

Tobacco Smoking: Basic Facts and Social Correlations



KRÁLÍKOVÁ, E.^{1,2}, ŠTĚPÁNKOVÁ, L.^{1,2}

¹ Institute of Hygiene and Epidemiology, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague

² Centre for Treatment of Tobacco Dependence of the 3rd Medical Department, Department of Endocrinology and Metabolism, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation: Králíková, E., Štěpánková, L. (2011). Kouření tabáku, základní fakta a sociální souvislosti. *Adiktologie*, (11)3, 180–185.

SUMMARY: *The terms 'smoking' and 'tobacco/nicotine dependence' are often confused. Smoking is a type of behaviour which can take various forms. Nicotine is a highly addictive drug. Nicotine dependence is a disease present in the majority of smokers (diagnosis F17). While the high level of addictiveness of nicotine tends to be underestimated, often unnecessary concerns about its health impacts are common. Not only the general public but also experts are mostly unaware of the wide range of diseases caused by tobacco use that pertain to all parts of the body. It is the most common drug addiction, causing almost one fifth of all deaths in the country. The World Health Organisation has adopted the first legally binding document in its history – the Framework Convention on Tobacco Control. It summarises the basic steps of tobacco control: legislative and tax measures, protection of non-smokers, increasing awareness of the effects of smoking, and the availability of treatment for this dependence within the health system. According to both Czech and international guidelines, every physician should provide a brief intervention, and intensive therapy should be available for those who need it.*

KEY WORDS: SMOKING – TOBACCO DEPENDENCE – NICOTINE – TREATMENT

Submitted: 24 / NOVEMBER / 2010

Accepted: 13 / JUNE / 2011

Grant support: AMVIS-KONTAKT ME 09014

Address for correspondence: Eva Králíková, MD, Ph.D. / eva.kralikova@lf1.cuni.cz / Institute of Hygiene and Epidemiology, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Studničkova 7, 128 00 Prague 2, Czech Republic

Kouření tabáku, základní fakta a sociální souvislosti



KRÁLÍKOVÁ, E.^{1,2}, ŠTĚPÁNKOVÁ, L.^{1,2}

¹ Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

² Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky – Kliniky endokrinologie a metabolismu, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Citace: Králíková, E., Štěpánková, L. (2011). Kouření tabáku, základní fakta a sociální souvislosti. *Adiktologie*, (11)3, 180–185.

SOUHRN: Kouření a závislost na tabáku/nikotinu se často zaměňují. Kouření je chování, které může mít různé podoby. Nikotin je vysoce návyková droga. Závislost na nikotinu je nemoc – diagnóza F17, která je přítomna u většiny pravidelných kuřáků. Bývá podceňována vysoká návykovost nikotinu, naopak jsou časté zbytečné obavy z jeho vlivu na zdraví. Nejen v populaci, ale i mezi odborníky převažuje neznalost obrovského spektra nemocí způsobených užíváním tabáku, které se týkají všech částí těla. Jedná se o nejrozšířenější drogovou závislost a příčinou téměř pětiny všech úmrtí v ČR. Světová zdravotnická organizace přijala první právně závazný dokument ve své historii – Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku. Shrnuje základní kroky kontroly tabáku: legislativní a daňová opatření, ochranu nekuřáků, zvýšení informovanosti o důsledcích kouření a dostupnou léčbu této závislosti v rámci daných zdravotních systémů. Podle mezinárodních i českých doporučení by měl krátkou intervenci poskytnout každý lékař, intenzivní terapie by pak měla být dostupná pro ty, kdo ji potřebují.

KLÍČOVÁ SLOVA: KOUŘENÍ – ZÁVISLOST NA TABÁKU – NIKOTIN – LÉČBA

● 1 ÚVOD

Kouření a závislost na tabáku/nikotinu jsou dva pojmy, které spolu úzce souvisejí. Nelze je však v teoretické rovině ani v klinické praxi směřovat. Existují pravidelní kuřáci tabáku, kteří nejsou závislí na nikotinu, i když je jich menšina,

řádově kolem 15 procent uživatelů tabáku – nikotin je látka s velmi silným návykovým potenciálem. Na druhou stranu se setkáváme v praxi s pacienty, kteří nekouří, ale přesto jsou závislí na nikotinu (bezdýmý tabák, orální formy náhradní terapie nikotinem).

Došlo do redakce: 24 / LISTOPAD / 2010

Přijato k tisku: 13 / ČERVEN / 2011

Grantová podpora: AMVIS-KONTAKT ME 09014

Korespondenční adresa: MUDr. Eva Králíková, CSc. / eva.kralikova@lf1.cuni.cz / Ústav hygieny a epidemiologie
1. LF UK v Praze a VFN v Praze, Studničkova 7, 128 00 Praha 2

Kouření je chování, při kterém kuřák vdechuje dým vzniklý spalováním různých látek, většinou rostlinného původu. Celosvětově nejrozšířenější je kouření tabákových výrobků, např. v České republice kouří v současnosti tabák 29 % dospělé populace nad 15 let, mezi dospívajícími je toto procento ještě vyšší (Sovínová et al., 2009, 2010). Kouření může být také způsobem administrace dalších drog, například marihuany či opia, ať již samostatně, nebo společně s tabákem.

S kouřením tabáku se poprvé Evropané setkali u amerických indiánů. Vdechování dýmu tabákové rostliny bylo součástí šamanských rituálů i společenských událostí původních obyvatel amerického kontinentu, např. mayských obřadů před 1500 lety. Do Evropy se tabák dostal s výpravou Kryštofa Kolumba r. 1492 a poměrně rychle se v 16. století po evropském kontinentu a poté i po dalších částech světa rozšířil. Jméno dostala návyková látka v ní obsažená (nikotin) dle Jeana Nicota, francouzského vyslance u portugalského dvora, který ji představil jako lék na migrénu francouzskému dvoru (Gilman et al., 2006).

Pohled na kouření se v různých obdobích historie a na různých místech velmi lišil. Zatímco v Anglii, Holandsku, Španělsku a Portugalsku bylo kouření dýmky v 17. století běžné, například v Turecku, v Rusku a v Číně v 17. století hrozily za kouření tabáku přísné tresty, ba až trest smrti. Diskuze o pozitivěch či negativěch kouření se však v minulých stoletích vedly na základě pohledů hájících jeho morálnost či amorálnost, nepřipustnost z náboženského hlediska či domnělé pozitivní zdravotní důsledky, nikoli však na základě prokázaného vlivu na zdraví (Gilman et al., 2006).

V dalších stoletích bylo kouření dýmek a doutníků, zvláště mezi muži, ale i ženami, velmi populární a bylo považováno za jakousi výsadu a potvrzení bohatství a sociálního statusu, nejprve dosažitelnými pouze pro elitu, poté i střední třídu. Opravdový začátek tabákové epidemie však nastal až s rozmachem strojově vyráběných cigaret na přelomu 19. a 20. století (Gilman et al., 2006).

S masivním rozšířením kouření cigaret začaly být postupně zřejmé i devastující účinky na lidské zdraví. Pozdní průkaz negativních důsledků kouření pro lidské zdraví byl dán především faktem, že úmrtí v důsledku kouření následují v průměru několik desítek let po jeho zahájení a také v té době ještě nepřekonaným paradigmatickým lineárním kauzalitou. První všeobecně akceptované vědecké publikace o vlivu kouření na rakovinu plic tak byly publikovány až 1950, tedy po 50 letech tabákové epidemie.

Kromě podceňování vysoké návykovosti nikotinu se naopak setkáváme se zbytečnými obavami z jeho vlivu na zdraví, zejména jsou to obavy z užívání náhradní terapie nikotinem. Nikotin však v běžně užívaných dávkách pro kuřáka jeho zdraví (kromě návykovosti) prakticky nepoškozuje, v některých případech může působit dokonce pozitivně. Naopak častá je naprostá absence znalostí i obav z více než

4000 dalších látek, které tabákový kouř obsahuje. V populaci, ale i mezi zdravotníky je velká neznalost obrovského spektra nemocí způsobených užíváním tabáku, které se týkají všech částí těla a všech oblastí klinické medicíny.

Závislost na tabáku je u nás nejrozšířenější drogovou závislostí. Je-li v ČR kolem 2 250 000 kuřáků cigaret a kolem 80–85 % z nich je závislých, jsou to téměř 2 000 000 závislých na tabáku. Diagnóza F17 dle 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí WHO zní: „Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku“. Kouření tabáku je ročně příčinou 18 000 úmrtí v ČR, to je téměř pětina všech úmrtí (Peto et al., 2004).

Pohled na kouření jako individuální a společenský fenomén se výrazně proměňoval v průběhu staletí. V posledních desetiletích dochází ve vyspělých státech ke zřetelnému poklesu prevalence kouření, kouření se zde stále více stává problémem handicapovaných společenských vrstev a skupin obyvatel (s nízkým vzděláním, nízkými příjmy, příslušníků menšin, lidí s psychickým postižením apod.). Tento trend je způsoben pokračujícími znalostmi o devastujících účincích aktivního i pasivního kouření všech forem tabáku na lidské zdraví a také z toho plynoucím společenským tlakem reprezentovaným heslem „moderní je nekouřit“. Naopak v rozvojových zemích pokračuje vzestup tabákové epidemie a prevalence kouření a také podíl úmrtnosti na důsledky kouření na celkovém počtu úmrtí zde stále stoupá.

Světová zdravotnická organizace WHO proto přijala první právně závazný dokument ve své historii – Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku. Doporučuje základní, globálně platné kroky kontroly tabáku – podrobněji viz dále. Mezi těmito body je i dostupná léčba závislosti na tabáku v rámci daných zdravotních systémů. Podle mezinárodních i českých doporučení by měl základní krátkou intervencí pro odvykání kouření poskytnout každý lékař, intenzivní terapie by pak měla být dostupná pro ty, kdo ji potřebují.

● 2 SOUČASNÁ SITUACE

V důsledku přibývajících informací o negativních vlivech aktivního i pasivního kouření ve vyspělých zemích celková prevalence kouření stále klesá (WHO M-POWER, 2008).

Ani v těchto zemích se však nedaří snížit prevalenci kouření mezi různým způsobem znevýhodněnými skupinami obyvatel s nízkým socioekonomickým statusem, mentálním postižením či mezi příslušníky menšin (Galea, 2004; Siakhpush, 2006). Jasně to ukazuje např. projekt mapující míru sociální deprivace a počet kuřáků v jednotlivých krajích Anglie (Crosier, 2005).

Těchto skupin se méně dotýkají preventivní opatření, informace o negativních zdravotních dopadech kouření i společenský tlak. Např. dle rozsáhlého průzkumu provedeného v USA, Kanadě, Anglii a Austrálii mezi více než 17 000 respondenty jsou lidé s nízkým vzděláním a příjmy

častěji závislí na nikotinu (o 40 %), méně často mají v úmyslu přestat kouřit (o 26 %) a také méně často (o 35 %) věří ve svůj úspěch v odvykání (Siakhpash, 2006). Ve vyspělých zemích se stalo kouření rozhodujícím faktorem, který je zodpovědný za horší zdravotní stav populací s nízkým socioekonomickým statusem, a dále tak přispívá k prohloubení sociálních nerovností (Bauld, 2007).

Na základě důkazů o negativním vlivu pasivního kouření na zdraví přibývá v mnoha zemích míst, kde je kouření omezeno či zakázáno. Úplný zákaz kouření ve veřejných prostorách, ale i v restauracích a barech platí dnes např. ve většině zemí EU, dokonce i v Turecku. V USA, Kanadě a Austrálii jsou většinou omezení ještě přísnější, než je obvyklé v Evropě – např. zákaz kouření v automobilu, pokud jsou v něm přítomni děti, platí v řadě států těchto tří zemí (i když nejde o federální zákon). Většinou tam již neexistují ani výjimky pro uzavřená psychiatrická oddělení či oddělení pro léčbu závislosti (tyto 2 výjimky ze zákazu kouření ve vnitřních prostorách nemocnic jsou platné v ČR podle zákona 379/2005).

Naopak v rozvojových zemích je vývoj tabákové epidemie o několik desetiletí opožděn a dochází tam nadále ke zvyšování prevalence kouření mezi muži, ženami i mládeží a s tím k nárůstu souvisejících onemocnění.

Aby se mortalita v důsledku užívání tabáku začala snižovat, je potřeba kromě osvětových, legislativních a preventivních aktivit nabízet kuřákům dostupnou léčbu. Také je nezbytné snažit se překonat bariéry úspěšného odvykání zejména u znevýhodněných skupin obyvatel (s nízkými příjmy, s nižším vzděláním, příslušníky menšin apod.): např. nízká informovanost o důsledcích kouření, vysoká cena farmakoterapie, časté stresové situace, kuřácké prostředí aj. Proto je třeba poskytovat potřebné informace a pomoc při odvykání kouření napříč všemi socioekonomickými vrstvami (Roddy, 2006).

V České republice kouří v současné době 29 % dospělé populace nad 15 let (Sovínová et al., 2009, 2010). Také u nás se kouření stává postupně častěji problémem lidí s nízkými příjmy a vzděláním (Spilková, 2010). Přispívá tak k jejich dalšímu finančnímu zatížení a především spolu s dalšími faktory (výživa, alkohol, obezita aj.) k jejich horšímu zdravotnímu stavu. Velkým problémem také zůstává kouření dětí a mladistvých a stoupající podíl dívek mezi mladými kuřáky. V ČR prevalence kuřáků ve věku 13–15 let do roku 2002 stále stoupala – až k 30 % pravidelně kouřících mezi 15letými školáky. Roku 2007 se ukázalo mírné snížení prevalence kouření mezi 15letými žáky (Sovínová et al., 2009, 2010). Doufáme, že to nebyl náhodný výkyv a tento trend bude nadále pokračovat.

● 3 FORMY TABÁKU

Tabák se užívá různým způsobem a v různých formách. Nejčastějším způsobem jeho užívání je kouření – ať již ciga-

ret, doutníků, klasické či vodní dýmky. Je to bezpochyby dáno tím, že inhalací se nikotin dostane do mozku velmi rychle, během cca 10–15 sekund (rychleji než při intravenózním podání), a účinek tak následuje bezprostředně po dávce. Příjemný pocit je dán jednak vyplavením dopaminu v mezolimbické oblasti, především v nucleus accumbens, nicméně v tomto procesu hrají roli i další neuromediátory jako serotonin, GABA či noradrenalin (Balfour, 2004).

V ČR jsou mezi tabákovými výrobky určenými ke kouření nejrozšířenější cigarety, dále pak kouření doutníku a klasické dýmky. Z kouře doutníku a dýmky se nikotin velmi dobře vstřebává do oběhu, i když nejsou „šlukovány“, tj. inhalovány do plic. Kouř z doutníku a dýmky má totiž oproti cigaretám vyšší pH, které umožňuje vstřebávání nikotinu i bukalní sliznicí, nejen v plicích jako u cigaret. Další formou je (zvláště mezi mládeží nyní velmi populární) kouření vodní dýmky. Mnoho lidí mylně předpokládá, že je zdravotně bezpečnější alternativou kouření, či dokonce, že kouřením vůbec není (!). Opak je pravdou, při kouření vodní dýmky se dostává do těla několikanásobně větší množství CO, dehtů a dalších látek – jedna seance vydá za 30–300 cigaret (WHO: TobReg – Advisory Note Waterpipe Tobacco Smoking, 2005).

Pro úplnost je nutno zmínit i bezdýmé druhy tabáku, tj. tabák šňupací a orální, který se vyrábí ve dvou různých variantách – jako běžný žvýkací tabák nebo tabák porcovaný („moist snuff“, „snus“). V České republice není užívání těchto druhů tabáku rozšířeno. I když bezdýmý tabák má méně negativních vlivů než kouření (chybí proces pyrolýzy), bezpečný bohužel není především vzhledem k chorobám ústní dutiny, paradentóze i celkovým účinkům na organismus, kancerogenezi či vlivu na kardiovaskulární aparát (WHO: WHO Study Group on Tobacco Product Regulation, 2010). Je to kontroverzní téma a jistě ještě zejména bude v zemích, kde se ve veřejných prostorách nesmí kouřit, soustřeďuje tabákový průmysl svůj marketing právě na bezdýmý tabák. V EU jej zatím zakazuje direktiva z roku 1992 (výjimku má Švédsko).

● 4 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY KOUŘENÍ

Kouření je nejvýznamnější preventabilní příčinou předčasných úmrtí a invalidity v současném světě (WHO M-POWER, 2008; Haustein, 2003). Na pomyslném žebříčku najdeme teprve za tabákem další, často jmenované rizikové faktory, jako jsou hypertenze, obezita a hypercholesterolemie, jejichž negativní efekt se však s kouřením vzájemně potencuje.

Nikotin je sice jedovatý alkaloid, ale v dávkách, které přicházejí v úvahu při kouření či jiné konzumaci tabáku, nepřipadá otrava prakticky v úvahu: nauzea a další projevy by předávkování zabránily. Jeho význam je dán tím, že jako psychoaktivní látka je předním neurobiologickým důvodem vzniku závislosti na tabáku. Tabákový kouř však obsahuje

dalších více než čtyři tisíce látek, z nichž asi 60 je prokazatelně kancerogenních (polyaromatické uhlovodíky, N-nitrosaminy, aromatické aminy, aldehydy, arsen, nikl, chrom) a mnohé další jsou toxické – např. CO, amoniak, NO_x, kyanid, methanol.

Škodlivé účinky kouření jsou velmi dobře známy a popsány, proto zde jen velmi stručně připomeneme hlavní zdravotní důsledky. Kouření je příčinou 80–90 % chronických plicních onemocnění, tj. především chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN), až 23× zvyšuje riziko rakoviny plic u mužů a 12× u žen, tj. způsobuje asi 80 % rakoviny plic u žen a 90 % u mužů. Rakovina plic však není zdaleka jediným onkologickým onemocněním, které kouření způsobuje. Celkem je u nás kouření příčinou cca 25 % všech nádorových onemocnění, mezi jinými je to rakovina močového měchýře, ledvin, ústní dutiny, sinonazálních dutin, nazofaryngeální oblasti, jícnu, hrtanu a hltanu, pankreatu, žaludku, děložního čípku, prostaty a dalších orgánů (nádory slinných žláz, tenkého střeva, žlučníku, kůže, vaječníků, varlat, CNS, štítné žlázy, lymfomy, myelomy...) (Haustein, 2003).

Možná překvapivě více kuřáků však umírá v ČR na následky kardiovaskulárních onemocnění (KVO) než na rakovinu plic, kouření se na mortalitě na KVO podílí asi 15 % (Peto et al., 2004). V České republice zemře v důsledku kouření (smoking – attributable deaths) přibližně 18 000 lidí ročně, z toho 8000 na nádorová onemocnění (z toho 5000 na rakovinu plic), 7000 na kardiovaskulární onemocnění, 2000 na chronická plicní onemocnění (především CHOPN) a zbylých 1000 na nemoci ostatní (Peto et al., 2004).

● 5 DŮSLEDKY PASIVNÍHO KOUŘENÍ

V rámci diskuze o pasivním kouření, ochraně nekuřáků a nekuřáckých prostorách je třeba zdůraznit, že se rozhodně nejedná o pouhé obtěžování okolí tabákovým kouřem.

Tabákový kouř byl Mezinárodní agenturou pro výzkum rakoviny (IARC) zařazen v roce 2004 mezi kancerogeny třídy A, tedy prokázaný lidský kancerogen. Mezi ženami nekuřačkami, které zemrou na rakovinu plic, je mnoho těch, jejichž manželé jsou silní kuřáci a doma kouří.

Nejsilnější negativní vliv má však pasivní kouření na cévy a celý kardiovaskulární aparát. Bohužel i velmi malé množství tabákového kouře, například hodinový pobyt v zakouřené restauraci, působí prokazatelné poškození endotelu (epitelové výstelky) cév. Pro cévy znamená expozice pasivnímu kouření 80–90 % rizika kouření aktivního, tedy riziko je téměř stejné (Barnoya et al., 2005). Na základě této a mnoha dalších studií se v mnoha rozvinutých státech podařilo prosadit zákony na ochranu nekuřáků před pasivním kouřením. V České republice již platí zákaz kouření ve většině veřejných prostor, pracovišť, ve školách a ve zdravotnických zařízeních s výjimkou uzavřených psychiatrických léčeben a zařízení pro léčbu závislostí (zákon 379/2005).

O nekuřáckých restauracích se bohužel stále jen jedná (stav v červnu 2011).

● 6 RÁMCOVÁ ÚMLUVA O KONTROLE TABÁKU

Oporou pro tato legislativní, daňová a další populační opatření v oblasti kontroly tabáku se stala Rámcová úmluva o kontrole tabáku (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC, blíže na speciálním webu WHO, který je této úmluvě věnován: www.fctc.org), jež vznikla po pětiletém jednání (1999–2003) členských zemí WHO. Je to první a zatím jediný právně závazný dokument v historii WHO. Obsahuje základní MINIMÁLNÍ obecně/globálně platná pravidla kontroly tabáku. Shodli se na nich zástupci 192 zemí 21. 5. 2003. Vstoupila v platnost 27. 2. 2005. FCTC podporuje jasná většina světové populace, ratifikovalo ji k 1. 6. 2011 173 zemí, v nichž žije více než 87 % světové populace. Bohužel, zatím nikoli Česká republika. O jejím naplnění jedná jednou ročně shromáždění zástupců zemí, které ji ratifikovaly (Conference of Parties). Vybrané body Rámcové úmluvy:

- komplexní zákaz reklamy, propagace a sponzorování,
- rotující zdravotní varování s piktogramy nejméně na 30 % velkých ploch krabiček (ideálně 50 %),
- zákaz matoucích označení jako např. „light“, „mild“,
- ochrana před pasivním kouřením,
- kontrola pašování označením původu a určení krabiček,
- konzistentní zvyšování daní z tabákových výrobků,
- informace o obsahu látek v tabákovém kouři,
- dostupná léčba závislosti na tabáku (protokol byl přijat na 4. negociačním jednání 172 členských zemí FCTC v listopadu 2010),
- podpora výzkumu souvislostí tabákových výrobků a zdraví.

● 7 SITUACE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA TABÁKU V ČR

Každý lékař, ale i jakýkoli zdravotník by v rámci svých časových možností měl poskytovat základní, tzv. krátkou intervenci k odvykání kouření. Základní schéma této intervence dle mezinárodních i českých doporučení zahrnuje pět kroků – 5 A (Fiore et al., 2008; Králíková et al., 2005).

- 1/ **Ask** – Ptát se, zda pacient kouří.
- 2/ **Advise** – Pochválit nekuřáka, kuřákovi jasně doporučit přestat.
- 3/ **Assess** – Posoudit ochotu/motivaci přestat kouřit (nechce-li, intervence končí, můžeme jen motivovat).
- 4/ **Assist** – Pomoci přestat těm, kteří chtějí, tj. nabídnout podporu a v případě potřeby doporučit vhodnou farmakoterapii, ev. odkázat na specializované pracoviště.
- 5/ **Arrange follow up** – Plánovat kontrolní návštěvy.

Intenzivní léčba znamená opakovaný kontakt s klientem, zahrnuje zhodnocení míry závislosti na nikotinu a analýzu kuřáckých návyků, základní somatické a labora-

torní vyšetření, dále psychobehaviorální intervenci a v případě závislosti na nikotinu doporučení farmakoterapie. Seznam center pro závislé na tabáku je možné najít na stránkách Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku www.slzt.cz.

● 8 ZÁVĚR

I když se situace zlepšuje, léčba závislosti na tabáku není našim kuřákům ani intenzivně nabízena (ať už v jakékoli formě – krátké intervenci či intenzivní léčbě), ani široce dostupná. Stále chybí pochopení, že se jedná o nemoc, i pově-

domí o tom, že pokud kuřák nedokázal přestat sám, měl by se obrátit na lékaře. Nemusí to být jen centrum pro závislé na tabáku, ale pomoci by měl kterýkoli lékař včetně praktického. Důležitá je pozornost, která by se této závislosti měla věnovat v rámci léčby závislosti jiných, ať se jedná o alkohol či nelegální drogy. Mezi těmito pacienty je prevalence kouření vysoká, a pokud si to přejí, měla by jim být léčba jejich závislosti nabídnuta současně. Předpokladem je ovšem nekuřácký personál, nekuřácké prostředí a dostupná farmakoterapie k pokrytí abstinčních příznaků.

LITERATURA / REFERENCES

- Balfour, D. J. (2004). The neurobiology of tobacco dependence. *Nicotine Tob. Res.*, 6, 899–912.
- Barnoya, J., Glantz, S. A. (2005). Cardiovascular effects of secondhand smoke – nearly as large as smoking. *Circulation*, 111, 2684–2698.
- Bauld, L., Judge, K., & Platt, S. (2007). Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. *Tob. Control*, 16, 400–404.
- Crosier, A. (ed.). (2005). *Smoking and Health Inequalities*, ASH UK, research project, <http://www.ash.org.uk/media-room/press-releases/major-online-mapping-project-shows-iron-chain-between-smoking-and-deprivation>.
- Fiore, M. C., Bailey W. C., Cohen S. J. et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. (2008). Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services. Public Health Service; May 2008. www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2004). The Social Epidemiology of Substance Use. *Epidemiol. Rev.*, 26, 36–52.
- Gilman, L. S., Xun, Z. (2006). *Příběh kouře*. Praha: Dybbuk, 464 p.
- Hausteil, K.-O. (2003). *Tobacco or health? Physiological and social damages caused by tobacco smoking*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 446 p.
- Králíková, E., Býma, F., Cífková, R., Češka, R. et al. (2005). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Čas. lék. čes.*, 144, 327–333.
- Peto, R., Lopez, A. D. et al. (2004). *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*. 2nd edition. Oxford University Press, <http://www.ctsu.ox.ac.uk/tobacco/>.
- Roddy, E., Antoniak, M., Britton, J., Molyneux, A., & Lewis, S. (2006). Barriers and motivators to gaining access to smoking cessation services amongst deprived smokers – a qualitative study. *BMC Health Serv. Res.*, 6, 147.
- Siahpush, M., McNeill, A., Borland, R., Fong, G. T. (2006). Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob. Control*, 15(Suppl 3), iii71–5.
- Sovinová, H., Sadílek, P., & Csémy, L. (2009). *Vývoj kuřáctví v dospělé populaci ČR*. SZÚ, výzkumná zpráva, <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/vyvoj-prevalence-kuractvi-v-dospеле-populaci-cr?highlightWords=kou%C5%99en%C3%AD>.
- Sovinová, H., Csémy, L., & Sadílek, P. (2010). *Kuřácké zvyklosti české populace v posledních deseti letech*. SZÚ, výzkumná zpráva, <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/jak-kouri-cesi-kuracke-zvyklosti?highlightWords=kou%C5%99en%C3%AD>.
- Spilková, J., Džúrová, D., & Pikhart, H. (2010). Inequalities in smoking in the Czech Republic: Societal or individual effects? *Health Place*, 17, 215–221.
- WHO. (2005). *The role of health professionals in tobacco control*. Ženeva: WHO.
- WHO (2008). *M-POWER, The WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*. Ženeva: WHO. Ke stažení na www.who.int/tobacco/mpower.
- WHO (2010). *WHO Study Group on tobacco product regulation, Report on the scientific basis of tobacco product regulation*. WHO Technical Report Series 955. Ženeva: WHO, http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/publications/tsr_955/en/index.html.
- WHO (2005). *TobReg – Advisory note waterpipe tobacco smoking: Health effects, research needs and recommended actions by regulators*. Tobacco Free Initiative, Ženeva: WHO, http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/waterpipe/en/.
- WHO (2005). *FCTC – Framework Convention on Tobacco Control*. www.fctc.org.