vliv na omezení kouření lidí. 67 % uvádí, že kouří stále stejně, 24 % lidí tento zákaz mírně ovlivnil a pouze 0,5 % přestalo kouřit úplně (NMS, 2022).

**Tabulka 2: Přehled programů realizujících se v ČR**

Název	Cílová skupina	Cíle
My nechceme kouřit ani pasivně	Děti v mateřských školách	Zabránit kouření rodičů doma před dětmi, poukázat na škodlivost
Kouření a já	Žáci základních škol	Zvládnutí kritického období puberty. Rozpoznat krizové situace a snížit lukrativnost cigaret.
O svém zdraví rozhoduji sám	Žáci středních škol	Zamezit a zmírnit rizika špatného životního stylu. Zaměřuje se na možné následky v dospělosti.
Nekuřácké zdravotnictví	Studenti medicíny	Naučení teoretických poznatků a nácvik praktických dovedností pro budoucí styk s kuřáky a jejich správnou pomoc.
Zdravé těhotenství – zdravé dítě	Těhotné ženy	Poukázat na škodlivost cigaret v těhotenství, dostatečně informovat o možných rizicích
Normální je kojit a nekouřit	Matky po porodu	Navazuje na předchozí. Pokračuje v prevenci kouření nejen kojících matek. Poukazuje na škodlivosti a možná rizika a potíže spojené s kojením. Zabývá se také správnou výživou dětí a kojenců.
Nekuřácká nemocnice	Pacienti a zaměstnanci zdravotnických zařízení	Vytvářet nekuřácké prostředí pro pacienty a pracoviště pro zdravotnické zaměstnance. Cílem je podpora zdraví a zamezení škodlivého chování jakým je i kouření.
Národní linka pro odvykání kouření	Osoby se závislostí na tabáku	Možnost i anonymní pomoci pro kuřáky.

Prevence kouření tabáku se ve velké míře zaměřuje na děti a mládež. Ministerstvo školství koordinuje a vytváří rámce prevence rizikového chování. V krajích pak působí krajsí koordinátoři, pod které spadají nadále školní metodici prevence. Ve školním roce 2019/2020 bylo na základních a středních školách evidováno 65 739 případů výskytu rizikového chování z toho 12 199 případů se jednalo o užití tabáku, nejčastěji v 1. ročníku středních škol. Největší procento všech realizovaných preventivních programů se zaměřuje na témata šikany a agrese (16,6 %), na prevenci užívání tabákových a nikotinových výrobků se soustředilo 6,6 % programů. Téma prevence užívání tabáku provází žáky celou základní i střední školou. Věnuje se tomu celkem 21,7 hodiny, velký důraz je kladen na první ročníky středních škol (2,5 hodiny). Preventivní programy prevence kouření u dospělých už nejsou tak rozšířené (NMS, 2021).

- **„My nechceme kouřit ani pasivně“**

Program zaměřen na děti v mateřských školách od autorky MUDr. Gabriely Černohousové vznikl v roce 2003 jako podpora programu „Zdravá MŠ“. Program trval 3 měsíce a byl zakončen tematickou besídkou pro rodiče. Obsahem metodiky byly základní informace pro učitele, pracovní listy pro děti a dotazníky pro rodiče. Součástí závěrečné besídky byla odborná přednáška pro rodiče a divadelní představení, které děti v rámci programu trénovali („O cigaretce Retce“). Cílem bylo dětem představit rizika nedobrovolného vdechování cigaretového kouře ve snaze zamezit pozitivnímu vnímání kouření, které mohou doma odmalička vidět a považovat za zcela normální (VKZ, 2023).

Z volně dostupných dat vyplývá, že tento program byl realizován především v Pardubickém kraji a nejrozšířenější byl na Chrudimsku. Příčinou může být aktivní zapojení místní střední zdravotnické školy, díky které vznikl souhlas „Zdravušky“. Herci v kostýmech dětem prostřednictvím divadelního představení ukazují, jak zlá cigareta škodí ostatním orgánům.

- **„Já kouřit nebudu a vím proč“**

Autorkou programu je paní doktorka Smolíková spolu s kolektivem autorů. Vznikl jako projekt Ligy proti rakovině v roce 2003. Program cílí na děti v mateřských školách. Jeho obsahem je 6 tematických bloků, které zahrnují základní informace o lidském těle, pohádky a společenské hry se zaměřením na zdravý životní styl a zdravé návyky. Cílem je naučit děti

nejprve obecně rozumět svému tělu, umět jej pojmenovat a vědět co se v něm odehrává. Dokázat rozlišit co mu pomáhá a co škodí. Druhá část se zaměřuje na kouření a co v těle způsobuje. Ukazuje dětem, jak kuřák škodí nejen sobě ale i svému okolí. Součástí programu jsou nahrávky audio pohádek v podání známých hereckých osobností, metodické listy a dvacetiminutový dokumentární pořad o příkladné mateřské škole z Chrudimi, která má s prevencí kouření letité zkušenosti a může pedagogům pomoci při realizaci projektu (KHSPCE, 2014).

V porovnání s prvním programem zaměřeným na mateřské školy je tento podstatně kratší. Jedná se o 6 tematických bloků, které lze dle potřeby rozpracovat na až 6 vyučujících hodin v případě mateřské školy spíše do šesti dní zaměřených na toto téma. Oproti tomu program „My nechceme kouřit ani pasivně trvá 13 týdnů kdy je doporučeno školku tematicky vyzdobit a hlavní náplní je secvičení divadelního představení a příprava závěrečné besídky. U malých dětí je těžší dlouhou dobu držet jejich pozornost a nadšení pro téma, proto kratší program může být efektivnější, jelikož je menší šance, že děti nepřestane bavit a budou mít o téma stále zájem. Avšak dlouhotrvající příprava na besídku se jim může v paměti ukotvit na delší dobu. Oba programy zpracovávají téma odlišně a s jiným přístupem. Je potřeba vyzdvihnout také zapojení rodičů v prvním ze zmíněných.

- **„Normální je nekouřit“**

Program vytvořen doktorkou Ivou Žaloudíkovou z Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity ve spolupráci s Lékařskou fakultou a Ligou proti rakovině jako podpora prevence kouření dětí mladšího školního věku (7-11 let). Postupně byl vyvíjen a testován pro všechny ročníky prvního stupně. Volně navazuje na programy pro mateřské školy. Na druhém stupni na ně navazuje program „Kouření a já“. Obsahem programu je kladně ovlivňovat chování dětí ke zdravému způsobu života, vedení k aktivnímu pohybu, předat jim základní informace o těle a jeho funkcích, naučit správné hygienické návyky a podstatu zdravé výživy. Velká část je zaměřena na kouření a jeho úskalí. Celým programem je provází veverka Věrka, která si s dětmi povídá o zdraví, nemoci, aktivitách ve volném čase, zdravé výživě. Zapojuje i jiná lesní zvířátka. Součástí je také video O cigaretce Retce původně vytvořené v programu „My nechceme kouřit



ani pasivně“. Cílem je budovat pozitivní postoje ke zdravému životnímu stylu, odpovědného přístupu ke zdraví, spoluprací s rodiči se snaží o snížení pasivního kouření dětí. Program cílí stále na malé děti, které se nejlépe učí hrou a prožitkem, z tohoto důvodu je program interpretován především pomocí her, omalovánek a vystřihovánek. Program je rozdělen do pěti lekcí a obsahuje podrobnou metodiku. Je uzpůsoben tak aby se dal aplikovat ve většině předmětů prvního stupně (Žaloudíková, 2005)

Program zohledňuje věk dětí a jeho náročnost je mu přizpůsobena. Děti zatím neumí nebo se učí číst a psát. Proto je hodně interaktivní a zahrnuje množství her a obrázků. Není příliš dlouhý a lekce se dají rozvrhnout ve výuce tak aby se děti tématu věnovali například jednou týdně po dobu více než měsíce. Není zde již takový prostor pro téma jako v mateřských školách, ale téma není ani podceňeno a děti mají dostatečný čas na důkladné seznámení s problematikou případně prohloubení a zopakování znalostí, které již mohou znát z projektů v mateřských školách. Program má dva díly, které pokrývají celý první stupeň. Riziko kouření je díky toho provází postupně řadu let a je zde větší šance, že bude mít na žáky kladný vliv a efektivní dopad.

- **„Kouření a já“**

Program vznikl za podpory Ministerstva školství na lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně a je zaměřený na žáky druhého stupně základních škol. Program tvoří 4 bloky, každý z nich je rozložen do šesti lekcí, které svým rozsahem odpovídají jedné vyučovací hodině. Jednotlivé bloky na sebe navazují, proto je nutné program zahájit vždy v 6. ročníku. Poslední blok, určený pro 9. třídy, je opakovací a shrnuje celou problematiku. Učitel je pouze koordinátorem celého programu a velmi důležitá je práce ve skupinách, ve kterých žáci projevují svou aktivitu. V úvodu programu je důležitý výběr vedoucích skupin. Ten vede své spolužáky a dohlíží na zapojení všech. Do programu jsou aktivně zapojeni také rodič. Program je zaměřen na problematiku kuřáctví jako celistvý problém. Žáci si osvojují poznatky o zdravotních rizicích, finančních a zdravotních dopadech na kuřáky. Zjišťují, co lidi vede ke kouření a učí se říkat „ne“. Rozebírají reklamní triky a trendy, jak lákat především mladší generace. Cílem je vytvoření vlastního názoru na kouření

a motivovat žáky k tomu být nekuřák. Žáci by po ukončení programu měli znát benefity nekuřáctví pro celý život a toho, pokud cigaretu odmítnou. Cigarety jsou lehčí drogou, a proto program okrajově zahrnuje i celkové téma drog a jejich rizik (Hrubá, 2000).

Celá problematika je opět uzpůsobena věku žáků, už se zde nesetkáváme s obrázky a hrami pro menší děti, avšak program je stále interaktivní a vybízí žáky k aktivnímu zapojení. Je realizován formou rozhovorů, diskusí, modelových situací, které nutí žáky nad tématem přemýšlet. Zároveň je tato forma pro děti zábavná a pestrá. Nejedná se pouze o výklad, ale aktivní spolupráce, kde učitel je pouze koordinátor a pozorovatel jim dává do jisté míry volnost a větší možnosti kreativity. Téma se prolíná celým druhým stupněm a tím zajišťuje, že problematika je stále v paměti a má větší efekt na případná rizika. Jednotlivé programy na sebe postupně navazují. Pokud má žák to štěstí a navštěvuje od mateřské školy až po ukončení základní školní docházky instituce zapojené do těchto programů, dostane komplexní a ucelený pohled na problematiku kouření, negativního vlivu cigaret a je u něj velmi vysoký předpoklad, že bude celoživotním nekuřákem.

- **„O svém zdraví rozhoduješ sám/sama“**

Jedná se o projekt zaměřený především na středoškolské studenty. Je realizován prostřednictvím nejrůznějších video spotů, které upozorňují a varují před možnými riziky. Jedním z témat, kterým se projekt věnuje je také kouření (Kernová, 2017).

Nejedná se o tak ucelený projekt jako u mateřských a základních škol. Pokrývá široké téma veškerých rizik jako jsou například i úrazy, nemoci, rizika v přírodě, nebezpečí na internetu, šikana a další. K jednotlivým tématům lze kromě videí získat i metodiky. Avšak se nejedná o tak propracované programy, které by na sebe navazovaly a měly zpracovaný podrobný popis realizace. Je zde nutná velká míra zapojení a zájmu učitele.

Dalšími preventivními programy v omezení kouření jsou například: „Zdravé těhotenství – zdravé dítě“, který je zaměřen na těhotné ženy a snaží se o informovanost škodlivosti kouření v těhotenství. Na něj navazuje program „Normální je kojit a nekouřit“

zaměřený na matky v porodnicích a kojící matky. Tyto programy se věnují nejen škodlivosti cigaret, drog a alkoholu v těhotenství a po něm, zaměřují se také na správnou výživu a kojení. S programem „Nekuřácké zdravotnictví“ se mohou medicínští studenti setkat už na vysokých školách. Jsou aktivně vyučovány na lékařských fakultách, v některých případech i na středních zdravotnických školách. Je zaměřený na teoretické poznatky a možnosti praktického nácviku zkušeností s rizikovým chováním. Ministerstvo zdravotnictví realizuje projekt „Nekuřácká nemocnice“, na vzestupu jsou politiky nekuřáckých pracovišť nebo podpora zaměstnanců u odvykání kouření. V roce 2016 byla spuštěna Národní linka pro odvykání kouření (tel. 800 350 000) souběžně s ní funguje také webová stránka [chciodvykat.cz](http://chciodvykat.cz) a emailová podpora [poradte@chciodvykat.cz](mailto:poradte@chciodvykat.cz). V České republice nalezneme množství dalších webových stránek zaměřených na kouření a podporu odvykání. Národní stránky pro podporu odvykání kouření [koureni-zabiji.cz](http://koureni-zabiji.cz), Společnost pro léčbu závislosti na tabáku provozuje webové stránky [slzt.cz](http://slzt.cz), Národní zdravotní informační portál [nzip.cz](http://nzip.cz). Každý rok 31. května je Světový den bez tabáku. Tento den je využíván k medializaci škodlivosti cigaret a špatného vlivu na zdraví. Obdobné aktivity a informace se objevují i u příležitosti Světového dne karcinomu plic, Mezinárodního nekuřáckého dne či Světového dne chronické plicní obstrukční poruchy. Se všemi těmito obtížemi a nemocemi kouření úzce souvisí (Hrubá, 2004).

Většina uvedených programů, které jsou detailně zpracovány jsou vytvořeny pro žáky mateřských a základních škol. Zde je kladen velký důraz především na zamezení vytvoření kuřáckého návyku a důkladné informovanosti dětí o veškerých rizicích a negativních vlivech cigaret. Pro dospělé osoby lze najít množství projektů zaměřujících se především na upozornění co vše jim způsobuje aktivní či pasivní kouření. Důraz se klade na informovanost těhotných žen a čerstvých matek. Dostupné jsou informace pro osoby, které se rozhodly s kouřením přestat. Existují webové stránky, telefonní linky, poradny a setkat se můžeme také s reklamami zaměřenými na odvykání. Nejmenší množství programů a celkové nejnižší míra motivace přestat kouřit nebo alespoň omezit dopady je pozorovatelná u nejstarší věkové skupiny (65+ let). I dostupné výzkumy poukazují že v této věkové skupině je viditelný nejnižší pokles kuřáků v dlouhodobém pozorování. Naopak u nejmladší testované skupiny (15–24) lze zaznamenat vysoký v některých letech i nejvyšší pokles kuřáků. Toto tvrzení poukazuje na fakt, že výše popsané programy a projekty zaměřené na děti a žáky mají kladný vliv na jejich budoucí rozhodnutí zda kouřit nebo ne.

Pro dnešní dobu byla vytvořena Národní strategie 2019-2027, která je postavená na čtyřech hlavních blocích, kterými jsou prevence, minimalizace rizik a škod, léčba a resocializace, regulace trhu a snižování nabídky. Tyto čtyři strategické oblasti mohou být efektivní pouze při správné koordinaci celkové intervence. Byly proto podmíněny těmito body:

- koordinace a spolupráce,
- financování,
- monitoring, informace, výzkum, evaluace,
- mezinárodní závazky, dobrá praxe, zkušenosti, mezinárodní spolupráce (Vláda ČR, 2019).

**Obrázek 7: Struktura politiky v oblasti závislosti**



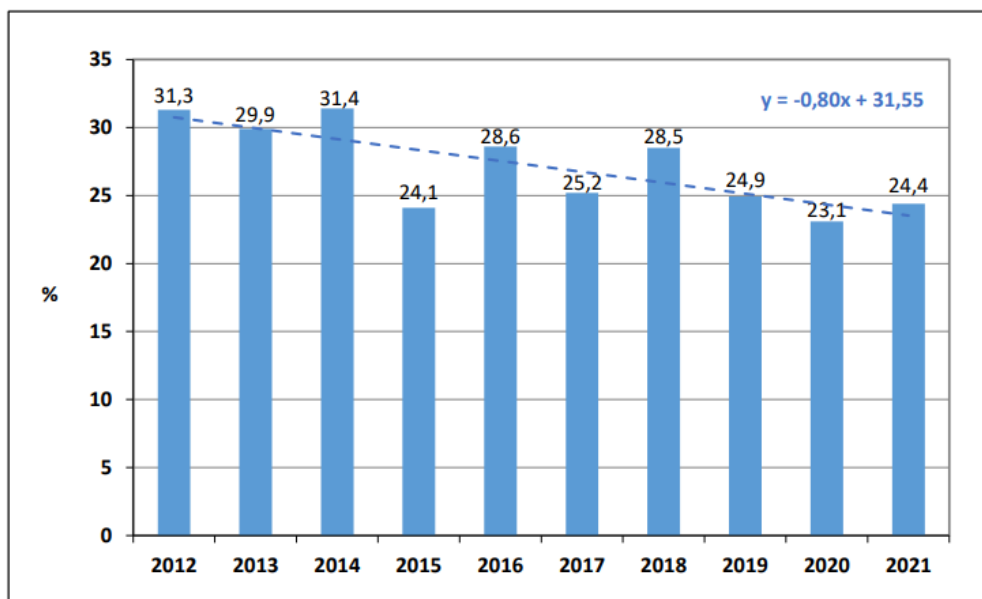
ZDROJ: Vláda ČR, 2019

### 3.2.1 Analýza vlivu programů a opatření v České republice

Tabákové a nikotinové výrobky jsou v České republice poměrně dostupnou komoditou. Lze je prodávat v malých potravinových prodejnách, supermarketech, čerpacích stanicích či trafikách. Prodej výrobků je omezen zákonem. Nesmí být prodán nezletilým osobám, dále nesmí být nabízeny k prodeji v automatech nebo na internetu, pokud není možno ověřit věk kupujícího i prodávajícího. Dále platí zákaz prodeje a dovozu potravinářských výrobků a hraček, které připomínají vzhledem tabákové výrobky.

V České republice je za nejrozšířenější tabákový výrobek považována průmyslově vyráběná cigareta a po ní tabák určený k ručnímu balení cigaret. Na území ČR se ročně spotřebuje přibližně 23 miliard kusů cigaret (téměř 2 tisíce cigaret na jednoho obyvatele) Na trhu se nachází zhruba 5 tisíc různých tabákových výrobků určených ke kouření, z toho asi 490 jsou různorodé značky cigaret (NMS, 2022).

**Obrázek 8: Míra kuřáctví v ČR v letech 2012-2021**

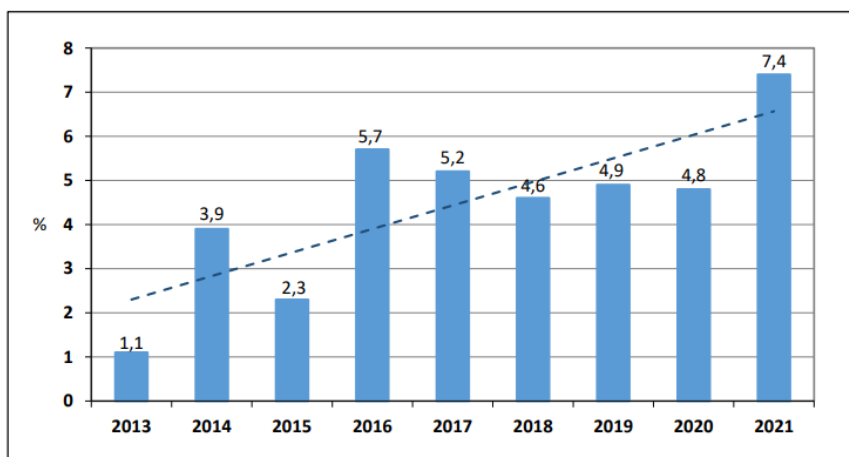


Zdroj: Csémy a kol., 2022

V posledních letech se rozšířilo užívání široké škály alternativních výrobků pro požívání nikotinu, které nespalují tabák jako klasická cigareta. Jedná se o produkty obsahující čistý nikotin bez tabáku, který se nezahřívá (například nikotinové sáčky či šňupací tabák) nebo výrobky se zahříváním nikotinem na bázi aerosolu, který vzniká zahříváním jednoduchých alkoholů (známý většinou jako elektronické cigarety).

Užívání výše zmíněných alternativ je spojeno s nižšími riziky veřejného zdraví než kouření tabáku. Některé z alternativ jsou využívány jako prostředky u odvykání kouření. Odborníci Světové zdravotnické organizace toto považují za kontroverzní téma. Jako další produkty využívané k odvykání jsou nikotinové žvýkačky, pastilky či ústní spreje (NMS, 2022).

**Obrázek 9: Uživatelé elektronických cigaret v ČR v letech 2013-2021**



Zdroj: Csémy a kol., 2022

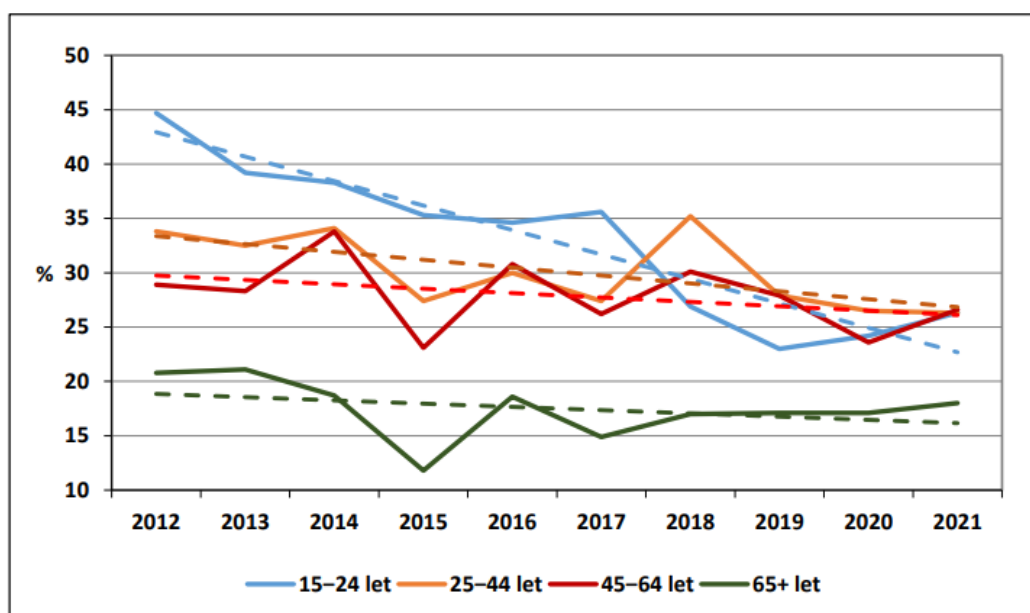
Při poklesu kouření klasických cigaret dochází k nárůstu užívání elektronických cigaret a výrobků na zahřívání tabáku. Tento nárůst je pozorovatelný u mužů i žen ve všech věkových kategoriích. Nejvýznamnější nárůst je u osob ve věku 15-24 let. Zkušenost s elektronickými cigaretami uvádí asi 18 % osob, mírně vyšší procento mužů než žen. Denní užívání e-cigaret zaznamenala 2 % obyvatel starších 15 let. Nejvíce rozšířená je zkušenost s elektronickými cigaretami ve věkové kategorii 15-24 let, téměř 10 %. Zahřívání tabákových produktů alespoň jednou vyzkoušelo 7-15 % dospělých osob. Kouření je ve velké míře i u těhotných žen. 13 % uvedlo, že někdy v průběhu těhotenství kouřilo. Z toho 8 % před zjištěním těhotenství a zbylých 5 % i nadále v těhotenství. Větší výskyt kouření je zaznamenán u některých populačních skupin. Jedná se například o Romy, obyvatele ze sociálně vyloučených lokalit, osoby ve výkonu trestu odnětí svobody. 82 % populace České republiky pokládá pravidelné denní kouření krabičky běžných cigaret za rizikové. Za nejméně rizikové jsou považovány nikotinové náhražky dostupné v lékárnách, šňupací a žvýkací tabáky a vodní dýmky. Z dlouhodobého hlediska je pozorovatelné snižování společenské přijatelnosti kouření. Možným problémem do

budoucnosti je zkrslená představa o rizicích elektronických cigaret a zahříváných tabákových výrobců (NMS, 2021).

Z předchozích dvou grafů lze vyvodit, že zatímco užívání klasických cigaret je na poklesu, zájem o elektronické cigarety roste. V obou případech je zaznamenán výrazný pokles kouření v roce 2015. Avšak o rok později, je u elektronických cigaret zaznamenán opět vysoký nárůst, o 3,4 % a u klasických cigaret o 4,5 %. U klasických tabákových výrobců pozorujeme od roku 2012 téměř neustálý pokles počtu kuřáků. V průběhu jednotlivých let počet v některých případech opět stoupl. Například v roce 2018 (28,5 %), kdy v předchozím roce byl počet 25,2 %. Nejvyšší procento kuřáků od roku 2012 bylo zaznamenáno v roce 2014 a to 31,4 %. Lze tedy říct, že aplikované programy spolu se zavedenými zákony a omezeními mají kladný dopad na snížení počtu kuřáků klasických cigaretových výrobců. U elektronických cigaret je efekt opačný. Od roku 2013 pozorujeme neustálý nárůst. Zatímco v roce 2013 bylo v České republice pouze 1,1 % uživatelů elektronických cigaret v roce 2021 hovoříme už o 7,4 %. Nejvyšší nárůst byl v již zmíněném období mezi lety 2015–2016. V posledních hodnocených letech 2020 a 2021 pozorujeme opět nárůst a to o 2,6 %. Dosavadní zákazy a omezení, se týkali především klasických cigaret i toto může mít dopad na to, že míra užívání elektronických zařízení stále stoupá.

Z výzkumu vyplývá, že česká populace kouří převážně cigarety. Téměř pětina kuřáků (19,2 %) využívá jiné druhy tabákových výrobců určených ke kouření. Valná většina kuřáků upřednostňuje průmyslově vyrobené cigarety (88,3 %). Necelá desetina (9,4 %) volí možnost balení si vlastních cigaret. V porovnání s předchozím rokem jejich podíl klesl o 4 %. Nárůst naopak zaznamenáváme ve věkové kategorii 15-24 let, téměř o 10 %. U této nejnižší věkové skupiny lze dlouhodobě pozorovat pokles trendu kouření. Od roku 2012 byla nejvyšší míra kuřáctví zaznamenána právě ve věkové skupině 15-24 let. V roce 2018 byla zaznamenána změna a nejvyšší míra kuřáctví se projevila ve věkové kategorii 25-44 let. V roce 2021 byla míra kuřáctví v obou skupinách shodná, pouze věková kategorie 65+ z dlouhodobého hlediska kouří výrazně méně často než skupiny mladší (Csémy a kol., 2022).

**Obrázek 10: Míra kuřáctví podle věkových skupin**



Zdroj: Csémy a kol., 2022

Dochází k velkému nárůstu regulace požadavků na tabákové a s nimi související výrobky. Omezuje se jejich dostupnost, klade se důraz na vystavování se vlivu tabákového kouře. V roce 2016 byla zavedena zdravotní varování na obalech tabákových výrobků v podobě textů a obrázků s varováním. Mimo jiné byla zakázána reklama a vystavování tabákových výrobků. (Vláda ČR, 2019). Dochází ke zvyšování cen tabákových výrobků spolu se zvyšováním spotřební daně. Od roku 2020 došlo ke zvýšení cen minimálně o 13 %. Z ceny každé cigarety je státu odvedeno zhruba 80 %. Spotřební daň činí 60 % a DPH 21 %. V dubnu 2019 byla zavedena daň také na zahříváné tabákové výrobky. Na spotřební dani stát vybere přibližně 60 miliard ročně (NMS, 2022).

V roce 2017 vstoupil v platnost v České republice úplný zákaz kouření ve všech restauracích, barech, kavárnách a dalších stravovacích zařízeních. Výjimkou jsou vodní dýmky ve specializovaných prostorech.

**Tabulka 3: Porovnání spotřeby cigaret mezi lety 2016 a 2017**

Rok	2016	2017
Spotřeba cigaret na 1 obyvatele v ČR	1986	1978

ZDROJ: ČSÚ



Vláda si slibovala od tohoto opatření nižší počet prodaných cigaret na osobu, tímto krokem však došlo v celoročním srovnání k minimálnímu úbytku spotřeby cigaret. Avšak důsledkem tohoto opatření spíše došlo k nižší návštěvnosti stravovacích zařízení. Někteří kuřáci přestali tato zařízení navštěvovat. Nejvíc na tomto kroku tak prodělala ekonomika podniků, které přišly právě o tuto část zákazníků.

Cigaretu si lidé nesmí zapálit také na zastávkách veřejné dopravy, zoologických zahradách, ve školských zařízeních, nemocnicích, v prostředcích hromadné veřejné dopravy, sportovištích, dětských hřištích a nákupních či zábavních centrech. Pro některé ze zmíněných míst platí výjimky v podobě povolení kouření elektronických cigaret, na některých místech lze najít tzv. „kuřárny“ tedy oddělená, případně izolovaná místa určená pro kouření cigaret. Jednotlivé obce mají právo zakázat kouření v blízkosti školských zařízení a prostranstvích určených pro aktivity dětí a nezletilých.

V květnu 2020 došlo v Evropské unii k zákazu prodeje mentolových příchutí tabákových výrobků. Jedná se o cigarety s příchutí v kapsli, tak i příchutích určených k ručnímu balení. Již dříve došlo k zákazu prodeje jiných příchutí.

**Tabulka 4: Porovnání spotřeby cigaret mezi lety 2019 a 2020**

Rok	2019	2020
Spotřeba cigaret na 1 obyvatele v ČR	1958	1894

ZDROJ: ČSÚ

Toto opatření má zamezit atraktivitě kouření především mezi dětmi a dospívajícími. Na základě odhadů mentolové cigarety užívalo téměř 15 % kuřáků, jedná se o cca 350 tisíc obyvatel České republiky (NMS, 2022). Na základě údajů od ČSÚ je zřejmé, že zákaz prodeje mentolových cigaret měl vliv na spotřebu cigaret v České republice. V průměru na jednoho obyvatele došlo ke snížení o 64 cigaret, to znamená o více než 3 krabičky ročně.

Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostí uvádí užívání tabáku jako jednu z hlavních příčin nemocí a úmrtí v České republice. Největší negativní dopad na zdraví má tabák u osob středního a staršího věku. Dostupné výzkumy z roku 2021 uvádí, že se v populaci republiky nachází 24,4 % kuřáků starších 15 let. Oproti tomu v roce 2020 se jednalo o 23,1 %. Byl tedy zaznamenán nárůst o 1,3 % kuřáků (Csémy a kol. 2022).

**Tabulka 5: Přehled kuřáctví tabákových výrobků v letech 2016 a 2021**

Kuřácký návyk	2016			2021		
	Celkový počet	Muži	Ženy	Celkový počet	Muži	Ženy
Současní kuřáci	28,6 %	35,0 %	22,5 %	24,4 %	30,0 %	19,1 %
Současní nekuřáci	71,4 %	65,0 %	77,5 %	75,6 %	70,0 %	80,9 %
Denní kuřáci	19,6 %	23,8 %	15,6 %	17,6 %	22,0 %	13,3 %
Příležitostní kuřáci	9,0 %	11,1 %	6,9 %	6,9 %	8,0 %	5,8 %
Bývalí kuřáci	15,3 %	16,3 %	14,4 %	17,3 %	18,7 %	16,0 %
Celoživotní nekuřáci	56,1 %	48,8 %	63,1 %	58,2 %	51,3 %	64,9 %

Zdroj: Csémy a kol., 2022

Z přiložené tabulky vyplývá, že v roce 2021 větší procento současných kuřáků (denních i příležitostných) tvořili muži. Jedná se o 30 %, z toho 22 % si cigaretu zapálí denně. U žen se jedná celkem o 19,1 % a z toho 13,3 % jsou denní kuřáčky. Z celorepublikového srovnání vychází že 58,2 % obyvatel jsou celoživotní nekuřáci. Cigaretu si nikdy nezapálilo 64,9 % žen a 51,3 % mužů. Ve srovnání s rokem 2016 lze pozorovat pokles denních kuřáků jak mužů i žen o 4,2 %. Z dat vyplývá, že ubylo více kuřáků mužského pohlaví. Snížilo se procento jak denních, tak příležitostných kuřáků. Pozorujeme nárůst celoživotních nekuřáků (o 2,1 %). Zvýšilo se také procento bývalých kuřáků (o 2,0 %). Ze zmíněného poklesu lze vyvodit úspěšnost zavedených preventivních programů. Do jisté míry nepochybně přispěl i již zmíněný zákon (z roku 2017) zakazující kouření v barech, restauracích a dalších veřejných prostranstvích. Dále k poklesu přispěl také zákaz prodeje mentolových cigaret zavedený v roce 2020. Avšak ten mohl zapříčinit také navýšení počtu kuřáků elektronických cigaret, u kterých zákaz prodeje příchutí zatím nevstoupil v platnost. Z výše zmíněných dat vyplývá, že náchylnější k užívání cigaret jsou oproti ženám muži.

Tři čtvrtiny současných kuřáků jsou denní kuřáci. Čeští obyvatelé kouří zejména klasické cigarety. Uvádějí, že celková denní spotřeba cigaret u nich činí 15–24 kusů denně, obdobně tomu bylo i v roce 2020. Pozorovatelný je v meziročním srovnání minimální úbytek, a to asi o 2 kusy cigarety méně. Mužská denní spotřeba cigaret odpovídá zmíněnému průměru, tedy 15–24 kusů. Oproti tomu ženy udávají pouze 5-9 cigaret denně. Průměrně muži vykouří o 3 cigarety více. Z porovnání let 2020 a 2021 vyplývá významný pokles kuřáků, kteří vykouří denně více než 25 cigaret. Z 9 % zaznamenáváme pokles na 3 %. U nejnižší věkové kategorie 15-24 let je pokles ještě výraznější. Z 8 % téměř na nulu (Csémy a kol. 2022). Nejnižší míru kouření tedy zaznamenáváme u osob ve věku 14-24 let a u lidí starších 65 let. Užívání tabákových výrobků klesá u lidí s vyšším vzděláním. Lidé se základním vzděláním podle studií kouří 2 až 7krát více než lidé s vysokoškolským vzděláním (NMS, 2021).

**Tabulka 6: Podíl kuřáků různých druhů tabákových výrobků v roce 2016**

Věková skupina	Jakýkoliv tabákový výrobek	Komerčně vyrobené cigarety	Ručně ubalené cigarety	Elektronické cigarety
15-24 let	34,6 %	31,6 %	3,4 %	10,7 %
25-44 let	30,0 %	25,9 %	4,2 %	6,3 %
45-64 let	30,8 %	26,3 %	5,1 %	4,0 %
65+ let	18,6 %	15,3 %	2,5 %	3,8 %

Zdroj: Váňová a kol., 2017

**Tabulka 7: Podíl kuřáků různých druhů tabákových výrobků v roce 2021**

Věková skupina	Jakýkoliv tabákový výrobek	Komerčně vyrobené cigarety	Ručně ubalené cigarety	Elektronické cigarety
15-24 let	26,3 %	19,2 %	4,5 %	9,6 %
25-44 let	26,3 %	23,5 %	2,1 %	11,7 %
45-64 let	26,6 %	24,9 %	1,8 %	6,0 %
65+ let	18,0 %	15,6 %	2,1 %	1,9 %

Zdroj: Csémy a kol., 2022

Z porovnání dvou výše uvedených tabulek je patrné, že podíl kuřáků mezi obyvateli České republiky klesá. Nejen vlivem zdražování komerčně vyrobených cigaret jsou markantní poklesy právě v této kategorii. Nejvíce se k jiným alternativám obrátili lidé z věkové skupiny 15-24 let. Ti byli ochotni, pokud s kouřením nechtěli přestat, si cigarety sami ubalit. Tento způsob přípravy je sice namáhavější, ale finančně přístupnější. Při pohledu na starší věkové kategorie lze vyzorovat, větší oblíbenost v podobě elektronických cigaret. Taktéž je vidět pokles v podílu kuřáků v průměru o 4 % mezi obyvateli ve věku 25-64 let. Jediná věková kategorie, která nebyla příliš ovlivněna opatřeními programů, které vznikly mezi roky 2016 a 2021, je ta nestarší, tedy 65+. Dá se tedy říci, že v tomto pětiletém období došlo k poklesu kuřáků mezi občany ve věku 15-64 let. Mezi opatření, která byla provedena v tomto období patří kompletní zákaz kouření ve stravovacích zařízeních, zákaz mentolových cigaret, zvyšování daně na cigarety a doplnění zdravotnických varování na krabičkách odstrašujícími fotografiemi. Tato opatření lze považovat za úspěšná s ohledem na nižší procenta kuřáků. Je nutné také zmínit fakt, že největší pokles kuřáků byl zaznamenán ve věkové skupině 15-24 let. Jedním z důvodů jsou i zaváděné programy na základních (Kouření a já) i středních (O svém zdraví rozhoduji sám) školách. Programy věnované dětem v průběhu dospívání dokazují, že mají smysl. Jak již bylo zmíněno, tak jediné nejstarší část obyvatelstva se nenechala odradit od kouření, a i nadále zůstala na podobných číslech. To se dá vysvětlit tím, že tito lidé jsou dlouholetými kuřáky a nemají motivaci s kouřením skončit.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce byla analýza programů, projektů a dokumentů, které se zaměřují na prevenci rizikového chování a podporu zdraví v souvislosti s užíváním tabákových výrobků. V teoretické části jsou definovány pojmy související se zdravím a nemocí. Světová zdravotnická organizace i Evropská unie se snaží dlouhodobě zvyšovat úroveň zdraví lidí. Bylo k tomu vytvořeno několik programů jako Program ZDRAVÍ 21, Zdraví 2020 či aktuálně Zdraví 2030, které byly vytvořeny nejen pro státy Evropské unie a byly specifikované i ministerstvy daných států. Jejich cílem je vymezit obecné problémy dané doby, které se mírně liší pro různé státy a efektivně pracovat na jejich nápravě, zvýšení povědomí obyvatel o problému.

Praktická část je zaměřena na jedno z rizik zdraví a tím je užívání tabáku. Vláda České republiky společně s Evropskou unií aktivně bojují proti návykovému užívání tabákových výrobků a snaží se předcházet tomu, aby občané zkoušeli toto rizikové chování. Mezi příklady, jak tyto programy pomáhají ke snižování počtu lidí, kteří užívají tabákové výrobky, patří práce celní policie, při kontrole dovážených nelegálních výrobků, ale také vládní zásahy jako zvyšování daně, zákaz reklamy, zákaz kouření na místech, kde se hromadně setkávají lidé (restaurace, ZOO, zastávky MHD apod.). Omezení užívání tabákových výrobků se snaží vláda snižovat také zákazem prodeje výrobků s různými příchutěmi, které dle studií zvyšují míru užívání mezi mladými pro jejich příjemnou chuť. Analytickým průzkumem bylo zjištěno, že programy, které fungují ve světě i v České republice mají kladný dosah na snižování počtu kuřáků. V praktické části je zpracován vývoj v letech, ve kterém je patrné, že všeobecně dochází k poklesu podílu kuřáku v populaci. Jen v některých výjimkách je zaznamenán nárůst kuřáku, zde to může být způsobeno nesprávným fungováním vlád v daných oblastech. V České republice dochází k poklesu kuřáků ve věkových kategoriích 15-64 let. Pouze u nejstarší části obyvatelstva se podíl kuřáků příliš nemění, což může být způsobeno i odmítáním změny životního stylu a také chybějícím programem, který by se na tuto věkovou kategorii v souvislosti s kouřením zaměřil. Výsledkem analýz je pozorovatelné, že u mladších generací výrazně klesá zájem o užívání tabákových výrobků v porovnání s průzkumy vytvořenými v dřívějších letech. I to je důkazem, že programy jako „Kouření a já“ nebo „O svém zdraví rozhoduji sám“ jsou efektivní. V posledních letech roste zájem o elektronické cigarety, nebo o zařízení pro zahřívání tabáku. Již delší řadu let je v populaci oblíbený také žvýkáci tabák. Ke snížení počtu lidí, kteří užívají tyto

alternativní varianty užívání tabákových výrobků, navrhuji, aby vláda zpřísnila podmínky pro prodej těchto výrobků. Často se setkávám s mládeží, která užívá nikotinové sáčky (neobsahují tabák) a nedovršila ještě 18 let, tyto výrobky totiž nereguluje žádný zákon a jsou přístupné bez věkové hranice. Mají velmi často lákavé a barevné obaly a disponují mnoha příchutěmi. Najdeme řadu reklam propagující tento produkt převážně na sociálních sítích za pomoci veřejně známých osobností. Tento typ reklamy je v dnešní době poměrně rozšířený a na mladou generaci má velký vliv. Tyto nikotinové sáčky způsobují závislost, která může způsobit začátek užívání tabákových výrobků. Dále ke snížení počtu kuřáků může přispět zrušení příchutí v elektronických cigaretách, jež lákají nové zákazníky, především mladší generace, které by bez příchutí tyto výrobky spíše nelákaly.

## **SOUHRN**

V bakalářské práci „Analýza projektů, programů a organizací ve vazbě na podporu zdraví a prevenci rizikového chování“ jsou zpracovány analýzy v celosvětovém i národním měřítku. Jsou porovnávány výsledky výzkumů, které jsou poté analyzovány v meziročních srovnáních. Z těchto analýz vyplývá, že programy, které jsou realizovány jak ve světě, tak i v České republice, mají kladný dopad na snižování míry užívání tabákových výrobků. Tento pokles lze zaznamenat napříč všemi věkovými kategoriemi až s výjimkou nejstarší části obyvatelstva.

## **SUMMARY**

In the bachelor's thesis "Analysis of projects, programs and organizations in relation to health promotion and risk behavior prevention“, are processed analyses on a global scale and on a national scale. Research results are compared, which are then analyzed in year-on-year comparisons. These analyzes show that programs that are part of both the world and the Czech Republic have a positive impact on reducing the rate users of tobacco products. This can be observed across all age categories, with the exception of the oldest part of the population.

## ZDROJE

Akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. *Vláda České republiky* [online]. 2019 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z:

[https://www.vlada.cz/assests/ppov/Akcni\\_plan\\_realizace\\_Narodni\\_strategie\\_prevence\\_a\\_s nizovani\\_skod\\_spojenych\\_se\\_zavislosti\\_2019-2021.pdf](https://www.vlada.cz/assests/ppov/Akcni_plan_realizace_Narodni_strategie_prevence_a_s nizovani_skod_spojenych_se_zavislosti_2019-2021.pdf)

CSÉMY, Ladislav, Zuzana DVOŘÁKOVÁ, Alena FIALOVÁ, Miloslav KODL, Marek MALÝ a Miroslava SÝKOROVÁ. *Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2021 [NAUTA]* [online]. Státní zdravotní ústav, 2022 [cit. 2023-04-15]. ISBN 978-80-7071-419-5. Dostupné z: [https://archiv.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/NAUTA\\_2021.pdf](https://archiv.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/NAUTA_2021.pdf)

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

DOLEJŠ, Martin a Miroslav OREL. *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017 [cit. 2023-03-26]. ISBN 978-80-244-5252-4. Dostupné z: [https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=VY5LDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=rizikov%C3%A9+chov%C3%A1n%C3%AD+dosp%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD&ots=UFZ6hHiXLi&sig=Cs7J02HykZkyh53T8uJBY0JPrxg&redir\\_esc=y#v=onepage&q=rizikov%C3%A9%20chov%C3%A1n%C3%AD%20dosp%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD&f=false](https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=VY5LDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=rizikov%C3%A9+chov%C3%A1n%C3%AD+dosp%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD&ots=UFZ6hHiXLi&sig=Cs7J02HykZkyh53T8uJBY0JPrxg&redir_esc=y#v=onepage&q=rizikov%C3%A9%20chov%C3%A1n%C3%AD%20dosp%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD&f=false)

Finální dokument Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 a jeho implementační plány. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2022 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/finalni-dokument-strategickeho-ramce-rozvoje-pece-o-zdravi-v-ceske-republice-do-roku-2030-a-jeho-implementacni-plany/>

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.

GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0461-1.



HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada, 2001. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.

HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0568-7.

HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5562-5.

Health promotion. *World Health Organization* [online]. 2023 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: [https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1)

History of Health Promotion in Global context: Historical development of Health Promotion. *Public health globe* [online]. 2021, [cit. 2023-03-25]. Dostupné z: <https://publichealthglobe.com/history-of-health-promotion-in-global-contexthistorical-development-of-health-promotion/>

HRUBÁ, Drahoslava a Petr KACHLÍK. *Program "Kouření a já" ovlivňuje žáky základních škol již po tři roky*. Čs. Hygiena. Praha, 2000, roč. 45, č. 1, 7 s. ISSN 1210-7840.

HRUBÁ, Drahoslava. Programy primární prevence. *Linkos* [online]. 2004 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/programy-primarni-prevence/>

HUTYROVÁ, Miluše, Michal RŮŽIČKA a Jan SPĚVÁČEK. *Prevence rizikového a problémového chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, [online] 2013. [cit. 26.03.2023]. Dostupné z <https://www.detipatridomu.cz/respitnenihlidani/wp-content/uploads/2017/07/02-02.pdf>.

Janovská, K., Komárek, L., Kříž, J., Rážová, J., & Wasserbauer, S. Hlavní skupiny determinant zdraví. In Podpora zdraví, prevence zdravotních rizik a nemocí. [online] 2013. [cit. 23.03.2023]. Dostupné z <https://docplayer.cz/106728470-Podpora-zdravi-prevence-zdravotnich-rizik-a-nemoci.html>.

KACHLÍK, Petr. Mapování drogové scény, aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě: škola a zdraví pro 21. století, 2011. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2011. ISBN 978-80-210-5724-1

KERNOVÁ, Věra. *Školní informační kanál - moderní forma primární*

*prevence* [online]. 2017 [cit. 2023-06-19]. Dostupné z:

<https://archiv.szu.cz/tema/podpora-zdravi/skolni-informacni-kanal-moderni-forma-primarni-prevence>

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Zdraví - kultura - společnost*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3937-6.

KUBŮ, Pavel, Kateřina ŠKAŘUPOVÁ a Ladislav CSÉMY. *Tanec a drogy 2000 a 2003: výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2006. Výzkumné zprávy (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-77-3.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013 [cit. 2023-06-17]. ISBN 978-80-7464-470-2. Dostupné z: [https://projekty.osu.cz/svp/opory/FSS\\_Kuznikova\\_Psychosocaspekty.pdf](https://projekty.osu.cz/svp/opory/FSS_Kuznikova_Psychosocaspekty.pdf)

Leonardi, Fabio. "The Definition of Health: Towards New Perspectives." *International journal of health services : planning, administration, evaluation* vol. 48,4 (2018): 735-748. doi:10.1177/0020731418782653

LESENKOVÁ, Eva. Program Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí v roce 2018. *Lékařská knihovna* [online]. 2018, roč. 23, č. 3-4 [cit. 03.04.2003]. Dostupné z: <https://casopis.nlk.cz/archiv/2018-23-3-4/program-zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci-v-roce-2018/>. ISSN 1804-2031.

LI, Alice. Ecological determinants of health: food and environment on human health. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2017;24(10):9002-9015. doi:10.1007/s11356-015-5707-9

MACKAY, Judith a Michael ERIKSEN. *The Tobacco Atlas*. 1. vydání. World Health Organization, 2002. ISBN 92-4156-209-9.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.

MIOVSKÝ, Michal, Lenka SKÁCELOVÁ, Jana ZAPLETALOVÁ, et al. *Prevence rizikového chování ve školství*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015a. ISBN 978-80-7422-392-1.

MIOVSKÝ, Michal, Tereza ADÁMKOVÁ, Miroslav BARTÁK, et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015b. ISBN isbn978-80-7422-393-8.

Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. *Vláda České republiky* [online]. 2019 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/Narodni\\_strategie\\_2019-2027\\_fin.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/Narodni_strategie_2019-2027_fin.pdf)

NEDBALOVÁ, Jana. *Výchova k nekuřáctví a zdravému životnímu stylu v MŠ*. *Krajská hygienická stanice Pardubice* [online]. Pardubice [cit. 2023-06-19]. Dostupné z: [https://www.khspce.cz/wp-content/uploads/Methodick%C3%A9-listy-prevence-koureni-M%C5%A0\\_JN\\_2014.pdf](https://www.khspce.cz/wp-content/uploads/Methodick%C3%A9-listy-prevence-koureni-M%C5%A0_JN_2014.pdf)

Nešpor, Karel a Csémy, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 5. vyd. Praha: Sdružení FIT IN - Rodiče proti drogám, 2003. 102 s. ISBN 80-260-3873-8.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-x.

OREL, Miroslav. *Somatopatologie: nauka o nemocech těla*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4714-9.

PAVLAS MARTANOVÁ, Veronika. SPECIFICKÉ X NESPECIFICKÉ PROGRAMY PRIMÁRNÍ PREVENCE. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. [cit. 2023-03-26]. Dostupné z: <http://archiv-nuv.npi.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/specificke-x-nespecificke-programy-primarni-prevence-1.html>

Příklady dobré praxe z realizace programů. *Výchova ke zdraví* [online]. [cit. 2023-06-19]. Dostupné z: <https://www.vychovakezdravi.com/clanky/zavislosti/priklady-dobre-praxe.html>

Rozdělení primární prevence. *Klinika adiktologie* [online]. 2019 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/rozdeleni-primarni-prevence>

SOBOTKOVÁ, Veronika. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4042-3.

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030: Implementační plán č. 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti. *Dataplán* [online]. [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: [https://www.dataplan.info/img\\_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/ip-1.2\\_po-mpr\\_rev.pdf](https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/ip-1.2_po-mpr_rev.pdf)

The 1st International Conference on Health Promotion. *World Health Organization* [online]. WHO, 2023 [cit. 23.03.2023]. Dostupné z: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

VÁŇOVÁ, Alena, Miroslava SKÝVOVÁ a Marek MALÝ. Užívání tabáku v České republice 2017. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Státní zdravotní ústav, 2018 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15552/33859/U%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD%20tab%C3%A1ku%202017.pdf>

VRTIŠKOVÁ, Marie. *Zdravotní nauky* [online]. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní, 2012 [cit. 2023-06-17]. ISBN 978-80-87779-01-9. Dostupné z: [https://fra1.digitaloceanspaces.com/jahodovka/media/documents/Zdravotn%C3%AD\\_nauky.pdf](https://fra1.digitaloceanspaces.com/jahodovka/media/documents/Zdravotn%C3%AD_nauky.pdf)

Vzdělávací oblast Člověk a zdraví. *Metodický portál RVP* [online]. 2015a [cit. 2023-06-16]. Dostupné z: <https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=10661>

Vzdělávací obor - Tělesná výchova - Činnosti ovlivňující zdraví. *Metodický portál RVP* [online]. 2015c [cit. 2023-06-16]. Dostupné z: <https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=10671>

Vzdělávací obor - Výchova ke zdraví. *Metodický portál RVP* [online]. 2015b [cit. 2023-06-16]. Dostupné z: <https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=10662>

ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0709-4.

*Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9.

Zdraví pro všechny v 21. století. *Ministerstvo zdravotnictví české republiky* [online]. 2008 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti/>

Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v ČR 2021. *Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti* [online]. 2022 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/zprava-o-zavislostech/tabak-nikotin-2021/#verejnozdravotni%20vyznam>

ŽALOUĐÍKOVÁ, Iva. *Normální je nekouřit* [online]. 2005 [cit. 2023-06-19]. Dostupné z: <https://www.zsakucery.cz/wp-content/uploads/veverka.pdf>

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Zdraví pro všechny.....	25
Obrázek 2: Zdraví znamená bohatství .....	27
Obrázek 3: Implementační plány .....	29
Obrázek 4: Užívání tabáku ve světě .....	41
Obrázek 5: Rozložení kuřáků v Evropě .....	42
Obrázek 6: Míra vykouřených cigaret ve světě .....	43
Obrázek 7: Struktura politiky v oblasti závislosti.....	52
Obrázek 8: Míra kuřáctví v ČR v letech 2012-2021.....	53
Obrázek 9: Uživatelé elektronických cigaret v ČR v letech 2013-2021.....	54
Obrázek 10: Míra kuřáctví podle věkových skupin.....	56

Zdraví pro všechny. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2019 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7714/37452/2019\\_ICN\\_CZ.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7714/37452/2019_ICN_CZ.pdf)

Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2014 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8690/20840/Zdrav%C3%AD%202020\\_N%C3%A1rodn%C3%AD%20strategie%20ochrany%20a%20podpory%20zdrav%C3%AD%20a%20prevence%20nemoc%C3%AD....pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8690/20840/Zdrav%C3%AD%202020_N%C3%A1rodn%C3%AD%20strategie%20ochrany%20a%20podpory%20zdrav%C3%AD%20a%20prevence%20nemoc%C3%AD....pdf)

Finální dokument Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 a jeho implementační plány. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2022 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/finalni-dokument-strategickeho-ramce-rozvoje-pecce-o-zdravi-v-ceske-republice-do-roku-2030-a-jeho-implementacni-plany/>

CHOMYNOVÁ, Pavla. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019: Užívání návykových látek a další formy rizikového chování mezi českými dospívajícími. In: *Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti* [online]. 2021 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/33148/1137/ESPAD%202019\\_N%C3%A1rodn%C3%AD%20dn y%20prevence\\_6.10.2021.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33148/1137/ESPAD%202019_N%C3%A1rodn%C3%AD%20dn y%20prevence_6.10.2021.pdf)

Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. *Vláda České republiky* [online]. 2019 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/Narodni\\_strategie\\_2019-2027\\_fin.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/Narodni_strategie_2019-2027_fin.pdf)

CSÉMY, Ladislav, Zuzana DVOŘÁKOVÁ, Alena FIALOVÁ, Miloslav KODL, Marek MALÝ a Miroslava SKÝVOVÁ. Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2021 [NAUTA] [online]. Státní zdravotní ústav, 2022 [cit. 2023-04-15]. ISBN 978-80-7071-419-5. Dostupné z: [https://archiv.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/NAUTA\\_2021.pdf](https://archiv.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/NAUTA_2021.pdf)

VÁŇOVÁ, Alena, Miroslava SÝKOROVÁ a Ladislav CSÉMY. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2016 [NAUTA] [online]. Státní zdravotní ústav, 2027 [cit. 2023-06-15]. Dostupné z: <https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/03/Uzivani-tabaku-a-alkoholu-v-Ceske-republice-2016.pdf>

Česko v kouři. In: *Česko v datech* [online]. [cit. 2023-06-17]. Dostupné z: <https://www.ceskovdatech.cz/graphs/kouriciCesko201912/dist/infografika2.php>

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Nadnárodní programy.....	39
Tabulka 2: Přehled programů realizujících se v ČR.....	46
Tabulka 3: Porovnání spotřeby cigaret mezi lety 2016 a 2017.....	56
Tabulka 4: Porovnání spotřeby cigaret mezi lety 2019 a 2020.....	57
Tabulka 5: Přehled kuřáctví tabákových výrobků v letech 2016 a 2021.....	58
Tabulka 6: Podíl kuřáků různých druhů tabákových výrobků v roce 2016.....	59
Tabulka 7: Podíl kuřáků různých druhů tabákových výrobků v roce 2021.....	59

Akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. *Vláda České republiky* [online]. 2019 [cit. 2023-04-14].

Dostupné

z:

[https://www.vlada.cz/assets/ppov/Akni\\_plan\\_realizace\\_Narodni\\_strategie\\_prevence\\_a\\_s nizovani\\_skod\\_spojenych\\_se\\_zavislosti\\_2019-2021.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/Akni_plan_realizace_Narodni_strategie_prevence_a_s nizovani_skod_spojenych_se_zavislosti_2019-2021.pdf) (1)

CSÉMY, Ladislav, Zuzana DVOŘÁKOVÁ, Alena FIALOVÁ, Miloslav KODL, Marek MALÝ a Miroslava SKÝVOVÁ. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019 [online]. Státní zdravotní ústav, 2020 [cit. 2023-06-15]. ISBN 978-80-7071-394-5. Dostupné z: [https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/02/zprava\\_tabak\\_alkohol\\_cr\\_2019.pdf](https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/02/zprava_tabak_alkohol_cr_2019.pdf)



## **SEZNAM ZKRATEK**

ČR – Česká republika

DPH – Daň z přidané hodnoty

KHSPCE – Krajská hygienická stanice Pardubice

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

RVP ZV – Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

VKZ – Výchova ke zdraví

WHO – World health organization