

UŽÍVÁNÍ TABÁKU A  
ALKOHOLU  
V ČESKÉ REPUBLICE  
2014

Státní zdravotní ústav, 2015

*Hana Sovinová  
Ladislav Csémy*

## A) ÚVOD

Užívání tabáku a alkoholu patří k nejvýznamnějším rizikovým faktorům majícím za následek závažná onemocnění a předčasná úmrtí, kterým je možno účinně předcházet prevencí.

Vzhledem k stále rostoucím počtům kuřáků a dalších uživatelů tabáku je tuto situaci možné nazvat celosvětovou epidemií. Světová zdravotnická organizace (WHO) ve snaze zabránit této vážné zdravotní hrozbě vypracovala vodítka jak s touto epidemií účinně bojovat.

Doporučení směřující k omezení spotřeby tabáku byla shrnuta v dokumentu MPOWER, který představuje šest hlavních priorit efektivních strategií (WHO, 2008):

1. Monitorovat užívání tabáku a politik prevence
2. Chránit lidi před tabákovým kouřem
3. Nabídnout pomoc při odvykání kouření
4. Varovat před nebezpečím užívání tabáku
5. Prosazovat zákaz reklamy na tabák, jeho propagaci a sponzorství
6. Zvyšovat daně na tabák

Východiskem pro další strategie je strategie první – Monitorování užívání tabáku a politik prevence.

Aby bylo možné provádět monitorování jednotným a porovnatelným způsobem po celém světě, byl ve spolupráci WHO a Center pro kontrolu nemocí a prevenci (CDC) vytvořen Globální systém surveillance tabáku (GTSS). V rámci tohoto systému jsou realizovány studie zaměřené na různé věkové skupiny, a to na školní děti ve věku 13 – 15 let, na jejich pedagogy, na budoucí zdravotníky – studenty medicíny, farmacie a ošetrovatelství, a na dospělou populaci ve věku 15 let a více (Warren, Asma at all., 2009).

Pro potřebu zemí, které takový monitoring provádějí, připravily WHO a CDC jednotné dotazníky skládající se z klíčových otázek, včetně návodu jak je používat a vyhodnocovat, které by při surveillance užívání tabáku měly být vždy používány (Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group 2011).

Východiskem pro konstrukci položek, jimiž byly zjišťovány konzumní zvyklosti dotázaných o alkoholu, byla mezinárodní studie SMART: Standardizing Measurement on Alcohol Related Troubles (Moskalewicz, Sieroslowski, 2010), již se za Českou republiku Státní zdravotní ústav účastnil.

Cílem studie bylo posoudit použitelnost různých metod odhadu konzumu alkoholu v populaci. Z několika testovaných přístupů (metoda odhadu založená na obvyklé frekvenci pití a kvantitě specificky podle druhu nápoje [BSQF], metoda graduované frekvence a metoda odhadu spotřeby na základě údajů o pití během posledního týdne) se jako nejvhodnější ukázala metoda BSQF. Z těchto důvodů byla metoda BSFQ aplikována v naší studii.

V České republice byly tyto nástroje pro dospělou populaci poprvé použity při realizaci výběrové populační studie v rámci Dvouleté dohody o spolupráci mezi MZ ČR a WHO-EURO pro roky 2012 – 2014, s podporou a finanční pomocí ze strany WHO. Současný výzkum byl rozšířen o některé aspekty zdravotního stavu socioekonomického postavení.

### Cíle výzkumu a přínos nových poznatků

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

Data o kouření české populace z roku 2014 lze navázat na data získávaná každoročně od roku 1997. Vývojový trend počtu kuřáků mezi dospělými občany ČR je v posledních letech poměrně stabilní. Pohybuje se mezi 28 až 32 % (Sovinova et al., 2012). Analýza trendů dává možnost vyhodnocovat účinnost národní politiky ve vztahu k tabáku, což je přidanou hodnotou, pro kterou stojí za to populační studie periodicky opakovat.

V oblasti alkoholu nemáme k dispozici data se srovnatelnou periodicitou, proto je velmi cenné, že jsme v roce 2014 opět měli možnost v rámci téhož výzkumu sledovat jak kuřáctví, tak pití alkoholu.

Kouření tabáku a nadměrná konzumace alkoholu mají závažný dopad na zdravotní stav populace. Epidemiologické výzkumy dokládají, že v České republice se kouření podílí na celkové roční úmrtnosti 15 - 17 procenty (Peto et al., 2010; Sovinová et al., 2008) a alkohol 4 procenty (Kohoutová, 2013). Snaha omezovat zdravotní a s nimi i ekonomické škody, které kouření a alkohol působí, je proto logicky prioritou veřejného zdravotnictví.

Výsledky populačních studií mají značný význam i pro mezinárodní vědeckou komunitu. Data, která získáváme o kouření a konzumaci alkoholu, se dostávají do databází Světové zdravotnické organizace a EU (HFA, GISAH, OECD) a slouží jako zdroj pro mezinárodní srovnávací studie a jako podklad pro tvorbu národních i mezinárodních politik veřejného zdraví.

### Metodika výzkumu

Pro monitorování užívání tabákových výrobků byl vybrán soubor klíčových otázek z Globální tabákové studie pro dospělé (GATS) Tobacco Questions for Surveys (TQS) a pro užívání alkoholu otázky, které byly výsledkem studie EU SMART. Tyto specifické části studie byly doplněny o demografické charakteristiky sledovaného souboru.

#### *Výběr respondentů a charakteristika souboru*

Informace byly získány od souboru 1810 osob náhodně vybraných pomocí kvót.

Soubor je reprezentativním vzorkem dospělé populace České republiky. Složení vzorku, pokud jde o základní demografické charakteristiky, odpovídá struktuře české populace ve věku 15 let a více podle věku a pohlaví (Věkové složení obyvatelstva České republiky v roce 2013, ČSÚ 2014). Složení výběrového souboru je reprezentativní rovněž podle krajů ČR.

Demografické charakteristiky vzorku

	<b>N (%)</b>
<b>Celkem</b>	1810 (100)
<i>Pohlaví</i>	
Muži	879 (48,6)
Ženy	931 (51,4)
<i>Věková skupina</i>	
15-24	230 (12,7)
25-44	651 (36,0)
45-64	565 (31,2)
65+	364 (20,1)
<i>Místo bydliště</i>	
Město	1280 (70,7)
Venkov	530 (29,3)
<i>Vzdělání*</i>	
ZŠ a SOU	677 (42,8)
SŠ s mat.	644 (40,8)
VŠ	259 (16,4)

\* Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

### *Charakteristika dotazníku pro tabák*

Ta část dotazníku, která se věnovala užívání tabáku, se skládala celkem z 22 otázek pokrývajících všech šest priorit MPOWER.

#### *První priorita – Monitorování*

Nejdůležitější jsou tři první otázky, které zjišťují prevalenci kuřáctví cigaret. Doplňující informaci poskytuje otázka čtvrtá až sedmá, monitorující užívání bezdýmného tabáku.

#### *Druhá priorita – Ochrana lidí před tabákovým kouřem*

Odpovědi na expozici tabákovému kouři doma i na pracovišti byly získány prostřednictvím otázek osm až jedenáct.

#### *Třetí priorita - Nabídnutí pomoci při odvykání kouření*

Toto téma řeší otázky 12 až 14, které zjišťují pokusy respondentů o zanechání kouření a informaci, zda jim zdravotníci doporučovali zanechat kouření.

#### *Čtvrtá priorita - Varování před nebezpečím užívání tabáku*

Otázky 15 až 18 zjišťují povědomí lidí o zdravotních varováních v tisku, televizi a na krabičkách cigaret a jejich případný vliv na úmysl kuřáků přestat kouřit.

#### *Pátá priorita - Prosazování zákazu reklamy na cigarety, jejich propagaci a sponzorství*

Otázky 19 a 20 zjišťují rozsah působení reklamy na cigarety v místech jejich prodeje a rozsah různých způsobů jejich propagace.

#### *Šestá priorita - Zvyšování daní na tabák*

Poslední dvě otázky se zabývají ekonomikou, zjišťují rozsah posledního nákupu cigaret a množství peněz na jejich nákup vynaložených.

### *Charakteristika dotazníku pro alkohol*

Pro odhad celkové spotřeby alkoholu byla zvolena metoda obvyklé frekvence a kvantity podle druhu alkoholického nápoje (Beverage Specific Frequency-Quantity Method) z již zmiňovaného projektu EU SMART.

Dále byly zařazeny položky zjišťující frekvenci pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě (definováno jako příjem 60 nebo více gramů alkoholu). Stejně jako při výzkumu v roce 2012 jsme zjišťovali, zda se lékař dotázaného zajímal o jeho pití, resp. zda doporučoval omezení konzumu alkoholu. Nově byla v části o alkoholu přidána otázka na důvody abstinence.

Tyto položky spolu se sociodemografickými proměnnými umožnily vytvořit ucelený popis konzumních vzorců dospělé populace.

Výzkumný instrument jsme v roce 2014 rozšířili o dvě oblasti. První oblastí bylo subjektivní hodnocení zdravotního stavu. Jde o položku, která se běžně využívá ve výzkumech v oblasti zdravotního stavu. V kontextu našeho výzkumu umožňuje sledovat asociace mezi globálním zdravotním stavem a kouřením a pitím alkoholu.

Druhou oblastí, která nás zajímala, byla otázka socioekonomického statusu a jejich vazeb na kouření a pití alkoholu. Protože v ČR neexistuje standardní postup pro zjišťování SES, zařadili jsme do výzkumu položky, které nám umožnily vytvořit novou kompozitní proměnnou, která kategorizuje respondenty ve věku 25 až 59 let do čtyř kategorií: nízké socioekonomické postavení, dále nižší střední, vyšší střední a vysoké. K vytvoření kompozitního indexu jsme použili tři proměnné: úroveň vzdělání, druh vykonávané práce a příjem na domácnost. Nový kompozitní index je z hlediska interpretace lepší než pouhé použití proměnné o úrovni vzdělání, protože zohledňuje skutečnost, jak jedinec dokáže ve společnosti uplatnit i další schopnosti.

## VÝSLEDKY

### B Tabák

**Tabulka 1 Podrobný přehled kuřáctví tabákových výrobků (Priorita 1)**

Rozsah kuřáckých návyků (v posledních 30 dnech)	Celkem	Muži	Ženy
	<i>Procenta (95% CI)</i>		
<b>Současní kuřáci tabáku</b>	31,4 (29,3;33,6)	37,4 (34,2;40,7)	<b>25,8</b> (23,0;28,7)
Denní kuřáci	23,5 (21,6;25,5)	28,2 (25,3;31,3)	<b>19,0</b> (16,6;21,7)
Příležitostní kuřáci	8,0 (6,8;9,3)	9,2 (7,4;11,4)	6,8 (5,3;8,6)
<i>Příležitostní kuřáci, kouřící v minulosti denně</i>	3,2 (2,4;4,1)	4,0 (2,8;5,6)	2,4 (1,5;3,6)
<i>Příležitostní kuřáci, nikdy nekouřící v minulosti denně</i>	4,8 (3,8;5,9)	5,1 (3,8;6,9)	4,4 (3,2;6,0)
<b>Současní nekuřáci</b>	68,6 (66,4;70,7)	62,6 (59,3;65,8)	<b>74,2</b> (71,3;77,0)
Bývalí kuřáci	14,7 (13,1;16,4)	15,5 (13,2;18,1)	13,8 (11,7;16,3)
<i>Bývalí denní kuřáci</i>	7,6 (6,4;8,9)	9,2 (7,4;11,4)	6,0 (4,6;7,8)
<i>Bývalí příležitostní kuřáci</i>	7,1 (6,0;8,4)	6,3 (4,8;8,1)	7,8 (6,2;9,8)
Nekuřáci celoživotní	53,9 (51,6;56,2)	47,1 (43,8;50,5)	60,4 (57,1;63,5)

Výsledky studie ukázaly, že současných kuřáků bylo v ČR v roce 2014 celkem 31,4 %. Z toho tři čtvrtiny představovali kuřáci, kouřící nejméně jednu cigaretu denně.

Ze statistického hlediska je mezi počty současných kuřáků podle pohlaví patrný významný rozdíl. Následně ve skupině denních kuřáků zaznamenáváme významně méně kuřáček než kuřáků.

Statisticky významný rozdíl nacházíme i ve skupině nekuřáků, a to ve prospěch celoživotních nekuřáček.

Porovnání s roky 2012 a 2013 viz tab. 12 na str. 16.

**Tabulka 2A Současní kuřáci různých druhů tabákových výrobků podle vybraných demografických charakteristik (Priorita 1)**

Demografická charakteristika	Jakýkoliv kouřený tabákový výrobek	Jakékoliv cigarety <sup>1</sup>	Typ cigarety		Ostatní tabákové výrobky <sup>2</sup>
			Komerčně vyrobené	Ručně ubalené	
<i>Procenta (95% CI)</i>					
<b>Celkem</b>	31,4 (29,3;33,6)	30,8 (28,7;33,0)	29,0 (26,9;31,2)	3,7 (2,9;4,6)	4,4 (3,5;5,4)
<i>Pohlaví</i>					
Muži	37,4 (34,2;40,7)	36,4 (33,2;39,7)	34,0 (30,9;37,3)	5,0 (3,7;6,7)	<b>6,5</b> (5,0;8,4)
Ženy	25,8 (23,0;28,7)	25,5 (22,7;28,4)	24,3 (21,6;27,2)	2,4 (1,5;3,6)	2,4 (1,5;3,6)
<i>Věková skupina</i>					
15-24	38,3 (32,0;44,9)	37,8 (31,5;44,4)	37,8 (31,5;44,4)	2,6 (1,0;5,6)	8,7 (5,4;13,1)
25-44	34,1 (30,5;37,9)	33,6 (30,0;37,4)	31,6 (28,1;35,4)	3,7 (2,4;5,5)	4,9 (3,4;7,0)
45-64	33,8 (29,9;37,9)	32,7 (28,9;36,8)	30,4 (26,7;34,5)	5,0 (3,4;7,2)	4,1 (2,7;6,1)
65+	18,7 (14,9;23,2)	18,1 (14,4;22,6)	16,5 (12,9;20,8)	2,2 (1,0;4,5)	1,1 (0,4;3,0)
<i>Místo bydliště</i>					
Město	32,4 (29,9;35,1)	31,9 (29,3;34,5)	30,2 (27,7;32,9)	3,6 (2,7;4,8)	4,0 (3,0;5,2)
Venkov	29,1 (25,3;33,2)	28,1 (24,4;32,2)	26,0 (22,4;30,0)	3,8 (2,4;5,9)	5,3 (3,6;7,6)
<i>Vzdělání<sup>3</sup></i>					
ZŠ a SOU	34,3 (30,7;38,0)	33,4 (29,9;37,1)	30,4 (27,0;34,1)	4,7 (3,3;6,7)	3,6 (2,3;5,3)
SŠ s mat.	28,1 (24,7;31,8)	27,8 (24,4;31,5)	26,7 (23,5;30,5)	3,0 (1,8;4,7)	3,0 (1,8;4,7)
VŠ	26,3 (21,0;32,1)	25,1 (19,9;30,8)	22,8 (17,8;28,4)	3,5 (1,6;6,5)	6,2 (3,6;5,9)

Poznámka: Současné kuřáctví tabákových výrobků zahrnuje každodenní i příležitostné (méně často než denně) kuřáctví

<sup>1</sup> Zahrnuje kuřáctví cigaret, jak vyrobených průmyslově, tak i ručně ubalených;

<sup>2</sup> Zahrnuje kuřáctví dýmek, doutníků a vodních dýmek;

<sup>3</sup> Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

Z tabulky vyplývá, že česká populace v naprosté většině kouří cigarety. Podíl jiných tabákových výrobků určených ke kouření je zanedbatelný. Celkem tuto skutečnost uvedlo 4,4 % osob s významnou převahou mužské části populace (6,5 % vs. 2,4 %). Zatím pouze v omezeném rozsahu si kuřáci balí své vlastní cigarety, naprostá většina dává přednost cigaretám vyrobeným průmyslově.

Z hlediska věku je prevalence kuřáctví tabákových výrobků nejvyšší ve skupině 15 – 24 letých (38,3 %). Se stoupajícím věkem prevalence kuřáctví klesá.

Podle vzdělání je procento kuřáctví jednotlivých kategorií tabákových výrobků (s výjimkou ostatních tabákových výrobků) nižší u skupiny vysokoškolsky vzdělaných kuřáků v porovnání s kuřáky se vzděláním základním a středním.

**Ostatní tabákové výrobky** zahrnují dýmku, doutníky a vodní dýmku. Doutník kouří v současnosti 2,6 %, dýmku 0,7 % a vodní dýmku 2,6 % respondentů.

**Tabulka 2B Současní uživatelé elektronické cigarety (denní a příležitostní) podle vybraných demografických charakteristik**

Demografická charakteristika	Elektronická cigareta
<b>Celkem</b>	3,9 (3,1;4,9)
<i>Pohlaví</i>	
Muži	4,6 (3,3;6,2)
Ženy	3,2 (2,2;4,6)
<i>Věková skupina</i>	
15-24	1,7 (0,5;4,4)
25-44	4,9 (3,4;7,0)
45-64	4,4 (2,9;6,6)
65+	2,5 (1,2;4,8)
<i>Místo bydliště</i>	
Město	4,0 (3,0;5,2)
Venkov	3,6 (2,2;5,6)
<i>Vzdělání<sup>1</sup></i>	
ZŠ a SOU	3,6 (2,3;5,3)
SŠ s mat.	5,1 (3,6;7,2)
VŠ	3,5 (1,6;6,5)

<sup>1</sup> Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

Elektronické cigarety: v roce 2014 užívalo e-cigarety celkem 3,9 % dotázaných, z toho 4,6 % mužů a 3,2 % žen. V porovnání s rokem 2013 (1,1 %) došlo k více než trojnásobnému nárůstu.

Nejvyšší počty vykazují věkové skupiny 25 – 44letých a 45 – 54letých uživatelů.

**Tabulka 3 Počet cigaret průměrně vykouřených za den podle vybraných demografických charakteristik (Priorita 1)**

Demografická charakteristika	Počet cigaret průměrně vykouřených za den <sup>1</sup>				
	<5	5-9	10-14	15-24	≥25
	<i>Procenta (95% CI)</i>				
<b>Celkem</b>	9,6 (7,0;12,8)	27,3 (23,2;31,8)	26,1 (22,1;30,6)	<b>33,1</b> (28,7;37,8)	4,0 (2,4;6,4)
	<i>Pohlaví</i>				
Muži	8,8 (5,6;13,0)	23,6 (18,5;29,4)	22,8 (17,8;28,5)	<b>39,2</b> (33,1;45,6)	5,6 (3,1;9,2)
Ženy	10,6 (6,5;16,1)	<b>32,4</b> (25,6;39,8)	30,7 (24,1;38,0)	24,6 (18,5;31,6)	1,7 (0,4;4,8)
<i>Věková skupina</i>					
15-24	8,1 (2,7;17,8)	46,8 (34,0;59,9)	19,4 (10,4;31,4)	25,8 (15,5;38,5)	<b>0</b>
25-44	10,4 (6,2;16,1)	32,4 (25,6;39,8)	30,7 (24,1;38,0)	24,6 (18,5;31,6)	<b>1,7</b> (0,4;4,8)
45-64	11,0 (6,6;17,1)	22,1 (15,8;29,5)	24,7 (18,1;32,3)	37,7 (30,0;45,8)	4,6 (1,9;9,1)
65+	4,1 (0,5;14,0)	22,5 (11,8;36,6)	30,6 (18,3;45,4)	38,8 (25,2;53,8)	<b>4,1</b> (0,5;14,0)
<i>Místo bydliště</i>					
Město	9,2 (6,4;13,1)	27,9 (23,1;33,3)	25,1 (20,5;30,3)	34,0 (28,8;39,5)	3,8 (2,1;6,7)
Venkov	10,5 (5,6;17,7)	25,4 (17,8;34,5)	29,0 (20,8;38,2)	30,7 (22,4;40,0)	4,4 (1,4;9,9)
<i>Vzdělání<sup>2</sup></i>					
ZŠ a SOU	5,9 (3,0;10,3)	24,1 (18,1;30,8)	25,1 (19,1;32,0)	39,6 (32,5;47,0)	5,4 (2,6;9,6)
SŠ s mat.	15,8 (10,2;23,0)	25,9 (18,9;34,0)	29,5 (22,1;37,8)	25,2 (18,2;33,3)	3,6 (1,2;8,2)
VŠ	7,3 (1,5;19,9)	17,1 (7,2;32,1)	29,3 (16,1;45,5)	41,5 (26,3;57,9)	4,9 (0,6;16,5)

<sup>1</sup> Denní kuřáci, cigarety zahrnují průmyslově vyráběné i ručně balené;

<sup>2</sup> Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

Muži kouřili nejčastěji 15 – 24 cigaret denně (39,2 %), ženy pak nejčastěji 5 - 9 cigaret denně (32,4 %). Nejmladší věková skupina (15 – 24 let) denně vykouřila méně než deset cigaret ve více než polovině případů (54,9 %). Skupina kouřící denně 25 a více cigaret představovala pouhých čtyři procenta a i zde s převahou mužů.

Denní spotřeba cigaret nezávisela ani na místě bydliště, ani na výši dosaženého vzdělání.



Tabulka 4 Podrobný přehled užívání bezdýmných tabákových výrobků (Priorita 1)

Podle rozsahu užívání	Celkem	Muži	Ženy
	<i>Procenta (95% CI)</i>		
<b>Současní uživatelé bezdýmného tabáku</b>	2,4 (1,7; 3,2)	3,1 (2,1; 4,5)	1,7 (1,0; 2,8)
Denní uživatelé	<b>0,4</b> (0,2; 0,8)	0,7 (0,3; 1,6)	0,1 (0,0; 0,7)
Příležitostní uživatelé	2,0 (1,4; 2,8)	2,4 (1,5; 3,7)	1,6 (0,9; 2,7)
Příležitostní uživatelé, v minulosti denní uživatelé	0,7 (0,4; 1,2)	1,0 (0,5; 2,0)	0,3 (0,1; 1,0)
Příležitostní uživatelé, nikdy denní uživatelé v minulosti	1,3 (0,9; 2,0)	1,4 (0,7; 2,4)	1,4 (0,7; 2,3)
<b>V současné době neužívají bezdýmný tabák</b>	97,6 (96,8; 98,3)	96,9 (95,5; 97,9)	98,3 (97,2; 99,0)
Bývalí uživatelé	5,0 (4,0; 6,1)	6,5 (4,9; 8,4)	3,6 (2,5; 5,1)
Bývalí denní uživatelé	0,3 (0,1; 0,7)	0,6 (0,2; 1,5)	0
Bývalí příležitostní uživatelé	4,7 (3,8; 5,8)	5,9 (4,4; 7,7)	3,6 (2,5; 5,1)
Nikdy neužívali bezdýmný tabák	95,0 (93,9; 96,0)	93,5 (91,6; 95,1)	96,4 (94,9; 97,5)

Užívání bezdýmných tabákových výrobků (určených ke šňupání, žvýkání či sání) se ve sledovaném vzorku populace vyskytuje ve velmi omezené míře. Současní uživatelé představují 2,4 %, z nich tyto tabákové výrobky denně užívá pouhé 0,4 % respondentů.

Přestože bezdýmné tabákové výrobky častěji užívají muži než ženy, není mezi těmito skupinami statisticky významný rozdíl.

V porovnání s rokem 2012 nedošlo k žádným podstatnějším změnám (2,0 % vs. 2,4 % současných uživatelů bezdýmného tabáku).

**Tabulka 5 Expozice tabákovému kouři v prostředí domova podle rozsahu kuřáckých návyků a vybraných demografických charakteristik (Priorita 2)**

Demografická charakteristika	Respondenti vystavení tabákovému kouři doma <sup>1</sup>	
	Celkem	Nekuřáci
	<i>Procenta (95% CI)</i>	
<b>Celkem</b>	23,0 (21,1;25,0)	<b>11,0</b> (9,3;12,9)
<i>Pohlaví</i>		
Muži	29,8 (26,8;33,0)	13,1 (10,4;16,3)
Ženy	16,5 (14,2;19,1)	9,3 (7,3;13,4)
<i>Věková skupina</i>		
15-24	27,4 (21,7;33,6)	<b>20,4</b> (14,1;28,0)
25-44	23,4 (20,2;26,8)	10,0 (7,4;13,4)
45-64	24,6 (21,2;28,4)	10,7 (7,9;14,4)
65+	17,0 (13,4;21,4)	8,1 (5,3;11,8)
<i>Místo bydliště</i>		
Město	22,7 (20,4;25,1)	10,6 (8,7;12,9)
Venkov	23,8 (20,3;27,7)	11,7 (8,7;15,5)
<i>Vzdělání<sup>2</sup></i>		
ZŠ a SOU	26,4 (23,2;30,0)	9,4 (7,0;12,6)
SŠ s maturitou	19,7 (16,8;23,1)	10,6 (8,0;13,8)
VŠ	18,1 (13,7;23,4)	8,4 (4,9;13,3)

<sup>1</sup> Respondenti, kteří uvádějí, že ke kouření uvnitř domů dochází denně, týdně, nebo měsíčně;

<sup>2</sup> Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

Téměř jedna čtvrtina respondentů je vystavena ve svých domovech tabákovému kouři, z toho přibližně v polovině se to týká nekuřáků. Zarážející je skutečnost, že nejvyšší podíl na těchto počtech má nejmladší věková skupina 15 - 24 letých, do které spadá i mládež ve věku 15 -18 let. Expozice tabákovému kouři je v této věkové skupině je oproti ostatním věkovým kategoriím dvojnásobná.

Podle místa bydliště ani podle dosaženého vzdělání není pozorován statisticky významný rozdíl.

Výsledky z let 2012 a 2014 jsou velmi podobné, ke zlepšení situace nedošlo.

**Tabulka 6 Expozice tabákovému kouři v uzavřených pracovních prostorách podle rozsahu kuřáckých návyků a vybraných demografických charakteristik (Priorita 2)**

Demografická charakteristika	Respondenti vystavení tabákovému kouři na pracovišti <sup>1</sup>	
	Celkem	Nekuřáci
	<i>Procenta (95% CI)</i>	
<b>Celkem</b>	<b>22,4</b> (19,7;25,4)	<b>14,4</b> (11,6;17,7)
<i>Pohlaví</i>		
Muži	29,9 (25,7;34,4)	18,9 (14,3;24,1)
Ženy	14,3 (11,2;18,2)	10,3 (7,0;14,4)
<i>Věková skupina</i>		
15-24	21,7 (13,8;31,6)	17,3 (8,2;30,3)
25-44	22,2 (18,3;26,6)	13,2 (9,4;17,9)
45-59	22,6 (18,2;27,7)	15,8 (11,0;21,5)
65+	24,4 (12,4;40,3)	10,7 (2,3;28,2)
<i>Místo bydliště</i>		
Město	21,3 (18,1;24,8)	13,0 (9,9;16,9)
Venkov	25,0 (19,9;30,7)	17,5 (12,2;24,1)
<i>Vzdělání<sup>2</sup></i>		
ZŠ a SOU	<b>30,9</b> (25,4;36,9)	<b>20,7</b> (14,5;28,0)
SŠ s maturitou	19,8 (15,7;24,5)	12,1 (8,2;17,0)
VŠ	14,3 (9,3;20,7)	9,6 (4,9;16,5)

<sup>1</sup> V posledních 30 dnech; Týká se respondentů, kteří pracují mimo svůj domov, obvykle pracujících v uzavřených prostorách či v uzavřených i venkovních prostorách.

<sup>2</sup> Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

Muži jsou exponováni tabákovému kouři na pracovišti častěji než ženy, věk, či bydliště v tomto případě významnou roli nehraje.

Počet nekuřáků exponovaných tabákovému kouři klesá se stoupající úrovní vzdělání na více než polovinu.

V porovnání s rokem 2012 došlo k poklesu počtu nekuřáků exponovaných tabákovému kouři o 5 % (19,6 % vs. 14,4 %). Přesto však si zjištěné vysoké procento nekuřáků vystavených tabákovému kouři v uzavřených prostorách na pracovišti bude žádat bližší objasnění.

**Tabulka 7 Současní kuřáci, kteří se pokusili v průběhu posledních 12 měsíců přestat kouřit, vyhledali zdravotní péči a bylo jim doporučeno přestat kouřit (Priorita 3)**

Demografická charakteristika	Odvykání kouření a vyhledání zdravotní péče		
	Pokusili se přestat kouřit <sup>1</sup>	Navštívili zdravotnické zařízení <sup>1</sup>	Dostali radu, aby přestali kouřit <sup>2</sup>
	<i>Procenta (95% CI)</i>		
<b>Celkem</b>	<b>33,0</b> (29,2; 37,1)	<b>62,9</b> (58,8; 66,9)	<b>37,2</b> (32,2; 42,4)
<i>Pohlaví</i>			
Muži	29,2 (24,4; 34,5)	58,66 (53,1; 64,0)	38,9 (31,9; 46,1)
Ženy	38,3 (32,2; 44,8)	68,75 (62,5; 74,6)	35,2 (27,9; 42,9)
<i>Věková skupina</i>			
15-24	44,3 (33,7; 55,3)	51,14 (40,3; 62,0)	33,3 (20,0; 48,9)
25-44	34,2 (28,0; 40,9)	55,86 (49,1; 62,5)	25,0 (17,7; 33,6)
45-59	24,6 (18,7; 31,4)	70,7 (63,7; 77,0)	40,0 (31,7; 48,8)
65+	38,2 (26,7; 50,8)	79,4 (67,9; 88,3)	61,1 (46,9; 74,1)
<i>Místo bydliště</i>			
Město	32,8 (28,32; 37,55)	62,9 (58,0; 67,5)	36,0 (30,2; 42,2)
Venkov	33,8 (26,4; 41,842)	63,0 (54,8; 70,6)	40,2 (30,4; 50,7)
<i>Vzdělání<sup>3</sup></i>			
ZŠ a SOU	32,7 (27,144; 38,7)	66,2 (60,2; 71,8)	<b>43,3</b> (35,9; 50,9)
SŠ s maturitou	32,9 (26,8; 39,4)	62,7 (56,09; 69,01)	31,5 (24,0; 39,8)
VŠ	34,72 (23,9; 46,9)	51,4 (39,3; 63,4)	29,7 (15,9; 47,0)

<sup>1</sup> Týká se současných kuřáků;

<sup>2</sup> Týká se současných kuřáků, kteří navštívili zdravotnické zařízení během posledních 12 měsíců;

<sup>3</sup> Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

Třetina současných kuřáků se v průběhu posledního roku pokusila přestat kouřit (muži 29,2 %, ženy 38,3 %). Nejvíce připadlo do skupiny nejmladších kuřáků (15 – 24 let). S přibývajícím věkem toto úsilí klesá. K obratu tohoto trendu dochází až v nejvyšší věkové skupině.

Dosažený stupeň vzdělání nemá na snahu o zanechání kouření vliv.

V porovnání s rokem 2012 došlo k mírnému nárůstu počtu osob, kterým lékař doporučil přestat kouřit (31 % vs. 37 %). Stejně jako v roce 2012 nejčastěji doporučovali lékaři zanechat kuřáctví osobám s nejnižším dosaženým vzděláním (čtyřem z deseti).

**Tabulka 8 Respondenti, kteří si všimli během posledních 30 dní informací proti kouření cigaret v novinách nebo časopisech či televizi podle rozsahu kuřáckých návyků a vybraných demografických charakteristik (Priorita 4)**

Umístění	Celkem	Pohlaví		Věk (v letech)		Místo bydliště	
		Muži	Ženy	15-24	≥ 25	Město	Venkov
<i>Procento (95% CI)</i>							
<b>Celkem</b>							
V novinách či časopisech	<b>46,0</b> (43,7;48,3)	46,9 (43,5;50,2)	45,1 (41,9;48,3)	44,4 (37,8;51,0)	46,2 (43,7;48,7)	46,3 (43,6;49,1)	45,1 (40,8;49,5)
V televizi	37,1 (34,9;39,4)	37,09 (33,9;40,4)	37,1 (34,0;40,3)	29,6 (23,8;35,9)	38,2 (35,8;40,6)	38,2 (35,5;40,9)	34,34 (30,3;38,6)
<b>Současní kuřáci<sup>1</sup></b>							
V novinách či časopisech	52,0 (47,8;56,2)	50,8 (45,2;56,3)	53,8 (47,2;60,2)	46,6 (35,9;57,5)	53,0 (48,4;57,5)	51,6 (46,7;56,5)	53,3 (45,1;61,3)
V televizi	41,0 (36,9;45,1)	41,0 (35,7;46,6)	40,8 (34,6;47,3)	29,6 (20,3;40,22)	43,0 (38,6;47,6)	41,7 (36,9;46,6)	39,0 (31,2;47,1)
<b>Nekuřáci<sup>2</sup></b>							
V novinách či časopisech	43,1 (40,4;46,0)	44,6 (40,4;48,8)	42,1 (38,4;45,9)	43,0 (34,7;51,5)	43,22 (40,3;46,2)	43,8 (40,5;47,2)	41,8 (36,8;46,9)
V televizi	35,3 (32,6;38,0)	34,7 (30,8;38,8)	35,8 (32,2;39,5)	29,6 (22,2;37,8)	36,0 (33,2;39,0)	36,5 (33,3;39,9)	32,5 (27,8;37,5)

<sup>1</sup> Zahrnuje denní a příležitostné (méně často než denně) kuřáky;

<sup>2</sup> Zahrnuje bývalé kuřáky a celoživotní nekuřáky;

Celkově téměř polovina dotázaných osob si všimla během posledních 30 dní informací proti kouření cigaret v novinách ev. časopisech. V televizi si takových sdělení všimli respondenti podstatně méně často. Rozdíl mezi jednotlivými médii je statisticky významný.

V rámci jednotlivých skupin posuzovaných médií nebyl pozorován rozdíl mezi muži či ženami, ani mezi věkovými kategoriemi či místem bydliště.

Častěji si všimli informací proti kouření kuřáci cigaret než nekuřáci a to většinou významně.

**Tabulka 9 Současní kuřáci, kteří si všimli zdravotního varování na balíčku cigaret, a zvažovali v souvislosti s tím, že kouření zanechají v příštích 30 dnech podle vybraných demografických charakteristik (Priorita 4)**

Demografické charakteristiky	Současní kuřáci, <sup>1</sup> kteří...	
	si všimli zdravotního varování na balíčku cigaret <sup>2</sup>	Zvažovali v souvislosti se zdravotním varováním, že kouření zanechají <sup>2</sup>
	<i>Procenta (95% CI)</i>	
<b>Celkem</b>	86,3 (83,1; 89,0)	19,1 (15,8; 23,0)
<i>Pohlaví</i>		
Muži	85,4 (81,0; 89,0)	16,7 (12,6; 21,6)
Ženy	87,5 (82,6; 91,4)	22,4 (16,9; 28,6)
<i>Věková skupina</i>		
15-24	88,6 (80,1; 94,4)	17,9 (10,2; 28,3)
25-44	88,3 (83,3; 92,2)	16,8 (11,9; 22,8)
45-59	82,7 (76,6; 87,8)	19,0 (13,2; 26,0)
65+	86,8 (76,4; 93,8)	28,8 (17,8; 42,1)
<i>Místo bydliště</i>		
Město	86,3 (82,5; 89,4)	19,6 (15,7; 24,1)
Venkov	86,4 (79,9; 91,4)	18,1 (11,9; 25,7)
<i>Vzdělání<sup>3</sup></i>		
ZŠ a SOU	83,3 (78,3; 87,5)	18,8 (13,9; 24,5)
SŠ s maturitou	90,8 (86,3; 94,2)	18,4 (13,3; 24,3)
VŠ	83,3 (72,7; 91,1)	23,3 (13,4; 36,0)

<sup>1</sup> Zahnuje denní a příležitostné (kouřící méně často než denně) kuřáky;

<sup>2</sup> Během posledních 30 dní;

<sup>3</sup> Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

Téměř devět z deseti současných kuřáků si všimlo zdravotního varování na krabici cigaret. Pouze 19,1 % z nich varování motivovalo k úvaze kouření zanechat. Pohlaví, věková skupina, místo bydliště ani úroveň vzdělání nevykázaly statisticky významné rozdíly.

Od roku 2012 se situace výrazně nezměnila.

**Tabulka 10 Respondenti, kteří si během posledních 30 dní všimli různých způsobů reklamy na cigarety podle vybraných demografických charakteristik (Priorita 5)**

Umístění	Celkem	Pohlaví		Věk (v letech)		Místo bydliště	
		Muži	Ženy	15-24	25+	Město	Venkov
<i>Procento (95% CI)</i>							
Všimli si reklamy v místě prodeje cigaret (obchody)	56,2 (53,9;58,5)	59,7 (56,4;63,0)	52,8 (49,6;56,1)	<b>67,0</b> (60,5;73,0)	54,6 (52,1;57,1)	56,5 (53,7;59,2)	55,5 (51,1;59,7)
Všimli si propagace cigaret							
Vzorky zdarma	5,3 (4,3;6,5)	6,5 (5,0;8,4)	4,2 (3,0;5,7)	3,5 (1,5;6,7)	5,6 (4,5; 6,9)	5,4 (4,3;6,8)	5,1 (3,5;7,4)
Slevy z ceny	11,7 (10,2;13,3)	13,2 (11,1;15,7)	10,2 (8,4;12,4)	7,4 (4,4;11,6)	12,3 (10,7;14,0)	11,6 (9,9;13,5)	11,9 (9,3;15,0)
Kupony na cigarety	3,4 (2,7;4,4)	4,2 (3,0;5,8)	2,7 (1,8;4,0)	1,3 (0,3;3,8)	3,7 (2,9;4,8)	3,0 (2,1;4,1)	4,5 (3,0;6,8)
Dárky/slevy na jiné výrobky	24,1 (22,2;26,1)	25,0 (22,2;28,1)	23,2 (20,6;26,1)	26,1 (20,5;32,3)	23,8 (21,7;26,0)	25,5 (23,1;28,0)	20,8 (17,4;24,5)
Oblečení/předmět se značkou nebo logem cigaret	29,0 (26,9;31,2)	33,4 (30,4;36,7)	24,8 (22,1;27,7)	<b>38,7</b> (32,4;45,3)	27,6 (25,4; 9,9)	29,8 (27,4;32,5)	27,0 (23,3;31,0)
Propagace cigaret poštou	4,5 (3,6;5,6)	5,2 (3,9;7,0)	3,9 (2,8;5,4)	3,5 (1,5;6,7)	4,7 (3,7;5,9)	4,7 (3,6;6,0)	4,2 (2,7;6,3)

Více než polovina dotázaných, z toho muži větší měrou než ženy, si všimla reklamy na cigarety v místě jejich prodeje. Statisticky významný rozdíl byl zjištěn mezi věkem respondentů, podstatně více (67,0 %) jich bylo ve věku do 25 let. Starších respondentů si takové reklamy všimlo necelých 55 %. Místo bydliště dotázaných nehraje ve vnímání reklamy na cigarety žádnou roli. V porovnání s rokem 2012 se počty respondentů, kteří si reklamy všimli, významně zvýšily (50,4 % vs. 56,2 %).

Významně se v porovnání s rokem 2012 změnila situace ve vnímání propagačních aktivit. Je nutné upozornit na skutečnost, že propagace tabákových výrobků je v ČR zakázána. Přesto značné procento dotázaných odpovědělo kladně na otázku, zda si všimli jakékoliv propagace cigaret, a to především v podobě dárků či slev na jiné zboží anebo značky ev. loga cigaret na oblečení či jiných předmětech. Zde je rozdíl v četnosti odpovědí ve vnímání propagace cigaret v podobě značky ev. loga cigaret na oblečení či jiných předmětech statisticky významný u osob mladších 25 let (38,7 % vs. 27,6 %).

K statisticky významnému nárůstu došlo při porovnání s rokem 2012 v případě slev na cigarety z 8,1% na 11,7 %, u dárků a slev na jiné výrobky z 17,7 % na 24,1 % a u značky ev. loga cigaret na oblečení či jiných předmětech z 23,9 na 29,0 %.

**Tabulka 11 Průměrné náklady na krabičku cigaret a cena 100 krabiček cigaret jako procento hrubého domácího produktu na osobu (Priorita 6)**

	<b>Měna</b>
Průměrné náklady na krabičku 20 průmyslově vyráběných cigaret	71,1 Kč
Cena 100 krabiček cigaret jako procento hrubého domácího produktu (HDP) na osobu	1,83 %

V tabulce jsou na základě odpovědí dotázaných osob spočítány průměrné náklady vynaložené na jednu krabičku průmyslově vyráběných cigaret. V podstatě to odpovídá ceně nejlevnějších cigaretových značek u nás prodávaných.

Druhá položka tabulky vypovídá o míře cenové dostupnosti cigaret. Cena 100 krabiček cigaret představuje 1,8 % HDP na osobu (HDP dle ČSÚ za rok 2014).



**Tabulka 12 Kouření tabákových výrobků – porovnání dat z let 2012, 2013 a 2014**

Rozsah kuřáckých návyků (v posledních 30 dnech)	Rok	Celkem	Muži	Ženy
		<i>Procenta (95% CI)</i>		
Současní kuřáci tabáku	2014	31,4 (29,3;33,6)	37,4 (34,2;40,7)	25,8 (23,0;28,7)
	2013	29,9 (27,8; 32,1)	36,4 (33,2; 39,7)	23,7 (21,0; 26,6)
	2012	31,3 (29,2;33,5)	36,5 (33,4;39,8)	26,3 (23,5;29,3)
Denní kuřáci	2014	23,5 (21,6;25,5)	28,2 (25,3;31,3)	19,0 (16,6;21,7)
	2013	22,2 (20,3; 24,2)	27,2 (24,3; 30,3)	17,4 (15,1; 20,1)
	2012	23,1 (21,2;25,1)	26,7 (23,9;29,8)	19,6 (17,1;22,4)
Příležitostní kuřáci	2014	8,0 (6,8;9,3)	9,2 (7,4;11,4)	6,8 (5,3;8,6)
	2013	7,7 (6,5; 9,0)	9,2 (7,4; 11,3)	6,3 (4,8; 8,1)
	2012	8,2 (7,0;9,6)	9,8 (7,9;12,0)	6,7 (5,2;8,6)
Současní nekuřáci	2014	68,6 (66,4;70,7)	62,6 (59,3;65,8)	74,2 (71,3;77,0)
	2013	70,1 (67,9; 72,2)	63,6 (60,3; 66,8)	76,3 (73,4; 79,0)
	2012	68,7 (66,5;70,8)	63,5 (60,2;66,7)	73,7 (70,7;76,5)
Bývalí kuřáci	2014	14,7 (13,1;16,4)	15,5 (13,2;18,1)	13,8 (11,7;16,3)
	2013	12,6 (11,1; 14,2)	15,1 (12,8; 17,7)	10,2 (8,4; 12,4)
	2012	13,1 (11,6;14,8)	14,6 (12,3;17,1)	11,7 (9,7;14,0)
Nekuřáci celoživotní	2014	53,9 (51,6;56,2)	47,1 (43,8;50,5)	60,4 (57,1;63,5)
	2013	57,5 (55,2; 59,8)	48,5 (45,2; 51,9)	66,1 (63,0; 69,1)
	2012	55,6 (53,3;57,9)	48,9 (45,6;52,3)	62,0 (58,7;65,1)

Prevalence kuřáctví tabáku je v české dospělé populaci stabilní. Tato skutečnost naznačuje, že pokud bychom chtěli dosáhnout znatelného snížení tohoto stavu, bylo by třeba zavést účinná komplexní opatření, která by měla za důsledek omezení spotřeby tabáku.

### C) Alkohol

**Tabulka 1 Frekvence pití alkoholických nápojů – celý vzorek a podle pohlaví**

Frekvenční kategorie	Celý vzorek	Muži	Ženy
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>		
každý den nebo téměř každý den	5,1 (4,1;6,2)	7,7 (6,1;9,8)	2,6 (1,7;3,9)
3 - 4 krát týdně	7,4 (6,2;8,7)	11,2 (9,2;13,5)	3,8 (2,7;5,3)
1 - 2 krát týdně	23,2 (21,2;25,2)	28,8 (25,8;31,9)	17,8 (15,5;20,5)
2 - 3 krát za měsíc	19,8 (18,0;21,7)	19,7 (17,1;22,5)	19,9 (17,4;22,6)
jednou za měsíc	12,8 (11,3;14,5)	11,7 (9,7;14,1)	13,9 (11,7;16,3)
6 - 11 krát za rok	4,8 (3,9;5,9)	3,6 (2,5;5,2)	5,9 (4,5;7,7)
2 - 5 krát za rok	8,6 (7,4;10,0)	4,8 (3,5;6,5)	12,2 (10,2;14,6)
jednou za rok	5,5 (4,5;6,6)	3,0 (2,0;4,4)	7,8 (6,2;9,8)
nikdy v posledním roce nepil/a	9,9 (8,6;11,4)	7,9 (6,2;9,9)	11,9 (10,0;14,2)
nikdy v životě nepil/a	3,0 (2,3;3,9)	1,7 (1,0;2,9)	4,2 (3,0;5,7)

Výzkum z roku 2014 potvrzuje, že pití alkoholických nápojů zůstává v ČR velmi rozšířeným jevem.

Pravidelné a časté pití, tj. pití denně případně obden, udává 12,5 % dospělé populace, což je o něco méně než ve výzkumu z roku 2012, ale rozdíl není statisticky významný. U mužů je výskyt častého pití 18,9 %, u žen 6,4 %. Pití alkoholických nápojů alespoň jednou týdně uvedla téměř polovina mužů a čtvrtina žen.

Pokud jde o abstinenci, zjišťovali jsme jednak celoživotní a pak v posledním roce. Vyšší míru celoživotní abstinence udávaly ženy (4,2 % proti 1,7 %). Výskyt trvalé abstinence je v české populaci nižší než jiných evropských zemích.

Abstinenci v posledním roce udává 10 % vzorku, a i v tomto ukazateli jsou rozdíly mezi muži a ženami významné (7,9 % oproti 11,9 %). Celkově však míra abstinence v roce 2014 zůstává stejná jako v roce 2012, tj. 13 %.

**Tabulka 2 Průměrná roční spotřeba alkoholu v přepočtu na litry čistého alkoholu**

Demografické charakteristiky	Celý soubor (včetně abstinentů)	Celý soubor (bez abstinentů)
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>	
Celkem	7,2 (6,4;8,1)	8,3 (7,3;9,3)
<i>Pohlaví</i>		
Muži	<b>10,3</b> (8,9;11,7)	<b>11,4</b> (9,8;12,9)
Ženy	4,4 (3,4;5,3)	5,2 (4,1;6,3)
<i>Věková skupina</i>		
15-24	7,5 (4,4;10,6)	8,2 (4,8;11,6)
25-44	7,9 (6,7;9,2)	8,7 (7,3;10,0)
45-64	6,5 (5,7;7,4)	7,6 (6,7;8,6)
65+	6,9 (4,3;9,6)	8,9 (5,5;12,2)
<i>Místo bydliště</i>		
Město	6,6 (5,7;7,4)	7,6 (6,6;8,6)
Venkov	8,9 (6,9;10,8)	9,9 (7,7;12,0)
<i>Vzdělání<sup>1</sup></i>		
ZŠ a SOU	8,7 (7,0;10,5)	10,4 (8,4;12,4)
SŠ s mat.	5,9 (5,1;6,7)	6,8 (5,9;7,7)
VŠ	6,3 (4,5;8,2)	6,9 (4,9;9,0)

<sup>1</sup>Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

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

Výpočet byl proveden jednak pro celý soubor včetně těch, kteří abstinují a pak jen pro tu část souboru, která alkohol během posledního roku konzumovala. Celková spotřeba byla spočítána na 7,2 litrů proti 7,4 litrům v roce 2012 pro celý vzorek. Nezahrneme-li abstinenty, pak je celková spotřeba na hlavu 8,3 litrů alkoholu. Muži mají výrazně vyšší průměrnou roční spotřebu oproti ženám (10,3 litrů oproti 4,4 litrům).

Nejvyšší průměrnou spotřebu alkoholu vykazuje nejmladší věková kategorie do 25 let věku (7,5 l) a skupina mladšího středního věku (7,9 l). Mírně nižší průměrnou spotřebu mají starší věkové skupiny. Typ sídla bydliště v rozlišení město-venkov celkovou úroveň spotřeby ovlivňuje, ale rozdíly nejsou významné. Kategorie vzdělání se uplatňuje zřetelně. Spotřeba alkoholu má se vzděláním nepřímou souvislost. Skupina s vysokoškolským vzděláním a dokončeným maturitním vzděláním má nižší spotřebu než skupina se základním vzděláním nebo vyučením.

Tabulka 3 Průměrná denní spotřeba v gramech alkoholu

Demografické charakteristiky	Celý soubor (včetně abstinentů)	Celý soubor (bez abstinentů)
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>	
Celkem	15,8 (14,0;17,7)	18,2 (16,1;20,3)
<i>Pohlaví</i>		
Muži	<b>22,5</b> (19,4;25,6)	<b>24,9</b> (21,5;28,2)
Ženy	9,6 (7,5;11,6)	11,4 (9,0;13,8)
<i>Věková skupina</i>		
15-24	16,3 (9,6;23,1)	17,9 (10,5;25,3)
25-44	17,4 (14,6;20,1)	19,0 (16,0;21,9)
45-64	14,3 (12,5;16,1)	16,6 (14,6;18,7)
65+	15,2 (9,4;21,1)	19,4 (12,0;26,8)
<i>Místo bydliště</i>		
Město	14,3 (12,4;16,3)	16,7 (14,5;18,9)
Venkov	19,5 (15,2;23,7)	21,6 (16,9;26,3)
<i>Vzdělání<sup>1</sup></i>		
ZŠ a SOU	19,1 (15,4;22,9)	22,8 (18,4;27,2)
SŠ s mat.	13,0 (11,2;14,7)	14,9 (13,0;16,8)
VŠ	13,9 (9,8;18,0)	15,2 (10,8;19,6)

<sup>1</sup>Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

Spotřeba vyjádřená v gramech alkoholu denně je pouze jiným vyjádřením spotřeby v litrech na osobu a rok z předchozí tabulky. Tento přepočít je uveden vzhledem k tomu, že se v literatuře často udává denní spotřeba v gramech, a také doporučení spotřeby přípustné z hlediska zdravotních rizik se obvykle udávají v gramech. Limity bezpečné spotřeby nejsou jednotné.

Nejčastěji se jako přípustná dávka udává 20 gramů denní spotřeby pro ženy a 40 gramů pro muže (WHO). Přísnější limity udávají některé odborné lékařské společnosti (16 gramů pro ženy a 24 gramů pro muže). Přihlédneme-li k přísnějším limitům, pak by se mužská část české populace ocitla na hranici potenciálních zdravotních rizik. Jinak pro tabulku 3 platí vztahy, které byly uvedeny v komentáři k tabulce 2.

Tabulka 4 Konzumní kategorie

Demografické charakteristiky	Abstinující (celoživotní a v posl. roce)	Umírněné pití	Rizikové pití	Škodlivé pití
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>			
Celkem	12,9 (11,4;14,6)	73,9 (71,8;75,9)	7,2 (6,1;8,5)	6,0 (5,0;7,2)
<i>Pohlaví</i>				
Muži	9,6 (7,7;11,7)	75,1 (72,1;77,9)	8,0 (6,3;10,0)	7,4 (5,8;9,4)
Ženy	16,1 (13,8;18,7)	72,7 (69,7;75,5)	6,4 (5,0;8,3)	4,7 (3,5;6,4)
<i>Věková skupina</i>				
15-24	8,7 (5,4;13,1)	80,0 (74,2;85,0)	4,8 (2,4;8,4)	6,5 (3,7;10,5)
25-44	8,5 (6,5;10,9)	76,8 (73,3;80,0)	8,8 (6,8;11,3)	6,0 (4,4;8,2)
45-64	14,2 (11,5;17,4)	71,9 (67,9;75,5)	8,0 (5,9;10,6)	6,0 (4,3;8,4)
65+	21,7 (17,7;26,4)	67,9 (62,8;72,6)	4,7 (2,8;7,5)	5,8 (3,7;8,8)
<i>Místo bydliště</i>				
Město	14,1 (12,3;16,2)	73,2 (70,7;75,6)	7,1 (5,8;8,7)	5,6 (4,4;7,0)
Venkov	10,0 (7,6;13,0)	75,5 (71,5;79,0)	7,4 (5,4;10,0)	7,2 (5,2;9,8)
<i>Vzdělání<sup>1</sup></i>				
ZŠ a SOU	16,1 (13,5;19,1)	67,5 (63,8;71,0)	8,6 (6,6;11,0)	7,8 (6,0;10,2)
SŠ s mat.	12,9 (10,5;15,8)	75,2 (71,6;78,4)	7,0 (5,2;9,3)	5,0 (3,5;7,0)
VŠ	8,5 (5,4;12,6)	81,9 (76,6;86,4)	6,2 (3,6;9,8)	3,5 (1,6;6,5)

<sup>1</sup>Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

Tabulka shrnuje informace o zastoupení různých forem pití v reprezentativním vzorku. Definice kategorií pití jsme převzali od OECD. Jako umírněné pití je definován průměrný denní příjem alkoholu do 40 g u mužů a 20 g u žen. Za rizikové pití se považuje denní příjem 40 až 60 g pro muže a 20 až 40 pro ženy a za škodlivé pití průměrná denní spotřeba více než 60 gramů u mužů a 40 gramů u žen.

Ve smyslu takto definovaných kategorií je v našem souboru nejběžnější umírněný konzum alkoholu (74 %). Kritéria pro rizikové pití splňuje 7 % dotázaných a 6 % splňuje kritéria škodlivého pití. Muži se od žen neliší ve výskytu umírněného a rizikového pití, ale častější je u mužů škodlivé pití.

Pokud jde o věk, v nejstarší věkové kategorii je nejvíce abstinujících a nejméně škodlivě konzumujících respondentů. Rozdíly mezi městem a venkovem jsou nepodstatné. Vzdělanostní úroveň má silný vztah ke konzumním kategoriím. Výskyt rizikových forem konzumu klesá s úrovní vzdělání, zajímavé však je, že rovněž míra abstinence je nejnižší mezi vysokoškoláky.

**Tabulka 5 Pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě (spotřeba 60 a více gramů alkoholu)**

Demografické charakteristiky	Týdně a častěji	1krát až 3krát za měsíc	1krát až 11krát za rok	Nikdy
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>			
<b>Celkem</b>	<b>17,0</b> (15,2;19,0)	<b>29,9</b> (27,7;32,3)	<b>34,6</b> (32,3;37,0)	<b>18,5</b> (16,6;20,5)
<i>Pohlaví</i>				
Muži	24,8 (21,8;27,9)	35,3 (32,0;38,8)	29,3 (26,2;32,6)	10,7 (8,7;13,1)
Ženy	9,2 (7,3;11,5)	24,5 (21,5;27,7)	40,0 (36,6;43,5)	26,4 (23,4;29,6)
<i>Věková skupina</i>				
15-24	15,6 (11,0;21,3)	38,9 (32,3;45,8)	34,6 (28,2;41,4)	10,9 (7,0;15,9)
25-44	17,8 (14,8;21,1)	34,5 (30,7;38,5)	31,5 (27,8;35,4)	16,3 (13,4;19,5)
45-64	17,4 (14,2;21,1)	28,1 (24,2;32,3)	37,3 (33,0;41,8)	17,2 (14,0;20,9)
65+	15,8 (11,8;20,6)	16,8 (12,7;21,7)	36,5 (30,9;42,4)	30,9 (25,6;36,6)
<i>Místo bydliště</i>				
Město	16,0 (13,9;18,3)	29,8 (27,2;32,6)	34,9 (32,1;37,8)	19,3 (17,0;21,8)
Venkov	19,5 (16,1;23,4)	30,1 (26,1;34,5)	33,9 (29,7;38,4)	16,5 (13,4;20,2)
<i>Vzdělání<sup>1</sup></i>				
ZŠ a SOU	22,1 (18,8;25,7)	25,7 (22,3;29,6)	32,1 (28,3;36,1)	20,1 (17,0;23,7)
SŠ s mat.	14,2 (11,5;17,5)	30,6 (26,9;34,6)	37,5 (33,6;41,7)	17,6 (14,6;21,1)
VŠ	12,7 (8,7;17,6)	30,4 (24,6;36,7)	33,8 (27,8;40,2)	23,2 (18,0;29,1)

<sup>1</sup>Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

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

Časté pití nadměrných dávek udává 17 % souboru (v roce 2012 to bylo 18 %), muži výrazně častěji než ženy (25 % proti 9 %). Výskyt častého pití nadměrných dávek je v tomto výzkumu více častý ve věku 25 až 64 let, nižší v nejstarší věkové skupině a také mezi mladými do 24 let. Rozdíly podle vzdělání jsou statisticky významné, vysokoškoláci udávají časté pití nadměrných dávek méně často ve srovnání se středoškoláky a osobami vyučenými nebo se základním vzděláním.

**Tabulka 6 Důvody abstinence**

Důvody abstinence	Celkem	Muži	Ženy
	% z abstinujících celý život nebo poslední rok (N = 229)		
Zdravotní důvody	47,6	42,2	50,7
Problémy s alkoholem	11,4	16,9	8,2
Světónázorové důvody	41,0	41,0	41,1

Ve sledovaném vzorku udávalo abstinenci celkem 234 osob, tj. 12,9 %. Zjišťovali jsme hlavní důvody abstinence, kategorizované na a) zdravotní důvody; b) problémy s alkoholem a c) světónázorové důvody.

Dotázaní nejvíce abstinovali ze zdravotních důvodů (47,6 %), druhou velkou skupinu tvořili lidé, kteří nepijí alkohol ze světónázorových důvodů, ty z patrně z větší části tvoří náboženské důvody. Nejmenší, ale přesto nezanedbatelnou část tvoří skupina abstinující pro problémy s alkoholem.

Rozdíly mezi pohlavími jsou největší právě v této skupině. Mezi muži je to každý šestý, kdo abstinuje kvůli problémům s alkoholem. Důvodům abstinence bylo až dosud věnováno málo pozornosti, přitom tyto poznatky mohou vysvětlovat zdravotní kontext pití alkoholu.



**Tabulka 7 Lékař zjišťoval pití alkoholu a doporučoval omezit nebo zanechat pití alkoholu**

Demografické charakteristiky	Lékař se dotazoval na pití alkoholu	Lékař doporučil omezit nebo zanechat pití alkoholu
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>	
Celkem	41,7 (39,2;44,2)	10,8 (9,4;12,5)
<i>Pohlaví</i>		
Muži	43,5 (40,0;47,0)	<b>14,2</b> (11,9;16,9)
Ženy	39,9 (36,4;43,4)	7,4 (5,7;9,5)
<i>Věková skupina</i>		
15-24	30,3 (24,2;37,0)	4,7 (2,3;8,5)
25-44	38,4 (34,5;42,4)	10,9 (8,6;13,7)
45-64	44,7 (40,2;49,2)	12,1 (9,4;15,4)
65+	51,9 (46,0;57,9)	13,0 (9,3;17,5)
<i>Místo bydliště</i>		
Město	41,4 (38,5;44,4)	10,9 (9,1;12,9)
Venkov	42,3 (37,8;46,8)	10,7 (8,1;13,9)
<i>Vzdělání<sup>1</sup></i>		
ZŠ a SOU	45,2 (41,1;49,4)	14,4 (11,6;17,6)
SŠ s mat,	45,4 (41,2;49,6)	9,1 (6,9;11,8)
VŠ	<b>34,6</b> (28,6;41,0)	11,8 (8,0;16,6)

<sup>1</sup>Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

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

Výsledky studie přinesly vcelku překvapivý poznatek, že u 42 % dotázaných jejich lékař zjišťoval příjem alkoholu, což je více než v roce 2012, kdy to bylo u třetiny dotázaných. Omezit pití alkoholu doporučil lékař 11 % dotázaných. Lékaři se na pití alkoholu častěji dotazovali mužů, osob ve věku 45 let a starších. Podobně častěji doporučovali omezit pití alkoholu mužům a starším osobám.

**Tabulka 8 Lékař zjišťoval pití alkoholu a doporučoval omezit nebo zanechat pití alkoholu podle kategorií pití**

Demografické charakteristiky	Lékař se dotazoval na pití alkoholu	Lékař doporučil omezit nebo zanechat pití alkoholu
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>	
Celkem	41,7 (39,2;44,2)	10,8 (9,4;12,5)
<i>Kategorie pití</i>		
Umírněné pití	39,9 (37,3;42,6)	<b>8,5</b> (7,1;10,2)
Rizikové pití	49,2 (40,4;58,1)	17,7 (11,6;25,4)
Škodlivé pití	55,1 (45,2;64,6)	31,2 (22,7;40,8)

Zájem lékaře o pití dotázaných souvisí s konzumní kategorií, do níž dotázaný spadá. Lékaři častěji zjišťovali pití alkoholu u osob, které splňují kritéria škodlivého pití a také těmito lidem výrazně častěji doporučují omezit pití alkoholu.

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

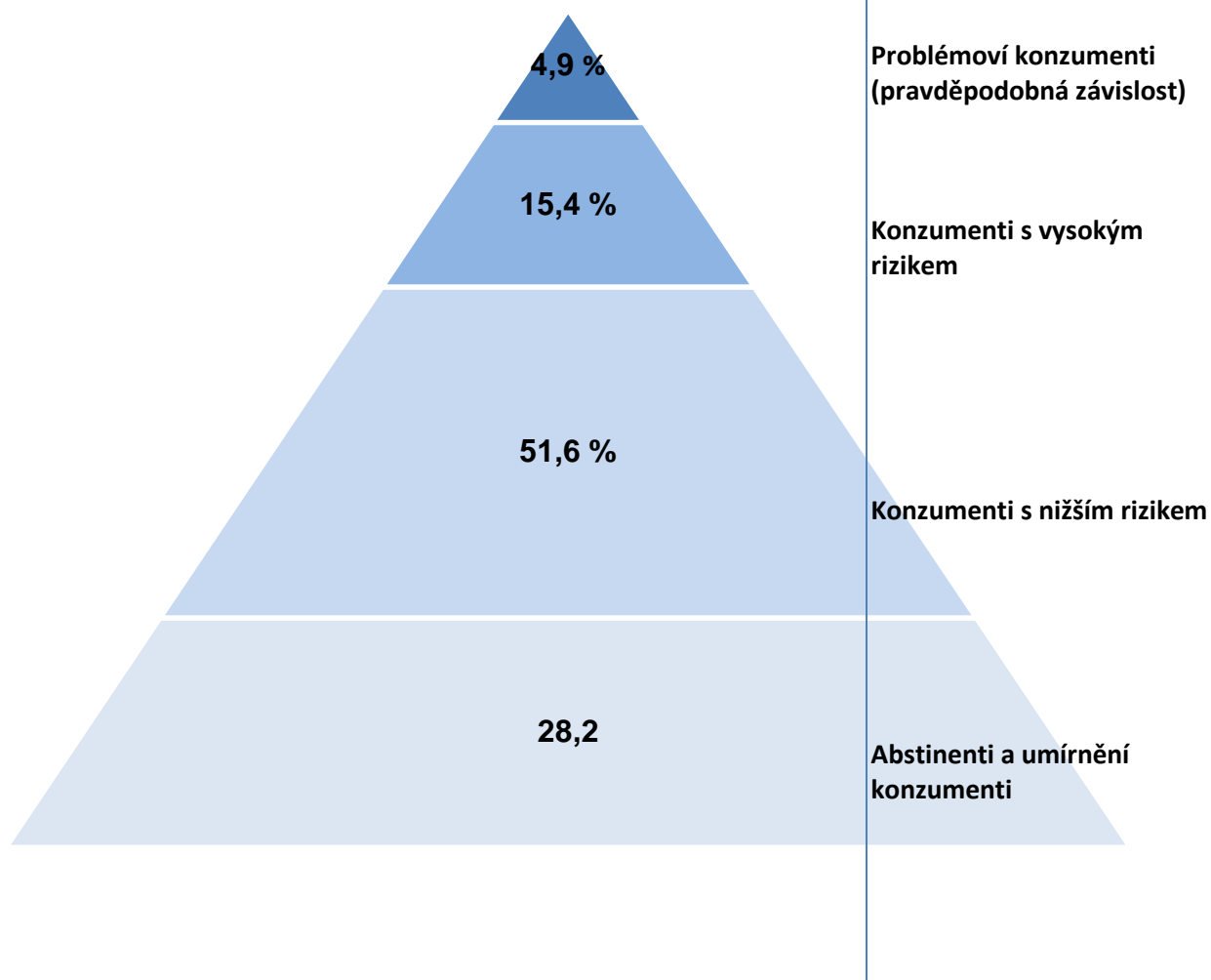
**Tabulka 9 Pyramida konzumenta alkoholu**

Demografické charakteristiky	Abstinenti a umírnění konzumenti	Konzumenti s nízkým rizikem	Konzumenti s vysokým rizikem	Problémoví konzumenti (pravděpodobná závislost)
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>			
Celý vzorek	28,2 (26,1;30,3)	51,6 (49,3;53,9)	15,4 (13,8;17,1)	4,9 (3,9;6,0)
<i>Pohlaví</i>				
Muži	18,7 (16,2;21,4)	54,4 (51,0;57,7)	19,5 (16,9;22,3)	7,5 (5,9;9,5)
Ženy	37,2 (34,1;40,4)	49,0 (45,7;52,2)	11,5 (9,6;13,8)	2,4 (1,5;3,6)

Kategorie „pyramidy konzumenta“ na rozdíl od konzumních kategorií (tabulka 4) jsou odvozeny nejen z průměrného denního příjmu etanolu vypočítaného na základě indexu BSQF, ale zahrnují také frekvenci epizodického konzumu nadměrných dávek alkoholu. Kategorie pyramidy konzumenta alkoholu dobře vystihují míru rizikovosti a také problémovosti užívání alkoholu v populaci.

Kategorie konzumenta alkoholu jsou jiným dělením, než je kategorizace založená pouze na průměrném denním příjmu alkoholu. Pyramida konzumentů vychází z více ukazatelů a umožňuje lépe odhadnout pití s vysokým rizikem (abúzus alkoholu) a problémové pití, které zahrnuje i osoby se závislostí na alkoholu. Rozložení hodnot v pyramidě je v roce 2014 téměř shodné s hodnotami v roce 2012, Problémoví konzumenti v roce 2012 – 4,8 %, v roce 2014 - 4,9 %, konzumenti s vysokým rizikem 16 % v roce 2012 a 15,4 % v roce 2014. Tyto poznatky říkají, že negativními zdravotními dopady alkoholu je ohrožena pětina české dospělé populace.

### Pyramida konzumenta alkoholu (v %), ČR 2014



Tabulka 10 Konzumní kategorie – srovnání roku 2012 a 2014

Demografické charakteristiky	ROK	Abstinující (Celoživotní a v posl, roce)	Umírněné pití	Rizikové pití	Škodlivé pití
		<i>Četnost v % (95% CI)</i>			
Celkem	2014	12,9 (11,4;14,6)	73,9 (71,8;75,9)	7,2 (6,1;8,5)	6,0 (5,0;7,2)
	2012	13,5 (12,0; 15,2)	72,5 (70,4; 74,6)	6,9 (5,8; 8,23)	7,1 (5,9; 8,4)
<i>Pohlaví</i>					
Muži	2014	9,6 (7,7;11,7)	75,1 (72,1;77,9)	8,0 (6,3;10,0)	7,4 (5,8;9,4)
	2012	10,8 (8,9; 13,1)	72,1 (69,0; 75,1)	7,7 (5,6; 9,1)	9,9 (8,0; 12,1)
Ženy	2014	16,1 (13,8;18,7)	72,7 (69,7;75,5)	6,4 (5,0;8,3)	4,7 (3,5;6,4)
	2012	16,0 (13,8; 18,6)	72,9 (69,9; 75,7)	6,7 (5,2; 8,6)	4,3 (3,2; 5,9)

Tabulka přináší srovnání výsledků průzkumu z roku 2012 s rokem 2014. Můžeme konstatovat, že změny jsou velmi malé a všechny v rámci náhodného kolísání.

Potvrzuje se, že konzumní zvyklosti dospělých jsou stabilní, ale také to, že ve společnosti nebylo zavedeno žádné opatření, které by mohlo chování dospělých k alkoholu nějak podstatně ovlivnit.

## D) Souvislosti mezi kouřením tabáku, konzumací alkoholu, subjektivním zdravím a socioekonomickým postavením

Tabulka 1 Současní kuřáci tabáku v závislosti na kategorii pití alkoholu

Demografické charakteristiky	Abstinující (celoživotní a v posled. roce)	Umírněné pití	Rizikové pití	Škodlivé pití
	<i>Četnost v % (95% CI)</i>			
Celkem	20,5 (15,5;26,3)	30,5 (28,1;33,1)	43,1 (34,4;52,1)	52,3 (42,5;62,0)
<i>Pohlaví</i>				
Muži	28,6 (19,2;39,5)	36,2 (32,6;40,0)	47,1 (35,1;59,5)	50,8 (38,1;63,4)
Ženy	16,0 (10,5;22,9)	25,0 (21,8;28,4)	38,3 (26,1;51,8)	54,6 (38,9;69,6)
<i>Věková skupina</i>				
15-24	10,0 (1,2;31,7)	39,1 (32,0;46,6)	54,6 (23,4;83,3)	53,3 (26,6;78,7)
25-44	25,5 (14,7;39,0)	32,0 (28,0;36,3)	43,9 (30,7;57,6)	59,0 (42,1;74,4)
45-64	26,3 (17,0;37,3)	32,8 (28,3;37,6)	46,7 (31,7;62,1)	47,1 (29,8;64,9)
65+	13,9 (7,2;23,6)	17,4 (12,9;22,7)	23,5 (6,8;49,9)	47,6 (25,7;70,2)
<i>Místo bydliště</i>				
Město	20,4 (14,8;27,1)	32,0 (29,1;35,1)	48,4 (37,7;59,1)	47,9 (35,9;60,1)
Venkov	20,8 (10,8;34,1)	27,0 (22,8;31,7)	30,8 (17,0;47,6)	60,5 (43,4;76,0)
<i>Vzdělání<sup>1</sup></i>				
ZŠ a SOU	26,6 (18,6;35,9)	31,3 (27,1;35,8)	50,0 (36,6;63,4)	58,5 (44,1;71,9)
SŠ s mat.	14,5 (7,7;23,9)	28,7 (24,8;33,0)	35,6 (21,9;51,2)	43,8 (26,4;62,3)
VŠ	22,7 (7,8;45,4)	25,5 (19,8;31,9)	31,3 (11,0;58,7)	44,4 (13,7;78,8)

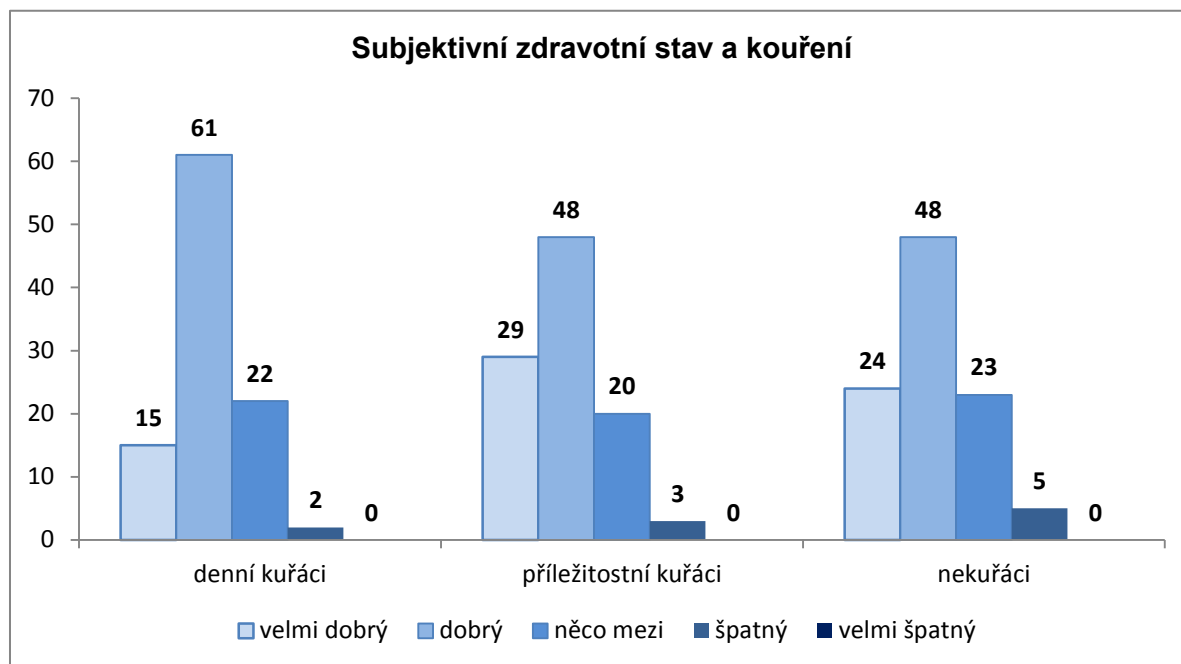
<sup>1</sup>Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

Souvislost mezi pitím alkoholu a kouřením jsme sledovali stejně jako v roce 2012. Výsledky obou měření jsou jednoznačné v tom, že s rostoucí konzumací alkoholu vzrůstá prevalence kuřáků. Přihlédneme-li k intervalům spolehlivosti odhadu, je u rizikového a škodlivého pití je výskyt kuřáků stejný u mužů i žen.

Varující je skutečnost, že nejsilněji je souvislost mezi kouřením a pitím alkoholu vyjádřena u nejmladší skupiny dotázaných, kde mezi rizikovými konzumenty je 55 % kuřáků a mezi těmi, kdo pijí škodlivě 53 %. Také u osob s nižší úrovní vzdělání je spojitost s kouřením silnější než u osob s vyšším vzděláním. Nejméně kuřáků je mezi mladými abstinenty.

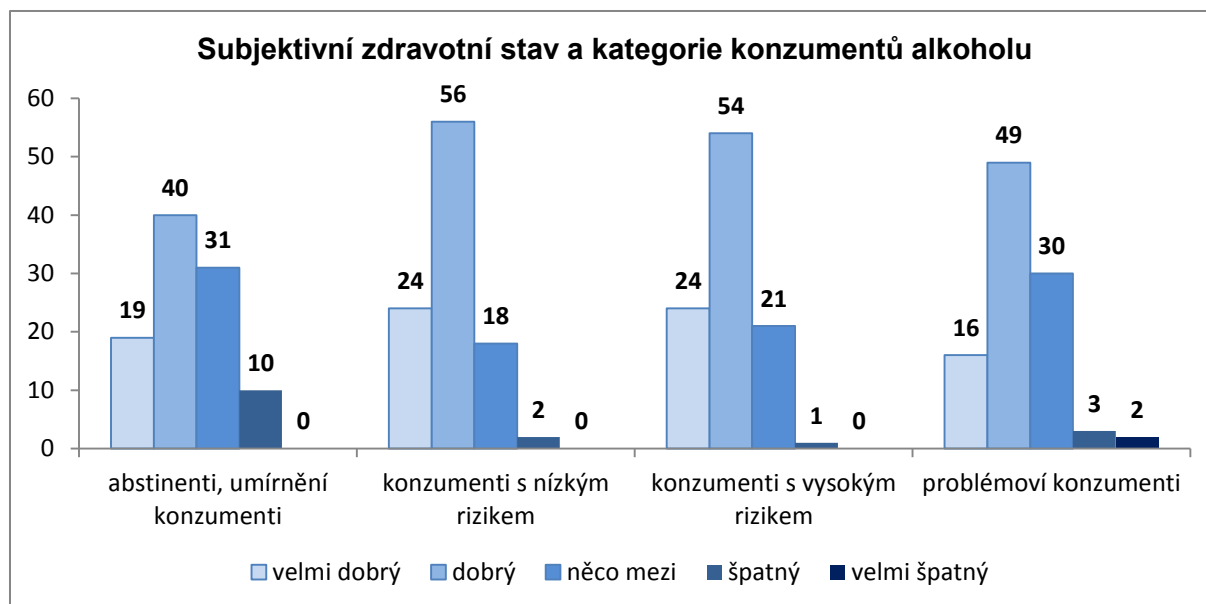
Na tyto skutečnosti je nutné poukazovat, protože zdravotní rizika jsou výrazně vyšší u osob, které nadužívají alkohol a současně kouří.

Obr. 2 Vztahy mezi hodnocením zdravotního stavu a kouřením



Mezi kouřením a hodnocením zdravotního stavu byl zjištěn statisticky silný vztah ( $\chi^2=35,3$ ; st. v.= 8;  $P<0.001$ ). Denní kuřáci hodnotili svůj zdravotní stav jako velmi dobrý méně často než příležitostní kuřáci a nekuřáci. Skutečnost, že nekuřáci hodnotí své zdraví v kategorii “něco mezi” a “špatný” prakticky stejně jako kuřáci, je dáno tím, že mezi nekuřáky je mnoho dotázaných, kteří mají zdravotní problémy. Ověřili jsme to u osob, které v našem souboru abstinují od alkoholu – polovina jich abstinguje kvůli zdravotním problémům, a mezi nimi je 80 % nekuřáků.

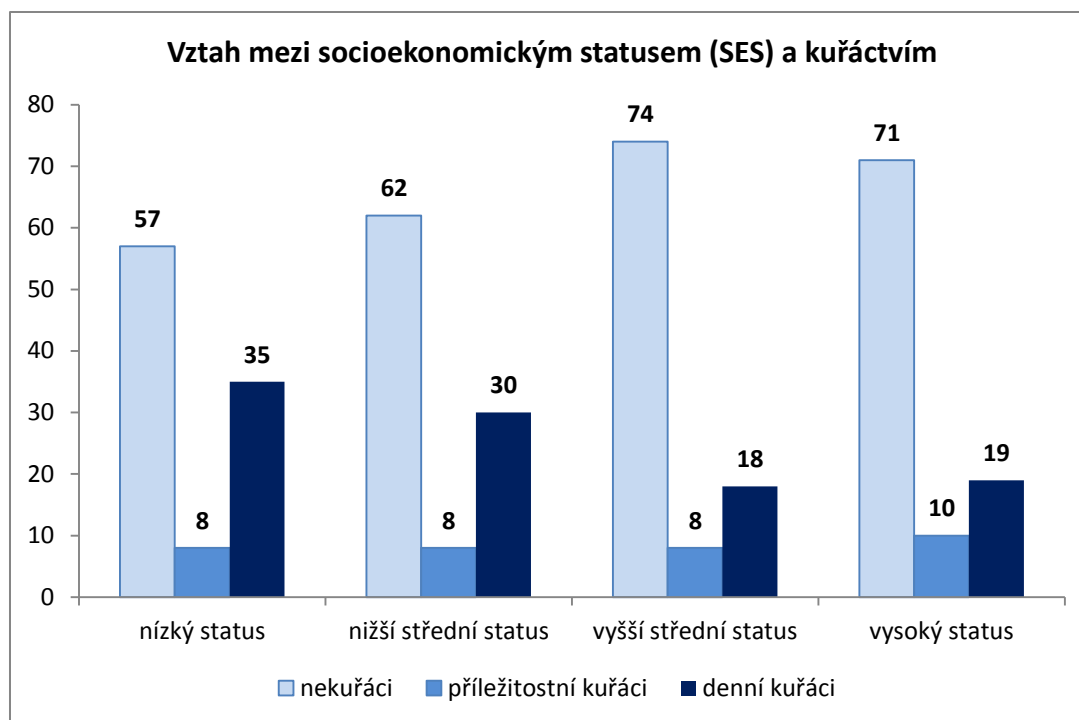
Obr. 3 Vztahy mezi hodnocením zdravotního stavu a pitím alkoholu



Vztah mezi typem konzumenta alkoholu a hodnocením zdraví je rovněž statisticky významný ( $\chi^2=105,2$ ; st. v.= 12;  $P<0.001$ ), ale nelineární. Platí zde, že dvě krajní skupiny, abstinenti a problémoví konzumenti, hodnotí oproti dvěma zbývajícím skupinám svůj zdravotní stav méně často jako velmi dobrý a současně ho častěji považují za horší. Nepřekvapuje to u problémových konzumentů alkoholu, ale u abstinentů a umírněných konzumentů ano. Opět je vysvětlení v důvodech abstinence (tabulka 6), kdy je zřejmé, že prakticky polovina

abstinentů nepije kvůli zdravotním problémům a další část pro problémy s alkoholem v minulosti. Horší zdraví této skupiny se pak promítá i do subjektivního hodnocení zdravotního stavu.

Obr. 4 Socioekonomická status a kuřáctví

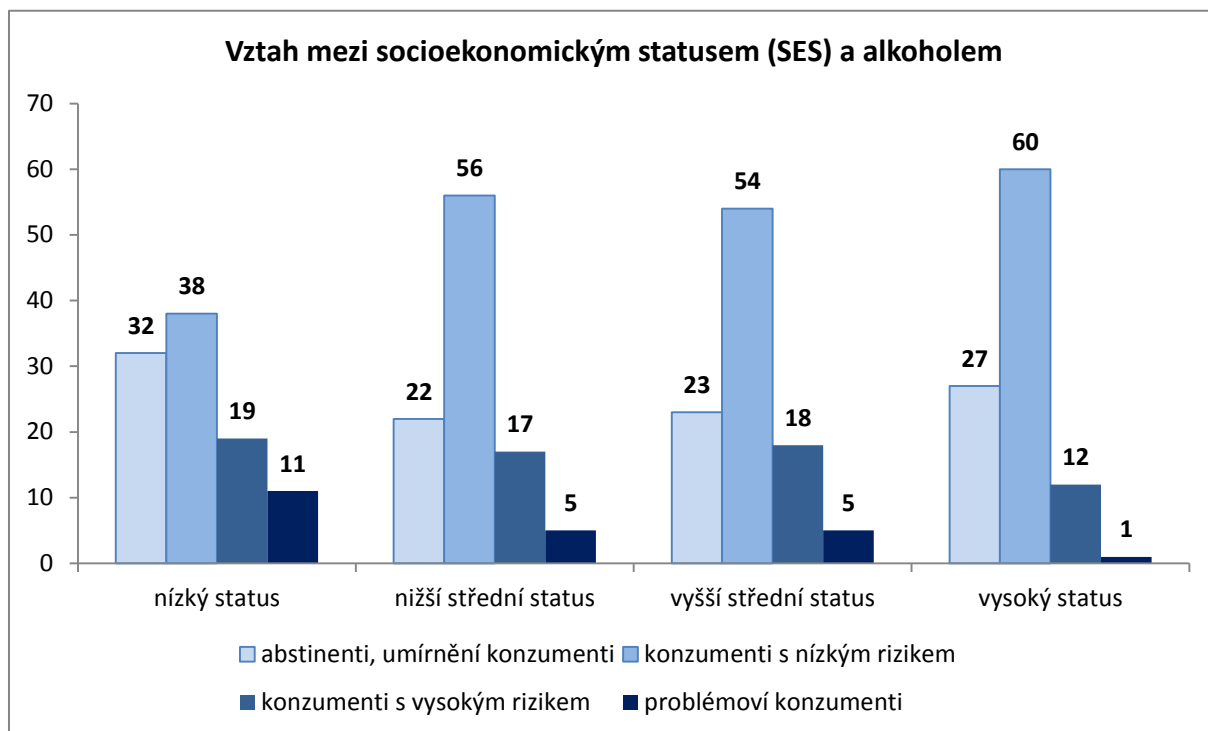


Ukazatel socioekonomického statusu, který jsme vyvinuli pro účely tohoto výzkumu, diferencuje mezi kuřáky a nekuřáky velmi dobře ( $\chi^2=24,6$ ; st. v. = 6;  $P<0,001$ ).

Denní kouření klesá téměř lineárně se socioekonomickým postavením jedince. Zatímco ve skupině *nízkého SES* je 35 % denních kuřáků, ve *vyšší střední* s *vyšší* je jich pouze 18, resp. 19 procent.

Obráceně je to s nekuřáky, kterých je ve *vyšší střední* a *vyšší* socioekonomické skupině přes 70 %, zatímco ve skupině *nižší střední SES* 62 % a ve skupině osob s nízkým SES jen 57 %. Lidé s vyšším socioekonomickým postavením mají nejen vyšší vzdělání, ale také zastávají významnější pracovní pozice. Nekuření je u mnoha z nich výsledkem lepší informovanosti, většího zájmu o vlastní zdraví, nemožnosti kouřit na pracovišti a patrně i negativního obrazu kuřáctví v referenční sociální skupině.

Obr. 5 Socioekonomický status a pití alkoholu



Zastoupení typů konzumentů alkoholu se liší v jednotlivých kategoriích SES ( $\chi^2=27,5$ ; st. v.= 9;  $P<0001$ ). Zatímco zastoupení konzumentů se neliší v *nižší střední* a *vyšší střední* skupině SES, zajímavé a zcela odlišné od těchto dvou středových skupin jsou skupina s *nízkým SES*, pro niž je charakteristické vyšší zastoupení abstinentů, ale především vyšší zastoupení konzumentů s vysokým rizikem a problémových konzumentů, a skupina s *vyšším SES*, která se vyznačuje nižším zastoupením rizikových i problémových konzumentů.

Výsledky ukazují, že socioekonomické postavení do značné míry determinuje chování k alkoholu a jeho sledování má i praktický význam. V oblastech, příp. obcích, kde je více osob s *nízkým SES* je nutné počítat rovněž s většími kapacitami pro preventivní a léčebnou péči.



## E) Shrnutí a implikace pro politiky v oblasti veřejného zdraví

### *Souhrn výsledků - tabák*

V dospělé populaci bylo v ČR v roce 2014 celkem 31,4 % kuřáků. Z toho tři čtvrtiny (23,5 %) představovali kuřáci, kouřící nejméně jednu cigaretu denně. Z dlouhodobého hlediska je možno konstatovat, že zatím nebyl zaznamenán trend, signalizující snížení prevalence kuřáctví v dospělé populaci.

Vyšší počet mužských kuřáků v porovnání se ženami je statisticky významný.

Česká populace kouří v naprosté převaze cigarety. Podíl jiných tabákových výrobků určených ke kouření a bezdýmného tabáku je zanedbatelný. Populární jsou aromatizované cigarety. Počty jejich uživatelů představovaly 17,9 % celkem, z toho mentolových 11,8 % (muži 9,4 %; ženy 15,0 %).

Muži kouří nejčastěji 15 – 24 cigaret denně (33,1 %), ženy pak nejčastěji 5 - 9 cigaret denně (32,4 %).

Téměř jedna čtvrtina respondentů je vystavena tabákovému kouři ve svých domovech. Nejvyšší podíl na těchto počtech má nejmladší věková skupina 15 -24 letých.

Vysoké procento nekuřáků je vystaveno tabákovému kouři i na pracovišti. Celkem se to týká 14,4 % zaměstnanců s převahou mužů (18,9 %).

Přibližně jedna třetina současných kuřáků se v průběhu posledního roku pokusila přestat kouřit. Svého praktického lékaře navštívila během minulého roku přibližně 60 % respondentů. Z nich téměř 40 % uvedlo, že jim lékař doporučil, aby kouřit přestali.

Reklamu na cigarety v místě jejich prodeje zaznamenalo v posledním měsíci více než 50 % dotázaných; jejich propagace, přestože zákonem zakázané, si všimlo až 29 % dotázaných, převážně mladých mužů.

### *Souhrn výsledků - alkohol*

13 % dospělé české populace konzumuje alkohol pravidelně a velmi často (pití denně nebo obden).

Trvale (celoživotně) abstinuje jen 3 % dospělých. Dalších 10 % udává abstinenci v posledním roce. Nejčastějším důvodem abstinence je zdravotní stav. Pro 11 % abinentů je důvodem problém s alkoholem. Mezi muži nepije pro problémy s alkoholem každý šestý.

Průměrná roční spotřeba na osobu je 7,2 l čistého alkoholu, resp. 8,3 l pokud nezahrneme abinenty. Hodnoty jsou prakticky stejné jako v roce 2012 (7,4 a 8,6 litrů).

Časté pití nadměrných dávek alkoholu (binge drinking) tj. týdně nebo častěji udává 17 % dotázaných (muži 25 %, ženy 9 %).

15 % dospělých lze považovat za konzumenty s vysokým rizikem a 4,9 % jsou problémoví pijáci.

Lékaři u 42 % respondentů zjišťovali jejich konzumní zvyklosti a 11 % doporučili omezit pití alkoholu.

Pití alkoholu má silný vztah ke kouření tabáku. Dochází tedy ke kumulaci zdravotních rizik.

Konzumenti s vysokým rizikem a především problémoví konzumenti mají horší profil subjektivně hodnoceného zdravotního stavu. Totéž platí o abinentech a umírněných konzumentech, zde je to patrně dáno tím, že polovina abinentů nepije kvůli špatnému zdravotnímu stavu.

Nízký sociální status je spojen jak s vyšším výskytem abstinence, tak s vyšším výskytem škodlivého a problémového pití. Ve skupině s vysokým socioekonomickým postavením je

více umírněných konzumentů a méně vysoce rizikově pijících a problémových pijanů ve srovnání se nižším středním i vyšším středním SES.

### *Doporučení*

K omezování škod působených tabákem a alkoholem by měla Česká republika využít doporučení, která formulovala Světová zdravotnická organizace v dokumentech Zpráva WHO o globální tabákové epidemii, 2008: MPOWER (WHO 2008) a Globální strategie o alkoholu (WHO, 2011). V těchto dokumentech jsou zemím doporučovány strategie, jejichž účinnost byla vědecky ověřena.

Jde především o implementaci následujících opatření:

- Prevalence kuřáctví tabáku je v české dospělé populaci stabilní. Tato skutečnost naznačuje, že pokud bychom chtěli dosáhnout znatelného snížení tohoto stavu, bylo by třeba zavést účinná komplexní opatření, která by měla za důsledek omezení spotřeby tabáku.
- Regulace marketingu tabákových výrobků a alkoholických nápojů, zejména ve vztahu k mládeži;
- Regulace a omezování dostupnosti tabákových výrobků a alkoholických nápojů;
- Prosazování účinných opatření k vyloučení alkoholu z řízení vozidel;
- Snižování poptávky prostřednictvím daňových a cenových mechanismů;
- Získávání pozornosti a podpory pro cíle národní alkoholové politiky a politiky omezování spotřeby tabáku;
- Poskytování dostupné a účinné léčby pro lidi se závislostí na tabáku a alkoholu;
- Zavádění programů screeningu a krátké intervence pro rizikové a škodlivé užívání tabáku a alkoholu do praxe (zejména primární zdravotní péče).

Některá z těchto doporučení jsou v ČR již uskutečňována, nicméně ucelená národní alkoholová politika a politika omezování spotřeby tabáku, které by systémově řešily zdravotně a společensky nežádoucí dopady užívání tabáku a alkoholu, je teprve ve stádiu přípravy.

Při MZ Č byly ustaveny pracovní skupiny pro vypracování akčních plánů prodanou problematiku. Tyto pracovní skupiny specifikují k omezování spotřeby tabáku a alkoholu konkrétní opatření.

## F) Poděkování

Tato studie byla realizována díky významné pomoci jak odborné tak i finanční ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR a Regionální úřadovny WHO pro Evropu.

## G) Odkazy

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

Csémy L., Sovinová H. Alkohol v primární zdravotní péči: zkušenosti, názory a postoje českých praktických lékařů. Praktický lékař, 2015, roč. 95, č. 2, s. 77-82. ISSN: 0032-6739.

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

Kohoutová, I. Odhad vlivu konzumace alkoholu na úmrtnost v České republice. Adiktologie, 2013, 13, 1, 14-23.

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

Peto, R., Lopez, A.D., et al. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2010. (<https://www.ctsu.ox.ac.uk/research/mega-studies/mortality-from-smoking-in-developed-countries-1950-2010/mortality-from-smoking-in-developed-countries-1950-2010> )

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

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

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

Sovinová H., Csémy L., Kernová V. Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let. SZÚ, 2014 ([www.szu.cz](http://www.szu.cz) )

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

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

WHO. Global Status Report on Alcohol and Health, 2011  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/index.htm](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.htm)