

Univerzita Karlova

1.lékařská fakulta

Studijní program: **specializace ve zdravotnictví**

Studijní obor: **adiktologie**



Bc. Iveta Švancarová

Změna nekuřáckého zákona a její vliv na vzorce užívání tabáku a motivaci
k odvykání kouření u pacientů praktických lékařů.
Amendment of smoke-free law and its influence on patterns of tobacco use and motivation
to quit smoking among patients of a general practitioners.

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Adam Kulháněk Ph.D

Praha, 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že 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 16. 7. 2020

.....
Bc. Iveta Švancarová

Poděkování

Děkuji Mgr. Adamu Kulhánkovi za odborné vedení a cenné rady při zpracování diplomové práce.

Také bych chtěla poděkovat kolegům a kolegyním za pomoc při zpracování dat.

Děkuji všem respondentům, kteří se tohoto šetření zúčastnili.

Identifikační záznam

Švancarová, Iveta *Změna nekuřáckého zákona a její vliv na vzorce užívání tabáku a motivaci k odvykání kouření u pacientů praktických lékařů*. [Amendment of the smoke-free law and its influence on patterns of tobacco use and motivation to quit smoking among patients of a general practitioners]. Praha, 2020, 65 stran, 4 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Klinika adiktologie. Vedoucí práce Kulhánek, Adam.

Abstrakt

Východiska: Podpora obyvatel v souvislosti s péčí o veřejné zdraví je prioritou každé vyspělé společnosti. V souladu s doporučeními WHO byl v roce 2017 přijat klíčový zákon O ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, jehož hlavní prioritou je omezení pasivního kouření s jeho negativními dopady na zdraví.

Cíl: Cílem práce bylo zjistit, zda po zavedení nových legislativních změn (zákon č.65/2017 Sb.) došlo ke změně ve vzorcích užívání tabáku a změně v motivaci k odvykání kouření.

Metody: Byla provedena prospektivní kohortní studie v souvislosti se zavedením zákona č.65/2017 Sb. Školenými zdravotními sestrami byly ve dvou vlnách, před zavedením zákona a tři měsíce po jeho zavedení, distribuovány tištěné strukturované dotazníky dospělým pacientům oslovených ordinací praktických lékařů v Praze. Podmínkou byla účast v obou vlnách studie. K následnému zpracování bylo předáno 131 vyplněných dotazníků dospělých. Analyzovány byly změny v denní spotřebě cigaret, poměr cigaret vykouřených v restauraci, na ulici, doma a motivace k odvykání kouření.

Výsledky: Bylo zjištěno statisticky významné snížení denní spotřeby cigaret (průměrně o 1,7 cigaret denně), kouření ve veřejných prostorách (restaurace, bary, hospody) kleslo téměř na nulu, zatímco kouření ve venkovních prostorách (ulice, balkon) vrostlo téměř o 20 %. Zároveň bylo pozorováno statisticky významné zvýšení motivace k odvykání kouření.

Závěr: V souvislosti s legislativní změnou, zavedením zákona č.65/2017 Sb. přináší práce cenná data o náznaku pozitivního dopadu na veřejné zdraví.

Klíčová slova: odvykání kouření, nekuřácká legislativa, motivace, prevence, závislost

Abstract

Background: Supporting the public health care system is a priority for any advanced society. In line with WHO's recommendations, a key Law on The Protection of Health Against Harmful Effects of Addictive Substances was adopted in 2017, the main priority of which is to reduce passive smoking with its negative effects on humans.

Objective: The aim of the study was to determine whether there was a change in tobacco use patterns and a change in smoking cessation incentives following the introduction of new legislative changes (Act No. 65/2017 Coll.).

Methods: A prospective cohort study was carried out in connection with the introduction of Act No. 65/2017 Coll. Trained nurses were distributed in two waves, before the introduction of the law and three months after its introduction, prepared questionnaires were distributed to adult clients/patients addressed by general practitioners' offices in Prague. The condition was participation in both waves of the study. 131 completed adult questionnaires were submitted for subsequent processing. Changes in daily cigarette consumption, the ratio of cigarettes smoked in a restaurant, on the street, at home, and motivation to quit smoking were analysed.

Results: A statistically significant reduction in daily cigarette consumption (on average 1.7 cigarettes per day) was found, smoking in public areas (restaurants, bars, pubs) fell to almost zero, while smoking in outdoor areas (street, balcony) increased by almost 20 %. At the same time, a statistically significant increase in smoking cessation motivation was observed.

Conclusion: In the context of the legislative change, the introduction of Act No. 65/2017 Coll. provides valuable data on the indication of a positive impact on public health.

Keywords: smoking cessation, non-smoking legislation, motivation, prevention, addiction

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	10
1. Prevalence kouření dospělé populace v České republice	10
2. Prevalence kouření dospělé populace ve světě	12
3. Ochrana veřejného zdraví a kouření	14
3.1 Opatření kontroly tabáku na státní úrovni.....	14
3.2 Opatření kontroly tabáku na mezinárodní úrovni	16
3.3 Opatření v oblasti kontroly tabáku	17
3.4 Přehled legislativních opatření regulující kouření v ČR	19
4. Role praktického lékaře v preventivní medicíně	22
4.1 Prevence kouření v ordinaci praktického lékaře	22
4.2 Nejčastější onemocnění v ordinaci praktického lékaře	23
4.3 Nejčastější onemocnění v souvislosti s kouřením.....	24
4.4 Role sestry v ordinaci praktického lékaře	27
4.5 Poradenství.....	27
5. Léčba závislosti na tabáku	29
5.1 Základní diagnostika / zhodnocení.....	29
5.2 Krátká intervence	30
5.3 Motivace.....	32
Praktická část	35
6. Cíle, výzkumné otázky.....	35
6.1 Hlavní cíl.....	35
6.2 Výzkumné otázky.....	35
7. Metodika výzkumu	36
7.1 Výběrové metody a výzkumný soubor	36
7.1.1 Metoda výběru	36

7.1.2	Výzkumný soubor	36
8.	Metody tvorby a analýzy dat	37
8.1	Tvorba dat	37
8.2	Struktura dotazníku	37
8.3	Proces sběru dat.....	38
8.3.1	I. vlna výzkumu (sběr dat v období duben - květen 2017)	38
8.3.2	II. vlna výzkumu (sběr dat v období září - říjen 2017)	39
8.4	Analýza dat.....	39
8.5	Etické aspekty výzkumu	39
9.	Výsledky výzkumu.....	41
10.	Diskuze.....	46
10.1	Interpretace výsledků.....	47
10.2	Silné a slabé stránky práce	47
Závěr		49
Seznam použitých zkratk		50
Seznam grafů, obrázků a tabulek.....		52
Seznam příloh.....		53
Seznam literatury.....		54
Přílohy.....		59

Úvod

Na základě evidence - based v souvislosti s kouřením vyplývá, že prevence a spolupráce mezi rezorty na státní úrovni, s důrazem na mezinárodní sjednocení zákonů a doporučení, je nutná a dle uveřejněných dat i zdravotně a ekonomicky prospěšná pro společnost i pro jednotlivce. Podle dat WHO zemře ročně na světě v souvislosti s kouřením až 8 milionů lidí, v České republice zemře 16 tisíc lidí za rok (Králíková, 2018).

Počáteční kapitoly odkazují na data Úřadu vlády ČR, Ministerstva zdravotnictví, Státního statistického ústavu s odkazy na Výroční zprávy jednotlivých institucí v kontextu s mezinárodními statistikami. Léčba závislosti na tabáku je chronické, recidivující onemocnění s dg. F17 v Mezinárodní statistice nemocí. Základem boje proti kouření je mezinárodní spolupráce, implementace doporučení WHO a sjednocení zákonů jednotlivých států s evropskou legislativou. Součástí této mezirezortní spolupráce je zavedení tzv. protikuřáckého zákona (zákon č.65/2017 Sb.) Legislativě ovlivňující regulaci kouření ve veřejných prostorech v České republice je v této práci věnována kapitola 3.4. Některé výzkumy uvádějí, že 78 % dotázaných považuje zákaz kouření v restauracích za správný (STEM, 2018).

V úvodu práce jsou kapitoly věnované problematice kouření, léčbě závislosti a prevenci, základním datům a mezinárodnímu srovnání. Na základě zavedení změn a omezení v souvislosti s kouřením se předkládaná práce zabývá jejich vlivy. Data a informace dává do souvislostí s možnými dopady zdravotními, ekonomickými a společenskými.

Záměrem práce bylo zjistit, jakým způsobem kuřáci vnímají zavedení protikuřáckého zákona, zda ovlivní kouření samotné, jestli jeho zavedení chápou jako příležitost pro možnou změnu závislostního chování. Zhodnocení dopadů zákazu kouření v restauracích je třeba přijmout s vědomím krátké doby zkoumání., přesto lze říci, že se jedinečným způsobem snaží zmapovat praktické dopady jeho účinnosti. Do studie byly vybrány skupiny kuřáků-klientů jednotlivých ordinací praktických lékařů v Praze 4, kterým byly předány k vyplnění vytvořené dotazníky, v období před zavedením zákona a s odstupem po několika měsících po jeho zavedení. Výsledky této práce jsou cenné pro zhodnocení praktických dopadů po zavedení plošného zákazu kouření. Pokud dojde u oslovených kuřáků ke změně motivace k odvykání kouření, je třeba, aby systém byl připraven a změnu jim pomohl realizovat.

Teoretická část

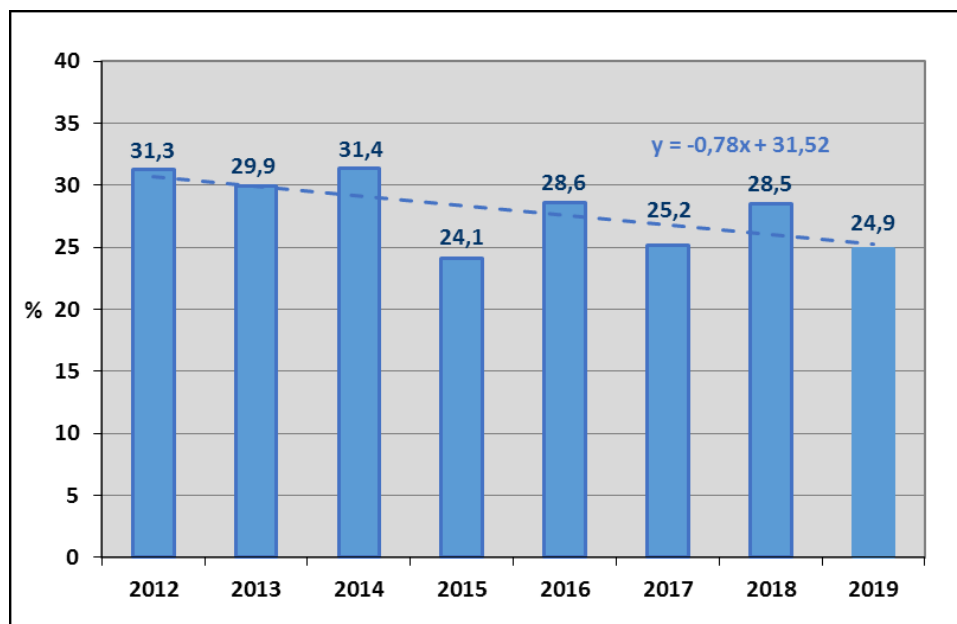
1. Prevalence kouření dospělé populace v České republice

Zprávy o souvislostech s kouřením v České republice, počtu kuřáků dospělé populace, vzorce užívání jednotlivých druhů tabákových výrobků a jiné důležité spojitosti lze dohledat ve Výročních zprávách Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (NMS) a podrobněji zpracovávaných zprávách Státního zdravotního ústavu v Praze, které jsou zveřejňovány již od roku 1997. V poslední, v pořadí sedmnácté Výroční zprávě NMS se uvádí, že v roce 2018 bylo v České republice celkem 28,5 % současných kuřáků (osoby, které kouřily v posledních 30 dnech) ve věku 15 a více let (34,7 % mužů, 22,7 % žen), z toho 21,1 % kouřilo denně (24,5 % mužů, 17,9 % žen). Dle výzkumné zprávy o vývoji prevalence kuřáctví v dospělé populaci v období 1997-2011 se podíl kuřáků pohybuje v rozmezích 28-32 %. Kuřáků v roce 2011 bylo 29,1 % občanů České republiky ve věku 15-64 let (Sovínová et al., 2014). V poslední zprávě o počtu kuřáků v České republice, dle Státního zdravotního ústavu, došlo v roce 2015 k poklesu prevalence kuřáctví u dospělých občanů na hodnotu 24,1 %. Šetření za rok 2016 však ukázalo, že se jednalo o přechodný pokles, protože v prevalenci kuřáctví v roce 2016 došlo ke zvýšení hodnoty na 28,6 %, zjištěná hodnota prevalence kuřáctví v roce 2016 nedosáhla však hodnoty za rok 2014, která činila 31,4 %. V roce 2017 došlo opět ke snížení prevalence kuřáctví na hodnotu 25,2 % (SZÚ, 2018).

Současní kuřáci vykouřili v roce 2017 průměrně 12,3 cigarety denně, procento kuřáctví klesá v souvislosti s vyšším dosaženým vzděláním, rozdíl mezi městem a venkovem není patrný (SZÚ, 2018). Nejen v roce 2018 zařadil SZÚ 29 otázek Globální tabákové studie pro dospělé (Global Adult Tobacco Survey, GATS) monitorujících prevalenci kuřáctví v obecné populaci, expozici tabákovému kouři doma a na pracovišti, způsob odvykání kouření, povědomí o zdravotních varováních, působení reklamy na cigarety a ekonomické aspekty kouření cigaret (tj. množství nakupovaných cigaret a vynaložených peněz) (Csémy et al., 2019).

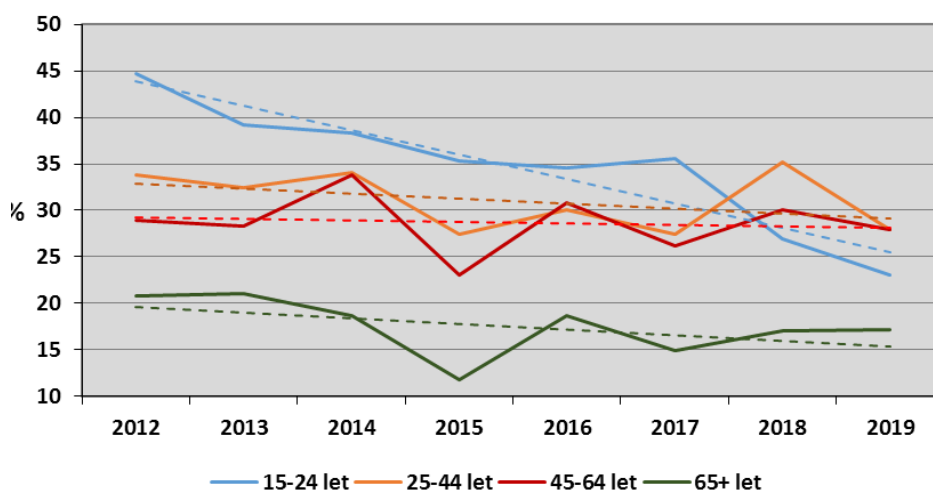
Na základě výsledků národního výzkumu SZÚ o užívání tabáku v roce 2019 je patrný pozitivní trend, kdy je z dlouhodobého hlediska možno konstatovat, že i přes izolované roční odchylky lze ve sledovaných letech 2012–2019 pozorovat trend snižování prevalence kuřáctví. V populaci České republiky bylo celkem 24,9 % kuřáků (denních i příležitostní), starších 15 let. V porovnání s rokem 2018 (28,5 %) zaznamenáváme pokles o 3,6 %.

Graf č. 1: Prevalence kuřáctví v ČR v letech 2012–2019. Kuřáci tabákových výrobků celkem (denní a příležitostní).



Zdroj: SZÚ, 2020

Graf č. 2: Kuřáci jakéhokoliv tabákového výrobku podle věkových skupin



Zdroj: SZÚ, 2020

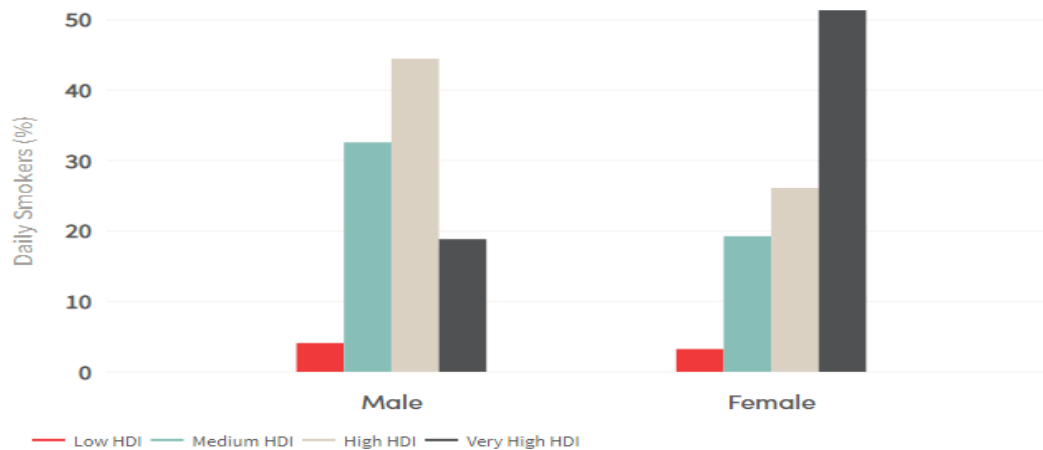
2. Prevalence kouření dospělé populace ve světě

Tématem veřejného zdraví na státní i celosvětové úrovni je tabák. Dle WHO výzkumy ukazují, že mortalita spojená s kouřením vzrostla na 7,2 milionů obyvatel světa za rok (WHO, 2018). V celosvětovém měřítku má evropský region WHO nejvyšší prevalenci kouření tabáku u dospělých (28 %), včetně vysoké míry výskytu tabáku u žen (19 %) (WHO, 2018). Kouření stojí světovou ekonomiku za rok bilion dolarů a do roku 2030 bude na jeho následky umírat o třetinu více lidí než nyní. V celosvětovém měřítku je 942 milionů mužů a 175 milionů žen v současné době denními kuřáky ve věku 15 a více let (Tobacco atlas, 2019). Přestože bylo dosaženo značného pokroku v omezení kouření cigaret od doby zveřejnění první Zprávy generálního chirurga v roce 1964 o jeho škodlivosti a negativních účincích na zdraví, přesto v roce 2018 13,7 % dospělých v USA (34,2 milionu lidí) byli stále aktuální kuřáci cigaret (Creamer et al, 2019). Většina kuřáků cigaret (68 %) chce přestat kouřit úplně (Babb et al.,2017). Podle věkové skupiny užívalo tabákové výrobky 17,1 % dospělých ve věku 18-24 let, 23,8 % dospělých ve věku 25-44 let, 21,3 % dospělých ve věku 45-64 let a 11,9 % dospělých ve věku 65 let a starších (CDC, 2020). Užívání tabáku negativně ovlivňuje zdraví jednotlivce, má dopady sociální a ekonomické pro společnost, ale dle otevřeného dopisu z června 2019, který zveřejnila armáda USA, se uvádí, že užívání tabáku je hrozbou pro zdraví a kondici vojenských sil a ohrožuje připravenost, která je základem silné národní obrany (Adams et al, 2019). Nejkomplexnější a nejprísnejší přezkum důkazů o škodlivosti tabáku na lidský organismus poskytla Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny (IARC) v roce 2009 (Tobacco in Australia, 2018).

Graf č. 3: Prevalence kouření ve světě

GLOBAL DISTRIBUTION OF SMOKERS

Three quarters of male daily smokers live in countries with medium- or high-HDI, whereas half of female daily smokers live in very high-HDI countries.



Male and female daily smokers globally, age ≥ 10 years, 2015, by country human development index

Zdroj: Tobacco Atlas, 2019

3. Ochrana veřejného zdraví a kouření

Škody na zdraví způsobené užíváním tabáku patří k aktuálním problémům veřejného zdraví v České republice. Kouření tabáku je jednou z hlavních preventabilních příčin zdravotních komplikací v České republice (Sovinová, Csémy a Kernová, 2014). Hlavní prioritou boje s kuřáctvím je snížení počtu kuřáků ve skupině 15-24 let (zákaz reklamy a prezentace tabákových výrobků) a ochrana před škodlivými účinky pasivního kouření (plošný zákaz kouření na veřejnosti, stravovacích zařízeních).

Ze studie HBSC 2018 vyplývá, že mezi 15letými klesla v období 2010–2018 zkušenost s cigaretami někdy v životě ze 70 % na 37 % u chlapců a ze 75 % na 40 % u dívek (Úřad vlády, 2019). Výzkumný soubor české studie HBSC 2018 byl sestaven v souladu s mezinárodními standardy studie HBSC, zkoumající skupinu 15 žáků. otazníky použité při sběru v roce 2018 vycházely z mezinárodní anglické verze vytvořené a odsouhlasené mezinárodním koordinačním centrem studie HBSC sídlícím na Univerzitě v St. Andrews, Velká Británie (HBSC, 2018).

Dle Centres for Disease Control and Prevention (CDC) neexistuje žádná úroveň expozice pasivnímu kouření, která by byla méně riziková. Fakta o pasivním kouření (SHS) uvádějí, že od roku 1964 zemřelo 2 500 000 nekuřáků právě na vystavení pasivnímu kouření (CDC, 2020). Dostupnost tabákových výrobků, informovanost v souvislosti se zdravotnímu důsledky v souvislosti s jejich užívání a snížení expozice pasivního kouření jsou priority vlády České republiky.

Trend snižování kouření byl zaznamenán také u nejnižší věkové skupiny 15-24 let, který započal v roce 2018 (26,9 % kuřáků v roce 2018, 23 % v roce 2019 a pro připomenutí více než 35 % v roce 2017) (MZ ČR, 2020).

Zároveň se zvýšilo povědomí o škodlivosti kouření, 60% obyvatel si všimá informací o rizicích užívání tabákových a nikotinových produktů, v roce 2018 jich nebylo ani 50 % (Úřad vlády, 2020).

3.1 Opatření kontroly tabáku na státní úrovni

Jedním ze základních pilířů boje proti kouření bylo dokončení ratifikace Rámcové úmluvy o kontrole tabáku podpisem Václava Klause dne 2.5.2012. Tento první právně závazný

dokument WHO obsahoval základní body mezinárodní kontroly tabáku, včetně ochrany před pasivním kouřením (MZ ČR, 2020).

Úsilí a snaha České republiky je směřována na koordinaci, následnou implementaci poznatků, včetně závazků vyplývajících ze spolupráce mezi resorty. Vláda České republiky v roce 2014 realizovala program s názvem Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, za účelem aplikace účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdraví občanů České republiky. Došlo k vytvoření akčních plánů, které specifikují konkrétní cíle, odpovědnost, termíny plnění klíčových témat. Jedním ze třinácti akčních plánů byl plán č. 4. - Omezování zdravotně rizikového chování s podkapitolou Akční plán pro oblast kontroly tabáku (MZ ČR). Dalším klíčovým koncepčním dokumentem Vlády ČR a zároveň programové vyjádření záměrů a postupů při uplatňování opatření za účelem předcházení a snižování škod vyplývajících z užívání návykových látek se nazývá Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. Tento dokument byl schválen vládou dne 13. května 2019. Akční plány budou zpracovávány souhrnně, vždy ve tříletých intervalech. Navrhovaná opatření jsou v souladu s vědeckými důkazy, mají realistické cíle a jsou dosažitelné ekonomicky. Dalším usnesením vlády České republiky ze dne 8.11.2019 byl schválen Strategický rámec Zdraví 2030, který z dříve formulovaných strategických materiálů, jako je Zdraví 2020 vychází (Úřad vlády, ČR). Protidrogovou politiku na národní úrovni řeší Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (Úřad vlády, ČR). Její sekretariát čerpá informace zejména z výročních zpráv o stavu ve věcech drog, které vydává Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS). Státní zdravotní ústav zpracovává a vydává zprávy o užívání tabáku a alkoholu, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR shromažďuje a publikuje údaje ze zdravotnické statistiky a zprávy a údaje o nabídce drog, drogovém trhu a kriminalitě související s drogami vydává Policie ČR a Ministerstvo spravedlnosti ČR (ÚZIS ČR). Veškeré souhrny informací, data a naplněné cíle jsou dále interpretovány. Globální průzkum týkající se tabákových výrobků pro dospělé (GATS) je celosvětovým standardem pro systematické sledování užívání tabáku dospělých, včetně sledování klíčových ukazatelů kontroly tabáku. GATS zvyšuje schopnost zemí navrhovat, provádět a vyhodnocovat intervence v oblasti kontroly tabáku (CDC, 2020). Další studie pro dospělé Tobacco Questions for Surveys (TQS) nebo HBSC studie (HBSC studie (The Health Behavior in School-aged Children) jsou také upraveny tak, aby výsledky národního

monitoringu bylo možno zpracovat a předat v rámci mezinárodního zpracování výsledků do databází WHO.

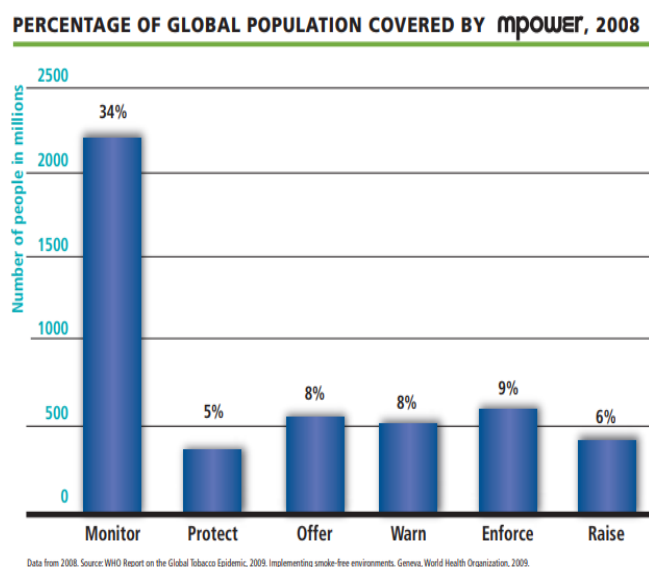
3.2 Opatření kontroly tabáku na mezinárodní úrovni

Jedním z témat veřejného zdraví na státní i celosvětové úrovni je tabák. V celosvětovém měřítku má evropský region WHO nejvyšší prevalenci kouření tabáku u dospělých (28 %), včetně vysoké míry výskytu tabáku u žen (19 %) (WHO, 2020). Členské státy evropského regionu WHO předkládají základní statistiky týkající se zdraví. Databáze Zdraví pro všechny (HFA) je jedním z nejstarších zdrojů informací pro WHO. Databáze HFA umožňují přístup k regionálním, národním ukazatelům a metadatům, která je zároveň možno exportovat a sdílet na sociálních médiích (WHO, 2019).

WHO FCTC je první mezinárodní smlouvou týkající se zdraví, smlouva byla přijata celosvětově v roce 2003. Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku byla přijata 21.5.2003 v Ženevě a vstoupila v platnost v únoru 2005. Postupně ji ratifikovalo 176 zemí světa, včetně Evropské unie (WHO, 2020).

MPOWER – si klade za cíl pomoci při provádění účinných intervencí na snížení poptávky po tabáku na úrovni jednotlivých zemí, jak ratifikovala Rámcová úmluva Světové zdravotnické organizace (WHO) o kontrole tabáku. Mezi jeho šest bodů, které jsou založeny na důkazech o škodlivosti tabáku se řadí monitorování používání tabáku a zásady prevence, ochrana občanů před tabákovým kouřem, pomoc při odvykání kouření, varování před nebezpečím tabáku, prosazování zákazu reklamy, propagace a sponzorství tabáku a v neposlední řadě zvýšení daně z tabáku. Tento technický balíček opatření a zdrojů byl založen v New Yorku WHO dne 7. února 2008, stal se mezinárodně použitelným, uznávaným shrnutím základních prvků strategie kontroly tabáku. V červenci 2019 byla vydaná sedmá zpráva WHO o celosvětové pandemii, jejíž účelem je srovnatelné údaje analyzovat, současně se zaměřuje na provádění programu Mpower. Evropský region si v opatřeních monitorujících politiku užívání tabáku a prevenci vede dobře (74 %), varujících před nebezpečím tabáku (72 %), zvyšování daní (47 %), méně už v komplexních zákonech o zákazu kouření 26 %, oproti celosvětově (32 %) (WHO, 2019).

Graf č. 4: MPower



Zdroj: WHO, Report in the Global Tobacco Epidemic, 2009

Roztříštěnost informačního systému lze dle WHO překonat posílením mezinárodní spolupráce. Na základě doporučení pro zamezení nerovnosti informací se v roce 2010 začalo usilovat o vytvoření jednotného integrovaného systému zdravotnických informací pro evropský region WHO. EHII (Evropská informační iniciativa) je síť WHO, s cílem podpory spolupráce na mezinárodní úrovni. K zúčastněným stranám se řadí členské státy WHO, Evropská asociace veřejného zdraví (EUPHA), Evropská komise a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) a charitativní nadace (Wellcome Trust).

Mezi konkrétní výsledky EHII lze zařadit rozvoj internetové informační brány o zdraví, Evidenční síť politik (EVIPNet), opětovné spuštění informační sítě (CARINFONet).

Za účelem zvýšení schopnosti jednotlivých zemí sledovat užívání tabáku, řídit národní programy prevence a kontroly tabáku a usnadnit porovnávání údajů týkajících se tabáku na vnitrostátní, regionální a globální úrovni lze využívat dostupná data z Global Tobacco Surveillance System Data (GTSSData), globální údaje o systému sledování tabáku (CDC, 2019).

3.3 Opatření v oblasti kontroly tabáku

Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí byla rámcovým souhrnem pro rozvoj veřejného zdraví v ČR a současně i nástrojem pro implementaci programu WHO, Zdraví 2020 v ČR (MZ ČR, 2014). V současnosti je tento

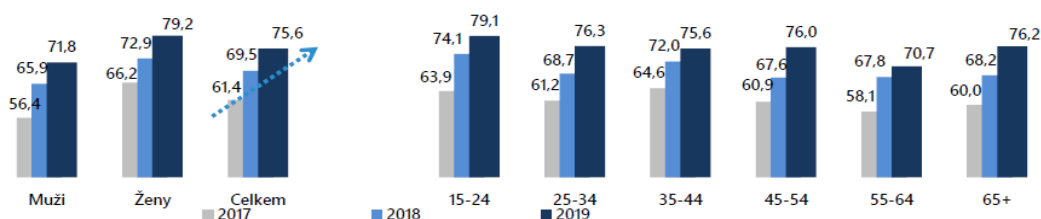
dokument nahrazen Strategickým rámcem zdraví 2030, si klade za cíl být základním resortním koncepčním materiálem s meziresortním přesahem a udávat směr rozvoje péče o zdraví obyvatel České republiky, s důrazem na téma prevence (MZ ČR, 2019).

Je doloženo, že zdravotní a sociální škody související s tabákem a alkoholem jsou obecně významné, ale v ČR nejsou dostatečně systematicky monitorovány. Dostupnost alkoholu a tabáku zůstává vysoká, bez větších změn, a to ani pro nezletilé (Úřad vlády, 2019). Opatření usilující o menší viditelnost a atraktivitu tabáku podporuje 60 % občanů EU. Současně jsou znepokojivé údaje, že 28 % občanů EU starších 15 let kouří a 70 % si navyklo kouřit před dosažením 18 let (EC, 2012). 33 % kuřáků a bývalých kuřáků v EU uvádí, že zdravotní varování na balení tabákových výrobků mají či měla vliv na jejich postoje a chování vůči kouření (EC, 2012). V současné době je reklama na tabákové výrobky, až na výjimky zakázána, nesmí být zaměřena na osoby mladší 18 let a další opatření, zákon č. 40/1995 Sb., (epravo.cz). Ve výzkumu Češi a reklama v roce 2013 se uvádí, že 41 % dotázaných je po úplný zákaz jakékoliv reklamy na cigarety. Opatření vlády a státních orgánů se na základě těchto zjištění a doporučení zaměřují na prevenci a veřejné zdraví. V průběhu platnosti Národní strategie byla ratifikována Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku, směrnice 2001/37/ES byla zrušena a nahrazena směrnicí 2014/40/EU ze dne 3. dubna 2014 o sblížení právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků. měrnice 2014/40/EU). Po dlouhých politických a odborných diskuzích byl přijat zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (PSP ČR, 2017). Tento zákon nabyl účinnosti 31.5.2017. Česká republika se stala 23.zemí, kde vstoupil v platnost úplný zákaz kouření v restauracích. První zemí bylo Irsko v roce 2004. Bleskový výzkum na jaře 2018 pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, který se zaměřil na názory veřejnosti na protikuřácký zákon uvádí, že 78 % dotázaných souhlasí se zákazem kouření v restauracích (STEM, 2018). Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy a agentury IPSOS dokonce ve svém výzkumu z května téhož roku zpochybnila tvrzení, že do restaurací kvůli zakazu kouření chodí méně lidí, vyplývá z něj, že návštěvnost se zvýšila (FSV UK, Ipsos, 2018).

Graf č. 5: Postoje obyvatel ke kouření

Výzkum názorů a postojů občanů České republiky 2017–2019

Spokojenost se **zavedením zákazu kouření v restauracích** podle pohlaví a věkových skupin, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2018–2020)

spokojeno 75,6 % dospělé populace ve věku 15+ let

každoročně se zvyšuje, největší spokojenost v nejmladší věkové skupině

Zdroj: SZÚ, 2020

3.4 Přehled legislativních opatření regulující kouření v ČR

Vláda České republiky s cílem boje proti kouření postupně zavádí právní normy, které upravují stávající právní předpisy nebo je sjednocují.

Normu ohledně označování tabákových výrobků upravuje zákon č 110/1997 Sb., včetně povinnosti označovat tabákové výrobky (kombinovaným) zdravotním varováním.

Zákaz reklamy a sponzorování reguluje zákon č. 40/1995 Sb., který obsahuje i řadu výjimek v jeho uplatňování. Reklamu a obchodní sdělení týkající se tabáku a výrobků z něj upravuje zákon č. 231/2001 Sb. Další přijatou právní úpravou je zákon č. 132/2010 Sb., jehož zákaz se týká audiovizuálních sdělení týkající se cigaret a tabákových výrobků, včetně zákazu umístění tabákových produktů do pořadů.

Vyhláška, která vymezuje požadavky týkající se vzhledu, vlastností a obsahu jednotlivých tabákových výrobků byla přijata v roce 2016, pod číslem 261/2016 Sb. Tato vyhláška obsahuje seznam textových a kombinovaných zdravotních varování.

V roce 2017 byla přijata vyhláška č.37/2017 Sb., týkající se elektronických cigaret, jejich označování, zdravotních varování a vymezení zakázaných prvků balení včetně zákazu o tvrzení menší škodlivosti jejich užívání oproti jiným tabákovým výrobkům (WHO, 2019).

Náhradou zákona č. 379/2005 Sb., vznikl zákon č.65/2017 Sb., O ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Cílem tohoto zákona je posílení ochrany před zdravotními škodami způsobenými návykovými látkami, s důrazem na ochranu zdraví dětí (MZ ČR, 2017). Zákon č. 65/2017 Sb. je zároveň jedním z transpozičních předpisů

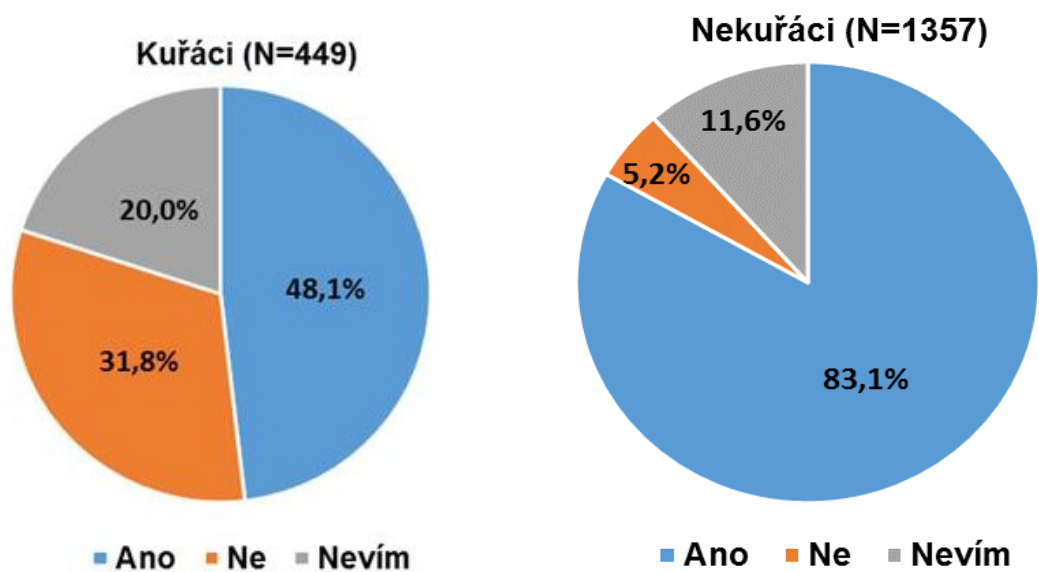
k směrnici č. 2014/40/EU (nová směrnice ohledně tabákových a souvisejících výrobků), návrh zákona byl notifikován v souladu se směrnicí č. 2015/1535/EU (MZ ČR, 2017). Zákon provázela bouřlivá diskuze odborníků i veřejnosti z důvodu zákazu kouření ve veřejných prostorách restaurací, barů a hospod. Obecnou a mediální zkratkou bývá nazýván protikuřáckým zákonem, přestože je vztažen nejen na téma omezení dostupnosti tabákových výrobků, elektronických cigaret, kuřáckých pomůcek atd., ale i omezení dostupnosti alkoholických nápojů, organizaci protidrogové politiky atd. (MZ ČR, 2017). Zákon č.65/2017 Sb. zpřísňuje a nově vymezuje již předchozí zákonná opatření, hlavní změnou je zavedení plošného zákazu kouření v restauracích, barech, hospodách.

Dlouhodobý proces přípravy a schvalování zákona O ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek byl završen jeho schválením a zákon č.65/2017 Sb., nabyt účinnosti dne 31.5.2017, jako zásadní norma v oblasti veřejného zdraví (Úřad vlády, 2019). Jeho schvalování bylo provázáno pozitivními i negativními ohlasy, zejména část týkající se plošného zákazu kouření v restauracích, barech, hospodách. Skupina dvaceti senátorů navrhla zrušení některých částí zákona, který Ústavní soud ČR v podstatné části týkající se zákazu kouření dne 27. 3. 2018 zamítl (Úřad vlády, 2018). Další návrh poslanců navrhoval redukci plošného zákazu kouření ve stravovacích zařízeních zřízením kuřáren, návrh byl v prvním čtení zamítnut. Zatím poslední návrh předložený skupinou senátorů 15.8.2018 byl obsahově stejný jako návrh z února 2018. Tento návrh byl usnesením Senátu dne 15.11.2018 zamítnut (Senát ČR, 2018). Zákaz kouření v restauracích se opírá o základní princip ochrany veřejného zdraví v důsledcích pasivního kouření.

Pro doklad efektu zákona 65/2017 Sb. byla MZ ČR zpracována prezentace, kde byly vybrány diagnózy, srdeční infarkt (diagnóza I 21) a astma (diagnóza J 45, J 46). Dle zdroje dat z Národního registru hospitalizovaných (NRHOSP) se uvádí, že v souvislosti se srdečním infarktem došlo mezi roky 2017 a 2018 k významnému poklesu počtu hospitalizací u osob mladších než 70 let, a to o 9,2 %, významně u osob do 50 let věku. V souvislosti s astmatem došlo mezi roky 2017 a 2018 k významnému poklesu počtu hospitalizací u osob mladších než 40 let, a to o 14,6 %. Pokud budeme srovnávat data počtu hospitalizací pro astma z let 2016 a 2018 ve skupině mladší než 40 let došlo k poklesu hospitalizací o 722, což korigováno na dlouhodobý trend činí 18,5 % (ÚZIS,2019). Na základě zmíněných dat lze doložit, že pozitivní trendy odpovídají nálezům publikovaným v mezinárodní literatuře, což zmiňoval na tiskové konferenci MZ ČR ministr zdravotnictví Adam Vojtěch, který kladně hodnotil zavedení nekuřáckých prostor v České republice. Ladislav Dušek uvedl, že u dvou

vybraných diagnóz, astma a akutní infarkt myokardu, došlo v roce 2018 k celkovému poklesu hospitalizovaných o 1400 oproti roku 2016 (MZ ČR, 2019). Na základě výzkumu názorů a postojů občanů České republiky 2017–2019 prezentovaných v květnu 2020 Vedralová uvádí, že 75,6 % dospělé populace ve věku 15+ let je spokojeno s jeho zavedením. Přístup kuřáků ke kouření v souvislosti s tzv. protikuřáckým zákonem zůstává v 65,7 % beze změn; 26,5 % kuřáků kouří méně a pouze 2,2 % kuřáků přestalo kouřit. - Souhlas se zavedením tzv. protikuřáckého zákona vyjádřilo 83,1 % nekuřáků, a téměř polovina kuřáků (48,1 %) (SZÚ, 2019). Nekuřácká legislativa snižuje expozici tabákovým toxinům (Tobacco in Australia, 2018.) Greenhalgh ve své studii o účinnost právních předpisů, které mají za cíl ochránit nekuřáky před škodlivými účinky pasivního kouření předkládá důkazy o snížení úmrtnosti na nemoci v souvislosti s kouřením po zavedení zákazu kouření (Greenhalgh, 2018).

Graf č. 6: Souhlas kuřáků se zavedením zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, (tzv. protikuřácký zákon).



Zdroj: SZÚ, 2020

4. Role praktického lékaře v preventivní medicíně

Všeobecné praktické lékařství je oborem, který významně odpovídá za kvalitu a efektivitu systému zdravotní péče, je základem léčebné a preventivní péče za svěřenou populaci. V celém systému vytváří pak nezastupitelnou roli praktický lékař. V České republice bylo k 31. 12. 2018 dle Zdravotnické ročenky zavedeno 21 689 samostatných ordinací lékařů primární péče a lékařů specialistů (v roce 2017 to bylo 21 975) (ÚZIS, 2019).

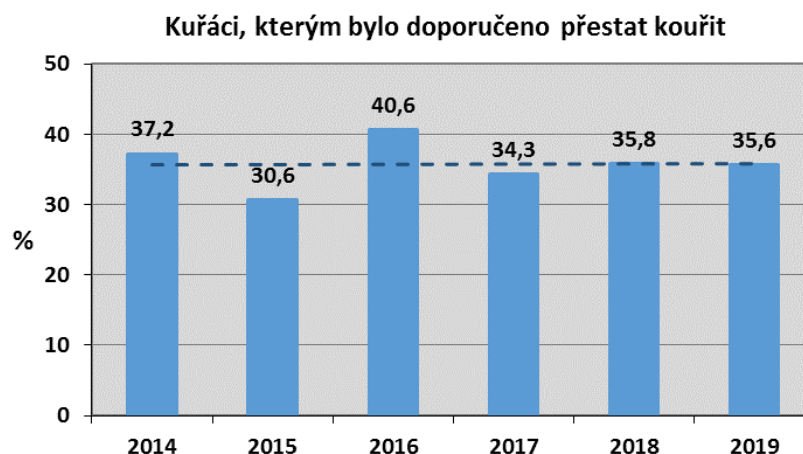
Průměrný počet osob registrovaných u praktického lékaře pro dospělé je cca 8 milionů. V roce 2017 bylo evidováno 7 667 207 registrovaných pacientů, tedy 724 osob z 1 000 obyvatel je registrováno u praktického lékaře pro dospělé. Celkový počet ošetření/vyšetření pacienta vykazuje od roku 2008 klesající tendenci. V roce 2007 bylo provedeno 46 721 844 (4,5 na 1 osobu v populaci) ošetření/vyšetření, v roce 2017 se pak jedná o 35 253 476 (3,3 na 1 osobu) ošetření/vyšetření. V 6 % případů z celkového počtu vyšetření se jednalo o preventivní prohlídku (NZIS, 2018).

Ve studii OECD, Kvalita zdravotní péče v ČR 2014 se uvádí, že páteří primární péče jsou právě všeobecní praktičtí lékaři, působící jako osoby samostatně výdělečně činné s tím, že důraz je kladen na preventivní péči (MZ ČR, 2015). Důraz na provádění preventivních vyšetření v současné době kladou i zdravotní pojišťovny v rámci svých nabízených programů.

4.1 Prevence kouření v ordinaci praktického lékaře

Všeobecné praktické lékařství je oborem, který významně odpovídá za kvalitu a efektivitu systému zdravotní péče, je základem léčebné a preventivní péče za svěřenou populaci. V celém systému vytváří pak nezastupitelnou roli praktický lékař. Zbavit se závislosti na tabáku bez cizí pomoci je obtížné, úspěšnost (tj. dosažení 1 roku abstinence) je pouze 3-5 %, přitom krátká strukturovaná intervence zdravotnického pracovníka zvyšuje úspěšnost na 8-10 % a intenzivní léčba s farmakoterapií na 25-35 % i více 3.

Graf č. 7: Doporučení lékaře



Zdroj: SZÚ, 2020

4.2 Nejčastější onemocnění v ordinaci praktického lékaře

V ordinacích praktických lékařů bylo v roce 2018 vykázáno přes 35 milionů vyšetření/ošetření pacientů (NZIS, 2018). Převažují onemocnění dýchacích cest, zejména respirační infekty.

Závažným onemocněním s dlouhodobou léčbou jsou nemoci oběhové soustavy, které tvoří většinu ošetření v ordinacích praktických lékařů. V roce 2018 představovaly 285,2 tisíce případů hospitalizace. Hypertenze (vysoký krevní tlak) tvoří společně s dispenzarizací diabetiků největší podíl vyšetření/ošetření s návštěvou ordinace. Diabetes mellitus byl v roce 2018 zaznamenán u více než 1 milionu osob (504,7 tisíc mužů a 513,6 tisíc žen), z čehož 760 tisíc osob bylo léčeno antidiabetiky (394,0 tisíc mužů a 366,3 tisíc žen) (ÚZIS, 2019).

Mezi plicní onemocnění v ordinacích praktického lékaře lze zařadit chronickou obstrukční nemoc a astma, přestože dispenzarizace těchto pacientů je primárně v plicních ambulancích. Při exacerbaci některého onemocnění je primárně kontaktován registrující praktický lékař, po konzultaci, prvotním vyšetření, základní diagnostice, je pacient v případě potřeby odeslán za odborným lékařem.

Zhoubné nádory představují čtvrtinu všech úmrtí v ČR a jsou druhou nejčastější příčinou smrti po kardiovaskulárních onemocněních (ÚZIS, 2019). V roce 2017 bylo do Národního onkologického registru nově hlášeno 95 857 zhoubných nádorů (NOR, 2018). Druhým nejčastějším nádorem u mužů byl zhoubný nádor prostaty (dg. C61) se 151,2 případu na 100

tisíc mužů a u žen zhoubný nádor prsu (dg. C50) se 133,9 případu na 100 tisíc žen. Nejvyšší úmrtností se i v roce 2017 vyznačoval zhoubný nádor plic (dg. C33, C34) u mužů se 69,9 úmrtí na 100 tisíc mužů a u žen s 33,9 úmrtí na 100 tisíc žen. Pro novotvary bylo v roce 2018 zaznamenáno 26,5 tisíce případů pracovní neschopnosti a invalidní důchod ke konci roku pobíralo 34,1 tisíce osob (ÚZIS, 2019).

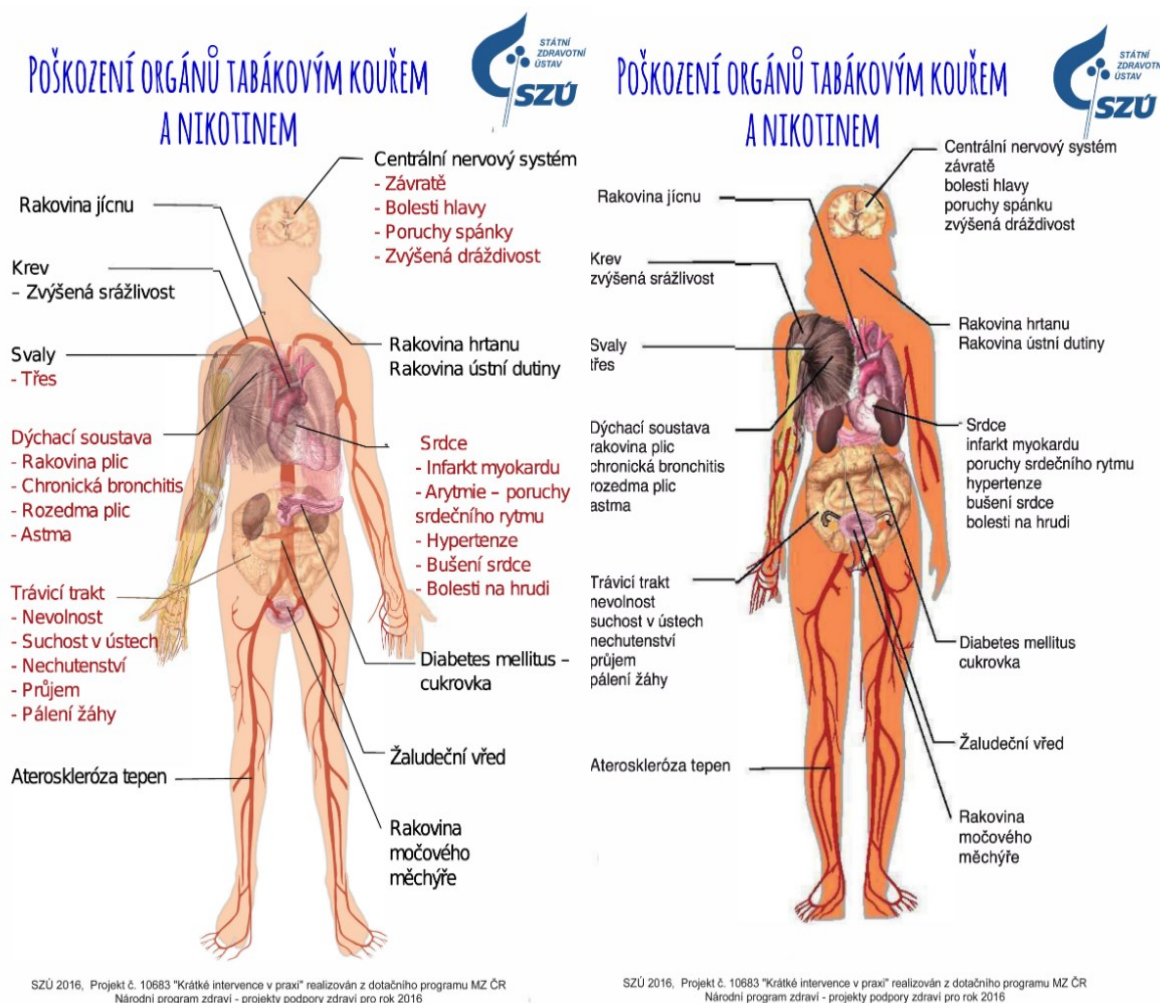
Podle informací uvedených v Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027, je užívání tabáku a alkoholu jednou z hlavních příčin nemocnosti a úmrtnosti v ČR. Téměř 20 % celkové úmrtnosti jde na vrub kouření, s tím, že největší zdravotní zátěž se projevuje u osob ve středním a starším věku (Csémy et al., 2019).

4.3 Nejčastější onemocnění v souvislosti s kouřením

Kouření se významně podílí na vzniku 20 onemocnění a předčasných úmrtí ať už ve formě cigaret, tabáku nebo pasivního kouření. Kouření snižuje syntézu imunoglobulinů ve třídách IgG, IgA, IgM, zvyšuje syntézu IgE a autoprotilátek (Florence, 2018). Harvardská prospektivní studie Nurses Health Study se zaměřila na vliv kouření na zdraví žen. Sledováno bylo přes 100 tisíc žen po dobu 24 let. Za celou dobu studie zemřelo 12 500 sledovaných žen, z nichž třetina byly nekuřačky, dvě třetiny kuřačky. Ženy, které kouřily měly třikrát vyšší riziko celkové mortality a sedmkrát vyšší riziko vzniku zhoubného nádoru, např. kolorektálního karcinomu. Pokud přestaly kouřit, kleslo rychle kardiovaskulární riziko na úroveň nekuřaček, ale riziko respiračních onemocnění trvalo 20 let. Celkově kouření přispělo k 64 % všech úmrtí aktivních kuřaček a 28 % úmrtí exkuřaček (Florence, 2018).

Následující obrázek znázorňuje poškození tělesných orgánů a onemocnění související s kouřením.

Obrázek č. 1: Onemocnění související s kouřením



Zdroj: SZÚ, 2016

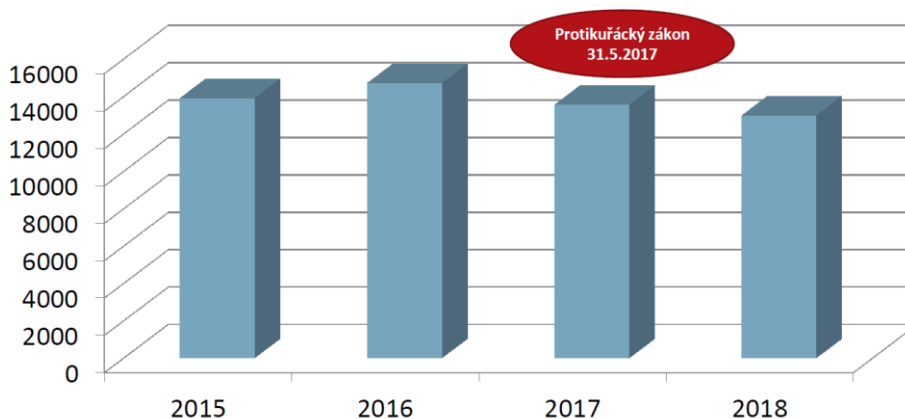
Dýchací systém-mezi akutní onemocnění řadíme chřipku, která je virové onemocnění dýchacího systému, které v zimních měsících způsobuje každoroční epidemie, v ČR každoročně způsobí onemocnění statisíců až jednoho milionů obyvatel, a souvisí s ní v průměru téměř dva tisíce úmrtí, očkování existuje. Kouření zvyšuje riziko tohoto onemocnění, stejně jako riziko výskytu závažnějších příznaků. V současné době pandemie koronavirové infekce, dle University Johna Hopkinse v době trvání pandemie onemocnělo ve světě přes 12 milionů lidí, z toho přes 600 000 lidí zemřelo (data ke 10.7.2020). V České republice se infikovalo téměř 12.500 lidí, zemřelo 350 lidí (data k 10.7.2020), v současnosti očkování neexistuje. V současné době neexistují žádné recenzované studie, které by přímo odhadovaly riziko hospitalizace s COVID-19 mezi kuřáky, 27 observačních studií však zjistilo, že kuřáci tvořili 1,4–18,5 % hospitalizovaných dospělých (WHO, 2020).

Mezi chronické onemocnění dýchacích cest lze na prvním místě zmínit chronickou obstrukční plicní nemoc (CHOPN). Kouření se podílí 80 % na vzniku tohoto onemocnění, 800 000 lidí má stanovenou diagnózu, převážně mužů, 2 500 jich každoročně zemře. Kouření je rizikovým faktorem obou pohlaví. WHO se domnívá, že po roce 2020 se CHOPN dostane na třetí místo v celkové úmrtnosti.

Astma je onemocnění dýchacích cest s charakteristickými symptomy (sípání, kašel, dušnost) s dočasnou reverzibilní bronchiální obstrukcí. Thomson ve své studii zmiňuje, že kouření cigaret je spojeno s horšími klinickými výsledky u některých fenotypů astmatu. V této souvislosti upozorňuje na důležitost kontroly expozice tabákovému kouři v oblasti veřejného zdraví (Thomson, 2017).

Kardiovaskulární systém-infarkt myokardu, jedná se o ischemické ložiskové odumření části srdečního svalu způsobený uzávěrem levé nebo pravé věnčité (koronární) tepny. Na velikost odumřelé srdeční svaloviny má vliv uzavřená věnčitá tepna. Léčba akutního infarktu myokardu spočívá co nejrychleji obnovit průtok uzavřené tepny. Po katetrizaci (zobrazení stavu tepen pomocí kontrastní látky) se provede perkutánní angioplastika (PCI, chirurgický zákrok pro umožnění zprůchodnění tepny za pomoci stentu) (IKEM, 2020). Následný graf interpretovaný Českou kardiologickou společností prezentuje jeho pokles v souvislosti se zavedením protikuřáckého zákona (ČKS/MZČR, 2020).

Graf č. 8: Kardiovaskulární systém-akutní infarkt myokardu (AIM), léčba PCI.



Zdroj: Registr intervenčních výkonů ČKS/MZČR, 2019

V prezentaci ČSÚ z května 2020 se uvádí, že roce 2018 došlo k nejvyššímu meziročnímu nárůstu výdajů na zdravotní péči o 11,2 % na 431 mld. Kč. Léčba nemocí oběhové soustavy stála zdravotní pojišťovny 28,5 mld. Kč, výdaje na léčbu novotvarů dosáhly v roce 2018 27,4 mld. Kč. Po zavedení protikuřáckého zákona došlo v roce 2018 k poklesu hospitalizací

u infarktu myokardu u osob do 70 let o 9,2 %, u astma byl pokles v témže roce u osob do 40 let 18,5 %. Celkově klesl počet hospitalizací u obou sledovaných diagnóz o 1400 (MZČR, 2020).

4.4 Role sestry v ordinaci praktického lékaře

Kmetřová a Králíková uvádějí, že role sester a lékařů je při účinné léčbě a odvykání kouření nezastupitelná, krátká intervence zdravotníka má velký dopad na prevalenci kouření. Plánovaná edukace sestrou je nejvhodnější uskutečňuje-li se rozhovorem s použitím edukačních brožur. Tato role sestry přímo pomáhá pacientovi zlepšit kvalitu života. Sestry si jsou vědomi toho, že edukace pacienta je významná činnost sestry (Florence, 2018).

Sestry jsou všeobecně málo využívány v aktivitách kontroly tabáku a léčby závislosti na tabáku, přestože jsou k tomu vzdělány, tak, aby v této věci přispěly ke změnám. Sesterská sekce SLZT spolupracuje od roku 2012 s Mezinárodní společností sester v onkologické péči, International Society of Nurses in Cancer Care (ISNCC), prostřednictvím projektu ISNCC podpořeného nadací Bristol-Myers Squibb se sesterská sekce zapojila již do dvou různých projektů zaměřených na edukaci sester v problematice závislosti na tabáku, léčby a nutnosti intervence u kuřáků. Zdravotní sestry jsou nejpočetnější profesní skupinou, jejich kontakt s pacientem je užší a častější než s lékařem. Je vhodné posílit jejich dovednosti a kompetence v souvislosti s léčbou závislosti na tabáku. Bohužel, je třeba zmínit i vysokou míru prevalence kouření mezi zdravotníky. Podle Králíkové (2015) v České republice kouří 15 % lékařů a 40 % sester oproti 2 % lékařů a 7 % sester v USA. V dubnu 2007 proběhl první kurz pro sestry věnovaný metodice a prevenci léčby závislosti na tabáku, který si dává za cíl předat informace a doporučené postupy. S ohledem na vynaložené náklady pojišťoven na léčbu nemocí způsobených kouřením (10 % ročně) je léčba závislosti na tabáku výhodnější. Celkové náklady společnosti v souvislosti s kouřením jsou nepoměrně vyšší, - nízká produktivita práce, vyšší sociální náklady (Králíková et al., 2015).

4.5 Poradenství

Léčba závislosti na tabáku by měla dle doporučení Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT) být v návaznosti na současná doporučení léčby, zároveň by měla zvyšovat dostupnost účinné léčby v rámci naší zdravotní péče. Od roku 2005 vznikají specializovaná centra pro závislé na tabáku, kde se koncentrují vyškolení odborníci pro intenzivní léčbu,

kteří nabízejí diagnostiku, základní klinické vyšetření, intenzivní psychosociální a behaviorální intervence, indikují farmakoterapii (Králíková et al., 2015). Centra pro závislé na tabáku spolupracují s Nicotine Dependence Center, Mayo Clinic, Rochester. Klienti center jsou dlouhodobě dispenzarizováni, v centrech pracují vyškolení lékaři, sestry, psychologové, adiktologové (Florence, 2018). Směrnice evropského parlamentu a Rady 2014/40/EU nařizuje členským zemím EU, aby na balení tabákových výrobků uváděly kontakty na linku pro odvykání kouření, e-mailové adresy, webové stránky k podpoře odvykání kouření, pro Českou republiku byla zvolena varianta webových stránek koureni-zabiji.cz (Kulhánek, 2016). Telefonická pomoc pro kuřáky byla vytvořena s cílem podpory odvykání kouření. Zahájení provozu Linky pro odvykání kouření bylo v roce 2005, byla provozována Českou koalicí proti tabáku (ČKPT), pod vedení prof. Evy Králikové. Pro nedostatek financí byla její činnost postupně tlumena. Nově zahájila provoz v září 2016, pod vedením Lukáše Kohoutka jako Národní linka pro odvykání kouření (NLOK), která vycházela z mezinárodních doporučení a praxe amerických a evropských linek pro kuřáky tabáku (Kulhánek, 2016).

5. Léčba závislosti na tabáku

Závislost na tabáku zahrnuje psychosociální či behaviorální složku a složku fyzickou. Psychosociální či behaviorální závislostí je míněn typ naučeného chování, kdy jedinec kouří v určité situaci, společnosti, za určitých okolností. Závislostí na nikotinu je myšleno, že po několika hodinách abstinence se začínají projevovat abstinenci příznaky (Fiore, Bailey, Cohen, 2008). Závislost na nikotinu lze dovodit z konkrétní otázky, jak brzy po probuzení má kuřák potřebu si zapálit první cigaretu, kuřák závislý na nikotinu si ji zapaluje obvykle do 60 minut po probuzení (Kalina, 2015). Dle Králíkové je nezbytným krokem k léčbě zjištění, že pacient tabák užívá či užíval. Léčba závislosti na tabáku začíná v kontaktu lékaře, sestry, farmaceuta s kuřákem. Téměř třetina současných kuřáků se v průběhu posledního roku pokusila přestat kouřit (muži 28,5 %, ženy 34,3 %). Nejvíce těch, kteří se pokusili přestat, bylo ve skupině nejmladších kuřáků (15–24 let). V porovnání s rokem 2017 došlo k mírnému nárůstu osob, kterým lékař doporučil přestat kouřit (34,3 % vs. 35,8 %); procento takových osob stoupá s dosaženým věkem pacientů (Csémy et al., 2019). Zbavit se závislosti na tabáku bez cizí pomoci je obtížné, úspěšnost (tj. dosažení 1 roku abstinence) je pouze 3–5 %, přitom krátká strukturovaná intervence zdravotnického pracovníka zvyšuje úspěšnost na 8–10 % a intenzivní léčba s farmakoterapií na 25–35 % (Králíková et al., 2015).

5.1 Základní diagnostika / zhodnocení

Časná diagnostika znamená možnost zachytit ohroženého člověka ještě v úvodním stadiu problémů spojených s užíváním návykových látek. Kdekoli máme k dispozici možnost prvního kontaktu s člověkem, u kterého existuje riziko negativních důsledků užívání návykových látek, jsou screeningové nástroje a obecná časná diagnostika na místě (Miovský, Čáblková, Jurystová, in Kalina, 2015.) Poskytnutí zpětné vazby od lékaře k pacientovi se může stát motivací ke změně chování. Screening přináší tři možné varianty hodnocení výsledků. Hodnocený jedinec nemá problém s návykovými látkami, hodnocený jedinec může být ohrožen důsledky užívání nebo již reálný problém má. V případě, že se problém nevyskytuje, ale existuje určité podezření, je samozřejmě legitimní využít nástroj s odstupem opakovaně (Dilbaz, Hendriks, 2006). Podle doporučení CSAT (Centre for Substance Abuse Treatment v USA, CSAT/SAMSHA, 1999) by screeningové nástroje měly být strukturované nebo polostrukturované vzhledem k omezení chyb při vyhodnocení. Mezi stručné screeningové nástroje lze zařadit Fagerstromův test nikotinové závislosti

(Fagerstrom Test of Nicotine Dependence, FTND) - strukturovaný dotazník (Heatheron, Kozlowski, Frecker et al., 1991). Dotazník lze využít samostatně nebo v kombinaci s navazující krátkou intervencí. Databázi screeningových nástrojů a doporučení v souvislosti s léčbou závislosti lze zdarma využívat na internetových stránkách Kliniky adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze, (<https://poradna.adiktologie.cz/zavislosti/tabak>).

Tabulka č. 1: Fagerstromův test závislosti

U každé otázky prosím vyberte jednu z možností	
1. Jak brzy po probuzení si obvykle zapálíte svou první cigaretu?	do 5 min (3 body)
	do půl hod (2 body)
	do 1 hod (1 bod)
	za více než 1 hodinu (0 bodů)
2. Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno, např. v kostele, knihovně nebo kině?	ano (1 bod)
	ne (0 bodů)
3. Kterou cigaretu byste nejvíce postrádal/a?	první po probuzení (1 bod)
	kteroukoliv jinou (0 bodů)
4. Kolik cigaret denně průměrně kouříte?	do 10 cigaret (0 bodů)
	11–20 cigaret (1 bod)
	21–30 cigaret (2 body)
	více než 30 cigaret (3 body)
5. Kouříte častěji v prvních hodinách po probuzení než ve zbytku dne?	ano (1 bod)
	ne (0 bodů)
6. Kouříte i během nemoci, když musíte ležet většinu dne v posteli?	ano (1 bod)
	ne (0 bodů)

Hodnocení závislosti na cigaretách: bodové rozmezí je 0–10 bodů, již jeden bod určitou závislost znamená.

Zdroj: Králíková et. al, 2015

5.2 Krátká intervence

Již od počátku byly krátké intervence situovány do působnosti praktických lékařů, zejména kvůli předpokladu, že intervenované osoby budou následně potřebovat zdravotní služby somatické péče (Fuller, Hiller- Sturmhofel, 1999). Mezi jednu z těchto metod dle Králíkové patří krátké intervence – 5 bodů škála (5 A nebo česky 5 P).

Tabulka č. 2: Metoda krátké intervence

1. Ask – Ptát se	Ptát se na kuřáctví a zaznamenat do dokumentace, záznam aktualizovat: 1. od kolika, případně do kolika let věku kouří/kouřil 2. co kouří, případně jiná forma tabáku 3. kolik cigaret denně, případně týdně
2. Advise – Poradit	Poradit, jasně doporučit kuřákům přestat
3. Assess – Posoudit	Posoudit ochotu přestat; nechce-li, je možná jen motivace: vysvětlit adekvátním způsobem výhody nekuřáctví v jejich konkrétním případě (např. vzhledem k jejich klinickému nález, diagnóze, obtížím, prognóze) pokud nechce přestat, motivovat (SR), jinak intervence končí, při další návštěvě opakujeme (empaticky!)
4. Assist – Pomoci	Pomoci těm kuřákům, kteří chtějí přestat, v rámci svých časových možností, což může znamenat nabídku podpory (předem si připravit náhradní činnost pro kuřácké situace), doporučení farmakoterapie (vareniklin, NTN a/nebo bupropion) a správnou informaci o jejich použití a účinku, eventuálně doporučení do specializovaného centra pro závislé na tabáku
5. Arrange follow up – Plánovat	Plánovat kontrolní návštěvy

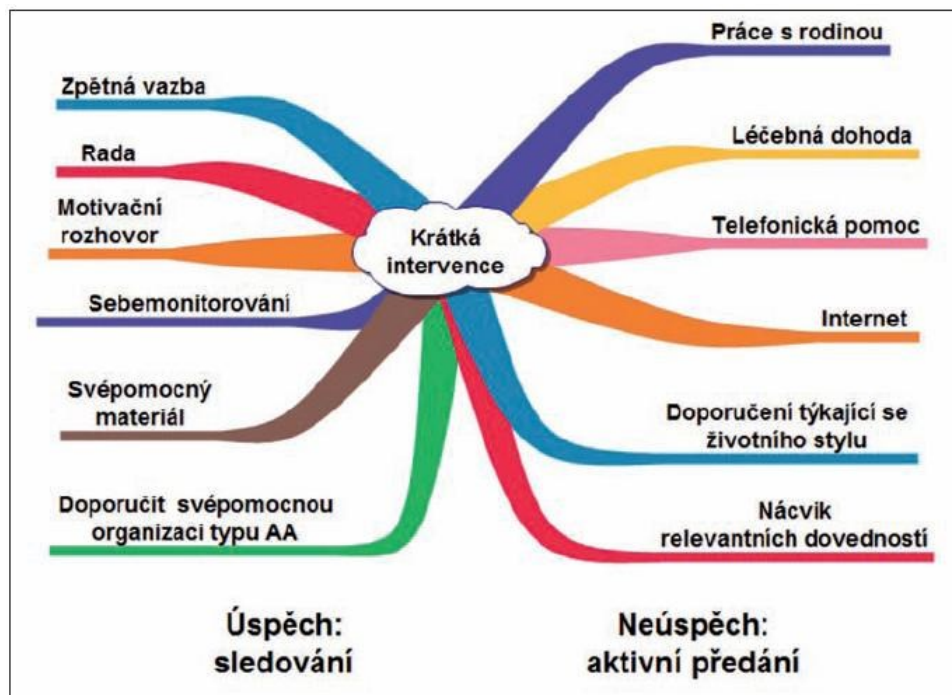
Zdroj: Králíková et. al., 2015

Součástí každé intervence je nutné se ptát - Ask (otázka na kouření), jasně doporučit přestat, nekuřáka podpořit v abstinenci, pochválit - Brief Advice, nabídnout léčbu (leták, centrum pro závislé na tabáku) - Cessaion support (krátká intervence - ABC - 3 body)

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog 2018 odkazuje, že v praxi jsou krátké intervence dlouhodobě prováděny nesystematicky a v malé míře, přestože je jejich provádění zákonnou povinností všech zdravotnických pracovníků (Mravčík et al., 2019).

Techniky krátké intervence se nejčastěji zmiňují v souvislosti s problémy působenými alkoholem a tabákem. Tam existuje nejvíce dokladů o jejich efektivitě. Solberget et al. uvádějí, že je to jedna z nejefektivnějších intervencí v medicíně, kterou může lékař udělat (Nešpor, 2011).

Obrázek č. 2: Postupy při krátké intervenci



Zdroj: Praktické Lékařství, 2011

5.3 Motivace

Motivace je odborníky považována za důležitý první krok k jakékoliv akci nebo ke změně chování (DiClemente et.al.,1999). Motivace klienta je klíčová při práci s adiktologickým klientem/pacientem, zároveň nesmí být náhodnou improvizací (Kalina et al., 2015). Motivační rozhovory dle Soukupa lze chápat jako facilitaci přirozeného procesu změny. Celkový přístup, principy i jednotlivé techniky vycházejí ze základních poznatků o procesech a podmínkách změny (Soukup in Kalina, 2015).

Transtoeoretický model (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) je integrativní, biopsychosociální model konceptualizující proces záměrné změny chování. Studie změny zjistily, že lidé se při úpravách chování pohybují řadou fází.

Obrázek č. 3: Proces vývoje motivace ke změně návykového chování.



Zdroj: www.zdravi.euro.cz

Proces změny podle Procházky a DiClementa obsahuje těchto šest fází: prekontemplace, kontemplace, rozhodnutí, akce, udržování změny, relaps. V informační a poradenské příručce vydané MZ ČR autoři Pešek a Nečesaná uvádějí jednotlivé fáze podrobněji.

1. Fáze prekontemplace - kuřák nemá zájem o změnu (o změně neuvažuje, problémy nepřipouští, zlehčuje je)
2. Fáze kontemplace - kuřák uvažuje o změně (připouští si problémy ve spojení s kouřením, odborník mluví o rizicích z kouření, často popírá potřebu odborné pomoci)
3. Fáze rozhodnutí a příprav - kuřák uvažuje o změně (množství a intenzita nevýhod z kouření, snaží se smlouvat s odborníkem nebo blízkou osobou, v této fázi je prospěšné absolvovat motivační rozhovor)
4. Fáze akce - kuřák změnu realizuje a přestává kouřit (zahájení léčby, zprvu může být pasivní, následně se více zapojuje, chce oceňovat za snahu a úsilí)
5. Fáze udržování - abstinence (nekouří, stále si připomíná a posiluje motivaci pro nekouření)
6. Fáze relapsu - abstinující kuřák se vrací zpět ke kouření (praxe potvrzuje, že dlouhodobá abstinence od kouření je obvykle podmíněná skutečností opakovaného relapsu, vrací se zpět do fáze kontemplace)

Motivací se rozumí připravenost ke změně (přestat kouřit, nekouřit). Pozitivní motivací je myšleno, co získám, když přestanu kouřit, negativní, čemu se vyvaruji, když nebudu kouřit (Pešek, Nečesaná, 2008).

Základním specifíkem motivačních rozhovorů je koncept řeči změny a je vhodný tam, kde je tématem rozhovoru změna chování. Nezbytné je rozhodnutí klienta. Motivovat lze podle několika bodů “5R”.

1. Relevance význam pro osobu pacienta, věk, vzdělání, osobní situace,
2. Risks zdravotní dopady kouření, konkrétní diagnóza, příznaky
3. Rewards zlepšení zdraví, lepší pocit ze sebe sama
4. Roadblocks bariéry změny, abstinenční příznaky
5. Repetition opakování při každé návštěvě

Motivační váha je metoda, která měří motivaci kuřáka přestat kouřit.

Obrázek č. 4: Schéma pro orientační výpočet motivace ke změně



Zdroj: www.kbtinstitut.cz

Pokud je obrázek na obou stranách motivační váhy těsný, znamená to, že kuřák není výrazně motivovaný s kouřením přestat. Pro výraznější motivaci ke změně svědčí rozdíl o více než 10 bodů. Tabulky vyplňuje kuřák na škále 1-10 (kde 1 znamená malou důležitost, 10 velkou důležitost). Součet čísel hodnotí motivátor. Jednotlivé výhody a nevýhody a jejich hodnota (1-10) se mohou v čase měnit, proti je užitečné je opakovaně zkoumat, upravovat, přehodnocovat a doplňovat (MZ ČR, Arkáda, 2008).

Praktická část

6. Cíle, výzkumné otázky

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce bylo zjistit vliv zavedení zákona č. 65/2017 Sb., (tzv. nekuřácký zákon) na užívání tabáku motivaci k zanechání kouření, tj. zda kuřáci budou vydaná zákonná opatření akceptovat a budou dodržovat zákaz kouření ve vnitřních prostorách restaurací a zda je zákonné omezení podpoří ve změně motivace k odvykání kouření. Výzkum byl koncipován jako prospektivní kohortová studie srovnávající chování a motivaci kuřáků ve sledovaném období před a po nabytí účinnosti tzv. nekuřáckého zákona.

6.2 Výzkumné otázky

Pro dosažení výzkumného cíle byly stanoveny 3 výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č.1:

Ovlivnila změna zákona č.65/2017 Sb. u oslovených respondentů míru užívání cigaret?

Pokud ano, jak?

Výzkumná otázka č.2:

Ovlivnila změna zákona č.65/2017 Sb. u oslovených respondentů preferovaná místa kouření?

Pokud ano, jak?

Výzkumná otázka č.3:

Ovlivnila změna zákona č.65/2017 Sb. u oslovených respondentů motivaci k zanechání kouření?

Pokud ano, jak?

7. Metodika výzkumu

Pro naplnění cílů jsem zvolila kvantitativní výzkumnou metodiku s využitím dotazníkového výzkumu. Výzkum je koncipován jako prospektivní kohortová dotazníková studie srovnávající vliv zavedené legislativy (zákon č.65/2017 Sb.) u vybrané skupiny dospělých kuřáků tabáku, pacientů praktických lékařů, a to v období 2 měsíce před nabytím účinnosti zákona a 3 měsíce po nabytí účinnosti tzv. nekuřáckého zákona.

7.1 Výběrové metody a výzkumný soubor

Na začátku výzkumu, před sběrem dat a návrhu studie, je nutné najít vhodný rozsah (Hendl, 2015). Vybraná skupina respondentů byla tvořena pacienty ordinací praktických lékařů v Praze.

7.1.1 Metoda výběru

Vybranou skupinu respondentů tvořili pacienti ordinací praktických lékařů v Praze 4. Osloveni byli pacienti ordinací praktických lékařů pro dospělé ve věku od 18 let, s tím, že horní věková hranice nebyla stanovena. Jediným kritériem bylo aktivní kuřáctví (tj. respondent toho času užívá tabákové výrobky), bez specifikace vzorce užívání tabákových výrobků. Osloveno bylo celkem 5 ordinací praktických lékařů (příloha č.1) Po předložení žádosti o umožnění dotazníkového šetření s následným souhlasem, byly osobně studentkou proškoleny zdravotní sestry jednotlivých oslovených ordinací praktických lékařů v souvislosti s další spoluprací na dotazníkovém šetření.

7.1.2 Výzkumný soubor

K vytvoření výzkumného souboru jsem použila metodu nenáhodného účelového výběru, protože pro naše výzkumné šetření bylo podmínkou účasti respondenta ve studii kouření některého z tabákových výrobků. Mezi další kritéria výběru byl stanoven věk (dospělý, 18+) a registrace v oslovených ordinacích praktického lékaře pro dospělé (pro umožnění sběru dat v předem stanovených termínech). Každé ordinaci praktického lékaře bylo předáno 30 zpracovaných, jednotlivě vytištěných dotazníků (příloha č.2). Z celkových odevzdaných zpracovaných dotazníků, po následném roztrídění a vyčistění jich bylo k další analýze určeno 131.

8. Metody tvorby a analýzy dat

Sběr dat probíhal ve dvou vlnách. První vlna v měsících duben a květen (poslední den distribuce dotazníků 30.5.2017) v souvislosti se zavedením protikuřácké legislativy (zákon č. 65/2017 Sb. v České republice) a druhá vlna v měsících září a říjen 2017 (3 měsíce po zavedení tzv. nekuřáckého zákona).

8.1 Tvorba dat

Dotazníkové šetření probíhalo ve dvou vlnách. První vlna probíhala před zavedením zákona č.65/2017 Sb., v období dubna 2017 do 30.5.2017, druhá vlna probíhala po jeho zavedení, s odstupem několika 3 měsíců, po jeho zavedení, během září a října 2017. Původně byl plán provést druhou vlnu v období červen až září 2017. Po dohodě s oslovenými ordinacemi, (lékaři a zdravotními sestrami), vzhledem k čerpání dovolených a menšímu počtu pacientů v ordinacích lékařů v letních měsících, bylo přistoupeno k posunutí termínu druhé vlny na září a říjen 2017.

8.2 Struktura dotazníku

Dotazník studie tvoří celkem 18 otázek. V záhlaví je specifický kód každého respondenta (zajišťující anonymitu respondentů) a datum vyplnění testu. Oba údaje jsou nezbytné pro spárování dat mezi jednotlivými vlnami výzkumu. Sociodemografické otázky dotazníku (pohlaví, věk, vzdělání, status) nejsou číslovány. Otázka č. 1 až otázka č. 12 byly vytvořeny s vazbou na zjišťování proměnných s důrazem na stanovení cílů, za účelem zjistit míru vlivu nově zavedených legislativních zákonů na změny vzorců užívání tabáku a změně motivace k odvykání kouření. Otázka č. 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 jsou polouzavřené s nabídkou nejčastějších možností odpovědí, zároveň je umožněna odpověď s vlastními názory, postoji, vyjádřeními. Otázka č. 4 je uzavřená (ano, ne), otázka č.7 škálová, kde je oslovený respondent požádán o vyjádření na Likertově škále 1-10, v souvislosti s pocitem důležitosti přestat kouřit. 12 otázek je základem nestandardizovaného dotazníku, zpracované pro účely studie, poslední 6 otázek dotazníku je tvořeno standardizovaným Fagerstromovým testem (FTND), test fyzické závislosti na nikotinu (Heatheron et al., 1991). Tento test je tvořen 6 otázkami, 4 otázky uzavřené (ano, ne), 2 otázky polouzavřené, bez možnosti odpovědi s vlastními názory.

Dotazník byl tištěný, na jednotlivých listech papíru. Každému respondentovi byl přidělen kód, spárovaný pro první a druhou vlnu a zapsán do připraveného evidenčního listu, předaného oslovené sestře v ordinaci (příloha č. 3). Kód byl složen z prvních dvou písmen příjmení lékaře + pořadí v evidenčním listě + datum vlny šetření + posledních dvou čísel roku narození + první dvě písmena příjmení (DO/01/0405/67ŠV). Evidenční list sloužil zdravotní sestře k evidenci předaných a vyplněných dotazníků, které pod kódem byly do něj zapsány. Sestra měla možnost po dohodě s respondentem, doplnit poznámku o možném kontaktu na něj, pro zpracování dotazníku v druhé vlně (telefonní číslo, email).

Do konečného zpracování studie byly zařazeny dotazníky respondentů, kteří je odevzdali v obou vlnách dotazníkového šetření. Ti, kteří se neúčastnili obou dvou vln dotazníkového šetření a nebyli jejich přidělené kódy spárované, nemohli být do studie zařazeni. Po konečné selekci nesrozumitelně, nedostatečně vyplněných dotazníků, jich bylo pro další zpracování připraveno 131.

8.3 Proces sběru dat

Každé ordinaci bylo předáno 30 zpracovaných, připravených dotazníků (příloha č.2). Požadovaný sběr dat byl prováděn v ordinacích praktických lékařů, pověřenou, proškolenou zdravotní sestrou. Pacient ordinace byl osloven zdravotní sestrou přímo v ordinaci a požádán o vyplnění dotazníku. Pokud splňoval předem stanovená kritéria (kuřák, věk 18 +), byl mu pověřenou zdravotní sestrou předán dotazník, vytištěný na jednotlivých listech papíru, sepnutých dohromady. Respondent vyplnil dotazník samostatně, anonymně, na vyhrazeném místě v ordinaci. Dotazník byl po vyplnění vhozen do uzavřeného, označeného boxu, který byl uložen na bezpečném místě v ordinaci sestry. K vyplněným dotazníkům nebyl umožněn přístup, a to ani zdravotné sestře a lékaři. Zpracované dotazníky vyzvedla osobně studentka, která je dále zpracovávala. Podstatou sběru dat bylo zmapovat změny v souvislosti se zavedením legislativní změny prostřednictvím plošného zákazu kouření ve veřejných prostorách.

8.3.1 I. vlna výzkumu (sběr dat v období duben - květen 2017)

V souvislosti se zavedením zákona č. 65/2017 Sb., který nabyl účinnosti 31.5.2017 se první sběr dat uskutečnil v období před jeho zavedením. V období dubna 2017, poslední dotazníky byly dle instrukcí předávány dne 30.5.2017, tak, aby zpracovávaná data nemohla být zkruslena jeho účinností.

8.3.2 II. vlna výzkumu (sběr dat v období září - říjen 2017)

Druhý sběr dat pomocí dotazníkového šetření se uskutečnil v období září až říjen 2017, přestože původně plánovaný byl už na červen až září 2017. Klíčové pro studii bylo předat dotazníky totožným respondentům z první vlny, s odstupem po zavedení zákona. Vzhledem k provozním zvyklostem ordinací, plánovaným dovolených respondentů, byl po dohodě s lékaři a zdravotními sestrami posunutý termín druhého sběru na září - říjen 2017.

8.4 Analýza dat

Na základě předložení dotazníku v tištěné podobě vybraným respondentům, ve dvou určených časových vlnách byla získána výsledná data. Pro snazší práci s odevzdanými vyplněnými dotazníky byla data operacionalizována (převedení odpovědí na číselné hodnoty). Takto zpracovaná data byla následně transkribována v programu Microsoft Excel a provedena redukce prvního řádu. Po popis výzkumného souboru a základní kontrolní analýzy byly použity metody deskriptivní statistiky v rozhraní MS Excel. V rámci hlavních data - analytických procesů jsme vyhodnocovali následující vstupní proměnné: denní spotřebu cigaret, kouření tabáku na vybraných místech (v restauracích, venkovních veřejných prostorech, v zaměstnání, doma) a míru motivace k zanechání kouření. Vzorce užívání tabáku a vývoj míry motivace mezi jednotlivými vlnami byly analyzovány s pomocí studentova t -testu. S pomocí regresního modelování byl posuzován vliv vybraných sociodemografických údajů a míry fyzické závislosti (FTND) na výstupní proměnné. Regresní modely byly analyzovány v rozhraní programu R.

8.5 Etické aspekty výzkumu

Respondenti spolupracující na výzkumu byli osloveni v ordinaci praktického lékaře, zcela dobrovolně. Byli osloveni zdravotní sestrou v jejich ordinaci a požádáni o zapojení do výzkumu, které spočívalo ve vyplnění předloženého dotazníku, ve dvou předem daných termínech. Jejich odpovědi byli uchovávány a zpracovávány anonymně. Pro zajištění anonymity byl každému respondentovi přidělen jedinečný kód, který byl spárovaný v první i druhé vlně šetření. Před zařazením respondenta do studie, byla každému předložena vstupní písemná instruktáž dotazovaných a informovaný souhlas se studií (příloha č.4). Každý respondent samostatně vyplnil dotazník, který po jeho vyplnění předal proškolené zdravotní sestře v ordinaci. Vyplněné dotazníky byly uchovávány v předem připravených, zajištěných,

označených boxech, které byly v ordinaci pod dohledem zdravotní sestry, bez možnosti přístupu či manipulace s jinou osobou. Každý účastník výzkumu byl upozorněn, že v případě dotazů či nejasností se může obrátit na zpracovatelku nebo vedoucího práce.

Oslovení praktičtí lékaři byli předem písemně požádáni, jejich souhlas je součástí žádosti o spolupráci na výzkumu (příloha č. 1), v případě souhlasu se spoluprací bylo potvrzeno razítkem ordinace + podpisem lékaře.

Před začátkem studie bylo všem zúčastněným (lékařům, sestřám, respondentům) sděleno, že všechna data jsou anonymní, slouží pro účely studia a účast na studii není vázána odměnou.

9. Výsledky výzkumu

Osloveným 5 ordinacím praktických lékařů bylo předáno celkem 150 dotazníků (každá ordinace 30 dotazníků), po jejich vyplnění ve dvou vlnách, následné kontrole a selekci provedené studentkou bylo k dalšímu zpracování odevzdáno celkem 131 vyplněných dotazníků. tzn., že se výzkumu účastnilo 131 respondentů všech oslovených ordinací.

Tabulka č. 3: Charakteristiky výzkumného souboru

Pohlaví		Procenta
	Muži	38.9
	Ženy	61.1
Věkové skupiny		
	18-24 let	7.6
	25-39 let	29.8
	40-54 let	29.0
	55 let a starší	33.6
Nejvyšší dosažené vzdělání*		
	Základní	9.2
	Středoškolské bez maturity	36.2
	Středoškolské s maturitou	36.9
	Vysokoškolské	17.7
Status**		
	Ano	71.8
	Ne	28.2
FTND***		
	Není	43.5
	Nízká	18.3
	Střední	19.8
	Vysoká	13.7
	Velmi vysoká	4.6

* Základní – povinná školní docházka (9 let), Stř. bez maturity (Výuční list), Vysokoškolské (bakalářský stupeň a vyšší)

** „Ano“ skupina skládající se z (58% z celého vzorku) a OSVČ (13,7%), „Ne“ skupina skládající se z Důchodců (20,6%), Studentů (4,6%), Nezaměstnaných (2,3%), V domácnosti (0,8%)

*** Kategorie založené na Fagerstromovu testu v závislosti na nikotinu. Výsledek: Nemí = 0-2, Nízká = 3-4, Střední = 5, Vysoká = 6-7, Velmi vysoká = 8-10.

Zdroj: Vlastní zpracování

Z výsledků sociodemografických otázek vložených na začátek dotazníku lze určit, že dotazníkového šetření ve vybraných ordinacích praktických lékařů se účastnilo celkem 131 respondentů, z toho bylo 38,9 % mužů, 61,1 % žen.

Podle věku byla nejvíce zastoupena skupina 55 let +, která se účastnila 33,6 %, nejméně skupina nejmladších respondentů 18-24 let, její účast byla 7,6 %. Věková skupina 25-29 let dosáhla hodnoty 29,8 % účasti, poslední skupinou ve věku 40-54 let byla účast 29,0 %.

Nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské, které bylo zastoupeno 17,7 % respondentů. Nejvíce bylo zastoupeno vzdělání středoškolské s maturitou 36,9 %, středoškolské bez maturity 36,2 %. Nejméně bylo respondentů mělo základní vzdělání 9,2 %.

Status respondentů byl v dotazníku rozlišen na zaměstnance 58 % z celého vzorku, OSVČ 13,7 %. Důchodci 20,6 %, studenti 4,6 %, nezaměstnaní 2,3 %, v domácnosti 0,8 %. Tato skupina byla rozdělena do dvou podskupin, těch, kteří pracují (zaměstnanci, OSVČ) a tvořila tak významnou část 71,8 % všech respondentů. Skupina ekonomicky neaktivních (důchodci, studenti, nezaměstnaní, v domácnosti) tvořila s 28,2 % menšinu.

Po vyhodnocení fyzické závislosti na nikotinu (FTND) bylo stanoveno, že respondenti zapojeni do výzkumu měli žádnou nebo velmi malou závislost na tabáku 43,5 %. Nízkou závislost na tabáku mělo 18,3 % respondentů, střední 19,8 %, vysokou závislost mělo 13,7 dotázaných a velmi vysokou (silnou závislost, která je stanovena počtem 8-10 bodů testu) mělo 4,6 %.

Tabulka č. 4: Rozdíly mezi vlnami ve spotřebě tabáku a motivace přestat kouřit (vliv změny zákona k motivaci přestat kouřit)

	Vlna 1 Mean/SD	Vlna 2 Mean/SD	Rozdíl	Studenti t	p
Spotřeba tabáku					
Cigaret za den	14.7 / 8.7	13.1 / 8.9	-1.7	-3.9	<0.001
Spotřeba tabáku podle místa					
Hospody/restaurace/bar	24.1 / 26.5	0.5 / 3.9	-23.6	-10.1	<0.001
Ulice	10.7 / 19.4	29.7 / 27.9	19.1	7.2	<0.001
Práce	18.5 / 21.6	20.6 / 23.7	1.7	1.3	0.203
Domov	41.4 / 31.3	44.1 / 29.4	3.0	1.4	0.175
Motivace přestat kouřit	5.1 / 2.8	5.4 / 2.7	0.4	2.3	0.021

Poznámka: Významné výsledky jsou vyznačeny tučně.

Zdroj: Vlastní zpracování

Mezi jednotlivými vlnami došlo k výrazným změnám v celkovém počtu vykouřených cigaret za den, kdy v 1. vlně bylo vykouřeno 14,7 cigaret/den, v 2.vlně 13,1 cigaret/den. Z údajů vyplývá statisticky významné snížení vykouřených cigaret za den o 1,7 cigarety méně, po zavedení protikuřácké legislativy. Výrazná změna byla zaznamenána podle místa spotřeby tabáku. V restauracích, barech, hospodách před zavedením zákona byla spotřeba tabáku 24,1 % tabákových výrobků, po zavedení plošného zákazu kouření v těchto veřejných prostorách se téměř nekouřilo, rozdíl byl statisticky významný, došlo k poklesu spotřeby tabáku o – 23,6 %. Omezení kouření ve veřejných prostorách mělo naopak vliv na zvýšení spotřeby tabáku mimo restaurace, bary a hospody, přičemž před zavedením zákona byla spotřeba tabáku na ulici 10,7 %, po jeho zavedení statisticky signifikantně stoupla na 29,7 %. Rozdíl ve spotřebě byl výrazný o 19,1 % vyšší po 2.vlně šetření. V případě výstupní proměnné týkající se motivace k zanechání kouření sledujeme mezi vlnami statisticky významný rozdíl, a to v nárůstu míry motivace měřené Likertovou škálou z 5,1 bodu (před změnou legislativy) na 5,4 bodu (po změně legislativy). Rozdíl v nárůstu motivace k zanechání kouření činí 0,4 bodu.

Tabulka č. 5: Regresní model předpovídající rozdíl mezi vlnami v procentech (vliv změny zákona na kouření restauracích, srovnání 1. a 2. vlny)

Předpověď		Odhad	SE	t	p
Věk		0.371	0.188	1.971	0.051
Pohlaví					
	mužské – ženské	0.254	4.930	0.052	0.959
Vzdělání					
	1 – 2	-16.399	9.532	-1.720	0.088
	1 – 3	-19.410	9.490	-2.045	0.043
	1 – 4	-20.091	10.533	-1.908	0.059
Status					
	ano – ne	5.937	6.266	0.948	0.345
FTND		2.016	0.981	2.055	0.042

Poznámka: Významné výsledky jsou vyznačeny tučně.

Zdroj: Vlastní zpracování

Na základě regresních analýz bylo prokázáno, že míra fyzické závislosti na nikotinu (FTND) a dosažené vzdělání ovlivnily změnu preferovaných míst kouření. Míra fyzické závislosti je významným prediktorem pro pokles kouření v restauracích (vyšší míra fyzické závislosti koreluje s nižší změnou kouření v restauracích po změně legislativy). Dále respondenti

s vyšším dosaženým vzděláním (zejména s vysokoškolským vzděláním) zredukovali kouření v restauracích po změně legislativy významně více než respondenti s nižším dosaženým vzděláním.

Tabulka č. 6: Regresní model předpovídající rozdíl mezi vlnami v procentech (vliv změny zákona na kouření na ulicích, srovnání 1. a 2.vlny)

Předpověď		Odhad	SE	t	p
Věk		-0.227	0.204	-1.110	0.268
Pohlaví					
	mužské – ženské	10.646	5.331	2.000	0.048
Vzdělání					
	1 – 2	19.212	10.309	1.860	0.065
	1 – 3	29.701	10.264	2.890	0.005
	1 – 4	19.749	11.391	1.730	0.085
Status					
	ano – ne	-18.395	6.776	-2.710	0.008
FTND		-1.131	1.061	-1.070	0.289

Poznámka: Významné výsledky jsou vyznačeny tučně.

Zdroj: Vlastní zpracování

Pohlaví, vzdělání a socioekonomický status byly významnými prediktory změny místa kouření mezi vlnami. Nárůst kouření ve venkovních veřejných prostorech byl po změně legislativy výraznější mezi muži a respondenty s vyšším vzděláním. Zvýšení kouření ve venkovních prostorech bylo také výraznější u nezaměstnaných ve srovnání se zaměstnanými respondenty.

Souhrn hlavních zjištění:

Na základě výsledků lze potvrdit, že denní spotřeba cigaret se po změně zákona snížila o 1,7 cigarety za den, míra kouření respondentů ve vnitřních veřejných prostorech klesla o 23,6 %. Míra kouření respondentů na ulicích se zvýšila o 19,1 %.

Na položenou výzkumnou otázku č.1, zda došlo vlivem zákona k ovlivnění míry užívání cigaret lze na základě analýzy výsledků odpovědět **kladně**.

Ke snížení míry užívání cigaret došlo o 1,7 cigarety denně.

Na položenou výzkumnou otázku č.2, zda vlivem aplikace zákona došlo k změně preferovaných míst kouření lze na základě analýzy výsledků odpovědět **kladně**.

Došlo k významné změně míst kouření, po 2.vlně sběru dat vyplynulo, že respondenti téměř nekouří ve vnitřních veřejných prostorech, kde míra kouření klesla o 23,6 %. Došlo ke zvýšení míry kouření na ulicích o 19,1 %.

Na položenou výzkumnou otázku č.3, zda vlivem aplikace zákona došlo ke změně motivace k zanechání kouření lze na základě analýzy výsledků odpovědět **kladně**.

Motivace mezi respondenty po 2.vlně sběru dat vzrostla o 0,4 bodu.

Výsledky jednoznačně vypovídají o pozitivních dopadech zavedení legislativních opatření ve smyslu zákazu kouření v uzavřených prostorech, kde došlo k významnému poklesu (- 23,6 %), přesto je třeba pamatovat, že část kuřáků změnila místo kouření (ulice, venkovní prostory), kde došlo k značnému nárůstu (+ 19,1 %).

Změna motivace k zanechání kouření sice vzrostla, ve výsledku o 0,4 bodu. Zde vidím prostor pro zlepšení, jaké další praktické možnosti nabídnout kuřákům při podpoře změny motivace.

10. Diskuze

Tato diplomová práce se věnuje možným změnám, které nastaly po zavedení zákona č.65/2017 Sb. O ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Spokojenosti se zákazem kouření v restauracích, hospodách a barech, který zavedl, vyjádřilo 61,4 % respondentů; 72,2 % nekuřáků a 29,2 % kuřáků (Váňová, Skývová, Malý, 2018). Analýza dat prokázala snížení hospitalizací v roce 2018 (srovnání s rokem 2016) pro akutní infarkt myokardu o 7,1 % u osob mladších 70 let, tedy pokles o 699 hospitalizací ročně. Významný byl pokles hospitalizací v roce 2018 (srovnání s rokem 2016) pro astma, u osob mladších 40 let došlo k poklesu o 722 hospitalizací, což ukazuje na hodnotu 18,5 % (ÚZIS, 2019). Vzhledem k době zavedení zákona č. 65/2017 Sb. v České republice, který byl k 31.5.2017 lze sledovat efekty rychle reagujících zdravotních stavů, protože data jsou z krátké doby zkoumání dopadu změny legislativy (MZ ČR, 2019).

Ochrana veřejného zdraví patří mezi priority vlád zemí světa. Zavedení těchto omezení si klade za cíl snížit negativní dopady na zdraví, které vznikají v souvislosti expozici tabákovému kouři, hlavně v uzavřených prostorách. Důsledkem pasivního kouření je značná úmrtnost a morbidita. Do boje proti tabákové epidemii se zapojila řada zemí různými omezeními tabáku a kouření tabákových výrobků (zákaz reklamy tabákových výrobků, nekuřácké prostory). Dle WHO je minimálně jedním komplexním opatřením pro kontrolu tabáku pokryto přibližně 5 miliard lidí (65 % světové populace) ve srovnání s rokem 2007 kdy byla pokryta 1 miliarda lidí (15 % světové populace (WHO, 2019).

Rozdíly v legislativě států v souvislosti s prosazováním nekuřácké legislativy se významně podílí na prevalenci expozice pasivnímu kouření (Itálie 10 %, naopak Řecko téměř 80 % v roce 2017). V Turecku, které zavedlo komplex právních předpisů v roce 2009 prevalence expozice v restauracích výrazně poklesla z 56 % v roce 2008 na 13 % v roce 2012 (Tobacco Atlas, 2018). Cílem WHO s odkazem na existenci důkazů, že nekuřácká legislativa snižuje expozici tabákovým toxinům, poskytuje prostředí, které přispívá k úsilí kuřáků přestat kouřit, je snaha sjednocení právních předpisů. Dle WHO neexistuje žádná bezpečná úroveň expozice tabákovému kouři, ale způsobuje závažná kardiovaskulární a respirační onemocnění. Zavedením zákona č.65/2017 Sb. se Česká republika přiřadila k dalším zemím na světě, které jej zavedly. Na základě výsledků této práce bylo ověřeno, že zavedení legislativních opatření omezující kouření a snižující expozici pasivnímu kouření se pozitivně odrážejí ve zlepšování veřejného zdraví. Výsledky dokazují, že spotřeba tabáku

v restauracích (veřejných stravovacích prostorách) po zavedení tohoto zákona poklesla o 23,6 %. Jako další přínos lze zmínit pokles denní spotřeby cigaret o 1,7 cigarety za den. Tyto zákony nepoškozují podnikání a povzbuzují kuřáky, aby kouřit přestali (WHO, 2019). Po zavedení nekuřácké legislativy také mírně narostla motivace respondentů k zanechání kouření.

10.1 Interpretace výsledků

Zavedení plošného zákazu kouření ve veřejných prostorách (restaurace, hospody, bary) od 31. 5. 2017 se projevilo na snížení počtu kuřáků ve vnitřních prostorách. Dotazníkové šetření předkládá důkazy o jejich snížení. Po 1. vlně šetření byla zjištěna spotřeba tabáku v restauracích 24,1 %, po zavedení zákazu kouření klesla spotřeba tabáku ve vnitřních prostorách na 0,5 %, což znamená pokles o – 23,6 %. Současně se snížila spotřeba cigaret o 1,7 cigarety denně, po 1.vlně byla spotřeba cigaret 14,7, po 2.vlně byla 13,1. Se zákazem kouření ve vnitřních prostorách se zvýšil podíl kuřáků kouřících na ulici, kde došlo ke zvýšení o 19,1 % po 2.vlně šetření. Motivace kuřáků k zanechání kouření byla 0,4 bodu po 2. vlně, kde se dalo předpokládat její zvýšení, přesto tato hodnota není zanedbatelná. Je třeba mít na paměti, že rozhodnutí o změně motivace je dobré podpořit a posilovat.

10.2 Silné a slabé stránky práce

Mezi silné stránky výzkumu lze přiřadit zaměření šetření ve dvou vlnách (metodika prospektivní kohortové studie), na závislosti zavedení plošného zákazu kouření ve veřejných prostorách v České republice jedním respondentem. Je jediná studie svého druhu v České republice, která pružně reagovala na změnu zákona. Odebraná data z dotazníkových šetření byla dále zpracována a následně publikována v Journal of Public Health (Kulháněk, Lukavská, Švancarová, Fidesová & Gabrhelík, 2019). Výsledky sloužily k podpoře a k ověření pozitivních dopadů na veřejné zdraví v České republice. Odborná veřejnost byla s výsledky studie seznámena na odborné konferenci v listopadu roku 2018 (Úřad vlády, 2018). Snížení kouření v počtu cigaret o 1,7 cigarety za den by bylo možné hodnotit jako mírné, ale protože v České republice se vykouří téměř 4 miliony cigaret denně, výsledný pokles je významný.

Mezi slabé stránky výzkumu bych zařadila malý počet respondentů. Vzorek nebyl reprezentativní, proto nelze zobecnit na populaci. Přestože 2.vlna byla posunuta až na měsíc

září a říjen, je třeba zmínit, že období sběru dat (letní měsíce) mohlo ovlivnit chování respondentů, které mohlo vést k vyššímu výskytu kouření ve venkovních prostorech.

Závěr

Předkládaná diplomová práce poskytla cenné informace v souvislosti se zavedením zákona č.65/2017 Sb. v České republice. Na základě zjištěných dat a zpracovaných výsledků lze doložit, že legislativní změny přispívají ke změně chování kuřáků tabáku a k posilování pozitivních dopadů v oblasti veřejného zdraví. Tato opatření vedou k omezení kouření, změny pohledu společnosti, souhlas s jejich zaváděním.

Cílem práce bylo zjistit vliv pozitivní vliv po zavedení zákona o plošném zákazu kouření. Oslovení respondenti se účastnily sběru dat před jeho zavedením a několik měsíců po zavedení zmiňovaného zákona. Výsledky zjištění jsou přesvědčivé, došlo k výraznému poklesu spotřeby tabáku v uzavřených prostorách, o více než 23 %. Současně byla zaznamenána snížená spotřeba denních cigaret o 1,7 cigarety denně. Z následné analýzy dat bohužel vyplývá, že došlo ke zvýšení spotřeby tabáku mimo uzavřené prostory restaurací, na ulicích, kde jejich spotřeba vzrostla o téměř o 20 %.

Na základě těchto zjištění lze hodnotit zavádění legislativy jako pozitivní, přesto je třeba nadále pracovat na snižování spotřeby tabákových výrobků. Změnu motivace k odvykání kouření, která se po zavedení zákona zvýšila o 0,4 bodu je třeba hodnotit pozitivně. V souvislosti s výsledky studie je třeba uvažovat o přípravě dalších opatření, aby došlo k snížení spotřeby tabáku celkem a současně byla kuřákům nabídnuta možnost pomoci při odvykání kouření a posílení možnosti léčby. V praxi je možné podpořit zapojení moderních technologií (internet, aplikace v telefonu) pro podporu změny motivace k odvykání kouření a participaci zdravotních pojišťoven na cílené léčbě závislosti na tabáku (příspěvek na léčbu závislosti na tabáku v odborných centrech).

Přínos diplomové práce lze spatřit v analýze cenných dat v souvislosti s legislativními změnami a zjištění, že denní spotřeba tabáku výrazně klesla tak, jako v obdobných studiích zpracovávaných v zahraničí.

Seznam použitých zkratek

CARINFONet – Informační síť WHO

CDC – Center for Disease Control and Prevention

CSAT – Centre for Substance Abuse Treatment v USA

ČR – Česká republika

ČKS – Česká kardiologická společnost

EVIP net – Informační síť WHO

EUPHA – European Public Health Association

FDA – Food and Drug Administration

FTND – Fagerstrom Test for Nicotine Dependence

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

GATS – Global Adult Tobacco Survey

GTS – Global Tobacco Surveillance

IARC – International Agency for Research on Cancer

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny Praha, ČR

ISNCC – International Society of Nurses in Cancer Care

OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development

NMS – Národní monitorovací středisko

NOR – Národní onkologický registr

NRHOSP – Národní registr hospitalizovaných

NZIS – Národní zdravotnický informační systém

PSP ČR – Poslanecká sněmovna České republiky

SAMSHA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SLZT – Společnost pro léčbu závislosti na tabáku

STEM – Ústav empirických výzkumů

SZÚ – Státní zdravotní ústav

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací

WHO – World Health Organization

WHO FCTC – World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control

WHO EHII – World Health Organization European Health Information Initiative

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví Česká republika

1. LF UK VFN – 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Všeobecná fakultní nemocnice

Seznam grafů, obrázků a tabulek

Seznam grafů

Graf č. 1: Prevalence kuřáctví v ČR v letech 2012–2019. Kuřáci tabákových výrobků celkem (denní a příležitostní).....	11
Graf č. 2: Kuřáci jakéhokoliv tabákového výrobku podle věkových skupin.....	11
Graf č. 3: Prevalence kouření ve světě	13
Graf č. 4: MPower	17
Graf č. 5: Postoje obyvatel ke kouření.....	19
Graf č. 6: Souhlas kuřáků se zavedením zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, (tzv. protikuřácký zákon).....	21
Graf č. 7: Doporučení lékaře.....	23
Graf č. 8: Kardiovaskulární systém-akutní infarkt myokardu (AIM), léčba PCI.	26

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Onemocnění související s kouřením.....	25
Obrázek č. 2: Postupy při krátké intervenci.....	32
Obrázek č. 3: Proces vývoje motivace ke změně návykového chování.	33
Obrázek č. 4: Schéma pro orientační výpočet motivace ke změně	34

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Fagerstromův test závislosti.....	30
Tabulka č. 2: Metoda krátké intervence.....	31
Tabulka č. 3: Charakteristiky výzkumného souboru	41
Tabulka č. 4: Rozdíly mezi vlnami ve spotřebě tabáku a motivace přestat kouřit (vliv změny zákona k motivaci přestat kouřit).....	42
Tabulka č. 5: Regresní model předpovídající rozdíl mezi vlnami v procentech (vliv změny zákona na kouření restauracích, srovnání 1. a 2. vlny).....	43
Tabulka č. 6: Regresní model předpovídající rozdíl mezi vlnami v procentech (vliv změny zákona na kouření na ulicích, srovnání 1. a 2. vlny)	44

Seznam příloh

Příloha č. 1: Žádost o spolupráci na výzkumu.....	59
Příloha č. 2: Dotazník ke studii.....	60
Příloha č. 3: Evidenční list dotazníků	64
Příloha č. 4: Písemná instruktáž dotazovaných a Informovaný souhlas se studií.....	65

Seznam literatury

Babor, T., Higgins-Biddle, J.C., Sovinová, H., Csémy, L., *Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití: manuál pro použití v primární péči*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2010.

Csémy, L., Dvořáková, L., Fialová, A., Kodl, M., Skývová, M. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019*. Výzkumná zpráva SZÚ, 2020 Dostupné z http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/Zprava_o_uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_Ceske_republice.pdf

Dilbaz, N., Hendriks, V. (2006). Screening and assessment. In Young people and drugs. Council of Europe, Pompidou Group.

Doporučený postup pro sestry, 2018 Praha: SLZT.cz, 2018. Dostupné z https://www.slzt.cz/dokumenty/Doporučený_postup_sestry_2018.pdf

Drope, J., Schluger, N., Cahn, Z., Drope, J., Hamill, S., Islami, F., Liber, A., Nargis, N., Stoklosa, M., 2018. The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies (www.tobaccoatlas.org.)

Evropská komise. Dostupná z [ps://ec.europa.eu/search/?queryText=kouření%2C+tabák&query_source=europa_default&filterSource=europa_default&swlang=cs&more_options_language=cs&more_options_formats=&more_options_date=](https://ec.europa.eu/search/?queryText=kouření%2C+tabák&query_source=europa_default&filterSource=europa_default&swlang=cs&more_options_language=cs&more_options_formats=&more_options_date=)

Evropská komise. Dostupné z https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics

Fiore, M.C., Bailey, W.C., S.J. et al. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence, Clinical Practice Guideline, Rockville, MD*: Department of Health and Human Services – Public Health Service.

GATS. *Globální průzkum tabáku pro dospělé - informační přehledy 2008-2019*. CDC-GTTSS data Publication. Dostupné z <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=3467>

- Greenhalgh, EM., a Scollo, M. *Účinnost nekuřáckých právních předpisů při snižování expozice tabákovým toxinům, zlepšování zdraví a měnícím se chování při kouření*. Tabák v Austrálii: Fakta a problémy. Melbourne: Rada pro rakovinu Victoria; 2018. K dispozici od <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-15-smokefree-environment/15-9-effectiveness-of-smokefree-legislation-in-reducing-exposure-to-tobacco>
- Heatheron, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test of Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of addiction*, 86, 1119-1127.
- Hendl, Jan. *Přehled statistických metod*. Portál, 2015.
- Kalina, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada).
- Kouření a užívání tabáku. *Údaje a statistiky*. Centers for Disease Control and Prevention. Dostupné z https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/index.htm
- Králíková, E., Češka, R., Pánková, A., Štěpánková, L., Zvolská, K., Felbrová, V., Kulovaná, S., Zvolský, M.: *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. *Vnitřní Lékařství* 2015; 61(5, Suppl 1): 1S4–1S15
- Králíková, E., Býma, S., Konštický, S. *Závislost na tabáku: prevence, diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře*. *Praktický lékař* 2008, 88 (5) s.258-261
- Králíková, E., *Doporučený postup pro sestry, 2018* Praha: SLZT.cz, 2018. Dostupné z https://www.slzt.cz/dokumenty/Doporučený_postup_sestry_2018.pdf
- Kulhánek, A., Lukavská, K., Švancarová, I., Fidesová, H., & Gabrhelík, R. (2019). Changes in tobacco use patterns and motivation to quit related to the new smoke-free legislation in the Czech Republic. *Journal of Public Health*. doi:10.1093/pubmed/fdz156
- Kulhánek, A. Národní linka pro odvykání kouření-cesta k profesionalizaci. *Adiktologie*. 2016, 16(4). Dostupné z <https://www.adiktologie.cz/publikace-pracovníku-za-rok-2016>
- Mezinárodní společnost zdravotních sester v péči o rakovinu, ISNCC. Dostupné z <https://www.isncc.org/default.aspx>
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Prezentace zákona č.65/2017, MV ČR ze dne 14.3.2017* Dostupné z <https://www.bing.com/searchq=Prezentace+z%C3%A1kona+65%2F2017&for>

m=ANNTH1&refig=9eead35904a3498d87d99f7ec07903f3&sp=-
1&pq=prezentace+z%C3%A1 zákona+&sc=0-
18&qsn&sk=&cvid=9eead35904a3498d87d99f7ec07903f3

Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné
z https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Tion Leštinová, Z., Nechanská, B., Cibulka, J., Fidesová, H., Vopravil, J. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Praha: Úřad vlády ČR, 2019 (www.vlada.cz)

Nejedlá, M. *Národní výzkum o spotřebě tabáku v dospělé populaci ČR za rok 2017*. Praha MZ ČR, 2018 (www.mzcr.cz)

Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2011

OECD. *Přehledy kvality zdravotní péče OECD, Česká republika, 2014*. Dostupné z <https://www.oecd.org/health/czech-republic-should-improve-primary-care-and-prevention-to-reduce-chronic-disease.htm>

Pešek, R., Nečesaná, K. *Kouření, závislost na tabáku*. Praha: MZ ČR, Arkáda, 2008.

Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. *Sbírka zákonů*. Dostupné z <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=65&r=2017>

Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR 2018. *Sněmovní tisk č. 87*. Dostupné z <https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=8&CT=87&CT1=0>

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). Při hledání toho, jak se lidé mění: Aplikace na návykové chování. *Americký psycholog*, 47(9), 1102-1114. Získané z <http://www.uri.edu/research/cprc/Publications/PDFs/ByTitle/In%20Search%20...>

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transteoretická terapie: Směrem k více integrační model změny. *Psychoterapie: Teorie, výzkum a praxe*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>

- Sbírka zákonů. *Zákon č. 65/2017 Sb.* Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-65>
- Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. *Akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2021.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2019 (www.vlada.cz)
- Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. *Akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2019 (www.vlada.cz)
- Society for Research Nicotine and Tobacco. Dostupné z <https://www.srnt.org/default.aspx>
- Sovinová, H., Csémy, L., Kernová, V., *Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let.* SZÚ, 2014 <http://www.szu.cz/>
- Sovinová, H., Csémy, L. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2015. Výzkumná zpráva.* SZÚ, 2016. <http://www.szu.cz/>
- Táborský, M. *Vliv zavedení zákona č. 65/2017 Sb. na výskyt akutního infarktu myokardu v České republice.* Praha: TK MZČR, 2018 (www.mzcr.cz)
- Thomson, NC. Asthma and smoking-induced airway disease without spirometric COPD. *Eur Respir J.* 2017;49(5):1602061. Published 2017 May 1. doi:10.1183/13993003.02061-2016
- Tobacco in Australia. Dostupné z <https://www.tobaccoinaustralia.org.au/home.aspx>
- Univerzita Palackého v Olomouci. *Metodika HBSC – 2018.* Dostupné z <https://hbsc.cz/wp-content/uploads/2020/05/metodika-HBSC-2018.pdf>
- Uznay, F., Gumus, S., *Odhalení strategií TAPS tabákového průmyslu v PoS v zemích s nízkými a středními příjmy: případ Turecka.* European Journal of Public Health. 2020 Dostupné <https://academic.oup.com/eurpub/article-abstract/doi/10.1093/eurpub/ckaa067/5835397>
- Váňová, A., Skývová, M., Malý, M. *Užívání tabáku v České republice 2017. Výzkumná zpráva* SZÚ, 2018 (www.szu.cz)

Vedralová, J. *Kouření v České republice 2019* Praha: MZ ČR. Dostupné z http://www.mzcr.cz/dokumenty/vysledky-narodniho-vyzkumu-szu-o-uzivani-tabaku-v%C2%A0cr-potvrdilyze-ceskych-kurak_19310_1.html

Vláda ČR. *Tisková konference k výsledkům šetření o užívání tabákových výrobků, 2020*. Praha. Dostupné z <https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tiskove-konference/tiskova-konference-k-vysledkum-setreni-o-uzivani-tabakovych-vyrobku--28--kvetna-2020-181702/>

WHO. 2008. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER Package.

WHO,2020. Dostupné z https://www.who.int/cancer/prevention/tobacco_implementation/mpower/en/

WHO,2019. Dostupné z https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/447322/MPOWER-eng.pdf

WHO. 2020. Dostupné z <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

WHO. 2020. Dostupné z https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_2-tobacco-smoking/visualizations/#id=17073

WHO. 2020. Dostupné z <https://www.who.int/fctc/en/>

WHO. 2011 *Developing and improving national toll-free tobacco quit line services*. Dostupné z http://www.who.int/tobacco/publikations/smoking_cessation/quit-lines-services/en

WHO, 2019. Dostupné z https://www.who.int/tobacco/global_report/en/

Zdravotnická ročenka České republiky 2018. Praha: ÚZIS ČR, 2019 Dostupné z <https://onedrive.live.com/edit.aspxcid=5ed389a1eef0479b&page=view&resid=5ED389A1EEF0479B!278&parId=5ED389A1EEF0479B!109&app=Word>

Zdravotnictví ČR. *Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro dospělé 2007-2017.NZIS Report č. K /17 (08/2008)*. Praha: ÚZIS, 2018 Dostupné z https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K17_A040_prakticky_lekar_pro_dospele_2017.pdf

Přílohy

Příloha č. 1: Žádost o spolupráci na výzkumu

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

jsem studentkou magisterského studia adiktologie na 1. LF UK, a tímto bych Vás ráda požádala o možnost spolupráce na výzkumném projektu, který je součástí mé diplomové práce s názvem: Změna nekuřáckého zákona a její vliv na vzorce užívání tabáku a motivaci k odvykání kouření u pacientů praktických lékařů. Spolupráce by spočívala v tom, že budou na Vaše pracoviště předány předtištěné dotazníky (30 ks), jejichž součástí jsou i vstupní informace pro respondenty včetně informovaného souhlasu, vysvětlení výzkumu a ujištění, že vše proběhne anonymně pro pacienta/pacientky a Vám příliš nezasáhne do provozu ordinace. Dotazníky by měly být distribuovány Vašim pacientům/pacientkám ve dvou testovacích vlnách. Poprvé v období duben – květen 2017 a stejné skupině respondentů podruhé v období červen – září 2017. Rozdělení distribuce dotazníků ve dvou předem stanovených termínech je nutné dodržet za účelem dosažení výzkumných cílů studie. Vzhledem k tomu, že výzkum je pro potřeby studia a nutný k jeho zakončení formou zpracované diplomové práce, je zcela dobrovolný, není vázán odměnou.

Pokud se spoluprací budete souhlasit, vše ráda podrobně vysvětlím a případné dotazy zodpovím na předem domluvené osobní schůzce ve Vaší ordinaci.

Děkuji za spolupráci.

V Praze dne..... Podpis lékaře.....

S případnými dotazy, připomínkami nebo stížnostmi se můžete obracet:

Bc.Iveta Švancarová, studentka
mgr.studium adiktologie
1. LF UK
email: ivetasvancar@seznam.cz

Mgr. Adam Kulháněk, vedoucí práce
Klinika adiktologie, Apolinářská 4, P-2
1. LF UK a VFN
email: kulhaneek.adiktologie@outlook.com

Příloha č. 2: Dotazník ke studii

Kód respondenta: DO/___/0405/_____
___/___2017

Datum vyplnění:

Dotazník obsahuje 18 otázek. Dle zadání u každé otázky zvolte a zaškrtněte vybranou odpověď/dí. Součástí dotazníku je také test závislosti na nikotinu se 6 otázkami. Případné dotazy Vám zodpoví zdravotní sestra v ordinaci, která je proškolená zpracovatelem výzkumu.

Pohlaví: 1 žena 2 muž

Věk: _____ let

Nejvyšší dosažené vzdělání

1	<input type="checkbox"/>	Základní
2	<input type="checkbox"/>	Středoškolské bez maturity
3	<input type="checkbox"/>	Středoškolské s maturitou
4	<input type="checkbox"/>	Vysokoškolské

Váš status

1	<input type="checkbox"/>	Student
2	<input type="checkbox"/>	Nezaměstnaný
3	<input type="checkbox"/>	Zaměstnanec
4	<input type="checkbox"/>	Důchodce
5	<input type="checkbox"/>	OSVČ
6	<input type="checkbox"/>	Rodičovská dovolená

1. Jaký tabákový výrobek/ky kouříte a jak často? Zaškrtněte možnost „vůbec nekouřím“ nebo „kouřím příležitostně“. Pokud kouříte některý výrobek denně, odhadněte počet vykouřených kusů za den.

Tabákový výrobek	Vůbec nekouřím	Kouřím příležitostně	Kouřím denně
a Cigareta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Počet kusů -
b Doutník	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Počet kusů -
c Elektronická cigareta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Počet kusů -
d Dýmka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Počet kusů -
e Vodní dýmka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Počet kusů -
	1	2	3

2. Odhadněte, kolik kusů Vámi preferovaného tabákové výrobku vykouříte na těchto místech? Ke každé možnosti uveďte odhadovaný počet kusů.

Místo	Vykouřím za den
a Doma	Počet kusů -
b V zaměstnání	Počet kusů -
c V autě	Počet kusů -
d V restauraci, hospodě, baru, kavárně	Počet kusů -
e Na ulici	Počet kusů -

3. Při jaké příležitosti nejčastěji kouříte? Zaškrtněte jednu nebo více možností.

- 1 Pítí kávy
 2 Pítí alkoholu
 3 Po jídle
 4 Setkání s přáteli
 5 Sám/a
 6 Jiné _____

4. Zkoušel/a jste někdy přestat kouřit? Pokud ANO, uveďte, kolikrát.

- 1 ANO, kolikrát _____
 2 NE

5. Pokud jste se pokoušel/a přestat kouřit, vyberte možnosti, které jste vyzkoušel/a. Zaškrtněte jednu nebo více možností.

- 1 Sám/a, svépomocí
 2 S náhradním nikotin (žvýkačky, náplasti, sprej)
 3 S pomocí léků (Champix, Bupropion)
 4 S pomocí lékaře
 5 S pomocí adiktologa, psychologa, terapeuta
 6 S pomocí lékárníka
 7 Prostřednictvím Národní linky pro odvykání kouření
 8 Prostřednictvím stránek www.koureni-zabiji.cz
 9 S pomocí mobilní aplikace
 10 S podporou rodiny

6. Pokud se Vám nepodařilo přestat kouřit, zaškrtněte situaci, ve které k tomu došlo při posledním pokusu. Při jakých příležitost k tomu docházelo obvykle? Zaškrtněte jednu nebo více možností.

	Situace	Při posledním pokusu	Obvykle
a	Ve stresu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	V dobré náladě	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Při pití kávy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Při pití alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	V restauraci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	V práci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Ve společnosti přátel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2

7. Jak důležité je pro Vás nyní přestat kouřit? Zakroužkujte jednu možnost na škále 1-10

ZCELA NEDŮLEŽITÉ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 VELMI DŮLEŽITÉ

8. Pokud byste uvažoval/a o odvykání kouření, z jakého důvodu by to bylo? Seřadte možnosti od nejdůležitější po nejméně důležitou (1=nejdůležitější, 6= nejméně důležité)

	Důvody	Pořadí (1-6)
a	Zdravotní důvody	
b	Finanční důvody	
c	Negativní postoj rodiny, přátel, okolí	
d	Kvůli závislosti	
e	Kvůli zaměstnání	
f	Kvůli zavedení nekuřáckého zákona	

9. Aktuálně přestat kouřit by pro Vás bylo? Zakroužkujte jednu možnost.

- 1 Nemyslitelné
 2 Velmi obtížné
 3 Středně obtížné
 4 Jednoduché

10. Čeho se nejvíce obáváte, pokud byste přestal/a kouřit? Zaškrtněte jednu nebo více možností.

- 1 Stresu
 2 Zhoršení nálady nebo depresí
 3 Úzkosti
 4 Napětí a nervozity
 5 Nespavosti
 6 Chuti na cigaretu
 7 Přibírání na váze
 8 Neúspěchu při odvykání kouření
 9 Negativních reakcí okolí

11. Co by Vás přimělo k rozhodnutí přestat kouřit? Seřadte možnosti od nejdůležitější po nejméně důležitou (1=nejdůležitější, 5= nejméně důležité).

	Důvod	Pořadí (1-5)
a	Zdražení tabákových výrobků	
b	Zdravotní problémy	
c	Zákaz kouření na pracovišti	
d	Zákaz kouření v restauraci	
e	Naléhání rodiny	

12. Pokud byste uvažoval/a o odvykání kouření, jakou cestu byste zvolil/a? Zaškrtněte jednu nebo více možností.

- 1 Sám/a, svépomocí
 - 2 Náhradní nikotin (žvýkačky, náplasti, sprej)
 - 3 Léky (Champix, Bupropion)
 - 4 Lékaře
 - 5 Adiktologa, psychologa, terapeuta
 - 6 Lékárníka
 - 7 Národní linku pro odvykání kouření
 - 8 Stránky www.koureni-zabiji.cz
 - 9 Mobilní aplikaci
 - 10 Podporu rodiny
-

Test závislosti na nikotinu (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991)

U každé odpovědi zakroužkujte pouze jednu odpověď.

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

- 1 Do 5 min.
- 2 Za 6 - 30 min.
- 3 Za 31 - 60 min.
- 4 Po 60 min.

2. Je pro Vás obtížné nekouřit tam, kde to není dovoleno?

- 1 Ano
- 2 Ne

3. Které cigarety byste se nejméně rád vzdal/a?

- 1 Té první ráno
- 2 Kterékoli jiné

3. Kolik cigaret denně kouříte?

- 1 10 nebo méně
- 2 11 - 20
- 3 21 - 30
- 4 31 a více

5. Kouříte víc v prvních hodinách dne po probuzení než ve zbytku dne?

- 1 Ano
- 2 Ne

6. Kouříte, i když jste nemocný/á tak, že strávíte většinu dne na lůžku?

- 1 Ano
- 2 Ne

Příloha č. 4: Písemná instruktáž dotazovaných a Informovaný souhlas se studií

Vážená paní, vážený pane,

tímto Vám děkuji za účast na dotazníkovém šetření. Jsem studentkou magisterského oboru adiktologie na 1. LF UK. Toto studium je zakončeno zpracováním závěrečné diplomové práce s názvem: **Změna nekuřáckého zákona a její vliv na vzorce užívání tabáku a motivaci k odvykání kouření u pacientů praktických lékařů.** Zdravotní sestra v ordinaci Vám po Vašem souhlasu vysvětlí všechny podrobnosti a zodpoví případné dotazy spojené s vyplněním dotazníku. Seznámí Vás s konkrétním, ještě nevyplněným dotazníkem, teprve pak Vám jej předá a Vy jej budete moci na vyhrazeném místě v ordinaci sám/a, anonymně vyplnit. Vaše anonymita bude po celou dobu studie zajištěna přidělením kódu respondenta. Po jeho vyplnění, prosím dotazník vložte do obálky a vhodte do připraveného, zabezpečeného a označeného boxu. Tím bude zabezpečeno, že Vaše odpovědi poslouží výhradně pro výzkum v rámci studia, nebudou volně přístupné, nebudou předány k dalšímu zpracování. O distribuci druhé vlny dotazníků budete informován telefonicky nebo emailem.

Informovaný souhlas účastníka studie s názvem: Změna nekuřáckého zákona a její vliv na vzorce užívání tabáku a motivaci k odvykání kouření u pacientů praktických lékařů.

Souhlasím s účastí ve studii, jejíž nezbytnou součástí je vyplnění přiloženého dotazníku, a to celkem dvakrát, v termínech duben – květen 2017 a červen – září 2017 v prostorách ordinace mého ošetřujícího lékaře. Jsem si vědom/vědoma, že moje účast je dobrovolná, anonymní, není vázána odměnou. Veškeré mnou poskytnuté informace slouží výhradně pro účely a zpracování této diplomové práce.

V Praze dne

Podpis respondenta.....

Ještě jednou děkuji za Váš souhlas s účastí, vážím si Vašich názorů a připomínek.

S případnými dotazy, připomínkami nebo stížnostmi se může respondent/ka obracet:

Bc. Iveta Švancarová, studentka
mgr.studium adiktologie
1. LF UK
email: ivetasvancar@seznam.cz

Mgr. Adam Kulháněk, vedoucí práce
Klinika adiktologie, Apolinářská 4, Praha 2
1. LF UK a VFN
email: kulhanek.adiktologie@outlook.com