



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra Výchovy ke zdraví

Diplomová práce

Názor zaměstnanců restauračních zařízení na kouření a zákaz kouření v restauracích

Vypracovala: Bc. Markéta Vodičková
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

České Budějovice 2017



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

Diploma Thesis

The restaurants employee's opinion on smoking and smoking prohibition in restaurants

Author: Bc. Markéta Vodičková
Supervisor: doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

České Budějovice 2017

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Markéta Vodičková

Název diplomové práce: Názor zaměstnanců restauračních zařízení na kouření a zákaz kouření v restauracích

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Vychovatelství se zaměřením na výchovu ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí diplomové práce: doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2017

Abstrakt:

Tato diplomová práce se zabývá názory zaměstnanců restauračních zařízení na kouření a zákaz kouření v restauracích. Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit, jaký názor mají zaměstnanci restauračních zařízení na kouření a eventuální zákaz kouření v restauracích. Pro naplnění cílů jsem zpracovala teoretickou část, ve které vysvětluji základní pojmy, které se týkají kouření, pasivního kouření, zdravotních důsledků kouření a prevence kouření. V závěru teoretické části rozebírám legislativu protikuřáckého zákona a problematiku ochrany zdraví při práci v restauracích. V praktické části popisuji stanovený cíl, úkoly práce, hypotézy a metodiku mé diplomové práce. Výzkumné šetření provádím metodou dotazníku vlastní konstrukce, který je určen pro zaměstnance náhodně vybraných restauračních zařízení v Českých Budějovicích. K vyhodnocení všech získaných dat využívám statistické metody – chí kvadrát testu, kterým ověřím předem stanovené hypotézy. Výsledky vyhodnocuji a interpretuji.

Klíčová slova: kouření, pasivní kouření, restaurace, zaměstnanci

Bibliographic identification

Name and Surname: Bc. Markéta Vodičková

Title of Diploma Thesis: The restaurants employee's opinion on smoking and smoking prohibition in restaurants

Study programme: Specialization in Education

Field of study: Education with Focus on Health

Education Department: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph. D.

The year of presentation: 2017

Abstract:

This diploma thesis deals with restaurants employee's attitude to smoking and restaurant smoking ban. The main goal of my diploma thesis is to reveal these restaurant employee's attitudes. I composed a theoretical part for fulfilling this goal, where all the crucial terms, related to smoking, second-hand smoking, health consequences and smoking precaution are explained. Current anti-smoke legislation and occupational safety and health in restaurants are analysed at the end of the theoretical part. In the practical part, there I describe the set main goal and other goals of the thesis, its hypotheses and methodology. The survey is carried out via a self-constructed questionnaire, which was handed to randomly chosen restaurants employees in České Budějovice. I used statistical methods - chi-square tests - to assess all the gained data and test the hypotheses that had been settled in advance. The results are consequently assessed and interpreted.

Keywords: smoking, second-hand smoking, restaurants, staff, employee

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci „Názor zaměstnanců restauračních zařízení na kouření a zákaz kouření v restauracích“ vypracovala samostatně, pod odborným vedením doc. PaedDr. Vladislava Kukačky, Ph.D., 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 pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 26. dubna 2017

.....
Bc. Markéta Vodičková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla upřímně poděkovat vedoucímu mé diplomové práce, panu PaedDr. Vladislavu Kukačkovi, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a podporu v průběhu realizace tohoto projektu. Zároveň patří můj dík všem respondentům za ochotu při vyplňování dotazníku. V neposlední řadě děkuji Bohuslavovi Slípkovi, CSc. za statistické zpracování, Mgr. Janovi Kovaříkovi za konzultaci v oblasti legislativy, kanceláři Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR a Kanceláři Senátu ČR za cenné informace a odkazy, Bc. Markovi Němečkovi za pomoc při překládání cizojazyčné literatury a opravu korektury a celé své rodině a blízkým za jejich trpělivost a podporu.

OBSAH

1	ÚVOD	9
2	TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1	Kouření	11
2.1.1	Historie kouření	11
2.1.2	Rizika kouření tabáku	12
2.1.3	Složky cigaretového kouře	13
2.2	Pasivní kouření	15
2.2.1	Kouření „z třetí ruky“	16
2.2.2	Pasivní kouření v restauračních zařízeních	17
2.3	Zdravotní důsledky aktivního a pasivního kouření	18
2.3.1	Vliv kouření na kardiovaskulární systém	18
2.3.2	Vliv kouření na nádorová onemocnění	19
2.3.3	Vliv kouření na dýchací systém	20
2.3.4	Další vlivy kouření na organismus	21
2.4	Prevence kouření	21
2.4.1	Prevence opatření WHO a EU	22
2.4.2	Situace v ČR	23
2.5	Legislativa zákazu kouření v restauracích	25
2.5.1	Aktuální legislativa protikuřáckého zákona v ČR	25
2.5.2	Legislativa zákazu kouření v restauracích v EU	27
2.6	Ochrana zdraví při práci v restauraci	28
3	PRAKTICKÁ ČÁST	9
3.1	Cíl a úkoly práce	30
3.1.1	Cíl práce	30
3.1.2	Úkoly práce	30
3.1.3	Hypotézy	31
3.2	Metodika	31
3.2.1	Charakteristika souboru	32
3.2.2	Organizační šetření	33
3.2.3	Použité výzkumné metody práce	34
4	VÝSLEDKY	36
4.1	Výsledky názorů zaměstnanců restauračních zařízení	36
4.2	Výsledky hypotéz	46

5	DISKUSE	49
6	ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	52
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	54
8	SEZNAM ZKRATEK.....	59
9	SEZNAM TABULEK.....	60
10	SEZNAM GRAFŮ	61
11	PŘÍLOHY	62

1 ÚVOD

Velmi aktuálním tématem v naší společnosti je již po dlouhou dobu problematika pasivního kouření, jelikož rizika poškození zdraví vlivem tabákového kouře není omezeno pouze na kuřáky. Na následky kouření mohou zemřít i nekuřáci, kteří se pohybují, či pohybovali v zakouřeném prostředí (např. doma, na návštěvě, v práci, restauraci, baru apod.). Jsou situace, kdy nás před pasivním kouřením ochrání odchod z místnosti. To ovšem někdy problém nevyřeší. Mnohdy z místnosti odejít nemůžeme, a to z toho důvodu, že v daném prostředí pracujeme nebo žijeme. Ani časté odvětrávání místnosti ventilací či otevření oken neposkytne nekuřákovi čistý vzduch, na který má právo tak, jako všichni ostatní.

Světová zdravotnická organizace WHO dlouhodobě upozorňuje na tuto problematiku a snaží se přimět státy, aby přijaly zákonná opatření, která omezují pasivní kouření v pracovních a veřejně přístupných vnitřních prostorech, a to včetně zbudování zcela nekuřáckých restaurací. Každý stát se k daným doporučením staví po svém, ale téměř všechny státy Evropské unie legislativně zakázaly, nebo alespoň omezily kouření v restauracích již před rokem 2013. Toho roku se Česká republika stala jediným státem EU, ve kterém se smělo v restauracích kouřit zcela bez omezení (Kindl, 2016, [online]). Vše se změnilo 31. května 2017, kdy vstoupí v účinnost nový zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Tento zákon se bude mimo jiné týkat vnitřních prostorů provozovny stravovacích služeb, tedy restaurací, kaváren, vináren, čajoven, barů apod.

Názory občanů ČR na nový zákon o zákazu kouření v restauracích se značně liší. V mé diplomové práci se zaměřím především na ty, kterých se zákon bezprostředně týká – na zaměstnance restauračních zařízení. Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit názory zaměstnanců restauračních zařízení na kouření a zákaz kouření v restauracích, jestli jim vadí jak samotné kouření, tak práce v zakouřeném prostředí dále zda souhlasí s novým zákonem atd.

Diplomová práce je rozdělena na dvě základní části, teoretickou a praktickou. V teoretické části budou vysvětleny základní pojmy týkající se kouření, pasivního kouření, zdravotních důsledků kouření a prevence kouření, dále popíši vývoj a aktuální legislativu České republiky o zákazu kouření. V závěru teoretické části rozeberu problematiku ochrany zdraví při práci v restauracích. V praktické části popíšu cíl, úkoly práce, hypotézy a metodiku této diplomové práce. Výzkumné šetření provedu metodou

dotazníku vlastní konstrukce, který je určen pro zaměstnance náhodně vybraných restauračních zařízení v Českých Budějovicích. K vyhodnocení všech získaných dat využiji statistické metody, ověřující předem stanovené hypotézy. Výsledky následně vyhodnotím a interpretuji, společně se stanovením závěru a doporučením pro praxi.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Kouření

Kouření lze definovat jako naučené (nikoli vrozené) chování, které kuřák pravidelně opakuje několikrát denně po určitou dobu (měsíce, roky). Začátek závislosti je psychosociální a po určité době se stává také fyzickou. Psychosociální závislost na tabáku nesouvisí s chemickým složením cigaret, ale je spojená s potřebou mít v určité situaci anebo společnosti v ruce cigaretu. Fyzická závislost na nikotinu se objevuje u většiny lidí po určité době kouření (Honíšková, 2013). Projevuje se abstinencií příznaky, mezi které patří například nervozita, nespavost, obtížné soustředění, chuť/touha po cigaretě, zvýšená chuť k jídlu atd. (Mlčoch, [online] 2017) Kouření je zařazováno mezi nemoci a má svou diagnózu F17 (Honíšková, 2013).

Tabáková problematika se od mnoha jiných zdravotních problémů značně liší. Cigarety si zákazníci vyžadují, sami si je kupují a v mnoha společnostech je kouření považováno za sociální zvyklost, něco naprosto běžného. Cigarety jsou významným předmětem obchodu a představují velmi ziskovou komoditu, jejíž výroba a spotřeba má významný dopad na sociální a ekonomické ukazatele jak v průmyslově rozvinutých zemích, tak v těch rozvojových (Jha, 2004).

2.1.1 Historie kouření

Kouření tabáku se rozšířilo nejprve mezi americkými indiány, u nichž nebylo běžnou součástí každodenního života, ale bylo používáno během posvátných obřadů. Indiáni, na rozdíl od dnešní praxe, kouř nešlukovali – nevdechovali jej. Evropa se s tabákem setkala, až v roce 1493, a to díky Kryštofu Kolumbovi a jeho námořníkům. Po jejich návratu z nově objeveného kontinentu představila Kolumbova posádka pěstování a používání tabáku ve Španělsku. Návyková látka v tabáku, nikotin, dostala své pojmenování podle Jeana Nicota, francouzského vyslance v Portugalsku, který propagoval tabák a přisuzoval mu zázračné léčivé schopnosti. Pomocí obkladů z listů tabáku údajně vyléčil migrénu nejen sobě, ale i tehdejší francouzské královně Kateřině Medicejské (Pazdera, Fousek, 2011).

Vznik samotných cigaret je spojován s turecko-egyptskou válkou. Egypťští vojáci dostali za odměnu po vítězné bitvě tabák, neměli však dýmky. A proto si tabák

zabalili do ruliček papíru, do nichž se běžně balil střelný prach. Od egyptských vojáků se tento postup pomalu začal šířit do celého světa. Jako první začal ručně balené cigarety prodávat londýnský výrobce Philip Morris v roce 1847. Kouření se postupně stalo zcela běžnou věcí. Velký význam pro rozšíření cigaret měla i první světová válka, ve které vojáci všech armád dostávali přiděl na povzbuzení morálky (Pazdera, 2011).

Několik století po objevení tabáku Kolumbovou posádkou (1493) se kouření tabáku šířilo pomalu. Především církve tento zlovyk nesla nelibě. Od roku 1624 proto zakázala kouření v kostelech. V Rusku bylo kouření dokonce trestáno například useknutím nosu anebo rozseknutím horního rtu tak, aby už nemohl srůst a znepříjemnil jeho majiteli v pohodlném kouření. Tyto tresty zrušil až ruský císař Petr I. Veliký, který byl sám náruživým kuřákem (Pazdera, Fousek, 2011).

Začátek tabákové „epidemie“ přišel s automatickou výrobou cigaret přibližně roku 1900. Tehdejší stroje stihly vyprodukovat kolem 210 cigaret za minutu. Dnešní stroje jich vyprodukují za minut až 10 000. Každý rok se ve světě vyrobí v přepočtu přibližně 1 000 cigaret na člověka (včetně dětí) (Králíková, 2015).

Během 19. století se začaly objevovat vědecké studie, prokazující škodlivost kouření – např. výzkumy R. Pearla z roku 1938 ukázaly, že nekuřáci žijí v průměru déle než kuřáci (Pearl, 1938 cit. podle Pazdera, Fousek, 2011). Ve 30. letech 20. století bojoval proti kouření dokonce i tehdejší fašistický vůdce Adolf Hitler. Zakázal jak reklamu na tabákové výrobky, tak kouření ve veřejných budovách, veřejné dopravě a kouření na veřejnosti osobám mladších osmnácti let. V nacistickém Německu bylo vypracováno velké množství prací, které dokazovaly škodlivost kouření. Odborníci z ostatních zemí nicméně soudili, že věrohodnost těchto prací je téměř nulová. Všeobecně uznávanými se staly až práce britských vědců z počátku 50. let minulého století (Pazdera, Fousek, 2011). Ve 21. století již máme ve všech oborech medicíny více než 200 000 vědeckých prací, které dokazují nezdravý vliv kouření (např. PubMed) (Králíková, 2015).

2.1.2 Rizika kouření tabáku

Kouření je velice silný návyk, který narůstá s postupem času a s počtem vykouřených cigaret. Po dvou letech pravidelného kouření je již návyk velice silný a většina kuřáků, která by ráda s kouřením přestala, není schopna tuto závislost odbourat. Kuřáci si ovšem uvědomují, že přestat kouřit vyžaduje velkou námahu, která

je doprovázena silnými abstinenčními příznaky, spojenými se ztrátou důvěry ve svou schopnost dokázat přestat kouřit (Kukačka, 2010).

Kouření je považováno za nejrizikovější faktor životního stylu, neboť je nejčastější příčinou předčasných onemocnění a následného úmrtí (Čevela, 2009). Tabák zabije celosvětově každý rok přes 6 milionů lidí, a to včetně přibližně půl milionu nekuřáků vlivem pasivního kouření (Králiková, 2015).

Na základě celé řady vědeckých důkazů není dnes žádný pochyb o tom, že kouření a jiné užívání tabáku způsobuje onemocnění a smrt mnoha osob. Dopad kouření na zdraví člověka je dvojitý. Zaprvé se kouřící osoba stává na nikotinu rychle závislá a zadruhé kouření vyvolává smrtelné nemoci a invaliditu. Pokud kouření porovnáme s dalšími druhy rizikového chování, je u něj riziko předčasného úmrtí mimořádně vysoké, až alarmující. Polovina dlouhodobých kuřáků nakonec podlehnou následkům problémů způsobených tabákem, z nichž polovina zemře v produktivním věku a přijde tak téměř o 20-25 let života (Čevela, 2009).

V České republice umírá každoročně zhruba 100 tisíc osob, z toho přibližně pětina na nemoci způsobené kouřením (přes 50 denně). Jedná se převážně o nemoci cév a srdce, na nichž se podílí kouření asi čtvrtinou. Dále mezi nemoci způsobené kouřením řadíme chronická plicní onemocnění, která jsou způsobena kouřením ze tří čtvrtin. Lze tedy říci, že 75 % lidí s chronickým onemocněním průdušek by nemuselo onemocnět, kdyby nekouřili. Třetí skupinou nemocí způsobených kouřením jsou zhoubné nádory. Na nich má kouření podíl celkově přibližně třetinový. Jsou zde ale i výjimky, např. rakovina plic, kde má kouření asi 90% podíl, anebo rakovina močového měchýře s podílem vlivu kouření asi z 50-70 %. Riziko vzniku nádorového bujení následkem kouření je závislé jak na množství vykouřených cigaret za den, tak i na hloubce inhalace cigaretového kouře, na počtu kuřáckých let a na věku zahájení kouření. Kromě těchto nemocí se kouření podepisuje na zdravotních obtížích v dalších lékařských oborech (Čevela, 2009).

2.1.3 Složky cigaretového kouře

Tabákový kouř obsahuje přibližně 4 000 chemických látek, z 92 % v plynném a v 8 % v pevném stavu. Z toho množství je asi 100 těch, které vyvolávají nádorová (karcinogenní) onemocnění. Jiné látky jsou jedovaté (např. čpavek, kyanidy), nebo mají mutagenní účinek (zvyšuje pravděpodobnost genetické mutace). Obsahuje také velké

množství oxidu uhelnatého se škodlivým účinkem na srdečně-cévní systém (Pradáčová, 2017, [online]).

Závislost množství těchto nebezpečných látek na zdraví nemusí být přímo úměrná, tzn. že i příležitostně vykouřená cigareta může vyvolat nádorové bujení a stejně tak mnohaleté kouření nemusí způsobit žádné zdravotní obtíže. Účinek je vázán na bodové mutace (mutace daná záměnou jediného nukleotidu v DNA [Velký lékařský slovník, 2017]), při kterých neexistuje hraniční dávka. Pro přepis genetického kódu stačí jedna proměna molekuly DNA. Z tohoto důvodu nemůžeme hovořit o bezpečných dávkách cigaretového kouře, můžeme pouze uvažovat o vyšší nebo nižší nádorové transformaci buněk (Pradáčov, 2017, [online]).

Mezi základní škodlivé složky tabákového kouře tedy patří nikotin, dehty, oxid uhelnatý, nitrosaminy, amoniak, formaldehyd, kyanid, arzenik a řada dalších (Čevela, 2009).

Látkou, vyvolávající závislost na kouření, je nikotin (Pradáčová, 2017, [online]). Tento rostlinný pyridinový alkaloid se velmi rychle vstřebává do krve a přibližně 7 vteřin po vdechnutí se dostává až do mozku. Při poklesu hladiny nikotinu v krvi se u kuřáka objevují abstinenční příznaky, ke kterým patří především nutkavá touha po cigaretě, špatná nálada, podrážděnost, neschopnost se soustředit, úzkost, nervozita, poruchy spánku, zvýšená chuť k jídlu atd. Nikotin dále zvyšuje krevní tlak, zrychluje srdeční činnost a stahuje srdeční cévy. Tyto zdravotní účinky jsou rizikovými faktory pro vznik ischemické choroby srdce a srdečního infarktu, cévních mozkových příhod a onemocnění periferních cév (Čevela, 2009).

Za kardiovaskulární onemocnění je kromě nikotinu zodpovědný také oxid uhelnatý (Čevela, 2009). Tato plynná látka je bezbarvá, hořlavá bez chuti a bez zápachu. Vzniká nedokonalým spalováním tabáku a cigaretového papíru. Plynný stav cigaretového kouře obsahuje 1 až 5 % oxidu uhelnatého, a to podle teploty spalování, přístupu kyslíku, hustoty tabáku a struktury cigaretového papírku (Novák, 1980). Při chronickém působení pak CO (oxid uhelnatý) ovlivňuje nervový systém a mnohdy zapříčiňuje kardiovaskulární onemocnění, především ischemickým chorobám srdečním, infarktu myokardu a mozkové mrtvici (Svobodová, Kozák, 1990).

Podle Pradáčové (2007, [online]), je nejškodlivější látkou tabákového kouře cigaretový dehet, ve kterém jsou koncentrovány látky, jež vyvolávají nádorová bujení. Tabákové dehty se usazují v plicích a jsou velmi častou příčinou vzniku rakoviny plic. Cigaretový kouř je však komplexním kancerogenem, jenž se podílí na vzniku rakoviny

mnohých dalších orgánů, jako například hrtanu, dutiny ústní, jícnu, močového měchýře, slinivky břišní, ledvin, nebo děložního čípku (Čevela, et al., 2009).

Složení tabákového kouře závisí na mnoha faktorech, např. fermentaci tabáku, na jeho druhu, na půdě, na níž byl pěstován, způsobu hnojení apod. V jedné cigaretě se toleruje 1 mg nikotinu a maximálně 15 mg cigaretového dehtu. Z jedné cigarety může jedinec získat přibližně 1-9 mikrogramů karcinogenů (Pradáčová, 2017, [online]).

2.2 Pasivní kouření

Pro pasivní kouření se i v českém vědecké a odborné literatuře používá zkratka ETS (environmental tobacco smoke). Kouř, vdechovaný při pasivním kouření, pochází jednak z doutnajícího konce cigarety mezi potáhnutími a jednak z kouře vydechovaného kuřákem. Protože jednotlivé složky kouře reagují na vzduch, dochází ke změně jeho charakteru (Langrová, 2004).

Podle Atkinse (2014) kouření neškodí pouze kuřákům a jejich peněžence. Škodí také navíc jejich okolí, lidem, kteří jsou nedobrovolně vystaveni kouři a jsou nuceni kouř vdechnout. Žaloudík (2008) uvádí, že nelze podceňovat zdravotní riziko pasivního kouření, tedy to riziko, kterému jsou v zakouřených místnostech a uzavřených prostorách vystaveni lidé, kteří nekouří. I takové prostředí výrazně navyšuje riziko rakoviny plic, jelikož stejné kancerogeny, které kuřáci přímo dobrovolně vdechují, jsou pro nekuřáky rozptýleny v prostředí, ve kterém se nacházejí. Rozdíl je pouze v jejich koncentraci a čase, po který přímo působí na jedince. Ve velmi zakouřených prostorách, jako jsou některé restaurace a místa konání různých zábavných akcí, je tato koncentrace nebezpečných látek rovněž velmi vysoká a ohrožující osoby zejména svým pravidelným působením (Žaloudík, 2008).

Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny (International Agency for Research on Cancer, zkráceně IARC) uvádí, že vdechování nepřímého kouře, neboli „kouř jiných lidí“, vyvolává rakovinu plic, ischemickou chorobu srdeční, respirační onemocnění a má nepříznivý dopad na chronická onemocnění, jako je například astma (IARC, 2015, [online]). Pasivní kouření u těhotných žen může způsobit omezený růst plodu a ovlivnit rozvoj orgánů jejich nenarozeného dítěte. Je rizikovým faktorem kojenecké úmrtnosti (syndrom náhlého úmrtí) a u všech dětí může způsobit infekce uší a dýchacích cest (Atkins, 2014).

Nepřímo vdechovaný kouř obsahuje karcinogeny uvolňované do vzduchu spalováním tabáku při kouření. Nekuřáci při pasivním kouřením vdechují a metabolizují

chemické látky a karcinogeny podobné těm, které vdechují aktivní kuřáci. Ze studií provedených u nekuřáků vyplývá, že ti, kteří pravidelně nepřímo vdechují kouř v práci nebo doma, se vystavují dvakrát většímu riziku vzniku rakoviny plic než nekuřáci, kteří kouř nepřímo pravidelně nevdechují (Leon, a kol. 2015).

Podle Králíkové (2010) bezpečná dávka pasivního kouře neexistuje, nelze ji definovat. Závažnost potvrzuje i to, že je pasivní kouření samostatnou diagnózou – Z 58.7. Odborníci doporučují vyhýbat se pobytu v uzavřeném zakouřeném prostoru. Toto doporučení platí absolutně, protože jen stoprocentně nekuřácké prostředí je bezpečné. Mnoho lidí se mylně domnívá, že se kouř nedostane do celého bytu, kouříme-li jen v koupelně. Tento problém nevyřeší ani ventilace. Ta sice část znečištěného vzduchu odstraní, nikdy ale ne veškerý (Králíková, 2010).

2.2.1 Kouření „z třetí ruky“

V poslední době se objevují vědecké výzkumy upozorňující na rizika kouření „z třetí ruky“, neboli zbytkový kouř, anglicky „third-hand smoke“ (Roberts, 2017). Tento výraz se vyskytl v roce 2009. Jde o látky, které zůstávají v místnostech, na povrchu šatů, vlasů či pokožce i po vyvětrání tabákového kouře nebo poté, co vyjdeme ze zakouřené místnosti (Králíková, 2013).

Zbytky nikotinu z tabákového kouře se navážou na povrchy v místnosti a reagují s kyselinou dusitou, běžnou komponentou znečištěného prostředí, a tvoří tak silně karcinogenní tabákové specifické nitrosaminy (Králíková, 2013).

V roce 2004 doktor Matt se svými kolegy na Univerzitě v San Diegu studovali povrch nábytků, kobereců, závěsů, stěn, oblečení a hraček dětí v domech kuřáckých rodin. Zjistili, že přibližně za 10 minut poté, co byl cigaretový kouř vydechnut do vzduchu, se začíná usazovat na povrchu věcí tenká vrstva pevných částic (PM_{2,5} – částice menší než 2,5 mikrometru), která obsahuje celou škálu toxinů. Přítomnost těchto látek je možné dokázat ještě dlouho poté, co kouření přestalo (Pribiš, 2009, [online]).

Studie se účastnilo celkem 47 rodin. Vědce především zajímalo, jaký vliv má kouření na děti vyrůstající v testovaných domácnostech. Vědci rozdělili rodiny do 3 skupin:

- nekuřácké rodiny (17 rodin);
- pasivní kouření – jeden z rodiny či návštěva nekouřili v místnosti, kde byly děti, ale kouřili ve vedlejší místnosti nebo venku (15 rodin);

- aktivní kouření – jeden z rodiny či návštěva kouřili v místnostech, kde byly děti (15 rodin).

Vědci u těchto testovaných domácností měřili množství nikotinu v místnostech, kde si děti hrály a spaly a množství nikotinu na povrchu nábytku v ložnicích i obývacích pokojích, dále množství nikotinu na ukazováčku matky, hladinu kotinu (metabolity nikotinu) v moči dětí a množství nikotinu nebo kotinu ve vlasech dětí (Pribiš, 2009, [online]).

V rodinách, ve kterých se vůbec nekouřilo, nebylo nalezeno žádné množství nikotinu na povrchu nábytku či v prachu. V rodinách, kde se kouřilo aktivně, bylo množství nikotinu ve vzduchu osmkrát vyšší ve srovnání s rodinami, ve kterých se kouřilo pasivně (viz rozdělení rodin do skupin výše). V rodinách s pasivním kouřením byl nikotin na 53 % povrchu ložnic a obývacích pokojů. V rodinách s aktivním kouřením dokonce na 88 % povrchu všech obytných pokojů. Žádný nikotin nebyl nalezen na ukazováčku nekouřících matek oproti kouřícím matkám, u kterých byl 100% kontaminován nikotinem, anebo 92%, a to v rodinách s pasivním kouřením. Hladina kotinu v moči dětí v rodinách, ve kterých se nekouří, byla v průměru 0,33 ng/ml. V rodinách s pasivním kouřením byla průměrná hladina kotinu v moči 2,47 ng/ml a v rodinách s aktivním kouřením byla naměřena hladina kotinu až k 15,47 ng/ml. Z výsledků vyplývá, že děti v rodinách s pasivním kouřením nebyly dostatečně ochráněny před tabákovým kouřem. Množství nikotinu a kotinu ve vlasech dětí v rodinách s pasivním kouřením bylo pětkrát vyšší než u nekuřáků a desetkrát vyšší v rodinách s aktivním kouřením (Pribiš, 2009, [online]). Podle doktora Pribiše (2009, [online]) je jedinou možností eliminace toxinů z tabákového kouře nastolení naprostého zákazu kouření v místnostech, kde žijí (hrají si nebo spí) děti.

Důkazy o škodlivosti budou společnosti nejvíce prospěšné teprve tehdy, až si veřejnost toto riziko uvědomí a pokusí se vystavení kouři ostatních jedinců (zejména dětí) omezit (Roberts, 2017).

2.2.2 Pasivní kouření v restauračních zařízeních

Podle American Cancer Society Cancer Action Network (2008), neziskové advokátní kanceláře Americké společnosti pro rakovinu, mají zaměstnanci restauračních zařízení výrazně častěji cévní, respirační nebo nádorové onemocnění než běžná populace. Každý rok v zemích EU podle statistik předčasně zemře přibližně 300 zaměstnanců restauračních zařízení z důvodů zakouřeného pracovního prostředí.

Z tohoto údaje můžeme zjednodušeně říct, že každý pracovní den zemře v EU jeden zaměstnanec restauračního zařízení z toho důvodu, že je na svém pracovišti nucen pasivně vdechovat tabákový kouř (Králíková, 2009). Tato statistika je poměrně alarmující.

Faktem je, že v zemích, ve kterých již byl schválen zákaz kouření v restauračních zařízeních a jiných veřejných uzavřených prostorách, okamžitě klesl počet akutních infarktů myokardu o přibližně 15 %. Přehlédneme-li pro tentokrát lidské utrpení a cenu života a podíváme se na to, kolik centrální vládu stojí 5 400 zbytečných hospitalizací pacientů s touto civilizační chorobou, zjistíme, že hospitalizace jednoho pacienta stojí nejméně 100 000 Kč. Z toho vyplývá, že nepřijetí podobného zákona stojí naši republiku přes půl miliardy korun ročně, a to pouze pokud počítáme zbytečné hospitalizace. Zákazem kouření v restauracích se ušetří na léčebných výlohách i u mnoha jiných závažných onemocnění způsobené pasivním kouřením, např. při léčbě rakoviny, astma apod. (Králíková, 2009).

Na nekuřáckých restauracích by, při jinak nezměněných okolnostech, vydělal nejen státní rozpočet snížením nákladů na zdravotní péči, ale také hostinští a restauratéři. Ve všech státech příjmy restaurací, ve kterých platí zákaz kouření, po zavedení zákona většinou vzrostly, popřípadě zůstaly téměř nezměněné. Do nekuřáckých hospod začali chodit hosté, kteří tam dříve kvůli zakouřenému vzduchu chodili pouze omezeně, anebo vůbec (Králíková, 2009).

2.3 Zdravotní důsledky aktivního a pasivního kouření

Celkově u nás zemře na nemoci způsobené kouřením ročně skoro 16 000 lidí (podle mortality z roku 2010 [Peto a kol., 2012 cit. podle Kráčíková, 2015]). Z tohoto počtu lidí pak celkem 6 900 pacientů podlehne nádorovým onemocněním (včetně 4 700 úmrtí na rakovinu plic), 5 300 kardiovaskulárním problémům, 2 000 respiračním onemocněním a 1 300 zbylých ostatním nemocem (Kráčíková, 2015). Kouřením je také ohrožen nekuřák, jenž je vystaven prostředí, které je zakouřené. Proto nemůžeme podceňovat riziko pasivního kouření, kterému jsou v zakouřených prostorách vystaveni lidé, kteří sami nekouří (Žaloudník, 2008).

2.3.1 Vliv kouření na kardiovaskulární systém

Kouření je hlavním rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění (dále KVO) na světě. Každý rok způsobí KVO v Evropě přes čtyři miliony úmrtí, což

představuje asi 47 % všech úmrtí obyvatel v Evropě (WHO, 2008). Kouření tabáku zvyšuje riziko vzniku ischemické choroby srdeční (dále ICHS) dvojnásobně až čtyřnásobně (Fagerstrom, 2002 cit. podle Vrablík et al., 2004). Látky z tabákového kouře vedou k neurohumorálním změnám, které mají přímý negativní vliv na kardiovaskulární funkce. Vzhledem k tomu, že k poškození stačí i malá dávka kouře, je velmi rizikové i pasivní kouření. Lze předpokládat, že kdyby všichni kuřáci přestali kouřit, mělo by to na výskyt kardiovaskulárních onemocnění daleko větší pozitivní vliv, než všechny ostatní preventivní léčebné strategie (Vrablík, 2004).

Z výzkumů vyplývá, že pasivní i aktivní kouření má vliv také na faktory, které jsou pro vznik kardiovaskulárních onemocnění rizikové, např. urychlení aterosklerózy, poruchy krevních tuků, poškození funkcí endotelu, poruchy funkce krevních destiček, zvýšení hladiny fibrinogenu atd. (Langrová, 2004).

2.3.2 Vliv kouření na nádorová onemocnění

O příčinné spojitosti kouření se vznikem zhoubného nádorového bujení není pochyb. Existuje o tom velké množství studií, experimentálních dokladů, klinických i epidemiologických. Kouření bývá často spojováno především s rakovinou průdušek a plic, může ale taktéž zapříčinit i celou řadu dalších zhoubných nádorů, jako například hrtanu, dutiny ústní, jícnu, slinivky břišní, žaludku, ledvin, močového měchýře, gynekologických nádorů a leukémií (Žaloudník, 2008). Pradáčová (2003) však zmiňuje, že celá řada odborníků se domnívá, že se kouření podílí na vzniku všech typů nádorů.

V Národním onkologickém registru ČR je od roku 1977 registrováno přibližně 180 000 případů rakoviny plic a přes 150 000 pacientů na toto onemocnění zemřelo. Každý rok v České republice přibude kolem 6 000 nových případů rakoviny plic (16 denně) a přibližně 5 500 občanů na tuto nemoc zemře (15 denně). Odhaduje se, že přes 90 % plicních nádorů u mužů a 75-80 % u žen je způsobeno kouřením. Ztráty na životech z důvodů rakoviny plic, způsobené kouřením, jsou tedy evidentní. K nim je třeba připočítat ještě celou řadu úmrtí v důsledku jiných typů zhoubných nádorů, ke kterým kouření rovněž napomáhá. Z výše uvedeného vyplývá, že důležitou primární prevencí onkologických onemocnění je omezení kouření, zejména u mládeže (Žaloudník, 2008).

Pokud kuřák vykouří přibližně 20 cigaret denně a jeho návyk trvá 20 let, má po 45. roku života osmáctkrát větší riziko vzniku rakoviny plic než nekuřák. Pokud nadále pokračuje s kouřením, riziko stoupá (Prausová In Králíková, 2013).

Nádory v oblasti hlavy a krku jsou méně časté než nádory plic a v populaci se vyskytuje toto onemocnění asi u 4,5 jedinců na 100 000 obyvatel. Toto onemocnění je častější u mužů (Prausová In Králíková, 2013). Kouření či užívání jiných forem tabáku je jedním nejzávažnějších rizikových faktorů vzniku nádorů v této lokalizaci lidského těla. Zvláště nebezpečná je pak kombinace kouření a pití alkoholu, kdy se kancerogenní efekt vzájemně posiluje (Prausová In Králíková, 2013).

Vznik rakoviny jícnu je dáván do souvislosti s pitím alkoholu a s kouřením. Nemocnost je častější u mužů, kdy onemocnění 5 mužů na 100 000 obyvatel (Prausová In Králíková, 2013).

Zvýšené riziko rakoviny žaludku u kuřáků bylo prokázáno řadou studií a toto zvýšené riziko přetrvává i dalších 14 let po zanechání kouření. Mortalita je vysoká, přibližně 10 mužů a 5 žen na 100 000 (Prausová In Králíková, 2013).

Řadě rizikových faktorů rakoviny se nemůžeme vyhnout nebo je ovlivnit. Vyhnout se expozici tabákovému kouří (aktivnímu i pasivnímu) však možné je (Prausová In Králíková, 2013). Z tohoto důvodu je pak ideálním cílem v rámci boje proti rakovině úplné vymýcení zlovyku kouření (Žaloudník, 2008). Tento cíl je ovšem velmi nereálný.

2.3.3 Vliv kouření na dýchací systém

Tabákový kouř se především vdechuje, proto jsou nejčastěji postižené dýchací cesty (Králíková, 2010). Kouření se podílí ze 75 % na vzniku chronické obstrukční plicní nemoci (dále CHOPN) neboli „kuřáckého astma“ (Pradáčová, 2003). CHOPN je charakterizován trvalým omezením proudění vzduchu v dolních cestách dýchacích (Koblížek, Kudelová In Králíková, 2013). Vystavení se pasivnímu kouření může zvýšit riziko vzniku CHOPN až o 48 % oproti běžné populaci. Dalšími faktory mohou být například: znečištění ovzduší, prach a chemické výpary v pracovním prostředí. V České republice touto chorobou trpí přibližně 8 % populace, a to především muži. Výskyt u žen však postupně také narůstá. Této nemoci ročně podlehnou asi 2 000 pacientů. Příznakem onemocnění je kašel, vykašlávání hlenu, dušnost a snížená tolerance fyzické námahy (Češka, et al. 2010).

Mnohdy přehlíženým nebezpečím je kouření (aktivní i pasivní) pro těhotné ženy. To totiž u těchto osob zvyšuje riziko poruch intrauterinního růstu plic u ještě nenarozených potomků. Navíc se předpokládá, že tyto děti se rodí s mírně

modifikovanou imunitní odpovědí na inhalované škodliviny a se zvýšeným rizikem rozvoje CHOPN v dospělosti. (Koblížek, Kudelová In Králíková, 2013).

Cigaretový kouř dále zvyšuje riziko vzniku rakoviny plic (viz kap. 2.3.2. Vliv kouření na nádorové onemocnění), zánětu plic, plicního emfyzému, tuberkulózy (Koblížek, Kudelová In Králíková, 2013).

2.3.4 Další vlivy kouření na organismus

Kuřáci trpí téměř dvakrát častěji žaludečními vředy, a to hlavně ti, kteří kouří ráno nalačno. U žen-kuřáček je riziko neplodnosti dvakrát až třikrát větší než u nekuřáček. U mužů, kteří kouří, se prokázaly kvantitativní i kvalitativní změny v ejakulátu (Michalcová, Feyreisl In Králíková, 2013). Dále kouření způsobuje sklon k potratům plodu (Pradáčová, 2003). Novorozenci mají nižší porodní váhu a jejich orgány nemusí být zcela vyvinuté. Dítě je pak ohroženo jak zvýšenou perinatální mortalitou a morbiditou, tak dlouhodobými následky (Michalcová, Feyreisl In Králíková, 2013). Aktivní i pasivní kuřáci mají navíc zhoršenou imunitu (Pradáčová, 2003).

2.4 Prevence kouření

Zbytečná úmrtí, způsobená užíváním tabákových výrobků, alarmují ke všeobecné aktivitě veřejného zdravotnictví. Kouření tabáku je nejčastější příčinou předčasných onemocnění a úmrtí, kterým je možno účinně předcházet prevencí. Státy postižené „epidemií“ kouření se snaží tomuto problému čelit (Čevela, 2009). Nejúčinnější používanou prevencí jsou zákony, které stát téměř nic nestojí a dokonce by na nich mohl vydělat (ušetřením nákladů na zdravotní péči). Jsou to především vysoké spotřební daně a tím způsobená vysoká cena cigaret, dále zcela nekuřácké všechny veřejné prostory včetně restaurací, úplný zákaz jakékoli reklamy a marketingu všech tabákových výrobků. Cigarety by dokonce neměly být v trafice vidět, měly by být zavřené v neprůhledné skřínce. Prodej tabákových výrobků by byl povolen pouze ve specializovaných prodejnách, a ne dohromady například s potravinami. Na každé cigaretové krabičce by mělo být zdravotní varování s obrázkem, a to na více než 50 % plochy (Králíková, 2010).

2.4.1 Prevence opatření WHO a EU

Světová zdravotnická organizace (World health organization, dále WHO) považuje tabákovou epidemii za jeden z největších zdravotních problémů. V Evropě způsobuje kouření daleko větší potíže než např. alkohol, drogy, nadváha či hypertenze (Králíková, et al., 2013). Podle Eurobarometru (2012), průzkumu veřejného mínění v Evropské unii (EU), nejvíce kouřilo (k roku 2012) obyvatel jižních a východních států EU. V České republice kouřilo cigarety, doutníky nebo dýmky 29 % respondentů. V porovnání s ostatními státy EU je Česká republika o jeden procentní bod nad průměrem EU. Dále z výzkumu vyplývá, že nejméně se kouřilo ve Švédsku (podrobněji viz tabulka 1). Ačkoliv je průzkum přibližně 5 let starý, lze předpokládat, že aktuální výsledky by byly velmi podobné.

Tabulka 1 - Procentuální zastoupení kuřáků v členských státech EU (Eurobarometr, 2012)

Pořadí	Stát EU	%
1.	Řecko	40
2.	Bulharsko	36
3.	Lotyšsko	36
4.	Rakousko	33
5.	Španělsko	33
6.	Maďarsko	32
7.	Polsko	32
8.	Kypr	30
9.	Litva	30
10.	Rumunsko	30
11.	Irsko	29
12.	Česká republika	29
13.	Slovinsko	28
14.	Francie	28

Pořadí	Státy EU	%
15.	Lucembursko	27
16.	Belgie	27
17.	Malta	27
18.	Velká Británie	27
19.	Německo	26
20.	Dánsko	26
21.	Estonsko	26
22.	Finsko	25
23.	Itálie	24
24.	Nizozemsko	24
25.	Slovensko	23
26.	Portugalsko	23
27.	Švédsko	13

Poznámka: Pořadí od nejpočetnějšího zastoupení (v %) kuřáků v populaci v daném státě.

Poznámka 2: Průměrné zastoupení kuřáků v EU je 12 %.

WHO se snaží spojovat a podporovat země v boji proti kouření. Na tabákovou epidemii zareagovala v roce 2003 v Ženevě, a to vznikem tzv. Rámcové úmluvy o kontrole tabáku (Framework Convention on Tobacco Control, dále FCTC), která je mezinárodně právně závazná.

Rámcová úmluva vstoupila v platnost 27. února 2005 a je považována za jednu z nejdůležitějších úmluv ve veřejném zdravotnictví, která je podporována OSN (Organizace spojených národů) a EU. K lednu 2017 ji ratifikovalo 180 (posledním smluvním státem Zimbabwe, 4. března 2015). Česká republika schválila do národní

judikatury úmluvu FCTC 30. srpna 2012, a to přesto, že byla mezi prvními státy, které tuto úmluvu podepsali už dne 16. června 2003 (Parties to WHO, 2017, [online]).

Pro snadnější přijetí FCTC přijala WHO základní opatření zvané „MPOWER“, které vzniklo za účelem snadnějšího implementačního procesu úmluvy. Doporučení MPOWER se týkají:

- monitorování užívání tabáku v oblasti prevence,
- ochrany před tabákovým kouřem,
- nabídky pomoci při odvykání užívání tabáku,
- varování před nebezpečím spojeným s užíváním tabáku,
- prosazování zákazu reklamy na tabákové výrobky, jejich propagace a sponzorování,
- zvyšování daní na tabák.

V FCTC (2003) článku č. 8, o ochraně před vystavováním se tabákovému kouři, se uvádí, že: *„Každá smluvní strana přijme a zavede v oblastech stávající národní soudní pravomoci stanovené vnitrostátním právem a aktivně podpoří v oblastech s jinou pravomocí přijetí a implementaci účinných legislativních, výkonných a správních a/nebo jiných opatření a tímto poskytne ochranu před vystavováním se tabákovému kouři ve vnitřních prostorách pracoviště, ve veřejné dopravě, vnitřních prostorách veřejných míst, a tam, kde je to vhodné, na dalších veřejných místech.“* Z článku vyplývá, že všechny státy, které ratifikovaly FCTC, by měly přijmout protikuřácký zákon, který chrání před pasivním kouřením a osobám, které kouří, může pomoci s odvykáním. Státy by ji měly zavést nejpozději do pěti let od ratifikace, tzn. Česká republika do roku 2017 (Vládní návrh o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, 2016).

2.4.2 Situace v ČR

Hlavním preventivním plánem v České republice je program „Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“ (dále Národní strategie). Slouží jako rámcový souhrn opatření pro rozvoj veřejného zdraví v tuzemsku a současně také jako nástroj pro naplnění programu WHO organizace „Zdraví 2020“ v ČR, schváleného na 62. zasedání Regionálního výboru WHO pro EU v září 2012. Schválená Národní strategie navazuje na „Zdraví 21 – dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR“ a „Koncepte hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví“ (Sovinová et al., 2014).

Hlavním a nejdůležitějším cílem Národní strategie je zlepšit zdravotní stav obyvatel v republice a snížit výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze prevencí předcházet. Nutným předpokladem pro dosažení jejích hlavních cílů je jak zapojení všech složek státní správy, tak i společnosti. Výsledný efekt (lepší zdravotní stav populace) bude přínosem pro všechny rezorty i pro samotnou společnost (Sovinová et al., 2014).

Národní strategie sice definuje pouze jeden hlavní cíl (zlepšit zdravotní stav populace a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet), vedou k němu ovšem dva strategické „podcíle“ (zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnost v oblasti zdraví; posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce), které jsou rozpracované do čtyř oblastí prioritních politických opatření, zaměřených na řešení problémů zdravotního stavu populace. Čtyři prioritní oblasti jsou vzájemně provázány - jsou na sobě vzájemně závislé a navzájem se podporují. Činnosti, týkající se zdraví během celého životního cyklu a vytváření podmínek pro posílení zodpovědnosti lidí za zdraví, mohou pomoci jak při zvládnání epidemie chronických neinfekčních nemocí, tak i ve snaze posílit kapacitu veřejného zdravotnictví a pomoci tímto v boji proti neinfekčním nemocem (Sovinová et al., 2014).

Je důležité věnovat zvýšenou pozornost především rizikům životního stylu a chování. Kouření, nebezpečné pití alkoholu, nízká pohybová aktivita a nezdravá výživa jsou nejzávažnější rizika životního stylu, která lze pozitivně ovlivnit. Na úrovni WHO byly již vypracovány účinné strategie, které se týkají omezení kouření. Problematika kouření je zpracována ve FCTC a shrnuta ve strategii MPOWER (viz kapitola 2.4.1 Prevence opatření WHO a EU) (Sovinová et al., 2014).

Kvůli vysoké míře výskytu kuřáctví u obyvatelstva v České republice (zejména pak u mladých lidí) a dalším patologickým jevům, je třeba systematicky pokračovat v nastolených aktivitách a postupovat v souladu s Národní strategií protidrogové politiky České republiky a jejími akčními plány. Je třeba zaměřit se například na:

- zvýšenou informovanost veřejnosti o škodách působených tabákem;
- využívání nových komunikačních technologií;
- další omezení marketingu tabákových výrobků;
- zlepšení systému koordinace primární prevence a podpory zdraví;
- zlepšení dostupnosti léčby na tabáku a provázanosti s dalšími službami (rozšíření spektra poskytovaných služeb);

- mezinárodní spolupráci a plnění mezinárodních závazků;
- zajištění stabilního systému pravidelného sběru dat a hodnocení;
- navýšení finančních prostředků z veřejného rozpočtu do příslušných dotačních programů (Sovinová et al., 2014).

2.5 Legislativa zákazu kouření v restauracích

Zákaz kouření v restauracích je právní zákaz, který omezuje kouření v restauračních zařízeních. Výhod protikuřáckých právních předpisů je mnoho. Chrání například všechny před nebezpečím přímého a nepřímého tabákového kouře. Tento zákon navíc mění společenské normy, protože kouření se stává méně přijatelným, a dochází tak k omezení kouření i expozice tabákovému kouři; výrazně omezuje pasivní kouření, snižuje nerovnost v oblasti zdraví spojenou s pasivním kouřením v práci; vede k okamžitému poklesu rizika vzniku srdečních chorob; zlepšuje situaci, pokud jde o symptomy nemocí dýchacích cest u osob vystavených pasivnímu kouření na pracovišti. Dále má zákaz kouření v restauracích v mnoha ohledech příznivý vliv na restaurační zařízení jako takové – zlepšuje zdraví a produktivitu jejich zaměstnanců; snižuje spotřebu cigaret u aktivních kuřáků, dává jim větší šanci úspěšně s kouřením přestat a omezuje užívání tabáku u mladých lidí (IARC, [online] 2016).

2.5.1 Aktuální legislativa protikuřáckého zákona v ČR

V současnosti (k dubnu 2017) existuje v České republice několik zákonů, které se zabývají problematikou kouření (např. zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích v platném znění; zákon č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních; zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy apod.).

Velmi ze široka upravuje otázku kouření zákon č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami v platném znění. Podle současného znění zákona č. 379/2005 Sb. je zakázáno kouřit na veřejných místech, kterými jsou veřejnosti volně přístupné uzavřené prostory, veřejnosti volně přístupné vnitřní prostory budov státních orgánů a orgánů územních samosprávných celků (obecní úřad, městský úřad, ministerstva...), veřejnosti volně přístupné vnitřní prostory zařízení zřízených státem nebo územními samosprávnými celky (finanční úřad, katastrální úřad...), veřejnosti volně přístupné vnitřní prostory finančních institucí (pobočky obchodních bank, ČNB...), dopravní prostředky veřejné silniční a drážní dopravy a městské hromadné dopravy (vlaky, autobusy pro

veřejnost...), krytá nástupiště, přístřešky a čekárny veřejné silniční a drážní dopravy a městské hromadné dopravy (vlaková nádraží, autobusová nádraží, letiště...). Dále pak ve vnějších i vnitřních prostorách všech typů škol a školských zařízení, ve vnitřních prostorách nekuřáckých zařízení a ve vnitřních prostorách vyhrazených pro nekuřáky v zařízeních s vyhrazenými prostory, v uzavřených zábavních prostorách, jako jsou kina, divadla, výstavní a koncertní sítě, dále ve sportovních halách a ve vnitřních prostorách zdravotnických zařízení všech typů (nemocnice, poliklinika...) (Zákon č. 379/2005 Sb.).

Dále tento zákon nařizuje provozovatelům viditelně označit zařízení společného stravování, provozovaného na základě hostinské činnosti, aby byla zajištěna informovanost osob před vstupem do zařízení, zda se jedná o nekuřácké zařízení (grafickou značkou „Kouření zakázáno“), kuřácké zařízení (grafickou značkou „Kouření povoleno“) nebo zařízení s vyhrazenými prostory (grafickou značkou "Stavebně oddělené prostory pro kuřáky a nekuřáky" a zároveň prostory, v nichž je kouření zakázáno, musí být označeny grafickou značkou „Kouření zakázáno" a prostory, v nichž je kouření povoleno, musí být označeny grafickou značkou „Kouření povoleno". Přesný vzhled grafických značek, které mají návštěvníka informovat je upraven v příloze zákona (Zákon č. 379/2005 Sb.).

Dne 31. 5. 2017 vstoupí v účinnost nový zákon č. 65/2017 Sb. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Zákon mimo jiné stanovuje, kde je zakázáno kouřit. Zákaz kouření se bude týkat vnitřním prostorem provozovny stravovacích služeb (např. restaurace, kavárny, vinárny, čajovny, bary atd.), s výjimkou užívání vodních dýmek. Zákaz mimo jiné nařizuje provozovatelům restaurací a dalších zařízení stravovacích služeb nabízet alespoň jeden nealkoholický nápoj levnější než nejlevnější alkoholický nápoj o stejném objemu (Vl. n. z. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, 2016).

Návrh zákona vychází z materiálu, který byl schválen vládou dne 3. června 2015. Vládní návrh zákona byl poté projednáván Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR jako sněmovní tisk číslo 508, ale ve třetím čtení, dne 25. května 2016 po schválení řady pozměňovacích návrhů, nebyl na základě závěrečného hlasování přijat. Nový, upravený návrh byl pak znovu předložen vládě, a to ve znění návrhu schváleného vládou v roce 2015 s promítnutím změn, které byly podpořeny jako pozměňovací návrhy v rámci třetího čtení Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR. V návrhu byly nad rámec výše uvedeného provedeny oproti původnímu vládnímu návrhu pouze nutné drobné úpravy

textu, aby byl věcný a logicky provázaný (Vl.n.z. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návyk. látek, 2016). Dne 18. 1. 2017 byl návrh zákona Senátem schválen a doručen prezidentu Zemanovi, který jej 14. 2. 2017 podepsal. Zákon vstoupí v účinnost 31. 5. 2017 (PS PČR, 2017, [online]).

Pomocí zákonů jsou dále plněny některé závazky FCTC, kterou Česká republika ratifikovala dne 30. srpna 2012. Na národní úrovni je plněna Národní strategie protidrogové politiky pro období 2010 až 2018 a Zdraví 2020 (Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí a jejich akčních plánů) (Vl. n. z. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, 2016).

2.5.2 Legislativa zákazu kouření v restauracích v EU

V roce 2014 zkoumal Eurobarometr (průzkum veřejného mínění EU), zda respondenti v posledních 6 měsících v jejich zemi navštívili restaurační zařízení, kde lidé kouřili. Podle tohoto průzkumu se legislativa ohledně „protikuřáctví“ v členských státech unie značně liší, což způsobuje určitou rozdílnost ve výsledcích a může tedy zkreslit porovnání s ostatními státy. S kouřením v restauračních zařízeních a jiných jídelních zařízeních se nejvíce respondentů setkala v Řecku (72 %), Rumunsku (59 %), Kypru (53 %) a České republice (53 %). Naopak nejméně jich kouření zaznamenalo ve Švédsku, Lucembursku a Slovinsku, všude pouhé 1 % respondentů (viz tabulka 2).

Tabulka 2 – Procentuální zastoupení respondentů, kteří v posledních 6 měsících navštívili restaurační zařízení, kde se kouřilo (Eurobarometr, 2014)

Pořadí	Stát EU	%	Pořadí	Státy EU	%
1.	Řecko	72	15.	Litva	9
2.	Rumunsko	59	16.	Itálie	8
3.	Kypr	53	17.	Španělsko	7
4.	Česká republika	44	18.	Německo	7
5.	Rakousko	22	19.	Belgie	6
6.	Belgie	20	20.	Maďarsko	5
7.	Chorvatsko	17	21.	Dánsko	5
8.	Portugalsko	16	22.	Velká Británie	4
9.	Lotyšsko	16	23.	Irsko	4
10.	Slovensko	12	24.	Nizozemsko	4
11.	Polsko	9	25.	Finsko	2
12.	Francie	9	26.	Švédsko	1
13.	Estonsko	9	27.	Lucembursko	1
14.	Malta	9	28.	Slovinsko	1

Poznámka: Pořadí od nejpočetnějšího zastoupení (v %) kuřáků v populaci v daném státě.

Poznámka 2: Průměrné zastoupení zakouřených restaurací v EU je 12 %.

Tyto výsledky dobře vystihují odlišnost v legislativách a v jejich vymahatelnosti napříč členskými státy. Například v České republice neexistoval žádný platný zákaz (k dubnu 2017), který by omezil kouření v restauracích. Na druhé straně v Řecku, ve kterém se podle průzkumů Eurobarometru návštěvníci nejčastěji setkávali během 6 měsíců s kuřáckým prostředím v restauračních zařízeních, platí už od roku 2009 plošný zákaz kouření uvnitř restaurací. Ten ovšem není lidmi příliš respektován. Podobná situace je i na ostrovním státě Kypr (Eurobarometr, 2014). Dále například ve Francii od února 2007 platí zákaz ve veřejných prostorách a na pracovištích a od ledna 2008 se nesmí kouřit ani v restauracích a barech (kromě částečně otevřených teras). V Rumunsku platí od prosince 2015 zákon, který zakazuje kouření ve všech uzavřených prostorách, včetně zábavních podniků a v prostorách v blízkosti dětských hřišť. V Belgii od roku 2006 platí zákaz kouření na pracovištích, restauracích a barech. Částečné výjimky byly zrušeny o pět let později. Irsko, jako první v Evropě (v roce 2004), zakázalo kouření ve všech veřejných prostorách, včetně barů a restaurací. Kouření je povoleno pouze v barech v uzavřených kuřáckých prostorách, kde se nepodává jídlo (European Commission, 2015).

Mnoho států EU však umožňuje výjimky. Například v Nizozemsku byl vydán přísný zákaz kouření v restauracích a barech. Zákaz byl ovšem po dvou letech zmírněn, kouření je nyní povoleno v barech, jejichž provozní plocha není větší než 70 m². Chorvatsko od května 2009 zavedlo zákaz kouření na pracovištích, úřadech i v restauracích (s výjimkou zahrádek). Omezení pro restaurace byla však po půl roce zmírněna. Menší podniky mohou být za určitých podmínek kuřácké a větší podniky musí mít pro kuřáky oddělené prostory. V Srbsku byl schválen zákaz kouření v listopadu 2010, podniky s provozní plochou menší než 80 m² mají možnost si vybrat, zda budou kuřácké, či nekuřácké. Větší podniky musí mít oddělené prostory pro kuřáky. Ve Švédsku platí zákaz kouření od června 2005 ve vnitřních budovách, kde se servíruje jídlo a pití. Restaurace ale mohou mít zvláštní kuřácké prostory, kde se však jídlo ani pití nesmí podávat vůbec (European commission, 2015).

2.6 Ochrana zdraví při práci v restauraci

Ze všeho nejdříve je třeba zmínit, že bezpečnost práce v restauraci nemá žádný oficiální soubor bezpečnostních předpisů. Nelze si tedy myslet, že může zaměstnavatel restauračního zařízení řídit podle předem zpracovaného vzoru nebo šablony, ve které

bude výčet povinností v oblasti předpisů Bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (dále BOZP) (BOZP, 2017, [online]).

Každý podnik, ve kterém dochází k pracovní činnosti (pro účely této diplomové práce je to například restaurace), má jiná specifika a dispozice. Z toho vyplývá, že každá restaurace je vystavena různým, avšak podobným rizikům (BOZP, 2017, [online]).

Rizika, která představují práci v hostinské činnosti, lze rozdělit do dvou kategorií – viditelná rizika a neviditelná rizika. Mezi viditelná rizika patří např. popáleniny horkou tekutinou, pořezání, uklouznutí či výbuch propanbutanové lahve. Do neviditelných rizik řadíme např. záření z mikrovlnné trouby, hlučné prostředí, špatné odvětrávání a ventilace, nedostatečné dodržování hygieny, přenášení těžkých předmětů atd. Patří sem ale také riziko, které úzce souvisí s tématem této diplomové práce – zakouřené prostředí (BOZP, 2017, [online]).

Podle zákoníku práce je zaměstnavatel povinen zajistit bezpečnost a ochranu zdraví všem zaměstnancům při práci s ohledem na rizika možného ohrožení jejich životů a zdraví, která se týkají výkonu práce (Zákon 262/2006 Sb., Zákoník práce). Kuřácká zařízení a zařízení, ve kterých je vyhrazený prostor, kde je kouření povoleno, musí mít zajištěné dostatečné odvětrání podle požadavků stanovených zvláštním právním předpisem (Zákon č. 379/2005 Sb.).

Z pracovně-lékařského hlediska lze konstatovat, že zaměstnanci v restauračních zařízeních mají zřetelně zvýšené riziko vzniku rakoviny plic při dlouhodobé expozici tabákovému kouři na pracovištích. Riziko kardiovaskulárních onemocnění je u těchto pracovníků považováno za velmi vysoké. Zdravotně významná zátěž pasivním kouřem v restauracích ovlivňuje dechovou funkci těchto osob, takže pak zaměstnanci v zařízeních, v nichž je kouření povoleno, mají znatelně častější zdravotní problémy než zaměstnanci v podnicích, kde kouření povoleno není. Mezi tyto obtíže patří například kašel (ranní i během dne), zvýšená produkce hlenu, pálení očí, bolest v krku, pocit kratšího dechu, patologické zvukové fenomény při dýchání (Tučka In Králíková, 2013).

Podle Tučka (In Králíková, 2013) se zaměstnavateli vyplatí nekuřácké pracoviště. Zaměstnanci v kuřáckém prostředí jsou častěji v pracovní neschopnosti, jsou méně výkonní, a pokud sami kouří, stráví denně kouřením významnou část pracovní doby.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl a úkoly práce

3.1.1 Cíl práce

Cílem mé diplomové práce je zjistit názory zaměstnanců restauračních zařízení na kouření a eventuální zákaz kouření v restauracích.

3.1.2 Úkoly práce

Pro teoretickou a praktickou část diplomové práce jsem si stanovila úkoly v následujícím pořadí:

1. Obsahová analýza české a zahraniční odborné časopisecké a knižní literatury, vztahující se k tématu kouření.
2. Sestavení obsahu diplomové práce na základě konzultací a knižní literatury, vztahující se k tématu pasivního kouření.
3. Na základě studia odborné literatury zpracovat, utřídit a analyzovat přehled poznatků.
4. Stanovit cíle, úkoly, metodiku a výzkumný soubor diplomové práce.
5. Metoda teoretické analýzy a syntézy odborné a vědecké literatury na téma kouření, vliv kouření na zdraví.
6. Dotazníková metoda – zjišťování názorů pracovníků restauračních zařízení na kouření a eventuální zákaz kouření v restauracích.
7. Výzkumný soubor – 100 zaměstnanců restauračních zařízení
8. Analyzovat všechna získaná data, předně zpracovat výsledky.
9. Prostudovat výsledky, týkající se podobně zaměřených prací a zaměřit se na porovnání výsledků v diskusi.
10. Konkrétní závěry a doporučení pro praxi.

3.1.3 Hypotézy

Stanovila a zformulovala jsem tyto hypotézy:

H1: U zaměstnanců restauračního zařízení je mezi **kuřáctvím** a **postojem se zavedením zákazu kouření** závislost.

H1₀: U zaměstnanců restauračního zařízení není mezi **kuřáctvím** a **postojem se zavedením zákazu kouření** závislost.

H2: U zaměstnanců restauračního zařízení je mezi **kuřáctvím** a **prostředím, ve kterém pracují** (kuřácká/nekuřácká/smíšená restaurace), závislost.

H2₀: U zaměstnanců restauračního zařízení není mezi **kuřáctvím** a **prostředím, ve kterém pracují** (kuřácká/nekuřácká/smíšená restaurace), závislost.

H3: U zaměstnanců restauračního zařízení je mezi **vztahem ke kouření** a **prostředím, ve kterém pracují** (kuřácké/nekuřácké/smíšené restauraci), závislost.

H3₀: U zaměstnanců restauračního zařízení není mezi **vztahem ke kouření** a **prostředím, ve kterém pracují** (kuřácké/nekuřácké/smíšené restauraci), závislost.

H4: U zaměstnanců restauračního zařízení je mezi **pohlavím** a jejich **postojem k zavedením zákazu kouření** závislost.

H4₀: U zaměstnanců restauračního zařízení není mezi **pohlavím** a jejich **postojem k zavedením zákazu kouření** závislost.

3.2 Metodika

Diplomová práce se skládá z teoretické a praktické výzkumné části. V teoretické části jsem zpracovala, utřídila a analyzovala odbornou a vědeckou literaturu, týkající se dané problematiky diplomové práce. Rozbor použitých odborných a ověřených zdrojů se zabýval zejména charakteristikou kouření, vlivem kouření na zdraví a lidský organismus a legislativou, týkající se zákazu kouření v restauracích v tuzemsku.

Na základě cílů a hypotéz je koncipována praktická část. Do praktického výzkumného šetření zahrnuji sběr a vyhodnocení dat, která jsou získána pomocí kvantitativní metody – dotazníkového šetření. K výzkumu jsem použila dotazník vlastní konstrukce s uzavřenými otázkami. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit názory zaměstnanců restauračních zařízení na kouření a zákaz kouření v restauracích. K vyhodnocení všech získaných dat byly použity statistické metody, ověřující předem stanovené hypotézy.

3.2.1 Charakteristika souboru

Vzhledem ke stanovenému cíli diplomové práce, bylo potřeba zvolit náhodný výběr ze skupiny spolupracujících respondentů, podle předem stanovených kritérií.

Kritéria výběru respondentů:

- a) zaměstnanci restauračních zařízení,
- b) pracující v Českých Budějovicích.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů z šestnácti restauračních zařízení se sídlem v Českých Budějovicích. Zaměstnanci z třinácti restaurací vyplňovali dotazníky v papírové podobě a zaměstnanci ze třech restauračních zařízení vyplnili elektronický dotazník, který jsem jim zaslala e-mailem s průvodním dopisem.

Zde je seznam restauračních zařízení, která se zúčastnila dotazníkového šetření:

Tabulka 3 - Restauranti zařízení, která se zúčastnila dotazníkového šetření

Název restauračních zařízení	Adresa
Citro Bar – Restaurant	Nová 62, České Budějovice
Franko's Restaurant, Burgeria & Pizzeria	B. Smetany 27, České Budějovice
Hotel a restaurace Klika	Hroznová 487/25, České Budějovice
Kozlovna u Zelené ratolesti	Husova 5, České Budějovice
Pizza & Burger Big Poppa	Mlýnská 172/2, České Budějovice
Potrefená Husa České Budějovice	Česká 66, České Budějovice
Restaurace Alchymista	U tří lvů 10, České Budějovice
Restaurace Karla IV.	Karla IV. 103/4, České Budějovice
Restaurace Pavlač	Hroznová 52/9, České Budějovice
Restaurace Perla	Pražská 19, České Budějovice
Restaurace Pohádka	Lidická tř. 189/36, České Budějovice
Restaurace U Rychty	Jírovcova 1620/21, České Budějovice
Restaurace Vrbenská točna	Dobrovodská 84, České Budějovice
Restaurace Zlatá hvězda	Husova 2, České Budějovice
The PUB České Budějovice	Na Sadech 30, České Budějovice
U Žebeerka - pivnice a restaurace	Dr. Stejskala 107/5, České Budějovice

3.2.2 Organizační šetření

Před samotným výzkumným šetřením, bylo potřeba nastudovat potřebné informace z odborné a vědecké literatury a ověřených internetových zdrojů.

Po důkladné analýze a následné syntéze informací ze zdrojů, jsem přešla na praktickou část. Určila jsem si hypotézy, které vycházely z předem stanovených cílů. Na základě získaných informací a konzultace s vedoucím diplomové práce byl sestaven dotazník, který se respondentů ptá na názory na kouření a zákaz kouření v restauracích. Dotazník vlastní konstrukce obsahuje analytické a meritorní otázky. Analytické sloužily k získání identifikačních údajů respondentů, jako je pohlaví, věk a vzdělání. Meritorní otázky se týkaly konkrétních názorů a chování jednotlivých respondentů. Tyto otázky se skládaly z uzavřených otázek. U většiny otázek je možnost vybrat pouze jednu odpověď, u třech otázek mohou respondenti zaškrtnout více odpovědí.

Před rozesláním dotazníků jsem si ověřila validitu otázek dotazníku. Poprosila jsem deset lidí z mého okolí o vyplnění dotazníku, abych předešla chybám, nepřesnostem nebo nesrozumitelnosti. Dále bylo zapotřebí určit, která restaurační zařízení v rámci diplomové práce oslovím. Zvolila jsem si metodu pravděpodobnostního (náhodného) výběru, jehož cílem je dát všem jednotkám v základním souboru stejnou pravděpodobnost dostat se do výběru. O každém respondentovi tedy rozhoduje náhoda (Vojtíšek, 2012). Našla jsem si webový server www.restu.cz, ze kterého jsem si vypsalala na papírky všechny restaurace se sídlem v Českých Budějovicích (konkrétní odkaz: <https://www.restu.cz/ceske-budejovice>). Z papírků jsem vylosovala 30 provozoven, které jsem během týdne osobně oslovila a poprosila jejich zaměstnance o vyplnění mého dotazníku. Sběr dat od respondentů probíhal od února do března 2017. V průběhu tohoto období bylo osobně distribuováno 171 dotazníků, z nichž návratnost činila 103. Tři dotazníky byly vyřazeny pro neúplné vyplnění. Do výzkumu tedy bylo zařazeno 100 vyplněných dotazníků.

Všechna získaná data z dotazníkového šetření byla převedena do tabulkového kalkulátoru MS Excel 2016. Následně byla data vyhodnocena a statisticky zpracována. Z výsledků byl stanoven závěr a doporučení pro praxi pro danou tematiku.

3.2.3 Použité výzkumné metody práce

Pro sestavení teoretické a praktické části diplomové práce byly použity tyto výzkumné metody:

Obsahová analýza dokumentů (Miovský, 2006)

Podle metody obsahové analýzy dokumentů jsem sestavila teoretickou a praktickou část mé diplomové práce. Analyzovala jsem již existující materiály, týkající se problematiky diplomové práce – odbornou literaturu, publikace, časopisy, ověřené internetové zdroje. Na základě analýzy dokumentů jsem syntézou charakterizovala klíčové pojmy a přiblížila oblast zájmu mé diplomové práce.

Dotazníková metoda a získávání dat

Pro samostatné statistické vyhodnocování bylo nezbytné získat potřebná data od respondentů pomocí dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření jsem si vybrala, protože dotazování je jedna z nejpoužívanějších a nejpropracovanějších technik získávání empirických dat. Dotazníkovou metodou snadno získáme velký počet osob při malé finanční i časové náročnosti. Nevýhodou písemného dotazování je nižší věrohodnost dat a nízká návratnost, a tedy i možné zkreslení výběrového souboru (Štumbauer, 1990).

Validitu otázek v dotazníku jsem si ověřila předvýzkumem, abych předešla zdánlivě nepatrným chybám a nepřesnostem (Olecká, Ivanová, 2010).

Pro získávání dat bylo nutné nejprve vymežit výzkumný soubor. Základní soubor tvořili zaměstnanci restauračního zařízení se sídlem v Českých Budějovicích. V měsíci březen 2017 proběhla distribuce. V průběhu tohoto období bylo osobně a elektronicky distribuováno 171 dotazníků, z nichž návratnost činila 103, kdy 3 dotazníky byly vyřazeny pro neúplné vyplnění. Do výzkumu tedy bylo zařazeno 100 formálně správně vyplněných dotazníků.

Statistické zpracování dat – chí kvadrát test

Po získání potřebných dat bylo nutné je statisticky zpracovat. V prvním fázi statistického zpracování dat se posuzoval vztah faktorů pomocí kontingenčních tabulek. Byl použit chí-kvadrát test, který posuzuje vzájemnou nezávislost v kontingenčních tabulkách. Předpokladem byla podmínka, alespoň 80 % teoretických četností bude mít vyšší hodnotu než 5 a zároveň žádná hodnota neklesne pod hodnotu 2, jelikož prázdné

buňky, nebo buňky s malými hodnoty, bývají zdrojem nespolehlivosti asymptotických statistik (Papaková, 2010).

Byla zvolena hladina významnosti testu 1 %. Kritickým ukazatelem úspěšnosti testu je p-hodnota, která udává nejnižší možnou hladinu významnosti, při které by ještě byla zamítnuta nulová hypotéza ve prospěch hypotézy alternativní (Biskup, 2017). Z této definice vyplývá, že je-li p-hodnota menší než 0,01, hypotézu o nezávislosti zamítáme, jelikož závislost je vysoce významná (Papaková, 2010).

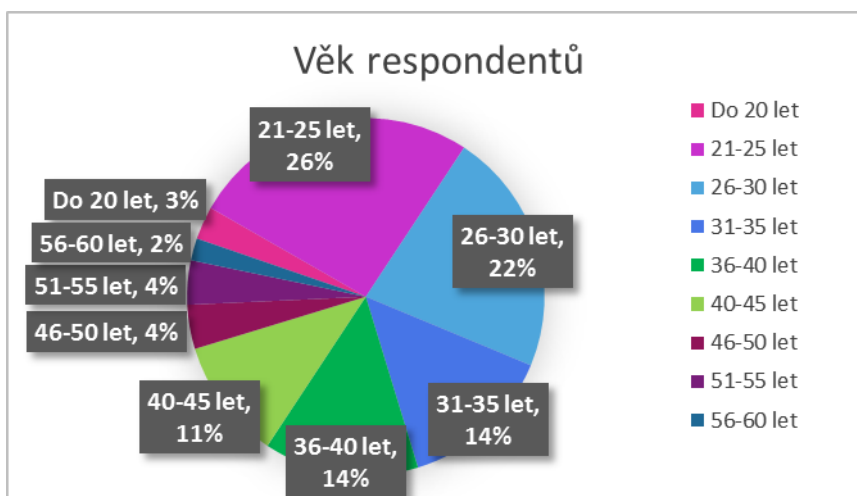
Pro lepší specifikaci toho, u kterých kategorií nastal vysoce významný rozdíl, byla použita adjustovaná standardní rezidua, která se porovnávají s kvantily standardizovaného normálního rozdělení pro zvolenou hladinu významnosti. Pro 1% je to 99,5% kvantil (jelikož normální rozdělení je symetrické a z toho důvodu se musí při srovnávání hodnot hodnota hladiny významnosti půlit na 0,5 %), kterému odpovídá kritická hodnota přibližně 2,58. V případě 5% hladiny by se jednalo o 97,5% kvantil, kde je kritickou hodnotou 1,96 (Papaková, 2010).

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky názorů zaměstnanců restauračních zařízení

Pro potřeby výzkumného šetření byli osloveni zaměstnanci restauračních zařízení z Českých Budějovic. Výzkumný soubor tvoří celkem 100 respondentů, z čehož je 48 mužů a 52 žen. Věkové rozmezí respondentů se pohybuje od 19 do 60 let. Průměrný věk respondentů je přibližně 33 let, medián věku je 30. To tedy znamená, že většina dotazovaných pracovníků nedosahuje průměrného věku souboru a průměr je tedy vyšší kvůli výrazně starším respondentům. Nejčetnější věkové zastoupení je 21 a 27 let (modus). Pro přehlednost četnosti jsem respondenty rozdělila do jednotlivých věkových skupin. Nejpočetnější skupinu respondentů tvořili osoby ve věkovém rozmezí 21-25 let, a to v celkovém počtu 26. Nejméně početnou skupinu tvoří nejstarší respondenti v rozmezí věku 56-60 let, v celkovém počtu 2. Vše je přehledně znázorněno v Grafu 1.

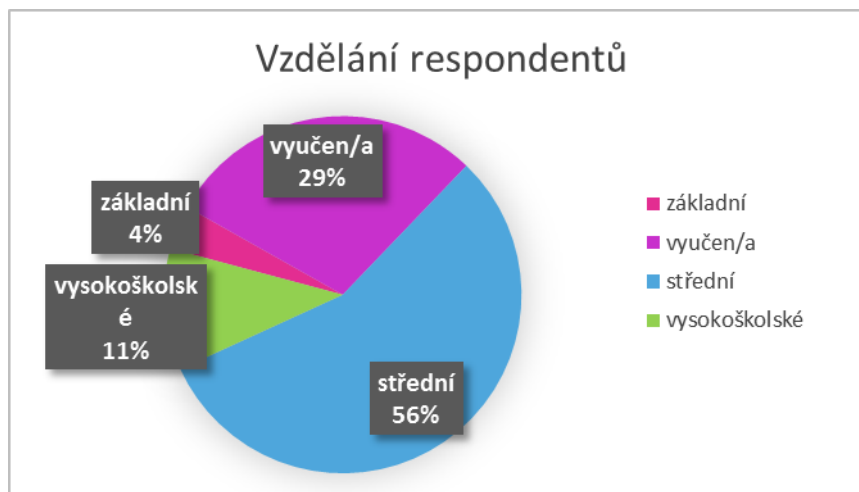
Graf 1 - Celkový přehled respondentů dle věku ve sledovaném souboru (n=100)



Poznámka: Relativní četnost (%) je stejná jako absolutní četnost, protože $n = 100$.
Zdroj: vlastní šetření

Nejvíce respondentů, v počtu 56, udává jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, 29 respondentů je vyučeno, 11 respondentů má vysokoškolské vzdělání a 4 základní. Vše je přehledně znázorněno v Grafu 2.

Graf 2 - Celkový přehled respondentů dle vzdělání ve sledovaném souboru (n=100)



Poznámka: Relativní četnost (%) je stejná jako absolutní četnost, protože $n = 100$.
Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 1 – Jste kuřák?

Otázka č. 1 zjišťovala, zda respondent kouří či nikoliv. Výzkumný soubor tvoří celkem 100 respondentů, přičemž z toho je 65 kuřáků a 35 nekuřáků. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 3.

Graf 3 – Procentuální výskyt kuřáctví ve sledovaném souboru (n=100)

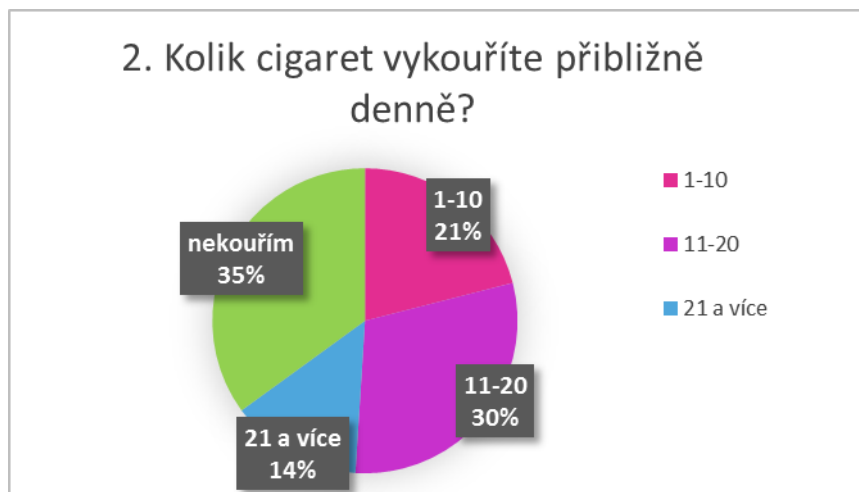


Poznámka: Relativní četnost (%) je stejná jako absolutní četnost, protože $n = 100$.
Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 2 - Kolik cigaret vykouříte přibližně denně?

Otázka č. 2 zjišťovala, kolik cigaret přibližně respondenti vykouří denně. Výzkumný soubor tvoří celkem 100 respondentů. Nejvíce respondentů (30) vykouří 11-20 cigaret, 21 respondentů vykouří 1-10 cigaret a 14 respondentů uvedlo 21 a více. Ostatní respondenti, v počtu 35, nekouří (tzn. vykouří denně 0 cigaret). Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 4.

Graf 4 – Procentuální výskyt počtu vykouřených cigaret za den ve sledovaném souboru (n=100)

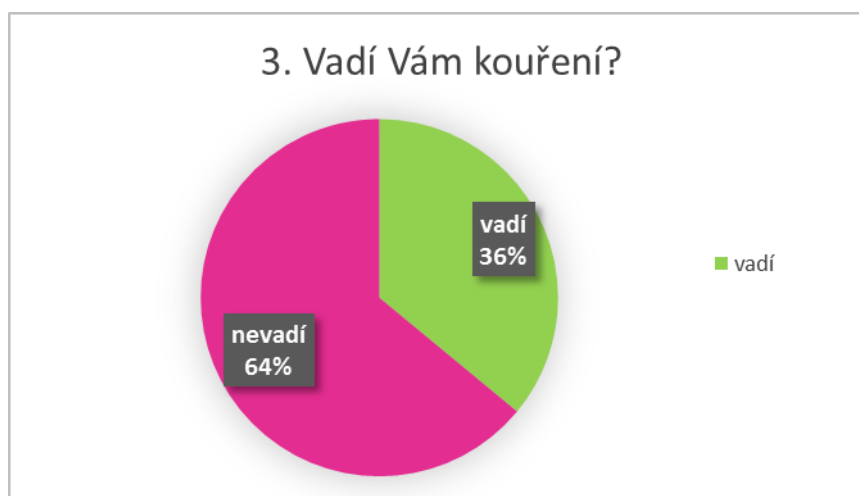


Poznámka: Relativní četnost (%) je stejná jako absolutní četnost, protože $n = 100$.
Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 3 – Vadí vám kouření?

Otázka č. 3 zjišťovala, zda respondentům vadí kouření. Výzkumný soubor tvoří celkem 100 respondentů, přičemž 64 nevadí kouření a 36 vadí. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 5.

Graf 5 – Procentuální výskyt vztahu ke kouření ve sledovaném souboru (n=100)

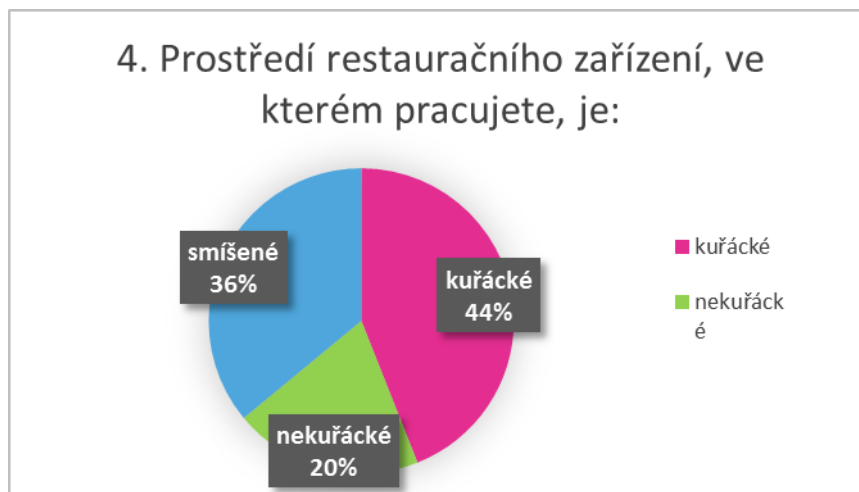


Poznámka: Relativní četnost (%) je stejná jako absolutní četnost, protože $n = 100$.
Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 4 – Prostředí restauračního zařízení, ve kterém pracujete, je:

Otázka č. 4 zjišťovala, v jakém prostředí restauračního zařízení respondenti pracují. Výzkumný soubor tvoří celkem 100 respondentů. Nejvíce respondentů, v počtu 44, uvedlo, že pracuje v kuřácké restauraci, 36 respondentů pracuje ve smíšené restauraci a 20 v nekuřácké. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 6.

Graf 6 – Procentuální podíl pracovního prostředí ve sledovaném souboru (n=100)

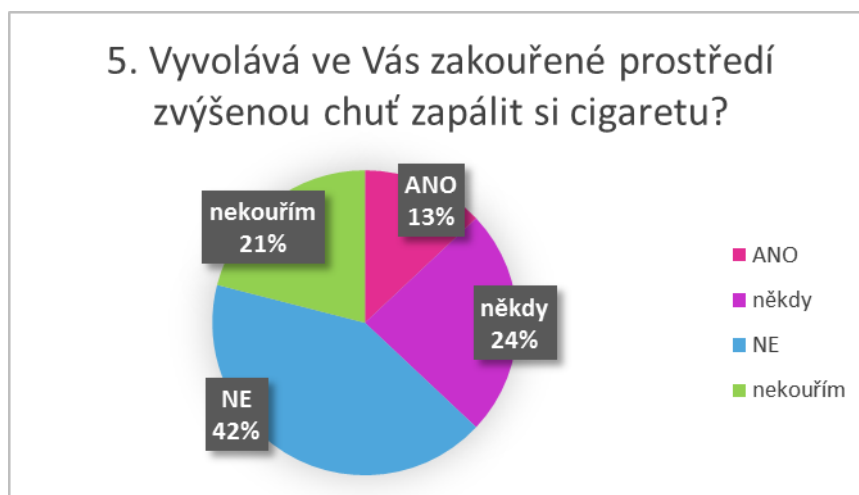


Poznámka: Relativní četnost (%) je stejná jako absolutní četnost, protože $n = 100$.
Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 5 – Vyvolává ve vás zakouřené prostředí zvýšenou chuť zapálit si cigaretu?

Otázka č. 5 zjišťovala, zda vyvolává v respondentech zakouřené prostředí zvýšenou chuť zapálit si cigaretu. Výzkumný soubor tvoří celkem 100 respondentů. Nejvíce respondentů, v počtu 42, uvedlo NE, 24 respondentů někdy a 13 ANO. Ostatní respondenti, v počtu 21, uvedli, že nekouří. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 7.

Graf 7 – Procentuální výskyt chuti ke kouření v zakouřeném prostředí ve sledovaném souboru (n=100)



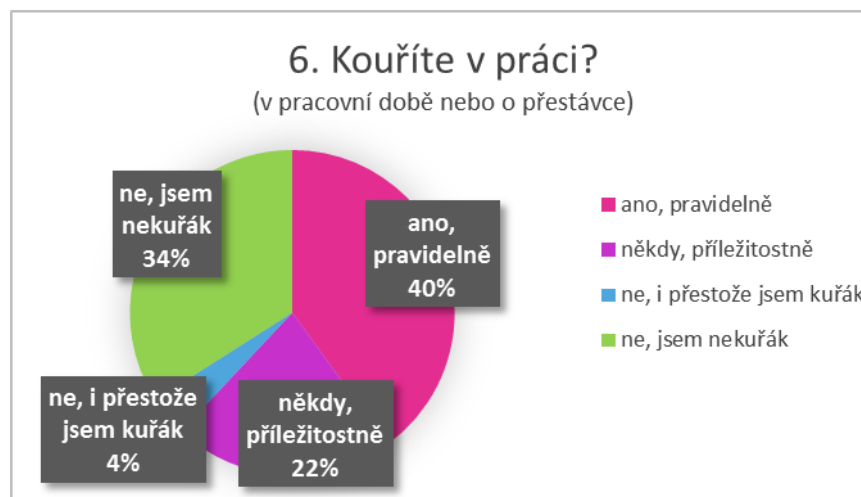
Poznámka: Relativní četnost (%) je stejná jako absolutní četnost, protože $n = 100$.
Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 6 – Kouříte v práci? (v pracovní době nebo o přestávce)

Otázka č. 6 zjišťovala, zda respondenti kouří v práci (v pracovní době nebo o přestávce). Výzkumný soubor tvoří celkem 100 respondentů. Nejvíce respondentů,

v počtu 40, uvedlo „ano, pravidelně“, 34 respondentů „ne, jsem nekuřák“, 22 „někdy, příležitostně“ a nejméně respondentů, v počtu 4, dalo odpověď „ne, i přesto, že jsem kuřák“. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 8.

Graf 8 – Procentuální výskyt kouření v práci ve sledovaném souboru (n=100)

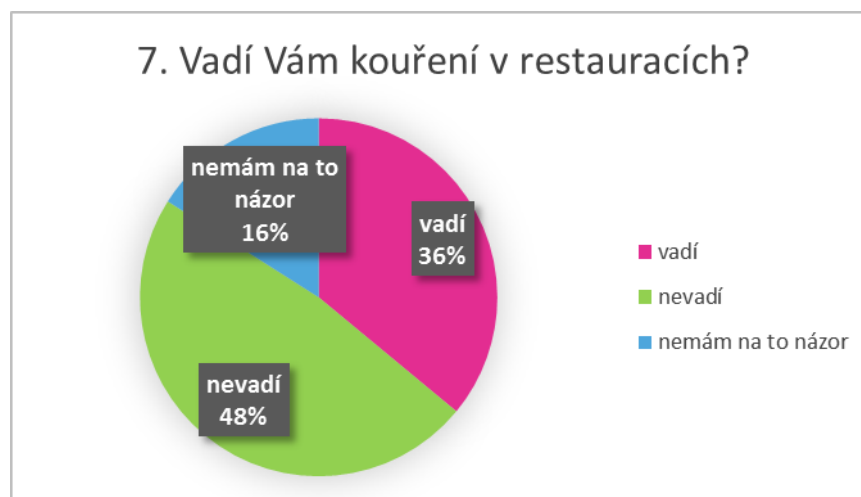


Poznámka: Relativní četnost (%) je stejná jako absolutní četnost, protože n = 100.
Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 7 – Vadí Vám kouření v restauraci?

Otázka č. 7 zjišťovala, zda respondentům vadí kouření v restauraci. Výzkumný soubor tvoří celkem 100 respondentů, přičemž nejvíce respondentům, v počtu 48, kouření v restauraci nevadí, 36ti vadí a 16 respondentů uvedlo, že na to nemají žádný názor. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 9.

Graf 9 – Procentuální výskyt vztahu ke kouření v restauracích ve sledovaném souboru (n=100)



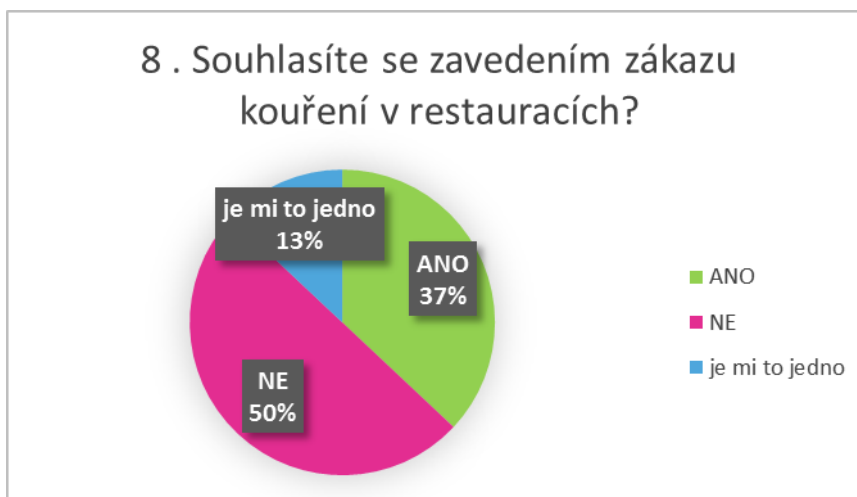
Poznámka: Relativní četnost (%) je stejná jako absolutní četnost, protože n = 100.
Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 8 – Souhlasíte se zavedením zákazu kouření v restauracích?

Otázka č. 8 zjišťovala, zda respondenti souhlasí se zavedením zákazu kouření v restauracích. Výzkumný soubor tvoří celkem 100 respondentů, přičemž nejvíce

respondentů, v počtu 50, uvedlo NE, 37 odpovědělo, že se zavedením zákazu kouření souhlasí a ostatní respondenti, v počtu 13, uvedlo, že na danou problematiku nemají žádný názor. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 10.

Graf 10 – Procentuální výskyt postoje k zavedení zákazu kouření ve sledovaném souboru (n=100)

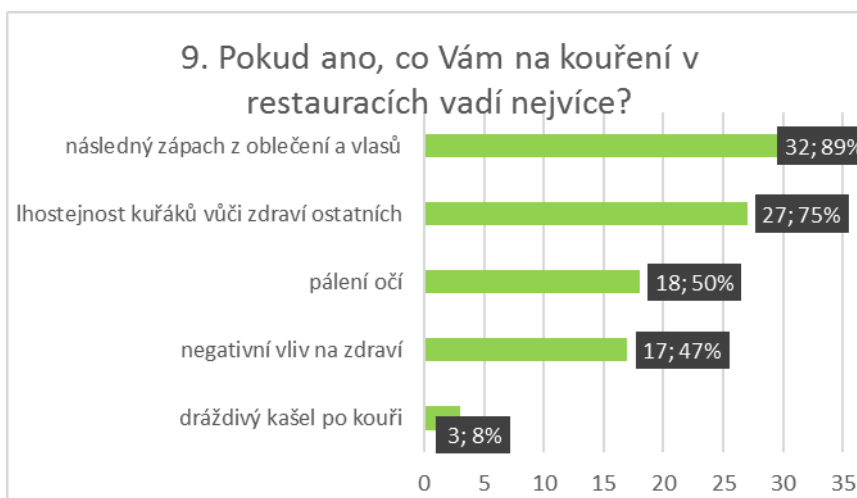


Poznámka: Relativní četnost (%) je stejná jako absolutní četnost, protože n = 100.
Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 9 – Pokud ano, co Vám na kouření v restauracích vadí nejvíce?

Otázka č. 9 zjišťovala, co nejvíce vadí respondentům na kouření v restauracích, pokud uvedli v předešlé otázce ANO, tedy že souhlasí se zavedením zákazu kouření v restauracích (n=36). Respondenti mohli označit více možností. Přibližně 89 % z 36ti respondentů (32krát), odpovědělo, že jim nejvíce vadí „následný zápach z oblečení a vlasů“, 75 % respondentů (27krát) „lhostejnost kuřáků vůči zdraví ostatních“, 50 % (18krát) „pálení očí“, 47 % (17krát) „negativní vliv na zdraví“ a 8 % (3krát) „dráždivý kašel“. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 11.

Graf 11 – Výskyt argumentů pro zákaz kouření v restauracích ve sledovaném souboru (n=36)

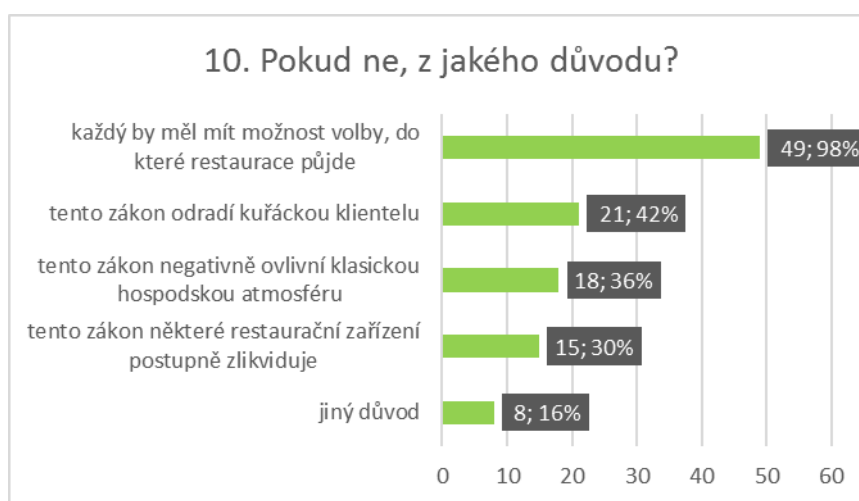


Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 10 – Pokud ne, z jakého důvodu?

Otázka č. 10 zjišťovala, z jakého důvodu uvedli respondenti u otázky č. 8 odpověď NE, tedy že nesouhlasí se zavedením zákazu kouření v restauracích (n=50). Respondenti mohli označit více možností. 98 % z 50ti respondentů (49krát), odpovědělo, že by měl mít každý možnost volby, 42 % respondentů (21krát) uvedlo, že „tento zákon odradí kuřáckou klientelu“, 36 % (18krát) „tento zákon ovlivní klasickou hospodskou atmosféru“, 30 % (15krát) „tento zákon některé restaurační zařízení postupně zlikviduje“ a 16 % (8krát) respondentů uvedlo „jiný důvod“. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 12.

Graf 12 - Výskyt argumentů proti zákaz kouření v restauracích ve sledovaném souboru (n=50)



Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 11 – Raději byste pracovali v nekuřácké restauraci než v kuřácké?

Otázka č. 11 zjišťovala, zda by respondenti pracovali raději v nekuřácké restauraci než v kuřácké. Výzkumný soubor tvoří celkem 100 respondentů, přičemž nejvíce respondentů, v počtu 40, uvedlo ANO, odpověď NE dalo 22 respondentů a 38 je to jedno. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 13.

Graf 13 – Procentuální výskyt preference výběru práce v restauraci dle prostředí ve sledovaném souboru (n=100)

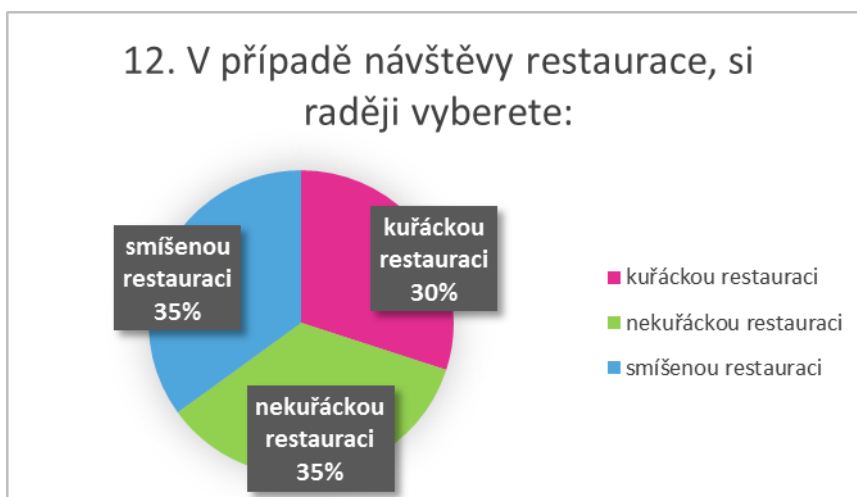


Poznámka: Relativní četnost (%) je stejná jako absolutní četnost, protože n = 100.
Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 12 – V případě návštěvy restaurace, si raději vyberete?

Otázka č. 12 zjišťovala, jakou restauraci si respondenti vyberou v případě návštěvy. Výzkumný soubor tvoří celkem 100 respondentů, přičemž nejvíce z nich, v počtu 35, odpovědělo „nekuřáckou restauraci“ a „smíšenou restauraci“. Odpověď „kuřáckou restauraci“ zvolilo 30 respondentů. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 14.

Graf 14 – Procentuální výskyt preferencí výběru návštěvy restaurace ve sledovaném souboru (n=100)



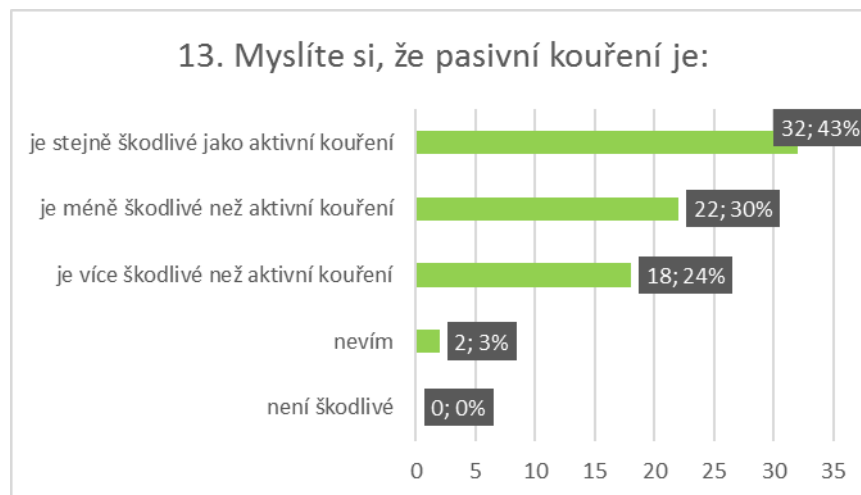
Poznámka: Relativní četnost (%) je stejná jako absolutní četnost, protože n = 100.
Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 13 – Myslíte si, že pasivní kouření je:

Otázka č. 13 zjišťovala, co si myslí respondenti o pasivním kouření, jestli je, nebo není více škodlivé než aktivní kouření. Z výzkumného souboru, který tvoří celkem 100,

odpovědělo na otázku celkem 74 lidí. Nejvíce respondentů uvedlo, že „je stejně škodlivé jako aktivní kouření“, a to v počtu 32. Dále 22 respondentů uvedlo, že „je méně škodlivé než aktivní kouření“, 18 „je méně škodlivé než aktivní kouření“ a 2 možnost „nevím“. Žádný respondent nedopověděl, že „není škodlivé“. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 15.

Graf 15 – Výskyt názorů na pasivní kouření ve sledovaném souboru (n=74)

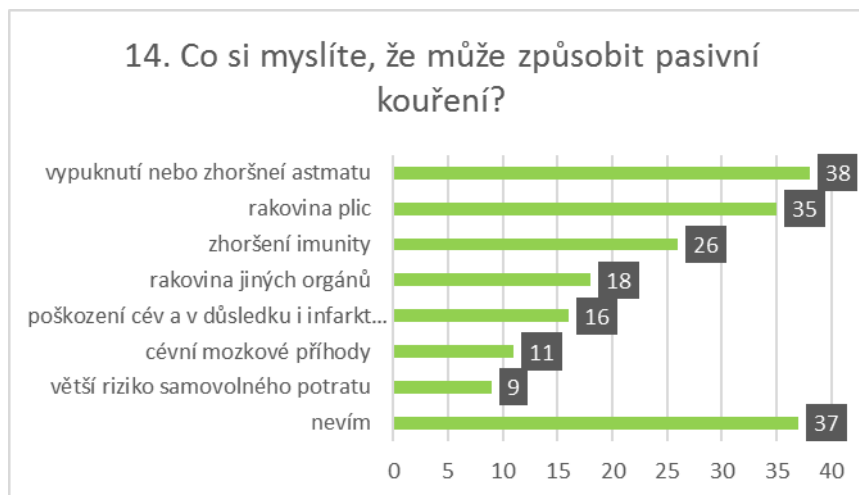


Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 14 – Co si myslíte, že může způsobit pasivní kouření?

Otázka č. 14 zjišťovala, co si myslí respondenti, že může způsobit pasivní kouření. Respondenti mohli označit více možností. Ze 190 odpovědí od 100 respondentů vyplývá, že si nejvíce z nich, v počtu 38, myslí, že pasivní kouření způsobuje „vypuknutí nebo zhoršení astmatu“, 35 respondentů uvedlo „rakovinu plic“, 26 „zhoršení imunity“, 18 „rakovinu jiných orgánů“, 16 „poškození cév a v důsledku i infarkt myokardu“, 11 „cévní mozkové příhody“, 9 „větší riziko samovolného porodu“. Správné odpovědi byly všechny, kromě odpovědi „nevím“, na kterou odpovědělo 37 respondentů. Částečně správně (uvedli alespoň jednu správnou možnost) odpovědělo 58 respondentů. Zcela správně (označili všechny správné možnosti) pouze 5 respondentů. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 16.

Graf 16 - Výskytu názorů na zdravotní následky pasivního kouření ve sledovaném souboru (n=100)



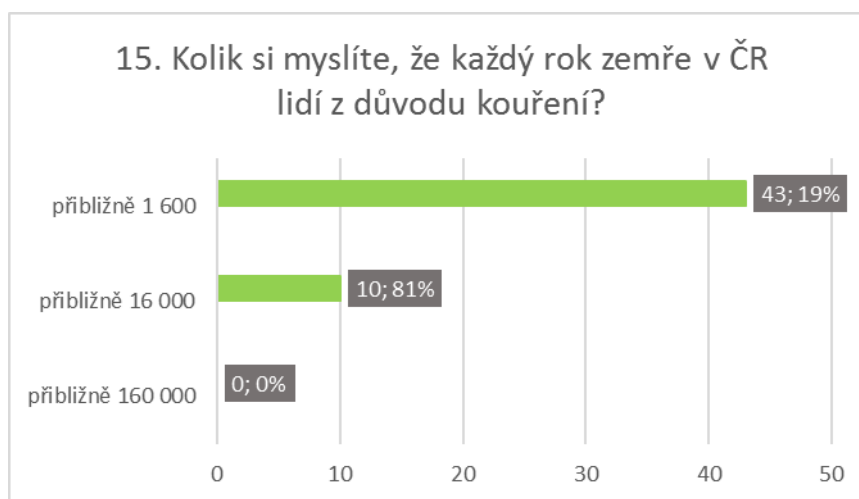
Absolutní četnost je stejná jako relativní četnost (%), protože n=100.

Zdroj: vlastní šetření

Otázky č. 15 – Kolik si myslíte, že každý rok zamře v ČR lidí z důvodu kouření?

Otázka č. 15 zjišťovala, kolik si myslí respondenti, že každý rok zemře v České republice lidí z důvodů kouření. Na otázku odpovědělo 53 respondentů, přičemž nejvíce jich odpovědělo „1 600“, v počtu 43, 10krát „16 000“. Žádný respondent neodpověděl „160 000“. Na otázku neodpovědělo 47 respondentů, i přesto, že byla otázka povinná. Správná odpověď byla, že každý rok zemře z důvodů kouření v ČR přibližně 16 000 lidí. Jednotlivé výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu 17.

Graf 17 - Výskytu povědomí o úmrtnosti z důvodu kouření ve sledovaném souboru (n=53)



Zdroj: vlastní šetření

4.2 Výsledky hypotéz

Hypotéza 1

H₁₀: U zaměstnanců restauračního zařízení není mezi **kuřáctvím a postojem se zavedením zákazu kouření** závislost.

H₁: U zaměstnanců restauračního zařízení je mezi **kuřáctvím a postojem se zavedením zákazu kouření** závislost.

Pracovní hypotéza H₁₀ byla ověřována pomocí chí-kvadrát testu, na jehož základě byla zjištěna vysoce významná závislost ($p=0,004$). Tento test nulovou hypotézu H₁₀ zamítl ve prospěch H₁ na 1% hladině významnosti. Kontingenční Tabulka 4 pro výpočet závislosti ukazuje, že existuje významnost pro dvě silné kategorie, pro kuřáky, kteří nesouhlasí se zákazem kouření v restauracích, tedy mají negativní postoj k zákazu (61,5 %) a nekuřáky, kteří souhlasí se zákazem kouření v restauracích, tedy mají pozitivní postoj k zákazu (57,1 %).

Tabulka 4 - Kontingenční tabulka pro závislost mezi kuřáctvím a postojem k zavedení zákazu kouření (n=100)

1. Jste kuřák?	8. Souhlasíte se zavedením zákazu kouření v restauracích?			
	ANO	NE	je mi to jedno	celkem
ANO	17 26,2%	40 61,5%	8 12,3%	65 100%
NE	20 57,1%	10 28,6%	5 14,3%	35 100%
celkem	37 37%	50 50%	13 13%	100 100%

$p = 0,004 \rightarrow$ statisticky vysoce významná závislost ($p < 0,01$)

Hypotéza 2

H₂₀: U zaměstnanců restauračního zařízení není mezi **kuřáctvím a prostředím, ve kterém pracují** (kuřácká/nekuřácká/smíšená restaurace), závislost.

H₂: U zaměstnanců restauračního zařízení je mezi **kuřáctvím a prostředím, ve kterém pracují** (kuřácká/nekuřácká/smíšená restaurace), závislost.

Pracovní hypotéza H₂₀ byla ověřována pomocí chí-kvadrát testu, na jehož základě byla zjištěna významná závislost ($p=0,015$). Tento test nulovou hypotézu H₂₀ zamítl ve prospěch H₂ na 5% hladině významnosti. Kontingenční Tabulka 5 pro výpočet závislosti ukazuje, že existuje významnost pro dvě silné kategorie, pro nekuřáky, kteří pracují v nekuřácké restauraci (34,3%) a kuřáky, kteří pracují v kuřácké restauraci (52,3%).

Tabulka 5 - Kontingenční tabulka pro závislost mezi kuřáctvím a prostředím, ve kterém pracují (kuřácké/nekuřácká/smíšená restaurace) (n=100)

1. Jste kuřák?	4. Prostředí restauračního zařízení, ve kterém			
	kuřácké	Nekuřácké	smíšené	celkem
ANO	34 52,3%	8 12,3%	23 35,4%	65 100%
NE	10 28,6%	12 34,3%	13 37,1%	35 100%
Celkem	44 44%	20 20%	36 36%	100 100%

$p = 0,015 \rightarrow$ statisticky významná závislost ($p < 0,05$)

Hypotéza 3

H₃₀: U zaměstnanců restauračního zařízení je mezi **vztahem ke kouření a prostředím, ve kterém pracují** (kuřácké/nekuřácké/smíšené restauraci), závislost.

H₃: U zaměstnanců restauračního zařízení není mezi **vztahem ke kouření a prostředím, ve kterém pracují** (kuřácké/nekuřácké/smíšené restauraci), závislost.

Pracovní hypotéza H₃₀ byla ověřována pomocí chí-kvadrát testu, na jehož základě byla zjištěna vysoce významná závislost ($p=0,008$). Tento test nulovou hypotézu H₃₀ zamítl ve prospěch H₃ na 1% vysoké hladiny významnosti. Kontingenční Tabulka 6 (na str. 51) pro výpočet závislosti ukazuje, že existuje významnost pro dvě silné kategorie, respondenty, kteří pracují v nekuřácké restauraci a vadí jim kouření (36,1%) a respondenty kteří pracují v kuřácké restauraci a nevadí jim kouření (51,6%).

Tabulka 6 - Kontingenční tabulka pro závislost mezi prostředím, ve kterém pracují (kuřácké/nekuřácká/smíšená restaurace) a vztahu ke kouření (n=100)

3. Vadí Vám kouření?	4. Prostředí restauračního zařízení, ve kterém pracujete je:			
	kuřácké	nekuřácké	smíšené	celkem
Nevadí	33 51,6%	7 19,9%	24 34,5%	64 100%
Vadí	11 30,6%	13 36,1%	12 33,3%	36 100%
Celkem	44 44%	20 20%	36 36%	100 100%

$p=0,008 \rightarrow$ statisticky vysoce významná závislost ($p < 0,01$)

Hypotéza 4

H₄₀: U zaměstnanců restauračního zařízení není mezi **pohlavím a jejich postojem k zavedením zákazu kouření** závislost.

H4: U zaměstnanců restauračního zařízení je mezi **pohlavím** a jejich **postojem k zavedením zákazu kouření** závislost.

Pracovní hypotéza H_{40} byla ověřována pomocí chí-kvadrát testu, na jehož základě byla zamítnuta závislost ($p=0,249$). Tento test nulovou hypotézu H_{40} nezamítl. Kontingenční Tabulka 7 pro výpočet závislosti ukazuje, že neexistuje závislost pro žádnou z kategorií.

Tabulka 7 - Kontingenční tabulka pro závislost mezi pohlavím a postojem k zavedení zákazu kouření (n=100)

Pohlaví	8. Souhlasíte se zavedením zákazu kouření v restauracích?			
	ANO	NE	je mi to jedno	celkem
Muž	20 54,1%	20 40%	8 61,5%	48 100%
Žena	17 45,9%	30 60%	5 38,5%	52 100%
Celkem	37 37%	50 50%	13 13%	100 100%

$p=0,249 \rightarrow$ neexistuje závislost

5 DISKUSE

Otázka č. 1 zjišťovala, zda zaměstnanci restauračního zařízení kouří, či nikoliv. Z výzkumného souboru ($n = 100$) kouří 65 % respondentů a zbylých 35 % nekouří. Brabencová (2011) ve své diplomové práci také zkoumala kuřáctví zaměstnanců restauračního zařízení. Její výzkum zahrnoval 53 % pravidelných kuřáků, 28 % příležitostných, 11 % bývalých a 8 % nekuřáků. Celkem tedy bylo kuřáků 81 %, pravidelných i příležitostných. (Brabencová, 2011). Další studie, které zkoumala celou populaci ČR, ukázala, že současných kuřáků tabáku v roce 2015 bylo celkem 24,1 % (pravidelných i příležitostných). Oproti předešlému roku (2014) byl zaznamenán významný pokles o 6,2 procentních bodů (Sovinová et al., 2015). Na první pohled je patrné, že první dva výzkumy jsou znatelně odlišné od třetího. Podíl kuřáků v jednotlivých šetřeních je znatelně větší než nekuřáků. Hlavním důvod můžeme přisuzovat odlišné skupině respondentů. Třetí studie se zabývá obyvateli celé České republiky, přičemž první dvě pouze její podmnožinou – obyvateli ČR, kteří jsou zaměstnanci restauračních zařízení. Je velmi pravděpodobné, že práce v restauračním zařízení znatelně ovlivnila kuřáctví jednotlivých respondentů, a to z toho důvodu, že kuřákům, spíše než nekuřákům, je více lhostejné, jakou restauraci si vyberou pro svou práci, a tak kuřáci jsou více zastoupení v restauracích, kde je větší pravděpodobnost zakouřeného prostředí (spíše v těchto podmínkách bude pracovat kuřák, než nekuřák). Zajímavé také je srovnání výsledků mého výzkumu s výzkumem Brabencové. Její větší podíl kuřáků (o 16 procentních bodů) je pravděpodobně způsoben celkovým postupným poklesem kuřáků v populaci, o kterém se zmiňuje Sovinová ve své práci.

Otázka č. 2 zjišťovala, kolik cigaret přibližně respondenti vykouří denně. Z mého výzkumného souboru vyplývá, že nejvíce zaměstnanců restauračních zařízení, kteří kouří, denně vykouří 11-20 cigaret (46,2 %). 1-10 cigaret denně vykouří 32,3 % a více než 21 cigaret 21,5 %. Z analýzy Sovinové a kolektivu (2012) vyplývá, že nejvíce kuřáků v populaci ČR vykouří 1-10 cigaret denně (65,5 %), 11-20 denně vykouří 29,6 % a více než 21 cigaret denně vykouří 4,9 % (Sovinová, et al., 2012). Pokud porovnáme oba výzkumy, zjistíme, že zaměstnanec restauračního zařízení vykouří průměrně asi o 10 cigaret více než běžný občan ČR.

Podle Sovinové (2012) více než 2/3 (68,4 %) občanů České republiky rozhodně nebo spíše souhlasí s tím, aby byl v ČR zaveden zákaz kouření v restauracích. Z nich se rozhodně staví 38,4 % respondentů, spíše by tento zákaz podpořila necelá 1/3 (30,0 %)

dotázaných. V porovnání s předešlým rokem (2010) se podíl zastánců zákazu kouření v restauracích mírně zvýšil. Nesouhlas se zákazem vyjádřilo 17,9 % dotázaných, zbylých 13,7 % na tuto problematiku nemá jasno. Z výzkumu lze konstatovat, že občané České republiky většinou podporují zavedení úplného zákazu kouření v restauracích. Tuto podporu můžeme hodnotit jako stabilní a dlouhodobou (Sovinová et al., 2012). Vyhodnocení všech odpovědí a porovnání s předešlými roky lze nalézt v grafu v Příloze 2. V mém výzkumném šetření jsem se zaměstnanců restauračního zařízení také ptala, zda souhlasí se zavedením zákazu kouření v restauracích (otázka č. 8). Z výzkumného souboru (n=100) uvedlo 37 % respondentů, že s tímto opatřením souhlasí, 50 % nikoli a 13 % nemělo na danou problematiku názor. Z toho vyplývá, že zaměstnanci restauračního zařízení, na rozdíl od běžné populace, spíše nesouhlasí zavedením zákazu kouření. Nutno upozornit na fakt, že výzkumný vzorek zaměstnanců restauračního zařízení je velmi specifický, a proto není překvapením, že se výsledky obou studií neshodují. Můžeme se domnívat, že si zaměstnanci restauračního zařízení myslí, že by každý člověk měl mít možnost volby a obávají se, že zákon odradí kuřáckou klientelu a negativně tak ovlivní klasickou hospodskou atmosféru (více viz Otázka č. 10 a Graf 12).

Otázka č. 14, která zjišťovala, co si zaměstnanci restauračních zařízení myslí, že může způsobit pasivní kouření. Z výsledků vyplývá, že nejvíce z nich (38 %) si myslí, že pasivní kouření způsobuje „vypuknutí nebo zhoršení astmatu“, 35 % respondentů uvedlo „rakovinu plic“, 26 % „zhoršení imunity“, 18 % „rakovinu jiných orgánů“, 16 % „poškození cév a v důsledku i infarkt myokardu“, 11 % „cévní mozkové příhody“ 9 % „větší riziko samovolného porodu“. Na otázku odpovědělo 37 respondentů „nevím“. Z diplomové práce Vidršperkové (2016) vyplynulo, že zaměstnanci restauračního zařízení znají některé zdravotní důsledky pasivního kouření, jelikož uvedli, že pasivní kouření může způsobit dýchací problémy a také možnost vzniku rakoviny plic. Často si také dotazovaní spojovali pasivní kouření se vznikem nebo zhoršením astmatu (Vidršperková, 2016). Z obou výzkumných šetření vyplývá, že si respondenti myslí, že největší zdravotní problémy způsobené pasivním kouřením jsou dýchací problémy, astma a rakovina plic. Nutno dodat, že v mém šetření měli respondenti snadnější rozhodování, protože měli na výběr z možností, v druhém výzkumu museli odpovídat v rozhovoru. Studentka se jich ptala otázkou „Myslíte si, že pasivní kouření způsobuje zdravotní problémy? Dokážete je vyjmenovat?“.

Hypotéza H1 zkoumala, zda je u zaměstnanců restauračního zařízení mezi kuřáctvím a postojem se zavedením zákazu kouření závislost. Hypotéza byla ověřena pomocí chí-kvadrát testu, na jehož základě byla zjištěna vysoce významná závislost (p hodnota = 0,004). Díky kontingenční tabulce (Tabulka 4) jsem prokázala významnou závislost u dvou kategorií – u kuřáků, kteří nesouhlasí se zákazem kouření v restauracích (61,5 %) a u nekuřáků, kteří s tímto zákazem souhlasí (57,1 %). Podle Sovinové a kolegů (2012) jednoznačně platí, že obyvatelé České republiky, kteří kouří, jsou většími odpůrci zákazu, zatímco nekuřáci jeho největšími zastánci. Další zahraniční výzkum Jacksona (2015) obě studie potvrzuje. Tvrdí, že postoje zaměstnanců vůči zákazům kouření do značné míry souvisí s jejich kuřáctvím. Nekuřáci mají obecně pozitivní postoj k zákazům, zatímco kuřáci negativní (Jackson, 2015).

Hypotézou H4 jsem zkoumala, zda existuje závislost u zaměstnanců restauračního zařízení mezi pohlavím a jejich postojem k zavedením zákazu kouření. Hypotéza závislosti byla na 5% hladině významnosti zamítnuta ($p=0,249$). Ze studie Sovinové (2012) naopak vyplývá závislost mezi pohlavím občanů ČR a postojem k zákonu. Tento výzkum zaznamenal, že muži významně více nesouhlasí s úplným zákazem kouření v restauracích, zatímco ženy tento zákaz obecně podporují. Rozdílné výsledky lze přisuzovat odlišné skupině a velikosti výzkumných vzorků. Výzkumu Sovinové se zúčastnili různí občané České republiky, zatímco mého pouze její specifická, již výše zmíněná podmnožina občanů. U mého průzkumu lze předpokládat, že ženám, které se rozhodnou pro práci v restauraci, obecně nevadí zakouřené prostředí. Následně se spíše obávají negativního vlivu zákona na jejich práci, než zdravotních následků způsobených pasivním kouřením.

6 ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Téma diplomové práce „Názor zaměstnanců restauračních zařízení na kouření a zákaz kouření v restauracích“, je zajímavé především svou aktuálností. Politici, lékaři, majitelé, zaměstnanci i návštěvníci restaurací toto téma žhavě diskutují. Všechny dohady a neshody má ukončit protikuřácký zákon, který má kouření v restauracích zcela zakázat a který vstupuje v účinnost 31. května 2017. Je nutné si ovšem uvědomit, že zákaz kouření v restauračních zařízeních nejvíce ovlivní nejen návštěvníky, ale také jejich zaměstnance. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla svou diplomovou práci zaměřit především na tuto skupinu obyvatel.

Má diplomová práce se zabývala názory zaměstnanců restauračních zařízení na kouření a zákaz kouření v restauracích. Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jaký mají názor zaměstnanci restauračních zařízení na kouření a eventuální zákaz kouření v restauracích. Pro naplnění cílů jsem nejprve zpracovala teoretickou část, ve které jsem vysvětlila základní pojmy týkající se kouření, pasivního kouření, zdravotních důsledků kouření a prevence kouření. V závěru teoretické části jsem rozebrala legislativu protikuřáckého zákona a problematiku ochrany zdraví při práci v restauracích.

V praktické části jsem popsala cíl, úkoly práce, hypotézy a metodiku této diplomové práce. Výzkumné šetření jsem provedla metodou dotazníku vlastní konstrukce, který je určen pro zaměstnance náhodně vybraných restauračních zařízení v Českých Budějovicích. K vyhodnocení všech získaných dat jsem využila statistické metody chí kvadrát testu, kterým jsem ověřila předem stanovené hypotézy. Výsledky jsem vyhodnotila a interpretovala.

Z výzkumu vyplynulo, že téměř 2/3 respondentů kouří. Nejčastěji pak tito kuřáci uváděli, že vykouří 11-20 cigaret denně (46 % z dotazovaných kuřáků) Kouření nevadí skoro 2/3 respondentům z mého průzkumu. Polovina dotazovaných nesouhlasí se zavedením zákazu kouření v restauracích, přes 33 % s tímto zákazem souhlasí a zbylé respondenty tento zákaz nezajímá - je jim jedno, zda bude zákon zaveden, či nikoli. Hlavním důvodem, proč daným respondentům zavedení zákazu vadí je, že zákon odradí kuřáckou klientelu a ovlivní klasičtější hospodskou atmosféru Naopak těm, kteří souhlasí se zavedením zákazu kouření, nejvíce vadí následný zápach z oblečení a vlasů a lhostejnost kuřáků vůči zdraví ostatních. Nejvíce respondentů (2/5) by raději pracovalo v nekuřácké restauraci. U otázky, jakou restauraci si raději vyberou v případě

návštěvy, jsou respondenti nejednotní. Všechny odpovědi byly zastoupeny téměř stejným procentuálním podílem. 35 % všech odpovědělo, že by si raději vybrali „nekuřáckou restauraci“, stejný podíl „smíšenou restauraci“ a zbylých 30 % by si vybralo kuřáckou.

Ze čtyř předem stanovených hypotéz se pomocí statistického testu závislosti potvrdily tři. Z první hypotézy bylo zjištěno, že existuje vysoká hladina závislosti mezi kuřáctvím a postojem k zákazu kouření. Z výsledků vyplynulo, že kuřáci spíše nesouhlasí se zavedením zákazu kouření než nekuřáci a naopak. Z druhé hypotézy vyplynulo, že kuřáci pracují více v kuřáckých restauracích a nekuřáci v nekuřáckých. Ve třetí hypotéze byla zkoumána závislost mezi prostředím, ve kterém respondenti pracují a jejich názorem na kouření. Z této hypotézy vyplynulo, že zaměstnancům restauračního zařízení, kteří pracují v nekuřácké restauraci, vadí kouření a těm, kteří pracují v kuřácké, kouření nevadí. Poslední hypotéza, která zkoumala závislost mezi pohlavím respondentů a názorem na zákaz kouření v restauracích se nepotvrdila na stanovené hladině významnosti.

Zjednodušeně řečeno lze konstatovat, že zaměstnancům spíše nevadí kouření a se zákazem kouření v restauracích spíše nesouhlasí. Jaký bude mít dopad zákaz kouření na provoz restauračních zařízení a jestli postupně změní názor zaměstnanci restauračních zařízení, se ukáže až po vstoupení schváleného zákona v účinnost.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

AMERICAN CANCER SOCIETY CANCER ACTION NETWORK. *The Effects of Secondhand Smoke on Worker Health* [online]. 2008 [cit. 2017-04-22]. Dostupné z: <http://action.acscan.org/site/DocServer/Effects-Secondhand-Smoke.pdf?docID=5161>

ATKINS, Simon. *První kroky z kouření*. 1. vyd. Uhřetice: Doron, c2014. První kroky (Doron). ISBN 978-80-7297-112-1.

BISKUP, Roman. *Vyhodnocování výsledků testování hypotéz na základě „p-value“* [online]. 2017 [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: http://home.ef.jcu.cz/~birom/stat/cviceni/09/p_value.pdf

Bodová mutace, in: *Velký lékařský slovník* [online], [cit. 2017-02-16], dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/mutace-bodova>

BOZP. *Bezpečnost práce v restauraci a kuchyni. Jaké jsou povinnosti na BOZP při hostinské činnosti?* [online]. 2017 [cit. 2017-01-24]. Dostupné z: <http://www.bozp.cz/aktuality/bezpecnost-prace-v-restauraci-a-kuchyni/>

BRABENCOVÁ, Věra. *Postoj zaměstnanců pohostinských zařízení k problematice pasivního kouření - informovanost, zdravotní vlivy, regulace*. České Budějovice, 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

ČESKO. Sněmovní tisk 828/0, část č. 1/6 VI.n.z. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návyk. látek - EU - RJ [online]. [cit. 2017-01-13]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=828&CT1=0>

ČESKO. Zákon č. 262/2006 Sb., *zákoník práce*

ČESKO. Zákon č. 305/2009 Sb., *o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*.

ČESKO. Zákon č. 37/1989 Sb., *o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi*.

ČESKO. Zákon č. 379/2005 Sb., *o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů*.

ČESKO. Zákon č. 379/2005 Sb., *o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů*.

ČEŠKA, Richard, TESAŘ, Vladimír, Petr DÍTĚ a Tomáš ŠTULC, ed. Interna. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-423-0.

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2860-5.

ERIKSEN, M., MACKAY, J., SCHLUGER, N., ISLAMI, F., DROPE, J. 2015. The tobacco atlas. 5. vyd. Atlanta, Georgia : American Cancer Society. ISBN 1604432357.

EUROPEAN COMMISSION. *Overview of smoke-free legislation and its implementation in the EU* [online]. 2015 [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/smoke-free_legislation_overview_en.pdf

EUROPEAN COMMISSION. *Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes*. Special Eurobarometer 429. [online]. [cit. 2016-10-19]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf

EUROPEAN COMMISSION. *Attitudes of Europeans towards tobacco* Special Eurobarometer 385. [online]. [cit. 2016-10-18]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf

HONÍŠKOVÁ, Iva. *O kouření* [online]. 2013 [cit. 2017-02-04]. Dostupné z: <http://www.eseznam.cz/index.php/rubriky/ruzne-clanky/2102-o-koureni>

IARC. *Jaké jsou výhody zavedení právních předpisů o vytvoření nekuřáckého prostředí?* [online]. 2016 [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/cs/12-zpusobu/neprimy-kour/2850-jake-jsou-vyhody-zavedeni-pravnich-predpisu-o-vytvoreni-nekurackeho-prostredi>

IARC. *Proč by nekuřáky, kteří dýchají kouř jiných lidí, měla znepokojovat rakovina plic?* [online]. [cit. 2016-11-08]. Dostupné z: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/cs/12-zpusobu/neprimy-kour/2843-co-je-to-neprimy-kour>

JACKSON, Leonard. Revisiting smoking bans in restaurants: Canadian employees perspectives. *Tourism and Hospitality Research* [online]. 2014, **2015**(15), 91-104 [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1467358414553867>

JHA, Prabhat a Frank J. CHALOUPKA. *Jak zvládnout kuřáckou epidemii: vlády a ekonomika kontroly tabáku*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. ISBN 80-7071-234-1.

KINDL, T., 2017. Legislativní vývoj zákazu kouření v restauracích po česku [online]. Praha cit. [2017-01-16]. Dostupné z: <http://www.tabakpravo.cz/2014/12/legislativni-vyvoj-zakazu-koureni-v.html>

- KOBLÍŽEK, Vladimír a Jana KOUDELOVÁ. *Kouření a chronická obstrukční plicní nemoc*. In Eva Králíková a kolektiv. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. 1. vyd. Břeclav: ADAMIRA s.r.o. Břeclav, 2013. ISBN 978-80-904217-4-5.
- KRÁLÍKOVÁ, E. et al. *Závislost na tabáku epidemiologie, prevence a léčba*. 1.vyd. Břeclav: ADMIRA, s.r.o., 2013. ISBN 978-80-904217-4-5
- KRÁLÍKOVÁ, E.: *Pasivní kouření – nejde o zápach, ale o zdraví*. [online]. 2009. [cit. 2017-01-17]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.cz/blogy/eva-kralikova.php?itemid=5519>
- KRÁLÍKOVÁ, Eva et al. *Závislost na tabáku: Epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA, 2013. ISBN 9788090421745.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3711-2.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Nekuřáctví - základní podmínka zdravých plic: jak přestat kouřit?*. Olomouc: Solen, 2010. ISBN 978-80-87327-27-2.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Pasivní kouření - nejde o zápach, ale o zdraví* [online]. 2009 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.cz/blogy/eva-kralikova.php?itemid=5519>
- KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-217-5.
- LANGROVÁ, Kateřina. *Zdravotní důsledky expozice pasivnímu kouření* [online]. 2004 [cit. 2017-01-26]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/2984621-Zdravotni-dusledky-expozice-pasivnimu.html>
- LEON, Maria E., PERUGA, Armando, MCNEILL Ann, a kol. *European Code against Cancer, 4th Edition: Tobacco and cancer*. Cancer Epidemiology [online]. 11. 8. 2015 [cit. 2016-11-08]. ISSN 1877-7821. Dostupné z: http://cancer-code-europe.iarc.fr/images/doc/2_tobacco.pdf
- MICHALCOVÁ, Jana a Jaroslav FEYREISL. *Kouření a reprodukce*. In Eva Králíková a kolektiv. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. 1. vyd. Břeclav: ADAMIRA s.r.o. Břeclav, 2013. ISBN 978-80-904217-4-5.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- NOVÁK, M. *O kouření*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1980. ISBN 08-060-80.
- OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.

PAPAKOVÁ, Markéta. *Využití Chi kvadrát testů na příkladech experimentálních dat s využitím Geostatistical Analyst v softwaru ArcMap*. 2010. Univerzita Palackého v Olomouci.

PARTIES TO THE WHO, *Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control* [online]. [cit. 2017-01-13]. Dostupné z: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/

PAZDERA, Vojtěch a Michal FOUSEK. *Spektroskopie tabákového kouře* [online]. [cit. 2016-10-31]. Dostupné z: http://www.jh-inst.cas.cz/3nastroje/data/dokument/soubor/ccf_2-11_D.pdf

PRADÁČOVÁ, Jarmila. *Kouření a zdraví*. Praha: Liga proti rakovině Praha, 2003.

PRADÁČOVÁ, Jarmila. *Obecné informace pro pacienty - Kouření a zdraví* [online]. 2017 [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/16130764-3-slozeni-tabakoveho-koure.html>

PRAUSOVÁ, Jana. *Kouření a etiologie zhoubných onemocnění*. In Eva Králíková a kolektiv. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. 1. vyd. Břeclav: ADAMIRA s.r.o. Břeclav, 2013. ISBN 978-80-904217-4-5.

PRIBIŠ, Peter. *Kouření "z třetí ruky": Third hand smoke* [online]. 2009 [cit. 2017-01-26]. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2009-06/34-koureni-z-treti-ruky.pdf>

PS PČR. *Sněmovní tisk 828/0: Návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek* [online]. 2017, [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=828&CT1=0>

PS PČR. *Sněmovní tisk 828: Vl.n.z. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návyk. látek - EU* [online]. 2017 [cit. 2017-02-22]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&T=828>

ROBERTS, Christopher, Grace WAGLER a Michaele M. CARR. *Environmental Tobacco Smoke: Public Perception of Risks of Exposing Children to Second- and Third-Hand Tobacco Smoke* [online]. 2017 [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S089152451630219X/1-s2.0-S089152451630219X-main.pdf?_tid=aa096ce2-e7fa-11e6-8c84-00000aacb35f&acdnat=1485897626_10fb53f23f374cf2127ff154ee66188c

SOVINOVÁ, Hana a Ladislav CSÉMY. *Užívání tabáku v České republice 2015* [online]. 2015 [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/Uzivani_tabaku2015.pdf

SOVINOVÁ, Hana, Ladislav CSÉMY a Věra KERNOVÁ. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice: zpráva o situaci za období posledních deseti let*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2014. ISBN 978-80-7071-335-8.

SOVINOVÁ, Hana, Petr SADÍLEK a Ladislav CSÉMY. *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR: Názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997-2011)* [online]. Státní zdravotní ústav, 2012 [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/zavislosti/koureni/zprava-kuractvi-2011.pdf>

SVOBODOVÁ, A., KOZÁK, J. (1990). *Mládež a kouření*. Praha: Ústav zdravotní výchovy.

ŠTUMBAUER, Jan. *Základy vědecké práce v tělesné kultuře*. Č. Budějovice: Pedagogická Fakulta., 1990. ISBN 807-04-001-88.

TUČEK, Milan. *Kouření a práce*. In Eva Králíková a kolektiv. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. 1. vyd. Břeclav: ADAMIRA s.r.o. Břeclav, 2013. ISBN 978-80-904217-4-5.

VIDRŠPERKOVÁ, Kristýna. *Problematika kouření v restauračních zařízeních v centru Plzně*. České Budějovice, 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

VOJTÍŠEK, Petr. *Výzkumné metody: Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní, 2012. ISBN 978-80-905109-3-7.

VRABÍK, Michal, Eva KRÁLÍKOVÁ a Richard ČEŠKA. *Kouření a kardiovaskulární onemocnění se zaměřením na metabolismus lipidů* [online]. 2004 [cit. 2017-01-24]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=kr_04_04_09.pdf

WHO. *Cause-specific mortality* [online]. 2008: WHO region. Dostupné z: <http://apps.who.int/gho/data/node.home>

ŽALOUDEK, Jan. *Vyhnete se rakovině, aneb, Prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2307-5.

8 SEZNAM ZKRATEK

BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control (Rámcové úmluvy o kontrole tabáku)
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
IARC	International Agency for Research on Cancer (Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny)
ICHS	Ischemická choroba srdeční
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
OSN	Organizace spojených národů
SZÚ	Státní zdravotní ústav
WHO	World health organization (Světová zdravotnická organizace)

9 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Procentuální zastoupení kuřáků v členských státech EU	22
Tabulka 2 – Procentuální zastoupení respondentů, kteří v posledních 6 měsících navštívili restaurační zařízení, kde se kouřilo.....	27
Tabulka 3 - Restaurace, které se zúčastnily dotazníkového šetření.....	32
Tabulka 4 - Kontingenční tabulka pro závislost mezi kuřáctvím a postojem k zavedení zákazu kouření	46
Tabulka 5 - Kontingenční tabulka pro závislost mezi kuřáctvím a prostředím, ve kterém pracují (kuřácké/nekuřácká/smíšená restaurace)	47
Tabulka 6 - Kontingenční tabulka pro závislost mezi prostředím, ve kterém pracují (kuřácké/nekuřácká/smíšená restaurace) a vztahu ke kouření	47
Tabulka 7 - Kontingenční tabulka pro závislost mezi pohlavím a postojem k zavedení zákazu kouření	48

10 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Celkový přehled respondentů dle věku (n=100)	36
Graf 2 - Celkový přehled respondentů dle vzdělání (n=100)	37
Graf 3 – Procentuální výskyt kuřáctví ve sledovaném souboru	37
Graf 4 – Procentuální výskyt počtu vykouřených cigaret za den ve sled. Souboru	38
Graf 5 – Procentuální výskyt vztahu ke kouření ve sledovaném souboru.....	38
Graf 6 – Procentuální podíl pracovního prostředí ve sledovaném souboru.....	39
Graf 7 – Procentuální výskyt chuti ke kouření v zakouřeném prostř. ve sled. souboru.	39
Graf 8 – Procentuální výskyt kouření v práci ve sledovaném souboru	40
Graf 9 – Procentuální výskyt vztahu ke kouření v restauracích ve sled. soubor	40
Graf 10 – Procentuální výskyt postoje k zavedení zákazu kouření ve sled. souboru	41
Graf 11 – Výskyt argumentů pro zákaz kouření v restauracích ve sled. souboru	41
Graf 12 - Výskyt argumentů proti zákaz kouření v restauracích ve sled. souboru.....	42
Graf 13 – Procentuální výskyt preference výběru práce v restauraci dle prostředí ve sledovaném souboru	43
Graf 14 – Procentuální výskyt preferencí výběru návštěvy restaurace ve sled. souboru	43
Graf 15 – Výskyt názorů na pasivní kouření ve sledovaném souboru	44
Graf 16 - Výskytu názorů na zdravotní následky pasivního kouření ve sled. souboru .	45
Graf 17 - Výskytu povědomí o úmrtnosti z důvodu kouření ve sledovaném souboru ...	45

11 PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha I – Dotazník vlastní konstrukce pro zaměstnance restauračního zařízení

Příloha II – Graf znázorňující stanovisko občanů k úplnému zákazu kouření
v restauracích

Příloha I – Dotazník vlastní konstrukce pro zaměstnance restauračního zařízení

Dobrý den,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: „Názor zaměstnanců restauračních zařízení na kouření a zákaz kouření v restauracích“.

Děkuji za spolupráci a za Váš čas, který jste strávili při vyplňování dotazníku.

Bc. Markéta Vodičková

Pohlaví: muž/žena Věk:

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) střední
- d) vysokoškolské

1. Jste kuřák?

- a) ANO
- b) NE

2. Kolik cigaret vykouříte přibližně denně?

- a) 1-10
- b) 11-20
- c) 21 a více
- d) nekouřím

3. Vadí vám kouření?

- a) vadí
- c) nevadí

5. Vyvolává ve Vás zakouřené prostředí zvýšenou chuť zapálit si cigaretu?

- a) ANO
- b) někdy
- c) NE
- d) nekouřím

6. Kouříte v práci (v pracovní době nebo o přestávce)?

- a) ano, pravidelně
- b) někdy, příležitostně
- c) ne, i přestože jsem kuřák
- d) ne, jsem nekuřák

7. Vadí vám kouření v restauracích?

- a) vadí
- c) nevadí

8. Souhlasíte se zavedením zákazu kouření v restauracích?

- a) ANO (přeskočte otázku č. 10)
- b) NE (přeskočte otázku č. 9)
- c) je mi to jedno (přeskočte otázku č. 9 a 10)

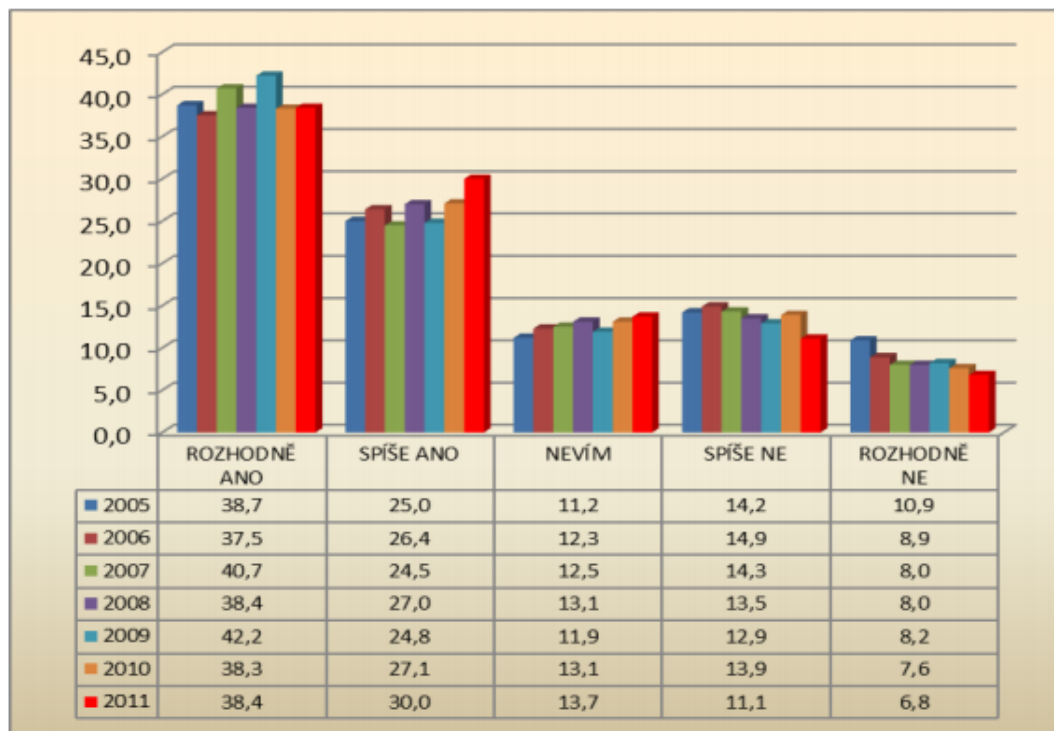
- 9. Pokud ano, co vám na kouření v restauracích vadí nejvíce?**
(můžete označit více možností)
- a) následný zápach z oblečení a vlasů
 - b) pálení očí
 - c) dráždivý kašel po kouři
 - d) negativní vliv na zdraví
 - e) lhostejnost kuřáků vůči zdraví ostatních
- 10. Pokud ne, z jakého důvodu?** (můžete označit více možností)
- a) tento zákon odradí kuřáckou klientelu
 - b) tento zákon některé restaurační zařízení postupně zlikviduje
 - c) každý by měl mít možnost volby, do které restaurace půjde (kuřácké/nekuřácké)
 - d) tento zákon negativně ovlivní klasickou hospodskou atmosféru
 - e) jiný důvod
- 11. Raději byste pracovali v nekuřácké restauraci než v kuřácké?**
- a) ANO
 - b) NE
 - c) je mi to jedno
- 12. V případě návštěvy restaurace, si raději vyberete:**
- a) kuřáckou restauraci
 - b) nekuřáckou restauraci
 - c) smíšenou restauraci
- 13. Myslíte si, že pasivní kouření je:**
- a) je více škodlivé než aktivní
 - b) je stejně škodlivé jako aktivní
 - c) je méně škodlivé než aktivní
 - d) není škodlivé
 - e) nevím
- 15. Kolik si myslíte, že každý rok zemře v ČR lidí z důvodu kouření?** (dle [Peto et al., 2010](#))
- a. přibližně 1 600
 - b. přibližně 16 000
 - c. přibližně 160 000

Děkuji Vám za vyplnění a přeji hezký den.

Příloha II – Graf znázorňující stanovisko občanů k úplnému zákazu kouření v restauracích

Graf č. 24 - Stanovisko občanů k úplnému zákazu kouření v restauracích

(v %) N = 1612 (2005); N = 1788 (2006); N = 1606 (2007); N = 1790 (2008); N = 1795 (2009); N = 1788 (2010); N = 1797 (2011);



Zdroj: SZÚ