



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

## **Problematika kouření v restauračních zařízeních v centru Plzně**

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program:

**VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ**

**Autor:** Kristýna Vidršperková

**Vedoucí práce:** doc. MUDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD.

České Budějovice 2016

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Problematika kouření v restauračních zařízeních v centru Plzně jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2016

.....

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala paní doc. MUDr. Kvetoslavě Kotrbové, PhD. za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

## **Problematika kouření v restauračních zařízeních v centru Plzně**

### **Abstrakt**

Tématem diplomové práce je kouření v restauračních zařízeních v centru Plzně. Kouření v restauračních zařízeních ohrožuje nejen jejich návštěvníky, ale zejména zaměstnance. Tato skupina obyvatel se stává pasivními kuřáky po celou pracovní dobu, což může mít negativní zdravotní následky.

Hlavním cílem práce bylo zmapovat problematiku kouření v restauračních zařízeních z pohledu jejich zaměstnanců. K tomuto cíli byly stanoveny tři výzkumné otázky. Výzkum byl realizován pomocí kvalitativního šetření. Polostrukturovaný hloubkový rozhovor byl proveden se 13 respondenty, kteří byli vybráni metodou sněhové koule. Informace byly vyhodnoceny pomocí metody otevřeného kódování a podaly odpovědi na výzkumné otázky. První výzkumná otázka – *Jaké jsou kuřácké návyky zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení?* Z výzkumu je zřejmé, že se zvýšil počet vykouřených cigaret u většiny zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení. Druhá výzkumná otázka – *Jak vnímají zaměstnanci kuřáckých restauračních zařízení riziko pasivního kouření?* Z odpovědí respondentů vyplynulo, že pasivní kouření nevnímají jako rizikový faktor, který by mohl ohrozit jejich zdraví. Práce v kuřáckém prostředí vadí pouze malé části respondentů. Třetí výzkumná otázka byla stanovena takto: *Jaký je postoj zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení k nové plánované protikuřácké legislativě?* Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentů si nepřeje přijetí zákazu kouření v restauračních zařízeních. Důvodem jsou obavy o zaměstnání, snížení tržeb, odmítání zákazů obecně nebo fakt, že jsou sami kuřáci. Pouze malá část dotazovaných má obavu o své zdraví a přivítala by novelu zákona.

V rámci rozhovoru byla s respondenty provedena krátká intervence, která měla informovat zaměstnance restauračních zařízení o riziku pasivního kouření.

Z výzkumu vyplynulo, že zaměstnanci kuřáckých restauračních zařízení příliš nevnímají riziko pasivního kouření. Často jsou tabákovému kouři vystaveni i ve svém volném čase. Nejúčinnější prevenci mohou zajistit politici, kteří by prosadili zpřísnění legislativy.

### **Klíčová slova**

Kouření; Tabák; Pasivní kouření, Restauracní zařízení; Zákaz kouření; Zaměstnanec; Ochrana zdraví

## **Smoking in restaurant facilities in Pilsen city center**

### **Abstract**

The topic of this diploma thesis is 'Smoking in restaurant facilities in Pilsen city center'. Smoking in restaurant facilities harms not only their visitors but especially their employees. This group of citizens becomes passive smokers for the entire working time which may have negative health consequences. The main goal of this thesis was to map out the problem of smoking in restaurant facilities from their employees' point of view.

Three research questions have been determined towards fulfilling this goal. The research was implemented with the help of qualitative survey. Semi-structured in-depth interview was carried out with 13 respondents who had been chosen through the snowball sampling method. Information was evaluated through the open coding method and it has responded to the research questions. The first research question – What are the smoking habits of smoking restaurant facility employees? The research has proven that the amount of cigarettes smoked by the smoking restaurant facility employees has raised. The second research question – How do the employees of smoking restaurant facilities perceive the risk of passive smoking? Respondents' answers have proven that they do not perceive passive smoking to be a risk factor which might harm their health. Only a minor part of respondents minds working in a smoking environment. The third research question was put this way: What is the attitude of employees in smoking restaurant facilities towards the new planned anti-smoking legislation? The research has proven that most respondents does not wish the acceptance of smoking prohibition in restaurant facilities. The reasons are concerns for their jobs, decrease in revenue, refusal of prohibition in general or the fact that they themselves are smokers. Only a small number of respondent sis acutally concerned about their health and would welcome an amendment to the Act. A short intervention was carried out with the respondents within the research, which was supposed to inform the employees of restaurant facilities about the risks of passive smoking.

The research has proven that employees of smoking restaurant facilities do not perceive the risk of passive smoking really. They are often exposed to tobacco smoke even in their leisure time. The most effective prevention may be ensured by politicians who would enforce a stricter legislation.

**Key Words:** Smoking; Tobacco; Passive Smoking; Restaurant Facilities; Smoking Prohibition; Employee; Health Protection

# OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| Úvod.....  | 8         |
| <b>1 Současný stav.....</b>  | <b>10</b> |
| 1.1 Užívání tabáku .....   | 10        |
| 1.1.1 Historie užívání tabáku.....                                 | 10        |
| 1.1.2 Závislost .....  | 11        |
| 1.1.3 Nikotin.....   | 13        |
| 1.1.4 Složení tabákového kouře.....                                | 14        |
| 1.1.5 Charakteristika pasivního kouření .....                      | 15        |
| 1.1.6 Thirdhand smoke, „Zbytkový kouř“ .....                       | 16        |
| 1.1.7 Elektronické cigarety .....                                  | 17        |
| 1.2 Zdravotní důsledky kouření.....                                | 20        |
| 1.2.1 Aktivní, pasivní kouření a kardiovaskulární systém.....      | 20        |
| 1.2.2 Aktivní, pasivní kouření a rakovinná bujení .....            | 21        |
| 1.2.3 Aktivní, pasivní kouření a dýchací systém.....               | 21        |
| 1.2.4 Další vlivy aktivního, pasivního kouření na organismus ..... | 22        |
| 1.3 Prevalence kouření.....  | 24        |
| 1.3.1 Způsoby sledování prevalence.....                            | 24        |
| 1.3.2 Užívání tabáku v České republice.....                        | 24        |
| 1.3.3 Kouření u dospívajících v České republice .....              | 25        |
| 1.3.4 Užívání tabáku ve světě.....                                 | 26        |
| 1.4 Kouření v restauračních zařízeních.....                        | 27        |
| 1.4.1 Klasifikace restauračních zařízení .....                     | 27        |
| 1.4.2 Expozice tabákovému kouři .....                              | 27        |
| 1.5 Preventivní opatření WHO .....                                 | 30        |
| 1.5.1 FCTC.....  | 30        |
| 1.5.2 MPOWER.....  | 30        |
| 1.5.3 Situace v České republice.....                               | 34        |
| 1.5.4 Situace v Evropě .....                                       | 35        |
| 1.5.5 End Game .....   | 35        |
| 1.6 Legislativa .....  | 36        |
| 1.6.1 Historie zákazů kouření.....                                 | 36        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 1.6.2    | Aktuální legislativa v ČR .....   | 36        |
| 1.6.3    | Novela zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.....         | 37        |
| 1.6.4    | Přínos novely zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.....  | 38        |
| 1.6.5    | Náklady novely zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek..... | 39        |
| 1.6.6    | Protikuřácká legislativa v Evropě .....   | 40        |
| <b>2</b> | <b>Cíle a výzkumné otázky .....</b>   | <b>41</b> |
| <b>3</b> | <b>Metodika.....</b>  | <b>42</b> |
| 3.1      | Metodika výzkumu.....   | 42        |
| 3.2      | Charakteristika zkoumaného souboru .....  | 42        |
| 3.3      | Sběr dat.....   | 43        |
| 3.4      | Způsob vyhodnocení .....  | 43        |
| <b>4</b> | <b>Výsledky .....</b>   | <b>44</b> |
| <b>5</b> | <b>Diskuze.....</b>   | <b>58</b> |
| <b>6</b> | <b>Závěr.....</b>   | <b>65</b> |
|          | <b>Seznam použitých zdrojů.....</b>   | <b>67</b> |
|          | <b>Seznam příloh.....</b>   | <b>73</b> |
|          | <b>Seznam použitých zkratk .....</b>  | <b>82</b> |

## ÚVOD

Kouření tabákových výrobků objevily již indiánské kmeny a do zbytku světa se tento zvyk rozšířil během 15. a 16. století. V této době bychom mohli užívání tabáku pochopit. Jednalo se o něco nového, moderního, příjemného a lidé se domnívali, že má tabák dokonce léčivý efekt. Škodlivé účinky kouření jsou prokázány od poloviny 20. století. Otázka zní: Proč dnes, na počátku 21. století, připustíme, že na důsledky kouření zemře každý rok 18 000 lidí v České republice a 4 miliony lidí na světě?

Kouření je významný rizikový faktor pro širokou škálu onemocnění. Zejména se jedná o onemocnění kardiovaskulárního systému, dýchacího systému a rakovinné bujení. Zároveň to je rizikový faktor, který je nejlépe preventabilní. Proto je důležité škodlivost kouření stále zdůrazňovat, snažit se změnit vnímání a postoj společnosti k této, na první pohled nevinné, přesto velmi silné závislosti.

Velmi velké riziko kouření tabákových výrobků, je v tom, že kuřák nepoškozuje zdraví jen své, ale i svého okolí. Nebezpečnost pasivního kouření dlouho popíral tabákový průmysl. Dnes již známe závažné důsledky pasivního kouření, které ovlivňuje zdraví kuřáků i nekuřáků.

Pasivní kouření má negativní akutní i dlouhodobé účinky. Okamžité účinky může na sobě pocítit každý, kdo byl někdy vystaven tabákovému kouři – pálení očí, dráždění sliznic, zhoršené dýchání. Mezi dlouhodobé účinky pasivního kouření patří zpravidla stejná onemocnění, která postihují aktivní kuřáky. Na následky pasivního kouření zemře každý rok v České republice asi 3000 obyvatel.

Velkou skupinou lidí, kteří jsou vystavováni pasivnímu kouření každý den, jsou zaměstnanci v kuřáckých restauračních zařízeních. Tito zaměstnanci si možná ani dobře neuvědomují, jak velkému zdravotnímu riziku jsou vystaveni. Nebo si rizika uvědomují, ale bohužel nemají na výběr jiné zaměstnání. Zde má velmi důležitou roli stát, který by se měl snažit ochránit nejen tuto skupinu obyvatel. Proto je nepochopitelné, že i přes negativní zdravotní důsledky, které pasivní kouření způsobuje, poslanecká sněmovna stále neschválila novelu legislativy.

Stát má velký vliv na zpřísnění pravidel pro kuřáky. Má možnost změnit postoje společnosti k tak velmi tolerované závislosti jako je kouření. Bohužel Česká republika patří k zemím s nejbenevolentnější protikuřáckou legislativou.

Kouření patří stále k velkým problémům veřejného zdravotnictví. Touto problematikou jsem se zabývala i ve své bakalářské práci. Nyní jsem si zvolila téma



„Problematika kouření v restauračních zařízeních v centru Plzně“, protože se jedná o aktuální téma díky navrhované novele legislativy. Zároveň je pasivní kouření velmi závažný zdravotní problém, který postihuje velkou část populace.

Cílem této diplomové práce je zmapovat problematiku kouření v restauračních zařízeních z pohledu jejich zaměstnanců pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Dílčím cílem je monitorovat možnost kouření v restauračních zařízeních v centru Plzně.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena do 6 podkapitol. Kapitoly na sebe systematicky navazují a doplňují výzkum v praktické části.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Užívání tabáku

Návykové látky lze do těla aplikovat mnoha různými způsoby. Nejčastěji se využívá požití ústy, nitrožilní podání, vtírání do pokožky nebo vdechování do plic. Každý způsob aplikace je specifický pro danou návykovou látku. Kouření je založeno na zahřívání nebo spalování nejčastěji rostlinných materiálů, které obsahují návykovou látku. Při vysokých teplotách cca 200–300 °C vznikne plyn, který se ochladí v kuřácké pomůcce (cigareta, dýmka). Ochlazením vzniká kouř, který se následně vdechuje. Kouření návykové látky je pro uživatele výhodné zejména proto, že vdechovaná látka se dostává do plic. Přestupem přes stěnu alveolů se látka snadno vstřebává do krve a rychle plní účel, pro který byla užitá. Vdechováním kouře se aplikují např. heroin, kokain, marihuana. Nejběžnější a nejrozšířenější je kouření tabáku (Gilman a Xun, 2006).

Tabák (*Nicotiana*) je rostlina z čeledi lilkovité, která dorůstá výšky až 3 metry. Své jméno *Nicotiana* dostal na počest francouzského velvyslance Jeana Nicota, který představil tabák na francouzském dvoře. Původem tabák pochází z Ameriky. Do Evropy se dostal díky Španělům krátce po objevení Ameriky. Dnes se již tabák pěstuje ve většině zemí mírného pásma.

Rod *Nicotiana* má mnoho druhů, ale pro pěstování jsou nejvhodnější tabák virginický (*Nicotiana tabacum*) a tabák selský (*Nicotiana rustica*). Ke kouření se využívají listy této rostliny. K průmyslovému využití se zpracovává i zbytek tabáku. Ze semen lze získat olej, ze stonků se získává celulóza (Hrych, 1996).

### 1.1.1 Historie užívání tabáku

Obyvatelé Severní a Jižní Ameriky byli první, kteří zkusili kouření tabáku. V rámci rituálních praktik tabák kouřili již tisíce let před naším letopočtem. Kouř, který při kouření vznikal, měl léčit a vyhánět zlé duchy (Gilman a Xun, 2006). Časem se kouřilo nejen pro rituál, ale i pro požití.

Do Evropy se tabák dostal až po objevení Ameriky Kryštofem Kolumbem. Kouření tabáku byly nejprve připisovány léčivé účinky. Předpokládalo se, že léčí bolest hlavy nebo tehdy „novou“ nemoc – syfilis (Gilman a Xun, 2006). Kouření se rozšířilo od Španělů, Portugalců, Holanďanů až do Anglie a postupně do zbytku Evropy. Ke konci 16. století byly v Anglii vyrobeny první dýmky. Vyráběly se obyčejné hliněné pro

chudší vrstvu obyvatel. Krásné vyřezávané či dokonce stříbrné dýmky byly určené pro majetné.

V zemích Asie a Afriky se kouření tabáku také rychle rozmohlo. Populární zde nebyly obyčejné dýmky, ale zdejší kuřáci vymysleli tzv. hookah – vodní dýmky. Kouř byl protahován přes nádobu s vodou, kde se ochlazoval a následně se vdechoval. Ochlazování kouře bylo v těchto klimaticky teplých oblastech vítáno. Vodní dýmka se plnila tabákem, ke kterému se často přidávalo i různé koření (Gilman a Xun, 2006).

Od rituálních přes léčivé, požitkářské až módní důvody ke kouření se v 18. století stalo užívání tabáku normou. V této době se opět přistoupilo k původnímu užívání tabáku – kouření doutníků. V první polovině 19. století se objevily na trhu cigarety. Na konci 19. století došlo k mechanizaci výroby cigaret. Zároveň se rozmohla i masivní reklamní kampaň podporující kouření cigaret, zejména u žen (Gilman a Xun, 2006).

První epidemiologické studie objasňující vztah mezi kouřením a rakovinou plic se objevují 50 let po masivním rozšíření cigaret. Richard Doll byl první, kdo v roce 1950 objasnil tento vztah (Králiková et al., 2013). I tak se jeho objev nesetkal s přijetím mezi odbornou veřejností. Do této doby se epidemiologie zabývala pouze příčinnými vztahy u infekčních chorob. Richarda Dolla ovšem nezájem neodradil a začal pracovat na své prospektivní studii, ke které požádal o spolupráci britské lékaře. V té době netušil, že sledováním těchto lékařů od roku 1951–2001 vytvoří nejdelší prospektivní studii na světě (Králiková et al., 2013). I přes zjištění zdravotních důsledků, které kouření cigaret způsobuje, nedošlo k zásadnímu snížení prevalence. Svůj podíl na tom mají i tabákové společnosti, které falšovaly výsledky studií a zatajovaly návykové účinky nikotinu. Celá kauza byla objasněna díky Jeffreyemu Wigandovi, který zveřejnil falšované dokumenty (Králiková et al., 2013). Tímto odhalením tabáková epidemie, která odstartovala na začátku 20. století, rozhodně neskončila.

### **1.1.2 Závislost**

V minulé podkapitole Historie užívání tabáku jsme zmínili, že tabákové společnosti během 20. století záměrně falšovaly studie, které potvrzovaly, že nikotin způsobuje závislost. Dnes již je tento fakt o nikotinu všeobecně známý.

Závislost je dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 2013, s. 198): *„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky,*

*priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.*“ Jednoduše lze říci, že závislost je touha po určité látce nebo činnosti, kterou upřednostníme před ostatními zájmy. Závislost může vzniknout na jednu či více látek. Pro přehlednost a možnost stanovení diagnózy a léčby jsou látky označeny v MKN–10. Pod označením FX.2 nalezneme závislosti. Za písmeno X se doplní číslo, pod kterým je daná návyková látka vedena (například: F10.2 – závislost na tabáku, F12.2 – závislost na kanabinoidech atp.) (WHO, 2013).

Závislost na tabákových výrobcích má několik druhů. Může se jednat o závislost fyzickou, sociální nebo psychosociální.

Csémy a Sovinová (2003) uvádí, že psychosociální závislost vzniká u kuřáků vždy. Jedná se o nějaký rituál nebo situaci, kterou mají spojenou s vykouřením cigarety (např. kouření při kávě, po obědě nebo při čekání na autobus). Psychosociální závislost je závislost na cigaretě jako předmětu bez ohledu na její obsah. Kuřák má situaci, při níž kouří cigaretu uloženou jako příjemnou, uvolňující, snižující stres nebo komunikační bariéry. Psychosociální závislost způsobuje kuřákovi problémy po překonání fyzické závislosti a je častým důvodem relapsu při odvykání.

Fyzická závislost je spojena vždy s návykovou látkou, u tabákových výrobků se jedná o nikotin. Tento druh závislosti se vytváří postupně a její vznik je individuální. Nejčastěji vzniká do dvou let od vykouření první cigarety (Csémy a Sovinová, 2003). Záleží na pravidelnosti kouření a na počtu vykouřených cigaret. Typické pro fyzickou závislost jsou abstinенční příznaky. Pokud hladina nikotinu klesne pod určitou hladinu, uživatel začne být nervózní, podrážděný, nesoustředěný atd. Při odvykání se fyzická závislost překonává nikotinovou substituční léčbou.

Kouření cigaret je společností velmi tolerováno a často jsou podceňovány jeho důsledky. To potvrzují i slova Doc. MUDr. Králíkové, CSc. (2003, s. 206): *„Psychologická a sociální rizika jsou u tabáku minimální: tabák nevede ke změněným stavům psychiky a neprovokuje je, je to psychicky bezpečná, legální, dostupná, tolerovaná droga. Možná právě tato absence psychologických a sociálních rizik nám brání, abychom si uvědomili o to větší rizika somatická.“*

### 1.1.3 Nikotin

Nikotin je alkaloid, který způsobuje fyzickou závislost na cigaretách. Nejčastěji ho nalezneme v tabáku (*Nicotiana*). Nikotin je obsažen ve všech částech této rostliny od 0,05 do 10 % (Králíková et al., 2013). Čistý nikotin je bezbarvá nebo jen slabě nažloutlá kapalina s bodem varu 246 °C a bodem tuhnutí -79 °C. Na vzduchu se jeho zbarvení mění na hnědé a je cítit charakteristický tabákový zápach.

Nikotin se uvolňuje při potažení z cigarety. Absorpce tohoto alkaloidu probíhá pouze v alkalickém prostředí. Proto se s vdechovaným vzduchem a kouřem dostává do plic, kde se díky vhodnému prostředí může vstřebávat do krevního oběhu. Prouděním krevního řečiště se dostává až do mozku, kde se nachází acetylcholin-nikotinové receptory (nAChR). Tyto receptory jsou umístěny i v motoricky inervovaných svalech a vegetativních nervech. Skládají se z pěti podjednotek. Za normální okolností se na nAChR váže acetylcholin. Po navázání nikotinu na acetylcholin-nikotinové receptory dochází k otevření kanálu pro Na<sup>+</sup> a K<sup>+</sup> a vzniká elektrický potenciál. Stimulace acetylcholin-nikotinových receptorů stimuluje uvolnění řady neurotransmiterů např. dopaminu. Dopamin způsobuje příjemné pocity, které mají posilující účinky k dalšímu přijímání nikotinu (Schwartz a Benowitz, 2010).

Letální dávka nikotinu pro člověka je 50–100 mg. K akutní intoxikaci nikotinem při kouření cigaret nedochází, protože je absorbováno pouze 30 % nikotinu (zbytek je rozložen při hoření a uniká neinhalovaným kouřem). Zároveň intoxikaci předcházejí nepříjemné pocity (Králíková et al., 2013).

Nikotin má na lidský organismus i pozitivní účinky. Bylo prokázáno, že zvyšuje schopnost koncentrace, zvětšuje možnosti procesní paměti. Má pozitivní vliv na vizuální vnímání a snižuje počet chyb. U potkanů, kterým byl podáván nikotin, se zlepšil výsledek ve vodním bludišti oproti potkanům bez nikotinu.

Nikotinu byly připisovány dobré výsledky při zlepšování krátkodobé paměti u pacientů s Alzheimerovou nemocí. Bohužel pro jeho toxicitu a vysokou návykovost není úplně vhodný k léčbě těchto pacientů. Daleko lepší výsledky byly při klinických studiích zjištěny u kotininu (Schwartz a Benowitz, 2010). Nikotin se asi z 80 % metabolizuje v játrech na kotitin. Tento metabolit se využívá jako biomarker na průkaz expozici tabákovému kouři. Kotinin lze stanovit z krve, moči, vlasů, mateřského mléka, zubů a někdy i ze slin. Stanovení tohoto metabolitu se může využít ke kontrole účinnosti léčby závislosti. Některé pojišťovny mohou koncentraci kotininu využít ke stanovení výše životního pojištění daného klienta (Králíková et al., 2013).

#### **1.1.4 Složení tabákového kouře**

Tabákový kouř vzniká při nedokonalém spalování tabáku v kuřácké pomůcce. To, že u hlavní návykové látky tabáku nikotinu, jsou známy pozitivní účinky, bohužel neplatí pro tabákový kouř. Právě tabákový kouř je nejnebezpečnější produkt, který při kouření tabákových výrobků vzniká. Ohrožuje zdraví nejen samotného kuřáka, ale i jeho okolí.

Tabákový kouř je směs 4000–5000 plynných a pevných látek. Tato směs obsahuje asi 100 kancerogenů a cigaretový kouř je dle IARC řazen do skupiny 1, mezi tzv. prokázané karcinogeny pro člověka (Králíková et al., 2013).

Kouř, který vzniká při kouření cigaret, dělíme na hlavní a vedlejší proud. Liší se od sebe teplotou i chemickým složením. Kouř, který je u oharku, má teplotu cca 900 °C. Konečná teplota hlavního proudu je mezi 25–50 °C. Při tomto velkém teplotním rozdílu se přeměňuje a vzniká velké množství chemických látek.

Kouř má vždy podobné složení. Nepatrně se může lišit dle použitého papírku a množství aditiv v tabáku. Zatímco dříve se kouřil téměř čistý tabák, dnes je v něm obsaženo až 600 různých aditiv. Tyto přidané látky mají způsobit např. rychlejší vstřebávání nikotinu, ladnější vinutí kouře nebo potlačit dráždění a zápach. Přidanými látkami většinou jsou cukr, kokos, lékořice, různé zvlhčovače a amoniakální sloučeniny (Hrubá, 2014a).

Kouř se dělí na plynnou a pevnou složku. Plynná složka tvoří převážnou část kouře. Tvoří ji oxidy uhlíku, dusíku, amoniak, těkavé N-nitrosaminy, těkavé uhlovodíky, kyanovodík, těkavé nitrily, alkoholy, aldehydy, ketony a další. Velká část z těchto látek jsou prokázané kancerogeny pro zvířata a tím možné i pro člověka. Alespoň malým pozitivem je, že některé z těchto látek zachytí filtry s živočišným uhlím (Králíková et al., 2013).

Oxid uhelnatý vzniká oxidací složek tabáku za vysokých teplot. Má vysokou afinitu k hemoglobinu a tím snižuje zásobování tkání kyslíkem. Vyšší hladina karboxyhemoglobinu způsobuje únavu, bolesti hlavy až nevolnost. Fenoly se v tabákovém kouři vyskytují sice v malém množství, ale zatěžují organismus svými ciliostatickými účinky.

Pevnou složku kouře tvoří polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU), benzen, izoprenoidy, aromatické aminy, netěkavé N-nitrosaminy, fenoly, kovy (Ca, Mg, K, Na), pesticidy, insekticidy a další. Tyto látky se uvolňují přímo z tabáku nebo vznikají až

následkem spalování. Většina těchto látek jsou kancerogeny nebo kokancerogeny (Králíková et al., 2013)

PAU jsou obsaženy zejména v dehtu. Nejvýznamnější zástupce této skupiny látek je benzo(a)pyren. Obsah tohoto kancerogenu je přísně sledován v ovzduší, kde je imisní limit stanovený na  $1 \text{ ng.m}^{-3}$  (Zákon č. 201/2012 Sb., 2012). Kuřák vykouřením jedné cigarety je exponován 20 ng této látky (Patočka, 2007).

Nitrosaminy jsou významnou skupinou látek v tabákovém kouři, které mají kancerogenní účinky. Souhrnně se označují TSNA – tabákově specifické nitrosaminy. V experimentech se prokázala schopnost těchto látek indukovat zhoubné nádory dýchacího traktu u laboratorních myší, křečků a krys (Králíková et al., 2013).

Je důležité shrnout, že PAU a TSNA jsou zatím nejznámější a nejlépe prozkoumané skupiny kancerogenů. V tabákovém kouři se vyskytují další skupiny nebezpečných škodlivin a často jsou účinky všech těchto látek kumulativní.

### ***1.1.5 Charakteristika pasivního kouření***

O škodlivosti pasivního kouření víme přibližně od 80. let 20. století. V této době byla pozorována úmrtnost na rakovinu plic u nekuřáků, která souvisela s kuřáckými návyky jejich partnerů (Králíková et al., 2013).

V odborné literatuře se můžeme setkat s dalšími termíny označující pasivní kouření: ETS – Enviromental Tobacco Smoke („tabákový kouř v prostředí“) nebo SHS – Secondhand Smoke („kouř z druhé ruky“).

Pasivní kouření je děj, kdy tabákový kouř vdechuje osoba, která v dané chvíli aktivně nekouří. Jedná se o tabákový kouř z hlavního proudu (nádech a výdech kuřáka) a o kouř z volně hořící cigarety (tzv. side stream). Hrubá (2014b) a Králíková (2013) se shodují, že tento kouř je až 100krát více koncentrovaný, protože vzniká při nižších teplotách (kolem cca  $600 \text{ }^{\circ}\text{C}$ ). Chemické složení obou druhů kouřů je srovnatelné a bylo popsáno v předchozí podkapitole (viz 1.1.4 Tabákový kouř).

Důležité je zmínit, že dle posledních výzkumů a chemických analýz tabákového kouře, vědci došli k závěru, že SHS reaguje v prostředí s dalšími látkami. Tyto reakce probíhají několik desítek minut až 4 hodiny po ukončení kouření. Nejčastěji dochází ke vzniku tabákových specifických nitrosaminů (TSNA). Dle těchto poznatků lze dělit SHS na „čerstvý“ a „starý“. „Starý“ kouř reakcí v prostředí zvyšuje svoji toxicitu a je až stokrát více toxický než kouř, který vdechuje aktivní kuřák (Hrubá, 2014b).

### 1.1.6 *Thirdhand smoke, „Zbytkový kouř“*

Termín thirdhand smoke (THS) se objevuje od roku 2009. K myšlence tzv. „kouře ze třetí ruky“ nebo také „zbytkového kouře“ přivedly vědce výzkumy tzv. stárnutí kouře. THS jsou látky z tabákového kouře (nikotin, PAU, nitrosaminy aj.), které se absorbují do stěn, koberců, záclon a dalšího vybavení dané místnosti, kde se kouřilo. Postupně mohou usazené mikročástice reagovat s látkami přirozeně se vyskytujícími v prostředí např. s kyselinou dusičnou ( $\text{HNO}_3$ ) nebo ozonem. V THS byly zatím zjištěny nikotin, 3-etenylpyridin, fenol, kresol, naftalen, formaldehyd, nanočástice a nitrosaminy specificky se vyskytující v tabáku. Mohou však vzniknout zcela nové sloučeniny (Králíková et al., 2013).

Jednou z nich je nitrosamin 1-(N-metyl-N-nitrosamin)-1-(3-pyridin)-4-butanal (NNA), který je považován za marker THS. Hrubá (2014a) prezentuje výsledky výzkumu, ze kterého vyplynulo, že se tyto látky usazují na veškerém vybavení dané místnosti, ale také na vlasech, kůži nebo oblečení aktivních i pasivních kuřáků. Zvýšená koncentrace nikotinu byla detekována i v bytech nekuřáků, dříve obývaných kuřáky. Tyto látky jsou odolné běžným úklidovým technikám. Dokonce i po vymalování bytu byla zjištěna jejich stálá přítomnost. To dokazuje vysokou odolnost a možnost kumulace těchto látek (Hrubá, 2014a,b).

Auta jsou dalším nebezpečným místem, kde může při kouření vznikat THS. Velkým předpokladem je i vnitřek auta, který je z velké části čalouněný. Z výzkumu vyplynulo, že tyto materiály (bavlna, plátno, molitan, koberec aj.) absorbují nebezpečné látky z THS velmi dobře. Jedinou účinnou ochranou je proto zákaz kouření v automobilech. Větrání či běžný úklid nejsou dostačující.

SHS i THS jsou produkty tabákového kouře, které jsou nedobrovolně vdechovány. THS na rozdíl od SHS zůstává v místnosti několik dní, týdnů i měsíců po ukončení kouření. THS se liší od SHS i místem vstupu do organismu. Kouř z druhé ruky se do těla dostává pouze inhalací. Zbytkový kouř může pasivní kuřák inhalovat, přijmout ingescí nebo vstřebat přes pokožku (Hrubá, 2014a).

Objevení rizika zbytkového kouře by mělo dopomoci tomu, aby kouření ve všech vnitřních prostorech bylo legislativně upraveno. Bohužel velmi ohroženou skupinou jsou děti (více Hrubá, 2014b), které vyrůstají v kuřácké rodině. Tyto děti si své prostředí pro život vybrat nemohou a legislativa soukromé bydlení obyvatel regulovat nemůže. Proto by se měly rozšiřovat informační kampaně upozorňující na problematiku SHS a



THS, aby vyhledávání nekuřáckého prostředí bylo vyžadováno stále častěji a důsledněji.

### **1.1.7 Elektronické cigarety**

Zvláštním druhem tabákových výrobků jsou elektronické cigarety. Jedná se o tzv. „ENDS“ – Electronic Nicotine Delivery Systems. Je to systém, který dodává nikotin elektronicky. E-cigarety se začaly vyrábět na přelomu tisíciletí v Číně, v roce 2007 se objevily v České republice. Za dobu od svého vzniku prošly různými úpravami a vznikly nové generace těchto výrobků.

Základ e-cigarety je tyčinka, která obsahuje často dobíjecí baterii. Dále je uvnitř malý mikroprocesor, který reguluje provoz cigarety. Při potažení se do proudícího vzduchu vstříkují kapičky roztoku, který je zahříván umístěnou baterií. Roztok neboli liquid je tekutina, která se doplňuje do vyměnitelné e-patrony (cartrige). Může mít různou koncentraci nikotinu nebo mohou být i zcela beznikotinové. Často se vyrábějí také s různými příchutěmi (mentol, čokoláda, ovocné atp.). Zahřívaná náplň se mění na aerosol, který kuřák vdechuje (obsahuje nikotin). Při zahřívání nedochází k hoření, teplota se pohybuje kolem 60 °C. Následně kuřák vydechuje páru, která obsahuje glycerinové sloučeniny a vizuálně připomíná kouř. Nové generace e-cigaret mají na konci světelnou diodu, která při potažení imituje oharek. Spolu s vizuálním vnímáním kouře jsou tyto detaily součástí kouření a uspokojují psychosociální závislost kuřáka (Hrubá, 2015; Králíková et al., 2013).

V současné době jsou e-cigarety prodávajícími firmami prezentovány jako zdravější varianta kouření, prostředek k omezení nebo odvykání kouření. V České republice e-cigarety vyzkoušelo 3,5 % kuřáků. Nejoblíbenější jsou u uživatelů ve věkové skupině 45–64 let (Csémy et al., 2014). O tom, zda jsou e-cigarety opravdu zdravější variantou kouření, se v současné době často diskutuje.

E-cigarety jsou zdrojem nikotinu pro organismus. Jelikož tento druh tabákového výrobku nepodléhá žádné standardizované výrobě, nevíme přesně, v jaké v množství a kvalitě se do těla nikotin dostává. Zároveň nejsou zcela objasněny farmakodynamické a fyziologické účinky, které má nikotin v organismu při zahřátí na teplotu cca 40–65 °C. Rozdíl mezi klasickými cigaretami, které hoří při teplotě 600–900 °C, je přes 500 °C. Akutní kardiovaskulární reakce na nikotin (zvýšení tepové frekvence a krevního tlaku) hrozí při kouření klasických i elektronických cigaret. Na nikotin by si měly dávat pozor především těhotné ženy. Tento alkaloid je pokládán za lidský teratogen. Může

procházet placentou a nepříznivě ovlivňovat vývoj centrální nervové soustavy plodu (Hrubá, 2015).

V kapitole 1.1.3 bylo zmíněno, že letální otrava nikotinem při kouření klasických cigaret nehrozí. Jinak tomu je u e-cigaret, kde je riziko spojeno se snadnou dostupností cartridge. Některé lahvičky s náplní mohou obsahovat až 1000 mg nikotinu, samozřejmě záleží na objemu dané náplně. Smrtečná dávka pro dospělého je 50–100 mg, pro dítě pouze kolem 10 mg (Králíková et al., 2013). Ohroženy jsou zejména děti, u kterých je vyšší možnost náhodné ingesce liquidu. Riziko zvyšují i různé příchutě, které mohou v dětských očích vypadat velmi lákavě. Tyto problémy e-cigaret potvrzuje i zvýšený počet konzultací na toxikologických linkách v USA. Za poslední 4 roky vzrostl počet telefonátů spojených s tímto problémem o 200 % (Hrubá, 2015).

V „e-kouři“ byly dle nových studií (Goniewicz et al., 2014) zjištěny karcinogenní nitrosaminy, kovy (cín, olovo, měď, kadmium, chrom), respirabilní prašné částice, acetaldehyd, formaldehyd, aceton, propylen glykol a další. Ovšem pokud srovnáme tabákový kouř z klasických cigaret, jsou tyto chemické látky ve výrazně nižší koncentraci, s výjimkou prašných částic. Zároveň „e-kouř“ neobsahuje žádný dehet a oxid uhelnatý. Další výhodou e-cigaret je absence nedopalků (Hrubá, 2015; Goniewicz et al., 2014). S tímto názorem na e-cigarety se ztotožňuje i Doc. MUDr. Kráčíková, CSc. (2013, s. 46): *„Při testování byla opakovaně prokázána přítomnost toxických látek: tabákové specifické nitrosaminy, acetaldehyd, aceton, formaldehyd, polyhalogenové uhlovodíky či dietylen glykol, i když ve velmi malém množství a velmi variabilní. Zdá se, že je to podobné přirovnání, jako bychom odmítali pestrou zeleninovou stravu jako zdravější alternativu k uzeninám a bučku jen proto, že jsme v ní našli stopová množství toxických látek. Pokud jsou e-cigarety nabízeny jako méně nebezpečná alternativa kouření, měli bychom souhlasit. Na tomto místě musíme zdůraznit, že výraz „zdravější“ nelze použít v žádné souvislosti s výrobkem z tabáku.“*

Kuřáci si elektronické cigarety pořizují převážně z důvodu pomoci s odvykáním, 67 % pro překonání abstinčních příznaků, 57 % pro nižší cenu než cigarety a 39 % pro situace, kde není dovoleno kouřit (Etter, Bullen, 2011). Uživatelé se často domnívají, že e-cigarety jsou účinnější v odvykání než klasická náhradní léčba nikotinem. Z epidemiologických studií ovšem vyplývá, že tomu tak není (Hrubá, 2015).

Od podzimu 2016 má být v platnosti nová vyhláška ministerstva zdravotnictví o elektronických cigaretách, náhradních náplních do nich a bylinných výrobcích. Tato vyhláška také upravuje požadavky na jakost, vzhled a vlastnosti elektronických cigaret.

E-cigarety budou muset být řádně označeny, obsah nikotinu v nádržce na doplňování elektronické cigarety nebude smět překročit 2 ml. Tímto se alespoň mírně sníží riziko závažných důsledků náhodné ingesce liquidu. Náhradní náplně nesmí obsahovat vitaminy nebo jiné přísady, které vytváří dojem, že tekutá náplň je zdraví prospěšná nebo že představuje snížené zdravotní riziko. Dále nesmí obsahovat kofein, taurin nebo další přísady a stimulační složky. Na každém balení bude muset být umístěn varovný text. Uživatelé budou lépe informováni, protože u elektronických cigaret a jejich náplní bude přesně stanoveno, co mohou a nemohou obsahovat (zdravi.euro.cz, 2016). S přijetím vyhlášky se sníží riziko dovážení neoznačených e-cigaret. Zároveň bude uživatelům známé přesné složení náplní do e-cigaret.

Elektronické cigarety jsou pravděpodobně méně nebezpečné než klasické. V žádném případě je nelze označovat za „zdravější“ kouření. Lékaři by měli doporučovat při odvykání klasické ověřené přípravky (nikotinové náplasti, žvýkačky apod., popř. farmakologickou léčbu – bupropion, vareniklin). Pro mnohé kuřáky jsou elektronické cigarety lákavější varianta. I přesto, že je tento druh cigaret méně nebezpečný než klasické cigarety, je důležité uživatele upozornit na nestandardní výrobu těchto výrobků, neprokázanou účinnost v odvykání. Riziko pasivního kouření není zcela odbouráno, i přesto, že koncentrace chemických látek je v e-kouři výrazně nižší. Zároveň nejsou známy dlouhodobé účinky užívání elektronických cigaret (Hrubá, 2015).

## 1.2 Zdravotní důsledky kouření

O negativních zdravotních důsledcích kouření již dnes není pochyb. Z celkové roční úmrtnosti v České republice je 15–19 % úmrtí způsobeno užíváním tabákových výrobků (Sovinová et al., 2014). Kouření velmi významně ovlivňuje kardiovaskulární systém. Postižení kardiovaskulárního systému je nejčastější příčina úmrtí v důsledku užívání tabáku. Na druhém místě příčin úmrtí spojených s kouřením jsou rakovinná bujení. Třetí nejčastěji postiženým systémem lidského organismu v důsledku kouření je dýchací soustava. Toto jsou pouze tři hlavní a nejčastější příčiny úmrtí. Tabákový kouř bohužel negativně ovlivňuje přímo či nepřímo celý organismus.

### 1.2.1 *Aktivní, pasivní kouření a kardiovaskulární systém*

Kouření je jeden z hlavních rizikových faktorů podílející se na vzniku kardiovaskulárních potíží. Vztah mezi kouřením cigaret a vznikem aterosklerózy byl prokázán mnoha studiemi. Při kouření cigaret dochází k strukturálním změnám na věnčitých tepnách i ke změně vazomotoriky cévní stěny. Svou roli na vzniku KV onemocnění má i genetická predispozice. Existují kuřáci, u kterých dochází k manifestaci aterosklerózy již v nízkém věku. U některých se změna cév neprojeví ani při dlouholetém návyku kouření.

V posledních letech je hodně diskutovaný vliv kouření na změny v metabolismu cholesterolu a lipoproteinů. U kuřáků dochází ke zvýšení hladiny nízkodenzitních lipoproteinů (LDL). Naopak hladina potřebného HDL je nižší. Studie zatím neprokázaly mechanismy vzniku těchto cholesterolových změn, ale je jisté, že podporují vznik aterosklerózy a její následné komplikace (Králíková et al., 2013).

Zásadní vliv má užívání tabákových výrobků na vznik akutní trombózy. Kráčíková et al. (2013) uvádí, že mladí kuřáci mají 5,6krát vyšší riziko vzniku akutního infarktu myokardu než nekuřáci.

Účinky na kardiovaskulární systém se nejdříve spojovaly pouze s aktivním kouřením. V 90. let 20. století epidemiologické studie potvrdily negativní vliv tabákového kouře i na kuřáky pasivní. Pasivní expozice tabákovému kouři vede k vyšším nárokům myokardu na kyslík a tím ke zvýšení srdeční frekvence a krevního tlaku. Dále dochází k narušení cholesterolového metabolismu, destabilizaci aterosklerotických plátů, zvýšení inzulínové rezistence nebo poškození mitochondrií (Kráčíková et al., 2013).

### **1.2.2 Aktivní, pasivní kouření a rakovinná bujení**

Tabákový kouř je řazen dle IARC mezi kancerogeny třídy A. Pro tento kancerogen není určena prahová hodnota, proto i krátkodobé působení může být nebezpečné a zvýšit riziko onkologického onemocnění.

Dříve byla s kouřením spojována pouze rakovina plic. Dnes je již potvrzené, že vliv tabákového kouře může vyvolat zhoubný nádor dutiny ústní, hrtanu, jícnu, žaludku, slinivky břišní, ledvin, močového měchýře děložního čípku nebo leukémii (Žaloudík, 2007; Fonseca–Moutinho, 2011).

I přesto, že kouření cigaret je rizikový faktor pro vznik nádorového bujení téměř ve všech částech lidského organismu (viz výše), nejčastěji diagnostikovaných karcinom, spojený s užíváním cigaret, je bronchogenní karcinom. V roce 2013 bylo v České republice evidováno 6527 zhoubných novotvarů průdušnice, průdušek a plic (Stručný přehled dat z NOR z roku 2013, 2016). Bohužel až polovina těchto případů je zjištěna v klinicky nepříznivém IV. stadiu. Z celkového počtu těchto karcinomů se odhaduje, že 75–90 % je způsobeno kouřením (Žaloudík, 2007).

Pasivní kuřáci jsou také ohroženi vznikem nádorového bujení. Nebezpečné jsou i nízké koncentrace tabákového kouře v uzavřeném prostoru, zejména pokud se jedná o opakovaný či dlouhodobý pobyt. Žaloudík (2007) potvrzuje, že pasivní kuřáci mají o 17 % vyšší riziko vzniku zhoubných nádorů oproti populaci nezatížené tabákovým kouřem.

Riziko pasivního kouření spočívá i v působení THS. Dle chemického rozboru se v THS vyskytují tabákové specifické nitrosaminy, PAU nebo formaldehyd. Uvedené látky jsou kancerogeny a mohou potencovat vznik nádorového bujení (Hrubá, 2014a).

### **1.2.3 Aktivní, pasivní kouření a dýchací systém**

Nejčastějším onemocněním dýchací soustavy související s kouřením, je karcinom průdušek a plic (viz výše). Další postižení dýchacího systému, jehož hlavní rizikový faktor je kouření, je chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN). CHOPN je onemocnění postihující převážně dolní cesty dýchací. Jedná se o bronchiální obstrukci, která je vyvolána zánětlivou reakcí dýchacích cest a plic na inhalované škodliviny. Obstrukce je často progresivní, ireverzibilní a vede k patologickým projevům – dušnost, snížení výkonnosti, produktivní či suchý kašel, zhoršení kvality života, špatné zásobování tkání kyslíkem.

Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je kouření, které vyvolá CHOPN až u 80 % nemocných. V celé populaci je CHOPN postiženo asi 10 % obyvatel, ale mezi kuřáky je nemocných až 50 % (Králiková et al., 2013).

Pasivní expozice cigaretovému kouři vyvolala CHOPN u zdánlivých nekuřáků. Velmi rizikové je vystavení pasivnímu kouření v dětském věku, kdy může dojít ke změně imunitní odpovědi na inhalované škodliviny. Dětský organismus je vnímavější a zároveň děti ve vztahu k tělesné hmotnosti vdechují 2–3krát větší objem vzduchu než dospělí. Dále mají nezralý metabolismus, imunitní systém a jejich tělo kontaminanty vylučuje mnohem pomaleji. Langrová (2004) uvádí, že mezi jednoznačně prokázané účinky ETS patří vznik astmatu, záněty středního ucha nebo snížení plicních funkcí.

Dalším závažným aktuálním problémem, kterým se zabývají poslední studie, je vliv kouření na výskyt a léčbu tuberkulózy (TBC). Tuberkulóza je stále významnou nemocí, kterou je postiženo asi 8,6 milionů lidí na celém světě. Studie dokazují, že kouření je významný rizikový faktor pro vznik a vývoj tohoto onemocnění, protože způsobuje změnu stavby dýchacího a imunitního systému. Dále ze studií vyplývá, že u nemocných kuřáků je mortalita na tuberkulózu vyšší, než u nakažených nekuřáků (Yalcinsoy, 2014; Hsiao-chi, 2015).

#### ***1.2.4 Další vlivy aktivního, pasivního kouření na organismus***

V předchozích oddílech byly popsány nejvýznamnější zdravotní účinky vyvolané aktivním či pasivním kouřením. Uvést zde všechny doposud známé zdravotní komplikace, které způsobuje kouření, by bylo mimo rozsah této práce. I přesto, zde uvedeme několik dalších, možná ne tak zřejmých důsledků.

Výše zmíněné zdravotní důsledky kouření se více či méně dostávají do povědomí veřejnosti. Zatím menší informovanost je o vztahu kouření a zvýšené vnímavosti k bakteriálním infekcím. Ke zvýšené vnímavosti dochází v důsledku změn struktur a funkcí tkání, zvýšené virulenci původců nákaz, narušením imunitních funkcí nebo kombinací těchto mechanismů. Aktivní či pasivní kouření může potencovat infekční onemocnění respiračního ústrojí, mezi které mohou patřit bronchitidy, pneumonie, TBC nebo záněty středouší u dětí. Dále může být postiženo trávicího ústrojí, kde aktivní či pasivní kouření může potencovat vznik vředové choroby žaludku nebo Crohnovy choroby. Vyšší riziko je i u sexuálně přenosných nemocí, zejména u gonokokové a chlamydiové infekce. Kuřáci jsou více ohroženi i nozokomiálními infekcemi, které mohou vzniknout hlavně po komplikovaných chirurgických výkonech nebo jako

infekce dýchacího a močového ústrojí spojené s pobytem ve zdravotnickém zařízení (Hrubá, 2009).

Ke vzniku infekčního onemocnění jsou aktivní i pasivní kuřáci vnímavější a je důležité dbát na vhodnou strategii při léčbě.

Vliv kouření na organismus je opravdu rozsáhlý. Kouření je rizikový faktor pro vznik alergického onemocnění nebo diabetes mellitus. Prokázaný vliv je i na reprodukci, kdy u mužů dochází ke snížení počtu motility a kvality spermií a ke snížení schopnosti erekce. U žen kuřaček může dojít ke zkrácení folikulárního cyklu a zhoršení jeho kvality. To vede ke snížení schopnosti oplodnění nebo vyššímu počtu potratů. Kouření u těhotných žen má vliv na předčasný porod, váhu plodu nebo se zvyšuje riziko náhlého úmrtí kojence (Králíková et al., 2013). Důležité je také zmínit vzájemné potencování negativních účinků při současném užívání alkoholu a tabákových výrobků.

## **1.3 Prevalence kouření**

### ***1.3.1 Způsoby sledování prevalence***

Sledování zdravotního stavu obyvatelstva je nezbytné pro plánování, realizaci a hodnocení zdravotní péče a politiky. Toto sledování patří mezi důležité aspekty veřejného zdravotnictví. K získávání údajů se využívá např. hlášení onemocnění od praktických lékařů nebo informace z lékařských zpráv. Informace týkající se determinantů, které mohou ovlivňovat zdravotní stav (kouření, pití alkoholu, způsob stravování atd.), lze zjistit pouze dotazem.

V České republice se těmito šetřeními zabývá nejčastěji Státní zdravotní ústav, který ovšem spolupracuje i s jinými mezinárodními institucemi. V České republice probíhala například tato šetření: Studie Kuřáctví dospělé populace ČR 2011 – průřezová studie řízeným rozhovorem dospělé české populace, která se opakuje v pětiletém intervalu (výsledky studie k nalezení na [www.szu.cz/tema/studie](http://www.szu.cz/tema/studie)). Aby docházelo k přehlednému a porovnatelnému sledování užívání tabáku, vytvořil se tzv. Globální systém surveillance tabáku (GTSS), který realizuje různé studie dle věkových kategorií. Jednou z nich je např. Studie GYTS – Mezinárodní studie WHO a Center pro kontrolu nemocí a prevenci, která probíhá u dětí ve věku 13–15 let. V ČR se uskutečnila již v letech 2002, 2007 a 2011 (výsledky studie k nalezení na [www.szu.cz/tema/studie](http://www.szu.cz/tema/studie)). Dále Studie GHPSS, která probíhá na školách a sleduje užívání tabáku a postoje ke kouření u budoucích zdravotnických pracovníků (Studie zdravotního stavu populace SZÚ, 2015). Problematikou drog, zahrnující i kouření, u mladistvých se zabývá studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách). Tato studie je realizována v ČR od roku 1995 každé 4 roky. V ČR naposledy proběhla v červnu 2015 a její závěry zatím nejsou publikované. ESPAD probíhá v různých zemích Evropy a díky tomu je možné výsledky srovnávat.

Všechny výše zmíněné studie se zaměřují na sledování prevalence užívání tabáku, na postoje ke kouření či nové trendy v této problematice.

### ***1.3.2 Užívání tabáku v České republice***

Výsledky studie z roku 2014, kterou zpracovali Sovinová a Csémy (2015), ukazují, že v ČR je 31,4 % současných kuřáků. Oproti roku 2013, kdy počet kuřáků klesl pod 30 %, došlo opět k mírnému nárůstu srovnatelného s rokem 2012, kdy byla



prevalence podobná – 31,3 %. Statistický významný rozdíl je v pohlaví u denních kuřáků. Mezi kuřáky je více mužů (37,4 %), než žen (25,8 %).

Nejčastěji jsou užívány klasické cigarety, které jsou průmyslově vyrobeny. Muži kouří nejčastěji 15–24 cigaret za den, ženy nejčastěji 5–9 cigaret denně. Jiné tabákové výrobky (dýmky, doutníky, vodní dýmky) kouří asi jen 4,4 % osob.

Ze studie vyplynulo, že největší počet kuřáků je v nejnižší zkoumané věkové kategorii tj. 15–24 let. U těchto mladých lidí je prevalence 38,3 %. Se stoupajícím věkem postupně prevalence klesá.

Podle vzdělání je % kuřáků nižší u vysokoškolsky vzdělaných lidí. Výjimku tvoří ostatní tabákové výrobky (např. vodní dýmky), které užívají vysokoškolsky vzdělaní lidé častěji.

V souhrnu lze říci, že prevalence kuřáctví je v České republice stabilní. Aby došlo k výraznému snížení, musela by být přijata zásadní protikuřácká opatření.

Dále Sovinová a Csémy (2015) uvádí, že až 23 % respondentů je vystaveno tabákovému kouří v prostředí domova. Z toho asi 11 % je nekuřáků. Velmi alarmující je, že nejčastěji je exponována pasivnímu kouření nejmladší věková skupina, do které řadíme i mládež 15–18 let. Situace je bohužel stále stejná ve srovnání se studií v roce 2012.

Zajímavé je nahlédnutí na kouření z pohledu socioekonomického. Ze studie v roce 2014 jasně vyplynulo, že denní kouření téměř lineárně klesá s vyšším socioekonomickým statusem. Počet nekuřáků je u nejvyššího socioekonomického statutu nejvyšší (71 %) viz příloha č. 1. Důvodem může být, že lidé s vyšším socioekonomickým postavením mají nejen vyšší vzdělání, ale také zastávají vyšší pozice. Pravděpodobně je u nich i vyšší informovanost o rizicích kouření a větší zájem o vlastní zdraví (Sovinová a Csémy, 2015).

### ***1.3.3 Kouření u dospívajících v České republice***

V minulé podkapitole bylo zmíněno, že nejvyšší prevalence kouření je u nejnižší věkové skupiny, která ve studii Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014 byla ve věku 15–24 let. Bohužel s tabákovými výrobky se setkávají poprvé už mnohem mladší obyvatelé ČR. Chomynová et al. (2014) uvádí, že s první cigaretou se průměrně děti setkávají ve věku 11 let. Nástup pravidelného kouření pak zpravidla nastává ve věku 14–15 let. Aktuální situace v oblasti kouření v dětské populaci je důležitá, protože má zásadní vliv na vývoj kouření v dospělosti. Pokud jedinec nezačne kouřit do

dovršení plnoletosti, je pak velice malá pravděpodobnost vzniku závislosti v pozdějším věku (Králiková et al., 2013). Ze studie GYTS (Global Youth Tobacco Survey), která byla provedena u dětí ve věku 13–15 let vyplynulo, že 36,5 % dotazovaných užívá v současné době nějaký tabákový výrobek, 30,6 % kouří v současné době cigarety (Sovinová, 2012). Snížení prevalence kouření u dětí a mladistvých je zcela zásadní pro zmírnění dopadů užívání tabáku. Ke změně postojů ke kouření a snížení prevalence, jsou zásadní komplexní a celoplošné preventivní opatření. Pro tuto věkovou kategorii je klíčová i dostupnost a reklama na tabákové výrobky. Sovinová (2012) uvádí, že nákup cigaret nebyl odmítnut 67,9 % dětem ve věku 13–15 let.

#### ***1.3.4 Užívání tabáku ve světě***

Užívání tabáku je globální problém. Světová zdravotnická organizace se snaží zavedením preventivních opatření snižovat počet kuřáků. Jedním z nich je i monitorování kouření, které je důležité pro vyhodnocení úspěšnosti přijatých opatření.

V roce 2013 byla na světě 1,1 miliarda kuřáků – 950 milionů mužů, 177 milionů žen. Celková prevalence kouření ve světě se od roku 2007 snížila asi o 2 % a v roce 2013 byla 21 %. Prevalence kouření je ve světě vyšší v zemích s vyššími příjmy, kde činí 25 %. Naopak v zemích s nízkými příjmy je kuřáků kolem 16 % (příloha č. 2) (WHO report on the global tobacco epidemic, 2015).

Česká republika je v porovnání s ostatními evropskými zeměmi na předních příčkách v užívání tabáku. Konkrétně po Rakousku, Řecku, Rusku a Bulharsku patří České republice 5. místo (WHO report on the global tobacco epidemic, 2015).

Dle Eriksena et al. (2015) ve 20. století užívání tabáku zabilo přes 100 milionů lidí. Kouření tabákových výrobků je příčinou úmrtí u 25 % všech zemřelých mužů a průměrně u 15 % všech zemřelých žen. Nejvíce mužů umírajících na následky kouření žije v Koreji, Turecku a Řecku. Z Koreje, Německa a Bruneje jsou ženy, které nejčastěji umírají na následky kouření (Eriksen et al., 2015).

V roce 2014 se na celém světě vykouřilo asi 5,8 bilionu cigaret. Ke snížení spotřeby cigaret, díky implementaci opatření kontrolujících tabák, došlo ve Velké Británii, Austrálii, Brazílii a dalších zemích. Naopak k velkému nárůstu spotřeby cigaret došlo v Číně. Čínský trh v současné době spotřebuje více cigaret, než všechny ostatní země s nízkými a středními příjmy dohromady (Eriksen et al., 2015).

## **1.4 Kouření v restauračních zařízeních**

Kouření v restauračních zařízeních je rizikové pro přítomné hosty, ať už se jedná o aktivní kuřáky či pasivní kuřáky, ale hlavně pro obsluhu daného restauračního zařízení.

### ***1.4.1 Klasifikace restauračních zařízení***

Restaurační zařízení můžeme označit jako zařízení společného stravování, které poskytuje stravovací službu. Stravovací služba je výroba, příprava nebo rozvoz pokrmů provozovatelem potravinářského podniku za účelem jejich podávání v rámci živnosti hostinská činnost. Pokrmem se rozumí potravina včetně nápoje, kuchyňsky upravená studenou nebo teplou cestou nebo ošetřená tak, aby mohla být přímo nebo po ohřevu podána ke konzumaci v rámci stravovací služby (Zákon č. 258/2000 Sb.).

Podniky se dělí zejména podle činnosti, které se nejvíce věnují. Podle autorky Zimákové (2007) se jedná o kategorii restaurace a bary. V kategorii „restaurace“ je dominantní prodej pokrmů s možností zakoupení nápojů a možnost různých forem společenské zábavy. Zahrnuje restaurace, samoobslužné restaurace (jidelny, bufety) rychlé občerstvení (bistro, občerstvení, kiosky) a neobvyklé železniční jídelní vozy. Pro druhou skupinu „bary“ je typický dominantní prodej nápojů. Dále je možné též prodávat výrobky studené kuchyně, cukrářské výrobky, podle místních zvyklostí teplé pokrmy zejména minutkového charakteru. Jedná se zejména o bary (gril bar, pizzerie, snack bar, aperitiv bar), noční kluby, pivnice, vinárny a kavárny.

### ***1.4.2 Expozice tabákovému kouři***

Pasivnímu kouření jsou lidé nejčastěji vystaveni ve svých domovech a na pracovišti. Sovinová et al. (2015) uvádí, že v České republice je ve svých domovech vystaveno tabákovému kouři celkem 23 % respondentů, z toho téměř jedna polovina jsou nekuřáci. V pracovním prostředí je exponováno 22,4 % respondentů, 14,4 % nekuřáků. Oproti roku 2012 došlo k mírnému zlepšení, ale i přesto se jedná o vysoké % nekuřáků, kteří jsou nedobrovolně exponováni tabákovému kouři.

Před expozicí tabákovému kouři na pracovišti chrání zákoník práce, kde uvedena povinnost zaměstnavatele zajistit dodržování zákazu kouření na pracovištích. Povinností zaměstnance je nekouřit na pracovištích a v jiných prostorách, kde jsou účinkům kouření vystaveni také nekuřáci (Zákon č. 262/2006 Sb.). Kouření na pracovišti je dále

právně upraveno v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

V zemích, kde není upraveno užívání tabákových výrobků v restauračních zařízeních, zůstávají zaměstnanci těchto podniků před pasivním kouřením nechráněni. Mezi země s velmi benevolentní protikuřáckou legislativou patří i Česká republika. V České republice pracuje v sektoru stravování a pohostinství přes 100 000 zaměstnanců (Sněmovní tisk 828: Vládní návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek a důvodná zpráva, 2016).

Celosvětově na následky pasivního kouření umírá 600 000 lidí (WHO, 2011). Mezi akutní zdravotní následky pasivního kouření patří podráždění očí, nosu, DCD a plic. Citlivější jedinci mohou trpět bolestmi hlavy, pocity nevolnosti a závratěmi. Dlouhodobá expozice pasivnímu kouření zvyšuje riziko rakoviny plic o 30 % a ischemické choroby srdeční o 25 % (Eriksen et al., 2015).

Dle výzkumů je nejvyšší koncentrace tabákového kouře v barech a na diskotékách. Přitom čtyřhodinová expozice kouři na diskotéce je podobná expozici při soužití s kuřákem po dobu jednoho měsíce (Zelená kniha, 2007). Tento fakt dokazuje i německá studie, která prováděla měření škodlivých látek v restauracích a diskotékách. Koncentrace PAU byly v průměru  $215 \text{ ng}\cdot\text{m}^{-3}$  v restauracích,  $260 \text{ ng}\cdot\text{m}^{-3}$  v hospodách a  $375 \text{ ng}\cdot\text{m}^{-3}$  na diskotékách. Typické koncentrace PAU v bytech nekuřáků byly pod hodnotou  $5 \text{ ng}\cdot\text{m}^{-3}$ . Podobně velké rozdíly byly naměřeny i u dalších škodlivin pocházejících z tabákového kouře např. těkavých organických látek, nikotinu, kadmia nebo pevných částic  $\text{PM}_{2,5}$ . Pracovníci v gastronomii mají vyšší koncentraci kotininu ve slinách a moči ( $0,47 \text{ ng}\cdot\text{ml}^{-1}$ ) v porovnání s jinými zaměstnanci ( $0,16 \text{ ng}\cdot\text{ml}^{-1}$ ) (Králíková et al., 2013).

Expozice pasivnímu kouření není jediným rizikem práce v restauračním zařízení. Z výzkumu Praniće a Pivaca (2014) vyplynulo, že u zaměstnanců restauračních zařízení je i vysoká prevalence kouření. V tomto výzkumu bylo 48,6 % kuřáků a 8,1 % příležitostných kuřáků mezi zaměstnanci restauračních zařízení. Tento výzkum byl realizován v Chorvatsku, kde je prevalence kouření v celé dospělé populaci 31 % (WHO report on the global tobacco epidemic, 2015). Zda by podobná čísla platila i pro Českou republiku, kde prevalence kouření v populaci obdobná – 31,4 % (Sovinová, Csémy, 2015) se můžeme domnívat.

Kuřáci jsou častěji v pracovní neschopnosti, mají menší výkonnost a prokouří část pracovní doby. Pro zaměstnavatele je proto finančně výhodné zřídit nekuřácké pracoviště. V případě restauračního zařízení, nechrání zdraví jen svých zaměstnanců, ale také svých návštěvníků. V restauračních zařízeních bohužel zaměstnance nechrání zákoník práce, proto účinnou prevencí by bylo přijetí přísnější protikuřácké legislativy, zakazující kouření ve všech vnitřních prostorech provozoven stravovacích služeb.

## **1.5 Preventivní opatření WHO**

Tabáková epidemie je považována Světovou zdravotnickou organizací za jeden z největších problémů, přestože je kouření jednou z nejlépe preventabilní příčin úmrtí. V Evropě na následky užívání tabáku zemře každý rok 695 000 lidí, přesto téměř třetina Evropanů stále kouří. Tento problém se ovšem netýká jen Evropy, ale celého světa, i když jsou již země, které jsou v boji proti kouření na dobré cestě (Králíková et al., 2013).

Světová zdravotnická organizace se snaží spojovat země v boji proti užívání tabáku. V roce 2003 v Ženevě reagovala WHO na tabákovou epidemii vznikem první právně závazné mezinárodní úmluvy v oblasti veřejného zdraví – Rámcovou úmluvou WHO o kontrole tabáku (WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC).

### **1.5.1 FCTC**

Rámcová úmluva o kontrole tabáku byla přijata na 56. světovém zdravotnickém shromáždění 21. května 2003, v platnost vstoupila 27. února 2005. Jedná se o jednu z nejvýznamnějších úmluv ve veřejném zdravotnictví, která je podporována systémem OSN a jednou z jejích smluvních stran je Evropská unie. K březnu 2016 ji ratifikovalo 180 smluvních stran. V České republice vstoupila Úmluva v platnost až po dlouholeté ratifikaci 30. srpna 2012, i přesto, že ČR byla mezi prvními státy, které Úmluvu podepsali dne 16. června 2003 (Parties to WHO FCTC, 2016).

Všechny státy, které přijaly FCTC se zavazují k zavádění efektivních opatření pro kontrolu tabáku. Mezi hlavní ustanovení FCTC patří snížení poptávky po tabáku, snížení dostupnosti tabáku a další ustanovení jako ochrana veřejného zdraví, mezinárodní spolupráce, ochrana životního prostředí atd. Pro snadnější přijetí opatření, které jsou v Úmluvě stanoveny, WHO vytvořila pomocné opatření MPOWER (Tobacco Free Initiative, 2016).

### **1.5.2 MPOWER**

MPOWER je opatření, které vydala Světová zdravotnická organizace. Toto opatření má usnadnit zařazení efektivních kroků do národních politik participujících zemí. MPOWER je rozděleno do šesti tematických okruhů, které řeší vybrané ustanovení FCTC. Zkratka MPOWER koresponduje s názvy jednotlivých okruhů.

### *1.5.2.1 M – Monitor tobacco use and prevention policies*

Monitorování užívání tabáku je důležité pro zjištění počtu kuřáků, jejich návyků a rozsahu tabákové epidemie. Informace z těchto šetření zjišťují důsledky užívání tabáku a pomáhají vytvářet další preventivní opatření. Dle článku 20 FCTC by měly státy provádět systematické, pravidelné sledování prevalence, expozice tabákovému kouři, ale i zdravotní a sociální dopady užívání tabáku. Výsledky z těchto monitorování by měly být srovnatelné na regionální i mezinárodní úrovni (Tobacco Free Initiative, 2016).

V České republice probíhá monitorování užívání tabáku mimo jiné dle Globálního systému surveillance tabáku (GTSS). Tento systém je pod záštitou WHO a realizuje různé studie dle věkových kategorií (Sovinová a Csémy, 2015). Více o monitorování kouření je uvedeno v podkapitole 1.3.1.

### *1.5.2.2 P – Protect people from tobacco smoke*

Chránit obyvatele před tabákovým kouřem je důležité, protože neexistuje žádná bezpečná úroveň expozice. Účinky tabákového kouře na lidský organismus jsou bezprahové. Expozice SHS je ekonomickou zátěží pro danou zemi, a to jak v důsledku nákladů na přímou zdravotní péči, tak i nepřímé náklady způsobené nižší produktivitou. Státy by měly přijmout protikuřáckou legislativu, která chrání před pasivním kouřením a kuřákům může pomoci s odvykáním (Eriksen et al., 2015).

Česká republika má ve srovnání se světem a EU velmi mírnou protikuřáckou legislativu. Jako jedna z mála zemí v EU má možnost mít zcela kuřácké restaurační zařízení. Více o tomto bodu v kapitole 1.6.

### *1.5.2.3 O – Offer Help to quit tobacco use*

Toto opatření je zaměřeno na poskytnutí pomoci při odvykání. Dle WHO, kuřáci, kteří jsou dostatečně informováni o rizicích kouření, si přejí přestat. Jen málo z nich ovšem vyhledá odbornou pomoc. Programy na pomoc při odvykání by měly být začleněny do primární péče a snadno dostupné. Dále by měly být zřízené bezplatné telefonní linky a zajištěn přístup k cenově přijatelným lékům. V současné době zajišťuje komplexní pomoc při odvykání kouření jen malý počet zemí (Tobacco Free Initiative, 2016).

Česká republika patří v tomto ohledu mezi evropský standard. Ve většině případů by měl praktický lékař přesvědčovat pacienta o zanechání kouření a napomáhat mu

v odvykání. Dále může kuřák navštívit Centra pro závislé na tabáku, která se často nachází na plicních, interních či kardiologických odděleních nemocnic. Tyto Centra jsou pod záštitou Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku. V České republice je zřízena také Linka pro odvykání kouření. Tzv. Quitlines jsou mezinárodně uznávané efektivní nástroje při odvykání. Velký význam má linka v oblastech, kde je obtížnější dostupnost Center pro závislé na tabáku. V ČR Linka pro odvykání kouření funguje od roku 2005. Je dostupná každý všední den na čísle 844 600 500, poplatek za hovor je snížen na polovinu ceny běžného hovorného nebo je možnost zpětného volání zdarma (Linka pro odvykání kouření, 2016). V lékárnách je možno zakoupit přípravky, které pomohou při odvykání. Jedná se o náhradní terapii nikotinem, která je dostupná ve formě náplastí, žvýkaček, pastilek nebo inhalátoru. Na lékařský předpis jsou v ČR dostupné léky první linie vareniklin a bupropion (SLZT, 2012).

#### *1.5.2.4 W – Warn about the dangerous of tobacco*

Dle WHO si jen málo uživatelů tabáku uvědomuje plný rozsah zdravotních důsledků kouření. Umístění varovného textu na krabičky od cigaret stát nic nestojí a informace se dostanou ke všem kuřákům. Dle článku 11 FCTC by varování na krabičce mělo být z obou stran. Jednat by se mělo o velký, jasný text popisující konkrétní chorobu. Účinnější jsou varování obrázková, která snižují atraktivitu a podněcují kuřáky k odvykání. Tyto varování se objevují na krabičkách od roku 2001 a dnes je používá více než 52 zemí (Králíková et al., 2013). Od roku 2012 je v Austrálii zavedeno tzv. plain packaing, jednotné balení. Cigaretové krabičky vypadají všechny stejně: celá krabička má šedozelenou barvu, naprostou většinu zakrývají varovné obrázky a značka výrobce je jen malým písmem (viz příloha č. 4).

Tabákový průmysl používá obal jako silný marketingový nástroj, který ovlivňuje zejména mladé začínající kuřáky. Loga, barva a celkový vzhled krabičky jsou pro adolescenty lákavé a svoji roli hraje i určitá image značky.

V České republice jsou v současné době na cigaretových krabičkách varování pouze pomocí textu, i přesto, že obrázková varování jsou více účinná. Vzhled cigaretové krabičky upravuje vyhláška č. 344/2003 Sb. v platném znění, kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky. Dle této vyhlášky je na jedné straně krabičky obecné varování „Kouření může zabít“ nebo „Kouření vážně škodí Vám i lidem ve Vašem okolí“. Na druhé straně se pravidelně střídají dodatečná varování např.: „Chraňte děti: nenuťte je vdechovat Váš kouř“, „Kouření ucpává tepny a způsobuje infarkt a



mrtvici“ nebo „Kouření způsobuje smrtelnou rakovinu plic“. Varování musí být na dobře viditelném místě. Obecné varování musí zaujímat nejméně 30 % dané plochy, dodatečné varování musí pokrývat nejméně 40 % dané strany. Vyhláška dále upravuje další podrobnosti jako např. velikost písma, styl písma, barvu atd. (Vyhláška č. 344/2003 Sb.).

V červnu 2016 vešla v platnost novela zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích. Tato novela sblíží českou legislativu se směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2014/40/EU ze dne 3. dubna 2014 o sblížování právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků. V novele zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích je uvedena povinnost značit tabákové výrobky určené ke kouření mimo jiné obecným a kombinovaným varováním. Kombinované varování znamená zdravotní varování, které je tvořeno kombinací textového varování (podobné jako ve vyhlášce č. 344/2003 Sb.) a odpovídající fotografie nebo vyobrazení. K těmto obrázkům je připojena informace týkající se odvykání kouření. Toto varování obsahuje v ČR celkem 42 fotografií (př. viz příloha č. 5), které jsou rozděleny do 3 skupin a budou obměňovány každý rok. Novela zákona nabývá účinnosti 7. září 2016. Cigarety a tabák určený k ručnímu balení cigaret, které byly vyrobeny nebo uvedeny na trh a označeny přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, mohou být nabízeny k prodeji a prodávány nejdéle 3 měsíce ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona. Přínosem těchto změn je snížení počtu kuřáků až o 2 % (Sněmovní tisk 687, 2016). Touto novelou, která vznikla na základě směrnice vydané EU, se Česká republika připojí k zemím, které kombinované varování používají. Zároveň alespoň mírně klesne počet kuřáků.

#### *1.5.2.5 E – enforce bans on tobacco advertising , promotion and sponsorship*

Zakázat jakoukoliv reklamu na tabákové výrobky, jejich propagaci a sponzorství. V zemích po celém světě, se tabákový průmysl snaží různou skrytou formou reklamy či sponzorství vytvořit iluzi, že tabák je jen obyčejným spotřebním zbožím, než smrtící produkt, který zabíjí až polovinu svých pravidelných uživatelů při pravidelné konzumaci. Tvrdý zákaz reklamy může snížit užívání tabáku, zejména u mladých lidí, na které jsou reklamy často cíleny. Tento zákaz bude účinný, pokud budou odstraněny nejenom tradiční formy přímé reklamy prostřednictvím médií (televize, rozhlas, tisk, billboard), ale také nepřímé formy jako např. umístění značky u prodeje, propagování značky nebo sponzorství různých akcí (Tobacco Free Initiative, 2016).

V České republice je tabáková reklama, propagace a sponzorství zakázána ovšem s určitými výjimkami. Reklama na tyto výrobky je dle zákona č. 40/1995 Sb., zákon o regulaci reklamy, povolena například v místě prodeje. Z praxe jsou výjimky často zneužívány k mnohem větší reklamě a tabákové společnosti se snaží hledat další cesty, jak zákon obejít (Králíková et al., 2013).

#### *1.5.2.6 R – Raise taxes on tobacco*

Zvyšování daní z tabáku je účinné opatření, podporuje kuřáky v rozhodnutí přestat kouřit a snižuje dostupnost tabákových výrobků dětem. Tato daň je dobře společensky přijímána a zvyšuje příjmy státního rozpočtu. WHO doporučuje zvyšovat daně dle úrovně inflace a kupní síly spotřebitelů. Efektivní je využití těchto příjmů na léčbu závislosti na tabáku a další zdravotnické programy (Tobacco Free Initiative, 2016).

V České republice podléhají tabákové výrobky spotřební dani. Daň z cigaret má dle směrnice EU dvě složky. Pevná (specifická) složka je dána stanovenou částkou na jednotku množství (kg/ks). Procentní složka vychází z ceny pro konečného spotřebitele. Tímto daň není stanovena jen podle množství výrobku, ale i z konečné ceny pro spotřebitele. Dále je stanovena daň minimální, která se použije, pokud součet procentní a pevné složky je nižší. Od roku 2004 se používají tzv. tabákové nálepky, které charakterizují sazbu spotřební daně (Králíková et al., 2013).

#### *1.5.3 Situace v České republice*

Česká republika ratifikovala Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku po dlouhých sedmi letech. Obecně je ČR považována za zemi s velmi laxním přístupem k této problematice. Tabákový průmysl má stále silné triky k manipulaci. Doba, kdy tabákový průmysl argumentoval s tvrzením, že nikotin není návykový a pasivní kouření není škodlivé, je pryč. Nyní je zde ovlivňování politiků i občanů, tím, že kuřáci jsou pro stát ekonomicky výhodní. Dle Aleny Šteflové (2013, s. 456): „*Také tato iluze – tabáková ekonomika – už je vyvrácena, ale zatím nikoliv u nás. V naší zemi je bohužel zatím vysoká tolerance jak k tabákovému průmyslu, tak ke kouření. To reflektovala řada konkrétních reakcí evropské i centrální úřadovny WHO, adresovaných našim politikům, jak na postech ministra zdravotnictví, tak i premiérovi.*“

#### ***1.5.4 Situace v Evropě***

Nejedná se pouze o Českou republiku, ovlivnění tabákovým průmyslem jsou i další evropští politici. V březnu 2014 schválil Evropský parlament revidovanou direktivu Evropské unie o tabákových výrobcích. Původní dokument byl vydán v roce 2001 a revize měla zohledňovat aktuální vědecké poznatky o zdravotních důsledcích a o strategiích marketingu souvisejících s užíváním tabáku. Během procesu změn bylo podáno více než 85 tisíc připomínek. Do výsledné revize nebyly zařazeny zásadní změny jako např. povinnost jednotného balení, zákaz poutačů prodejních míst nebo zákaz výroby mentolových cigaret, které představují vyhledávanou značku pro mladé začínající kuřáky. Tabákový průmysl vynaložil velké úsilí a finance na změnu revidované direktivy. Dle studie anglických odborníků, kteří zkoumali tři stěžejní texty, vyplynulo, že pojem „zdraví“ se v původním dokumentu z roku 2009 vyskytoval dvakrát častěji než v pozměněném návrhu. Zcela opačný byl vývoj pojmu „ekonomika“, jehož frekvence byla vždy významně vyšší v textech od tabákových společností a zvyšovala se postupně i v dokumentech od Evropské unie. Vývoj byl od 0 % v r. 2010, přes 0,20 % v návrhu v roce 2012, až do 0,25 % ve finálním textu direktivy (Hrubá, 2014c). To nasvědčuje stálému a významnému vlivu tabákového průmyslu nejen na české politiky.

#### ***1.5.5 End Game***

Situace není ve všech zemích stejná. Některé státy mají plán na postupné ukončení vlivu tabákového průmyslu tzv. End Game. Například Finsko chce být nekuřáckou zemí do roku 2040, Nový Zéland chce snížit prevalenci kouření pod 5 % do roku 2025. Aby těchto výsledků bylo možné dosáhnout, je nutné zajistit komplexní přístup společnosti i státu. Koncepce, která má na Novém Zélandu dosáhnout takových výsledků, je propracovaná do detailu. V zásadě se jedná o důsledné dodržování opatření, která jsou popsána také v FCTC (viz výše). Následná přísnější opatření jsou například dohled nad složením cigaret (zákaz výroby mentolových cigaret, zvýšení pH cigaret atd.), snížení dostupnosti tabáku (výdej jen na předpis, snížit počet prodejen ...) nebo jednotné balení cigaret (Králíková, 2012).

## 1.6 Legislativa

Pro účinné snižování škod způsobených tabákem, je zapotřebí provádět další legislativní i nelegislativní opatření. Nelegislativní opatření by měla být zaměřena na podporu informačních kampaní zaměřených na děti a mládež nebo na podporu kvalitních a dostupných služeb pro odvykání kouření. Ke snížení výskytu užívání tabáku v populaci ČR by měla přispět i další komplexní legislativní opatření.

Protikuřácké právní předpisy vedou k ochraně před nedobrovolnou expozicí tabákovému kouři. Obyvatelé by měli být informováni o rizicích pasivního kouření a seznámeny s nebezpečím plynoucím z tzv. kouře z třetí ruky (viz 1.1.6). Expozice pasivnímu kouření může způsobovat v mnoha případech stejné zdravotní problémy jako kouření aktivní. V roce 2010 zemřelo v důsledku expozice pasivnímu kouři více než 600 000 nekuřáků (WHO, 2011). Ačkoli se většina zdravotních účinků způsobených inhalací tabákového kouře objeví až ve vyšším věku, velmi často jsou pasivnímu kouření vystaveny děti, u kterých se díky nevyvinuté imunitě a dalším okolnostem mohou příznaky objevit dříve a ve větší míře (Hrubá, 2014b).

### 1.6.1 Historie zákazů kouření

V 15. století byl turecký sultán Murad IV. mezi prvními, kteří zakazovali kouření. Pokusil se zavřít kavárny, ve kterých se kuřáci scházeli. Kouření vnímal jako ohrožení morálky a zdraví. Moskevský patriarcha zakazoval ve stejné době prodej tabáku a ti, kteří byli přistiženi při kouření, odsuzoval k rozříznutí nosních dírek nebo k bičování. V Anglii zakázal kouření Jakub I. již v roce 1604, protože kouření byl zvyk pocházející z barbarských a zvířecích návyků divokých indiánů. Kouření byl zvyk, který způsobil zahálení šlechty a morální úpadek prostého lidu.

I přes veškeré zákazy se lidé kouření vzdát nechtěli. Jakmile okusili potěšení, nechtěli se ho vzdát. Vládcí zjistili, že nedokáží kouření potlačit, tak ho kontrolovali pomocí státních monopolů (Gilman a Xun, 2006).

### 1.6.2 Aktuální legislativa v ČR

V současné době existuje v ČR několik právních předpisů, které se zabývají problematikou tabáku. Jedná se např. o zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích v platném znění; zákon č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních; zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy. Problematika nekuřáckého prostředí je řešena v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoník práce; v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

Nejvíce a nejrozsáhleji upravuje problematiku kouření zákon č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami v platném znění. Tento zákon je také často označován jako protikuřácký a v současné době se velmi intenzivně jedná o jeho novele. Zákon projednává i jinou problematiku, která se netýká pouze kouření tabáku, ale tyto témata není nutné rozebírat v této diplomové práci.

Zákon č. 379/2005 Sb. určuje místa, kde je zakázáno kouřit. V současném znění zákona je zakázáno kouřit na veřejných místech určených zákonem, ve vnějších i vnitřních prostorách všech typů škol a školských zařízeních, ve vnitřních prostorách nekuřáckých zařízení, v uzavřených zábavních prostorách (divadla, kina, sportovní haly), ve vnitřních prostorách zdravotnických zařízení nebo ve vnitřních prostorách budov užívaných státními orgány. Provozovatel zařízení společného stravování se může rozhodnout, zda podnik bude kuřácký, nekuřácký nebo bude mít stavebně oddělené prostory. Vždy musí být zařízení společného stravování viditelně označeno grafickou značkou „Kouření povoleno“, „Kouření zakázáno“ nebo „Stavebně oddělené prostory pro kuřáky a nekuřáky“. Kuřácká zařízení a zařízení s vyhrazenými prostory musí mít zajištěno dostatečné větrání (Zákon č. 379/2005 Sb.). Ovšem podle Králíkové (2013) neexistuje tak účinná ventilace, která by mohla ochránit před negativními smyslovými účinky, natož pak před zdravotními.

Stejná situace platí i pro elektronické cigarety, které jsou dle zákona č. 379/2005 Sb. označeny za tabákové výrobky.

### ***1.6.3 Novela zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek***

Zákonodárci se novelou tohoto zákona zabývají již několik let. Novela přináší změny i v jiné problematice, ale v této kapitole budou stručně rozebrány pouze změny, které se týkají zákazu kouření v restauračních zařízeních.

Návrhy novely se různě mění od roku 2005. V roce 2006 vstoupil v účinnost zákaz kouření v zařízeních společného stravování, pokud nemají zvláštní prostory vyhrazené pro kuřáky. V praxi toto opatření vypadalo tak, že byly vyhrazené kuřákům celé prostory, a proto byl tento zákaz zrušen v roce 2009 (Zákon č. 379/2005 Sb.).

V roce 2011 ministr zdravotnictví Leoš Heger vyjádřil podporu úplnému zákazu kouření v restauračních zařízeních, ale návrh nebyl ani projednán vládou.

Dne 18. 7. 2014 byl předložen poslanecký návrh, který zakazuje kouření ve vnitřních prostorech stravovacích zařízení. Tento návrh se měl zařadit do programu

projednávání poslanecké sněmovny, ale několik měsíců k projednání nezbyl na schůzi čas (Kindl, 2014).

V lednu vláda zveřejnila návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. V červnu 2015 vláda tento návrh schválila. V prosinci 2015 prošly návrhy prvním čtením v Poslanecké sněmovně. V únoru 2016 výbor pro zdravotnictví doporučil návrh schválit. V březnu 2016 návrh prošel 2. čtením v Poslanecké sněmovně. Zároveň byly navrženy výjimky. Zákaz by neplatil pro vodní dýmky a elektronické cigarety nebo by mohly být zřízeny kuřácké části zařízení, kam by nechodila obsluha.

Dne 25. 5. 2016 Poslanecká sněmovna nepřijala vládní návrh ze dne 3. 6. 2016. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček vládě znovu předložil návrh protikuřáckého zákona, do kterého zapracoval některé schválené výjimky (užívání vodních dýmek a elektronických cigaret).

Zda bude nový zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek schválen a v jaké podobě se uvidí časem. Jisté je, že by Česká republika měla zajistit komplexní ochranu před expozicí tabákovému kouří do 5 let od ratifikace FCTC (pro ČR je to rok 2017). Dále by došlo k naplnění úkolů a cílů dalších dokumentů v oblasti veřejného zdraví (např. Zdraví 2020) (Kindl, 2014; Sněmovní tisk 828 a důvodná zpráva, 2016).

#### ***1.6.4 Přínos novely zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek***

Zákaz kouření na veřejných místech má protektivní účinek pro nekuřáky i kuřáky. Nekuřáci jsou podstatně méně vystaveni pasivnímu kouření. Kuřáci mají tendenci kouřit méně a mají větší úspěch v odvykání (Eriksen et al., 2015).

V novele zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek se diskutuje o zákazu kouření na různých veřejných místech (např. nástupiště veřejné dopravy, zoologické zahrady). Největší změna by se týkala zavedení zákazu kouření ve vnitřním prostoru provozoven stravovacích služeb (restaurace, kavárny, vinárny, čajovny, bary atd.) (Sněmovní tisk 828 a důvodná zpráva, 2016).

Přínosy novely zákona mohou být rozdílné. Jsou závislé na formě, v jaké bude zákon schválen. Pokud budou v novele přibývat výjimky v podobě kuřáren bez obsluhy atp., účinnost a smysl novely se snižuje.

Úplný zákaz kouření přinese pro podnikatelské subjekty zvýšení produktivity zaměstnanců v důsledku nižší nemocnosti působené pasivním kouřením. Zároveň se

mohou snížit náklady na vzduchotechniku. Možné je i zvýšení zisků z důvodu nárůstu návštěvnosti nekuřáky o 3–6 % (IPSOS a FSV UK, 2013; Sněmovní tisk 828 a důvodná zpráva, 2016).

Ochránění budou zejména zaměstnanci kuřáckých zařízení společného stravování. Dle Sovinové (2015) je vystaveno kouření na pracovišti 14,4 % nekuřáků. Můžeme se domnívat, že velká část budou zaměstnanci zařízení společného stravování.

Zákaz kouření má vliv i na ochranu zdraví celé společnosti. V kombinaci s dalšími opatřeními by došlo ke snížení prevalence kouření, zejména u mladých lidí. Právě tato věková skupina kouří nejčastěji v restauracích, barech, diskotékách a klubech. Pokud by platil zákaz kouření, dle vlastních slov by nezačalo kouřit až 24 % pravidelných kuřáků a 51 % příležitostných kuřáků (IPSOS a FSV UK, 2013). Model SimSmoke naznačuje, že v ČR by se mohla snížit prevalence až o 22 % v prvním roce a o 35 % za 20 let, pokud budou akceptována veškerá možná opatření – zvýšení daní, mediální kampaně, komplexní léčebné programy, kombinovaná zdravotní varování, omezené prodeje tabákových výrobků a přísné nekuřácké zákony (Levy et al., 2012).

#### ***1.6.5 Náklady novely zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek***

Zavedení úplného zákazu kouření v restauračních zřízeních může v počátcích znamenat mírný pokles tržeb, který by však měl být v budoucnosti kompenzován. Ze zkušeností z jiných států EU zavedení úplného zákazu kouření nemělo statisticky významný dlouhodobý efekt na zisky zařízení společného stravování (Melberg, Lund, 2012). V dlouhodobém horizontu lze předpokládat snížení prevalence kouření v populaci. S tím souvisí pokles spotřeby tabákových výrobků a možný dopad na tabákový průmysl. V případě úplného zákazu kouření by se mohlo jednat dle zkušeností z Irska, Anglie nebo Itálie o redukci spotřeby v průměru o 5–10 % (Sněmovní tisk 828 a důvodná zpráva, 2016).

Ekonomické náklady kouření nejsou přesně známé, ale dle odhadu Zábranského et al. (2011) činily celospolečenské náklady užívání tabáku v roce 2007 33,1 miliard Kč.

### ***1.6.6 Protikuřácká legislativa v Evropě***

Právní předpisy, zakazující kouření v restauračních zařízeních, zaznamenaly za poslední roky v jednotlivých zemích Evropské unie jisté změny. Zlepšení situace bylo zaznamenáno ve většině zemí Evropy. Tyto výsledky jsou dané také tím, že zavedení nekuřácké prostředí je určeno v článku 8 FCTC. Bohužel stále v některých členských státech, zejména v České republice, Rumunsku a na Slovensku je ochrana před pasivním kouřením málo účinná (Smokefree map, 2015).

V roce 2004 bylo kouření zakázáno v Holandsku, Norsku a dalších zemích. V Anglii byl kompletní zákaz kouření ve všech barech a restauracích zaveden v roce 2007. Ústav pro výzkum rakoviny UK prohlásil, že jde o největší krok dopředu ve veřejném zdravotnictví za posledních 50 let. Odpůrci zákona tvrdí, že jde o porušení lidských práv a zároveň lidé budou více kouřit a děti budou vystaveny pasivnímu kouření (Kříž, 2007).

Od zavedení zákazu kouření v Anglii uplynulo 9 let a nyní se objevují studie, které hodnotí důsledky. Některé studie jsou v opozici s pozitivními výsledky a účinky zákazu kouření. Jones et al. (2013) uvádí, že snížení prevalence kouření v Anglii bylo jen krátkodobé a v dlouhodobém horizontu nemělo vliv na spotřebu tabáku. Ovšem je nutné dodat, že v každém případě zákaz přispívá k ochraně zdraví zaměstnanců restaurací a barů. Zároveň Thyrian et al. (2010) došli k závěru, že v zemích s přísnou protikuřáckou legislativou jsou nekuřáci méně exponováni ETS než v zemích s nižší ochranou.

V současné době je v Evropě kompletně zakázáno kouřit v restauracích a barech ve 13 zemích. Částečný zákaz kouření platí v 18 zemích. Česká republika jedinou zemí v Evropě, kde je možno provozovat čistě kuřáckou restauraci. Spolu se Slovenskem patří ČR k jediným státům v Evropě, kde je možno provozovat zcela kuřácké bary (Smokefree map, 2015). Je zarážející, že se ČR snaží v mnoha ohledech vyrovnat západním zemím Evropy, ale v oblasti ochrany obyvatel před expozicí tabákovému kouři jsme stále tak daleko.



## **2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **Cíle práce**

Hlavním cílem práce je: Zmapovat problematiku kouření v restauračních zařízeních z pohledu jejich zaměstnanců.

Dílčí cíl: Monitorovat kouření v restauračních zařízeních v centru Plzně. Zjistit zastoupení restauračních zařízení kuřáckých, nekuřáckých a zařízení se stavebně oddělenými prostory ke kouření.

### **Výzkumné otázky**

Stanoveny byly tři deskriptivní výzkumné otázky:

1. Jaké jsou kuřácké návyky zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení?
2. Jak vnímají zaměstnanci kuřáckých restauračních zařízení riziko pasivního kouření?
3. Jaký je postoj zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení k nové plánované protikuřácké legislativě?

### **Operacionalizace**

Kuřácké návyky – tento pojem zahrnuje počet vykouřených cigaret, denní doba kouření, místo kouření (práce x volný čas)

Restaurační zařízení – tento pojem zahrnuje zařízení společného stravování, které poskytuje stravovací službu (nápoje, pokrmy) – restaurace, bary, kavárny apod.

Zaměstnanci – tento pojem zahrnuje zaměstnance na pozici servírka/číšník, barman/barmanka, barista/baristka (popř. podobné pozice), kteří jsou během své pracovní doby exponováni tabákovému kouři

## **3 METODIKA**

### **3.1 Metodika výzkumu**

Praktická část byla zpracována pomocí kvalitativního šetření. Ke sběru dat byla zvolena metoda hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Respondenti byli vybráni technikou sněhové koule, což je metoda postupného získávání respondentů na základě doporučení respondentů již získaných (Miovský, 2006). Tato technika byla zvolena kvůli specifickým požadavkům na respondenty (více viz 3.2). Každý účastník výzkumu byl seznámen se záměrem diplomové práce a souhlasil s pořízením audiozáznamu.

Metodika pro zpracování dílčího cíle (monitorovat kouření v restauračních zařízeních v centru Plzně) byla odlišná. Seznam restauračních zařízení a rozdělení dle kouření byl vypracován na základě šetření (pozorování) v centru Plzně. Centrum města bylo definováno jako Vnitřní Město, které je součástí městského obvodu Plzeň 3. Vnitřní Město je přesně vymezeno a byly zpracovány pouze restaurační zařízení, která se nacházejí v daných ulicích. Tato část města Plzně byla zvolena z důvodu, že je zde vysoký počet restauračních zařízení všech typů (restaurace, bary, kavárny).

Polostrukturovaný rozhovor je rozdělen na tři části. První soubor otázek je zaměřený na kuřácké návyky respondenta. Druhá část byla zaměřena na téma pasivní kouření. Poslední otázky rozhovoru se týkaly kouření v daném restauračním zařízení a novely zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Všechny otázky polostrukturovaného rozhovoru jsou k nalezení v příloze č. 6. Jednotlivé rozhovory byly nahrány na diktafon. Odpovědi byly přepsány a v písemné podobě jsou v příloze na CD.

### **3.2 Charakteristika zkoumaného souboru**

Výzkumný soubor tvoří celkem 13 respondentů, 8 žen a 5 mužů, ve věku 21–45 let. Všichni respondenti jsou středoškolsky vzdělání. Pro zachování anonymity jsou v rozhorech označeni Respondent 1 (R1) atp. Účastníci výzkumu jsou kuřáci a pracují jako obsluha v kuřáckém restauračním zařízení. Výzkumný soubor byl získán, s ohledem na jeho charakteristiku, pomocí techniky sněhové koule.

### **3.3 Sběr dat**

Data pro dílčí cíl byla získávána od prosince 2015 do ledna 2016. Při sběru dat pro dílčí cíl, bylo provedeno pilotní šetření, které doplnilo otázky do polostrukturovaného rozhovoru.

Data pro hlavní cíl byla získána pomocí hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Sběr dat probíhal od března do června 2016 v Plzni. Většina rozhovorů probíhala v místě pracoviště respondenta.

### **3.4 Způsob vyhodnocení**

Vyhodnocení získaných dat bylo provedeno pomocí standardizovaného postupu tzv. otevřeným kódováním. Kódování bylo realizováno v ruce pomocí metody „papír a tužka“, kterou uvádí Švařířek a Šed'ová (2007). Všechny rozhovory byly přepsány a následně vytištěny. Každý rozhovor byl několikrát pečlivě přečten. Následně byl text rozhovoru rozdělený na jednotky, kterými mohly být slova, sekvence slov, věty nebo odstavce. Těmto jednotkám byl přidělen určitý kód. Kódování probíhalo vyhledáváním nejčastěji se opakujících slov, kterými se respondenti vyjadřovali k jednotlivým podkategoriím. Vyhodnocení je znázorněno přehlednými schématy a doplněno přímými citacemi z rozhovorů.

## 4 VÝSLEDKY

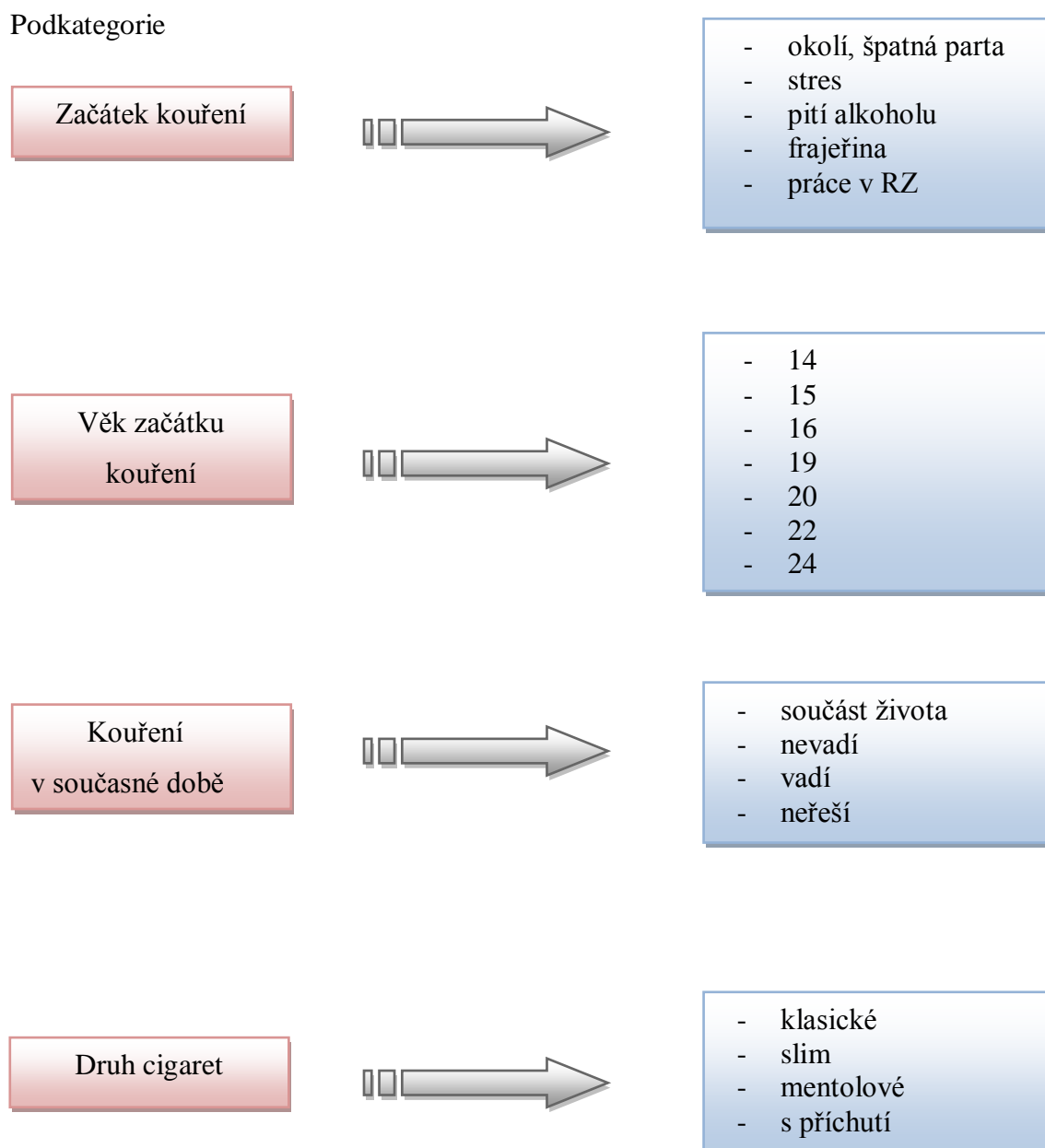
Na schématu č. 1 jsou uvedené odpovědi, které se týkají kuřáckých návyků zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení. Cílem kategorie bylo zjistit, zda kuřácké pracovní prostředí má vliv na kouření zaměstnanců.

Schéma č. 1 – Kategorie kuřácké návyky

Kategorie

### Kuřácké návyky

Podkategorie



Místo kouření



- práce
- doma
- v restauračním zařízení
- kdekoliv

Čas kouření



- ráno
- odpoledne
- po jídle
- dle chuti

Výběr současného zaměstnání



- absence práce
- náhodný
- práce s lidmi
- pracovní doba
- praxe
- dobrá nabídka
- prostředí

Předchozí zaměstnání



- prodavač/ka
- státní sféra
- kuchař/ka
- pečovatel/ka
- autoservis
- 1. zaměstnání

## Kategorie Kuřácké návyky

Kategorie kuřácké návyky se zaměřuje na kouření u zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení. Z výzkumu se snažíme zjistit, zda kuřácké prostředí ovlivnilo jejich závislost.

Z výzkumu vyplynulo, že respondenti jsou zaměstnáni v kuřáckém podniku od půl roku až 18 let. Nejčastěji se jejich praxe pohybuje mezi 4–6 roky. Věkové rozpětí, které určuje začátek kouření respondentů, je široké. Nejmladší věk, kdy respondent začal s kouřením je 14 let, nejpozději začala respondentka kouřit ve 24 letech. Nejčastěji respondenti zkusili užívání cigaret ve věku 15–16 let. Důvod, který vedl dotazované ke kouření je odlišný. Často se opakovaly kódy kouření okolí a v mladším věku začlenění se do špatné party. Například R4 uvedl: *„Dostal jsem se do špatné party lidí. V 16 letech jsem se dostal do bandy kluků, kterým bylo 27 a více let. A oni na mě: „Jo když si s námi nezapálíš, tak tě spolu nechceme.“ Hm tak jsem jim odpověděl, jo jedno mi dejte.“* Možnost kouřit v restauracích a barech nevedla žádného respondenta k začátku kouření cigaret. Někteří respondenti uvedli, že začali užívat cigarety z důvodu stresu. Práce v kuřáckém restauračním zařízení ovlivnila vznik závislosti pouze u R11, která uvedla: *„ Já jsem dlouho nekouřila. ... Pak jsem začala dělat za barem, tak jsem začala kouřit.“*

Kouření v současné době vadí jen některým respondentům. Část dotazovaných je přesvědčena, že kdykoliv budou chtít přestat, budou úspěšní. R2 uvádí: *„ Kouření mi vadí, ale zatím přestávat nebudu. Chutná mi to, ale dokážu přestat, jen se musím rozhodnout.“* Pro respondenty je kouření způsob, jak zahánět stres. Užívání cigaret je pro některé dotázané součástí života, ale zároveň finanční zátěž. R6 uvedla: *„Občas mi to, že kouřím, vadí. Stojí to hodně peněz, ale jinak přestat nechci.“* Pokud se nějací respondenti pokoušeli přestat, pokusy byly bohužel neúspěšné. Ženám se to povedlo v těhotenství, které je silnou motivací i pro současné bezdětné respondentky. R9 uvedla: *„Nevadí mi, že kouřím v současné době. Ani neuvažuji, že bych kouření zanechala. Možná pak déle, kdybych čekala dítě, tak to bych přestala.“*

Doba, kdy respondenti nejčastěji kouří je různá. Nejvíce se opakoval kód chuť na cigaretu. Takže denní doba skoro neovlivňuje kouření a respondenti si zapalují cigarety, pokud na ně mají chuť. Naopak R11 uvedla: *„Kouřím nejčastěji v noci, protože dělám noční směny.“* Z výzkumu vyplynulo, že kromě klasických cigaret mají respondenti v oblibě i cigarety s příchutí, mentolové a slim, které kouří v poslední době velmi často. Někteří respondenti mentolové a cigarety s příchutí upřednostňují před klasickými. Slim

cigarety vedly u R9 k návratu ke kouření: „*Nekouřila jsem rok. Poté jsem to zase vyzkoušela. Začala jsem pomalu kouřit slimky a z těch jsem přešla k silným cigaretám. Jo protože loni byly nějaké nové slimky a mě to lákalo, že to vyzkouším.*“

Respondenti nejčastěji kouří v práci a při návštěvě jiného restauračního zařízení. V jejich případě užívají cigarety vždy v restauračním zařízení. Většina respondentů uvedla, že **kouří více ve své práci než volnu**. Někdy byly rozdíly v počtu vykouřených cigaret ve volnu a v práci velmi markantní. Například R10 uvádí: „*Když jsem doma a nejdu do práce tak vykouřím tak 2-3 cigarety. Když jsem v práci, tak mám třeba 2 krabičky denně.*“ Důvody jsou různé. Například R10 uvedla: „*Určitě kouřím v práci více, protože je tu nuda a musím se nějak zabavit.*“ Jiný důvod uvedla R9: „*No ono se těžko posuzuje, protože mám týden volno a týden práci. Ale řekla bych, že více kouřím v práci, protože při pohledu na kouřící lidi mám větší chuť si zapálit.*“ Dva respondenti uvedli, že kouří v práci více, protože je to jejich způsob uklidnění po kontaktu s nepříjemnými zákazníky. Naopak R5 popsala: „*Kouřím více ve svém volnu, protože v práci na to nemám tolik čas.*“

Respondenti si své pracovní místo nevybírali nijak záměrně. Často je k výběru kuřáckého pracovního prostředí vedla absence práce, vhodná pracovní doba nebo dobrá finanční nabídka. Ve dvou případech začali dotázaní pracovat v kuřáckém prostředí díky praxi na střední škole. Ať už se dotázaní do kuřáckého prostředí dostali z jakéhokoliv důvodu, častá odpověď byla, že prostředí, ve kterém pracují, nijak neřeší a nevnímají.

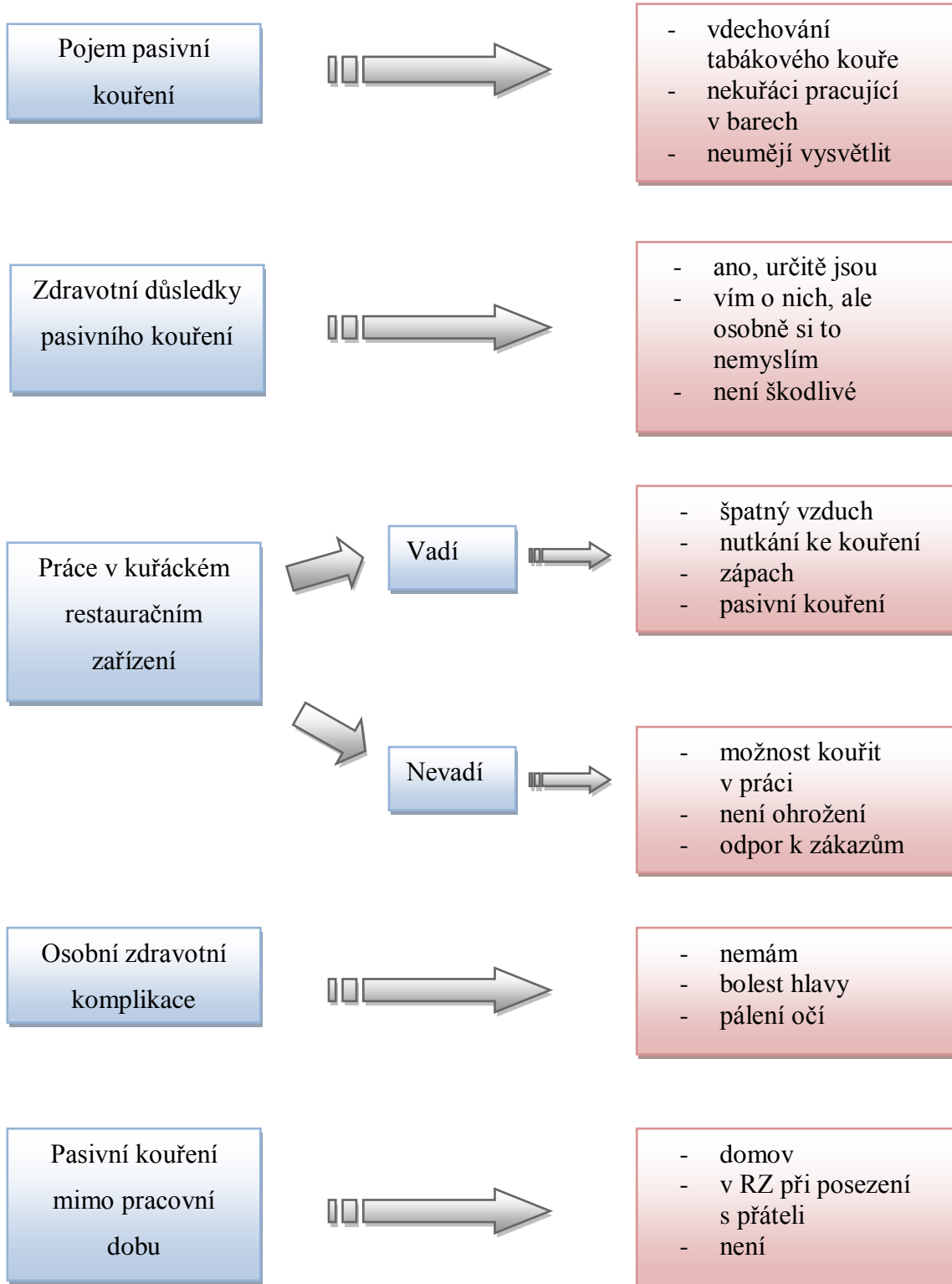
Předchozí zaměstnání dotazovaných byla často mimo obor pohostinství, pokud se nejednalo o první zaměstnání. Respondenti uvedli, že po nástupu do kuřáckého restauračního zařízení, se **zvýšil počet vykouřených cigaret**. R11 uvedla: „*Předtím jsem pracovala jako chůva, takže tam jsem ve své pracovní době kouřila jen výjimečně.*“ R2 také potvrzuje více vykouřených cigaret, ale z jiného důvodu: „*Ano kouřím více, ale není důvod ten, že se jedná o kuřácký podnik, ale proto, že když děláte za barem a zapálíte si, tak uděláte 4 objednávky a z té cigarety si potáhnete jednou. Takže ve finále vykouříte dvě krabičky, ale ve skutečnosti vykouříte dohromady 4 cigarety, protože ty cigarety vyhoří.*“ U R4 se snížil počet vykouřených cigaret, protože využívá pasivního kouření, které uspokojuje jeho chuť na cigarety.

## Schéma č. 2 – Kategorie pasivního kouření

Kategorie

### Pasivní kouření

Podkategorie





## Kategorie pasivní kouření

Druhé schéma se zaměřuje na pasivní kouření, kterému jsou pracovníci kuřáckých restauračních zařízení exponováni po celou pracovní dobu. Výzkum se snažil zmapovat, zda respondenti vnímají riziko pasivního kouření.

Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentů zná pojem „pasivní kouření“. Všichni pojem vysvětlovali obdobně. Například R12 uvedl: „*No děje se to tak, že sám nekouřím a dýchám kouř, když kouří někdo jiný.*“ Pouze dva respondenti neuměli pojem přesněji definovat. Po vysvětlení jim pojem byl známý. Dotázaní mají povědomí o zdravotních důsledcích pasivního kouření, ale jejich osobní názor je jiný. Například R11 uvedla: „*No doktoři říkají plno věcí. Je hodně lidí, kteří nekouří a mají rakovinu plic a jsou lidé, kteří prokouří celý život a jsou úplně zdraví. Určitě je lepší, když to nevdechují děti. Ale zároveň si myslím, že je daleko více škodlivějších věcí, než je cigaretový kouř. Například v jídlech apod.*“ O rizicích pasivního kouření není přesvědčena ani R3, která uvedla: „*Tak jako určitě to něco způsobuje, ale že by to bylo něco tak závažného, aby z toho lidi onemocněli to asi ne. Já si myslím, že třeba astmatikům to může vadit.*“ Podobné odpovědi uvedla většina respondentů. Na základě rozhovorů můžeme říci, že pasivní kouření může dle zaměstnanců způsobovat dýchací problémy, rakovinu plic a zhoršovat astma. Jiná rizika uvedena nebyla.

Práce v zakouřeném prostředí vadí např. R5: „*Ano, vadí mi práce v kuřáckém podniku. Nelze tu moc větrat a bar nemá čističku vzduchu. Že si občas zapálím, ještě neznamená, že v tom musím dělat a prodírat se mlhou. A hlavně člověk pořád smrdí, takže příchod ve tři ráno neznamená skok do postele po náročném dni, ale sprchu, mytí hlavy a fénování, věci nejlépe do igelitu ať nesmrdí i byt, ale já je házím alespoň na máchání do pračky.*“ Na zápach jako respondent 5 si stěžovala většina dotázaných, kterým práce v tomto prostředí vadí. Části respondentů práce v kuřáckém prostředí nevadí a berou ji jako výhodu. R9 uvádí: „*Ne tak to mi vůbec nevadí. Tak pro mě je to dobrý. Já si můžu zapálit přímo v hospodě a nemusím chodit nikam ven.*“

Akutní zdravotní problémy způsobené expozicí tabákovému kouři má nepravidelně asi polovina respondentů. Jedná se zejména o bolest hlavy a pálení očí. Tyto problémy se často vyskytují zejména v zimě, kdy není možnost častějšího větrání podniku. Zbytek respondentů zdravotní komplikace spojené s pobytem v zakouřené místnosti nepocítuje. Žádný zaměstnanec kuřáckého restauračního zařízení neuvedl, že by se ve svém volnu

cítil lépe po zdravotní stránce. Rozdíly mezi pobytem v zakouřeném a čistém prostředí nepocítují.

Z výzkumu vyplynulo, že respondenti jsou vystaveni pasivnímu kouření i mimo pracovní dobu. Nejčastěji jsou exponováni při návštěvě jiného kuřáckého podniku. Tato situace je individuální dle každého respondenta, ale průměrně jsou exponováni v jiném restauračním zařízení 1x za týden. R 9 uvedla: „*No jsem vystavena v restauracích ve svém volném čase. Já když jsem kuřák, tak vyhledávám restaurace, kde se může kouřit. Já nepůjdu do restaurace, kde se nekouří.*“ Každý den jsou vystaveni tabákovému kouři tři dotázaní, kteří kouří i ve svém domově. Naopak R8 uvedla: „*Ne nejsem vystavena tabákovému kouři. Stačí mi to v práci, ve svém volném čase se snažím pasivnímu kouření vyhýbat.*“

O změně zaměstnání z důvodu expozice tabákovému kouři neuvažoval žádný respondent. R8 uvádí: „*O tom jsem nepřemýšlela. Kouř mi vadí, ale zase jsem také kuřačka, takže to pro mě má i své výhody.*“

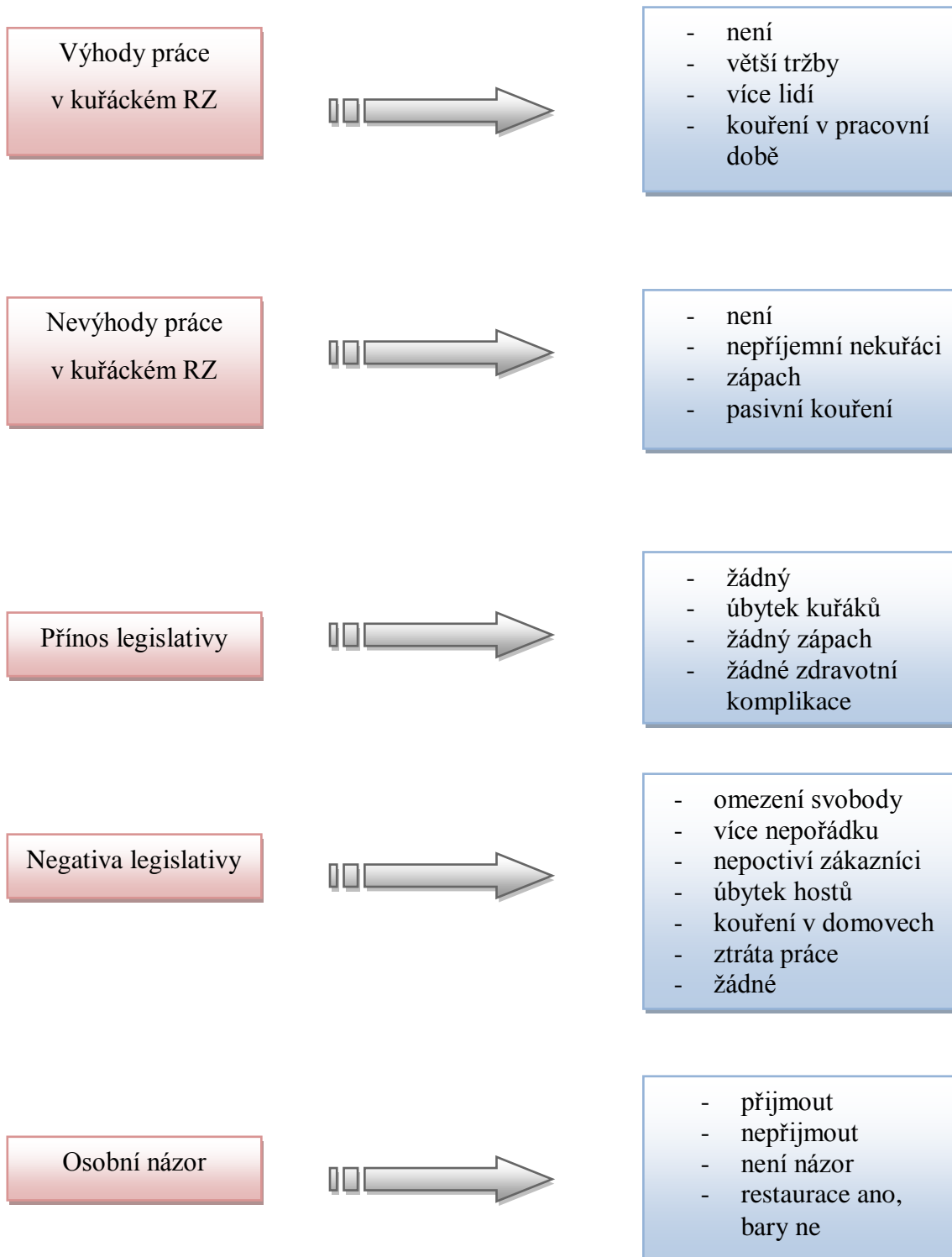
Souhrnně lze říci, že zaměstnanci znají pouze některá rizika pasivního kouření. Většina respondentů si riziko pasivního kouření neuvědomuje nebo nepřipouští. Polovina dotázaných uvedla akutní zdravotní problémy, které jim expozice tabákovému kouři způsobuje.

### Schéma č. 3 – Kategorie Protikuřácká legislativa

#### Kategorie

#### Protikuřácká legislativa

#### Podkategorie



## Kategorie Protikuřácká legislativa

Schéma Protikuřácká legislativa je zaměřeno na novelu zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek z pohledu vybraných respondentů. Tato novela by zaměstnance kuřáckých restauračních zařízení ovlivnila ve velké míře, proto jsme ve výzkumu diplomové práce snažili zjistit, jak tato skupina obyvatel tuto regulaci vnímá.

Z výzkumu vyplynulo, že oslovení respondenti vidí výhodu kuřáckého restauračního zařízení ve větších tržbách a větší návštěvnosti. To potvrzuje i výpověď R3: „*Určitě sem chodí více lidí. Lidé se tady cítí lépe. Jsou vyšší tržby, dýška. Pokud přijde nekuřák, dá si rychlé kafe a odejde.*“ Další výhodu popsal R6: „*Výhodu to pro mě má, protože si mohu zapálit v pracovní době a nemusím chodit nikam pryč.*“ Menšina respondentů žádnou výhodu práce v kuřáckém restauračním zařízení nenalezla.

Při dotazu na nevýhodu práce v kuřáckém prostředí se často opakovaly kódy zápach kouře, žádná nebo pasivní kouření. Stížnosti na zápach oblečení, vlasů i vybavení podniku byly časté. Někteří respondenti se zmínili o negativním působení tabákového kouře na zdraví (jednalo se pouze o akutní problémy), ale většina si riziko neuvědomovala. R9 uvádí: „*Nevýhodu, to moc nevím. Maximálně, že mi smrdí vlasy od kouře.*“

Ve většině podniků dobře fungovala vzduchotechnika na odtah cigaretového kouře a stížnosti hostů na špatný vzduch jsou jen minimální. Dle R4 a R6 většina hostů počítá s tím, že jdou do kuřáckého podniku nebo tam jdou za účelem užívání cigaret. Naopak R5 uvedla: „*Žádný odtah, klimatizaci a podobné zařízení v našem podniku není. Hosté si často stěžují, ale oni se alespoň, na rozdíl ode mě, mohou sebrat a odejít.*“ Dle informací od respondentů, plánuje pouze jediný majitel podniku změnu na nekuřácké zařízení. Hlavní důvod není ochrana zaměstnanců. Tyto informace ovšem nejsou zcela potvrditelné, jelikož rozhovory byly provedeny s obsluhou daného podniku a nikoliv s majiteli.

Všichni respondenti s výjimkou jednoho mají povědomí o připravované novele zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Přínosem novely legislativy by dle respondentů bylo snížení počtu kuřáků v populaci, úbytek zápachu způsobeného tabákovým kouřem v restauračních zařízeních a snížení zdravotních komplikací způsobených pasivním kouřením. R4 uvádí: „*Přínos pro mě by byl, že by mě nebolela hlava. To by bylo pro mě velké plus, protože bych se vyhnul pasivnímu*

*kouření.*“ R4 patří k menšině respondentů, kteří vidí zákaz kouření v restauračních zařízeních jako výhodu při ochraně svého zdraví. Naopak většina respondentů žádný přínos v plánované legislativě nenachází. To potvrzují slova R6: „*No at' přemýšlím, jak přemýšlím, žádný přínos mě nenapadá. Myslím si, že by si to měl každý rozmyslet sám, zda půjde do kuřáckého prostředí nebo ne.*“ Negativa, která by dle respondentů přinesla novela zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, jsou různorodá. Převažuje názor, že by lidé chodili do restauračních zařízení méně. S tímto by byla spojená i možná ztráta práce, které se obává např. R10: „*Lidé by přestali chodit pít, chodit jíst do restaurací. Myslím si, že by mohli i lidé přijít o práci kvůli nižší návštěvnosti.*“. To, že by lidé více kouřili ve svých domovech, se domnívá R5: „*Z hospod by se stala dětská hřiště, kde děti jen řvou a večer by nejspíš bylo prázdné, protože by si každý koupil lahvičku domů a v klidu si k tomu zapálil.*“. Další respondenti se obávají většího nepořádku před jejich restauračními zařízeními nebo nepoctivých zákazníků, kteří by chodili kouřit mimo restaurační zařízení a už by se nevrátili zaplatit účet. Posledním kódem, který se opakoval v této souvislosti, bylo *omezování svobody*. Těmto dotazovaným se nejednalo přímo o obsah novely protikuřáckého zákona, ale vadil jim obecně princip zákazu. Například R2 uvedl: „*Je to omezování svobodného práva kuřáků. Jo dobrý, je to škodlivý, ale když se někde kouří a jsem nekuřák, tak tam nejdu.*“

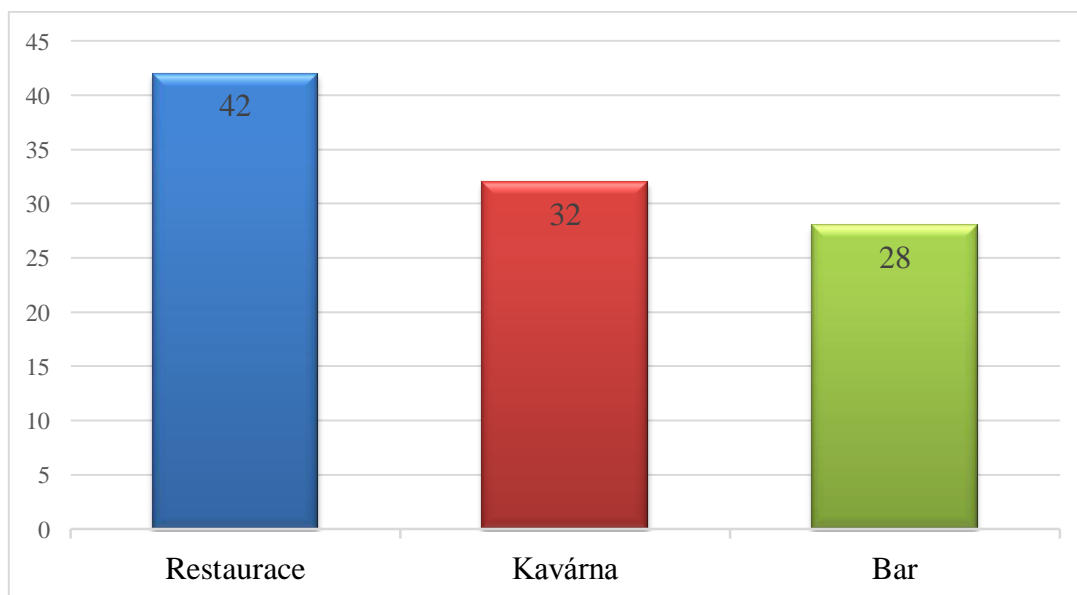
Většina dotazovaných si **nepřeje přijetí zákona**. R6 uvedl: „*Já jsem proti přijetí, kouření je normální věc a neměli by nijak omezovat, pokud chce někdo kouřit.*“ Někteří respondenti váhají a zvažují výhody a nevýhody, jako např. R5: „*Těžko říct. Mám na to dva pohledy. Z pohledu zaměstnance určitě chci zákaz kouření. Z pohledu hosta moc ne. Ale pokud mám říci, co převažuje, tak bych asi byla pro přijetí.*“. Respondentovi č. 2, který nemá rád omezování, je jedno, zda novela zákona bude přijata, ale požaduje dobré podmínky pro kuřáky. R2 uvedl: „*Je mi to jedno. Když mi někdo řekne, že se prostě v hospodě nebude kouřit, tak se bude chodit kouřit ven. V zahraničí to je a lidé to akceptují, ale zase tam byly udělané podmínky pro kuřáky. Neexistovalo, že tam někde byly naházené nedopalky. Když byla zima, před restaurací byl vytápěný stan. Bylo tam kompletní zázemí pro kuřáky, protože ti lidé dělají ohromné tržby.*“. R11 by byla pro zákaz kouření v podnicích, kde konzumuje jídlo. V barech a výčepech by kouření povolila. Naopak R4 patří k menšině, která by chtěla, aby byl zákon schválen. „*Jo to 100 % chci, aby novela byla přijata. Myslím, že bych měl možná důvod přestat kouřit.*“, uvedl R4.

## Vyhodnocení monitorování kouření v restauračních zařízeních v centru Plzně

V této práci jsme si stanovili dílčí cíl monitorovat kouření v restauračních zařízeních v centru Plzně. Zjistit zastoupení restauračních zařízení kuřáckých, nekuřáckých a zařízení se stavebně oddělenými prostory ke kouření. Zda návštěvníci, ale také pracovníci mají možnost si vybrat nekuřácký podnik pro svoji návštěvu nebo jako své pracovní místo.

V centru města Plzně se nachází celkem 102 restauračních zařízení. Tyto podniky jsme rozdělili na tři jednotlivé druhy: Restaurace, Kavárny a Bary. Jako Restaurace byly označeny podniky, u kterých je primární cíl návštěvy konzumace jídla. Do kategorie Kavárny byly zařazeny podniky s otevírací dobou během dne, kde se konzumuje nejčastěji nápoj popř. nějaké menší jídlo (zákusek, toast apod.). Podniky Kategorie Bar jsou zařízení s otevírací dobou většinou od odpoledne do noci. V těchto podnicích jsou často konzumovány alkoholické nápoje. V některých případech je rozdíl mezi kavárnou a barem velmi malý a záleží, v jaké denní době podnik navštívíte. Rozdělení na tři druhy zařízení je pouze pro větší přehlednost a proběhlo na základě osobní návštěvy podniku a vlastního posouzení. Jednotlivé rozdělení podniků uvádí Graf 1.

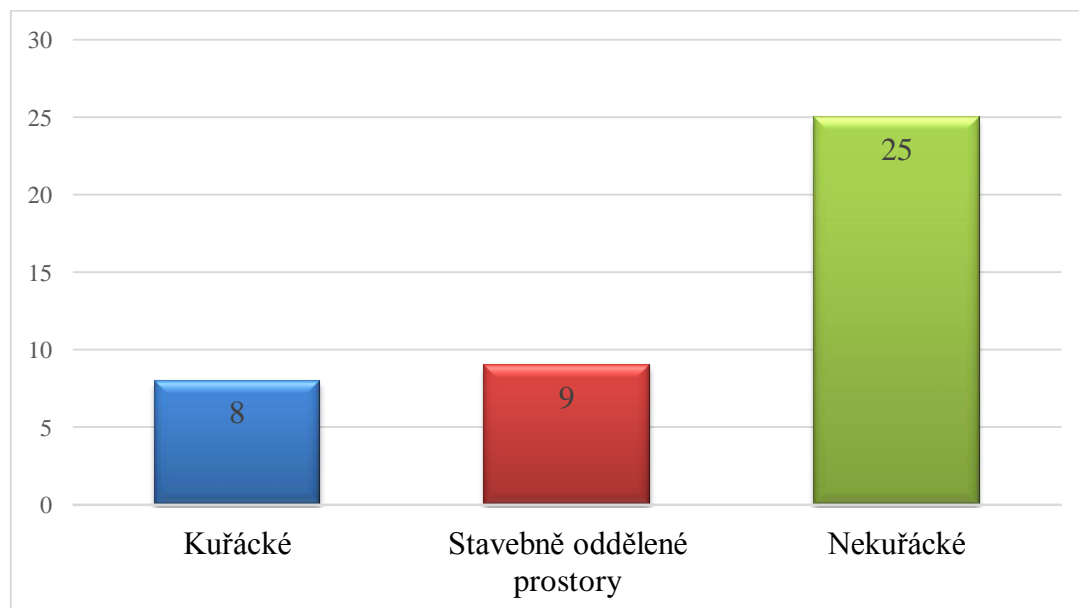
Graf 1 – Restaurantiční zařízení v centru Plzně



Zdroj: Vlastní výzkum

Z Grafu 1 vyplývá, že nejpočetněji jsou v centru Plzně zastoupeny restaurace, kam nejčastěji hosté přicházejí konzumovat jídlo. Kavárny jsou druhé nejpočetnější, ale rozdíl mezi počtem barů je malý. V následujících grafech bude znázorněné jednotlivé rozdělení podniků, dle možnosti užívat cigarety. Graf 2 přehledně zobrazuje kategorii restaurací.

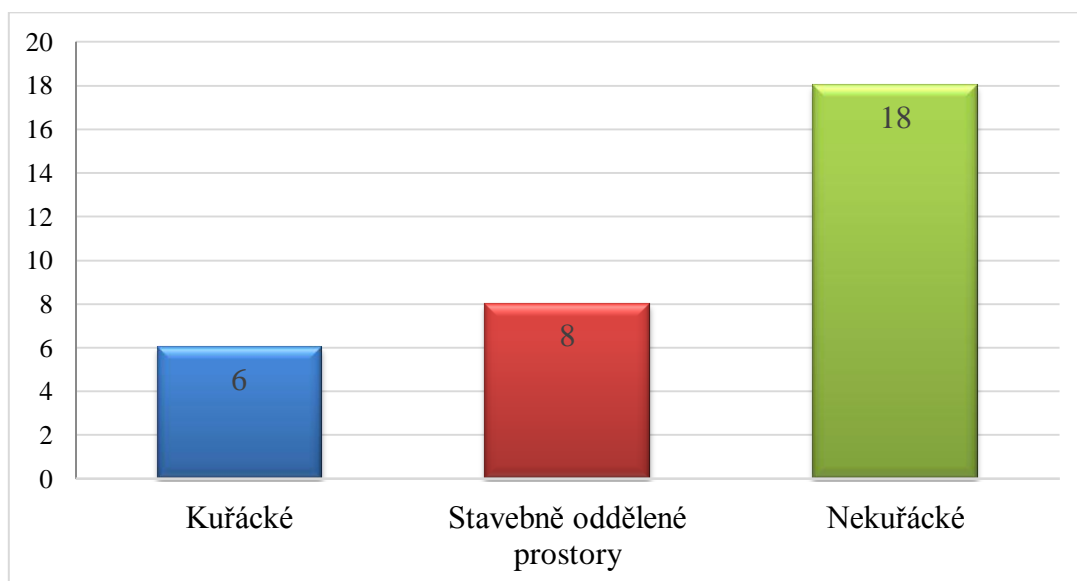
Graf 2 – Rozdělení restaurací dle možnosti užívání tabákových výrobků v centru Plzně



Zdroj: Vlastní výzkum

Z Grafu 2 je patrné, že v centru města Plzně jsou v kategorii Restaurace nejvíce zastoupeny nekuřácké podniky. Je možné uvažovat, že do restaurací chodí návštěvníci primárně konzumovat jídlo a nejsou vyhledávány z důvodu užívání cigaret. Novela zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek by se v tomto případě dotkla pouze menšiny restaurací.

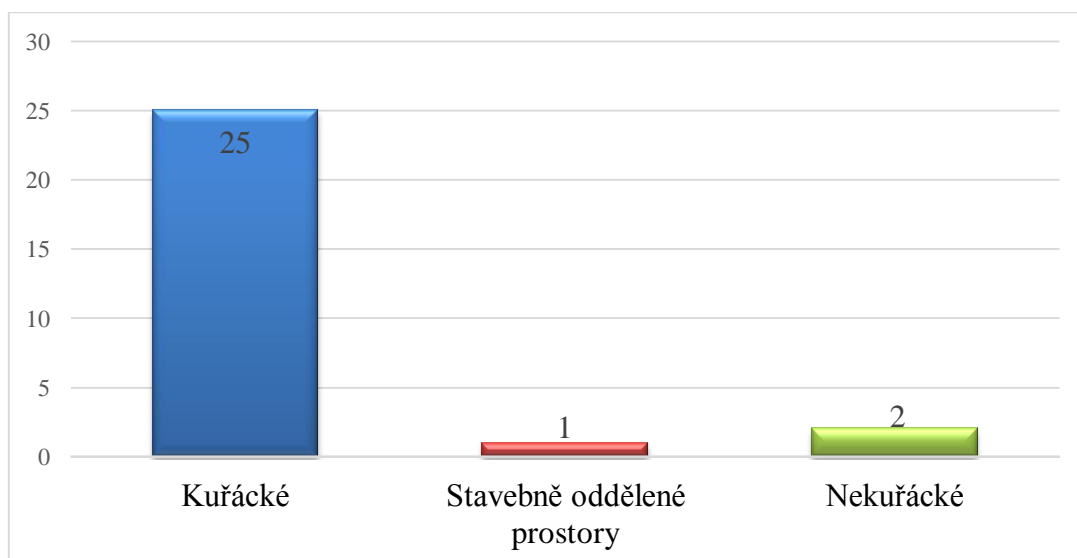
Graf 3 – Rozdělení kaváren dle možnosti užívání tabákových výrobků v centru Plzně



Zdroj: Vlastní výzkum

Z Grafu 3 je zřejmé, že v kategorii Kavárny nepatrně převažují nekuřácké podniky. Dle zákona jsou kuřácké podniky a podniky se stavebně oddělenými prostory odlišné. V praxi je rozdíl jen velmi minimální, protože se tabákový kouř dobře šíří prostředím a má bezprahový účinek. Můžeme tedy říci, že počet kuřáckých a nekuřáckých kaváren je téměř stejný. Do této kategorie jsou zařazeny i cukrárny, které často navštěvují rodiny s dětmi. Na základě výzkumu můžeme říci, že všechny cukrárny v centru Plzně byly nekuřácké.

Graf 4 – Rozdělení barů dle možnosti užívání tabákových výrobků v centru Plzně

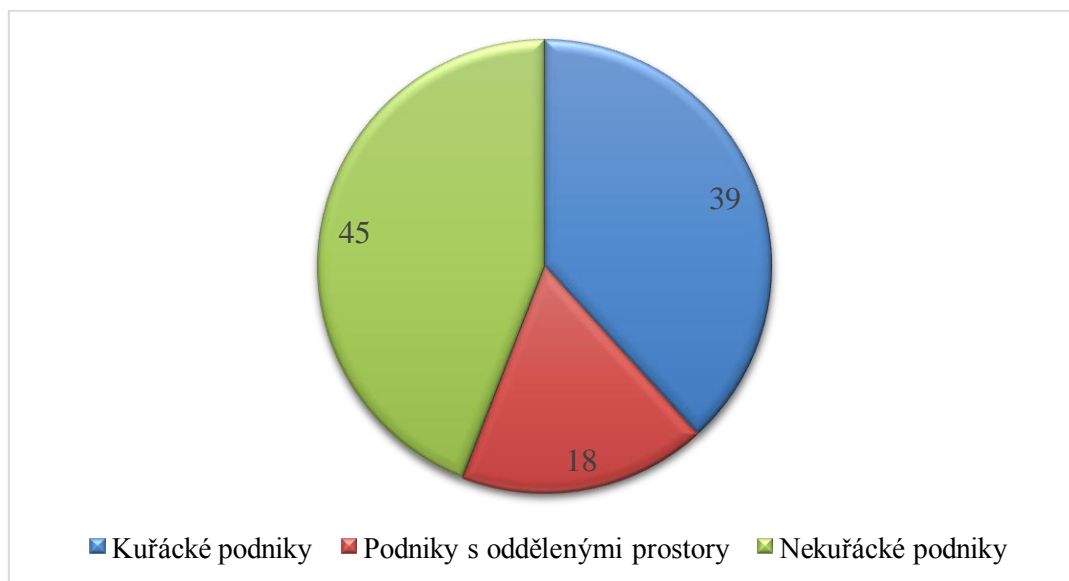


Zdroj: Vlastní výzkum



Zcela opačná situace oproti restauracím je v kategorii Bary. Z Grafu 4 je patrné, že pouze dva podniky jsou v současné době zcela nekuřácké. Je zřejmé, že právě tyto restaurační zařízení jsou primárně navštěvovány kuřáky. Nekuřáci mají v kategorii Bary velmi omezený výběr.

Graf 5 – Rozdělení restauračních zařízení dle možnosti užívání tabákových výrobků v centru Plzně



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 5 zobrazuje celkové rozdělení restauračních zařízení dle možnosti kouření. Čistě kuřáckých podniků je méně než nekuřáckých. Dále jsou tu podniky se stavebně oddělenými prostory. Ve velkém množství případů nejsou kuřácké a nekuřácké části zcela stavebně oddělené. Fyzikální vlastnosti kouře umožňují jeho dobré šíření v prostředí a díky novým poznatkům o SHS a THS lze i tyto podniky považovat za kuřácké. Pokud budeme kategorii podniků kuřáckých a podniků se stavebně oddělenými prostory považovat komplexně za kuřácké podniky, v centru Plzně převažují kuřácké restaurační zařízení.

Souhrnně lze říci, že novela zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek by se v restauračních zařízeních v centru Plzně dotkla celkem 57 podniků. Největší změna by se týkala podniků typu bar, které mají v kuřácké kategorii největší zastoupení.

## 5 DISKUZE

Kouření v restauračních zařízeních je nyní stále aktuální a zároveň i kontroverzní téma. Politici, majitelé restaurací i návštěvníci zařízení společného stravování stále diskutují, zda zakázat kouření v těchto podnicích či nikoliv. K tomuto tématu se vyjadřují i lékaři a další zdravotničtí pracovníci, kteří mají zájem ochránit veřejné zdraví. K dispozici jsou i výzkumy veřejného mínění, které mapují, co si obyvatelé České republiky přejí (Čadová, 2015). Je ovšem nutné říci, že nejvíce kouření v restauračních zařízeních ovlivňuje jejich zaměstnance. Proto jsme se rozhodli výzkum v praktické části diplomové práce zaměřit právě na tuto skupinu obyvatel.

Hlavní cíl této diplomové práce je zmapovat problematiku kouření v restauračních zařízeních z pohledu jejich zaměstnanců. Dílčí cíl práce je monitorovat kouření v restauračních zařízeních v centru Plzně. Zjistit zastoupení restauračních zařízení kuřáckých, nekuřáckých a zařízení se stavebně oddělenými prostory ke kouření. Pro naplnění hlavního cíle bylo použito kvalitativním šetřením. Hlubokým polostrukturovaným rozhovorem byly podrobně zjištěny postoje a informovanost zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení, protože této skupiny obyvatel, by se případná novela zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek týkala nejvíce. Pro hlubší porozumění problematice bylo při sběru dat pro dílčí cíl, provedeno pilotní šetření, které doplnilo otázky do polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořili zaměstnanci kuřáckých restauračních zařízení v centru Plzně. V této části diplomové práce budou získaná data zhodnocena.

První část otázek rozhovoru se zaměřovala na kuřácké návyky zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení. Věk, kdy oslovení respondenti začali s užíváním cigaret, se pohybuje mezi 14. – 24. rokem. Nejčastěji se opakoval kód 16 let. Chomynová et al. (2014) uvádí, že s první cigaretou se průměrně děti setkávají ve věku 11 let. Nástup pravidelného kouření pak zpravidla nastává mezi 14. – 15. rokem života. Oslovení začínali kouřit o něco déle, než uvádí studie. Může to být důsledek postupného snižování věku, kdy dochází k prvnímu setkání s cigaretami. Důvody, proč oslovení začínali kouřit, jsou různé. Nejčastěji byl začátek spojený s vlivem špatné party či okolí. Svoji roli hrál pubertální věk, při kterém je pro mladistvé důležité uznání okolí a začlenění se mezi své vrstevníky. V pozdějším věku respondenti začínali kouřit z důvodu stresu. Pouze jediný respondent uvedl, že práce v kuřáckém restauračním zařízení měla vliv na jeho začátek užívání tabákových výrobků.

Studie IPSOS a FSV UK (2013) uvedla, že 30 % z těch, kteří začali kouřit před 18. rokem života, by nezačala kouřit, kdyby platil zákaz kouření v restauracích, barech a kavárnách. S tímto tvrzením se neztotožnil žádný z oslovených respondentů. Z výzkumu diplomové práce vyplynulo, že začátky kouření v pubertálním věku probíhaly venku s partou, nikoliv v restauračních zařízeních. Můžeme se domnívat, že kouření v restauracích, barech nebo kavárnách vedlo k prohloubení závislosti na cigaretách, nikoliv k jejímu vzniku.

Respondenti uvedli, že mají v oblibě také jiné, než klasické cigarety. Často byly zmíněny cigarety s různou příchutí (včetně mentolové) a slim cigarety. U jedné z respondentek způsobily slim cigarety návrat k užívání tabákových výrobků. Mentolové cigarety v ČR užívá denně 5,4 % kuřáků, příležitostně až 32,2 % (Sovinová et al., 2014). Mentolové a cigarety s příchutí jsou atraktivní zejména pro mladou generaci. Na tento fakt se, zatím neúspěšně, snaží zareagovat Evropská unie a WHO zákazem prodeje cigaret s příchutí a slim (Králíková, 2013).

Počty vykouřených cigaret se u jednotlivých respondentů liší. Z výzkumu vyplynulo, že silnějšími kuřáky, pokud se jedná o počet vykouřených cigaret, jsou muži. V tomto případě není žádný rozdíl mezi zaměstnanci kuřáckých restauračních zařízení a ostatní populací v ČR. To potvrzuje výzkum Sovinové et al. (2014), ve kterém se uvádí, že muži jsou častěji silnějšími kuřáky než ženy.

Z výzkumu jsme zjistili, že místa, kde dotazovaní nejčastěji kouří, jsou: práce nebo jiné restaurační zařízení. U zaměstnanců restauračních zařízení to znamená, že kouří v těchto místech. Dle výzkumu agentury IPSOS a FSV UK (2013) kouří v restauraci, baru, diskotéce nebo klubu 64 % oslovených. Dotazovaní ve výzkumu diplomové práce dále uvedli, že po nástupu do kuřáckého restauračního zařízení se jejich počet vykouřených cigaret zvýšil. Je patrné, že kuřácké prostředí ovlivňuje kuřácké návyky respondentů. Nepřímo to dokládají také výzkumy ze zemí, kde byl zaveden částečný či úplný zákaz kouření v restauračních zařízeních. Po zavedení zákazu kouření v restauračních zařízeních v Irsku klesla prevalence kouření mezi zaměstnanci těchto podniků o necelá 3 % (Mullaly et al., 2009). Ve Finsku byl pokles prevalence kouření u servírek, číšníků a barmanů výraznější. Prevalence klesla z 36 % na 26 % (Reijula et al., 2013).

Důvody, proč se zvýšil počet vykouřených cigaret po nástupu do kuřáckého zařízení, jsou různé. Někteří respondenti uvedli, že se zvýšila spotřeba cigaret, nikoliv počet vykouřených cigaret. Z důvodu nedostatku času v práci, zapálená cigareta jen

volně vyhoří. Z pocitu při rozhovoru, se toto tvrzení snažili respondenti použít jako výmluvu, že se nezvýšil počet užívaných cigaret a vyhořelá cigareta není nebezpečná (dle jejich názoru). To ovšem opět potvrzuje další výsledek výzkumu, že zaměstnanci restauračních zařízení si jen málo uvědomují riziko pasivního kouření. Někteří respondenti uvedli, že se zvýšil počet vykouřených cigaret, protože se díky tomu uklidňují po kontaktu s nepříjemným zákazníkem. V tomto případě stojí za vyšším počtem užitých cigaret spíše osobnostní rysy jedince. Je ovšem nutné uvažovat, že pokud by byl podnik nekuřácký, zapálení cigarety by dalo větší úsilí (odchod mimo pracoviště, zajištění náhrady apod.). Stejný postup by byl v případě, kdy zaměstnanci uvedli, že kouří více z důvodu nedostatku práce.

Většina respondentů pracovala před nástupem na toto pracovní místo mimo obor pohostinství. V rozhovorech uvedli, že v předchozích zaměstnáních neměli tolik prostoru pro kouření. To může být další příčina zvýšeného počtu vykouřených cigaret po nástupu do kuřáckého restauračního zařízení.

Respondenti uvedli, že výběr kuřáckého pracovního prostředí nebyl nijak záměrný. K přijetí práce často vedla nezaměstnanost v dané době. Dotazovaní zároveň uvedli, že kuřácké pracovní prostředí nijak nebrali v úvahu při volbě pracovního místa. Velmi znepokojivá odpověď zazněla od dvou respondentů. Ti si své pracovní místo vybrali z důvodu, že v daném kuřáckém restauračním zařízení vykonávali odbornou praxi během studia na střední škole. V České republice je cílem snižovat prevalenci kouření, zejména u dospívajících. Zároveň je v platnosti vyhláška č. 180/2015 Sb., vyhláška o pracích a pracovištích, které jsou zakázány těhotným zaměstnankyním, zaměstnankyním, které kojí, a zaměstnankyním-matkám do konce devátého měsíce po porodu, o pracích a pracovištích, které jsou zakázány mladistvým zaměstnancům, a o podmínkách, za nichž mohou mladiství zaměstnanci výjimečně tyto práce konat z důvodu přípravy na povolání. V této vyhlášce jsou podrobně popsána rizika na pracovištích, která mladiství nemohou podstupovat. Zákaz vykonávat praxi v kuřáckém pracovním prostředí zde uveden není. Jak bylo zmíněno, v České republice je velmi benevolentní protikuřácká legislativa. V tomto případě se ovšem jedná o ochranu zdraví rizikové skupiny a bylo by na místě zavedení ochrany mladistvých před pasivním kouřením po dobu vykonávání své odborné praxe. Z výzkumu vyplynulo, že často z odborné praxe stává stálé zaměstnání. Kuřácké prostředí pro tuto věkovou skupinu je nebezpečné z důvodu expozice SHS a zároveň možnému vzniku závislosti na tabákových výrobcích.

Pojem pasivní kouření byl znám naprosté většině respondentů. Z výzkumu vyplynulo, že dotazovaní umí tento pojem vysvětlit a znají některé zdravotní důsledky. Respondenti uvedli, že pasivní kouření může způsobit dýchací obtíže. Dále uváděli možnosti vzniku rakoviny plic. Často bylo pasivní kouření u dotazovaných spojováno se vznikem nebo zhoršením astmatu. O všech těchto zdravotních důsledcích respondenti mluvili jako o něčem nereálném. To, že jsou těmito nemocí ohroženi také, si skoro nepřipouštěli. Pouze malá část je o škodlivosti pasivního kouření přesvědčena. Další zdravotní rizika způsobená SHS, která zveřejnil např. Ruiling et al. (2014), uvedena nebyla. Ve výzkumu Ruilinga et al. (2014) bylo zjištěno, že expozice SHS v barech a restauracích může pro zaměstnance znamenat zvýšené riziko úmrtí na rakovinu plic nebo ischemickou chorobu srdeční.

Tabákový kouř vnímají dotázaní pouze jako zápach nebo špatný vzduch, ve kterém se hůře dýchá. Práce v zakouřeném prostředí vadí jen některým respondentům. Častěji jsou nespokojeni starší respondenti nad 30 let. Důvodem může být větší obava o zdraví s přibývajícím věkem. Nepřímo tuto informaci z výzkumu potvrzuje Jackson a Taylor (2015), kteří uvedli, že zkušenější a starší zaměstnanci vyjádřili častěji souhlas se zákazem kouření v restauračních zařízeních. O změně práce z důvodu expozice pasivnímu kouření krátce uvažovala pouze jedna respondentka, pro kterou by bylo důvodem dítě.

Zdravotní potíže způsobené expozicí SHS uvedla téměř polovina respondentů. Jednalo se o akutní zdravotní problémy – bolest hlavy a pálení očí. I přesto, že práce v zakouřeném prostředí vadí spíše starším respondentům, zdravotní potíže uváděli mladší z dotázaných. Akutní zdravotní komplikace mohou souviset i s délkou pracovní doby. Respondenti, kteří mají dvanáctihodinovou pracovní dobu, uváděli potíže častěji. S výsledkem se shoduje i Stark et al. (2007), kteří provedli výzkum moči zaměstnanců restauračních zařízení exponovaných SHS. S delší pracovní dobou rostla i hladina tabákových specifických karcinogenů v moči.

Zdravotní komplikace dotázané nijak neomezují, protože žádný z respondentů nepocítuje výrazný rozdíl ve zdravotním stavu v době volna a práce. Zároveň jsou téměř všichni respondenti vystaveni tabákovému kouři i ve svém volnu. Nejčastěji v jiném restauračním zařízení. Zákazem kouření v restauračních zařízeních by se tato skupina obyvatel a další vyhnuli expozici tabákovému kouři téměř úplně. Dvě respondentky uvedly, že jsou pasivnímu kouření vystaveny každý den, protože užívají

cigarety ve svém domově. V tomto případě by bylo vhodné více rozšířit povědomí o účincích SHS i THS.

V rozhovorech respondenti uváděli, že jsou většinou spokojeni se vzduchotechnikou, která odstraňuje tabákový kouř. Ovšem jak uvádí Chan et al. (2012) pokud kouří jedna osoba v uzavřeném prostoru, kouří všichni v daném prostoru a nezáleží na účinnosti vzduchotechniky.

Další část výzkumu se zaměřila na postoje zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení k novele zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Přínosem novely by dle respondentů bylo zlepšení zdravotního stavu, úbytek kuřáků a eliminace zápachu. Většina respondentů uvedla, že přínos novely není žádný. Jeden respondent uvedl, že zákaz kouření na pracovišti by pro něj znamenal motivaci k odvykání kouření. Podobné výsledky vyšli z výzkumu u zaměstnanců kuřáckých kasin. Chan et al. (2012) uvádí, že 61,5 % zaměstnanců uvedlo, že v kuřáckém pracovním prostředí je obtížné zanechat užívání cigaret. Pokud by platil zákaz kouření na pracovišti (v tomto případě kasinu), pokusilo by se přestat 41 % zaměstnanců; 19,2 % věří, že by kouřilo méně. Ve studii provedené v Norsku přinesl zákaz kouření v restauračních zařízeních personálu snadnější úklid, lepší zdravotní stav, lepší kvalitu ovzduší a pracovní oděv bez zápachu (Pranić, Pivac, 2014).

Jako negativa novely respondenti uvedli úbytek hostů a s tím možná ztráta zaměstnání. Stejně obavy měli zaměstnanci v restauračních zařízeních v Austrálii. Tyto obavy se nenaplnily a dokonce v některých podnicích tržby stouply (Pranić, Pivac, 2014).

Souhrnně lze říci, že většina respondentů si nepřeje přijetí zákazu kouření. Několik respondentů není pro ani proti. Jako zaměstnanci by chtěli podpořit zákaz. Jako hosté jsou proti. Názory zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení jsou v rozporu s názorem většiny oslovených ve výzkumu IPSOS a FSV UK (2015). Dle tohoto výzkumu si zákaz kouření v restauračních zařízeních přeje 78 % obyvatel České republiky. Oproti roku 2012 se toto číslo zvýšilo o 12 %. Výzkum ze zahraničí potvrzuje, že postoje zaměstnanců vůči zakazu kouření do značné míry souvisí s jejich kuřáckým statutem. Nekuřáci jsou obecně ve prospěch zákazu kouření, zatímco kuřáci jsou v opozici (Jackson, Leonard, 2015). Jelikož výzkum diplomové práce byl realizován pouze s kuřáky, odpovídá výsledek výzkumu Jacksona a Leonarda (2015). V České republice je pro zákaz kouření v restauračních zařízeních 39 % každodenních kuřáků, 67 % občasných a 79 % příležitostných kuřáků (IPSOS a FSV UK, 2015).

V centru města Plzeň má návštěvník možnost výběru mezi kuřáckým a nekuřáckým restauračním zařízením. Největší možnost výběru je u restaurací, kde je podíl mezi kuřáckými a nekuřáckými podniky téměř vyrovnaný. Z odpovědi některých respondentů zaznělo, že by souhlasili se zákazem kouření pouze v podnicích, kde se podává jídlo. Naopak skoro žádná volba není u podniků typu bar. V centru města Plzně se nachází pouze dva nekuřácké bary. Je tomu nejspíše proto, že tyto podniky kuřáci vyhledávají nejčastěji a slouží primárně k zábavě a konzumaci alkoholických nápojů. Výzkumy potvrzují, že nejvyšší koncentrace tabákového kouře je právě v barech a na diskotékách (Zelená kniha, 2007). Tuto informaci nepřímou dokládá i Sovinová a Csémy (2015), kteří uvedli, že s rostoucí konzumací alkoholu vzrůstá i prevalence kuřáků. Zároveň nejsilnější souvislost mezi kouřením a pitím alkoholu je u nejmladší věkové skupiny dotázaných. Nejméně kuřáků je mezi mladými abstinenty. Bary v centru Plzně jsou vyhledávané mladými lidmi. Je to zřejmé i majitelům těchto podniků. V centru Plzně proto nalezneme pouze dva nekuřácké podniky tohoto typu. Je ovšem důležité varovat, že zdravotní rizika se zvyšují právě u osob, které nadužívají alkohol a zároveň kouří (Sovinová, Csémy, 2015).

V kategorii Kavárny byl podíl mezi kuřáckými a nekuřáckými podniky téměř vyrovnaný. Do této kategorie byly zařazeny i cukrárny, které byly všechny nekuřácké. Toto pozitivní zjištění je důležité, protože tyto podniky jsou často navštěvovány rodiči s dětmi. Jak uvádí Hrubá (2014b) děti jsou k pasivnímu kouření a k zbytkovému kouři (THS) vnímavější než dospělá populace. Jejich dýchací zóna je blíž u země, často olizují ruce a předměty, mají relativně větší povrch kůže, pomalejší vylučování a nedokonalou imunitu.

Při výzkumu k naplnění dílčího cíle bylo pozorováním zjištěno jednotlivé zastoupení podniků dle možnosti kouření v centru Plzně. V rámci tohoto výzkumu bylo objeveno, že někteří provozovatelé již nyní nedodržují povinnosti, které jim ukládá zákon č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Dle toho zákona je povinností provozovatele restauračního zařízení u vstupu viditelně označit tento podnik, aby bylo zřejmé, zda se jedná o podnik kuřácký, nekuřácký nebo se stavebně oddělenými prostory ke kouření. Toto označení u několika podniků zcela chybělo.

Ve čtvrtém největším městě České republiky je možnost volby mezi kuřáckým a nekuřáckým restauračním zařízením. Stejně tomu bohužel nebude v menších městech či vesnicích, kde návštěvníci, kterými mohou být v doprovodu rodičů i děti, nemají na

výběr a často musí přijmout kuřácké prostředí. Nejen proto je důležité zavedení přísnější protikuřácké legislativy, aby bylo ochráněno zdraví návštěvníků a zaměstnanců. Zároveň se musíme zamyslet, zda by zákaz kouření byl opravdu dodržován (zejména v malých vesnicích či městech) a případně dostatečně kontrolován.

Komplexní řešení situace (ochrana obyvatelstva před účinky pasivního kouření) je možné v několika bodech. Prvním opatřením by měla být větší informovanost veřejnosti o důsledcích pasivního kouření. Obeznamit všechny skupiny obyvatel (hlavně rodiče kuřáky) o škodlivosti SHS a kouře ze třetí ruky, který přetrvává v místnostech a může se měnit na nebezpečnější látky (Hrubá, 2014a). Tímto opatřením bohužel nedojde k ochraně zdraví zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení, ale alespoň si mohou uvědomit rizika pasivního kouření a vyhýbat se mu ve svém volném čase. Nejefektivnějším řešením je zavedení komplexního zákazu kouření v restauračních zařízeních. Tímto krokem by došlo k ochraně zdraví zaměstnanců před účinky SHS. Zákaz by mohl mít vliv na zanechání kouření u těchto pracovníků, což dokazují výzkumy (Reijula et al., 2013; Stark, 2007). Zároveň by stát ukázal občanům jasně daný odmítavý postoj ke kouření, který by veřejnost mohla následovat.



## 6 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku kouření v restauračních zařízeních. V teoretické části jsme pojednávali zejména o rizicích spojených s expozicí tabákovému kouři. Dále jsme se zaměřili na vývoj legislativy v České republice a v Evropě. V praktické části byl stanoven hlavní i dílčí cíl. K naplnění cíle byla použita kvalitativní metoda hloubkového rozhovoru.

K hlavnímu cíli – zmapovat problematiku kouření v restauračních zařízeních z pohledu jejich zaměstnanců, byly stanoveny tři deskriptivní výzkumné otázky:

*Jaké jsou kuřácké návyky zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení?*

Zaměstnanci kuřáckých restauračních zařízení kouří nejčastěji v práci, pokud mají chuť na cigaretu. U většiny respondentů se zvýšil počet vykouřených cigaret po nástupu do kuřáckého pracovního prostředí. Důvodem je stres ze zákazníků, nedostatek práce nebo pohled na kouřící okolí.

*Jak vnímají zaměstnanci kuřáckých restauračních zařízení riziko pasivního kouření?* Zaměstnanci kuřáckých restauračních zařízení si uvědomují riziko pasivního kouření jen velmi málo. Většina respondentů je spokojena s prací v kuřáckém restauračním zařízení. Pokud zaměstnancům něco vadí v kuřáckém pracovním prostředí, jedná se nejčastěji o zápach tabákového kouře. Zdravotní důsledky si uvědomuje a připouští pouze minimum respondentů. Pokud si již uvědomují zdravotní důsledky pasivního kouření, jedná se zejména o akutní potíže (pálení očí, bolest hlavy).

*Jaký je postoj zaměstnanců kuřáckých restauračních zařízení k nové plánované protikuřácké legislativě?*

Většina respondentů si nepřeje přijetí novely zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Důvodem jsou obavy o zaměstnání, snížení tržeb, odmítání zákazů obecně nebo fakt, že jsou sami kuřáci. Většina respondentů nevidí žádný přínos zákazu kouření v restauračních zařízeních. Pouze malá část dotazovaných má obavu o své zdraví a přivítala by novelu zákona.

Naplněn byl i dílčí cíl práce. Výzkumem bylo zjištěno, že v centru Plzně převažují čistě kuřácké a podniky se stavebně oddělenými prostory nad nekuřáckými. Mezi restauracemi mají návštěvníci celkem široký výběr nekuřáckým podniků. Bohužel nekuřácký bar je možné navštívit pouze ve dvou případech. Počty kuřáckých a nekuřáckých kaváren jsou podobné. Případná novela zákona o ochraně zdraví před

škodlivými účinky návykových látek by v centru Plzně znamenala změnu pro 57 ze 102 restauračních zařízení.

Zaměstnanci kuřáckých restauračních zařízení jsou exponováni tabákovému kouři po celou pracovní dobu. Někteří z nich i ve svém volném čase. Bohužel rizika pasivního kouření si uvědomuje pouze minimum dotazovaných. Proto jsme na závěr rozhovoru předali respondentům edukační materiál (příloha č. 7), který jsme doplnili krátkou intervencí. Ve svém volném čase mají možnost expozici tabákovému kouři zabránit. V pracovní době se zaměstnanci kuřáckých restauračních zařízení pasivnímu kouření nevyhnou. V tomto případě je jediná a opravdu účinná prevence v rukou českých politiků. Přijetím přísnější legislativy, která by zakazovala kouření v restauračních zařízeních, by se ochránilo zdraví nejen návštěvníků těchto podniků, ale hlavně jejich zaměstnanců.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. CSÉMY, L., SOVINOVÁ, H. 2003. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav. 96 s. ISBN 80-7071-230-9.
2. CSÉMY, L., SOVINOVÁ, H., SADÍLEK, P., 2014. *Užívání tabáku v České republice 2013*. [online]. Státní zdravotní ústav, [cit. 2016-06-09]. Dostupné z: [www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CPVZ\\_aktualne/Tabak\\_Sovinova/Uzivani\\_Tabaku2013.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CPVZ_aktualne/Tabak_Sovinova/Uzivani_Tabaku2013.pdf)
3. ČADOVÁ, N., 2015. *Postoje veřejnosti k zákazu kouření v restauračních zařízeních – září 2015*. [online]. Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., [cit. 2016-06-07]. Dostupné z: [cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c1/a7436/f3/oz151023.pdf](http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7436/f3/oz151023.pdf)
4. ERIKSEN, M., MACKAY, J., SCHLUGER, N., ISLAMI, F., DROPE, J. 2015. *The tobacco atlas*. 5. vyd. Atlanta, Georgia : American Cancer Society. ISBN 1604432357.
5. ETTER, J., BULLEN, C., 2011. Electronic cigarette: users profile, utilization, satisfaction and perceived efficacy. *Addiction*. 106. 2017-2028
6. FONSECA-MOUTINHO, J., 2011. Smoking and Cervical Cancer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. DOI: 10.5402/2011/847684
7. GILMAN S., XUN, Z. 2006. *Příběh kouře: člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*. [překl.] Martin König. 1. vydání. Praha : Dybbuk. 457 s. ISBN 80-86862-23-2.
8. GONIEWITZ, M., KNYSAK, J., GAWRON, M. ET AL., 2014. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tob Control* 2014; 23: 133–139.
9. HRUBÁ, D., 2015. Co říkat pacientům o e-cigaretách?. *Praktický lékař*. 95(2), 65-67. ISSN 0032-6739
10. HRUBÁ, D., 2014a. Co je „third-hand smoke“?. *Praktický lékař*. 94(4), 190-194. ISSN 00326739.
11. HRUBÁ, D., 2014b. Expozice dětí v zakouřeném prostředí je ještě nebezpečnější, než jsme předpokládali. *Česko-slovenská pediatrie*. 69(4), 250-257. ISSN 00692328.

12. HRUBÁ, D., 2014c. Kvantifikace vlivu tabákového průmyslu na ovládání EU: Analýza evropské direktivy o tabákových výrobcích. *HYGIENA*. 59(4), 197.
13. HRUBÁ, D., 2009. Kouření a bakteriální infekce. *HYGIENA*. 54(3), 84-87. ISSN 1803-1056.
14. HRYCH, E. 1996. *Slavná historie tabákového dýmu*. 1.vyd. Praha : Forma. 181 s. ISBN 80-7213-000-5.
15. HSIAO-CHI, CH., 2015. Cigarette smoke is a risk factor for severity and treatment outcome in patients with culture-positive tuberculosis. *Therapeutics* . 25 (11), 1539-1544. DOI: 10.2147/TCRM.S87218.
16. CHAN, S., PILKINGTON, P., WAN, Y., 2012. Policies on smoking behavior among employees: Case studx of casino workers in Macao. *International Journal of Hospitality Management*. 31(3), 728-734. DOI: 10.1016/j.ijhm.2011.09.009
17. CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY L., GROLMUSOVÁ, L., SADÍLEK, P., 2014. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011 [online]. Praha: Úřad vlády České republiky [cit. 2016-03-13]. ISBN 978-80-7440-101-5. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/1662/358/Evropsk%C3%A1\\_%C5%A1koln%C3%AD\\_studie\\_ESPAD\\_web.pdf](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1662/358/Evropsk%C3%A1_%C5%A1koln%C3%AD_studie_ESPAD_web.pdf)
18. IPSOS a FSV UK – tisková zpráva, 2015. [online]. IPSOS. [cit. 2016-07-21]. Dostupné z: [https://fsv.cuni.cz/FSVTEMP-1734-version1-2015\\_cesi\\_si\\_preji\\_zakaz\\_koure.pdf](https://fsv.cuni.cz/FSVTEMP-1734-version1-2015_cesi_si_preji_zakaz_koure.pdf)
19. IPSOS a FSV UK – tisková zpráva, 2013. [online]. IPSOS. [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: [www.ipsos.cz/public/media/tiskove\\_zpravy/2013\\_Kourenimladychlidi-vyzkum\\_FSVUKaIpsos.pdf](http://www.ipsos.cz/public/media/tiskove_zpravy/2013_Kourenimladychlidi-vyzkum_FSVUKaIpsos.pdf)
20. JONES, A. et al., 2013. Do public smoking bans have an impact on aktive smoking? Evidence from the UK. *Health Economics* 2015 (24), 175-192. DOI: 10.1002/hec
21. Jackson, L. A., & Taylor, M. (2015). Revisiting smoking bans in restaurants: Canadian employees perspectives. *Tourism and Hospitality Research*, 15(2), 91-104. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1467358414553867>

22. KINDL, T., 2014. *Legislativní vývoj zákazu kouření v restauracích po česku* [online]. Praha cit. [2016-06-10]. Dostupné z: <http://www.tabakpravo.cz/2014/12/legislativni-vyvoj-zakazu-koureni-v.html>
23. KRÁLÍKOVÁ, E. et al. 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. 1. vyd. Břeclav: Adamira. 503 s. ISBN 978-80-904217-4-5.
24. Králíková, E., 2012. Nekuřácký Nový Zéland 2025 - utopie nebo vzor? *Časopis lékařů českých*, 151(5), 257-258. ISSN: 0008-7335.
25. KRÁLÍKOVÁ, E. 2003. Tabák a závislost na tabáku. In: KALINA K. et al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR s. 205-206. ISBN 80-86734-05-6
26. KŘÍŽ, J., 2007. Od druhého pololetí 2007 bude v Anglii platit zákaz kouření. *HYGIENA* 2007 (1), 27. ISSN 1803-1056.
27. LANGROVÁ, K., 2004. *Zdravotní důsledky expozice pasivnímu kouření*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISSN 1213-8096.
28. LEVY, D. et al., 2012. The Czech Republic SimSmoke: The Effect of Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking Attributable Deaths in the Czech Republic. *ISRN Public Health*. volume 2012 doi: 10.5402/2012/329721
29. Linka pro odvykání kouření 844 600 500, 2016 [online]. Česká koalice proti tabáku, z.s. [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: <http://www.bezcigaret.cz/linka-pro-odvykani-koureni/>
30. MELBERG, H. O., LUND, K. E., 2012. Do smoke-free laws affect revenues in pubs and restaurants?. *The European Journal of Health Economics*, 13(1), 93–99. DOI 10.1007/s10198-010-0287-6
31. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. 322 s. ISBN 9788024713625
32. MULLALLY, B. et al., 2009. The effect of the Irish smoke-free workplace legislation on smoking among bar workers. *European Journal of Public Health*, 19(2), 206-211
33. *Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control*, 2016 [online]. WHO Framework Convention on Tobacco Control [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: [http://www.who.int/fctc/signatories\\_parties/en/](http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/)

34. PATOČKA, J., 2007. *Jedy tabákového kouře* [online]. [cit. 2016-02-11].  
Dostupné z:  
<http://www.toxicology.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=99>
35. PRANIĆ, L., PIVAC, S., 2014. Job satisfaction attitudes od restaurant staff regarding the smoking ban – A case study. *Ekonomski Vjesnik/Econviews*, 27(1), 9-24.
36. REIJULA, J., JOHNSON, T., KALEVA, S., TUOMI, T., 2013. Total prohibition of smoking but not partial restriction effectively reduced exposure to tobacco smoke among restaurant workers in Finland. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(5), 682-92. DOI 10.2478/s13382-013-0145-8
37. RUILING, L., YUAN, J., QUIANG, L., 2014. Assessment of Health Risks and Mortality from Exposure to Secondhand Smoke in Chinese Restaurants and Bars. *PLoS ONE*. 9(1), 9p, doi: 10.1371/journal.pone.0084811
38. SCHWARTZ, R., BENOWITZ, N., 2010. Nicotine Addiction. *New England Journal of Medicine*. 362(24), 2295-2303. DOI: 10.1056/NEJMra0809890.
39. SLZT, 2012. Sekněte s cigaretami, než cigarety seknou s Vámi. Informační materiál. Ministerstvo zdravotnictví
40. Smokefree Map. SmokeFree partnership: A world without tobacco [online]. Brussels, Belgium: SmokeFree partnership, 2015 [cit. 2016-06-22]. Dostupné z:  
<http://www.smokefreepartnership.eu/our-policy-work/smokefree-map>
41. *Sněmovní tisk 687: Novela zákona o potravinách a tabákových výrobcích – EU*, 2016. [online]. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna. [cit. 2016-04-01]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&T=687>
42. *Sněmovní tisk 828: Vládní návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek a důvodná zpráva*, 2016. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví cit. [2016-06-06]. Dostupné z:  
<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=828&CT1=0>
43. SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., 2015. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014* [online]. 1.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2016-03-13]. ISBN 978-80-7071-337-2. Dostupné z:  
[http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/Tobacco\\_and\\_Alcohol\\_in\\_the\\_Czech\\_Republic\\_2014.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/Tobacco_and_Alcohol_in_the_Czech_Republic_2014.pdf)

44. SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., KERNOVÁ, V. 2014. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice: zpráva o situaci za období posledních deseti let*. 1.vyd. Praha : Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7071-335-8.
45. SOVINOVÁ, H., 2012. *Czech republic 2011 country report Global youth tobacco survey (GYTS)*. [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2016-03-13] Dostupné z:  
[http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/2013/GYTS\\_Country\\_Report\\_Czech\\_Republic\\_2012.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/2013/GYTS_Country_Report_Czech_Republic_2012.pdf)
46. STARK, J. et al., 2007. The Impact of Clean Indoor Air Exemptions and Preemption Policies on the Prevalence of Tobacco-Specific Lung Carcinogen Among Nonsmoking Bar and Restaurants Workers. *American Journal of Public Health*. 97(8), 1457-1463. ISSN: 00900036
47. *Stručný přehled dat z NOR z roku 2013*, 2016. [online]. SVOD: Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z:  
<http://www.svod.cz/publikace/60.pdf>
48. *Studie zdravotního stavu populace*. 2015. Státní zdravotní ústav [online]. Praha [cit. 2016-03-13]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/studie>
49. ŠTEFLOVÁ, A., 2013. Tabák a WHO v České republice. In: KRÁLÍKOVÁ, E. et al. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira, s. 456-457. ISBN 978-80-904217-4-5.
50. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0
51. THYRIAN, J. et al., 2010. The exposure to environmental Tobago smoke and attitudes towards Tobago kontrol measures – a comparison of 5 european countries. *Central European Journal of Public Health* 18 (2), 87-92. ISSN 1210-7778
52. *Tobacco Free Initiative (TFI)*, 2016 [online]. World Health Organization Switzerland [cit. 2016-03-30]. Dostupné z:  
<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>
53. Vyhláška č. 344/2003 Sb., vyhláška, kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky, 2003. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 113, ISSN 1211-1244.
54. *WHO report on the global tobacco epidemic*, 2015. [online]. Geneva: World Health Organization, [cit. 2016-03-13] Dostupné z:  
[http://www.who.int/tobacco/global\\_report/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/en/)

55. WHO. 2013. Mezinárodní klasifikace nemocí. [online] Praha: [cit.2016-02-14.] ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné z: [www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast.pdf)
56. WHO: Pasivní kouření zabíjí ročně 600 tisíc lidí. 2011. *HYGIENA*. 2011, 56(1), 36. ISSN 1803-1056.
57. YALÇINSOY, M., 2014. The Effect of Smoking on the Course of Tuberculosis. *Turkish Thoracic Journal*. 15(2), 92-93, DOI: 10.5152/ttd.2014.3895.
58. ZÁBRANSKÝ, T., BĚLÁČKOVÁ, V., ŠTEFUNKOVÁ, M., VOPRAVIL, J., LANGROVÁ, M. 2011. *Společenské náklady na užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007*. Praha : Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1.LF UK v Praze a VFN v Praze. ISBN 978-80-260-1680-9.
59. Zákon č. 201/2012 Sb., o ochraně ovzduší, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 69, ISSN 1211-1244.
60. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, 2000. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 74, ISSN 1211-1244.
61. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 84, ISSN: 1211-1244.
62. Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, 2005. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 133, ISSN 1211-1244.
63. Zdravi-euro.cz, 2016. *Konec neznámého složení náplní do elektronických cigaret*. [online] Praha: [cit. 2016-08-03.] Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/konec-neznameho-slozeni-naplni-do-elektronickych-cigaret-482663>
64. *Zelená kniha. K Evropě bez tabákového kouře: možnosti politiky na úrovni EU*, 2007. [online]. Komise Evropských společenství. [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/gp\\_s\\_moke\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_s_moke_cs.pdf)
65. ZIMÁKOVÁ, B. 2007. *Food and beverage management*. 2. vyd. Praha : Vyoká škola hotelová v Praze 8. ISBN 978-80-86578-74-3.
66. ŽALOUĐÍK, J. 2007. *Kouření a rakovina*. Brno : Masarykův onkologický ústav



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Graf vztahu mezi socioekonomickým statusem a kouřením

Příloha č. 2 – Graf vývoje světové prevalence kouření 2007–2011, rozdíly mezi zeměmi s vysokými, středními a nízkými příjmy

Příloha č. 3 – Graf prevalence kouření v Evropě

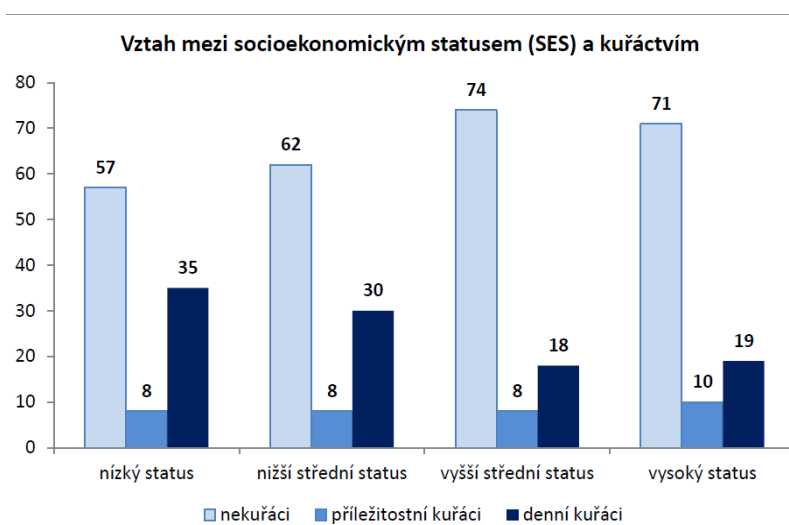
Příloha č. 4 – Jednotné balení cigaret

Příloha č. 5 – Příklady obrazového zdravotního varování použité v ČR od 20. května 2016

Příloha č. 6 – Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 7 – Edukační materiál

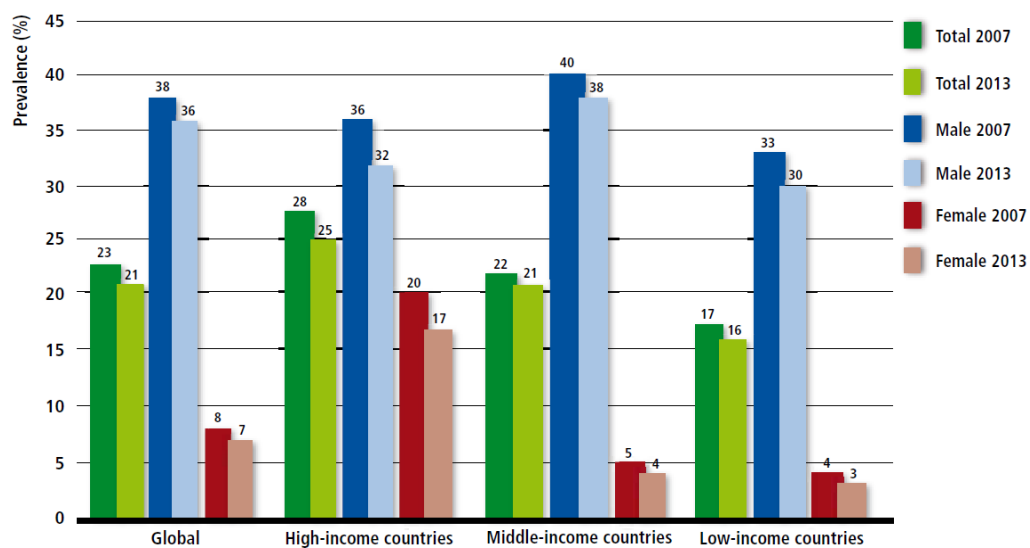
Příloha č. 1 – Graf vztahu mezi socioekonomickým statusem a kouřením



Zdroj: Sovinová a Csémy (2015)

Příloha č. 2 – Graf vývoje světové prevalence kouření 2007–2011, rozdíly mezi zeměmi s vysokými, středními a nízkými příjmy

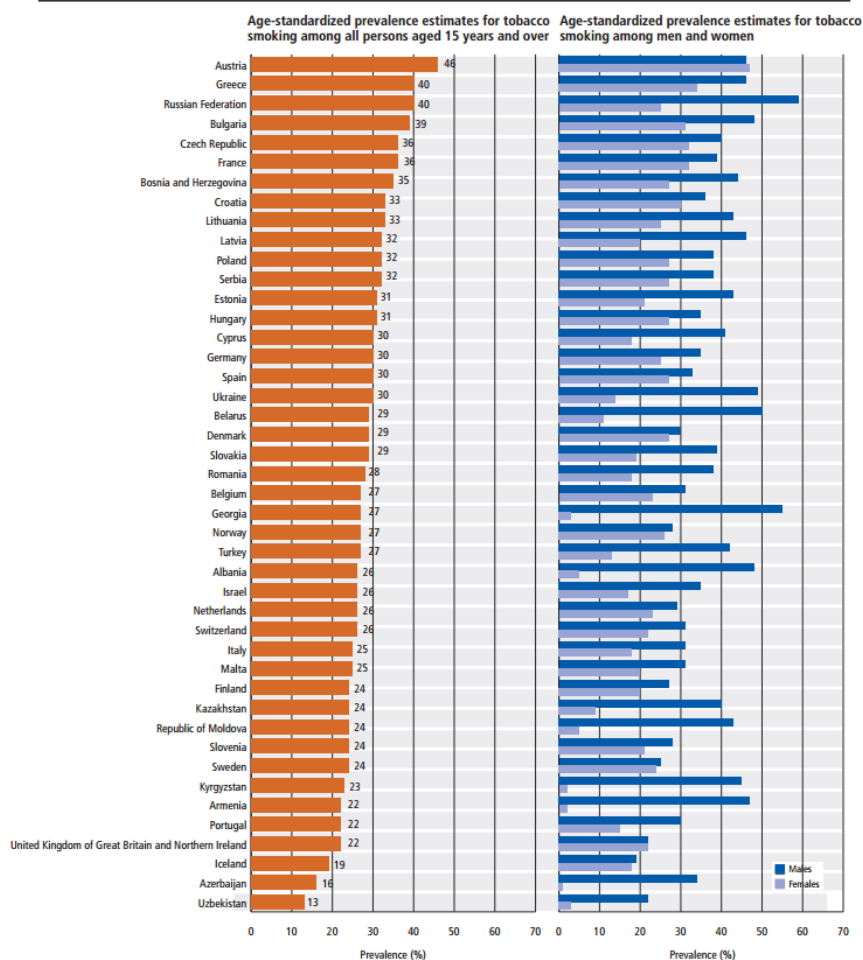
CURRENT ADULT TOBACCO SMOKING PREVALENCE, 2007–2013



Zdroj: WHO report on the global tobacco epidemic (2015)

Příloha č. 3 – Graf prevalence kouření v Evropě

GRAPH 10.1.4 AGE-STANDARDIZED PREVALENCE ESTIMATES FOR TOBACCO SMOKING AMONG ALL PERSONS AGED 15 YEARS AND OVER IN EUROPE, 2011



Zdroj: WHO report on the global tobacco epidemic (2015)

Příloha č. 4 – Jednotné balení cigaret



Zdroj: ŠMÍDA, Z., 2012. Plain packaging. Cigarety zabalené jak se patří. Marketing.cz [online]. cit. [2016-05-05]. ISSN 1805-4991. Dostupné z: <http://www.marketing.cz/plain-packaging>

Příloha č. 5 – Příklady obrazového zdravotního varování použité v ČR  
od 20. května 2016



Zdroj: Směrnice Komise v přenesené pravomoci 2014/109/EU ze dne 10. října 2014, kterou se mění příloha II směrnice Evropského parlamentu a Rady 2014/40/EU vytvořením knihovny obrazových varování pro použití na tabákových výrobcích

## Příloha č. 6 – Otázky polostrukturovaného rozhovoru

### **Otázky k rozhovoru**

1. Jste kuřák?
2. Jaký byl důvod začátku kouření?
3. Myslíte si, že kouření v RZ, barech, kavárnách mělo vliv na váš začátek kouření?
4. Od kolika let kouříte?
5. Vadí Vám nyní, že kouříte? Chtěl byste se přestat?
6. Pokoušel/a jste se někdy přestat?
7. Kolik cigaret vykouříte za den?
8. Preferujete nějaký typ cigaret (klasické, slim, mentolové, s příchutí, jiné druhy tabákových výrobků)?
9. Kdy nejčastěji kouříte (denní doba)?
10. Kde nejčastěji kouříte?
11. Kouříte více v práci či ve svém volnu?
12. Jak dlouho pracujete v tomto RZ?
13. Jaká je vaše pracovní doba?
14. Jaký byl důvod výběru tohoto kuřáckého RZ?
15. Zvýšil se počet vykouřených cigaret po nástupu do kuřáckého RZ?
16. Kde jste pracoval/a před nástupem do tohoto RZ?
  
17. Znáte pojem pasivní kouření?
18. Dokážete vysvětlit pojem pasivní kouření?
19. Myslíte si, že pasivní kouření způsobuje zdravotní problémy?
20. Dokážete nějaké vyjmenovat?
21. Máte představu, kolik lidí zemře ročně na následky pasivního kouření v EU?
22. Vadí vám, že RZ ve kterém pracujete je kuřácké?  
Proč vadí/nevadí?
23. Pociťujete nějaké nepříjemné zdravotní komplikace po práci v zakouřeném prostředí?
24. Pokud ano, jaké?
25. Cítíte se lépe, pokud máte dny volna?
26. Kouříte ve svém bytě, domě?
27. Jste vystaven/a pasivnímu kouření mimo pracovní dobu? (Kde, kdy?)
28. Jak často za týden jste vystaven/a pasivnímu kouření mimo práci?
29. Přemýšlel/a jste někdy o změně zaměstnání kvůli expozici tabákovému kouři?
30. Vadí někomu blízkému (rodina, přítel/přítelkyně, děti), že pracujete v kuřáckém RZ? Důvod?

31. Jakou výhodu má práce v kuřáckém RZ, podle Vás?
32. Jakou nevýhodu má práce v kuřáckém RZ?
33. Funguje ve vašem RZ dobře odtah cigaretového kouře?
34. Stěžovali si někdy hosté na nepříjemný zápach, špatný vzduch ve vašem RZ?
35. Přemýšlel/a někdy majitel RZ, ve kterém pracujete o zákazu kouření?
36. Jaký byl jeho hl. důvod (ochrana zdraví zaměstnanců)?
37. Pracoval/a byste raději v kuřáckém či nekuřáckém RZ?
38. Slyšel/a jste o nové plánované protikuřácké legislativě?
39. Jaký by byl podle Vás přínos této legislativy?
40. Jaké má připravovaná legislativa negativa?
41. Chtěl/a byste Vy osobně, aby byla přijata?
42. Pohlaví?
43. Jaký je Váš věk?
44. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Zdroj: Vlastní





Zdroj: Vlastní

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

CDC – Centrum pro kontrolu nemocí a prevenci

ČR – Česká republika

ENDS – Electronic Nicotine Delivery Systems

ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

ETS – Enviromental Tobacco Smoke, „tabákový kouř v prostředí“

EU – Evropská unie

FCTC – WHO Framework Convention on Tobacco Control, Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku

GHPSS – Global Health Profession Student Survey

GTSS – Globální systém surveillance tabáku

GYTS – Global youth Tobago surfy, Školní výběrová studie (13–15 let)

HDL – vysokodenzitní lipoprotein

CHOPN – Chronická obstrukční plicní nemoc

IARC – International Agency for Research on Cancer, Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny

LDL – nízkodenzitní lipoprotein

MKN–10 – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

nACHR – acetylcholin-nikotinový receptor

PAU – polycyklické aromatické uhlovodíky

RZ – restaurační zařízení

SHS – Secondhand Smoke, „kouř z druhé ruky“

THS – Thirdhand Smoke, „kouř ze třetí ruky“, „zbytkový kouř“

TSNA – tabákově specifické nitrosaminy

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace