

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Kuřáctví v zemích EU**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Petra Trefancová  
Studijní program: Veřejné zdravotnictví  
Studijní obor: Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví  
  
Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová

Datum odevzdávání práce: 14.8.2012

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá tématem „Kuřáctví v zemích EU“. Kuřáků celkově ubývá, nicméně jejich počet stále představuje třetinu evropské populace. S konzumací tabáku je prokazatelně spojen vznik rakovinových a kardiovaskulárních onemocnění a nemocí dýchacích cest. Kouření je v EU nejčastější příčinou úmrtí, jimž lze zabránit. Má závažnější dopad na veřejné zdraví než alkohol, drogy, vysoký krevní tlak, nadváha nebo vysoká hladina cholesterolu.

V Evropské unii každoročně na následky kouření umírá kolem 650 000 osob. Odhaduje se, že náklady spojené s negativními dopady kouření činí v členských státech kolem 100 miliard eur.

Cílem diplomové práce je zmapovat prevalenci kouření v EU a zjistit opatření Evropské unie v boji proti kouření. Práce se věnuje problematice kouření z hlediska historického vývoje, z hlediska zdravotních rizik a z hlediska aktuálních opatření států Evropské unie v boji proti kuřáctví. Výzkumná část obsahuje sekundární analýzu dat týkajících se prevalence kouření u dospělých a mladistvých, vývoje úmrtnosti na karcinom plic a spotřeby cigaret v jednotlivých zemích EU.

## **ABSTRACT**

This thesis deals with „Smoking in EU countries“. The number of smokers has been decreasing, but a third of Europeans still smoke. Many cancers, cardiovascular and respiratory diseases are linked to tobacco use. It is the largest avoidable health risk in Europe, causing more problems than alcohol, drugs, high blood pressure, excess weight or high cholesterol.

Every year in the EU, as many as 650 000 Europeans die prematurely of tobacco-related causes. It is estimated that, in terms of negative economic impact, smoking costs the EU countries at least €100 billion.

The goal of the thesis is to monitor prevalence of smoking in EU countries. It also deals with efficiency measures for protection against tobacco. The thesis deals with the issue of smoking in historical terms. It also deals in terms of health risks and it describes the measure of EU countries in the fight against smoking. The main part of this thesis is a research, which includes a prevalence of smoking among adults and adolescents, the development of lung cancer mortality and cigarette consumption in each EU country.

### Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 14.8.2012

.....  
(jméno a příjmení)

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat své konzultantce MUDr. Lidmile Hamplové Ph.D. za vedení práce.

A dále své rodině za podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Historie tabáku a kouření.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Složení tabákového kouře.....</b>	<b>10</b>
1.2.1 Nikotin.....	10
1.2.2 Oxid uhelnatý.....	11
1.2.3 Dráždivé plyny.....	11
1.2.4 Karcinogeny.....	11
<b>1.3 Vliv kouření na lidský organismus.....</b>	<b>12</b>
1.3.1 Onemocnění respiračního systému.....	12
1.3.2 Onemocnění kardiovaskulárního systému.....	13
1.3.3 Nádorová onemocnění v závislosti na kouření.....	14
<i>1.3.3.1 Karcinom plic a bronchů.....</i>	<i>14</i>
<i>1.3.3.2 Ostatní nádorová onemocnění.....</i>	<i>15</i>
1.3.4 Rizika kouření v těhotenství.....	16
1.3.5 Ostatní onemocnění a nežádoucí účinky na zdraví.....	16
<b>1.4 Pasivní kouření.....</b>	<b>17</b>
<b>1.5 Opatření EU proti kouření.....</b>	<b>18</b>
1.5.1 Unijní právní předpisy týkající se tabáku.....	18
<i>1.5.1.1 Výroba tabákových výrobků.....</i>	<i>18</i>
<i>1.5.1.2 Zdanění tabákových výrobků.....</i>	<i>19</i>

1.5.1.3	Reklama na tabákové výrobky.....	20
1.5.1.4	Prodej tabákových výrobků.....	21
1.5.1.5	Zákazy kouření.....	21
1.5.2	Právní úpravy jednotlivých zemích o nekuřáckém prostředí.....	22
1.5.3	Jiné způsoby boje proti kouření.....	26
1.5.3.1	Kampaně proti kouření.....	26
1.5.3.2	Zelená kniha.....	27
1.5.3.2.1	Reakce na zelenou knihu.....	28
<b>1.6</b>	<b>Ostatní opatření proti kouření.....</b>	<b>29</b>
1.6.1	Rámcová úmluva o kontrole tabáku.....	29
1.6.2	Zdraví 21.....	30
1.6.3	Světový den bez tabáku.....	31
<b>2.</b>	<b>CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>32</b>
<b>2.1</b>	<b>Cíle práce.....</b>	<b>32</b>
<b>2.2</b>	<b>Výzkumné otázky.....</b>	<b>32</b>
<b>3.</b>	<b>METODIKA.....</b>	<b>33</b>
<b>4.</b>	<b>VÝSLEDKY.....</b>	<b>34</b>
<b>5.</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>89</b>
<b>6.</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>93</b>
<b>7.</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>95</b>
<b>8.</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>102</b>
<b>9.</b>	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>103</b>

## ÚVOD

Závislost na tabáku je chronické, recidivující a letální onemocnění<sup>1</sup>. V Evropské unii je kouření nejčastější preventabilní příčinou úmrtí. Každý rok předčasně zemře na následky kouření 695 000 Evropanů. U téměř poloviny těchto úmrtí jde o osoby ve věku mezi 35 a 69 roky, což je věk značně nižší než střední délka života. Odhaduje se, že z ekonomického hlediska stojí kouření země EU nejméně sto miliard eur. S užíváním tabáku je spojeno mnoho druhů rakoviny, kardiovaskulárních a respiračních onemocnění. To vše představuje největší zbytečné zdravotní riziko v Evropě. [45]

Povědomí o škodlivých vlivech kouření se stále zlepšuje a Evropská unie se snaží lidem zabránit, aby začali kouřit, pomáhá kuřákům přestat kouřit, chrání občany před vlivem tabákového kouře a omezuje reklamu a prodej tabákových výrobků. Navzdory značnému pokroku je počet kuřáků v EU stále vysoký<sup>2</sup>.

Strategie EU v oblasti kouření se vyznačuje uceleným přístupem a zahrnuje legislativní opatření, financování projektů boje proti kouření a informační kampaně. Unie rovněž začlenila boj proti kouření do řady politik EU, jako jsou daňová politika a zemědělská politika. Aktivně se podílí na boji proti kouření, zejména prostřednictvím Rámcové úmluvy o kontrole tabáku (FCTC), která je první mezinárodní smlouvou o ochraně zdraví v této oblasti. Tato úmluva zavazuje země na celém světě k činnosti za účelem snížení výskytu úmrtí a onemocnění souvisejících s kouřením a poskytuje rámec pro postupné omezování kouření. [52]

Tabák a obzvláště cigarety jsou aktuálním společenským tématem dnešního světa. Vedle alkoholu je nikotin jednou ze dvou návykových látek, které jsou běžně legálně užívány v celém západním světě. Vzhledem k závažným zdravotním důsledkům, které kouření způsobuje a zároveň vzhledem k faktu, že kuřák negativně ovlivňuje své okolí, stal se boj proti tabáku fenoménem konce dvacátého století a začátku nového tisíciletí.

---

<sup>1</sup> diagnóza F 17 podle 10-MKN, 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí WHO

<sup>2</sup> přibližně třetina obyvatel



# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1. Historie tabáku a kouření

První zmínky o kouření tabáku lze datovat okolo roku 500 před naším letopočtem v Mexiku Mayskou civilizací. Zmínky o kouření jiných rostlin můžeme nalézt ve vědeckých památkách několik tisíc let před Kristem v Indii a dá se předpokládat, že jednou z rostlin byl i tabák.[26]

Roku 1492 objevil Kryštof Kolumbus nejen Ameriku, ale i tabák. Původní obyvatelé Ameriky tabák kouřili, šňupali, žvýkali nebo pojídali tabákové listy. První tabáková semena se dostala do Evropy prostřednictvím dobrodruha a obchodníka Romana Penea roku 1518, z provincie Tabacco na ostrově San Domingo<sup>3</sup>. Odtud název tabák. Byli to Portugalci, kteří ovládali mezinárodní obchod před příchodem Holanďanů a Angličanů a jako první kultivovali tabák mimo Ameriku a rozšířili tabák do světa.

Postupem času se kouření rychle stalo výsadou bohatých, zpočátku hlavně proto, že k jeho používání bylo potřeba drahých dýmek a dalšího náčiní. S výrobou hliněných a dřevěných dýmek se kouření stalo přístupné obyčejným lidem, kteří upřednostňovali spíše šňupání tabáku než jeho kouření.[39]

V devatenáctém století šňupání tabáku považovali za zlozvyk nižších společenských vrstev a ve vybraných kruzích se začaly ujímat doutníky a posléze cigarety. V roce 1843 začal francouzský tabákový průmysl vyrábět drcený tabák v jemných papírcích, pro nějž Francouzi vymysleli název „cigarette“. V roce 1878 byl na světové výstavě v Paříži představen první stroj na balení cigaret.[24]

Na přelomu 19. a 20. století získaly balené cigarety dominantní postavení na trhu.[26] S pokrokem v oblasti transportu, v rychlosti balení, v počtu vyrobených cigaret a stále silnější reklamou, která se zaměřovala i na děti a ženy, se z kouření stala móda dostupná každému.

---

<sup>3</sup> dnešní Dominikánská republika

Přestože na konci 19. století bylo už poměrně jasné, že kouření má spojitost s různými onemocněními, až poválečné epidemiologické studie rakoviny plic Richarda Dolla přesvědčily americké i britské úřady, že kouření je škodlivé. Přibližně v této době začínají kampaně veřejného zdravotnictví proti kouření.[19]

## 1.2 Složení tabákového kouře

Tabákový kouř je dynamickým komplexem více než 4000 plyných (92 %) i hmotných (8 %) látek. Obsahuje 64 karcinogenů, z nichž IARC<sup>4</sup> určila 11 jako prokázaných lidských karcinogenů, 6 pravděpodobných a 46 možných lidských karcinogenů. Ve hmotné části tabákového kouře nacházíme nikotin, "dehty"<sup>5</sup>, benzen a benz(a)pyren. V plyné fázi je to oxid uhelnatý, amoniak, dimethylnitrosamin, formaldehyd, kyanovodík a akrolein.[7]

### 1.2.1 Nikotin

Alkaloid nikotin má prokazatelně centrálně dráždivé účinky – kvůli těm kuřák stále znovu kouří, působí také stimulačně v oblasti vegetativních ganglií a ve dřeni nadledvin<sup>6</sup>. Při často opakovaném přívodu nikotinu dochází k návyku. Tolerance vůči látce se může během doby zvýšit o dvojnásobek až trojnásobek.

Existuje množství studií, prokazujících vztah nikotinu k chorobám srdce a cév. Kouření cigaret zvyšuje riziko letální ischemické choroby srdeční, cévní mozkové příhody, Bergerovy choroby, poškození n.opticus, gastroduodenálních vředů.

V hlavním proudu tabákového kouře bylo kromě nikotinu identifikováno několik tisíc dalších látek. Lze je rozdělit do tří skupin:

- oxid uhelnatý;
- dráždivé plyny a páry, především aldehydy a amoniak;
- dehet, benzpyren, nitrozaminy, arzen a chrom jako kancerogeny.

---

<sup>4</sup> International Agency for Research on Cancer

<sup>5</sup> Dehty - složeny z mnoha sloučenin.

<sup>6</sup> V kůře nadledvin dochází k uvolňování adrenalinu.

### *1.2.2 Oxid uhelnatý*

Přestože je resorbované množství oxidu uhelnatého z kouření malé, dochází hlavně u silných kuřáků k trvalému potlačování funkce hemoglobinu<sup>7</sup> a k negativním zdravotním následkům zejména u osob se srdečním onemocněním nebo při pobytu ve větších výškách.[28]

### *1.2.3 Dráždivé plyny*

Mezi dráždivými plyny mají význam zejména různé aldehydy a také amoniak. Způsobují kuřácký kašel a chronickou bronchiolitidu, bronchitidu a emfyzém. Některé složky kouře tlumí pohyb řasinkového epitelu. Četnost onemocnění horních cest dýchacích je u kuřáků významně vyšší než u nekuřáků. Trvalý zánět sliznic respiračního traktu sám o sobě představuje riziko karcinomu.[20]

### *1.2.4 Karcinogeny*

Mezi nejznámější tabákové karcinogeny patří dvě skupiny látek, označované jako polycyklické aromatické uhlovodíky a tzv. tabákově specifické N-nitrosaminy (TSNA).

#### *Tabákově specifické N-nitrosaminy*

Tzv. tabákově specifické N-nitrosaminy (TSNA) jsou experimentálně i klinicky potvrzenými karcinogenními látkami. Tyto látky jsou v lidském organismu detoxikovány za vzniku značného množství velice aktivních volných radikálů a patří mezi nejznámější exogenní faktory, působící poškození genomu.

#### *Polycyklické aromatické uhlovodíky*

PAU vznikají zejména při nedokonalém spalování organických uhlíkatých látek včetně hoření tabáku. Mají fotosenzibilizační a kancerogenní účinky, jsou toxické pro buňky parenchymatozních orgánů<sup>8</sup>. Karcinogenní účinek byl zatím laboratorně prokázán celkem u 15 těchto sloučenin. Ve formě drobných částic pronikají až do plicních

---

<sup>7</sup> Vlivem karboxyhemoglobinu, který váže CO. Oxid uhelnatý se váže na centrální atom železa hemu, čímž znemožňuje transport kyslíku. Afinita CO k hemoglobinu je asi 200krát vyšší než afinita kyslíku.

<sup>8</sup> např. ledvin, jater

alveolů. Inhalované PAU jsou hlavní příčinou karcinomů plic. PAU přijaté cestou alimentární se podílejí na vzniku karcinomů trávicí soustavy<sup>9</sup>, při kožní expozici vyvolávají karcinomy kůže.[42]

### **1.3 Vliv kouření na lidský organismus**

Všechny formy spotřeby tabáku, tj. kouření cigaret, doutníků, dýmky, žvýkání tabáku nebo šňupání, ale i pasivní vystavení produktům hoření tabáku významně přispívají ke vzniku mnoha různých nemocí a předčasnému úmrtí na ně. Zdravotní následky kouření jsou mnohohznačné a mnohdy končí smrtí. Tabák je nebezpečný v každé formě a v každém způsobu užívání.[43]

#### **1.3.1 Onemocnění respiračního systému**

Tabákový kouř celou řadou svých komponent tlumí pohyblivost řasinek buněčné výstelky průdušek a zvyšuje tak produkci hlenu. Vede k chronickému zánětu celého dýchacího ústrojí.[54]

Mezi nejčastější onemocnění dýchacích cest, v závislosti na kouření, patří především chronická obstrukční plicní nemoc a rakovinné onemocnění plicní tkáně.

#### *Chronická obstrukční plicní nemoc*

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je skupina respiračních nemocí, jejichž společným znakem je trvalé snížení výdechové rychlosti. Příčinou je zvýšený odpor dýchacích cest, snížená elasticita plicního parenchymu nebo obě změny. Mezi CHOPN bývají zařazeny chronická bronchitida, onemocnění periferních nebo malých cest<sup>10</sup> a plicní emfyzém. Nejčastější příčinou chronické bronchitidy a centrolobulárního emfyzému je právě kouření cigaret.[36]

Plicní emfyzém se může rozvinout u 15 až 20 procent těžkých kuřáků.[33]

---

<sup>9</sup> Včetně karcinomu dutiny ústní

<sup>10</sup> „peripheral airway disease“

### 1.3.2 Onemocnění kardiovaskulárního systému

Kardiovaskulární nemoci jsou nadále hlavní příčinou morbidity a mortality u nás i ve většině vyspělých zemích. Kouření je významným rizikovým faktorem způsobujícím onemocnění srdce a cévního systému. Nejčastěji se společně s kouřením vyskytuje ateroskleróza, neboli kornatění tepen, ischemická choroba srdeční, cerebrovaskulární onemocnění<sup>11</sup> a ischemická choroba dolních končetin.[4]

Kouření cigaret zvyšuje riziko ischemické choroby srdeční samo o sobě. Výrazně se toto riziko zvýší, pokud je spojeno i s dalšími rizikovými faktory<sup>12</sup>. Kouření také zvyšuje možnost recidivy ischemické choroby srdeční po bypassu. Větší riziko kardiovaskulárních onemocnění je především u kouřících mladých mužů a žen. Navíc u žen, které kouří a používají hormonální antikoncepci, se toto riziko výrazně zvyšuje ve srovnání s nekuřačkami, které hormonální antikoncepci také užívají.[1]

Kouření také zvyšuje riziko vzniku ischemické choroby dolních končetin (ICHDK) 2–6krát a zvyšuje se s počtem vykouřených cigaret. Potencuje současně účinek jiných rizikových faktorů ICHDK a uplatňuje se výrazněji při postižení tepen dolních končetin než při vzniku koronární nemoci.[4]

Jednotlivé toxické složky tabákového kouře ani přesný mechanismus kardiovaskulárního působení nejsou přesně známy. Jedním z patofyziologických mechanismů nepříznivého vlivu kouření je oxidační stres. Jeho podkladem je tvorba volných radikálů exogenního i endogenního původu. Současně dochází ke snížené dostupnosti nejdůležitějšího radikálu – oxidu dusnatého (NO), jež má vazodilatační a antiaterogenní účinky. Vlivem oxidačního stresu dochází k endoteliální dysfunkci, poruše hemostázy, aktivaci zánětu, poruše metabolismu lipidů<sup>13</sup> a hemodynamickým změnám se zvýšenou spotřebou kyslíku.[20]

---

<sup>11</sup> ischemická a hemoragická cévní mozková mrtvice

<sup>12</sup> vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu v krvi, obezita, diabetes

<sup>13</sup> zvýšení hladiny LDL-cholesterolu a jeho oxidaci, snížení hladiny HDL-cholesterolu

### 1.3.3 Nádorová onemocnění v souvislosti s kouřením

Kouření je podle údajů IARC celosvětově zodpovědné za třetinu případů nádorových onemocnění. Původně byly ke zhoubným nádorům kausálně spjatým s kouřením zařazovány na prvním místě rakovina průdušek a plic, ovšem také dutiny ústí, hltanu, hrtanu, jícnu, slinivky břišní, močového měchýře a ledvinné pánvičky.

Na základě rozboru epidemiologických studií publikovaných od roku 1986 je zřejmé, že ke zhoubným nádorům spojovaných s kouřením nepochybně patří také rakovina nosních a paranasálních dutin, nosohltanu, žaludku, jater, ledvin, hrdla děložního a myeloidní leukémie. Velká analýza osmi epidemiologických studií v Japonsku udává zvýšení rizika výskytu všech zhoubných nádorů u kuřáků ve srovnání s nekuřící populací koeficientem 1,53, což znamená, že mezi kuřáky je o 53% více nemocných s rakovinou.[55]

#### 1.3.3.1 Karcinom plic a bronchů

Nejtěsnější vztah má kouření ke karcinomu plic a bronchů, a to ke všem histologickým typům. Vztah mezi kouřením a rakovinou plic je způsoben karcinogeny přítomnými v tabákovém kouři. Riziko onemocnění je ovlivněno mnoha faktory, včetně věku, kdy člověk začal kouřit. Čím je kuřák mladší, tím je riziko větší. Účinky karcinogenních látek se hromadí v průběhu let. Studie (Risch et al.,1993) naznačují, že ženy jsou více náchylné na karcinogenní účinky tabákového kouře než muži. To znamená, že pokud muž a žena mají stejné kuřácké zvyklosti a kouří stejně dlouho, tak u ženy hrozí větší riziko vzniku rakoviny než u muže.[40]

Dobrou zprávou pro kuřáky je, že riziko vzniku rakoviny plic se výrazně snižuje při zanechání kouření. Riziko se sice nesníží okamžitě, nicméně deset let poté klesne o 20-50 procent a i nadále pomalu klesá. Nicméně nikdy neklesne na stejnou úroveň jako u nekuřáka.[48]

Více než 90 procent všech úmrtí na plicní karcinom u mužů a 75-80 procent u žen se připisuje právě kouření. Tato souvislost je stanovena na základě velkého množství epidemiologických dat a platí jako jistá. Při 200 tisících vykouřených cigaret stoupá riziko onemocnění karcinomu plic padesátkrát.[3]

Rakovina plic se častěji vyskytuje i u tzv. pasivních kuřáků, tj. nekuřáků, kteří dlouhodobě pobývají v zakouřených interiérech domovů a pracovišť. Koncentrace dráždivých, toxických a karcinogenních látek v kouři doutnajícího konce cigarety jsou vyšší než dávky, které vdechuje aktivní kuřák: vznikají nedokonalým spalováním při nízké teplotě a snížené přítomnosti kyslíku. I když se v prostředí ředí, dosahují v některých interiérech biologicky účinných hodnot. Aktivní kuřák je ovšem současně i pasivním kuřákem, protože se v zakouřeném prostředí pohybuje a dostává tak dávky xenobiotik z obou zdrojů.[23]

#### *1.3.3.2 Ostatní nádorová onemocnění*

Kouření cigaret a použití jiných druhů tabákových výrobků může způsobit rakovinu dutiny ústní. Rakovina se nejčastěji objevuje ve středním nebo starším věku a je častější u mužů než u žen. Kuřáci mají dvakrát až pětkrát vyšší riziko rakoviny dutiny ústní než nekuřáci, riziko se zvyšuje s počtem vykouřených cigaret, s počtem let kouření a při souběžném užívání alkoholu. Na druhé straně, zanechání kouření riziko snižuje. Tabáku specifické N-nitrosaminy, aromatické aminy a polycyklické aromatické uhlovodíky obsažené v tabákovém kouři jsou považovány za hlavní karcinogeny, které přispívají ke vzniku rakoviny dutiny ústní.[50]

V současné době nemáme pochybnosti o vztahu kouření k rakovině tlustého střeva a konečníku. Latence klinické manifestace je u těchto lokalizací 35 až 40 let. Dlouhodobé kouření zvyšuje riziko vzniku kolorektálního karcinomu ze dvou hlavních důvodů. Za prvé, při vdechnutí nebo požití<sup>14</sup> jsou karcinogeny tabákového kouře transportovány do tlustého střeva. Za druhé, užívání tabáku zvyšuje velikost polypů ve střevě a obecně platí, že čím větší polyp, tím větší šance, že bude zhoubný. Studie ukazují, že 12% smrtelných kolorektálních karcinomů může souviset s kouřením.[6]

Podobně dlouhá latentní perioda jako u rakoviny tlustého střeva a konečníku se popisuje i u expozice, která se projeví zhoubným bujením prsu. Zdá se, že nebezpečné je zejména kouření v období proliferace a aktivity prsní žlázy, tj. v pubertě, adolescenci, kojení.

---

<sup>14</sup> Kouř je nejen vdechován, ale jeho složky jsou také polykány se slinami.

Vysoký podíl kouření na úmrtnosti pro rakovinu ledvin a močového měchýře má biologickou podstatu jednak ve způsobu vylučování metabolicky aktivovaných karcinogenů z cigaretového kouře, jednak v přítomnosti chemických karcinogenů se specifickou afinitou k močovému ústrojí<sup>15</sup>.

Kouřící ženy trpí častěji rakovinou děložního čípku, což prokazují studie, které standardizují ostatní dominantní rizikové faktory<sup>16</sup>.

Mnoho studií našlo vztah expozice cigaretovému kouři k nádorům manifestujícím se v dětství, zejména k některým typům leukémie. Za specifický etiologický faktor je v tomto vztahu pokládán benzen, jehož koncentrace bývají v zakouřených interiérech zvýšené až na biologicky významné hodnoty.[23]

#### **1.3.4 Rizika kouření v těhotenství**

Kouření v těhotenství ohrožuje jak průběh těhotenství, tak i vývoj plodu. V prvních týdnech těhotenství se u žen kuřáček výrazně zvyšuje riziko samovolného potratu. Později pak může docházet k zpomalení nitroděložního růstu a vývoje ještě nenarozeného dítěte. Další rizika v souvislosti s kouřením se objevují kolem porodu. V té době může dojít i k nitroděložnímu úmrtí plodu. Děti žen, které v těhotenství kouřily, bývají ohroženy syndromem náhlého úmrtí novorozence, lehkou mozkovou dysfunkcí, poruchami soustředění, chování atd.[21]

#### **1.3.5 Ostatní onemocnění a nežádoucí účinky na zdraví**

Kromě těchto onemocnění a nepříznivých zdravotních účinků je známo, že kouření zhoršuje celou řadu nemocí, jako je chronická rýma, roztroušená skleróza, a bylo identifikováno jako rizikový faktor v řadě dalších onemocnění, jako je revmatoidní artritida a předčasné stárnutí pleti. Zvýšené riziko předčasného úmrtí bylo také zjištěno v kombinaci kouření a diabetu. Existují důkazy, že kouření je spojeno se zvýšenou pracovní absencí a s větším využíváním lékařské péče.[14]

---

<sup>15</sup>Mezi chemické karcinogeny se specifickou afinitou k močovému ústrojí patří: 4-aminobifenyl a 2-naftylamin

<sup>16</sup>promiskuita a virové infekce



#### 1.4 Pasivní kouření

Pasivním kouřením se rozumí nedobrovolné vystavení osoby cigaretovému kouři, který uniká z volně hořící cigarety<sup>17</sup>. [29] Odhaduje se, že pasivnímu kouření je vystaveno až 40 procent dospělé populace nekuřáků. [55]

Volně hořící cigareta produkuje velké množství velmi škodlivých plynných látek i pevných částic, které bezprostředně působí dráždivě a vyvolávají záněty. Následkem bývá kašel, pálení očí a dušnost.

Uvádí se, že nekuřák, který stráví jednu hodinu v zakouřeném prostředí, vdechne takové množství škodlivin, jako kdyby vykouřil 15 cigaret. Nejvíce jsou pasivním kouřením ohroženy děti. V České republice je kolem 66 procent dětí vystaveno pasivnímu kouření v rodinách, kde rodiče kouří. Expozice tabákovému kouři může být příčinou syndromu náhlého úmrtí kojence, zánětu středního ucha, častých onemocnění dýchacích cest, průduškového astmatu, senné rýmy a dalších onemocnění. Negativní vliv pasivního kouření je prokázán také na vznik některých nádorových onemocnění, a to u dětí na leukémii a u dospělých na rakovinu plic. [29]

Řada epidemiologických studií jasně svědčí pro škodlivý vliv pasivního kouření na zvýšení rizika vzniku rakoviny průdušek a plic u nekuřáků vystavených kouření jiných. Rozbor těchto studií vyčísluje zvýšení rizika pasivního kouření na pracovišti u nekuřících koeficientem 1,17, což znamená výskyt zhoubných nádorů o 17 procent vyšší než u nekuřáků nevystavených pasivní inhalaci zplodin kouření tabáku. [53]

Pasivní kouření má i velký vliv na ischemickou chorobu srdeční – pasivní kuřáci mají přibližně o 20 procent zvýšené riziko tohoto onemocnění, které se může projevit jako infarkt myokardu, angina pectoris nebo náhlé úmrtí. [38]

Dle analýzy studií případů a kontrol se ukazuje, že nekuřáci, jejichž partnerem je kuřák, mají o 30 procent větší riziko vzniku ICHS. Tento nárůst se rovná polovině rizika u kuřáka kouřícího 20 cigaret denně, i když expozice tabákovému kouři je mnohem menší<sup>18</sup>. [20]

---

<sup>17</sup> Tzv. vedlejší proud kouře, hlavní proud kuřák vdechuje.

<sup>18</sup> přibližně 1 %

## **1.5 Opatření EU proti kouření**

### **1.5.1 Evropské právní předpisy týkající se tabáku**

Právní předpisy EU týkající se tabáku regulují v zájmu ochrany zdraví občanů uvádění tabákových výrobků na trh a zajišťují kromě harmonizace norem řádnou informovanost spotřebitele.

Kontrolu tabáku můžeme rozdělit na následující tématické okruhy:

- výroba: jakým způsobem a z čeho směji být tabákové výrobky vyrobeny a jak má vypadat jejich obal;
- zdanění: jaké daně z tabákových výrobků a kam jsou odváděny;
- reklama: které způsoby tabákové reklamy, propagace a sponzorství jsou zakázány;
- prodej: za jakých podmínek, v jakých místech, jakým způsobem a komu lze tabákové výrobky prodávat;
- zákazy kouření: kde a kdy je zakázáno kouřit.

#### **1.5.1.1 Výroba tabákových výrobků**

- *Rozhodnutí komise 26/V/2005 o elektronické knihovně vybraných zdrojových dokumentů, které obsahují barevné fotografie nebo jiné ilustrace pro každé z dalších varování uvedených v příloze I směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/37/ES*
- *Rozhodnutí komise 2003/641/ES o používání barevných fotografií nebo jiných ilustrací jako zdravotních varování na baleních tabákových výrobků*
- *Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/37/ES o sblížení právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových výrobků*

K výrobě tabákových výrobků se smějí používat pouze látky a jejich přípustné množství stanovené vyhláškou. Tabákové výrobky uváděné do oběhu nesmějí obsahovat látky definované vyhláškou. Jedna cigareta smí obsahovat nejvýše 10 mg dehtu, 1 mg nikotinu a 10 mg oxidu uhelnatého.

**Nedostatky:** Z výsledné toxické směsi o více než 4 000 plynných složek a částic včetně 69 známých karcinogenů a mnoha jedovatých látek je u cigaret sledován obsah pouze tří složek: dehtu, nikotinu a oxidu uhelnatého.

Informace o těchto údajích musí být vytištěna na jedné straně balíčku cigaret a pokrývat nejméně 10 % této strany. Nejméně 30 % hlavní strany balení tabáku musí pokrývat tzv. obecné varování<sup>19</sup>. Nejméně 40 % protější strany balení tabáku musí pokrývat tzv. další varování<sup>20</sup>. Zakázány jsou jakékoli znaky naznačující, že určitý tabákový výrobek je méně škodlivý než jiné<sup>21</sup>.

**Nedostatky:** Není využito tzv. kombinované varování s fotografiemi, není využita možnost odkazu na konkrétní odbornou pomoc. Atraktivní design balení tabáku lze překonat jednotným balením.

#### **1.5.1.2 Zdanění tabákových výrobků**

- *Směrnice Rady 2010/12/EU o struktuře a sazbách spotřební daně z tabákových výrobků*
- *Směrnice Rady 2008/118/ES o obecné úpravě spotřebních daní*

Tabákové výrobky podléhají dani z přidané hodnoty (20 %) a spotřební dani. Spotřební daň doutníků a cigaret činí (od 1. 1. 2012) 1,25 Kč/kus, u tabáku ke kouření 1 400,00 Kč/kg. Spotřební daň u cigaret tvoří součet její procentní části (28 % z ceny) a pevné části (1,12 Kč/kus). Minimální daň je 2,10 Kč/kus.

**Nedostatky:** Ani bezprecedentní míra zdanění (v součtu až 86 % z ceny) nezdražila tabákové výrobky natolik, aby byli kuřáci dostatečně finančně motivováni přestat. Daňové výnosy jsou neúčelovým příjmem státního rozpočtu; prevenci a

<sup>19</sup> „Kouření může zabíjet“

<sup>20</sup> Střídá se celkem čtrnáct variant varování.

<sup>21</sup> např. označení „light“ nebo „low-tar“

mírnění škod způsobených kouřením stát zcela zanedbává. Uvažování v krátkodobém a úzkém horizontu státního rozpočtu je důvodem, proč většina politiků kouření nechce omezit (stát krátkodobě „vydělává“ na úkor zdraví společnosti; přitom zdravější společnost je klíčem k dlouhodobě vyšším příjmům státu).

Daň je placena pomocí tzv. tabákových nálepek. Na nich je uvedena jednotná maloobchodní cena tabákového výrobku.

### ***1.5.1.3 Reklama na tabákové výrobky***

- *Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2010/13/EU o audiovizuálních mediálních službách*
- *Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2003/33/ES o reklamě na tabákové výrobky*

Reklama, propagace a sponzorství související s tabákovými výrobky jsou zakázány. Propagací tabákových výrobků je i propagace samotného kouření bez propagace konkrétní značky tabákových výrobků.

**Nedostatky:** Komplexní zákaz požadovaný Rámcovou úmluvou Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku není naplněn. Zákonné výjimky jako např. reklama na tabákové výrobky ve specializovaných prodejnách tabákových výrobků jsou zneužívány k širokému obcházení zákazu.

Problematickou otázkou je určení, co je tabáková reklama a propagace (např. kouření ve filmech atd.). Pokud se nepodaří prokázat, že prezentace kouření byla zaplácena, bude kryta svobodou slova. Pořady obsahující prezentaci kouření by však neměly být vysílány v době od 6 do 22 hodin, aby nemohly ohrozit fyzický, psychický nebo mravní vývoj dětí a mladistvých.

#### **1.5.1.4 Prodej tabákových výrobků**

Tabákové výrobky lze prodávat jen na místech a způsobem stanoveným zákonem.

**Nedostatky:** Zákonná regulace prodeje tabákových výrobků je velmi nejasná, což umožňuje její obcházení. Je zakázáno prodat nebo jinak obstarat tabákový výrobek osobě mladší 18 let.

**Nedostatky:** Tento zákaz je široce a systematicky porušován. Osoby mladší 18 let jsou z hlediska tabákového průmyslu nejlukrativnější a nejzranitelnější skupinou.

- *Doporučení Rady 2003/54/ES o prevenci kouření*
  - povinnost prodejců tabákových výrobků přesvědčit se, že kupující splňuje věkové omezení stanovené právními předpisy daného členského státu;
  - stažení tabákových výrobků ze samoobslužných pultů;
  - omezení přístupu k automatům na cigarety;
  - omezení prodeje na dálku, především přes internet;
  - zákaz prodeje cukrovinek a hraček určených dětem a vyrobených se záměrem, aby výrobek nebo jeho obal připomínal tabákový výrobek;
  - zákaz prodeje kusových cigaret nebo krabiček obsahujících méně než 19 kusů.

#### **1.5.1.5 Zákazy kouření**

- *Usnesení Evropského parlamentu (2010/C 285 E/09) o nekuřáckém prostředí*
- *Doporučení Rady 2009/C 296/02 o nekuřáckém prostředí*
- *Směrnice Rady (89/391/EHS) o zavádění opatření pro zlepšení bezpečnosti a ochrany zdraví zaměstnanců při práci*
- *Směrnice Rady (89/654/EHS) o minimálních požadavcích na bezpečnost a ochranu zdraví na pracovišti*

Jediným přímým, a tudíž nezbytným nástrojem k zajištění ochrany před kouřem v prostředí, jsou zákazy kouření.

**Nedostatky:** Právní úprava nekuřáckého prostředí není v jednotlivých zemích Evropské unie jednotná, každý ze států řeší tuto problematiku s různými výjimkami. [8, 10 ,46]

### **1.5.2 Právní úpravy jednotlivých zemí o nekuřáckém prostředí**

Napříč všemi členskými státy se projevuje trend k nekuřáckému prostředí, vyvolaný mimo jiné právními požadavky na úrovni EU i mezinárodní úrovni. Každý členský stát má v současnosti nějakou formu regulace zaměřenou na omezování expozice tabákovému kouři a jeho škodlivých účinků na zdraví. Rozsah i povaha těchto právních úprav se velmi liší.

Právní úprava většiny členských států zakazuje nebo omezuje kouření na důležitých veřejných místech, jako jsou zdravotní střediska, vzdělávací zařízení a zařízení státní správy, divadla, kina a veřejná doprava. Omezování kouření na pracovišti, v restauracích a barech je méně časté. Právní síla opatření se pohybuje od usnesení či dobrovolné dohody až po přísné zákony s tresty při jejich neuposlechnutí.

Výsledkem neúplného zákazu kouření nebo nedostatečného vymáhání předpisů je to, že vláda i zaměstnavatelé musejí často čelit soudním sporům ze strany občanů, kteří je žalují za újmu na zdraví způsobenou pasivním kouřením.

V několika členských státech jsou zákony s celostátní platností posíleny přísnějšími předpisy na regionální a/nebo místní úrovni. Právní rámec je též doplněn samoregulačními opatřeními – stále více pracovišť, škol, nemocnic, veřejných dopravních zařízení a dalších míst se rozhoduje pro zákaz kouření dobrovolně.

Vzrůstá také podpora pracovníkům, kteří chtějí přestat kouřit, a šíření konceptu zdravého vnitřního ovzduší coby základního práva každého občana a zaměstnance.[53]

**Tabulka č.1: Přehled protikuřáckého zákona v zemích EU**

**Legenda:**

++	úplný zákaz kouření v uzavřených prostorách
+	zákaz kouření v uzavřených prostorách, s výjimkou oddělených uzavřených kuřáckých místností s ventilací
-	částečný zákaz kouření v uzavřených prostorách, označené prostory pro kuřáky a/nebo nekuřáky

	Pra covi ště	Uza vře ná veř ejn á mís ta	Res tau rac e	Bar y	Zdr avo tnic ká zaří zení	Vzd ěláv ací zaří zení	Veř ejn á dop rav a	Ubyt ovací zaří zení
Belgie	+	+	+	-	+	++	++	+
Bulharsko	++	++	++	++	++	++	++	++
Česká republika	-	+	-	-	+	++	++	-
Dánsko	+	+	+	-	-	+	+	-
Estonsko	+	+	+	+	+	+	+	+
Finsko	+	+	+	+	+	++	+	+
Francie	+	+	+	+	++	++	++	+
Irsko	++	++	++	++	++	++	++	+
Itálie	+	+	+	+	+	+	+	+
Kypr	+	++	++	++	++	++	++	++
Litva	+	++	++	++	++	++	+	+
Lotyšsko	+	++	++	++	+	++	+	+

	Pra covi šťě	Uza vře ná veř ejn á mís ta	Res tau rac e	Bar y	Zdr avo tnic ká zaří zení	Vzd ěláv ací zaří zení	Veř ejn á dop rav a	Ubyt ovací zaří zení
Lucembursko	+	++	+	+	+	++	+	+
Maďarsko	++	++	++	++	++	++	++	++
Německo	+	+	+	+	+	+	+	+
Nizozemsko	+	+	+	+	+	+	+	+
Polsko	+	++	+	+	++	+	+	+
Portugalsko	+	+	+	+	+	++	++	+
Rakousko	+	+	-	-	+	+	+	+
Rumunsko	+	+	-	-	++	+	++	-
Řecko	++	++	++	++	++	++	++	++
Slovensko	+	++	+	-	++	++	+	+
Slovinsko	+	+	+	+	++	++	+	+
Spojené království	++	++	++	++	++	++	++	+
Španělsko	++	++	++	++	++	++	++	+
Švédsko	+	+	+	+	+	+	+	+

Zdroj: EUROSTAT



## **Protikuřácký zákon v České republice**

V České republice platí od 1.7. 2010 protikuřácký zákon č. 305/2009 Sb.

Zákon zavedl povinnost pro provozovatele restauračních a pohostinských zařízení označit svoji provozovnu jedním ze třech druhů nálepek, samolepek nebo cedulí, která návštěvníkům oznamuje, zda jsou kuřácké, nekuřácké či zda mají oddělené prostory pro kuřáky a nekuřáky. Zákon se netýká jen kouření v restauracích. Zakazuje kouření ve všech typech městské hromadné dopravy a ve vlacích, na krytých nebo uzavřených zastávkách veřejné dopravy, ve volně přístupných veřejných budovách, výjimku tvoří jen stavebně oddělené prostory, jež jsou přímo vyhrazené pro kuřáky. Obce navíc získaly možnost zakázat kouření na dětských hřištích, sportovištích, v budovách a na akcích určených dětem a mládeži.[9]

Od roku 2014 v případě úspěchu návrhu novely nynějšího protikuřáckého zákona by se mělo zakázat kouření ve všech restauracích a barech úplně.[30]

Dle průzkumu společnosti Ipsos Tambor ve spolupráci s Univerzitou Karlovou, provedeného v dubnu 2012, chce zákaz kouření v restauracích 78 % lidí, z kuřáků, kterých je v ČR téměř čtvrtina, je pro zákaz 40 %.

V průzkumu odpovídalo 8488 lidí. Více než polovině (52 %), vadí kouření v restauracích, výrazně častěji ženám (61 %) než mužům (43 %). Kouření vadí ve větší míře vysokoškolákům a rodinám s dětmi. Přesně 61 % dotázaných se domnívá, že kuřáci omezují svobodu nekuřáků a myslí si to i 28 % kuřáků.

Průzkum rovněž potvrdil, že počet zastánců zákazu kouření v restauracích roste. Podle průzkumu společnosti Median z roku 2011 bylo pro zákaz téměř 70 % lidí, čtyři roky předtím 50 %, nyní 78 %. Data rovněž ukázala, že po zákazu kouření neklesla návštěvnost. Provozovatelé restaurací se odlivu hostů obávají, i proto jsou mnozí proti zákazu kouření. Podle průzkumu je ale pro většinu kuřáků kouření v restauraci jen doplněk, chodí tam hlavně kvůli jídlu, přátelům, pití a atmosféře. Kouření v restauraci je opravdu důležité jen pro devět procent zákazníků a jen pro čtvrtinu kuřáků. „Pokud se v restauracích nebude kouřit, přestane tam chodit jen minimum lidí, naopak tam začnou chodit ti, kterým u jídla tabákový kouř vadí - hlavně rodiny s dětmi a nekuřáci.

Valná většina kuřáků bude chodit do restaurace dál,“ shrnul Radek Jalůvka, šéf společnosti Ipsos Tambor.[25]

### **1.5.3 Jiné způsoby boje proti kouření**

Kromě politických nástrojů existují i další způsoby, jak lze kuřáky od této závislosti odradit:

- Evropský úřad pro boj proti podvodům (OLAF) prošetřuje černý obchod s tabákovými výrobky. Pašeráci a černí prodejci okrádají členské státy o obrovské částky na daních, a navíc nabízejí tabákové výrobky levněji, takže ty jsou jejich vinou dostupnější. Státy Rámcové úmluvy o kontrole tabáku Světové zdravotnické organizace jednájí o dohodě ohledně nedovoleného obchodu s tabákovými výrobky.
- Dotace na tabák bývaly důležitou, avšak kontroverzní součástí zemědělské politiky EU. V zájmu veřejného zdraví byly zrušeny.[15]

#### ***1.5.3.1 Kampaně proti kouření***

První kampaní EU byla „*Feel Free to Say No*“ („*Nebojte se říct Ne*“), která probíhala v letech 2002 až 2004.[31]

Po jejím skončení následovala druhá kampaň Evropské komise „*HELP – Pro život bez tabáku*“, která proběhla ve všech zemích EU, začala v roce 2005 a skončila v roce 2010. Internetové stránky tohoto projektu za dobu jejího trvání navštívilo celkem 15,6 milionů lidí.[12]

Kampaň se soustředila na prevenci kouření, na to, jak přestat kouřit, na pasivní kouření a zaměřila se zejména na mladé Evropany ve věku od 15 do 25 let. Projekt „*Nezastavitelní*“ je pokračováním této kampaně, jehož cílem je podnítit kuřáky k tomu, aby s návykem skoncovali. [16]

## **Exkuřáci jsou nezastavitelní**

„*Exkuřáci jsou nezastavitelní*“ je motto nové kampaně pro celou EU, zahájenou v červnu 2011. Kampaň potrvá tři roky a probíhá současně ve všech 27 zemích EU. Jejím cílem je poskytnout podporu kuřákům, kteří jsou rozhodnutí s kouřením přestat, a zároveň také pomoci všem exkuřákům v jejich odhodlání se již k cigaretě nevracet.

Kampaň je zaměřena především na mladé ve věku 25 – 34 let, tj. téměř 28 milionů lidí v EU a jejím smyslem je upozornit na pozitiva, která život bez cigarety přináší. Právě snahou o pozitivní motivaci se tento projekt odlišuje od většiny předchozích protikuřáckých kampaní. Jedním z pilířů kampaně je tzv. iCoach, online digitální platforma pro zdravotní koučink, která všem zaregistrovaným poskytuje odborné praktické poradenství v odvykání kouření.[49]

V kontextu předchozích kampaní koncepce „*Nezastavitelných*“ klade důraz na výhody, které exkuřákovi život bez cigarety přináší:

- pevnější zdraví
- pestřejší společenské styky
- více peněz, a tedy i možnost užívat naplno každého dne.

### **1.5.5.2 Zelená kniha**

Evropská komise publikovala zelenou knihu s názvem *K Evropě bez tabákového kouře: možnosti politiky na úrovni EU* 30. ledna 2007. Cílem knihy bylo zahájit široký proces konzultací a otevřít veřejnou debatu, do níž se zapojí orgány EU, členské státy a občanská společnost. Konzultace i debata měly dospět k závěru, jakou cestou se s pasivním kouřením v EU lze vypořádat nejlépe. Evropská Komise zde shrnuje prostřednictvím vlastního výzkumu dosavadní poznatky týkající se této debaty a formuluje své názory na tuto problematiku, v závěru nechává zúčastněným stranám prostor se vyjádřit. Mezní datum pro reakce bylo stanoveno na 1. května 2007.

V jednotlivých oddílech se zabývá zdravotními důsledky, hospodářskou zátěží, veřejným postojem ke kouření, též zkoumá opatření, jež byla dosud přijata. Snaží se získat dostatečný počet názorů pro to, aby zjistila, jaké opatření se mají učinit a v jakém rozsahu. Zelená kniha je rozdělena do sedmi hlavních oddílů: I. Úvod, II. Odůvodnění

akce, III. Současné právní prostředí, IV. Oblast působnosti iniciativy pro prostředí bez kouře, V. Možnosti politiky, VI. Závěrečné poznámky, VII. Přílohy. Nejdůležitějšími oddíly pro možnosti sledování dalšího vývoje jsou čtvrtý a pátý, k nim se také vztahují otázky na konci zelené knihy.[53]

#### ***1.5.5.2.1 Reakce na zelenou knihu***

Zpráva o konzultaci k *Zelené knize: K Evropě bez tabákového kouře: možnosti politiky na úrovni EU* vyšla v listopadu 2007. Shrnuje více než 300 reakcí na otázky uvedené na konci zelené knihy, které se dostaly ke komisi do 1. května 2007. Otázky najdete také v příloze II. k této práci. Odpovědi na institucionální úrovni přišly od: veřejných autorit (např.: instituce Evropské unie, národní parlamenty), zdravotnických organizací, tabákových koncernů, sociálních partnerů a jednotlivců. Většina těchto příspěvků ale neodpovídá na položené otázky a zároveň často obsahují identický text, proto nejsou v dalším hodnocení brány v potaz.

Odpovědi na první otázku týkající se škály opatření: šedesát procent respondentů na institucionální úrovni je pro nejkompexnější přístup, tedy úplný zákaz kouření na veřejných místech bez výjimek, toto řešení podporují všechny zdravotnické organizace a naopak tabákové koncerny podporují méně přísnou metodu, a to omezení s výjimkami a umožnění distribuce žvýkacího tabáku za účelem omezení nepříjemných důsledků pasivního kouření.

Odpovědi na druhou otázku týkající se různých typů politik: Nejpoblárnějšími metodami se staly doporučení Rady nebo komise se šestatřiceti procenty a závazné právní předpisy se čtyřiceti procenty. Jen čtrnáct procent respondentů si myslí, že není potřeba dalších akcí. Ve všech bodech se tak dostalo komisi podpory jejich stanovisek.  
[13]

## 1.6 Ostatní opatření proti kouření

### 1.6.1 Rámcová úmluva o kontrole tabáku (The Framework Convention on Tobacco Control - FCTC)

Rámcová úmluva o kontrole tabáku je první mezinárodní smlouva v oblasti veřejného zdraví, která byla vypracována pod záštitou Světové zdravotnické organizace. Poskytuje komplexní přístup ke snižování značné zdravotní a ekonomické zátěže způsobené tabákem.

Úmluva je významným milníkem v oblasti veřejného zdraví. Byla vyvinuta v reakci na globalizaci tabákové pandemie jako jedna z nejrychleji přijatých smluv v historii Organizace spojených národů. Světovým zdravotnickým shromážděním byla přijata 21. května 2003 a vstoupila v platnost za necelé dva roky.

Dne 27. února 2005 ji přijalo více než 170 ze 193 členských států WHO. V roce 2012 je úmluva platná ve 174 státech. V České republice ratifikoval smlouvu prezident Václav Klaus svým podpisem 2. května 2012.[34]

FCTC obsahuje základní prokázaná a účinná ustanovení týkající se omezení poptávky a nabídky. Potvrzuje právo všech lidí na nejvyšší úroveň standardu zdraví. Potlačuje schopnost tabákového průmyslu ovlivňovat zdravotní politiky, které jsou určeny na ochranu lidí před tabákem. Vyzývá k posílení mezinárodní spolupráce při ochraně současné i budoucích generací před ničivými zdravotními, sociálními, environmentálními a ekonomickými důsledky užívání tabáku a expozici tabákovému kouři „z druhé ruky“.

Zásadní ustanovení snižování poptávky jsou uvedeny v článcích 6-14 a týkají se:

- Cenových a daňových opatření ke snížení poptávky po tabáku
- Necenových opatření ke snížení poptávky, a to:
  - ochrany před expozicí tabákovému kouři
  - regulace obsahu tabákových výrobků
  - nařízení zveřejnění všech složek tabákových výrobků
  - balení a označování tabákových výrobků
  - vzdělávání, komunikace, výcviku a osvěty
  - tabákové reklamy, propagace a sponzorství

- opatření ke snižování poptávky týkající se závislosti na tabáku a zanechání užívání tabáku

Zásadní ustanovení o snižování nabídky FCTC jsou uvedeny v člancích 15-17 a týkají se:

- nezákonného obchodu s tabákovými výrobky
- prodeje tabáku mladistvým a mladistvými
- poskytování podpory ekonomicky životaschopným alternativám pěstování tabáku

FCTC se vztahuje i na další důležité oblasti, jako jsou:

- odpovědnost: ochrana politik veřejného zdraví s ohledem na kontrolu tabáku před obchodními a jinými partikulárními zájmy tabákového průmyslu
- mezinárodní spolupráce, výměna informací a institucionální uspořádání.[47]

### **1.6.2 Zdraví 21**

Program *Zdraví 21* je orientován na ochranu a rozvoj zdraví lidí během celého jejich života a dále na snížení výskytu poruch zdraví i na omezení nesnází, která lidem přinášejí. Podpora veřejného zdraví je ústředním tématem programu *Zdraví 21* a péče o zdraví je jeho základním nástrojem.

Program vznikl z iniciativy Světové zdravotnické organizace za účasti představitelů jednotlivých členských států a za přispění mnoha předních odborníků. *Zdraví 21* je pro všechny, zve k aktivitám širokou občanskou veřejnost, obrací se i na politiky, lékaře a všechny ostatní zdravotníky.

V České republice dokument přijala vláda 30. října 2002 v usnesení č. 1046 k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století.

V programu je problematika kouření obsažena jako hlavní cíl v cíli č. 12, v dílčích úkolech se týká cílů č. 4 a 8. V cíli 12 se jedná o snížení nepříznivých důsledků návykových látek, jako je tabák. V dílčím úkolu č. 4.3 je to snížení podílu mladých lidí, kteří se podílejí na zdraví škodlivých formách chování, ke kterým patří

konzumace tabáku. A v dílčím úkolu č. 8.1 jde o prevenci kuřáctví kvůli snížení počtu úmrtí v důsledku kardiovaskulárních chorob.[35]

### **1.6.3 Světový den bez tabáku**

Světový den bez tabáku každoročně vyhláší Světová zdravotnická organizace poslední květnový den. Kampaň upozorňuje na rizika spojená s kouřením a u jeho příležitosti se koná řada osvětových akcí s protikuřáckou tematikou.[51] Téma dne bez tabáku je každoročně obměňováno. Prvním tématem v roce 1988 bylo „*Tabák nebo zdraví: Vyber si zdraví*“.[41] Letošním tématem "*Vměšování tabákového průmyslu*" se kampaň zaměřila na vměšování ze strany tabákového průmyslu a za cíl si dala zvýšit povědomí o této problematice.[44]

## **2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1. Cíle práce:**

Hlavním cílem diplomové práce byl monitoring prevalence kouření v jednotlivých zemích Evropské unie.

Dílčím cílem bylo zmapovat opatření Evropské unie proti kouření.

### **2.2. Výzkumné otázky:**

Výzkumná otázka č.1: Jaké jsou rozdíly v prevalenci kouření u mužů a žen v jednotlivých zemích EU?

Výzkumná otázka č. 2: Jaký je trend prevalence kuřáctví u mladistvých ve věkové skupině 15 až 16 let v zemích EU za posledních 10 let?

Výzkumná otázka č. 3: Měla přijatá opatření na regulaci kouření na veřejnosti v jednotlivých státech dopad na spotřebu cigaret?

Výzkumná otázka č. 4: Koreluje spotřeba cigaret s incidencí karcinomu plic?



### 3. METODIKA

Popis metodiky:

Praktická část práce byla zpracována smíšeným výzkumem, jelikož byly použity metody kvantitativní i kvalitativní. Hlavní část představovala sekundární analýza dat. Data týkající se kouření v Evropské unii byla získána pomocí zahraničních databází a publikací. Výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů v programu Microsoft Excel.

K získání dat byly využity následující zdroje:

- databáze:
  - European Detailed Mortality -World Health Organization Regional Office for Europe;
  - The WHO Global InfoBase;
  - European Cancer Observatory
- statistický úřad:
  - EUROSTAT;
  - Český statistický úřad;
- publikace:
  - WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco;
  - WHO: The European Tobacco Control Report 2007;
  - The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries;
  - GLOBOCAN: Lung Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008;
  - OECD: Health at a Glance: Europe 2010;
  - Belgian Cancer Registry: Cancer Incidence in Belgium 2008;
  - SZÚ: Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997-2009).

## 4. VÝSLEDKY



Rok vstupu do EU: zakládající člen (1952)<sup>22</sup>

Počet obyvatel: 10,7 milionů

**Graf 1.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2001 - 2010 (v %)**



Zdroj: WHO, OECD

**Tabulka 2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2004, 2005 a 2008<sup>23</sup>**

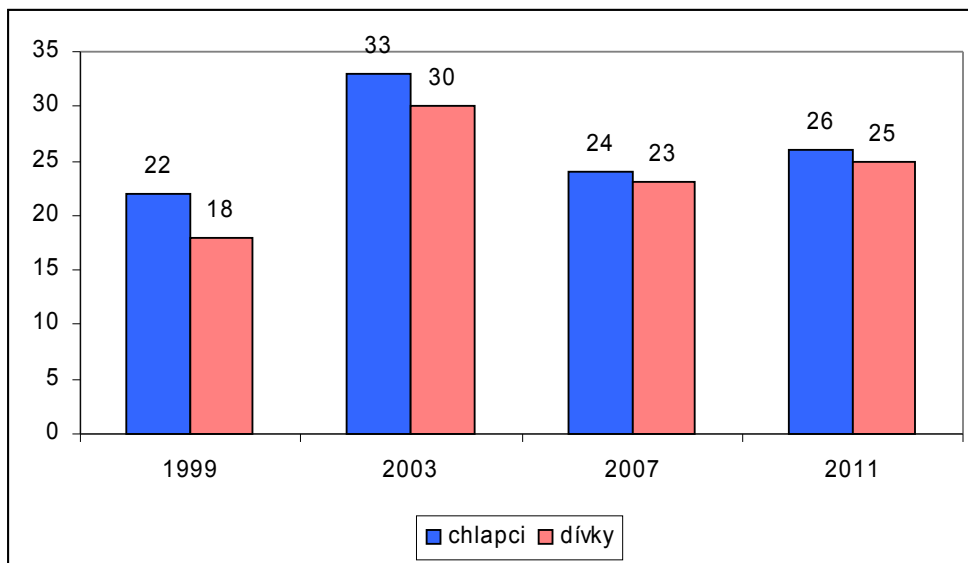
	2004	2005	2008
<b>Muži</b> (počet případů)	4828	4965	4943
<b>Ženy</b> (počet případů)	1274	1358	1544

Zdroj : BELGIAN CANCER REGISTRY

<sup>22</sup> Evropská unie je ekonomické a politické uskupení 27 států Evropy s 500 miliony obyvatel. Evropská unie vznikla v roce 1993, ale postupně se rozvíjela od roku 1952 jako Evropské společenství uhlí a oceli a od roku 1967 jako Evropské společenství.

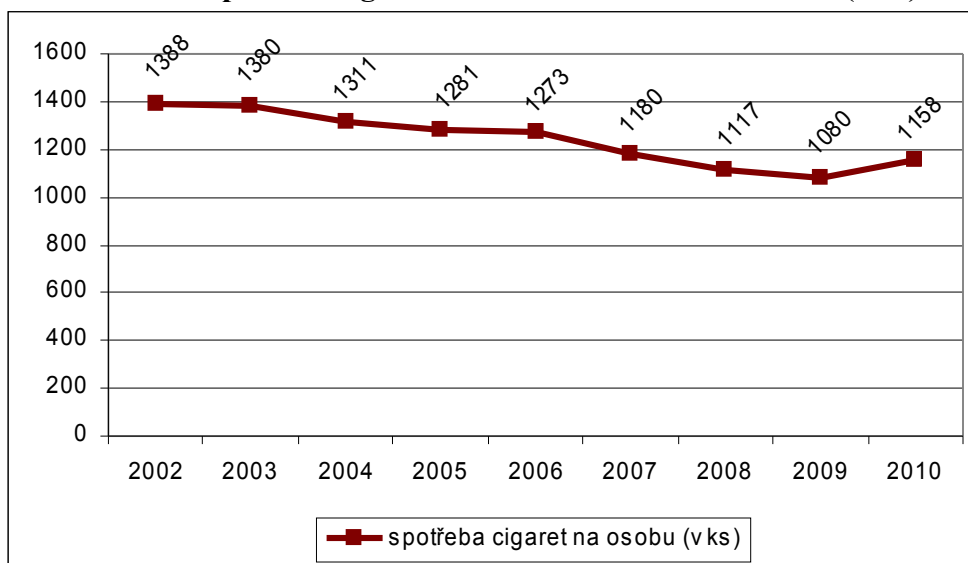
<sup>23</sup> Data jsou dostupná pouze za rok 2004, 2005 a 2008, ve zbylých letech chybí data o úmrtnosti na karcinom plic a bronchů z regionu Brusel-hlavní město a Valonského regionu.

**Graf 1.2: Prevalence kouření mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 1.3: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

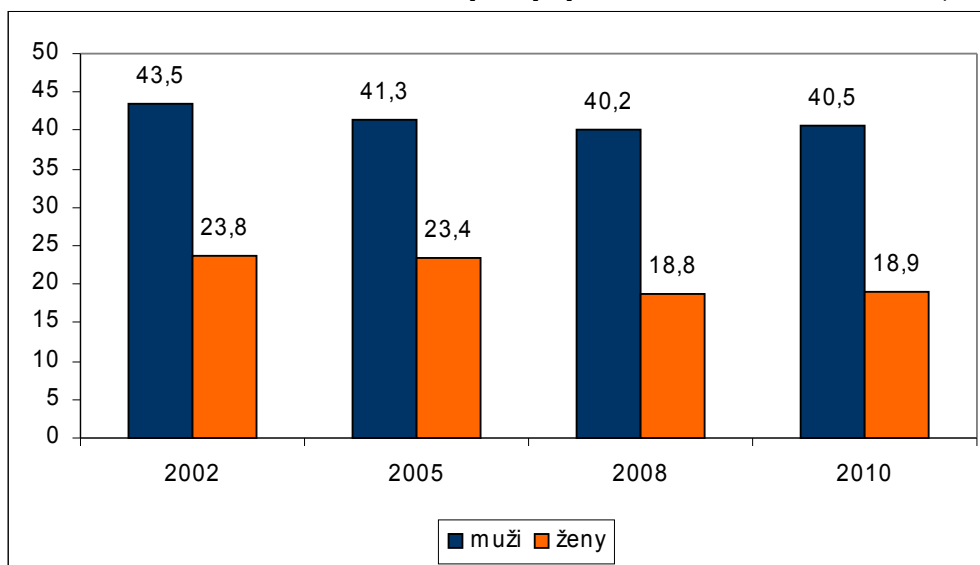


## Bulharsko

Rok vstupu do EU: 2007

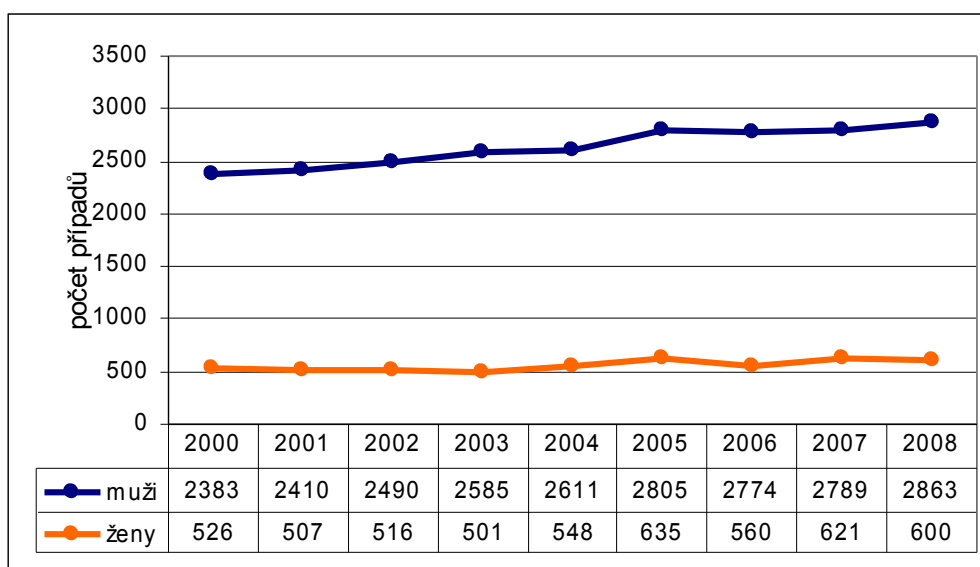
Počet obyvatel: 7,6 milionů

**Graf 2.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



Zdroj: WHO, OECD

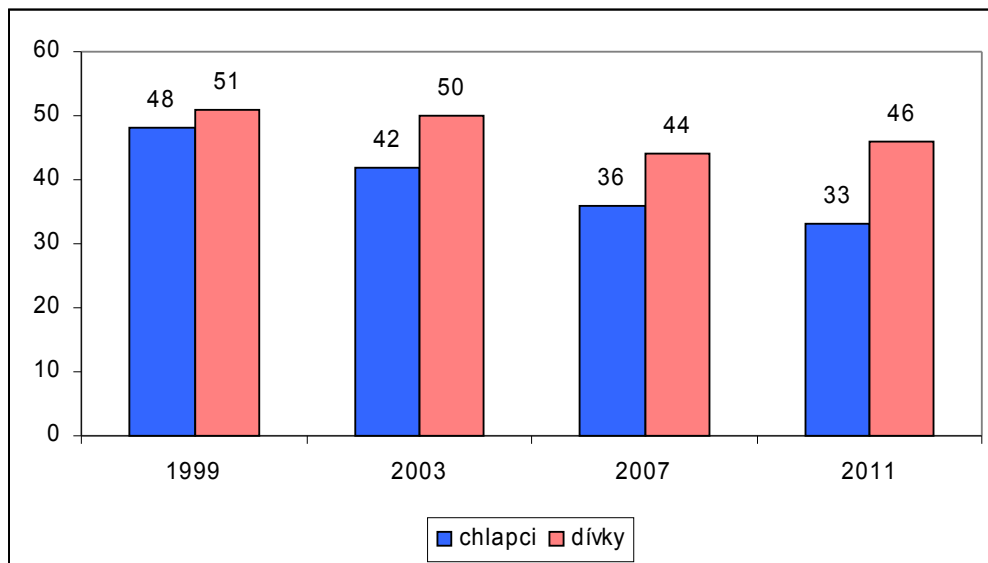
**Graf 2.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2008<sup>24</sup>**



Zdroj: WHO

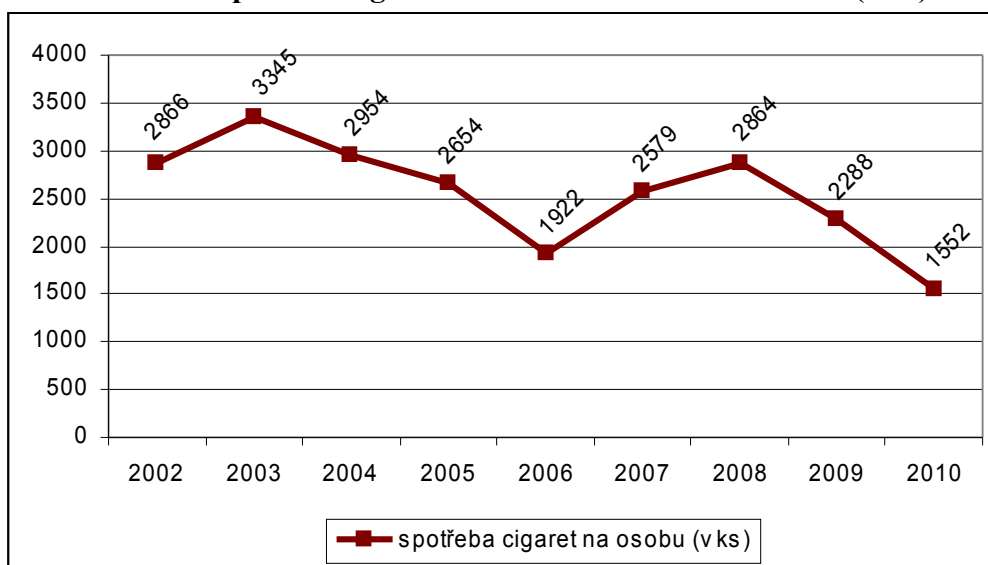
<sup>24</sup> Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů byl sledován v letech 2000 až 2009, novější data nejsou k dispozici. U všech států EU z důvodu nedostupnosti dat nebylo možné toto časové období dodržet.

**Graf 2.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



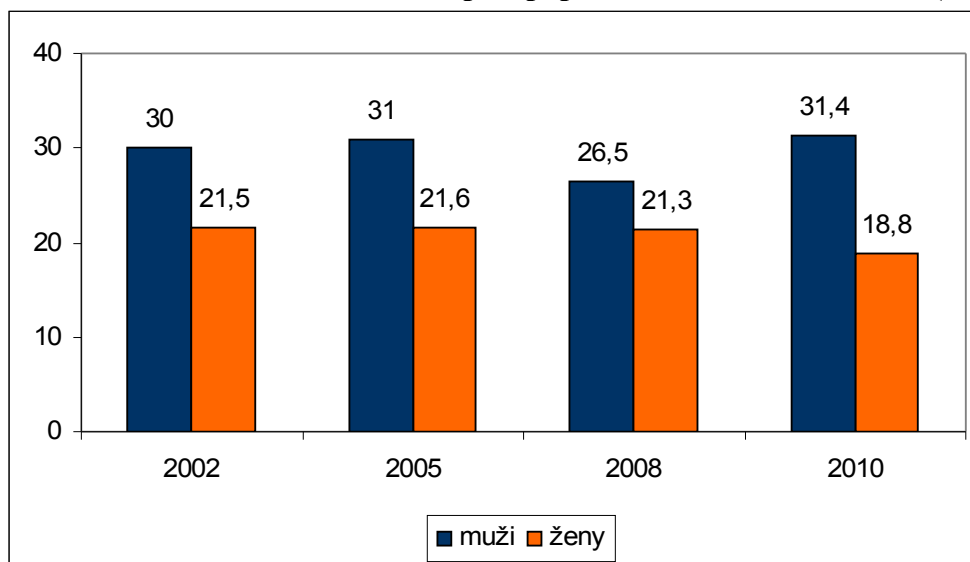
Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 2.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



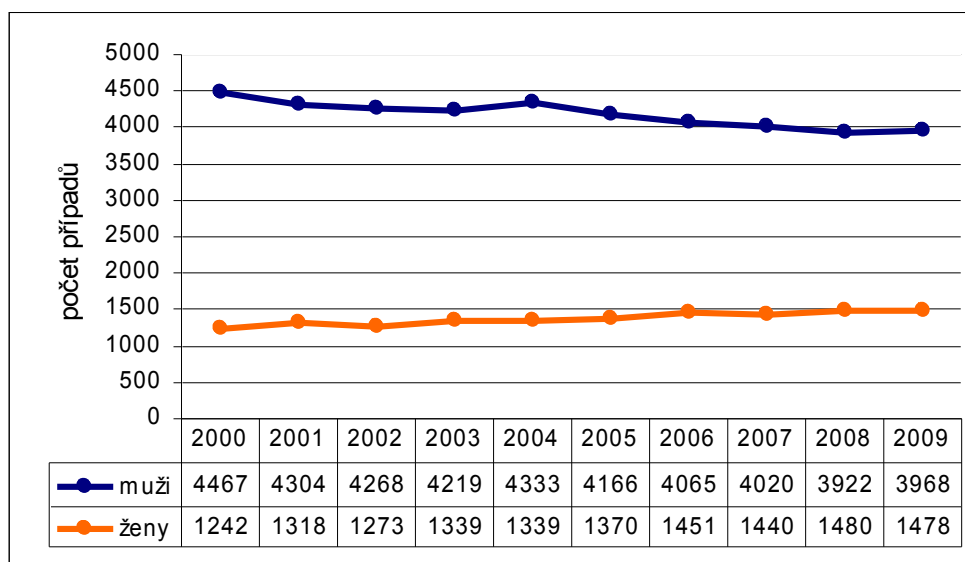
Zdroj: EUROSTAT

**Graf 3.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



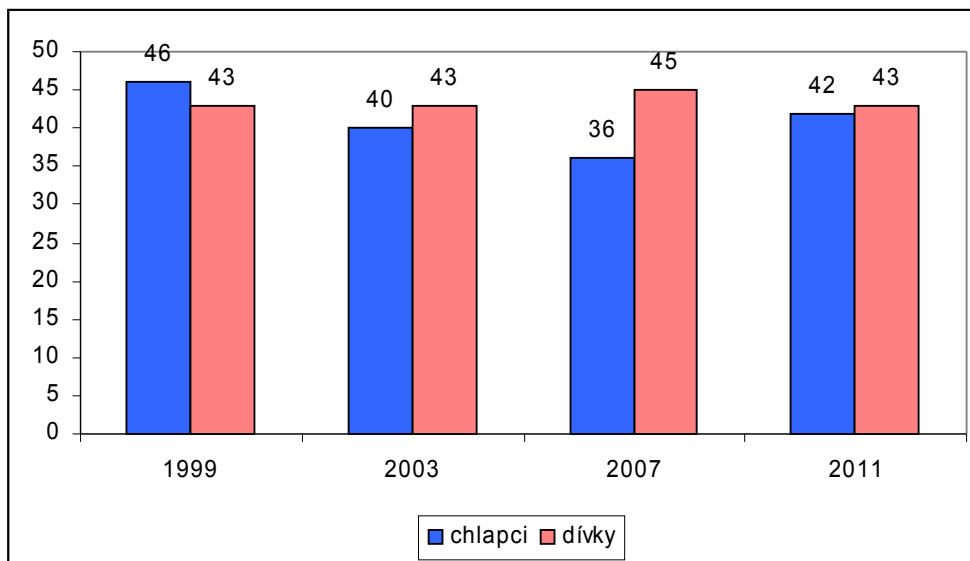
Zdroj: WHO, SZÚ

**Graf 3.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



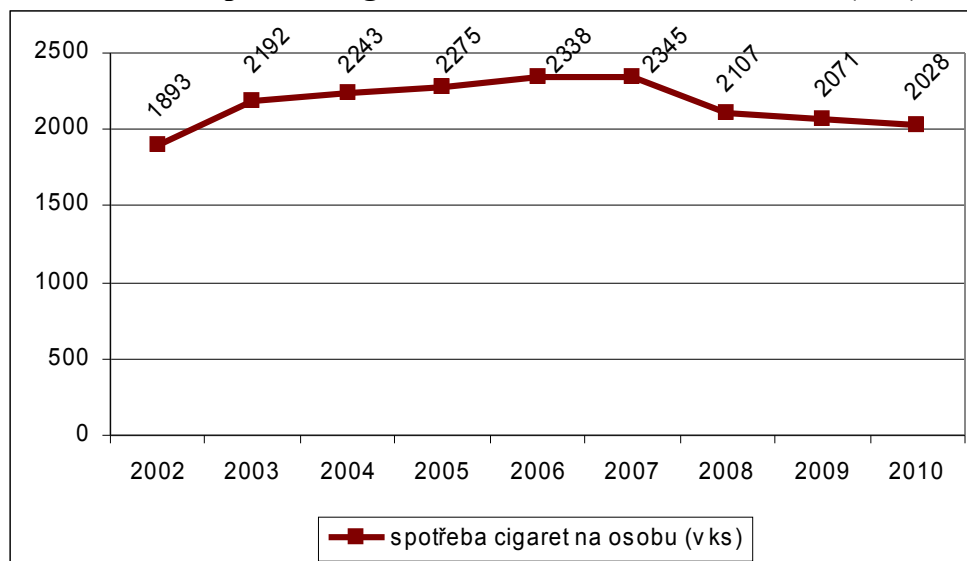
Zdroj: WHO

**Graf 3.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 3.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: ČSÚ, EUROSTAT

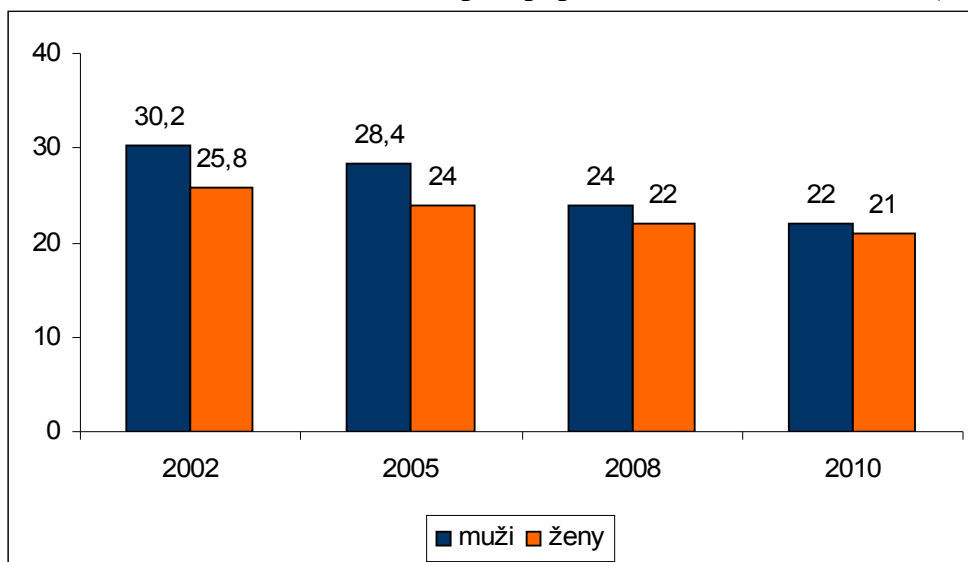


# Dánsko

Rok vstupu do EU: 1973

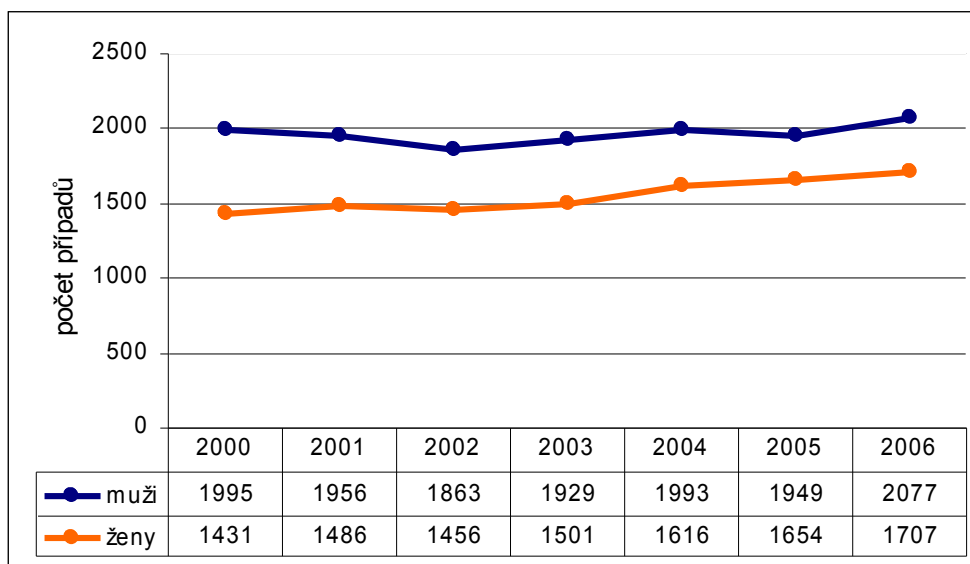
Počet obyvatel: 5,5 milionů

**Graf 4.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



Zdroj: WHO, OECD

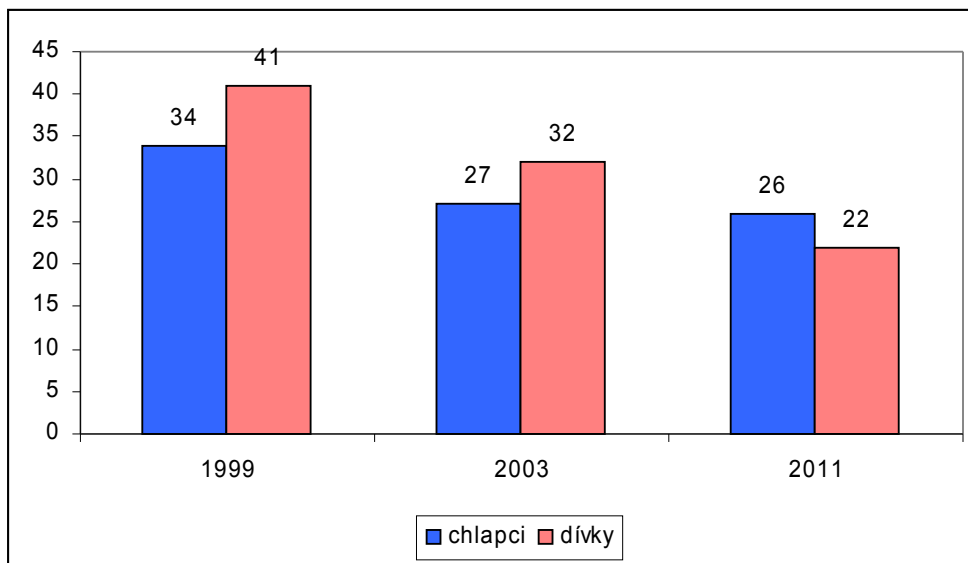
**Graf 4.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2006**



Zdroj: WHO

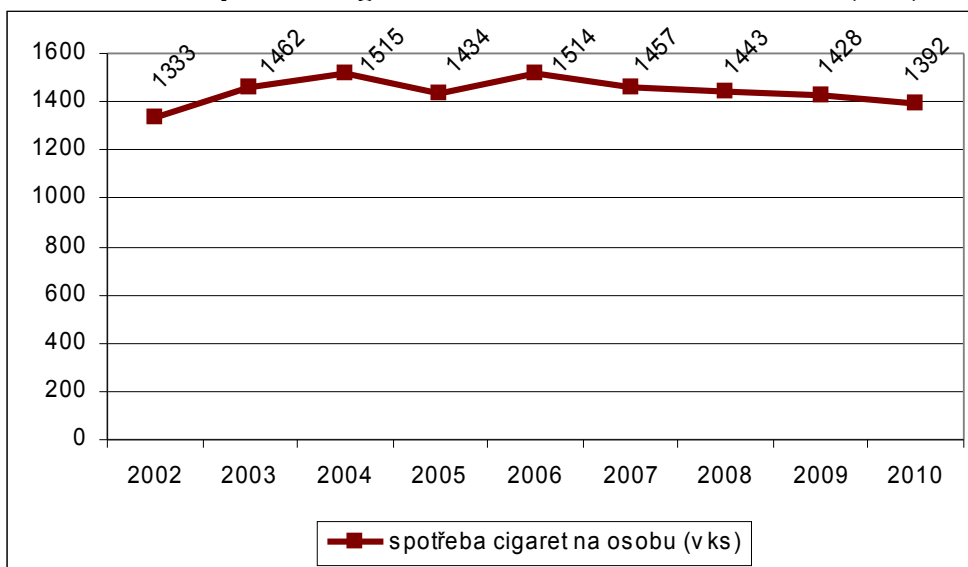


**Graf 4.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011<sup>25</sup> (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 4.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 – 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

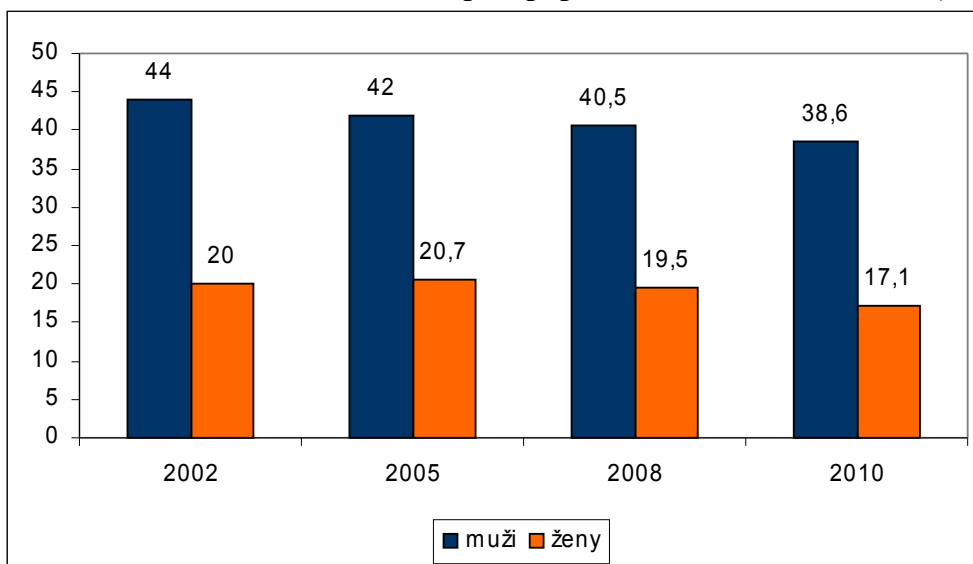
<sup>25</sup>Data za rok 2007 nejsou dostupná.



Rok vstupu do EU: 2004

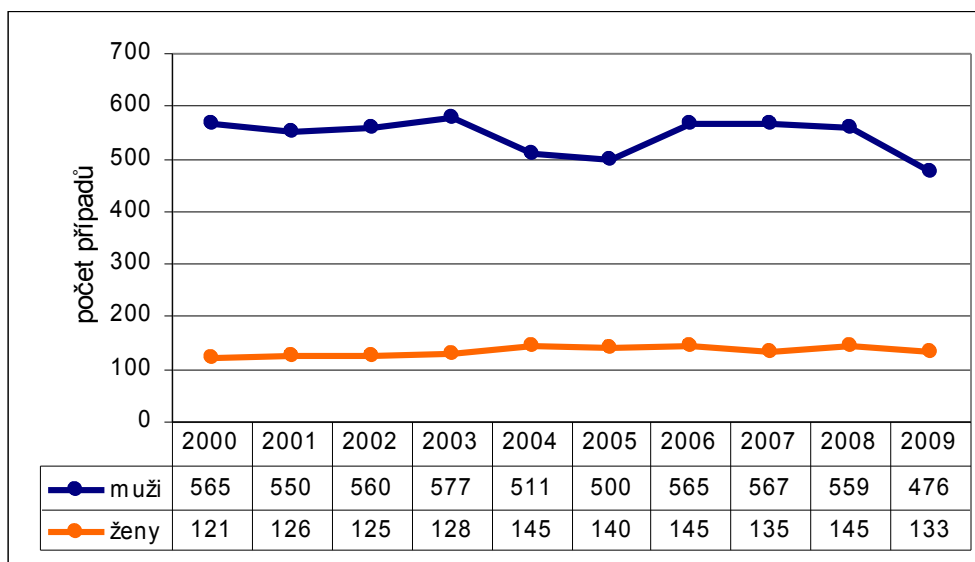
Počet obyvatel: 1,3 milionů

**Graf 5.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



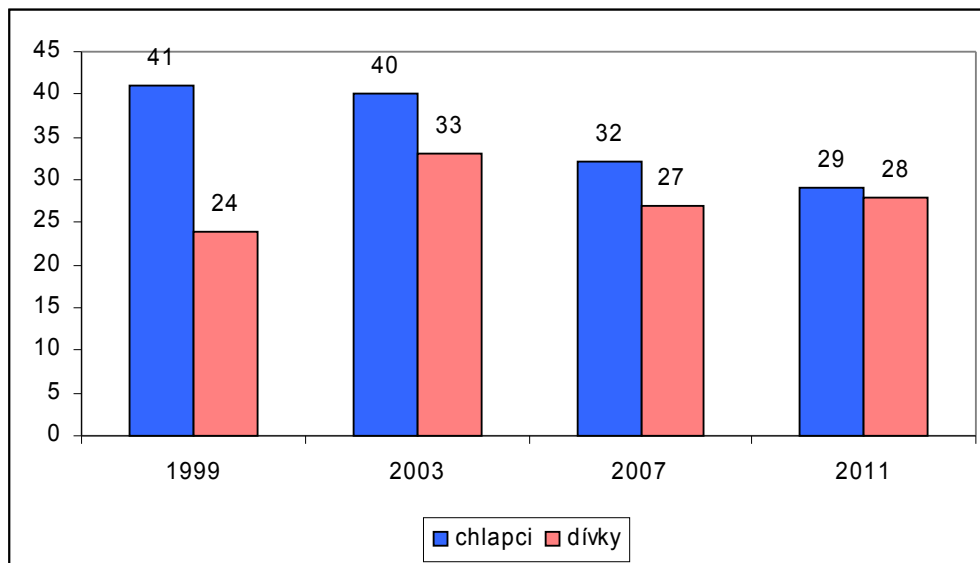
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 5.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



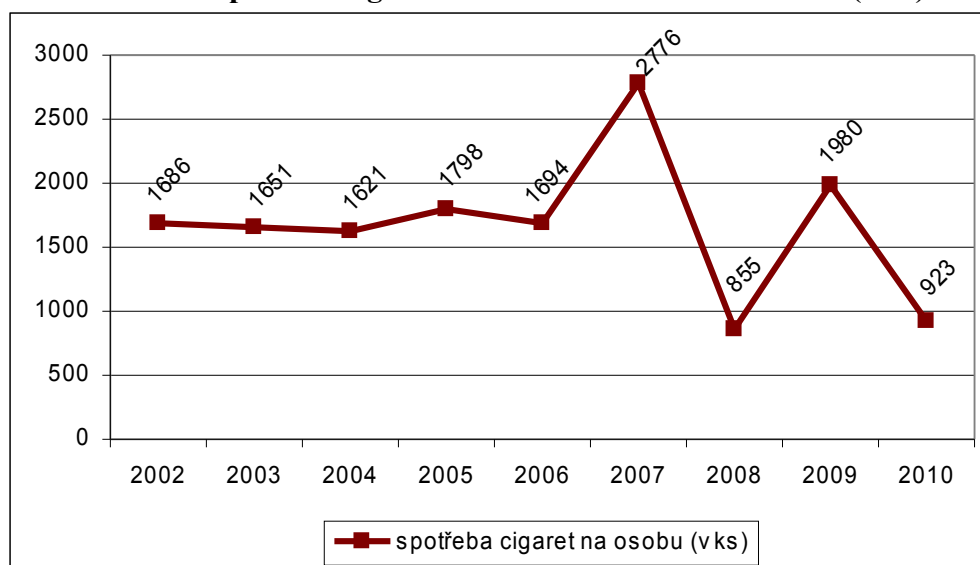
Zdroj: WHO

**Graf 5.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 5.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

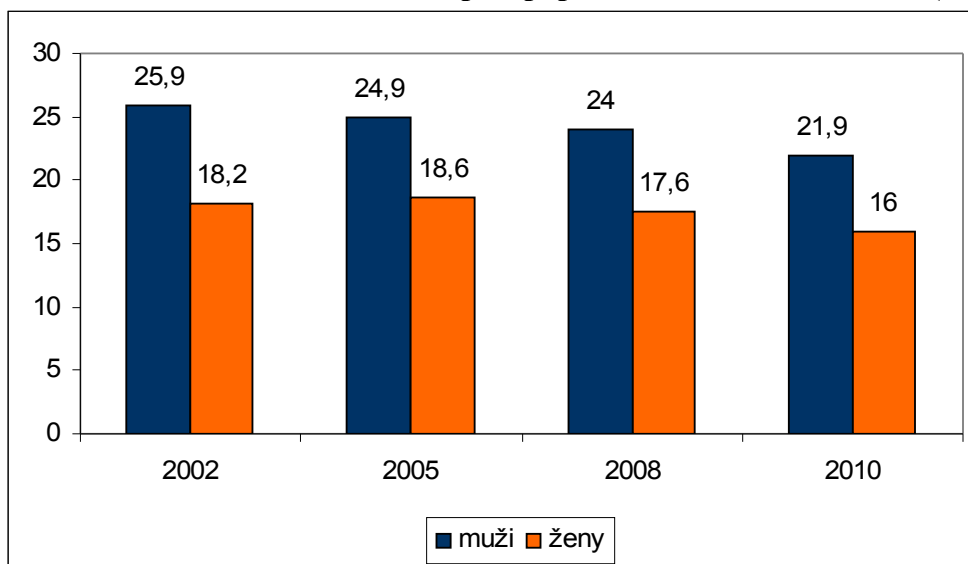


**Finsko**

Rok vstupu do EU: 1995

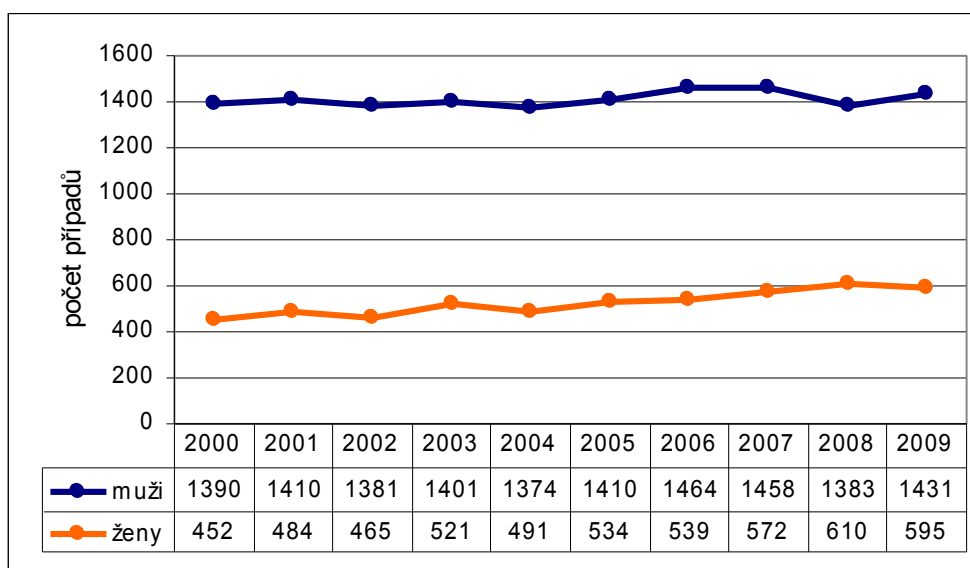
Počet obyvatel: 5,3 milionů

**Graf 6.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



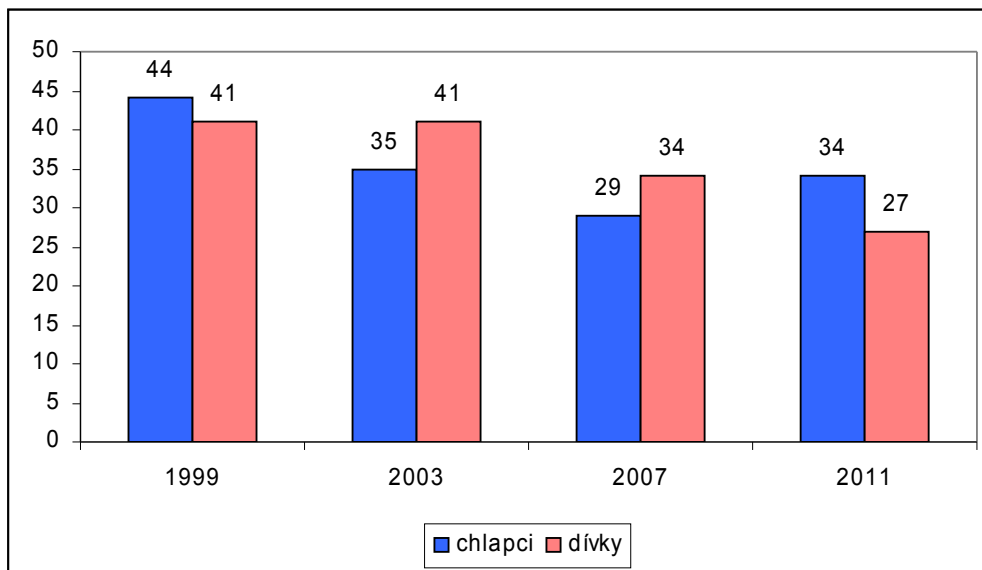
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 6.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



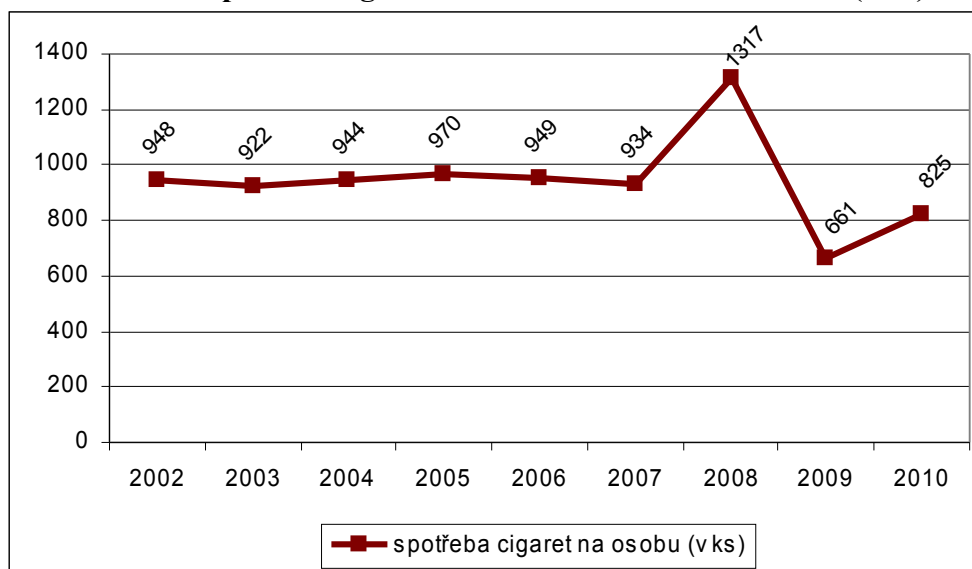
Zdroj: WHO

**Graf 6.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 – 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 6.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

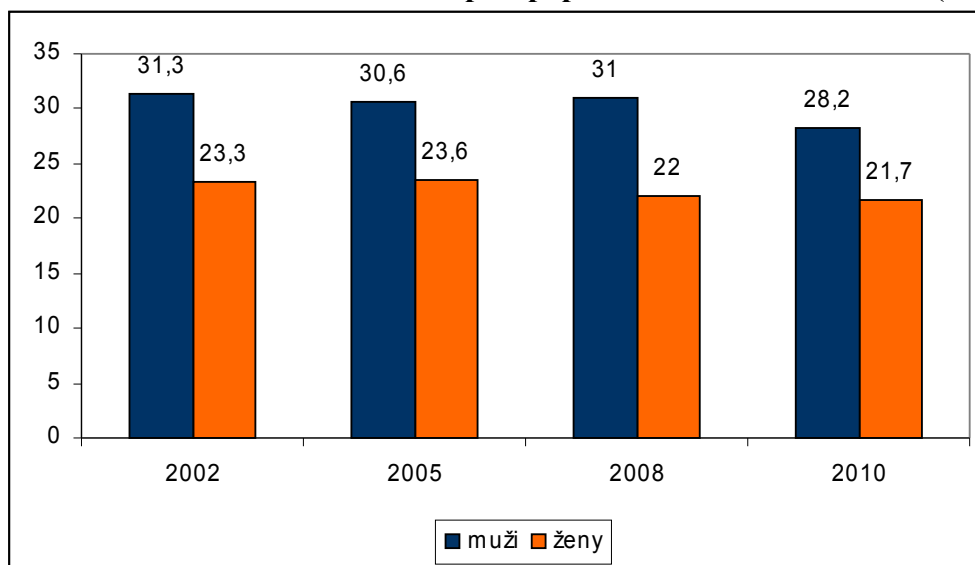


# Francie

Rok vstupu do EU: zakládající člen (1952)

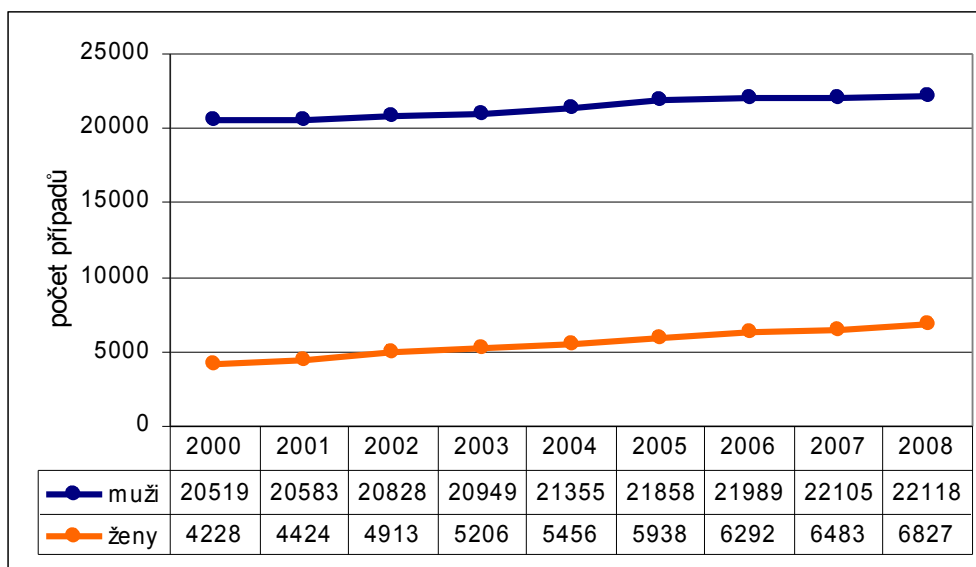
Počet obyvatel: 64,3 milionů

**Graf 7.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



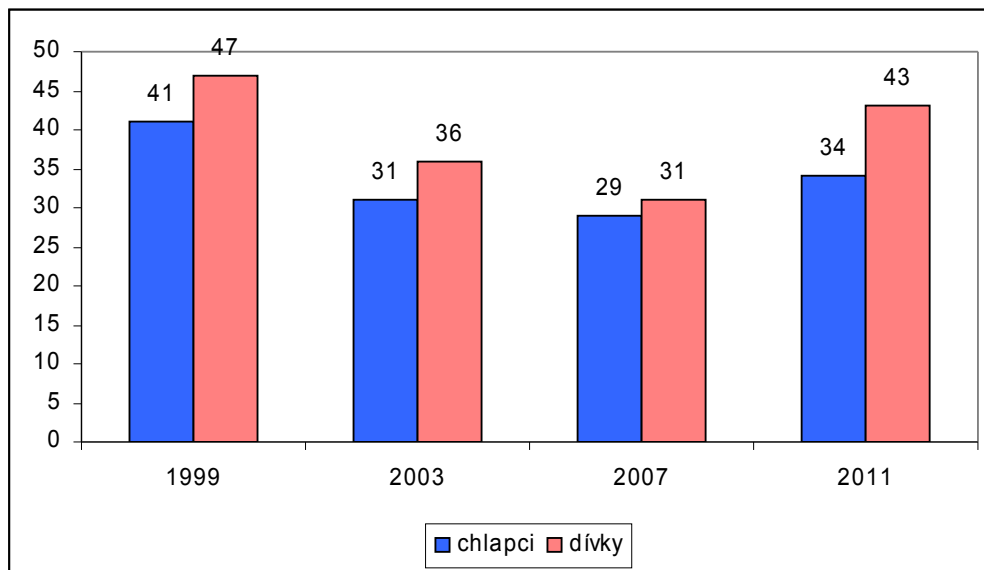
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 7.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2008**



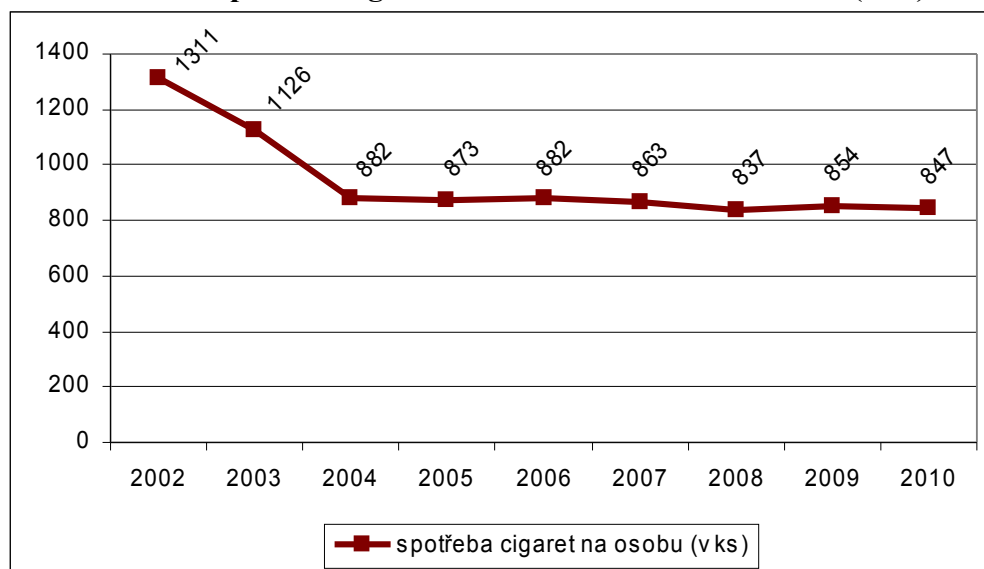
Zdroj: WHO

**Graf 7.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 7.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



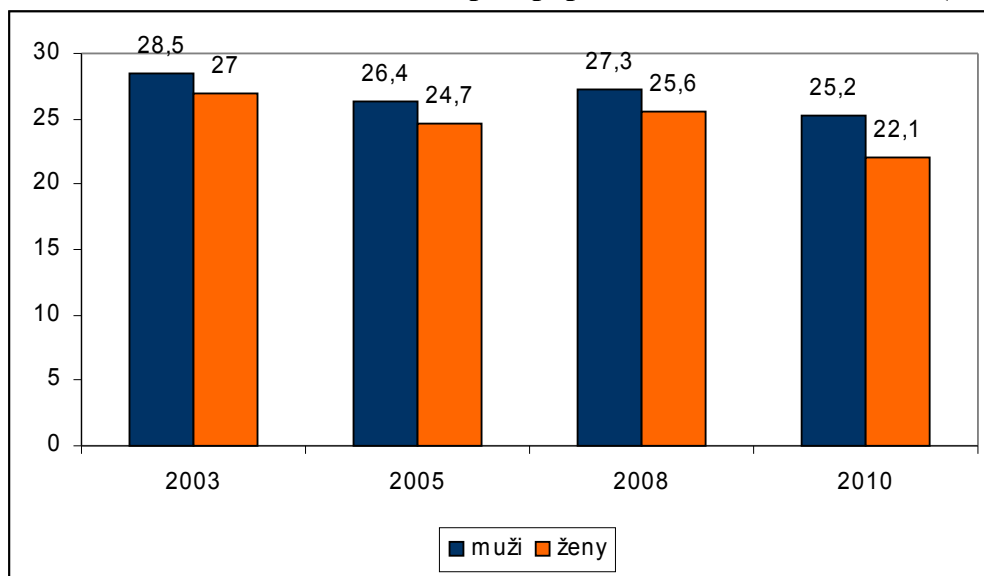
Zdroj: EUROSTAT



Rok vstupu do EU: 1973

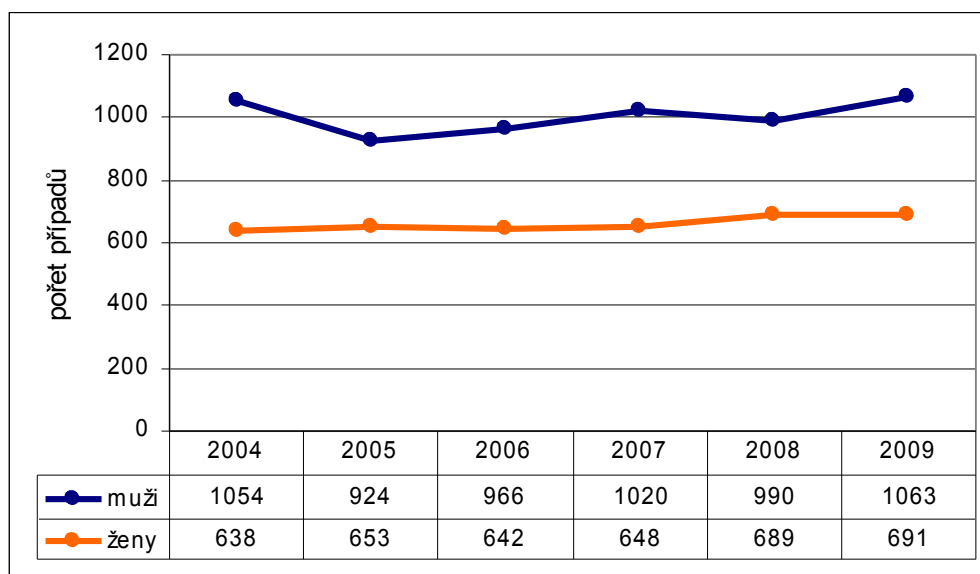
Počet obyvatel: 4,5 milionů

**Graf 8.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2003 - 2010 (v %)**



Zdroj: WHO, OECD

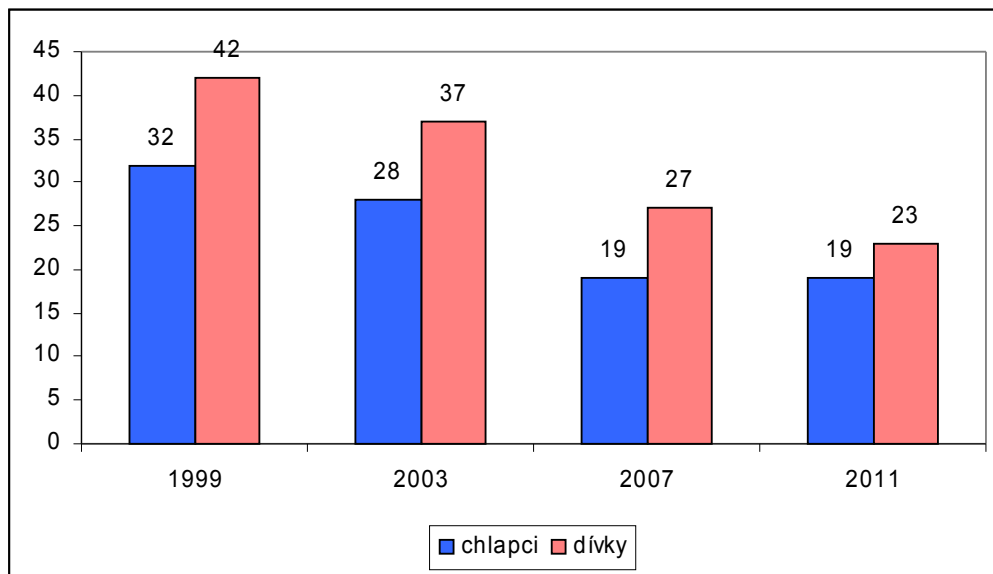
**Graf 8.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2004 - 2009**



Zdroj: WHO

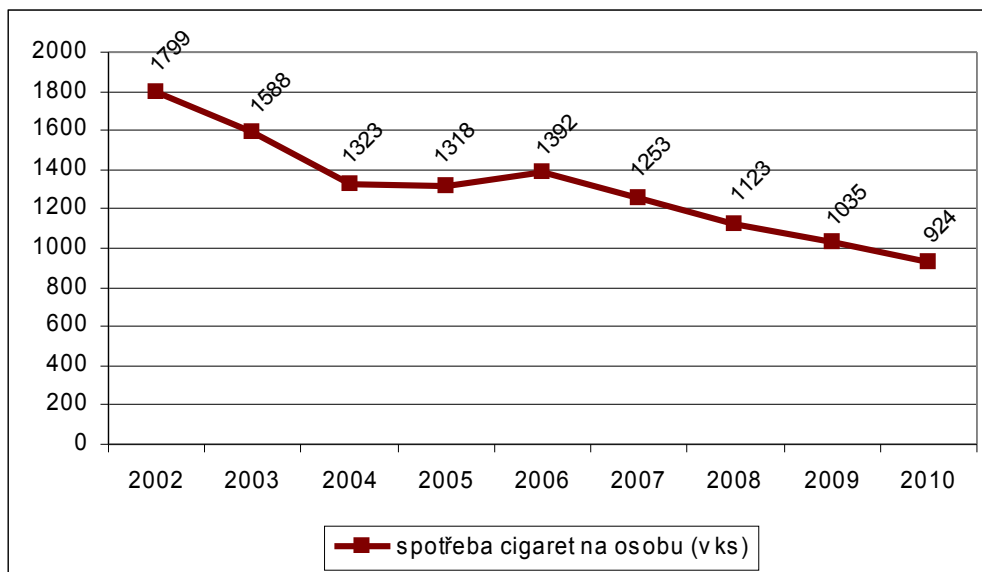


**Graf 8.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 8.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT



Rok vstupu do EU: zakládající člen (1952)

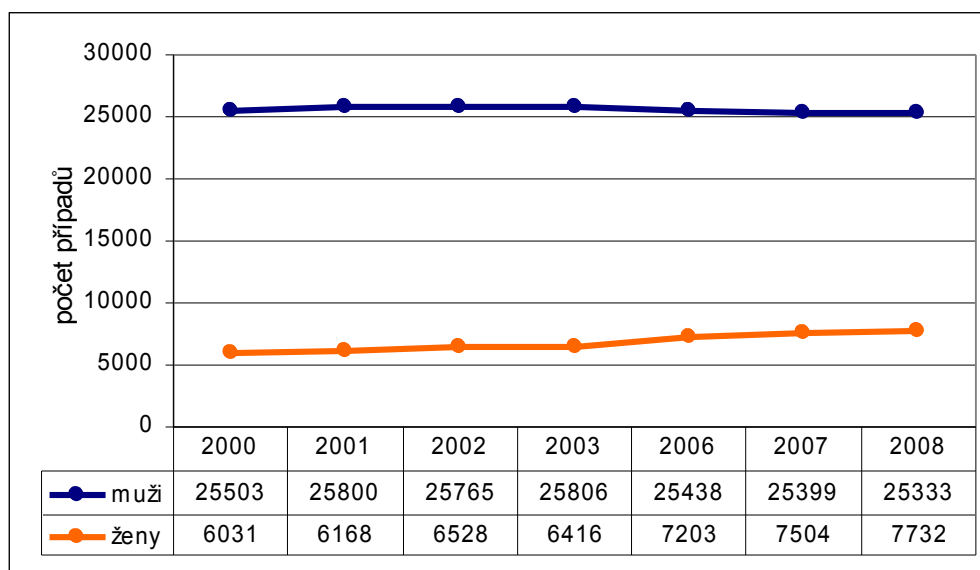
Počet obyvatel: 60 milionů

**Graf 9.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



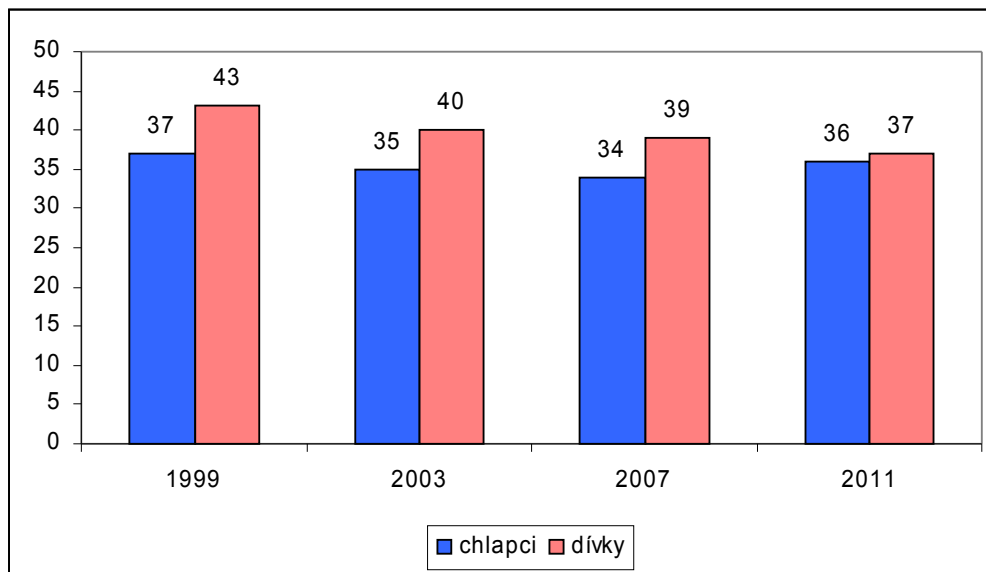
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 9.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2008**



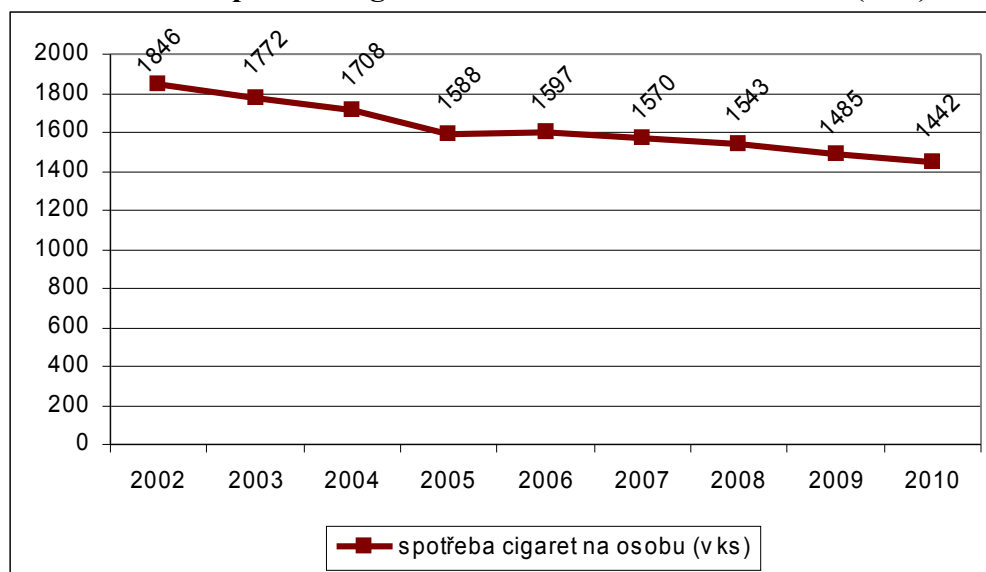
Zdroj: WHO

**Graf 9.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 9.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT



Rok vstupu do EU: 2004

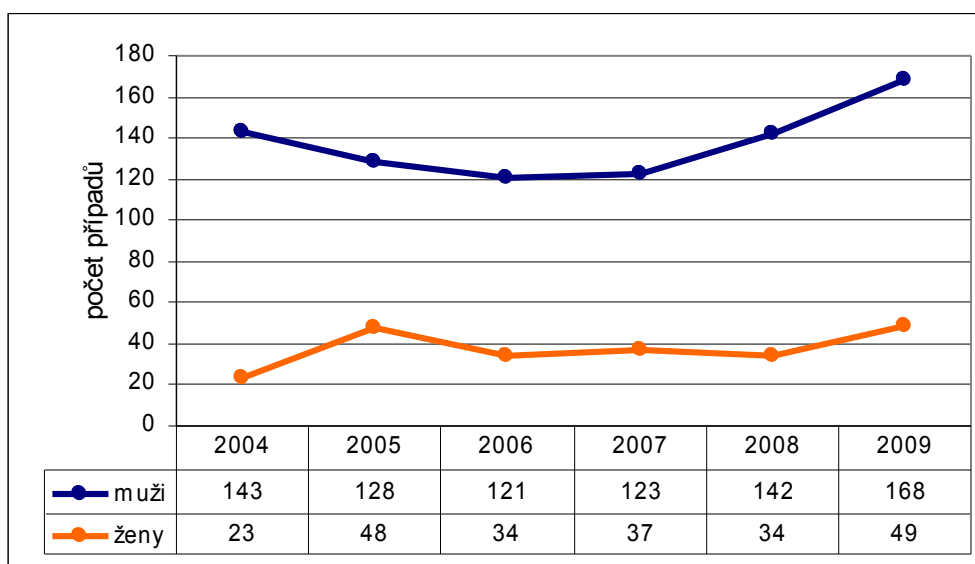
Počet obyvatel: 800 tisíc

**Graf 10.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2005 - 2010 (v %)**



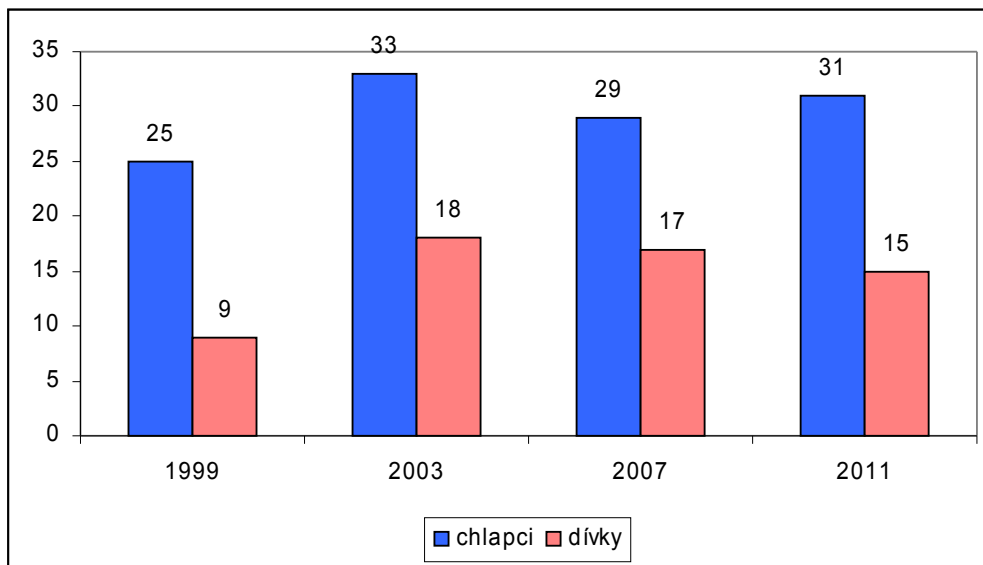
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 10.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2004 - 2009**



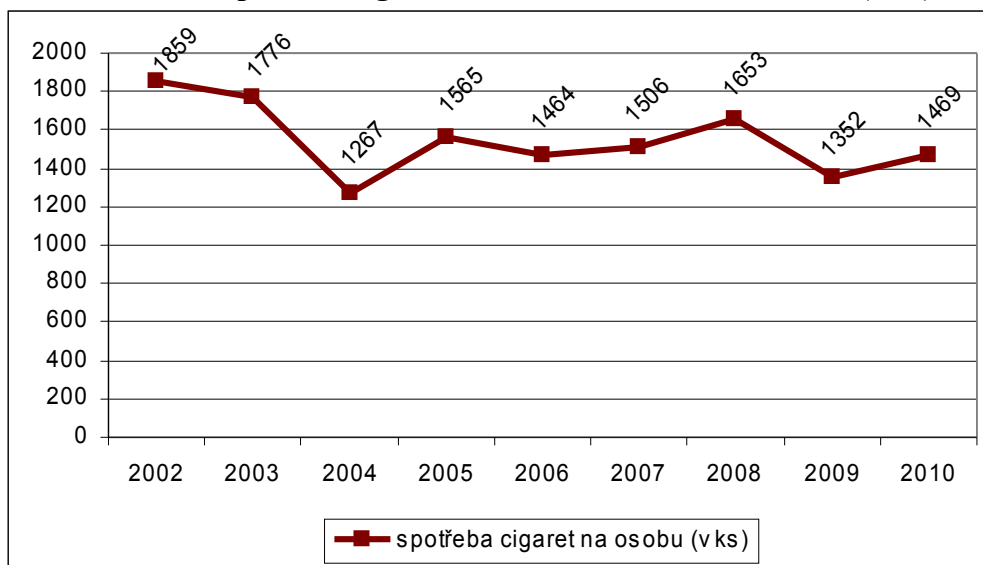
Zdroj: WHO

**Graf 10.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 10.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT



Rok vstupu do EU: 2004

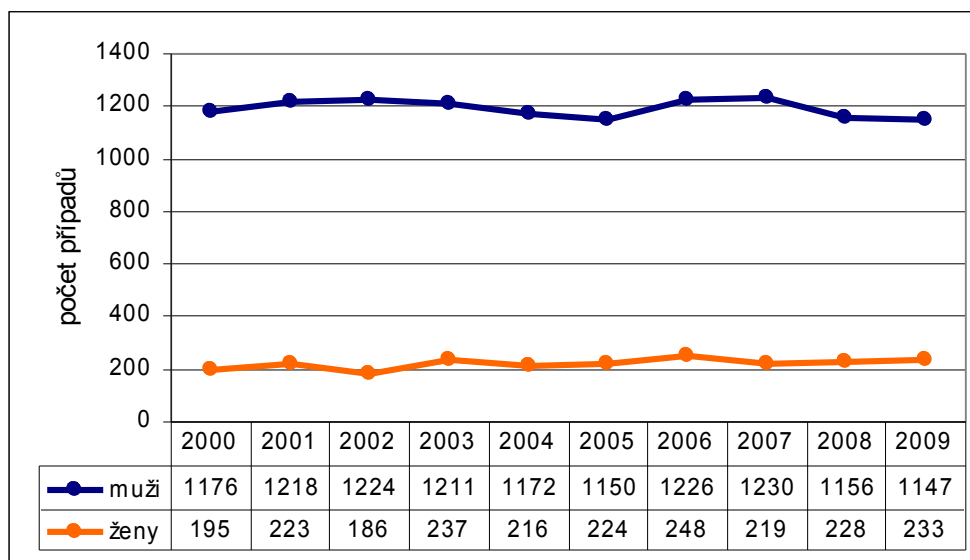
Počet obyvatel: 3,3 milionů

**Graf 11.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



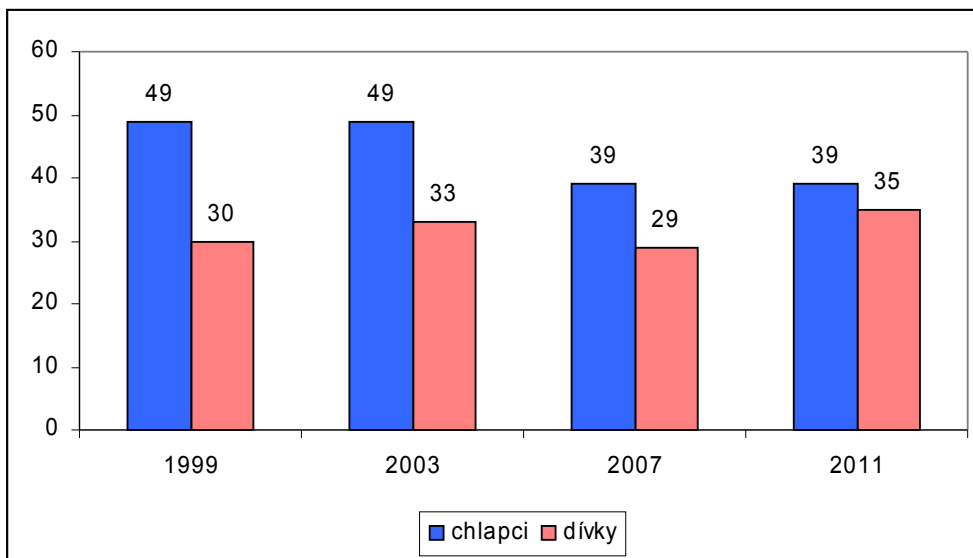
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 11.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



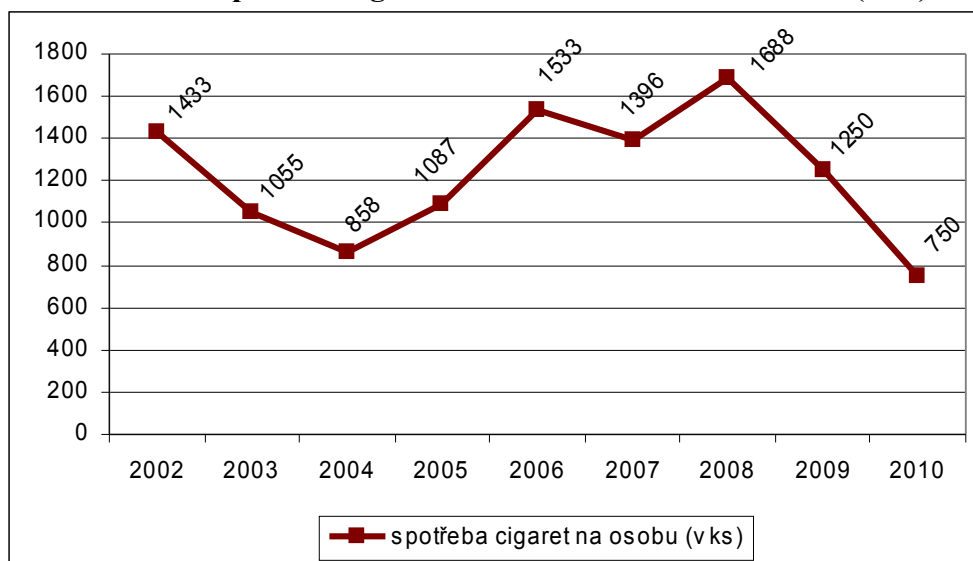
Zdroj: WHO

**Graf 11.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**

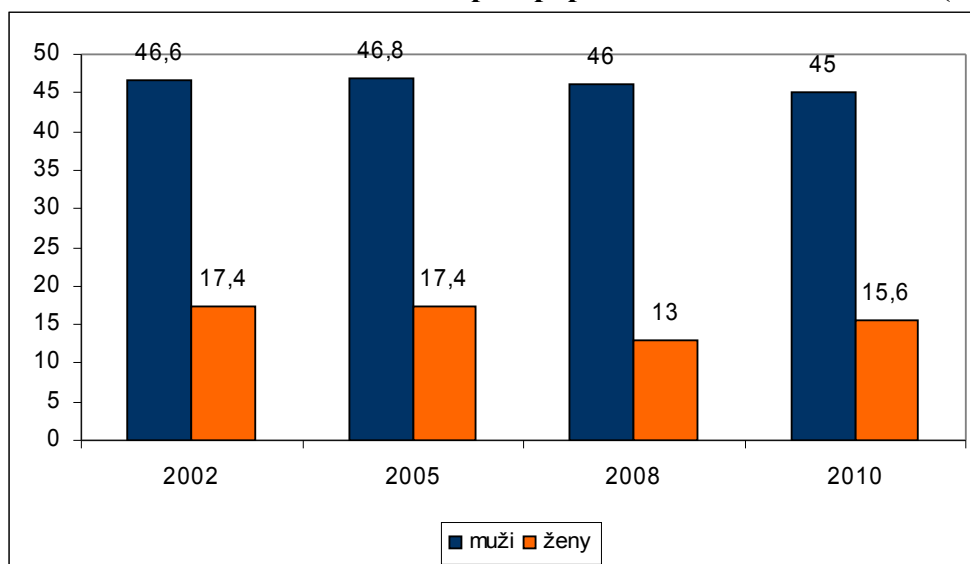


Zdroj: ESPAD, WHO

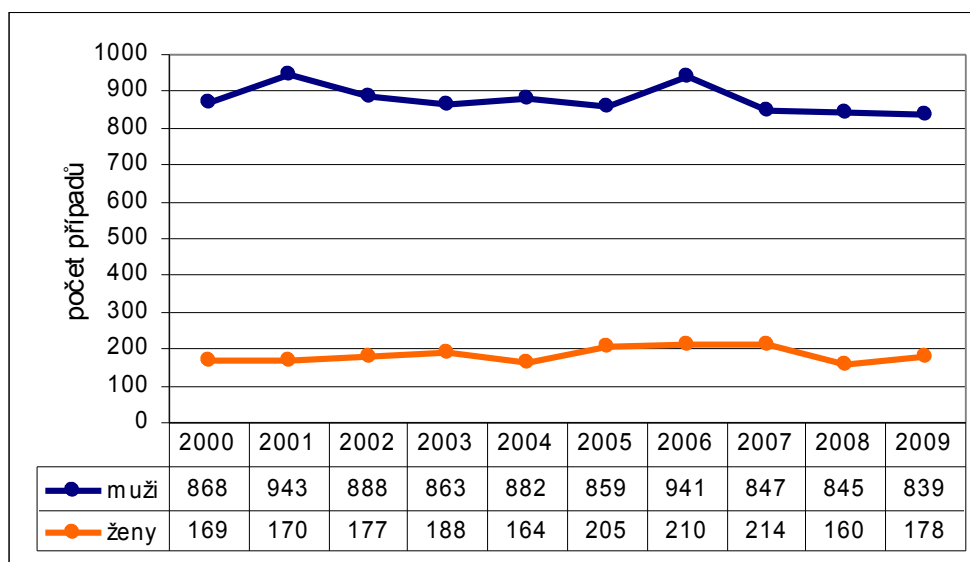
**Graf 11.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

**Graf 12.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**


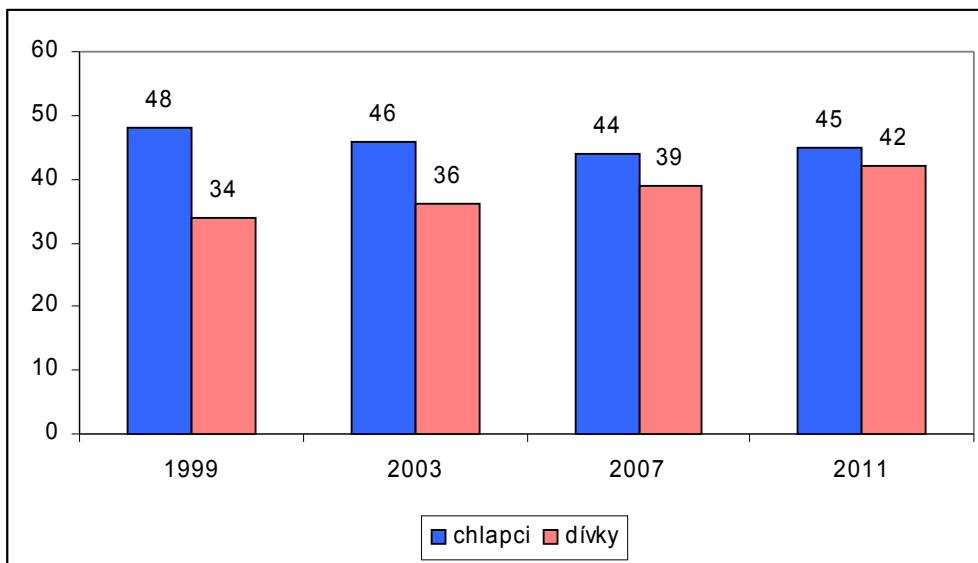
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 12.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**


Zdroj: WHO

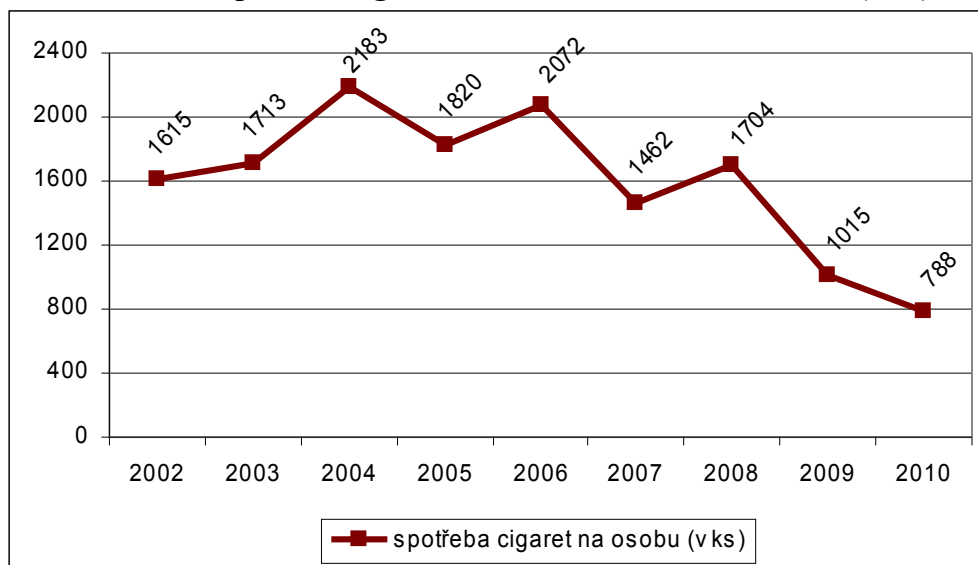


**Graf 12.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 12.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



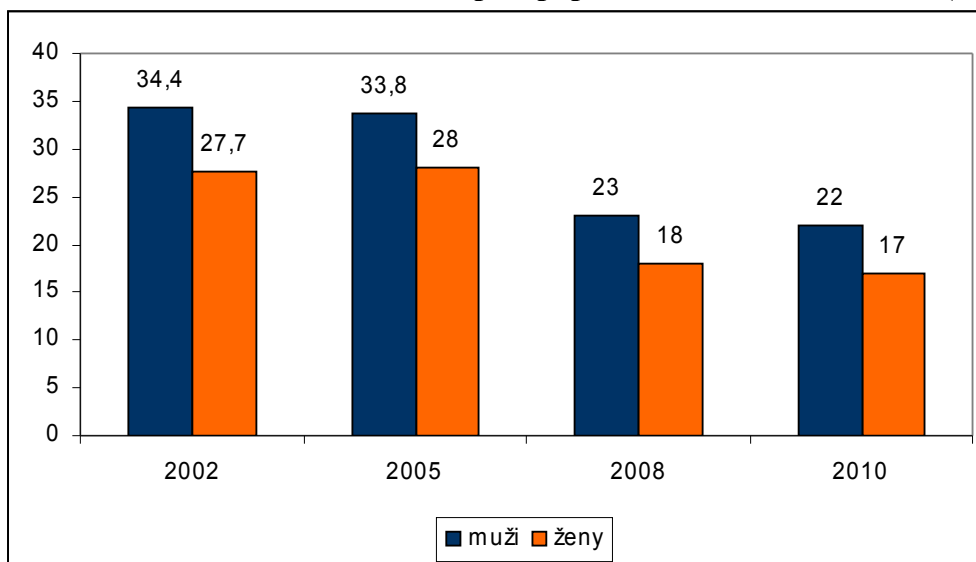
Zdroj: EUROSTAT



Rok vstupu do EU: zakládající člen (1952)

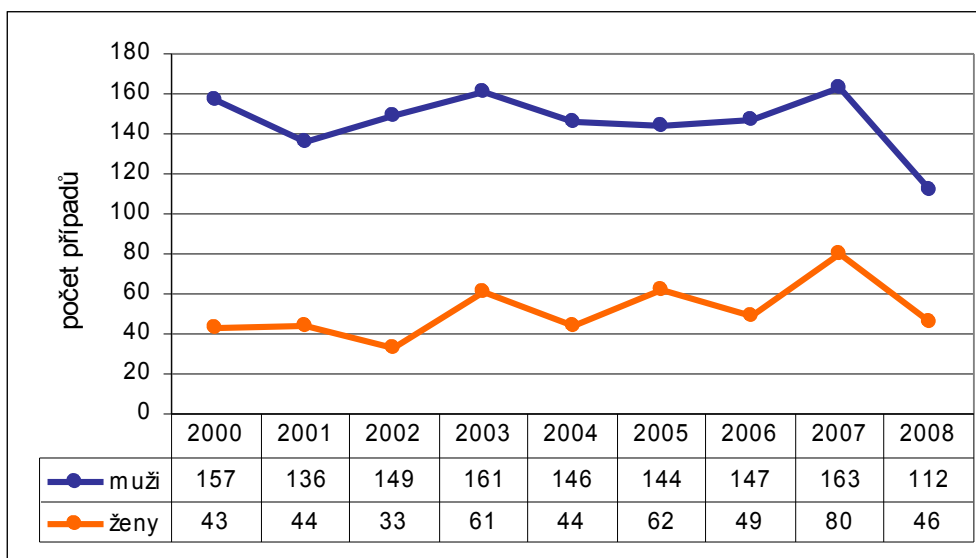
Počet obyvatel: 500 tisíc

**Graf 13.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



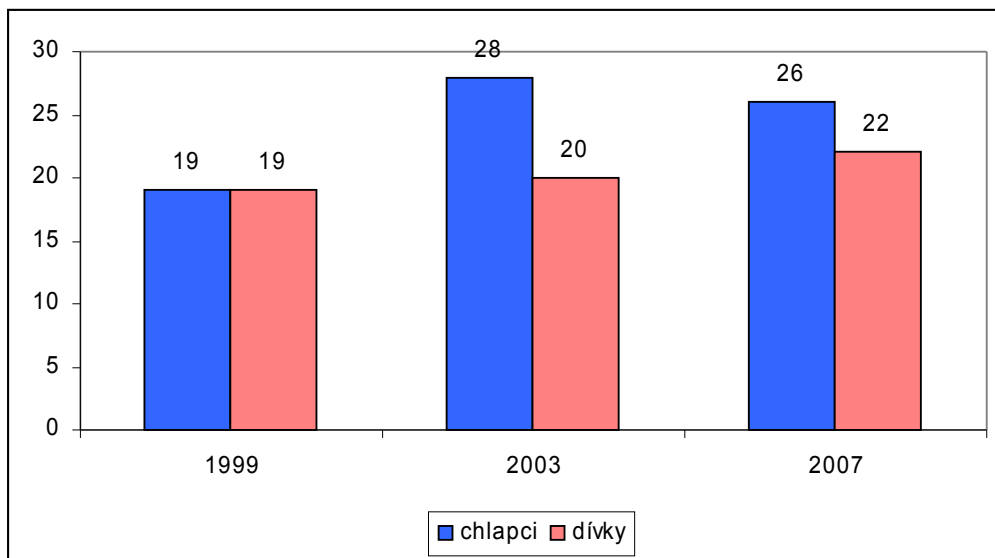
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 13.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2008**



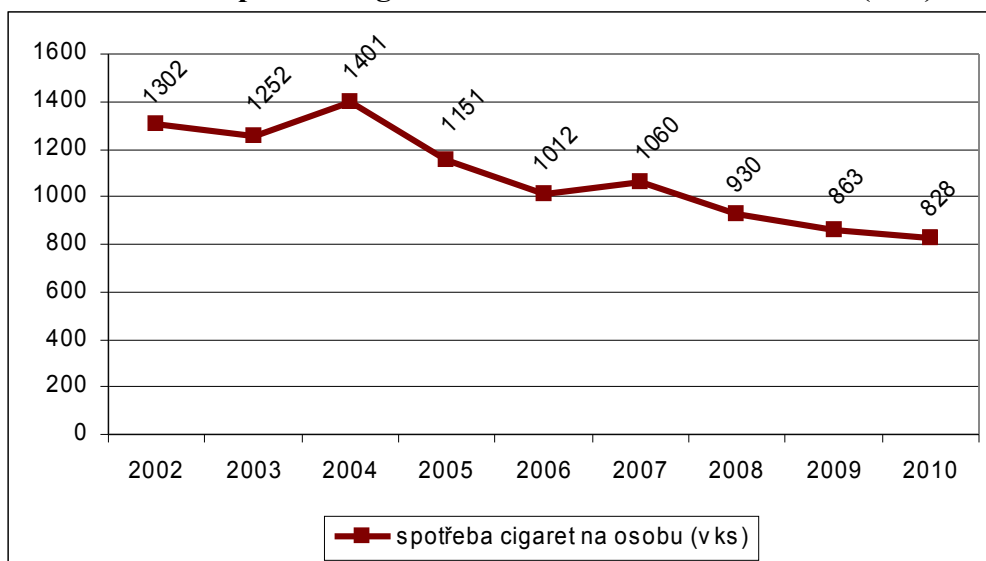
Zdroj: WHO

**Graf 13.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2007<sup>26</sup> (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 13.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

<sup>26</sup> Data za rok 2011 nejsou dostupná.

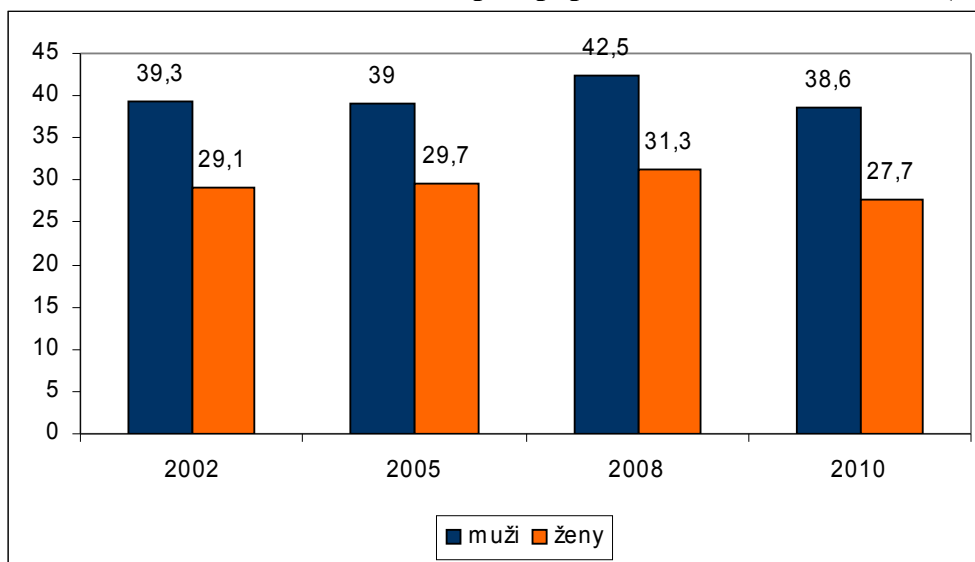


# Maďarsko

Rok vstupu do EU: 2004

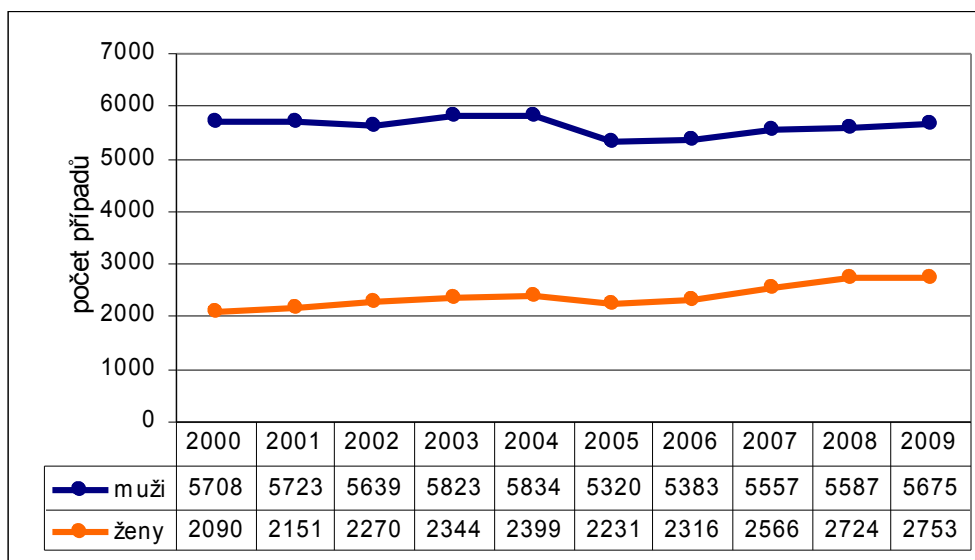
Počet obyvatel: 10 milionů

**Graf 14.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



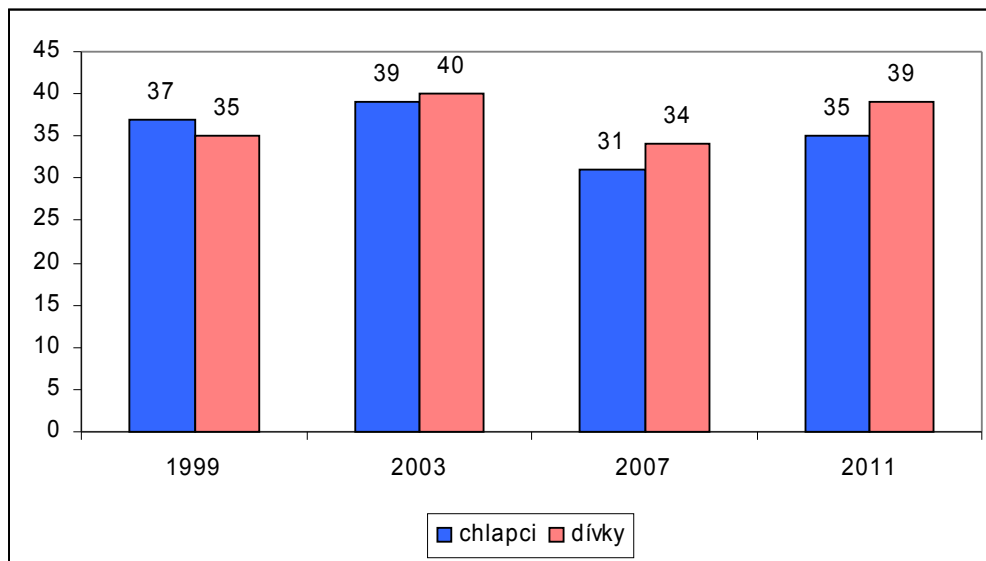
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 14.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



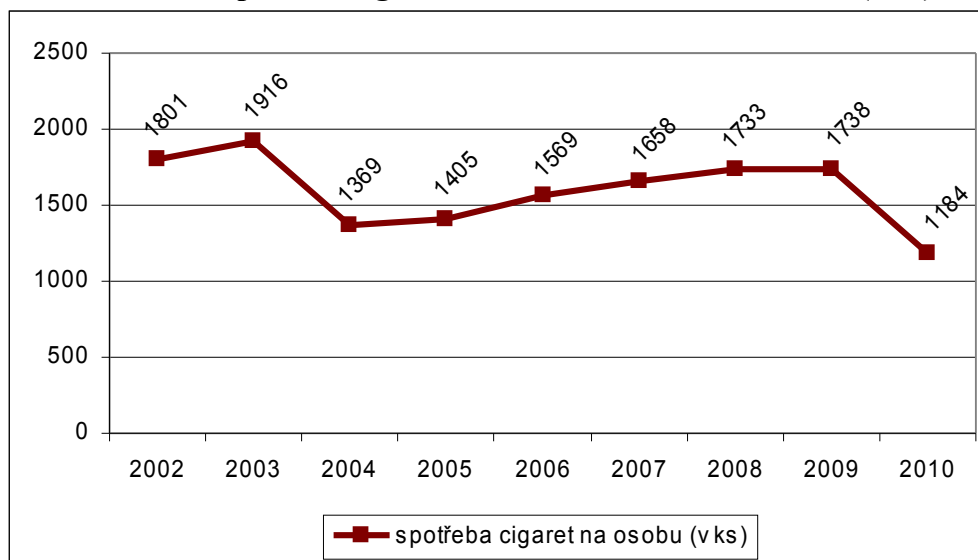
Zdroj: WHO

**Graf 14.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 14.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



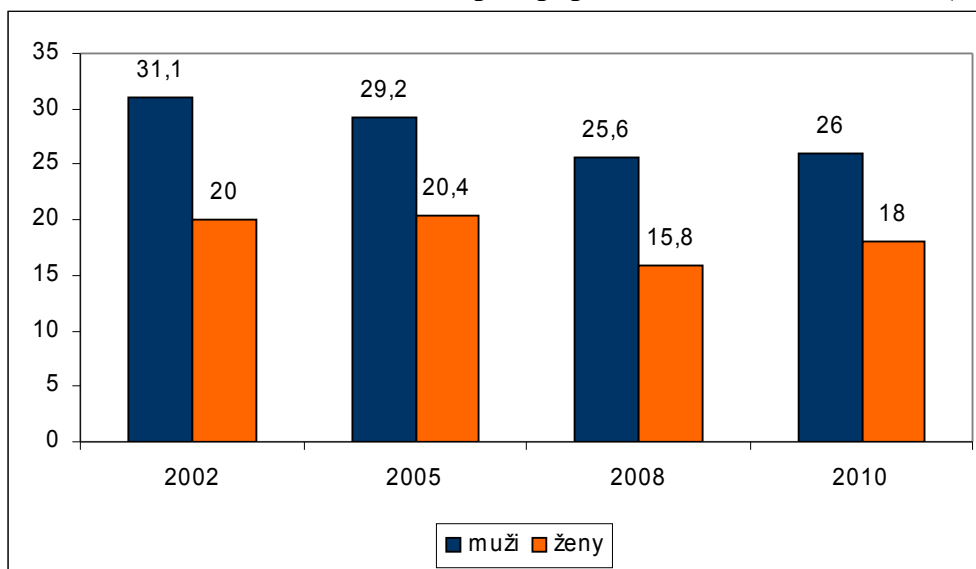
Zdroj: EUROSTAT



Rok vstupu do EU: 2004

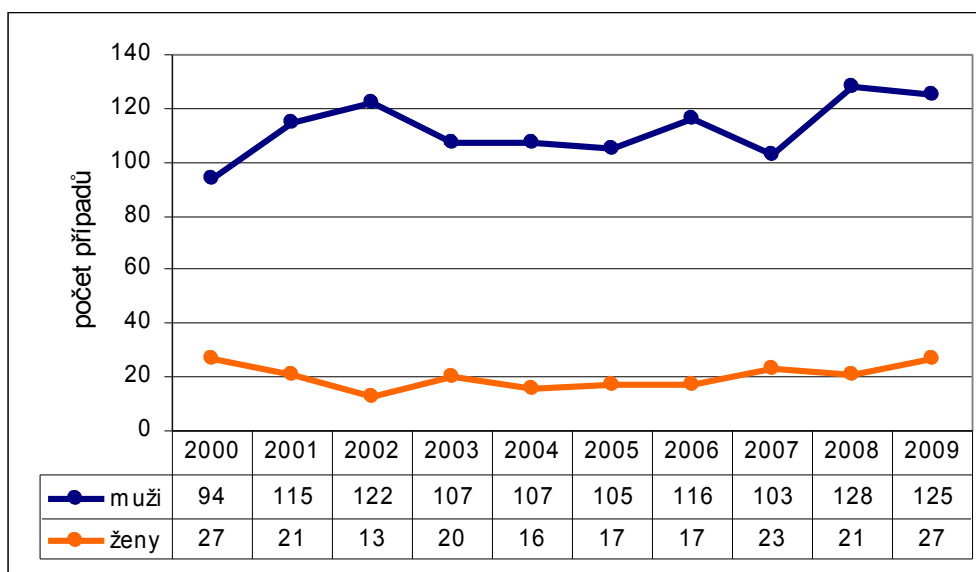
Počet obyvatel: 400 tisíc

**Graf 15.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



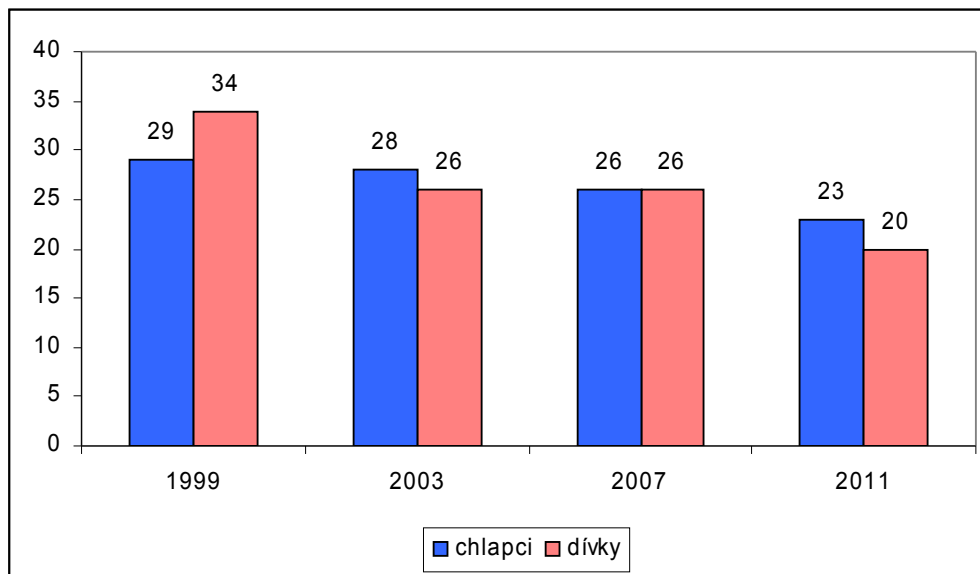
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 15.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



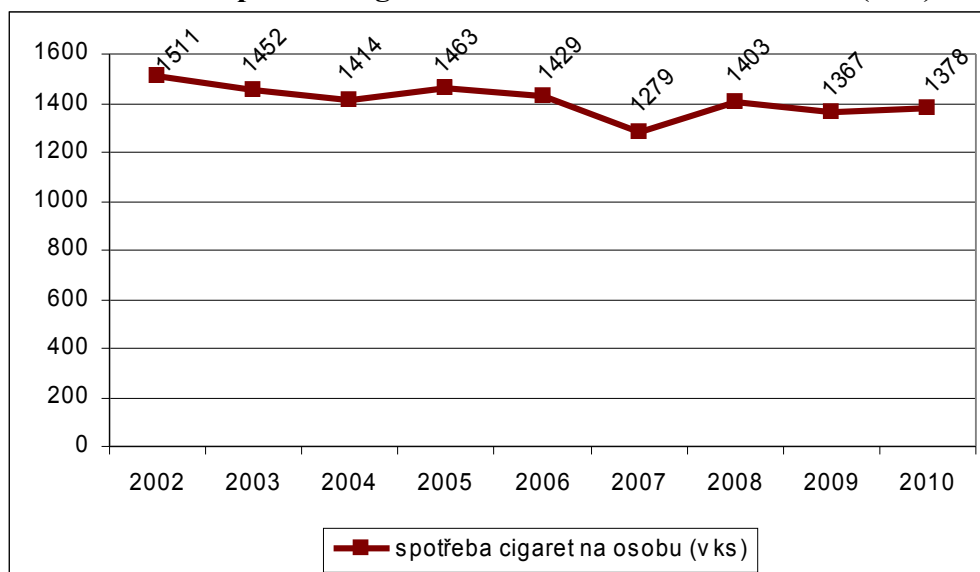
Zdroj: WHO

**Graf 15.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 15.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

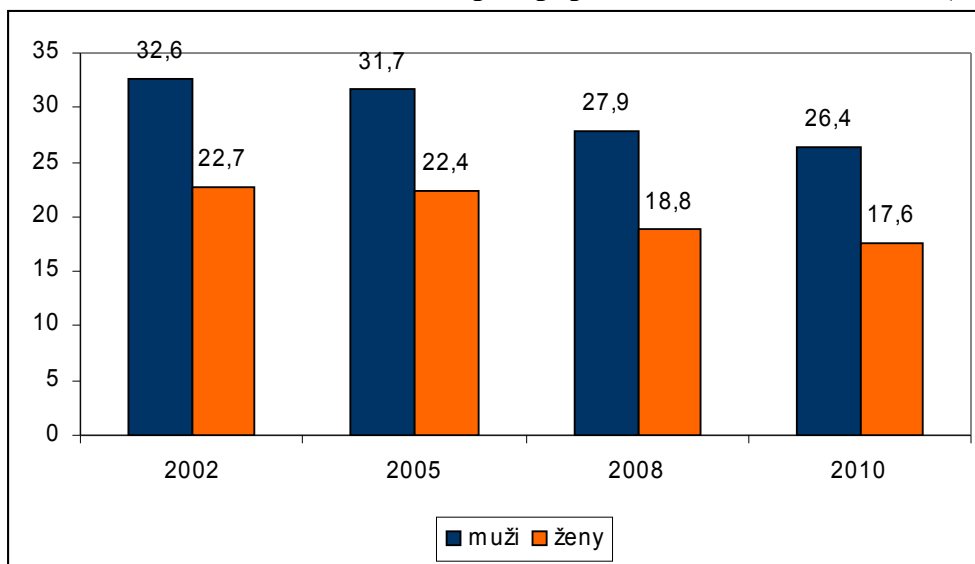


## Německo

Rok vstupu do EU: zakládající člen (1952)

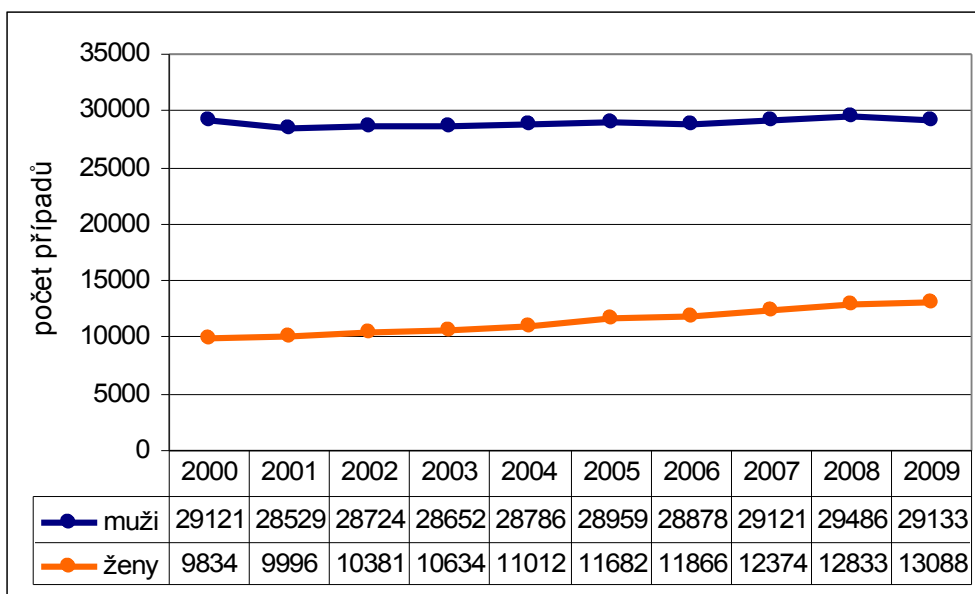
Počet obyvatel: 82 milionů

**Graf 16.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



Zdroj: WHO, OECD

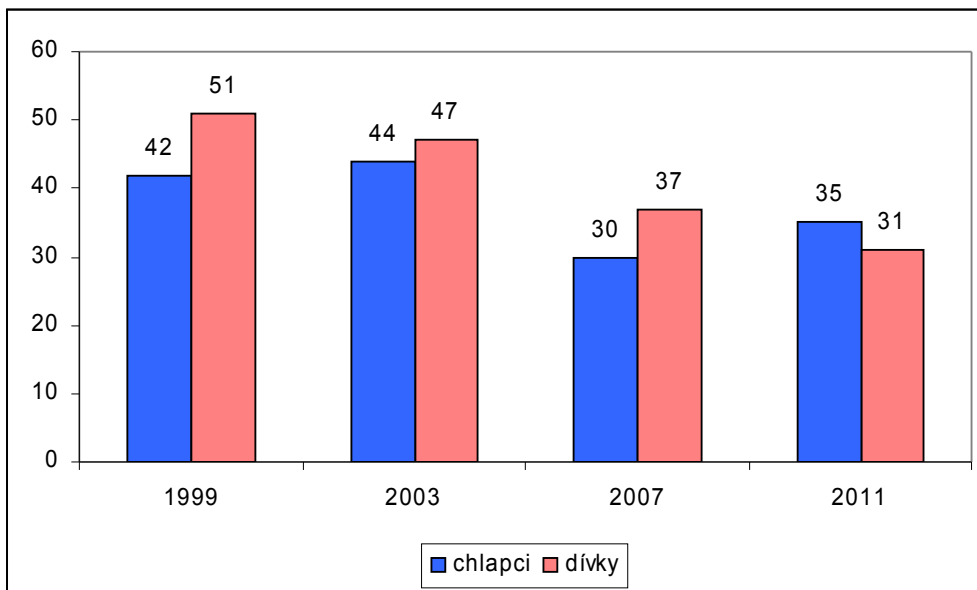
**Graf 16.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



Zdroj: WHO

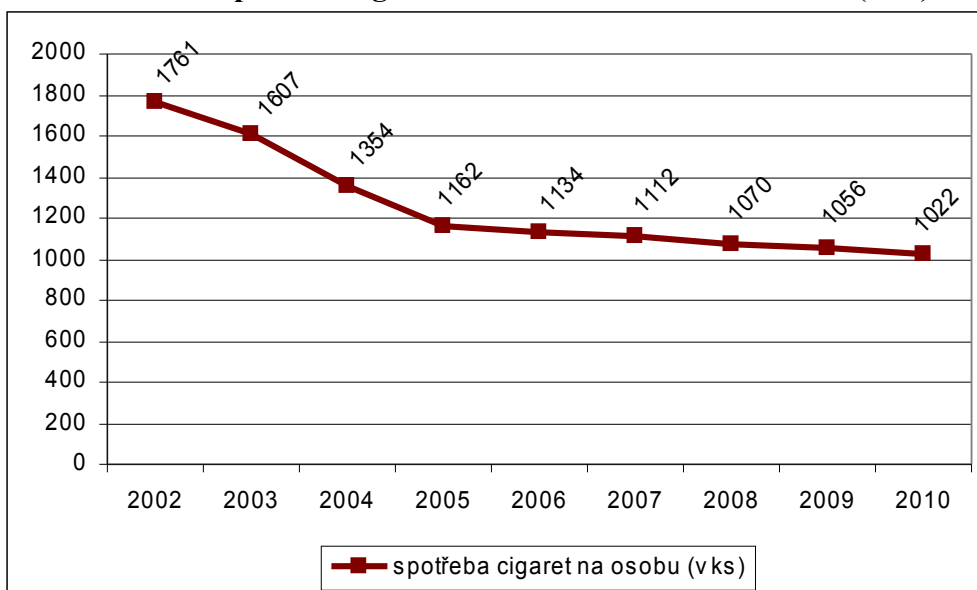


**Graf 16.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 16.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



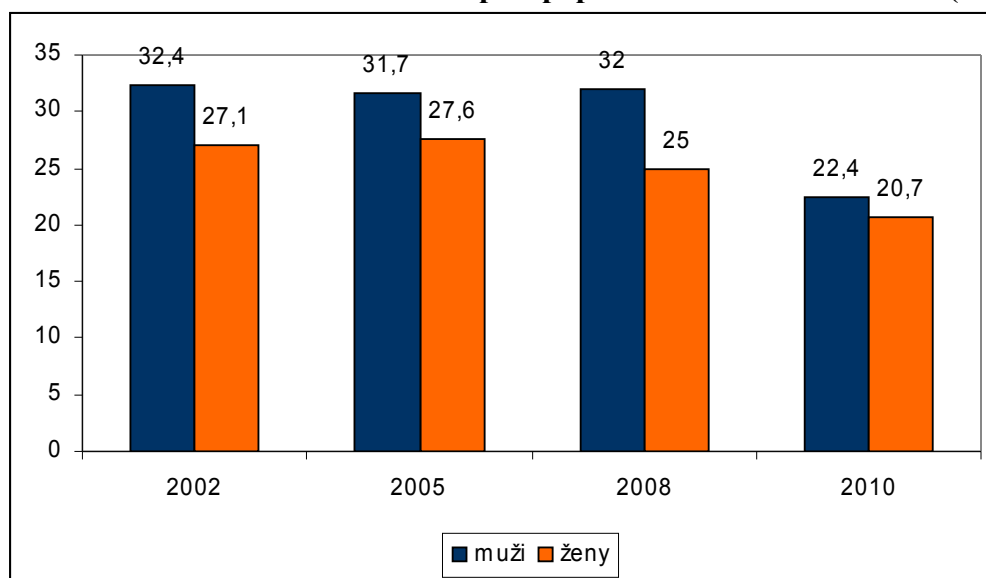
Zdroj: EUROSTAT



Rok vstupu do EU: zakládající člen (1952)

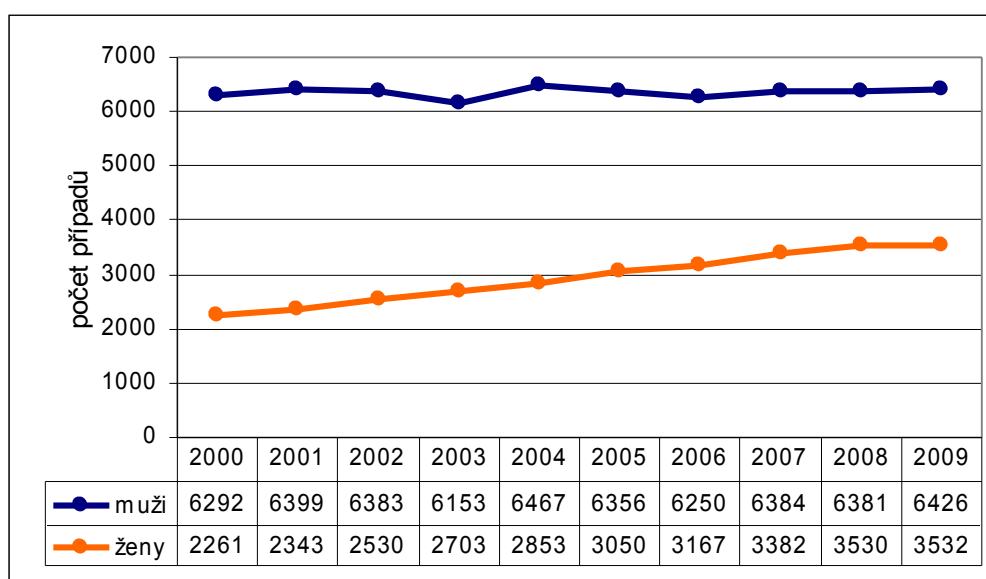
Počet obyvatel: 16,4 milionů

**Graf 17.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



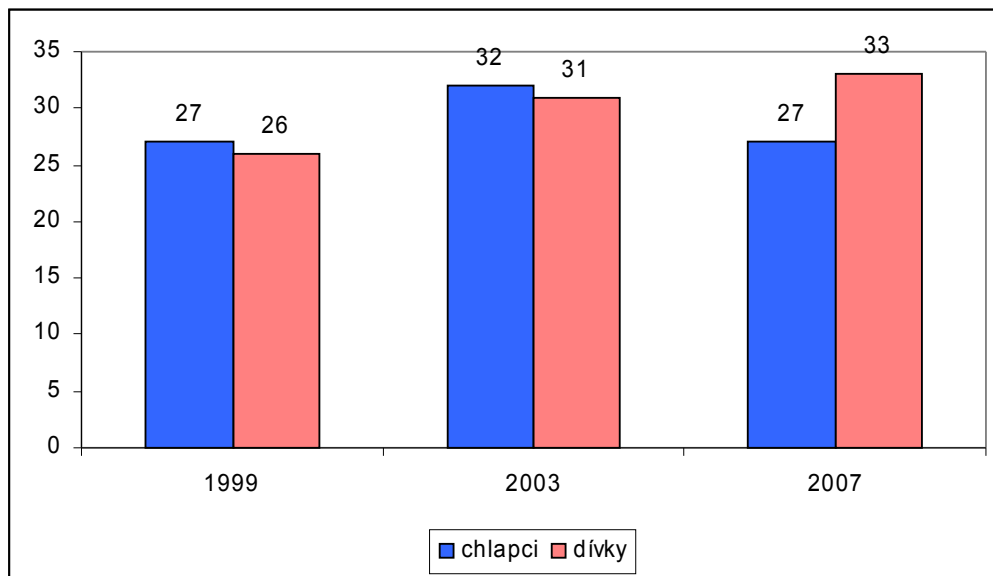
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 17.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



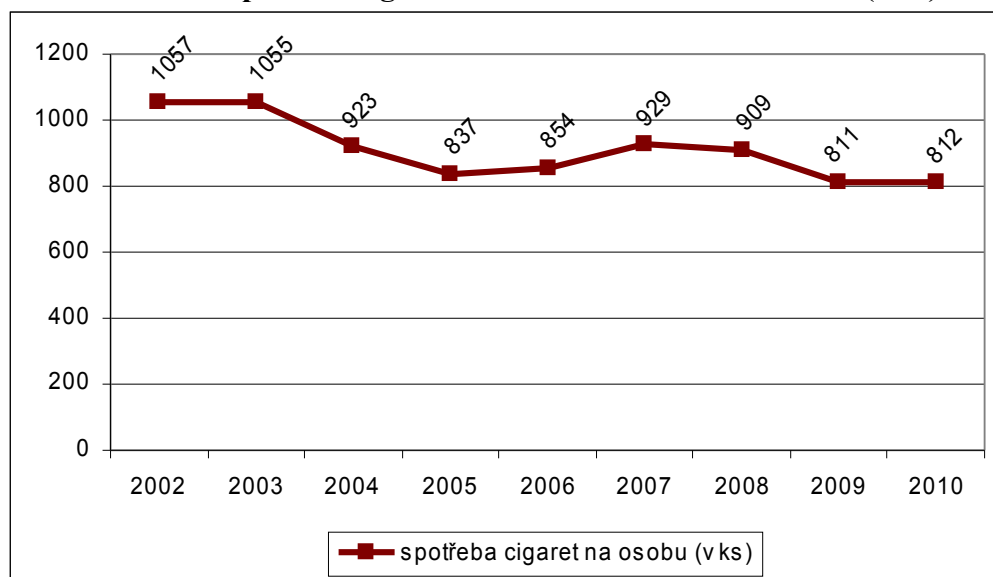
Zdroj: WHO

**Graf 17.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2007<sup>27</sup> (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 17.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

<sup>27</sup>Data za rok 2011 nejsou dostupná.

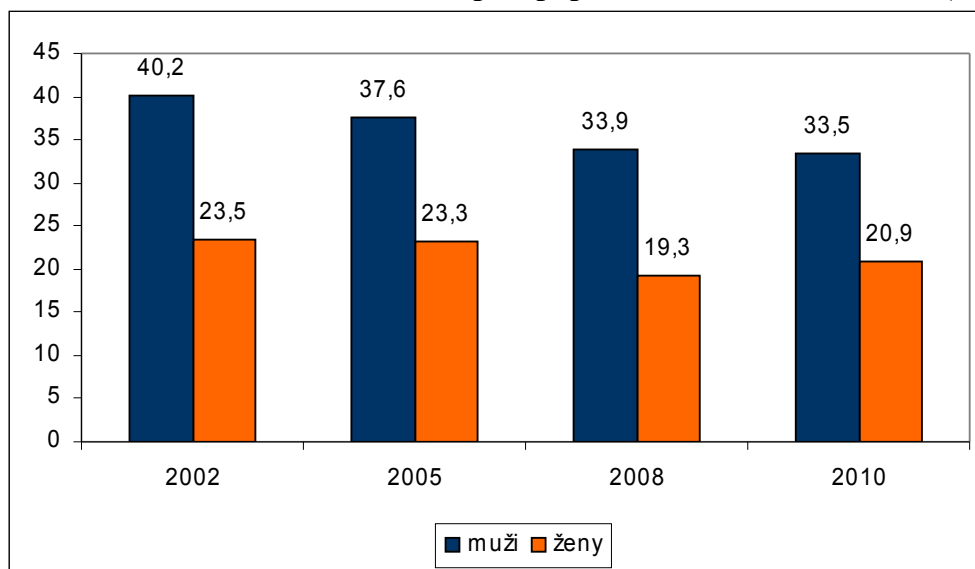


**Polsko**

Rok vstupu do EU: 2004

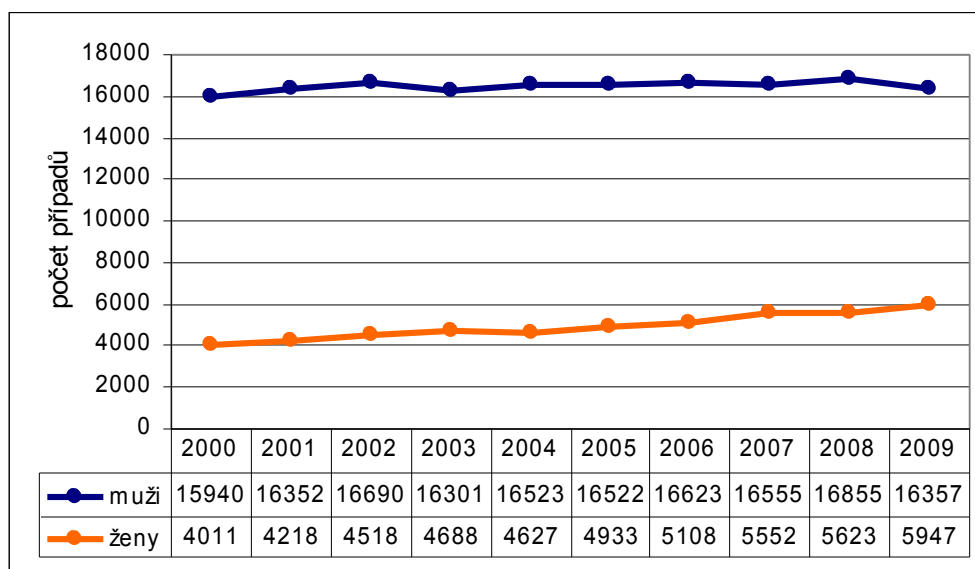
Počet obyvatel: 38,1 milionů

**Graf 18.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



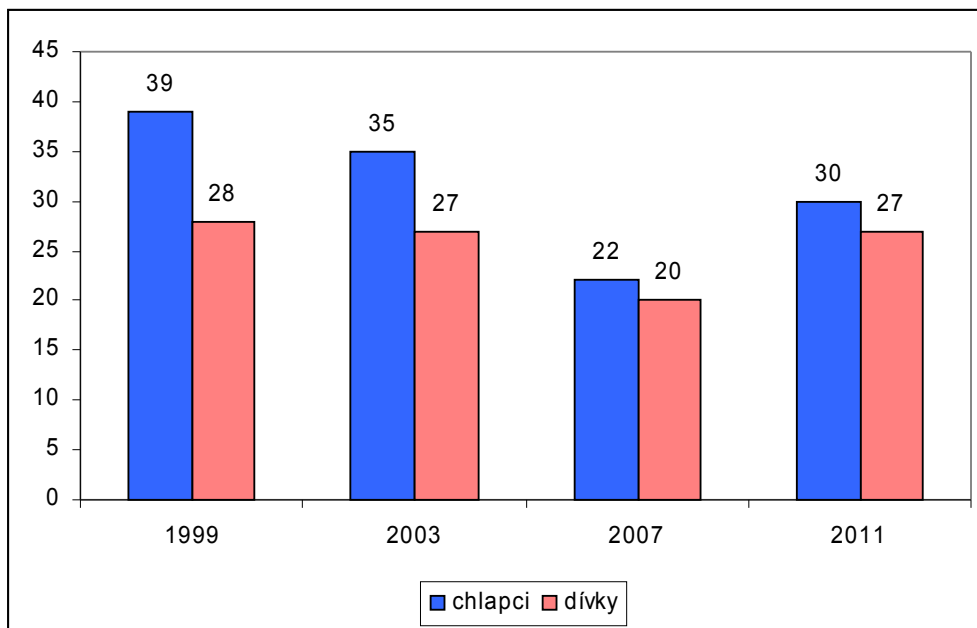
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 18.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



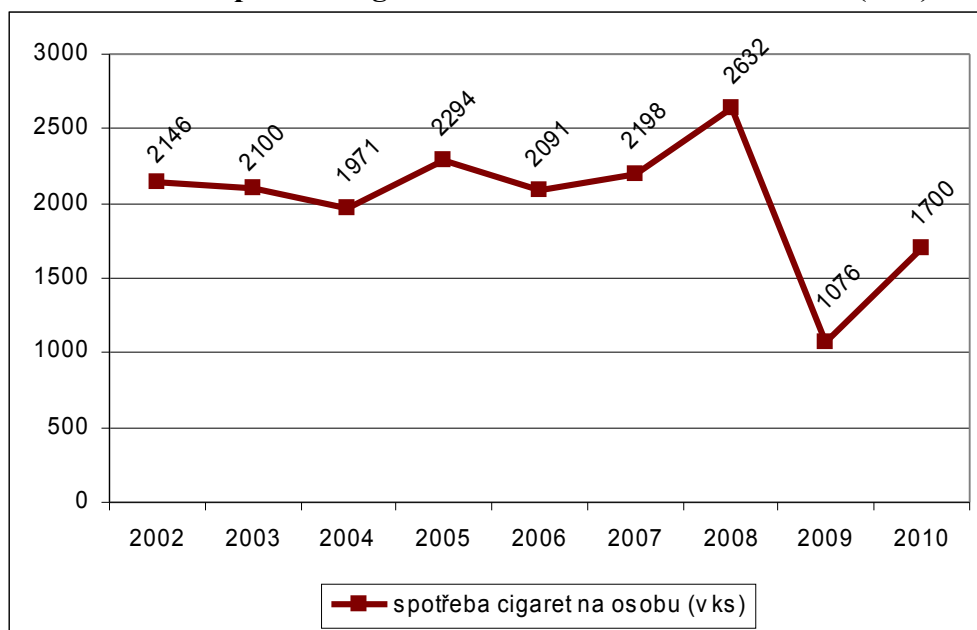
Zdroj: WHO

**Graf 18.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 18.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

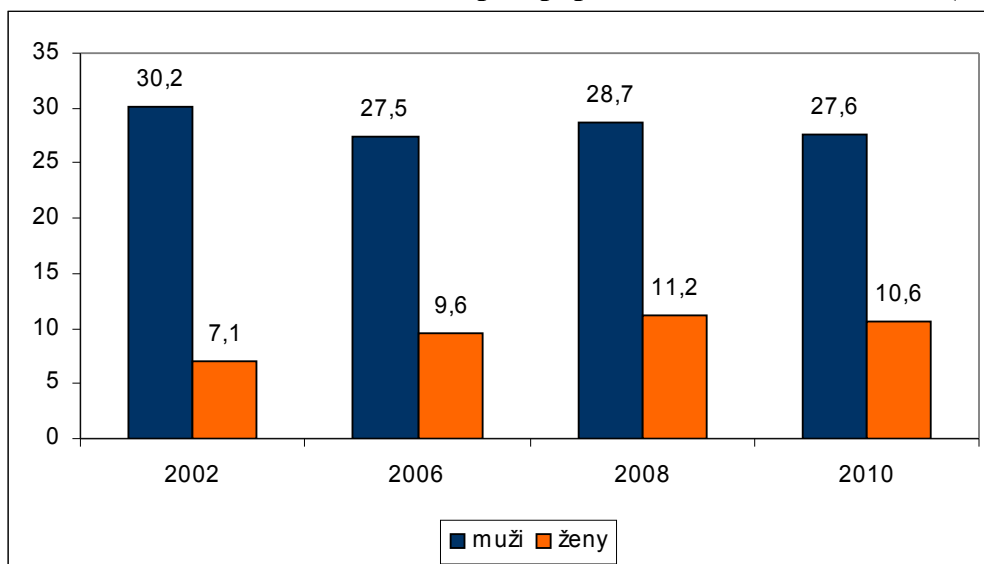


# Portugalsko

Rok vstupu do EU: 1986

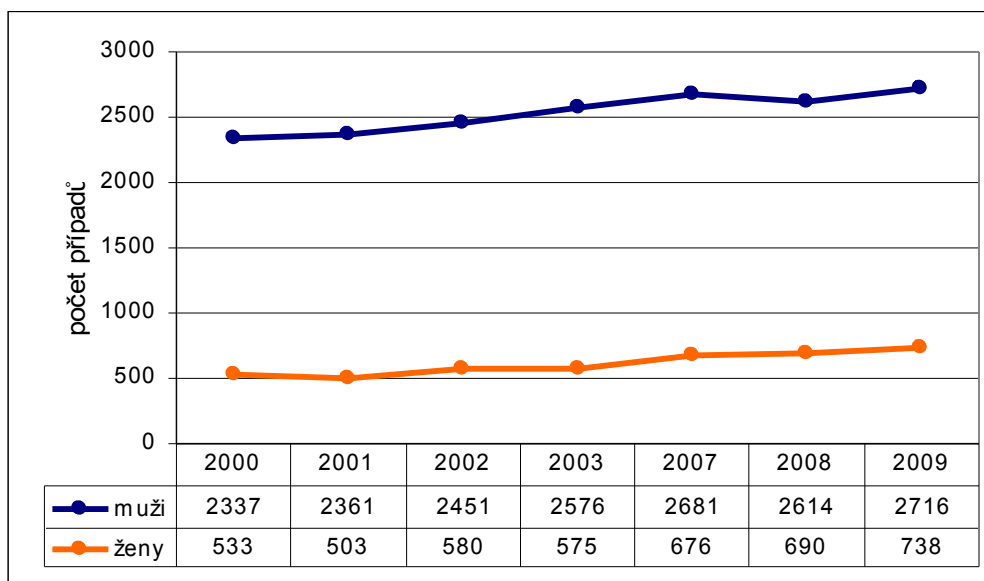
Počet obyvatel: 10,6 milionů

**Graf 19.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



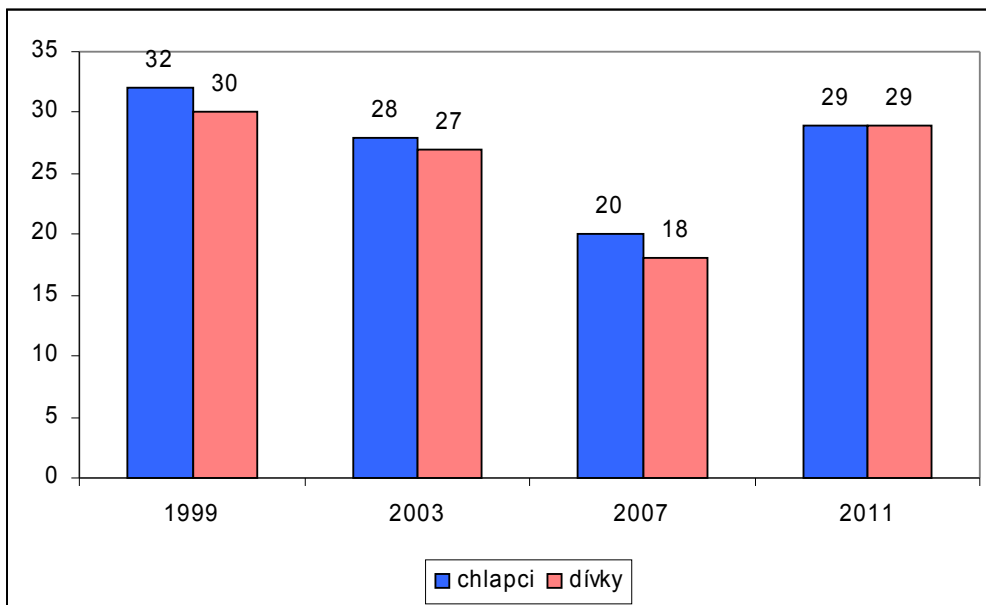
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 19.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



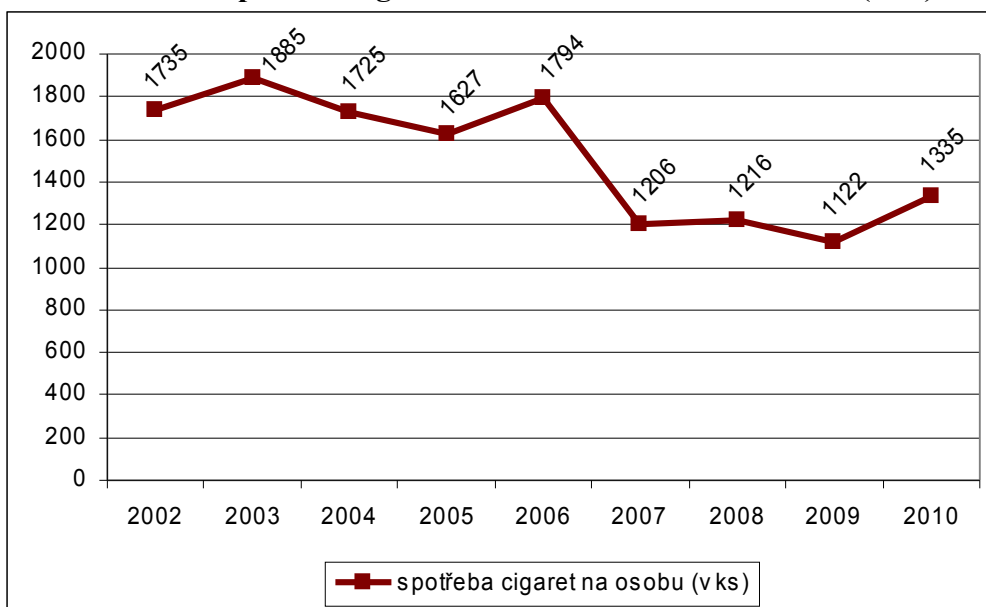
Zdroj: WHO

**Graf 19.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 19.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT



# Rakousko

Rok vstupu do EU: 1995

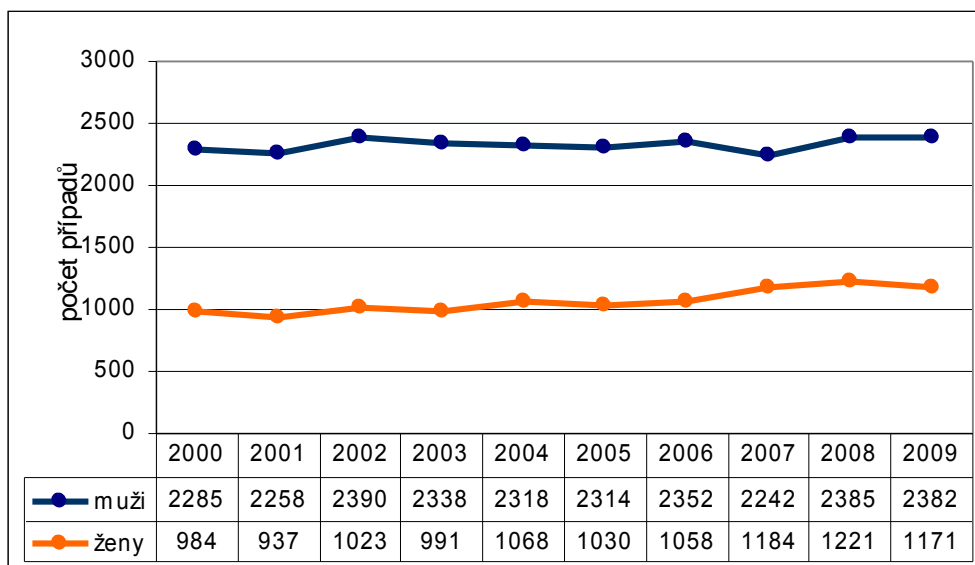
Počet Obyvatel: 8,3 milionů

**Graf 20.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



Zdroj: WHO, OECD

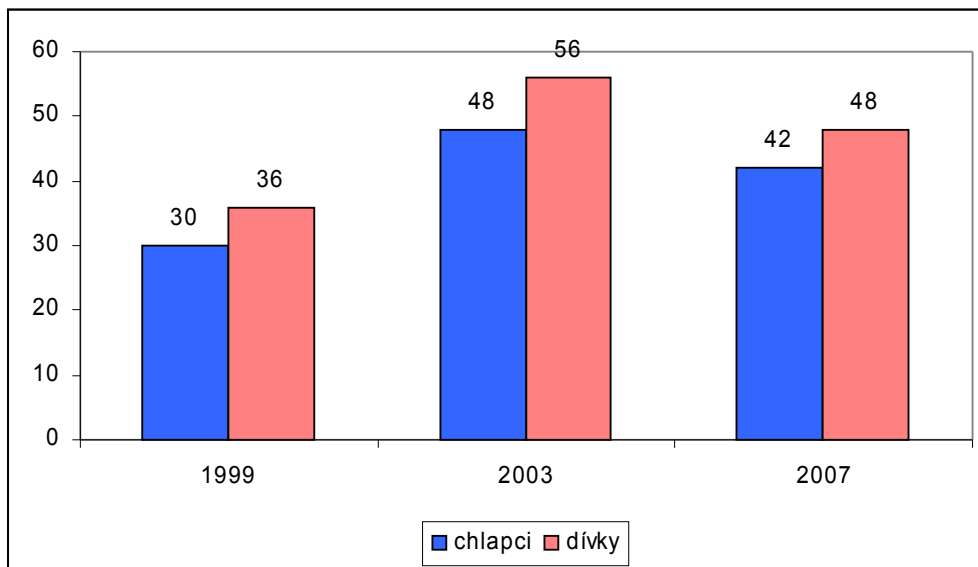
**Graf 20.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



Zdroj: WHO

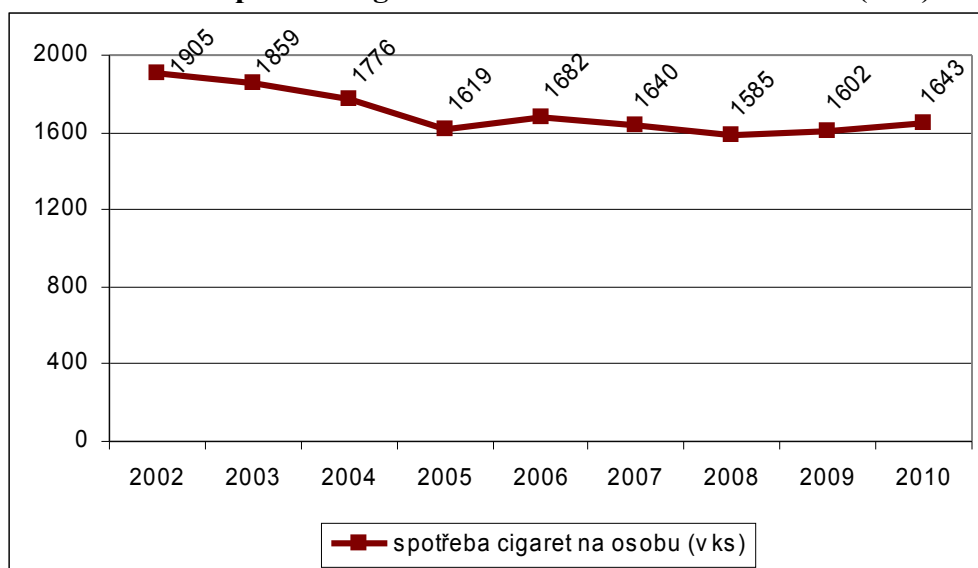


**Graf 20.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2007<sup>28</sup> (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 20.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

<sup>28</sup> Data za rok 2011 nejsou dostupná.

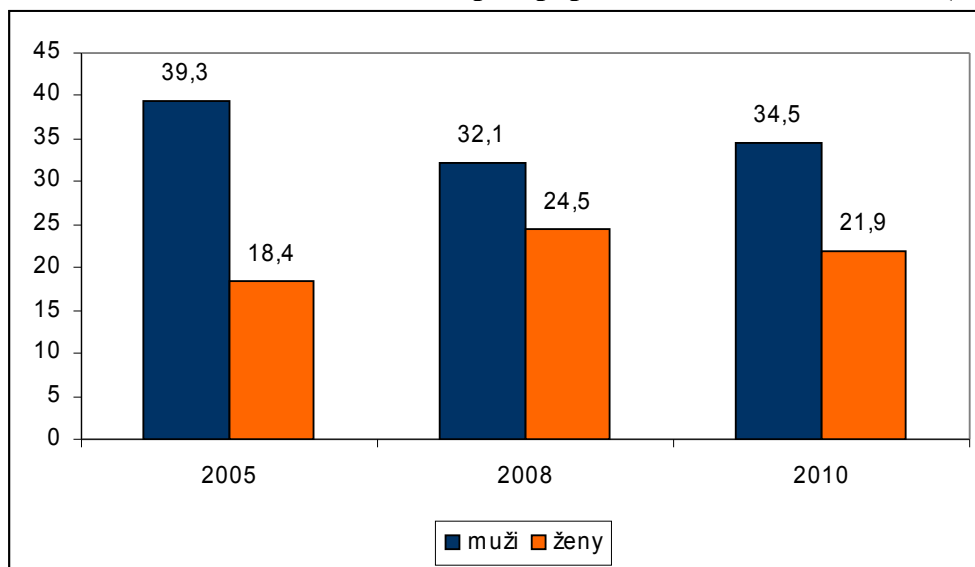


## Rumunsko

Rok vstupu do EU: 2007

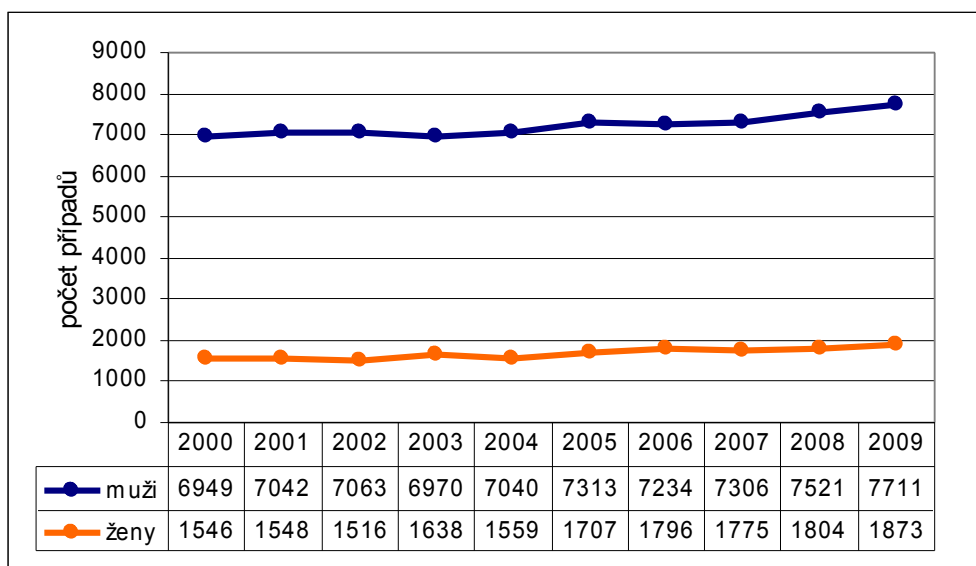
Počet obyvatel: 21,5 milionů

**Graf 21.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2005 - 2010 (v %)**



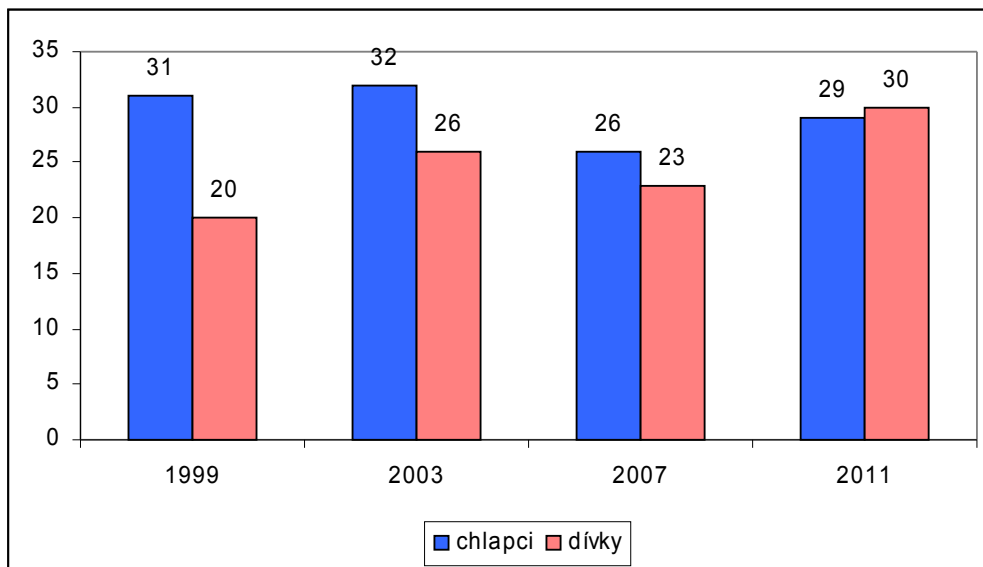
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 21.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



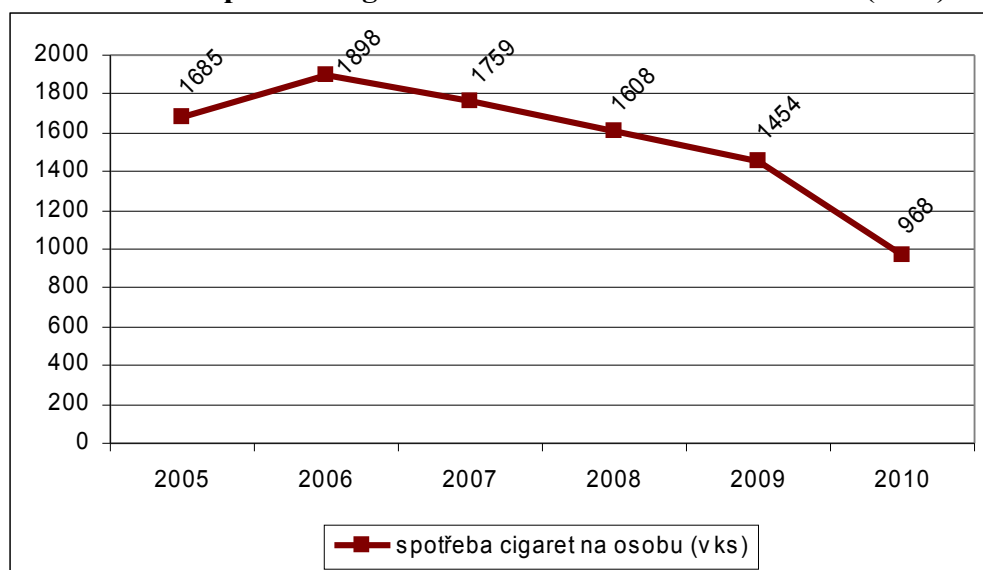
Zdroj: WHO

**Graf 21.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 21.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2005 - 2010<sup>29</sup> (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

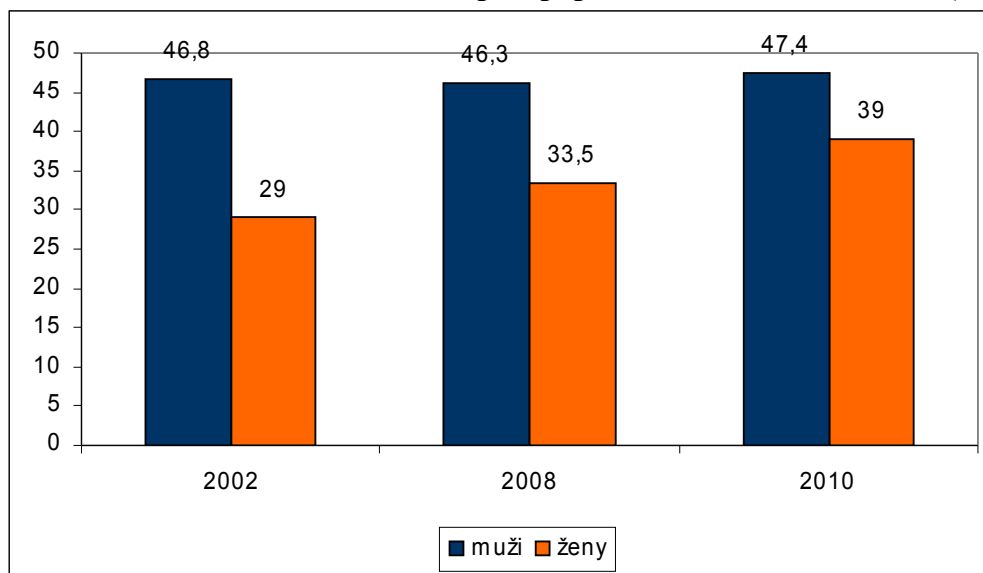
<sup>29</sup> Data za rok 2002, 2003 a 2004 nejsou dostupná.



Rok vstupu do EU: 1981

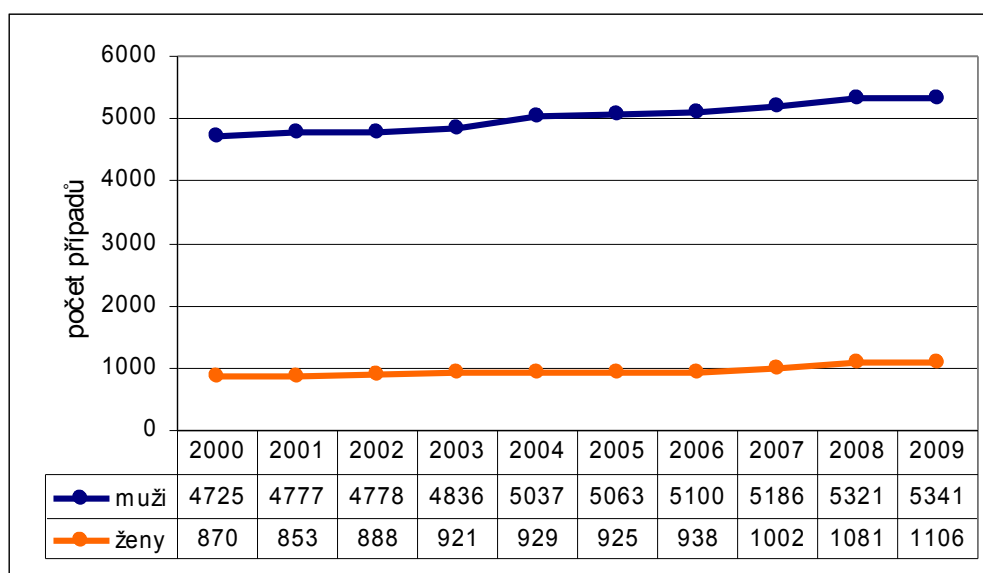
Počet obyvatel: 11,2 milionů

**Graf 22.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



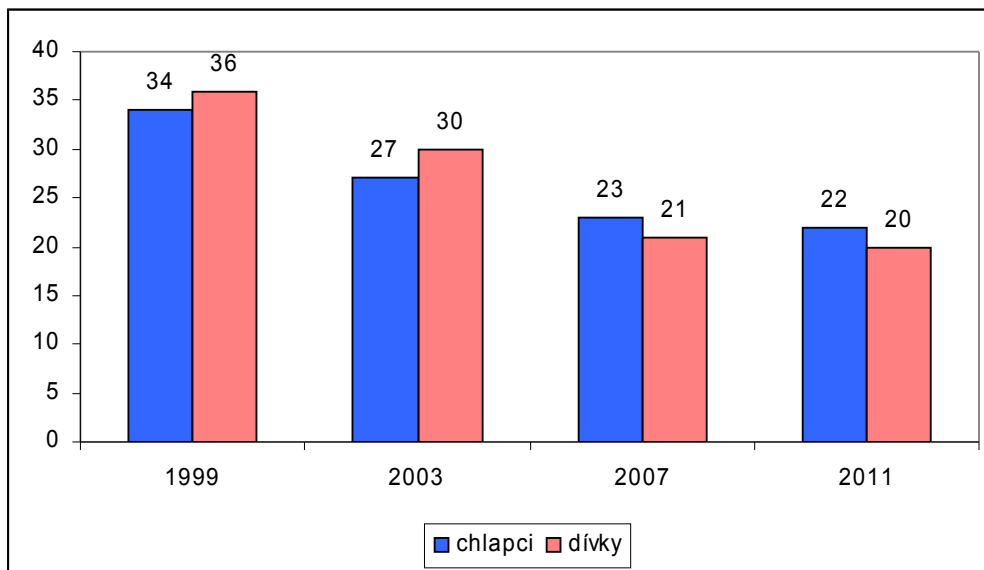
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 22.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



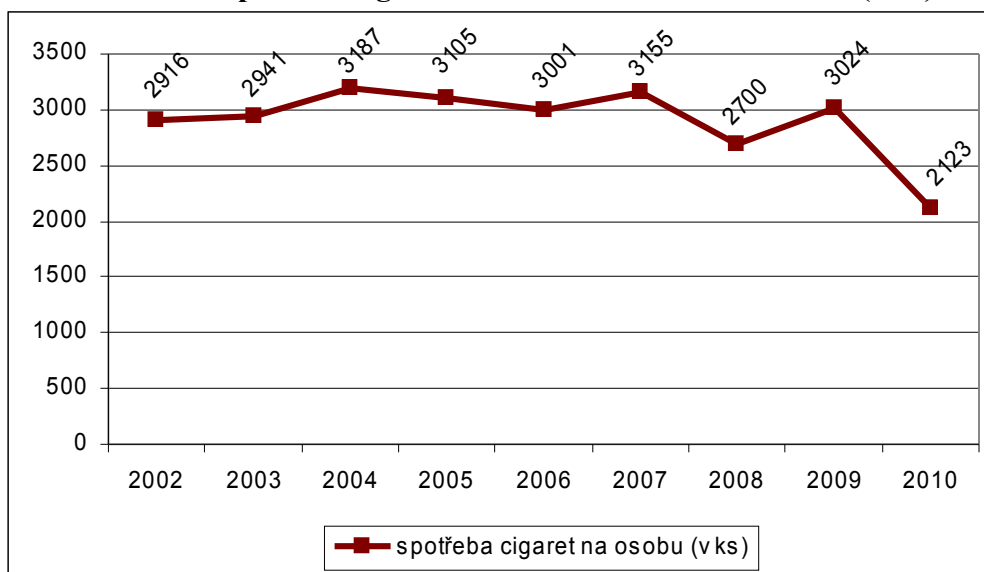
Zdroj: WHO

**Graf 22.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 22.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

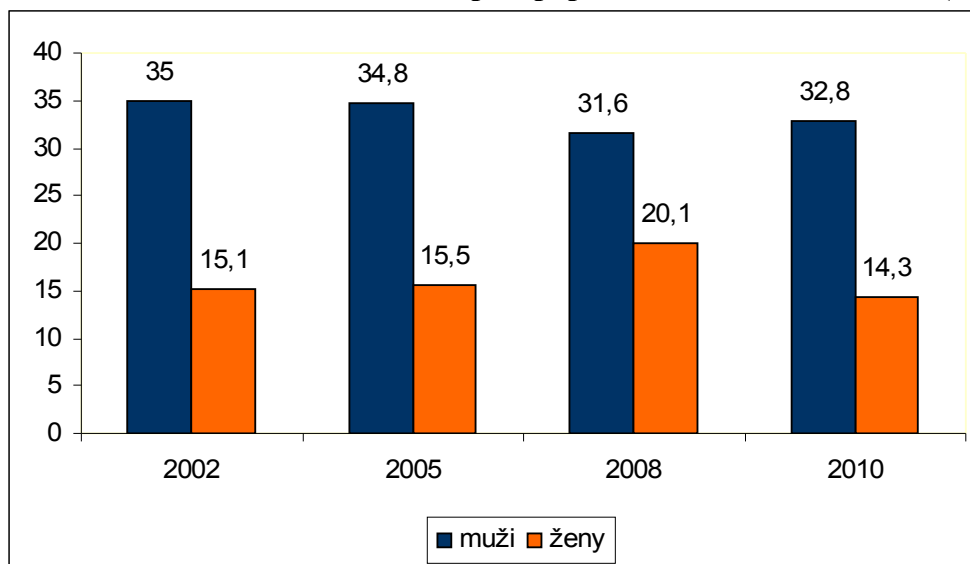


# Slovensko

Rok vstupu do EU: 2004

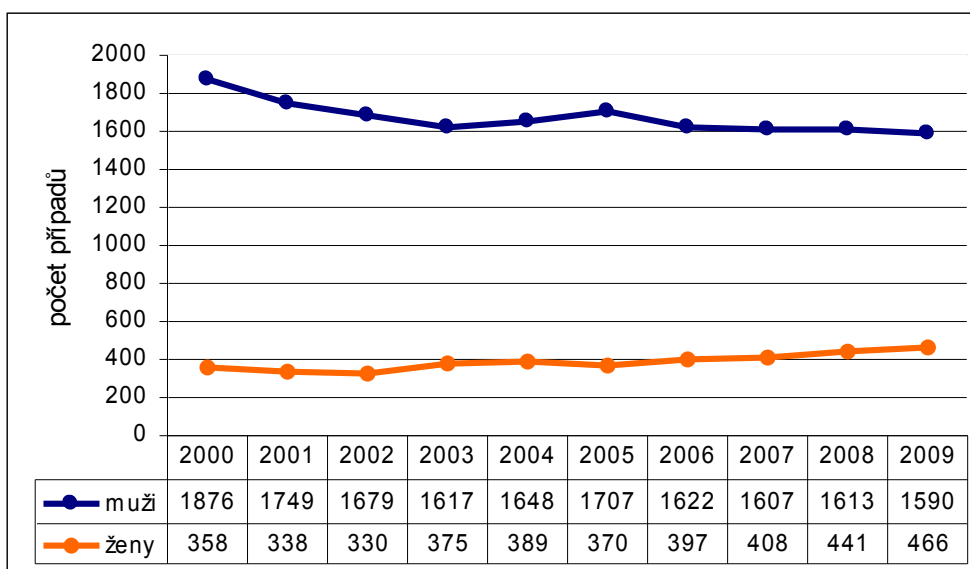
Počet obyvatel: 5,4 milionů

**Graf 23.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



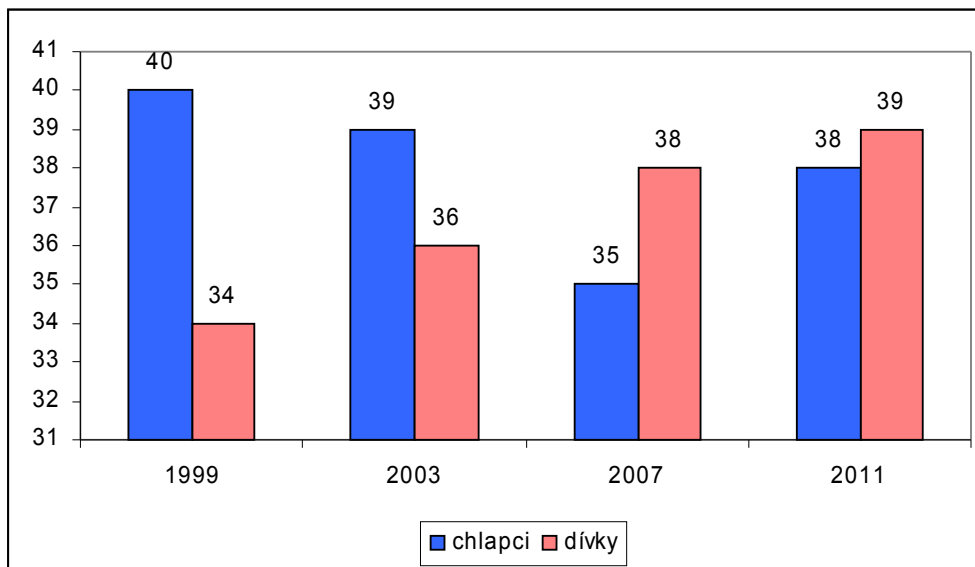
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 23.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



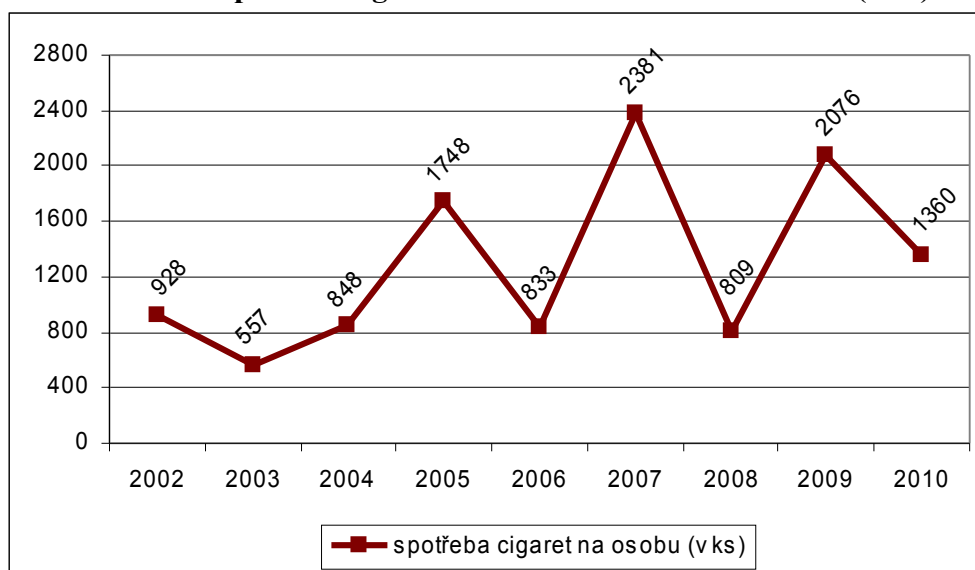
Zdroj: WHO

**Graf 23.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 23.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

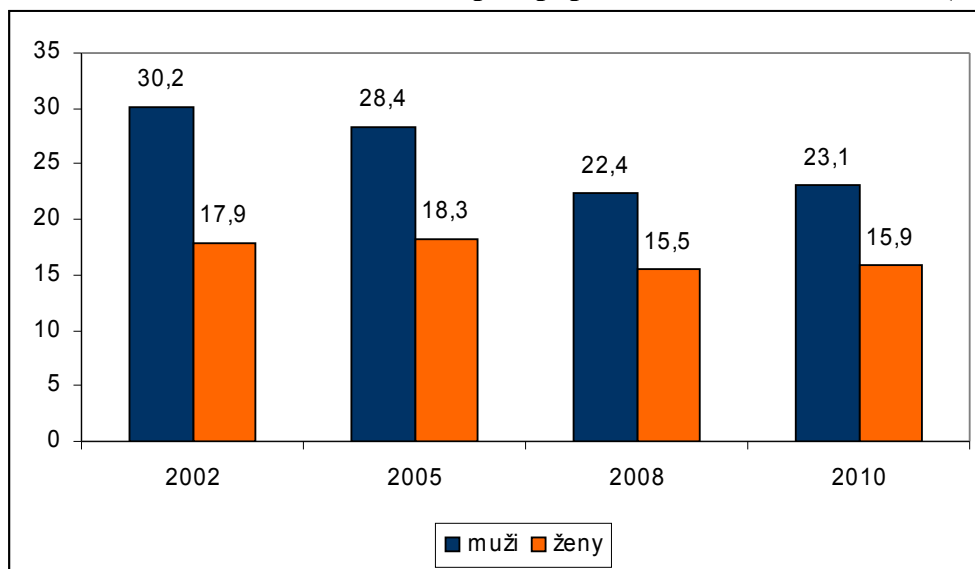


# Slovensko

Rok vstupu do EU: 2004

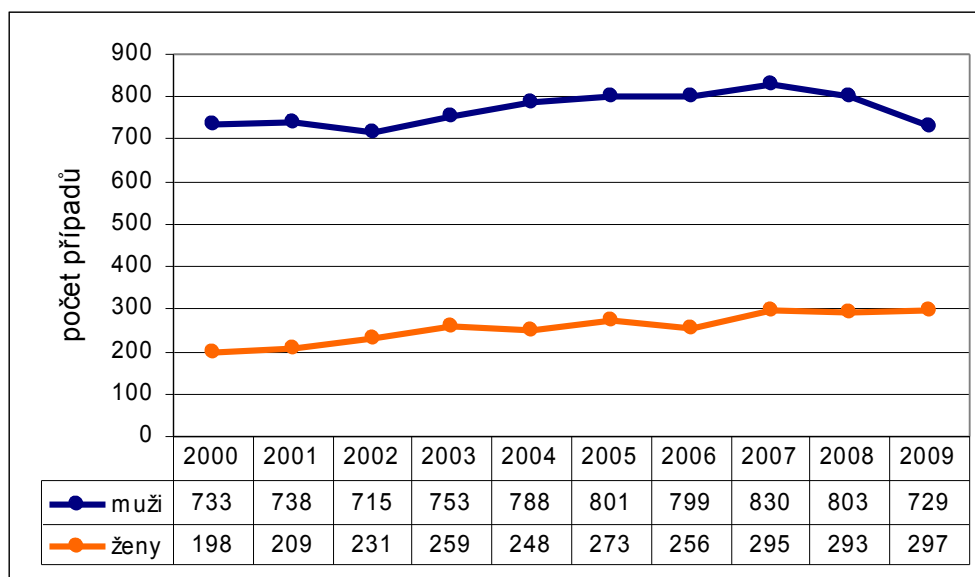
Počet obyvatel: 2 miliony

**Graf 24.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



Zdroj: WHO, OECD

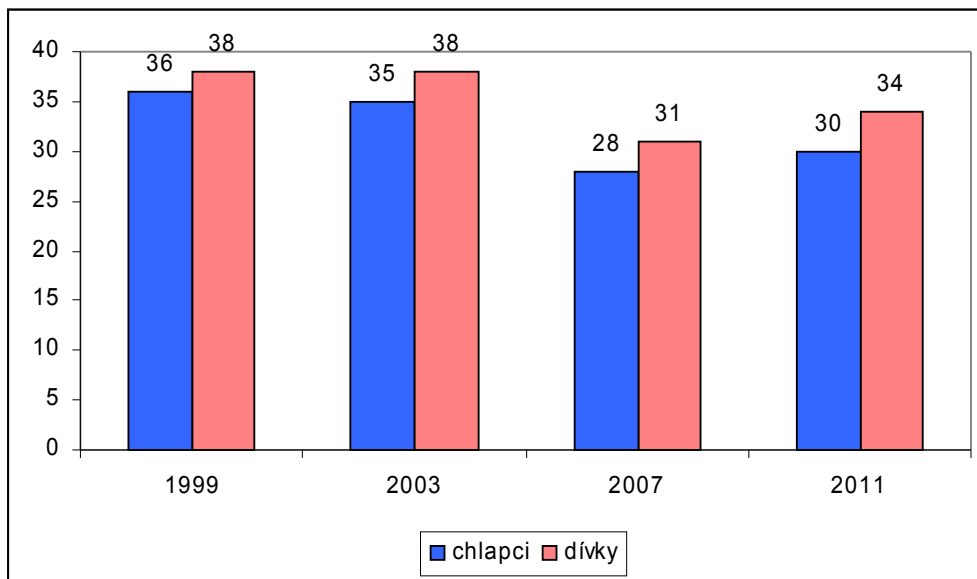
**Graf 24.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



Zdroj: WHO

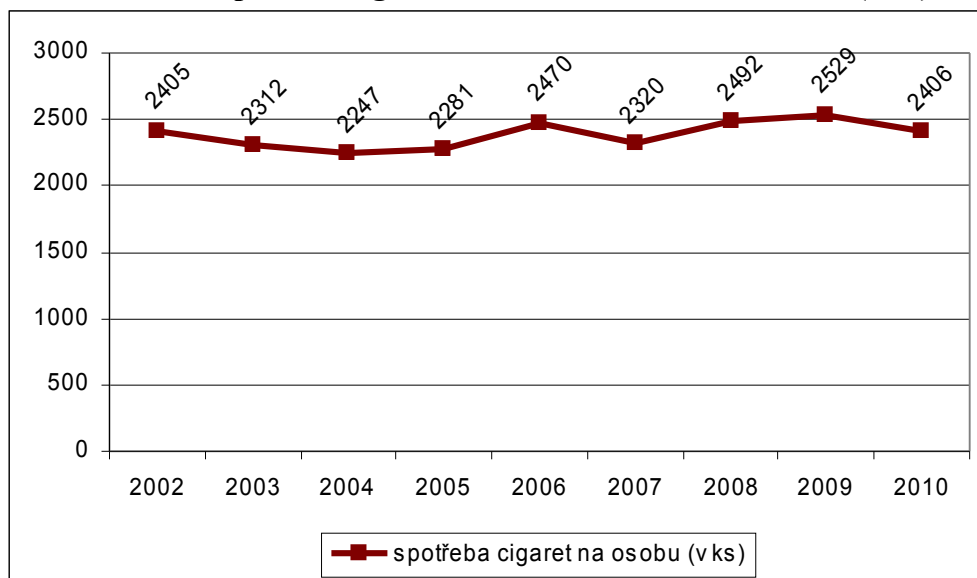


**Graf 24.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 24.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

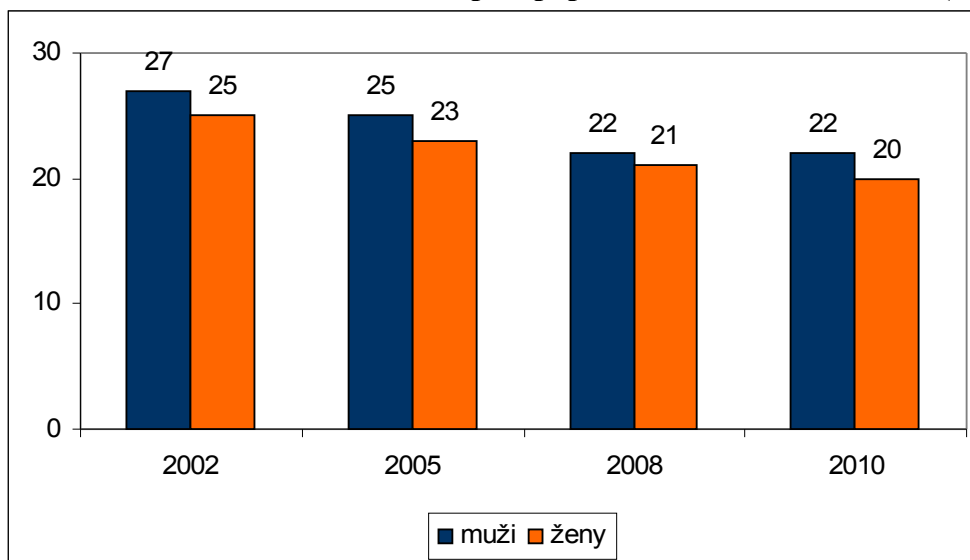


## Spojené království

Rok vstupu do EU: 1973

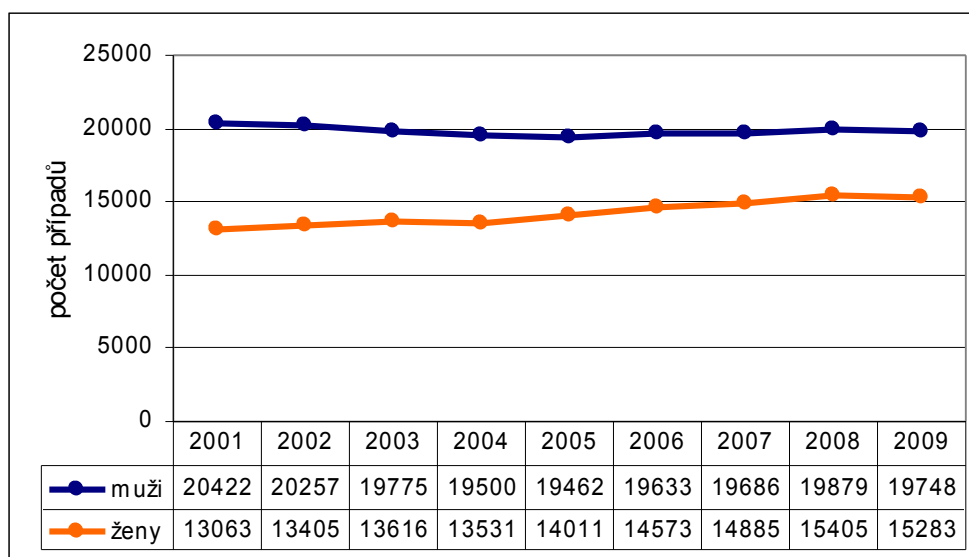
Počet obyvatel: 61,7 milionů

**Graf 25.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



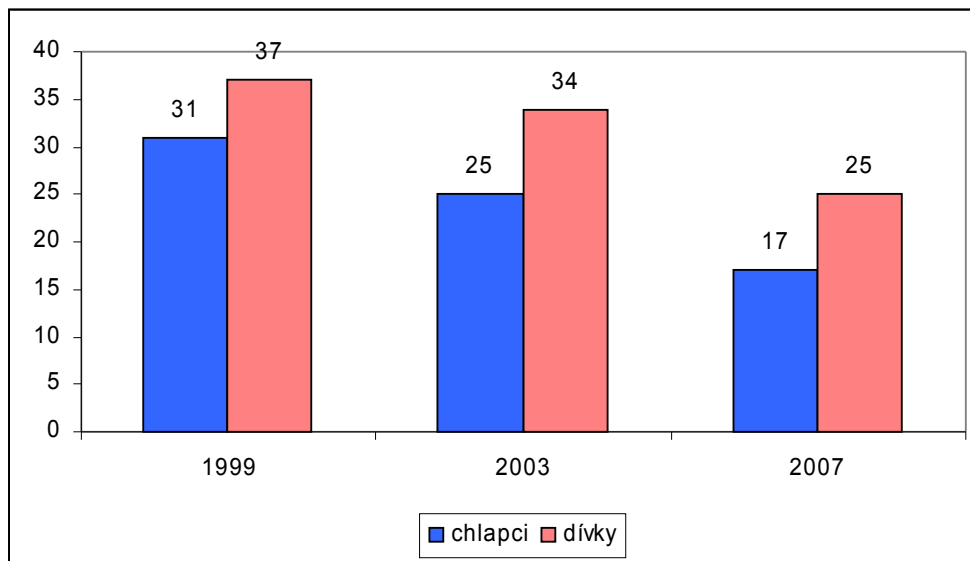
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 25.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2001 - 2009**



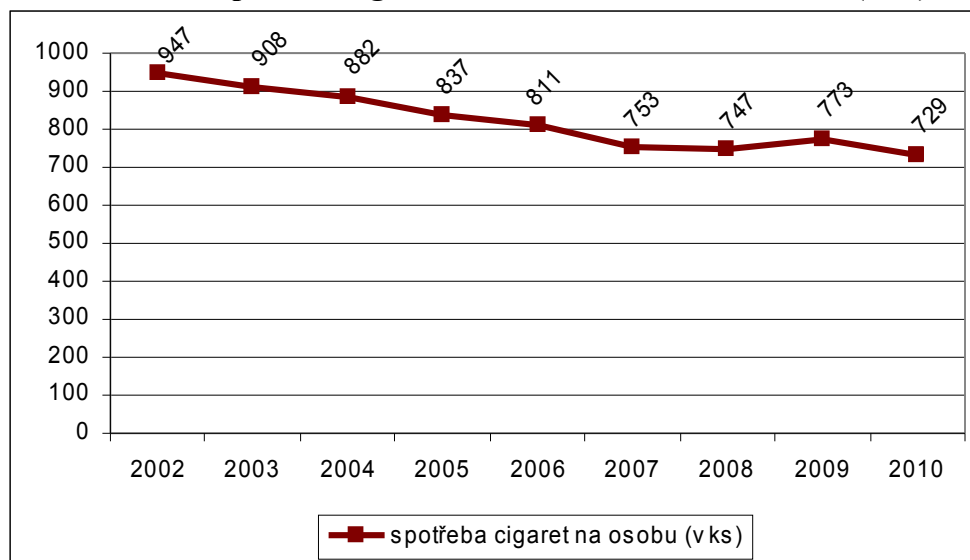
Zdroj: WHO

**Graf 25.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2007<sup>30</sup> (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 25.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

<sup>30</sup> Data za rok 2011 nejsou dostupná.

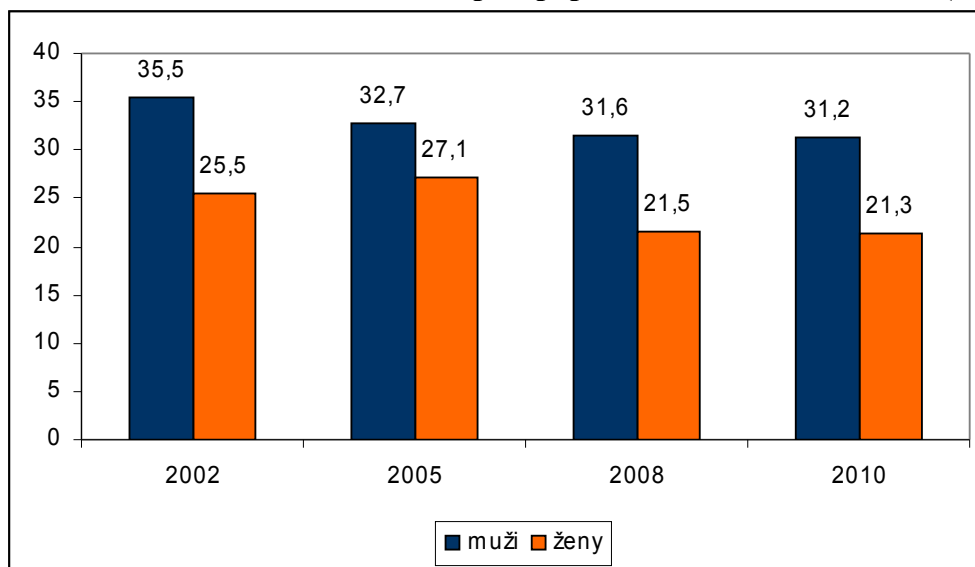


# Španělsko

Rok vstupu do EU: 1986

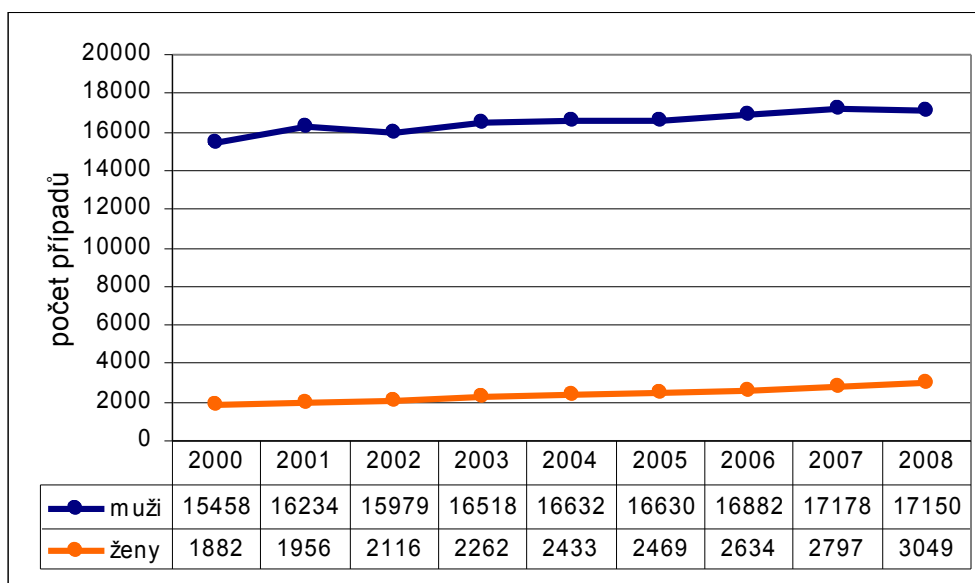
Počet obyvatel: 45,8 milionů

**Graf 26.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



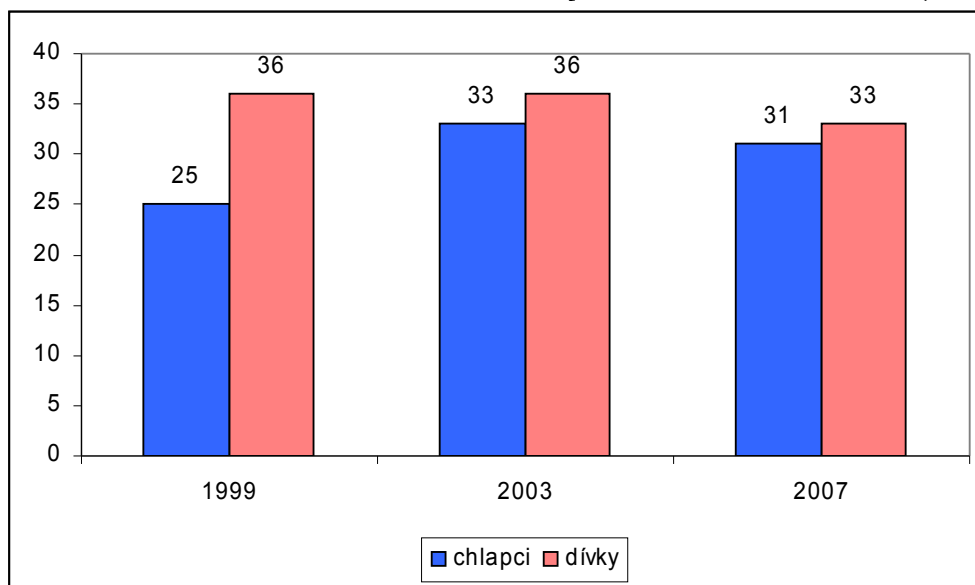
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 26.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2008**



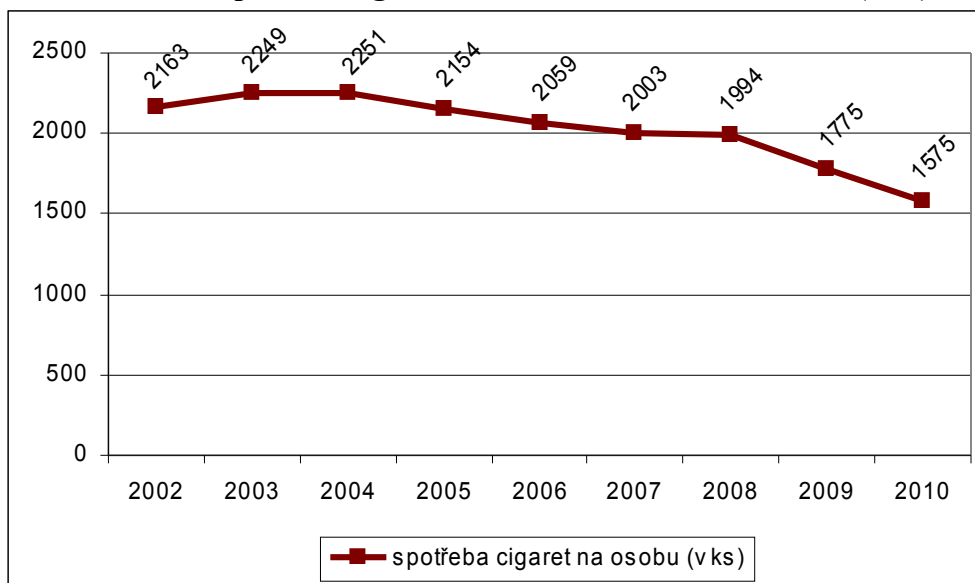
Zdroj: WHO

**Graf 26.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2007<sup>31</sup> (v %)**



Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 26.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

<sup>31</sup> Data za rok 2011 nejsou dostupná.

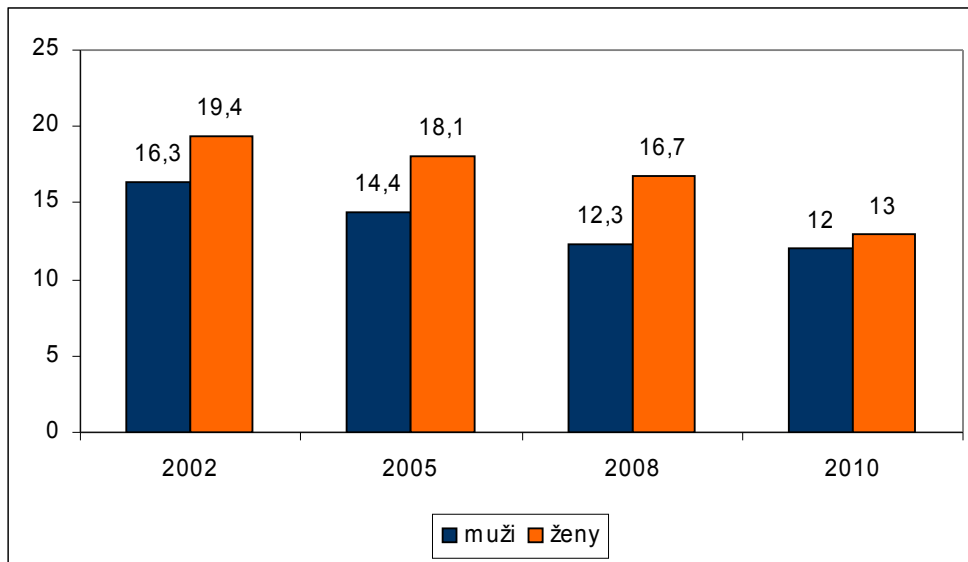


Švédsko

Rok vstupu do EU: 1995

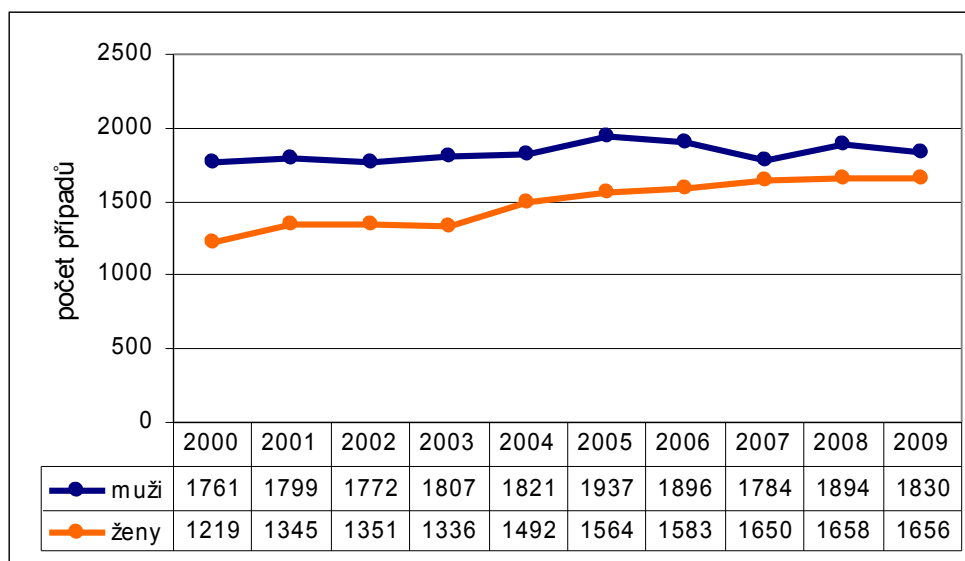
Počet obyvatel: 9,2 milionů

**Graf 27.1: Prevalence kouření u dospělé populace v letech 2002 - 2010 (v %)**



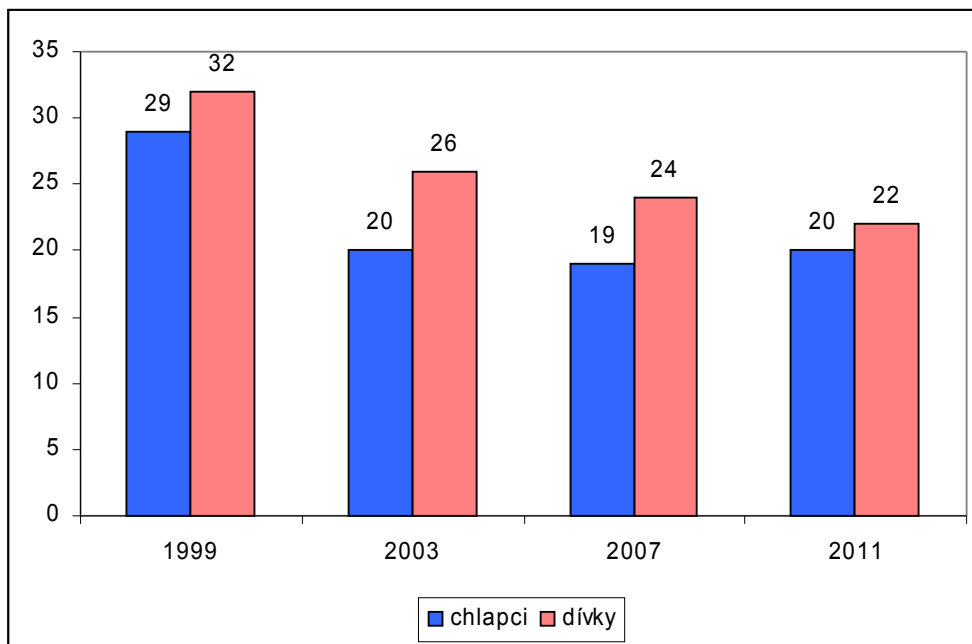
Zdroj: WHO, OECD

**Graf 27.2: Vývoj úmrtnosti na karcinom plic a bronchů u mužů a žen v letech 2000 - 2009**



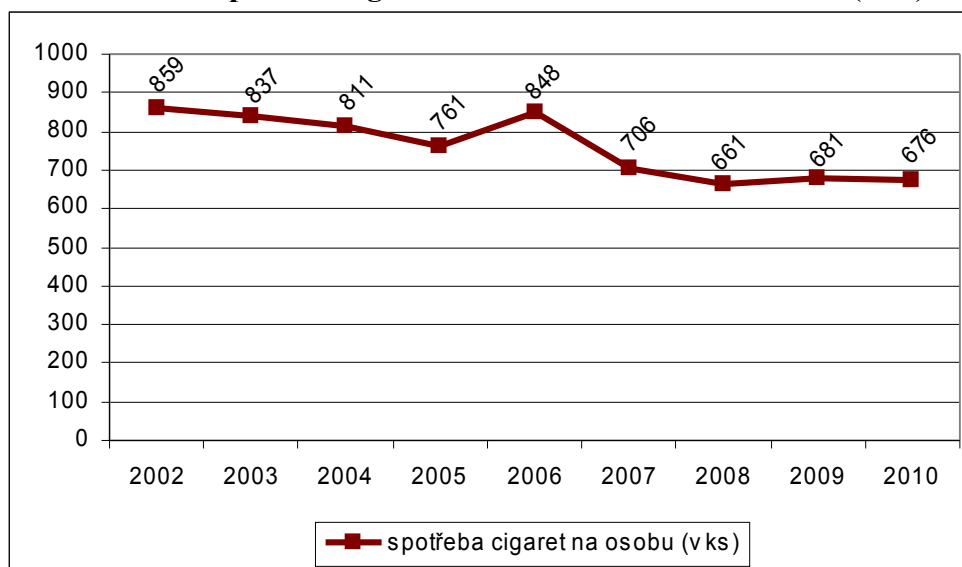
Zdroj: WHO

**Graf 27.3: Prevalence kouření u mladistvých v letech 1999 - 2011 (v %)**



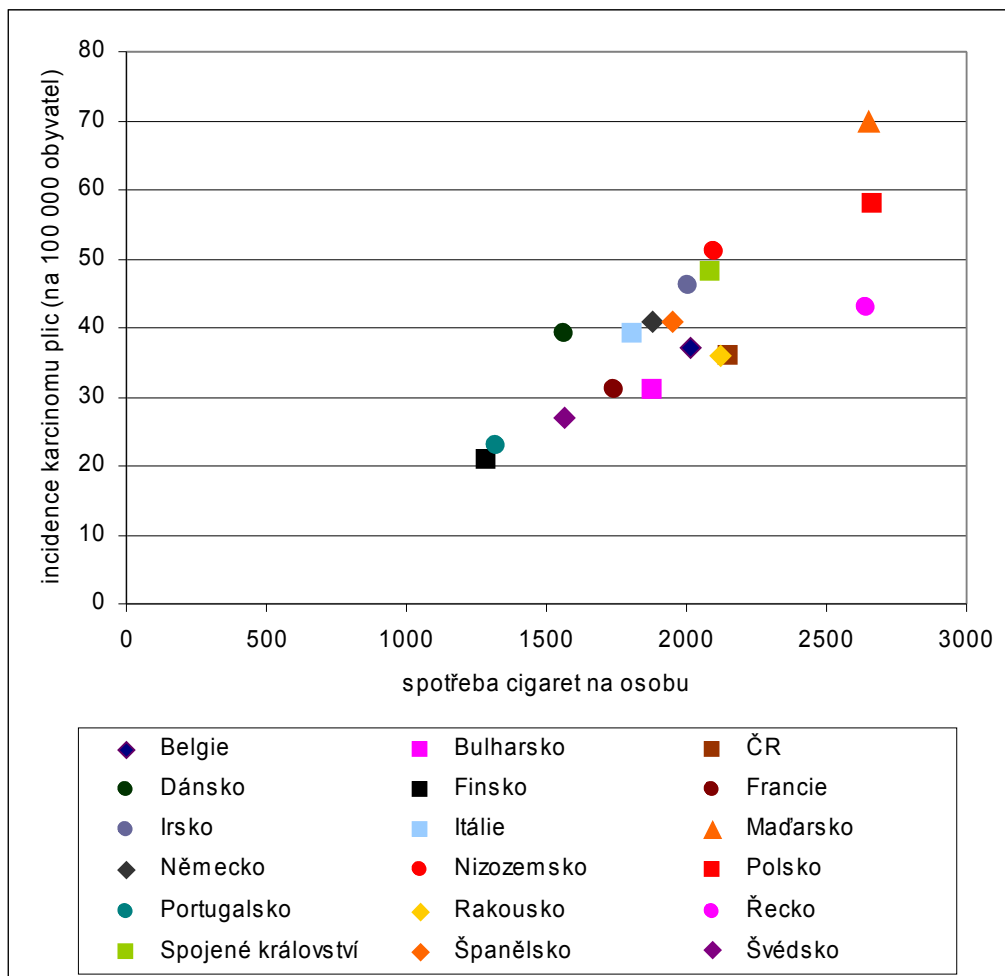
Zdroj: ESPAD, WHO

**Graf 27.4: Spotřeba cigaret na osobu v letech 2002 - 2010 (v ks)**



Zdroj: EUROSTAT

**Graf 28.1: Incidence na karcinom plic v roce 2008 a spotřeba cigaret v roce 1980**



Zdroj: European Cancer Observatory, WHO



## 5. DISKUZE

Cílem této práce byl monitoring prevalence kouření v zemích Evropské Unie. Prevalence byla sledována v letech 2001 až 2010<sup>32</sup> u dospělých a v letech 1999 až 2011 u mladistvých.

**Výzkumná otázka č. 1** zjišťovala, jaké jsou rozdíly v prevalenci kouření u mužů a žen v jednotlivých zemích EU.

Prevalence denních kuřáků mezi dospělými obyvateli se značně lišila v jednotlivých zemích EU. V roce 2010 byly nejnižší hodnoty ve Švédsku (muži 12 %, ženy 13 %), Portugalsku (ženy 10,6 %) a na Kypru (ženy 10,5 %).

V průměru hodnoty prevalence od roku 2002 do roku 2010 poklesly o přibližně pět procentních bodů, s větším poklesem u mužů než u žen.

Velké snížení prevalence bylo zaznamenáno v Lucembursku (o 12,4 % u mužů a o 10,7 % u žen) a v Nizozemsku (o 10 % u mužů). Naopak k zvýšení hodnot došlo v Řecku, kde se prevalence u žen zvýšila o deset procentních bodů. Řecko patřilo i k zemím s nejvyšší prevalencí denních kuřáků (muži 47,4 %, ženy 39 %), spolu s Lotyšskem (muži 45 %), Bulharskem (muži 40,5 %) a Rakouskem (muži 40,2 %).

Téměř ve všech zemích EU kouřilo více mužů než žen, až na Švédsko, kde tomu bylo naopak. V průměru kouřilo v zemích Evropské unie v roce 2010 třicet procent mužů a devatenáct procent žen.

Dle výzkumu Eurobarometru v roce 2010 kouřila téměř jedna třetina občanů v Evropské unii buď cigarety, doutníky nebo dýmku. Necelá polovina tvrdila, že nikdy nekouřila, a ostatní s kouřením přestali. Výzkumná zpráva Eurobarometru z března 2012 uvádí, že kouří osmadvacet procent občanů Evropské unie. Nejrozšířenějším tabákovým výrobkem v EU jsou průmyslově vyráběné cigarety, které kouří osm z deseti současných kuřáků.[45]

---

<sup>32</sup> Nebylo možné sledovat stejné časové období u všech zemí EU. Nebyla k dispozici potřebná data. Proto je prevalence kouření u některých zemích uvedena za jiné roky.

**Výzkumná otázka č. 2** zjišťovala jaký je trend prevalence kuřáctví u mladistvých ve věkové skupině 15 až 16 let v zemích EU za posledních 10 let.

Rozdíly v kouření mezi chlapci a dívkami nebyly tak velké, jaké by se daly očekávat. Z výzkumu vyplynulo, že ve více zemích<sup>33</sup> kouřilo více dívek oproti chlapcům, kteří kouřili více než dívky v osmi zemích EU<sup>34</sup>. Ve zbylých zemích<sup>35</sup> byly rozdíly mezi pohlavími nepatrné.

Dle výzkumné zprávy ESPAD studenti uvedli, že cigarety jsou podle nich snadno dostupné. V průměru tak odpovědělo 66 % chlapců a 64 % dívek. Dostupnost, cena, tlak vrstevníků, kouření v rodině a nesprávné vnímání, že kouření posiluje sociální popularitu, vede ke zvyšující prevalenci kouření u mladistvých. [41]

V letech 1999 až 2011 se prevalence kouření zvýšila hlavně u dívek, a to v devíti státech EU. U chlapců k tomu došlo jen ve třech státech, v ostatních státech nebyly změny v prevalenci tak výrazné.

K státům, kde byla prevalence kouření u mladistvých za rok 2011 nejvyšší (kolem 40 %), patřilo Rakousko, Bulharsko, Česká republika, Francie a Lotyšsko. Nejnižší prevalence v roce 2011 byla u kyperských dívek (15 %) a britských chlapců (17 %).

Průměrný věk vykouření první cigarety je u dětí kolem 10 let. [27] Dle ESPADu uvedlo 34 % chlapců a 28 % dívek, že první cigaretu vykouřilo ve třinácti letech či v ještě mladším věku. [22]

**Výzkumná otázka č. 3** zjišťovala, zda měla přijatá opatření na regulaci kouření na veřejnosti v jednotlivých státech dopad na spotřebu cigaret.

Každý členský stát má v současnosti určitou formu regulace zaměřenou na omezování expozice tabákovému kouři a jeho škodlivých účinků na zdraví. Rozsah i povaha těchto právních úprav se v členských státech liší.

Nejpřísnější forma zákona zakazuje kouření v barech, restauracích a na mnoha dalších veřejných místech, zákaz kouření platí kromě všech pohostinských zařízení také

<sup>33</sup> ve třinácti (Bulharsko, ČR, Dánsko, Francie, Itálie, Maďarsko, Německo, Nizozemsko, Rakousko, Slovinsko, Spojené království, Španělsko, Švédsko)

<sup>34</sup> Estonsko, Kypr, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Malta, Polsko, Rumunsko

<sup>35</sup> Belgie, Finsko, Portugalsko, Řecko, Slovensko

v okolí nemocnic, na pozemcích škol, na dětských hřištích nebo v televizním vysílání. Mezi země s nejpřísnější formou zákona, dle jeho přijetí, patří Irsko, Spojené království, Litva, Francie, Nizozemsko, Španělsko, Maďarsko, Lotyšsko, Bulharsko, Řecko a Kypr.

Ostatní země Unie mají v zákoně různé výjimky. Nejčastěji jsou to oddělené uzavřené místnosti pro kuřáky s ventilací; oddělené kuřácké místnosti, kde se podává pouze pití, nebo možnost majitele rozhodnout, jestli bude podnik kuřácký, nekuřácký nebo zda bude mít oddělené prostory pro kuřáky a nekuřáky.

První zemí, která přijala nejpřísnější formu protikuřáckého zákona, bylo v březnu 2004 Irsko. Porovnáme-li spotřebu v roce 2005, která činila 1588 cigaret na osobu, v roce 2004 to bylo 1323, což je snížení o necelých 17 %. Do roku 2010 klesla v Irsku spotřeba na 924 cigaret na osobu.

Ve Spojeném království platí stejně přísný zákon od července 2007. Pokud opět porovnáme spotřebu cigaret, klesla v roce 2008 - oproti předešlému roku - přibližně o sedm procent.

V ostatních zemích<sup>36</sup> klesla spotřeba cigaret v následujícím roce po přijetí nejpřísnějšího protikuřáckého zákona v průměru o osm procent.

V zemích Unie, které umožňují výjimky v protikuřáckém zákoně, klesla spotřeba cigaret v průměru o tři procenta. Na Slovensku, v Rumunsku a Itálii se spotřeba snížila nejvíce, a to o více než sedm procent. Dle studie Silvana Galluse (Gallus et al., 2005), který se ve svém výzkumu zabýval dopadem protikuřáckých regulačních opatření, platících v Itálii od ledna 2005, byl legální prodej cigaret v Itálii v období od ledna do dubna 2005 celkem 28,3 milionů kilogramů. V roce 2004 bylo za stejné období prodáno 31,1 milionů kilogramů cigaret. To odpovídá poklesu prodeje cigaret o 8,9 %. [18]

Podle studie Fichtenbergové a Glantze (Fichtenberg, Glantz, 2002) nekuřácká pracoviště chrání nekuřáky před pasivním kouřením a zároveň motivují kuřáky, aby s kouřením přestali nebo ho omezili, což snižuje celkovou spotřebu cigaret na jednoho

---

<sup>36</sup> Francie, Litva, Nizozemsko

zaměstnance o 29 %. Již od roku 1980 tabákový průmysl uznává, že zcela nekuřácká pracoviště mají vliv na spotřebu cigaret. [17]

Protikuřácký zákon se nepromítá pouze do spotřeby cigaret. Má vliv i na snížení prevalence kouření a snížení počtu akutních koronárních příhod. [2, 5, 37]

Podle italské studie (Cesaroni et al., 2008) se počet akutních koronárních příhod po zákazu kouření snížil o 11,2 procent u osob ve věku 35 až 64 let a o 7,9 procent u osob ve věku 65 až 74 let.[5]

**Výzkumná otázka č. 4** zjišťovala, zda koreluje spotřeba cigaret s incidencí karcinomu plic.

Karcinom plic v členských státech EU patří mezi nejčastější nádorová onemocnění. U mužů je incidence a úmrtnost na karcinom plic vyšší než u žen. V roce 2008 byl v EU karcinom plic u obou pohlaví čtvrtým nejčastějším nádorem. Standardizovaná míra incidence (na 100 000) na tuto chorobu byla v roce 2008 nejvyšší v Maďarsku, Polsku, Dánsku, Nizozemsku a Belgii, kde přesahovala hodnotu 50. Naopak nejnižší hodnoty (<30/ 100 000) byly na Maltě, ve Švédsku, v Portugalsku, ve Finsku a Kypru. [11]

Porovnáme-li spotřebu cigaret za rok 1980 a incidenci karcinomu plic v roce 2008 (viz graf 28.1), je ve státech s vyšší spotřebou cigaret vyšší incidence. To odpovídá i známému faktu, že s počtem vykouřených cigaret stoupá riziko vzniku karcinomu plic.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem práce byl monitoring prevalence kouření v jednotlivých zemích Evropské unie. V teoretické části diplomové práce byly shrnuty základní informace o kouření a opatření Evropské unie v boji proti kuřáctví.

Na začátku práce byly stanoveny 4 výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1 „Jaké jsou rozdíly v prevalenci kouření u mužů a žen v jednotlivých zemích EU?“ ukázala, že se prevalence kouření v jednotlivých zemích značně lišila. Ve většině zemí měli na celkové prevalenci větší podíl muži, výjimkou bylo pouze Švédsko. Ve sledovaném období v průměru klesla prevalence kouření přibližně o 5 procentních bodů ve většině států EU, více u mužů než u žen.

Výzkumná otázka č. 2 „Jaký je trend prevalence kuřáctví u mladistvých ve věkové skupině 15 až 16 let v zemích EU za posledních 10 let?“ ukázala, že na rozdíl od dospělé populace kouřily v mladém věku více dívky. Prevalence se ve sledovaném období zvýšila hlavně u dívek, a to v devíti státech EU. U chlapců k tomu došlo jen ve třech státech, ve zbylých státech byly změny v prevalenci nepatrné. K státům s vysokou prevalencí kouření mladistvých patřilo v letech 1999 až 2011 Rakousko, Bulharsko, Česká republika, Francie a Lotyšsko. Naopak k státům s nejnižší prevalencí patřilo Spojené království a Švédsko.

Výzkumná otázka č. 3 „Měla přijatá opatření na regulaci kouření na veřejnosti v jednotlivých státech dopad na spotřebu cigaret?“ ukázala, že v zemích, kde platí nejpřísnější forma protikuřáckého zákona, klesla spotřeba cigaret o 7 až 17 %. V zemích Unie, které umožňují výjimky v protikuřáckém zákoně, klesla spotřeba cigaret v průměru o tři procenta. Z publikovaných zahraničních studií vyplývá, že protikuřácký zákon má pozitivní vliv na snížení prevalence kouření i na snížení počtu akutních koronárních příhod.

Výzkumná otázka č. 4 „Koreluje spotřeba cigaret s incidencí karcinomu plic?“ ukázala, že v členských státech, kde byla vyšší spotřeba cigaret, tak i incidence karcinomu plic nabývala vyšších hodnot. V Nizozemsku, v Polsku a v Maďarsku, kde byla incidence v roce 2008 nejvyšší (>50/100 000), tak i spotřeba cigaret za rok 1980 dosahovala nejvyšších hodnot (>2000 cigaret/na osobu).

Cíle diplomové práce byly splněny a výzkumné otázky zodpovězeny. Tuto práci lze použít v budoucnu pro další výzkum k porovnání vývoje kuřáctví v Evropské unii.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

[1] AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Smoking and Cardiovascular Disease* [online]. [cit.2012.06.26]. Dostupné z <[http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/QuitSmoking/QuittingResources/Smoking-Cardiovascular-Disease\\_UCM\\_305187\\_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/QuitSmoking/QuittingResources/Smoking-Cardiovascular-Disease_UCM_305187_Article.jsp)>.

[2] BARONE-ADESI, F. et al. *Effects of Italian Smoking Regulation on Rates of Hospital Admission for Acute Coronary Events: A Country-Wide Study* [online]. [cit. 2012.07.15]. Dostupné z <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3047543/?tool=pubmed>>.

[3] BECKER, H. D. a kol. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 880 s. ISBN-10: 80-247-0720-9

[4] BULVAS, M. *Doporučení pro diagnostiku a léčbu ischemické choroby dolních končetin* [online]. [cit.2012.06.26]. Dostupné z <<http://www.ikem-kardiologie.cz/cs/pro-lekare/odborne-texty/guidelines-ceske-kardiologicke-spolecnosti/Contents/1/C947CDE94A6C6CC500BF603CDAE2B301/resource.pdf>>.

[5] CESARONI, G. et al. *Effect of the Italian Smoking Ban on Population Rates of Acute Coronary Events* [online]. [cit.2012.07.14]. Dostupné z <<http://circ.ahajournals.org/content/117/9/1183.full>>.

[6] COLONCANCER. *Smoking and Colorectal Cancer Risk* [online]. [cit.2012.07.05]. Dostupné z <[http://coloncancer.about.com/od/smoking/a/Smoking\\_Cancer.htm](http://coloncancer.about.com/od/smoking/a/Smoking_Cancer.htm)>.

[7] DOKUŘTE. *Složení tabákového kouře* [online]. [cit.2012.05.26]. Dostupné z <[http://www.dokurte.cz/?stranka=slozeni\\_tabakoveho\\_koure&typ=sablony](http://www.dokurte.cz/?stranka=slozeni_tabakoveho_koure&typ=sablony)>.

- [8] Doporučení rady 2009/C 296/02 o nekuřáckém prostředí
- [9] EPRAVO. *Novela tzv. protikuřáckého zákona* [online]. [cit.2012.06.13]. Dostupné z <<http://www.epravo.cz/top/clanky/novela-tzv-protikurackeho-zakona-66188.html>>.
- [10] EUROPA. *Přehledy právních předpisů EU* [online]. [cit.2012.06.10]. Dostupné z <[http://europa.eu/legislation\\_summaries/public\\_health/health\\_determinants\\_lifestyle/c11567\\_cs.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11567_cs.htm)>.
- [11] EUROPEAN CANCER OBSERVATORY. *Cancer: Lung* [online]. [cit.2012.07.18]. Dostupné z <<http://eu-cancer.iarc.fr/cancer-10-lung.html.en>>.
- [12] EUROPEAN COMMISSION. *Public Health: HELP campaign* [online]. [cit. 2012.06.20]. Dostupné z <[http://ec.europa.eu/health/tobacco/help/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/tobacco/help/index_en.htm)>.
- [13] EUROPEAN COMMISSION. *Report on the Green Paper Consultation: Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU level* [online]. [cit. 2012.06.19]. Dostupné z <[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/smoke\\_free\\_frep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/smoke_free_frep_en.pdf)>.
- [14] EUROPEAN COMMISSION. *Tobacco or Health in the European Union: Past, Present and Future* [online]. [cit.2012.07.05]. Dostupné z <[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/tobacco\\_fr\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf)>.
- [15] EVROPSKÁ KOMISE. *Veřejné zdraví: Politika* [online]. [cit.2012.06.20]. Dostupné z <[http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index\\_cs.htm](http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index_cs.htm)>.



- [16] EXSMOKERS. *Ex-kuřáci jsou nezastavitelní* [online]. [cit.2012.06.20]. Dostupné z <<http://www.exsmokers.eu/cz-cs/about>>.
- [17] FICHTENBERG, C., GLANTZ, S. *Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review* [online]. [cit.2012.07.14]. Dostupné z <<http://www.bmj.com/content/325/7357/188.full>>.
- [18] GALLUS, S. et al. *Effects of new smoking regulations in Italy* [online]. [cit. 2012.07.14]. Dostupné z <<http://annonc.oxfordjournals.org/content/17/2/346.full>>.
- [19] GILMAN, S., ZHOU, X. *Příběh kouře: člověk od úsvitu dějin až po současnost*. 1.vyd. Praha: Dybbuk, 2006. 453 s. ISBN 80-86862-23-2
- [20] GOLÁŇ, L. *Vliv kouření na morfologii a funkci kardiovaskulárního aparátu* [online]. [cit.2012.06.23]. Dostupné z <<http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2007/09/06.pdf>>.
- [21] GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3
- [22] HIBELL, B. et al. *The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries* [online]. [cit.2012.07.12]. Dostupné z <[http://www.espad.org/Uploads/ESPAD\\_reports/2011/The\\_2011\\_ESPAD\\_Report\\_FULL\\_2012\\_06-08.pdf](http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_06-08.pdf)>.
- [23] HRUBÁ, D. *Primární prevence ve vztahu ke kouření*. [online]. [cit.2012.07.03]. Dostupné z <<http://www.mammahelp.cz/down/manual-prevence.pdf#page=64>>.
- [24] HRYCH, E. a kol. *Slavná historie tabákového dým*. 1.vyd. Praha: Forma, 1996. 181 s. ISBN 80-7213-006-4

- [25] IPSOS. *Tisková zpráva: Češi podporují zákaz kouření v restauracích* [online]. [cit. 2012.06.13]. Dostupné z [http://files.ipsos.cz/web/Ipsos\\_\\_Vyzkumna\\_zprava\\_Cesi\\_podporuji\\_zakaz\\_koureni\\_v\\_restauracich.pdf](http://files.ipsos.cz/web/Ipsos__Vyzkumna_zprava_Cesi_podporuji_zakaz_koureni_v_restauracich.pdf).
- [26] KUŘÁKOVA PLÍČE. *Historie kouření cigaret a tabáku* [online]. [cit.2012.05.18]. Dostupné z [http://www.kurakovaplice.cz/koureni\\_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/fakta-o-koureni/25-historie-koureni-tabaku-a-jine-zajimave-informace.html](http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/fakta-o-koureni/25-historie-koureni-tabaku-a-jine-zajimave-informace.html).
- [27] KUŘÁKOVA PLÍČE. *Kouření dětí* [online]. [cit.2012.07.12]. Dostupné z [http://www.kurakovaplice.cz/koureni\\_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html](http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html).
- [28] LÜLLMANN, H. a kol. *Farmakologie a toxikologie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2004. 728 s. ISBN: 80-247-0836-1
- [29] MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ D. a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8
- [30] MEDIAFAX. *Ministr Heger podpoří protikuřácký zákon* [online]. [cit. 2012.06.13]. Dostupné z <http://www.mediafax.cz/politika/3270671-Ministr-Heger-podpori-protikuracky-zakon>.
- [31] MEDICAL TRIBUNE. *Nová kampaň EU: „Ex-kuřáci jsou nezastavitelní“* [online]. [cit.2012.06.20]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/23102-nova-kampan-eu-ex-kuraci-jsou-nezastavitelni>.
- [33] MESHI, B. et al. *Emphysematous Lung Destruction by Cigarette Smoke*. [online]. [cit.2012.06.26]. Dostupné z <http://ajrcmb.atsjournals.org/content/26/1/52.full>.

- [34] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Česká republika ratifikovala Rámcovou úmluvu Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku* [online]. [cit. 2012.03.19]. Dostupné z <[http://www.mzcr.cz/dokumenty/ceska-republika-ratifikovala-ramcovou-umluvuv-svetove-zdravotnicke-organizace-o-k\\_6229\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ceska-republika-ratifikovala-ramcovou-umluvuv-svetove-zdravotnicke-organizace-o-k_6229_1.html)>.
- [35] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdraví pro všechny v 21. století* [online]. [cit.2012.03.18]. Dostupné z <[http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html)>.
- [36] NEČAS, E. a kol. *Patologická fyziologie orgánových systémů, část I.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 380 s. ISBN 978-80-246-0615-6
- [37] NURSING TIMES. *Smoking ban in England has a dramatic impact on prevalence* [online]. [cit.2012.07.14]. Dostupné z <<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/smoking-ban-in-england-has-a-dramatic-impact-on-prevalence/1703195.article>>.
- [38] O'ROURKE, R. A., WALSH, R. A. a kol. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi.* 12. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 767 s. ISBN 978-80-247-3175-9
- [39] PĚSTOVÁNÍ TABÁKU. *Historie tabáku* [online]. [cit.2012.05.18]. Dostupné z <<http://www.pestovanitabaku.szm.com/historie.html>>.
- [40] RISH, H.A., et al. *Are female smokers at higher risk for lung cancer than male smokers? a case-control analysis by histologic type.* [online]. [cit.2012.07.20]. Dostupné z <<http://aje.oxfordjournals.org/content/138/5/281>>.
- [41] SHAFÉY O., ERIKSEN M., ROSS H., MACKAY J. *The Tobacco Atlas: Third Edition* [online]. [cit.2012.03.19]. Dostupné z <[http://www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=1487&Itemid=1974&lang=en](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1487&Itemid=1974&lang=en)>.

[42] SLEZÁK, R. a kol. *Biochemie a patofyziologie kouření* [online]. [cit.2012.06.23]. Dostupné z <<http://www.lfhk.cuni.cz/patanat/koureni/0403.htm>>.

[43] SOVINOVÁ, H. a kol. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 92 s. ISBN 80-7071- 230-9

[44] SOVINOVÁ, H. *Světový den bez tabáku 2012* [online]. [cit.2012.03.19]. Dostupné z <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/svetovy-den-bez-tabaku-2012>>.

[45] SPECIAL EUROBAROMETR 385. *Attitudes of Europeans towards Tobacco* [online]. [cit.2012.03.10]. Dostupné z <[http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro\\_attitudes\\_towards\\_tobacco\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf)>.

[46] SPOLEČNOST PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. *Legislativa* [online]. [cit.2012.06.10]. Dostupné z <<http://www.slzt.cz/legislativa>>.

[47] STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Světový den bez tabáku*. [online]. [cit. 2012.03.22]. Dostupné z <[http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/svetovy\\_den\\_bez\\_tabaku.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/svetovy_den_bez_tabaku.pdf)>.

[48] TINA, M. ST. JOHN. *With Every Breath: A Lung Cancer Guidebook* [online]. [cit. 2012.06.29]. Dostupné z <<http://www.lungcancerguidebook.org/book.htm>>.

[49] TOP LÉKAŘ. *Ex-kuřáci jsou nezastavitelní – Unikátní projekt v boji proti závislosti na tabáku* [online]. [cit.2012.06.20]. Dostupné z <<http://www.toplekar.cz/archiv-clanku/ex-kuraci-jsou-nezastavitelni-unikatni.html>>.

[50] VELLAPPALLY, S. a kol. *Smoking related systemic diseases and oral diseases*. [online]. [cit.2012.07.03]. Dostupné z

<[http://www.lfhk.cuni.cz/Data/files/Casopisy/2007/2007\\_161.pdf](http://www.lfhk.cuni.cz/Data/files/Casopisy/2007/2007_161.pdf)>.

[51] WORLD HEALTH ORGANIZATION. 31. květen 2012 *Světový den bez tabáku* [online]. [cit.2012.03.19]. Dostupné z <<http://www.who.cz/index.php/31-kvetna-svetovy-den-bez-tabaku>>.

[52] ZDRAVÍ-EU. *Kouření* [online]. [cit.2012.03.10]. Dostupné z

<[http://ec.europa.eu/health-eu/my\\_lifestyle/tobacco/index\\_cs.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/my_lifestyle/tobacco/index_cs.htm)>.

[53] ZELENÁ KNIHA. *K Evropě bez tabákového kouře: možnosti politiky na úrovni EU* [online]. [cit.2012.06.10]. Dostupné z

<[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/gp\\_smoke\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_cs.pdf)>.

[54] ŽALOUDÍK, J. *Vyhněte se rakovině aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 192 s. ISBN 978-80-247-2307-5

[55] ŽALOUDÍK, J. *Kouření a rakovina* [online]. [cit.2012.06.29]. Dostupné z <[http://www.onko.cz/\\_pub/publikace/koureni-a-rakovina.pdf](http://www.onko.cz/_pub/publikace/koureni-a-rakovina.pdf)>.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Prevalence

Kouření

Nikotin

Závislost

Úmrtnost

Evropa

## **9. PŘÍLOHY**

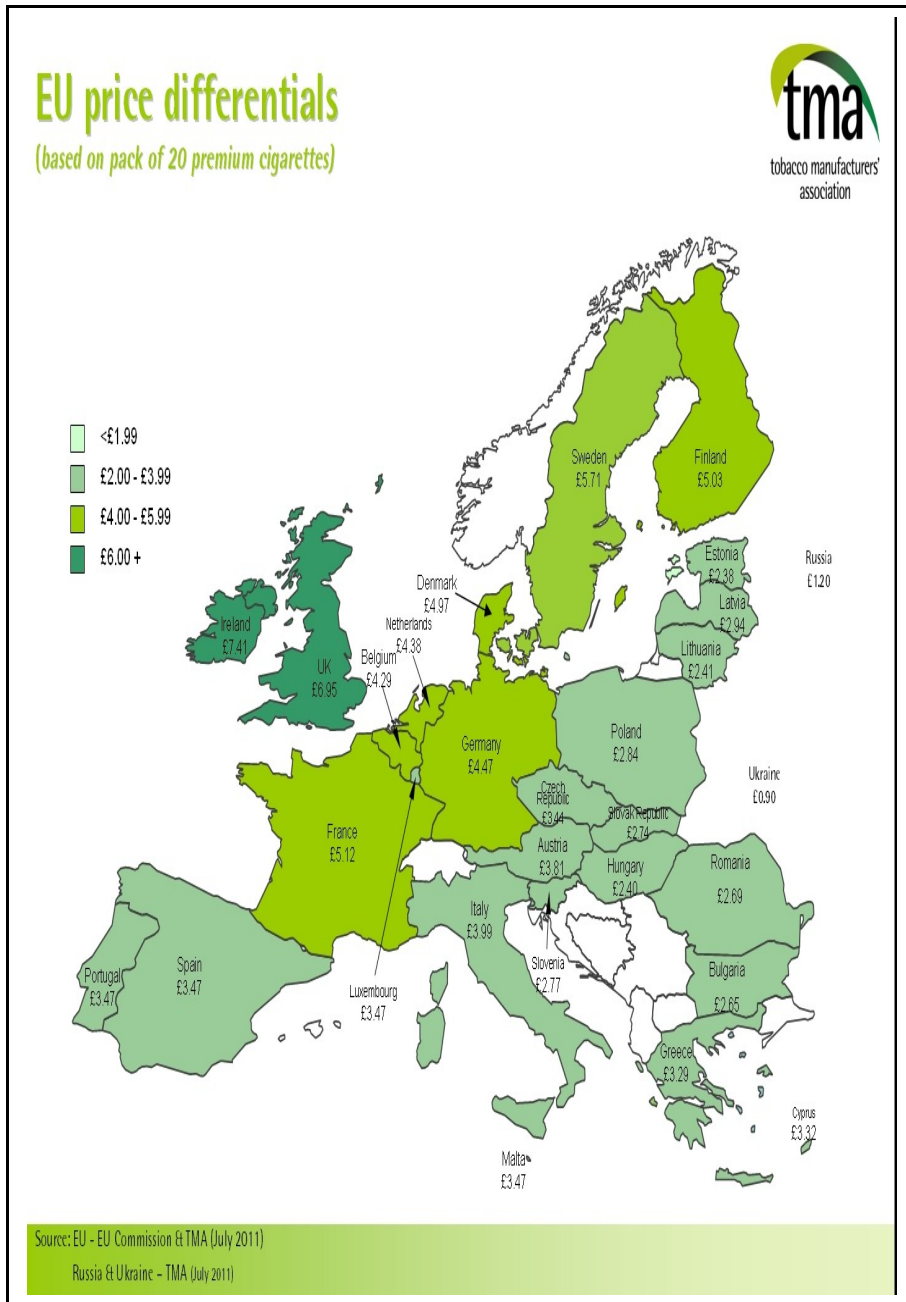
### **Seznam příloh**

**Příloha 1:** Prodejní cena cigaret v EU k červenci 2011

**Příloha 2:** Ukázka variant kombinovaných varování dle rozhodnutí Komise 2003/641/ES ze dne 5. září 2003 o používání barevných fotografií nebo jiných ilustrací jako zdravotních varování na baleních tabákových výrobků

**Příloha 3:** Grafické značky pro označení provozovny podle přílohy zákona č. 305/2009 Sb., protikuřáckého zákona

**Příloha 1: Prodejní cena cigaret v EU k červenci 2011**





**Příloha 2: Ukázka variant kombinovaných varování dle rozhodnutí Komise 2003/641/ES ze dne 5. září 2003 o používání barevných fotografií nebo jiných ilustrací jako zdravotních varování na baleních tabákových výrobků**

*„Kouření způsobuje smrtelnou rakovinu plic.“*



*„Kuřáci umírají předčasně.“*



*„Získejte pomoc při odvykání kouření.“*



**Příloha 3: Grafické značky pro označení provozovny podle přílohy zákona č. 305/2009 Sb., protikuřáckého zákona**

Obrázek č. 1: pro nekuřácké a kuřácké zařízení



Obrázek č. 2: pro stavebně oddělené prostory pro kuřáky a nekuřáky

