

Bílá kniha

Tabák v České republice

Kouření je příčinou každého pátého úmrtí

1. Kouření tabáku je nejvýznamnější samostatnou preventabilní příčinou onemocnění a předčasného úmrtí v České republice. Zabíjí ročně 23.000 občanů – tedy přes 60 osob denně. Odhaduje se, že v Evropské Unii umírá ročně na nemoci způsobené tabákem půl milionu osob (Peto et al., 1994).
2. Vláda každé země je zodpovědná za vytváření specifických podmínek pro zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Pro to je nutné definovat jasné cíle. Toho lze, mimo jiné, dosáhnout snížením užívání tabáku. Je to především redukce onemocnění srdce a cév (nejčastější příčina úmrtí v důsledku tabáku), dále snížení počtu úmrtí na nádorová onemocnění (celkově se na nich kouření podílí cca třetinou).
3. Na zlepšení zdraví společnosti se podílí:
 - zlepšení zdraví obyvatel jako celku a prodloužení aktivní části jejich života
 - zlepšení zdraví těch nejpotřebnějších ve společnosti a to podle sociálních vrstev, vzdělání apod., tak lze zmenšit rozdíly v délce jejich dožití.

Dosažení těchto cílů poskytne každému občanu v naší zemi naději prožít plný a zdravý život. Toho nelze dosáhnout, pokud neomezíme kouření.

1. Je nezbytné, stejně jako ve všech vyspělých zemích, zahájit konečně komplexní a účinnou kontrolu tabáku. Omezení kouření je základní podmínkou pro snížení počtu úmrtí na nádorová a srdeční onemocnění. Je také zásadní pro obecné zlepšení zdraví v České republice.

Fakta o kouření

2. Tabáková epidemie je až epidemií 20. století – již během něho usmrtil tabák celosvětově víc osob než obě světové války dohromady (asi 100 milionů), ve století příštím to bude pravděpodobně miliarda.
3. Kouření v České republice vrcholilo v 60. a v 70. letech a od té doby pomalu klesá. V současnosti kouří 29 % dospělé populace (starší 15 let), tj. 2,5 milionu osob. Přestávají kouřit převážně starší osoby a to hlavně muži; začínají bohužel mladší a ženy. Tento zhoršující se trend je podporován aktivitami tabákových výrobců, reklamou a nízkou reálnou cenou cigaret. Ta především ovlivňuje kouření dětí a mládeže. V roce 1999 vykouřilo nejméně jednu cigaretu 45% 13 až 14letých dětí. V roce 1974 kouřilo ve věku 15 až 18 let denně 13%, v roce 1984 21% a v roce 1995 26% dětí (Sovínová et al., 1999).
4. Více a více dětí pravidelně kouří (pravidelné kouření dětí definuje Světová zdravotnická organizace jako vykouření nejméně jedné cigarety týdně). Jednu či více cigaret týdně kouřilo ve věku 11-12 let 2,8% chlapců a 1,5 % dívek, ve věku 13-14 let a 7,7% a 4,3% a v 15-16 letech 17,5 % chlapců a 14,6 % dívek. Více jak 10 cigaret týdně dle věku kouřilo: věk 11-12: chlapci 1,4 %, dívky 0,6 %; věk: 13 -14 let: 4,0 % a 2,0 % a věk 15-16 let: 14,4 % chlapců a 10,4 % dívek (N = 3930), (Csémy L., 1995). Medián věku, ve kterém děti začínají kouřit byl v roce 1993 12 let (Nová Z., 1993), v roce 1998 11,8 let (Pohunek P. et al., 1999).
V poslední době se situace nadále zhoršila: ve sledované kohortě jedenáctiletých dětí mělo zkušenost s cigaretou 57% (1996), ve dvanácti letech jich pravidelně kouřilo 4% (1996), ve 13 letech 8,3% (1997), ve 14 letech již 16,5% a v 15.roce věku jich pravidelně kouřilo 20,6%. Většina pravidelných kuřáků udala, že kouří každý den (Hrubá, D., 2000).
5. Přes 80 % současných kuřáků začalo kouřit před svým 18. rokem věku (Pohunek et al., 1999). Protože kouření je návykové, mnoho z nich zůstane závislých na tabáku po celý život.
6. V porovnání s jinými státy je podíl kuřáků v České republice stále vysoký a roční spotřebou cigaret na osobu se řadíme mezi prvních pět států v Evropě, mezi Polsko, Maďarsko a Rusko . V roce 1985 byla spotřeba na osobu a rok 1877 cigaret, v roce 1996 2165 cigaret (Statistická ročenka ČR, 1998).
7. Země jako Norsko, Finsko, Island, dosáhly v posledních desetiletích nevídaného úspěchu ve snižování kuřáctví. V těchto zemích existuje zákaz reklamy na tabákové výrobky již od roku 1970, což vedlo ke snížení podílu kuřáků i spotřeby tabáku.

Prevalence dospělých kuřáků byla kupř. ve Finsku v roce 1996 22% (Smoking kills, 1998).

8. Také Kanada přijala a přijímá účelná omezení kuřáctví, především výrazná zdravotní varování na krabičkách tabákových výrobků, která jsou doplněna obrázky a pokrývají 50% velkých ploch krabičky. V Kalifornii, USA, po zavedení přísných omezení kouření na veřejnosti a ve veřejných prostranstvích (restauracích, barech, úřadech apod.), klesl podíl kuřáků na polovinu. Zatímco v Kalifornii kouří 18% dospělé populace, v jiných státech USA 22%. (Smoking kills, 1998f).
9. Podíl kuřáků je v České republice výrazně vyšší než ve skandinávských zemích. Jejich zkušeností a zkušeností jiných zemí lze využít a snížit i v našem státě podíl tohoto rizikového chování.

Riziko kouření

10. Většinu lidí je známo, že kouření zdraví škodí. Kouření je nejvýznamnější preventabilní příčinou smrti či faktorem, který zkracuje očekávanou délku života. Je příčinou srdečně-cévních nemocí a nádorového bujení a může způsobit četné fatální příhody i chronická onemocnění. Nebezpečí plynoucí z kouření v České republice jsou jasná:
 - Ročně předčasně umírá v důsledku kouření kolem 22 tisíc osob.
 - Polovina těch, kteří kouří, zemře v důsledku své závislosti na tabáku; čtvrtina zemře před dosažením 69. roku života a pouze další čtvrtina ve vyšším věku, tedy po dosažení očekávané střední délky života, tj. 72 let u mužů a 78 let u žen.
 - Ti, kteří pravidelně kouřili a zemřeli na nemoc z kouření, ztratili ve srovnání s nekuřáky 16 let svého života.
 - Riziko tisíce dnes dvacetiletých je takové, že jeden bude zavražděn, šest zemře při dopravní nehodě, ale 250 zemře ve středním a dalších 250 ve vyšším věku na nemoc z kouření (Peto et al., 1994).
 - Kouření je nebezpečné v každém věku. Čím dříve mladý člověk začne kouřit, tím spíše bude kouřit celý život a zemře předčasně v důsledku kouření. Ten, který začal kouřit v 15ti letech, třikrát spíše zemře na nádorové onemocnění než ten, který začal kouřit ve 25ti letech.
 - Kouření je příčinou 90% onemocnění rakovinou plic. Dle standardizované úmrtnosti na rakovinu plic v roce 1994 to představuje ročně 76 nových karcinomů plic na 100 tisíc mužů a 16 na 100 tisíc žen (Geryk E., 2000). Na onemocnění chronickou obstrukční chorobou plicní se kouření cigaret podílí 83%.
 - Kouření je příčinou 30% všech nádorových onemocnění. V České republice to představuje ročně 180 nových nádorů v důsledku kouření na 100 tisíc obyvatel (ÚZIS ČR, 1994). Kromě rakoviny plic jsou to např. rakovina ústní dutiny, hrtanu, hltanu, jícnu, močového měchýře, ledvin, žaludku a pankreatu.
 - Kouření je příčinou zhruba každého pátého úmrtí na kardiovaskulární onemocnění. V České republice to ročně představuje 15 000 úmrtí.
 - Kouření má souvislost s onemocněními jako jsou astma či osteoporóza, týká se všech oborů medicíny.
 - Kouření je významným rizikovým faktorem, který různými mechanismy poškozují lidskou reprodukci (Crha et al., 2000).
 - Kuřáctví je velmi rozšířeno u lidí s mentálními poruchami a nemocemi. Je to jedním z důvodů, proč mentálně nemocní pravděpodobně umírají v mladším věku.
 - Některé etnické skupiny kouří více než ostatní populace. Jsou to především občané romské národnosti.
 - Náklady na léčbu nemocí z kouření jsou značně vysoké a dosahují ročně kolem 20 miliard Kč: časté návštěvy u lékaře, častá pracovní neschopnost, nižší produktivita práce, náklady na léčbu medikamentosní a operační a nepřímé náklady jako ztráta živitele rodiny, pokles životního standardu apod. (Jha P., 1999; Jha P. et al, 2000)

Pasivní kouření

1. I pasivní kouření – vdechování tabákového kouře prostředí – zabíjí. Zatímco někteří nekuřáci pasivnímu kouření exponování nejsou, jiní, především ti, kteří žijí s kuřákem nebo pracují pro dlouhou dobu v zakouřeném prostředí, exponování jsou. Tohoto rizika by si měli být vědomi jak nekuřáci tak kuřáci.
2. Ročně umírají v našem státě v důsledku pasivního kouření řádově stovky nekuřáků (extrapolace údajů z USA). Jsou to především úmrtí na KVO a na rakovinu plic u nekuřáků (Bertollini R., 2001).

3. V ČR je kolem 60-80% dětí předškolního a školního věku exponováno pasivnímu kouření pobytem v bytech s kouřícími rodiči. V případě, že kouří matka, jsou u všech dětí zjištělné koncentrace kotininu v moči, který je metabolickým produktem nikotinu (Hrubá D., 2000; Pohunek et al., 1999).
4. Pasivní kouření, i při malé a krátkodobé expozici, může způsobit onemocnění. Osoby s astmatem jsou náchylné k astmatickému záchvatu při pobytu v zakouřeném prostředí. Děti jsou citlivé spíše než dospělé osoby a pasivní kouření zejména pro ně představuje velmi vysoké riziko. V letech 1996/97 (Pohunek et al., 1999) bylo zjištěno, že 48% astmatických dětí je u nás exponováno pasivnímu kouření.
5. Děti žen, které kouřily během těhotenství, rodí plod s nižší porodní váhou v průměru o 250 g a poškozují tím budoucí fyzický i duševní vývoj svého dítěte. Děti, jejichž jeden rodič nebo oba rodiče jsou kuřáky, jsou častěji léčeny pro plicní onemocnění, mají častěji záněty středouší a bronchiální astma ve srovnání s dětmi rodičů nekuřáků. Čtvrtina až polovina úmrtí dětí na syndrom náhlého úmrtí dítěte (SIDS) má příčinu v kouření matky.

Rozdíly kouření v populaci

6. Kouření ovlivňuje více než kterýkoli jiný rizikový faktor střední délku života. Zatímco v posledních deseti letech v některých skupinách podíl kuřáků poněkud poklesl, obecně se tak nestalo. Kupř. lékaři v roce 1974 kouřili v 50%, v roce 1994 jejich podíl poklesl na 33% a v roce 1999 na 24% (Králiková E. et al., 2000). U vysokoškolsky vzdělaných osob prevalence kouření dosahuje 27%, u manuálně pracujících 38 %.
7. Tyto rozdíly v prevalenci odrážejí dopad kouření na zdraví. Vyšší podíl kuřáků u manuálně pracujících má za následek vyšší frekvenci nádorových a kardiovaskulárních nemocí. V pracovním prostředí manuálních pracovníků se vyskytují častěji další rizikové faktory, které nepříznivé vlivy kouření potencují: prach, oxid uhelnatý, polycyklické aromatické uhlovodíky, rozpustidla, chemické kancerogeny aj.

Kouření a náklady

8. Náklady na kouření jsou z pohledu zdraví značně vysoké. Postiženy jsou především vrstvy s nejnižšími příjmy. V současné době je v našem státě kolem 10% nezaměstnaných osob, z nichž nejméně 40% kouří. Absolutně je to asi 200 tisíc osob, které (při ceně nejlacinějších cigaret 39.- Kč a spotřebě 20 cigaret za den) společně prokouří ročně 2,8 miliardy Kč.
9. Medián denně vykouřených cigaret kuřákem v ČR je 27 cigaret. Ročně tedy vykouří průměrný kuřák 490 krabiček cigaret, za které při ceně 39.- Kč zaplatí 19 tisíc Kč, tedy více než jeden průměrný měsíční plat v roce 1999.

Kouření a dosavadní vládní aktivity

10. V této situaci nelze připustit, aby vláda problém kontroly kouření přehlížela. Před více jak deseti lety se snažila problém řešit vydáním Zákona na ochranu před alkoholizmem a jinými toxikomaniemi č.37/89 Sb., který omezuje či zakazuje kouření na některých veřejných místech. Žel, jednotlivá ustanovení zákona nejsou dodržována. Aktivity byly zaměřeny převážně na snížení kuřáctví, což se částečně podařilo díky činnosti nevládních organizací, ale i tak byl úspěch pouze omezený. V současné době vzestup kuřáctví u dětí a mládeže vyžaduje především účinnější kroky vlády. Tabák je jasně a prokazatelně zdraví nebezpečný výrobek. Kdyby měl být zaveden do užívání v současné době, neměl by šanci stát se legálním produktem. Aktivity rozhodně nesměřují k zákazu kouření, jak si někteří politici mylně myslí. Zákaz tabáku je nereálný.
11. V současné době kouří v České republice necelá třetina dospělých osob. Vláda musí uznávat právo každého občana zvolit si kouření či nekouření. Nikdo nesmí nikomu toto právo upírat. Na druhé straně s tímto právem bere jedinec na sebe i zodpovědnost. Kuřák musí být zodpovědný vůči sobě – vůči svému zdraví, a být si vědom toho, že jestliže zvolil kuřáctví, pochopil, že si současně zvolil i riziko. Se svým právem kouřit bere na sebe i zodpovědnost vůči ostatním, kteří si zvolili nekuřáctví. Teprve tehdy, až vláda vytvoří podmínky ke svobodnému a informovanému rozhodnutí kouřit či nekouřit, když zajistí podmínky pro zodpovědnost kuřáků vůči osobám, které si zvolily nekouření, splní svoje poslání. Znamená to vytvořit rovnováhu mezi právem volby a odpovědností – pro ty, kteří kouří, i pro ty, kteří nekouří. Hájit tuto rovnováhu je jasnou výzvou pro každou vládu, pro obchod, pro místní představitele, pro dobrovolné skupiny a především pro jednotlivce.
12. Vláda hraje nezastupitelnou roli v ovlivňování kuřáctví. Zatímco na jedné straně má jednotlivec právo volby, na druhé straně dopad kouření na obyvatelstvo je obrovský: na

jeho zdraví, na předčasná úmrtí, na finanční náklady. Na těch se totiž účastní i nekuřáci. Vláda proto musí počítat s ostrou kritikou, pokud se neodhodlá tuto situaci řešit. Ne na posledním místě je také zodpovědnost vlády za ochranu dětí před tabákem.

13. Omezení kuřáctví zachraňuje životy. Vláda je povinna stanovit jasné a všeobecné programy, které zajistí, že ti, kteří kouří, si jsou vědomi možných důsledků, že ti, kteří nekouří, jsou chráněni proti pasivnímu kouření a že počet kuřáků bude v zemi klesat.
14. Návrhy pro vládu, předkládané v této Bílé knize, jsou cestou, kterou se v této oblasti její činnost musí ubírat. Nevládní organizace budou tyto aktivity podporovat. Finanční prostředky na ně lze získat z 0,5 – 1% podílu spotřební daně z tabákových výrobků, jako je tomu např. v Austrálii, Polsku nebo ve skandinávských zemích.

VLÁDNÍ AKTIVITY

1. Vládní strategie dohledu nad kouřením by měla být jasná. Cílem je snížení podílu kuřáků v populaci a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Aby těchto cílů bylo dosaženo, je nutné zabezpečit tyto kroky:

- Snížit kuřáctví u dětí a mládeže.
- Pomoci dospělým kuřákům přestat kouřit – především těm, kteří mají obtíže.
- Poskytnout pomoc těhotným ženám, které kouří.

Veškeré aktivity je nutné podpořit finančně, využívat zkušeností z jiných zemí, které úspěšně tyto problémy řeší a oficiálně stanovit pro tyto základní aktivity cíle a monitorovat je.

1. Jsme přesvědčeni, že uvedené návrhy jsou odůvodněné, důležité a přinesou výsledky. Věříme, že získají veřejnou podporu, která je zásadní pro její úspěch.

Co bylo dosud vykonáno

2. Poradní skupina pro prevenci kouření byla jmenována ministrem v roce 1994 při Ministerstvu zdravotnictví. Pak přešla do Národního centra podpory zdraví a po jeho zrušení nyní pracuje při Státním zdravotním ústavu. Skupina vypracovala návrh věcného záměru zákona "na ochranu před škodlivými účinky tabákových výrobků" a předložila jej ministru zdravotnictví k dalšímu jednání. Po vnitřních připomínkách byl věcný záměr zákona projednán a schválen vládou ČR dne 22. září 1999. Po změně ministra zdravotnictví v roce 2000 však Ministerstvo zdravotnictví vypracovalo nový návrh zákona "o ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami", kde je řešena problematika tabáku, alkoholu a drog společně. V současné době je zpracováno paragrafované znění a čeká na projednání ve vládě. Návrh však není komplexní a oblast reklamy je řešena Ministerstvem průmyslu a obchodu. Návrh akceptuje některé direktivy Evropské unie týkající se kontroly kouření.
3. Z iniciativy Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) ČR byla do povinných učebních osnov základních škol zahrnuta široce pojatá výchova proti kouření: vedle zdravotních následků kouření se děti učí o ekonomice kouření, o způsobech odmítání nabídky tabákových výrobků, o reklamě, o ochraně proti pasivní expozici, o pomoci kuřákům při odvykání kouření. MŠMT a Ministerstvo zdravotnictví (MZ) ČR poskytují finanční prostředky pro přípravu účinné výchovy proti kouření.
4. MZ ČR podporuje prostřednictvím Národního programu podpory zdraví iniciativní intervenční programy cílené na omezení epidemie kuřáctví, které podporují výchovu k nekouření a pomoc při odvykání kouření.
5. Tato Bílá kniha byla diskutována se všemi současnými aktivisty kontroly tabáku a čerpala ze zkušeností a aktivit jiných států. Byly posouzeny všechny požadavky, jejich priority a způsoby řešení, brány v úvahu požadavky EU zveřejněné v direktivách, jako zákaz reklamy tabákových výrobků, ochrana dětí před kouřením, zdravotní varování apod., informovanost kuřáků, pomoc kuřákům, kteří chtějí přestat kouřit, ochrana zákazníků a zdanění tabákových výrobků.

Co je třeba udělat: reklama

5. V Evropské Unii byla přijata v roce 1998 Direktiva 98/43 EC (Direktiva EU, 1998), která nedovolovala reklamu na tabákové výrobky v těchto oblastech:

- Zakazuje veškeré "komerční komunikace" a sponzorování, jejichž cílem je podpora prodeje tabákových výrobků - čl. 3.
- Reklama v rámci interních obchodních styků a v místech prodeje má výjimku - čl.5.
- Reklama netabákových výrobků, nesoucích název tabákových výrobků (kupř. Camel Boots) může být povolena pouze "v dobré vůli", pokud se bude objevovat v jiné formě - jsou povoleny 3 roky pro změnu - čl.3.

- Reklama nových netabákových výrobků, které mají název tabákových výrobků, se smí vyskytovat jen v jiné formě - čl.3.
- Pro nový tabákový výrobek se nesmí použít název netabákového výrobku (kupř. Harley Davidson Cigarettes) - čl.3.
- Zákaz distribuce cigaret zdarma - čl.4.
- Členské státy mohou přijmout účinnější a další omezení, i časnější platnost jednotlivých omezení, než určuje direktiva - čl.5.
- Byl stanoven požadavek, aby za 3 roky, a pak ve 2 ročních intervalech, byla direktiva 99/43EC Evropskou Komisí pravidelně kontrolována a, pokud to bude nutné, byla navržena další nová opatření - čl.7.
- Časový plán naplnění: do 30. 6. 2001 - zákaz reklamy a podpory tabákových výrobků mimo tištěná media - čl. 6., a do 30. 6. 2002 - zákaz reklamy tabákových výrobků v tištěných médiích - čl. 6.
 5. Tato Direktiva EU však byla Nejvyšším soudem EU z důvodů procedurální chyby na návrh vlády NSR a tabákových firem zrušena. V květnu 2001 je představena opět, již dle správného postupu (nešlo tedy rozhodně o to, že by EU nechtěla reklamu na tabákové výrobky zakázat – jen třeba postupovat jinak).

Co je třeba udělat: daně

Je třeba zásadně změnit daňové zatížení tabákových výrobků:

7. Výzkumy (Towsend J.L., 1998) prokázaly, že požadavky na tabákové výrobky jsou závislé na jejich ceně. Pokud cena stoupá, požadavky klesají. Vysoké daně jsou tedy jedním z nejdůležitějších prostředků ke snížení spotřeby. Vysoká cena především odrazuje děti od zahájení kouření. Reálná cena cigaret – to je po vyrovnání s inflací – stoupla v posledních desetiletích v mnoha státech (kupř. UK) a příznivě ovlivnila podíl kuřáků v populaci. V ČR naopak za posledních 10 let klesla zhruba na polovinu (cena nejprodávanějších cigaret činila 0,5% z průměrného platu, nyní jen zhruba 0,25%).
8. Pokud rostou příjmy obyvatelstva rychleji než cena cigaret, kuřák si může dovolit vykouřit více cigaret. Tomu lze zabránit pouze zvyšováním daní tabákových výrobků.
9. V současnosti představují daně – tj. daň z přidané hodnoty – DPH - a spotřební daň – 57% ceny cigarety. V jiných státech je podíl daňové zátěže výrazně vyšší: v UK kupř. 80%. V České republice chybí daň “*ad valorem*” (podíl ceny), která není ovlivnitelná inflací, protože je vyjádřena v procentech výrobní ceny.
10. Ministerstvo financí ujistilo (Ministerstvo financí, 2000), že dle legislativního plánu bude další zvýšení sazeb platit od 1.1.2002 a následně každý rok dalšími novelami se bude spotřební daň zvyšovat až na úroveň minimálních sazeb platných v EU. Rovněž bude zavedena daň “*ad valorem*”, která měla být dle legislativního plánu zavedena 1.1.2001.
11. Pokud se týče větší finanční podpory kontroly tabáku v České republice, je nutné uplatňovat požadavek 0,5 - 1% z daňových příjmů z tabáku.

KOUŘENÍ A MLÁDEŽ

Proč začínají děti kouřit :

1. Děti začínají kouřit z různých důvodů. Některé proto, že si přejí být nezávislé, jiné protože kouří jejich přátelé, že jim to rodiče zakazují, nebo si berou za vzor populární osoby. Neexistuje jedna příčina. Kouřící rodiče a především sourozenci mají velký vliv, stejně i reklama na tabákové výrobky, či sportovní akce sponzorované tabákovým průmyslem.
2. Děti s kouřením často experimentují a domnívají se, že mohou přestat, kdykoli budou chtít. Kouření je však silně návykové a valná většina dětí později není schopna s kouřením přestat.
3. Dokud nebude podniknuta plošná akce, stovky a tisíce dětí budou nadále experimentovat s kouřením a začínat kouřit. Podíl kouřících dětí tak bude rok od roku nadále stoupat. Vždyť více jak 80% dnes dospělých kuřáků začalo kouřit v dětství či v raném dospívání. Mnozí z nich se pokoušeli již dříve kouření zanechat, ale kouří již desítky let a nejsou schopni přestat (Rážová et al., 1999).
4. Většina dospělých zná riziko kouření; mládež je však přesvědčena, že se jí to netýká. V současné době kouří v České republice děti a mládež takto :

Prevalence kouření u mládeže (Csémy L., 1995)

N = 3930, chlapci n = 1962, dívky n = 1968

Kouření 1x týdně a častěji: (N=3930)

věk chlapci dívky

11-12 2,8 % 1,5 %
13-14 7,7 % 4,3 %
15-16 17,5 % 14,6 %

Kouření 10 a více cigaret týdně:

věk chlapci dívky
11-12 9; 1,4 % 0,6 %
13-14 9; 4,0 % 2,0 %
15-16 14,4 % 10,4 %

Šetření Factum non Fabula 1995/XII pro NCPZ (Novák Z., 1995)

N = 706, chlapci n = 371, dívky n = 335, věk 13-19 let

věk 9; 9; %

13-14 19,8

15-16 45,3

17-18 44,4

19 34,3

**Podíl dětí se zkušeností s kouřením Medián věku zkušeností s kouřením věk 9; %
věk %**

u mužů a žen kuřáků: 12 let

13 9; 50,5 17 26,9

14 9; 47,4 18 25,1

15 9; 24,8 19 31,0

16 9; 29,3

5. Je zapotřebí jasně formulovat riziko kouření pro osoby různých věkových skupin. Je nutné odmítnout názor, že existuje spojitost mezi kouřením a osobním kouzlem, dospělostí a nezávislostí.
6. Této změny samozřejmě nelze dosáhnout během krátké doby. Zkušenosti z jiných zemí však prokazují, že úspěch je možné zajistit jen obecným přístupem a soustavnou a pečlivou prací.
7. Ochranu dětí a mládeže před kuřáctvím lze dále zajistit:
 - Minimální reklamou a později zákazem veškeré reklamy tabákových výrobků, včetně zakazu sponzorování, prezentace loga či značek.
 - Dodržováním zákazem prodeje tabákových výrobků pod stanovenou věkovou hranicí 18 let.
 - Průkazem věku osobním dokladem při nákupu.
 - Odstraněním automatů na cigarety.

Co je třeba vykonat ?

1. Děti přicházející do obchodů s potravinami a s tiskem jsou obklopeny reklamami na cigarety. Jsou jim nabízeny letáky, soutěže o ceny a jiné propagační tiskoviny o tabáku. Reklama cigaret je obklopuje na každém kroku a podvodně využívá všemožných triků, kterými spojuje kouření s půvabem, sexuální přitažlivostí, s mužností, s úspěchem, s mimořádnými sportovními či duševními prožitky.
2. Kouření je nefyziologické chování, vedoucí k autoagresivnímu sebepoškozování. Reklama, která kouření staví do příznivého světla je klamavá a odporuje principům svobody informací a práva na ně. Zejména děti a mladiství nejsou schopni dokonale rozpoznat reklamní triky a proto musejí být před reklamou tabáku – přímou i nepřímou – účinně chráněni.
3. Cíle reklamy na tabák, které tabákové společnosti oficiálně deklarují jako soutěž o získání kuřáků kouřících dosud jinou značku, se musejí postupně zajistit tak, aby oslovovaly pouze kuřáky a ne širokou veřejnost.
4. Je třeba zajistit protikuřáckou výchovu dětí v základních školách speciálně erudovanými pedagogy.
5. Je zapotřebí široce rozvíjet celospolečenské úsilí zaměřené na snížení prevalence pasivních kuřáků, zejména mezi dětmi.
6. V návrhu připravovaného zákona, žel, není požadováno udělování licence k prodeji tabákových výrobků, která je vázána na dodržování stanovených omezení prodeje (zákaz osobám mladším 18 let) a ověřování věku osobním dokladem s fotografií. Za nedodržování tohoto požadavku by mohlo být stanoveno odebrání licence.
7. Měly by být zakázány automaty na cigarety.

KOUŘENÍ A DOSPĚLÍ

1. Více jak 70 % současných dospělých kuřáků by rádo kouření zanechalo (Smoking kills, 1998). Pro mnohé je to velmi obtížné. Ti, kterým se to podařilo se o to pokoušeli většinou několikrát. Pokusy přestat kouřit mohou trvat roky a u mnohých bývalých kuřáků dochází k recidivám. Ovšem u těch, kteří kouřit přestali a nadále nekouří, se riziko onemocnění výrazně snižuje. Je proto zapotřebí všem, kteří chtějí přestat kouřit, pomoci.
2. Manželský pár kuřáků vydá za kuřivo až 8 až 15 % svých příjmů. Pro rodinu s průměrným příjmem je to jeden průměrný měsíční plat každého kuřáka (365 x 39 Kč = 14 200 Kč). Při tom současná reálná cena cigaret je nižší, než byla v 80. letech. Ekonomicky jsou tedy nejvíce postiženy a zatíženy rodiny s nízkými příjmy.
3. Zkušenosti prokázaly, že lze kuřákovi se zanecháním kouření účinně pomoci. Lékaři, zdravotničtí pracovníci a zdravotní sestry, i lékárníci, mohou kuřákům poradit během vzájemného kontaktu. Krátkodobé poradenství v ordinaci s jasně formulovaným požadavkem nekouřit je velmi efektivní metodikou (Králíková E. et al., 1997).
4. Do nabídky patří dále kurzy odvykání kouření v poradnách s použitím náhradní léčby nikotinem. Úspěchy dlouhodobé, jednorocní abstinence se pohybují kolem 30%.
5. Víme, že mnozí kuřáci by rádi přestali kouřit a že to záleží jen na jejich rozhodnutí a volbě. Svou volbu musí uskutečnit při plném pochopení rizik z kouření, společně s nabídkou podpory a pomoci zbavit se své závislosti.
6. Jejich volba by měla být motivována i zisky, které zanechání kouření přináší. Přestat kouřit má jak krátkodobé, tak dlouhodobé důsledky (Smoking kills, 1998):
 - Do 20 minut: krevní tlak a tepová frekvence se vrací k normálu. Krevní cirkulace se zlepšuje v horních i dolních končetinách, obě začínají být teplejší.
 - Do 8 hodin: koncentrace kyslíku v krvi se vrací k normálu, riziko srdečního infarktu počíná klesat.
 - Do 24 hodin: oxid uhelnatý (CO) je z těla vyloučen. Plíce se začínají čistit: nečistoty s hlenem se začínají vykašlávat.
 - Do 48 hodin: v těle již nelze nikotin prokázat. Chuť a čich se zlepšují.
 - Do 72 hodin: dýchání začíná být snadnější a dechové cesty širší.
 - Do 2-12 týdnů: krevní oběh se zlepšuje, chůze je snadnější.
 - Do 3-9 měsíců: příznaky postižení plic, jako jsou kašel, dušnost či pískoty na hrudi, se zlepšily. Funkce plic se v průměru zlepšují o 5-10%.
 - Do 5 let: Riziko srdečního infarktu kleslo na polovinu rizika kuřáka.
 - Do 10 let: riziko vzniku plicní rakoviny kleslo na polovinu rizika kuřáka, riziko srdečního infarktu je podobné jako u nekuřáka.
 1. Znalost a vědomí změn zdravotního stavu je pro zanechání kouření důležité. Zanechání kouření má i příznivé ekonomický důsledky. Jde kupř. o to, že pracovní neschopnost pro nemoc je méně častá, je menší tlak na nemocniční lůžka a na návštěvy u lékaře.
 2. Preparáty náhradní léčby nikotinem (NLN), tj. žvýkačka či inhalátor s nikotinem a nikotinové náplasti se 16 a 24 hodinovou aplikací, jsou k dostání v lékárnách bez lékařského předpisu. Ideální stav nastane, až tuto léčbu bude hradit zájemcům jejich zdravotní pojišťovna.
 3. V poslední době se v léčbě závislosti na tabáku objevilo antidepresivum bupropion, preparát Zyban, který poskytuje velmi dobré výsledky (Josenby D.E. et al., 1999). Nyní je u nás už registrován a trhu bude ve druhé polovině roku 2001.
 4. Díky zájmu některých lékařů bylo možno proškolit v behaviorální léčbě kouření a v NLN více jak 350 lékařů, zdravotních sester a farmaceutů. Z nich někteří na svém pracovišti otevřeli poradny pro odvykání kouření, kterých je v současné době ve České republice více jak 70 a poskytují poradenství většinou zdarma.

Úloha zdravotnických pracovníků

5. Většina osob navštíví během roku svého praktického lékaře či zdravotnické zařízení. Z kuřáků je to kolem 70 %. Žel jen 40% lékařů v Praze a okolí udalo, že svému kouřícímu pacientovi doporučili zanechat kouření. Pouze 1% lékařů doporučilo NLN (Králíková E. et al., 2000).
6. Praktický lékař, stomatolog, lékárník a ostatní zdravotničtí pracovníci jsou skupina odborníků, která je vyhledávána pro informace, pro radu, jak si zachovat zdraví. Každý z nich může hrát důležitou roli v odvykání kouření a poskytovat moderní léčbu. Toto poradenství netrvá dlouho: důležitá je rozhodnost, s jakou je doporučení nekouřit formulováno. Kuřák si musí plně uvědomit, že ten, kdo podporuje a navrácí zdraví, mu radí nekouřit. Všichni lékaři v nemocnicích a ordinacích by měli znát kuřácký způsob chování svých pacientů a poskytovat jim informovanou radu, jak přestat kouřit.

7. Výuku lékařů, farmaceutů a středně zdravotnických pracovníků v oblasti poradenství při odvykání kouření a léčby závislosti na tabáku (dg.: F17.2 MKN) je třeba důsledně zařadit do osnov příslušných škol a vzdělávacích institucí. Zatímco na všech lékařských fakultách v České republice je výuka mediků v pomoci odvykání kouření ve větší nebo menší míře zařazena, je na středních zdravotních školách věnována této problematice pozornost spíše okrajová. Farmaceuti tento odborný problém samostatně řešen nemají.
8. Centra zdravého způsobu života a další akce jako Zdravé město apod., mohou být dalším střediskem pomoci kuřákům zbavit se kuřácké závislosti.

KOUŘENÍ A TĚHOTENSTVÍ

1. Kouření cigaret ohrožuje reprodukci člověka několika způsoby:
 - snižuje potenci a narušuje kvalitu spermií (Hrubá D. et al., 1999),
 - snižuje plodnost žen,
 - zvyšuje pravděpodobnost mimoděložního těhotenství, vzniku vcestného lůžka, předčasného odlučování placenty, spontánních potratů a předčasných porodů,
 - narušuje tělesný vývoj plodu: kouřící ženy a nekuřačky exponované pasivnímu kouření, rodí častěji děti s porodní hmotností v průměru o 250 g nižší než ženy nekuřačky.
 1. V České republice má kuřáckou anamnézu cca 37% těhotných žen. Během celého těhotenství kouří v průměru asi 12% žen, ale existují velké regionální rozdíly: od 5% do 25% žen (Hrubá D., 2000). Každá těhotná žena musí být plně informována o riziku kuřáctví a musí jí být poskytnuta pomoc v jeho zanechání.
 2. Kuřáctví žen v těhotenství je v úzkém vztahu ke vzdělání a sociálnímu postavení: mezi ženami se základním a nižším odborným vzděláním kouří 41,5 až 34,9% žen, mezi středoškolačkami 28,5% a mezi vysokoškolačkami 19,2 %žen. Nejvyšší frekvence kuřaček je mezi matkami do 20 let věku. (Kukla L. et al., 1999).
 3. Kouření ženy v těhotenství a po porodu je rizikem pro postnatální vývoj dítěte: kuřačky kojí své děti kratší dobu. U prenatálně a postnatálně exponovaných dětí, jejichž matky kouří, je zvýšené riziko vzniku syndromu náhlé smrti (SIDS).
 4. Děti kuřaček jsou častěji postiženy zhoubným nádorem v dětství.
 5. Pomoc těhotným ženám zanechat kouření je prioritou porodníků, gynekologů a praktických lékařů. Dětská lékařská přebírají zodpovědnost po narození dítěte, kdy nízká porodní hmotnost je příčinou nutné intenzivní péče. Bylo zjištěno, že tato péče je 3 až 6 krát finančně náročnější než náklady na léčbu závislosti na tabáku u těhotné ženy (Smoking kills, 1998).

Jak pokračovat ?

6. Těhotná kuřačka by měla být ve středu pozornosti jak praktického lékaře, tak porodníka.
7. V situaci, kdy těhotná žena není schopna bez medikace kouření zanechat, je léčba (např. NLN) možná. I přes dočasný přísun nikotinu do organismu matky a plodu je přerušeno přísun toxických látek z nedokonalé pyrolýzy, především přísun oxidu uhelnatého.
8. Těhotenství je ideálním časem pro ženu kuřačku a jejího partnera kuřáka, aby se rozhodli přestat kouřit. Jsou vnímavější na informace, mají častější přístup ke zdravotnickým službám a jsou spíše schopni změnit svůj dosavadní životní styl. Převážná většina žen je motivována přáním, aby očekávané dítě bylo zdravé. Často stačí k zanechání kouření varování, že je kouřením plod ohrožen. Čím dříve žena přestane kouřit, tím více získá nejen pro zdraví svého dítěte, ale i pro zdraví své.
9. Porodní asistentky, praktičtí lékaři i porodníci mají neustálý kontakt s těhotnými. To přináší ideální příležitost ovlivnit chování těhotných kuřaček.
10. V prenatální poradně je nutné využít alespoň 10 minut k osobnímu kontaktu a k poskytnutí písemných informací. Tato činnost zvyšuje podíl získaných abstinencí na dvojnásobek ve srovnání s nevhodností vyšetřujícího k otázce kouření (Hrubá D., 2000).
11. Ženy potřebují specifickou a soustavnou podporu i po narození dítěte. Je na zdravotnících, aby ženu přesvědčili, že musí v nekuřáctví setrvat. Při kojení poskytuje kouřící žena svému dítěti v mateřském mléce nikotin a další toxické látky, nehledě k tomu, že exponuje své dítě tabákovému kouři.

POVINNOSTI PRO VŠECHNY OBČANY

1. Činnost vlády by měla být zaměřena na klíčové otázky, především na snížení kuřáctví dětí a mládeže a na pomoc dospělým kuřákům přestat kouřit. Existují ale další důležité

kroky, které je nutno vykonat. Jen ty pomohou výrazně snížit podíl kuřáků v populaci a zlepšit zdravotní stav obyvatelstva v České republice.

2. Jde především o

- úplný zákaz reklamy na tabákové výrobky,
- vyšší zdanění tabákových výrobků,
- změnu postoje ke kouření,
- zabránění pašování cigaret,
- výzkum zaměřený na nikotin a tabák.

Reklama na tabákové výrobky

1. Tabákové výrobky, které se objevují na billboardech a na stránkách časopisů, jsou nejčastěji kouřeny dětmi. Kolem 80% kouřících dětí v České republice kouří značky Marlboro a Camel (Novák Z., 1995), značky, které měly v té době intenzivní reklamu.
2. Většina obyvatel České republiky si přeje, aby cigarety nebyly v reklamách doporučovány. Pro zákaz reklamy se vyjádřilo 65%, pouze 7% je zásadně proti. Názor, že tabákové výrobky je možno propagovat jako jiné zboží, odmítlo 58% dotázaných, ano odpovědělo pouze 7% (STEM, 1993).
3. V návrhu připravovaného zákona "o ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami" není zapracována kapitola o reklamě. Ministerstvo průmyslu a obchodu ČR však vypracovalo novelu zákona o regulaci reklamy č. 40/95 Sb., která jen nedostatečně omezuje reklamu na tabákové výrobky
4. Návrh novely zákona č. 40/95 Sb. Obsahuje (květen 2001):
 - Omezení reklamy:
 - Reklama tabákových výrobků a tabákových potřeb přímá, nepřímá i skrytá je zakázána v televizním vysílání a v rozhlase,
 - reklama na tabákové výrobky nesmí být zaměřena na nezletilé osoby,
 - nesmí znázorňovat nezletilé osoby,
 - být umístěna v tiskových mediích určených pro mládež,
 - být umístěna na billboardech ve vzdálenosti menší 300 m od škol, dětských hřišť a podobných zařízení,
 - nesmí nabádat ke kouření,
 - musí obsahovat zřetelné zdravotní varování : "Ministerstvo zdravotnictví varuje: kouření způsobuje rakovinu", je specifikováno, jak má být text tištěn,
 - je zakázán teleshopping na tabákové výrobky v televizi a rozhlase,
 - televizní a rozhlasové pořady nesmějí být sponzorovány právníckými nebo fyzickými osobami, jejichž hlavním předmětem podnikání je výroba a prodej tabákových výrobků.

1. Návrh textu zdravotního varování, který uvádí Direktivy EU 89/622/EEC a 92/41/EEC nebyly do návrhu převzaty. Jde o tyto texty:

- a) Kouření vyvolává rakovinu,
- b) Kouření vyvolává srdeční onemocnění,
- c) Kouření v těhotenství ohrožuje Vaše dítě,
- d) Kouření ohrožuje zdraví osob kolem Vás,
- e) Chraňte děti před vdechováním tabákového kouře,
- f) Nikotin je návyková látka.

Nová direktiva o regulaci tabákových výrobků, přijatá 15.5.2001, nařizuje zdravotní varování nejméně na 30% přední plochy krabičky (32% v případě země s 2 úředními jazyky, 35% v případě 3 jazyků) a 40% zadní plochy krabičky (45%, respektive 50% dle počtu jazyků). K tomu je třeba přidat jednu z 12 verzí dalších varování.

6.8 Obchodní jméno, ochranná známka, emblém, logo nejsou v návrhu považovány za reklamu.

Zdanění tabákových výrobků

9. Jednou z neúčinnějších zbraní ke snížení kuřáctví a zabránění jeho vzniku, je vhodná daňová politika vlády. V České republice tvoří daně (DPH a spotřební daň) 57% ceny cigaret, zatímco v zemích Evropské Unie jsou daně vyšší a u tabákových výrobků je ještě daň "ad valorem".
10. V zemích EU je podíl všech daní z ceny cigaret následující (Commission of European Communities, 1999):

ES #9; 72,79 % DE 70,79 %
PT #9; 79,67 % FR 75,50 %
EL #9; 72,75 % FI 76,21 %
LUX 68,56 % SE 70,31 %

IT #9; 74,66 % IR 71,08 %
AT #9; 74,04 % DK 81,67 %
NL #9; 71,89 % UK 86,05 %
BEL 74,58 %

6.11 Ministerstvo financí ČR má ve svém legislativním plánu postupné zvyšování spotřební daně a přijetí daně "ad valorem" pro cigarety a předpokládá se, že daně budou vyrovnány se zeměmi EU do 1.1.2003. (Min.financí ČR, 2000)

Změny postojů ke kouření

12. Veřejně výchovné programy a akce jsou jednou z účinných cest, jak změnit postoje k chápání kuřáckého chování. Dokumentují to pozitivní výsledky akcí jako "Šance pro 3 miliony" (1988) či opakované akce "Přestaň a vyhraň" (1994 – 2000).
13. Země, které mají zkušenosti s aktivitami na podporu nekouření, jako USA, Finsko či Norsko, vypracovaly celou škálu výchovných programů. Příkladem je California Tobacco Control Program z roku 1989, který způsobil pokles prevalence kouření z 22% v roce 1989 na 18% v roce 1994 (Pierce J.P. et al, 1998).
14. Vhodně finančně dotované výchovné programy jako součást všeobecné strategie mají dlouhodobý pozitivní efekt.
15. Vysvětlovat škodlivost "light", "mild", low tar" a "ultralight" cigaret.
16. Dosavadní finanční podpora kontroly kouření je zcela nedostatečná. Situaci lze zlepšit přidělením 0,5 - 1% obnosu z příjmů ze spotřební daně z tabákových výrobků.
17. Prioritními skupinami, na které by měla být výchova zaměřena jsou mladí lidé, těhotné ženy a dospělí kuřáci, kteří se rozhodli přestat kouřit.
18. Další cestou je zřízení webových stránek kontroly kouření pro děti, kde by vhodnou formou byly podávány informace o důsledcích užívání tabáku.

Kampaně proti pašování

19. Pašování cigaret je kriminální činností a v mnoha státech je trestáno vysokými tresty (v UK kupř. 7 lety vězení) (Smoking kills, 1998). Ekonomické ztráty jsou značně vysoké. Kupř. v UK činily 1 miliardu liber, což činí 9,5% daní a DPH z tabákových výrobků.
20. V České republice bylo v roce 1998 při pašování zajištěno 222 tisíc krabiček cigaret. To představuje pouze 2% spotřebovaných cigaret. Celková cena zajištěných cigaret je 12,5 milionů Kč; předpokládá se však, že je ročně propašováno 5 až 7krát více cigaret, než je zachyceno. Finanční ztráta pravděpodobně činí 62 až 87 milionů Kč (Davídek F., 2000). Zajištěné cigarety jsou pod úředním dohledem páleny.

Výzkum

6.18 Ministerstvo zdravotnictví ČR by mělo podporovat tato výzkumná témata:

- bezpečnost náhradní léčby nikotinem pro těhotné ženy a pro jejich plod,
- návykovost nikotinu,
- zdravotní souvislosti kouření v rámci různých oborů lékařství,
- vliv snížení konzumu cigaret na zdraví obecně a na zdraví dítěte a těhotné ženy,
- ekonomická efektivita bezplatné farmakologické léčby závislosti na tabáku
- vliv zákazu reklamy na prevalenci kouření u dětí a mládeže.

ČISTÝ VZDUCH

1. Lidé stále častěji prosazují své právo na zdravé životní prostředí a na čistý vzduch. Postoje veřejnosti se v posledních deseti letech velmi změnily. Stále více lidí souhlasí s názorem, že i kouření tabáku by nemělo být ve veřejných prostorách povoleno.
2. V současnosti jsou naši nekuřáci stále vystavováni zdravotnímu riziku, diskomfortu a dráždění tabákovým kouřem. Napětí mezi kuřáky a nekuřáky jsou důsledkem tohoto stavu.

Pasivní kouření

3. Pasivní kouření zvyšuje i u nekuřáků riziko vzniku chronického zánětu průdušek, exacerbace astmatických záchvatů, i náhlého infarktu myokardu.
4. Všeobecný zákaz kouření ve veřejných budovách, dopravních prostředcích, na pracovištích a prostranstvích, je s ohledem na pohodu a ochranu zdraví nekuřáků plně opodstatněný. Jeho vymáhání je nutné aplikovat postupně, za spoluúčasti široké aktivity veřejnosti, sdělovacích prostředků a zaměstnavatelů. Široké spektrum veřejně

- přístupných míst, kde je zakázáno kouřit, bývá doprovázeno větší ohleduplností dospělých kuřáků k jejich dětem a snížením počtu pasivně exponovaných dětí.
5. Zdravotní riziko plynoucí z nedobrovolného vdechování tabákového kouře je jasné. Pasivní kouření je rizikové, i když ve srovnání s aktivním kouřením je riziko podstatně menší. Nekuřák žijící nebo pracující v zakouřeném prostředí po delší dobu, je vystaven o 20 až 30% většímu riziku vzniku plicní rakoviny ve srovnání s nekuřákem, který nežije či nepracuje s kuřáky (Hackshaw A.K. et al., 1997). Desítky lidí v našem státě umírají v důsledku vysoké expozice tabákovému kouři prostředí.
 6. Nelze jistě požadovat všeobecný zákaz kouření ve všech veřejných prostranstvích opodstatněný. Lze ovšem zajistit rychlý a podstatný pokrok ve spolupráci s průmyslem.
 7. Některé země přijaly požadavek naprostého zákazu kouření v restauracích a barech, jako kupř. v Kalifornii, USA . (Smoking kills, 1998). Takováto omezení lze jen s obtížemi dodržet. Je nutné spolupracovat s obchodem, dosáhnout změny a nalézt nejvhodnější řešení.
 8. Veřejné prostory a prostranství bez tabákového kouře jsou jistě ideálním stavem. Je ovšem jasné, že tohoto stavu lze dosáhnout jen velmi těžko. Bude proto nejvhodnější oddělit místnosti pro ty, kteří chtějí kouřit od těch, kteří chtějí vdechovat neznečištěný vzduch. Pokud to nelze uskutečnit, bude nejschůdnější, i když ne nejideálnější, zajistit prostředí účinnou ventilací a čištěním vzduchu, takže prostředí bude snesitelné pro každého (oxid uhelnatý totiž nelze odfiltrovat).
 9. V některých západních státech vytvořila spolupráce majitelů barů, restaurací a hotelů podmínky pro snesitelné soužití nekuřáků s kuřáky. Tato zařízení pochopila, že významnou součástí jejich pohostinství je poskytnout to, co si většina zákazníků přeje.
 10. Postupné zlepšování a zřizování nezakouřeného prostředí veřejných prostor a pracovišť se v mnoha zemích děje již po desetiletí. Podporou těchto změn je soustavná výchova. Největší pokrok byl učiněn právě v nejmenších zařízeních: v hostincích, klubech a restauracích.
 11. Konečně je zodpovědností nás všech, jednotlivců, zaměstnavatelů, zaměstnanců a spotřebitelů zlepšit obecně stav veřejných prostor. Naše zdraví a pohoda jsou v sázce.

Kouření na veřejnosti

12. Sedm z deseti lidí nekouří. Tito lidé si nezaslouží, aby při vstupu do hostince či restaurace byli nuceni vdechovat tabákový kouř. Na druhé straně ten, kdo kouří, by rád strávil večer v hostinci s přáteli kuřáky. Je to otázka vyváženosti.
13. Je potřebné, aby zpočátku byl naplněn zákon a bylo dodržováno nekouření během podávání hlavních jídel; ve druhé fázi je nutné vyčlenit pro nekuřáky a kuřáky oddělené místnosti, přičemž odvětrání jednotlivých místností musí být oddělené.
14. Čím více bude klesat prevalence kuřáků, naprosto nekuřácké restaurace, bary a jídelny budou mít větší obrát, než je tomu nyní, kdy jistá část nekuřácké populace tato místa právě pro zakouřené prostředí nenavštěvuje. To bylo prokázáno např. v Kalifornii.
15. Není zanedbatelná ani skutečnost, že zaměstnanci těchto zařízení jsou vystaveni značnému riziku pasivního kuřáctví a že tato opatření u nich sníží riziko onemocnět.
16. Lze tedy poskytnout následující výběr:
 - Nekuřácké prostředí: není dovoleno kouřit.
 - Separované prostředí: kuřácké a nekuřácké prostředí je v oddělených prostorách.
 - Označená místa: oblasti, kde je možno kouřit a kde ne, jsou označeny.
 - Ventilované prostředí: neoznačené prostory se speciální ventilací, snižující riziko pasivního kouření na minimum.
 - Kuřácké prostředí: bez jakýchkoli omezení a bez ventilace.
 1. Ventilace může výrazně zlepšit prostředí pro veřejnost a zaměstnance. Klimatizační systémy které jsou schopny odfiltrovat některé pevné, rozhodně však ne plynné části tabákového kouře, např. oxid uhelnatý. Proto je nutné, aby filtrační systém pro kuřácká a nekuřácká prostředí byl vždy oddělen.

Kouření při práci

2. Každý pracovník má dle novely Zákoníku práce, § 133, právo na pracovní prostředí, které nepoškozuje zdraví. Je tedy požadavek nekuřáckého pracoviště opodstatněný i ze zákona.
3. Zaměstnanec kuřák by však měl mít právo na pomoc při zanechání kouření a je proto účelné, aby zaměstnavatel vytvořil podmínky pro léčbu jeho kuřáctví, pokud si to zaměstnanec přeje. Zaměstnavatel může pomoci mimo jiné:

- zajištěním poradenství zkušeným pracovníkem v odvykání kouření,
- poskytnutím tištěných materiálů, jak kouření zanechat a informacemi o zdravotních důsledcích kouření,
- vhodnou motivací kupř. přímiemi za nekouření, delší dovolenou apod., jak je tomu v některých podnicích v západních zemích.
 1. Na druhé straně ten, kdo si nepřeje přestat kouřit, by měl mít možnost si zakouřit mimo pracoviště. Je otázkou, zda zaměstnavatel bude požadovat, aby kuřák "prokouřený" čas napracoval.
 2. V prostředcích hromadné dopravy je kouření zakázáno. Výjimku tvoří vyhrazené prostory v rychlíkové železniční dopravě. Řidiči autobusové hromadné dopravy nesmí kouřit při jízdě, neboť manipulace s cigaretou ohrožuje bezpečnost ovládání vozidla a snižuje pozornost řidiče.

Vládní úřady

3. Opatření zabezpečující čistý vzduch pro veřejnost předpokládají vzorové chování od všech veřejných činitelů a úřadů veřejné správy. Nekuřácké prostory v budovách úřadů jsou tedy samozřejmou podmínkou.
4. Každý úřad by měl přistupovat zodpovědně k ochraně zaměstnanců i stran a kontrolovat dodržování těchto požadavků. Takovýto požadavek není diskriminací kuřáků, naopak, je i v zájmu jejich zdraví. Podobně i zde by měl kuřák mít možnost zakouřit si v prostoru k tomu určenému, s dostatečnou ventilací a za podmínky, že napracuje ztrátu pracovní doby.

MEZINÁRODNÍ AKTIVITY

1. Ve světě je více než jedna miliarda kuřáků, s největším podílem v Číně. Ve střední a východní Evropě jejich počet neustále vzrůstá. Ročně zemře ve světě na nemoci z kouření 4 miliony osob a pokud trend kuřáctví nebude změněn, lze očekávat, že do 20 let bude ročně ve světě umírat na důsledky kouření 10 milionů osob.
2. To jsou důvody, proč některé země u svých obyvatel přistoupily zodpovědně k regulaci a dohledu nad kouřením.

Evropské akce

3. Evropská komise přijala direktivy týkající se zdravotního varování, horních hranic obsahu dehtů a nikotinu. Tyto požadavky by měly být přežaty do návrhu zákona "o ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami"
4. Evropský parlament přijal v květnu 2001 direktivu o regulaci tabákových výrobků (vstoupí v platnost v roce 2002), která např. nedovoluje používat zavádějící výrazy označující cigarety jako "light", "ultralight", "mild" apod. Je požadavek, aby množství nikotinu a nepřesáhlo 1 mg, dehtů 10 mg a hladina oxidu uhelnatého v cigaretovém kouři 10mg. To vstoupí v platnost nejpozději v roce 2007. Požadavky zdravotního varování v této direktivě jsou uvedeny v bodě 6.7. V budoucnu budou použity fotografie a obrázky. Dále je zde nutnost uvádění všech toxických komponent.

Celosvětové aktivity

5. Iniciativa Světové zdravotnické organizace za svět bez tabáku (TFI – Tobacco-Free Initiative) chápe kontrolu tabáku jako druhou prioritu činnosti SZO (ihned po kontrole malárie) a kontrolu kouření považuje za celosvětový globální problém.
6. SZO v současné době pracuje na textu mezinárodní smlouvy o kontrole kouření (FCTC - Framework Convention on Tobacco Control), která by měla být závazná pro všechny členské státy. Předpokládá se, že platnost této konvence by měla být předložena ke schválení Světovému zdravotnickému shromáždění (WHA) v roce 2003.
7. Evropská úřadovna SZO vypracovala Akční plán Evropy bez tabáku (Action Plan for Tobacco-Free Europe) (WHO EURO, 1988), který je podporován vládními i nevládními organizacemi v České republice a které se účastní se na jeho realizaci.

Cíle A OPATŘENÍ K OMEZENÍ KUŘÁCTVÍ České republiky

1. Smyslem Bílé knihy je vytvoření podmínek a vhodných postojů k celospolečenskému ovlivnění kuřáctví dětí, kuřáctví dospělých a těhotných žen. Těchto cílů by mělo být

dosaženo do roku 2010. V důsledku toho by došlo ke snížení incidence a mortality na kardiovaskulární onemocnění a nádory.

2. Je proto součástí kontroly kouření i monitorování vývoje aktivit, podílů kuřáctví v populaci a mortality na nemoci z kouření. Důraz je kladen i nadále na služby, poskytující pomoc při odvykání kouření.

Kuřáctví dětí

3. Hlavním cílem je zastavit růst vzniku závislosti dětí na tabáku. Za úspěch bude považováno snížení prevalence kouření dětí (jednu a více cigaret za týden) na polovinu roku 1998, tj. ve věku 11-12 let z 1,4 % na 0,5%
13-14 let z 10% na 5 %
15-16 let ze 20% na 10%, a to do roku 2010.

Kouření dospělých

4. Cílem je podpořit klesající trend kuřáctví u mužů a zahájit klesající trend u žen ve střední a nižší sociální třídě. Předpokládá se, že prevalence kouření u obou pohlaví by měla do roku 2010 klesnout na 20%.

Kouření v těhotenství

5. Cílem je zlepšit zdravotní stav těhotných a jejich rodin. V současné době u nás kouří 37% žen během těhotenství (Hrubá D., 2000). Starší sledování (Kozák J. et al., 1982) prokázalo, že kolem 90 až 95% těhotných kuřáček po zjištění těhotenství přestalo kouřit, ale po porodu, během 6 týdnů, se opět ke kouření vrátilo.
6. Pro ochranu těhotných žen a plodů před následky aktivního i pasivního kouření je třeba iniciovat širokou výchovnou aktivitu v základních a středních školách, v hromadných sdělovacích prostředcích a prostřednictvím cílených kampaní. Cílem je snížit podíl kouřících těhotných žen do roku 2010 na polovinu.
7. Lékaři v pre- i post-graduální výchově musejí být informováni a prakticky cvičeni ve specifčnosti protikuřácké intervence u mladých párů při plánování těhotenství, v jeho průběhu i po narození dítěte.

závěry

1. V Bílé knize je popsána současná situace kouření v České republice, a naznačeny směry, jak postupovat a co učinit, aby se zlepšila. Cílem není snížit pouze počet kuřáků, ale zlepšit současný zdravotní stav populace. Návrhy strategie jsou podloženy zkušenostmi jiných států, které již v kontrole tabáku úspěšně pokročily.
2. Byly předloženy vyvážené kroky zlepšování situace. Legislativa by měla splňovat požadavky Direktiv EU a přiblížit se návrhům SZO v připravovaném textu FCTC.
3. Byly stanoveny hlavní směry a cíle, kde především napřít úsilí o zlepšení: ovlivnění kuřáctví dětí a mládeže, dospělých osob a těhotných žen.
4. Jestliže se prokáže, že některé doporučené směry aktivit neposkytnou očekávanou efektivitu, bude provedena jejich úprava, případně nahrazeny aktivitami vhodnějšími. Nedílnou součástí je soustavní monitorování situace a výsledků aktivit.
5. Bílá kniha České republiky byla vypracována podle vzoru "White Paper on Tobacco" Spojeného Království. Tento dokument byl konzultován s více jak 130 institucemi a vstoupil již v činnost a je podpořen 60 miliony LST.
6. Výčet jednotlivých kroků a cílů je následující:
 - Přijetí návrhu zákona v cigaretovém kouři "o ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami", doplněného o připomínky nevládních organizací kontroly tabáku.
 - Novela zákona o regulaci reklamy § 3 by měla být doplněna požadavky direktiv EU.
 - Zvyšování spotřební daně tabákových výrobků a zavedení daně "ad valorem" v souladu se stavem zdanění tabákových výrobků v EU.
 - Důslednější kontrola pašování cigaret do a z České republiky.
 - Zřízení poraden pro odvykání kouření ve všech okresech státu.
 - Uplatňování krátkodobého poradenství v každodenní praxi lékaře – Metoda "5A".
 - Mediální kampaně zaměřené na lepší informovanost důsledků kouření.
 - Zřizování nekuřáckých restaurací, pohostinství a barů, v hotelích zřizování nekuřáckých pokojů.
 - Nekuřáctví ve vládních budovách a v budovách státní správy.
 - Intenzivní podpora kontrolních opatření Světové zdravotnické organizace: TFI a FCTC.

Literatura:

1. Bertollini R.: Health consequences. European Conference Smoke Free Workplaces, May 10-11, 2001, Berlin.
2. Crha I., Hrubá D.: Kouření a reprodukce. Edice kontinuálního vzdělávání, LF MU Brno, 2000, s.54.
3. Csémy L.: Užívání legálních návykových látek u reprezentativního souboru mládeže v ČR. Deskripce hlavních výsledků. Podpora zdraví 1995; 4, č.1: s. 30-38.
4. Commission of European Communities: Cigarette taxes and price components of retail prices in EU members states at January 1999 for cigarettes of the most popular price category (EURO per 20 cigarettes).
5. Direktiva Evropské Unie 98/43 EC.
6. Geryk E.: K tématice kouření ve Spojených státech a v Evropě. ČLČ, 139, 2000; 3: s. 83-85.
7. Hrubá D., Fiala J., Brázdová Z., Zudová Z., Šišák M., Rézl P., Rubeš J.: Vliv vitaminové suplementace na kvalitu lidského spermatu. Sborník konference MFA, 1999, listopad, s. 123-138.
8. Hrubá D.: osobní sdělení, 2000.
9. Hackshaw A.K., Law M., Wald N.J.: The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. BMJ, 1997;315: s. 980-988.
10. IVVM, šetření v roce 1999.
11. Jha,P.: Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control, a World Bank Publication, 1999, s.122.
12. Jha P., Chaloupka F.: Tobacco control in developing countries. Oxford University Press, 2000, s.489.
13. Josenby D.E., Leischow S.J. Nides M.A., Rennard S.I., Johnston J.A., Hughes A.R., Smith S.S., Muramoto M.L., Daughton D.M., Doan K., Fiore M.C., Baker T.B.: A controlled trial of sustained-release bupropion a nicotina patch, or both for smoking cessation. NEJ of Med, 340, 1999:s. 685-691.
14. Kozák J.: Das Rauchenverhalten von Werktaetigen - Arbeitsunfaehigkeit und oekonomische Folgen. Eine prospektive Studie. Z.Erkrank.Atmorg., 173, 1989; 3: s.229 - 237.
15. Kozák J., Novotná M.: Kouření v těhotenství, Prakt.Lékař, 62; 1982; 12: s.443-446.
16. Králíková E. Kozák J.,T.: Odvykání kouření v denní praxi lékaře, Maxdorf, 1997: s.32.
17. Králíková,E., Kozák,J., Nesnídal,P., Lichtenbergová,J.: Doctors and tobacco in the Czech Republic, 11th World Conference on Tobacco or Health, 2000. Abstracts, vol. 1, s.90.
18. Kukla L., Hrubá D., Tyrlík M.: Charakteristické rozdíly mezi kouřícími a nekouřícími těhotnými ženami. (Výsledky studie ELSPAC), Hygiena 44,1999;2: s. 67-77.
19. Ministerstvo financí ČR: dopis náměstka JUDr P. Dvořáka ze dne 21.1.2000.
20. Daviděk F., Ministerstvo průmyslu a obchodu: osobní sdělení, únor 2000.
21. Novák Z.: Jak kouří česká mládež, Tabák a zdraví, jaro 1993. s. 8-12.
22. Novák Z., NCPZ, Factum 1995/XII.
23. Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M., Heath C., Jr.: Mortality from smoking in developed countries 1950 – 2000. Indirect estimates from national vital statistics. Oxford University Press, 1994, s.553.
24. Pierce J.P., Gilpin E.A., Emery S.L.K., White M.M., Rosbrook B., Berry C.C.: Has the California tobacco control program reduced smoking ? JAMA 1998; 280: s.893-899.
25. Puhunek P., Slámová A., Zvárová J., Svatoš J.: Prevalence průduškového astmatu, ekzému a alergické rýmy u školních dětí v České republice. Čs.Pediatr., 54, 1999, 2,s. 60-68.
26. Rážová J., Csémy L., Provazníková H., Sovinová H.: Mladí lidé a zdraví. In: Sborník z konference s mezinárodní účastí XXVII. Ostravské dny dětí a dorostu. KHS Ostrava, 1999, s.99-114.
27. Smoking kills. A White Paper on Tobacco, The Stationary Office, 1998: s.100.
28. Sovinová H.: osobní sdělení, 1999.
29. Sovinová H., Csémy L., Sadílek P.: Zdraví a škodlivé návyky, SZÚ, Praha, 1999, 56 s.
30. Statistická ročenka České republiky 1998, Scientia 1999: s.743.
31. STEM, šetření 1993.
32. Townsend J.L.: The role of taxation policy in tobacco control. In: Abedian I.,van der Merwe R., Wilkins N., Jha P.: The Economics of tobacco control. Towards an optimal policy mix. Univ.of Cape Town, 1998: s. 366.
33. ÚZIS ČR: Novotvary 1996 ČR, Cancer Incidence 1996 in the Czech Republic, 1999, s.267.
34. WHO EURO, A 5 year Action Plan for Tobacco-Free Europe, Document EUR/RC37/7, 1988: s.33.

Tento text byl vypracován jako podklad pro další diskusi následujícími nevládními organizacemi:
Česká koalice proti tabáku, Hrádková 1354, 190 00 Praha 9
Česká komise European Medical Association Smoking or Health, Studničkova 7, 128 00 Praha 2

Pracovní skupina pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku při České lékařské společnosti JEP, Sokolská
31, 120 00 Praha 2