

Užívání tabáku a alkoholu
v České republice:
Zpráva o situaci za období
posledních deseti let

Státní zdravotní ústav,
2014

*Hana
Sovinová*

*Ladislav
Csémy*

*Věra
Kernová*

Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let

Hana Sovinová, Ladislav Csémy, Věra Kernová



Státní zdravotní ústav, 2014

© Státní zdravotní ústav

Publikace byla připravena s finanční podporou programu MZ ČR „Národní akční plány a koncepce“ na rok 2014 č. OZS/28/4142/2014

ISBN - 978-80-7071-335-8

Obsah

Úvod	5
Užívání tabáku (Hana Sovinová).....	6
Užívání tabáku mezi dětmi a dospívajícími.....	6
Celosvětový průzkum užívání tabáku mezi mládeží (GYTS)	6
Další studie	10
Užívání tabáku v dospělé populaci.....	11
Studie Užívání tabáku v ČR 2013	14
Užívání tabáku ve vybraných subpopulacích	21
Globální studie kuřáctví školního personálu (GSPS)	21
Globální studie mezi studenty zdravotnických oborů (GHPSS).....	23
Lékaři a kouření.....	27
Souhrn - tabák.....	28
Užívání alkoholu (Ladislav Csémy)	30
Užívání alkoholu mezi dětmi a dospívajícími	30
Pití alkoholu mezi dětmi školního věku – studie Mládež a zdraví (HBSC).....	30
Užívání alkoholu mezi dospívajícími – studie ESPAD	34
Užívání alkoholu v dospělé populaci.....	41
Rizikové a škodlivé pití alkoholu u mladých dospělých	41
Užívání alkoholu v reprezentativním vzorku dospělé populace ČR - studie SZÚ 2012	48
Praktičtí lékaři a alkohol.....	58
Souhrn - alkohol	61
Souvislost mezi současným kouřením tabáku a konzumací alkoholu	63
Národní politiky a aktuální legislativa (Věra Kernová).....	65
Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku a MPOWER	65

Program “ZDRAVÍ 2020“	66
Legislativa	76
Problematika tabáku a alkoholu:	76
Problematika elektronických cigaret:	77
Problematika nekuřáckého prostředí:	77
Odkazy	78
Přehled zkratk	80

Úvod

Kouření a nadměrná spotřeba alkoholu mají závažný globální dopad na zdraví populace a také působí značné ekonomické ztráty. Vědecké práce potvrzují, že ve vyspělých evropských zemích, včetně Česka, lze kouření připsat 15 až 19 procent roční úmrtnosti a alkoholu 4 až 7 procent.

Vedle prokázaného podílu na mortalitě mají kouření a pití alkoholu závažný dopad na nemocnost, pracovní neschopnost a invaliditu. Tyto poznatky vedly k hledání cest, jak snižovat negativní společenské dopady kouření tabáku a pití alkoholu.

Postupně se ukázalo, že jednotlivá izolovaná regulační a preventivní opatření nepřinášejí dostatečný efekt a že je nutná širší koordinace politiky vůči kouření a pití alkoholu. Na formulaci strategických cílů a jejich mezinárodní koordinaci v současné době spolupracují Světová zdravotnická organizace, různé orgány Evropské unie a instituce a tělesa reprezentující národní státy. Za milníky, které orientují národní strategie, lze považovat *Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku WHO* a *Alkoholovou strategii EU*.

Kontinuální monitoring užívání tabáku a alkoholu v české populaci je podstatnou součástí regulačních strategií, protože poskytuje spolehlivé informace o rozsahu, formách a distribuci jejich spotřeby, vývojových trendech a o charakteristikách ohrožených skupin obyvatelstva. Výsledky monitoringu slouží rovněž k vyhodnocování efektů přijatých regulačních opatření a preventivních intervencí v dané oblasti.

V České republice se během uplynulých 15 let podařilo vytvořit odborně dobře založený monitoring, který přináší celou řadu vědecky podložených poznatků o kouření a pití alkoholu v populaci.

Poznatky za ČR se opírají zejména o dlouhodobé studie Státního zdravotního ústavu (kouření a spotřeba alkoholu, projekty GYTS a další), Psychiatrického centra Praha (Studie ESPAD a HBSC), a dalších institucí.

V této publikaci jsme shrnuli zásadní poznatky z dostupných domácích studií i ze studií, které byly realizovány v mezinárodní spolupráci v období posledních deseti let. Věříme, že publikaci budou využívat jak odborníci v oblasti podpory a ochrany zdraví, tak zdravotní politiky.

Užívání tabáku (Hana Sovinová)

Užívání tabáku mezi dětmi a dospívajícími

Celosvětový průzkum užívání tabáku mezi mládeží (GYTS)

Celosvětový průzkum užívání tabáku mezi mládeží (GYTS) byl vyvinut Světovou zdravotnickou organizací (WHO) ve spolupráci s Centry pro prevenci a kontrolu nemocí (CDC).

Účelem je shromažďování informací o prevalenci užívání tabáku mezi dospívajícími a o jejich postojích a názorech na tabák. GYTS je školní studie zaměřená na žáky ve věku 13 - 15 let.

Studie GYTS byly v ČR provedeny v letech 2002, 2007 a 2011 mezi žáky 7. – 9. tříd ZŠ a mezi studenty odpovídajících ročníků gymnázií. Pro získání dat reprezentativních pro ČR byl použit model dvojstupeňového skupinového výběru.

Tabulka 1 Porovnání prevalence kuřáctví alespoň jedné cigarety v posledních 30 dnech (GYTS, SZÚ 2002 – 2011)

Prevalence	2002			2007			2011		
	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky
Současní kuřáci cigaret (%; 95% CI)	34,6 (31,2-38,1)	34,0 (29,7-38,5)	35,1 (30,8-39,6)	31,1 (27,2-35,3)	29,8 (25,1-35,0)	32,7 (27,6-38,1)	30,6 (26,2-35,3)	28,0 (23,7-32,7)	33,1 (28,0-38,6)
Současní uživatelé jiných tabákových výrobků (%; 95% CI)	8,5 (7,1-10,1)	11,6 (9,6-14,1)	5,5 (3,9-7,1)	14,5 (12,0-17,3)	17,2 (14,3-20,7)	11,2 (8,4-15,0)	17,3 (14,5-20,7)	19,8 (16,0-24,2)	14,9 (12,3-18,0)

Během posledních deseti let se prevalence kouření cigaret celkově mírně snižovala. Tento trend byl patrný i u chlapců, kdežto u dívek není zcela jednoznačný.

Na druhou stranu, užívání jiných tabákových výrobků než cigaret se postupně zvyšovalo, a to jak u chlapců, tak i u dívek. Mezi lety 2002 až 2011 se spotřeba tabákových výrobků jiných než cigarety více než zdvojnásobila. Tento nárůst je spojen především s kouřením vodní dýmky, které je v posledních letech mezi mladými lidmi velmi populární.

Poslední studie GYTS proběhla v ČR v roce 2011. Šetření se zúčastnilo celkem 3799 žáků, z nichž 3350 (1663 chlapců a 1687 dívek) bylo ve věku od 13 do 15 let.

Účast byla anonymní a dobrovolná. Dotazník obsahoval celkem 69 otázek nabízejících několik variant odpovědí.

Výsledky studie GYTS 2011

Celkem 69,8 % žáků uvedlo, že někdy kouřili cigarety, 36,5 % z nich uvedlo, že užívají tabák v současné době (alespoň jednou v posledních 30 dnech). V současné době kouří cigarety 30,6 % studentů a 17,3 % uvedlo, že v posledních 30 dnech konzumovali i jiný tabákový výrobek než cigarety. Kromě toho 27,2 % nekuřáků připustilo možnost, že pravděpodobně začnou kouřit v příštím roce.

Tabulka 2 Procento žáků užívajících tabák (GYTS, SZÚ 2011)

	Během svého života kouřili cigarety % (95% CI)	V současnosti užívají jakékoli tabákové výrobky % (95% CI)	V současnosti kouří cigarety % (95% CI)	V současnosti užívají jiné tabákové výrobky než cigarety % (95% CI)	Nekuřáci, kteří připustili, že možná začnou kouřit v příštím roce % (95% CI)
Celkem	69,8 (63,9 – 75,1)	36,5 (33,2 – 39,9)	30,6 (26,2 – 35,3)	17,3 (14,5 – 20,7)	27,2 (23,4 – 31,5)
Chlapci	69,3 (62,2 – 75,7)	35,0 (31,6 – 38,7)	28,0 (23,7 – 32,7)	19,8 (16,0 – 24,2)	22,2 (19,4 – 25,2)
Dívky	70,2 (63,7 – 76,0)	37,8 (33,3 – 42,6)	33,1 (28,0 – 38,6)	14,9 (12,3 – 18,0)	32,2 (25,6 – 39,7)

Prevalence kouření cigaret je vyšší u dívek (33,1 %) než u chlapců (28,0 %), i když nejde o statisticky významný rozdíl. Alarmující je skutečnost, že podíl dívek nekuřáček připouštějících, že pravděpodobně začnou kouřit během příštího roku (32,2 %) významně převyšuje podíl chlapců (22,2 %).

Tabulka 3 Dostupnost tabákových výrobků (GYTS, SZÚ 2011)

	Procento současných kuřáků, kteří si kupují cigarety v obchodech (95% CI)	Procento současných kuřáků, kterým v posledních 30 dnech nebyl v obchodě zamítnut prodej cigaret z důvodu jejich nízkého věku (95% CI)
Celkem	47,6 (40,7 – 54,6)	67,9 (61,3 – 73,8)
Chlapci	52,8 (46,5 – 59,0)	65,4 (56,8 – 73,1)
Dívky	43,8 (34,2 – 53,9)	70,1 (60,8 – 78,0)

Všichni žáci zařazení do tohoto průzkumu, kteří uvedli, že v současnosti užívají tabák, byli ve věku 13 až 15 let. Navzdory tomu, že platí zákony, které zakazují prodej tabákových výrobků mládeži mladší osmnácti let, téměř každý druhý kuřák přiznal, že nakupuje cigarety v obchodě. Prodej cigaret jim v posledních 30 dnech **nebyl** odmítnut z důvodu jejich nízkého věku téměř v sedmi případech z deseti.

Tabulka 4 Odvykání kouření (GYTS, SZÚ 2011)

	Procento současných kuřáků, kteří chtějí přestat kouřit (95% CI)	Procento současných kuřáků, kteří se pokusili přestat kouřit během posledního roku (95% CI)	Procento současných kuřáků, kterým byla poskytnuta pomoc při odvykání kouření (95% CI)
Celkem	44,9 (40,5 – 49,3)	70,3 (64,7 – 75,2)	46,1 (40,6 – 51,6)
Chlapci	42,5 (35,7 – 49,7)	63,7 (54,9 – 71,7)	47,0 (37,8 – 56,5)
Dívky	46,6 (42,2 – 51,1)	75,2 (70,6 – 79,3)	45,3 (39,0 – 51,7)

Necelá polovina současných kuřáků uvedla, že chtějí přestat kouřit, přičemž sedm kuřáků z deseti se o to pokusilo během uplynulého roku.

Co se týče pokusů o odvykání, téměř pěti současným kuřákům z deseti se při odvykání kouření dostalo odborné pomoci.

Tabulka 5 Expozice žáků tabákovému kouři (GYTS, SZÚ 2011)

	Celkem (95% CI)	Chlapci (95% CI)	Dívky (95% CI)
Žijí v rodinách, kde ostatní kouří	43,0 (38,2 – 48,0)	42,5 (37,3 – 47,9)	43,4 (38,2 – 48,8)
Jsou exponováni tabákovému kouři mimo domov	90,0 (88,2 – 91,5)	88,1 (85,7 – 90,1)	91,8 (89,5 – 93,6)
Jeden nebo oba rodiče jsou kuřáci	53,3 (49,1 – 57,4)	52,4 (47,5 – 57,2)	54,2 (49,3 – 59,0)
Většina kamarádů kouří	27,1 (22,0 – 33,0)	24,0 (18,7 – 30,2)	30,1 (24,5 – 36,2)

Expozice tabákovému kouři:

Více než dvě pětiny žáků, kteří se zúčastnili průzkumu, žijí v rodinách, kde jiní kouří, a devět z deseti uvedlo expozici tabákovému kouři mimo domov. Jednoho případně oba rodiče kuřáky má více než polovina žáků a téměř tři z deseti mají i většinu kamarádů, kteří kouří.

Pokud jde o postoje k expozici tabákovému kouři obecně, sedm dotázaných z deseti souhlasí se zákazem kouření na veřejných místech a šest z deseti si uvědomuje, že tabákový kouř je pro ně škodlivý.

Metodologie školní studie GYTS poskytuje vhodný rámec pro monitorování a realizaci školních programů omezování spotřeby tabáku.

Výsledky tohoto šetření jsou zveřejňovány a v ideálním případě využívány k vypracování a zavádění účinných legislativních opatření s cílem zajištění efektivní prevence užívání a snížení spotřeby tabáku, vzniku závislosti na nikotinu a omezení expozice tabákovému kouři.

Cílem účasti na realizaci studií GYTS je posílení schopnosti monitorovat spotřebu tabáku, začátek jeho užívání u školní mládeže a implementaci národních programů prevence a omezování spotřeby tabáku v této věkové populační skupině.

Výsledky studií usnadní porovnávání dat souvisejících s tabákem na národní, regionální a globální úrovni. Analýzy získaných dat ze studií GYTS jsou také využívány pro dokumentaci změn různých opatření určených ke sledování realizace jednotlivých zákonných ustanovení kontroly tabáku a příslušných článků FCTC WHO.

Další studie

Pro doplnění uvádíme výsledky české části mezinárodního projektu WHO Mládež a zdraví (The Health Behaviour in School-aged Children) z let 2002 až 2010, kde sledován reprezentativní vzorek žáků z náhodně vybraných škol z celé republiky.

Po přechodném poklesu počtů pravidelných kuřáků v roce 2006 došlo v roce 2010 k jeho opětovnému nárůstu, i když na nižší hladinu než v roce 2002. Od roku 2006 jsou počty třináctiletých kouřících dívek vyšší než kouřících chlapců, pro patnáctileté to platí již od roku 2002.

Druhá část tabulky shrnuje informace o průměrné týdenní spotřebě cigaret v letech 2002 až 2010. V tomto období docházelo k postupnému růstu počtu vykouřených cigaret jak u chlapců, tak i u dívek ve věku 13 i 15 let až do roku 2006. V roce 2010 pokračoval tento nárůst u třináctiletých, ve skupině patnáctiletých se nárůst víceméně zastavil.

Tabulka 6 Porovnání kuřáctví u reprezentativního souboru českých dětí a dospívajících v letech 2002 až 2010 (WHO-HBSC)

Věková skupina	Rok	13 let			15 let		
		2002	2006	2010	2002	2006	2010
Pravidelní kuřáci v % (1x týdně a častěji)	Celkem	11,1	8,4	9,7	29,7	21,0	25,0
	Chlapci	13,8	7,8	8,9	28,6	19,7	22,0
	Dívky	8,6	8,8	10,3	30,6	23,5	27,8
Průměrná týdenní spotřeba cigaret (v ks/os.)	Celkem	16,1	19,1	22,5	33,6	35,7	35,0
	Chlapci	16,7	19,7	25,9	35,1	38,1	37,8
	Dívky	15,3	18,6	20,2	32,3	33,7	32,9

Následující tabulka doplňuje tabulku 6 o informaci o prevalenci denního kuřáctví mezi patnáctiletými žáky a žačkami.

Tabulka 7 Prevalence denních kuřáků ve věkové skupině 15 let v letech 2002 až 2010 v procentech (WHO-HBSC)

Rok	2002	2006	2010
Celkem	21,6	16,3	17,9
Chlapci	20,2	14,5	15,8
Dívky	22,9	18,1	19,8

Porovnáme-li údaje o počtech denních kuřáků s daty ze studie HBSC z roku 1994 (8,8 % celkem, 11,4 % u chlapců a 6,2 % u dívek), procento denních kuřáků se do roku 2002 výrazně zvýšilo jak u chlapců, tak především u dívek. Následný pokles mezi roky 2002 a 2006 byl výraznější u chlapců. I přes příznivý obrat ve vývoji kuřáctví po roce 2002 došlo v roce 2010 ve vývoji trendu ke stagnaci. Další směřování trendu prevalence patnáctiletých denních kuřáků ukáže až studie realizovaná v roce 2014.

Užívání tabáku v dospělé populaci

SZÚ pravidelně sleduje informace o užívání tabáku v české dospělé populaci ve věku 15 let a starších již od roku 1997. Pro prováděný monitoring je řada závažných důvodů.

Údaje o celkové úmrtnosti za rok 2010 ukázaly, že 3 998 mužů (77,7 na 100 000 obyvatel) a 1556 žen (29 na 100 000 obyvatel), zemřelo na rakovinu plic (C34), a zároveň tato příčina smrti je nejčastější příčinou úmrtí na novotvary celkem (ČSÚ, 2011). Národní a mezinárodní studie také potvrzují, že celková úmrtnost, která se připisuje kouření, je velmi vysoká. V roce 2002 bylo v ČR vykázáno 20 550 úmrtí, která by mohly být připsány kouření (14 525 mužů a 6.025 žen). Úmrtí způsobená kouřením tabáku představovala 19 % z celkové úmrtnosti (Sovinová et al., 2008).

Dlouhodobý program českého Ministerstva zdravotnictví ČR ke zlepšení zdraví populace České republiky: "Zdraví pro všechny v 21. století" si snížení užívání tabáku stanovil jako jednu z priorit.

Poznatky z populačního šetření poskytují jedinečné informace, jež není možné získat jiným způsobem. Jde především o stanovení podílu zdravotně rizikového chování a o určení demografických a sociálních charakteristik ohrožené populace.

Kouření tabáku má závažný dopad na zdravotní stav populace. Epidemiologické výzkumy dokládají, že v České republice se kouření

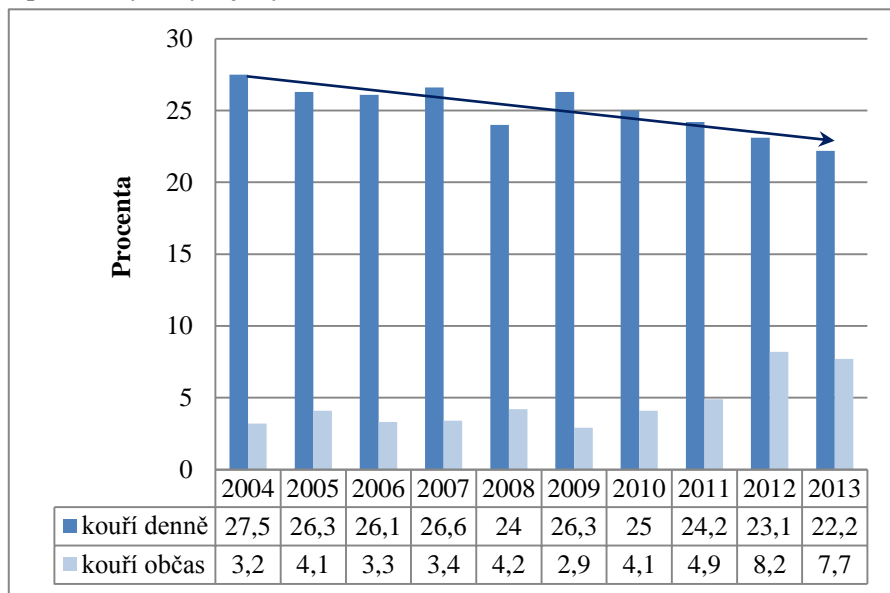
podílí na celkové roční úmrtnosti 15 – 17 procenty (Peto et al., 2012; Sovinová et al., 2008). Snaha omezovat zdravotní a s nimi i ekonomické škody, které kouření působí, je proto logicky jednou z hlavních priorit veřejného zdravotnictví. Analýza trendů dává také možnost vyhodnocovat účinnosti politik ve vztahu k tabáku, což je přidanou hodnotou, pro kterou stojí za to populační studie periodicky opakovat.

Výsledky populačních studií mají značný význam i pro mezinárodní vědeckou komunitu. Data, která získáváme o kouření tabáku, se dostávají do databází WHO a dalších mezinárodních institucí a slouží jako zdroj pro mezinárodní srovnávací studie a jako podklad pro tvorbu národních, regionálních i globálních politik veřejného zdraví.

Data o kouření české populace jsou získávána každoročně od roku 1997. Vývojový trend počtu kuřáků mezi dospělými občany ČR je v posledních letech poměrně stabilní. Pohybuje se mezi 28 až 32 % (Sovinová et al., 2012).

Přehled o vývoji prevalence kuřáctví dospělé populace ve věku 15 let a více v posledních deseti letech ukazuje následující graf.

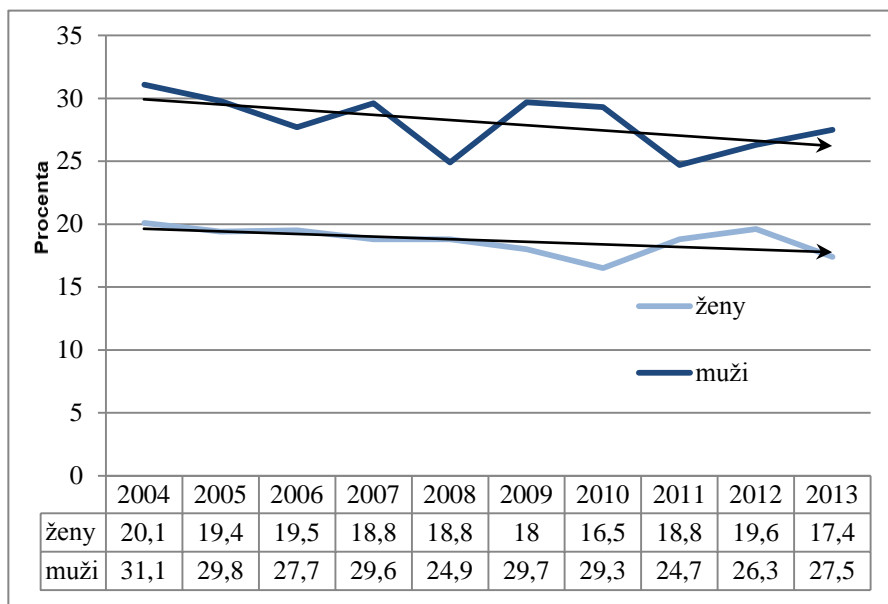
Graf 1 Vývoj prevalence současných kuřáků (v %) za posledních deset let s proloženým vývojovým trendem (SZÚ 2004 – 2013)



Ze statistického hlediska nelze hodnotit změny prevalence kuřáctví v posledních deseti letech jako významné. Přesto však je možné pozorovat mírný sestupný vývojový trend, který naznačuje možnost dosažení dalšího snížení prevalence kuřáctví v příštích letech.

Obdobná situace ve vývoji prevalence kuřáctví je patrná i při dělení podle pohlaví. I zde je možno pozorovat mírný trend poklesu počtu kouřících mužů i žen v posledních deseti letech.

Graf 2 Vývoj prevalence současných kuřáků za posledních deset let podle pohlaví (v %) s proloženými vývojovými trendy (SZÚ 2004 – 2013)



Pro monitorování užívání tabákových výrobků byl od roku 2012 zvolen soubor klíčových otázek pro tabák WHO/CDC Tobacco Questions for Surveys (TQS), který poskytuje data mezinárodně porovnatelná. Tyto specifické otázky byly doplněny o demografické charakteristiky sledovaného souboru.

Studie Užívání tabáku v ČR 2013

V následující části rozebereme podrobněji nejaktuálnější data získaná ve studii realizované v roce 2013.

Údaje, jejichž rozboru je tato zpráva věnována, byly získány od výběrového souboru 1797 respondentů vybraných náhodným výběrem pomocí kvót. Soubor je reprezentativním vzorkem populace České republiky ve věku 15 let a více. Reprezentativnost byla odvozena od základního souboru obyvatelstva České republiky. (*Viz Věkové složení obyvatelstva České republiky v roce 2012. Stav k 31. 12. 2012. ČSÚ 2013*)

Složení výběrového souboru v intencích základních demografických znaků je následující. Soubor tvoří 874 (48,6 %) mužů a 923 (51,4 %) žen, což odpovídá analogické skladbě populace ČR ve věku od 15 let výše.

Z hlediska relativních četností byla zjištěna odchylka výběrového souboru od základního souboru v rozmezí 0,1%, což znamená, že výzkum je reprezentativní pro obyvatelstvo České republiky ve věku nad 15 let podle pohlaví, věku a regionu.

Tabulka 8 Podrobný přehled kuřáctví tabákových výrobků (SZÚ 2013)

Rozsah kuřáckých návyků (v posledních 30 dnech)	Celkem	Muži	Ženy
	Procenta (95% CI)		
Současní kuřáci tabáku	29,9 (27,8; 32,1)	36,4 (33,2; 39,7)	23,7 (21,0; 26,6)
Denní kuřáci	22,2 (20,3; 24,2)	27,2 (24,3; 30,3)	17,4 (15,1; 20,1)
Příležitostní kuřáci	7,7 (6,5; 9,0)	9,2 (7,4; 11,3)	6,3 (4,8; 8,1)
Současní nekuřáci	70,1 (67,9; 72,2)	63,6 (60,3; 66,8)	76,3 (73,4; 79,0)
Bývalí kuřáci	12,6 (11,1; 14,2)	15,1 (12,8; 17,7)	10,2 (8,4; 12,4)
Nekuřáci celoživotní	57,5 (55,2; 59,8)	48,5 (45,2; 51,9)	66,1 (63,0; 69,1)

Podrobný přehled kuřáctví tabákových výrobků ukazuje, že současných kuřáků tabáku je v české dospělé populaci téměř 30 %. Z toho převážnou

většinu představují kuřáci denní. Statistický významný rozdíl je pozorován mezi vykázanými počty kouřících mužů a žen, kdy významně více kouří muži než ženy, pokud se jedná o kuřáctví denní. U příležitostných kuřáků nebyl významný rozdíl zaznamenán.

Statisticky významný rozdíl prevalence byl zaznamenán rovněž u současných i celoživotních nekuřáků, a to ve prospěch žen.

Tabulka 9 Současní kuřáci různých druhů tabákových výrobků podle vybraných demografických charakteristik (SZÚ 2013)

	Jakýkoliv kouřený tabákový výrobek	Cigarety	Dýmka	Doutníky	Vodní dýmka
<i>Procenta (95% CI)</i>					
Celkem	29,9 (27,8; 32,1)	28,9 (26,8; 31,1)	0,6 (0,3; 1,1)	2,1 (1,5; 2,9)	2,5 (1,8; 3,3)
<i>Pohlaví</i>					
Muži	36,4 (33,2; 39,7)	34,7 (31,5; 37,9)	1,1 (0,6; 2,2)	3,7 (2,6; 5,2)	3,2 (2,2; 4,7)
Ženy	23,7 (21,0; 26,6)	23,4 (20,7; 26,3)	0	0,7 (0,3; 1,5)	1,7 (1,0 – 2,9)
<i>Věková skupina</i>					
15-24	39,2 (33,0; 45,6)	38,0 (33,0; 45,6)	0	3,3 (1,4; 6,3)	6,1 (3,5; 9,9)
25-44	32,5 (28,9; 36,3)	31,2 (27,7; 35,0)	0,6 (0,2; 1,7)	2,7 (1,6; 4,3)	3,3 (2,1; 5,1)
45-64	28,3 (24,6; 32,2)	27,5 (24,0; 31,4)	0,5 (0,1; 1,7)	0,9 (0,3; 2,2)	1,2 (0,5; 2,6)
65+	21,1 (17,0; 25,9)	20,2 (16,2; 25,0)	0,9 (0,2; 2,8)	2,4 (1,1; 4,8)	0,3 (0; 1,9)
<i>Vzdělání: Kategorie vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25let a starší</i>					
ZŠ a SOU	31,8 (28,2; 35,6)	31,0 (27,4; 34,8)	1,0 (0,4; 2,2)	1,9 (1,1; 3,5)	0,8 (0,3; 2,0)
SŠ s maturitou	26,8 (23,3; 30,5)	25,8 (22,4; 29,5)	0	1,5 (0,7; 2,9)	2,1 (1,2; 3,7)
VŠ	25,1 (20,5; 30,2)	23,8 (19,4; 28,9)	1,2 (0,4; 3,4)	2,8 (1,4; 5,4)	3,4 (1,8; 6,2)

Ve studii se i v roce 2013 potvrdilo, že naprosto převažuje kuřáctví cigaret (28,9 %). Kuřáctví ostatních tabákových výrobků je minimální s výjimkou vodní dýmky.

Z hlediska věku je nejvyšší prevalence kuřáctví ve věkové kategorii 15 – 24 let. S věkem prevalence kuřáctví klesá. Procento kuřáků cigaret klesá s vyšší dosaženého vzdělání. Pouze u kuřáctví doutníků, a především u vodní dýmky, vykazuje prevalence podle vzdělání opačný trend.

Tabulka 10 Užívání mentolových cigaret (SZÚ 2013)

Demografická charakteristika	Celý soubor		Kuřáci	
	Denně	Příležitostně	Denně	Příležitostně
	<i>Procenta (95% CI)</i>			
Celkem	1,6 (1,1; 2,3)	9,6 (8,3; 11,1)	5,4 (3,7; 7,8)	32,2 (28,3; 36,4)
<i>Pohlaví</i>				
Muži	1,0 (0,5; 2,0)	11,3 (9,3; 13,7)	2,8 (1,4; 5,5)	31,1 (26,2; 36,6)
Ženy	2,2 (1,4; 3,4)	8,0 (6,4; 10,0)	9,1 (5,7; 13,8)	33,8 (27,6; 40,5)
<i>Věková skupina</i>				
15-24	3,3 (1,4; 6,3)	18,0 (13,4; 23,4)	8,3 (3,7; 15,8)	45,8 (35,6; 56,3)
25-44	1,9 (1,0; 3,3)	12,2 (9,8; 15,0)	5,8 (3,0; 9,9)	37,5 (30,9; 44,5)
45-64	1,6 (0,8; 3,1)	7,5 (5,6; 10,1)	5,6 (2,6; 10,4)	26,7 (20,1; 34,2)
65+	0	2,4 (1,1; 23,4)	0	11,1 (4,9; 20,7)
<i>Vzdělání: Kategorie vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší</i>				
ZŠ a SOU	0,9 (0,3; 2,0)	9,0 (7,0; 11,6)	2,5 (0,8; 5,8)	28,4 (22,2; 35,3)
SŠ s maturitou	2,0 (1,1; 3,5)	8,9 (6,8; 11,5)	7,4 (3,9; 12,5)	33,1 (26,0; 40,9)
VŠ	1,2 (0,4; 3,4)	5,9 (3,7; 9,2)	4,9 (1,4; 12,2)	23,5 (14,8; 34,2)

Otázka na kuřáctví cigaret ochucených mentolem byla v roce 2013 zařazena ve studii poprvé. Odpověď na tuto otázku poskytla nové informace o rozsahu preferencí kuřáků, pokud se volby příchuti cigaret týče.

Ukázalo se, že mentolové cigarety kouří téměř čtyři současní kuřáci z deseti, přičemž v nejmladší věkové kategorii to představuje více než polovinu kuřáků (54,1 %).

Expozice tabákovému kouři:

Tabulka 11 Expozice nekuřáků tabákovému kouři (SZÚ 2013)

Demografická charakteristika	Nekuřáci vystavení tabákovému kouři doma	Nekuřáci vystavení tabákovému kouři na pracovišti
<i>Procenta</i>		
Celkem	12,5	20,7
<i>Pohlaví</i>		
Muži	13,3	25,4
Ženy	11,8	16,6
<i>Věková skupina</i>		
15-24	18,8	26,3
25-44	13,2	18,7
45-64	11,0	20,7
65+	10,0	31,6
<i>Vzdělání: Kategorie vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší</i>		
ZŠ a SOU	14,4	29,9
SŠ s maturitou	11,9	19,5
VŠ	6,2	11,7

Téměř 13 % nekuřáků je vystaveno tabákovému kouři ve svých domovech.

Nejvyšším podílem je zastoupena nejmladší věková kategorie (15 – 24 let), kde je pasivnímu kuřáctví vystavena téměř jedna pětina nekuřáků.

Ukázalo se, že výše dosaženého vzdělání má rovněž vliv na díl osob vystavených tabákovému kouři. Toto procento se stoupající úrovní dosaženého vzdělání klesá. Rozdíl mezi základním a vysokoškolským vzděláním je více než dvojnásobný.

Na pracovišti je vystavena tabákovému kouři více než jedna pětina nekuřáků. Častěji jsou postiženi muži. Nejvyšším podílem jsou zastoupeny nejmladší a nejstarší věková kategorie.

Úroveň dosaženého vzdělání má rovněž vliv na procento osob vystavených tabákovému kouři. Jejich podíl klesá se stoupající úrovní dosaženého vzdělání téměř 2,5násobně.

V porovnání s předcházejícím rokem stále přetrvává vysoký podíl nekuřáků vystavených tabákovému kouři na pracovišti, přestože je to v rozporu s platnou legislativou.

Tabulka 12 Užívání elektronických cigaret (SZÚ 2013)

Demografická charakteristika	Celý soubor	Kuřáci
	<i>Procenta (95% CI)</i>	
Celkem	1,1 (0,7; 1,7)	3,5 (2,2; 5,6)
<i>Pohlaví</i>		
Muži	1,4 (0,8; 2,5)	3,8 (2,1; 6,7)
Ženy	0,8 (0,3; 1,3)	3,2 (1,3; 6,5)
<i>Věková skupina</i>		
15-24	1,2 (0,3; 3,5)	3,1 (0,7; 8,9)
25-44	1,3 (0,6; 2,6)	3,9 (1,7; 7,4)
45-64	1,4 (0,7; 2,9)	5,0 (2,2; 9,6)
65+	0	0
<i>Vzdělání: Kategorie vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší</i>		
ZŠ a SOU	0,7 (0,2; 1,8)	2,3 (0,6; 5,1)
SŠ s mat.	1,6 (0,8; 3,1)	6,1 (3,0; 11,0)
VŠ	0,6 (0,1; 2,5)	2,5 (0,3; 8,6)

Užívání elektronických cigaret uvedlo celkem 1,1 procenta respondentů, v případě kuřáků tento počet stoupl na 3,5 procent. Jejich užívání narůstá se stoupajícím věkem s výjimkou nejstarší věkové kategorie, ale tento nárůst není statisticky významný.

Poprvé bylo užívání e-cigaret sledováno v letech 2010 a 2011. Počty jejich uživatelů zůstávají na velmi nízké úrovni. V roce 2010 to bylo 1,6 % celkem a v roce následujícím 1,5 %.

Tabulka 13 Počet cigaret průměrně vykouřených denními kuřáky za den podle vybraných demografických charakteristik (SZÚ, 2014)

Demografická charakteristika	Počet cigaret průměrně vykouřených za den				
	<5	5-9	10-14	15-24	≥25
	<i>Procenta (95% CI)</i>				
Celkem	15,8 (12,5; 19,9)	26,1 (21,9; 30,8)	29,7 (25,3; 34,4)	24,9 (20,7; 29,5)	3,5 (2,0; 6,0)
<i>Pohlaví</i>					
Muži	10,7 (7,1; 15,4)	25,6 (20,3; 31,9)	30,5 (24,6; 36,8)	28,8 (23,0; 35,0)	4,3 (2,1; 7,8)
Ženy	23,0 (16,8; 30,2)	26,7 (20,1; 34,1)	28,5 (21,7; 36,0)	19,4 (13,7; 26,3)	2,4 (0,7; 6,1)
<i>Věková skupina</i>					
15-24	20,3 (11,8; 31,2)	32,4 (22,0; 44,3)	31,1 (20,8; 42,9)	14,9 (7,7; 25,0)	1,4 (0; 7,3)
25-44	12,3 (7,6; 18,6)	22,1 (15,8; 29,5)	29,9 (22,8; 37,8)	31,2 (24,0; 39,1)	4,6 (1,9; 9,1)
45-64	16,4 (10,3; 24,2)	29,5 (21,6; 38,4)	32,0 (23,8; 41,0)	21,3 (14,4; 29,7)	0,8 (0; 4,5)
65+	18,8 (9,0; 32,6)	20,8 (10,5; 35,0)	20,8 (10,5; 35,0)	29,2 (17,0; 44,1)	10,4 (3,5; 22,7)
<i>Vzdělání: Kategorie vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší</i>					
ZŠ a SOU	12,7 (8,0; 19,0)	23,6 (17,2; 31,0)	23,6 (17,2; 31,0)	35,0 (27,6; 43,0)	5,1 (2,2; 9,8)
SŠ s maturitou	20,0 (13,1; 28,5)	22,6 (15,3; 31,4)	39,1 (30,2; 48,7)	15,7 (9,6; 23,6)	2,6 (0,5; 7,4)
VŠ	9,6 (3,2; 21,0)	32,7 (20,3; 47,1)	25,0 (14,0; 39,0)	28,9 (17,1; 43,0)	3,9 (0,5; 13,2)

Muži i ženy kouří nejčastěji 10 až 14 cigaret denně (30,5 %, resp. 28,5 %). Proti předcházejícímu roku došlo k určitému snížení počtu vykouřených cigaret u mužů, kdy nejvyšší procento (35,9 %) spadalo do kategorie 15 až

24 cigaret denně. Nejnižší věková skupina kouří do deseti cigaret denně (celkem více než 50 %). Denní spotřeba cigaret rovněž klesá s vyšší dosaženého vzdělání.

Tabulka 14 Kouření tabákových výrobků – porovnání dat z let 2012 a 2013 (SZÚ, 2013)

Rozsah kuřáckých návyků (v posledních 30 dnech)	ROK	Celkem	Muži	Ženy
	<i>Procenta (95% CI)</i>			
Současní kuřáci tabáku	2013	29,9 (27,8; 32,1)	36,4 (33,2; 39,7)	23,7 (21,0; 26,6)
	2012	31,3 (29,2;33,5)	36,5 (33,4;39,8)	26,3 (23,5;29,3)
Denní kuřáci	2013	22,2 (20,3; 24,2)	27,2 (24,3; 30,3)	17,4 (15,1; 20,1)
	2012	23,1 (21,2;25,1)	26,7 (23,9;29,8)	19,6 (17,1;22,4)
Příležitostní kuřáci	2013	7,7 (6,5; 9,0)	9,2 (7,4; 11,3)	6,3 (4,8; 8,1)
	2012	8,2 (7,0;9,6)	9,8 (7,9;12,0)	6,7 (5,2;8,6)
Současní nekuřáci	2013	70,1 (67,9; 72,2)	63,6 (60,3; 66,8)	76,3 (73,4; 79,0)
	2012	68,7 (66,5;70,8)	63,5 (60,2;66,7)	73,7 (70,7;76,5)
Bývalí kuřáci	2013	12,6 (11,1; 14,2)	15,1 (12,8; 17,7)	10,2 (8,4; 12,4)
	2012	13,1 (11,6;14,8)	14,6 (12,3;17,1)	11,7 (9,7;14,0)
Nekuřáci celoživotní	2013	57,5 (55,2; 59,8)	48,5 (45,2; 51,9)	66,1 (63,0; 69,1)
	2012	55,6 (53,3;57,9)	48,9 (45,6;52,3)	62,0 (58,7;65,1)

Porovnáním dat z let 2012 a 2013 se ukázalo, že mezi oběma roky je ve všech sledovaných parametrech pouze statisticky nevýznamný rozdíl s naznačeným nepatrným poklesem prevalence kuřáctví.

Užívání tabáku ve vybraných subpopulacích

Globální studie kuřáctví školního personálu (GSPS)

Česká studie GSPS zahrnuje údaje o prevalenci kuřáctví cigaret a o užívání jiných tabákových výrobků a informace týkající se školní politiky vůči užívání tabáku, dostupnosti výukových materiálů a školení a osobních postojů pedagogů k užívání tabáku. Tyto informace doplňují celkový obraz o kuřáctví školních dětí získaný prostřednictvím studií GYTS.

Studie GSPS byla realizována ve vybraných školách současně se studií GYTS u pedagogů vyučujících na druhém stupni základních škol a na dalších školách vyučujících věkem odpovídající studenty (tj. 13 až 15leté) v letech 2002, 2007 a 2011.

V roce 2002 se studie zúčastnilo celkem 787 pedagogů, v roce 2007 celkem 673 pedagogů a v roce 2011 celkem 480 pedagogů. Téměř 80 % všech respondentů představují ženy.

Tabulka 15 Prevalence kuřáctví cigaret mezi pedagogy v % (GSPS, SZÚ 2002-2011)

	2002	2007	2011
Kouří denně	11,0	8,3	8,4
Kouří příležitostně	10,1	9,9	9,0
Celkem	21,1	18,2	17,4

V průběhu sledovaných deseti let je mezi pedagogy patrný mírně klesající trend počtu kuřáků cigaret.

Porovnáním s obecnou populací v odpovídajících letech (2007 a 2011) se prokázalo, že kuřáctví pedagogických pracovníků je výrazně nižší. V roce 2007 bylo nižší o 12,1 % a v roce 2011 o 11,7 %.

Studie GSPS 2011

Na základě výsledků poslední studie GSPS z roku 2011 je možno konstatovat, že 19,9 % pedagogů v současné době užívá jakýkoliv tabákový výrobek; cigarety kouří 17,4 % a 6,1 % (převážně mužů) užívá i jiné tabákové výrobky (např. dýmku, doutníky apod.).

Naprosto převažujícím zastoupení žen odpovídá i celková prevalence kuřáctví (17,4 %), kde procento kouřících mužů tuto hodnotu výrazně převyšuje (24,0 % u mužů vs. 15,5 % u žen).

Tabulka 16 Prevalence kuřáctví cigaret v % (GSPS, SZÚ 2011)

	Muži	Ženy	Celkem
Kouří denně	14,6	6,6	8,4
Kouří příležitostně	9,4	8,9	9,0
Celkem	24,0	15,5	17,4

Tabulka 17 Prevalence užívání jiných tabákových výrobků v % (GSPS, SZÚ 2011)

	Muži	Ženy	Celkem
Kouří denně	1,0	0,3	0,4
Kouří příležitostně	16,7	2,9	5,7
Celkem	17,7	3,2	6,1

Z výsledků studie GSPS 2011 vyplynulo, že 84 % škol má politiku zakazující užívání tabáku mezi studenty; téměř polovina škol má obdobnou politiku pro zaměstnance a tři z pěti škol svoji nekuřáckou politiku důsledně prosazují. Přesto kouření v prostorách školy během posledního roku přiznali téměř tři učitelé z deseti.

Více než polovina pedagogů uznává, že k tomu, aby byli schopni pomoci svým studentům vyhnout se užívání tabáku, potřebují speciální odbornou přípravu. Přitom téměř tři z pěti pedagogů si uvědomují, že pokud sami kouří, má jejich chování negativní dopad na kuřáctví mládeže.

Téměř čtyři pětiny pedagogů neabsolvovaly školení v oblasti prevence užívání tabáku a pouze necelých 60 procent pedagogů má k dispozici výukové materiály o škodlivosti jeho užívání.

Ze sledovaných postojů pedagogů k problematice tabáku stojí za zmínku, že více než sedm z deseti pedagogů je přesvědčeno o nutnosti úplného zákazu reklamy na tabákové výrobky, o potřebě výrazného zvýšení ceny cigaret a o tom, že tabákový průmysl záměrně povzbuzuje mládež k užívání tabáku.

Ve studii zjištěné skutečnosti mohou působit jako pádné argumenty při vytváření a implementaci komplexních programů omezování kuřáctví v českých školách.

Globální studie mezi studenty zdravotnických oborů (GHPSS)

Je nepochybné, že zdravotničtí pracovníci hrají u svých pacientů při prevenci a odvykání užívání tabáku důležitou roli. Bylo prokázáno, že odborné poradenství poskytované zdravotníky účinnost odvykání kouření zvyšuje.

I přes uznání studentů medicíny a ošetrovatelství jako největší skupiny budoucích zdravotnických pracovníků v oblasti omezování spotřeby tabáku jen několik studií shromáždilo informace o jejich užívání tabáku, vystavení pasivnímu kouření a absolvování výcviku pro poskytování poradenství při odvykání kouření.

WHO a CDC se pokusily prostřednictvím realizace celosvětového průzkumu kuřáctví mezi studenty zdravotnických oborů (GHPSS) tento nedostatek informací překonat. GHPSS zahrnuje šetření mezi studenty lékařských a ošetrovatelských oborů. Jedná se o standardizované populační šetření provedené mezi studenty 3. ročníků sledovaných oborů realizované v letech 2007 a 2011.

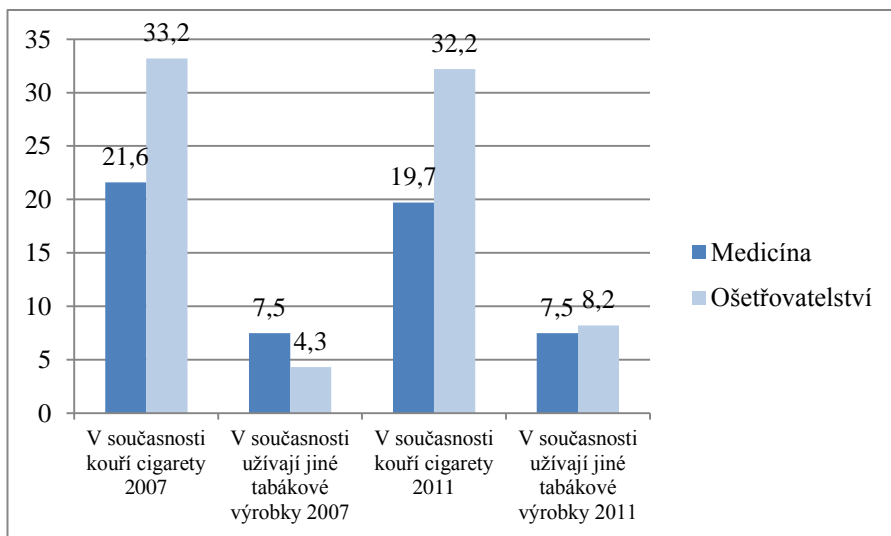
GHPSS používá základní soubor otázek, který mapuje demografické složení souboru, prevalenci kouření cigaret a užívání jiných tabákových výrobků, znalosti a postoje k užívání tabáku, expozici pasivnímu kouření, snahu o odvykání kouření a získanou odbornou přípravu pro poradenství poskytované pacientům v oblasti odvykání kouření.

GHPSS podporuje doporučení dokumentu MPOWER WHO sledováním údajů klíčových tabákových indikátorů, zahrnujících prevalenci užívání tabáku, faktory ovlivňující užívání tabáku, úlohu zdravotníků jako vzoru pro veřejnost a nácvik technik odvykání kouření.

Zdravotníci mohou při snižování míry užívání tabáku hrát klíčovou roli. Dokonce i stručné a jednoduché rady dané pacientům mohou výrazně zvýšit úspěšnost odvykání kouření. Proto jednou ze strategií ke snížení počtu úmrtí souvisejících s kouřením je úsilí o zapojení zdravotníků do oblasti prevence užívání tabáku a poradenství odvykání kouření.

Porovnání trendů současného kuřáctví cigaret a užívání jiných tabákových výrobků u studentů medicíny a ošetrovatelství mezi roky 2007 a 2011 ukázalo na statisticky významně vyšší prevalenci kuřáctví ve skupině ošetrovatelství s naprostou většinou studentek (**97,6 %** v roce 2007 a **95,0 %** v roce 2011) a naznačilo pouze nepatrný pokles prevalence kuřáctví cigaret u obou sledovaných skupin.

Graf 3 Porovnání prevalence užívání tabáku u studentů medicíny a ošetrovatelství v letech 2007 a 2011 v % (GHPSS, SZÚ 2007-2011)



(Jiné tabákové výrobky: žvýkací nebo šňupací tabák, cigarilla, doutníky nebo dýmky)

Studie GHPSS 2011

Data z poslední studie GHPSS realizované v roce 2011 jsou podrobněji analyzována v následujícím oddíle. Celkem se šetření zúčastnilo 706 mediků (459 žen, 247 mužů) a 447 studentů ošetrovatelství, z toho 424 žen a pouze 23 mužů.

Téměř osm z deseti studentů medicíny přiznalo, že někdy kouřili cigarety. Prevalence zkušenosti s kouřením u - v převážné většině - studentek ošetrovatelství je více než 80 %.

V současnosti kouří cigarety téměř jedna pětina studentů medicíny. V porovnání s téměř jednou třetinou kuřáček v oboru ošetrovatelství je tento rozdíl statisticky významný v neprospěch budoucích ošetrovatelek.

Během posledního roku kouřilo na pozemku školy 12,5 % studentů medicíny a více než dvojnásobek (28,8 %) budoucích zdravotních sester. Ve školních budovách kouřilo ve stejném období 1,9 % studentů medicíny a 3,2 % studentů ošetrovatelství.

Tabulka 18 Celoživotní a současná prevalence užívání tabáku u studentů medicíny a ošetrovatelství (GHPSS, SZÚ 2011)

		Někdy kouřili cigarety	Někdy užívali jiné tabákové výrobky*	V současnosti kouří cigarety	V současnosti užívali jiné tabákové výrobky*
		% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
Medicína	Celkem	77,5 (76,2-78,6)	52,3 (50,9-53,7)	19,7 (18,6-20,9)	7,5 (6,8-8,3)
	Ženy	76,2 (74,7-77,7)	43,5 (41,7-45,2)	17,0 (15,7-18,4)	4,1 (3,5-4,8)
	Muži	80,1 (78,1-81,9)	69,0 (66,7-71,2)	24,9 (22,9-27,0)	13,9 (12,3-15,7)
Ošetrovatelství	Celkem	85,5 (84,3-86,6)	44,6 (43,0-46,2)	32,2 (30,7-33,7)	8,2 (7,3-9,1)
	Ženy	85,4 (84,2-86,6)	44,3 (42,6-45,9)	32,5 (31,0-34,1)	7,8 (7,0-8,8)
	Muži	86,2 (80,4-90,5)	50,3 (43,1-57,5)	25,7 (20,0-32,3)	14,0 (9,6-19,9)

* žvýkáci nebo šňupací tabák, cigarilla, doutníky nebo dýmky

Postoje:

Jednou oblastí studie, která byla řešena, je otázka, zda zdravotníci slouží jako vzory pro své pacienty a veřejnost.

Více než osm z deseti studentů medicíny je přesvědčeno, že zdravotníci by měli sloužit jako vzory pro své pacienty i širokou veřejnost, nicméně pouze 53 % z nich se skutečně cítí být takovým vzorem.

Šest z deseti studentů zdravotnických oborů předpokládá, že zdravotničtí pracovníci, kteří kouří, pravděpodobně nebudou radit pacientům, aby přestali kouřit.

Při styku s pacienty ovlivňuje budoucí zdravotnické profese užívání tabáku při poskytování účinného poradenství negativně. To si zřejmě uvědomuje polovina studentů medicíny, kteří v současnosti kouří, a chtějí s kouřením skončit.

Šest z deseti budoucích lékařů soudí, že by zdravotníci měli absolvovat odbornou přípravu v odvykacích technikách, aby mohli efektivně pomáhat svým pacientům se zanecháním kouření.

Závěr:

Šetření GHPSS je přínosem při hodnocení chování a postojů týkajících se tabáku u studentů zdravotnických oborů.

Pokud chceme podstatně snížit užívání tabákových výrobků, měli bychom investovat prostředky do zlepšení kvality vzdělávání studentů zdravotnických oborů s ohledem na omezování spotřeby tabáku.

Je velmi důležité posílit povědomí studentů o jejich roli jako vzorů pro své pacienty a veřejnost, k upevnění jejich pocitu odpovědnosti za poskytnutí doporučení všem pacientům, aby přestali kouřit, a podporovat důležitou úlohu sester při odvykání kouření.

Pro rozšíření efektivního vzdělávání studentů všech zdravotnických oborů je zapotřebí vyvinout osnovy, programy a výukové materiály založené na důkazech, zařadit je do výuky a vyhodnotit jejich účinnost.

Zákaz kouření by měl být zajištěn v areálech všech škol a důsledně by mělo být kontrolováno jeho dodržování.

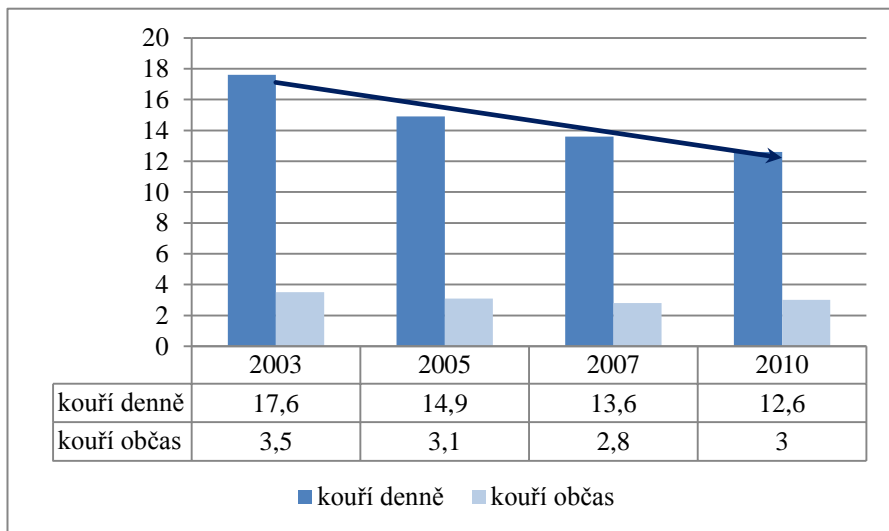
Výstupy realizovaných studií by měly být využity pro ovlivňování národních politik v oblasti veřejného zdraví.

Lékaři a kouření

Studie zaměřené na prevalenci kuřáctví lékařů a na postoje ke kuřáctví jejich pacientů byly prováděny v posledních deseti letech celkem čtyřikrát.

Výsledky studií jsou reprezentativní pro všechny lékaře ČR podle pohlaví, věku, oboru a regionu.

Graf 4 Prevalence kuřáctví lékařů v posledních deseti letech (SZÚ 2003-2010)



Z grafu je zjevné, že prevalence denního kuřáctví lékařů má jasný sestupný trend. Mezi lékaři statisticky významně více kouří muži (téměř dvojnásobně), lékařky – ženy častěji uvádějí, že nikdy v životě nekouřily.

Více než polovina českých lékařů v rámci vyšetření u svých pacientů vždy zjišťuje, zda tito kouří, 2/5 tak činí pouze v případech, má-li to přímý vztah ke zdravotním problémům pacienta, zbývajících cca 8 % tak nečiní nikdy. Situace se v této oblasti zlepšuje a více lékařů uvádí, že tuto okolnost zjišťuje vždy. Na kouření pacienta se častěji ptají nejmladší lékaři (do 29 let) a praktičtí lékaři pro dospělé. Dlouhodobě platí souvislost, že lékaři – kuřáci významně častěji uvádějí, že kouření u pacientů zjišťují pouze v případě jeho přímé souvislosti se zdravotním stavem, zatímco lékaři – nekuřáci častěji uvádějí, že tak činí vždy.

Souhrn - tabák

1. Téměř jedna třetina žáků ve věku 13 – 15 let kouří cigarety, dívky častěji než chlapci.
2. Alarmující je fakt, že podíl nekuřáků, kteří připouštějí, že v příštím roce pravděpodobně začnou kouřit, je vysoký. Dalším závažným zjištěním je to, že takto uvažujících dívek je významně více (32 % nekuřaček) než chlapců (22 % nekuřáků).
3. Během posledních deseti let prevalence kouření cigaret klesala nepatrně více u chlapců než u dívek. Bohužel, zvýšil se počet dětí užívajících jiné tabákové výrobky než cigarety.
4. Užívání tabáku negativně ovlivňuje studenty budoucích zdravotnických profesí s ohledem na jejich schopnost poskytovat účinnou pomoc pacientům při odvykání kouření.
5. K překonání této situace by se měla společnost zaměřit na kuřáky mezi studenty zdravotnických povolání a usilovat o změnu jejich chování.
6. V současnosti kouří přibližně 15 % českých lékařů. Prevalence denního kuřáctví lékařů má jasný sestupný trend.
7. Podíl kuřáků mezi občany ČR je poměrně stabilní. Pohybuje se mezi 28 až 32 %. Z dlouhodobého hlediska je možno konstatovat, že prevalence denního kuřáctví v dospělé populaci vykazuje v posledních 10 letech mírně klesající trend.
8. Elektronické cigarety: v roce 2013 kouřilo e-cigarety 1,4 % mužů a 0,7 % žen. Cigarety s příchutí mentolu kouřilo 11,2 % dotázaných s velkou převahou v nejmladší věkové skupině (15 – 24 let).
9. Kolem 30 % současných kuřáků se pokusilo během posledního roku přestat kouřit, nejčastěji v mladém věku.
10. Přibližně polovina kuřáků navštívila během posledního roku svého lékaře. Z nich přibližně každý třetí dostal od lékaře doporučení, aby svého návyku zanechal. Četnost doporučení stoupá s věkem pacienta.

11. K omezování škod působených tabákem je třeba, aby Česká republika využila doporučení, která formulovala Světová zdravotnická organizace v dokumentu Zpráva WHO o globální tabákové epidemii, 2008: MPOWER (WHO 2008), který doporučuje strategie, jejichž účinnost byla vědecky ověřena.
12. Některá z těchto doporučení jsou v ČR již uskutečňována, nicméně ucelená národní politika omezování spotřeby tabáku, která by systémově řešila zdravotně a společensky nežádoucí dopady užívání tabáku, dosud neexistuje.
13. Je třeba, aby MŠMT zajistilo ve všech základních školách dodržování platné legislativy, tj. zákaz kouření, platný nejen pro žáky, ale i pro učitele i další dospělé pracovníky školy.
14. Mezinárodní spolupráce při prosazování účinného systému dohledu jako důležitého nástroje k rozpoznávání vzorců chování, determinant a důsledků užívání tabáku a výměny informací je nutná k omezení nepříznivých globálních trendů ve spotřebě tabákových výrobků včetně jejich závažných dopadů na zdraví na celosvětové úrovni.
15. Rozvoj společných standardizovaných postupů v boji proti této hrozbě pro zdraví lidí na celosvětové úrovni je nezbytný.

Užívání alkoholu (Ladislav Csémy)

Užívání alkoholu mezi dětmi a dospívajícími

Pití alkoholu mezi dětmi školního věku – studie Mládež a zdraví (HBSC)

Mezinárodní studie Mládež a zdraví (HBSC - The Health Behaviour in School-aged Children), realizovaná pod záštitou Světové zdravotnické organizace, se zaměřuje na sledování různých aspektů chování dětí školního věku, které mají dopad na zdraví. Pití alkoholu je jednou z důležitých sledovaných oblastí. Česká republika je zapojena do projektu od roku 1994, v této kapitole se omezíme na data z let 2002, 2006 a 2010. Data vycházejí z šetření u reprezentativního vzorku školních dětí z pátých, sedmých a devátých tříd, tedy dětí ve věku 11, 13 a 15 let.

Výsledky

Trendy v pití alkoholických nápojů 2002 až 2010

Výsledky studie HBSC poukázaly na značné rozšíření zkušeností s alkoholem mezi dětmi školního věku. Pro populaci českých školáků je charakteristické, že konzistentně ve všech měřeních byla zjišťována nízká míra abstinence. Většina dětí ve věkové skupině 13 let již měla zkušenost s alkoholem. Za významnější informaci o konzumních zvyklostech českých dětí považujeme výskyt pravidelného pití, tj. pití daného druhu alkoholického nápoje alespoň jednou týdně, příp. častěji. Údaje o takovém způsobu pití jsou shrnuty v tabulce 19. Ve věkové skupině 11 let je pravidelné pití alkoholu relativně vzácné, s rostoucím věkem se pak pití stává běžnějším. Změny mezi rokem 2002 až 2010 nejsou velké. Téměř pětina patnáctiletých dívek v roce 2010 konzumovala pivo týdně nebo ještě častěji. U chlapců je pivo zřetelně nejoblíbenějším nápojem a to ve všech věkových skupinách. Pozornost je třeba věnovat pití lihovin u nezletilých. Ve skupině patnáctiletých uvádí pití lihovin s týdenní frekvencí 12,7 % chlapců a 9,6 % dívek. K tomu je třeba připočítat i pití lihovin v míchaných nápojích. Skutečnost, že pití destilátů není nijak výjimečné mezi patnáctiletými, naznačuje, že regulace dostupnosti alkoholu pro děti je málo účinná. Rozšířenost pravidelného pití alkoholických nápojů dětmi školního věku je tak velká, že by měla znepokojovat nejen odborníky, kteří tyto jevy sledují, ale celou společnost, zejména pak politickou reprezentaci.

Tabulka 19 Pití alkoholických nápojů jednou týdně nebo častěji podle druhu nápoje, pohlaví a věkové skupiny v % (HBSC 2002 – 2010)

	Věk	11 let			13 let			15 let		
		2002	2006	2010	2002	2006	2010	2002	2006	2010
Pivo	Chlapec	9,3	9,1	6,9	21,1	15,1	16,8	36,9	35,6	38,8
	Dívka	4,0	3,6	4,0	8,0	10,0	10,4	23,1	21,5	20,4
Vino	Chlapec	2,1	2,2	2,8	6,4	5,2	7,0	10,9	10,0	11,8
	Dívka	1,0	0,4	1,3	3,3	4,5	5,8	12,1	9,6	14,1
Lihoviny	Chlapec	1,4	1,2	1,5	2,7	3,5	3,5	10,6	10,2	12,7
	Dívka	0	0,1	0,4	0,5	2,3	4,0	6,4	6,5	9,6
Mícháné nápoje	Chlapec	3,7	2,9	2,6	5,3	3,1	6,1	9,8	7,4	11,7
	Dívka	1,1	1,0	0,8	3,0	3,6	4,3	9,1	7,3	8,9

První zkušenosti s alkoholem a opilostí

Odborná literatura poukazuje na vztah mezi raným začátkem pití alkoholu a pozdějšími problémy.

Data z posledního šetření skutečně prokazují, že české děti se do kontaktu s alkoholem dostávají ve velmi útlém věku. Přestože legální věk pro dostupnost alkoholu je věk zletilosti, tj. věk 18 let, okusí více než polovina českých dětí alkohol poprvé ve věku do 13 let (tabulka 20). Část dětí, 61 % chlapců a 67 % dívek, také ještě ve školním věku získává první zkušenosti s alkoholovou intoxikací.

Nejčastěji je první opilost udávána ve věku 14 a 15 let. Průměrný věk první opilosti je u děvčat o něco vyšší, ze statistického hlediska však zanedbatelný (tabulka 21).

Tabulka 20 Věk první zkušenosti s alkoholem (HBSC 2010)

	Chlapec		Dívka	
	N	%	N	%
Nikdy	48	6,7	43	5,7
11 let a mladší	153	21,4	94	12,5
12 let	129	18,1	149	19,8
13 let	142	19,9	181	24,1
14 let	157	22,0	221	29,4
15 let	83	11,6	63	8,4
16 let a starší	2	0,3	1	0,1

Tabulka 21 Věk první opilosti (HBSC 2010)

	Chlapec		Dívka	
	N	%	N	%
Nikdy	272	38,4	253	33,6
11 let a mladší	27	3,8	5	0,7
12 let	24	3,4	31	4,1
13 let	92	13,0	78	10,4
14 let	165	23,3	216	28,7
15 let	127	17,9	166	22,0
16 let a starší	2	0,3	4	0,5

Nadměrné pití a opilost

V rámci studie byl stav opilosti zjišťován otázkou, která byla formulována tak, aby postihla stav ovlivnění alkoholem, který se opravdu vymyká běžnému pití (*Vypil/a jsi takové množství alkoholu, že jsi byl/a opravdu opilý/á?*). I přes tuto formulaci je zřejmé, že subjektivní výpověď dětí může

být ovlivněna nebo zkreslena řadou faktorů. Z těchto důvodů jsme se rozhodli prezentovat výskyt odpovědí, které uvádějí opakovaný stav opilosti, tj. dvakrát a častěji. V tabulce 22 jsou naneseny hodnoty pro skupinu třináctiletých a patnáctiletých od roku 2002 do roku 2010. Z výsledků vyplývá, že v roce 2010 je výskyt opakované opilosti vyšší v obou věkových skupinách a u obou pohlaví oproti předchozím rokům. Strmější je nárůst nadměrného pití u děvčat. Vysoké hodnoty opakované alkoholové intoxikace u patnáctiletých a současně malé rozdíly mezi chlapci a děvčaty (46 % , resp. 40 %) naznačují, že excesivní pití u školáků je jevem, jemuž musí být věnována výrazně větší pozornost, a to jak v oblasti výzkumu jeho sociálních a psychologických determinant, tak v oblasti preventivních opatření. Data potvrzují, že k výraznému nárůstu excesivního pití dochází ve věku mezi 13. až 15. rokem věku.

Tabulka 22 Opakovaná opilost (2x nebo častěji) podle pohlaví a věkových skupin v % (HBSC 2002 – 2010)

Pohlaví	13letí			15letí		
	2002	2006	2010	2002	2006	2010
Chlapec	12	13	17	38	37	46
Dívka	6	10	14	29	30	40

Výskyt rizikového pití a jeho souvislosti

Proměnné, s nimiž jsme ve výzkumu pracovali, umožnily vytvořit ukazatel rizikového pití u dětí ve věku 15 let. Jako rizikový konzument alkoholu byl označen respondent, který o sobě uvedl, že pije alkohol alespoň jednou týdně, současně měl již opakovaně alkoholovou intoxikaci a měl první alkoholovou intoxikaci do věku 13 let. Z 1552 patnáctiletých respondentů odpovídalo těmto kritériím 160 osob, tedy asi 10 % dotázaných. Mezi chlapci bylo rizikových konzumentů více než mezi děvčaty (12 % proti 8 %). Charakteristiky rizikových konzumentů jsme porovnali s charakteristikami těch, kteří kritérií pro rizikové pití nedosáhli. Výsledek tohoto porovnání je možné shrnout do následujících bodů:

rizikovní konzumenti:

- nelíbí se jim ve škole - 18,1 % x 6,6 %;
- zažívat vzrušení hodnotí jako velmi důležité - 67,1 % x 43,9 %;

- častěji tráví volný čas s přáteli rovnou po škole,
- častěji tráví večery s kamarády mimo domov (více než 5 večerů v týdnu) - 28,1 % x 10,7 %;
- jsou častěji denními kuřáky - 48,8 % x 14,2 %;
- častěji uvádějí, že již měli pohlavní styk - 20,9 % x 5,3%;
- mají častěji sníženou známku z chování (opakovaně dvojka) - 9,4 % x 1,3 %;
- vyskytuje se u nich častěji záškoláctví - 48,4 % x 27,9 %;
- jsou agresivnější (častěji se perou se spolužáky a vrstevníky) - 17,5 % x 5,5 %;
- častěji šikanojí jiné děti - 6,9 % x 2,0 %.

Pokud bychom chtěli tyto charakteristiky zobecnit, platilo by, že rizikovní konzumenti alkoholu našeho vzorku jsou jedinci se znaky společenskosti (patrně vyšší extraverte), s vyšším sklonem k vyhledávání situací, které přinášejí vzrušení, a s problémy v kontrole chování (disinhibované a disociální chování).

Závěry

Česká společnost je tradičně velmi tolerantní nejen vůči pravidelnému pití alkoholických nápojů, ale také vůči excesivnímu pití. Tolerantní normy dospělých utvářejí postoje dětí a mladých lidí k alkoholu, kteří potom velmi brzy přijímají pití alkoholu jako *normální, společensky schvalovanou součást* sociálních kontaktů a téměř neodmyslitelnou součást oslav a zábav. Poznatky o rozsahu užívání alkoholu u dětí školního věku potvrzují, že konzumace alkoholu je vážným problémem v oblasti zneužívání návykových látek. Prevence problémů spojených s alkoholem u dětí a dospívajících zaostává ve srovnání s prevencí jiných nežádoucích zdravotně-sociálních jevů.

Užívání alkoholu mezi dospívajícími – studie ESPAD

Studie ESPAD (European School Project on Alcohol and other Drugs) je jednou z nejvýznamnějších dotazových šetření zaměřených na užívání návykových látek mezi dospívajícími v evropských zemích. Projektu se Česká republika účastní od roku 1995 a výzkum se opakuje vždy ve čtyřletých intervalech. Těžiště výzkumu se týká populace dospívajících ve

věku 16 let (tj. pro ČR a většinu evropských zemí věk nižší než legální z hlediska dostupnosti tabáku a alkoholu). Velikost českého reprezentativního vzorku byla 2 962 jedinců v roce 1995, 3 579 v roce 1999, 3 172 v roce 2003, 3 901 v roce 2007 a 3 913 v roce 2011.

Rozsah konzumace alkoholu mezi šestnáctiletými

Alespoň jednou v životě ochutnalo alkoholické nápoje celkem 97,9 % šestnáctiletých studentů. Pouze jednou nebo dvakrát pilo alkohol 5,4 % studentů, zatímco 58,3 % studentů pilo alkohol v životě 20krát nebo vícekrát, a lze je tedy považovat za pravidelné konzumenty alkoholických nápojů. Mezi chlapci a dívkami jsou statisticky významné rozdíly – mezi dívkami je sice nižší zastoupení abstinentů, ale zároveň uváděly nižší frekvenci konzumace alkoholu v životě.

Tabulka 23 Frekvence konzumace alkoholu v životě v % (ESPAD 2011)

Alkohol v životě	Chlapci	Dívky	Celkem
Nikdy	2,3	2,0	2,1
1-2krát	4,5	6,3	5,4
3-5krát	6,8	9,9	8,4
6-9krát	7,4	11,5	9,5
10-19krát	13,2	19,2	16,3
20-39krát	15,9	19,3	17,7
40 a vícekrát	49,9	31,8	40,6

Alkohol v posledních dvanácti měsících konzumovalo celkem 93,1 % studentů a v posledních 30 dnech 79,0 % studentů.

Celkem 13,7 % studentů (18,2 % chlapců a 9,4 % dívek) uvedlo pití alkoholu s frekvencí deset a vícekrát v posledních 30 dnech, tj. pití alkoholu pravidelně alespoň dvakrát týdně.

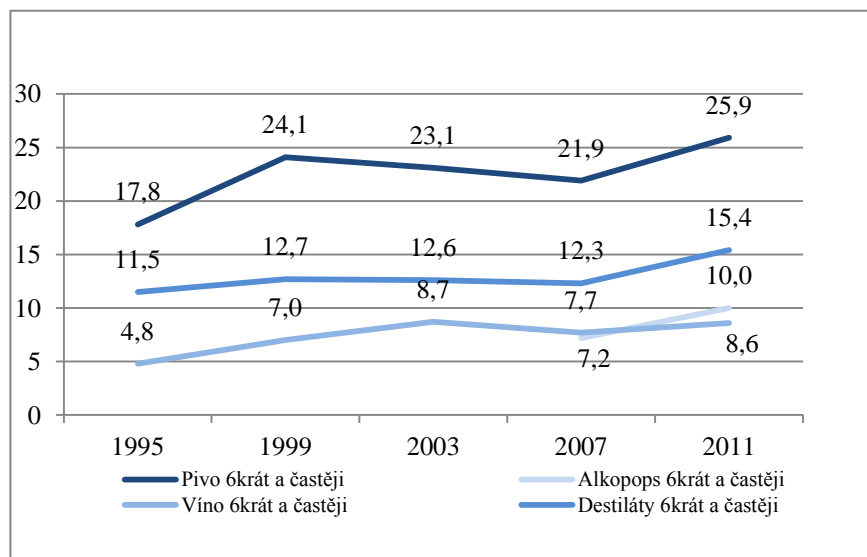
Pokud jde o oblibu jednotlivých druhů alkoholických nápojů, nejběžněji konzumovaným druhem alkoholu mezi mládeží je jednoznačně pivo. Dalším konzumovaným druhem alkoholu jsou destiláty, které jsou studenty konzumovány častěji než víno – tabulka 24. Tento fakt patrně souvisí s tím, že destiláty bývají častěji konzumovány v kombinaci s pivem. Novým fenoménem v posledních letech je pití tzv. alkopops, tj. alkoholizovaných

limonád. Jedná se o mixované nápoje s obsahem alkoholu 4-7 %, obvykle na bázi piva nebo destilátů, se sladkou ovocnou chutí, které jsou prodávané v menších lahvích, a tím mají zaujmout především mladé konzumenty alkoholu (příkladem jsou Bacardi Breezer, Smirnoff Ice, v ČR např. Frisco).

Tabulka 24 Frekvence konzumace jednotlivých druhů alkoholických nápojů v posledních 30 dnech (%)

Alkohol v posledních 30 dnech	Pivo	Alkopops	Víno	Destiláty
Nikdy	28,6	53,0	53,0	41,4
1-2krát	28,2	26,1	27,7	29,0
3-5krát	17,3	10,9	10,7	14,2
6-9krát	11,5	5,6	4,8	8,1
10 a vícekrát	14,5	4,4	3,8	7,3

Graf 5 Pravidelné pití alkoholických nápojů podle druhu, v % – vývoj v letech 1995–2011 (ESPAD 1995 – 2011)



Šestkrát nebo častěji v posledních 30 dnech (tj. alespoň jednou týdně) konzumovalo pivo 25,9 % studentů, alkopops 10,0 %, víno 8,6 %, destiláty 15,4 % dotázaných studentů.

Zatímco v roce 2007 se zdálo, že mezi mládeží mírně klesá podíl pravidelných konzumentů alkoholu, v roce 2011 byl zaznamenán nárůst pravidelné konzumace u všech druhů alkoholických nápojů. Nárůst lze sledovat u obou pohlaví – u chlapců došlo k výraznému nárůstu pravidelných konzumentů piva a destilátů, u dívek naopak vzrostla pravidelná konzumace vína. U obou pohlaví vzrostl podíl pravidelných konzumentů alkopops.

Ve studii ESPAD bylo dále sledováno, který druh alkoholického nápoje studenti preferují, a to prostřednictvím otázky na druh alkoholu konzumovaného při poslední příležitosti. Celkem 56,4 % studentů uvedlo konzumaci piva, 30,1 % konzumovalo destiláty, 22,6 % víno a 21,9 % alkopops. Konzumace destilátů je mezi studenty častější než konzumace vína, což bylo pozorováno již v roce 2007. Patrně to souvisí s tím, že jsou destiláty často konzumovány také v kombinaci s pivem. Zatímco mezi chlapci je dlouhodobě patrná výrazná dominance konzumace piva, u dívek je konzumace jednotlivých druhů alkoholických nápojů více vyrovnaná.

Tabulka 25 Druh konzumovaného alkoholu při poslední příležitosti, v % (ESPAD, 2011)

Poslední konzumace	Chlapci	Dívky	Celkem
Nikdy nepije alkohol	5,5	5,8	5,6
Pivo	71,3	42,1	56,4
Alkopops	15,5	28,0	21,9
Víno	16,3	28,6	22,6
Destiláty	29,6	30,7	30,1

Pozn.: Součty ve sloupci neodpovídají 100 % vzhledem k tomu, že respondenti často uváděli konzumaci více než jednoho druhu alkoholu při poslední příležitosti.

První zkušenosti s pitím alkoholu

První zkušenosti s alkoholem získává mládež již v dětství – více než třetina dotázaných ochutnala pivo ještě před svými 12. narozeninami, 17 % měla v tomto věku již také zkušenost s vínem. Nejčastěji uváděli studenti první zkušenost s konzumací alkoholu ve věku 14 let, tedy ještě v době povinné školní docházky.

Rizikové formy konzumace alkoholu

Jedním z indikátorů zdravotně rizikových forem konzumace alkoholu, případně již problémového pití, je výskyt pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě, tzv. binge drinking. Zkušenost s pitím 5 nebo více sklenic alkoholu při jedné příležitosti uvedlo celkem 53,6 % studentů (61,0 % chlapců a 46,6 % dívek) – tabulka 26.

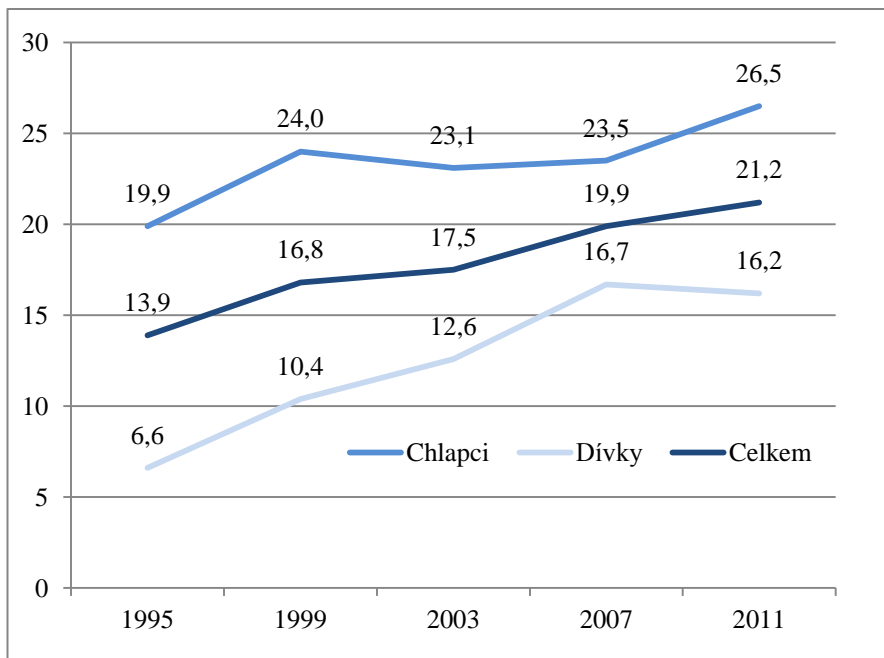
Častou konzumací nadměrných dávek alkoholu (v našem případě konzumaci 5 a více sklenic alkoholu 3krát a častěji v posledních 30 dnech) uvedlo v roce 2011 celkem 21,2 % studentů (26,5 % chlapců a 16,2 % dívek).

Ve srovnání s předchozí vlnou studie v roce 2007 došlo k opětovnému nárůstu podílu častých konzumentů nadměrných dávek alkoholu – ukazuje se však, že existují významné rozdíly mezi chlapci a dívkami. Zatímco u chlapců se podíl častých konzumentů dále zvýšil, mezi dívkami zůstal na stejné úrovni jako v předchozím období či dokonce mírně poklesl (graf 6).

Tabulka 26 Konzumace 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti v posledních 30 dnech, v % (ESPAD, 2011)

Pití 5 a více sklenic alkoholu v posledních 30 dnech	Chlapci	Dívky	Celkem
Nikdy	39,0	53,4	46,4
Jednou	19,0	18,2	18,6
2krát	15,6	12,2	13,8
3-5krát	15,7	11,5	13,6
6-9krát	5,6	3,2	4,4
10 a vícekrát	5,1	1,5	3,3

Graf 6 Časté pití nadměrných dávek alkoholu (3krát a častěji) v posledních 30 dnech, v % (ESPAD, 1995 – 2011)



Dalším indikátorem problémového pití je výskyt časté opilosti. Alespoň jednou v životě bylo opilých 64,7 % studentů, v posledních 30 dnech uvedlo opilost 21,3 % dotázaných. Celkem 4,6 % studentů bylo opilých nejméně 3krát v posledních 30 dnech, tj. alespoň jednou v týdnu.

Tabulka 27 Výskyt opilosti v posledních 30 dnech, v %

Opilost v posledních 30 dnech	Chlapci	Dívky	Celkem
Nikdy	75,4	81,7	78,7
1-2krát	18,3	15,3	16,8
3-5krát	3,9	2,0	2,9
6 a vícekrát	2,4	1,0	1,7

Od roku 2003 je ve studii zjišťována subjektivně vnímaná míra opilosti na desetistupňové škále při poslední konzumaci alkoholu, kdy 1 označovala, že ovlivnění alkoholem nebylo žádné, zatímco 10 byla označením pro velmi silnou opilost, tedy stav, kdy si dotázaný již nedokázal vzpomenout na to, co se stalo. Průměrně uváděli studenti stupeň opilosti 3,95 – chlapci uváděli významně vyšší stupeň opilosti (4,32) než dívky (3,59). Nejčastěji studenti uváděli jen mírný stupeň opilosti (hodnoty 1-3), třetina studentů uvedla střední stupeň opilosti. Varující je 10% podíl studentů (13,4 % chlapců a 6,8 % dívek), kteří uvedli, že při poslední příležitosti, kdy konzumovali alkohol, byli opilí tak silně, že si nemohli vzpomenout, co se stalo (viz tabulka 28). Podíl respondentů, kteří uvedli silnou opilost, je dlouhodobě stabilní, ve srovnání s rokem 2007 se zvýšil podíl respondentů, kteří uvedli, že nikdy nepijí alkohol.

Výsledky z poslední vlny studie ESPAD potvrzují, že nadměrná konzumace alkoholu a vysoký výskyt rizikových forem konzumace alkoholu jsou přetrvávajícím dlouhodobým závažným problémem, který by v kontextu jiných návykových rizik rozhodně neměl být opomíjen. Po určité stabilizaci trendů v oblasti rizikové konzumace alkoholu v roce 2007 došlo v roce 2011 k opětovnému nárůstu.

Tabulka 28 Uváděný stupeň opilosti při poslední příležitosti konzumace alkoholu, v %

Stupeň opilosti	2007	2011		
		Chlapci	Dívky	Celkem
Mírné ovlivnění alkoholem (1-3)	57,3	49,4	59,3	54,5
Střední stupeň opilosti (4-7)	28,8	32,9	29,3	31,0
Silná opilost (8-10)	10,3	13,4	6,8	10,0
Nikdy nepije alkohol	3,6	4,4	4,6	4,5

Užívání alkoholu v dospělé populaci

Rizikové a škodlivé pití alkoholu u mladých dospělých

Studii o užívání alkoholu mezi mladými dospělými řešil Státní zdravotní ústav za podpory grantu IGA, č. NS 9645-4/2008 (dále SZÚ 2009). Výzkumný vzorek tvořilo celkem 2 221 osob ve věku 18 až 39 let. Průměrný věk souboru byl 29,9 let (s.o. 5,8). Vzorek byl reprezentativní pro ČR, pokud jde o pohlaví, věk, stupeň vzdělání a kraj, v němž dotázaný žije. K získání dat sloužil originální dotazník, vyvinutý pro tento výzkum.

Obsahově se dotazník členil na 4 větší tématické okruhy: chování ve vztahu k alkoholu (zejména obvyklá frekvence a kvantita pití podle druhu alkoholického nápoje), zdravotní stav, psychosociální adaptace a demografické údaje zahrnující informace o rodině a zaměstnání.

Konzumní zvyklosti dotázaných jsme v rámci tohoto sdělení popsali pomocí šesti ukazatelů, z nichž tři ukazatele sledují výskyt zdravotně rizikových a škodlivých forem pití, zbývající tři charakterizují úroveň konzumu a míru abstinence.

Proměnná rizikové průměrné denní dávky udává procento osob s nadlimitním průměrným denním konzumem. Nadlimitní konzum je definován v souladu s hranicí pro pití s nízkým rizikem podle Světové zdravotnické organizace, které představuje pro muže do 40 gramů alkoholu denně a pro ženy do 20 gramů alkoholu denně.

Další proměnnou je časté pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní příležitosti. Někdy se tato proměnná označuje jako těžké epizodické pití.

Za časté pití nadměrných dávek alkoholu se v této práci považuje pití pěti či více sklenek alkoholu jednou týdně a častěji (ekvivalent příjmu 80 nebo více gramů alkoholu za jednu konzumní epizodu). Míra abstinence je definována jako zdržení se pití alkoholu během posledního roku.

Škodlivé pití vychází z kritického skóru 16 a více bodů ve screeningovém dotazníku AUDIT. Poslední dvě proměnné jsou v podstatě identické. Jedna uvádí průměrnou roční spotřebu na osobu v litrech 100% alkoholu, druhá průměrnou denní spotřebu v gramech etanolu.

Výsledky

Výsledky jsou přehledně shrnuty v tabulkách 29 a 30. V tabulce 29 jsou ukazatelé konzumu alkoholu prezentovány v závislosti na pohlaví, věkové kategorii a stupni dosaženého vzdělání, v tabulce 30 v závislosti na rodinném stavu a typu bydliště.

Pití nadlimitních denních dávek alkoholu

Pětina dotázaných udává průměrnou denní spotřebu nad doporučeným limitem 40 g pro muže a 20 g pro ženy. Mezi muži je v tomto smyslu rizikových konzumentů 26 % a mezi ženami 13 %.

Pokud jde o věkové kategorie, pouze ve věkové skupině 30 až 34 let je nižší výskyt nadlimitní spotřeby, zatímco s úrovní vzdělání má nadlimitní spotřeba statisticky významný vztah, kdy vyšší stupeň vzdělání je spojen s nižším výskytem pití nadlimitních dávek alkoholu.

Rozvedení a svobodní jsou častějšími nadlimitními konzumenty, totéž platí pro respondenty z venkova nebo menších měst.

Z hlediska ekonomické aktivity jsou nezaměstnaní častěji konzumenty nadlimitních denních dávek, zatímco studenti a zejména ženy na mateřské dovolené udávají nadlimitní pití méně často.

Výše příjmu nemá efekt na výskyt pití nadlimitního množství alkoholu, ale socioekonomické postavení ano, a to podobně jako výše vzdělání – čím vyšší je socioekonomické postavení respondenta, tím nižší je výskyt nadlimitního pití.

Tabulka 29 Indikátory konzumu alkoholu podle pohlaví, věkových kategorií a úrovně vzdělání (SZÚ 2009)

	Rizikové průměrné denní dávky (%)	Pití nadměrných dávek (%)	Abstinence v posl. roce (%)	Škodlivé pití (%)	Roč. spotřeba v l alk. (s.o.)	Denní spotřeba v g alk. (s.o.)
Celý soubor	20,1	11,4	5,1	7,8	9,2 (13,1)	20,0 (28,4)
Pohlaví						
Muž	26,2	17,5	3,3	12,5	13,6 (15,5)	29,5 (33,6)
Žena	13,6	4,9	6,9	2,7	4,6 (7,6)	10,0 (16,4)
P	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Věkové kategorie						
18 – 24 let	22,5	14,8	3,9	9,0	9,9 (13,1)	21,4 (28,4)
25 – 29 let	21,4	12,2	5,5	8,9	9,3 (12,9)	20,2 (27,8)
30 – 34 let	16,4	9,1	5,7	6,7	8,4 (12,2)	18,1 (26,4)
35 – 39 let	21,0	10,3	5,0	6,9	9,6 (14,3)	20,8 (31,0)
P	=0,046	=0,017	ns	ns	ns	ns
Nejvyšší dosažené vzdělání						
ZŠ	33,4	19,3	5,8	17,0	14,3 (17,8)	31,0 (38,5)
OU nebo SŠ bez maturity	20,6	12,8	5,7	7,9	9,3 (11,6)	20,0 (25,1)
SŠ s matur.	14,9	8,0	4,4	4,3	7,5 (12,0)	16,1 (26,0)
VŠ	12,8	4,3	4,3	3,1	6,4 (9,5)	13,9 (20,6)
P	<0,01	<0,01	ns	<0,01	<0,01	<0,01

Tabulka 30 Indikátory konzumu alkoholu podle rodinného stavu a podle typu bydliště (SZÚ 2009)

	Rizikové průměrné denní dávky (%)	Pití nadměrných dávek (%)	Abstinence v posl. roce (%)	Škodlivé pití (%)	Roční spotřeba v l alk. (s.o.)	Denní spotřeba v g alk. (s.o.)
Rodinný stav						
ženatý/ vdaná	14,0	7,2	3,9	3,9	7,2 (10,9)	15,5 (23,6)
žije s družkou /druhem	19,8	9,8	5,9	7,1	8,8 (11,8)	19,0 (25,6)
rozvedený/á	23,6	13,9	8,3	11,1	10,5 (14,1)	22,7 (30,6)
svobodný /á	25,7	15,3	5,0	10,8	11,1 (14,0)	24,0 (30,3)
jiný	22,7	19,7	6,1	15,9	12,0 (23,5)	26,0 (50,8)
P	<0,01	<0,01	ns	<0,01	<0,01	<0,01
Typ bydliště						
vesnice	21,9	11,8	4,9	9,8	10,2 (16,0)	22,1 (34,5)
menší město	23,2	12,4	4,5	7,5	9,7 (12,5)	21,1 (27,2)
středně velké město	17,9	10,6	4,1	6,7	9,2 (12,7)	19,9 (27,4)
velké město	17,5	10,8	6,1	6,8	8,1 (10,8)	17,5 (23,2)
P	=0,036	ns	ns	ns	=0,021	=0,021

Časté pití nadměrných dávek alkoholu

Alespoň 5 sklenek¹ alkoholu na posezení vypije každý týden anebo častěji 11 % dotázaných (18 % mužů a 5 % žen). Vztahy k ostatním demografickým proměnným jsou obdobné jako v případě pití nadlimitních denních dávek.

Abstinence

Míra abstinence v posledním roce je relativně nízká. Alkohol nepožilo jen pět procent souboru, přičemž míra abstinence je výrazně závislá na pohlaví – u žen je oproti mužům dvojnásobná. Abstinence kupodivu nemá vztah k věku, úrovni vzdělání, rodinnému stavu, typu bydliště ani socioekonomickému postavení. Má vztah k ekonomické aktivitě, kde výrazně vyšší je u žen na mateřské dovolené. Vyšší míra abstinence byla zjištěna rovněž u příjmově slabších vrstev mladých dospělých.

Škodlivé pití

Škodlivé pití, které v naší studii zahrnuje i problémové pijáky a osoby závislé na alkoholu, se výrazně častěji vyskytuje u mužů (12,5 % oproti 2,7 % u žen), u osob se základním vzděláním, u nezaměstnaných a u osob s nízkým socioekonomickým postavením. Zajímavý je vztah mezi výší příjmu a škodlivým pitím alkoholu. Kritériu škodlivého pití častěji vyhovují osoby s podprůměrným nebo hluboce podprůměrným příjmem, ale také osoby, které samy sebe zařazují do nadprůměrné příjmové skupiny. Výskyt škodlivého pití u průměrných příjmových skupin je poloviční oproti zmíněným krajním příjmovým skupinám. Z hlediska rodinného stavu je škodlivé pití nejméně často udáváno u mladých dospělých žijících v manželském svazku. Naopak častější je výskyt u osaměle žijících (svobodní, rozvedení, ovdovělí). Věk ani typ bydliště nemají vliv na výskyt škodlivého pití.

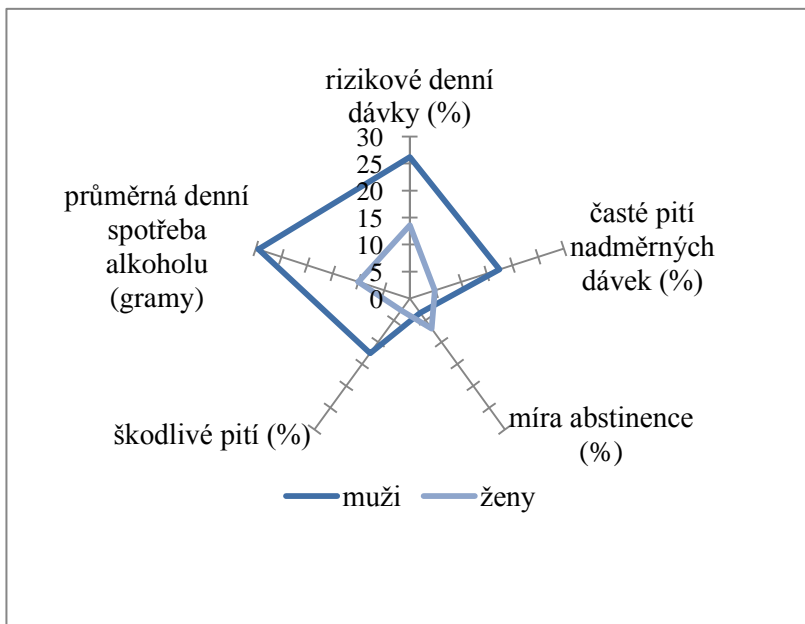
Průměrná roční a denní spotřeba alkoholu na osobu

Průměrná spotřeba alkoholu na osobu byla vypočítána standardním postupem četnost krát obvyklá kvantita dle druhu nápoje (*beverage specific frequency-quantity method*). Odhad roční spotřeby v přepočtu na litry 100% alkoholu a na osobu odpovídal v případě našeho vzorku hodnotě 9,2. Statisticky vykazovaná spotřeba v daném roce uváděná v ročence ČSÚ byla

¹ Sklenka alkoholu je v případě studie definována jako půllitr piva nebo sklenice 20 cl vína nebo odlivka destilátu 50 ml

10,4 litru. Dobrá shoda odhadované spotřeby se statistickou se v obdobných šetřeních považuje za indikátor ochoty respondentů pravdivě vypovídat o svých konzumních zvyklostech. Zjištěné roční spotřebě odpovídá průměrná denní spotřeba 20 gramů alkoholu na osobu. Vztahy průměrné spotřeby ke sledovaným demografickým a sociálním proměnným byly podobné jako v případě škodlivého pití. Muži měli průměrnou denní spotřebu 29,5 gramů, ženy 10 gramů. Dotázaní s vysokoškolským vzděláním měli spotřebu alkoholu nejnižší, přičemž rozdíl mezi spotřebou alkoholu vysokoškoláka a respondenta se základním vzděláním byl 8 litrů čistého alkoholu za rok. Statisticky významný vztah byl zjištěn mezi spotřebou a typem bydliště – obyvatelé venkova a malých měst měli vyšší průměrnou spotřebu ve srovnání s obyvateli velkoměst. Nepřímo úměrný vztah byl potvrzen mezi spotřebou a socioekonomickým postavením. Příjmová ani věková kategorie neměly k úrovni spotřeby významný vztah. Síťový graf 7 podává názorně rozdíly v pěti hlavních indikátorech v závislosti na pohlaví.

Graf 7 Srovnání rozdílů mezi muži a ženami v konzumních charakteristikách



Závěry

Konzumní zvyklosti mladých dospělých Čechů naznačují značné rozšíření zdravotně rizikových forem konzumu i zdravotně škodlivých forem konzumu alkoholu. Ze tří proměnných, které se vztahují ke zdravotním rizikům, má každá poněkud jinou výpovědní hodnotu.

Pití rizikových či nadlimitních průměrných denních dávek alkoholu podává informaci o proporcí populační skupiny, která má v případě dlouhodobé expozice těmto dávkám alkoholu výrazně zvýšené riziko onemocnění některou z nemocí, které byly uvedeny v úvodu práce.

Mezi mladými dospělými Čechy je ve zvýšeném riziku každý pátý (26 % mužů a 14 % žen). Časté pití nadměrných dávek alkoholu je považováno za prediktor akutních problémů s alkoholem (úrazy, dopravní nehody, agresivní jednání v intoxikaci).

Riziko akutních problémů je přítomno u 17,5 % mladých mužů a 4,9 % mladých žen. Poslední z proměnných, škodlivé pití, je složeným ukazatelem zahrnujícím konzumní chování, symptomy závislosti včetně snížené kontroly pití a již existující problémy s pitím.

Použitý kritický skór 16 bodů vyděluje ze sledovaného souboru skupinu osob, u nichž se značnou mírou jistoty lze předpokládat přítomnost již existujících zdravotních nebo sociálních škod vyvolaných alkoholem. Jde také o ty osoby, u nichž je indikována zdravotnická intervence a u části této skupiny specializovaná odborná péče. Do této skupiny spadá 12,5 % mužů a 2,7 % žen.

Výsledky studie potvrzují, že demografické a sociální charakteristiky mají významný efekt na výskyt zdravotně rizikových forem pití. Samozřejmě, nejmarkantnější jsou rozdíly podle pohlaví (graf 7). Z dalších proměnných se výrazně uplatňují vzdělání, socioekonomický status, ekonomická aktivita a rodinný stav. Z výsledků vyplývá, že vyšší rizika jsou spojena s nízkou úrovní vzdělání, nízkým socioekonomickým postavením, nezaměstnaností a životem bez trvalého partnerského vztahu.

Za pozornost stojí i poznatky o konzumních zvyklostech žen na mateřské dovolené. V našem souboru bylo takových žen 127 (5,8 % vzorku). Ukazuje se, že ženy pečující o malé děti mají výrazně nižší spotřebu alkoholu ve srovnání se ženami celého vzorku, mají výrazně nižší výskyt rizikového a škodlivého pití a reprezentují podskupinu s nejvyšší mírou abstinence.

Užívání alkoholu v reprezentativním vzorku dospělé populace ČR - studie SZÚ 2012

Hlavním cílem populační studie bylo získat validní a reprezentativní poznatky o kouření a pití alkoholu v české dospělé populaci. Poznatky z výzkumu nejen vhodně doplňují dostupná statistická data o registrované spotřebě, ale přinášejí jedinečné informace, jež není možné získat jiným způsobem. Jde především o stanovení podílu zdravotně rizikového a škodlivého úzu a o určení demografických a sociálních znaků ohrožené populace. Znalost velikosti a sociodemografických charakteristik rizikových skupin je nutná pro plánování regulačních opatření společnosti zaměřených na ochranu zdraví i pro plánování intervencí v oblasti prevence a léčby.

V oblasti alkoholu nemáme k dispozici data se srovnatelnou periodicitou, proto je velmi cenné, že jsme v roce 2012 měli možnost v rámci téhož výzkumu sledovat jak kuřáctví, tak pití alkoholu.

Metodika výzkumu

Výběr respondentů a charakteristika souboru

Informace byly získány od vzorku 1802 osob z náhodně vybraných voličských obvodů z celé ČR.

Soubor je reprezentativním vzorkem populace České republiky ve věku nad 15 let. Složení vzorku, pokud jde o základní demografické charakteristiky, odpovídá struktuře české populace ve věku 15 let a více podle věku a pohlaví.

Charakteristika dotazníku pro alkohol

Pro odhad celkové spotřeby alkoholu byla zvolena metoda obvyklé frekvence a kvantity podle druhu alkoholického nápoje (Beverage Specific Frequency-Quantity Method) z projektu EU SMART. Dále byly zařazeny položky zjišťující frekvenci pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě (definováno jako příjem 60 nebo více gramů alkoholu). Konečně byly zařazeny otázky, jimiž jsme zjišťovali názor dotázaného na vlastní pití a skutečnost, zda se jeho lékař zajímal o pití, resp. zda doporučoval omezení konzumu alkoholu. Tyto položky spolu se sociodemografickými proměnnými umožnily vytvořit ucelený popis konzumních vzorců dospělé populace.

Přehled hlavních výsledků

Pití alkoholických nápojů je v ČR velmi rozšířené. Potvrzují to všechny výzkumy za období posledních 15 let a výjimkou v tomto směru není ani poslední výzkum z roku 2012. Pravidelné a časté pití, tj. pití denně případně obden, udává 15 % dospělé populace. U mužů je výskyt častého pití 23 %, u žen 8 %. Pití alkoholických nápojů alespoň jednou týdně uvedla více než polovina mužů a více než čtvrtina žen.

Tabulka 31 Frekvence pití alkoholických nápojů – celý vzorek a podle pohlaví (SZÚ 2012)

Frekvenční kategorie	Celý vzorek	Muži	Ženy
	Četnost v % (95% CI)		
každý den nebo téměř každý den	6,60 (5,52; 7,88)	10,24 (8,35; 12,48)	3,14 (2,15; 4,54)
3 - 4krát týdně	8,55 (7,32; 9,96)	12,51 (10,44; 14,93)	4,77 (3,52; 6,40)
1 - 2krát týdně	23,97 (22,03; 26,03)	29,81 (26,82; 32,97)	18,42 (16,00; 21,10)
2 - 3krát za měsíc	18,65 (16,89; 20,54)	18,20 (15,74; 20,95)	19,07 (16,61; 21,79)
jednou za měsíc	12,04 (10,59; 13,66)	8,30 (6,61; 10,38)	15,60 (13,35; 18,14)
6 - 11krát za rok	4,77 (3,86; 5,89)	2,73 (1,80; 4,10)	6,72 (5,23; 8,58)
2 - 5krát za rok	7,49 (6,34; 8,83)	4,32 (3,12; 5,94)	10,51 (8,64; 12,71)
jednou za rok	4,44 (3,56; 5,52)	3,07 (2,07; 4,50)	5,74 (4,37; 7,50)
nikdy v posledním roce nepil/a	10,93 (9,55; 12,49)	8,30 (6,61; 10,38)	13,43 (11,34; 15,84)
nikdy v životě nepil/a	2,55 (1,90; 3,42)	2,50 (1,61; 3,83)	2,60 (1,71; 3,90)

Pokud jde o abstinenci, zjišťovali jsme jednak celoživotní a pak v posledním roce. V míře celoživotní abstinence nebyl zjištěn rozdíl v závislosti na pohlaví. Celoživotní abstinenci uvádí 2,5 % mužů a 2,6 % žen. Výskyt trvalé abstinence je v české populaci nižší než v jiných evropských zemích. Abstinenci v posledním roce udává 11 % vzorku, a v tomto ukazateli jsou rozdíly mezi muži a ženami významné (8,3 % oproti 13,4 %).

Tabulka 33 shrnuje informace o zastoupení různých forem pití v reprezentativním vzorku. Definice kategorií pití jsme převzali od OECD. Jako umírněné pití je definován průměrný denní příjem alkoholu do 40 g u mužů a 20 g u žen. Za rizikové pití se považuje denní příjem 40 až 60 g pro muže a 20 až 40g pro ženy a za škodlivé pití průměrná denní spotřeba více než 60 gramů u mužů a 40 gramů u žen. Ve smyslu takto definovaných kategorií je v našem souboru nejběžnější umírněný konzum alkoholu (73 %).

Kritéria pro rizikové pití splňuje 7 % dotázaných a stejně tak 7 % splňuje kritéria škodlivého pití. Muži se od žen neliší ve výskytu umírněného či rizikového pití, ale více než dvojnásobně častější je u mužů škodlivé pití. Pokud jde o věk, v nejstarší věkové kategorii je nejvíce abstinujících a nejméně škodlivě konzumujících respondentů. Rozdíly mezi městem a venkovem jsou nepodstatné.

Vzdělanostní úroveň má silný vztah ke konzumním kategoriím. Výskyt rizikových forem konzumu klesá s úrovní vzdělání, zajímavé však je, že rovněž míra abstinence je nejnižší mezi vysokoškoláky.

Průměrná roční spotřeba alkoholu na hlavu (v litrech čistého lihu) je důležitým ukazatelem celkové hladiny spotřeby ve společnosti. Umožňuje porovnávat spotřebu ve vztahu k demografickým charakteristikám populace, ve vztahu ke statisticky registrované spotřebě a hodí se i pro mezinárodní srovnání. Hodnota ukazatele byla vypočítána na základě zjištění frekvence pití a obvykle konzumované kvantity podle druhu alkoholického nápoje (beverage specific quantity-frequency method).

Výpočet byl proveden jak pro celý soubor, včetně těch, kteří abstinují, tak pouze pro tu část souboru, která alkohol během posledního roku konzumovala. Celková spotřeba byla spočítána na 7,43 litrů pro celý vzorek a na 8,59 pro ty, kdo alkohol konzumují. Muži mají výrazně vyšší průměrnou roční spotřebu oproti ženám, a to 11 litrů oproti 4 litrům

(tabulka 32). Pokud nezahrneme abstinenty, pak je tento rozdíl ještě výraznější, což je dáno nižší mírou abstinence u mužů.

Tabulka 32 Průměrná roční spotřeba alkoholu v přepočtu na litry čistého alkoholu (SZÚ 2012)

Demografické charakteristiky	Celý soubor (včetně abstinentů)	Celý soubor (bez abstinentů)
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>	
Celkem	7,43 (6,75; 8,12)	8,59 (7,81; 9,37)
<i>Pohlaví</i>		
Muži	10,97 (9,78; 12,15)	12,29 (10,99; 13,60)
Ženy	4,07 (3,43; 4,71)	4,85 (4,10; 5,60)
<i>Věková skupina</i>		
15-24	8,86 (6,53; 11,18)	9,69 (7,18; 12,21)
25-44	7,66 (6,74; 8,58)	8,37 (7,39; 9,35)
45-64	7,94 (6,50; 9,37)	9,40 (7,74; 11,06)
65+	5,10 (3,88; 6,32)	6,64 (5,10; 8,18)

Nejvyšší průměrnou spotřebu alkoholu vykazuje nejmladší věková kategorie do 25 let (8,86 l), nejnižší naopak nejstarší nad 65 let (5,1 l). Typ sídla bydliště v rozlišení město - venkov celkovou úroveň spotřeby ovlivňuje poměrně málo (7,6 l a 7,0 l).

Kategorie vzdělání se uplatňuje poměrně zřetelně. Spotřeba alkoholu má se

vzděláním nepřímý vztah. Skupina s vysokoškolským vzděláním má nižší spotřebu než skupina s úplným středním vzděláním nebo jen s vyučením.

Tabulka 33 Konzumní kategorie (SZÚ, 2012)

Demograf. charakteristiky	Abstinující (Celoživotní a v posl. roce)	Umírněné pití	Rizikové pití	Škodlivé pití
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>			
Celkem	13,49 (11,96; 15,17)	72,53 (70,39; 74,57)	6,94 (5,83; 8,23)	7,05 (5,93; 8,35)
<i>Pohlaví</i>				
Muži	10,81 (8,87; 13,09)	72,13 (69,01; 75,05)	7,71 (5,59; 9,13)	9,90 (8,04; 12,11)
Ženy	16,03 (13,76; 18,60)	72,91 (69,90; 75,73)	6,72 (5,23; 8,58)	4,33 (3,15; 5,91)
<i>Věková skupina</i>				
15-24	8,61 (15,41; 12,80)	75,00 (69,08; 80,30)	7,79 (4,75; 11,89)	8,61 (5,41; 12,86)
25-44	8,45 (6,48; 10,92)	77,42 (73,97; 80,54)	7,53 (5,67; 9,90)	6,61 (4,87; 8,87)
45-64	15,59 (12,67; 18,88)	69,18 (65,18; 72,91)	6,65 (4,81; 9,10)	8,58 (6,48; 11,26)
65+	23,21 (18,88; 28,17)	66,96 (61,62; 71,92)	5,65 (3,53; 8,84)	4,17 (2,39; 7,05)

Časté pití nadměrných dávek alkoholu je ukazatelem, který je podle literatury považován za silný prediktor problémů s alkoholem. Pití nadměrných dávek alkoholu týdně a častěji lze považovat za zvlášť rizikové z hlediska řady možných problémů (např. úrazy, dopravní nehody, násilné chování apod.).

Časté pití nadměrných dávek udává 18 % souboru, muži výrazně častěji než ženy (28 % proti 8,7 %). Výskyt častého pití nadměrných dávek klesá s věkem a častěji je udáván respondenty, kteří žijí na venkově.

Rozdíly podle vzdělání jsou statisticky významné, vysokoškoláci udávají časté pití nadměrných dávek ve srovnání se středoškoláky a osobami vyučenými nebo se základním vzděláním méně často.

Tabulka 34 Pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě (spotřeba 60 a více gramů alkoholu) (SZÚ 2012)

Demograf. charakteristiky	Týdně a častěji	1x až 3x za měsíc	1x až 11x za rok	Nikdy
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>			
Celkem	18,28 (16,41; 20,31)	31,56 (29,27; 33,94)	30,02 (27,26; 32,37)	20,14 (18,19; 22,24)
<i>Pohlaví</i>				
Muži	27,81 (24,72; 31,11)	34,06 (30,76; 37,51)	24,62 (21,67; 27,82)	13,52 (11,25; 16,16)
Ženy	8,65 (6,81; 10,90)	29,03 (25,88; 32,39)	35,48 (32,13; 38,98)	26,84 (23,78; 30,13)
<i>Věková skupina</i>				
15-24	22,42 (17,12; 28,47)	34,98 (28,73; 41,63)	30,94 (24,94; 37,46)	11,66 (7,76; 16,62)
25-44	20,13 (17,03; 23,63)	34,90 (31,10; 38,90)	30,20 (26,57; 34,09)	14,77 (12,07; 17,93)
45-64	18,26 (14,97; 22,06)	28,42 (24,48; 32,72)	28,84 (24,88; 33,14)	24,48 (20,76; 28,62)
65+	10,74 (7,01; 14,86)	26,74 (21,44; 32,59)	31,01 (25,42; 37,04)	31,78 (26,15; 37,84)

V rámci výzkumu bylo zjišťováno, zda dotázaní uvažovali o vyhledání odborné pomoci kvůli problémům s pitím a zda ji skutečně vyhledali. Z celého souboru pouze 22 osob (1,2 %) uvažovalo o vyhledání odborné pomoci a pouze 8 osob se skutečně obrátilo s problémem na odborníka (tabulka 35).

Tato data svědčí o tom, jak málo jsou si lidé vědomi rizik spojených s nadužíváním alkoholu a jak malá je ochota vyhledat odbornou pomoc.

Zkušenosti kliniků potvrzují, že většina pacientů se dostává do léčby v době, kdy jsou jejich problémy již chronické.

Tabulka 35 Potřeba vyhledání odborné pomoci kvůli problémům s pitím (Pouze konzumenti alkoholu) (SZÚ 2012)

Demografické charakteristiky	Uvažoval/a o vyhledání odborné pomoci	Vyhledal/a odbornou pomoc
	N (%)	
Celkem	22 (1,2 %)	8 (0,4 %)
<i>Pohlaví</i>		
Muži	14 (1,8 %)	6 (0,8 %)
Ženy	8 (1,0 %)	2 (0,3 %)

Velmi významnou okolností z hlediska snižování zdravotních rizik spojených s nadužíváním alkoholu je to, zda lékař zjišťuje konzumní zvyklosti a zda dává doporučení k omezení příjmu alkoholu.

Výsledky studie přinesly vcelku překvapivý poznatek, že u třetiny dotázaných jejich lékař zjišťoval příjem alkoholu a více než 8 % dotázaných skutečně doporučil omezit pití alkoholu nebo nepít vůbec.

Lékaři se na konzumaci alkoholu častěji dotazovali mužů, osob ve věku 45 let a starších (tabulka 36).

Podobně častěji doporučovali omezit pití alkoholu mužům a starším osobám. Doporučení lékaře omezit pití bylo častěji udáváno respondenty, kteří žijí na venkově a s nižším vzděláním.

Tabulka 36 Lékař zjišťoval pití alkoholu a doporučoval omezit nebo zanechat pití alkoholu (SZÚ 2012)

Demografické charakteristiky	Lékař se dotazoval na pití alkoholu	Lékař doporučil omezit nebo zanechat pití alkoholu
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>	
Celkem	33,61 (31,28; 36,03)	8,60 (7,27; 10,12)
<i>Pohlaví</i>		
Muži	36,48 (33,12; 39,97)	10,84 (8,80; 13,28)
Ženy	30,71 (27,50; 34,11)	6,32 (4,76; 8,33)
<i>Věková skupina</i>		
15-24	21,52 (16,32; 27,51)	4,04 (1,86; 7,52)
25-44	29,19 (25,61; 33,06)	5,70 (4,04; 7,96)
45-64	41,49 (37,08; 46,05)	12,24 (9,52; 15,58)
65+	39,53 (33,53; 45,79)	12,40 (8,64; 17,06)

Tabulka 37 Lékař zjišťoval pití alkoholu a doporučoval omezit nebo zanechat pití alkoholu podle kategorií pití (SZÚ 2012)

Demografické charakteristiky	Lékař se dotazoval na pití alkoholu	Lékař doporučil omezit nebo zanechat pití alkoholu
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>	
Celkem	33,61 (31,28; 36,03)	8,60 (7,27; 10,12)
<i>Kategorie pití</i>		
Umírněné pití	32,67 (30,14; 35,30)	6,20 (4,98; 7,68)
Rizikové pití	34,40 (26,14; 43,42)	12,80 (7,50; 19,95)
Škodlivé pití	42,52 (33,80; 51,60)	29,13 (21,41; 37,85)

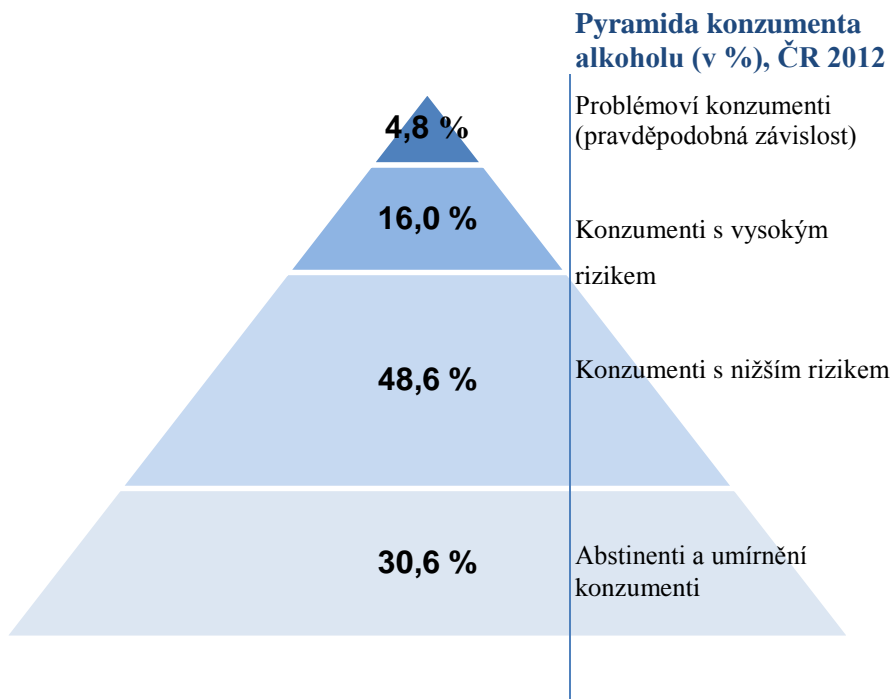
Zájem lékařů o pití dotázaných souvisel s konzumní kategorií, do níž dotázaný spadá (tabulka 37). Lékaři častěji zjišťovali pití alkoholu u osob, které splňují kritéria škodlivého pití a také těmito lidem výrazně častěji doporučují omezit pití alkoholu.

Poznatky o chování lékařů – byť udávané na základě zkušeností dotázaného vzorku – jednoznačně potvrzují, že lékaři si uvědomují rizika nadměrného pití alkoholu pro zdravotní stav svých pacientů. Je zřejmé, že působení lékařů by bylo ještě účinnější, pokud by byli lépe vzděláváni v možnostech screeningu a krátké intervence zaměřené na snižování škod působených alkoholem.

Kategorie „pyramidy konzumenta“ na rozdíl od konzumních kategorií (tabulka 38) jsou odvozeny nejen z průměrného denního příjmu etanolu vypočítaného na základě indexu BSQF (kvantita a frekvence), ale zahrnují také frekvenci epizodického konzumu nadměrných dávek alkoholu. Kategorie pyramidy konzumenta alkoholu dobře vystihují míru rizikovitosti a také problémovosti užívání alkoholu v populaci.

Tabulka 38 Struktura konzumentů alkoholu – „pyramida konzumenta“ (%
95% CI) (SZÚ 2012)

Demograf. charakteristiky	Abstinenti a umírnění konzumenti	Konzumenti s nízkým rizikem	Konzumenti s vysokým rizikem	Problémoví konzumenti (pravděpodobná závislost)
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>			
Celý vzorek	30,6 (28,4; 32,7)	48,7 (46,3; 51,0)	16,0 (14,3; 17,7)	4,8 (3,8; 5,8)
<i>Pohlaví</i>				
Muži	22,5 (19,6; 25,3)	47,3 (44,0; 50,7)	23,0 (20,1; 25,8)	7,2 (5,4; 9,0)
Žen	38,3 (35,1; 41,6)	49,9 (46,6; 53,2)	9,3 (7,4; 11,2)	2,4 (1,4; 3,5)



Praktičtí lékaři a alkohol

Mezinárodní projekt ODHIN (Optimalizace poskytování intervencí v rámci primární zdravotní péče), na jehož řešení se za Českou republiku podílí Státní zdravotní ústav, sleduje názory a zkušenosti praktických lékařů s preventivními intervencemi. V centru zájmu jsou intervence zaměřené na redukci rizikového a škodlivého pití u pacientů. Z databáze praktických lékařů v ČR bylo náhodně vybráno a dotázáno 294 lékařů.

Přehled výsledků

Hodnocení významu různých forem chování pro zdraví

Ze sedmi různých forem chování, které mohou mít vliv na zdraví, považují lékaři za nejvýznamnější nekouření, dodržování lékové preskripce a neužívání ilegálních drog (65 %, 61 % a 62 % hodnocení jako velmi důležité pro zdraví). Oproti těmto třem formám chování byla důležitost jiných forem chování akcentována méně: stres (43 %) pití alkoholu (35 %) vyhýbání se nadměrným kaloriím (34 %) a pravidelné tělesné cvičení (31 %).

Hodnocení vlastní úspěšnosti při ovlivňování zdravotně nežádoucího chování pacientů

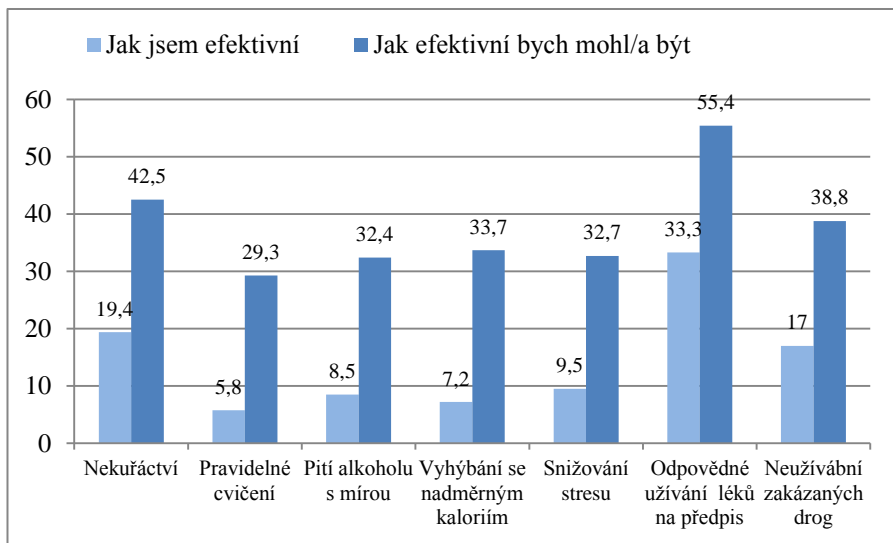
Hodnocení vlastní efektivity při ovlivňování chování kopíruje do jisté míry důležitost, kterou lékaři danému druhu chování připisují. Třetina lékařů se domnívá, že úspěšně vede pacienty k odpovědnému užívání léků, které jim předepisuje. U dalších forem chování je již míra vlastní úspěšnosti nižší.

U kuřáctví a užívání nelegálních drog udává úspěšnost 19 % resp. 17 % lékařů. V případě stresu, vyhýbání se nadměrným kaloriím, pití alkoholu či tělesné aktivity se jako úspěšní cítí být méně než 10 % lékařů, přičemž nejnižší hodnoty jsou překvapivě u tělesné aktivity (5,8 %).

S otázkou na hodnocení vlastní úspěšnosti při ovlivňování chování pacientů byla svázána otázka na to, jak by dotázaní lékaři byli schopni ovlivňovat chování pacientů, pokud by se jim dostalo adekvátního vzdělávání (nebo tréninku).

Z grafu 8 je patrné, že v takovém případě by se subjektivně posuzovaná úspěšnost lékařů výrazně zvýšila. Nejvyšší relativní změny jsou patrné právě u chování, v jejichž ovlivnění se lékaři cítí nejméně úspěšní.

Graf 8 Subjektivní posouzení vlastní efektivity a odhad úspěšnosti, pokud by lékař absolvoval adekvátní trénink v % (ODHIN, SZÚ 2014)



Při jaké spotřebě alkoholu by lékaři měli doporučovat omezení spotřeby

Názory lékařů na to, kdy by měli pacienti doporučovat snížení spotřeby alkoholu se sice lišily, nicméně polovina z nich považuje pravidelné každodenní pití jedné sklenky alkoholu u ženy za hranici, nad níž by již intervence byla na místě. U mužů souhlasí s touto hranicí 30 % lékařů.

Dalších třicet procent by u mužů intervenovalo v případech, že by denní spotřeba byla vyšší než 32 gramů alkoholu, tedy přibližně dvě půllitrové sklenice piva. Ukazuje se, že limity rizikovosti u většiny lékařů jsou ve shodě s doporučeními Světové zdravotnické organizace.

Řešení problémů s alkoholem v praxi praktických lékařů

Z dotázaných 294 praktických lékařů mělo 70 (24 %) relativně více zkušeností s řešením problémů s alkoholem.

Ve srovnání s ostatními lékaři uváděli tyto lékaři více pacientů, u nichž tyto problémy řešili během posledního roku, sami sebe hodnotili jako úspěšné při řešení problémů s alkoholem, aktivně zjišťovali konzumní zvyklosti pacientů, hlásili se k preventivní orientaci v péči a absolvovali více hodin vzdělávání o problémech s alkoholem.

Názory lékařů na to, proč není řešení problémů s alkoholem v primární péči věnována dostatečná pozornost

Jako důvody, proč není řešení problémů s alkoholem věnována v primární péči dostatečná pozornost, uváděli praktičtí lékaři nejčastěji toto: zaměstnání jinými zdravotními problémy svých pacientů (60 %), preventivní medicína není podporována, resp. aktivity v této oblasti nejsou zdravotní pojišťovnou hrazeny.

Značná část lékařů uvedla, že nevědí, jak identifikovat problémového konzumenta, absenci vhodných screeningových nástrojů a neexistenci školení v postupech poradenství a krátkých intervencí. Ptát se na problémy s pitím vzbuzuje u některých lékařů rozpaky, a ještě větší problémy jim působí sdělovat pacientům, že mají problémy s alkoholem. Mnozí lékaři také souhlasí s názorem, že vzdělávání lékařů je založeno na modelu nemoci, kde prevence má jen okrajové místo. Více než třetina dotázaných soudí, že lékaři sami mohou mít problémy s alkoholem, proto se této problematice vyhýbají.

Jaká opatření v alkoholové politice považují lékaři za účinná

Názory lékařů na účinnost opatření v alkoholové politice se liší v závislosti na jejich zkušenostech s řešením těchto problémů. Zkušenější lékaři kladli důraz na omezení reklamy na alkohol (40 %), zlepšení osvěty mezi mládeží (40 %), zvýšení právní plnoletosti pro konzumaci (37 %) a nákup alkoholu (30 %), zvýšení ceny alkoholických nápojů (29 %) a zavedení povinných programů časně identifikace a krátké intervence u osob s rizikovou nebo škodlivou konzumací alkoholu v primární péči (17 %).

Závěry

Průzkum ukázal, že sami praktičtí lékaři vnímají bariéry, které omezují jejich možnosti řešit rizikové a škodlivé pití u svých pacientů. Jsou to především nedostatečné vzdělání v dané oblasti, pro většinu z nich také nedostupnost screeningových instrumentů a nedostatečná podpora preventivní činnosti lékařů ze strany zdravotních pojišťoven.

Lékaři si uvědomují, že v případě adekvátního vzdělání by jejich aktivita v oblasti omezování nadměrného pití byla výrazně účinnější. Názory většiny lékařů na rizikovou spotřebu se kryjí s definicí odborných zdravotních autorit (WHO).

Souhrn - alkohol

1. Podle studie HBSC pilo pivo pravidelně (týdně nebo častěji) 38 % patnáctiletých chlapců a 20 % děvčat, v případě destilátů to bylo 13 % chlapců a 10 % děvčat. Opakovanou opilost uvedlo 46 % patnáctiletých chlapců a 40 % děvčat.
2. Užívání alkoholických nápojů mezi dospívajícími má v posledních deseti letech mírně vzrůstající tendenci. U chlapců vzrostl výskyt pravidelného pití piva a destilátů, u dívek vína a destilátů. Častou konzumaci nadměrných dávek alkoholu (tj. konzumaci 5 a více sklenic alkoholu třikrát a častěji v posledních 30 dnech) uvedlo v roce 2011 celkem 21 % studentů (27 % chlapců a 16 % dívek).
3. 15 % dospělé české populace konzumuje alkohol pravidelně a velmi často (pití denně nebo obden).
4. Trvale (celoživotně) abstinuje jen 2,5 % dospělých.
5. Průměrná roční spotřeba na osobu je 7,4 l čistého alkoholu, resp. 8,6 l pokud nezahrneme abstinenty.
6. Časté pití nadměrných dávek alkoholu (binge drinking) (tj. týdně nebo častěji) udává 18 % dotázaných (muži 28 %, ženy 8,6%).
7. 16 % dospělých lze považovat za konzumenty s vysokým rizikem a 4,8 % jsou problémoví pijáci.
8. Problém s alkoholem si připouští jen 1,2 % dotázaných a odbornou pomoc vyhledalo jen 0,4 %.
9. Lékaři u třetiny respondentů zjišťovali jejich konzumní zvyklosti a více než 8 % doporučili omezit pití alkoholu.
10. Pití alkoholu má silný vztah ke kouření tabáku. Dochází tedy ke kumulaci zdravotních rizik.
11. K omezování škod působených alkoholem by měla Česká republika využít doporučení, která formulovala Světová zdravotnická organizace v dokumentu Globální strategie o alkoholu. V tomto dokumentu jsou zemím doporučovány strategie, jejichž účinnost byla vědecky ověřena.

Jde především o implementaci následujících opatření:

- Regulace marketingu alkoholických nápojů, zejména ve vztahu k mládeži;
- Regulace a omezování dostupnosti alkoholických nápojů;
- Prosazování účinných opatření k vyloučení alkoholu z řízení vozidel;
- Snižování poptávky na prostřednictvím daňových a cenových mechanismů;
- Získávat pozornost a podporu pro cíle národní alkoholové politiky;
- Poskytovat dostupnou a účinnou léčbu pro lidi se závislostí na alkoholu;
- Zavádět do praxe (zejména do primární zdravotní péče) programy screeningu a krátké intervence pro rizikové a škodlivé užívání alkoholu.
- Mít na zřeteli nutnost úplné abstinence během těhotenství a kojení s ohledem na teratogenní účinky alkoholu.

Zásadní význam má vytvoření národní alkoholové politiky, kterou by vláda skutečně důsledně prosazovala. Jen tak je možné dosáhnout snížení celkové spotřeby alkoholu ve společnosti a omezení zdravotních a ekonomických škod.

Důležité je, že v současné době dochází k novelizaci legislativy a k formulaci národní alkoholové strategie včetně konkrétních akčních plánů.

Souvislost mezi současným kouřením tabáku a konzumací alkoholu

Souvislost mezi pitím alkoholu a kouřením byla opakovaně prokázána. V našem výzkumu jsme měli možnost tuto souvislost kvantifikovat. Výsledky jsou jednoznačné v tom, že s rostoucí konzumací alkoholu vzrůstá prevalence kuřáků. U rizikového a škodlivého pití je výskyt kuřáků stejný u mužů i žen.

Tabulka 39 Současní kuřáci tabáku v závislosti na kategorii pití alkoholu (SZÚ 2012)

Demograf. charakteristiky	Abstinující (celoživotní a v posled. roce)	Umírněné pití	Rizikové pití	Škodlivé pití
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>			
Celkem	18,52 (13,84; 23,98)	29,53 (27,09; 32,10)	46,40 (37,44; 55,54)	59,06 (49,98; 67,70)
<i>Pohlaví</i>				
Muži	22,11 (14,23; 31,78)	34,70 (31,02; 38,57)	46,03 (33,39; 59,06)	58,62 (47,55; 69,08)
Ženy	16,22 (10,67; 23,16)	24,67 (21,49; 28,14)	46,77 (33,39; 59,06)	60,00 (43,33; 75,14)
<i>Věková skupina</i>				
15-24	19,05 (5,45; 41,91)	39,89 (32,74; 47,38)	73,68 (48,80; 90,85)	85,71 (63,66; 96,95)
25-44	27,27 (16,14; 40,96)	31,94 (27,93; 36,24)	40,82 (27,00; 55,79)	55,81 (39,88; 70,92)
45-64	20,22 (12,45; 30,07)	26,84 (22,59; 31,54)	39,47 (24,04; 56,61)	53,06 (38,27; 67,47)
65+	10,26 (4,53; 19,21)	20,44 (15,37; 26,31)	47,37 (24,45; 71,14)	50,00 (23,04; 76,96)

Varující je skutečnost, že nejsilněji je souvislost mezi kouřením a pitím alkoholu vyjádřena u nejmladší skupiny dotázaných, kde mezi rizikovými konzumenty je 74 % kuřáků, a mezi těmi, kdo pijí škodlivě dokonce 86 %. Také u osob s nižší úrovní vzdělání je spojitost s kouřením tabáku silnější než u osob s vyšším vzděláním.

Na tyto skutečnosti je nutné poukazovat, protože zdravotní rizika jsou výrazně vyšší u osob, které nadužívají alkohol a současně kouří.

Národní politiky a aktuální legislativa (Věra Kernová)

Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku a MPOWER

V květnu 2003 schválilo na 56. světovém zdravotnickém shromáždění 191 členských států WHO jednomyslně Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku (FCTC). Reagovaly tak na globalizaci tabákové epidemie. Úmluva vstoupila v platnost v únoru roku 2005.

FCTC je první dohodou na světě v oblasti veřejného zdraví týkající se omezování spotřeby tabáku. Představuje hnací sílu globální reakce na pandemii úmrtí a onemocnění vyvolaných tabákem.

Smlouva ztělesňuje koordinovaný, účinný a naléhavý akční plán k omezení spotřeby tabáku a stanovuje nákladově efektivní strategie kontroly tabáku ve veřejných politikách, jako je např. zákaz přímé a nepřímé reklamy tabáku, zvýšení daní a cen tabákových výrobků, prosazování nekuřáckých veřejných míst a pracovišť, zobrazení výrazných zdravotních varování na balení tabáku, výzkum, monitoring a výměnu informací týkajících se tabáku apod.

Česká republika se svým podpisem připojila k FCTC již v roce 2003. Plnohodnotnou smluvní stranou Úmluvy se všemi právy a povinnostmi se stala po její ratifikaci prezidentem republiky až v roce 2012.

Jako pomoc při plnění závazků vyplývajících z FCTC představila Světová zdravotnická organizace v roce 2008 technický dokument MPOWER, balíček šesti přesvědčivých opatření kontroly tabáku, které prokazatelně vedou ke snížení spotřeby tabáku a zachraňují lidské životy:

- **M** (Monitor) - Monitorovat užívání tabáku a politik prevence
- **P** (Protect) - Chránit lidi před tabákovým kouřem
- **O** (Offer) - Nabídnout pomoc při odvykání kouření
- **W** (Warn) - Varovat před nebezpečím užívání tabáku
- **E** (Enforce) - Vymáhat zákaz reklamy na tabák, zákaz jeho propagace a sponzorství
- **R** (Raise) - Zvýšit daně z tabáku

Strategie první – Monitorování užívání tabáku a politik prevence – je základním předpokladem pro účinné realizování dalších pěti strategií.

Aby bylo možné provádět monitorování jednotným a porovnatelným způsobem po celém světě, byl ve spolupráci WHO a CDC vytvořen

Globální systém surveillance tabáku (GTSS). V rámci tohoto systému jsou realizovány studie zaměřené na různé věkové a profesní skupiny od školních dětí až po dospělou populaci. (Warren, Asma at all., 2009).

Program „ZDRAVÍ 2020“

Program „Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“ (dále jen Národní strategie) je rámcovým souhrnem opatření pro rozvoj veřejného zdraví v ČR a současně i nástrojem pro implementaci programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 2020“ v ČR, schváleného na 62. zasedání Regionálního výboru WHO pro Evropu v září 2012. Schválená Národní strategie navazuje na „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21“ a vychází i ze schválené „Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví“. Tento dokument byl schválen Parlamentem ČR na základě vládního usnesení č. 175/2014.

Hlavním cílem Národní strategie je zlepšit zdravotní stav populace a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet.

Snahou je připravit koncepční materiály pro rozvoj systému veřejného zdravotnictví a stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví s nastartováním účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace v ČR.

Nezbytným předpokladem pro dosažení hlavních cílů a priorit Národní strategie je zapojení jak všech složek státní správy, tak i společnosti s důrazem na účast komunit i jedinců. Výsledný efekt, tj. dobrý zdravotní stav populace, bude přínosem pro všechny rezorty i celou společnost.

Program Zdraví 2020 je adaptabilním a praktickým strategickým rámcem, umožňujícím jedinečné a specificky zaměřené přístupy zohledňující například pohlaví, věk či sociální zázemí lidí. K dosažení společných cílů Zdraví 2020 využívá zejména nástrojů a postupů ochrany a podpory veřejného zdraví a prevence nemocí zaměřených na lidi, kteří jsou hlavními partnery v procesu rozvoje veřejného zdraví.

Národní strategie Zdraví 2020 rozpracovává vizi systému veřejného zdraví jako dynamické sítě zainteresovaných subjektů na všech úrovních společnosti, a je tedy určena nejen institucím veřejné správy, ale také všem ostatním složkám – jedincům, komunitám, neziskovému a soukromému sektoru, vzdělávacím, vědeckým a dalším institucím. Má za úkol přispět

k řešení složitých zdravotních problémů 21. století spojených s ekonomickým, sociálním a demografickým vývojem, a to zejména cestou prevence nemocí a podpory zdraví.

Dokument navazuje na „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21“ (dále jen „Zdraví 21“) podpořený vládou ČR v roce 2002 usnesením č. 1046/2002 a je naplněním požadavku vlády na aktualizaci tohoto strategického dokumentu.

Národní strategie je podložena důkazy a využívá zkušenosti a doporučení mimo jiné ze „Zprávy o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2003 do roku 2012“ a je v souladu s vývojem a závazky na mezinárodní úrovni jak v rámci Evropské unie (EU), tak evropského regionu WHO.

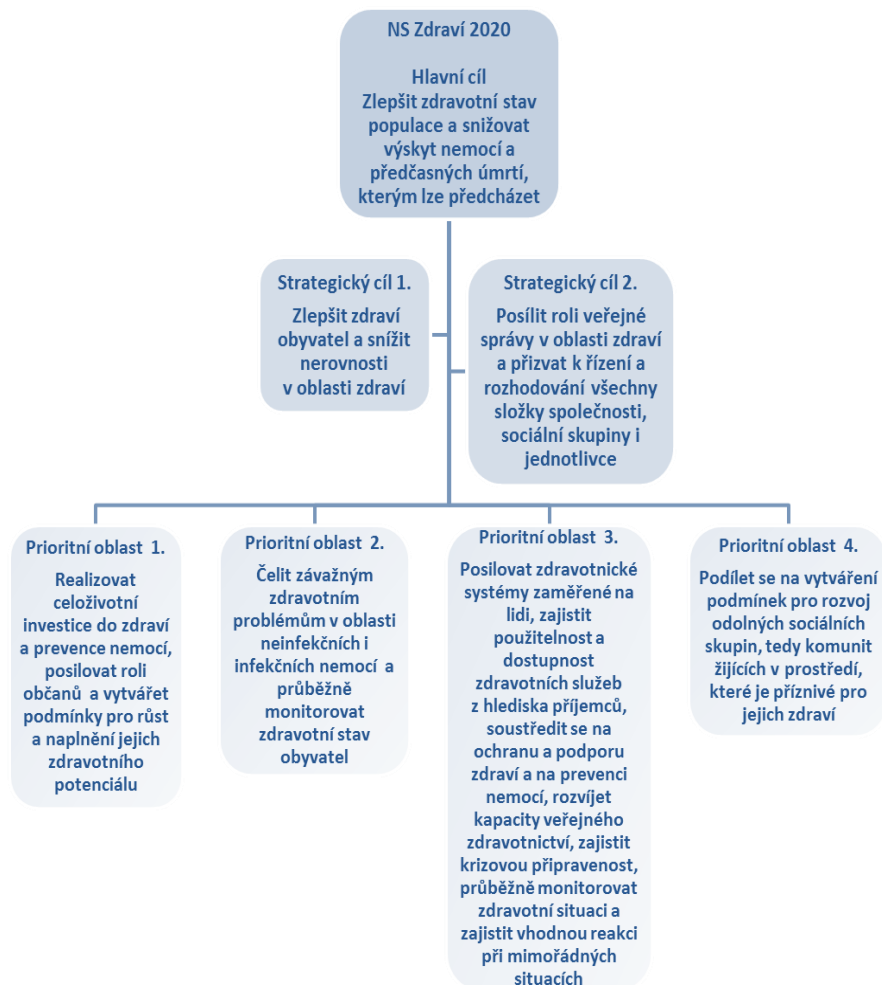
Národní strategie jako rámcový souhrn opatření bude postupně rozpracována do jednotlivých implementačních dokumentů - akčních plánů či jiných strategických a koncepčních dokumentů dle stanovených priorit ochrany a podpory veřejného zdraví a prevence nemocí, zdravotního stavu obyvatelstva ČR a dalších témat veřejného zdravotnictví a organizace zdravotní péče.

V jednotlivých implementačních dokumentech budou blíže specifikovány dílčí cíle, odpovědnost, ukazatele a termíny plnění včetně stanovení požadavků na finanční a materiálové pokrytí nutně souvisejících nákladů.

Účelem schválené Národní strategie je především stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných, dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace.

Národní strategie definuje hlavní cíl, k němuž vedou dva strategické cíle, rozpracované do čtyř oblastí prioritních politických opatření zaměřených na řešení vybraných dominantních problémů zdravotního stavu populace ČR.

V programu byly vytyčeny 4 prioritní oblasti:



Čtyři prioritní oblasti jsou provázány, jsou na sobě závislé a navzájem se podporují. Aktivity týkající se zdraví během celého životního cyklu a vytváření podmínek pro posilování zodpovědnosti lidí za zdraví mohou pomoci při zvládnání epidemie chronických neinfekčních nemocí i ve snaze posílit kapacitu veřejného zdravotnictví a v neposlední řadě mohou pomoci v boji proti infekčním nemocem.

Veřejná správa zvýší svůj příznivý vliv v péči o zdraví, když se jí podaří propojit svá opatření a investice a další aktivity zaměří na snížení nerovností ve zdraví.

Program Zdraví 2020 se zaměřuje na řadu účinných integrovaných strategií a intervencí, jejichž cílem je řešení hlavních zdravotních problémů v ČR, především chronických neinfekčních a infekčních onemocnění. Chronická neinfekční onemocnění mohou být efektivně ovlivněna především změnami chování a životního stylu.

Je třeba zavést do praxe široce pojatou preventivní strategii zaměřenou na jednotlivé determinanty zdraví napříč sociálními skupinami. Změnit chování populace a posílit zdravý životní styl je náročný úkol s mnohostranným přístupem ve zlepšení zdravotní výchovy a informovanosti obyvatel.

V této fázi implementace programu do praxe je nutné věnovat zvýšenou pozornost především rizikům životního stylu a chování. Kouření, nebezpečné pití alkoholu, nízká pohybová aktivita a nezdravá výživa jsou nejzávažnějšími riziky životního stylu, která lze pozitivně ovlivnit naším chováním.

Na úrovni Světové zdravotnické organizace byly již účinné strategie týkající se omezení kouření a alkoholu vypracovány. Problematika kouření je zpracována a shrnuta v Rámcové úmluvě o kontrole tabáku a strategii MPOWER, které pomáhají iniciovat a realizovat rámcovou zdravotní politiku na lokální úrovni. V ČR byla tato úmluva ratifikována prezidentem republiky dne 2. května 2012.

Navrhovaná opatření směřující k omezování kouření jsou po očkování dětí druhou nejefektivnější investicí pomáhající zlepšit zdraví lidí. Zvýšení cen tabákových výrobků představuje také nejúčinnější opatření směřující ke snížení spotřeby tabákových výrobků a motivující k zanechání kouření.

Aby se podařilo omezit nebezpečné pití alkoholu, opatření by měla brát v úvahu odlišnosti jednotlivých zemí a zvážit možnosti, jak přimět lidi, aby změnilí své chování. Měl by být:

- vytvořen systém zdanění alkoholických nápojů, který by bral v úvahu procento alkoholu a jehož nedodržování by bylo provázeno konkrétními sankcemi;
- regulován počet a struktura prodejních míst;
- regulována prodejní dobu a omezeny prodejní dny;

- stanovena vhodná věková hranice pro nákup a konzumaci alkoholických nápojů a přijata taková opatření, která by zamezila mládeži nakupovat a pít alkohol;
- podporován monitoring problémů s alkoholem v základní zdravotní péči, včetně odhalení alkoholismu u těhotných, a dále u žen, pečujících o malé děti;
- vytvořen a kontrolován koordinovaný a integrovaný systém prevence, léčby a péče o osoby, které mají problémy s alkoholem v návaznosti na další nemoci (drogy, deprese, sebevraždy, tuberkulóza, HIV/AIDS).

Při realizaci a řešení problémů s kouřením a alkoholem je nutná meziresortní spolupráce a navazující regulace, je třeba uplatnit společný postup všech zainteresovaných složek veřejné správy se zajištěním dlouhodobých potřeb chronických pacientů. Je třeba všechny tyto problémy a navrhovaná opatření zohlednit při přípravě nových strategických dokumentů ve formě Akčních plánů pro oblast kontroly tabáku a omezování škod působených alkoholem.

Hodnocení naplňování cíle 12 programu Zdraví 21 v letech 2003 - 2012

Kouření

Při hodnocení naplňování cíle 12 programu Zdraví 21 – Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem v letech 2003 – 2012 a souvisejících strategických dokumentů bylo zjištěno, že v ČR byla realizována řada intervenčních aktivit a opatření na všech úrovních, přesto se nepodařilo daného cíle v ČR dosáhnout.

V oblasti užívání tabákových výrobků v průběhu let 2003–2012 nedošlo k výraznějším změnám v prevalenci kouření v populaci ČR. Podíl kuřáků (včetně příležitostných) se pohybuje v rozmezí 28–32 % a nebyl ani zaznamenán trend, že by se více kuřáků snažilo s kouřením přestat. Platí, že tabákové výrobky užívají více muži než ženy.

Podle výsledků studie TQS WHO/CDC v roce 2012 je prevalence kuřáctví u dospělých (15+) celkem 30,9 % (muži: 35,6 %, ženy: 26,3 %), což odpovídá trendům z předchozích let.

Po roce 2002 lze podle výsledků mezinárodní studie HBSC sledovat pokles výskytu užívání tabákových výrobků u dětí a mladistvých, opětovný nárůst byl zjištěn v roce 2010.

V užívání tabákových výrobků dětmi a mladistvými byl v roce 2006 zaznamenán pokles, nicméně při posledním šetření v roce 2010 je zřejmý opětovný

nárůst. I v ČR se již projevuje trend nastoupený v zemích západní a severní Evropy, kdy převažuje počet kouřících dívek nad chlapci.

Dostupnost tabákových výrobků je u mladých lidí i navzdory zavedeným legislativním opatřením vysoká. Také ochrana dětí a mladistvých proti expozici nepřímému tabákovému kouři je nedostatečná. Odhaduje se, že v ČR je doma vystaveno tabákovému kouři zhruba 40 % dětí.

Dle výsledků jiné mezinárodní studie WHO/CDC Global Youth Tobacco Survey (GYTS), která byla v roce 2011 realizována i v ČR, uvádělo aktuální užívání některé z forem tabáku nezanedbatelná část dětí ve věku 13–15 let – 36,5 % (kouření cigaret 30,6 %).

Z výsledků této studie také vyplývá, že dostupnost tabákových výrobků je u mladých lidí i navzdory nově zavedeným legislativním opatřením v období po r. 2002 vysoká a nedostatečná je také jejich ochrana proti expozici nepřímému tabákovému kouři. Dlouhodobě zůstává problémem expozice tabákovému kouři v domácím prostředí.

Alkohol

Pokud jde o konzumaci alkoholických nápojů, situace se ve sledovaném období 2003 – 2012 v ČR rovněž významně nezměnila. Podle Světové zdravotnické organizace a Evropské komise je konzumace čistého alkoholu na jednoho dospělého obyvatele ČR 16,6 litru, tedy nejvíce v EU, kde je průměr 12,45 litru na osobu. Rizikových konzumentů je mezi muži 26 %, mezi ženami 13 %.

Škodlivé pití se u mužů vyskytuje ve 12,5 % a u žen v 2,7 %. Na rozdíl od většiny evropských zemí je v České republice na vzestupu mortalita na alkoholickou cirhózu jater. Nepříznivá je rovněž skladba spotřeby, kdy sice přibližně polovina celkové spotřeby je ve formě piva (4,8 litrů), ale zhruba 30 % celkové spotřeby reprezentují lihoviny, ostatní připadá na víno.

Údaje o spotřebním chování dospělé populace vůči alkoholu vycházejí ze šetření SZÚ, které bylo provedeno v r. 2012. Dle jeho výsledků 18 % mužů a 11 % žen se vystavuje riziku zdravotních problémů působených nadměrnou spotřebou alkoholu (průměrná denní dávka alkoholu větší než 40 gramů u mužů a 20 gramů u žen).

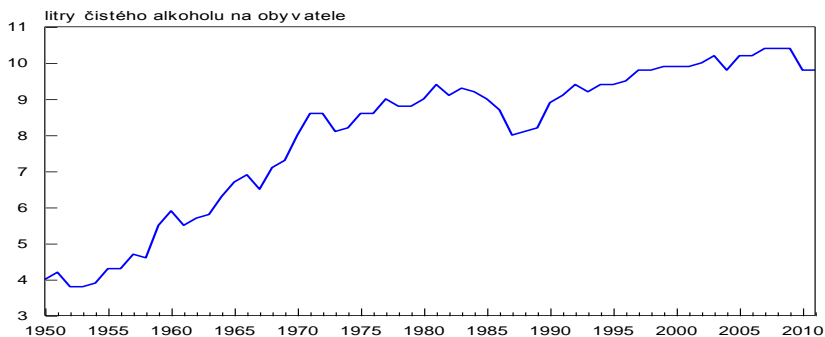
Varovná je i situace dětí a mladistvých, u kterých je konzumace alkoholu včetně jejich obzvláště zdravotně nežádoucích forem velmi rozšířena.

Z výsledků mezinárodní studie HBSC (2010) vyplynulo, že dvě třetiny 15letých dětí pily alkohol před svými třináctými narozeninami a většina z nich se takto brzy opila. V 15 letech pije alkohol alespoň 1x týdně 33 %

dívek a 44 % chlapců.

Podle studie ESPAD z r. 2011 nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) konzumovalo více než třikrát v posledním měsíci pětina (21 %) 16letých studentů.

Graf 8 Vývoj spotřeby alkoholu v litrech čistého lihu na obyvatele v ČR 1950–2010



Zdroj: ČSÚ

Česká republika nemá národní strategii pro oblast alkoholu. Politické cíle v této oblasti byly formulovány v dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR „Zdraví pro všechny v 21. století“, vycházejícím ze strategie WHO a také EU (Evropská charta o alkoholu).

Program „Zdraví pro všechny v 21. století“ stanoví v rámci cíle č. 12 úkol „snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem“. Při realizaci jednotlivých aktivit programu chyběly finanční alokace, a tak se jeho cíle naplňovat nedařilo.

Legislativně je alkohol regulován zákonem 379/2005 Sb. - o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Tento zákon obsahuje a řeší:

- opatření směřující k omezení dostupnosti tabákových výrobků a alkoholu; např. tabákové výrobky se mohou prodávat pouze na zákonem stanovených místech;
- opatření směřující k ochraně před škodami na zdraví působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými látkami;

- působnost správních úřadů a orgánů územních samosprávních celků při tvorbě a uskutečňování programů ochrany před škodami působenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek.

Zdravotní a sociální dopady škodlivého pití lze na celospolečenské úrovni snižovat pouze vhodnou celospolečenskou politikou. Doporučená globální strategie (WHO, 2010) zahrnuje regulační opatření v oblasti dostupnosti (např. omezení prodejních míst prostřednictvím licencí, důsledné dodržování zákazu prodeje a podávání nezletilým), cenové politiky (vyšší zdanění alkoholu) a marketingu (výrazné omezení reklamy), zlepšení zdravotních služeb, zavádění screeningů a krátké intervence v primární zdravotní péči.

Důrazně se doporučuje zlepšit informace týkající se spotřeby a konzumních zvyklostí populace s tím, že tyto poznatky přispívají k posouzení rozsahu rizik a současně mohou vypovídat o dopadu přijatých regulačních opatření.

Současný stav řešení pro oblast problematiky kouření a alkoholu

V roce 2006 došlo k přijetí zásadní právní úpravy – vstoupil v účinnost zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.

Tento zákon nahradil předchozí právní úpravu v této oblasti – zákon 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů, a jeho prováděcí vyhlášku. Zákon definuje omezení dostupnosti tabákových výrobků a alkoholu, vč. určení odpovědnosti prodejců, stanovuje místa se zákazem kouření, vyšetření pro přítomnost alkoholu a jiných návykových látek, definuje typy odborné péče, zdravotnickým pracovníkům ukládá povinnost provádět krátké intervence, zahrnuje ustanovení ohledně organizace a provádění protidrogové politiky atd.

Pokud se jedná o zákaz kouření v restauračních a obdobných zařízeních, zůstává prozatím právní úprava v tomto ohledu nedostatečná i v porovnání s řadou jiných zemí EU. Přestože jsou výsledky reprezentativních studií a veřejného mínění jednoznačné, z hlediska prevence a ochrany před pasivním kouřením jsou současná opatření spíše neúčinná. Vymahatelnost zákona v ČR je obecně pokládána za nedostatečnou. V následujícím období se bude třeba více zaměřit na posílení kontroly dodržování povinností uložených zákonem č. 379/2005 Sb., a zahrnout do působnosti zákona rovněž nové výrobky s obsahem nikotinu – elektronické cigarety, herbální cigarety atd.

Dále byly přijaty další právní předpisy týkající se kontroly tabáku a alkoholu - např.:

- Zákon č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních upravuje podmínky zdaňování tabákových výrobků a alkoholických nápojů, způsob jejich značení a prodeje. Především v návaznosti na právní předpisy EU došlo k postupnému zvýšení spotřebních daní na tabákové výrobky a alkohol. Toto zvýšení je stále nedostatečné. V poměru k průměrným mzdám jsou v současnosti cigarety levnější než v roce 1989.
- Vyhláška Ministerstva zemědělství č. 344/2003 Sb., kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky. Bylo zavedeno zdravotní varování na tabákových výrobcích, povinné informace na tabákových výrobcích atd.
- Zákon č. 132/2003 Sb., kterým se mění zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů. Radikálně byla omezena reklama na tabákové výrobky.

V následujícím období při tvorbě jednotlivých Akčních plánů se bude třeba zaměřit na prohloubení regulace reklamy a marketingu souvisejících s alkoholickými nápoji a tabákovými výrobky. Bude třeba zvážit možnosti dalších omezení reklamy na alkohol v médiích, zvážit zavedení kombinovaných zdravotních varování na tabákových výrobcích atd.

Komplexní přístup k rizikovému chování dětí a mládeže je v současné době řešen zejména resortem MŠMT v rámcových vzdělávacích programech, doplněných o Strategii prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže.

K naplňování této Strategie slouží dotační programy na podporu aktivit v oblasti primární prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT.

Aktivity zaměřené na primární prevenci užívání návykových látek a podporu zdravého životního stylu byly průběžně a v různé míře podporovány z dotačních programů i jiných resortů MZ, MV, MO, MŽP, MPSV, MK.

Jednotlivé preventivní aktivity však nejsou koordinovány a není propagace v hromadných sdělovacích prostředcích. Školní programy bez podpory rodiny a společnosti nefungují u dětí z rizikového prostředí.

Poradenství a léčba v oblasti závislosti na návykových látkách je v ČR

poskytována v rámci stávajících ambulantních a lůžkových zařízení, ale z valné části není ekonomicky podporována (snad s výjimkou Center léčby závislosti na tabáku), poradenství ani medikamentózní léčbu zdravotní pojišťovny nehradí.

Podařilo se vybudovat a v průběhu sledovaného období udržet příznivý stav dostupnosti relativně široké nabídky služeb pro uživatele nelegálních drog a jejich blízké. Podpora kontaktních a poradenských služeb, terénních programů, programů léčby a následné péče ze strany státu je zajišťována zejména dotačními tituly Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a resortů MZ a MPSV.

Pokud jde specificky o léčbu závislosti na tabáku – od roku 2004 vznikají Centra léčby závislosti na tabáku. Léčba závislosti na tabáku je však dostupná i mimo tato centra. Pomoc při léčbě závislosti mohou nabídnout i praktičtí lékaři, případně lékárníci, kteří mohou formou krátké intervence předat základní informace a doporučit náhradní nikotinovou terapii.

V SZÚ bylo zřízeno Koordinační, monitorovací a výzkumné pracoviště pro implementaci Evropské strategie kontroly tabáku a Evropského akčního plánu o alkoholu. V letech 2003–2012 plnilo úkoly stanovené statutem a řešilo další úkoly na základě aktuální situace v problematice tabáku a alkoholu.

V posledních letech však dochází ke snížení pracovníků a finančních prostředků na činnost pracoviště. Jako negativní jsou vnímány i velmi omezené možnosti ovlivňování realizace efektivních politik vedoucích ke snižování dopadu kouření tabáku a užívání alkoholu na zdraví populace.

Z hlediska mezinárodního se v ČR konečně podařilo v roce 2012 ratifikovat WHO Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku (FCTC), která je z hlediska kontroly tabáku důležitou mezinárodní právní dohodou.

Vzhledem k vysoké míře výskytu kuřáctví a rizikové konzumace alkoholických nápojů u obyvatelstva ČR, zvláště pak u mladých lidí, a dalších patologických jevů je třeba systematicky pokračovat v nastolených aktivitách a postupovat rovněž v souladu s Národní strategií realizace protidrogové politiky ČR a jejími akčními plány a dalšími souvisejícími meziřesortními strategiemi. Je třeba zaměřit se např. na:

- zvýšení informovanosti veřejnosti o škodách působených tabákem a alkoholem;
- využívání nových komunikačních technologií apod.;
- další omezení marketingu alkoholických nápojů a tabákových výrobků.

- zlepšení systému koordinace primární prevence a podpory zdraví;
- zlepšení dostupnosti léčby závislosti na tabáku a alkoholu a provázanosti s dalšími službami - rozšíření spektra poskytovaných služeb;
- mezinárodní spolupráci a plnění mezinárodní závazků;
- zajištění stabilního systému pravidelného sběru dat a hodnocení;
- navýšení finančních prostředků z veřejného rozpočtu do příslušných dotačních programů.

Legislativa

Problematika tabáku a alkoholu:

- Zákon 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů;
- Zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška č. 344/2003 Sb., kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky, ve znění vyhlášky č. 316/2012 Sb.;
- Vyhláška č. 335/1997 Sb., kterou se provádí § 18 písm. a), d), h), i), j) a k) zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, pro nealkoholické nápoje a koncentráty k přípravě nealkoholických nápojů, ovocná vína, ostatní vína a medovinu, pivo, konzumní líh, lihoviny a ostatní alkoholické nápoje, kvasný ocet a droždí, ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních, ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 307/2013 Sb., o povinném značení lihu, ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 132/2010 Sb., o audiovizuálních mediálních službách na vyžádání a o změně některých zákonů (zákon o audiovizuálních mediálních službách na vyžádání);

- Nařízení vlády č. 317/2012 Sb. ze dne 26. září 2012, kterým se stanoví formulář dokladu o původu některých druhů lihu, destilátu a některých druhů lihovin.

Problematika elektronických cigaret:

- Zákon č. 102/2001 Sb., o obecné bezpečnosti výrobků a o změně některých zákonů (zákon o obecné bezpečnosti výrobků), ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 350/2011 Sb., o chemických látkách a chemických směsích a o změně některých zákonů (chemický zákon);
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Problematika nekuřáckého prostředí:

- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník;
- Vyhláška č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody, ve znění pozdějších předpisů.

Odkazy

ČSÚ Spotřeba potravin, Český statistický úřad, 2012, www.czso.cz

ESPAD - European School Survey on Alcohol and Drugs. Další informace o studii na www.espad.org nebo www.drogy-info.org.

Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco Questions for Surveys: A Subset of Key Questions from the Adult Tobacco Survey (GATS), 2nd Edition, Atlanta, USA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011

Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Ženeva, WHO 2010 www.who.int/entity/substance_abuse/activities/gsrhua/en/

HBSC The Health Behaviour in School-aged Children. Další informace na www.hbsc.org nebo na www.hbsc.upol.cz

Moskalewicz, J., Sieroslowski, J. (2010) Drinking population surveys - guidance document for standardizing approach. Final report prepared for the project Standardizing Measurement of Alcohol-Related Troubles. 83 p.

Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., Thun, M., and Heath, Jr. C. (2003) Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000. Oxford University Press, Oxford, 1994. (Second edition; data updated 15 July 2003)

Sovinová, H., Csémy, L. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2012: Výzkumná zpráva. SZÚ, 2013 (www.szu.cz)

Sovinová, H., Csémy, L., Procházka, B. (2012) Determinanty rizikových forem užívání alkoholu v populaci mladých dospělých: analýza zdravotních, sociálních a psychologických souvislostí. Závěrečná práva projektu IGA NS 9645-4/2008. Praha 2012.

Sovinová, H., Csémy, L., Procházka, B., Kottnauerová, S. (2008) Smoking attributable mortality in the Czech Republic. *Journal of Public Health*, 16 (1), pp. 37-42.

Sovinová, H., Csémy, L., Sadílek, P., Užívání tabáku v České republice 2013, Výzkumná zpráva. SZÚ, 2014 (www.szu.cz)

Sovinová, H., Global Youth Tobacco survey (GYTS) 2011, Czech Republic 2011 Country Report. SZÚ, 2012 (www.szu.cz)

Sovinová, H., Sadílek, P., Csémy, L. Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR (1997 – 2011), Výzkumná zpráva. SZÚ, 2012 (www.szu.cz)

Warren, Ch.W., Asma, S., Lee, J., Lea, V., Mackay, J. Global Tobacco Surveillance System - The GTSS Atlas. CDC Foundation, Atlanta USA, 2009

WHO Global Status Report on Alcohol and Health, 2011
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.htm

World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER Package. WHO, 2008
www.who.int/entity/tobacco/mpower/2008/en/

Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. MZ 2014, ISBN-978-80-85047-47-9

Zdraví 2020 – Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. Století. MZ 2014, ISBN-978-80-85047-48-6

Zpráva o zdraví obyvatel České republiky, MZ 2014, ISBN 978-80-85047-49-3

Přehled zkratk

CDC	Centers for Disease Control
CI	Confidence interval
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
ESPAD	European School Project on Alcohol and other Drugs
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
GATS	Global Adult Tobacco Survey
GHPSS	Global Health Professions Student Survey
GPS	Global School Personnel Survey
GTSS	Global Tobacco Surveillance System
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
MO	ministerstvo obrany
MPSV	ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MV	ministerstvo vnitra
MŽP	ministerstvo životního prostředí
ns	není signifikantní
s.o.	směrodatná odchylka
SOU	Střední odborné učiliště
SŠ	Střední škola
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TQS	Tobacco Questions for Surveys
VŠ	Vysoká škola
WHO	World Health Organization
ZŠ	Základní škola



Autoři: MUDr. Hana Sovinová, PhDr. Ladislav Csémy, MUDr. Věra Kernová

Recenze: prof. MUDr. Drahošlava Hrubá, CSc.

Grafická úprava: GEOPRINT

Vydal Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, Praha 10 v rámci programu
Národní akční plány a koncepce Ministerstva zdravotnictví, projekt č.
OZS/28/4142/2014

Vytiskl GEOPRINT, Krajinská 1110, Liberec

1. vydání, Praha 2014

NEPRODEJNÉ