

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Mgr. Kateřina Riegrová

Motivace k odvykání kouření u manuálních pracovníků: výzkum v
průmyslové výrobě

Motivation to quit smoking among manual workers: research in
manufacturing industry

Diplomová práce

Vedoucí závěreční práce: Mgr. Adam Kulháněk, Ph.D., MBA

Praha 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne

Mgr. Kateřina Riegrová

Identifikační záznam

Riegrová, Kateřina. *Motivace k odvykání kouření u manuálních pracovníků: výzkum v průmyslové výrobě. (Motivation to quit smoking among manual workers: research in manufacturing industry)*. Praha, 2023. 106 stran, 3 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Adam Kulhánek, Ph.D., MBA.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Adamovi Kulhánkovi, Ph.D., MBA za jeho velmi aktivní přístup, podporu a odbornou pomoc. Dále bych chtěla poděkovat všem vedoucím a zaměstnancům ve firmách, kteří se na realizaci výzkumu podíleli. Zejména pracovníkům personálního oddělení a pracovníkům ve výrobě. Na závěr bych také chtěla poděkovat své rodině a blízkým přátelům za pomoc a podporu.

Abstrakt

Východiska: Odvykání kouření je stále diskutovatelným tématem v adiktologických službách i v jiných kruzích odborné veřejnosti. Užívání tabákových výrobků se zkoumá jak u klientů adiktologických služeb, tak v obecné populaci. Mnohé studie, které se zabývají užíváním tabákových výrobků jsou zaměřeny na specifické skupiny v obecné populaci (např. těhotné ženy, Romy a osoby ve vězení). Pokud bychom se ale chtěli zaměřit na část populace v ČR, pro kterou je specifické, že pracuje v dělnických profesích, našly bychom velmi omezené množství zdrojů.

Cíle: Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat motivaci k odvykání kouření u manuálních pracovníků, kteří pracují v průmyslové výrobě. Tento cíl byl mapován prostřednictvím otázek, které se zaměřovaly na motivační faktory, míru motivace k odvykání kouření, pokusy o odvykání kouření a důvody relapsu. Sekundárním cílem bylo ověřit zájem pracovníků ve výrobě o program podpory odvykání kouření ze strany zaměstnavatele. Hlavním záměrem bylo zjistit, zda by se zaměstnanci do programu zapojili v případě, že by jim byl nabídnut. S tímto sekundárním cílem souviselo i mapování využití odborných služeb zaměstnanci v případě, že by o nich byli informováni.

Metody: Výzkum byl kvantitativní a probíhal formou dotazníkového šetření. Ke sběru dat byl použit dotazník, který sestavil sám výzkumník, nejednalo se o standardizovaný dotazník. Dotazník se skládal celkem z 18 otázek a byl distribuován v tištěné podobě. Sběr dat probíhal metodou sněhové koule. Někteří ze zaměstnanců byli osobně osloveni a očekávalo se, že se vzájemně informují o sběru dat mezi sebou. Další zapojení do studie probíhalo samovýběrem. Předem byla určena místa pro uložení a sběr dotazníků. Data byla hodnocena pomocí statistických metod.

Soubor: Firmy byly vybírány podle klíčového kritéria – museli být orientovány na průmyslovou výrobu. Pro výběr výzkumného souboru bylo kritériem, aby se jednalo pouze o manuální pracovníky přímo ve výrobě. Výzkumu se zúčastnilo 5 firem a celkem 124 pracovníků.

Výsledky: Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že motivace u manuálních pracovníků ve výrobě se pohybuje ve středních hodnotách – 5,6 na škále od 1 (vůbec) až 10 (velmi). Hodnota 1 se objevovala nejčastěji (n=27, 22 %). Mezi 3 hlavní motivační faktory, které by pracovníky motivovaly k odvykání kouření patřilo zhoršení zdravotního stavu v důsledku dlouhodobého kouření (n=43, 34,83 %), zhoršení finanční situace (n=17, 13,77 %) a být pozitivním vzorem pro děti (n=17, 13,77 %). Při pokusech odvykat jednoznačně vedla metoda odvykání kouření svépomocí (n=93, 75,33 %). Na druhém místě bylo uváděno využití náhradní nikotinové terapie (n=16, 12,96 %) a pouze 3 z respondentů (2,43 %) vyzkoušeli sezení s odborníkem v ambulanci. Jako nejčastější důvod relapsu respondenti uváděli slabou vůli (n=51, 41,31 %). Na druhém místě uvedli pokračování ve styku s kuřáky (n=35, 8,35 %) a na třetím místě nadměrný stres (n=28, 22,68 %). Pokud by zaměstnanci byli informováni o odborných službách v oblasti odvykání kouření, využilo by tyto služby pouze 24 (19,44 %) z nich. Pokud by zaměstnavatel v příštím roce spustil ve firmě program podpory odvykání kouření, zapojilo by se do něj 29 (23,49 %) zaměstnanců.

Závěr: Výzkumná studie ukázala, že motivace k odvykání kouření u manuálních pracovníků v průmyslové výrobě je spíše nízká. Metody odvykání kouření, které respondenti v minulosti využili, a důvody relapsu potvrzují hypotézu, že je informovanost o možnostech odvykání a odborných službách v této skupině populace nízká. Převládá názor, že pokud chce kuřák odvykat, zvládne odvykat sám. Pracovníci v dělnických profesích jsou specifická subkultura, která trpí absencí bazálních vědomostí v této oblasti. V případě zavádění programu podpory odvykání kouření, bychom nejprve museli edukovat pracovníky i vedení firmy, aby bylo možné program efektivně aplikovat. Z výsledků jasně vyplývá, že pracovníci v dělnických profesích jsou další specifickou skupinou, která je významně ohrožena rizikovým chováním.

Klíčová slova

motivace – kouření – odvykání – průmyslová výroba – manuální pracovníci

Abstract

Background: Smoking cessation is still a debatable topic in addiction services as well as in other circles of the professional public. The use of tobacco products is examined both in clients of addiction services and in the general population. Many studies that deal with the use of tobacco products are focused on specific groups in the general population (e. g. pregnant women, Roma and people in prison). However, if we wanted to focus on the part of the population in the Czech Republic which is specific working in blue-collar professions, we would find a very limited number of resources.

Objectives: The main target of the research was mapped the motivation to quit smoking among manual workers who work in industrial production. This goal was mapped through questions that focused on motivational factors, level of motivation to quit smoking, attempts to quit smoking, and reasons for relapse. The secondary goal was to verify the interest of production workers in the employer's smoking cessation support program. The main intention was to find out how many employees would participate in the program if the employer would offer to them. This secondary goal was also related to the mapping of the use of professional services by employees in case they were informed about them.

Methods: The research was quantitative and took the form of a questionnaire survey. Data was collected using a questionnaire, that was compiled by the researcher. In this case was not used to a standardized questionnaire. The questionnaire consisted of 18 questions and was distributed in printed form. Data collection was carried out using the snowball method. Some of the employees were personally approached and expected to inform each other about the data collection. Further participation in the study took place by self-selection. Places for storing and collecting questionnaires were determined in advance. Data were evaluated using statistical methods.

Sample: The companies were selected according to a key criterion – they had to be oriented towards industrial production. For the selection of the research group, the criterion was that they were only manual workers directly in production. Finally, were involved 5 companies and 124 workers in the study.

Results: The results of the questionnaire survey showed that the motivation of manual workers in production is in the middle values - 5.6 on a scale from 1 (not at all) to 10 (very much). The value 1 appeared most often (n=27, 22 %). Among the 3 main motivational factors that would motivate workers to quit smoking were deterioration of health due to long-term smoking (n=43, 34.83%), deterioration of financial situation (n=17, 13.77 %) and being a positive role model for children (n=17, 13.77 %). In attempts to quit smoking, self-help smoking cessation method clearly led (n=93, 75.33 %). In second place was the use of nicotine replacement therapy (n=16, 12.96 %) and only 3 of the respondents (2.43 %) tried a session with a specialist in an outpatient clinic. As the most common reason for relapse, respondents cited weak will (n=51, 41.31 %). In the second place, they mentioned the continuation of contact with smokers (n=35, 8.35 %) and in the third place was mentioned excessive stress (n=28, 22.68 %). If employees were informed about professional smoking cessation services only 24 (19.44 %) of them would use these services. If the employer were to start a smoking cessation support program in the company next year, 29 (23.49 %) employees would participate in it.

Conclusion: The research study showed that the motivation to quit smoking among manual workers in industrial production is rather low. The smoking cessation methods used by respondents in the past and the reasons for relapse confirm the hypothesis that awareness of smoking cessation options and professional services is low in this population group. The prevailing opinion is that if a smoker wants to quit, he can quit on his own. Workers in blue-collar professions are a specific subculture that suffers from the absence of basic knowledge in this area. In the case of the introduction of a smoking cessation support program we would first have to educate the workers and the management of the company so that the program could be applied effectively. The results clearly show that workers in blue-collar professions are another specific group that is significantly endangered by risky behavior.

Key words

motivation – smoking – quit smoking – industrial production – manual workers

OBSAH

Úvod.....	12
1. Prevalence užívání tabákových výrobků v obecné populaci	14
1.1. Prevalence užívání tabákových výrobků u dospělých.....	14
1.2. Prevalence užívání tabákových výrobků u dětí a mladistvých	15
1.3. Prevalence užívání tabákových výrobků u specifických skupin	17
1.3.1. Kouření u žen během těhotenství	17
1.3.2. Kouření mezi Romy.....	18
1.3.3. Kouření ve vězeňské populaci	18
2. Prevalence kouření a sociální souvislosti	19
2.1. Pohlaví a věk	19
2.2. Vzdělání.....	20
2.3. Ekonomická aktivita.....	20
3. Užívání tabákových výrobků a jejich dopad na lidský organismus	22
3.1. Mortalita v důsledku kouření.....	22
3.1.1. Mortalita ve světě.....	22
3.1.2. Mortalita v ČR.....	23
3.2. Onemocnění spojená s kouřením.....	24
3.2.1. Kouření a kardiovaskulární onemocnění	24
3.2.1.1. Vysoký krevní tlak	25
3.2.1.2. Infarkt myokardu	25
3.2.1.3. Kouření a cévní mozková příhoda.....	26
3.2.2. Kouření a bronchogenní onemocnění	27
3.2.2.1. Chronická obstrukční plicní nemoc.....	27
3.2.3. Kouření a zhoubná onemocnění.....	28
3.2.3.1. Bronchogenní karcinom.....	29
4. Užívání alternativních nikotinových a tabákových výrobků a jejich vliv na lidský organismus	30
4.1. Výrobky určené k inhalaci aerosolu	30
4.1.2. Zahřívané tabákové výrobky.....	31
4.2. Výrobky s jiným způsobem aplikace.....	32
4.2.1. Orální tabák	32
4.2.2. Nikotinové sáčky.....	32
5. Závislosti na tabáku	33
5.1. Definice	33
5.2. Psychosociální závislost.....	34
5.3. Fyzická závislost	36
5.4. Abstinenční příznaky	36

6. Motivace a závislost	36
6.1. Motivace ke změně	36
6.2. Kolo změny.....	37
6.2.1. Fáze cyklického modelu změny	38
6.3. Škála CMRS	38
6.3.1. Faktory CMRS škály.....	39
7. Léčba závislosti na tabáku	40
7.1. Diagnostika	40
7.2. Léčba	40
7.2.1. Krátká intervence	41
7.2.2. Behaviorální a psychosociální intervence	41
7.2.3. Prevence relapsu.....	42
7.2.4. Farmakologická léčba.....	42
7.2.4.1. Vareniklin (Champix).....	43
7.2.4.2. Cytisin (Defumoxan)	43
7.2.4.3. Bupropion (Elontril, Wellbutrin, Zyban).....	44
7.2.4.4. Náhradní terapie nikotinem	44
7.2.5. Harm reduction – mírnění škod užívání tabáku.....	45
7.3. Intenzivní psychobehaviorální terapie a dostupné služby v ČR.....	46
7.3.1. Centra pro závislé na tabáku	46
7.3.2. Centra odvykání kouření v lékárnách	47
7.3.3. Adiktologické ambulance	47
7.3.4. Národní linka pro odvykání kouření	48
7.3.5. Mobilní aplikace	48
8. Specifika užívání tabáku na pracovišti a v pracovním prostředí	49
8.1. Důvody ke kouření tabáku u dělníků ve stavebnictví	50
9. Pracovně-právní prostředí a kouření	52
9.1. Kouření na pracovišti z pohledu legislativy	52
9.2. Ochrana nekuřáků.....	53
9.3. Kuřárny jako možnost nikoliv však povinnost	53
9.4. Pracovně-právní sankce pro zaměstnance.....	54
9.5. Bezpečnost a ochrana zdraví při práci	54
9.6. Příklady nekuřáckých firem v České republice	56
9.6.1. Magna Exteriors (Bohemia)	57
9.6.2. Liberty Ostrava a.s.	57
9.6.3. Škoda auto a.s.....	58
9.7. Zkušenosti se zaváděním programů odvykání kouření v zahraničí	59
9.7.1. Piala Inc, Tokio	59

9.7.2. Rail Corporation New South Wales (Railcorp), Australia.....	59
9.7.3. General Electric Co., Boston, USA.....	60
10. Výzkumná metodika	62
10.1. Cíl výzkumu	62
10.2. Výzkumné otázky	62
10.3. Výběr výzkumného souboru.....	63
10.4. Metody získávání dat.....	64
10.5. Metody analýzy dat	65
10.6. Charakteristika výzkumného souboru.....	65
10.7. Etické aspekty výzkumu	68
11. Výsledky výzkumu	68
11.1. Do jaké míry jsou manuální pracovníci v průmyslové výrobě motivováni k odvykání kouření?.....	68
11.2. Co je pro manuální pracovníky v průmyslové výrobě největší motivací, díky které by chtěli začít od kouření odvykat?.....	69
11.3. Jaké mohou být důvody relapsu u manuálních pracovníků v průmyslové výrobě při odvykání kouření? 71	
11.4. Jaký podíl manuálních pracovníků v průmyslové výrobě by využilo odborné služby k odvykání kouření ve svém okolí, v případě že by o těchto službách a možnostech byli informováni?.....	73
11.5. Jaký podíl manuálních pracovníků v průmyslové výrobě by se zapojilo do programu odvykání kouření v případě, že by jim byl nabídnut ze strany zaměstnavatele?.....	73
11.6. Doplnění výsledků o další zjištěné poznatky	73
12. Diskuze	78
13. Závěr	84
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	86
SEZNAM TABULEK.....	86
SEZNAM PŘÍLOH	86
POUŽITÁ LITERATURA.....	87

ÚVOD

V oboru adiktologie se často zaměřujeme primárně na adiktologické pacienty a jejich služby. V oblasti kouření bylo již realizováno a vyhodnoceno mnoho studií, které se zabývají tématem kouření u klientů adiktologických služeb. Výzkumy v této oblasti se zaměřují na práci s odvykáním kouření v ústavní i ambulantní léčbě, kam již klienti docházejí. Klienti v průběhu léčby často odkrývají další témata, závislost či škodlivé užívání, které považují za méně závažné, přičemž do této kategorie často spadá právě závislost na tabáku. Jak je tomu ale v obecné populaci, jak jsou na tom jedinci, kteří dodnes s žádnými adiktologickými službami do styku nepřišli?

Národní monitorovací středisko vydává každý rok zprávu o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice. Ve zprávě jsou zahrnuty údaje o míře a vzorcích užívání tabákových a souvisejících výrobků mezi dětmi, dospívajícími i v dospělé populaci. Kromě těchto kategorií popisuje vzorce chování v oblasti tabáku i u specifických skupin dětí a mládeže, kam patří například dospívající navštěvující nízkoprahová zařízení pro děti a mládež nebo děti v institucionální péči. Mezi specifické skupiny či oblasti v dospělé populaci je zahrnuto kouření v těhotenství, kouření mezi Romy a kouření ve vězeňské populaci (Mravčík et al., 2021). Dělnické profese ale mezi specifické skupiny zařazeny nejsou, přitom by si možná zasloužily větší pozornost, než jim je věnována.

Studie mezi českými adolescenty, která proběhla v letech 2014–2018 potvrzuje, že prevalence denního kouření roste s věkem respondentů i se studovaným ročníkem školy. Mezi 19letými studenty dosahovala míra denního kouření 26,6 %, což v zásadě odpovídá výskytu denního kouření u dospělé populace. Ve všech realizovaných studiích se také dlouhodobě prokazují významné rozdíly v prevalenci kouření s ohledem na typ studované školy, a to jak na nižším stupni – mezi žáky ZŠ a studenty odpovídajících ročníků víceletých gymnázií, tak na vyšším stupni – mezi studenty gymnázií, SŠ s maturitou a odbornými učilišti (Molinaro et al., 2019).

Podrobnější analýza dat podle věkových skupin ukázala významné rozdíly v denním kouření ve skupině 15letých respondentů podle toho, na kterém vzdělávacím stupni studovali. Studie tak potvrdila již dříve pozorované závěry, že významným mezníkem z pohledu expozice návykovým látkám je přechod ze základní na střední školu. Velkou roli při

získávání zkušeností s návykovými látkami hraje také typ studované školy, což potvrzují dlouhodobě výsledky školní studie ESPAD v České republice. Kolem 18. roku následně dochází k určité stabilizaci míry užívání návykových látek, zejména jeho intenzivnějších forem (Molinaro et al., 2019).

Na tuto teorii navazuje další zahraniční studie (Roddy, Antoniak, Molyneaux & Lewis, 2006) která byla zaměřena na již dospělou populaci a zkoumala bariéry a motivátory v oblasti odvykání kouření u deprivovaných kuřáků. Právě tito kuřáci spadali do kategorie rutinních a manuálních pracovníků. Podle studie spadají manuální pracovníci v různých odvětvích do části populace, která se vyznačuje nižšími příjmy, než je celostátní průměr. V důsledku toho se ocitají v oblasti sociální deprivace, mnohem častěji kouří a je také méně pravděpodobné, že se stanou bývalými kuřáky.

Tuto teorii potvrzuje zahraničí studie General Lifestyle Survey Overview (ONS, 2012) zabývající se průzkumem životního stylu u populace ve Velké Británii. Podle jejich výsledků je prevalence kouření dvakrát častější u manuálně pracujících domácností (28 %) než jak je tomu v domácnostech manažerských a profesionálních (13 %).

Další studie z VB dokládají, že u manuálních pracovníků kuřáků je pravděpodobnější, že začali kouřit před dosažením věku 16 let (48 %) než u manažerských a profesních skupin (33 %). Zároveň je pravděpodobnější, že budou silně závislí na kouření, jelikož 37 % mužů kuřáků v těchto profesích si zapálí první cigaretu do pěti minut po probuzení (DH/National support team–Tobacco Control, 2009).

Na základě těchto informací bychom mohli vycházet z hypotézy, že pracovníci dělnických profesí jsou jednou z ohrožených skupin. Jak již bylo zmíněno, prevalence kouření v obecné populaci zároveň klesá i s mírou vzdělání. Z toho jasně vyplývá, že se škodlivé užívání tabáku či závislost bude častěji vyskytovat u studentů SOÚ a potenciálních manuálních pracovníků. Právě tyto důvody mě vedly k úvaze, že by si tato cílová skupina zasloužila větší pozornost.

1. Prevalence užívání tabákových výrobků v obecné populaci

1.1. Prevalence užívání tabákových výrobků u dospělých

Státní zdravotní ústav (SZÚ) každoročně monitoruje rozsah kouření v dospělé populaci pomocí Národního výzkumu užívání tabáku a alkoholu v České republice (NAUTA). Do výzkumného souboru jsou započítávány osoby ve věku 15 a více let. V roce 2021 se výzkumu zúčastnilo celkem 1788 osob, z toho 876 mužů a 912 žen. V celém sledovaném souboru bylo 24,4 % kuřáků tabáku z toho 30 % tvořili muži a 19,1% ženy. V roce 2020 tvořil počet kuřáků 23,1 %, tudíž můžeme pozorovat mírný nárůst. Jedná se však o projev náhodného meziročního kolísání, který je sledován již několik let. Od roku 2012 pozorujeme v trendech kuřáctví mírný pokles. Ze současných kuřáků představují $\frac{3}{4}$ denní kuřáci. U denních i příležitostných kuřáků zastupují větší procento muži. V prevalenci kouření u denních kuřáků pozorujeme mírný vzestup oproti roku 2020, konkrétně z 16,6 % na 17,6 % (Csémy, Dvořáková, Fialový, Kodl, Malý & Skývová, 2022).

Populace v České republice kouří převážně klasické cigarety. Podíl ostatních tabákových výrobků určených ke kouření je malý. Denní kuřáci nejčastěji uvádí spotřebu 15-24 cigaret denně což je stejné jako v roce 2020. Spotřeba cigaret se liší v závislosti na pohlaví. Muži vykouří denně 15-24 cigaret denně, oproti tomu ženy vykouří denně 5-9 cigaret. Statisticky významně poklesl podíl denních kuřáků, kteří uváděli průměrnou denní spotřebu 25 a více cigaret. V roce 2020 byl podíl těchto kuřáků 9,1 %, v roce 2021 už pouze 2,9 %. U nejmladší věkové kategorie 15-24 let byl zaznamenán pokles z 8,3 % na 0,0 % těchto kuřáků (Csémy et al., 2022).

V roce 2021 užívalo elektronické cigarety 7,4 % respondentů, z toho 4 % denně. V porovnání s rokem 2020 lze pozorovat mírný nárůst. Elektronické cigarety užívá více mužů (8,8 %) než žen (6,0 %). Z celkového souboru užívá 52,5 % uživatelů elektronických cigaret současně i klasické cigarety, 19,3 % jsou bývalí kuřáci klasických cigaret a 28,2 % uživatelů před užíváním elektronických cigaret nikdy nekouřila. Užívání bezdýmných tabákových výrobků se ve sledovaném vzorku objevovalo ve velmi omezené míře (3,3 %). Denně tyto výrobky užívalo 0,5 % respondentů (Csémy et al., 2022).

V roce 2020 byla do dotazníku přidělena otázka týkající se užívání nikotinových sáčků bez obsahu tabáku. V roce 2021 užívalo nikotinové sáčky 1,8 % uživatelů, z toho 0,6 % denně, více muži než ženy. Nejvyšší zastoupení uživatelů je ve věkové kategorii 15-24 let (6,6 %), z toho 2,0 % tvoří denní uživatelé (Csémy et al., 2022).

V oblasti zahřívaných tabákových výrobků pozorujeme mírný nárůst (7 % uživatelů) v porovnání s rokem 2020 (4,1 % uživatelů). Zvýšil se i podíl denních uživatelů těchto výrobků – v roce 2020 tvořili denní uživatelé 2,1 %, v roce 2021 už 3,9 %. V roce 2020 bylo největší zastoupení uživatelů ve věkové kategorii 25-44 let, ovšem v roce 2021 bylo nejvíce uživatelů ve věkové kategorie 15-24 let (Csémy et al., 2022).

1.2. Prevalence užívání tabákových výrobků u dětí a mladistvých

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) je mezinárodní výzkumná studie, která se zabývá zdravím a životním stylem dětí a školáků. Výzkumný projekt probíhá pravidelně každé 4 roky pod záštitou Světové zdravotnické organizace a je souběžně realizován v 51 státech světa. Česká republika se tohoto projektu účastní již od roku 1994. Studie HBSC se zaměřuje na monitoring zdraví a životního stylu školáků ve věku 11, 13 a 15 let. Sběr dat dlouhodobě podporuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Ministerstvo zdravotnictví ČR a UNICEF ČR (HBSC, 2019).

Podle posledních výsledků HBSC studie, která se zaměřuje na zdraví a well-being u dětí školního věku, je míra prevalence kouření stále znepokojivě vysoká, zejména u 15letých. V této věkové kategorii 15 % adolescentů uvedlo, že kouřilo cigaretu alespoň jednou za posledních 30 dní a téměř každý třetí uvedl, že někdy zkoušel kouřit (27 % tvořily dívky a 29 % chlapci). Zatímco celkově bylo od roku 2014 pozorováno určité malé, ale povzbudivé snížení kouření cigaret u dospívajících, aktuální zpráva odhaluje některé alarmující trendy (WHO, 2020).

Bylo zjištěno, že celoživotní i současné kouření cigaret se s věkem prudce zvyšuje. Ve věku 11 let kouřilo 5 % chlapců a 2 % dívek, ale ve věku 15 let vzrostl počet na 29 % u chlapců a 27 % u dívek. Podobně se úroveň současného kouření cigaret zvyšuje ze 2 % u chlapců a 1 % u dívek ve věku 11 let na 15 % u chlapců i dívek ve věku 15 let. Studie také

zjistila, že celková míra kouření cigaret je podobná u chlapců i dívek ve všech věkových kategoriích (WHO, 2020).

Dospívání je v životě jedince kritickým obdobím a rizika spojená s užíváním návykových látek jsou obzvláště vysoká. K vytvoření závislosti na tabáku obvykle dochází během dospívání. Většina současných kuřáků měla svou první cigaretu nebo již byla závislá, když jim bylo 18 let. Ve srovnání s dospělými potřebují mladí lidé méně cigaret a méně času, aby si vytvořili závislost na nikotinu. Důležitost strategií pro snížení nabídky i poptávky tabáku ve světě prosazuje rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku = Framework Convention on Tobacco Control (WHO, 2020).

Na druhé straně data pro Českou republiku nejsou až tak pesimistická. Ještě v roce 2010 patřila Česká republika mezi pětici zemí s největší konzumací tabáku a marihuany v Evropě. Data z nejnovější studie HBSC však ukazují, že zájem mladých Čechů o experimentování či pravidelné užívání těchto látek klesá. V roce 2018 se ČR ve všech sledovaných věkových kategoriích zařadila do evropského průměru (Zdravá generace, 2023).

Podle výsledků HBSC studie za rok 2018 si alespoň jednou v životě zapálilo cigaretu 40 % patnáctiletých českých školáků. Není to malé číslo, ale před 8 lety to byly skoro tři čtvrtiny z nich. Výrazný pokles zkušenosti s kouřením byl vysledován napříč všemi věkovými skupinami a u obou pohlaví. Zajímavostí je, že kouřit zkouší nepatrně častěji dívky, avšak v dospělosti mezi kuřáky výrazně dominují muži. Snižující se atraktivita kouření byla zaznamenána i u nejmladší věkové kategorie (11 let). V roce 2006 se k první zkušenosti s tabákovými výrobky hlásila bezmála třetina jedenáctiletých chlapců. V roce 2018 už to bylo pouze 5 % stejně starých hochů. Z hlediska regionů drží neradostné prvenství mezi regiony Středočeský kraj. Zkušenost s kouřením má zde více než 45 % žáků devátých tříd. Naopak nejmenší prevalenci vykazuje z tohoto pohledu Vysočina, kde cigaretu ve svých patnácti letech ještě nedrželo v ruce $\frac{2}{3}$ respondentů (Zdravá generace, 2023).

Ještě v roce 2010 se řadila česká mládež v pravidelném kouření cigaret k evropské „špičce“. Minimálně jedenkrát týdně po cigaretě v tomto období sáhl každý čtvrtý patnáctiletý teenager. Údaje z let 2014 a 2018 ale přinesly výrazný obrat tohoto trendu a čeští teenageři se posunuli do klidných vod středu evropských tabulek. Snížení počtu kuřáků je dobrou zprávou hlavně proto, že pravidelné kouření je rizikovým faktorem pro vznik

závislosti. V roce 2018 se závislost týkala 11 % patnáctiletých kuřáků (Zdravá generace, 2023).

Poměrně velká skupina mladých lidí kouří denně. V roce 2018 byla prevalence denního kouření u téměř 8 % chlapců a 7 % dívek ve věku patnáct let. Přesto je však i zde od roku 2010 patrný významný pokles (z 15 % u chlapců a 20 % u dívek). Z hlediska regionů je nejméně pravidelných kuřáků na východě Čech. Nejnižší čísla vykazuje Pardubický a Královéhradecký kraj. Jak u patnáctiletých (cca 7,5 % mladých si zapálí každý týden), tak napříč věkovými kategoriemi 11–15 let, zde se hodnota zastavila na 3,5 %. Naproti tomu nejčastěji sahají po cigaretě mladí lidé v Ústeckém kraji. U patnáctiletých osob se jedná o téměř každého pátého chlapce a každou sedmou dívku (Zdravá generace, 2023).

1.3. Prevalence užívání tabákových výrobků u specifických skupin

1.3.1. Kouření u žen během těhotenství

Užívání tabákových výrobků a pití alkoholu v průběhu těhotenství zkoumala v rámci diplomové práce studentka adiktologie Olga Jakubíková. Jejím hlavním cílem nebylo pouze zmapovat užívání tabáku a alkoholu u těhotných žen, ale také jejich povědomí o rizicích užívání návykových látek v průběhu těhotenství. Výzkumu se zúčastnilo celkem 120 těhotných žen ve věku 15-41 let. Z tohoto výzkumného souboru celkem 12,5 % žen uvedlo, že během těhotenství kouřilo z toho 7,5 % kouřilo na začátku těhotenství před jeho zjištěním a 5 % v kouření pokračovalo. Ženy, které v kouření během těhotenství pokračovaly byly jak příležitostné kuřačky (např. na oslavách), tak pravidelné kuřačky (počet cigaret se pohyboval mezi 5-10 cigaretami denně). Ze všech respondentek celkem 99 (82 %) odpovědělo, že jsou si vědomy rizik postižení plodu v důsledku kouření během těhotenství, zbylých 21 (18 %) uvedlo, že rizika neznají. Z 15 kuřaček, které v dotazníku uvedly, že kouřily během těhotenství, uvedlo 12, že uvažovaly o tom, že přestanou kouřit během těhotenství, 3 ženy tuto možnost vůbec nezvažovaly (Jakubíková, 2017).

1.3.2. Kouření mezi Romy

Národní monitorovací středisko ve spolupráci s agenturou ppm factum research a kanceláří Rady vlády pro záležitosti romské menšiny (RVZRM) v roce 2017 realizovalo studii s názvem Zdraví a návykové látky mezi Romy. Jednalo se o průřezovou dotazníkovou studii mezi příslušníky romské menšiny v lokalitách, ve kterých dlouhodobě působí romští terénní sociální pracovníci. Výzkumu se celkem zúčastnilo 612 osob (z toho bylo 51,1 % mužů a 49,9 % žen). Podle výzkumu někdy v životě kouřilo tabák ve formě cigaret, doutníků nebo dýmky 84,2 % respondentů (z toho tvořili 88,6 % muži a 79,7 % ženy). Denně nebo téměř denně kouřilo celkem 66,1 % respondentů (z toho 71 % mužů a 61,3 % žen). Největší podíl denních nebo téměř denních kuřáků se objevoval v kategorii 35-44 let. Z celkového počtu denních kuřáků uvedlo užití více než 30 cigaret za den 27,6 % mužů a 11,4 % žen. Chomynová, Kozák & Mravčík (2021) ve své studii uvádí, že prevalence současného kouření tabákových výrobků v romské populaci je 2,71krát vyšší ve srovnání s běžnou populací ČR.

1.3.3. Kouření ve vězeňské populaci

V roce 2020 proběhla již 6. vlna studie, která mapuje užívání návykových látek u osob ve věznicích. Do výběrového souboru bylo zahrnuto 2100 osob ve výkonu trestu odnětí svobody (VTOS), kteří byli náhodně vybráni z celkem 17995 osob vykonávajících k datu výběru trest odnětí svobody ve všech 35 věznicích v České republice. Dotazník vyplnilo celkem 1523 respondentů (míra response byla 73 %), z toho bylo 87 % mužů. Vzhledem k pandemii COVID-19 a přijatým opatřením Vězeňské služby ČR, probíhala administrace dotazníků online. Jednalo se historicky o první online studii v populaci osob ve VTOS. Kouření tabáku je ve studii sledováno již od roku 2014 ČR (Mravčík et al., 2021).

Zkušenost s kouřením má v populaci odsouzených osob průměrně 80 % jedinců. Kouření v posledních 12 měsících uvedlo průměrně 68 % osob a v posledních 30 dnech průměrně 61 % osob. Podle výsledků výzkumného šetření v roce 2020 uvedlo kouření tabákových výrobků někdy v životě 83 % respondentů, v posledních 12 měsících 62 % respondentů a v posledních 30 dnech 53 % respondentů. V roce 2020 uvedlo kouření tabáku před nástupem do VTOS 76 % odsouzených. V posledních 12 měsících před nástupem do VTOS kouřilo tabák 70 % a v posledních 30 dnech před uvězněním 65 %. Kouření tabáku

někdy v průběhu pobytu ve VTOS uvedlo více než 77 % odsouzených ČR (Mravčík et al., 2021).

Tématem kouření mezi vězni se zabývala Urbanová (2019) v rámci své bakalářské práce. Do své studie kromě prevalence kouření v této populaci zahrnula i faktory subjektivně ovlivňující potřebu kouřit během výkonu trestu odnětí svobody. Celkem bylo osloveno 342 uvězněných osob v různých typech věznic a různého stupně zabezpečení. Pro účely studie bylo statisticky zpracováno 292 dotazníků (někteří odmítli dotazník vyplnit nebo nevyplnili všechny části dotazníku). Z 292 odsouzených uvedlo 85 (29,1 %) vyšší spotřebu tabáku než v civilním životě. Relativně stejný počet jedinců uvedl nižší spotřebu tabáku během uvěznění (28,1 %) a neměnnou spotřebu uvedlo 23,3 % z nich. Podle Urbanové (2019) mezi nejčastější důvody, proč osoby ve VTOS kouří, jsou dle respondentů nuda (48,4 %), nedostatek svobody (42,3 %), chybějící rodina a přátelé (34,5 %).

2. Prevalence kouření a sociální souvislosti

2.1. Pohlaví a věk

Spilková, Dzúrová & Pikhart (2011) ve studii zabývajícími se nerovnostmi v oblasti kouření v České republice potvrzuje obecně známý trend, že v dospělé populaci stále převažuje podíl mužů kuřáků. Z celkového výzkumného souboru, který byl genderově téměř vyvážený (1766 mužů a 1760 žen) tvořili pravidelní kuřáci 37,3 %, z toho bylo 44,9 % kuřáků a 20,7 % kuřáček.

Z hlediska věku lze pozorovat nejvyšší podíl denních kuřáků u mužů ve věkové kategorii 25-64 let, u žen ve věku 35-54 let. Ve vyšších věkových kategoriích, zejména u mužů, se později vyskytuje také vyšší podíl bývalých kuřáků. Příležitostné kouření se častěji objevuje u mladší věkové kategorie (15-24 let) a zároveň více u žen 15,5 % než u mužů 10,1 % (Daňková, Holub & Láchová, 2008).

2.2 Vzdělání

Vzdělání obyvatelstva je další podstatnou determinantou, která má vliv na prevalenci kouření u mládeže i dospělých. Opakovaně se potvrzuje, že méně vzdělaní jedinci kouří více než jedinci s vyšším vzděláním. Mezi studenty základních a středních škol uvedlo alespoň jednu zkušenost s kouřením cigaret 75,4 %. Denními kuřáky bylo 25,5 % studentů, z toho více než čtvrtinu (27,1 %) tvořili studenti středních škol a pětinu (21,5 %) žáci základních škol. Za silné kuřáky se mezi středoškoláky označilo 8,8 % a mezi stejně starým žáky základních škol tvořil podíl silných kuřáků 7,0 %. Mezi lety 2007 a 2011 došlo k nárůstu počtu denních kuřáků jak mezi žáky základních škol, tak i mezi studenty středních škol (Chomynová, Csémy, Grolmusová & Sadílek, 2014).

Mezi studenty různých středních škol se však objevily významné rozdíly. Mezi studenty gymnázií bylo denními kuřáky 9,6 % respondentů a 2,1 % silných kuřáků. Mezi studenty středních odborných škol bylo 27,5 % denních kuřáků a 7,8 % silných kuřáků. Nejvyššího skóre dosahovaly studenti odborných učilišť, kdy 41,1 % respondentů byli denními kuřáky a 15,5 % studentů byli silní kuřáci (Chomynová et al., 2014).

Tato data opakovaně potvrzují, že studenti odborných učilišť jsou více ohroženou skupinou než studenti gymnázií, a proto bychom jim měli věnovat větší pozornost. Je pravděpodobné, že po dokončení středního odborného učiliště (SOU) si budou hledat zaměstnání místo pokračování ve studiu, pokud se nerozhodnou pro doplnění maturity. Ve většině případů budou zaměstnání jako manuální pracovníci v různých firmách nebo se z nich stanou soukromí řemeslníci. Jejich špatně naučené vzorce chování je už ale s nejvyšší pravděpodobností nikdo neodnaučí, tudíž budou v kouření pokračovat i přes negativní důsledky na zdraví. Což je další argument pro to, abychom se začali zajímat o pracovníky v manuálních (dělnických) profesích.

2.3. Ekonomická aktivita

Dalším důležitým faktorem, který má vliv na prevalenci kouření je sociálně-ekonomický status každého jedince ve společnosti. The General Household Survey (tzv.

obecný průzkum domácností) and General Lifestyle Survey (tzn. obecný průzkum životního stylu) monitorují prevalenci kouření v obecné populaci ve Velké Británii více než 35 let.

Office for National Statistics (tzn. Úřad pro národní statistiky ve VB) na základě dalšího průzkumu, který proběhl v roce 2010, uvedl, že prevalence kouření je nejvyšší u jedinců v domácnostech, kde byla HRP (household reference person) v kategorii běžného povolání (31 %) a nejnižší v domácnostech, kde byla HRP ve vyšší kategorii povolání (9 %). Household reference person bychom mohli do češtiny zjednodušeně přeložit jako osobu s vyšším příjmem a lepším zaměstnáním, tudíž i vyšším socioekonomickým statutem (ONS, 2012).

Pro jedince v rutinních a manuálních pracovních skupinách je charakteristické, že mají nižší příjmy, než je celostátní průměr a často žijí v oblastech sociální deprivace. Vztah mezi socioekonomickým statutem a prevalencí kouření zkoumal Kotz & West (2009) ve studii s názvem Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding (v překladu tzn. Vysvětlení sociálního gradientu v odvykání kouření: není to ve snaze, ale v úspěchu). Výsledkem studie bylo potvrzení hypotézy, že pro pracovníky v manuálních a rutinních profesích je typické, že mnohem častěji kouří a zároveň je méně pravděpodobné, že se stanou bývalými kuřáky.

Kromě toho je u kuřáků v těchto profesích pravděpodobnější, že začali kouřit před dosažením věku 16 let (48 % oproti 33 % u manažerských a profesních skupin), proto je také pravděpodobnější, že se u nich vyvine silná závislost. Důsledkem tohoto zjištění je, že kouření hraje významnou roli v přispívání k nerovnostem v oblasti zdraví mezi socioekonomickými skupinami. Jak ve Spojeném království, tak i v mezinárodním měřítku představuje až polovinu celkového rozdílu úmrtnosti mezi manuálními a nemanuálními skupinami obyvatelstva (DH/National support team–Tobacco Control, 2009).

Sherriff & Coleman (2013) se ve své studii zabývali kuřáky, kteří pracovali jako manuální pracovníci na stavbách. Cílem výzkumu bylo získat vhled do přesvědčení a chování kuřáků a pochopení potřeb, které by mohly hrát roli při odvykání zaměstnanců. Výzkum probíhal formou rozhovorů. Mezi hlavní důvody, proč zaměstnanci pokračují v kouření uvedli potěšení a fyzické účinky nikotinu, zvyk a rutina, nuda, příležitost ke kouření, sociální výhody a vliv vrstevníků. Studie bude ještě zmíněna v následujícím textu.

Centers for disease control and prevention (Centra pro kontrolu nemocí a prevenci) analyzovala data National Health Interview Survey (NHIS) za období 2014–2016 za účelem popsat nejnovější odhady prevalence současného užívání tabákových výrobků mezi pracujícími dospělými v USA podle odvětví a povolání. Mezi pracujícími dospělými v současnosti užilo jakoukoli formu tabáku 22,1 % (32,7 milionů), z toho 15,4 % kouřilo cigarety, 5,8 % ostatní hořlavý tabák (doutníky, dýmky, vodní dýmky, velmi malé doutníky aj.), 3,0 % užívalo bezdýmný tabák a 3,6 % elektronické cigarety. Celkem 4,6 % (6,9 milionu) dospělých uvedlo užívání dvou nebo více tabákových výrobků současně (Syamlal, King & Mazurek, 2017).

Podle odvětví se jakékoliv užívání tabáku pohybovalo od 11,0 % ve vzdělávacích službách po 34,3 % u stavebních dělníků. Současné užívání dvou a více tabákových výrobků bylo také nejvyšší u stavebních dělníků (7,1 %). Podle povolání se jakékoliv užívání tabáku pohybovalo od 9,3 % mezi pracovníky zabývajícími se životními, fyzikálními a společenskými vědami do 37,2 % mezi pracovníky na montážích, údržbě a opravách. Užívání dvou a více tabákových výrobků současně bylo opět nejvyšší (10,1 %) u pracovníků na montážích, údržbě a opravách (Syamlal et al., 2017).

Tyto studie opět potvrzují, že pracovníci v dělnických profesích jsou velmi ohroženou skupinou a míra prevalence užívání tabákových výrobků je u nich vysoká. Důvody, které vedou k pokračování užívání tabákových výrobků i přes zjevné negativní dopady na zdraví se mohou u každého jedince lišit.

3. Užívání tabákových výrobků a jejich dopad na lidský organismus

3.1. Mortalita v důsledku kouření

3.1.1. Mortalita ve světě

Global Burden of Disease (GBD) je nástroj, který poskytuje komplexní obraz úmrtnosti a invalidity napříč zeměmi, časem, věkem a pohlavím. Kvantifikuje ztráty zdraví

způsobené stovkami nemocí, zranění a rizikových faktorů, aby bylo možné zlepšit zdravotní systémy a odstranit rozdíly (IHME, 2023).

Podle Global Burden of disease study patří mezi hlavní brzké příčiny úmrtí v dřívějším věku tato onemocnění: ischemická choroba srdeční, novorozenecké poruchy, cévní mozková příhoda, onemocnění dolních cest dýchacích, průjmová onemocnění, dopravní nehody a chronická obstrukční plicní nemoc. Každé z těchto onemocnění zavinilo v roce 2017 více než 1 milion úmrtí (IHME, 2018).

Pokud bychom se těmito onemocněními zabývali podrobněji, je pravděpodobné, že bychom u mnohých z nich našli úzkou spojitost s kouřením a užíváním tabákových výrobků. Například vztah mezi kouřením cigaret a aterosklerózou byl prokázán již před mnoha lety. Díky koronární angiografii bylo zjištěno, že počet vykouřených balíčků cigaret má vliv na změny na věnčitých tepnách, což vede k rozvoji řady kardiovaskulárních onemocnění (Aschermann & Linhart, 2010).

Tuto teorii potvrzuje longitudinální celosvětová srovnávací studie (1990-2017), která zkoumala behaviorální, environmentální, pracovní a metabolická rizika, která mají vliv na zdravotní stav a předčasná úmrtí populace. Kouření tabákových výrobků se globálně podílí na více než 7 % ztracených let života v důsledku onemocnění a úmrtí, 13 % celkové úmrtnosti populace a je na nejvyšších příčkách v seznamu rizikových faktorů z pohledu jejich příspěvku k celkové zdravotní zátěži obyvatelstva (Gakidou et al., 2018).

3.1.2. Mortalita v ČR

Podle informací, které byly uvedeny v Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním pro období 2019–2027 je užívání tabákových výrobků jednou z hlavních příčin nemocnosti a zároveň úmrtnosti obyvatelstva v ČR. Téměř 20 % z celkové úmrtnosti je důsledkem kouření. Největší zdravotní zátěž v souvislosti s tabákem lze pozorovat u obyvatelstva ve středním a starším věku (Úřad vlády ČR, 2019).

Podle údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2022) v roce 2021 zemřelo bezmála 140 000 osob, což znamenalo meziroční nárůst o 8,2 %, který byl do značné míry způsoben zhoršením úmrtnosti v důsledku rozšíření onemocnění covid-19. Z hlediska základního třídění příčin smrti dle kapitol Mezinárodní klasifikace nemocí byla úmrtí v nejčastěji

způsobena nemocemi oběhové soustavy (47,9 tisíce případů), novotvary (27,7 tisíce případů) a covidem-19 (25, 5 tisíce případů).

Kažmér, Baroš, Hanzal & Kulhánková (2020) ve své studii uvádí konkrétní příčiny úmrtí následkem dlouhodobého užívání tabáku dle klasifikace MKN-10: 1. karcinomy plic: zhoubný novotvar průdušnice – trachey (C33), zhoubný novotvar průdušky – bronchu a plíce (C34), 2. chronická obstrukční plicní nemoc: zánět průdušek – bronchitis – neurčený jako akutní nebo chronický (J40), prostá chronická bronchitida (J41), neurčená chronická bronchitida (J42), rozedma plic (J43), 3. jiná chronická obstrukční plicní nemoc (J47).

Opět bylo prokázáno, že míra úmrtnosti u mužů je několikanásobně vyšší než u žen. Tyto relativní rozdíly můžeme pozorovat jak u úmrtnosti související s kouřením, tak u úmrtnosti spojené s užíváním alkoholu. V letech 2001–2005 byla míra úmrtnosti související s kouřením 3,5krát vyšší u mužů než u žen. V pozdějším období se rozdíly mezi pohlavími sice snižovaly, ale v letech 2011–2015 byla míra úmrtnosti u mužů ještě 2krát vyšší (Kažmér et al., 2020).

Analýza také ukázala, že v rámci České republiky existují výrazné geografické rozdíly v úmrtnosti v důsledku užívání tabáku a alkoholu. Rozdíly se vyskytují především na pomyslné ose od jihovýchodu k severozápadu (Zlín – Praha – Ústí nad Labem). Dlouhodobě je intenzita úmrtnosti v důsledku užívání tabáku nejvyšší v oblastech Ústeckého a Karlovarského kraje. Naopak nejvyšší výskyt úmrtí na následky dlouhodobého užívání alkoholu můžeme pozorovat v regionech střední Moravy a Slezska (Kažmér et al., 2020).

3.2. Onemocnění spojená s kouřením

3.2.1. Kouření a kardiovaskulární onemocnění

Kouření tabáku je hlavním rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění, přičemž riziko vzniku až zdvojnásobuje. Zvyšuje riziko akutních infarktů myokardu u mladších osob, onemocnění periferních tepen, náhlé srdeční smrti a aneuryzmatu abdominální aorty. Riziko kardiovaskulárních onemocnění se zvyšuje i při minimální dávce tabákového kouře, a to jak u aktivních, tak pasivních kuřáků. Pokud se nachází nekuřák v zakouřeném prostředí, lze již po několika minutách pozorovat změny v endotelu cév.

Inhalace tabákového kouře dále zvyšuje trombogenicitu, narušuje vazomotorické funkce endotelu, strukturu endotelu, funkci krevních destiček, snižuje poddajnost cévní stěny a zvyšuje zánětlivé změny a infekce ve stěně cévní (Aschermann & Linhart, 2010).

3.2.1.1. Vysoký krevní tlak

Kouření a hypertenze významně zvyšují riziko kardiovaskulárních onemocnění. Krevní tlak a tepová frekvence se zvyšuje již při vykouření jedné cigarety a zvýšené hodnoty přetrvávají minimálně ještě dalších 30 minut. Pasivní kouření také mírně zvyšuje krevní tlak i když se jedná o nekuřáky. Zanechání kouření nemusí znamenat okamžité snížení krevního tlaku, ale je nejdůležitějším preventivním opatřením u hypertoniků (Cífková, Kmeťová & Suchor in Králíková et al., 2013).

Z dlouhodobého hlediska kouření poškozuje cévní stěnu, zvyšuje syntézu prostacyklinu a také zvyšuje interakci mezi krevními destičkami a stěnou cév. U chronických kuřáků cigaret byly nalezeny důkazy o dysfunkci krevních destiček a cév in vivo (tzn. v živém organismu) před manifestací kardiovaskulárního onemocnění. V důsledku těchto změn dochází ke snížení elasticity stěn cévních, které může přetrvávat i několik let po zanechání kouření (Nowak, Murray, Oates & Fitzgerald, 1987).

Pokud se závislí jedinci rozhodnout zanechat kouření, je nutné je upozornit, že jejich abstinence nemusí být automaticky provázena poklesem krevního tlaku. Své úsilí by však neměli vzdávat, jelikož jde o nejdůležitější preventivní opatření, které pro sebe mohou udělat. Mnohé studie již prokázaly, že ateroskleróza se rozvíjí mnohem dříve u kuřáků než nekuřáků. Kouření má dopad na všechny fáze aterosklerózy od endoteliální dysfunkce až po akutní klinické příhody, které jsou převážně trombotické. Jak aktivní, tak pasivní expozice cigaretovému kouři predisponuje ke kardiovaskulárním příhodám (Ambrose & Barua, 2004).

3.2.1.2 Infarkt myokardu

Kouření nemá pouze významný vliv na rozvoj aterosklerózy, ale také zásadně ovlivňuje vznik akutní trombózy. Tento fakt je prozatím dosti přehlížen i přesto, že bylo již

v minulosti vysledováno, že se kouření významně podílí na vzniku akutního infarktu myokardu, a to až v 50 % u mladých osob (Benowitz, 2003).

Burns (2003) vysledoval ve své studii zabývající se epidemiologií kardiovaskulárních onemocnění vyvolaných kouřením, že mladí kuřáci, kteří vykouří více než 20 cigaret denně, jsou 5,6krát více ohroženi vznikem infarktu myokardu než stejně staří nekuřáci. Rizika v důsledku kouření tabákových výrobků se zvyšují s množstvím vykouřených cigaret a s celkovou délkou kouření. Zároveň upozorňuje, že rizika vzniku těchto onemocnění nesnižuje kouření cigaret s nižším strojově měřeným obsahem dehtu a nikotinu, které najdeme na krabičkách od výrobce.

Pokud se zaměříme na riziko vzniku infarktu myokardu v obecné populaci bez ohledu na věkovou kategorii, do které konkrétní jedinci spadají, tak platí, že riziko fatálního akutního infarktu myokardu je u kuřáků 3krát vyšší než u nekuřáků. Riziko náhlé srdeční smrti (tj. smrt během 1 hodiny po nástupu příznaků) je oproti nekuřákům vyšší 2,3krát (Wannamethee, Shaper, Macfarlane & Walker, 1995).

Dalším významným rizikem, kterým jsou kuřáci ohroženi více než nekuřácká populace je vznik aneuryzmatu (tzv. výduť) abdominální aorty. U tohoto onemocnění byl prokázána přímá souvislost mezi počtem vykouřených cigaret a potencionálního rizika. U osob, které vykouří 20 a více cigaret denně se toto riziko 3krát zvyšuje, u 40 a více cigaret denně je riziko 5krát vyšší a při 60 a více cigaretách denně se zvyšuje až 7krát (Iribarren, Darbinian, Go, Fireman, Lee & Grey, 2007).

3.2.1.3. Kouření a cévní mozková příhoda

Studie provedené napříč různými etniky a populacemi prokazují silnou souvislost mezi kouřením a rizikem mrtvice, přičemž současní kuřáci mají alespoň dvojnásobně až čtyřnásobně zvýšené riziko mrtvice ve srovnání s celoživotními nekuřáky nebo jedinci, kteří přestali kouřit před déle než 10 roky. Jedna ze studií popisuje dokonce šestinásobně zvýšené riziko vzniku cévní mozkové příhody u kuřáků v porovnání s populací nekuřáků, kteří nikdy nebyli vystaveni environmentálnímu tabákovému kouři neboli pasivnímu kouření (Bonita, Duncan, Truelsen, Jasckson & Beaglehole, 1999).

Česká republika je jednou ze zemí v Evropě s nejvyšší morbiditou a mortalitou na cévní mozkovou příhodu. V kategorii do 65 let věku je u nás úmrtnost v porovnání s ostatními zeměmi EU dvojnásobná. Nejdůležitějšími rizikovými faktory vzniku CMP jsou onemocnění srdce a vysoký krevní tlak. Odvykání kouření je jednou z nejjednodušších cost-effective strategií, jak snížit riziko vzniku ischemické i hemoragické CMP, jelikož má významný vliv na vznik onemocnění srdce a periferních tepen (Dufek, 2002).

Cévní mozková příhoda a kouření jsou stále alarmujícími rizikovými faktory, které významně ohrožují veřejné zdraví populace ve Spojených státech. Cévní mozková příhoda je třetí a čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí u žen a mužů po rakovině, srdečních chorobách a plicních onemocněních a je hlavní příčinou dlouhodobé invalidity v USA. Navzdory těmto zažitým faktům, znalostem a vzdělání, pokud jde o osvětu týkající se rizika mrtvice a prevence tak nadále chybí jak v běžné populaci, tak i v lékařské komunitě (Klein, Yarbrough & Cole, 2021).

Každý rok prodělá v USA 795 000 lidí novou nebo opakující se mozkovou příhodu. Přibližně 610 000 z nich jsou první útoky a 185 000 opakující se útoky. Údaje o úmrtnosti z roku 2007 naznačují, že mrtvice představovala 1 z každých 18 úmrtí ve Spojených státech. V průměru každých 40 sekund dostane někdo ve Spojených státech mrtvici. Od roku 1997 do roku 2007 lze pozorovat pozitivní trend v této oblasti, jelikož úmrtnost v důsledku cévní mozkové příhody klesla celkem za toto období o 44,8 % (Roger et al., 2011).

3.2.2. Kouření a bronchogenní onemocnění

3.2.2.1. Chronická obstrukční plicní nemoc

Chronická obstrukční plicní nemoc neboli CHOPN je závažné respirační onemocnění, pro které je charakteristické trvalá a postupující porucha průchodnosti dolních dýchacích cest, jež má z následků limitaci průtoku vzduchu v oblasti bronchů a bronchiolů (tzv. bronchiální obstrukcí). Projevy onemocnění jsou nespecifické např. kašel či expektorace (tzn. vykašlávání hlenu), zhoršující se dušnost, která postupně vede ke snižování tolerance fyzické zátěže. V důsledku toho dochází k limitaci a následně omezení aktivit denního života. Pro pozdější fázi nemoci je typické, že dochází k opakovaným

hospitalizacím v důsledku zhoršení zdravotního stavu, akutním exacerbacím (tzn. novému vzplanutí a zhoršení nemoci) a předčasnému úmrtí. Nejvýznamnějším rizikem vzniku CHOPN je bezpochyby kouření cigaret. Na vzniku tohoto onemocnění se podílí, ale i další rizikové faktory, kam patří i pasivní kouření cigaret, zplodiny z dopravy a průmyslové exhalace (NSC, 2023).

V případě, že je pacientovi CHOPN diagnostikován, je na místě v prvních krocích léčby ukončení expozice rizikovým faktorům (např. kouření cigaret). Eliminace expozice totiž přináší největší šanci na ovlivnění dalšího vývoje onemocnění. Na druhé straně je na základě klinických studií jasně prokázáno, že pokračování v rizikové expozici naopak významně urychluje rozvoj nemoci, a to nezávisle na její vstupní závažnosti obstrukce. Dnes již víme, že provádět protikuřácké intervence má svůj význam i u pacientů s těžkými formami CHOPN (Koblížek et al., 2016).

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) jednou z nejčastějších příčin mortality a chronické morbidity v obecné populaci. V České republice postihuje toto onemocnění okolo 700 000 – 800 000 osob. Ve světě tímto onemocněním trpí 500–600 miliónů osob a ročně na něj zemře 2,74 miliónu nemocných. CHOPN obvykle postihovala více muže než ženy, v posledních desetiletích lze pozorovat, že se tento trend obrátil (Zatloukal, 2007).

Výskyt CHOPN roste u žen podstatně rychleji než u mužů a mortalita na toto onemocnění je aktuálně v rozvinutých zemích také vyšší u žen než u mužů. Vzhledem k celosvětovému růstu spotřeby tabáku můžeme bohužel i v budoucnu očekávat také nárůst mortality a morbidity v důsledku CHOPN. S tím jsou spojeny i ekonomické důsledky. Podle odhadů WHO a Světové banky bude CHOPN za 15 let společně s kardiovaskulárními onemocněními, těžkými depresemi a dopravními nehodami patřit k hlavním příčinám zdravotně-ekonomických ztrát v celosvětovém měřítku (Zatloukal, 2007).

3.2.3. Kouření a zhoubná onemocnění

V mezinárodním srovnání stojí Česká republika v incidenci zhoubných nádorů na 16.–17. místě v Evropě. U některých onkologických diagnóz dokonce obsazuje přední místa v evropských statistikách – např. 2. místo u zhoubných nádorů ledvin, 3. místo u slinivky

břišní. Počet nově zjištěných onemocnění zhoubných novotvarů stále roste, nicméně v ČR lze v posledních letech pozorovat určité zpomalení. Onkologická onemocnění jsou u nás dlouhodobě druhou nejčastější příčinou úmrtí po kardiovaskulárních chorobách (ÚZIS, 2021).

3.2.3.1. Bronchogenní karcinom

Karcinom plic je u kuřáků mnohonásobně častější než u nekuřáků. U kuřáků je nejdůležitějším parametrem ovlivňující riziko vzniku onemocnění délka pravidelného kouření a počet vykouřených cigaret za den. Dalším důležitými parametrem je také intenzita kouření – hloubka vdechu cigaretového kouře, počet potáhnutí z jedné cigarety a doba setrvání kouře v plicích (IARC, 2004).

Pokud kuřák vykouří například 20 cigaret denně po dobu 20 let, což je 150 000 cigaret, je u něj po 45 roku věku riziko vzniku karcinomu plic 18krát vyšší než u nekuřáka. V případě, že v kouření pokračuje, riziko dále stoupá. Asi třetina bronchogenních karcinomů diagnostikovaných u nekuřáků vzniká v důsledku pasivního kouření. Pasivní kouření v dětství a dospívání může až za 17 % plicních nádorů diagnostikovaných u nekuřáků (IARC, 2004).

V České republice byl v roce 2018 nejčastější příčinou úmrtí u onkologických onemocnění zhoubný novotvar průdušnice, průdušky a plíce, který představoval 19,2 % všech úmrtí na rakovinu. Nejvýraznější rozdíl v trendu za období 2009–2018 mezi muži a ženami lze pozorovat u zhoubných novotvarů průdušnice, průdušky a plíce. U mužů dochází za celé sledované období k poklesu nově diagnostikovaných případů, průměrně o – 0,7 % ročně. Naopak u žen je za toto období patrný výrazný nárůst, o + 3,2 % s každým rokem (Krejčí et al., 2018).

4. Užívání alternativních nikotinových a tabákových výrobků a jejich vliv na lidský organismus

Kromě cigaret a dalších tabákových produktů, které jsou určeny ke kouření, existuje dnes na trhu také řada alternativních výrobků, které obsahují nikotin, ale nedochází u nich ke spalování tabáku. Tyto alternativy můžeme pro přehlednost rozdělit na výrobky určené k inhalaci aerosolu a výrobky s jiným způsobem aplikace (Mravčík et al., 2021).

4.1. Výrobky určené k inhalaci aerosolu

4.1.1. Elektronické cigarety

Elektronické cigarety (e-cigarety) jsou zařízení, které místo tabáku zahřívají tekutou náplň s obsahem nebo bez obsahu nikotinu (e-liquid), čímž vytváří aerosol neboli páru, která připomíná klasický cigaretový kouř. Hlavní složky těchto náplní tvoří nižší alkoholy (glycerol a propylenglykol). Prodávané náplně mají různé poměry těchto složek podle požadovaného účinku, jsou ochucené různými příchutěmi a většinou obsahují také nikotin v různé chemické formě a v rozdílných koncentracích (Mravčík et al., 2021).

Systematický přehled studií o škodlivosti elektronických cigaret na základě jejich emisí dokazuje, že celoživotní riziko zhoubných novotvarů je u kuřáků elektronických cigaret až 200krát nižší než u těch, kteří kouří klasické cigarety. Relativní rizika u kardiovaskulárních a respiračních onemocnění nebyla kvalifikována, ale jsou pravděpodobně také významně nižší v porovnání s cigaretami. Míra vystavení se některým látkám, které dráždí dýchací cesty (např. akrolein) je naopak srovnatelná jako u kouření cigaret (McNeill, Brose, Robert, Bauld & Robson, 2018).

Jednou z nejčastěji zmiňovaných obav související s riziky a užíváním e-cigaret je obava ze zdravotně škodlivých příchutí. Nejčastěji bývá zmiňován diacetyl, který je obsažen v některých příchutích a jeho vliv na vznik konstruktivní bronchiolitidy. V minulosti byla tato látka detekována v některých příchutích e-cigaret, ale ve stokrát nižší koncentraci, než jak je tomu v cigaretovém kouři (Fujioka & Shibamoto, 2006).

Stejně tak obsah nitrosaminů a dusičnanů, které obsahují tabákové příchutě liquidů e-cigaret je výrazně nižší než u běžných cigaret. Chemický profil kapaliny a aerosolu e-cigaret je celkově podstatně méně škodlivý ve srovnání s tabákovými cigaretami pro řadu potenciálně toxických sloučenin, kam patří kromě již zmíněných dále fenoly, dusičnany, polycyklické aromatické uhlovodíky, aromatické aminy a oxid uhelnatý (Farsalinos, 2018).

4.1.2. Zahřívání tabákové výrobky

Zahřívání tabákové výrobky (Heated Tobacco Products) také vytváří aerosol zahříváním směsi na bázi propylenglykolu nebo glycerolu, rozdíl je však v tom, že tato směs obsahuje tabák a další látky, které se nachází v krátké tyčince připomínající vzhled cigarety. V ČR jsou aktuálně k dispozici 3 značky těchto výrobků – IQOS, Glo a Pulze. Jedna náplň obsahuje 0,3 – 0,7 mg nikotinu, což je poloviční až stejné množství, které se do těla dostane při vykouření 1 klasické cigarety (Mravčík et al., 2021).

Podle systematického přehledu zahraničních studií, které se zabývaly rizikovostí zahřívání tabákových výrobků jsou jejich uživatelé vystaveni o 40-90 % nižším dávkám karcinogenům a toxinům než kuřáci hořlavého tabáku (Simonavicius, McNeill, Shahab & Brose, 2018).

Gale, McEwan, Camacho, Hardie, Proctor & Murphy (2021) popisují další randomizovanou klinickou studii, která zkoumala rozdíly mezi exkuřáky, stávajícími kuřáky cigaret a kuřáky, kteří přešli na zahřívání tabákové výrobky. Účastníci studie byli sledováni po dobu 180 dnů od doby kdy vyměnili cigarety za zahřívání tabák. Hladina biomarkerů expozice (tzn. vyšetření škodliviny nebo jejich metabolitů přímo v organismu z analýzy krve nebo moči) včetně závažných karcinogenů byla u uživatelů zahřívání tabáku srovnatelná s naměřenými výsledky u kontrolní skupiny bývalých kuřáků.

Srovnávací studie, která zkoumala různé značky a produkty zahřívání tabáku, také uvedla, že i pasivní expozice aerosolu ze zahřívání tabáku ve vnitřních prostorách je významně nižší a představuje menší riziko než u klasických cigaret (Peruzzi et al., 2020).

4.2. Výrobky s jiným způsobem aplikace

4.2.1. Orální tabák

Orální tabák představuje vlhčenou směs mletých tabákových listů a různých aditiv. Existuje ve formě porcovaných sáčků nebo volně bez jakýchkoliv obalů. Uživatel si vloží porcovaný tabák mezi dásně a ret, kde se nikotin vstřebává sliznicí. Uvádění orálního tabáku na trh je v EU s výjimkou Švédska zakázán, existují však výrobky, které jsou k dispozici ve formě jemně řezaného tabáku v malých porcovaných sáčcích, u kterých není zřejmé, zda do kategorie orálního tabáku spadají. Tyto výrobky jsou totiž s různými příchutěmi nebo i bez příchutě dostupné i na trhu ČR (Mravčík et al., 2021).

Nejnámějším představitelem orálního tabáku je snus, které pochází ze Švédska. Specificky se liší od jiných forem tabáku tím, že je během výroby tepelně pasterizován a chlazen během skladování, a díky tomu obsahuje nižší koncentraci tabákově specifických nitrosaminů a z toho důvodu je také méně rizikový (Rutqvist, Crvall, Hassler, Ringberger & Wahlberg, 2011).

Levy et al. (2004) ve své studii popisuje, že orální tabák s nízkým obsahem nitrosaminů (snus) představuje ve srovnání s kouřením cigaret 10krát nižší zdravotní rizika a nezpůsobuje tak významné dopady na zdraví v dlouhodobé perspektivě. Ukazuje se, že široce rozšířené užívání snusu ve Švédsku je spojeno s nejnižší prevalencí kouření v Evropě a zároveň také nejnižší mortalitou v důsledku kouření v porovnání s jinými evropskými zeměmi (Lee, 2013).

Švédsko je v současnosti jednou ze zemí s nejnižším výskytem zhoubného novotvaru plic a dalších chorob souvisejících s užíváním tabáku ve světě (Foulds, Ramstorm, Burke & Fagerstöm, 2003).

4.2.2. Nikotinové sáčky

Nikotinové sáčky jsou relativně novou kategorií výrobků, které obsahují nikotin bez přítomnosti tabáku. Jsou to porcované sáčky, ale na rozdíl od mletého nebo řezaného tabáku jsou naplněny směsí, která obsahuje nikotin. Stejně jako u žvýkacího tabáku se tyto sáčky umisťují mezi horní ret a dásně, aby se nikotin dostal přes ústní sliznici. Jednotlivé sáčky

jsou vyrobeny z propustných viskózních vláken obsahující specifickou náplň složenou z vody a specifické mikrokrystalické celulózy. V této náplni jsou obsaženy další přísady – nikotin, příchutě, zahušťovadlo a stabilizátor, sůl, sladidla a látky upravující pH, aby se nikotin rychleji vstřebával. Nikotinové sáčky jsou dostupné v různých příchutích a obsahují různé množství nikotinu, většinou 2–24mg nikotinu/gram (Robichaud, Seidenberg & Byron, 2020).

Vědeckých informací o míře rizika u nikotinových sáčků je zatím poměrně málo, ale z dostupných údajů je zřejmé, že jsou méně škodlivé než orální tabák a že mohou být také účinnou pomůckou při odvykání kouření. Rizikem u těchto výrobků může být udržování duálního nebo situačního užívání nebo užívání produktů osobami, které na nikotinu zatím nejsou závislé včetně dětí (Zvolská, 2021). Média totiž cílí svými reklamami hlavně na mladou populaci a děti svým atraktivním vzhledem a různými příchutěmi, které jsou pro děti atraktivní.

Dosavadní poznatky zaměřené na alternativní tabákové a nikotinové produkty dokládají výrazně nižší škodlivost těchto produktů v porovnání s kouřením tabáku. S výjimkou snusu, který se ve Švédsku užívá již desítky let, však existuje stále velmi málo studií, které by poskytovaly další informace o dlouhodobých zdravotních rizicích. Je nutné vzít v úvahu i fakt, že některé, z již proběhlých studií, jsou financovány průmyslem obecně i přímo tabákovým průmyslem (Mravčík et al., 2021).

5. Závislosti na tabáku

5.1. Definice

MKN-10 (2023) definuje závislost jako: *„soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání 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.“*

Syndrom závislosti na tabáku je označen kódem F17.2. a spadá do kategorie poruch duševních a poruch chování způsobených užíváním tabáku (MKN-10, 2023).

Králíková et. al (2013) popisuje ve své publikaci 2 složky závislosti na tabáku – psychosociální, kterou má téměř každý kuřák a fyzickou, kterou vykazuje asi 80 % kuřáků. Obě tyto složky se vzájemně prolínají, a proto je důležité se na ně zaměřit při plánování léčby a odvykání.

Obzvlášť u tabákových výrobků bychom se kromě závislosti měli zaměřit i na škodlivé užívání tabáku, které je v MKN-10 (2023) označeno pod kódem F17.1. Charakteristickým rysem škodlivého užívání je takové užívání návykové látky, které vede k poškození zdraví. Toto poškození může být psychické i fyzické. V praxi to znamená, že jedinec nemusí vykazovat znaky závislosti, ale objevily se u něj již zdravotní problémy, které s pravidelným kouřením tabáku souvisí (např. zhoršené dýchání, počátek nemoci CHOPN, zvýšený krevní tlak, rozvoj aterosklerózy aj.)

5.2. Psychosociální závislost

Psychosociální závislost lze chápat jako závislost na předmětu, v tomto případě na cigaretě bez ohledu na její složení. Znamená potřebu mít v ruce cigaretu při určitých situacích a pohrávat si s ní. Jde o zavedené rituály a situace, které má kuřák s cigaretou spojené. Tyto situace jsou u každého jedince individuální, patří sem například kouření ve stresu, cigareta u kávy, při relaxaci, po dobře odvedené práci, po jídle, v určité společnosti aj. V psychobehaviorální intervenci se pacienta ptáme, v jakých situacích nejčastěji kouří a radíme mu, jak se na tyto situace dopředu připravit, hledáme náhradní řešení místo cigarety (Králíková et al., 2013).

Existují kuřáci, u kterých se rozvinula silná fyzická závislost, a proto bez medikace nebo náhradní nikotinové terapie opakovaně ve svých pokusech o odvykání kouření selhávají. Na druhé straně existují kuřáci, kteří fyzicky cigarety od ranního probuzení nepotřebují, ale dělá jim problém nekouřit v určitých situacích.

Mohli bychom uvést příklad tzv. rekreačního kuřáka, který si v průběhu pracovního týdne cigaretu nezapálí, ale vždy, když jde v pátek s kamarády do hospody nebo na večírek,

tak vykouří 5-10 cigaret. Už v pátek je nervózní a začne se u něj projevovat bažení, protože ví, že nastane ten den, kdy si opět bude moci s přáteli u piva zapálit. Praktikuje to tak už několik let a jde o jakýsi zažitý vzorec chování neboli rituál, který si osvojil.

Jako druhý příklad méně silného kuřáka, můžeme uvést jedince, který si například denně zapálí 2 cigarety v odpoledních nebo až večerních hodinách. Kouření cigarety má spojené s rituálem relaxace po náročném dni. Znamená to jakousi tečku za povinnostmi všedního dne, která představuje formu odměny.

Pokud bychom se zaměřili na denního kuřáka, který vykouří cca 5-10 cigaret za celý den a je u něj rozvinuta více psychosociální závislost než fyzická, budeme se v terapii zaměřovat na konkrétní rituály a stereotypy, které se bude muset jedinec přeučit. Níže budou uvedeny stereotypy, se kterými se v rámci terapie můžeme u pacientů často setkávat (poznatky z praxe):

- a) čas kouření – je důležité vědět, kterou část dne kouří pacient nejvíc (brzy ráno, dopoledne, odpoledne, večer, během noci)
- b) situace při kterých jedinec kouří – společenské události, dovolená, kamarádi kuřáci, kolegové v práci kuřáci (forma sbližování), při stresu/nervozitě/napětí (forma uvolnění), více v zaměstnání než doma nebo naopak
- c) aktivity při kterých jedinec kouří – před jídlem/po jídle, ke kávě, při hovoru s kamarádem/kamarádkou, po oddělané práci (odměna), o přestávkách v zaměstnání (naučené časy kouření), před sportem/po sportu

Hlavním úkolem odborníka, který bude s pacientem terapeuticky pracovat je zjistit co nejvíce těchto zavedených stereotypů a denní harmonogram kouření u každého jedince. Teprve potom může s pacientem začít na naučeném chování pracovat a hledat alternativy bez cigaret.

5.3. Fyzická závislost

Fyzickou závislostí se myslí závislost na nikotinu, která vzniká v důsledku zmnožení acetylcholin-nikotinových receptorů v mozku, zejména ve ventrální tegmentální oblasti. Další složky tabákového kouře zvyšují syntézu inhibitorů monoaminoxidázy, což je další mechanismus, který přispívá k vyšší hladině dopaminu v synapsích nervových zakončení. Míru závislosti na nikotinu lze snadno určit podle odpovědi na otázku, jak brzy po probuzení má kuřák potřebu zapálit si první cigaretu. Kuřák, u kterého se rozvinula fyzická závislost na nikotinu si obvykle zapálí cigaretu do 60 minut od probuzení (Králíková et al., 2013).

Podrobnější hodnocení se provádí pomocí Fagerströмова testu závislosti na nikotinu, který existuje ve dvou verzích, pro dospělé a modifikovaná verze pro adolescenty (Králíková, 2019).

5.4. Abstinenční příznaky

Abstinenční příznaky u nikotinu se objevují po několika hodinách od poslední vykouřené cigarety. Objevuje se touha (bažení) po cigaretě, zvýšená chuť k jídlu, špatná nálada až deprese, nervozita, podrážděnost, neschopnost odpočívat a poruchy spánku. Většinou trvají asi 4 týdny, bažení po cigaretě a zvýšená chuť k jídlu mohou přetrvávat i déle (Králíková et al., 2013).

Pokud bychom se chtěli na abstinenční příznaky zaměřit podrobněji, lze využít pro jejich mapování Minnesotskou škálu abstinenčních příznaků (Huges, 2003). U každé z 15 otázek má jedinec na škále 1–5 ohodnotit, v jaké míře se u něj vyskytovaly konkrétně vyjmenované příznaky během posledních 24 hodin.

6. Motivace a závislost

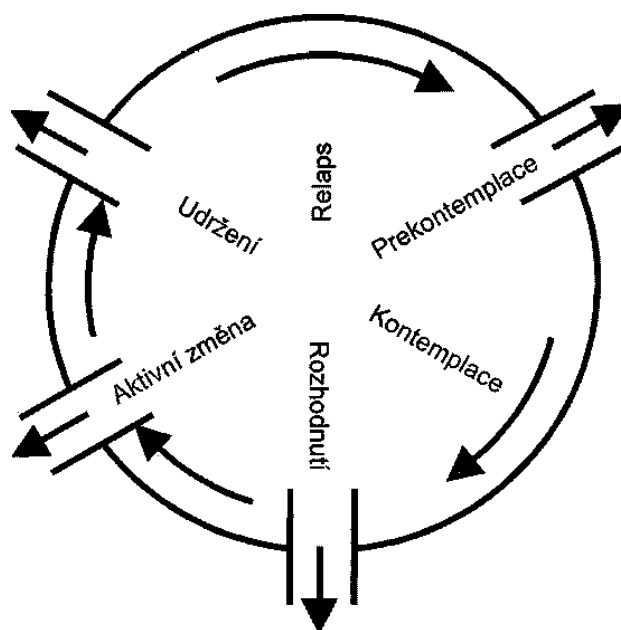
6.1. Motivace ke změně

Motivaci bychom v tomto kontextu mohli chápat jako připravenost ke změně či touhu po ní, která se může měnit v čase, v různých situacích a kterou můžeme ovlivnit. Psychologové James Prochaska a Carl DiClemente se snažili pochopit, jakým způsobem a

z jakého důvodu se lidé mění, ať už sami nebo s pomocí terapeutů. Na základě svých poznatků sestavili cyklický model změny chování, který může jedinci i terapeutovi v přípravě změny pomoci. Tento model rozepsali do několik fází, kterými si každý jedinec v průběhu změny prochází (Miller & Rollnick, 2004).

6.2. Kolo změny

Prochaska a DiClemente vytvořili tzv. kolo změny, které se skládá ze šesti fází – prekontemplace (předzvažování), kontemplace (zvažování), rozhodnutí, akce, udržování, relaps. V původním výzkumu se oba psychologové zabývali kuřáky a zjistili, že kuřák tímto kolem obvykle prošel třikrát až sedmkrát, než se mu nakonec podařilo závislosti zbavit. Je důležité rozlišovat jednotlivé fáze procesu, aby mohl terapeut při práci s klientem uváženě použít rozdílné metody a přístupy. Pokud budeme například pracovat s klientem ve fázi zvažování, musíme použít jiné metody a postupy než u klienta ve fázi akce. Pro lepší pochopení tohoto cyklického modelu budou jednotlivé fáze níže popsány (Miller & Rollnick, 2004).



Kruhový model změny dle Prochasky a diClementeho (Wanigaratne et al., 2008)

6.2.1. Fáze cyklického modelu změny

1. Prekoncemplace (předzvažování) – v této fázi jedinec ještě nezačal o změně ani uvažovat, neuvědomuje si svůj problém a nevidí změnu jako žádoucí. Jedinec pokračuje v užívání návykových látek.

2. Kontemplace (zvažování) – v této fázi si jedinec začíná uvědomovat svůj problém, uvažuje o změně a zároveň ji také odmítá. Jedinec stále pokračuje v užívání návykových látek, ale už si uvědomuje, že mu působí určité obtíže.

3. Rozhodnutí – pokud se jedinec v této fázi rozhodne pro změnu, pokračuje dál v procesu změny, pokud se pro změnu nerozhodne, zůstává ve fázi kontemplace. Jedinec se rozhoduje, zda začne své užívání návykových látek řešit nebo nikoliv.

4. Aktivní změna – tato fáze znamená realizaci změny, pro kterou se jedinec rozhodl. Je to například zahájení abstinence, nástup do léčby, vyhledání odborné pomoci.

5. Udržování – v této fázi je stěžejní udržovat změnu, pro kterou se jedinec rozhodl. Patří sem pokračování v abstinenci po ukončení léčebného programu, odchodu z léčebného zařízení, dodržování změn a pravidel, které se v terapii naučil. Důležitá je prevence relapsu.

6. Relaps (uklouznutí) – fáze, kdy došlo k porušení abstinence, jedinec se vrací k původním vzorcům chování, užívání návykových látek. Důležité je relaps co nejdříve zastavit, pracovat s ním a nevrátit se ke starým vzorcům chování.

6.3. Škála CMRS

Podle De Leona (2000) je motivace ke změně či k léčbě součástí komplexu essential treatment-related perceptions, což bychom mohli přeložit jako zásadní vjemy související s léčbou. K těmto vjemům patří vnější okolnosti, vnitřní motivace, připravenost k léčbě a vhodné párování potřeb jednotlivce s konkrétním typem léčby. Na základě těchto poznatků byla vytvořena škála CMRS (Circumstances, Motivation, Readiness, Suitability), která je při vstupu jedince do terapie dobrým prediktorem k udržení v léčbě.

Kalina (2008) popsal škálu CMRS a její využití ve své publikaci zaměřené na terapeutické komunity. Pro lepší pochopení CMRS škály budou v následujícím textu jednotlivé faktory popsány a vysvětleny na konkrétních příkladech z praxe.

6.3.1. Faktory CMRS škály

1. Circumstances (= okolnosti) – do této oblasti patří životní situace, které vedou jedince k tomu, aby vyhledali léčbu. Pokud se zaměříme na téma kouření, může sem patřit například problém s financemi (zdražování cigaret), zdravotní problémy (které se objevily v důsledku kouření), problémy se zaměstnáním (jedinec nevydrží během pracovní doby nekouřit). Tyto okolnosti jsou individuální a mohou se během času měnit. Společným znakem je, že je jedinec vnímá tyto situace jako vnější tlak, důvod, aby do léčby nastoupil, setrval v ní a snažil se z ní něco vytěžit. V léčbě musíme těchto vnějších tlaků využívat, abychom klienta udrželi v procesu změny.

2. Motivation (= motivace) – motivací se zde myslí vyhledání léčby z vnitřních důvodů, kvůli svému osobnímu rozhodnutí a touze po změně. Důvody ke změně mohou být pozitivní (zlepšení fyzické kondice, ušetření financí pro rodinu) i negativní (nevratné zdravotní problémy, zbavit se pocitů beznaděje). Vnitřní motivace vede klienta k náhledu na svůj problém a přijetí faktu, že se musí změnit on sám, a ne svět kolem něj.

3. Readiness (= připravenost) – jedinec může být motivovaný ke změně, ale nemusí být ještě připraven k nástupu do léčby, a proto si hledá různé alternativy. Kuřák, který ještě není připraven zapojit se do terapie může hledat jiné alternativy, jak se kouření zbavit (nenosí si cigarety do zaměstnání, má zakázáno kouřit doma, místo cigaret žvýká žvýkačky nebo bonbony, nechodí na kuřárnu, medituje aj.). Jedinci, kteří jsou k léčbě připraveni už zavrhlí všechny ostatní možnosti a vnímají léčbu jako jedinou možnost.

4. Suitability (= vhodnost) – jedinci mohou být motivováni ke změně a připraveni k léčbě, ale nemusí vnímat vybraný léčebný program jako odpovídající pro jejich potřeby. Proto je důležité, aby terapeut dobře pároval potřeby klienta s typem, formou a délkou léčby. Je důležité, aby klient sám přijal cíle, filozofii a přístup programu, aby v něm setrval. Pokud je například pro kuřáka obtěžující zapisovat údaje do telefonu nebo není zrovna zběhlý

v užívání chytrých telefonů, nebudeme mu nabízet mobilní aplikaci pro odvykání kouření. Stejně tak budeme nabízet odlišný přístup, možnosti a délku léčby kuřákovi, který kouří 40 cigaret denně a kuřákovi, který kouří 5 cigaret denně.

Všechny faktory škály CMRS se u každého jedince v průběhu času individuálně mění. Hovoříme o tzv. časovém okénku, což je optimální situace pro nástup do léčby. Pokud tuto optimální situaci promeškáme a jedinec do léčby nenastoupí, může trvat dlouhou dobu, než se k tomuto okénku opět přiblíží (Kalina et al., 2015).

7. Léčba závislosti na tabáku

7.1. Diagnostika

Jak již bylo zmíněné dříve, poruchy způsobené užíváním tabáku najdeme v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod diagnózou F17. Syndrom závislosti na tabáku je označen kódem F17.2. (MKN-10, 2023) a k jeho diagnostice se nejčastěji užívá Fageströmův test závislosti na nikotinu. Tento typ dotazníku se využívá k rychlému a jednoduchému posouzení závislosti u konkrétního jedince. Skládá se z 6 strukturovaných otázek a jeho vyplněním stráví pacient maximálně 5 minut. Jak bylo zmíněno již v předchozím textu, existují dvě verze tohoto dotazníku – pro dospělou populaci a mladistvé. Konkrétní formy dotazníku jsou volně dostupné na webových stránkách Kliniky adiktologie www.adiktologie.cz (Klinika adiktologie, 2023)

Jak již bylo zmíněno v předchozím textu, nesmíme opomenout škodlivé užívání tabáku, které je také součástí MKN-10. V případě, že by se v konečném skóru Fageströмова testu závislosti na nikotinu u pacienta závislost neprojevila, můžeme využít další diagnostické metody a nástroje, kterými si tuto skutečnost ověříme. Pro rychlý screening můžeme například využít v rozhovoru znaky závislosti.

7.2. Léčba

Léčba se zaměřuje jak na psychosociální, tak fyzickou složku závislosti, a proto zahrnuje psychosociobehaviorální intervenci s využitím principu motivačních rozhovorů a

farmakologickou léčbu k potlačení abstinenčních příznaků. Většina zdravotních pojišťoven na farmakologickou léčbu závislosti na tabáku již přispívá v rámci svých preventivních programů.

7.2.1. Krátká intervence

Bez ohledu na specializaci lékaře by měl být každý kuřák v rámci zdravotnické dokumentace identifikován. Všichni zdravotníci by měli aplikovat krátkou intervenci jako samozřejmou součást své klinické praxe. Krátká intervence by neměla trvat déle než 10 minut. Podle Králíkové et al. (2022) by měla intervence zahrnovat tříbodové schéma – DIK:

- 1. Dotaz** – měli bychom pacientovi položit dotaz, zda kouří nebo užívá jiné formy tabáku
- 2. Intervence** – měli bychom dát pacientovi doporučení přestat kouřit a zároveň radu, jak s kouřením přestat (edukovat v oblasti závislosti, možnostech léčby)
- 3. Kontakty** – měli bychom pacientovi předat kontakty na nejbližší možnosti léčby a další formy podpory při odvykání kouření

7.2.2. Behaviorální a psychosociální intervence

Intenzivní psychobehaviorální terapii by měl poskytovat odborník na léčbu závislosti na tabáku (například vyškolený lékař, adiktolog, psycholog). Jde o dlouhodobý program, který nabízí v ČR například centra pro závislé na tabáku. Čím delší a intenzivnější program je, tím je také účinnější. Během intervence vycházíme z kuřácké anamnézy pacienta, jeho předchozích pokusů o abstinenci, důvody relapsu atd. Podporujeme pacienta v motivaci k odvykání, snažíme se hledat nekuřácká řešení v jednotlivých situacích, upozorňujeme pacienta na možné změny a rizika (např. zvýšená chuť k jídlu, přibírání na váze, práce se stresem, cravingem). Ptáme se pacienta na možné překážky v odvykání, sociální zázemí, podporu rodiny a kuřáky v jeho sociálním okolí. Dále vysvětlíme pacientovi princip fyzické závislosti na nikotinu, abstinenční příznak a nabídneme možnosti farmakoterapie (Králíková, Zvolská, Štěpánková & Pánková, 2022).

7.2.3. Prevence relapsu

Wanigaratne, Wallace, Pullin, Keaney & Farmer (2008) popisují ve své publikaci laps jako jednorázové porušení zásad, které se týkají častosti a typu chování, které si jedinec dříve sám stanovil. Laps je obecně chápán jako jednorázové uklouznutí, tedy jednorázové porušení abstinence. Relaps představuje již delší časový úsek, kdy se abstinent vrátil ke svým původním vzorcům užívání návykových látek a abstinenci porušil opakovaně. Jednotná definice pojmu relaps neexistuje a různí autoři si ji vykládají jiným způsobem.

Hendershot, Witkiewitz, George & Marlitt (2011) popisuje ve své publikaci Relapse prevention for addictive behaviors relaps jako přerušování procesu změny. Wanigaratne et al. (2008) chápe relaps jako návrat k původní úrovni užívání drog po pokusu takové chování redukovat nebo zcela ukončit. Další definici, kterou uvádí je relaps jako selhání při dosahování určitých cílů, které se jedinec na určité období sám stanovil.

Relaps je u závislosti na tabáku velmi častý, kuřáci mají během života průměrně desítky neúspěšných pokusů přestat kouřit (Chaiton et al., 2016). Lékař či jiný odborník může pacientovi pomoci najít výhody abstinence, řešit reziduální problémy vyplývající z odvykání, které by mohly vést v budoucnu k relapsu. Mezi tyto problémy může patřit špatná nálada až depresivní ladění, zvyšování hmotnosti, silné nebo dlouho přetrvávající abstinenční příznaky, jiní kuřáci v domácnosti, jednorázový laps. Důležité je, aby specialista zdůraznil, že jediná cigareta či doutník může kuřáka vrátit opět k pravidelnému kouření. Neměli bychom zapomenout pacientovi průběžně gratulovat k abstinenci a podporovat ho v ní. Dále bychom mělo zhodnotit a posoudit účinnost, případně vedlejší účinky farmakoterapie, pokud pacient nějakou užívá (Králíková et al., 2022).

7.2.4. Farmakologická léčba

Existují léky, které snižují abstinenční příznaky u závislých na nikotinu, pacient by však neměl očekávat, že mu zabrání v kouření. K úspěšné abstinenci je vždy nutné samotné rozhodnutí pacienta, aktivní změna životního stylu a denních stereotypů. Z těchto důvodů je důležité vždy kombinovat farmakologickou léčbu s psychobehaviorální intervencí. Minimalizování abstinenčních příznaků umožní na začátku odvykání pacientovi lepší

soustředění se na nekuřácké prožívání dne. Dnes již většina zdravotních pojišťoven na léky určené pro léčbu závislosti na tabáku přispívá z fondu prevence (Králíková et al., 2022).

Od roku 2021 byl na seznam základních léků Světové zdravotnické organizace přidán kromě nikotinu také vareniklin a bupropion, bohužel zatím bez cytisinu (WHO, 2021). Užívání farmakoterapie se doporučuje dlouhodobě, u silně závislých kuřáků po dobu 3–6 měsíců, záleží na stavu pacienta a intenzity abstinčních příznaků (Králíková et al., 2022).

7.2.4.1. Vareniklin (*Champix*)

Vareniklin je parciálním agonistou acetylcholin-nikotinových receptorů, subtypu $\alpha 4\beta 2$ a $\alpha 7$, které jsou zodpovědné za snadný vznik závislosti na nikotinu a její intenzivnější formu. Tento lék je agonistou nikotinu (tzn. po navázání na receptory se v nucleus accumbens vyplaví dopamin). Pacienti popisují tento účinek jako „nepotřebuji nutně kouřit“ a „necítím se bez cigaret tak mizerně“. Zároveň je i antagonistou (tzn. po vykouření cigarety se nikotin nemůže navázat na acetylcholin-nikotinové receptory, protože jsou obsazené vareniklinem), takže po potažení z cigarety se nemůže uvolnit další dopamin, což má za následek, že nepřichází typický pocit odměny. Pacienti uvádějí, že cigareta chutná jako by kouřili seno, nechutná jim, kouření není ono. Užívání vareniklinu ztrojnásobuje u pacientů úspěšnost odvykání v závislosti na míře intervence (Králíková et al., 2022).

7.2.4.2. Cytisin (*Defumoxan*)

Cytisin je látka extrahována ze štědrince odvislého (zlatého deště). Tento lék se váže na acetylcholin-nikotinové receptory ($\alpha 4\beta 2$ a $\alpha 7$) podobně jako vareniklin. Cytisin byl pro výrobu vareniklinu inspirací, je tedy také parciálním agonistou těchto receptorů. Liší se však v tom, že působí krátkodoběji (eliminační poločas je 4,8 hodin) a proto se užívá v intervalu 2-12 hodin (Králíková et al., 2022).

Defumoxan je volně prodejný v lékárnách a příbalový leták obsahuje informace o tom, jak často jej užívat. Jedno balení představuje léčebnou kúru v délce 25 dní. Závislý postupně snižuje denní počet tablet (ze začátku 1 tableta každé 2 hodiny, v závěrečné fázi 1-

2 tablety denně). Zároveň obsahuje i doporučení, že by kuřák měl s kouřením přestat nejpozději 5. den od zahájení léčebné kúry (SÚKL, 2010).

V klinické praxi se doporučuje užívání cytisinu častěji, zejména u silně závislých a také v dlouhodobějším horizontu (3–6 měsíců oproti 25 dnům uvedených v příbalovém letáku). Také zanechání kouření nemusí být nutně do 5. dne, od zahájení užívání léku, jak uvádí příbalový leták. Toto nastavení je optimální, avšak ne vždy možné a je škoda, aby kuřák kvůli nedodržení tohoto data přerušil užívání medikace a svůj pokus o abstinenci zcela ukončil. U cytisinu není nutný lékařská předpis, je volně dostupný v lékárnách (Králíková et al., 2022).

7.2.4.3. Bupropion (Elontril, Wellbutrin, Zyban)

Bupropion se původně užíval pouze jako antidepresivum. Inhibice zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu nevysvětluje snížení potřeby kouřit, přesný mechanismus působení při odvykání doposud nebyl vysvětlen. Avšak jako jediné antidepresivum bývá indikován pro léčbu závislosti na tabáku i u pacientů bez depresivního onemocnění. Účinnost tohoto léku (cca zdvojnásobení abstinence podobně jako u náhradní terapie nikotinem) se příliš neliší v závislosti na míře závislosti, historie deprese nebo alkoholismu. Bupropion je vázán na recept a přispívá na něj zdravotní pojišťovna. Výjimka je při indikaci deprese, kdy může být předepsán pouze psychiatrem, neurologem nebo sexuologem. Tento lék vykazuje kontraindikace, mezi které patří zejména křečové stavy typu epilepsie, bipolární afektivní porucha, anamnéza bulimie či anorexie a současné užívání inhibitorů MAO. Pokud pacient současně užívá jinou psychiatrickou medikaci, je vhodné vždy začátek užívání bupropionu konzultovat s ošetřujícím lékařem (Králíková et al., 2022).

7.2.4.4. Náhradní terapie nikotinem

Principem náhradní nikotinové terapie (NTN) je nahrazení nikotinu z jiného zdroje než z tabáku, tedy kouřením. Přípravky NTN jsou volně prodejné ve všech lékárnách. Na základě dostupných studií bylo zjištěno, že pokud závislý jedinec začne užívat přípravky NTN společně s behaviorální intervencí, tak se úspěšnost léčby téměř zdvojnásobuje oproti případům, kdy závislý jedinec užívá pouze volně prodejné přípravky NTN, ale už nevyužívá

žádné další intervence. V těchto případech je úspěšnost podobná jako u jedinců, kteří se rozhodli odvykat svépomocí, bez podpůrných či léčebných prostředků (Kotz, Braum & West, 2014).

V České republice jsou na trhu přípravky značky Nicorette a NiQuitin. Mezi často užívané přípravky patří nikotinové žvýkačky, pastilky, náplasti a orální sprej. Náplasti uvolňují nikotin kontinuálně a pomaleji na rozdíl od ostatních forem NTN, které umožňují vnímat „peaky“ a závislý si může moderovat dávkování podle aktuální potřeby. Z těchto důvodů se proto u silných kuřáků obvykle doporučuje k potlačení akutní potřeby kombinace náplastí s některou z ostatních forem. Léčba by měla trvat 8 až 12 i více týdnů. V případě kratší doby užívání těchto přípravků než 8 týdnů ztrácí léčba uvedenou účinnost (Králíková et al., 2022).

Nikotinové léčivé přípravky mohou představovat také jisté riziko pro lidské zdraví. Při dlouhodobém užívání se jedná zejména o riziko vzniku závislosti na nikotinu a ovlivňování kardiovaskulárního systému (nikotin zvyšuje krevní tlak, zrychluje činnost srdce aj.). Stále však užívání těchto přípravků přináší mnohem více benefitů než rizik a je bezpečnější než kouření tabákových výrobků (Apelberg, Onicescu, Avila-Tang & Samet, 2010).

7.2.5. Harm reduction – mírnění škod užívání tabáku

Podle Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA, 2010) termín harm reduction označuje: *„koncepte, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo ke snižování jejich spotřeby“*.

Mírnění škod v oblasti užívání tabáku z pohledu jedince je v tomto kontextu myšleno jako méně rizikové formy užívání tabáku. Důležité jsou bezpodmínečně intervence a informace o dopadech kouření na lidské zdraví, v případě, že ale jedinec nechce nebo není schopný od tabáku abstinovat, je důležité mu nabídnout bezpečnější formy užívání tabáku (Vavrinčíková, 2012).

Nikotin dostupný bez zplodin spalování, ke kterému dochází během kouření klasických tabákových výrobků (cigarety, doutníky, dýmky) je méně rizikový než nikotin, který získáváme právě z cigaretového kouře. Harm reduction strategie spočívá v užívání výrobků na bázi nikotinu bez hoření (kouře). Mohou být zahříváné i nezahříváné, případně hybridní (tzn. zahříváný tabák + tekutina s nikotinem). Nesmíme ale zapomínat na fakt, že všechny formy nikotinu mohou vyvolat, udržovat nebo prohlubovat závislost (Králíková et al., 2022).

Dostupné bezdýmnné formy tabáku a další alternativní tabákové a nikotinové výroby byly popsány již v předchozím textu.

7.3. Intenzivní psychobehaviorální terapie a dostupné služby v ČR

V případě, že je kuřák motivovaný ke změně a dospěje k názoru, že chce začít odvykat, je větší pravděpodobnost úspěchu v případě, že vyhledá odbornou pomoc, než pokud se rozhodne odvykat svépomocí. Může jít o jednorázovou konzultaci, kdy bude chtít například informace o náhradní nikotinové terapii nebo bude mít zájem o dlouhodobější terapeutický program v kombinaci s farmakoterapií. Z těchto důvodů v České republice vzniklo několik dostupných center a služeb, které mohou jedinci, kteří se rozhodli k odvykání kouření využít.

7.3.1. Centra pro závislé na tabáku

Od roku 2005 vznikaly centra pro závislé na tabáku při nemocnicích, zejména v rámci plicních, interních nebo kardiologických klinik. Jsou jednou z možností, kam lze odeslat či doporučit kuřáky, kteří chtějí s kouřením přestat (Králíková et al., 2013).

Jako příklad můžeme uvést Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1.LF UK a VFN v Praze. V případě, že se kuřák rozhodne s kouřením přestat absolvuje vstupní návštěvu během které absolvuje základní vyšetření a bude mu stanovena míra závislosti na tabáku. Důležitým vyšetřením je měření oxidu uhelnatého ve vydechovaném vzduchu, včetně stanovení míry procentuálního zastoupení karboxylhemoglobinu (tzn. počet červených krvinek zablokovaných CO), čímž lze odhadnout intenzitu kouření každého

jedinice. Pokud se kuřák rozhodne, že si skutečně přeje přestat kouřit a bude souhlasit s plánem léčby, může se objednat na vstupní návštěvu, na které bude edukován v oblasti závislosti a na které již začne s odborníkem plánovat konkrétní léčebné kroky. Na webových stránkách společnosti pro léčbu závislosti na tabáku lze najít podrobný seznam všech center, které se na léčbou závislosti na tabáku specializují (SLZT, 2023).

7.3.2. Centra odvykání kouření v lékárnách

V případě, že není v blízkosti vašeho bydliště žádné centrum pro závislé na tabáku lze jako alternativu zvolit poradenství v některých lékárnách. Označené lékárny mají ve svých řadách odborníky, kteří absolvovali garantovaný kurz České lékárnické komory s názvem Odvykání kouření v lékárnách. Vyškolený odborník by vás měl seznámit s dostupnými možnostmi léčby, vytvořit s vámi individuální plán léčby a v případě zájmu o farmakoterapii či náhradní nikotinovou terapii vám vysvětlit fungování a užívání jednotlivých přípravků. Lékárny, které tyto služby nabízejí jsou označeny speciálním logem. Seznam všech lékáren nabízející poradenství v oblasti odvykání kouření, včetně dostupné adresy a kontaktů, najdete na webových stránkách České lékárnické komory (ČLK, 2015).



Logo lékárny nabízející poradenství při odvykání kouření (Česká lékárnická komora, 2015)

7.3.3. Adiktologické ambulance

Adiktologické ambulance vznikly v rámci rozvoje adiktologických služeb jako další alternativa k již existujícím službám, které se zabývají cíleně léčbou závislostí. Ambulantní léčba a poradenství mají za cíl zlepšení somatického a psychického stavu, sociální situace a

změnu životního stylu klienta. Typicky jsou tyto služby poskytovány v multidisciplinárních ambulancích programech a centrech s prvky case managementu. Cílovou skupinu představují klienti v různé fázi závislostního chování (Dvořáček et al., 2021).

Adiktologické ambulance nejsou úzce specializovány pouze na závislost na tabáku, ale na široké spektrum závislostního chování, které je specifikováno v rámci jednotlivých diagnóz v MKN-10. Neznamená to však, že by zde kuřák nemohl podstoupit odvykací léčbu, právě naopak. V adiktologických ambulancích pracují zejména adiktologové, kteří se na oblast závislostí specializují a dokáží kuřákovi poskytnout právě psychobehaviorální intervenci a terapii, která je v léčbě závislosti na tabáku podstatná. Jednotlivé adiktologické ambulance můžete najít v seznamu mapy pomoci dostupné na webových stránkách www.drogy-info.cz.

7.3.4. Národní linka pro odvykání kouření

Česká linka pro odvykání kouření vznikla v roce 2005 a hlavním cílem linky bylo poskytovat kuřákům relevantní a kvalitní informace nejen v oblasti odvykání kouření, ale i užívání tabáku. Tato služba byla původně zřizována Českou koalicí proti tabáku a byla poskytována bezplatně (Králiková et al., 2013).

Dnes tato služba nese název Národní linka pro odvykání kouření a je dostupná na telefonním čísle 800 350 000. Služba je poskytována bezplatně, od pondělí do pátku v čase 10-18 hodin. Linka je určena pro všechny občany ČR starších 15 let, kteří chtějí nebo zvažují odvykání kouření, nebo se chtějí pouze poradit ohledně odvykání někoho ze svých blízkých osob (Bezcigaret, 2017).

7.3.5. Mobilní aplikace

V současné době existuje již několik mobilních aplikací, které pomáhají kuřákům s odvykáním. Mobilní aplikace je vhodná pro uživatele, kteří se orientují v online prostoru a rádi by měli svého virtuálního pomocníka neustále při sobě. Na webových stránkách společnosti pro léčbu závislosti na tabáku najdete tyto aplikace přímo dostupné ke stažení (např. QuitNow).

Nadace Vodafone ve spolupráci s odborníky vytvořila mobilní aplikaci AdiQuit, která je kuřákům dostupná 24 hodin denně. První 4 dny má kuřák možnost si vyzkoušet mobilní aplikaci zdarma, následně si ji uživatel platí. Adiquit nabízí 4měsíční interaktivní terapii pod vedením online adiktologa, se kterým jste denně několik minut v kontaktu a který dokáže pružně reagovat při akutní potřebě zapálit si cigaretu. Aplikace byla vyvinuta předními odborníky na léčbu závislostí z univerzit v Norsku, USA a České republice. Kontrolní studie prokázaly, že pravděpodobnost úspěchu při odvykání s Adiquitem je asi 6x vyšší než při pokusech bez odborné pomoci (Adiquit, 2023).

8. Specifika užívání tabáku na pracovišti a v pracovním prostředí

Přestože podíl pracovníků, kteří kouří tabák nebo kteří jsou vystaveni pasivnímu kouření na pracovišti, v posledních několika desetiletích poklesl, mnoho pracovníků stále zůstává náchylných ke škodám způsobeným kouřením tabáku (NIOSH, 2016).

Výzkumná studie, která se zabývala pracujícími dospělými v USA (Syamlal, Mazurek & Malarcher, 2012) uvedla, že procento pracovníků, kteří kouří cigarety, se liší podle odvětví a povolání. Nejvyšší procento pracovníků, kteří kouří je v těžebním průmyslu (30 %), v ubytovacích a stravovacích službách (30 %) a ve stavebnictví (29,7 %).

Mazurek, Syamlal, King & Castellan (2014) se zabývali bezdýmnými tabákovými výrobky u pracujících dospělých. Zjistili, že užívání bezdýmného tabáku je relativně časté u pracovníků v těžebním průmyslu (18,8 %), velkoobchodu (8,9 %) a stavebnictví (7,9 %).

Používání nových tabákových výrobků, včetně vodních dýmek a elektronických vapingových produktů (EVP) nebo elektronických cigaret, v posledních letech vzrostlo. V roce 2014 bylo v USA mezi pracujícími dospělými celkem 5,5 milionu e-cigaret (Syamlal, Jamal, King & Mazurek, 2016).

Mnoho států USA má zákony zakazující kouření a užívání tabáku na pracovišti. Od června 2022 přijalo 17 států USA (např. Kalifornie, Nové Mexiko a New York) další zákony, které výslovně zakazují používání také e-cigaret na pracovišti (CDC, 2023).

Dalším specifickým užitím tabáku na pracovišti je v tom, že zásady, které omezují kouření a užívání tabáku na pracovišti mohou uzákonit také zaměstnavatelé. V průzkumu mezi zaměstnanci ve Spojených státech (Schillo et al., 2021) téměř polovina respondentů (48,4 %) uvedla, že jejich zaměstnavatel má písemné zásady týkající se používání elektronických cigaret a většina (73,5 %) podporuje pracoviště bez elektronických cigaret, včetně většiny současných uživatelů e-cigaret (53,5 %).

Podle ČSÚ (2016) tráví Češi v zaměstnání obvykle 40,4 hodiny týdně. Z hlediska počtu odpracovaných hodin jsou zařazeni na 5. místo v Evropské Unii. Nejvíce času tráví v práci podnikatelé. Na základě analýz a statistik ČSÚ bychom mohli obecně říci, že většina dospělých tráví průměrně třetinu svého dne v práci. Což znamená, že právě pracoviště může být užitečným prostředím, díky kterému lze oslovit velké skupiny zaměstnanců prostřednictvím různých iniciativ, organizací, programů a služeb.

8.1. Důvody ke kouření tabáku u dělníků ve stavebnictví

Jak už bylo uvedeno v předchozím textu, rozvoj škodlivého užívání tabáku a závislosti se vyvíjí u dělnických profesí už od období dospívání, hlavně s přechodem na střední školu, kde se učni často stávají pravidelnými kuřáky. V kouření pak pokračují dál, dokud nenastoupí do zaměstnání.

Sheriff & Coleman (2017) se zabývali motivací ke kouření u dělníků na stavbách ve Velké Británii. Pomocí rozhovorů zjišťovali, jaké mají dělníci důvody k tomu, že kouří. Zaměstnanci uvedli pět hlavních důvodů, proč v kouření pokračují – požitky z cigarety a fyzické účinky nikotinu, zvyk a rutina, nuda, příležitost kouřit (venkovní prostředí), sociální výhody a vliv vrstevníků. Abychom tomuto pohledu lépe porozuměli, bude níže ilustrováno několik konkrétních odpovědí:

a) požitky z cigarety a fyzické účinky

Požitek z kouření včetně vnímaných fyzických výhod (vliv nikotinu a související pocity relaxace), stejně jako pozitivní doplněk k jídlu nebo pití včetně alkoholu, byly hlášeny jako důležité faktory přispívající k pokračování v kouření (Sheriff & Coleman, 2017):

Respondent č.1: „*Je to forma relaxace, uklidní vás, pokud jste ve stresu. Zvlášť ještě, když máte půllitr. Je to také společenská záležitost.*“

Respondent č.2: „*Hodí se k šálku čaje, hodí se ke všemu.*“

Respondent č.3: „*Několikrát jsem přestal, ale vždy mi to po jídle chybělo.*“

b) zvyk a rutina

Jiní zaměstnanci si byli méně vědomi svých specifických motivací a viděli své kouření jako součást zakořeněného zvyku a rutiny (Sheriff & Coleman, 2017):

Respondent č.1: „*Je to moje rutina. Převléknu se, strčím si peníze do kapsy, sednu si na postel, ubalím si cigaret, vyčistím si zuby, jdu na záchod a rovnou ze dveří si zapálím. Je to prostě hloupé!*“

c) nuda

V kontextu pracovního prostředí byla nuda v práci způsobená tzv. pomalým dnem identifikována jako další silný rizikový faktor z hlediska zvýšené míry kouření (Sheriff & Coleman, 2017):

Respondent č.2 uvedl: „*Velká část mého kouření je výsledkem práce samotné, jako je nuda. Pokud se den a práce vleče, budu kouřit víc.*“

d) příležitost kouřit

Pokud jde o příležitosti ke kouření, tak bylo zajímavé, že na dvou různých staveništích probíhalo kouření odlišně. Zaměstnanci v místě prvního staveniště pracující venku na hrubých základech mohli při práci kouřit, kdy chtěli, jelikož jim to nepřekáželo při práci, neovlivňovali rozvrh práce nebo formální přestávky. Pro zaměstnance pracující na druhém staveništi byly možnosti kouření omezenější, protože byla stavba dála rozvíjena a v podstatě už uzavřená. Takže se toto pracovní prostředí už muselo řídit zákonem o zákazu kouření. V případě, že chtěli kouřit, museli práci přerušit a jít na vyhrazená místa pro kuřáky. Zaměstnanci uváděli, že nejenže byly možnosti kouření obecně omezenější, ale někteří pociťovali také tlak, aby nebyli vnímáni, že mají příliš často přestávky na kouření mimo formální pracovní „přestávky“ (Sheriff & Coleman, 2017).

e) sociální výhody kouření

Jasným zjištěním v datech byly vnímané sociální výhody kouření jak na pracovišti, tak i mimo něj. Například tím, že máte „kuřáckého kamaráda“ prostřednictvím kterého se seznamujete s jinými lidmi, kteří jsou také kuřáci a zrovna si dávají kouřovou pauzu při pití v místní hospodě (Sheriff & Coleman, 2017):

Jeden z respondentů uvedl: *„Tato práce má sociální aspekt, protože mnoho lidí chodí do stejné hospody. Dnes večer půjdu dovnitř a najdu tam 8 nebo 10 lidí z práce a vždy někteří z nich kouří, takže si se všemi půjdete zakouřit.“*

f) vliv vrstevníků

Zaměstnanci si byli vědomi toho, že jejich vlastní kouření je ovlivněno a zároveň ovlivňuje ostatní. Vliv vrstevníků byl však v tomto případě vnímán pouze v souvislosti s tím, kolik cigaret vykouří, nikoliv jako vlivný faktor, díky kterému s kouřením přestanou (Sheriff & Coleman, 2017):

Tazatel: *„Kdybyste se rozhodl přestat kouřit nebo se jeden z vašich přátel rozhodl přestat, ovlivnilo by to způsob jakým kouříte?“ (myšleno množství cigaret)*

Respondent č.1: *„Ne, kdybych chtěl kouřit, pořád bych kouřil. Možná jsem tenkrát začal kvůli tlaku vrstevníků, ale kvůli tomu nepřestanu ani nezačnu znovu.“*

Z příkladů uvedených výše vyplývá, že míra užívání tabáku na pracovišti u jednotlivých osob se mění v závislosti na odvětví, ve kterém zaměstnanec pracuje, prostředí (venkovní nebo vnitřní) a také pracovním kolektivu (kuřácký nebo nekuřácký).

9. Pracovní-právní prostředí a kouření

9.1. Kouření na pracovišti z pohledu legislativy

Zákoník práce ukládá dle ust. § 106 odst. 4 písm. e) zaměstnancům povinnost nepožívat alkoholické nápoje a nezneužívat jiné návykové látky (specifikovány v zákoně č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů) na pracovištích zaměstnavatele a v pracovní době i mimo tato pracoviště,

nevstupovat pod jejich vlivem na pracoviště zaměstnavatele a nekouřit na pracovištích a v jiných prostorách, kde jsou účinkům kouření vystaveni také nekuřáci.

Zaměstnavatel je dle ust. § 103 odst. 1 písm. l) zákoníku práce povinen zajistit dodržování zákazu kouření na pracovištích stanoveného zvláštními právními předpisy (podle zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů).

9.2. Ochrana nekuřáků

Ze zákonné povinnosti zaměstnanců nekouřit na pracovištích a v jiných prostorách, jimiž jsou myšleny například šatny, umývárny a další společné prostory, kde pracují kuřáci i nekuřáci nejsou stanoveny žádné výjimky. To znamená, že pokud pracuje na jednom pracovišti několik nekuřáků a jeden kuřák nebo naopak, situaci nelze řešit například pouze dohodou, že kouření bude tolerováno. Zaměstnavatel by musel zajistit, aby na příslušném pracovišti pracovali pouze kuřáci. V případě, že tak učinit nemůže, platí na tomto pracovišti automaticky zákaz kouření, bez toho, aniž by jej zaměstnavatel musel zvlášť stanovovat (Fetter, 2012).

Zaměstnavatel má právo vyhlásit zákaz kouření ve všech svých prostorách, objektech a areálech. Zároveň není povinen zřizovat kuřárny nebo kuřácké koutky (pokud je zřídí, je to pouze vstřícná možnost ke kuřákům). Zaměstnavatel nemusí zřizovat kuřárny ani v těch případech, kdy zákaz kouření vyplývá z důvodů bezpečnosti ochrany zdraví na pracovišti nebo z hygienických důvodů (Fetter, 2012).

9.3. Kuřárny jako možnost nikoliv však povinnost

Povinnost zřizovat kuřárny byla sice původně stanovena v § 50 směrnice ministerstva zdravotnictví č. 46/1978 Sb. hygienických předpisů, ve znění pozdějších předpisů. Tato směrnice byla však s účinností od 28. 2. 2001 zrušena vyhláškou č. 89/2001 Sb. To znamená, že v aktuální právní úpravě tato povinnost obsažena není. V ustanovení § 15 odst. 3 vyhlášky č. 327/1992 Sb. je sice uvedeno, že kouření je povoleno pouze v místnostech nebo místech k

tomu určených, zřetelně označených a vyhrazených organizací. Z tohoto ustanovení ovšem v žádném případě nevyplývá povinnost kuřárny zřizovat, a to ani pro organizace či zaměstnavatele, na něž tento právní předpis dopadá, natož aby takovou povinnost bylo možno ukládat pro všechny zaměstnavatele všeobecně (Fetter, 2012).

Pokud zaměstnavatel vyhlásí všeobecný zákaz kouření ve všech prostorách, objektech nebo areálech firmy, nelze tuto skutečnost považovat za diskriminaci kuřáků. V případě, že se naopak zaměstnavatel rozhodne kouření v určitých prostorách firmy umožnit nebo povolit, je důležité ve vnitřním předpisu přesně definovat, ve kterých prostorách či místech je kouření povoleno a kde naopak zakázáno. Avšak nikdy nemůže povolit kouření na pracovištích a v jiných prostorách, kde by účinkům kouření byli vystaveni i nekuřáci (Fetter, 2012).

9.4. Pracovně-právní sankce pro zaměstnance

Pokud zaměstnanec poruší zákaz kouření, dopouští se tím porušení svých pracovních povinností, tzn. porušení povinnosti vyplývající z právních předpisů, které se vztahují k vykonávané práci zaměstnancem). Za určitých okolností, jako například v případě recidivy, ohrožování bezpečnosti práce, s přihlédnutím k dalším okolnostem a souvislostem, by mohl zaměstnavatel se zaměstnancem i rozvázat pracovní poměr. Zaměstnavatel však nesmí zaměstnanci podle ust. § 13 odst. 2 písm. f) zákoníku práce za porušení povinnosti vyplývající z pracovněprávního vztahu požadovat ani ukládat peněžní postihy, to znamená, že zaměstnanci nesmí ani ukládat finanční pokuty za porušování zákazu kouření (Fetter, 2012).

9.5. Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

Povinnosti týkající se bezpečnosti práce jsou stanoveny především v páté části zákoníku práce a v zákoně č. 309/2006 Sb., o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, ve znění pozdějších předpisů. Péče o bezpečnost práce je důležitou součástí pracovních povinností vedoucích zaměstnanců, na různých stupních řízení. Náklady

na zajištění bezpečnosti práce jsou hrazeny vždy zaměstnavatelem, nesmí být přenášeny přímo ani nepřímo na zaměstnance (SÚIP, 2019).

Bezpečnost a ochrana zdraví při práci (BOZP) představuje souhrn opatření, která jsou stanovena legislativou a zaměstnavatelem, jejichž hlavním cílem je předcházet ohrožení nebo poškození zdraví člověka v pracovním procesu a zároveň chránit majetek firmy. Tato specifická oblast vychází z legislativních požadavků zákona pro každou společnost nebo OSVČ (Petrová, 2016).

Základním předpisem, ze kterého oblast BOZP vychází je zákon č. 262/2006 Sb. zákoník práce, § 106 odst. 4 písm. e), který říká, že zaměstnanec je povinen nekouřit na pracovištích a v jiných prostorách, kde jsou účinkům kouření vystaveni také nekuřáci. Dále tento zákon v § 103 odst. 1 písm. l) uvádí, že zaměstnavatel je povinen zajistit dodržování zákazu kouření na pracovištích stanoveného zvláštními právními předpisy, např. zákon č. 379/2005 Sb. (Petrová, 2016).

Pokud se zaměříme na předpisy týkající se požární ochrany (PO), tak tam zákon č. 133/1985 Sb., v § 17 upozorňuje všechny fyzické osoby na povinnost počínat si tak, aby nedošlo ke vzniku požáru, a to zejména při používání tepelných, elektrických, plynových a jiných spotřebičů, komínů, při skladování a používání hořlavých nebo požárně nebezpečných látek, manipulaci s nimi nebo s otevřeným ohněm či jiným zdrojem zapálení (Petrová, 2016).

Z těchto údajů vyplývá, že z hlediska BOZP ani PO není kouření na pracovištích úplně zakázáno. Důležité je dodržovat určitá pravidla a postupy, kam patří zejména interní směrnice každého zaměstnavatele (Petrová, 2016).

V některých společnostech je přísný zákaz kouření v celém areálu. V takových případech je na daném pracovníkovi, zda si cigaretu odpustí, nebo si zajde zapálit až před areál nebo zákaz kouření poruší a zapálí si kdekoliv v areálu. Většina společností však vychází kuřákům vstříc a zřizuje pro ně kuřácké prostory nebo místa, která jsou viditelně označena a vybavena popelníky. Pokud je zřízeno kuřácké místo uvnitř budovy, musí v něm být zajištěna dostatečná výměna vzduchu a musí obsahovat nehořlavé vybavení. Venkovní prostory bývají obvykle chráněny stříškou z nehořlavých hmot (Petrová, 2016).

Bohužel je obecně známo, že mnoho kuřáků zákaz kouření vědomě porušuje a nedbá na to, že svým jednáním může způsobit škodu jiné osobě nebo zaměstnavateli. Prakticky se pak může stát, že je nedopalek cigarety špatně uhašen, pracovník ho odhodí do odpadkového koše a tam od něj chytanou ostatní hořlavé látky. V dalším případě může být nedopalek odhozen do suché trávy, nebo si dokonce některý z pracovníků zapálí v prostorách s nebezpečím výbuchu, kam patří například lakovny, stanice pohonných hmot, mícháren barev, v blízkosti kotelen apod. (Petrová, 2016).

V případě, že zaměstnanec vědomě poruší zákaz kouření, dopouští se tím porušení svých pracovních povinností, se kterými byl seznámen v rámci školení BOZP, PO a interní dokumentace zaměstnavatele. Pokud zaměstnanec porušuje zákaz kouření opakovaně, ohrožuje tím bezpečnost práce, požární ochranu a samozřejmě i ostatní pracovníky. V takovém případě s ním může zaměstnavatel rozvázat pracovní poměr (Petrová, 2016).

Pokud by však zaměstnanec například odhozením nedopalku způsobil požár, je dle § 250 zákona č. 262/2006 Sb. povinen uhradit zaměstnavateli škodu, kterou způsobil, a to v důsledku zaviněného porušení povinností během plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním. V případě škody způsobené z nedbalosti hradí zaměstnanec zaměstnavateli škodu maximálně do výše 4,5násobku průměrného měsíčního výdělku, kterého dosahoval předtím, než danou škodu způsobil. Otázkou však zůstává, zda by se jednalo o nedbalost i v případě, že vědomě porušil stanovené předpisy (Petrová, 2016).

9.6. Příklady nekuřáckých firem v České republice

Nejen v zahraničí, ale i v České republice se začaly některé velké podniky o problematiku kouření na pracovišti zajímat a rozhodli se motivovat své zaměstnance k odvykání kouření. Postupně zavedli zákaz kouření v celé firmě, ale zároveň se zapojili do programu odvykání kouření, v rámci kterého dostali zaměstnanci např. finanční příspěvek na prostředky NTN v případě, že se rozhodli odvykat.

9.6.1. Magna Exteriors (Bohemia)

Liberecký podnik Magna Exteriors (Bohemia) se rozhodl od července 2017 k netradičnímu kroku a finančně podpořit zaměstnance, kteří v průběhu pracovní doby nekouří. Na pracovišti je kouření zakázáno, existují zde však kuřácké koutky. Firma tento krok dlouho zvažovala, ale na popud nekuřáků, kteří si stěžovali, že oni žádné speciální koutky nemají, se rozhodla, že zvýhodní ty, kteří nekouří. Cílem bylo podpořit zdravý životní styl a kuřákům říci, že když s kouřením přestanou, bude to mít pozitivní efekt na jejich zdraví i finance. Nový benefit začal platit 1. července 2017 a byl zahrnut do kolektivní smlouvy. Zaměstnanci, kteří během pracovní doby nebudou kouřit, a to včetně půlhodinové pauzy na odpočinek, dostanou každý měsíc benefit 500 korun. Všichni zaměstnanci mají během směny nárok na půlhodinovou pauzu a je na nich, jak tento čas stráví. Pokud tuto dobu přetáhnou a chtějí si udělat pauzu na cigaretu, zaznamená to použití čipu. V docházce je následně vidět, že pracovník prokouřil například 15 minut. Prokouřený čas si potom musí navíc odpracovat (ASO, 2017).

9.6.2. Liberty Ostrava a.s.

Liberty Ostrava a.s. dříve známá jako ArcelorMittal Ostrava je integrovaný hutní podnik, který se v září 2015 rozhodl stát nekuřáckou společností. Dříve bylo v areálu firmy vyhrazeno 300 míst pro kuřáky, dnes už si na tomto místě nezapálí zaměstnanci, externí pracovníci ani návštěvníci. Firma svůj úmysl sdělila zaměstnancům rok dopředu a zároveň jim nabídla odvykací kúru, která jim byla v případě úspěchu plně hrazena (Management news, 2023).

Ostravská huť v roce 2015 nabídla svým zaměstnancům a vybraným agenturním pracovníkům komplexní odvykací kúru pod dohledem specializovaného lékaře pro léčbu závislosti na tabáku. Cena jedné léčebné kúry činila 8120 korun, přičemž zaměstnanci zaplatili pouze 2500 korun a zbylou částku uhradil zaměstnavatel společně s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou (ČPZP), která s hutí na odvykacím programu spolupracovala. Pokud zaměstnanec na lékařském vyšetření po roce prokázal, že je nekuřák, byla mu částka 2500 korun zpětně vrácena (Management news, 2023).

Odvykací kúru absolvovalo celkem 97 zaměstnanců mezi které patřili dělníci, ale také manažeři nebo zástupci odborů. Dohromady firma společně s ČPZP za odvykací kúru pro zaměstnance zaplatila více než 713 000 korun. Důležité je však zmínit, že pro mnoho zaměstnanců bylo vytvoření nekuřácké společnosti impulsem ke skoncování se závislostí s využitím léčebné kúry i bez ní (Management news, 2023).

9.6.3. Škoda auto a.s.

Česká automobilka se od 1. září 2021 stala další nekuřáckou firmou v České republice. Zákaz kouření začal platit ve všech areálech a provozech. Automobilka tímto krokem navázala na rozsáhlá hygienická opatření, která firma zavedla v zájmu ochrany zdraví zaměstnanců během pandemie nemoci covid-19. Zákazem kouření se firma přihlásila ke své zodpovědnosti jako zaměstnavatele, který dbá o zdraví svých zaměstnanců. Současně také připomíná i ekologické a ekonomické dopady kouření. Automobilka se rovněž podílí na úhradě nákladů léčebné terapie ve spolupráci se Zaměstnaneckou pojišťovnou Škoda a dalšími zdravotními pojišťovnami (Škoda Auto a.s., 2023).

Postupné omezování kouření probíhalo v automobilce více než 20 let a týkalo se zpočátku jak veškerých vnitřních prostor, tak následně i řady venkovních. Po vypuknutí pandemie covid-19 přistoupila Škoda Auto k více než 80 hygienickým opatřením proti šíření nákazy, mezi kterými byl i plošný zákaz kouření ve firmě (Škoda Auto a.s., 2023).

S přechodem na nekuřáckou společnost připravila automobilka pro všechny zaměstnance, kteří se rozhodnou s kouřením skoncovat, detailní informace. Zájemci získali podrobné informace o rizicích kouření jak pro samotné kuřáky, tak i pro jejich nejbližší okolí, a také o zdravotních přínosech, které mohou očekávat po ukončení kouření (Škoda Auto a.s., 2023).

Od 1. září 2021 byly ve všech areálech automobilky zrušeny kuřácké koutky a místa pro kuřáky. Pro vytvoření nekuřáckého pracovního prostředí byla přijata opatření ve spolupráci s Odbory KOVO, jejichž cílem bylo zajistit příjemnější práci všem zaměstnancům a zároveň co nejvíce ochránit jejich zdraví. Nekuřácký režim byl zaveden ve všech závodech a provozech v České republice, v indických závodech v Púně a Aurangábádu byl zákaz

kouření dokonce zaveden již dříve. Škoda Auto již delší dobu podporovala zaměstnance, kteří chtěli přestat kouřit různými nabídkami v rámci interního programu s názvem Na plicích záleží. Program pro zaměstnance zahrnuje například náhradní nikotinovou terapii a odborné poradenství. Firma rovněž hradí náklady na tyto iniciativy ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami (Škoda Auto a.s., 2023).

9.7. Zkušenosti se zaváděním programů odvykání kouření v zahraničí

9.7.1. Piala Inc, Tokio

Japonská firma Piala Inc se sídlem v Tokiu se rozhodla řešit situaci kouření na pracovišti potom, kdy si někteří zaměstnanci začali stěžovat na to, že jejich kolegové, kteří kouří pracují denně méně času než oni. Ke sporu mezi kuřáky a nekuřáky došlo z toho důvodu, že si spočítali, jak dlouho jedna kuřácká pauza ve skutečnosti trvá. Pokud si totiž chce někdo ze zaměstnanců jít zakouřit, musí se dostat z 29. patra budovy, ve které společnost sídlí, do přízemí a vyjít ven. To znamená, že celá jedna pauza na vykouření cigarety zabere kolem 15 minut. Někteří silní kuřáci tak stráví denně 2–3 hodiny své pracovní doby kouřením. Vedení tento návrh podpořilo a rozhodlo se místo sankcí za kouření naopak nekuřáky zvýhodnit a dát jim ročně 6 dní dovolené navíc (Ward, 2017).

9.7.2. Rail Corporation New South Wales (Railcorp), Australia

Železniční síť (Rail Corporation) v Novém jižním Walesu v Austrálii se rozhodla zapojit do programu odvykání kouření, který byl nabídnut všem zaměstnancům zdarma. Mezi zaměstnance patřili strojvedoucí, průvodčí, údržbáři, inženýři i zaměstnanci zajišťující podnikové služby. Nábor do programu probíhal v období 3 měsíců (prosinec 2010–únor 2011) prostřednictvím komunikační a propagační kampaně, která zahrnovala plakáty, brožury, informační schůzky, online komunikace prostřednictvím elektronických zpravodajů, podcastů aj. Zaměstnanci se do programu mohli přihlásit telefonicky nebo pomocí online formuláře (Paul et al., 2013).

Na začátku byli pracovníkem programu kontaktováni a proběhl vstupní pohovor s koučem, který zaměstnance provázel po celou dobu programu. V rámci terapie byl

zaměstnancům nabídnut telefonický koučing a skupinová sezení, která byla navržena podle principů kognitivně behaviorální terapie. Na prvním telefonickém koučování a skupinovém sezení byly účastníkům poskytnuty informace o náhradní nikotinové terapii a lécích na odvykání kouření, které vyžadují lékařský předpis (např. vareniklin a bupropion) a byli vyzváni, aby jednu z těchto terapií zahájili. Z odhadovaných 2 850 kuřáků v organizaci se 230 (8 %) zaregistrovalo do programu odvykání kouření, přičemž 176 z nich (77 %) se účastnilo telefonického koučování nebo skupinových sezení. Program trval 6 měsíců a následně byl vyhodnocován prostřednictvím rozhovorů s účastníky programu. Zaměstnanci, kteří 6měsíční program dokončili tento krok ze strany firmy hodnotili velmi pozitivně (Paul et al., 2013).

9.7.3. General Electric Co., Boston, USA

V roce 2004 získal výzkumník Kevin Volpp z University of Pennsylvania School of Medicine a Wharton School federální grant na testování účinnosti finančních pobídek na odvykání kouření. Společnost General Electric Company (GE), která každoročně utrácí desítky milionů dolarů za nemoci související s kouřením, tuto možnost využila a dobrovolně se přihlásila, že pomůže navrhnout a uspořádat klinickou studii v oblasti odvykání kouření. Tým výzkumníků začal s náborem dobrovolníků v únoru 2005 a dobrovolníci byli vybíráni na základě 3 vstupních otázek (The commonwealth fund, 2023).

Účastníci studie byli informováni o službách a programech zaměřených na odvykání kouření v okolí jejich bydliště, byli jim doporučeny další online zdroje informací a byli motivováni finanční odměnou do výše 750 USD. Finanční odměny byly strukturovány následovně: 100 USD za dokončení programu na odvykání kouření, 250 USD za prokázání (prostřednictvím biochemického testu), že po šesti měsících byli stále bez cigaret a 400 dolarů v případě, že budou následujících šest měsíců bez cigaret. Na bonus 400 USD však měli nárok pouze ti, kteří skončili s kouřením během prvních šesti měsíců. Zaměstnanci měli možnost ještě užívat štedrý balíček zdravotních výhod GE, který zahrnoval léky na odvykání tabáku a firma souběžně se studií také zavedla wellness program zaměřený na odvykání kouření (The commonwealth fund, 2023).

Klinická studie byla mimořádně úspěšná, zájem o účast projevilo 1900 respondentů a motivovaní účastníci studie se vzdali kouření třikrát rychleji než jejich nemotivovaní kolegové. Na základě těchto pozitivních výsledků se následně společnost rozhodla spustit motivační program pro odvykání kouření pro všech svých 152 000 zaměstnanců v USA (The commonwealth fund, 2023).

10. Výzkumná metodika

Výzkumná studie probíhala ve firmách, které byly zaměřené na průmyslovou výrobu. Jednalo se o kvantitativní výzkum, který probíhal formou dotazníkového šetření. Firmy pro účely výzkumu byly vybírány náhodně, ale museli splňovat základní kritérium – odvětví zaměřené na průmyslovou výrobu. Výzkumný soubor byl vybírán účelově výzkumníkem a poté metodou sněhové koule.

10.1. Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo formou dotazníkového šetření zjistit míru motivace k odvykání kouření u manuálních pracovníků v průmyslové výrobě.

Parciálním cílem výzkumu bylo zjistit, zda by manuální pracovníci v průmyslové výrobě měli zájem o program podpory odvykání kouření ze strany zaměstnavatele v případě, že by jim byl nabídnut.

Záměrem studie bylo dále zjistit důvody relapsu u manuálních pracovníků, kteří se již pokoušeli s kouřením přestat a využití odborných služeb zaměřené na odvykání kouření v případě že by o nich byli informováni.

10.2. Výzkumné otázky

K naplnění výzkumných cílů byly definovány následující výzkumné otázky:

- 1. Do jaké míry jsou manuální pracovníci v průmyslové výrobě motivováni k odvykání kouření?*
- 2. Co je pro manuální pracovníky v průmyslové výrobě největší motivací, díky které by chtěli začít od kouření odvykat?*
- 3. Jaké mohou být důvody relapsu u manuálních pracovníků v průmyslové výrobě při odvykání kouření?*

4. Jaký podíl manuálních pracovníků v průmyslové výrobě by využilo odborné služby k odvykání kouření ve svém okolí, v případě že by o těchto službách a možnostech byli informováni?

5. Jaký podíl manuálních pracovníků v průmyslové výrobě by se zapojilo do programu odvykání kouření v případě, že by jim byl nabídnut ze strany zaměstnavatele?

10.3. Výběr výzkumného souboru

Do výzkumného souboru byli vybráni zaměstnanci z 5 firem, které jsou orientovány na průmyslovou výrobu. Čtyři pobočky firem, kde byl výzkum realizován sídlili v Olomouckém kraji a jedna pobočka ve Zlínském kraji. Respondenti vybraní do studie museli splňovat dvě hlavní kritéria. 1. Respondent musel být kuřák tabákových výrobků, nebo tabákových či nikotinových alternativních výrobků (elektronické cigarety, zahříváný tabák, nikotinové sáčky). 2. Respondent musel být zaměstnán přímo ve výrobě a vykonávat manuální práci (např. operátor výroby, frézař, manipulant ve výrobě, seřizovač vstříkolisů, kontrolor kvality, materialista aj.). Zaměstnanci, kteří ve firmě pracovali na manažerských a administrativních pozicích do výzkumného souboru vybráni nebyli.

Původním záměrem bylo provést výzkum pouze v jedné firmě, která měla dostatečný počet zaměstnanců pro sběr dat. Podle dostupných informací na webových stránkách celkem 560, z toho většina pracuje přímo ve výrobě na různých pozicích. V průběhu realizace výzkumu však nastaly komplikace ze strany návratnosti dotazníků, tudíž bylo nutné oslovit další firmy, aby byl konečný počet respondentů dostačující. I přesto, že bylo nakonec osloveno více firem, se podařilo dodržet kritéria výběru výzkumného souboru. Ve všech případech se jednalo o zaměstnance v průmyslové výrobě, odlišovali se pouze odvětvím, na které se konkrétní firmy specializovaly (výroba plastových součástek, výroba kovových součástek, výroba žaluzií, výroba CNC strojů, řezárna hutních materiálů).

10.4. Metody získávání dat

Získávání dat probíhalo v několika krocích, které se průběžně upravovaly s ohledem na vývoj výzkumu. Jako první byla telefonicky kontaktována firma, která byla původně vybrána jako jediný účastník této studie. Vedení firmy požadovalo nejdříve osobní schůzku a zaslání informací o výzkumu. Klíčovým pracovníkem byla vedoucí personálního oddělení, která požadovala elektronické odeslání materiálů (informace o plánovaném výzkumu, informace k dotazníku a konkrétní formu dotazníku). Následovala osobní schůzka, na které jsem vedoucí personálního oddělení seznámila s tématem a cílem diplomové práce. Dohodli jsme se, za jakých podmínek může výzkum probíhat, jaká pravidla a nařízení je potřeba ve firmě dodržovat a za jakých okolností je možné se ve firmě volně pohybovat. Před sběrem dat jsem absolvovala ve firmě krátké školení o bezpečnosti. Firma byla požádána, zda by dotazníky nemohly být distribuovány elektronicky, jelikož by pro zaměstnance i výzkumníka byl sběr dat mnohem jednodušší a rychlejší. Firma se přiklápěla k tištěné podobě dotazníků, takže jsme se dohodli, že budou dotazníky vytištěny a osobně zaneseny do firmy.

Za umožnění výzkumu ve firmě byla vedení i zaměstnancům nabídnuta přednáška o možnostech odvykání kouření a dostupných službách v místě jejich bydliště. Předpokládalo se, že tento benefit bude pro vedení firmy a zaměstnance atraktivní a možná motivační, jelikož by přednáška proběhla v průběhu pracovní doby. V rámci propagace výzkumu byla navázána spolupráce s Národní linkou pro odvykání kouření, která poskytla výborné propagační materiály (plakáty, letáky, vizitky). Po konzultaci s vedoucí personálního oddělení byly tyto propagační materiály a informace o výzkumu umístěny na nástěnkách v prostorách určených pro zaměstnance. Jednalo se o tzv. přestávkové místnosti, kde měli zaměstnanci zázemí a ve kterých byly umístěny i dotazníky. Byly vyrobeny schránky s označením, do kterých měli zaměstnanci vyplněné dotazníky odevzdávat. V průběhu rozmisťování materiálů byli zaměstnanci ve výrobě informováni o výzkumu a motivováni k zapojení se do sběru dat.

Dotazníky byly do první firmy dodány v půlce ledna 2023. Ze začátku zaměstnanci dotazníky vyplňovali, ale postupně docházelo ke stagnaci. Po měsíci sběru dat byl počet respondentů stále nedostatečný. Tento problém byl konzultován s vedoucí personálního oddělení. Byla oslovena vedoucí bezpečnosti ve firmě, která souhlasila, že sběr dat podpoří

a rozeslala zaměstnancům email s žádostí o vyplnění dotazníků. Sběr dat probíhal další měsíc, k žádným velkým změnám však nedošlo. Ukázalo se, že respondenti vyplňovali dotazníky zejména v momentě, kdy byli o vyplnění osobně požádáni. Po dvou měsících byl tedy výzkum ukončen.

Byly osloveny další firmy s žádostí o spolupráci. Postup schvalování a průběh výzkumu byl stejný jako v předchozí firmě. V jedné z firem jsem se pohybovala ve výrobě v doprovodu bezpečnostního technika, který mi velmi ochotně se sběrem dat pomáhal a snažil se motivovat zaměstnance, aby dotazníky vyplnili. Přislíbil, že bude dotazníky rozdávat i vybírat zpět od zaměstnanců v průběhu školení, které mělo probíhat v blízké době. Ani v tomto případě nebyla návratnost dotazníků vysoká. Zaměstnanci byli ochotni dotazníky vyplnit, pokud je výzkumník nebo klíčový pracovník oslovil osobně a získal dotazník ihned zpět. Pokud měli zaměstnanci dotazníky vyplňovat sami, neměli o výzkum příliš zájem. Vedení se do výzkumu nezapojovalo, o edukační přednášku nemělo zájem.

Ve dvou případech vedení firmy realizaci výzkumu zamítlo. I když byla data získávána formou dotazníků, bylo velkým přínosem, že mi vedení umožnilo vstup a pohyb ve výrobě, jelikož jsem díky tomu mohla komunikovat přímo se zaměstnanci ve výrobě. Bylo zajímavé sledovat jejich názory, postřehy a postoje k odvykání kouření.

10.5. Metody analýzy dat

Dotazník byl vypracován v programu Microsoft Word 2019 a byl distribuován v tištěné podobě. Data byla ručně přepisována z tištěné podoby dotazníků do programu Microsoft Excel 2019. Sbíraná data byla zpracovávána formou statistického vyhodnocování. Statistické analýzy byly prováděny pomocí základních induktivních a deskriptivních metod. Prezentace výsledků byla doplněna o tabulky.

10.6. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumu se nakonec zúčastnilo 124 respondentů z 5 různých firem zabývajících se průmyslovou výrobou. Výzkumný soubor obsahoval 93 mužů a 31 žen. Průměrný věk všech

respondentů byl 38 let (u žen 40 let, u mužů 37 let). Z hlediska vzdělání bylo ve výzkumném souboru 8 respondentů (6,48 %) s dokončeným základním vzděláním, 59 respondentů (47,79 %) uvedlo střední odborné učiliště, 54 respondentů (43,74 %) střední školu s maturitou, 2 respondenti (1,62 %) vyšší odbornou školu a 1 (0,81 %) respondent uvedl vysokoškolské vzdělání. Pracovní pozice ve firmě byli různorodé – operátor výroby, materialista, kontrolor kvality, dělník, lakýrník, soustružník aj. Zastoupení jednotlivých pracovních pozic uvádí podrobně tabulka číslo 1.

Do výzkumného souboru byli zapojeni uživatelé různých tabákových a nikotinových výrobků, klasických i alternativních. Jaké formy tabáku či nikotinu respondenti v době výzkumu užívali znázorňuje podrobně tabulka číslo 2. Respondenti mohli označit více odpovědí, tudíž tabulka popisuje kromě pevně daných možností i různé kombinace výrobků, které respondenti užívali. Obecně ve výzkumném souboru tvořili většinu kuřáci klasických cigaret.

Tabulka č. 1 – Pracovní pozice všech respondentů (n=124)

Pracovní pozice	Počet respondentů (n)
mistr	4
seřizovač	11
kontrolor kvality	3
operátor výroby	23
dělník	18
obsluha strojů	3
asistent vývoje	2
mechanik	3
VZV skladník	4
operátor strojů	1
manipulant	2
materialista	5
obalista	1
předák operátor	3
údržbář	4
koordinátor výroby	1
plánovač výroby	1
manipulant	2

obráběč kovů	5
operátor cnc strojů	4
seřizovač cnc strojů	1
popisovač	1
nástrojař	2
soustružník	1
elektrikář	3
lakýrník	3
rovnač	1
strojník	1
referent logistiky	2
asistent logistiky	1
montážník	2
montér	6
celkem	124

Tabulka č. 2 – Užívané formy tabáku a nikotinu, které respondenti uváděli

Formy tabáku a nikotinu	Četnost	V procentech
a) cigarety	73	59,13 %
b) doutníky	0	0,00 %
c) elektronické cigarety	6	4,86 %
d) zahříváný tabák (Iqos)	4	3,24 %
e) žvýkací tabák	0	0,00 %
f) nikotinové sáčky	1	0,81 %
další možnosti (kombinace)	Četnost	V procentech
cigarety a doutníky	4	3,24 %
cigarety a elektronické cigarety	23	18,63 %
cigarety a zahříváný tabák	4	3,24 %
cigarety a nikotinové sáčky	2	1,62 %
cigarety, doutníky a elektronické cigarety	4	3,24 %
doutníky a elektronické cigarety	1	0,81 %
doutníky, elektronické cigarety, nikotinové sáčky	1	0,81 %
cigarety, elektronické cigarety, zahříváný tabák	1	0,81 %
Celkem	124	100 %

10.7. Etické aspekty výzkumu

Studie byla schválena etickou komisí pro posuzování závěrečných prací kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze pod jednacím číslem EKSKAD-015/2023 dne 11.1. 2023. Vedení firmy a vedoucí pracovníci personálního oddělení, kteří se na výzkumu podíleli, byli informováni o cíli, účelu a průběhu studie. První firma, ve které měla původně celá studie probíhat, poskytla písemný souhlas o realizaci výzkumu a publikování výsledků studie pouze pro účely diplomové práce nebo v jiných odborných publikacích.

V dalších firmách už k písemným souhlasům nedocházelo, jelikož by získávání oficiálních potvrzení brzdilo sběr dat, který bylo nutné z časového hlediska urychlit. V dalších firmách proto komunikace probíhala hlavně přes vedoucí pracovníky personálního oddělení, kteří se vždy tázali vedení, zda s realizací výzkumu souhlasí. Teprve poté bylo možné zahájit sběr dat.

Vedení firmy, pracovníci personálního oddělení i zaměstnanci dostali kromě vytištěných dotazníků i vytištěné informace o cíli a účelu výzkumu. Součástí informací bylo i zachování anonymity, použití dat pouze pro účely diplomové práce nebo odborné publikace. Zároveň byli informováni, že vyplněním dotazníku souhlasí se zapojením se do studie a zveřejněním výsledků. Na závěr byli upozorněni na možnost edukační přednášky. V případě zájmu o téma diplomové práce či jiných dotazů mohli pomocí emailové adresy kontaktovat řešitele diplomové práce nebo vedoucího diplomové práce.

11. Výsledky výzkumu

V následujícím textu budou uvedeny, popsány a vyhodnoceny jednotlivé výzkumné otázky a odpovědi respondentů.

11.1. Do jaké míry jsou manuální pracovníci v průmyslové výrobě motivováni k odvykání kouření?

Na tuto výzkumnou otázku odpovídala v dotazníku pro zaměstnance otázka č. 14 – Jak moc byste chtěl(a) přestat kouřit? Respondenti měli v dotazníku na škále 1–10 vyznačit,

jak vysoká je jejich míra motivace k odvykání kouření. Hodnota 1 znamenala vůbec, hodnota 10 znamenala velmi. Odpovědi na tuto otázku znázorňuje tabulka číslo 3.

Tabulka č. 3 – Míra motivace k odvykání kouření

Hodnota (míra motivace)	Četnost odpovědí	V procentech (%)
1	27	21,81 %
2	2	1,62 %
3	5	4,05 %
4	6	4,86 %
5	26	21,06 %
6	5	4,05 %
7	10	8,11 %
8	15	12,15 %
9	5	4,05 %
10	23	18,63 %
celkem odpovědí	124	100 %

Z tabulky je patrné, že největší četnost výskytu byla u hodnoty 1 = vůbec, kterou označilo 27 respondentů (21,81 %). Druhá největší hodnota četnosti výskytu byla u hodnoty 5, kterou můžeme interpretovat jako střední hodnotu. Tuto možnost označilo 26 respondentů (21,06 %). Třetí největší četnost výskytu byla u hodnoty 10 = velmi. Tuto hodnotu označilo celkem 23 respondentů (18,63 %), což je pozitivní výsledek. Průměrná míra motivace manuálních pracovníků v průmyslové výrobě dosáhla hodnoty 5,6 bodů.

11.2. Co je pro manuální pracovníky v průmyslové výrobě největší motivací, díky které by chtěli začít od kouření odvykat?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku zjišťovala otázka v dotazníku č. 15 – Vyberte, jaký důvod by Vás nejvíce motivoval k zanechání kouření? Konkrétní odpovědi a jejich četnost znázorňuje tabulka číslo 4.

Tabulka č. 4 – Hlavní motivační faktory, které by u respondentů vedly k zanechání kouření

Motivační faktory vedoucí k zanechání kouření	Četnost	%
a) zdravot. problémy, které se objevily v důsledku dlouhodob. kouření	43	34,83
b) zhoršení mé finanční situace	17	13,77
c) vadí mi, že jsem po cigaretě cítit kouřem	16	12,96
d) kouření mě omezuje při práci	3	2,43
e) uvědomil(a) jsem si, že jsem závislý	9	7,29
f) můj partner/partnerka mi kouření vyčítá	5	4,05
g) chci být pozitivním vzorem pro děti	17	13,77
h) jiné	14	11,34
celkem odpovědí	124	100

Mezi 3 hlavní motivační faktory, které respondenti uvedli, patřily: zdravotní problémy, finanční situace a vzor pro děti. Z celkového počtu respondentů uvedlo 43 (34,83 %) z nich jako hlavní důvod, který by je motivoval k zanechání kouření, zdravotní problémy, které se objevily v důsledku dlouhodobého kouření. Dalších 17 respondentů (13,77 %) uvedlo, že by pro ně byl motivačním faktorem zhoršení jejich finanční situace z důvodu vyšších výdajů a stejný počet (17) respondentů uvedlo, že chtějí být pozitivním vzorem pro děti a nechtějí, aby je děti viděly kouřit.

Tabulka č. 5 – Interpretace odpovědí h) jiné

Jiná odpověď	Četnost odpovědí	Míra motivace (Ø)
žádný	7	1,0
nevím	3	6,2
nebaví mě to, ale chutná mi to	1	4,0
těhotenství	2	4,1
jen tak bych přestal	1	1,0

Tabulka číslo 5 popisuje konkrétní odpovědi, které respondenti uváděli, pokud u otázky č. 15 označili odpověď h) jiné. Kromě počtu odpovědí byla do tabulky zahrnuta také míra motivace, která by mohla souviset s výběrem odpovědi. Odpovědí h) jiné bylo celkem 14 (11,34 %), přičemž 7 respondentů odpovědělo, že žádný důvod, který by je k zanechání kouření motivoval nemají, 6 respondentů zvolilo odpověď nevím, 1 respondent uvedl, že ho kouření nebaví, ale chutná mu, 2 respondentky (byly to ženy) uvedly jako hlavní důvod těhotenství a 1 respondent uvedl, že by přestal jen tak bez důvodu.

11.3. Jaké mohou být důvody relapsu u manuálních pracovníků v průmyslové výrobě při odvykání kouření?

Důvody relapsu zjišťovala otázka č. 13 – Co vedlo k tomu, že jste se při posledním odvykacím pokusu opět vrátil(a) ke kouření? Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí. Možnosti, které respondenti vybrali, znázorňuje tabulka číslo 6 a číslo 7.

Tabulka č. 6 – Důvody relapsu při odvykání kouření

Důvody relapsu	Četnost	V procentech
a) mám slabou vůli	51	41,31 %
b) stále jsem se stýkal(a) s kuřáky	35	28,35 %
c) nevyhledal(a) jsem odbornou pomoc	6	4,86 %
d) při první příležitosti jsem si zapálil(a)	2	1,62 %
e) přibírání na váze	7	5,67 %
f) problémy se spánkem	1	0,81 %
g) nadměrný stres	28	22,68 %
h) nepovažoval(a) jsem odvykání za důležité	16	12,96 %
i) jiné	22	17,82 %

U této otázky uvedlo nejvíce respondentů – (41,31 %) jako hlavní důvod relapsu slabou vůli. Dalších 35 respondentů (28,35 %) uvedlo, že se stále stýkali s kuřáky, 28 respondentů (22,68 %) nadměrný stres, 22 respondentů (17,82 %) zvolilo odpověď jiné (bude ještě podrobněji popsána), 16 (12,96 %) respondentů uvedlo, že nepovažovali odvykání za dostatečně důležité, 7 respondentů (5,67 %) přibírání na váze, 6 (4,86 %) nevyhledání odborné pomoci, 2 respondenti (1,62 %) si zapálili při první příležitosti (při chutích na cigaretu) a 1 respondent (0,81 %) problémy se spánkem.

Tabulka č. 7 – Interpretace odpovědí i) jiné

Jiná odpověď	Četnost odpovědí
ranní rituál – kafe, cigáro	1
nic k tomu nevedlo	3
nemám motivaci	1
partnerka byla kuřačka	1
chutná mi to	1
při pití alkoholu to nevydržím a zapálím si	1
zdravotní problémy	1
nezkoušel jsem přestat	8
měl jsem příležitost	1
nervy na lidi – pomůcka na uklidnění	1
teď nekouřím	2

Respondenti, kteří u otázky číslo 13 uvedli možnost i) jiné, uvedli další důvody, které mohli vést k tomu, že se ke kouření vrátili. Z celkového počtu (22) uvedlo 8 respondentů, že nezkoušeli přestat kouřit, tudíž se nejednalo o relaps, jelikož se o abstinenci nepokoušeli. Další 3 respondenti uvedli, že k relapsu nic nevedlo a 2 respondenti uvedli, že aktuálně nekouří (abstinují).

11.4. Jaký podíl manuálních pracovníků v průmyslové výrobě by využilo odborné služby k odvykání kouření ve svém okolí, v případě že by o těchto službách a možnostech byli informováni?

Odpověď na tuto otázku mapovala v dotazníku otázka číslo 16 – Pokud byste nyní dostal(a) od svého lékaře či jiného odborníka informace o možnostech odvykání kouření a odborných službách ve vašem okolí, měl(a) byste zájem tyto služby využít? Respondenti měli na výběr z možností a) Ano, b) Ne c) Nevím. Z celkového počtu respondentů (124) vybralo 52 (42,12 %) možnost neví, 48 (38,88 %) možnost ne a pouze 24 (19,44 %) možnost ano. Znamená to, že z celého výzkumného souboru by pouze necelých 20 % respondentů využilo dostupné odborné služby.

11.5. Jaké podíl manuálních pracovníků v průmyslové výrobě by se zapojilo do programu odvykání kouření v případě, že by jim byl nabídnut ze strany zaměstnavatele?

Odpověď na tuto otázku sledovala v dotazníku otázka číslo 17 – Pokud by Váš zaměstnavatel v příštím roce spustil program podpory odvykání kouření, zapojil(a) byste se do něj? Respondenti měli opět na výběr z možností a) Ano, b) Ne c) Nevím. Z celkového počtu respondentů (124) vybralo 49 (39,69 %) možnost neví, 46 (37,26 %) možnost ne a pouze 29 (23,49 %) možnost ano. Opět se ukazuje, jako u předchozí otázky, že by program odvykání kouření, tedy odborné služby využila téměř ¼ respondentů.

11.6. Doplnění výsledků o další zjištěné poznatky

Dotazník byl vytvořen tak, aby dokázal odpovědět na výzkumné otázky, ale zároveň mapoval další oblasti, které s tématem kouření u manuálních pracovníků souvisí. V následujícím textu budou popsány další výsledky.

Otázka číslo 7 v dotazníku mapovala, kolik cigaret vykouří denně respondent během své pracovní doby. Tato otázka byla zaměřena na cigarety záměrně, protože uživatelé jiných tabákových či nikotinových výrobků nemusí odcházet na kuřárnu mimo své pracovní místo.

Vzhledem k tomu, že se ale v předchozí otázce mapovaly tabákové a nikotinové výrobky, které respondenti užívají by mohlo množství cigaret do jisté míry ovlivňovat fakt, zda respondent kouří pouze cigarety nebo je kombinuje například s elektronickými cigaretami, zahříváním tabákem nebo bezdýmnými formami tabáku či nikotinu. Tabulka číslo 8 ukazuje všechny možné kombinace užívání tabákových a nikotinových výrobků, které respondenti v dotazníku uvedli. Zároveň ukazuje průměrnou spotřebu cigaret u konkrétních kombinací.

Tabulka č. 8 – Průměrná spotřeba cigaret během pracovní doby (směny) u jednoho kuřáka v závislosti na tabákovém/nikotinovém výrobku, který užívá

Užívané tabákové/nikotinové výrobky	Počet	%	Počet cigaret (Ø)
pouze cigarety	73	59,16	8,7
cigarety + doutníky	4	3,24	13,0
cigarety + elektronické cigarety	23	18,63	7,8
cigarety + zahřívání tabák	4	3,24	7,5
cigarety + nikotinové sáčky	2	1,62	14,0
cigarety + elektronických cigarety + zahřívání tabák	4	3,24	10,7
cigarety + doutníky + elektronické cigarety	1	0,81	5,0
další kombinace výrobků vyjma cigaret	13	6,63	0,0

Z celkového počtu respondentů bylo zjištěno, že 73 (59,16 %) z nich kouří pouze klasické cigarety, 23 (18,63 %) kombinuje cigarety s elektronickou cigaretou, 4 (3,24 %) kombinují cigarety a doutníky, stejně tak 4 (3,24 %) kombinují klasické cigarety a zahřívání tabák, 2 (1,62 %) uvedli, že kombinují cigarety a nikotinové sáčky a 1 respondent (0,81 %) uvedl, že užívá cigarety, doutníky i elektronickou cigaretu. Ostatní respondenti uváděli jiné formy tabákových či nikotinových výrobků, které nebyly v kombinaci s cigaretami. Tyto výsledky ukazují, že 90,5 % respondentů dává přednost klasickým cigaretám. Průměrná denní spotřeba cigaret během pracovní doby, byla u respondentů, kteří kouřili pouze cigarety 8,7, tedy 9 cigaret na 1 osobu. Respondenti, kteří kombinovali klasické cigarety a elektronickou cigaretu, spotřebovali během pracovní doby průměrně 7,8 cigaret, tedy 8

cigaret na 1 osobu. Respondenti, kteří kombinovali klasické cigarety a zahříváný tabák spotřebovali 7,5 cigaret během pracovní doby, tudíž by se dalo říct 7 cigaret na 1 osobu.

Na základě dalších odpovědí bylo zjištěno, že respondenti během pracovní doby obvykle vykouří 10 cigaret. Z celkového počtu tuto skutečnost uvedlo 30 respondentů (26 %). Na druhém místě uvedlo 5 cigaret během pracovní doby 15 respondentů (13 %) a 12 respondentů (11 %) uvedlo, že během směny vykouří 6 cigaret denně a 11 respondentů (10 %) uvedlo, že vykouří 20 cigaret během směny. Devět respondentů (7 %) z celkového počtu uvedlo, že během pracovní doby nekouří.

Další důležitou informací, která se u respondentů zjišťovala, byla otázka číslo 8 a na ni navazující otázka číslo 9, které se respondentů ptali, zda se pokoušeli někdy v životě přestat kouřit a zda se o to pokoušeli i v předchozím roce (2022). Z celkového počtu respondentů uvedlo 94 (76,14 %) z nich, že se někdy během života pokoušelo přestat kouřit, dalších 30 (24,3 %) uvedlo, že se o odvykání nepokoušelo. V případě, že měli respondenti označit, zda se pokoušeli přestat kouřit v předchozím roce (2022) uvedlo 25 respondentů (20,25 %) ano a 99 respondentů (80,19 %) odpovědělo ne.

Otázka číslo 10 mapovala, jak dlouho, dokázali respondenti, kteří se o odvykání kouření pokoušeli, vydrželi abstinovat. Odpovědi respondentů znázorňuje tabulka číslo 9.

Tabulka č. 9 – délka abstinence respondentů, kteří se v minulosti pokoušeli odvykat

Délka abstinence	Počet respondentů	V procentech
a) několik hodin	11	8,91 %
b) 1 den	14	11,34 %
c) 1 týden	18	14,58 %
d) 1 měsíc	18	14,58 %
e) 3 měsíce	22	17,82 %
f) 6 měsíců	11	8,91 %
g) déle než 1 rok	30	24,3 %

Z celkového počtu respondentů byla nejčastěji označena odpověď déle než 1 rok, kterou vybralo 30 respondentů (24,3 %). Dalších 22 respondentů (17,8 %) označilo 3 měsíce a 18 respondentů (14,58 %) určilo 1 měsíc a dalších 18 (14,58 %) 1 týden.

Zajímavé poznatky přinesla otázka č. 11 – Jaké metody a možnosti odvykání kouření jste v minulosti vyzkoušel(a)? U této otázky mohli respondenti vybrat více odpovědí. Možnosti všech odpovědí, které respondenti uvedli, jsou uvedeny v tabulce číslo 10.

Tabulka č. 10 – Metody a možnosti odvykání kouření, které respondenti v minulosti vyzkoušeli

Metoda/přípravek k odvykání	Četnost	V procentech
a) přípravky s náhradním nikotinem	16	12,96 %
b) léky určené pro odvykání kouření – Champix	1	0,81 %
c) léky určené pro odvykání kouření – Bupropion	0	0,00 %
d) léky určené pro odvykání kouření – Defumoxan	1	0,81 %
e) sezení v ambulanci s psychologem/adiktologem/lékařem	3	2,43 %
f) národní linka pro odvykání kouření	0	0,00 %
g) rozhovor s lékárníkem	0	0,00 %
h) mobilní aplikace	2	2,62 %
i) sám/svépomocí	93	75,33 %
j) jiné*	8	6,48 %
Celkem	124	100 %

*jiné = u této odpovědi, kam mohli respondenti napsat svoji odpověď, uvedli respondenti „žádné“ nebo „nic jsem nezkoušel“.

Největší počet respondentů označil u této otázky možnost i) sám/svépomocí. Z celkového počtu respondentů tuto odpověď označilo 93 z nich (75 %). Dalších 16 (12,96 %) respondentů označilo odpověď a) přípravky s náhradním nikotinem. Z těchto výsledků je patrné, že minimum respondentů v minulosti využilo odborné poradenství v oblasti odvykání kouření.

Otázka číslo 18 mapovala kterou formu odvykání kouření, by respondenti nejvíce využili. Informace získané z této otázky by mohly být významné do budoucna, pokud by firma zvažovala zavedení programu pro odvykání kouření. Z této otázky je patrné, čemu by dali zaměstnanci přednost. Konkrétní odpovědi jsou zaznamenány v tabulce číslo 11.

Tabulka č. 11 – Forma odvykání kouření, kterou by respondenti nejvíce využili

Metoda/přípravek k odvykání	Četnost	%
a) přípravky s náhradním nikotinem (žvýkačky, náplasti...)	47	38,07
b) léky určené pro odvykání kouření – Champix, Bupropion, Defumoxan	20	16,20
c) sezení v ambulanci s psychologem/adiktologem/lékařem	14	11,34
d) národní linka pro odvykání kouření	1	0,81
e) rozhovor s lékárníkem	5	4,05
f) mobilní aplikace	16	12,96
g) jiné*	21	17,01
celkem	124	100

*pozn. g) jiné – tato možnost nebyla v dotazníku uvedena, ale respondenti, kteří nevybrali žádnou z volitelných odpovědí, připsali k této otázce vlastní odpověď. V rámci sběru dat jsem ji označila jako g) jiné a do výsledků ji zahrnu, protože mi přijde významná. Konkrétní formulace odpovědí g) jiné jsem zahrnu do tabulky číslo 12.

Tabulka č. 12 – Vlastní interpretace respondentů u odpovědi g) jiné

Vlastní interpretace	Počet respondentů
žádnou	11
nevím	3
sám, až budu chtít přestat	3
pouze svou vůlí	1
nemám v plánu přestat	1
můžu přestat ze dne na den, jen se mi musí chtít	1
vlastní rozhodnutí	1

Z tabulky číslo 11 je patrné, že by respondenti dali přednost náhradní terapii nikotinem (ve 47 případech, 38,07 %) než sezení v ambulanci s odborníkem (tuto možnost vybralo pouze 14 respondentů, 11,34 %). Jako druhou možnost, kterou by nejčastěji využili, byly léky pro odvykání kouření, kterou označilo 20 respondentů (16,2 %). Respondenti, kteří se rozhodli, že nevyberou žádnou z předepsaných odpovědí, psali do dotazníku odpovědi vlastní. Celkem bylo těchto odpovědí 21 (17,01 %) Jak je patrné z tabulky č. 12, většina respondentů, která se rozhodla pro vlastní odpověď, by žádné formy odvykání nevyužilo, protože nejsou motivováni k odvykání a nemají ho v blízké době v plánu.

12. Diskuze

Z výsledků studie je patrné, že motivace k odvykání kouření u pracovníků v průmyslové výrobě je poměrně nízká, stejně jako informovanost. Průměrná hodnota míry motivace k odvykání kouření v celém výzkumném souboru byla 5,6, což svědčí o střední motivaci k odvykání kouření. Pokud bychom se ale podívali na konkrétní odpovědi, zjistili bychom, že nejpočetnější hodnota byla 1 = nechci vůbec přestat kouřit (22 % případů), druhá byla hodnota 5 (21 % případů), kterou bychom mohli vyhodnotit jako chci i nechci přestat kouřit, jelikož se tento postoj zobrazuje u dalších odpovědí. Jako pozitivní fenomén můžeme vnímat fakt, že hodnotu 10 = chci velmi přestat kouřit označilo 19 % respondentů, což není tak velký rozdíl v porovnání s procentuálním zastoupením hodnot 1 a 5.

Nejčastější důvod, který respondenti uváděli jako motivátor k zanechání kouření byly zdravotní problémy (43 respondentů = 35 %), které se objevily v důsledku dlouhodobého kouření. Jako druhý významný motivační faktor respondenti uváděli zhoršení finanční situace (17 respondentů, 14 %) a stejný počet respondentů (17) uvedlo jako hlavní důvod, že chtějí být pozitivním vzorem pro děti, tedy nechtějí, aby je děti viděli kouřit. Podobné výsledky interpretuje Reime et al. (2006) v zahraniční studii, která se zaměřovala na pracovníky v průmyslové výrobě v Německu. Účastníci výzkumu uvedli mezi hlavními motivačními faktory pro odvykání 1. zdravotní důvody, 2. finanční důvody a 3. image neboli dojem, který vytváří. I když se třetí důvod k odvykání liší, tak být pozitivním vzorem pro děti a zachovat si nebo naopak změnit image souvisí se zájmem nebo obavou, jak působí na své okolí. Tento motivační faktor by mohl být velmi protektivní během psychobehaviorální

terapie, jelikož je to jediný ze tří zmíněných faktorů, jenž se dá udržovat v dlouhodobém horizontu. Pokud je pro pracovníka hlavním motivačním faktorem ohrožení zdraví, nezačne s odvykáním kouřením, dokud se neprojeví zdravotní problémy, což může trvat několik let. Pokud nedojde k výraznému zhoršení finanční situace, můžeme očekávat stejný postup.

Z celkového počtu uvedlo 51 respondentů (41 %), že hlavním důvodem relapsu při pokusech odvykat byla jejich slabá vůle. Tento výsledek opět ukazuje nedostatek znalostí v závislostní problematice, který bychom však našli i u laické veřejnosti. Nicméně v odborných kruzích víme, že závislost není pouze otázkou vůle, ale že opakovaným užíváním návykových látek dochází ke změnám na neurobiologické úrovni. DuPont & Gold (1995) ve své studii popisují závislost jako neurobiologicky zprostředkovanou mozkovou poruchu. Díky zařazení závislosti mezi diagnózy v Mezinárodní klasifikaci nemocí se závislost stala oficiálně nemocí, pro kterou vznikly doporučené postupy léčby u různých návykových látek (včetně tabáku) a přestala být pouze otázkou silné vůle.

Jako druhý nejčastější důvod relapsu uvedlo 35 (28 %) respondentů fakt, že se při pokusech o odvykání stále stýkali s kuřáky. Je pozitivní, že někteří respondenti jsou schopni sebereflexe a přiznávají si, že by pokračování ve stýkání se s kuřáky nebo navštěvování kuřáren mohl být jeden z důvodů, proč se jim odvykání nedařilo. Marlatt & Gordon (1985) se zabývali udržovacími strategiemi v léčbě u závislých osob a vyhýbání se rizikovým situacím a osobám je jednou ze základních strategií, jak se relapsu v budoucnosti vyhnout.

Třetí nejčastější důvod relapsu, který uvedlo 28 respondentů (23 %) byl nadměrný stres. Z dotazníku vyplynulo, že někteří respondenti začali opět kouřit, protože jim cigarety pomáhaly uvolnit stres a napětí. Paradoxně však kouření cigaret stres naopak zvyšuje. MUDr. Lenka Štěpánková z Centra pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN na základě klinických studií a svých zkušeností popisuje, že cigareta pomůže ve stresu, při depresi a vylepší náladu pouze krátkodobě. Z dlouhodobého hlediska ale psychice výrazně škodí a depresi naopak prohlubuje (Medical Tribune, 2016). Manuální pracovníci ve firmách, které jsou zaměřeny na průmyslovou výrobu, jsou často pod velkým tlakem, jelikož je jejich práce zaměřená na výkon a mohou se dostávat do časového presu. Navíc je práce ve výrobě náročná i fyzicky. Dalším faktorem, který můžeme považovat za stresový je třísměnný někdy i čtyřsměnný provoz. Zaměstnanci pracují na ranní, odpolední, noční v různých časových

intervalech, což u mnohých z nich vede k poruchám spánku. Důsledkem toho jsou potom nevyspaní, unavení, mohou mít zhoršenou náladu, objevuje se podrážděnost, což opět může vést k vyšší spotřebě nikotinu a tabákových výrobků.

V případě, že by manuální pracovníci získali informace o možnostech a dostupných službách pro odvykání kouření v jejich okolí, využilo by tuto nabídku pouze 24 z nich (19 %). Zbýlých 52 respondentů (42 %) uvedlo odpověď neví a 48 (40 %) respondentů odpovědělo, že by tyto služby nevyužilo. Vzhledem k nízké informovanosti o dostupných službách zacílených přímo na odvykání kouření se tento výsledek dal předpokládat. Opět se zde odráželo přesvědčení, že odvykání kouření je postaveno zejména na pevné vůli. S tímto názorem jsem se setkala opakovaně, když jsem pracovníky ve výrobě osobně oslovovala. Odborným doporučením nepřikládali velkou váhu. Obecně toto prostředí není odborným intervencím příliš nakloněno a je těžké pracovníky ve výrobě i vedení firmy motivovat. Vysoká míra odpovědi neví může potvrzovat předpoklad nízké informovanosti. Je pravděpodobné, že respondenti neví, co si pod pojmem odborné služby pro odvykání kouření představit. Možná by se výsledky lišily v případě, že by byli respondenti o dostupných službách informováni předem.

Pokud by zaměstnavatel v příštím roce (2024) spustil program podpory odvykání kouření, mělo by zájem se do něj zapojit pouze 29 zaměstnanců (23 %) z celkového počtu respondentů. Zbýlých 46 (37 %) respondentů by se do programu nezapojilo a 49 (40 %) respondentů označilo odpověď neví. Zde se opět ukazuje nízká informovanost a vzdělání v této oblasti. Vysoký podíl odpovědi neví může v tomto případě představovat obavy, jelikož respondenti neví, co si pod programem na podporu odvykání kouření představit. I přesto, že se v ČR již objevily firmy, které zaměstnance v odvykání kouření podporují (Škoda Auto, Magna Exteriors, Liberty Ostrava) je povědomí o programech na podporu odvykání kouření v zaměstnání stále velmi nízké.

V rámci diplomové práce nemělo dojít k realizaci programu na podporu odvykání kouření, ale každé firmě byla nabídnuta přednáška o možnostech odvykání kouření a dostupných službách v jejich okolí (v Olomouckém a Zlínském kraji). Respondentům i vedení firmy byly nabídnuty služby adiktologické ambulance, ve které výzkumník aktuálně pracoval. Dostali základní informace o službě, propagační materiály a telefonní kontakt.

V rámci spolupráce s Národní linkou pro odvykání kouření obdržela každá firma rovněž propagační materiály a kontakt na tuto službu. V žádné z firem, která se do výzkumné studie zapojila, se nakonec přednáška nezrealizovala.

Otázka zaměřená na počet vykouřených cigaret během pracovní doby měla za cíl mapovat, kolikrát pracovník přeruší svoji činnost, protože si jde na kuřárnu zapálit cigaretu. Během sběru dat jsem zjistila, že jde o poměrně kontroverzní téma, jelikož u některých pracovníků vznikla obava, že vedení firmy tímto sleduje, kolik času ze své pracovní doby prokouří. Musela jsem je ujistit, že jde pouze o výzkum pro účely diplomové práce, dotazník je anonymní a vedení nemá možnost zjistit, který zaměstnanec kouří více a který méně. Právě čas strávený na cigaretě vedl k rozporům mezi zaměstnanci ve firmě Piala Inc v Japonsku, která místo sankcí zavedla benefity pro nekuřáky (Ward, 2017). Pokud jde zaměstnanec v pracovní době na cigaretu 2–3x a během přestávky, kterou může každý trávit, jak uzná za vhodné, je tato informace zanedbatelná. Pokud ale zaměstnanec během pracovní doby vykouří 20 cigaret, jde o zcela jinou situaci. Samotná cigareta zabere zkušenému kuřákovi 1–2 minuty, pokud k tomu ale připočítáme odchod z haly, příchod na kuřárnu (která může být daleko), samotný akt kouření, příchod zpět na halu, tak může taková jedna pauza na cigaretu zabrat 10–15 minut. Čas se bude samozřejmě měnit v závislosti na dostupnosti kuřárny. Při těchto propočtech se nabízí 2 hypotézy: 1) Kouření ve firmách se příliš neřeší a zaměstnanci se u práce střídají podle potřeby. 2) Kouření ve firmě se řeší, pauzy se hlídají a pracovník nemůže odcházet tak často. V případě druhé hypotézy bychom měli zvažovat, zda pracovníci vždy dodržují místa určená ke kouření podle nařízení BOZP.

Příklad jedné z firem: V areálu firmy bylo různě rozmístěno 5 pracovních hal. Na celý areál firmy existovaly 2 místa určená ke kouření. V celém areálu bylo kromě těchto vyhrazených míst zakázáno kouřit. Nemůžeme očekávat, že pokud řekneme závislému člověku, který vykouří za směnu 20 cigaret, že odted' bude kouřit pouze v rámci oficiálních přestávek, že tato opatření bude dodržovat. Tuto problematiku jsem diskutovala s bezpečnostním technikem, jehož součástí práce je sledování dodržování bezpečnostních předpisů, kam také patří dodržování nekouření v areálu kromě vyhrazených míst. Sám uvedl, že problematika kouření není ve firmách úplně dobře vyřešena. Jako příklad uváděl kouření zaměstnanců před vstupní bránou do areálu firmy. Prakticky to vypadá tak, že o pauze všichni

kuřáci vyjdou před firmu, vezmou si sebou třeba i něco na sezení a kouřením stráví svoji oficiální přestávku. Tento způsob popsal jako nedůstojný pro samotné kuřáky a zároveň nereprezentativní pro firmu, jelikož shluk kuřáků před vstupem je to první, co příchozí osoba uvidí.

Výsledky také ukázaly, že u manuálních pracovníků převládá užívání klasických cigaret nad jinými tabákovými a nikotinovými výrobky. Z celkového počtu (124) uvedlo 73 respondentů, že kouří pouze klasické cigarety, dalších 38 kouří klasické cigarety v kombinaci s dalšími tabákovými nebo nikotinovými výrobky a 2 uvedli, že kouří doutníky v kombinaci s alternativním výrobkem. Pokud tyto výsledky sečteme, zjistíme, že celkem užívá hořlavou formu tabáku 113 respondentů, což je 91,5 % výzkumného souboru. Výzkumný soubor není kvůli své velikosti dostatečně reprezentativní, ale výsledky by mohly opět potvrzovat nedostatečnou edukaci v oblasti užívání hořlavých forem tabáku a harm reduction. George et. al. (2019) ve své studii potvrdili pozitivní vliv na kardiovaskulární systém v případě, že kuřák zaměnil hořlavé tabákové výrobky za e-cigarety. U kuřáků, kteří přešli na e-cigarety došlo k výraznému zlepšení endoteliálních funkcí, které mají vliv na rozvoj aterosklerózy.

Dalším důležitým údajem jsou způsoby a metody odvykání, které respondenti v minulosti vyzkoušeli. Opět se ukazuje, že nejčastějším způsobem odvykání je svépomoc, tedy síla vlastní vůle. Možnost sám/svépomocí uvedlo 93 respondentů (75 %). Druhá nejčastější odpověď byla užívání přípravků s náhradním nikotinem, kterou označilo 16 respondentů (13 %). Z celkového počtu uvedlo 8 respondentů (6 %) možnost jiné, do které napsali v 6 případech: „žádné“ a ve 2 případech: „nic jsem nezkoušel“. Tyto odpovědi bychom mohli interpretovat jako možnost u kuřáků, kteří se nikdy nepokoušeli s kouřením přestat. Pokud se 75 % respondentů snažilo odvykat pouze svépomocí, není překvapivé, že u nich došlo k relapsu. Bohužel se ukazuje, že tento neúspěch má za následek nižší motivaci k dalšímu odvykacímu pokusu. Kuřák zakončí své snažení argumentem, že má slabou vůli, proto mu odvykání nejde a v dalších snahách už nepokračuje. Podle NMS (2021) má odvykání kouření bez asistence, tedy svépomocí, odhadovanou úspěšnost 3-5 %, což odpovídá opakovanému selhávání u respondentů. V porovnání s léčbou závislosti na tabáku formou psycho-socio-behaviorálního poradenství má odhadovanou úspěšnost přibližně 10 %. V případě, že je navíc doprovázena farmakoterapií, je úspěšnost dokonce 30-35 %. Pokud

by respondenti měli informace o rozdílech v úspěšnosti při odvykání, možná by byli více motivováni vyzkoušet odborné služby.

Poslední důležitý údaj vychází z otázky, jakou formu odvykání by pracovníci nejvíce využili v případě, že by měli na výběr. Největší počet respondentů – 47 (38 %) by si vybralo možnost užívání přípravků s náhradním nikotinem (žvýkačky, náplasti, pastilky, sprej). Dalších 20 respondentů (15 %) uvedlo jako možnost léky pro odvykání kouření (Champix, Bupropion, Defumoxan). Jako třetí možnost uvedlo 16 (13 %) mobilní aplikaci. Důležité je zmínit, že u této otázky 21 respondentů (17 %) nevybralo žádnou z předepsaných možností a zapsali do dotazníku vlastní možnosti. V rámci analýzy dat jsem tyto odpovědi označila písmenem g) jiné. Pokud se totiž podíváme na množství respondentů u výše zmíněných odpovědí zjistíme, že možnost g) jiné je hned na druhém místě po užívání nikotinových přípravků. V 11 případech respondenti napsali odpověď „žádnou“, 3 respondenti napsali odpověď „nevím“, další 3 respondenti „sám až budu chtít přestat“, 1 respondent uvedl „pouze svou vůlí“, 1 respondent uvedl „nemám v plánu přestat“, 1 respondent uvedl „můžu přestat ze dne na den, jen se mi musí chtít“, poslední uvedl „vlastní rozhodnutí“. Výsledky ukazují, že by pracovníci raději využili náhradní nikotinovou terapii nebo léky k odvykání kouření místo terapeutické pomoci. Vzhledem k předchozím odpovědím lze očekávat, že by respondenti nevyhledali terapeutickou pomoc, jelikož neví, co mohou od sezení v ambulanci očekávat.

Mezi silné stránky výzkumu patří množství respondentů, které se nakonec podařilo do studie zapojit, jelikož během sběru dat hrozilo, že bude výzkumný soubor velmi malý. Další silnou stránkou je, že se podařilo ve všech firmách do výzkumného souboru zahrnout pouze pracovníky průmyslové výroby, kteří se nacházeli v téměř stejných pracovních podmínkách a vykonávali podobnou práci. Přidaná hodnota výzkumu je určitě v tom, že výzkumník pouze nedistribuoval a nevyhodnocoval dotazníky, ale aktivně se do procesu zapojil, měl možnost se pohybovat v prostředí výroby, získat představu o podmínkách, ve kterých zaměstnanci pracují a měl možnost se s nimi osobně setkat a promluvit.

Mezi slabé stránky výzkumu patří body v dotazníku, které by šly upřesnit, zlepšit či jinak formulovat. Už při sběru prvních dotazníků od respondentů bylo evidentní, že v dotazníku chybí možnosti odpovědí pro jedince, kteří se o odvykání kouření nikdy

nezajímali ani zajímat nechtějí. Např. u otázky č.12 – Jaké byly hlavní důvody, proč jste chtěla(a) s kouřením v minulosti přestat? Mohla být uvedena možnost odpovědi: Nikdy jsem přestat nechtěla. Tuto variantu měla pokrýt možnost h) jiné, kam mohli respondenti napsat vlastní odpověď. U otázky č 18 – Kterou formu odvykání kouření byste nejvíce využila? Respondenti psali vlastní odpovědi, pokud nevybrali ani jednu z možností, kterou jsem označila písmenem g). U této otázky vidím největší nedostatek v tom, že jsem nezvažovala možnost – žádnou, u respondentů, kteří odvykat nechtějí.

13. Závěr

Na základě výsledků se potvrdilo, že manuální pracovníci v průmyslové výrobě jsou více ohroženi rizikovým chováním, tedy kouřením, než jiné skupiny populace, a proto by se jim měla věnovat větší pozornost a měli by být zařazeni mezi další specifické skupiny populace.

Míra motivace k odvykání kouření je u manuálních pracovníků spíše nízká. Téma odvykání kouření nepovažují za podstatné, není pro ně atraktivní a nevěnují mu větší pozornost. Největším motivačním faktorem, který by tyto pracovníky motivoval k zanechání kouření je zhoršení zdravotního stavu v důsledku kouření, zhoršení finanční situace a negativní vliv na jejich děti (nechtějí dětem ukazovat, že kouření je v pořádku).

Jako hlavní důvody relapsu pracovníci uvedli slabou vůli, pokračování ve styku s kuřáky a nadměrný stres.

V případě, že by byli pracovníci informováni o možnostech odvykání kouření a odborných službách, využilo by tuto možnost necelých 20 % z nich. V případě, že by jim zaměstnavatel nabídl program podpory odvykání kouření, by se do něj zapojilo téměř 23 % z nich.

Z celkové studie vyplývá, že informovanost v oblasti závislosti a odvykání kouření je v této specifické skupině populace velmi nízká. V případě, že bychom chtěli manuální pracovníky motivovat k dalším pokusům o odvykání kouření, museli bychom je nejprve v této oblasti edukovat, motivovat a následně bychom jim mohli doporučit dostupné odborné

služby. Kromě doporučení by bylo důležité všem pracovníkům vysvětlit, jak služba funguje, co mohou od terapie očekávat a proč je tento způsob odvykání úspěšnější než odvykání svépomocí.

Pokud bychom chtěli ve firmě zavést program podpory odvykání kouření, museli bychom nejprve edukovat vedoucí zaměstnance nebo vedení firmy, aby pochopili, proč je i pro ně jako zaměstnavatele výhodné program zavést. Bylo by nezbytné, aby prošli stejnou edukací jako zaměstnanci ve výrobě, aby problematiku závislosti pochopili, byť mezi nimi nebudou kuřáci. Pokud pochopí, proč je pro ně jako firmu program výhodný a bude motivovat své zaměstnance k zapojení se do programu, je větší pravděpodobnost, že bude program úspěšný. V případě, že vedení program podporovat nebude, je vysoce pravděpodobné, že budou zapojení se do programu sabotovat i zaměstnanci a zůstanou vůči této problematice rezistentní.

Pro obor adiktologie je dělnická subkultura a odvětví průmyslové výroby prostředím s velkým potenciálem, pokud se podaří danou subkulturu edukovat a motivovat ke spolupráci. Zatím se zdá, že je toto prostředí prevencí a léčbou v oblasti závislostí nedotčené, i přesto, že v ČR již existují firmy, které se staly nekuřáckými.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 – logo odvykání kouření v lékárnách. Zdroj: <https://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Odborne-poradenstvi-v-lekarnach/Odvykani-koureni.aspx>

Obr. č. 2 – Kruhový model změny dle Prochasky a diClementeho. Zdroj: Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F. & Farmer, R. (2008). Prevence relapsu pro závislá chování. Manuál terapeuta. Sdružení SCAN.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Pracovní pozice všech respondentů

Tabulka č. 2 – Užívané formy tabáku a nikotinu, které respondenti uváděli

Tabulka č. 3 – Míra motivace k odvykání kouření

Tabulka č. 4 – Hlavní motivační faktory, které by u respondentů vedly k zanechání kouření

Tabulka č. 5 – Interpretace odpovědí h) jiné

Tabulka č. 6 – Důvody relapsu při odvykání kouření

Tabulka č. 7 – Interpretace odpovědí i) jiné

Tabulka č. 8 – Průměrná spotřeba cigaret během pracovní doby (směny) u jednoho kuřáka v závislosti na tabákovém/nikotinovém výrobku, který užívá

Tabulka č. 9 – Délka abstinence respondentů, kteří se v minulosti pokoušeli odvykat

Tabulka č. 10 – Metody a možnosti odvykání kouření, které respondenti v minulosti vyzkoušeli

Tabulka č. 11 – Forma odvykání kouření, kterou by respondenti nejvíce využili

Tabulka č. 12 – Vlastní interpretace respondentů u odpovědi g) jiné

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Informace k dotazníku

Příloha č. 2 – Dotazník pro zaměstnance

Příloha č. 3 – Plakát národní linky pro odvykání kouření

POUŽITÁ LITERATURA

Adiquit (2023). *Čtyřměsíční interaktivní terapie pro kuřáky*. Dostupné z:

<https://www.adiquit.cz/o-aplikaci/>

Ambrose, J. A. & Barua, R. S. (2004) The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: An update. *Journal of the American College of Cardiology*, 33(43), 1731-1737. Doi: 10.1016/j.jacc.2003.12.047. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109704004346?via%3Dihub>

Apelberg, B., J., Onicescu, G., Avila-Tang, E. & Samet, J. M. (2010). Estimating the Risks and Benefits of Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation in the United States. *Amerian Journal of Public Health*, 100 (2), 241-348. Doi: 10.2105/AJPH.2008.147223.

Aschermann, M. & Linhart, A. (2010). Kouření a kardiovaskulární onemocnění.

CorVasa, 9 (52), 500-505. Doi: 10.33678/cor.2010.136. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/287767897_Smoking_and_cardiovascular_disease

Asociace samostatných odborů (2017, May 3). *Magna motivuje kuřáky. Kdo si v práci nezapálí, dostane peníze navíc*. Dostupné z: <https://www.asocr.cz/obsah/54/magna-motivuje-kuraky-kdo-si-v-praci-nezapali-dostane-penize/19060>

Benowitz, N. L. (2003). Cigarette smoking and cardiovascular disease: patophysiology and implications for treatment. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 46 (1), 91-111.

Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0033062003000872/first-page-pdf>

Bez cigaret (2017). *Národní linka pro odvykání kouření*. Dostupné z:

<https://www.bezcigaret.cz/>

Bonita, R., Duncan, J., Truelsen, T., Jackson, R. T. & Beaglehole, R. (1999). Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tobacco Control*, 8, 156–160. Doi: 10.1136/tc.8.2.156. Dostupné z:

<https://tobaccocontrol.bmj.com/content/8/2/156.long>

Burns, D. M. (2003). Epidemiology of smoking induced cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 46(1), 11-29. Doi: 10.1016/s0033-0620(03)00079-3. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033062003000793>

Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (n.d.). *Informace pro pacienty*. Dostupné z:

<https://www.slzt.cz/centra/centra-pro-zavisle-na-tabaku#more-informations>

Cífková, Kmeťová & Suchor (2013). Kouření a krevní tlak, pp220 In Králíková E. et al. (Eds.) (2013). *Závislost na tabáku, epidemiologie, prevence a léčba*. Adamira.

Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialový, A., Kodl, M., Malý, M. & Skývová, M. (2022). *Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2021 [Nauta]*. Státní zdravotní ústav Praha. Dostupné z:

https://archiv.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/NAUTA_2021.pdf

Česká lékárnická komora (2015, January 1). *Odvykání kouření*. Dostupné z:

<https://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Odborne-poradenstvi-v-lekarnach/Odvykani-koureni.aspx>

Český statistický úřad (2016, May). *Češi tráví v práci průměrně 40,4 hodiny týdně*.

Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cesi-travi-v-praci-prumerne-404-hodiny-tydne>

Český statistický úřad (2022, October, 3). *Vývoj obyvatelstva České republiky 2021*.

Dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/165591233/13006922.pdf/bf3973c1-e8d6-44b7-be20-bbef7a56cf90?version=1.3>

Česká lékárnická komora (2015, January). *Odvykání kouření*. Dostupné z:

<https://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Odborne-poradenstvi-v-lekarnach/Odvykani-koureni.aspx>

Daňková, Š., Holub, J. & Láchová, J. (2011). *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*. Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, Model, and Method*. Springer Publishing Company.

DH/National Support Team – Tobacco Control (2009). *Tackling Health Inequalities– Targeting Routine and Manual Smokers in Support of the Public Service Agreement Smoking Prevalence and Health Inequality Targets*. Dostupné z: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130123200121/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_101224

Dufek, M. (2002). Cévní mozkové příhody, obecný úvod a klasifikace. *Interní Medicína*, 4(6), 5-10. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200206-0010_Cevni_mozkove_prihody_obecny_uvod_a_klasifikace.php

DuPont, R. L & Gold, M. S. (1995). *Withdrawal and Reward: Implications for Detoxification and Relapse Prevention*. *Psychiatric Annals*, 25(11), 663–668. Dostupné z: <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19951101-07>

Dvořáček, J., Habiňáková, R., Hanzlík, K., Havlíčková, D., Kiššová, L., Lutseva, G., Miovský, M., Mravčík, V., Pleva, P., Richterová Těmínová, M & Šimrádová, Z. (2021). *Koncepce rozvoje adiktologických služeb*. Úřad vlády ČR, Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/vyrocnizpravy/Koncepce_rozvoje_adiktologickych_sluzeb_v20220103.pdf

Farsalinos, K. (2018). Electronic cigarettes: an aid in smoking cessation, or a new health hazard? *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, 12, 1-20. Doi: 10.1177/1753465817744960. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5937152/pdf/10.1177_1753465817744960.pdf

Fetter, R., W. (2012, March 26). *Zákaz kouření na pracovišti*. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/zakaz-koureni-na-pracovisti-81704.html>

Foulds, J., Ramstorm, L., Burke, M. & Fagerström, K. (2003). Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. *Tobacco Control*, 12(4), 349–359. Doi: 10.1136/tc.12.4.349. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1747791/pdf/v012p00349.pdf>

Fujioka, K. & Shibamoto, T. (2006). Determination of toxic carbonyl compounds in cigarette smoke. *Environmental toxicology*, 21(1), 1-94. Dostupné z:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/tox.20153>

Gakidou, E., Afshin, A., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abdulle, A. M., Abera, S. F., Aboyans, V., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Abyu, G. Y., Adedeji, Y. A., Adetokunboh, o., Afarideh, M., Agrawal, A., Agrawal, S., Kiadaliri, A. A., ... Murray, Ch. J. L. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2018. *Lancet*, 10(392), 1923-1994. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32225-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32225-6/fulltext)

Gale, N., McEwan, M., Camacho, O. M., Hardie, G., Proctor, Ch. J. & Murphy, J. (2021). Changes in biomarkers after 180 days of tobacco heating product use: a randomised trial. *Internal and Emergency Medicine*, 16, 201–2212. doi: 10.1007/s11739-021-02798-6. Dostupné z:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8563516/pdf/11739_2021_Article_2798.pdf

George, J., Hussain, M., Vadiveloo, T., Ireland, S., Hopkinson, P., Struthers, A. D., Donnan, P. T., Khan, F. & Lang, Ch. C. (2019). Cardiovascular Effects of Switching From Tobacco Cigarettes to Electronic Cigarettes. *Journal of the American College of Cardiology* 74(25), 3112–3120. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6928567/pdf/main.pdf>

Health Behaviour in School-aged Children (2019). *HBSC studie: Co zkoumáme*.

Dostupné z: <https://hbsc.cz/ostudii/>

Hendershot, Ch. S., Witkiewitz, K., George, W. H. & Marlatt, G.A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(17), 1-17. Doi: 10.1186/1747-597X-6-17. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3163190/pdf/1747-597X-6-17.pdf>

Hughes, J. R. (2003). *Minnesota Tobacco Withdrawal Scale*. Dostupné z:

<http://www.med.uvm.edu/behaviorandhealth/research/minnesota-tobacco-withdrawal-scale>

Chaiton, M., Diemert, L., Cohen, J. E., Bondy, S. J., Selby, P., Philipneri, A. & Schwartz, R. (2016). Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *British Medical Journal Open*, 6(6), 1-9. Doi:10.1136/bmjopen-2016-011045. Dostupné z:

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/6/e011045.full.pdf>

Chomynová, P., Csémy, L., Grolmusová, L. & Sadílek, P. (2014). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v roce 2011*. Praha: Úřad vlády ČR.

Chomynová, P., Kozák, J., Mravčík, V. (2021). Substance use in Roma population in contact with social workers in the Czech Republic: A cross-sectional questionnaire survey. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 20(2), 275-294. Dostupné z:

<https://doi.org/10.1080/15332640.2020.1717399>

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2023). *Global Burden of Disease (GBD)*. Dostupné z: <https://www.healthdata.org/gbd>

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2018). Global trends in causes of death In Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. *Seattle, WA: IHME, 2018*. Dostupné z:

https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf

International Harm reduction association. (2010). *Co je harm reduction? Stanovisko mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA)*. Dostupné z:

<https://www.adiktologie.cz/file/438/046-co-je-harm-reduction.pdf>

Iribarren, C., Darbinian, J. A., Go, A. S., Fireman, B. H., Lee, Ch. D. & Grey, D. P. (2007). Traditional and novel risk factors for clinically diagnosed abdominal aneurysm: The kaiser Multiphasic Health Checkup Cohort Study. *Annals of epidemiology*, 17(9), 669-678. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1047279707000993?via%3Dihub>

Jakubíková, O. (2017). *Návykové látky v těhotenství – alkohol a tabák*. [Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta]. Digitální repozitář univerzity Karlovy. Česká republika. Dostupné z:

https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/1866/DPTX_2015_1_11110_0_440357_0_176011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Grada.

Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnáctá, Š., Dvořáček, J., Gabrhelík, R., Gabrhelíková, P., Hajný, M., Janíková, B., Jeřábek, P., Jurystová, L., Koranda, M., Kmoch, V., Králíková, E., Kuchař, M., Libra, J., Makovská, Dolanská, P., ... Zima, T. (2015). *Klinická adiktologie*. Garada Publishing.

Kažmír, L., Baroš A., Hanzal, J. & Kulhánková J. (2020). *Mapování onemocnění – Prostorové nerovnosti v předčasné úmrtnosti související s užíváním legálních návykových látek, Česko, 2001–2015*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví.

Klein, A. P., Yarbrough, K. & Cole, J. W. (2021). Stroke, Smoking and Vaping: The No-Good, the Bad and the Ugly. *Annals of Public Health and Research* 8(1), 1-21.

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8315328/pdf/nihms-1701528.pdf>

- Koblížek, V., Chlumský, J., Zindr, V., Neumannová, K., Zatloukal, J., Kociánová, J., Zatloukal, J. & Sedlák, V. (2016). Doporučený postup ČPFS pro diagnostiku a léčbu stabilní CHOPN (2016, May). Dostupné z: <http://www.pneumologie.cz/stranka/296/sekce-nemoci-s-bronchialni-obstrukci/?potvrzeni1=1&potvrzeni2=1&potvrdit=ANO%0D%0A%0D%0A++++Vstopit#>
- Kolektiv autorů (2019). *Bezpečnost práce v kostce: Příručka SÚIP 2019*. Státní úřad inspekce práce, Opava. Dostupné z: https://www.suip.cz/documents/20142/43837/suip_bezpecnost_prace_v_kostce.pdf
- Kotz, D. & West, R. (2009). Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco control*. 18(1), 43-6. Dostupné z: <https://doi:10.1136/tc.2008.025981>.
- Kotz, D., Brown, J. & West, R. (2014). Real-world effectiveness of smoking cessation treatments: a population study. *Addiction*, 109(3), 491–499. Doi: 10.1111/add.12429. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/add.12429>
- Králíková, E. (2019, January 16). *Fagerströmův test nikotinové závislosti – česká verze s vyhodnocením*. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/143/fagerstromuv-test-nikotinove-zavislosti-cz.pdf>
- Králíková, E. (2019, January 16). *Modifikovaný Fagerströmův test nikotinové závislosti pro adolescenty*. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/141/modifikovany-fagerstromuv-test-nikotinove-zavislosti-pro-adolescenty.pdf>
- Králíková, E., Alradhi, F. L., Ascherman, M., Broulík, P. D., Csémy, L., Češka, R., Felbr, O., Felbrová, V., Feyreisl, J., Greplová, J., Havrdová, E., Hercogová, J., Hirschfeldová, K., Hrubá, D., Hrubáček, J., Jedličková, A., Jenšovský, J., Ježek, M., Kindl, T., ...Žaloudníková, I. (2013). *Závislost na tabáku, epidemiologie, prevence a léčba*. Adamira.
- Králíková, E., Zvolská, K., Štěpánková, L. & Pánková, A. (2022). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis lékařů českých*, 161(1), 33-43.

Krejčí, D., Pehalová, I., Talábová, A., Pokorová, K., Katinová, I., Mužík, J., Dušek, L. (2018). *Současné epidemiologické trendy novotvarů v České republice*. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008352/novotvary2018.pdf>

Lee, P. N. (2013). Epidemiological evidence relating snus to health--an updated review based on recent publications. *Lee Harm Reduction Journal*, 10(36), 1-7. Doi: 10.1186/1477-7517-10-36. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4029226/pdf/1477-7517-10-36.pdf>

Levy, D. T., Mumford, E. A., Cummings, K. M., Gilpin, E. A., Giovino, G., Hyland, A., Sweanor, D., Warner, K. E. (2004). The Relative Risks of a Low-Nitrosamine Smokeless Tobacco Product Compared with Smoking Cigarettes: Estimates of a Panel of Experts. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 13(12), 2035–2042. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.2035.13.12>

Management news. (2015, September 9). *ArcelorMittal Ostrava je nekuřáckou společností*. Ivitera, a.s. 2023. Dostupné z: <https://www.managementnews.cz/novinky-z-managementu/arcelormittal-ostrava-je-nekurackou-spolecnosti-id-2558519>

Marlatt, G. A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.

Mazurek, J., Syamlal, G., King, B. & Castellan, R. (2014). Smokeless tobacco use among working adults – United States, 2005-2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(22), 477-482. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779362/pdf/477-482.pdf>

McNeill, A., Brose, L. S., Robert, C., Bauld, L. & Robson, D. (2018). *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018: A report commissioned by Public Health England*. London. Public Health England. Dostupné z: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684963/Evidence_review_of_e-cigarettes_and_heated_tobacco_products_2018.pdf

Miller W. R. & Rollnick, S. (2004). *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Sdružení SCAN.

MKN-10 (2023). F10-F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek: Syndrom závislosti In Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10 (Vyd. 3.). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dostupné z:

<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>

MKN-10 (2023). F10-F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek In Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10 (Vyd. 3.). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>

Molinaro, S., Vicente, J., Benedetti, E., Cerrai, S., Colasante, E., Arpa, S., Chomynová, P., Kraus, L., Monshouwer, K., Spilka, S., Arnarsson, Á., M., Balakireva, O., Beteta, B., B., Bye, E., K., Chileva, A., Clancy, L., Duraku, Z. H., Đurišić, T., Ekholm, O., ... Škařupová, K. (2019). *The situation in 2019 In ESPAD 2019 Report: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Dostupné z:

http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Franková, E., Nechanská, B. & Fidesová, H. (2021). *Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33573/1121/Zprava_o_tabakovych_nikotinovych_vyrobcich_v_CR_2021_fin.pdf

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2022, February). *Přehled situace v oblasti tabákových, nikotinových a souvisejících výrobků v České republice*. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/zprava-o-zavislostech/tabak-nikotin-2021/#odvyk%C3%A1n%C3%AD%20a%C2%A0%C3%A9%C4%8Dba>

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2023, January). *State Tobacco Activities Tracking and Evaluating (STATE) System: STATE System E-Cigarette Fact Sheet*. Dostupné z:

<https://www.cdc.gov/statesystem/factsheets/ecigarette/ECigarette.html>

Nowak, J., Murray, J., J., Oates, J. A. & Fitzgerald, A.G. (1987). Biochemical evidence of a chronic abnormality in platelet and vascular function in healthy individuals who smoke cigarettes. *Circulation*, 76(1), 6-14. Doi: 10.1161/01.cir.76.1.6. Dostupné z:

<https://www.ahajournals.org/doi/epdf/10.1161/01.CIR.76.1.6>

NSC (2023). *Chronická obstrukční plicní nemoc*. Dostupné z:

<https://nsc.uzis.cz/zdraveplice/index.php?pg=chopn>

Paul, C. L., McLennan, J., Baxendale, A., Schnelle, B., Rawson, J., Turon, H. E. & TzelepisPaul, F. Implementation of a personalized workplace smoking cessation programme. *Occupational Medicine*, 63(8), 568–574. Doi:10.1093/occmed/kqt121.

Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt121>

Peruzzi, M., Cavarretta, E., Frati, G., Carnevale, R., Miraldi, F., Biondi-Zoccai, G., Sciarretta, S., Versaci, F., Cammalleri, V., Avino, P., Protano C. & Vitali, M. (2020). Comparative Indoor Pollution from Glo, Iqos, and Juul, Using Traditional Combustion Cigarettes as Benchmark: Evidence from the Randomized SUR-VAPES AIR Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6029, 1-13. Doi:10.3390/ijerph17176029. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7504617/pdf/ijerph-17-06029.pdf>

Petrová, K. (2016, June 1). *Kouření na pracovišti*. Dostupné z:

<https://www.civop.cz/koureni-na-pracovisti/>

Reime, B., Ratner, P. A., Seidenstücker, Janssen, P. A. & Novak, P. (2006). Motives for Smoking Cessation Are Associated with Stage of Readiness to Quit Smoking and Sociodemographics among German Industrial Employees. *American Journal of Health Promotion*, 20(4), 259-66. Dostupné z: <https://doi.org/10.4278/0890-1171-20.4.25>.

Robichaud, M. O., Seidenberg, A. B. & Byron, M. J. (2020). Tobacco companies introduce 'tobacco-free' nicotine pouches. *Tobacco Control*, 29(1), 145-146. Doi: 10.1136/tobaccocontrol-2019-055321. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7239723/pdf/nihms-1061097.pdf>

Roddy, E., Antoniak, M., Britton, J., Molyneaux, A. & Lewis, S. (2006). Barriers and motivators to gaining access to smoking cessation services amongst deprived smokers: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 6(147), 1-7. Dostupné z:

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-147>

Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J. Berry, J. D., Brown, T. M., Carnethon, M. R., Dai, F., Simone, G., Ford, E. S., Fox, C. S., Fullerton, H. J., Gillespie, C., Greenlund, K. J., Hailpern, S. M., Heit, J. A., Ho, P. M., Howard, W. J. ...Wylie-Rosett, J. (2011). Heart disease and stroke statistics-2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 123(4), 18-209. Doi:

10.1161/CIR.0b013e3182009701. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418670/pdf/nihms676239.pdf>

Rutqvist, L. E., Curvall, M., Hassler, T., Ringberger, T. & Wahlberg, I. (2011). Swedish snus and the GothiaTek® standard. *Harm Reduction Journal*, 8(11), 1-9. Doi:

10.1186/1477-7517-8-11. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3119032/pdf/1477-7517-8-11.pdf>

Sheriff, N. S. & Coleman, L. (2017). Understanding the needs of Routine and Manual workers smokers on building sites: Results from a qualitative study on workplace smoking cessation. *Public Health*, 127(2), 125-33. Dostupné z:

<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.10.002>

Schillo, B. A., Diaz, M. C., Briggs, J., Romberg, A. R., Rahman, B., Liu, M. & Graham, A. L. (2021). Vaping in the Workplace: Awareness and Support for E-cigarette Workplace Policies. *American Journal of Health Behavior*, 45(2), 279-289. Doi: 10.5993/AJHB.45.2.8. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/351053626_Vaping_in_the_Workplace_Awareness_and_Support_for_E-cigarette_Workplace_Policies

Simonavicius, E., McNeill, A., Shahab, L. & Brose, L. S. (2018). Heat not burn tobacco products: a systematic literature review. *Tobacco Control*, 28, 582–594.

Doi:10.1136/tobaccocontrol-2018-054419. Dostupné z:

<https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/28/5/582.full.pdf>

Spilková, J., Dzúrová, D. & Pikhart, H. (2011). Inequalities in smoking in Czech Republic: Societal or individual effects? *Health and Place*. 17(1), 215-21. Dostupné z:

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.10.003>

SÚKL (2010). *Přehled léčiv: Defumoxan*. Dostupné z:

https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/detail-reg/0232285

Syamlal, G., Mazurek, J. & Malarcher, A. (2011). Current cigarette smoking prevalence among working adults – United States, 2004-2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 60(38), 1305-1309. Dostupné z:

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6038a2.htm>

Syamlal, G., Jamal, A., King, B. A. & Mazurek, J. M. (2016). Electronic Cigarette Use Among Working Adults — United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(22), 557-561. Doi: 10.15585/mmwr.mm6522a1. Dostupné z:

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6522a1.htm>

Syamlal, G., King, B. A. & Mazurek, J. M. (2017). Tobacco Use Among Working Adults — United States, 2014–2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66(42), 130-135. Doi: 10.15585/mmwr.mm6642a2. Dostupné z:

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6642a2.htm>

Škoda auto (2021, September 1). *Škoda Auto je od dnešního dne nekuřáckou společností*. Škoda Auto, a.s. 2023. Dostupné z: <https://www.skoda-storyboard.com/cs/tiskove-zpravy-archiv/skoda-auto-je-od-dnesniho-dne-nekurackou-spolecnosti/>

Štěpánková, L. (2021). *Kouření a deprese*. Medical Tribune, 2016. Dostupné z:

<https://www.tribune.cz/archiv/koureni-a-deprese/>

The national archives (2016, January). *General Lifestyle Survey Overview: A report on the 2010 General Lifestyle Survey*. London, ONS, 2012. Dostupné z:

<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20160105160709/http://www.ons.gov.uk/ons/rel/ghs/general-lifestyle-survey/2010/general-lifestyle-survey-overview-report-2010.pdf>

The National Institute for Occupational Safety and Health (2016, November). *Tobacco in the Workplace*. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/tobacco/default.html>

Urbanová, P. (2019). *Kouření tabáku u osob ve výkonu trestu odnětí svobody* [Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/556/urbanova-bc-2019.pdf>

Úřad vlády České republiky (2019). *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027*. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Praha, 2019.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2021, February). *Celková zátěž zhoubnými novotvary v ČR*. Dostupné z:

<https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8466>

Vavrinčíková, L. (2012). *Harm reduction a užívání tabáku*. Univerzita Karlov v Praze. Togga.

Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F. & Farmer, R. (2008). *Prevention relapsu pro závislá chování*. Manuál terapeuta. Sdružení SCAN.

Wannamethee G, Shaper AG, Macfarlane PW & Walker M., (1995). Risk factors for sudden cardiac death in middle-aged British men. *Circulation*, 91(6), 1749–1756.

Dostupné z <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/01.CIR.91.6.1749>

Ward, M. (2017, November 2). *This Japanese company is giving employees who don't smoke 6 extra vacation days*. CNBC.LLC. 2023. Dostupné z:

<https://www.cnbc.com/2017/11/02/this-japanese-company-is-giving-non-smokers-6-extra-vacation-days.html>

World Health Organization (2020, June 5). *Smoking still a core challenge for child and adolescent health reveals WHO report*. Dostupné z:

<https://www.who.int/europe/news/item/05-06-2020-smoking-still-a-core-challenge-for-child-and-adolescent-health-reveals-who-report>

World Health Organization (2021, November). *Two new tobacco cessation medicines added to the WHO essential medicines list*. Dostupné z:

<https://www.who.int/news/item/05-11-2021-two-new-tobacco-cessation-medicines-added-to-the-who-essential-medicines-list>

World health organization international agency for research on cancer. (2004). *IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol 83: Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*. Lyon, France, 2004. Dostupné z:

<https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/06/mono83.pdf>

Zatloukal, J. (2007). Novinky v terapii CHOPN. *Medicína pro praxi 2007*, 4(7), 301–304. Dostupné z: [https://www.solen.cz/artkey/med-200707-](https://www.solen.cz/artkey/med-200707-0005_Novinky_v_terapii_CHOPN.php)

[0005_Novinky_v_terapii_CHOPN.php](https://www.solen.cz/artkey/med-200707-0005_Novinky_v_terapii_CHOPN.php)

Zdravá generace (2023). *České děti už nepatří mezi největší konzumenty tabáku a marihuany*. Dostupné z: <https://zdravagenerace.cz/reporty/koureni/>

Zvolská, K. (2021). Nikotinové sáčky – lék z trafiky? *Hygiena*, 66(4), 137-140. Doi: 10.21101/hygiena.a1789. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2021/04/05.pdf>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

INFORMACE K DOTAZNÍKU

NÁZEV VÝZKUMU (DIPLOMOVÉ PRÁCE): Motivace k odvykání kouření u manuálních pracovníků – výzkum v průmyslové výrobě

Vážení zaměstnanci,

Jsem studentka navazujícího magisterského oboru adiktologie na 1.lékařské fakultě Karlovy univerzity v Praze a v rámci výzkumu pro účely diplomové práce bych vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Má diplomová práce se zabývá tématem kouření a jejím hlavním cílem je zmapovat motivaci zaměstnanců ve firmě k odvykání kouření a zároveň i jejich informovanost v této oblasti.

Dotazníky budou anonymní, tudíž nebudou uváděna žádná jména. Data, která prostřednictvím dotazníků získám, budou použity pouze pro účely diplomové práce nebo pro účely publikace v odborné literatuře. Vyplněním dotazníku zároveň souhlasíte s účastí ve výzkumu a se zveřejněním výsledků výzkumu. V dotazníku vždy zakroužkujte jednu z vybraných možností nebo napište vlastní odpověď u možnosti jiné. Prosím, nezapomeňte zodpovědět všechny otázky.

Pokud byste měli zájem se dozvědět základní informace o možnostech odvykání kouření, léčbě a službách v místě vašeho bydliště či okolí, nabízím vám na oplátku přednášku na toto téma po dohodě s vedením firmy. Bližší informace bych vám sdělila později. Pokud byste měli ohledně výzkumu nějaké dotazy či nejasnosti, můžete kontaktovat přímo mě na emailové adrese riegrova@zavislostiolomouc.cz nebo vedoucího této diplomové práce, který se na problematiku odvykání tabáku specializuje Mgr. Adama Kulhánka, Ph.D., MBA na emailové adrese adam.kulhanek@fl1.cuni.cz.

Předem Vám děkuji za spolupráci a za čas, který dotazníku věnujete.

Mgr. Kateřina Riegrová

Příloha č. 2

DOTAZNÍK PRO ZAMĚSTNANCE

Základní pokyny:

V dotazníku vždy zakroužkujte jednu z vybraných možností nebo napište vlastní odpověď u možnosti jiné. Prosím, nezapomeňte zodpovědět všechny otázky. Vyplněním dotazníku zároveň souhlasíte s účastí ve výzkumu a se zveřejněním výsledků výzkumu. Děkuji Vám za čas, který vyplnění dotazníku věnujete.

1. Pohlaví: a) muž b) žena

2. Věk:

3. Vyberte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání: a) ZŠ b) SOÚ c) SŠ d) VOŠ e) VŠ

4. Pracovní zařazení (pracovní pozice) ve firmě:

.....

5. Kouříte v současné době nebo užíváte nikotin v jiné formě? a) Ano b) Ne

6. Jaké formy tabáku a nikotinu v současné době užíváte? (možnost více odpovědí)

a) cigarety b) doutníky c) elektronické cigarety d) zahříváný tabák (např. Iqos) e) žvýkací tabák

f) nikotinové sáčky

7. Kolik cigaret vykouříte denně během pracovní doby?

napište počet

8. Zkoušel(a) jste někdy v životě přestat kouřit? a) Ano b) Ne

9. Zkoušel(a) jste přestat kouřit v posledním roce (2022)? a) Ano b) Ne

10. Jak dlouho jste nejdéle vydržel(a) nekouřit?

- a) několik hodin b) 1 den c) 1 týden d) 1 měsíc e) 3 měsíce f) 6 měsíců g) déle než 1 rok

11. Jaké metody a možnosti odvykání kouření jste v minulosti vyzkoušel(a)? (možnost více odpovědí)

- a) přípravky s náhradním nikotinem (žvýkačky, náplasti, pastilky, sprej)
b) léky určené pro odvykání kouření – Champix
c) léky určené pro odvykání kouření – Bupropion (Zyban, Elontril, Wellbutrin)
d) léky určené pro odvykání kouření – Defumoxan
e) sezení v ambulanci s psychologem/adiktologem/lékařem
f) národní linka pro odvykání kouření
g) rozhovor s lékárníkem
h) mobilní aplikace
i) sám/svépomocí
j) jiné

12. Jaké byly hlavní důvody, proč jste chtěl(a) s kouřením v minulosti přestat? (možnost více odpovědí)

- a) zlepšení zdravotního stavu
b) zlepšení fyzické kondice
c) ušetření financí
d) má rodina, partner(ka), děti
e) vadilo mi, že jsem po cigaretách cítil kouřem
f) kouření mě omezovalo při práci

g) vadilo mi, že jsem závislý

h) jiné

13. Co vedlo k tomu, že jste se při posledním odvykacím pokusu opět vrátil(a) ke kouření? (možnost více odpovědí)

a) mám slabou vůli

b) stále jsem se stýkal(a) s kuřáky

c) nevyhledal(a) jsem odbornou pomoc

d) při první příležitosti, kdy se dostavily abstinenční příznaky (chutě na cigaretu), jsem si zapálil(a)

e) přibírání na váze

f) problémy se spánkem

g) nadměrný stres

h) nepovažoval(a) jsem odvykání za dostatečně důležité

i) jiné

.....

14. Jak moc byste chtěl(a) přestat kouřit? 1 = vůbec, 10 = velmi

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Vyberte, jaký důvod by Vás nejvíce motivoval k zanechání kouření?

a) zdravotní problémy, které se objevily v důsledku dlouhodobého kouření

b) zhoršení mé finanční situace (vyšší výdaje – zdražování potravin, paliv, cigaret...)

c) vadí mi, že jsem po cigaretě cítit kouřem

d) kouření mě omezuje při práci (musím si dávat přestávky na cigaretu)

e) uvědomil jsem si, že jsem závislý

f) můj partner/partnerka mi kouření vyčítá (byl/a by rád/a, kdybych s kouřením přestal)

g) chci být pozitivním vzorem pro děti (nechci, aby mě viděli kouřit)

h) jiné

.....
.....

16. Pokud byste nyní dostal(a) od svého lékaře či jiného odborníka informace o možnostech odvykání kouření a odborných službách ve svém okolí, měl(a) byste zájem tyto služby využít?

a) Ano b) Ne c) Nevím

17. Pokud by Váš zaměstnavatel v příštím roce spustil program podpory odvykání kouření, zapojil(a) byste se do něj?

a) Ano b) Ne c) Nevím

18. Kterou formu odvykání kouření byste nejvíce využil(a)?

a) přípravky s náhradním nikotinem (žvýkačky, náplasti, pastilky, sprej)

b) léky určené pro odvykání kouření (Champix, Bupropion, Defumoxan)

c) sezení v ambulanci s psychologem/adiktologem/lékařem

d) národní linka pro odvykání kouření

e) rozhovor s lékárníkem

f) mobilní aplikace



 **NÁRODNÍ LINKA
PRO ODVYKÁNÍ
KOUŘENÍ**

800 350 000 Volejte bezplatně,
po-pá 10-18 hod.

Přestat kouřit může být dřina.
Pomůžeme Vám s odvykáním kouření.

www.bezcigaret.cz
www.koureni-zabiji.cz

Projekt byl realizován za finanční podpory v rámci vlády České republiky a Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Národní linka pro odvykání kouření byla zřízena Úřadem vlády České republiky v rámci Národních středisek pro podporu odvykání kouření, které spravuje Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, a provozuje ji Česká společnost proti tabáku. Vydáno za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví České republiky.